

علل و عوارض سزارین اورژانس (بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل، ۱۳۷۸)

دکتر نساء اصنافی^{۱*}، دکتر کریم اله حاجیان^۲، دکتر حسین حصاری^۳

۱- استادیار گروه زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳- پزشک عمومی

سابقه و هدف: عمل جراحی سزارین با وجود مورتالیتی و موربیدیتی بالاتر نسبت به زایمان طبیعی در کشورما همچنان رو به افزایش است. مورتالیتی و موربیدیتی در سزارین اورژانس ۲/۳ برابر بیشتر از سزارین غیر اورژانس می باشد. از آنجائیکه در جامعه ما تا به حال فراوانی علل سزارین اورژانس و عوارض همراه آن مطالعه نشده است، برآن شدیم که این بررسی انجام گردد.

مواد و روشها: در این مطالعه توصیفی - مقطعی اطلاعات لازم از پرونده بیمارانی که در بیمارستان یحیی نژاد بابل در نیمه اول سال ۷۸ تحت عمل سزارین اورژانس قرار گرفتند، توسط پرسشنامه جمع آوری و درصد فراوانی، علل سزارین اورژانس و عوارض ناشی از آن بررسی گردید. انتخاب نمونه بصورت سرشماری بود. یافته ها: در این بررسی بیش از ۷۰۳ مورد سزارین انجام شد که ۴۰۲ (۵۷٪) مورد سزارین اورژانس بود، شایعترین علت، دیسترس جنینی ۳۰/۸٪ بوده، سزارین تکراری و عدم تناسب سر و لگن به ترتیب با ۱۹/۴٪ و ۱۵/۹٪ دومین و سومین علت سزارین اورژانس بودند. از طرفی فراوانی آنمی پس از عمل در این بیماران ۲۱/۱٪ بوده است. ۸۹/۸٪ خانمها دچار افت هموگلوبین کمتر از ۲mg/dl بودند. شیوع تب پس از عمل در این خانمها ۱۳/۹٪ بوده است. از طرفی شایعترین علت مراجعه این بیماران، آبریزش با شیوع ۳۹/۸٪ بوده است.

نتیجه گیری: باید با توجه و دقت بیشتر در مراقبتهای بارداری، آموزش بیشتر به خانمهای باردار، دادن آگاهی به آنان، همچنین تشخیص و درمان بموقع موارد غیر طبیعی در بارداری و از همه مهمتر دقت بیشتر روی گذاشتن علت سزارین، از افزایش بیمورد میزان سزارین خصوصا سزارین اورژانس کاست.

واژه های کلیدی: سزارین اورژانس، پارگی کیسه آب، دیسترس جنینی.

مقدمه

سزارین علیرغم مرگ و میر و عوارض بالایی که نسبت به زایمان طبیعی دارد همچنان در کشور ما سیر صعودی دارد. خطر مرگ و میر مادران با سزارین الکتیو ۷ برابر زایمان واژینال است که این میزان در سزارین اورژانس ۲/۳ برابر سزارین الکتیو می باشد (۱). از آنجائیکه سزارین اورژانس دارای عوارض بیشتری می باشد لذا بر آن شدیم تا شیوع و عوارض این نوع سزارین را در مرکز یحیی نژاد بررسی و در وبسیت های پری ناتال منظم درصد بیشتری از سزارین

اورژانس را به سزارین الکتیو تبدیل کنیم تا عوارض آن نیز کاهش یابد. شیوع سزارین در کشور امریکا از ۲۵٪ در ۱۹۸۸ به ۲۱/۸٪ در ۱۹۹۵ کاهش یافته است اما متأسفانه این روند کاهش در کشور ما وجود نداشته است. خطرات عمده سزارین شامل بیهوشی، عفونت، سپسیس، ترومبوآمبولی و پنومونی ناشی از آسپیراسیون است (۲). ترومبوز وریدهای عمقی در سزارین ۳-۵ برابر زایمان واژینال می باشد (۱).

میزان عوارض مادر نیز در سزارین بیشتر از زایمان واژینال می‌باشد که مهمترین آنها عفونت، خونریزی و آسیبهای وارده، به سیستم ادراری است (۳). سزارین نه تنها ضمانتی در مقابل آسیبهای جنین نیست بلکه بسیاری از آسیبهای جنینی مانند زخمی شدن جنین در حین برش رحم، شکستگی فرورونده جمجمه، شکستگی استخوان ران و ... در حین سزارین نیز می‌تواند ایجاد شود (۴). چهار علت عمده سزارین بطور کلی، سزارین تکراری، دیستوشی زایمانی، نمایش بریج، و دیسترس جنینی می‌باشد (۱).

چنانچه سیستم نظارتی مشخصی برای ارزیابی اندیکاسیون سزارین و زایمان طبیعی وجود نداشته باشد زایمان طبیعی با همه مزایای مشخص و غیر قابل انکار جای خود را به سزارین با عوارض بیشتر خواهد داد. این مطالعه بمنظور استفاده از نتایج آن جهت برنامه‌ریزیهای صحیح در رابطه با ترویج زایمان طبیعی صورت گرفت.

مواد و روشها

این مطالعه توصیفی - مقطعی گذشته نگر در ۶ ماهه اول سال ۱۳۷۸ بصورت سرشماری بر روی ۷۰۳ مورد عمل سزارین که طی این مدت در بخش زنان بیمارستان یحیی‌نژاد بابل صورت گرفت، انجام شد ۴۰۲ بیمار (۵۷٪) که سزارین اورژانس شدند، انتخاب و اطلاعات مربوط به سن، علت مراجعه، علت سزارین و هموگلوبین قبل و بعد از عمل و وجود تب و آنمی آنان قبل و پس از عمل در پرسشنامه‌ای ثبت گردید. در بررسی شیوع تب و آنمی، بیمارانی که قبل از عمل دچار آنمی یا تب بوده‌اند از مطالعه حذف شدند. در این بررسی هموگلوبین کمتر از ۱۰/۵ mg/dl آنمی محسوب شد (۴-۶). و درجه حرارت بیش از ۳۸°C بعد از ۲۴ ساعت اول تب محسوب گردید ۳۰۱ بیمار که بصورت الکتیو عمل سزارین شده بودند از مطالعه خارج شدند، آنالیز اطلاعات با استفاده از نرم افزار آماری SPSS انجام گرفت.

یافته‌ها

از بین ۷۰۳ مورد سزارین فراوانی سزارین اورژانس ۵۷٪ موارد کل سزارین‌ها بود. درصد فراوانی علل سزارین اورژانس به ترتیب عبارتند از دیسترس جنینی ۳۰/۸۴٪، سزارین تکراری ۱۹/۴٪، عدم

تناسب سر و لگن ۱۵/۹٪، توقف زایمانی ۱۴/۹٪، بریج ۱۰/۵٪، پره اکلامپسی و اکلامپسی ۴/۵٪ و مسائل جفتی ۴٪ از طرفی درصد فراوانی آنمی ۲۳/۱٪ بوده و درصد فراوانی افت هموگلوبین بالای ۲mg/dl، ۱۰/۲٪ است که نشان می‌دهد بسیاری از بیماران دارای هموگلوبین کمتر از حد نرمال هستند. شیوع آنمی پس از عمل بیشتر از شیوع افت هموگلوبین بیش از ۲mg/dl می‌باشد، فراوانی تب بعد از ۲۴ ساعت اول پس از عمل در سزارین اورژانس ۱۳/۹٪ بوده است. پس عارضه مهم مادر آنمی پس از عمل ۲۱/۱٪ و پس از آن تب (۱۳/۹٪) بوده است (جدول ۱). از طرفی آبریزش (با فراوانی ۳۹/۸٪) شایعترین شکایت بیمار است. در این بررسی همچنین عوارض نادری مانند پارگی مثانه و عوارض جنینی مانند زخمی شدن سر جنین وجود نداشت و فقط ۲ بیمار دچار عوارض تنفسی تاکی پنه، تاکی کاردی با تشخیص احتمالی آمبولی ریه وجود داشت. حدود ۴۰٪ بیماران پارگی کیسه آب داشته‌اند که می‌تواند یک فاکتور مساعد کننده جهت ایجاد تب پس از عمل جراحی باشد که نشان دهنده عوارض بیشتر سزارین اورژانس می‌باشد. مراجعه این بیماران، بصورت اورژانس بوده و درد زایمانی و کاهش حرکات جنین، خونریزی واژینال و افزایش فشار خون به ترتیب با ۳۵٪ و ۱۷٪ و ۴/۵٪ و ۳/۵٪ علل بعدی مراجعه بیماران به صورت اورژانس بوده است.

جدول ۱. توزیع درصد فراوانی آنمی و تب در سزارین اورژانس در مراجعه کنندگان به زایشگاه بیمارستان یحیی‌نژاد بابل به تفکیک علل سزارین در ۶ ماهه اول سال ۱۳۷۸

علت سزارین	آنمی فراوانی (درصد)	تب فراوانی (درصد)
دیسترس جنین	۲۳ (۲۹/۹)	۱۱ (۸/۹)
تکراری	۱۸ (۲۰/۹)	۸ (۱۰/۴)
بریج	۱۴۴ (۲۷/۵)	۸ (۱۹)
عدم تناسب سرو لگن	۴ (۹/۵)	۱۳ (۲۰/۳)
پراکلامپسی و اکلامپسی	۶ (۳۷/۵)	۳ (۱۶/۷)
مسائل جفتی	۵ (۲۷/۷)	۳ (۲۵)
توقف زایمان	۱۰ (۱۷/۵)	۹ (۱۵)
جمع	۸۰ (۲۱/۱)	۵۵ (۱۳/۹)

بحث

۴۰۲ مورد سزارین اورژانس، دیسترس جنینی با ۱۲۴ مورد (۸/۳۰٪) شایعترین علت را تشکیل می‌داد و سزارین تکراری و عدم تناسب سر و لگن، به ترتیب دومین و سومین علت را تشکیل می‌دهند. فقط در یک مطالعه انجام شده توسط Ryding در انگلستان سال ۱۹۹۸ سزارین اورژانس، ۵۰٪ موارد تمام سزارین‌ها را تشکیل می‌داد (۷).

در این مطالعه میزان سزارین اورژانس ۵۷٪ موارد را تشکیل می‌داد. از طرفی در مطالعه‌ای در عربستان شایعترین علت سزارین را سزارین تکراری با ۳۴/۳٪ و پس از آن توقف زایمانی ۱۹/۳٪ و دیسترس جنینی ۱۹/۲٪ گزارش نموده‌اند (۸)، و در اتیوپی نیز در مطالعه‌ای مشابه (۱۹۹۵)، عدم تناسب سر و گردن ۴۴٪ و بریچ ۲۱٪ و سزارین تکراری ۱۶٪ و دیسترس جنینی ۶٪ موارد را تشکیل می‌دهند (۹). می‌توان گفت عدم همخوانی نتایج این تحقیق با دیگر تحقیقات به دلیل این است که این بررسی فقط روی موارد سزارین اورژانس انجام شده است. علت‌های دیگر چون مانند عدم تناسب سرچنین و لگن‌ها یا بریچ و سزارین تکراری هنگام مراقبت‌های دوران بارداری معمولاً قابل تشخیص و به صورت الکتیو سزارین انجام می‌شود پس، فراوانی این اندیکاسیون در موارد سزارین اورژانس کمتر میشود و به همین دلیل در آمار سزارین اورژانس در این تحقیق، دیسترس جنینی در صدر قرار گرفته و سزارین تکراری و عدم تناسب سر و لگن در درجه بعد قرار دارند. از طرفی حدود ۲۱/۱٪ خانم‌های مورد مطالعه، پس از عمل آنمیک بودند ولی در مطالعه مشابهی در عربستان درصد شیوع آنمی ۲۰٪ بوده است (۸). درصد آنمی در این مرکز مختصر بالاتر بوده است، شاید علت آن، اورژانس بودن سزارین در این مرکز باشد چون مسلماً میزان عوارض و خونریزی حین عمل در سزارین اورژانس بیشتر است. در این مطالعه شیوع تب پس از عمل ۱۳/۹٪ بود.

ولی در مطالعه مشابهی در سنگاپور شیوع تب پس از عمل ۲۸٪ گزارش شده است (۱۰)، همچنین در مطالعه مشابهی که در مجله زنان و مامایی اروپا به چاپ رسیده شیوع تب پس از عمل ۲۴/۶٪

گزارش شده است (۱۱). در مقایسه دو مورد اخیر، آمار مرکز ما پایین بود. که می‌تواند مربوط به مصرف بیشتر آنتی بیوتیک‌ها در بخش باشد. با توجه به مرگ و میر و عوارض بالای سزارین اورژانس نسبت به زایمان طبیعی بهتر است برای ترویج زایمان طبیعی. در ویژگی‌های پره ناتال، در مورد ارجحیت زایمان طبیعی بر سزارین، خطرات و عوارض کمتر زایمان طبیعی نسبت به سزارین برای مادر حامله و همسرش توضیح داده شود. همچنین مادر حامله بتواند از کلاسهای آموزشی استفاده با آگاهی کاملتر در مورد زایمان طبیعی و مزایای آن، ترس از این روند طبیعی نداشته باشد تا بتوان با کمک پزشک، روش صحیح زایمان را در مورد هر خانم حامله انتخاب نمود. از روشهای مختلف بیحسی و بیدردی مانند بیحسی اپیدورال، استفاده از مسکن‌ها مثل پتیدین در طی زایمان طبیعی و در صورت درخواست مادر و عدم وجود کنترا اندیکاسیون، بیشتر استفاده گردد تا خانم حامله، فقط به دلیل ترس از درد زایمان طبیعی به سزارین که روش خطرناکتر و با عارضه بیشتری برای او می‌باشد پناه نیاورد. در مراقبتهای بارداری خصوصاً در ماه آخر حاملگی معاینه لگنی و بررسی‌های دیگر و نیز سونوگرافی در صورت لزوم انجام شود، تا در صورت وجود اندیکاسیون سزارین، خانم حامله به صورت الکتیو سزارین شود تا مرگ و میر و عوارض و اثرات سوء روانی سزارین اورژانس (۳) کاهش یابد.

در بیماران ترم خصوصاً در شکم اول که هنوز سرویکس آبدار نیست امکاناتی جهت استفاده از پروستاگلاندین E_2 بصورت واژینال جهت نرم شدن سرویکس و افزایش افاسمان و دیلاتاسیون و کاهش طول مدت فاز نهفته بوجود آید تا انقباضات و دردهای طولانی مدت حین زایمان باعث ترس و گریز از زایمان طبیعی نگردد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از پرسنل محترم زایشگاه و بخش مامایی و همچنین بایگانی بیمارستان یحیی‌نژاد به دلیل همکاری در انجام این تحقیق قدردانی می‌شود.

References

1. Cunningham FG, Macdonald PC, Gant NF, et al. Williams obstetrics, 20 th ed. London, Appleton & lange 1997; pp: 509 –15.
2. Gilbert ES, Harmon JS. Manual of high risk pregnancy & delivery. Mosby INC. 1998; pp:772 –3.
3. Scott JR, Disaia PJ. Danforth 's obstetrics and gynecology. 6th ed. Philadelphia, lippincott. company 1990; pp: 639 – 57.
4. Creasy RK, Resnic R. Maternal , Fetal medicine 4 th ed. Philadelphia, W.B. Saunders Co 1999; pp:125.
5. Cunningham FG, Macdonald PC, Gant NF, et al. Williams obstetrics, 20 th ed, London, Appleton & lange 1997; pp: 1173.
6. Gilbert ES, Harmon JS. Manual of high risk pregnancy & delivery, 2 Mosby , Inc 1998; pp: 23.
7. Ryding EL, Wijma K, Wijam B. Psychological impact of emergency cesarean vaginal delivery. J Psychosom Obstet Gynaecol 1998; 19 (3): 135-44.
8. Elhag Bti, Milbat WA, Taylouni ER. An audit of cesarean section among saudi females in Jeddah. Saudi Arabia J Egypt Public Health Assoc 1994; 09 (1-2): 1- 17.
9. Ali Y. Analysis of cesarean delivery in Jimma hospital , south – western ethiopia , East Afr Med J 1995;72 (1):60–3.
10. Chew S, Biswas A. Cesarean and postpartum histrectomy, Singapore Med J 1998; 39(1): 9- 13.
11. Van Ham MA. Van Dongen PW, Mulder J .Maternal consequences of cesarean section. A retrospective study of intra. oprative and post operative maternal complications of cesarean section during a 10 year period. Eur J Obst.Gyn.Reprod Biol 1997; 74(1) :1-6.