

تأثیر بستری شدن زائو در مرحله نهفته زایمان بر میزان سزارین

دکتر فاطمه زارع^۱، دکتر محمد علی کریم زاده میبیدی^۲

چکیده

درسالهای اخیر میزان عمل جراحی سزارین به دلایل متعدد رو به افزایش نهاده است که یکی از علل آن مداخله زود هنگام و نابجا در مسیر زایمان می باشد. این پژوهش که به روش تحلیلی آینده نگر انجام گردیده، تأثیر بستری شدن زائو در مرحله نهفته ی زایمان را بر میزان سزارین مورد بررسی قرار داده است. این مطالعه بر روی ۳۰۰ نفر خانم زائوی مراجعه کننده به بیمارستان بهمن یزد انجام شده است. درمورد تمام افراد تصمیم اولیه زایمان واژینال بوده است. گروه اول شامل ۱۰۰ نفر زائو بودند که در مرحله نهفته زایمان بستری شدند. و گروه دوم شامل ۲۰۰ نفر زائو که در مرحله فعال زایمان بستری شده بودند. میزان انجام سزارین در گروه اول ۲۳٪ و در گروه دوم ۳٪ بود که با استفاده از آزمون آماری Odds ratio ریسک سزارین در افرادی که در مرحله نهفته بستری شدند ۹/۶۶ برابر افرادی بود که در مرحله فعال زایمان بستری شدند ($P \leq 0$). با توجه به یافته های این پژوهش بیشترین علل سزارین در گروه اول تنگی لگن و عدم پیشرفت زایمان بود (۵۲٪) دبسترس جنین ۴۳/۳٪ علت سزارین را تشکیل می داد. بنابر این بستری کردن زائو در فاز نهفته باعث افزایش میزان سزارین می شود و بیشترین علت آن تشخیص بیش از حد CPD می باشد.

واژه های کلیدی: فاز نهفته زایمان، فاز فعال زایمان، تنگی لگن، سزارین.

مقدمه

Labor مکانیسمی است که موجب خروج ماحصل حاملگی از رحم می شود و به سه مرحله معجزا تقسیم می شود.^(۱) مرحله اول زمانی آغاز می شود که انقباضات رحم دارای فرکانس و شدت و مدت کافی برای ایجاد افسمان و دیلاتاسیون پیشرونده سرویکس باشد و زمانی پایان می یابد که سرویکس کاملاً متسع شده باشد. مرحله دوم: از اتساع کامل سرویکس شروع و تا خروج جنین پایان می یابد. مرحله سوم: بعد از خروج جنین شروع و تا خروج کامل جفت و پرده ها پایان می یابد

مرحله اول زایمان دارای دو فاز می باشد
 ۱- فاز نهفته ۲- فاز فعال. فاز نهفته زایمان از شروع انقباضات رحمی شروع شده و تا شروع فاز فعال ادامه می یابد. در این زمان سرعت اتساع سرویکس کم می باشد و حداکثر به ۱-۵-۳ سانتیمتر می رسد. مدت زمان این مرحله بین ۴-۱ ساعت-۴ متغیر بوده و به طور متوسط در زنان نولی پار ۸/۶ ساعت می باشد^(۱). فاز فعال با دیلاتاسیون ۴-۳ سانتیمتر سرویکس شروع شده و تا دیلاتاسیون کامل ادامه دارد. در این مرحله سرعت دیلاتاسیون سرویکس در خانمهای نولی پار ۱/۲ cm/h و در خانمهای مولتی پار ۱/۵ cm/h می باشد و بطور متوسط 4.9h+3.4h طول می کشد^(۱). تشخیص زایمان سخت یا عدم پیشرفت زایمان در مرحله فعال زایمان داده می شود در صورتیکه

۱- استادیار گروه زنان و مامایی

۲- استاد گروه زنان و مامایی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد

نتایج

میانگین سنی جامعه مورد بررسی در گروه اول (خانمهایی که در مرحله نهفته زایمان بستری شده بودند) و در گروه دوم (خانمهایی که در مرحله فعال زایمان بستری شده بودند). ۲۵ سال بود. گروه اول ۴۴٪ نولی پار و ۵۶٪ مولتی پار، گروه دوم ۳۱/۵٪ نولی پار و ۶۸/۵٪ مولتی پار بودند. آپگار اولیه جنین در گروه اول ۹۵٪ بالای ۷ و در گروه دوم ۹۷٪ بالای ۷ بود متوسط وزن جنین در گروه اول ۳۰۵۰ گرم و در گروه دوم ۳۱۳۰ گرم بود. از نظر روش زایمان در دو گروه: گروه اول ۲۳٪ و گروه دوم ۳٪ تحت عمل سزارین قرار گرفتند جدول (۱).

شایعترین علل انجام CS در گروه اول ۱: CPD و ۲: دیسترس جنین بود. در گروه دوم علت اصلی انجام سزارین دیسترس جنین بود جدول (۲) که با استفاده از آزمون آماری odds ratio ریسک سزارین در افرادی که در مرحله نهفته بستری شده اند ۹/۶ برابر افرادی بود که در مرحله فعال زایمان بستری شدند (Pvalue=0). شایعترین علت انجام سزارین در گروه اول CPD (۵۲٪) و دیسترس جنین (۴۳/۳٪) بود و در گروه دوم بیشترین علت سزارین را دیسترس جنین تشکیل می داد (۸۳/۴٪). همانطور که در جدول (۳) دیده می شود

بیمارانی که با تشخیص تنگی لگن تحت عمل CS قرار گرفته اند تماماً با دیلاتاسیون کمتر از ۳ سانتیمتر این تشخیص داده شدند. افرادی که تحت عمل سزارین قرار گرفتند شامل ۶۵٪ نولی پار و ۳۵٪ مولتی پار و در گروه دوم شامل ۵۰٪ مولتی پار بودند. به علت کم بودن تعداد افرادی که در گروه دوم تحت عمل سزارین قرار گرفتند این مقایسه از نظر آماری معنی دار نمی باشد جدول (۴).

سرعت دیلاتاسیون سرویکس کمتر از ۱/۲ cm/h در خانمهای نولی پار یا 1.5cm/h در خانمهای مولتی پار باشد با نزول جنین در کانال زایمان کمتر از ۱ cm/hr در خانمهای نولی پار یا ۲cm/hr در خانمهای مولتی پار باشد در این صورت ۴۵-۳۰٪ از موارد زایمان با CPD همراه است^(۱). در صورت بستری شدن بیمار در مراحل اولیه زایمان (مرحله نهفته) با توجه به دامنه طولانی آن از نظر زمانی و گاهی طولانی شدن زمان بستری ممکن است اثر روانی ناخوشایندی برای بیمار و اطرافیان او داشته باشد و همچنین در این شرایط پزشک تحت فشار مسائل مختلف قرار گرفته و تصمیم به سزارین افزایش می یابد. در National Maternity Hospital در دوبلین^(۲) و همچنین در ایالات متحده پذیرش برای زایمان در بیمارستان زمانی صورت می گیرد که زانو در مرحله فعال زایمانی باشد یا کیسه آب باز شده باشد استفاده از روش فوق بسیاری از بلا تکلیفی ها را در مورد تشخیص زایمان در مراحل اولیه اتساع سرویکس برطرف می کند

روش بررسی

این مطالعه به روش تحلیلی آینده نگر انجام شده است. جامعه مورد بررسی شامل خانمهای زائوی مراجعه کننده به بیمارستان بهمن یزد می باشد که تصمیم اولیه برای آنها زایمان واژینال بوده است و خانمهایی که بنا به دلایلی کاندید عمل سزارین بوده اند در این مطالعه وارد نشدند ۱۰۰ مورد زانو که در مرحله نهفته زایمان در اتاق زایمان بستری شده بودند با ۲۰۰ مورد زانو که در مرحله فعال زایمان در اتاق زایمان بستری شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند و اطلاعات از طریق پرسشنامه ای بدون آگاهی پزشک مربوطه جمع آوری گردید. و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱: توزیع فراوانی روش زایمان در افراد مورد بررسی بر حسب زایمان در زمان بستری

روش زایمان		سزارین		زایمان واژینال		جمع
گروه مورد مطالعه		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
بستری شده در مرحله نهفته		۲۳	۲۳	۷۷	۷۷	۱۰۰
بستری شده در مرحله فعال		۶	۳	۱۹۴	۹۷	۲۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی علل سزارین در دو گروه مورد مطالعه

جمع		درخواست بیمار		** دیسترس جنین		CPD*		علل CS گروه مورد مطالعه
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۲۳	۳/۴	۱	۴۳/۴	۱۰	۵۲/۲	۱۲	گروه اول
۱۰۰	۶	-	-	۸۳/۴	۵	۱۶/۶	۱	گروه دوم

* در این جا CPD شامل تنگی لگن و عدم پیشرفت زایمان می باشد.

** در اینجا دیسترس جنین شامل افت ضربان قلب جنین و دفع مکنونیوم جنین می باشد.

جدول ۳: مقایسه باریتی در دو گروه بیماران مورد مطالعه که مورد سزارین قرار گرفته اند.

کل	مولتی پار		نولی پار		باریتی میزان c/s گروه مورد مطالعه
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۳	۳۵	۸	۶۵	۱۵	گروه اول
۶	۵۰	۳	۵۰	۳	گروه دوم

P.Value = 0.665

جدول ۴: توزیع فراوانی میزان دیلاتاسیون سرویکس بر حسب علل سزارین در زمانی که تصمیم به انجام سزارین

گرفته شده است (بیماران گروه اول)

کل		بیشتر از ۵ سانتیمتر		۳-۵ سانتیمتر		کمتر از ۳ سانتیمتر		دیلاتاسیون سرویکس موقع سزارین علل سزارین
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۳۲	۷	۰	۰	۰	۰	۴۶	۷	تنگی لگن
۱۸	۴	۱۰۰	۱	۳۳	۲	۷	۱	عدم پیشرفت
۴/۵	۱	۰	۰	۱۷	۱	۰	۰	افت ضربان قلب جنین
۳۲	۷	۰	۰	۳۳	۲	۳۳	۵	مکنونیوم
۹	۲	۰	۰	۱۷	۱	۷	۱	دکولمان
۴/۵	۱	۰	۰	۰	۰	۷	۱	درخواست بیمار
۱۰۰	۲۲	۵	۱	۲۷	۶	۶۸	۱۵	کل

بحث

این مطالعه که با هدف تعیین تأثیر بستری شدن زانو در مرحله نهفته زایمان بر میزان سزارین انجام شد نشان داد در صورتیکه زانو در مرحله نهفته زایمان بستری شود احتمال میزان سزارین تا حدود ۱۰ برابر نسبت به فردی که در مرحله فعال زایمان بستری می شود افزایش می یابد. (جدول ۱) شایعترین دلیل انجام سزارین در افراد مورد مطالعه به ترتیب تشخیص بیش از حد CPD (۵۲/۲٪) و وجود مکنونیوم در مایع آمنیوتیک (۳۳٪) بوده است (جدول ۲). تشخیص بیش از حد CPD یک معضل مامائی است که در تمام مراکز پزشکی دنیا مورد بحث می باشد. چندین مطالعه نشان داد که عدم پیشرفت زایمان دلیل اصلی برای سزارین است. تقریباً در یک سوم افرادی که تحت عمل سزارین قرار گرفته اند دلیل اصلی CPD بوده است. و تعداد زیادی از آنها یا در مرحله نهفته سزارین شده اند یا مرحله فعال، طولانی نگردیده است. (۳)

در بسیاری از کشورهای توسعه یافته از سال ۱۹۸۷ برنامه ریزی برای کاهش انجام سزارین انجام شد بطوری که حتی در افرادی که قبلاً به علت CPD تحت عمل سزارین قرار گرفته بودند سعی به انجام زایمان واژینال شدند و در گروه زیادی موفقیت آمیز بود. (۴)

در سال ۱۹۸۷ مطالعه ای نشان داد که شایعترین اندیکاسیون برای سزارین اول عدم پیشرفت زایمان می باشد. بیشترین درصد خانمهایی که CPD یا عدم پیشرفت زایمان علت اصلی زایمان اول آنها به طریق سزارین بود برای باردوم ۶۵٪ به روش زایمان واژینال وضع حمل نموده اند و جالب توجه این که نوزادان بدنیا آمده از نوزادان قبلی آنها که به روش سزارین متولد گردیده بودند بزرگتر بودند (۳). مطالعه ای در آمریکا نشان داده است که بسیاری از سزارینها که به علت عدم پیشرفت زایمان انجام شده بود هنوز در مرحله نهفته بوده یا مرحله فعال طولانی نشده بود (۲) به علت افزایش بی رویه سزارین با تشخیص نایجابی CPD کالج زنان و مامائی آمریکا (American College of Obst & Gyn) تشخیصی را برای الگوی زایمان غیرطبیعی ارائه داد که راهنمای مناسبی برای جلوگیری از

سزارین می باشد. طبق این کرایتریها تنها وقتی می توان تشخیص CPD داد که بیمار در مرحله فعال زایمان باشد و به مدت ۴ ساعت با انقباضات ۲۰۰ واحد مونته ویدئو در ۱۰ دقیقه به بیمار فرصت داده شود در صورت عدم پیشرفت طبیعی زایمان براساس منحنی پارتوگراف (یعنی اگر سرعت دیلاتاسیون کمتر از ۱/۲ cm/h برای خانمهای نولی پار و یا کمتر از ۱/۵ cm/h در خانمهای مولتی بار باشد) می توان اقدام به انجام سزارین نمود یا سرعت نزول کمتر از ۱ cm/h در خانمهای نولی پار و کمتر از ۲ cm/h در خانمهای مولتی پار باشد. (۱) دومین علت سزارین در این مطالعه آغشته بودن مایع آمنیوتیک به مکنونیوم بوده است مطالعات مختلف میزان افزایش ۲ برابر سزارین را در حاملگی های با مکنونیوم را نشان داده است (۵)

پیش آگهی جنین هایی که دفع مکنونیوم در مایع آمنیوتیک دارند بستگی به وضعیت مانیتورینگ قلب آنها دارد در صورتیکه با FHR غیر طبیعی همراه باشند. پیش آگهی بد است (۶). پیشنهاد شده است که مایع آمنیوتیک آغشته به مکنونیوم به ۳ درجه تقسیم شود و براساس آن اقدام لازم صورت گیرد:

درجه ۱: میزان مایع آمنیوتیک زیاد و کمی آغشته به مکنونیوم که در این صورت FHR ارزیابی شود. و اکسی توسین قطع شود.

درجه ۲: میزان مایع آمنیوتیک قابل توجه و غلظت زیاد مکنونیوم در این صورت باید نمونه گیری خون جنین انجام شود. و براساس آن تصمیم گیری شود.

درجه ۳: مایع آمنیوتیک کم و مکنونیوم غلیظ که باید سزارین انجام شود مگر اینکه زایمان سریع صورت گیرد (۷) در نوزادان متولد شده از مایع آمنیوتیک آغشته به مکنونیوم خطر آسپیراسیون مکنونیوم وجود دارد ولی این خطر ممکن است حتی قبل از زایمان و حتی در صورت عدم درد زایمان بروز کند، با ساکشن کردن دهان، بینی، حلق و تراشه نوزاد ممکن است از این پدیده جلوگیری شود. با تزریق مایع نرمال سالین به داخل مایع آمنیوتیک نیز ممکن است احتمال سندرم آسپیراسیون

نداشته باشد تفاوتی ندارد.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه نشانگر این واقعیت است که بستری کردن زانو در اتاق زایمان در فاز نهفته احتمال افزایش مداخله نابجا و عمل جراحی سزارین را افزایش می دهد و در صورتیکه بیمار پرخطر نباشد و کیسه آب باز نباشد بهتر است از بستری کردن زانو در فاز نهفته زایمان خودداری گردد.

مکونیوم را کاهش داد^(۷) با بررسی و مرور مقالات مختلف در مورد مایع آمنیوتیک آغشته به مکونیوم از سزارین به عنوان اولین اقدام و پیشگیری از سندرم آسپیراسیون مکونیوم پیشنهاد نشده است و در صورتی که مانیتورینگ قلب جنین یا PH خون جنین نرمال باشد، می توان به بیمار اجازه داد تا سیر زایمانی وضعیت زایمان بیمار را نشان دهد و پس آگهی نوزاد با سزارین یا زایمان واژینال در مواردی که مشکل دیگری غیر از مکونیوم وجود

References

- 1- Cunningham.F, et al. *Dystocia williams . j whitridye. Williams Obstetrics U.S.A.2001, Chap 18:427-430.*
- 2- Gifford D. S . Marton Sc – Fiske M(et al) . *Lack of progress in labor a reason for as . Obs & Gyn . 2000 , Vol 95 (4) : 589-95*
- 3- Sonia .N , Molina – jem – too many sections *Am . J of Obst & Gyn,2000,185: 1144 - 51.*
- 4- Porreco .R.P . *High Cesarean section rate A new perspeetiye . Obs & Gyn 1985 : 65 : 307-11.*
- 5- John . A . *Up to date management of post date pregnancy. Obst & Gyn Home page . Sept 2000/OS : 252-9.*
- 6- Bowen . Chotoor . J.S kaskarni .S.K . *Amniotic fluid index in the management of the post date pregnancy. West – Indian Med . S . 1995 , 44(2) : 64-6.*
- 7- Greenough.A . *Meconium aspiration syndrome prerention & Treatment . Early- Hum – Dev 1995 Apr .128 . 41 (3) : 185-92.*