

تأثیر شروع زودرس رژیم غذایی معمولی بر علائم ایلیوس در مادران سزارین شده به روش بی حسی نخاعی در بیمارستان عسلیان در شهر خرم آباد سال ۱۳۸۱

دکتر ناهید لرزاده

استادیار دانشگاه علوم پزشکی لرستان - متخصص زنان و زایمان

دکتر رنجبر

پزشک عمومی

خانم مرضیه مومن نسب

مشاور آمار - مربی عضو هیئت علمی دانشگاه

The effect of early feeding on Ileus symptoms in women with regional anaesthesia for cesarean delivey

Abstract:

Objective:

To study the rate of mild and severe ileus symptoms ,postoperative fever , hospital course , and amount of narcotic consumption of women who are offered solid food shortly after Cesarean delivery under regional anesthesia .

Material and Methods:

Sixty women were randomised, divided in two groups. Early - fed women were offered regular diet within 8 hours of surgery ,and controls were given nothing by mouth for 24 hours. They advanced to clear liquid on the first post operative day and were then given solid food on the second postoperative day.

Results:

Women in both groups had similar demographic characteristics .The incidence of mild and severe ileus symptoms were similar in both group (11/7% in early- fed group versus 10% in traditional - fed group). Women in early fed group had shorter hospital stay(47.9 hours versus 75.5 hours , $P<0.005$) . Women in early-fed group had shorter time interval from surgery to start of flatus or defecation(26 hours versus 49 hours. hours $P<0.005$). Women in early - fed group had shorter time interval from surgery to start of bowel sounds (10.23hours versus 15 hours $P<0.005$). Women in early - fed group had lower consumption of drugs after surgery (15mg versus 53 mg $P<0.05$).

Conclusion :

Early initiation of solid food after Cesarean delivery appeared to be well tolerated ,may be associated with a shorter hospital day,lower incidence of post operative fever and lower consumption of druge after surgey.

Key word :

Spinal anesthesia ,Early feeding ,Cesarean.

آدرس مکاتبه :

خرم آباد- بیمارستان عسلی - تلفن: ۴۳۶۰۹۹

مقدمه:

در دو دهه گذشته در آمریکا و سایر کشورهای پیشرفته و در حال توسعه میزان سزارین به نحو چشمگیری افزایش یافته است. در آمریکا این میزان از ۴/۵ درصد در سال ۱۹۶۵ به ۲۵ درصد در سال ۱۹۸۸ رسیده است. (۱)

در سال ۱۹۹۶ میانگین زمان بستری زنانی که تحت عمل سزارین قرار می گرفتند ۱/۳ روز بوده است (۲). ترخیص از بیمارستان بستگی به عدم وجود تب و بازگشت عملکرد روده دارد (۱) از آنجائیکه در عمل سزارین کمترین میزان دستکاری روده انجام می گیرد و مدت عمل کوتاه است بیماران می توانند به راحتی پس از ۸-۴ ساعت پس از عمل جراحی تحت رژیم غذایی معمولی قرار گیرند (۴-۳) چون شروع تغذیه جامد در بیماران ۴۸ ساعت پس از عمل جراحی سزارین آغاز می شود حرکات روده بیماران دیرتر باز می گردد و لذا بیمار مدت بیشتری در بیمارستان بستری است. از طرفی مسایل و مشکلاتی که زنان تحت عمل سزارین با آن دست به گریبان هستند مانند عفونت های داخل بیمارستانی و از طرفی هزینه های بالای بیمارستانی همواره مورد توجه بوده است.

شروع تغذیه زودرس منجر به بازگشت سریعتر حرکات روده، اجابت مزاج بیماران و در نتیجه ترخیص سریعتر بیماران می گردد اما همانطور که می دانیم رژیم غذایی دیررس که بیمار ۴۸ ساعت پس از عمل تحت رژیم غذایی معمولی قرار می گیرد موجب می شود تا حداقل ۷۲ ساعت پس از عمل جراحی ترخیص نشود و هزینه ای حدود سه برابر بیشتر نسبت به بیمارانی که تحت رژیم غذایی زودرس قرار دارند پدید آید (۱).

بستری طولانی مدت بیماران در بیمارستان احتمال ابتلا به عفونت های بیمارستانی را افزایش می دهد که معمولاً گونه های خطرناک و مقاومی هستند، از طرفی افزایش هزینه های بیمارستانی به علت بستری طولانی مدت بیماران بار کاری پرستاران بخش را افزایش می دهد و بازدهی آنها پایین می آید. در حال حاضر مطالعات صورت گرفته در کشورهای دیگر و ایران جهت کاهش مدت بستری بیماران در حال انجام می باشد.

با توجه به اینکه اغلب زایمانهای سزارین در دنیا تحت روش بی حسی نخاعی صورت می گیرد و چون بیمار تحت بیهوشی عمومی قرار ندارد می توان رژیم غذایی بیماران را زودتر آغاز کرد.

پیشنهاد می شود زایمانهای سزارین در ایران تحت بی حسی نخاعی انجام گیرد. ما در تحقیق خود بر آنیم که عوارض گوارشی، مدت بستری و مقدار ماده مخدر مصرفی پس از عمل را در گروه تغذیه زودرس تحت بررسی و آزمون قرار دهیم و در صورت مثبت بودن نتایج تحقیق این روش جدید را به همکاران عزیز توصیه نماییم.

روش کار:

در این مطالعه متغیرهای: سن بیمار - تعداد حاملگی - تعداد زایمان - تعداد سقط - علت سزارین و علائم انسداد روده خفیف و شدید - مدت بستری - زمان سمع حرکات روده - زمان شروع دفع گاز یا مدفوع - درجه حرارت بدن و مقدار ماده مخدر مصرفی پس از عمل مورد بررسی قرار گرفته است.

جامعه مورد مطالعه ۷۰ نفر از زنان بستری در بیمارستان عسلیان در سال ۱۳۸۱ که تحت عمل سزارین به روش بی حسی نخاعی اورژانس یا الکتیو قرار گرفتند می باشد.

افراد مراجعه کننده بر اساس نمونه گیری غیر تصادفی قضاوتی انتخاب می شوند و بر اساس تصادفی کردن به دو گروه A و B تقسیم می شوند. ابتدا بیماران به طور کامل و روشن از روش تحقیق و انجام آن و مزایایی که انجام این طرح در مرخص شدن زودرس از بیمارستان و کاهش هزینه و عفونت های بیمارستانی دارد مطلع شدند. بیمارانی که تحت بیهوشی عمومی، دریافت سولفات منیزیم، و یا هر گونه جراحی روده ای قرار گرفتند از مطالعه حذف شدند. بیماران انتی بیوتیک پروبیلاکسی دریافت نکرده بودند.

پس از عمل جراحی بیماران به صورت یک در میان در گروه تغذیه زودرس و تغذیه دیررس قرار گرفتند. مطالعه به صورت (دو سوکور) انجام گرفت به این صورت که پژوهشگری که برای معاینه و مصاحبه به بالین مریض میروید از اینکه بیمار در کدام گروه است.

اطلاع ندارد.

زنانی که در گروه تغذیه زودرس قرار گرفتند ۸ ساعت پس از عمل تحت رژیم غذایی معمولی قرار می گرفتند، زنانی که در گروه رژیم غذایی دیررس قرار گرفتند تا ۲۴ ساعت پس از جراحی حق خوردن غذایی را نداشتند. ۲۴ ساعت بعد در صورت تحمل، مایعات و ۴۸ ساعت بعد در صورت تحمل مایعات غذای جامد دریافت می کردند. در صورتی که بیماران تحمل غذای جامد - دفع گاز یا مدفوع - عدم استفراغ و عدم تب به مدت ۲۴ ساعت را داشتند مرخص می شدند.

معاینه بیماران هر یک ساعت تا سماع حرکات روده و بعد از آن هر روز دو بار جهت بررسی علائم ایلئوس - تب (دمای بدن بالای ۳۸ درجه سانتی گراد حداقل دو بار در روز به فاصله زمانی ۶ ساعت) و مصرف ماده مخدر توسط کارورز پژوهشگر در پرسشنامه ای که بدین منظور تهیه شده ثبت می گردید.

در جریان مطالعه در گروه تغذیه زودرس سه بیمار سابقه یبوست و دو بیمار سابقه مصرف مواد مخدر و در گروه تغذیه دیررس دو بیمار سابقه یبوست و سه بیمار سابقه استفاده از تنباکو را ذکر می کردند که به دلیل اینکه این عوامل می توانست در علائم انسداد روده و میزان ماده مخدر مصرفی این بیماران تداخل داشته باشد نامبرندگان از تحقیق حذف شدند و بررسی نهایی بین گروه تغذیه زودرس با ۳۰ نمونه و گروه تغذیه دیررس نیز با ۳۰ نمونه انجام گرفت.

نتایج دو گروه با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. آزمونهای آماری جهت آمار توصیفی شامل تعیین فراوانی - میانگین - انحراف معیار و آمار تحلیل شامل مجذور کای جهت اطلاعات گروه بندی شده و آزمون آ جهت مقایسه میانگین ها انجام گرفت.

یافته ها:

در این تحقیق متغیرهای سن، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، سابقه سقط و علت سزارین در گروه تغذیه زودرس به ترتیب ۲۶/۹، ۲/۴، ۱/۲

۱۰ درصد و در گروه تغذیه دیررس متغیرهای فوق به ترتیب ۲۶/۵، ۲/۶، ۱/۵، ۶/۷ درصد بود که از لحاظ آماری، اختلاف معنی داری مشاهده نشد (جدول شماره ۱) علت سزارین تقریباً در دو گروه مشابه بود (جدول شماره ۲).

این تحقیق نشان داد که علائم انسداد روده خفیف که شامل یکی از موارد بی اشتها، دردهای شکم، تهوع یا استفراغ بود، در گروه تغذیه زودرس، ۱۱/۷ درصد (۴ مورد) و در گروه تغذیه دیررس، ۱۰ درصد (۳ مورد) بوده که اختلاف ناچیز بوده و از لحاظ آماری معنی دار نبود.

همچنین علائم انسداد روده شدید که شامل اتساع شکم، استفراغ بیش از سه بار در ۲۴ ساعت، عدم تحمل رژیم مایعات خوراکی، نیاز به لوله معده یا نیاز به انجام عکس برداری شکم بود در هیچ یک از دو گروه تغذیه زودرس و دیررس مشاهده نشد.

نتایج نشان داد میانگین زمان شروع حرکات روده، در گروه تغذیه زودرس ۱۰/۲۲ ساعت پس از انجام عمل سزارین و در گروه تغذیه دیررس ۱۵ ساعت پس از انجام سزارین بوده، که اختلاف آن به لحاظ آماری معنی دار بود ($df=29$ $t=3/8$ $p<0/005$).

همچنین میانگین زمان شروع دفع گاز یا مدفوع در گروه تغذیه زودرس ۲۶ ساعت و در گروه تغذیه دیررس ۴۹ ساعت پس از عمل جراحی سزارین بوده است، که از لحاظ آماری اختلاف آنها معنی دار بود ($df=29$ $t=15/5$ $p<0/005$) (جدول ۳).

میانگین میزان ماده مخدر مصرفی پس از عمل در گروه تغذیه زودرس ۱۵ میلی گرم و در گروه تغذیه دیررس ۵۲/۳ گرم بود که آزمون آماری اختلاف معنی داری نشان داد ($df=29$ $t=5/42$ $p<0/005$).

میانگین مدت بستری در گروه تغذیه زودرس ۴۷/۹ ساعت و در گروه تغذیه دیررس ۷۵/۵ ساعت می باشد که اختلاف آنها از لحاظ آماری معنی دار بود.

($df=29$ $t=16/79$ $p<0/005$)

فراوانی نسبی افزایش درجه حرارت بدن در گروه تغذیه زودرس ۱۰ درصد (۶ مورد) و در گروه تغذیه دیررس ۷/۲۱ درصد (۱۲ مورد) بود و آزمون آماری t اختلاف معنی داری نشان داد (جدول ۳).

($Df=1$ $X^2=3/77$ $p<0/005$)

بحث:

در حال حاضر سالهای سال است که تغذیه زودرس با غذای معمولی بعد از انجام اعمال جراحی لاپاروسکوپی در تمام دنیا مورد قبول همگان است و مزایای آن بر همگان ثابت شده است و بسیاری از پزشکان جراح این روش تغذیه را در دنیا برای بیماران خود به کار می برند (۵).

مطالعات و تحقیقات جدید نشان می دهد، که تغذیه زودرس در اعمال جراحی لاپاراتومی و سزارین نیز نتایج چشمگیری داشته است (۳، ۴، ۶)، اگرچه تغذیه زودرس به خوبی توسط بیماران تحمل می شود، ولی مدت بستری بیماران در بیمارستان به طور مشخص و واضح روشن نشده است (۳، ۴، ۶).

این مطالعه نشان داد که شروع زودرس تغذیه معمولی پس از سزارین، با کاهش زمان شروع حرکات روده، کاهش زمان شروع دفع گاز و مدفوع، کاهش شیوع تب بعد از عمل، کاهش مقدار ماده مخدر مصرفی بعد از عمل و کاهش مدت بستری در بیمارستان همراه است با این وجود عوارض گوارشی ناشی از تغذیه زودرس افزایش نیافته است.

در مطالعات انجام شده توسط گروه بارو ۱ در سال ۱۹۹۵ در کشور آمریکا مقدار مصرف پتیدین در گروه تغذیه زودرس ۷۵ میلی گرم و در گروه تغذیه دیررس ۲۲۵ میلی گرم بوده است (۲)، که این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار بوده و با این مطالعه مشابهت دارد.

در مطالعه ای که توسط دکتر محمد علی رقایی و دکتر مرضیه ذنونی در بیمارستان امین اصفهان در سال ۱۳۷۴، جهت شروع رژیم مایعات صاف شده ۸-۶ ساعت پس از سزارین در گروه تغذیه زودرس و شروع رژیم مایعات صاف شده ۲۴ ساعت پس از عمل در گروه تغذیه دیررس انجام گرفت، میزان بروز نفخ شکم در گروه تغذیه زودرس ۶ نفر (۶٪) و در گروه تغذیه دیررس ۹ نفر (۹٪) بوده که از لحاظ آماری اختلاف آنها معنی دار نیست.

میزان بروز درد شکم و استفراغ نیز تفاوت معنی داری از لحاظ آماری ندارد. میانگین مدت بستری در گروه تغذیه زودرس ۷۲ ساعت و در گروه تغذیه دیررس ۱۲۰ ساعت می باشد (۷)، که شاید اختلاف

آماری بین نتایج به دست آمده در مطالعه ما و مطالعه دکتر رقایی به علت شروع زودتر رژیم غذایی معمولی در تحقیق ما بوده است. که منجر به ترخیص زودتر بیماران شده است. ولی تشابه نتایج عوارض گوارشی در مطالعه دکتر رقایی و مطالعه حاضر به چشم می خورد.

همچنین در مطالعات دکتر سوریانو و همکارانش در سال ۱۹۹۶ در آمریکا شروع غذاهای نرم، ۲ ساعت پس از عمل سزارین، نشان دهنده کاهش مدت دریافت مایعات از طریق رگ، در گروه تغذیه زودرس، در مقایسه با گروه تغذیه دیررس بوده است (۱۹ ساعت در مقابل ۳۱ ساعت).

همچنین گروهی که تحت رژیم غذایی نرم زودرس بوده قادر به خوردن غذاهای معمولی شده اند. (۲۷ ساعت در مقابل ۴۰ ساعت). میزان عوارض گوارشی در دو گروه مشابه بوده است. همچنین ۹۴ درصد در دو گروه تغذیه زودرس از برنامه رژیم غذایی خود راضی بوده اند و ۶۶ درصد از کسانی که تحت رژیم غذایی دیررس بودند ترجیح دادند که رژیم غذایی آنها زودتر شروع شود.

پرستاران نیز به خاطر آن که بارکاری آنها در بخش کاهش یافته و به طبع بازدهی آنها افزایش می یابد از این رژیم غذایی در مورد مریضها راضی بودند (۴).

در مطالعات انجام گرفته توسط گروه پاتولیا ۲ در سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۰ که رژیم غذایی آنها در گروه زودرس ۸ ساعت پس از عمل جراحی شروع شد و در گروه دیررس ۲۴ ساعت پس از جراحی رژیم مایعات و در صورت تحمل ۴۸ ساعت بعد رژیم غذایی معمولی شروع می شد علائم ایلئوس خفیف در گروه تغذیه زودرس ۳۱٪ و در گروه تغذیه دیررس ۲۶٪ در صد گزارش شده که از لحاظ آماری اختلاف معنی داری ندارد و مشابه نتایج مطالعه ما می باشد.

از طرفی علائم ایلئوس شدید در گروه تغذیه زودرس صفر در صد و در گروه تغذیه دیررس ۱/۷ در صد گزارش شده، که از لحاظ آماری اختلاف معنی دار نبوده و مشابه مطالعه ما می باشد.

زمان دفع گاز و مدفوع در گروه تغذیه زودرس ۳۴/۵ ساعت و در گروه تغذیه دیررس ۵۱

ساعت بوده که شاید اختلاف آمار تحقیق آنها بسا تحقیق ما به علت نوع رژیم غذایی است که در کشور ما مصرف می شود و اغلب آنرا فیبر تشکیل می دهد. تب بعد از عمل در گروه تغذیه زودرس ۱۳/۳ درصد و در گروه تغذیه دیررس ۱۶/۷ درصد بوده است که مشابه مطالعه ما بوده است. مدت بستری در گروه تغذیه زودرس ۴۹/۵ ساعت و گروه تغذیه دیررس ۷۵ ساعت بوده که مشابه مطالعه ما میباشد (۸).

در مطالعه ای که در بیمارستان مهدیه تهران، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۷۸-۷۷ توسط خانم دکتر کیمیایی صورت گرفت تعداد ۴۰۲ زن در دو گروه قرار گرفتند. گروه تغذیه زودرس ۶ ساعت پس از عمل و گروه تغذیه دیررس ۲۴ ساعت پس از عمل روی رژیم معمولی قرار گرفتند. در این مطالعه مدت زمان بستری در گروه تغذیه زودرس ۵۶/۱ ساعت و در گروه تغذیه دیررس ۶۸/۹ بوده، که با مطالعه موجود مشابهت دارد.

زمان دفع گاز و مدفوع در گروه تغذیه زودرس ۴۴ و در گروه تغذیه دیررس ۵۲ ساعت بوده و میزان بروز تب در گروه تغذیه زودرس ۱۱ درصد و در گروه تغذیه دیررس ۲۲ درصد بوده که اختلاف از لحاظ آماری معنی دار بوده و مشابه مطالعه ما می باشد. در این مطالعه میزان بروز عوارض گوارشی خفیف و شدید از لحاظ آماری اختلاف معنی داری نداشت که مشابه مطالعه ما بود (۹).

اثر مفید دیگری که در تغذیه زودرس مشاهده شد کاهش قابل توجه بروز تب پس از عمل بود، که این کاهش در مطالعه گروه کرامر ۱ و گروه بسارو نیز گزارش شده است که می تواند به عنوان یک اثر مفید برای تغذیه زودرس محسوب شود. علت کاهش تب مشخص نیست ولی گزارش شده که تغذیه زودرس چه خوراکی و چه وریدی با افزایش تعداد لنفوسیتها

همراه است (۱۰). معهدا افزایش لنفوسیتها در تغذیه خوراکی به طور معنی داری بیشتر از تغذیه زودرس وریدی بوده و در همان مطالعه میزان (۵). عفونت به طور معنی داری در گروه تغذیه زودرس خوراکی (۳ درصد) کمتر از گروه TPN (۲۰ درصد) گزارش شده است.

نتیجه گیری:

از آنجائیکه سزارین معمولاً در افراد سالم و جوان انجام شده و با دستکاری جزئی روده ای همراه می باشد، انتخاب تغذیه زودرس با رژیم جامد بدون خطر برای سلامتی بیمار بوده و به علاوه با بروز کمتر تب پس از عمل و مدت بستری کوتاه تر همراه است که منجر به کاهش اضطراب و هزینه بیمار و پزشک می شود.

پیشنهادات:

۱- همانطور که می دانیم اولاً ایلئوس بعد از عمل تا حد بسیار زیادی، تحت تاثیر دستکاریهای داخل شکمی می باشد. لذا می توان بدون در نظر گرفتن نوع بی هوشی انجام گرفته، علایم انسداد روده را در بیماران مقایسه کرد. در ثانی می توان مدت انجام عمل و مدت بی حرکتی بیماران در بستر را و نوع و حجم غذای مصرف شده را به عنوان عوامل تعیین کننده بازگشت حرکات روده و ترخیص زودتر بیماران در یک مطالعه آینده نگر مورد بررسی قرار داد.

۲- پیشنهاد می شود در یک طرح تحقیقاتی هزینه بیمارستانی بیماران و رضایت مندی آنها بعد از انجام طرح، در دو گروه مورد مقایسه قرار گیرد.

۳- مطالعه بعدی با حجم نمونه بیشتری انجام گردد.

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین متغیرهای سن، گراوتی، باریتی، سقط، سابقه مصرف سیگار، تنباکو و مواد مخدر، سابقه یبوست در گروه تغذیه زودرس و دیر رس

متغیر	گروه تغذیه زود رس (N=۳۵)	گروه تغذیه دیر رس (N=۳۵)
سن	۲۶/۹±۱۰/۲	۲۶/۵±۱۰
گراوتی	(۱-۴)۲/۴	(۱-۵)۲/۶
باریتی	(۰-۳)۱/۲	(۰-۴)۱/۵
سقط	%۱۰	(۴)%۶/۷
سابقه یبوست	۳	۲
مصرف تنباکو، سیگار، مواد مخدر	۲	۳

جدول شماره ۲: مقایسه علت سزارین در گروه تغذیه زودرس و تغذیه دیررس

علت سزارین	گروه تغذیه زود رس (N=۳۵)	گروه تغذیه دیر رس (N=۳۵)
عدم پیشرفت	(%۱۶/۶)۵	(%۱۰)۳
سزارین قبلی	(%۴۳/۳)۱۳	(%۵۶/۶)۱۷
نمایش غیر طبیعی	%۴-/۱۲	(%۳۳/۳)۱۰

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین های متغیرهای علائم ایلتوس خفیف، ایلتوس شدید، مدت بستری (ساعت)، زمان شروع دفع گاز یا مدفوع (ساعت) زمان شروع حرکات روده (ساعت)، تب بعد از عمل، مقدار ماده مخدر مصرفی پس از عمل (میلی گرم) در گروه تغذیه زود رس و دیر رس

متغیر	گروه تغذیه زود رس (N=۳۵)	گروه تغذیه دیر رس (N=۳۵)	P value
علائم ایلتوس خفیف	%۱۱/۷	%۱۰	۰/۷۵
علائم ایلتوس شدید	%۰	%۰	-
مدت بستری (ساعت)	۴۷/۹±۱۴/۸	۷۵/۵±۱۴	<۰/۰۰۵
زمان شروع دفع گاز یا مدفوع (ساعت)	۲۶±۵	۴۹±۱۶/۴	<۰/۰۰۵
زمان شروع حرکات روده (ساعت)	۱۰/۲۳±۱۰	۱۵±۱۱	<۰/۰۰۵
تب بعد از عمل	(۶)%۱۰	(۱۳)%۲۱/۷	۰/۰۵
دوز ماده مخدر مصرفی پس از عمل (میلی گرم)	۱۵±۴۶/۶	۵۲/۳±۶۹	<۰/۰۰۵

هدف:

این مطالعه به منظور تعیین میزان علایم ایلیوس، تب، مدت بستری و میزان ماده مخدر مصرفی، در زنانی که رژیم غذایی آنها به صورت زودرس بعد از عمل جراحی سزارین به روش بیحسی نخاعی بوده، صورت گرفته است.

روش مطالعه:

۶۰ زن مورد مطالعه در دو گروه تغذیه زودرس و تغذیه دیررس به طور تصادفی قرار گرفتند. گروه تغذیه زودرس ۸ ساعت پس از عمل جراحی تحت رژیم غذایی معمولی قرار گرفتند و گروه تغذیه دیررس تا ۲۴ ساعت حق خوردن چیزی را نداشتند؛ بعد از یک روز از عمل جراحی رژیم مایعات صاف شده و بعد از روز دوم جراحی، رژیم غذایی جامد دریافت کردند.

نتایج:

زنان دو گروه از نظر خصوصیات دموگرافیک مشابه بودند. میزان بروز عوارض ایلیوس خفیف (۱۱/۷ درصد در گروه تغذیه زودرس و ۱۰ درصد در گروه تغذیه دیررس)، و عوارض ایلیوس شدید (صفر درصد در دو گروه) در دو گروه مشابه بود. زنانی که در گروه تغذیه زودرس قرار داشتند، مدت زمان کمتری در بیمارستان بستری بودند (۴۷/۹ ساعت در مقابل ۷۵/۵ ساعت $P<0/005$) زمان سمع حرکات روده نیز، در گروه تغذیه زودرس کمتر بوده است (۱۰/۲۳ ساعت در مقابل ۱۵ ساعت $P<0/005$) تب بعد از عمل نیز در گروه تغذیه زودرس کمتر بوده است (۱۰ درصد در مقابل ۲۱/۷ درصد $P<0/005$) مقدار ماده مخدر مصرفی پس از عمل نیز، در گروه تغذیه زودرس کمتر بوده است (۱۵ میلی گرم در مقابل ۵۳ میلی گرم $P<0/005$)

نتیجه گیری:

به نظر میرسد شروع تغذیه زودرس پس از عمل سزارین به خوبی توسط بیماران تحمل می شود و موجب کاهش طول مدت بستری آنها و مقدار ماده مخدر مصرفی پس از عمل در آنها، میشود.

واژه های کلیدی:

تغذیه زودرس، سزارین، بی حسی نخاعی

References:

- 1-Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ. Cesarean Delivery and Cesarean hysterectomy in Williams obstetrics. 21 th ed Norwalk, CT:MC Graw Hill, 2001 509-531
- 2-Mushinki M. Average changes for uncomplicated vaginal, cesarean and VBAC deliveries: Regional variation in the united states, 1996 stat Bull metrop In sur co 1998, 77, 17-28.
- 3-Burrows WR, Gingo Jr, Rose SM, et al. Safety and efficacy of early postoperative solid food consumption after cesarean sectin. J Report Med 1995;40:463-467.
- 4-Sonariano D, Dulizki M, Keider G, et al. Early oral feeding after cesarean delivery Obstet Gynecol 1996;87:1006-8
- 5- Binderow SR, Cohen SM, Wexner SD, et al Must early postoperative oral intake be limited to laparoscopy? Dis Colon Rectum 1994;37. 584-589.
- 6- BUFO AJ, Feldman S, Daniels GA, et al. Early postoperative feeding Dis colon Rectum 1994;37:1260-1265
- ۷-رقایی م. ذنوبی م. بررسی مقایسه ای شروع رژیم مایعات صاف شده ۶ تا ۸ ساعت و ۲۴ ساعت پس از سزارین. مجله نبض ۱۳۷۴. شماره ششم. ص ۲۴-۲۱
- 8-Dolar S, Patolia, Robert L.M. Hilliard, Jr, et al. Early feeding after cesarean: Randomized trial. American j of obstet and Gynecol 2001. 113-116
- ۹-کیمیای پ. اولادی، طالقانی آ. بررسی اثرات رژیم غذایی زودرس پس از سزارین روی عوارض گوارشی و سیر بهبودی بیمار مجله پژوهشده. بهار ۱۳۸۰، شماره ص. ص ۲۷-۳۱.
- 10-Kramer RJ, Vasomeren J K, Quails DR. Post operative management of cesarean patient, the effect of immediate feeding on the incidence of ileus obstet Gynecol 1996;88(1):32-34