

اثر تغذیه زودرس پس از سزارین در مقایسه با تغذیه معمولی بر عملکرد گوارشی زنان مراجعه کننده به بیمارستان شهدای تجریش

مهرنوش امیری سیاوشانی^۱، مریم علوی میلانی^۱، آزاده شعبانی^۱، هدی تفضلی هرندی^۲، مریم افراخته^{۳*}

^۱ گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، ^۲ گروه پژوهشی بیماریهای پستان، مرکز تحقیقات سرطان پستان، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۷/۱۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۸/۲۳

چکیده:

زمینه و هدف: شروع زودتر تغذیه پس از سزارین می‌تواند اثرات مفیدی داشته باشد، با این حال هنوز مطالعه‌های کافی در این زمینه انجام نشده است. هدف از مطالعه حاضر تعیین اثر تغذیه زودرس بر عوارض گوارشی زنان پس از زایمان سزارین و مقایسه آن با تغذیه معمولی بود.

روش بررسی: این کارآزمایی بالینی تصادفی در ۱۶۰ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان شهدای تجریش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال‌های ۹۱-۱۳۹۰، که تحت سزارین قرار گرفتند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان با سن حاملگی بیشتر از ۳۷ هفته، حاملگی تک قلو، داشتن حداقل ۸ ساعت ناشتایی، سزارین به روش بی‌هوش ژئوئال (نخاعی) بود. پس از ثبت مشخصات دموگرافیک و حاملگی، زنان به طور تصادفی به دو گروه تغذیه زودرس (۲ ساعت پس از اتمام عمل، ۲۵۰ سی‌سی آبمیوه صاف شده، در ۲ ساعت بعدی رژیم سبک چای و بیسکویت و در ۲ ساعت بعد از آن رژیم معمول) و تغذیه معمولی (۸ ساعت پس از عمل رژیم مایعات صاف شده و روز بعد از عمل رژیم معمول) تقسیم شدند، وجود علائم گوارشی (تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، دیستانسیون شکم، نفخ و درد کرامپی شکم) در ۲ ساعت، ۴ ساعت، ۸ ساعت و ۱۲ ساعت پس از عمل، زمان سمع صداهای روده ای، اولین دفع گاز و زمان اولین دفع مدفوع ثبت گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری مربع کای و تی تست تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: شیوع علائم گوارشی در ۲ و ۴ ساعت پس از عمل در گروه تغذیه زودرس و در ۸ ساعت پس از عمل در گروه تغذیه معمولی به میزان معنی‌داری بیشتر بود ($p < 0.05$). در ساعت ۱۲ پس از عمل تفاوت معنی‌داری از نظر علائم گوارشی بین دو گروه وجود نداشت ($p < 0.05$) زمان سمع صداهای روده ای و زمان دفع گاز نیز در گروه تغذیه زودرس به میزان معنی‌داری زودتر از تغذیه معمولی بود ($p = 0.001$)، اما تفاوت معنی‌دار از نظر زمان دفع مدفوع بین دو گروه وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: تغذیه زودرس باعث تسریع بروز علائم گوارشی، سمع زودتر صداهای روده ای و دفع زودتر گاز شد. توصیه می‌شود در مطالعه‌های آتی رژیم‌های متفاوت و نیز میزان پذیرش و رضایت بیمار مورد بررسی قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: سزارین، تغذیه پس از سزارین، تغذیه معمولی، تغذیه زودرس

* نویسنده مسئول: مریم افراخته، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، گروه زنان و زایمان

Email:mafrakhte1@yahoo.com

مقدمه

تحمل کرد یا دفع گاز داشت شروع می‌شود (۸). اگرچه به طور کامل نمی‌توان ایلئوس بعد از عمل را حذف کرد، اما پیشنهادها و روش‌های متعددی جهت کاهش آن توصیه شده است که شامل؛ تغذیه زودرس، تحرک زودرس بعد از عمل، بی‌هوشی اپیدورال، به حداقل رساندن جراحی‌های تهاجمی، بی‌حسی موضعی، کاهش اپیوئید و عوامل پروکیناز، ساکشن نازوگاستریک، تزریق مایع‌های داخل وریدی، کاهش مصرف داروهای وریدی، کاهش دستکاری‌های حین عمل، استفاده از گیرنده‌های سیکلواکسژنان، داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی و نوشیدن مایع‌ها با محتوای بالای کربوهیدرات می‌باشند (۱).

داشتن صداهای روده‌ای و دفع گاز قبل از شروع تغذیه خوراکی یکی از موارد احتیاط بعد از جراحی‌های شکمی به ویژه سزارین می‌باشد که در دوره بعد از عمل باید صورت گیرد. براساس فرضیه‌ها در صورت عدم بازگشت صداهای روده‌ای، تغذیه زودرس می‌تواند منجر به افزایش بروز تهوع، استفراغ و دیستانسیون شکم شود (۴). تأخیر در شروع تغذیه بعد از عمل جراحی منجر به افزایش شکست سلول‌ها، افزایش ریسک عفونت، کاهش ترمیم زخم و طولانی شدن مدت اقامت در بیمارستان می‌شود در حالی که شروع تغذیه زودرس نه تنها می‌تواند باعث کاهش زمان ایلئوس، کاهش دفع ذخیره پروتئین، بهبود ترمیم زخم شود، بلکه موجب کاهش

سزارین یکی از انواع لاپاروتومی و از رایج‌ترین فرایندهای جراحی می‌باشد که با تغییرات بعد از عمل در سیستم عصبی اتونومیک، موجب کاهش حرکات روده‌ای می‌شود (۲ و ۱). میزان سزارین به ویژه در کشورهای توسعه یافته در حال گسترش است به طوری که در آمریکا شیوع این جراحی ۳۲/۳ درصد و با افزایش سالیانه ۲ درصد همراه بوده است (۳). ایلئوس بعد از عمل وضعیتی گذرا در عملکرد روده‌ها است و به صورت نارسایی در تحرک روده‌ها تعریف می‌شود و ممکن است بین ۲ تا ۵ روز طول بکشد و به افزایش موربیدیتی، طولانی شدن زمان بستری در بیمارستان و افزایش هزینه‌های نظام بهداشت و درمان منجر می‌شود (۵ و ۴). باور عمومی بر این است که ایلئوس بعد از عمل پس از تمام اعمال جراحی شکمی و به دنبال بی‌هوشی و دستکاری روده‌ای ایجاد می‌شود و شدت آن بستگی به میزان دستکاری روده‌ها، میزان چسبندگی و طول مدت جراحی دارد (۷ و ۶). به طور معمول برای بیماری که تحت لاپاراتومی قرار می‌گیرد یک رژیم تدریجی برای کاهش احتمال ایلئوس پس از عمل در نظر گرفته می‌شود. ابتدا بیمار برای ۱۲-۲۴ ساعت NPO (nothing by mouth) باقی می‌ماند. سپس در روز اول رژیم مایعات شفاف (clear liquid diet) شروع شده، پس از آن در روز دوم رژیم مایعات کامل تجویز می‌گردد. رژیم جامدات در زمانی که بیمار رژیم مایعات کامل را

هزینه‌های مراقبت از بیمار و بهبود وضعیت و رضایت بیمار بعد از عمل می‌شود (۹ و ۱۰).

در اغلب مطالعه‌هایی که در این زمینه موجود است اثرات سودمند تغذیه زودرس پس از اعمال جراحی و لاپاراتومی نشان داده شده است (۱۱ و ۱۰، ۲). به طور مثال آدویا و همکاران در مطالعه خود ۶ تا ۸ ساعت پس از سزارین تغذیه زودرس را آغاز کردند و نشان دادند تغذیه زودرس موجب بازگشت سریع‌تر عملکرد روده‌ها شد (۴). مگنزی و همکاران نیز به نتایج مشابه دست یافتند (۱۲). عادل و همکاران در مطالعه خود اظهار داشتند میزان رضایت زنان قبل از ترخیص در تغذیه زودرس نسبت به گروه کنترل به میزان معنی داری بیشتر بود (۱۳). جلالیان و همکاران نیز در کارآزمایی تصادفی خود نشان دادند تغذیه زودرس موجب کاهش زمان بازگشت عملکرد روده‌ها شد (۱۴).

با توجه به افزایش روز افزون انجام سزارین و عدم مطالعه‌های کافی در این زمینه، این مطالعه با هدف تعیین اثر تغذیه زودرس پس از سزارین در مقایسه با تغذیه معمولی بر عملکرد گوارشی زنان مراجعه کننده به بیمارستان شهدای تجریش در سال ۹۰-۹۱ انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی انجام شد. جامعه پژوهش زنان باردار

مراجعه کننده به بیمارستان شهدای تجریش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند که در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۰ تحت سزارین قرار گرفته بودند. بر اساس نتایج مطالعه‌های مشابه و مشورت با مشاور آمار حجم نمونه در هر گروه ۸۰ نفر و در مجموع ۱۶۰ نفر محاسبه گردید. پس از دریافت معرفی نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و اخذ مجوز لازم از کمیته اخلاق دانشگاه، در ابتدا زنان بر اساس معیارهای ورود انتخاب شده و شیوه انجام مطالعه برای کلیه بیماران توضیح داده شد و از کلیه آن‌ها رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در مطالعه اخذ گردید. به بیماران گفته شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند و در هر زمان که مایل باشند قادر به خروج مطالعه هستند. همچنین برای آنها توضیح داده شد که انجام مطالعه هیچ‌گونه خطری برای بیمار یا فرزندش ندارد، سپس مشخصات اولیه آنها ثبت گردید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل یک چک لیست بود که این چک لیست شامل سن بیمار، سن حاملگی، پاریتی، بیماری زمینه‌ای، علت سزارین، طول مدت عمل جراحی، علایم گوارشی (تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، دیستانسیون شکم، نفخ شکم و درد کرامپی شکم) در ۲ ساعت، ۴ ساعت، ۸ ساعت و ۱۲ ساعت پس از عمل، زمان سمع صداها، روده‌ای، اولین دفع گاز و اولین زمان دفع مدفوع (۶ ساعت اول پس از عمل، ۶ ساعت دوم پس از عمل، پس از ۱۲ ساعت از عمل) بود.

درمان مناسب ایلئوس بر اساس شرایط بیمار انجام شد. مایع درمانی وریدی هنگامی که بیمار بدون احساس تهوع، یک وعده غذایی سبک نیمه جامد را تحمل می‌کرد، قطع شد. سوند فولی نیز در این زمان خارج گردید، اما کانول وریدی برای ۱۲ ساعت حفظ شد. بیمار در صورت توانایی در تحمل رژیم معمولی بدون تهوع، داشتن دفع گاز یا صداهای روده ای فعال و نیز عدم وجود تب در ۲۴ ساعت گذشته ترخیص شد. بیماران در طی روز به وسیله رزیدنت ویزیت شده و وجود علائم گوارشی (تهوع، استفراغ، بی اشتها، دیستانسیون شکم، نفخ شکم و درد کرامپی شکم) در ۲ ساعت، ۴ ساعت، ۸ ساعت و ۱۲ ساعت پس از عمل، زمان سمع صداهای روده ای، اولین دفع گاز و اولین زمان دفع مدفوع در چک لیست ثبت گردید.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۳ و آزمون‌های آماری مربع کای و تی تست تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

متوسط سن زنان 29 ± 4 سال و دامنه سنی ۱۸-۴۱ سال بود. متوسط تعداد حاملگی زنان 2 ± 1 و بین ۱-۷ مورد بود. همچنین متوسط تعداد زایمان زنان $1 \pm 0/5$ و بین ۱-۳ زایمان بود. شایع‌ترین علت سزارین در زنان سزارین تکراری بود (۵۹ درصد) و پس از آن عدم پاسخ به القا دومین علت سزارین بود. بین دو

معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان با سن حاملگی بیشتر از ۳۷ هفته، حاملگی تک قلو، داشتن حداقل ۸ ساعت زمان ناشتایی، سزارین به روش بی‌هوشی رژیونال (نخاعی) بود. بی‌هوش جنرال، سابقه جراحی شکمی- روده‌ای، سزارین به دلیل دیسترس جنینی یا دوقلویی، وجود آنومالی‌های جنینی، وجود بیماری‌های زمینه‌ای گوارشی یا غیر گوارشی در مادر، حجم خونریزی حین عمل بیشتر از ۱۵۰۰ سی‌سی، عوارض حین عمل نظیر آتونی، آسیب روده یا مثانه به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. تمام زنان پس از عمل داروهای پتدین و پرومتازین دریافت کردند. پس از عمل، زنان به صورت تصادفی در دو گروه ۸۰ تایی تغذیه زودرس (گروه مداخله) و تغذیه معمولی (گروه کنترل) قرار گرفتند. در گروه مداخله شروع تغذیه زودرس به این صورت بود که ۲ ساعت پس از اتمام عمل، ۲۵۰ سی‌سی آبیوه صاف شده تجویز، در ۲ ساعت بعدی رژیم سبک شامل چای و بیسکویت و در ۲ ساعت بعد از آن نیز رژیم معمولی بر اساس تحمل بیمار تجویز شد. نحوه شروع تغذیه معمولی در گروه کنترل نیز به این صورت بود که ۸ ساعت پس از عمل رژیم مایعات صاف شده شروع و روز بعد از عمل رژیم معمولی تجویز شد. تغذیه زنان علی‌رغم وجود تهوع تجویز شد، اما بیماران طبق خواسته خود می‌توانستند از خوردن اجتناب کنند. با این حال در صورت بروز علائم ایلئوس بیمار NPO شده و مایع درمانی وریدی و

گروه از نظر سن حاملگی، تعداد حاملگی و علت سزارین اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد ($p > 0/05$).

اختلاف معنی‌دار بین دو گروه تغذیه زود رس و تغذیه معمولی از نظر سن بیمارار و وجود نداشت ($p = 0/42$).

پس از انجام آزمون کای اسکوئر، بین دو گروه از نظر علایم گوارشی ۲ ساعت و ۴ ساعت پس از عمل اختلاف معنی‌دار مشاهده شد ($p < 0/05$) به نحوی که این علایم در گروه تغذیه زودرس بیشتر از گروه تغذیه معمولی بود (جدول ۱ و ۲).

بین دو گروه از نظر علایم گوارشی ۸ ساعت پس از عمل اختلاف معنی‌دار مشاهده شد، به نحوی

که کلیه علایم گوارشی ۸ ساعت پس از عمل در گروه تغذیه معمولی به میزان معنی‌داری بیشتر از گروه تغذیه زود رس بود (جدول ۳). همچنین بین دو گروه از نظر علایم گوارشی ۱۲ ساعت پس از عمل اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد.

از نظر زمان سمع صداهای روده‌ای و دفع گاز بین دو گروه تغذیه زودرس و تغذیه معمولی اختلاف معنی‌دار وجود داشت ($p = 0/001$). به نحوی که زمان سمع صداهای روده‌ای و دفع گاز در گروه تغذیه زودرس زودتر از گروه تغذیه معمولی اتفاق افتاده بود. همچنین از نظر زمان دفع مدفوع اختلاف معنی‌دار بین دو گروه مشاهده نشد ($p = 0/1$).

جدول ۱: مقایسه توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش از نظر علایم گوارشی برحسب نوع تغذیه ۲ ساعت پس از عمل

علایم گوارشی	گروه	عدم وجود (درصد) تعداد	خفیف (درصد) تعداد	متوسط تا شدید (درصد) تعداد	سطح معنی‌داری بین دو گروه
تهوع	تغذیه زودرس	۲۰ (۲۵)	۵۰ (۶۳)	۱۰ (۱۲)	۰/۰۰۰۱
	تغذیه معمولی	۶۷ (۸۴)	۱۱ (۱۴)	۲ (۲)	
استفراغ	تغذیه زودرس	۴۸ (۶۰)	۲۹ (۳۶)	۳ (۴)	۰/۰۰۲
	تغذیه معمولی	۶۸ (۸۵)	۱۱ (۱۴)	۱ (۱)	
بی‌اشتهایی	تغذیه زودرس	۳۵ (۴۴)	۳۷ (۴۶)	۸ (۱۰)	۰/۰۰۰۳
	تغذیه معمولی	۶۷ (۸۴)	۸ (۱۰)	۵ (۶)	
دیستانسیون شکم	تغذیه زودرس	۵۵ (۶۹)	۲۰ (۲۵)	۵ (۶)	۰/۰۲
	تغذیه معمولی	۶۹ (۸۶)	۷ (۹)	۴ (۵)	
نفخ	تغذیه زودرس	۱۲ (۱۵)	۵۴ (۶۸)	۱۴ (۱۷)	۰/۰۰۰۱
	تغذیه معمولی	۶۷ (۸۴)	۱۱ (۱۴)	۲ (۲)	
درد کرامپی شکم	تغذیه زودرس	۵ (۶)	۷۰ (۸۸)	۵ (۶)	۰/۰۰۰۵
	تغذیه معمولی	۶۷ (۸۴)	۱۱ (۱۴)	۲ (۲)	

جدول ۲: مقایسه توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش از نظر علایم گوارشی برحسب نوع تغذیه ۴ ساعت پس از عمل

سطح معنی داری بین دو گروه	متوسط تا شدید (درصد) تعداد	خفیف (درصد) تعداد	عدم وجود (درصد) تعداد	گروه	علایم گوارشی
. / . ۰۰۰۱	۸ (۱۰)	۳۷ (۴۶)	۳۵ (۴۴)	تغذیه زودرس	تهوع
	۵ (۶)	۱۵ (۱۹)	۶۰ (۷۵)	تغذیه معمولی	
. / . ۰۱۳	۰ (۰)	۲۶ (۳۳)	۵۴ (۶۷)	تغذیه زودرس	استفراغ
	۱ (۱)	۱۱ (۱۴)	۶۸ (۸۵)	تغذیه معمولی	
. / . ۰۱۸	۲ (۲)	۲۸ (۳۵)	۵۰ (۶۳)	تغذیه زودرس	بی اشتها
	۵ (۶)	۱۳ (۱۶)	۶۲ (۷۸)	تغذیه معمولی	
. / . ۰۳۴	۱ (۱)	۱۹ (۲۴)	۶۰ (۷۵)	تغذیه زودرس	دیستانسیون شکم
	۴ (۵)	۸ (۱۰)	۶۸ (۸۵)	تغذیه معمولی	
. / . ۰۳۳	۴ (۵)	۳۱ (۳۹)	۴۵ (۵۶)	تغذیه زودرس	نفخ
	۹ (۱۱)	۱۷ (۲۱)	۵۴ (۶۸)	تغذیه معمولی	
. / . ۰۱۰	۵ (۶)	۳۶ (۴۵)	۳۹ (۴۹)	تغذیه زودرس	درد کرامپی شکم
	۶ (۷)	۱۸ (۲۳)	۵۶ (۷۰)	تغذیه معمولی	

جدول ۳: مقایسه توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش از نظر علایم گوارشی برحسب نوع تغذیه ۸ ساعت پس از عمل

سطح معنی داری بین دو گروه	متوسط تا شدید (درصد) تعداد	خفیف (درصد) تعداد	عدم وجود (درصد) تعداد	گروه	علایم گوارشی
. / . ۰۳۶	۳ (۴)	۳۲ (۴۰)	۴۵ (۵۶)	تغذیه زودرس	تهوع
	۸ (۱۰)	۴۲ (۵۲)	۳۰ (۳۸)	تغذیه معمولی	
. / . ۰۰۷	۰ (۰)	۲۰ (۲۵)	۶۰ (۷۵)	تغذیه زودرس	استفراغ
	۶ (۸)	۲۹ (۳۶)	۴۵ (۵۶)	تغذیه معمولی	
. / . ۰۳۳	۱ (۱)	۳۳ (۴۱)	۴۶ (۵۸)	تغذیه زودرس	بی اشتها
	۷ (۹)	۳۹ (۴۹)	۳۴ (۴۲)	تغذیه معمولی	
. / . ۰۰۶	۱ (۱)	۱۹ (۲۴)	۶۰ (۷۵)	تغذیه زودرس	دیستانسیون شکم
	۴ (۵)	۳۵ (۴۴)	۴۱ (۵۱)	تغذیه معمولی	
. / . ۰۰۱	۲ (۲)	۲۳ (۲۹)	۵۵ (۶۹)	تغذیه زودرس	نفخ
	۱۳ (۱۶)	۳۲ (۴۰)	۳۵ (۴۴)	تغذیه معمولی	
. / . ۰۰۶	۳ (۴)	۲۷ (۳۴)	۵۰ (۶۲)	تغذیه زودرس	درد کرامپی شکم
	۷ (۹)	۴۳ (۵۴)	۳۰ (۳۷)	تغذیه معمولی	

بحث

تغذیه زودرس به میزان معنی‌داری بیش از گروه تغذیه معمولی بود و بالعکس در ساعت ۸ پس از عمل کلیه علایم گوارشی در گروه تغذیه معمولی به میزان معنی‌داری بیشتر بود. در ساعت ۱۲ پس از عمل، علایم گوارشی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد از نظر علایم گوارشی، در ۲ و ۴ ساعت اول پس از سزارین علایم گوارشی شامل؛ تهوع، استفراغ، بی اشتها، دیستانسیون شکم، نفخ و درد کرامپی شکم در گروه

همچنین زمان سمع صداهای روده ای و دفع گاز در گروه تغذیه زودرس به طور معنی‌داری زودتر از گروه تغذیه معمولی رخ داده بود، اما زمان دفع مدفوع بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت.

چانتاراسون و همکاران در مطالعه خود با مقایسه دو روش تغذیه زودرس و معمولی و با استفاده از بی حسی ناحیه‌ای نشان دادند میزان علایم ایلتوس در گروه تغذیه زودرس به طور معنی‌داری کمتر از گروه تغذیه معمولی می‌باشد که از این نظر با مطالعه حاضر در ۸ ساعت پس از عمل هم‌سو می‌باشد (۱۵).

مسعود و همکاران در مطالعه خود که با هدف مقایسه اثر تغذیه زودرس و تغذیه معمولی انجام داده بودند اظهار داشتند، میزان تهوع و استفراغ در گروه تغذیه زودرس بیشتر بود. با وجود این اختلاف معنی‌دار بین دو گروه تغذیه زودرس و معمولی از نظر؛ تهوع و استفراغ، دیستانسیون شکمی، فلج ایلتوس، خروج گاز روده، بازگشت صداهای روده‌ای اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد و از این نظر با مطالعه ما هم‌سو نمی‌باشد که می‌تواند به علت تعداد بالای نمونه (در هر گروه ۵۸۷ نفر) و تفاوت از نظر شروع تغذیه معمولی (۱۸ ساعت پس از عمل) باشد (۱۶).

اورجی و همکاران در مطالعه خود با هدف ارزیابی ایمنی و کارایی تغذیه زودرس بعد از زایمان سزارین اظهار داشتند با داشتن تغذیه زودرس پس از زایمان سزارین میانگین مدت زمان ایجاد صداهای روده ای و عبور گاز روده کوتاهتر بود که از این نظر

با این مطالعه هم‌سو می‌باشد. بین دو گروه از نظر علائم ایلتوس اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد که از این نظر با مطالعه حاضر متفاوت بود. این اختلاف می‌تواند به علت تفاوت در زمان شروع تغذیه زودرس (۸ ساعت پس از عمل) و تغذیه معمولی (۲۴ ساعت پس از عمل) باشد (۹).

در مطالعه جلالیان و همکاران که با هدف مقایسه نتایج تغذیه زودرس و دیررس پس از سزارین انجام شده بود نشان دادند تغذیه زودرس ۲ ساعت پس از عمل باعث کاهش زمان بازگشت عملکرد روده‌ای بدون ایجاد عوارض روده‌ای شده بود که از این نظر مطالعه ما هم‌سو می‌باشد (۱۴).

در مطالعه گو و همکاران که با هدف ارزیابی برتری تغذیه زودرس نسبت به تغذیه معمولی از نقطه نظر ایمنی و کارایی تغذیه زودرس انجام شده بود نشان دادند تغذیه زودرس باعث بازگشت سریع‌تر صداهای روده‌ای، گاز روده‌ای، در مقایسه با تغذیه معمولی می‌شود که مشابه نتایج این مطالعه می‌باشد (۱۷).

مطالعه صفدری و همکاران نشان داد میانگین چهار عامل زمان شروع دفع گاز، زمان شروع دفع مدفوع و زمان سمع صداهای روده در گروه تغذیه زودرس به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود. این مطالعه از نظر زمان شروع دفع گاز و زمان سمع صداهای روده‌ای مشابه با مطالعه حاضر بود، ولی از نظر شروع دفع مدفوع با مطالعه حاضر هم‌سو نبود. این اختلاف می‌تواند به علت زمان شروع تغذیه

بود(۱۹). تفاوت در نتایج مطالعه‌ها ممکن است به دلیل تفاوت در روش‌های انجام مطالعه باشد. به عنوان مثال زمان شروع اولین تغذیه خوراکی در مطالعه‌های مختلف متفاوت بوده است(۳۰ دقیقه پس از عمل تا ۸ ساعت پس از عمل). همچنین نوع رژیم مورد استفاده نیز می‌تواند باعث بروز برخی تفاوت‌ها گردد.

از محدودیت‌ها و مشکلات اجرایی این مطالعه می‌توان به عدم پذیرش تغذیه زودرس به وسیله بیمار و همراهان بیمار به دلیل باورهای قدیمی اشاره کرد. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه ریزش بیمارانی که انجام مطالعه بود که سعی شد با جایگزین کردن بیمارانی جدید جبران شود.

با توجه به نتایج حاصل از مطالعه حاضر توصیه می‌شود در مطالعات آتی رژیم‌های متفاوت و نیز میزان پذیرش بیمار مورد بررسی دقیق قرار گیرد و پروتکل‌های مختلف برای تغذیه زودرس اعم از زمان‌های متفاوت شروع، نوع تغذیه و نیز طیف وسیع‌تر بیمارانی که مد نظر قرار گیرد تا در صورت اثبات کارآمدی تغذیه زودرس بتوان از آن به عنوان یک پروتکل استاندارد تعریف کرده و مورد استفاده قرار داد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تغذیه زودرس باعث ایجاد زودتر علائم گوارشی (تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، دیستانسیون شکم، نفخ و درد کرامپی شکم) و شنیدن زودتر صداهای روده‌ای و

زودرس و معمولی و همچنین نوع تغذیه جامد پس از شنیدن اولین صداهای روده‌ای باشد(۱۸).

در مطالعه آیدین و همکاران با هدف مقایسه تغذیه زودرس و تغذیه با تأخیر که با روش‌های مختلف بی‌هوشی انجام گرفته بود نشان دادند تغذیه زودرس ۲ ساعت پس از سزارین و تحت بی‌هوشی رژيونال باعث بهبود سریع‌تر بیمار می‌گردد، ولی از نظر بروز علائم گوارشی بین دو گروه اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد. طبق نتایج این مطالعه تغذیه معمولی(درست پس از شنیدن اولین صداهای روده‌ای بعد از معاینه) و تحت بی‌هوشی عمومی به عنوان آخرین گزینه انتخابی در نظر گرفته می‌شود(۳).

مطالعه حاضر نیز همچون دیگر مطالعه‌های انجام شده در زمینه تغذیه زودرس پس از سزارین نشان داد که تغذیه زودرس پس از سزارین می‌تواند روشی ایمن باشد. در سایر مطالعه‌ها عنوان شده است که علائم گوارشی یا ایلئوس و نیز پیامدهای جدی متوجه این نوع تغذیه نیست، با این حال مطالعه حاضر نشان داد که میزان بروز علائم گوارشی در ۸ ساعت اول پس از سزارین در گروه تغذیه معمولی بیشتر از گروه تغذیه زودرس است. همچنین زمان شنیدن صداهای روده‌ای و دفع گاز در مطالعه حاضر در گروه تغذیه زودرس زودتر اتفاق افتاده بود که مشابه نتایج سایر مطالعه‌ها می‌باشد(۲۰ و ۱۹، ۱۵، ۹). زمان اولین دفع مدفوع در مطالعه ما بین دو گروه تفاوتی نداشت در حالی که در اغلب مطالعه‌ها زمان دفع مدفوع نیز در گروه تغذیه زودرس زودتر اتفاق افتاده

دفع زودتر گاز پس از سزارین بدون ایجاد عوارض
گوارشی می‌گردد و توصیه می‌شود که به طور
معمول در مراقبت‌های پس از سزارین به کار رود.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل قسمتی از پایان نامه دکترای
تخصصی در رشته بیماری‌های زنان و زایمان
دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی
شهید بهشتی انجام شد

REFERENCES:

1. Ledari FM, Barat S, Delavar MA, Banihosini SZ, Khafri S. Chewing sugar-free gum reduces ileus after cesarean section in nulliparous women: a randomized clinical trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2013; 15(4): 330.
2. Ajuzieogu OV, Amucheazi A, Ezike HA, Achi J, Abam DS. The efficacy of chewing gum on postoperative ileus following cesarean section in Enugu, South East Nigeria: A randomized controlled clinical trial. *Nigerian Journal of Clinical Practice* 2014; 17(6): 739-42.
3. Aydin Y, Altunyurt S, Oge T, Sahin F. Early versus delayed oral feeding after cesarean delivery under different anesthetic methods--a randomized controlled trial anesthesia, feeding in cesarean delivery. *Ginekologia Polska* 2014; 85(11): 815-22.
4. Adupa D, Wandabwa J, Kiondo P. A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding after caesarean delivery in Mulago Hospital. *East African Medical Journal* 2004; 80(7): 345-50.
5. Zhu YP, Wang WJ, Zhang SL, Dai B, Ye DW. Effects of gum chewing on postoperative bowel motility after caesarean section: a meta-analysis of randomised controlled trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2014; 121(7): 787-92.
6. Novak E, Berek JS. Berek & Novak's gynecology: Lippincott Williams & Wilkins; 2007;550-650
7. Horowitz I, Rock J. Postanesthesia and postoperative care. *Te Linde's Operative Gynecology*, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Raven Publishers; 1997; 140-2.
8. Göçmen A, Göçmen M, Saraoğlu M. Early post-operative feeding after caesarean delivery. *Journal of International Medical Research* 2002; 30(5): 506-11.
9. Orji EO, Olabode TO, Kuti O, Ogunniyi SO. A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding after cesarean section. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2009; 22(1): 65-71.
10. Dehcheshmeh FS. The effect of chewing sugar free gum after elective cesarean-delivery on return of bowel function in primiparous women. *Qom University of Medical Sciences Journal* 2011; 4(4): 16-20
11. Shang H, Yang Y, Tong X, Zhang L, Fang A, Hong L. Gum chewing slightly enhances early recovery from postoperative ileus after cesarean section: results of a prospective, randomized, controlled trial. *American Journal of Perinatology* 2010; 27(5): 387-91.
12. Mangesi L, Hofmeyr G. Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 3: CD003516.
13. Adeli M, Razmjo N, Tara F, Ebrahimzadeh S. The effect of early post cesarean feeding on women's satisfaction. *Journal of Family and Reproductive Health* 2010; 4(2): 79-82.
14. Jalilian N, Ghadami MR. Randomized clinical trial comparing postoperative outcomes of early versus late oral feeding after cesarean section. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2014; 40(6): 1649-52.
15. Chantarasorn V, Tannirandorn Y. A comparative study of early postoperative feeding versus conventional feeding for patients undergoing cesarean section; a randomized controlled trial. *J Med Assoc Thai* 2006; 89(4): S11-S6.
16. Masood SN, Masood Y, Naim U, Masood MF. A randomized comparative trial of early initiation of oral maternal feeding versus conventional oral feeding after cesarean delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2014; 126(2): 115-9.
17. Guo J, Long S, Li H, Luo J, Han D, He T. Early versus delayed oral feeding for patients after cesarean. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2015; 128(2): 100-5.
18. Safdari F, Salehian T, Safari M, Akbari N. Effect of initiation time of oral hydration on the return of bowel function and woman's satisfaction after elective caesarean section in primiparous women. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2012; 14(1): 33-8.
19. Teoh W, Shah M, Mah C. A randomised controlled trial on beneficial effects of early feeding post-Caesarean delivery under regional anaesthesia. *Singapore Medical Journal* 2007; 48(2): 152.
20. Charoenkwan K, Palapinyo C. Early solid food after cesarean section and postoperative ileus. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005; 90(2): 144-5.

Determining the Effect of Early Feeding after Cesarean section Compared with Regular Diet on the Gastrointestinal Function of Women Referred to Tajrish Hospital, Iran

Amiri-Siavoshani M¹, AlaviMilani M¹, Shabani A¹, Saleki S¹, TafazzoliHarandi H², Afrakhteh M^{1*}

¹Department of Obstetrics Gynecology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, ²Breast Diseases Department, Breast Cancer Research Center, ACECR, Tehran, Iran

Received: 14 Dec 2015 Accepted: 8 Oct 2016

Abstract

Background & aim: Early feeding after cesarean section can have beneficial effects, however, no sufficient study has been conducted in this area. The aim of this study was to determine the effects of early feeding on the gastrointestinal complications in women after cesarean section and comparing it with a regular diet.

Methods: The present randomized-clinical-trial study was conducted on 160 women who admitted to Shohada hospital and underwent cesarean section in 2011-2012. The inclusion criteria included women with gestational age more than 37 weeks, singleton pregnancy, having at least 8 hours of fasting, and regional anesthesia (spinal cord), respectively. After registration of demographic characteristics and pregnancy, women were randomly divided into two groups: Early feeding (2 hours after completion of the operation, 250 ml filtered juice, tea and biscuits style regime in the next 2 hours and 2 hours after the usual diet) and the usual power (8 hours of operation clear liquid diet the day after the usual diet) groups. Presence of gastrointestinal symptoms in 2, 4, 8 and 12 hours after surgery, time to the bowel sounds auscultation, passage of flatus and stool were recorded. Data were analyzed by SPSS software version 13. The significance level of p-value was considered <0.05.

Results: The prevalence of gastrointestinal symptoms (nausea, vomiting, loss of appetite, abdominal distension, feeling of flatulence and abdominal cramp) was significantly higher at 2 and 4 hours after operation and in early feeding group and after 8 hrs. in surgery of normal diet respectively ($P < 0.05$). There was no significant difference in symptoms between the two groups observed 12 hours after surgery ($P = 0.05$). The bowel sounds auscultation and passage of flatus were recorded earlier in early feeding group ($P = 0.001$), while the recorded time for passage of stool was not different between the two groups ($P > 0.05$).

Conclusion: Early feeding caused the acceleration of gastrointestinal symptoms, earlier bowel sounds auscultation and earlier utilization of gas. It is recommended to investigate the different diets and examine the level of compliance and satisfaction.

Keyword: Cesarean section, post-cesarean feeding, routine regimen, early feeding

Corresponding author: Afrakhteh M, Department of Obstetrics Gynecology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Email: mafrakhte1@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Amiri-Siavoshani M, AlaviMilani M, Shabani A, Saleki S, TafazzoliHarandi H, Afrakhteh M. Determining the Effect of Early Feeding after Cesarean section Compared with Regular Diet on the Gastrointestinal Function of Women Referred to Tajrish Hospital, Iran. *Armaghane-danesh* 2016; 21 (7): 630-640.