

بررسی عوارض و مزایای کوتاه مدت دوروش بستن و بازنگه داشتن صفاق در عمل جراحی سزارین

دکتر ناهید الفتخاری^۱ و دکتر مؤمن فروتن^۲

خلاصه

در این مطالعه که از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی (Randomized clinical trial) می‌باشد، ۲۰۰ زن مراجعه کننده به زایشگاه نیک نفس کرمان در فاصله زمانی آذرماه ۱۳۷۶ تا اردیبهشت ۱۳۷۷ به طور تصادفی به دو گروه صد نفری تقسیم و تحت عمل جراحی سزارین قرار گرفتند. در گروه مورد دو لایه صفاق جداری و احشایی بازنگه داشته شد در حالیکه در گروه کنترل این دو لایه با نخ قابل جذب تأخیری بسته شد. دو گروه از نظر متغیرهای سن، تعداد حاملگی و زایمان، سن حاملگی، علت سزارین، نوع بیهوشی، نوع برش شکمی، دریافت آنتی بیوتیک، پروفیلاکسی و انجام توبکتومی حین عمل سزارین با هم اختلاف معنی داری نداشتند ($P > 0/05$). میانگین طول مدت عمل در گروه مورد (با صفاق باز) $36 \pm 5/7$ دقیقه و در گروه کنترل $42 \pm 7/9$ دقیقه بود. شدت درد در گروه مورد کمتر از گروه کنترل و میانگین طول مدت صدای بازگشت روده‌ها در گروه مورد و کنترل به ترتیب $7/4 \pm 2$ و $8/8 \pm 2/7$ ساعت بود. در مجموع مدت عمل جراحی، شدت درد و طول مدت صدای بازگشت روده در دو گروه با هم اختلاف معنی داری داشت ($P < 0/01$). با توجه به نتایج، بستن استاندارد صفاق در مقایسه با بازنگه داشتن آن ضروری به نظر نمی‌رسد و بازنگه داشتن صفاق موجب پیدایش عوارض در بیماران نمی‌شود.

واژه‌های کلیدی: سزارین، دوختن صفاق، بازگذاشتن صفاق

مقدمه

عوارضی چون ایجاد چسبندگی را به دنبال داشته باشد (۳،۵،۹) و در مورد فواید این روش در مطالعات مختلف اتفاق نظر وجود ندارد. در مطالعات حیوانی و گزارش‌های جراحی عمومی نشان داده شده که بخیه نمودن پریتون موجب ایسکمی بافتی، نکروز، التهاب و عکس‌العمل نسبت به مواد بخیه می‌شود. این عوامل ممکن است روند بهبود را کندتر کرده و باعث ایجاد چسبندگی شوند (۵،۶). از طرفی افزایش چسبندگی داخل شکمی به دنبال بازنگه داشتن صفاق جداری و احشایی به اثبات نرسیده است (۵). همچنین نشان داده شده که دوختن پریتون باعث کاهش خونریزی و ترانسفوزیون خون، کاهش مدت عمل، کاهش درد

سزارین یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی داخل صفاقی در زنان و مامایی است (۳،۶). نزدیک کردن دوباره صفاق احشایی و جداری یک اقدام معمول در این عمل جراحی است (۸). توجیه استفاده از روش مذکور آن است که بخیه کردن صفاق روش مؤثری برای جدا کردن روده‌ها از حفره رحم می‌باشد و به این وسیله از تشکیل چسبندگی بین روده‌ها و رحم و یا فاسیا جلوگیری می‌شود (۳،۵،۹). به علاوه این عمل، لگن و محتویات شکم را در داخل حفره مربوطه محدود می‌کند و بستن فاسیا را آسان می‌سازد. از طرف دیگر برخی معتقدند که دوختن صفاق می‌تواند

۱- استادیار بیماری‌های زنان و زایمان، ۲- دستیار بیماری‌های زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

مورد نظر قرار می‌گرفت. صدهای روده متعاقب عمل جراحی در فواصل ۶ و ۸ ساعت و سپس هر ۴ ساعت تا بازگشت عملکرد روده‌ها توسط دستیار کشیک کنترل می‌شد. کلیه بیمارانی که به عللی نظیر پارگی کیسه آب بیش از ۶ ساعت، عدم پیشرفت طولانی مدت با معاینات واژینال مکرر و دیابت مستعد عارضه تب‌دار بودند، از مطالعه حذف شدند.

جمع‌آوری داده‌ها به وسیله پرسشنامه‌ای که بخشی از آن حاوی مشخصات دموگرافیک و بخش دیگر شامل متغیرهای مورد پژوهش بود انجام شد. اطلاعات جمع‌آوری شد و با یکی از نرم‌افزارهای آماری و آمار توصیفی و با آزمون‌های t -student و جانشین‌های آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مطالعه دوسوکور بود به طوری که نه بیمار و نه پزشک ارزیابی کننده از بسته یا باز بودن صفاق اطلاعی نداشتند.

نتایج

داده‌های جمع‌آوری شده مربوط به ۲۰۰ مورد سزارین (۱۰۰ نفر با پرتوتن باز و صد نفر با پرتوتن بسته) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که نتایج آن به شرح زیر است:

همان طور که در جدول ۱ نشان داده شده است میانگین سن زنان $27/5 \pm 5/5$ سال بود که جوان‌ترین آنها ۱۶ و مسن‌ترین آنان ۴۱ سال داشتند. میانگین سن در گروه مورد (پرتوتن باز) $27/3 \pm 5/8$ و در گروه کنترل $28/3 \pm 6$ سال بود. میانگین تعداد حاملگی در دو گروه به ترتیب $2/5 \pm 1/6$ و $2/6 \pm 1/7$ و میانگین تعداد زایمان به ترتیب $1/3 \pm 1/2$ و $1/4 \pm 1/2$ بود. در مجموع ۷۰ نفر (۳۵ درصد) از زنان اول‌زا بودند (گروه مورد ۳۴ درصد و گروه کنترل ۳۶ درصد) و میانگین سن حاملگی در دو گروه به ترتیب $38/96 \pm 1/3$ و $38/92 \pm 1/3$ هفته بود. علت سزارین را در گروه مورد ۶۲ درصد سزارین قبلی، ۳۸ درصد سایر علل و در گروه کنترل ۵۷ درصد سزارین قبلی و ۴۳ درصد سایر علل تشکیل می‌داد. از نظر بیهوشی ۸۷ درصد زنان گروه مورد بیهوشی عمومی و ۱۳ درصد بی‌حسی هدایتی داشتند در حالیکه ۸۹ درصد گروه کنترل بیهوشی عمومی و ۱۱ درصد بی‌حسی هدایتی دریافت کردند. ۱۸ درصد از افراد گروه مورد و ۲۱ درصد از افراد گروه کنترل حین سزارین توپکتومی شدند. نوع برش شکمی در هر دو گروه مشابه و شامل ۸۴ درصد برش عرضی و ۱۶ درصد برش طولی بود. دو گروه از نظر متغیرهای سن، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، سن حاملگی، نوع برش شکمی، علت سزارین، نوع بیهوشی و بستن لوله با هم اختلاف معنی‌دار آماری نداشتند ($P > 0/05$).

بعد از عمل و کاهش عفونت زخم نمی‌شود. در واقع باز گذاشتن پرتوتن باعث کوتاه شدن مدت عمل و کاهش هزینه شده است (۲). در صورت باز نگه داشتن صفاق نیاز به استفاده از داروهای ضد درد بعد از عمل کاهش یافته و عملکرد روده‌ها سریع‌تر به وضع طبیعی باز می‌گردد (۳،۶). به دلیل اینکه هنوز در مورد لزوم بستن و نبستن صفاق در سزارین بین متخصصین زنان و مامایی اختلاف نظر وجود دارد و باز گذاشتن صفاق می‌تواند سبب کاهش طول عمل و بیهوشی و هزینه‌ها گردد (۱،۲)، تصمیم به انجام این مطالعه گرفته شد تا عوارض و فواید دوروش یا یکدیگر مقایسه و روش مناسب‌تر معرفی گردد.

روش بررسی

در این بررسی تجربی که از آذرماه ۱۳۷۶ تا پایان اردیبهشت ۱۳۷۷ در زایشگاه نیک‌نفس انجام شد، به طور تصادفی ۱۰۰ سزارین به گروه کنترل و ۱۰۰ سزارین به گروه مورد اختصاص یافت. دو گروه از نظر سن، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، سن حاملگی، علت سزارین و نوع بیهوشی و همچنین از نظر انجام سزارین قبلی یا لوله بستن حین عمل با هم مقایسه شدند (جدول ۱). موارد انتخابی و اورژانس سزارین به صورت تصادفی بین دو گروه تقسیم شدند. در گروه کنترل هر دو لایه صفاق جداری و احشایی با استفاده از نخ‌های قابل جذب تأخیری (کات‌کوت کرومیک دو صفر یا صفر) بسته و در گروه مورد هر دو لایه باز نگه داشته شد. برش رحمی در تمام بیماران عرضی تحتانی (low transverse) بود و برش‌های پوست عرضی و طولی بودند که در دو گروه با هم جور بودند. برش رحمی در دو لایه با نخ قابل جذب تأخیری (کرومیک ۱) و لیه‌های عضلات رکتوس با نخ کرومیک ۲/۰ به هم نزدیک شدند سپس فاسیا با نخ غیر قابل جذب (نایلون ۱) به صورت ممتد ترمیم گردید. برای همه بیماران سه نوبت آنتی‌بیوتیک وریدی پس از عمل تجویز شد. تغذیه خوراکی ۲۴ ساعت پس از عمل شروع شد. ناخوشی تب‌دار به مواردی اطلاق شد که درجه حرارت زیرزبانی $100/4^{\circ}F$ (بعد از ۲۴ ساعت اول پس از عمل حداقل دوبار به فواصل ۴ ساعت، بیشتر از $38^{\circ}C$ بود. درد بیمار به روش visual analogue score در ۲۴ ساعت پس از عمل اندازه‌گیری و با اعداد ۰-۱۰ (=۰ بدون درد و ۱۰= درد خیلی شدید) مشخص شد (۵). به این صورت که از بیمار خواسته می‌شد میزان درد خود را با یک عدد از ۰-۱۰ با توجه به دیگر دردهایی که تاکنون تجربه نموده نشان دهد. بیماران ۷۲ ساعت پس از سزارین ترخیص شدند. زمان عمل از شروع برش شکمی تا پایان بخیه شدن کامل پوست محاسبه گردید. در مواردی که لوله بستن هم انجام می‌شد زمان آن نیز

جدول ۱: مقایسه ویژگی‌های دو گروه سزارین شده با روش پری‌توتن باز و بسته

نتیجه آزمون مجذورکای یا t	پری‌توتن بسته n=۱۰۰	پری‌توتن باز n=۱۰۰	گروه متغیرها
P>۰/۰۰۵ N.S	۵۷ ۴۳	۶۶ ۳۴	سن (سال) <۳۰ ≥۳۰
P>۰/۰۰۵ N.S	۵۷ ۴۳	۶۲ ۳۸	تعداد حاملگی <۳ ≥۳
P>۰/۰۰۵ N.S	۷۹ ۲۱	۷۵ ۲۵	سن حاملگی (هفته) ≥۴۰ ≤۳۹
P>۰/۰۰۵ N.S	۵۷ ۴۳	۶۲ ۳۸	علت سزارین سزارین قبلی سایر
P>۰/۰۰۵ N.S	۲۱ ۷۹	۱۸ ۸۲	لوله بستن بلی خیر
P>۰/۰۰۵ N.S	۸۹ ۱۱	۸۷ ۱۳	نوع بیهوشی عمومی بی‌حسی هدایتی
P>۰/۰۰۵ N.S	۳۶ ۴۷ ۱۷	۳۴ ۵۰ ۱۶	تعداد زایمان قبلی ۰-۲ >۲

N.S اختلاف بین دو گروه معنی‌دار نیست.

جدول ۲: توزیع فراوانی دو گروه بر حسب روش عمل و به تفکیک متغیرهای، زمان عمل جراحی، زمان بازگشت صدای روده و شدت درد بعد از عمل سزارین

نتیجه آزمون آماری مجذورکای و t	پری‌توتن بسته	پری‌توتن باز	روش متغیرها
P<۰/۰۰۰۰۰۱ S	۱۰ ۱۴ ۲۷ ۲۷ ۲۲	۱۹ ۴۰ ۲۷ ۹ ۵	زمان عمل (دقیقه) ≤۳۰ ۳۱-۳۵ ۳۶-۴۰ ۴۱-۴۵ ۴۵<
P<۰/۰۰۰۰۰۱ S	۲۵ ۴۷ ۲۳ ۵	۵۶ ۳۲ ۱۱ ۱	زمان بازگشت صدای روده ۶ ساعت ۸ ساعت ۱۲ ساعت ۱۶ ساعت
P<۰/۰۰۱ S	۱۳ ۱۲ ۲۱ ۱۸ ۱۷ ۱۹	۱ ۵۳ ۲۸ ۹ ۷ ۲	شدت درد ۰ ۱ ۳ ۴ ۵ ۶≤
	۱۰۰	۱۰۰	جمع

S: Significant (معنی‌دار است)

(۶). در مطالعه Ohel در سال ۱۹۹۶ میزان مسکن دریافتی در گروه پریتون باز کاهش نشان داد (۷). در حالی که در مطالعه Irion اختلافی در میزان درد بیماران و دریافت مسکن در دو گروه مورد مطالعه مشاهده نشد (۵). در مطالعه حاضر هر دو گروه پس از ۷۲ ساعت ترخیص شدند. در حالی که در مطالعه Nayele و Irion مدت بستری شدن در گروه پریتون بسته بیشتر بود (۵،۶). در مطالعه ما هر دو گروه فاقد تب بودند. در مطالعه Ohel و Irion عوارض تب‌دار پس از عمل در هر دو گروه مشابه گزارش شد (۵،۷). در حالی که در مطالعه Negele و همکاران شیوع اندومتری و عفونت زخم و cystitis پس از عمل در گروه پریتون بسته بیشتر بود (۶). در مطالعه Pietrantonی و همکاران در سال ۱۹۸۹ علاوه بر این که عوارض در افراد پریتون باز افزایش نیافت به دلیل کاهش مواد بخیه و زمان عمل و داروهای بیهوشی هزینه کمتری به افراد تحمیل شد (۹). این موضوع در مطالعه حاضر نیز صدق می‌کند. به این ترتیب، نتایج بهتر بدست آمده از عمل سزارین با پریتون باز را باید به عنوان محاسن این روش در مقایسه با روش پریتون بسته منظور نمود. در مورد عوارض تأخیری از جمله پیدایش چسبندگی، بررسی‌های زیادی انجام نشده است. بهر حال مهم‌ترین عامل در جلوگیری از چسبندگی، کاربرد روش جراحی مناسب شامل کاهش صدمه بافتی و اجتناب از ایسکمی و التهاب است (۴،۶،۹). مطالعه Hubbard و همکاران نشان داد که احتمال تشکیل چسبندگی در گروه پریتون بسته دو برابر بیشتر از پریتون باز می‌باشد (۹). بنابراین با توجه به کاهش طول مدت عمل و درد پس از آن، برگشت زودتر حرکات روده و عدم افزایش عوارض با باز نگه داشتن صفاق، توصیه می‌شود در هنگام سزارین صفاق جداری و احشایی دوخته نشود.

متوسط طول مدت عمل جراحی در گروه مورد $36 \pm 5/7$ با دامنه ۲۰ تا ۵۰ دقیقه و در گروه کنترل $42 \pm 7/9$ با دامنه ۲۵ تا ۶۰ دقیقه بود. میانگین مدت بازگشت صدای روده در دو گروه مورد و شاهد به ترتیب $7/4 \pm 2$ و $8/8 \pm 2/7$ ساعت بود. شدت درد در گروه مورد کمتر از گروه شاهد بود. در مجموع در زمینه متغیرهای طول مدت عمل جراحی، زمان بازگشت صدای روده و شدت درد اختلاف معنی‌دار آماری بین دو گروه وجود داشت ($P < 0/001$) (جدول ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

در این بررسی متوسط مدت عمل جراحی در افراد با پریتون باز کمتر از افراد با پریتون بسته بود ($P < 0/0001$) که می‌تواند امتیاز مثبتی برای روش اول تلقی شود.

در بررسی که در سال ۱۹۹۶ در اسرائیل انجام شد طول عمل در گروه پریتون باز 32 ± 11 دقیقه و در گروه پریتون بسته 44 ± 16 دقیقه بود (۷) که با نتایج مطالعه حاضر تفاوت چندانی ندارد. همچنین در بررسی که توسط Irion در ۱۹۹۶ در ژنو انجام شد، اختلاف زمان بین دو گروه ۶ دقیقه گزارش شد (۵) که با مطالعه حاضر مطابقت دارد. صدهای روده متعاقب عمل جراحی در این بررسی در گروه پریتون باز سریع‌تر بازگشت نمود. در مطالعه Iron و مطالعه Nagele نیز مدت زمان لازم جهت بازگشت صدای روده در موارد پریتون بسته طولانی‌تر بوده و ایلئوس دیرتر بهبود یافت (۵،۶). این امر نیز می‌تواند امتیاز مثبتی برای روش سزارین با پریتون باز در مقایسه با پریتون بسته باشد. در مطالعه حاضر افراد گروه مورد درد کمتری نسبت به گروه کنترل داشتند که همین نتیجه در مطالعه Nagele نیز مشاهده شد

Summary

Study of Short-term Complications and Advantages of Peritoneal Closure or Non-Closure at Cesarean

Eftekhari N, MD¹. and Forotan M, MD.²

1. Assistant Professor of Obstetrics & Gynecology, 2. Resident of Obstetrics & Gynecology, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

In this randomized clinical trial 200 pregnant women referred to Niknafs maternity center from November 1997 to May 1998 were divided into two groups and underwent cesarean section. In the first group (control) the parietal and visceral peritoneum were approximated with delayed absorbable material whereas in the second group (case) the parietal and visceral peritoneum were left open. The mean age of the patients was 27.5 ± 5.5 . There was no significant difference between the two groups with regard to the age, parity, gravidity, gestational age, indication for surgery, the type of anesthesia, incision type,

administration of antibiotics and accompanied tubectomy ($P > 0.05$). The mean time for the procedure was 36 ± 5.7 and 42 ± 7.9 minutes in the case and control group, respectively. The severity of postoperative pain was lower in the case group as compared with the control group. There were significant differences regarding the postoperative pain, the time of procedure and the mean time for the return of bowel sound movements between the two groups. It is concluded that non closure of the peritoneum is associated with lower rate of morbidity and it seems to be more beneficial.

Key words: Cesarean, Peritoneal closure, Non closure of peritoneum

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2002; 9(2): 74-78

References

1. Cheong YC, Bajekal N and Li C. Peritoneal closure-to close or not to close. *Hum Reprod* 2001; 16(8): 1548-1552.
2. Galaal KA and Krolikowski A. A randomized controlled study of peritoneal closure at cesarean section. *Saudi Med J* 2000; 21(9): 759-761.
3. Gunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, et al: Williams obstetrics. 20th ed., Norwalk, Appleton & Lange 1997; PP509-531.
4. Gilstrap LC and Gant NF: Gynecologic surgery for obstetrics patient. In: Rock JA and Thompson JD (Eds). *Telind's operative gynecology*. 8th ed., Philadelphia, Lippincott, 1997; PP855-871.
5. Irion O, Luzuy F and Beguin F. Nonclosure of the visceral and parietal peritoneum at cesarean section: a randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103(7): 690-694.
6. Nagele F, Karas H, Spitzer D et al. Closure or nonclosure of the visceral peritoneum at cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174(4): 1366-1370.
7. Ohel G, Younis JS, Lang N and Levit A. Double layer closure of uterine incision with visceral and parietal peritoneal closure: are they obligatory steps of routine cesarean sections? *J Matern Fetal Med* 1996; 5(6): 366-369.
8. O'Grady JP, Veronikis DK, Chervenak FA, Mc Cullough LB, Kanaan CM and Tilson L. Cesarean delivery. In: O'Grady JP, Gimovsky ML and Mcilhargie CJ (Eds). *Operative obstetrics*. 1st ed., Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1995; pp239-287.
9. Pietrantonio M, Parsons MT, O'Brien WF, Collins E, Knuppel RA and Spellacy WN. Peritoneal closure or non-closure at cesarean. *Obstet Gynecol* 1991; 77(2): 293-296.