

## شیوع و علل سزارین در مرکز آموزشی، درمانی کوثر قزوین

(۱۳۷۳)

دکتر فریبا الماسی\* دکتر مریم پیشگاهی\*\*

### چکیده :

در نیمه دوم سال ۱۳۷۳ از تعداد کل ۴۴۳۷ مورد زایمان ۵۹۷ مورد منجر به سزارین شد. بنابراین نرخ سزارین در مراجعین بالاتر از ۲۸ هفته بیمارستان کوثر ۱۳/۴۵ درصد بوده است. شایع ترین سن سزارین ۲۴ - ۲۰ سال و میانگین سنی آنها ۲۶/۷۲ سال است. ۵۲/۸ درصد سزارینی ها ساکن شهر و ۴۷/۳ درصد آنها ساکن روستا بودند. ۳۲/۵ درصد سزارین ها نولی پار بوده اند. سطح سواد و تحصیلات و وضعیت اجتماعی اقتصادی اکثر مراجعه کنندگان نسبتاً پائین بود. ۷۵ درصد سزارینی ها بی سواد و یا دارای تحصیلات ابتدایی بودند.

علل سزارین به ترتیب شیوع : ۳۲/۲ درصد سزارین تکراری ، ۳۰/۷ درصد دیسترس جنین ، ۲۴/۳ درصد عدم پیشرفت ، ۱۶/۱ درصد مال پرزانتاسیون ، ۸/۲ درصد بیماری سیستمیک مادر ، ۳/۵ درصد چند قلبوی ، ۳/۴ درصد خونریزی سه ماهه سوم ، ۳/۱۸ درصد سزارین جهت انجام بستن لوله ، ۰/۶ درصد الکتیو (سزارین به تقاضای مادر) و ۰/۲ درصد سزارین به علت سابقه ترمیم سیستوسل و رکتوسل بوده است.

در بین موارد دیسترس جنین شایع ترین علت دفع مکونیوم می باشد. در بین سزارین تکراری ها (اغلب موارد) سابقه یک بار سزارین داشتند.

### کلید واژه ها : سزارین

Keywords : Cesarean

## □ مقدمه :

باعث کاهش پری‌ناتال مورتالیتی می‌شود و این شیوع سزارین را افزایش داده است.

- نگرانی متخصص زنان در مورد شکایات بیماران از وی باعث افزایش شیوع سزارین شده است ، در صورتی که با وجود افزایش سزارین شیوع شکایات از متخصصین زنان کاهش نیافته است.

- بهبود وضعیت اقتصادی ، اجتماعی باعث افزایش شیوع سزارین شده است.

- خیلی از زائوها سزارین قبلی هستند و تکرار سزارین آنها باعث افزایش شیوع سزارین خواهد شد. از آنجایی که عدم پیشرفت و سزارین تکراری  $\frac{۲}{۳}$  کل سزارین‌ها را تشکیل می‌دهند عاقلانه به نظر می‌رسد که برای کاهش سزارین به این دو مورد توجه شده و سعی شود از موارد سزارین به علت عدم پیشرفت یا سزارین تکراری یا پروزانتاسیون بریج با اجازه به زایمان واژینال کاسته شود.

تخمین زده می‌شود که بیش از ۵۰ درصد سزارین‌هایی که امروزه در آمریکا انجام می‌شود ضرورتی ندارد و تأثیری روی نتیجه حاملگی نمی‌گذارد ، فقط باعث افزایش مورییدیتی و مورتالیتی مادر و همچنین تحمیل هزینه‌ای برای خانواده و اجتماع می‌شود. (۹)

در گزارش دکتر مهری جعفری بشیری از تعداد کل ۵۷۵۳۰ زایمان در بیمارستان طالقانی تبریز (از ۱۳۶۹ لغایت ۱۳۷۲) تعداد ۴۷۱۸۶ مورد به طریقه واژینال (۸۲/۰۲٪) و ۱۰۳۴۳ مورد به طریقه سزارین (۱۷/۹۸٪) انجام شده است. (۱۱)

در بررسی دکتر حسن جواریچی در ۱۳۷۳ در تبریز گزارش شده که در بیمارستان‌های خصوصی درصد سزارین حدود ۲۵ درصد است و از هر ۴ مادر حامله یکی سزارین می‌شود. (۱۲)

در آمریکا از ۴ میلیون زایمانی که سالانه انجام می‌شود نزدیک به یک میلیون به روش سزارین است و ریت سزارین آمریکا پس از پورتوریکو و برزیل در

در عرض ۲۰ سال گذشته در ایالات متحده و سایر کشورهای توسعه یافته تعداد زایمان با عمل سزارین رو به افزایش گذارده است. در ایالات متحده شیوع سزارین در ۱۹۶۵ ، ۴/۰۵ درصد بود. در ۱۹۹۰ حدود ۲۲/۷٪ تولدهای زنده به طریق سزارین بوده است.

چهار اندیکاسیون شایع سزارین عبارتند از : سزارین تکراری ، زایمان سخت و عدم پیشرفت ، پروزانتاسیون بریج و زجر جنین. سزارین تکراری حدود  $\frac{۱}{۳}$  سزارین‌ها را شامل می‌شود ، در حالی که عدم پیشرفت شایع‌ترین اندیکاسیون سزارین اول در ایالات متحده است. (۲)

دلایل افزایش چشمگیر سزارین در دو دهه گذشته بطور کامل مشخص نیست ولی بعضی از توضیحات ارائه شده عبارتند از : (۲)

- سزارین در خانم‌هایی که زایمان‌های کمتری داشته‌اند بیشتر انجام می‌شود و تقریباً نیمی از زنان حامله شکم اول هستند.

- شیوع اندیکاسیون‌های سزارین با افزایش سن افزایش می‌یابد و حاملگی در زنان مسن شایع‌تر شده است. بطور مثال در ۱۹۸۵ در آمریکا ۲۵ درصد از زایمان‌ها در زنان ۳۰ ساله یا مسن‌تر بوده است.

- مانیتور الکترونی جنین امروز بطور وسیع استفاده می‌شود و تقریباً ثابت شده که میزان سزارین در این حالت نسبت به حالتی که ضربان قلب جنین بطور دوره‌ای کنترل می‌شود بیشتر است.

- شیوع سزارین در حاملگی‌های بریج افزایش یافته است. در ۱۹۸۹ در آمریکا ۸۵ درصد از جنین‌های بریج با سزارین بدنیا آمدند در حالی که در سال‌های قبل زایمان واژینال بریج شیوع بیشتری داشته است.

- میزان زایمان‌های واژینال میدپلویک با فورسپس و وانتوز کاهش یافته است ، در مواردی که عدم پیشرفت وجود دارد ترجیح می‌دهیم به جای وانتوز و فورسپس از سزارین استفاده کنیم.

- یک عقیده عمومی وجود دارد که افزایش سزارین

تکراری، دیسترس جنین، عدم پیشرفت، مال پرزانتاسیون و بیماری مادر بوده است.  
 - ۳/۱۸ درصد سزارین‌ها، سزارین جهت بستن لوله‌های رحم بوده است.  
 - شیوع سزارین الکتیو ۰/۶ درصد و سزارین به علت سابقه ترمیم سیستوسل و رکتوسل ۰/۲ درصد بوده است.

### □ بحث و نتیجه‌گیری :

در بررسی حاضر تعداد زایمان (بالای ۲۸ هفته) در بیمارستان کوثر از ۱۵ آبان لغایت ۱۵ اسفند ۱۳۷۳، ۴۴۳۷ مورد بوده که ۵۹۷ مورد (۱۳/۴۵ درصد) آن به طریقه سزارین بوده است. البته به عقیده نگارنده یکی از علل کمتر بودن ریت سزارین در بیمارستان کوثر نسبت به آمار آمریکا این است که علت مجهز بودن Neonatal ICU در آمریکا و کشورهای غربی ترس از RDS (Respiratory distress syndrom) کمتر است و مراقبت‌های بهتر و بیشتری جهت نگهداری از نوزاد نارس و نوزادان با وزن بسیار کم (کمتر از ۱۵۰۰ گرم) وجود دارد. چون در آمریکا نوزادان بالای ۲۸ هفته را *Viable* و قابل زنده ماندن محسوب می‌کنند و امکانات مجهزتری برای نگهداری از آنها وجود دارد. بنابر این روی نوزادان نارس بالای ۲۸ هفته بیشتر از ما حساب می‌کنند و اگر اندیکاسیون سزارین وجود داشته باشد سزارین انجام می‌دهند ولی در ایران به علت محدودیت بسیار شدید نگهداری از نوزاد نارس روی نوزادان ۲۸ هفته، ۲۹ هفته و یا حتی ۳۰ و ۳۱ هفته از نظر احتمال زنده ماندن کمتر حساب می‌کنند و تا جایی که امکان پذیر باشد در موارد اندیکاسیون سزارین اقدام به ختم حاملگی به روش واژینال می‌کنند مگر اینکه اقدام به زایمان واژینال مخاطرات جدی برای مادر همراه داشته باشد و این شاید یکی از علل کمتر بودن ریت سزارین در بررسی حاضر نسبت به آمارهای خارجی باشد.

از نظر سن شایع‌ترین سن سزارین ۲۴ - ۲۰ سال

مقام سوم در جهان است. (۲)  
 از آنجایی که سزارین باعث افزایش موربیدیتی و مورتالیتی مادر می‌شود و هزینه‌گزافی را به خانواده و اجتماع تحمیل می‌کند و تخت‌های بیمارستانی زیادی را به خود اختصاص می‌دهد در تمام دنیا سعی بر این است که از شیوع سزارین بکاهند. به همین منظور بر آن شدیم تا یک بررسی در بیمارستان کوثر قزوین انجام دهیم تا هم شیوع سزارین را در این بیمارستان با آمارهای ذکر شده در بالا مقایسه کنیم و هم علل سزارین را در بیمارستان کوثر به ترتیب شیوع مشخص نماییم. با دانستن اینکه شایع‌ترین علل سزارین مربوط به کدام اندیکاسیون‌هاست سعی کنیم تا حد امکان در آن موارد خاص با اجازه به زایمان واژینال (تا جایی که سلامت مادر و جنین به خطر نیفتد) دیرتر در مورد انجام سزارین تصمیم بگیریم و از شیوع آن بکاهیم. در کشور سوئد در یک بررسی سعی شد که ریت سزارین کاهش داده شود در این کشور ریت سزارین در ۱۹۷۳، ۱۵ درصد، در ۱۹۸۳، ۱۲/۳ درصد بوده است و در ۱۹۹۰ به ۱۰/۸ درصد کاهش یافته است ولی شیوع آپگار دقیقه اول کمتر از ۴ و دقیقه پنجم کمتر از ۷ و پری‌ناتال مورتالیتی در ۱۹۹۰ نصف ۱۹۸۳ بوده است. بنابر این می‌توان شیوع سزارین را بدون افزایش ریسک نوزاد کاهش داد زیرا پری‌ناتال مورتالیتی علاوه بر شیوع سزارین با عوامل پری‌ناتال و پست ناتال دیگری نیز ارتباط دارد. (۷)

### □ یافته‌ها :

- شیوع سزارین در مقطع مورد بررسی ۱۳/۴۵ درصد بوده است.  
 - شایع‌ترین سن سزارینی‌ها ۲۴ - ۲۰ سال بوده است.  
 - ۱۴/۴ درصد سزارینی‌ها بالای ۳۵ سال بوده‌اند (یعنی حاملگی پرخطر).  
 - ۵۲/۸ درصد سزارینی‌ها ساکن شهر و ۴۷/۲ درصد ساکن روستا بوده‌اند.  
 - شایع‌ترین علل سزارین به ترتیب شیوع : سزارین

بوده است (۲۷٪) احتمالاً به این دلیل که این سن، سن شایع تولید مثل است.

۱۹۰ مورد از ۵۹۷ مورد سزارین (۳۰/۸٪) بالای ۳۰ سال بوده‌اند و ۸۶ نفر از ۵۹۷ مورد سزارین (۱۴/۴٪) بالای ۳۵ سال بوده‌اند که اغلب آنها مولتی‌پار بوده‌اند. با توجه به اینکه عوارض حاملگی پس از ۳۰ سال و به خصوص پس از ۳۵ سال افزایش می‌یابد همچنین احتمال آنومالی‌های جنینی و نیاز به کنترل دقیق‌تر حاملگی بیشتر می‌شود و مخارج بیشتری جهت کنترل پره‌ناتال لازم است، باید مراکز بهداشتی درمانی و رسانه‌های گروهی نقش خود را در تشویق خانم‌ها و راهنمایی آنها به روش‌های مؤثر جلوگیری از بارداری تقویت کنند تا به این ترتیب هم به کنترل جمعیت و جلوگیری از حاملگی‌های ناخواسته کمک شود و هم از هزینه‌ها و عوارضی که چنین حاملگی‌های پرخطری تحمیل خواهند کرد جلوگیری شود. در مورد محل زندگی ۵۲/۸ درصد سزارین‌ها ساکن شهر و ۴۷/۲ درصد ساکن روستا بوده‌اند و شاید به این دلیل که زایمان‌های بدون مسئله در روستا انجام شده، فقط مواردی که به نظر ماما و مراکز بهداشتی مشکل به نظر می‌رسیده به شهر ارجاع شده‌اند. همچنین در بین بیماران عدم پیشرفت ساکنین روستا شایع‌تر از شهر بوده است، ۵۵/۲ درصد عدم پیشرفت‌ها ساکن روستا و ۴۴/۸ درصد ساکن شهر بوده‌اند که باز به این علت است که تقریباً تمام موارد زایمان در ساکنین شهر در بیمارستان انجام می‌شود ولی در روستا مواردی که احتمال خطر کمتر است در روستا انجام شده و مواردی که با مشکل مواجه می‌شوند به بیمارستان مراجعه می‌کنند. از نظر سطح تحصیلات اکثر جمعیت مورد بررسی بی‌سواد یا کم سواد بوده‌اند. ۳۰ درصد سزارینی‌ها در اولین زایمانشان سزارین شدند و اگر سعی نشود که واقعاً به موقع و به جا در مورد سزارین تصمیم‌گیری شود این درصد بالای سزارین در خانم‌های شکم اول باعث می‌شود که در آینده شیوع سزارین تکراری بیشتر

افزایش یابد. پس توصیه می‌شود که در خانم‌های شکم اول که احتمالاً تمایل دارند که یک یا دو فرزند دیگر نیز داشته باشند با وسواس بیشتری در مورد انجام عمل سزارین تصمیم‌گیری شود چون یک بار سزارین منجر به تکرار سزارین در حاملگی‌های بعدی خواهد شد. ۳۳/۷ درصد خانم‌های سزارین شده فرزندی نداشتند، ۲۷/۶ درصد یک فرزند داشتند و ۳/۰ درصد آنها با وجود داشتن ۹ فرزند باز هم حامله شده بودند.

۳۸/۷ درصد از ۵۹۷ مورد سزارین دو فرزند یا بیشتر داشتند و این شکم سوم یا بالاتر بود که سزارین شدند. از اینرو باید روی آگاهی دادن خانم‌ها به روش‌های جلوگیری از بارداری و تشویق آنها به جلوگیری از بارداری تأکید شود.

علل شایع سزارین به ترتیب شیوع در آمریکا سزارین تکراری، عدم پیشرفت، دیسترس جنین و پرزانتاسیون بریج است.

در بررسی حاضر شایع‌ترین علت سزارین (۳۲/۲ درصد سزارین) سزارین قبلی است از اینرو برای انجام اولین سزارین باید با احتیاط و دقت تصمیم گرفت تا از بروز موارد سزارین تکراری کاسته شود. از طرف دیگر اغلب موارد سزارین تکراری کسانی هستند که قبلاً فقط یک بار سزارین شده‌اند و می‌توان به آنها اجازه زایمان واژینال داد ولی یکی از معیارهای لازم برای اجازه زایمان واژینال در بیمار سزارین قبلی داشتن شرح عمل قبلی بیمار است. اگر سزارین قبلی با انسیزیون سگمان تحتانی انجام شده و *extension* نداشته است می‌توان اجازه زایمان طبیعی داد. (۶ و ۸ و ۵ و ۱۰) بنابر این توصیه می‌شود که اولاً در نوشتن شرح عمل بیماران دقت بیشتری شود و مواردی که *extension* وجود داشته حتماً ذکر شود. همچنین در موقع ترخیص یک نسخه از شرح عمل بیمار به وی داده شود که در حاملگی بعدی با استفاده از آن بتوان اجازه زایمان واژینال داد. شرط لازم دیگر داشتن بانک خون مجهز در بیمارستان است که در صورت

داشته و شایع‌ترین علت آن تنگی لگن بوده است. در آلمان سعی شده که با اجازه زایمان به سزارین قبلی و با اینداکشن و تحریک پر قدرت‌تر موارد عدم پیشرفت (استفاده از دوز بالاتر اکسی توسین) و با اجازه به زایمان واژینال در موارد پرزانتاسیون بریچ ریت سزارین کاهش داده شود که در این کار موفق بوده و در گزارش ایشان احتمال پری‌ناتال مورتالیتی افزایش چشمگیری نداشته است. (۲ و ۹)

چهارمین علت شایع سزارین در بیمارستان کوثر مال پرزانتاسیون بوده است که شایع‌ترین آن پرزانتاسیون بریچ است. ۸/۲ درصد موارد سزارین به علت بیماری سیستمیک مادر، ۳/۵ درصد به علت چند قلبی، ۳/۴ درصد به علت خونریزی سه ماهه سوم و ۳/۱۸ درصد سزارین به علت تمایل مادر به بستن لوله به همراه سزارین بوده است و از این جهت به امر کنترل جمعیت کمک می‌کند. اما از آنجایی که تمایل به انجام بستن لوله‌های رحمی جزء اندیکاسیون‌های کلاسیک سزارین نیست اگر مشکلی از نظر پزشکی قانونی پیش آید پزشک محکوم خواهد بود.

از آنجایی که بیمارستان کوثر یک بیمارستان آموزشی درمانی است و باید اعمال جراحی طبق اصول کلاسیک انجام شود بهتر است از این موارد کاسته شود به خصوص اینکه در بیمارستان کوثر شرایطی فراهم است که بیمار می‌تواند بلافاصله روز پس از زایمان تحت عمل جراحی بستن لوله‌ها قرار گیرد. به این ترتیب هم موریدیتی و مورتالیتی مادر کاهش می‌یابد و هم هزینه کمتری برای خانواده در بر خواهد داشت و هم تعداد روزهای بستری در بیمارستان کمتر خواهد بود.

اطمینان از دسترسی سریع خون می‌توان به کسانی که یک بار سزارین شده‌اند اجازه زایمان طبیعی داد. با توجه به اینکه هر بار سزارین باعث افزایش کمپلیکاسیون‌های سزارین و مشکل‌تر شدن سزارین در شکم بعدی می‌شود در مواردی که بیمار مولتی پار سزارین می‌شود باید او را تشویق به انجام بستن لوله‌ها نمود تا هم از نیاز به سزارین بعدی جلوگیری شود و هم به کنترل جمعیت کمک شود.

در بررسی فعلی دومین علت شایع سزارین دیسترس جنین است. (نمودار شماره ۱)

در این بررسی دیسترس جنین به انواع دفع مکونیوم، عدم پاسخ بیمار *Post date* به اینداکشن، کاهش مایع آمنیون، *IUGR*، پرولاپس بند ناف و افت صدای قلب جنین تقسیم شده است. (نمودار شماره ۲) لازم است تذکر داده شود که در تمام سزارین‌ها اندیکاسیون سزارین توسط پزشک متخصص زنان آنکال آن روز گذاشته شده است.

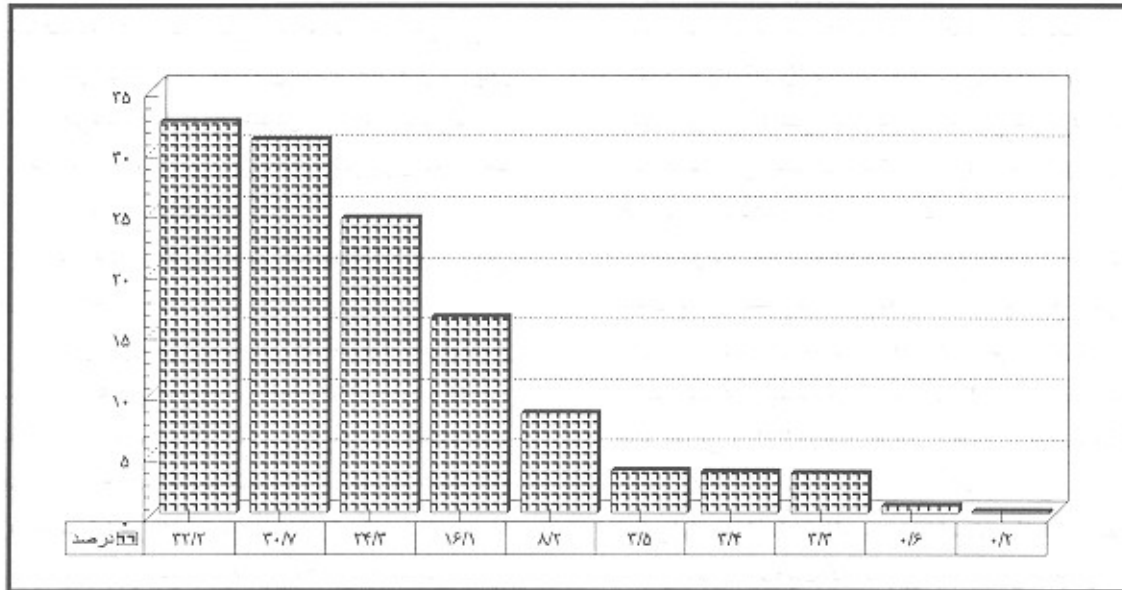
در این بررسی شایع‌ترین علت سزارین در بین شکم اولی‌ها دیسترس جنین بوده در حالی که شایع‌ترین علت اولین سزارین در بیماران سزارینی قبلی بیمارستان کوثر عدم پیشرفت بوده است. طبق آمارهای خارجی نیز شایع‌ترین علت اولین سزارین عدم پیشرفت است.

بنابر این یا شیوع دیسترس جنین در مقطع مورد بررسی افزایش یافته و یا در مواردی که تشخیص دیسترس جنین گذاشته شده خیلی سریع نسبت به سزارین بیمار اقدام شده است. توصیه می‌شود جهت کاهش موارد سزارین به علت دیسترس جنین از وسایل دقیق‌تری جهت تشخیص دیسترس جنین استفاده شود از جمله مانیتورینگ الکترونی داخلی قلب جنین و استفاده از *PH* خون سر جنین برای تشخیص مواردی از دیسترس که نیاز به سزارین فوری دارند.

سومین علت شایع سزارین در بیمارستان کوثر عدم پیشرفت بوده که در ۲۴/۳ درصد موارد وجود

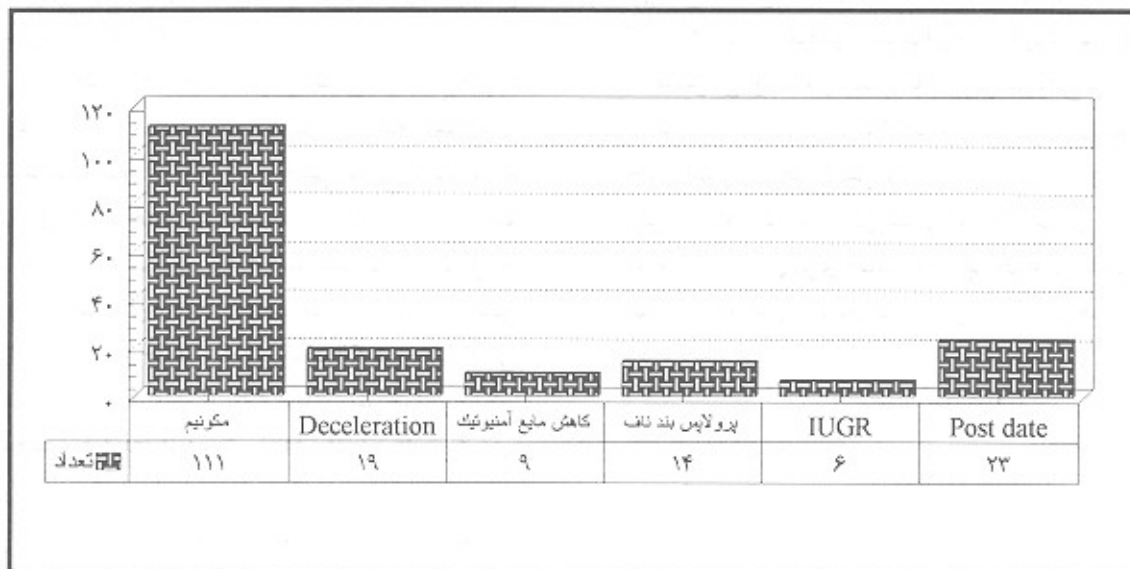
نمودار ۱:

شیوع اندیکاسیون‌های سزارین



نمودار ۲:

شیوع انواع مختلف دیسترس جنین



### 📖 مراجع :

7. *The cesarean section rate in sweden British journal of obstetrics.*  
Mar 1994, 21 (1) : 34 - 8
8. *The status of fetus deliverd vaginally after a prior c/s. A. Kush - Ginek. 1 - Sofia*  
1992, 31 (1) : 7 - 8
9. *Oxytocin aggmentation in arrest disorders in the presence of thick meconium. Gynecology & obstetrics*  
1994, 34 (1) : 21 - 24
- ۱۰ - جعفری شبیری ، مهري. بررسی سزارین هیستریکتومی و علل آن در بیمارستان طالقانی تبریز از ۱۳۶۹ - ۱۳۷۲. کنگره سراسری بازآموزی بیماری‌های زنان ۱۳۷۳ ، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ص ۳۸
- ۱۱ - جورابچی ، حسن. بررسی نتایج زایمان واژینال در سزارین قبلی. کنگره سراسری بازآموزی بیماری‌های زنان ۱۳۷۳ - دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ص ۳۹
1. *Cesarean section ; Medical benefits and costs society and science and medicine*  
Nov 1993, 37 (10) : 1223-31
2. *Cesarean section and cesarean hysterectomy William's obstetrics. 19th edition*  
1994 - Fax s 91-607
3. *Effect of changes in maternal, parity and birth weight distribution on primary c/s rate. JAMA Feb 1994, 9 (271) : 443-7*
4. *Elective cesarean section for macrosomia ? British journal of obstetrics*  
Mar 1994, s3 (3) : 141- 5
5. *Evaluation of prognostic factors for vaginal delivery after c/s. Journal of reproductive & medicine.*  
Sep 1993, 38 (9) : 729-33
6. *Uterine rupture after previous c/s and fetal consequences. American journal of Ob 8 Gyn*  
Oct 1993, 169 (4) : 945-50