

اثر روش خروج جفت بر روی مدت زمان و آندومتريت بعد از عمل سزارين

لیلی سخاوت* (M.D)، فاطمه زارع (M.D)، نازیلا نقشین (B.Sc)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، گروه زنان و مامایی

چکیده

سابقه و هدف: آندومتريت بعد از زایمان در ۸-۱٪ زایمان‌ها دیده می‌شود و یکی از ریسک فاکتورهای آن روش زایمان سزارین است برای مقایسه اثر خروج جفت توسط دست یا به‌طور خودبه‌خود روی شیوع عفونت بعد از زایمان و طول کشیدن عمل سزارین مطالعه زیر صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه آینده‌نگر، مورد و شاهد، روی زنانی که در بیمارستان آموزشی شهید صدوقی یزد سزارین می‌شدند، در سال ۸۳ تا ۸۵ انجام گرفته است. بیماران به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند: گروه ۱ (خروج جفت با دست) ۱۴۰ نفر و گروه ۲ (خروج جفت به‌طور خودبه‌خود) ۱۴۰ نفر. آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک به هر دو گروه داده شد. زمان عمل از شروع برش تا انتهای ترمیم پوست اندازه‌گیری می‌شد و آندومتريت در بیماران با وجود تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد بعد از ۲۴ ساعت اول، همراه با تندرئس شکم و ترشحات بدبو بیان شد. داده‌ها با نرم افزار SPSS15.0 توسط تست‌های t - test و Chi square بررسی و $p < 0/05$ معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها: به‌طور کلی ۳۴ نفر از دو گروه (۲۴/۶٪) دچار آندومتريت بعد از زایمان شدند که ۲۲ نفر (۱۶٪) در گروه ۱ و ۱۲ نفر (۸/۶٪) در گروه ۲ بودند. مدت عمل در دو گروه تفاوت معنی‌دار نداشت.

نتیجه‌گیری: خروج جفت با دست می‌تواند باعث افزایش شیوع آندومتريت بعد از زایمان شود، در حالی که در مدت سزارین تغییری ایجاد نمی‌کند.

واژه‌های کلیدی: عمل سزارین، خروج جفت، آندومتريت، مدت عمل سزارین

مقدمه

آندومتريت بعد از زایمان در ۸-۱٪ زایمان‌ها دیده می‌شود [۱]، یکی از ریسک فاکتورهای آن روش زایمان سزارین است (۲۰٪ بعد از سزارین) [۲]. از طرفی شیوع زایمان به روش سزارین در سال‌های اخیر افزایش یافته [۳] و همین باعث شده که عللی که در سزارین ممکن است با افزایش آندومتريت بعد از زایمان همراه باشد مورد توجه قرار گیرد. عده‌ای از محققین رابطه مستقیمی بین خروج جفت توسط دست و افزایش میزان آندومتريت بعد از زایمان پیدا کرده‌اند

[۴]، علت این امر به‌خوبی مشخص نیست، ولی می‌تواند به علت آلوده شدن حفره رحم هنگام ورود دست به داخل رحم جهت بیرون آوردن جفت باشد [۵]. از طرفی عده‌ای دیگر خروج خودبه‌خودی جفت را در سزارین با افزایش زمان عمل سزارین، هم‌چنین افزایش میزان خونریزی همراه دانسته‌اند [۶]. که به علت فاصله زمانی بین خروج جنین و خروج خودبه‌خودی جفت می‌باشد. از طرفی در بعضی از مطالعات خروج جفت توسط دست همراه با افزایش میزان خونریزی بوده [۷]، که این نیز یکی از ریسک فاکتورهای آندومتريت بعد از زایمان است.

صورت گیرد. سپس در هر دو گروه توسط گاز استریل داخل کاویته رحم از لخته خون و باقیمانده‌های جفت پاک می‌گردید. روش ترمیم رحم، فاشیا و پوست در هر دو گروه یکسان و با نخ‌های قابل جذب صورت گرفته و پانسمان بسته تا روز بعد از سزارین باقی و سپس برداشته می‌شد. زمان عمل از شروع برش روی پوست تا انتهای ترمیم پوست محاسبه می‌شد. بیماران در هر دو گروه به مدت ۳ روز بستری و درجه حرارت آن‌ها ۴ بار در روز چک می‌شد و در صورت احتیاج به بستری شدن بیمار به مدت طولانی‌تر به هر علت که بود آن بیمار از مطالعه حذف می‌شد. علایم عفونت، تب بالای ۳۸ درجه سانتی‌گراد، تدرنس شکم، ترشحات بدبو از زخم یا واژن (به غیر از لوشیا) در نظر گرفته می‌شد و به بیماران نیز آموزش داده شد تا در صورت مشاهده هر کدام از این علایم بعد از مرخص شدن مراجعه نمایند. در صورت بروز هر کدام از این علایم، تست‌ها و بررسی‌های لازم جهت تشخیص آندومتريت انجام می‌گرفت. سپس هر دو گروه از نظر مدت سزارین و ایجاد آندومتريت بعد از زایمان با یکدیگر مقایسه شدند و نتیجه مطالعه با تست χ^2 و T test توسط نرم افزار SPSS 15.0 آنالیز شد و $p < 0.05$ معنی‌دار تلقی شد.

نتایج

فاکتورهای سن، تعداد حاملگی، سن بارداری و شرایط عمل سزارین در هر دو گروه یکسان بود. در گروه مورد، ۲۲ مورد آندومتريت دیده شد (۱۶٪) که بدون عارضه ثانویه بود و به آنتی‌بیوتیک تری‌پری‌بئودی حاصل شد؛ و در گروه کنترل، تنها ۱۲ مورد (۸/۶٪) آندومتريت دیده شد ($P = 0.006$). (جدول ۱).

مدت عمل سزارین به‌طور متوسط در گروه ۱: $22/7 \pm 1/2$ دقیقه و در گروه ۲: $23/5 \pm 4/7$ دقیقه بود که تفاوت معنی‌دار نبود (جدول ۲).

به علت اهمیت آندومتريت بعد از زایمان که گاه می‌تواند حتی باعث مرگ بیمار گردد، و به علت اهمیت افزایش طول عمل جراحی که با افزایش مدت بی‌هوشی و عوارض آن برای بیمار می‌باشد، مطالعه زیر صورت گرفت؛ تا اثر خروج جفت توسط دست و خروج خودبه‌خودی جفت بر روی افزایش آندومتريت بعد از زایمان و طول مدت سزارین بررسی گردد.

مواد و روش‌ها

مطالعه انجام شده از نوع مورد و شاهد و آینده‌نگر است که روی بیمارانی که در سال ۸۳ تا ۸۵ در بیمارستان آموزشی شهید صدوقی یزد به روش سزارین الکتیو زایمان کرده‌اند انجام شده است. افرادی که دارای سابقه بیماری ساپرس کننده ایمنی مثل دیابت و یا مصرف داروهای ایمن ساپرس، دارای ناهنجاری چسبندگی غیرطبیعی جفت مثل پرکرتا و بیمارانی که دارای چسبندگی غیرطبیعی در عمل قبلی بودند (در حین عمل مشاهده شد) جهت جلوگیری از bias در مدت عمل از مطالعه حذف شدند. ۲۸۰ نفر کاندید مطالعه شدند، که با استفاده از جدول تصادفی، به دو گروه تقسیم شدند. گروه مورد (خروج جفت با دست) ۱۴۰ نفر و گروه کنترل (خروج جفت به‌طور خودبه‌خود) ۱۴۰ نفر. هر دو گروه با برش عرضی روی رحم سزارین می‌شدند. جهت جلوگیری از bias در مورد سرعت عمل افراد، سزارین در هر دو گروه توسط یک نفر انجام شد. بی‌هوشی در هر دو گروه عمومی بود. هر دو گروه آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک یک دوز بلافاصله بعد از بستن بند ناف دریافت کردند. و بلافاصله بعد از تولد نوزاد، ۱۰۰ واحد سینتوسینون جهت جمع شدن رحم و جلوگیری از خونریزی به سرم آن‌ها ریخته شد. تنها تفاوت در دو گروه روش خروج جفت بود که در گروه مورد بلافاصله بعد از خروج نوزاد جراح توسط دست جفت را از دسیدوا جدا و خارج می‌کرد و در گروه کنترل رحم مختصر ماساژ داده می‌شد و جراح صبر می‌کرد تا خروج خودبه‌خودی جفت

جدول ۱. توزیع فراوانی آندومتریته بعد از زایمان در دو گروه سزارین

P value	خروج خودبخودی		خروج جفت توسط دست		گروه
	جفت		دست		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۰۸	۹۱/۴	۱۲۸	۸۴	۱۱۸	بدون آندومتریته
۰/۰۰۶	۸/۶	۱۲	۱۶	۲۲	با آندومتریته
	۱۰۰	۱۴۰	۱۰۰	۱۴۰	جمع

جدول ۲. توزیع فراوانی بیماران بر اساس مدت عمل سزارین در دو گروه

مدت عمل Mean ± SD	گروه
۲۲/۷ ± ۴/۲	خروج جفت توسط دست
۲۲/۵ ± ۵/۷	خروج خودبخودی جفت

بر مدت عمل سزارین بررسی کرده و نتیجه با نتیجه مطالعه ما یکسان بود [۱۴] و در مطالعات دیگر زمان عمل در گروه خروج خودبخود جفت بیشتر بود. گرچه در مطالعات فوق به روش انجام سزارین اشاره‌ای نشده است، ولی در مطالعه فعلی تمام اعمال توسط یک نفر و با یک روش انجام شد. بطور کلی خروج خودبخودی جفت نسبت به خروج جفت توسط دست در سزارین با میزان کم‌تر آندومتریته همراه است و در مدت عمل سزارین نیز تفاوتی ایجاد نمی‌کند.

تشکر و قدردانی

لازم است از پرسنل اتاق عمل و بخش زنان و زایمان بیمارستان شهید صدوقی یزد تقدیر به عمل آید.

منابع

- [1] Kennedy E, Sayah A, and Talavera F. Pregnancy, Postpartum Infections. eMedicine Update: 2007; Aug 8.
- [2] Scott LD, and Hasik KJ. The similarities and differences of endometritis and pelvic inflammatory disease. J Obstetric Gynecol Neonatal Nur 2001; 30: 332-341.
- [3] Yiyang Z, Qunxic, and Welling W. Closure vs. nonclosure of the peritoneum at cesarean delivery. Int J Gynaecol Obstet 2006; 94: 103-107.
- [4] Hidar S, Jennane TM, Bouguizane S, Lassoued L, Bibi M, and Khaïri H. The effect of placental removal method at cesarean delivery on perioperative hemorrhage: a randomized clinical trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 117: 179-182.
- [5] Baksu A, Kalan A, Ozkan A, Baksu B, Tekelioglu M, and Goker N. The effect of placental removal method and site of uterine repair on postcesarean endometritis and operative blood loss. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84: 266-269.
- [6] Berghella V, Baxter JK, and Chauhan SP. Evidence-based surgery for cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2005; 193: 1607-1617.
- [7] Gol M, Baloglu A, Aydin C, Ova L, Yensel U, and Karci L. Does manual removal of the placenta affect operative blood loss during cesarean section? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 112: 57-60.
- [8] Tandberg A, Albrechtsen S, and Iversen OE. Manual removal of the placenta, Incidence and clinical significance. Acta Obstet Gynecol Scand 1999; 78: 33-36
- [9] Myles TD, Gooch J, and Santolaya J. Obesity as an Independent Risk Factor for Infectious Morbidity in Patients Who Undergo Cesarean Delivery. Obstet Gynecol 2002; 100: 959-964.
- [10] Wilkinson C, and Enkin MW. Manual removal of placenta at caesarean section. Cochrane Database Syst Rev. 2000; (2): CD000130.
- [11] Chandra P, Schiavello HJ, Kluge JE, and Holloway SL. Manual removal of the placenta and postcesarean endometritis. J Reprod Med 2002; 47: 101-106.
- [12] Dehbashi S, Honarvar M, and Fardi FH. Manual removal or spontaneous placental delivery and postcesarean endometritis and bleeding. Int J Gynaecol Obstet 2004; 86: 12-15.
- [13] Rogers mS, Yuen PM, and Wong S. Avoiding manual removal of placenta: evaluation of intra-umbilical injection of uterotonics using the Pipingas technique for management of adherent placenta. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86: 48-54.
- [14] Morales M, Ceysens G, Jastrow N, Viardot C, Faron G, Vial Y, Kirkpatrick C, Irion O, and Boulvain M. Spontaneous delivery or manual removal of the placenta during caesarean section: a randomized controlled trial. BJOG 2004;111: 908-912.

بحث و نتیجه‌گیری

آندومتریته یکی از عوارض شایع سزارین است که روش خروج جفت می‌تواند در ایجاد و افزایش آن نقش داشته باشد [۴، ۸]. گرچه حتی اگر جفت بدون دخالت دست و به‌طور خودبخود هم زایمان شود، نیز عوامل میکروبی می‌تواند وارد حفره رحم شود، مثلاً با خروج رحم از انسزیون جهت ترمیم برش رحم و یا وارد کردن گاز استریل جهت پاک کردن کاویته رحم؛ ولی داخل کردن دست جهت خروج جفت حتی با دستکش استریل و حتی با اسکراب کامل می‌تواند در داخل شدن میکرو ارگانسیم‌های پاتوژن به کاویته رحم نقش موثرتری داشته باشد [۵، ۹]. به طوری که دیده می‌شود در این مطالعه نیز خروج جفت توسط دست در مقایسه با خروج خودبخودی جفت با افزایش معنی‌دار آندومتریته همراه بوده است. در مطالعه انجام شده توسط Wilkinson و همکارانش نیز به همین نتیجه رسیدند [۱۰]. ولی در مطالعه انجام شده توسط Chandra در سال ۲۰۰۲ تفاوتی بین دو روش خروج جفت (خروج خودبخودی جفت و خروج جفت توسط دست) در میزان آندومتریته بعد از زایمان و خونریزی دیده نشد [۱۱]. در مطالعات دیگر انجام شده نیز نتیجه مطالعه ما به‌دست آمد [۱۲، ۱۳]؛ ولی تنها در یک مطالعه اثر دو روش را

Influence of placental removal method on the incidence of post-cesarean infections and operation duration

Leyli Sekhavat (MD)*, Fatemeh Zare (MD), Nazila Naghshi (B.Sc)

Dept. of Obstetrics and Gynecology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran.

(Received 9 May, 2008 Accepted 26 Jun, 2008)

Introduction: Postpartum endometritis is 1-8% and cesarean section is one of its risk factor. The present study was performed to compare the effect of manual removal and spontaneous delivery of placenta on post-cesarean endometritis and duration of cesarean operation.

Materials and Methods: In this prospective (control–case) study, 280 pregnant women undergoing elective cesarean delivery in Shahid Sadoughi (Yezed, Iran) teaching hospital were randomly assigned to two groups: manual placental delivery (140 women) and spontaneous placental delivery (140 women). Antibiotic prophylaxis was administered in both groups. The operation time concluded from skin incision to skin repair. Endometritis was diagnosed in patients who developed clinical signs of fever ($>38^{\circ}\text{C}$) 24 h after delivery, supra-pubic tenderness and vaginal discharge. Data analysis was carried out using t-test and chi square test by SPSS15.0.

Results: The total rate of endometritis was 12.1% (34 women); 12 women in the spontaneous placental delivery group (8.6%) and 22 women in the manual placental removal group (16%). This difference was statistically significant between two groups ($P=0.006$). There was no statistically significant difference in duration of operation between two groups ($P=0.1$).

Conclusion: Our finding indicate that manual removal of the placenta increased postpartum endometritis in compared with the spontaneous method of placental removal, but had no influence on the duration of cesarean.

Keywords: Cesarean delivery, Incidence, Endometritis, Placental removal, Operation duration

* Corresponding author: Fax: +98 351 8224100 – Tel: +98 9131525637
sekhavat@ssu.ac.ir