

مقایسه عوارض زایمان طبیعی و سزارین در زنان با سابقه سزارین قبلی

زهرة قرشی^۱، شایسته اسماعیل زاده^۲

چکیده

- **مقدمه:** در سالهای گذشته سزارین تکراری یکی از علل عمده انجام عمل سزارین در کشور ما بوده حال آنکه زایمان طبیعی پس از سزارین، روشی ایمن برای اکثر زنان دارای سابقه سزارین از سوی انجمن زنان و مامایی کانادا و کالج آمریکایی زنان و مامایی پیشنهاد شده است. هدف این مطالعه تعیین شیوع زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی و مقایسه عوارض آن با عوارض سزارین تکراری می باشد.
- **مواد و روشها:** در این مطالعه توصیفی کلیه پرونده‌های سالهای ۷۰-۱۳۶۸ موجود در بایگانی زایشگاه نیک نفس رفسنجان شامل ۱۵۰۷۳ پرونده بررسی و ۵۹۲ مورد پرونده بیماران با سابقه سزارین تفکیک شد. با ورود اطلاعات مورد نیاز به چک لیست پژوهش، تحلیل داده‌ها بوسیله آمار توصیفی صورت گرفت.
- **یافته‌ها:** میزان زایمان طبیعی ۲۶/۷٪ بود. علیرغم این که بین مدت اقامت در بیمارستان در دو گروه تفاوت معنی دار آماری وجود داشت ($p=0/001$)، اما از لحاظ عوارض مادری و نمره آپگار در نوزادان دو گروه، اختلاف معنی دار آماری به دست نیامد. در کل ۱۵۴ مورد زایمان نمایش سفالیک هیچ مورد پارگی رحم یا مرگ نوزادی دیده نشد. البته یک مورد پارگی رحم و یک مورد باز شدن اسکار سزارین به علت سعی در انجام زایمان طبیعی در منزل اتفاق افتاده بود.
- **نتیجه گیری:** در تحقیق حاضر در ۱۵۴ مورد زایمان سفالیک هیچ موردی از پارگی رحم دیده نشد؛ در حالی که آمار جهانی پارگی رحم در زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی یک در هزار تا یک درصد گزارش شده است. به این ترتیب انجام زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی در مادرانی که وضعیت مامایی مطلوبی داشته و تمایل به انجام آن دارند و توسط کارکنان ماهر و دلسوز مراقبت می شوند، می تواند با اطمینان توصیه شده و باعث کاهش هزینه‌ها به خصوص در اقشار کم درآمد جامعه شود.
- **واژه‌های کلیدی:** زایمان طبیعی، سزارین قبلی، سزارین تکراری

۱- کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان (مؤلف مسؤول)

۲- کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

مقدمه

افزایش آمار سزارین طی چند دهه گذشته در بسیاری از کشورها و همچنین در کشور ما سبب نگرانی مسئولین امور بهداشتی شده است. سزارین تکراری علت عمده انجام عمل سزارین به شمار می‌رود (۱،۲،۳) در حالی که سابقه سزارین اندیکاسیون قطعی سزارین تکراری نیست (۴).

دچرنی و پرنول می‌نویسند: اگر زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی به طور وسیعتری انجام شود، کاهش قابل ملاحظه‌ای در میزان سزارین ایجاد می‌گردد. در بررسی‌های موجود ۸۰٪-۶۰٪ زنانی که با سابقه سزارین، زایمان طبیعی را امتحان می‌کنند، زایمان واژینال موفقیت‌آمیز خواهند داشت (۵). زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی روشی ایمن و مطلوب برای اکثر زنانی که سابقه قبلی سزارین داشته‌اند، از سوی انجمن زنان و مامایی کانادا و کالج آمریکایی زنان و مامایی پیشنهاد شده است. انتخاب این روش باعث ایمنی کلی بیشتر برای مادر و نوزاد، خطر کمتر عفونت، نیاز کمتر به دارو و بیهوشی، و کوتاهی زمان بهبودی خواهد شد (۶).

کالج متخصصین زنان و زایمان آمریکا (۱۹۹۹) اظهار کرد: زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی با خطر کم ولی معنی‌دار پارگی رحم همراه با نتایج وخیم برای مادر و نوزاد همراه است. به این ترتیب کالج مزبور اگر چه در انجام زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی هشدار می‌دهد، ولی از آن کاملاً حمایت می‌کند (۷).

انجمن متخصصین زنان و زایمان آمریکا با بررسی ۸۰۰ مقاله موجود به این نتیجه می‌رسد که امروزه روش معتبری وجود ندارد که بتواند بیمارانی را که با موفقیت، زایمان طبیعی پس از

سزارین قبلی را انجام می‌دهند، انتخاب کند. این انجمن و فدراسیون بین‌المللی زنان و مامایی پیشنهاد می‌کنند بهتر است پس از مشاوره پیرامون فواید و خطرات زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی، بیماران خود طریقه زایمان را انتخاب کنند. متأسفانه دلایل مشخص علمی جهت راهنمایی و کمک به تصمیم‌گیری بیماران وجود ندارد (۸).

اینک در سالهای آغازین قرن ۲۱ و در کشور ما تقریباً انجام زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی به فراموشی سپرده شده است، در حالی که در کشور ما و بخصوص در شهرستانها قبل از افزایش فعلی تعداد متخصصان زایمان و صرفاً به دلیل فقدان پزشک متخصص، در حدود یک دهه قبل، تعداد قابل ملاحظه‌ای از زنان با سابقه سزارین، به زایمان طبیعی تشویق می‌شدند.

چه عوارضی برای آن زنان و نوزادان آنها به وجود آمد؟ و آیا این عوارض در مقایسه با زنانی که سزارین شدند، افزایش چشمگیر داشت؟

از آنجا که امروزه تقریباً زایمان طبیعی پس از سزارین، در کشور ما کمتر انجام می‌شود و در اغلب شهرستانها انجام آن پدیده‌ای نادر به حساب می‌آید، بنابر این قدیمی‌ترین پرونده‌های موجود در بایگانی زایشگاه نیک نفس رفسنجان که مربوط به اواخر دهه ۶۰ می‌باشد، جهت انجام تحقیق حاضر استفاده شد. شایان ذکر است که با شروع دهه ۷۰ و با شروع به کار متخصصان زنان و مامایی جوان در بیمارستانها کم‌کم انجام زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی کنار گذاشته شد، لذا دستیابی به نمونه‌های بیشتر پس از این تاریخ ممکن نگردید. این تحقیق گذشته‌نگر به منظور مقایسه عوارض زایمان طبیعی با سزارین تکراری در

گروه سزارین شده، الکتیو یا اورژانس بودن سزارین ثبت می شد.

جهت جمع آوری اطلاعات، پژوهشگران به بایگانی زایشگاه نیک نفس رفسنجان مراجعه و با بررسی پرونده‌های مربوط به سالهای ۷۰-۱۳۶۸، پرونده‌های مادران با سابقه سزارین قبلی را جدا و با استفاده از اطلاعات موجود پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در مرحله بعد اطلاعات پرسشنامه‌ها مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. تست آماری مورد استفاده آزمون T بود.

یافته‌ها

از تعداد ۵۹۲ مورد حاملگی با سابقه سزارین قبلی ۴۳۴ مورد سزارین و ۱۵۸ مورد زایمان کردند. میزان زایمان طبیعی ۲۶/۷٪ و انجام عمل سزارین پس از سزارین قبلی ۷۳/۳٪ بود. متوسط سن مادران در گروه زایمان طبیعی ۶/۱۴± سال و در گروه سزارین ۶/۵± سال و در گروه سزارین ۲۷/۱۶± سال بود که از لحاظ آماری اختلاف معنی داری را نشان داد (P=۰/۰۰۱).

متوسط تعداد حاملگی و تعداد زایمان قبلی به ترتیب در گروه مادرانی که زایمان طبیعی کردند ۲/۵۴±۵/۱۵ و ۳/۶۳±۲/۳۵ و در گروه مادرانی که سزارین شدند، به ترتیب ۲/۴۲±۴/۰۵ و ۲/۵۶±۱/۸۹ بود که از لحاظ آماری با P=۰/۰۰۱ در هر دو مورد اختلاف معنی داری به دست آمد.

متوسط تعداد سزارینهای قبلی انجام شده در مادران گروه زایمان طبیعی ۱/۰۱±۳/۹ و در گروه سزارین ۱/۶۳±۰/۵۶ بود که از نظر آماری تفاوت معنی دار بود (p<۰/۰۰۱). از لحاظ وضعیت پیشرفت زایمانی، متوسط دیلاتاسیون و افسان در

مراجعه کنندگان به زایشگاه نیک نفس رفسنجان در سالهای ۷۰-۱۳۶۸ انجام گرفت.

مواد و روشها

این مطالعه، مطالعه‌ای مقطعی بود که به روش گذشته‌نگر انجام شد. جامعه پژوهش را کلیه مادران باردار با سابقه سزارین قبلی تشکیل می دادند که جهت وضع حمل به زایشگاه نیک نفس رفسنجان مراجعه کرده بودند.

جهت دستیابی به تعداد نمونه کافی، کلیه مادرانی که با سابقه سزارین قبلی در فاصله فروردین ۱۳۶۸ تا اسفند ۱۳۷۰ جهت وضع حمل مراجعه کرده بودند، وارد مطالعه شدند. قدیمترین پرونده‌های موجود در بایگانی مربوط به سال ۱۳۶۸ بود و در این فاصله هنوز به علت کمبود پزشک متخصص اجازه زایمان طبیعی به خانمهای دارای سابقه سزارین داده می شد؛ حال آنکه امروزه در زایشگاه نیک نفس رفسنجان این امر تقریباً نادر است.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه بود که به دو شکل مجزا برای جمع آوری اطلاعات مربوط به گروه مادرانی که سزارین شده بودند و گروه مادرانی که زایمان طبیعی کرده بودند، استفاده شد. اطلاعات این پرسشنامه‌ها به طور مشترک شامل اطلاعات دموگرافیک، تعداد حاملگی، تعداد زایمان و سزارین قبلی مادر، وضعیت پیشرفت زایمان در زمان بستری شدن، وضعیت مادر و نوزاد و آپگار نوزاد پس از زایمان یا سزارین و عوارض ایجاد شده، سن حاملگی، وزن نوزاد و طول مدت بستری شدن مادر در بیمارستان بود.

علاوه بر این اطلاعات، در گروه زایمان طبیعی، نحوه زایمان و مشکلات احتمالی و در

گروه زایمان طبیعی و سه نفر در گروه سزارین نوزادی را که از قبل دچار IUDF شده بود، به دنیا آوردند.

در گروه زایمان واژینال در مجموع ۶ مورد زایمان غیر طبیعی انجام شد که شامل ۴ مورد زایمان بریج؛ یک مورد زایمان صورت در نوزاد آنانسفال و یک مورد زایمان اکسی پوت خلفی بود. جز دو مورد نوزاد در زایمان بریج و یک مورد نوزاد آنانسفال، بقیه نوزادان با آپگار بالا به دنیا آمدند.

بحث

از تعداد ۵۹۲ مورد بیمار سزارین قبلی یک مورد پارگی رحم و یک مورد شکاف اسکار سزارین قبلی اتفاق افتاد. از ۱۵۸ مورد زایمان سفالیک در ۳ مورد (۱/۸٪) و از ۴۳۴ مورد سزارین در ۱۰ مورد (۲/۳٪) عوارض مادری اتفاق افتاد. انجمن زنان و مامایی کانادا نیز می‌نویسد: در موارد ریسک همراه با زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی از ریسک سزارین تکراری برنامه‌ریزی شده کمتر است (۶). متوسط سن مادران در گروه زایمان طبیعی بالاتر از گروه سزارین بود (p=۰/۰۰۱). عکس این حالت در گزارش مرکز کنترل بیماری‌های ایالت کالیفرنیا (۲۰۰۰-۱۹۹۶) دیده می‌شود؛ در گزارش آنها کمترین میزان زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی در زنان سنین ۴۰ سال و بالاتر دیده شده است (۹).

تعداد حاملگی و زایمان قبلی در گروه زایمان طبیعی بیشتر از گروه سزارین بود. (p=۰/۰۰۱) مشخصاً مادرانی که چندین بار زایمان طبیعی و یک بار سزارین را تجربه کرده‌اند، توانایی خوبی جهت مقایسه این دو روش زایمان داشته و تمایل

هنگام بستری شدن به ترتیب در گروه زایمان طبیعی ۵/۴±۲/۸۹ و ۵۷/۰۶±۲۸/۴۱ و در گروه سزارین ۱/۶±۲/۲۷ و ۲۲/۲۱±۲۷/۵۹ بود که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری دارد (p<۰/۰۰۱). متوسط نمره آپگار نوزادان در گروه زایمان طبیعی ۹/۳±۱/۷۲ و در گروه سزارین ۹/۰±۱/۹۸ بود که از لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری نداشت (p>۰/۰۵). میانگین مدت اقامت در بیمارستان در گروه زایمان طبیعی ۱/۲۸±۰/۷۲ روز و در گروه سزارین ۴/۲۷±۰/۸۶ روز بود که در این میان اختلاف واضح آماری وجود داشت (p=۰/۰۰۱). متوسط فاصله بین مدت پذیرش بیماران و انجام سزارین در بیمارانی که به صورت اورژانس بستری شده بودند (یعنی زایمان آنها شروع شده بود) ۴/۱۷ ساعت بود.

از تعداد ۱۵۸ مورد زایمان طبیعی در ۱۵۵ مورد (۹۸/۲٪) و از تعداد ۴۳۴ مورد سزارین در ۴۲۴ مورد (۹۷/۷٪) مشکل و عارضه خاص وابسته به زایمان و سزارین اتفاق نیفتاد. عوارض در گروه زایمان طبیعی شامل نیاز به کورتاژ پس از زایمان جهت خروج جفت یا پرده‌ها ۲ مورد (۱/۲٪) و پارگی سرویکس یک مورد (۰/۶٪) بود. عوارض پس از سزارین شامل ایلئوس و تهوع و استفراغ سه مورد (۰/۷٪)، خونریزی زیاد پس از عمل به علت بازماندن شریان رحمی یک مورد (۰/۲۳٪)، ترانسفوزیون خون چهار مورد (۰/۹۲٪)، تب و لرز یک مورد (۰/۲۳٪) و پارگی مثانه حین عمل دو مورد (۰/۴۶٪) بود. علاوه بر عوارض مذکور در گروه سزارین شده، ۴ مورد هیستریکتومی انجام شد که سه مورد به علت دکلمان شدید قبل از عمل آپوپلکسی رحمی جفتی و یک مورد به علت خونریزی شدید حین سزارین بود. چهار نفر در

زایمان و سزارین را این دانست که گروه سزارین در مطالعه ما، تلفیقی از سه گروه سزارین الکتیو، سزارین پس از سعی در انجام زایمان واژینال و سزارین پس از شکست سعی در انجام زایمان واژینال بود.

از تعداد ۵۹۲ مورد خانم با سزارین قبلی یک مورد پارگی رحم و یک مورد شکاف اسکار زایمان قبلی اتفاق افتاد که در هیچ کدام از این دو مورد، نمایش جنین سفالیک نبود. در تحقیق سانچز و همکاران در اسپانیا میزان پارگی رحم یک در هزار مورد خانم با سزارین قبلی و در آنالیز اطلاعات ایالت واشنگتن در سالهای ۱۹۸۷-۱۹۹۶، ۵/۲ در هزار مورد زایمان خودبخودی گزارش شده است (۱۲، ۱۳).

از آنجا که تعداد موارد زایمان سفالیک فقط در تحقیق حاضر ۱۵۸ مورد بود، بنابراین قابل انتظار است در مقایسه با آمار موجود، هیچ موردی از پارگی رحم دیده نشود. البته نژاد نیز می تواند در احتمال ایجاد پارگی رحم یا عدم آن نقش داشته باشد.

یک مورد باز شدن اسکار سزارین قبلی در خانمی اتفاق افتاد که با دیلاتاسیون و افاسمان کامل و نمای عرضی و پرولاپس بند ناف مراجعه کرد؛ اما عمل سزارین به علت عدم دسترسی به پزشک متخصص به تعویق افتاد. نتیجه آن که نوزاد با آپگار ۹ دقیقه پنجم به دنیا آمد و شکاف محل عمل بدون نیاز به انتقال خون یا هیستریکتومی ترمیم شد.

مورد گزارش شده پارگی رحم مربوط به خانمی افغانی ۲۵ ساله با حاملگی هفتم، زایمان چهارم با سابقه یک بار سزارین بود که جنین وی هیدروسفال بریج ۴۰ هفته بود. بیمار بلافاصله به

بیشتری به انجام زایمان طبیعی دارند. چيو و همکاران نیز می نویسند: انتخاب روش زایمان به یکی از دو طریق زایمان طبیعی یا سزارین برنامه ریزی شده پس از سزارین قبلی تحت تأثیر ارزشها و باورهای مادر است (۹).

علیرغم افزایش شدید مدت اقامت مادر در بیمارستان پس از سزارین نسبت به زایمان طبیعی ($p=0/001$)، اختلاف معنی دار آماری در نمره آپگار نوزادان دو گروه مشاهده نشد. انجمن زنان و مامایی کانادا و کالج آمریکایی زنان و مامایی می نویسند: انتخاب زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی باعث ایمنی کلی بیشتر برای مادر و نوزاد و نیاز به زمان کوتاه تر در بهبودی خواهد شد (۶). در مطالعه ای که بر ۵۲۲ مورد کوشش در انجام زایمان منجر به ۳۴۴ مورد زایمان طبیعی موفقیت آمیز، در مقایسه با گروه سزارین الکتیو، سعی در انجام زایمان طبیعی باعث کاهش آپگار دقیقه ۱ و ۵ شد، اما هیچ تفاوتی از نظر پذیرش در NICU، کمک تنفسی، خونریزی داخل بطنی و تشنج در نوزادان دیده نشد (۱۰). همچنین در تحقیق هوفمن و همکاران بر ۹۷۲ کوشش در انجام زایمان واژینال، در نوزادان زنانی که پارگی رحم داشتند، فقط آپگار دقیقه ۱ نسبت به گروه کنترل کاهش داشت و این نوزادان بیشتر در NICU بستری شدند. (۱۱)

باید یادآوری کنیم در تحقیق ما گروه سزارین شامل هم گروه سزارین الکتیو و هم سزارین پس از سعی در انجام زایمان واژینال بود. از آنجا که بسیاری از موارد سزارین نه بعثت شکست در انجام زایمان واژینال بلکه بعثت رسیدن پزشک متخصص به بیمارستان انجام شد، ما موفق به جدا کردن گروهها نشدیم. بنابراین می توان علت عدم وجود اختلاف بین نمره آپگار در گروه

اتاق عمل منتقل و هیستریکتومی شد و ۵ روز بعد با حال عمومی خوب ترخیص گردید.

قابل توجه است که در موارد ذکر شده (باز شدن اسکار و پارگی رحم) پرزانتاسیون جنین سفالیک نبود (یکی از شرطهای انجام زایمان طبیعی پرزانتاسیون سفالیک می‌باشد). علاوه بر این در هیچکدام از دو مورد ذکر شده امکان انجام سزارین اورژانس مهیا نبوده که یکی به علت انجام زایمان در منزل و دیگری عدم دسترسی به پزشک بوده است.

در تحقیق لیبرمن و همکاران نیز بر روی ۱۹۱۳ مورد سعی در انجام زایمان واژینال در مراکز زایمانی بوستون، ۰/۴ درصد پارگی رحم، یک مورد هیستریکتومی و ۰/۵ درصد مرگ پریناتال اتفاق افتاد. محققین نتیجه گرفتند مراکز زایمانی باید زودتر زنان در حال انجام زایمان طبیعی پس از سزارین را به بیمارستان مجهز ارجاع دهند (۱۴).

متذکر می‌شویم که در پرونده‌های پژوهش حاضر سزارین الکتیو کمتر معمول بود. اکثر زنان با وجود داشتن سابقه سزارین، هیچگونه بررسی و یا مشاوره قبلی نداشتند و پس از شروع زایمان به بیمارستان مراجعه نموده و بستری شدند. به علت کمبود پزشک متخصص ناچار ساعتها سعی در انجام زایمان طبیعی داشتند. حتی تعداد زیادی از موارد سزارین‌های انجام شده نیز پس از چندین ساعت سعی در انجام زایمان طبیعی انجام شد. شاهد این مدعا متوسط فاصله ۴/۱۷ ساعتی است که بین مدت پذیرش بیماران و انجام سزارین اورژانس بدست آمد.

مرگ و میر پریناتال در گروه زایمان طبیعی ۲ مورد و در گروه سزارین ۴ مورد اتفاق افتاد. هر

کدام از این مرگها به علت خاصی که هیچ ارتباطی با سزارین قبلی مادر یا زایمان و سزارین فعلی نداشت روی داد. اسمیت و همکاران در مطالعه بر ۲۳۸، ۳۱۳ مورد تولد میزان مرگ و میر پریناتال را در گروه زایمان پس از سزارین قبلی ۱۲/۹ مورد در ۱۰۰۰۰ گزارش کرده و نتیجه گرفتند که مرگ و میر پریناتال به دنبال زایمان طبیعی پس از سزارین کم است (۱۵). در تحقیق هوفمن و همکاران بر ۹۷۲ مورد سعی در انجام زایمان، تنها یک مورد مرگ جنینی در زنی اتفاق افتاد که علائم مشخص پارگی رحم داشت. از آنجا که در تحقیق حاضر هیچ موردی از پارگی رحم در گروه زایمان نمایش سفالیک اتفاق نیفتاد، بنابر این قابل انتظار است که مرگ و میر پریناتال در گروه زایمان افزایش پیدا نکند (۱۱).

عوارض پس از زایمان طبیعی شامل دو مورد نیاز به کورتاژ جهت خروج جفت و یک مورد پارگی سرویکس بود. در مقایسه، در گروه سزارین سه مورد ایلئوس فلجی، یک مورد تب و لرز و عفونت، دو مورد پارگی مثانه حین عمل، چهار مورد نیاز به ترانسفوزیون خون و یک مورد خونریزی شدید داخلی به علت بازماندن شریان رحمی اتفاق افتاد.

در مقایسه با عوارض گروه زایمان طبیعی، عوارض در گروه سزارین آشکارا افزایش نشان می‌دهد. چپو و همکاران نیز در بررسی اطلاعات مربوط به تولدهای سالهای ۲۰۰۰-۱۹۹۶ در ایالت کالیفرنیا به این نتیجه رسیدند که در مقایسه با زنانی که زایمان طبیعی پس از سزارین داشتند، زنانی که سزارین الکتیو انجام دادند، خونریزی، عفونت، مشکلات در حاملگی‌های بعدی بیشتر و توانایی ایجاد ارتباط با نوزاد کمتری داشتند.

همچنین زنانی که پس از کوشش ناموفق در انجام زایمان طبیعی، نهایتاً سزارین شدند، ریسک تب، عفونت و اقامت طولانی در بیمارستان را بیش از گروه زایمان طبیعی و سزارین الکتیو تجربه کردند (۹). درنوالد و مرکر گزارش کردند در گروهی که پس از سعی در انجام زایمان نهایتاً سزارین شدند نسبت به گروه سزارین الکتیو و گروه زایمان واژینال موفقیت آمیز، تب پس از زایمان و آندومتریت بیشتر دیده شد (۱۰). با توجه به اینکه گروه سزارین ما شامل موارد عدم موفقیت در انجام زایمان واژینال نیز بود، قابل قبول است که عوارض بطور واضح در آنها افزایش یابد.

البته باید اذعان نمود که در تحقیق حاضر نه تنها تعداد نمونه‌ها کم بود، بلکه به علت فقدان اطلاعات در بعضی از پرونده‌ها آنالیز آماری پاره‌ای از متغیرها مثل وزن جنین میسر نبود. ضمن اینکه ما به ناچار گروه سزارین الکتیو را از گروه سزارین اورژانس مجزا نکرده و در یک گروه مورد بررسی قرار دادیم. اما آنچه که لااقل برای خود ما از بررسی بیش از ۱۵۰۰۰ پرونده و مطالعه ۵۹۲ پرونده بیمار سزارین قبلی آشکار شد، این بود که انجام زایمان پس از سزارین قبلی، عملی بالقوه وحشتناک نیست و می‌تواند در موارد خاص، با در نظر گرفتن شرایط و رضایت خانم حامله و با مراقبت کافی انجام شود. وانگ و چانگ نیز با اشاره به آمار سزارین ۱/۳۳٪ در تایوان که سومین آمار بالای سزارین در دنیا است، به بی‌خطر بودن زایمان طبیعی پس از سزارین اشاره کرده و می‌نویسند: بسیاری از زنان در مورد انجام زایمان طبیعی پس از سزارین شک دارند. حال آن که می‌توان با آموزش مناسب شک آنها را برطرف کرد (۱۶). گونن و همکاران نیز پس از تحقیق در

مورد عوامل موفقیت در انجام زایمان طبیعی پس از سزارین به ۵ عامل: سزارین قبلی به علت پرزانتاسیون بد، سابقه زایمان طبیعی پس از سزارین، وجود دیلاتاسیون سرویکس، سن حاملگی ≥ 41 هفته و سن حاملگی کم در هنگام سزارین قبلی اشاره کرده و نتیجه می‌گیرند: بر اساس وجود این عوامل، جراح می‌تواند بطور جداگانه با هر مراجع مشورت کرده و در مورد احتمال موفقیت زایمان طبیعی در او بحث و تصمیم‌گیری نماید (۱۷).

دافنی می‌نویسد: زایمان طبیعی پس از سزارین باید در بیمارستان مجهز انجام شود تا زنان با خطر بالا تحت مراقبت کافی قرار بگیرند. مراقبت کافی مامایی باید انجام شود تا علائم پارگی رحم به خصوص تغییر در مانیتور قلب جنین تشخیص فوری داده شود. ماما همچنین باید از لزوم وجود بانک خون ۲۴ ساعته، مانیتورینگ الکترونیکی قلب جنین و حضور پزشک جراح و بیهوشی مطمئن باشد (۱۸).

امروزه و بخصوص با بهبود مراقبتهای پرستاری مامایی، در دسترس بودن مانیتورینگ قلب جنین در اکثر مراکز و حضور پزشک متخصص در موارد اورژانس، تشویق خانمهای حامله سزارین قبلی که شرایط خوب و تمایل برای انجام زایمان طبیعی دارند، می‌تواند دیگر بار به عنوان اصل بهداشتی به عرصه مراقبتهای زنان و مامایی جامعه ما برگردد و لااقل در خانواده‌های کم درآمد، باعث کاهش هزینه‌ها شود.

انجام تحقیق مشابه در مراکز بیمارستانی بزرگتر و تعداد نمونه بیشتر مسلماً می‌تواند حقایق بیشتری را در این زمینه آشکار سازد.

سپاسگزاری

در خاتمه از دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان که هزینه این تحقیق را متقبل شده و مساعدت مسئولین محترم بایگانی زایشگاه نیک نفس رفسنجان که نهایت لطف را مبذول داشتند، تشکر

می کنیم. همچنین از آقای حمید بخشی که زحمت تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات را متقبل شدند سپاسگزاریم.

References:

1. Scott, games R, DI Saia, Philip j, Hammond, Charles B and tall Danforth's obstetrics & Gynecology. &TH edition lippin cott Williams Wilkins. Philadelphia. 1999. pp: 457-4b4.
۲. فدایی، غلامرضا. بررسی میزان و عمل سزارین در بیمارستان حاج کریم عسلی در سال ۱۳۷۳. پایان نامه دکتری. دانشگاه علوم پزشکی خرم آباد. سال ۱۳۷۵. صفحه چکیده.
۳. زارعی، ملیحه. صفائیان، زهرا و مهرآبادی، مریم. بررسی شیوع و علل سزارین در زنان حامله مراجعه کننده به بیمارستان شهیدان مبنی سبزواری در سال ۱۳۷۷-۷۸. طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی سبزواری در سال ۱۳۷۸. صفحه چکیده.
4. Sweet, Betty R and tiran. denise. Mages midwifery. A textbook for midwives 12th EDITION. Bailliere tin dad. London 1997. pp; 691.
5. Decherney, alan H&pernell, Martin L. current. obstetric & Gynecologic Diagnosis&treatment. 9TH edition. 1999. pp:571.
6. Societg of obstetric and Gynecologists of Canada. vaginal birth after previous cesarean birth. clinical practice Guidelines. policy statement No.68, December 1997. pp:1.
7. Cunningham, Gant, Leveno and et al. Williams obstetrics. 21 TH edition. Volumel. Mcgraw-Hill. 2001. pp: 541.
8. W Benson haver, jr. vaginal birth after previous cesarean delivery the journal of the American medical association. volo287 issue. 20. may 2002 .pp: 2627-2630.
9. center for disease control. vaginal birth after cesarean birth-California, 1996-2000. morbidity and mortality weekly report, Atlanta. November 2002. pp: 996-998.
10. Durnwald C, Mercer B. vaginal birth after cesarean delivery: predicting success, risks failure. J Matern fetal neonatal med. 2004 jun; 15 (6):388-93.
11. Hoffman MK, Sciscione A, Srinivasana M& et al. Uterine rupture in patients with a prior cesarean delivery: the impact of cervical ripening. Obstet Gynecol Surv . 2005 jan; 60(1):22-3.
12. lydon, Rochellem. V, Holt, T, Ester ling and D. Martin. Risk of utrine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. New England journal of medicine. 2001 345, no.1. pp:3-8.
13. Sconchez, Guzman. Alfaro, Alfaro N, Garcia, pevez and Alba. Martin. trying vaginal delivery in 1000 patients with previous cesarean section in the Antiguo Hospital civil de Guadalajara. Gynecology obstetric mex. August 1998. pp:325-9.
14. Lieberman E & et al. Results of the national study of vaginal birth after cesarean in birth centers. Obstet Gynecol. 2004 nov; 104 (5pt1):933-42.
15. Sith, Gordoncs. pell. Jillp. Dcameron, Alan and etal risk of perinatal death associated with labor after previous cesavean deliverg in un compli cated term pregnancies. the journal of the American medical

- association. vol: 286. issue. 20. mag2002. ppi 2684-2690.
16. Wang H, Chung UL. An alternative in childbirth education: vaginal delivery following earlier ceareean deliveryl Hu Li Za Zhi. 2004 Aug; 51 (4): 66-9
17. Gonen R, Tamir A, Degani S, Ohel G. Variables associated with successful vaginal birth after one cesarean section: a proposed vaginal birth after cesarean section score. Am J Perinatol 2004 NOV; 21(8):447-53
18. Dauphinee JD. VBAC: safety for the patient and the nurse Jobstet Gynecol Neonatal Nurs. 2004 Nov-Dec; 33(6): 833.