

# SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

## کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

کارگاه آنلاین  
بررسی مقابله ای متون (مقدماتی)

کارگاه آنلاین  
پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

کارگاه آنلاین آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو

## بررسی اثر دوختن و ندوختن پریتون جداری در سزارین قبل بر چسبندگی ایجاد شده در سزارین دوم

لیلی سخاوت<sup>✉</sup> M.D.، افسر السادات طباطبایی بافقی\* M.D.،  
محمدعلی کریمزاده میبیدی\* M.D.

### چکیده

**هدف:** انجام اعمال جراحی شکم باعث ایجاد چسبندگی در لگن و شکم می‌شود. برای مقایسه اثر دوختن و ندوختن پریتون جداری بر ایجاد چسبندگی در سزارین بار دوم مطالعه زیر انجام گرفت.

**روش بررسی:** در یک مطالعه آینده نگر (Cohort) در زنانی که برای بار دوم سزارین می‌شدند، اثر دوختن و ندوختن پریتون جداری در سزارین قبلی بر چسبندگی ایجاد شده را بررسی کردیم. از جراح بیماران بلافاصله بعد از عمل در مورد درجه، شدت و محل چسبندگی سؤال شد؛ و پرونده قبلی بیماران مورد مطالعه قرار گرفت. در مورد تکنیک جراحی (نوع برش، دوختن یا ندوختن پریتون جداری و عوارض بعد از سزارین در بار اول) مطالعه انجام شد. ۱۵۰ بیمار تحت این شرایط مورد مطالعه قرار گرفتند؛ که از این تعداد ۷۰ نفر در سزارین اول پریتون دوخته نشده بود (گروه A) و ۸۰ نفر پریتون آنها دوخته شده بود (گروه B).

**یافته‌ها:** دوختن پریتون جداری با کاهش چسبندگی همراه بود ۴۵٪ (گروه B) در مقابل ۷۷٪ (گروه A)  $P=0.06$  و شدت چسبندگی‌ها نیز در گروه B کمتر بود (۳۳٪ گروه B در مقابل ۴۸٪ گروه A)  $P=0.03$  مدت عمل در هر دو گروه یکسان بود.

**نتیجه گیری:** دوختن پریتون جداری در موقع سزارین بار اول باعث ایجاد چسبندگی به میزان کمتر و شدت کمتر می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** عمل سزارین، دوختن پریتون، ندوختن پریتون، ایجاد چسبندگی.

### مقدمه

پریتون احتیاج به بهم رسانیدن لبه‌ها جهت ترمیم ندارد (۳)، و سلولهای مزوتلیال در لبه‌های باز مانده پریتون مهاجرت کرده و محل بریدگی را پر می‌کنند؛ در صورتیکه همین عمل ممکن است با بخیه زدن به علت ایجاد نکروز و ایسکمی در محل بخیه صورت نگیرد (۴).

در حاملگی وضعیت آناتومی و فیزیولوژی بدن بهم می‌خورد و وجود رحم بزرگتر از طبیعی بعد از زایمان ممکن است در امر ترمیم

در ایران میزان سزارین در سطح شهر تهران ۶۶/۵ درصد بوده و این میزان به طور معنی‌داری در بیمارستان‌های خصوصی بیش از بیمارستان‌های دولتی است (۱) و ۲۷/۶٪ زایمانها در آمریکا از طریق سزارین انجام می‌گیرد (۲). تکنیک عمل سزارین نقش بسزایی در ایجاد عوارض و موربیدیتی بعد از عمل و ایجاد چسبندگی در اعمال جراحی بعدی دارد. برعکس سایر نسوج

دریافت مقاله: ۸۵/۱۰/۲۴ اصلاح مقاله: ۸۶/۷/۲۹ پذیرش مقاله: ۸۶/۹/۷

✉ نویسنده مسئول: استادیار گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه شهید صدوقی یزد، یزد-ایران

\* گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه شهید صدوقی یزد

آدرس پست الکترونیکی: I\_Sekhavat@yahoo.com

مثل دیابت، فشار خون و غیره نداشته باشند. بعد از عمل اول دچار عارضه خونریزی، عفونت بعد از عمل، یا عارضه دیگری که باعث طولانی شدن مدت بستری شدن و افزایش دستکاریهای حین عمل شود، نشده باشند و در طول مدت بین سزارین اول و دوم از داروی خاص مثل کورتون یا ایمن ساپرسها استفاده نکرده باشند. علت سزارین بار اول نیز بررسی می‌شد که به علت ناهنجاری‌های جفتی مثل پلاستا پرویا (Placenta Previa) یا دکلمان جفت (Abruptia) نباشد. هر دو گروه از نظر تکنیک عمل (برش روی شکم، برش روی رحم، بیرون آوردن جفت، روش ترمیم عضله رحم) یکسان بودند. اعمال جراحی بار دوم در تمام بیماران توسط یک جراح (پژوهشگر) انجام شد. بیمارانی که در پرونده قبلی آنها (سزارین بار اول) چسبندگی ذکر شده بود، یا پرونده قبلی آنها از نظر شرح عمل کامل نبود کنار گذاشته می‌شدند. در حین عمل محل چسبندگی و شدت (Dense بودن) آن توسط جراح بررسی و یادداشت می‌شد.

نوع بیهوشی هر دو بار سزارین یادداشت شد. به این ترتیب ۱۵۰ بیمار واجد شرایط مورد مطالعه قرار گرفتند که از این تعداد ۷۰ نفر در عمل قبلی پریتون دوخته نشده بود (گروه A) و ۸۰ نفر در عمل قبلی پریتون دوخته شده بود (گروه B).

نتایج کار توسط تستهای آماری Student t- test و Chi Square با نرم افزار SPSS 15.0 بررسی شد.

### یافته‌ها

۱۵۰ بیمار واجد شرایط مورد مطالعه قرار گرفتند که از این تعداد ۷۰ نفر در عمل قبلی پریتون دوخته نشده بود (گروه A) و ۸۰ نفر در عمل قبلی پریتون دوخته شده بود (گروه B).

هر دو گروه مورد مطالعه از نظر سن مادر یکسان بودند وضعیت اقتصادی متوسط یا خوب داشتند، همگی باسواد بودند. علت سزارین بار اول آنها تنگی لگن ۴۲٪ Malpresentation ۱۶٪، عدم پیشرفت زایمان ۳۵٪ سزارین انتخابی ۷٪ بود (جدول ۱). نوع بیهوشی سزارین بار اول اسپینال ۲۱٪ و بیهوشی عمومی ۷۹٪، نوع برش پوست طولی ۴٪ و فانتستایل ۹۶٪ نوع برش روی رحم طولی ۳٪ و Kerr ۹۷٪ بود.

خودبخود لبه‌های بریدگی پریتون اختلال ایجاد کرده و باعث بوجود آمدن چسبندگی‌هایی به فاشیا و امتنوم و غیره شود (۵، ۶). فعالیت فیبریولیز در مایع پریتون وجود دارد و ممکن است بخیه زدن باعث جلوگیری از فعالیت فیبریولیز شده و یا تغییرات ناشناخته حاملگی مثل وجود سیتوکین‌های التهابی باعث تغییر در ایجاد چسبندگی در هنگام دوختن پریتون شود (۷).

یکی از روشهای مرسوم دوختن پریتون در هنگام ترمیم برشهای ایجاد شده هنگام سزارین است که تا بحال بحث زیادی در مورد مفید بودن یا نبودن، ضروری بودن یا نبودن دوختن پریتون انجام شده و مطالعات زیادی صورت گرفته؛ از جمله فوایدی که برای ندوختن برش پریتون ذکر می‌کنند کوتاهتر شدن زمان سزارین و کاهش میزان عفونت بعد از زایمان است (۸، ۹). ولی در مطالعات انجام شده درد بعد از عمل و مدت بستری شدن بیمار در دوختن و ندوختن پریتون تفاوتی نداشته است (۹، ۱۰). همچنین در مطالعات انجام شده دوختن پریتون جداری با افزایش چسبندگی همراه بوده است و به همین منظور دوختن پریتون جداری منع شده است (۱۱-۱۴). ولی آندومتریز در این موارد کمتر دیده شده است (۸). وجود این اطلاعات همچنین در دست نبودن مطالعات کافی بعد از عمل در مورد ندوختن پریتون جداری باعث شده که جراحان در سزارین روش ندوختن پریتون را ترجیح دهند (۱۵-۱۷).

به علت اهمیت ایجاد چسبندگی بعد از عمل که باعث درد شکم، دیس پارونی و درد لگن می‌شود. این مطالعه جهت بررسی اثرات دوختن یا ندوختن پریتون جداری در سزارین بار اول در زنانی که برای بار دوم سزارین می‌شدند انجام گرفت.

### روش بررسی

مطالعه انجام شده از نوع آینده‌نگر (Cohort) است مطالعه روی بیمارانی انجام شده که برای اولین بار سزارین تکراری داشتند (زایمان دوم با سزارین قبلی) در هنگام عمل به وجود چسبندگی، میزان و شدت آن و محل چسبندگی دقت می‌شد و زمان انجام عمل محاسبه می‌شد. سپس پرونده سزارین بار اول بیماران از نظر دوختن و یا ندوختن پریتون جداری و زمان عمل، عوارض بعد از عمل مورد مطالعه قرار گرفت. بیماران سابقه هیچ بیماری خاص

جدول ۱. توزیع فراوانی بیماران بر اساس علت سزارین بار اول در دو گروه.

گروه ← ↓	تعداد	درصد	تنگی لگن		عدم پیشرفت زایمان		Elective		جمع
			تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
A	۳۱	۴۴	۱۳	۱۸/۵	۲۰	۲۸/۵	۶	۸/۵	۷۰
B	۳۲	۴۰	۱۱	۱۴	۳۳	۴۱	۴	۵	۸۰
جمع	۶۳	۴۲	۲۴	۱۶	۵۳	۳۵	۱۰	۷	۱۵۰

جدول ۲. توزیع فراوانی بیماران بر اساس محل چسبندگی در سزارین بار دوم در دو گروه

محل ← ↓ گروه	تعداد	درصد	امنتوم و رحم		رحم و فاشیا		امنتوم و فاشیا		جمع
			تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
A	۲۵	۴۶/۵	۱۴	۲۶	۱۵	۲۷/۵	۵۴	۷۷	
B	۲۱	۵۸	۵	۱۴	۱۰	۲۸	۳۶	۴۵	
Pvalue		۰/۱		۰/۰۰۴		۰/۰۰۲		۰/۰۰۶	

عده‌ای دوختن پریتون را با چسبندگی کمتر گزارش کرده‌اند. در این مطالعه بطور معنی‌دار دوختن پریتون نسبت به ندوختن آن در سزارین بار اول باعث ایجاد چسبندگی کمتر در سزارین بار دوم می‌شود ( $P=0/006$ ).

همچنین در افرادی که در سزارین بار اول پریتون دوخته شده بود شدت چسبندگی‌ها کمتر و محل ایجاد آنها نیز کم‌خطرتر بود. (چسبندگی فاشیا به رحم در موارد ندوختن پریتون بیشتر دیده شد) مشابه مطالعه فعلی در سال ۲۰۰۵ توسط Deirdre و همکارانش گزارش شد که با دوختن پریتون در سزارین بار اول چسبندگی ایجاد شده ۴ برابر کمتر از زمانی بود که پریتون باز گذاشته شده بود (۱۵).

در سال ۲۰۰۳ Roset و همکارانش مطالعه مشابه را انجام دادند که فقط ۲۹ بیمار را بررسی کردند و نتیجه مشابه مطالعه فعلی بدست آمد ولی تعداد افراد مورد مطالعه کم و قابل تعمیم به جامعه نبود (۱۸). در سال ۲۰۰۳ گزارش Khadra و همکارانش در مجله Saudi Medical Journal به چاپ رسید که دوختن و ندوختن پریتون را در یک مطالعه راندوم بر روی زنان بستری شدن و عوارض بعد از عمل و حین عمل مثل خونریزی، عفونت بعد از عمل بررسی کرده و دوختن پریتون را با عوارض بالاتری

هر دو گروه از نظر تکنیک عمل، روش بیرون آوردن جفت، روش ترمیم عضله رحم (Continues luck)، یکسان بودند. در هر دو گروه پریتون احشایی در سزارین قبلی دوخته شده بود. نخ استفاده شده در عمل قبلی در تمام بیماران کرومیک (Chromic-1) بود و بجز افرادی که پوست آنها با برش طولی باز شده بود بقیه جهت ترمیم زیر جلد از پلین (plain-2/0) و جهت ترمیم پوست از نایلون (silk-3/0) استفاده شده بود. در بررسی چسبندگی در حین عمل میزان چسبندگی در گروه B ۳۶ نفر (۴۵٪) و در گروه A ۵۴ نفر (۷۷٪) بود ( $P=0/006$ ).

میزان چسبندگی شدید نیز در گروه B ۳۳٪ و در گروه A ۴۸٪ بود ( $P=0/003$ ). چسبندگی‌ها در دو گروه بین رحم و امنتوم، امنتوم و فاشیا و فاشیا و رحم بود که در گروه A بیشتر چسبندگی فاشیا و رحم ( $p=0/300$ ) و فاشیا و امنتوم ( $p=0/002$ ) دیده می‌شد (جدول ۲).

از نظر زمان عمل در گروه A بطور متوسط ۳۸ دقیقه و در گروه B ۴۰ دقیقه بود که تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $P=0/04$ ).

## بحث

مطالعات متعددی انجام شده که بعضی ندوختن پریتون را بهتر و

closure of peritoneum at cesarean delivery. *Int J gynaecol obstet* 2006; 99: 103-7.

3. Duffy DM, DiZerega GS. Is peritoneal closure necessary? *Obstet Gynecol Surv* 1994; 49: 817-22.

4. Montz FJ, Shimanuki T, DiZerega GS. Postsurgical mesothelial reepithelialization. In: DeCherney AH, Polan ML, editors. *Reproductive surgery*. Chicago (IL): Year Book Medical Publishers 1987: 31-47.

5. Deirdre J. Aaron B. Caughey MPP, Emily HU, Kay D. Peritoneal Closure at Primary Cesarean Delivery and Adhesions. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 106: 275-280.

6. Liakakos T, Thomakos N, Fine PM, Dervenis C. Peritoneal adhesions: Etiology, Pathophysiology, and Clinical significance recent advances in prevention and management. *Digestive surgery* 2001; 18: 260-273.

7. Pschera H, Kjaeldgaard A, Larsson B. Fibrinolytic activity in amniotic fluid during late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 65: 417-20.

8. Irion O, Luzuy F, Beguin F. Nonclosure of the visceral and parietal peritoneum at cesarean section: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 690-4.

9. Pietrantonio M, Parsons MT, O' Brien WF, Collins E, Knuppel RA. Peritoneal closure or non-closure at cesarean. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 293-6.

10. Nagele F, Karas H, Spitzer D, Staudach A, Karasegh S, Beck A. Closure or nonclosure of the visceral peritoneum at cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174:1366-70.

11. O'Leary DP, Coakley JB. The influence of

گزارش کرده بود (۱۹).

در سال ۲۰۰۶ گروه همکار با Komoto و Yashiko در یک بررسی عوارض حین عمل و زمان عمل و میزان چسبندگی را در سزارین بعد از عمل جراحی بررسی کردند. در مطالعه آنها دوختن هر دو پریتون جدراری و احشایی مورد بررسی قرار گرفت. این گروه میزان چسبندگی و زمان عمل و میزان مصرف ضد درد در عمل دوم را در افرادی که هر دو پریتون جدراری و احشایی بعد از عمل جراحی دوخته شده بود بیشتر گزارش کردند. ولی در افرادی که تنها پریتون جدراری دوخته شده بود این افزایش دیده نشد. این بررسی از نظر نوع عمل اول و میزان عوارض عمل اول مشخص نیست (۲۰).

در سال ۲۰۰۱ Khawar و همکارانش اثر دوختن پریتون و ندوختن آن را در زمان عمل، مدت زمان بستری شدن در بیمارستان، میزان عفونت بعد از عمل و میزان dehiscence بررسی کردند و گزارش کردند که ندوختن پریتون با افزایش عارضه چسبندگی همراه نیست ولی زمان بستری شدن و زمان عمل در این بیماران کمتر است (۱۲)، ولی مطالعه اثر ندوختن پریتون را در عمل بار دوم مورد بررسی قرار نداده است. مطالعه مشابه در ایران صورت نگرفته است.

## نتیجه گیری

با انجام مطالعه فعلی مشخص شد که بطور معنی دار دوختن پریتون جدراری نسبت به ندوختن آن با میزان چسبندگی کمتر در سزارین بعدی همراه بوده است. البته مطالعات بیشتری بخصوص در جراحی های شکم غیر از سزارین نیز لازم است تا این امر را ثابت کند. همچنین بررسیهای بیشتری بر روی سایر عواملی که باعث ایجاد چسبندگی بعد از اعمال جراحی شکم می شود

## References

۱. شریعت م، مجلسی ف، آذری س، محمودی م. بررسی میزان سزارین و عوامل موثر بر آن در زایشگاه های شهر تهران. پایگاه اطلاعات علمی (SID) پایش تابستان ۱۳۸۱؛ ۱(۳): ۵-۱۰.
2. Yiyang Z, Qunxic A, Welling W. Closure vs non-

suturing and sepsis on the development of post-operative peritoneal adhesions. *Ann R Coll Surg Engl* 1992; 74: 134–7.

**12.** Khawar R, Yasin R, Mohammed A, Waseem A. Peritonization at cesarean section – is it necessary? *Ann King Edward Med Coll* 2001; 7: 116-7.

**13.** Bamigboye AA, Hofmeyr GJ. Closure versus non-closure of the peritoneum at cesarean section (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Oxford: Update Software* 2003; 4.

**14.** Tulandi T, Al-Jaroudi D. Nonclosure of the peritoneum: a reappraisal. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 609–612.

**15.** Zarian Z, Zarian P. Nonclosure versus closure of the peritoneum during caesarean section (arandomized study). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 128: 267-9.

**16.** Wilkinson CS, Enkin MW. Peritoneal non-

closure at caesarean section (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Oxford: Update Software* 2000; 2.

**17.** Hamilton BE, Martin JA, Sutton PD. Births *Natl Vital Stat Rep* 2004; 9: 1-17.

**18.** Roset E, Boulvain M, Irion O. Nonclosure of the peritoneum during caesarean section: long-term follow-up of a randomised controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 108: 40–4.

**19.** Khadra A, Gaiaai, Andrzej, Kojrolikowski A randomized controlled study of peritoneal closure at cesarean section. *Saudi Medical Journal* 2000; 21(8): 759-761.

**20.** Komoto Y, Koichiro S, Shimizu T. Peospective study of non-closure or closure of the peritoneum at cesarean delivery in 124 women. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2006; 32: 396-402.

# SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

## کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

توجه: بررسی مقاله ای متون (مقدماتی)

کارگاه آنلاین  
بررسی مقابله ای متون (مقدماتی)

PROPOSAL  
پروپوزال

توجه: پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

کارگاه آنلاین  
پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

ISI  
Scopus

توجه: آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو

کارگاه آنلاین آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو