

دراسة مقارنة بين تقنية القيصرية التقليدية والقيصرية الحديثة

د. إيفلين أحمد أحمد*

(تاريخ الإيداع 3 / 12 / 2020. قُبِلَ للنشر في 25 / 1 / 2021)

□ ملخص □

- شملت الدراسة 135 حامل مع سوابق قيصرية حيث خضعت كل حامل لقيصرية ثانية باستطابات انتخابية في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية في الفترة الواقعة بين عامي 2010 - 2011 أي عامين.
- تم توزيع المريضات إلى مجموعتين حسب الطريقة التي أجريت بها القيصرية الأولى حيث شملت المجموعة الأولى 39 مريضة كانت قد أجريت القيصرية الأولى لهن بالطريقة الحديثة وشملت المجموعة الثانية 96 مريضة كانت قد أجريت القيصرية الأولى لهن بالطريقة التقليدية.
- شملت المقارنة زمن ولادة الجنين وزمن القيصرية كاملة وثخانة القطعة السفلية للرحم ونسبة وتوضع وشدة الالتصاقات.
- كانت النتائج اختصار زمن ولادة الجنين وزمن القيصرية بالطريقة الحديثة في حين أننا لم نلاحظ اختلافاً كبيراً فيما يتعلق بثخانة القطعة السفلية للرحم وفي نسبة وتوضع وشدة الالتصاقات.

كلمات مفتاحية: قيصرية ثانية - قيصرية حديثة - قيصرية تقليدية.

* ماجستير - توليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

Comparative Study between Technics of Classic Cesarean and Modern Cesarean

Evlin Ahmad Ahmad*

(Received 3 / 12 / 2020. Accepted 25 / 1 / 2021)

□ ABSTRACT □

- The study covered 135 pregnant patients who had primary cesarean section and were going to do their first repeat cesarean by selective indications in Alassad University Hospital in Lattakia in 2010 – 2011 (two years).
- Patients were divided into two groups depending on the technic of the first cesarean. The first group covered 39 patients who their first cesarean was done by modern method. The second group covered 96 patients who their first cesarean was done by classic method.
- Comparison between the two groups contained Time for delivery and for all cesarean, Thickness of the lower segment of the uterine (LSCS) and Rate, places and intensity of the adhesions.
- The results were limitation the time for delivery and the time for all the cesarean by modern method but there were no significant differences in the thickness of (LSCS) and in rate, places and intensity of the adhesions.

Keywords: Second cesarean, Modern cesarean, Classic cesarean.

* MSc - Obstetric and Gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

القيصرية معروفة لدى أقدم الشعوب كالرومان كما ذكرها البيروني وقام العرب بإجرائها، حيث كانت تجرى فقط بعد موت الأم لإنقاذ الجنين، وإن أول قيصرية مسجلة لسيدة على قيد الحياة كانت بعد 1500م في سويتز لاند ولكن هذه السيدة توفيت بعد خمسة وعشرين يوماً، ومنذ ذلك اليوم حتى الآن طرأت الكثير من التغييرات على تفاصيل إجراء القيصرية، [2,1] وقد سجل معدل إجراء العمليات القيصرية ارتفاعاً ملحوظاً في العقود الأخيرة في معظم المناطق، [3] وهناك نوعان للقيصرية، العلوية أو الجسمية وهي التي يجرى الشق فيها طولانياً على القطعة العلوية للرحم، والسفلية وهي التي يجرى الشق فيها على القطعة السفلية للرحم عرضياً غالباً وطولانياً بشكل نادر، [4,5] ويفضل معظم الجراحين القيصرية السفلية على العلوية، [6] حيث يتم من خلال القيصرية استخراج الجنين عبر شق يجرى على جدار البطن والرحم، [4, 7, 8, 9] بعد ذلك تتم إعادة خياطة الرحم والبريتوان الحشوي والجداري والشحم والجلد، [10, 11, 12, 13] ويتم اتخاذ القرار بإجراء القيصرية واختيار تقنية من تقنيات العملية القيصرية المختلفة حسب الشروط الخاصة بكل مريضة وبكل جراح في آن معاً، وكذلك بشروط العمل التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار ومنها سن الحمل وحالة الحامل قبل المخاض وحوله وبدانة الحامل وسوابقها الجراحية وانبثاق الأغشية وبدء المخاض واستطباب القيصرية ودرجة خطورتها ونمط التخدير ومهارة الجراح ومكان العمل وعمر الأم والحمل بعد عقم طويل الأمد والمجبنات المعيبة للجنين وعدد الأجنة وحالة الجنين داخل الرحم من التألم ونقص النمو والحمل المديد وتكرر موت الأجنة عند الأم في نهاية الحمل، [4, 14, 15] بالإضافة إلى أن الكثير من الحركات المجرأة في القيصرية لا تستند على أساس علمي صريح مما يفتح آفاقاً أوسع للابتكارات والاختيارات.

أهمية البحث وأهدافه:

إن الالتصاقات المشاهدة عند المريضات اللواتي أجريت لهن قيصرات سابقة قد تكون شديدة لدرجة تمنع عودة تشريح البطن لوضعه الطبيعي على الرغم من محاولات إصلاحها وفكها، إضافة للآلام التي تسببها، والمشاكل المتعلقة بها من انسداد الأمعاء والصعوبات بإجراء العمليات الجراحية اللاحقة، كما أن تمزق ندبة الرحم عند المريضات اللواتي لديهن قيصرات سابقة يحمل معه مراضة والدية هامة إضافة لخطورة جنينية قد تصل إلى موت الجنين، هدف الدراسة هو انتقاء التكنيك الجراحي الأنسب للولادة القيصرية لتخفيض نسبة الاختلاطات ما أمكن، وذلك من خلال كشف محاسن ومساوئ كل طريقة وبالتالي زيادة نسب الأمان فيما يتعلق بالقيصرات اللاحقة.

طرائق البحث ومواده:

شملت الدراسة (130) سيدة حامل تراوحت أعمارهن بين (20-40) سنة ولا يقل عمر الحمل لديهن عن (36) أسبوعاً من السيدات المراجعات لقسم التوليد بمشفى الأسد الجامعي باللاذقية بين عامي (2010 - 2011)، وهن جميعاً من سوابق القيصرية الواحدة، وقد أجريت القيصرية السابقة في مشفانا وأجريت القيصرية الثانية خلال فترة الدراسة المذكورة واختيرت أن تكون انتخابية والاستطباب توليدي. تم تقسيم المريضات إلى مجموعتين:

1. المجموعة الأولى: (39) مريضة، أجريت القيصرية الأولى لهن بالطريقة الحديثة.

2. المجموعة الثانية: (96) مريضة، أجريت القيصرية الأولى لهن بالطريقة التقليدية. حيث تم التأكد من بيانات القيصرية الأولى من خلال سحب أضاير المريضات وقراءة معطياتها.

خطة العمل:

متابعة المريضات بعد القبول بقسم التوليد واتخاذ كافة الإجراءات الروتينية المتبعة في القسم والوقوف على:

- التدبير السابق الذي خضعت له السيدة وطريقة الولادة.
- استنجاب القيصرية السابقة.
- ظروف إجراء القيصرية السابقة:
- تقنية العمل الجراحي.
- زمن الولادة وزمن الجراحة لكامل القيصرية.
- إجراء إيكو بطني لجميع المريضات مع مئانة ممثلة وقياس سماكة ندبة القطعة السفلية للرحم.
- التحضير للعمل الجراحي.
- تصنيف المريضات أثناء الجراحة حسب مظهر ندبة الرحم إلى:
- عدم وجود ترقق بالقطعة السفلية.
- ترقق القطعة السفلية دون إمكانية رؤية شعر الجنين.
- ترقق القطعة السفلية مع إمكانية رؤية شعر الجنين.
- تقييم الالتصاقات أثناء العمل الجراحي:
- تحديد مكانها.
- شدتها: رقيقة أو متوسطة الثخانة (منحنية ومقوسة) أو شديدة الثخانة (مسطحة وكثيفة)
- تم اتباع نفس التقنية الجراحية المتبعة في القيصرية الأولى لكل مريضة.

النتائج والمناقشة:

1- المقارنة من حيث زمن الولادة وزمن القيصرية كاملاً:

تم تسجيل الأزمنة اللازمة للولادة (من شق الجلد حتى لقط السرر) والأزمنة اللازمة لكامل القيصرية (من شق الجلد حتى وضع الضماد) وحساب المتوسط الحسابي، فكانت النتيجة أن الطريقة الحديثة اختصرت الزمن الوسطي للولادة بحوالي (2.5) دقيقة والزمن الوسطي للقيصرية بحوالي (9) دقائق مقارنة مع الطريقة التقليدية وهو فرق هام يترتب عليه نقص باستهلاك مواد التخدير ونقص التعرض لها من قبل كل من الأم والجنين.

جدول رقم (1) يبين الوقت الوسطي للولادة ولكامل القيصرية

الفئة	1	2
متوسط زمن الولادة (دقيقة)	3.5	6
متوسط زمن القيصرية (دقيقة)	47	56

2- مقارنة ندبة الرحم:

تم قياس سماكة القطعة السفلية للرحم قرب تمام الحمل دون وجود مخاض وذلك بواسطة الأمواج فوق الصوتية، وتم اعتماد سماكة الندبة < 3 ملم يعني أنها جيدة الالتئام كما هو حال معظم الدراسات العالمية، أما السماكة > 3 ملم فتشير لندبة ضعيفة، فلاحظنا أن معظم الندبات كانت جيدة الالتئام بالفئتين وأن نسبة الندب الضعيفة قليلة ومتقاربة في الفئتين، ولدى إجراء الدراسة الإحصائية تبين أنه لا يوجد فرق إحصائي هام، أي أنه لا يوجد طريقة تحمل خطراً إضافياً لتمزق الرحم.

جدول رقم (2) يبين سماكة القطعة السفلية للرحم باستخدام الإيكو في كل فئة

الفئة القياس	1	2
≥ 3 ملم	84.6 %	82.25 %
< 3 ملم	15.4 %	17.75 %

كما تم وضع تصنيف عياني لندبة القطعة السفلية كما يلي:

(a) درجة (1) من دون ترقق.

(b) درجة (2) ترقق دون شفافية (دون إمكانية رؤية شعر الجنين).

(c) درجة (3) ترقق مع شفافية (مع إمكانية رؤية شعر الجنين).

وتمت المقارنة بين المعطيات السريرية وقياسات الأمواج فوق الصوتية فكانت حساسية الأمواج فوق الصوتية (88%). ولم نجد فروقاً هامة بين طريقتي إجراء القيصرية لدى المقارنة بينهما من حيث التصنيف العياني لندبة القطعة السفلية للرحم.

جدول رقم (3) يبين نتائج التصنيف العياني لندبة الرحم لكل فئة وعلاقتها مع سماكة الندبة المقاسة بالأمواج فوق الصوتية.

الفئة الدرجة	1		2	
	≥ 3 ملم	< 3 ملم	≥ 3 ملم	< 3 ملم
1	74.3 %	2.6 %	73 %	3.1 %
2	10.3 %	7.7 %	9.3 %	7.3 %
3	0 %	2 %	0 %	7.3 %

3- مقارنة الالتصاقات:

تمت مقارنة الالتصاقات من حيث مكانها وشدتها عيانياً كما يلي :

1- التصاق خفيف أو رقيق.

2- التصاقات متوسطة الشدة (منحنية أو مقعرة وربما تكون وعائية).

3- التصاقات شديدة (قاسية أو صلبة وسميكة دون انحناءات).

لم نلاحظ فرقاً إحصائياً هاماً بين الطريقتين من حيث مكان الالتصاقات أو من حيث شدتها.

جدول رقم (4) يوضح نسبة الالتصاقات في كلتا الفئتين وأماكن تواجدها

الفئة	1	2
نسبة الالتصاقات	41 %	48.9 %
بريتوان - ثرب	20.5 %	32.3 %
بريتوان - رحم	10.25 %	8.3 %
ثرب - رحم	10.25 %	7.2 %
أمعاء - رحم	0 %	1.1 %

كما أننا لم نلاحظ فرقاً هاماً بين الطريقتين فيما يتعلق بشدة الالتصاقات.

جدول رقم (5) يبين توزع الالتصاقات حسب شدتها

الفئة	1	2
شدة الالتصاقات	25.6 %	29.1
1	10.25 %	12.5 %
2	5.15 %	7.3 %
3		

الاستنتاجات والتوصيات:

- 1- إن إجراء القيصرية بالطريقة الحديثة يختصر الزمن اللازم لولادة الجنين والزمن اللازم لكامل القيصرية مقارنة مع إجرائها بالطريقة التقليدية مما يقلل زمن تعرض كل من الأم والجنين لمواد التخدير.
- 2- معظم الندبات كانت جيدة بكلتا الطريقتين أما الندبات الضعيفة فكانت قليلة ونسبتها متقاربة وبالتالي فإن طريقة إجراء القيصرية لم تؤثر على ندبة الرحم.
- 3- لم يكن هناك فرق مهم بين الطريقتين من حيث المظهر العياني للقطعة السفلية للرحم.
- 4- لم يكن هناك فرق مهم بين الطريقتين من حيث مكان الالتصاقات وشدتها.
- 5- للأمواج فوق الصوتية دور مهم في تقييم حالة القطعة السفلية (تصل حساسيتها إلى 88%) لذلك ننصح بالاعتماد عليها لتقييم القطعة السفلية للرحم وتقييم إمكانية الولادة الطبيعية بعد ولادة قيصرية.
- 6- نوصي بإجراء مزيد من الدراسات المقارنة بين الطريقتين من حيث كمية النزف ومدة البقاء في المشفى وزمن عودة الحركات الحوية وغير ذلك بهدف اتباع الطريقة الأفضل والأسلم.
- 7- نوصي بتخصيص بطاقة صحية لكل حامل يكتب فيها نوع القيصرية التي أجريت لها وجميع الملاحظات المرافقة للعودة إليها عند كل عملية فتح بطن تحتاجها المريضة.

References:

1. Hofmeyr, G. J; Mathai, M; Shah,A; Novikova, N. *Techniques for caesarean section*. Cochrane Database Syst Rev 2008; CD004662.
2. Dodd, J. M; Anderson, E. R; Gates, S. *Surgical techniques for uterine incision and closure at time of caesarean section*. Cochrane Database Syst Rev 2008; CD004732.
3. Andolf, E; Thorsell, M; Kallen, K. *Caeserean delivery and risk for postoperative adhesions and intestinal obstruction*. A nested case-control study of the Swedish Medical Birth Registry. Am, J, Obstet Gyncol 2010, 203:406. E1.
4. Wood, R.M; Simon, H; Oz A.U. *Pelosi-type vs traditional caesarean delivery*. A prospective comparison. J Reprod Med 1999, 44:788.
5. Holmgren, G; Sjöholm, L; Stark, M. *The Misgav Ladach method for cesarean section: Method description*. Acta Obstet Gynecol Scand, 1999, 78: 615.
6. Wallin, G; Fall, O. *Modified Joel-Cohen technique for caesarean delivery*. Br J Obstet Gynaecol, 1999, 106: 221.
7. Wylie, B. J; Gilbert, S; Landon, M. B; et al. *Comparison of transverse and vertical skin incision for emergency cesarean delivery*. Obstet Gynecol, 2010, 115:1134.
8. Komoto, Y; Shimoya, K; Shimizu, T; et al. *Prospective study of non-closure or closure of peritoneum at cesarean delivery in 124 women: impact of prior peritoneal closure at primary cesarean on the interval time between first cesarean section and the next pregnancy and significant adhesion at second cesarean*. J Obstet Gynecol Res, 2006, 32: 396.
9. Malomo, O. O; Kuti, O; Orji, E. Q; et al. *A randomized controlled study of non-closure of peritoneum at caesarean section in a Nigirian population*. J Obstet Gynecol, 2006, 26: 429.
10. Tulandi, T. Al-Jaroudi, D. *Nonclosure of peritoneum, A Tulandi reappraisal*. Am J Obstet Gynecol, 2003, 189: 609.
11. Woyton, J. Florjanski, J. Zimmer, M. *Nonclosure of the visceral peritoneum during cesarean sections*. Gynecol Pol, 2000, 71: 1250.
12. Weerawetwat, W. Buranawanich, S. Kanawong, M. *Closure vs non-closure of the visceral and parietal peritoneum at cesarean delivery: 16 year study*. J Med Assoc Thai, 2004, 87: 1007.
13. Mocanasu, C. Anton. E. Chirila, R. *Peritoneal suture vs non-suture at caesarean section*. Rev Med Chir, Soc Med Nat Iasi, 2005, 109: 810.
14. Berthet, J. Peresse, J. F. Rosier, P. Racinet, C. *Comparative study of Pfannenstiel's incision and transverse abdominal incision in gynecologic and obstetric surgery*. Presse Med, 1989, 18: 1431.
15. Anderson, E. R. Gates, S. *Techniques and materials for closure of the abdominal wall in caesarean section*. Cochrane Database Syst Rev, 2004, CD004663.