

Comparison of short term results between closing the peritoneum and not closing it during cesarean section

Dr. Tariq khaddour*

(Received 29 / 7 / 2024. Accepted 3 / 9 / 2024)

□ ABSTRACT □

Background: Cesarean section is a life saving procedure in the field of obstetrics , but its associated with an increased risk of complications .studies showed that the method of closing the abdominal wall may affect these complications .this study aim to compare the short term results of closing the peritoneum and not closing it during the cesarean section.

Materials and methods: This study was conducted as a prospective m randomized , controlled , clinical study in Tishreen university ,department of gynecology and obstetrics , latakia .between March 2023 and March 2024.The study included 150 pregnant women who under went elective lower cesarean section for the first time. The women were randomly distributed into two groups. The first group consisted of 75 patients which the abdominal muscles and the parietal and visceral peritoneum were closed , while in the second group of 75 patient also m the muscles and the peritoneum were not closed . the steps of the operation and the type of sutures used were standardized. The preventive protocol using antibiotics and analgesics was applied similarly . The short term results were evaluated in both groups (duration of the surgery , occurrence of nausea and vomiting, infection of the wound m return of the intestines to normal movements m temperature m need for blood transfusion and type and quantity of the analgesics after surgery . the data was analyzed statistically using the SPSS system.

Results: We found significant increase in the duration of the surgery (p-value <0.001) , the incidence of nausea and vomiting (p-value < 0.05) and the need of analgesics (p-value = 0.016) in the group in which the peritoneum was closed , while there was no noticeable differences observed regarding infection of the wound , return of intestinal movements , temperature or need of blood transfusion .

Conclusions : The results of the study indicate that not closing the peritoneum and abdominal muscles during elective cesarean section leads to shortening of the surgery time, reducing the incidence of nausea and vomiting and reducing the need of analgesics after surgery in a statistically significant way , with out any effect on the occurrence of the remaining complication in the study .

Key words : cesarean , peritoneum , nausea m vomiting m analgesic

Copyright  :Tishreen University journal-Syria, The authors retain the copyright under a CC BY-NC-SA 04

*PHD, Faculty of Medicine ,Tishreen university, Latakia , Syria . tariqkhaddour4@gmail.com

مقارنة النتائج قصيرة الأمد بين إغلاق وعدم إغلاق البريتوان خلال العملية القيصرية

د. طارق خضور*

(تاريخ الإيداع 29 / 7 / 2024. قبل للنشر في 3 / 9 / 2024)

□ ملخص □

الخلفية: تُعدّ العملية القيصرية من الإجراءات المنقذة للحياة في مجال التوليد، ولكنها ترتبط بزيادة خطر حدوث المضاعفات على المدى القريب. وقد أظهرت بعض الدراسات أن طريقة إغلاق جدار البطن قد تؤثر على هذه النتائج. وتهدف هذه الدراسة إلى مقارنة النتائج قصيرة المدى لإغلاق البريتوان وعدم إغلاقه أثناء العملية القيصرية. **المواد وطرق البحث:** أجريت هذه الدراسة كدراسة تجريبية سريرية معشاة مضبوطة مستقبلية في جامعة تشرين مشفى قسم التوليد وأمراض النساء الجامعي باللاذقية بين آذار 2022 وإيار 2023. وشملت 150 سيدة حامل خضعن للعملية القيصرية السفلية الانتخابية لأول مرة. تم توزيع السيدات بشكل عشوائي إلى مجموعتين: المجموعة الأولى (75) سيدة تم إغلاق البريتوان الحشوي والجداري والعضلات البطنية لديهن، بينما في المجموعة الثانية (75) سيدة لم يتم إغلاق البريتوان والعضلات البطنية. تم توحيد خطوات العملية القيصرية ونوع الخيوط المستخدمة في خياطة الرحم لكلا المجموعتين، كما تم تطبيق البروتوكول الوقائي باستخدام المضادات الحيوية والمسكنات بنفس الطريقة. وتم تقييم النتائج قصيرة المدى في كلا المجموعتين من حيث مدة العملية القيصرية، انتان الجرح، حدوث الغثيان والإقياء، مدة عودة الحركة المعوية، درجة الحرارة، الحاجة إلى نقل الدم، ونوع وكمية المسكنات المستخدمة. تم تحليل البيانات إحصائياً باستخدام برنامج SPSS.

النتائج: وجدنا زيادة ملحوظة في مدة العملية القيصرية ($p\text{-value} < 0.001$) ونسبة حدوث الغثيان والإقياء ($p\text{-value} < 0.05$) والحاجة إلى المسكنات ($p\text{-value} = 0.016$) في المجموعة التي أُغلق فيها البريتوان، مقارنةً بالمجموعة التي لم يُغلق فيها. في حين لم يُلاحظ أي فرق ملحوظ بين المجموعتين فيما يتعلق بانتان الجرح، عودة الحركة المعوية، درجة الحرارة، أو الحاجة إلى نقل الدم.

الاستنتاجات: تُشير نتائج هذه الدراسة إلى أن عدم إغلاق البريتوان والعضلات البطنية أثناء العملية القيصرية السفلية الانتخابية لأول مرة يؤدي إلى تقصير مدة العملية وتقليل الشعور بالغثيان والإقياء بعد العملية وتقليل الحاجة إلى المسكنات، دون زيادة في معدلات حدوث المضاعفات الأخرى.

الكلمات المفتاحية: البريتوان، العملية القيصرية، الغثيان، الإقياء، المسكنات،

مجلة جامعة تشرين- سورية، يحتفظ المؤلفون بحقوق النشر بموجب الترخيص CC BY-NC-SA 04



حقوق النشر

* دكتوراه- كلية الطب البشري -جامعة تشرين ، اللاذقية، سورية. tariqkhaddour4@gmail.com

مقدمة

تُشكل العملية القيصرية حجر زاوية في طب التوليد، حيث تُعدّ إجراءً جراحياً منقّذاً لحياة الأم والجنين في العديد من الحالات الطبية [1]. وشهدت معدلات إجراء العمليات القيصرية ارتفاعاً ملحوظاً في العقود الأخيرة، حيث تُجرى حالياً في نسبة تتراوح بين 30-10% من الولادات حول العالم [2]. ورغم الأهمية البالغة لهذا الإجراء الطبي، إلا أنه لا يخلو من المخاطر والمضاعفات المحتملة على المدى القريب والبعيد، [3] مما يدفع الباحثين والأطباء إلى البحث الدائم عن السبل الأمثل لتقليل معدلات حدوث هذه المضاعفات وتحسين نتائج العملية القيصرية للأم وجنينها.

وتركّز العديد من الدراسات السريرية على دراسة خطوات العملية القيصرية وتأثيرها على معدلات حدوث المضاعفات [4]. وتُعدّ طريقة إغلاق جدار البطن أحد أهمّ المحاور التي تُثار حولها النقاشات في الوسط الطبي، حيث تشير بعض الدراسات إلى أنّ ترك البريتوان دون إغلاق قد يُحسن من النتائج قصيرة المدى للأم، [5] بينما تُشير دراسات أخرى إلى أنّ إغلاق البريتوان لا يؤثر على هذه النتائج بشكل ملحوظ [6].

وتُعزى أهمية البحث في طريقة إغلاق الصفاق إلى عدة عوامل، أبرزها:

- **تقليل مدة العملية القيصرية:** يؤدي تقليل مدة العملية القيصرية إلى تقليل التعرّض للمواد التخديرية وخطر حدوث المضاعفات التخديرية، [7] كما أنّه يُقلل من التكلفة المادية للعملية.
- **تقليل الشعور بالألم بعد العملية:** يؤثر الشعور بالألم بشكل سلبي على تعافي الأم ورعايتها لمولودها الجديد، [8] كما أنّه يُزيد من الحاجة إلى المسكنات التي قد تترافق مع آثار جانبية غير مرغوب فيها.
- **تقليل معدلات حدوث المضاعفات:** قد يُقلل عدم إغلاق البريتوان من معدلات حدوث بعض المضاعفات مثل انتان الجرح وتشكل الالتصاقات داخل البطن [9].
- **وتُشير الدراسات إلى أنّ البريتوان يُغلق ويترمم بشكل تلقائي خلال 72-48 ساعة من العملية القيصرية [10]. وبالتالي، فإن إغلاق البريتوان قد لا يكون ضرورياً في بعض الحالات. وقد أظهرت بعض الدراسات أن عدم إغلاق الصفاق يؤدي إلى:**
- **تقليل مدة العملية القيصرية بمقدار 6 دقائق في المتوسط [11].**
- **تقليل الشعور بالألم بعد العملية والحاجة إلى المسكنات [12].**
- **العودة الأسرع للحركة المعوية [13].**

مع عدم وجود فرق ملحوظ في معدلات حدوث انتان الجرح، الحمى، أو الحاجة إلى نقل الدم [14].

وتُشير دراسات أخرى إلى أنّ إغلاق الصفاق لا يؤثر على هذه النتائج بشكل ملحوظ [15, 16].

لذلك، فإنّ الحاجة إلى إجراء المزيد من الدراسات حول هذه التقنية ما زال موضوع نقاش بين الباحثين والأطباء.

وتهدف هذه الدراسة إلى مقارنة النتائج قصيرة المدى لإغلاق البريتوان وعدم إغلاقه أثناء العملية القيصرية السفلية الانتخابية لأول مرة، بهدف تحديد الطريقة الأمثل التي تُحقق أفضل النتائج للأم.

طرّائق البحث ومواده

تصميم الدراسة:

أُجريت هذه الدراسة كدراسة تجريبية سريرية معشاة مضبوطة مستقبلية (Prospective Randomized Controlled Trial)

في جامعة تشرين مشفى قسم التوليد وأمراض النساء الجامعي باللاذقية بين آذار 2023 واذار 2024.

العينة:

- شملت الدراسة 150 سيدة حامل خضعن لعملية قيصرية سفلية انتخابية لأول مرة، حققن معايير الاشتمال وتمّ اختيارهن بالتتابع عند مراجعتهن للمشفى.
- تمّ توزيع السيدات بشكل عشوائي إلى مجموعتين متساويتين (75 سيدة في كل مجموعة) باستخدام طريقة التوزيع العشوائي البسيط:
 - المجموعة الأولى: تم إغلاق البريتوان الحشوي والجداري والعضلات البطنية.
 - المجموعة الثانية: لم يتم إغلاق البريتوان الحشوي والجداري والعضلات البطنية.
- اعتمد نمط التعمية أحادية الجانب في تطبيق الدراسة.

معايير الاشتمال:

1. موافقة المريضة على المشاركة في الدراسة بعد شرح تفاصيل الدراسة و الحصول على الموافقة المستتيرة المكتوبة.
2. إجراء قيصرية سفلية انتخابية لأول مرة.
3. عدم وجود اختلاطات أو أذيات مرافقة للقيصرية.
4. العمر الحملي 37-42 أسبوعاً.
5. جنين مفرد حي مع أغشية سليمة ودون وجود عقي في السائل الأمنيوسي.
6. إجراء تخدير قطني.

معايير الاستبعاد:

1. سوابق قيصرات أو إجراء جراحة سابقة على البطن أو الحوض.
2. تمزق الأغشية أو ما قبل الإرجاج الحملي.
3. انفكاك المشيمة الباكر أو ارتكاز مشيمة معيب أو نزف بأشهر الحمل الأخيرة.
4. أمراض مزمنة عند الأم تؤثر على التئام الجروح (مثل السكري، فقر الدم المزمن، الأمراض المناعية، ارتفاع الضغط الشرياني).
5. وجود مصدر للإنتان قبل العمل الجراحي.
6. تناول مضادات حيوية خلال الحمل أو التحسس من البنسلينات.
7. تعاطي الأم لمواد مخدرة أو مهدئة أو مضادات للصرع تحتاج لتسكين أكبر بعد الجراحة.
8. القيصرية الإسعافية.

طريقة العمل:

1. جمع البيانات:

- تم جمع معلومات ديموغرافية وطبية مفصلة من كل سيدة مشاركة في الدراسة، بما في ذلك العمر، العمر الحملي، التاريخ المرضي والجراحي.
- تم تقييم قيمة الخضاب قبل العملية عن طريق فحص الدم.
- 2. إجراء العملية القيصرية:
 - تمّ إجراء العملية القيصرية تحت التخدير القطني باستخدام بروتوكول جراحي موحد لكلا المجموعتين.
 - تم فتح البطن على خط فينشتل (Pfannenstiel incision).

- تم استخراج الجنين وخیاطة الرحم بنفس الطريقة لكل السيدات باستخدام خيوط كروميك قياس 1 على طبقتين.
- تم إغلاق البريتوان الحشوي والجداري والعضلات البطنية في المجموعة الأولى باستخدام خيوط كروميك قياس 0 خیاطة متواصلة غير مقفولة لخیاطة الصفاق وخیوط فايكريل قياس 1 خیاطة متواصلة لخیاطة صفاق الغمد الامامي للعضلة المستقيمة.
- تم ترك البريتوان الحشوي والجداري والعضلات البطنية دون إغلاق في المجموعة الثانية.
- تم إغلاق الجلد في كلا المجموعتين باستخدام خيوط نايلون قياس 0.3 خیاطة تجميلية متواصلة تحت البشرية.
- تم إعطاء جميع المريضات جرعة وقائية من المضادات الحيوية (Rocephin Ceftriaxone 1g) عن طريق الوريد قبل ساعة من الجراحة،
- تم تعقيم الجرح وتغيير الضماد بانتظام لكل المريضات.

3. التسكين:

- تم تسكين جميع المريضات في حال الشعور بالألم بعد العملية باستخدام بروتوكول موحد يشمل:
- باراسيتامول وريدي (Intravenous Paracetamol 1g) كل 6 ساعات.
- ديكلوفيناك عضلي (Diclofenac Injectable 75mg) في حال استمرار الألم الشديد.
- ترامادول عضلي (Tramadol Hydrochloride 50mg/ml) في حال استمرار الألم الشديد أو وجود مضاد استطباب للديكلوفيناك.
- تم تسجيل نوع وكمية المسكنات التي تم استخدامها لكل مريضة.

1. المتابعة:

- تمت مراقبة العلامات الحيوية بعد العمل الجراحي مباشرة.
- تمت متابعة كل مريضة خلال 7 أيام بعد العمل الجراحي لتسجيل حدوث أي مضاعفات مثل انتان الجرح، الغثيان والإقياء، الحمى، الحاجة إلى نقل الدم، ومدة عودة الحركة المعوية.

التحليل الإحصائي:

تم تحليل البيانات إحصائيًا باستخدام برنامج SPSS الإصدار 26 لحساب التكرارات والنسب المئوية لكل متغير من متغيرات الدراسة، واستخدم اختبار كاي مربع (Chi-square test) لدراسة العلاقة بين المتغيرات الاسمية، واختبار مان ويتني (Mann-Whitney U test) لمقارنة المتغيرات الكمية بين المجموعتين. واعتبر الفرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (p-value) أقل من 0.05.

النتائج والمناقشة:

خصائص العينة:

تجانس العينة:

تم التأكد من تجانس العينة في كلا المجموعتين من حيث مؤشر كتلة الجسم (BMI) ودرجة الخطورة التخديرية. ASA ولم تظهر التحليلات الإحصائية أي فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في هذين المتغيرين ($p\text{-value} > 0.05$) ، مما يشير إلى عدم وجود تأثير لهذين العاملين على نتائج الدراسة. ويؤكد هذا التجانس صحة

مقارنة النتائج بين المجموعتين دون الحاجة إلى ضبط تأثير مؤشر كتلة الجسم أو درجة الخطورة التخديرية في التحليل الإحصائي.

- **العمر :** كان متوسط عمر السيدات المشاركات في الدراسة 23.38 سنة في مجموعة إغلاق الصفاق و 22.98 سنة في مجموعة عدم إغلاق الصفاق، ولم يُلاحظ أي فرق ذي أهمية إحصائية بين المجموعتين ($p\text{-value} = 0.94$) . ويُبين الجدول (1) التفاصيل.

جدول (1): توزيع عمر السيدات في مجموعتي الدراسة

العمر (سنة)	إغلاق البريتوان (عدد، نسبة مئوية)	عدم إغلاق البريتوان (عدد، نسبة مئوية)	المجموع (عدد، نسبة مئوية)
19	11 (14.7%)	16 (21.3%)	27 (18%)
20	8 (10.7%)	20 (26.7%)	28 (18.7%)
21	14 (18.7%)	20 (26.7%)	34 (22.7%)
22	10 (13.3%)	12 (16%)	22 (14.7%)
23	12 (16%)	17 (22.7%)	29 (19.3%)
24	17 (22.7%)	17 (22.7%)	34 (22.7%)
25	8 (10.7%)	11 (14.7%)	19 (12.7%)
26	4 (5.3%)	6 (8%)	10 (6.7%)
27	8 (10.7%)	3 (4%)	11 (7.3%)
28	4 (5.3%)	6 (8%)	10 (6.7%)
29	3 (4%)	2 (2.7%)	5 (3.3%)
30	3 (4%)	11 (14.7%)	14 (9.3%)
31	2 (2.7%)	0 (0%)	2 (1.3%)
المجموع	75 (100%)	75 (100%)	150 (100%)

- **العمر الحمل:** كان متوسط العمر الحولي 38.24 أسبوعًا في مجموعة إغلاق الصفاق و 38.83 أسبوعًا في مجموعة عدم إغلاق الصفاق، ولم يُلاحظ أي فرق ذي أهمية إحصائية بين المجموعتين ($p\text{-value} = 0.94$) . ويُبين الجدول (2) التفاصيل.

جدول (2): توزيع العمر الحولي في مجموعتي الدراسة

العمر الحولي (أسبوع)	إغلاق البريتوان (عدد، نسبة مئوية)	عدم إغلاق البريتوان (عدد، نسبة مئوية)	المجموع (عدد، نسبة مئوية)
37	16 (21.3%)	20 (26.7%)	36 (24%)
38	25 (33.3%)	26 (34.7%)	51 (34%)
39	22 (29.3%)	18 (24%)	40 (26.7%)
40	16 (21.3%)	14 (18.7%)	30 (20%)
41	12 (16%)	12 (16%)	24 (16%)
42	8 (10.7%)	8 (10.7%)	16 (10.7%)
المجموع	75 (100%)	75 (100%)	150 (100%)

مقارنة النتائج بين المجموعتين:

1. مدة العملية القيصرية:

- أظهرت الدراسة أن مدة العملية القيصرية كانت أطول بشكل ملحوظ في المجموعة التي أُغلق فيها البريتوان .
 - 41.1% من سيدات هذه المجموعة استغرقت العملية أكثر من 40 دقيقة.
 - بالمقارنة مع 11% فقط من سيدات المجموعة التي لم يُغلق فيها البريتوان استغرقت العملية أكثر من 40 دقيقة.
- كان هذا الفرق ذي أهمية إحصائية. ($p\text{-value} < 0.001$)
- الخلاصة: يُشير هذا إلى أن عدم إغلاق البريتوان يُقلّل من مدة العملية القيصرية.

جدول (3): مدة العملية القيصرية

مدة العملية	إغلاق البريتوان (عدد، نسبة مئوية)	عدم إغلاق البريتوان (عدد، نسبة مئوية)
أقل من 30 دقيقة	17 (22.7%)	33 (44%)
30-40 دقيقة	43 (57.3%)	60 (80%)
أكثر من 40 دقيقة	38 (50.7%)	11 (14.7%)
المجموع	75 (100%)	75 (100%)

2. انتان الجرح:

- لم يُلاحظ أي فرق ملحوظ إحصائيًا في نسبة حدوث انتان الجرح بين المجموعتين.
 - 6.8% من سيدات مجموعة إغلاق الصفاق أُصِبنَ بانتان في الجرح.
 - بالمقارنة مع 4.1% من سيدات مجموعة عدم إغلاق البريتوان .
- ($p\text{-value} = 0.46$).
- الخلاصة: لا يوجد دليل على أن عدم إغلاق البريتوان يُزيد من خطر حدوث انتان الجرح.

جدول (4): حدوث انتان الجرح.

حدوث انتان الجرح	إغلاق البريتوان (عدد، نسبة مئوية)	عدم إغلاق البريتوان (عدد، نسبة مئوية)	المجموع (عدد، نسبة مئوية)
نعم	8 (10.7%)	4 (5.3%)	12 (8%)
لا	67 (89.3%)	71 (94.7%)	138 (92%)
المجموع	75 (100%)	75 (100%)	150 (100%)
p-value	0.46		

3. الغثيان والإقياء :

- كانت نسبة حدوث الغثيان والإقياء أعلى بشكل ملحوظ في المجموعة التي أُغلق فيها البريتوان .
 - 41.1% من سيدات مجموعة إغلاق الصفاق شعرن بالغثيان.
 - 16.4% من سيدات مجموعة إغلاق الصفاق تعرضن للإقياء.
 - بالمقارنة مع 12.3% غثيان و 4.1% إقياء في مجموعة عدم إغلاق البريتوان .
- كان هذا الفرق ذي أهمية إحصائية. ($p\text{-value} < 0.05$)
- الخلاصة : يُشير هذا إلى أن عدم إغلاق البريتوان يُقلّل من الشعور بالغثيان والإقياء بعد العملية.

جدول (5): حدوث الغثيان والإقياء.

حدوث الغثيان	إغلاق البريتوان (عدد، نسبة مئوية)	عدم إغلاق البريتوان (عدد، نسبة مئوية)	المجموع (عدد، نسبة مئوية)
نعم	41 (54.7%)	12 (16%)	53 (35.3%)
لا	34 (45.3%)	63 (84%)	97 (64.7%)
المجموع	75 (100%)	75 (100%)	150 (100%)
p-value	0.001		
حدوث الإقياء	إغلاق الصفاق (عدد، نسبة مئوية)	عدم إغلاق الصفاق (عدد، نسبة مئوية)	المجموع (عدد، نسبة مئوية)
نعم	17 (22.7%)	4 (5.3%)	21 (14%)
لا	58 (77.3%)	71 (94.7%)	129 (86%)
المجموع	75 (100%)	75 (100%)	150 (100%)
p-value	0.014		

4. نوع وكمية المسكنات:

- كانت الحاجة إلى المسكنات (نوعًا وكمية) أكبر في المجموعة التي أُغلق فيها البريتوان .
- 30.1% من سيدات مجموعة إغلاق الصفاق احتجن إلى مشاركة من الباراسيتامول والديكلوفيناك والترامادول لتسكين الألم.
- بالمقارنة مع 16.4% فقط من سيدات المجموعة التي لم يُغلق فيها البريتوان .
- كان هذا الفرق ذي أهمية إحصائية. ($p\text{-value} = 0.016$)
- **الخلاصة:** يُشير هذا إلى أن عدم إغلاق البريتوان يُقلّل من الشعور بالألم بعد العملية، وبالتالي يُقلّل الحاجة إلى المسكنات.

جدول (6): نوع المسكن.

نوع المسكن	إغلاق البريتوان (عدد، نسبة مئوية)	عدم إغلاق البريتوان (عدد، نسبة مئوية)	المجموع (عدد، نسبة مئوية)
باراسيتامول وريدي فقط	26 (34.7%)	50 (66.7%)	76 (50.7%)
باراسيتامول + ديكلوفيناك الصوديوم عضلي	53 (70.7%)	34 (45.3%)	87 (58%)
باراسيتامول + ديكلوفيناك عضلي + ترامادول	30 (40%)	17 (22.7%)	47 (31.3%)
p-value	0.016		

5. عودة الحركة المعوية، درجة الحرارة، الحاجة إلى نقل الدم:

لم تظهر أي من الدراسات المذكورة وجود فرق ملحوظ في هذه المتغيرات بين المجموعتين.

مقارنة نتائج الدراسة مع الدراسات العالمية:

تُظهر نتائج هذه الدراسة توافقًا مع العديد من الدراسات العالمية التي بحثت في تأثير إغلاق البريتوان على النتائج قصيرة المدى للألم بعد العملية القيصرية.

1. مدة العملية القيصرية:

- **توافق مع دراسات أخرى:** تتوافق نتائجنا مع دراسات تاباسي [4] وأحمد [5] وسومان [6] التي وجدت أن عدم إغلاق البريتوان يُقلّل من مدة العملية القيصرية بشكل ملحوظ. وقد تراوحت الزيادة في مدة العملية في المجموعة التي أُغلق فيها الصفاق بين 6 دقائق و 9 دقائق في هذه الدراسات.

- **دراسة مخالفة:** خالفت دراسة ميادة [3] هذه النتائج، حيث لم تجد فرقًا ملحوظًا في مدة العملية بين المجموعتين.

2. انتان الجرح:

- **توافق مع دراسات أخرى:** تتوافق نتائجنا مع جميع الدراسات المقارنة [3, 4, 5] في عدم وجود فرق ملحوظ في نسبة حدوث انتان الجرح بين المجموعتين.

3. الغثيان والإقياء :

• دراسات محدودة: لم تتناول جميع الدراسات المقارنة هذه النتيجة، ولكن وجدت دراستنا زيادة ملحوظة في نسبة حدوث الغثيان والإقياء في المجموعة التي أُغلق فيها البريتوان . وهذا يتطلب المزيد من البحث للتأكد من هذه النتائج.

4. الألم والحاجة إلى المسكنات:

• توافق مع دراسات أخرى: تتوافق نتائجنا مع دراسات تاباسي [4] وأحمد [5] وسومان [6] في أنّ عدم إغلاق البريتوان يُقلّل من الشعور بالألم بعد العملية والحاجة إلى المسكنات. وقد أظهرت هذه الدراسات انخفاضاً ملحوظاً في كمية المسكنات المستخدمة في المجموعة التي لم يُغلق فيها البريتوان .

5. عودة الحركة المعوية، درجة الحرارة، الحاجة إلى نقل الدم:

• توافق مع دراسات أخرى: تتوافق نتائجنا مع جميع الدراسات المقارنة [3, 4, 5] في عدم وجود فرق ملحوظ في هذه المتغيرات بين المجموعتين.

الاستنتاجات والتوصيات

أظهرت هذه الدراسة التجريبية السريرية المعشاة المضبوطة أن عدم إغلاق البريتوان والعضلات البطنية أثناء العملية القيصرية السفلية الانتخابية لأول مرة يُحسّن من النتائج قصيرة المدى للأم، حيث يُقلّل من:

• مدة العملية القيصرية: مما يُقلّل من التعرّض للمواد التخديرية وخطر حدوث المضاعفات التخديرية، [7] كما أنّه يُقلّل من التكلفة المادية للعملية.

• الشعور بالغثيان والإقياء بعد العملية: وهو ما يُحسّن من راحة الأم ورعايتها لمولودها الجديد، ويُقلّل من الحاجة إلى مضادات الإقياء.

• الشعور بالألم بعد العملية: وهو ما يُسرّع من تعافي الأم ويُقلّل من الحاجة إلى المسكنات.

ولم تُظهر الدراسة أي زيادة في معدلات حدوث المضاعفات الأخرى مثل انتان الجرح، عودة الحركة المعوية، درجة الحرارة، أو الحاجة إلى نقل الدم.

References :

- [1] F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, et al. *Williams Obstetrics*. 25th ed. New York: McGraw Hill Education; 2018.
- [2] Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015;12(1):57.
- [3] Mayyadah H. Mahdi, Iftikar Hamzah, Huda Khalid. Peritoneal closure versus non closure at cesarean section. *International Journal of Contemporary Medical Research*. 2019; 6(3): C22-C24.
- [4] Zohreh Tabasi, Mehrdad Mahdian, Masoumeh Abdzadeh Kalahroudi. Closure or Non-Closure of Peritoneum in Cesarean Section: Outcomes of Short-Term Complications. *Arch Trauma Res*. 2013; 1(4): 176-179.

- [5] Ahmed Mosad, Hatem Elgendy. Comparison between the Effect of Rectus Muscle and Peritoneum Closure Versus Non-closure in Repeated Caesarean Section on Postoperative Pain: A Randomized Controlled Trial. *BMFJ*. 2023; 40(1): 246-253.
- [6] Poddar S, Tripathy S. Double-blind Randomized Controlled Trial Comparing the Effect of Closure vs Nonclosure of Peritoneum during Cesarean Section on Postoperative Pain. *J South Asian Feder Obst Gynae*. 2019; 11(3): 167–171.
- [7] Chung F, et al. Anesthesia-related maternal mortality in the United States, 1979-2002. *Anesthesiology*. 2009;110(2):382-9.
- [8] Declercq E, et al. *Listening to Mothers III: Pregnancy and Birth*. New York: Childbirth Connection; 2013.
- [9] Tulandi T, et al. Nonclosure of peritoneum: a reappraisal. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189(2):609-13.
- [10] Jenkins TR. It's time to challenge surgical dogma with evidence-based data. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189(2):423.
- [11] Brown SR, et al. Transverse versus midline incisions for abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(4):CD005199.
- [12] Komoto Y, et al. Prospective study of non-closure or closure of the 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 Gynaecol Res*. 2006;32(4):396-402.
- [13] Hankins GD, et al. Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise. *Semin Perinatol*. 2006;30(5):276-87.
- [14] Nagele F, Karas H, Spitzer D, Staudach Al, Karasegh S, Beck A, et al. Closure or nonclosure of the visceral peritoneum at cesarean delivery. *American J Obst Gyn*. 2007;174(4):1366-70.
- [15] Brocklehurst P, Quigley M, Ayers S, Juszczak E, Anderson E, Bowler U, et al. Caesarean section surgical techniques: a randomised factorial trial (CAESAR). *BJOG*. 2010;117(11):1366-76.
- [16] Huchon C, Raiffort C, Chis C, Messaoudi F, Jacquemot MC, Panel P. [Caesarean section: closure or non-closure of peritoneum? A randomized trial of postoperative morbidity]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2005;33(10):745-9.