

الاختلاطات الإنتانية بعد العمل القيصري

د. محمد النقري*

باسل ديب

□ ملخص □

ازداد معدل إجراء العملية القيصرية بشكل واضح في جميع أنحاء العالم وكذلك في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية في السنوات الأخيرة. وزاد من سلامة وأمن هذه العملية تطور التقنية الجراحية وعلم التخدير والانعاش وتطور طرق التعقيم لغرف العمليات، والأدوات وأيدي الجراحين ولباسهم ووسائل كشف تألم الجنين.

وقد كان الهدف من هذا البحث:

- 1- دراسة معدل إجراء العملية القيصرية في مشفى الأسد الجامعي.
 - 2- دراسة أهم الاختلاطات الإنتانية ما بعد العمل القيصرية وطرق الوقاية منها.
- وقد شمل البحث (100) مريضة أجريت لهم عمليات قيصرية في مشفى الأسد الجامعي ما بين عامي 1990-1992.

تبين من دراستنا ازدياد معدل إجراء العملية القيصرية في مشفى الأسد الجامعي ما بين عامي 1989-1991 من 10,55% إلى 12,65% كما شكلت الاختلاطات الإنتانية بعد العمل القيصرية نسبة عالية إذ بلغت 17%.

* أشرف على هذا البحث الدكتور محمد النقري مدرس في قسم التوليد وأمراض النساء بكلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.
فام بإعداد هذا البحث باسل ديب طالب الدراسات العليا في قسم التوليد وأمراض النساء بكلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

لمحة تاريخية عن العملية القيصرية:

عرفها المولد الفرنسي الشهير (بودولوك Baudelocque) عام 1790 بأنها العملية التي يخرج بها الجنين عن طريق غير تلك التي خصصتها له الطبيعة أي غير المسالك التناسلية. أما أصل التسمية فهناك تفسيران يقال في الأول أن يوليوس قيصر قد ولد بهذه الطريقة أما التفسير الثاني للتسمية فهو قانون ملكي صدر عن أباطرة روما في العام 715 قبل الميلاد منع فيه دفن أية امرأة حامل أو ماخض تموت إلى بعد أن يخرج جنينها من بطنها ليدفن كلٌّ على حدة وقد صار هذا القانون يدعى (القانون القيصري) نسبة لقيصرية روما ومنه اشتق الاسم.

وقد مرّت هذه العملية بمراحل مختلفة من التطور على مرّ العصور ففي البداية كانت تشكل نسبة وفيات الأمهات 100% بعد العملية القيصرية ثم تناقصت هذه النسبة كثيراً خاصة بعد إدخال المطهرات والصادات الحيوية.

نسبة العملية القيصرية:

لقد زادت نسبة القيصرية كطريقة للولادة بشكل متسارع خلال العشرين سنة الماضية (1) ومن أسباب هذه الزيادة الملحوظة (2):

1- زيادة نسبة الخروسات إلى الولادات.

- 2- ازدياد المعدل الوسطي لسن الولادة (3).
- 3- زيادة استخدام أجهزة مراقبة الجنين الالكترونية.
- 4- الميل لتوليد المجهيء المقعدي بواسطة العملية القيصرية.
- 5- الميل للإقلال من تطبيق الملقط.
- 6- ساهمت القيصرية المكررة بشكل واضح في رفع نسبة القيصرية.

أشكال العملية القيصرية:

1- القيصرية الجشمية: كان هذا الشكل شائعاً في بداية هذا القرن ثم حلت القيصرية السفلية مكانه ولكن يبقى لهذا الشكل بعض الاستطبابات أهمها:

- جنين بوضع معترض وكبير الحجم في نفس الوقت.
- التصاقات شديدة بين المثانة والقطعة السفلية للرحم.
- ارتكاز مشيمة على الوجه الأمامي للقطعة السفلية للرحم.
- سرطان عنق الرحم.

2- القيصرية السفلية: يعتبر هذا الشكل للقيصرية من أهم وأحدث أشكال العملية القيصرية.

3- القيصرية الباترة: يتم هذا النمط من القيصرية باستئصال الرحم بعد توليد الجنين.

عامي 1990-1992 وقد ركزنا في دراستنا هذه على الاختلاطات الإنتانية بعد العملية القيصرية وكانت لدينا النتائج التالية حسب كل مجموعة من مجموعات البحث:

- 4- قيصرية خارج الصفاق.
- 5- العملية القيصرية المهبلية.
- 6- العملية القيصرية بعد الوفاة.

هدف البحث:

المجموعة الأولى:
طبقت عليها المعالجة الثلاثية لمدة ثلاثة ايام وهي
(امبسلين 1 غ × ع + بنغاميسين 80 مغ × 2 + كلينون 500×2) بالوريد وتضم هذه المجموعة أربعين مريضة.

وضمن هذه المجموعة نميز مجموعتين صغيرتين تضم كل منها عشرين مريضة.
أ- أعطيت الجرعة الأولى من الامبسلين والبنغاميسين مباشرة بعد قطع الحبل السري فكانت نسبة الاختلاطات الإنتانية كالتالي:

دراسة الاختلاطات الإنتانية بعد العملية القيصرية وبعد ذلك التوصل إلى نتائج تمكننا اتقاء حدوث هذه الاختلاطات وذلك باتخاذ إجراءات وقائية قبل وبعد العملية القيصرية لجعل هذه العملية أكثر أماناً وسلاماً للأم والجنين بعد أن كانت سبباً أساسياً لوفاة الأمهات.

كما كان هدف الدراسة أيضاً هو دراسة معدل إجراء العملية القيصرية في مشفى الأسد الجامعي خلال أعوام 1989-1990-1991 ودراسة نسبة ازدياد معدل إجرائها. شمل البحث 100 مريضة أجريت لها عملية قيصرية في مشفى الأسد الجامعي ما بين

النسبة المئوية	عدد الحالات	
10%	2	الإنتان بشكل عام
5%	1	إنتان باطن رحم
5%	1	إنتان جرح
5%	1	إنتان بولي

ب- تضم عشرين مريضة أعطيت المعالجة الثلاثية بعد خروج المريضة من غرفة العمليات فكانت نسبة الاختلاطات الإنتانية كالتالي:

النسبة المئوية	عدد الحالات	
15%	3	الإنتان بشكل عام
15%	3	إنتان باطن رحم
15%	3	إنتان جرح

المجموعة الثانية:

وتضم عشرين مريضة أعطيت علاج اميسلين 1 غ×4 لمدة ثلاثة أيام عن طريق الوريد تعطى الجرعة الأولى بعد قطع الحبل السري فكانت الاختلاطات الإنتانية كالتالي:

النسبة المئوية	عدد الحالات	
30%	6	الإنتان بشكل عام
20%	4	إنتان باطن الرحم
25%	5	إنتان جرح
5%	1	إنتان بولي

المجموعة الثالثة:

وتضم عشر مريضات أعطيت علاجاً وقائياً (اميسلين 2 غ×4+نبغاميسين 80 مغ×3) لمدة 24 ساعة بالوريد وتعطى الجرعة الأولى مباشرة بعد قطع الحبل السري فكانت الاختلاطات الإنتانية كالتالي:

النسبة المئوية	عدد الحالات	
40%	4	الإنتان بشكل عام
10%	1	إنتان باطن رحم
10%	1	إنتان جرح
30%	3	إنتان بوليد
10%	1	إنتان تنفسي

المجموعة الرابعة:

بعد قطع الحبل السري إضافة إلى هذه الطريقة بإعطاء الصادات تتضمن الخطة أيضاً مسح يدي الجراح والمساعدين بثلاث شاشات معقمة مبللة بالكحول مع التركيز في المسح على المنطقة ما بين الأصابع فكانت الاختلاطات الإثنائية كالتالي:

وتضم ثلاثين مريضة طبقت عليهن المعالجة المقترحة من قبل الأستاذ الدكتور أحمد يوسف وتضمن إعطاء (2 غ امبسللين×4+80مغنغاميسين×3) لمدة 48 ساعة وبالوريد، وتعطى الجرعة الأولى مباشرة

النسبة المئوية	عدد الحالات	
6,6%	2	الإنتان بشكل عام
0%	-	إنتان باطن الرحم
3,3%	1	إنتان الجرح
3,3%	1	إنتان بولي

المجموع: بشكل عام كانت نسبة الاختلاطات من مريضات البحث كالتالي:

النسبة المئوية	عدد الحالات	
17%	17	الإنتان بشكل عام
9%	9	إنتان باطن الرحم
11%	11	إنتان الجرح
6%	6	إنتان بولي
1%	1	إنتان تنفسي

- كما أجرينا في دراستنا مسحات للدراسة الجرثومية من عنق الرحم والمهبل لـ 87 مريضة من مريضات البحث وذلك قبل إجراء العملية القيصرية فكانت النتائج كالتالي لـ 60 مريضة:
- زرع عقيم عند 40 مريضة.
- مكورات عنقودية بيضاء متعايشة عند 11 مريضة.
- عصيات لبنية عند 9 مريضات.
- جراثيم ممرضة مختلفة عند 27 مريضة وتضم:

- القيصرية من خلال مجموعة عوامل خطر حددناها في عدة مستويات:
- المستوى الأول 0-8.
- المستوى الثاني 9-17.
- المستوى الثالث 18 وما فوق.

فإذا كان مجموع عوامل الخطر المنذرة في المستوى الأول فلا خوف هناك من تطور الإنتان، وإذا كانت في المستوى الثاني فالخطورة موجودة وإذا كانت في المستوى الثالث فالإنذار شديد الخطورة وكانت تعطى الدرجات على العوامل التالية.

آ- حالة الأم العامة:

الدرجة

- 1 -1 - خروس
- 1 -2 - عمل جراحي سابق
- 2 -3 - زرع جراثيمي إيجابي
- 2 -4 - فقر دم
- 4 -5 - بدانة

ب- حالة الحمل قبل إجراء القيصرية

- 4 -1 - مخاض مديد < 14 ساعة
- 4 -2 - ابثاق جيب مياه < 6 ساعات
- 3 -3 - عدد مرات الفحص < 3
- 3 -4 - درجة توسع عنق الرحم ≤ 5
- 4 -5 - التوسطات الولادية الفاشلة

ج- خاصية العمل الجراحي.

- عقديات حالة للدم B عند 10 مريضات.
- عنقوديات مذهبة عند 7 مريضات.
- Ecoli عند 6 مريضات.
- بروتيوس عند 4 مريضات.

← أما الجراثيم التي سببت إنتان باطن الرحم فكانت نسبتها كالآتي:

$$\frac{3}{9} \text{ B}$$

$$\frac{2}{9} \text{ Ecoli}$$

$$\frac{4}{9} \text{ عنقوديات مذهبة}$$

← وأثناء التهاب الجرح حصلنا على الجراثيم التالية:

$$\frac{4}{11} \text{ عنقوديات مذهبة}$$

$$\frac{2}{11} \text{ بروتيوس}$$

$$\frac{4}{11} \text{ B}$$

$$\frac{1}{11} \text{ Ecoli}$$

← وفي حالة الإنتان البولي حصلنا على الجراثيم التالي:

$$\frac{4}{6} \text{ Ecoli}$$

$$\frac{1}{6} \text{ عنقوديات مذهبة}$$

$$\frac{1}{6} \text{ عقيم}$$

وقد تمكنا من خلال دراستنا هذه وبالرجوع إلى دراسة الأستاذ الدكتور محمد النقري أن نخصر الإنذار ما بعد العمل

في المستوى الثاني. لقد ازداد معدل إجراء العملية القيصرية بشكل واضح في جميع أنحاء العالم وذلك سواء كان هذا الازدياد لمصلحة الجنين أو الأم وفي مشفى الأسد الجامعي باللاذقية كانت هذه الزيادة واضحة خلال الأعوام 89-90-91 حيث بلغت النسبة المتوية لإجراء القيصرية 10,55% في العام 1989 وازدادت إلى 12,65% في العام 1991. والجدول التالي يوضح هذه النسب:

- 1- استطباب القيصرية اسعافية 4
 - 2- مدة العمل الجراحي < 90 دقيقة 3
 - 3- كمية النزف < 1 ل 3
 - 4= العمليات الجراحية المرافقة للقيصرية 2
 - 5- الرض أثناء العمل الجراحي 2
- $\frac{15}{17}$ من مريضات دراستنا اللواتي حدث لديهن اختلاطات إنثانية بعد العمل القيصرية وقعن في المستوى الثالث و $\frac{2}{17}$ الباقيين وقعن

العام	عدد الولادات الكلي	عدد الولادات القيصرية	النسبة المتوية
1989	1375	145	10,55
1990	1452	156	11,36
1991	1335	169	12,65

- 2- يجب وضع القثطرة البولية بشكل عقيم قبل العمل الجراحي وحلاقة شعر البطن بشكل جيد وتعقيم جدار البطن بشكل جيد. وغسل اليدين بشكل جيد لما لهذه الأشياء من دور في خفض نسبة الإنتان وبالذات إنتان الجرح الذي كانت نسبته عالية في دراستنا.
- 3- إجراء زروع دورية من أنف الجراح ومساعديه وكل من يدخل غرف العمليات لأن الماسك لا يؤمن حماية إلا 90% من التعرض لجراثيم الأنف والبلعوم.

نلاحظ من هذا الجدول أن معدل إجراء القيصرية في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية قد زاد بمعدل سنوي حوالي 1% وهي نسبة عالية نوعاً ما ويعود ذلك في الأغلب إلى استخدام جهاز مراقبة نبض الجنين بشكل واسع وكشف الحالات المبكرة من تألم الجنين إضافة إلى تطور مراقبة الجنين بالأمواج ما فوق الصوتية.

نتيجة البحث والتوصيات:

- 1- على الرغم من التحسن المثير في الأمراض والوفيات الناجمة عن العملية القيصرية فإن الولادة المهبلية هي الأسلم إلا في حالات محددة.

6- إجراء زرع من عنق الرحم والمهبل في كل حالة من حالات انبثاق جيب المياه الباكر والبدء بالعلاج ريثما تصل نتيجة الزرع.

7- المراقبة الجيدة للمرضى ما بعد العمل القيصرية ضمن المشفى ولمدة أسبوع على الأقل وإجراء ضماد على الجرح بشكل عقيم.

4- يجب البدء بالمعالجة الوقائية بعد قطع الحبل السري مباشرة وكل تأخير يؤدي إلى زيادة نسبة الإلتان.

5- لا يفضل في ظروف بلادنا استخدام الامبسلين وحده في المعالجة الوقائية بعد العمل القيصرية كما أنه في ظروف بلادنا يجب أن نستمر بالمعالجة الوقائية على الأقل حتى 48 ساعة.

المراجع

- 1- Notzan & Comparisons of national cesarean-section rates N. England J. Med 316:386, 1987.
- 2- Williams Obstetrics 18th edition 1989.
- 3- Martel &.... Maternal age and Primary cesarean section rates Amg O.G 156:305 - 1987.
- 4- كتاب من التوليد للدكتور صادق فرعون وإبراهيم حقي 1982 ص 564-596
- 5- Myerscough P.R. 1977 cesarean section Munrosoperative obstetrics 503-549.
- 6- Boehm F.H. Davidson 1982- The effect of Electronic fetal monitoring on the incidence of cesarean section Vol. 37, N1, 23-25.
- 7- Doglas G.P. 1965 cesarean section in operativ obstetrics 414-469.
- 8- Depalm &... the three-dose perioperative antimicrbiological therapy O & G 60:53 - 1982.
- 9- Frigoletto F.D. 1981- Maternal mortality Rate with cesarean section in O & G survey Vol. 36-N1 25-26.
- 10- Duff &.... Prophylastic antibiotics for cesarean delivery Amjo. G 157:794. 1987.
- 11- American Journal of O & G May 1991.
- 12- رسالة ما جيستر عن إعطاء السيفالوكين والتيروماسين وقائياً د. فواز سعد 1984.
- 13- Haesslein H.C. 1980 extraperitonal cesarean in O & G survey Vol. 35, N7- 441-442.
- 14- Cunning ham &.... infection morbidity following cesarean section Amjo. 625-635. 1982.
- 15- Sebastiam Fro: infection desease relations to cesarean section O & G clinics of north America December 1988.
- 16- Current O & G Diangnosis & treatment 6th edition 1987.
- 17- American Journal of O & G 1989.
- 18- Green S.L. 1978 Prophylatic antibiotics in high-risk cesarean section in O & G survey Vol. 37- N5- 325-326.
- 19- Gibbs R.S. 1978 internal fetal monitoring and maternal infection in O & G Vol. 52, N2, 193-196.
- 20- Benigno B.B. 1986 adovlel- blind - comparison of piperasillin and cefoxitin after cesarean section in O & G survey Vol. 162. N1- 1-7.
- 21- Douglas - Stromme - operative obstetrics 4th edition 1982.
- 22- Enfermedades in fecciosason O & G Prof. Gilles R. G. Monif (University of Florida 1985).
- 23- Pritchard J. A. Macdonald. P. C. 1980 in cesarean section in Williams obstetrics 1080-1101.
- 24- Reis R.A. 1975 cesarean Hysterectosmy in O & G Vol. 46 N6- 687-691.
- 25- Modern Medicine Feb. 1992.

- 26- Joseph M. Miller: Maternal Morbidity and mortality in cesarean section of north American in O & G clinics Vol. 15 Dec. 1988.
- 27- Taffel &....: Trends in the US cesarean section rates for the rise Am.J publish calth 1987.
- 28- Carrioco: Multiple - organ failure syndrom arch surg. 121:196 1986.
- 29- Ognibene: Depressed left ventricular performance response to volume infusion in patients with sepsis and septic shocks. chest 93:903, 1988.
- 30- Lee: Septic shocks during pregnancy AmJ obstet Gynecol 159:401, 1988.
- 31- رسالة ماجستير تدبير سوابق القيصرية د. سبابا 1989
- 32- Rudde G. 1982 Feb morbidity following cefamandol nafata intrauterin irrigation during cesarean section in O & G survey Vol. 37, N5, 327-329.
- 33- رسالة ماجستير العملية القيصرية د. رغداء أشرم 1986-1985
- 34- رسالة الأستاذ الدكتور محمد النكري عن الوقاية من اختلاطات القيصرية عن طريق دراسة الحموض الأمينية في مصل الدم.
- 35- L. Flam. vaginal birth after cesarean section clinics O & G 1985.
- 36- David Hood: anethesq for cesarean section o & G clinics of North America Vol. 15 N4 Dec. 1988.
- 37- Robert E. Rogers: Complications at cesarean section O & G clinics of north America Vol 15 N4. Dec. 1988.

ABSTRACT

Cesarean section rate has increased obviously throughout the world so in the Al-Assad University Hospital during the last years. Improvement in surgical technics anesthesiology and resuscitation, and also in the methods of sterilization for operation rooms, tools and hands and clothes of surgeons besides improvements of the means for detection of fetal-distress all these have added to safety of this operation.

The object of this research was:

- 1- Study of cesarean section rate in Al-Assad University Hospital.*
- 2- Study of the most infectious complications after cesarean and methods of protection, the research has included 100 patients after having cesarean section on them, in Al-Assad University Hospital during 1990-1992.*

After this study we found that there is an increase in cesarean section rate in Al-Assad University Hospital ranging from 10.55%-12.65% during 1989-1991 and the infections complications after cesarean section was 17% its is so high.