

## Classical cesarean or modern cesarean

Dr. Maisoon Dayoub\*

(Received 4 / 4 / 2019. Accepted 13 / 5 / 2019)

### □ ABSTRACT □

This study was conducted at Tishreen Hospital University in Lattakia in the department of obstetrics and gynecology between 1/1/2016 -1/1/2017

The study sample consisted of 270 caesarean sections, which were administered for a patient with one caesarean section.

- The first group is 78 patients wish modern caesarean section.
- The second group is 192 patients with classic caesarean section.

The study conducted a comparison between the two groups.

The results were as follows:

- 1- The percentage of adhesions in the first group was 41% while in the second group 48.9%
- 2- We did not notice any significant difference in the thickness of LSCS between the two groups using abdominal ultrasound.
  - good scar which their thickness  $\geq 3$  mm
    - The rate of good scars of first group were 84.6%.
    - The rate of good scars of second group were 82.2%.
- 3- There were short mess of the time of caesarean about (7 – 11) minutes by the modern caesarean and short mess of the time of delivery at least 3-4 minutes.

**Keywords:** classical caesarean, modern caesarean

---

\* Assistant Professor, department of obstetrics and gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria

## القيصرية الحديثة أم القيصرية الكلاسيكية

الدكتورة ميسون ديوب\*

(تاريخ الإيداع 4 / 4 / 2019. قُبل للنشر في 13 / 5 / 2019)

### □ ملخّص □

أجريت هذه الدراسة في قسم التوليد بمشفى تشرين الجامعي ما بين 2016/1/1 - 2017/1/1، حيث كانت عينة الدراسة مؤلفة من 270 قيصرية أجريت لمريضه باستطباب سوابق قيصرية مع مراعاة طريقة إجراء القيصرية الأولى

- المجموعة الأولى 78 مريضة أجريت القيصرية الأولى بالطريقة الحديثة
- المجموعة الثانية 192 مريضة أجريت القيصرية الأولى بالطريقة التقليدية

قامت الدراسة بإجراء مقارنة بين المجموعتين في النقاط التالية:

- 1- نسبة حدوث الالتصاقات بالإضافة الى شدتها وتوضعها
- 2- ثخانة القطعة السفلية
- 3- مدة إجراء القيصرية كاملة ومدة استخراج الجنين
- 4- لم تدرس شدة النزف في كلا الطريقتين لأنها مقدرّة عالميا ب 1000 مل في القيصرية بشكل وسطي بغض النظر عن الطريقة وهي تعود في معظمها لانفكاك المشيمة ولصعوبة تقدير الكمية الناجمة عن الجراحة بشكل معزول فكانت النتائج على الشكل الآتي:

- 1- بلغت نسبة الالتصاقات بالفئة الأولى 41% وبلغت في الفئة الثانية 48,9%
- 2- لم نلاحظ اختلافا ذو أهمية فيما يتعلق بالثخانة بالنسبة للقطعة السفلية للرحم بين المجموعتين وذلك باستخدام الايكو البطني
  - النذب الجيدة بالفئة الأولى 84,6%
  - النذب الجيدة بالفئة الثانية 82,2%
- 3- وجد اختصار هام لزمن القيصرية يبلغ وسطيا 7-11 دقيقة في الطريقة الحديثة إضافة لاختصار زمن ولادة الجنين بما لا يقل عن 3-4 دقائق

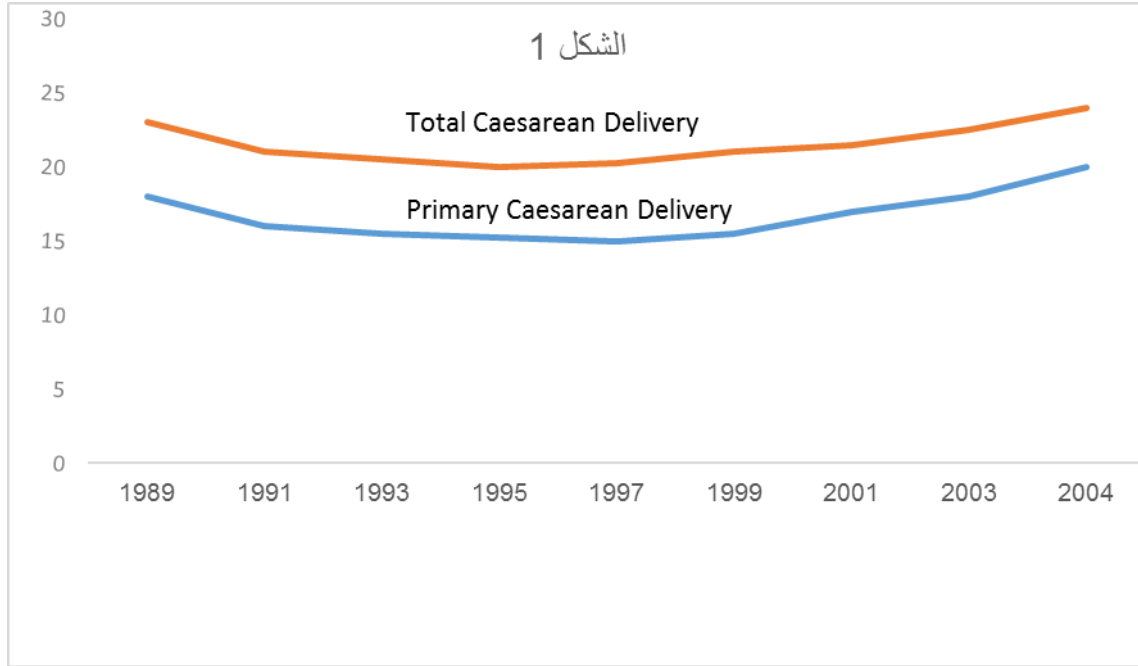
كلمات مفتاحية: قيصرية حديثة - قيصرية كلاسيكية

\* مدرسة - قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب -جامعة تشرين - اللاذقية سوريا

**مقدمة:**

أصبحت القيصرية عملية منتشرة بمعدلات مرتفعة وهي تعريفاً: أنها العملية التي يتم فيها استخراج الجنين الذي تجاوز عمره الحملي 21 اسبوعاً حملياً من شق يجري على جدار الرحم عبر جدار البطن بينما يسمى نفس الاجراء قبل هذا الحد بخزع الرحم.

المخطط التالي يظهر عودة ارتفاع نسب القيصريات بعد عام 2000 ولك في دراسة أجريت في الولايات المتحدة الامريكية بين عامي 1989 - 2004 م



بلغت نسبة القيصرية في بعض المؤسسات الطبية 23%

هناك عدة طرق لإجراء القيصرية الكلاسيكية وأشهرها وأوسعها انتشار نوعان:

- 1- القيصرية العلوية أو الجسمية ويجري فيها الشق طولانياً على القطعة العلوية من جسم الرحم.
- 2- القيصرية السفلية ويجري الشق فيها بشكل معترض على القطعة السفلية ويمكن توسيعه بشكل طولاني في حالات نادرة.

كما يمكن تصنيف القيصرية لضرورة سرعة التدخل

- 1- قيصرية إسعافية: لوجود ما يهدد حياة الام أو الجنين.
  - 2- قيصرية انتخابية: وتجرى بشكل مبرمج لسبب محدد وعادة غي عمر 38 أسبوع حملي.
- يتعلق اختيار تقنية القيصرية المجراة بالشروط الخاصة بكل جراح وبالظروف المحيطة بكل مريضة علماً أنه من المؤكد أن كثيراً من الحركات المجراة في القيصرية لا تستند إلى أساس علمي صريح ولا إلى قواعد صارمة لا يمكن تجاوزها مما يترك مجالاً للابتكار والاختراع.

ومن هنا تأتي أهمية هذا البحث الذي يهدف إلى محاولة اختيار الطريقة الأمثل لإجراء القيصرية عن طريق مقارنة الطريقتين الأكثر شيوعاً في إجرائها لانتخاب الطريقة الأفضل مما نعينه بالقيصرية الحديثة في هذا البحث هو طريقة Misgava – Ladach التي تجمع بين شق كوهين<sup>1</sup> وتوسيع خزع الرحم بسبابة يد وإبهام اليد الأخرى ثم خياطة الرحم على طبقة واحدة وعدم إغلاق البريتوان الحشوي والجداري وعدم خياطة العضلات. ومما نعينه بالقيصرية الكلاسيكية فهي الطريقة التي شق فنشتيل<sup>2</sup> وتوسيع خزع الرحم بالمقص ثم خياطة الرحم على طبقتين وإغلاق البريتوان الحشوي والجداري وخياطة العضلات.

### منهجية البحث:

عينت الدراسة المؤلفة من 270 سيدة في سن النشاط التناسلي المراجعات لقسم التوليد وأمراض النساء في مشفى تشرين الجامعي ما بين 2016/1/1 – 2017/1/1 وهن جميعاً من سوابق القيصرية الواحدة وهناك معلومات متوافرة حول قيصريتهن الأولى.

كانت خطة العمل من البنود التالية

- 3- ايكو بطني لجميع المريضات مع مئنة ممثلة وقياس سماكة ندبة القيصرية الأولى.
- 4- توصيف شكل الندبة الأولى على الجلد (مرتفعة – قليلة الارتفاع – منبسطة)
- 5- بالاستجواب وطرق أخرى كوجود اضطراب في نفس المشفى البحث في ظروف اجراء القيصرية الأولى
- أ- تقنية العمل الجراحي
- ب- الزمن الجراحي الكامل للولادة القيصرية
- 6- الانتباه أثناء العمل الجراحي:
- أ- وجود الالتصاقات وتحديد مكانها ودرجتها (خفيفة – متوسطة – شديدة)
- ب- مظهر ندبة العمل الجراحي السابق عياناً
  - غير مترققه
  - مترققه بشكل خفيف
  - مترققه مع إمكانية رؤية شعر رأس الجنين

1 شق كوهين: أقدم شق منخفض معترض في شكله الأساسي يجب أن يكون مقطع للأعلى يتراوح طوله بين 10-15 سم يجري عادة فوق الارتفاق العاني بإصبعين

2 شق فنشتيل: شق مستقيم يجري بمستوى أعلى من شق فنشتيل ويعتمد على الفتح اليدوي السريع

## النتائج والمناقشة:

## 1- استطببات القيصريّة الحالية

جدول رقم (1) يبين استطببات القيصريّة الحالية

الاستطببات	مجيء معيب	ارتكاز مشيمة معيب	توأم	عرطلة	ندرة سائل امينوسي	حمل عزيز	حمل مديد	سوابق تصنيع أمامي خلقي	سوابق جراحة على الرحم	قيصريّة منذ أقل من سنة
المجموعة الأولى 78 مريضة	12	6	6	8	8	4	2	2	6	24
المجموعة الثانية 192 مريضة	32	20	16	16	20	8	10	6	12	52

يمكن الاستنتاج من الجدول أن معظم القيصريات في الدراسة هن عبارة عن قيصريات انتخابية وذلك لتلافي تأثير المخاض على سماكة القطعة السفلية وأن سوابق القيصريّة شكلت نسبة محدودة من استطببات القيصريّة الحالية.

## 1- الزمن:

تم تسجيل الأزمنة اللازمة لإتمام القيصريّة بشكل كامل من وضع المشروط على الجلد حتى وضع الضماد على الجلد لجميع المريضات بالفئتين ثم حساب المتوسط الحسابي

كما تم نفس الاجراء وتسجيل الأزمنة اللازمة من شق الجلد حتى قطع الحبل السري وتم اجراء المتوسط الحسابي جدول رقم (2) يبين وسطي الوقت المستغرق لإنجاز الولادة والوسطي المستغرق لإنجاز القيصريّة وذلك في كلا الطريقتين

المجموعة	الأولى	الثانية
متوسط زمن القيصريّة	36 د	47 د
متوسط زمن استخراج الجنين	2,5 د	5,5 د

نلاحظ استفادة المريضات بالطريقة الحديثة من قصر زمن التداخل الجراحي وما ينجم عنه من نقص باستخدام مواد التخدير وتقليل مدة الزمن الجراحي علماً أننا وجدنا نفس الفروقات تقريباً عندما كانت القيصريّة هي قيصريّة ثانية مما يجعلنا نقول إنه في دراستنا وجدنا اختصاراً هاماً لزمن القيصريّة في الطريقة الحديثة يصل ل 7-11 دقيقة بالإضافة لاختصار زمن استخراج الجنين بحوالي 3-4 دقائق.

## 2- ندبة الرحم:

تمت قياسات سماكة القطعة السفلية للرحم مع مئاة ممثلة واعتمادها بدلاً من قياس سماكة الندبة

تم اعتماد السماكة  $\leq 3$  ملم بتصنيف الندبة على أنها جيدة

تم اعتماد سماكة  $\geq 3$  ملم ندبة ضعيفة وانذار بإمكانية تمزق الرحم

جدول رقم (3) يوضح نسبة الندب الجيدة والضعيفة في كل مجموعة

المجموعة 2	المجموعة 1	قياس الندبة
%82,25 158 مريضة	%84,6 66 مريضة	$3 \leq$ ملم (جيدة)
%17,75 34 مريضة	%15,4 12 مريضة	$3 \geq$ ملم (ضعيفة)

لا يوجد فرق هام بين الطريقتين أي أن الطريقة الحديثة لا تحمل خطراً إضافياً لتمزق الرحم

### 3- الالتصاقات

من المعروف أن الالتصاقات بعد القيصرية أقل منها بعد العمليات النسائية واعتمادنا التصنيف التالي للالتصاقات:

- 1- الدرجة الأولى التصاق خفيف
  - 2- الدرجة الثانية التصاقات متوسطة الشدة منحنية قد تكون وعائية
  - 3- الدرجة الثالثة التصاقات شديدة غالباً قاسية أو صلبة سميكة دون انحناءات
- بلغت نسبة الالتصاقات في المجموعة الأولى 41% وفي المجموعة الثانية 48,9% وتوزعت كما في الجدول رقم (4)

جدول رقم (4) يبين توزيع الالتصاقات حسب شدتها

المجموعة الثانية	المجموعة الأولى	شدة الالتصاقات
%29,1 56 مريضة	%25,6 20 مريضة	درجة أولى
%12,5 24 مريضة	%10,2 8 مريضات	درجة ثانية
%7,2 14 مريضة	%5 4 مريضات	درجة ثالثة

وقد لاحظنا في دراستنا أن معظم الحالات التي شوهدت لالتصاقات شديدة كانت عند مريضات وجد عندهن ندب جلد مرتفعة مصطبغة مما يشير بشكل واضح لاحتمال وجود عوامل ذاتية تتعلق ببنية المريضة مسؤولة عن تشكل هذه الالتصاقات بالإضافة الى تقنيات العمل الجراحي

### الاستنتاجات والتوصيات:

- 1- أبدت القيصرية الحديثة نقصاً هاماً بزمناً إجراء القيصرية وبزمن ولادة الجنين مع كل ما يستتبع ذلك من إنقاص لمدة التعرض للمواد المخدرة.

- 2- أظهرت الطريقة الحديثة نقصاً طفيفاً بمعدل حدوث الالتصاقات في الحوض والبطن ولا بد هنا من التوصية بضرورة استعمال العوازل التي تمنع تسرب السائل الأمنيوسي والدم إلى داخل البطن وذلك لأهميته في تقليل نسبة الالتصاقات.
- 3- لا بد من أن نذكر بوجود استعداد بنوي لتشكيل الالتصاقات يتعلق بكل مريضة ويكمن اعتبار ندبة الجلد المعيبة مؤشراً على ذلك.
- 4- لم تبد الطريقة الحديثة فرقاً مهماً في سماكة القطعة السفلية وبالتالي لم ترفع من زمن خطر تمزق الرحم في الحمل القادمة.
- 5- فحص القطعة السفلية للرحم بواسطة الأمواج فوق الصوتية يقدم قراءة جيدة لحالتها لذلك نوصي بإجراء إيكو لقياس سماكة ندبة الرحم لكل حامل سوابق قيصرية.
- 6- كما نوصي بتخصيص بطاقة صحية لكل حامل سبق أن خضعت لقيصرية يدون فيها نوع القيصرية وكل المعلومات اللازمة والتي قد نحتاجها عند كل فتح جديد للبطن.

## المراجع

- 1- WOLLING, FALLO. Modified dole-Cohen technique for caesarean delivery. Br job stet Gymaecol 1999; 106: 221.
- 2- Hofmeyrdg. Novikov N, mathaim, shaha, techniques for cesarean section. Amdobstet Gynecol 2009; 201:431.
- 3- Bamigboye AA. Hofmeyr Gj. Clovire versus momclosure of the peritoneum at caesarean section Cochrane syst Rev 2003: CD000163.
- 4- Hofmeyr Gj, Mathaim, shaha, novikov. Techniques for caesarean section Cochrane. Database syst Rev 2008: cd004662.
- 5- Dodd JM Arderson ER, Gatess. Swrgical technique for a terine incision and uterin clousure at the time of caesarean section cohesive database syste rev 2008; CD 004732.
- 6- Nabhan AF. Lony- tem owtcomes of tow dillnet surgical techniques for cesareau. Mtj Gymaecol obsteb 2008; 100: 69
- 7- Weerawe twatw, Buranawanichs, kana womgm. Closure vs momclosure of the visceraland parietal peritoneuw at cesaess delivery: 16 year study. Jmed Assocthai 2004; 87: 1007
- 8- Blumenfled yj, caughey AB, E1- sayedyy, et al. single- versudoule – layes hystesotomy closure at primary caesarean delivery and bladder adhesiions. BJoG-2010; 117:690.