

Comparative study between exteriorization of uterus during cesarean section versus intra peritoneal or in situ repair

Dr. Thaora Naesaa*

(Received 2 / 9 / 2019. Accepted 15 / 10 / 2019)

□ ABSTRACT □

Abstract: The objective of this study is to assess intra operative and post operative advantages and disadvantages following exteriorization of uterus as Compared to those with intraperitoneal or in_situ repair , and to assess intra operative and immediate post operative morbidity following exteriorization of uterus as Compared to in_situ repair. In this randomized controlled prospective study 100 women planned for cesarean were included .The women were randomly assigned to two groups: exteriorization group and in situ group variables analysed were intra operative blood loss intraoperative and immediate post operative nausea and vomiting, post operative pain and post operative analgesic requirement post operative fever morbidity post operative fall in hemoglobin and wound infection. There was significant difference in the intra operative blood loss between the two groups

Blood loss being less in exteriorization group Pvalue < 0.0014 .

There was significant difference in the operative time,exteriorization required less time as compared to insitu group Pvalue < 0.0001. There was significant difference in perioperative fall in hemoglobin.The fall in haemoglobin was less in exterioration group Pvalue<0.0001

There was no significant difference in the intra operative and opst operative nausea,vomiting , ,post operative pain,post operative analgesic requirement post operative febrile morbidity, and wound infection between the two groups.

Uterine exteriorization is avaluable

technique in uterine repair in cesarean section interms of better visualization of scar.

There was significantly less intr aoperative blood loss and less fall in perioperative haemoglobin in exteriorization group.

The operating time was also shorter in exteriorization group.

Key words:uterine repair , exteriorization repair ,cesarean section,insitu re

*Assistant professor- medecine faculty-tishreen university-lattakia-syria

دراسة مقارنة بين خياطة الرحم خارج البطن خلال القيصرية مع خياطة الرحم داخل البريتوان أو في الموضع

د. ثورة نعيسة*

(تاريخ الإيداع 2 / 9 / 2019. قُبِلَ للنشر في 15 / 10 / 2019)

□ ملخص □

الخلاصة: تهدف الدراسة إلى تقييم الفوائد أو الميزات والسلبيات خلال العمل الجراحي أو بعد العمل الجراحي التي تتلوه خياطة الرحم خارجاً مقارنة مع خياطته ضمن البريتوان أو في موضعه ومقارنة المراضة خلال العمل الجراحي أو التي تتلوه مباشرة بين الطريقتين.

أجريت هذه الدراسة على 100 مريضة خطط إجراء عمل قيصري لهنّ. وقسمت المريضات إلى مجموعتين:

مجموعة 1 : وعددها خمسون : أجريت لهنّ خياطة الرحم خارج البطن

مجموعة 2 : وعددها خمسون أجريت لهنّ خياطة الرحم ضمن البريتوان أو في الموضع.

درس خلال العمل الجراحي النزف والغثيان والإقياء بعد العملية مباشرة، تمت دراسة الألم بعد العملية 1. ومسكنات الألم المعطاة

كما درست الحمى بعد العمل الجراحي

ومقدار نقص الهيموغلوبين، وإنتان الجرح بعد القيصرية

يوجد فرق هام في مقدار فقد الدم بين المجموعتين النزف كان أقل في المجموعة الأولى $Pvalue < 0,0014$

وكان هناك فرق هام في مدة العمل الجراحي $Pv < 0,0001$

كما كان هناك فرق هام في معدل نقص خضاب الدم حيث كان نقص خضاب الدم أقل في المجموعة الأولى لا يوجد

فرق هام بين المجموعتين فيما يتعلق بالغثيان والإقياء والألم بعد العمل الجراحي

وفيما يتعلق بالمسكنات المعطاة وإنتان الجرح بين المجموعتين

خياطة الرحم خارجاً هو تكتيك قيم يسمح برؤية جيدة لشق الرحم، ويكون فقر الدم أقل ونقص خضاب الدم أيضاً أقل في المجموعة الأولى وكذلك مدة العمل الجراحي.

الكلمات المفتاحية: خياطة الرحم - الخياطة خارجاً - العملية القيصرية - الخياطة في الموضع.

مقدمة:

القيصرية هي واحدة من أكثر العمليات التي تجري في أنحاء العالم، وقد ارتفع معدل القيصرات في أنحاء العالم في السنوات

الأخيرة، وقد بذلت جهود كثيرة لفهم زيادة الميل لإجراء القيصرية، وعلى كل حال زيادة معدل القيصرات ليس بمعزل عن التغييرات التي تتم في المجتمع وربما يكون استخدام الصادات الحيوية، وتحسن تقنيات التخدير، وطرق السيطرة على الألم وانتشار أجهزة ترقاب الجنين الألكترونية، وهبوط معدل الإختلاطات من الأسباب التي ساعدت على ارتفاع معدل القيصرات [1].

تعريف القيصرية : هي ولادة الجنين عن طريق شق يجري على البطن والرحم سواء كان الجنين حياً أو ميتاً وهي أكثر عملية جراحية تجرى في التوليد .

ارتفعت نسبة القيصرية في الولايات المتحدة الأمريكية من عام 1970 إلى عام 2010 من 4.5 % إلى 32.8 % [2]. وفي ألمانيا ازدادت نسبة القيصرية من 15.3 % عام 1991 إلى 31.7 % عام 2012 ، وفي الواقع كانت تجرى لاستطببات طبية في أقل من 10% من كل الحالات ، وهذا لتجنب الاختلاطات التي قد تحدث للجنين [2]. إن التقدم العلمي ، والتغيرات الاجتماعية والثقافية والاعتبارات الطبية القانونية تعتبر من الأسباب الرئيسية التي أدت لزيادة ممارسة القيصرية ، وهذا الازدياد مصحوب بزيادة الخطر لكل من الأم والجنين ، لذلك ينبغي أن تجرى القيصرية عندما تكون هناك فائدة واضحة من إجرائها [3].

في الواقع يوجد إجماع حول أن استطببات القيصرية قد تغيرت في العديد من الدول ، فمثلاً العوامل النفسية الاجتماعية كالخوف من الولادة الطبيعية ورغبة الأم في الولادة القيصرية تؤخذ بعين الاعتبار في غياب أي استطببات طبية [3]. القيصرية إجراء جراحي لا يخلو من الاختلاطات بالنسبة للأم والجنين مثل : الإنتان ، أذية الأعضاء ، النزف والحاجة لنقل الدم ، بالإضافة للاختلاطات الجانبية التي تحدث أثناء وبعد العمل الجراحي ، هناك اختلاطات تحدث في الحمل اللاحقة : تمزق رحم خلال الحمل أو المخاض ، عقم ، انزياح مشيمة أو مشيمة ملتصقة أو مختزقة . توجد مناقشات قليلة حول التكنيك الجراحي للقيصرية ، وركزت دراسات متنوعة في التكنيك الجراحي المجرى للقيصرية على إنقاص مدة العمل الجراحي ، النزف ، انتان الجرح ، وقد اقترحت عدة تكنيكات الغاية منها إنقاص مدة العمل الجراحي ، كلفة الجراحة ، المراقبة بعد الولادة ، ومدة الإقامة في المشفى [5].

أهمية البحث وأهدافه:

أهمية البحث: لقد ازدادت نسبة القيصرية بشكل كبير في مجتمعنا، حيث إن الكثير من العائلات السورية تحبذ الولادة القيصرية على الطبيعية خوفاً من آلام الولادة الطبيعية فقد تستغرق الولادة الواحدة أكثر من 10 ساعات، حتى الآباء يسعون إلى الولادة القيصرية لترتيباتهم الإجتماعية.

هدف البحث: تقييم المزايا والسلبيات خلال العملية القيصرية وبعدها التي تتبع خياطة الرحم خارجاً مقارنة بخياطته في موضعه داخل البيريتوان وكذلك المراضة في الحالتين.

مواد وطرائق البحث: شملت الدراسة على 100 حامل في مشفى تشرين الجامعي اللاذقية وذلك من 1\1\2018 حتى 1\5\2019 خضعت لعملية قيصرية وقسمت المريضات إلى مجموعتين

مجموعة 1 وعددها خمسون :. تمت خياطة الرحم لديهن خارج البطن

مجموعة 2 وعددها خمسون: تمت خياطة الرحم لديهن في موضعه داخل البيريتوان

جميع المريضات اللواتي خضعن لعملية قيصرية أكملت الأسبوع 37 محلي

معايير الإستبعاد:

تم استبعاد الحوامل اللواتي لديهن: مرض قلبي، سوابق فتح T مقلوبة للرحم أو فتح طولي على جسم الرحم، استئصال رحم ولادي، تمزق رحم، سكري، انفكك مشيمي باكرورانتكار مشيمة معيب.

تم تقييم النزف خلال القيصرية وبعدها مباشرة، الغثيان والإقياء، الألم بعد العملية، مسكنات الألم المأخوذة، الحمى بعد العمل الجراحي، معدل نقص الهيموغلوبين بعد العمل الجراحي وإنتان الجرح.

تم إخراج الرحم بعد ولادة المشيمة، وتمت خياطة الرحم على طبقتين بخيط فكريل 1 والبيريتوان الجداري تمت خياطته بواسطة فكريل (0-2) والصفاق تحت خياطته بواسطة فكريل رقم 1

وتمت خياطة الجلد بواسطة نايلون (برولين) (0-2).

تمت دراسة النزف، الألم بعد العمل الجراحي الذي قيم بعدد مسكنات الألم المأخوذة في اليوم التالي للعمل الجراحي.

وتم تقييم النزف من خلال ملاحظة الشانات المستعملة والممص الكهربائي

-تمت دراسة مراضة الجنين وإنتان الجرح بعد العملية، الألم بعد العملية والمسكنات المأخوذة فموياً

Analogue scale: غياب الألم: 0

وجود الألم: 1

المزيد من أخذ مسكنات الألم خلال 24 ساعة التالية للعمل الجراحي : 2

كما أن إعطاء مسكنات الألم عند الحاجة وجرعة المسكنات المعطاة خلال اليوم التالي للعمل الجراحي أخذت بعين الإعتبار.

ونقص الخضاب ما حول العمل الجراحي وذلك بتقييم الخضاب قبل العمل الجراحي وخضاب اليوم التالي للعمل الجراحي

كما تم حساب مدة العمل الجراحي

اعتمدت الدراسة الإحصائية على:

Student's't test

Chi-square

Fisher's test

النتائج والمناقشة:

كلا المجموعتين متماثلتان في العمر,استطبابات القيصرية,طرق منع الحمل وعمر الحمل والولادة. كان النزف أقل في المجموعة التي أخيط فيها الرحم خارجاً وفيه قيمة $Pv < 0.0014$ وله قيمة إحصائية. -مدة العمل الجراحي أقل في المجموعة الأولى. وكان الفرق في متوسط مدة العمل الجراحي 6,1 دقيقة وفيه قيمة $Pv < 0.0001$ وهي ذات قيمة إحصائية. وكانت قيمة $p < 0.0001$ لمتوسط نقص في الهيموغلوبين حول العمل الجراحي وهذا يعتبر هاماً إحصائياً حيث كان النقص في قيمة الخضاب حول العمل الجراحي أقل في المجموعة الأولى حيث كان متوسط النقص في الخضاب 0.536 بينما في المجموعة الثانية.0.980

كلا المجموعتين متماثلتان من حيث الألم أثناء وبعد العمل الجراحي $p=1$ وهذا غير هام إحصائياً وكذلك لا يوجد اختلاف يذكر فيما يخص الغثيان والإقياء $p=1$ وهذا غير هام إحصائياً -كلا المجموعتين متماثلتان من حيث الألم أثناء وبعد العمل الجراحي $p=1$ وهذا غير هام إحصائياً وكذلك لا يوجد اختلاف يذكر فيما يخص الغثيان والإقياء $p=1$ وهذا غير هام إحصائياً -كلا المجموعتين لا تختلفان فيما يخص استخدام المسكنات بعد العمل الجراحي $p=0.0000$ ومراضة الحمى بعد العمل الجراحي $p=0.495$ إنتان الجرح بعد العمل الجراحي $p=1.00$

جدول رقم (1)يبين كمية النزف المقدرة

المجموع	مجموعة 1	مجموعة 2	كمية النزف المقدرة
100	50	50	
90	47	43	<400 ml
9	3	6	400-600ml
1	0	1	>600ml

وهذا يعتبر هاماً إحصائياً $p=0.0014$

جدول رقم (2)يقارن الألم بين المجموعتين

المجموع	مجموعة 1	مجموعة 2	الألم
100	50	50	
2	1	1	يوجد ألم
98	49	49	لا يوجد ألم

$Pv=1.0000$ وليس له أهمية إحصائية

جدول رقم (3) يقارن الغثيان والإقياء بين المجموعتين خلال العمل الجراحي

المجموع	مجموعة 1	مجموعة 2	غثيان وإقياء
100	50	50	
93	46	47	لا يوجد
7	4	3	يوجد

$PV=1$ وهذا غير هام إحصائياً

جدول رقم (4) يبين مدة العمل الجراحي في المجموعتين

المجموعة	العدد	متوسط مدة العمل الجراحي
1	50	31,1 دقيقة
2	50	37,1 دقيقة

نلاحظ $pV<0.0001$ وهذا هام إحصائياً

جدول رقم (5) يقارن الألم بين المجموعتين وجرعت مسكنات الألم (سيتامول + ديكلون)

المجموع	المجموعة 1	المجموعة 2	
100	50	50	
66	33	33	درجة 0 أو غياب الألم
29	14	15	درجة 1 أو وجود الألم
5	3	2	درجة 2 الرغبة بجرعة من مسكنات الألم

ليس لها قيمة إحصائية $pV=0.8894$

جدول رقم (6) يبين الغثيان والإقياء بعد العمل الجراحي بين المجموعتين

المجموع	مجموعة 1	مجموعة 2	غثيان وإقياء
100	50	50	
1	1	0	يوجد
99	49	50	لا يوجد

نلاحظ $pV=1.0000$ ليس له أهمية إحصائية إذاً لا يوجد فرق إحصائي هام بين المجموعتين

جدول رقم (7) يبين عدد جرعات مسكنات الألم المعطاة

المجموع	مجموعة 2	مجموعة 1	
100	50	50	
93	47	46	جرعتان
7	3	4	<جرعتان

$PV=1.0000$ ليس له أهمية إحصائية

لا يوجد فرق في عدد جرعات مسكنات الألم المستخدمة لدى المجموعتين (سيتامول - ديكلون)

جدول رقم (8) يبين مقدار النقص في خضاب الدم في المجموعتين

المجموعة 2	المجموعة 1	مقدار النقص الوسطي في خضاب الدم
0.9820	0.5360	

نلاحظ $pV<0.0001$ وهذا له أهمية إحصائية حيث نقص الخضاب في المجموعة الأولى أقل من المجموعة الثانية

جدول رقم (9) يدرس الحمى لدى المريضات بعد العمل الجراحي

المجموع	المجموعة 2	المجموعة 1	الحمى
100	50	50	
2	2	0	يوجد حمى
98	48	50	لا يوجد حمى

$Pv=0.4949$ لا يوجد فرق إحصائي هام ولا يوجد فرق في معدل حدوث الحمى بين المجموعتين

جدول رقم (10) يدرس نسبة إبتان الجرح في المجموعتين

المجموع	مجموعة 2	مجموعة 1	إبتان الجرح
100	50	50	
3	2	1	يوجد
97	48	49	لا يوجد

$Pv=1.000$ ليس له أهمية إحصائية

لا يوجد فرق بين المجموعتين فيما يخص نسبة حدوث إبتان الجرح

مقارنة الدراسة مع الدراسات الأخرى :

كانت نتائج الدراسة التي قام بها ثلاثة أطباء في مصر : عمرو حسن - وليد الخياط - محمد الشرفاوي عام 2014: خياطة الرحم داخل البريتوان أفضل من خياطته خارج البطن حيث كمية النزف أقل ، وعادت حركة الأمعاء بسرعة بالمقارنة مع خياطة الرحم خارجاً .

بينما في دراستنا كانت كمية النزف أقل في حال خياطة الرحم خارج البطن بالمقارنة مع خياطته داخل البريتوان .

وفي دراسة Coutinho وزملائه : لا يوجد فرق في كمية المسكنات المأخوذة في المجموعتين [6] .

وهذا يتوافق مع نتائج دراستنا حيث لا يوجد فرق في كمية المسكنات اللازمة بين المجموعتين

في دراسة Orji وزملائه : في خياطة الرحم خارج الرحم يكون النزف أقل ، ومدة العمل الجراحي أقل مقارنة مع خياطته داخل البريتوان [7].

في دراسة Gode وزملائه : معدل الاقياء لا يختلف بين الطريقتين [8]. وهذا يتوافق مع دراستنا حيث لا يوجد فرق يذكر فيما يخص الغثيان والاقياء بين الطريقتين .

وفي دراسة الدكتور Das وزملائه : في خياطة الرحم خارجاً كان النزف اقل ، نقص الخضاب أقل ، مدة العمل الجراحي أقل ، بينما لا يوجد فرق يذكر فيما يتعلق بالغثيان والاقياء [9]. وهذا يتوافق مع نتائج دراستنا حيث كانت مدة

العمل الجراحي أقل والنزف أقل في المجموعة التي أخيط فيها الرحم خارجاً .

ولا يوجد فرق يذكر فيما يخص الغثيان والاقياء .

الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات :

إن خياطة الرحم خارج البطن مصحوب بنزف أقل، ونقص في الخضاب أقل بعد العمل الجراحي، كما أن مدة العمل الجراحي أقل

ولخيطة الرحم خارج البطن فوائد كثيرة: الشق وأماكن النزف ترى بشكل جيد, و يخاط الرحم بسهولة وإذا حدثت عطالة الرحم تعالج بالضغط عليه , كما أن له فوائد في كشف كتلة الملحقات إن وجدت 000000000000
وباختصار إصلاح الرحم خارجاً له عدة فوائد:

-مدة العمل الجراحي أقل

-نزف أقل ونقص الخضاب بعد العمل الجراحي أقل

- رؤية زوايا الرحم بشكل جيد

التوصيات:

نوصي باعتماد خياطة الرحم خارج البطن في العملية القيصرية

وبما أن عينة البحث في دراستنا صغيرة نوصي بإجراء دراسات حول الموضوع بعينات ذات حجم أكبر

المراجع:

- 1-WIKLUND, I;EDMAN;G;ANDOLFE,E.*Cesarean section on maternal request reasons for the request self –estimated health ,expectations ,experience of birth and signs of depressions among first –time mothers ,Acta obstet Gynecol scand 2007: 86:451-456;[PubMed]*
- 2-CUMMING HAM, F.G; LERENOK, J ; BLOOM , L.S;SPONG, C.Y ; DASHE, J.S;HOFFMAN, B.L;CASEY, B.M ; SHEFFIELD, J.S *Cesarean delivery and peripartum hysterectomy . Text book of Williams Obstetrics , 24TH edition, Newyourk, Mc Graw. Hill Education 2010: 587- 623 chapter no .30.*
- 3-STJERHOLM, Y.V; PETER SSONK ; ENEROTH, .E. *changed indications for cesarean sections .Acta Obstet Gynecol scand. 2010; 89:49-53 .[PUBMED].*
- 4- DAHLGREN, L.S; VON DADELS ZEN , P; CHRISTILAW, J; et al .*Cesarean section on maternal request: risk and benefits in healthy nulliparous women and their infant. J Obstet Gynecol Can . 2009; 31 : 808-817.[PUBMED].*
- 5- MISRA;GUPTAW. *Cesarean section I an Donal practical obstetric problems (Ed , Misra R), 7 th edition, New Delhi, BI publications 2014: 568-590 chapter no 30 .*
- 6- EDIE – OSAGIE, E . C; HOPKINS, R.E;OG BO, V; et al .
Uterine exteriorization at cesarean section: influence on maternal morbidity- BRJ Obstet Gynecol . 1998; 105: 1070-1078 .[PUBMED].
- 7- ORJI, E.O; OLALEYE, A.O; LO TO , O.M; et al . *A randomised controlled trial of uterine exteriorization and non exteriorization at cesarean section. Aust NZJObstet Gynecol 2014; 127: 163- 166 .[PUBMED].*
- 8- Gode , F; OKYAY, R.E; SAATLI; et al , *comparison of uterine exteriorization and in situ repair during cesarean section –Arch Gynecol Obstet 2012, 285: 1541-154[PUBMED].*
- 9- Dr . KK. DAS et al . *comparative study between exteriorization of uterus during cesarean section versus intra peritoneal or in-situ repair. Sch. J. App. Med. S ci ; October 2015; 3 (7D) : 27 24- 2728.*