



# زایمان واژینال بدنبال

## سزارین قبلی

مریم نیکنامی کارشناس ارشد مامائی -  
عضویت علمی

### مقدمه :

امکانات مناسب می توان زایمان این افراد را به طریق واژینال انجام داد. چون مزایای زایمان واژینال نسبت به سزارین مکرر، ترمیم سریعتر، عوارض کمتر و هزینه پایین می باشد.

مهمترین مسئله ای که در مورد « زایمان واژینال بدنبال سزارین » وجود دارد، اسکار رحمی ناشی از سزارین قبلی است که اگر مستحکم بوده و بخوبی التیام یافته باشد بیمار می تواند دردهای زایمانی را بدون حادثه ای تحمل نموده و زایمان با موفقیت انجام شود، در غیر اینصورت رحم ممکن است پس از شروع انقباضات دچار پارگی شود. اسکاریک سزارین کلاسیک در اواخر حاملگی و در هنگام شروع دردهای زایمانی از هم گسسته شده و باعث افتادن جنین به

امروزه شیوع سزارین رو به افزایش است و سیرتصادفی را طی می کند. یکی از عواملی که بیش از همه در شیوع فزاینده زایمان به طریقه سزارین نقش دارد، سزارین مکرر (۳۰ تا ۲۵ درصد) می باشد. در مورد زنانی که زایمان قبلی شان بوسیله سزارین انجام شده است، این سؤال مطرح است که آیا زایمان آنها باید الزاماً از طریق سزارین انجام شود یا اینکه می توان به آنها اجازه داد تا به لیبر بروند و از طریق واژینال زایمان نمایند.

تا قبل از سال ۱۹۸۰ به حاملگی تمامی زنانی که سابقه سزارین قبلی داشتند بصورت سزارین انتخابی مکرر خاتمه داده می شد. ولی بررسیهایی که انجام شده حاکی از آن است که در صورت دسترسی به



در طول « سعی برای زایمان واژینال بدنبال سزارین »  
دچار پارگی اسکار سزارین شده اند .

#### اصول و روشها :

از ۱۲ زنی که در شهر Salt lake یوته یا نواحی اطراف زایمان کردند ، سه مورد آن در بیمارستان دانشگاهی یوته و بقیه در چهار بیمارستان معمولی بوده است . در هر کدام از این بیمارستانها ، متخصصین مامایی برای بررسی لیبر به سهولت در دسترس بوده و توانایی برطرف کردن اورژانسهای حاد حین زایمان را در عرض ۳۰ دقیقه با انجام عمل سزارین داشتند . در هر نمونه « سعی برای زایمان طبیعی » در نظر گرفته شد و به محض پذیرش بیمار در بیمارستان ، مانیتورینگ الکترونیکی مداوم جنین شروع شد . پارگی رحم به عنوان گسیختگی کامل دیواره رحم با یا بدون خروج جنین تعریف شد که برای حیات مادر و جنین خطرناک می باشد . هیچکدام از موارد ، جدا شدگی بدون نشانه اسکار رحمی نداشتند . دو مورد پارگی رحم در سال ۱۹۸۲ ، یک مورد در سال ۱۹۸۵ و بقیه بین سالهای ۹-۱۹۸۷ اتفاق افتاد .

#### نتایج

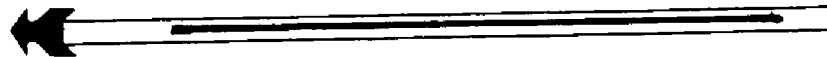
۱۱ بیمار سابقه عمل سزارین با برش عرضی قطعه تحتانی داشتند و در یکی از آنها برش به صورت طولی در قطعه تحتانی رحم ایجاد شده بود . همه آنها خودبخود یا با اکسی توسین وارد مرحله لیبر شدند .

\* Trial of Labor

داخل حفره صفاقی و مرگ وی می گردد . ولی اسکار برش قطعه تحتانی عواقب کمتری دارد . چون پارگی محل اسکار اغلب تا درون حفره صفاقی گسترش نمی یابد ، ولی احتمال اینکه گسیختگی اسکار طولی قطعه تحتانی با خونریزی شدیدتری همراه باشد بیشتر است . زیرا امکان گسترش برش به طرف بخش ضخیم و پر عروق و انقباضی رحم بیشتر می باشد . بنابراین زنانی که جهت « سعی برای زایمان طبیعی »\* انتخاب می شوند لازم است که سزارین قبلی از طریق برش عرضی تحتانی انجام شده باشد ، ممنوعیتی برای زایمان واژینال نداشته باشند ، خودشان علاقمند به زایمان واژینال بوده و خطرات ناشی از آن را بپذیرند . لیبر در این بیماران باید تحت نظر یک متخصص مامایی با تجربه اداره شود و در طی آن فعالیت رحم و وضعیت جنین از طریق مانیتورینگ الکترونیکی بطور مداوم کنترل شده و خون ایزوگروپ به مقدار کافی در دسترس باشد و در مواردی که احتیاج به سزارین اورژانس است یک اتاق عمل آماده ، متخصص بیهوشی و یک تیم جراحی کارآموده باید بفوریت در دسترس باشد و پس از زایمان سطح داخل رحم را از نظر گسیختگی اسکار رحمی مورد بررسی قرار دهند .

سزارین به علت سزارین قبلی باعث افزایش میزان آن در ایالات متحده امریکا شده است .

در تلاشی برای تغییر این روش ، متخصصین مامایی و بیمارانشان به « سعی برای زایمان واژینال » در حاملگیهای بعدی تشویق شده اند . هدف این مقاله گزارش یافته های بالینی در ۱۲ زن می باشد که



اکسی توسین در چهار مورد و بی حسی اپی دورال در سه مورد بکار برده شد. علائم و نشانه های پارگی رحم شامل تغییر در تعداد ضربان قلب جنین به دلیل دیسترس جنینی یا مرگ جنین (۱۰ مورد) همراه با برادی کاردی جنین شایعترین یافته (۶ مورد) بود. همچنین موارد دیگر شامل خونریزی واژینال (۴ مورد)، درد شکمی (۶ مورد) و فرورفتگی سر جنین (۳ مورد) بود.

در لاپاراتومی ۹ مورد مشکوک به پارگی رحم، جفت، جنین و بند ناف بصورت کامل یا نسبی از رحم خارج شده بود. دامنه از دست رفتن خون بصورت تخمینی بین یک تا چهار لیتر بود. انتقال خون در چهار مورد و هیستریکتومی در دو مورد لازم بود. همه مادران زنده ماندند، اما ۶ نوزاد درموقع تولد شدیداً دچار دپرسیون شدند. ۳ مورد مرگ حین تولد اتفاق افتاد و ۲ نوزاد دچار صدمات نروئولوژیک شدند. در ۴ موردی که نتایج ضعیف بود، عارضه اتفاق افتاده یا درحال وقوع بود.

بحث:

در یک جمعیت از بیماران انتخاب شده که سزارین قبلی در آنها به طریق برش در قطعه تحتانی انجام شده بود، زایمان واژینال معمولاً بی خطر بوده و یک روش مطلوب می قطعه تحتانی تنها در ۲/۳ - ۰٪ موارد سعی برای لیبیر، گزارش شده است.

ما نمی توانیم شیوع پارگی رحم را در این مطالعه توصیفی تخمین بزنیم بدلیل اینکه بیماران در

بیمارستانهای متفاوتی درمان شده اند و برای تعداد کلی زایمانها، سزارینها، تلاش برای زایمان واژینال بدنبال سزارین و پارگی نامشخص رحم، رقم مطمئنی وجود ندارد. بهرحال تا سال ۱۹۸۶ برای برنامه فعال « سعی برای زایمان واژینال » در بیمارستان دانشگاهی یوته جایی وجود نداشت. در طول سالهای ۱۹۸۲ تا ۱۹۸۹، ۱۹۶ مورد سعی برای زایمان واژینال بدنبال سزارین انجام شده بود که شیوع پارگی رحم ۱/۵ درصد بود. به دلیل تقابلی که برای مساعد نشان دادن این مسئله وجود دارد، اعتبار مؤسسات می تواند بوسیله گزارشات زایمان واژینال بدنبال سزارین بالا برده شود، بنابراین انتشار موارد مثبت بیشتر از موارد نامطلوب بوده است. زیرا این مسئله بسیار حساس بوده و می تواند موجی از اعتراضات را ایجاد کند. تا به امروز هیچگونه بررسی تصادفی\* برای مقایسه سزارین تکراری و تلاش برای زایمان طبیعی بعد از سزارین صورت نگرفته است که ثابت کند زایمان واژینال نتایج بهتری را برای مادر و نوزاد در بر خواهد داشت. چنین مطالعه ای ممکن است مقدور نباشد، اما وقتی یک مطالعه تشخیصی صحیح انجام شد، نمونه هایی از درمانهای بالینی وجود داشت که کمتر متقاعد کننده بود. بیشتر تحقیقات « زایمان واژینال بدنبال سزارین » در دانشگاهها و یا مراکز سطح پایینی بوده که زایمان و بیهوشی در خانه صورت گرفته است. هنوز بیشتر زائوها در کشور

\* Randomized



و مراقبت و ادارهٔ بیماران انتخاب شده ، حمایت شده است . زنی که سزارین با برش طولی داشته ، آنومالی رحمی دارد یا زایمانهای مکرر داشته و ، آگسی توسین دریافت کرده است کاندید مناسبی برای « امتحان لیبر » نیست . ۱۰ مورد از زنان بوسیله پزشکان در گروهی طبقه بندی شده بودند که خطر پارگی رحم در آنها کمتر بوده است . با وجود این، هر سه مرگ جنین وقتی اتفاق افتاد که بیماران زیر نظر مستقیم پزشک و مانیتورینگ الکترونیکی مداوم قرار نداشتند و یکی از نوزادان به دلیل تأخیر در تشخیص پارگی رحم و دیسترس قبل از تولد شدیداً آسیب دیده بود .

این موارد نشان دهندهٔ آن است که زایمان واژینال بدنبال سزارین گرچه معمولاً موفقیت آمیز است ، اما همیشه بدون عارضه نیست . روش زایمان بایستی بوسیله پزشک انتخاب شود و بیمار پس از بررسی و مذاکرهٔ کامل مشمول یک طرح اقدامات اختصاصی شود .

Scott , James R. , Mandatory Trial of Labor after cesarean Delivery: An Alternative View Point , Obstetrics And Gynecology , Vol.77 , No.6, June 1991 , P: 811-814

تحت مطالعه در بیمارستانهای عمومی کوچک زایمان می کنند که توانایی اندکی دارند . چند بررسی در این وضعیت انجام شده است .

گرچه ، در مطالعات اولیه بیماران بدقت انتخاب شده بودند ، اخیراً افزایشی در گزارشات مامایی موافق با زایمان واژینال بدنبال سزارین وجود دارد . معمولاً مطالعات در گروههای کوچک انجام شده که شامل سابقهٔ سزارینهای متعدد ، اسکارهای رحمی نامشخص ، نمایش بریج ، سابقه حاملگی دیررس و تخمین ماکروزمی بود . با وجود این، خطرات بالقوه و نتایج زیان آوری از آن استنباط می شود . مثلاً در بعضی از زنانی که در تلاش برای لیبر ناموفق بودند نسبت به آنهایی که به صورت انتخابی دوباره سزارین شده بودند و توجه و مراقبت کمی داشتند ، شیوع عفونت و صدمات گزارش شده بیشتر بود . این عوامل ممکن است منجر به غرور بیشتر و بی توجهی نسبت به عوارض قبلی و مشکلات ناشی از لیبر شود . در این گروه بیماری وجود داشت که به دلیل آنکه بی خطر بودن زایمان طبیعی به دنبال سزارین را قبلاً خوانده بود ، در منزل زایمان کرد .

پزشکان ممکن است در اجازهٔ « سعی برای زایمان واژینال » ، حتی وقتی که غیر عاقلانه بوده یا بیمار راضی به اینکار نباشد اصرار ورزند و در بعضی موارد این مسئله به صورت دستور آورده شده است .

هدف این مقاله محکوم کردن « سعی برای لیبر بدنبال سزارین » نیست ، بلکه از یک روش محتاطانه