

شناسایی عوامل مؤثر بر تشخیص بیش از اندازه دیستوشی زایمانی

چکیده

زمینه و هدف: فقدان پیشرفت لیبر دومین علت شایع سزارین است. در مورد این نکته توافق عمومی وجود دارد که در دنیا دیستوشی منجر به سزارین، بیش از حد تشخیص داده می‌شود. تغییرپذیری در معیارهای تشخیص از عوامل اصلی تعیین‌کننده در افزایش تعداد زایمان‌های سزارین ناشی از دیستوشی است. این بررسی به منظور شناسایی و تعیین دیستوشی منجر به سزارین و عوامل مؤثر بر تشخیص نادرست آن انجام شد.

روش بررسی: این بررسی توصیفی تحلیلی روی ۱۲۱۲ زن سزارین شده سال ۱۳۸۲ در بیمارستان شهید یحیی‌تژاد شهرستان بابل انجام گرفت. ۲۴۸ زن سزارین شده با تشخیص دیستوشی با معیارهای پیشنهادی زنان و مامایی آمریکا مقایسه شد. ۱۱۸ زن با تشخیص درست دیستوشی با ۱۳۰ زن با تشخیص نادرست مقایسه شدند تا عوامل مؤثر بر تشخیص نادرست دیستوشی شناسایی شود. آزمون‌های آماری کای اسکور و تی و مدل چند متغیره لجستیک برای آنالیز اطلاعات استفاده شد.

یافته‌ها: زمان تشخیص دیستوشی در فاز نهفته، فعال، مرحله دوم زایمان به ترتیب عبارت بود از: ۶۴/۹ درصد، ۲۹/۸ درصد و ۵/۳ درصد بود. قوی‌ترین عامل مؤثر بر تشخیص نادرست دیستوشی، فقدان تجویز اکسی‌توسین بود. سایر عوامل خطر عدم پیشرفت زایمان در آنالیز لجستیک چندمتغیره عبارت بود از انجام سزارین در صبح (۲/۱-۳/۵ CI ۹۵ درصد) ۲/۸ OR=، سزارین در عصر ۳-۱/۳ CI ۹۵ درصد ۲/۶ OR=، نولی‌پاریتی ۱/۷-۳/۲ CI ۹۵ درصد ۲/۱ OR=، تخمین نادرست بالینی ماکروزمی ۱/۲-۳/۸ CI ۹۵ درصد ۲/۱ OR= و دفع مکنیوم ۱/۵-۲/۹ CI ۹۵ درصد ۲/۳ OR=.

نتیجه‌گیری: صحت تشخیص حدود ۵۰ درصد موارد عدم پیشرفت زایمان با معیارهای استاندارد، دلالت دارد که تشخیص بیش از اندازه دیستوشی وجود دارد. پیشنهاد می‌شود متخصصین مامایی در مواقع توقف پیشرفت دیلاتاسیون، از درمان انتظاری استفاده کنند تا از سزارین با تشخیص نادرست دیستوشی جلوگیری شود. اداره فعال لیبر با آمینوتومی و اکسی‌توسین به موقع از استراتژی‌های دیگر کاهش سزارین با تشخیص دیستوشی است. کلید واژه‌ها: دیستوشی - سزارین - تشخیص بیش از اندازه

محبوبه فرامرز

مربی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دکتر صدیقه اسماعیل‌زاده

دانشیار گروه زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی بابل

نویسنده مسئول: محبوبه فرامرز

پست الکترونیکی: mahbob330@yahoo.com

نشانی: بابل، دانشکده پزشکی، گروه مامایی، دانشگاه علوم

پزشکی بابل

تلفاکس: ۰۱۱۱-۲۲۲۹۹۳۶

وصول مقاله: ۸۳/۱۱/۱۳

اصلاح نهایی: ۸۴/۳/۲۵

پذیرش مقاله: ۸۴/۴/۵

مقدمه

سزارین یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی در زنان است که میزان شیوع جهانی آن به طور اسف‌انگیزی رو به افزایش است (۱). در علم مامایی از قدیم الایام سزارین انتخابی در حاملگی بدون عارضه نامناسب در نظر گرفته می‌شد و هر درخواستی برای سزارین پروفیلاکسی مردود تلقی شده است (۲). به‌هرحال، این دیدگاه مورد انتقاد برخی افراد قرار گرفته (۳) و در دهه گذشته اعتقاد به سزارین پروفیلاکسی رو به افزایش یافته است (۵و۴).

بیش از ۸۵ درصد اندیکاسیون‌های سزارین، سزارین‌های قبلی، دیستوشی لیبر، دیستوشی جنینی و نمایش بریج هستند. از میان این علل، زایمان‌های سزارین تکراری و دیستوشی لیبر از عمده‌ترین علل سزارین محسوب می‌شوند (۶). دیستوشی شایع‌ترین اندیکاسیون رایج برای انجام سزارین اولیه است. علت ۶۸ درصد زایمان‌های سزارین از قبل طراحی نشده و پوزانتاسیون جنین سفالیک، عدم پیشرفت لیبر بوده است.

چون در بسیاری از سزارین تکراری‌ها علت سزارین اولیه آنها دیستوشی بوده است. بنابراین در ۶۰-۵۰ درصد تمام سزارین‌ها قابل انتساب به دیستوشی است (۷).

در بین متخصصین زنان و مامایی در این نکته توافق عمومی وجود دارد که دیستوشی منجر به سزارین، بیش از حد تشخیص داده می‌شود. با این وجود، عوامل منجر شونده به افزایش استفاده از زایمان سزارین برای درمان دیستوشی مورد بحث هستند. عوامل مطرح شده عبارتند از: تشخیص نادرست دیستوشی، بی‌حسی اپیدورال، ترس از دعاوی قضایی و آسایش و راحتی متخصصان مامایی (۸-۱۱).

تغییرپذیری در معیارهای تشخیصی یکی از عوامل اصلی تعیین‌کننده در افزایش تعداد زایمان‌های سزارین برای درمان دیستوشی است. Gifford و همکارانش دریافتند که تقریباً ۲۵ درصد زایمان‌های سزارین که سالانه برای درمان عدم پیشرفت زایمان انجام می‌گیرند، مربوط به زنانی هستند که دیلاتاسیون سرویکس در آنان فقط صفر تا ۳ سانتی‌متر است