





**دانشگاه آزاد اسلامی**  
**واحد پزشکی تهران**

**پایان نامه :**

**جهت دریافت دکترای پزشکی**

**موضوع :**

**مقایسه اثر گرانی سترون ۳mg و متوکلوپرامید ۱۰mg در پیشگیری از تهوع و**

**استفراغ حین عمل سزارین تحت بی حسی نخاعی در بیمارستان جواهری**

**استاد راهنما:**

**سرکار خانم دکتر هلن همیری**

**نگارش:**

**دکتر نیما حسین زاده آذری**

**شماره پایان نامه : ۴۶۹۴**

**سال تحصیلی : ۱۳۸۹**



**Islamic Azad University**

**College of Medicine**

Thesis:

**For Doctorate of Medicine**

Subject:

**Comparative efficacy of Granisetron 3 mg and Metoclopramide  
10 mg in prevention of nausea and vomiting during cesarean  
under spinal anesthesia in Javaheri Hospital**

Thesis Adviser:

**Dr. Helen Hemyari**

Written by:

**Dr. Nima Hoseinzadeh Azari**

**Year : 2010**

**No. 4694**

تقدیم می کنم به:

مادر مهربانم که با فداکاری و عشق و با وجود تحمل تمام سختی ها

زمینه پیشرفت مرا فراهم کرد عزیزم که همواره خودم را مدیون زحماتش

می دانم

خواهرم، ندای عزیزم، که در کنار مادر و با حمایت های همه جانبه،

جای خالی پدر را در این ۷ سال برایم زنده نگه داشتند. پدری که آرزوی

دیدن چنین روزی را داشت. روحش شاد.

فرشته عزیزم که مثل یک دوست، مثل یک مادر، مثل یک پدر، در این

سال ها پشتیبان من بود و محبت خالصانه ایشان همواره موجب دلگرمی و

انگیزه برای ادامه راه.

تشکر می کنم از دوستان عزیز و مهربانم:

آقای دکتر نیما طغانی برادر و دوست گرانقدرم که همواره مشوق و

همدم من در تمام لحظات زندگی است.

آقای دکتر صبا موثقی دوست عزیز به همراه یک دنیا خاطره.

آقای دکتر علیرضا دادور، آقای دکتر کسری فاطمی، آقای دکتر پرهام

طالبیان، آقای دکتر سهیل تهرانی، آقای مهندس امیرنیازی (روحش شاد) و

آقای مهندس فرزاد نیکنام.

با تشکر فراوان از خانم دکتر هلن همیری

که با کمک های بی دریغ و موثر ایشان این پایان نامه به سرانجام

رسید

امیدوارم نسخه کامل این پایان نامه قدردانی کوچکی از زحمات این

بزرگوار باشد و تا آخر عمر بتوانم رسم شاگردی را برای ایشان به جای

آورم.

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	چکیده فارسی
۲	فصل اول: مقدمه و بیان اهمیت مسأله
۵	فصل دوم: بررسی متون
۳۷	فصل سوم: روش مطالعه
۴۰	فصل چهارم: یافته ها
۵۸	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۶۲	فهرست منابع
۶۴	چکیده انگلیسی

## فهرست جداول

صفحه	عنوان
۴۱	جدول ۱- توزیع فراوانی متغیرهای کمی در دو گروه مورد مطالعه
۴۲	جدول ۲- توزیع فراوانی نوع زایمان قبلی در دو گروه مورد مطالعه
۴۳	جدول ۳- توزیع فراوانی نوع بیهوشی در سزارین قبلی در دو گروه مورد مطالعه
۴۴	جدول ۴- توزیع فراوانی زایمان مشکل قبلی در دو گروه مورد مطالعه
۴۵	جدول ۵- توزیع فراوانی سابقه جراحی قبلی در دو گروه مورد مطالعه
۴۶	جدول ۶- توزیع فراوانی تهوع در سزارین قبلی در دو گروه مورد مطالعه
۴۷	جدول ۷- توزیع فراوانی استفراغ در سزارین قبلی در دو گروه مورد مطالعه
۴۸	جدول ۸- توزیع فراوانی تهوع در سزارین فعلی در دو گروه مورد مطالعه
۴۹	جدول ۹- توزیع فراوانی استفراغ در سزارین فعلی در دو گروه مورد مطالعه



## فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۵۰	نمودار ۱- توزیع فراوانی نوع زایمان قبلی در دو گروه مورد مطالعه
۵۱	نمودار ۲- توزیع فراوانی نوع بیهوشی در سزارین قبلی در دو گروه مورد مطالعه
۵۲	نمودار ۳- توزیع فراوانی زایمان مشکل قبلی در دو گروه مورد مطالعه
۵۳	نمودار ۴- توزیع فراوانی سابقه جراحی قبلی در دو گروه مورد مطالعه
۵۴	نمودار ۵- توزیع فراوانی تهوع در سزارین قبلی در دو گروه مورد مطالعه
۵۵	نمودار ۶- توزیع فراوانی استفراغ در سزارین قبلی در دو گروه مورد مطالعه
۵۶	نمودار ۷- توزیع فراوانی تهوع در سزارین فعلی در دو گروه مورد مطالعه
۵۷	نمودار ۸- توزیع فراوانی استفراغ در سزارین فعلی در دو گروه مورد مطالعه

مقایسه اثر گرانی سترون ۳mg و متوکلوپرامید ۱۰mg در پیشگیری از تهوع و

استفراغ حین عمل سزارین تحت بی حسی نخاعی در بیمارستان جواهری

دانشجو: نیما حسین زاده آذری      استاد راهنما: سرکارخانم دکتر هلن همیری

تاریخ دفاع: شماره پایان نامه: ۴۶۹۴      کد شناسایی پایان نامه: ۱۳۶۱۰۱۰۱۸۷۱۰۵۲

**هدف:** در این مطالعه به مقایسه اثر گرانی سترون ۳mg و متوکلوپرامید ۱۰mg در پیشگیری از تهوع و استفراغ حین عمل سزارین تحت بی حسی نخاعی در بیمارستان جواهری پرداختیم.

**روش مطالعه:** این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی دوسوکور می باشد. بیماران قبل از انجام اسپینال به صورت تصادفی ساده متوکلوپرامید وریدی با دوز ۱۰mg و یا گرانی سترون وریدی با دوز ۳mg دریافت می نمودند و تحت مونیترینگ از نظر تهوع و استفراغ در حین عمل قرار می گرفتند.

**نتایج:** تهوع در سزارین فعلی در ۲۸ نفر (۵۶ درصد) در گروه متوکلوپرامید و ۸ نفر (۱۶ درصد) در گروه گرانی سترون وجود داشت که اختلاف آماری معناداری را نشان می داد (P=0.0001). استفراغ در سزارین فعلی در ۱۵ نفر (۳۰ درصد) در گروه متوکلوپرامید و ۱ نفر (۲ درصد) در گروه گرانی سترون وجود داشت که اختلاف آماری معناداری را نشان می داد (P=0.0001).

**نتیجه گیری:** در انتها با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه و مقایسه آن با سایر مطالعات می توان چنین نتیجه گرفت که داروی گرانی سترون دارای اثر ضد تهوع و استفراغ خوبی در فاز حین عمل سزارین تحت بیحسی اسپینال است.



## مقدمه و بیان اهمیت مسئله:

تهوع و استفراغ حین و بعد از عمل به عنوان یکی از شایعترین مشکلات در فاز Perioperative، می تواند موجب کاهش قابل ملاحظه ای در کیفیت اعمال جراحی و میزان رضایتمندی بیماران از نتایج اعمال جراحی گردد چرا که هزینه ها افزایش یافته و نیز زمان بستری بیمار طولانی می شود. لذا پیشگیری از عارضه مذکور از اهمیت بسزایی برخوردار است به ویژه آن که این عارضه عمدتاً همراه با سایر مشکلات مانند درد، هیپوتانسیون و لرز می باشد. یکی از اعمال جراحی که میزان شیوع تهوع و استفراغ در آن بالا گزارش شده است، نیز عمل جراحی سزارین است که در این عمل جراحی میزان شیوع تهوع و استفراغ در حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد گزارش گردیده است.

برای درمان یا پیشگیری از تهوع و استفراغ از روش های درمانی مختلفی استفاده می گردد که عمدتاً شامل متوکلوپرامید، دکزامتازون و اندانسترون می باشد. درمانی که بطور رایج تر استفاده می گردد، متوکلوپرامید است که معمولاً در فاز حین یا پس از عمل استفاده می شود. از آنجایی که این دارو معمولاً اثربخشی خوبی نداشته و عوارض زیادی نیز دارد؛ سبب کاهش کامپلیانس بیماران می گردد و لذا پزشکان و محققان همواره سعی در استفاده از گزینه های درمانی دیگر مانند کورتیکواستروئیدها و یا داروهای جدیدتر مانند گرانی سترون یا اندانسترون دارند. از آنجایی که هر یک از این داروها اثربخشی و عوارض خاص خود را دارند؛ جهت شناخت بهترین گزینه درمانی نیاز به انجام مطالعات بالینی می باشد. بر همین اساس در این مطالعه به مقایسه اثر

گرانی سترون ۳mg و متوکلوپرامید ۱۰mg در پیشگیری از تهوع و استفراغ حین عمل سزارین

تحت بی حسی نخاعی در بیمارستان جواهری پرداختیم.



## بررسی متون (منابع ۱ تا ۳):

عمل سزارین از جراحی های اصلی بخش زنان است که به علل مختلف از جمله بالا رفتن سن ازدواج، مسائل قانونی در بخش زنان، وضعیت اجتماعی - اقتصادی جامعه و غیره، شیوع آن در حال افزایش است، لذا سزارین یکی از اولویت های بهداشتی جامعه را تشکیل می دهد. طبق آمار بدست آمده از هر ۱۰ زن باردار، ۵ نفر تصمیم قطعی به سزارین دارند، ۳ نفر بین انتخاب زایمان طبیعی و سزارین مرددند و منتظر اعلام نظر پزشک می مانند و فقط ۲ نفر به قطع می خواهند که به طور طبیعی زایمان کنند. متأسفانه برخی پزشکان نیز مادران را به انجام سزارین ترغیب می کنند. آمار ایران نشان می دهد که در سال ۷۹ حدود ۳۵ درصد از کل زایمان ها به صورت سزارین بوده است. در سال ۸۲، درصد سزارین در بیمارستان های دولتی دانشگاهی به ۲۹ درصد و دولتی غیردانشگاهی به ۴۴ درصد و خصوصی به ۸۸ درصد رسید. در حال حاضر تقریباً به طور متوسط ۶۵ درصد زایمان های زنان ایرانی به صورت سزارین انجام می شود و این در حالی است که درصد سزارین در برخی بیمارستان های خصوصی به ۱۰۰ درصد رسیده است.

### اندیکاسیونهای سزارین

#### تغییرات ضربان قلب

افزایش یا افت ضربان قلب (تغییرات ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ در دقیقه را تاکیکاردی و کمتر از ۱۲۰ در دقیقه را برادی کاردی گویند).

پاسخ سیستم قلب و عروق جنین به استرس نمایانگر يك رابطه پیچیده بین وضعیت بیداری ، تغییرات گازهای خونی ، غلظت یون هیدروژن، رفلکس های ناشی از بارور سیتورها و گیرنده های شیمیایی و سطوح هورمون ها می باشد. در طی پاسخ جنین به هیپوکسمی، انقباض انتخابی عروق ، برون ده قلبی را به سمت مغز، قلب، جفت و غدد آدرنال منحرف می کند. در صورت بروز انقباض منتشر عروق ، افزایش فشار خون با تحریک بارورسیتورها و عصب واگ، باعث برادیکاردی می شود. در صورت عدم شدت و عدم تداوم برادیکاری، جنین نرمال قادر به تحمل آن است. اما در روند آسفیکسی، علیرغم بروز انقباض منتشر عروقی ، فشار خون بالا نمی رود و برادیکاردی تدریجی و طولانی مدت است. این حالت را افت ضربان تاخیری late deceleration گویند و اغلب خطرناک است.

قبل از شروع وضع حمل، با هر انقباض جفت از خون پر می شود. در هنگام انقباض ، خروجی وریدهای مادری بسته می شود اما شریان های دارای دیواره ضخیم فقط کمی تنگ می شوند. در هنگام شل شدن رحم، خون در وریدهای مادری جریان می یابد. بنابراین با هر انقباضی ، خون از دریاچه های خونی جفت خارج نمی شود و در هنگام شل شدن رحم هم (مرحله اول) بیشتر کوتیلدون ها فاقد جریان خون هستند. بنابراین طولانی شدن انقباض (مثل تتانی رحم) باعث هیپوکسی جنین می شود. فشرده شدن آنورت و ورید اجوف، از علل شایع اختلال ضربان قلب جنین (FHR) در حین زایمان است.



افت زودرس ضربان قلب به صورت فرورفتگی های کم عمق و هم شکل که نمای انقباضات رحمی را تقلید می کنند. این تغییرات معمولاً زمانی که دهانه رحم حدود 4-6 CM دیلاته شده است دیده می شود و از نظر پیامدی، خوش خیم است.

افت دوره ای متغیر ضربان به صورت خفیف - متوسط. علل دوره های افت متغیر ضربان به تعداد کم و به تنهایی از اهمیت بالینی چندانی برخوردار نمی باشد. ولی دوره های مکرر و شدید سبب هیپوکسی، اسیدوز متابولیک و مرگ جنین می شود.

علل دوره های مکرر و شدید افت، شامل پرولاپس بند ناف، پیچیدن بند ناف به دور گردن، پارگی رحم، کنده شدن جفت، افزایش تون رحم و تاکی سیستول می باشد. این عوامل می تواند سبب افت های طولانی مدت شوند.

افت های متغیر و طولانی شده ضربان که علت، تحت فشار قرار گرفتن بند ناف است. افت دیررس ضربان قلب که بیانگر ناکافی بودن میزان اکسیژن رسانی رحمی - جفتی در طی انقباضات می باشد. اگر کاهش اکسیژن خون جنین به کمتر از 15-18 برسد سبب انقباض بستر عروق روده ها و اندام ها و انتشار جریان خون به مغز، قلب و غدد فوق کلیوی می شود. در صورت تکرار افت دیررس، پیرواوت و لاکتات تولید شده که منجر به اسیدوز متابولیک، آسفیکسی و احتمالاً مرگ جنین می شود.

متوسط تعداد ضربان جنین، در طی ۳ ماهه سوم، بین ۱۲۰ و ۱۶۰ ضربه در دقیقه است. در مورد محدوده پایین طبیعی این تعداد، در سطح بین المللی اختلاف نظر وجود دارد و برخی از

محققان محدود پایی را ۱۱۰ ضربان در دقیقه پیشنهاد می کنند از دیدگاه کاربردی تعداد ضربان قلب بین ۱۰۰ و ۱۱۹ ضربان در دقیقه به شرط فقدان سایر تغییرات ، معمولاً نشانه ای از وجود عامل مخاطره آمیز در جنین در نظر گرفته نمی شود این حد از تعداد اندک ضربان پایه قلب جنین و که البته بالقوه طبیعی است به اعمال فشار بر روی سر در موقعیتهای اکسی پوت خلفی یا عرضی ، به خصوص در طی مرحله دوم لیبر ، نسبت داده می شود. در ۲٪ از حاملگی های که تحت پایش قرار گرفته اند ، جنین برادی کاردیهای خفیفی قابل مشاهده هستند و به طور متوسط حدود ۵۰ دقیقه طول می کشد.

اکثر صاحب نظران تاکی کاردی خفیف را به صورت تعداد پایه ضربان قلب بین ۱۶۱ و ۱۸۰ ضربه در دقیقه و تاکی کاردی شدید را به صورت تعداد پایه مساوی یا بیش از ۱۸۱ ضربه در دقیقه تعریف می کنند ویژگی کلیدی برای تشخیص مخاطره جنین در موارد تاکی کاردی ، افتهای همزمان تعداد ضربان قلب می باشد.

### **جفت سرراهی PLACENTA PREVIA**

یک مورد از هر ۲۰۰ حاملگی ( ۴٪ در ۵٪ موارد) به صورت جفت سرراهی گزارش شده است. خونریزی قابل اعتماد ترین علامت جفت سرراهی است که خونریزی بدون درد است و خون قرمز و روشن است که خونریزی برای اولین بار در اواخر سه ماهه دوم یا اوایل سه ماهه سوم ایجاد می شود ولی خونریزی اصلاً شدید نیست در حملات بعدی خونریزی شدید تر شده تشخیص آن با سونوگرافی واژینال ۱۰۰٪ ارزش تشخیص دارد ولی سونوگرافی ابدومینال ۷-۲٪

منفی کاذب دارد. درمان در موارد خونریزی شدید حتی هفته ۳۷ باید به حاملگی به صورت فوری ختم داد ولی در مواردی که بیمار خونریزی شدید ندارد و یا حاملگی آنها به ترم نرسیده، فرصت می دهیم که تا جنین MATURE شود و یا جفت MIGNATION شود.

مواردیکه با وجود جفت سر راهی می توان زایمان واژینال انجام داد شامل:

۱. مرده زایی.
۲. مالفورماسیون های عمده جنینی.
۳. جنینی که قابلیت حیات ندارد.
۴. زایمان فعال همراه با انگلاژمان سرجنین.
۵. تردید در خصوص درجه جفت سرراهی، حتی در این مورد تلاش طولانی برای زایمان واژینال عاقلانه نمی باشد.

تقریباً همه بیمارانی که جفت سرراهی کامل دارند و اغلب بیماران مبتلا به انواع ناکامل، وضع حمل به طریق C/S در مقایسه با وضع حمل واژینال خطر کمتری دارد.

### **دکولمان جفت PLACENT ABRUPTION**

دکولمان جفت یعنی جدا شدن زودرس جفتی که به طور طبیعی کاشته شده و اغلب در سه ماهه سوم رخ می دهد. در دکولمان جفت ناشی از تروما، کندی می تواند پیشرفت کند که در صورت دیسترس ناگهانی جنین یا از دست رفتن تون قلبی جنین، سزارین الزامی می باشد.

دکولمان جفت با درد شدید و ناگهانی همراه است. خونریزی ممکن است خفیف یا شدید باشد اصولاً خونریزی در سه ماهه سوم ایجاد می شود و شیوع آن يك در هر ۸۰۰ زایمان است. خونریزی واژینال شایعترین علامت ، که مقدار آن از يك لکه بینی تا خونریزی ماسیو متغیر است انقباضات رحمی نیز شایع است که خود را به صورت درد نشان می دهد (وجه افتراق با جفت سرراهی)

## درمان

در صورتی که خونریزی وضعیت مادر را به خطر بیندازد پس از STABLE شدن وضعیت بیمار باید به حاملگی ختم داد و در صورتی که وضعیت مادر مخاطره آمیز نیست ، نوع اقدام بستگی به وضعیت جنین دارد و چنانکه جنین دچار دیسترس شده باشد، باید به حاملگی ختم داد و در صورتی که جنین دیسترس نداشته باشد و ترم باشد، در صورت نیاز باید با INDUCTION به حاملگی ختم داد و در صورتی که جنین دیسترس نداشته باشد و پره ترم باشد باید مادر را تا زمان ترم تحت مراقبت قرارداد و در صورتی که خونریزی زیاد و یا دیسترس جنینی وجود داشته باشد، C/S توصیه می شود.

## نمایش بریچ

جنین های ترم با نمایش بریچ را می توان با احتیاط و به طریقه واژینال زایمان کرد زیرا علاوه بر اینکه عوارض نوزادی در زایمان واژینال با C/S تفاوتی ندارد، عوارض مادری که گروهی که زایمان واژینال داشتند ، بسیار کمتر خواهد بود با این وجود ممکن است در زایمان