

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه آزاد اسلامی  
واحد پزشکی تهران

پایان نامه :

جهت دریافت دکترای پزشکی

موضوع :

بررسی تأثیر نوع نخ جهت ترمیم پوست پس از عمل سزارین در ایجاد کلوئید در

بیمارستان جواهری تهران از مهر ۱۳۸۶-۱۳۸۷

استاد راهنما:

سرکار خانم دکتر رویا امدادی

استاد مشاور:

سرکار خانم فاطمه فدکی

نگارش:

زهرا شیخ رضائی

معاونت امور علمی و پژوهشی  
تیم پزشکی

شماره پایان نامه : ۴۱۴۵

سال تحصیلی : ۱۳۸۷

۱۴۰۹۷۵

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	چکیده فارسی
۲	مقدمه و بیان اهمیت مسأله
۵	بررسی متون
۲۶	روش مطالعه
۲۹	یافته ها
۴۲	بحث و نتیجه گیری
۴۶	فهرست منابع
۴۸	چکیده انگلیسی

بررسی تأثیر نوع نخ جهت ترمیم پوست پس از عمل سزارین در ایجاد کلونید در بیمارستان

جواهری تهران از مهر ۱۳۸۶-۱۳۸۷

دانشجو: زهرا شیخ رضائی

استاد راهنما: سرکار خانم دکتر رویا امدادی      استاد مشاور: سرکار خانم دکتر فاطمه فدکی

تاریخ دفاع: شماره پایان نامه: ۴۱۴۵      کد شناسایی پایان نامه: ۱۳۶۱۰۱۰۱۸۵۲۱۹۹

در این کار آزمایی بالینی تصادفی ۸۰ خانم تحت سزارین در بیمارستان جواهری

طی سالهای ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ مورد بررسی قرار گرفتند و ۴۰ نفر با نخ نایلون و ۴۰ نفر

با نخ مونوکریل تحت بخیه قرار گرفتند. میانگین سنی خانم های مورد بررسی در این

مطالعه ۲۹/۷۸ سال در گروه نایلون و ۲۸/۵۵ سال در گروه مونوکریل بود. در

نخستین فالوآپ ۷ نفر (۱۷/۵ درصد) در گروه نایلون و ۴ نفر (۱۰ درصد) در گروه

مونوکریل دچار کلونید بودند که اختلاف آماری معناداری را بین دو نوع نخ مورد

استفاده نشان نمی داد ( $P > 0.05$ ). ۷ نفر (۱۷/۵ درصد) در گروه نایلون و صفر

درصد در گروه مونوکریل در دومین فالوآپ دچار کلونید بودند که تفاوت آماری

معناداری را بین دو گروه نشان می داد ( $P=0.012$ ).



## بیان مسئله:

روند بهبود زخم یکی از مراحل اساسی التیام در پروسه های بعد از اعمال جراحی محسوب می شود که بویژه در اعمال جراحی که در آنها به دنبال به حداقل رساندن سایز منطقه برش داده شده هستیم، مانند سزارین، اهمیت بیشتری نیز می یابد. اما گاهی اوقات این روند مختل می شود و به یکی از دو صورت جوش نخوردن زخم یا تشکیل اسکار هیپرتروفیک خود را نشان می دهد. اسکارهای هیپرتروفیک ایجاد شده در فاز پس از عمل سزارین با مشکلات متعددی چه از نظر روحی و چه از نظر جسمی برای خانم های دچار آنها همراه بوده و میزان رضایتمندی افراد را از نتایج عمل کاهش می دهند؛ بویژه اگر این اسکارها به صورت کلونیدهای بدشکل و بدرنگ باشند. به همین منظور همواره سعی بر آن است تا با بهره گیری از متدهای مختلف میزان شیوع کلونید را در افراد تحت عمل سزارین به حداقل برسانیم. این مدالیتها می تواند شامل تکنیک های جراحی و سوچور زدن به منظور کاهش کشش پوستی در منطقه تحت سوچور و یا حتی استفاده از نخ های با خاصیت ایجاد اسکار کمتر باشد. امروزه دو نوع نخ که عمدتاً در جراحی های زنان و بویژه سزارین مورد استفاده قرار می گیرند شامل نخهای غیرقابل جذب نایلونی و نخ های قابل جذب مونوکریل هستند که تاکنون مطالعه ای در ایران به مقایسه میزان کلونید در صورت استفاده از هرکدام از این دو نخ نپرداخته است. بر همین اساس در این مطالعه به بررسی تأثیر نوع نخ جهت ترمیم پوست

پس از عمل سزارین در ایجاد کلونید در بیمارستان جواهری تهران از مهر ۱۳۸۶-۱۳۸۷

پرداختیم.

## بررسی متون (۱ و ۲):

### بارداری

بارداری وضعیتی است که در طی آن مادر، يك جنین در حال رشد را در بدن خود دارد که به صورت وجود بیش از  $35 \text{ mIU}$  HCG در نمونه ادرار اول صبح تا حد زیادی برای حاملگی اختصاصی است.

تستهای دیگر مثل اندازه‌گیری hCG سرم نیز ممکن است استفاده شود. همچنین تشخیص صدای قلب جنین از طریق سمع یا سونوگرافی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. البته سونوگرافی معمولاً اندیکاسیون ندارد مگر در مواردی مثل افتراق حاملگی داخل و خارج رحمی که در این موارد می‌توان صدای قلب جنین را از هفته چهارم به بعد توسط سونوگرافی ترانس واژینال تشخیص داد.

جنین انسان از زمان بارور شدن تا هفته هشتم حاملگی تحت عنوان «رویان» (embryo) و از هفته هشتم تا زمان زایمان «جنین» (fetus) نامیده می‌شود.

از نظر مامائی، طول مدت بارداری براساس «سن بارداری» (gestational age) مشخص می‌گردد که سن تخمینی جنین از نخستین روز آخرین دوره قاعدگی طبیعی (LMP) با احتساب دوره‌های ۲۸ روزه است، که به صورت هفته‌های کامل بیان می‌شود و يك فاکتور مهم در تصمیم‌گیری برای تعیین میزان مراقبتهای لازم از جنین یا نوزاد می‌باشد. در مقابل این موضوع «سن رشد یا سن جنینی» (fetal age یا developmental age) قرار دارد که سن جنینی از زمان ایجاد می‌باشد و از زمان لانه‌گزینی محاسبه می‌شود.



پس از اینکه تشخیص بارداری داده شد، آنگاه تشخیص طول مدت بارداری و تخمین تاریخ زایمان (EDC) ضروری خواهد بود. سن بارداری (GA) به طور طبیعی بین ۳۷ تا ۴۲ هفته و بطور متوسط ۴۰ هفته به طول می‌انجامد که اولین روز آخرین دوره قاعدگی طبیعی زمان مشخصی است که به عنوان زمان شروع در نظر گرفته می‌شود و به نوزادی که در طی فاصله زمانی ۳۷ تا ۴۲ هفته بعد از LMP به دنیا می‌آید جنین یا نوزاد ترم اطلاق می‌شود.

#### پارامترهای بالینی مربوط به سن بارداری:

۱- تست حاملگی: ادرار خانمهای حامله در صورتیکه در طول ۶ هفته اول پس از شروع آخرین قاعدگی مثبت شود، در اثبات حاملگی بخصوص در مراحل اولیه مفید است.

۲- اندازه رحم: مقایسه اندازه رحم با هفته‌های خاصی از حاملگی که طی آنها امکان تعیین اندازه رحم با دقتی معقول وجود دارد. در اوایل سه ماهه نخست بارداری معاینه انجام شده، معمولاً به خوبی متناسب با سن تخمینی بارداری است. رحم درست در ناحیه سمفیز پوبیس در هفته هشتم قابل لمس است. در هفته دوازدهم، رحم بصورت يك عضو شکمی در می‌آید و در هفته پانزدهم به نقطه میان سمفیز پوبیس و ناف می‌رسد. در هفته بیستم، رحم در حوالی ناف قابل لمس است.

اندازه فوندوس رحم طی هفته‌های ۲۶ تا ۳۴ بارداری به صورت منظمی متناسب با سن بارداری می‌باشد.

پس از هفته سی و ششم ارتفاع قله رحم (fundal high) ممکن است به دلیل پائین آمدن سر جنین به سوی لگن کاهش یابد. ارتفاع قله رحم با اندازه‌گیری فاصله بین سمفیز پوبیس تا فوندوس بر حسب سانتی متر مشخص می‌گردد.

۳- حرکات حیاتی: اولین احساس از حرکت جنین به طور متوسط در هفته هفدهم در زنان مولتی پار و به طور متوسط در هفته هجدهم در زنان نولی پار قابل درک است.

۴- تشخیص صدای ضریان قلب جنین: FHTs ممکن است با فتوسکوپ در هفته بیستم شنیده شود، در حالیکه با استفاده از روش سونار داپلر معمولاً ضریان قلب در هفته دهم قابل تشخیص است.

۵- بررسی با اشعه X: سن جنین با بررسی میزان کلسیفیه شدن استخوانها توسط اشعه X به طور تقریبی قابل تشخیص می‌باشد ولی خوشبختانه امروزه سونوگرافی به طور گسترده‌ای جایگزین این روش شده است.

۶- اولترا سونوگرافی: امروزه به صورت گسترده به عنوان يك تكنيك جهت تعيين سن بارداری بکار می‌رود. بنابراین استفاده از اشعه X به این منظور تقریباً یا به طور کامل بی‌مورد می‌باشد. با استفاده از سونوگرافی، طی سه ماهه اول، در هفته‌های ششم تا هشتم، با اندازه‌گیری طول فرق سر تا باسن (crown-rump length) رویان، می‌توان با دقتی معقول سن جنین را تخمین زد. بعد از هفته شانزدهم، قطر بین استخوانهای پاریتال (biparietal diameter) جمجمه جنین را می‌توان اندازه گرفت که بیشترین کارایی این روش در بین هفته‌های بیستم تا بیست و چهارم است که مجدداً در هفته‌های بیست و ششم تا سی‌ام تکرار میشود. طول فمور جنین و محیط شکم او از نظر تعیین نسبت با قطر بی‌پاریتال قابل استفاده می‌باشد. اولترا سونوگرافی جهت اندازه‌گیری پارامترهای رشد جنین، تخمین وزن او، بررسی آناتومی جنین و اندازه‌گیری مقدار مایع آمنیوتیک مفید است.

۷- آنالیز مایع آمنیوتیک: بررسی مایع آمنیوتیک ممکن است در تعیین بلوغ جنین کمک کننده باشد اما به تعیین سن واقعی وی کمکی نمی‌کند.

۸- نسبت لستین به اسفنگومیلین (نسبت L/S): قبل از هفته ۳۵ حاملگی غلظت لستین و اسفنگومیلین در مایع آمنیوتیک تقریباً برابر است. بعد از این زمان غلظت لستین تا هنگام ترم به سرعت صعود می‌کند و غلظت اسفنگومیلین بر عکس تنزل می‌یابد.

غلظت بالای لستین مبین بلوغ جنین است، در نتیجه، در صورتیکه نسبت L/S حداقل ۲ به ۱ باشد، صرف نظر از اندازه جنین ریه احتمالاً بالغ شده است و احتمال بروز دیسترس تنفسی شدید کم خواهد بود.

۹- فسفاتیدیل گلیسرول: وجود فعالیت سورفاکتانت این ماده نشانه بلوغ جنین است و اطمینان معقولی مبنی بر عدم ایجاد سندرم دیسترس تنفسی در صورت زایانیدن جنین، فراهم می‌کند. با این حال فقدان آن به عنوان معرفی برای احتمال وقوع سندرم دیسترس تنفسی از ارزش کمتری برخوردار است. تستی که از نظر بررسی وجود فسفاتیدیل گلیسرول به عمل می‌آید، تحت تأثیر وجود خون، مکونیوم یا مایع آمنیوتیک قرار نمی‌گیرد. این تست در مقایسه با ارزیابیهای دیگر مایع آمنیوتیک معرفهای حساستری برای بلوغ ریه‌های جنین و خطر ایجاد سندرم دیسترس تنفسی در شیرخوار نوزاد می‌باشد.

سزارین عمل جراحی است که با شکافتن پوست روی شکم، عضلات زیر آن و جدار رحم همراه است به طور متوسط، ۱۰ درصد زایمان‌ها در جهان به روش سزارین انجام می‌شود، طبق آمار رسمی در ایران حدود ۲۵ تا ۳۵ درصد زایمانها به صورت عمل جراحی یعنی سزارین صورت می‌گیرند، در حالی که طبق آمار غیر رسمی در ایران سزارین ۵ برابر سایر نقاط جهان است. امروزه در برخی از بیمارستان‌های ایران این آمار حتی ۱۰۰ درصد نیز گزارش شده است برخی متخصصین علت افزایش گرایش زنان به انتخاب سزارین، فرار از درد زایمان است. اما عمل سزارین خود با درد فراوان همراه است و عواقب منفی متعددی نیز به همراه دارد

چرا در ایران آمار میزان سزارین این طور غیر متعارف بالا رفته است؟

بارزترین علت آن پیشرفت پزشکی و تکنولوژی می‌باشد که در مواقع خطر برای مادر و جنین مفید واقع می‌شود؛ برای مثال خطرات عمل جراحی برای مادر خیلی کاهش یافته است (به علت امکانات بیهوشی، انتقال خون و آنتی بیوتیکها). مراقبت‌های نوزادی نیز پیشرفت کرده و خطرات سزارین برای نوزاد نیز کاهش یافته است. همچنین روشهای بهتری برای تعیین سلامت جنین در حین دردهای زایمانی وجود دارند. بنابراین بامشاهده علایم خطر برای جنین و یا مادر در حین دردهای زایمانی می‌توان فوراً او را سزارین نمود، در حالی که این امکانات در ۲۰ سال پیش وجود نداشت. يك علت دیگر از منشاء پزشکان می‌باشد. متأسفانه

برخی از پزشکان به خاطر اینکه ریسک يك زایمان مثلاً با دستگاه (واکیوم و یا فورسپس) را متحمل نشوند فوراً بیمار را سزارین می کنند و البته هزینه بیشتری نیز صورت می کنند.

## دلایل انجام سزارین

### ۱. عدم تطابق سر جنین با لگن مادر:

اغلب اینگونه موارد در موقع دردهای زایمانی مشخص می شوند. به این ترتیب که با وجود انقباضات زایمانی، پیشرفت زایمان خوب نیست و یا این که در معاینه داخلی متوجه این عدم تطابق می شوند. البته موارد تنگی و یا اختلاف اندازه بسیار فاحش، قبل از دردها و در یک معاینه دقیق داخلی که توسط ماما یا پزشکتان در ماه آخر صورت می گیرد مشخص می شود.

### ۲. زجر جنین:

زجر جنین به معنای تغییرات بارز در تعداد ضربان قلب جنین است که نشان دهنده این موضوع می باشد که میزان اکسیژن خون او کافی نیست و مواد زاید خونس بیش از اندازه است. در این صورت معمولاً عمل سزارین بطور اورژانس انجام می شود.

### ۳. طرز قرار گرفتن غیر عادی جنین :

وضعیت طبیعی قرار گرفتن جنین به صورت سر به پایین و داخل لگن مادر است. اگر مثلاً جنین به صورت عرضی قرار گیرد امکان زایمان طبیعی وجود ندارد. در صورتی که پاهای جنین داخل لگن مادر باشد (سراو بالا باشد) در برخی موارد امکان زایمان طبیعی وجود دارد ولی اغلب مواقع سزارین راه انتخابی است.

### ۴. مشکلات مربوط به جفت و بند ناف:

اگر جدا شدن زودرس جفت صورت گیرد و یا جفت بجای این که در قسمت فوقانی رحم واقع شود، بر روی دهانه رحم قرار گیرد (جفت سرراهی)، بهترین روش زایمان همان سزارین می باشد. ممکن است در حین یک دوره دردهای طبیعی، ناگهان بند ناف جنین به داخل مجرای زایمانی و جلوی سر جنین لیز بخورد. در چنین حالتی بند ناف بین سر جنین و لگن مادر تحت فشار قرار می گیرد و جریان خون و اکسیژن به جنین قطع می گردد. این مورد نیز از موارد سزارین اورژانس می باشد.

### ۵. سزارین قبلی :

قبلاً اعتقاد بر این بود که اگر یک بار سزارین شد، باید همیشه سزارین شود. البته در برخی بیماران این قانون هنوز هم حاکم است ولی امروزه اعتقاد بر اینست که اگر علت سزارین قبلی

در این حاملگی وجود ندارد (مثلاً حاملگی قبلی جنین بطور عرضی قرار داشته ولی در این حاملگی جنین با باسر قرار دارد) و بیمار در یک بیمارستان مجهز قرار دارد می تواند تحت نظر یک متخصص زنان و زایمان، زایمانی طبیعی انجام دهد. باید بیمار آن تفهیم شوند که در صورتی که مورد منعی برای این اقدام وجود نداشته باشد، زایمان طبیعی بسیار مطمئن تر و بی خطرتر از یک عمل جراحی بزرگی مثل سزارین می باشد. عوارض مربوط به مادر و جنین کاهش می یابد و یک فاکتور مهم دیگر یعنی هزینه نیز کاهش می یابد. هزینه یک زایمان طبیعی حدود یک چهارم عمل سزارین می باشد. البته خانمهایی که قبلاً سزارین شده اند و برش روی رحمشان به صورت طولی انجام شده نمی توانند زایمان طبیعی داشته باشند. فقط خانمهایی که برش روی رحمشان عرضی بوده و مورد منعی برای زایمان طبیعی ندارند، می توانند به این فیض برسند. (معمولاً برش روی شکم با برش روی رحم مطابقت دارد اما گاهی اینطور نیست، بنابراین داشتن پرونده پزشکی باقید نوع برش روی رحم الزامی است).

#### ۶. دخالتهای پزشکی بیش از اندازه در دوره دردهای زایمانی:

مصرف داروهای مسکن زودتر از موقع و یا داروهای محرک انقباضات (بیش از حد مجاز) می تواند پیشرفت زایمان را کند نماید و به علت زایمان طول کشیده، سزارین انجام شود. آمار نشان داده است که بیمار آن تحت نظر ماماها کمتر سزارین می شوند. یکی از دلایل آن اینست که ماماها کمتر از پزشکان از داروهای مختلف استفاده می کنند و علت دیگر اینست که چون



خود ماما نمی تواند عمل سزارین را انجام دهد، سعی می کند تا جایی که برای بیمار و جنین ضرری نداشته باشد، زایمان او را به صورت طبیعی انجام دهد.

#### ۷. جنینهای نارس و دیررس:

(کمتر از ۳۸ هفته و بیشتر از ۴۲ هفته). چون جنینهای نارس احتمالاً تحمل فشار زایمان طبیعی را نخواهند داشت و جنینهای دیررس به علت درشتی و اشکال در خون رسانی آنها نیز دچار مشکل در زایمان طبیعی می شوند.

#### ۸. جنینهای دارای مشکلات RH خون:

جنینهایی هم که مشکلات ناشی از RH خون دارند بهتر است با روش سزارین متولد شوند چون به اندازه کافی قوی نیستند که زایمان طبیعی را تحمل کنند.

#### ۹. چند قلبی :

گاهی زایمان دو قلوها به صورت طبیعی صورت می گیرد اما در اغلب موارد سزارین به عنوان بهترین راه انتخاب می شود. حاملگیهای بیش از دو قلبی حتماً به صورت سزارین خاتمه می یابند.

## ۱۰. موارد متفرقه:

مانند عفونت هرپسی در ناحیه تناسلی. (نوعی عارضه تبخال مانند بسیار مسری که برای جنین خطرناک است). فشارخون بالا، تومورهای فیبروییدی، بیماری قند، ایدز مادر و دوره دردهای زایمانی که بسیار طول کشیده باشد از موارد دیگر سزارین می باشند. سابقه مرگ نوزاد، سابقه ی نازایی و شکم اول مسن (بیش از ۳۵ سال) نیز قابل ذکر هستند.

## عوارض سزارین

باوجود پیشرفتهای پزشکی و افزایش امنیت عمل جراحی، بااین حال یک سزارین، خالی از خطر و عوارض نمی باشد. عوارض مربوط به مادر عبارتند از:

خونریزیهای پس از عمل، لخته های خونی (که در برخی از موارد بسیار خطرناک و حتی کشنده هستند)، عفونت و چسبندگیهای در رحم و لوله ها و حتی روده ها، عوارض بیهوشی و دردهای مربوط به بخیه ها (در مقایسه با زایمان طبیعی که معمولاً فرد زایمان کرده، از فردای زایمان می تواند راه رفتن و فعالیت عادی را از سر بگیرد در حالی که خانمی که سزارین شده تا چندین روز از دردهای شکمی و محل بخیه ها شاکی است).

پس باید بخاطر سپرد که : ۱- روزهای بستری در سزارین برای بیمار بیشتر است، ۲- احتمال خونریزی بعد از زایمان بیشتر است . ۳- دردهای لگنی و چسبندگی بیشتر است، ۴- مدت

زمانی که فرد بتواند به روال عادی زندگی برگردد بیشتر است ۵- احتمال نازایی بعد از سزارین وجود دارد.

عوارض مربوط به جنین عبارتند از یرقان و مشکلات تنفسی. فشاری که در حین زایمان طبیعی به قفسه سینه نوزاد وارد می آید کمک زیادی به تمیز کردن ریه های او از ترشحات و مایعات می کند که بر قراری یک فعالیت تنفسی عادی را برای نوزاد ایجاد می کند. البته باز هم باید تأکید نمود در صورتی که ماما یا پزشکتان تشخیص دهد که عمل سزارین برای شما و نوزادتان مفیدتر است باید سزارین انجام شود و عوارض آن با عوارض مربوط به یک زایمان طبیعی مشکل باید سنجیده شود و هرکدام برای شما مفیدتر است انتخاب گردد. یکی دیگر از عوارض سزارین، عوارض مادی آن است. همانطور که قبلاً ذکر شد هزینه یک عمل سزارین و مدت بستری پس از آن حدود ۴ برابر و یا بیشتر از یک زایمان طبیعی است.

انتخاب روش سزارین از طرف پزشک عمدتاً ناشی از فاکتورهای غیر مامایی شامل موارد زیر است :

۱- استفاده از تکنولوژی در انجام زایمان

۲- ترس از شکایت بیماران

۳- محرک های مالی مانند تعرفه بیشتر

۴- ترجیح پزشکان به انجام زایمان در زمان کمتر

۵- سیستم آموزش پزشکی و نگرش پاتولوژیک نسبت به زایمان در دانشگاه ها

تحقیقات نشان داده است در کشورهایی که آمار سزارین پایین است ، مادران تمایل بیشتری به انجام زایمان طبیعی دارند و عامل این تمایل ، رضایت آنان از انجام زایمان واژینال است. میزان کلی سزارین در غرب که طی ۱۹۸۰ به ۲۵ درصد رسیده بود ، با راهکارهای دولت ها بسیار کاهش یافت و هم اکنون در بعضی کشورها به کمتر از ۱۰ درصد رسیده است. میانگین این آمار در غرب هم اکنون چیزی نزدیک به ۲۰ درصد است ، حال آنکه در ایران این رقم به ۳۵ درصد ( ۶۰ درصد در شهرها و ۱۰۰ درصد در بعضی از بیمارستانهای خصوصی تهران ) رسیده است. آمارها نشان می دهد ۵۲ درصد زایمان هایی که در بیمارستانهای خصوصی و ۳۰ درصد در بیمارستانهای دولتی صورت می گیرد ، به عمل جراحی سزارین می انجامد.

۷۵ درصد سزارین هایی که در کشور ایران انجام شده ، غیر ضروری و به صورت انتخابی بوده است. مشاوره زنان پیش از زایمان و ارائه آموزشهای لازم در دوران بارداری عامل فراموش شده در ایران است. تحقیقات انجام شده در ایران نشان می دهد سزارین به عنوان مهم ترین خطر جدی افسردگی پس از زایمان تلقی می شود. بنابراین مشاوره زنان پیش از زایمان و ارائه آموزشهای لازم در دوران بارداری به آنان به میزان زیادی موثر خواهد بود ، چون مادران را در انتخاب روش صحیح زایمان راهنمایی می کند.

میزان سزارین در ایران بیش از ۳ برابر نرخ جهانی است. بر اساس شاخص های بهداشت جهانی میزان سزارین بین ۵ تا ۱۵ درصد از کل زایمانها را شامل می شود که در ایران این