

عوارض مادری سزارین تکراری، مقایسه سزارین بار

دوم با سزارین‌های بیش از دو بار

دکتر صنم مرادان^{۱*}، دکتر شهرزاد آقا عمو^۲، دکتر مجید میرمحمدخانی^۳،

دکتر بهاره پورزند^۴

۱. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات خونریزی‌های غیرطبیعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.
۲. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات خونریزی‌های غیرطبیعی رحم، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.
۳. دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.
۴. پزشکی عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۰۴

خلاصه

مقدمه: با توجه به افزایش میزان انجام سزارین در ایران در سال‌های اخیر و با توجه به تمایل مادران به عنوان یک دلیل مهم برای انجام سزارین، لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه عوارض مادری سزارین بار دوم با سزارین‌های بیش از ۲ بار، انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی بر روی ۴۰۰ نفر از زنانی که از فروردین ۱۳۸۸ تا پایان اسفند ۱۳۹۱ جهت انجام عمل سزارین در بیمارستان امیرالمومنین سمنان بستری شده بودند، انجام شد. تعداد ۴۰۰ نمونه تصادفی شامل ۲۰۰ نفر از هر گروه، از نظر عوارض مادری شامل هیستریکتومی به دنبال سزارین، پلاسنتا آکرتا، پلاسنتا پروویا، زایمان زودرس، پارگی مثانه، خونریزی غیرمعمول، انتقال خون در حین و بعد از سزارین، تب زودرس بعد از عمل و طول مدت بستری بررسی شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های کای دو و تست دقیق فیشر انجام شد. میزان p کمتر یا مساوی ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سنی در گروه مورد مطالعه به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($p=0/022$). تعداد موارد سزارین هیستریکتومی، پلاسنتا آکرتا و پروویا، انتقال خون حین و پس از عمل و تب زودرس بعد از عمل در گروه مورد مطالعه از گروه کنترل بیشتر بود. ولی هیچکدام از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/103$ ، $p=0/372$ ، $p=0/372$ ، $p=0/499$ ، $p=0/372$ ، $p=0/372$). زایمان زودرس، خونریزی غیر معمول و میانگین مدت بستری در گروه مورد مطالعه بیش تر از گروه کنترل بود ($p=0/025$ ، $p<0/001$ ، $p<0/001$).

نتیجه‌گیری: مدت بستری، خونریزی غیرمعمول و زایمان زودرس در گروه مورد مطالعه بیش تر از گروه کنترل بود ولی تفاوت دو گروه از نظر سزارین هیستریکتومی، پلاسنتا آکرتا و پروویا انتقال خون و تب زودرس معنادار نبود.

کلمات کلیدی: سزارین تکراری، سزارین هیستریکتومی، پلاسنتا آکرتا، پلاسنتا پروویا، خونریزی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر صنم مرادان؛ مرکز تحقیقات خونریزی‌های غیرطبیعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران. تلفن:

۰۹۱۲۱۳۱۸۰۴۶؛ پست الکترونیک: smgyn42595@hotmail.com

مقدمه

میزان انجام سزارین در ایران از ۱۴/۳٪ در سال ۱۹۷۹ میلادی به ۲۲/۷٪ در سال ۱۹۸۹ میلادی، ۵۲/۵٪ در سال ۱۹۹۹ میلادی و ۸۵/۳٪ در سال ۲۰۰۹ میلادی رسیده است. شایع‌ترین دلیل برای انجام سزارین، سزارین قبلی می‌باشد و با توجه به افزایش چشم‌گیر سزارین در سال‌های اخیر، تعداد سزارین‌های تکراری نیز رو به افزایش است و به تبع آن عوارض ناشی از سزارین تکراری نیز رو به افزایش می‌باشد (۱).

دلایل مطرح شده برای این افزایش سزارین شامل: عدم تلاش برای انجام زایمان طبیعی، بارداری‌های مکرر قبلی، ماکروزومی جنینی، وقوع پره‌اکلامپسی، تقاضا و تمایل خود مادران و نیز وضعیت قرارگیری جنین در رحم مادر می‌باشد (۲).

حداقل ۱۸٪ از سزارین‌ها در سراسر جهان به دلیل تقاضای مادران انجام می‌شود که دلایل آن می‌تواند ناشی از عواملی مانند ترس مادر از درد زایمان طبیعی، آسیب نوزاد در جریان زایمان طبیعی، آسیب‌های احتمالی به دیواره لگن در زایمان طبیعی و مسائلی از قبیل بی‌اختیاری ادراری و مشکلات جنسی بعد از انجام یک زایمان طبیعی باشد (۳). امروزه افزایش سزارین به دلیل ارتقاء و بهبود وضعیت جراحی و تکنیک بیهوشی نیست، بلکه علل واقعی آن هنوز مشخص نبوده و دلایلی نظیر ترس از درد زایمان و تجربه بد زایمان طبیعی قبلی برای آن مطرح می‌شود (۴). یکی از دیگر دلایل درخواست مادران برای انجام سزارین، مدرن بودن این روش در برابر زایمان طبیعی است (۵، ۶). میزان سالیانه سزارین در آمریکا بین سال‌های ۲۰۰۹ - ۱۹۹۶ به ۳۲/۹٪ رسیده است. سزارین در اولین بارداری اغلب منجر به ایجاد سزارین‌های تکراری می‌شود که خود آن می‌تواند سبب افزایش میزان بروز پلاستنا پروویا و پلاستنا آکرتا شود.

اگر میزان انجام سزارین همچنان بالا رود تا سال ۲۰۲۰ میزان سزارین به ۵۶/۲٪ در سال خواهد رسید و ۶۲۳۱ مورد جدید پلاستنا پروویا و ۴۵۰۴ مورد جدید پلاستنا آکرتا و ۱۳۰ مورد جدید مرگ مادری در سال خواهیم داشت (۷).

مطالعاتی انجام شدند که نشان می‌دهند که خطر بروز پلاستنا پروویا و پلاستنا آکرتا و هیستریکتومی به دنبال سزارین در زنان با چهارمین عمل سزارین به همان میزانی است که در زنان با سومین عمل سزارین می‌باشد (۸، ۹، ۱۰).

از آنجا که هر مادری حق دارد نحوه به دنیا آمدن فرزندش را انتخاب کند و انتخاب یکی از حقوق بشر است، این انتخاب باید منطبق با آگاهی و علم باشد (۱۱). برنامه‌ریزی‌های صحیحی باید انجام شود تا در برنامه‌های مراقبت دوران بارداری پرسنل سیستم بهداشتی اهمیت و عوارض روش‌های زایمانی و عوامل خطرناک مربوطه را به طور کامل برای مادران شرح دهند تا آن‌ها بتوانند آگاهانه تصمیم بگیرند (۱۲). می‌توان با بالابردن سطح آگاهی و افزایش تبحر پرسنل عامل زایمان و بهبود امکانات و تجهیزات زایمان طبیعی ایمن را پس از سزارین قبلی انجام و میزان سزارین را ۷۰-۸۰٪ کاهش داد (۱۳).

سزارین‌های تکراری باعث بروز پیامدهای نوزادی و مادری نامطلوب می‌شود، لذا بیماران باید با عوارض سزارین تکراری آشنا شوند. انجام یک زایمان زودرس و تولد یک نوزاد نارس و نیاز به مراقبت‌های ویژه نوزادی با افزایش تعداد سزارین‌های قبلی مادر افزایش می‌یابد. به منظور جلوگیری از این عوارض باید از سزارین بدون اندیکاسیون اجتناب کرد (۱۴). لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه عوارض مادری سزارین بار دوم با سزارین‌های بیش از ۲ بار، انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی بر روی ۴۰۰ نفر از زنانی که از فروردین ۱۳۸۸ تا پایان اسفند ۱۳۹۱ جهت انجام عمل سزارین در بیمارستان امیرالمومنین سمنان بستری شده بودند (به شرط آن که برای بار دوم یا بیشتر تحت عمل سزارین قرار گرفته بودند و به هنگام وضع حمل بیش از ۳۲ هفته بارداری داشتند) انجام شد. تعداد ۴۰۰ نمونه تصادفی شامل ۲۰۰ نفر از هر گروه، از نظر عوارض مادری شامل هیستریکتومی به دنبال سزارین، پلاستنا آکرتا، پلاستنا پروویا، زایمان زودرس، پارگی

در مطالعه حاضر، سزارین هیسترتکتومی در سزارین بار دوم ۱ نفر (۰/۵٪) و در سزارین بیش از دو بار ۴ نفر (۲٪) بود و بین دو گروه تفاوت معناداری از نظر سزارین هیسترتکتومی وجود نداشت (جدول ۱) ($p=0/372$) پلاستنا آکرتا در سزارین بار دوم ۱ نفر (۰/۵٪) و در سزارین بیش از دو بار ۴ نفر (۲٪) بود و بین دو گروه تفاوت معناداری پلاستنا آکرتا وجود نداشت ($p=0/372$) (جدول ۱).

پلاستنا پرویا در سزارین بار دوم اصلاً وجود نداشت و در سزارین بیش از دو بار ۲ نفر (۱٪) بود و بین دو گروه تفاوت معناداری از لحاظ پلاستنا پرویا وجود نداشت ($p=0/499$) (جدول ۱).

خونریزی غیرمعمول در سزارین بار دوم، ۴۲ نفر (۲۱٪) و در سزارین بیش از دو بار ۱۲۵ نفر (۵/۶۲٪) بود و این تفاوت میان دو گروه معنادار بود، یعنی با افزایش تعداد سزارین خونریزی غیر معمول افزایش داشت ($p<0/001$) (جدول ۱).

در مطالعه حاضر، انتقال خون در حین عمل سزارین و پس از انجام آن در سزارین بار دوم ۱ نفر (۰/۵٪) و در سزارین‌های بیش از دو بار ۴ نفر (۲٪) بود و بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری از لحاظ انتقال خون در حین عمل یا پس از آن وجود نداشت ($p=0/372$) (جدول ۱). در مطالعه حاضر تب زودرس بعد از عمل سزارین، در سزارین بار دوم در ۴ نفر (۲٪) و در سزارین بیش از دو بار ۱۰ نفر (۵٪) بود و تفاوت بین دو گروه معنادار نبود ($p=0/103$) (جدول ۱). در مطالعه حاضر، زایمان زودرس در سزارین بار دوم ۱۷ نفر (۵/۸٪) و در سزارین بیش از ۲ بار ۵۵ نفر (۵/۲۷٪) بود و تفاوت معنادار داشت، یعنی با افزایش مرتبه سزارین زایمان زودرس افزایش داشت ($p<0/001$) (جدول ۱).

زمان بستری به مدت ۲ روز در سزارین بار دوم ۱۷ نفر (۵/۸٪) و در سزارین بیش از ۲ بار ۱۰ نفر (۵٪) بود. همچنین زمان بستری به مدت سه روز در سزارین بار دوم ۱۱۲ نفر (۵۶٪) و در سزارین بیش از ۲ بار ۱۰۰ نفر (۵۰٪) بود. زمان بستری به مدت ۴ روز در سزارین بار دوم ۶۵ نفر (۵/۳۲٪) و در سزارین بیش از ۲ بار ۸۳ نفر (۴۱٪) بود. زمان بستری به مدت ۵ روز در سزارین

مثانه، خونریزی غیرمعمول، انتقال خون در حین و بعد از سزارین، تب زودرس بعد از عمل و طول مدت بستری بررسی شدند.

در صورتی که اطلاعات ثبت شده کامل نبود یا سونوگرافی و یا تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی برای بررسی سن بارداری در هنگام وضع حمل موجود نبود، از مطالعه حذف شدند. برای بررسی زایمان زودرس، سن بارداری که در آن وضع حمل انجام شده بود ثبت و در صورتی که زیر ۳۷ هفته زایمان انجام شده بود به عنوان زایمان زودرس در نظر گرفته شد.

عارضه خونریزی غیرمعمول، با مقایسه هماتوکریت بیمار قبل و بعد از عمل سزارین بررسی شد. اگر هماتوکریت ۱۰٪ یا بیش از ۱۰٪ افت کرده بود به عنوان خونریزی غیرمعمول در نظر گرفته شد و اگر درجه حرارت مادر بیش از ۳۸ درجه در ۷۲ ساعت اول بعد از عمل سزارین بود به عنوان تب زودرس بعد از عمل جراحی در نظر گرفته شد. همچنین، تاریخ انجام سزارین تا تاریخ ترخیص بیمار به عنوان طول مدت بستری در نظر گرفته شد.

اطلاعات مربوط به عمل جراحی سزارین هیسترتکتومی از شرح عمل موجود در پرونده بیماران و اطلاعات مربوط به تشخیص پلاستنا پرویا و پلاستنا آکرتا از سونوگرافی و شرح عمل موجود در پرونده‌ها استخراج شد. برای بررسی پارگی مثانه و انتقال خون در حین سزارین از شرح عمل مادر استفاده شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های کای دو و تست دقیق فیشر و نیز به روش مستقل هنرل برای تطبیق استفاده شد. میزان p کمتر یا مساوی ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

مطالعه حاضر بر روی ۲۰۰ سزارین بار دوم و ۲۰۰ سزارین بیش از ۲ بار انجام شد. دو گروه مورد مطالعه بین ۱۹ تا ۳۸ سال سن داشتند و دو گروه از لحاظ میانگین سنی با هم تفاوت معنادار داشتند ($p=0/022$).

بار دوم ۴ نفر (۲٪) و در سزارین بیش از دو بار ۵ نفر (۵/۲٪) بود و زمان بستری به مدت شش روز در سزارین بار دوم ۲ نفر (۱٪) و در سزارین بیش از ۲ بار هم ۲ نفر (۱٪) بود. دو گروه از لحاظ مدت بستری با هم تفاوت معنادار داشتند ($p=0/025$) (جدول ۲). مقایسه عوارض مادری در دو گروه نشان داد که درصد تمام عوارض در سزارین بیش از دو بار از سزارین بار دوم بیشتر است و پارگی مثانه در هیچ یک از دو گروه وجود نداشت (جدول ۱).

مقایسه طول مدت بستری بین دو گروه نشان داد که بیشترین مدت بستری در سزارین بار دوم و سزارین بیش از ۲ بار مربوط به ۳ روز بستری است و پس از آن ۴ روز بستری بیشترین درصد را در هر دو گروه داشتند و بستری به مدت ۲ روز در سزارین بار دوم بیشتر از سزارین بیشتر از ۲ بار بود و بستری به مدت ۶ روز در دو گروه با هم برابر و کمترین درصد را در هر دو گروه داشت (جدول ۲).

جدول ۱- بررسی مقایسه ای عوارض سزارین بر اساس تعداد سزارین

عوارض سزارین (درصد)								مرتبه سزارین
تب زودرس	انتقال خون بعد از عمل	انتقال خون در حین عمل	خونریزی غیرمعمول	زایمان زودرس	پلاستنا پرویا	پلاستنا آکرتا	سزارین هیستریکتومی	
۲	۰/۵	۰/۵	۲۱	۵/۸	۰	۰/۵	۰/۵	سزارین بار دوم
۵	۲	۲	۵/۶۲	۵/۲۷	۱	۲	۲	سزارین بیش از دو بار
۰/۱۰۳	۰/۳۷۲	۰/۳۷۲	$p<0/001$	$p<0/001$	۰/۴۹۹	۰/۳۷۲	۰/۳۷۲	سطح معنی داری

جدول ۲- بررسی مقایسه ای مدت زمان بستری بر اساس تعداد سزارین

سطح معنی داری	طول مدت بستری (درصد)					مرتبه سزارین
	روز ۶	روز ۵	روز ۴	روز ۳	روز ۲	
۰/۰۲۵	۱	۲	۵/۳۲	۵۶	۵/۸	بار دوم
	۱	۵/۲	۵/۴۱	۵۰	۵	بیش از دو بار

میان دو گروه معنادار بود. سزارین هیستریکتومی، ۱۸۶/۰٪ در گروهی که سابقه عمل سزارین قبلی را داشتند و در گروه بدون سابقه عمل سزارین قبلی ۱۰۰۶/۰٪ بود. تفاوت دو گروه معنادار بوده است (۱۵). در مطالعه حاضر، بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری از لحاظ پلاستنا آکرتا و پلاستنا پرویا و سزارین هیستریکتومی وجود نداشت. هر چند که همه این موارد در سزارین بیش از دو بار بیشتر بود. در مطالعه میلوسویک و همکاران (۲۰۰۹) تفاوتی معناداری میان گروه‌های مورد مطالعه از لحاظ پلاستنا آکرتا و پلاستنا پرویا و هیستریکتومی بود و مقایسه بین گروه‌های مطالعه شده نشان داد که با افزایش تعداد سزارین، پلاستنا آکرتا و پلاستنا پرویا و سزارین هیستریکتومی افزایش می‌یابد و این تفاوت معنی دار بود.

بحث

مطالعه حاضر بر روی ۲۰۰ سزارین بار دوم و ۲۰۰ سزارین بیش از دو بار انجام شد. در مطالعه حاضر میزان سزارین هیستریکتومی در سزارین بار دوم کمتر از سزارین بیش از ۲ بار بود، ولی تفاوت معنی داری نداشت. همچنین میزان بروز پلاستنا پرویا و پلاستنا آکرتا در سزارین بار دوم کمتر از سزارین بیش از دو بار بود ولی تفاوت معنادار نداشت. در مطالعه میلوسویک و همکاران (۲۰۰۹) که بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۵ میلادی بر ۳۲۳۸۵ زایمان انجام شد، میزان بروز پلاستنا پرویا ۵/۴۹٪ بعد از دو عمل سزارین قبلی و ۱۴/۲۸٪ بعد از سه عمل سزارین قبلی، ۰/۳۳٪ پلاستنا آکرتا در گروه بدون سابقه عمل سزارین، ۱/۲٪ در گروهی که یک سزارین قبلی داشتند و ۲/۰۲٪ در گروهی که دارای دو عمل سزارین قبلی بودند. تفاوت

بعد از آن با افزایش مرتبه سزارین افزایش می‌یابد و این ارتباط معنادار می‌باشد (۱۷).

در مطالعه حاضر، تب زودرس بعد از عمل سزارین در سزارین بار دوم کمتر از سزارین‌های بیش از دو بار بود ولی بین دو گروه تفاوت معنادار وجود نداشت. در مطالعه جدیکبسی و همکاران (۲۰۱۰) که در بیمارستان استانبول ترکیه انجام شد، تب زودرس پس از عمل جراحی با افزایش مرتبه سزارین افزایش داشت و این تفاوت معنی‌دار بود (۱۶). همچنین در مطالعه قاسم و همکاران (۲۰۱۳) میزان بروز تب بعد عمل در زنان با ۴ یا بیش از ۴ بار سزارین نسبت به زنان با ۲ یا ۳ بار عمل سزارین تفاوت معناداری نداشت (۱۸).

در مطالعه حاضر، میزان زایمان زودرس در سزارین بار دوم و در سزارین بار سوم تفاوت معنادار داشتند. در مطالعه قاسم و همکاران (۲۰۱۳) زایمان زودرس در زنان با ۴ یا بیش از ۴ بار سزارین نسبت به زنان با ۲ یا ۳ بار سزارین بیشتر و این تفاوت معنادار بود، یعنی با افزایش مرتبه سزارین مادر زایمان زودرس افزایش داشت (۱۸).

در مطالعه حاضر، از نظر مدت بستری بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود داشت و با افزایش مرتبه سزارین مدت بستری افزایش یافت. در مطالعه سیلور و همکارانش (۲۰۰۶) که بر روی ۳۰۱۳۲ زن انجام شد، زمان بستری در بیمارستان با افزایش تعداد سزارین افزایش داشت و این تفاوت معنی‌دار بود (۱۷).

از نقاط قوت مطالعه حاضر، اجتناب از رویداد بیش - همسان سازی (over-matching) در تحلیل نتایج بود. همچنین جمع‌آوری اطلاعات در مرکز دانشگاهی انجام شد و کامل بودن اطلاعات درج شده در پرونده‌های بیماران و پیگیری مورد به مورد بیماران از دیگر نقاط قوت مطالعه بود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر، کم بودن نسبی حجم نمونه برای دستیابی به اهداف توصیفی تحلیلی بود که با توجه به جمعیت کم استان مورد مطالعه و کمتر شدن تعداد سزارین‌های تکراری با افزایش تعداد سزارین با توجه به توصیه‌های وسیع اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده در زمان مطالعه غیر قابل اجتناب بود. این مشکل باعث شد که

به نظر می‌رسد که دلیل این تفاوت در نتیجه‌گیری بین دو مطالعه، کم بودن حجم نمونه در مطالعه حاضر است. در مطالعه حاضر، خونریزی غیر معمول در سزارین بار دوم ۲۱٪ و در سزارین بیش از ۲ بار ۵/۶۲٪ بود و تفاوت بین دو گروه معنادار بود، یعنی با افزایش تعداد سزارین خونریزی غیر معمول افزایش داشت.

در مطالعه نیسمبلات و همکاران (۲۰۰۶) زنانی که دو یا بیش‌تر از دو بار عمل سزارین داشتند، بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵ میلادی بررسی شدند. ۲۷۷ زن بعد از سه یا بیش‌تر عمل سزارین و ۴۹۱ زن بعد از دومین عمل سزارین بررسی شدند. بر اساس نتایج، از دست دادن حجم زیادی از خون در حین عمل سزارین در گروه اول نسبت به گروه دوم ۷/۹٪ در برابر ۳/۳٪ بود و تفاوت میان دو گروه معنادار بود (۸). در مطالعه حاضر، بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری از لحاظ خونریزی غیر معمول وجود داشت و این میزان با افزایش مرتبه سزارین حدود ۳ برابر شد. در مطالعه نیسمبلات و همکاران (۲۰۰۶) هم بین دو گروه تفاوت معناداری از لحاظ خونریزی غیر معمول وجود داشت، یعنی با افزایش مرتبه سزارین خونریزی غیر معمول افزایش پیدا کرد (۸). در مطالعه حاضر در رابطه با انتقال خون در حین عمل جراحی یا پس از آن، در سزارین بار دوم کمتر از سزارین بیش از دو بار بود ولی تفاوت میان دو گروه معنادار نبود. به نظر می‌رسد که دلیل این تفاوت در نتایج بین دو مطالعه حاضر و نیسمبلات کم بودن حجم نمونه در مطالعه حاضر است.

بر اساس مطالعه جدیکبسی و همکاران (۲۰۱۰) که در دپارتمان ژنیکولوژی ترکیه انجام شد، ۱۲۲ زن باردار که تحت عمل سزارین برای بار چهارم یا پنجم قرار گرفته بودند با گروه کنترل که مشتمل بر ۱۴۶ زن باردار که تحت سزارین برای بار دوم یا سوم قرار گرفته بودند مقایسه شدند و نتایج نشان داد که نیاز به انتقال خون در حین عمل یا پس از آن در گروه مورد مطالعه نسبت به گروه کنترل بیش‌تر و تفاوت میان دو گروه معنادار است (۱۶). بر اساس مطالعه سیلور و همکارانش (۲۰۰۶) نیاز به انتقال خون در حین عمل و

همسان‌سازی جداگانه در مطالعه قابلیت انجام نداشته باشد و لذا تفسیر نتایج باید حتماً با در نظر گرفتن این محدودیت انجام شود.

بار بیشتر از گروه سزارین بار دوم بود ولی بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار وجود نداشت.

نتیجه‌گیری

مدت بستری، خونریزی غیرمعمول و زایمان زودرس به طور معناداری در مورد مطالعه بیش‌تر از گروه کنترل است. ولی از نظر سزارین هیستریکتومی، پلاستناآکرتا، پلاستناپرویا انتقال خون و تب زودرس با وجود این که در همه موارد از نظر تعداد در گروه سزارین بیش از دو

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی و واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان امیرالمومنین(ع) سمنان، دانشگاه علوم پزشکی سمنان بابت همکاری و تأمین تسهیلات لازم برای انجام این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Badakhsh M, Seifoddin M. Rise in cesarean section rate over a 30-year period in a public hospital in Tehran, Iran. Arch Iran Med 2012; 15(1):4-7.
2. Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, Pettker CM, Funai EF, Illuzzi JL. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. Obstet Gynecol 2011; 118(1):29-38.
3. Danforth DN. Danforth's obstetrics and gynecology. Cesarean delivery. 10th ed. New York: Wolters Kluwer; 2008. P. 492.
4. Amu O, Rajendran S, Bolaji II. Should doctors perform an elective caesarean section on request? Maternal choice alone should not determine method of delivery. BMJ 1998; 317(7156):463-5.
5. Nurtall C. Cesarean section controversy. The caesarean culture of Brazil. BMJ 2000; 320(7241):1074.
6. Quadros LG. Cesarean section controversy. Brazilian obstetricians are pressured to perform caesarean sections. BMJ 2000; 320(7241):1073-4.
7. Solheim KN, Esakoff TF, Little SE, Cheng YW, Sparks TN, Caughey AB. The effect of caesarean delivery rate on the future incidence of placenta previa, placenta accreta and maternal morbidity. J Matern Fetal Neonatal Med 2011; 24(11):1341-6.
8. Nisenblat V, Barak S, Griness OB, Degani S, Ohel G, Gonen R. Maternal complications associated with multiple cesarean deliveries. Obstet Gynecol 2006; 108(1):21-6.
9. Makoha FW, Felimban HM, Fathuddien MA, Roomi F, Ghabra T. Multiple caesarian section morbidity. Int J Gynecol Obstet 2004; 87(2):227-32.
10. Rashid M, Rashid RS. Higher order repeat cesarean sections: How safe are five or more? Int J Obstet Gynaecol 2004; 111(10):1090-4.
11. Norman B, Crowhurst JA, Plaat F. Elective cesarean section on request. All type of anaesthesia carry risks. BMJ 1999; 318(7176):120-5.
12. De Zulueta P, Norman B, Stirrat GM, Dunn PM, Idama TO, Lindow SW, et al. Elective cesarean section on request. Br Med J 1999; 318(2):120-1.
13. Jackson NV, Irvine LM. The influence of maternal request on the elective cesarean section rate. J Obstet Gynecol 1998; 18(1):115-9.
14. Abenheim HA, Benjamin AN. Effect of prior caesarian delivery on neonatal outcomes. J Perinat Med 2011; 39(3):241-4.
15. Milosević J, Lilić V, Tasić M, Radović-Janosević D, Stefanović M, Antić V. placental complications after a previous cesarean section. Med Pregl 2009; 62(5-6):212-6.
16. Gedikbasi A, Akyol A, Bingol B, Cakmak D, Sargin A, Uncu R, Ceylan Y. Multiple repeated cesarean deliveries: operative complications in the fourth and fifth surgeries in urgent and elective cases. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology 2010; 49(4): 425-431.
17. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol 2006; 107(6):1226-32.
18. Gasim T, Al Jama FE, Rahman MS, Rahman J. Multiple repeat cesarean section: operative difficulties, maternal complications and outcomes. J Repord Med 2013; 58(7-8):312-8.