

بررسی میزان تحمل رژیم مایعات بعد از عمل سزارین در شروع ۶ ساعته و ۱۲ ساعته رژیم

دکتر اکرم شفیعی*^۱، دکتر پریسا قدیریان^۲

چکیده

مقدمه و هدف: یکی از مشکلات بعد از عمل سزارین، ایلئوس پس از عمل و زمان شروع تغذیه می‌باشد. در مورد شروع زمان تغذیه پس از عمل نظریات متفاوتی وجود دارد. در تحقیق اخیر بر آن شدیم تا به منظور بررسی این عارضه، شروع زودهنگام رژیم مایعات (۶ ساعت بعد از عمل) را با روش مرسوم ۱۲ ساعته مقایسه کنیم.

مواد و روش‌ها: در این کار آزمایی بالینی ۲۷۶ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند. گروه مورد مطالعه شامل بیمارانی بود که تحت بیهوشی عمومی سزارین شده و داروی بیهوشی یکسانی برای آنها به کار رفته و مدت زمان عمل آنها کمتر از ۹۰ دقیقه طول کشیده بود. این بیماران به صورت تصادفی (یک درمیان) به دو گروه تقسیم شدند و رژیم مایعات صاف شده در گروه اول ۶ ساعت و در گروه دوم ۱۲ ساعت پس از عمل سزارین آغاز شد. بیماران در زمان شروع رژیم و ۶ ساعت پس از آن از نظر وجود تهوع یا استفراغ، اتساع شکم، دفع گاز و سمع صدای روده مورد معاینه قرار گرفتند.

یافته‌ها: موارد بروز تهوع یا استفراغ و اتساع شکم و نقصان صدای روده در گروه اول به ترتیب ۲/۲ درصد، ۱۲/۳ درصد، ۱۵/۲ درصد و در گروه دوم صفر، ۱۰/۹ درصد و ۱۲/۳ درصد بود که توزیع فراوانی این موارد بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. موارد دفع گاز و سمع صدای روده در گروه اول به ترتیب ۴۰/۶ درصد و ۸۴/۸ درصد و در گروه دوم ۱۴/۵ درصد و ۴۰/۶ درصد بود که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که تجویز رژیم مایعات ۶ ساعت بعد از عمل، به خاطر تسریع در حرکات روده و کاهش هزینه بیماران می‌تواند جایگزین رژیم ۱۲ ساعت بعد از عمل گردد.

واژه‌های کلیدی: رژیم غذایی، سزارین، ایلئوس

*۱- متخصص زنان و زایمان و استادیار دانشگاه علوم پزشکی همدان، نشانی: همدان، خیابان پاسداران، بیمارستان فاطمیه، گروه زنان

تلفن: ۰۸۱۱-۸۲۲۶۸۰۰، پست الکترونیک: AKRAM-SHAFEI@yahoo.com.uk

۲- دستیار زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی همدان

مقدمه

در روش سنتی پس از اعمال جراحی عمومی و زنان، تا زمانی که ایلئوس بیمار برطرف شود، یعنی دفع گاز یا ازسرگیری مجدد حرکات روده‌ای، شروع رژیم غذایی به تأخیر می‌افتد که این همان روش متداول در بیمارستان‌های آموزشی است. اما مطالعات جدید نشان داده‌اند که شروع زود هنگام رژیم باعث کاهش از دست دادن ذخائر پروتئینی، ترمیم بهتر زخم، بهبود سریع‌تر (۱) و نیز موجب کاهش نیاز به آرامبخش‌های نارکوتیک (۲) و احساس روانی بهتر و رضایت بیشتر در مقایسه با روش سنتی می‌شود (۳). وقتی که دستگاه گوارش در حالت غیرفعال قرار دارد، ترشحات معده در حدود ۵۰۰-۱۰۰۰ سی‌سی می‌باشد که با احتساب ترشحات پانکراس این عدد به ۱-۲ لیتر بالغ می‌شود (۴). بنابراین روده‌ها در حال استراحت نیز قادر به تحمل ۱-۲ لیتر مایع می‌باشند و این خود بیانگر این مسأله است که ایلئوس پس از عمل به معنای فلج کامل روده‌ها نمی‌باشد (۵). مطالعات متعدد حاکی از آنست که شروع زود هنگام تغذیه به احتمال زیاد برای تمام اعمال جراحی زنان مطمئن و بدون عارضه است (۶). البته توصیه می‌شود در بیمارانی که سابقه رادیاسیون یا آناستوموز دارند یا آرامبخش زیادی دریافت نموده و در ریسک بالای آسپیراسیون هستند، شروع رژیم به تعویق انداخته شود (۷). شروع زود هنگام رژیم جامدات متعاقب سزارین به خوبی تحمل شده، با اقامت کوتاه‌تر بیماران در بیمارستان همراه بود (۸). البته در زنانی که سزارین آنها بیش از ۴۰ دقیقه طول کشیده باشد، احتمال این که با شروع زود هنگام تغذیه علایم خفیف ایلئوس ایجاد شود بیشتر است (۹). تغذیه زود هنگام متعاقب سزارین به خوبی تحمل شده منجر به بازگشت سریع‌تر به یک رژیم معمولی می‌شود (۱۰). هیدراتاسیون خوراکی زود هنگام متعاقب عمل سزارین الکتیو به گونه‌ای مؤثر تعادل

مایعات را حفظ نموده (۱۱) موجب بازگشت سریع حرکات پیش برنده روده، موفقیت در شیردهی (۱۲) عوارض جانبی کمتر و توقف کوتاه‌تر بیمار در بیمارستان (۱۳) در مقایسه با روش مرسوم هیدراتاسیون وریدی می‌شود (۱۴). لذا این روش باید در بیشتر موارد متعاقب سزارین الکتیو به کار رود (۱۴ و ۱۵). هیدراتاسیون خوراکی زود هنگام پس از عمل سزارین اثر زیان‌آوری بر پرستالتیزم متعاقب عمل ندارد (۱۶). با توجه به این که در بیمارستان ما همچنان روش سنتی اجرا می‌شود و با عنایت به این مسأله که تحقیقات فوق همگی مؤید مفید بودن تغذیه زود هنگام می‌باشند، بر آن شدیم تا با انجام این پژوهش در بیمارستان و کسب نتیجه واحد موجبات کاهش زمان بستری بیماران، کاهش حجم کار پرستاری و هزینه بیمارستان، کاهش در مصرف سرم و مهم‌تر از همه احساس رضایت بیماران را فراهم آوریم (۵). مطالعه حاضر برای بررسی میزان بروز تهوع یا استفراغ و اتساع شکم و نیز وضعیت حرکت روده‌ها متعاقب شروع ۶ ساعته رژیم مایعات در مقایسه با روش مرسوم شروع ۱۲ ساعته رژیم در بیماران پس از عمل جراحی سزارین انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به صورت کارآزمایی بالینی و در مرکز پزشکی فاطمیه همدان در سال ۸۱-۸۰ روی ۲۷۶ بیمار (۱۳۸ نفر در هر گروه) انجام شد. کلیه بیمارانی که عوامل خطر برای بروز ایلئوس بی حرکت دارند، مانند سابقه آناستوموز، رادیاسیون، طول مدت عمل بیشتر از ۹۰ دقیقه، کوریوآمینونیت و همچنین دریافت آرامبخش بیشتر از حد معمول که با شروع زود هنگام مایعات یا ایلئوس در خطر بیشتری برای آسپیراسیون می‌باشند، از مطالعه کنار گذاشته شوند. بیماران از نظر نوع بیهوشی، زمان و عامل جراح یکسان بودند. کلیه بیماران زنانی بودند که تحت بیهوشی عمومی

سزارین شده بودند و سابقه سزارین یا اعمال جراحی شکمی قبلی نداشتند و طول مدت عمل آنها کوتاه‌تر از ۹۰ دقیقه بود. ضمناً داروی بیهوشی به کار رفته در تمام موارد یکسان بود (نسدونال، سوکسینیل کولین، فنتانیل). چون بیمارستان آموزشی بود و اعمال جراحی توسط افراد مختلف انجام می‌شد، برای حذف عوامل مخدوش کننده سعی بر آن شد که تا حد امکان موارد انجام شده توسط دستیاران یک رده مورد بررسی قرار گیرند. بیماران به صورت یک در میان رژیم مایعات ۶ ساعت (گروه اول) و ۱۲ ساعت (گروه دوم) پس از عمل شروع شد و بیماران در زمان شروع رژیم و ۶ ساعت پس از آن از نظر تهوع یا استفراغ، اتساع شکم، دفع گاز و سمع صدای روده که با گوشی توسط دستیار [در عرض یک دقیقه یک صدای روده شنیده شود (۱۴)] انجام می‌شد، مورد بررسی و معاینه قرار گرفتند و در هر دو گروه ۲۴ ساعت پس از عمل در صورت تحمل رژیم مایعات، رژیم جامدات آغاز می‌شد. هیچ کدام از بیماران در هر دو گروه دچار تب ویریتونیت و سایر عوارض که ریسک ایلنوس را افزایش دهد، نشدند.

حجم نمونه برابر ۱۳۸ نفر در هر گروه، جمعاً ۲۷۶ نفر در نظر گرفته شد. بیماران براساس پرسشنامه‌ای که در دو مرحله پر می‌گردید، مورد بررسی قرار گرفتند. کلیه اطلاعات جمع‌آوری شده در پرسشنامه‌ای ثبت و پس از تکمیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۰ تجزیه و تحلیل اطلاعات انجام شد. ضریب اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha \leq 0.05$) و با استفاده از آزمون‌های فیشر و کای اسکوئر انجام شد.

یافته‌ها

۸۴ درصد کل بیماران، ۶ ساعت پس از سزارین تمایل به شروع تغذیه داشتند. در معاینه ۶ ساعته پس از شروع رژیم مایعات، ۱۵/۲ درصد در گروه اول و ۱۲/۳ درصد در گروه دوم

فاقد صدای روده بودند (در مدت یک دقیقه صدای روده‌ای شنیده نشد). گروه اول ۶ ساعت بعد از شروع مایعات ۲/۲ درصد دچار تهوع یا استفراغ شده بودند ولی در شروع ۱۲ ساعته رژیم هیچ موردی از تهوع یا استفراغ مشاهده نشد. بعد از ۶ ساعت از شروع رژیم مایعات اتساع در شکم ۱۲/۳ درصد گروه اول و در ۱۰/۹ درصد گروه دوم مشاهده شد. دفع گاز در بعد از ۶ ساعت از شروع مایعات در گروه اول ۴۰/۶ درصد و در گروه دوم بدون شروع مایعات ۱۴/۵ درصد ($P < 0.05$) بود. سمع صدای روده‌ای در ۸۴/۸ درصد گروه اول ۶ ساعت بعد از شروع مایعات و ۴۰/۶ درصد گروه دوم در شروع رژیم مایعات وجود داشت ($P < 0.05$).

بحث

در این مطالعه شروع رژیم خوراکی در مقایسه دو گروه تفاوت آماری قابل ملاحظه‌ای در میزان بروز تهوع یا استفراغ، سمع صدای روده و اتساع شکم مشاهده نشد و در همان زمان شروع زود هنگام رژیم مایعات موجب تسریع در حرکات روده شده است. بیماران نیز احساس رضایت بیشتری را ذکر کردند. در یک مطالعه که توسط سریانو و همکاران (۱۹۹۶) در کانادا انجام شد، شروع ۶ ساعته رژیم، نسبت به شروع ۱۲ ساعته رژیم مایعات منجر به افزایش بارزی در مشکلات گوارشی نشده است (۱۶) که در مطالعه فوق نیز میزان ایلنوس در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشته است و نهایتاً هیدراتاسیون خوراکی فوری پس از عمل اثر زیان‌آوری بر پرستالتیزم متعاقب عمل سزارین نداشته است که مشابه یافته‌های ما در بیماران گروه اول بوده است. در مطالعه دیگری که توسط رابو (۱۹۹۵) در سال ۱۹۹۵ در کانادا انجام شده بود، در زنانی که تحت بی‌حسی ناحیه‌ای سزارین شده بودند، فاصله زمانی جراحی تا شروع صدای روده، در گروهی که رژیم معمولی را به طور زود هنگام دریافت کرده بودند، جز در مواردی که

خوراکی قرار گرفتند. شیوع ایلتوس و عوارض بعد از عمل در هر دو گروه مشابه بود. زنانی که تحت رژیم زود هنگام قرار گرفتند مدت کمتری در بیمارستان بستری بودند و سمع صدای روده‌ای زودتر از گروه کنترل بود که مشابه مطالعه ما بوده است (۸).

در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۰۲ توسط بهامو و همکاران در کانادا انجام شد (۳)، یک ساعت بعد از عمل به بیمار اجازه صرف مایعات و ۸-۶ ساعت بعد اجازه صرف مواد جامد داده شد. بیماران احساس رضایت بیشتری داشتند و عوارض بعد از عمل و ایلتوس در هیچ کدام از بیماران دیده نشد که نتایج مشابه مطالعه ما بوده است.

بنابراین نتیجه می‌گیریم که با شروع زود هنگام رژیم مایعات متعاقب سزارین، افزایشی در مشکلات گوارشی ایجاد نشده، این رژیم به خوبی تحمل می‌شود و نیز با اقامت کوتاه‌تر بیماران در بیمارستان و به تبع آن کاهش هزینه بستری و عوارض بیمارستانی همراه می‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از آقای مهندس خسرومانی کاشانی و کارکنان محترم بخش سزارین بیمارستان فاطمیه همدان سپاسگزاری می‌گردد.

- 1) Pearl ML, Frandina M, Mahler L, Valea FA, Disilvestro PA, Chalas E. A randomized controlled trial of a regular diet us the first meal in Gynecologic oncology patients undergoing intraabdominal surgery. *Obstetric Gynecology*. 2002;100(2):230-234.
- 2) Kramer RL, Vansomeren JK, Qualls CR, Curet LB. Postoperative management of cesarean patients: the effect of immediate feeding of the incidence of ileus. *Obstetric Gynecology*. 1996; 88(1): 29-32.
- 3) Benhamou D, Tecsy M, Parry N, Mercier FJ, Burg

مدت سزارین بیش از ۴۰ دقیقه طول کشیده بود، کوتاه‌تر بوده است (۱۱). شروع ۶ ساعته رژیم نسبت به شروع ۱۲ ساعته رژیم مایعات با فاصله کوتاه‌تری از سمع صدای روده متعاقب جراحی همراه بوده است که مشابه یافته‌های ما بود. در مطالعه دیگری که توسط Guedj و همکاران (۱۹۹۱) صورت گرفت، شروع زود هنگام رژیم مایعات براساس تمایل بیمار در مقایسه با شروع رژیم معمولی در روز پس از عمل، منجر به بازگشت سریع حرکات پیش برنده روده شده است (۱۲) که در مطالعه ما نیز شروع زود هنگام رژیم مایعات موجب تسریع در حرکات پیشبرنده روده شده است.

در مطالعه‌ای که توسط کرامر (۱۹۹۶) در مکزیک انجام شد، وی ۳۱۸ بیمار تحت شروع زودرس غذای جامد ۶ ساعت و ۱۲ ساعت قرار داد که در شروع زودرس در صد بیماران که نان‌استروئیدی دریافت کرده بودند، بیش از گروه کنترل بود ولی تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشته است و تفاوتی در شیوع ایلتوس تهوع، استفراغ و اتساع شکم در هر دو گروه دیده نشد که مشابه مطالعه ما بود (۲).

در مطالعه‌ای دیگر که توسط دالار در تکزاس (۲۰۰۱) صورت گرفت بیماران ۸ ساعت بعد از سزارین تحت رژیم خوراکی قرار گرفتند. البته تمام بیماران تحت بی‌حسی رژیونال بودند و گروه کنترل ۲۴-۱۲ ساعت بعد تحت رژیم

منابع

- C. Audit of an early feeding program after ceasarean delivery: patient wellbeing is increased. *Can J Anaesth*. 2002; 49(8): 814-819.
- 4) Spencer SH. Principles of surgery. 17th edition. New York. McGraw-Hill companies. 1999; 1039,1050.
- 5) Landman MD, Longmire WP Jr. Neural and hormonal influences of peritonitis on paralytic ileus. *Am Surg*. 1967; 33(10):756-62.
- 6) Worthington LM, Mulchy AJ, White S, Flynn PJ. Attitudes to oral feeding following cesarean section.

- Anaesthesia. 1999; 54(3): 292-6.
- 7) Casto catherine, Johnson CA, Krammer J, Drake J. Postoperative Feeding: A clinical Review: Obstet & Gynecology Survey. 2001; 56(9): 138-42.
- 8) Patolia DS, Hillard RL, Toy EC, Baker B. Early Feeding after cesarean: Randomized trial. Obstet Gynecol. 2001;98 (1): 113-6.
- 9) Benhamou D, Tecszy M, Parry N, Mercier FJ, Burg C. Audit of an early feeding program after cesarean delivery: patient wellbeing is increased. Can J Anesth. 2002; 49(8): 814-9.
- 10) Serna Sk. Small and large bowel motility and postoperative disorder. 2th edition. Surgical care II. Philadelphia: Lea & Febiger. 1995; PP:135-149.
- 11) Abd Rabbo S. Early oral hydration: a novel regimen for Management after elective cesarean section. J Obstet Gynecol. 1995; 21(6): 563-7.
- 12) Guedj P, Eldor J, Stark M. Immediate postoperative oral hydration after Cesarean section. Asia Oceania J Obstet Gynecol. 1991;17(2):125-9.
- 13) Burrows WR, Gingo AJ Jr, Rose SM, Zwick SI, Kosty DL, Dierker LY, Mann LI. Safety and efficacy of early postoperative solid food consumption after cesarean section. J Reprod Med. 1995; 40(6): 463-467.
- 14) Bowling TE. Does disorder of gastrointestinal motility affect food intake in the post surgical patient? Proc Nut Soc. 1994; 53(1): 151-7.
- 15) Cunningham G, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 21st edition. New York .McGraw-Hill. 2001; PP:558-559.
- 16) Soriano D, Dulitzki M, Keidar N, Barkai G, Mashiach S, Seidman DS. Early oral Feeding After cesarean delivery. Obstet Gynecol. 1996; 87(6): 1006-8.