پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۱، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۶، صفحات ۱۹۱ تا ۱۹۳

سخن ویژه
(Editorial)

زایمان با سزارین: افزایشی تکان‌دهنده

دکتر فریدون عزیزی*

* مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم ، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اولین فردی که در تاریخ پزشکی سزارین را به ثبت رسانده، فرانسوا روست (Francois Rosset) فرانسوی در سال ۱۵۸۱ است ولی در نوشته‌های علمی پزشکی در اواسط دهه ۱۷ به بعد این عمل جراحی آورده شده است. به علت مرگ و میر زیاد این عمل تا اواخر قرن نوزده استفاده از آن محدود بود ولی با بهبود تکنیک‌های جراحی و بیهوشی، مراقبت‌های بهتر قبل و پس از عمل جراحی به ویژه در مورد عفونت‌ها و خونریزی‌ها در قرن بیستم به عنوان راه دیگری برای تولد نوزاد شناخته شد (۱).

اصل لغت سزارین از کجا آمده است؟ سه روایت وجود دارد که هر یک دارای اشکالات متعدد است. یکی این که جولیوس سزار به این ترتیب به دنیا آمده است، دوم این که نام این عمل از یک قانون رومی در قرن هشتم قبل از میلاد مسیح به دست آمده که زنی که در هفته‌های آخر بارداری در حال مرگ بوده برای نجات نوزادش این عمل دستور داده شده است و بالاخره این که این لغت در قرون وسطی از لغت لاتین Caedere به معنی "بریدن" مشتق شده است که به نظر بیشتر منطقی است (۱).

تعداد سزارین‌ها در کشورهای پیشرفته در نیمه دوم قرن بیستم میلادی افزایش یافت به طوری که در ایالات متحده آمریکا از ۴/۵ درصد کل زایمان‌ها در سال ۱۹۶۵ به ۲۵ درصد در سال ۱۹۸۸، ۲۶/۱ درصد در سال ۲۰۰۲ و ۳۰/۲ درصد در سال ۲۰۰۵ رسید (۳،۲). این افزایش در برخی از کشورهای اروپایی نیز دیده شده و به عنوان مثال در سوئد از ۱۳/۸ درصد در سال ۱۹۹۴ به ۱۸/۱ درصد در سال ۱۹۹۹ رسیده است (۴). لذا به دلیل عوارض و مرگ و میر بالای سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی کوشش زیادی در کشورهای پیشرفته برای کاهش تعداد اعمال سزارین صورت گرفته است. به طور مثال انجمن زنان و زایمان آمریکا در سال ۲۰۰۰ توصیه کرد که نسبت سزارین به کل زایمان‌ها تا سال ۲۰۱۰ به ۱۵/۵ درصد کاهش یابد (۵).

در شماره تابستان مجله پژوهش در پزشکی، مقاله دکتر یاسائی و دکتر محسنی رجائی در ۱۶۰ خانم باردار مراجعه کننده به بیمارستانهای دانشگاهی نشان داد که ۵۸/۸ درصد تمایل به زایمان طبیعی و ۴۱/۲ درصد تمایل به سزارین داشتند (۶). اگرچه کلیه بیماران برای پیگیری مراجعه نکرده بودند ولی درصد سزارین در گروه دوم سه برابر گروه اول بود. این بررسی درد دل دیرینه را در مورد وفور سزارین در کشور تازه کرد. از طرفی ۴۱/۲ درصد تمایل به سزارین در زنان باردار تهرانی با ارقام ۰/۳ تا ۱۴ درصد مقالات معتبر دنیا (۷) همخوانی ندارد و از طرف دیگر این درصد تمایل نیز با واقعیات شیوع بالای سزارین در زنان باردار ایرانی مطابقت ندارد. این مطالعه لزوم بازنگری و بررسی جدید در مسئله مهم وفور سزارین در ایران را به خاطر آورد. بنابراین اقدام به بررسی وفور سزارین در طرح ملی "مطالعه قند و لیپید تهران" نمودیم.

مطالعه قند و لیپید تهران بررسی عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر در یک جامعه تهرانی است که از سال ۱۳۶۷ در منطقه ۱۳ شهر تهران در بیش از ۵۰۰۰ خانوار و ۱۵۰۰۵ نفر انجام گرفته است (۸). از آنجا که پس از بررسی پایه در سه سال اول، از سال ۱۳۸۰ مداخله برای اصلاح شیوه زندگی در یک سوم جمعیت صورت گرفت، پیگیری کلیه بیماران بستری و مرگ‌ها برای بررسی پیامدهای بیماری‌های غیرواگیر (به ویژه بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، سرطان‌ها و ...) آغاز شد که در دو گروه مداخله و شاهد مورد مقایسه قرار خواهد گرفت. در

آدرس نویسنده مسئول: تهران، ، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، دکتر فریدون عزیزی (**email:** azizi@erc.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۴/۲۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۵/۲۷

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

نتایج به دست آمده پیامدهای مطالعه قند و لیپید تهران، تعداد و نسبت سزارین‌ها تکان دهنده است. در سالهای ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۵ مجموعاً ۴۱۱ خانم باردار به زایمان رسیده‌اند که ۳۵۵ نفر آنها با عمل سزارین (۸۶ درصد) و تنها ۵۶ نفر (۱۴ درصد) با زایمان طبیعی فرزند خود را متولد کرده‌اند (جدول ۱).

جدول ۱- تعداد سزارین و زایمان طبیعی و سن زنان باردار منطقه ۱۳ تهران در سال‌های ۸۵-۱۳۸۳

روش زایمان	تعداد	درصد	محدوده سنی (سال)	میانگین سن (سال)
سزارین	۳۵۵	۸۶	۱۸-۴۴	۲۹/۶
زایمان طبیعی	۵۶	۱۴	۱۹-۴۰	۲۸/۰
کل	۴۱۱	۱۰۰	۱۸-۴۴	۲۹/۳

این آمار هشدار دهنده است. نسبت سزارین در کشورهای اروپایی مانند نروژ، سوئد و اسکاتلند به ترتیب ۱۲/۸، ۱۰/۶ و ۱۴/۲ درصد از کل زایمان‌ها گزارش شده است. علتهای اصلی انجام سزارین در اکثر کشورها به ترتیب شیوع Dystocia (۷/۱-۱/۷ درصد)، سزارین قبلی (۸/۵-۱/۳ درصد)، دیسترس جنین (۳/۷-۲/۴ درصد)، زایمان Breech (۲/۶-۱/۸ درصد) و سایر موارد (۳/۷-۲/۴ درصد) بوده است (۹). به نظر می‌رسد که این دلایل در کشور ما بیشتر از کشورهای دیگر نباشد، بنابراین باید دلایل دیگری را برای افزایش خارق‌العاده نسبت سزارین به زایمان طبیعی در کشور جستجو کرد. متاسفانه تاکنون مطالعه جامعی در مورد علت انجام سزارین‌ها، عوارض و مخاطرات آن در تهران یا سایر شهرهای ایران انجام نشده است. آن چه که به نظر می‌رسد این است که از جانب بیمار جلوگیری از تخریب ناحیه پرینه، کاهش خطر صدمه به جنین، عدم تحمل درد و مشقت زایمان طبیعی عنوان می‌شود ولی با توجه به یافته یاسائی و محسنی رجائی بیش از نیمی از زنان باردار تمایل به زایمان طبیعی داشته‌اند، لذا نقش عوامل دیگری را در افزایش سزارین باید در نظر گرفت.

خطرات سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی در اکثر مطالعات به خوبی مشخص شده است. افزایش مرگ و میر در سزارین ۵-۴ برابر زایمان طبیعی است (۱۰، ۱۱). مرگ و میر در زایمان طبیعی ۲/۱ و در سزارین الکتیو ۵/۹ (نسبت خطر ۲/۸۴) و در سزارین اورژانسی ۱۸/۲ در ۱۰۰ هزار مورد (نسبت خطر ۸/۸۴) می‌باشد (۱۲). علاوه بر آن، عفونت پس از زایمان، خونریزی و ترمبوآمبولی، صدمه به مثانه و مجرای ادرار نیز در زنان سزارینی نسبت به زایمان طبیعی افزایش نشان می‌دهد. همچنین تعداد بستری‌های مجدد در بیمارستان در ۶۰ روز اول پس از زایمان در این زنان بیشتر است (۱۳). به این همه عوارض باید مشکلات و خطرات مربوط به بیهوشی را نیز اضافه کرد. براساس این دلایل موج عظیمی از انتقادات جریان دارد که نسبتهای ۳۰-۲۰ درصد سزارین در کل زایمان‌های آن کشورها را حتی‌الامکان کاهش دهند (۱۴). این در حالی است که تعداد سزارین‌های این کشورها حدود یک چهارم سزارین در منطقه ۱۳ تهران است.

در حالی که مسئولین بهداشتی درمانی و انجمن‌های علمی و صنفی در بسیاری از کشورهای پیشرفته سعی در کاهش تعداد سزارین دارند و داشتن نظر متخصص دوم و حتی سوم را در مورد انجام سزارین ضروری می‌پندارند (۱۵) و حتی تمایل داشتن خود بیمار را برای انجام سزارین دلیل کافی برای انجام این عمل جراحی ماژور نمی‌دانند (۱)، تعداد سزارین در کشور ما به سرعت افزایش یافته و در صوت عدم بررسی و چاره‌اندیشی بیم آن می‌رود که در آینده نزدیکی ۱۰۰ درصد زایمان‌ها در شهرهای بزرگ توسط سزارین خاتمه یابد.

نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام‌پزشکی، انجمن متخصصین زنان و زایمان و سازمان‌های مدافع از حقوق بیماران در این مقوله چیست؟ نقش جامعه پزشکی که حفظ سلامت و هزینه بهره‌وری در مراقبت‌های بهداشتی درمانی را به عهده دارد کدام است؟ تلاش برای پاسخ به این سئوالات و برنامه‌ریزی برای کاهش سزارین‌ها، ارتقای سلامت و حفظ جان مادران باردار، همین امروز ضروری است.

REFERENCES

1. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. In: Cunningham FG, et al (eds.). Williams obstetrics. 22nd edition. New York: McGraw Hill Co., 2005;p:589-92.

2. U.S. Public Health Service: Maternal and Child Health Bureau. Washington, DC, Department of Health and Human Services, 1991. Publication No. HRSA-M-CH 91-2.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

3. Hamilton BE, Martin JA, Sutton PD, editors. Births: Preliminary data for 2002. National Vital Statistics Reports, Vol 51, No. 1. Hyattsville, Md, National Center for Health Statistics, 2003.

4. Florica M, Stephansson O, Nordstrom L. Indications associated with increased cesarean section rates in a Swedish hospital. Int J Gynaecol Obstet 2006;92:181-5.

5. American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Cesarean Delivery Rates: Evaluation of cesarean delivery. June 2000.

۶. یاسائی ف، محسنی رجائی ب. بررسی تمایل مادران در مورد انواع زایمان و نوع و سرانجام زایمان. مجلـه پـژوهش در پزشـکی، ۱۳۸۶؛ دوره ۳۱، شماره ۲، تابستان، صفحات ۱۲۹ تا ۱۳۲.

7. McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. Birth 2007;34:65-79.

8. Azizi F, Rahmani M, Emami H, Majid M. Tehran Lipid and Glucose Study: Rationale and design. CVD Prev 2003;3:242-7.

9. Notzon FC, Cnattingius S, Bergsjø P, Cole S, Taffel S, Irgens L, et al. Cesarean section delivery in the 1980s: International comparison by indication. Am J Obstet Gynecol 1994;170:495-504.

10. Harper MA, Byington RP, Espeland MA, Naughton M, Meyer R, Lane K. Pregnancy-related death and health care services. Obstet Gynecol 2003;102:273-8.

11. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med 2004;351:2581-9.

12. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. Lancet 1999;354:776.

13. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal rehospitalization. JAMA 2000;283:2411-6.

14. Catalinotto E. Medically unnecessary Cesarean section. If it's unnecessary, why is it still performed? Am J Nurs 2007;107:13.

15. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomized controlled trial. Lancet 2004; 363: 1934-40.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]