

فراوانی سزارین در مادران اول زا و اندیکاسیونهای آن در بیمارستان مهریز در سالهای ۸۱ و ۸۲

مجریان: دکتر لیلی سخاوت^۱ - علیرضا صیادی^{۲*} - دکتر فرزانه طالبی نسب^۳ - دکتر زیبا شعبانی شهربابکی^۴

خلاصه

مقدمه: زایمان به طریق سزارین نسبت به زایمان طبیعی دارای عوارض بیشتری از جمله عفونت‌های محل عمل می‌باشد، و همچنین مورتالیتی و موربیدیتی مادر بدنبال سزارین بیشتر از زایمان واژینال است. و با یک نگاه کلی به مطالعات انجام شده یک افزایش چندین برابر را مشاهده می‌نمائیم که علل این افزایش در برخی موارد کاملاً مشخص نیست.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی می‌باشد که از طریق نمونه‌گیری غیر احتمالی آسان، کلیه زنانی که از فروردین ۸۱ لغایت اسفند ۸۲ برای زایمان اول (نولی پار) به بیمارستان مراجعه نمودند که تعدادشان ۴۳۰ نفر بود که از این تعداد ۱۶۰ نفر تحت عمل سزارین قرار گرفتند توسط مجریان طرح انتخاب شدند اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع‌آوری گردید و پس از تکمیل، داده‌های جمع‌آوری شده از طریق آزمونهای آمار توصیفی با کمک نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: در مجموع ۳۷/۲ درصد زنان اول زا تحت عمل سزارین قرار گرفته بودند. از نظر سنی، زنان مورد بررسی بین ۱۶-۴۰ سال بودند که کلیه زنانی که بالای ۳۵ سال بودند سزارین شدند. از نظر علل سزارین ۹۲ نفر (۵۷/۵٪) بواسطه علل و مشکلات مادری بخصوص عدم تطابق سر و لگن، ۴۴ نفر (۲۷٪) بدلیل مشکلات جنینی بوئیه دیسترس جنینی و ۲۴ نفر (۱۵٪) بواسطه علل و مشکلات مشترک مادری و جنینی تحت عمل سزارین قرار گرفتند. از نظر سن حاملگی ۷۲٪ از سزارین‌های انجام شده در زمان ترم و ۲۳/۵٪ از آنها در زمان پست ترم و ۴/۵٪ از زنان در زمان پره ترم تحت عمل سزارین قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به سیر رو به افزایش سزارین در مادران باردار بوئیه مادران اول زا، این امر وظیفه‌خاطر متصدیان بهداشت و درمان بوئیه متخصصان زنان را نشان می‌دهد که با اتخاذ تدابیر لازم و تصمیمات صحیح می‌توان از بسیاری موارد سزارین که بعلت نگرانی‌های نامشخص و نامطمئن انجام می‌شود جلوگیری کرده و میزان عوارض آن را کاهش داد.

کلمات کلیدی: سزارین، اندیکاسیون، مادران اول زا.

^۱ - استادیار گروه زنان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

^۲ - *کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد (نویسنده مسئول)

^۳ - پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

^۴ - استادیار گروه داخلی-عقونی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان

مقدمه:

زمانیکه به علت یکی از عوارض حاملگی زایمان طبیعی برای مادر و جنین خطرناک باشد امروزه تصمیم به سزارین گرفته میشود که این عمل به تولد جنین از طریق برش دیواره شکم (لاپاراتومی) و دیوار رحم (هیستروتومی) گفته میشود. عمل سزارین نسبت به زایمان طبیعی دارای عوارض بیشتری از جمله عفونتهای بعد از عمل، sepsis، اندومتريت، از هم گسیختگی بخیه های محل عمل برای مادر میباشد. مورتالیتی و موربیدیتی مادر به دنبال سزارین بیشتر از زایمان واژینال است، بطوریکه در بررسی کابه زاس (۱۹۹۵) و همکاران ارتباط مستقیمی بین مورتالیتی مادران با شیوع سزارین را گزارش نموده اند [۵]. مورتالیتی عمدتاً به دنبال عوارض بیهوشی افزایش می یابد و عوارض تب دارویی و عفونت پس از عمل بیشتر از زایمان است، بطوری که یکی از مهمترین ریسک فاکتورهای عفونت پس از زایمان روش زایمان به شکل سزارین است، همچنین بازگشت سطح انرژی به سطح قبل از زایمان در مادرانی که از طریق زایمان طبیعی وضع حمل میکنند به مراتب سریعتر از وضع حمل از طریق سزارین می باشد [۸]. این در حالی است که میزان شیوع دیسترس تنفسی نوزاد عمدتاً به علت تاکی پنه گذاری نوزادی «TTN» به دنبال عمل سزارین بالاتر از زایمان طبیعی میباشد [۴]. اما با همه این اوصاف میزان عمل سزارین رو به افزایش میباشد. بطوریکه در آمریکا عمل سزارین از ۴/۵٪ در سال ۱۹۶۵ به حدود ۲۵٪ در سال ۱۹۸۸ رسیده است [۸]. در سایر کشورها نظیر بلغارستان که یک مطالعه ۱۲ ساله توسط دیمیتروف صورت گرفته که در سال ۱۹۸۶ میزان شیوع سزارین را ۱۳/۹٪ گزارش کرده اما این میزان در سال ۱۹۹۷ به ۲۴/۹٪ افزایش یافته است [۱۰]. در تحقیقی که در پرتوریکو در مورد شیوع سزارین انجام شده است ذکر گردیده که در سال ۱۹۸۰ میزان سزارین ۲۷٪ بوده سیر رو به افزایش آن در سال ۱۹۹۴ به ۳۱٪ میرسد که محقق معتقد است این میزان بالاترین میزان در دنیا میباشد همچنین میزان سزارین در بیمارستانهای خصوصی را دو برابر بیمارستانهای دولتی ذکر میکند که به دیدگاه وی نوع بیمارستانی که در آن زایمان انجام میشود مهمترین عامل مرتبط با سزارین است [۱۹].

در مطالعه ای که در چین صورت گرفت میزان سزارین ه ۱ را در طی سه دهه مورد بررسی قرار دادند که نتیجه مطالعه آنها میزان سزارین ه ۱ را از ۴/۷٪ به ۲۲/۵٪ رو به افزایش نشان میدهد و بیشترین میزان سزارین را طی سالهای ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۳ میدانند [۶].

این سیر رو به افزایش در ایران نیز قابل مشاهده است در مطالعه منوچهری و همکاران در بیمارستان شریعتی شیوع سزارین طی سالهای ۱۳۷۳، ۱۳۷۴ و ۱۳۷۵ بترتیب ۳۷/۸٪، ۴۰٪ و ۴۱/۴٪ گزارش می نمایند که یک روند صعودی را نشان میدهد [۳].

و اما مهمترین اندیکاسیون های سزارین که شامل:

- سزارین تکراری که تصور بر این است که رحم دارای اسکار ناشی از جراحی نباید زایمان طبیعی کند، اما در دو دهه اخیر شواهد محکمی در دست است که اکثر زنانی که با برش عرضی پایین شکم روش «care» سزارین میشوند از ایمنی نسبی جهت زایمان واژینال برخوردارند [۱۳] و در اکثر تحقیقات افزایش قابل ملاحظه میزان تکرار سزارین زائوهائی که به خاطر توقف زایمان یا سخت زایی تحت عمل سزارین قبلی قرار گرفته اند مشاهده میشود [۱۲] و به علت بالا بودن سزارین تکراری بعید به نظر می رسد که کاهش قابل ملاحظه ای در عمل سزارین بو وجود آید مگر اینکه میزان سزارین اولیه کاهش یابد [۹].

- سخت زایی یا عدم پیشرفت زایمان: یکی از شایعترین اندیکاسیون های سزارین است که گاهی با عنوان توقف ثانوی اتساع یا توقف نزول جنین و یا عدم تناسب سر و لگن شناخته میشود.

- دیسترس جنینی: با ابداع مانیتورینگ الکترونیک ضربان قلب جنین و همچنین توصیف دقیق الگوهای ضربانات و ارتباط آن با اکسیژن رسانی به جنین مشخص شد [۱۴] که مشاهدات فوق باعث شناسایی وسیع پارامترهای ظریف و مختلف نارسایی رحمی - جفتی و انجام بموقع سزارین شد که تا حدی پیشگیری کننده اختلالات نورولوژیک کودک از جمله CP میباشد [۱۵].

-نمایش بریج: جنین های با نمایش بریج اگر وضع حمل واژینال شدند در مقایسه با جنین های با نمایش ورتکس در

معرض خطر بیشتر پرولاپس بند ناف و گیر کردن سر هستند [۱۳]. تحقیقات نشان میدهد میزان مرگ و میر و عوارض تروماتیک پری ناتال در موارد زایمان واژینال برنامه ریزی نشده چهار برابر بیشتر از زایمان به روش سزارین برنامه ریزی شده است [۱۱]. نگرانی از آسیب رسیدن به جنین بریچ مانع از زایمان به طریق واژینال میشود. با توجه به ملاحظات فوق و ضرورت پژوهش در زمینه سزارین در کشور ما نیز بحث در مورد اندیکاسیون ها ، علل و بررسی میزان شیوع سزارین پر طرفدار و داغ است و توجه به این مطلب که تا چه حد ما اجازه استفاده از سزارین را در حاملگی داریم و این تکنیک مفید را در کدام موقعیت میتوانیم بکار ببریم تا از یک طرف از عوارض آن کاسته باشیم و از طرف دیگر با بررسیهای بیشتر عللی را که منجر به این نحوه زایمان میشود را بهتر دریابیم. با عنایت به این مطالب هدف اصلی از این بررسی تعیین میزان فراوانی سزارین بار اول و علل و اندیکاسیون های مربوط به آن میباشد.

مواد و روشه:

این مطالعه یک مطالعه توصیفی-مقطعی «CROSS-sectional» میباشد که طی آن از طریق نمونه گیری غیر احتمالی آسان ، کلیه زنانی که از فروردین ماه ۱۳۸۱ لغایت اسفند ماه ۱۳۸۲ برای زایمان اول (نولی پار) به بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا مراجعه نمودند انتخاب و توسط مجریان طرح در جهت اهداف پژوهش که بررسی فراوانی سزارین و علل آن در افراد نولی پار بود مورد بررسی قرار گرفتند، که برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه تهیه شده در جهت اهداف پژوهش استفاده گردید و سپس پرسشنامه های تکمیل شده

جمع آوری و اطلاعات حاصل از آن از طریق آزمونهای آمار توصیفی و به کمک نرم افزار SPSS، داده های بدست آمده مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج

طی آنالیز اطلاعات بدست آمده از ۷۰۰ مورد زایمان که طی سالهای ۱۳۸۱-۱۳۸۲ جهت زایمان به بیمارستان مهریز مراجعه نموده بودند ۲۵۷ نفر (۳۶/۷٪) آنها تحت عمل جراحی سزارین قرار گرفته اند که این نشاندهنده میزان شیوع کلی سزارین در این مرکز درمانی میباشد.

از مجموع مراجعه کنندگان ۴۳۰ نفر (۶۱/۴٪) به واسطه زایمان بار اول (نولی پار) بستری گردیده که از این تعداد نیز ۱۶۰ نفر (۳۷/۲٪) تحت عمل سزارین قرار گرفته اند.

از نظر سنی سن زنان مورد بررسی بین ۱۶-۴۰ میباشد که در ۵ گروه سنی جای گرفتند واز مجموع ۱۶۰ سزارین شده ۲۹ نفر (۱۸/۱٪) در گروه سنی زیر ۲۰ سال و ۹۷ نفر (۶۰/۶٪) در گروه سنی ۲۰-۲۴ سال و ۲۷ نفر (۱۶/۸٪) در گروه سنی ۲۵-۲۹ سال و ۷ نفر باقیمانده در گروه سنی بیش از ۳۵ سال قرار داشتند.

جدول شماره یک توزیع فراوانی علل سزارین را بر حسب سن مادر نشان میدهد که در جمع بندی نهایی ۹۲ نفر (۵۷/۵٪) مادران بواسطه علل مشکلات مادری و ۴۴ نفر (۲۷/۵٪) به دلیل مشکلات جنینی و ۲۴ نفر (۱۵٪) بواسطه مشکلات و علل مشترک «مادری-جنینی» تحت عمل سزارین قرار گرفته اند.

جدول شماره ۱: فراوانی علل سزارین بر اساس سن مادر

سن علل	۱۹-۱۵		۲۴-۲۰		۲۹-۲۵		۳۰ و بیشتر		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مادری	۱۷	۵۹	۵۶	۵۷/۵	۱۵	۵۵/۵	۴	۵۷	۹۲	۵۷/۵
جنینی	۶	۲۰/۵	۳۱	۳۲	۷	۲۶	-	-	۴۴	۲۷/۵
مشترک	۶	۲۰/۵	۱۰	۱۰/۵	۵	۱۸/۵	۳	۴۳	۲۴	۱۵
جمع	۲۹	۱۰۰	۹۷	۱۰۰	۲۷	۱۰۰	۷	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰

از نظر سن حاملگی ۱۱۵ نفر (۷۲٪) از سزارین های انجام شده در زمان ترمو ۲۸ نفر (۲۳/۵٪) از آنها در زمان پست ترم و ۷ نفر (۴/۵٪) از زنان در زمان پره ترم تحت عمل سزارین قرار گرفتند، از نظر علت سزارین بر حسب سن حاملگی اکثر سزارین های انجام شده در سن حاملگی ترم و پست ترم مربوط به علت مادری بود، ولی در گروه پره ترم علت جنینی و مشترک بیشتر و هیچ موردی با علت مادری دیده نشد، ضمن اینکه بیشترین علت سزارین در حامله های پست ترم با ۲۴ نفر (۶۳٪) مربوط به علت مادری و ۱۲ نفر (۵/۵٪) مربوط به علت مشترک «مادری-جنینی» میباشد.

در این مطالعه عللی همچون نمایش بریج، دفع مکونیوم جنینی، پیه اکلام پسی، پیولاپس بند ناف، عدم تطابق سر و لگن، سخت زائی، عدم پیشرفت زایمان، دیسترس جنینی، کندی و دکلمان جفت، جفت سر راهی، چندقلوئی، سن بالای مادر، بلوگی زودرس کیسه آب، هر پیس واژینال، هیدروسفالی بدرجات مختلف از عوامل مسبب سزارین مطرح شده اند که در میان آنها عدم تطابق سر و لگن در ۳۵٪ موارد بیشترین علت مادری (در تمام سنین) و دیسترس جنینی با ۱۴/۳٪ موارد بیشترین علت جنینی و سخت زائی یا عدم پیشرفت زایمان با ۴۵٪ موارد بیشترین علت مشترک سزارین ها را بخود اختصاص دادند.

بحث:

در این مطالعه میزان کلی سزارین ۳۶/۷٪ میباشد و میزان سزارین در مادران اول از ۳۷/۲٪ که از تمام آمارهای خارجی گزارش شده (۲۵٪ ایالات متحده، ۲۶/۸٪ در مطالعه اولیورز، ۲۴/۹٪ در مطالعه دیمیتروف، ۳۱٪ در مطالعه واز کوپز، ۱۶/۹٪ در مطالعه کیسی و ۲۲/۵٪ در مطالعه چای) بالاتر است [۸، ۱۶، ۱۰، ۱۹، ۷، ۶] که با توجه به مصاحبه های محقق با بیماران چنین نتیجه می گیرد که تعدادی از این سزارین ها بعلاوه پرداخت هزینه ها توسط بیمه دولتی می باشد و آمار سزارین این مطالعه از تمام آمارهای داخلی (۴۰/۸٪ در مطالعه صابری در بیمارستان ولی عصر تهران، ۴۲/۳٪ در مطالعه فتح الله زاده و ۴۱/۴٪ در مطالعه منوچهری در بیمارستان شریعتی تهران) کمترین می شود [۱، ۲، ۳]. که شاید یکی از علل عدم

تشابه در میزان شیوع با مطالعات داخلی موقعیت جغرافیایی و وضعیت اجتماعی و اقتصادی مردم این منطقه باشد.

در این مطالعه سعی شد علل سزارین در زنان باردار که اول زا هستند مورد مطالعه قرار گیرد که در این راستا علل مادری و سپس علل جنینی و مشترک بترتیب بیشترین علل سزارین های نولی پار بودند و زمانی که ریز فاکتورهای مادری - جنینی (مشترک) را مورد مطالعه قرار میدهیم شایعترین علت پس از سزارین تکراری عامل سخت زایی یا عدم پیشرفت زایمان میباشد که در مطالعه حاضر شیوع این مورد ۴۵٪ بدست آمد که نسبت به تمام مطالعات داخلی و خارجی از میزان بالایی برخوردار است و این آمار در مطالعه پولارد ۲۳/۴٪، در مطالعه اولیورز ۲۹/۸٪، در مطالعه دیمیتروف ۳۹/۲٪ و در مطالعه کیسی ۲۷٪ شایعترین علت سزارین در مطالعات خارجی گزارش شده است [۷، ۱۰، ۱۶، ۱۷].

در مطالعات داخلی نیز سخت زایی و عدم پیشرفت زایمان یکی از اندیکاسیونهای شایع سزارین است، بطوریکه در مطالعات فتح الله زاده ۳۳/۴٪، در مطالعه منوچهری با ۲۱/۸٪ و در مطالعه صابری با ۱۴/۱٪ شایعترین علت بعد از زایمان تکراری ذکر گردیده است [۳، ۲، ۱] که البته در این بررسی عدم پیشرفت زایمان به تنهایی ۱۵٪ علل را تشکیل میدهد و در ردیف دومین علت پس از عدم تناسب سر و لگن (با ۳۰٪) قرار میگرفت که البته با برنامه های کاهش وضع حمل غیر ضروری سزارین که متمرکز به کلاسهای آموزشی و باز آموزی همکاران، تشویق به امتحان زایمان طبیعی حتی پس از زایمان با برش عرضی و محدود کردن تشخیص سخت زایی به زنانی که دقیقاً معیارهای مشخص آن را نشان میدهند میتوان میزان سزارین ها را کاهش داد و همانطور که در بالا ذکر شد شایعترین علت سزارین که رتبه اول را در این مطالعه دارد مساله تنگی لگن یا عدم تناسب سر و لگن میباشد که ۳۰٪ موارد در تمام گروههای سنی را به خود اختصاص داده است که میتواند مربوط به علت وضعیت اجتماعی، اقتصادی و شغلی منطقه مورد مطالعه باشد بخصوص که در این منطقه دختران در سنین پایین به شغل قالیبافی مشغول میشوند که باز این موضوع بطور جداگانه قابل بررسی است.

در مورد دیسترس جنینی که بیشترین علت جنینی سزارین در این مطالعه می باشد (۱۴/۳٪) باید گفت که این میزان تقریباً مشابه سایر مطالعات داخلی و خارجی میباشد: ۱۶/۹٪ در مطالعه دیمیتروف، ۱۳/۷٪ در مطالعه صابری، ۱۵/۲٪ در مطالعه منوچهری و ۱۱/۶٪ در مطالعه فتح الله زاده [۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳] که البته در این مورد تمام زنان در زمان بستری شدن مانیتورینگ خارجی قلب جنین میشدند که ۱۴/۳٪ تمام جنینها دچار دیسترس جنینی بودند و از این عده ۷۳٪ بعد از دنیا آمدن احتیاج به عملیات احیا پیدا کردند، ضمن اینکه میتوان این موضوع را مطرح کرد که با مانیتورینگ قلب جنین و در نظر گرفتن جنین در طول کالیبر و کنترل دقیق دردهای زایمانی و ضربان قلب جنین و اتخاذ تصمیمات صحیح از جمله اکسیژن رسانی به مادر در حال زایمان میتوان از خیلی از موارد سزارین که بعثت نگرانی از سلامت جنین و یا از به خطر افتادن جنین انجام میشود جلوگیری کرد و میزان سزارین ه را کاهش داد.

بعضی علل احتمالی افزایش سزارین را میتوان اینچنین بیان کرد:

- ۱- پاریته زنان کاهش یافته و تقریباً نیمی از زنان باردار نولی پار هستند بنا بر این بیشتر سزارین ه ا را میتوان برای رفع اختلالاتی که در زنان نولی پار شایع است انتظار داشت.
- ۲- زنان در سنین بالاتر باردار میشوند و وضع حمل نولی پار با سنین ۳۹-۳۰ سالگی به علت old-primi بودن با مشکل مواجه شده و پیشرفت زایمان در این افراد کمتر بوده.
- ۳- مانیتورینگ الکترونیک جنین مورد استفاده وسیع قرار گرفته و شکی وجود ندارد که این روش نسبت به سمع هر از چند گاه ضربان قلب جنین میزان عمل سزارین را افزایش میدهد اگر چه انجام وضع حمل سزارین به خاطر دیسترس جنین تنها درصد کمی از این اقدامات را تشکیل میدهد اما در بسیاری از موارد نگرانی از بابت الگوی غیر طبیعی ضربان قلب جنین باعث انجام سزارین میشود.
- ۴- تا سال ۱۹۹۰ حدود ۸۴٪ موارد نمایش بریج از راه سزارین وضع حمل مینمودند.

۵- میزان وضع حمل واژینالی تهاجمی کاهش یافته است در حالیکه قبلاً اغلب زایمانهای سخت را با واکيوم و فورسپس انجام میدادند.

۶- نگرانی از بابت شکایتهای قانونی به بهانه سهل انگاری در درمان و عدم انجام سزارین که باعث بروز عوارض نورولوژیک نوزادی و CP میشود.

۷- عوامل اجتماعی و اقتصادی و دموگرافیک میتواند نقش موثری در انجام سزارین داشته باشد بطوریکه در خانواده های مرفه باعث تمایل به انجام سزارین الکتیو میگردد

منابع:

- ۱- صابری فاطمه، مهرابی فاطمه، بررسی شیوع و علل سزارین و مورتالیتی ناشی از آن در سالهای ۱۳۷۴-۱۳۷۵ در بیمارستان ولیعصر (عج) مجتمع بیمارستان امام خمینی تهران، پایان نامه انتشار نیافته دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۷۵
- ۲- فتح ا...زاده، علیرضا توزیع فراوانی یک ساله علل سزارین از خردادماه ۱۳۷۴ تا خرداد ماه ۱۳۷۵ در زایشگاه نیک نفس، پایان نامه انتشار نیافته دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ۱۳۷۶
- ۳- منوچهری شهاب، بابایی رضا، مرتضوی طباطبائی سیدمحسن، بررسی علل سزارین در بیمارستان شریعتی تهران، پایان انتشار نیافته دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۷۵.
- 4-Behrman RE, Kliegman RM, JENSON HB: *Nelson text book of Pediatrics* 16th ed, 2000 .
- 5-Cabezas G.E, Delgado lara, Morales D, olmo A: Classification of the characteristics of C/s at the Mexican Ministry of health during the period of 1990-1995. *Genicol-obstet-Mex*, Aug 1998: 335-8.
- 6-Cai ww, marks CH: increased c/s rates and emerging patterns of health insurance in anghai-china. *A.M.j, public-health*, may 1998; 88(5): 777-80.
- 7-Cisse CT, Fall-pa M: Us in a developing country profile and perspectives apropos of 21743 deliveries between 1992 and 1995. *Dakar-med*. 1996; 41(1); 63-7.

- 8-Conningham M D, et al: *Williams obstetrics and Gynecology*. 20th Appelton-lange London, 1997.
- 9-Cowan RK, Kinch RA, Ellis B, Anderson R: Trial of labor following C/S delivery. *Obst. and Gynico*. 1994; 83:933-6.
- 10-Dimitrov A: C/S frequency and its indication at the state university Hospital maternity Home over a 12 year period. *AAkush Ginekol-sofiia*, 1998; 37(4):4-8.
- 11-Frigoletto F, Lieberman E, Lang j, Cohen A, et.al: A clinical Trial of active management of labour. *N.Engl.j.Med*. 1995; 333:745-50.
- 12-Gribble R, Merier P: Effect of Epidural analgesia on the Primery C/S rate. *Obstet. And Gyn*. 1991; 87:231-4.
- 13-Lawrencelmpey MD, Khatryn M.Q, Rcm M, Robsoh M.D: Epidural analgesia need not increase operative delivery rates. *AM.j.of obst and GYN*. feb 2000; 182(2):358-63.
- 14-MacDonald D: The use of intrapartum fetal heart rate monitoring to reduce prenatal asphyxia in the term infant. *Oxford university press*, 1997.
- 15-MacMahon Mj, Luther ER, Bowes WA, jr, *Med*. 1996; 335:89-95.
- 16-Olivares M, Santiago AS, Ramires JA, Cortes R.P: incidence and indications for C/S at the central military hospital of Mexico. *Gyn-obstet.Mex*. Feb 1996; 64:79-84.
- 17-pollard JK, Capeless EL: Cesarean deliveries at university hospital: Analysis of rates and indications. *AMj. Prenatal*. May 1997; 14(5):245-8.
- 18-Stenen L, Clark MD, James R, Scott T, et.al: Is Vaginal birth after cesarean less expensive than repeat cesarean delivery? *AM.j.of obst and Gyn*, March 2000; 182(3):599-602.
- 19-Vazquez jl: Cesarean child birth in Puerto Rico: the facts. *P.R.Health-sci,j*, DEC 1997; 16(4):395-400

Frequency and indications of cesarean in nullipara mothers in mehriz hospital (2002-2003)

L, sakhavat, MD.¹ AR, sayadi, msc.² F, talabinesab, MD.³ Z, shabani sharbabki, MD.⁴

1- Asistant professor. Gynecologist. University of medical sciences, yazd

2- Psychologist. Mehriz fatemeh zahra hospital, University of medical sciences, yazd

3- General physicin. Mehriz fatemeh zahra hospital, University of medical sciences, yazd

4- Asistant professor, Infection Diseases, University of medical sciences Rafsanjan

Introduction:

Cesarean is child birth from abdomen and uterous septum .c/s in compare to normal vaginal delivery has more complication such as infection post section and mother mortality and morbidity post c/s is more than NVD. review of studies showed an increase ,cause of this increase didnt identified but the important indication are: dystocia, no growth in delivery, fetal distress and breech presentation.

Methods:

This study is cross-sectional descriptive that collected with simple non probability sampling and includes all femal who went hospital for first delivery since Farvardin 81 to Esfand 82. These women were 430 persons that 160 of those became C/s. These persons were selected and completed questionar for perpose of search (evaluation c/s prevalence in nullipara) by editor. collected data analized by descriptive statistical test with software spss/win.

Results:

Cesarean frequency in this study is 37.2% evaluated age women were 16-40 years that all women were over 35 years old and became c/s in first delivery. 92 persons (57.5%) with mother problems. 44 persons (27.5%) fetal problems special fetal distress .24 persons (15%) mother and fetal problems. 72% of c/s were term, 23.5% post term and 4.5% preterm.

Conclusion:

Increasing in C/S that occure in pregnant mothers specially in nullipara showed important role of medical and care workers personel specially gynecologists that with straten and correct decision making can prevention of un necessary. c/s and reduce of its compactions.

Key word :

Cesarean, frequency, Indication, Nullipara” mehriz hospital