

Cięcia cesarskie a porody siłami natury – aktualne spojrzenie

Cesarean section versus vaginal delivery – state-of-the-art paper

Pomorski Michał, Woytoń Robert¹, Woytoń Piotr, Kozłowska Jolanta², Zimmer Mariusz¹

¹ II Katedra i Klinika Ginekologii Położnictwa i Neonatologii Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

² Oddział Ginekologiczno-Położniczy Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy jest porównawcza analiza powikłań po porodach siłami natury oraz po cięciach cesarskich, w aspekcie wprowadzenia cięcia cesarskiego ze wskazań psychologicznych.

Materiał i metody: Badaniem objęto populację 406 pacjentek, po porodach siłami natury oraz po cięciach cesarskich, które odbyły się w pierwszym kwartale 2009r.

Wyniki: W badanej populacji 406 pacjentek u 200 kobiet (49,2%) ciążę zakończono zabiegiem cięcia cesarskiego, a 206 kobiet (50,8%) przeżyło poród siłami natury. Po porodzie siłami natury i po cięciu cesarskim nie wykazano różnic w stanie noworodków ocenianym według skali Apgar ani różnic w pH krwi pępowinowej. Stężenie hemoglobiny oceniane w drugiej dobie porodu było statystycznie istotnie wyższe w grupie pacjentek po cięciu cesarskim. Powikłane gojenie ran po epiziotomii oraz laparotomii stwierdzono odpowiednio w 2 (0,97%) oraz 3 (1,5%) przypadkach.

Wniosek: Z uwagi na brak istotnych różnic w przebiegu porodu po porodzie siłami natury i cięciu cesarskim aktualnie należy uważać, że stan psychiczny ciężarnej często może być jedynym uzasadnionym wskazaniem do zakończenia ciąży cięciem cesarskim.

Słowa kluczowe: cięcie cesarskie / poród siłami natury / powikłania /

Adres do korespondencji:

Michał Pomorski
II Katedra i Klinika Ginekologii Położnictwa i Neonatologii
Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
ul. Dyrkcyjna 5/7, 50-528 Wrocław,
tel. 071 – 733-14-00, 071-733-14-09
e-mail: michal_pomorski@poczta.onet.pl

Otrzymano: 18.01.2010
Zaakceptowano do druku: 30.04.2010

Summary

Aim of the study: The aim of the study was to perform a comparative analysis of complications after vaginal deliveries and cesarean sections and to introduce emotional status of the mother as an indication for a cesarean section.

Material and methods: 406 patients after vaginal deliveries and cesarean sections, that took place in the first quarter of 2009, were enrolled into the study.

Results: In the studied group of 406 patients, 200 women (49.2%) had cesarean section and 206 women (50.8%) delivered vaginally. In both groups there were no differences in the clinical state of newborns, which were assessed according to the Apgar score, and in umbilical cord blood pH. Hemoglobin concentration evaluated on the second day of puerperium was statistically significantly higher in the group of patients after cesarean section than after vaginal delivery. Episiotomy and laparotomy wound healing complications were observed in 2 (0.97%) and 3 (1.5%) cases, respectively.

Conclusions: Due to lack of differences in complication rates between cesarean section and vaginal delivery patients, the emotional status of a pregnant woman should be considered as an indication for cesarean section.

Key words: cesarean section / vaginal delivery / complications /

Wstęp

Od kilkunastu lat obserwuje się ciągle wzrost liczby cięć cesarskich oraz opublikowano liczne prace przedstawiające, że ta operacja położnicza wiąże się z drastyczną ilością powikłań w porównaniu do porodu siłami natury [1, 2, 3, 4].

Tymczasem codzienna praktyka oraz najnowsza analiza literatury wydają się przeczyć tym doniesieniom [5]. Wraz ze wzrostem liczby cięć cesarskich spada także liczba stosowania kleszczy i próżniociągów, których użycie związane było z urazowością płodów oraz uszkodzeniami kanału rodnego. Zwrócić uwagę należy także na fakt, iż najintensywniej zwiększającą się grupą wskazań do cięć cesarskich są wskazania pozapołożnicze, a wśród nich okulistyczne i ortopedyczne [6]. Należy zastanowić się, czy rosnąca liczba wskazań pozapołożniczych nie wynika z lęku przed porodem siłami natury wobec braku prawnych możliwości przeprowadzenia w Polsce cięcia cesarskiego ze wskazań psychologicznych.

Cel pracy

Celem pracy jest porównawcza analiza powikłań po porodach siłami natury oraz po cięciach cesarskich, w aspekcie wprowadzenia cięcia cesarskiego ze wskazań psychologicznych.

Materiał i metody

Badaniem objęto populację losowo wybranych 406 pacjentek, po porodach siłami natury oraz po cięciach cesarskich, które odbyły się w pierwszym kwartale 2009r. w Klinice Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii Akademii Medycznej we Wrocławiu (206 pacjentek) oraz w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Szpitala Specjalistycznego im. Falkiewicza we Wrocławiu (200 pacjentek). Oba ośrodki prowadzą szkolenie specjalizacyjne z zakresu ginekologii i położnictwa a liczba lekarzy specjalistów i rezydentów wynosi odpowiednio 24 i 12 osób. Porównywano następujące parametry po porodach siłami natury i cięciach cesarskich:

- stan noworodków oceniany według skali Apgar,
- pH krwi z tętnicy pępowinowej,
- okołoporodową utratę krwi,
- powikłane gojenie ran,
- powikłania ogólnoustrojowe,
- czas trwania hospitalizacji.

Uwzględniono także rodzaje uszkodzeń kanału rodnego po porodach siłami natury.

Pomiar wartości pH krwi z tętnicy pępowinowej dokonywano aparatami Siemens Rapidpoint 400 oraz Radiomed ABL 720.

Okołoporodową utratę krwi oceniano szacunkowo uwzględniając utratę w trakcie oraz w ciągu 24 godzin po porodzie i cięciu cesarskim.

Jako powikłane gojenie ran po epizjotomii oraz po cięciu cesarskim określono następujące stany patologiczne: nacieki zapalne, krwiaki, rozejście się rany, wtórne gojenie się rany.

Uwzględniane w analizie powikłania ogólnoustrojowe obejmowały: gorączkę, powikłania infekcyjne, zakrzepowozatorowe, neurologiczne, kardiologiczne, pulmonologiczne, gastroenterologiczne.

Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu GraphPad Prism 5.

Za poziom istotności statystycznej przyjęto wartość $p < 0,05$.

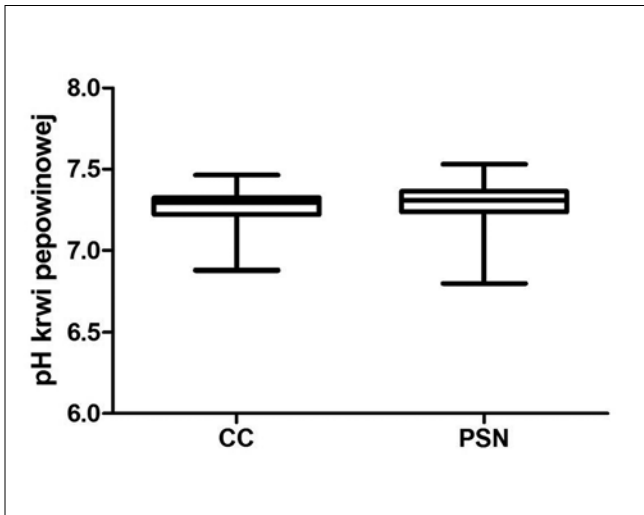
Wyniki

W badanej populacji 406 pacjentek u 200 kobiet (49,2%) ciążę zakończono zabiegiem cięcia cesarskiego, a 206 kobiet (50,8%) przeżyło poród siłami natury. Analizując wskazania do cięć cesarskich odpowiednio wskazania nagłe stanowiły 58%, a wskazania planowe 42%.

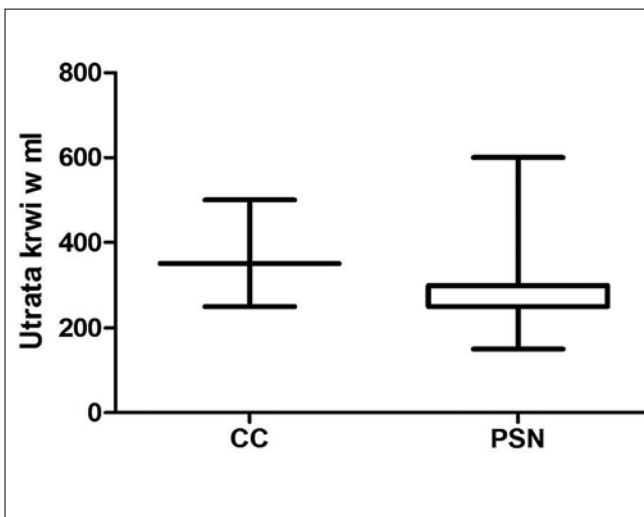
Mediana punktacji noworodków według skali Apgar w 1 minucie życia wynosiła w przypadku zakończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego 10,0 (zakres 4-10) a w przypadku porodu fizjologicznego 9,5 (zakres 3-10). Powyższe wartości nie wykazały różnic istotnych statystycznie. Średnia wartość pH krwi z tętnicy pępowinowej po porodzie fizjologicznym wynosiła 7,29 (SD=0,09) a po cięciu cesarskim 7,27 (SD=0,1), także nie wykazując różnicy istotnej statystycznie. Wartości pH krwi z tętnicy pępowinowej przedstawiono odpowiednio na rycinie 1.

Stwierdzono statystycznie istotnie większą szacunkową utratę krwi podczas zabiegu cięcia cesarskiego (351ml, SD=31,6) w porównaniu do porodu fizjologicznego (276,9ml, SD=78,33) ($p < 0,001$). Nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy w poziomie hemoglobiny przed porodem pomiędzy grupą pacjentek rodzących drogą cięcia cesarskiego a siłami natury.

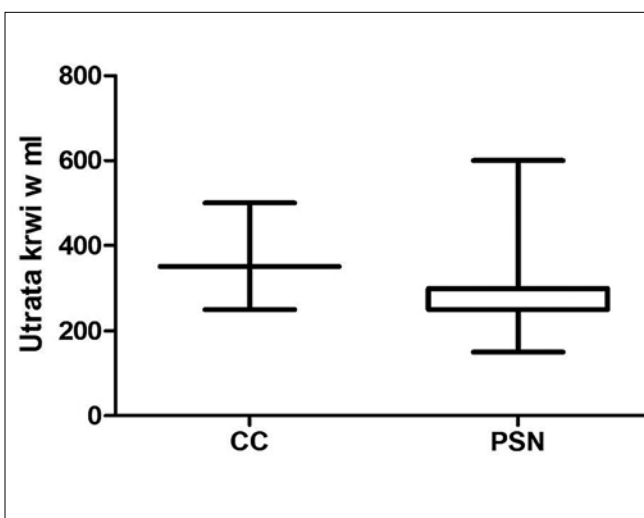
Cięcia cesarskie a porody siłami natury – aktualne spojrzenie.



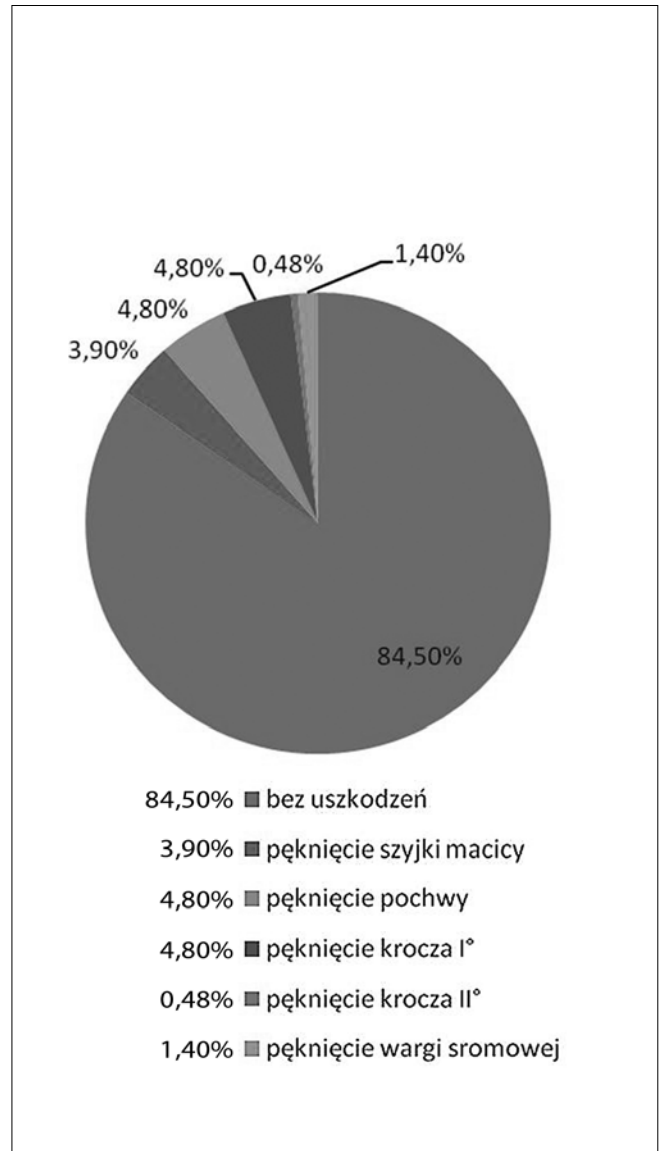
Rycina 1. Wartości pH krwi z tętnicy pępowinowej po porodzie fizjologicznym oraz po cięciu cesarskim.



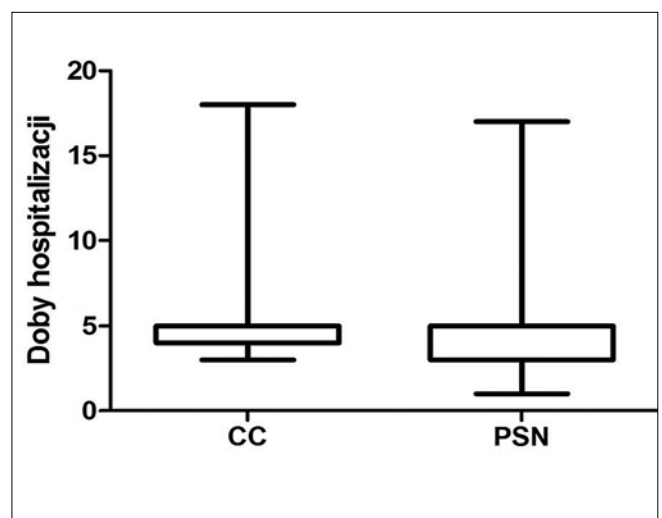
Rycina 2. Wartości średniej utraty krwi podczas porodu siłami natury oraz po cięciu cesarskim.



Rycina 3. Średnie stężenie hemoglobiny w drugiej dobie połogu u pacjentek po porodzie fizjologicznym oraz po cięciu cesarskim.



Rycina 4. Procentowy rozkład uszkodzeń kanału rodowego po porodzie siłami natury.



Rycina 5. Średni czas trwania hospitalizacji pacjentek po porodzie siłami natury oraz po cięciu cesarskim.

W odniesieniu do tego stężenie hemoglobiny oceniane w drugiej dobie połogu było statystycznie istotnie wyższe w grupie pacjentek po cięciu cesarskim (11,59g%, SD=1,125) w porównaniu do pacjentek po porodzie siłami natury (11,1g%, SD=1,38) ($p=0,011$). Szacunkowa utrata krwi podczas porodu siłami natury i cięcia cesarskiego oraz stężenia hemoglobiny w drugiej dobie połogu przedstawiono na rycinie 2 i 3.

Krwotok poporodowy stwierdzono w 5 przypadkach (2,43%) po porodzie siłami natury oraz 2 przypadkach (1%) po cięciu cesarskim. Wszystkie krwotoki opanowano środkami kurczącymi macicę, a położnice nie wymagały przetoczeń preparatów krwi.

Po porodzie siłami natury uszkodzenia kanału rodnego stwierdzono u 32 pacjentek (15,5%). Rodzaje oraz procentowy rozkład uszkodzeń kanału rodnego po porodzie siłami natury przedstawiono na rycinie 4.

W grupie pacjentek po cięciu cesarskim wykonanym zarówno ze wskazań nagłych jak i planowych nie wykazano uszkodzeń kanału rodnego.

Powikłane gojenie ran po epizjotomii oraz laparotomii stwierdzono odpowiednio w 2 (0,97%) oraz 3 (1,5%) przypadkach. Po porodzie fizjologicznym u obydwu pacjentek stwierdzono rozejście się rany krocza wymagające wtórnego zaopatrzenia. Powikłane gojenie rany po cięciu cesarskim obejmowało w dwóch przypadkach wystąpienie krwiaka powłok brzusznych, który wymagał ewakuacji, a w jednym przypadku nacieku zapalnego rany, wymagającego antybiotykoterapii. U wszystkich trzech pacjentek z tej grupy cięcie cesarskie wykonano ze wskazań nagłych.

Powikłania ogólnoustrojowe obejmowały incydent gorączki o nieustalonym pochodzeniu u 1 pacjentki w 3 dobie po cięciu cesarskim, która ustąpiła bez leczenia.

Średni czas hospitalizacji po porodzie drogami natury oraz po cięciu cesarskim wynosił odpowiednio 4,7 (SD=3,2) i 5,1 (SD=2,3) doby. Stwierdzono statystycznie istotną różnicę w czasie trwania hospitalizacji pomiędzy obydwo grupami pacjentek ($p<0,001$). Należy jednak podkreślić, że przy braku jakichkolwiek powikłań u matki wypis rutynowo następował w 3 dobie po porodzie siłami natury i w 4 dobie po cięciu cesarskim. Powyższe dane przedstawiono na rycinie 5.

Dyskusja

Liczba cięć cesarskich wykazuje od wielu lat stałą tendencję wzrostową wynosząc obecnie w niektórych ośrodkach Ameryki Łacińskiej nawet 80% [7] a w Stanach Zjednoczonych w 2007r. 31,8% [8].

Coraz większą grupę wskazań do cięć cesarskich stanowią wskazania planowe, a w tej grupie wskazania pozapołożnicze [6]. Wskazuje to naszym zdaniem na dużą część opinii grzesznościowych wydawanych ciężarnym, które boją się rodzić siłami natury, i które to wskazania nie mogą być zweryfikowane, szczególnie, gdy ciężarna zgłasza się do szpitala w nocy i z regularną czynnością skurczową. Chęć rodzenia przez cięcie cesarskie wynika z utartych poglądów, że ta droga porodu pozwala urodzić dziecko bez bólu, szybko i w dobrym stanie. Potwierdza to pogląd reprezentowany przez Cekańskiego, że „celem położnictwa jest nie tylko uzyskanie przy rozwiązaniu zdrowej fizycznie matki i dziecka, ale również zachowanie ich zdrowia psychicznego. Następstwa psychospołeczne porodu to albo satysfakcja matki z przebytego porodu, szczęśliwe

macierzyństwo i chęć dalszej prokreacji, albo zespół stresu pourazowego z utratą libido, więzi z dzieckiem, izolacją, niewłaściwymi zachowaniami zdrowotnymi, wrogością wobec osób obecnych przy porodzie, depresją poporodową czy odległe następstwa dla psychiki dziecka, które już w czasie ciąży reaguje na sytuacje stresowe ciężarnej” [9, 10, 11, 12, 13].

Obecny pogląd, że cięcie cesarskie grozi dużą ilością powikłań stanowi przeszkodę do wprowadzenia cięcia cesarskiego ze wskazań psychologicznych. Tymczasem badania naukowe, na których opiera się ten pogląd nie są randomizowane, pochodzą w większości sprzed wielu lat oraz nie uwzględniają, że zwiększona zachorowalność i śmiertelność po cięciu cesarskim często wynika nie z samego zabiegu, lecz z chorób matki i płodu stanowiących wskazanie do zakończenia ciąży cięciem cesarskim [5, 14]. W metaanalizie Vadnaisa i Sachsa z 2006r. wykazano, że obecnie elektywne cięcie cesarskie może nie wiązać się ze zwiększoną śmiertelnością matek w porównaniu do porodu siłami natury [5].

Niniejsza praca została przeprowadzona na wstępnej, stosunkowo małej grupie pacjentek. Powstała ona jednak z myślą o aktualizacji zagrożeń, z jakimi wiąże się cięcie cesarskie, co powinno umożliwić rozpoczęcie dyskusji w sprawie wprowadzenia cięcia cesarskiego ze wskazań psychologicznych.

W powyższej pracy nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w stanie noworodków ocenianym na podstawie punktacji Apgar oraz pH krwi z tętnicy popowinowej pomiędzy porodami siłami natury a cięciami cesarskimi. Kolas i wsp. w prospektywnym badaniu obejmującym 18653 porody ciąż donoszonych nie wykazał różnic w ryzyku uzyskania niskiej punktacji w skali Apgar pomiędzy planowym cięciem cesarskim a porodem siłami natury [15]. W starszej metaanalizie Mozurkewicha i wsp. obejmującej publikacje pomiędzy 1989 a 1999 r. przedstawiono, że u noworodków rodzonych drogą elektywnego cięcia cesarskiego bez próby porodu siłami natury występuje zwiększone ryzyko niskiej punktacji w skali Apgar [16].

W powyższej pracy dokonano jedynie szacunkowej oceny okołoporodowej utraty krwi związanej z zabiegiem cięcia cesarskiego i porodem siłami natury. Dokładne określenie ilości traconej krwi jest bardzo trudne do przeprowadzenia. W przypadku porodu siłami natury ilość płynu znajdującego się w pojemniku łóżka porodowego odpowiada nie tylko utraconej krwi, ale zawiera także domieszkę wód płodowych oraz środków stosowanych do mycia krocza. Podobnie w przypadku zabiegu cięcia cesarskiego, gdzie nie cała tracona krew jest odsysana, a często ilość płynu w worku ssaka zwiększona jest przez objętość płynu owodniowego.

W niniejszej pracy wykazano statystycznie istotnie większą szacunkową utratę krwi podczas zabiegu cięcia cesarskiego. Jednocześnie stwierdzono, że stężenie hemoglobiny w drugiej dobie połogu było istotnie wyższe w grupie pacjentek po cięciu cesarskim. Z powyższego wynika, że szacunkowe wykazywanie większej utraty krwi przy zabiegu cięcia cesarskiego w porównaniu do porodu siłami natury jest postępowaniem wymagającym weryfikacji.

Powikłane gojenie ran oraz powikłania ogólnoustrojowe wystąpiły z podobną częstością po porodzie drogami natury i po cięciu cesarskim. Z uwagi na małą liczebność ich analiza statystyczna nie jest możliwa. Zwraca jednak uwagę, że

powikłane gojenie ran po cięciu cesarskim stwierdzono tylko u kobiet, u których zabieg wykonano ze wskazań nagłych. W badaniu van Hama obejmującym 2647 kobiet, stwierdzono, że elektywne cięcia cesarskie, w porównaniu do cięcia cesarskiego wykonanego ze wskazań nagłych wiąże się ze statystycznie istotnie mniejszą ilością powikłań u matek [17]. W pracy tej brak jednak odniesienia do powikłań po porodzie siłami natury.

Pragniemy podkreślić, że analiza powikłań po cięciach cesarskich i porodach siłami natury została przeprowadzona na wstępnej, stosunkowo małej grupie pacjentek. Powstała ona jednak z myślą o rozpoczęciu dyskusji w sprawie wprowadzenia cięcia cesarskiego ze wskazań psychologicznych oraz o sposobie kwalifikacji z tych wskazań. W przypadku wprowadzenia wskazań psychologicznych do cięcia cesarskiego, ilość zabiegów wykonywanych z tego powodu byłaby dobrym miernikiem opieki położniczej i wyzwaniem dla zespołu położników i położnych, aby tak prowadzili porody siłami natury, aby kobiety nie bały się rodzić naturalnie. Wydaje się, że kwalifikacja powinna być oparta o opinię psychologa klinicznego lub zespołu składającego się z psychologa i doświadczonego położnika i ustalana tylko wtedy, gdy u ciężarnej strach przed porodem nie jest możliwy do przezwyciężenia. Wtedy to ciężarna powinna mieć zagwarantowany wybór cięcia cesarskiego, bez konieczności proszenia o kwalifikację do cięcia cesarskiego lekarzy innych specjalności. Należy jeszcze raz zastanowić się nad tym, czy rosnąca grupa wskazań pozapłożniczych nie jest *de facto* w znacznej swej części tzw. cięciami „na życzenie”.

Możliwe, że wprowadzenie opieki psychologicznej w okresie trwania ciąży doprowadziłoby do ograniczenia fikcyjnych wskazań pozapłożniczych do cięć cesarskich.

Przedstawiony przez nas materiał nie opiera się na dużej grupie pacjentek, niemniej uważamy, że zgłaszamy nasze wyniki jako doniesienie wstępne, równocześnie rozpoczęliśmy badania na dużo większym materiale, chodzi nam bowiem o zebranie obiektywnego materiału z ostatnich lat. Nie chcemy powtarzać utartych poglądów, że po cięciu cesarskim, które jest operacją może wystąpić szereg powikłań, jakkolwiek jak po każdej operacji mogą się zdarzyć różne powikłania, to nie uważamy, aby tymi poglądami zastraszać ciężarne, które boją się porodu. Fakt istniejący na świecie, że są państwa, które dopuściły możliwość przeprowadzania cięć cesarskich na życzenie, państw, które uważają, że poród siłami natury nie powinien się odbyć bez znieczulenia, wynika z troski tych krajów o rodzące wynikającej z pobudek humanitarnych.

Dlatego też mimo iż nie propagujemy cięć cesarskich „na życzenie” uważamy, że wskazania psychologiczne są bardzo bliskie wskazaniom medycznym do zabiegu cięcia cesarskiego, i w wielu przypadkach, aby zachować zdrowie psychiczne rodzącej nie należy o tym wskazaniu zapominać.

Wniosek

Z uwagi na brak istotnych różnic w przebiegu porodu po porodzie siłami natury i cięciu cesarskim aktualnie należy uważać, że stan psychiczny ciężarnej często może być jedynym uzasadnionym wskazaniem do zakończenia ciąży cięciem cesarskim.

Piśmiennictwo

1. Penn Z, Ghaem-Maghami S. Indications for caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2001, 15, 1-15.
2. Benson Harer W. Czy odsetek cięć cesarskich jest zbyt wysoki? Kontrowersje w położnictwie i ginekologii. *Gin po Dypl.* 2003, 5, 79-81.
3. Hillan E. Postoperative morbidity following caesarean delivery. *J Adv Nurs.* 1995, 22, 1035-1042.
4. Sachs B, Yeh J, Acker D, [et al.]. Caesarean section – related maternal mortality in Massachusetts, 1954-1985. *Obstet Gynecol.* 1988, 71, 385-388.
5. Vadnais M, Sachs B. Maternal mortality with cesarean delivery: a literature review. *Semin Perinatol.* 2006, 30, 242-246.
6. Pomorski M, Wiatrowski A, Fuchs T, [i wsp.]. Analiza porównawcza wskazań do cięć cesarskich w ośrodku III stopnia referencyjności w latach 2002 oraz 2007. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia.* 2008, 1, 19-22.
7. Belizan M, Althabe F, Barros F, [et al.]. Rates and implications of caesarean section in Latin America – ecological study. *BMJ.* 1999, 319, 1397-1400.
8. Latham S, Norwitz E. Ethics and „cesarean delivery on maternal demand”. *Semin Perinatol.* 2009, 33, 405-409.
9. Cekański A. Tokofobia – lek przed porodem naturalnym- prośba o cięcie cesarskie. *Przegląd Gin-Pol.* 2009, 9, 31-33.
10. Billert H. Tokofobia – problem multidyscyplinarny. *Ginekol Pol.* 2007, 78, 807-811.
11. Clement S. Psychologiczne aspekty cięcia cesarskiego. *Med Prakt Gin-Pol.* 2002, 5-6, 155-166.
12. Keogh E, Huges S, Ellery D, [et al.]. Psychosocial influences on women's experience of planned elective cesarean section. *Psychosom Med.* 2006, 68, 167-174.
13. Krynicki W. Na początku był lęk – teoria psychiki zaburzeń psychicznych. Toruń: *Wydawnictwo Marszałek*, 2007.
14. McFarlin B. Elective cesarean birth: issues and ethics of an informed decision. *J Midwifery Womens Health.* 2004, 49, 421-429.
15. Kolas T, Saugstad O, Daltveit A, [et al.]. Planned cesarean versus planned vaginal delivery at term: comparison of newborn infant outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2006, 195, 1538-1543.
16. Mozurkewich E, Hutton E. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol.* 2000, 183, 1187-1197.
17. van Ham M, van Dongen P, Mulder J. Maternal consequences of caesarean section. A retrospective study of intra-operative and postoperative maternal complications of caesarean section during a 10-year period. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1997, 74, 1-6.