



جامعة دمشق
كلية الطب البشري
قسم التوليد وأمراض النساء

نسبة العملية القيصرية وأساليبها

في مشفى النوليد الجامعي بدمشق - برئاسة رابعة 2008-2010

بحث علمي لنيل شهادة الدراسات العليا "الماجستير"

أعد في قسم التوليد وأمراض النساء

برئاسة الأستاذ الدكتور

جميل طالب

بإشراف الأستاذ الدكتور

بشار الكردي

إعداد الدكتور

وليد نايف حمود

العام الدراسي

2011-2010

شكر وتقدير

إن الكلام يعجز عن إيفاء الأشخاص الذين بذلوا الجهد في دعمي وتعليمي ورعايتي خلال فترة الاختصاص، ولكن يبقى واجباً علينا تذكر ذلك والإشارة إليه.....
أتقدم بالشكر لـ:

الأستاذ الدكتور بشار الكريمي

المدير العام للمشفى

والذي رغم ضيق وقته وثقل أعبائه قام مشكوراً بالإشراف على هذه الرسالة ومتابعتها وتوجيه سيرها لتخرج بالشكل الحالي، والذي قبل ذلك كان خير معلم خلال سنوات الدراسة.....

والشكر والتقدير للأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة الحكم:

الأستاذ الدكتور جميل طائب

الأستاذ الدكتور عزاء أبو طوق

على جهدهم ووقتهم الذي بذلوه في مراجعة ومناقشة هذه الرسالة.....
بطاقة امتنان وشكر للطاقم الطبي والتمريضي والإداري في مشفى التوليد الذين لم يخلوا في تقديم أي مساعدة.....

كما أنحنى إجلالاً لكم...

أراكم عظماً على كل الكلمات... شكراً لكم

ما جادت به أنفسكم الطيبة الكريمة من جهد أضاء لي الطريق.. من أدين لهم بالكثير..

أبي ... أمي أخواني...

مخطط البحث

v الدراسة النظرية:

أولاً - تعريف القيصرية:

- o لمحة تاريخية.
- o معدل الانتشار.
- o استطببات القيصرية.
- o أنواع القيصرية.
- o تقنية العمل الجراحي.

ثانياً - اختلاطات وعقاييل العملية القيصرية:

- o وفيات الأمهات والولدان.
- o اختلاطات أثناء الجراحة: تخديرية، اختلاطات فتح البطن، فتح الرحم، النزف، أذية السبيل البولي، أذية الأحشاء، الصمة الأمنيوسية، تمزق ندبة القيصرية السابقة.
- o اختلاطات بعد الجراحة: الإنتان، اختلاطات معدية معوية، اندحاق الجرح، إعادة فتح البطن.

v الدراسة العملية:

- 1- هدف الدراسة.
- 2- المواد والطرق (تصميم الدراسة، مكان الدراسة، جبهة الدراسة، طرق جمع المعلومات).
- 3- النتائج.
- 4- المناقشة.
- 5- الملخص.
- 6- التوصيات.
- v المراجع.

الدراسة

النظرية

0 تعريف القيصرية: هي العملية التي يتم استخراج الجنين منها من شق يجرى في جدار الرحم، عبر البطن، وهذا التعريف لا يشمل استخراج الجنين في حال تمزق الرحم أو الحمل البطني (1).

0 لمحة تاريخية: أما أصل التسمية فمتضارب وله عدة تفسير (41):

1- أن يوليوس قيصر ولد بهذه الطريقة، وهذا غير صحيح حيث أن والدته القيصر كانت على قيد الحياة حين قام القيصر بغزواته، وهذا ضرب من المستحيل إذ لم تكن تتجو أية امرأة تلد بهذه الطريقة حتى نهاية القرن الثامن عشر.

2- من قانون ملكي صدر عن أباطرة روما عام 715 ق.م. منع فيه دفن أية امرأة حامل أو ماخض تموت إلا بعد أن يخرج جنينها من بطنها، ليدفن كل على حدة، ودعي هذا القانون (القانون القيصري) نسبة لقيصرة روما ومنها اشتق الاسم.

3- أصل التسمية من الفعل اللاتيني caesere بمعنى: قطع، والاسم منها caesura أي القطع وتم حذف الحرف a في أمريكا وأستراليا وبريطانيا.

تاريخياً فالقيصرية معروفة لدى أقدم الشعوب، وكانت تجرى فقط بعد موت الأم لإنقاذ الجنين، وقد ذكرها البيروني، وقام العرب بإجرائها (22).

أما أول قيصرية لامرأة حية فقد أجريت في أوائل القرن السادس عشر، وانتهت بموت الأم بعد 25 يوماً من الجراحة، وكذلك كل القيصرات التي تلتها، حيث أن الشق الرحمي كان يترك دون خياطة ويخاط جدار البطن فقط (42).

اقترح ليباز عام 1769 خياطة الشق الرحمي، لكن ذلك لم يحدث حتى العام 1881م حيث قام كوهنر بإجراء شق على القطعة السفلية للرحم وخياطته، أما سانجر فأجرى الشق الطولاني على جسم الرحم، وأخذ كل منهما يدافع عن طريقته (13-15).

كانت القيصرية الجسمية تجرى قبل المخاض، أو انبثاق جيب الميا، وإلا فإن القيصرية كانت قبل عهد الصادات تؤدي إلى موت الأم بالتهاب الصفاق المعمم، ولم يتجه المولدون إلى القيصرية السفلية - بعد رواج القيصرية العلوية -

إلا في بدايات القرن الماضي حيث أدركوا أنها رغم صعوبتها النسبية، إلا أنها تسبب التهاب صفاق معمم بدرجة أقل مما ساعد في تناقص وفيات الأمهات (3).

× معدل الانتشار:

من عام 1970 إلى 2007 نسبة العملية القيصرية في الولايات المتحدة ارتفعت من 4,5% من كل الولادات إلى 31,18% هذه الزيادة كانت ثابتة ما عدا بين أعوام 1989 و 1996 حيث المعدل السنوي للقيصريات نقص وهذا النقص يعزى إلى زيادة معدل الولادة المهبليّة بعد القيصرية ونقصان العملية القيصرية البدئية قليلاً وفي عام 2007 العملية القيصرية البدئية كان حوالي 30% والولادة المهبليّة بعد القيصرية تراجعت إلى حوالي 8,5% (48).

أسباب الزيادة المستمرة في معدل العملية القيصرية غير مفهومة بشكل كامل وهناك بعض التفسيرات:

1. عدد الأولاد أقل وبالتالي نسبة أكبر من الولادات زادت بين الخروسات وهذا يزيد العملية القيصرية.

2. سن زواج متأخر وبالتالي عمر والدي أكبر عند أول ولادة.

3. استعمال ترقاب دقات القلب الجنيني بدلاً من الإصغاء المتقطع لقلب الجنين.

4. معظم الأجنة بمجيء مقعدي يولدون حالياً بعملية قيصرية في الولايات المتحدة.

5. تناقص استخدام الملقظ والمحجم.

6. تزايد معدلات تحريض المخاض يزيد معدلات القيصريّات.

7. انتشار البدانة ازداد وهذا يزيد نسبة القيصرية.

8. معدلات الولادة القيصرية للنساء مع ما قبل إرجاج قد ازداد ومعدلات تحريض المخاض قد انخفض بين هؤلاء المرضى.

9. معدلات الولادة الطبيعيّة بعد القيصرية تناقصت في السنوات الأخيرة.

10. العمليات القيصرية الانتخابية قد ازدادت والتي تجرى لرغبة المريضة فقط أو قلقها من أذية أرضية الحوض.

11. مقاضاة الأطباء ساهمت في زيادة النسبة.

× استطببات القيصریات:

أولاً - أسباب تتعلق بالأم:

1. بعض الحالات المرضية كالسكري أو أمراض القلب الشديدة أو الإرجاج وما قبل الإرجاج.

2. عمر الأم: إذا كان عمرها 35 عاماً عند أول حمل. وهو استطببات بدأ يأخذ مكاناً له منذ فترة (32).

ثانياً - أسباب تتعلق بالجنين:

1. المجيء المعيب (مقدي أو معترض أو متوارب).
2. عدد الأجنة: الحمل التوأمية الثنائية إن كان التوأم الأول مقدي أو معترض، وجميع الحمل التوأمية بأكثر من اثنين.
3. نقص نمو داخل الرحم أو عرطة الجنين.
4. تألم الجنين عبر مراقبة الاضطراب في نظم الجنين.
5. الحمل المديد: أكثر من 42 أسبوعاً حملياً دون بدء أي علامات لمخاض فعال أو فشل تجربة المخاض (2).

ثالثاً - أسباب تتعلق بالأغشية: انبثاق أغشية باكر وعدم تطور المخاض بعد التحريض.

رابعاً - أسباب تتعلق بالسائل الأمينوسي:

شح أو انعدام السائل أو استسقاء مهدد للأم أو الجنين.

خامساً - أسباب تتعلق بالحبل السري:

1. مجيء سرري.
2. انسداد سرر نابض.
- سادساً - ارتكاز المشيمة المعيب، وانفكاك المشيمة الباكر.

سابعاً - أسباب خاصة بالرحم:

1. عطالة الرحم البدئية أو الثانوية: بعد تطبيق مخطط المخاض وفشل الأوكسيتوسين بعد استطبائه.

2. جراحة على جسم الرحم: ورم ليفي أو قيصرية علوية أو سوابق عدة قيصرات (اثنتين فما فوق).

3. كارسينوما عنق الرحم الغازية أو تدب العنق التالي لكي أو لخزعة مخروطية (22).

ثامناً - أسباب تتعلق بالحوض: عدم التناسب الحوضي الجنيني ونادراً ما تشخص قبل المخاض إذ يلزم لتشخيصها دخول تجربة مخاض، وعدم التناسب إما أن يكون في مدخل الحوض أو وسطه أو مخرجه (2).
تاسعاً - تضافر عدة عوامل معاً.

• أنواع القيصرات:

أولاً: تبعاً لنوع الشق على جسم الرحم:

1. القيصرية السفلية: وتجرى بشق على القطعة السفلية، وهي المفضلة.
2. القيصرية العلوية: الشق يجرى على جسم الرحم، وتجرى في حال عدم تشكل القطعة السفلية (كما في القيصرات المبكرة للخدج أو قبل بدء المخاض)، أو إذا كان المجيء معترض والظهر متجهاً للأسفل والقطعة السفلية غير متشكلة، أو في حال صعوبة الوصول إلى القطعة السفلية كوجود التصاقات واسعة بوجود عدة قيصرات سابقة، أو بوجود سرطان عنق رحم مرافق للحمل، أو عند اتخاذ قرار استئصال الرحم (قيصرية باترة) (22).

ولكل من النوعين استطبائاته ومؤيدوه، غير أن القيصرية السفلية هي المفضلة وذلك بسبب:

(1) سهولة إجراء الشق الرحمي وخياطته نظراً لتمدد القطعة السفلية في الأشهر الأخيرة من الحمل.

(2) كثرة الألياف المرنة والضامة في القطعة السفلية مما يجعل تدبها أفضل وبالتالي انخفاض معدل تمزق الرحم في الحمل اللاحقة.

(3) باعتبار أن ارتكاز المشيمة غالباً ما يكون في قعر الرحم فالشق السفلي يكون بعيداً مما يخفف من إندخال وانغراس المشيمة.

(4) الشق في القيصرية السفلية يكون موازياً للألياف العضلية فيباعدتها عن بعضها مما يجعل النزف أقل في حين أن الشق في القيصرية العلوية يقطع الألياف.

(5) تغطي القطعة السفلية بالصفاق الحوضي بعد إغلاقها مما يعزل الجرح تماماً عن جوف الصفاق وبالتالي فالإنتان الحادث في جوف الرحم لا يجد طريقاً لجوف الصفاق كما في القيصرية العلوية (22).

ثانياً - تبعاً لضرورة سرعة التداخل:

أ. قيصرية إسعافية: بوجود ما يهدد حياة الأم أو الجنين.

ب. قيصرية انتخابية: مثلاً سوابق أكثر من قيصريتين أو سوابق قيصرية علوية وتجرى عند بلوغ الـ 38 أسبوع حملي (14).

تقنية العمليات القيصرية:

أ- التحضير للشق: تتم حلاقة شعر جدار البطن من مستوى جيل العانة إلى أعلى السرة قليلاً ووحشياً لمستوى القنزعة الحرقفية. تفرغ المثانة بقطرة دائمة كما تعقم ساحة العملية تماماً بمعقم مناسب، ثم يغطى كامل البطن بأغطية معقمة (11).

ب - اختيار الشقوق البطنية: أسرع شق بطني يمكن إجراؤه هو الشق طولاني على الخط المتوسط تحت السرة (15).

يشق جدار البطن بطبقاته من فوق الحافة العلوية لارتفاع العانة، إلى القرب من السرة، ويجب أن يكون طول الشق كافياً ليسمح بتوليد الجنين دون صعوبة، دون أن يكون أطول من ذلك، و يختلف طول الشق حسب حجم الجنين المقدر.

يجرى شق حاد على الخط المتوسط بطول 2 سم لمستوى غمد العضلة المستقيمة الأمامية الذي يبطن الطبقة الشحمية تحت الجلد.

بعض الجراحين يفضلون إجراء شق غمد العضلة المستقيمة بالمشروط على طول اللفافة، آخرون يفضلون إجراء فتحة صغيرة، ثم يشقون طبقة اللفافة المرئية بالمقص وهذا يبدو أقل نزفاً كما أنه ينقص من خطورة الشقوق غير المقصودة تحت هذه البنى خاصة الأمعاء.

تفصل العضلة المستقيمة والعضلات الهرمية على الخط المتوسط بتسليخ حاد وكايل لكشف اللفافة المعترضة والبريتوان، حيث تسليخ اللفافة المعترضة أمام الصفاق بحذر، نبدأ قرب القطب العلوي للشق حتى نصل بالأسفل إلى الصفاق. يرفع البريتوان قرب النهاية العلوية للشق بوساطة مرقئين يبتعد أحدهما عن الآخر بمسافة 2سم، تفحص طية انحناء البريتوان وتجس لنفي وجود الثرب، أو المعى، أو المثانة ضمنها، وبعد ذلك يفتح الصفاق بحذر خاصة عند النساء اللاتي لديهن سوابق عملية بطنية، بما فيها القيصرية فقد يلتصق الثرب أو الأمعاء أو حتى المثانة على السطح الداخلي للبريتوان.

يشق البريتوان إلى الأعلى من القطب العلوي للشق وللأسفل حتى مستوى انعكاس البريتوان فوق المثانة.

أي نزف يتوضع في الشق البطني يلقط بملاقط لكن لا تخاط إلا بعد فترة في حال عدم حدوث الإرقاء، ويجب أن لا نتجاهل الأوعية النازفة فلا يغلق الجرح إذا كان هناك نزف فعال.

عند استخدام الشق من النمط PFANNENSTIEL المشهور يشق الجلد والنسيج تحت الجلد بشق معترض منخفض منحنى قليلاً، على مستوى خط شعر العانة، بحيث يمتد وراء الحافتين الوحشيتين للعضة المستقيمة.

وبعد أن يفصل النسيج تحت الجلد عن اللفافة المتوضعة أسفل منه بمقدار 1سم على الجانبين، تشق اللفافة بشكل معترض على طول الشق، وتمسك الحافة العلوية والسفلية بملاقط مناسبة، حيث ترتفع الحافة السفلية من قبل مساعد بينما يفصل الجراح الغمد اللفافي عن لعضلة المستقيمة بواسطة تسليخ كليل ثم ترفع الحافة العلوية لللفافة، ويحرر غمد اللفافة عن العضلات المستقيمة.

من الضروري أن يتم الارقاء بشكل متقن، ويجب أن يتم هذا الفصل بشكل كافي حتى السرة بحيث يسمح بإجراء شق طولاني متوسط ملائم للبريتوان، تفصل العضلات المستقيمة عن بعضها البعض وعن اللفافة المعترضة التي تحتها، وعن البريتوان.

إن الفائدة التجميلية للشق الجلدي المعترض واضحة، وأكثر من هذا يقال بأن الشق يصبح أقوى مع احتمال أقل لحدوث فتق، ولكن عندما تكون هناك حاجة للتوسع فإن الشق العمودي يمكن أن يتوسع بسرعة حول وفوق السرة، في حين لا يمكن ذلك في شق. PFANNENSTL.

ج - شق الرحم: يجس الرحم بسرعة وحذر لمعرفة حجم وقسم المجيء من الجنين ولتحديد اتجاه ودرجة دوران الرحم.

بعض الجراحين يفضلون وضع رفادات رطبة في كل من الميزابيتين البريتوانيتين لتمتص السائل السلوي، والدم الذي يتسرب من الرحم المفتوح، وهذه التقنية مفيدة وخاصة في المساعدة على حصر السائل المخموج.

في القيصرية السفلية المعترضة يتم إمساك انعكاس البريتوان الرخو "الطبقة المصلية" بشكل نموذجي فوق الحافة العلوية للمثانة، والمغطية للمنطقة الأمامية للقطعة السفلية للرحم بملاقط على الخط المتوسط، ثم تشق بالمشروط أو المقص.

يدخل المقص بين الطبقة المصلية والعضلية للقطعة السفلية للرحم ثم يدفع إلى الجانبين من الخط المتوسط.

يتم فتح شفرتي المقص بشكل متقطع لفصل شريحة من الطبقة المصلية بعرض 2 سم ويوجه المقص بشكل رأسي أكثر، وترتفع الشريحة السفلية للبريتوان وتفصل المثانة ببطء بتسليخ كليل عن الطبقة العضلية السفلية.

بشكل عام فإن فصل المثانة يجب أن لا يتجاوز 5 سم في العمق ومن الممكن وخصوصاً مع وجود إحماء واتساع تامين في العنق أن يمتد التسليخ نحو الأسفل ليتجاوز منطقة القطعة السفلية للرحم والوصول لمنطقة المهبل في الخلف. شريحة المثانة الظاهرة تشد نحو الأسفل تحت ارتفاع العانة مع إبعاد المثانة ويستخدم لهذا مبعد المثانة.

يتم فتح الرحم عبر القطعة السفلية من الرحم بحوالي 2 سم فوق المثانة المحررة، ويمكن إجراء شق الرحم بتقنيات مختلفة وكل منها يبدأ بشق للقطعة السفلية المكشوفة للرحم بالمشروط، ويكون الشق معترضاً وبسعة 2 سم في المنتصف بين الحافتين الجانبيتين، ويجب أن يجري هذا بحذر لإجراء قطع تام لجدار الرحم، ولكن دون الغوص عميقاً خشية جرح الجنين. ما أن يفتح الرحم فالشق يمكن أن يتوسع بواسطة قصه نحو الجانبين وقليلًا نحو الأعلى بواسطة مقص.

وعندما تكون القطعة السفلية قليلة السماكة يمكن أن يتوسع شق الدخول بفصل بسيط للشق باستخدام ضغط بسيط نحو الجانبين بواسطة السبابة، ومن الهام جداً أن يكون شق الرحم كبير بشكل كاف ليسمح بولادة رأس وجذع الجنين.

د - ولادة الجنين: تزال المبعدة وإذا كان المجيء رأسياً فإن يد الجراح تنزلق داخل جوف الرحم بين ارتفاع العانة ورأس الجنين، ويرفع الرأس بلطف بالأصابع وراحة اليد، ويساعد بضغط معتدل للقاع عبر

جدار البطن، ثم يولد الكتفين باستخدام جر زائد خفيف ثم يتابع خروج باقي جسم الجنين بسهولة.

وبعد مخاض طويل ناجم عن عدم تناسب حوضي جنيني، فإن رأس الجنين قد يحشر بشدة في قناة الولادة، عندئذ يطبق ضغط باتجاه الأعلى عبر المهبل بواسطة يد المساعدة، التي تلبس قفازات معقمة، مما يؤدي إلى تحرير الرأس ويسمح بولادته من فوق ارتفاع العانة، وبمجرد أن يتم توليد الكتفين يتم إجراء تسريب وريدي لـ 20 وحدة من الأوكسيتوسين ضمن لتر من السيروم الفيزيولوجي 9% وبمعدل 10 مليلتر بالدقيقة ليتقلص الرحم جيداً.

يربط الحبل السري مباشرة، بمجرد إمساك الجنين على مستوى جدار البطن ويعطى الجنين لأحد أفراد الفريق الطبي.

إذا لم يكن المجيء رأسياً، أو كان هناك عدة أجنة، أو بمعظم حالات ولادة جنين غير ناضج دون مخاض فإن الشق العمودي عبر القطعة السفلية قد يثبت أنه أكثر فائدة ويجب تمييز ساقى الجنين بحذر عن ساعديه لتجنب استخراج الذراع بدلاً من الساق.

تزال المشيمة يدوياً ما لم تتفصل تلقائياً ويبدأ تدليك القاع بمجرد توليد الجنين مما يقلل من النزف ويساعد على الولادة السريعة للمشيمة.

هـ - إصلاح الرحم: بعد ولادة المشيمة قد يرفع الرحم عبر الشق خارج البطن ويغطى قاع الرحم برفادات رطبة، ولهذه الطريقة ميزات حيث يمكن كشف استرخاء الرحم بسرعة، كما يمكن إصلاح الشق ونقاط النزف بسهولة وكشف الملحقات أعلى من ذلك.

قد لا تكون قناة عنق الرحم مفتوحة لذلك يجب أن تسبر بملقط طويل ليوسع انفتاحها ثم ينبذ الملقط الملوث من ساحة العملية.

يغلق شق الرحم بطبقة أو طبقتين من الغرز المتتالية بخيوط الكروميك، ويتم بشكل مستقل إغلاق الأوعية الكبيرة بملاقط، ثم تربط بغرز متفرقة، توضع الغرزة الأولى خلف زاوية شق الرحم، ثم تجرى بعد ذلك غرز متواصلة متشابكة حتى الوصول إلى خلف الزاوية المقابلة للشق، إذا لم يكن تقريب الحواف جيداً بإغلاق طبقة واحدة بخياطة بشكل متواصل أو إذا استمر النزف فإما أن تجرى طبقة خياطة أخرى، أو يمكن التغلب على نقص الإرقاء بواسطة قطب على شكل 8، وبعد التأكد من عدم وجود نزف يتم تقريب الحافة المقطوعة لللفة المصلية المغطية للرحم والمثانة بغرز متواصلة وخيوط كروميك (15).

و - إغلاق البطن: تزال رفادات البطن إن استخدمت وإذا استخدم التخدير العام يجس جوف البطن الداخلي بشكل منهجي لتقييم محتويات البطن، وبعد التأكد من عدد الشانات والأدوات يغلق جدار البطن على طبقات، وتستخدم الخياطة بالغرز المستمرة بخيوط كروميك 00 لإغلاق البريتوان بما في ذلك اللفة المعترضة المغطية أما اللفة المغطية للعضلة المستقيمة فتغلق بغرز متواصلة غير متصالبة بخيوط فيكريل 1 أو 0-0 المسافة بينها لا تزيد عن 2سم إذا كانت سماكة النسيج تحت الجلد 2سم أو أقل فإنه غالباً لا تحتاج لإغلاق أما إذا كان هناك نسيج شحمي أكثر من ذلك فإننا نستخدم بعض الغرز المفردة لخياطة الكروميك 0 أو 00 لإلغاء المسافة الميتة، وإنقاص توتر حواف الجلد، ويخاط الجلد بعد خياطته تحت الجلد بخيط نايلون 0-2 لتخفيف الإرتكاس التحسسي (15).

يغطي الجرح بعد ذلك بضماد مناسب عقيم.

× إختلاطات وعقابيل العملية القيصرية

1- وفيات الأمهات:

في التقارير الباكورة عن هذا الموضوع زادات نسبة وفيات الأمهات عن 75% وقد انقص التقدم في مجال مضادات الإنتان، والتخدير، والتقنية الجراحية هذه النسبة إلى 5,5% في بداية القرن الماضي وبهبوط تدريجي إلى 0,3% أواخر الخمسينات (23).

وتظهر التقارير الأحدث نسباً بين 0 و 100/95 ألف ولادة، يصعب الفصل بين الوفيات الناجمة عن العمل الجراحي منها عن تكامل المرض المستبطن فربما حوالي النصف من الوفيات لا تعود للجراحة بحد ذاتها. وأهم أسباب الوفيات أثناء وبعد القيصرية: الصمة الرئوية، التخدير، النزف، الإنتان، ارتفاع التوتر.

تختلف النسب باختلاف الدراسات ففي بريطانيا التخدير هو السبب الأول بسبب ذات الرئة الاستنشاقية يتلوها الإنتان، والنزف، والصمة الرئوية. بعض أسباب الوفيات يمكن تلافيها بسهولة، مثل:

1. خطأ التقنية الجراحية كعدم الإرقاء مثلاً.

2. خطأ تخديري.

3. عدم إعاضة الدم بشكل كافي.

4. نقل دم غير مناسب.

5. خطأ في معالجة الإنتان.

2- وفيات وإمراضيات الولدان: عادة تكون ناجمة عن: (23)

1. خداج.

2. تخدير.

3. رض الوليد.

4. تأخر في إنعاش الوليد أو بدء الجراحة في حالات تألم الجنين.

5. القيصرية تؤدي لفرط توتر رئوي عند الولدان.

6. حالات تمزق الرحم.

3- الإختلاطات التخديرية أثناء القيصرية وطرق الوقاية منها:

إن استنشاق محتويات المعدة هو السبب الأهم، وهو ما يتوقع حدوثه عند المرأة الحامل بصورة أكثر تواتراً بسبب تأخر الإفراغ المعدي، مع زيادة الإفرازات المعدية وهذا الأمر يزداد في حالة المخاض بسبب (13-26):

1. القلق والخوف مما يؤدي إلى حث إفراز المعدة.
 2. عامل فيزيولوجي بسبب تشنج البواب.
 3. عامل دوائي: فحالات المبهمة والافيونات المستخدمة أثناء المخاض تثبط الحركات الحوية المعوية.
 4. عامل آلي: الرحم الكبيرة تضغط على الأمعاء وتمنع حركتها.
- إن HCL حمض كلور الماء المسؤول عن حدوث المتلازمة التي تحدث أعراض تشبه نوبة الربو، أما التبدلات النسيجية فتماثل ذات الرئة، والالتهاب عقيم عادة إلا إذا اختلط.
- إن 70% من الحالات غير المعالجة تنتهي بالوفاة، والعلاج عادة، بوضع المريضة بوضعية تراندلينبورغ، ومص محتويات القصبات والمعدة، وغسل القصبات بمحلول فيزيولوجي عقيم.
- أما الوقاية من هذه المتلازمة فيكون:

1. غسل المعدة: ولم يعد يجرى لأنه يحتاج إلى وقت ولا تخرج المواد الصلبة عادة به.
2. التنبيب الحنجري.
3. تعديل حموضة المعدة بسترات الصوديوم أو ثالث سيليكات المغنيزيوم.
4. الحذر أثناء رفع الأنبوب.

- الاختلاطات الأخرى التي قد تشاهد: خطأ أو فشل التنبيب، رض الحنجرة، توقف القلب واضطرابات النظم، كسر الأسنان وسقوطها.

• قواعد التخدير أثناء إجراء القيصرية:

- أ. إنشاق المريضة أوكسيجين 10 دقائق قبل بدء التخدير.
 - ب. عدم إعطاء هالتوتان إلا للضرورة الملحة لأنه يرخي الرحم فيسبب نزف عطالة.
 - ج. لا يجوز إعطاء المريضة مسكنات مركزية قبل استخراج الجنين والإقلال ما أمكن من المنومات.
 - د. الإسراع بالتنبيب لتجنب الاستنشاق ونقص الأكسجة على الجنين.
- وقد خفض حالياً التخدير الناحي من كثير من هذه الاختلاطات حيث لم يعد يلجأ للتخدير العام إلا للقيصريات الإسعافية أو الحالات الغير مناسبة للتخدير الناحي وفق ما يراه المخدر.

4- إختلاطات فتح البطن:

- أ. أذية الأمعاء والكولون: غالباً تكون بسبب وجود التصاقات ناجمة عن عملية سابقة، أو داء حوضي التهابي. الإصابة الخفيفة في المصلية لا تحتاج إلى إصلاح أما التمزق حتى الطبقة العضلية فيخاط بقطب متفرقة بخيوط 0-3 والتمزقات التي تصل إلى اللمعة تحتاج للخياطة على طبقتين بزوايا قائمة على محور الأمعاء لتجنب حدوث التضيق. أما التمزقات الكبيرة فتعالج بإجراء قطع ومفاغرة. أذيات الكولون نادرة وتعالج كالسابق باستثناء الحاجة إلى تفميم الكولون ويقرر ذلك عادة من قبل أخصائي الجراحة العامة (22).
- ب. أذية المثانة والطرق البولية: قد تصاب المثانة أثناء الفتح خاصة في مريضات سوابق القيصرية، وذلك أثناء التسليخ، أو فتح البريتوان، أو امتداد شق الرحم، أو شق الرحم المنخفض على القطعة السفلية، أو من استخدام المبعد من قبل المساعد.

تختلف خطورة الأذية حسب مكان الإصابة، وعند وجود شك في الإصابة تملأ المثانة بزرقة الميثيلين عبر الإحليل إذا لم يكن التمزق واضحاً، وعند كشف

التمزق تخاط عضلية المثانة على طبقتين بخيط 000 أو 0000 ولا حاجة لإختبار الخياطة بواسطة الصباغ بعد الإغلاق، والانتباه لعدم خياطة المخاطية.

تخفيف الخيوط المستخدمة قدر الإمكان، وإبقاء القطرة البولية الدائمة حتى تزول البيلة الدموية المجهرية. أن احتمال حدوث ناسور هو أمر قليل عادة.

أما أذيات الحالب، فهي أقل حدوثاً من أذيات المثانة ويترافق حدوثها عادة مع محاولات إيقاف النزف جانب الرحم، الناجم عن امتداد جرح القيصرية، أو في حالات استئصال الرحم الولادي التالي لتمزق رحم.

عند الشك بالأذية يجرد الحالب وتتنظر المثانة إذا لزم الأمر ويكشف نفوذ الحالبين بحقن 5 مل من النيلة القرمزية بالوريد لترسم فتحة الحالب، إذا لم يتوفر تنظير المثانة، تفتح المثانة وتستقصى فوهتي الحالبين ويجرى قثطرة لهما يغلق الشق في قبة المثانة بسهولة وترفع القثطرة الدائمة حالما يصبح البول خالياً من الدم.

أكثر أذيات الحالب شيوعاً أن يؤخذ بقطبة أو ملقط CLAMB في مثل هذه الحالة يجب رفع القطبة فوراً، إذا شخصت مباشرة فوضع الملقط قد يؤدي إلى أذية واضحة بالهرس.

إذا كان التهتك قليلاً يدعم الحالب بقثطرة وخياطة قطب متعددة في غمده لتقريب الأنسجة السليمة، أما التمثوت الواسع فيتم استئصال القطعة المصابة وإعادة مفاغرة الحالب أو زرعها في المثانة.

يجب أن يفجر مكان الأذية بواسطة قثطرة ماصة لأن تسرب البول وتجمعه يؤدي لحدوث إنتان وناسور (22).

5- إختلاطات فتح الرحم:

إذا كان الشق المعترض على الرحم منخفضاً فقد يصل لجزء من جدار المهبل وهذا يشاهد عادة في القيصریات عقب مخاض شاق وطويل عندما يكون العنق تام الاتساع (22).

يجب تلافي جرح رأس الجنين لأن القطعة السفلية تكون مترققة بشدة بوضع إصبع بين رأس الجنين وجدار الرحم، قبل إتمام الشق، يمكن أن تؤدي محاولات إخراج الجنين في حال كان الشق غير كافياً إلى أذية عنق الجنين أو أطرافه أو الضفائر العضدية وفي هذه الحالة تمدد الشقوق المعترضة السفلية باستخدام مقص مائل مع جعل الشق للأعلى بشكل حاد لتجنب أذية الأوعية الرحمية. إذا كان الرأس منحسراً عميقاً في الحوض فالأفضل أن يدفع الرأس من قبل أحد المساعدين نحو الأعلى من المهبل حتى يصل رأس الجنين إلى مستوى شق الرحم.

استخراج الرأس قد يسبب امتداد الشقوق السفلية إلى الشرايين الرحمية (إذا كان الرأس غير منعطف جيداً، أو خطأ باستخراجه) وهذا قد يسبب نزفاً غزيراً. أما الامتداد لخاصرة الرحم فقد يؤدي لأذية الحالب أثناء الترميم. إن عدم كشف أذيات العنق يؤدي لنزف بعد القيصرية.

6- النزف:

معدل فقد الدم أثناء القيصرية 700-1000 مل. ويعد النزف الناجم عن امتداد الشق الرحمي أكثر الاختلاطات مشاهدة وخطورة (22-12-32). عند حدوث النزف يضغط مكانه ويعزل الوعاء النازف ويربط، إذا وجد ورم دموي لم يتضح النزف يلجأ لربط الشرايين الرحمية، فإذا لم يكفي نلجأ لربط الشريان الختلي بقطبة غير قابلة للامتصاص بعد كشف وتجريد الحالب والوريد. قد نلجأ لاستئصال الرحم للسيطرة على النزف. ويجب ألا ننسى أبداً اضطرابات التخثر المحتملة.

عطالة الرحم: سبب شائع للنزف أثناء القيصرية، وقد يكون مجهول السبب، أو ثانوي بسبب: مخاض شاق وطويل، حمل متعدد، عديدة ولادة، وإنتان.

نلجأ عند التشخيص لـ: رفع الرحم الواهن خارج الحوض، ويمسد بقوة مع تسريب الأوكسيتوسين وريدياً 30-50 وحدة ضمن كيس السيروم، ويمكن حقن الميتل أرغوتامين في عضلة الرحم ويعاد للبطن لتدفئته مع التمسيد.

قد نلجأ لوضع أكياس ثلج على الرحم أو إعطاء PGE2 أو الهيمابات ويبقى استئصال الرحم الحل الأخير الذي يجب عدم التردد باتخاذ مع ما قد ينجم عنه من اختلاطات.

0 النزف من مكان المشيمة: وينجم عن ارتكاز المشيمة المعيب، والعلاج: تمسيد الرحم وتجريف مكان الارتكاز بلطف وربما أخذ قطب سطحية مكان الارتكاز أو ربط الختلي.

النزف على الوجه الخلفي للمثانة: تربط الأوعية أو تخثر وقد نستخدم الترومبين أو الكولاجين دقيق الليفات موضعياً.

7- المشاكل النسائية والجراحية غير المتوقعة ومنها:

0 الأورام الليفية: ويقتصر الاستئصال على الأورام تحت المصلية مع سويقة ضيقة.

0 الكيسات والأورام المبيضية:

1. الكيسات العجائبية السليمة تستأصل بسهولة مع الإبقاء على المبيض.
2. الكيسات الصندوقية الوظيفية من الحكمة تجاهلها وإبقاؤها في الذاكرة.
3. التشوهات المبيضية الأخرى تعالج كما عند غير الحامل.
4. تستقصى الزائدة الدودية لكشف الالتهاب فيها أو الكارسينويد فتستأصل حينها.
5. في حال وجود رتج ميكل يذكر وجوده في تقرير القيصرية ويستأصل في مرحلة لاحقة (22).

8- اعتلال التخثر:

غالباً ما يكون مشخصاً قبل العمل الجراحي حيث تتخذ الاحتياطات اللازمة علماً أنه يفضل إجراء الولادة المهبلية إن أمكن، قد يتطور الاعتلال التخثري أثناء الجراحة ويترافق عادة مع: الصمة الأمniوسية أو الإنتانية، الانفكاك الحاد، احتباس جنين ميت، ما قبل إرجاج شديد حيث يتطور DIC والعلاج يكون: دم طازج، صفيحات، بلازما، دعم قلبي رئوي (22).

9- الصمة الغازية:

تزداد في المداخلات الجراحية العنيفة خاصة وفي مريضات نقص الحجم العميق والانفكاك والارتكاز المعيب. أعراضها كالصمة الأمniوسية وسماع دولا ب المياة بإصغاء الصدر. أغلب الحالات العرضية مميتة لكن العلاج يكون بالاستلقاء الجانبي الأيسر والرأس للأسفل مع أكسجين بوفرة، ويمكن محاولة سحب الهواء من البطن الأيمن عبر جدار الصدر أو بعد فتح الصدر (48).

v الاختلاطات التالية للقيصرية:

1- انتان باطن الرحم النفاسي:

أكثر حدوثاً بعد القيصريات من الولادة الطبيعية. متوسط نسبة حدوث 10-15% (28) قد ترتفع إلى 50-70% (28) وأهم العوامل المؤهبة للخمج النفاسي (32):

أ. تمزق أغشية باكراً.

ب. المستوى الاجتماعي والاقتصادي المتدني.

ج. تطاول فترة المخاض مع مخاض شاق وطويل.

د. المسوس المهبلية المتكررة.

هـ. مراقبة الجنين بأجهزة ترقاب داخلي.

و. التهاب المهبل.

ز. ترك تجمعات دموية أو مصلية أو بقايا مشيمية.

ح. زيادة مدة العمل الجراحي.

ط. أمراض مستبطنة عند الأم: السكري، بدانة، فقر الدم، تثبيط مناعي، ارتفاع توتر شرياني مزمن أو محرض بالحمل.

التشخيص يكون بارتفاع الحرارة 38 درجة مئوية أو أكثر يتكرر مرتين خلال عشرة أيام الأولى عدا 24 سا الأولى شرط أخذ الحرارة 4 مرات يومياً، كريات بيض أكثر من 14 ألف، تسرع قلب، إيلام رحمي واضح، انتفاخ بطن. أما العلاج فيكون بإعطاء السيفالوسبورينات: سيفازولين، سيفوكسيتين أو بإعطاء صادين: أمبيسلينات مع أمينو غليغوزيد. أما أهم الإنتانات المشاهدة بعد القيصرية (5):

في اليوم الأول: الاختلاطات التنفسية (ذات الرئة، إنخماص الرئة) خاصة إذا استخدم التخدير العام.

في اليوم الثاني: إنتان المجاري البولية حيث أن قنطرة المثانة تسهل دخول الجراثيم كذلك التأثير الهرموني والميكانيكي للحمل، وأهم الجراثيم المسببة Ecoli مسؤولة عن 50% من الإنتانات مع الأنثيرو باكثر والكلبسيلا والزوائف والعقديات الغير حالة للدم، والتشخيص يكون بفحص البول مع الزرع لعينة منتصف التبول، أما العلاج: صادات حسب الزرع مع مسكنات (فينازوبيريدين 200 ملغ كل 8 ساعات).

في اليوم الثالث: إنتان جرح القيصرية، التهاب اللفافة النخري.

العوامل المسؤولة: طريقة تحضير الجرح، التلوث الجراحي، الرضوض الموضعية، درجة توعية الأنسجة، نقص التروية الناجم عن الجراحة، مقاومة المريضة للإنتان، الأمراض الجهازية المرافقة مثل: السكري، ارتفاع التوتر، البدانة، أمراض الغراء، مدة المخاض وانبثاق الأغشية الباكر، الإنتان الأمينوسي،

إتقان التقنية الجراحية، عوامل موضعية والسبب الأكبر هو ترك تجمعات دموية ومصلية وعدم إرقاء النزف.

أما الجراثيم المسببة فتختلف حيث نشاهد في القيصرات الإسعافية الجراثيم المتواجدة على الجلد كالعنقوديات المذهبة والمتقلبات الاعتيادية والعقديات الحالة للدم بيتا والسبب عدم التطهير الكافي للجلد، أما في حال القيصرات الانتخابية - وخاصة التالية لانبثاق أغشية أو بعد تجربة مخاض فنرى: العضويات المهبالية كالعقديات البرازية وأشباه الجراثيم والـ ECOLI.

لابد من فتح التجمعات الدموية الملتهبة وإجراء الزرع اللازمة للجراثيم والتحسس للصادات ويجب تفجير المنطقة بشكل مناسب وغسلها يومياً بمحلول ملحي معقم وأن تعريض الجروح للهواء أمر مهم، ولا يجرى تنضير الجرح، والخياطة الثانية إلا بعد شفاء الإنتان تماماً.

هذا ويمكن أن نقص نسبة إنتان الجرح 50% (25) باستعمال صاد حيوي وقائي بعد قطع الحبل السري.

في اليوم الرابع: التهاب الوريد الخثري الحوضي.

2- أذيات الطرق البولية بعد القيصرية:

1. انسداد الحالب: الذي ينجم عن ربطه أو هرسه بملقط، أو تزويجه، أو سوء وظيفته بسبب تجريد غمده، أو قطعه. والانسداد قد يكون جزئياً أو مضاعفاً في الحالبين.

2. النواسير: وهي نوعان:

(1) حالبية بسبب إصابة الحالب، أو أذية التروية الحالبية بشكل كبير.

(2) مثانية: غالباً أذيات المثانة تؤدي للنواسير إذا لم تصلح أثناء القيصرية.

عند حدوث أعراض وعلامات موجهة مثل: الألم القطني، حمى غير مفسرة، بيلة دموية غير معللة، كتلة حوضية، شح بول، فحوص مخبرية

موجهة، نقوم بإجراء IVP وإن قثطرة حالبية راجعة مع تصوير حالب ظليل راجع قد يكونان الإجراء اللازم لوضع التشخيص.

أما التدبير، فيعتمد على: الزمن المنقضي حتى التشخيص، حالة المريضة، حالة الطرق البولية بالصورة الظليلة، عمر المريضة، ودرجة الانسداد الحالبى وهو يتراوح ما بين علاج محافظ إلى إعادة إصلاح فوري، أو تقييم كلية ثم إعادة إصلاح لاحق، أو استئصال كلية ولكل إستطبباته.

النواسير الحالبية والمثانية: قد تتظاهر مباشرة، أو بعد فترة بتسرب بول شاذ، أو انتان، أو استسقاء حالبى وكلوي أحياناً.

والتشخيص بحقن زرقة الميتين بالطريق الراجع، أو بتصوير جهاز البول الظليل والتدبير يعتمد على: طبيعة الأذية، موقعها، امتدادها، عمر وحالة المريضة وفترة تكون الناسور فإما انتظار الشفاء العفوي مع الأدوية المساعدة، أو بالتظير المثاني والقثطرة الحالبية، أو الإصلاح الجراحي (5-28).

3- الاختلاطات المعدية والمعوية بعد القيصرية:

20-30% من المريضات تشكو من ألم معتدل بسبب التمدد بالغازات، وإذا استمر قد يتطور إلى انسداد أمعاء شللي في 1% من الحالات. وأن المعاملة العنيفة للأمعاء إضافة للعوامل النفسية، وبلع الهواء تفاقم هذا الاختلاط (5-23).

الوقاية تكون بطمأنة المريضة، مع تجنب رض الأمعاء، وتجنب الأغذية المولدة للغازات، والالتزام بالتحرك الباكر، مع إطالة إعطاء السوائل الوريدية حتى وضوح أصوات الأمعاء.

انسداد الأمعاء: خزلي عادة، ونادراً ميكانيكي، ويتظاهر بتمدد وانتفاخ البطن، انزعاج شديد ثم، إقياء مع ضعف عضلي، وخبل وتسرع

قلب، والانسداد الشللي هو مرحلة متقدمة من الركودة الفيزيولوجية في الطرق الهضمية بعد القيصرية، ويحدث نتيجة واحد أو أكثر من الاختلاطات التالية: التهاب البريتوان، رض الأمعاء، إنتان أو نزف خلف البريتوان، تخريش ودي، الاضطراب الشاردي.

أما الانسداد الميكانيكي فيحدث نتيجة الالتصاقات بآلية الانفتال، أو دخول عروة معوية في شق البطن.

أعراضه وعلاماته: آلام ما غصة شديدة، تطور مترقي للحالة، أصوات حركة أمعاء شديدة، مع إقياء واضطرابات شاردية، ويشخص بالصورة البسيطة حيث يشاهد غازات منتشرة مع مستويات سائلة، غازية في وضعية الوقوف.

الوقاية تكون:

1. بتجنب رض الأمعاء.
2. البدء بالسوائل الفموية حين وضوح أصوات حركة الأمعاء ثم التغذية الخفيفة.
3. الحركة الباكرة وتناول عصير الفواكه لإحتوائه على البوتاسيوم.
4. الالتزام بمبادئ الجراحة والإرقاء وتجنب الإنتان وتجنب حدوث الالتصاقات وفك ما يمكن منها أثناء الجراحة.
5. اللجوء إلى التخدير الناحي بدلاً من التخدير العام إلا للضرورة.
- 4- تمزق ندبة القيصرية في الحمل اللاحق:

إن المريضة التي تحمل ندبة على رحمها هي في خطر لتمزق الرحم حيث إن نسبة تمزق ندبة القيصرية العلوية هي 4%، ويمكن أن تحدث حتى دون مخاض أما نسبة تمزق القيصرية السفلية فهي 0,5% (1-5-40).

يحدث تمزق ندبة القيصرية العلوية قبل المخاض في نصف الحالات، وربما قبل عدة أسابيع من موعد الولادة، أما القيصرية السفلية فلا تتمزق ندبتها إلا أثناء المخاض. يكون التمزق بشكلين:

1. تمزق تام: بسبب الرض أو عند من بسوابقهن قيصرية علوية غالباً، أو أثناء تمخض عنيف لمريضة بسوابق قيصرية سفلية حيث يكون مفاجئاً وحاداً، ونازف وخطر على حياة الأم يطرح فيه الجنين إلى جوف البطن وغالباً يموت.

2. تمزق غير تام أو خفي: يحدث عند سوابق القيصرية السفلية على شكل تفرق اتصال جزئي في الندبة وكثيراً ما يكشف أثناء إجراء قيصرية ثانية أو بالمس المستبطن بعد الولادة الطبيعية لمن بسوابقهن قيصرية سفلية.

يعتبر الألم مكان الندبة من الأعراض الهامة المنذرة بقرب حدوث تمزق الرحم خاصة إذا ترافق مع بيلة دموية حديثة، أو سائل أمينوسي مدمى، تسرع نبضان الأم وتسرع دقات قلب الجنين، هياج الوالدة، ارتفاع المجيء بعد تدخله في الحوض تغير شكل البطن، توتر شديد في الرحم ثم ارتخاء كامل، صدمة ووهط وعائي.

أما الوقاية: فإن الندبة الرحمية المتينة هي الضمان من تمزق الرحم اللاحق لذا يجب الانتباه عند إجراء القيصرية إلى ما يلي:

أولاً - تقريب الحواف وخطاطتها بعناية خاصة زوايا الشق الرحمي.

ثانياً - عدم شد القطب لتفادي نقص التروية وتحاشي خياطة الغشاء الساقط.

ثالثاً - الإقلال من رض الأنسجة أثناء شق الرحم وخطاطته.

رابعاً - الإرقاء الجيد والوقاية من الإنتان.

خامساً - الإقلال من القيصرية العلوية ما أمكن.

سادساً - انتخاب المريضات المناسبات ممن في سوابقهن قيصرية سفلية لدخول تجربة مخاض مع الانتباه الشديد للأعراض والعلامات المنبئة بتمزق الندبة.

سابعاً - إجراء قيصرية انتخابية بعمر حملي يعادل 38 أسبوعاً لسوابق القيصرية العلوية.

5- الخثار الوريدي والصمة الرئوية:

إن نسبة حدوث الخثار الوريدي العميق بعد القيصرية هو 0.6 - 1.8% أما نسبة حدوث الصمة الرئوية بعد القيصرية فهي 0 - 0.2% ونصف حالات الصمة تكون ناجمة عن التهاب الوريد الخثري، إن أول صمة رئوية تكون مميتة في 20-25% من الحالات ويقدر أن الصمة الرئوية مسؤولة عن 10% من الوفيات الولدية بعد القيصرية وهي أكثر إختلاطات الخثار خطورة قد تكون فجائية غير متوقعة ومميتة والأشيع أن تكون تحت مميتة (5-23).

مؤهبات الوريد الخثري:

1. الحمل حيث تزداد الركوده الوريدية هرمونيا، كما تزداد عوامل التخثر ويحدث انضغاط الأوردة الحوضية.

2. الجراحة والرض والأذية الوعائية.

3. الاضطجاع المديد بالسريير وقلة الحركة.

4. الانتانات النفاسية.

5. عوامل متعددة: عديدات الولادة، عمر أكبر من 35 سنة، التدخين،

الدوالي الوريدية، زيادة الوزن، السكري، ارتفاع التوتر الشرياني، فقر الدم، أمراض القلب.

أما الأعراض فتشمل: ألم موضعي بالربلة أو الفخذ أو المغبن قد يؤدي إلى عرج مع احمرار موضعي أما علاماته: الوذمة الانطباعية أمام الظنبوب والسخونة الموضعية بالجلس مع زيادة محيط الطرف، وإيجابية علامة هومانس.

الفحوص المشخصة: جهاز الدوبلر، تصوير الأوردة العميقة الظليل، استخدام النظائر المشعة والعلاج يكون: راحة مطلقة، رفع الطرف، منع الحركة الفاعلة، هيبارين علاجي أو الهيبارين المنخفض الوزن الجزيئي والمراقبة مع المسكنات ونادراً ما يلزم جراحة لربط الوريد الأجوف السفلي أو الفخذي.

أما أعراض الصمة الرئوية: ألم صدري ناخس، زلة تنفسية، زرقة وسعال، تعرق، وهط وعائي، صدمة مع تبدلات على تخطيط القلب الكهربائي وانخفاض ضغط الأوكسجين واضطراب في نسبة انتشار التهوية.

التشخيص الجازم بتصوير الأوعية الرئوية والعلاج الأهم فيه الاشتباه بالتشخيص وسرعة العلاج الداعم المتضمن أوكسجين مع دعم القلب وإعطاء الهيبارين.

6- اندحاق الجرح:

تبلغ نسبة الاندحاق الحاد 0,15% أي حوالي ربع حالات الاندحاق بعد القيصرية البالغ 0,6% أما نسبة الوفيات الوالدية من هذا الاندحاق فهي 2,3% وتختلف حسب المشفى ومكان الدراسة والآلية هي فشل التئام الجرح (5-29).

أما العوامل المساعدة فهي:

1. سوء التغذية خاصة فقر الدم أو نقص بروتيناته.
2. نقص العناية بالتقنية الجراحية أو تقنية خاطئة كاستخدام الخيوط ثخينة القطر.
3. السعال الشديد وفرط التمدد.
4. الانتان.
5. الخبثات.

إن الجراحة البطنية السفلية والشقوق العرضانية تقلل هذا الاختلاط، ويسبق عادة حدوث الانفتاح نز سائل مصلي رائق، ومعظم الاندحاقات تحدث في اليوم الـ 5 إلى اليوم الـ 10 بعد الجراحة.

والوقاية تكون بإصلاح العوامل المساعدة، والتزام قواعد الجراحة، والتحضير الجيد قبل القيصرية، والاحتياط الجيد بعدها.

أما العلاج: إعادة تنضير الجرح وخياطته بعد الإرقاء الجيد والتأكد من عدم وجود انتان، وخياطة الفاشيا بخيط نايلون مع قطب دعم، ويخاط الجلد بخيوط متفرقة حرير حيث تنتزع القطب الصغيرة خلال عدة أيام أما قطب الدعم فتنتزع بعد 14 يوم ويرافق هذا العلاج الجراحي إصلاح الشوارد، وتغذية وريدية مناسبة، وإعطاء الصادات مع الراحة بالسرير، قد ترافق بإعطاء الهيبارين.

7- إعادة فتح البطن مرة ثانية:

تختلف الأسباب لذلك منها: وجود نزف داخلي، ورم دموي كبير، نسيان قطعة شاش أو شانة، وغيرها....

الدراسة

العملية

v أهداف الدراسة:

تحديد معدل حدوث القيصرية في دار التوليد الجامعي بدمشق، والاختلاطات القريبة والبعيدة، والأسباب الكامنة خلفها، للإقلال منها.

o تصميم الدراسة: الدراسة من نوع (دراسة وصفية راجعة) (Descriptive retrospective study).

o مكان الدراسة: مشفى التوليد الجامعي بدمشق خلال الفترة مابين 2008-2010.

o حجم العينة: بلغ عددا لمرضى 6905 وهن جميع السيدات الماخضات المقبولات في المشفى في قسميه العام والخاص بعمر حملي أكبر من 20 أسبوع، واللواتي أجري لهن قيصرية.

• المواد والطرائق:

تمت متابعة المريضة من لحظة القبول بالمخاض وفق الاستمارة المرفقة وتضمنت:

1. استطباب القيصرية.

2. ظروف إجراء القيصرية وتشمل:

o الوقت الفاصل بين قرار التداخل والجراحة.

o تقانة العمل الجراحي.

o الزمن الجراحي والاختلاطات أثناء إجراء الجراحة.

o متابعة المرضى ورصد الاختلاطات القريبة والبعيدة للجراحة.

كما قورنت الدراسة بأبحاث مشابهة أجريت في مشفى التوليد الجامعي بدمشق للأعوام 1990-1994م (4)، وأخرى صادرة عن المديرية المركزية للإحصاءات في فلسطين عام 2009 (37)، ودراسة في جامعة برستول Jackson-NS عام 2007 (29) وغيرها.

• بعد جمع البيانات تم ترميزها وإدخالها إلى الحاسوب وإجراء التحليل الإحصائي ضمن جداول محددة وتمثيلها بيانياً، أجري التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SPSS-17 واستخدم في التحليل الإحصائي اختبار Q^2 حيث اعتبر المتغير له قيمة إحصائية ذات معنى من أجل قيمة P أقل أو يساوي 0,05

V النتائج:

O معدل حدوث العملية القيصرية في المشفى:

بلغ عدد الولادات الإجمالي في فترة الدراسة 2008-2010، 36026 تم إجراء عملية قيصرية لنمو 6905 منها، نسبة القيصرات في المشفى بين 2008-2010 موضحة في الجدول رقم (1).

جدول رقم (1) معدل حدوث القيصرية في الفترة 2008-2010 (%)

التسلسل	السنة	عدد الولادات الكلي	عدد القيصرات	النسبة المئوية
1	2008	11560	2010	17.37%
2	2009	12110	2313	19.1%
3	2010	12356	2582	20.9%
4	مجموع	36026	6905	19.16%

نلاحظ التصاعد التدريجي لمعدل حدوث القيصرات في دار التوليد خلال فترة الدراسة لكن لا يوجد فرق ذو معنى إحصائي $PV < 0,05$.

• استطببات العملية القيصرية:

استطببات القيصرات خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (2)

التسلسل	الاستطببات	عدد القيصرات	النسبة من القيصرات
1	سوابق قيصرتين فما فوق	1713	%24.82
2	مجيئات معينة	877	%12.159
3	تألم الجنين	969	%14.04
4	عدم التناسب الحوضي الجنيني	552	%8
5	عدم التقدم	345	%5.01
6	شح سائل وقلة حركات*	187	%2.72
7	حمل توأمي	278	%3.328
8	انبثاق الأغشية الباكر	160	%2.328
9	الإرجاج وما قبله	215	%3.12
10	الحمل المديد	92	%1.33
11	ارتكاز المشيمة المعيب	191	%2.78
12	تهديد تمزق رحم**	583	%8.44
13	جنين عرطل	23	%0.343
14	حمل عزيز***	92	%1.33
15	خروس مسنه	89	%1.29
16	انفكاك مشيمة باكر	75	%1.09
17	انسداد سرر	17	%0.246
18	سوابق إصلاح أمامي خلفي	41	%0.59
19	سوابق جراحة على جسم الرحم	31	%0.447
20	نقص نمو د اخل الرحم	27	%0.398
21	سكري واختلاطاته	22	%0.34
22	استسقاء رأس	14	%0.199
23	أسباب متنوعة****	48	%0.69
24	المجموع	6905	%100

V توضيحات تخص الجدول:

*شح سائل وقلة حركات: استطباب درج في السنوات الأخيرة دون شرح الأسباب المؤدية له وهو متعلق ببعض أعضاء الهيئة التدريسية.

** تهديد تمزق رحم هذا الاستطباب كان يعبر عنه غالباً في سجل العمل الجراحي بألم مكان الندبة.

*** لا يوجد في مشفانا توحيد لمفهوم الحمل العزيز وهو يستخدم غالباً بعد 5 سنوات من الزواج مع قصة عقم، وعند اللجوء تقانات الإخصاب المساعد، وبوجود سوابق وفيات حول الولادة.

**** الأسباب المتنوعة ضمت أمراض مرافقة وهي: قصور كلوي 7 حالات، زرع عدسات-10، اعتلال عضلة قلبية 14، ضمور رئة-3، كسر حوض-4، استسقاء كلية-2، حلاً تناسلي-8.

ومن استعراض الجدول نجد أن القيصرية بسوابق قيصريتين فما فوق تشكل النسبة الأكبر (24,8%)، يليها تألم الجنين 14,4%، ثم المجيئات المعيبة 12,15%، فالتهديد بتمزق رحم 8,44%، ثم عدم التناسب الحوضي الجنيني 8%.

O مدة العمل الجراحي:

تم تقسيم مدة العمل الجراحي إلى ثلاثة فئات أقل من ساعة، ساعة- ساعة ونصف، أكثر من ساعة ونصف مع ذكر أسباب التأخير، والجدول رقم (3) يوضح المدة التي استغرقها العمل الجراحي خلال فترة الدراسة.

النسب المئوية للمدة التي تستغرقها القيصرية خلال سنوات الدراسة جدول رقم (3)

التسلسل	السنة	> ساعة		ساعة- ساعة ونصف		< ساعة ونصف	
		العدد	النسبة من القيصرات	العدد	النسبة من القيصرات	العدد	النسبة من القيصرات
1	2008	964	40,19%	1003	45,3%	307	14,20%
2	2009	933	39,94%	984	44,8%	292	14,10%
3	2010	994	40,46%	1018	46,1%	311	14,10%
4	مجموع	2890	40,19%	3105	45,4%	910	14,30%

نلاحظ من الجدول (3) أن 45,4% من القيصرات استغرقت من ساعة - ساعة ونصف هذه النسبة توافقت مع:

1- سوابق قيصرات متعددة 1250 قيصرية بنسبة مئوية 39,5% من هذه المدة.

2- حدوث أحد الاختلاطات 510 قيصرية بنسبة مئوية 17,3%.

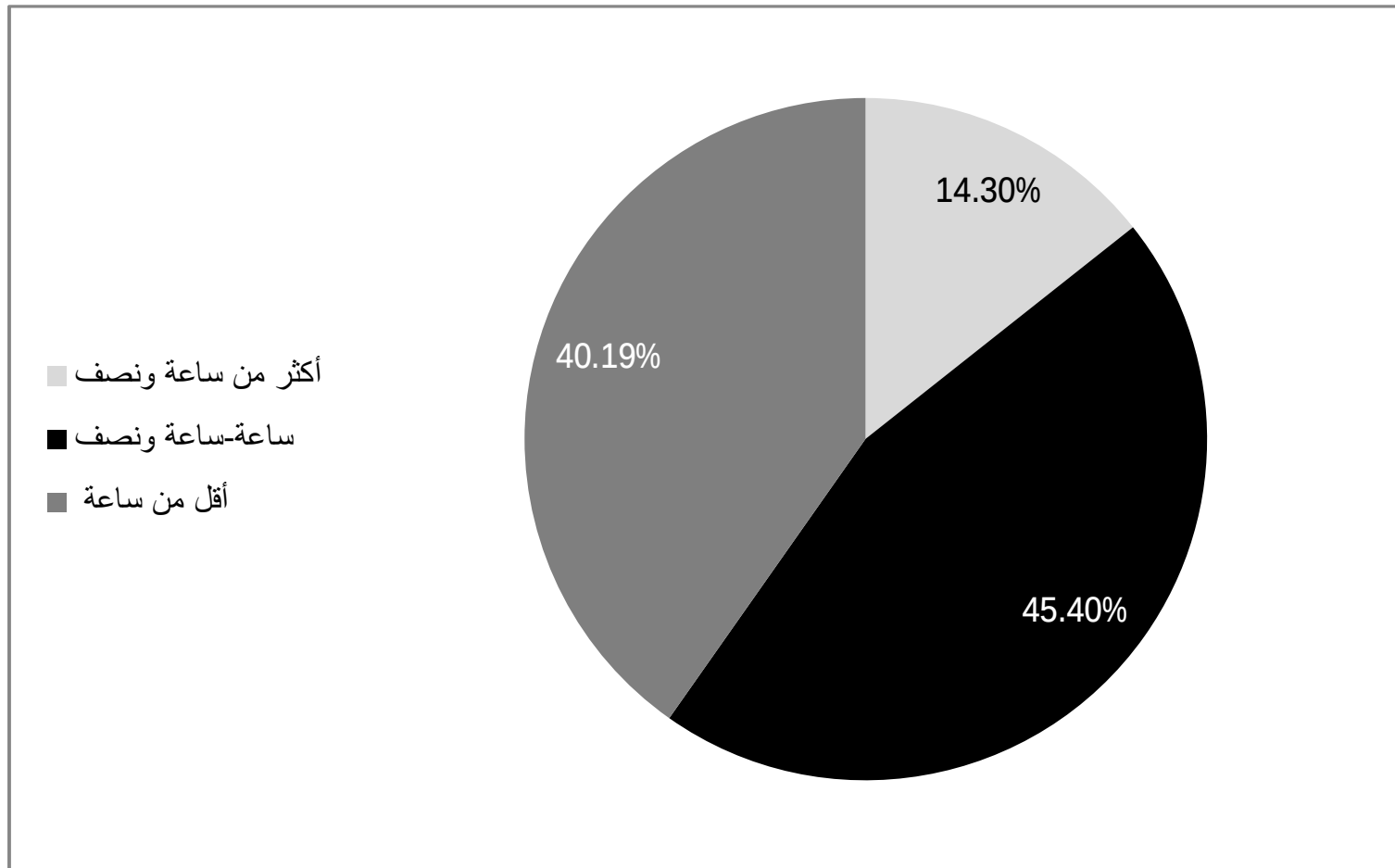
3- قيصرات يجريها السنة الأولى - الثانية من الاختصاص 1345 قيصرية بنسبة مئوية 43,2%.

زيادة مدة العمل الجراحي (أكثر من ساعة ونصف) توافقت مع:

1. سوابق قيصرات متعددة 266 قيصرية بنسبة مئوية 30,30%.

2. حدوث أحد الاختلاطات 340 قيصرية بنسبة مئوية 36,8%.

3. قيصرية ينجزها طلاب السنة الأولى من الاختصاص 304 قيصرية بنسبة 32,9%، انظر المخطط رقم (1)



المخطط رقم (1) النسب المئوية لمدة العمل الجراحي للقيصرات المنجزة في دار التوليد خلال الدراسة

o الوقت الفاصل بين اتخاذ قرار العمل الجراحي وإجراء قيصرية:

تم تقسيم هذا الوقت لثلاث فئات أقل من نصف ساعة، من نصف ساعة - ساعتين، وأكثر من ساعتين. نعرض في الجدول رقم (4) المدة الفاصلة بين اتخاذ القرار ووقت الانجاز.

الوقت الفاصل بين اتخاذ قرار العمل الجراحي وإجراء القيصرية
جدول رقم (4)

التسلسل	السنة	أقل من نصف ساعة		نصف ساعة - ساعتين		أكثر من ساعتين	
		العدد	النسبة من القيصريات	العدد	النسبة من القيصريات	العدد	النسبة من القيصريات
1	2008	1104	%33.25	864	%35.4	665	%30.23
2	2009	1086	%32.95	828	%34.8	635	%29.78
3	2010	1115	%33.32	898	%35.9	710	%30.82
4	مجموع	2305	%33.26	2590	%35.5	2010	%30.24

يلاحظ من استعراض الجدول رقم (4) أن معظم الحالات تأخرت عن نصف الساعة وهو الوقت المناسب لإجراء قيصرية اسعافية (65,74%).
وقد شكل نقص أطباء التخدير نحو 39%، يليها عدم وجود غرفة شاغرة - 14%، ثم وجود استطباب أكثر اسعافية 12,74% وتجدر الإشارة إلى أن النقص يكمن في عدد طلاب الدراسات العليا المخدرين وليس في عدد المشرفين، فمهما تم رفع عدد الأخصائيين في المشفى فإن المناوب سيبقى واحداً وهذا من المشاكل الإدارية القابلة للحل.

أولاً - سوابق قيصريتين فما فوق:

تجرى عملية قيصرية انتخابية لسوابق قيصريتين فما فوق في دار التوليد بدمشق عند تمام الأسبوع 38 في حال عدم وجود مخاض أو سبب آخر.

نعرض في الجدول رقم (5) معدل حدوث القيصرية لسوابق قيصريتين فما فوق

معدل حدوث القيصریات المعادة خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (5)

التسلسل	السنة	سوابق قيصريتين فما فوق	العدد	النسبة من عدد الولادات الكلي	النسبة من القيصریات
1	2008	479	%4,3	%22,3	
2	2009	590	%5,4	%23,9	
3	2010	644	%6,5	%25,5	
4	المجموع	1713	%5,45	%24,82	

وإذا تمعنا في الجدول نجد تزايد النسبة من سنة إلى أخرى في فترة الدراسة.

لكن لا يوجد فروق إحصائية ذات معنى $PV < 0,05$.

ثانياً - المجيئات المعيبة ما عدا المقعدي :

تبين لنا الجداول (6، 7، 8، 9) معدل حدوث القيصریات المجرأة

في دار التوليد الجامعي بدمشق في فترة دراستنا بسبب المجيئات المعيبة

(ما عدا المقعدي) كل مجيء على حده:

معدل حدوث المجي المعترض في فترة الدراسة (%) جدول رقم (6)

التسلسل	السنة	المجيء المعترض	العدد	النسبة من عدد الولادات العام	عدد القيصریات	نسبة القيصریات من عدد القيصریات العام
1	2008	54	%0,45	54	%2,52	
2	2009	44	%0,41	44	%1,96	
3	2010	52	%0,43	52	%2,15	
4	المجموع	150	%0,436	150	%2,20	

إن معدل القيصریات المجرأة بسبب المجيء المعترض تغير قليلاً من سنة

لأخرى لكن لا يوجد فروق إحصائية ذات معنى $PV < 0,05$.

معدل حدوث المجيء الجبهي في فترة الدراسة (%) جدول رقم (7)

التسلسل	السنة	المجيء الجبهي	العدد	النسبة من عدد الولادات العام	عدد القيصرات	نسبة القيصرات من عدد القيصرات العام
1	2008		23	%0.18	23	%0.92
2	2009		22	%0.165	22	%0.89
3	2010		16	%0.145	16	%0.87
4	المجموع		61	%0.62	61	%0.891

إن معدل القيصرات المجرأة بسبب المجيء الجبهي اختلف قليلاً بين سنوات الدراسة إلا أنه لا توجد فروق إحصائية ذات معنى $PV < 0.05$.

معدل حدوث المجيء الوجهي في فترة الدراسة (%) جدول رقم (8)

التسلسل	السنة	المجيء الوجهي	العدد الكلي	النسبة من عدد الولادات العام	عدد القيصرات	نسبة القيصرات من حالات المجيء الوجهي	نسبة القيصرات من عدد القيصرات العام
1	2008		20	%0.018	15	%75	%0.78
2	2009		18	%0.016	16	%86.6	%0.81
3	2010		23	%0.019	22	%94.4	%0.86
4	المجموع		61	%0.017	53	%87.3	%0.83

إن معدل القيصرات المجرأة بسبب المجيء الوجهي ازداد قليلاً من سنة لأخرى إلا أنه لا توجد فروق إحصائية ذات معنى $PV < 0.05$.

معدل حدوث المجيء المركب خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (9)

التسلسل	السنة	المجيء المركب	العدد الكلي	النسبة من عدد الولادات العام	عدد القيصرات	نسبة القيصرات من حالات المجيء المركب	نسبة القيصرات من عدد القيصرات العام
1	2008		29	%0.32	10	%35	%0.48
2	2009		42	%0.39	14	%33.3	%0.68
3	2010		18	%0.20	8	%44.3	%0.65
4	المج (دراستنا)		79	%0.31	32	%36.6	%0.62

إن معدل القيصرات المجرأة بسبب المجيء المركب تغير من سنة لأخرى إلا أنه لا توجد فروق إحصائية ذات معنى $PV < 0.05$.

ثالثاً - المجيء المقعدي :

نعرض الجدول رقم (10) معدل حدوث المجيء المقعدي خلال فترة الدراسة.

معدل حدوث المجيء المقعدي ونسبة القيصرات المجرأة خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (10)

التسلسل	السنة	حالات المجيء المقعدي الكلية		القيصرات		
		العدد	النسبة من عدد الولادات الكلي	العدد	النسبة من حالات المجيء المقعدي	النسبة من حالات المجيء المقعدي
1	2008	264	3.148	195	73.9	82.77
2	2009	294	2.96	235	80.1	78.16
3	2010	192	2.15	172	87.4	79.7
4	المجموع	750	2.87	602	80.2	80.1

نلاحظ اختلاف معدل القيصرية بسبب المجيء المقعدي من سنة لأخرى إلا أنه لا توجد فروق إحصائية ذات معنى $PV < 0,05$.

تم تقسيم استطببات القيصرات بسبب مجيء مقعدي إلى ثلاثة أقسام.

واليكم جدول رقم (11) يبين توزع القيصرات بين المريضات حسب عدد

الولادات وحسب وجود قيصرية سابقة في دراستنا

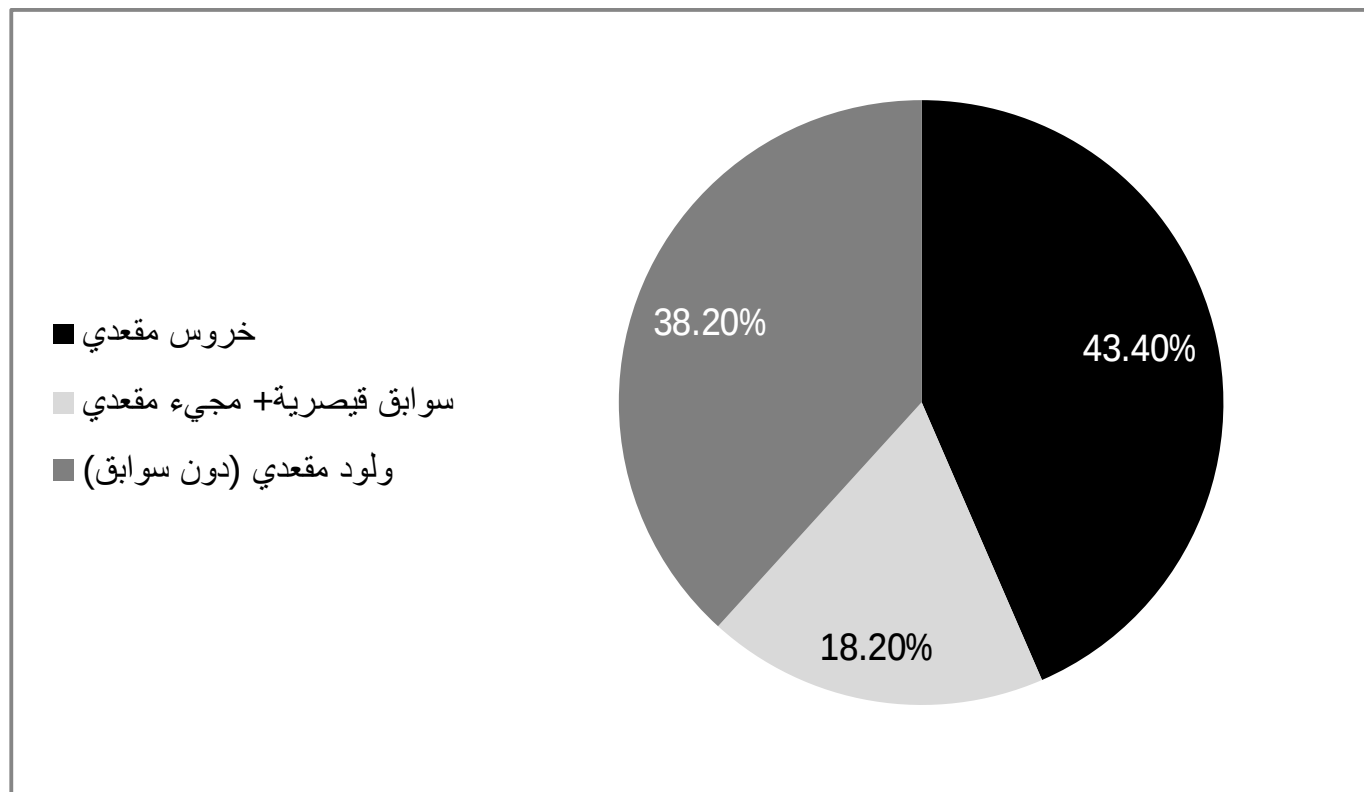
توزع القيصرات بين السيدات لمجيء مقعدي حسب الاستطببات

جدول رقم (11)

التسلسل	السنة	خروس مقعدي		ولود مقعدي (دون سوابق)		سوابق قيصرية + المجيء المقعدي	
		العدد	النسبة من قيصرات المقعدي	عدد القيصرات	النسبة من قيصرات المقعدي	عدد القيصرات	النسبة من قيصرات المقعدي
1	2008	113	43.3%	302	38.1%	48	18.3%
2	2009	107	42.8%	292	37.7%	43	18.1%
3	2010	121	43.5%	317	38.4%	56	18.6%
4	المجموع	341	43,4%	309	38,2%	147	18,4%

نلاحظ من الجدول رقم (11) أن النسبة الأكبر من القيصرات بسبب مجيء

مقعدي تجرى للخروسات 43,4% انظر المخطط رقم (2).



مخطط رقم (2) يوضح النسب المئوية للقيصرات في المجيء المقعدي

رابعاً - تألم الجنين :

جدول رقم (12) يبين القيصریات المجرأة باستطباب تألم الجنين.

معدل حدوث تألم جنين خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (12)

التسلسل	2008	2009	2010	المجموع
1	عدد حالات التألم	255	268	254
2	النسبة من القيصریات	12.25	12.3	11.8
				14.04

نلاحظ من الجدول رقم (12) اختلاف معدل إجراء القيصریات بسبب تألم الجنين إلا أنه لا يوجد فروق إحصائية ذات معنى $PV < 0,05$.

جدول رقم (13) يوضح الأسباب الرئيسية لتألم الجنين من القيصرية

الأسباب الرئيسية لتألم الجنين خلال فترة الدراسة جدول رقم (13)

التسلسل	الأسباب الرئيسية لتألم الجنين	2008	2009	2010	المجموع
1	انسداد السرر	10	25	37	72
2	شح سائل أمينوسي	13	9	8	30
3	انفكاك مشيمة	14	16	18	48
4	ارتكاز المشيمة المعيب	26	22	18	66
5	حمل مديد	22	18	17	57
6	مخاض عنيف	25	16	17	58
7	أسباب غير معروفة	92	87	82	261
وتضمنت الأسباب غير المعروفة					
1	التفاف سرر	29	28	27	84
2	إنسداد خفي	16	16	14	48
3	نقص نمو	13	11	11	35
4	انفكاك خفي	29	26	27	82
5	تشوه جنين	5	6	3	14

الأسباب غير المعروفة المذكورة هي أسباب توضحت بعد إجراء القيصرية في حين لم يوجد سبب واضح لتألم الجنين قبل العمل الجراحي أي أننا لم نعرف السبب إلا بعد إجراء القيصرية.

خامساً - انفكاك المشيمة الباكر:

جدول رقم (14) يبين نسبة القيصریات المجرأة لحالات انفكاك المشيمة الباكر من مجموع القيصریات.

معدل حدوث القيصریات بسبب انفكاك المشيمة الباكر في فترة الدراسة (%) جدول رقم (14)

التسلسل	السنة	الحالات المجرى لها قيصرية	النسبة من مجموع القيصریات
		العدد	
1	2008	22	%1.09
2	2009	32	%1.11
3	2010	21	%1.07
4	المجموع	75	%1.09

نلاحظ اختلاف معدل القيصریات المجرأة بسبب انفكاك إلا أنه لا توجد فروق

إحصائية ذات معنى $PV < 0,05$

سادساً - ارتكاز المشيمة المعيب:

الجدول رقم (15) يبين نسبة القيصریات المجرأة بسبب ارتكاز مجموع القيصریات

معدل حدوث القيصریات المجرأة بسبب ارتكاز من مجموع القيصریات في فترة الدراسة (%) جدول رقم (15)

التسلسل	السنة	العدد	النسبة من عدد القيصریات العام
1	2008	53	%2.86
2	2009	47	%2.79
3	2010	43	%2.76
4	المجموع	143	%2.78

نلاحظ من الجدول تناقص معدل القيصریات المجرأة بسبب الارتكاز إلا أنه لا

توجد فروق إحصائية ذات معنى $PV < 0,05$.

من بين حالات الارتكاز كان هناك 12 حالة مشيمة ملتحمة في دراستنا انتهت

باستئصال رحم ولادي وكان في سوابق 5 منها جراحة على الرحم.

سابعاً - الحمل المديد:

جدول رقم (16) يبين معدل القيصریات المجرأة للحمل المديد من مجموع القيصریات

معدل القيصریات المجرأة للحمل المديد من مجموع القيصریات وأسبابها خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (16)

القيصریات المجرأة						النسبة	التسلسل
العدد الكلي	النسبة من عدد القيصریات	تحريض سابق للقيصرية	قيصرية + حمل مديد	حمل مديد + تألم جنين	حمل مديد لعديدة ولادة		
30	1.32	18	7	3	2	2008	1
27	1.31	14	6	4	3	2009	2
34	1.36	17	9	5	3	2010	3
91	1.33	49	22	12	8	المجموع	4

نلاحظ من الجدول اختلاف معدل القيصریات المجرأة بسبب الحمل المديد من سنة لأخرى إلا أنه لا توجد فروق إحصائية ذات معنى $PV < 0,05$.
ثامناً - الحمل المتعدد:

الجدول رقم (17) يبين معدل حدوث القيصریات المجرأة بسبب الحمل المتعدد معدل حدوث القيصریات بسبب حمل متعدد خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (17)

التسلسل	النسبة	عدد القيصریات	نسبة القيصریات من عدد القيصریات العامة
	2008	97	%3.7
1	2009	83	%3.15
2	2010	88	%3.25
3	المجموع	278	%3.328

نلاحظ من الجدول تغير معدل القيصریات المجرأة بسبب الحمل التوأمي خلال فترة الدراسة إلا أنه لا توجد فروق إحصائية ذات معنى $PV < 0,05$.
جدول رقم (18) يوضح معدل حدوث الحمول التوأمية التي أجرى لها قيصرية وأنواع المجيء.

معدل حدوث الحمل التوأمية التي أجري لها قيصرية حسب المجيء جدول رقم (18)

التسلسل	السنة	توأم ثلاثي	خروس التوأم الأول مقعدي	ولود التوأم الأول مقعدي	التوأم الأول معترض	خروس التوأم الأول رسي	ولود التوأم الأول رسي	سوابق قيصرية + حمل توأمي
	2008	4	14	15	10	8	7	7
1	2009	9	3	11	8	3	3	5
2	2010	3	13	12	9	7	6	6
3	المجموع	16	30	28	37	18	16	18

نلاحظ من الجدول رقم (18) أن الاستطباب الأكبر لإجراء قيصرية بسبب حمل توأمي هو وجود التوأم الأول معترض.

تاسعاً - انبثاق الأغشية الباكر:

جدول رقم (19) يبين نسبة القيصرات التي أجريت بسبب انبثاق الأغشية الباكر من عدد القيصرات العام .

معدل حدوث القيصرات بسبب انبثاق الأغشية الباكر في فترة الدراسة (%) جدول رقم (19)

التسلسل	السنة	القيصرات	
		العدد	النسبة من عدد القيصرات العامة
1	2008	46	%2.15
2	2009	53	%2.25
3	2010	61	%2.4
4	المجموع	160	%2.328

نلاحظ من الجدول زيادة معدل القيصرات المجرأة بسبب انبثاق الأغشية في فترة الدراسة إلا أنه لا توجد فروق إحصائية ذات معنى $PV < 0,05$.

جدول رقم (20) يعرض تفصيلاً لاستطباب القيصرات بسبب انبثاق الأغشية الباكر.

جدول رقم (20)

استطابات القيصرات بسبب انبثاق

حالات الانبثاق التي أجري لها قيصرية			السنة	التسلسل
فشل تحريض	إنتان أمينوسي	سوابق قيصرية + انبثاق		
15	7	24	2008	1
24	6	23	2009	2
28	11	22	2010	3
57	24	69	المجموع	4

نلاحظ من الجدول رقم (20) أن تزامن انبثاق الأغشية الباكر مع قيصرية

سابقة يشكل النسبة الأكبر من الاستطابات

عاشراً - ما قبل إرجاج الإرجاج:

الجدول رقم (21) يبين عدد حالات الإرجاج وما قبله التي انتهت بقيصرية.

معدل حدوث القيصرات بسبب الإرجاج وما قبل الإرجاج خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (21)

القيصرات			ما قبل الإرجاج والإرجاج		السنة	التسلسل
النسبة من القيصرات	النسبة من حالات ما قبل الإرجاج	العدد	النسبة من الولادات	العدد الكلي		
%3.09	%16.26	65	%4.41	450	2008	1
%3.11	%16.29	70	%4.47	485	2009	2
%3.16	%16.32	80	%4.51	503	2010	3
%3.12	%16.29	215	%4.46	1438	المجموع	4

نلاحظ من الجدول تغير معدل القيصرات المجرأة بسبب الإرجاج

وما قبل الإرجاج من سنة لأخرى إلا أنه لا توجد فروق إحصائية ذات

معنى $PV < 0,05$.

الحادي عشر - عدم التناسب الحوضي الجنيني:

جدول رقم (22) يبين القيصريات المجرأة بسبب عدم تناسب

حوضي جنيني أو ضيق حوض ونسبتها المئوية من عدد القيصريات العام

معدل حدوث القيصريات بسبب عدم تناسب حوضي جنيني أو ضيق حوض خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (22)

النسبة من القيصریات العامة	ضيق حوض صریح			عدم تناسب حوضي جنینی			العدد الإجمالي	السنة	التسلسل
	خروس+ ضيق حوض صریح	سوابق قيصرية + ضيق حوض صریح	العدد من القيصریات	نوع المجيء		العدد من القيصریات			
				مقدي	رأسي				
7.9%	4	51	55	12	118	130	185	2008	1
8.3%	5	49	54	6	135	141	195	2009	2
7.8%	4	39	43	4	125	129	172	2010	3
8.00%	14	139	152	22	378	400	552	المجموع	4

نلاحظ من الجدول تغير معدل القيصريات المجرأة بسبب ضيق حوض إلا

أنه لا توجد فروق إحصائية ذات معنى $PV < 0,05$.

الثاني عشر - سوابق قيصرية واحدة:

جدول رقم (23) يبين معدل حدوث القيصريات المجرأة لمرضى

سوابق القيصرية الواحدة من عدد القيصريات العام.

معدل حدوث القيصريات المجرأة لمرضى سوابق قيصرية واحدة في فترة الدراسة (%) جدول رقم (23)

النسبة من عدد القيصريات العام	القيصريات	السنة	التسلسل
22.01%	443	2008	1
24.7%	575	2009	2
25.2%	635	2010	3
24.1%	1643	المجموع	4

نلاحظ من الجدول (23) ارتفاع نسبة القيصريات المجرأة لمرضى بسوابق

قيصرية واحدة سنة بعد سنة في دار التوليد بدمشق لكن لا يوجد فروق إحصائية

ذات معنى $PV < 0,05$.

استطببات أجراء القيصرية في السيدات بسوابق قيصرية

نلاحظ من الجدول رقم (24) أن النسبة الأكبر من القيصرات لمرضى بسوابق قيصرية تجرى باستطباب تهديد تمزق رحم.

الأسباب الأخرى التي ذكرت في الجدول تضمنت حمل مديد 120 حالة (19%) إرجاج ما قبل إرجاج 90 حالة (14%)، شح سائل وقلة حركات 252 حالة (40,5%)، انبثاق أغشية 110 حالة (16,5%)، حمل عزيز 45 حالة (7%)، إصلاح أمامي خلفي 14 حالة (1,7%)، انسداد سرر 9 حالة (1,3%).

جدول رقم (25) يبين عدد الحالات بسوابق جراحية على الرحم والنسبة من القيصرية العام

جدول رقم (25)

من خلال دراستنا وجدنا أن هذين الاستطبايين في الجدول أجريت القيصرية مباشرة فور التشخيص.

درسنا أغلب استطببات القيصرات أما بقية الاستطببات النادرة منها أما دمجت مع بقية الاستطببات المدروسة أو أننا اكتفينا بذكر نسبتها في بداية الدراسة لقلتها.

نستعرض أهم الاختلاطات المشاهدة أثناء العملية القيصرية أو بعدها في مشفى التوليد بدمشق.

V المشاكل النسائية والجراحية غير المتوقعة بعد الفتح:

جدول رقم (26) يبين الموجودات الجراحية والنسائية غير المتوقعة بعد الفتح

الموجودات الجراحية والنسائية غير المتوقعة بعد الفتح جدول رقم (26)

التسلسل	العام	كيسة مبيض	كتلة حوضية	أورام ليفية	ورم عجائبي	زائدة ملتتهبة	رحم وحيد القرن	رحم ذو قرنين	رحم ذو حجاب	ورم عظمي
1	2008	8	2	18	3	1	10	14	6	1
2	2009	4	2	17	1	1	9	15	4	0
3	2010	6	1	13	1	0	8	11	2	0
4	المجموع	16	5	48	5	2	27	40	12	1

0 من الضروري ذكر موجودات الفتح الجراحي في تقرير العمل الجراحي لمتابعتها لاحقاً.

0 حالات كيسات المبيض الـ 16 تم استئصال 5 منها، كذلك الأورام العجائبية الخمسة تم استئصالها.

0 الورم العظمي تم تشخيصه قبل الجراحة على أنه ورم ليفي، ثم بالفتح تبين أنه على حساب عظم العانة، وتأكد التشخيص بالتشريح المرضي.

0 تم استئصال 4 من الأورام الليفية التي وجدت، 3 منها معنقة تحت المصلية، في حين أن الآخر كان ضمن العضلية الرحمية على القطعة السفلية ولم نتمكن من استخراج الجنين دون استئصاله.

v الاختلاطات أثناء العملية:

نجمها في الجدول رقم (27) ثم ندرسها بالتفصيل:

الاختلاطات أثناء العملية القيصرية أثناء فترة الدراسة (%) جدول رقم (27)

التسلسل	الاختلاطات أثناء العملية	عدد الحالات	النسبة من عدد القيصرات العام
1	أذيات بولية	49	%0.795
2	تمزق ندبة القيصرية	75	%1.41
3	امتداد الشق الرحمي	130	%1.95
4	استئصال الرحم الولادي	24	%0.398

1- أذية السبيل البولي:

نعرض في الجدول رقم (28) الأذيات البولية ومعدل حدوثها

معدل حدوث الأذيات البولية خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (28)

التسلسل	العام	إصابة المثانة		ربط الحالب		قطع الحالب	
		عدد الحالات	النسبة من عدد القيصرات العام	العدد	النسبة من عدد القيصرات	العدد	النسبة من عدد القيصرات
1	2008	12	%0.55	7	%0.298	2	%0.049
2	2009	10	%0.48	6	%0.31	1	%0.076
3	2010	8	%0.96	5	%0.297	0	%0.048
4	المجموع	30	%0.49	16	%0.298	3	%0.049

إن معظم هذه الأذيات وجدت لدى مريضات في سوابقهن قيصرتان فأكثر، حيث أن خطورة وتواتر توارد الأذية يتناسب طردياً مع زيادة عدد القيصرات 18 حالة، في حين وجدت الأذيات الأخرى في القيصرات بسبب تكبيس منزلي وعدم تقدم (9) حالات، و 6 حالات استئصال الرحم الولادي.

2- تمزق ندبة القيصرية:

جدول رقم (29) يبين حالات انفتاح ندبة القيصرية المكتشفة بعد الولادة الطبيعية وأثناء المخاض ومعدل كل منها

معدل حدوث انفتاح ندبة القيصرية خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (29)

التسلسل	العام	انفتاح ندبة القيصرية أثناء المخاض		انفتاح ندبة القيصرية بعد ولادة طبيعية	
		النسبة %	العدد	النسبة %	العدد
1	2008	0.766%	13	0.66%	10
2	2009	0.816%	18	0.61%	2
3	2010	0.795%	17	0.58%	8
4	المجموع	0.796%	48	0.62%	27

0 قد يحدث انفتاح الندبة في سوابق قيصرتين فما فوق، أو قيصرية علوية إن تمخضت المريضة، لذا يجب أن لا تتعرض هذه المريضات للمخاض أبداً، وإجراء القيصرية الانتخابية بتمام الحمل. (41)

3- امتداد الشق الرحمي:

نعرض في الجدول رقم (30) عدد ونسبة حالات امتداد الشق الرحمي

معدل حدوث امتداد الشق الرحمي في دراستنا (%) جدول رقم (30)

التسلسل	العام	القطعة السفلية		جسم الرحم		الشريان الرحمي	
		النسبة من عدد الحالات	عدد الحالات	النسبة من عدد القيصرات	عدد الحالات	في جهتين	في جهة واحدة
		النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة	العدد
1	2008	2.07%	27	0.121%	3	0.163%	5
2	2009	1.195%	23	0.098%	2	0.141%	4
3	2010	1.191%	22	0.048%	1	0.141%	4
4	المجموع	1.194%	72	0.099%	6	0.149%	13

إن معظم الحالات وجدت في حالات تدخل المجيء عميقاً داخل الحوض مع ترقق القطعة السفلية الشديد، لذا يجب الانتباه والحذر الشديدين أثناء استخراج الجنين، وعطف الرأس جيداً قبل إخراجها، وعدم

الاستناد للقطعة السفلية، وتوسيع الشق الرحمي عند الحاجة لذلك نحو الأعلى، وجدت هذه الأسباب في (48) حالة.

0 في حين وجدت (24) حالة أثناء استخراج الجنين المعترض.

4- القيصرات التي انتهت باستئصال رحم ولادي:

جدول رقم (31) يبين حالات القيصرات التي انتهت باستئصال

رحم ولادي ونسبتها من عدد القيصرات العام

معدل حدوث استئصال الرحم الولادي خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (31)

التسلسل	السنة	عدد الحالات الكلي	النسبة من عدد القيصرات العام
1	2008	9	%0.414
2	2009	8	%0.397
3	2010	7	%0.381
4	المجموع	24	%0.398

0 المشيمة الملتحمة كانت السبب في (12) حالة.

0 العطالة الرحمية السبب في 9 حالة.

0 تمزق رحم ولادي غير قابل للإصلاح في 3 حالات.

لذا يجب التحضير الجيد بتأمين كل ما قد يلزم لاستئصال الرحم عند توقع حدوثه كما في ارتكاز المشيمة مع سوابق متعددة، أو السيدات مع سوابق عطالة رحمية، أو سوابق قيصرية متعددة، كما أن السرعة في اتخاذ القرار الجراحي الحاسم دون التردد عند الاستطباب.

v الاختلاطات بعد العملية (بعضها يحصل أثناء العملية أيضاً):

نجملها في الجدول رقم (32) ثم ندرسها بالتفصيل:

الاختلاطات بعد العملية القيصرية في فترة الدراسة (%) جدول رقم (32)

التسلسل	الاختلاطات بعد العملية	عدد الحالات	النسبة من عدد القيصرات
1	إعادة فتح البطن	24	%0.398
2	التهاب الوريد الخثري	33	%0.54
3	أذية الأمعاء والكولون	11	%0.199
4	حالات الصمة الرئوية ووذمة الرئة	18	%0.198
5	النزف ونقل الدم	333	%5.6
6	الانتانات الحاصلة بعد القيصرية	156	%2.49
7	الوفيات الوالدية عقب القيصرية	9	%0.148

نلاحظ من الجدول أنّ أكثر الاختلاطات التي تحدث بعد العملية هو النزف الذي يحتاج لنقل دم.

1- إعادة فتح البطن:

جدول رقم (33) يبين الحالات التي أعيد فتح البطن فيها وأهم الأسباب لذلك.

معدل حدوث إعادة فتح البطن خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (33)

التسلسل	السنة	عدد الحالات الكلي	النسبة من عدد القيصرات
1	2008	9	%0.452
2	2009	7	%0.343
3	2010	8	%0.385
4	المجموع	24	%0,398

إن معظم الحالات كانت بسبب نزف داخل البطن 14 حالة، ثم ورم دموي في الرباط العريض 5 حالات، تليها خراجة حوضية في 3 حالات، ثم حالتين بسبب نسيان رفادات داخل البطن.

حالات النزف كانت من الزوايا الرحمية التي لم تخاط جيداً في 13 حالة في حين أن الحالة الأخرى كانت بسبب نزف من الوجه الخلفى للمثانة.

هذا الاختلاط يمكن منعه غالباً وذلك عن طريق (49):

0 إرقاء الشق الرحمي أو أي نزف فعّال وعدم الإغلاق قبل التأكد من ذلك.

0 التأكد من عدد الرفادات بعدّها من قبل المساعدة والجراح وممرضة العمليات وذلك قبل إغلاق البريتوان الجداري والعضلات.

من هنا كانت الأهمية الكبيرة للمراقبة المشددة بعد العمل الجراحي، ومتابعة المريضة لكشف الاختلاطات باكراً ما أمكن.

ويجب أن ننوه أن الاختلاطات المسجلة هي إما اكتشف في المشفى قبل تخرج المريضة أو راجعت لأجله المريضة، دون القدرة على حصر كل الحالات التي قد تراجع مشفى آخر أو تعالج من قبل طبيب آخر.

2- التهاب الوريد الخثري:

جدول رقم (34) يبين حالات التهاب الوريد الخثري عقب القيصرية وزمن اكتشافها.

معدل حدوث التهاب الوريد الخثري خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (34)

التسلسل	السنة	الحالات	النسبة من القيصرات	زمن الكشف بعد القيصرية
1	2008	13	0.61	بعد 10-18 يوم
2	2009	9	0.45	
3	2010	11	0.53	
4	المجموع	33	%0.54	

18 حالة مما سبق كانت لديها عوامل خطر ولم تتلقى مميعات وقائية.

3- أذية الأمعاء والكولون:

جدول رقم (35) يبين عدد حالات فتح الأمعاء والنسبة من عدد القيصرات العام في دراستنا.

معدل حدوث أذية الأمعاء خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (35)

التسلسل	السنة	عدد الحالات الكلي	النسبة من القيصرات
1	2008	4	%0.211
2	2009	4	%0.211
3	2010	3	%0.172
4	المجموع	11 حالة	%0.199

9 حالات من هذه الحالات كانت لمريضات بسوابق جراحية على الرحم.

4- حالات الصمة الرئوية ووذمة الرئة:

جدول رقم (36) يبين حالات الصمة الرئوية ووذمة الرئة عقب القيصرية والنسبة من عدد القيصرات العام في دراستنا.

معدل حدوث الصمة الرئوية ووذمة الرئة خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (36)

التسلسل	السنة	عدد الحالات الكلية	النسبة من القيصرات
1	2008	7	%0.318
2	2009	5	%0.278
3	2010	6	%0.296
4	المجموع	18 حالة	%0.298

ملاحظة: إن قولنا صمة رئوية يقصد به شك صمة رئوية لأن التشخيص الأكيد لا يكون إلا بوسائل مكلفة غير متوفرة في المشفى ولذلك نعتمد بالتدبير على الشبهة السريرية والقصة المرضية والفحص السريري.

5- النزف ونقل الدم:

جدول رقم (37) يعرض حالات النزف التي تطلبت نقل دم في دراستنا

حالات النزف التي تتطلب نقل دم في فترة الدراسة (%) جدول رقم (37)

التسلسل		عدد الحالات	النسبة المئوية من القيصرات	وحدات الدم المنقولة	متوسط وحدات الدم
1	ارتكاز مشيمة معيب	108	%1.791	237	2.19
2	عطالة رحمية	60	%0.995	174	2.9
3	امتداد الشق الرحمي	36	%0.597	93	2.5
4	انفكاك	36	%0.597	87	2.4
5	إصابة الشريان الرحمي	33	%0.547	78	2.3
6	تمزق ندبة القيصرية	24	%0.398	42	1.75
7	قيصرية مع استئصال رحم ولادي	24	%0.398	117	4.8
8	DIC	12	%0.199	57	4.75
9	المجموع	333	%5.6	885	2.66

نلاحظ من الجدول أن أكثر الحالات التي ترافقت مع نقل دم هي ارتكاز المشيمة المعيب 108 حالات أما متوسط وحدات الدم المنقولة فكانت أكبر مع القيصرات المختلطة بـ DIC

إن معدل النزف الطبيعي في القيصرية 700-1000 مل وفي بعض الحالات قد تشكل العملية القيصرية بحد ذاتها سبباً للنزف غير الطبيعي، وهذا يحدث عند إصابة الأوعية الدموية جراحياً خاصة الشريان الرحمي، والنزف الزائد من الشق الرحمي أو خلف المثانة.....(48)

وعليه فيجب أخذ الاحتياطات الأكبر للتقليل من نزف المريضة ما أمكن، وتدبير النزف بشكل فعال وفور حدوثه مع ضرورة توفر الدم بسخاء في المشفى، كما يجب تجهيز الدم مسبقاً للقيصرات الانتخابية خاصة مرضى الارتكاز وسوابق القيصرات المتعددة ولدينا.

6- الانتانات الحاصلة بعد القيصرية:

جدول رقم (38) يبين أهم الانتانات ونسبتها من القيصرات في دراستنا

معدل حدوث الانتانات في فترة الدراسة (%) جدول رقم (38)

التسلسل	العام	انتان باطن الرحم	انتان الجرح	الخراجات	الانتان التنفسي
		النسبة من القيصرات	العدد	النسبة من القيصرات	العدد
1	2008	%1.26	26	%0.74	15
2	2009	%1.22	24	%0.67	13
3	2010	%1.25	25	%0.66	13
4	المجموع	%1.24	75	%0.69	42

يتبين من الجدول أن انتان باطن الرحم يشكل الانتان الأكثر انتشاراً كإختلاط للقيصرية

7- الأسباب الرئيسية للمشاهدة في الانتانات بعد القيصرية:

والجدول رقم (39) يبين العوامل المساعدة لانتان باطن الرحم عقب

القيصرية:

العوامل المساعدة لانتان باطن رحم عقب القيصرية في فترة الدراسة (%) جدول رقم (39)

عوامل مساعدة لانتان باطن الرحم					العام	التسلسل
بقايا مشيمية	أمراض مستبطنة (سكري - فقر دم)	مخاض شاق وعسير	انتان أمينوسي	انبثاق أغشية باكر		
4	5	2	9	5	2008	1
5	1	2	8	7	2009	2
6	3	4	7	6	2010	3
16	9	8	24	18	المجموع	4
12 يوم	7 أيام	5 أيام	10 أيام	7 أيام	متوسط البقاء في المشفى	5

نلاحظ من الجدول أن الانتان الأمينوسي شكل النسبة الأكبر التي

تسبق انتان باطن رحم

انتهت إحدى حالات انتان باطن الرحم بسبب بقايا مشيمية التي

راجعت بصدمة بوفاة المريضة بعد 9 ساعات من قبولها في العناية

المشددة.

8- الوفيات الوالدية عقب الولادة القيصرية:

جدول رقم (40) يبين عدد حالات الوفيات الوالدية عقب القيصرية ونسبتها من عدد الولادات العام ومن عدد القيصرات.

معدل حدوث الوفيات الوالدية خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (40)

التسلسل	السنة	عدد الوفيات	النسبة من عدد الولادات العام	النسبة من القيصرات
1	2008	4	%0.0497	%0.193
2	2009	2	%0.0396	%0.108
3	2010	3	%0.0436	%0.151
4	المجموع	9	%0.0432	%0.148

جدول رقم (41) يبين أسباب الوفيات الوالدية عقب القيصرية

أسباب الوفيات الوالدية عقب القيصرية خلال فترة الدراسة (%) جدول رقم (41)

التسلسل	العام	أسباب الوفيات عقب القيصرية					
		النزف	صدمة انتانية	إرجاج+ سكري	DIC أثر انفكك	صدمة أمينوسية	صدمة رئوية
1	2008	2	1	0	1	0	1
2	2009	1	0	0	0	0	0
3	2010	1	0	1	0	1	0
4	المجموع	4	1	1	1	1	1

مع ما تقدم نلاحظ أن النزف ما زال سبباً هاماً للإمراضية والوفيات الوالدية لدينا يجب السيطرة عليه لذا يجب:

- 0 ارقاء النزف جيداً أثناء العمل الجراحي.
- 0 التدبير السريع والفعال للنزوف التوليدية الطارئة (انفكك، ارتكاز، تمزقات، "رحم أو قطعة سفلية أو ندبة").
- 0 توفر الدم الطازج والبلازما والصفائح وعوامل التخثر في المشفى دوماً لتدبير النزوف أو حالات الـ DIC فور التشخيص.

- 0 التحضير الجيد للمريضات بمرض مستبطن قبل العمل الجراحي ما أمكن.

9- أما حالات الاندحاق البطني:

بعد القيصرية سجلت حالة واحدة كان استطبها سوابق 5 قيصرات، وهذه النتيجة قد لا تعكس الحقيقة بوجود حالات لا تراجع المشفى عند حدوث الاندحاق.

V المناقشة:

قامت هذه الدراسة الوصفية الراجعة التي اعتمدت سجلات المشفى بإحصاء معدل وقوع العملية القيصرية واستطبابتها واختلاطاتها في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق.

رصدت هذه الدراسة العمليات القيصرية المجرأة في المشفى وذلك في الفترة بين 2008/1/1 و 2010/12/31.

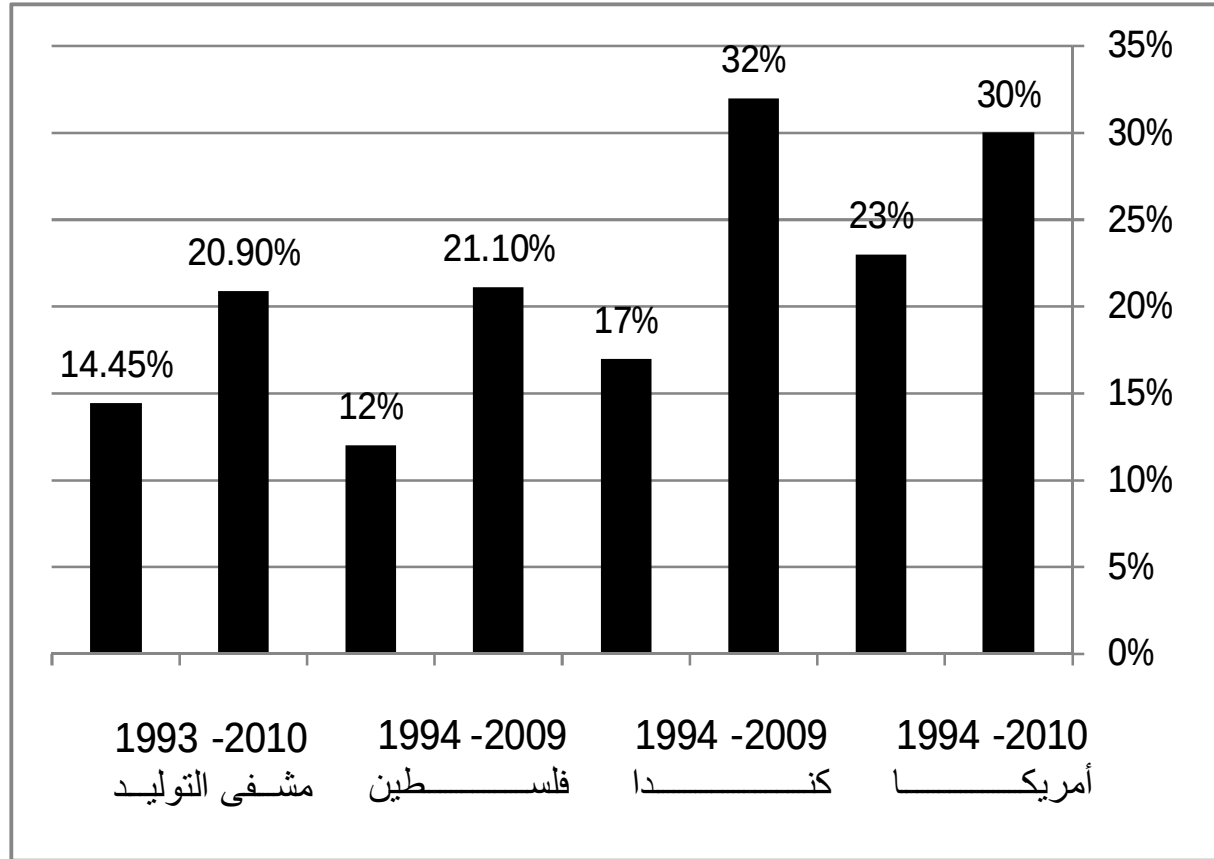
وتجدر الإشارة إلى أن دراسة الاختلاطات اعتمدت على الأذيات التي تم توثيقها في السجلات فقط، علماً أن كثيراً من المشكلات لم تسجل وتم التعامل مع بعضها كمريضة خارجية أو حولت لمشافٍ أخرى.

بلغ عدد الولادات الكلي في دراستنا 36026 وعدد القيصريات 6905 بنسبة 19,16% وقد كانت النسب 17,37%-19,10% - 20,9% في الأعوام 2008-2009-2010 على التوالي حيث نلاحظ التصاعد التدريجي بمعدل القيصريات في مشفانا خلال فترة الدراسة وبمقارنة هذه النسبة مع دراسة الدكتور ياسر حبيب عام (1990-1994) (4) 13,95% حيث ازدادت النسبة بحوالي 5,15% في مشفى التوليد الجامعي.

وهذا يفسر بشكل رئيسي بزيادة السيدات باستطبابتهم بسوابق قيصريتين فما فوق وازدياد الميل نحو توليد المقعدي بقيصرية وتناقص استخدام الملقط والمحجم مع الزمن في مشفى التوليد الجامعي بدمشق.

وبمقارنة هذه النسبة مع النسبة في فلسطين في دراسة أجريت من قبل المديرية المركزية للإحصاءات الفلسطينية عام 2009 هي 21,10% (37) وفي دراسة Jackson.N في جامعة برستول عام 2007 كانت النسبة 23,3% (29).

وهذه النسبة هي في أمريكا عام 2009 30% (48) وفي كندا 32% (48) عام 2009 نلاحظ رغم التصاعد التدريجي لمعدل إجراء القيصرية لدينا إلا أنه لا زال أخفض من النسب العالمية والإقليمية وهذا يفسر (ما عدا فلسطين لأن النسبة متقاربة) بزيادة نسبة إجراء القيصريات في هذه البلدان للمجيء المقعدي ولرغبة المريضة بالإضافة إلى تأخر سن الزواج ومقاضاة الأطباء ساهمت في زيادة هذه النسبة انظر المخطط الترسيمي رقم (3).



مخطط رقم (3) يوضح تغير نسب القيصرية في بعض الدراسات من ضمنها مشفى التوليد الجامعي يحتل استطباب سوابق قيصريتين فما فوق في دراستنا 24,82 من مجمل القيصرات وهو يشكل الاستطباب الأكثر شيوعاً وبمقارنتها مع دراسة الدكتور ياسر حبيب (4) نجدها 13,5 وهذه الزيادة تفسر ازدياد نسبة السيدات بسوابق قيصريتين في دراستنا.

وبمقارنة النسبة في دراستنا مع النسبة في دراسة Jackson.N عام 2007 في جامعة برستول (29) 11,3% وفي أمريكا 10,3% (48) وهذا يفسر بزيادة عدد الأولاد في سورية أكثر من كل من بريطانيا وأمريكا وبالتالي زيادة نسبة القيصرات المكررة.

0 بلغت نسبة المجيء الوجهي في دراستنا 100/17 ألف ونسبة القيصرات المجرأة لهذا الاستطباب 87,3% بلغت هذه النسبة في مشفى برستول في دراسة Jackson.K عام 2007 (29) 90/72 ألف ولادة أكثر من النسبة في دراستنا ونسبة القيصرات المجرأة 73% أقل من النسبة لدينا وهذا الاختلاف الأخير يفسر بالجوء للقيصرية في مشفانا في كثير من الأحيان بوجود المجيء الوجهي بدون تحديد نوع الوضع للمجيء الذي يملك فرصة للولادة في حال كان أمامياً.

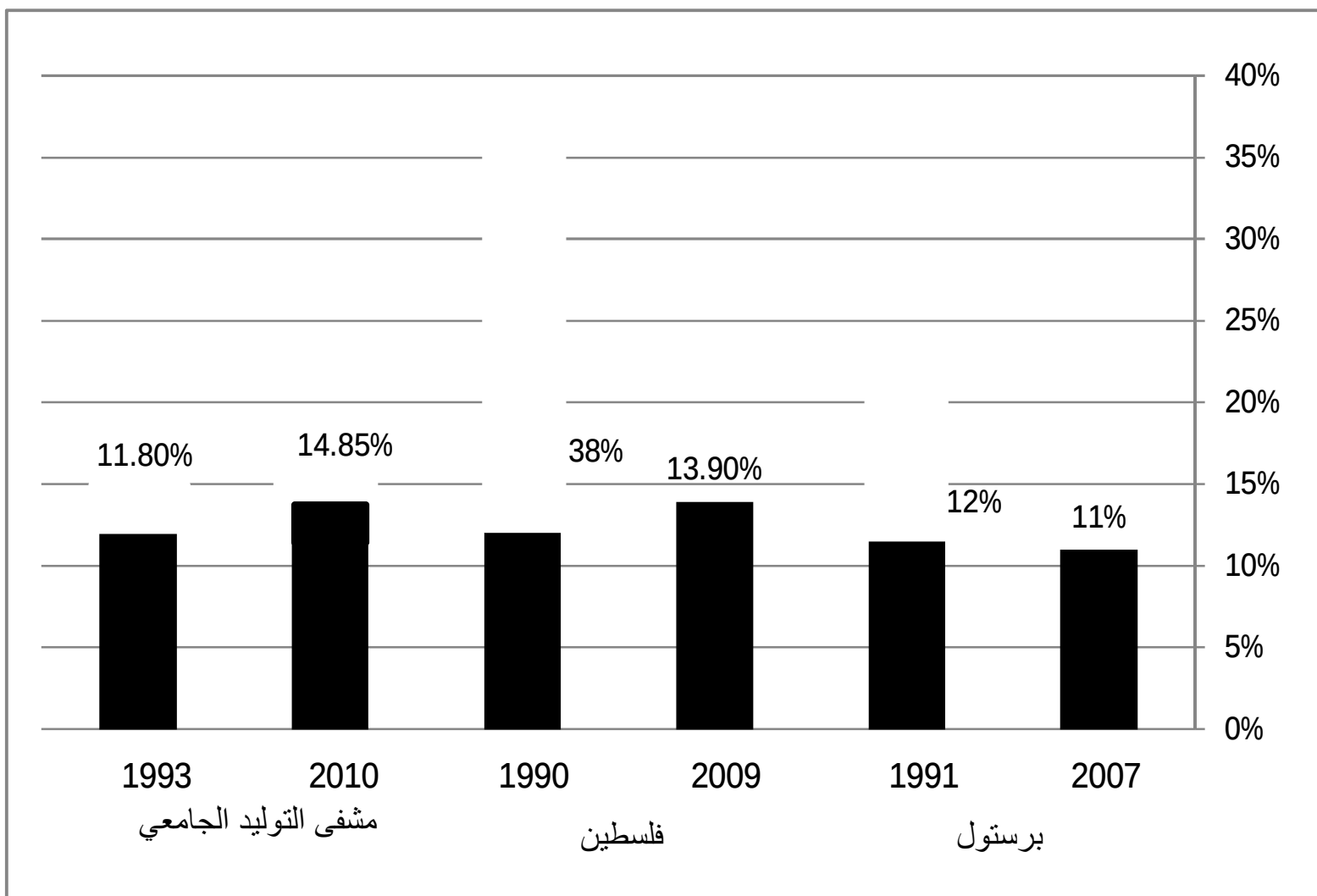
0 بلغت نسبة المجيء المقعدي لمجموع الولادات في دراستنا 2,87% وأجري قيصرات لـ 80,2% منها وبمقارنتها مع دراسة د.حبيب (4) نجد أن النسبة أعلى 3,71 ونسبة القيصرات أقل 63% مما يشير إلى إزدیاد الميل في

مشفانا تدريجيا نحو توليد المقعدي قيصرية ويفسر ذلك تزايد مقاضاة الأطباء في سورية مع الزمن وهو له دور في تزايد معدل القيصرية في مشفانا. بالمقارنة مع دراسة Jackson.N عام 2007 (29) نجد أن نسبة المجيء المقعدي من مجموع الولادات 4,1% أكبر من دراستنا ونسبة القيصرية 68% وفي أمريكا 93% (48) أكبر من النسبة في دراستنا حيث أن معظم الولدان بمجئيات مقعدية تولد حالياً بقيصرية في الولايات المتحدة.

يعتبر المجيء المقعدي من الحالات الشائعة ونسبة كبيرة منه تنتهي بولادة قيصرية مما يدل على كونه حمل عالي الخطورة ويجب أن تخضع الحامل به إلى مراقبة مشددة أثناء المخاض لكشف الاختلالات التي قد تحصل هنا بشكل أكبر منها في المجيء الرأسي.

بلغت عدد حالات تألم الجنين في مشفانا في فترة الدراسة 969 والنسبة من مجموع القيصرية 14,04% في حين بلغت في دراسة د.حبيب (4) 14,85%.

وهذا الفارق صغير وإذا ما قورن بدراسة Jackson.N (29) في جامعة برستول 11% (لدينا أكبر) وفي فلسطين (13,9) (لدينا أكبر) انظر المخطط رقم (4).



المخطط رقم (4) يقارن بين تغيرات نسب القيصرية المجرى بسبب تألم الجنين بين أعوام مختلفة في عدة دراسات

قد تفسر النسبة الأكبر لدينا أن حث المخاض لدينا يحدث أكثر من تلك الدراسات وذلك لعدم وجود ضوابط للحث في شعبة المخاض بالإضافة إلى ازدحامها بالمرضى أحياناً مما يجعل من حث المخاض ضرورة لكي يتسع للقبولات الجديدة وهذا يزيد من فرص تألم الجنين.

0 بلغ عدد حالات القيصرية لانفكاك المشيمة الباكر في دراستنا 559 نسبتها من مجموع القيصريات 1,09% بمقارنة هذه النسبة مع دراسة Joackson.N عام 2007 نجدها 0,98% وهذا يفسر بقلّة ضبط الضغط الشرياني للحوامل في بلادنا مقارنة مع بريطانيا كونه يشكل العامل المسبب الأكثر شيوعاً لحالات انفكاك المشيمة

إن المراقبة للحامل وخصوصاً كشف ارتفاع الضغط الشرياني وضبطه يقي من حدوث هذا الاختلاط أو على الأقل تسمح أثناء المخاض بكشف الانفكاك باكراً قبل تعرض الأم أو جنينها للخطر (48).

0 بلغ عدد حالات الحمل المديد في دراستنا 3520 نسبتها من عدد الولادات 9,75% وأجريت القيصرية بنسبة 3,34% وبمقارنتها مع دراسة د. حبيب (4) النسبة من عدد الولادات 9,65% وأجريت القيصريات لـ 3,41% نجد أن النسب متقاربة و في دراسة Jackson.N في جامعة برستول (29) نجد أن نسبة الحمل المديد 9,5% وأجريت قيصرية لـ 3,37% النسب متقاربة أيضاً.

0 يبلغ معدل القيصريات المجرأة بسبب الحمل التوأمي من عدد القيصريات العامة في دراستنا 3,328% وهي في الدراسة المحلية للدكتور حبيب (4) عام 1995، 2,15% وفي دراسة Jackson.N (29) عام 2007، 3,332%.

نجد مما سبق أن النسبة متقاربة مع الدراسة العالمية إلا أنه هناك فرق بين دراستنا ودراسة د. حبيب (4) وهذا يفسر بالازدياد التدريجي في عدد السيدات بحمول توأمية خلال العقدين السابقين في سورية بسبب تقانات الاخصاب المساعد، هذا بالإضافة لكون الحمل التوأمية الناجمة عن هذه التقانات تشكل بحد ذاتها استطباب للقيصرية في أغلب الأحيان.

0 تبلغ معدل القيصریات المجرأة باستطباب (شح سائل وقلة حركات) في سجلاتنا 2,72% من عدد القيصریات العام حيث أن هذا التعبير بمفرده بدون ترافقه مع اختبارات أخرى على الجنين (NST، CST، ...) لم نجده في دراسة د.حبيب (4) أو دراسة Jackson.N (29) عام 2007 وتفسير ذلك أن هذا الاستطباب درج في السنوات الأخيرة وهو متعلق بطريقة ممارسة بعض أعضاء الهيئة التدريسية.

0 بلغ معدل إجراء عملية قيصرية لمريضة بسوابق قيصرية واحدة من عدد القيصریات العام في دراستنا 24,1% وهي في دراسة د.حبيب (4) عام 1995 25,25% وفي دراسة Jackson.N (29) عام 2007 25,1% وهذه النسب متقاربة، بينما لوحظ الفرق باستطباب شك تمزق رحم لمريضة سوابق قيصرية واحدة حيث شكل في دراستنا 8,44% من عدد القيصریات العام إلا أنه لم يشكل في دراسة د.حبيب (4) سوى 2,5% وفي دراسة Jackson.N (29) عام 2007، 2,7% وتفسير ذلك أنه في الدراستين المذكورتين هذا الاستطباب (شك تمزق رحم) لا تجرى القيصرية إلا بوجود ما يشير لتآلم جنين أو أعراض صريحة لتمزق رحم بينما لوحظ في دراستنا أنه لا يوجد ما ذكر في ثلاث أرباع الحالات وهذا طبعاً بمتابعة الجنين حيث كان أبغاره جيد في الدقيقتين الأولى والخامسة ولم يكن هناك تمزق رحم أو ترقق ندبه شديد بعد الفتح.

0 في دراستنا بلغ عدد أذيات المثانة 30 ونسبتها من مجموع القيصریات 0,49% وبلغت هذه النسبة في دراسة Jackson.N (29) عام 2007، 0,31% والملاحظ أن النسب متقاربة.

قد تعود النسبة الأكبر لدينا غالباً إلى كثرة مرضى سوابق قيصريتين فما فوق.

0 بلغت عدد حالات التهاب الوريد الخثري في دراستنا 33 حالة نسبتها من القيصریات المجرأة 0,54% وهذه النسبة في دراسة Jackson.N (29) في جامعة برستول 1,56% (النسبة لدينا أقل شيوعاً).

وتفسير ذلك أن هناك الكثير من الحالات لم تراجع المشفى وهذا يفسر الاختلاف مع النسب العالمية التي تراوحت بين 0,6% - 1,87% (48).
 O بلغت عدد حالات الوفيات الوالدية بعد القيصرية في دراستنا 100/148 ألف وقد تصدر النزف السبب الأهم للوفيات.
 وبلغت في دراسة Jackson.N عام 2007 في جامعة برستول عام 2007، 100/95 ألف قيصرية (أقل من النسبة لدينا) وقد تصدرت الأسباب التخديرية السبب الأهم للوفاة.
 وتفسير أن نسبة الوفيات في دراستنا أكبر هو عدم تحضير المرضى جيداً للعمل الجراحي بالإضافة إلى التأخر في اتخاذ قرار العمل الجراحي أحياناً وعدم استدعاء الخبرات اللازمة عند الضرورة في بعض الأحيان بالإضافة إلى أن وحدة العناية المشددة لدينا غير مهيأة بشكل يمكن التعامل مع جميع الحالات أسوة ببريطانيا بالإضافة لعدم توفر مشتقات الدم بشكل دائم والتي تلعب في بعض الأحيان دور حاسم في إنقاذ المريضة.

v ملخص:

1. عدد القيصرات خلال فترة الدراسة 6905.
- معدل حدوث العملية القيصرية هو 19,6%.
2. يشكل استطباب سوابق قيصريتين فما فوق النسبة الأكبر 24,82%.
3. يشكل الشك بتمزق الرحم 8,44%- وشح السائل الأمينوسي وقلة حركات الجنين) 2,72% نسباً أكبر من النسب العالمية.
4. يشكل النزف السبب الأكبر للوفيات الوالدية حتى الآن في دار التوليد الجامعي بدمشق.
5. خلل تخديري يتمثل بقلة عدد طلاب الدراسات وسوء توزيع المشرفين.

٧ التوصيات:

1. عدم إجراء قيصرية باستطباب ألم مكان الندبة إلا استناداً إلى معايير أخرى كتألم الجنين أو شك قوي بتمزق رحم كون هذا الاستطباب هو أعلى في مشفانا من الدراسات العالمية.
2. توثيق تألم الجنين قبل وضع استطباب القيصرية باستخدام الوسائل الضرورية (PH دم فروة الجنين - تخطيط قلب الجنين وغيرها..).
3. وضع ضوابط لحث المخاض يستند إلى أسس علمية كونه يزيد خطر تألم الجنين لدينا مقارنة مع الدراسات العالمية.
4. وضع ضوابط لإجراء قيصرية باستطباب (شح سائل وقلّة حركات) إلا استناداً إلى ترافقه مع معايير أخرى أو اختبارات أخرى على الجنين مثلاً (NST، CST،.....).
5. تسجيل كل ما يحصل ضمن العملية القيصرية ضمن سجل المريضة.
6. العمل على اتخاذ القرارات بالوقت المناسب وعدم التأخر في استدعاء الخبرات الضرورية عند الحاجة.

الاستمارة الخاصة بالبحث العلمي

الاستمارة الخاصة بالبحث العلمي:

1. اسم المريضة:
2. عمر المريضة:
3. رقم السجل:
4. مكان الإقامة:
5. عدد الولادات السابقة:
6. عدد الحمل:
7. طرق الولادات السابقة واستطباب القيصرية بحالة وجودها ضمن السوابق:
8. السوابق الجراحية والشخصية والدوائية والتحسسية والمرضية:
9. الحمل الحالي: طريقة الولادة: الاستطباب قبل الجراحة وبعدها.
10. مدة العمل الجراحي:
 - 1- أقل من ساعة.
 - 2- بين ساعة وساعة ونصف.
 - 3- أكثر من ساعة ونصف.
11. كمية النزف مقدرة أثناء العمل الجراحي:
 - 1- $1000 >$ مل.
 - 2- من 1000 إلى 1500 مل.
 - 3- $1500 <$ مل.
12. الوقت الفاصل بين اتخاذ القرار وإجراء القيصرية:
 - 1- $>$ نصف ساعة.
 - 2- $<$ نصف ساعة - ساعتين.
 - 3- $<$ ساعتين.
13. الاختلاطات المرافقة للعمل الجراحي:
 - 1- كبرى: تمزق رحم، استئصال رحم، إعادة فتح البطن، أذية الأعضاء المجاورة (المثانة، حالب، مستقيم)، خسارة دم كبيرة (الحاجة لأكثر من وحدة دم واحدة)، DVT.
 - 2- صغرى: امتداد شق الرحم إلى عنق الرحم أو إلى الرباط العريض، انفتاح ندبة القيصرية السابقة، انتان الجرح، نقل وحدة دم واحدة.
 - 3- تاريخ مراجعة المريضة مع ذكر الاختلاط المرافق.

v المراجع العربية:

1. أساسيات في التوليد وأمراض النساء نسخة 2000.
2. أساسيات في التوليد وأمراض النساء نسخة 2007.
3. المرشد العلمي في الحمل والولادات عالية الخطورة - كلية الطب البشري - جامعة دمشق، 1996.
4. رسالة ماجستير دراسات عليا " العملية القيصرية" د. ياسر حبيب 1995.
5. رسالة ماجستير دراسات عليا "تدبير سوابق قيصرية"، د. سابا 1989.
6. رسالة ماجستير دراسات عليا "العملية القيصرية (المعدل والاستطباب)"، د. سلوى خطاب 2009.
7. رسالة ماجستير دراسات عليا "ارتكاز المشيمة المعيب"، د. زينة 1992.
8. كتاب فن التوليد الجزء الأول - أستاذ حقي وأستاذ فرعون.
9. كتاب في فن التوليد الجزء الثاني - أستاذ حقي وأستاذ فرعون.

v المراجع الأجنبية:

10. American College of Obsteticians and Gynecologists. Evaluation of cesarean delivery. Washington, DC, American college of Obstetricians and Gynecologists 2000, 85:309-325.
11. Bahl R et al. Outcome of subsequent pregnancy three years after previous operative delivery In the second stage of labour. British medical journal. 2004, 328:311-346.
12. Belizan JM et al. Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study. British medical journal, 1999, 319: 1397-1402.
13. Belizan JM et al. goals in maternal and perinatal care in latin America and the Caribbean. Birth, 2005, 32(3): 210-218.
14. Clement S. Psychological aspects of caesarean section Best practice & research; 2008, 13: 103-125.
15. Clinical obstetrics and gynaecology, 2001, 12 (1): 109-26.

- 16.Cobbage KH, William PJ. Severe preeclampsia and delivery outcomes: Is immediate cesarean delivery beneficial? American journal of obstetrics and gynecology, 2002, 186: 921-923.
- 17.Current o & g.diagnosis & treatment 1996, 190:1120- 1132.
- 18.Cunningham& : infection morbidity following cesarean section. Am jo, 1982, 52: 103-114.
- 19.Dec;ercq E et al. Maternal risk profiles and the primary cesarean rate in the united states, 1991- 2002. American journal of public health, 2006, 96 (5) : 867-872.
- 20.Douglas- stromme: operative obstetrics. 2001, 92 (2): 857-859.
- 21.Duff & ... : p[rophylactic antibiotics for cesarean delivery. Am jo. G 157: 794, 1998.
- 22.Glezerman M. five years to the term breech trial. The rise and fall of a randomized controlled trial. American journal of obstetrics and gynecology, 2006, 194: 20-25.
- 23.Gupta JK, Nikodem VC. Womans position during the second stage of labor. In the Cochrane Library, 2000, (issue 4. Update software: Oxford).
- 24.Hannah ME et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: arandomised multicentre trial. The lancet, 2000, 356: 1375-1383.
- 25.Heffner lj et al. impact of labor induction, gestational age, and maternal age on cesarean delivery rates. Obstetrics and gynecology, 2003, 102 (2): 287-293.
- 26.Hodnett ED et al. continuous support for women during childbirth. The Cochrane database of Systematic. Reviews. 3, 2003, Art. No: cd 003766.DOI: 10.1002/146518858. Cd 003766.
- 27.Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. Best practice & research. Clinical obstetrics and gynaecology, 2005, 19 (1): 103-115.
- 28.Hofmeyr GJ, Kulier R. external cephalic version for breech presentation at term (Review). The Cochrane Database Systematic Reviews, 1, 1996. (art.no: cd0000383. Doi:10.1002/146518580cd000083.

29. Jackson N. indications and complications of cesarean section. *Prestol. H.* 2007, 11: 112-314.
30. Keirse M. Evidence-based childbirth only for breech babies. *Birth*, 2002, 29 (1): 55-59.
31. Levine EM et al. mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns *Obstetrics and gynecology*, 2001, 97 (3): 439-442.
32. Martel &: maternal age and primary cesarean section rates *amj o.g* 156: 305-1997.
33. Makoha FW et al. Multiple cesarean section morbidity. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 2004, 87 (3): 227- 232.
34. Mossialos E et. An investigation of caesarean section in three Greek hospitals: the impact of financial and convenience. *European journal of public health*. 2005, 15 (3) 288-295.
35. Notzon FC et al. cesarean section delivery in the 1980s: international comparison by indication. *American journal of obstetrics and gynecology*, 1994, 170 (2): 495-504.
36. Notzan & ... comparisons of national cesarean section rates *n.engl g med* 316-386.
37. Palestinian Central Bureau of Statistics . demographics and Health survey: Final Report, 2009. Ramallah, Palestinian Central Bureau of Statistics, 2009, 2: 40-120.
38. Placek & ...: vaginal birth after cesarean in the 1990 *amj public-health* , 2001, 78: 125-175.
39. Ragoth. *Obstetrics and gynecology*, 1999, 93: 332-337.
40. Rahnema R et al. impact of early admission in labor on method of delivery. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 2006, 92: 217-220.
41. Roberte. Rogers: complication section o & G clinics of north America. Vol 15 no4.
42. Sebastian faro: infectious disease relation to cesarean section O & G clinics of north America. Vol 15 no 9.

43. Sum et al term breech trial collaborative group: planned caesarean section complications in the term breech trial. British journal of obstetrics and gynaecology, 2004, 111: 1065-1093.
44. Taffel & ...: trends in the u.s cesarean section rates for the rise. Am. J. public health 1998, 3: 115-125.
45. Thomas J, Paranjothy S. th national Sentinel Caesarean Section Audit Report, RCOG Press, 2001, 13: 76-87.
46. Walker R et al. Strategies to address global cesarean section rates: A review of the evidence. Birth, 2002, 29 (1): 28-39.
47. Wax JR et al. patient choice cesarean: An evidence- based review. Obstetrical & gynecological survey, 2004, 59 (8)L: 601-616.
48. Walsh CA, walshsr: Evaluation of cesarean delivery from Williams obstriss 2009, 13: 687-750.
49. Wick LC. Making lives under closure: Birth and medicine in Palestine's Waiting zones. Ph . dissertation. Cambridge, Massachusetts: Massachusetts institute of Technology, 2006, p. 117-118.