جامعة دمشق
كلية الطب البشري

# النتائج الوالدية المترافقة مع تجربة مخاض عقب قيصرية سفلية معترضة وحيدة سابقة

بحث علمي أعد لنيل درجة الدراسات العليا التخصصية في التوليد وأمراض النساء

رئاسة
الأستاذ الدكتور
كنعان السقا

إشراف
الأستاذ الدكتور
مروان الزيات

إعداد الدكتور محمد الحلو

دمشق- 2015

# بطاقة شكر

**لعائلتي الكريمة.....لكم كل الاحترام والحب**

**لمن أناروا الدرب.....أساتذتي الأفاضل**

# محتويات البحث


| المحتويات | الصفحة |
|---|---|
| **القسم النظري** | 4 |
| **القسم العملي** | 20 |
| منهج البحث | 21 |
| عرض نتائج البحث | 25 |
| مناقشة النتائج | 33 |
| التوصيات | 35 |
| **المراجع** | 36 |
| **الملاحق** | 41 |

# القسم النظري

# العملية القيصرية

## تعريف:

تعرّف الولادة القيصرية بأنها ولادة الجنين من خلال إجراء شق في جدار البطن ومن ثم في جدار الرحم. وبالتالي فإن هذا التعريف لا يتضمن استخراج الجنين من جوف البطن في حالات تمزق الرحم أو في حالات الحمل البطني.

## الوقوع:

ازدادت معدلات إجراء العملية القيصرية في كل أنحاء العالم دون استثناء، ومن ضمنه سورية والتي بلغ معدل القيصريات فيها 14.8% عام 2002 (Khawaja M *et al.*, 2009).

أما في الدراسات التي أجريت على مستوى دار التوليد الجامعي فقد ازداد معدل إجراء العملية القيصرية من 13.98% في عام 1994 إلى 20.9% عام 2010 (د.وليد حمود، 2011).

أما في الولايات المتحدة فقد ازداد معدل العملية القيصرية بين 1970–2007 من 4.5% من كل الولادات إلى 31.8% (Hamilton BE *et al.*, 2009)، وبقي هذا الارتفاع ثابتاً باستثناء السنوات بين 1989–1996، وبسبب هذا الازدياد في معدلات القيصريات أوصت مجموعة عمل الكلية الأمريكية للمولدين والنسائيين حول معدلات الولادة القيصرية بخفض نسبة الولادة القيصرية لدى الخروسات إلى 15.5% لدى السيدات مع حمول مفردة رأسية تمام الحمل، وثانياً رفع معدلات الولادة المهبلية بعد سابقة عملية قيصرية VBAC إلى 30% (American College of Obstetricians and Gynecologists*and* Task Force on Cesarean Delivery Rates, 2000).

ووضع برنامج "الناس الأصحاء 2010" للخروسات منخفضات الخطورة هدفاً لمعدل القيصريات يبلغ 15% ولكن لم يحقق البرنامج أهدافه لعدة أسباب من بينها:

- انخفاض نسبة الولادة المهبلية بعد سوابق قيصرية سفلية VBAC من 26% في عام 1996 إلى 8.5% في عام 2007 (Hamilton BE *et al.*, 2009).
- ازدياد معدل الولادات القيصرية الانتخابية لاستطبابات متنوعة، والتي تتضمن الخوف من أذية أرضية الحوض المترافقة مع الولادة المهبلية، أو بسبب طبي في الولادات الباكرة لإنقاص أذية الجنين، أو بسبب طلب المريضة.

# استطبابات القيصريات:

**أولاً -أسباب تتعلق بالأم :** بعض الحالات المرضية كالداء السكري أو أمراض القلب الشديدة أو الإرجاج وماقبل الإرجاج.

**ثانياً -أسباب تتعلق بالجنين:**

١. المجيء المعيب: مقعدي أو معترض.
٢. الحمول التوأمية الثنائية إذا كان التوأم الأول مقعدي أو معترض، وجميع الحمول التوأمية بأكثر من اثنين.
٣. نقص نمو داخل الرحم أو عرطلة الجنين.
٤. تألم الجنين عبر مراقبة الاضطراب في نظم الجنين .

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

**رابعاً -أسباب تتعلق بالسائل الأمنيوسي:** شح أو انعدام السائل أو استسقاء سائل أمنيوسي مهدّد للأم أو الجنين.

**خامساً -أسباب تتعلق بالحبل السري:** مجيء سرري أو انسدال سرر نابض.

**سادساً -أسباب خاصة بالمشيمة:** ارتكاز المشيمة المعيب، وانفكاك المشيمة الباكر .

**سابعاً -أسباب خاصة بالرحم:**

١. عطالة الرحم البدئية أوالثانوية : بعد تطبيق مخطط المخاض وفشل الأوكسيتوسين .

٢. جراحة سابقة على جسم الرحم .

٣. كارسينوما عنق الرحم الغازية أو تندب العنق التالي لكي أو لخزعة مخروطية .

**ثامناً -أسباب تتعلق بالحوض** : عدم التناسب الحوضي الجنيني ونادراً ما يشخص قبل المخاض إذ يلزم لتشخيصه دخول تجربة مخاض.

# الولادة بعد سوابق قيصرية

## لمحة تاريخية

اعتبر المخاض الطبيعي في الماضي ضرباً من التهور والجنون ومضاد استطباب مطلق لدى أي سيدة في سوابقها ولادة قيصرية، وكانت العبارة المشهورة: "قيصرية مرة – قيصرية كل مرة Once Caesarian – Always Caesarian" هي المتبعة والمعتمدة ( Cunningham FG *et al.*,2010).

## تجربة المخاض أم تكرار القيصرية:

إن السيدات مع محاولة ولادة مهبلية بعد قيصرية لديهن فرصة نجاح بين 56–80% (Stone C et al., 2000)، وبلغت نسبة النجاح 74.34% في مشفى التوليد عام 2006 (د.عفاف الأحمد، 2006) ولكن نسبة السيدات اللاتي يحاولن ذلك في انخفاض في العديد من الدول مدفوعة بالتقارير السلبية حول زيادة خطر اختلاطات والدية وجنينية مرتبطة بها، بما فيها تمزق الرحم والوفاة حول الولادة.

عندما تزايدت أعداد السيدات اللاتي في سوابقهن ولادة قيصرية وحاولن الخضوع لولادة مهبلية ؛ وردت عدة تقارير توحي بأن الولادة المهبلية بعد الولادة القيصرية قد تكون أخطر مما هو متوقع، وأدت هذه التقارير والدراسات إلى ازدياد القلق وتراكم المخاوف في ما يتعلق بأمان هذه الممارسة التوليدية وساهمت بارتفاع الجدل إلى حد كبير وأدى ذلك إلى الإقلال من عدد النساء اللواتي في سوابقهن ولادة قيصرية ويحاولن إتمام الولادة مهبلياً ، وأدى ذلك إلى ارتفاع مرافق في معدل الولادة القيصرية مرة ثانية لتصل 83% في استراليا (Laws P et al., 2010) وحوالي 90% في الولايات المتحدة (Hamilton BE *et al.*, 2009). وتشكل القيصرية المكررة حالياً 28% من كل الولادات في المملكة المتحدة (RCOG. 2001).

أظهرت مراجعة تحليلية للدراسات المنشورة أن الولادة بعملية قيصرية مكررة انتخابية والولادة مهبلياً بعد عملية قيصرية سابقة كلاهما له فوائد وأخطار، وأن الأدلة المستقاة تأتي من دراسات غير معشاة، مع وجود انحياز هام، وأن أي نتائج أو استنتاجات يجب أن تؤخذ بحذر مع ضرورة وجود دراسات معشاة مضبوطة لوضع دليل أكثر قوة حول الفوائد والأخطار ( Dodd JM *et al.*, 2004).

توصلت مراجعة منهجية مقارنة لدراسات الأدب الطبي غير المعشاة إلى أن الأدب الحالي غير مؤكد بشكل هام، وأن أبحاث المستقبل يجب أن تركز على توحيد قياس النتائج ( Guise JM et al., 2003).

تتضمن مخاطر VBAC النزف والحاجة لنقل الدم، وإنتان باطن الرحم، وتمزق الرحم، والوفاة حول الولادة، واعتلال الدماغ الإقفاري بنقص الأكسجة ( Guise JM et al., 2010; RCOG. 2007).

أما السيدات مع قيصرية انتخابية مكررة فإنه يوجد زيادة في خطر الاختلاطات الجراحية والمشيمة المخترقة ومخاطر القيصريات المكررة، وأيضاً فإن الولدان تحت خطر للمراضة التنفسية (Guise JM et al., 2010).

## الحوامل المرشحات لإجراء الولادة المهبلية عقب الولادة القيصرية السابقة:

أيدت الكلية الأمريكية للمولدين والنسائيين الولادة المهبلية عقب الولادة القيصرية السابقة ، وحثّت الأطباء على الاضطلاع بها، لكنها في الوقت ذاته وجّهت إلى ضرورة أخذ الحيطة و الحذر بتأكيدها على أنه "أصبح واضحاً أن محاولة الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية تترافق مع خطر نادر لكنه معتبر لتمزق الرحم مع نتائج سيئة للأم والجنين معاً." (ACOG. 2004)

قادت هذه التطورات إلى مقاربة أكثر موضوعية لتجربة المخاض لإجراء ولادة مهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة موضحة الحاجة لإعادة تقييم الإرشادات والعوامل المهيئة لإجراء الولادة مهبلياً عقب الولادة القيصرية السابقة بدون اختلاطات . وبناءاً عليه يجب تحديد العوامل التي لابد من

أخذها في الحسبان عند تقييم السيدة التي ستخضع لمحاولة الولادة مهبلياً عقب الولادة القيصرية السابقة .

يلخص الصندوق ( 1) أهم النصائح التي وجهتها الكلية الأمريكية للمولدين والنسائيين عام 2004 لاختيار السيدة المرشحة لخوض تجربة الولادة مهبلياً عقب الولادة القيصرية ( ACOG. 2004). ومع ذلك يعاني هذا التقييم من وجود نقص في الدراسات المعشاة الواسعة التي تثبت فعاليته.

استنتج Hashima وزملاؤه عام 2004 بناءً على مراجعتهم لمئة دراسة وجود القليل من البيانات عالية النوعية المتوفرة لترشد القرارات السريرية التي تخص اختيار السيدات اللاتي من المحتمل أن يخضعن لمحاولة ولادة مهبلية ناجحة بعد ولادة قيصرية سابقة.

***الصندوق رقم (1)***

| **توصيات الكلية الأمريكية للمولدين والنسائيين لاختيار السيدات المرشحات لخوض تجربة ولادة مهبلية بعد ولادة قيصرية** |
|---|
| ١ -لايوجد أكثر من ولادة قيصرية سابقة وحيدة بشق معترض سفلي .<br>٢ -يجب أن يكون الحوض مناسباً للولادة سريرياً.<br>٣ -عدم وجود ندبات أخرى وتمزقات سابقة على الرحم.<br>٤ -وجود طبيب قادر على مراقبة المخاض وإجراء قيصرية إسعافية عند الضرورة .<br>٥ -توفر طاقم تخديري مع طاقم توليدي جاهز لإجراء قيصرية إسعافية عند الضرورة. |

يجب أن يتم نقاش علمي وموضوعي مع كل سيدة لديها ولادة قيصرية سابقة واحدة حول محاسن ومساوئ ومحاذير محاولة الولادة مهبلياً مقابل إجراء الولادة القيصرية الثانية بشكل انتخابي وبذلك يتم التوصل للقرار النهائي من قبل المريضة والطبيب معاً.

أقرت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال والجمعية الأمريكية للمولدين والنسائيين عام 2007 النتائج التالية:

- ✓ محاسن الولادة المهبلية الناجحة مثل: قصر فترة الإقامة في المشفى، وألم أقل، وفترة شفاء أسرع، وغيرها.
- ✓ مضادات الاستطباب لتجربة المخاض على سبيل المثال: قيصرية كلاسيكية سابقة ، وتمزق رحم سابق، وعدم إمكانية إجراء قيصرية إسعافية خلال المخاض، وأمور أخرى.
- ✓ خطورة تمزق الرحم بشكل عام أقل من 1%.
- ✓ تزداد خطورة تمزق الرحم عند وجود عدة جراحات رحمية أو فرط قلوصية رحمية أو عند محاولات إنضاج العنق أو لدى تحريض المخاض بالأوكسيتوسين .
- ✓ يترافق تمزق الرحم مع موت الجنين وأذية عصبية وليدية شديدة.

# اختلاطات العملية القيصرية

## ١) وفيات الأمهات:

إن أهم أسباب الوفيات الوالدية أثناء وبعد القيصرية: الصمة الرئوية، والتخدير، والنزف، والإنتان، وارتفاع الضغط الشرياني.

تختلف النسب باختلاف الدراسات ففي بريطانيا يعد التخدير هو السبب الأول بسبب ذات الرئة الاستنشاقية يتلوه الإنتان، والنزف، والصمة الرئوية.

## ٢) الاختلاطات التخديرية:

إن استنشاق محتويات المعدة "متلازمة ماندلسون" يتوقع حدوثه عند المرأة الحامل بصورة أكثر تواتراً لأن الأطعمة تبقى بحالتها الصلبة في معدة الماخض مدة 12-16 ساعة مع زيادة الإفرازات المعدية ويعود السبب في ذلك إلى:

- عامل نفسي: كالخوف والقلق مما يؤدي إلى حث إفراز المعدة.
- عامل فيزيولوجي: تشنج البواب في بداية المخاض.
- عامل دوائي: حالات المبهم والأفيونات المستعملة تثبط الحركات الحوية.
- عامل آلي: تضغط الرحم الكبيرة على الأمعاء وتمنع حركتها.

تشبه أعراض المتلازمة نوبة الربو، وتنتهي ثلثي الحالات غير المعالجة بالوفاة. تكمن الوقاية منها في تعديل حموضة المعدة والتنبيب الحنجري.

تتضمن الاختلاطات التخديرية الأخرى: خطأ أو فشل التنبيب، رض الحنجرة، كسر الأسنان أو سقوطها، توقف القلب واضطرابات النظم، تأخر الصحو وغيرها.

## ٣) اختلاطات الجراحة:

### اختلاطات فتح البطن:

أ. أذية الأمعاء والكولون: غالباً تكون بسبب وجود التصاقات ناجمة عن عملية سابقة، أو داء حوضي التهابي.

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.

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.

**اختلاطات فتح الرحم** : إذا كان الشق المعترض على الرحم منخفضاً فقد يصل لجزء من جدار المهبل وهذا يشاهد عادة في القيصريات عقب مخاض شاق وطويل عندما يكون العنق تام الاتساع، قد يسبب استخراج الرأس امتداد الشقوق السفلية إلى الشرايين الرحمية إذا كان الرأس غير منعطف جيداً، أو بالاستخراج الخاطئ للرأس ، وهذا قد يسبب نزفاً غزيراً. أما الامتداد لخاصرة الرحم فقد يؤدي لأذية الحالب أثناء الترميم . إن عدم كشف أذيات العنق يؤدي لنزف بعد القيصرية (Glezerman M, 2006) .

٤) **النزف**:

يعرف النزف بعد الولادة بأنه ضياع أكثر من 500 مل من الدم بعد الولادة المهبلية وأكثر من 1000 مل بعد العملية القيصرية، ويمكن أن يعرّف بأنه النزف الذي يؤدي لانخفاض الهيماتوكريت بمقدار 10% أو النزف الذي يتطلب نقل دم، وبناءاً على ذلك كان معدل النزف 3.9% و 6-8% بعد الولادة المهبلية والقيصرية على الترتيب.

يعد النزف الناجم عن امتداد الشق الرحمي أكثر الاختلاطات مشاهدة وخطورة ، وتعتبر عطالة الرحم سببا شائعا للنزف أثناء القيصرية ، ويجب ألا ننسى أبداً اضطرابات التخثر ، والنزف من مكان المشيمة، والنزف على الوجه الخلفي للمثانة ، ويدبّر كل منها فوراً دوائياً أو جراحياً حسب السبب (Glezerman M, 2006) .

ينقل الدم عندما ينخفض الهيماتوكريت عن 24% في حالات النزف الحادة أو في حال تطور وهط وعائي ونقص أكسجة.

٥) **المشاكل النسائية والجراحية غير المتوقعة** : ومنها الأورام الليفية والكيسات والأورام المبيضية.

٦) **اعتلال التخثر**: قد يتطور الاعتلال التخثري أثناء الجراحة، ويترافق عادة مع الصمة الأمنيوسية أو الإنتانية، والانفكاك الحاد، واحتباس جنين ميت، وما قبل إرجاج شديد حيث يتطور DIC.

٧) **الصمة الغازية** : تزداد في المداخلات الجراحية العنيفة خاصة، وفي مريضات نقص الحجم العميق والانفكاك والارتكاز المعيب (Walsh CA, Walsh SR. 2009).

# الاختلاطات التالية للقيصرية:

## 1- إنتان باطن الرحم النفاسي:

وهو أكثر حدوثاً بعد القيصريات من الولادة الطبيعية ، ويبلغ متوسط نسبة الحدوث 10–15%. يزداد احتمال انتان باطن الرحم بعد القيصرية لدى سيدات الطبقات الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة، وعند إجراء القيصرية بعد مخاض طويل وشاق أو تمزق الأغشية لفترة طويلة وفي حال المسوس المهبلية المتكررة والمراقبة الالكترونية الداخلية (Burrous LJ et al., 2004).

تعتبر العوامل الممرضة داخلية المنشأ في السبيل التناسلي العامل الممرض الأساسي لإنتان باطن الرحم بعد القيصرية وغالباً ما تكون مشتركة هوائية ولا هوائية. يعتبر ارتفاع الحرارة من أهم العلامات المميزة للإنتان النفاسي وهي تتجاوز عادة 38 درجة مئوية وتترافق عادة بألم أسفل البطن، ومضض رحمي، وقد يترافق ذلك بضائعات كريهة الرائحة ويتراوح تعداد الكريات البيض بين 15–30 ألف/ميكروليتر عادة.

## 2- أذيات متعلقة بالجراحة:

### أذيات الطرق البولية:

انسداد الحالب الذي ينجم عن ربطه أو هرسه بملقط، أو تزويه، أو سوء وظيفته بسبب تجريد غمده، أو قطعه ، وقد يكون الانسداد جزئياً أو مضاعفاً في الحالبين. وحدوث النواسير .

### الاختلاطات المعدية والمعوية:

تشكو 20-30% من المريضات من ألم معتدل بسبب التمدد بالغازات، وقد يتطور إلى انسداد أمعاء شللي في 1% من الحالات. أما الانسداد الميكانيكي فيحدث نتيجة الالتصاقات بآلية الانفتال، أو دخول عروة معوية في شق البطن.

## 3- تمزق ندبة القيصرية في الحمل اللاحق:

تبلغ نسبة تمزق ندبة القيصرية العلوية 4%، ويمكن أن يحدث التمزق حتى دون مخاض، أما نسبة تمزق القيصرية السفلية فهي 0.5% (Abitbol MM *et al.*, 1993).

## 4- الخثار الوريدي والصمة الرئوية:

يشكل الحمل حالة مؤهبة للخثار وتحدث الأدواء الصمية الخثرية في أي وقت من الحمل والنفاس، وتزيد القيصرية من خطورة ذلك بـ 3.8 أضعاف مقارنة مع الولادة المهبلية (Salonenros H et al., 2002)، وتبلغ نسبة حدوث الخثار الوريدي العميق بعد القيصرية 0.6-1.8%، أما نسبة حدوث الصمة الرئوية بعد القيصرية فهي 0-0.2%، تكون أول صمة رئوية مميتة في 20-25% من الحالات ويقدّر أن الصمة الرئوية مسؤولة عن 10% من الوفيات الوالدية بعد القيصرية، وهي أكثر اختلاطات الخثار خطورة ( Gupta JK, Nikodem VC. 2000).

### التهاب الأوردة الحوضية الخثري الإنتاني:

يحدث بسبب امتداد الإنتان إلى الأوردة الحوضية وحدوث خثار فيها، وعادة تصاب الأوردة المبيضية. تحدث بنسبة 1/800 قيصرية تقريباً ( Brown CEL et al., 1999)، وتتضمن الأعراض استمرار ارتفاع الحرارة على الرغم من العلاج بالصادات، تشخص هذه الحالة باستخدام الوسائل الشعاعية كالتصوير الطبقي والرنين المغناطيسي. تعالج بالمضادات الحيوية والهيبارين.

## 5- **إنتان الجرح**:

يتراوح معدل حدوث إنتان الجرح عقب العملية القيصرية بين 3-15% بمعدل وسطي 6% (Chaim W *et al.*, 2000). تشمل عوامل الخطورة: البدانة، والداء السكري، والمعالجة بالستيروئيدات، والتثبيط المناعي، وفقر الدم والإرقاء غير الكافي مع تشكل الأورام الدموية.

يتضمن العلاج الصادات الحيوية مع التفجير الجراحي والتأكد من سلامة اللفافة.

## 6- **اندحاق الجرح**:

وهو تفرق اتصال اللفافة، ويتظاهر عادة بعد اليوم الخامس من الجراحة بضائعات مصلية غزيرة من الجرح. تبلغ نسبة الاندحاق الحاد 0,15% أي حوالي ربع حالات الاندحاق بعد القيصرية البالغة 0,6% أما نسبة الوفيات الوالدية من هذا الإندحاق فهي 2,3% وتختلف حسب المشفى ومكان الدراسة والآلية هي فشل التئام الجرح (Jackson N. 2007)، يتضمن العلاج الصادات الحيوية مع إعادة إغلاق اللفافة تحت التخدير.

## 7- **إعادة فتح البطن مرة ثانية**:

تختلف أسباب ذلك ومنها : وجود نزف داخلي، ورم دموي كبير، نسيان قطعة شاش أو شانة، وغيرها...

# النتائج الوالدية المرافقة لتجربة مخاض بعد قيصرية سابقة

## نسبة الخطورة:

على الرغم من ازدياد نسبة تمزق الرحم والاختلاطات المرافقة له بشكل واضح أثناء تجربة المخاض فقد وافق بعض الباحثين على أن هذه العوامل لن تؤثر على قرار محاولة الولادة مهبلياً عقب القيصرية VBAC إلا قليلاً؛ لأن الخطورة المطلقة لهذه الاختلاطات ما تزال قليلة جداً وفي الحدود الدنيا المقبولة.

كانت نسبة تمزق الرحم تعادل 7 بالألف فقط بالمقارنة مع عدم حدوث أي حالة لتمزق الرحم لدى السيدات اللواتي أجرين ولادة قيصرية انتخابية. ولوحظ أن معدلات الإملاص والأذيات الدماغية الناتجة عن نقص الأكسجة كانت أكبر بشكل واضح لدى السيدات اللاتي خضعن لتجربة مخاض (Landon MB *et al.*, 2004).

سجّل Smith وزملاؤه عام 2002 نسبة الخطورة والوفيات حول الولادية المترافقة مع تجربة المخاض وقارنوها مع السيدات اللاتي يخططن لإجراء قيصرية انتخابية مكررة مستخدمين البيانات المتعلقة بكل مشافي التوليد في اسكوتلندا ، وتوصلوا إلى أن الخطورة المطلقة لتمزق الرحم أثناء إجراء تجربة المخاض والتي يمكن أن تسبب أذية الجنين أو وفاته تعادل 1 بالألف فقط.

## المراضة الوالدية:

قدّم إنقاص نسبة المخاطر التي تواجهها الأمهات نقطة دعم أخرى تصب في مصلحة دعم الولادة بالطريق المهبلي عقب الولادة القيصرية وذلك بالمقارنة مع السيدات اللاتي يجرين قيصرية انتخابية مكررة.

لم يظهر وجود اختلاف واضح في نسبة الوفيات الوالدية بين السيدات اللاتي خضعن لتجربة المخاض وبين السيدات اللاتي أجرين قيصرية انتخابية مكررة وذلك في دراسة أجراها Landon والعاملون معه عام 2004.

تحتاج الولادة المهبلية لتخدير أقل مع خطر منخفض، ومراضة بعد الولادة أقل وإقامة أقل في المشفى وتكلفة اقل.

تنطوي الولادة القيصرية على زيادة نسبة المخاطر مقارنة مع الولادة المهبلية ، وتشمل مخاطر التخدير، والنزف، وأذية المثانة وأعضاء أخرى، والإنتان الحوضي، والالتصاقات، وأذيات أخرى. أظهرت دراسة Crowther ورفاقها ( 2012) للمقارنة بين نتائج الولادة المهبلية والقيصرية الإنتخابية أن مجموعة القيصرية الإنتخابية ترافقت مع اختلاطات والدية هامة بنسبة 3.1% أما تجربة الولادة المهبلية بعد القيصرية فقد ترافقت مع اختلاطات بنسبة 4.5% مع وجود دلالة هامة للفرق.

تفضل الكثير من السيدات أن يجرين قيصرية انتخابية على أن يخضعن لتجربة مخاض بعد ولادة قيصرية، ويعود ذلك لعدة أسباب منها ملاءمة موعد الولادة والخوف من المخاض الطويل والشاق.

وجد أن 93% من السيدات اللاتي ولدن ولادة قيصرية انتخابية مقتنعات بخيارهن مقابل 53% من السيدات اللاتي اخترن محاولة إجراء ولادة مهبلية بعد ولادة قيصرية، وارتفعت هذه النسبة إلى 80% لدى السيدات اللاتي كانت تجربة الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة ناجحة وغير مترافقة باختلاطات (Abitbol MM *et al.*, 1993).

# القسم العملي

# منهج البحث

## عنوان البحث:

**النتائج الوالدية المترافقة مع تجربة مخاض عقب قيصرية سفلية معترضة وحيدة سابقة.**

**Maternal outcomes associated with trial of labor after one prior low transverse cesarian delivery.**

## هدف البحث:

تحديد المخاطر الوالدية "تمزق الرحم ونقل الدم وإنتان باطن الرحم النفاسي والحوادث الخثارية وأذيات الطرق البولية والأورام الدموية" للنساء اللواتي تعرضن لقيصرية سفلية معترضة سابقة وحيدة ويخضعن لتجربة مخاض مقارنة مع إجراء قيصرية ثانية انتخابية .

## مبررات البحث:

ازداد معدل إجراء القيصريات في مختلف بلدان العالم بشكل دراماتيكي خلال العقود الماضية. فقد ازداد معدل إجرائها في الولايات المتحدة من 5% لكل الولادات عام 1970 إلى 26% في

عام 2002 (Hamilton BE, et al., 2009)، وإن الجهود المبذولة لتقليل نسبة القيصريات فشلت في تحقيق أهدافها المرجوة لهذا الغرض، فقد فشلت في خفض النسبة الإجمالية للقيصريات إلى 15% وفي زيادة معدل إجراء تجربة مخاض عقب قيصرية إلى 35% (Department of Health and Human Services. 2000).

ازداد معدل إجراء VBAC بشكل ملحوظ في العقود الأخيرة، وجاء ذلك متوافقاً مع توصيات الكلية الأمريكية للمولدين والنسائيين التي نادت بضرورة تحفيز كل سيدة خضعت لقيصرية وحيدة سفلية سابقة لإجراء تجربة مخاض بالولادات التالية في حال كانت مناسبة لولادة مهبلية (ACOG. 2004). على كل حصل ازدياد واضح في معدل حصول تمزق الرحم ومخاوف متزايدة من الإمراضية الوليدية والوالدية ما خلق تحدياً أمام إجراء VBAC ( Sachs BP, et al., 1999)، وأدت هذه الحقائق مع تنامي الضغوط القانونية على إجراء VBAC مع ازدياد الشروط الواجب تحقيقها لإجراء هذه المقاربة أدى إلى تناقص إجرائها إلى 12.7% عام 2002 (Hamilton BE, et al., 2009)، ورغم ذلك بقي معدل حصول تمزق الرحم والإمراضية الوالدية غير محدد تماماً ما دعا إلى الحاجة إلى دراسات تحدد النتائج الوالدية عقب VBAC ومقارنتها مع النتائج الوالدية عقب إعادة القيصرية وذلك لاختيار نوع الولادة الأنسب.

أما في مستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق فقد حصلت زيادة ملحوظة خلال الأعوام السابقة في معدل إجراء القيصريات ليصل إلى 43.4% بعام 2013 م مع تناقص مضطرد في إجراء VBAC خلال الفترة المذكورة (الهيئة العامة لمستشفى التوليد، 2013).

ولأهمية الموضوع قال محرر في التوليد وأمراض النساء: "بدون أي استفسار فإن أكثر التغيرات الملحوظة في الممارسة السريرية بالتوليد خلال العقود الماضية هي تدبير السيدات اللاتي خضعن لقيصرية سابقة" (Cunningham FG et al., 2010).

# المواد والطرائق:

## نموذج البحث:

دراسة حشدية Cohort وصفية غير تداخلية .

## مكان البحث:

الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي.

## مدةالبحث :

1-11-2013 حتى 1-10-2014 م.

## عينة البحث:

شمل البحث (714) سيدة من المقبولات في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي خلال فترة البحث واللاتي حققن معايير البحث، وتوزعن بالنسبة للبحث كما يلي:

**1-** (98) سيدة أجري لها قيصرية ثانية بشكل انتخابي .

**2-** (616) سيدة خضعت لتجربة مخاض بعد القيصرية السابقة، وقد حدثت الولادة إما بشكل مهبلي (458 سيدة)، أو اللجوء لقيصرية ثانية بعد فشل تجربة المخاض ( 158 سيدة).

## معايير الانتقاء:

- السيدات مع سوابق قيصرية سفلية معترضة واحدة.
- عمر حملي أكبر من 20 أسبوع حملي.
- حمل مفرد رأسي.
- استبعاد الحالات التي يوجد استطباب لإجراء قيصرية مثال: سوابق قيصرية كلاسيكية، ضيق الحوض الصريح، مشيمة منزاحة، مجيء معيب، حمل متعدد، نظم جنيني غير مطمئن، سوابق جراحة رحمية تشمل القطعة العلوية، مرض والدي قد يجعل السيدة مرشحة أكثر لإجراء القيصرية كالربو أو ماقبل إرجاج-إرجاج أو السكري أو مرض قلبي، إصابة تناسلية ب HSV.

## تعاريف البحث:

**السيدة الخاضعة لتجربة مخاض:** هي السيدة التي لديها اتساع عنق رحم أكبر أو يساوي 4 سم أو التي خضعت للحث بالأوكسيتوسين.

**تمزق الرحم:** هو الانفصال الذي يشمل عضلية الرحم مع مصليته والبريتوان الحشوي أو الانفصال بعضلية الرحم مع امتداده ليشمل المثانة أو الرباط العريض.

**إنتان باطن الرحم النفاسي:** الخمج النفاسي مع غياب الموجودات التي تشير إلى مصدر خارج رحمي.

# مراحل البحث:

تم تقسيم المريضات إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: تشمل السيدات اللاتي يتعرضن لتجربة مخاض سواء كانت عفوية أو محرضة.

المجموعة الثانية: تشمل السيدات اللاتي أجرين قيصرية انتخابية ثانية من دون التعرض لتجربة مخاض، ومن دون وجود استطباب قطعي لإجراء قيصرية.

تم تسجيل البيانات المتعلقة بكل سيدة. إجراء تصوير صدوي عند القبول.

ومراقبة سير المخاض وحالة انتهاء الحمل وطريقة الولادة، وتسجيل الاختلاطات الحادثة حتى خروج المريضة.

إجراء مراجعة ثانية بعد أسبوع من الولادة وتسجيل الاختلاطات الحادة أثناء هذا الأسبوع.

تبويب النتائج حاسوبياً وتحليلها واستخراج النتائج.

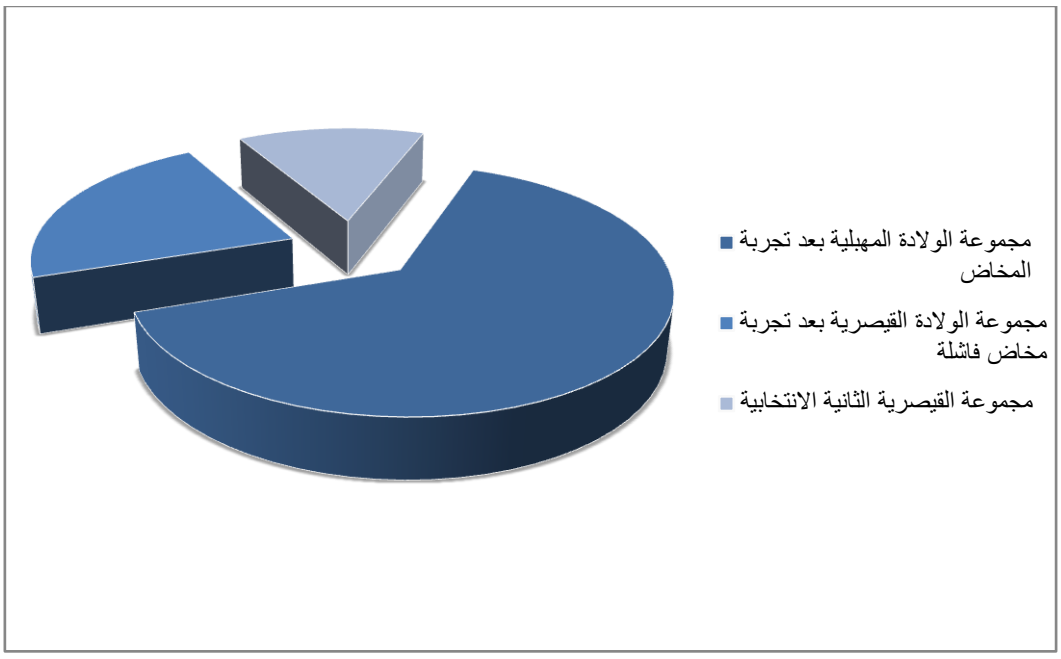
# عرض النتائــج

## توزع عينة البحث:

بلغ عدد السيدات اللاتي استكملن شروط البحث 714 سيدة، ويبين الجدول ( 1) والمخطط (1) توزعهن حسب مجموعات البحث.

***الجدول (1) توزع السيدات في عينة البحث***

| المجموعة | | العدد | النسبة المئوية |
|---|---|---|---|
| مجموعة تجربة المخاض | ولادة مهبلية | 458 | %64.14 |
| | ولادة قيصرية | 158 | %22.13 |
| مجموعة القيصرية الانتخابية | | 98 | %13.73 |
| المجموع | | 714 | %100 |



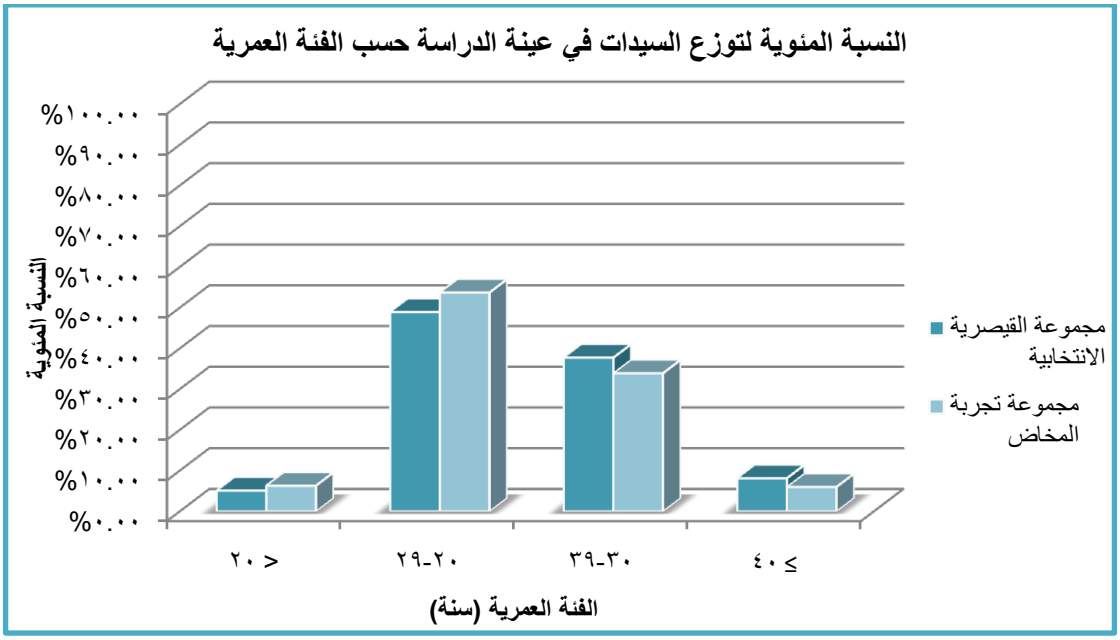

***المخطط (1) يبين توزع السيدات في عينة البحث حسب مجموعتي الدراسة***

## توزع عينة الدراسة حسب العمر:

يبين الجدول (2) توزع السيدات في عينة الدراسة حسب العمر، ولم يكن هناك فارق هام بين المجموعتين من حيث عمر السيدة مع قيمة مستوى الدلالة أكبر من 0.05.

***جدول (2): توزع السيدات في عينة الدراسة حسب الفئة العمرية لكل مجموعة مدروسة والنسب المئوية.***

| الفئة العمرية | مجموعة القيصرية الانتخابية | | مجموعة تجربة المخاض | |
|---|---|---|---|---|
| | عدد السيدات | النسبة المئوية | عدد السيدات | النسبة المئوية |
| 20 > | 5 | %5.10 | 39 | %6.33 |
| 29-20 | 48 | %48.98 | 331 | %53.73 |
| 39-30 | 37 | %37.76 | 209 | %33.93 |
| 40 ≤ | 8 | %8.16 | 37 | %6.01 |
| المجموع | 98 | %100 | 616 | %100 |



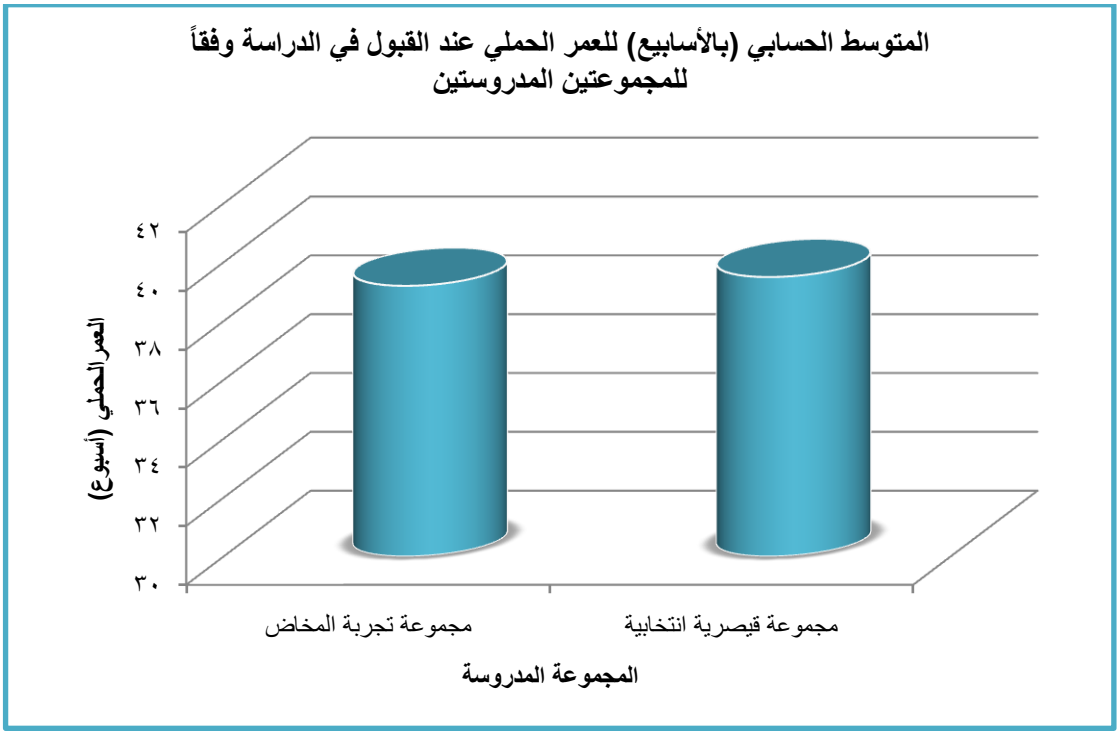

***مخطط (2) النسب المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب العمر (بالسنوات) ضمن كل مجموعة مدروسة***

## توزع عينة الدراسة حسب العمر الحملي:

كان تحديد العمر الحملي يتم اعتماداً على آخر دورة للسيدة أو المراقبات الحملية الباكرة، وبلغ متوسط العمر الحملي في مجموعة "القيصرية الانتخابية" 39.5 أسبوعاً حملياً، أما مجموعة "تجربة المخاض" فقد بلغ متوسط العمر الحملي فيها 39.2 أسبوعاً حملياً، ولم يظهر التحليل الإحصائي فارق هام ذو دلالة بين المتوسطين ( P>0.05). ويبين الجدول (3) خصائص العمر الحملي عند القبول بين المجموعات المدروسة.

***جدول رقم (3) يبين الحد الأدنى والحد الأعلى والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري للعمر الحملي (بالأسابيع) في عينة الدراسة عند القبول في المشفى***

| المتغير المدروس | المجموعة | عدد المريضات | الحد الأدنى | الحد الأعلى | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---|---|---|---|---|---|---|
| العمر الحملي (بالأسابيع) | مجموعة تجربة المخاض | 616 | 35 | 40.5 | 39.2 | 3.7 |
| | مجموعة قيصرية انتخابية | 98 | 37 | 41.2 | 39.5 | 4.1 |



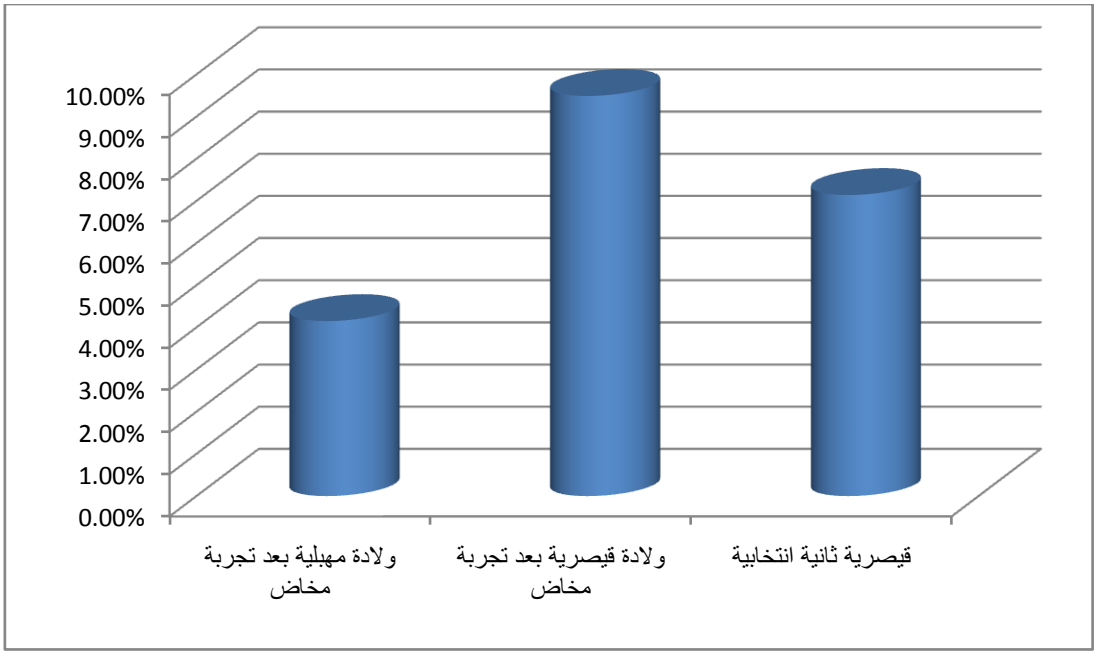

***مخطط رقم (3) يمثل المتوسط الحسابي للعمر الحملي (بالأسابيع) عند القبول في الدراسة وفقاً للمجموعات المدروسة.***

## نتائج الاختلاطات الوالدية المسجلة في عينة البحث:

يبين الجدول (4) عدد السيدات اللاتي تم تسجيل اختلاط أو أكثر لديهن حسب المجموعات في عينة البحث.

***الجدول (4) يبين تكرارات السيدات اللاتي حدث لديهن اختلاط والنسب المئوية لها***

| المجموعة | حجم العينة | عدد المريضات (%) |
|---|---|---|
| مجموعة تجربة المخاض | 616 | 34 (5.52%) |
| ولادة مهبلية | 458 | 19 (4.15%) |
| ولادة قيصرية | 158 | 15 (9.49%) |
| مجموعة القيصرية الانتخابية | 98 | 7 (7.14%) |
| مجمل العينة | 714 | 41 (5.74%) |




***المخطط (4) يبين النسب المئوية لحدوث اختلاط في عينة البحث حسب المجموعات***

بإجراء التحليل الإحصائي لم نجد أهمية للفروق في تكرار الاختلاطات لدى السيدات في عينة البحث (P>0.05). ولكن نجد أن الخضوع لتجربة مخاض تترافق مع اختلاطات أقل من اللجوء للقيصرية الانتخابية، ولكن فشل تجربة المخاض كان عامل خطر هام لتطور الاختلاطات.

لم يسجل البحث اختلاطات والدية خطيرة كوفاة والدية أو أذية جراحية كبرى. كما لم يسجل أي حدوث للاختلاطات اللاحقة كالصمة الرئوية أو التهاب الوريد الخثري.

يبين الجدول (5) مجمل الاختلاطات المسجلة في عينة البحث.

***الجدول (5) الاختلاطات المسجلة في عينة البحث***

| الاختلاط | مجموعة تجربة المخاض | مجموعة القيصرية الانتخابية |
|---|---|---|
| | العدد (%) | العدد (%) |
| تمزق رحم | 1 (0.16%) | - |
| ترقق ندبة | 4 (0.65%) | 1 (1.02%) |
| أذية مثانة | 3 (0.49%) | 1 (1.02%) |
| تأخر صحو تخديري | 1 (0.16%) | 1 (1.02%) |
| النزف | 23 (3.73%) | 4 (4.08%) |
| نقل دم | 21 (3.41%) | 3 (3.06%) |
| خزع ممتد أو درجة 3 | 5 (0.81%) | - |
| تمزق عنق رحم | 7 (1.14%) | - |
| إنتان باطن رحم | 11 (1.79%) | 2 (2.04%) |
| إنتان جرح قيصرية | 2 (0.32%) | - |
| خزع مفتوح | 1 (0.16%) | - |

## نتائج تقييم الاختلاطات المسجلة في مجموعة القيصرية الانتخابية:

إن الاختلاطات المسجلة في مجموعة القيصرية الانتخابية واردة في الجدول ( 6)، مع التنويه إلى حدوث أكثر من اختلاط في بعض المريضات.

***الجدول (6) الاختلاطات المسجلة في مجموعة القيصرية الانتخابية (n=98)***

| الاختلاط | العدد (%) |
|---|---|
| النزف | 4 (4.08%) |
| نقل الدم | 3 (3.06%) |
| أذية مثانة | 1 (1.02%) |
| تأخر صحو تخديري | 1 (1.02%) |
| إنتان باطن رحم | 2 (2.04%) |

## نتائج تقييم الاختلاطات المسجلة لدى السيدات مع تجربة مخاض:

يبين الجدول (7) الاختلاطات المسجلة في مجموعة تجربة المخاض، وقسمت إلى مجموعتين: مجموعة الولادة المهبلية والتي نجحت فيها تجربة المخاض بالوصول للولادة المهبلية، ومجموعة القيصرية والتي تم اللجوء فيها لإجراء قيصرية ثانية بعد فشل تجربة المخاض.

***الجدول (7) الاختلاطات المسجلة في مجموعة تجربة المخاض بعد القيصرية***

| الاختلاط | مجموعة الولادة المهبلية | مجموعة القيصرية |
|---|---|---|
| | العدد (%) | العدد (%) |
| تمزق رحم | | 1 (0.63%) |
| ترقق ندبة | | 4 (2.53%) |
| أذية مثانة | | 3 (1.9%) |
| تأخر صحو تخديري | | 1 (0.63%) |
| النزف | 13 (2.84%) | 10 (6.33%) |
| نقل دم | 12 (2.62%) | 9 (5.7%) |
| خزع ممتد أو درجة 3 | 5 (1.09%) | – |
| تمزق عنق رحم | 6 (1.31%) | 1 (0.63%) |
| إنتان باطن رحم | 7 (1.53%) | 4 (2.53%) |
| إنتان جرح قيصرية | – | 2 (1.27%) |
| خزع مفتوح | 1 (0.22%) | |

لم يكن للفروق في تكرار أي من الاختلاطات المشتركة أهمية ذات دلالة مع قيمة مستوى الدلالة اكبر من 0.05، ونجد من الجدول أن النسب المئوية للاختلاطات المشتركة أعلى في مجموعة القيصرية بعد فشل تجربة المخاض.

كان تدبير الاختلاطات يتم وفق قرار الأستاذ المشرف المناوب دون أن يكون للبحث أي تداخل في ذلك.

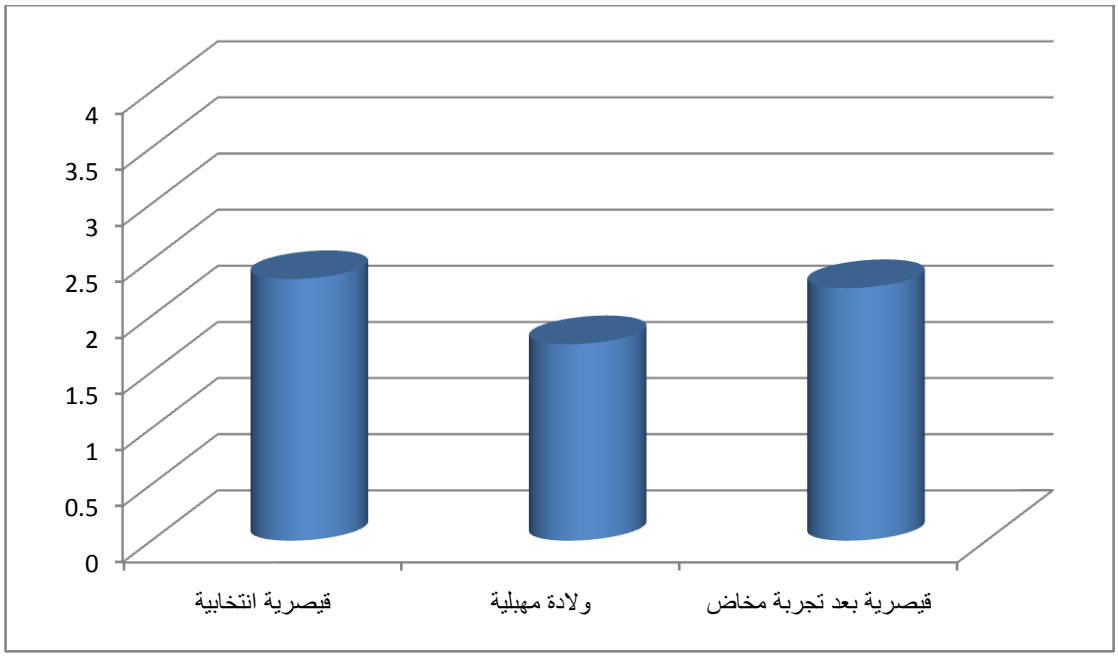
## نتائج الاستقصاء عن نقل الدم:

تم احتساب المتوسط الحسابي لعدد وحدات الدم المنقولة حسب المجموعات وكان الجدول (8).

نلاحظ من الجدول أن مجموعة القيصرية الانتخابية كانت مترافقة مع متوسط عدد وحدات دم منقولة أعلى ويعود ذلك إلى طبيعة التداخل الانتقائي وتحضير المريضة المسبق في حال وجود انخفاض في قيم الخضاب، نجد من الجدول أيضاً أن إتمام الولادة بالعملية القيصرية كان مترافقاً مع نقل الدم بشكل أعلى من انتهاء الولادة مهبلياً وهو متعلق بفارق الدم المفقود بين الولادة المهبلية والقيصرية.

***الجدول (8) المتوسط الحسابي لعدد وحدات الدم المنقولة***

| المجموعة | المتوسط الحسابي |
|---|---|
| قيصرية انتخابية | 2.33 |
| ولادة مهبلية | 1.75 |
| قيصرية بعد تجربة مخاض | 2.22 |




***المخطط (5) مقارنة بين المتوسطات الحسابية لعدد وحدات الدم المنقولة***

# مناقشة النتائج

إن تجربة الولادة المهبلية بعد قيصرية سابقة ( VBAC) من أهم التغيرات التي طرأت في مجال التوليد خلال العقود الأخيرة، ولكن الخوف من المخاطر المرافقة لها حد من الحماس لها وخفض من انتشارها، والذي كان أحياناً بشكل غير مبرر.

شهد مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي اندفاعاً موازياً للتوجه العالمي حول ضرورة إعطاء فرصة تجربة ولادة مهبلية لكل سيدة في سوابقها قيصرية واحدة، ولكن تراجع ذلك الاندفاع لاحقاً خوفاً من الاختلاطات المرافقة.

أجري تقييم للنتائج والاختلاطات الوالدية المرافقة لتجربة المخاض بعد القيصرية خلال فترة البحث، بلغ حجم العينة 714 سيدة موزعة حسب طريقة الولادة، ومضبوطة من حيث عمر السيدة والعمر الحملي.

لم يكن هناك فارق هام بين معدل حدوث الاختلاطات بين مجموعات البحث ( P>0.05). كما لم يسجل البحث اختلاطات خطيرة والتي تحتاج إلى دراسات واسعة لإظهارها. سجلت دراسة Crowther ورفاقها ( 2012) اختلاطات والدية كبرى في 4.5% من حالات الولادة المهبلية بعد قيصرية سابقة مقابل 3.1% في القيصرية الانتخابية المكررة وأيضاً دون أهمية.

بلغ معدل تمزق الرحم 0.63%، وهي أخفض من النسبة المحلية المسجلة سابقاً لدى السيدات مع تجربة مخاض عقب قيصرية والتي بلغت 1.11% (د.عفاف الأحمد، 2006)، فيما سجلت دراسة Crowther ورفاقها (2012) نسبة 0.2% لدى مريضات تجربة VBAC مقابل 0.1% في القيصرية الانتخابية المكررة.

إن عدم تسجيل تمزق رحم في مجموعة القيصرية الانتخابية لا يعني عدم حدوثه ولكنه بحاجة لدراسات أشمل فقد توصّلت دراسة شاملة على مستوى المملكة المتحدة إلى أن معدل تمزق الرحم

أثناء الولادة المهبلية لدى مريضة سوابق قيصرية يبلغ 1000/2.1 حالة، وفي حال إجراء قيصرية معادة بشكل انتخابي يبلغ 1000/0.3 حالة (Fitzpatrick KE *et al*., 2012).

كان النزف ونقل الدم الاختلاطين الأكثر شيوعاً في كل المجموعات، وهو مايتوافق مع كمية الدم الأكبر التي تتم خسارتها أثناء القيصرية، وقد سجلت دراسة محلية سابقة نتيجة مماثلة (د.فؤاد عساف، 2007)، وسجلت دراسة أخرى معدل 5.6% (د.وليد حمود، 2011)، ونجد أن معدل حدوث النزف في القيصرية الانتخابية أقل من حدوثه في القيصرية بعد تجربة مخاض، ويعود ذلك إلى صعوبة التداخل الجراحي من حيث ترقق القطعة السفلية بسبب المخاض وتدخل المجيء، وسجلت ذلك دراسة Taylor ورفاقه (2005).

أما دراسة Crowther ورفاقها ( 2012) فقد كانت النتائج مختلفة حيث سجلت نسبة مئوية للنزف لدى مريضات VBAC أعلى بشكل هام من مجموعة القيصرية المعادة ( 2.3% مقابل 0.8%؛ P<0.05).

سجّل Guise ورفاقه في مراجعة للأدب الطبي أجريت عام 2010 أن معدلات استئصال الرحم، والنزف، ونقل الدم لم تختلف بشكل هام بين مجموعتي تكرار القيصرية بشكل انتخابي أو تجربة المخاض.

كانت الاختلاطات المرتبطة بالولادة المهبلية "تمزق عنق الرحم، خزع درجة 3 أو انفتاح خزع" متقاربة مع النتائج الواردة في دراسة سابقة (Crowther C *et al*., 2012)

إن الاختلاطات التخديرية مخصصة لمريضات القيصريات وسجلت حالة واحدة فقط منها في عينة البحث، وبشكل مقارب كانت نتيجة الدراسة المحلية السابقة (د.فؤاد عساف، 2007).

إن البحث يؤكد على أمان إجراء محاولة VBAC وذلك في محاولة لخفض معدل القيصرية، وذلك في المراكز المتخصصة التي يتوافر فيها الرعاية الفورية،

# التوصيات

- ✓ **إن اللجوء للقيصرية الانتخابية خوفاً من اختلاطات VBAC الوالدية غير مبرر.**
- ✓ **إن الخضوع لتجربة ولادة مهبلية بعد قيصرية سابقة آمن في ظل تحسن وتوافر الرعاية الصحية.**

# المراجع

**المراجع العربية:**


إحصاءات الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق لعام 2013.

د.عفاف الأحمد (2006) " **الولادة الطبيعية بعد ولادة قيصرية واحدة** " رسالة ماجستير بإشراف أ.د خالد مرعشلي. جامعة دمشق.

د.فؤاد عساف (2007) " **المراضة الوالدية بعد القيصرية في مشفى التوليد الجامعي بدمشق** " رسالة ماجستير بإشراف أ.د سوزان الطبراني. جامعة دمشق.

د.وليد حمود ( 2011) "**نسبة العملية القيصرية واستطباباتها في مشفى التوليد الجامعي بدمشق- دراسة راجعة 2008-2010**" رسالة ماجستير بإشراف أ.د بشار الكردي. جامعة دمشق.

**المراجع الأجنبية:**


Abitbol MM, Castillo I. Taylor UB, et al. (1993)Vaginal birth after cesarean section: The patient's point of view. Am Fam Physician 47: 121.

American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists (2007) Guidelines for Perinatal Care, 6th ed. Elk Grove, Ill, American Academy of Pediatrics

American College of Obstetricians and Gynecologists, (2004) ACOG Practice Bulletin: vaginal birth after previous cesarean. Obstet Gynecol; 104:203.

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

Brown CEL, Stettler RW, Twichler D et al., (1999) Pureperal septic pelvic thrombophlebitis incidence and response to heparin therapy. Am J Ob Gyn. 181:143

Burrous LJ, Meyn LA, Weber AM (2004) Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. Obstet Gynecol. 103:907.

Chaim W, Bashiri A, Bas devid et al., (2000) Prevelance and clinical significance of post partum endpmetritis and wound infections. Infect Dis Obstet Gynecol. 8:77.

Crowther CA, Dodd JM, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS, et al. (2012) Planned Vaginal Birth or Elective Repeat Caesarean: Patient Preference Restricted Cohort with Nested Randomised Trial. PLoS Med 9(3): e1001192.

Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. (2010) Williams obstetrics 23th ed. New York: McGrow Hill.

Department of Health and Human Serices. (2000) Healthy people 2010: with understanding and improving health and objectives for improving health. 2nd ed. Washington, DC.

Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. (2004) Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. Cochrane Database Syst Rev. 2004 Oct 18;(4):CD004224.

Fitzpatrick KE, Kurinczuk JJ, Alfirevic Z, Spark P, Brocklehurst P, et al. (2012) Uterine Rupture by Intended Mode of Delivery in the UK: A National Case- Control Study. PLoS Med 9(3): e1001184

Glezerman M. (2006) five years to the term breech trial. The rise and fall of a randomized controlled trial. American journal ofobstetrics and gynecology, 194: 20 25.

Guise JM, McDonagh MS, Hashima J, Kraemer DF, Eden KB, et al. (2003) Vaginal birth after cesarean (VBAC). Evid Rep Technol Assess. 71:1–8

Guise JM, Denman MA, Emeis C, Marshall N, Walker M, Fu R, Janik R, Nygren P, Eden KB, McDonagh M. (2010) Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 115(6):1267-78.

Gupta JK, Nikodem VC. (2000) Womans position during the second stage of labor. In the Cochrane Library, (issue 4.Update software: Oxford).

Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ (2009) Births: Preliminary Data for 2007. National Vital Statistics Reports, Vol 57, No 12. Hyattsville, Md, National Center for Health Statistics

HashimalN, Eden KD, Osterweil P, et al. (2004) Predicting vaginal birth after cesarean delivery: A review of prognostic factors and screening tools. Am J Obstet Gynecol 190:547

Jackson.N. (2007) indications and complicatious of cesareansection. Prestol. H. 11: 112-314

Khawaja M, Choueiry N, Jurdi R.(2009) Hospital-based caesarean section in the Arab region: an overview. East Mediterr Health J. 15(2): 458-69

Landon, MB, Hauth, JC, Leveno, KJ, et al. (2004) Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med 351:2581.

Laws P, Li Z, Sullivan EA (2010) Australia's mothers and babies 2008. Perinatal statistics series no. 24. Cat. no. PER 50. Canberra: AIHW.

Royal College Of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2001) The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. London: RCOG Press.

Royal College Of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2007) Birth after caesarean birth: Green-top guideline no 45. London: RCOG Press.

Sachs BP, Kobelin C, Castro MA, Frigoletto F (1999) The risks of lowering the cesarean delivery rate. N Engl J Med. 340:54-57.

Salonenros H Lichtenstein P, Belloccor, et al. (2002) Pulmonary embolism and stroke in relation to pregnancy: How can high risk women identified?. Am J Ob/Gyn. 186:198.

Smith GC, Pell JP, Cameron AD, et al (2002) Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. JAMA 287:2684

Stone C, Halliday J, Lumley J, Brennecke S (2000) Vaginal births after Caesarean (VBAC): a population study. Paediatr Perinat Epidemiol 14: 340–348

Taylor LK, Simpson JM, Roberts CL, Olive EC, Henderson-Smart DJ. (2005) Risk of complications in a second pregnancy following caesarean section in the first pregnancy: a population-based study. MJA; 183: 515–519

Walsh CA, WalshSR (2009) Evaluation of cesarean delivery from Williams obstetrics, 13: 687-750.

# الملاحق

**جامعة دمشق**

**كلية الطب البشري**

**قسم التوليد وأمراض النساء** **التاريخ: / /**

# ***موافقة مستنيرة***

## عنوان البحث

"**النتائج الوالدية المترافقة مع تجربة مخاض عقب قيصرية سابقة معترضة وحيدة سابقة**"

**الدكتور محمد الحلو**

- بعد الاطلاع على تفاصيل البحث العلمي، وبعد أن تم شرح مبررات البحث والفوائد المتوقعة منه، والإجابة على كل أسئلتي واستفساراتي حول الموضوع، فإنني أوافق على المشاركة في البحث وفق الطريقة المقررة.
- أدرك أن طريقة البحث المتبعة لا تسبب لي أضراراً، ولا تؤثر عكسياً على حالتي الصحية.
- أدرك أن البيانات المعطاة من قبلي تتمتع بالسرية التامة، وأنه لن يتم استخدام اسمي أو ما يدل على هويتي بأي شكل كان.
- إن الطبيب الباحث مستعد للإجابة على أي تساؤل أو استفسار ترغبين به.

**وشكراً لك**

**أقر أن هذه الموافقة تمت بعد الاطلاع على التفاصيل الواردة سابقاً، والإجابة على كل أسئلتي واستفساراتي حول الموضوع.**

**اسم وتوقيع السيدة:**

# استمارة البحث

**(النتائج الوالدية المترافقة مع تجربة مخاض عقب قيصرية سفلية معترضة وحيدة سابقة)**

**الرقم:**

**اسم المريضة:** **العمر:**

**القصة المرضية:**

السوابق الطبية.....

السوابق الجراحية.....

السوابق العائلية.....

**العمر الحملي:**

**قيصرية انتخابية:**

**تجربة مخاض:**

**ولادة مهبلية:** **ولادة قيصرية:**

**الاختلاطات المسجلة**

| | الاختلاط | ملاحظات |
|---|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |

**E.H**