الجمهورية العـربيـة السـوريـة
وزارة التعليم العالي والبحث العلمـي
جـامـعـة دمـشـق
كـلـيـة الطـب الـبشـري
قـسـم التوليد وأمراض النساء

المشيمة المحتبسة وتدبيرها – دراسة مقطعية مستعرضة تقدمية

بحث أعد لنيل شهادة الدراسات العليا في قسم التوليد وأمراض النساء

برئاسة:
أ.د محمد نذير ياسمينة

بإشراف:
أ.د خالد مرعشلي

الطالبة الباحثة:

نورا ريمون رزق

2025 م

نُوقِشت هذه الرسالة وأُجِيزت بتاريخ / /2025 م

لجنة الحكم وتوقيعات لجنة المناقشة

Approval

السيد الأستاذ الدكتور عميد كلية الطب البشري في جامعة دمشق

بعد الاطلاع على النسخة المُعدَّلة المُقدَّمة من قبل طالبة الدراسات العليا: نورا رزق تبين أنه تم التقيد بكافة الملاحظات وتم إجراء كافة التصويبات المطلوبة.

أعضاء لجنة الحكم:

الدكتور خالد مرعشلي: الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – مشرفاً.

الدكتور بشار الكردي: الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – عضواً.

الدكتور عزام أبو طوق: الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – عضواً.

تصريح خطي

أنا الموقعة أدناه أصرح بعلمي الكامل وقبولي:

1. **أن كل ما ينتج عن البحث والأطروحة هو ملكية فكرية ومالية بالتشارك مع جامعة دمشق، وإنني ألتزم بأخذ موافقة الجامعة في حال رغبتي بنشر البحث أو الأطروحة أو جزءاً منها نصاً أو مضموناً خارج إطار الجامعة (من دور نشر أو مكتبات أو مواقع الكترونية وغيرها من وسائل النشر).**
2. **أنه لا يوجد أي جزء من هذه الأطروحة مقتبس من عمل علمي آخر أو أُنجِزَ للحصول على شهادة أخرى في جامعة دمشق أو أية جامعة أو معهد تعليمي داخل أو خارج الجمهورية العربية السورية.**

الاسم والتوقيع:

نورا رزق

شهادة المشرف

نشهد بأن العمل الموصوف في هذه الرسالة أو الأطروحة نتيجة عمل قامت به المُرشَّحة **نورا رزق** تحت إشراف الأستاذ الدكتور **خالد مرعشلي** جامعة دمشق– كلية الطب البشري – قسم التوليد وأمراض النساء، وأية مراجع أخرى بُحِثَت في هذه الرسالة مُوثّقة في النص.

المشرف

الأستاذ الدكتور خالد مرعشلي

الإهــداء

شكر وتقدير

أخص بالشكر الجزيل والعرفان لكل من أشعل شمعة في دروب عملنا وإلى من وقف على المنابر وأعطى حصيلة فكره لينير عقولنا فوجب علينا شكرهم ونحن نخطو خطواتنا الأولى في غمار الحياة ....

الشكر لأعضاء الهيئة التدريسية في قسم التوليد وأمراض النساء

الشكر المخصوص للأستاذ الدكتور خالد مرعشلي الذي أشرف على هذا البحث.

والشكر للسادة الأساتذة أعضاء لجنة الحكم لتفضلهم بمناقشة هذا البحث.

الشكر للعاملين في الجهاز الطبي والكادر التمريضي والجهاز الفني والإداري في هيئة المشفى.

فهرس المحتويات

الفصل	الصفحة
الإطار العام للبحث	1
المقدمة	1
مشكلة البحث	3
تساؤلات البحث	3
هدف البحث	3
أهمية البحث	4
مبررات البحث	4
محدوديات البحث	4
الدراسات المرجعية	5
خلاصة الدراسات المرجعية	7
خطة العمل بالبحث	8
خطوات الدراسة ومنهج البحث	10
تحليل البيانات	10
أدوات البحث	11
المخطط الزمني المتوقع لإجراء البحث	11
الاعتبارات الأخلاقية	11
الميزانية	11
قائمة المراجع الأولية	12
الموافقة المستنيرة	13
استمارة الدراسة	14

الفصل	الصفحة
الإطار النظري	15
المقدمة	15
أنواع المشيمة المحتبسة	16
الآلية الإمراضية	17
الوبائيات ومعدل الحدوث	19
عوامل الخطورة	20
تشخيص المشيمة المحتبسة	23
المضاعفات	26
تدبير المشيمة المحتبسة	26
التداخلات العلاجية	30
التخليص اليدوي للمشيمة	31
التدخلات العلاجية الأخرى مع التخليص اليدوي للمشيمة	32
الوقاية	37
خطورة المعاودة	34
الخلاصة	38
الإطار العملي	41
الدراسة الإحصائية	41
المناقشة	60
نقاط القوة	71
نقاط الضعف	71
الاستنتاجات	72
التوصيات	72
قائمة المراجع	73

فهرس الجداول

الجدول	الصفحة
الجدول 1: عوامل الخطورة المرتبطة بالمشيمة المحتبسة	22
الجدول 2: يلخص بروتوكول تدبير المشيمة المحتبسة	36
الجدول 3: توزع أفراد العينة تبعاً لحدوث المشيمة المحتبسة	41
الجدول 4: القيم الإحصائية الوصفية لأعمار أفراد العينة	42
الجدول 5: القيم الإحصائية الوصفية لمشعر كتلة الجسم	43
الجدول 6: عدد الولادات لدى مجموعات الدراسة	44
الجدول 7: توزع أفراد العينة تبعاً لعادات التدخين	45
الجدول 8: سوابق احتباس المشيمة لدى مجموعات الدراسة	46
الجدول 9: سوابق تجريف رحم آلي لدى مجموعات الدراسة	47
الجدول 10: السوابق المرضية لدى مجموعات الدراسة	48
الجدول 11: القيم الإحصائية الوصفية للأعمار الحملية عند الولادة	49
الجدول 12: توزع أفراد العينة تبعاً لموعد الولادة	50
الجدول 13: جنس الجنين لدى مجموعات الدراسة	51
الجدول 14: الإملاص لدى مجموعات الدراسة	52
الجدول 15: توضع المشيمة لدى مجموعات الدراسة	53
الجدول 16: حث وتحريض المخاض بالأوكسيتوسين لدى مجموعات الدراسة	54
الجدول 17: تعقي السائل الأمنيوسي لدى مجموعات الدراسة	55
الجدول 18: القيم الإحصائية الوصفية لمدة الطور الثاني من المخاض	56
الجدول 19: التحليل الإحصائي متعدد المتغيرات	57

الجدول	الصفحة
الجدول 20: طرق تدبير المشيمة المحتبسة	59
الجدول 21: معدل حدوث احتباس المشيمة في الدراسات العالمية	60
الجدول 22: العلاقة بين العمر وحدوث المشيمة المحتبسة	61
الجدول 23: العلاقة بين قيم مشعر كتلة الجسم وحدوث المشيمة المحتبسة	62
الجدول 24: العلاقة بين عدد الولادات وحدوث المشيمة المحتبسة	63
الجدول 25: العلاقة بين سوابق احتباس المشيمة وتكرار هذه الحالة	64
الجدول 26: العلاقة بين سوابق تجريف الرحم الآلي وحدوث المشيمة المحتبسة	65
الجدول 27: العلاقة بين العمر الحملي عند الولادة وحدوث المشيمة المحتبسة	66
الجدول 28: العلاقة بين جنس الجنين وحدوث المشيمة المحتبسة	67
الجدول 29: العلاقة بين الإملاص وحدوث المشيمة المحتبسة	68
الجدول 30: العلاقة بين توضع المشيمة وحدوث المشيمة المحتبسة	68
الجدول 31: العلاقة بين حث وتحريض المخاض بالأوكسيتوسين وحدوث المشيمة المحتبسة	69
الجدول 32: العلاقة بين مدة الطور الثاني من المخاض وحدوث المشيمة المحتبسة	70
الجدول 33: تدبير المشيمة المحتبسة	70

فهرس الرسوم التوضيحية

الرسم التوضيحي	الصفحة
الرسم التوضيحي 1: أشكال المشيمة المحتبسة	18
الرسم التوضيحي 2: يوضح شكل ترسيمي للمشيمة الملتصقة مع تصوير إيكو مرافق	24
الرسم التوضيحي 3: شكل ترسيمي للمشيمة المحصورة أو المحبوسة مع تصوير إيكو مرافق	25

فهرس المخططات البيانية

المخطط البياني	الصفحة
المخطط البياني 1: توزع نسب حدوث المشيمة المحتبسة حسب الأعمار الحملية	20
المخطط البياني 2: توزع أفراد العينة تبعاً لحدوث المشيمة المحتبسة وفق مخطط دائري	41
المخطط البياني 3: متوسطات الأعمار لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة	42
المخطط البياني 4: متوسطات قيم مشعر كتلة الجسم لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة	43
المخطط البياني 5: عدد الولادات لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة	44
المخطط البياني 6: توزع أفراد العينة تبعاً لعادات التدخين وفق مخطط أعمدة	45
المخطط البياني 7: سوابق احتباس المشيمة لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة	46
المخطط البياني 8: سوابق تجريف رحم آلي لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة	47
المخطط البياني 9: السوابق المرضية لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة	48
المخطط البياني 10: متوسطات الأعمار الحملية عند الولادة لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة	49
المخطط البياني 11: توزع أفراد العينة تبعاً لموعد الولادة وفق مخطط أعمدة	50
المخطط البياني 12: جنس الجنين لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة	51
المخطط البياني 13: الإملاص لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة	52
المخطط البياني 14: توضع المشيمة لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة	53
المخطط البياني 15: حث وتحريض المخاض بالأوكسيتوسين لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة	54
المخطط البياني 16: تعقي السائل الأمنيوسي لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة	55
المخطط البياني 17: متوسطات مدة الطور الثاني من المخاض لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة	56
المخطط البياني 18: طرق تدبير المشيمة المحتبسة وفق مخطط أعمدة	59

الملخص

خلفية البحث:

يشكل الطور الثالث من المخاض فترة حرجة قد تترافق مع مضاعفات خطيرة، ويعد احتباس المشيمة أحد أبرز هذه المضاعفات، لما له من دور رئيسي في زيادة خطر النزف التالي للولادة والتداخلات الإسعافية. لذلك فإن تحديد عوامل الخطر المرتبطة بهذه الحالة سيسهم بشكل هام في التنبؤ بالحالات عالية الخطورة وتعزيز التدخل المبكر لتقليل المضاعفات.

الهدف:

دراسة انتشار المشيمة المحتبسة في مشفى التوليد الجامعي وتحديد عوامل الخطورة المرتبطة بهذه الحالة بالإضافة لمعرفة طرق التدبير كخطوات مهمة في تخفيف هذه المراضة.

المواد والطرائق:

يشكل هذا البحث دراسة مقطعية مستعرضة تقدمية أجريت في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق، وشملت 1200 سيدة بأعمار حملية ما بين 24 و42 أسبوع حملي. تم تشخيص احتباس المشيمة عند تأخر ولادة المشيمة 30 دقيقة بعد ولادة الجنين مع التدبير الفعال للطور الثالث واعتماداً على السريريات، بعد تشخيص احتباس المشيمة تم التدبير وفق بروتوكول المشفى مع التقييم المستمر لحيويات المريضة وتسريب المحاليل الوريدية اللازمة للحفاظ على الاستقرار الهيموديناميكي للمريضة. تم جمع البيانات وتدوينها في استمارة البحث ومن ثم تم إجراء التحليل الإحصائي.

النتائج:

بلغ معدل حدوث احتباس المشيمة 1.9% من مجمل الحالات المدروسة، وقد أظهر التحليل متعدد المتغيرات أن العوامل التالية ارتبطت بشكل مستقل بزيادة خطر حدوث المشيمة المحتبسة: تقدم العمر الأمومي (OR=1.21 لكل 5 سنوات، P=0.020)، وارتفاع مشعر كتلة الجسم (OR=1.19 لكل 2 كغ/م²، P=0.026)، وعديمة الولادة (OR=2.1، P=0.018)، وسوابق احتباس مشيمة (OR=8.9، P<0.001)، وسوابق تجريف رحم آلي (OR=2.5، P=0.009). كما ارتبط انخفاض العمر الحملي عند الولادة (OR=0.82 لكل أسبوع إضافي، P=0.023)، والولادة الباكرة (OR=2.4، P=0.013)، والحمل بجنين أنثى (OR=1.19، P=0.041)، ووقوع الإملاص (OR=3.2، P=0.008)، وتوضع المشيمة الأمامي (OR=1.28، P=0.026)، واستخدام الأوكسيتوسين لحث وتحريض المخاض (OR=1.41،

(P=0.017)، وازدياد مدة الطور الثاني من المخاض (OR=1.11 لكل 10 دقائق، P=0.026) بزيادة خطر حدوث هذه الحالة. تم استخراج المشيمة بنجاح بالتخليص اليدوي لدى غالبية الحالات بنسبة 91.3% من مجمل حالات المشيمة المحتبسة، في حين تطلّبت 8.7% من الحالات اللجوء إلى التجريف الآلي نتيجة فشل التخليص اليدوي في إحداث الانفصال التام.

الخلاصة:

تظهر الدراسة أن احتباس المشيمة يرتبط بعدد من العوامل القابلة للتنبؤ، مما يؤكد أهمية التعرف المسبق على النساء عاليات الخطورة لضمان الجاهزية والتدخل المبكر. كما يعد التخليص اليدوي خياراً علاجياً فعالاً في غالبية الحالات، مع ضرورة التحضير لتطبيق وسائل إضافية مثل التجريف الآلي في حال فشل التخليص اليدوي، بهدف تقليل خطر النزف والمضاعفات المرتبطة.

الكلمات المفتاحية:

المشيمة المحتبسة، الطور الثالث من المخاض، عوامل الخطر، التخليص اليدوي للمشيمة.

الإطار العام للبحث

المقدمة

تعريف مشيمة المحتبسة:

الطور الثالث من المخاض هو الفترة الممتدة من نهاية طور الانقذاف وحتى ولادة المشيمة.

تأخر انفصال وانقذاف المشيمة هي حالة مهددة للحياة لأنها تعيق التقلص الرحمي الطبيعي عقب الولادة، والذي بدوره قد يؤدي للنزف.

تعرف المشيمة المحتبسة بأنها عدم خروج المشيمة خلال 30 دقيقة من انقذاف الجنين.

التدبير الفيزيولوجي للطور الثالث من المخاض – توليد المشيمة بدون استخدام عوامل مقبضة للرحم أو جر الحبل السري – يزيد من تواتر حدوث المشيمة المحتبسة (1).

التصنيف:

أنماط المشيمة المحتبسة:

- المشيمة المحبوسة Trapped or incarcerated placenta:

  هي مشيمة منفصلة بشكل كامل عن الرحم لكنها لم تولد عفوياً أو عبر تطبيق جر خفيف على الحبل السري لأن عنق الرحم قد بدأ بالانغلاق.
- المشيمة الملتصقة placenta adherens:

  مشيمة ملتصقة بجدار الرحم ولكن تنفصل بسهولة يدوياً.
- المشيمة المندخلة placenta accreta spectrum:

  مشيمة ملتصقة بشكل مرضي بعضلية الرحم بسبب إمراضية في الساقط.

الانتشار:

يبلغ معدل انتشار هذه الحالة 0.5–3% من مجمل الولادات المهبلية (2).

عوامل الخطورة:

عوامل خطورة متعددة تم ربطها بحدوث المشيمة المحتبسة ونذكر أهمها:

- سوابق مشيمة محتبسة.
- المخاض الباكر.
- استخدام الارغومترين.
- تشوهات الرحم.
- سوابق قيصرية، تجريف أو بضع رحم.
- الإملاص stillbirth.
- عمر الأم > 30 سنة (5-3).

الموجودات السريرية والتشخيص:

يتم التشخيص سريرياً بشكل أساسي من خلال عدم خروج المشيمة خلال 30 دقيقة من انقذاف الجنين في الثلث الثالث من الحمل مع التدبير الفعال للطور الثالث للمخاض.

التصوير بالأمواج فوق الصوتية يمكن أن يميز بين المشيمة المحتبسة المنفصلة والملتصقة ولكنه نادراً ما يستخدم إلا في حال لم يكن التشخيص مؤكدا بالفحص السريري (6).

المضاعفات:

أشيع المضاعفات وأهمها للمشيمة المحتبسة هي:

- النزف بعد الولادة:

  وتعتبر المشيمة المحتبسة ثاني أشيع سبب لنزوف الخلاص.

- إنتان باطن الرحم النفاسي (5).

التدبير:

- تطبيق شد مضبوط للحبل السري: مناورة brandt-andrews (7).
- تدبير النزف:

  في البداية قد يشير النزف إلى انفصال المشيمة المحتبسة وبالتالي نحاول تطبيق شد على الحبل السري، في حال بقاء المشيمة محتبسة يستطب اعطاء الأوكسيتوسين وريدياً.
- في حال بقاء النزف غير مسيطر عليه يمكن إعطاء البروستاغلاندين F2a (كاربوبروست carboprost).

- يمكن إعطاء الترانيكساميك أسيد 1 غ حقن وريدي في حال استمرار النزف الغزير (8).
- يمكن إعطاء النيتروغليسيرين لإرخاء العضلات الملساء في الرحم والعنق لتسهيل التخليص اليدوي للمشيمة ولكن لا ينقص الحاجة للتخليص اليدوي (9,10).
- التخليص اليدوي:

في حال فشل العلاج الدوائي في حدوث ولادة للمشيمة، حيث يتم تحت التركين أو التخدير مع إعطاء صادات وقائية (11).

- تخليص المشيمة الآلي:

باستخدام ملقط Bierer أو Ring بشكل موجه بالإيكو، في حال عدم القدرة على الاستخلاص اليدوي (12).

مشكلة البحث

انطلاقاً من كون المشيمة المحتبسة حالة مهددة للحياة بسبب النزف المترافق معها، ومع تزايد حالات نزوف الخلاص الباكرة لدى مراجعات مشفى التوليد الجامعي والتي تعد المشيمة المحتبسة من ثاني أشيع أسبابها، كان لا بد من دراسة هذه الحالات ومعدل انتشارها وعوامل الخطورة المحتملة التي تفيدنا في التنبؤ باحتمالية حدوث هذه الحالة، وبالتالي التأهب وتحديد طريقة التدبير الأمثل وذلك لتجنيب المريضات الاختلاطات غير المرغوبة ونقل الدم وغيرها من المضاعفات التي قد تودي بحياة المريضة.

تساؤلات البحث

1. ما هو معدل انتشار المشيمة المحتبسة لدى مريضات مشفى التوليد الجامعي؟
2. ما هي عوامل الخطورة لحدوث المشيمة المحتبسة؟
3. ما هي الطرق الأكثر استخداماً لتدبير المشيمة المحتبسة التي تقلل الحاجة لتداخلات أكثر تعقيداً؟

هدف البحث

دراسة انتشار المشيمة المحتبسة في مشفى التوليد الجامعي وتحديد عوامل الخطورة المرتبطة بهذه الحالة بالإضافة لمعرفة طرق التدبير كخطوات مهمة في تخفيف هذه المراضة.

أهمية وأساس البحث (خلفية البحث)

تنبع أهمية البحث من إمكانية توقع احتمال حدوث مشيمة محتبسة تبعاً لعوامل الخطر المدروسة ومعرفة طرق التدبير المثلى للحد من تفاقم النزف وتقديم الرعاية الأمثل للمريضات.

مبررات البحث

يعد احتباس المشيمة ثاني أهم عامل من العوامل المسببة لنزوف الخلاص الباكرة بعد العطالة الرحمية والتي بدورها تعد من أهم أسباب وفيات الأمهات حول الولادة، لذلك كان لا بد من دراسة هذه الحالة لتحديد نسبة الانتشار وعوامل الخطورة التي ستفيد في توقع حدوث هذا الاختلاط مع دراسة طرق التدبير الأفضل وكل ذلك في سبيل خدمة المريضة والحد من الوفيات حول الولادة

محدوديات البحث

- الحاجة إلى جمع عينات كبيرة للدراسة.
- الفترة الزمنية الطويلة اللازمة لإجراء مثل هكذا دراسات.
- حالات الولادة القادمة من خارج المشفى والتي تحد من إمكانية دراسة عوامل الخطورة أو من تحديد المدة الزمنية الفعلية للاحتباس مما قد يؤثر على التشخيص والتدبير.
- صعوبة تطبيق بعض الإجراءات العلاجية الحديثة بسبب عدم توفر بعض الأدوية أو الخبرة اللازمة لتطبيقها مثل (توفر الكاربيتوسين– إمكانية حقن الاوكسيتوسين في الوريد السري).

الدراسات المرجعية

الدراسة الأولى:

دراسة حشدية تراجعية retrospective cohort أجريت في واشنطن في الولايات المتحدة الأمريكية من قبل coviello وزملاؤها بتاريخ 2015 شملت 91,921 ولادة مهبلية من عام 2002 وحتى عام 2008 (13).

Obstetrics

Risk factors for retained placenta

Presented in poster format at the 35th annual meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine, San Diego, CA, Feb. 3-8, 2015.

Elizabeth M. Coviello DO [a b], Katherine L. Grantz MD, MS [b], Chun-Chih Huang PhD [d], Tara E. Kelly MD [b], Helain J. Landy MD [b c]

[a] Department of Obstetrics and Gynecology, MedStar Washington Hospital Center, MedStar Georgetown University Hospital, Washington, DC
[b] Department of Obstetrics and Gynecology, MedStar Georgetown University Hospital, Washington, DC
[c] Division of Maternal Fetal Medicine, MedStar Georgetown University Hospital, Washington, DC
[d] Department of Biostatistics and Bioinformatics, MedStar Health Research Institute, Hyattsville, MD

الدراسة الثانية:

مراجعة منهجية أجريت من قبل Faville وزملاؤه بتاريخ 2021 ، شملت مراجعة منهجية لجميع الدراسات المنشورة من عام 1990 وحتى عام 2020 والتي بلغت 35 دراسة طابقت معايير الاشتمال (14).

Published: 31 March 2021

Risk factors for non-adherent retained placenta after vaginal delivery: a systematic review

Alessandro Favilli, Valentina Tosto, ... Sandro Gerli

+ Show authors

BMC Pregnancy and Childbirth **21**, Article number: 268 (2021) | Cite this article

الدراسة الثالثة:

دراسة تجريبية معشّاة قام بها Maher وزملاؤه بتاريخ 2016 حيث تم المقارنة بين ثلاثة مقبضات رحمية مختلفة (أوكسيتوسين–كاربيتوسين– ميزوبروستول) معطاة للتقليل من الحاجة إلى التخليص اليدوي في حالات المشيمة المحتبسة (16).

The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine >
Volume 30, 2017 - Issue 18

586 Views | 8 CrossRef citations to date | 1 Altmetric

Original Article

Different routes and forms of uterotonics for treatment of retained placenta: a randomized clinical trial*

Mohammad Ahmed Maher,
Tarek Mohammad Sayyed & Nabih Ibrahim Elkhouly

Pages 2179-2184 | Received 16 Aug 2016, Accepted 25 Sep 2016, Published online: 19 Oct 2016

Cite this article
https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1242124
Check for updates

خلاصة الدراسات المرجعية

الدراسة الأولى:

نسبة انتشار المشيمة المحتبسة بلغت 1.12% من الولادات المهبلية.

تضمنت العوامل المنبئة المهمة بالمشيمة المحتبسة:

الإملاص، عمر الأم فوق ال 30 سنة، الولادة بعمر 24 وحتى (6+27) أسبوع حملي

مع وجود عوامل خطر إضافية لدى الخروسات وهي:

تطاول الطور الأول أو الثاني من المخاض.

الدراسة الثانية:

نسبة انتشار المشيمة المحتبسة بلغت 0.5–4.8%.

تبين أن أكثر عوامل خطر المشيمة المحتبسة المستقلة تكراراً كانت عمر الأم، سوابق قيصرية، سوابق توسيع وتجريف، سوابق احتباس مشيمة، حث المخاض.

كما تبين أن معالم المشيمة الظاهرية (الوزن، الشكل، ارتكاز الحبل السري، موقع التعشيش)، الاندومتريوز، تقنيات الإخصاب المساعد من عوامل الخطر المقترحة الجديدة.

الدراسة الثالثة:

معدل النجاح في خروج المشيمة خلال 30 دقيقة من إعطاء الدواء والحاجة لإجراء تخليص يدوي للمشيمة وكان كالتالي:

الأكسيتوسين عبر الوريد السري:

66.7% وحصل خروج المشيمة خلال 18.28 د من الإعطاء.

الكاربيتوسين الوريدي:

71.3% وحصل خروج المشيمة خلال 16.6 دقيقة من الإعطاء.

الميزوبروستول تحت اللسان:

63.7% وحصل خروج المشيمة خلال 23 دقيقة من الإعطاء.

لم تتمكن هذه الدراسة من تفضيل دواء على آخر بسبب الفعالية المتقاربة لهذه الأدوية لذا نحن بحاجة لدراسات أكثر في هذا المجال.

خطة العمل بالبحث

مكان وزمان الدراسة:

مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي في دمشق (شعبتي المخاض العمومي والخاص)، بين 2024/1/1 و 2025/1/1.

تصميم الدراسة:

دراسة مقطعية مستعرضة cross-sectional study.

معايير الإدخال:

- حمل مفرد حي بعمر 24-42 أسبوع حملي
- خروسات وعديدات الولادة
- جنين مليص stillbirth

معايير الاستبعاد:

- المشيمة المندخلة المشخصة أثناء الحمل
- سوابق قيصرية أو أكثر
- عمر حملي أقل من 24 أسبوع حملي
- حمول مع تشوهات صبغية أو بنيوية معروفة تتطلب الإنهاء الطبي
- حالات الولادة المهبلية القادمة من خارج المشفى

المتغيرات المدروسة:

متغيرات لها علاقة بالأم	متغيرات توليدية	متغيرات لها علاقة بالموجودات الصدوية	متغيرات لها علاقة بالتدبير
عمر الأم	عمر الحمل بالأسابيع	توضع المشيمة	تطبيق جر للحبل السري
عدد الولادات	حث المخاض بالأوكسيتوسين		استعمال عوامل مقبضة للرحم (أوكسيتوسين–ميزوبروستول)
سوابق احتباس مشيمة	مدة الطور الثاني من المخاض		استخلاص يدوي للمشيمة
التدخين	جنس الجنين		تجريف آلي للمشيمة
سوابق تجريف رحم آلي عقب إسقاطات سابقة	عيوشية الجنين (حي أم لا)		
سوابق مرضية (سكري–ارتفاع ضغط)	لون السائل الأمنيوسي		

حجم العينة:

حجم المجتمع N جميع مراجعات قسم المخاض العمومي والخاص واللواتي حققن معايير الإدخال.

من أجل قوة إحصائية للدراسة 80% ومجال الموثوقية 95% سيتم حساب حجم العينة بالاعتماد على معادلة ستيفن تومبسون.

حجم العينة المدروسة باستخدام هذه المعادلة n يساوي 1200 حالة ولادة طبيعية.

معادلة ستيفن ثامبسون

$$n=\frac{N\times p(1-p)}{\left[\left[N-1\times\left(d^2\div z^2\right)\right]+p(1-p)\right]}$$

N: حجم المجتمع، z: الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى الدلالة 0.95،

D: نسبة الخطأ، p: نسبة توفر الخاصية والمحايدة.

خطوات الدراسة ومنهج البحث

- أخذ الموافقة على إجراء الدراسة من قبل مجلس قسم التوليد وأمراض النساء ومجلس كلية الطب البشري وجامعة دمشق.
- أخذ موافقة الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق على استخدام موارد الهيئة.
- تم تطبيق دراسة مقطعية مستعرضة على السيدات في شعبتي المخاض العام والخاص اللواتي حققن معايير الإدخال.
- بعد أخذ موافقة السيدة بالدخول في الدراسة سيتم أخذ قصة سريرية مفصلة منها تشمل السوابق المرضية والجراحية والقصة التوليدية في الحمول السابقة والحمل الحالي.
- سيتم تسجيل البيانات الخاصة بالحمل مثل عمر الحمل بالأسابيع وموقع المشيمة المحددة بالأمواج فوق الصوتية.
- سيتم تشخيص احتباس المشيمة بعد تأخر ولادة المشيمة 30 دقيقة بعد ولادة الجنين مع التدبير الفعال للطور الثالث واعتماداً على السريريات.
- بعد تشخيص احتباس المشيمة سيتم التدبير وفق بروتوكول المشفى مع التقييم المستمر لحيويات المريضة وتسريب المحاليل الوريدية اللازمة للحفاظ على الاستقرار الهيموديناميكي للمريضة.
- سيتم ملء الاستبيان الخاص بالدراسة والمتضمن عوامل الخطورة والتدبير المجرى في كل حالة من الحالات المدروسة.

تحليل البيانات

سيتم ملء البيانات المطلوبة للدراسة وفق نموذج استبيان خاص بالدراسة ثم إدخال البيانات النهائية إلى قاعدة بيانات حاسوبية ثم تحليل البيانات عن طريق برنامج تحليل إحصائي SPSS 17 باستخدام Chi squared و T-test ثم استخلاص النتائج مع اعتبار المتغير ذو أهمية إحصائية عندما تكون قيمة الدلالة P value أصغر من 0.05 حسب الاختبار المجرى.

أدوات البحث

- بيانات المريضة الموجودة ضمن استمارة الدراسة والتي سيتم الحصول عليها من ملف المريضة الطبي.
- سيتم استخدام جهاز الإيكو الموجود في شعبتي المخاض العام والخاص لأخذ القياسات المستخدمة في الدراسة.

المخطط الزمني المتوقع لإجراء البحث

سيتم العمل على إنهاء البحث خلال عام من موافقة مجلس جامعة دمشق وذلك حسب المخطط الزمني الملحق.

الاعتبارات الأخلاقية

سيتم أخذ موافقة مستنيرة من السيدة للدخول بالدراسة حيث أن الإجراءات المتخذة خلال الدراسة غير مؤذية للسيدة لذلك لا مشكلة أخلاقية أو قانونية من إجراء الدراسة، وسوف تستخدم البيانات بشكل مرمّز ممّا يغفل هوية المريضة.

الميزانية

لن تحمّل الدراسة السيدة أعباء مادية إضافية قدر المستطاع محاولين الاكتفاء بالوسائل التشخيصية المتوافرة في المستشفى.

قائمة المراجع الأولية

1. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NCCWCH. Care of healthy women and their babies during childbirth, RCOG Press, London 2007.
2. Retained placenta after vaginal birth 12 Khan N and Weeks AD. Liverpool Women's Hospital local audit data 2006.
3. Risk of retained placenta: multivariate approach. AU Adelusi B, Soltan MH, Chowdhury N, Kangave D SO Acta Obstet Gynecol Scand. 1997;76(5):414.
4. Risk factors for retained placenta. AU Coviello EM, Grantz KL, Huang CC, Kelly TE, Landy HJ SO Am J Obstet Gynecol. 2015;213(6):864.e1.
5. Risk factors for non-adherent retained placenta after vaginal delivery: a systematic review. AU Favilli A, Tosto V, Ceccobelli M, Parazzini F, Franchi M, Bini V, Gerli S SO BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):268. Epub 2021 Mar 31.
6. Dynamic ultrasonographic imaging of the third stage of labor: new perspectives into third-stage mechanisms. AU Herman A, Weinraub Z, Bukovsky I, Arieli S, Zabow P, Caspi E, Ron-El R SO Am J Obstet Gynecol. 1993;168(5):1496.
7. Active management of the third stage of labor with and without controlled cord traction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. AU Du Y, Ye M, Zheng F SO Acta Obstet Gynecol Scand. 2014 Jul;93(7):626-33. Epub 2014 Jun 9.
8. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. AU WOMAN Trial Collaborators SO Lancet. 2017;389(10084):2015. Epub 2017 Apr 26.
9. The use of intravenous nitroglycerin for cervico-uterine relaxation: a review of the literature. AU Dufour P, Vinatier D, Puech F SO Arch Gynecol Obstet. 1997;261(1):1
10. Nitroglycerin for management of retained placenta. AU Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA, Shaaban OM SO Cochrane Database Syst Rev. 2015.
11. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/peripartum-infections-brief/en/ (Accessed on November 03, 2015).
12. Ultrasound-guided instrumental removal of the retained placenta after vaginal delivery. AU Rosenstein MG, Vargas JE, Drey EA SO Am J Obstet Gynecol. 2014;211(2):180.e1. Epub 2014 Apr 13.
13. Risk factors for retained placenta Presented in poster format at the 35th annual meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine, San Diego, CA, Feb. 3-8, 2015. Author links open overlay panelElizabeth M. Coviello DO a b, Katherine L. Grantz MD, MS b, Chun-Chih Huang PhD d, Tara E. Kelly MD b, Helain J. Landy MD b c.
14. Risk factors for non-adherent retained placenta after vaginal delivery: a systematic review Alessandro Favilli, Valentina Tosto, …Sandro Gerli Show authors BMC Pregnancy and Childbirth volume 21, Article number: 268 (2021).
15. Pharmacologic intervention for the management of retained placenta: a systematic review and meta-analysis of randomized trials Presented as a poster at the 40th annual pregnancy meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine (poster number 645), Grapevine, TX, February 5–10, 2020.
16. Different routes and forms of uterotonics for treatment of retained placenta: a randomized clinical trial Mohammad Ahmed Maher et al. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017 Sep.
17. Hall, M.H., Halliwell, R., Carr-Hill, R.Concomitant and repeated happening of complication of the third stage of labour. Br. J.Obstet. Gynaecol. 1985; 92: 732 – 738

الموافقة المستنيرة

سيدتي:

- سوف أقوم بالإجراءات الروتينية المقدمة للسيدات المتواجدات في شعبة المخاض من استجواب وفحص وتصوير صدوي لكِ.
- طبيعة الدراسة لا تحمل خطراً عليكِ ولا تشمل أي تداخل من شأنه التأثير السلبي على سير الحمول اللاحقة وكل التدخلات التي سوف تجرى ستكون مضبوطة المعايير ولا يتطلب منك أي تكلفة مادية.
- البيانات والنتائج التي سوف تظهر تتمتع بالسرية التامة ولن يتم استخدام ما يشير الى هويتك بأي صورة كانت.
- ستتم الإجابة عن أي استفسار ترغبين به من قبل الباحث.
- يمكنك رفض الدخول بالدراسة أو الانسحاب منها بأي وقت دون أن يؤثر ذلك على نوعية الخدمة الصحية المقدمة ولك كامل الحق في رفض الإجابة عن أي سؤال لا ترغبين الإجابة عنه.
- نطمح لمشاركتك في هذه الدراسة وشكراً لك.

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

اسم السيدة وتوقيعها:

.....

الطبيبة الباحثة:

نورا ريمون رزق

استمارة الدراسة

- رقم الإضبارة:.....
- اسم المريضة:.....
- عمر المريضة:..... سنة.
- عدد الولادات:.....
- مشعر كتلة الجسم
- التدخين : (نعم/لا)
- سوابق احتباس مشيمة :(نعم /لا).
- سوابق تجريف رحم آلي عقب إسقاطات : (نعم /لا) .
- سوابق مرضية: ارتفاع الضغط – سكري – أمراض أخرى.
- العمر الحملي وقت الولادة :..... أسبوع.
- جنس الجنين: (ذكر/ أنثى).
- عيوشية الجنين: (حي/ متوفٍ).
- توضع المشيمة : أمامية- خلفية –جدارية- قعرية
- حث المخاض بالأوكسيتوسين: (نعم /لا).
- لون السائل الأمينوسي : رائق- معقى-غير ذلك.
- مدة الطور الثاني من المخاض: .....ساعة .
- طريقة التدبير التي أدت إلى خروج المشيمة المحتبسة:
  - تطبيق جر للحبل السري
  - استعمال عوامل مقبضة للرحم: (أوكسيتوسين – ميزوبروستول).
  - استخلاص يدوي للمشيمة.
  - تجريف آلي للمشيمة المحتبسة.

الإطار النظري

المقدمة

تمثل المرحلة الثالثة من المخاض الفترة الزمنية الممتدة من انقذاف الجنين حتى ولادة المشيمة، وتقدر المدة الطبيعية للخروج العفوي للمشيمة بين 18–60 دقيقة، ووسطياً 30 دقيقة.

تعرف المشيمة المحتبسة:

بتأخر انفصال المشيمة وخروجها من الرحم، وهو حدث قد يهدد حياة الأم، نظراً لأنه يعيق الانقباض الرحمي الطبيعي بعد الولادة، وهذا ما يمكن أن يتظاهر بنزف شديد في حال غياب علامات انفصال المشيمة، أو بقاء أنسجة مشيمية داخل الرحم بعد خروج الجزء الأكبر عفوياً.

وقد كشفت الدراسات أن 90% من ولادات المشيمة العفوية بالأعمار الحملية 20 و30 أسبوعاً تحتاج إلى نحو 180 و21 دقيقة على التوالي.

لذلك من المهم عند التعامل مع حالات المشيمة المحتبسة التركيز على العمر الحملي عند الولادة.

إن تواتر حدوث المشيمة المحتبسة أعلى بثلاثة أضعاف في حالات الولادة الباكرة مقارنةً بالولادات التي تحدث في تمام الحمل، ويزداد هذا الخطر بشكل ملحوظ في الثلث الثاني من الحمل، حيث يكون خطر الاحتباس في هذا الثلث تحديداً أكبر بمقدار 21 ضعفاً (4–1).

أنواع المشيمة المحتبسة

تُصنّف المشيمة المحتبسة إلى ثلاثة أنواع رئيسية، مرتبة تصاعدياً من حيث درجة الخطورة والمضاعفات:

المشيمة المحصورة أو المحبوسة (Trapped/Incarcerated Placenta):

وهي مشيمة انفصلت كلياً عن جدار الرحم، لكنها لم تتم ولادتها بعد عفوياً أو مع شد لطيف للحبل السري، نتيجة انغلاق عنق الرحم قبل اكتمال خروج المشيمة.

المشيمة الملتصقة (Placenta Adherens):

وهي حالة تلتصق فيها المشيمة بجدار الرحم دون انفكاك عفوي، لكنها قابلة للتخليص يدوياً بسهولة نسبياً ودون مقاومة شديدة.

طيف المشيمة المندخلة (Placenta Accreta Spectrum):

في هذه الحالة، تكون المشيمة ملتصقة بشكل مرضي بعضلة الرحم، نتيجة خلل في تطور الساقط.

ولا يمكن تخليصها يدوياً بشكل تام، رغم أن عملية إخراجها مهبلياً قد تبقى ممكنة إذا كانت منطقة الالتصاق المرضي محدودة.

يُفيد تحديد نوع المشيمة المحتبسة بشكل مبكر في التوجه للتدخل الطبي المناسب والحد من المضاعفات، خاصة النزف الرحمي (3).

الآلية الإمراضية (Pathophysiology)

تبدأ عملية التكون الطبيعي للمشيمة مع انغراس الكيسة الأرومية في بطانة الرحم، وقبل هذا الانغراس تخضع بطانة الرحم للتفاعل الساقطي تحت تأثيرات هرمونية، لا سيما البروجسترون والإستروجين خلال المراحل المبكرة من الحمل.

تتحول الطبقة السطحية للكيسة الأرومية إلى غشاء كوريوني، نتيجة غزو الكيسة الأرومية للساقط.

ومن هذا الغشاء تنشأ خلايا الأرومة الغاذية الخلوية والأرومة الغاذية المخلوية المسؤولة عن تشكيل الزغابات المشيمائية التي تؤمن تبادل المواد بين الأم والجنين.

مع ولادة الجنين تؤدي سلسلة من التغيرات الهرمونية مع الانقباض الرحمي إلى اكتمال المرحلة الثالثة من المخاض، وأي خلل في واحدة أو أكثر من هذه المراحل قد يؤدي إلى احتباس المشيمة، وهذه المراحل كالتالي:

المرحلة الكامنة (Latent Phase):

تحدث مباشرة بعد الولادة، حيث تنقبض عضلة الرحم بأكملها، باستثناء الجزء الموجود خلف المشيمة.

مرحلة الانقباض (Contraction Phase):

يبدأ انقباض العضلة الرحمية في المنطقة خلف المشيمة.

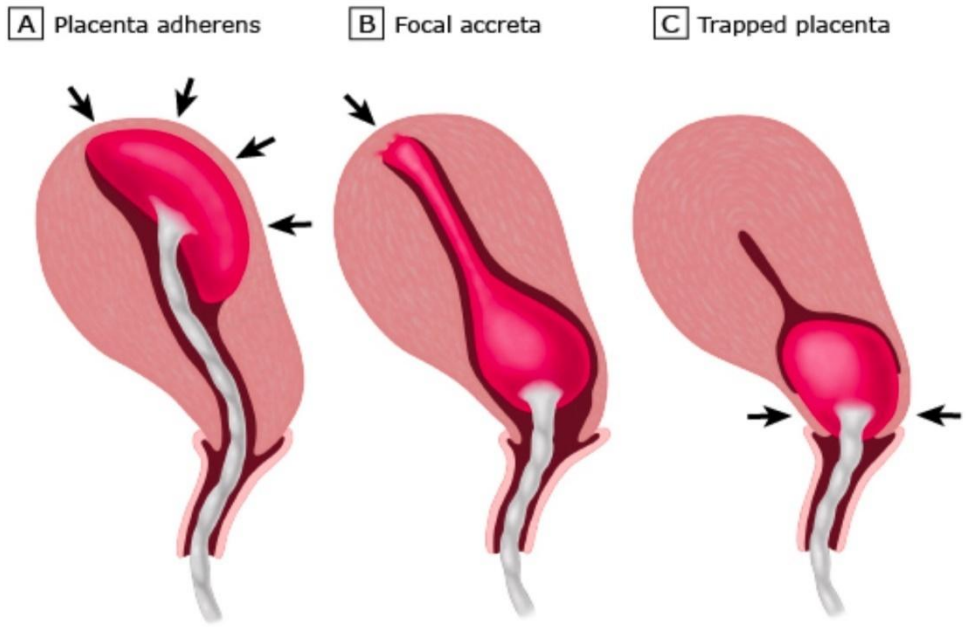
مرحلة الانفكاك (Detachment Phase):

يتسبب انقباض العضلة الرحمية خلف المشيمة في حدوث قوى شد أفقية على وجه المشيمة الأمومي، مما يؤدي إلى انفصالها.

مرحلة الطرد (Expulsion Phase):

يتسبب الانقباض الرحمي بطرد المشيمة المنفصلة خارج الرحم.

- تحدث المشيمة المحصورة (Trapped Placenta) نتيجةً لخلل في مرحلة الطرد، حيث ينقبض الجزء السفلي من الرحم وعنق الرحم قبل انفصال المشيمة، أو قد تكون القوى الطاردة أو الجاذبية غير كافية لإخراجها.
- أما المشيمة الملتصقة بجدار الرحم (Placenta Adherens)، فيُعتقد أنها ناتجة عن تطاول غير طبيعي للمرحلة الكامنة و/أو خلل في مرحلة الانقباض.
- وقد طُرحت فرضية أن وجود خلل موضعي في انقباض العضلة الرحمية خلال فترة المخاض، قد يؤدي إلى ضعف تقدم المخاض وظهور مشيمة ملتصقة.
- إذا كان خلل الانقباض الموضعي شديداً، فقد يؤدي إلى تباطؤ أو توقف تقدم المخاض، مما يستدعي الولادة القيصرية.
- أما إذا كان الخلل بسيطاً، فقد تتم الولادة المهبلية، ولكن مع زيادة خطر حدوث المشيمة الملتصقة.
- وتشير الدراسات إلى أن السبب الكامن وراء هذا الخلل قد يكون تغيرات مرضية في المشيمة مرتبطة بالتفاعلات الاستقلابية أو الانسمام الحملي.
- أما بالنسبة لطيف المشيمة المندخلة (Placenta Accreta Spectrum)؛ فإن الآلية الإمراضية مختلفة تماماً، إذ تمثل خللاً بنيوياً وليس وظيفياً (5–8).



الرسم التوضيحي 1: أشكال المشيمة المحتبسة

الوبائيات ومعدل الحدوث

يختلف معدل حدوث المشيمة المحتبسة باختلاف المكان والزمان والعمر الحملي، حيث بلغ المعدل الوسطي لحدوث المشيمة المحتبسة بعد مرور 30 دقيقة في البلدان المتطورة نسبة 2.7% من الولادات المهبلية، مقارنة بنسبة 1.5% في البلدان فقيرة الإمكانات، وتتراوح نسبتها بين 3%-1 من حالات الولادة عموماً.

ويلاحظ ازدياد بمعدل الحدوث في المملكة المتحدة، حيث بلغ 0.5% في ثلاثينات القرن الماضي، وارتفع إلى 2.3% في الثمانينات، ثم إلى 3.3% خلال الفترة بين عامي 2005 و2006.

يُمكن أن تعزى هذه الفروقات في الحدوث بين الدول المتطورة والنامية، وكذلك عبر الزمن، إلى الاختلاف بعوامل الخطورة.

تتوزع نسب الأنواع المختلفة للمشيمة المحتبسة كما يلي:

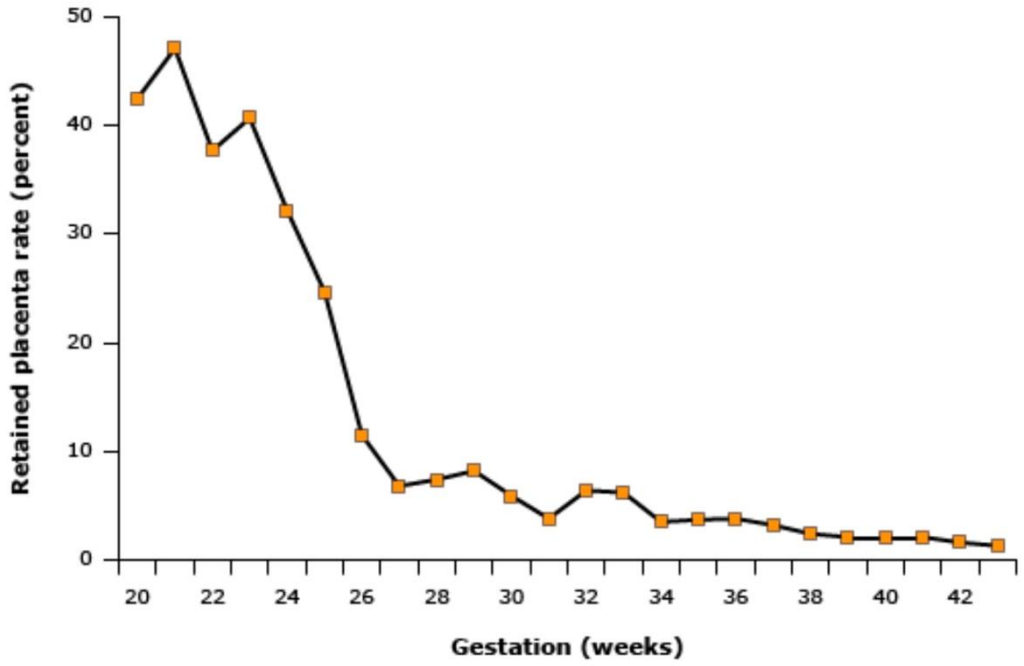
- المشيمة المحبوسة (Trapped) بنسبة 13%
- المشيمة الملتصقة (placenta adherens) بنسبة 81%
- المشيمة المندخلة (placenta accreta) بنسبة 6%

وفي سلسلة أخرى من الحالات، شكّلت المشيمة المحبوسة 51% من الحالات التي استدعت التخليص اليدوي للمشيمة بهدف الوقاية من النزف التالي للولادة.

وبالنسبة للمشيمة المندخلة البؤرية فهي ليست حالة نادرة في الولادة المهبلية، إلا أن المشيمة المندخلة بشكل كامل تُعد حالة نادرة، حيث يتم عادةً تشخيص معظم الحالات أثناء الحمل، وتجرى الولادة القيصرية.

وغالباً ما يكون لدى هؤلاء المريضات سوابق ولادة قيصرية أو سوابق مشيمة منزاحة، وهي عوامل تستدعي إجراء ولادة قيصرية.

تُقدّر نسبة حدوث طيف المشيمة المندخلة PAS في المريضات اللواتي يُصبن باحتباس المشيمة بعد الولادة المهبلية بحالة واحدة من كل 440 حالة (11-9).



المخطط البياني 1: توزع نسب حدوث المشيمة المحتبسة حسب الأعمار الحملية

عوامل الخطورة Risk Factors

تم التعرف على مجموعة واسعة من عوامل الخطورة المرتبطة بالمشيمة المحتبسة، وتشمل ما يلي:

- سوابق مشيمة محتبسة.
- الولادة الباكرة.
- استخدام الإرغومترين.
- وجود تشوهات رحمية خلقية أو أورام ليفية (التي غالباً لا يتم التعرف عليها قبل الولادة).
- سوابق ولادات قيصرية أو تجريف باطن رحم أو استئصال أورام ليفية أو أية سوابق جراحية على الرحم.
- حالات ما قبل الإرجاج، أو الإملاص، أو صغر وزن الجنين بالنسبة للعمر الحملي.
- حالات التوضع الغشائي للحبل السري (Velamentous cord insertion).
- عمر الأم ≤ 30 عاماً.
- الولادة في مستشفى تعليمي.

- تعدد الولادات (> 5 ولادات).
- الحمل بالإخصاب المساعد.
- العرق.
- التدخين (لم يثبت دوره كعامل خطورة أو وقاية).
- الانتباذ البطاني الرحمي.
- إنتان باطن الرحم.
- توضع المشيمة (الأمامي).

هناك علاقة وثيقة بين استخدام الإرغومترين في تدبير المرحلة الثالثة من المخاض وتطاول هذه المرحلة، وهذه سمة مميزة للإرغومترين، إذ يتسبب – بخلاف الأوكسيتوسين – في انقباض رحمي قوي ومديد.

وعند إعطائه وريدياً، يبدأ تأثيره بشكل فوري، مما يؤدي إلى إغلاق عنق الرحم في نفس وقت انفكاك المشيمة، وبالتالي احتباسها أعلى العنق المغلق.

وبالتالي خلصت العديد من الدراسات أن استخدام الإرغومترين الوريدي في تدبير المرحلة الثالثة من المخاض أدى إلى زيادة كبيرة في الحاجة إلى استخلاص المشيمة يدوياً.

وقد أشارت بعض الدراسات أن الاستخدام المطول للأوكسيتوسين قد يكون عامل خطر قابل للتعديل للمشيمة المحتبسة، ولكن من غير الواضح إذا ما كان الأوكسيتوسين يساهم بشكل مباشر في احتباس المشيمة، أم أن هذه العلاقة تعود إلى تأثيرات أخرى مثل العطالة الرحمية أو الإنتان الناجمين عن تطاول مدة المخاض.

تُعد التشوهات الرحمية من عوامل الخطورة البارزة أيضاً مثل: الرحم ذات القرنين، أو الحاجز الطولاني حيث كانت المشيمة المحتبسة هي الاختلاط الأكثر شيوعاً لهذه التشوهات، وحدثت في 17٪ من الحالات.

تم إجراء تنظير الرحم لحالات تم فيها تخليص يدوي للمشيمة المحتبسة بعد فترة 6 أسابيع من التخليص، وُجد أن 15% منهن لديهن حاجز رحمي غير مكتمل.

كما تم ربط اضطراب وقصور تروية المشيمة بزيادة خطر احتباسها، وهذا يمكن أن يفسر العلاقة بين المشيمة المحتبسة وكل من:

ما قبل الإرجاج، والإملاص، وتحدد نمو الجنين/أو صغر وزن الجنين بالنسبة للعمر الحملي.

وقد أظهرت دراسات واسعة أن معدل احتباس المشيمة كان أعلى لدى المريضات اللواتي لديهن سوابق ولادة قيصرية مقارنة باللواتي ولاداتهن السابقة مهبلية (3.4% مقابل 1.9%).

إنّ توضع الحبل السري الغشائي (Velamentous cord insertion) يعدّ عامل خطورة مهم، ويمثل نسبة 5.5% من شذوذات الحبل السري، ومن المُحتمل أن يكون احتباس المشيمة ناجماً عن تمزق الحبل السري الهش أثناء الولادة، كما تم اقتراح فرضية وراثية لاحتباس المشيمة (12-14).

العوامل المرتبطة بضعف التقلصات الرحمية:
تعدد الولادات
الاستخدام المطول للأوكسيتوسين
العوامل المرتبطة بالانغراس الشاذ للمشيمة:
سوابق جراحية على الرحم
الحمل بالإخصاب المساعد
عوامل خطورة أخرى:
الولادة الباكرة
وجود تشوهات خلقية بالرحم
سوابق مشيمة محتبسة

الجدول 1: عوامل الخطورة المرتبطة بالمشيمة المحتبسة

تشخيص المشيمة المحتبسة Diagnosis

من خلال المظاهر السريرية:

يُرجح تشخيص المشيمة المحتبسة عندما لا يحدث خروج عفوي للمشيمة خلال 30 دقيقة من ولادة الجنين مع تطبيق التدبير الفعال للطور الثالث للمخاض.

يُشخّص وجود مشيمة محبوسة (Trapped placenta) عندما تكون علامات الانفصال الكلاسيكية للمشيمة واضحة سريرياً، مثل: تطاول الحبل السري، دفقة دموية من المهبل، تغيّر شكل قعر الرحم من قرصي إلى كروي، ارتفاع مستوى قعر الرحم، وانقباضه، مع إمكانية جسّ حافة المشيمة من خلال عنق رحم ضيق لكنه مفتوح.

أما تشخيص المشيمة الملتصقة (Placenta adherens) أو المشيمة المندخلة (Placenta accreta) فيُجرى عند غياب علامات وأعراض انفكاك المشيمة.

وغالباً ما يمكن التمييز سريرياً بين المشيمة الملتصقة والمشيمة المندخلة فقط في أثناء محاولة الإزالة اليدوية.

فإذا أمكن إنشاء سطح فصل واضح بين كامل المشيمة والساقط (decidua)، فإن التشخيص هو مشيمة ملتصقة.

أما إذا كانت هناك مناطق غزو لعضلة الرحم (myometrium) تمنع انفكاك جزء من المشيمة، فيتم تشخيص مشيمة مندخلة بؤرية (Focal placenta accreta).

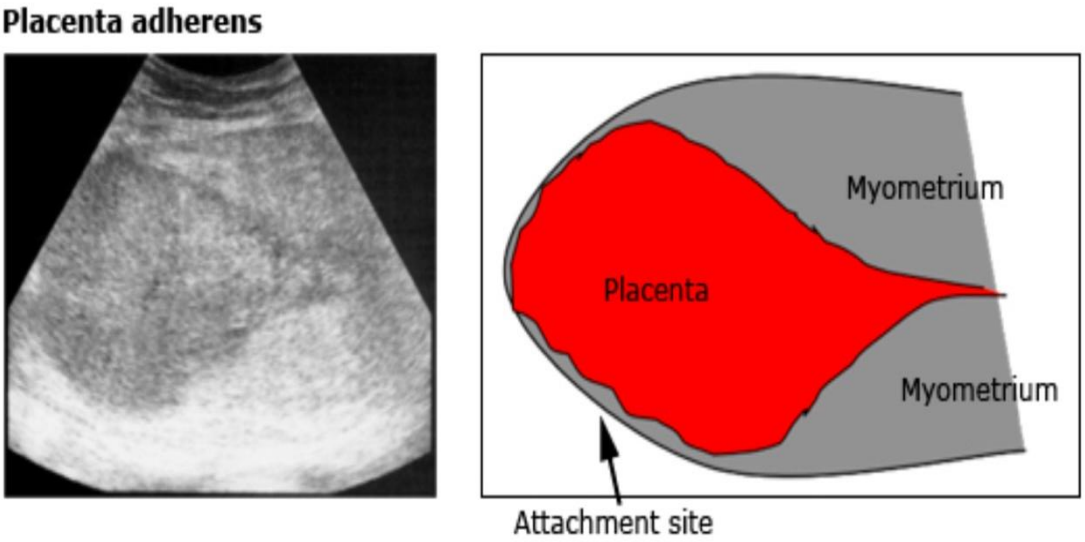
ومع ذلك، قد يكون من الصعب التمييز سريرياً بين المشيمة الملتصقة والمشيمة المخترقة البؤرية (3).

الاستقصاءات الشعاعية:

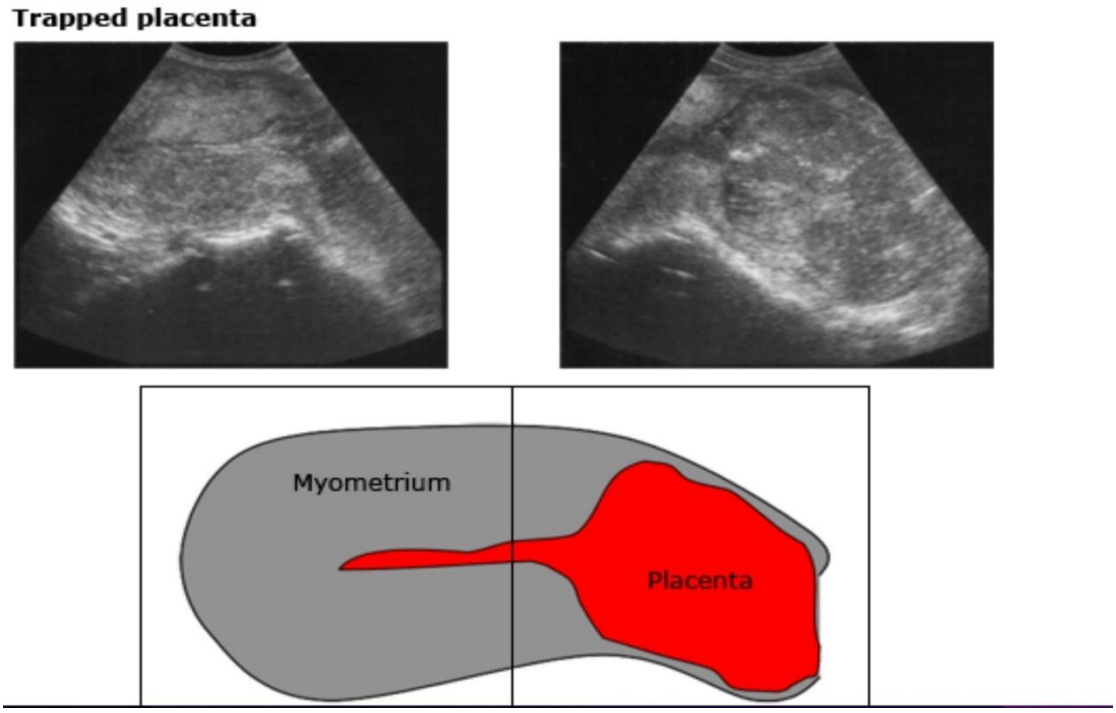
يمكن استخدام التصوير بالأمواج فوق الصوتية (Ultrasound) للتمييز بين المشيمة المحصورة والمشيمة الملتصقة، إلا أن هذا الإجراء نادراً ما يُجرى ما لم يكن التشخيص مشتبه به بعد الفحص السريري.

ففي حالة المشيمة المحبوسة، يُلاحظ وجود سماكة في العضلة الرحمية (myometrium) في جميع أنحاء الرحم، وتظهر المشيمة في الجزء السفلي من الرحم ولكنها منفصلة عن جسم الرحم.

أما في حالة المشيمة الملتصقة، فإن العضلة الرحمية تكون سميكة في جميع المواضع ما عدا منطقة التصاق المشيمة، حيث تكون الطبقة الرحمية في هذه المنطقة رقيقة جداً أو غير مرئية، كما لا يظهر أي جزء من المشيمة منفصلاً عن جسم الرحم (5).



الرسم التوضيحي 2: يوضح شكل ترسيمي للمشيمة الملتصقة مع تصوير إيكو مرافق



الرسم التوضيحي 3: شكل ترسيمي للمشيمة المحصورة أو المحبوسة مع تصوير إيكو مرافق

التشريح المرضي للمشيمة المحتبسة:

أجريت دراسة حالة –شاهد تم فيها تحليل المشائم من حيث المظهر العياني والفحص النسيجي في حالات المشيمة المحتبسة من النمط الملتصق (عدد = 49) مقارنة بحالات عدم احتباس المشيمة (عدد = 47) في ولادات مفردة بتمام الحمل من نساء حوامل غير مصابات بأي مشكلات صحية (مثل: الانسمام الحملي، أو السكري، أو ولادة جنين صغير بالنسبة لعمر الحمل).

وجد أن المشائم المحتبسة من النمط الملتصق كانت ذات مساحة سطحية أصغر بشكل ملحوظ (أي أنها كانت تغطي منطقة أقل من جدار الرحم)، وذات شكل أكثر استطالة (أقل دائرية من المشيمة الطبيعية)، كما أظهرت بشكل أكبر علامات قصور تروية دموية في الجانب الأمومي، ولوحظ وجود كمية أكبر من الألياف العضلية في الصفيحة القاعدية (Basal plate) زيادة في وجود ألياف عضلية رحمية في الصفيحة القاعدية (3,8)

المضاعفات Complications

يُعد النزف التالي للولادة (Postpartum hemorrhage) والتهاب بطانة الرحم بعد الولادة (Postpartum endometritis) من أكثر المضاعفات شيوعاً في حالات المشيمة المحتبسة.

أما انقلاب الرحم (Uterine inversion)، فهو أقل شيوعاً، لكنه يُعد حالة توليدية إسعافية، إذ يمكن أن يؤدي إلى نزف حاد ووهط دوراني في حال عدم تشخيصه وعلاجه بسرعة.

تختلف نسبة حدوث هذه المضاعفات باختلاف عدة عوامل، منها:

- نوع المشيمة المحتبسة.
- السبب المرضي الكامن.
- طرق التدبير المتبعة.

في البلدان المتطورة، يندر حدوث الوفاة بسبب المشيمة المحتبسة، أما في البلدان منخفضة الإمكانات، فإن معدل الوفيات المرتبط بهذه الحالة قد يصل لنحو 1% ويعتمد ذلك بشكل كبير على إمكانية وسرعة وصول المريضة إلى خدمات الرعاية والعلاج والدعم المناسب (15).

تدبير المشيمة المحتبسة Management of Retained Placenta

بعد انقذاف الجنين وقبل تشخيص المشيمة المحتبسة، يُوصى بالتدبير الفعال لتسهيل الانفكاك العفوي للمشيمة، ويشمل ذلك استخدام الأوكسيتوسين، والشد اللطيف للحبل السري، وتمسيد الرحم.

وقد ثبت أن هذه الإجراءات تقلل خطر حدوث النزف التالي للولادة، على الرغم من عدم وجود دليل قاطع على أنها تمنع حدوث المشيمة المحتبسة.

تطبيق الشد اللطيف على الحبل السري يؤدي دوراً في تقليص مدة الطور الثالث للمخاض، إلا أن تأثيره على النزف التالي للولادة يعتبر أصغرياً.

تمسيد الرحم:

يجرى تمسيد الرحم قبل وبعد خروج المشيمة، ويستمر ذلك حتى يصبح الرحم منقبضاً وهو ما يحدث عادة خلال خمس دقائق، إلا أنه قد يستغرق ما يصل إلى ثلاثين دقيقة.

الأوكسيتوسين (Oxytocin):

يُعد الأوكسيتوسين مشابهاً من الناحية التركيبية لهرمون الفازوبرسين، ويُفرز من الفص الخلفي للغدة النخامية.

يؤدي تنشيط مستقبلات الأوكسيتوسين في عضلة الرحم (myometrium) إلى حدوث تقلصات عضلية رحمية.

وتزداد كثافة هذه المستقبلات مع تقدم عمر الحمل ومع حدوث المخاض، كما تكون أكثر تركزاً في قعر الرحم مقارنة بالجزء السفلي من الرحم.

الفعالية:

أظهرت الدراسات أن الأوكسيتوسين أكثر فعالية من الدواء الغفل (placebo) أو عدم استخدام أي إجراء في تقليل حدوث النزف التالي للولادة (PPH) بمقدار $\leq$ 500 مل.

طرق الإعطاء:

يُفضل إعطاء الأوكسيتوسين عن طريق التسريب الوريدي (IV) على الحقن العضلي (IM)، حيث يكون أكثر فعاليةً، ويتيح تحكماً أدق بالجرعة، ويتميز ببداية تأثير أسرع، إلا أن الحقن العضلي يُعد بديلاً مقبولاً في الحالات التي لا يتوفر فيها طريق وريدي.

ويفضل استخدام التسريب الوريدي المستمر بدلاً من الدفش الوريدي السريع (IV bolus).

فرط الحساسية للدواء هو مضاد الاستطباب الوحيد المعروف.

- **التسريب الوريدي (IV):**

تختلف مدة تسريب الأوكسيتوسين، إلا أن الحد الأدنى الشائع هو أربع ساعات بعد الولادة، وتكون جرعة التسريب الوريدي 10 وحدات دولية في لتر واحد من السيروم الملحي.

- **الطريق العضلي (IM):**

يُعد إعطاء 10 وحدات دولية من الأوكسيتوسين عبر الحقن العضلي بديلاً مقبولاً للتسريب الوريدي، خاصةً في حال عدم توفر قثطرة وريدية، لكنه أقل فعالية نسبياً كما أوضحت الدراسات.

يستغرق بدء التأثير السريري مدة أطول (3 إلى 7 دقائق مقابل أقل من دقيقة عبر الوريد)، لكن تأثيره السريري يستمر لفترة أطول (ربما ساعة أو أكثر، مقارنة بـ 3 إلى 5 دقائق في التسريب الوريدي).

الحقن الوريدي السريع (IV bolus):

يعتبر إعطاء الأوكسيتوسين عبر دفعة وريدية فعالاً، إلا أن هناك تساؤل واختلاف حول سلامة هذا الطريق نظراً لوجود أدلة على حدوث هبوط ضغط شديد بعد الحقن السريع، مما قد يؤدي إلى نقص تروية العضلة القلبية، ووهط دوراني، وحتى الوفاة.

حدثت هذه الحالات لدى مريضات خضعن للولادة القيصرية تحت التخدير القطني، وربما كانت مرتبطة جزئياً بالتخدير أو بأمراض قلبية وعائية كامنة.

وعلى الرغم من أن الحقن الوريدي السريع قد يكون مطلوباً لدى بعض المريضات لعلاج النزف التالي للولادة، فإنه ليس ضرورياً كخيار وقائي، ويُفضَّل تجنبه في المريضات اللواتي لديهن عوامل خطر قلبية وعائية.

إذا تم إعطاء دفعة وريدية، فإن الحد الأدنى الفعّال من جرعة الأوكسيتوسين غير محدد بدقة، لكنه يقدر بأقل من 3 وحدات تُحقن خلال دقيقة واحدة على الأقل، وقد تكون الجرعة الفعالة أقل من ذلك (حتى 0.3 وحدة).

إذا لم تكن الجرعة البدئية فعالة، يمكن تكرارها مرة أو مرتين قبل اللجوء إلى دواء بديل.

بعد إعطاء الدفعة الوريدية، غالباً ما يتم البدء بتسريب وريدي للأوكسيتوسين، وقد وُجد أنه يقلل من خسارة الدم والحاجة إلى نقل الدم و/أو استخدام أدوية مقبضة إضافية مقارنة بإعطاء الدفعة وحدها.

قد تفتقر بعض البلدان النامية إلى القدرة على تخزين وحفظ الأدوية التي تتطلب التبريد، ولذلك فهناك بعض الخيارات المتاحة في هذه الحالات منها:

- تحفيز الحلمة/الرضاعة الطبيعية قد يُقلل من حدوث النزف التالي للولادة من خلال تحفيز إفراز الأوكسيتوسين الداخلي.

ويُعتبر هذا التدخل آمناً، منخفض التكلفة، وسهل التطبيق، ويوصى به في حال عدم توفر الأدوية أو رفض المريضة استخدامها.

وبمجرد تشخيص المشيمة المحتبسة، غالباً ما تُستخرج المشيمة يدوياً من الرحم.

بعد التأكد من راحة المريضة أولاً، يجب وضعها بوضعية الليثوتومي (وضعية الولادة)، ويفضّل وضع غطاء مخروطي الشكل أسفل المريضة، وأن يكون هذا الغطاء مدرجاً ومعلّماً من أجل قياس كمية النزف.

ينبغي على الطبيب ارتداء اللباس العقيم والقفازات والحفاظ على العقامة، وقايةً لنفسه وللمريضة على حد سواء، كما يجب إفراغ مثانة المريضة.

بعد ذلك، يستخدم الطبيب يده لاتباع مسار الحبل السري عبر المهبل وعنق الرحم حتى يلامس المشيمة.

وفي حال كانت المشيمة منفصلة لكنها لم تتم ولادتها بعد، كما في حالات العطالة الرحمية، يمكن التقاط الأنسجة المشيمية بثبات وسحبها عبر عنق الرحم (16).

التداخلات العلاجية

- **الحالات المترافقة مع نزف حاد:**

يُعد النزف الحاد حالة إسعافية تتطلب تدخلاً عاجلاً، وفي حالات المشيمة المحتبسة، لا يمكن إجراء الضغط على الرحم، إلا أن الضغط على الشريان الأبهر قد يكون فعّالاً كإجراء عاجل.

ينبغي استخلاص المشيمة يدوياً بأسرع وقت ممكن، حيث يُسهم خروج المشيمة في تحفيز الانقباض الرحمي، وهذا يسهم في تقليل النزف.

- **الحالات غير المصحوبة بنزف حاد:**

عند احتباس المشيمة لمدة 30 دقيقة لدى مريضة مستقرة في الثلث الثالث من الحمل، يتم إجراء فحص سريري – وأحياناً يُستخدم التصوير بالأمواج فوق الصوتية – لتحديد ما إذا كانت المشيمة محبوسة فقط أو لا تزال ملتصقة، ومن ثم يتم البدء بالتحضير للتدخل العلاجي.

يعتمد التوقيت الأمثل للتدخل على موازنة عواقب إبقاء المشيمة في مكانها (خاصة خطر النزف التالي للولادة) مع مخاطر التداخل نفسه (مثل النزف أو الإنتان أو رض الرحم)، بالإضافة إلى احتمال خروج المشيمة عفوياً والاكتفاء بالمراقبة.

لا يوجد إجماع ثابت حول وقت التداخل العلاجي، حيث يوصى بالمراقبة حتى مرور 60 دقيقة، استناداً إلى دراسات تشير إلى أن تأخير التدخل إلى ما بعد 30 دقيقة يسمح بخروج المشيمة عفوياً في عدد كبير من الحالات، كما أن خطر النزف لا يزداد إلا بعد مرور 20 – 30 دقيقة من الولادة.

ويُعتبر الانتظار لمدة 60 دقيقة مقبولاً إذا كان بالإمكان بدء تداخل علاجي فوري وفعّال في حال حدوث نزف حاد.

يمكن تمديد هذه المدة أكثر من 60 دقيقة في حالات الولادة التي تتم في الثلث الثاني من الحمل، حيث تكون معدلات المشيمة المحتبسة أعلى ومعدلات النزف أقل.

وفي هذه الحالات، يُمكن الانتظار لمدة ساعتين، إذ يزيد من احتمال الخروج العفوي للمشيمة ويُقلل خطر حدوث المضاعفات، إلا أن توقيت التداخل أيضاً يجب أن يُحدد بناءً على بنية الأم والظروف المحيطة بالولادة (17–19).

التخليص اليدوي للمشيمة

يُجرى التخليص اليدوي للمشيمة في حال فشل الشد اللطيف للحبل السري والعلاج الدوائي في إخراج المشيمة المحتبسة.

ونظراً لأن هذا الإجراء مؤلم، يجب – باستثناء الحالات الطارئة مثل النزف الحاد – تأمين تسكين وتهدئة مناسبين باستخدام التخدير الناحي أو العام، أو التركين العام.

ينبغي تطبيق هذا الإجراء في غرفة تتوفر فيها شروط عقيمة، بالإضافة لوجود الكادر الطبي والأدوية والمعدات اللازمة للتعامل مع أي مضاعفات محتملة (مثل النزف، أو المشيمة المخترقة، أو انثقاب الرحم).

تزيد الإزالة اليدوية للمشيمة من خطر حدوث التهاب بطانة الرحم (Endometritis).

ولهذا السبب، نصت توصيات منظمة الصحة العالمية على إعطاء الصادات الحيوية الوقائية، رغم عدم وجود بيانات كافية تؤكد أو تنفي فعالية هذا الإجراء.

يتم إعطاء جرعة واحدة من صاد حيوي واسع الطيف (مثل الأمبيسلين أو السيفالوسبورينات من الجيل الأول، أو الكليندامايسين في حال وجود تحسس للبنسلين).

بعد تحضير جراحي روتيني وتركيب قثطرة بولية لإفراغ المثانة، يتم إدخال اليد عبر المهبل على مسار الحبل السري مروراً بعنق الرحم والجزء السفلي من الرحم، حتى الوصول إلى مستوى الاتصال بين المشيمة وبطانة الرحم.

في الوقت ذاته، توضع اليد الأخرى على بطن المريضة لتثبيت قعر الرحم، وإذا كان عنق الرحم ضيقاً ولا يسمح بدخول اليد، يمكن استخدام النتروغليسرين لتحقيق ارتخاء عنق الرحم.

ويُستشعر مستوى الاتصال بين المشيمة وجدار الرحم كمنطقة ناعمة وغير منتظمة، وتُنزع المشيمة بلطف عبر حركات جانبية بالأصابع حتى يتم تحريرها بالكامل.

يعتقد أنه لا يوجد دور مهم لتجريف الرحم أو الإفراغ روتينياً بعد الإزالة اليدوية للمشيمة، حيث لا توجد فائدة مثبتة لمثل هذه الإجراءات، كما أنها تحمل خطر انثقاب الرحم ومتلازمة أشرمان.

كما أن إجراء التصوير بالأمواج فوق الصوتية بعد الإزالة اليدوية غير ضروري بشكل روتيني أيضاً (20-22).

التدخلات العلاجية الأخرى مع التخليص اليدوي للمشيمة

- **النتروغليسرين:**

أظهرت التجارب أن استخدام النتروغليسرين لا يُقلل الحاجة إلى التخليص اليدوي للمشيمة، ولا توجد أدلة جيدة تدعم بروتوكول محدد بخصوص الجرعة أو طريقة الإعطاء.

في حال كان عنق الرحم ضيق ويُعيق التخليص اليدوي، يستخدم رذاذ النتروغليسرين (Spray) بجرعتين (400 ميكروغرام) تحت اللسان.

هناك خيار آخر يتمثل في إعطاء دفعات وريدية (Bolus) متتالية بمقدار 50 ميكروغرام، يمكن تكرارها بفاصل زمني قدره دقيقة واحدة (كحد أقصى جرعة تراكمية 250 ميكروغرام) حتى يتم تحقيق ارتخاء وتوسع كافٍ في عنق الرحم للسماح بالتخليص اليدوي.

كما يمكن استخدام أقراص تحت اللسان بجرعة تتراوح بين 0.6 و1 ملغ، ويحدث ارتخاء عنق الرحم خلال 60 ثانية من تناول الجرعة ويستمر لمدة دقيقة إلى دقيقتين.

يجب مراقبة ضغط الدم بشكل مستمر، حيث يُلاحظ عادة هبوط في الضغط عند بعض المريضات، مما قد يتداخل مع تقييم العلامات الحيوية للأم، رغم أن معظم المريضات لا يحدث لديهن هبوط ضغط حاد.

بمجرد خروج المشيمة، يجب إعطاء مُقبضات الرحم على الفور لاستعادة انقباض الرحم وتجنب حدوث ارتخاء كبير (23).

- **الإعطاء الجهازي للأدوية المقبضة للرحم (Uterotonics):**

إن إعطاء جرعة إضافية من الأدوية المقبضة للرحم وريدياً أو عضلياً أو فموياً قد يُساهم في تسهيل انفصال المشيمة المحتبسة، ويُعزى ذلك إلى أن المشيمة الملتصقة (Placenta adherens) تكون ناتجة عن فشل في انقباض عضلية الرحم في المنطقة خلف المشيمة.

ومع ذلك، فإن الدراسات التي تناولت هذا الموضوع محدودة جداً، حيث تم إجراء بعض الدراسات حول الإعطاء الجهازي لأدوية مثل:

الميثيل إرغومترين، كاربوتوسين، سولبروستون، النتروغليسرين، والميزوبروستول.

كانت التجربة الوحيدة التي أظهرت فائدة سريرية هي تلك التي قارنت بين إعطاء سولبروستون (البروستاغلاندين E2) وريدياً مقابل دواء وهمي، حيث أظهرت انخفاضاً بنسبة 49% في الحاجة للاستخلاص اليدوي للمشيمة (24,25).

- **استخلاص بالأدوات:**

إذا لم يكن من الممكن إجراء تخليص يدوي للمشيمة، يمكن استخدام ملاقط ذات رؤوس كبيرة مثل ملقط Bierer أو الملاقط الحلقية لالتقاط المشيمة واستخراجها كاملةً أو بشكل مجزأ.

قد يكون التوجيه بالأمواج فوق الصوتية مفيداً في هذه الحالة، وقد تم وصف طريقة التقاط الأنسجة المشيمية باستخدام ملقط Bierer تحت التوجيه بالأمواج فوق الصوتية، مع تطبيق شد بطيء ولطيف بحركات قصيرة، وإعادة التقاط أجزاء أكثر بُعداً لاستخراج المشيمة برفق.

تتطلب هذه الطريقة تخديراً أقل مقارنة بالاستخلاص اليدوي.

بعد الاستخراج، يجب فحص المشيمة والرحم للتأكد من أن المشيمة قد تمَّ تخليصها بالكامل (26).

- **الحقن في الوريد السري:**

أجريت العديد من الدراسات المقارنة بين الأوكسيتوسين المحقون في الوريد السري مقابل محلول ملحي، لم يُظهر هذا التداخل تقليلاً واضحاً أو كبيراً في الحاجة للتخليص اليدوي للمشيمة

المحتبسة، رغم احتمال وجود انخفاض طفيف (مثلاً: معدل التخليص اليدوي للمشيمة بلغ 513 مقابل 626 لكل 1000 حالة)، كما لم يُلاحظ تأثير كبير على مقدار النزف.

في ضوء ذلك، توصي منظمة الصحة العالمية (WHO) باستخدام الأوكسيتوسين عن طريق الوريد السري فقط في سياق الدراسات الخاضعة للمراقبة وبشرط عدم وجود نزف شاذ.

كما أشارت بيانات مستمدة من عدة تجارب إلى احتمال وجود فائدة لاستخدام الميزوبروستول المُذاب والمحُقون في الوريد السري (27).

- **استخراج غير كامل:**

أثناء استخراج المشيمة يدوياً، قد يلاحظ الطبيب وجود منطقة صغيرة حيث تكون المشيمة ملتصقة بشدة بالرحم، ويمكن عادةً التعامل مع هذه الحالة عن طريق التسليخ المستمر البطيء بالأصابع لخلق سطح فصل بين الرحم والمشيمة.

غالباً ما يكون سطح التسليخ جزئياً عبر المشيمة في هذه الحالات، مما يترك بعض الأنسجة المشيمية عالقة ببطانة الرحم، وهذا لن يؤدي إلى نزف بعد الولادة طالما أن الرحم يتقبض بشكل جيد ولا يوجد اندخال شاذ في مكان وجود فلق المشيمة المحتبسة.

يجب تجنب التجريف، إن أمكن، حيث قد تكون العضلية رقيقة جداً في منطقة الالتصاق، مما يزيد من خطر الانثقاب، كما أن تجريف الرحم بعد الولادة يزيد من خطر تشكل الالتصاقات داخل الرحم (متلازمة آشرمان).

لكن، إذا كانت هناك أنسجة مشيمية محتبسة مع نزف شديد، فإن التجريف باستخدام مجرفة كبيرة أو ممص يكون ضرورياً لاستخراج الأنسجة المشيمية المتبقية.

قد يؤدي الاستخراج غير الكامل للمشيمة إلى نزف ثانوي بعد الولادة (نزف مهم يحدث بين 24 ساعة و12 أسبوعاً بعد الولادة).

في بعض الأحيان، بعد الولادة العفوية أو التخليص اليدوي للمشيمة، من الممكن تحديد اكتمال المشيمة من خلال التشريح المرضي.

أما إذا تم تفتيت المشيمة وإجراء تشريح مرضي للأجزاء، يصبح من الصعب تحديد ما إذا كانت هناك مشيمة محتبسة إضافية بناءً على وزن ومظهر القطع المشيمية فقط.

في هذه الحالة، يمكن أن يساعد التقييم السريري والأمواج فوق الصوتية للرحم في تحديد ما إذا كان هناك أية أنسجة محتبسة.

يلاحظ مظهر عالي الصدى في الرحم بعد الولادة، خاصة في الأسابيع الثاني والثالث بعد الولادة، يجب عدم الخلط بينها وبين أنسجة مشيمية محتبسة.

يشير وجود تكلس أو جريان دوبلر منخفض المقاومة لكتلة ضمن الرحم إلى وجود مشيمة محتبسة، بينما يتم استبعادها عندما تكون بطانة الرحم رقيقة (28).

المشيمة المندخلة غير المتوقعة

نادراً ما يُكتشف وجود مشيمة مندخلة في الوقت الذي يتم فيه إزالة المشيمة يدوياً.

في هذه الحالات، لا يوجد سطح فصل بين الرحم والمشيمة، وعادةً ما تؤدي محاولات الاستخلاص اليدوي إلى نزف مهدد للحياة.

يمكن إعطاء الأدوية المقبضة للرحم والتحضير لإجراء استئصال رحم، وهو العلاج الحاسم في هذه الحالات.

العلاجات الدوائية
▪ مسكنات ألم أو مهدئات أو مركنات مع معدات مراقبة مناسبة. ▪ أدوية مقبضة للرحم. ▪ نيتروغليسرين.
تحضير المريضة
▪ غطاء مخروطي مدرّج أسفل المريضة لتقييم النزف. ▪ تركيب قثطرة بولية.
أدوات جراحية
▪ ملقط حلقي لإمساك الأنسجة. ▪ مجرفة طويلة.
تدبير النزيف
▪ بالون داخل الرحم أو أو دكة داخل الرحم. ▪ تأمين دم مطابق. ▪ بروتوكول نقل الدم الكتلي. ▪ معدات لقياس كمية النزف (حجمي أو وزني). ▪ غرفة عمليات متوفرة مزودة بمعدات تخدير. ▪ معدات تجريف. ▪ معدات فتح البطن.

الجدول 1: يلخص بروتوكول تدبير المشيمة المحتبسة

الوقاية Prevention

توجد بعض التجارب حول طرق الوقاية من المشيمة المحتبسة، ولكن لم تثبت فعالية أي إجراء بشكل بارز.

إن التقليل قدر الإمكان من عوامل الخطورة المرتبطة بالمشيمة المحتبسة يمكن أن يقلل من معدل حدوث هذه الحالة نوعاً ما، وذلك من خلال تنظيم الأسرة وتقليل عدد الحمول والولادات سواءً الطبيعية أو القيصرية، وتجنب العوامل المؤهبة للمخاض الباكر الذي يعد من عوامل الخطورة المهمة من خلال حالات المخاض والتدبير الفعال للإنتانات البولية والتناسلية، بالإضافة إلى تدبير حالات ما قبل الإرجاج، وتجنب الاستخدام المطول للأوكسيتوسين في تدبير المخاض.

يمكن للتدبير الفعال للطور الثالث للمخاض تقليل نسب حدوث المشيمة المحتبسة وذلك من خلال دعم الانقباض الرحمي عبر إعطاء الأوكسيتوسين، مع إجراء تمسيد فعال للرحم، بالإضافة إلى تطبيق شد لطيف على الحبل السري.

ومع ذلك لوحظ في العديد من الدراسات انخفاض أو حتى انعدام فعالية هذه الإجراءات وخاصةً في حال وجود عوامل مؤهبة بشدة للمشيمة المحتبسة، إلا أنه يوصى روتينياً بتطبيق التدبير الفعال للطور الثالث للمخاض بشكل وقائي ومعزز للإجراءات العلاجية المتبعة لاحقاً (29,30).

خطورة المعاودة Risk Recurrence

تشير الدراسات إلى أن النساء اللواتي تعرضن لاحتباس المشيمة يكنّ أكثر عرضة لتكرار الحالة في الحمول اللاحقة، كما تزداد احتمالية الحاجة إلى التدخل بالتخليص اليدوي مجددًا، وهذا يؤكد أهمية أخذ القصة التوليدية بعين الاعتبار عند تدبير المخاض في الولادات المستقبلية (31).

الخلاصة Summary

التعريف:

تُعرَف المشيمة المحتبسة بأنه عدم خروج المشيمة خلال 30 دقيقة من انقذاف الجنين.

يمكن تمديد هذه الفترة الزمنية إلى 90 – 120 دقيقة بغياب النزف للولادات في الثلث الثاني أو المرحلة الثالثة من المخاض التي لم يستخدم الأوكسيتوسين في تدبيرها.

الأنواع:

توجد ثلاث أنواع رئيسية للمشيمة المحتبسة:

المشيمة المحصورة خلف عنق الرحم المغلق جزئياً (المشيمة المحبوسة).

المشيمة الملتصقة بجدار الرحم، ولكن يمكن فصلها يدوياً بسهولة.

المشيمة المندخلة التي تغزو عضلية الرحم.

عوامل الخطر:

عامل الخطورة الأبرز للمشيمة المحتبسة هو العمر الحملي أقل من 26 أسبوعاً.

العلامات السريرية والتشخيص:

يتم تشخيص المشيمة المحبوسة عندما تكون العلامات السريرية الكلاسيكية لانفكاك المشيمة موجودة (تطاول الحبل السري، دفقة دموية من المهبل، تغير في شكل قاع الرحم من قرصي إلى كروي، ارتفاع قعر الرحم، وانقباض القعر) ويتم تحسس طرف المشيمة من خلال فتحة عنق الرحم الضيقة.

يتم تشخيص المشيمة الملتصقة أو المندخلة عند غياب أعراض أو علامات انفكاك المشيمة.

المضاعفات:

النزف التالي للولادة هو أبرز مضاعفات المشيمة المحتبسة.

الخوارزمية المتبعة في تدبير حالات المشيمة المحتبسة (32)

تشخيص وجود مشيمة أو بقايا مشيمية محتبسة

عدم خروج المشيمة بعد مرور 30 دقيقة مع تدبير فعال للمرحلة الثالثة

أو بعد مرور 60 دقيقة من الانتظار بدون أي تدبير فعال

تقييم المريضة:
- تقييم الحالة العامة والعلامات الحيوية للمريضة.
- تقييم النزف.
- الفحص المهبلي.

التدبير:
- إفراغ المثانة
- التأكد من إعطاء الأوكسيتوسين.
- يمكن إعطاء جرعة إضافية من الأوكسيتوسين.
- تطبيق شد لطيف على الحبل السري.

- في حال انفكاك المشيمة نقوم بإخراجها مع متابعة تقييم العلامات الحيوية للمريضة ومراقبتها بالشكل الروتيني.
- في حال عدم انفكاك المشيمة وعدم وجود نزف فعال يمكن الانتظار مدة 30 دقيقة للانفكاك العفوي.
- أما في حال وجود نزف فعال؛ فيجب وضع المريضة تحت مراقبة إلكترونية مشددة للعلامات الحيوية مع تسريب سوائل وريدية ومراقبة الصادر البولي وتأمين دم مطابق مع احتمالية نقله للمريضة.

تحضير غرفة مناسبة مع معدات الاستخراج اليدوي للمشيمة
توفير معدات التسكين أو التخدير.
توفير صادات حيوية.

استخلاص كامل المشيمة:

- عدم وجود نزف فعال: مراقبة المريضة روتينياً.
- وجود نزف فعال: إعطاء مقبضات رحمية، استخدام بالون أو دكة رحمية، مع الحاجة

فشل استخلاص المشيمة كاملة:

- طلب مساعدة المشرف الأكبر.
- إجراء استقصاء أو تنظير رحم.
- إمكانية إجراء تجريف خفيف للرحم.

في حال توقف النزف:

تستمر المراقبة المشددة للمريضة وتقييم الحالة العامة مع تعويض السوائل الوريدية ومراقبة الصادر البولي.

أما في حال استمرار النزف:

يتم فتح البطن بوجود طبيب أخصائي مشرف، يمكن عندها اتباع عدة طرق منها: إجراء قطب لينش مع أو بدون بالون ضاغط ضمن الرحم، أو وضع عاصبة حول عنق الرحم، أو ربط الشريان الرحمي أو الحرقفي، وصولاً إلى استئصال الرحم في حال عدم جدوى الطرق السابقة.

الإطار العملي

الدراسة الإحصائية

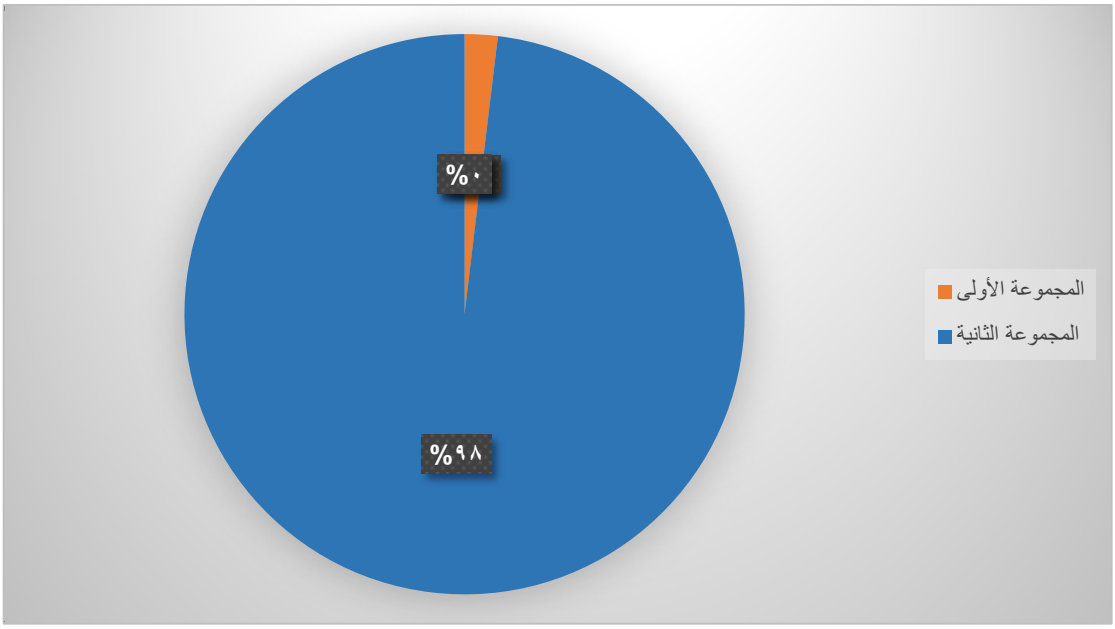
مجموعات الدراسة

بلغ عدد أفراد العينة 1200 سيدة، وقد تم تقسيمها إلى مجموعتين تبعاً لتشخيص المشيمة المحتبسة وفقاً للتالي:

- **المجموعة الأولى:** بلغ عدد أفراد هذه المجموعة 23 سيدة بنسبة قدرها 1.9% من مجمل أفراد العينة، وقد تم تشخيص المشيمة المحتبسة في سياق هذه المجموعة حيث تأخرت ولادة المشيمة 30 دقيقة بعد ولادة الجنين مع التدبير الفعال للطور الثالث.
- **المجموعة الثانية:** بلغ عدد أفراد هذه المجموعة 1177 سيدة بنسبة قدرها 98.1% من مجمل أفراد العينة، وفي سياق هذه المجموعة حدثت ولادة المشيمة خلال مدة أقل من 30 بعد ولادة الجنين مع التدبير الفعال للطور الثالث.

الجدول 3: توزع أفراد العينة تبعاً لحدوث المشيمة المحتبسة

	العدد	النسبة المئوية
المجموعة الأولى	23	1.9%
المجموعة الثانية	1177	98.1%
Total	1200	100%



المخطط البياني 2: توزع أفراد العينة تبعاً لحدوث المشيمة المحتبسة وفق مخطط دائري

الخصائص الديموغرافية والإنجابية

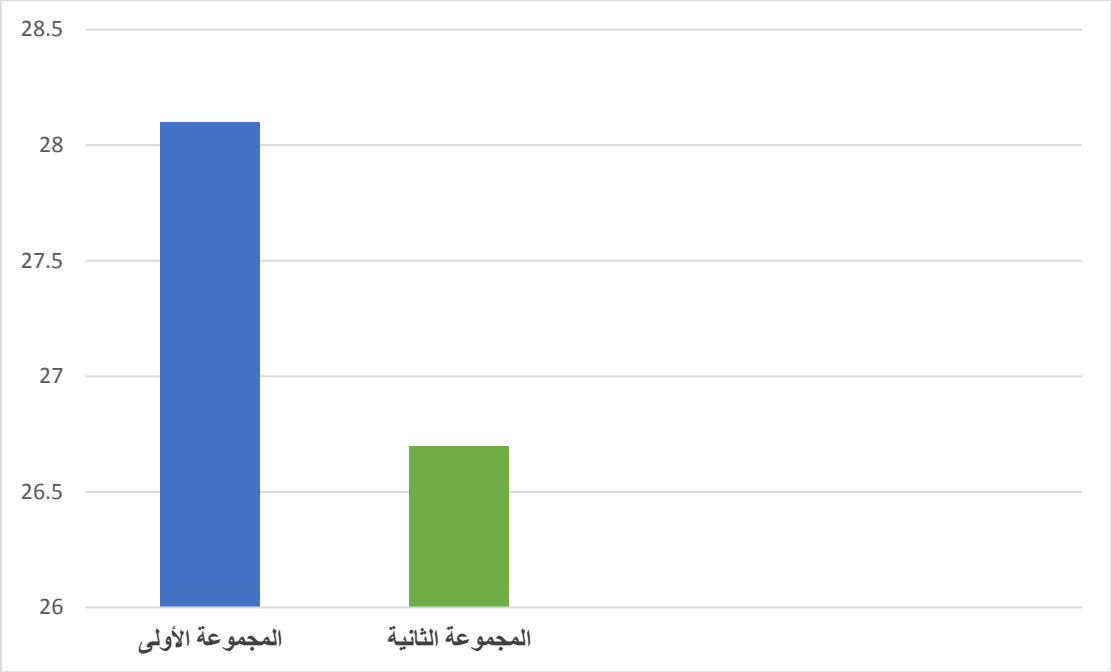
العمر:

نبدأ بدراسة القيم الإحصائية الوصفية لأعمار أفراد العينة، حيث تراوحت أعمار أفراد المجموعة الأولى ما بين 20 و42 سنة، وبلغ المتوسط الحسابي لأعمار أفراد هذه المجموعة 28.1 سنة، أما بالنسبة لأفراد المجموعة الثانية فقد تراوحت أعمار أفراد هذه المجموعة بين 18 و39 سنة، بمتوسط حسابي بلغ 26.7 سنة.

تم تطبيق Student's t-test وقد تبين وجود فرق إحصائي هام بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بمتوسط العمر (p-value < 0.05)، مما يشير إلى أن مجموعتي الدراسة غير متجانستين من حيث العمر، حيث أن متوسط العمر في سياق المجموعة الأولى (مجموعة المشيمة المحتبسة) أكبر بشكل هام إحصائياً مقارنة بالمجموعة الثانية.

الجدول 4: القيم الإحصائية الوصفية لأعمار أفراد العينة

العمر (سنة)	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	p-value
Mean	28.1	26.7	0.02
SD	5.3	4.6	
Range	22	21	
Minimum	20	18	
Maximum	42	39	



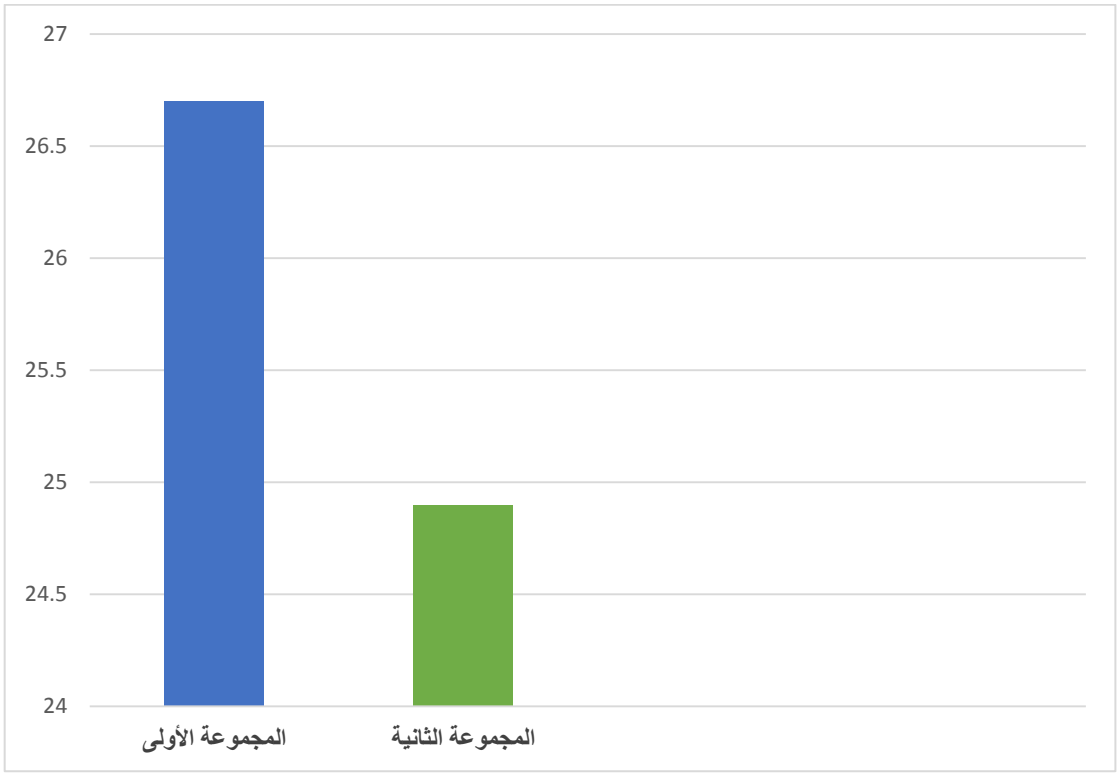
المخطط البياني 3: متوسطات الأعمار لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة

مشعر كتلة الجسم:

تراوحت قيم مشعر كتلة الجسم لدى أفراد المجموعة الأولى ما بين 20.6 و39.7 كغ/م2، وبلغ المتوسط الحسابي لهذه القيم 26.7 كغ/م2، أما بالنسبة لأفراد المجموعة الثانية فقد تراوحت قيم مشعر كتلة الجسم بين 19.8 و38.3 كغ/م2، بمتوسط حسابي بلغ 24.9 كغ/م2.

تم تطبيق Student's t-test وقد تبين وجود فرق إحصائي هام بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بمتوسط قيم مشعر كتلة الجسم (p-value < 0.05)، مما يشير إلى أن مجموعتي الدراسة غير متجانستين من حيث الوزن، حيث أن متوسط قيم مشعر كتلة الجسم في سياق المجموعة الأولى (مجموعة المشيمة المحتبسة) أكبر بشكل هام إحصائياً مقارنة بالمجموعة الثانية.

الجدول 5: القيم الإحصائية الوصفية لمشعر كتلة الجسم			
BMI (كغ/م^2)	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	p-value
Mean	26.7	24.9	0.026
SD	3.1	2.4	
Range	19.1	18.5	
Minimum	20.6	19.8	
Maximum	39.7	38.3	



المخطط البياني 4: متوسطات قيم مشعر كتلة الجسم لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة

عدد الولادات:

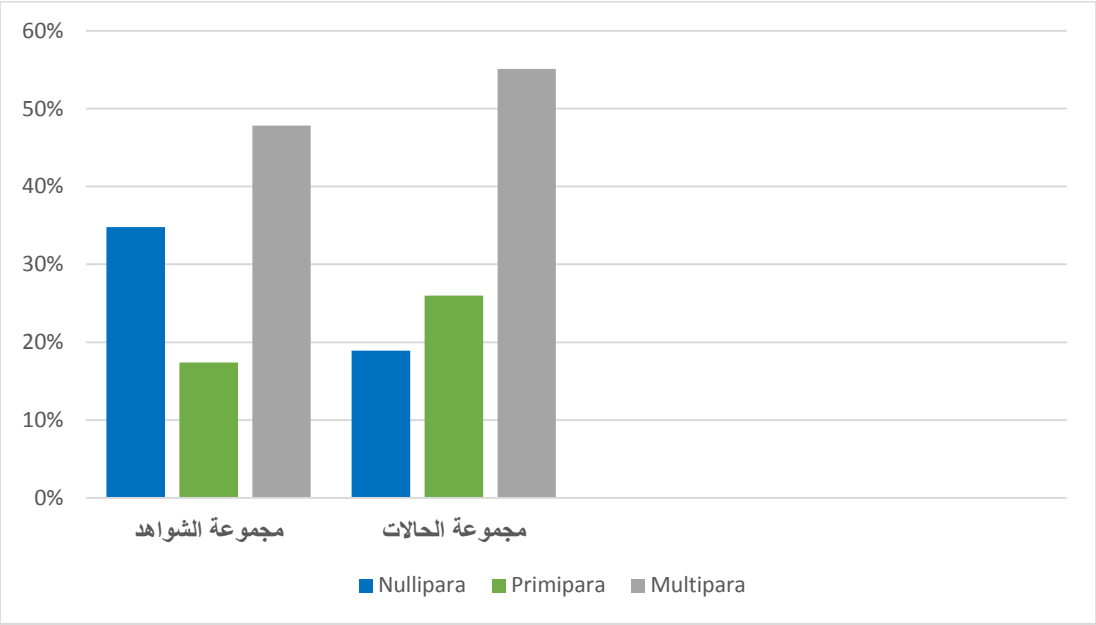
في سياق المجموعة الأولى بلغت نسبة عديمات الولادة اللواتي لم يلدن سابقاً (Nullipara) 34.8%، كما بلغت نسبة الولودات لمرة واحدة (Primipara) 17.4%، في حين بلغت نسبة عديدات الولادة أي اللواتي ولدن أكثر من مرة (Multipara) 47.8%.

أما في سياق المجموعة الثانية فقد بلغت نسبة عديمات الولادة (Nullipara) 18.9%، ونسبة الولودات لمرة واحدة (Primipara) 26%، كما بلغت نسبة عديدات الولادة (Multipara) 55.1%.

تم تطبيق Chi-Square Test وقد تبين وجود فرق إحصائي هام بين المجموعتين فيما يتعلق بعدد الولادات ($p\text{-value} < 0.05$)، حيث أن نسبة عديمات الولادة (Nullipara) أكبر بشكل هام إحصائياً في سياق المجموعة الأولى (مجموعة المشيمة المحتبسة) مقارنة بالمجموعة الثانية.

الجدول 6: عدد الولادات لدى مجموعات الدراسة

عدد الولادات	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	p-value
لم تلد سابقاً Nullipara	8 (34.8%)	223 (18.9%)	0.031
ولدت مرة واحدة Primipara	4 (17.4%)	306 (26%)	
ولدت أكثر من مرة Multipara	11 (47.8%)	648 (55.1%)	

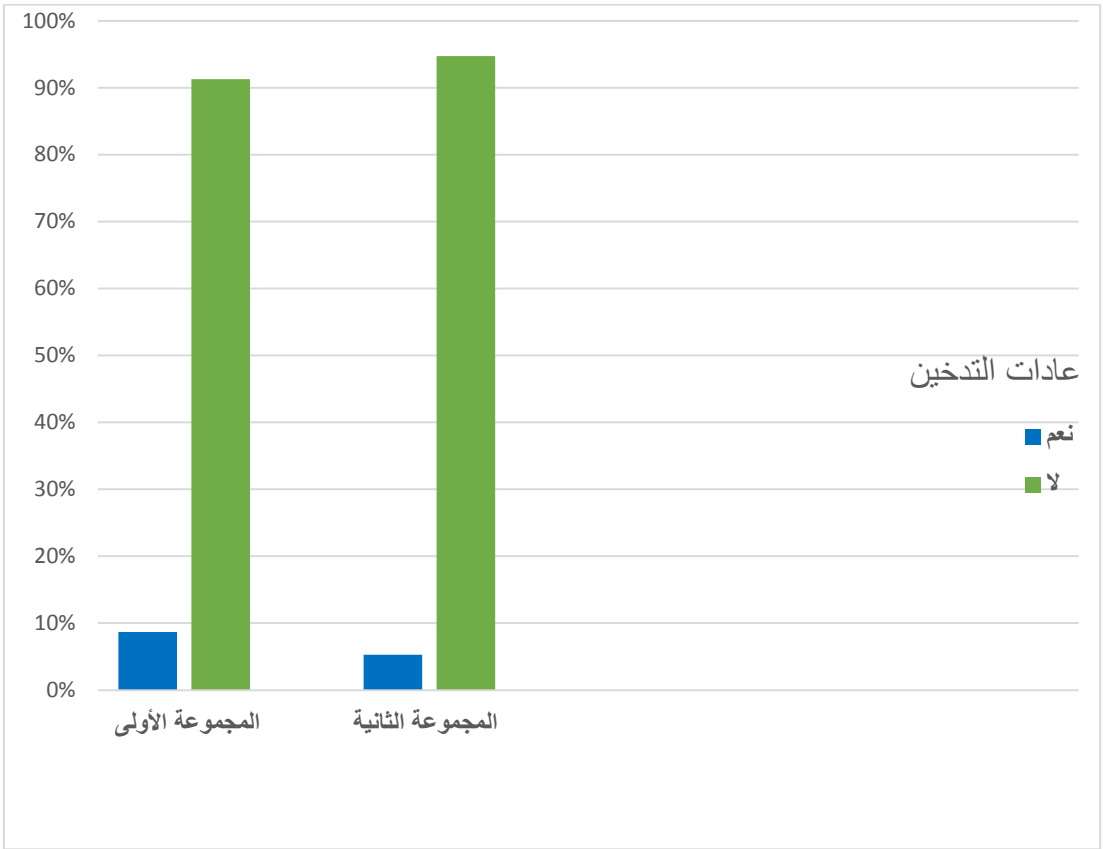


المخطط البياني 5: عدد الولادات لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة

عادات التدخين

بلغت نسبة المدخنات 8.7% في سياق المجموعة الأولى، في حين بلغت 5.3% لدى أفراد المجموعة الثانية، ولم نجد لدى تطبيق اختبار Chi-Square Test فرق إحصائي هام بين مجموعتي الدراسة فيا يتعلق بعادات التدخين (p-value < 0.05).

الجدول 7: توزع أفراد العينة تبعاً لعادات التدخين			
التدخين	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	p-value
نعم	(8.7%) 2	(5.3%) 62	0.21
لا	(91.3%) 21	(94.7%) 1115	



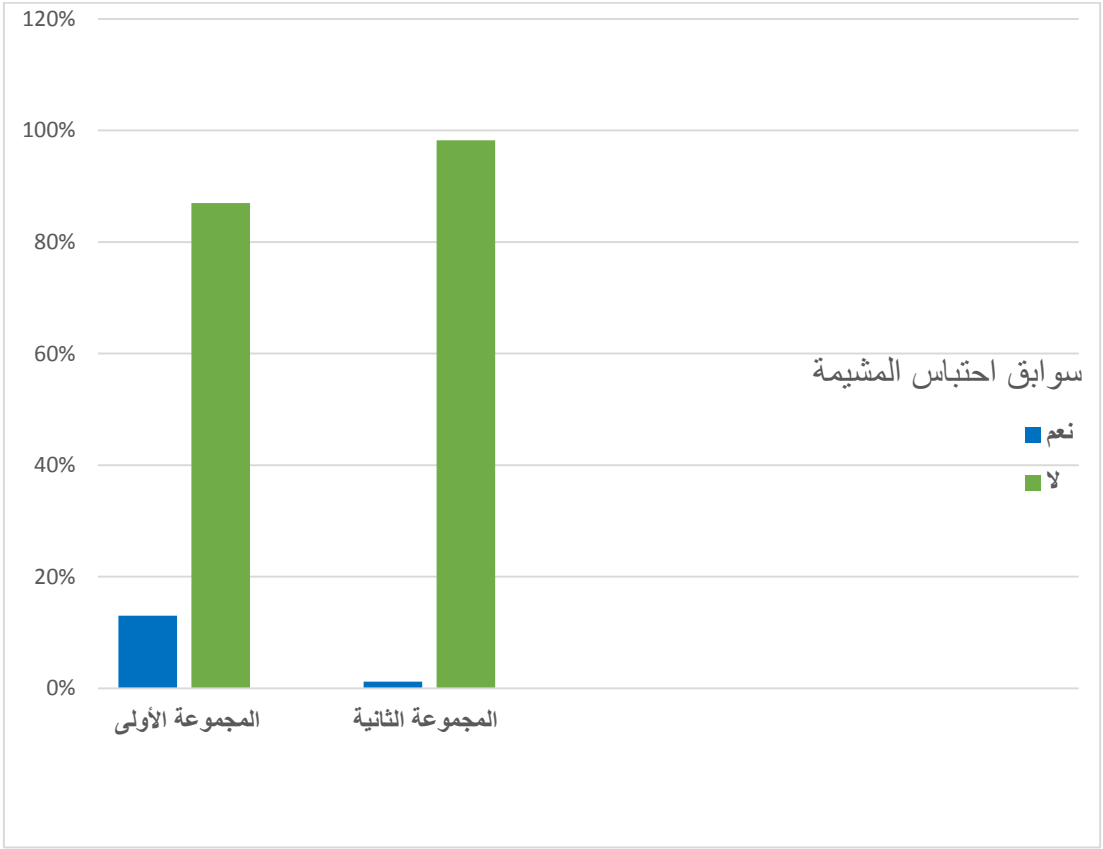
المخطط البياني 6: توزع أفراد العينة تبعاً لعادات التدخين وفق مخطط أعمدة

السوابق المرضية والتوليدية

سوابق احتباس مشيمة:

بلغت نسبة وجود سوابق احتباس مشيمة 13% في سياق المجموعة الأولى، في حين بلغت 1.2% لدى أفراد المجموعة الثانية، ولدى تطبيق اختبار Chi-Square Test تبين وجود فرق إحصائي هام بين مجموعتي الدراسة فيا يتعلق بسوابق احتباس المشيمة (p-value < 0.05)، حيث أن نسبة وجود سوابق احتباس المشيمة كانت أكبر بشكل هام إحصائياً لدى المجموعة الأولى (المشيمة المحتبسة) مقارنة بالمجموعة الثانية.

الجدول 8: سوابق احتباس المشيمة لدى مجموعات الدراسة			
سوابق احتباس المشيمة	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	p-value
نعم	(13%) 3	(1.2%) 14	0.000
لا	(87%) 20	(98.2%) 1163	

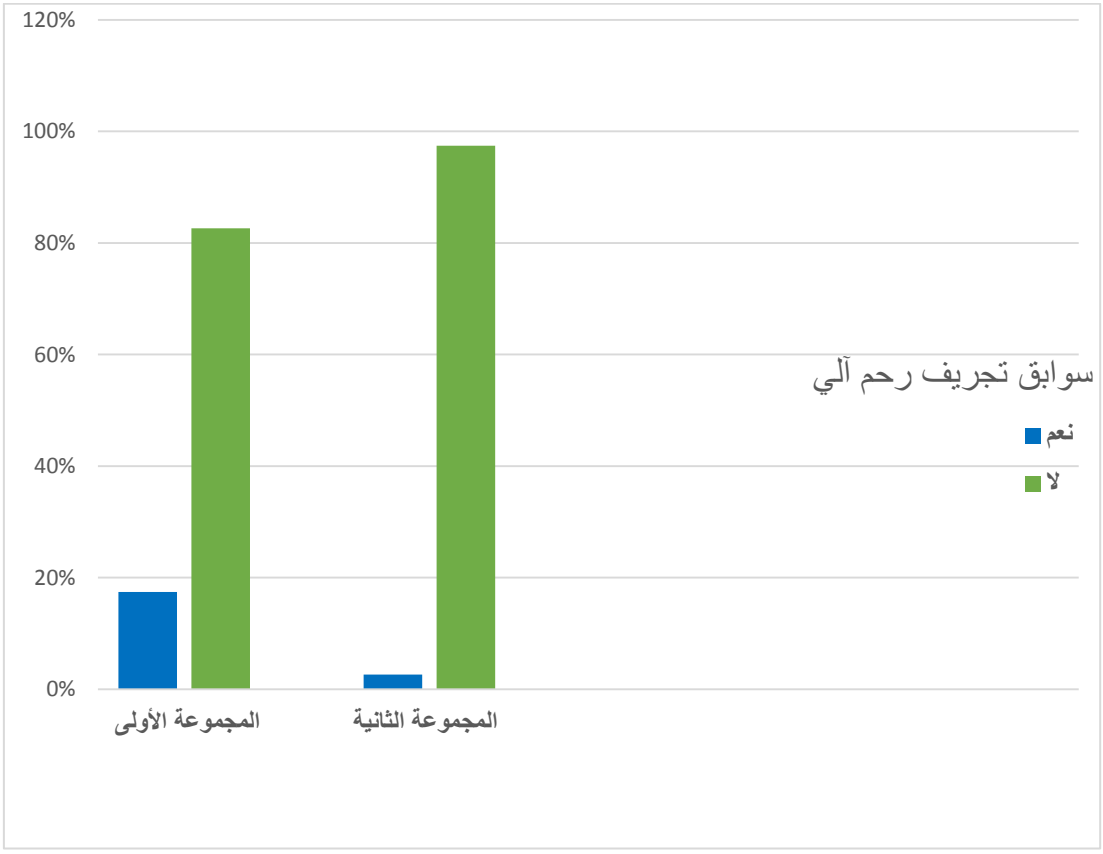


المخطط البياني 7: سوابق احتباس المشيمة لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة

سوابق تجريف رحم آلي:

بلغت نسبة وجود سوابق تجريف رحم آلي 17.4% في سياق المجموعة الأولى، في حين بلغت 2.6% لدى أفراد المجموعة الثانية، وقد تبين لدى تطبيق اختبار Chi-Square Test وجود فرق إحصائي هام بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بسوابق تجريف رحم (p-value < 0.05)، حيث أن نسبة وجود سوابق تجريف رحم آلي كانت أكبر بشكل هام إحصائياً لدى المجموعة الأولى (المشيمة المحتبسة) مقارنة بالمجموعة الثانية.

الجدول 9: سوابق تجريف رحم آلي لدى مجموعات الدراسة			
سوابق تجريف رحم آلي	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	p-value
نعم	(17.4%) 4	(2.6%) 31	0.000
لا	(82.6%) 19	(97.4%) 1146	



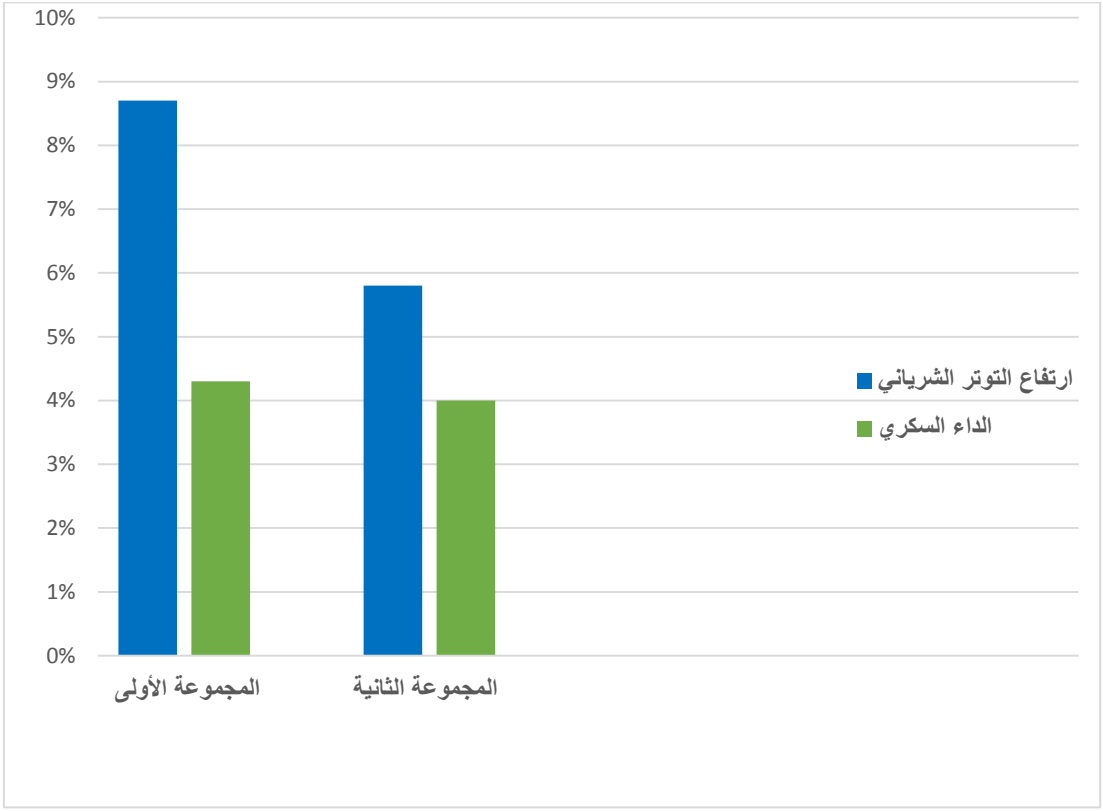
المخطط البياني 8: سوابق تجريف رحم آلي لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة

السوابق المرضية:

بلغت نسبة توارد أحد أشكال طيف ارتفاع التوتر الشرياني خلال الحمل 8.7% في سياق المجموعة الأولى، و5.8% لدى أفراد المجموعة الثانية، أما بالنسبة للداء السكري سواء الحملي أو ما قبل الحملي فقد تم الإبلاغ عنه لدى 4.3% من أفراد المجموعة الأولى، و4% من أفراد المجموعة الثانية.

تم تطبيق Chi-Square Test ولم يتبين وجود فروق هامة إحصائياً بين المجموعتين فيما يتعلق بتوارد كل من ارتفاع التوتر الشرياني والداء السكري (p-value > 0.05).

الجدول 10: السوابق المرضية لدى مجموعات الدراسة			
السوابق المرضية	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	p-value
ارتفاع التوتر الشرياني	(8.7%) 2	(5.8%) 69	0.091
الداء السكري	(4.3%) 1	(4%) 48	0.16



المخطط البياني 9: السوابق المرضية لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة

معطيات الحمل الحالي والولادة

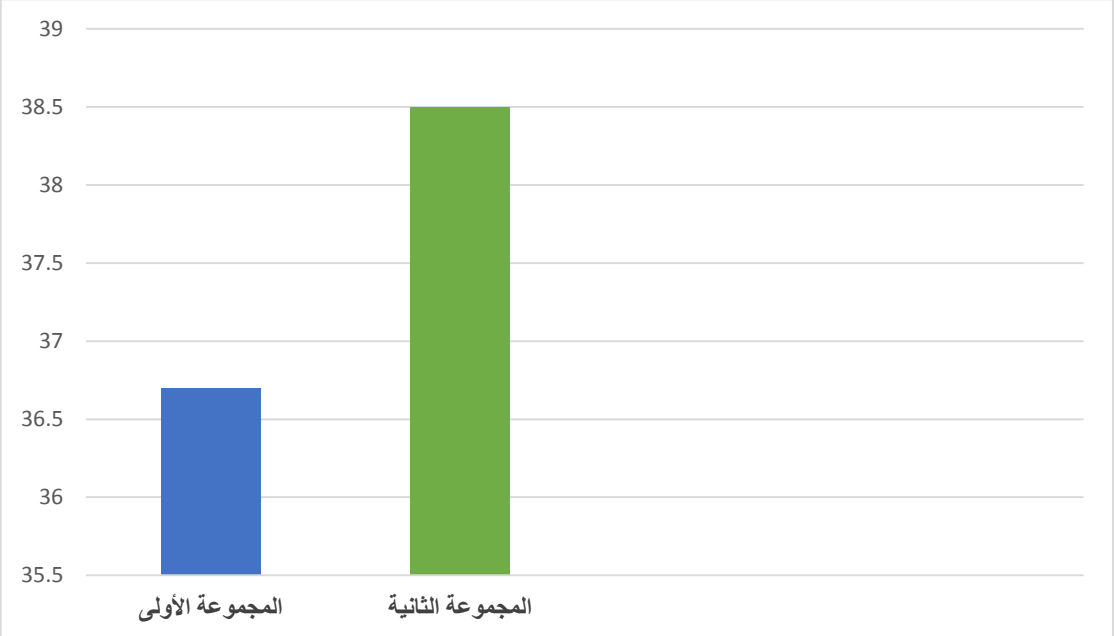
العمر الحملي عند الولادة:

تراوحت الأعمار الحملية عند الولادة لدى أفراد المجموعة الأولى ما بين 25 و41 أسبوع حملي، كما بلغ المتوسط الحسابي لهذه الأعمار 36.7 أسبوع حملي، أما بالنسبة لأفراد المجموعة الثانية فقد تراوحت الأعمار الحملية بين 28 و42 أسبوع حملي، بمتوسط حسابي بلغ 38.5 أسبوع حملي.

لدى تطبيق Student's t-test تبين وجود فرق إحصائي هام بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بالأعمار الحملية (p-value < 0.05)، مما يشير إلى أن مجموعتي الدراسة غير متجانستين من حيث العمر الحملي، حيث أن متوسط الأعمار الحملية عند الولادة في سياق المجموعة الأولى (مجموعة المشيمة المحتبسة) أصغر بشكل هام إحصائياً مقارنة بالمجموعة الثانية.

الجدول 11: القيم الإحصائية الوصفية للأعمار الحملية عند الولادة

العمر الحملي	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	p-value
Mean	36.7	38.5	0.023
SD	2.3	1.8	
Range	16	14	
Minimum	25	28	
Maximum	41	42	



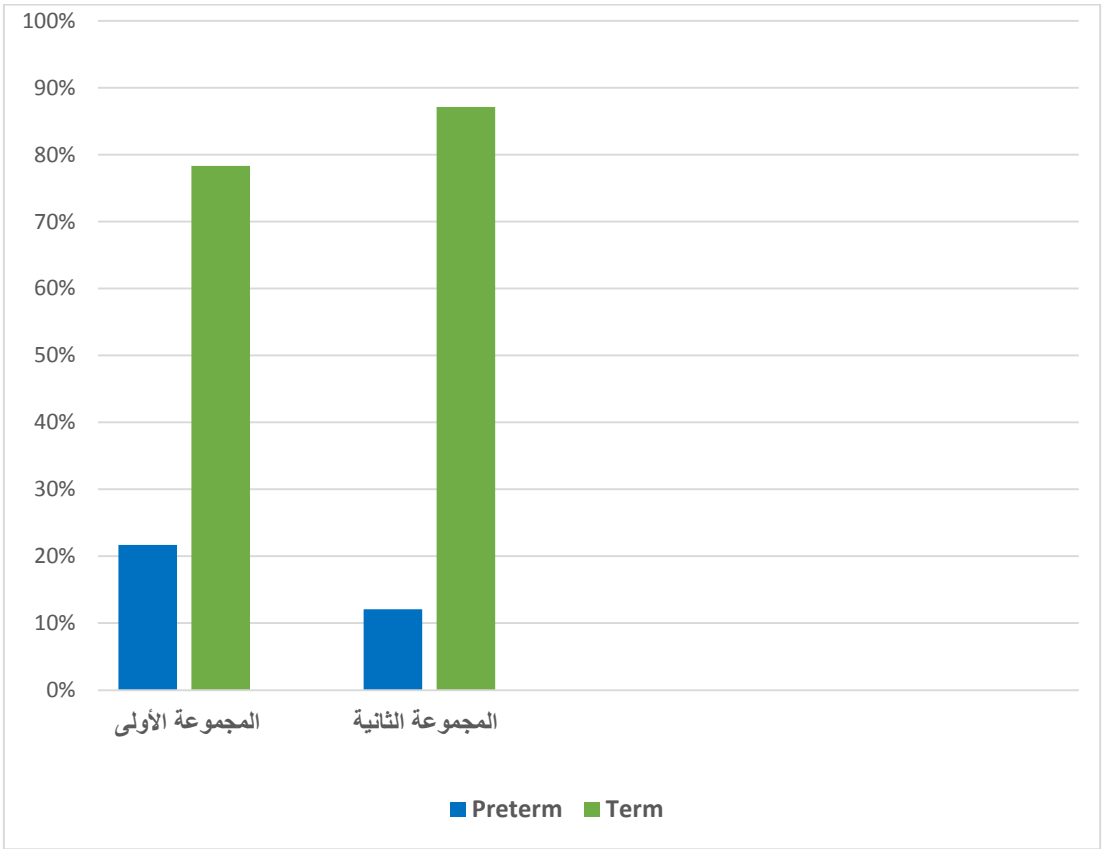
المخطط البياني 10: متوسطات الأعمار الحملية عند الولادة لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة

بلغت نسبة الولادة الباكرة (< 37 أسبوع حملي) 21.7% في سياق المجموعة الأولى، في حين بلغت 12.1% لدى أفراد المجموعة الثانية، وبالنسبة للولادة في تمام الحمل (≤ 37 أسبوع حملي) فقد بلغت 21.7% في سياق المجموعة الأولى، في حين بلغت 12.1% لدى أفراد المجموعة الثانية.

تم تطبيق اختبار Chi-Square Test وقد وجد فرق إحصائي هام بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بموعد الولادة (p-value < 0.05)، حيث كانت نسبة الولادة الباكرة أكبر بشكل هام إحصائياً لدى المجموعة الأولى مقارنة بالمجموعة الثانية.

الجدول 12: توزع أفراد العينة تبعاً لموعد الولادة

موعد الولادة	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	p-value
الولادة الباكرة (< 37 أسبوع حملي)	5 (21.7%)	142 (12.1%)	0.036
الولادة في تمام الحمل (≤ 37 أسبوع حملي)	18 (78.3%)	1035 (87.1%)	



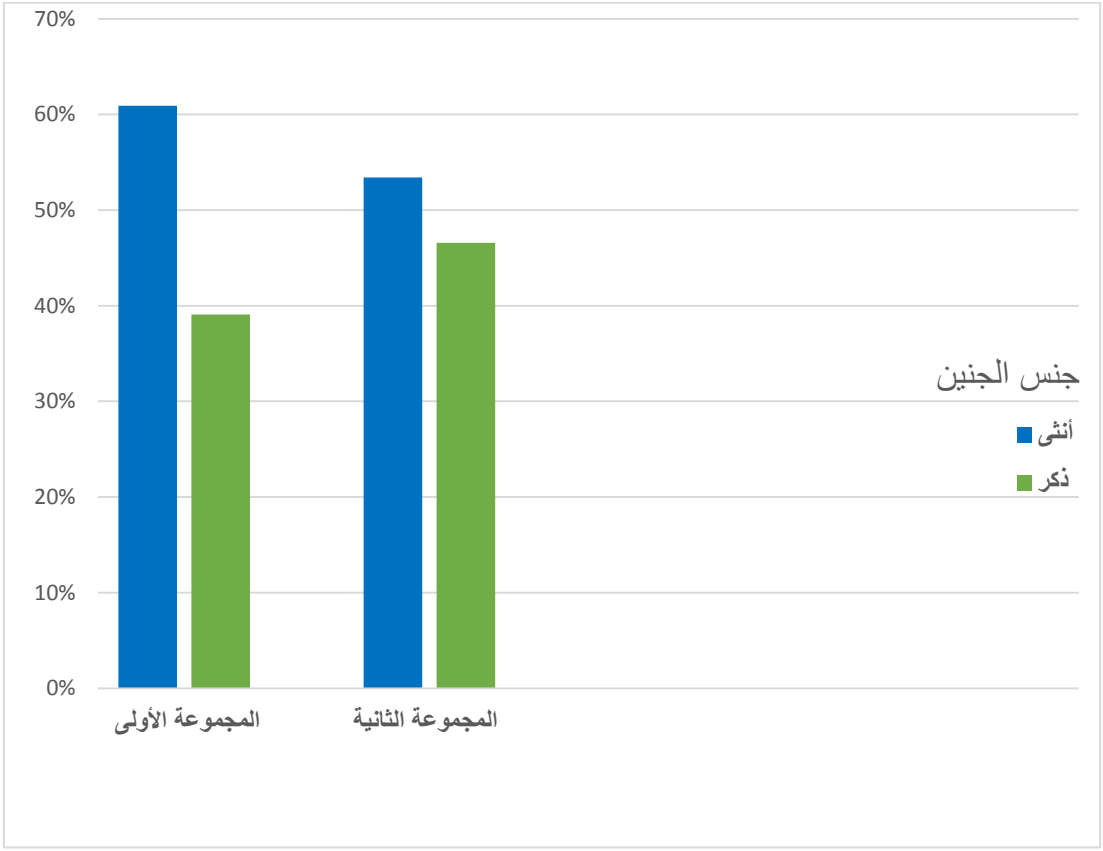
المخطط البياني 11: توزع أفراد العينة تبعاً لموعد الولادة وفق مخطط أعمدة

جنس الجنين

بلغت نسبة الأجنة الإناث 60.9% في سياق المجموعة الأولى في حين كانت نسبة الإناث 53.4% لدى أفراد المجموعة الثانية، أما نسبة الأجنة الذكور فقد بلغت 39.1% في المجموعة الأولى و46.6% ضمن المجموعة الثانية.

تم تطبيق اختبار Chi-Square Test وقد تبين وجود فرق إحصائي هام بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بجنس الجنين (p-value < 0.05)، حيث كانت الأجنة الإناث أكبر بشكل هام إحصائياً لدى المجموعة الأولى (المشيمة المحتبسة) مقارنة بالمجموعة الثانية.

الجدول 13: جنس الجنين لدى مجموعات الدراسة			
جنس الجنين	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	p-value
أنثى	(60.9%) 14	(53.4%) 628	0.041
ذكر	(39.1%) 10	(46.6%) 549	

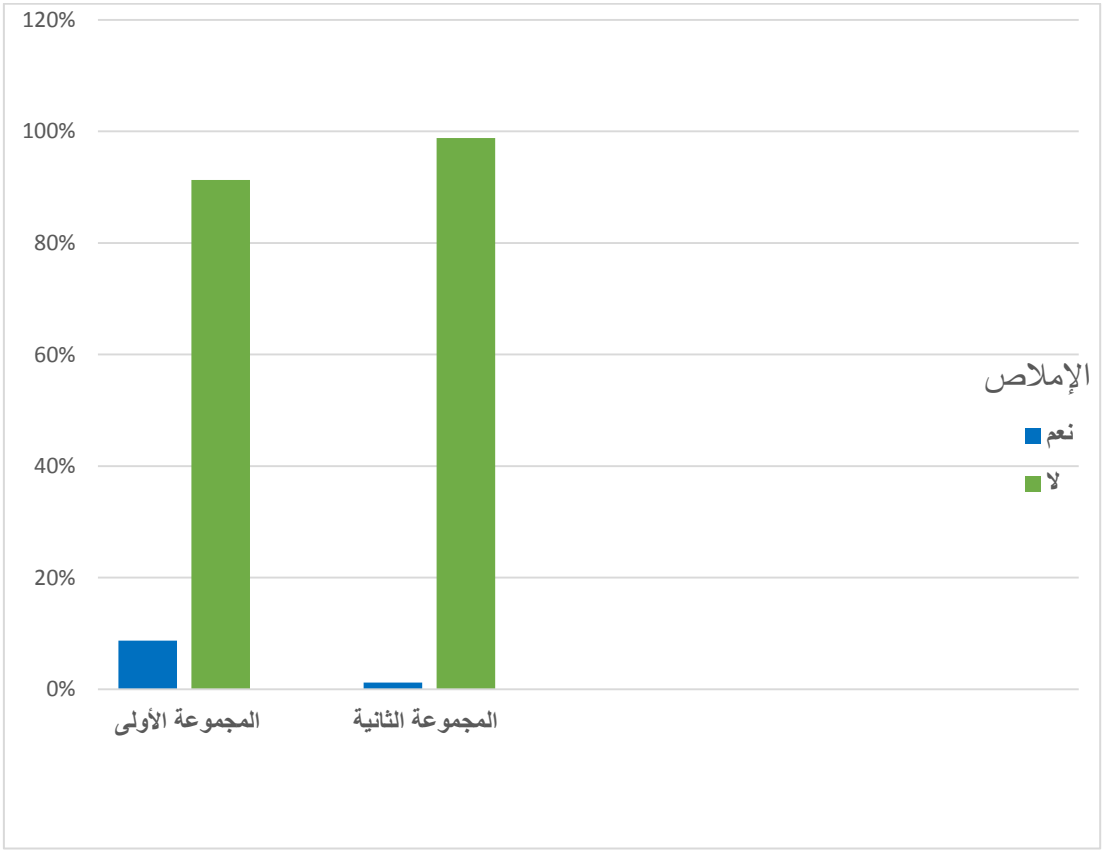


المخطط البياني 12: جنس الجنين لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة

الإملاص:

بلغت نسبة الإملاص 8.7% في سياق المجموعة الأولى، أما بالنسبة للمجموعة الثانية فكانت النسبة 1.2%، ولدى تطبيق اختبار Chi-Square Test وجد فرق إحصائي هام بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بحدوث الإملاص (p-value < 0.05)، حيث كانت نسبة الإملاص أكبر بشكل هام إحصائياً لدى المجموعة الأولى (المشيمة المحتبسة) مقارنة بالمجموعة الثانية.

الجدول 14: الإملاص لدى مجموعات الدراسة			
الإملاص	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	p-value
نعم	(8.7%) 2	(1.2%) 14	0.008
لا	(91.3%) 21	(98.8%) 1163	



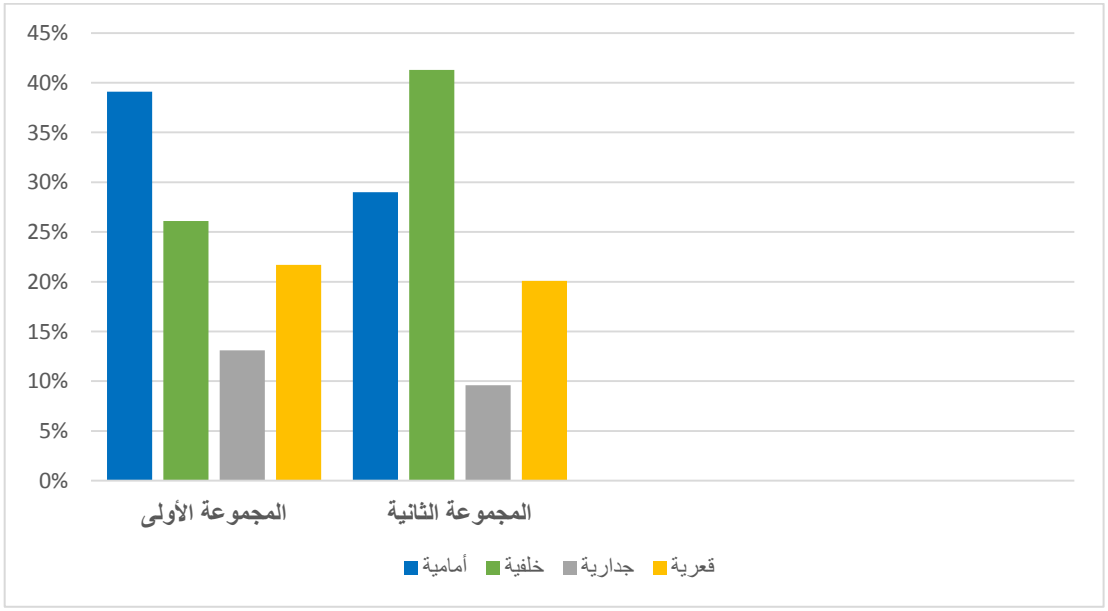
المخطط البياني 13: الإملاص لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة

توضع المشيمة:

ننتقل في سياق هذا البحث لدراسة توزع مجموعات المشيمة، وقد تبين وجود اختلافات واضحة بين المجموعتين، فقد بلغت التوضع الأمامي للمشيمة 39.1% في سياق المجموعة الأولى في حين كانت نسبة توارده 29% في المجموعة الثانية، أما التوضع الخلفي فقد سجل نسبة 26.1% لدى أفراد المجموعة الأولى، في حين كانت نسبته 41.3% في سياق المجموعة الثانية، وبالنسبة للتوضع الجدارِي للمشيمة فقد سجل في المجموعة الأولى نسبة قدرها 13.1% مقابل 9.6% في سياق المجموعة الثانية. كما وجد التوضع القعري للمشيمة لدى ما نسبته 21.7% في سياق المجموعة الأولى، و20.1% لدى أفراد المجموعة الثانية.

أظهرت الدراسة الإحصائية لدى تطبيق اختبار Chi-Square Test وجود فرق إحصائي هام بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بتوضع المشيمة (p-value < 0.05)، حيث كانت نسبة التوضع الأمامي للمشيمة أكبر بشكل هام إحصائياً لدى المجموعة الأولى (المشيمة المحتبسة) مقارنة بالمجموعة الثانية.

الجدول 15: توضع المشيمة لدى مجموعات الدراسة			
موقع المشيمة	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	p-value
أمامية	(39.1%) 9	(29%) 341	0.001
خلفية	(26.1%) 6	(41.3%) 486	
جدارية	(13.1%) 3	(9.6%) 113	
قعرية	(21.7%) 5	(20.1%) 237	

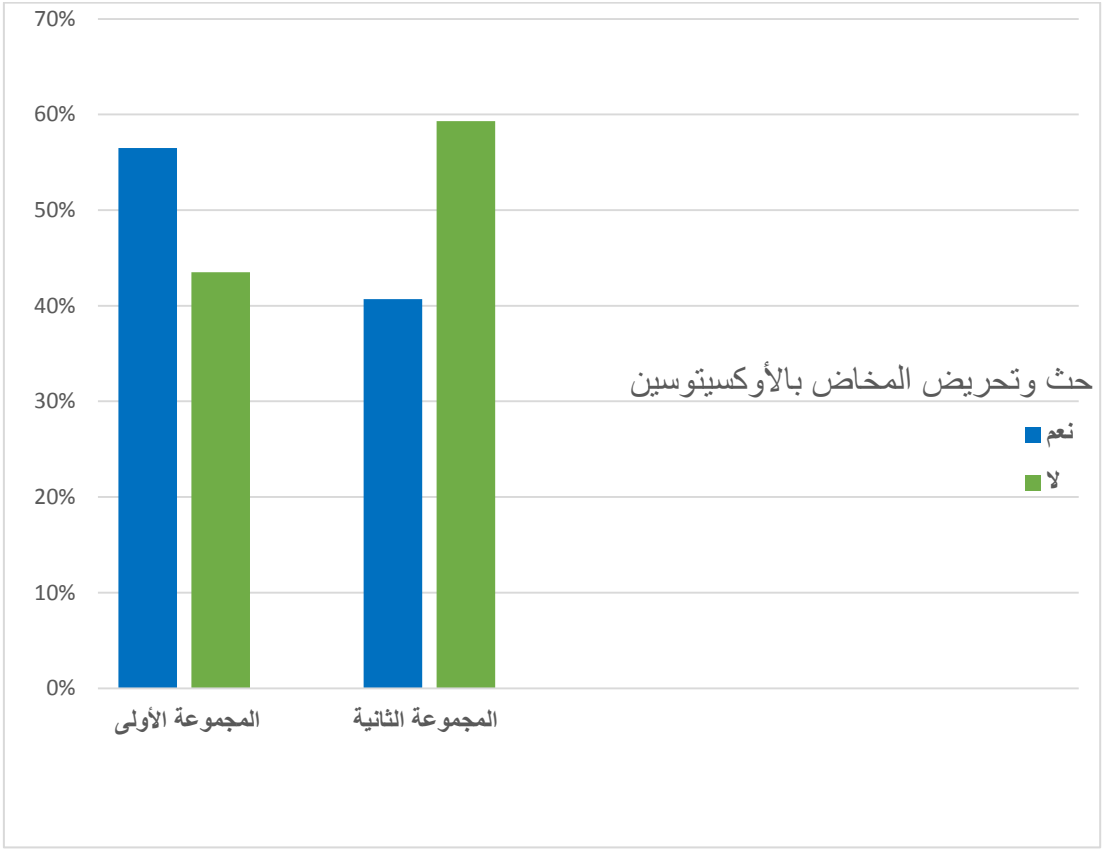


المخطط البياني 14: توضع المشيمة لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة

حث وتحريض المخاض بالأوكسيتوسين:

تم استخدام الأوكسيتوسين في حث وتحريض المخاض لدى 56.5% من مجمل أفراد المجموعة الأولى، أما بالنسبة للمجموعة الثانية فقد بلغت نسبة استخدام الأوكسيتوسين 40.7%، وقد وجد لدى تطبيق اختبار Chi-Square Test فرق إحصائي هام بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بنسب استخدام الأوكسيتوسين في حث وتحريض المخاض (p-value < 0.05)، حيث كانت النسبة أكبر بشكل هام إحصائياً لدى المجموعة الأولى (المشيمة المحتبسة) مقارنة بالمجموعة الثانية.

الجدول 16: حث وتحريض المخاض بالأوكسيتوسين لدى مجموعات الدراسة			
الأوكسيتوسين	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	p-value
نعم	(56.5%) 13	(40.7%) 479	0.0017
لا	(43.5%) 10	(59.3%) 698	

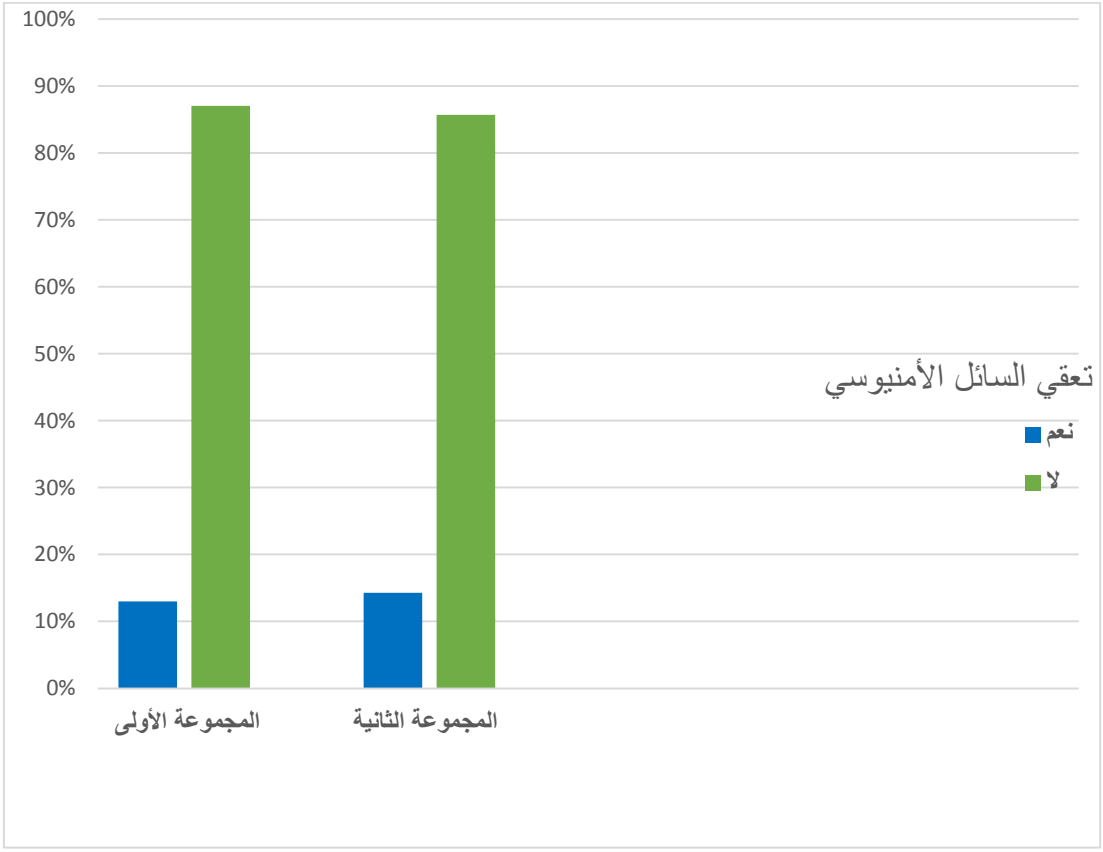


المخطط البياني 15: حث وتحريض المخاض بالأوكسيتوسين لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة

تعقي السائل الأمنيوسي:

بلغت نسبة تعقي السائل الأمنيوسي 13% من مجمل أفراد المجموعة الأولى، أما بالنسبة للمجموعة الثانية فقد بلغت نسبة التعقي 14.3%، ولدى تطبيق اختبار Chi-Square Test لم يتبين وجود فرق إحصائي هام بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بنسب حدوث تعقي السائل الأمنيوسي (p-value > 0.05).

الجدول 17: تعقي السائل الأمنيوسي لدى مجموعات الدراسة			
تعقي السائل الأمنيوسي	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	p-value
نعم	(13%) 3	(14.3%) 168	0.13
لا	(87%) 20	(85.7%) 1009	



المخطط البياني 16: تعقي السائل الأمنيوسي لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة

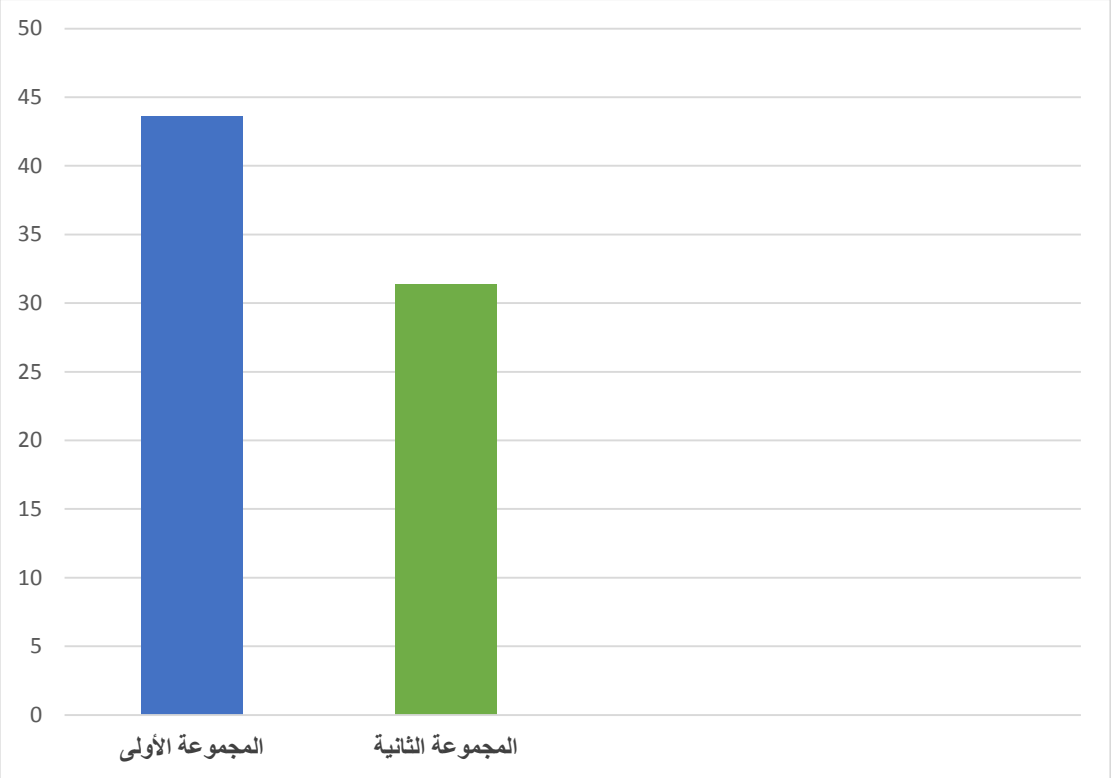
مدة الطور الثاني من المخاض:

تراوحت مدة الطور الثاني من المخاض لدى أفراد المجموعة الأولى ما بين 7 و143 دقيقة، كما بلغ المتوسط الحسابي لهذه المدة 43.6 دقيقة، أما بالنسبة لأفراد المجموعة الثانية فقد تراوحت مدة الطور الثاني ما بين 5 و136 دقيقة، بمتوسط حسابي قدره 31.4 دقيقة.

تم تطبيق Student's t-test وقد وجد فرق إحصائي هام بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بمدة الطور الثاني (p-value < 0.05)، حيث أن متوسط مدة الطور الثاني من المخاض في سياق المجموعة الأولى (مجموعة المشيمة المحتبسة) أكبر بشكل هام إحصائياً مقارنة بالمجموعة الثانية.

الجدول 18: القيم الإحصائية الوصفية لمدة الطور الثاني من المخاض

مدة الطور الثاني	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	p-value
Mean	43.6	31.4	0.0018
SD	15.1	13.9	
Range	136	131	
Minimum	7	5	
Maximum	143	136	



المخطط البياني 17: متوسطات مدة الطور الثاني من المخاض لدى مجموعات الدراسة وفق مخطط أعمدة

التحليل الإحصائي متعدد المتغيرات (تحليل الانحدار اللوجستي)

تم إجراء تحليل انحدار لوجستي لتحديد العوامل المستقلة المؤثرة على حدوث المشيمة المحتبسة، حيث يُعتبر هذا التحليل خطوة مهمة لتقييم تأثير كل متغير بشكل مستقل بعد ضبط تأثير المتغيرات الأخرى.

الجدول 19: التحليل الإحصائي متعدد المتغيرات			
المتغير	OR	CI	p-value
العمر (لكل 5 سنوات)	1.21	1.02 – 1.59	0.020
BMI (لكل 2 كغ/م²)	1.19	1.10 – 1.65	0.026
Nullipara	2.10	1.15 – 4.10	0.018
مشيمة احتباس سوابق	8.9	2.85 – 33.60	< 0.001
رحم تجريف سوابق	2.5	2.10 – 17.00	0.009
العمر الحملي (لكل أسبوع)	0.82	0.75 – 0.96	0.023
الولادة الباكرة	2.4	1.05 – 4.25	0.031
جنس الجنين (أنثى)	1.19	1.01 – 1.80	0.037
الإملاص	3.20	1.30 – 21.00	0.008
الأمامي المشيمة توضع	1.28	1.09 – 2.00	0.026
حث وتحريض المخاض بالأوكسيتوسين	1.43	1.10 – 1.90	0.017
مدة الطور الثاني(كل 10 دقائق)	1.11	1.15 – 1.50	0.026

العمر الأمومي:

كل زيادة بمقدار 5 سنوات في عمر الحامل ارتبطت بارتفاع احتمال حدوث المشيمة المحتبسة بنسبة 21% (OR = 1.21, P = 0.020).

مشعر كتلة الجسم:

كل زيادة بمقدار 2 كغ/م^2 في قيمة مشعر كتلة الجسم ترافقت مع ارتفاع احتمال حدوث المشيمة المحتبسة بنسبة 19% (OR = 1.19, P = 0.026)

عديمات الولادة:

تبين أن خطر احتباس المشيمة أكبر لدى عديمات الولادة بمعدل 2.1 مرة مقارنة بالسيدات الولودات (OR = 2.1, P = 0.018).

سوابق احتباس مشيمة:

أظهر التحليل أن وجود سوابق احتباس مشيمة في الولادات السابقة يزيد من خطر تكرار هذه الحالة بما يقارب 9 مرات (OR = 8.9, P < 0.001).

سوابق تجريف رحم آلي:

ترافق وجود سوابق تجريف رحم آلي عقب إسقاط مع زيادة خطر حدوث احتباس مشيمة بمعدل 2.5 مرة (OR = 2.5, P = 0.009).

العمر الحملي عند الولادة:

كل زيادة بمقدار أسبوع في العمر الحملي عند الولادة تنقص من احتمال حدوث المشيمة المحتبسة بنسبة 18% (OR = 0.82, P = 0.023).

الولادة الباكرة:

ارتبطت الولادة الباكرة قبل الأسبوع 37 بزيادة احتمال حدوث احتباس المشيمة بمعدل 2.4 مرة بحالات الولادة في تمام الحمل (OR = 1.84, P = 0.013).

الحمل بجنين أنثى:

ترافقت حالات الحمل بجنين أنثى مع ارتفاع احتمال حدوث احتباس المشيمة بنسبة 19% مقارنة بحالات الحمل بجنين ذكر (OR = 1.19, P = 0.041).

الإملاص:

ترافق الإملاص مع زيادة في احتمال احتباس المشيمة بمعدل 3.2 مرة مقارنة بحالات ولادة جنين حي (OR = 3.2, P = 0.008).

توضع المشيمة الأمامي:

أظهر التحليل أن توضع المشيمة الأمامي يرتبط مع زيادة في احتمالية حدوث احتباس المشيمة بنسبة 28% مقارنة بمواقع المشيمة الأخرى (OR = 1.28, P = 0.026).

حث وتحريض المخاض بالأوكسيتوسين:

أظهر التحليل أن حث وتحريض المخاض بالأوكسيتوسين يزيد من خطر احتباس المشيمة بنسبة 43% (OR = 1.41, P = 0.017).

مدة الطور الثاني:

كل زيادة بمقدار 10 دقائق في مدة الطور الثاني ارتبطت بارتفاع احتمال حدوث المشيمة المحتبسة بنسبة 11% (OR = 1.11, P = 0.026).

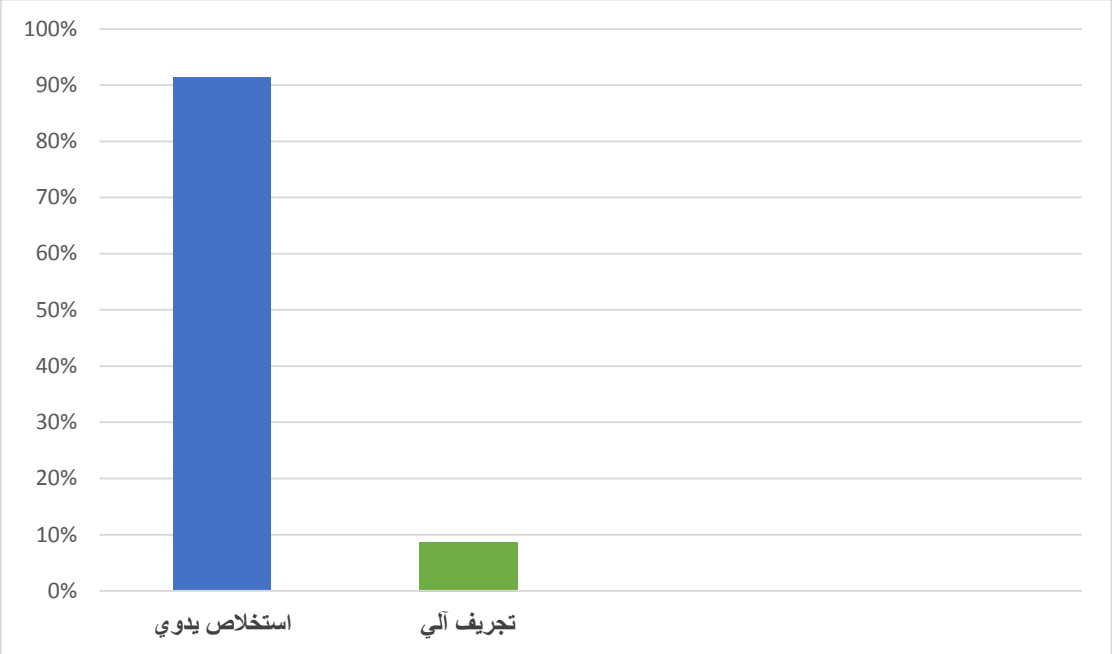
تدبير المشيمة المحتبسة

في جميع حالات المشيمة المحتبسة المشمولة في سياق هذا البحث تم البدء بتطبيق إجراءات التدبير الأولية القياسية، والتي شملت تطبيق على الحبل السري بالتزامن مع إعطاء مقبضات رحمية (الأوكسيتوسين والميزوبروستول).

وقد تم استخراج المشيمة بنجاح بالاستخلاص اليدوي لدى غالبية الحالات بنسبة قدرها 91.3% من مجمل حالات المشيمة المحتبسة، في حين تطلّبت 8.7% من الحالات اللجوء إلى التجريف الآلي نتيجة فشل الاستخلاص اليدوي في إحداث الانفصال التام.

الجدول 20: طرق تدبير المشيمة المحتبسة

الإجراء المتبع	العدد	النسبة المئوية
استخلاص يدوي	21	91.3%
تجريف آلي	2	8.7%



المخطط البياني 18: طرق تدبير المشيمة المحتبسة وفق مخطط أعمدة

المناقشة

عملت هذه الدراسة على تقييم انتشار المشيمة المحتبسة في مشفى التوليد الجامعي وتحديد عوامل الخطورة المرتبطة بها وطرق التدبير المستخدمة وقد توصلت إلى مجموعة نتائج ستتم مناقشتها ومقارنتها بنتائج الدراسات العالمية.

معدل الحدوث

بلغ عدد أفراد العينة 1200 سيدة، وقد تمت الإشارة إلى حدوث احتباس المشيمة لدى 23 سيدة أي ما نسبته 1.9% من مجمل أفراد العينة، وهي مقاربة لنسب الحدوث التي أشارت لها الدراسات العالمية كما هو موضح في الجدول 21.

الجدول 21: معدل حدوث احتباس المشيمة في الدراسات العالمية	
الدراسة	معدل الحدوث
هذه الدراسة	1.9%
(33) Gaddameedi Sai Maheswari et al	1.8%
(34) Michaela Granfors et al	2.0%
(31) Laura Ruiter et al	2.7%
(35) Alessandro Favilli et al	0.6%
(36) M Endler	2.4%
(37) Janne Foss Berlac et al	2.2%
(15) Osita Celestine John et al	0.59%

عوامل الخطر

العمر:

وجد في سياق هذا البحث أن متوسط العمر الأمومي في سياق المجموعة الأولى (مجموعة المشيمة المحتبسة) أكبر بشكل هام إحصائياً مقارنة بالمجموعة الثانية، كما تبين التقدم بالعمر عامل خطر مستقل لحدوث احتباس المشيمة حيث أن كل زيادة بمقدار 5 سنوات في عمر الحامل ارتبطت بارتفاع احتمال حدوث المشيمة المحتبسة بنسبة 21%.

أشارت دراسة Raanan Meyer وزملاؤه أن متوسط العمر الأمومي لدى حالات المشيمة المحتبسة أكبر بشكل هام إحصائياً مقارنة بالحالات التي لم تترافق مع احتباس، كما ارتبطت كل زيادة بمقدار 5 سنوات في العمر الأمومي بارتفاع احتمال حدوث المشيمة المحتبسة بنسبة 26% (38).

في دراسة Michaela Granfors وزملاؤها تم التوصل إلى أن معدل حدوث احتباس المشيمة ارتفع بشكل هام إحصائياً مع تقدم العمر الأمومي، فقد بلغ معدل الحدوث في الفئة العمرية

(25 >) 2.1%، في حين ارتفع في سياق الفئة العمرية (≤ 35) ليصبح 4.9%، كما تبين أن التقدم بالعمر الأمومي يشكل عامل خطر مستقل حيث ارتفع خطر حدوث احتباس المشيمة لدى الفئة العمرية (≤ 35) بنسبة 54% (34).

تبين في سياق دراسة M Endler وزملاؤه أن معدل حدوث احتباس المشيمة ارتفع بشكل هام إحصائياً بالتوازي مع زيادة العمر الأمومي، حيث بلغ معدل الحدوث في الفئة العمرية (20 >) 1.9%، ليرتفع في سياق الفئة العمرية (≤ 35) إلى 4.4%، كما تمت الإشارة إلى كون زيادة العمر الأمومي يشكل عامل خطر مستقل حيث ارتفع خطر حدوث احتباس المشيمة لدى الفئة العمرية (≤ 35) بنسبة 90% (36).

الجدول 22: العلاقة بين العمر وحدوث المشيمة المحتبسة	
الدراسة	النتيجة
هذه الدراسة	كل زيادة بمقدار 5 سنوات في عمر الحامل ارتبطت بارتفاع احتمال حدوث المشيمة المحتبسة بنسبة 21%.
(38) Raanan Meyer et al	ارتبطت كل زيادة بمقدار 5 سنوات في العمر الأمومي بارتفاع احتمال حدوث المشيمة المحتبسة بنسبة 26%.
(34) Michaela Granfors et al	ارتفع خطر حدوث احتباس المشيمة لدى الفئة العمرية (≤ 35) بنسبة 54%.
(36) M Endler et al	ارتفع خطر حدوث احتباس المشيمة لدى الفئة العمرية (≤ 35) بنسبة 90%.

مشعر كتلة الجسم:

تبين في هذه الدراسة أن متوسط قيم مشعر كتلة الجسم في سياق المجموعة الأولى (مجموعة المشيمة المحتبسة) أكبر بشكل هام إحصائياً مقارنة بالمجموعة الثانية، كما وجد أن زيادة قيمة مشعر كتلة الجسم تشكل عامل خطر مستقل لحدوث احتباس المشيمة، حيث ارتبطت كل زيادة بمقدار 2 كغ/م^2 في قيمة مشعر كتلة الجسم مع ارتفاع احتمال حدوث المشيمة المحتبسة بنسبة 19%.

في دراسة Basel H. Nasser وزملاؤه كانت نسبة السيدات ذوات مشعر كتلة جسم (30 <) كغ/م^2 أكبر بشكل هام إحصائياً لدى مجموعة المشيمة المحتبسة مقارنة بمجموعة الاستخراج العفوي للمشيمة (39).

ارتفع معدل حدوث احتباس المشيمة في سياق دراسة M Endler وزملاؤه بشكل هام إحصائياً بالتوازي مع زيادة قيم مشعر كتلة الجسم، حيث بلغ معدل الحدوث لدى السيدات ذوات مشعر كتلة جسم (18.4 ≤) كغ/م^2 1.67%، ليرتفع لدى السيدات ذوات قيم مشعر كتلة جسم

≤30كغ/م^2 2.63%، كما وجد أن قيم مشعر كتلة الجسم (≤ 30) كغ/م^2 ترفع خطر احتباس المشيمة بنسبة 28% (36).

الجدول 23: العلاقة بين قيم مشعر كتلة الجسم وحدوث المشيمة المحتبسة	
الدراسة	النتيجة
هذه الدراسة	ارتبطت كل زيادة بمقدار 2 كغ/م^2 في قيمة مشعر كتلة الجسم مع ارتفاع احتمال حدوث المشيمة المحتبسة بنسبة 19%.
Basel H. (39) Nasser et al	السيدات ذوات مشعر كتلة جسم (< 30) أكبر بشكل هام إحصائياً لدى مجموعة المشيمة المحتبسة مقارنة بمجموعة الاستخراج العفوي للمشيمة.
M Endler et al (36)	قيم مشعر كتلة الجسم (≤ 30) كغ/م^2 ترفع خطر احتباس المشيمة بنسبة 28%.

عدد الولادات:

كانت نسبة عديمات الولادة (Nullipara) أكبر بشكل هام إحصائياً في سياق المجموعة الأولى (مجموعة المشيمة المحتبسة) مقارنة بالمجموعة الثانية، كما تبين أن خطر احتباس المشيمة أكبر لدى عديمات الولادة بمعدل 2.1 مرة مقارنة بالسيدات الولودات.

أشار M Endler وزملاؤه أن معدل حدوث احتباس المشيمة تناقص بشكل هام إحصائياً بالتوازي مع عدد سوابق الولادات، حيث بلغ معدل الحدوث لدى السيدات عديمات الولادة 3.6%، لينخفض إلى 2.4% لدى السيدات اللاتي لديهن سوابق 4 ولادات طبيعية أو أكثر، كما تبين أن وجود سوابق 4 ولادات طبيعية أو أكثر ينقص خطر حدوث احتباس المشيمة بنسبة 34% (36).

في دراسة Matan Anteby وزملاؤه كانت نسبة السيدات عديمات الولادة (Nullipara) أكبر بشكل هام إحصائياً في سياق مجموعة المشيمة المحتبسة مقارنة بمجموعة الاستخراج العفوي للمشيمة (40).

في دراسة Eran Ashwal وزملاؤه كانت نسبة السيدات عديمات الولادة (Nullipara) أكبر بشكل هام إحصائياً في سياق مجموعة المشيمة المحتبسة مقارنة بمجموعة الاستخراج العفوي للمشيمة، كما تبين أن خطر احتباس المشيمة يتناقص مع زيادة عدد سوابق الولادات بنسبة 21% لكل ولادة (41).

الجدول 24: العلاقة بين عدد الولادات وحدوث المشيمة المحتبسة	
الدراسة	النتيجة
هذه الدراسة	خطر احتباس المشيمة أكبر لدى عديمات الولادة بمعدل 2.1 مرة مقارنة بالسيدات الولودات.
(36) M Endler et al	وجود سوابق 4 ولادات طبيعية أو أكثر ينقص خطر حدوث احتباس المشيمة بنسبة 34%.
(40) Matan Anteby et al	نسبة السيدات عديمات الولادة (Nullipara) أكبر بشكل هام إحصائياً في سياق مجموعة المشيمة المحتبسة مقارنة بمجموعة الاستخراج العفوي للمشيمة.
(41) Eran Ashwal et al	خطر احتباس المشيمة يتناقص مع زيادة عدد سوابق الولادات بنسبة 21% لكل ولادة.

سوابق احتباس مشيمة:

تبين في سياق هذا البحث أن نسبة وجود سوابق احتباس المشيمة كانت أكبر بشكل هام إحصائياً لدى المجموعة الأولى (المشيمة المحتبسة) مقارنة بالمجموعة الثانية، كما أظهر التحليل أن وجود سوابق احتباس مشيمة في الولادات السابقة يزيد من خطر تكرار هذه الحالة بما يقارب 9 مرات.

في دراسة Nabila Shams وزملاؤها كانت نسبة وجود سوابق احتباس المشيمة أكبر بشكل هام إحصائياً لدى حالات احتباس المشيمة مقارنة بحالات الاستخراج العفوي للمشيمة (42).

توصل Misgav Rottenstreich وزملاؤه أن وجود سوابق احتباس مشيمة في الولادات السابقة يشكل عامل خطر مستقل ويزيد من خطر تكرار هذه الحالة بمعدل 4.9 مرة، في حين كان أشارت Laura Ruiter وزملاؤها أن وجود سوابق احتباس مشيمة يزيد من خطر تكرار الحالة بمعدل 6.1 مرة (31,43).

كذلك الأمر فقد وجدت Shirley Greenbaum وزملاؤها أن نسبة وجود سوابق احتباس مشيمة كانت أكبر بشكل هام إحصائياً لدى السيدات في مجموعة المشيمة المحتبسة بالمقارنة مع مجموعة الاستخلاص العفوي، كما تم كان وجود سوابق احتباس مشيمة عامل خطر قوي جداً لتكرار هذه الحالة وذلك بمعدل 66.5 مرة (45).

كما وجدت نتائج مشابهة في دراسة Matan Anteby وزملاؤه، حيث كانت نسبة وجود سوابق احتباس مشيمة أكبر لدى حالات احتباس المشيمة، كما ارتبط وجودها بزيادة خطر تكرار هذه الحالة بمعدل 9.3 مرة (40)

في دراسة Margit Endler وزملاؤها تبين أن نسبة وجود سوابق احتباس المشيمة كانت أكبر بشكل هام إحصائياً لدى مجموعة حالات احتباس المشيمة مقارنة بمجموعة الشواهد، كما ارتبط وجود سوابق احتباس مشيمة في الولادات السابقة بزيادة خطر تكرار هذه الحالة بمعدل 12.6 مرة (44).

الجدول 25: العلاقة بين سوابق احتباس المشيمة وتكرار هذه الحالة	
الدراسة	النتيجة
هذه الدراسة	وجود سوابق احتباس مشيمة في الولادات السابقة يزيد من خطر تكرار هذه الحالة بما يقارب 9 مرات.
(42) Nabila Shams et al	نسبة وجود سوابق احتباس المشيمة أكبر بشكل هام إحصائياً لدى حالات احتباس المشيمة مقارنة بحالات الاستخراج العفوي للمشيمة
(43) Misgav Rottenstreich et al	وجود سوابق احتباس مشيمة في الولادات السابقة يشكل عامل خطر مستقل ويزيد من خطر تكرار هذه الحالة بمعدل 4.9 مرة.
(31) Laura Ruiter et al	وجود سوابق احتباس مشيمة يزيد من خطر تكرار الحالة بمعدل 6.1 مرة.
(44) Shirley Greenbaum et al	وجود سوابق احتباس مشيمة عامل خطر قوي جداً لتكرار هذه الحالة وذلك بمعدل 66.5 مرة.
(40) Matan Anteby et al	ارتبط وجود سوابق احتباس مشيمة بزيادة خطر تكرار هذه الحالة بمعدل 9.3 مرة.
(45) Margit Endler et al	كما ارتبط وجود سوابق احتباس مشيمة في الولادات السابقة بزيادة خطر تكرار هذه الحالة بمعدل 12.6 مرة.

سوابق تجريف رحم آلي:

كانت نسبة وجود سوابق تجريف رحم آلي أكبر بشكل هام إحصائياً لدى المجموعة الأولى (المشيمة المحتبسة) مقارنة بالمجموعة الثانية، كما ترافق وجود سوابق تجريف رحم آلي عقب إسقاط مع زيادة خطر حدوث احتباس مشيمة بمعدل 2.5 مرة.

في Alessandro Favilli تبين أن وجود سوابق تجريف رحم آلي يزيد من خطر احتباس المشيمة بنسبة 92% (35).

تبين في دراسة M Endler وزملاؤه أن معدل حدوث احتباس المشيمة ارتفع بشكل هام إحصائياً عند وجود سوابق تجريف رحم آلي، حيث بلغ معدل الحدوث 4.8% عند وجود سوابق 3 تجاريف أو أكثر، في حين كان معدل الحدوث 3.1% عند عدم وجود سوابق تجاريف رحم، كما تبين أن وجود سوابق 3 تجاريف رحم آلي أو أكثر يزيد خطر حدوث احتباس المشيمة بنسبة 61% (36).

في دراسة Shirley Greenbaum وزملاؤها كانت نسبة وجود سوابق تجريف رحم آلي أكبر بشكل هام إحصائياً لدى السيدات في مجموعة المشيمة المحتبسة بالمقارنة مع مجموعة الاستخلاص العفوي للمشيمة، كما ارتبط وجود سوابق تجريف رحم آلي بزيادة خطر حدوث احتباس المشيمة بمعدل 12.8 مرة (44).

خلصت دراسة Margit Endler وزملاؤها أن وجود سوابق تجريفي رحم آلي أو أكثر يرتبط بزيادة خطر احتباس المشيمة بمعدل 2.62 مرة (45).

الجدول 26: العلاقة بين سوابق تجريف الرحم الآلي وحدوث المشيمة المحتبسة	
الدراسة	النتيجة
هذه الدراسة	ترافق وجود سوابق تجريف رحم آلي عقب إسقاط مع زيادة خطر حدوث احتباس مشيمة بمعدل 2.5 مرة.
(35) Alessandro Favilli et al	وجود سوابق تجريف رحم آلي يزيد من خطر احتباس المشيمة بنسبة 92%.
(36) M Endler et al	وجود سوابق 3 تجاريف رحم آلي أو أكثر يزيد خطر حدوث احتباس المشيمة بنسبة 61%.
(44) Shirley Greenbaum et al	ارتبط وجود سوابق تجريف رحم آلي بزيادة خطر حدوث احتباس المشيمة بمعدل 12.8 مرة.
(45) Margit Endler et al	وجود سوابق تجريفي رحم آلي أو أكثر يرتبط بزيادة خطر احتباس المشيمة بمعدل 2.62 مرة.

العمر الحملي عند الولادة:

في سياق هذا البحث كان متوسط الأعمار الحملية عند الولادة في سياق المجموعة الأولى (مجموعة المشيمة المحتبسة) أصغر بشكل هام إحصائياً مقارنة بالمجموعة الثانية، كما كانت نسبة الولادة الباكرة أكبر بشكل هام إحصائياً لدى المجموعة الأولى (مجموعة المشيمة المحتبسة) مقارنة بالمجموعة الثانية.

وقد أظهرت الدراسة أن كل زيادة بمقدار أسبوع في العمر الحملي عند الولادة تنقص من احتمال حدوث المشيمة المحتبسة بنسبة 18%، كما ارتبطت الولادة الباكرة قبل الأسبوع 37 بزيادة احتمال حدوث احتباس المشيمة بمعدل 2.4 مرة بحالات الولادة في تمام الحمل.

أظهرت دراسة M Endler وزملاؤه أن معدل حدوث احتباس المشيمة انخفض بشكل هام إحصائياً مع زيادة العمر الحملي عند الولادة، حيث بلغ معدل الحدوث 13.5% في الأعمار الحملية الأصغر من 28 أسبوع حملي، في حين كان معدل الحدوث 3% عند تمام الحمل بعد الأسبوع الحملي 37، كما تبين أن الولادة الباكرة قبل الأسبوع 37 تزيد من خطر احتباس المشيمة بنسبة 67%، كما تزيد الولادة قبل الأسبوع الحملي 28 من خطر احتباس المشيمة بمعدل 5 مرات (36).

توصلت دراسة Margit Endler وزملاؤها أن الولادة الباكرة قبل الأسبوع الحملي 37 ترفع من خطر احتباس المشيمة بمعدل 3.15 مرة (45).

الجدول 27: العلاقة بين العمر الحملي عند الولادة وحدوث المشيمة المحتبسة	
الدراسة	النتيجة
هذه الدراسة	كل زيادة بمقدار أسبوع في العمر الحملي عند الولادة تنقص من احتمال حدوث المشيمة المحتبسة بنسبة 18%، كما ارتبطت الولادة الباكرة قبل الأسبوع 37 بزيادة احتمال حدوث احتباس المشيمة بمعدل 2.4 مرة بحالات الولادة في تمام الحمل.
M (36) Endler et al	الولادة الباكرة قبل الأسبوع 37 تزيد من خطر احتباس المشيمة بنسبة 67%، كما تزيد الولادة قبل الأسبوع الحملي 28 من خطر احتباس المشيمة بمعدل 5 مرات
Margit (45) Endler et al	أن الولادة الباكرة قبل الأسبوع الحملي 37 ترفع من خطر احتباس المشيمة بمعدل 3.15 مرة.

الحمل بجنين أنثى:

كانت نسبة الأجنة الإناث أكبر بشكل هام إحصائياً لدى المجموعة الأولى (المشيمة المحتبسة) مقارنة بالمجموعة الثانية، كما ترافقت حالات الحمل بجنين أنثى مع ارتفاع احتمال حدوث احتباس المشيمة بنسبة 19% مقارنة بحالات الحمل بجنين ذكر.

في دراسة Raanan Meyer وزملاؤه كانت نسبة الأجنة الذكور أصغر بشكل هام إحصائياً لدى لدى حالات المشيمة المحتبسة مقارنة بالحالات التي لم تترافق مع احتباس، كما ارتبط الحمل بجنين ذكر مع انخفاض خطر احتباس المشيمة بنسبة 20% مقارنة بحالات الحمل بجنين أنثى (38).

في دراسة Michaela Granfors تفوقت نسبة حدوث احتباس المشيمة لدى حالات الحمل بجنين أنثى مقارنة بحالات الحمل بجنين ذكر، كما ارتبطت حالات الحمل بجنين أنثى مع ارتفاع احتمال حدوث احتباس المشيمة بنسبة 41% مقارنة بحالات الحمل بجنين ذكر (34).
وجد في سياق Shirley Greenbaum وزملاؤها أن الحمل بجنين ذكر ينقص احتمال حدوث احتباس المشيمة بنسبة 10% (44).

الجدول 28: العلاقة بين جنس الجنين وحدوث المشيمة المحتبسة	
الدراسة	النتيجة
هذه الدراسة	ترافقت حالات الحمل بجنين أنثى مع ارتفاع احتمال حدوث احتباس المشيمة بنسبة 19% مقارنة بحالات الحمل بجنين ذكر.
(38) Raanan Meyer et al	ارتبط الحمل بجنين ذكر مع انخفاض خطر احتباس المشيمة بنسبة 20% مقارنة بحالات الحمل بجنين أنثى.
(34) Michaela Granfors et al	ارتبطت حالات الحمل بجنين أنثى مع ارتفاع احتمال حدوث احتباس المشيمة بنسبة 41% مقارنة بحالات الحمل بجنين ذكر.
(44) Shirley Greenbaum et al	الحمل بجنين ذكر ينقص احتمال حدوث احتباس المشيمة بنسبة 10% مقارنة بحالات الحمل بجنين أنثى.

الإملاص:

كانت نسبة الإملاص أكبر بشكل هام إحصائياً لدى المجموعة الأولى (المشيمة المحتبسة) مقارنة بالمجموعة الثانية، كما ترافق الإملاص مع زيادة في احتمال احتباس المشيمة بمعدل 3.2 مرة مقارنة بحالات ولادة جنين حي.

وجد في سياق دراسة Gal Cohen وزملاؤه أن نسبة الإملاص كانت أكبر بشكل هام إحصائياً في مجموعة حالات احتباس المشيمة مقارنة بمجموعة الشواهد، كما ارتبط الإملاص مع ارتفاع خطر احتباس المشيمة بنسبة 75% مقارنة بحالات ولادة جنين حي (46).

توصلت دراسة M Endler وزملاؤه أن معدل حدوث احتباس المشيمة في حالات الإملاص (8.2%) أكبر بشكل هام إحصائياً مقارنة بمعدل احتباس المشيمة في سياق حالات ولادة جنين حي (3.2%)، كما ارتبط الإملاص بزيادة خطر حدوث المشيمة المحتبسة بمعدل 2.7 مرة مقارنة بحالات ولادة جنين حي (36).

ترافق الإملاص في سياق دراسة Shirley Greenbaum وزملاؤها مع زيادة احتمال حدوث احتباس المشيمة بمعدل 2.34 مرة مقارنة بحالات ولادة جنين حي (44).
في دراسة Elizabeth M. Coviello كانت نسبة الإملاص أكبر بشكل هام إحصائياً لدى لدى حالات المشيمة المحتبسة مقارنة بالحالات التي لم تترافق مع احتباس، كما ارتبط الإملاص مع زيادة خطر حدوث احتباس المشيمة بمعدل 4.47 مرة مقارنة بحالات ولادة جنين حي (47).

الجدول 29: العلاقة بين الإملاص وحدوث المشيمة المحتبسة	
الدراسة	النتيجة
هذه الدراسة	ترافق الإملاص مع زيادة في احتمال احتباس المشيمة بمعدل 3.2 مرة مقارنة بحالات ولادة جنين حي.
(46) Gal Cohen et al	ارتبط حدوث الإملاص مع ارتفاع خطر احتباس المشيمة بنسبة 75% مقارنة بحالات ولادة جنين حي.
(36) M Endler et al	ارتبط الإملاص بزيادة خطر حدوث المشيمة المحتبسة بمعدل 2.7 مرة مقارنة بحالات ولادة جنين حي.
(44) Shirley Greenbaum et al	ترافق الإملاص مع زيادة احتمال حدوث احتباس المشيمة بمعدل 2.34 مرة مقارنة بحالات ولادة جنين حي.
(47) Elizabeth M. Coviello et al	ارتبط الإملاص مع زيادة خطر حدوث احتباس المشيمة بمعدل 4.47 مرة مقارنة بحالات ولادة جنين حي.

توضع المشيمة:

كانت نسبة توضع الأمامي للمشيمة أكبر بشكل هام إحصائياً لدى المجموعة الأولى (المشيمة المحتبسة) مقارنة بالمجموعة الثانية، كما أظهر التحليل أن توضع المشيمة الأمامي يرتبط مع زيادة احتمالية حدوث احتباس المشيمة بنسبة 28% مقارنة بمواقع المشيمة الأخرى.

تبين في دراسة Alessandro Favilli وزملاؤه أن تبين نسبة توضع الأمامي للمشيمة أكبر بشكل هام إحصائياً لدى مجموعة حالات احتباس المشيمة مقارنة بمجموعة الشواهد، كما أشارت الدراسة إلى أن توضع المشيمة الأمامي يزيد من خطر احتباس المشيمة بنسبة 33% مقارنة بمواقع المشيمة الأخرى (35).

الجدول 30: العلاقة بين توضع المشيمة وحدوث المشيمة المحتبسة	
الدراسة	النتيجة
هذه الدراسة	توضع المشيمة الأمامي يرتبط مع زيادة احتمالية حدوث احتباس المشيمة بنسبة 28% مقارنة بمواقع المشيمة الأخرى.
(35) Alessandro Favilli et al	توضع المشيمة الأمامي يزيد من خطر احتباس المشيمة بنسبة 33% مقارنة بمواقع المشيمة الأخرى.

حث وتحريض المخاض بالأوكسيتوسين:

تبين في سياق هذا البحث أن نسبة استخدام الأوكسيتوسين في حث وتحريض المخاض كانت أكبر بشكل هام إحصائياً لدى المجموعة الأولى (المشيمة المحتبسة) مقارنة بالمجموعة الثانية، كما ارتبط حث وتحريض المخاض بالأوكسيتوسين مع زيادة خطر احتباس المشيمة بنسبة 43%.

في دراسة Gal Cohen وزملاؤه تفوقت نسبة استخدام الأوكسيتوسين في حث وتحريض المخاض لدى مجموعة حالات احتباس المشيمة مقارنة بمجموعة الشواهد، كما وجد أن حث وتحريض المخاض بالأوكسيتوسين يرفع من خطر احتباس المشيمة بنسبة 39% (46).

في دراسة Margit Endler وزملاؤها كانت نسبة استخدام الأوكسيتوسين في حث وتحريض المخاض أكبر بشكل هام إحصائياً لدى مجموعة حالات احتباس المشيمة مقارنة بمجموعة الشواهد، كما ترافق استخدام الأوكسيتوسين في حث وتحريض المخاض مع زيادة خطر احتباس المشيمة بنسبة 72% (45).

الجدول 31: العلاقة بين حث وتحريض المخاض بالأوكسيتوسين وحدوث المشيمة المحتبسة

الدراسة	النتيجة
هذه الدراسة	ارتبط حث وتحريض المخاض بالأوكسيتوسين مع زيادة خطر احتباس المشيمة بنسبة 43%.
Gal Cohen et al (46)	حث وتحريض المخاض بالأوكسيتوسين يرفع من خطر احتباس المشيمة بنسبة 39%.
Margit Endler et al (45)	ترافق استخدام الأوكسيتوسين في حث وتحريض المخاض مع زيادة خطر احتباس المشيمة بنسبة 72%.

مدة الطور الثاني من المخاض:

كان متوسط مدة الطور الثاني من المخاض في سياق المجموعة الأولى (مجموعة المشيمة المحتبسة) أكبر بشكل هام إحصائياً مقارنة بالمجموعة الثانية، كما ارتبطت كل زيادة بمقدار 10 دقائق في مدة الطور الثاني بارتفاع احتمال حدوث المشيمة المحتبسة بنسبة 11%.

خلصت دراسة Basel H. Nasser وزملاؤه إلى أن تطاول مدة الطور الثاني من المخاض إلى أكثر من 3 ساعات ترفع من خطر احتباس المشيمة بمعدل 3.9 مرة مقارنة بانتهاء الطور الثاني خلال أقل من ساعتين (39).

في دراسة Raanan Meyer وزملاؤه كان متوسط مدة الطور الثاني من المخاض لدى حالات المشيمة المحتبسة أكبر بشكل هام إحصائياً مقارنة بالحالات التي لم تترافق مع احتباس، كما ارتبطت كل زيادة بمقدار 5 دقائق في مدة الطور الثاني بارتفاع احتمال حدوث المشيمة المحتبسة بنسبة 3% (38).

الجدول 32: العلاقة بين مدة الطور الثاني من المخاض وحدوث المشيمة المحتبسة	
الدراسة	النتيجة
هذه الدراسة	ارتبطت كل زيادة بمقدار 10 دقائق في مدة الطور الثاني بارتفاع احتمال حدوث المشيمة المحتبسة بنسبة 11%.
(39) Basel H. Nasser et al	تطاول مدة الطور الثاني من المخاض إلى أكثر من 3 ساعات ترفع من خطر احتباس المشيمة بمعدل 3.9 مرة مقارنة بانتهاء الطور الثاني خلال أقل من ساعتين.
(38) Raanan Meyer et al	ارتبطت كل زيادة بمقدار 5 دقائق في مدة الطور الثاني بارتفاع احتمال حدوث المشيمة المحتبسة بنسبة 3%.

تدبير المشيمة المحتبسة

تم استخراج المشيمة بنجاح بالتخليص اليدوي لدى غالبية الحالات بنسبة قدرها 91.3% من مجمل حالات المشيمة المحتبسة، في حين تطلّبت 8.7% من الحالات اللجوء إلى التجريف الآلي نتيجة فشل الاستخلاص اليدوي في إحداث الانفصال التام.

في سياق دراسة Jesika Rizvi Tamanna وزملاؤها استخرجت المشيمة بنجاح بالتخليص اليدوي لدى 94% من الحالات، في حين تطلبت 2% من الحالات إجراء استئصال رحم لعدم القدرة على تدبير النزف (48).

خلصت دراسة Nicola C Perlman وزملاؤه أن التخليص اليدوي للمشيمة هو الطريقة الأساسية المعتمدة والفعّالة في تدبير حالات المشيمة المحتبسة، مع تحقيق نتائج جيدة عند التدخل المبكر وتوفّر طواقم مدربة (32).

الجدول 33: تدبير المشيمة المحتبسة	
الدراسة	النتيجة
هذه الدراسة	تم استخراج المشيمة بنجاح بالتخليص اليدوي لدى غالبية الحالات بنسبة قدرها 91.3% من مجمل حالات المشيمة المحتبسة
(48) Jesika Rizvi Tamanna et al	استخرجت المشيمة بنجاح بالتخليص اليدوي لدى 94% من حالات المشيمة المحتبسة
(32) Nicola C Perlman et al	التخليص اليدوي للمشيمة هو الطريقة الأساسية المعتمدة والفعّالة في تدبير حالات المشيمة المحتبسة، مع تحقيق نتائج جيدة عند التدخل المبكر وتوفّر طواقم مدربة.

نقاط القوة

- **عدد كبير من الحالات المدروسة:**

شملت الدراسة 1200 سيدة، مما يمنحها قوة إحصائية ممتازة ويسمح برصد دقيق للعوامل المرتبطة باحتباس المشيمة حتى لو كانت نسبتها منخفضة.

- **تحليل إحصائي متقدّم:**

تم استخدام تحليل متعدد المتغيرات لاستخلاص العوامل المستقلة المرتبطة بالحالة، مما يقلل من تأثير العوامل المربكة ويزيد من دقة النتائج.

- **تطبيق بروتوكول تدبير واضح وفعّال:**

أظهرت الدراسة اعتمادًا ناجحًا على التخليص اليدوي كخيار أول لعلاج المشيمة المحتبسة، حيث نجح في 91.3% من الحالات، مما يدل على كفاءة بروتوكول المشفى وفعاليته السريرية.

- **أهمية سريرية واضحة:**

النتائج قابلة للتطبيق بشكل مباشر في الممارسة الطبية، حيث تساعد في تحديد النساء المعرضات لخطر احتباس المشيمة، وتحسين الاستعداد والتدخل المبكر لتقليل المضاعفات.

نقاط الضعف

- **محدودية التعميم بسبب اقتصار الدراسة على مركز واحد:**

أجريت الدراسة في مشفى واحد في دمشق، مما قد يقلل القدرة على تعميمها.

- **عدم تقييم جودة ونتائج التدبير على المدى البعيد:**

لم يتم تقييم النتائج السريرية طويلة الأمد بعد التخليص اليدوي أو التجريف، ما قد يترك ثغرة في فهم السلامة والمضاعفات المستقبلية للتدبير.

الاستنتاجات

تظهر هذه الدراسة أن المشيمة المحتبسة (المحبوسة، الملتصقة) تعد من المضاعفات التوليدية النادرة نسبياً، حيث بلغ معدل الحدوث 1.9% من مجمل الحالات المدروسة، وقد تبين أن هناك عدة عوامل خطر مستقلة مرتبطة بزيادة احتمال حدوث المشيمة المحتبسة، من أبرزها: التقدم في العمر الأمومي، ارتفاع مشعر كتلة الجسم، الولادة الأولى، وجود سوابق احتباس مشيمة أو تجريف رحم آلي، الولادة الباكرة، الحمل بجنين أنثى، حدوث الإملاص، التوضع الأمامي للمشيمة، حث وتحريض المخاض بالأوكسيتوسين، وتطاول مدة الطور الثاني من المخاض.

أظهرت النتائج توافقاً كبيراً مع معظم الدراسات العالمية الحديثة، مما يعزز موثوقية البيانات المستخلصة ويؤكد أهمية التعرف المبكر على عوامل الخطورة لتقليل معدلات حدوث هذه الحالة.

أما فيما يخص التدبير، فقد أثبت التخليص اليدوي فعاليته العالية حيث تم بنجاح في 91.3% من الحالات، ما يؤكد دوره كخيار أول وأساسي في تدبير المشيمة المحتبسة عند توفر كوادر مدربة وخبرة سريرية كافية.

التوصيات

1. ضرورة اعتماد بروتوكولات دقيقة لتقييم وجود عوامل خطر مرتبطة باحتباس المشيمة لدى كل مريضة بشكل دقيق ومنهجي لضمان التخطيط السليم للولادة والتدخل المبكر.
2. التعامل بحذر مع استخدام الأوكسيتوسين في حث وتحريض المخاض خصوصاً في حالات وجود عوامل خطر واضحة لاحتباس المشيمة، مع الموازنة والمقارنة الدقيقة بين فوائده ومخاطره المرتبطة باحتباس المشيمة.
3. تدريب الطواقم الطبية على التدبير السريع والآمن للمشيمة المحتبسة، بما في ذلك مهارات التخليص اليدوي كخيار أولي لتقليل معدلات المضاعفات المحتملة، مع الاستعداد للقيام بإجراءات إضافية مثل التجريف الآلي عند فشل التخليص اليدوي.
4. إجراء دراسات مستقبلية لتطوير نظام تنبؤي دقيق لتقييم خطر احتباس المشيمة، مما يعزز من الوقاية والتدبير المبكر لهذه الحالات.

قائمة المراجع

1. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NCCWCH. Care of healthy women and their babies during childbirth, RCOG Press, London 2007.
2. Deneux-Tharaux C, Macfarlane A, Winter C, et al. Policies for manual removal of placenta at vaginal delivery: variations in timing within Europe. BJOG 2009; 116:119.
3. Weeks AD. The retained placenta. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2008; 22:1103.
4. Dombrowski MP, Bottoms SF, Saleh AA, et al. Third stage of labor: analysis of duration and clinical practice. Am J Obstet Gynecol 1995; 172:1279.
5. Herman A, Weinraub Z, Bukovsky I, et al. Dynamic ultrasonographic imaging of the third stage of labor: new perspectives into third-stage mechanisms. Am J Obstet Gynecol 1993; 168:1496.
6. Combs CA, Laros RK Jr. Prolonged third stage of labor: morbidity and risk factors. Obstet Gynecol 1991; 77:863.
7. Weeks AD. Placental influences on the rate of labour progression: a pilot study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003; 106:158.
8. Endler M, Saltvedt S, Papadogiannakis N. Macroscopic and histological characteristics of retained placenta: A prospectively collected case-control study. Placenta 2016; 41:39.
9. Cheung WM, Hawkes A, Ibish S, Weeks AD. The retained placenta: historical and geographical rate variations. J Obstet Gynaecol 2011; 31:37.
10. Khan N and Weeks AD. Liverpool Women's Hospital local audit data 2006
11. Rogers J, Wood J, McCandlish R, et al. Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingbrooke randomised controlled trial. Lancet 1998; 351:693.
12. Adelusi B, Soltan MH, Chowdhury N, Kangave D. Risk of retained placenta: multivariate approach. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76:414.
13. Favilli A, Tosto V, Ceccobelli M, et al. Risk factors for non-adherent retained placenta after vaginal delivery: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth 2021; 21:268.
14. Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Landoulsi S, et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. Lancet 2012; 379:1721.
15. John CO, Orazulike N, Alegbeleye J. An appraisal of retained placenta at the University of Port Harcourt teaching hospital: a five-year review. Niger J Med. 2015;24(2):99–102 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26353418/.
16. Marcus JK, Fawcus S, WHO Intrapartum Care Algorithms Working Group. Clinical algorithms for management of third stage abnormalities. BJOG 2022.
17. Magann EF, Evans S, Chauhan SP, et al. The length of the third stage of labor and the risk of postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol 2005; 105:290.
18. Frolova AI, Stout MJ, Tuuli MG, et al. Duration of the Third Stage of Labor and Risk of Postpartum Hemorrhage. Obstet Gynecol 2016; 127:951.
19. Shinar S, Schwartz A, Maslovitz S, Many A. How Long Is Safe? Setting the Cutoff for Uncomplicated Third Stage Length: A Retrospective Case-Control Study. Birth 2016; 43:36.

20. Ely JW, Rijhsinghani A, Bowdler NC, Dawson JD. The association between manual removal of the placenta and postpartum endometritis following vaginal delivery. Obstet Gynecol 1995; 86:1002.
21. Atkinson MW, Owen J, Wren A, Hauth JC. The effect of manual removal of the placenta on post-cesarean endometritis. Obstet Gynecol 1996; 87:99.
22. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/peripartum- infections-brief/en/ (Accessed on November 03, 2015).
23. Dufour P, Vinatier D, Puech F. The use of intravenous nitroglycerin for cervico-uterine relaxation: a review of the literature. Arch Gynecol Obstet 1997; 261:1.
24. Patrick HS, Mitra A, Rosen T, et al. Pharmacologic intervention for the management of retained placenta: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Am J Obstet Gynecol 2020; 223:447.e1.
25. van Beekhuizen HJ, de Groot AN, De Boo T, et al. Sulprostone reduces the need for the manual removal of the placenta in patients with retained placenta: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2006; 194:446.
26. Rosenstein MG, Vargas JE, Drey EA. Ultrasound-guided instrumental removal of the retained placenta after vaginal delivery. Am J Obstet Gynecol 2014; 211:180.e1.
27. Kumar N, Jahanfar S, Haas DM, Weeks AD. Umbilical vein injection for management of retained placenta. Cochrane Database Syst Rev 2021; 3:CD001337.
28. Ucci MA, Di Mascio D, Bellussi F, Berghella V. Ultrasound evaluation of the uterus in the uncomplicated postpartum period: a systematic review. Am J Obstet Gynecol MFM 2021; 3:100318.
29. Salati JA, Leathersich SJ, Williams MJ, et al. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev 2019; 4:CD001808.
30. Soltani H, Dickinson F, Symonds I. Placental cord drainage after spontaneous vaginal delivery as part of the management of the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2005; :CD004665.
31. Ruiter L, Kazemier BM, Mol BWJ, Pajkrt E. Incidence and recurrence rate of postpartum hemorrhage and manual removal of the placenta: a longitudinal linked national cohort study in the Netherlands. Eur J Obstet Gynecol Reprod.2019;238:114–9. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.05.022.
32. Perlman NC, Carusi DA. Retained placenta after vaginal delivery: risk factors and management. Int J Womens Health. 2019 Oct 7;11:527-534. doi: 10.2147/IJWH.S218933. PMID: 31632157; PMCID: PMC6789409.
33. Maheswari GS, Shah S, Kumari R, Rachana M. Profile of women with retained placenta at a tertiary care hospital. MRIMS J Health Sci 0;0:0.
34. Granfors M, Sandström A, Stephansson O, Belachew J, Axelsson O, Wikström AK. Placental location and risk of retained placenta in women with a previous cesarean section: A population-based cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020;99(12):1666-1673. doi:10.1111/aogs.13943
35. Favilli A, Tosto V, Ceccobelli M, Bini V, Gerli S. Risk factors analysis and a scoring system proposal for the prediction of retained placenta after vaginal delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018;228:180–5. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.06.033.

36. Endler M, Cnattingius S, Granfors M, Wikström AK. The inherited risk of retained placenta: a population based cohort study. BJOG. 2017;125(6):73744. https://doi.org/10.1111/1471-0528.14828.
37. Berlac JF, Hartwell D, Skovlund CW, Langhoff-Roos J, Lidegaard Ø. Endometriosis increases the risk of obstetrical and neonatal complications. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017;96(6):751–60. https://doi.org/10.1111/a ogs.13111.
38. Meyer R, Rottenstreich A, Tsur A, Cahan T, Levin G. Risk factors for third stage placental complications among primigravid women. Placenta. 2020;99:16-20. doi:10.1016/j.placenta.2020.07.019
39. Nasser BH, Jadaon JE, Awad- Khamaisy N, Lfoul LA, Hendler I. Novel risk factors associated with retained placenta after vaginal birth. Int J Gynecol Obstet. 2025;168:1117-1123. doi:10.1002/ijgo.15978
40. Matan Anteby, Ariel Many, Eran Ashwal, Yariv Yogev & Shiri Shinar (2017): Risk factors and complications of manual placental removal after vaginal delivery – How common are additional invasive procedures?, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, DOI: 10.1080/14767058.2017.1379071
41. Ashwal E, Melamed N, Hiersch L, Wiznitzer A, Yogev Y, Peled Y. The incidence and risk factors for retained placenta after vaginal delivery- a single center experience. J Matern Fetal Neonatal Med. 2014;27(18):1897 900. https://doi.org/10.3109/14767058.2014.883374.
42. Shams N, Yasmin H, Anwer SB, Bai K, Rubab B. Frequency of retained placenta in patients presenting with postpartum haemorrhage after active management of third stage of labour. Int J Community Med Public Health 2020;7:4256-60.
43. Rottenstreich M, Rotem R, Bergman M, Rottenstreich A, Grisaru Granovsky S. Recurrence of retained placenta in multiple consecutive deliveries. J Matern Fetal Neonatal Med. 2019;12:1–6. https://doi.org/10.1 080/14767058.2019.1688294.
44. Greenbaum S, Wainstock T, Dukler D, Leron E, Erez O. Underlying mechanisms of retained placenta: evidence from a population based cohort study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;216:12–7. https://doi.org/10.1 016/j.ejogrb.2017.06.035.
45. Endler M, Grunewald C, Salvedt S. Epidemiology of retained placenta: oxytocin as an independent risk factor. Obstet Gyncol. 2012;119(4):801–9. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31824acb3b
46. Cohen G, Kovo M, Biron- Shental T, Markovitch O, Daykan Y, Schreiber H. Risk factors for retained placenta in a first pregnancy— A clinical trial. Int J Gynecol Obstet. 2023;163:194-201. doi:10.1002/ijgo.14800
47. Coviello EM, Grantz KL, Huang CC, Kelly TE, Landy HJ. Risk factors for retained placenta. Am J Obstet Gynecol. 2015;213(6):864. https://doi.org/10.1 016/j.ajog.2015.07.039.
48. Tamanna, J. R., Dewan, F., & Akhter, J. (2020). Clinical study on management of retained placenta of admitted cases in Dhaka Medical College Hospital, Dhaka, Bangladesh. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS), 19*(1), 01-08. https://doi.org/10.9790/0853-1901100108

Abstract

Background:

The third stage of labor represents a critical period that may be associated with serious complications, with retained placenta being one of the most significant due to its major role in increasing the risk of postpartum hemorrhage and emergency interventions. Therefore, identifying risk factors related to this condition significantly contributes to predicting high-risk cases and enhancing early intervention to reduce complications.

Objective:

To study the prevalence of retained placenta at the University Maternity Hospital, identify associated risk factors, and evaluate management methods as important steps in reducing this morbidity.

Materials and Methods:

This research is a prospective cross-sectional study conducted at the University Maternity and Gynecology Hospital in Damascus, including 1200 women with gestational ages between 24 and 42 weeks. Retained placenta was diagnosed when the placenta failed to deliver within 30 minutes after the birth of the infant despite effective management of the third stage and clinical assessment. After diagnosis, management was performed according to the hospital protocol with continuous monitoring of vital signs and intravenous fluid administration to maintain hemodynamic stability. Data were collected and recorded in a research form, followed by statistical analysis.

Results:

The incidence rate of retained placenta was 1.9% among the studied cases. Multivariate analysis revealed that the following factors were independently associated with an increased risk of retained placenta: advanced maternal age (OR=1.21 per 5 years, P=0.020), higher body mass index (OR=1.19 per 2 kg/m², P=0.026), nulliparity (OR=2.1, P=0.018), history of retained placenta (OR=8.9, P<0.001), and previous uterine curettage (OR=2.5, P=0.009). Additionally, decreased gestational age at delivery (OR=0.82 per additional week, P=0.023), preterm delivery (OR=2.4, P=0.013), female fetus (OR=1.19, P=0.041), fetal demise (OR=3.2, P=0.008), anterior placental location (OR=1.28, P=0.026), use of oxytocin for labor induction/augmentation (OR=1.41, P=0.017), and increased duration of the second stage of labor (OR=1.11 per 10 minutes, P=0.026) were significantly associated with increased risk.Manual removal of the placenta was successful in the majority of cases (91.3%), whereas 8.7% required uterine curettage due to failure of manual extraction to achieve complete placental separation.

Conclusion:

The study demonstrates that retained placenta is associated with several predictable risk factors, underscoring the importance of early identification of high-risk women to ensure preparedness and timely intervention. Manual removal remains an effective treatment option in most cases, with the need to prepare for additional measures such as uterine curettage

when manual extraction fails, aiming to reduce bleeding and related complications

Keywords:

Non-Stress Test, Cerebroplacental Ratio, High-Risk Pregnancies.

Syrian Arab Republic

Damascus University

Faculty Of Medicine

Department of Obsterics and Gynecology

Retained placenta management – A prospective cross–sectional study

Supervisor:

Pro. Khaled Maraachli

Student:

Nora Rezk

2025