



الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة دمشق
كلية الطب البشري
قسم التوليد وأمراض النساء

دراسة مقارنة النتائج الوليدية والوالدية بين القيصرات الانتخابية والقيصرات الاسعافية

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدراسات العليا التخصصية في التوليد وأمراض النساء

إعداد طالبة الدراسات العليا

د. رشا راتب المنشف

بإشراف

الأستاذ الدكتور: عزام أبو طوق

أستاذ في قسم التوليد وأمراض النساء في كلية الطب البشري – جامعة دمشق

لجنة الحكم وتوقيعات لجنة المناقشة

Apporval

السيد الأستاذ الدكتور عميد كلية الطب البشري في جامعة دمشق

بعد الاطلاع على النسخة المعدلة المقدمة من قبل طالبة الدراسات العليا: رشا راتب المنشف تبين أنها تقيدت بكل الملاحظات، وأجرت جميع التصويبات المطلوبة.

أعضاء لجنة الحكم:

الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق - مشرفاً.

الاسم: أ. د. عزام أبو طوق

الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق - عضواً.

الاسم: أ. د. هيثم عباسي

الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق - عضواً.

الاسم: أ. د. جميل طالب

شكر وتقدير Acknowledgment

أتقدم بالشكر الجزيل والعرفان لكل من أعطانا من علمه ووقته ولكل من أنار لنا طريقنا في تحصيل هذا العلم، فوجب أن نشكره ونقدم له أسمى آيات التقدير والامتنان ونحن على مقتبل خطواتنا الأولى في حياتنا العملية.

أتوجه بالشكر لأعضاء الهيئة التدريسية في كلية الطب البشري ولاسيما أساتذتنا في قسم التوليد وأمراض النساء.

وأخص بالشكر

الأستاذ الدكتور عزام أبو طوق

المشرف على هذا البحث، الأستاذ المتميز وصاحب الفضل الكبير

الأستاذ الدكتور هيثم عباسي

الذي تفضل مشكوراً بالمشاركة في لجنة الحكم على هذا البحث، وقدم نصائحه وملاحظاته بمحبة وأمانة، ولم يبخل بمساعدة أو معلومة، لك مني جزيل الشكر والاحترام والتقدير.

الأستاذ الدكتور جميل طالب

الذي شرفني بتقويم البحث بمشاركته في لجنة الحكم، وما قدمه من ملاحظات ونصائح، له مني كل الشكر والاحترام والتقدير.

إهداء

إلى السند الذي لن يكرره الزمن.. إلى الشمعة التي أضاءت دربي.. إلى من كان عوناً لي وسنداً في كل خطوة في هذا الدرب الطويل.. إلى قدوتي وسندي وداعمي في مسيرتي الطبية
..... أبي الغالي الدكتور راتب المنشف حفظه الله

إلى نبع المحبة والحنان.. إلى القلب الدافئ الذي كان يحتضن أحزاني وهمومي في كل الأوقات.. إلى من رافقتي دعاؤها في كل اللحظات وكان عوناً لي في الكثير من المواقف الصعبة
..... أُمي الحبيبة الدكتورة تغريد رعد حفظها الله

إلى صديق الدرب ورفيق الروح.. إلى الروح النقية التي عانقت روحي وقلبي.. إلى من عشت معه
أجمل اللحظات والذكريات

.. إلى حبيبي وزوجي الغالي المهندس خالد الجم

إلى الغائب عن عيني لكنه حاضر في قلبي وروحي.. إلى صديق الطفولة والشباب.. إلى من أرى فيه العقل الراجح والحكيم.. إلى القلب الحنون الذي لا أتردد بالذهاب إليه في المواقف الصعبة
..... إلى أخي الغالي رائد المنشف

إلى مؤنستي في كل الأوقات.. إلى القلب الدافئ الذي يحتويني ويحفظ أسرارتي.. إلى زهرة عائلتنا الجميلة ورفيقة دربي ومشواري في الطب.. إلى من أرى فيها طبيبة المستقبل الأجمل
..... أختي ورفيقة روحي الدكتورة ربا المنشف

إلى القلب النقي الأبيض.. صاحب الروح الدافئة.. إلى أجمل عطايا الرحمن.. إلى صديقي في كل الأوقات.. إلى من أرى فيه المستقبل المشرق
..... إلى أخي الحبيب الدكتور أحمد المنشف

إلى القلوب الدافئة التي تشاركني أفراحي على الدوام
..... عائلتي أخوالي وخالاتي الغالين حفظهم الله – عائلة زوجي حفظهم الله

إلى أجدادي رحمهم الله.. إلى جدتي الحبيبة التي لم تنساني من جميل دعائها حفظها الله

إلى أصدقاء الدرب والاختصاص.. إلى كل من شاركني المحبة والدعاء.. إلى كل شخص التقيت به
وترك بصمة في قلبي..

أهديكم جميعاً كل محبتي مع هذا النجاح والعمل المتواضع ♥♥

الفهرس

فهرس المحتويات

الصفحة	القسم
I	الفهرس:
II	1- فهرس المحتويات
VI	2- قائمة الجداول
VII	3- قائمة المخططات
VIII	4- قائمة الاشكال
IX	الملخص
1	الجزء التمهيدي
2	1- المقدمة
2	2- تعريف
3	3- المشكلة البحثية والتساؤلات
3	4- هدف البحث وأهميته
3	5- حدود البحث
3	6- مناهج البحث وأدواته
5	7- مكونات البحث
6	8- الدراسات المرجعية
6	9- خلاصة الدراسات المرجعية
8	الجزء الأول: القسم النظري
8	الفصل الأول: القيصريات : التعريف – الاستطابات – مضادات الاستطاب
9	1-1- المقدمة
10	1-2- تعريف العملية القيصرية
11	1-3- لمحة عن التشريح والفيزيولوجيا
12	1-4- استطابات العملية القيصرية

14	5-1- مضادات الاستطباب لإجراء العملية القيصرية
15	6-1- تحضيرات العملية القيصرية
17	7-1- اختلاطات العملية القيصرية
19	8-1- مقارنة بين العملية القيصرية والولادة المهبلية
21	9-1- تفاصيل العمل الجراحي
21	1-9-1 التخدير المستخدم في الجراحة
22	2-9-1 الشق الجراحي للجلد المستخدم في العملية القيصرية
23	3-9-1 الشق الرحمي المستخدم في العملية القيصرية
24	10-1- الرعاية ما بعد العملية القيصرية
25	11-1- الولادات المستقبلية
26	الفصل الثاني: أنواع القيصرات
27	2-1 مقدمة
28	2-2- القيصرات الانتخابية
29	1-2-2 استطببات القيصرات الانتخابية
30	2-2-2 النتائج الوالدية
31	3-2-2 النتائج الوليدية
32	4-2-2 النتائج الايجابية للقيصرات الانتخابية
32	5-2-2 ميزات القيصرات الانتخابية
32	3-2- القيصرات الإسعافية
38	1-3-2 استطببات الولادة القيصرية الإسعافية
39	2-3-2 النتائج الوالدية
40	3-3-2 النتائج الوليدية
40	4-3-2 ميزات القيصرات الإسعافية
42	الجزء الثاني: القسم العملي
42	الفصل الثالث: هدف البحث وطريقة إجرائه

43	1-3- خلفية البحث وأهميته
44	2-3- هدف البحث
44	3-3- مواد البحث وطرائقه
44	1-3-3- تصميم الدراسة
44	2-3-3- عينة الدراسة
45	3-3-3- طريقة العمل
45	4-3- الاعتبارات الأخلاقية
45	5-3- حجم العينة
46	6-3- المفاهيم والاعتبارات
46	1-6-3- مفهوم الجراحة القيصرية
46	2-6-3- أنواع القيصرات
48	استمارة البحث
49	الموافقة المستنيرة
50	7-3- طرائق التحليل الإحصائي
51	الفصل الرابع: نتائج البحث
52	1-4- تفاصيل حول العينة
54	2-4- النتائج الوليدية
54	1-2-4- مقارنة قيم أبغار سكور بين القيصرات الانتخابية والإسعافية
55	2-2-4- المقارنة في أذيات الجنين بين القيصرات الانتخابية والإسعافية
57	3-2-4- المقارنة في وفيات الولدان بين القيصرات الانتخابية والإسعافية
58	4-2-4- المقارنة في الحاجة للإنعاش بين القيصرات الانتخابية والإسعافية
60	3-4- متغيرات مهمة متعلقة بالحامل
60	1-3-4- مقارنة الإصابة بالضغط الحلمي بين نوعي العمل الجراحي
61	2-3-4- مقارنة الإصابة بداء السكري الحلمي بين نوعي العمل الجراحي
62	4-4- النتائج الوالدية

62	1-4-4 المقارنة في حصول النزف بين نوعي العمل الجراحي
63	2-4-4 المقارنة في نوع التخدير المستخدم بين نوعي العمل الجراحي
64	3-4-4 المقارنة في حصول الاختلاطات بين نوعي العمل الجراحي
66	4-4-4 المقارنة في الحاجة لنقل الدم بين نوعي العمل الجراحي
67	5-4-4 المقارنة في الحاجة لوضع مفجر بين نوعي العمل الجراحي
69	6-4-4 المقارنة في بعض النتائج التوليدية بين نوعي العمل الجراحي
70	7-4-4 المقارنة في كمية النزف بين نوعي العمل الجراحي
71	8-4-4 المقارنة في مدة الجراحة بين نوعي العمل الجراحي
71	5-4 المقارنة في طريقة الولادة بين نوعي العمل الجراحي
74	الفصل الخامس: المقارنة مع الدراسات العربية والعالمية المُشابهة
78	1-5-1 لمحة عن حجم العينة في دراسات المقارنة
79	2-5-2 مقارنة النتائج الوليدية مع دراسات المقارنة
80	3-5-3 مقارنة النتائج الوالدية مع دراسات المقارنة
82	الفصل السادس: مناقشة النتائج
86	الفصل السابع: المحددات والمعوقات
88	الفصل الثامن: التوصيات
90	المراجع References
101	الملخص باللغة الإنكليزية English Abstract

قائمة الجداول

52	الجدول (4-1): تفاصيل حول العينة
54	الجدول (4-2): مقارنة قيم أبغار سكور بين نوعي العمل الجراحي
56	الجدول (4-3): المقارنة في أذيات الجنين بين نوعي العمل الجراحي
57	الجدول (4-4): المقارنة في وفيات الولدان بين نوعي العمل الجراحي
59	الجدول (4-5): المقارنة في الحاجة للإنعاش الطفل بين نوعي العمل الجراحي
60	الجدول (4-6): مقارنة الإصابة بالضغط الحلمي بين نوعي العمل الجراحي
61	الجدول (4-7): مقارنة الإصابة بداء السكري الحلمي بين نوعي العمل الجراحي
62	الجدول (4-8): المقارنة في حصول النزف بين نوعي العمل الجراحي
63	الجدول (4-9): المقارنة في نوع التخدير المستخدم بين نوعي العمل الجراحي
65	الجدول (4-10): المقارنة في حصول الاختلاطات بين نوعي العمل الجراحي
66	الجدول (4-11): المقارنة في الحاجة لنقل الدم بين نوعي العمل الجراحي
68	الجدول (4-12): المقارنة في الحاجة لوضع مفجر بين نوعي العمل الجراحي
69	الجدول (4-13): المقارنة في بعض النتائج الوليدية بين نوعي العمل الجراحي
70	الجدول (4-14): المقارنة في كمية النزف بين نوعي العمل الجراحي
71	الجدول (4-15): المقارنة في مدة الجراحة بين نوعي العمل الجراحي
72	الجدول (4-16): المقارنة في طريقة الولادة بين نوعي العمل الجراحي
78	الجدول (5-1): لمحة عن دراسات المقارنة
79	الجدول (5-2): مقارنة النتائج الوليدية لدرجة ابغار سكور مع دراسات المقارنة
80	الجدول (5-3): مقارنة النتائج الوليدية مع دراسات المقارنة
81	الجدول (5-4): مقارنة النتائج الوالدية مع دراسات المقارنة

قائمة المخططات

55	المخطط (1-4): المقارنة قيم أبغار سكور بين نوعي العمل الجراحي
56	المخطط (2-4): المقارنة في أذيات الجنين بين نوعي العمل الجراحي
58	المخطط (3-4): المقارنة في وفيات الولدان بين نوعي العمل الجراحي
59	المخطط (4-4): المقارنة في الحاجة لإنعاش الطفل بين نوعي العمل الجراحي
60	المخطط (5-4): مقارنة الإصابة بالضغط الحلمي بين نوعي العمل الجراحي
62	المخطط (6-4): مقارنة الإصابة بداء السكري الحلمي بين نوعي العمل الجراحي
63	المخطط (7-4): المقارنة في حصول النزف بين نوعي العمل الجراحي
64	المخطط (8-4): المقارنة في التخدير المستخدم بين نوعي العمل الجراحي
66	المخطط (9-4): المقارنة في حصول الاختلاطات بين نوعي العمل الجراحي
67	المخطط (10-4): المقارنة في الحاجة لنقل الدم بين نوعي العمل الجراحي
69	المخطط (11-4): المقارنة في الحاجة لوضع مفجر بين نوعي العمل الجراحي
70	المخطط (12-4): المقارنة في بعض النتائج التوليدية بين نوعي العمل الجراحي
72	المخطط (13-4): المقارنة في طريقة الولادة بين نوعي العمل الجراحي

قائمة الاشكال

12	شكل (1-1): الطبقات التي يتم تجاوزها خلال فتح جرح القيصرية
22	الشكل (2-1): أنواع الشقوق الجراحية للجلد المستخدمة خلال القيصرية
23	الشكل (3-1): أنواع شقوق الرحم المستخدمة خلال القيصرية
24	الشكل (4-1): خطوات العملية القيصرية
33	الشكل (1-2): وضعية المريضة في القيصرية الإسعافية
34	الشكل (2-2): الشق الجراحي في القيصرية الإسعافية
35	الشكل (3-2): المدخل إلى جوف البريتوان في القيصرية الإسعافية
36	الشكل (4-2): المدخل إلى الرحم في القيصرية الإسعافية
37	الشكل (5-2): كيفية استخراج الجنين في القيصرية الإسعافية

الملخص

تمثل الولادة القيصرية أهم عملية في مجال التوليد وقد تزايدت نسبة حدوثها مؤخراً في جميع أنحاء العالم. إذ يعود تاريخ الولادة الجراحية من خلال العملية القيصرية إلى أكثر من 4000 سنة. [1] وتعتبر العملية القيصرية اليوم أكثر العمليات الكبرى انتشاراً حول العالم [2]، إذ تصل نسبة الولادة القيصرية في بعض البلدان إلى أكثر من 50% من عدد الولادات. [3]

يمكن إجراء العملية القيصرية إجراءً انتخابياً وكذلك إجراء طارئاً، لذلك أجريت هذه الدراسة لمقارنة النتائج الوليدية والوالدية بين القيصرات الانتخابية والقيصرات الإسعافية في مشفى التوليد الجامعي في دمشق.

شمل البحث 150 حالة خضعت لقيصرية، توزعت في مجموعتين: المجموعة الأولى ضمت القيصرات الانتخابية والمجموعة الثانية ضمت القيصرات الإسعافية. كان هناك فرق هام من حيث النتائج فزادت نسبة الاختلاطات الوليدية والوالدية في مجموعة القيصرات الإسعافية مقارنة مع مجموعة القيصرات الانتخابية.

تزايدت نسبة الاستطبابات المؤدية لإجراء قيصرات إسعافية والتي كان من الممكن الحد منها ومن الاختلاطات الوليدية والوالدية المرافقة لها في حال لو تابعت المريضة حملها باكراً.

كلمات رئيسية (مفتاحية): القيصرية، القيصرات الانتخابية، القيصرات الإسعافية، الاستطبابات التوليدية، النتائج الوليدية والوالدية.

الجزء التمهيدي

تمثل الولادة القيصرية أهم عملية في مجال التوليد وقد تزايدت نسبة حدوثها مؤخراً في جميع أنحاء العالم. إذ يعود تاريخ الولادة الجراحية من خلال العملية القيصرية إلى أكثر من 4000 سنة. [4] وتعد العملية القيصرية اليوم أكثر العمليات الكبرى انتشاراً حول العالم، [2] إذ تصل نسبة الولادة القيصرية في بعض البلدان إلى أكثر من 50% من عدد الولادات. [3]

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن نسبة الولادة القيصرية التي تزيد عن 15% غير مسوغة في أي منطقة في العالم. وتظهر البيانات الحديثة في الولايات المتحدة الأمريكية أن طفلاً من بين كل ثلاثة أطفال يولد جراحياً. [5]

يمكن إجراء العملية القيصرية كإجراء انتخابي وكذلك كإجراء طارئ. لذلك أجريت هذه الدراسة لمقارنة النتائج الوليدية والوالدية بين القيصرات الانتخابية والقيصرات الإسعافية في مشفى التوليد الجامعي في دمشق.

تعرف العملية القيصرية بأنها ولادة الجنين من خلال شق جراحي في جدار الرحم الأمامي. وتعرف القيصرية الانتخابية: بأنها عملية يتم التخطيط لها قبل بدء المخاض وبترتيب مسبق خلال زيارات المريضة لتحضير أفضل للإجراءات التوليدية والتخديرية والعناية الوليدية، وكل ما عدا ذلك يتم شمله مع القيصرات الإسعافية.

2- تعاريف

وزن الولادة: هو الوزن المقاس لأول مرة خلال أول ساعة من الولادة.

العرطلة الجنينة: تحدد بأنها زيادة الوزن فوق الخط المئوي التاسع لسن الحمل.

الخداج: هي حصول ولادة مبكرة قبل تمام الأسبوع 36 الحلمي.

الحمل المديد: هو استمرار الحمل بعد الأسبوع 42 الحلمي.

وفيات الولدان حديثة العهد: ولادة جنين ميت حديث العهد يشمل وفاة الجنين داخل الرحم خلال المخاض أو الولادة.

وفيات الولدان المبكرة: تشمل أي حالة وفاة لوليد حدثت خلال أول أسبوع من الحياة.

3- المشكلة البحثية والتساؤلات

وجود اختلاف ما بين النتائج الوليدية والوالدية في القيصرات الإسعافية عن القيصرات الانتخابية. إضافة لتزايد حالات القيصرات الإسعافية في الآونة الأخيرة مع زيادة نسبة الاختلاطات الوليدية والوالدية المرافقة لها بشكل واضح.

- هل هناك اختلاف بين النتائج الوليدية والوالدية في القيصرات الإسعافية عن القيصرات الانتخابية؟
- هل هناك إمكانية لجعل أغلب العمليات القيصرية عمليات انتخابية ومخطط لها مسبقاً بشكل جيد؟
- هل من الممكن عزل أسباب واضحة للقيصرات الإسعافية والحد منها في أثناء المتابعة المبكرة للحامل؟

4- هدف البحث وأهميته

يهدف البحث إلى مقارنة النتائج الوليدية والوالدية بين القيصرات الانتخابية والقيصرات الإسعافية مع دراسة الاستطباب الوليدي لكلا الحالتين. تكمن أهمية هذا البحث في تزايد العمليات القيصرية الإسعافية في الآونة الأخيرة مع تزايد معدلات الاختلاطات الوليدية والوالدية المرافقة لها مقارنة مع القيصرات الانتخابية.

5- حدود البحث

بعض الحالات الإسعافية المرافقة لتطور المخاض يكون من غير الممكن عزل أسباب مرضية واضحة لها بشكل مسبق خلال الحمل، فأن جزء كبيراً منها يكون سببها تقدم المخاض بشكل غير متوقع مع حدوث اختلاطات مفاجئة.

6- مناهج البحث وأدواته

تصميم الدراسة:

دراسة مقطعية مستعرضة تقدمية (Prospective cross-sectional)، شملت عينة من حالات القيصرية المقبولة في شعبتي المخاض العام والخاص في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق لمدة عام كامل من تاريخ موافقة مجلس البحث العلمي، وفق المعايير الآتية:

معايير القبول:

- موافقة المريضة
- تمام الحمل
- الخروس أو سوابق قيصرات سفلية أو علوية

معايير الاستبعاد:

- التشوهات الجنينية القاتلة.
- موت محصول الحمل المشخص مسبقاً.
- رفض السيدة المشاركة

طريقة العمل:

- سوف تجمع العينة المطلوبة للدراسة عشوائياً بالاعتماد على معايير الإدخال والاستبعاد.
- سيتم أخذ القصة المرضية للسيدة ويتم ملء الاستبيان المخصص للدراسة من خلال المقابلة الشفوية مع السيدة.
- سيتم اعتماد العمر الحملي من تاريخ أول يوم لآخر دورة طمثية.
- تعتبر الحامل مستكملة للرعاية قبل الولادة إذا قامت خلال الحمل بثلاث زيارات أو أكثر لمراكز الرعاية وفي حال كانت أقل من ذلك تعتبر الرعاية غير كافية لها.
- سيتم تسجيل بيانات العمل الجراحي من حيث نوع العمل الجراحي انتخابياً أو اسعافياً ونوع التخدير المستخدم وتسجيل اختلاطات التخدير ومدة العمل الجراحي بالدقائق وكمية النزف من خلال عد الشانات والشاشات المستخدمة وتسجيل حدوث الاختلاطات خلال العمل الجراحي أو حدوث وفيات الأمهات.
- كذلك سيتم تسجيل معلومات الوليد من حيث وزن الولادة، درجة أبغار في الدقيقة الأولى والخامسة، الحاجة إلى الإنعاش أو دخول الحاضنة، أذيات الوليد ووفيات الولدان البكرة.
- ستتم مقارنة النتائج للمتغيرات سابقة الذكر بين كلا نوعي العمليات القيصرية المدروسة الانتخابية والإسعافية.
- سيتم جمع البيانات ثم عرضها وفقاً لصور إيضاحية ومخططات بيانية وإجراء تحليل إحصائي باستخدام برنامج SPSS "statistical package for social sciences" "برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية".

7- مكونات البحث

يتكون البحث من جزأين:

الجزء الأول: وهو القسم النظري ويتألف من ثلاثة فصول، يتحدث عن الإطار النظري لموضوع دراستنا وعن التعاريف الأساسية. ويتكون هذا الجزء من ثلاثة فصول:

- **الفصل الأول:** وفيه مقدمة، تعريف العملية القيصرية، الاستطابات، مضادات الاستطباب، تحضيرات القيصرية، اختلاطات القيصرية، الولادات المستقبلية، الرعاية ما بعد الجراحة.

- **الفصل الثاني:** ويتناول أنواع القيصرات ويشمل:

● القيصرات الانتخابية مع النتائج الوليدية والوالدية ودراسة الاستطباب التوليدي لها.

● القيصرات الإسعافية مع النتائج الوليدية والوالدية ودراسة الاستطباب التوليدي لها.

الجزء الثاني: ويتضمن القسم العملي، وهو الإطار العملي لدراستنا، والخطط التي اتبعناها خلال مدة الدراسة للوصول إلى النتائج الماثلة أمامكم، ويتكون هذا الجزء من ستة فصول:

- **الفصل الأول: هدف البحث وطريقة إجرائه:** ويحوي خلفية البحث وأهميته، هدف البحث، مواد البحث وطرائقه (تصميم الدراسة – حجم العينة – معايير الإدخال والاستبعاد – طريقة العمل)، والمحددات الأخلاقية، حجم العينة، المفاهيم والمحددات، واستمارة البحث العلمي المُستخدمة، والموافقة المستنيرة، وطرق التحليل الإحصائي المستخدمة.

- **الفصل الثاني: نتائج البحث:** وفيها عرض للنتائج الإحصائية للدراسة.

- **الفصل الثالث: المقارنة مع الدراسات العربية والعالمية المُشابهة:** ويضم مقارنة نتائج دراستنا بنتائج الدراسات العربية والعالمية المُشابهة.

- **الفصل الرابع: مناقشة النتائج:** ويتناول مراجعة للنتائج التي توصلنا لها في دراستنا ومقارنتها مع نتائج الدراسات العربية والعالمية المُشابهة.

- **الفصل الخامس: المحددات والمعوقات:** ويحوي معوقات الدراسة ومحدداتها.

- **الفصل السادس: التوصيات:** ويعرض فيه خلاصة دراستنا والمقترحات المستقبلية للدراسات التي قد تجرى لاحقاً حول هذا الموضوع.

8- الدراسات المرجعية

➤ دراسة محمد المهدي وزملاؤه (2016):

دراسة منشورة في مجلة بان افريكا ميديكال بعنوان:

Fetal outcome in emergency versus elective cesarean sections at Souissi Maternity Hospital, Rabat, Morocco.

➤ دراسة لولو النعيم وزملاؤها (1996):

دراسة منشورة في مجلة Annals of Saudi Medicine بعنوان:

Outcome in Elective and Emergency Cesarean Sections: A Comparative Study.

➤ دراسة نهال الريامي وزملائها (2016):

دراسة منشورة في قسم التوليد والنسائية في مشفى السلطان قابوس بمدينة مسقط في عمان بعنوان:

Comparative analysis of maternal and neonatal outcomes between elective and emergency cesarean section at a single tertiary hospit.

➤ دراسة ناديا زهيد وزملائها (2016):

دراسة منشورة في مجلة (JPMC) Rawalpindi Medical College بعنوان:

Comparison of Outcome in Patients Undergoing Elective and Emergency Caesarean Section

➤ دراسة هيرا شينوي وزملائها (2019):

دراسة منشورة في قسم التوليد والنسائية في الكلية الطبية بولاية كيرالا- الهند بعنوان:

Determinants and outcomes of caesarean delivery: elective versus emergency in a tertiary care teaching institute in Kerala, India

9- خلاصة الدراسات المرجعية

● دراسة محمد المهدي وزملاؤه (2016):

أظهرت انخفاض نسبة الوفيات التوليدية الناجمة عن القيصرية ولكن الأمراض الجنينية لا زالت نسبتها عالية بالمقارنة مع الولادة المهبلية والاختلاطات الناجمة عن القيصرية الإسعافية هي أكبر مقارنة بالقيصرية الانتخابية.

♦ دراسة لولو النعيم وزملاؤها (1996):

وضحت الدراسة أن إطلاق مصطلح القيصرية سواء انتخابية أم إسعافية يعتمد على الاستطباب بشكل رئيسي لهذه القيصرية. وأظهرت أنه في حال زيادة الحاجة لإجراء قيصرات من المفضل أن يكون هناك وقت كافٍ قبل العملية للتحضير لها. وبالتالي في حال تمت القيصرية بشكل انتخابي ستكون نسبة الاختلاطات الوليدية أقل مما هي عليه بالقيصرات الإسعافية.

➤ دراسة نهال الريامي وزملائها (2016):

تبين أنه لم يكن هناك فرق مهم بين العملية للقيصرية الإسعافية والعملية القيصرية الانتخابية ذات الصلة بالنتائج الوليدية والوالدية باستثناء انخفاض ضغط الدم العابر أثناء العملية والإصابة بالحمى وفقر الدم بعد الجراحة.

➤ دراسة ناديا زهيد وزملائها (2016):

في هذه الدراسة كان معدل حدوث المضاعفات أعلى في مجموعة القيصرات الإسعافية من مجموعة القيصرات الانتخابية. وأكثر هذه الاختلاطات أهمية هي الحمى وإنتان الجرح والنزف التالي للولادة وكانت أكثر شيوعاً في القيصرات الإسعافية.

➤ دراسة هيرا شينوي وزملائه (2019):

في هذه الدراسة توافقت الأمهات الأصغر سناً، والأعمار الحملية البعيدة عن سن النضج، وانخفاض وزن الولادة، والإقامة الطويلة في المشفى مع مجموعة الحوامل اللواتي خضعن لولادة قيصرية إسعافية. كما كانت الحمى وانتانات الطرق البولية والحاجة الى التهوية بالنسبة للوليد ونقل الدم وتمزق الندبة أكثر شيوعاً في المجموعة الإسعافية.

الجزء الأول: القسم النظري

الفصل الأول:

القيصريات: التعريف – الاستطبابات – مضادات الاستطباب

تعتبر العملية القيصرية هي الجراحة الأكثر شيوعاً التي يتم إجراؤها في الولايات المتحدة، حيث يتم إجراء أكثر من مليون ولادة قيصرية كل عام. ويمكن أن تؤثر القرارات المتعلقة بالعملية القيصرية على النساء وعائلاتهن طوال حياتهن ولهذا تم اختيار هذا البحث حيث يستعرض استطببات ومضاعفات الجراحة القيصرية الانتخابية منها والإسعافية، كذلك يعرض دور الفريق المهني في الرعاية ما قبل الجراحة وخلالها. [6]

نشرت منظمة الصحة العالمية الدلائل الإرشادية بشأن معدلات الولادة القيصرية في عام 1985 والتي تم تنقيحها في عام 1994: وتنص هذه الدلائل على أن نسبة الولادات القيصرية يجب أن تتراوح بين 5% و15%. وقد ورد فيها أيضاً أنه لا توجد فوائد إضافية تعود على الأجنة أو الأمهات عندما يتجاوز المعدل هذا المستوى. حيث أظهرت دراسات أنه في حال كان معدل العمليات القيصرية أقل من 5% فإن ذلك يرتبط بحدوث نتائج صحية سيئة للأمهات ومواليدهم، وكذلك الأمر في حال تجاوز المعدل 15% فإن ذلك لا يحسن من صحة الأم أو الرضيع. [7]

إذا أخذنا هذا المبدأ كمبدأ توجيهي، فإن سيناريو معدل الولادة القيصرية في جميع أنحاء العالم أصبح مقلق للغاية خلال الثلاثين عاماً التي مضت وهذا الأمر له تأثيرات سلبية على المستوى الاقتصادي والصحي. حيث تبين في الواقع أن معدل إجراء الولادة القيصرية أعلى بكثير من إحصائيات منظمة الصحة العالمية عام (1985) المقدرة بنسبة 15% للعديد من البلدان، وهي تتزايد أيضاً مع مرور الوقت. ولا يزال هناك قلق كبير بشأن هذه النسب المتزايدة في العمليات القيصرية في جميع أنحاء العالم حيث كانت تعتبر العملية القيصرية هي التداخل الجراحي الذي يجرى فقط في حالة حدوث مضاعفات خطيرة وهامة خلال الولادة كما أنه إجراء منقذ للأرواح تم استخدامه لفترة طويلة من الزمن. [8] كما وجدت دراسات أخرى أن النسبة التي تزيد عن 10-15% من القيصرات لا تنقص من معدل وفيات الام او الجنين، [19] في حين أن النسبة التي تزيد عن 19% ترتبط بنتائج توليدية أفضل. [10]

تعود زيادة معدلات الولادة القيصرية في الدول المتقدمة بشكل رئيسي بسبب الخوف من الأنظمة القانونية، نظام التأمين الصحي، زيادة رغبة الحوامل بإجراء الولادة القيصرية وزيادة استخدام المراقبة الإلكترونية المستمرة لدقات قلب الجنين، بالإضافة الى زيادة نسبة توليد المجينات المقعدة عن طريق الولادة القيصرية. أما في البلدان النامية يعود سبب زيادة معدلات الولادة القيصرية لأسباب مختلفة منها سوء الظروف الاجتماعية والاقتصادية، وانخفاض مستوى الثقافة، ونقص الرعاية الصحية الأولية. [11]

ويستمر النقاش حول العوامل التي أدت إلى زيادة معدل حدوث القيصرات، [12-13] ويعزوها الكثيرون إلى الحفاظ على سلامة المرضى بينما يعزوها آخرون لسهولة هذا الاجراء بالنسبة للمريض

وكذلك الجراح بالإضافة الى زيادة طلب المرضى على هذا الإجراء بدلاً من اختيار الولادة المهبلية المؤلمة. [14]

تعتبر العملية القيصرية واحدة من أكثر الإجراءات شيوعاً في ممارسة التوليد حيث ترتبط ببعض المراضة والوفيات وتعرف القيصرية بأنها ولادة جنين من خلال شق في جدار البطن (شق البطن) وشق في جدار الرحم (بضع الرحم) حيث يعد هذا الاجراء منقذاً لحياة الأم والجنين. [15] في السابق، كانت نسبة الوفيات المرتبطة بالقيصرية (50-70%)، ولكن مع تقدم التخدير والرعاية المحيطة بالجراحة وما بعد الجراحة، أصبح الآن هذا الإجراء آمناً للغاية. [16] كما هو الحال في جميع الإجراءات الجراحية، فإن القيصرية ليست خالية من المخاطر ولديها بعض عوامل الخطر الكامنة المرتبطة بها. [17-18]

يتوفر القليل من الأدبيات حول نتائج القيصرات في الحالات الانتخابية والإسعافية. ولا يزال هناك جدل في الأدبيات حول هذه النتائج، لذلك سيكون الهدف من هذه الدراسة هو مقارنة النتائج بشكل واضح في المرضى الذين يخضعون لعمليات قيصرية إسعافية وانتخابية. [8]

2-1- تعريف العملية القيصرية

تعرف العملية القيصرية بأنها ولادة جنين من خلال شق بطني مفتوح (شق البطن) وشق في الرحم (بضع الرحم). حدثت أول عملية قيصرية موثقة في عام 1020 بعد الميلاد، ومنذ ذلك الحين، تطورت العملية بشكل كبير. حيث أصبحت الآن الجراحة الأكثر شيوعاً التي يتم إجراؤها في الولايات المتحدة، حيث يتم إجراء أكثر من مليون عملية قيصرية كل عام.

ارتفع معدل الولادة القيصرية من 5% في عام 1970 إلى 31.9% في عام 2016. [19] وعلى الرغم من الجهود المستمرة لخفض معدل العمليات القيصرية، لا يتوقع الخبراء انخفاضاً كبيراً لمدة عقد أو عقدين على الأقل. [20]

إن بعض النساء تفضل الولادة القيصرية حيث تعتبرها الطريقة الأكثر أماناً للولادة أو حتى الطريقة الوحيدة لولادة مولود سليم على الرغم من ان هذه العملية تنطوي على خطورة حدوث مضاعفات فورية وبعيدة الأجل. [6]

في القرن العشرين، حدثت العديد من التطورات الجديدة في مجال الطب مما أدى إلى زيادة مستوى السلامة لجميع العمليات الجراحية، ويرجع ذلك أساساً إلى توافر المضادات الحيوية والتخدير الآمن وتوافر منتجات نقل الدم. ينطبق نفس الأمر على الولادة القيصرية أيضاً، والتي أصبحت إجراءً معيارياً مقبولاً بين إجراءات التوليد الحديثة التي تقلل من مراضة ووفيات الأمهات. ولا يشمل هذا التعريف إخراج الجنين من تجويف البطن في حالات تمزق الرحم أو الحمل البطني.

يستثنى هذا التعريف أيضاً العملية القيصرية المهبليّة (مصطلح قديم) أو استئصال الرحم المهبلي حيث يتم الوصول عبر المهبل إلى الجنين عن طريق شق الشفة الأمامية لعنق الرحم والجزء السفلي من الرحم. [8]

يتم إجراء العملية القيصرية للحفاظ على حياة كل من الجنين والأم، لكن العمليات القيصرية المتكررة تحمل مخاطر مختلفة. هناك استطببات مختلفة لإجراء العملية القيصرية حيث تقسم إلى استطببات أمومية والأكثر شيوعاً فيها هي سوابق القيصرات وعسر الولادة أو فقد التناسب الحوضي الجنيني. [21] وتشمل الاستطببات الأمومية الأخرى وجود آفات في الجهاز التناسلي السفلي على سبيل المثال الحاجز المهبلي، الورم الفرجي المهبلي الكبير، الأورام الخبيثة والأورام العضلية الملساء في الجزء السفلي من الرحم والتي تتداخل مع تقدم رأس الجنين. [22] أما الاستطببات الجنينية فهي تشمل الشدة الجنينية، والمجئيات المعيبة (أي المجيء المقعدي أو المعترض)، ووجود عيوب خلقية مثل عيوب الأنبوب العصبي، وخلل التنسج الهيكلي مثل عسر تكوّن العظم عند الجنين، واستسقاء الرأس مع تضخم القطر بين الجداريين. قد تسهم عوامل الخطر المختلفة في زيادة مضاعفات العملية القيصرية وتشمل هذه العوامل: ما قبل الإرجاج، الانسمام الحلي، ومرض فقر الدم المنجلي، ونزف ما قبل الولادة، ومرض السكري. [23]

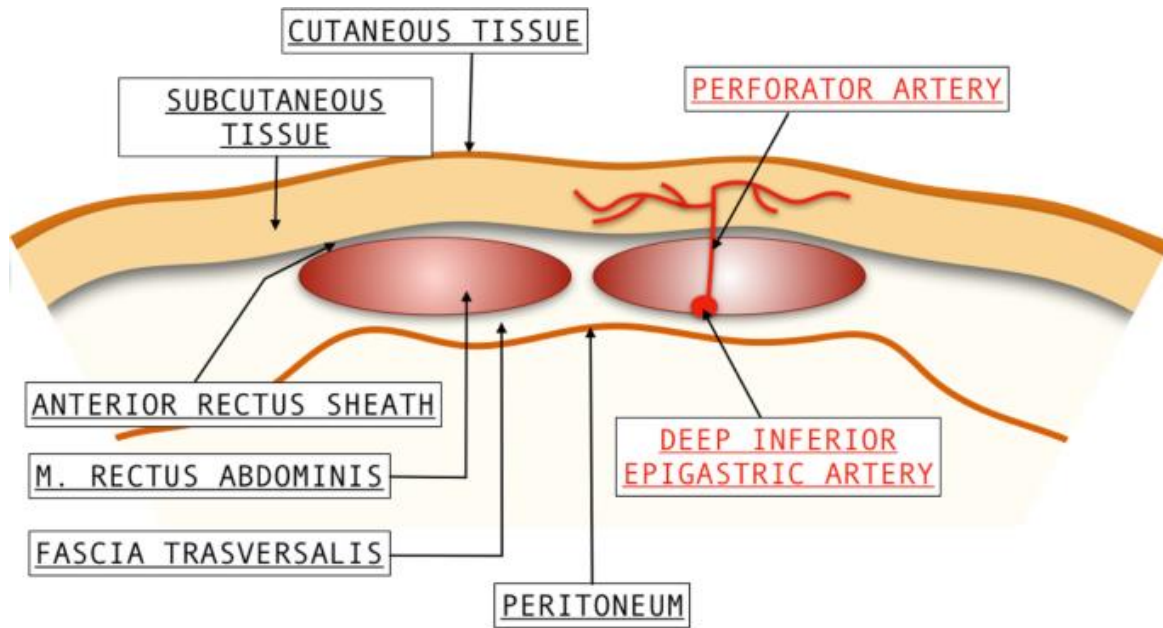
تعود أسباب زيادة إجراء العمليات القيصرية في العقود الأخيرة لما يلي: [24]

1. تناقص مستوى الإنجابية أدى لزيادة نسبة الحوامل الخروسات.
2. تقدم عمر الأم أدى لزيادة معدل حدوث القيصرات.
3. الاستخدام المكثف لوسائل المراقبة الجنينية.
4. المجئيات المقعدية.
5. تناقص الرغبة بإجراء الولادات المهبليّة.
6. الممارسات السيئة التي ربطت بين مفهوم زيادة إجراء القيصرات وتناقص معدل حدوث المشاكل العصبية لدى المولودين في طفولتهم.
7. العوامل الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية مثل تزايد الحالة الاجتماعية الاقتصادية – وتزايد نسبة الجنين الذكر.

3-1- لمحة عن التشريح والفيزيولوجيا

يتكون الرحم من الطبقة الخارجية المصلية (محيط الرحم) وطبقة العضلات (عضلية الرحم) والطبقة المخاطية الداخلية (بطانة الرحم) ويتم شق كل هذه الطبقات الثلاث لعمل شق في الرحم أو

بضع الرحم. ومن المهم أن نذكر أن أوعية الرحم تمر على الأطراف الجانبية للرحم في كلا الجهتين، ويجب توخي الحذر لتجنب إتلاف هذه الأوعية الدموية عندما يتم عمل شق الرحم أو توسيعه. أما الشرايين الرحمية فهي تشتق من الانقسام الأمامي للشريان الحرقفي الباطن. يتدفق الدم من خلال هذه الشرايين أسرع بثمانى مرات أثناء الحمل، مع تدفق أحادي الجانب أكثر من 300 ميليلتر في الدقيقة في الأسبوع 36. [25] تتقاطع الشرايين الرحمية مع الحالبين من الأمام ومن ثم يدخلان الرحم عند مستوى الرباط الأساسي، من ثم تتصالب الشرايين الرحمية عند مستوى الرباط العريض مع الشرايين المبيضية والتي تشتق من الأبهري البطنى. [6]



شكل (1-1): الطبقات التي يتم تجاوزها خلال فتح جرح القيصرية

4-1- استطببات العملية القيصرية

بشكل عام إن الاستطببات الشائعة للقيصريات في التوليد تشمل العمليات القيصرية المتكررة -الانعضال في المجيء المقعدي – وتعرض الجنين للشدّة. [24]

استطببات الولادة القيصرية لأسباب أمومية: [26-27]

- الولادة القيصرية السابقة.
- التشوهات الحوضية أو عدم التناسب الحوضي الجنيني.

- التمزقات العجانية السابقة.
- الجراحة الترميمية السابقة للحوض أو الشرج / المستقيم.
- انتانات فيروس نقص المناعة المكتسب في حال كان الحمل الفيروسي عالياً حيث في بعض الحالات عندما يكون الحمل الفيروسي منخفضاً يكون هناك فرصة للولادة الطبيعية.
- انتانات الحلا البسيط التناسلي في الثلث الأخير للحمل وغير المسيطر عليها.
- الأمراض القلبية أو الرئوية.
- ارتفاع ضغط حملي أو ما قبل إرجاج أو إرجاج حملي.
- تسرع قلب الأم بعد انبثاق جيب المياه لدى الجنين.
- وجود أمهات الدم الدماغية أو التشوهات الشريانية الوريدية.
- وجود إمرضية معينة تتطلب تدخلاً متزامناً داخل البطن.
- وجود آفات على مستوى العجان غير شافية أو سوابق إصابة بداء كرون.
- الحفاظ على حياة المريضة.

استطبابات الولادة القيصرية لأسباب جنينية: [26-27]

- حالة الجنين غير مطمئنة (مثل دراسة دوبلر الحبل السري غير الطبيعية أو نموذج نظم قلبي جنيني غير منتظم).
- انسداد الحبل السري.
- سوء تقدم الولادة المهبلية أو المخاض الشاق الطويل (يطلق عليه المخاض المسدود).
- فشل تحريض المخاض.
- فشل الولادة المهبلية باستخدام الملقط أو المحجم.
- المجنئات المعيبة: كالمجيء المقعدي أو المعترض.
- العملاقة الجنينية حيث يزن الجنين أكثر من 4 كغ.
- الشذوذات الخلقية.
- شذوذات الحبل السري مثل الوعاء المتقدم على المجيء.
- نقص الصفائح.

- ولادة سابقة راضة للجنين أو ولادة سابقة لجنين كانت ذات خطورة عالية.

استطبابات الولادة القيصرية لأسباب رحمية – مشيمية: [26-27]

- توضع المشيمة غير الطبيعي (مثل المشيمة المنزاحة، المشيمة الملتصقة).
- شذوذات بشكل المشيمة مثل المشيمة ذات الفص الإضافي والمشيمة ذات الارتكاز المظلي.
- انفكاك المشيمة.
- سوابق قيصرية كلاسيكية.
- سوابق استئصال أورام عضلية كاملة السماكة.
- سوابق فك التصاقات رحمية.
- سرطان عنق الرحم الغازي.
- وجود كتل حوضية سادة للطريق التناسلي.
- تطويق عنق رحم دائم.
- تمزق الرحم الحالي أو سوابق تمزق رحم.
- وجود رحم ثنائي القرن.

5-1- مضادات الاستطباب لإجراء العملية القيصرية

لا توجد موانع طبية حقيقية لإجراء العملية القيصرية حيث أن الولادة القيصرية تعد خياراً إذا كان هناك خطورة على حياة المريضة أو الجنين. في حين أن هناك ظروفاً مثالية للولادة القيصرية ممكن توافرها مثل التخدير والمضادات الحيوية، والمعدات المناسبة، وفقد وجود هذه الأمور ليس مضاد استطباب لإجراء القيصرية. [6]

هناك بعض السيناريوهات السريرية التي قد لا تكون فيها الولادة القيصرية هي الخيار المفضل، حيث ممكن أن نسميها مضادات استطباب نسبية وعلى سبيل المثال قد يكون لدى المريضة الحامل اعتلال شديد في التخثر، مما يجعل الجراحة أمراً خطيراً للغاية، وفي هذه الحالة، قد يكون من الأفضل إجراء الولادة المهبلية. إضافة إلى ذلك، يمكن أن يكون لدى الحامل سوابق جراحات على البطن وهنا يكون خيار الجراحة غير محبذ. كذلك في حالات وفاة الجنين، فأن إجراء عملية قيصرية يعرض المريضة

الحامل لمخاطر الولادة القيصرية دون أي فائدة تذكر للجنين، وكذلك الأمر في حال كان الجنين يعاني من تشوهات شديدة تتعارض مع الحياة. [6]

6-1- تحضيرات العملية القيصرية

وفقاً لبروتوكولات الاستشفاء، يجب أن تشمل رعاية ما قبل الولادة توعية المرضى وشركائهم بإمكانية الولادة القيصرية ويجب أن تتلقى المريضة معلومات حول ما يمكن توقعه قبل، أثناء وبعد هذه العملية. إذا كانت الولادة القيصرية متوقعة، فربما يكون ذلك بسبب وجود اختلالات عند الأم أو الجنين، وفي حال وجود أي أمراض مصاحبة للأمهات (فقر الدم، السكري، ارتفاع ضغط الدم والبدانة) يجب تحسين هذه الحالات قبل الجراحة إن أمكن ذلك. [28]

هناك خطر حدوث استنشاق رئوي لاحق مع الولادة القيصرية ولذلك يمكن استعمال مضادات الحموضة قبل الجراحة (سترات الصوديوم) ومضادات الهيستامين H2 لمنع انخفاض درجة الحموضة في المعدة. أما عن الصيام قبل الجراحة عادة يجب أن تبقى المريضة NPO بعد منتصف الليل. لكن في حالة مريضة مستقرة مع قيصرية غير مجدولة، من الشائع أن نطلب من المريضة أن تصوم 6 ساعات فقط. حالياً أوصت بروتوكولات الاستشفاء بتشجيع المرضى على شرب سوائل صافية حتى ساعتين قبل الجراحة المجدولة، والأطعمة الصلبة تمنع قبل 6 ساعات. بالإضافة إلى ذلك، مكملات سوائل الكربوهيدرات قد تعرض على المريضات غير المصابات بمرض السكري لمدة تصل إلى ساعتين قبل الجراحة، وهو ما قد يحدث تحسن في النتائج. بالنسبة لتحضير الأمعاء عن طريق الفم أو ميكانيكياً فهو أمر غير منصوح به حالياً. وفي بعض الحالات الإسعافية قد يتم التغاضي عن حالة الصيام في حال وجود خطر على الجنين أو الأم. [6]

حالياً يتم إعطاء الغابانتين قبل الجراحة لتحسين السيطرة على الألم بعد الولادة القيصرية. ومع ذلك، لا ينبغي إعطاء التخدير قبل الجراحة روتينياً بسبب خطر ضعف الوظيفة الحركية بعد الولادة، وكذلك وجود مخاطر على الجنين (مشاكل في استقرار الحرارة، انخفاض درجات أبغار، و "متلازمة الطفل الرخو"). [28]

وكما هو الحال مع أي عملية جراحية، فإن العملية القيصرية تنطوي على خطر الإصابة بالانتانات، حيث يعتبر جرح القيصرية جرحاً جراحياً نظيفاً ملوثاً بسبب الطبيعة المتجاورة للرحم وعنق الرحم والمهبل. وبالإضافة إلى ذلك تعتبر العملية القيصرية من أهم عوامل الخطر للإصابة بالانتان خلال فترة النفاس حيث وجد أن النساء اللواتي يتعرضن لإجراء عملية قيصرية تزيد احتمالية الإصابة بالعدوى لديهم بمقدار 20 ضعفاً عن النساء اللواتي يتعرضن لولادة مهبلية. [29]

يمكن أن يساعد العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية في تقليل خطر الإصابة بالانتان بعد العملية القيصرية بنسبة 60% إلى 70%. [29] حيث يجب إعطاء المضادات الحيوية الوقائية [30] قبل الجراحة وليس بعد لقط الحبل السري.

وهنا يتم اختيار المضاد الحيوي بناء على الحالة السريرية ووجود سوابق تحسسية لدى المريضة حيث تشمل تغطية المضادات الحيوية الجراثيم إيجابية الغرام وسلبية، وكذلك بعض اللاهوائيات. [31]

تعطى جرعة واحدة وريدية 1 غ سيفازولين بشكل روتيني للنساء التي تزن أقل من 80 كغ وتضاعف الجرعة إلى 2 غ للمرضى الذين يزنون 80 كغ أو أكثر. أما النساء اللواتي يزنن 120 كغ أو أكثر، هناك إمكانية لزيادة الجرعة من السيفازولين إلى 3 غ لتحقيق تركيزات كافية من المضاد الحيوي في الأنسجة. [32]

وفي حال وجود مضادات استطباب لاستخدام دواء السيفازولين ، مثل الحساسية تجاه الدواء ، يمكن الوقاية من ذلك عبر اعطاء الكلينداميسين 900 ملغ والأمينوغليكوزيد 5 ملغ / كغ. ويتم التحري عن حصول الحساسية تجاه الدواء عبر حدوث الشرى أو ضيق التنفس أو الوذمة الوعائية أو الصدمة التأقية. كذلك ينصح بإعطاء جرعة واحدة من الفانكوميسين في المرضى الذين لديهم سوابق إصابة بالمكورات العنقودية الذهبية المقاومة للميثيسيلين. [6]

وبسبب طبيعة تشريح العملية القيصرية، عادة ما يحدث الإنتان بسبب الفلورا المهبلي بالإضافة إلى فلورا الجلد حيث وجد أن النساء اللواتي يخضعن لعملية قيصرية بعد تجربة الولادة الطبيعية أو حدث لديهم تمزق للأغشية يزيد لديهم حدوث الإنتانات المهبلي. وهنا ذكرت الأبحاث حديثاً أن إضافة 500 ملغ من الأزيثروميسين لهؤلاء النساء عن طريق الوريد مع المضادات الحيوية التقليدية مفيد في الوقاية من الإنتانات. [33]

وأظهرت دراسة تبحث في استخدام الأزيثروميسين المساعد انخفاضاً في انتانات الجروح من 6.6% إلى 2.4% عند اضافته الى المضادات الحيوية التقليدية المستخدمة، وكذلك انخفضت التأثيرات الجانبية الخطيرة من 2.9% إلى 1.5%. [33]

كما تم استخدام المستحضرات الموضعية لتقليل الإنتانات بعد الولادة القيصرية حيث وجد أن كلا من البوفيدون -اليود الموضعي والكلورهيكسيدين فعالان في تقليل خطر الانتانات. بعض الأبحاث تذكر أن الكلورهيكسيدين يتفوق على البوفيدون -يود في تقليل الانتانات، ولأن البيانات غير واضحة تماماً، فإن استخدام أي من الطريقتين يعتبر مقبولاً. [6]

بالإضافة إلى تحضير جلد البطن، يجب أن يكون هناك تحضير مهبل قبل إجراء القيصرية حيث ذكرت الأبحاث مؤخراً هذا الموضوع وتوصلت لنتيجة أن التحضير المهبل ينقص من خطر الإصابة بالتهاب بطانة الرحم بعد القيصرية، وهنا يمكن استخدام كل من محاليل البوفيدون -اليود والكلورهيكسيدين خيارات للتعقيم المهبل. [6]

في دراسة لفحص فعالية التعقيم المهبلي، انخفض معدل التهاب بطانة الرحم بعد الجراحة من 8.7% إلى 3.8% مع التعقيم الجيد. [34]

7-1- اختلاطات العملية القيصرية

يشكل معدل وفيات الأمهات في الولايات المتحدة حوالي 2.2 لكل 100000 ولادة قيصرية، وعلى الرغم من أن هذا المعدل منخفض بشكل عام، إلا أنه يعتبر أكبر بكثير من الولادة المهبلية حيث يبلغ معدل وفيات الأمهات بسبب الولادة المهبلية حوالي 0.2 لكل 100000. [35]

وكما هو الحال مع أي ولادة ومع أي جراحة بشكل عام، هناك خطر حدوث نزف حاد أثناء وبعد الولادة القيصرية حيث يعتبر النزف هو السبب الرئيسي في الولايات المتحدة لإمراضية الأمهات الخطيرة. قد تزيد بعض الحالات التي تسبق الولادة القيصرية، مثل المخاض المطول أو العملاقة الجنينية أو موه السلي، من خطر عتالة الرحم والنزف اللاحق للقيصرية. كما يمكن أن تؤدي حالات أثناء العملية مثل الحاجة إلى استخدام حالات الالتصاقات أو توسيع جرح الرحم بشكل جانبي معترضاً الأوعية الرحمية إلى فقدان الدم بشكل غزير. ويؤدي النزف أثناء الولادة بعد ذلك إلى الحاجة إلى نقل منتجات الدم، والتي تنطوي في حد ذاتها على مخاطر حدوث مضاعفات. وهنا يجب أن نذكر أن متلازمة شيهان هي اختلاط معروف للنزف عند الولادة وتشكل نسبة 10% من وفيات الأمهات في الولايات المتحدة حيث تكون ثانوية لنزف ما بعد الولادة. [36]

وهناك خطر كبير للإصابة بعد الولادة القيصرية بالإنثانات حيث تعد إنثانات الجروح والتهاب بطانة الرحم من المضاعفات الشائعة الأخرى بعد العملية القيصرية. ومع ذلك، نظراً لأن أكثر من مليون امرأة يخضعن لعملية قيصرية كل عام، فإن هذه النسب المئوية لا تزال تمثل عدداً كبيراً من النساء اللواتي يعانين من اختلاطات الإنثانات. [6]

كما وضحت بعض الدراسات بأنه على الرغم من أن العملية القيصرية هي أكثر أماناً للجنين، إلا أن هناك مخاطر على ولادة الجنين بهذه الطريقة. حيث يبلغ خطر إصابة الجنين أثناء الولادة القيصرية 1% تقريباً، بما في ذلك جروح الجلد، وكسر الترقوة أو الجمجمة، وإصابة أعصاب الضفيرة العضدية أو الوجه، والورم الرأسي الدموي. وبشكل عام، تكون هذه المخاطر أقل مما هي عليه في الولادات المهبلية. [37]

أما فيما يتعلق بالوليد، هناك مخاطر حدوث مضاعفات في الجهاز التنفسي ومعدلات أعلى من الربو والحساسية لدى المولودين عن طريق قيصرية مقارنة بالولادة المهبلية. [9-38]

في عام 2010، تم الإبلاغ عن تسرع النفس العابر لحديثي الولادة في 4.2% من العمليات القيصرية الانتخابية، وبلغت نسبة الحاجة إلى التهوية بالكييس والقناع 2.5%. [9]

بالإضافة إلى المخاطر قصيرة الأمد والمخاطر الجراحية، تؤدي الولادة القيصرية أيضاً إلى مخاطر طويلة الأمد للمريضة وحملها اللاحقة. كما ذكرنا سابقاً، فإن الندبة العمودية على الرحم تتطلب من المرأة أن تلد بحالات الحمل القادمة عن طريق عملية قيصرية حتماً. ومع زيادة عدد العمليات القيصرية، تزداد أيضاً مخاطر الجراحة، حيث يمكن أن تتشكل الالتصاقات بعد كل عملية قيصرية وتجعل العمليات اللاحقة أكثر صعوبة كما تزيد من خطر الإصابة للأعضاء الغير مقصودة. تزداد أيضاً مخاطر حدوث المشيمة غير الطبيعية مع كل عملية جراحية لاحقة. حيث تبين أنه بالنسبة للمرأة التي خضعت لعملية قيصرية واحدة، فإن خطر الإصابة بالمشيمة الملتصقة هو 0.3%، بينما يزيد الخطر إلى 6.74% مع خمس عمليات قيصرية أو أكثر. [39] وتحمل المشيمة الملتصقة خطر حدوث نزف كبير وفقدان محتمل للخصوبة إذا أصبح استئصال الرحم ضرورياً. [6]

تقسم المضاعفات حسب توقيت حدوثها إلى:

• مضاعفات أثناء الجراحة:

- الإنتانات [41-40]
- إصابة الأعضاء (المثانة، الأمعاء، الحالب، وغيرها من الأعضاء الحوضية) [43-42-40]
- المخاطر المرتبطة بالتخدير [92-43-42-40]
- الحاجة إلى نقل الدم [43-40]
- استئصال الرحم كعلاج للنزيف الحاد، على سبيل المثال كنتيجة لهبوط المشيمة [44-42-40-45]

• مضاعفات ما بعد الجراحة :

- مضاعفات الانصمام الخثاري (انسداد، تخثر) [46]

• الالتصاقات [48-47]

- الألم المستمر [49-40]

• مخاطر على الحمل اللاحقة :

- تأخر النمو داخل الرحم والولادة المبكرة [51-50]

- إجهاض عفوي [51-50]

- الحمل خارج الرحم [54-53-52-51]

- وفيات الولدان [56-55-54]

- تمزق الرحم [58-57]
- العقم [59-54]
- المشيمة المنزاحة، الملتصقة، والمختزقة والمخاطر المرتبطة بها على سبيل المثال، الحاجة إلى نقل الدم أو استئصال الرحم [60-54-48-47]

8-1- مقارنة بين العملية القيصرية والولادة المهبلية

هناك بعض الجدل حول طريقة الولادة المفضلة في حالات معينة وتشمل هذه بعض العيوب الخلقية، مثل الشوك المشقوق وعيوب جدار البطن الجنيني، وبعض المشاكل الطبية للأم. من أهم العوامل التي تحدد موعد الولادة القيصرية هي التأكد من أن الطفل جاهز للولادة والرتنين مكتملتا النضج. بشكل عام، لا تتم جدولة الولادات القيصرية قبل الأسبوع التاسع والثلاثين من الحمل. قد يوصى بإجراء بزل السائل الأمنيوسي لتحديد ما إذا كانت رتتا الطفل قد اكتملتا في النمو، خاصة إذا تم التخطيط للولادة القيصرية قبل 39 أسبوعاً حملياً. ستلتقي معظم النساء بطبيب التخدير قبل الجراحة المخطط لها لمناقشة الأنواع المختلفة للتخدير المتاح ومخاطر وفوائد كل منها. سيتم أيضاً تقديم إرشادات حول كيفية الاستعداد للجراحة، بما في ذلك الحاجة إلى تجنب جميع الأطعمة والمشروبات لمدة 10 إلى 12 ساعة قبل الجراحة.

♦ مزايا العملية القيصرية المجدولة مقارنة بالولادة المهبلية تشمل ما يلي: [61]

- تتيح للوالدين معرفة موعد ولادة الطفل بالضبط، مما يجعل معالجة القضايا المتعلقة بالعمل ورعاية الأطفال والمساعدة في المنزل أسهل.
- تمنع بعض المضاعفات والمخاطر المحتملة على الطفل.
- تساعد على ضمان وجود طبيب توليد للمرأة الحامل أثناء الولادة.
- قد توفر جواً أكثر تحكماً واسترخاءً، مع عدد أقل من الأشياء المجهولة مثل مدة المخاض والولادة.
- قد تقلل من إصابة عضلات الحوض وأنسجته والعضلات الشرجية وأذية المعصرات.
- حيث تحدث هذه الإصابات أحياناً أثناء الولادة المهبلية، مما قد يزيد من خطر الإصابة بالسلس البولي أو الشرجي.

- يجب الموازنة بين فوائد الولادة القيصرية المجدولة والمخاطر حيث أن الولادة القيصرية هي عملية جراحية كبرى ولها مخاطر مرتبطة بها.

◆ نظراً لأن الولادة القيصرية تتضمن جراحة كبرى وتخديراً فهناك بعض المخاطر مقارنة بالولادة المهبلية: [61]

- ترتبط الولادة القيصرية بمعدل إصابة أعلى لأعضاء البطن (المثانة والأمعاء والأوعية الدموية)، حيث تحدث إصابات المثانة أو الأمعاء في حوالي واحد بالمائة من الولادات القيصرية.
- معدلات أعلى لحدوث الانتانات (الجرح والرحم والطرق البولية). حيث يختلف خطر الإصابة بعدوى الرحم بعد العملية الجراحية (التهاب بطانة الرحم) وفقاً لعدة عوامل، مثل ما إذا كان المخاض قد بدأ وما إذا كان حصل بثق لجيب المياه.
- وعادة ما تتطور إنتانات الجروح، في حالة حدوثها، من أربعة إلى سبعة أيام بعد الجراحة، ولكنها تظهر أحياناً خلال أول يوم أو يومين. حيث بالإضافة إلى المضادات الحيوية، يتم علاج التهابات الجرح أحياناً عن طريق فتح الجرح للسماح بالتصريف والتعقيم بالسوائل وإزالة الأنسجة المصابة إذا لزم الأمر.
- مضاعفات تخثر الدم أكبر مقارنة بالولادة المهبلية. حيث تتعرض النساء لخطر متزايد من الإصابة بجلطات دموية في الساقين (تجلط الأوردة العميقة أو DVT) أو الرئتين (الصمة الرئوية) أثناء الحمل وفترة ما بعد الولادة.
- يزداد هذا الخطر بعد الولادة القيصرية ويمكن تقليل المخاطر باستخدام جهاز يضغط برفق على الساقين أثناء الجراحة وبعدها، يسمى جهاز الضغط المتقطع. كما يمكن إعطاء النساء المعرضات لخطر الإصابة بجلطات الأوردة العميقة دواءً مضاداً للتخثر لتقليل مخاطر تخثر الدم.
- مخاطر النزف تكون أعلى من الولادة المهبلية. حيث 1 إلى 2 في المائة من جميع النساء اللواتي يخضعن للولادة القيصرية يحتجن إلى نقل دم بسبب النزف الغزير.
- عادة ما يستجيب النزف للأدوية التي تسبب انقباض الرحم أو الإجراءات الموقفة للنزف. وفي حالات نادرة، عندما تفشل جميع الإجراءات الأخرى في إيقاف النزف، قد يلزم استئصال الرحم (الاستئصال الجراحي التام للرحم).
- الجراحة القيصرية يمكن أن تتداخل مع تفاعلات الأم مع رضيعها في غرفة الولادة.
- يستغرق التعافي وقتاً أطول من الولادة المهبلية حيث تستغرق القيصرية وقتاً أطول للشفاء يقدر بحوالي 6 أسابيع.

- ترتبط الولادة القيصرية بارتفاع مخاطر ارتباط المشيمة بالرحم بشكل غير طبيعي في حالات الحمل اللاحقة، مما قد يؤدي إلى مضاعفات خطيرة.
- شق الرحم لولادة الطفل يضعف الرحم، مما يزيد من خطر تمزق الرحم في الحمل المستقبلية وهذا الخطر ضئيل ويعتمد على نوع شق الرحم.
- زيادة نسبة حدوث الصمة الأمينية لدى الأم.

● المخاطر على الوليد: [61]

- هناك مخاطر قليلة للولادة القيصرية على الوليد.
- تعتبر أحد المخاطر هي صدمة الولادة، وهي أمر نادر الحدوث.
- تعد مشاكل الجهاز التنفسي المؤقتة أكثر شيوعاً بعد الولادة القيصرية لأن الطفل لا يتعرض للضغط من خلال الطريق المهبل التوليدي وهذا بدوره يقلل من امتصاص السوائل من رئتي الوليد.

9-1- تفاصيل العمل الجراحي

9-1-1- التخدير المستخدم في الجراحة

في التخدير فوق الجافية والتخدير النخاعي، يتم حقن المخدر بالقرب من العمود الفقري، مما يؤدي إلى تخدير البطن والساقين للسماح للجراحة بأن تكون خالية من الألم مع السماح للأم بالاستيقاظ. يؤدي التخدير العام، الذي نادراً ما يستخدم في العمليات القيصرية المجدولة، إلى فقدان الوعي. هذا يعني أن الأم لن تكون مستيقظة أو مدركة أثناء العملية. حيث بعد التخدير، ستنام المرأة في غضون 10 إلى 20 ثانية، وسيتم وضع أنبوب في الحلق للمساعدة في التنفس. [61]

يحمل التخدير العام مخاطر ومضاعفات أكبر من التخدير فوق الجافية أو التخدير الموضعي بسبب الحاجة إلى إدخال أنبوب داخل الرغامى كما أن الأدوية التي تُعطى للأم تؤثر على الوليد.

وكون الحوامل اللواتي يخضعن للتخدير العام سيفقدون الوعي مؤقتاً أثناء الولادة القيصرية لذا يُفضل التخدير الناحي عموماً لأنه يسمح للأم بالبقاء مستيقظة أثناء الإجراء، كما يسمح لها بالمشاركة والاستجابة لدعم الطاقم الطبي وأفراد الأسرة، وخوض تجربة الولادة، والاتصال الفوري بالوليد حين ولادته. كما أنه يعتبر أكثر أماناً من التخدير العام.

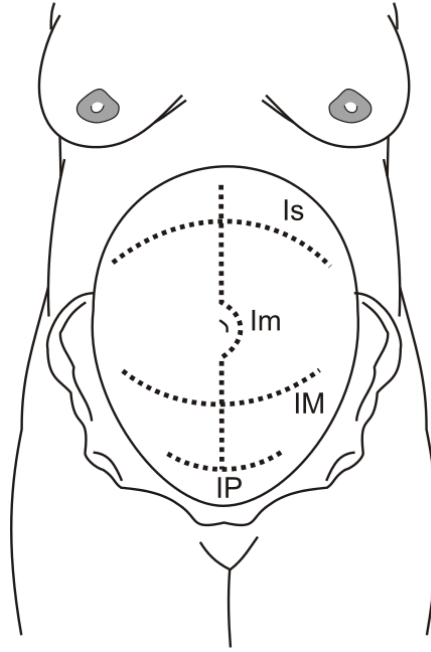
بعد إعطاء التخدير، يتم وضع قنطرة في المثانة للسماح للبول بالخروج أثناء الجراحة وتقليل فرصة إصابة المثانة. وعادة ما يتم إزالة القنطرة في غضون 24 ساعة بعد العملية.

2-9-1- الشق الجراحي للجلد المستخدم في العملية القيصرية

شق الجلد – هناك نوعان أساسيان من الشقوق المستخدمة في القيصرية هما الشق الأفقي (عرضي أو "خط البكيني") والشق العمودي (على الخط المتوسط).

معظم النساء يجرى لهم شق عرضي في الجلد، والذي يتم إجراؤه من 1 إلى 2 بوصة فوق خط شعر العانة، تشمل مزايا هذا النوع من الشق ألماً أقل بعد الجراحة، وسرعة أكبر في الشفاء، ونسبة أقل لعودة فتح الجرح أثناء الشفاء. [61]

وبنسبة أقل شيوعاً، يجرى للحامل شق جلدي عمودي ("للأعلى وللأسفل") في مستوى الخط المتوسط من البطن. تشمل مزايا هذا النوع من الشقوق أنه يؤمن وصولاً أسرع إلى الرحم (على سبيل المثال، إذا كان الطفل متعرضاً لشدة جنينية أو إذا كانت المرأة تنزف بشكل غزير). [61]



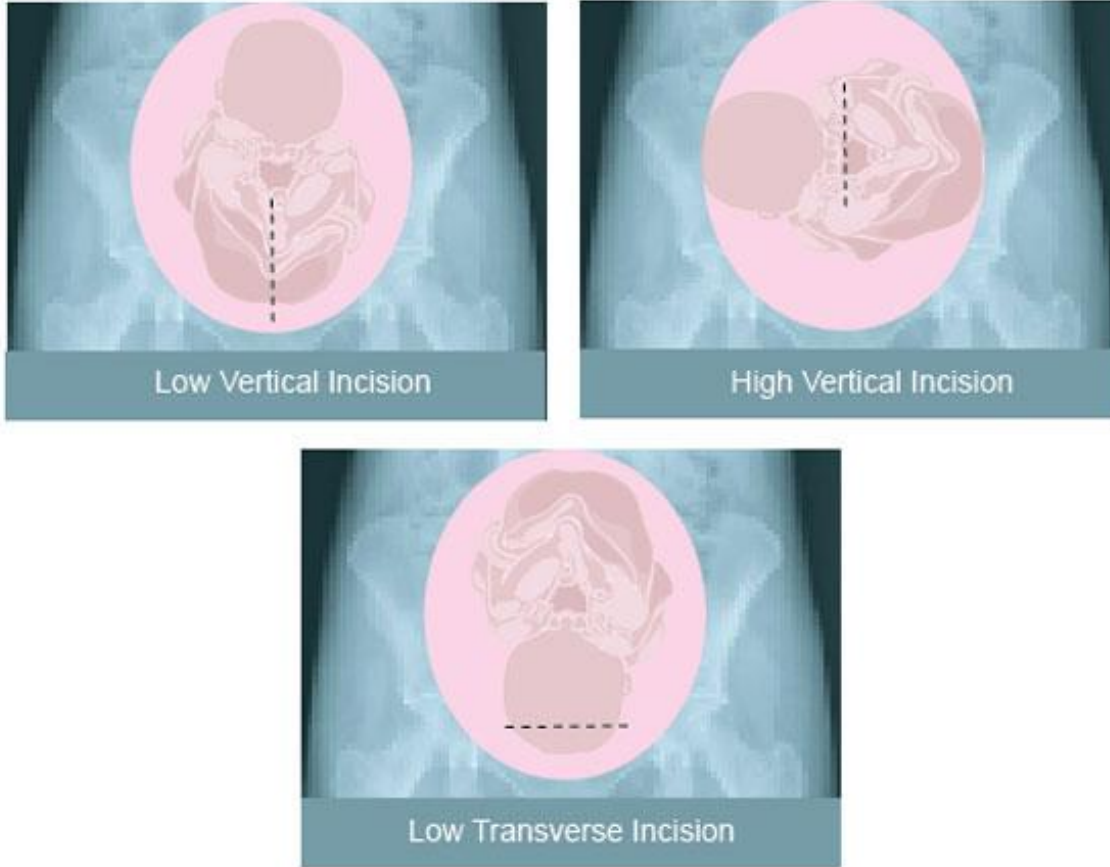
الشكل (2-1): أنواع الشقوق الجراحية للجلد المستخدمة خلال القيصرية

Is: الشق فوق السرة، Im: الشق الناصف العمودي، IM: شق ميلاند، IP: شق فنشتيل

1-9-3- الشق الرحمي المستخدم في العملية القيصرية

شق الرحم – يمكن أن يكون شق الرحم أيضاً مستعرضاً أو رأسياً. يعتمد نوع الشق على عدة عوامل منها توضع الجنين وحجمه وموقع المشيمة ووجود الأورام الليفية. ويجب أن يكون الشق كبيراً بما يكفي للسماح بولادة الجنين دون التسبب بأذيته.

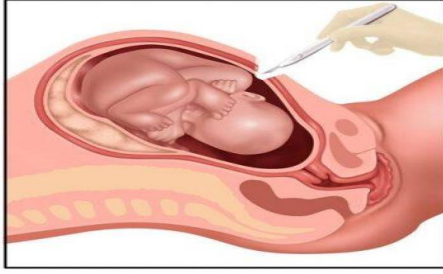
يعتبر شق الرحم الأكثر شيوعاً هو الشق العرضي. ومع ذلك، قد تكون هناك حاجة لإجراء شق عمودي إذا كان الطفل مقعدياً أو معترضاً، أو إذا كانت المشيمة في الجزء الأمامي السفلي من الرحم، أو إذا كان هناك تشوهات أخرى في الرحم. [61]



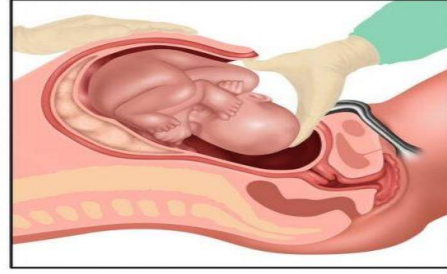
الشكل (3-1): أنواع شقوق الرحم المستخدمة خلال القيصرية

بعد فتح الرحم، يُستخرج الطفل عادةً في غضون ثوانٍ. وبعد ولادة الطفل، يتم شد الحبل السري وقطعه وإزالة المشيمة، ثم يتم إغلاق الرحم. ثم يُغلق جلد البطن إما بدبابيس معدنية أو بخيوط قابلة للامتصاص. [61]

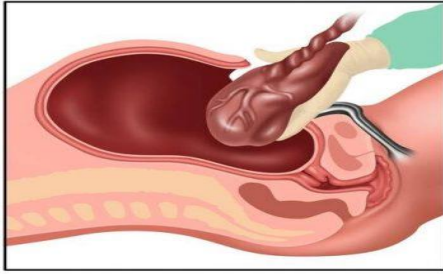
Cesarean Section



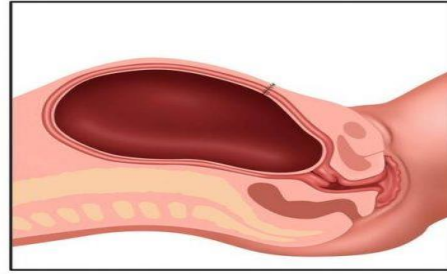
1. Incision made in abdomen and another one in the uterus.



2. The baby is removed



3. The placenta is removed



4. Incisions in the skin and uterus are closed with stitches

الشكل (1-4): خطوات العملية القيصرية

10-1- الرعاية ما بعد العملية القيصرية

بعد الانتهاء من الجراحة، ستتم مراقبة المرأة في المشفى حيث يتم إعطاء مسكنات الألم، في البداية من خلال الخط الوريدي، ثم بعد ذلك عن طريق الأدوية عن طريق الفم.

وعندما تتلاشى آثار التخدير، بشكل عام في غضون ساعة إلى ثلاث ساعات بعد الجراحة، يتم نقل المرأة إلى غرفة ما بعد الولادة ويتم تشجيعها على الحركة والبدء في شرب السوائل وتناول الطعام.

يمكن أن تبدأ الرضاعة الطبيعية عادة في أي وقت بعد الولادة حيث سيقوم طبيب الأطفال بفحص الطفل خلال الـ 24 ساعة الأولى من الولادة. وتستطيع معظم النساء العودة إلى المنزل في غضون ثلاثة إلى أربعة أيام بعد الولادة. [61]

عادة ما يتم إزالة الدبابيس في غضون ثلاثة إلى سبعة أيام من الولادة، في حين أن الخيوط الجراحية القابلة للامتصاص، والتي يوصى بها الآن على الدبابيس، يمتصها الجسم ولا تحتاج إلى إزالتها. سيشفى شق البطن خلال الأسابيع القليلة القادمة وخلال هذا الوقت، قد يكون هناك تقلصات خفيفة ونزف خفيف أو إفرازات مهبلية وألم جراحي وخدر في الجلد حول موقع الشق.

تشعر معظم النساء بصحة جيدة بعد ستة أسابيع من الولادة، لكن التئام الجرح والآلام العرضية يمكن أن تستمر لعدة أشهر. بعد العودة إلى المنزل، يجب على المرأة زيارة الطبيب في حال أصيبت بالحمى (درجة حرارة أعلى من 100.4 درجة فهرنهايت [38 درجة مئوية])، أو في حال تفاقم الألم أو النزف، أو إذا كانت هناك مخاوف أخرى لديها. [61]

11-1- الولادات المستقبلية

في السابق، أوصى أطباء التوليد بأن جميع النساء اللواتي خضعن لعملية قيصرية سيخضعن لنفس الإجراء في جميع الولادات المستقبلية. وعلى كل حال، تختار معظم النساء في الولايات المتحدة اللواتي خضعن لولادة قيصرية سفلية إجراء ولادة قيصرية متكررة، على الرغم من أن هؤلاء النساء لديهن فرصة للولادة المهبلية بعد القيصرية السابقة. [61]

هناك نسبة (60-80%) من النساء اللواتي يحاولن الولادة عن طريق المهبل بعد الولادة القيصرية ينجحن في تجربة الولادة المهبلية. ومع ذلك، يجب ذكر أن النساء اللواتي يلدن عن طريق المهبل بعد ولادة قيصرية (VBAC) لديهن فرصة أقل من 1% لتمزق الرحم أثناء الولادة، مما قد يؤثر على صحة الطفل. [61]

الفصل الثاني (أنواع القيصریات)

1-2- مقدمة

يتم التنبؤ بطبيعة العملية القيصرية التي يتم إجراؤها على أنها انتخابية أو إسعافية اعتماداً على استطباب العملية القيصرية ويجب إدارة كل حالة وفقاً للاستطباب السريري الذي أدى لها. تتم العملية القيصرية الانتخابية عندما يتم الإجراء في وقت محدد مسبقاً وهذا بدوره يضمن عملاً جماعياً أفضل لإدارة حالات التوليد المعقدة. [62]

أما المضاعفات الناتجة عن الولادة القيصرية الانتخابية تعتبر أقل بكثير مقارنة بالولادة القيصرية الإسعافية. ومع ذلك، على الرغم من جميع التدابير المتخذة للولادة القيصرية الانتخابية، فقد يتعين اللجوء عدة مرات إلى الولادة القيصرية الإسعافية لإنقاذ الجنين أو الأم، رغم وجود العديد من المشاكل المرتبطة بها. لذلك أجريت الدراسة الحالية لدراسة الإمبراضيات لدى الأم والجنين عند النساء اللواتي يلدن بعملية قيصرية انتخابية مقارنة بالولادة القيصرية الإسعافية. [63]

تملك القيصرية قيمة ثمينة في مجال التوليد بسبب قيمتها المنقذة للحياة لكل من الأم والجنين ولكن تحديد فيما إذا كانت القيصرية انتخابية أم إسعافية فإن ذلك يعود لعدة عوامل تشمل القياسات المأخوذة – الإمكانات المتوافرة – الطاقم المؤهل الموجود – والتحضيرات اللازمة. علاوة على ذلك فإن الحالة السريرية للأم والجنين في الحالتين الإسعافية والانتخابية تؤثر على النتائج الوليدية والوالدية. [24]

وتقسم القيصرات حسب توقيت الإجراء إلى:

المجموعة الأولى وتضم القيصرات المجدولة وهنا تقرر المريضة والطبيب أنه من الأكثر أماناً لها ولطفلها الولادة عبر قيصرية مجدولة، ربما لأنها خضعت لعملية ولادة قيصرية من قبل. وفيها نحدد موعد للولادة القيصرية قريباً من تاريخ الولادة المتوقع، وربما يكون تحديد ذلك قبل أشهر.

المجموعة الثانية وتضم القيصرات غير المخطط لها وهنا تكون المريضة والطبيب قد خطط لولادة مهبلية، ولكن قبل الولادة بفترة قصيرة قرر الطبيب أن الولادة عبر قيصرية هي الأفضل للمريضة وطفلها. وهنا يمكن اتخاذ هذا القرار قبل بضعة أسابيع أو أيام أو حتى ساعات من موعد الولادة. حيث لا توجد حالة طوارئ في هذه الحالة، ولكن تم التغيير في الخطة من أجل إيصال المريضة وطفلها إلى المسار الأكثر أماناً للولادة.

المجموعة الثالثة تشمل القيصرات الإسعافية وهنا تحدث الولادة بشكل عاجل للتأكد من سلامة المريضة وطفلها. وقد تحدث سواء كان هناك خطة للولادة المهبلية أو الولادة القيصرية.

2-2- القيصرية الانتخابية

تتزايد حالات الولادة القيصرية التي تتم حسب رغبة المريضة ودون استطباب واضح بشكل ملحوظ. وقد يكون سبب ذلك ليس فقط من أجل الفائدة الطبية المتوقعة وإنما يرجع أيضاً إلى عوامل اجتماعية وثقافية ونفسية متعددة. وعلى الرغم من التحسينات الكبيرة في سلامة التخدير والجراحة إلا أن الوفيات والإمراضيات لا تزال أكبر بالنسبة للعمليات القيصرية الانتخابية مقارنة مع الولادات المهبلية. ومن غير المرجح أن يتم خفض معدل الوفيات المتأخرة للأجنة داخل الرحم من خلال سياسة الولادة القيصرية الانتخابية، حيث تنطوي هذه الإجراءات على خطر الإصابة بأمراض الجنين ووفاته. [64]

أجريت مؤخراً مراجعة وطنية في المملكة المتحدة كشفت أن 7٪ من جميع العمليات القيصرية الانتخابية تجرى بسبب رغبة المريضة بذلك دون وجود استطباب طبي واضح. [64] تاريخياً، يعتبر التقدم السريع في الوقاية من الإنتانات، تطور أساليب الجراحة وكذلك التخدير قد ساهم في التطور الهائل للعملية القيصرية الانتخابية.

يعود تاريخ هذه العملية إلى 100 سنة سابقة، ومع ذلك تعتبر هذه العملية من الإجراءات المهمة المتبعة من أجل إنقاذ حياة الأم، أو إنقاذ حياة الجنين عندما يكون على وشك الموت حيث أصبحت عملية آمنة نسبياً تستخدم لضمان حياة كل من الجنين والأم على حد سواء. وهذا التحول في ميزان الفوائد على المخاطر بالنسبة للعمليات القيصرية، مقارنة بالولادة المهبلية، أدى منطقياً إلى انخفاض العتبة لإجراء العمليات القيصرية. [64]

ترغب النساء في إجراء العملية القيصرية من أجل كسب فوائد شاملة لعملية الولادة حيث تشمل هذه الأسباب الرغبة بالحفاظ على عضلات قاع الحوض بشكل سليم دون تعرضه لتمزقات كذلك منع حالات السلس البولي اللاحق والهبوط بعد الولادة والوقاية من حدوث الخلل الجنسي. [64]

هناك بعض الدراسات توجه سبب خلل وظيفة عضلات الحوض بعد الولادة إلى الحمل بحد ذاته بغض النظر عن طريق الولادة وتجربة المخاض. كما لوحظ سبب آخر محتمل لطلب الأم إجراء عملية قيصرية هو رغبتها بالحصول على الراحة الاجتماعية في حال كونها امرأة عاملة، حيث أن المخاض متغير في طبيعته تقدمه من مريضة إلى أخرى، كذلك متغير في بدايته ونتائجه. والأمهات اللواتي يعملن يواجهن صعوبات أكبر في رعاية الأطفال في وقت قصير عند الدخول في العمل والتخطيط لفترة غياب عن العمل. [64]

ولا يبدو أن هذا هو الأساس في سبب طلب الأمهات الولادة القيصرية فقد وجد أن أكثر النساء الحوامل على دراية بالآثار المنهكة للجراحات الكبرى. [65] حيث أن خوف المريضة من حصول المخاض وعدم درايتها الكافية بكيفية حصول الولادة، ولا سيما النساء اللواتي لم يسبق لهن الولادة ولم يكن لديهن خبرة سابقة في ذلك.

في مجموعة صغيرة من النساء تعاني المريضات من الخوف من تجربة المخاض والولادة، التي يطلق عليها أحياناً رهاب الولادة [66] يؤدي ذلك إلى طلب إجراء العملية القيصرية بشكل انتخابي. [64] قد يكون هذا الرهاب بسبب الاعتداء الجنسي في الطفولة أو الاغتصاب أو مظهراً من مظاهر الاكتئاب. وقد يكون هذا الرهاب ثانوياً لولادة سابقة راضة للأم أو الجنين. [64]

1-2-2 استطببات القيصرية الانتخابية

لقد وجد أن الاستطباب الأكثر شيوعاً للعملية القيصرية الانتخابية هو سوابق القيصرية السفلية، ثم المجيء المقعدي ثم الحمل عالية الخطورة. [63] تقسم الاستطببات الى مطلقة ونسبية. [21-67] المطلقة وهي مسؤولة عن 10% من مجمل الاستطببات، [68] ونسبية وهي التي تجرى أغلب القيصرية بسببها.

الاستطببات المطلقة: [67]

- 1- عدم التناسب الحوضي الجنيني:
- صغر حجم حوض الأم، مما يجعل الولادة المهبلية مستحيلة.
- 2- تشوه الحوض عند الأم:
- تشوه تشريحي يجعل الولادة المهبلية مستحيلة.
- 3- تشخيص المشيمة المنزاحة:
- وضع المشيمة الشاذ، يعيق الولادة المهبلية.
- 4- توضع غير طبيعي للجنين:
- شذوذ في وضع الجنين يجعل الولادة المهبلية مستحيلة.

الاستطببات النسبية: [67]

93- تخطيط القلب المرضي للجنين:

- قد يشير إلى نقص الأكسجة الحاد أو الاختناق الجنيني. في حالة حدوث الحماض الجنيني، يجب إكمال الولادة إما كولادة بوسائل (محجم / أو ملقط) أو عملية قيصرية.
- 2- عدم التقدم في المخاض (المخاض المطول، الانسداد الثانوي):
 - يمكن أن يؤدي تأخر الولادة أو وقف المخاض إلى نتائج عكسية على الجنين أو الوليد.
 - 3- العملية القيصرية السابقة:

يُفترض على نطاق واسع أن إجراء عملية قيصرية واحدة يجعل من المستحيل إجراء ولادة مهبلية في حالات الحمل اللاحقة.

2-2-2- النتائج الوالدية

الولادات القيصرية الانتخابية تحمل مضاعفات متعددة منها النزف، الإنتانات، العلوص الشللي، الصمة الرئوية، ومتلازمة مندلسون واستنشاق الرئة. [64]

كذلك وجد أن معدل استئصال الرحم بعد الولادات القيصرية هو أعلى بـ 10 أضعاف منه في الولادات المهبلية. [69]

الصمة الرئوية لا تزال السبب الرئيسي لوفيات الأمهات في بلدان العالم المتقدم وهذا الاختلاط نسبته أكبر في الولادات القيصرية. كما هو معروف أن الصمات الرئوية قد لا تقتل، لكن قد تساهم بحدوث إصابات أكثر، ونحتاج في هذه الحالات لطلب استقصاءات متعددة حتى يتم تشخيصها وكذلك تملك معدلات استشفاء أكبر، وتكون الحاجة لاستخدام مضادات التخثر في العلاج ضرورية جداً. كذلك قد تؤثر القيصرات بإحداث إصابات طويلة الأمد ومن ضمن ذلك تأثيرها على الحمل اللاحقة. قد تتسبب أيضاً بإحداث تمزقات رحم لاحقة ونسبة تشكل الالتصاقات فيها تكون أعلى. [64]

كما توجد أدلة على انخفاض نسبة الخصوبة، وزيادة خطر حدوث الحمل خارج الرحم، زيادة نسبة تشكل المشيمة الملتصقة وكذلك النتائج التوليدية تكون أسوأ في الولادات القيصرية اللاحقة. [70]

أما عن فوائد القيصرية مقارنة بالولادة المهبلية فهي تحمي عضلات أرضية الحوض من الرض والتمزقات حيث وجد ارتباط كبير بين الحمل وحدوث ضعف بعضلات قاع الحوض كذلك زيادة نسبة السلس البولي والغائطي وهبوط الرحم. [64]

في مجموعة من النساء اللواتي تعرضن لإجراء عملية قيصرية تبين أنه فقط من يلدن بقيصرية واحدة يملكن خطر أقل لحدوث السلس البولي أما عند تكرار القيصرات تزول أهمية الوقاية من السلس البولي حيث وجد أن ثلث النساء اللواتي خضعن لأكثر من 3 قيصرات حدث لديهن سلس بولي. [71]

في البيانات التي تم الإبلاغ عنها في عام 2010، كان الخطر الإجمالي لحدوث الانتانات 3.2% في الولادات القيصرية الانتخابية مقابل 4.6% في النساء اللواتي يخضعن لتجربة المخاض. أفادت هذه البيانات نفسها أن العمليات القيصرية الانتخابية لها معدل نقل دم بنسبة 0.46%، ومعدل إصابة جراحية من 0.3% إلى 0.6%، ومعدل استئصال الرحم بنسبة 0.16%. [9] إضافة إلى حدوث الجلطات الدموية ومضاعفات التخدير. [6]

3-2-2 النتائج الوليدية

من الشائع أن العمليات القيصرية الانتخابية لا تحمل أي خطر على الوليد. بالإضافة إلى ذلك، هناك عدد متزايد من أطباء التوليد الذين يعتبرون أن الولادة القيصرية الانتخابية تحمل عوامل وقائية من وفاة الأجنة في الفترة المحيطة بالولادة. الإيمان بهذه الفكرة ينبع من المعرفة بأن هناك حالة وفاة واحدة داخل الرحم بين 38 أسبوعاً حملياً وموعد الولادة في 600 حالة حمل. [72]

وهناك دراسات تثبت أن العملية القيصرية الانتخابية في 38 أسبوع من شأنها أن تمنع هذه الوفيات داخل الرحم. [64] كذلك أوضحت دراسة أن حالة وفاة واحدة من بين 1500 مولود < 1.5 كغ سجلت أثناء المخاض. [73] وحالة واحدة سجلت من اعتلال الدماغ الإقفاري بنقص التأكسج من بين 1750 ولادة، و 10% من حالات الشلل الدماغي تم تجنبها عندما تم اعتماد القيصرية الانتخابية. [74]

لا بد من ذكر نتائج العديد من العمليات القيصرية الانتخابية التي يحدث فيها وفاة لأجنة بحالة طبيعية بعد إجراء هذه القيصرية. [64] كان هذا مرتفعاً بنسبة 1.6 % في حالات المجيء المقعدي الخلفي [75] و 0.5 % تمت ملاحظته في دراسة شملت الولادات القيصرية المتكررة. [76] حتى لو قلنا بنتيجة أن فقدان الجنين الناجم عن العمليات القيصرية نادر الحدوث ، لا يمكن استبعاد خطر الإصابة بالأمراض الجنينية مثل متلازمة الضائقة التنفسية وتسرع التنفس العابر حيث تكون أشيع عند حديثي الولادة بعد الولادات القيصرية بشكل عام. [77]

بالإضافة إلى ذلك، إن العمليات القيصرية الانتخابية تتقرر بناءً على تاريخ الولادة المتوقع (EDD)، وعندما يكون (EDD) غير مؤكد، فإن نسبة من العمليات القيصرية قد يتم إجراؤها عن غير قصد قبل الأوان، مما يؤدي إلى زيادة أخرى في مضاعفات الجهاز التنفسي لحديثي الولادة. [64] جروح الجنين هي اختلاطات بعد الولادة القيصرية ليست نادرة، حيث في دراسة واحدة، كان هذا موثقاً في 1.4% من جميع المبيئات الرأسية للجنين. [78] لذلك، ما لم يكن هناك دليل على نضج رئتي الجنين، لا ينبغي اتخاذ قرار الولادة القيصرية الانتخابية قبل 39 أسبوعاً حملياً. أما في 39 أسبوع حملي، فإن الولادة القيصرية الانتخابية ترتبط بنتائج أفضل للجنين مقارنةً بالفترة 37-38 أسبوع حملي. وعادة ما يتم إجراء الولادة القيصرية الانتخابية في الوقت المناسب لطبيب التوليد والمريضة، حيث تتم في الأسبوع 37 فصاعداً، حيث يعتبر الجنين في هذا الوقت ناضجاً تماماً. من بين النتائج السلبية المختلفة في الفترة المحيطة بالولادة التي لوحظت في النساء البدنيات، ارتبطت الزيادة المستمرة في حدوث العملية القيصرية بزيادة مؤشر كتلة الجسم أو درجة السمنة. كما وجد أن ارتفاع مؤشر كتلة الجسم مرتبط بقرارات سابقة لإجراء عملية قيصرية في المرحلة الثانية من المخاض. كما وجد انخفاض خطر حدوث مضاعفات حديثي الولادة بين النساء اللواتي ولدن بعملية قيصرية انتخابية مقارنة مع أولئك اللواتي تم ولادتهن عن طريق الولادة القيصرية الإسعافية. [8]

4-2-2 النتائج الإيجابية للقيصريات الانتخابية

من مزايا القيصريات الانتخابية أنه يتم التحضير لها بشكل جيد نفسياً وجسدياً من قبل المريضة قبل العملية بالإضافة الى أنه يتم التأكد من نضج رئتي الجنين ويتم الاتفاق مع طاقم مجهز يشمل المولدين والتخدير وأطباء الأطفال ولذلك تكون الشروط مفضلة في حالة القيصريات الانتخابية على عكس القيصريات الإسعافية التي تفتقر للكثير من هذه الشروط حيث قد يكون الوقت قصيراً جداً لتحضير كل ما سبق وبذلك تجرى العملية في ظروف غير مكتملة سواء من ناحية التعقيم والتحضير وهذا ما يؤثر على حالة الأم والجنين. [24]

5-2-2 ميزات القيصريات الانتخابية

وجد أن القيصريات الانتخابية تحدث أكثر في الفئة العمرية 25- 35 سنة مع عمر حملي 37-42 أسبوع ومع النساء العديداً الولادة أكثر. [79]

يتم إجراء معظم الولادات القيصرية المجدولة بالتخدير الموضعي أو الناحي. وهذا يعني أن المريضة ستبقى متيقظة، ولكنها لن تشعر بالألم أثناء العملية. عادة ما يتم إعطاء التخدير الموضعي عن طريق الحقن النخاعي، وقد يستغرق ذلك بعض الوقت. أما بالنسبة للشق المستخدم أثناء الجراحة هنا عادة ما يتم إجراء شق أفقي (2 سم فوق مستوى العانة).

3-2- القيصريات الإسعافية

إن الولادة القيصرية الإسعافية هي التي تحدث بسرعة كبيرة بسبب القلق الفوري على صحة الأم أو الطفل أو كليهما. الهدف منها هو عدم مرور أكثر من 30 دقيقة بين قرار إجراء عملية ولادة قيصرية وتوليد الجنين، ولكن قد يستغرق الأمر أحياناً ما يصل إلى 75 دقيقة.

يعتبر أي نوع من العمليات القيصرية هو عملية جراحية كبرى تتطلب غرفة مليئة بالمتخصصين في الرعاية الصحية وقدرًا كبيراً من التنظيم. هذا يعني أنه عندما تحتاج المريضة إلى قيصرية إسعافية، يتعين على الكثير من الأطباء والممرضات الاستعداد بشكل أسرع من المعتاد.

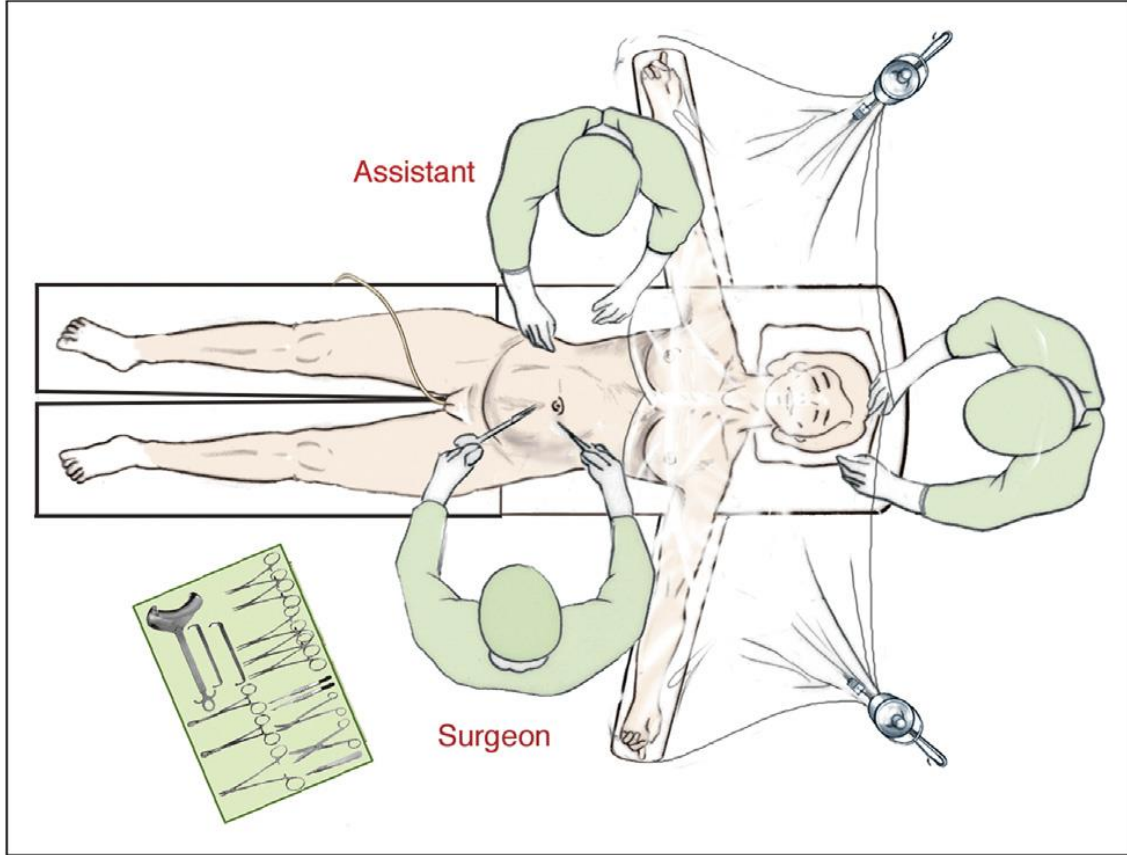
يمكن أن ينتهي الأمر بالحصول على قيصرية إسعافية حتى لو كانت القيصرية مجدولة أو مخططاً لها أو حتى غير موضوعة في خطة الولادة.

يُطلق على كل هذه الحالات اسم الولادة القيصرية الطبية الإسعافية، لأنها تحدث لأسباب صحية طارئة تخص الجنين أو الأم.

التخدير ووضع المريض في القيصريّة الإسعافية

يجب أن يكون التخدير موضعياً وهو المفضل للمريض والجنين لأنه يقلل من خطر النزف ويحسن حالة الوليد. [80] في بعض الحالات قد يتم اللجوء إلى التخدير العام مثل حالات النزف الشديد والصدمة وهنا نحتاج أيضاً لحقن وريدي لمقبضات الرحم مثل الأوكسيتوسين وهذا يتطلب تعاوناً وثيقاً بين الجراح وفريق التخدير. [81]

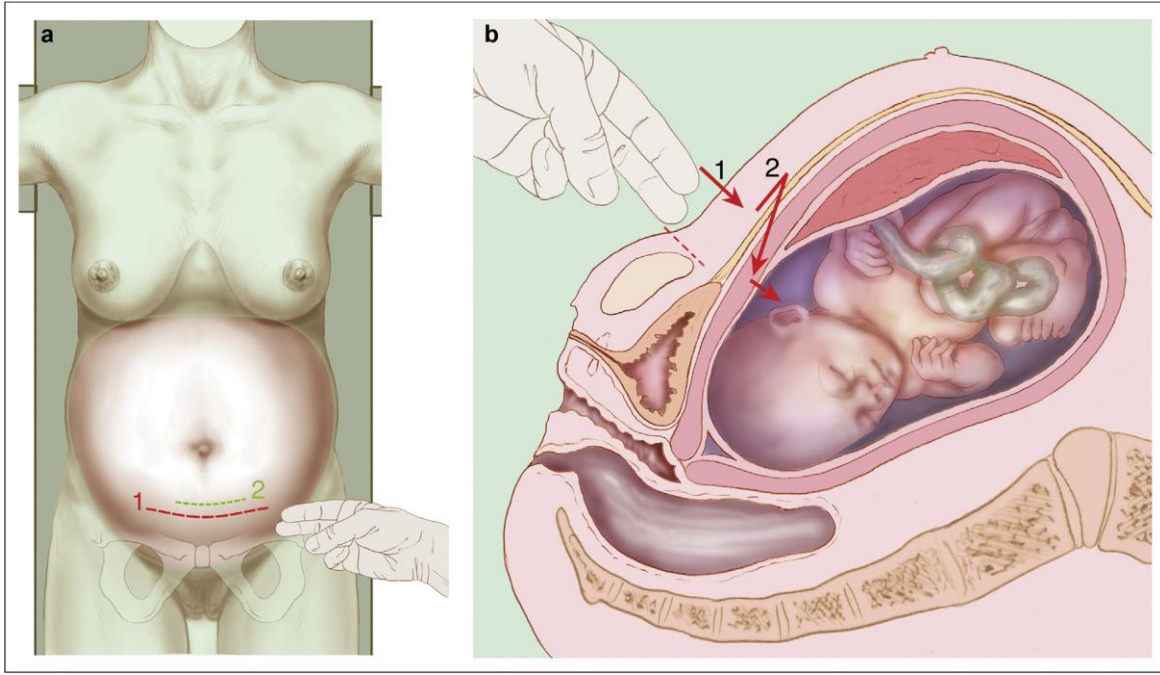
يتم وضع المريضة مستلقية مع تمديد الذراعين 90°، ويتم تفريغ المثانة بقطرة (وهذا لا ينبغي أن يؤخر شق الجرح والبدء بالعملية). المعدات اللازمة: تتضمن مشرطاً، مبعداً للمثانة فوق العانة، مبعديات الأنسجة، مقصاً، ملقطاً بسن ومن دون سن، ملاقط حلقيّة عدد 2 وملاقط كوشر عدد 2. إذا كان هناك نزف حاد قد نلجأ للكي الكهربائي والأدوات الطويلة التكميلية قد تطلب في حالة الضرورة الملحة لاستئصال الرحم الإسعافي أو هناك حاجة لربط الأوعية الحرقية الباطنة من أجل الإرقاء. يتم تحضير البطن على نطاق واسع من منطقة الذيل الخنجري إلى أنسي الفخذين. وهنا الجراح يقف على يسار المريض ومساعدته يقف على اليمين. [81]



الشكل (1-2): وضع المريض في القيصريّة الإسعافية

الشق الجراحي

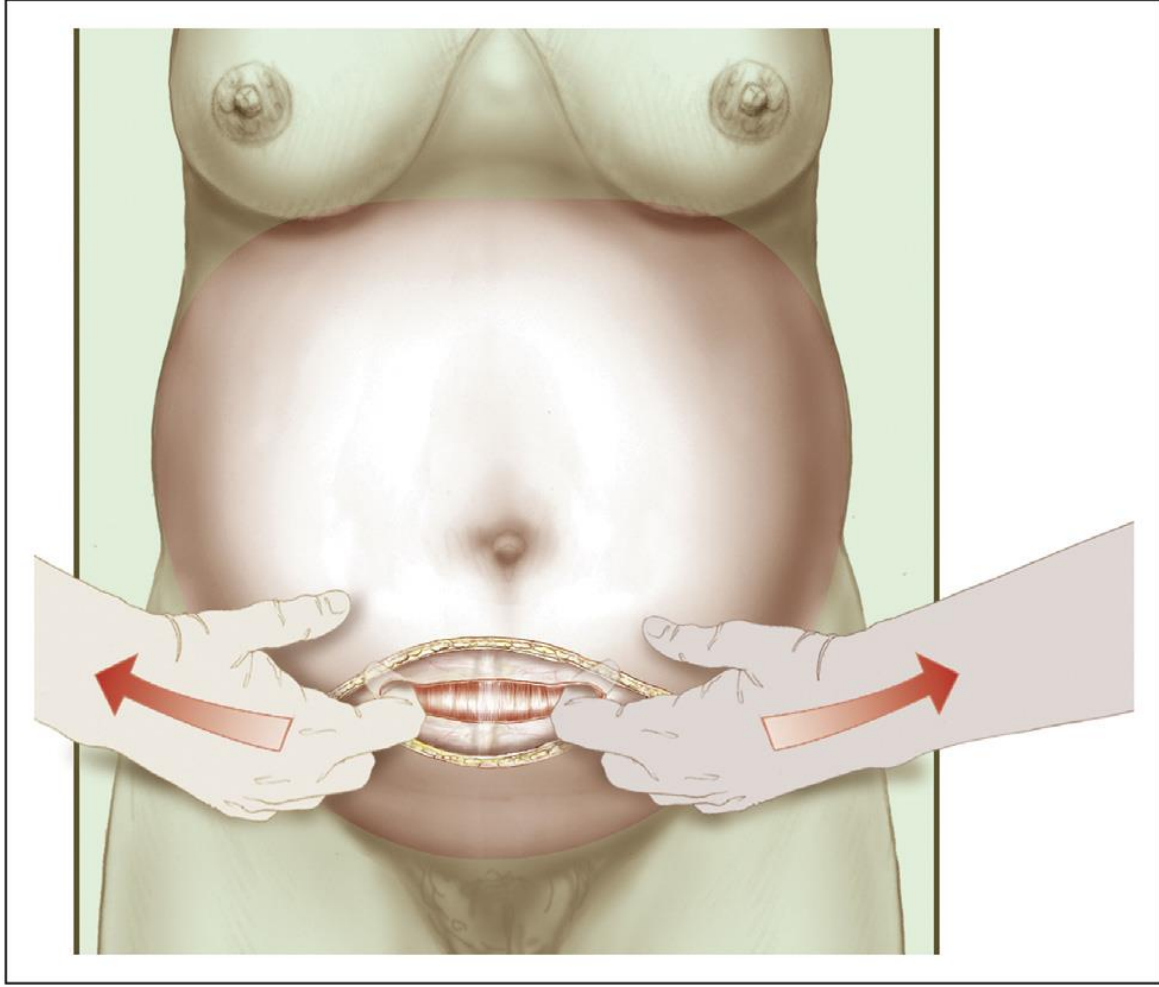
يعتبر أبسط شق وأسرع طريقة هو شق جويل كوهين [82-83]، ويتألف من شق عرضي بطول 12-15 سم ويقع أعلى من عظم العانة بمسافة اصبعين أفقيًا (a). بعد شق الجلد، يتم قطع الأنسجة تحت الجلد واللفافة المستقيمة بشكل مستعرض لمسافة 3 سم على طول خط يقع إلى حد ما أكثر رأسيًا من شق الجلد (b). وفي حال كان هناك تندب في الرحم أو تاريخ سابق لجراحة حوضية، قد يكون من الضروري إجراء شق فنشتيل أو موشيل. [81]



الشكل (2-2): الشق الجراحي في القيصرية الإسعافية

المدخل إلى جوف البريتوان:

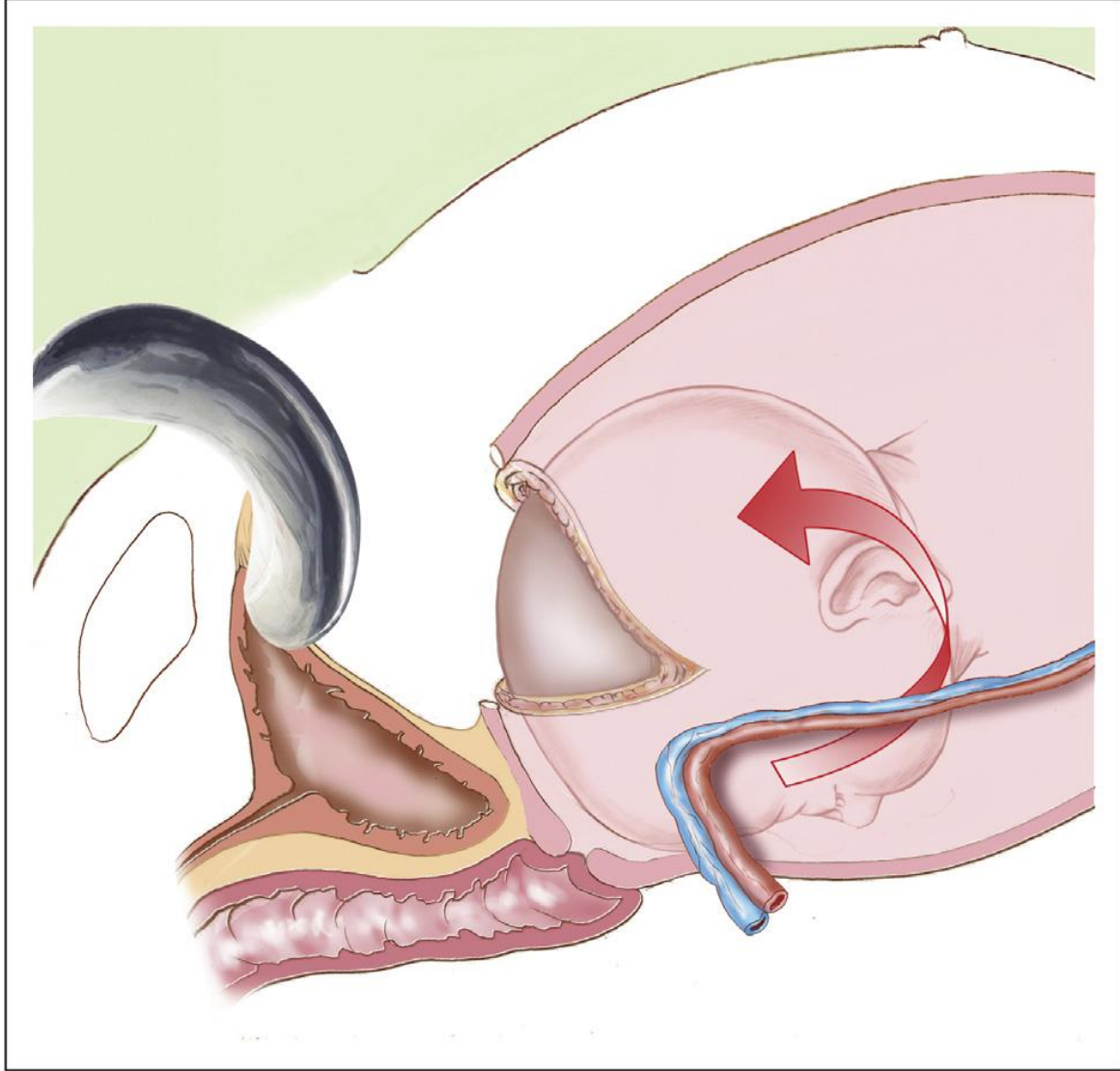
شق العضلة المستقيمة البطنية يتم توسيعه عبر سحب الاصبع غير حاد. تطبيق شد ثابت على عضلات المستقيمة في اتجاهين جانبيين متعاكسين يسمح بالدخول المباشر للصفاق، والذي يتم فتحه بسرعة بالأصابع، يليه شق الجزء السفلي من الرحم. عندما يتم فتح تجويف البطن، يتم تحسين رؤية الساحة عبر إدخال مبدع المثانة فوق العانة لسحب المثانة للأسفل بعد أن تنعكس المثانة عن الجزء السفلي للرحم في الطية الرحمية المثانية. [81]



الشكل (2-3): المدخل إلى جوف البريتوان في القيصرية الإسعافية

المدخل إلى الرحم

يتم شق الرحم بشكل عرضي، حيث يتم الشق بشكل حاد بالمشرط، على شكل خط منحن قليلاً لتجنب توسيع الشق وأذية الأوعية الدموية جانبياً. يتم إجراء شق مبدئي بطول 3 سم باتجاه اتجاه حزم عضلية الرحم وتجنب أذية الأوعية الدموية. يتم توسيع فتحة الرحم بشكل جانبي عبر السحب اليدوي الرأسي الذيلي. [81]

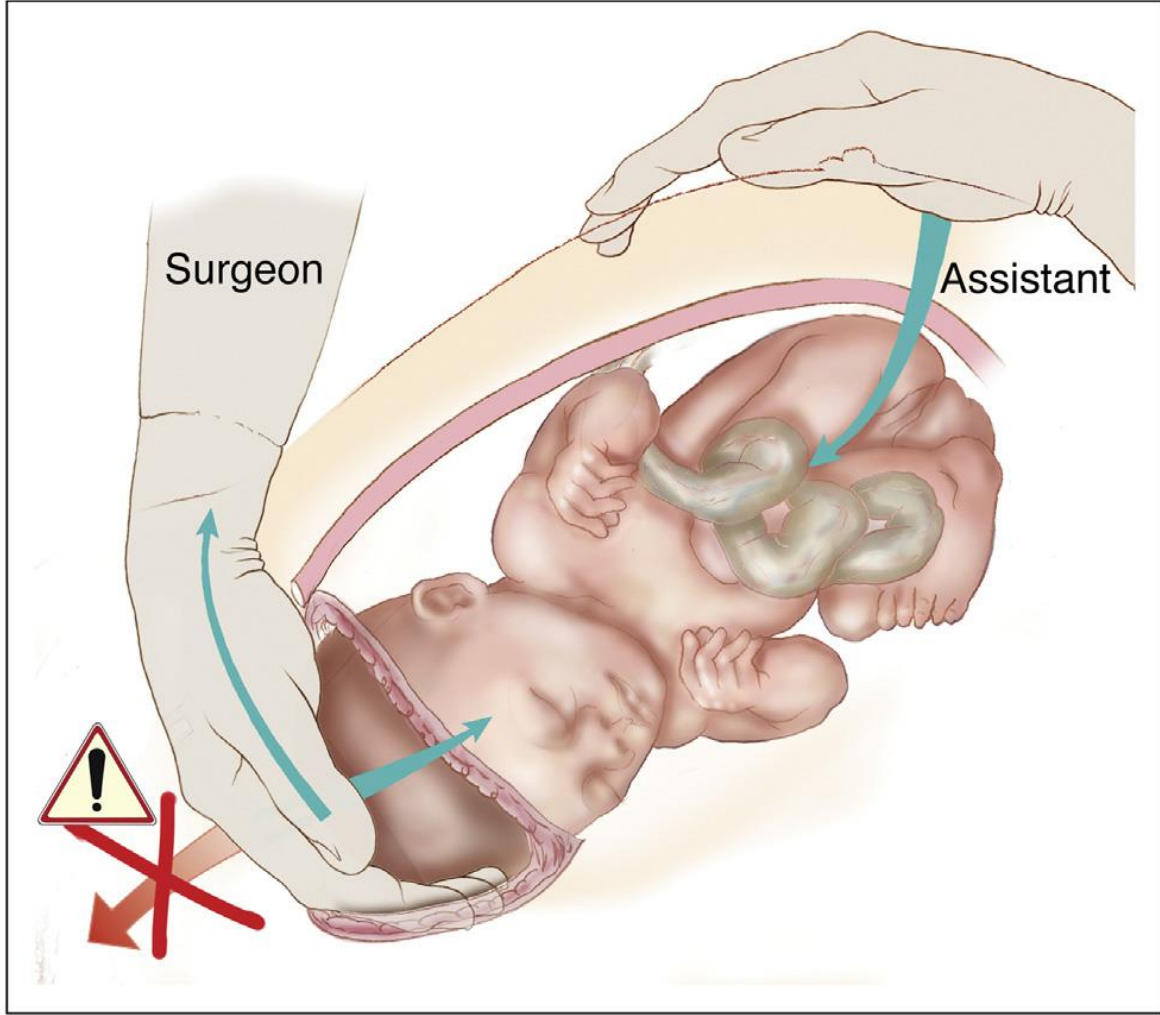


الشكل (2-4): المدخل إلى الرحم في القيصرية الإسعافية

كيفية استخراج الجنين:

يدخل الجراح يده اليمنى من الأسفل إلى الأعلى، داخل شق الرحم وبتجاه أسفل الحوض، مع تتبع الأصابع لرأس الجنين، ثم تتم إزالة مبعد المثانة. ترفع يد الجراح المقوسة رأس الجنين، الرأس أولاً، ثم نحو الأمام، لتثبيتته مقابل فتحة شق الرحم دون التأثير على الحافة السفلية لشق الرحم. [81] ثم يضغط المساعد على قاع الرحم من أعلى على طول محوره الطولي مما يسمح برأس الجنين والجسم للخروج من الرحم على طول المستوى المائل ليد المشغل. [81] من أجل المجيء المقعدي أو

المعتراض، يجب على الجراح أن يجد أقدام الجنين داخل الرحم ثم مع الجر اللطيف ينقل الجسم وأخيراً الرأس من خلال شق الرحم. [81]



الشكل (2-5): كيفية استخراج الجنين في القيصرية الإسعافية

كيفية الولادة وإغلاق الرحم

بعد ولادة الجنين، يتم غلق الحبل السري بين اثنين من ملاقط الكوشر وقصه؛ بعد ذلك، يتم الحقن في الوريد للعوامل المقبضة للرحم، ومن ثم يتم استخراج المشيمة بجر لطيف على الحبل السري. يتم فحص المشيمة التي تم استخراجها ويتم استكشاف تجويف الرحم بشكل روتيني يدوياً للتأكد من اكتمال الولادة. يتم إغلاق شق الرحم بخياطة متواصلة بخيوط قياس 0 قابلة للامتصاص. يمكن إخراج الرحم إلى الخارج فوق شق جدار البطن من أجل رؤية الساحة بشكل أفضل. يتم الإمساك بقعر الرحم

وضغطه يدوياً لاستبعاد النزف المستمر وللتأكد من وجود قوة عضلية رحمية جيدة. يتم بعد ذلك إغلاق جدار البطن طبقة تلو الأخرى دون إغلاق البريتوان. [81]

في حال كان تم استعمال التخدير فوق الجافية في محاولات الولادة المهبلية ومن ثم انقلب الإجراء لعملية قيصرية إسعافية حينها يتم الاستمرار بهذا التخدير لكن هنا نحتاج جرعات أكبر من الدواء. فيما عدا ذلك يمكن استخدام التخدير القطني وكثير من الأحيان يتم اللجوء للتخدير العام. [61]

2-3-1 استجابات الولادة القيصرية الإسعافية

تختلف الأسباب التي قد تحتاج الطبيب لإجراء ولادة قيصرية إسعافية أيضاً عن أسباب الولادة القيصرية المجدولة. حيث أن القيصرية الإسعافية تحدث لأن الطفل لا يتقدم عبر المهبل بشكل جيد أو بسبب وجود أسباب أدت لولادة إسعافية باكراً أو أن هناك خطراً على حياة الأم أو الجنين. فيما يلي عدة أسباب لحدوث ذلك:

● مخاض شاق وطويل جداً

المخاض المطول أو المتأخر هو عندما يستمر المخاض لفترة أطول بكثير من المعتاد ويمكن أن يسبب هذا في بعض الأحيان مشاكل صحية لكل من الطفل والأم.

يعد المخاض المطول السبب الأكثر شيوعاً للولادة القيصرية الإسعافية. حيث أن حوالي 8 % من الحوامل اللواتي على وشك الولادة يكون لديهن مخاض مطول. وعندما يحدث هذا النوع من المخاض، هنا يقرر الطبيب أنه من الأفضل للمريضة ولطفلهما إجراء ولادة قيصرية إسعافية بدلاً من محاولة الولادة عن طريق المهبل. وقد يحدث المخاض الشاق والمطول للأسباب التالية:

1- تقلصات غير فعالة.

2- عدم التناسب الحوضي الجنيني.

3- مجينات الطفل المعيبة.

4- إنهاك المريضة وتعبها.

● تباطؤ دقات قلب الجنين أو تسارعها

● إذا كانت الأم تعاني من حالة صحية أو إنتان ظهر فجأة خلال المخاض، فقد يوصى بإجراء ولادة قيصرية إسعافية. وعلى سبيل المثال، كأن يصبح إنتان فيروس الحلا أو أي إنتانات أخرى في منطقة المهبل نشطة فجأة وتؤدي لأذية الجنين.

• ارتفاع ضغط الأم – متلازمة هيلب أو تسارع دقات قلب الأم فجأة أو وجود أمراض قلبية تفاقمت خلال المخاض.

• انسداد الحبل السري أو انضغاطه فجأة:

تدلي الحبل السري بين رأس الجنين وفتحة المهبل، مما قد يؤدي إلى اختناق الجنين.

• حدوث مشاكل مفاجئة على مستوى المشيمة مثل الانفكاك الباكر أو حدوث نزف مفاجئ أو عدم تشخيص مسبق للمشيمة المنزاحة.

• تمزق الرحم ويزيد من ذلك وجود سوابق قيصرات أو الضغط على البطن خلال الولادة، وهي حالة حادة تهدد حياة الأم والجنين على حد سواء، مما يتطلب الولادة الفورية بعملية قيصرية.

• التهاب المشيماء والسلى (متلازمة الإنتان الأميوسي):

إصابة المشيمة وربما الجنين مما يتطلب ولادة فورية.

• اختناق الجنين أو الحمض الجنيني:

الأدوات التي تهدد حياة الجنين والتي يمكن أن تؤدي إلى نقص الأكسجة لدى الجنين في مجموعة القيصرات الإسعافية، وتشمل الشدة الجنينية، عدم التناسب الحوضي الجنيني، عدم تقدم المخاض، المشيمة المنزاحة و فشل التحريض وكانت هذه النسبة أعلى بشكل ملحوظ في مجموعة القيصرات الإسعافية مقارنة بمجموعة العمليات القيصرية الانتخابية. [79]

2-3-2- النتائج الوالدية

• تعتبر الاختلاطات مثل الحمى والتهاب الطرق البولية والحاجة إلى التهوية الصناعية لدى الأم والوليد ونقل الدم وتمزق الندبة أكثر شيوعاً في مجموعة القيصرات الإسعافية. [63]

• كذلك المضاعفات المتعلقة بالتخدير في العملية القيصرية الإسعافية بما في ذلك ارتجاع محتوى المعدة وتأخر الشفاء وصعوبة التنبيب كانت أعلى بشكل ملحوظ. ومع ذلك، لم يكن لأي من حالات الولادة القيصرية الانتخابية مضاعفات متعلقة بالتخدير. بالإضافة إلى ذلك، تم ملاحظة أن هناك نسبة أعلى لتأذي الجرح وأذية الأحشاء المحيطة وزيادة إصابة المثانة في الولادة القيصرية الإسعافية بينما لم يتم ملاحظة مثل هذه المضاعفات في العملية القيصرية الانتخابية. [84]

• تطور فقر الدم يكون بشكل أكبر بعد إجراء العملية القيصرية الإسعافية. قد يكون التفسير المحتمل هو أن معظم المرضى الذين خضعوا لعمليات جراحية إسعافية كانوا مرضى غير مقبولين في المشفى ولم يتم اكتشاف أنهم يعانون من فقر الدم الموجود مسبقاً مما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة

بفقر الدم بعد الجراحة بعد عملية قيصرية إسعافية. كما كانت نسبة النزف والحمى وإنتان الجهاز التنفسي العلوي أعلى في مجموعة العملية القيصرية الإسعافية [84]

- ارتبطت الولادة القيصرية الإسعافية أثناء المخاض بزيادة فرصة الإصابة بالإنتانات، وزيادة الحاجة إلى نقل الدم والخثار الوريدي العميق عند مقارنتها بكل من الولادة المهبلية والولادة القيصرية الانتخابية. كذلك كانت مدة الاستشفاء بعد الجراحة أطول في هذه المجموعة من القيصرات. [84]
- عندما يتم فحص المجموعات وفقاً لمضاعفات الأم بعد الجراحة، في المجموعة القيصرية الإسعافية، كان نقل الدم، قثطرة المثانة لفترات طويلة، القبول في وحدة العناية المركزة، أعلى بشكل ملحوظ مقارنة بالمجموعة القيصرية الانتخابية. كان النزف أثناء العملية وإصابة المثانة أكثر شيوعاً في فئة العمليات القيصرية الإسعافية مقارنة بالمجموعة القيصرية الانتخابية. [84]
- حيث بلغت نسبة نقل الدم في القيصرات الإسعافية 34% مقارنة ب 16% في القيصرات الانتخابية. [5]

3-3-2- النتائج الوليدية

كما وجد أن المراضة السابقة للولادة، وأوزان الولادة المنخفضة، والقرار المتخذ قبل الأوان لإنقاذ حياة الجنين، والوفيات المبكرة مع قبولات أكثر للولدان في وحدات العناية المشددة أعلى في الولادات القيصرية الإسعافية مقارنة بالولادات القيصرية الانتخابية. [63]

وفي حال تم تخدير المريضة تخديراً عاماً فإنها لن تتمكن من ملاسة طفلها بعد الولادة مباشرة. قد تستمر أيضاً تأثيرات الأدوية المستخدمة في التخدير لما بعد الولادة وهذا قد يؤثر على الإرضاع الطبيعي. وقد تتعرض الحامل هنا لاضطراب ما بعد الصدمة أكبر وخاصة في فترة ما بعد الولادة بسبب طبيعة هذا الإجراء الإسعافي. [85]

وجدت دراسة وصفية أجريت في مشفى تعليمي في ولاية كيرالا أن 40.4% من الأطفال الذين تم ولادتهم بعملية قيصرية إسعافية أصيبوا بمضاعفات حديثي الولادة مقابل 9.2% من الأطفال الذين ولدوا بعملية قيصرية انتخابية. وشملت هذه المضاعفات الاختناق في الفترة المحيطة بالولادة، وتسرع النفس العابر عند الوليد، والإنتان، ومتلازمة الضائقة التنفسية، ووفاة الجنين. [85]

وجدت دراسة في مشفى التوليد السويسري في المغرب أن معدل وفيات الفترة المحيطة بالولادة كان 10.2 لكل 1000 ولادة وتم تسجيله فقط للولادة القيصرية الإسعافية. [86]

كما أظهرت دراسات أخرى أن معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة في العملية القيصرية الإسعافية (9.8%) وكان أعلى بكثير منه في العملية القيصرية الانتخابية (1.7%). [87]

4-3-2 ميزات القيصرات الإسعافية

هناك دراسة أظهرت ان 38.95% من القيصرات الإسعافية تحدث عند الخراجات وبأعمار أصغر من 27 سنة وتزايد نسبتها مع تناقص الثقافة وعدم المتابعة الكافية ما قبل الولادة. [88]

في دراسة في الهند تبين أن القيصرات الإسعافية تنجز خلال 30 دقيقة في 30% من مجمل القيصرات. [79]

ترافقت القيصرات الإسعافية مع فئة الحوامل الأصغر سناً، أجنة بأعمار حملية أصغر وغير ناضجة، انخفاض وزن الولادة، واستشفاء لمدة أطول.

قد يكون الاختلاف الآخر هو الشق المستخدم أثناء الجراحة حيث خلال الجراحة الإسعافية التي نحتاج فيها توليد الجنين بسرعة فورية، حينها قد يختار الجراح استخدام شق عمودي للرحم للوصول إلى الطفل بشكل أسرع. وقد يكون هذا النوع من الشق ضرورياً في حالات الولادة المبكرة، وكذلك بسبب وجود الالتصاقات جراء عمليات فتح بطن سابقة أو بسبب الأورام الليفية التي قد تكون متباعدة من الرحم.

الجزء الثاني: القسم العملي
الفصل الثالث: هدف البحث وطريقة إجرائه

3-1- خلفية البحث وأهميته

تكمن أهمية هذا البحث في تزايد العمليات القيصرية الإسعافية في الآونة الأخيرة مع تزايد معدلات الاختلاطات الوليدية والوالدية المرافقة لها مقارنة مع القيصرات الانتخابية.

❖ أسباب الولادة القيصرية:

■ عادة ما يتم تحديد موعد الولادات القيصرية، ومع ذلك في بعض الأحيان يتم اللجوء للعمليات القيصرية بعد أن تبدأ السيدة تجربة المخاض، فيما يلي سنذكر الأسباب الشائعة للقيصرات الانتخابية والإسعافية. [89]

■ عند بدء المخاض تكون النتيجة المرجوة هي الولادة الطبيعية، غير أنه في بعض الحالات يصبح من الضروري إجراء قيصرية إسعافية نتيجة أحد الأسباب التالية: [90]

✚ اضطراب في نظم قلب الجنين (النسبة الأشيع).

✚ مريضة لديها سوابق قيصرات وبحالة مخاض.

✚ عدم تقدم المخاض.

✚ ما قبل إرجاج شديد، متلازمة هيلب، نوبة إرجاج.

✚ نقص نمو داخل الرحم شديد الدرجة.

✚ انسداد الحبل السري وانضغاطه.

✚ انفكاك المشيمة الحاد.

✚ تمزق الرحم.

ليست كل العمليات القيصرية تحدث فجأة أثناء المخاض. وقد يحدد موعد إجراء العملية القيصرية مسبقاً لأن العوامل أو المضاعفات المعروفة تجعل الولادة المهبلية صعبة للغاية. فيما يلي الأسباب الشائعة للولادات القيصرية الانتخابية: [91]

✚ سوابق قيصرات (النسبة الأشيع).

✚ الحمل العزيز.

✚ مجنئات معيبة للجنين.

✚ المشيمة المنزاحة (ووقوعها أسفل الرحم بدلاً من الجانب أو الأعلى).

✚ مشاكل صحية لدى الأم تعرض مضاعفات حملية.

✚ لدى الأم مرض ينتقل بالاتصال الجنسي والذي يمكن أن ينتقل أثناء الولادة.

2-3- هدف البحث

يهدف البحث إلى مقارنة النتائج التوليدية والوالدية في القيصرات الانتخابية والقيصرات الإسعافية مع دراسة الاستطباب التوليدي لكلا الحالتين.

3-3- مواد وطرائق البحث

1-3-3- تصميم الدراسة

دراسة مقطعية مستعرضة تقدمية (Prospective cross-sectional).

2-3-3- عينة الدراسة

عينة من حالات القيصرات الانتخابية والإسعافية للمرضى المقبولين في شعبتي المخاض العام والخاص في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق لمدة عام كامل من تاريخ موافقة مجلس البحث العلمي، وفق المعايير الآتية:

معايير القبول:

- موافقة المريضة
- تمام الحمل
- الخروس أو سوابق قيصرات علوية وسفلية

معايير الاستبعاد:

- التشوهات الجنينية القاتلة
- موت محصول الحمل المشخص مسبقاً
- رفض السيدة المشاركة

3-3-3- طريقة العمل

- سوف يتم تجميع العينة المطلوبة للدراسة بشكل عشوائي بالاعتماد على معايير الإدخال والاستبعاد.
- سيتم أخذ القصة المرضية للسيدة ويتم ملء الاستبيان المخصص للدراسة من خلال المقابلة الشفوية مع السيدة.
- سيتم اعتماد العمر الحولي من تاريخ أول يوم لآخر دورة طمثية.
- تعتبر الحامل مستكملة للرعاية قبل الولادة إذا قامت خلال الحمل ب 3 زيارات أو أكثر لمراكز الرعاية وفي حال كانت أقل من ذلك تعتبر الرعاية غير كافية لها.
- سيتم تسجيل بيانات العمل الجراحي من حيث نوع العمل الجراحي انتخابي أو اسعافي ونوع التخدير المستخدم وتسجيل اختلاطات التخدير ومدة العمل الجراحي بالدقائق وكمية النزف من خلال عد الشانات والشاشات المستخدمة وتسجيل حدوث الاختلاطات خلال العمل الجراحي أو حدوث وفيات الأمهات.
- كذلك سيتم تسجيل معلومات الوليد من حيث وزن الولادة، درجة أبغار في الدقيقة الأولى والخامسة، الحاجة إلى الإنعاش أو دخول الحاضنة، أذيات الوليد ووفيات الولدان الباكرة.
- ستتم مقارنة النتائج للمتغيرات سابقة الذكر بين كلا نوعي العمليات القيصرية المدروسة الانتخابية والإسعافية.
- سيتم جمع البيانات ثم عرضها وفقاً لصور إيضاحية ومخططات بيانية وإجراء تحليل إحصائي باستخدام برنامج SPSS "statistical package for social sciences" "برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية".

3-4- الاعتبارات الأخلاقية

لن يتم ذكر أي معلومات شخصية حساسة، كما أعلمت الحامل بالخطة المتبعة في الدراسة وموافقتها المستنيرة على الاشتراك في البحث، كما أن الإجراءات المتخذة في الدراسة غير مؤذية للسيدة أو لجنينها لذلك لا مشكلة أخلاقية أو قانونية من إجراء الدراسة.

3-5- حجم العينة

✓ من أجل قوة إحصائية للدراسة 95% وقيمة ألفا 5% (الخطأ من النموذج الأول) نحتاج لعينة 150 سيدة من السيدات المراجعات المشفى حسب معايير الإدخال والاستبعاد.

✓ لقد تم حساب حجم العينة بالاعتماد على معادلة ستيفن تومبسون.

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

- N: حجم المجتمع.
- P: نسبة توفر الخاصية و المحايدة وتساوي 0.5
- Z: الدرجة المعيارية لمستوى الثقة 0,95 وتساوي 1,96
- d: نسبة الخطأ

6-3- المفاهيم والاعتبارات

3-6-1- مفهوم الجراحة القيصرية

تعرف العملية القيصرية بأنها ولادة جنين من خلال شق بطني مفتوح (شق البطن) وشق في الرحم (بضع الرحم).

حدثت أول عملية قيصرية موثقة في عام 1020 بعد الميلاد، ومنذ ذلك الحين، تطورت العملية بشكل كبير، حيث أصبحت الآن الجراحة الأكثر شيوعاً التي يتم إجراؤها في الولايات المتحدة، حيث يتم إجراء أكثر من مليون عملية قيصرية كل عام.

3-6-2- أنواع القيصرات

وتقسم القيصرات حسب توقيت الإجراء إلى:

المجموعة الأولى وتضم القيصرات المجدولة وهنا تقرر المريضة والطبيب أنه من الأكثر أماناً لها ولطفلها الولادة عبر قيصرية مجدولة، ربما لأنها خضعت لعملية ولادة قيصرية من قبل. وفيها نحدد موعد للولادة القيصرية قريب من تاريخ الولادة المتوقع، وربما يكون القرار قبل أشهر.

المجموعة الثانية وتضم القيصرات غير المخطط لها. وهنا تكون المريضة والطبيب قد خططوا لولادة مهبلية، ولكن قبل الولادة بفترة قصيرة قرر الطبيب أن الولادة عبر قيصرية هي الأفضل للمريضة ولطفلها.

وفي هذه الحالة يمكن اتخاذ هذا القرار قبل بضعة أسابيع أو أيام أو حتى ساعات من موعد الولادة. وهنا لا توجد حالة طوارئ، ولكن تم التغيير في الخطة من أجل إيصال المريضة وطفلها إلى المسار الأكثر أماناً للولادة.

المجموعة الثالثة وتشمل القيصرات الإسعافية وهنا تحدث الولادة بشكل عاجل للتأكد من سلامة المريضة وطفلها. وقد تحدث في حال كان هناك خطة للولادة المهبلية أو الولادة القيصرية. وفيما يأتي استمارة البحث والموافقة المستنيرة:

استمارة بحث: دراسة مقارنة النتائج الوليدية والوالدية بين القيصرات الانتخابية والقيصرات الاسعافية:

دراسة مقارنة

عمر الأم:	رقم السجل:
عدد الزيارات الطبية السابقة خلال الحمل:	عدد ونوع الولادات السابقة:
درجة الثقافة والتعليم:	قصة وفيات خلال الحمل السابقة:
ارتفاع الضغط خلال الحمل الحالي:	داء سكري حملي:
قصة نزف خلال أشهر الحمل الأخيرة:	
نوع العمل الجراحي : انتخابي اسعافي	نمط التخدير المستخدم:
كمية النزف :	مدة العمل الجراحي:
الاختلاطات أثناء العمل الجراحي :	وفيات الأمهات:
وزن الولادة:	
درجة أبغار: خلال الدقيقة الأولى	الدقيقة الخامسة
الحاجة إلى الإنعاش أو دخول الحاضنة:	
أذيات الجنين الناتجة عن العمل الجراحي (الكسور- الخلع - الجروح):	
وفيات الولدان:	

منظم الاستمارة:

الموافقة المستنيرة على المشاركة بالبحث المعنون بـ

دراسة النتائج الوليدية والوالدية بين القيصرات الانتخابية والقيصرات الاسعافية: دراسة مقارنة

➤ سيدتي:

- ❖ سوف أقوم بالإجراءات الروتينية المتخذة بحق السيدات الموجودات في قسم العمليات من استجواب وفحص وتصوير صدوي لك.
- ❖ طبيعة الدراسة لا تحمل خطراً عليك ولا تشمل أي تدخل من شأنه التأثير السلبي على سير المخاض وكل التداخلات التي سوف تجرى ستكون مضبوطة المعايير ولا تتطلب منك أي كلفة مادية تأخذينها على عاتقك.
- ❖ البيانات والنتائج التي سوف تظهر تتمتع بالسرية التامة ولن يتم استخدام ما يشير إلى 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.

الموافقة على المشاركة

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

اسم السيدة والتوقيع:

الطبيبة الباحثة:

رشا راتب المنشف

3-7- طرائق التحليل الإحصائي

بعد الانتهاء من جمع البيانات أدخلت بالتتابع جميع البيانات إلى الحاسوب عبر برنامج SPSS (IBM SPSS Statistics الإصدار 23 سنة 2015) الذي اعتمد في تحليل المعلومات واستخلاص النتائج بالاعتماد على المعايير والاختبارات الإحصائية الآتية:

❖ المتوسط الحسابي $\bar{X}$ (Mean):

ويحسب من العلاقة الآتية:

$$\bar{X} = \frac{\sum X_i}{n}$$

حيث: $\bar{X}$: المتوسط الحسابي؛ X_i : مفردات العينة؛ n : عدد المفردات

❖ الانحراف المعياري σ (S.d):

ويحسب بالعلاقة الآتية:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (\bar{X} - X_i)^2}{n-1}}$$

حيث σ : الانحراف المعياري. X_i : مفردات العينة؛ n : عدد المفردات؛ $\bar{X}$: المتوسط الحسابي.

❖ حسبت التكرارات لمختلف المتغيرات ونسبتها، ومثلت القيم الإحصائية المستمرة بـ (المتوسط الحسابي $\pm$ الانحراف المعياري).

❖ اعتمد الاختبار الإحصائي χ^2 test Chi-square (لدراسة المتغيرات الفئوية) و-Mann-Whitney U test ANOVA (لدراسة المتغيرات المستمرة) لدراسة الفروقات بين المجموعات وإظهار الأهمية الإحصائية لهذه الفروقات، حيث اعتمدت قيمة $P \leq 0.05$ ليكون هناك فرق احصائي.

الفصل الرابع: نتائج البحث

1-4- تفاصيل حول العينة

في نهاية البحث جمعت بيانات 150 حالة حيث ضمت مجموعة القيصريات الانتخابية 80 حالة ومجموعة القيصريات الإسعافية 70 حالة، وأدخلت هذه البيانات إلى الحاسوب ودرست إحصائياً باستخدام برنامج SPSS، وتوصلنا إلى النتائج الموضحة في الجدول (1-4).

جدول (1-4): تفاصيل حول العينة

المتغيرات		اسعافي	انتخابي
زمرة دم الام			
O+	العدد	24	26
	النسبة المئوية	34.3%	32.5%
O-	العدد	6	4
	النسبة المئوية	8.6%	5.0%
B+	العدد	12	16
	النسبة المئوية	17.1%	20.0%
B-	العدد	2	3
	النسبة المئوية	2.9%	3.8%
A+	العدد	24	28
	النسبة المئوية	34.3%	35.0%
A-	العدد	3	3
	النسبة المئوية	3.8%	3.8%
AB+	العدد	2	2
	النسبة المئوية	2.9%	2.9%
AB-	العدد	2	3
	النسبة المئوية	2.9%	3.8%
زمرة دم الجنين			
O+	العدد	5	12
	النسبة المئوية	7.1%	15.0%
O-	العدد	2	1
	النسبة المئوية	2.9%	1.3%
B+	العدد	32	54
	النسبة المئوية	45.7%	67.5%
B-	العدد	1	2
	النسبة المئوية	1.3%	2.5%
A+	العدد	29	2
	النسبة المئوية	41.4%	2.5%

جدول (1-4): تفاصيل حول العينة

A-	العدد	1	2
	النسبة المئوية	%1.3	2.5%
AB+	العدد	2	1
	النسبة المئوية	2.9%	1.3%
AB-	العدد	3	1
	النسبة المئوية	0.0%	1.3%
المهنة			
ربة منزل	العدد	70	65
	النسبة المئوية	92.9%	86.8%
معلمة	العدد	5	10
	النسبة المئوية	7.1%	12.2%
وفيات سابقة			
لا	العدد	59	69
	النسبة المئوية	84.3%	89.3%
نعم	العدد	16	6
	النسبة المئوية	15.7%	%10.7
القسم			
مخاض عام	العدد	67	30
	النسبة المئوية	90.6%	40.0%
مخاض خاص	العدد	8	45
	النسبة المئوية	9.4%	60.0%
		المتوسط	الانحراف المعياري
		المتوسط	الانحراف المعياري
عمر الأم		29.34	8.129
عمر الحمل		36.23	3.410

من الجدول (1-4) نلاحظ ما يلي:

** بالنسبة لزمرة دم الأم والجنين:

ترافقت القيصريات الإسعافية مع أشيع زمر دموية للأم: A+ /// O+ يليها B+

كذلك ترافقت القيصريات الإسعافية مع أشيع زمر دم للجنين: B+ يليها A+

أما القيصريات الانتخابية ترافقت مع أشيع زمر دموية للأم: A+ يليها O+

كذلك ترافقت القيصريات الانتخابية مع أشيع زمر دم للجنين: B+ يليها O+

** بالنسبة لثقافة الأم:

تبين أن معظم المريضات في كلا المجموعتين ليس لديهن مهنة معينة (ربة منزل)، في حين أن نسبة الثقافة كانت أعلى في مجموعة القيصرات الانتخابية (معلمات) مقارنة مع القيصرات الإسعافية وهذا دليل أن نسبة المتابعة والالتزام بموعد زيارات الطبيب هو أعلى في مجموعة القيصرات الانتخابية.

**** بالنسبة لوجود وفيات سابقة للأجنة:**

كانت النسبة أعلى في مجموعة القيصرات الإسعافية مقارنة مع القيصرات الانتخابية وهذه الزيادة كانت بسبب عدم المتابعة الجيدة من قبل المريضة في المجموعة الأولى.

**** بالنسبة لقبول المرضى في الجناح العام أو الخاص في المشفى:**

تبين أن أغلب القيصرات الإسعافية كان قبولها في الجناح العام بسبب طبيعتها الإسعافية أما أغلب القيصرات الانتخابية تم قبولها في الجناح الخاص بسبب وجود الوقت الكافي للتخطيط والقبول من أجل إجراء الجراحة.

**** بالنسبة لكل من عمر الحمل وعمر الأم:**

- تبين أن القيصرات الإسعافية ترافقت مع أعمار حملية أصغر (المتوسط 36 أسبوعاً) مما هي عليه في القيصرات الانتخابية (المتوسط 37 أسبوعاً)

- كذلك ترافقت القيصرات الإسعافية مع أعمار حوامل أكبر سنّاً (المتوسط 29 سنة) مقارنة مع مجموعة القيصرات الانتخابية (المتوسط 27 سنة)

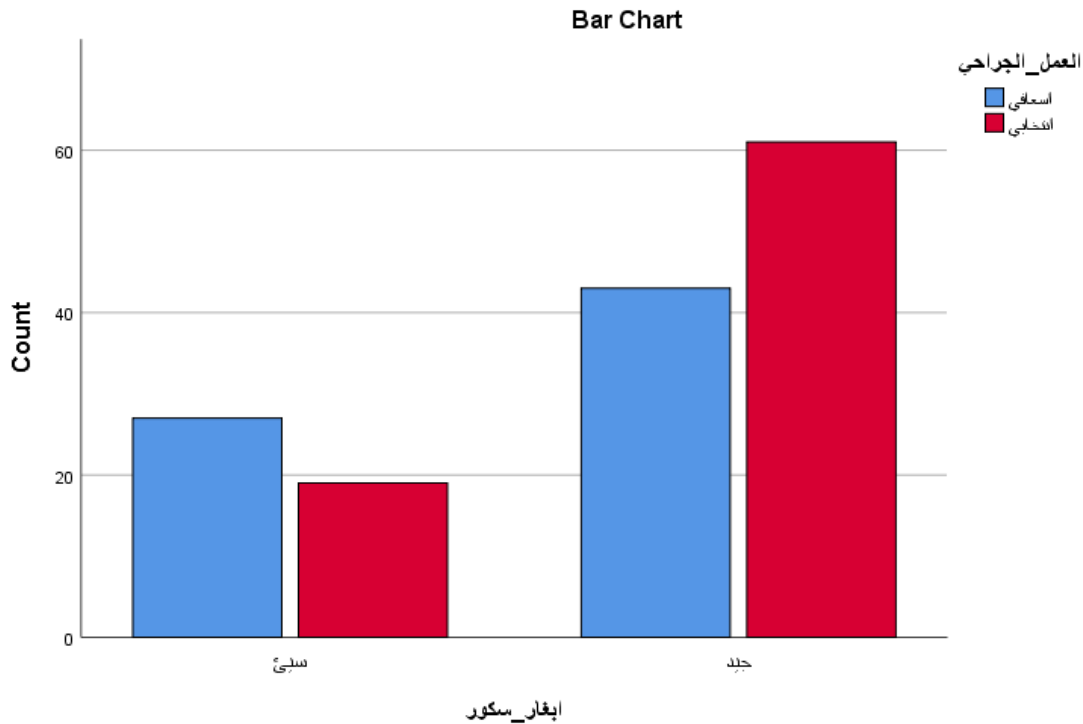
2-4- النتائج الوليدية

1-2-4 مقارنة قيم أبغار سكور بين القيصرات الانتخابية والإسعافية

يوضح الجدول التالي تغير قيم أبغار سكور بين نوعي العمل الجراحي

جدول (2-4): مقارنة قيم أبغار سكور بين نوعي العمل الجراحي

القرار الاحصائي	P-value	Chi-Square	انتخابي (n=80)	اسعافي (n=70)	المتغيرات	
ابغار سكور						
يوجد فروق	0.049	3.857	19	27	n	سليئ
			23.8%	38.6%	%	
			61	43	n	جيد
			76.2 %	61.4%	%	



المخطط البياني (1-4): المقارنة للأبغار سكور بين نوعي العمل الجراحي

من الجدول (2-4) نلاحظ ما يلي:

****** وجود فروق دالة احصائياً في مستوى الأبغار سكور بين مجموعتي القيصرات الإسعافية والانتخابية حيث حصلنا على قيمة $X^2 = 3.857$ مع مستوى أهمية أقل من 0.05 حيث كان مستوى الأبغار سكور سيئاً عند 38.6% وجيد بنسبة 61.4% في مجموعة القيصرات الإسعافية بينما كان سيئاً عند 23.8% وجيد بنسبة 76.3% في مجموعة القيصرات الانتخابية.

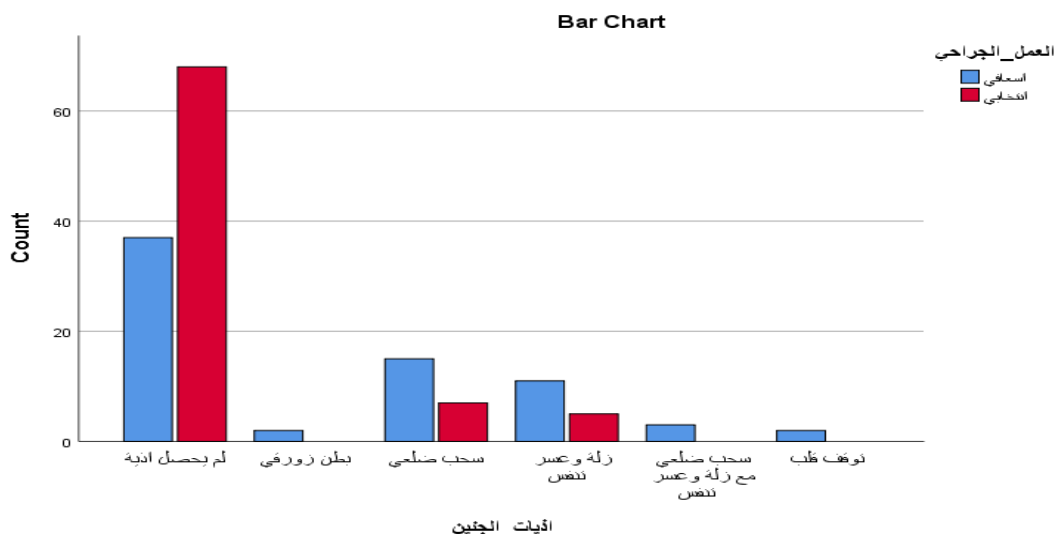
****** وهكذا نجد أن القيصرات الإسعافية توافقت مع نتائج أكبر لأبغار سكور سيء عما هو عليه في القيصرات الانتخابية.

2-2-4 المقارنة في أذيات الجنين بين القيصرات الانتخابية والإسعافية

يوضح الجدول (3-4) المقارنة في أذيات الجنين بين القيصرات الانتخابية والإسعافية

جدول (3-4): المقارنة في أذيات الجنين بين نوعي العمل الجراحي

القرار الاحصائي	P-value	Chi-Square	انتخابي (n=80)	اسعافي (n=70)	المتغيرات
أذيات الجنين					
يوجد فروق	0.001	20.737	68	37	N
			%85.2	52.9%	%
			0	2	N
			%0.0	2.9%	%
			7	15	N
			%8.2	21.4%	%
			3	11	N
			%2.6	15.7%	%
			2	3	N
			1.8%	4.2 %	%
			0	2	N
			0.0%	2.9%	%



المخطط البياني (2-4): المقارنة في أذيات الجنين بين نوعي العمل الجراحي

من الجدول (3-4) نلاحظ ما يلي:

وجود فروق دالة احصائية في مستوى أذيات الجنين بين مجموعتي القيصرية والإسعافية والانتخابية حيث حصلنا على قيمة $X^2 = 20.737$ مع مستوى أهمية اقل من 0.05.

****** حيث لم تلاحظ أذيات للجنين عند 52.9% بينما 57.1% حصل لهم أذيات مختلفة في مجموعة القيصرات الإسعافية.

****** بينما 85.2% من الحالات لم تحصل لهم أذيات في مجموعة القيصرات الانتخابية، وبالمقابل 15.0% حصل لهم أذيات متنوعة.

****** وهذا يدل أن القيصرات الإسعافية ترافقت مع نتائج توليدية أسوأ مقارنة بمجموعة القيصرات الانتخابية.

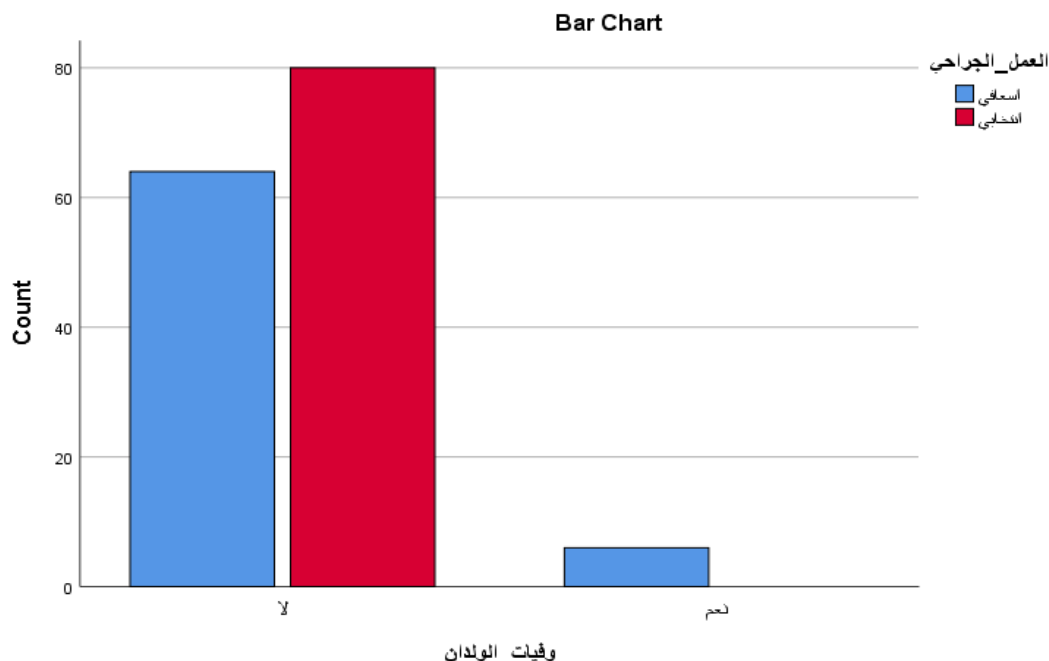
****** وتمثلت أغلب الأذيات بالسحب الضلعي يليها الزلة وعسر التنفس لدى الوليد، في حين أن حالات توقف القلب والبطن الزورقي لم نجد أي حالة في مجموعة القيصرات الانتخابية وكانت هي الأذيات الأقل شيوعاً في مجموعة القيصرات الإسعافية.

3-2-4- المقارنة في وفيات الولدان بين القيصرات الانتخابية والإسعافية

يوضح الجدول (4-4) المقارنة في وفيات الولدان بين القيصرات الانتخابية والإسعافية

جدول (4-4) المقارنة في وفيات الولدان بين نوعي العمل الجراحي

القرار الاحصائي	P-value	Chi-Square	انتخابي (n=80)	اسعافي (n=70)	المتغيرات
وفيات الولدان					
يوجد فروق	0.008	7.143	80	64	N
			100.0%	91.4%	%
			0	6	N
			0.0%	8.6%	%



المخطط البياني (3-4) المقارنة في وفيات الولدان بين نوعي العمل الجراحي

من الجدول (4-4) نلاحظ ما يلي:

****** وجود فروق دالة احصائياً في حصول وفيات للولدان بين مجموعتي القيصريات الإسعافية والانتخابية حيث حصلنا على قيمة $X^2 = 7.143$ مع مستوى أهمية أقل من 0.05 حيث لم يحصل وفيات للولدان عند 91.4% من الحالات بينما 8.6% منها حصل لديها وفيات ولدان في مجموعة القيصريات الاسعافية.

****** في حين أنه لم تحصل حالات وفاة أبداً في مجموعة القيصريات الانتخابية.

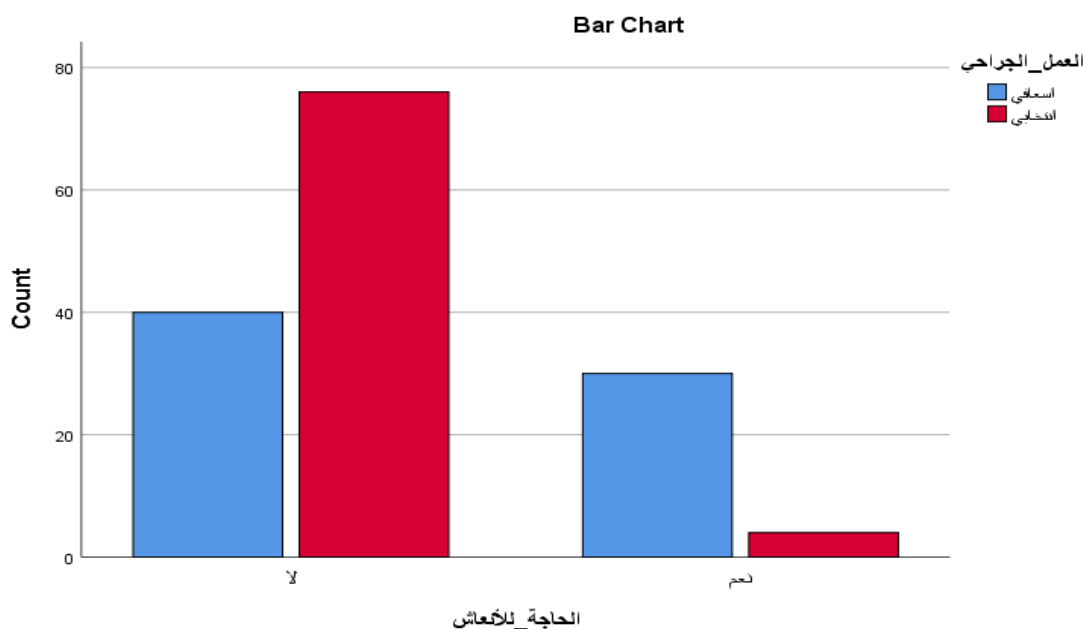
****** وهذا يدل على أن وفيات الولدان قد تسببت فيها القيصريات الإسعافية بشكل أساسي.

4-2-4 المقارنة في الحاجة للإنعاش بين القيصريات الانتخابية والإسعافية

يوضح الجدول (5-4) المقارنة في الحاجة للإنعاش بين القيصريات الانتخابية والإسعافية

جدول (4-5): المقارنة في الحاجة للإنعاش الطفل بين نوعي العمل الجراحي

المتغيرات	اسعافي (n=70)	انتخابي (n=80)	Chi-Square	P-value	القرار الاحصائي
الحاجة للإنعاش					
لا	N	76	30.524	0.000	يوجد فروق
	%	57.1%			
نعم	N	4			
	%	5.0%			



المخطط البياني (4-4): المقارنة في الحاجة للإنعاش الطفل بين نوعي العمل الجراحي

من جدول (4-5) نلاحظ ما يلي:

وجود فروق دالة احصائية في الحاجة للإنعاش بين مجموعتي القيصرات الإسعافية والانتخابية حيث حصلنا على قيمة $X^2 = 30.524$ مع مستوى أهمية أقل من 0.05.

** حيث 57.1% من الولدان في مجموعة القيصرات الإسعافية لم تحتج للإنعاش بينما 42.9% احتاجت للإنعاش.

** في حين أن 95.0% من الولدان في مجموعة القيصرات الانتخابية لم تحتج للإنعاش و 5.0% احتاجت للإنعاش.

**** هذا دليل أن نصف حالات القيصرات الإسعافية احتاج فيها الولدان للإنعاش بينما معظم حالات القيصرات الانتخابية لم يحتج فيها الولدان للإنعاش.**

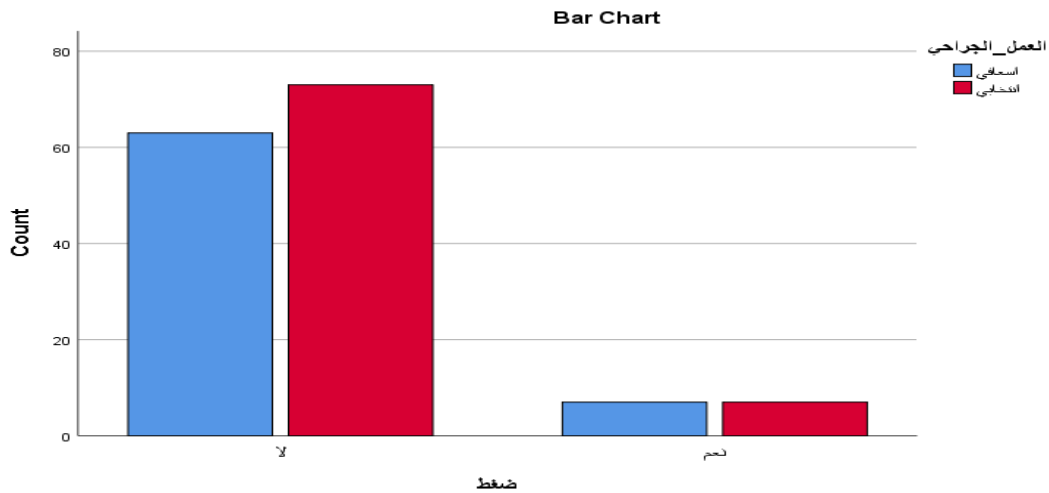
3-4- متغيرات مهمة متعلقة بالحامل

1-3-4 مقارنة الإصابة بالضغط الحلمي بين نوعي العمل الجراحي

يوضح الجدول (6-4) مقارنة الإصابة بالضغط الحلمي بين نوعي العمل الجراحي

الجدول (6-4) : مقارنة الإصابة بالضغط الحلمي بين نوعي العمل الجراحي

القرار الاحصائي	P-value	Chi-Square	انتخابي (n=80)	اسعافي (n=70)	المتغيرات
الضغط					
لا يوجد فروق	0.793	.069	73	63	n
			91.3%	90.0%	%
			7	7	n
			8.8%	10.0%	%



المخطط البياني (5-4): مقارنة الإصابة بالضغط الحلمي بين نوعي العمل الجراحي

من جدول (6-4): نلاحظ ما يلي:

عدم وجود فروق دالة احصائية في قيم الضغط الحلمي بين مجموعتي القيصرات الإسعافية والانتخابية حيث حصلنا على قيمة $X^2 = 0.069$ مع مستوى أهمية أكثر من 0.05.

****** تبين أن 90.0% من الحالات في مجموعة القيصرات الإسعافية لم تكن مصابة بالضغط في حين أن 10.0% كانت مصابة بالضغط.

****** أما في مجموعة القيصرات الانتخابية تبين أن 91.3% من الحالات لم تكن مصابة بالضغط في حين أن 8.8% منها كانت مصابة بالضغط.

2-3-4- مقارنة الإصابة بداء السكري الحلمي بين نوعي العمل الجراحي

يوضح الجدول (7-4) مقارنة الإصابة بداء السكري الحلمي بين نوعي العمل الجراحي

جدول (7-4): مقارنة الإصابة بداء السكري الحلمي بين نوعي العمل الجراحي

القرار الاحصائي	P-value	Chi-Square	انتخابي (n=80)	اسعافي (n=70)	المتغيرات	
السكري						
يوجد فروق	0.015	5.911	80	65	n	لا
			100.0%	92.9%	%	
			0	5	n	نعم
			0.0%	7.1%	%	

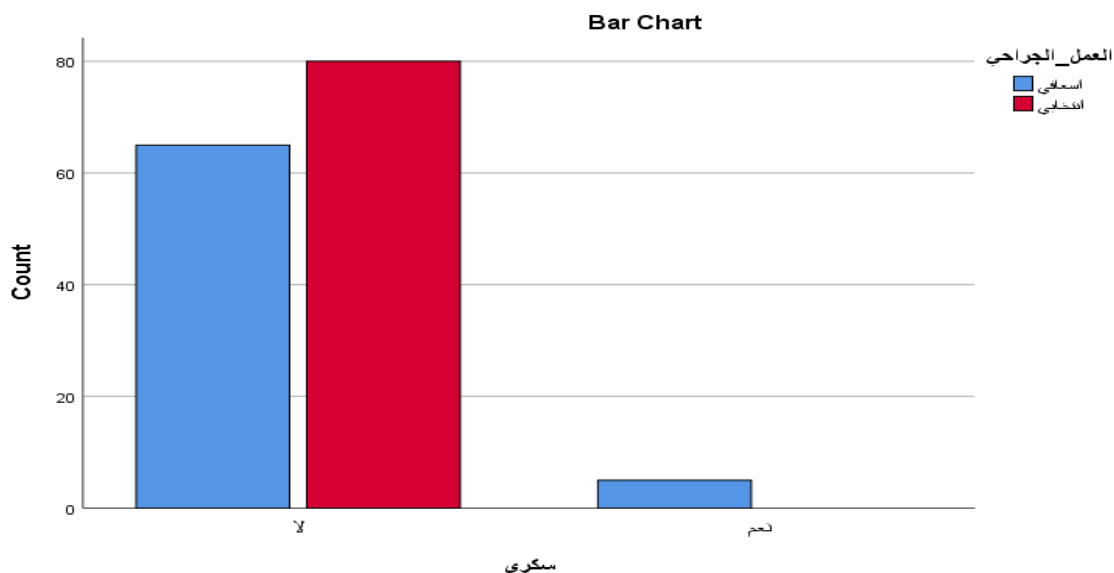
من جدول (7-4) نلاحظ ما يلي:

وجود فروق دالة احصائية في الإصابة بداء السكري الحلمي بين مجموعتي القيصرات الاسعافية والانتخابية حيث حصلنا على قيمة $X^2 = 5.911$ مع مستوى أهمية أقل من 0.05.

****** فقد تبين أن 92.9% من حالات مجموعة القيصرات الإسعافية لم تكن مصابة بداء سكري حملي بينما 7.1% منها كانت مصابة بداء السكري الحلمي.

****** في حين أنه لم يتم رصد حالات مصابة بداء السكري الحلمي في القيصرات الانتخابية.

****** هذه دليل أن ترافق حالات الداء السكري الحلمي هو أكبر في مجموعة القيصرات الإسعافية .



المخطط البياني (4-6): مقارنة الإصابة بداء السكري الحولي بين نوعي العمل الجراحي

4-4- النتائج الوالدية

4-4-1- المقارنة في حصول النزف بين نوعي العمل الجراحي

يوضح الجدول (4-8) المقارنة في حصول النزف بين نوعي العمل الجراحي

جدول (4-8): المقارنة في حصول النزف بين نوعي العمل الجراحي

القرار الاحصائي	P-value	Chi-Square	انتخابي (n=80)	اسعافي (n=70)	المتغيرات	
نزف						
يوجد فروق	0.008	7.046	78	60	n	لا
			97.5%	85.7%	%	
			2	10	n	نعم
			2.5%	14.3%	%	

من جدول (4-8) نلاحظ ما يلي:

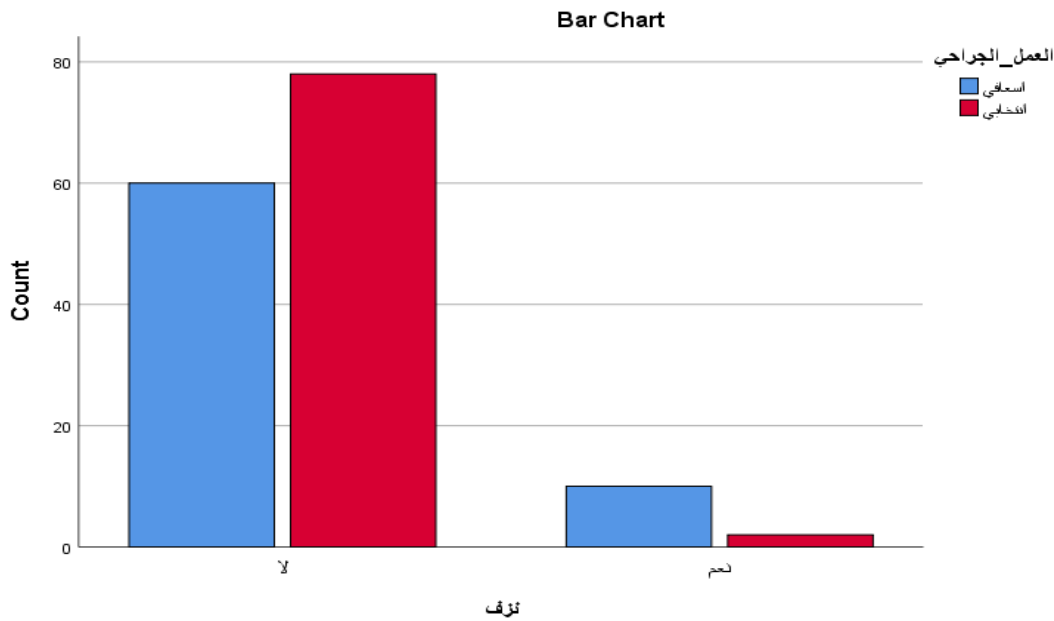
****** نلاحظ وجود فروق دالة احصائية في حصول النزف بين مجموعتي القيصرات الإسعافية والانتخابية.

**** حيث حصلنا على قيمة $X^2=7.046$ مع مستوى أهمية أقل من 0.05.**

**** فقد تبين أن 85.7% من حالات مجموعة القيصریات الإسعافية لم تنزف في حين أن 14.3% منها تعرضت للنزف.**

**** أما مجموعة القيصریات الانتخابية تبين أن 97.5% من الحالات لم تنزف في حين أن 2.5% منها نزفت.**

**** وهذا يدل أن النزف تمت ملاحظته بشكل أوسع في مجموعة القيصریات الإسعافية.**



المخطط البياني (7-4): المقارنة في حصول النزف بين نوعي العمل الجراحي

4-4-2- المقارنة في نوع التخدير المستخدم بين نوعي العمل الجراحي

جدول (9-4): المقارنة في نوع التخدير المستخدم بين نوعي العمل الجراحي

القرار الاحصائي	P-value	Chi-Square	انتخابي (n=80)	اسعافي (n=70)	المتغيرات	
التخدير						
يوجد فروق	0.000	26.374	80	50	N	قطني
			100.0%	71.4%	%	
			0	20	N	عام
			0.0%	28.6%	%	

من جدول (9-4) نلاحظ ما يلي:

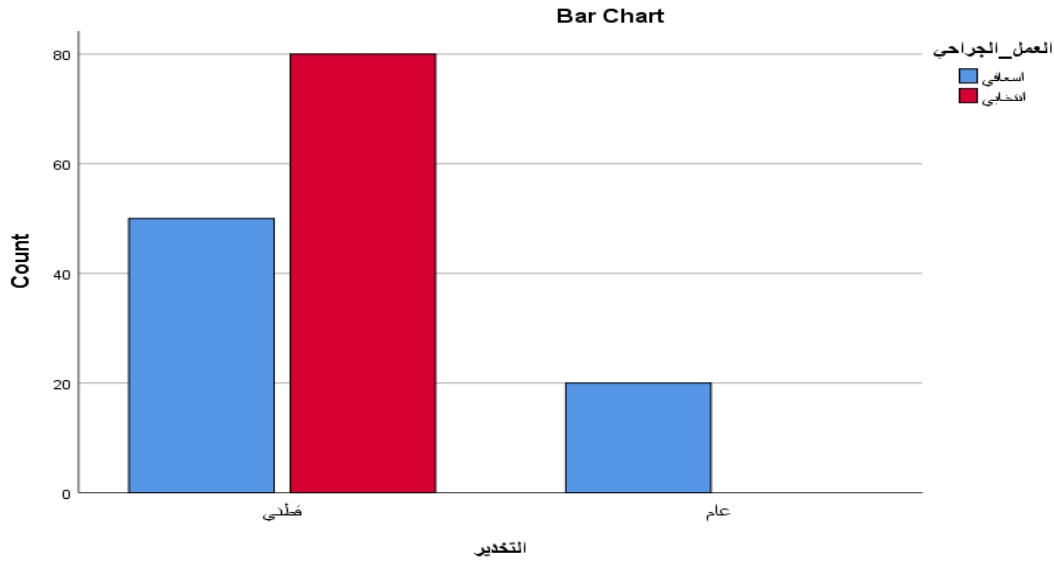
وجود فروق دالة احصائياً في نوع التخدير المستخدم بين مجموعتي القيصريات الإسعافية والانتخابية.

****** حيث حصلنا على قيمة $X^2=26.374$ مع مستوى أهمية أقل من 0.05.

****** حيث 71.4% من الحالات في مجموعة القيصريات الإسعافية تعرضوا لتخدير قطني بينما 28.6% كان التخدير المستخدم عاماً.

****** أما عن مجموعة القيصريات الانتخابية تبين أن كل الحالات خضعت لتخدير قطني.

****** هذا يدل أن مجموعة القيصريات الإسعافية تترافق مع استخدام التخدير العام بشكل أكبر وبالتالي اختلاطات تخديرية أكبر للأم والجنين.



المخطط البياني (8-4): المقارنة في التخدير المستخدم بين نوعي العمل الجراحي

3-4-4- المقارنة في حصول الاختلاطات بين نوعي العمل الجراحي

يوضح الجدول التالي المقارنة في حصول الاختلاطات بين نوعي العمل الجراحي

جدول (4-10): المقارنة في حصول الاختلالات بين نوعي العمل الجراحي

القرار الاحصائي	P-value	Chi-Square	انتخابي (n=80)	اسعافي (n=70)	المتغيرات
الاختلالات					
لا يوجد فروق	0.092	9.472	77	57	N لا يوجد
			96.3%	81.4%	%
			2	7	N أذية الرحم
			2.5%	10.0%	%
			0	2	N رض المثانة
			0.0%	2.9%	%
			0	1	N ارتفاع crp
			0.0%	1.4%	%
			1	2	N النزف ما بعد الجراحة
			1.3%	2.9%	%
			0	1	N قيصرية
			0.0%	1.4%	% علوية

من الجدول (4-10) نلاحظ ما يلي:

عدم وجود فروق دالة احصائية في الاختلالات بين مجموعتي القيصرات الإسعافية والانتخابية.

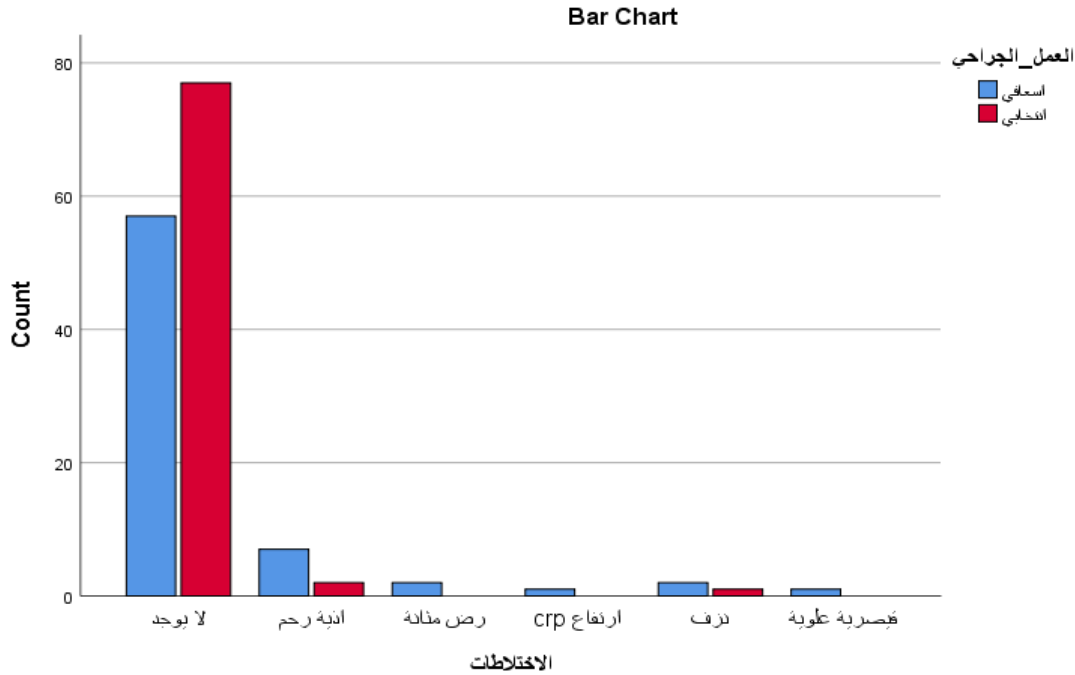
****** حيث حصلنا على قيمة $X^2 = 9.472$ مع مستوى أهمية أكثر من 0.05.

****** حيث كانت نسبة الاختلالات بشكل عام أكبر في مجموعة القيصرات الإسعافية وتشمل الاختلالات:

أذية الرحم- رض المثانة – ارتفاع CRP ما بعد الجراحة – النزف ما بعد الجراحة – والحاجة لإجراء قيصرية علوية.

****** حيث شملت أغلب الأذيات في مجموعة القيصرات الإسعافية أذية الرحم يليها رض المثانة والنزف ما بعد الجراحة وأخيراً ارتفاع CRP ما بعد الجراحة والحاجة لإجراء قيصرية علوية.

****** أما في مجموعة القيصرات الانتخابية شملت النسبة الأكبر أذية الرحم يليها النزف ما بعد الجراحة.



المخطط البياني (4-9): المقارنة في حصول الاختلاطات بين نوعي العمل الجراحي

4-4-4 المقارنة في الحاجة لنقل الدم بين نوعي العمل الجراحي

يبين الجدول التالي المقارنة في الحاجة لنقل الدم بين نوعي العمل الجراحي

جدول (4-11): المقارنة في الحاجة لنقل الدم بين نوعي العمل الجراحي

القرار الاحصائي	P-value	Chi-Square	انتخابي (n=80)	اسعافي (n=70)	المتغيرات	
الحاجة للدم						
يوجد فروق	0.000	24.781	75	42	N	لا
			93.8%	60.0%	%	
			5	28	n	نعم
			6.3%	40.0%	%	

من الجدول (4-11) نلاحظ ما يلي:

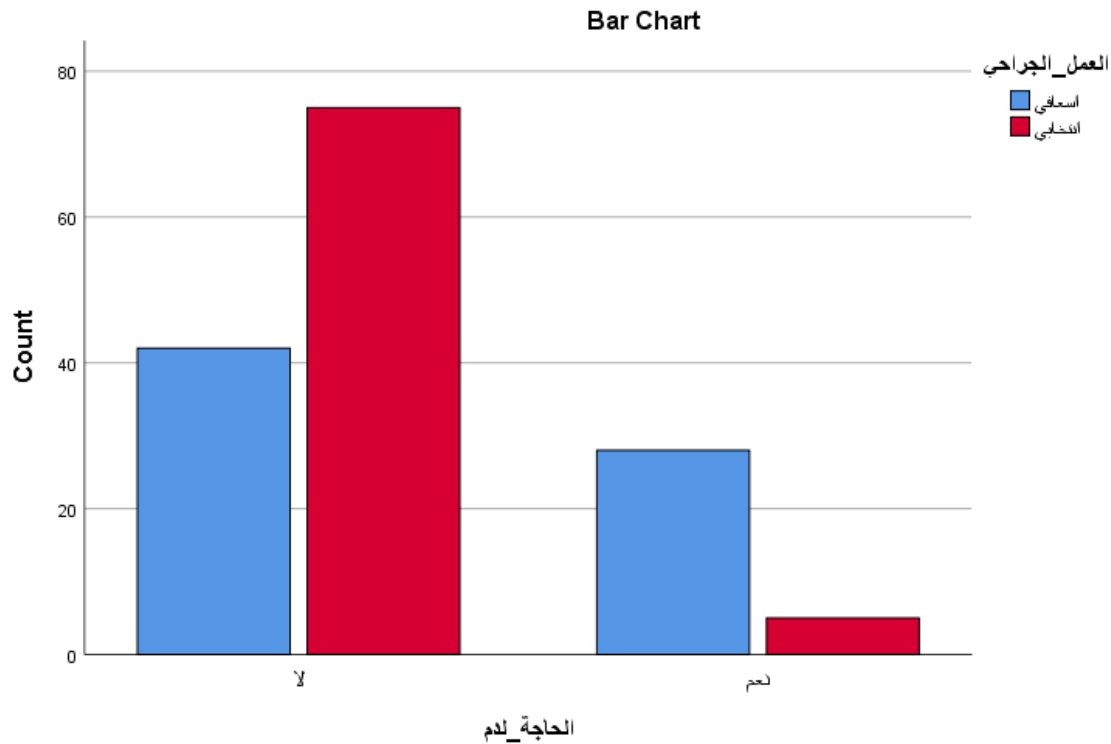
** وجود فروق دالة احصائياً في الحاجة لنقل الدم بين مجموعتي القيصرات الإسعافية والانتخابية.

** حيث حصلنا على قيمة $X^2 = 24.781$ مع مستوى أهمية أقل من 0.05.

****وتبين أن 60% من حالات القيصریات الإسعافية لم تحتج لنقل الدم في حين أن 40.0% منها احتاجت لنقل الدم.**

**** أما عن مجموعة القيصریات الانتخابية فقد تبين أن 93.8% من الحالات لم تحتج لنقل الدم و6.3% احتاجت لنقل الدم.**

**** وهذا يدل أن القيصریات الإسعافية تحمل معدلاً أعلى للحاجة لنقل الدم مقارنة مع مجموعة القيصریات الانتخابية.**



المخطط البياني (4-10): المقارنة في الحاجة لنقل الدم بين نوعي العمل الجراحي

5-4-4 المقارنة في الحاجة لوضع مفجر بين نوعي العمل الجراحي

يوضح الجدول (4-12) المقارنة في الحاجة لوضع مفجر بين نوعي العمل الجراحي

جدول (12-4): المقارنة في الحاجة لوضع مفجر بين نوعي العمل الجراحي

القرار الاحصائي	P-value	Chi-Square	انتخابي (n=80)	اسعافي (n=70)	المتغيرات	
وضع مفجر						
يوجد فروق	0.000	72.109	67	10	N	لا
			83.8%	14.3%	%	
			13	60	N	نعم
			16.3%	85.7%	%	

من الجدول (12-4) نلاحظ ما يلي:

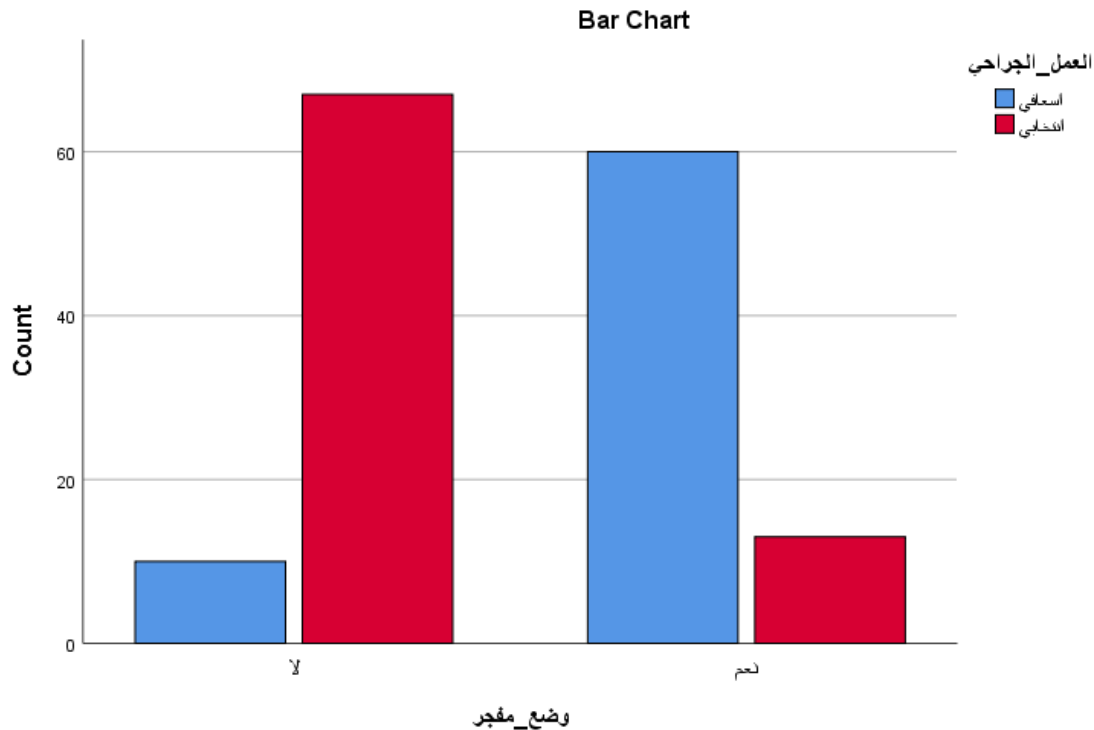
****** وجود فروق دالة احصائية في الحاجة لوضع مفجر بين مجموعتي القيصرات الإسعافية والانتخابية.

****** حيث حصلنا على قيمة $X^2 = 72.109$ مع مستوى أهمية أقل من 0.05.

****** تبين أن 14.3% من حالات مجموعة القيصرات الإسعافية لم تحتج لوضع مفجر و 85.7% منها احتاجت لوضع مفجر.

****** أما عن مجموعة القيصرات الانتخابية فإن 83.3% لم تحتج لوضع مفجر و 16.3% منها احتاجت لوضع مفجر.

****** وهذا يدل أن الحاجة لوضع مفجر كانت أكبر بكثير في مجموعة القيصرات الإسعافية.



المخطط البياني (4-11): المقارنة في الحاجة لوضع مفجر بين نوعي العمل الجراحي

6-4-4 المقارنة في بعض النتائج التوليدية بين نوعي العمل الجراحي

يوضح الجدول التالي المقارنة في بعض النتائج التوليدية بين نوعي العمل الجراحي

جدول (4-13): المقارنة في بعض النتائج التوليدية بين نوعي العمل الجراحي

القرار الاحصائي	P-value	Chi-Square	انتخابي (n=80)	اسعافي (n=70)	المتغيرات	
يوجد فروق	0.002	16.511	78	53	N	عدم الحاجة لوضع الميشة
			97.5%	75.7%	%	
			2	10	N	تغطية ثلاثية
			2.5%	14.3%	%	
			0	3	N	وضع ميشة داخل الرحم
			0.0%	4.3%	%	
			0	2	N	سلفرة ورؤية ما بعد
			0.0%	2.9%	%	الجراحة
			0	2	N	الحاجة لدكة العنق
			0.0%	2.9%	%	

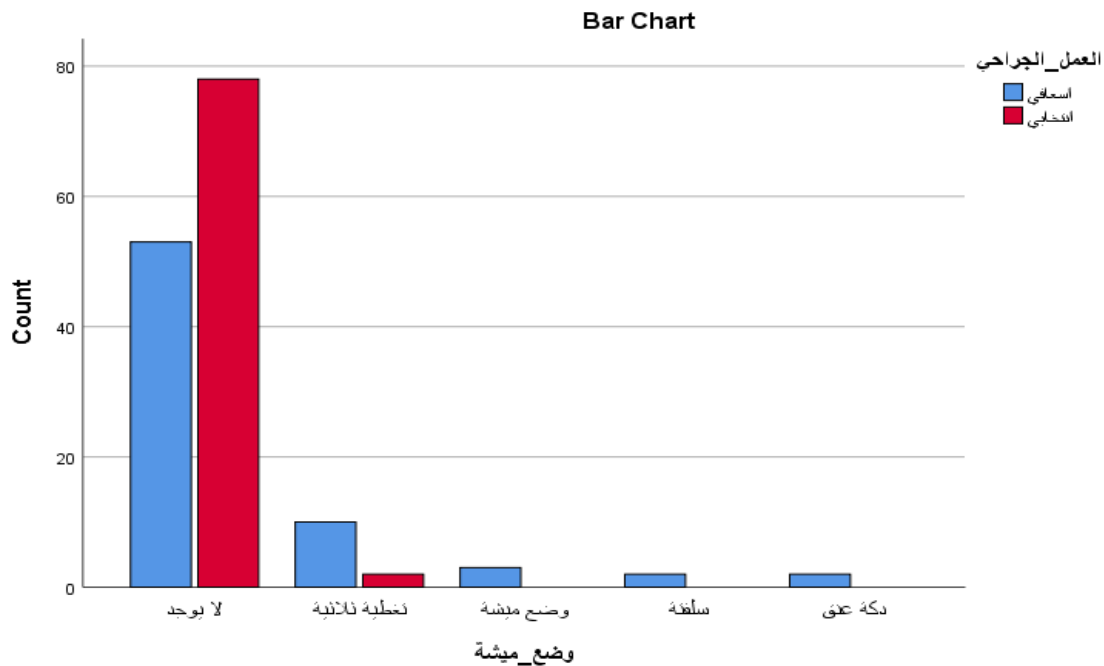
من الجدول (4-13) نلاحظ ما يلي:

** وجود فروق دالة احصائية في هذه المتغيرات بين مجموعتي القيصرات الإسعافية والانتخابية.

** حيث حصلنا على قيمة $X^2 = 16.511$ مع مستوى أهمية أقل من 0.05.

** تبين أن الحاجة لتغطية ثلاثية بالصادات والسلفطة الوريدية ما بعد الجراحة هي أكبر في مجموعة القيصرات الإسعافية كذلك الحاجة لاستخدام ميثشة داخل الرحم ودكة العنق هي أعلى في هذه المجموعة.

** أما عن مجموعة القيصرات الانتخابية لم نجد حالات بحاجة لوضع ميثشة داخل الرحم أو دكة عنق ولا حاجة لإجراء سلفطة وريدية.



المخطط البياني (4-12): المقارنة في بعض النتائج التوليدية بين نوعي العمل الجراحي

7-4-4 المقارنة في كمية النزف بين نوعي العمل الجراحي

يوضح الجدول التالي المقارنة في كمية النزف بين نوعي العمل الجراحي

جدول (4-14): المقارنة في كمية النزف بين نوعي العمل الجراحي

القرار الاحصائي	P-value	t-test
كمية النزف		
يوجد فروق	0.000	10.229

من الجدول رقم (4-14) نلاحظ ما يلي:

وجود فروق دالة احصائياً في كمية النزف بين مجموعة القيصرينات الإسعافية والانتخابية حيث كانت قيمة $T=10.229$ مع مستوى أهمية أقل من 0.05 .

الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط	N	العمل_الجراحي	
14.335	119.938	207.07	70	اسعافي	كمية_النزف
2.328	20.821	67.63	80	انتخابي	

4-4-8 المقارنة في مدة الجراحة بين نوعي العمل الجراحي

يوضح الجدول التالي المقارنة في مدة الجراحة بين نوعي العمل الجراحي

جدول (4-15): المقارنة في مدة الجراحة بين نوعي العمل الجراحي

القرار الاحصائي	P-value	t-test
		مدة الجراحة
يوجد فروق	0.000	10.680

من الجدول (4-15) نلاحظ ما يلي:

وجود فروق دالة احصائياً في مدة الجراحة بين القيصرينات الإسعافية والانتخابية حيث كانت قيمة $T=10.680$ مع مستوى أهمية أقل من 0.05 .

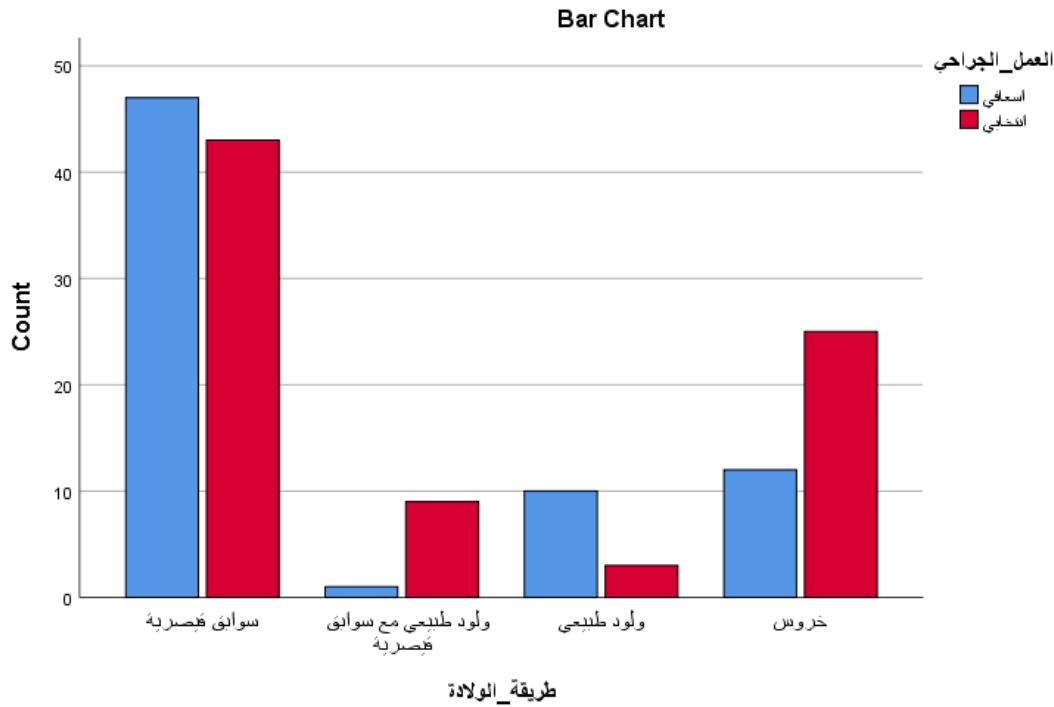
الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط	N	العمل_الجراحي	
1.293	10.816	39.79	70	اسعافي	مدة_الجراحة
.698	6.245	24.61	80	انتخابي	

4-5- المقارنة في طريقة الولادة بين نوعي العمل الجراحي

يوضح الجدول التالي المقارنة في طريقة الولادة بين نوعي العمل الجراحي

جدول (4-16): المقارنة في طريقة الولادة بين نوعي العمل الجراحي

القرار الاحصائي	P-value	Chi-Square	انتخابي (n=80)	اسعافي (n=70)	المتغيرات
طريقة الولادة					
يوجد فروق	0.003	14.312	43	47	N سوابق
			53.8%	67.1%	% قيصرية
			9	1	N ولود طبيعي
			11.3%	1.4%	% مع سوابق قيصرية
			3	10	N ولود طبيعي
			3.8%	14.3%	% خروس
			25	12	N
			31.3%	17.1%	%



المخطط البياني (4-13): المقارنة في طريقة الولادة بين نوعي العمل الجراحي

من هذا الجدول (4-16) نلاحظ ما يلي:

**وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي القيصرية والإسعافية والانتخابية فيما يخص طريقة الولادة.

**** حيث حصلنا على قيمة $X^2=14.312$ مع مستوى أهمية أقل من 0.05.**

**** تبين أن أغلب حالات القيصرية الإسعافية والانتخابية مترافقة مع استطباب سوابق القيصریات والنسبة الأكبر كانت في مجموعة القيصریات الإسعافية.**

**** أما عند الخروسات لوحظ أن نسبة القيصریات الانتخابية كانت أكبر والسبب غالباً هو طلب المريضة المسبق للقيصرية.**

**** كذلك وجد أن الولود مع سوابق القيصرية كانت نسبة القيصریات الانتخابية لدهن أكبر.**

**** أما مجموعة الولودات ترافقت مع قيصریات إسعافية أكثر.**

الفصل الخامس: المقارنة مع الدراسات العربية والعالمية المُشابهة

راجعنا خمس دراسات مشابهة للدراسة الحالية واستخلصت أهم نتائجها ومقارنتها مع نتائج الدراسة الحالية:

➤ دراسة محمد المهدي وزملاؤه (2016):

دراسة منشورة في مجلة Pan African Medical Journal بعنوان:

"Fetal outcome in emergency versus elective cesarean sections at Souissi Maternity Hospital, Rabat, Morocco."

أظهرت انخفاض نسبة الوفيات التوليدية الناجمة عن القيصرية ولكن الإمبراضيات الجنينية لا زالت نسبتها عالية بالمقارنة مع الولادة المهبليّة والاختلاطات الناجمة عن القيصرية الإسعافية هي أكبر مقارنة بالقيصرية الانتخابية. [86]

شملت الدراسة هنا 588 عملية قيصرية توزعت على مجموعتين الأولى تشمل الإسعافية وتمثل 446 قيصرية (75.85%) والأخرى تشمل العمليات الانتخابية وتضم 142 حالة (24.15%).

من العوامل المختلفة التي تم تحليلها فيما يتعلق بنوعي العمليات القيصرية إحصائياً تم العثور على ارتباطات ذات دلالة إحصائية بين الولادة القيصرية الإسعافية والأمهات الأصغر سناً وأمّية الأمهات والخروسات والرعاية غير الكافية قبل الولادة، والإحالة من مؤسسات من أجل مضاعفات الحمل أو الولادة.

تم إجراء العمليات القيصرية هنا تحت التخدير العام بشكل أكبر، مع ولادة ولدان بوزن منخفض، وزيادة إمبراضية الولدان حديثي الولادة والوفيات المبكرة كذلك تزايد حالات القبول في وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة. كان الاستطباب الأشيع في القيصرية الإسعافية في هذه الدراسة هو تعرض الجنين للشدّة، في حين أن أكثر الاستطبابات شيوعاً في العملية القيصرية الانتخابية كانت سوابق القيصرية.

كان معدل المضاعفات أعلى في مجموعة العمليات القيصرية الإسعافية منه في مجموعة العمليات القيصرية الانتخابية. لوحظ أن الكشف المبكر وإحالة الأمهات اللواتي من المحتمل أن تخضعن لعملية قيصرية قد يقلل من حدوث العمليات القيصرية الإسعافية وبالتالي يقلل من مضاعفات الجنين.

◆ دراسة لولو النعيم وزملائها (1996):

دراسة منشورة في مجلة Annals of Saudi Medicine بعنوان:

" Outcome in Elective and Emergency Cesarean Sections: A Comparative Study."

تم دراسة النتائج التوليدية للقيصريّات الانتخابية والإسعافية حيث شملت العينة 1426 حاملاً خضعت لقيصرية في مشفى جامعة الملك فهد في الرياض -السعودية. وتم دراسة عوامل مختلفة تم تحليلها فيما يتعلق بنوعي القيصريّات إحصائياً حيث وجد ارتباطات كبيرة بين القيصريّات الإسعافية والمرضى الأصغر سناً، وقلة عدد الولادات، والزيارات غير المنتظمة في عيادات ما قبل الولادة، كذلك زيادة مضاعفات المخاض، وإمراضيات ما بعد الجراحة ودرجة أبغار المنخفضة (أقل من 6).

وكان هدف الدراسة توجيه كل الجهود لجعل القيصريّات انتخابية إن أمكن ذلك خلال فترة ما قبل الولادة من أجل تجنب المضاعفات المختلفة المرتبطة بالحالات الإسعافية. كما وضحت الدراسة أن إطلاق مصطلح القيصرية سواء انتخابية أم إسعافية يعتمد على الاستطباب بشكل رئيسي لهذه القيصرية. وأظهرت أنه في حال زيادة الحاجة لإجراء قيصريّات من المفضل أن يكون هناك وقت كاف قبل العملية للتحضير لها. وبالتالي في حال تمت القيصرية بشكل انتخابي ستكون نسبة الاختلاطات التوليدية أقل مما هي عليه في القيصريّات الإسعافية. [93]

بالنسبة للمريضة التي هي على وشك الولادة، فإن إجراء عملية قيصرية سيملك نتائج سلبية مقارنة بالولادة الطبيعية المهبلية. وهذا ليس فقط من حيث الألم والرض الحاصل نتيجة فتح البطن، ولكن أيضاً بسبب المضاعفات التي قد تترافق معها. كما أن القيصرية مكلفة أيضاً، بسبب تكلفة العملية نفسها، بالإضافة إلى الإقامة الطويلة بعد الولادة في المشفى.

➤ دراسة نهال الريامي وزملائها (2016):

دراسة منشورة في قسم التوليد والنسائية في مشفى السلطان قابوس بمدينة مسقط في عمان بعنوان:

"Comparative analysis of maternal and neonatal outcomes between elective and emergency cesarean section at a single tertiary hospit."

كان الهدف من هذه الدراسة هو تحديد أكثر المضاعفات الوليدية والوالدية شيوعاً بعد القيصريّات في مستشفى جامعة السلطان قابوس (SQUH) ومقارنة النتائج بين العملية القيصرية الإسعافية والانتخابية.

شملت هذه الدراسة مقارنة 300 امرأة حامل خضعن لعملية قيصرية وتم تقسيم العينة إلى 150 حالة في مجموعة العمليات القيصرية الانتخابية و 150 في مجموعة العمليات القيصرية الإسعافية.

كان عامل الخطر الرئيسي لكلا المجموعتين هو السكري الحلمي وكان الاستطباب الأكثر شيوعاً لكليهما سوابق القيصريّات.

لوحظت مضاعفات التخدير المتعلقة بانخفاض ضغط الدم أكثر في العملية القيصرية الانتخابية (15.3%) منها في مجموعة العمليات القيصرية الإسعافية (4%). المضاعفات الرئيسية الأكثر شيوعاً أثناء العملية في كلا المجموعتين كانت نزف ما بعد الولادة.

شوهدت حمى ما بعد الولادة في 12.0% من النساء في المجموعة الإسعافية مقارنة ب 4% في المجموعة الانتخابية. لوحظ كذلك فقر الدم في 79.2% و 65.3% في الحالات الإسعافية والحالات الانتخابية على التوالي. كانت متلازمة الضائقة التنفسية وتسرع النفس العابر عند الوليد هي المضاعفات الرئيسية لحديثي الولادة في كلا المجموعتين.

لم يكن هناك فرق مهم بين العملية القيصرية الإسعافية والعملية القيصرية الانتخابية ذات الصلة بالنتائج الوليدية والوالدية باستثناء انخفاض ضغط الدم العابر أثناء العملية والإصابة بالحمى وفقر الدم بعد الجراحة.

➤ دراسة ناديا زهيد وزملائها (2016):

دراسة منشورة في مجلة Rawalpindi Medical College (JRMC) بعنوان:

"Comparison of Outcome in Patients Undergoing Elective and Emergency Caesarean Section"

هذه الدراسة شملت المضاعفات بعد العمليات القيصرية الإسعافية والانتخابية حيث شملت جميع الإناث الذين تتراوح أعمارهم بين 18-45 عاماً، والذين يخضعون لعمليات قيصرية انتخابية وإسعافية لأي سبب من الأسباب.

شملت الدراسة 78 حالة وكان متوسط عمر المرضى 29.8 ± 4.16 سنة. تبين أن متوسط عمر الحمل 34.79 ± 2.53 في مجموعة القيصرات الإسعافية و 35.05 ± 2.41 في المجموعة الانتخابية.

كما كان معدل المضاعفات أعلى في المجموعة الإسعافية من مجموعة القيصرات الانتخابية. أكثر الاختلاطات ما بعد الجراحة أهمية التي تمت ملاحظتها هي الحمى وإنتان الجرح والنزف التالي للولادة وكانت أكثر شيوعاً في مجموعة القيصرات الإسعافية.

➤ دراسة هيرا شينوي وزملائه (2019):

دراسة منشورة في قسم التوليد والنسائية في الكلية الطبية بولاية كيرالا- الهند بعنوان:

" Determinants and outcomes of caesarean delivery: elective versus emergency in a tertiary care teaching institute in Kerala, India"

الهدف من هذه الدراسة هو تحليل الاستطابات والنتائج الوليدية والوالدية في الولادة القيصرية الانتخابية مقابل العمليات القيصرية الإسعافية. حيث تمت دراسة جميع النساء اللواتي أنجبن بعملية قيصرية على مدار عام واحد في كلية ترافانكور الطبية في ولاية كيرالا، الهند.

تم البحث عن استطابات الولادة القيصرية سواء كانت إسعافية أم انتخابية، الأمراض الناجمة عنها، وعمر الحمل عند اتخاذ القرار، ووزن الولادة ومدة الإقامة في المشفى، والحاجة لإنعاش الولدان الجدد. من بين 378 مريضة تم اختيارها، تمت دراسة 95 مريضة في مجموعة من العمليات القيصرية الانتخابية و283 حالة خضعت لعملية قيصرية إسعافية. كانت استطابات الولادة القيصرية الإسعافية الأشيع هي فشل التحريض، عدم تقدم المخاض، عدم التناسب الحوضي الجنيني، سوابق قيصرية في حالة مخاض، الشدة الجنينية. أما الاستطابات الأكثر شيوعاً للعملية القيصرية الانتخابية كان سوابق قيصرية سفلية عند مريضة غير راغبة في الولادة المهبلية، يليها المجيء المقعدي والحمول عالي الخطورة.

ترافقت فئة الأمهات الأصغر سناً، والأعمار الحملية البعيدة عن سن النضج، وانخفاض وزن الولادة، والإقامة الطويلة في المشفى مع مجموعة الحوامل اللواتي خضعن لولادة قيصرية إسعافية. كما كانت الحمى وإنتانات الطرق البولية والحاجة إلى التهوية بالنسبة للوليد ونقل الدم وتمزق الندبة أكثر شيوعاً في المجموعة الإسعافية.

1-5- لمحة عن دراسات المقارنة حسب حجم عينة البحث

الجدول (1-5): لمحة عن دراسات المقارنة

الباحث	الدولة	السنة	القيصريات الإسعافية	القيصريات الانتخابية
الدراسة الحالية	سورية	2023	70	80
دراسة محمد مهدي وزملاؤه	المغرب	2016	446	142
دراسة لولو النعيم وزملاؤها	السعودية	1996	898	528
دراسة نهال الريامي وزملاؤها	عمان	2016	150	150
دراسة ناديا زهيد وزملاؤها	لاهور	2016	29	29
دراسة هيرا شينوي	الهند	2019	283	95

من الجدول نلاحظ ما يلي:

- تكونت دراسات المقارنة من خمس دراسات: ثلاث دراسات منها في بلدان عربية المغرب والسعودية وعمان واثنين في الهند ولاهور.
- تراوحت سنوات نشر الدراسات ما بين 1996-2019.

2-5- مقارنة النتائج الوليدية مع دراسات المقارنة

توضح الجداول التالية مقارنة النتائج الوليدية مع دراسات المقارنة

الجدول (2-5): مقارنة النتائج الوليدية لدرجة أبغار سكور مع دراسات المقارنة

القيصريات الانتخابية		القيصريات الاسعافية			
أكبر من 7	أقل من 6	أكبر من 7	أقل من 6	أبغار سكور	الباحث
76.2%	28.3%	61.4%	38.65%		الدراسة الحالية
84.6%	15.4%	79.9%	20.1%		دراسة محمد مهدي وزملاؤه
97.1%	2.9%	91.4%	8.5%		دراسة لولو النعيم وزملاؤها
98.7%	1.3%	97.7%	2.3%		دراسة نهال الريامي وزملاؤها
89.85	10.2%	85.7%	14.3%		دراسة ناديا زهيد وزملاؤها
85.7%	14.3%	82.8%	17.2%		دراسة هيرا شينوي

من هذا الجدول نلاحظ ما يلي:

أن القيصريات الإسعافية ترافقت مع أبغار سكور سيء (أقل من 6) بنسبة أكبر من القيصريات الانتخابية ولوحظ ذلك في جميع الدراسات وكان ذلك مشابهاً لما توصلنا إليه في دراستنا.

الجدول (3-5): مقارنة النتائج الوليدية مع دراسات المقارنة

القيصرات الانتخابية			القيصرات الاسعافية			الباحث
أذيات الجنين	وفيات الولدان	الحاجة للإعاش	أذيات الجنين	وفيات الولدان	الحاجة للإعاش	
47.1%	8.9%	42.9%	14.8%	0%	5%	الدراسة الحالية
40.2%	8%	40%	15.3%	2%	7%	دراسة محمد مهدي وزملاؤه
42.3%	8.5%	38%	12.3%	3%	6%	دراسة لولو النعيم وزملاؤها
38.3%	8.2%	43%	13.2%	1%	8%	دراسة نهال الريامي وزملاؤها
43.4%	7.5%	30%	10.2%	2%	4%	دراسة ناديا زهيد وزملاؤها
45%	8.5%	41%	14.3%	4%	3%	دراسة هيرا شينوي

من هذا الجدول نلاحظ ما يلي:

ترافقت القيصرات الإسعافية في كل الدراسات مع نسبة أكبر لأذيات الجنين ووفيات الولدان والحاجة للإعاش بعد الولادة وهو مشابه لما توصلنا إليه في دراستنا.

3-5- مقارنة النتائج الوالدية مع دراسات المقارنة

توضح الجداول التالية مقارنة النتائج الوالدية مع دراسات المقارنة

الجدول (4-5): مقارنة النتائج الوالدية مع دراسات المقارنة

القيصرات الانتخابية			القيصرات الإسعافية			الباحث
الاختلاطات ما بعد الجراحة	التخدير العام	النزف	الاختلاطات ما بعد الجراحة	التخدير العام	النزف	
%3.7	%0	%2.5	%28.6	% 28.6	%14.3	الدراسة الحالية
%7	% 2	%1.3	%30	%25	% 14	دراسة محمد مهدي وزملاؤه
%6	%3	%2.3	%25	% 24.8	% 13	دراسة لولو النعيم وزملاؤها
%7.5	%1	%3.2	%29	%26	%12.4	دراسة نهال الريامي وزملاؤها
%4	%2	%4.2	%25	% 25	%12 %	دراسة ناديا زهيد وزملاؤها
%3	%4	%3.3	%35	%25	%15	دراسة هيرا شينوي

من الجدول السابق نلاحظ ما يلي:

تبين ان القيصرات الإسعافية تترافق مع نتائج والدية أسوأ مما هو عليه في القيصرات الانتخابية وتشمل هذه النتائج زيادة بكمية النزف والحاجة للتخدير العام وإجراء قيصرية علوية وكذلك وجود اختلاطات عامة ما بعد الجراحة مثل أذية المثانة أو الأمعاء – أذية الرحم – حدوث إنتان ما بعد الجراحة وارتفاع المشعرات الالتهابية – الحمى – الحاجة لنقل الدم ووضع مفجر أو دكة عنق او ميثشة رحم بعد العملية.

وكانت نسبة هذه الاختلاطات متقاربة في جميع الدراسات ومماثلة لما توصلنا إليه في دراستنا.

الفصل السادس: مناقشة النتائج

****** صممت هذه الدراسة كدراسة مقارنة للنتائج الوليدية والوالدية في المرضى الذين خضعوا لعمليات قيصرية (انتخابية- إسعافية) وشملت 150 حالة قيصرية منها 70 حالة إسعافية – 80 حالة انتخابية.

****** تم تعريف الرعاية ما قبل الولادة بأنها رعاية المرأة أثناء الحمل والتي تهدف بشكل أساسي إلى الحصول على سلامة الوليد والام.

وتشكل الرعاية ما قبل الولادة القاعدة الرئيسية لصحة الأم المتكاملة ضمن مفهوم الصحة الإنجابية حيث ترتبط مضاعفات الأمهات والولدان خلال فترة ما حول الولادة بشكل كبير بعدم الاستفادة من خدمات الرعاية السابقة للولادة والظروف الاجتماعية والاقتصادية السيئة للمريضة.

****** تبين أن معظم المريضات في كلا المجموعتين ليس لديهن مهنة معينة (ربة منزل)، في حين أن نسبة الثقافة كانت أعلى في مجموعة القيصرات الانتخابية (معلمات) مقارنة مع القيصرات الإسعافية وهذا دليل أن المتابعة ونسبة الالتزام بموعد زيارات الطبيب كانا أعلى في مجموعة القيصرات الانتخابية.

****** ترافقت القيصرات الإسعافية مع أعمار حوامل أكبر سناً (المتوسط 29 سنة) مقارنة مع مجموعة القيصرات الانتخابية (المتوسط 27 سنة).

****** تبين أن القيصرات الإسعافية ترافقت مع أعمار حملية أصغر (المتوسط 36 أسبوع) مما هي عليه في القيصرات الانتخابية (المتوسط 37 أسبوع).

****** في حال لم يكن هناك دليل على نضج رئة الجنين، لا ينبغي الإقرار بالولادة القيصرية الانتخابية قبل 39 أسبوعاً حملياً، حيث في هذا الوقت ترتبط الولادة القيصرية الانتخابية بنتائج أفضل للجنين مقارنةً بالفترة 37-38 أسبوعاً حملياً، وعادة ما يتم إجراء الولادة القيصرية الانتخابية في الوقت المناسب لطبيب التوليد والمريضة حيث يتم إجراء العملية القيصرية الانتخابية في الأسبوع 37 فصاعداً، حيث يعتبر الجنين في هذا الوقت ناضجاً تماماً.

****** بالنسبة للنتائج الوليدية تبين أن القيصرات الإسعافية ترافقت مع أبعاد سكور سيء (أقل من 6) بنسبة أكبر من القيصرات الانتخابية ولوحظ ذلك في كل الدراسات وكان ذلك مشابهاً لما توصلنا إليه في دراستنا.

كذلك ترافقت القيصرات الإسعافية في كل الدراسات مع نسبة أكبر لأذيات الجنين ووفيات الولدان والحاجة للإنعاش بعد الولادة وهو مشابه لما توصلنا إليه في دراستنا.

****** أما بالنسبة للنتائج الوالدية تبين أن القيصرات الإسعافية تترافق مع نتائج والدية أسوأ مما هو عليه في القيصرات الانتخابية وتشمل هذه النتائج زيادة بكمية النزف والحاجة للتخدير العام وإجراء قيصرية علوية وكذلك وجود اختلاطات عامة ما بعد الجراحة مثل أذية المثانة أو الأمعاء – أذية الرحم – حدوث إنتان ما بعد الجراحة وارتفاع المشعرات الالتهابية – الحمى – الحاجة لنقل الدم ووضع مفجر أو دكة

عنق او ميثشة رحم بعد العملية. وكانت نسبة هذه الاختلاطات متقاربة في جميع الدراسات ومماثلة لما توصلنا إليه في دراستنا.

****** حيث لوحظ وجود فروق دالة احصائياً في حصول النزف بين مجموعتي القيصرات الإسعافية والانتخابية.

حيث تبين أن 85.7% من حالات مجموعة القيصرات الإسعافية لم تنزف في حين أن 14.3% منها تعرضت للنزف، أما مجموعة القيصرات الانتخابية تبين أن 97.5% من الحالات لم تنزف في حين أن 2.5% منها نزفت. وهذا يدل أن النزف تمت ملاحظته بشكل أوسع في مجموعة القيصرات الإسعافية.

****** كما وجد فروق دالة احصائياً في الحاجة لنقل الدم بين مجموعتي القيصرات الإسعافية والانتخابية. وتبين أن 60% من حالات القيصرات الإسعافية لم تحتج لنقل الدم في حين أن 40.0% منها احتاجت لنقل الدم.

أما عن مجموعة القيصرات الانتخابية فقد تبين أن 93.8% من الحالات لم تحتج لنقل الدم و 6.3% احتاجت لنقل الدم. وهذا يدل أن القيصرات الإسعافية تحمل معدل أعلى للحاجة لنقل الدم مقارنة مع مجموعة القيصرات الانتخابية.

****** كما وجد فروق دالة احصائياً في نوع التخدير المستخدم بين مجموعتي القيصرات الإسعافية والانتخابية.

حيث 71.4% من الحالات في مجموعة القيصرات الإسعافية تعرضوا لتخدير قطني بينما 28.6% كان التخدير المستخدم عاماً. أما عن مجموعة القيصرات الانتخابية تبين أن كافة الحالات خضعت لتخدير قطني. وهذا يدل أن مجموعة القيصرات الإسعافية تترافق مع استخدام التخدير العام بشكل أكبر وبالتالي اختلاطات تخديرية أكبر للأم والجنين.

****** تبين أن الحاجة لتغطية ثلاثية بالصادات والسلفطة الوريدية ما بعد الجراحة هي أكبر في مجموعة القيصرات الإسعافية كذلك الحاجة لاستخدام ميثشة داخل الرحم ودكة العنق هي أعلى في هذه المجموعة.

****** أما عن مجموعة القيصرات الانتخابية لم نجد حالات بحاجة لوضع ميثشة داخل الرحم أو دكة عنق ولا حاجة لإجراء سلفطة وريدية.

****** تبين أن أغلب حالات القيصرية الإسعافية والانتخابية مترافقة مع استئطاب سوابق القيصرات والنسبة الأكبر كانت في مجموعة القيصرات الإسعافية.

****** أما عند الخروسات لوحظ أن نسبة القيصرات الانتخابية كانت أكبر والسبب غالباً هو طلب المريضة المسبق للقيصرية.

****** تبين أن 92.9% من حالات مجموعة القيصریات الإسعافية لم تكن مصابة بداء سكري حملي بينما 7.1% منها كانت مصابة بداء السكري الحملي، في حين أنه لم يتم رصد حالات مصابة بداء السكري الحملي في القيصریات الانتخابية. وهذا دليل أن ترافق حالات الداء السكري الحملي مع مجموعة القيصریات الإسعافية بشكل أكبر.

****** تبين أن 90.0% من الحالات في مجموعة القيصریات الإسعافية لم تكن مصابة بالضغط في حين أن 10.0% كانت مصابة بالضغط. أما في مجموعة القيصریات الانتخابية تبين أن 91.3% من الحالات لم تكن مصابة بالضغط في حين أن 8.8% منها كانت مصابة بالضغط. وهذا دليل أن ترافق حالات الضغط الحملي مع مجموعة القيصریات الإسعافية بشكل أكبر.

الفصل السابع: المحددات والمعوقات

هناك بعض المحددات والمعوقات لدراستنا وأهمها:

- بعض الحالات الإسعافية المرافقة لتطور المخاض يكون من غير الممكن عزل أسباب مرضية واضحة بشكل مسبق خلال الحمل، فإن جزء كبيراً منها يكون سببها تقدم المخاض بشكل غير متوقع مع حدوث اختلاطات مفاجئة.
- أجريت الدراسة في مركز واحد، ولا يمكن تعميم النتائج على مستوى القطر.

الفصل الثامن: التوصيات

- الكشف المبكر عن الأمراض خلال الحمل والمتابعة الحثيثة مع الالتزام بالعلاج المناسب وإحالة الحوامل عاليات الخطورة إلى المراكز المتخصصة من شأنه أن يخفف احتمال الحاجة للقيصريّات الإسعافية وبالتالي هذا بدوره يخفف الاختلاطات الوليدية والتوليدية.
- ولذلك يجب بذل كل جهد في العيادة في الزيارات خلال الحمل من أجل كشف الحالات التي من المحتمل أن تؤدي إلى مخاض صعب، مثل أوزان كبيرة للأجنة، وجود ضيق حوض عند الحامل، سوابق قيصريّات، عدم تناسب حوضي جنيني وبذلك نخفف نسبة القيصريّات الإسعافية بشكل أكبر.
- وتوصلنا لنتيجة هامة جداً وهي ضرورة توفر رعاية كافية ما قبل الولادة لجميع الحوامل حيث يجب على المريضة أن تزور الطبيب لا يقل عن ثلاث زيارات خلال فترة حملها، مع متابعة قيم الضغط والسكري الحملي وكشف الأمراض باكراً في حال وجودها وعلاجها بالشكل الأمثل، كما ينبغي للطبيب أن يحاول أن يجعل القيصرية انتخابية ما أمكن ذلك من أجل تجنب الاختلاطات الوليدية والوالدية والتي سبق ذكرها حيث تزداد النسبة بشكل واضح في القيصريّات الإسعافية.

المراجع References

- (1) – **Lurie S**, Glezerman M. The history of cesarean technique. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1803–6.
- (2) – **Dahlke JD**, Mendez-Figueroa H, Rouse DJ, et al. Evidence-based surgery for cesarean delivery: an updated systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 209:294–306.
- (3) – **Ribeiro VS**, Figueiredo FP, Silva AA, et al. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? *Braz J Med Biol Res* 2007; 40:1211–20.
- (4) – **Lurie S**, Glezerman M. The history of cesarean technique. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:1803–6.
- (5) – **Villar J**, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with cesarean delivery: ulticenter prospective study. *BMJ*. 2007;335(7628):1025.
- (6) – **Sharon Sung**, Heba Mahdy, Cesarean Section, NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health, 2023 Jan, (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>) , Bookshelf ID: NBK546707 PMID: 31536313.
- (7) – **UNICEF**, WHO, UNFPA, New York: United Nations Children’s Fund; 1997: 1.
- (8) – **Madhu Sinha**, Renu Prabha, A Comparative Study of Maternal Morbidity and Mortality in Patient Undergoing Elective and Emergency Caesarean Section, *European Journal of Molecular & Clinical Medicine (EJMCM)*, ISSN: 2515-8260, Volume 09, Issue 01, 2022
- (9) – **ACOG** Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol*. 2019 Feb;133(2):e110-e127. [PubMed: 30681543]
- (10) – **Molina, G**; Weiser, TG; Lipsitz, SR; Esquivel, MM; Uribe-Leitz, T; Azad, T; Shah, N; Semrau, K; Berry, WR; Gawande, AA; Haynes, AB (1 December 2015). “Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality” (<https://doi.org/10.1001%2Fjama.2015.15553>) . *JAMA*. 314 (21): 2263 70. Doi:10.1001/jama.2015.15553 (<https://doi.org/10.1001%2Fjama.2015.15553>) . PMID 26624825 (<https://pubmed.Ncbi.nlm.nih.gov/26624825>)

- (11) -**Dasari** Gayathry, Visweswara Rao Guthi, Sameer Bele, Achanta Vivekannada, A study of maternal morbidity associated with caesarean delivery in tertiary care hospital. International Journal of Community Medicine and Public Health. *Gayathry D et al. Int J Community Med Public Health*. 2017 May;4(5):1542-1547, <http://www.ijcmph.com> , Pissn 2394-6032 | Eissn 2394-6040. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20171760>
- (12) – **Lembrouck** C, Mottet N, Bourtembourg A, Ramanah R, Riethmuller D. Can we decrease cesarean rate at a university hospital treating high risk pregnancies?. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. 2015.
- (13) – **Zia** S, Rafique M. Intra-operative complications increase with successive number of cesarean sections: Myth or fact? *Obstetrics & Gynecology Science*. 2014;57:187-92.
- (14) – **Molina** G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, et al. Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. *JAMA*. 2015;314:2263-70.
- (15) – **Pacher** J, Brix E, Lehner R. The mode of delivery in patients with preeclampsia at term subject to elective or emergency Cesarean section. *Arch. Gynecol. Obstet*. 2014;289:263-67.
- (16) – **O'Dwyer** V, Hogan JL, Farah N, Kennelly MM, Fitzpatrick C, Turner MJ. Maternal mortality and the rising cesarean rate. *Int. J. Gynaecol. Obstet*. 2012;116:162-64.
- (17) – **Daniel** S, Viswanathan M, Simi B, Nazeema A. Study of Maternal Outcome of Emergency and Elective Caesarean Section in A Semi-Rural Tertiary Hospital. *National Journal of Medical Research*. 2014;4:14-18.
- (18) – **Karkee** R, Lee AH, Khanal V, Pokharel PK, Binns CW. Obstetric complications and cesarean delivery in Nepal. *Int. J. Gynaecol. Obstet*. 2014;125:33-36.
- (19)- “**WHO** Statement on Caesarean Section Rates” (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf) (PDF). 2015. Archived (https://web.archive.org/web/20150501002853/http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf) (PDF) from the original on 1 May 2015. Retrieved 6 May 2015.

- (20) – **Clapp** MA, Barth WH. The Future of Cesarean Delivery Rates in the United States. *Clin Obstet Gynecol*. 2017 Dec;60(4):829-839. [PubMed: 29045299]
- (21) – **National** Institute for Health and Clinical Excellence. RCOG Press. 2nd edition 2011. Caesarean Section – NICE clinical guideline 132. [[Google Scholar](#)]
- (22)- **Louis**, HS. *Cesarean Delivery*. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/263424-overview>. December 2018
- (23) – **Soren** R, Maitra N, Patel PK, Sheth T. Elective Versus Emergency Caesarean Section: Maternal Complications and Neonatal Outcomes. *Journal of Nursing and Health Science* 2016;5(5): 1–4. <https://doi.org/10.9790/1959-0505080104>.
- (24) – **Muhammad** Ali, FCPC, Rashida Hafeez, FCPS, Mansoor Ahmad , MBBS, maternal and fetal outcome; comparison between emergency caesarean section versus elective caesarean section, the professional vol:12, no:01 jan, feb, mar, 2005
- (25) – **Palmer** SK, Zamudio S, Coffin C, Parker S, Stamm E, Moore LG. Quantitative estimation of human uterine artery blood flow and pelvic blood flow redistribution in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1992 Dec;80(6):1000-6. [PubMed: 1448242]
- (26) – **Boyle** A, Reddy UM, Landy HJ, Huang CC, Driggers RW, Laughon SK. Primary cesarean delivery in the United States. *Obstet Gynecol*. 2013 Jul;122(1):33-40. [PMC free article: PMC3713634] [PubMed: 23743454]
- (27)- **Barber** EL, Lundsberg LS, Belanger K, Pettker CM, Funai EF, Illuzzi JL. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol*. 2011 Jul;118(1):29-38. [PMC free article: PMC3751192] [PubMed: 21646928]
- (28) -**Wilson** RD, Caughey AB, Wood SL, Macones GA, Wrench IJ, Huang J, Norman M, Pettersson K, Fawcett WJ, Shalabi MM, Metcalfe A, Gramlich L, Nelson G. Guidelines for Antenatal and Preoperative care in Cesarean Delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part
- (29) – **Smaill** FM, Grivell RM. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*.

2014 Oct 28;2014(10):CD007482. [PMC free article: PMC8078551] [PubMed: 25350672]

(30) – **Mackeen** AD, Packard RE, Ota E, Berghella V, Baxter JK. Timing of intravenous prophylactic antibiotics for preventing postpartum infectious morbidity in women undergoing cesarean delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Dec 05;(12):CD009516. [PubMed: 25479008]

(31) – **Committee** on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 199: Use of Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery. *Obstet Gynecol.* 2018 Sep;132(3):e103-e119. [PubMed: 30134425]

(32) - **Smid** MC, Dotters-Katz SK, Silver RM, Kuller JA. Body Mass Index 50 kg/m² and Beyond: Perioperative Care of Pregnant Women With Superobesity Undergoing Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol Surv.* 2017 Aug;72(8):500-510. [PubMed: 28817167]

(33) – **Tita** ATN, Boggess K, Saade G. Adjunctive Azithromycin Prophylaxis for Cesarean Delivery. *N Engl J Med.* 2017 Jan 12;376(2):182. [PubMed: 28076707]

(34) – **Haas** DM, Morgan S, Contreras K, Enders S. Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Jul 17;7(7):CD007892. [PMC free article: PMC6513039] [PubMed: 30016540]

(35) – **Clark** SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GD. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Jul;199(1):36.e1-5; discussion 91-2. E7-11. [PubMed: 18455140]

(36) – **Committee** on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017 Oct;130(4):e168-e186. [PubMed: 28937571]

(37) – **Alexander** JM, Leveno KJ, Hauth J, Landon MB, Thom E, Spong CY, Varner MW, Moawad AH, Caritis SN, Harper M, Wapner RJ, Sorokin Y, Miodovnik M, O’Sullivan MJ, Sibai BM, Langer O, Gabbe SG., National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Fetal injury associated with cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2006 Oct;108(4):885-90. [PubMed: 17012450]

- (38) – **Indraccolo** U, Pace M, Corona G, Bonito M, Indraccolo SR, Di Iorio R. Cesarean section in the absence of labor and risk of respiratory complications in newborns: a case-control study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2019 Apr;32(7):1160-1166. [PubMed: 29103350]
- (39) – **Marshall** NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2011 Sep;205(3):262.e1-8. [PubMed: 22071057]
- (40) – **Dahlgren** LS, von Dadelszen P, Christilaw J, et al. Cesarean section on maternal request: risks and benefits in healthy nulliparous women and their infants. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009;31:808–817. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (41) – **Smaill** FM, Gyte GM. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (42) – **Liu** S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ.* 2007;176:455–460. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (43) – **Allen** VM, O’Connell CM, Baskett TF. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with induction of labor at term. *Obstet Gynecol.* 2006;108:286–294. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (44) – **Mozurkewich** EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183:1187–1197. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (45) – **Knight** M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2008;111:97–105. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (46) – **Clark** SL, Christmas JT, Frye DR, Meyers JA, Perlin JB. Maternal mortality in the United States: predictability and the impact of protocols on fatal postcesarean pulmonary embolism and hypertension-related intracranial hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;211(32):e1–e9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

- (47) – **Walfisch** A, Beloosesky R, Shrim A, Hallak M. Adhesion prevention after cesarean delivery: evidence, and lack of it. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;211:446–452. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (48) – **Sbarra** M, Boyd M, Dardarian TS. Complications due to adhesion formation following cesarean sections: a review of deliveries in three cases. *Fertil Steril*. 2009;92(394):e13–e16. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (49) – **Schindl** M, Birner P, Reingrabner M, Joura E, Husslein P, Langer M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82:834–840. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (50) – **Clark** SL, Scott JR, Porter TF, Schlappy DA, McClellan V, Burton DA. Is vaginal birth after cesarean less expensive than repeat cesarean delivery? *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182:599–602. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (51) – **Hemminki** E. Long term maternal health effects of caesarean section. *J Epidemiol Community Health*. 1991;45:24–28. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (52) – **Sadeghi** H, Rutherford T, Rackow BW, et al. Cesarean scar ectopic pregnancy: case series and review of the literature. *Am J Perinatol*. 2010;27:111–120. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (53) – **Hemminki** E. Impact of caesarean section on future pregnancy—a review of cohort studies. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1996;10:366–379. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (54)– **Gilliam** M. Cesarean delivery on request: reproductive consequences. *Semin Perinatol*. 2006;30:257–260. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (55) – **Tulandi** T, Agdi M, Zarei A, Miner L, Sikirica V. Adhesion development and morbidity after repeat cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201(56):e1–e6. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (56) – **Smith** GC, Pell JP, Dobbie R. Cesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet*. 2003;362:1779–1784. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (57) – **Holmgren** CM. Uterine rupture associated with VBAC. *Clin Obstet Gynecol*. 2012;55:978–987. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

- (58) – **Barger** MK, Weiss J, Nannini A, Werler M, Heeren T, Stubblefield PG. Risk factors for uterine rupture among women who attempt a vaginal birth after a previous cesarean: a case-control study. *J Reprod Med*. 2011;56:313-320. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (59) – **Hall** MH, Campbell DM, Fraser C, Lemon J. Mode of delivery and future fertility. *Br J Obstet Gynaecol*. 1989;96:1297–1303. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (60) – **Wortman** AC, Alexander JM. Placenta ultice, increta, and percreta. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2013;40:137-154. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (61)– [https://uptodatefree.ir/topic.htm?path=c-section-cesarean-delivery-beyond-the basics](https://uptodatefree.ir/topic.htm?path=c-section-cesarean-delivery-beyond-the-basics)
- (62) – **Elvedi** G, Klepac P, Peter B. Maternal and fetal outcome in elective versus. *Coll Anthropol*. 2006;1(30):113-8.
- (63) – **Heera** Shenoy T., Remash K., Sheela Shenoy T, Determinants and outcomes of caesarean delivery: elective versus emergency in a tertiary care teaching institute in Kerala, India, *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, Heera ST et al. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2019 Oct;8(10):4000-4007. www.ijrcog.org. Pissn 2320-1770 | Eissn 2320-1789. Pissn 2320-1770 | Eissn 2320-1789
- (64) – **Devendra** K, MBBS, MRCOG, S Arulkumaran, Should Doctors Perform an Elective Caesarean Section on Request?, *Annals Academy of Medicine*. *Ann Acad Med Singapore* 2003; 32:577-82
- (65) – **Weaver** J, Statham H, Richards M. High caesarean section rates among women over 30. High rates may be due to perceived potential for complications. *BMJ* 2001; 323:284-5.
- (66) – **Hofberg** K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *Br J Psychiatry* 2000; 176:83-5.
- (67) – **AWMF**. Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch (015/054) www.dgggde/leitlinienstellungnahmen/archivierteleitlinien/federfuehrende-leitlinien-derdggg/?eID=dam_fronted_push&docID=2083. (last accessed on 9 June 2015)

- (68) – **Institut** für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen A. Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2013. 16/1 – Geburtshilfe Basisauswertung. Göttingen. 2013. www.sgg.de/downloads/Bundesauswertungen/2013/bu_Gesamt_16N1-GEbH_2013.pdf (last accessed on 9 June 2015)
- (69) – **Sultan** A H, Stanton S L. Preserving the pelvic floor and perineum during childbirth – elective caesarean section? Br J Obstet Gynaecol 1996; 103:713-4.
- (70) – **Hemminki** E, Merilainen J. Long-term effects of cesarean section: ectopic pregnancies and placental problems. Am J Obstet Gynecol 1996; 174:1569-74
- (71) – **Wilson** P D, Herbison R M, Herbison G P. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. Br J Obstet Gynaecol 1996; 103:154-61.
- (72) – **Hilder** L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. Br J Obstet Gynaecol 1998; 105:169-73.
- (73) – **Maternal** and Child Health Research Consortium. Confidential enquiry into stillbirths and deaths in infancy. Fourth annual report. London: HMSO, 1997.
- (74) – **Paterson-Brown** S. Should doctors perform an elective caesarean section on request? Yes, as long as the women is fully informed. BMJ 1998; 317:462-3.
- (75) – **Hannah** M E, Hannah W J, Hewson S A, Hodnett E D, Saigal S, Willan A R (Term Breech Trial Collaborative Group). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a multicenter trial. Lancet 2000; 356:1375-83.
- (76) – **McMahon** M J, Luther E R, Bowes W A Jr, Olshan A F. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. N Engl J Med 1996; 335:689-95.
- (77) – **Annibale** D J, Hulsey T C, Wagner C L, Southgate W M. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. Arch Pediatr Adolesc Med 1995; 149: 862-7.

- (78) – **Smith** J F, Hernandez C, Wax J R. Fetal laceration injury at cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1997; 90:344-6
- (79) – **Anshu** Sharma, Rajiv Acharya, Yashika Pehal, Bhawna Sharma, Elective versus emergency caesarean section: differences in maternal outcome, *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. Sharma A et al. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2019 Aug;8(8):3207-3212. www.ijrcog.org. Pissn 2320-1770 | Eissn 2320-1789. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20193536>*
- (80) – **Palot** M. Césarienne : techniques d’anesthésie et soins postopératoires. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000;29(Suppl. 2): 96—107.
- (81) – **Gosset** M, Ilenko A, Bouyou J, Renevier B. Emergency caesarean section. *Journal of Visceral Surgery* (2017) 154, 47—50
- (82) – **Golfier** F. Technique opératoire de la césarienne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000;29(Suppl. 2):86—95.
- (83) – **Joel-Cohen** S. Abdominal and vaginal hysterectomy. New techniques based on time and motion studies. London: William Heineman Medical Books; 1972. P. 170.
- (84) – **Selami** Erdem, Serhat Ege, İhsan Bagli, Comparison of maternal morbidity in emergency and elective cesarean section, *Aegean Journal of Obstetrics and Gynecology*, Erdem S, Eje S, BaJOÕ I/ *Aegean J Obstet Gynecol* 2/3 (2020) 44-47. DoiÇ 10.46328/aejog.v2i3.59
- (85) – **Nihal** Al Riyami , ShurooqAl Shereiğ and Silja Pillai, Comparative analysis of maternal and neonatal outcomes between elective and emergency cesarean section at a single tertiary hospit, *Preprints (www.preprints.org) | not peer-reviewed | Posted: 22 May 2023. Doi:10.20944/preprints202305.1518.v1*
- (86) – **Benzouina** S, Boubkraoui M, Mrabet M, Chahid N, Kharbach A, El-Hassani A et al. Fetal outcome in emergency versus elective cesarean sections at Souissi Maternity Hospital, Rabat, Morocco. *Pan Afr Med J. 2016 Ap;15, 23, 197. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.23.197.7401>*
- (87) – **Yang** X and Sun S. Comparison of maternal and fetal complications in elective and emergency cesarean section: a systematic review and meta-analysis, *Arch Gynecol Obstet. 2017 Sep, 296(3): 503–512. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4445-2>.*

- (88) - **Benzouina** S, Boubkraoui M, Mrabet M, Naima Chahid N, Aicha Kharbach A, et al. Fetal outcome in emergency versus elective cesarean sections at Souissi Maternity Hospital, Rabat, Morocco. *Pan African Med J*. 2016; 23:197
- (89) – **Vogel** JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health*. 2015 May; 3(5): e260-70.
- (90) – **Villar** J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A et al. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006 Jun 3; 367(9525):1819-29.
- (91) – **Kamath** BD, Todd JK, Glazner JE, Lezotte D, Lynch AM. Neonatal outcomes after elective cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2009 Jun; 113(6):1231-8.
- (92) – **Gizzo** S, Noventa M, Fagherazzi S, et al. Update on best available options in obstetrics anaesthesia: perinatal outcomes, side effects and maternal satisfaction. Fifteen years systematic literature review. *Arch Gynecol Obstet*. 2014; 290:21-34. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- (93) - **Lulu** Al Nuaim, and Others. Outcome in Elective and Emergency Cesarean Sections: A Comparative Study. *Annals of Saudi Medicine*, Vol 16 No. 6; 1996

الملخص باللغة الانكليزية English Abstract

Abstract

Cesarean section is the most important operation in the field of obstetrics. The history of caesarean section dates back more than 4,000 years. [1] The caesarean section today is the most widespread operation around the world [2], as the percentage of caesarean section in some countries reaches more than 50% of the number of deliveries. [3]

Caesarean section can be performed as an elective procedure as well as an emergency one, so this study was conducted to compare neonatal and parental outcomes between elective and emergency caesarean sections in the University Obstetrics Hospital in Damascus.

The research included 150 cases that underwent caesarean sections, divided into two groups: the first group included caesarean sections, and the second group included emergency caesareans.

There was an important difference in terms of results, as the percentage of neonatal and parental complications increased in the emergency caesarean section group compared to the elective caesarean section group.

The percentage of indications leading to an emergency caesarean section, and the accompanying neonatal and parental complications increased, which could have been reduced if the patient continued her pregnancy early.

Keywords: caesarean sections, elective caesareans, emergency caesareans, obstetric indications, neonatal and maternal outcomes.

**Syrian Arab Republic
Ministry Of High Education
Damascus University
Faculty of Medicine
Obstetrics and Gynecology
Diseases Department**



A Comparative Study of Fetal and Maternal Outcomes in Emergency Versus Elective Cesarean Sections

**A dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Master Degree in Obstetrics and Gynecology Diseases**

By

Dr. Rasha Rateb Almnashef

Supervisor

Prof. Dr. Azzam Abo Touk

**Professor in the Department of Obstetrics and Gynecology at the Faculty
of Medicine -Damascus University**

2023