جامعة دمشق

كلية الطب البشري

فعالية الاحصار جانب العنق في تجريف باطن الرحم لأغراض تشخيصية أو بعدإسقاط غير تام

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

برئاسة

الأستاذ الدكتـــور

كنعان السقا

إشراف

الأستاذ الدكتـــور

عماد الدين التنوخي

إعداد الدكتورة

لطيفة صالح الخطيب

بسم الله الرحمن الرحيم

شكروتقدير

الشكر والتقدير للأستاذ الدكتور عماد الدين الشوخي المشرف على هذه الدراسة...

تقديري وامتناني للسادة الأساتذة أعضاء الهيئة التدريسية في قسم التوليد وأمراض النساء .....

تقديري للطاقم التمريضي والإداري في المشفى.....

الشكر للمريضات اللاتي وافقن على الدخول الدراسة .....

أعمق الشكر لعائلتي .....

الفهرس

قائمة محتويات الدراسة

	رقم الصفحة
القسم النظري	٦
تعصيب الرحم	٧
التداخلات الرحمية	١١
طرق تخدير المريضة في تجريف باطن الرحم	١٣
القسم العملي	٢٢
منهج الدراسة	٢٣
عنوان الدراسة	٢٣
أهمية الدراسة	٢٣
هدف الدراسة	٢٤
المواد والطرائق	٢٤
نتائج الدراسة	٢٨
وصف عينة الدراسة	٢٩
بيانات عامة	٣١
بيانات القصة التوليدية	٣٢
البيانات التطبيقية	٣٤
المناقشة	٤٩
التوصيات	٥١
الملاحق	٥٢
المراجع	٥٥

القسم النظري

تعصيب الرحم:

يأتي تعصيب الحوض بشكل أساسي من الجهاز العصبي الودي، وبشكل جزئي من الجهاز نظير الودي .

الضفيرة الأبهرية Aortic plexus : (شكل ١)

يتم تعصيب المبيض وأنبوب فالوب عبر الضفيرة الكلوية التي تشتق من الضفيرة الأبهرية مع ألياف من الصدرية العاشرة وألياف نظيرة ودية من العصب المبهم الذي يسير مع الأوعية المبيضية

الضفيرة الخثلية العلوية والسفلية:(شكل١ _٢)

يأتي تعصيب الحوض عبر الضفيرة الخثلية العلوية (**Superior hypogastric**)التي تتوضع فوق تفرع الأبهر في المسافة فوق العجزوالتي تستقبل ألياف ودية من الأعصاب الحشوية الصدرية والقطنية والتي تنقل الألم من الأعضاء الحوضية. تنقسم الضفيرة الخثلية العلوية إلى شعبتين من الألياف يمنى ويسرى تسير كل منها مع الأوعية الحرقفية الباطنةلتدخل الحوض وتتصلفيما بعد مع الضفيرة الخثلية السفلية.(٢٣)

الضفيرة الخثلية السفلية**Inferior hypogastric:**

تتألف من ألياف ودية ونظيرة ودية. تشتق الألياف نظيرة ودية من العجزية الثانية حتى العجزية الرابعة لتشكل العصب الحوضي الشوكي آما الألياف الودية فتشتق من الصدرية العاشرة حتى القطنية الأولى.

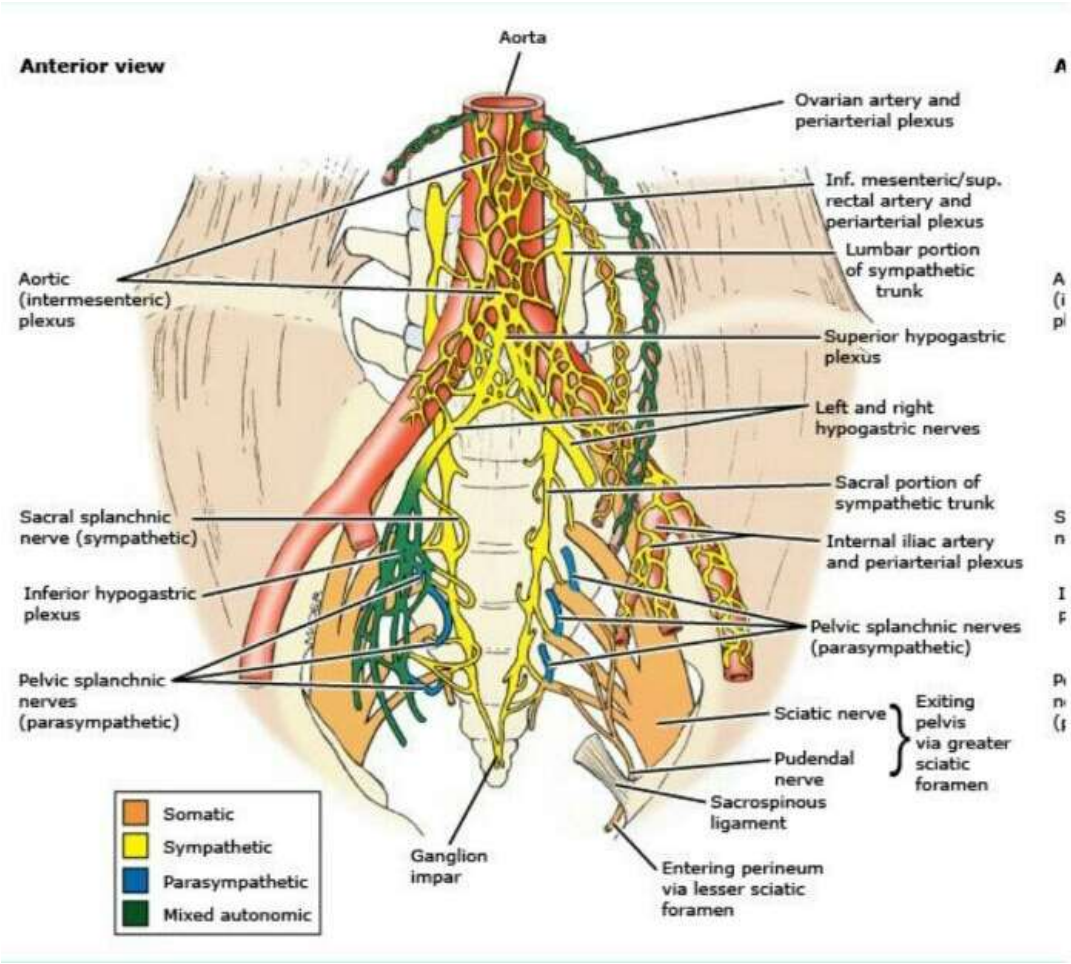
تتوضع هذه الضفيرة وحشي الأحشاء الحوضية وتتألف من ٣ مناطق وهي الضفيرة المثانية والضفيرة الرحمية المهبلية(ضفيرة فرانكنهاوزر) والضفيرة المستقيمية المتوسطة.

(Moore KDalley AR et al;2006).

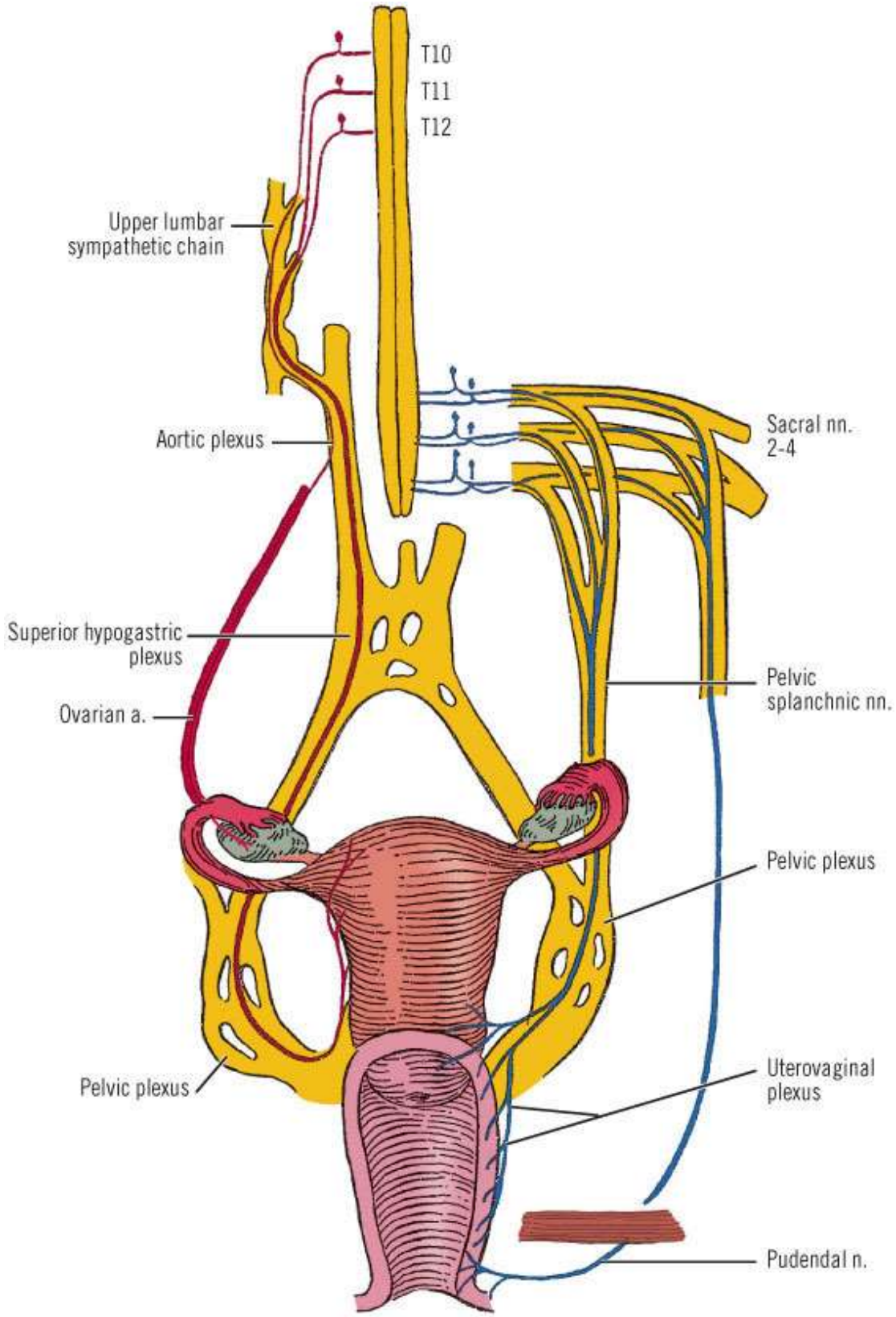
الضفيرة الرحمية المهبلية (فرانكنهاوزر)uretrovaginal plexus:

تتوضع في الجانب الأوسط من الأوعية الرحمية ، وحشي اتصال الرحم بالرباط الرحمي العجزي ، بعد ذلك تتمادى راسيا" على طول الرحم لتصل المهبل ، حيث تعصب الألياف الانتهائية منها كلا" من دهليز الفرج والبظر (٢٣).

تعبر الألياف الحشوية الحسية القادمة من القسم السفلي للرحم وعنق الرحم والقسم العلوي من المهبل عقدة Frankenhauserإلى السلسلتين الوديتين القطنية والصدرية السفلية لتدخل الحبل الشوكي عبر الوصل الأبيض (White rami Communicantes) مرافقة للأعصاب الصدرية ١٠ و ١١ و ١٢ والقطني الأول **انظر شكل(١_٢) (٣٨)**.



شكل (١) منظر أمامي لتعصيب الحوض



Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
All rights reserved.

تعصيب السبيل التناسلي الأنثوي شكل (٢)

التداخلات الرحمية:

تشمل التداخلات الرحمية التي يمكن استخدام الإحصار جانب العنق فيها كل من:

- تجريف باطن الرحم عقب إسقاط**[٣٢]**
- تجريف الرحم المجزّأ [٣٣].
- تنظير باطن الرحم [١٣].
- الإفراغ بالممص اليدوي **[٢٠]**.
- الاستخراج اليدوي للمشيمة المنحبسة [٢٢].
- تنظير باطن الرحم مع أخذ خزعة من باطن الرحم [٣١].
- كي عنق الرحم **[٣٢]**.
- ضياع خيط اللولب**[٣٢]**.

تجريف باطن الرحم:

إن تجريف باطن الرحم هو إجراء جراحي واسع الاستخدام، ولاستطبابات متنوعة، وآمن. واشتملت الدراسة على الاستطبابات التالية للتجريف:

١. **عواقبالإسقاط.**

يشير الإسقاط العفوي؛ والذي يعرف أيضاً بالإجهاض؛ إلى الحمل الذي ينتهي عفوياً قبل أن يصبح الجنين قابلاً للحياة، وهو أشيع الاختلاطات الحملية. ويحدث لدى ٨-٢٠% من الحمول المميزة سريرياً، ويحدث ٨٠% من الإسقاطات في أول ١٢ أسبوع من الحمل. يستخدم التجريف في إنهاء الحمل في الثلث الأول منه وقدّر بحوالي ٤٦ مليون إجراء سنوياً [٢٩].

تظهر البيانات من إنهاء الحمل الانتقائي جراحياً أن الاختلاطات الكبيرة تحدث في أقل من ١% والوفيات حوالي ١٠٠٠٠٠/٠,٧ **[١٦]** ، وعلى الرغم من أن معدل الإماتة انخفض إلا أن الأحداث المرتبطة بالتخدير ما تزال سبب هام في المراضة **[١٨]**.

٢. اعتيان بطانة الرحم:

يتم إجراؤه في حالات النزف الشاذ وفق التالي [٣٠]

- ❖ سيدات > ٤٠ سنة، مع نزف شاذ قبل أو بعد الضهي.
- ❖ سيدات شابات: عندما لا يتحسن النزف بالأدوية، أو سيدات مع عوامل خطورة كعديمات الولادة والحث المستمر للبطانة بالأستروجين وقصة عائلية لسرطان الرحم والكولونوالمعالجةبالتاموكسيفين ومعالجة أستروجينية غير معاكسة.

طرق تخدير المريضة في تجريف باطن الرحم:

تعاني المريضات عادة من ألم متوسط إلى شديد خلال التداخلات التي تشتمل جوف الرحم [٣٥] ،ومعظم السيدات مازلن يعتبرن الإفراغ الجراحي غير مريح بشكل كامل ويؤثر على الحالة النفسية **للأم** [٢٩].

كان التجريف يجرى تحت التخدير العام وبسبب التكلفة والاختلاطات المحتملة فإنه يوجد توجّه نحو التخدير الناحي [٢٨] .إن التجريف باستخدام التخدير الموضعي هو الممارسة المعيارية في الولايات المتحدة، وأظهرت دراسة أن ١٠% فقط من الأطباء يستخدم التخدير العام، وأصبح التخدير الموضعي هو الأشيع في ٥٨% من الحالات، و ٣٢% من الحالات استخدم فيها التخدير الموضعي مع تهدئة وريدية [١٦]، بينما ما زالت معظم التجاريف في المملكة المتحدة تجرى بالتخدير العام[١٩].

على الرغم من أن التجريف إجراء قصير تخديرياً إلا أنه لا يخلو من الاختلاطات، إذ أن التعرض للإجراء التخديري يمثّلخطراًعلى الحياة، تقدّر الوفاة المرتبطة بالتخدير العام حول ٠,٣٧/١٠٠٠٠٠ إجراء، والمعدل بالتخدير الموضعي قدِّر حول ٠,١٥/١٠٠٠٠٠ إجراء، ويترافق التخدير العام بـ ٢-٤ أضعاف خطر الوفاة بسبب الإسقاط بعمر حملي أصغر من ١٢ أسبوع[٢٩].

ما يزال الاختلاف بين الطرق غير مقيّم حالياً من خلال طرق منهجية، ولا يوجد إجماع حول الطريقة أو التقنية التي تقدّم الأفضل للسيدة، وتتضمن الخيارات التخديرية:

- التخدير العام.
- التهدئة/تسكين.
- إحصار أعصاب ناحي، مثل الإحصار جانب العنق.

التخدير العام والتهدئة/تسكين:

إن التهدئة/تسكين تختلف عن التخدير العام كما عرِّفت من قبل الجمعية الامريكية للمخدّرين ASA، لأن التخدير العام هو فقدان للوعي محدث دوائياً ولا تكون المريضة قابلة للإيقاظ حتى بالإثارة الألمية. وإن مقدرة الحفاظ على وظيفة التهوية بشكل عفوي تُفقد عادة. وتتطلب المريضة مساعدة في الحفاظ على نفوذية الطريق الهوائي، ويمكن أن تحتاج للتهوية بالضغط الإيجابي بسبب تراجع التهوية العفوية، وفي هذه الحالة فإن التثبيط المُحدَث دوائياً يمكن أن يظهر تغيرات في الوظيفة العصبية العضلية والوعائية القلبية [٢].

يمكن أن يتم التخدير العام بالعوامل الهالوجينيةالإنشاقية (مثل سيفوفلورانSevofluorane)، والعوامل الوريدية مثل الثيوبنتالThiopental أو البروبوفولPropofol، أو مشاركة بين الدواءين، ويمكن تدعيمها وتعزيزها بعوامل وريدية أخرى مثل الأفيوناتوالبنزوديازيبينات.

إن التهدئة/تسكين عبارة عن مجموعة من الإجراءات تتراوح من التهدئة الخفيفة "حل القلق anxiolysis" إلى التخدير العام ومن الصعب وضع خط فاصل بين هذه الإجراءات.

يمكن تصنيف التهدئة/تسكين حسب درجتها ومداها إلى:

- تهدئة خفيفةminimal sedation.
- تهدئة متوسطة أو التهدئة الواعيةmoderate sedation or conscious sedation.
- التهدئة العميقة/تسكينdeep sedation/analgesia.

تسمح التهدئة/تسكين للمريضات تحمل الإجراءات المزعجة بإزالة القلق، وعدم الارتياح أو الألم، وهو يستخدم عادة مع التخدير الموضعي[٣].

سجّل تقرير نشر عام ٢٠٠٢ أن التهدئة الواعية باستخدام الأفيونات الوريدية والمنومات يمكن أن تكون ملائمة لإنقاص الألم والقلق المرافق للإجهاض، وتكون آمنة أكثر من التخدير العام، والمريضة تتنفس بشكل عفوي دون مساعدة مع صحو سريع [١٠].

يؤمّن التخدير العام ظروفاً ملائمة للعمل الجراحي من أجل توسيع عنق الرحم والتداخل على الرحم. ولكن هناك بعض الحالات التي يكون فيها خطراً، وذلك عندما تكون المريضة بحالة طبية سيئة.

أظهرت دراسات المراقبة أن التخدير العام يترافق مع ازدياد الوفيات والمراضة بعد التجريف مقارنة بباقي الطرق، وتكلفة أعلى مع الحاجة لكوادر طبية أكثر **[٢٥]**.

الإحصار جانب العنق:

تجرى العديد من الإجراءات التوليدية والنسائية حالياً باستخدام حصار العصب الناحي، ويجرى بحقن مخدّر موضعي حوالي عنق الرحم(عند اتصال العنق بالمهبل أو ما يدعى بالقبو) مما يؤمن تخدير للألياف الحسية الحشوية من L1_ T10 والتي تمر بضفيرة فرانكينهاوزر بعمق ٢-3مموحشي العنق تماما" عند اتصال الرحم مع الرباط الرحمي العجزي ، شكل (٣,٤) .

. [٥]

لا يؤثر على السبيل الحركي وبالتالي تبقى المريضة قادرة على تحريك الساقين .

تختلف التقنية المطبقة لإجراء الإحصار جانب العنق، وأجريت دراسات عديدة للمقارنة بينها، اقترحت عدة أماكن للحقن : إما الحقن في في مكانين في الساعة ٤_٨ أ و الساعة ٣_٩ أو الحقن في أكثر من مكانين الساعة ٣،٥،٧،٩ أو١،٨،٤،٢،ووجد أن الحقن في مكانين "الساعة ٤، والساعة ٨" هو المفضل و لم يترافق بتغير درجة الألم عن حالات الحقن في ٤ نقط "الساعة ٣،٥،٧،٩" [١٢]، ولم يتغير في حالة الحقن ضمن عنق الرحم مقارنة بالحقن في الرتج المهبلي جانب العنق [١٥]، ووجد أن الحقن العميق مفضّل على غيره [٧]، ويحسِّن الانتظار لمدة ٢-٣ دقائق من درجة الألم أثناء التوسع [٢٦].

كما أن الحقن في المكانين ٣و٩ غير مفضل بسبب التوعية الدموية الغزيرة شكل (٤).

يسبق الحقن برشف متقطع للتحقق من عدم الدخول في الأوعية جانب العنق.

يحصر هذا الإجراء إشارات الألم في الأعصاب الذاتية المغادرة للقسم السفليللرحم وعنق الرحم والقسمالعلوي للمهبل والتي تعبر عقدة (frankenhauser)التي تقع وحشي العنق تماما"

يدوم الاحصار جانب العنق حوالي الساعة والنصف في ٧٠% من الحالات, وفي حالة الاجراءات الطويلة يمكن اعادة الحقن [٣٤].

يمكن إجراء هذه التقنية بواسطة مواد التخدير الموضعية مثل البوبيفاكائينBopivacaine، والليدوكائينLidocaine١% والتي تختلف فيما بينها من حيث البدء والقوة وفترة التأثير والسمية [٣٤].

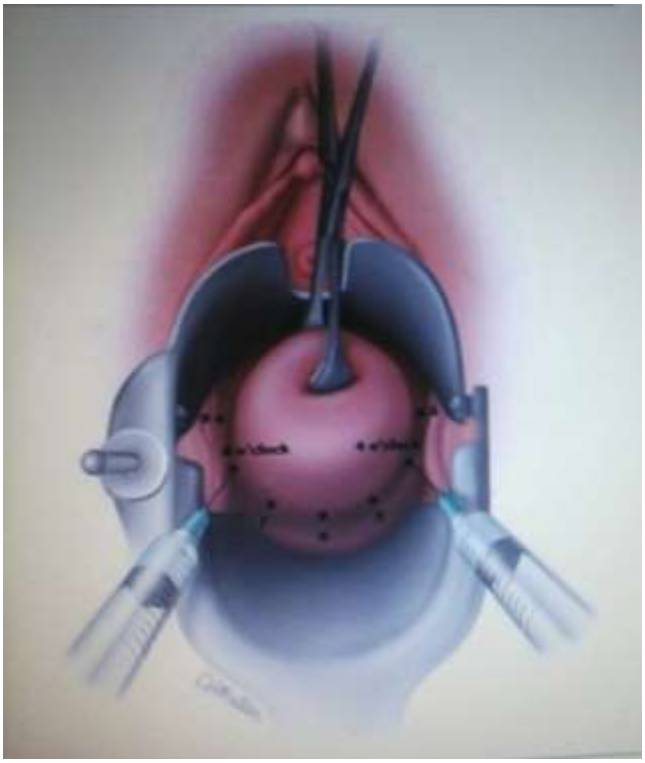
عادة يستخدم الليدوكائين ١% حيث يبدأ تأثيره في أقل من ٢ دقيقة .

الجرعة الكلية (١٠_٢٠ مل).

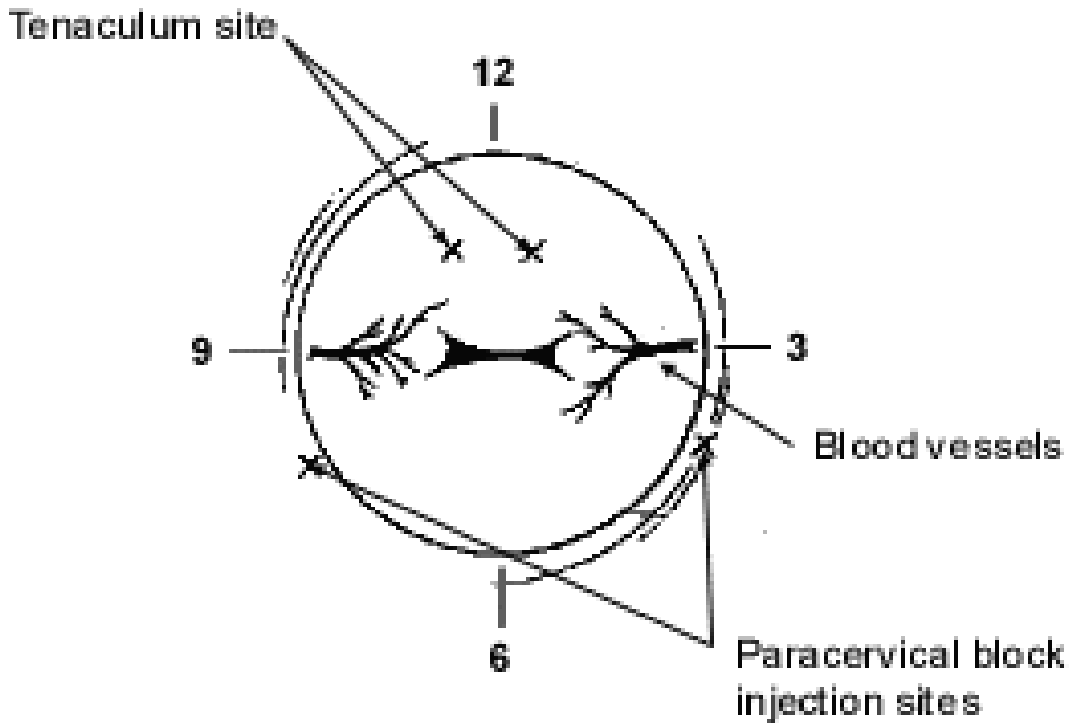
أما الجرعة القصوى فهي (٤,٥ ملغ /كغ أو ٢٠ مل) **[٥].**

خلال ١٠ _١٥ د ستحقق جرعة ١٠ مل من الليدكائين تركيز أعظمي في البلازما [٥].

قد يستخدم معه الايبنفرين ١/٢٠٠٠٠٠ (٥مكغ /مل) في حال توفره والذي يسبب تقبض وعائي وبالنتيجةانقاص النزف في مكان الحقنويثبط اعادة انتشار المادة المخدرة وبالتالي يزيد من قدرة الاحصار ويطيل من فترة التخدير ، كذلك ينقص التقبض الوعائي الحاصل من سمية الدواءالناتجة عن الامتصاص الجهازي السريع للمادة المخدرة [٥].



شكل (٣) مكان حقن المادة المخدرة في الاحصار جانب العنق



شكل (٤) رسم توضيحي لمكان الحقن في الاحصار جانب العنق

يملك الإحصار جانب العنق تأثيرات جانبية موصوفة تتراوح من السمية المعتدلة بالليدوكائينوالمتمثلة بالخدر حول الفم والرجفة إلى الاختلاجات وتوقف التنفس [٢١]، وقد وصفت حالات وفاة بسبب استخدام الليدوكائين في الإحصار جانب العنق. ومن هنا ضرورة الانتباه عند الحقن لتجنب الإعطاء الوريدي للدواء [١٤].

يمتاز الإحصار جانب العنق عن التخدير العام بعدم الحاجة لتجهيزات التخدير العام أو العناصر التخديرية المدربة لتطبيق التخدير العام. وعلى الرغم من أن منظمة الصحة العالمية سعت لإنقاص عدد الإجراءات الجراحية باستخدام التخدير العام لصالح التخدير الموضعي إلا أنها أوصت بتطبيقه من قبل عناصر مدربة وفي ظل توافر إمكانية الإنعاش الفوري

[٦].

تتضمن فوائد الاستخدام الموضعي للمخدر أكثر من التخدير العام: حقيقة أن السيدة تبقى واعية وقادرة على تنبيه الطبيب على أي مشكلة طارئة. وإقامة أقل في المشفى. وهي تنقص القلق حول توافر التجهيزات ضمن المشفى مما يسمح بإجرائها كمرضى خارجيين [١٤].

إن الإشكالية في إحصار جانب العنق تكمن في التخدير غير الكافي للتجريف بسبب الإشارات الألمية من قعر الرحم والتي تُحمَل بنورونات مختلفة عن تلك التي لعنق الرحم. وتم تقويم العوامل

المترافقة مع الألم عند استخدام الإحصار جانب العنق بواسطة دراسات مراقبة ووجد أن درجة الألم تختلف حسب عمر الحمل، ودرجة اتساع عنق الرحم، ووجد أن الولادات المهبلية السابقة تترافق مع تناقص الألم، ويزيد من الألم الفترة الزمنية الفاصلة بين حقن المخدر وبدء الإجراء أقل من ٢ دقيقة. ويزداد الألم مع عمر السيدة الصغير، ونقص مستوى التعليم، والقلق والاكتئاب وخوف السيدة، والرحم المنقلب للخلف، وعسر الطمث، إن تقديم النصيحة والدعم النفسي يرجّح أن ينقص من مخاوف المريضة وشدة الألم، ويجب أن يكون الطبيب الذي يقوم بالإجراء وباقي الطاقم ودودين ومطمئنين [١٢,١٤,٢٩].

قارن Egziabher ورفاقه (٢٠٠٢) الإحصار جانب العنق باستخدام الليدوكائين ١% مع حقن محلول السالين، ووجد نقص هام في الألم بعد التجريف في مجموعة حقناليدوكائين (RR=0.32) [١١].

وجدت دراسة Chanrachakul وزملاؤه أن الإحصار جانب العنق ينقص خطر الألم الشديد ولكن لا يحد منه، ووجد أن الإحصار ينقص بشكل هام من المعدل الوسطي للألم في التجريف المجزّأ من ٦ إلى ٤ .

يحسّن استخدام التهدئة الواعية بشكل هام من رضا السيدة خلال إنهاء الحمل بواسطة التجريف تحت التخدير الموضعي على الرغم من عدم تحسن التسكين الألمي ووجود ازدياد في النعاس والرجفة الشديدة في مرحلة بعد العملية [٣٠]. ويحسّن إعطاء إيبوبروفين قبل ٣٠ دقيقة من الإجراء من الألم أثناء الإفراغ وبعده مقارنة مع الغفل[٣٦].

سجّل Lau وآخرون (١٩٩٩) ازدياد خطر هبوط الضغط بعد إحصار جانب العنق أكثر من الغفل (الخطر النسبيRelative RiskRR=3.06).

وجد أن الغثيان والإقياء بعد التجريف كان أقل بشكل هام في الإحصار جانب العنق مقارنة بحقن السالين [١١]، وفي الإحصار جانب العنق مقارنة بحقن أدوية مسكنة أخرى "ديكلوفيناك و/أو الميبيريدين" [٢٠].

أجرى Galvache وآخرون (٢٠١٢) مراجعة منهجية للدراسات حول طرق التخدير لإفراغ الإسقاط الناقص، واشتملت المراجعة ٧ دراسات ضمت ٨٠٠ سيدة، ولم يجدوا أي حالة وفاة والدية ضمن هذه الدراسات، فيما سجّلت دراستان نتائج متضاربة حول الحاجة لنقل الدم[٦].

على الرغم من أن المراجعة لم تجد تحسناً في ضبط الألم بعد التجريف عند استخدام الإحصار جانب العنق، إلا أن الألم المتوسط إلى الشديد كان أقل بشكل هام في مجموعة الإحصار جانب العنق.وترافقتالأفيونات مع معدلات أعلى للغثيان والإقياء [٦].

توصّل الباحثون إلى أن الاعتبارات الخاصة لتحديد نوع التخدير هي التوافر، والفعالية، والأمان، والتأثيرات الجانبية، واختيار الطبيب، والتكلفة، وتفضيل المريضة.

أجرى Tangsiriwatthanaورفاقه عام ٢٠١٣م مراجعة منهجية للدراسات المنشورة حول الإحصار جانب العنق ووجدوا ٢٦ دراسة ضمت ٢٧٩٠ سيدة مشاركة. وجد الباحثون ٩ دراسات تقارن الإحصار جانب العنق مع حقن الغفل؛ وكان الإحصار جانب العنق ينقص ألم توسيع العنق، وبلغ الخطر النسبي (RR) للألم الشديد ٠,١٦.

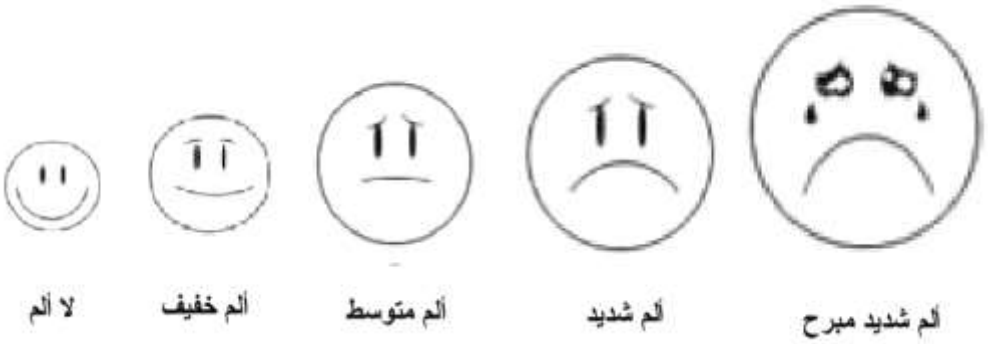
مقياس درجة الألم البصري (visual analog pain scale):

لسوء الحظ فان ليس من الممكن قياس الألم بالكيلوغرام أوالسنتمتر والمريض وحده هو الذي يمكن آن يقيس الألم ولذلك وضع الأطباء مقاييس للألم للسماح للمرضى بتقدير آلامهم .

من أكثر المقاييس انتشارا" المقياس الذي يصف الألم من صفر الى عشرة حيث صفر تعني أنه لا يوجد ألم وخمسة تعني أن الألم متوسط وعشرة تعني اسوأ درجات الألم .

لا يقاس الألم بالأعداد فقط لكن بتعابير الوجه أيضا" فالوجه الغاضب الباكي يعني ١٠ أو الألم الشديد جدا"

- **لا ألم**
- **ألم خفيف**
- **ألم متوسط**
- **ألم شديد- شديد مبرح**



مقياس Likert point scale :

هومقياس psyco metric يستخدم في الأبحاث بشكل شائع والتي تعتمد على التساؤلات` نفسي، ذو عدة درجات ،،وذلك للحصول على اجابة على التساؤال الذي يطرحه الباحث [٣٧]، مثلا" قياس مستوى الرضا لدى المريض على دواء أو غيره كما في دراستنا حيث سنقيم درجة رضا المريضات على الاحصار جانب العنق بالاجابة على النموذج التالي:

١ _ غير راضية أبدا ٢_غير راضية ٣_راضية ٤_راضية جدا

القسم العملي

المبحث الأول

منهج الدراسة

عنوان الدراسة:

فعالية الاحصار جانب العنق في تجريف باطن الرحم لأغراض تشخيصية أو بعد إسقاط غير تام.

The effectiveness of paracervical block in curettage for diagnostic purposes or after incomplete abortion.

أهمية الدراسة:

استخدم الإحصار جانب العنق كوسيلة تخدير بديلة من القدم في العديد من الإجراءات النسائية والتوليدية لعدة سنوات وخاصة عندما يكون التخدير العام غير متوفر أو مضاد استطباب أو يحمل خطورة عاليةفي حال تطبيقه كأن تكون هناك خطورة استنشاق عالية بسبب تناول الطعام، أو مشكلة تنفسية تمنع التخدير العام حالياً، أو فقر دم شديد، وخطورة قلبية عالية، وهو إجراء فعال سهل وبسيط يمكن تطبيقه من قبل طبيب غير متمرس في التخدير، ويتم بحقن الليدوكائين عند اتصال عنق الرحم مع المهبل عند الساعة ٤ والساعة ٨ وهو يحصر إشارات الألم في الأعصاب الذاتية المغادرة للرحم وعنق الرحم والقسم العلوي للمهبل[١٤].

إن مضاد الاستطباب الوحيد هو الحساسية المعروفة أو المتوقعة للتخدير الناحي، كما أن اختلاطاته قليلة ونادرة.

يمكن استخدامه مع الإجراءات التالية: التجريف الآلي أو الإفراغ بالممص بعد إسقاط ناقص أو موت محصول الحمل، وتجريف الرحم الاستقصائي، وأخذ خزعة مخروطية من عنق الرحم، كي عنق الرحم، أخذ خزعة من بطانة الرحم، تنظير باطن الرحم [٣٢]، تسكين الألم أثناء الولادة[٢٤]

هدف الدراسة:

إعادة تقييم الحصار جانب العنق كوسيلة بديلة في تسكين الألم في حالات الاسقاط الناقص وتجريف الرحم الاستقصائي وغيره ، خاصة عندما يكون التخدير العام غير متوافر أو مضاد استطباب.

المواد والطرائق:

تصميم الدراسة:

دراسة تجريبية عشوائية ذات شاهد

مكان الدراسة:

مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي: تم قبول المريضات من عيادة الإسعاف والعيادة النسائية. تم اجراء الدراسة في قسم الاسعاف ضمن غرفة التجاريف .

مدة الدراسة:

الفترة بين ٢٠١٤/١/١وحتى٢٠١٤/١٠/١

عينة الدراسة:

شريحة من المريضات المقبولات في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق لإجراء تجريف باطن رحم لأغراض تشخيصية أو بعد إسقاط ناقص" وبالتالي فان العينة لا تشمل حالات موت محصول الحمل أو البيضة الرائقة أو الحمول الرحوية "،

أدرجت السيدة في الدراسة إذا وافقت على ذلك وحققت شروط الإدخال في الدراسة.تم تقسيم السيدات في عينة الدراسة إلى مجموعتين كالتالي:

مجموعة الحالة: وهي مجموعة سيدات أجري لهن تجريف باطن رحم باستخدام إحصار جانب العنق.

مجموعة الشاهد: وهي مجموعة سيداتأجري لهن تجريف باطن رحم تحت التخدير العام.

معايير الإدخـال:

- ✓ حالة عامة مقبولة والمريضة واعية متجاوبة.
- ✓ السيدة لديها ولادات مهبلية سابقة.
- ✓ كيس حملي وحيد مثبت بتصوير بفائق الصوت قبل حدوث الإسقاط.(٦_١٢ أسبوع)

معايير الاستبعاد:

- ☒ إسقاط ناقص لعمر حملي أكبر من ١٢ أسبوع بسبب تداخل ألياف حسية من مستوى عصبي أعلى .
- ☒ وجود أمراض دموية أو نزفية معروفة.
- ☒ خمج حوضي فعال.
- ☒ تضيّق عنق رحم معروف سابقاً.
- ☒ حساسية للمادة المخدرة المستخدمة
- ☒ سوابق قيصريات لتجاوز الخطر المفترض بشكل أكبر لحدوث اختلاطات مرافقة للافراغ لديهن " انثقاب ، نزف"
- ☒ موت محصول الحمل والرحى العدارية والبيضة الرائقة .

طريقة العمل

I. أخذت الموافقات التسلسلية اللازمة للبدء بالدراسة.

II. أخذ موافقة السيدة الطوعية للدخول في الدراسة.

III. تم ملء الاستبيان المخصص للدراسة لكل مريضة من قبل الطبيبة الدارسة، بالاعتماد على المقابلة الشفوية مع المريضة.

IV. استكمالجمع المعلومات والبيانات المطلوبة للدراسة بعد إجراء الفحص الفيزيائي والتصوير بفائق الصوت.

V. إجراء تجريف باطن الرحم باستخدام طريقة التخدير المقررة حسب مجموعة المريضة،ومتابعة المريضة حتى التخريج.

VI. تحليل البيانات واستخلاص النتائج.

طريقة الدراسة:

بعد إدخال السيدة في الدراسة كان يجرى تصوير بفائق الصوت لتحديد حجم الرحم وسماكة البطانة أو حجم البقايا المشيمية.

أخذ العلامات الحيوية (ضغط، ونبض، وحرارة).

إجراء فحص مهبلي لتحديد حالة عنق الرحم ووضعية الرحم. وتحديد درجة النزف المهبلي.

فتح خط وريدي، مع سحب عينة دم لتحديد الزمرة الدموية وعامل الريزوس، وعيار خضاب الدم.

إفراغ مثانة المريضة قبل البدء بالإجراء.

إدخال المريضة إلى غرفة العمليات لإجراء التجريف، وفق طريقة التخدير المحددة حسب المجموعة.وضع المريضة بالوضعية النسائية، وبعد ذلك تعقيم المنطقة التناسلية ووضع رفادات معقمة. وتجهيز الأدوات المستخدمة في التجريف.

مجموعة الحالات: تحضير المادة المخدرة: تعبئة محقن قياس ١٠ملبمادة الليدوكائين ١%

إدخال المبعد المهبلي وبعد رؤية عنق الرحم يتم لقطه بواسطة الميزو، وحقن المادة المخدرة ١٠ مل عند الساعة ٤ والساعة ٨ عند اتصال عنق الرحم بالمهبل، وذلك بعد التأكد من عدم الدخول ضمن وعاء دموي.(الشكل٢- ١)

تم الانتظار عدة دقائق قبل البدء بالتجريف حتى نضمن بدء تأثير المادة المخدرة ثم اجراء تجريف الرحم وفق الاستطباب الموضوع له، مع مراقبة العلامات الحيوية للسيدة، وتسجيل الاختلاطات الحادثة.

إعطاء ١ غرام من أحد السيفالوسبورينات وريدياً أثناء الإجراء وقائياً لكل المريضات.

إعطاء ٢٠ وحدة أوكسيتوسين لمريضات التجريف بسبب إسقاط ناقص أثناء الإجراء.

تحليل البيانات

بعد جمع البيانات تم ترميزها وإدخالها إلى الحاسب باستخدام لوحة جدولية من البرنامج المكتبي مايكروسوفت إكسل _ إصدار ٢٠٠٧ (Microsoft Office Excel 2007).

أجري التحليل الإحصائي باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS، الإصدار١٥، Chicago، IL، USA)، باستخدام الاختبارات المناسبة.

الاعتبارات الأخلاقية

تم أخذ الموافقة المستنيرة من المريضات في الدراسة، مع التعهد بالحفاظ على سرية المعلومات الشخصية للمريضة. راجع الملحق(١).

المبحث الثاني

نتائج الدراسة

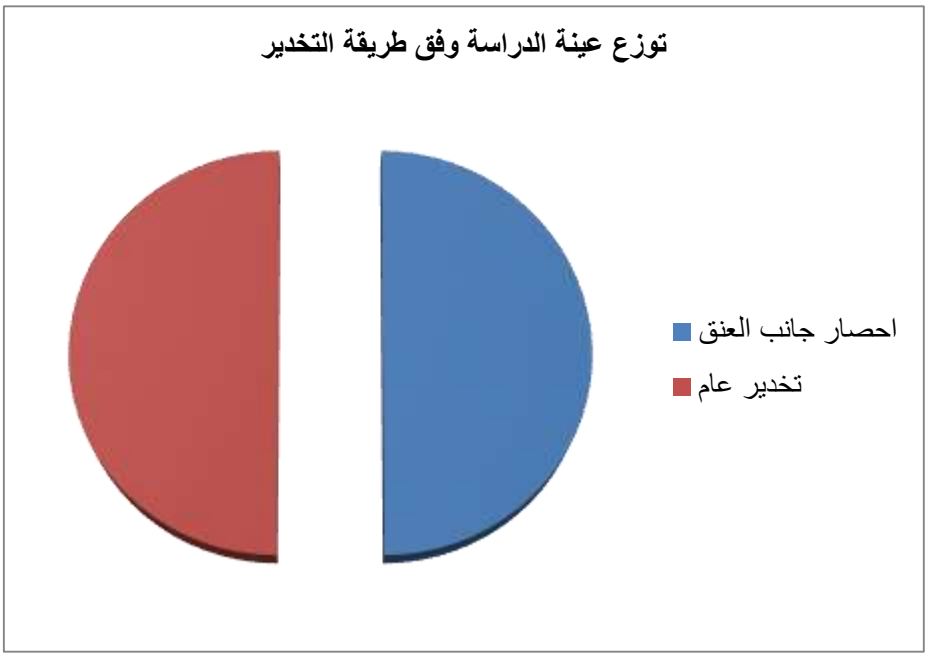
توطئة:

استخدمتفي هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي المستقبلي، حيث تم حشد عينة من السيدات اللاتي حققن شروط الاشتمال في هذه الدراسة، بعد الحصول على الموافقة على الدخول في هذه الدراسة وفق نموذج الموافقة المستنيرة الملحقة بها. ثم تم إخضاع تلك العينة للدراسة والتحليل من خلال الاستبيان الذي صُمِّم خصيصاً لهذه الدراسة، ثم إخضاعها لخطة الدراسة المقررة.

بعد ذلك درست النتائج بشكل تحليلي وصفي؛حيث درست الصفات العامة للمجموعة، وفعالية طريقة التخدير المطبقة والآثار الجانبية الناتجة عنها، ومدى تحمل السيدة لهذه الآثار. ثم درس رضا السيدة عن الطريقة.

أولاً – وصف عينة الدراسة:

تم حشد ١٥٠ سيدة حققت شروط الدراسة، وتم تقسيمها بشكل متساوٍ بين المجموعتين وفق طريقة التخدير المتبعة.



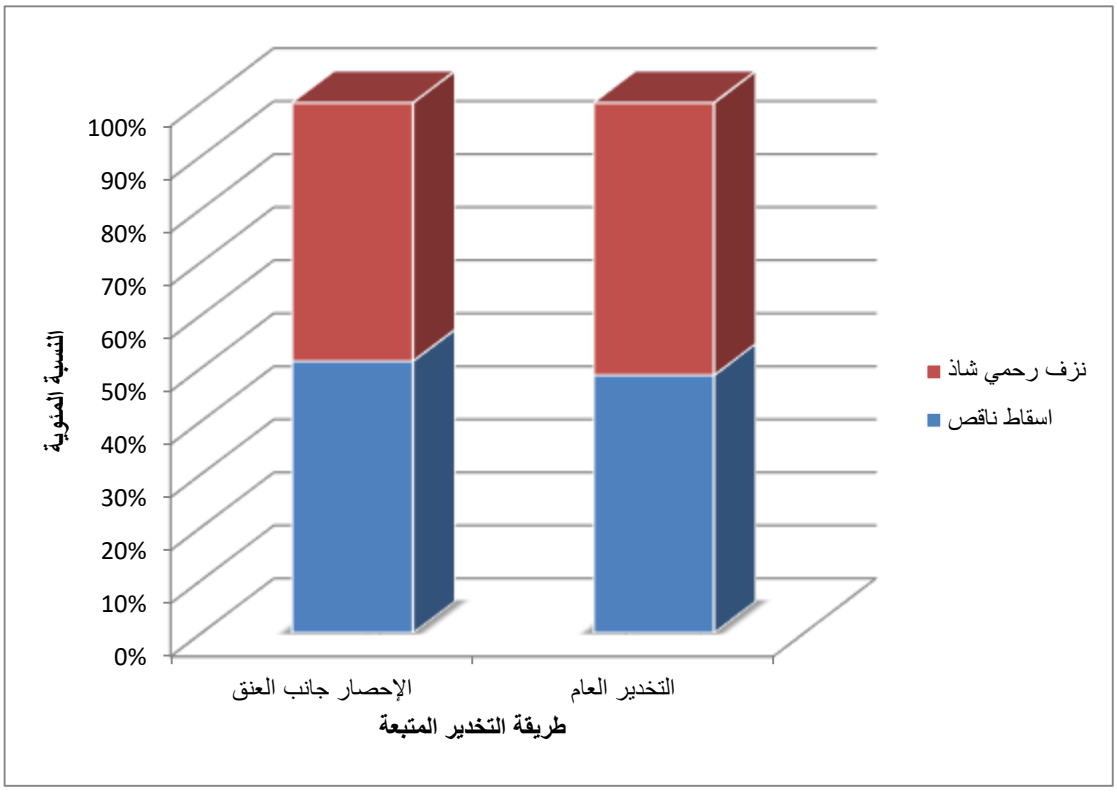
المخطط (١) توزع عينة الدراسة وفق طريقة التخدير

توزع عينة الدراسة وفقاً لاستطباب التجريف:

وهو التشخيص السريري–الصدوي الذي تم وضعه قبل إجراء التجريف، وكان يضم: الإسقاط الناقص، والنزف الرحمي الشاذ "التجريف لاستقصائي"، ويبين الجدول رقم (١) توزع هذه الحالات ضمن المجموعتين والنسبة المئوية لكلٍ منها.

جدول رقم (1) يبين توزع عينة الدراسة وفقاً لطريقة التخدير المتبعة واستطباب التجريف

طريقة التخدير المتبعة	عدد المريضات			النسبة المئوية		
	إسقاط ناقص	نزف رحمي شاذ	المجموع	إسقاط ناقص	نزف رحمي شاذ	المجموع
طريقة الإحصار جانب العنق	40	35	75	%53.33	%46.67	%100
طريقة التخدير العام	38	37	75	%50.67	%49.33	%100



المخطط (٢) توزع المريضات حسب استطباب التجريف ضمن المجموعتين

ثانياً: بيانات عامة

المتوسط الحسابي لأعمار المريضات (بالسنوات) في عينة الدراسة وفقاً لطريقة التخدير المتبعة:

كان مجال عمر المريضات في المجموعة الأولى يتراوح بين ١٩–٤٧ سنة. أما المجموعة الثانية فقد كان يتراوح بين ١٨–٤٨ سنة، ويبين الجدول ٢ المتوسط الحسابي لاعمار المريضات وفق طريقة التخدير وحسب الاستطباب ولم يكن هناك فارق مهم إحصائياً (P<0.05).

الجدول(٢)المتوسط الحسابي لأعمار المريضات (بالسنوات) في عينة الدراسة وفقا" لطريقة التخدير المتبعة

العينة	مجموعة الحالات	مجموعة الشاهد
إسقاط ناقص	23.2± 4.4	24.1±3.8
نزف رحمي شاذ	40.6±5.2	41.0±4.8

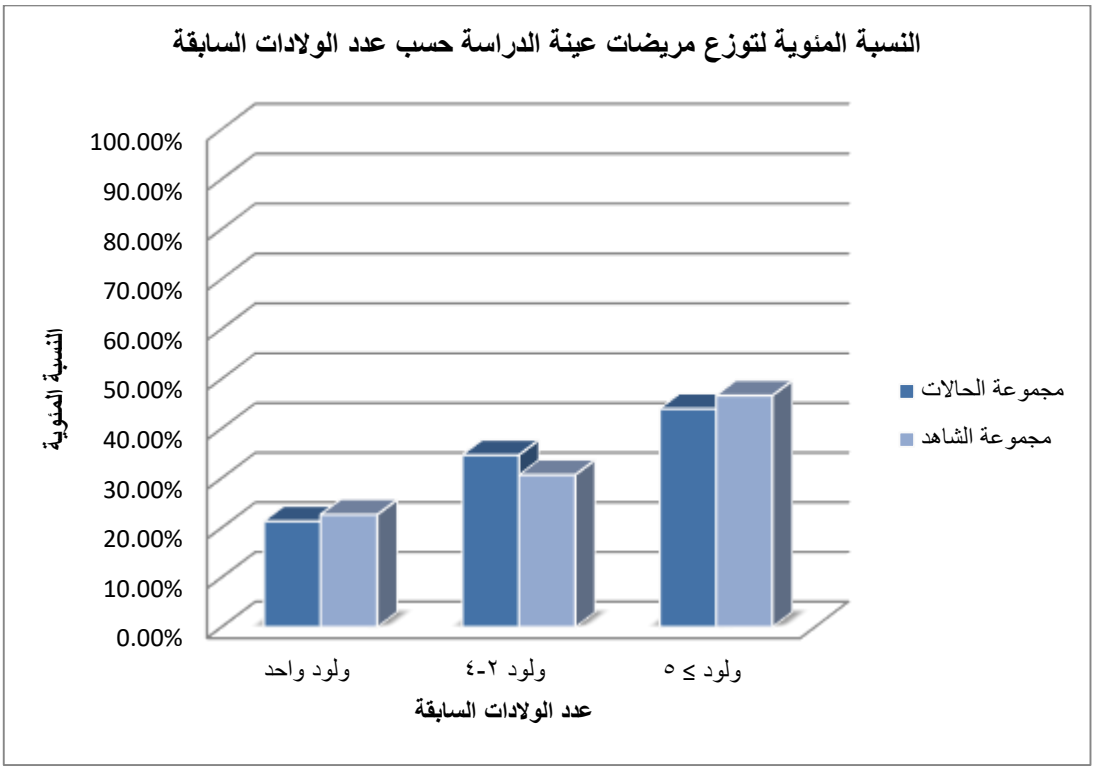
ثالثاً: بيانات القصة التوليدية:

١- عدد الولادات السابقة:

جدول (٣): توزع مريضات عينة الدراسة حسب عدد الولادات السابقة والنسب المئوية.

عدد الولادات السابقة	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد	
	عدد المريضات	النسبة المئوية	عدد المريضات	النسبة المئوية
ولود واحد	١٦	%٢١,٣٣	١٧	%٢٢,٦٧
ولود ٢-٤	٢٦	%٣٤,٦٧	٢٣	%٣٠,٦٧
ولود ≤ ٥	٣٣	%٤٤,٠٠	٣٥	%٤٦,٦٦
المجموع	٧٥	%١٠٠	٧٥	%١٠٠

أجري التحليل الإحصـــائي لتحديد أهمية الفروق في عدد الولادات الســـابقة بين المجموعتين ولم يكن لذلك أهمية مع مستوى قيمة الدلالة أكبر من ٠,٠٥.



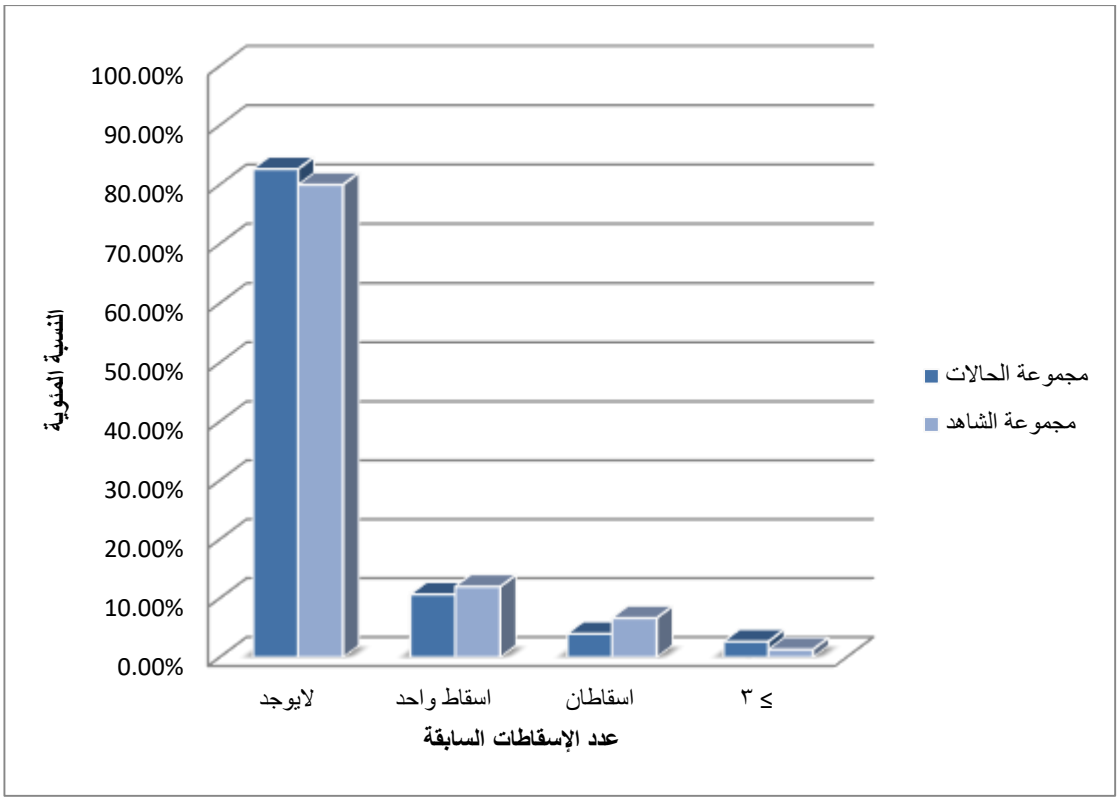
مخطط رقم (٣) يمثل النسبة المئوية لتوزع مريضات عينة الدراسة حسب عدد الولادات السابقة

- عدد الإسقاطات السابقة:

بلغ عدد المريضات اللاتي لديهن إسقاطات سابقة ٢٨ مريضة، وبنسبة مئوية بلغت ١٨,٦٧% من مجمل العينة. ويوضح الجدول (٤) والمخطط (٦) النسب المئوية لتوزع المريضات في عينة الدراسة حسب عدد الإسقاطات السابقة، وكانت قيمة مستوى الدلالة أكبر من ٠,٠٥ بالنسبة للفروق بين المجموعتين.

جدول (٤): توزع مريضات عينة الدراسة حسب عدد الولادات السابقة والنسب المئوية.

عدد الإسقاطات السابقة	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد	
	عدد المريضات	النسبة المئوية	عدد المريضات	النسبة المئوية
لايوجد	٦٢	%٨٢,٦٦	٦٠	%٨٠,٠٠
اسقاط واحد	٨	%١٠,٦٧	٩	%١٢,٠٠
اسقاطان	٣	%٤,٠٠	٥	%٦,٦٧
٣ اسقاطات أو أكثر	٢	%٢,٦٧	١	%١,٣٣
المجموع	٧٥	%١٠٠	٧٥	%١٠٠



مخطط رقم (٤) يمثل النسبة المئوية لتوزع مريضات عينة الدراسة حسب عدد الإسقاطات السابقة

رابعاً: البيانات التطبيقية:

تم حساب المتوسط الحسابي لعمر الحمل وقياس الرحم عند إجراء التجريف، وتسجيل الاختلاطات الحاصلة أثناء التجريف بسبب طريقة التخدير. ودراسة درجة الألم ومقدار تحمل السيدة للآثار الجانبية المسجلة، ورضاها عن طريقة العلاج.

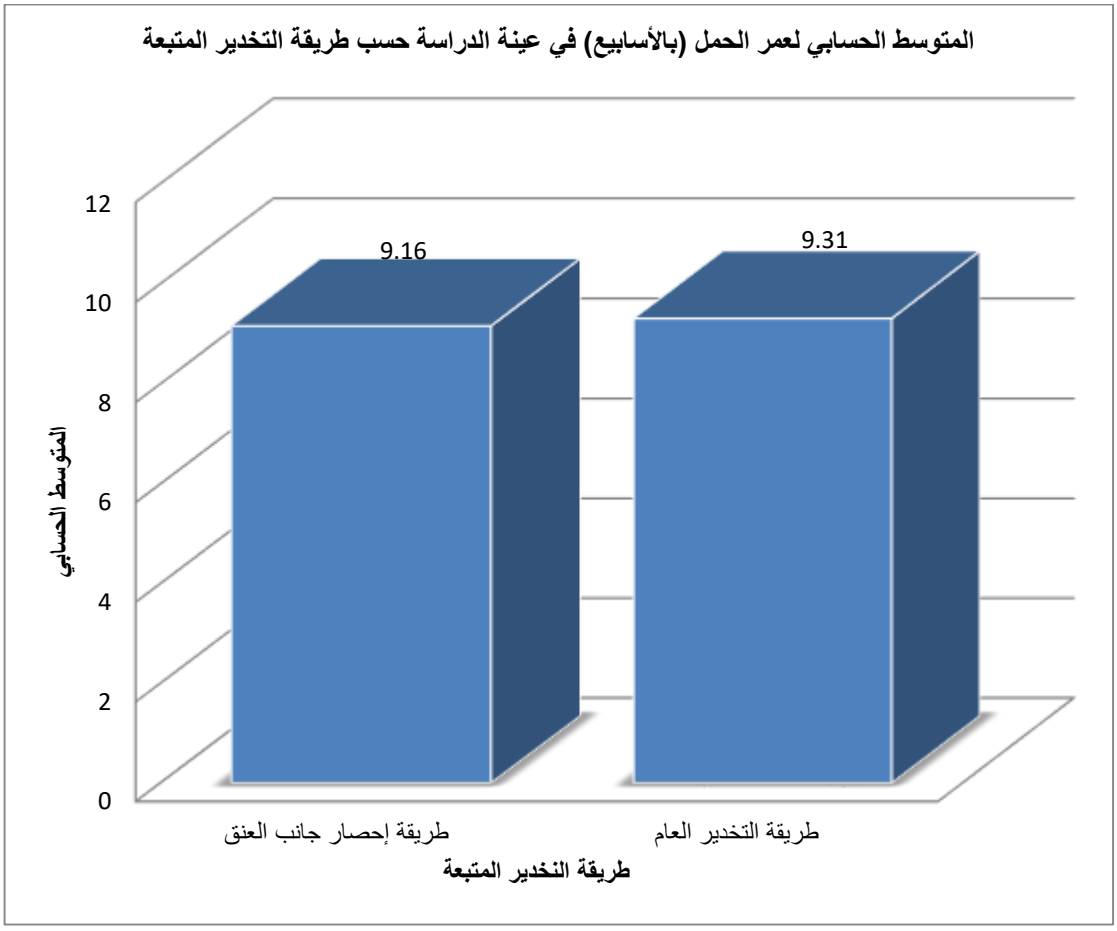
المتوسط الحسابي للعمر الحملي (بالأسابيع) في عينة الدراسة وفقاً لطريقة التخدير المتبعة:

كان يحدَّد العمر الحملي اعتماداً على تاريخ بدء آخر دورة طمثية لدى السيدة، ونظراً لأن تصميم الدراسة يشتمل إسقاطات الثلث الأول فقط فقد كان الحد الأعلى للعمر الحملي في عينة الدراسة ١٢ أسبوعاً حملياً. ويظهر الجدول رقم (٥) خصائص العمر الحملي في مريضات الإسقاط الناقص في عينة الدراسة.

جدول رقم (٥) يبين الحد الأدنى والحد الأعلى والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري للعمر الحملي (بالأسابيع) في عينة الدراسة وفقاً لطريقة التخدير المتبعة

المتغير المدروس	طريقة التخدير المتبعة	عدد المريضات	الحد الأدنى	الحد الأعلى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العمر الحملي (بالأسابيع)	طريقة الإحصار جانب العنق	40	6	12	9.16	1.65
	طريقة التخدير العام	38	6.5	12	9.31	1.52

أجري تحليل إحصائي لتحديد وجود أهمية للفرق بين المتوسطين وكانت قيمة مستوى الدلالة أكبر من ٠,٠٥، وبالتالي لا توجد أهمية للفرق بين المتوسط الحسابي لمجموعة الإحصار جانب العنق والمتوسط الحسابي لمجموعة التخدير العام.



المخطط (٥) يمثل المتوسط الحسابي للعمر الحملي (بالأسابيع) عند إجراء التجريف في عينة الدراسة.

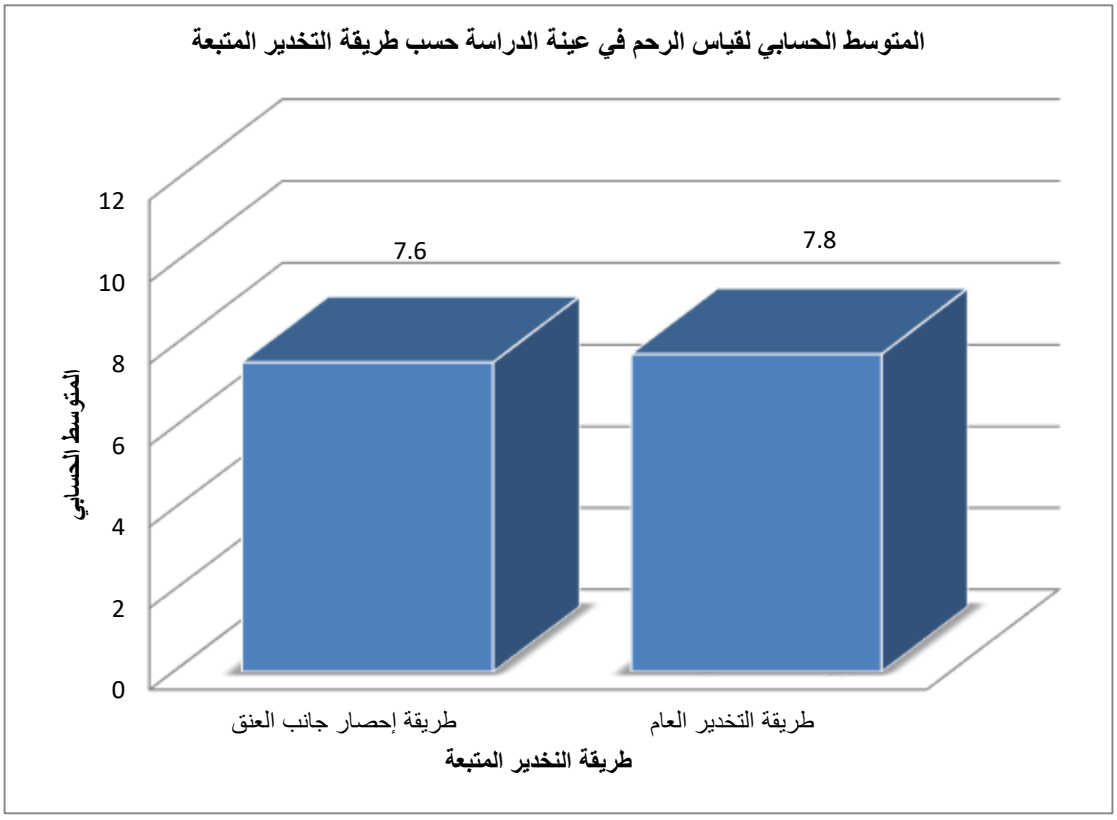
المتوسط الحسابي لقياس الرحم في عينة الدراسة وفقاً لطريقة التخدير:

قبل البدء بالإجراء كان يتم سبر جوف الرحم بواسطة المسبر المعدني، ويبين الجدول رقم (٦) مقارنة النتائج بين الطريقتين. ولم يكن هناك أهمية للفرق بين المتوسطين (P<0.05)

جدول رقم (٦) يبين الحد الأدنى والحد الأعلى والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لقياس الرحم في عينة الدراسة وفقاً لطريقة التخدير المتبعة

المتغير المدروس	طريقة التخدير المتبعة	عدد المريضات	الحد الأدنى	الحد الأعلى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
قياس الرحم	طريقة إحصار جانب العنق	75	6	10	7.6	1.2
	طريقة التخدير العام	75	6	11	7.8	1.3

المخطط (٦) يمثل المتوسط الحسابي لقياس الرحم في عينة الدراسة عند إجراء التجريف حسب طريقة التخدير المتبعة.

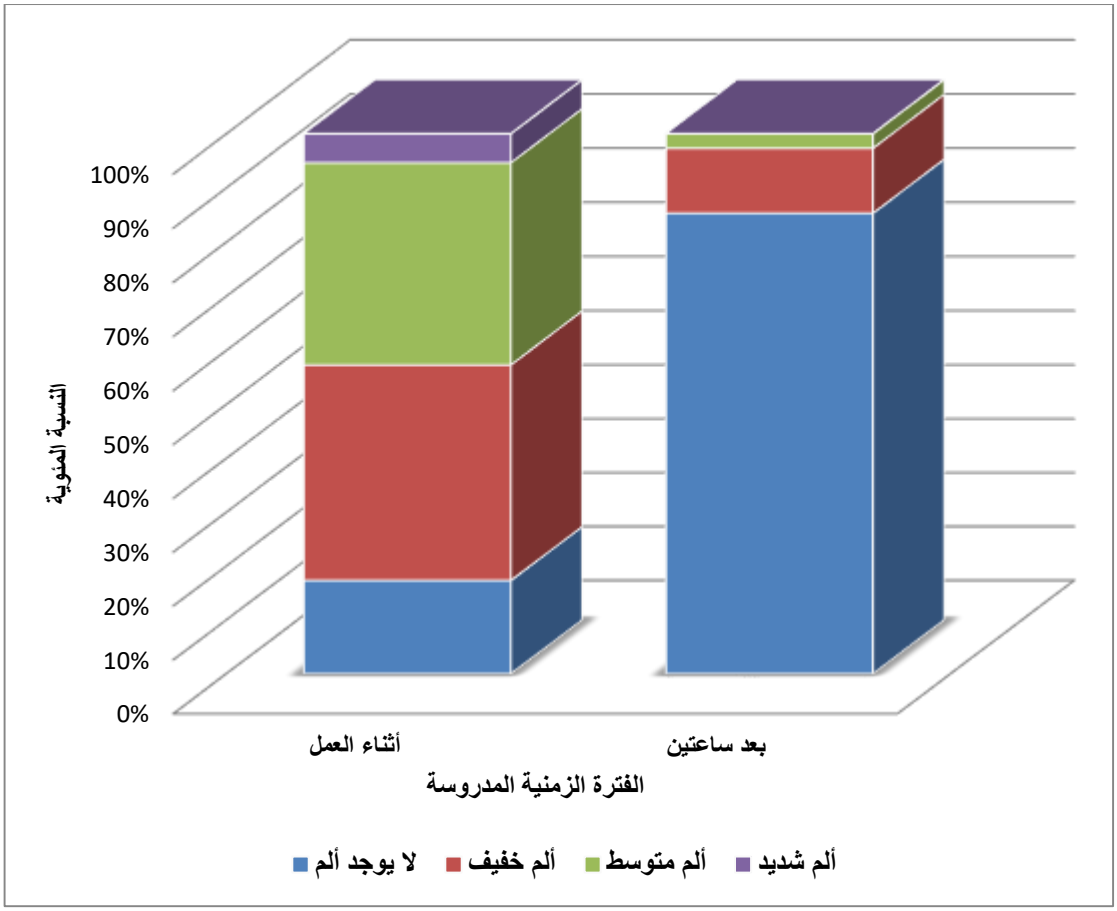


دراسة درجة الألم لدى مريضات عينة الدراسة:

كان يتم تحديد درجة الألم بصرياً حسب مقياس درجة الألم البصريVAS.

جدول رقم (7) يبين نتائج مراقبة درجة الألم في مجموعة الإحصار جانب العنق وفقاً للفترة الزمنية المدروسة

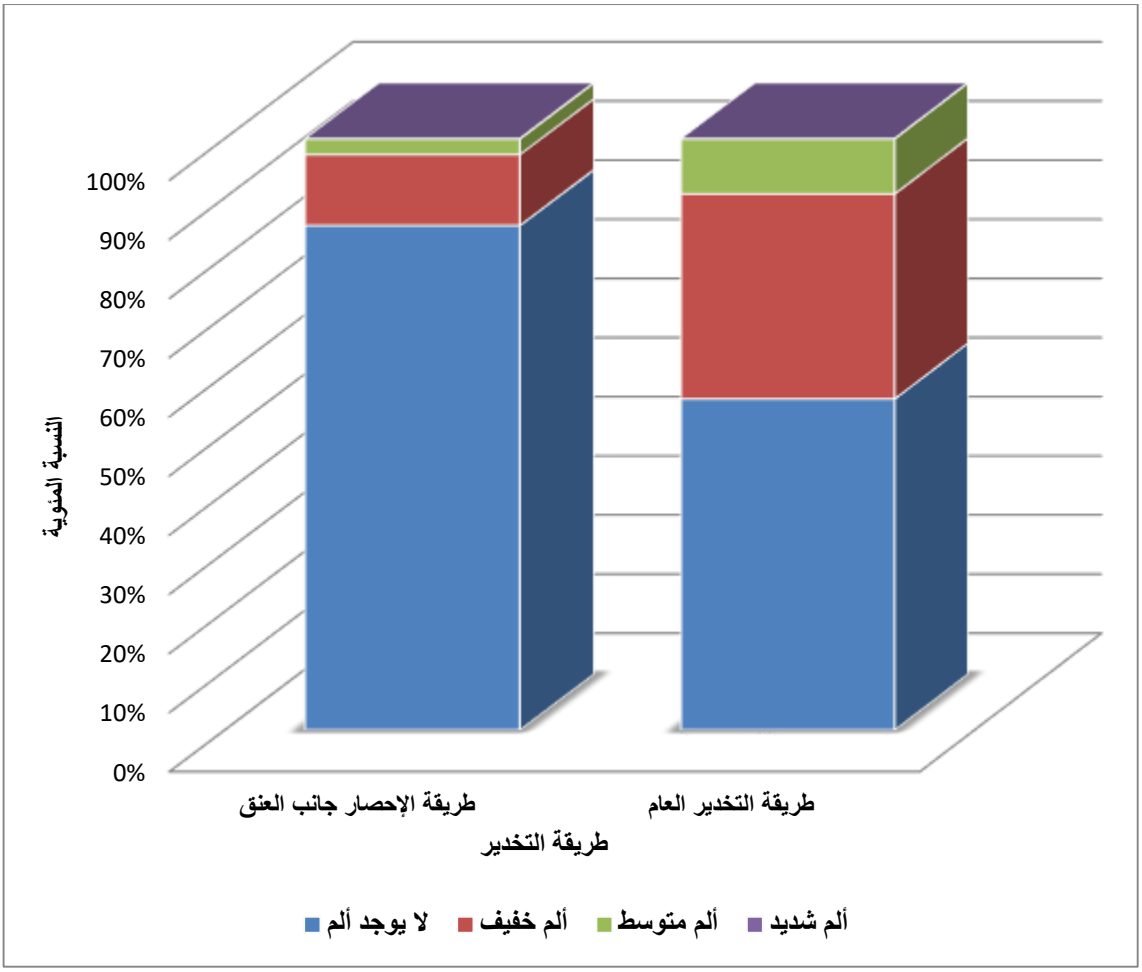
طريقة التخدير المتبعة	درجة الألم	عدد المريضات		النسبة المئوية	
		أثناء العمل	بعد ساعتين اثنتين	أثناء العمل	بعد ساعتين اثنتين
طريقة الإحصار جانب العنق	لا يوجد ألم	13	64	%17.33	%85.33
	ألم خفيف	30	9	%40.00	%12.00
	ألم متوسط الشدة	28	2	%37.33	%2.67
	ألم شديد	4	0	%5.34	0
	المجموع	75	75	%100	%100



مخطط رقم (٧) يمثل النسبة المئوية لدرجة الألم في مجموعة الإحصار جانب العنق وفقاً للفترة الزمنية ا

جدول رقم (8) يبين نتائج مراقبة درجة الألم بعد ساعتين من الإجراء في عينة الدراسة وفقاً لطريقة التخدير المتبعة

درجة الألم بعد ساعتين	عدد المريضات		النسبة المئوية	
	طريقة الإحصار جانب العنق	طريقة التخدير العام	طريقة الإحصار جانب العنق	طريقة التخدير العام
لا يوجد ألم	64	42	%85.33	%56.00
ألم خفيف	9	26	%12.00	%34.67
ألم متوسط الشدة	2	7	%2.67	%9.33
ألم شديد	0	0	0	0
المجموع	75	75	%100	%100



مخطط رقم (٨) يمثل النسبة المئوية لدرجة الألم بعد ساعتين في عينة الدراسة وفقاً لطريقة التخدير المتبعة

تم إجراء الاختبارالاحصائي لدراسة دلالة الفروق في تكرارات درجة الألم بعد ساعتين اثنتين من الإجراء بين مجموعة طريقة الإحصار جانب العنق ومجموعة التخدير العام، ووجد أن قيمة مستوى الدلالة أصغر من القيمة ٠,٠٥، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات درجة الألم بعد ساعتين من الإجراء بين المجموعتين في عينة الدراسة، وبدراسة قيم الجدول (٨) نستنتج أن درجة الألم بعد ساعتين في مجموعة طريقة الإحصار جانب العنق كانت أقل منها في مجموعة طريقة التخدير العام في عينة الدراسة.

تمت دراسة دور متغيرات السيدات في مجموعة الاحصار جانب العنق في شدة الالم وكانت النتائج الواردة في الجداول التالية ووجد أن الالم الشديد ترافق مع عمر السيدة الصغيرو العمر

الحملي أكبر من ١٠ اسابيع عند حدوث االاسقاط وقياس الرحم الكبير والحاجة لتوسيع عنق الرحم (مستوى الدلالة أصغر من ٠,٠٥).

بينما ترافق اجراء التجريف للنزف الشاذ والعمر فوق ٤٠ سنة وعدد الولادات القليل مع الألم المتوسط (مستوى الدلالة أصغر من القيمة ٠,٠٥)

علاقة نوع الاجراء بشدة الألم :

ترافق التجرف للنزف الؤحمي الشاذ مع زيادة الألم المتوسط (مستوى الدلالة أصغر من ٠,٠٥)

الجدول (٩) يبين تكرارات شدة الألم في مجموعة الاحصار جانب العنق حسب الاجراء

الاجراء	حجم الفئة	لا يوجد ألم	ألم خفيف	ألم متوسط	ألم شديد
اسقاط ناقص	**٤٠**	**٨(٢٠%)**	**٢٠(٥٠%)**	**١٠(٢٥%)**	**٢(٥%)**
نزفرحمي شاذ	**٣٥**	**٥(١٤,٢٩%)**	**١٠(٢٨,٥٧%)**	**١٨(٥١,٤٣%)**	**٢(٥,٧١%)**

علاقة عمر السيدة بشدة الألم :

تبين في دراستنا ترافق الألم الشديد مع عمر السيدة الأصغر من ٢٠ سنة ،وترافق الألم المتوسط مع العمر الأكبر من ٤٠ سنة (مستوى الدلالة أصغر من ٠,٠٥)

.

الجدول (١٠) يبين تكرارات شدة الألم في مجموعة الاحصار جانب العنق حسب عمر السيدة

فئة العمر	حجم الفئة	لا يوجد الم	ألم خفيف	ألم متوسط	ألم شديد
٢٠≥	٣	٠	٠	٢(٦٦,٦٧%)	١(٣٣,٣٣%)
٣٠_٢١	٢٤	٦(٢٥%)	١١(٤٥,٨٣%)	٦(٢٥%)	١(٤,١٧%)
٤٠_٣١	٢٥	٥(٢٠%)	١٢(٤٨%)	٨(٣٢%)	٠
40 <	٢٣	٢(٨,٧%)	٧(٣٠,٤٣%)	١٢(٥٢,١٧%)	٢(٨,٧%)

علاقة عدد الولادات السابقة بشدة الألم :

ترافق عدد الولادات القليل مع زيادة الألم المتوسط (مستوى الدلالة أصغر من ٠,٠٥)

الجدول (١١) يبين تكرارات شدة الألم في مجموعة الاحصار جانب العنق حسب عدد الولادات السابقة

عدد الولادات	حجم الفئة	لا يوجد ألم	ألم خفيف	ألم متوسط	ألم شديد
ولود واحد	١٦	٢ (١٢,٥%)	٦ (٣٧,٥%)	٧ (٤٣,٧٥%)	١ (٦,٢٥%)
ولود ٢_٤	٢٦	٥ (١٩,٢٣%)	١١ (٤٢,٣٠%)	٩ (٣٤,٦٢%)	١ (٣,٨٥%)
ولود≤ ٥	٣٣	٦ (١٨,١٨%)	١٣ (٣٩,٣٩%)	١٢ (٣٦,٣٦%)	٢ (٦,٠٦%)

علاقة وجود اسقاطات سابقة بشدة الألم :

لم نجد فارق احصائي مهم بين المجموعتين (p>0.5).

الجدول(١٢) يبين تكرارات شدة الألم في مجموعة الاحصار جانب العنق حسب وجود اسقاطات سابقة.

وجود اسقاطات	حجم الفئة	لا يوجد ألم	ألم خفيف	ألم متوسط	ألم شديد
يوجد	١٣	٣(٢٣,٠٨%)	٥(٣٨,٦٤%)	٣(٢٣,٠٨%)	٢(١٥,٣٨%)
لا يوجد	٦٢	١٠(١٦,١٣%)	٢٥(٤٠,٣٢%)	٢٥(٤٠,٣٢%)	٢(٣,٢٣%)

علاقة العمر الحملي عند حدوث الإسقاط بشدة الألم :

تبين في دراستنا وجود علاقة بين الألم الشديد والعمر الحملي الأكبر من ١٠ أسابيع(مستوى الدلالة أصغر من ٠,٠٥).

الجدول(١٣) يبين تكرارات اشدة الألم في مجموعة الاحصار جانب العنق حسب العمر الحملي .

العمر الحملي	حجم الفئة	لا يوجد ألم	ألم خفيف	ألم متوسط	ألم شديد
٨_٦	١١	٢(١٨,١٨%)	٦(٥٤,٥٥%)	٣(٢٧,٢٧%)	٠
١٠_٨	٢١	٤(١٩,٠٥%)	١٢(٥٧,١٤%)	٥(٢٣,٨١%)	٠
١٢_١٠	٨	٢(٢٥%)	٢(٢٥%)	٢(٢٥%)	٢(٢٥%)

علاقة قياس الرحم بشدة الألم :

تبين في دراستنا وجود علاقة بين الألم الشديد وقياس الرحم الأكبر من ٨ سم(مستوى الدلالة أصغر من ٠,٠٥).

الجدول(١٤) يبين تكرارات شدة الالم في مجموعة الاحصار جانب العنق حسب قياس الرحم.

قياس الرحم	حجم الفئة	لا يوجد ألم	ألم خفيف	ألم متوسط	ألم شديد
٨_٦	٥٧	١١ (%١٩,٣)	٢٤ (%٤٢,١١)	٢١ (%٣٦,٨٤)	١ (%١,٧٥)
١٠_٨	١٨	٢ (%١١,١١)	٦ (%٣٣,٣٣)	٧ (%٣٨,٨٩)	٣ (%١٦,٦٧)

علاقة الحاجة لتوسيع عنق الرحم مع شدة الألم:

تبين في الدراسة أن مجموعة توسيع عنق الرحم ترافقت مع الألم المتوسط والشديد (مستوى الدلالة أصغر من ٠,٠٥)

الجدول(١٥)يبين تكرارات شدة الألم في مجموعة الاحصار جانب العنق حسب الحاجة لتوسيع العنق

الحاجة للتوسيع	حجم الفئة	لا يوجد ألم	الم خفيف	ألم متوسط	ألم شديد
يوجد توسيع	١٧	٢ (%١١,٧٦)	٥ (%٢٩,٤٢)	٨ (%٤٧,٠٦)	٢ (%١١,٧٦)
لا يوجد توسيع	٥٨	١١ (%١٨,٩٧)	٢٥ (%٤٣,١٠٥)	٢٠ (%٣٤,٤٨)	٢ (%٣,٤٥)

دراسة الاختلاطات الحاصلة لدى المريضات في عينة الدراسة:

تمت دراسة الاختلاطات الحاصلة أثناء أو بعيد التجريف، لم تسجل أي حالة لانثقاب الرحم أو الحاجة لنقل الدم أثناء الإجراء، أو أي مشاكل تخديرية مهددة للحياة. واقتصرت النتائج المسجلة على الغثيان والإقياء، وحدوث هبوط الضغط.

يبين الجدول (١٦) نتائج مراقبة حدوث الاختلاطات عموماً في عينة الدراسة وفقاً لطريقة التخدير المتبعة، بينما يحدّد الجدول (١٧) الاختلاطات الحاصلة في مجموعة المريضات اللاتي حدثت لديهن اختلاطات وفقاً لطريقة التخدير المتبعة.

جدول رقم (١٦) يبين نتائج مراقبة حدوث الاختلاطات عموماً في عينة الدراسة وفقاً لطريقة التخدير المتبعة

طريقة التخدير المتبعة	عدد المريضات			النسبة المئوية		
	لم تحدث أية اختلاطات	حدث اختلاط واحد أو أكثر	المجموع	لم تحدث أية اختلاطات	حدث اختلاط واحد أو أكثر	المجموع
طريقة الإحصار جانب العنق	٦٧	٨	٧٥	٨٩,٣%	١٠,٦ %	**100%**
طريقة التخدير العام	٥٧	١٨	٧٥	٧٦%	٢٤%	**100%**

تم إجراء اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في تكرارات حدوث الاختلاطات عموماً بين مجموعتيالدراسةووجد أن قيمة مستوى الدلالة أصغر من القيمة ٠,٠٥، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات حدوث الاختلاطات عموماً بين مجموعة طريقة الإحصار جانب العنق ومجموعة طريقة التخدير العام في عينة الدراسة، وبدراسة جدول التكرارات والنسب المئوية الموافق

يُلاحظ أن نسبة حدوث الاختلاطات عموماً في مجموعة طريقة الإحصار جانب العنق كانت أصغر منها في مجموعة طريقة التخدير العام في عينة الدراسة

الجدول (١٧) الاختلاطات الحاصلة في مجموعة المريضات اللواتي حدثت لديهن اختلاطات وفقاً لطريقة التخدير المتبعة، ونسبها المئوية من عينة الدراسة

الاختلاطات الحاصلة	عدد المريضات		النسبة المئوية	
	طريقة الإحصار جانب العنق	طريقة التخدير العام	طريقة الإحصار جانب العنق	طريقة التخدير العام
غثيان	3	14	%4.00	%18.67
إقياء	1	4	%1.33	%5.33
هبوط ضغط	4	0	%5.33	-

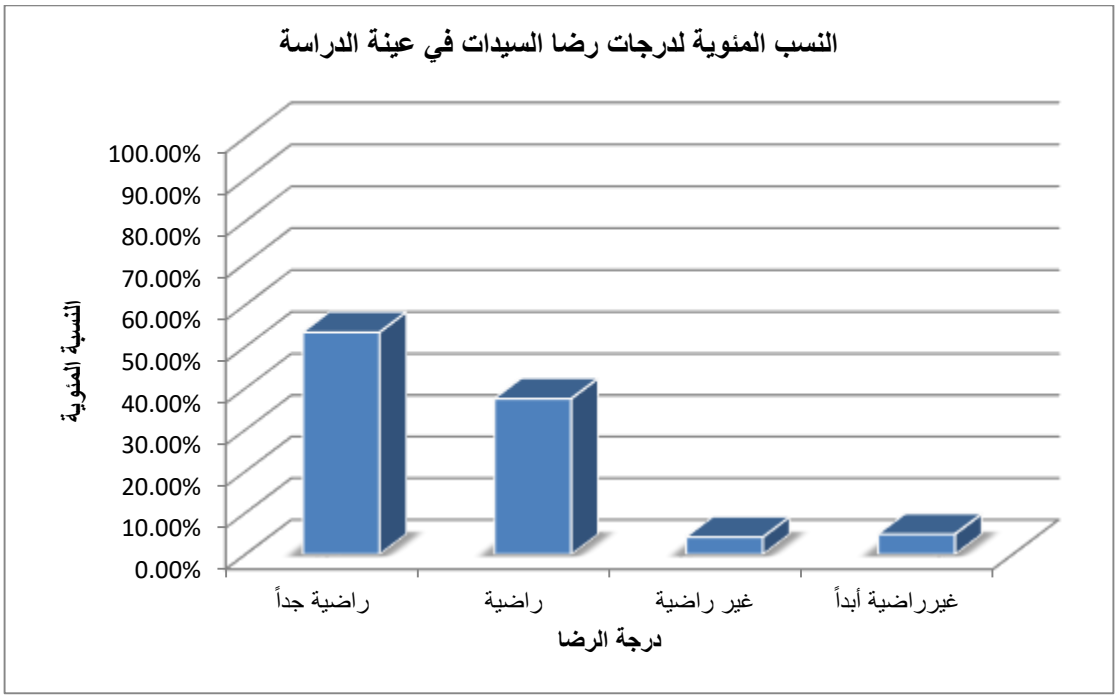
نتائج رضا السيدات عن استخدام الإحصار جانب العنق لدى عينة الدراسة:

كان تقويم رضا السيدات عن طريقة الإحصار جانب العنق للتخدير أثناء التجريف يتم اعتماداً على مقياس (Likertscal) وكانت هذه الدرجات: راضية جداً، راضية، غير راضية، غير راضية أبداً. ويبين الجدول (١٨) توزع مريضات عينة الدراسة وفقاً لدرجات الرضا. حيث يبين الجدول أن ٨٩,٣٤% من المريضات كن راضيات أو راضيات جداً عن استخدام الإحصار جانب العنق كوسيلة تخديرية لتجريف باطن الرحم.

الجدول رقم (١٨) يبين تكرارات والنسب المئوية لتوزع مريضات عينة الدراسة حسب درجة الرضا عن طريقة التخدير المتبعة

درجة الرضا	عدد المريضات	النسبة المئوية
راضية جداً	٢٩	%٣٨,٦٧
راضية	٣٨	%٥٠,٦٧
غير راضية	٤	%٥,٣٣
غير راضية أبداً	٤	%٥,٣٣
المجموع	٧٥	%١٠٠

الجدول رقم (١١) يبين تكرارات والنسب المئوية لتوزع مريضات عينة الدراسة حسب درجة الرضا عن طريقة التخدير المتبعة

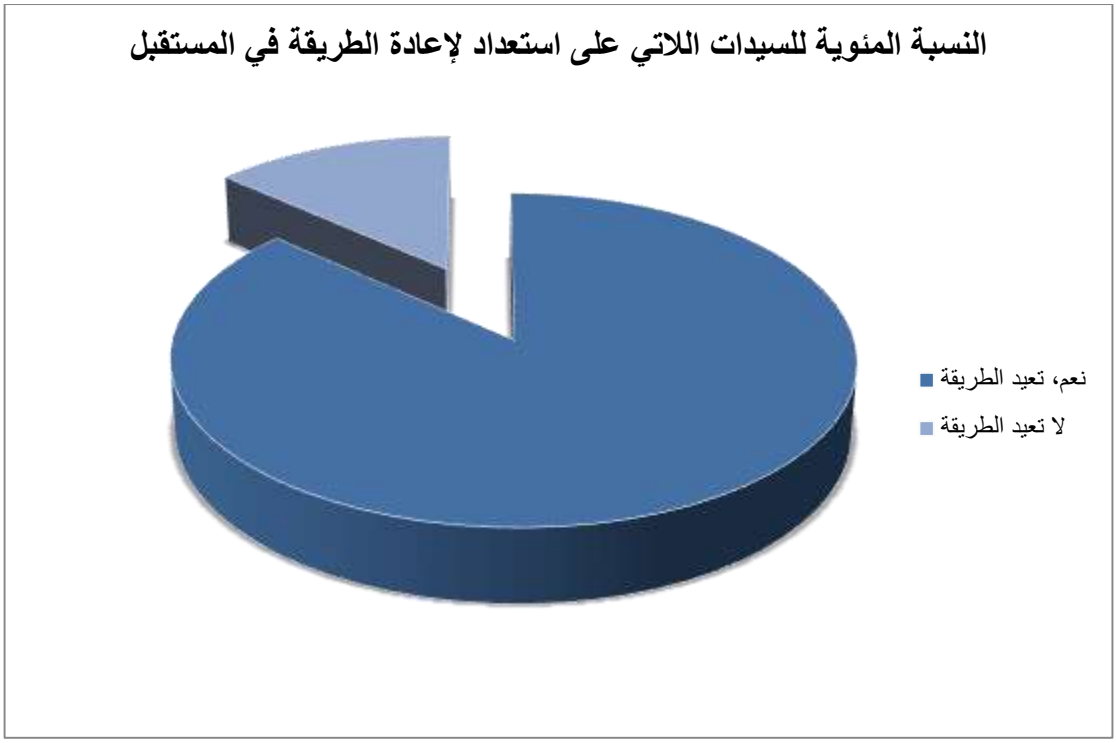


المخطط (٩) يمثل النسب المئوية لدرجات رضا السيدات في عينة الدراسة عن طريقة التخدير المتبعة

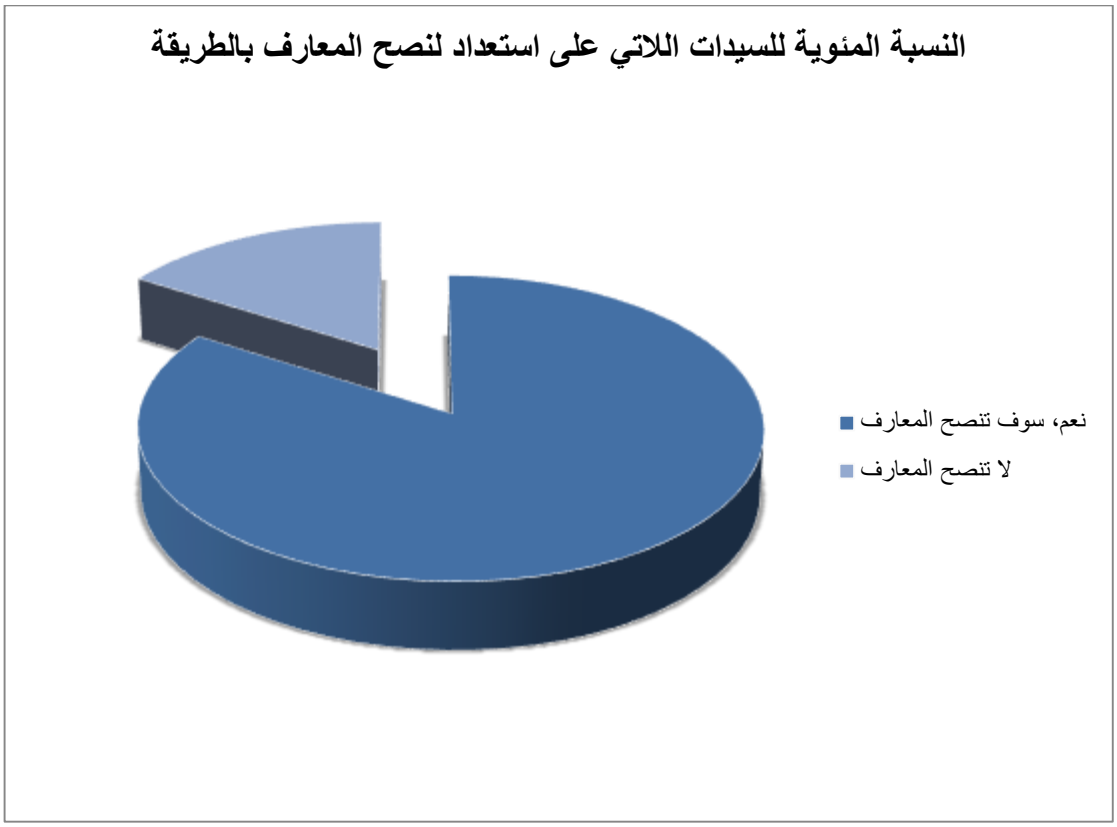
وفي إطار استكمال دراسة درجة رضا السيدات في الدراسة عن الإحصار جانب العنق تمت دراسة استعداد السيدة لإعادة الطريقة في حال الحاجة لتجريف آخر في المستقبل، واستعدادها لتقديم النصح للمعارف باللجوء لهذه الطريقة من التخدير. ويمثل الجدول (١٩) النتائج التي تم الحصول عليها.

الجدول (١٩) يمثل التكرارات والنسب المئوية لنتائج متغيرات دراسة رضا المريضات في عينة الدراسة عن طريقة الإحصار جانب العنق.

المتغيرالمدروس	النتيجة	عدد المريضات	النسبة المئوية
إعادة الطريقة في المستقبل	نعم	٦٥	%٨٦,٦٧
	لا	١٠	%١٣,٣٣
	المجموع	٧٥	%١٠٠
نصح المعارف باللجوء لهذه الطريقة	نعم	٦٣	%٨٤
	لا	١٢	%١٦
	المجموع	٧٥	%١٠٠



مخطط رقم (١٠) يمثل النسبة المئوية للسيداتفيعينة الدراسة اللاتي على استعداد لإعادة طريقة التخدير في المستقبل.



مخطط رقم (١١) يمثل النسبة المئوية للسيدات في عينة الدراسة اللاتي على استعداد لنصح المعارف بتجربة الإحصار جانب العقن

المناقشـــــــــة

إن تجريف باطن الرحم إجراء جراحي يستخدم بشكل شائع في إسقاطات الثلث الأول واستطبابات أخرى، وتعاني المريضة عادة من الم متوسط إلى شديد خلاله.

كان يستخدم تقليدياً التخدير العام في هذا الإجراء وأيضا" استخدم الإحصار جانب العنق منذ القدم لأمانه وسهولة تطبيقه مما سهل انتشار استخدامه.

أجريت هذه الدراسة في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي على عينة من السيدات المرشّحات لإجراء تجريف باطن رحم (n= ١٥٠ سيدة).

تم ضبط المجموعتين المدروستين من أجل عدة عوامل قد تتداخل في النتائج كعمر السيدة،وم وعدد الولادات السابقة وعدد الاسقاطات السابقة.كما كانت المجموعتان مضبوطتين بالنسبة للعمر الحملي عند إجراء التجريف، وقياس الرحم($0.05>P_{-value}$).

وجدت الدراسة أن فعالية كل من التخدير العام والإحصار جانب العنق كانت متساوية وبلغت ١٠٠% لكل منهما في عينة الدراسة، ولم تحدث أي حالة فشل ولم تحتاج أي حالة لإجراءات إضافية

في دراستنا كانت نسبة الألم المتوسط والشديد تتجاوز ٤٠% وكان السبب الأول لذلك هو الحاجة لتوسيع عنق الرحم في مرضى التجريف الاستقصائي وهذا يتوافق مع دراسةchanrachakul وزملاءه (١٢٠٠١)لذي وجد أن الاحصار جانب العنق ينقص من ألم توسيع العنق ولكن لا يحد منه.

كذلك اكدته دراسة Hamodaو Templetone (٢٠١٠) وكذلك أكدت دور العمر الحملي المتقدم وحجم الرحم الكبير في شدة الألم بسبب تداخل نورونات عصبية من مستوى أعلى.

ان دور العمر الصغير وعدد الولادات القليل في زيادة شدة الألم كان متوافقا" مع دراسة قام بها Rennerوزمالاؤه عام ٢٠٠٩ .

كما وجدنا ان الإحصار جانب العنق كان مفضلاً من حيث حدوث الألم المتوسط إلى الشديد بعد الإجراء بساعتين على التخدير العام (٢،٦٧% مقابل ٩،٣٣%، $P_{-value}<0.05$)، وهذا التحسن في الألم سجلته منشورات الأدب الطبي (٢٨،٣٢،٣٠)].بينما تعارض مع دراسة Tangsiriwattana وزملاءه (٢٠١٣) الذي وجد أن الألم بعد الاجراء لم يتحسن .

كانت الاختلاطات المرافقة للإجراء غير خطرة، وبلغت ٨% في مجموعة الإحصار جانب العنق، وكانت أقل بشكل هام من نسبتها في مجموعة التخدير العام، ومتقاربة مع نسبة ٨،٦٩% التي سجلتها دراسة Açmazورفاقه(٢٠١٣).، هذه النسبة المنخفضة من الاختلاطات للإحصار جانب العنق مقارنة بباقي الطرق سجلتها دراسات سابقة Lopez JC etAL; 2013; calvache JA (et al;2012)

بلغت النسبة المئوية للرضا عن استخدام الإحصار جانب العنق ٨٩،٣٤%، على الرغم من أن حوالي ٤٢% منهن عانين من ألم متوسط أو أشد أثناء التجريف. وكان هناك استعداد لدى نسبة مرتفعة جداً منهن لإعادة الإجراء إن احتاجت لذلك، ونصح معارفها به.وقد سجلت نتائج مشابهة في دراسات سابقة (Tangsiriwatthana T et al;2013 ; Calvache JA et al;2012)

توجّه النسبة المرتفعة للألم المتوسط أثناء التجريف للبحث عن وسائل لخفضها ومن ضمن الوسائل المدروسة سابقاً التحضير الدوائي المسبق بالمسكنات كما توصلت دراسة Wiebe ورفاقه (1995).

إن هذه الدراسة تدعم البيانات حول فعالية وكفاءة وأمان الإحصار جانب العنق لما يملكه من ميزات لخفض التكلفة المادية، والحاجة للكوادر التخديرية وخاصة في الحالات الاستثنائية التي يوجد فيها نقص في المواد والكوادر كما بحالات الحروب ، كما يمكن استخدامه في العيادات الخارجية في المناطق التي لا يتوفر فيها مشافي قريبة ويتعذر نقل المريضات الى مراكز طبية افضل

التوصيات

- ❖ دعم استخدام الإحصار جانب العنق كوسيلة تخديرية بديلة في التداخلات الرحمية ، خاصة عندما يكون التخدير العام غير متوفر أو مضاد استطباب أويحمل خطورة عالية في حال تطبيقه .
- ❖ وجود نسبة مرتفعة من الألم المتوسط توجهنا لدعم الاحصار بالمشاركة مع التهدئة و الدعم النفسي الجيد للمريضة للحصول على نتائج أفضل مستقبلا".

الملاحق

الملحق الأول

الموافقة المستنيرة

جامعة دمشق
كلية الطب البشري
قسم التوليد وأمراض النساء

موافقةعلى الدخول في دراسة بعنوان:

(فعالية الإحصار جانب العنق في تجريف باطن الرحم لأغراض تشخيصية أو علاجية بعد إسقاط غير تام)

بعد الاطلاع على تفاصيل البح العلمي، وبعد أن تم شرح مبررات الدراسة والفوائد المتوقعة منها، والإجابة على كل أسئلتي واستفساراتي حول الموضوع، فإنني أوافق على المشاركة في الدراسة وفق الطريقة المقررة.

أدرك أن طريقة الدراسة المتبعة هي طريقة آمنة ولا تسبب لي أضراراً، ولا تؤثر عكسياً على حالتي الصحية.

أدرك أن رفضي المشاركة في الدراسة لن يؤثر سلباً في التدبير الطبي المقدم لي.

أدرك أن البيانات المعطاة من قبلي تتمتع بالسرية التامة، وأنه لن يتم استخدام اسمي أو ما يدل على هويتي بأي شكل كان.

إن الباحثة مستعدة للإجابة على أي تساؤل أو استفسار ترغبين به.

وشكراً لمشاركتكم

د.لطيفة صالح الخطيب

الملحق الثاني

استبيان الدراسة

رقم السيدة: مجموعة التعرض () مجموعة الشاهد ()

اسم السيدة:

العمر: المستوى التعليمي:

عدد الولادات السابقة: عدد الإسقاطات السابقة:

سوابق مرضية:

سوابق تحسسية:

سوابق جراحية:

التشخيص عند القبول:

حالة المريضة عند القبول:

عمر الحمل:

نوع التداخل: تجريف استقصائي:

تجريف بعد إسقاط:

قياس الرحم:

اختلاطات ناجمة عن التجريف:

درجة الألم بعيد التجريف تماماً:

درجة الألم بعد ساعتين:

الرضا عن الإجراء:

الاستعداد لإعادته مستقبلاً:

نصح المعارف بالإجراء: ملاحظات:

المراجع

[1]. Açmaz G, Aksoy H, Ozoglu N, Aksoy U, Albayrak E. Effect of Para cetam-ol, Dexketoprofentrometamol, Lidocaine spray, and paracervical block application for pain relief during suction termination of first-trimester pregnancy. Biomed Res Int. ;2013: Wieslander CK, Rahn DD, McIntire DD, et al. Vascular anatomy of the presacral space in unembalmed female cadavers. Am J ObstetGynecol2006; 195:1736.

[2]. ASA. American Society of Anesthesiologists. Continuum of depth of sedation. Definition of general anesthesia and levels of sedation/analgesia. Approved by ASA House of Delegates; on October 13, 1999, amended October 27, 2004

[3]. ASA. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. Anesthesiology2002;96:1004–17.

[4]. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. Obstetrics & Gynecology 2004;103(4):729-37.

[5]. Blanco LJ, Reid PR, King TM. Plasma lidocaine levels followingparacervical infiltration for aspiration abortion. Obstet Gyneco1982; 60:506.

[6]. Calvache JA, Delgado-Noguera NF, Lesaffre E, Stolker RJ. Anaesthesia for evacuation of incomplete miscarriage. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Apr 18;4:CD008681

[7]. Cetin M, Cetin A. The role of transvaginalsonography in predicting recurrent preterm labour in patients with intact membranes. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* 1997;**74**(1):7-11.

[8]. Chanrachakul B, Likittanasombut P, O-Prasertsawat P, Herabutya Y. Lidocaine versus plain saline for pain relief in fractional curettage: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology* 2001;**98**(4):592-5.

[9]. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD, Eds., "Obstetrical anesthesia," in Williams Obstetrics, pp. 479–480, McGraw-Hill, New York, NY, USA, 22nded, 2005.

[10]. Department of Health. Conscious sedation in termination of pregnancy. Report of the DoH Expert Group 2002. Crown Copyright.

[11]. Egziabher TG, Ruminjo JK, Sekadde-Kigondu C. Pain relief using para-cervical block in patients undergoing manual vacuum aspiration of uterus. East African Medical Journal 2002;79(10):530-4.

[12]. Glantz JC &Shomento S. Comparison of paracervicalblock techniques during first trimester pregnancy termination. Int J GynaecolObstet 2001; 72: 171e178.

[13]. Guida M, Pellicano M, Zullo F, Acunzo G, Lavitola G, Palomba S, et al. Outpatient operative hysteroscopy with bipolar electrode: A prospective multicentre randomized study between local anaesthesia and conscious se-dation. *Human Reproduction* 2003;**18**(4):840-3.

[14]. Hamoda H, Templeton A. Medical and surgical options for induced abortion in first trimester. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2010.

[15]. Kan AS, Ng EH, Ho PC. The role and comparison of two techniques of paracervical block for pain reliefduring suction evacuation for first-tri-mester pregnancy termination. *Contraception* 2004;**70**(2):159-63.

[16]. Koonin LM, Strauss LT, Chrisman CE, Parker WY. Abortion surveil-lance--United States, 1997. MMWR CDC Surveillance Summaries2000; Vol. 49, issue 11:1-43.

[17]. Lau WC, Lo WK, Tam WH, Yuen PM. Paracervicalanaesthesia in out-patient hysteroscopy: A randomised double-blind placebo-controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1999;**106**:356-9.

[18]. Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Shulman HB, RamickM. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1994;171(5):1365-72.

[19]. Lichtenberg ES, Paul M, Jones H, "First trimester surgical abortion practices: a survey of National Abortion Federation members," Contracep-tion, vol. 64, no. 6, pp. 345–352, 2001.

[20]. Lopez JC, Vigil-De Gracia P, Vega-Malek JC, Ruiz E, Vergara V. A randomized comparison of different methods of analgesia in abortion using manual vacuum aspiration. Int J Gyne&Obstet 2007;99(2):91-4

[21]. Miller L, Jensen MP, Stenchever MA. A double-blind randomized comparison of lidocaine and saline for cervical anesthesia. *Obstetrics and gynecology* 1996;**87**(4):600-4.
[22]. Mola G, Sapuri M, Bergström S. Simplified care of women with prolonged or persistent retention of the placenta: the use of paracervical block. *Tropical Doctor* 1996;**26**(3):116-8.
[23]. Moore KL،DalleyAR، clinically Oriented Anatomy ، 5thedlippincort Williams & Wilkins Philadelphia 2006
[24]. Novicova N, Cluver C. Local anaesthetic nerve block for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev 2012; 4:CD009200.
[25]. Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Maltzer DS. Pain management. A clinician's guide to medical and surgical abortion. 1st Edition. Philadelphia. PA: Churchill Livingstone, 1999.
[26]. Phair N, Jensen JT & Nichols MD. Paracervical block and elective abortion: the effect on pain of waiting between injection and procedure. Am J ObstetGynecol 2002; 186: 1304e1307.
[27]. Piyamongkol W. Obstetrics. In: Tongsong T, Wanapirak C editor(s). Obstetric anaesthesiology. 4th Edition. Bangkok: P.B. Foreign Book Center, 1998.
[28]. RCOG. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Evidence-based clinical guidelines No.7, The care of women requesting induced abortion 2000, RCOG Press. London, UK. pp.39
[29]. Renner RM, Jensen JT, Nichols MD, Edelman A. Pain control in first trimester surgical abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. CD006712
[30]. Revel A. Multitasking Human Endometrium A Review of Endometrial Biopsy as a Diagnostic Tool, Therapeutic Applications, and a Source of Adult Stem Cells. Obstetrical And Gynecological Survey; 2009. Volume 64, Number 4: 249-257.
[31]. . Sharma JB, Aruna J, Kumar P, Roy KK, Malhotra N, Kumar S. Comparison of efficacy of oral drotaverine plus mefenamic acid with paracervical block and with intravenous sedation for pain relief during hysteroscopy and indometrial biopsy. *Indian Journal of Medical Sciences* 2009;**63**(6):244-52.
[32]. Tangsiriwatthana T, Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Paracervical local anaesthesia for cervical dilatation and uterine intervene-tion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, CD005056
[33]. Thongrong P, Jarruwale P, Panichkul P. Effectiveness of paracervical block versus intravenous morphine during uterine curettage: A randomized

controlled trial. *Journal of The Medical Association of Thailand* 2011;**94**(4):403-7

[34]. Toledano RD, Kodali BS, Camann WR. Anesthesia drugs in the obstetric and gynecologic practice. Reviews in Obstetrics and Gynecology 2009;2(2):93-100.

[35]. Trolice MP, Fishburne Jr. C, McGrady S, "Anesthetic efficacy of intrauterine lidocaine for endometrial biopsy: a randomized double-masked trial," Obstetrics and Gynecology, vol. 95, no. 3, pp. 345–347, 2000

[36]. Wiebe ER, Rawling M. Pain control in abortion. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics 1995;**50**(1):41-6.

[37]. Wong CY, Ng EH, Ngai SW, Ho PC. A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. Hum Reprod. 2002 May;17(5):1222-5.

[38]. كتاب التوليد الجامعي