جامعة دمشق

كلية الطب البشري

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا في التوليد وأمراض النساء وجراحتها

في كلية الطب البشري بجامعة دمشق

دراسة مقارنة بين الإفراغ بالممص الكهربائي والعلاج بالميزوبروستول في تدبير الإسقاط الناقص

Comparative study between electric vaccum aspiration and treatment with misoprostol in the management of incomplete abortion

رئاسة

الأستاذ الدكتور

كنعان السقا

إشراف

الأستاذة الدكتورة

سوزان الطبراني

إعداد الدكتور

أحمد علي مسلماني

دمشق– 2016

الفهرس

المحتويات	الصفحة
القسم الأول–النظري	5
القسم الثاني–العملي	20
منهج البحث	21
عرض نتائج البحث	28
مناقشة النتائج	49
التوصيات	52
القسم الثالث–المراجع	53
القسم الرابع–ملاحق	58

القسم الأول

النظري

مقدمة:

يشير الإسقاط العفوي؛ والذي يعرف أيضاً بالإجهاض؛ إلى الحمل الذي ينتهي عفوياً قبل أن يصبح الجنين قابلاً للحياة. وعرّفته منظمة الصحة العالمية بأنه انقذاف جنين أو مضغة بوزن 500 غرام أو أقل خارج جسم الأم. ويتوافق هذا عادة مع عمر حملي 20–22 أسبوع (WHO.2003).

الحدوث:

إن الإسقاط العفوي أشيع الاختلاطات الحملية. ويحدث لدى 8–20% من الحمول المميزة سريرياً تحت الأسبوع الحملي 20؛ يتناقص التواتر مع تقدم العمر الحملي، إذ يحدث 80% من الإسقاطات في أول 12 أسبوع من الحمل. ويعد الخطر الكلي للإسقاط العفوي بعد الأسبوع الحملي 15 منخفضاً بالنسبة للأجنة طبيعية الصبغيات والتركيب (حوالي 0.6%)، ويتراجع حدوث الإسقاط بعد تحديد دقات قلب الجنين بالتصوير الصدوي إلى 3%. ويختلف معدل حدوث الإسقاط حسب العرق، ويزداد بشكل تكافؤي مع العمر، ويرتفع بشكل واضح بعد عمر 40 سنة (WHO.2003; Deutchman M. 2007).

إن فقدان الحمول غير المشخصة أو قبل السريرية أعلى من ذلك، ويحدث في 13–26% من كل الحمول (Cunningham FG et al., 2010).

الآلية الإمراضية:

تحدث أكثر من 80% من الإسقاطات العفوية خلال أول 12 أسبوع من الحمل، وتحدث وفاة الجنين قبل الانقذاف العفوي، ويترافق موت الجنين مع نزف في الساقط القاعدي، ويترافق ذلك مع تنخر النسيج المجاور والذي يحرّض تقلصات الرحم وحدوث الانقذاف.

عوامل الخطورة:

العوامل الجنينية:

إن نصف الإسقاطات هي بيضة رائقة blighted ovum (لا مضغية anembryonic)؛ أي بدون عناصر مضغية واضحة (Silver RM et al., 2011)، والنصف الآخر يوجد فيه مضغة وهي تسجل شذوذات صبغية في نصف الحالات (25% من كل الإسقاطات).

الإسقاط مختل الصيغة الصبغية: تحدث الإسقاطات مختلة الصيغة الصبغية باكراً، ويتناقص معدل الإسقاطات والشذوذات الصبغية مع تقدم العمر الحملي، إن 50% من الإسقاطات المضغية هي مختلة الصيغة الصبغية، وهي توجد في ثلث إسقاطات الثلث الثاني، و5% من الإملاصات.

إن التثلث الجسدي هو أكثر اضطراب صبغي مشاهد في إسقاطات الثلث الأول، وعلى الرغم من أن معظمها يحدث بسبب عدم انفصال معزول، فإنه يوجد إعادة ترتيب صبغي بنيوي متوازن في واحد من الأبوين في 2–4% من الأزواج مع إسقاطات متكررة. إن وجود إسقاط سابق يزيد من الخطر الأساسي للاختلال الصبغي في الجنين اللاحق من 1.4%–1.7%،ومع اسقاطين أو ثلاث إسقاطات سابقة فإن الخطر يرتفع إلى 1.8–2.2% (Bianco K et al., 2006)، إن الصبغي X الوحيد monosomy (45.X) هو أشيع اضطراب مفرد لصبغي محدد.

يترافق تثلث الصيغة الصبغية Triploidy عادة مع تنكس مشيمي رحوي أو خزبي، وعادة تسقط الأجنة المرافقة للرحى العدارية الجزئية باكراً، ولا يزيد عمر الأم أو الأب من حدوث تثلث الصيغة الصبغية. أما رباعي الصيغة الصبغية Tetraploidy فهي تسقط أغلب الأحيان باكراً في الحمل.

تسبب الشذوذات الصبغية البنيوية إسقاط بشكل غير متكرر.

الإسقاط سوي الصيغة الصبغية: يحدث عادة بشكل متأخر أكثر من الحمول مختلة الصيغة الصبغية، وبشكل محدّد فإن معدل حدوث الإسقاطات سوية الصيغة الصبغية يبلغ القمة في حوالي الأسبوع 13 من الحمل، ويزداد معدلها بشكل دراماتيكي بتقدم عمر الأم فوق 35 عام.

عوامل والدية أموية:

الأخماج: يمكن أن تسبب بعض الاخماج المعروفة الجرثومية أو الفيروسية أو غيرها إسقاط للحمل، ويكون معظمها جهازي ويخمج الوحدة الجنينية المشيمية من خلال العضويات المحمولة بالدم، وآخر يخمج موضعياً من خلال خمج بولي تناسلي. على الرغم من كثرة الأخماج خلال الحمل فإنها سبب غير شائع للإسقاط الباكر؛ تسبب البروسيلا المجهضة والكامبيلوباكتر والمقوسات القندية إجهاضات في المواشي ولكن دورها في الحمل البشري أقل وضوحاً (Vilchez G et al., 2014; Mohammad KL et al., 2011; Feldman DM et al., 2010; Hide G et al., 2009)، ويبدو أنه لا يوجد تأثيرات مجهضة للخمج بالليستريا الوحيدةن وبارفوفيروس B19، والحلأ البسيط، والفيروس المضخم للخلايا (Feldman DM et al., 2010;Brown ZA et al., 1997).

إن الخمج الوحيد الممكن كسببية للإسقاط هو خمج الكلاميديا التراخومية والتي وجدت في 4% من الإجهاضات مقارنة بـ 1% من الكونترول (Baud D et al., 2011).

ارتبط الداء حول السن وهو خمج متعدد الميكروبات مع خطر الإجهاض 2–4 أضعاف (Holbrook WJ et al., 2004; Moore S et al., 2004).

إن البيانات لربط أخماج أخرى مع ازدياد الإجهاض متضاربة كما هي حال الميكوبلازما واليوريا بلازما.

أمراض طبية عامة: إن الإسقاطات الباكرة نادراً ما تعود لداء منهك مزمن عموماً كالسل أو الأورام، وهناك بعض الأمراض المحددة مع ارتباط محتمل لازدياد فقد الحمل الباكر. سجل الداء الزلاقي كسبب للإسقاطات المتكررة (Sharshiner R et al., 2013)، إن الداء القلبي المزرق غير المصحح هو عامل خطر للإسقاط، ويمكن ان يستمر الخطر حتى بعد العلاج (Canobbio MM et al., 1996).

يمكن للأدواء المعوية المناعية والذئبة الحمامية الجهازية أن تزيد من خطر الإسقاط (Khashan AS et al., 2012; Al Arfaj AS, Khalil N. 2010)، لا يبدو أن ارتفاع الضغط المزمن يحدث خطر مهم (Ankumah NA et al., 2013).

الأدوية: تم تقييم دور عدد قليل من الأدوية في فقد الحمل الباكر. إن موانع الحمل والعوامل القاتلة للنطاف لا تترافق مع ازدياد معدل الإسقاطات، وأيضاً فإن NSAID والأوندانسيترون Ondansetrone لا ترتبط بذلك (Pasternak B et al., 2013; Edwards DRV et al., 2012)، إن الحمل مع وجود لولب ضمن الرحم يترافق مع زيادة خطر الإسقاط وبالتحديد الإسقاط النتن.

السرطان: إن الجرعات العلاجية من الأشعة مجهضة بدون شك، ولكن لا تعرف الجرعات المجهضة بدقة واعتماداً على Brent وآخرين (2009) فإن التعرض لأقل من 5 راد لا يزيد من الخطر. إن الناجين من السرطان مع علاج بطني حوضي سابق بالأشعة يمكن أن يكون لديهم خطر أعلى للإسقاط مستقبلاً، سجّل Wo و Viswa (2009) خطراً أعلى بـ 2–8 أضعاف.

الداء السكري: إن التأثير المجهض للداء السكري غير المضبوط معروف جيداً. وينقص الضبط الجيد للسكري من هذا الخطر كثيراً. وترتبط شدة التأثير مع درجة الضبط الاستقلابي وقيمة السكري قبل الإلقاح.

أمراض الدرق: على الرغم من انتشارها الواسع إلا أن ازدياد خطر الإسقاط بسببها ما يزال غير واضح (Krassas GE et al., 2010; Negro R et al., 2010)، تزيد إيجابية أضداد الدرق من الإسقاطات (Thangaratinam S et al., 2010; Chen L, Hu R. 2011).

الإجراءات الجراحية: نادراً ما تسبب الرضوض إسقاطات في الثلث الأول.

التغذية: إن طرفي التغذية "نقص التغذية الشديد، أو البدانة المفرطة" تترافق مع ازدياد خطر الإسقاط، وتكون نوعية التغذية هامة أيضاً حيث ينقص خطر الإسقاط لدى السيدات اللاتي يستهلكن فواكه وخضار طازجة يومية (Jarvie E, Ramsay JE. 2010).

العوامل المجتمعية والسلوكية: إن استهلاك الكحول المنتظم بكميات كبيرة يزيد من خطر الإسقاط. استنتجت الكلية الأمريكية للمولدين والنسائيين (2013b) أن استهلاك الكافيين بشكل متوسط لا يملك خطراً مرتفعاً للإسقاط، وأن الخطر مع الجرعات الأعلى مختلف، إن آلية ازدياد معدل الإسقاط عند الاستهلاك المرتفع للكافيين يمكن أن ترتبط بالاستقلاب الوالدي وتصفية هذه المادة. إن السيدات اللاتي لديهن فعالية منخفضة لأنزيم السيتوكروم P4501A2 (CYP1A2) يمتلكن خطر أخفض للإسقاط من السيدات مع فعالية مرتفعة للأنزيم ولا يبدين زيادة في خطر الإسقاط مع الاستهلاك المرتفع للكافيين.

يترافق التدخين الشديد (أكثر من 10 سجائر في اليوم) مع ازدياد خطر فقدان الحمل (يزداد الخطر النسبي 1.2 إلى 3.4). إن الآلية غير معروفة، ولكن يمكن إرجاعها إلى عوامل التقبض الوعائي والمضادات الاستقلابية الناتجة عن التدخين.

عوامل مهنية وبيئية: أشارت تقارير إلى تورط الزرنيخ، والرصاص، والفورم ألدهيد والبينزين، وأوكسيد الإيثيلين (Cunningham FG et al., 2015).

عوامل مناعية: يوجد زيادة في خطر الإسقاط مع بعض الأدواء المتواسطة مناعياً، والأكثر أهمية فيها هي أضداد الفوسفوليبيد والتي تسبب أذية للبطانة الوعائية ولجم تحرر البروستاسيكلين فيحدث الخثار المشيمي والقصور الوعائي مما يؤدي لموت الجنين (Erkan D et al., 2011). لم تحدد الكلية الامريكية للمولدين والنسائيين علاقة سببية بين الثرومبوفيليا الوراثية والإسقاطات (ACOG. 2013a).

عوامل والدية: لم يدرس دورها في الإسقاط بشكل جيد، تزيد الشذوذات الصبغية في النطف من خطر الإسقاط (Carrell DT et al., 2003)، ترافق ازدياد عمر الأب بشكل هام مع ازدياد خطر الإسقاط (Kleinhaus K et al., 2006).

العمر:

يعد عمر الأم المتقدم هو أكثر عامل خطورة أهمية في حدوث الإسقاط العفوي. تم توضيح تأثير عمر الأم على النتاج الحملي في مراجعة منهجية للدراساتوبلغ المعدل الإجمالي للإسقاط العفوي 11% وبلغ تواتر الإسقاط المميز سريرياً حسب عمر الأم: 20–30 سنة (9–17%)، وعمر 35

سنة (20%)، وعمر 40 سنة (40%)، وعمر 45 سنة (80%) (Goddijn M and Leschot NJ. 2000).

قصة إسقاطات سابقة:

يبلغ خطر حدوث إسقاط في الحمول المستقبلية 20% بعد إسقاط واحد، و28% بعد إسقاطين متتاليين، و43% بعد 3 إسقاطات متتالية أو أكثر. في المقابل يحدث الإسقاط لدى 5% من السيدات في حملهن الأول أو اللاتي لديهن حمول سابقة ناجحة (Stovall TG. 2007).

تعدد الحمول:

أظهرت بعض الدراسات ازدياد خطر الإسقاط بازدياد عدد الحمول السابقة، ودراسات أخرى لم تثبت ذلك. تتضمن الأسباب المحتملة لهذا الترافق: السلوك الإخصابي، والفترات الفاصلة بين الحمول لدى السيدات عديدات الولادة (Cunningham FG et al., 2015).

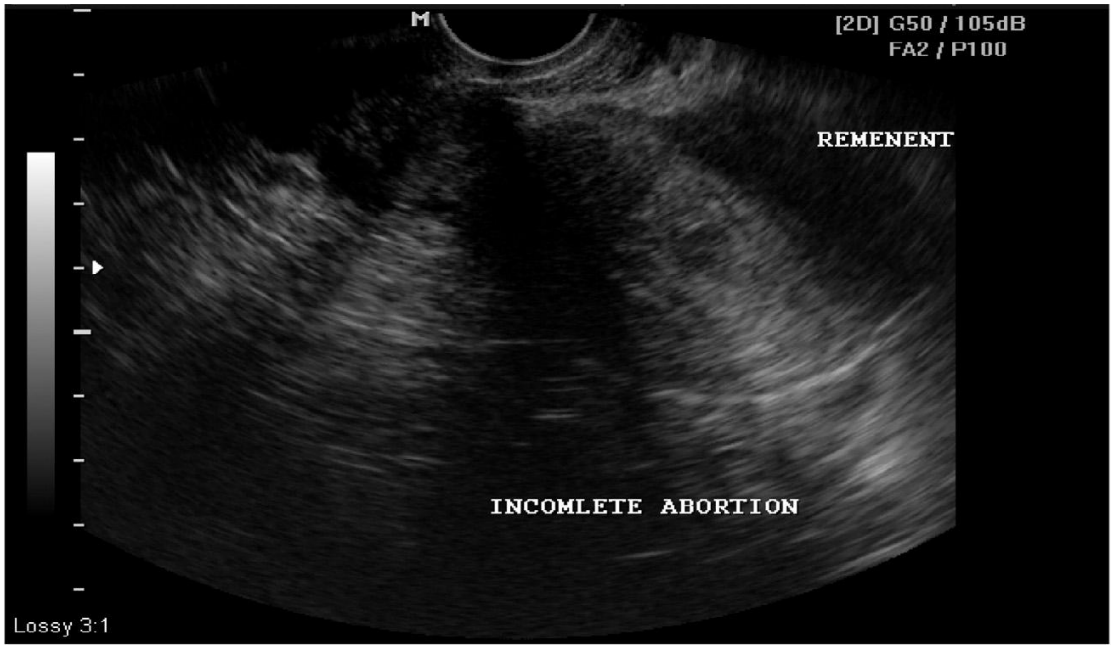
التظاهرات السريرية والتشخيص:

إن السيدة التي تأتي في سياق الإسقاط يكون لديها عادة قصة انقطاع طمث، مع نزف مهبلي، وألم أسفل البطن.

بالفحص: فوهة عنق الرحم مفتوحة، ويمكن مشاهدة أنسجة في المهبل أو العنق، وحجم الرحم أصغر من الحجم المقدر حسب العمر الحملي، ولكن غير منقبض بشكل جيد. تختلف كمية النزف، ويمكن أن تكون غزيرة بشكل كافٍ لإحداث صدمة نقص حجم. تكون التقلصات المؤلمة موجودةعادة.

يشكل التشخيصُ الصدوي للإسقاط الناقص أو احتباس منتجات الحمل معضلةً. أُستخدم قياس ثخانة البطانة الرحمية ومنظر الخط المتوسط صدوياً بشكل واسع لوضع التشخيص، ولكن لايوجد اتفاق على سماكة البطانة المطلوبة للتشخيص ولا يوجد عتبة ذات مصداقية، واعتبرت دراسات أخرى أن قياس مساحة البقايا المشيمية (حاصل جداء القطر السهمي بالقطر المعترض) أدق في تقدير حجم البقايا وأكثر توافقاً مع وزن العينة التي نحصل عليها بعد الإفراغ الجراحي،

وقد اعتمدت المساحة <2 سم^2 كتعريف للرحم الفارغ (Creinin MD et al., 2004; Pang MW et al., 2004).



الشكل () منظر صدوي لإسقاط ناقص يظهر البقايا المشيمية ضمن الرحم

عند تواجد مادة غير متجانسة في التجويف الرحمي فإن التصوير الدوبلري قد يكون مفيداً في التمييز بين المنتجات الحملية المحتبسة والخثرات الدموية؛ إذا وجد جريان دموي فإن تشخيص احتباس الأنسجة هو الأقرب، أما عند غياب الجريان فهو يمكن أن يكون إما غياب توعية المنتجات المحتبسة أو خثرة دموية (Chudleigh T. 2004).

التشخيص التفريقي:

إن العلامة السريرية الأساسية في الإسقاط هي النزف المهبلي. إن النزف في الثلث الأول من الحمل يمكن أن يكون خفيف، أو شديد، متقطع أو مستمر، مؤلم أو بدون ألم.

تضم الأسباب الرئيسة للنزف في بداية الحمل (Cunningham FG et al., 2015):

1. فيزيولوجية: يعتقد أنها تتعلق بالانغراس الطبيعي للكيسة الأرومية في البطانة الرحمية.
2. الحمل الهاجر.
3. الإسقاط.
4. الرحى العدارية.

5. آفات العنق أو المهبل أو مرجلات العنق؛ التي تنزف بسبب زيادة توعية المهبل والعنق خلال الحمل.
6. التهاب العنق أو التهاب المهبل.
7. سرطان عنق الرحم.

يمكن أن يظهر الفحص الفيزيائي مصدر النزف (رض، بوليب، التهاب عنق رحم، تنشؤ). ويعد التصوير الصدوي عبر المهبل حجر الزاوية في تقييم النزف و/أو الألم الحوضي في بداية الحمل، وذلك لتحديد ما إذا كان هناك كيس حملي داخل الرحم أم لا؛ لنفي الحمل الهاجر.

التدبير

إعطاء الصادات:

يوصى بإعطاء الصادات وقائياً، حيث أن التهاب بطانة الرحم عقب الإسقاط يحدث في 5–25% من النساء اللاتي لم يعطين صادات وقائية. يمكن إعطاء الدوكسيسيكلين 100 مغ فموياً مرتين في يوم الإفراغ، أو الأوفلوكساسيكلين 400 مغ مرتين في يوم الإفراغ، أو السفترياكسون 1 غ وريدي قبل الإفراغ بنصف ساعة؛ للمساعدة في الوقاية من إنتان بطانة الرحم. بينت نتائج إحدى الدراسات أن إعطاء الصادات الوقائية قد ساهم في إنقاص حالات التهاب بطانة الرحم ما حول الإسقاط إلى النصف تقريباً عند النساء اللاتي أجري لهن إسقاط علاجي؛ حتى عند النساء منخفضات الخطورة (اللاتي ليس لديهن قصة داء حوضي التهابي وكان زرع الكلاميديا لديهن سلبياً). وتشمل عواقب الإنتان بعد الإسقاط كلاً من الحمل الهاجر، والعقم والألم الحوضي المزمن (Griebel C et al., 2005). لم تحدد الفترة اللازمة بعد الإسقاط لمتابعة العلاج بالصادات، حيث أثبتت الدراسات العشوائية أن المعالجة لمدة 3 أيام فعالة مثل العلاج لمدة 7 أيام، وأن المعالجة ليوم واحد أكثر فعالية من الدواء الغفل (Henshaw RC et al., 1993). وفي دراسة أخرى لم يترافق الإعطاء الوقائي للدوكسيسكلين في حالات الإسقاط الناقص بتحسن ملحوظ في المراضة الإنتانية، وحسب توصيات الكلية الملكية البريطانية للمولدين لعام 2009 فإن إعطاء الصادات الوقائي يمكن أن يعطى بناءً على الموجودات السريرية لكل حالة بانتظار توفر دراسات أخرى (Cunningham FG et al., 2015).

التخدير:

التخدير الموضعي: يتم إجراء الحصار جانب العنقي باستخدام الليدوكائين أو البوبيفاكائين التي تحقن عميقاً ضمن لحمة العنق في المواضع عند الساعة 4،8،12. من اختلاطات هذا التخدير أن يتم الحقن ضمن وعاء دموي مما يؤدي إلى اختلاطات قلبية، واختلاجات، وقد تحدث الصدمة المبهمية كاختلاط لهذا التخدير (Deutchman M. 2007).

التسكين: إن إعطاء مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية كالايبوبروفين 600–800 مغ قبل ساعة من الإفراغ ينقص الانزعاج أثناء وبعد العملية. ويبدو أن استخدام هذه الأدوية لا يتداخل مع تأثير أو عمل البروستاغلاندينات المستخدمة (Rawling MJ, Wiebe ER. 1998; Creinin MD, Shulman T. 1997).

التخدير الناحي أو العام: يمكن أن يستخدم التخدير الناحي (الشوكي، أو فوق الجافية) أو العام، ولكنها تعد أقل أماناً بسبب زيادة خطر النزف، وأذية الأحشاء المرتبطة بانثقاب الرحم، وحسب مركز مراقبة الأمراض فإن الاختلاطات المرتبطة بالتخدير تشكل 35% من الوفيات المتعلقة بإسقاطات الثلث الأول، بينما يشكل النزف، والإنتان، والصمة الخثرية 15% فقط.

طرق التدبير:

1- **الطرق المحافظة:** تتفاوت نسب النجاح في هذه الطريقة بين 60–86% في حالات الإسقاط الناقص، حيث ترتشف البقايا المشيمية خلال عدة أسابيع، مع وقت وسطي 9 أيام.

2- **الطرق الدوائية:** تتضمن أدوية تحرض استكمال حدوث الإسقاط. وتتضمن استخدام مشابهات البروستاغلاندين (الميزوبروستول) لوحده أو بالمشاركة مع الميفبريستون Mifepristone RU486 (Neilson JP, 2013et al.).

الميفبريستون: وهو مضاد بروجستروني، يرتبط بمستقبلات البروجسترون بألفة أكبر من الهرمون الطبيعي، ويسبب تحرر البروستاغلاندينات والسيتوكينات. يؤخذ فموياً قبل إعطاء الميزوبروستول بـ 36–48 ساعة بجرعة تتراوح بين 200–600 مكغ. تتضمن الآثار الجانبية: الغثيان والإقياء.

الميزوبروستول: وهو مشابه صنعي للبروستاغلاندين E1، واستخدم لفترة طويلة في معالجة القرحة الهضمية، مع وجود خصائص مقلصة للرحم ومجهضة، ويتميز عن البروستاغلاندينات بأنه ثابت في حرارة الغرفة، ومنخفض السعر، وفعال بطرق مختلفة: تحت اللسان، فموي، شرجي، مهبلي. بالإضافة إلى أن تقبله جيد من قبل المريضات. يمكن استخدامه للمريضات خارج المشفى. يتوفر بشكل مضغوطات بجرعة 200 مكغ. يصنف خلال الحمل ضمن المجموعة (X) هيئة الغذاء والدواء(Tang OS, 2002et al.).

أحد استخداماته هو إنهاء الحمل في الثلث الحملي الأول، على الرغم من أن هذا الاستخدام لم يقر من قبل هيئة الغذاء والدواء، ولكن الدراسات العديدة أظهرت فعاليته سواء باستخدامه لوحده أو بالمشاركة مع الميتوتركسات والميفبريستون، وتختلف الأنظمة العلاجية المعتمدة في هذا المجال ومنها: 800 مكغ مهبلياً، أو 600 مكغ تحت اللسان، وتكرر الجرعة كل 3 ساعات لجرعتين إضافيتين.

تراوحت نسب نجاح الميزوبروستول في تدبير الإسقاط الناقص بين 66–100% باستعمال الجرعة المعتمدة 600 مكغ فموياً، أو 400 مكغ تحت اللسان كبديل جيد لكن الدراسات المنشورة في هذا المجال محدودة. أما الجرعة المعتمدة في الإسقاط المنسي فهي 800 مكغ عن طريق المهبل (ACOG. 2009).

يجب تقديم الخيار الدوائي فقط عند المريضات اللاتي تتوفر لديهن إمكانية التواصل الهاتفي مع الطبيب على مدى 24 ساعة، إضافة إلى إمكانية الوصول للمشفى بشكل إسعافي إذا دعت الحاجة.

3- **الطرق الجراحية:** يتضمن الإفراغ الجراحي لتدبير الإسقاط الناقص الرشف بالممص أو التجريف الحاد (et al., 2010; WHO. 2003Tunçalp O).

- **التجريف الحاد:** ولا تزال هذه الطريقة تستخدم في بلادنا وفي مشفانا رغم انحسار استخدامها عالمياً. وحسب توصيات المنظمات العالمية يجب أن لا يستخدم التجريف الحاد بعد الآن لزيادة نسبة الاختلاطات الناجمة عنه، وأن يقتصر على الحالات التي لا يتوافر فيها خيار بديل (WHO. 2003).
- **الرشف بالممص:** تستخدم هذه التقنية في معظم المراكز اليوم، وهي التقنية الجراحية المفضلة للإسقاط حتى 12 أسبوع،ويمكن إجراء الرشف بالممص بأمان حتى العمر الحملي 15 أسبوعاً في حالة الخبرة. وتتوفر تقنيتان له: الرشف بالممص الكهربائي Electric vacuum aspiration، أو اليدوي Manual vacuum aspiration.

أظهرت الدراسات أفضلية للتجريف بالممص على التجريف الحاد من حيث: نقص كمية النزف (الاختلاف الوسطي 17 مل)، ونقص تواتر الألم (الخطر النسبي 0.74)، ونقص مدة الإجراء (الاختلاف الوسطي 1.2 دقيقة).

استخدامات الممص الكهربائي: إنهاء الحمل، إفراغ الرحم بعد الإسقاط الناقص، إنهاء الحمل الرحوي، الحصول على عينة من بطانة الرحم.

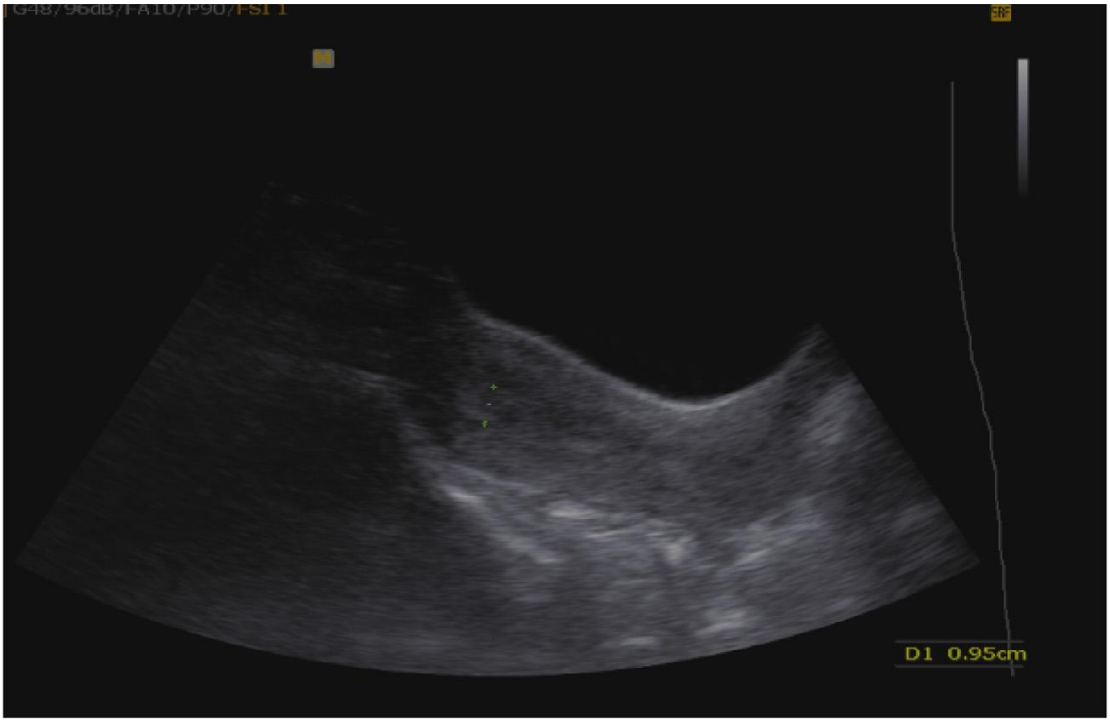
يعتقد بعض السريريون أن النساء يمكن أن يفضلن الإفراغ بالممص اليدوي، لأن الإجراء يتم بشكل هادئ بدون ضجة الآلة أو ضجيج الشفط.(Dalton VK et al., 2006)

إن الإفراغ بالممص وهو الأكثر شيوعاً لإنهاء الحمل في الثلث الأول، خيار آمن وأكثر فعالية واقل إيلاماً من التجريف الحاد، ومن بعض التدابير الطبية. تم إثبات الفعالية المرتفعة في دراسات معشاة مع الحصول على إسقاط تام في 95–100%. وجدت دراسة على 170 ألف إسقاط في مدينة نيويورك أن الاختلاطات الخطيرة بعد الإفراغ بالممص كانت أقل من 0.1% (Hakim-Elahi E et al., 1990).

تشمل اختلاطات الممص الكهربائي اختلاطات باكرة واختلاطات متأخرة. تشمل الاختلاطات الباكرة كل من النزف وتهتك عنق الرحم، وثقب الرحم وتدمي الرحم، بالإضافة لاختلاطات تخديرية.

وتشمل الاختلاطات المتأخرة الإنتان الحوضي وفشل الإفراغ واستمرار البقايا المشيمية.إن حدوث متلازمة آشرمان (التصاقات رحمية)، والعقم الثانوي، وعدم استمساك عنق الرحم، والحمل الهاجر بعد التدبير الجراحي للإسقاط الناقص هي تأثيرات هامة؛ ولكنها قليلة الشيوع، وتتطلب وقتاً طويلاً جداً من المتابعة (عدة سنوات)، ولا يمكن تشخيصها إلا إذا رغبت المريضة بالحمل مستقبلاً وظهرت المشكلة.

أما التقلصات والألم البطني او النزف المماثل للدورة الطمثية الطبيعية فهي تأثيرات سلبية للإجهاض مهما كانت طريقة التدبير.



الشكل (2) منظر صدوي لجوف الرحم بعد حدوث الإسقاط

العناية بعد الإفراغ:

يجب أن تراقب المريضات على الأقل مدة 30 دقيقة بعد الإفراغ، وذلك لمراقبة النزف المهبلي، أو أي تغير في العلامات الحيوية قد يوحي بوجود نزف داخل البطن، ويعطى الغلوبولين المناعي (Anti D) للسيدات سلبيات عامل الريزوس بعد الإفراغ، كما يعطي البعض الميترجين فموياً بجرعة 0.2 مغ كل 4 ساعات لـ 5 جرعات؛ وذلك لإنقاص النزف بعد الإسقاط الناتج عن ارتخاء الرحم، وللمساعدة في الوقاية من حدوث تدمي الرحم (Gómez-Sánchez PI et al., 2007). ويقدم للمريضة المعلومات الضرورية حول:

- معلومات حول طريقة الأدوية الموصوفة.
- التأكيد على طرق النظافة الشخصية الصحيحة.
- معلومات حول استئناف الفعالية الجنسية وطرق منع الحمل.
- الأعراض والعلامات التي تتطلب إخبار فوري.
- متى تطلب الرعاية الإسعافية.
- تاريخ وتوقيت ومكان زيارة المتابعة.

تتطلب الأعراض والعلامات التالية عناية فورية (RCOG. 2004):

- حمى، قشعريرة، غثيان وإقياء لمدة أكثر من 24 ساعة.
- تقلصات رحمية مستمرة لأكثر من عدة أيام.
- توتر، وألم أو تمدد في البطن.
- نزف غزير (أكثر من نزف الدورة الطمثية الطبيعي).
- مفرزات مهبلية ذات رائحة كريهة.
- تأخر في عودة الدورة الطمثية لأكثر من 8 أسابيع.
- تعب أو دوام.

القسم الثاني

العملي

منهج البحث

عنوان البحث Title of study:

دراسة مقارنة بين الإفراغ بالممص الكهربائي والعلاج بالميزوبروستول في تدبير الإسقاط الناقص.

Comparative study between electric vaccum aspiration and treatment with misoprostol in the management of incomplete abortion.

هدف البحث Aim of study:

يهدف هذا البحث إلى مقارنة فعالية، وأمان، ومدى تقبل الميزوبروستول في تدبير الإسقاط الناقص في الثلث الأول الحملي مع الإفراغ بالممص الكهربائي.

خلفية البحث Background:

بعد أكثر من مئة عام على اختراع المجرفة، وعلى الرغم من انحسار استخدامها عالمياً "في عام 1976م تراجعت نسبة التداخلات الجراحية المعتمدة على المجرفة إلى 10% لتصل إلى 3% عام 1989م" إلا أنها ما تزال تستخدم في مشفانا على الرغم من الاختلاطات الكثيرة: انثقاب الرحم، والنزف الشديد، والداء الحوضي الالتهابي، وتخريب الطبقة القاعدية للبطانة الرحمية وبالتالي حصول: انقطاع طمث عقم، مشيمة ملتحمة.

تتجنب معظم المراكز اليوم التجريف الحاد وتلجأ إلى العلاج الدوائي بالميزوبروستول أو الإفراغ بالممص الكهربائي لتدبير الإسقاط الناقص وذلك بسبب فعالية هذه الإجراءات، حيث تبين أن نسبة نجاح الميزوبروستول 95% والممص الكهربائي 99%. تراوحت نسب نجاح الميزوبروستول حسب الدراسات العالمية بين 66% إلى 100% باستعمال الجرعة المعتمدة 600 ميكروغرام فموياً أو 400 ميكروغرام تحت اللسان.

عند استخدام إحدى الطريقتين: الإفراغ بالممص الكهربائي أو الميزوبروستول فإن معظم المريضات لا يحتجن استشفاء إلا إذا كان لديهن آفات مرضية أخرى.
إن توسيع وتجريف الرحم تقنية جراحية قديمة ينبغي الاستعاضة عنها كلما أمكن، وذلك بالممص الكهربائي أو الأدوية كما أوصت منظمة الصحة العالمية.

المواد والطرائق Materials and Methods:

تصميم البحث Design:

دراسة تجريبية (عشوائية ذات شاهد).

مكان البحث Setting:

الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق – شعبة الإسعاف.

مدة البحث Duration:

2014/11/1 م حتى 2015/11/1 م.

المشاركات في البحث Participants:

شملت عينة البحث السيدات اللاتي راجعن عيادة الإسعاف في المشفى ووضع لهن تشخيص "إسقاط ناقص"، بعمر حملي أقل من 14 أسبوع حملي. وذلك بعد أخذ موافقتهن على الدخول في البحث، وتحقيق شروطه.

حجم العينة Sample size:

اشتمل البحث (300) سيدة،وتوزعن بالنسبة للبحث كما يلي:

1- (150) سيدة أجري لهن إفراغ بالممص الكهربائي.

2- (150) سيدة أعطين الميزوبروستول بجرعة 600 ميكروغرام فموياً ولمرة واحدة.

معايير الإدخال Inclusion criteria:

- سن الحمل أقل من 14 أسبوع حملي.
- تاريخ بدء آخر دورة طمثية معروف بدقة، مع انتظام الدورة وعدم وجود إرضاع أو استخدام لموانع الحمل في الفترة السابقة للحمل مباشرة.
- عمر حملي أقل من 14 أسبوع اعتباراً من آخر دورة طمثية، مع وجود تأكيد صدوي في مرحلة حملية أبكر.
- وضع تشخيص إسقاط ناقص "عنق الرحم مفتوح مع وجود بقايا من محصول الحمل محتبسة ضمن الرحم".
- حالة عامة مستقرة، مع وجود حالة لا حموية، مع علامات حيوية جيدة واستقرار هيموديناميكي.
- مكان الإقامة يبعد ساعة على الأكثر عن المشفى مع توافر طريقة للوصول للمشفى في حال تدهور الحالة العامة.

معايير الإستبعاد Exclusion criteria:

- سن الحمل أكبر من 14 أسبوع حملي.
- نزف غزير مترافق مع اضطراب بالحالة الهيموديناميكية.
- الشك بوجود حمل هاجر
- حالات المراضة العامة الشديدة.
- وجود أعراض وعلامات لخمج شديد (مفرزات مهبلية كريهة الرائحة، وحمى: درجة الحرارة > 39 درجة مئوية، أو تسرع نبض القلب > 110 نبضات بالدقيقة).
- تناول حالي لمميعات الدم.
- وجود جراحة سابقة على الرحم (قيصرية) ، أو وجود تشوهات رحمية "مثل رحم ذو القرنين" معروفة سابقاً.
- مضادات استطباب لاستخدام الميزوبروستول "ربو، زرق، حساسية معروفة تجاه الميزوبروستول".

تعاريف البحثDefinitions:

الإسقاط الناقص: هي الحالة التي قذفت فيها أجزاء من منتجات الحمل مع بقاء أجزاء أخرى محتبسة داخل الرحم.

الميزوبروستول: مشابه صنعي للبروستاغلاندين E1 له خصائص مقلصة للرحم ومجهضة.

الممص الكهربائي: جهاز كهربائي يستخدم في تدبير الإسقاط الناقص، ويتألف من مصدر للشفط يؤمن ضغط سلبي وقنية لينة مطاوعة تدخل إلى جوف الرحم.

المشيمة الملتحمة: التصاق المشيمة غير الطبيعي بجدار الرحم كلياً أو جزئياً، وتنجم عن غياب الساقط القاعدي وطبقة نيتابوخ مما يجعل الزغابات الكوريونية قادرة على غزو العضلة الرحمية وبذلك لا تنفصل المشيمة من الرحم بعد الولادة.

انثقاب الرحم: تفرق اتصال يشمل طبقات الرحم كاملة.

جمع البيانات Data collection

اعتمد في جمع البيانات المطلوبة لإنجاز هذا البحث على المصادر التالية:

- **مراجعة أدبيات البحثLiterature review:** تم الاعتماد على المعلومات المتاحة والتي تتعلق بموضوع البحث من دراسات وأبحاث وتقارير ومراجعات منشورة في المجلات العلمية المتخصصة، بالإضافة للنصوص الطبية في الكتب المنشورة.
- **بيانات استبيان البحث:** كان الاستجواب الدقيق المفصل هو المفتاح الأساسي للحصول على البيانات الأولية المتعلقة بالسيدة وفق نموذج الاستبيان المخصص لهذه البحث _راجع الملحق_، بالإضافة لتدوين البيانات التي تم الحصول عليها من طريقة العمل، ونتائج متابعة السيدة المشاركة.

طريقة العمل

I. أخذت الموافقات التسلسلية اللازمة للبدء بالبحث من مجلس قسم التوليد وأمراض النساء، وكلية الطب البشري، وجامعة دمشق.

II. أخذ موافقة السيدة الطوعية للدخول في البحث، وضبط تحقيقها لمعايير الاشتمال والاستبعاد.

III. تم ملء الاستبيان المخصص للبحث لكل مريضة من قبل الطبيب الباحث، بالاعتماد على المقابلة الشفوية مع المريضة.

IV. طريقة العمل عند الإدخال في الدراسة:

أخذ العلامات الحيوية (ضغط، ونبض، وحرارة).

سحب عينة دم لتحديد الزمرة الدموية وعامل الريزوس، وقيمة خضاب الدم والهيماتوكريت.

كان يتم وضع تشخيص الإسقاط الناقص بالاعتماد على الموجودات السريرية المتمثلة بوجود عنق رحم مفتوح بالفحص المهبلي، مع نزف مهبلي حالي أو سابق في الحمل الحالي. وكان يتم تأكيد الإسقاط الناقص بتصوير فائق الصوت والذي يظهر احتباس بقايا منتجات الحمل ضمن الرحم، وكان الحد الأدنى للبقايا المحتبسة والمقبولة لتشخيص الإسقاط الناقص يبلغ 1.5 سم.

أجري التصوير بفائق الصوت عبر المهبل باستخدام المجس المهبلي 5-MHz لتأكيد الإسقاط الناقص، ولتحديد نجاح العلاج من فشله، وذلك باستخدام الأجهزة المتوافرة في مشفى التوليد والتي كانت من علامات تجارية مختلفة.

أجري التصوير بفائق الصوت من قبل الطبيب الباحث في كل الحالات؛ وذلك لتجنب الانحياز.

المجموعة الأولى: يتم إفراغ مثانة المريضة قبل الإجراء. تعقيم المنطقة ووضع رفادات معقمة. وتجهيز الأدوات التي سوف تستخدم في الإفراغ. ثم البدء بتخدير المريضة من قبل الطاقم التخديري.أعطيت كل المريضات جرعة صادات وقائية بعيد انتهاء الإجراء.

كان يتم إفراغ الرحم في كل الحالات من قبل الباحث (لتجنب الانحياز)، باستخدام جهاز الإفراغ الكهربائي الموجود في المشفى باستخدام قنيات بلاستيكية.

المجموعة الثانية: أعطيت المشاركات 600 مكغ من الميزوبروستول (3 حبات من عقار السيتوتك) (Cytotec; Searle, Skkokie) عن طريق الفم، ولجرعة واحدة. وكانت تؤخذ أمام الطبيب الباحث.بعدها تبقى المريضة في المشفى لمدة 4 ساعات لمراقبة التأثيرات الجانبية للدواء والعلامات الحيوية والنزف، ثم ترسل للمنزل في حال استقرار الحالة.

قبل التخريج من المشفى كانت المشاركة تسأل عن درجة الألم وفق مقياس بصري بمسطرة متدرجة 4 درجات تبدأ من جهة بـ "لا ألم" ويتنتهي في الجهة الثانية بـ "ألم شديد".

كان يتم إعطاء الغلوبولين المناعي RH (D) بالجرعة المعيارية 300 مكغ عضلياً لكل السيدات سلبيات عامل الريزوس.

أعطيت السيدات المسكنات: الإيبوبروفين Ibuprofen 400–600 مغ/8 ساعات مع الطعام بعد التخريج من المشفى.

V. المتابعة اللاحقة:

كان موعد الزيارة التالية بعد 48 ساعة، كان يتم التأكد من زوال الأعراض سريرياً بالإضافة لتأكيد صدوي لانفراغ جوف الرحم، وفي حال استمرار الأعراض وبقاء منتجات الحمل محتبسة ضمن الرحم كان يعد ذلك فشلاً ويجرى إكمال جراحي "تجريف رحم آلي". كان استمرار النزف بكميات كبيرة "أكثر من غزارة الدورة الطمثية" سبباً للجوء للإكمال الجراحي بعد تأكيد وجود أنسجة مشيمية ضمن الرحم.

كان يتم سحب عينة دم لتحديد قيمة خضاب الدم والهيماتوكريت.

كان يتم استكمال بيانات الاستبيان من قبل الطبيب الدارس واللجوء للمقابلة الشفوية مع المريضة.

VI. تحليل البيانات واستخلاص النتائج.

تحليل البيانات Data analysis

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

استعرضت الإحصائيات الوصفية على شكل المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والحد الأدنى، والحد الأعلى، والنسبة المئوية.

أجريت الاختبارات الإحصائية الموافقة لكل متغير عند الحاجة لذلك. واعتبر المتغير المدروس له قيمة إحصائية ذات مغزى من أجل قيمة مستوى الدلالة أقل أو تساوي 0.05 ($P \leq 0.05$).

القضايا الأخلاقية Ethical issues

لم تتضمن الدراسة توجيه أية أسئلة حساسة. وكان للسيدة الحق بالانسحاب في وقت.

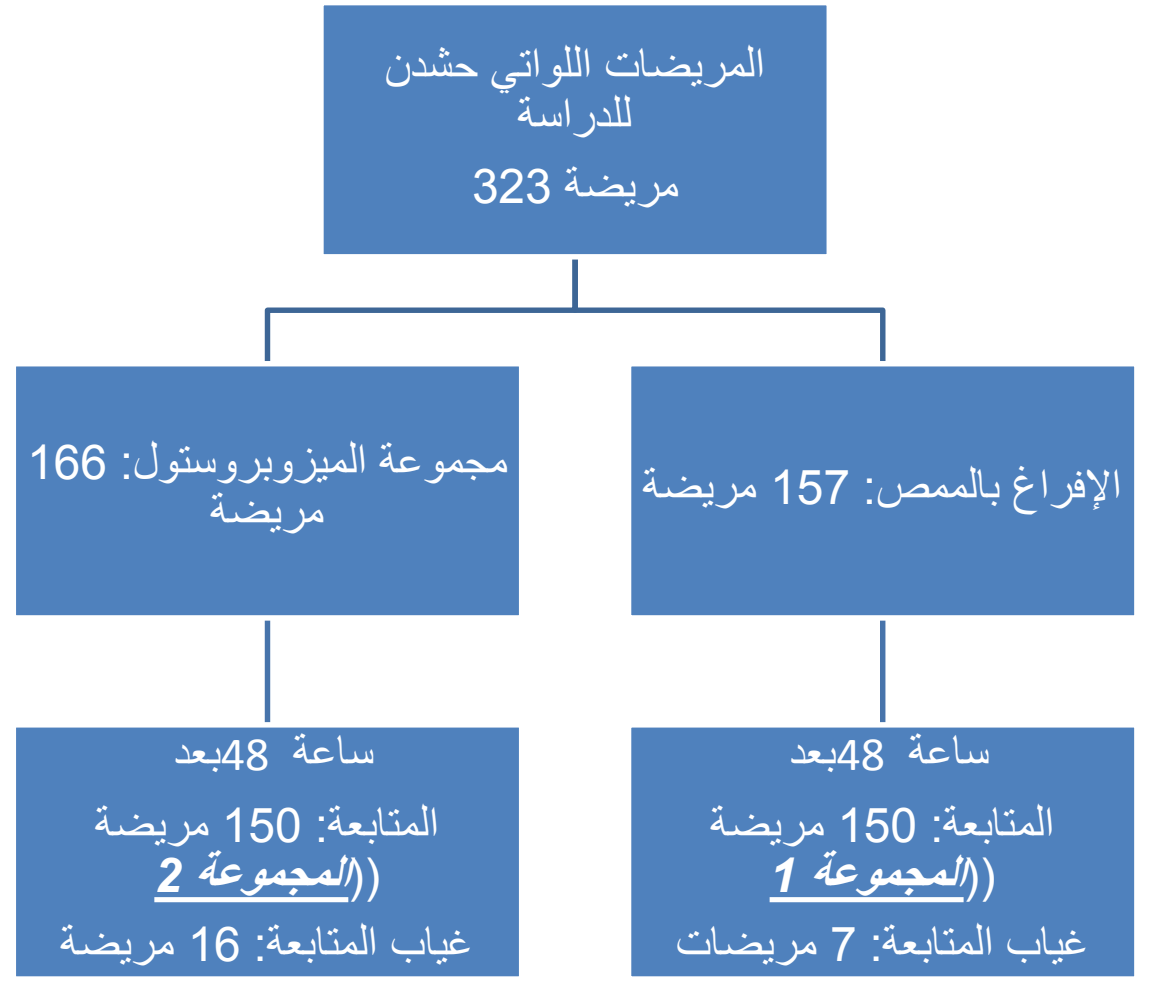
استخدمت البيانات في الدراسة بشكل مرمّز، مما يغفل الإشارة إلى هوية السيدة.

كانت تؤخذ موافقة السيدة وفقاً للنموذج الموجود في ملحق الدراسة.

عرض نتائــج البحث

توزع المريضات في عينة البحث:

تم حشد المريضات اللاتي يحققن شروط البحث وفق المخطط التالي (1).



المخطط (1) يبين هيكلية عينة البحث

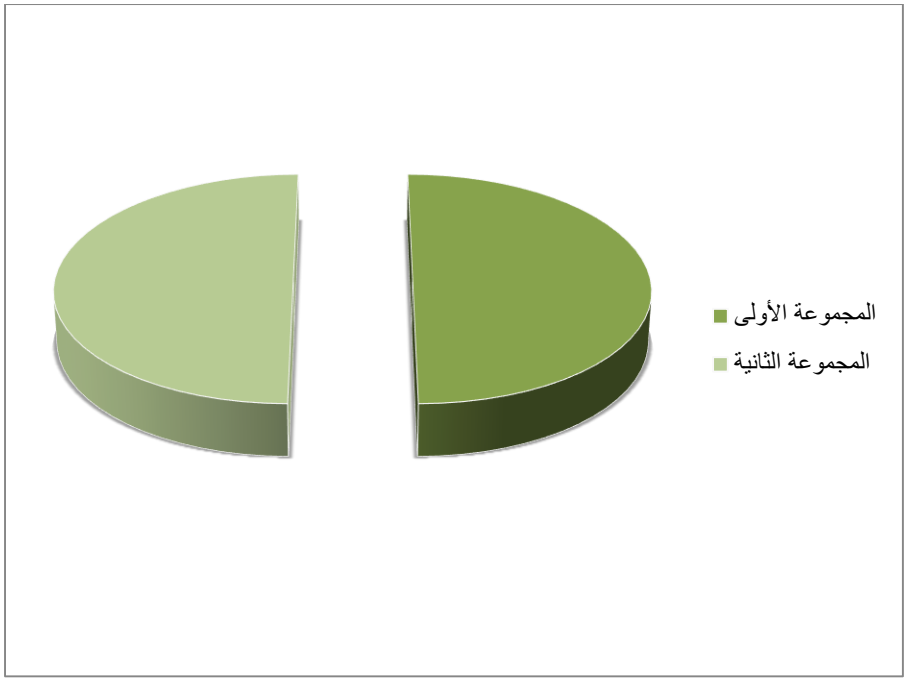
كانت حالات غياب المتابعة:

- تغيير المريضة لطريقة التدبير وعدم انتظار النتيجة.
- عدم المراجعة لمعرفة النتيجة واستكمال البيانات.

تألفت عينة البحث من 300سيدة من السيدات المراجعات للهيئة العامةلمشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق بشكوى إسقاط ناقص في الثلث الحملي الأول، وكنّ مقسمات إلى مجموعتين رئيستين وفقاً لطريقة تدبير الإسقاط:

المجموعة الأولى: السيدات اللاتي استخدم الإفراغ بالممص الكهربائي للتدبير (150 سيدة).

المجموعة الثانية: السيدات اللاتي تم تدبيرهن دوائياً باستخدام الميزوبروستول (150 سيدة).



المخطط (2) توزع عينة البحث في المجموعتين

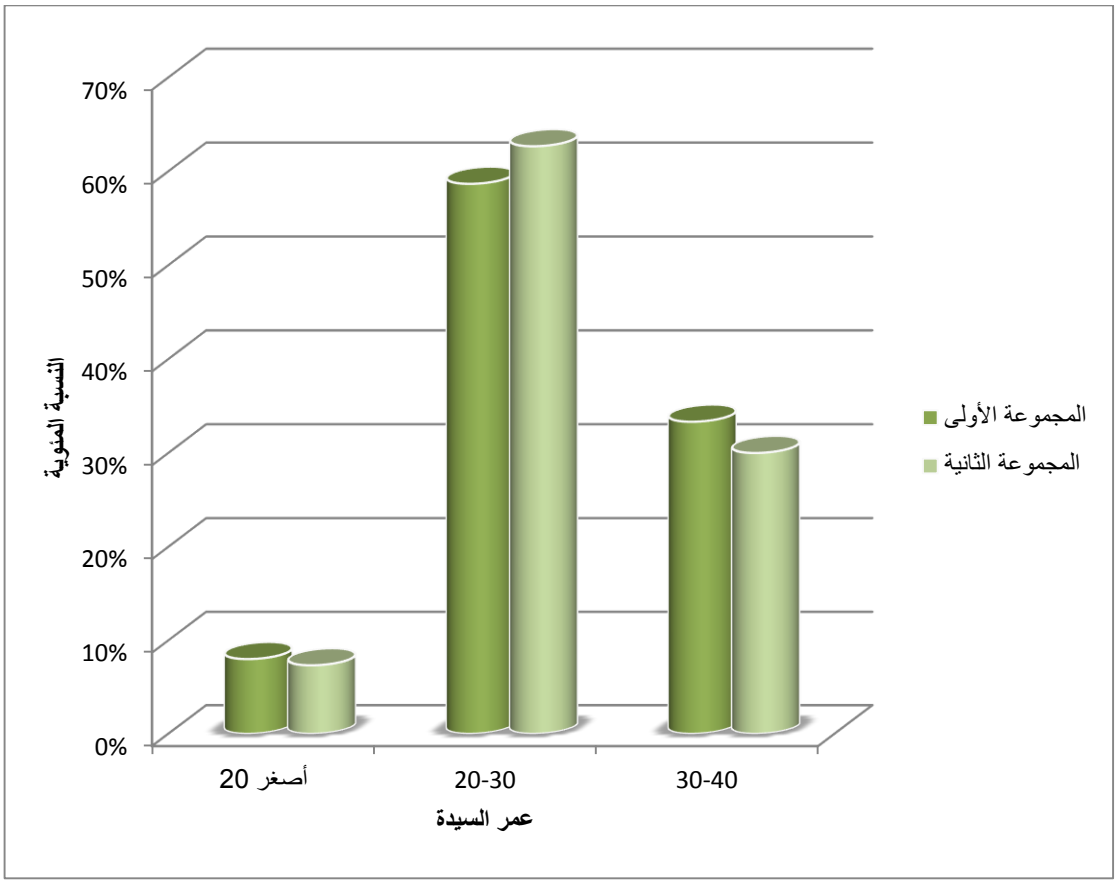
نتائج الاستقصاء عن عمر السيدات في عينة البحث:

يبين الجدول (1) نتائج الاستقصاء عن عمر السيدات وفق الفئات العمرية في المجموعتين.

الجدول (1) يبين توزع عينة البحث وفق عمر السيدات

الفئة العمرية	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية
أصغر من 20 سنة	12 (8%)	11 (7.33%)
20 – 30 سنة	88 (58.67%)	94 (62.67%)
30–40 سنة	50 (33.33%)	45 (30%)
المتوسط الحسابي	27.43 سنة	27.1 سنة

كان المتوسط الحسابي للعمر متقارباً بين المجموعتين دون وجود أهمية إحصائية للفروق في الفئات العمرية مع قيمة مستوى دلالة أكبر من 0.05.



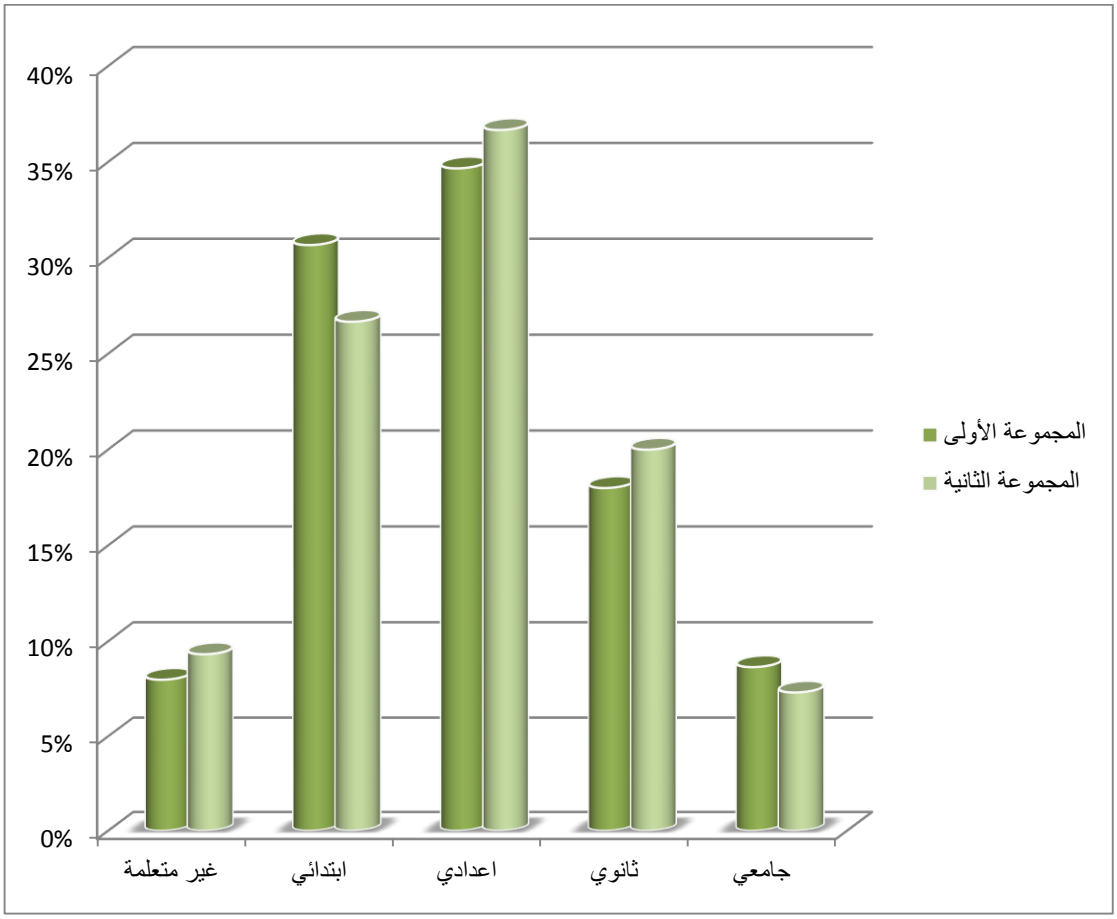
المخطط (3) يبين توزع السيدات في عينة البحث حسب الفئات العمرية.

نتائج الاستقصاء عن المستوى التعليمي للسيدات في عينة البحث:

يبين الجدول (2) والمخطط (4) تكرارات والنسب المئوية لفئات المستوى التعليمي للسيدات في عينة البحث وفق مجموعتي البحث، لم يكن هناك فروق ذات دلالة بين المجموعتين لفئات المستوى التعليمي (P>0.05).

الجدول (2) يبين توزع السيدات في عينة البحث وفق المستوى التعليمي

المستوى	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية
غير متعلمة	12 (8%)	14 (9.33%)
ابتدائي	46 (30.67%)	40 (26.67%)
إعدادي	52 (34.67%)	55 (36.67%)
ثانوي	27 (18%)	30 (20%)
جامعي	13 (8.66%)	11 (7.33%)



المخطط (4) النسب المئوية لفئات المستوى التعليمي للسيدات في عينة البحث.

نتائج الاستقصاء عن القصة التوليدية لدى السيدات في عينة البحث:

تم تقسيم السيدات إلى فئتين: خروسات، وولودات. ويبين الجدول (3) النتائج المسجلة والتي تظهر عدم وجود أهمية للفروق بين المجموعتين بالنسبة للقصة التوليدية السابقة، مع قيمة مستوى دلالة أكبر من 0.05.

الجدول (3) يبين توزع عينة البحث وفق الحالة التوليدية للسيدات

القصة التوليدية السابقة	المجموعة الاولى	المجموعة الثانية
خروس	34 (%22.67)	30 (%20)
ولود	116 (%77.33)	120 (%80)

المخطط (5) يبين توزع عينة البحث وفق القصة التوليدية السابقة.

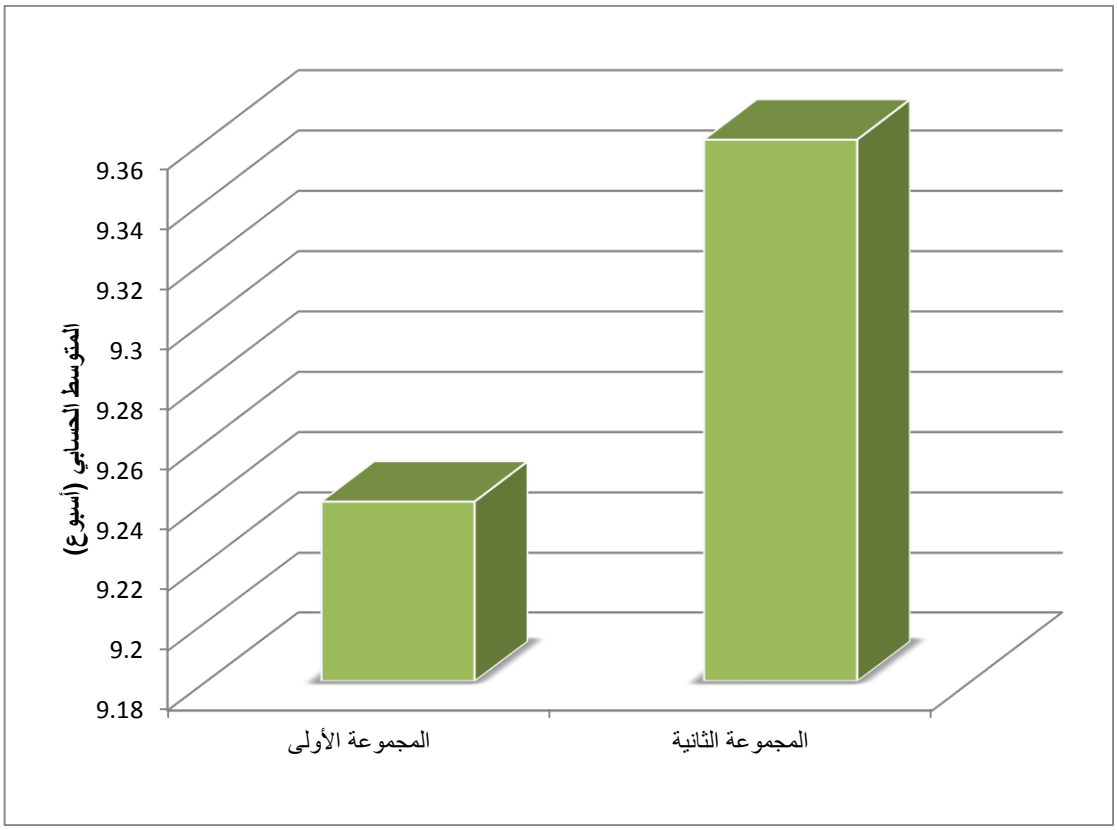
المتوسط الحسابي للعمر الحملي (بالأسابيع) في عينة البحث وفقاً لطريقة التدبير المتبعة:

نظراً لأن تصميم الدراسة يشتمل إسقاطات الثلث الأول فقط، وحسب شروط الاشتمال فقد كان الحد الأعلى للعمر الحملي في عينة الدراسة 14 أسبوعاً حملياً. ويظهر الجدول رقم (4) خصائص العمر الحملي في عينة البحث.

الجدول (4) يبين خصائص العمر الحملي في عينة البحث

	عدد المريضات	الحد الأدنى	الحد الأعلى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المجموعة الأولى	150	6	13	9.24	1.69
المجموعة الثانية	150	6	14	9.36	1.56

يبين المخطط (6) المتوسطين الحسابيين للعمر الحملي للمجموعتين، ولم يكن هناك فارق هام بينهما مع قيمة مستوى دلالة أكبر من 0.05.



مخطط رقم (6) يمثل المتوسط الحسابي للعمر الحملي (بالأسابيع) في عينة البحث وفقاً للمجموعتين المدروستين.

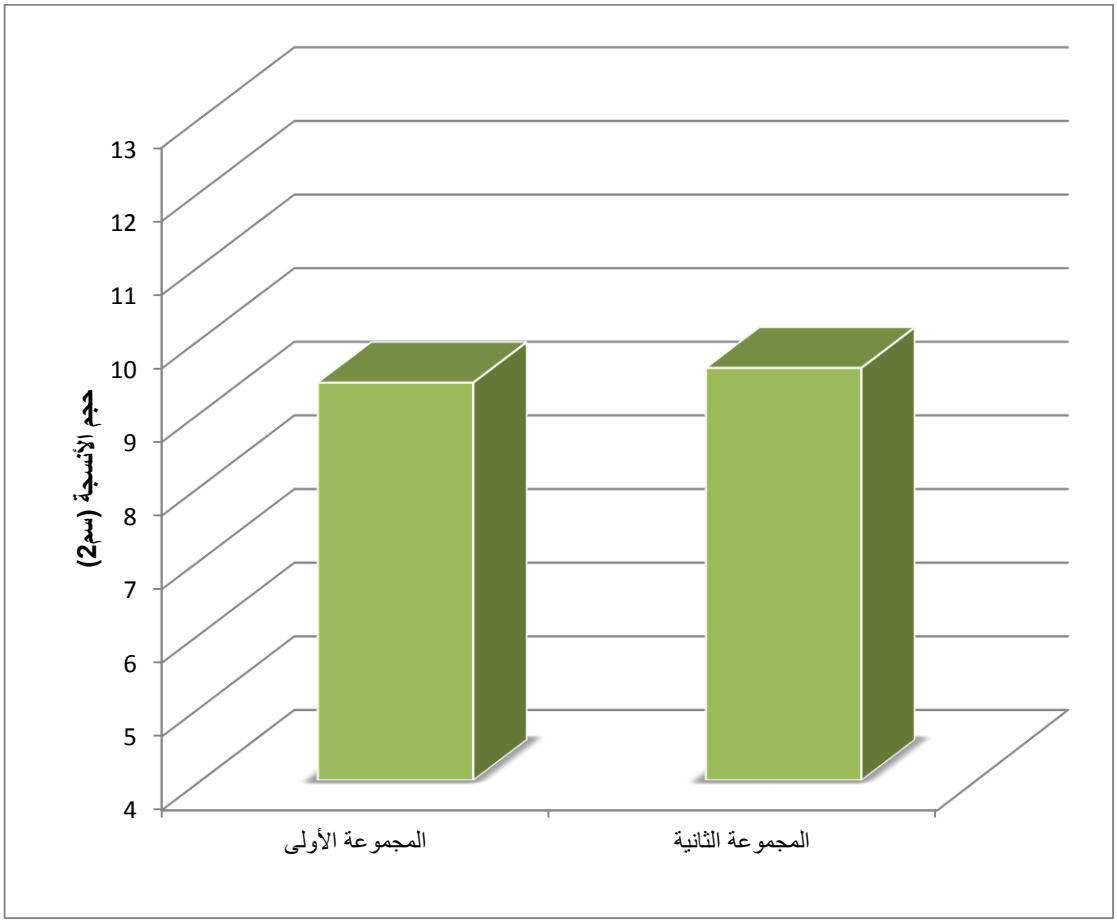
المتوسط الحسابي لكتلة الأنسجة في الرحم قبل التجريف (سم2):

كان يتم قياس البقايا الموجودة ضمن الرحم عند الإدخال في البحث، وتظهر الخصائص الإحصائية للبقايا في المجموعتين في الجدول التالي (5).

الجدول (5) يبين خصائص كتلة الأنسجة المتبقية في الرحم قبل التجريف (سم2) في عينة البحث

	عدد المريضات	الحد الأدنى	الحد الأعلى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المجموعة الأولى	150	4	12	9.4	2.9
المجموعة الثانية	150	4	13	9.6	2.8

نجد من الجدول السابق أن الفرق بين المتوسطين الحسابيين لكتلة الانسجة لم يكن له أهمية ذات دلالة، ويبينها المخطط (7).



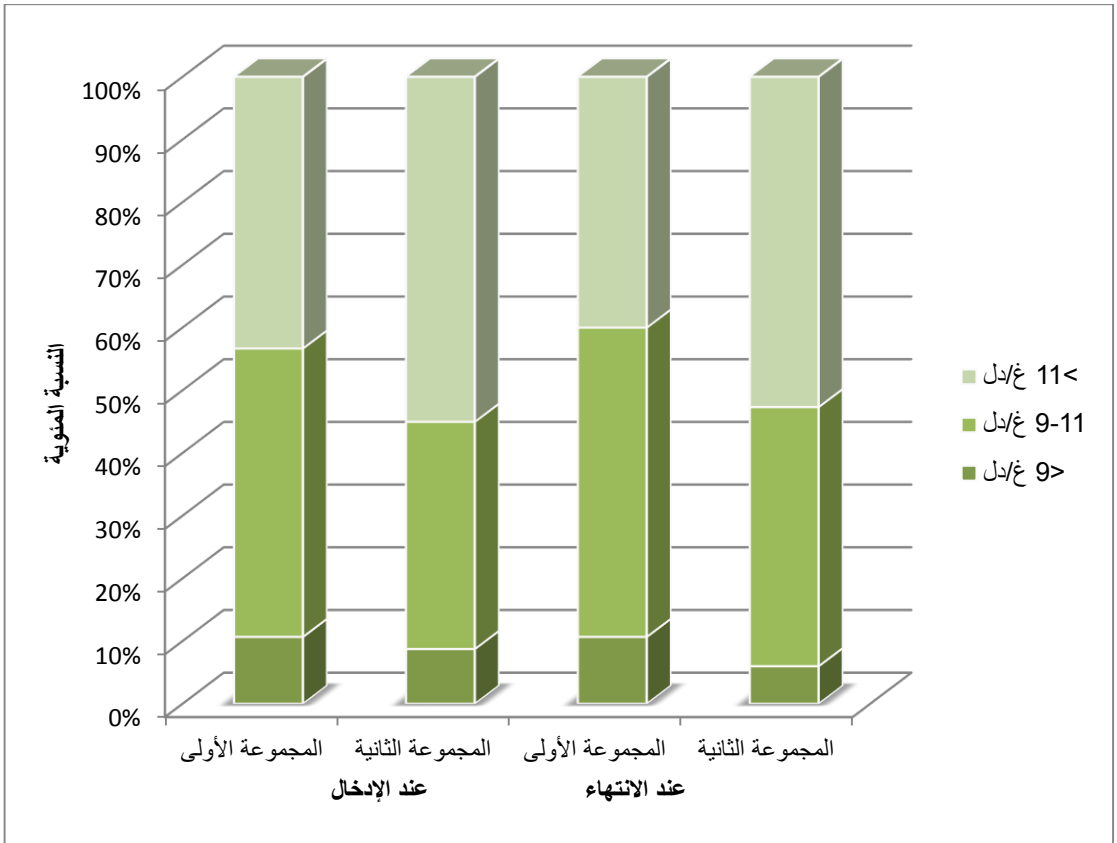
مخطط رقم (7) يمثل المتوسط الحسابي لحجم الأنسجة في الرحم قبل التجريف (سم2).

نتائج الاستقصاء عن قيم خضاب الدم في عينة البحث:

أجري عيار لخضاب الدم للسيدات في عينة البحث عند الإدخال وعند الانتهاء، وتم تبويب نتائج خضاب الدم وفق 3 فئات حسب المجموعتين المدروستين في الجدول (6).

الجدول (6) يبين نتائج قيم الخضاب لدى السيدات في عينة البحث

		المجموعة الاولى	المجموعة الثانية
عند الإدخال	أقل من 9 غ / دل	16 (10.67%)	9 (6%)
	من 9 حتى 11 غ / دل	69 (46%)	56 (37.33%)
	أكثر من 11 غ / دل	65 (43.33%)	85 (56.67%)
عند الانتهاء	أقل من 9 غ / دل	16 (10.67%)	9 (6%)
	من 9 حتى 11 غ / دل	74 (49.33%)	62 (41.33%)
	أكثر من 11 غ / دل	60 (40%)	79 (52.67%)



المخطط (8) يمثل النسبة المئوية لمستويات خضاب الدم في عينة البحث وفقاً لطريقة التدبير المتبعة والفترة الزمنية المدروسة

تم إجراء اختبار Wilcoxon[1] للرتب ذات الإشارة الجبرية لدراسة دلالة الفروق في تكرارات مستويات خضاب الدم بين الفترتين الزمنيتن المدروستين (عند الإدخال، عند الانتهاء) في عينة البحث، وذلك وفقاً لطريقة التدبير المتبعة، ووجد أن قيمة مستوى الدلالة كانت أكبر من القيمة 0.05 مهما كانت طريقة التدبير المتبعة، أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات مستويات خضاب الدم بين الفترتين الزمنيتين المدروستين ولا تأثير لطريقة التدبير على مستويات خضاب الدم في عينة البحث.

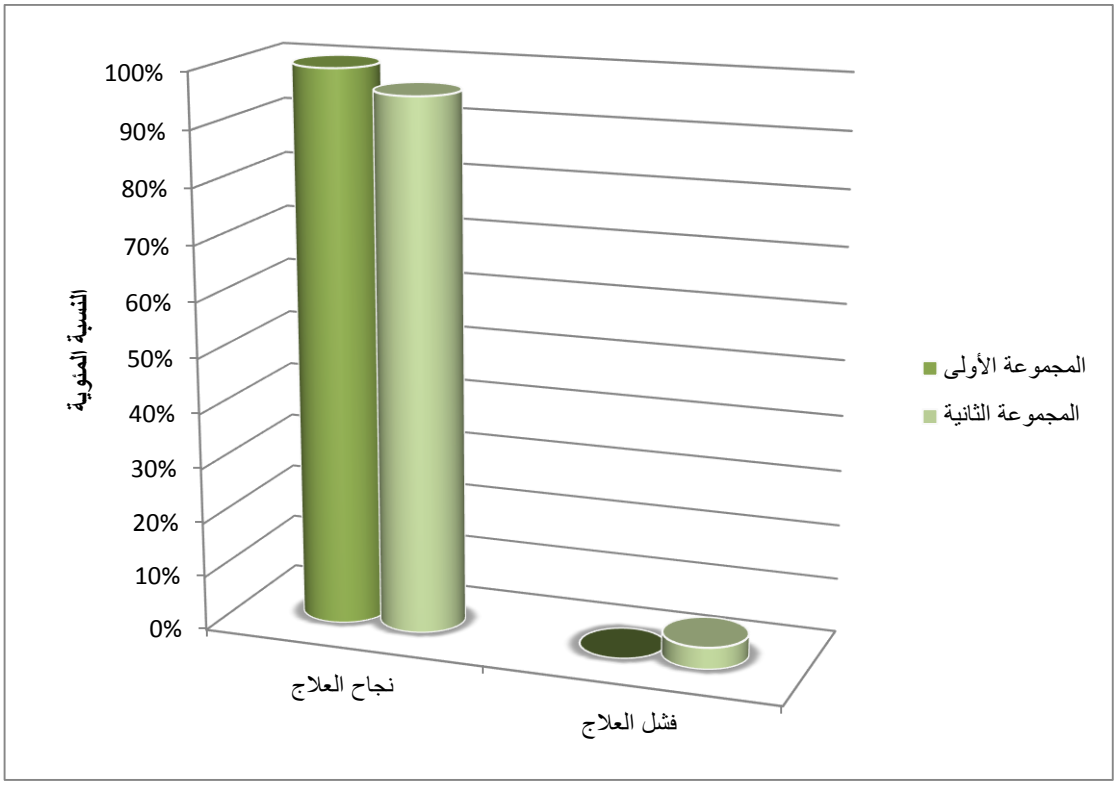
[1]اختبار Wilcoxon: اختبار لابارامتري non-parametric test، ويستخدم مع متغيرات من طبيعة فئوية بغض النظر عن شكل توزع العينات وذلك لدراسة دلالة الفروق في تكرارات درجات متغير فئوي متدرج بين فترتين اثنتين أو طريقتين، وهو يعتمد مفهوم الرتب ذات الإشارة الجبرية السالبة والموجبة.

دراسة نتيجة المعالجة (نجاح وفشل المعالجة):

يبين الجدول (7) النتائج المسجلة في عينة البحث من حيث النجاح والفشل، وفق التعريف المعتمد لذلك في منهج البحث. ونجد من الجدول أن نجاح التدبير حدث في كل حالات الإفراغ بالممص الكهربائي، انظر المخطط (9).

الجدول (7) يبين تكرارات والنسب المئوية لنجاح أو فشل طريقة التدبير المتبعة

	المجموعة الاولى	المجموعة الثانية
نجاح	150 (100%)	144 (96%)
فشل	0 (-)	6 (4%)



مخطط رقم (9) يمثل النسبة المئوية لنجاح العمل وفشله في عينة البحث وفقاً لطريقة التدبير المتبعة.

تم إجراء اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في تكرارات نجاح العلاج وفشله بين المجموعتين المدروستين في عينة البحث كما في الجدول (8).

الجدول (8) نتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في تكرارات نجاح العلاج وفشله بين مجموعتي البحث.

المتغيران المدروسان = طريقة التدبير المتبعة × نجاح العمل وفشله				
عدد المريضات	**قيمة كاي مربع**	**درجات الحرية**	**مستوى الدلالة**	**دلالة الفروق**
300	6.1224	1	0.05 >	توجد فروق دالّة

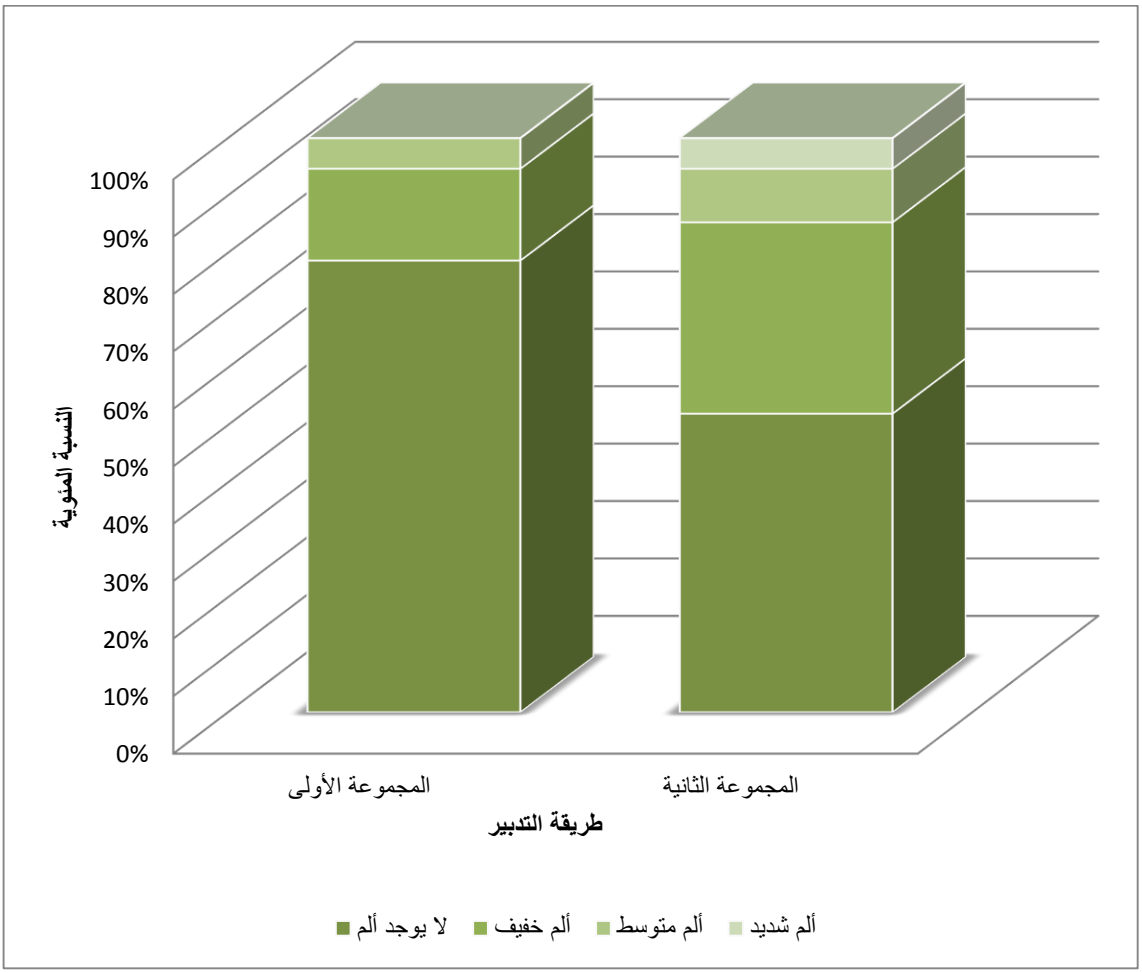
يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر من القيمة 0.05، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات نجاح العمل وفشله بين مجموعة طريقة الإفراغ بالممص الكهربائي ومجموعة طريقة استخدام الميزوبروستول، ونجد من جدول التكرارات أن تكرار نجاح طريقة الإفراغ بالممص الكهربائي أعلى وبلغ (100%).

نتائج الاستقصاء عن الألم المرافق لطريقة التدبير في عينة البحث:

كان سؤال المريضة عن الألم الموجود يتم بعد 4 ساعات من البدء "قبل التخريج من المشفى"، ويبين الجدول (9) النتائج المسجلة.

جدول (9) يبين نتائج مراقبة درجة الألمفي عينة البحث وفقاً لطريقة التدبير المتبعة بعد 4 ساعات من البدء

درجة الألم	المجموعة الأولى (n=150)	المجموعة الثانية (n=150)
لا يوجد ألم	(%78.67) 118	(%52) 78
ألم معتدل	(%16) 24	(%33.33) 50
ألم متوسط الشدة	(%5.33) 8	(%9.33) 14
ألم شديد	(-) 0	(%5.33) 8

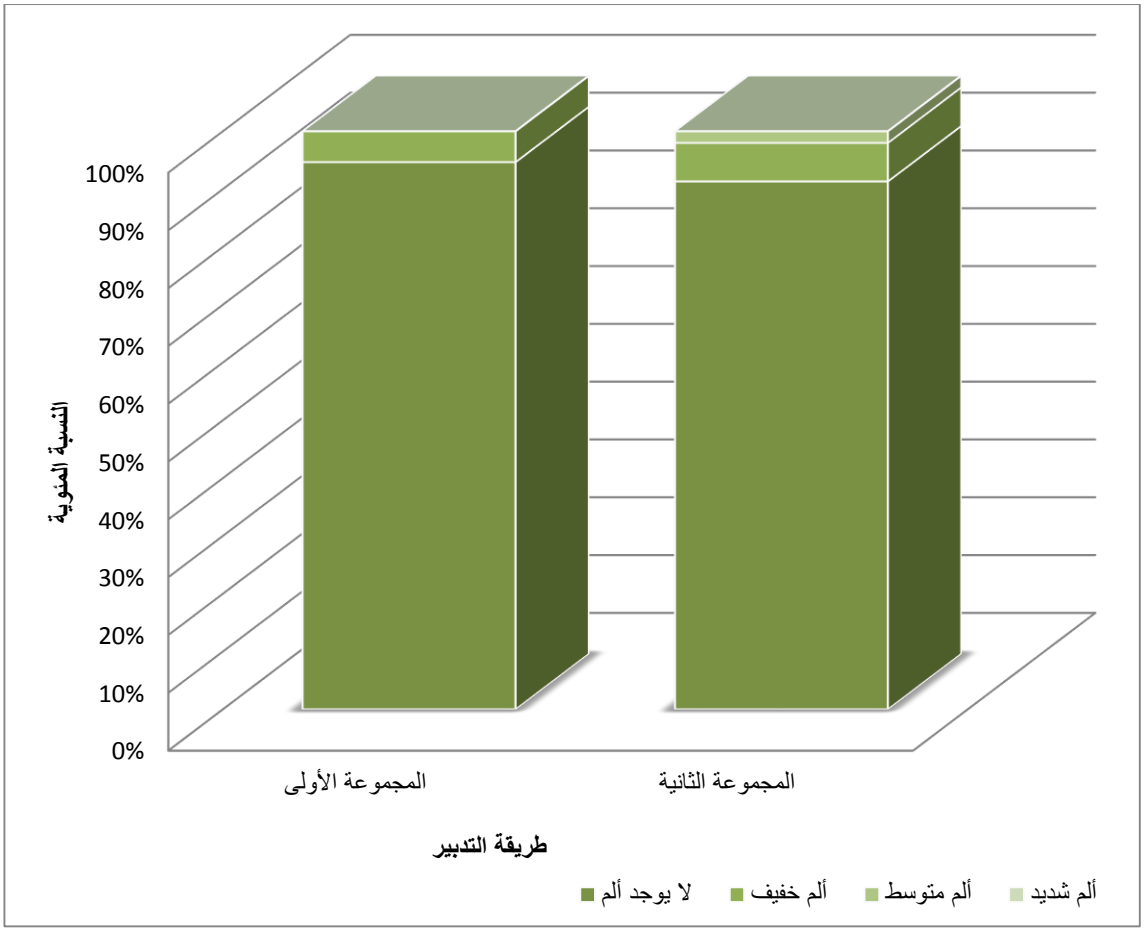


مخطط رقم (10) يمثل النسبة المئوية لدرجة الألم بعد 4 ساعات من البدء

أجري الاختبار الإحصائي لدراسة دلالة الفروق في تكرارات درجة الألم بعد 4 ساعات من بدء التدبير بين مجموعة الإفراغ بالممص الكهربائي ومجموعة الميزوبروستول، ووجد أن قيمة مستوى الدلالة أصغر من القيمة 0.05، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات درجة الألم بعد 4 ساعات من البدء بين المجموعتين في عينة الدراسة، ومن الجدول (9) نجد أن درجة الألم بعد 4 ساعات من البدء كانت أعلى في مجموعة الميزوبروستول مقارنة بمجموعة الإفراغ بالممص الكهربائي، وبإعادة تقييم درجة الالم في زيارة المتابعة بعد 48 ساعة وجدت النتائج التالية في الجدول (10)، وبالتحليل الإحصائي لم يكن للفروق أهمية وبالتالي فإنه لا يوجد فارق هام في درجة الألم بين المجموعتين بعد 48 ساعة من التدبير.

جدول رقم (10) يبين نتائج مراقبة درجة الألمفي عينة البحث وفقاً لطريقة التدبير المتبعة عند الانتهاء "بعد 48 ساعة"

درجة الألم		
	المجموعة الأولى (n=150)	المجموعة الثانية (n=150)
لا يوجد ألم	(%94.67)142	(%91.33) 137
ألم معتدل	(%5.33) 8	(%6.67) 10
ألم متوسط الشدة	(-) 0	(%2) 3
ألم شديد	(-) 0	(-) 0



مخطط رقم (11) يمثل النسبة المئوية لدرجة الألم بعد 48 ساعة من البدء

لاستكمال تحديد درجة الألم تم سؤال المريضات في زيارة المتابعة عن كفاية الأدوية المسكنة الموصوفة والحاجة لوصف أدوية أقوى وكانت النتائج الواردة في الجدول (11) ولم تكن هناك أهمية للفروق بين المجموعتين، وهو ما يؤكد على عدم وجود أفضلية بين طريقتي التدبير من حيث الألم الأخف.

الجدول (11) يبين الحاجة للمسكنات وكفايتها لدى السيدات في عينة البحث

	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية
الأدوية المسكنة الموصوفة كافية	137 (91.33%)	133 (88.67%)
يوجد حاجة لوصف أدوية أقوى	12 (8%)	15 (10%)

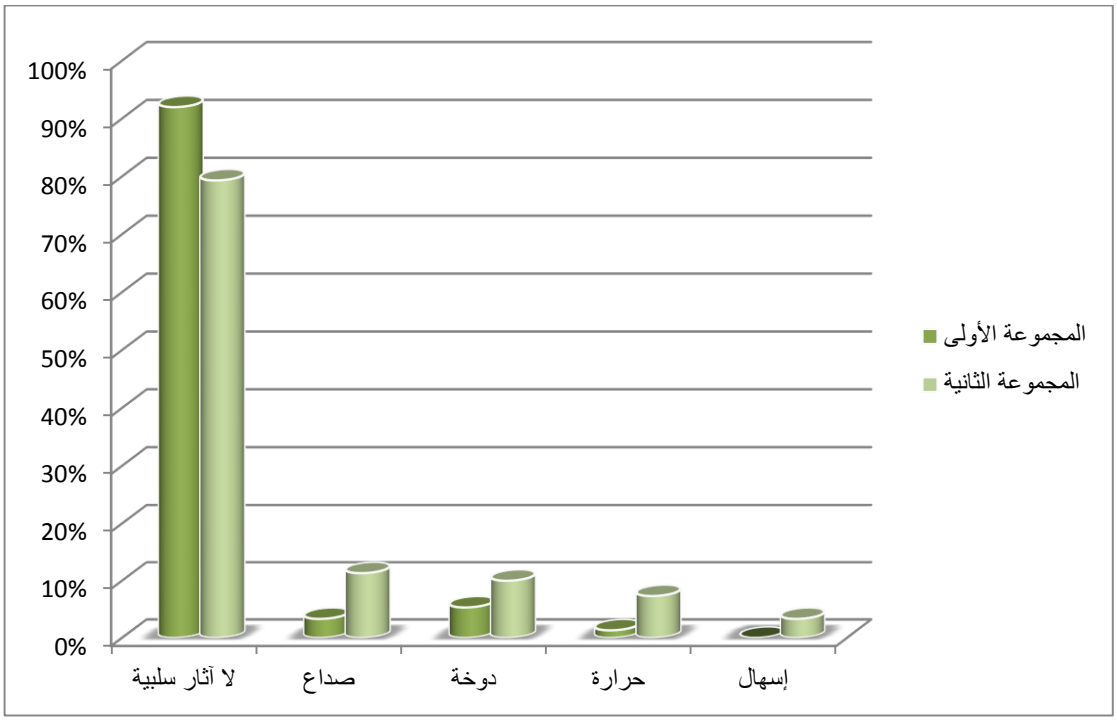
نتائج الاستقصاء عن الآثار السلبية المسجلة في عينة البحث:

تمت دراسة الآثار السلبية المسجلة أثناء أو بعد العلاج، لم تسجل أي حالة لاختلاط خطيرأو الحاجة لنقل الدم أو القبول في العناية المشددة. لم تحدث أي مشكلة تخديرية هامة أثناء الإفراغ بالممص.

يبين الجدول (12) الآثار السلبية المسجلة في عينة البحث وفق طريقة التدبير، ونلاحظ من الجدول أن حدوثها كان أعلى في المجموعة الثانية "مجموعة الميزوبروستول" وقد كان لهذا الفرق أهمية ذات دلالة (P<0.05).

الجدول (12) يبين الآثار السلبية لطريقة التدبير المتبعة لدى السيدات في عينة البحث.

الآثار السلبية	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية
لا آثار سلبية	138 (%92)	119 (%79.33)
صداع	5 (%3.33)	17 (%11.33)
دوخة	8 (%5.33)	15 (%10)
حرارة	2 (%1.33)	11 (%7.33)
إسهال	0 (-)	5 (%3.33)



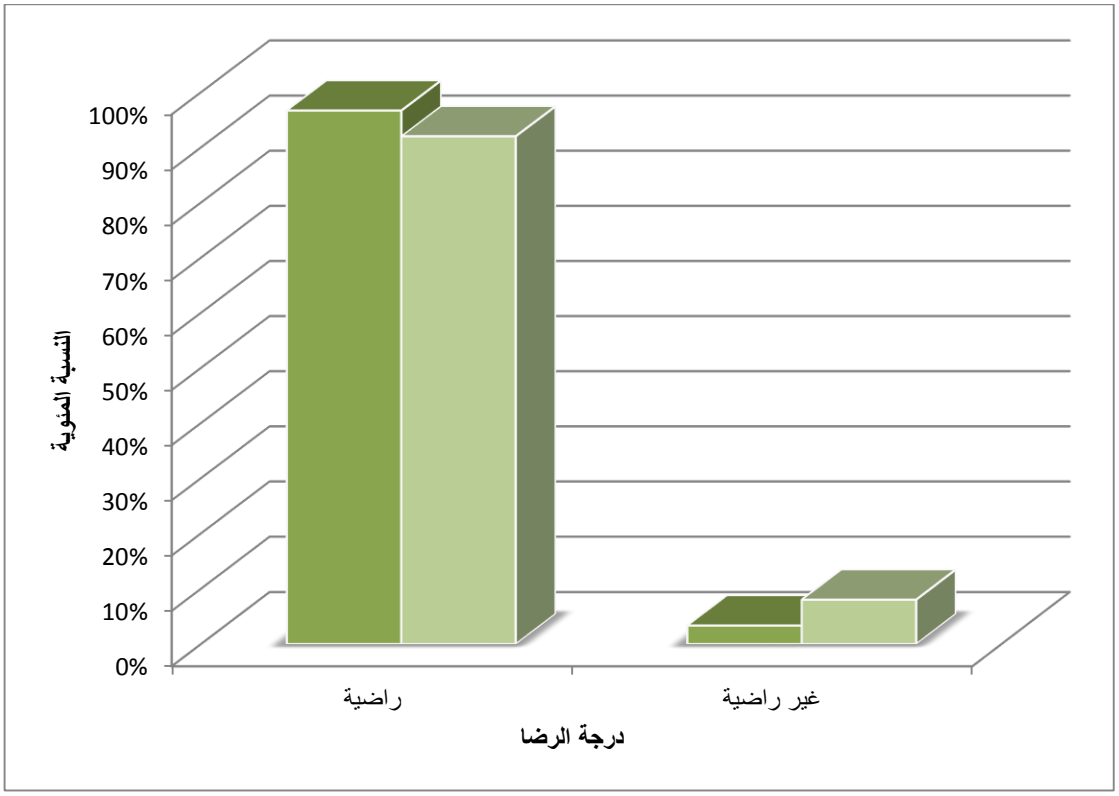
المخطط (12) يبين النسب المئوية للآثار السلبية المسجلة في عينة البحث وفق المجموعتين

نتائج الاستقصاء عن رضا السيدات في عينة البحث عن طريقة التدبير

يبين الجدول (13) توزع مريضات عينة البحث وفقاً لدرجات الرضا عن طريقة التدبير، ولم نجد بالتحليل الإحصائي فروق ذات دلالة بين تكرارات الرضا عن طريقة التدبير. وبالتالي فإن رضا السيدة عن العلاج لم يتأثر بطريقة التدبير المتبعة.

الجدول رقم (13) يبين توزع مريضات عينة البحث حسب درجة الرضا عن طريقة التدبير

درجة الرضا	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية
راضية	145 (96.67%)	138 (92%)
غير راضية	5 (3.33%)	12(8%)

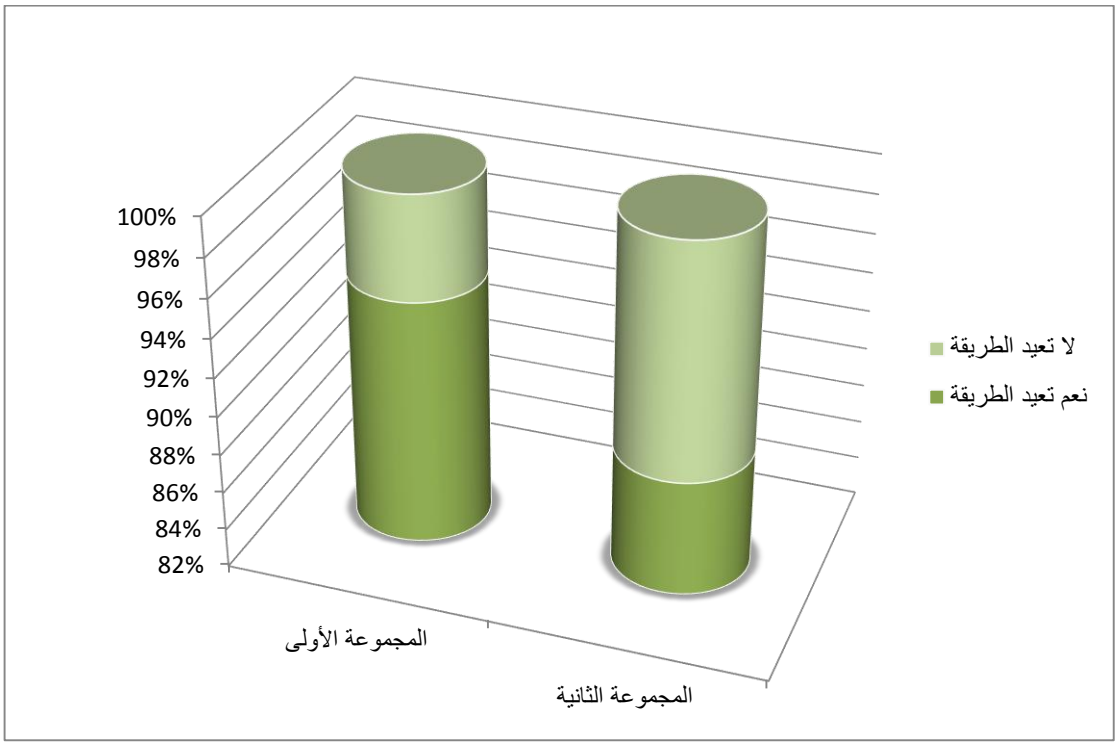


المخطط (13) يمثل النسب المئوية لدرجات رضا السيدات في عينة البحث عن طريقة التدبير المتبعة

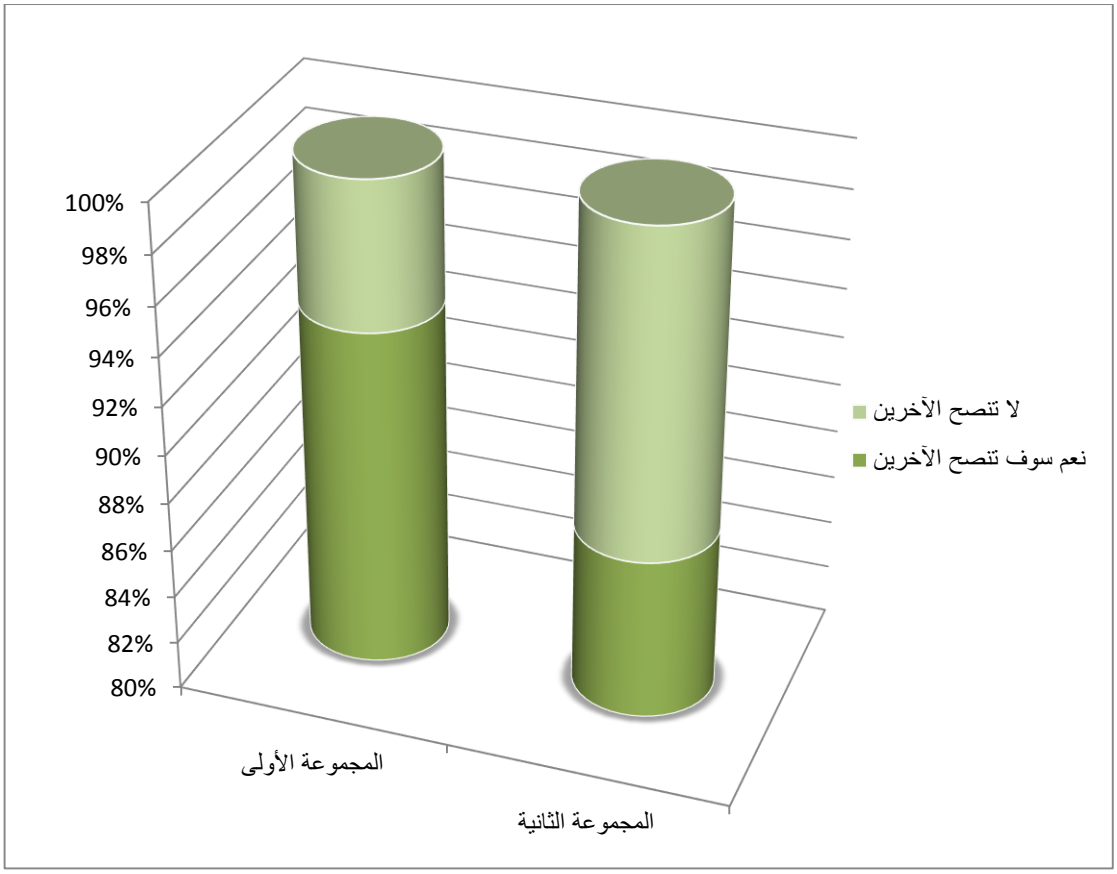
بالإضافة لتسجيل رضا المريضة عن طريقة التدبير تم الاستقصاء عن استعداد السيدة لإعادة طريقة التدبير في حال تكرار الإسقاط، بالإضافة لاستعدادها لتقديم النصح للآخرين باللجوء لهذه الطريقة. ويمثل الجدول (14) النتائج التي تم الحصول عليها.

الجدول (14)نتائج متغيرات رضا المريضات في عينة البحث عن طريقة التدبير.

المتغيرالمدروس	النتيجة	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية
استعداد تكرار الطريقة في المستقبل	نعم	142 (94.67%)	132 (88%)
	لا	8 (5.33%)	18 (12%)
	المجموع	150 (100%)	150 (100%)
نصح الآخرين باللجوء إليها	نعم	141 (94%)	130 (86.67%)
	لا	9 (6%)	20 (13.33%)
	المجموع	150 (100%)	150 (100%)



مخطط (14) يمثل النسبة المئوية للسيدات في عينة الدراسة اللاتي على استعداد لتكرار طريقة التدبير في المستقبل.



مخطط رقم (15) يمثل النسبة المئوية للسيدات في عينة الدراسة اللاتي على استعداد لنصح الآخرين بطريقة التدبير

دراسة دور بعض المتغيرات في النتيجة:

العمر:

يبين الجدول (15) نتائج البحث ووفق متغير العمر

الجدول (15) يبين توزع نجاح/فشل التدبير في عينة البحث وفق عمر السيدات

الفئة العمرية	المجموعة الأولى		المجموعة الثانية	
	نجاح	فشل	نجاح	فشل
أصغر من 20 سنة	12 (100%)	0	10 (90.91%)	1 (9.09%)
20 – 30 سنة	88 (100%)	0	91 (96.81%)	3 (3.19%)
30–40 سنة	50 (100%)	0	43 (95.56%)	2 (4.44%)
المجموع	150 (100%)	0	144 (96%)	6 (4%)

نجد من الجدول السابق تقارب معدلات النجاح في الفئات العمرية دون أن يكون لذلك أهمية، مع ملاحظة انخفاض هذا المعدل في الفئة العمرية أصغر من 20 سنة في مجموعة الميزوبروستول إلا أن صغر حجم الفئة يمنع استخدامها في تحليل النتيجة واعتمادها.

أي أن عمر المريضة لم يكن له دور في نجاح أو فشل التدبير المتبع. لم يكن للعمر دور في رضا المريضة من عدمه عن طريقة التدبير المتبعة وفق الجدول (16).

الجدول (16) يبين توزع رضا السيداتفي عينة البحث أو عدمه وفق عمر السيدات

الفئة العمرية	المجموعة الأولى		المجموعة الثانية	
	راضية	غير راضية	راضية	غير راضية
أصغر من 20 سنة	11 (91.67%)	1 (8.33%)	10 (90.91%)	1 (9.09%)
20 – 30 سنة	86 (97.73%)	2 (2.27%)	87(92.55 %)	7 (7.45%)
30–40 سنة	48 (96%)	2 (4%)	41 (91.11%)	4 (8.89%)
المجموع	145 (96.67%)	5 (3.33%)	138 (92%)	12 (8%)

المستوى التعليمي:

يبين الجدول (17) النتائج المسجلة. ولم يكن للمستوى التعليمي دور هام في نجاح التدبير في المجموعتين.

الجدول (17) يبين توزع نجاح/فشل التدبير لدى السيدات في عينة البحث وفق المستوى التعليمي

المستوى	المجموعة الأولى		المجموعة الثانية	
	نجاح	فشل	نجاح	فشل
غير متعلمة	12 (100%)	0	13 (92.86%)	1 (7.14%)
ابتدائي	46 (100%)	0	38 (95%)	2 (5%)
إعدادي	52 (100%)	0	53 (96.36%)	2 (3.64%)
ثانوي	27 (100%)	0	29 (96.67%)	1 (3.33%)
جامعي	13 (100%)	0	11 (100%)	0

أما الجدول (18) فيبين رضا المريضات عن التدبير حسب مستواهن التعليمي، وأيضاً لم يكن له دور هام مع ملاحظة صغر حجم العينة في بعض الفئات.

الجدول (18) يبين توزع رضا السيدات في عينة البحث أو عدمه وفق المستوى التعليمي

المستوى	المجموعة الأولى		المجموعة الثانية	
	راضية	غير راضية	راضية	غير راضية
غير متعلمة	12 (100%)	0 (-)	13 (92.86%)	1 (7.14%)
ابتدائي	44 (95.65%)	2 (4.35%)	36 (90%)	4 (10%)
إعدادي	50 (96.15%)	2 (3.85%)	51 (92.73%)	4 (7.27%)
ثانوي	27 (100%)	0 (-)	28 (93.33%)	2 (6.67%)
جامعي	12 (92.31%)	1 (7.69%)	10 (90.91%)	1 (9.09%)

القصة التوليدية:

يبين الجدول (19) دور القصة التوليدية السابقة في نجاح أو فشل التدبير المتبع.

الجدول (19) يبين توزع نجاح/فشل التدبير في عينة البحث وفق الحالة التوليدية للسيدات

القصة التوليدية السابقة	المجموعة الاولى		المجموعة الثانية	
	نجاح	فشل	نجاح	فشل
خروس	34 (100%)	0	28 (93.33%)	2 (6.67%)
ولود	116 (100%)	0	116 (96.67%)	4 (3.33%)
1–4 ولادات	83 (100%)	0	77 (96.25%)	3 (3.75%)
> 4 ولادات	33 (100%)	0	39 (97.5%)	1 (2.5%)

لم نجد أهمية للفروق بين معدلات النجاح أو الفشل حسب القصة التوليدية السابقة للمجموعتين.

ولتحديد دور القصة التوليدية السابقة في رضا السيدة من عدمه عن التدبير المتبع تم وضع الجدول (20).

الجدول (20) يبين توزع رضا السيدات في عينة البحث أو عدمه وفق الحالة التوليدية

القصة التوليدية السابقة	المجموعة الاولى		المجموعة الثانية	
	راضية	غير راضية	راضية	غير راضية
خروس	31 (91.18%)	3 (8.82%)	24 (80%)	6 (20%)
ولود	114 (98.28%)	2 (1.72%)	114 (95%)	6 (5%)

وجد بالتحليل الإحصائي أن الفرق في الرضا بين الخروسات والولودات في مجموعة الميزوبروستول له أهمية إحصائية. أي أن الدور الوحيد الهام للقصة التوليدية هو هند استخدام الميزوبروستول للتدبير حيث كانت الولودات أكثر رضاً من الخروسات.

مناقشة النتائج

إن الإسقاط واحد من أكثر الاختلاطات الحملية الباكرة تواتراً، وأشيع حالاته تحدث في الثلث الحملي الأول.

يشمل تدبير الإسقاط طيفاً واسعاً من الطرق والأدوية والإجراءات، ويتم الاختيار بينها حسب خيار المريضة وحالتها العامة وحالة الحمل.

كانت الطرق الجراحية التقليدية هي المسيطرة سابقاً ولكن دخول التدبير الدوائي في الاستخدام مع النتائج الجيدة التي حققها جعلت التدبير الجراحي ينكمش ويقتصر على حالات محددة.

أجري هذا البحث في الهيئة العامة لمشفى التوليد وأمراض النساء لتحديد نتائج الخبرة المحلية في استخدام الميزوبروستول في تدبير الاسقاط الناقص مقارنة بالإفراغ بالممص الكهربائي.

اشتمل البحث على 300 سيدة حققن شروط البحث، تم تقسيمهن إلى مجموعتين حسب طريقة التدبير المتبعة "الإفراغ بالممص الكهربائي أو الميزوبروستول"، وكانت المجموعتان مضبوطتين بالنسبة لمتغيرات: العمر، المستوى التعليمي، القصة التوليدية.العمر الحملي، كتلة الأنسجة ضمن الرحم.

كان معدل النجاح في الإفراغ بالممص الكهربائي 100% وكان أعلى بشكل هام من معدل نجاح الميزوبروستول والذي سجل 96%، وبعد دراسة دور بعض المتغيرات في النتيجة وجد أن المتغير الوحيد الذي كان له أهمية هو القصة التوليدية السابقة لدى مريضات مجموعة الميزوبروستول؛ أي أن الخروسات لديهن معدل رضى أقل مقارنة بالولودات ($P<0.05$)، وبشكل مشابه توصلت دراسة Agostini ورفاقه (2005) إلى أن معدل الرضى يتناسب طرداً مع عدد الحمول. إن محدّد النتائج السابقة هو حجم الفئات المدروسة الصغير والذي يمنع إظهار أو استخدام بعض النتائج في التحليل الإحصائي.

وجد Neilson ورفاقه (2013) في مراجعة للأدب الطبي المنشور أن استخدام الميزوبروستول يجنّب الخيار الجراحي في 80% من الحالات، وسجلت دراسة Shokryورفاقه (2014) معدل

نجاح للميزوبروستول يبلغ 79.6%، ولكن دراسة Weeks (2005) وجدت معدل نجاح 96.3% باستخدام الميزوبروستول.

كان النزف المرافق للعلاج الدوائي من أهم النقاط المثارة حوله ولذلك درست قيم خضاب الدم بين المجموعتين وقبل وبعد الإفراغ ولم يكن لها أهمية، وبالتالي فإن استخدام الميزوبروستول لتدبير الإسقاط الناقص لا يترافق مع نقص هام في خضاب الدم مقارنة بالإفراغ بالممص الكهربائي.

كانت الآثار السلبية المرافقة لتدبير المريضات في عينة البحث معتدلة دون تسجيل حالات خطرة على الحياة. وكان تواردها أعلى في مجموعة الميزوبروستول، وهو ما يتفق مع دراسة سابقة سجلت آثار سلبية بنسبة مئوية بلغت: 20.4% للميزوبروستول و 11.8% للإفراغ بالممص (Shokry M et al., 2014).

أما بالنسبة للألم فإنه وعلى الرغم من أن الميزوبروستول ترافق بدرجة ألم أعلى بعد 4 ساعات من البدء ولكن ذلك يتوافق مع بدء تأثير الدواء ومع منشورات سابقة (Gemzell-Danielsson K et al., 2007). ولكن بعد 48 ساعة من التدبير كانت درجة الالم بدون فروق هامة بين المجموعتين وهو ماتوصلت إليه دراسة سابقة (Shokry M et al., 2014).

كان رضا السيدات عن العلاج بالممص الكهربائي أعلى من التدبير بالميزوبروستول ولكن دون أن يكون هناك أهمية للفرق مع العلم أن معدل الرضا كان أعلى من 90% في المجموعتين، وكذلك كانت النسبة المئوية مرتفعة لتكرار التجربة ونصح الآخرين بها، وهو ما يتفق مع دراسة سابقة سجلت معدل رضا المريضات يبلغ 94.2% في مجموعة الميزوبروستول و 94.7% في مجموعة الإفراغ بالممص (Weeks A. 2005)، وسجلت دراسة Shokry ورفاقه (2014) معدلات رضا مماثلة: 92.2% للإفراغ بالممص، و 85.2% للميزوبروستول، وسجلت معدلات رغبة بنصح الآخرين تبلغ 84.3% "الإفراغ بالممص"، 77.8% "الميزوبروستول".

إن نتائج هذا البحث تقر معدل النجاح المرتفع لاستخدام الميزوبروستول في تدبير الإسقاط الناقص والذي على الرغم من تأثيراته الجانبية المعتدلة إلا أن السيدات كن راضيات بشكل جيد جداً عن استخدامه وهو ما توصلت إليه دراسة سابقة من أن كل من الميزوبروستول والإفراغ بالممص طريقة آمنة وفعالة ومقبولة في تدبير إسقاط الثلث الأول غير المختلط وأن اختيار الطريقة يعتمد على مدى توافرها ورغبة المريضة الشخصية (Neilson JP et al., 2013؛ Shokry M et al., 2014).

التوصيات

- ✓ استخدام الميزوبروستول "600 ميكروغرام فموياً جرعة وحيدة" في تدبير الإسقاط الناقص في الثلث الأول من الحمل بشكل آمن وفعال.

- ✓ التقليل من التداخل الجراحي في تدبير الإسقاط الناقص لمصلحة التدبير الدوائي,وفي حال إستخدامه فيجب اللجوء للتجريف بالممص بدلآ من التجريف الحاد.

القسم الثالث

المراجع

Al Arfaj AS, Khalil N: Pregnancy outcome in 396 pregnancies in patients with SLE in Saudi Arabia. Lupus 19:1665, 2010

Agostini A, Ronda I, Capelle M, Romain . Influence of clinical and ultrasound factors on the efficacy of misoprostol in first trimester pregnancy failure. 2004.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): Inherited thrombophilias in pregnancy. Practice Bulletin No. 138, September 2013a

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG):Moderate caffeine consumption during pregnancy. Committee Opinion No. 462, August 2010, Reaffirmed 2013b

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).Misoprostol for postabortion care.ACOG committee opinion NO.427.American College of Obstetricians and Gynecologists.Obstet Gynecol. 2009; 113: 465-8.

Ankumah NA, Tita A, Cantu J, et al: Pregnancy outcome vary by blood pressure level in women with mild-range chronic hypertension. Abstract No. 614, Am J Obstet Gynecol 208(1):S261, 2013

Baud D, Goy G, Jaton K, et al: Role of Chlamydia trachomatis in miscarriage. Emerg Infect Dis 17(9):1630, 2011

Bianco K, Caughey AB, Shaffer BL, et al: History of miscarriage and increased incidence of fetal aneuploidy in subsequent pregnancy. Obstet Gynecol 107:1098, 2006

Brent RL: Saving lives and changing family histories: appropriate counseling of pregnant women and men and women of reproductive age, concerning the risk of diagnostic radiation exposures during and before pregnancy. Am J Obstet Gynecol 200(1):4, 2009

Brown ZA, Selke S, Zeh J, et al: The acquisition of herpes simplex virus during pregnancy. N Engl J Med 337:509, 1997

Canobbio MM, Mair DD, van der Velde M, et al: Pregnancy outcomes after the Fontan repair. J Am Coll Cardiol 28(3):763, 1996

Carrell DT, Wilcox AL, Lowy L, et al: Male chromosomal factors of unexplained recurrent pregnancy loss. Obstet Gynecol 101:1229, 2003

Chen L, Hu R: Thyroid autoimmunity and miscarriage: a meta-analysis. Clin Endocrinol 74:513, 2011

Chudleigh T, Thilaganathan B (eds). Obstetric Ultrasound: How, why, and when 3rded. London; Elsevier Churchill Livingstone. 2004.

Creinin MD, Shulman T. Effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on the action of misoprostol in a regimen for early abortion. Contraception 1997;56:165-168.

Creinin MD, Harwood B, Guido RS, Fox MC, Zhang J. Endometrial thickness after misoprostol use for early pregnancy failure.Int J Gynaecol Obstet. 2004 July; 86(1): 22–26.

Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, Spong CY, Dashe J., et al (eds). Williams Obstetrics, 24rd Ed. New York: McGraw-Hill, 2015

Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY (eds). Williams Obstetrics, 23rd Ed. New York: McGraw-Hill, 2010

Dalton VK, Harris L, Weisman CS, Guire K, Castleman L, Lebovic D. Patient preferences, satisfaction, and resource use in office evacuation of early pregnancy failure. Obstet Gynecol. 2006;108(1):103-10.

Deutchman M. ALSO Syllabus Update A: First Trimester Pregnancy Complications. In: ALSO course syllabus 4thed. American Academy of Family Physicians; Kansas. 2007

Edwards DRV, Aldridge T, Baird DD, et al: Periconceptional over-the counter nonsteroidal anti-inflammatory drug exposure and risk for spontaneous abortion. Obstet Gynecol 120(1):113, 2012

Erkan D, Kozora E, Lockshin MD: Cognitive dysfunction and white matter abnormalities in antiphospholipid syndrome. Pathophysiology 18(1):93, 2011

Feldman DM, Timms D, Borgida AF: Toxoplasmosis, parvovirus, and cytomegalovirus in pregnancy. Clin Lab Med 30(3):709, 2010

Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Gomez Ponce de Leon R, Weeks A, Winikoff B. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. Int J Gynecol Obstet 2007;99(Suppl 2):S182–5.

Goddijn M, Leschot NJ. Spontaneous abortion: Genetic aspects of miscarriage. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynecol. 2000 Oct; 14 (5): 855-65.

Gómez-Sánchez PI, Escandón I, Gaitán-Duarte H.Evaluating post-abortion care in 13 Colombian hospitals.Rev Salud Publica (Bogota). 2007 Apr-Jun;9(2):241-52

Griebel C, Halvorsen J, Golemon T, Day A, Management of Spontaneous Abortion, AFP October 1 2005: 1243-50,

Hakim-Elahi E, Tovell HM and Burnhill MS. (1990) Complications of first trimester abortion: a report of 170,000 cases. Obstetrics & Gynecology 76:129-135.

Henshaw RC, Cooper K, El-Refaey H, Smith NC, Templeton AA. Medical management of miscarriage: non-surgical uterine evacuation of incomplete and inevitable spontaneous abortion. British Medical Journal 1993; 306: 894-5

Hide G, Morley EK, Hughes JM, et al: Evidence for high levels of vertical transmission in Toxoplasma gondii. Parasitology 136(14):1877, 2009

Holbrook WJ, Oskarsdottir A, Fridjonsson T, et al: No link between low-grade periodontal disease and preterm birth: a pilot study in a health Caucasian population. Acta Odontol Scand 62:177, 2004

Jarvie E, Ramsay JE: Obstetric management of obesity in pregnancy. Semin Fetal Neonatal Med 15(2):83, 2010

Khashan AS, Quigley EMM, McNamee R, et al: Increased risk of miscarriage and ectopic pregnancy among women with irritable bowel syndrome. Clin Gastroenterol Hepatol 10(8):902, 2012

Kleinhaus K, Perrin M, Friedlander Y, et al: Paternal age and spontaneous abortion. Obstet Gynecol 108:369, 2006

Krassas GE, Poppe K, Glinoer D: Thyroid function and human reproductive health. Endo Rev 31:702, 2010

Mohammad KL, Ghazaly MM, Zaalouk TK, et al: Maternal brucellosis and human pregnancy. J Egypt Soc Parasitol 41(2):485, 2011

Moore S, Ide M, Coward PY, et al: A prospective study to investigate the relationship between periodontal disease and adversepregnancy outcome. Br Dent J 197:251, 2004

Negro R, Schwartz A, Gismondi R, et al: Universal screening versus case finding for detection and treatment of thyroid hormonaldysfunction during pregnancy. J Clin Endocrinol Metab 95(4):1699, 2010

Neilson JP, Gyte GM, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). Cochrane Database Syst Rev. 2013(3):CD007223.

Pang MW ,Leung SW, and Chung TK.Retained products of gestation in miscarriage: An evaluation of transvaginal ultrasound criteria for diagnosing an “empty uterus”. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 191, Issue 4, October 2004.

Pasternak B, Svanström H, Hviid A: Ondansetron in pregnancy and risk of adverse fetal outcomes. N Engl J Med 368(9):814, 2013

Rawling MJ, Wiebe ER. Pain control in abortion clinics. International Journal of Gynecology & Obstetrics 1998;60:293-295.

RCOG.Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion, London: RCOG Press. 2004.

Sharshiner R, Romero S, Silver R, et al: Celiac disease serum markers and recurrent pregnancy loss. Abstract No. 151, Am J Obstet Gynecol 208(1 Suppl):S76, 2013

Shokry M, Fathalla M, Hussien M, Eissa AA. (2014) Vaginal misoprostol versus vaginal surgical evacuation of first trimester incomplete abortion: Comparative study. MEFS J: 19, 96–101

Silver RM, Branch DW, Goldenberg R, et al: Nomenclature for pregnancy outcomes. Obstet Gynecol 118(6):1402, 2011

Stovall TG. Early pregnancy loss and ectopic pregnancy. In: Berek JS (eds). Berek & Novak,s Gynecology, 14th ed, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. 2007: p 601-4.

Tang OS, Schweer H, Seyberth HW, Lee SW, Ho PC. Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol.Hum Reprod. 2002 Feb;17(2):332-6.

Thangaratinam S, Tan A, Knox E, et al: Association between thyroid autoantibodies and miscarriage and preterm birth: meta-analysis of evidence. BMJ 342:d2616, 2011

Tunçalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage.Cochrane Database Syst Rev. 2010 Sep 8;(9):CD001993

Vilchez G, Saona P, Bahado-Singh R, et al: Adverse obstetrical outcomes of brucellosis in pregnancy: a 42-year experience in Peru.Am J Obstet Gynecol 210:S216, 2014

Weeks A. A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion. 2005.

Wo JY, Viswanathan AN: Impact of radiotherapy on fertility, pregnancy, and neonatal outcomes in female cancer patients. Int JRadiat Oncol Biol Phys 73(5):1304, 2009

World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems,. Geneva. WHO. 2003

القسم الرابع

الملاحق

الملحق (1)

جامعة دمشق

كلية الطب البشري

قسم التوليد وأمراض النساء **التاريخ: / / 2014**

موافقة مستنيرة

سيدتي:

سيقوم فريق من الباحثين بإجراء دراسة مقارنة بين الإفراغ بالممص الكهربائي والعلاج بالميزوبروستول في تدبير الإسقاط الناقص في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق، لذلك يهمنا مشاركتك في الدراسة وإعطائنا بعض البيانات والتي سنحتفظ بها بسرية تامة ولن تستخدم البيانات إلا لأغراض بحثية فقط والتي قد تفيد في تطوير طرق تدبير حالات الإسقاط الناقص لدى المراجعات لمشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق.

إن ملء الاستبيان والمشاركة في الدراسة فير ملزمة ورفضك المشاركة لن يؤثر في شكل من الأشكال على حقوقك الطبية داخل المشفى أو الخدمات المقدمة لك.

لك كامل الحق في رفض الغجابة على أي سؤال لا ترغبين في الإجابة عليه.

نطمح لمساهمتك في هذه الدراسة.

هل ترغبين في المشاركة؟ نعم لا

اسم السيدة: التوقيع

اسم جامع البيانات:

الملحق (2)

استمارة خاصة بدراسة د.أحمد مسلماني:

(دراسة مقارنة بين الإفراغ بالممص الكهربائي والعلاج بالميزوبروستول في تدبير الإسقاط الناقص)

الرقم: المجموعة:

الاسم:

العمر: المستوى التعليمي:

عدد الحمول:

LMP: EDC: GA:

حجم الرحم سريرياً: حجم البقايا المشيمية:

الخضاب: الزمرة:

التدبير:

آثار جانبية:

الألم (بعد 4 ساعات): لايوجد معتدل متوسط شديد

المتابعة:

الفحص السريري والصدوي:

نتيجة التدبير:

الخضاب:

الألم:

راضية عن التدبير نعم لا

هل تكرر الطريقة مستقبلا عند الحاجة: نعم لا

هل تنصح الآخرين بهذه الطريقة: نعم لا

هل الأدوية المسكنة الموصوفة كافية: نعم لا

هل أنت بحاجة لدواء مسكن أقوى : نعم لا

نهايـــــــة E.H