وزارة التعليم العالي
جامعة دمشق
كلية الطب البشري
قسم التوليد وأمراض النساء

بحث علمي

أعد لنيل شهادة الماجستير في التوليد وأمراض النساء

إشراف: أ.د عماد الدين تنوخي

رئاسة: أ.د كنعان السقا

إعداد طالبة الدراسات العليا: د. سمعة الحاتم

عنوان البحث:

العلاقة بين عمر الحامل واختلاطات الحمل والوليد في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق

The relationship between pregnant age and pregnancy and infants complications in Damascus university Hospital Obst & Gyn.

الفهرس

الباب الأول : الدراسة النظرية

أولاً :المقدمة.....7

ثانياً: الاختلاطات الوالدية.....8

2-1: الإسقاطات العفوية..... 9

2-2: لحمل المتعدد.....9

2-3: المجيئات المعيبة..... 10

2-4: لمخاض الباكر.....12

2-5: تمزق الأغشية الباكر..... 12

2-6: انفكاك المشيمة الباكر..... 13

2-7: ارتكاز المشيمة المعيب..... 13

2-8: نقص وزن الولادة.....14

2-9: العرطلة الجنينية.....15

2-10: الحمل المديد 15

2-11: ارتفاع التوتر الشرياني 16

2-12: الولادة القيصرية 17

الباب الثاني : الدراسة العملية

أولاً :المقدمة 20

ثانياً:هدف البحث 20

ثالثاً:المواد والطرائق 21

3-1: نوع الدراسة 21
3-2: مكان الدراسة 21
3-3:مدة الدراسة 21
3-4: عينة الدراسة 21
3-5:طريقة الدراسة 22

رابعاً: النتائج 23

4-1:الإسقاطات العفوية 24
4-2:الحمول المتعددة 25
4-3: المجيئات المعيبة 27
4-4: المخاض الباكر 27
4-5:تمزق الأغشية الباكر 29
4-6:انفكاك المشيمة الباكر 30
4-7: ارتكاز المشيمة المعيب 31
4-8: نقص وزن الولادة 32
4-9: العرطلة الجنينية 33
4-10: الحمل المديد 34
4-11: ارتفاع التوتر الشرياني 35
4-12: الولادة القيصرية 36

خامساً: الاختلاطات عند الوليد 40

سادساً: المناقشة والمقارنة بالدراسات العالمية 42

سابعاً: التوصيات 46

ثامناً: الاستبيان.....47

تاسعاً: المراجع 48

الدراسة النظرية

أولاً : المقدمة

يرتبط موضوع الزواج والحمل والولادة ارتباطًاً وثيقاً بالعادات والتقاليد الاجتماعية وتطور الحضارة والمدنية فبعد أن كان الزواج والحمل بعمر مبكر والذي يعد مشكلة صحية واجتماعية خطيرة ظهرت مشكلة الحمل والولادة في أعمار متقدمة وما يرافقها من إختلاطات طبية وصحية واجتماعية.

إن عدد الولادات المتنامي والمتزايد في الشريحة العمرية المسنة لا يعود بسبب زيادة عدد النساء بهذه الشريحة العمرية فحسب بل أيضاً بسبب التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والتقنية الحادثة بالمجتمع.[1]

إن أغلب المراجع الأدبية الطبية تفترض أن عمر المرأة الذي تبدأ بعده وظيفتها الإنجابية والتكاثرية بالتدهور والتقهقر يبدأ في سن الخامسة والثلاثين ليزداد هذا التراجع بشكل طردي بعد هذا السن, ففي الواقع هناك زيادة خطية في العلاقة بين عمر الأم وسوء وظيفة الرحم تبدأ اعتباراً من الخامسة والعشرين وتترقى زيادةً مع كبر عمر السيدة الحامل وبالتالي زيادة الاختلاطات الحملية عند حدوث الحمل بعد 35 عام.[2]

كما تعتبر حمول اليافعات تحت 20 عام من الحمول عالية الخطورة وتترافق مع زيادة في اختلاطات الحمل على الأم والجنين حيث تأتي معظم الحمول في هذه الشريحة العمرية على أرضية من تدني المستوى الاجتماعي والاقتصادي وانخفاض مستوى التحصيل العلمي وأحياناً سوء الحالة الصحية العامة وسوء التغذية والتدخين.

ولا يعرف بدقة فيما إذا كانت هذه النتائج على الحمل تعود لعدم نضج السيدة تحت 20 عام بيولوجياً Biological Immaturity أم بسبب العوامل الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية المرافقة وتأثيرها على التطور الجسدي للسيدة اليافعة وهي بالتالي لا تزال بحاجة إلى دراسات معمقة أكثر.[3]

ثانياً : الاختلاطات الوالدية

تزداد الاختلاطات الوالدية والوليدية عند طرفي العمر الوالدي , حيث تكون المراهقات ذوات خطورة عالية للإرجاج وما قبل الإرجاج, نقص النمو داخل الرحم وسوء التغذية الوالدية. [3]

أما النساء اللواتي أعمارهن (35) سنة فما فوق فهن ذوات خطورة عالية لارتفاع الضغط المحرض بالحمل, الإرجاج, السكري, البدانة والمشيمة المنزاحة وما يترتب على ذلك من خطورة على الناتج الحملي , كما وتزداد التشوهات الصبغية ونسبة القيصريات.

إن تأثيرات تقدم عمر الأم تختلف بشدة تبعاً للوضع الاقتصادي والاجتماعي والمجموعة العرقية ، وبشكل عام فإن السود وذوي الأصول الأفريقية لديهن خطورة مضاعفة لحدوث مشاكل الحمل من إملاص وانخفاض وزن الولادة ، وتزداد هذه الخطورة بشكل كبير وملحوظ أكثر عند انخفاض وتدني المستوى الاقتصادي والاجتماعي.

ووسطياً فإن الاختلاطات على الأم والجنين تزداد بسرعة أكثر مع التقدم بالسن لدى السود والفقراء أكثر من البيض والموسرين .

بالإضافة إلى ذلك, تعتبر تغذية الأم من المشكلات الهامة في هذه المسألة حيث تكون محتويات العظام المعدنية ومخازن الحديد والوارد الحروري منخفضة لدى السيدات أقل من 20 عام, وغالباً ما يكن مصابات بفقر الدم بعوز الحديد.[4]

وفيما يلي شرح لبعض الاختلاطات الوالدية التي ستتم دراستها والمتعلقة بشكل رئيسي بعمر الحامل.

2-1 : الإسقاطات العفوية

تعاني الحوامل المسنات من زيادة في الشذوذات الصبغية العددية والبنيوية وذلك ينجم بشكل رئيسي عن انخفاض نوعية الخلايا البيضية (Oocytes) لديهن, كما يمكن أن تلعب تغيرات الرحم و الوظيفة الهرمونية دوراً كبيراً في هذه المشكلة, وكمثال على هذه الشذوذات نلاحظ زيادة نسبة الإصابة بمتلازمة داون لدى الولدان من أمهات مسنات والذي يزيد من معدلات الإسقاطات العفوية[5].

تعتبر خطورة الإسقاطات العفوية عاملاً مستمراً يزداد بازياد عمر الأم وليس تأثيراً يحدث بعد عتبة عمرية معينة.[6]

2-2 : الحمل المتعدد

وهو الحمل الذي يتواجد فيه جنينان أو أكثر في جوف الرحم في الوقت ذاته.

يحدث الحمل المتعدد إما بسبب انشطار البيضة الملقحة(التوائم وحيدة البيضة) أو بسبب إخصاب بيضتين أو أكثر في دورة طمثية واحدة(الحمول ثنائية البيضة).

إن نسبة مصادفة التوائم وحيدة البيضة ثابتة في جميع الشعوب المدروسة وتقدر بـ (3.5) بالألف وقد ارتفعت بشكل طفيف بعد تطبيق تقنيات الإخصاب المساعد وخاصة الإخصاب في الزجاج (IVF).أما نسبة مصادفة التوائم ثنائية البيضة والتي تتأثر بشدة بالقصة العائلية , العرق, وعمر الأم حيث ترتفع نسبة التوائم بزيادة عمر الأم حيث تكون :

- <20سنة : 1000/6.
- >35 سنة: 1000/22.

- >45 سنة: 1000/57.

ويتأثر أيضاً بتطبيق تقنيات الإخصاب المساعد حيث يزداد الحمل المتعدد بنسبة:

- عند التحريض بالكلومفين سيترات :10%
- الإمناء ضمن الرحم (IUI): 10-20%
- الإخصاب في الزجاج (IVF):20-30% [5].

3-2 : *المجيئات المعيبة*

المجيء المعيب هو أي مجيء جنيني غير المجيء الطولاني القمي ويشمل المجيء المقعدي, الوجهي, الجبهي, المعترض و المركب.

❖ المجيء المقعدي:

يصيب (3-4%) من مجمل الحمول, ويحدث عندما يتدخل حوض الجنين أو أحد أطرافه السفلية في مدخل حوض الأم. ويصنف إلى ثلاث أنواع:

1- المقعدي التام: يكون الفخذان معطوفتان على الحوض والساقان معطوفتان على الفخذ ومتصالبتان أمامهما.

2- المقعدي الناقص: تمتد الساقان أمام الجذع ويتقدم الجنين بإليتيه دون أطرافه السفلية.

3- المقعدي الناقص بالطراز القدمي: حيث تكون القدم هي الجزء المتقدم من الجنين.

تشمل العوامل المؤهبة لحدوثه: الاستسقاء الأمينوسي, تشوهات الرحم, الارتكاز المعيب للمشيمة, تعدد الولادات, ضيق حوض الأم, الحمول المتعددة وزيادة عمر الأم.

تعاني (6 %) من أجنة المجيئات المعيبة من تشوهات خلقية مثل الشوك المشقوق, خلع الورك الولادي, انعدام الجمجمة, استسقاء الرأس, القيلة السحائية النخاعية وتثلث الصبغيات (13),(18),(21) وهذه التشوهات تؤدي إلى تغير المقوية العضلية والحركية للجنين وبالتالي عدم قدرة الجنين على الدوران للمجيء الرأسي وقد شوهد أن هذه الحالات تزيد بازدياد عمر الأم بشكل أساسي.[7]

❖ المجيء الوجهي :

يصيب (1/600-1/1500) ولادة بتمام الحمل وهو يحدث حين يكون الرأس بوضع فرط بسط حيث تكون النقطة الاستكشافية بالمس المهبلي هي الذقن.[8]

❖ المجيء الجبهي:

يصيب (1/1000-1/3500) ويحدث حين يكون الرأس بوضع متوسط بين البسط والعطف وتكون النقطة الاستكشافية بالمس المهبلي هي جذر الأنف.

تتعدد الأسباب لحدوث كل من المجيء الجبهي والمجيء الوجهي وتتضمن العوامل التي تسمح لرأس الجنين بدخول الحوض بوضعية البسط كلاً من الخداج الشديد , تعدد الولادات, التشوهات الخلقية, السلعة الدرقية الجنينية, وانعدام القحف. ويرتبط عدد من هذه الأسباب بعمر الأم كالتشوهات الخلقية التي تزيد من حدوث المجيء الجبهي والوجهي كما أن الأمهات الأكبر عمراً واللواتي يكنّ عديدات الولادة لديهن بطن خرجي وضعف في العضلات والأربطة الحوضية مما يزيد من المجيئات المعيبة.[8]

❖ المجيء المعترض:

هو المجيء الذي يكون فيه المحور الطولاني للجنين عمودياً على المحور الطولاني للرحم, ويبلغ معدل الحدوث (0.5%).[8]

❖ المجيء المركب:

وفيه يترافق الجزء المتقدم من الجنين مع أحد الأطراف, ويبلغ معدل حدوثه (0.1%) من كل الحمول.[8]

4-2 : المخاض الباكر

يصيب (5-10%) من مجمل الحمول , وهو حدوث تقلصات رحمية منتظمة, تسبب اتساعاً وإمحاءاً مترقياً في عنق الرحم بعد الأسبوع(20) وقبل نهاية الأسبوع (37) من الحمل.

يكون المخاض الباكر عفوياً في (3/2) من الحالات بينما يكون محرضاً في (3/1) الحالات (بسبب طبي وكمثال ما قبل إرجاج شديد)

إن أسباب المخاض المبكر العفوي مجهولة في (50%) من الحالات ويمكن تصنيف العوامل التي ترتبط بالمخاض الباكر على أنها تغير في نمط الحياة, الشدة, تعدد الولادات, سوابق مخاض باكر, سوابق جراحة على عنق الرحم و الأخماج.[9,10]

5-2 : تمزق الأغشية الباكر

يحدث في (3/1) الولادات المبكرة, هو تمزق الأغشية قبل حدوث المخاض بساعة, ويمكن أن يحدث في أي وقت من الحمل وتكون (3/1) الحالات مترافقة مع إنتان داخل الرحم.

يصبح هذا التمزق مشكلة إذا كان الجنين غير ناضج (أقل من 37 أسبوع) أو إذا كان الجنين ناضجاً مع تطاول الفترة الفاصلة بين وقت تمزق الأغشية و بدء المخاض, والاختلاط الأهم حدوث التهاب المشيمة والسلى والذي يترافق بخطر مهم على حياة الأم والجنين.[11]

6-2 : *انفكاك المشيمة الباكر*

يصيب (0.5-1%) من مجمل الحمول, وهو انفصال المشيمة عن موضع ارتكازها النظامي على الرحم قبل ولادة الجنين, ويتظاهر ببدء مفاجئ لألم بطني حاد مترافق في معظم الحالات مع نزف مهبلي, ويكون التشخيص سريرياً بينما يفيد الإيكو فقط في نفي ارتكاز المشيمة المعيب وتقييم وضع الجنين.

يقسم إلى:

1. انفكاك خفي: يكون النزف ضمن جوف الرحم ولا يوجد نزف مهبلي ظاهر.
2. انفكاك ظاهر: يتظاهر بنزف مهبلي.

يصعب تحديد الأسباب الدقيقة لانفكاك المشيمة ولكن وجد أن بعض العوامل تؤهب لحدوثه كالانفكاك السابق وارتفاع الضغط خلال الحمل. وتتضمن العوامل المؤهبة الأخرى: ازدياد عمر الأم, تعدد الولادات, تمدد الرحم (الاستسقاء الأمينوسي والحمل المتعدد) الداء السكري , التدخين, تشوهات الرحم والأورام الليفية.[12]

7-2 : *ارتكاز المشيمة المعيب*

وهو إنزراع المشيمة على القطعة السفلية للرحم ويشاهد بنسبة (200/1) ولادة تقريباً. تحدث (90%) من الحالات تقريباً عند عديدات الولادة وتكون النسبة عالية عند الولودات الكبيرات بالسن وتصل حتى (20/1) ولادة بتمام الحمل.

يصنف ارتكاز المشيمة المعيب إلى أربع درجات حسب موقع المشيمة بالنسبة لعنق الرحم:

1- المشيمة ذات الارتكاز الواطئ: تنغرس المشيمة على القطعة السفلية للرحم ولكن لا تصل حافتها إلى حدود الفوهة الباطنة لعنق الرحم.

2- المشيمة المنزاحة الهامشية: تقع المشيمة على حافة الفوهة الباطنة لعنق الرحم.

3- المشيمة المنزاحة جزئياً: وفيها تغطي المشيمة الفوهة الباطنة جزئياً.

4- المشيمة المنزاحة كلياً: وفيها تغطي المشيمة كامل الفوهة الباطنة لعنق الرحم.

يعتمد التشخيص على التصوير بالأمواج فوق الصوتية ويعتبر التصوير بالطريق المهبلي أدق من التصوير البطني في تحديد موقع المشيمة.

يزداد حدوث ارتكاز المشيمة مع تقدم العمر و تعدد الولادات ووجود سوابق عمليات جراحية على الرحم. [13]

8-2 : ***نقص وزن الولادة***

بالتعريف هو نقص وزن الجنين المقدر صدوياً عن الخط المئوي العاشر بالنسبة لعمر الحمل, ويصيب (4-8%) من الحمول.

يشاهد نقص وزن الولادة عند ولدان الأمهات صغيرات السن بسبب التدخين و نقص الوارد الغذائي. أما عند الأمهات المسنات فيغلب أن يكون السبب فرط ضغط الدم و الأمراض الكلوية المزمنة. [13]

9-2 : *العرطلة الجنينية*

يشير تعبير العرطلة الجنينية عادة إلى الأجنة التي وزنها المقدر≤ 4000غ أو الأكبر من الخط المئوي التسعين نسبة لعمر الحمل , ويحدث بنسبة (5-10%) من كل الحمول, وتصل معدل وفيات الولدان حول الولادة إلى (4-10%).

تشمل الأسباب الوالدية: السكري,البدانة عند الأم,تعدد الولادات, الحمل المديد, تقدم عمر الأم, وسوابق ولادة أجنة عرطلة.[14]

10-2 : *الحمل المديد*

يصيب (3-10%) من مجمل الحمول, وهو الحمل الذي تمتد فيه فترة الحمل (42) أسبوعاً كاملة أو أكثر بدءاً من أول يوم لآخر دورة طمثية. تتضمن العوامل المؤهبة : سوابق حمل مديد حيث تصل النسبة إلى (30%) عند وجود سوابق حمل مديد واحد, و(40%) عند وجود سوابق حمل مديد لمرتين,ومن العوامل المؤهبة أيضاً الحمل عند صغيرات السن.[15]

11-2 : ***ارتفاع التوتر الشريانـي***

ويصنف إلى أربعة مجموعات:

- ارتفاع الضغط الحملي: يصيب (6-7%) من الحمول ,وهو حدوث ارتفاع التوتر الشرياني عند حامل سوية الضغط أكثر أو يساوي (9/14) بدون بيلة بروتينية هامة والفحوص المخبرية طبيعية.
- ما قبل الإرجاج والإرجاج: يصيب (5%) من الحمول, وهو ارتفاع التوتر الشرياني أكثر أو يساوي (9/14) بعد الأسبوع (20) من الحمل مع وجود بيلة بروتينية هامة عند حامل كانت سوية الضغط قبل ذلك (ليس لديها ارتفاع ضغط مزمن), ويزداد حدوثه (7) أضعاف عند الحوامل اللواتي لديهن سوابق ماقبل إرجاج.

  و الإرجاج هو ما قبل الإرجاج مع حدوث نوب إختلاجية.
- ارتفاع الضغط المزمن: يصيب (3-5%) من الحمول, وهو ارتفاع التوتر الشرياني قبل الحمل أو قبل الأسبوع (20) من الحمل.
- ما قبل إرجاج مضاف: حدوث ما قبل الإرجاج أو الإرجاج عند مريضة مشخص لديها ارتفاع ضغط مزمن.
- متلازمة HELLP : تصيب (5-20%) من الحمول المختلطة بما قبل الإرجاج , وهي بالتعريف حدوث ما قبل إرجاج شديد مترافق مع انحلال دموي, ارتفاع خمائر الكبد ونقص الصفيحات. وتقدر نسبة وفيات الأمهات حول الولادة (10-60%).[16]

يعتبر ارتفاع التوتر الشرياني أشيع الاختلاطات الطبية الداخلية المرافقة للحمل و تتضمن العوامل المؤهبة: الخروس الأصغر من (19) عام (يزداد 2-3 أضعاف), عديدات الولادة الأكبر من (40) سنة (يزداد 5 أضعاف), البدانة (يزداد ضعفين), والفواصل المديدة بين الحمول أكثر من (10) سنوات (يزداد 2-3 أضعاف).

يمكن انقاص شدة المراضة والوفيات الوالدية والجنينية معاً بالمراقبة الحثيثة والتداخل السريع والمناسب ، لكن مع زيادة نسبة الولادة الباكرة تزداد نسبة الأجنة الصغيرين تبعاً لسن الحمل المقدر SGAI وتزداد معدلات الولادة القيصرية إلى حد كبير. [17]

12-2 : *الولادة القيصرية*

بالتعريف هي ولادة الجنين من خلال شق عبر جدار البطن وجدار الرحم.وقد ازدادت نسبة الولادة القيصرية إلى (24%) عند الخروسات الأصغر من (30)سنة وذلك بسبب:

1. ارتفاع نسبة النساء اللواتي لديهن سوابق قيصرية.
2. ارتفاع نسبة الحمل المتعدد.
3. المراقبة الالكترونية المشددة لدقات قلب الجنين أثناء الولادة.

بينما كانت النسبة (5%) عند عديدات الولادة واللواتي ليس في سوابقهن ولادة قيصرية, بينما وصلت النسبة إلى (67%) عند اللواتي في سوابقهن ولادة قيصرية واحدة.

كما وتزداد الولادة القيصرية مع تقدم عمر الأم ربما بسبب زيادة البطن الخرجي و سوء تطور المخاض و زيادة تواتر المجيئات المعيبة فعند دراسة استطبابات القيصرية بدقة اتضح أن المريضات المسنات لديهن خطورة أكبر لعدم التناسب الحوضي الجنيني الأمر الذي يؤدي لفشل تقدم المخاض بشكل طبيعي وسوي. **(18)**

وتصنف الولادة القيصرية إلى نوعين حسب طريق شق الرحم:

1- علوية (كلاسيكية): الشق طولاني على جسم الرحم.

2- سفلية: الشق معترض على القطعة السفلية للرحم وهي الأشيع (90%).

وتصنف الولادة القيصرية في أربع مجموعات حسب درجة إسعافيتها:

1- فورية: يوجد خطر فوري مهدد للحياة كما في انفكاك مشيمة باكر مترافق مع نبض جنين غير طبيعي أو تقلصات رحمية شديدة جداً, انسدال سرر, تمزق ندبة سابقة على الرحم, تباطؤ مستمر لقلب الجنين, الباهاء من فروة الجنين <7.2.

2- إسعافية: هناك خطر على الأم أو الجنين ولكنه ليس مهدد للحياة بشكل فوري كما في فشل تطور المخاض مع مرقاب جنيني (CTG)مرضي.

3- مجدولة: ليس هناك خطر على حياة الأم أو الجنين ولكن هناك استطباب لإنهاء الحمل بشكل مبكر (سريع) كما في ما قبل إرجاج شديد, تأخر نمو داخل الرحم(IUGR) مع اضطراب في السيماء الفيزيائية الحيوية للجنين, فشل تحريض المخاض.

4- انتخابية: كما في ارتكاز مشيمة معيب, مجيء مقعدي مفرد مع فشل التحويل بالأعمال الخارجية أو أنه مضاد استطباب, الأم مصابة بالحلأ التناسلي غي الثلث الثالث من الحمل, سوابق عمليات جراحية على الرحم أو قيصرية كلاسيكية .[18]

الدراسة العملية

أولاً : المقدمة

إن التخطيط للحمل وتوقيته قضية معقدة ومرتبطة بالعديد من العوامل, من بينها التغير في العادات الاجتماعية و الظروف المعيشية والديموغرافية والتي بدورها تؤدي إلى إزدياد اختلاطات الحمل الوالدية والتوليدية. ومن هنا يظهر دور التوعية الصحية حول مخاطر الحمل في عمر متقدم أو مبكر في التقليل من الاختلاطات الحملية وبالتالي تحسين الناتج الحملي و الصحة الوالدية[19].

ونظراً لوجود نسبة كبيرة من مراجعات مشفى التوليد بإختلاطات حملية ولملاحظتنا لزيادة عدد حالات الحمول بأعمار أقل من (20) عام أو أكثر من (35) عام ونظراً لما تنطوي عليه هذه الحمول من اختلاطات ومخاطر على الأم والجنين وبالتالي زيادة في العبء المادي على كاهل المريضة والنظام الصحي كان لا بد من هذه الدراسة المحلية والتي سنقوم من خلالها بتحديد علاقة عمر الأم بالإختلاطات على الأم والوليد وتحديد الإختلاطات الأكثر شيوعاً حسب كل فئة عمرية.

ثانياً : *هدف البحث*

تحديد العلاقة بين عمر الحامل و الاختلاطات على الحمل وعلى الوليد وبالتالي تحديد الفئات العمرية ذات الخطورة العالية لحدوث هذه الإختلاطات بهدف الوصول إلى إنقاص معدلات المراضة والوفيات الوالدية والوليدية بالكشف عن تلك الإختلاطات والسيطرة عليها باكراً إن وجدت وبالتالي الارتقاء بالنظام الصحي قدر الإمكان.

ثالثاً : ***المواد والطرائق***

1-3 : نوع الدراسة:

دراسة مستقبلية (حالة – شاهد).

2-3 : مكان الدراسة:

مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق.

3-3 : مدة الدراسة:

تمتد من الفترة الواقعة بين 2014/1/1 و 2015/1/1

4-3: عينة الدراسة:

اشتملت الدراسة السيدات الحوامل اللواتي تم قبولهن في مشفى التوليد خلال فترة الدراسة في شعبة المخاض و الحوامل باختلاط حملي وفي الإسعاف بتشخيص إسقاط عفوي سواء أكان ناقصاً أو تاماً أو في طور الحصول .

في حين تم استبعاد الحالات التالية من عينة الدراسة:

- السيدات اللواتي لن يلدن في مشفى التوليد الجامعي لعدم القدرة على متابعة نتائج الحمل والولادة.
- ارتفاع التوتر الشرياني الغير محرض بالحمل.
- السيدات البدينات جداً (BMI ≥ 35) نظراً لترافق حالات البدانة المرضية مع الداء السكري وارتفاع التوتر الشرياني والأمراض الكلوية والغدية في كثير من الحالات الأمر الذي من شأنه أن يتداخل مع نتائج الدراسة.
- السيدات المقبولات بقصة اختلاط حملي تالي لرض.

3-5: طريقة الدراسة:

تم استجواب المريضات وأخذ قصة مرضية وتوليدية مفصلة حسب الاستبيان المرفق مع الدراسة وأجري التصوير بالأمواج فوق الصوتية لتقدير عمر الحمل و وزن الجنين نسبة لسن الحمل وتمت متابعتهن حتى انتهاء الحمل العفوي أو المحرض كما تم القيام بفحص الوليد وقياس وزنه وقياس مشعر أبغار في الدقيقة الأولى والدقيقة الخامسة وتم تقسيم المريضات إلى ثلاثة مجموعات حسب الفئات العمرية:

1. ≥ 20 عام (المراهقات).
2. بين 21 – 34 عام .
3. ≤ 35 (المسنات).

وتمت دراسة علاقة عمر الأم بشكل مستقل بالاختلاطات على الحمل وعلى الوليد في كل مجموعة عمرية على حدا (أصغر من 20 وأكبر من 35عام) وقد اعتبرت مجموعة المريضات اللواتي أعمارهن بين 20 و35 عام هن المجموعة المرجعية(الشاهد).

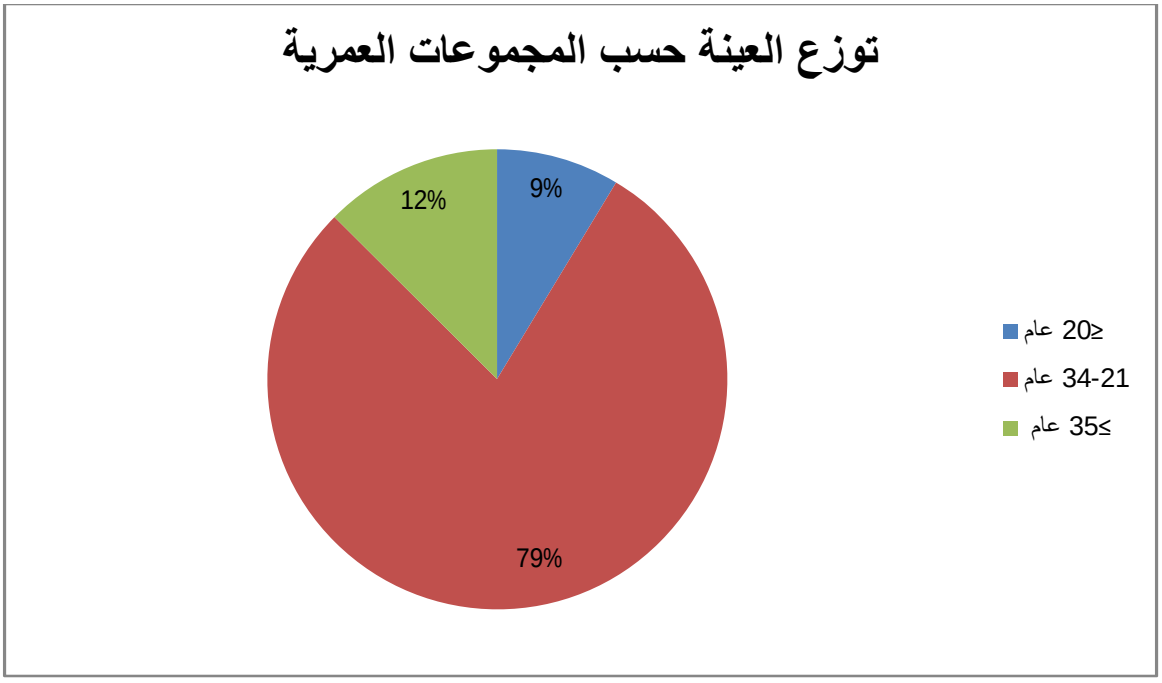
ثم تمت المقارنة بين المجموعتين مع مجموعة الشاهد وأجري التحليل الإحصائي بتطبيق الاختبار الإحصائي (student t test) للوصول إلى القيمة الاحتمالية لعينات مترابطة (Pvalue) واعتبر المتغير له قيمة إحصائية ذات مغزى عند مستوى قيمة احتمالية تساوي أو أقل (0.05).

رابعاً : النتائج

بلغ عدد المريضات المقبولات في جناح المخاض والحوامل والإسعاف بتشخيص إسقاط أو إختلاط حملي خلال فترة الدراسة (11350) مريضة , ويوضح الجدول (1) والمخطط (1) توزع العينة حسب المجموعات العمرية :

	المجموع	≥ 20 عام	34-21 عام	≤ 35 عام
عدد المريضات مع اختلاط	11350	982	8945	1423
النسبة المئوية	100 %	8.65	78.81	12.54

الجدول رقم (1): توزع العينة حسب المجموعات العمرية



المخطط رقم (1): توزع العينة حسب المجموعات العمرية

- تمت دراسة انتشار كل اختلاط على حدا في كل مجموعة عمرية بغض النظر عن وجود اختلاطات حملية أو ولادية أخرى وتمت المقارنة بين المجموعة المتوسطة وكل من المجموعتين الأولى والثالثة وتم حساب القيمة الاحتمالية (P value).

1-4:الإسقاطات العفوية

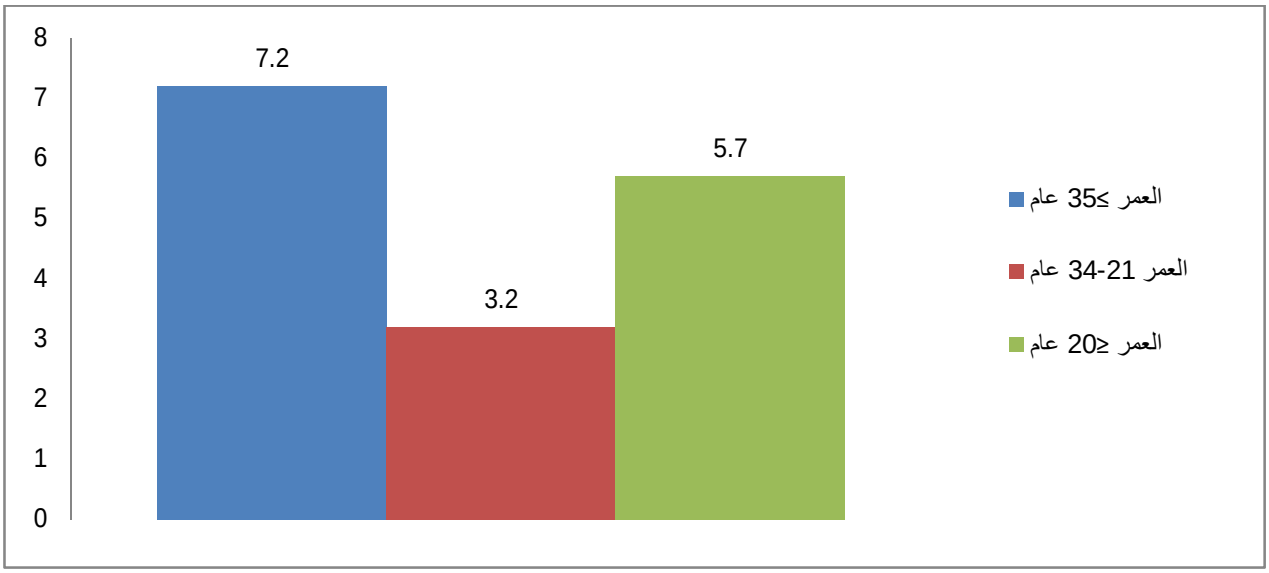
اشتملت الدراسة جميع المريضات المقبولات في جناح الإسعاف بتشخيص إسقاط عفوي سواء أكان ناقصاً أو تاماً أو في طور الحصول, وبعمر حملي اقل من 20 أسبوع حملي بدءاً من أول يوم لآخر دورة طمثية.

بلغ عدد المريضات في الدراسة (448) مريضة وكانت نسبتهن (3.95%) من عينة الدراسة, وقد توزعن بالنسبة للمجموعات العمرية حسب الجدول رقم (2) والمخطط رقم (2):

الاختلاط	العمر ≤ 20عام N(%)	العمر بين 21-34 عام	العمر ≥35 N(%)	مقارنة بين المجموعة الاولى والثانية P value	مقارنة بين المجموعة الثانية والثالثة P value
إسقاط عفوي	(5.7) 56	(3.2) 289	(7.2) 103	.000	.000

الجدول رقم (2): توزع مريضات الإسقاط حسب المجموعات العمرية

لوحظ وجود زيادة في حدوث الإسقاط العفوي في المجموعتين الأولى والثالثة مقارنة مع المجموعة الثانية وبفارق إحصائي مهم.



المخطط رقم (2): توزع مريضات الإسقاط حسب المجموعات العمرية

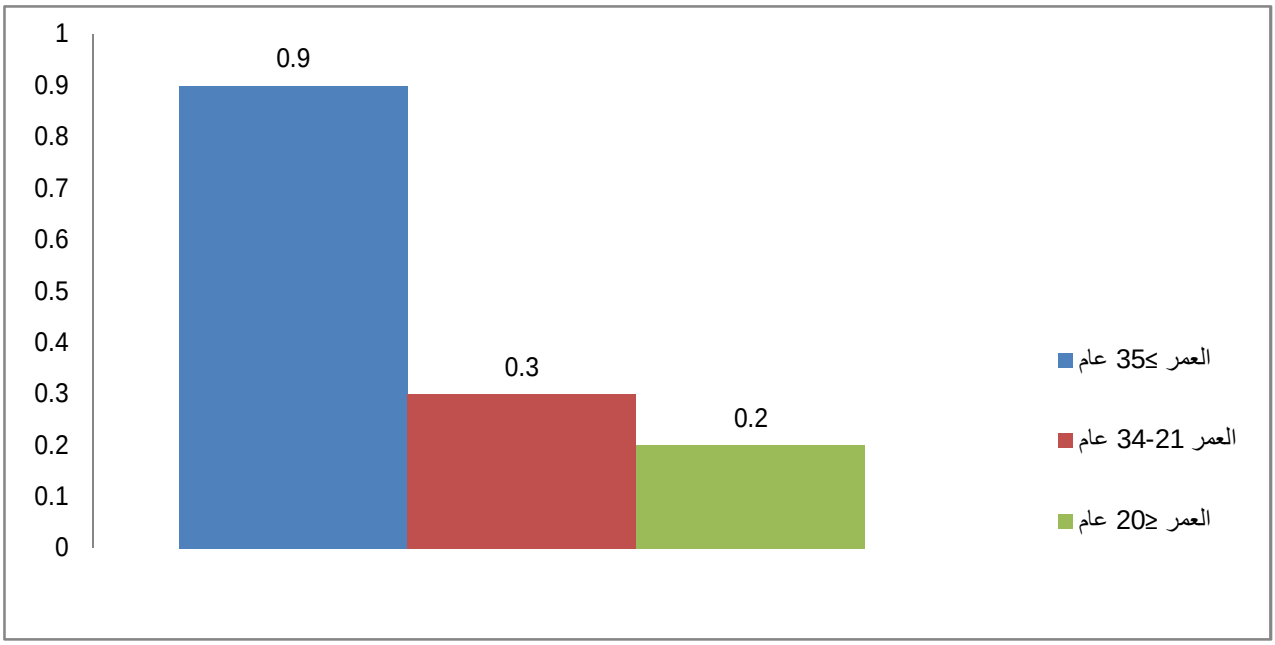
2-4: الحمول المتعددة

شملت الحمول الثنائية بعمر حملي أكثر من (20) أسبوع حملي بدءاً من أول يوم لآخر دورة طمثية, وقد بلغ عدد المريضات في الدراسة (39) وكانت نسبتهن (0.34%) من عينة الدراسة, وقد توزعن حسب المجموعات العمرية حسب الجدول والمخطط رقم (3):

الاختلاط	العمر ≥ 20عام N(%)	العمر بين 21-34 عام N(%)	العمر ≤35 N(%)	مقارنة بين المجموعة الاولى والثانية P value	مقارنة بين المجموعة الثانية والثالثة P value
الحمول التوأمية	(0.2) 2	(0.3) 24	(0.9) 13	.047	.000

الجدول رقم (3): توزع مريضات الحمول التوأمية حسب المجموعات العمرية

لوحظ ازدياد حدوث الحمل المتعدد عند سيدات المجموعة الثالثة في حين يقل عند سيدات المجموعة الأولى وبفارق إحصائي مهم مقارنة بالمجموعة الثانية حسب قيم P value في الجدول (3).



المخطط رقم (3): توزع مريضات الحمول التوأمية حسب المجموعات العمرية

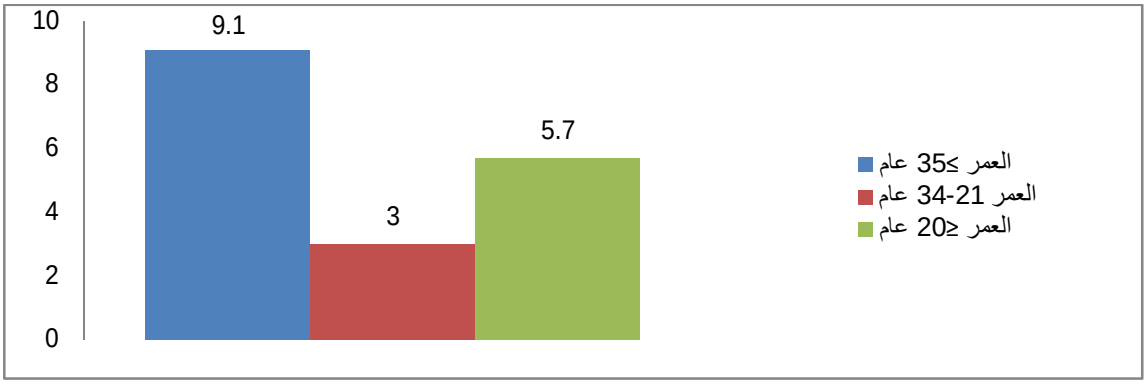
3-4:المجيئات المعيبة

وشملت كل مجيء غير المجيء القمي الرأسي, وبلغ عددها في عينة الدراسة (454) حالة, وبنسبة (4%) من مجموع الحمول المدروسة, وقد توزعن في المجموعات العمرية حسب الجدول والمخطط رقم (4):

الاختلاط	العمر ≥ 20عام N(%)	العمر بين 21-34 عام N(%)	العمر ≤ 35 N(%)	مقارنة بين المجموعة الأولى والثانية P value	مقارنة بين المجموعة الثانية والثالثة P value
مجيء معيب	(5.7)56	(3)269	(9.1)129	.000	.000

الجدول رقم (4): توزع مريضات المجيء المعيب حسب المجموعات العمرية

يلاحظ زيادة حدوث المجيئات المعيبة في سيدات المجموعة العمرية الأولى والثالثة مقارنة بالسيدات في المجموعة الثانية حسب قيم P value في الجدول (4).



المخطط رقم (4): توزع مريضات المجيء المعيب حسب المجموعات العمرية

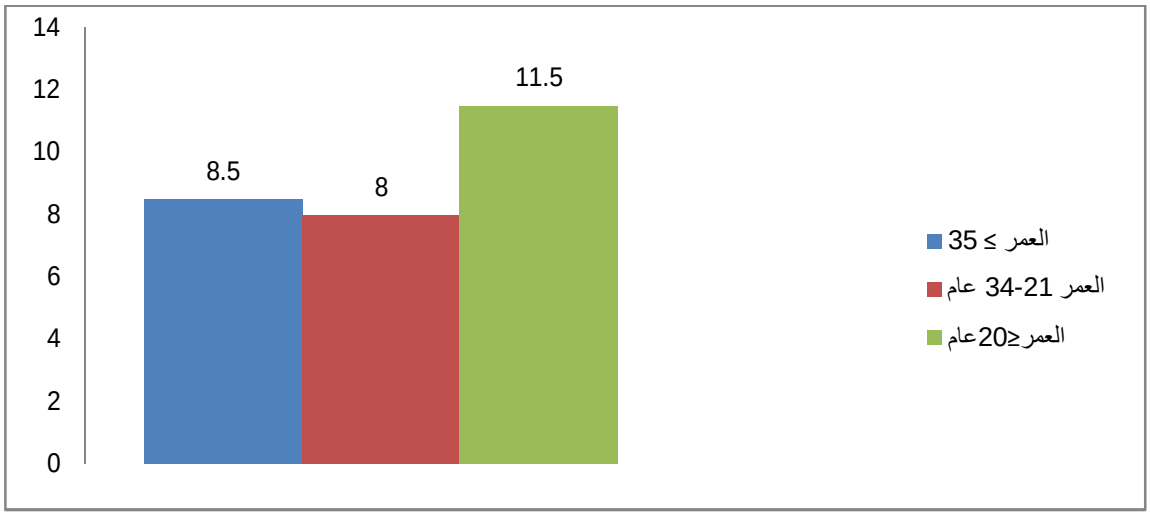
4-4:المخاض الباكر

بلغ عدد الحالات في عينة الدراسة (951) حالة, بما نسبته (8.38%) من مجموع الجمول, وقد توزعن حسب المجموعات العمرية حسب الجدول والمخطط رقم (5):

الاختلاط	العمر ≥ 20عام N(%)	العمر بين 21-34 عام N(%)	العمر ≤35 N(%)	مقارنة بين المجموعة الأولى والثانية P value	مقارنة بين المجموعة الثانية والثالثة P value
مخاض مبكر	(11.5) 113	(8) 717	(8.5) 121	.000	.531

الجدول رقم (5): توزع مريضات المخاض الباكر حسب المجموعات العمرية

لوحظ وجود زيادة ذات مغزى إحصائي لحدوث المخاض الباكر عند صغيرات السن مقارنة بباقي المجموعات العمرية.



المخطط رقم (5): توزع مريضات المخاض الباكر حسب المجموعات العمرية

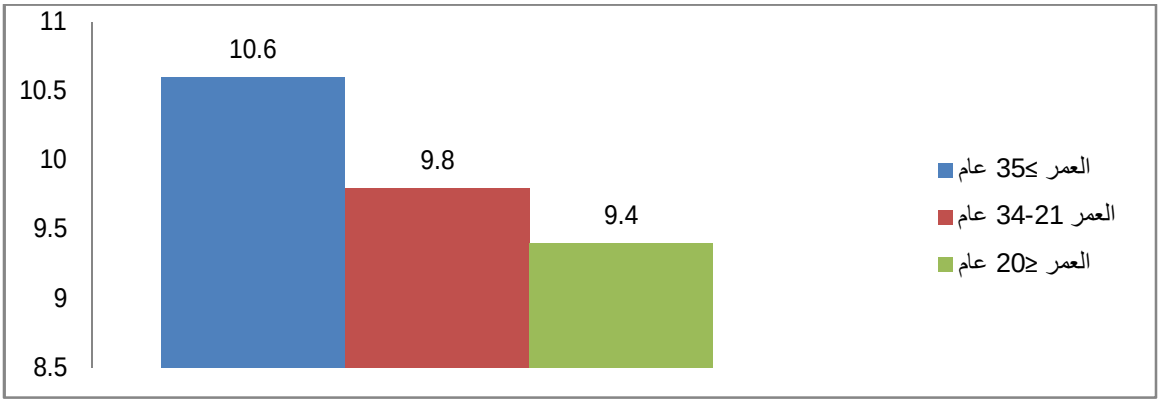
5-4:تمزق الأغشية الباكر

بلغ عدد المريضات في هذه المجموعة (1121) مريضة, بما نسبته (9.88%) من عينة الدراسة, وقد توزعن حسب المجموعات العمرية حسب الجدول والمخطط رقم (6):

الاختلاط	العمر ≥ 20عام N(%)	العمر بين 21-34 عام N(%)	العمر ≤ 35 N(%)	مقارنة بين المجموعة الاولى والثانية P value	مقارنة بين المجموعة الثانية والثالثة P value
تمزق الأغشية الباكر	(9.4) 92	(9.8) 878	(10.6) 151	.654	.351

الجدول رقم (6): توزع مريضات تمزق الأغشية الباكر حسب المجموعات العمرية

لوحظ بأنه لا يوجد فرق ذو مغزى إحصائي بين المجموعات العمرية الثلاثة لتمزق الأغشية الباكر.



المخطط رقم (6): توزع مريضات تمزق الأغشية الباكر حسب المجموعات العمرية

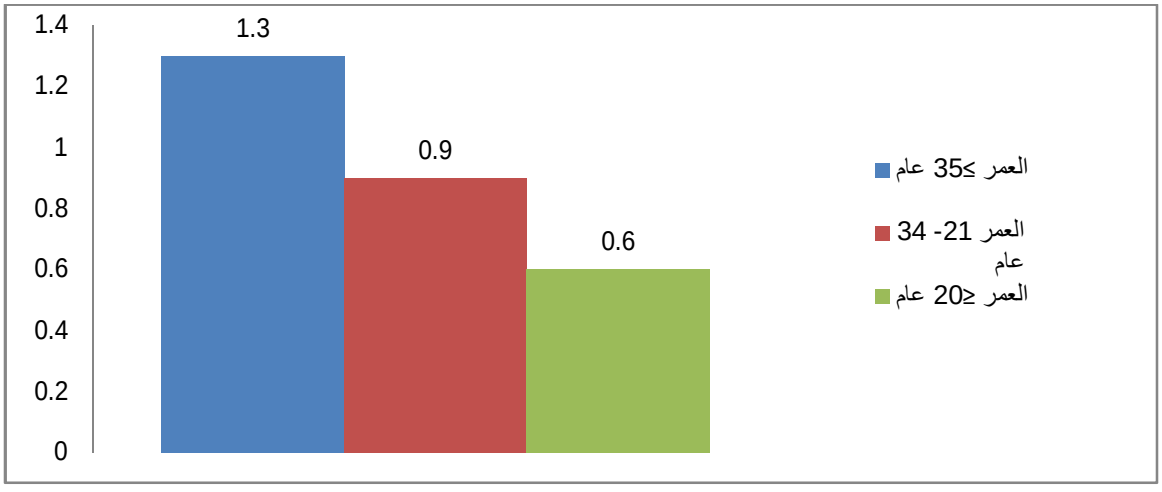
6-4:انفكاك المشيمة الباكر

بلغ عدد المريضات في هذه المجموعة (104) مريضة, بما نسبته (0.92%) من عينة الدراسة, وقد توزعن حسب المجموعات العمرية حسب الجدول والمخطط رقم (7):

الاختلاط	العمر ≥ 20عام N(%)	العمر بين 21-34 عام N(%)	العمر ≤ 35 N(%)	مقارنة بين المجموعة الاولى والثانية P value	مقارنة بين المجموعة الثانية والثالثة P value
انفكاك المشيمة الباكر	(0.6) 6	(0.9) 79	(1.3) 19	.328	.036

الجدول رقم (7): توزع مريضات انفكاك المشيمة الباكر حسب المجموعات العمرية

لوحظ ازدياد حدوث الانفكاك الباكر عند السيدات الأكبر من (35) سنة , مقارنة بباقي المجموعات العمرية (زيادة ذات مغزى إحصائي).



المخطط رقم (7): توزع مريضات انفكاك المشيمة الباكر حسب المجموعات العمرية

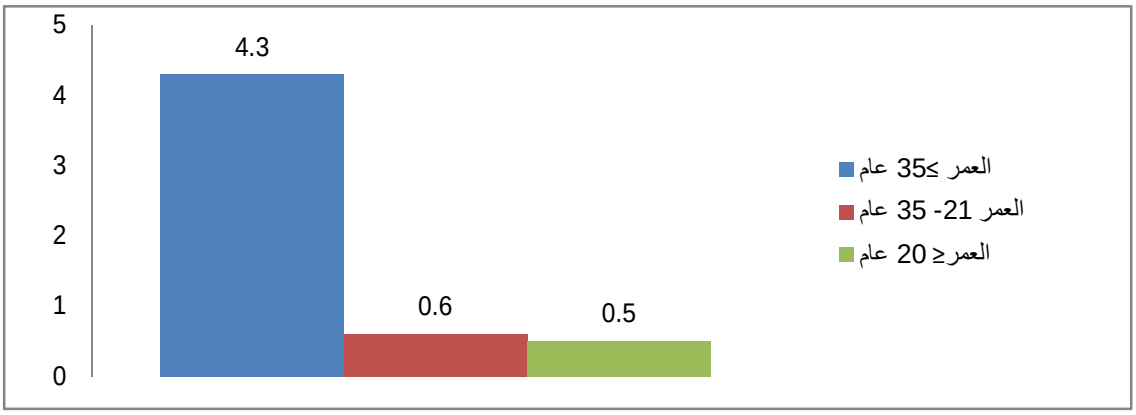
7-4:ارتكاز المشيمة المعيب

بلغ عدد السيدات في هذه المجموعة (78) مريضة, بما نسبته (0.69%) من عينة الدراسة, وقد توزعن على المجموعات العمرية حسب الجدول والمخطط رقم (8):

الاختلاط	العمر ≥ 20عام N(%)	العمر بين 21-34 عام N(%)	العمر ≤ 35 N(%)	مقارنة بين المجموعة الاولى والثانية P value	مقارنة بين المجموعة الثانية والثالثة P value
ارتكاز المشيمة المعيب	(0.5) 5	(0.6) 53	(1.4) 20	.745	.001

الجدول رقم (8): توزع مريضات ارتكاز المشيمة المعيب حسب المجموعات العمرية

لوحظ ازدياد حدوث الارتكاز المعيب عند السيدات الأكبر من (35) سنة مقارنة بالسيدات في باقي المجموعات العمرية.(زيادة ذات مغزى إحصائي).



المخطط رقم (8): توزع مريضات ارتكاز المشيمة المعيب حسب المجموعات العمرية

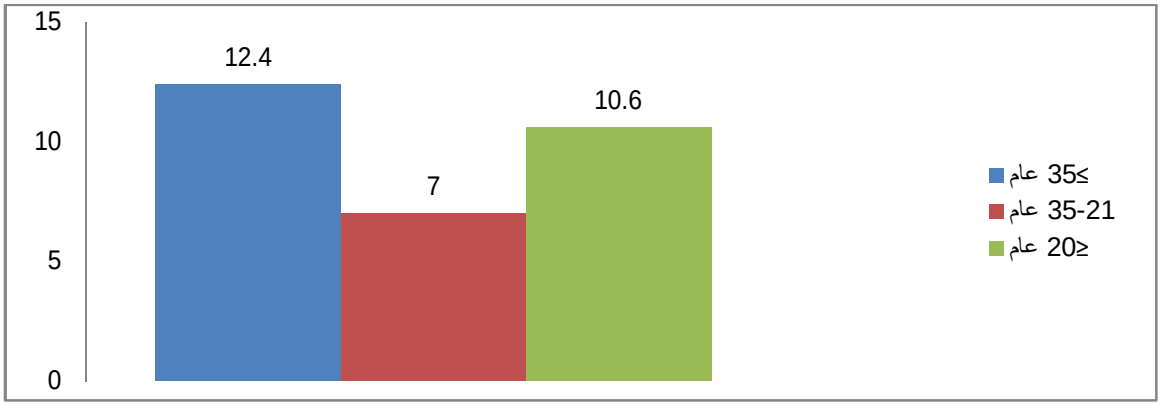
8-4:نقص وزن الولادة

بلغ عدد السيدات في هذه المجموعة (908) مريضة , بما نسبته (8%) من عينة الدراسة, وقد توزعن حسب المجموعات العمرية حسب الجدول والمخطط رقم (9):

الاختلاط	العمر ≥ 20عام N(%)	العمر بين 21-34 عام N(%)	العمر ≤ 35 N(%)	مقارنة بين المجموعة الاولى والثانية P value	مقارنة بين المجموعة الثانية والثالثة P value
نقص وزن الولادة	(10.6) 104	(7) 627	(12.4) 177	.000	.000

الجدول رقم (9): توزع مريضات نقص وزن الولادة حسب المجموعات العمرية

لوحظ ازدياد حدوث نقص وزن الولادة عند السيدات الأصغر من (18) سنة, والسيدات الأكبر من (35) سنة مقارنة بالسيدات في المجموعة العمرية المتوسطة بين (21-34) سنة (زيادة ذات مغزى إحصائي).



المخطط رقم (9): توزع مريضات نقص وزن الولادة حسب المجموعات العمرية

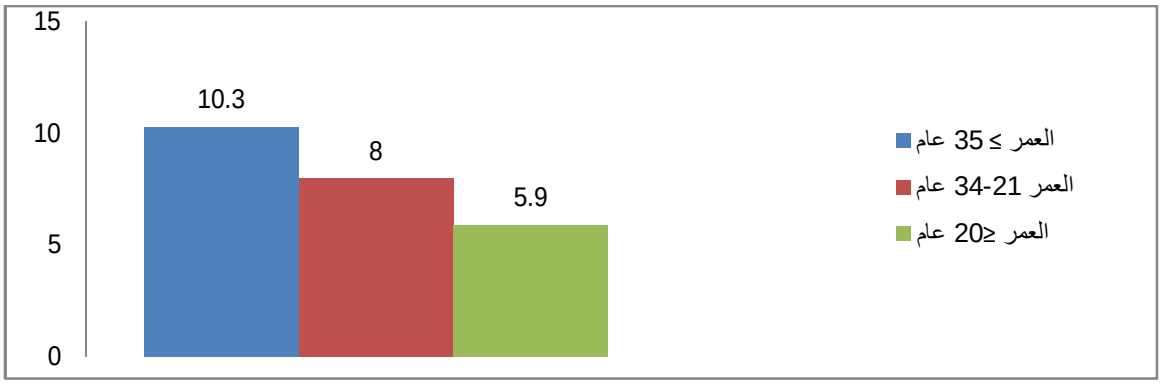
9-4:العرطلة الجنينية

بلغ عدد المريضات الحوامل بأجنة عرطلة (919) مريضة, بما نسبته (8.10%) من عينة الدراسة, وقد توزعن حسب المجموعات العمرية كما في الجدول والمخطط رقم (10):

الاختلاط	العمر ≥ 20عام N(%)	العمر بين 21-34 عام N(%)	العمر ≤ 35 N(%)	مقارنة بين المجموعة الاولى والثانية P value	مقارنة بين المجموعة الثانية والثالثة P value
العرطلة الجنينية	(5.9) 58	(8) 714	(10.3) 147	.022	.002

الجدول رقم (10): توزع مريضات العرطلة الجنينية حسب المجموعات العمرية

يلاحظ ازدياد العرطلة الجنينية عند السيدات الأكبر من(35) سنة (زيادة ذات مغزى إحصائي) في حين تقل عند السيدات الأصغر من (20) سنة مقارنة بالسيدات في المجموعة العمرية المتوسطة (نقص ذو مغزى إحصائي).



المخطط رقم (10): توزع مريضات الحوامل بأجنة العرطلة حسب المجموعات العمرية

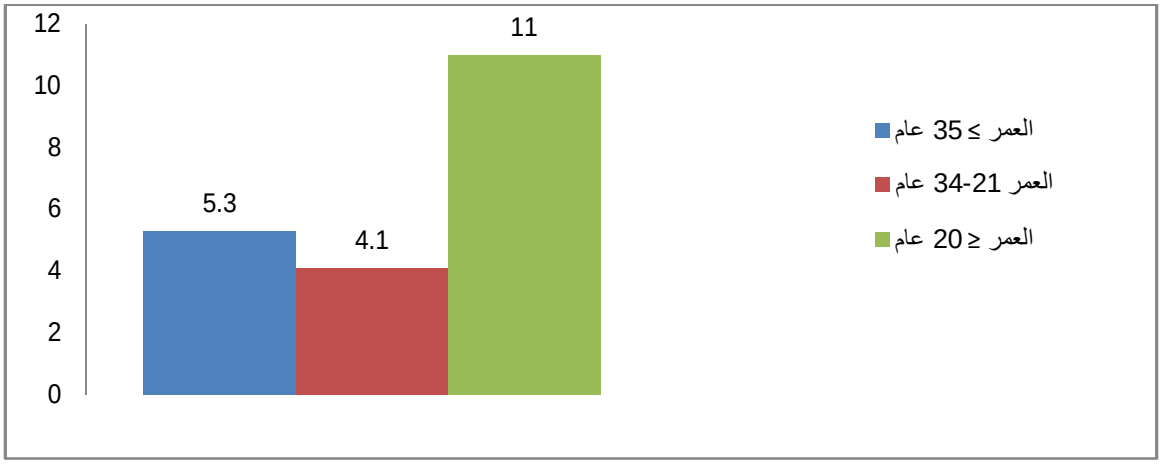
4-10:الحمل المديد

بلغ عدد المريضات المقبولات بتشخيص حمل مديد (550) مريضة بما نسبته (4.85%) من عينة الدراسة, وقد توزعن حسب المجموعات العمرية كما في الجدول والمخطط رقم (11):

الاختلاط	العمر ≥ 20عام N(%)	العمر بين 21-34 عام N(%)	العمر ≤ 35 N(%)	مقارنة بين المجموعة الاولى والثانية P value	مقارنة بين المجموعة الثانية والثالثة P value
الحمل المديد	(11) 108	(4.1) 366	(5.3) 76	.000	.023

الجدول رقم (11): توزع مريضات الحمل المديد حسب المجموعات العمرية

لوحظت زيادة ذات مغزى إحصائي لحدوث الحمل المديد عند السيدات الأصغر من (20) سنة مقارنة بالسيدات الأكبر من (35) سنة و السيدات في المجموعة المتوسطة.



المخطط رقم (11): توزع مريضات الحمل المديد حسب المجموعات العمرية

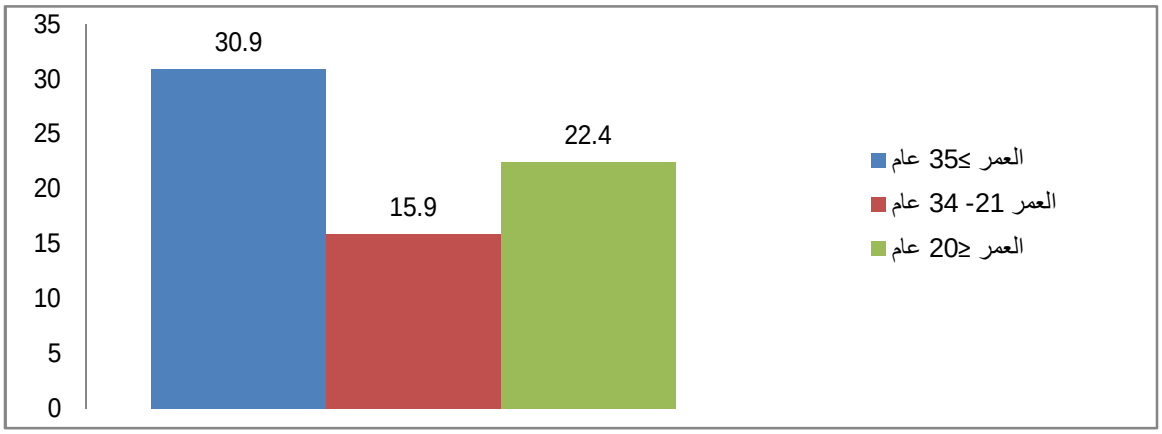
4-11:ارتفاع التوتر الشرياني

بلغ عدد المريضات في هذه المجموعة (2083) مريضة, بما نسبته (18.35%) من عينة الدراسة, وقد توزعن حسب المجموعات العمرية كما في الجدول والمخطط رقم (12):

الاختلاط	العمر ≥ 20عام N(%)	العمر بين 21-34 عام N(%)	العمر ≤ 35 N(%)	مقارنة بين المجموعة الاولى والثانية P value	مقارنة بين المجموعة الثانية والثالثة P value
ارتفاع التوتر الشرياني	(22.4) 220	(15.9) 1424	(30.9) 439	.000	.000

الجدول رقم (12): توزع مريضات ارتفاع التوتر الشرياني حسب المجموعات العمرية

لوحظ ازدياد حدوث ارتفاع التوتر الشرياني واضطراباته عند السيدات الأصغر من (18) سنة, والسيدات الأكبر من (35) سنة مقارنة بالسيدات في المجموعة العمرية المتوسطة بين (21-34) سنة (زيادة ذات مغزى إحصائي).



المخطط رقم (12): توزع مريضات ارتفاع التوتر الشرياني حسب المجموعات العمرية

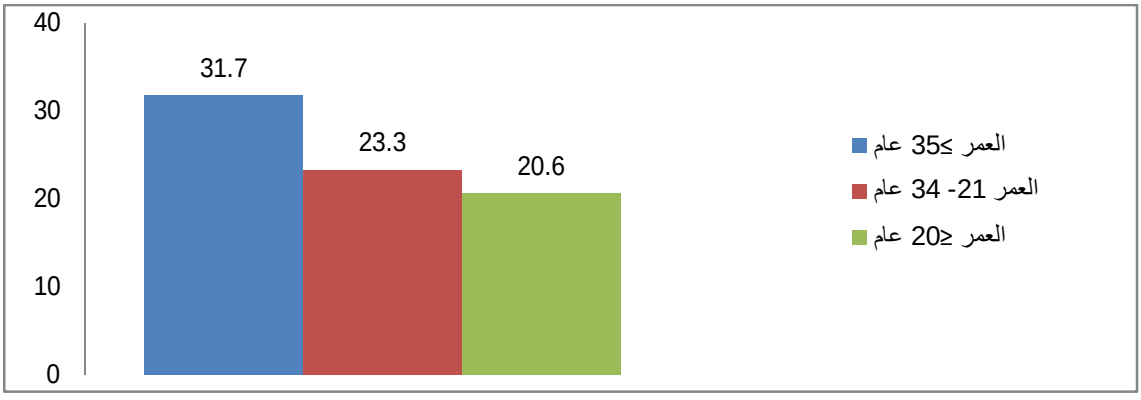
12-4:الولادة القيصرية

بلغ عدد المريضات في هذه المجموعة(2753) مريضة, بما نسبته (24.26%) من عينة الدراسة, وقد توزعن حسب المجموعات العمرية حسب الجدول والمخطط رقم (13):

الاختلاط	العمر ≥ 20عام N(%)	العمر بين 21-34 عام N(%)	العمر ≤ 35 N(%)	مقارنة بين المجموعة الاولى والثانية P value	مقارنة بين المجموعة الثانية والثالثة P value
الولادة القيصرية	(20.6) 202	(23.3) 2080	(31.7)451	.058	.000

الجدول رقم (13): توزع مريضات الولادة القيصرية حسب المجموعات العمرية

يلاحظ ازدياد نسبة حدوث القيصريات عند السيدات الأكبر من (35) سنة, مقارنة بالسيدات في باقي المجموعات العمرية.



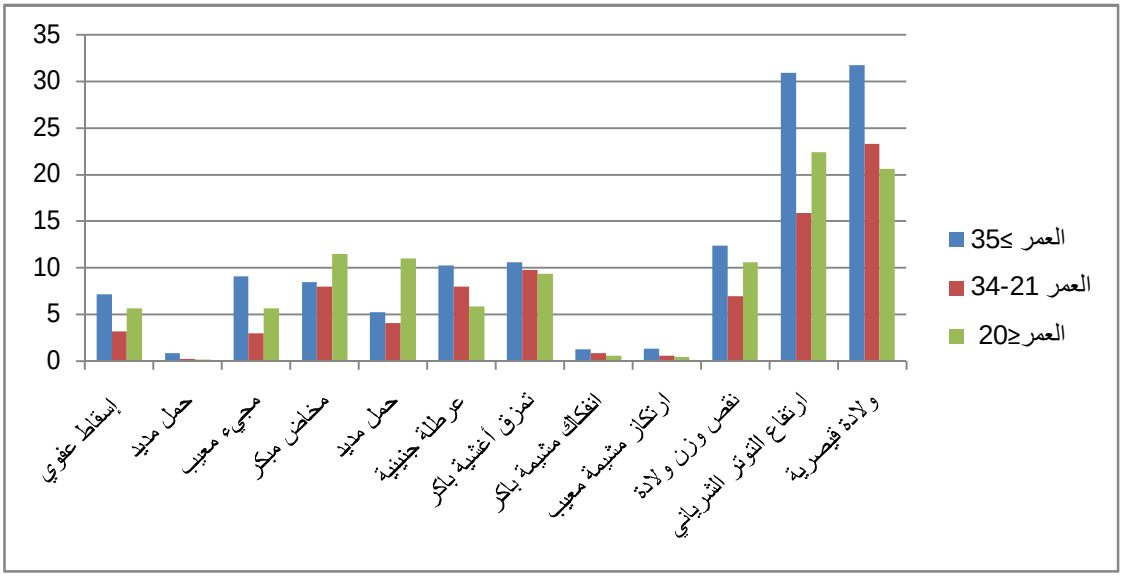
المخطط رقم (13): توزع مريضات الولادة القيصرية حسب المجموعات العمرية

وبشكل مجمل يبين الجدول التالي (جدول رقم (14)) الاختلاطات الحملية ونسبة انتشارها في كل مجموعة عمرية:

الاختلاط	العمر ≥ 20عام N(%)	P* value	العمر 21-34عام N(%)	العمر ≥35 N(%)	P** value
العدد	982 (8.7)		8945 (78.8)	(12.5)1423	
ولادة مع اختلاط	353 (35.6)		2856 (31.9)	512 (36)	
إسقاط عفوي	65 (5.7)	.000	289 (3.2)	103 (7.2)	.000
حمل متعدد	2 (0.2)	.047	24 (0.3)	13 ()0.9	.000
مجيء معيب	56 (5.7)	.000	269 (3)	129 (9.1)	.000
مخاض مبكر	113 (11.5)	.000	717 (8)	121 (8.5)	.531
حمل مديد	108 (11)	.000	366 (4.1)	76 (5.3)	.023
عرطلة جنينية	58 (5.9)	.022	714 (8)	147 (10.3)	.002
تمزق أغشية باكر	92 (9.4)	.0654	878 (9.8)	151 (10.6)	.351
انفكاك مشيمة باكر	6 (0.6)	.328	79 (0.9)	19 (1.3)	.036
ارتكاز مشيمة معيب	5 (0.5)	.745	53 (0.6)	20 (1.4)	.001
نقص وزن ولادة	104 (10.6)	.000	627 (7)	177 (12.4)	.000
ارتفاع التوتر الشرياني	220 (22.4)	.000	1424 (15.9)	439 (30.9)	.000
ولادة قيصرية	202 (20.6)	.058	2080 (23.3)	451 (31.7)	.000

الجدول رقم (14): الاختلاطات الحملية ونسبة انتشارها حسب المجموعات العمرية

* مقارنة بين المجموعتين الأولى والثانية ** مقارنة بين المجموعتين الثانية والثالثة



المخطط (14): الاختلاطات الحملية و نسبة انتشارها حسب المجموعات العمرية

ملخص النتائج:

➢ عند الحوامل الصغيرات بالسن (≤ 20سنة):

- ***تزداد*** كل من الاختلاطات الحملية التالية: الإسقاط العفوي, المجيئات المعيبة, المخاض الباكر, الحمل المديد, نقص وزن الولادة, واضطرابات ارتفاع التوتر الشرياني.
- **ولا تتغير** نسبة حدوث كل من : تمزق الأغشية الباكر, انفكاك المشيمة الباكر, ارتكاز المشيمة المعيب, والولادة القيصرية.
- **وتنقص** نسبة حدوث كل من الحمل المتعدد, والعرطلة الجنينية.

➢ عند الحوامل المسنات (≤ 35سنة):

- **تزداد** كل من الاختلاطات التالية: الإسقاط العفوي, الحمل المتعدد, المجيئات المعيبة, الحمل المديد, العرطلة الجنينة, انفكاك المشيمة الباكر, ارتكاز المشيمة المعيب, نقص وزن الولادة, اضطرابات ارتفاع التوتر الشرياني, والولادة القيصرية.
- **ولا تتغير** نسبة حدوث كل من: المخاض الباكر, وتمزق الأغشية الباكر.
- **ولا تنقص** نسبة حدوث أي من الاختلاطات المذكورة أعلاه.

خامساً: الإختلاطات عند الوليد

بلغ عدد الولدان الكلي (9999) كان منهم (4818) مع اختلاطات بما نسبته (48.1%) وقد توزعوا حسب الجدول رقم (15):

	الاختلاطات عند الأم										
الاختلاط عند الجنين	حمل متعدد	مجيء معيب	مخاض باكر	حمل مديد	عرطلة جنينية	تمزق أغشية باكر	انفكاك مشيمة باكر	ارتكاز مشيمة معيب	نقص وزن الولادة	ارتفاع توتر شرياني	قيصرية
عدد الولدان الكلي	78	454	951	550	919	1121	104	78	908	2083	2753
الأبغار <7 في د1	75	201	911	92	807	1108	100	70	900	2075	2749
الأبغار <7 في د5	30	42	15	30	396	914	48	24	207	800	1203
تحويل إلى مشفى الاطفال (قبول بشعبة الحواصن)	7	4	400	3	85	83	27	1	79	33	42
وفاة الوليد	2	3	9	2	1	11	4	5	6	8	7
تطبيق السورفاك تانت	18	8	7	15	74	88	15	3	11	45	3

الجدول رقم (15):الإختلاطات عند الوليد

➢ **من الجدول رقم (15) نلاحظ:**

- أغلب وفيات الأطفال كانت لدى الأمهات اللواتي لديهن ارتفاع توتر شرياني (ما قبل إرجاج - إرجاج) واللواتي لديهن مخاض باكر وبالتالي عند الامهات صغيرات او كبيرات السن.
- الاختلاطات لدى ولدان الأمهات اللواتي ولدن ولادة قيصرية غالبيتها تعزى لسبب إجراء القيصرية وليس للعمل الجراحي بحد ذاته.
- إن تقييم الأبغار وخاصة في الدقيقة الخامسة يدخل فيه العامل الشخصي حيث أنه لم يتم تقييم الولدان من قبل نفس طبيب الأطفال في كل مرة.
- لم تتم متابعة الاطفال اللذين تم تحويلهم لمشفى الأطفال (نقترح أن يتم ذلك بدراسة من قبل أطباء الأطفال).

سادساً: المناقشة والمقارنة بالدراسات العالمية

1. النسبة الكلية للإختلاطات المدروسة (32.78%) وهي نسبة عالية ولكن قد يكون السبب استقبال مشفى التوليد للحالات عالية الخطورة من كل أنحاء القطر.

2. في العديد من الحمول تعددت الاختلاطات الحملية وحول الولادية, لذلك نجد أن مجموع الحمول المختلطة يتجاوز العدد الكلي للحمول المختلطة.

3. شكلت الولادة القيصرية وارتفاع التوتر الشرياني الاختلاطات الأشيع المتعلقة بالحمل والولادة في عينة الدراسة وهو مشابه لدراسة Minoo Rajaee, et al 2010.[20]

4. يلاحظ وجود زيادة ذات أهمية إحصائية لحدوث الإسقاط العفوي عند طرفي سن النشاط التناسلي مقارنة بالمجموعة المتوسطة, ومن خلال المقارنة مع الدراسات السابقة تتوافق دراستنا مع ما وصل إليه Minoo Rajaee, et al 2010 حيث يمكن ان يكون السبب في ذلك هو عدم اكتمال النضج والبنية التشريحية والفيزيولوجية عند صغيرات السن (عدم اكتمال نضج المحور الوطائي النخامي وقصور الطور البروجستروني) في حين يمكن أن تعزى الإسقاطات في الأعمار المتقدمة للشذوذات الصبغية.[20]

5. يزداد حدوث الانفكاك عند الحوامل المسنات مقارنة بباقي المجموعات العمرية, وهذا موافق لدراسة Minoo Rajaee, et al 2010, حيث يفسر ذلك بزيادة الاختلاطات الحملية (كارتفاع التوتر الشرياني ووجود سوابق انفكاك) عند المتقدمات بالسن.[20]

6. يزداد حدوث الارتكاز المعيب عند السيدات المسنات مقارنة بباقي المجموعات العمرية , ويعزى ذلك لزيادة وجود سوابق ارتكاز معيب, أو وجود ندبات على الرحم نتيجة قيصرية سابقة أو عمل جراحي سابق على الرحم, وهذا موافق لدراسة Minoo Rajaee, et al 2010.[20]

7. يزداد وبأهمية إحصائية حدوث الحمل المتعدد عند كبيرات السن في حين أنه يقل عند صغيرات السن وبأهمية إحصائية مقارنة بالمجموعة المتوسطة في السن, وهذا يتوافق

مع ما وصل إليه Borowski.R, et al 2010, حيث يعتبر العمر المتقدم بحد ذاته عامل خطر لحدوث الحمل المتعدد, بالإضافة إلى انتشار تقنيات الإخصاب المساعد.[21]

8. يلاحظ وجود زيادة ذات أهمية إحصائية لحدوث المجيئات المعيبة عند سيدات المجموعة الأولى والثالثة مقارنة بالمجموعة المتوسطة, وهذا لا يتوافق مع الدراسات السابقة في الأمهات صغيرات السن كما في دراسة A. Omole-Ohonsi. Et al 2010 يعزى عند صغيرات السن لاحتمال وجود تشوهات حوضية.[22]

9. لوحظ وجود زيادة ذات أهمية إحصائية لحدوث المخاض الباكر عند صغيرات السن فقط, وهذا موافق لدراسة A. Omole-Ohonsi. Et al 2010, و قد يعزى ذلك لعدم النضج البنيوي و التشريحي عند المراهقات.[22]

10. لوحظت زيادة ذات أهمية إحصائية لحدوث الحمل المديد عند سيدات المجموعة الأولى والثالثة مقارنة بالمجموعة المتوسطة وهذا يخالف دراسة A. Omole- 2010 Ohonsi. et al ويفسر ذلك عند المراهقات بكون عمر الأم الصغير يعتبر عامل خطورة مستقل لحدوث الحمل المديد, ويعزى للتشوهات الجنينية كانعدام القحف عند المتقدمات بالسن.[22]

11. تزداد نسبة حدوث القيصريات عند الحوامل المسنات مقارنة بباقي المجموعات العمرية وهذا يخالف دراسة Omole-Ohonsi. et al 2010, الذي وجد ازدياد هذه النسبة عند المراهقات. ويفسر ازدياد نسبة القيصريات عند المتقدمات بالسن بسبب ازدياد الاختلاطات التوليدية وما حول الولادة لديهن إضافة إلى ازدياد نسبة القيصريات السابقة لديهن.[22]

12. لا يوجد فرق ذو أهمية إحصائية عند المجموعات الثلاثة لحدوث تمزق الأغشية الباكر وهذا موافق لدراسة Minoo Rajaee, et al 2010 و A. Omole- 2010 . Ohonsi. et al.[20,22]

13. يزداد ارتفاع التوتر الشرياني عند سيدات المجموعة العمرية الاولى والثالثة مقارنة بالمجموعة المتوسطة, وذلك موافق لدراسة, في حين انه يخالف ما وصل إليه Omole-Ohonsi. et al 2010.[20,22]

14. يزداد نقص وزن الولادة عند السيدات في المجموعة الأولى والثالثة مقارنة بالسيدات في المجموعة العمرية المتوسطة وذلك مماثل لدراسة Jane Cleary Goldman, et al 2010, حيث يعتبر العمر الصغير للأم عامل خطورة مستقل لنقص وزن الولادة, في حين تسبب الاختلاطات المرافقة للحمل كارتفاع التوتر الشرياني عند المسنات هي السبب في زيادة نسبة حدوث نقص وزن الولادة لديهن.[23]

الاختلاط	قيمة p	
	دراستنا 2014	Omole-Ohonsi. et al 2010
مجيء معيب	.000	.883
تمزق الأغشية المبكر	.0654	0.238
اضطرابات ارتفاع التوتر الشرياني	.000	0.422
مخاض باكر	.000	.001
حمل مديد	.000	.152
انفكاك المشيمة المبكر	.328	< 0.001
ارتكاز المشيمة المعيب	.001	< 0.001
الولادة القيصرية	.000	< 0.001

الجدول رقم (16): مقارنة بين دراستنا ودراسة Omole-Ohonsi

الاختلاط	قيمة p	
	دراستنا 2014	Minoo Rajaee, et al 2010
إسقاط عفوي	.000	<.001
تمزق الأغشية المبكر	.0654	.118
اضطرابات ارتفاع التوتر الشرياني	.000	.000
انفكاك المشيمة المبكر	.036	.001
ارتكاز المشيمة المعيب	.001	.000
الولادة القيصرية	.066	.197

الجدول رقم (17): مقارنة بين دراستنا و دراسة Minoo Rajaee

سابعاً:التوصيات

1. تفعيل دور عيادتي الحوامل وتنظيم الأسرة في نشر الوعي وتقديم النصح والإرشاد للمريضات المراجعات حول خطورة الحمل عند حدي سن النشاط التناسلي , وتأمين وسائل منع الحمل المتنوعة.
2. تعميم النتائج على الجهات المعنية في سورية لإحداث برنامج فاعل لتنظيم الأسرة والحد من الاختلاطات التوليدية والوالدية.
3. تنظيم برامج مهمتها الدعم قبل الولادة والتعريف بعوامل الخطورة كالابتعاد عن التدخين , ومتابعة الحوامل عاليات الخطورة بشكل دوري ومستمر.
4. توجيه عناية خاصة للحوامل الصغيرات بالسن ليس لتحسين محصول الحمل فقط بل لتحسين وضعها أيضاً من الناحية الاجتماعية والتعليمية والتثقيفيةودعمها عاطفياً أيضاً وإشراكها في برامج الدعم قبل الولادة.
5. إجراء دراسة لاحقة من قبل أطباء الأطفال للتوسع في دراسة الاختلاطات عند ولدان الأمهات عند حدي سن النشاط التناسلي .

ثامناً: الإستبيان

استمارة خاصة بدراسة مرضى البحث العلمي

عنوان البحث :

العلاقة بين عمر الحامل واختلاطات الحمل والولادة في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق.

اسم المريضة :

العمر: زمرة الدم: BMI:

العمل : سن الزواج : التدخين :

السكن : التحصيل العلمي: المستوى المعيشي:

رقم الإضبارة : سبب القبول : رقم الهاتف :

عدد الحمول : عدد الولادات: عدد الاسقاطات : عدد الإملصات: عدد الأولاد الأحياء:

طريقة الولادة إن وجدت : ولادة قيصرية ○ ولادة طبيعية ○

نمط القيصرية إن وجدت : طارئة ○ مخططة ○ غير معروف ○

الفترة بين الحمل الحالي والحمل السابق :

المرافقة أثناء الحمل: نعم ○ لا ○

تاريخ آخر دورة طمثية (LMP) : / /

تاريخ الولادة المتوقع (EDD) : / /

عمر الحمل (GA) :

وزن الجنين المقدر بالإيكو (EFW):

استخدام موانع الحمل سابقاً: نعم ○ لا ○

معالجة العقم: تحريض إباضة ○ ثقل أنبوب ○ لا يوجد ○

السوابق المرضية: ربو ○ ارتفاع توتر شرياني ○ داء سكري ○

أمراض مرافقة للحمل الحالي :

السوابق الدوائية:

السوابق المرضية الحوضية: حمل خارج ○ داء حوضي التهابي ○ حمل عنقودي ○

السوابق الجراحية:

التحمس الدوائي:

أمراض وراثية أو عائلية :

وجود قصة رهن : السبل التلقائي السفلي ○ الحوض ○ البطن ○ لا يوجد ○

تاسعاً: المراجع

1. Lisonkova S[1],Janssen PA, Sheps SB, Lee SK, Dhlgren L. The effects of maternal age on adverse birth outcome, J Obestet Gynaecol Can. 2010 Jun,32(6):541-8.
2. Edge V,Laros R. Pregnancy outcome in nulliparous women aged 35 or older. Am J Obstet Gynecol 1993;168: 1881-2.
3. Hoque M, Hoque S. A Comparison of Obstetrics and Perinatal Outcome of Teenager and Older Women: Experiences from Rural South Africa. AFR J PRM Health Care FAM Med. 2010; 2(1), Art. #171, 5 Pages. DOL: 10.4102/ phcfm. V2L1.171.
4. M Jolly, N Sebire, J Harris, S Robinson, L Regan. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. Human Reproduction, vol. 15 no.11 pp.2433-2437,2000.
5. S. Collins, S. Arulkumaran, K. Hayes, S. Jackson, L. Impey, Oxford Handbook of Obstetrics and Gynaecology, Third Edition, 60-320, United Kingdom, Oxford University Press, 2013.
6. Anne-Marie, Nybo Andersen, et al. Maternal Age and Fetal loss: Population Based Register Linkage Study. BMJ,VOL 320, June 2000.
7. Hofmeyr GJ, Kulier R. External Cephalic Version for Breech Presentation at Term. Cochrane Database SYST REV 2000; (2): CD000083.

8. Cunningham FG, et al.Williams's Obstetrics,22nd Ed. New York: McGraw-Hill, 2005.

9. Crowley P. Prophylactic Corticosteroids for Preterm Birth. Cochrane Database SYS REV 2002; (4): CD000065.

10. American Collage of Obstetricians and Gynecologists. Management of Preterm Labor. ACOG Practice Bulletin NO 43. Washington, DC: ACOG, 2009.

11. James DK, et al. High Risk Pregnancy: Management Option, 3th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2006.

12. Morgan K, Arulkumaran S. Antipartum Hemorrhage, CURR Obstet Gynecol: 13(2):81, 2006.

13. Queenan JT, et al. Management of High Risk Pregnancy: An Evidence-Based Approach, 5th ed. Blackwell Publishing, 2007.

14. Queenan JT , et al. Protocols for High Risk Pregnancies, 4th ed. Blackwell Publishing, 2005.

15. American Collage of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Guidelines. Washington, DC: ACOG 2008.

16. Duley L, Gulmezoglu A, Henderson-Smart D: Magnesium Sulfate and Other Anticonvulsants for Women with Pre-Eclampsia. Cochrane Database SYS REV, issue 2, 2003.

17. American Collage of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia. ACOG Practice Bulletin NO 33. Washington, DC: ACOG 2002.

18. Jeffrey F. Peipert. Michale B. Bracken. Maternal Age : An Independent Risk Factor For Cesarean Delivery. Pipert and Brckan, Age and Cesarean Delivery, Feb 1993, VOL. 81, NO.2.

19. Ruth C.Fretts, Julie Schmittdiel. Increased Maternal Age and The risk of Fetal Death, NEGM, 12 Oct 1995. Volume 333.

20. Minoo Rajaee, Sareh Amirzadeh,et al.The Effect of Maternal Age on Pregnancy Outcome .Asian J. Med. Sci, June 25,2010.

21. Bobrowski R, Bottoms S.Under appreciated risks of the elderly multipara. Am J Obstet Gynecol 1995;172: 1762-70.

22. A.Omole-Ohonsi ,R.A.Attah. Obstetric Outcome of teenage pregnancy in Kano, North-Westren Nigeria.West African Journal of Medicine Vol. 29,No. 5 September-October 2010.

23. Jane Cleary Golman, Fergal D. Malone. Impact of Maternal Age on Obstetric Outcome (FASTER Consortium). ACOG. 2005, VOL. NO. 5.