



جامعة دمشق  
كلية الطب البشري

# دراسة مقارنة بين إجراء وعدم إجراء خزع الفرج الواقعي عند الخروسات في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق

بمبحث علمي أمد لنيل درجة الدراسات العليا التخصصية في التوليد وأمراض النساء وجراحاتها

إشراف

برئاسة

الأستاذ الدكتور

الأستاذ الدكتور

تمام الأشقر

كنعان السقا

إعداد

الدكتور عامر وفيق جري



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## شكر وتقدير

---

الشكر للأستاذ الدكتور تمام الأشقر لإشرافه على هذه الرسالة واهتمامه بها . . .

الشكر للأستاذ الدكتور كنعان السقا رئيس قسم التوليد وأمراض النساء .

الشكر والتقدير للسادة الأساتذة أعضاء الهيئة التدريسية في قسم التوليد وأمراض النساء . .

التقدير والامتنان لإدارة الهيئة العامة للمشفى ، والكوادر الإدارية والتمريضية . . .

إلى أعضاء لجنة الحكم لمشاركتهم في مناقشة هذه الدراسة وتقييمها .

إلى كل من أعضاء نورا في طريقي .

شكراً لكم .

---



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

# الفهرس

## قائمة محتويات الدراسة

| <u>رقم الصفحة</u> | <u>القسم النظري</u>  |
|-------------------|----------------------|
| ٦                 |                      |
| ٧                 | لمحة تشريحية         |
| ٩                 | الخرز                |
| ٢٦                | <u>القسم العملي</u>  |
| ٢٧                | منهج الدراسة         |
| ٣١                | نتائج الدراسة        |
| ٤٢                | المناقشة             |
| ٤٥                | التوصيات             |
| ٤٦                | <u>الملاحق</u>       |
| ٤٩                | <u>قائمة المراجع</u> |



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

# القسم النظري

## لمحة تشريحية

يتضمن الفرج كل الأعضاء المريئة من ارتفاق العانة إلى جسم العجان، ويتضمن جبل العانة، والشفيرين الكبيرين والصغيرين، والبظر وغشاء البكارة، والدهليز، وفوهة الإحليل، وغدة بارتولان، والغدد الدهليزية الصغرى، والغدد جانب الإحليل.

### العجان "الشكل (١)":

وهو كتلة هرمية الشكل بين الفخذين، وتعكس حدوده عظام مخرج الحوض: عظم العانة من الأمام، والحواف الاسكية العانية والحدبة الاسكية من الحافة الجانبية الأمامية والأربطة العجزية الحديبية من الحافة الجانبية الخلفية والعصعص خلفياً.

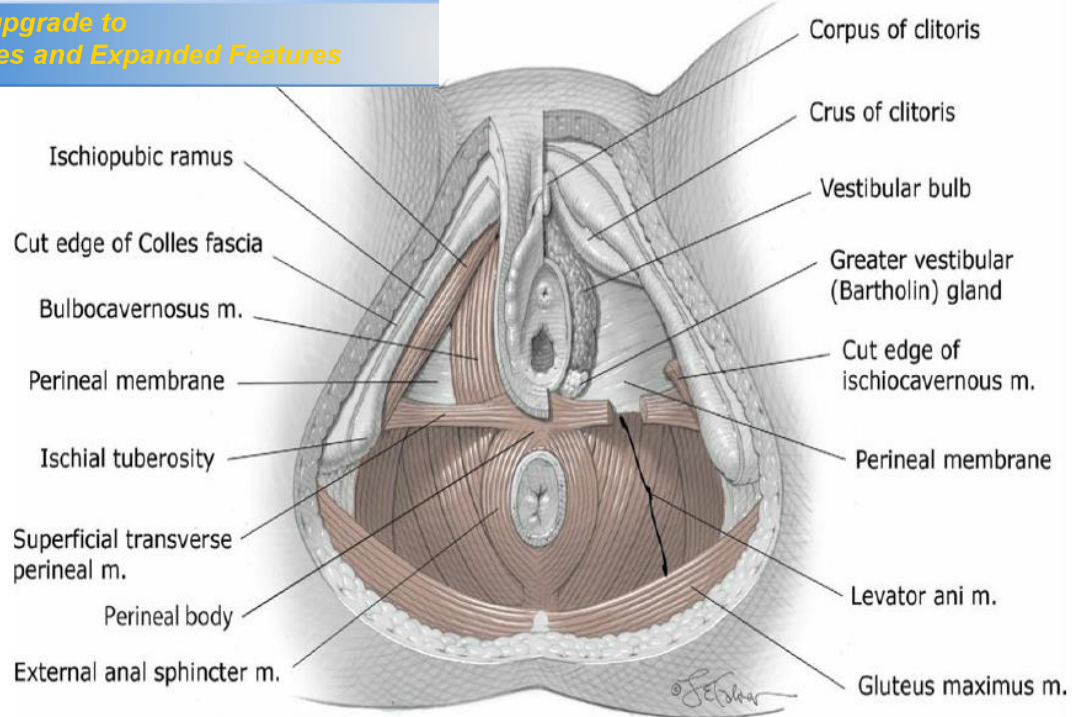
يقسم الخط الواصل بين الحدبتين الاسكيتين العجان إلى مثلثين أمامي ويدعى المثلث البولي التناسلي و خلفي ويدعى المثلث الشرجي.

إن الجسم العجاني هو كتلة ليفية عضلية توجد على الخط المتوسط عند الاتصال بين المثلثين الامامي والخلفي، وتدعى أيضاً الوتر المركزي للعجان. يقيس الجسم العجاني ٢ سم طولاً وعرضاً، و ١,٥ سم ثخانة، وهو يخدم كاتصال لبنى عديدة ويزود بدعم عجاني هام ( Shafik A et al., 2007; Woodman PJ et al., 2002).

يغطيه سطحياً العضلات التالية: الكهفية البصلية، والعجانية المعترضة السطحية، والمصرة الشرجية الخارجية.

أما بشكل عميق فيوجد الغشاء العجاني، وأجزاء من العضلة العصعصية العانية، ومكونات المصرة الشرجية الداخلية (Larson KA et al., 2010).

يقطع الجسم العجاني بالخزع ويتمزقات العجان من الدرجة الثانية فما فوق.



الشكل (١): البنى التشريحية العجانية

## الخزعة episiotomy

اشتقت كلمة الخزعة episiotomy من الإغريقية epision وتعني منطقة العانة ومضاف لها tomy وتعني القطع، وبالمجمل فإن الخزعة هو شق العجان - الأعضاء التناسلية الخارجية. تبلغ معدلات الإجراء ٥٠% في بولندا، و ١٢% في بريطانيا والدانمارك، و ٩،٧% في السويد، و ١١% في نيوزيلاند، و ٣٣% في الولايات المتحدة (Pietras J, Taiwo BF. 2012). أما في الدول العربية فقد بلغ المعدل ٦٠% في الأردن، و ٦٢% في لبنان، و ٦٤% في الإمارات العربية (Fernandes S et al., 2009).

### لمحة تاريخية:

يعود استخدام خزعة الفرج الواقي إلى القرن السابع عشر وترافق مع إدخال الملقط في الممارسة التوليدية، وكان أول من كتب ونشر عن الخزعة Oulda عام ١٧٤٢ م، ثم كان الظهور التالي في بداية القرن التاسع عشر، لم يؤخذ في البدء على مجمل الجد وكان الخيار الأخير، ولكن في عام ١٩١٣م نشر DeLee فرضية أن كل ولادة هي حدثية مرضية تتطلب تدخلاً جراحياً، وتم إعادة تجديد هذه المقولة في النصف الأول من القرن العشرين مع انتشار الخزعة الروتينية، نصح Jaschke عام ١٩٢٨م بإجراء خزعة لكل حالة ولادة يشتبه باحتمالية حدوث أذية غير عكوسة للعضلة الرافعة للشرج فيها، خوفاً من تطور هبوط تناسلي لاحق، ولكن من جهة أخرى نصح Kustner بإجراء خزعة فقط في حالة النزف المهبلي كدليل على بداية للتمزق العفوي. اقترح DeLee أن السيدة خلال المخاض يجب أن تعطى المسكنات، ويجرى خزعة كبير، وسحب الطفل بمساعدة الملقط (Pietras J, Taiwo BF. 2012).

في ثمانينات القرن المنصرم ومع انتشار الطب المستند للبرهان وضغط حركة المستهلكين تم إخضاع ممارسة الخزعة الروتينية للمراجعة، ونشرت وثيقة من قبل منظمة الصحة العالمية عام ١٩٨٥م بعنوان "تقنيات التوليد المناسبة" وتم النصح بتقييد إجراء الخزعة اعتماداً على أنه لا يوجد مبرر للخزعة الروتينية، وتم الوصول أن الخزعة مبرر في ٥-٢٠% من الولادات فقط. ومن نهاية السبعينات بدأ الخزعة بالتراجع بشكل هام ومنتظم في الولايات المتحدة ومعظم الدول الأوروبية

الغربية، ولكن بقي مرتفعاً على مستوى مناطق أخرى (Althobe F et al., 2002).

### الفوائد والمساوئ:

إن السؤال المطروح هل الخزع الروتيني يساوي الحماية التي يوفرها؟، ولا يمكن الحديث عن حماية العجان بينما في نفس الوقت تحدث الأذية، وإن الخزع مماثل نوعاً ما للتمزق العفوي كأذية للعجان.

هل يحمي الخزع حقيقة من اختلاطات الطور الثاني؟. أظهرت الدراسات أن الشيء الوحيد المحقق هو إنقاص وقت الطور الثاني للمخاض والوقاية من أذية جدار المهبل الامامية وحول الإحليل (Woolley RJ. 1995)، وإن فكرة الوقاية من أذية الحجاب البولي التناسلي لم تعد ذات قيمة حيث أن الخزع يجري بعد أن يتجاوز الجنين الحجاب البولي التناسلي.

على الرغم من أن الخزع ما يزال ممارسة شائعة في التوليد، إلا أن استخدامه تراجع خلال ٣٠ سنة الأخيرة، قام Oliphant ورفاقه (٢٠١٠) بتحليل البيانات حول معدل الخزع في الولايات المتحدة بين ١٩٧٩ و ٢٠٠٦م ووجدوا تراجعاً بمقدار ٧٥% في معدل إجراء الخزع، خلال السبعينات كان إجراء الخزع شائعاً في الممارسة تقريباً لكل الخروسات، وكان السبب وراء هذا الشيوع هو الحصول على شق جراحي مستقيم وبالتالي سهولة الخياطة مقارنة بالتمزقات العفوية المتعرجة. إن الاعتقاد السائد وقتئذ حول أن الألم أقل والشفاء والتئدب أفضل مع الخزع مقارنة بالتمزق العفوي تم إظهار عدم صحتها (Larsson P et al., 1991).

إن الطور الثاني من المخاض هو أكثر مرحلة راضية لأنسجة الحوض السفلية وتسبب أذية العضلات، والنسيج الضام والأعصاب المرافقة، وينقص الخزع من مقاومة الأنسجة (Pietras J., Taiwo BF. 2012).

إن مقولة أخرى ولكن غير مثبتة حول فائدة الخزع الروتيني كانت الوقاية من اضطرابات قاع الحوض، ولكن عدد من دراسات المراقبة والمعشة أظهرت أن الخزع الروتيني ترافق مع ازدياد

حدوث تمزقات المصرة الشرجية والمستقيم (r CW et al., 2001; Rodriguez A et al., 2008).

قام Mignini و Carroli (٢٠٠٩) بمراجعة تحليلية ووجدوا معدل منخفض لحدوث الأذية العجانة الخلفية، واللجوء للإصلاح الجراحي، واختلاطات التندب لدى السيدات مع استخدام محدّد للخزغ، وبشكل معاكس كان معدل حدوث الأذية العجانة الأمامية أقل في مجموعة الاستخدام الروتيني للخزغ. ومع هذه الموجودات تم تحديد أن الخزغ لا يحمي الجسم العجاني ولكن يتداخل مع عدم استمساك المصرة الشرجية من خلال زيادة خطر التمزقات عالية الدرجة. يقلل الخزغ من تمزقات العجان الأمامية وخاصة جدار المهبل الامامي وما حول الإحليل (Woolley RJ. 1995).

سجل Signorello ورفاقه (٢٠٠٠) أن عدم الاستمساك الغائطي والغازي ازداد ٤-٦ أضعاف لدى السيدات مع خزغ مقارنة بمجموعة السيدات اللاتي ولدن مع عجان سليم، وحتى بالمقارنة مع التمزقات العفوية فإن الخزغ يملك خطر ٣ أضعاف لحدوث عدم الاستمساك الغائطي، وضعفين لعدم الاستمساك الغازي، إن الخزغ بدون امتداد لا ينقص من هذا الخطر.

وجدت مراجعة منهجية لمقارنة الخزغ الروتيني والاستخدام المحدّد (الانتخابي) للخزغ "ضمت ٦ دراسات سريرية معشاة، و ٤٨٥٠ سيدة" أن ٧٣% من السيدات في مجموعة الخزغ الروتيني تعرضن للخزغ مقابل ٢٨% في مجموعة الخزغ المحدّد، وأظهر التحليل أن الخزغ المترافق مع معدلات هامة أقل لحصول أذية العجان الخلفية (٧٢% للخزغ المحدّد مقابل ٨٢%)، وألم عجاني أقل عند التخريج من المشفى (٣١% مقابل ٤٢%)، وخياطة أقل (٦٤% مقابل ٨٦%)، واختلاطات شفاء أقل مقارنة بالخزغ الروتيني (٢١% مقابل ٣٠%)، ولم تجد المراجعة اختلافاً هاماً بين المجموعتين في المعدل الكلي للأذية المهبليّة أو العجانة الشديدة (٤% مقابل ٣,٦%)، وعسر الجماع خلال ٣ أشهر (٢٢% مقابل ١٨%) وخلال ٣ سنوات (١٦% مقابل ١٣%)، أو عدم استمساك بولي خلال ٣ أشهر (١٨% مقابل ١٩%) (Carroli G, Belizan J. 2008).

وفي مراجعة منهجية أخرى لعدة دراسات ضمت ٦٠٥٢، عدم إجرائه كانت نسبة حدوث تمزقات العجان الدرجة الأولى والثانية في مجموعتي الخزع الروتينى مقابل ١٠٧ في مجموعة الخزع المحدد (الانتخابي) (RodriguesA,Arenas EA,Osorio (AL,et,2008).

وجدت دراسة معشاة سريرية لمقارنة الخزع الروتينى مع الخزع المحدد (الانتخابي) أن العجان بقي سليم في ٢٩% من مجموعة الخزع المحدد مقابل ١٠% في مجموعة الخزع الروتينى، وحدثت أذية عجانة أمامية: ٥٥% مقابل ٤٢%، وحدثت أذية درجة ثالثة ٤% مقابل ٨% (Dannecker C et al., 2004).

أما مراجعة أحدث للتجارب قام بها Carroli and Mignini عام ٢٠١١ واشتملت ٨ دراسات و ٥٥٤١ سيدة، فقد سجل معدل للخزع ٧٥،١٥% في مجموعة الخزع الروتينى، و ٢٨،٤% في مجموعة الخزع المحدد (الانتخابي)، يؤدي الخزع المحدد مقارنة بالخزع الروتينى إلى أذية عجانة أقل شدة (RR = ٠،٦٧)، وحاجة أقل للخياطة (RR = ٠،٧١)، واختلاطات شفاء أقل (RR = ٠،٦٩). ترافق الخزع المحدد مع أذية عجانة أمامية أكثر (RR = ١،٨٤)، لم يكن هناك فارق هام في الأذية العجانة المهبلية الشديدة (RR = ٠،٩٢)، وعسر الجماع (RR = ١،٠٢)، وعدم الاستمساك البولي (RR = ٠،٩٨)، وتوصلوا إلى أن الخزع المحدد (الانتخابي) يملك فوائد مقارنة بسياسة الخزع الروتينى.

على الرغم من إصلاح الامتداد للدرجة الثالثة إلا أن ٣٠-٤٠% من السيدات لديهن عدم استمساك شرجي بعيد الأمد (Gjessing H et al., 1998; Poen AC et al., 1998).

سجل Alperin ورفاقه (٢٠٠٨) أن الخزع المجرى في الولادة الأولى يحمل خطر ٥ أضعاف لحدوث تمزق درجة ثانية أو أعلى في الولادة الثانية.

سجلت الاختلاطات التالية المتعلقة بالخزع: تمزق الخزع، عسر الجماع، والألم العجاني، وفترة شفاء مديدة، والإنتان، ويضاف خسارة دم معتبرة (Pietras J, Taiwo BF. 2012). وتوصل Safrati ورفاقه (١٩٩٩) إلى أن كمية الدم المفقودة خلال الخزع تقارب الخسارة في الولادة القيصرية.

أظهر Ejegard ورفاقه (٢٠٠٨) أن الخزع يزيد من الألام  
ترطيب دهليز المهبل لفترة ١٢-١٨ شهر بعد الولادة.

وجد Shahraki ورفاقه (٢٠١١) أن الخزع المحدد (الانتخابي) يعطي اختلاطات والدية  
منخفضة، وأن تجنب الخزع الروتيني في حالات غير ضرورية سوف يزيد من معدل العجان  
السليم والأذية العجانية الصغرى وينقص الألم بعد الولادة بدون آثار جانبية سيئة على الأم أو  
الوليد. وقد أجري الخزع في ٧٠,٥% من مجموعة الخزع المحدد، وكان التمزق العجاني يقيس  
٠,٤٧±٣,٦٨ سم في الخزع الروتيني و ١,١±١,٢١ سم في الخزع المحدد ( $P<0.05$ )، شوه  
العجان السليم أو تمزق درجة أولى في ٨٠% من مجموعة الخزع المحدد، بينما في مجموعة  
الخزع الروتيني شوه تمزق درجة ثانية في ٧٥% ودرجة ثالثة في ١٥% ( $P<0.05$ ). كان زوال  
الألم "مباشرة أو بعد ٢٤ ساعة أو ٤٨ ساعة بعد الولادة" أعلى بشكل هام في مجموعة المحدد  
( $P<0.05$ ) ولكن لم يكن هناك فرق في قيمة أبغار في الدقيقة الأولى والخامسة بين  
المجموعتين ( $P>0.05$ ).

استنتجت الكلية الأمريكية للمولدين والنسائين أن حصر استخدام الخزع أفضل من الاستخدام  
الروتيني له، وأن يكون التطبيق انتقائياً لاستطبابات مناسبة، وأن الخزع يجب أخذه بعين الاعتبار  
لاستطبابات مثل: عسر ولادة الكتفين، والولادة المقعدة، والأجنة العرطلة، والولادة المساعدة  
جراحياً، والمجبيئات القفوية الخلفية الثابتة، والحالات الأخرى التي قد يؤدي عدم إجراء الخزع فيها  
إلى تمزقات عجانية هامة (ACOG. 2013).

يضاف للاستطبابات: تشريح حوض غير ملائم، وحماية رأس الجنين بإنقاص الأذية التي  
يتعرض لها، وفي الحالات التي تتطلب نهاية سريعة للولادة (Pietras J, Taiwo BF. 2012).

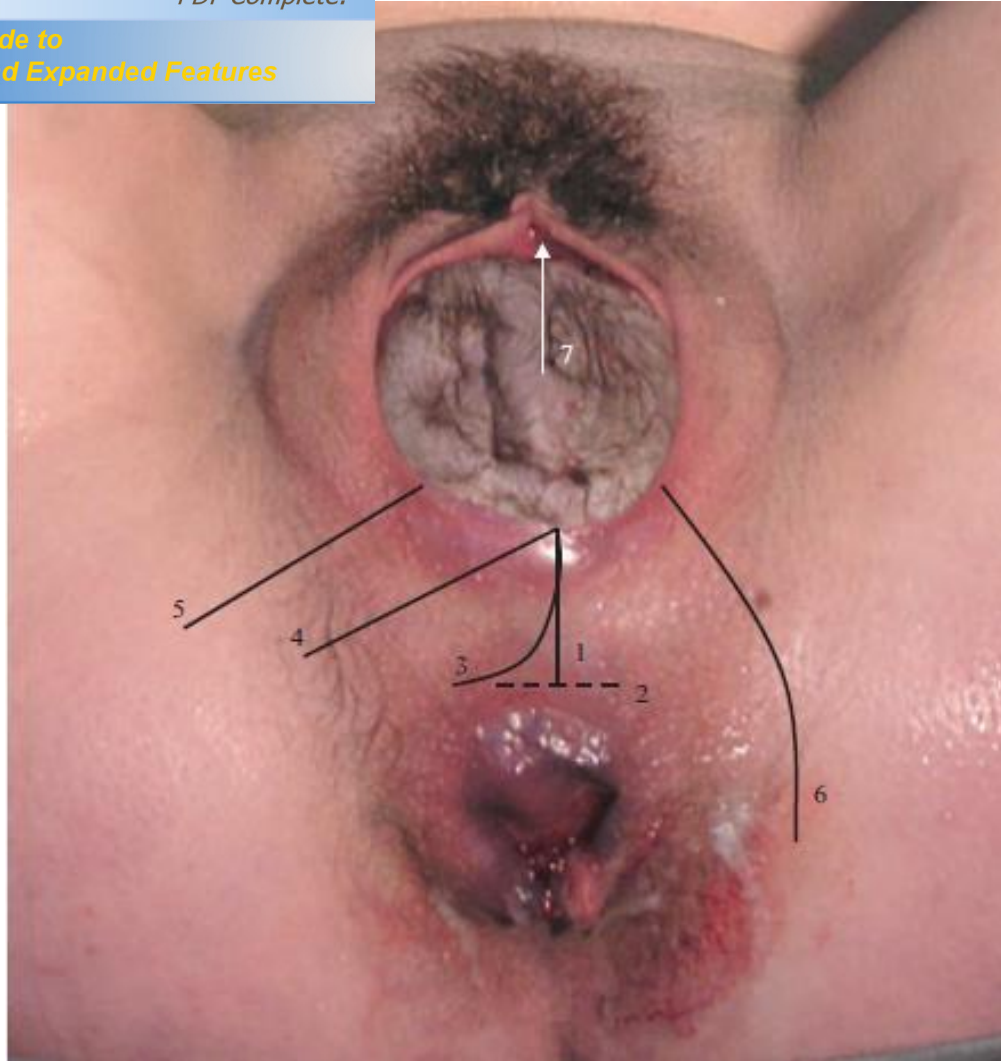
لم يكن هناك تأثير واقى للجنين حيث لم ينقص من النزف تحت الجافية، أو يحسن من حالة  
الوليد بعد الولادة اعتماداً على قيمة أبغار الوليد (Woolley RJ. 1995).

## أنماط الخزع (Kalis V et al., 2012):

**الخزع المتوسط أو الناصف *medline episiotomy*:** يبدأ من العويكشة الخلفية ويستمر على طول الخط الناصف خلال الوتر المركزي لجسم العجان، وإن امتداده يجب أن يكون نصف طول العجان، وهو شائع الاستخدام في الولايات المتحدة وكندا.

**الخزع الناصف المعدل *Modified median episiotomy*:** يكون التعديل عن الخزع الناصف من خلال إضافة شقين معترضين في اتجاهين مختلفين مباشرة فوق موقع المصرة الشرجية المتوقع، ويقاس الشق العرضي الكامل ٢-٥ سم. ويفيد هذا التعديل في زيادة قطر مخرج المهبل بـ ٨٣% مقارنة بالخزع الناصف المعياري، ومن المحتمل من خلال فصل الاتصال "غشاء عجاني/مصرة شرجية" في الجانبين، وبالتالي يسمح بالتوجه خلفياً للشرج بدون حدوث أي أذية شد محتملة.

**الخزع بشكل *J* *J'-shaped episiotomy*:** يتكون من شق ناصف ومن ثم يُحرَف جانبياً لتجنب الشرج، ويستخدم في هذه التقنية مقص منحنى ويبدأ من الخط الناصف للمهبل لطول ٢-٥ سم من الشرج، ثم يجرى الشكل *J* بتوجيهه المقص نحو الحذبة الاسكية بعيداً عن المصرة الشرجية.



الشكل (٢) أنماط الخزع: ١- ناصف، ٢- ناصف معدّل، ٣- شكل J، ٤- جانب الناصف، ٥- جانبي، ٦- جانبي جفري "Schuchardt incision"، ٧- أمامي.

**الخزع جانب الناصف** *mediolateral episiotomy*: وهو أشيع أنماط الخزع في أوربا، وتعرّفه الكتب التوليدية بأن الشق يبدأ من الخط الناصف ويتجه للجانب والأسفل بعيداً عن المستقيم.

**الخزع الجانبي** *Lateral episiotomy*: وصف بداية في العام ١٨٥٠م، ويبدأ من فوهة المهبل ٢-١ سم جانب الخط الناصف ويتجه للأسفل نحو الحدة الإسكية.

**الخزع الجانبي الجفري** *Radical lateral (Schuchardt incision)*: وهو خزع ممتد بشكل كامل، ويبدأ من إحدى زاويتي المهبل بشكل عميق ويتجه للأسفل والوحشي بعيداً حول المستقيم،

وهو يعتبر بشكل واسع شق غير توليدي، ويجرى في حال المهبل للسماح بمدخل أسهل لما حول الرحم، أو استخراج كتلة مهبلية كبيرة، وأحياناً في بعض الولادات المختلطة "رأس كبير، أو انعضال كتفين".

**الخرع الأمامي Anterior episiotomy:** ويدعى Deinfibulation ويجرى في حال السيدات اللاتي أجري لهن سابقاً ختان، وتوضع أصبع الطبيب خلال فوهة المهبل وتوجه باتجاه العانة، يجرى الشق في الخط الناصف حتى الوصول لصماخ الإحليل الخارجي بهدف تحرير الشفرين الصغيرين الملتصقين المتدبين مع تجنب بقايا البظر.

يسبب الخزع الجانبي زيادة خسارة الدم أكثر من الخزع الناصف ويسبب زيادة في الألم، ولكن أذية أقل للمصرة الخارجية. أما الخزع الناصف فيمتاز بخسارة دم أقل، وعسر راحة أقل خلال عملية الشفاء، وأقل أذية للأعصاب والأوعية الدموية، ولكن لا يمكن تمديد الخزع إذا احتاج ذلك، وفوق ذلك خطر الامتداد للشرح (Pietras J, Taiwo BF. 2012).

يبين الجدول (١) الاختلافات بين نمطي الخزع الأشيع.

الجدول (١) مقارنة بين نمطي الخزع الناصف وجانب الناصف

| نمط الخزع |              | الميزة          |
|-----------|--------------|-----------------|
| الناصف    | جانب الناصف  |                 |
| سهل       | أكثر صعوبة   | الإصلاح الجراحي |
| نادر      | أكثر شيوع    | سوء الاندمال    |
| خفيف      | شائع         | ألم بعد الإجراء |
| ممتازة    | أحياناً سيئة | نتائج تشريحية   |
| أقل       | أكثر         | فقد الدم        |
| نادر      | أحياناً      | عسر الجماع      |
| شائع      | غير شائع     | الامتداد        |

## التوقيت والتقنية:

يمكن أن يقدم التسكين قبل إجراء الخزع بواسطة التخدير فوق الجافية في حالة وجوده أثناء المخاض، أو حصار العصب الاستحيائي ثنائي الجانب، أو التشريب الموضعي باستخدام الليدوكائين ١%.

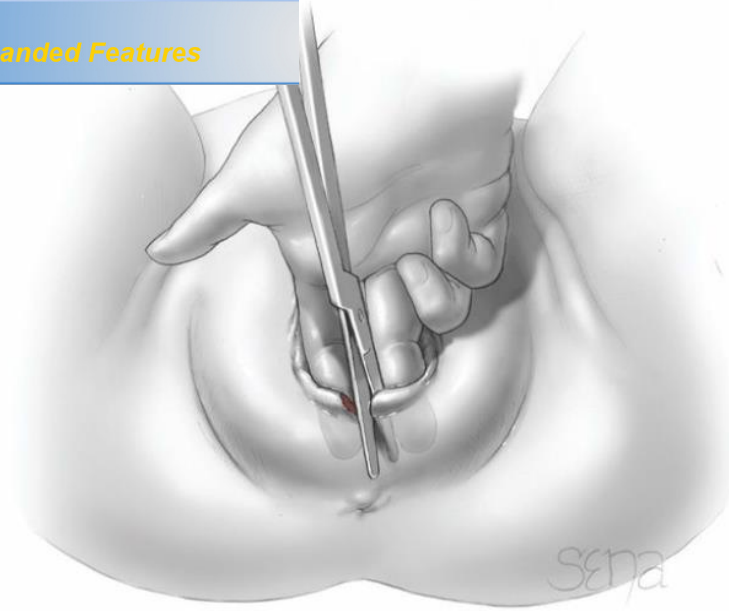
إذا تم إجراء الخزع بشكل باكر فإن النزف من الخزع يمكن أن يكون هام ومعتبر خلال الفترة بين إجراء الخزع والولادة.

أما إذا تم الإجراء بشكل متأخر جداً فإن التمزقات لا يتم الوقاية منها، وبشكل تقليدي فإن الخزع يتم عندما يشاهد الرأس خلال التقلصات بقطر أعظمي ٤ سم، والذي يتم توصيفه بالتتويج crowning.

وفي حال تطبيقه بالتوافق مع الملقط فإنه يجري بعد وضع الملقط.

وإن كثير من الاختلاطات الحاصلة في مشفانا من جراء تطبيق الخزع تعود إلى قلة خبرة الطبيب الممارس و عدم إجراء الخزع بالوقت و الشكل المناسبين.

بالنسبة للخزع الناصف: توضع الأصابع بين الرأس المتوج والعجان، ويتم توجيه المقص إلى الساعة السادسة لفوهة المهبل وتوجه للخلف. يتراوح الشق بين ٢-٣ سم اعتماداً على طول العجان ودرجة ثخانة الأنسجة، ولكن على كل الأحوال يوقف القص قبل الوصول للمصرة الشرجية الخارجية "الشكل ٣".



**الشكل (٣): الخزع الناصف: توضع إصبعان بين العجان ورأس الجنين ثم يجرى الخزع بقص عمودي للأسفل.**

بالنسبة للخزع جانب الناصف: يوجّه المقص إلى الساعة ٧، ٥ ويمدّد الشق ٣-٤ سم باتجاه الحذبة الاسكية الموافقة.

إن الخزع الناصف هو المفضل باستثناء الاهتمام بالامتداد للدرجة الثالثة أو الرابعة. يحمل الخزع الناصف خطر تمزق درجة ثالثة أو أعلى أكثر مقارنة بالخزع جانب الناصف (٢٤% في الخزع الناصف مقارنة بـ ٩% في الخزع جانب الناصف) (Kettle C, Tohill S. 2008).

نشر Anthony ورفاقه (١٩٩٤) البيانات التوليدية الوطنية الدانماركية لأكثر من ٤٣ ألف ولادة، ووجدوا نقصاً ٤ أضعاف في التمزقات العجانية الشديدة بعد الخزع الجانبي مقارنة بالخزع الناصف. إن الاختيار الجيد للحالات يمكن أن ينقص من هذه السيئة؛ على سبيل المثال إذا أجري الخزع خلال ولادة مساعدة جراحياً فإن الدراسات أظهرت تأثيراً واقعياً للخزع الجانبي من حدوث التمزقات الشديدة (de Vogel J et al., 2012; Hirsch E et al., 2008).

## إصلاح الخزع أو التمزقات العجانية:

تقليدياً؛ يتم تأجيل خياطة الخزع حتى توليد المشيمة، وهذه السياسة تتيح عدم تشتيت الانتباه عن علامات انفصال المشيمة، وميزة أخرى لها هي عدم تأذي خياطة الخزع أو انفكاكها أثناء توليد المشيمة، وخاصة في حال التوليد اليدوي لها.

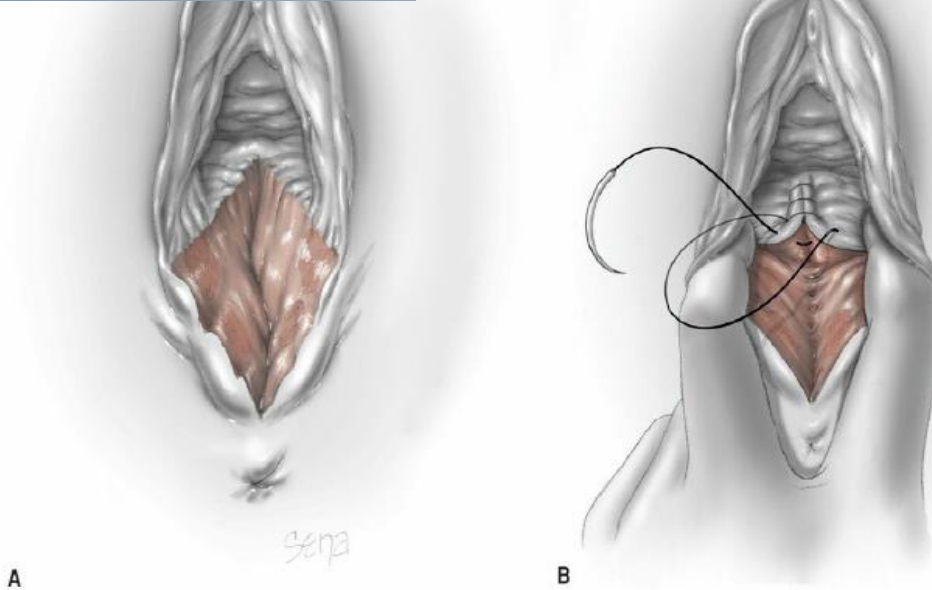
إن السيئة الكبرى هي استمرار فقدان الدم حتى انتهاء الخياطة، وإن الضغط المباشر بوضع شاشة يفيد في تقليل ذلك.

لإجراء خياطة مناسبة فإنه من الضروري تحديد المعالم التشريحية بدقة، والتسكين المناسب حيث أن السيدات اللاتي يتعرضن لخياطة عجانية بدون تسكين موضعي جيد يعانين من درجة شديدة من الألم أثناء الخياطة (Sanders J et al., 2002). يمكن استخدام الليدوكائين الموضعي لوحده أو إجراء حصار عصب استحيائي ثنائي الجانب، وفي السيدات مع تسكين فوق الجافية يمكن أن نحتاج جرعة إضافية من المسكن.

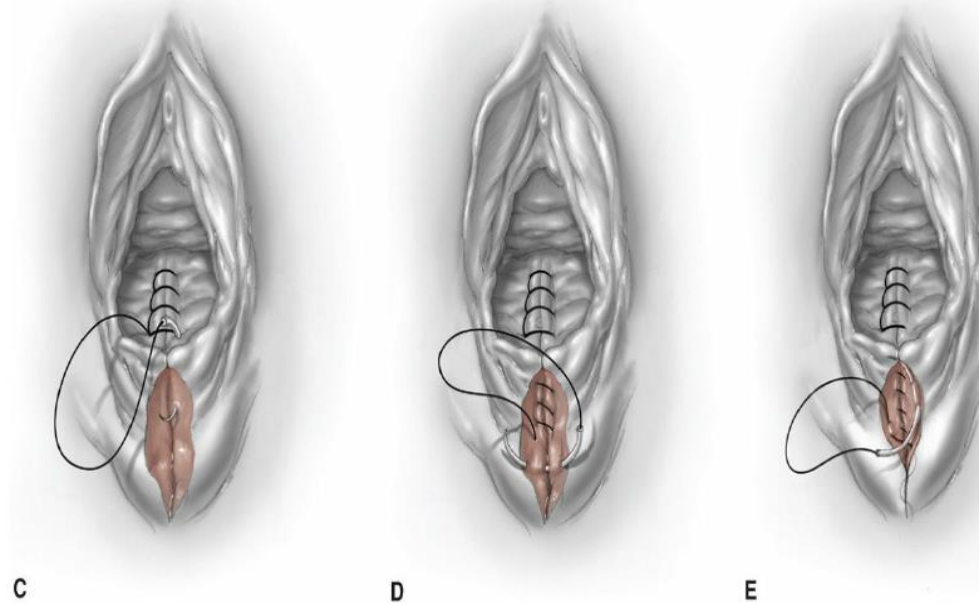
يوجد طرق عديدة لإصلاح شق الخزع، ولكن المبدأ الأساسي هو الإرقاء واستعادة التشريح الأصلي بدون استخدام قطب كثيرة.

يوجد دليل محدود حول فوائد وأذيات ترك الجلد وعضلات العجان دون خياطة (تمزق درجة أولى وثانية)، ويجب أن ينظر الأطباء بحذر لذلك (Fleming EM et al., 2003).

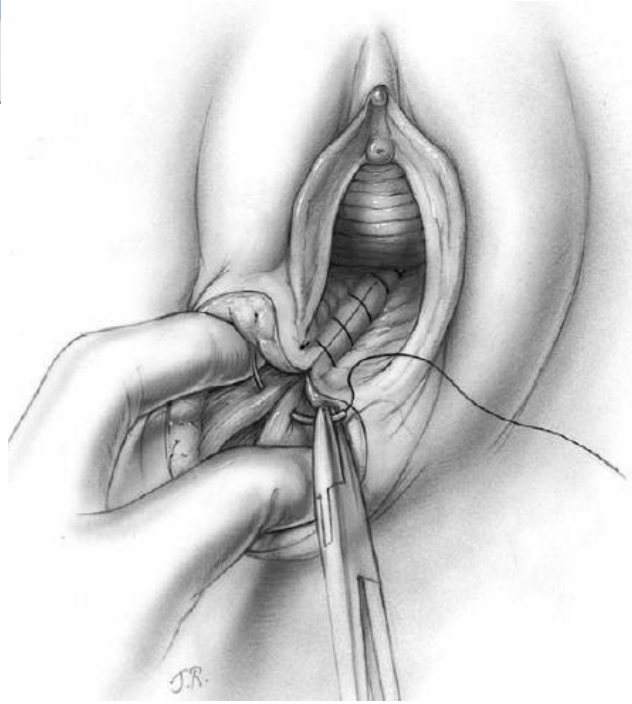
يوضح الشكلان (٤)، (٥) إصلاح الخزع الناصف، والشكل (٦) إصلاح الخزع جانب الناصف.



الشكل (٤): إصلاح الخزع الناصف. A: تمزق حلقة البكارة والعضلات البصلية الكهفية والعجانبة المعترضة السطحية. B: توضع القطبة الصارة الأولى فوق قمة الجرح، ويبدأ الإغلاق المتواصل بخيط ممتص ٠-٢ أو ٠-٣ بخياطة متواصلة لمخاطية المهبل وتحت المخاطية، مع قطب مقلقة.



الشكل (٥): تتمة إصلاح الخزع الناصف. C: بعد إغلاق جرح المهبل وإعادة تقريب حواف قطع حلقة البكارة، يعاد توجيه الإبرة للبدء بإصلاح العجان. D: خياطة متواصلة بقطب ممتصة ٠-٢، ٠-٣ لإصلاح العضلات العجانبة المقصوفة وهو ما يفيد في استعادة دعم الجسم العجاني على المدى البعيد. E: خياطة متواصلة للأعلى بقطب تحت الأدمة للجلد، وتربط القطبة الأخيرة قريبة من حلقة البكارة.



الشكل (٦) الخرز جانب الناصف: تظهر قبة المهبل وقد أغلقت بخيط ممتص ٢-٠. بشكل متواصل مقفل مشابه لقطب الخرز الناصف. والبدء بتقريب العجان، بإعادة وصل العضلات البصلية الكهفية والعجانية المعترضة وهذا يساعد في إعادة تكوين دعم الجسم العجاني، يمكن اللجوء لطبقة ثانية لإخفاء أي حيز ميت. يخاط الجلد لاحقاً بقطب تحت الأمة متواصلة

وجدت الدراسات أن درجة الألم بعد الخياطة متماثلة بين الخياطة المستمرة أو المتقطعة (Kindberg S et al., 2008; Valenzuela P et al., 2009)، بينما وجد آخرون ألماً أقل بالخياطة المستمرة، وأيضاً فإن الخياطة المستمرة أسرع وتحتاج خيوط أقل (Kettle C et al., 2012).

وجدت دراسة سريرية معشاة على ١٥٤٢ سيدة في بريطانيا أن الخياطة المتواصلة تتفوق بشكل هام من الألم خلال ١٠ أيام ٢٦% مقابل ٤٤% في الخياطة المتقطعة، وعدم وجود فرق في الألم خلال ٣ أشهر ٩% في المتواصلة و ١٣% في الخياطة المتقطعة، أو على ١٢ شهر ٤% في الخياطة المتواصلة مقابل ٧% في الخياطة المتقطعة، كما لوحظ عدم وجود فارق هام في معدل عسر الجماع خلال ٣ أشهر ١٦،٩% في الخياطة المتواصلة مقابل ١٧،٢% في الخياطة المتقطعة، وخلال ١٢ شهراً ١٤،٣% في الخياطة المتواصلة مقابل ١٣،٦% في الخياطة المتقطعة (Kettle C et al., 2002).

أظهر Mornar و Perlow (٢٠٠٦) أن الإبرة المدورة الذ  
الإبرة.

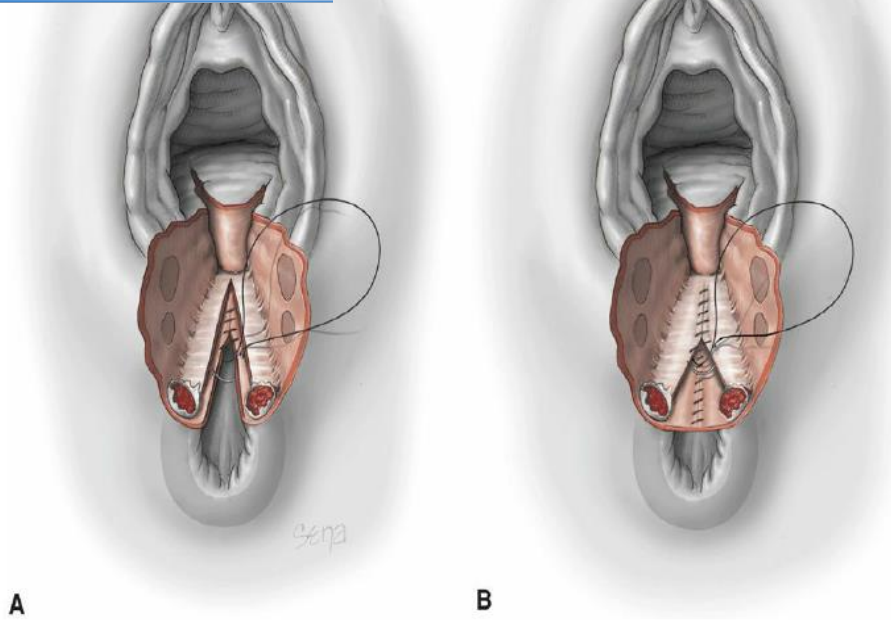
إن الخيط المستخدم عادة هو الكروميك ٢-٠، وتستخدم أحياناً الخيوط الممتصة الصناعية من مشتقات حمض البولي غليكوليك، ويوجد دليل جيد على فائدة الخيوط الممتصة الصناعية في الخياطة مقارنة بخيط الكروميك، وإن الفوائد أعلى في حالة استخدام خيط بولي غلاكتين سريع الامتصاص (Leroux N, Bujold E. 2006; Kettle C et al., 2008).

إن الميزة الهامة للخيوط الصناعية هي نقص الألم بعد الإجراء (٢٣% في مجموعة الخيوط الصناعية الممتصة مقابل ٢٩% لخيوط الكروميك)، والحاجة لمسكنات أقل (١٨% في الخيوط الصناعية الممتصة مقابل ٢٤% لخيوط الكروميك)، ولا يوجد فارق هام بينهما بالنسبة للألم العجاني أو عسر الجماع خلال ٣ أشهر من الإجراء؛ حيث وجد الألم العجاني في ٩% في الخيوط الممتصة مقابل ١١% في خيوط الكروميك، وعسر الجماع ١٦% في الخيوط الصناعية مقابل ١٧% لخيوط الكروميك (Kettle C et al., 2008). وإن الخياطة بهذه الخيوط يحتاج عادة إزالة القطب من موقع الإصلاح بسبب الألم أو عسر الجماع، وحسب Kettle ورفاقه (٢٠٠٢) فإن هذه السيئة يمكن إنقاصها باستخدام بولي غلاكتين ٩١٠ سريع الامتصاص "Vicryl Rapide".

#### إصلاح تمزق الدرجة الرابعة:

تستخدم طريقتان لإصلاح التمزق الذي يشمل المصرة الشرجية ومخاطية المستقيم، التقنية الاولى هي تقنية نهاية- نهاية end-end وهي المفضلة، والثانية هي تقنية التراكب overlapping.

يوضح الشكلان (٨،٧) تقنية نهاية- نهاية، وفي كل التقنيات فإنه من الأساسي تقرب الحواف المتمزقة لمخاطية المستقيم بقطب في عضلية المستقيم بفاصل ٠,٥ سم، ويعد خيط كروميك ٢-٠ أو ٣-٠ خيار مناسب، ثم تغطي هذه العضلية بتقريب المصرة الشرجية الداخلية. تعزل أخيراً نهايات القطع من طبقة المصرة الشرجية الخارجية وتقرب وتُخاط معاً نهاية- نهاية ب ٣-٤ قطب متفرقة، وتستكمل باقي الخياطة مثل إصلاح الخزع الناصف.



الشكل (٧): إصلاح تمزق عجان درجة رابعة: **A:** تقريب المخاطية الشرجية المستقيمة وتحت المخاطية بخياطة متواصلة أو متفرقة باستخدام خيط ممتص ناعم ٠-٣ أو ٠-٤ فايبريل أو كروميك. يتم تحديد الحافة العلوية وتوضع القطب خلال تحت المخاطية بفواصل ٠,٥ سم. **B:** إجراء طبقة ثانية خلال عضلية المستقيم باستخدام فايبريل ٠-٣ بصورة مستمرة أو متفرقة، وتساهم هذه الطبقة في تمتين الخياطة ويجب ان تشمل النهايات المتمزقة للمصرة الداخلية.

تقنية التراكب: هي طريقة بديلة لتقريب المصرة الشرجية الخارجية، إن البيانات المعتمدة على تجارب سريرية معشاة مضبوطة لا تدعم أن هذه التقنية تملك نتائج تشريحية أو وظيفية أعلى من طريقة نهاية-نهاية التقليدية (Farrell SA et al., 2012; Fitzpatrick M et al., 2000).

تعطى جرعة صادات وقائية لإنقااص المراضة الخمجية المرافقة لإصلاح أذية عجانية كبيرة (Stock L et al., 2013)، إن جرعة وحيدة من سيفالوسبورين جيل ثاني مناسبة، أو كليندامايسين للسيدات مع حساسية للبنسلينات على الرغم من أن هذه الوقاية لها دعم معتمد على البرهان، إلا أن الكلية الامريكية للمولدين والنسائيين (٢٠١١) استنتجت أن هذه الممارسة لم تدرس بشكل جيد (Duggal N et al., 2008; Stock L et al., 2013)، توصف ملينات البراز لمدة أسبوع بعد الإجراء، مع تجنب الحقن الشرجية المفرغة والتحاميل.

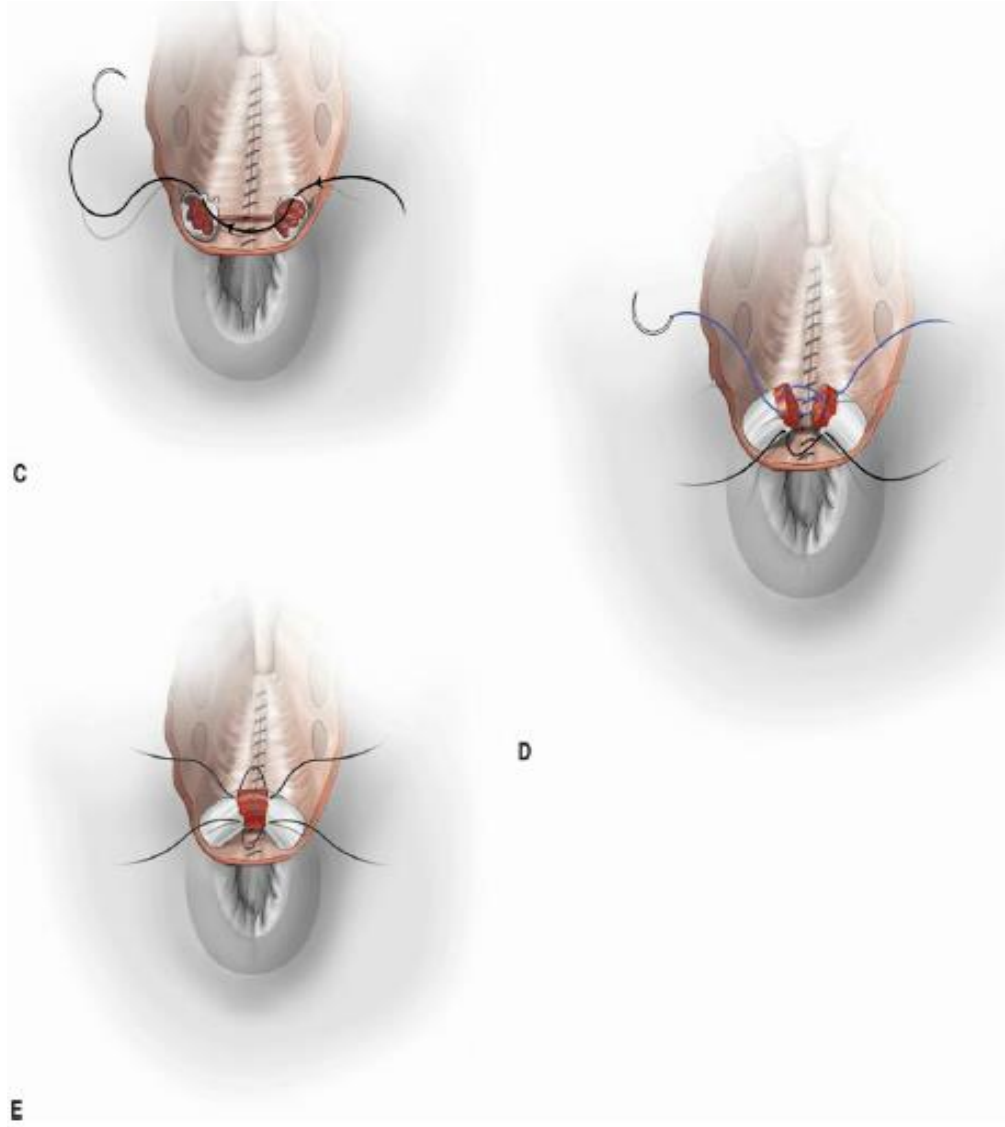


**PDF**  
Complete

Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

لسوء الحظ؛ فإن الوظيفة الطبيعية لا تستعاد بشكل كامل والصحيح، وتستمر بعض السيدات في المعاناة من عدم استئصال بي بيبي في جدار المستقيم (Roberts PL et al., 1990).



الشكل (٨) تتمة إصلاح تمزق الدرجة الرابعة: خياطة المصرة الخارجية وفق تقنية نهائية- نهائية، توضع قطبة في عضلية المصرة و ٤-٦ قطب متفرقة ٢-٣، ٠-٣ فايكريل في الساعة ١٢، ٩، ٦، ٣ خلال النسيج الضام لمحفظة المصرة.

## الألم بعد الخزع:

يمكن لحصار العصب الاستحيائي أن يفيد في تسكين الألم بعد الإجراء (Aissaoui Y et al., 2008). يمكن أن ينقص الثلج الموضعي من الوزمة ويزيل عدم الارتياح. إن التطبيق الموضعي لمرهم ليدوكائين ٥% غير فعال في إزالة عدم الراحة المرافق لتمزقات العجان أو الخزع (Minassian VA et al., 2002). تعطي المسكنات كالكودئين راحة جيدة، وبسبب أن الألم قد يكون علامة لورم دموي فرجي أو جانب الفرج أو في الحفرة الإسكية المستقيمة أو التهاب نسيج خلوي عجاني فإن هذه المواقع يجب فحصها في حالة الألم المستمر والشديد. قد يحدث احتباس بولي بعد الخزع كاختلاط مؤقت ويدبرّ بقثطرة مفرغة (Mulder FE et al., 2012).

إن السيدات مع تمزقات عجان درجة ثانية أو أعلى يتم تأجيل الجماع لديهن حتى بعد ٤-٦ أسابيع، وجد Singorello ورفاقه (٢٠٠١) لدى ٦١٥ سيدة بعد ٦ أشهر من الولادة أن السيدات اللاتي ولدن مع عجان سليم لديهن وظيفة جنسية أفضل من السيدات مع أذية عجانية،

كما أن استعادة النشاط الجنسي يكون أسرع عند السيدات اللواتي ولدن بدون إجراء خزع.

وجدت دراسة أخرى على ٢٤٩٠ سيدة تأخير الجماع لـ ٣ و ٦ أشهر ولكن ليس لسنة في السيدات مع أو بدون أذية عجانية (Rådestad I et al., 2008).

 **PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

# القسم العملي

## منهج الدرا

### عنوان الدراسة:

دراسة مقارنة بين إجراء وعدم إجراء خزع الفرج الواقي عند الخروسات في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق.

**Comparative study between using and not using episiotomy for nulliparas in University Hospital of Obstetrics and Gynecology in Damascus.**

### أهمية الدراسة:

تراجع إجراء خزع الفرج الواقي بشكل ملحوظ في العقود الأخيرة، ففي عام ١٩٦٥م كانت نسبة انتشاره ٦٥% وتراجعت بحلول ٢٠٠٣م إلى ١٨%، جمعت دراسات راجعة كثيرة دليلاً جيداً أن تجنب خزع الفرج الواقي الروتيني ينقص بشكل هام من رض العجان وأذيته، وأكدت أن الخزع لم يحمي من تمزقات الجسم العجاني وساهم بزيادة عدم استمساك المعصرة الشرجية من خلال زيادة نسبة حدوث تمزقات العجان من الدرجة الثالثة والرابعة ولكنه ينقص خطر تمزقات العجان الأمامية المتوسطة والتي هي بالأساس ذات مراضة منخفضة، ولم يقي الخزع من استرخاء الأعضاء الحوضية، وتسبب بزيادة خسارة الدم لدى الأم كما أنه يؤخر استئناف النشاط الجنسي، ويسبب ألم أثناء الجماع خلال الأشهر الأولى بعد الولادة.

أوصت الكلية الأمريكية للمولدين والنسائيين في عام ٢٠٠٦م بالاستخدام الانتخابي لخزع الفرج الواقي وأقرت بأنه مفضل على الخزع الروتيني (Williams obstetric 23 edition.p401).

### هدف الدراسة:

دراسة الاختلاطات الناجمة عن إجراء خزع الفرج الواقي عند الخروسات، بالإضافة إلى الاختلاطات الحاصلة في حال تمت الولادة بدون إجرائه انطلاقاً إلى المقارنة بين إجراء خزع

الفرج الواقي روتينياً وعدم إجرائه لدى الخروسات، وبالتالي  
الفرج الواقي بشكل روتيني؟.

## المواد والطرائق:

### تصميم الدراسة:

هذه الدراسة هي دراسة حالة -شاهد Case- control study

### مكان الدراسة:

مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق - قسم المخاض.

### عينة الدراسة:

اشتملت على ٤٣٠ سيدة خروس مقبولة خلال فترة جمع العينة في شعبتي المخاض العمومي و  
الخصوصي للولادة بتمام الحمل "٣٧-٤٢ أسبوع".

### معايير الاشتمال:

- ✓ السيدة حامل بالحمل الأول لها "خروس" مع عمر حملي بين تمام الأسبوع ٣٧ من  
الحمل، والأسبوع ٤٢ من الحمل.
- ✓ السيدة بحالة مخاض فعال.
- ✓ تطور المخاض ضمن الحدود الطبيعية، أي عدم وجود حالات توقف اتساع أو فشل  
نزول.
- ✓ المجيء قمي أيسر أمامي.

### معايير الاستبعاد:

- ☒ عسرة ولادة الكتفين "انعضال الكتفين أو ولادة مجيء مقعدي"
- ☒ استخدام المحجم أو الملقط.
- ☒ الجنين الخديج.

✗ الحاجة لولادة الجنين بسرعة "تألم جنيني، أو انفكاك

✗ وضعية شاذة للجنين.

✗ توقع تمزق مهبل ممتد أو وجود خطر عالي لتمزقات شديدة.

✗ طول العجان ٣ سم أو أقل.

## فترة جمع العينة:

الفترة بين ٢٠١٤/١١/١ وحتى ٢٠١٥/١١/١.

## مراحل الدراسة:

I. أخذت الموافقات اللازمة للبدء بالدراسة من مجلس قسم التوليد وأمراض النساء، وكلية الطب

البشري، وجامعة دمشق.

II. التحقق من شروط الإدخال والإستبعاد.

III. أخذ موافقة السيدة الطوعية للدخول في الدراسة.

IV. تم ملء الاستبيان المخصص للدراسة لكل مريضة من قبل الطبيب الدارس، بالاعتماد على

المقابلة الشفوية مع المريضة.

V. تم توزيع المرضى على المجموعتين بطريقة الأرقام.

VI. متابعة السيدة أثناء المخاض حتى حدوث الولادة والخروج من المشفى، واستكمال البيانات

المطلوبة للدراسة.

VII. إجراء مقابلة أخرى بعد ٦ أسابيع من الولادة "شفوية أو تلفونية" لاستكمال البيانات.

VIII. تحليل البيانات واستخلاص النتائج.

تم قبول السيدة في قسم المخاض بعد إجراء التصوير بالأمواج فوق الصوتية وتحديد نوع

المجيء، والتأكد من معايير الاشتمال والاستبعاد.

أثناء الولادة: أجري للسيدات في مجموعة خزع الفرج الواقي الخزع جانب الناصف، بعد إجراء

التخدير الموضعي باستخدام الليدوكائين. كانت الخياطة تتم بخيوط كروميك ٠ أو ٢-٠.

استخدم أيضاً الليدوكائين في إجراء التخدير الموضعي  
أيضاً بخيوط كروميك.

## تحليل البيانات

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

أجري التحليل الإحصائي باستخدام الاختبار الملائم للبيانات المدروسة وإجراء المقارنة بين المجموعتين المدروستين.

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

## القضايا الأخلاقية

- ✦ لم تتضمن الدراسة توجيه أية أسئلة حساسة. وكان للسيدة الحق بالانسحاب في أي وقت.
- ✦ استخدمت البيانات في الدراسة بشكل مرمز، مما يغفل الإشارة إلى هوية السيدة.
- ✦ كانت تؤخذ موافقة السيدة وفقاً للنموذج الموجود في ملحق الدراسة.
- ✦ إن الإجراءات المتخذة أثناء الدراسة غير غازية وغير راضة ولا تؤدي إلى أذية والدية أو جنينية.

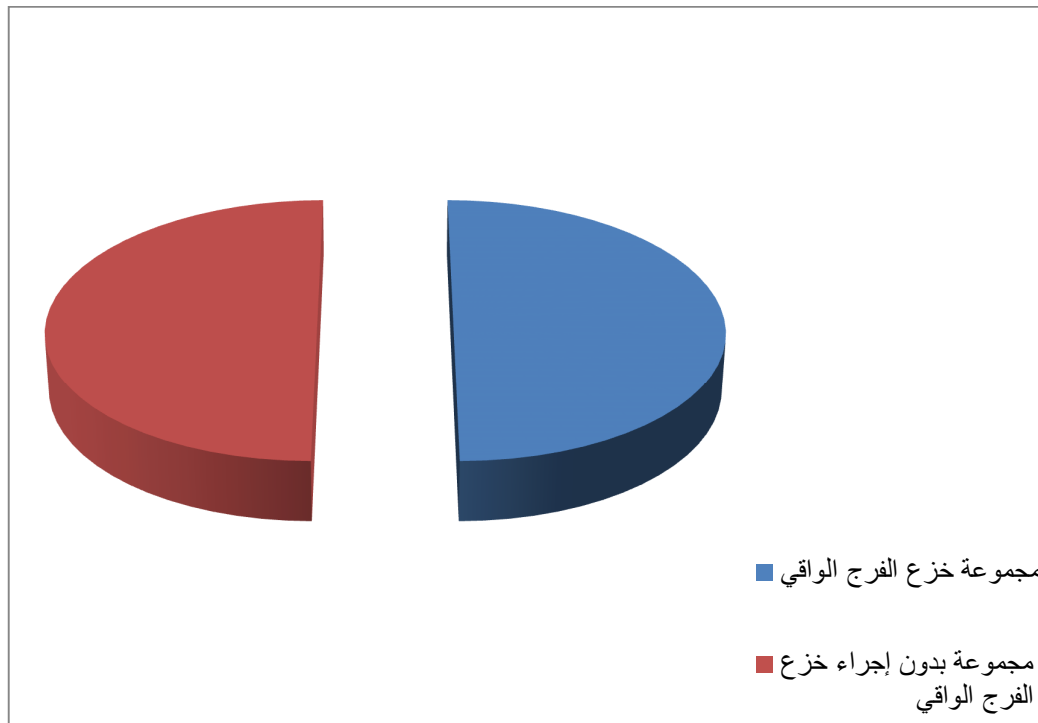
## نتائج الدراسة

### توزيع عينة الدراسة:

ضمت عينة الدراسة ٤٣٠ سيدة، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين فرعيتين:

المجموعة الأولى "مجموعة الحالات": السيدات الخروسات اللاتي أُجري لهن خزع فرج واقى (٢١٥ سيدة).

المجموعة الثانية "مجموعة الشاهد": السيدات الخروسات اللاتي لم يُجر لهن خزع فرج واقى (٢١٥ سيدة).



المخطط (١) يبين توزيع عينة الدراسة وفق المجموعات.

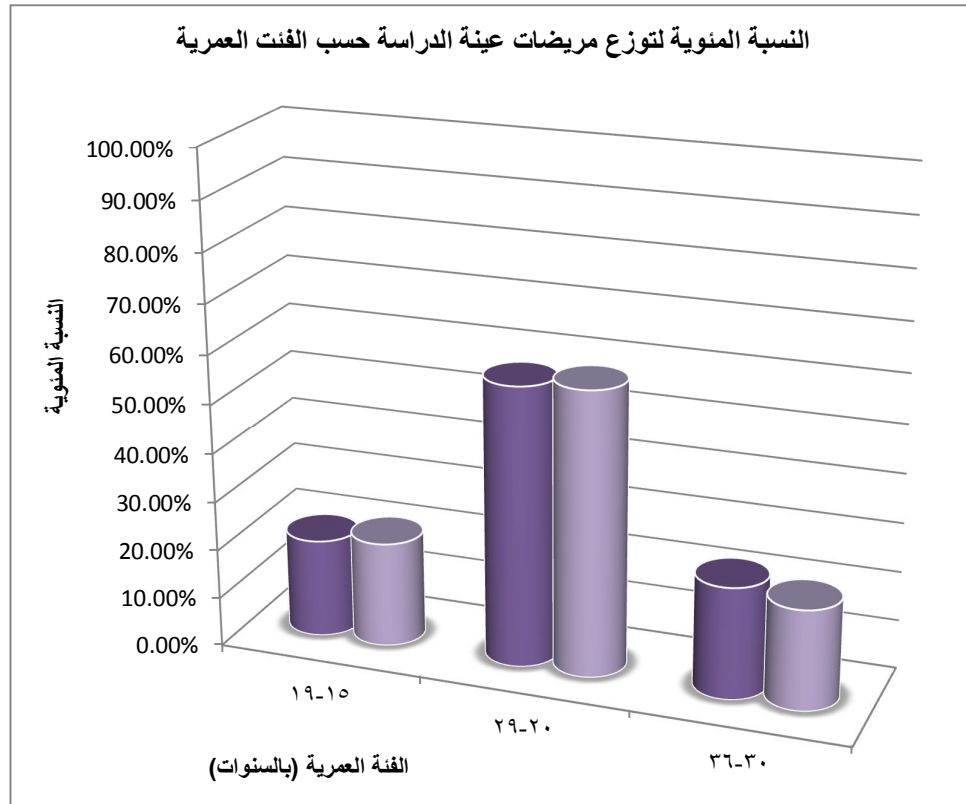
## ثانياً : بيانات عامة

### ١- توزيع مريضات عينة الدراسة وفقاً للعمر (بالسنوات):

تم تقسيم المريضات وفقاً للعمر إلى فئات عمرية وفق الجدول (٢). وتراوحت أعمار المريضات بين ١٥ و ٣٦ عاماً، ونجد أن أكثر من نصف المريضات كنّ في العقد الثالث من العمر، ويعود هذا التوزيع العمري إلى تصميم الدراسة.

جدول (٢): توزيع مريضات عينة الدراسة حسب الفئات العمرية

| الفئة العمرية | مجموعة الحالات (n=215) | مجموعة الشاهد (n=215) |
|---------------|------------------------|-----------------------|
| ١٩-١٥         | ٤٣ (٢٠%)               | ٤٦ (٢١,٤%)            |
| ٢٩-٢٠         | ١٢٣ (٥٧,٢١%)           | ١٢٥ (٥٨,١٤%)          |
| ٣٦-٣٠         | ٤٩ (٢٢,٧٩%)            | ٤٤ (٢٠,٤٦%)           |
| المجموع       | ٢١٥ (١٠٠%)             | ٢١٥ (١٠٠%)            |

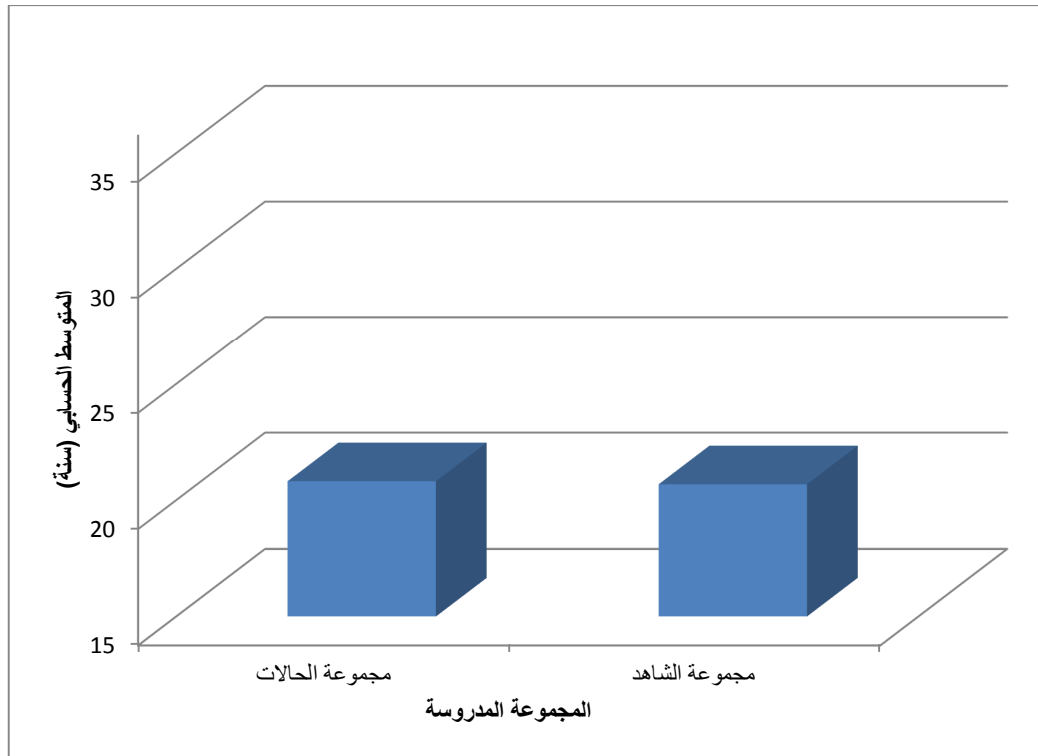


مخطط رقم (٢) يمثل النسبة المئوية لتوزيع مريضات عينة الدراسة حسب الفئات العمرية

يبين الجدول (٣) خصائص عمر المريضات بين المجمو  
المتوسطين الحسابيين لهما ( $P>0.05$ ).

الجدول (٣) يبين خصائص عمر المريضات في عينة الدراسة

| الانحراف<br>المعياري | المتوسط<br>الحسابي | الحد<br>الأعلى | الحد<br>الأدنى | العدد | المجموعة       |
|----------------------|--------------------|----------------|----------------|-------|----------------|
| ٥,٧٢                 | ٢٠,٨١              | ٣٦             | ١٥             | ٢١٥   | مجموعة الحالات |
| ٥,٧٤                 | ٢٠,٦٨              | ٣٤             | ١٥             | ٢١٥   | مجموعة الشاهد  |



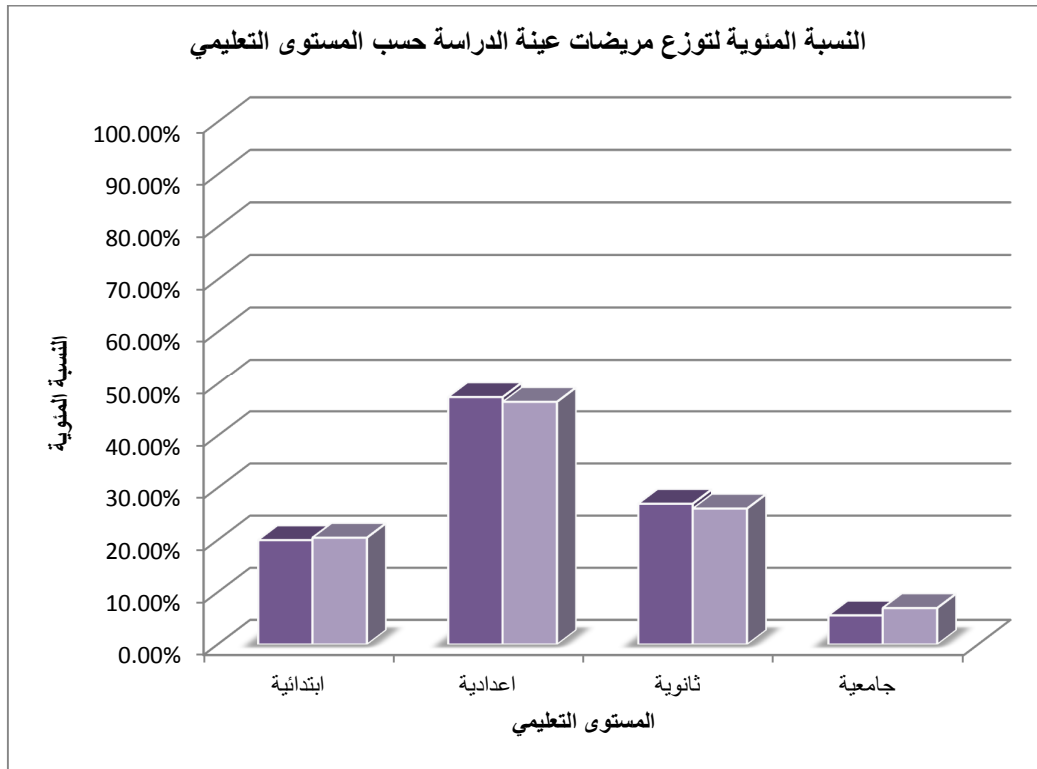
المخطط (٣) يبين مقارنة بين المتوسطين الحسابيين لعمر المريضات في المجموعتين

## ٢- توزيع مريضات عينة الدراسة وفق المستوى

كان تقسيم فئات المستوى التعليمي يماثل تقسيم النظام التعليمي المعتمد. ويبين الجدول (٤) والمخطط (٤) توزيع أفراد عينة الدراسة وفق المستوى التعليمي، ولم يكن هناك فروق ذات دلالة بين المجموعتين ( $P>0.05$ ).

جدول (٤): توزيع مريضات عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي والنسب المئوية.

| المستوى التعليمي | المجموعة الحالات (n=215) | مجموعة الشاهد (n=215) |
|------------------|--------------------------|-----------------------|
| ابتدائية         | ٤٣ (%٢٠)                 | ٤٤ (%٢٠,٤٧)           |
| إعدادية          | ١٠٢ (%٤٧,٤٤)             | ١٠٠ (%٤٦,٥١)          |
| ثانوية           | ٥٨ (%٢٦,٩٨)              | ٥٦ (%٢٦,٠٥)           |
| جامعية           | ١٢ (%٥,٥٨)               | ١٥ (%٦,٩٨)            |



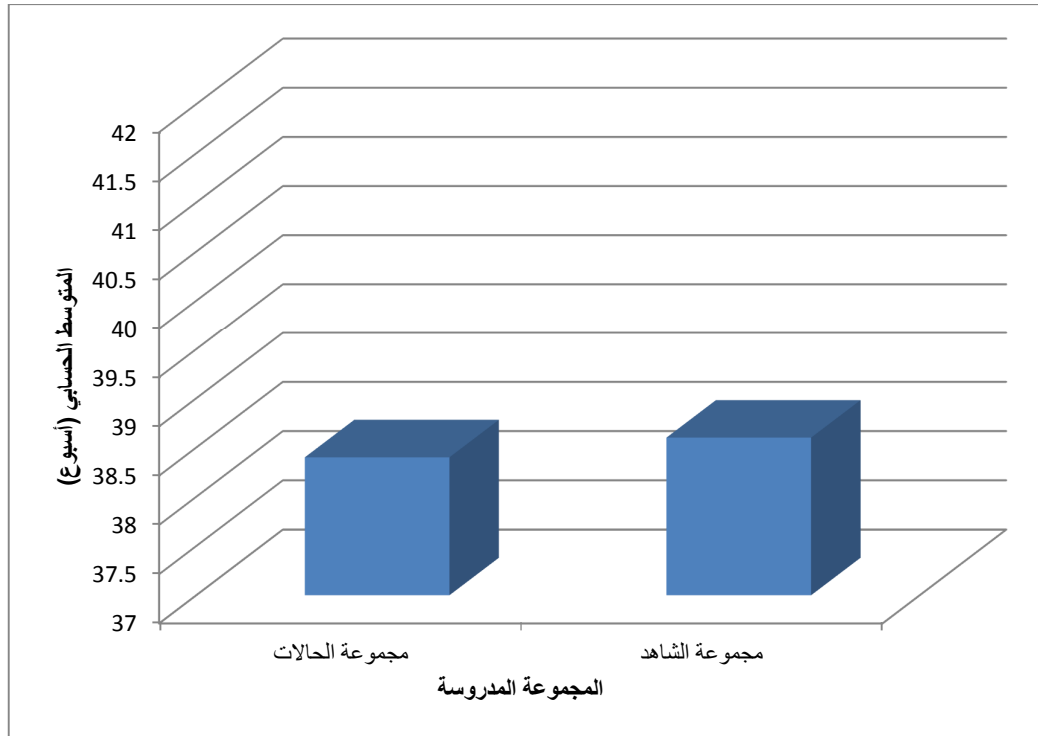
مخطط رقم (٤) يمثل النسبة المئوية لتوزيع مريضات عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

### ٣. نتائج الاستقصاء عن العمر الحملي عند

تم تبويب خصائص العمر الحملي في الجدول (٥). ولم يكن هناك فارق هام بالعمر الحملي بين المجموعتين ( $P>0.05$ ).

الجدول (٥) يبين خصائص العمر الحملي في المجموعتين

| الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الحد الأعلى | الحد الأدنى | العدد | المجموعة |
|-------------------|-----------------|-------------|-------------|-------|----------|
| ١,١               | ٣٨,٤            | ٤١,٥        | ٣٧          | ٢١٥   | الحالات  |
| ١,٢               | ٣٨,٦            | ٤١,٤        | ٣٧,٢        | ٢١٥   | الشاهد   |



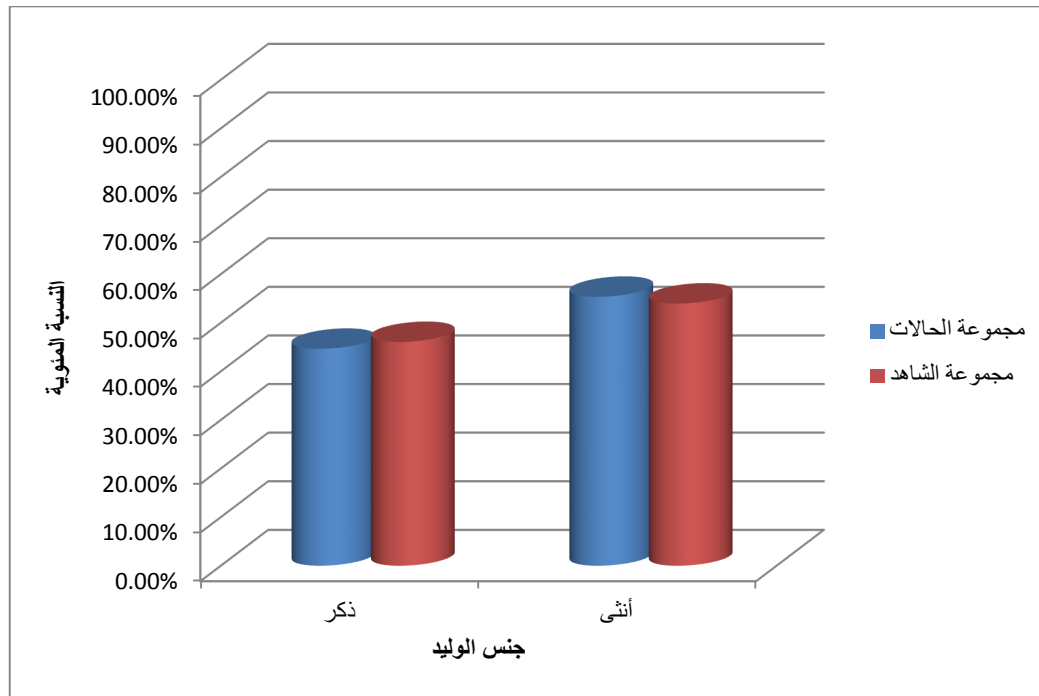
المخطط (٥) يبين مقارنة بين المتوسطين الحسابيين للعمر الحملي في المجموعتين

## ثالثاً : بيانات الوليد

تم تقييم كل من وزن الولادة وجنس الوليد، وقيمة أبغار المنخفضة في الدقيقة الأولى بعد الولادة (أقل من ٧). يبين الجدول (٦) النتائج المسجلة، ولم يكن هناك فروق بين المجموعتين من حيث جنس الوليد ومتوسط وزن الولادة وقيمة أبغار المنخفضة.

جدول (٦): توزع مريضات عينة الدراسة حسب بيانات الوليد.

| المتغير           | مجموعة الحالات (n=215) | مجموعة الشاهد (n=215) |
|-------------------|------------------------|-----------------------|
| جنس الوليد        | ذكر                    | ٩٦ (٤٤,٦٥%)           |
|                   | أنثى                   | ١١٦ (٥٣,٩٥%)          |
| متوسط وزن الولادة | ٥٦٢ ± ٢٩٧٣             | ٥٥٤ ± ٣٠٦٣            |
| أبغار أقل من ٧    | ٢٧ (١٢,٥٦%)            | ٢٩ (١٣,٤٩%)           |



المخطط (٦) يبين النسب المئوية لجنس الوليد حسب المجموعتين المدروستين

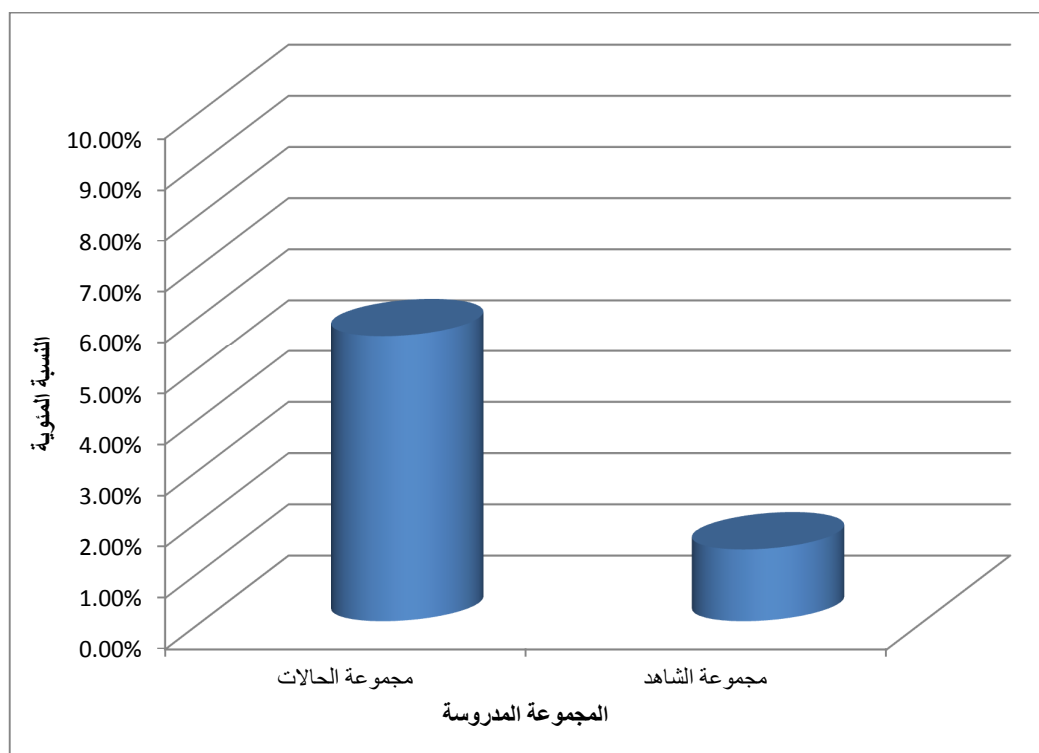
## بيانات عملية:

### ١. نتائج الاستقصاء عن تمزقات العجان الخلفية:

يبين الجدول (٧) تمزقات العجان الخلفية المسجلة في مجموعتي الدراسة، ويندرج الخزع العادي ضمن الدرجة الثانية. نلاحظ من الجدول عدم تسجيل أي حالة تمزق درجة رابعة، أما بالنسبة لتمزقات الدرجة الثالثة فقد كانت أشيع بشكل هام في مجموعة الحالات مع قيمة مستوى دلالة أصغر من ٠,٠٠٥، ومن جدول التكرارات نجد أن الخزع يترافق مع تمزقات عجان أشد.

الجدول (٧) يبين نتائج الاستقصاء عن تمزقات العجان الخلفية في عينة الدراسة

| درجة التمزق | مجموعة الحالات (n=215) | مجموعة الشاهد (n=215) |
|-------------|------------------------|-----------------------|
| لا تمزقات   | -                      | ١٣٣ (٦١,٨٦%)          |
| درجة ١,٢    | ٢٠٣ (٩٤,٤٢%)           | ٧٩ (٣٦,٧٤%)           |
| درجة ٣      | ١٢ (٥,٥٨%)             | ٣ (١,٤%)              |
| درجة ٤      | ٠ (-)                  | ٠ (-)                 |



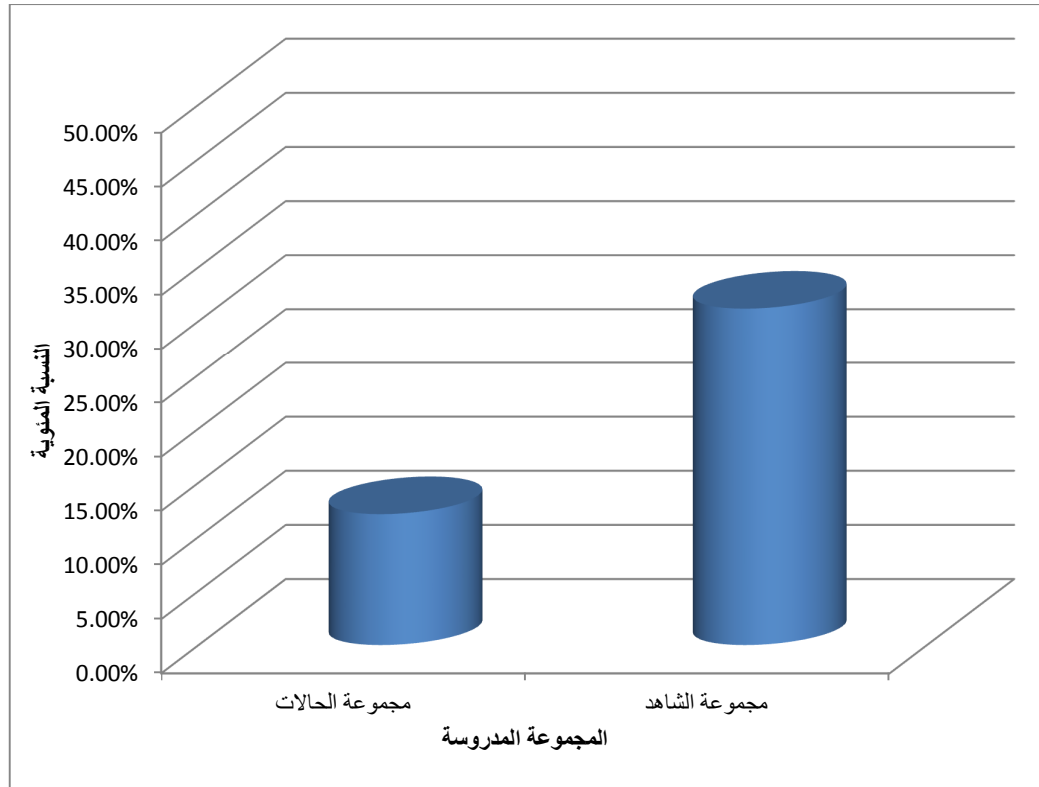
المخطط (٧) يبين مقارنة النسب المئوية لحدوث تمزقات العجان درجة ثالثة في مجموعتي الدراسة

## ٢. نتائج الاستقصاء عن تمزقات العجان الأمامي

يبين الجدول (٨) والمخطط (٨) مقارنة النسب المئوية لتمزقات العجان الأمامية المسجلة في المجموعتين، وقد كان الفارق هاماً مع قيمة مستوى دلالة أصغر من ٠,٠٠٥، وبالتالي فإن خزع الفرج يقي من التمزقات العجانية الأمامية.

الجدول (٨) يبين نتائج الاستقصاء عن تمزقات العجان الأمامية في عينة الدراسة

| درجة التمزق | مجموعة الحالات (n=215) | مجموعة الشاهد (n=215) |
|-------------|------------------------|-----------------------|
| لا تمزقات   | ١٨٩ (٨٧,٩١%)           | ١٤٨ (٦٨,٨٤%)          |
| يوجد تمزق   | ٢٦ (١٢,٠٩%)            | ٦٧ (٣١,١٦%)           |



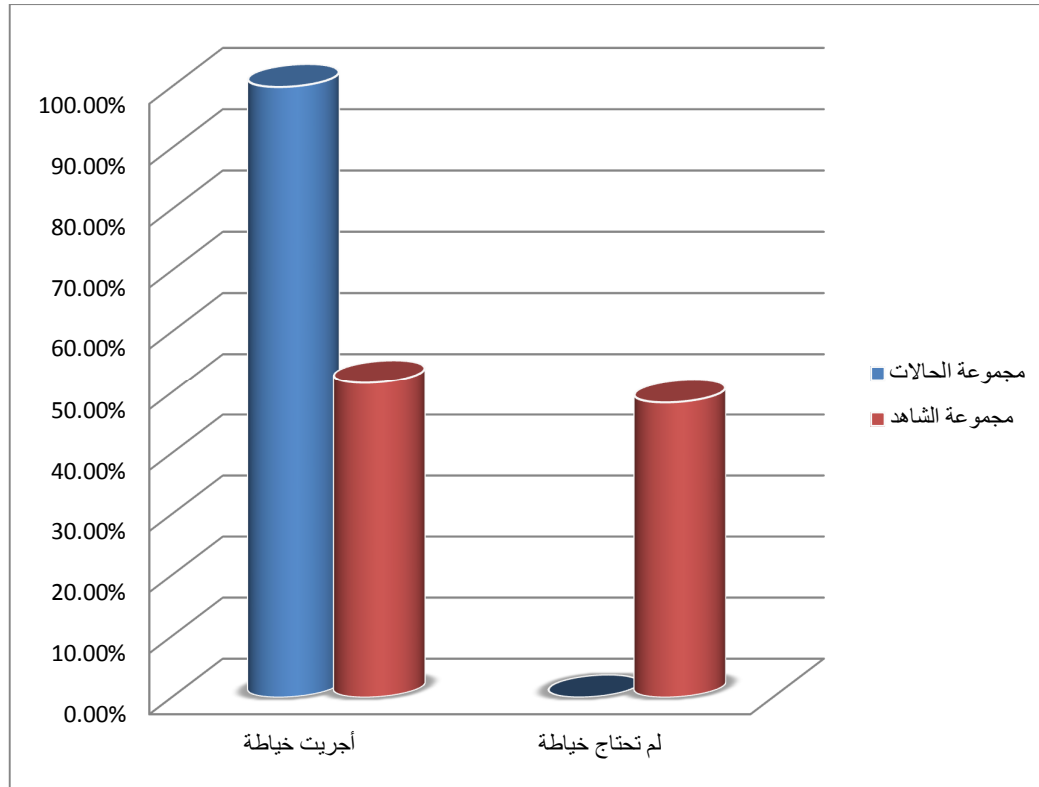
المخطط (٨) يبين مقارنة النسب المئوية لحدوث تمزقات العجان الأمامية في مجموعتي الدراسة

### ٣. نتائج الاستقصاء عن الحاجة للخياطة في

سجلت نتائج الاستقصاء عن الحاجة للخياطة في الجدول (٩). وبالتحليل الإحصائي كان الفارق هاماً مع قيمة مستوى دلالة أصغر من ٠,٠٠٥، وبالتالي فإن عدم إجراء خزع يترافق مع حاجة للخياطة أقل

الجدول (٩) يبين نتائج الاستقصاء عن الحاجة للخياطة في عينة الدراسة

| مجموعة الحالات (n=215) | مجموعة الشاهد (n=215) |                |
|------------------------|-----------------------|----------------|
| ٢١٥ (١٠٠%)             | ١١١ (٥١,٦٣%)          | أجريت خياطة    |
| ٠ (-)                  | ١٠٤ (٤٨,٣٧%)          | لم تحتاج خياطة |



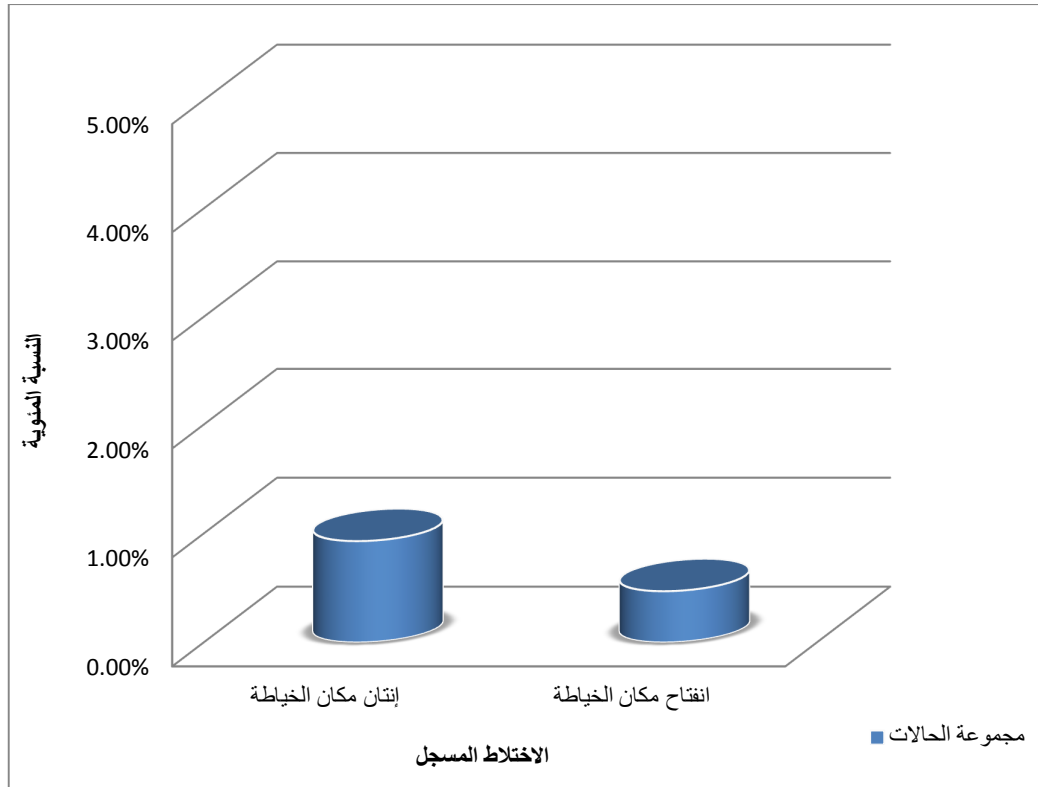
المخطط (٩) يبين مقارنة النسب المئوية للحاجة للخياطة في مجموعتي الدراسة

#### ٤. نتائج الاستقصاء عن الاختلاطات العجانية

تم تسجيل الاختلاطات العجانية الحادثة بسبب الخياطة لدى السيدات في عينة الدراسة في الجدول (١٠)، وقد كانت الحالات قليلة جداً ولا يمكن الاعتداد بها تحليلياً. ولكن يلاحظ عدم تسجيل أي اختلاط متعلق بالخياطة في مجموعة الشاهد.

الجدول (١٠) يبين نتائج الاستقصاء عن الاختلاطات التالية للخياطة في عينة الدراسة

| الاختلاط            | مجموعة الحالات (n=215) | مجموعة الشاهد (n=215) |
|---------------------|------------------------|-----------------------|
| إنتان مكان الخياطة  | ٢ (٠,٩٣%)              | ٠ (-)                 |
| انفتاح مكان الخياطة | ١ (٠,٤٧%)              | ٠ (-)                 |



المخطط (١٠) يبين النسب المئوية للاختلاطات المتعلقة بخياطة الجرح المسجلة بعد الولادة في مجموعة الحالات

## ٥. نتائج الاستقصاء عن الاختلاطات العجاني

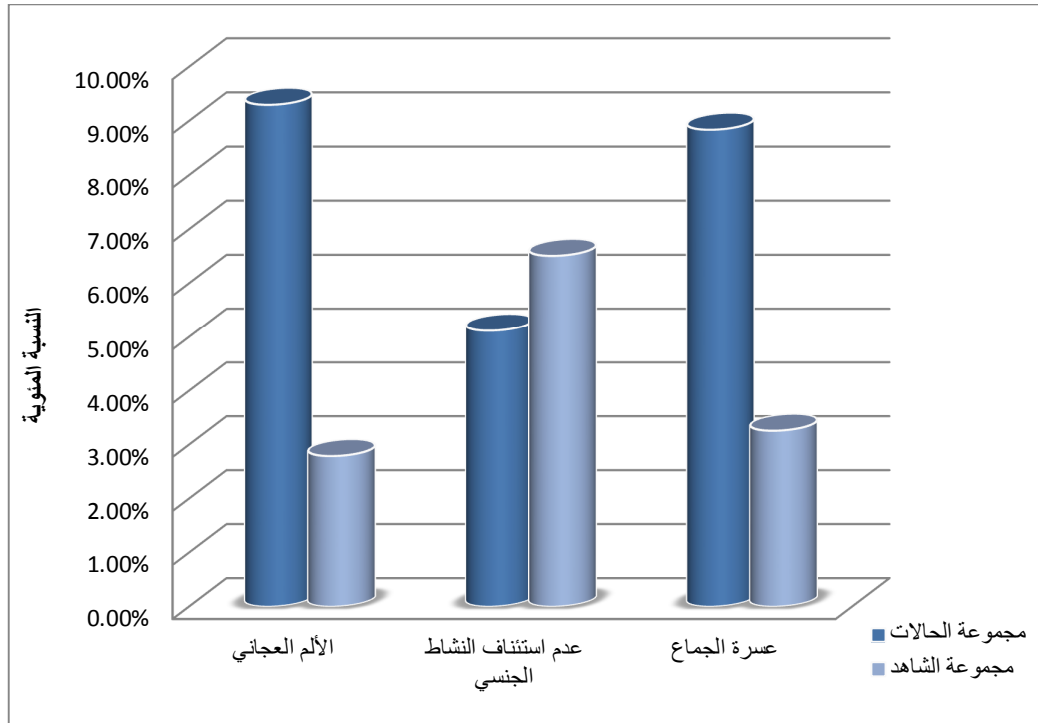
تم سؤال المريضة عن بعض التأثيرات الجانبية المرافقة للخياطة بعد ٦ أسابيع من الولادة، ويبين الجدول (١١) النتائج المسجلة.

كان الألم العجاني وعسرة الجماع أشيع في مجموعة الخزع وبفروق هامة عن مجموعة عدم إجراء الخزع ( $P < 0.05$ ).

لم يكن لإجراء الخزع من عدمه دوراً هاماً في استئناف النشاط التناسلي للمريضة ( $P > 0.05$ )، كانت الحالات المسجلة عن عدم استئناف النشاط التناسلي تعود إلى غياب الزوج، وليس بسبب تأثيرات إجراء الخزع أو عدمه.

الجدول (١١) يبين نتائج الاستقصاء عن الاختلاطات العجانية البعيدة للخياطة في عينة الدراسة

| الاختلاط                  | مجموعة الحالات (n=215) | مجموعة الشاهد (n=215) |
|---------------------------|------------------------|-----------------------|
| الألم العجاني             | ٢٠ (٩,٣٠%)             | ٦ (٢,٧٩%)             |
| عدم استئناف النشاط الجنسي | ١١ (٥,١٢%)             | ١٤ (٦,٥١%)            |
| عسرة الجماع               | ١٩ (٨,٨٤%)             | ٧ (٣,٢٦%)             |



المخطط (١١) يبين النسب المئوية للاختلاطات المتعلقة بخياطة الجرح المسجلة بعد ٦ أسابيع

## المناقشة

إن تقديم الممارسة التوليدية الأفضل خلال المخاض والولادة من أساسيات الدعم النفسي المقدم للسيدة خلال تجربة الولادة. يعد إجراء خزع الفرج الواقي من الممارسات الشائعة في هذا المجال عبر السنوات، ولكن مع إثارة التساؤلات حول مبررات هذا الإجراء وفائدته المحققة، أجريت العديد من الدراسات ومراجعات البيانات وبنيتها تراكمت الأدلة حول استطببات استخدامه وتقنيات إجرائه وإصلاحه.

ما تزال الممارسة المتبعة في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي هي إجراء الخزع الروتيني لكل الخروسات، بينما سجلت دول المنطقة معدلات أقل وبلغ المعدل ٦٠% في الأردن، و٦٢% في لبنان، و ٦٤% في الإمارات العربية (Fernandes S et al., 2009).

أجريت هذه الدراسة لتحديد الاختلافات المسجلة لدى الخروسات في حالة إجراء خزع الفرج أو عدم إجرائه ومقارنة النتائج.

ضمت الدراسة ٤٣٠ سيدة، قسّمن إلى مجموعتين متساويتين ومضبوطتين من حيث العمر والمستوى التعليمي والعمر الحملي ووزن الوليد عند الولادة، أجري للسيدات في المجموعة الأولى خزع فرج واقي روتيني، ولم يُجرَ في المجموعة الثانية.

بلغ معدل تمزقات العجان الخلفية الدرجة الثالثة ١٤% في حال عدم اللجوء للخزع و ٥٨،٥% في مجموعة خزع الفرج، وقد كان الفارق هاماً ( $P<0.05$ )، وقد سجلت هذه النتيجة في مراجعة تحليلية سابقة (Carroli G, Belizan J. 2008) وسجل حدوث أذية درجة ثالثة ٤% في الخزع المحدد مقابل ٨% في حالة الخزع الروتيني (Dannecker C et al., 2004).

وقد سجل حدوث أذية درجة ثالثة في ٨،٨% في مجموعة الخزع المحدد مقابل ٢١،٣٦% في مجموعة الخزع الروتيني (دراسة الدكتور طارق كنعان ٢٠١٠).

لم تسجل أي حالة تمزق عجان درجة رابعة في دراستنا الحالية بينما كانت هذه النسبة ٠،٩٧% في المجموعة الثانية مقابل ٢،٣٤% في المجموعة الأولى (دراسة الدكتور طارق كنعان ٢٠١٠).



مما سبق فإن هذه الدراسة تتوافق مع منشورات الأدب الطبي بقي من تمزقات العجان بدرجاته الكبيرة، ولكن يساهم في وبالمجمل فإنه لا يحافظ على العجان سليم تشريحياً دون أذية عيانية.

أجريت خياطة وإصلاح للتمزق العجاني في ٥١,٦٣% من السيدات في مجموعة عدم إجراء الخزع مقابل ١٠٠% من السيدات في مجموعة الخزع الروتيني، وكان الفارق هاماً بينهما ( $P < 0.05$ )، وكانت النسبة ٧٢,٩٢% مقابل ١٠٠% (دراسة الدكتور طارق كنعان ٢٠١٠).

إن اللجوء للخياطة يعني وقتاً أطول، وزيادة تكلفة مادية. أظهر تحليل دراسات أن الحاجة للجوء للخياطة أقل بشكل هام في مجموعة الخزع المحدد (٦٤% مقابل ٨٦% (Carroli G, ) (Belizan J. 2008).

أما بالنسبة للوليد فإنه لم يكن هناك فارق هام في قيمة أبغار منخفضة في الدقيقة الأولى بعد الولادة بين المجموعتين وسجل Shahraki ورفاقه (٢٠١١) نتيجة مماثلة.

لم تسجل الدراسة اختلاطات شفاء لدى السيدات بدون خزع روتيني، وأيضاً فإن الحالات في مجموعة الخزع كانت قليلة (أقل من ١% لكل منها)، سجل Carroli, Belizan (٢٠٠٨) اختلاطات شفاء أقل بشكل هام في مجموعة الخزع المحدد (الانتخابي) مقارنة بالخزع الروتيني.

أما بالنسبة للاختلاطات اللاحقة فقد كان الألم العجاني وعسرة الجماع بعد ٦ أسابيع أقل في مجموعة عدم إجراء الخزع مقارنة بمجموعة الخزع الروتيني، وسجل Singorello ورفاقه (٢٠٠١) نتيجة مشابهة حول الوظيفة الجنسية، وفي دراسة (Saudet, Unsal, Buran 2013) كانت نسبة حدوث عسرة الجماع عند السيدات في مجموعة الخزع الروتيني ٢١%. أظهر تحليل حدوث ألم عجاني أقل بشكل هام في حالة عدم اللجوء للخزع الروتيني، ولكن دون فارق هام في عسر الجماع (Carroli G, Belizan J. 2008)

إن هذه الدراسة سجلت الدور الفعال والجيد للجوء لتحديد إجراء خزع الفرج وحصره باستطبابات محددة.



**PDF**  
Complete

Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

## التوصيات

❖ العمل على استبدال الممارسة الحالية في مشفى التوليد الجامعي و القائمة على

إجراء خزع الفرج الواقي روتينياً لكل الخروسات.

❖ إجراء خزع الفرج الواقي باستطبابات محددة وهي:

- استخدام الملقط.
- الجنين الخديج.
- تألم جنيني.
- وضعية شاذة للجنين.
- وجود خطر عالي لتمزقات شديدة.



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

الملاحق

## الملحق الأول

جامعة دمشق

كلية الطب البشري

قسم التوليد وأمراض النساء

### الموافقة المستنيرة

سيدتي:

سيقوم فريق من الباحثين بإجراء دراسة مقارنة بين إجراء وعدم إجراء خزع الفرج الوافي عند الخروسات في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي، ولذلك يهمننا مشاركتك في هذه الدراسة وإعطائنا بعض البيانات والتي ستحفظ بسرية تامة ولن تستخدم البيانات إلا لأغراض بحثية فقط والتي قد تفيد في تطوير طرق توليد الخروسات المراجعات لمشفى التوليد الجامعي.

إن ملء الاستبيان والمشاركة في الدراسة غير ملزم ورفضك المشاركة لن يؤثر بأي شكل على حقوقك الطبية داخل المشفى أو الخدمات الطبية المقدمة لك، ولك كامل الحق في رفض الإجابة على أي سؤال لا ترغبين في الإجابة عليه.

نطمح لمساهمتك في هذه الدراسة.

هل ترغبين في المشاركة: نعم لا

اسم وتوقيع السيدة

اسم جامع البيانات:



## الملحق الثاني

### استمارة الدراسة

|                              |               |                 |
|------------------------------|---------------|-----------------|
| المجموعة:                    | حالة          | شاهد            |
| الرقم:                       | رقم الإضبارة: | تاريخ الدخول:   |
| اسم المريضة:                 |               |                 |
| العمر:                       | مكان السكن:   | الهاتف:         |
| المستوى التعليمي:            |               |                 |
| السوابق المرضية:             |               |                 |
| السوابق الجراحية:            |               |                 |
| السوابق التحسسية:            |               |                 |
| جنس المولود:                 | ذكر           | انثى            |
| وزن الوليد بالغرام:          |               | قيمة أبغار د ١: |
| إجراء خزع:                   | نعم           | لا:             |
| درجة تمزق العجان:            | أولى:         | ثانية:          |
| تمزقات عجان امامية:          | موجودة:       | غير موجودة:     |
| حدوث اختلاط في منطقة العجان: | انتان:        | انفتاح الجرح:   |
| وجود ألم عجاني بعد ٦ أسابيع: |               |                 |
| استئناف العلاقة الجنسية:     | نعم           | لا:             |
| وجود عسرة جماع بعد ٦ أسابيع: |               | السبب:          |

 **PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

# قائمة المراجع

- Alperin M, Krohn MA, Parviainen K: Episiotomy and increase in the risk of obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 111:1274, 2008
- Althobe F, Belizon JM, Bergel E: Episiotomy rates in primiparous in Latin America: hospital based restrictive study. *BJM* 2002, 324 (7343), 945–6
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG: Prophylactic antibiotics in labor and delivery. Practice Bulletin No. 120, June 2011
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG: Episiotomy. Practice Bulletin No. 71, April 2006, Reaffirmed 2013
- Angioli R, Gomez-Marin O, Cantuaria G, et al: Severe perineal lacerations during vaginal delivery: the University of Miami experience. *Am J Obstet Gynecol* 182:1083, 2000
- Anthony S, Buitendijk SE, Zondervan KT, et al: Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. *Br J Obstet Gynaecol* 101:1064, 1994
- Carroli G, Mignini L: Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD000081, 2009
- Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2008. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd. Search date not reported; primary sources Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register.
- Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, et al. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomised controlled trial. *Act Obstet Gynaecol Scand* 2004;83:364–368.
- de Vogel J, van der Leeuw-van Beek A, Gietelink D, et al: The effect of a mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery on the risk of developing obstetrical anal sphincter injuries. *Am J Obstet Gynecol* 206(5):404, 2012
- Duggal N, Mercado C, Daniels K, et al: Antibiotic prophylaxis for prevention of postpartum perineal wound complications: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 111(6):1268, 2008
- Ejegard H, Ryding EL, Sjorgen B: Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecol Obstet Invest* 2008, 1 (66), 1–7.

- mour D, et al: Overlapping compared with end-to-end repair of complete third-degree or fourth-degree obstetric tears: three-year follow-up of a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 120(4):803, 2012
- Fernandes, S., Benjamin, E. E., & Edwards, G. (2009). Using evidence to reduce the rate of episiotomy in a Dubai hospital. *Evidence Based Midwifery*, 7(2), 60–63.
- Fitzpatrick M, Behan M, O'Connell PR, et al: A randomized clinical trial comparing primary overlap with approximation repair of third-degree obstetric tears. *Am J Obstet Gynecol* 183:1220, 2000
- Fleming EM, Hagen S, Niven C. Does perineal suturing make a difference? The SUNS trial. *Br J Obstet Gynaecol* 2003;110: 684–689
- Gjessing H, Backe B, Sahlin Y: Third degree obstetric tears; outcome after primary repair. *Acta Obstet Gynecol Scand* 77:736, 1998
- Hirsch E, Haney EI, Gordon TE, et al: Reducing high-order perineal laceration during operative vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 198(6):668.e1, 2008
- Kalis V, Laine K, de Leeuw J, Ismail K, Tincello D. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG* 2012;119: 522–6.
- Kettle C, Dowswell T, Ismail KM: Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev* 11:CD000947, 2012.
- Kettle C, Tohill S. Perineal care. *Clinical Evidence* 2008;09:1401.
- Kettle C, Johanson RB. Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2008.
- Kettle C, Hills RK, Jones P, et al. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;359:2217–2223
- Kindberg S, Stehouwer M, Hvidman L, et al: Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomized trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. *BJOG* 115:472, 2008
- Larson KA, Yousuf A, Lewicky-Gaupp C, et al: Perineal body anatomy in living women: 3-dimensional analysis using thin-slice magnetic resonance imaging. *Am J Obstet Gynecol* 203(5):494.e15, 2010
- Larson P, Platz-Christensen J, Bergman B, et al: Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. *Gynecol Obstet Invest* 31:213, 1991

- of chromic catgut versus polyglactin 910 versus polyglactin 910 sutures for perineal repair: a randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1585–1590.
- Minassian VA, Jazayeri A, Prien SD, et al: Randomized trial of lidocaine ointment versus placebo for the treatment of postpartum perineal pain. *Obstet Gynecol* 100:1239, 2002
- Mornar SJ, Perlow JH: Blunt suture needle use in laceration and episiotomy repair at vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 198:e14, 2008
- Mulder FE, Schoffemeer MA, Hakvoort RA, et al: Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and metaanalysis. *BJOG* 119(12):1440, 2012
- Nager CW, Helliwell JP: Episiotomy increases perineal laceration length in primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 185:444, 2001
- Oliphant SS, Jones KA, Wang L, et al: Trends over time with commonly performed obstetric and gynecologic inpatient procedures. *Obstet Gynecol* 116(4):926, 2010
- Pietras J, Taiwo BF. Episiotomy in Modern Obstetrics – Necessity Versus Malpractice. *Adv Clin Exp Med* 2012, 21, 4, 545–550
- Poen AC, Felt-Bersma RJ, Strijers RL, et al: Third-degree obstetric perineal tear: long-term clinical and functional results after primary repair. *Br J Surg* 85:1433, 1998
- Rådestad I, Olsson A, Nissen E, et al: Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. *Birth* 35:98, 2008
- Roberts PL, Collier JA, Schoetz DJ, et al: Manometric assessment of patients with obstetric injuries and fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 33:16, 1990
- Rodriguez A, Arenas EA, Osorio AL, et al: Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 198:285.e1, 2008
- Safrati R, Marechaud M, Magnin G: comparaison des deperditions sanguines lors des cesariennes et lors des accouchements par voie basse avec episiotomie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999, Vol. 28, 48–54.
- Sanders J, Campbell R, Peters TJ: Effectiveness of pain relief during perineal suturing. *Br J Obstet Gynaecol* 109:1066, 2002
- Shafik A, Sibai OE, Shafik AA, et al: A novel concept for the surgical anatomy of the perineal body. *Dis Colon Rectum* 50(12):2120, 2007

- Abirian S, Khodae S, Choupannejad S. A comparison of maternal and neonatal complications of restrictive episiotomy and routine episiotomy in primiparous vaginal delivery. *J Res Med Sci*. 2011 Dec; 16(12): 1583–1589.
- Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, et al: Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. *Br Med J* 320:86, 2000
- Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, et al: Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 184:881, 2001
- Stock L, Basham E, Gossett DR, et al: Factors associated with wound complications in women with obstetric anal sphincter injuries (OASIS). *Am J Obstet Gynecol* 208(4):327.e1, 2013
- Valenzuela P, Saiz Puente MS, Valero JL, et al: Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a randomised controlled trial. *BJOG* 116(3):436, 2009
- Woodman PJ, Graney DO: Anatomy and physiology of the female perineal body with relevance to obstetrical injury and repair. *Clin Anat* 15:321, 2002.
- Woolley RJ: Benefits and risks of episiotomy: A review of the English language literature since 1980. Part I. *Obstet Gynecol Surv* 1995,50,806–20
- Woolley RJ: Benefits and risks of episiotomy: A review of the English language literature since 1980. Part II. *Obstet Gynecol Surv* 1995, 50, 821–835.

النهاية