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

تأثير موقع المشيمة على نتاج الحمل في حالات ارتكاز المشيمة المعيب

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدراسات العليا التخصصية في التوليد وأمراض النساء

إعداد طالبة الدراسات العليا

دعاء محمد الشهاب

بإشراف

الدكتور: جميل طالب

الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء
من كلية الطب البشري –
جامعة دمشق

رئيس قسم التوليد وأمراض النساء

الدكتور: هيثم عباسي

الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء
من كلية الطب البشري –
جامعة دمشق

1443 هـ/2022 م

قرار لجنة الحكم وتوقيعات لجنة المناقشة Apporval

نُوقِشت هذه الرسالة الموسومة بعنوان (تأثير موقع المشيمة على نتاج الحمل في حالات ارتكاز المشيمة المعيب) في جلسة علنية بتاريخ / /2022 م، وبعد الاطلاع على النسخة المُعدَّلة المُقدَّمة من قبل طالبة الدراسات العليا: **دعاء محمد الشهاب** تبين أنه تم التقيد بكافة الملاحظات، وتم إجراء كافة التصويبات المطلوبة، **وأُجِيزَت من قبل أعضاء لجنة التحكيم التالية أسماؤهم:**

الدكتور جميل طالب: الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – مشرفاً.

الاسم : أ.د. جميل طالب

الدكتور كنعان السقا: الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – عضواً.

الاسم : أ.د. كنعان السقا

الدكتور وائل نصار: الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء من كلية الطب البشري، جامعة دمشق – عضواً.

الاسم : أ.د. وائل نصار

تصريح خطي

أنا الموقعة أدناه أصرح بعلمي الكامل وقبولي:

1- أن كل ما ينتج عن البحث والأطروحة هو ملكية فكرية ومالية بالتشارك مع جامعة دمشق، وأنني ألتزم بأخذ موافقة الجامعة في حال رغبتي بنشر البحث أو الأطروحة أو جزء منها نصاً أو مضموناً خارج إطار الجامعة (من دور نشر أو مكتبات أو مواقع الكترونية وغيرها من وسائل النشر).

2- أنه لا يوجد أي جزء من هذه الأطروحة تم اقتباسه من عمل علمي آخر أو أُنجِزَ للحصول على شهادة أخرى في جامعة دمشق أو أية جامعة أو معهد تعليمي داخل أو خارج الجمهورية العربية السورية.

الأسم والتوقيع:

دعاء محمد الشهاب

شهادة المشرف

نشهد بأن العمل الموصوف في هذه الرسالة أو الأطورحة نتيجة عمل قامت به المُرشَّحة **دعاء محمد الشهاب** تحت إشراف الأستاذ الدكتور **جميل طالب** جامعة دمشق- كلية الطب البشري – قسم التوليد وأمراض النساء، وأية مراجع أخرى بُحِثَت في هذه الرسائل مُوثّقة في النص.

المشرف

الأستاذ الدكتور جميل طالب

شكر وتقدير Acknowledgment

الأستاذ الدكتور جميل طالب

المشرف على هذا البحث، الأستاذ المتميز و صاحب الفضل الكبير، الذي أعطاني من وقته وعلمه كثيراً، ولم يبخل بأي معلومة أو ملاحظة، لك مني كل التقدير والحب، والشكر الخالص لإشرافه على هذا البحث، مع تمنياتي له بدوام الصحة والعافية.

الأستاذ الدكتور كنعان السقا

الذي تفضَّل مشكوراً بالمشاركة في لجنة الحكم على هذا البحث، وقدم نصائحه وملاحظاته بكامل المحبة والدعم، ولم يبخل بمساعدة أو معلومة، لك مني كل الشكر والاحترام والتقدير.

الأستاذ الدكتور وائل نصار

الذي شرَّفني بتقويم البحث من خلال المشاركة في لجنة الحكم، وما قدمه من ملاحظات ونصائح، لك مني كل الشكر والاحترام والتقدير.

فهرس المحتويات Table of Contents

القسم	الصفحة
الجزء التمهيدي:	1
1- المقدمة	1
2- المشكلة البحثية	1
3- تساؤلات البحث	1
4- فرضيات البحث	2
5- مسلمات البحث	2
6- هدف البحث	2
7- أهمية البحث	2
8- حدود البحث	2
9- مناهج البحث وأدواته	3
10- الدراسات المرجعية	4
11- مكونات البحث	5
الجزء الأول: القسم النظري	7
الفصل الأول: ارتكاز المشيمة المعيب: الوبائيات، المظاهر السريرية، التشخيص، المراضة والوفيات Placenta Previa: Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Morbidity and Mortality	8
1-1- تمهيد	8
1-1-1- وصف موقع المشيمة	8
1-2- الوبائيات Epidemiology	10
1-2-1- الشيوع Prevalence	10
1-2-2- عوامل الخطر Risk Factors	11
1-2-3- عوامل الخطر الأخرى Other risk factors	11

1-3- الإمراضية Pathogenesis	12
1-4- الآلية المرضية للنزف Pathophysiology of Bleeding	12
1-5- التظاهر السريري والسير المرضي Clinical Presentation and Course	13
1-5-1- لا عرضي- يُكتَشف بالتصوير الروتيني بالأ/واج فوق الصوتية في الثلث الثاني من الحمل Asymptomaatic finding on midtrimester ultrasound examination	13
1-5-2- السير الطبيعي Natural history	14
1-5-2-1- ازدياد طول القطعة السفلية للرحم the lower uterine segment legthens	14
1-5-2-2- إن تروية القطعة السفلية للرحم أقل من الأجزاء الأخرى من العضلة الرحمية	14
1-5-2-3- توقع وجود ارتكاز معيب عند الولادة Predicting presence at delivery	14
1-5-2-4- النزف Bleeding	16
1-6- التشخيص Diagnosis	17
1-6-1- معايير التشخيص Diagnostic criteria	17
1-6-2- التصوير بالأمواج فوق الصوتية Ultrasonography	25
1-6-2-1- التصوير بالأمواج عبر جدار البطن Transabdominal ultrasound	25
1-6-2-2- التصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر المهبل Tranvaginal ultrasound (TVUS)	28
1-6-2-3- التصوير بالرنين المغناطيسي Magnetic resonance imaging	29
1-7- الموجودات المرافقة Associated Findings	29
1-7-1- طيف التحام المشيمة Placenta previa-accreta spectrum	29
1-7-2- الموجودات الأخرى المرافقة Other associated	29

findings	
1-8- المراضة والوفيات Morbidity and Mortality	30
1-8-1- المرتبطة بالأم Maternal	30
1-8-2- المرتبطة بالوليد Neonatal	31
1-9- النكس Recurrence	31
1-10- موجز	31
الفصل الثاني: ارتكاز المشيمة المعيب: التدبير Placenta Previa: Management	32
2-1- تمهيد	32
2-2- المريضات غير العرضيات Asymptomatic Patients	32
2-2-1- الأهداف Goals	32
2-2-2- مراقبة موقع الارتكاز Monitoring placental position	33
2-2-3- طيف التحام المشيمة Placenta previa-accreta spectrum	34
2-2-4- تقليل خطر النزف Reducing the risk of bleeding	34
2-2-5- المقارنة بين المراقبة داخل المشفى والمراقبة خارج المشفى inpatient versus outpatient monitoring	35
2-2-6- الستيروئيدات القشرية قبل الولادة Antenatal corticosteroids	36
2-2-7- توقيت الولادة Timing of delivery	36
2-3- التدبير الحاد لمريضات النزف Acute Care of Bleeding Patients	36
2-3-1- تقييم الأم والجنين Maternal and fetal assessment	37
2-3-2- التحاليل المخبرية Laboratory testing	37
2-3-3- استقرار الحالة الهيموديناميكية للمريضة Stabilization	38
2-3-3-1- يتم الحفاظ على الاستقرار الهيموديناميكي	38
2-3-3-2- نقل الدم ومشتقاته Transfusion	38

2-3-3-3- المحصلة النهائية Outcomes	39
2-3-3-4- استطبابات الولادة القيصرية Indications for Cesarean delivery	39
2-3-3-5- سلفات المغنزيوم Magnesium sulfate	39
2-3-3-6- التخدير Anesthesia	39
2-4- العلاجات المحافظة للمريضات المستقرات بعد حدوث نزف بسبب ارتكاز المشيمة المعيب Expectant Management of Stable Patients after a Bleed caused by Placenta Previa	40
2-4-1- هدف العلاج Goals of Tretment	40
2-4-2- الستيروئيدات القشرية ما قبل الولادة Antenatal Corticosteroids	40
2-4-3- تصحيح فقر الدم Correction of Anemia	40
2-4-4- الغلوبيولين المناعي Anti-D Anti-D Immune Globulin	41
2-4-5- تقييم الجنين Fetal Assessment	42
2-4-6- تداخلات أخرى Other Interventions	42
2-4-6-1- حالات المخاض Tocolysis	42
2-4-6-2- تطويق الرحم Cerclage	42
2-4-7- المقارنة بين التدبير داخل المشفى و التدبير خارج المشفى Inpatient versus outpatient management	43
2-4-8- معايير تخريج المريضات من المشفى Criteria for Dischage	43
2-4-9- تدبير تمزق الأغشية الباكر قبل الولادة المرافق لارتكاز المشيمة المعيب Management of Coexistent Preterm Premature Rupture of the Membranes (PPROM)	44
2-4-10- وقت الولادة Timing of Delivery	44
2-5- تدبير النزف بعد الولادة Management of Postpartum Hemorrhage	45

2-6- موجز	46
الجزء الثاني: القسم العملي	47
الفصل الأول: أهداف البحث، التصميم، المواد والطرائق	48
1-1- تمهيد	48
1-2- خلفية البحث	48
1-3- تساؤلات البحث	48
1-4- هدف البحث	49
1-5- عينة الدراسة	49
1-6- مواد وطرائق الدراسة	49
1-7- الاعتبارات الأخلاقية	51
1-8- حجم العينة	51
1-9- المفاهيم والاعتبارات	52
استمارة البحث	53
الموافقة المستنيرة	54
1-10- طرق التحليل الإحصائي	55
1-11- موجز	56
الفصل الثاني: النتائج Results	57
2-1- تمهيد	57
2-2- النتائج	57
2-2-1- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عمر الحامل	57
2-2-2- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع العمر الحملي	58
2-2-3- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق الحملية	58
2-2-4- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق التوليدية	58
2-2-5- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع متوسط عدد الولادات والاسقاطات السابقة	59

2-2-6- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق المرضية	59
2-2-7- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع درجة ارتكاز المشيمة	60
2-2-8- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الارتكاز على ندبة القيصرية والتحام المشيمة	60
2-2-9- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عدد الأجنة	61
2-2-10- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الحملية	61
2-2-11- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات التوليدية	62
2-2-12- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عدد وحدات الدم المنقولة ومدة الاستشفاء	63
2-2-13- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع نوع القيصرية	63
2-2-14- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع تقييم الوليد	63
2-2-15- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الوليدية أثناء الحمل	64
2-2-16- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الوليدية التوليدية	64
2-2-17- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع عمر الحامل والعمر الحملي	65
2-2-18- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع السوابق الحملية	65
2-2-19- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع السوابق التوليدية	65
2-2-20- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع متوسط عدد الولادات والاسقاطات السابقة	66
2-2-21- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع السوابق المرضية	66
2-2-22- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع عدد الأجنة	67
2-2-23- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الحملية	67
2-2-24- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الحملية	68

والتوليدية	
2-2-25- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع وحدات الدم المنقولة ومدة الاستشفاء	**69**
2-2-26- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع نوع القيصرية	**69**
2-2-27- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع حالة الوليد	**70**
2-2-28- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الوليدية	**70**
2-2-29- دراسة علاقة النزف مع عمر الحامل والعمر الحملي	**71**
2-2-30- دراسة علاقة النزف مع السوابق الحملية	**71**
2-2-31- دراسة علاقة النزف مع السوابق التوليدية	**72**
2-2-32- دراسة علاقة النزف مع متوسط عدد الولادات والاسقاطات السابقة	**73**
2-2-33- دراسة علاقة النزف مع السوابق المرضية	**74**
2-2-34- دراسة علاقة النزف مع موقع ارتكاز المشيمة	**74**
2-2-35- دراسة علاقة النزف مع درجة ارتكاز المشيمة	**75**
2-2-36- دراسة علاقة النزف مع الارتكاز على ندبة القيصرية والتحام المشيمة	**75**
2-2-37- دراسة علاقة النزف مع عدد الأجنة	**76**
2-2-38- دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات الحملية	**76**
2-2-39- دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات التوليدية	**77**
2-2-40- دراسة علاقة النزف مع مع وحدات الدم المنقولة ومدة الاستشفاء	**77**
2-2-41- دراسة علاقة النزف مع مع نوع القيصرية	**78**
2-2-42- دراسة علاقة النزف مع عدد الأجنة	**78**
2-2-43- دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات الحملية	**79**
2-2-44- دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات التوليدية	**80**

2-2-45- دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات الحملية والتوليدية	80
2-2-46- دراسة علاقة النزف مع حالة الوليد والاختلاطات الوليدية	81
2-2-47- دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات الوليدية	82
2-3- موجز	83
الفصل الثالث: المقارنة مع الدراسات العالمية المُشَابهة	84
3-1- تمهيد	84
3-2- المقارنات مع الدراسات العالمية المشابهة	84
3-2-1- لمحة عن دراسات المقارنة:	84
3-2-2- مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عمر الحامل والعمر الحملي	85
3-2-3- مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق الحملية والجراحية	85
3-2-4- مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق الحملية والجراحية	86
3-2-5- مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عدد الاجنة ونمط ارتكاز المشيمة	87
3-2-6- مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع النزف قبل وبعد الولادة	88
3-2-7- مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الحملية والتوليدية	89
3-2-8- مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع حالة الوليد وحاجته للحاضنة	90
3-3- موجز	90
الفصل الرابع: المناقشة Discussion	91
4-1- تمهيد	91

4-2- مقارنة نتائج دراستنا مع الدراسات العالمية المشابهة ومناقشة النتائج	91
4-3- موجز	97
الجزء الثالث: خاتمة Conclusion	98
1-1- تمهيد	98
1-2- الاستنتاجات	98
1-3- صعوبات البحث	99
1-4- التوصيات	99
المراجع References	100
الملخص باللغة الانكليزية English Abstract	116

قائمة الجداول List of Tables

اسم الجدول ورقمه	الصفحة
الجدول (2–1): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عمر الحامل	57
الجدول (2–2): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع العمر الحملي	58
الجدول (2–3): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق الحملية	58
الجدول (2–4): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق التوليدية	58
الجدول (2–5): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع متوسط عدد الولادات والاسقاطات السابقة	59
الجدول (2–6): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق المرضية	59
الجدول (2–7): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع درجة ارتكاز المشيمة	60
الجدول (2–8): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الارتكاز على ندبة القيصرية والتحام المشيمة	60
الجدول (2–9): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عدد الأجنة	61
الجدول (2–10): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الحملية	61
الجدول (2–11): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات التوليدية	62
الجدول (2–12): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عدد وحدات الدم المنقولة ومدة الاستشفاء	63
الجدول (2–13) دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع نوع القيصرية المجراة	63
الجدول (2–14): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع تقييم الوليد	63
الجدول (2–15): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الوليدية أثناء الحمل	64
الجدول (2–16): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الوليدية التوليدية	64
الجدول (2–17): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع عمر الحامل والعمر الحملي	65
الجدول (2–18): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع السوابق الحملية	65
الجدول (2–19): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع السوابق التوليدية	65
الجدول (2–20): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع متوسط عدد الولادات والاسقاطات السابقة	66
الجدول (2–21): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع السوابق المرضية	66

الجدول (2–22): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع عدد الاجنة	**67**
الجدول (2–23): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الحملية	**67**
الجدول (2–24): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات التوليدية	**68**
الجدول (2–25): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع وحدات الدم المنقولة ومدة الاستشفاء	**69**
الجدول (2–26) دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع نوع القيصرية المجراة	**69**
الجدول (2–27): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع حالة الوليد	**70**
الجدول (2–28): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الوليدية	**70**
الجدول (2–29): دراسة علاقة النزف مع عمر الحامل والعمر الحملي	**71**
الجدول (2–30): دراسة علاقة النزف مع السوابق الحملية	**71**
الجدول (2–31): دراسة علاقة النزف مع السوابق التوليدية	**72**
الجدول (2–32): دراسة علاقة النزف مع متوسط عدد الولادات والاسقاطات السابقة	**73**
الجدول (2–33): دراسة علاقة النزف مع السوابق المرضية	**74**
الجدول (2–34): دراسة علاقة النزف مع موقع ارتكاز المشيمة	**74**
الجدول (2–35): دراسة علاقة النزف مع درجة ارتكاز المشيمة	**75**
الجدول (2–36): دراسة علاقة النزف مع الارتكاز على ندبة القيصرية والتحام المشيمة	**75**
الجدول (2–37): دراسة علاقة النزف مع عدد الأجنة	**76**
الجدول (2–38): دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات الحملية	**76**
الجدول (2–39): دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات التوليدية	**77**
الجدول (2–40): دراسة علاقة النزف مع وحدات الدم المنقولة ومدة الاستشفاء	**77**
الجدول (2–41): دراسة علاقة النزف مع نوع القيصرية	**78**
الجدول (2–42): دراسة علاقة النزف مع عدد الأجنة	**78**
الجدول (2–43): دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات الحملية	**79**
الجدول (2–44): دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات التوليدية	**80**
الجدول (2–45): دراسة علاقة النزف مع وحدات الدم المنقولة ومدة الاستشفاء	**80**
الجدول (2–46): دراسة علاقة النزف مع تقييم الوليد	**81**
الجدول (2–47): دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات الوليدية	**82**
الجدول (2–48): لمحة عن دراسات المقارنة	**84**
الجدول (2–49): مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عمر الحامل والعمر الحملي	**85**

الجدول (2–50): مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق الحملية والجراحية	**85**
الجدول (2–51): مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع متوسط عدد الولادات والاسقاطات	**86**
الجدول (2–52): مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عدد الاجنة ونمط ارتكاز المشيمة	**87**
الجدول (2–53): مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع النزف قبل وبعد الولادة	**88**
الجدول (2–54): مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الحملية والتوليدية	**89**
الجدول (2–55): مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع حالة الوليد وحاجته للحاضنة	**90**

قائمة الأشكال List of Figures

اسم الشكل ورقمه	الصفحة
الشكل (1–1): يوضح ارتكاز مشيمة معيب تام Complete placenta previa	18
الشكل (1–2): يوضح مشيمة ذات ارتكاز واطئ	19
الشكل (1–3): يوضح الدرجات المختلفة لدرجات ارتكاز المشيمة المعيب	20
الشكل (1–4): يوضح ارتكاز مشيمة واطئ low-lying placenta previa	21
الشكل (1–5): يوضح ارتكاز مشيمة هامشي maginal placenta previa	22
الشكل (1–6): يوضح ارتكاز مشيمة جزئي partial placenta previa	23
الشكل (1–7): يوضح ارتكاز مشيمة كامل complete placenta previa	24
الشكل (1–8): يوضح امتلاء مثانة شديد يشبه منظر ارتكاز مشيمة معيب	26
الشكل (1–9): يوضح العصابة الرحمية في تدبير النزف الرحمي	46

جدول المصطلحات والاختصارات الطبية Table of Abbreviations

الاختصار	الشرح
Internal OS	**الفوهة الباطنة لعنق الرحم**
Cervical OS	**فوهة عنق الرحم**
TVUS	**Transvaginal Ultrasound** **تصوير الأمواج فوق الصوتية عبر المهبل**
Mean	**Arithmetic mean** **المتوسط الحسابي**
S.td	**Standard Deviation** **الانحراف المعياري**

الملخص

خلفية البحث:

يُعَدُّ ارتكاز المشيمة المعيب اختلاط خطير للحمل وسبب شائع للنزف بعد الوضع الذي قد يكون مهددا لحياة المرأة الحامل، و يعتقد بعض الباحثين في السنوات الأخيرة بأن موقع ارتكاز المشيمة المعيب له تأثير على النتائج الحملية.

هدف البحث:

يهدف البحث إلى دراسة تأثير موقع المشيمة على الناتج الحملي لدى الحوامل مع ارتكاز مشيمة معيب.

مواد البحث وطرائقه:

تصميم الدراسة: **دراسة حشدية مستقبلية Prospective Cohort Study**، شملت الحوامل مع ارتكاز مشيمة معيب المقبولات في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق ما بين 2020/7/12 إلى 2021/7/12.

النتائج:

ضم البحث 80 امرأة حامل مع ارتكاز مشيمة معيب، وكان موقع ارتكاز المشيمة المعيب على الجدار الأمامي في 49 حالة وعلى الجدار الجانبي في 6 حالات وعلى الجدار الخلفي في 25 حالة.

ترافق ارتكاز المشيمة المعيب الأمامي مع ارتفاع نسبة التحام المشيمة وفقر الدم عند الحامل والنزف قبل الولادة والحاجة لنقل الدم واستئصال الرحم الولادي ووفيات الأمهات، أيضاً مع متوسط وزن وليد ومجموع نقاط مشعر أبغار في الدقيقة الأولى أصغر ونسبة أكبر لنقص وزن الوليد ووفاة الولدان، لكن كان الفرق مهم إحصائياً فقط في حالة فقر الدم والنزف قبل الولادة.

ارتكاز المشيمة المعيب على الجدار الخلفي ترافق مع ارتفاع نسبة ارتكاز المشيمة التام والنزف بعد الولادة لكن بدون أهمية إحصائية للفرق.

أما ارتكاز المشيمة المعيب الجانبي فقد ترافق مع ارتفاع نسبة المخاض الباكر والولادة المبكرة ومتوسط مدة استشفاء أطول لكن بدون أهمية إحصائية للفرق.

ارتبط ارتكاز المشيمة المعيب التام مع ارتفاع نسبة فقر الدم والنزف بعد الولادة والحاجة لنقل الدم بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.

الاستنتاجات:

ارتكاز المشيمة المعيب الامامي يزيد خطر النزف قبل الولادة وفقر الدم عند الحامل، وارتكاز المشيمة المعيب التام يزيد خطر النزف بعد الولادة.

كلمات رئيسة (مفتاحية): ارتكاز المشيمة المعيب، الموقع، الاختلاطات.

الجزء التمهيدي:

1- المقدمة:

يُعَدُّ ارتكاز المشيمة المعيب اختلاط خطير للحمل وأشيع سبب للنزف بعد الوضع الذي غالبا ما يكون مهددا لحياة المرأة الحامل [Baumfeld, 2017, 331-335][1]، لذا أثناء المتابعة السريرية لحالات المشيمة ذات الارتكاز المعيب يتوجب على الاطباء المولدين أن يكونوا حذرين ليس فقط على نوع ارتكاز المشيمة المعيب (تامة أو جزئية أو هامشية) وإنما أيضا على موقع توضع المشيمة (على الجدار الأمامي للرحم أو الخلفي وفي ما إذا كانت المشيمة تتوضع على جرح قيصرية سابقة)[Kollmann, 2016, 1395-1398][2].

2- المشكلة البحثية:

يعتقد عدد كبير من الباحثين في السنوات الأخيرة بأن موقع ارتكاز المشيمة المعيب له تأثير كبير على النتائج الحملية[Weiner, 2016, 1073–1078][3].

3- تساؤلات البحث:

في هذه الدراسة سنحاول الإجابة عن سؤالين:

1. ما هي نسبة شيوع مواقع تموضع المشيمة لدى الحوامل مع ارتكاز مشيمة معيب.
2. ما هو دور موقع المشيمة المعيبة في حدوث الاختلاطات.

4- فرضيات البحث:

يفترض البحث بأنه توجد لدى الحوامل مع ارتكاز مشيمة معيب خطر لتطور الاختلاطات الحملية وتأثير على الناتج الحملي.

5- مسلمات البحث:

يُعتَبر ارتكاز المشيمة المعيب اختلاط خطير للحمل وأشيع سبب للنزف بعد الوضع الذي غالبا ما يكون مهدداً لحياة المرأة الحامل.

6- هدف البحث:

يهدف البحث إلى دراسة تأثير موقع المشيمة على الناتج الحملي لدى الحوامل مع ارتكاز مشيمة معيب.

7- أهمية البحث:

إن التعرف على تأثير موقع المشيمة ذات الارتكاز المعيب ودورها في حدوث الاختلاطات يمكن أن يساهم في توقع الاختلاطات الحملية واتخاذ الإجراءات والتدابير اللازمة لتلافيها أو تدبيرها باكرا مما يقلل من الإمراضية والوفيات المترتبة عليها.

8- حدود البحث:

- ❖ لم تتم دراسة تأثير موقع ارتكاز المشيمة المعيب على المدى البعيد والحمول التالية.
- ❖ الدراسة شملت حالات ارتكاز المشيمة المعيب في مركز واحد وللحصول على نتائج أكثر دقة يجب إجراء دراسات مشابهة في عدة مراكز وعدة أماكن لزيادة موثوقية النتائج.

❖ إن الدراسات العالمية المشابهة للدراسة الحالية من حيث التصميم والهدف ومنهجية البحث قليلة مما أدى لاقتصار المقارنة على ثلاث دراسات فقط.

9- مناهج البحث وأدواته:

تصميم الدراسة: **دراسة حشدية مستقبلية Prospective Cohort Study**، شملت الحوامل مع ارتكاز مشيمة معيب المقبولات في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق ما بين 2020/7/12 إلى 2021/7/12، **وفق المعايير الآتية:**

معايير القبول:

❖ العمر الحملي 24-42 أسبوعاً.

❖ الحوامل مع ارتكاز مشيمة معيب.

معايير الاستبعاد:

☒ عدم اكتمال البيانات.

المواد والطرائق:

بعد الحصول على الموافقة على إجراء البحث من قبل إدارة المشفى، وتحقيق الحامل لمعايير البحث تم إجراء الآتي:

❖ أخذ قصة سريرية مفصلة تتضمن السوابق المرضية والتوليدية والجراحية والعائلية.

❖ فحص سريري وصدوي، مع تحديد ارتكاز المشيمة المعيب.

❖ متابعة الحمل والولادة وتسجيل النتائج الحملية والاختلاطات.

❖ تم تدوين المعلومات على استمارة خاصة بالبحث، وبعد الانتهاء من جمع البيانات تم إدخالها إلى الحاسوب ودراستها إحصائياً باستخدام برنامج Statistical Package for the Social

Sciences (SPSS) الإحصائي (تم حساب التكرارات لمختلف المتغيرات ونسبتها، وتم تمثيل القيم الإحصائية المستمرة بـ (المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري)، وتم اعتماد الاختبار الإحصائي test Chi-square X2 لدراسة المتغيرات الفئوية و Mann-Whitney U test ANOVA لدراسة المتغيرات المستمرة وحساب الفروقات بين المجموعات وإظهار الأهمية الإحصائية لهذه الفروقات، حيث اعتمدت قيمة $P\leq0.05$ ليكون هناك فرق إحصائي هام) واستخلاص النتائج، ثم تمت مقارنتها مع نتائج دراسات عالمية مشابهة.

10- الدراسات المرجعية:

- في دراسة Jing [Jing et al. 2018, 13(7), e0200252][4] وهي دراسة صينية ضمت 676 حالة ارتكاز مشيمة معيب، كانت نسبة ارتكاز المشيمة على الجدار الخلفي أو الجانبي أكبر من نسبة ارتكازها على الجدار الأمامي، وأن ارتكاز المشيمة المعيب على الجدار الأمامي ارتبط بعلاقة هامةٍ إحصائياً مع كل من ارتفاع نسبة النزف قبل الولادة ومتوسط عمر حملي أصغر كمية نزف بعد الولادة أكبر ومتوسط مشعر أبغار في الدقيقة الأولى ووزن وليد أصغر وارتفاع نسبة الحاجة لنقل الدم واستئصال الرحم الولادي.
- في دراسة Young [Young et al. 2014, 264–267][5] وهي دراسة أمريكية ضمت 285 حالة ارتكاز مشيمة معيب وجدت أن نسبة ارتكاز المشيمة المعيب على الجدار الخلفي أكبر من نسبة ارتكازها على الجدار الأمامي (تصنيف الارتكاز إمام أمامي أو خلفي فقط) ووجد أن ارتكاز المشيمة المعيب على الجدار الأمامي ترافق مع ارتفاع نسبة نقل الدم واستئصال الرحم الولادي والعمر الحملي الأصغر متوسط وزن ولدان أصغر ومتوسط نزف أكبر، لكن كانت العلاقة هامة إحصائياً مع استئصال الرحم الولادي وكمية النزف.

❖ في دراسة Baba [Baba et al. 2014, 1243–1248][6] وهي دراسة يابانية ضمت 196 حالة ارتكاز مشيمة معيب كان الهدف منها دراسة العوامل المرتبطة بالنزف الشديد خلال القيصرية عند وجود ارتكاز مشيمة معيب وجدت أن نسبة ارتكاز المشيمة على الجدار الخلفي أو الجانبي أكبر من نسبة ارتكازها على الجدار الأمامي، وأن ارتكاز المشيمة المعيب على الجدار الامامي ترافق مع ارتفاع بنسبة النزف الشديد أثناء القيصرية بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.

11- مكونات البحث:

يتكون البحث من ثلاثة أجزاء والمراجع:

الجزء الأول:

وهو القسم النظري، ويتحدث عن الإطار النظري لموضوع دراستنا وعن التعاريف الأساسية ليكون لدى القارئ الإلمام الكامل، **ويتكون هذا الجزء من فصلين:**

- **الفصل الأول: ارتكاز المشيمة المعيب: الوبائيات، المظاهر السريرية، التشخيص، المراضة والوفيات:** ويحوي لمحة عن تعريف والوبائيات والإمراضية وعوامل الخطورة والمظاهر السريرية وتشخيص والمراضة والوفيات لارتكاز المشيمة المعيب .
- **الفصل الثاني: ارتكاز المشيمة المعيب: العلاج:** ويحوي لمحة عن طرق علاج ارتكاز المشيمة المعيب المحافظ والجراحي.

الجزء الثاني:

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

- **الفصل الأول: أهداف البحث، التصميم، المواد والطرائق:** ويحوي خلفية البحث، وتساؤلات البحث، وهدف البحث، ومواد وطرائق البحث (تصميم الدراسة – عينة الدراسة– معايير الادخال والاستبعاد – المواد والطرائق)، الاعتبارات الأخلاقية، حجم العينة، المفاهيم والاعتبارات، استمارة البحث العلمي المُستَخدمة، الموافقة المستنيرة، طرق التحليل الإحصائي المُستَخدمة.
- **الفصل الثاني: النتائج:** ويحوي عرض للنتائج الاحصائية التي وصلنا إليها في دراستنا.
- **الفصل الثالث: المقارنة مع الدراسات العالمية المشابهة:** ويحوي مقارنة نتائج دراستنا مع نتائج الدراسات العالمية المشابهة.
- **الفصل الرابع: المناقشة:** ويحوي مراجعة للنتائج التي توصلنا لها في دراستنا ومقارنتها مع نتائج الدراسات العالمية المُشَابهة.

الجزء الثالث: خاتمة Conclusion:

وتحوي الاستنتاجات والصعوبات والتوصيات: ويحوي خلاصة ما توصلنا إليه في هذا البحث والمقترحات المستقبلية للدراسات التي قد تُجرَى لاحقاً حول هذا الموضوع.

المراجع.

الجزء الأول: القسم النظري

الفصل الأول: ارتكاز المشيمة المعيب: موقع المشيمة، الوبائيات، المظاهر السريرية، التشخيص، المراضة والوفيات

Placenta Previa: Placenta Site, Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Morbidity and Mortality

1-1- تمهيد:

يُعبِّر ارتكاز المشيمة المعيب عن وجود أي جزء من المشيمة في حدود القطعة السفلية للرحم متقدمةً على المجيء، مما قد يدفع للجوء إلى العملية القيصرية، كما أنه قد يؤدي إلى نزف شديد قبل الولادة، أو نزف بعد الولادة أو ولادة قبل تمام الحمل[1].

ومن ناحية أخرى في حال الكشف عن المشيمة ذات الارتكاز المعيب في الثلث الثاني فإنها قد تتراجع مع تقدم الحمل[1].

1-1-1- وصف موقع المشيمة:

يتم وصف موقع المشيمة بالاعتماد على علاقتها بالرحم، يكون الارتكاز أساساً إما ارتكاز نظامي أو معيب.

عندما يكون التوزع متساوي بين طرفي الرحم فإنها تصنف ذات ارتكاز مركزي central ويكون:

- أمامي :anterior عندما ترتكز المشيمة على الجدار الامامي للرحم.
- خلفي :posterior عندما ترتكز على الجدار الخلفي للرحم.

- جانبية lateral: عندما ترتكز 75% أو أكثر من كتلة المشيمة في جانب واحد نسبة للخط المتوسط فإنها تعتبر وتكون إما يمنى أو يسرى [8].

درس دور ارتكاز المشيمة المعيب في سير الحمل والولادة والجنين بشكل مستفيض، ولكن ما تم طرحه هو الترافق المحتمل لموقع المشيمة ذات الارتكاز النظامي مع نتاج الحمل[9].

تظهر علاقة بين الموقع المشيمي ومقاومة الجريان في الشريان الرحمي؛ تتلقى المشيمة مركزية التوضع تروية متماثلة من الشريانين الرحميين، بينما المشيمة الجانبية تتلقى التروية اساساً من الشريان الرحمي القريب منها، وتكون مقاومته منخفضة والجريان ضمنه جيد، مما يعطي عدم تناسب في توزع الجريان، ويتلقى الشريان الآخر جريان أقل، ويتداخل بشكل أقل من خلال الدوران الجانبي المشترك[10].

وجدت دراسة Kalanithi [Kalanithi et al. 2019, 9-14][11] أن نقص النمو داخل الرحم يتضاعف أربع مرات في حال كون المشيمة جانبية التوضع.

سجلت دراسة راجعة على 1057 سيدة من قبل Seckin [Seckin et al. 2015, 696-698][12] علاقة ترابط بين التوضع الجانبي للمشيمة وازدياد معدلات ما قبل الإرجاج (4.5% في التوضع الجانبي مقابل 1.6% في التوضع المركزي، P=0.027)، وازدياد نقص النمو داخل الرحم، والولادة الباكرة، ونقص أبغار الوليد، وازدياد الحاجة للعناية الوليدية (P<0.05).

سجلت دراسة Zia [Zia et al. 2013, 190-193][13] وجود علاقة بين موقع المشيمة الامامي وحدوث ارتفاع ضغط حملي ونقص النمو داخل الرحم والإملاص، وترافق هذا التوضع مع الزمرة الدموية O إيجابي.

تتداخل المشيمة خلفية التوضع في ازدياد خطر الولادة الباكرة والإملاص، إن الجدار الخلفي للرحم أثخن وأطول من الجدار الامامي لذلك فإن التروية الدموية تختلف بينهما، كما وجدت الدراسات

علاقة بين التوضع على الجدار الخلفي للرحم وازدياد خطر كل من: تألم الجنين، وازدياد معدل القيصريات، وحدوث تعقي السائل الامنيوسي، وازدياد تباطؤات دقات قلب الجنين.[14]

أجرى Magann et al. 2007, 9-14 [Magann][10] ورفاقه (2007م) دراسة ترقبية على 3336 سيدة، وحددوا أهمية موضع المشيمة بالنسبة لنتاج الحمل ووجد أن التوضع الجانبي يترافق مع ازدياد معدل الولادة الباكرة (17%، P<0.001).

نشرت في عام 2019م نتائج دراسة مسحية مجتمعية في استوكهولم في السويد ضمت 74087 سيدة مع حمل مفرد وولادة جنين حي، وتم معرفة موقع المشيمة من خلال مسح صدوي بالثلث المتوسط من الحمل، وقد وجدت الدراسة أن التوضع الجانبي للمشيمة مقارنة بالتوضع الخلفي يترافق مع ولادة باكرة جداً (أقل من 32 أسبوع حملي) (OR=1.78، 2.12 على التتالي)، وولادة باكرة متوسطة بين 32–36 أسبوع (OR=1.23، 1.62)، وجنين صغير بالنسبة لعمر الحمل (OR=1.67، 1.77)، وترافق التوضع الجانبي مع ما قبل الإرجاج (OR=1.3)، ونزف خلاص غزير (OR=1.42).[9]

يجب إجراء تصوير فوري بالأمواج فوق الصوتية sonographic لتحديد موقع المشيمة قبل إجراء الفحص المهبلي عند النساء الحوامل (وذلك بعد الأسبوع الحملي 20) واللواتي يتظاهرن بنزف تناسلي ولم يتم إجراء فحص صدوي مهم لهن في الثلث الثاني من الحمل، حيث أن إجراء الفحص المهبلي وجس المشيمة قد يؤدي إلى نزف شديد[7].

1–2– الوبائيات Epidemiology:

1–2–1– الشيوع Prevalence:

في مراجعة منهجية بلغ معدل انتشار ارتكاز المشيمة المعيب بمعدل أربع حالات تقريباً لكل ألف ولادة[15, 16]، إلا أن هذه النسب تتفاوت بين مختلف أنحاء العالم، وإن هذه النسب تكون أعلى عدة

مرات حول الأسبوع 20 الحملي من نسبتها عند الولادة؛ وذلك لأن معظم الارتكازات المعيبة previas التي يتم كشفها باكراً أثناء الحمل تتراجع قبل الولادة[7].

1-2-2- عوامل الخطر Risk Factors:

إن عوامل الخطر الرئيسية لحدوث ارتكاز المشيمة المعيب تشتمل الآتي[29-17]:

1- **وجود ارتكاز مشيمة معيب سابق Previous placenta previa:** وهو عامل خطر مستقل للنكس؛ إذ يحدث عند 4-8% من الحمول اللاحقة[30,31].

2- **ولادة قيصرية سابقة Previous cesarean delivery:** والتي تزيد خطر ارتكاز المشيمة المعيب بمقدار 47%[32] و60%[17]، وهذا الخطر يزداد بازدياد عدد الولادات القيصرية[35-33]، كما أن الولادة القيصرية قبل تمام الحمل prelabor cesarean delivery تزيد من خطر حدوث ارتكاز المشيمة المعيب أكثر من الولادة القيصرية بتمام الحمل intrapartum cesarean delivery [27].

3- **الحمول المتعددة Multiple gestation:** حيث وجدت إحدى الدراسات أن انتشار ارتكاز المشيمة المعيب أعلى بمقدار 40% في الولادات التوأمية بالمقارنة مع الولادات الوحيدة الجنين، حيث بلغت نسبة ارتكاز المشيمة المعيب 3.9 حالة/1000 ولادة توأمية بالمقارنة مع نسبة ارتكاز مشيمة معيب 2.8/1000 ولادة وحيدة الجنين[19,36].

1-2-3- عوامل الخطر الأخرى Other risk factors:

1- تداخل جراحي سابق على الرحم previous uterine surgical procedure.

2- تقدم عمر الأم.

3- تعدد ولادات.

4- علاجات العقم.

5- سوابق إجهاض.

6- تدخين الأم.

7- تناول الأم للكوكايين.

8- الجنين الذكر.

9- انصمام شريان رحمي سابق[37,38].

1-3- الإمراضية Pathogenesis:

تبقى الآلية المرضية لارتكاز المشيمة المعيب غير معروفة، إلا أن إحدى النظريات تقترح أن الجراحات السابقة والولادات العديدة تؤدي إلى تطور مناطق من الغشاء الساقط غير مُوعَّاة بشكلٍ جيد في الجزء العلوي من الجوف الرحمي، مما يؤدي إلى انزراع الأرومة المغذية trophoblast في الجزء السفلي من الجوف الرحمي[15,17,39]، في حين أنه هنالك نظرية أخرى اقترحت أن الأمر يتعلق بكون السطح المشيمي كبيراً.

1-4- الآلية المرضية للنزف Pathophysiology of Bleeding:

يُعَدُّ النزف الاختلاط الأهم لارتكاز المشيمة المعيب، حيث أن التقلصات الرحمية والتغيرات التدريجية التي تطرأ على عنق الرحم والقطعة السفلية من الرحم تؤثر على مكان ارتكاز المشيمة مما يؤدي إلى انفكاك مشيمة جزئي، كما أن الفحص المهبلي والجماع الجنسي قد يؤديان أيضاً لحدوث النزف[7].

يكون النزف عادةً من مصدر أمومي بدرجةٍ أساسية (من الحيز بين الزغابي intervillous space)، إلا أنه يبقى إمكانية حدوث نزف من مصدرٍ جنيني عند تأثر الأوعية على مستوى الزغابات الانتهائية terminal villi [7].

1-5- التظاهر السريري والسير المرضي Clinical Presentation and Course:

1-5-1- لا عرضي- يُكتَشف بالتصوير الروتيني بالأمواج فوق الصوتية في الثلث الثاني من الحمل Asymptomaatic finding on midtrimester ultrasound examination:

عادةً يتم اكتشاف وجود ارتكاز المشيمة المعيب عند إجراء فحص روتيني بالأمواج فوق الصوتية في الثلث الثاني للحمل (تقريباً خلال الأسبوع 16-20 الحملي) وذلك لتقييم العمر الحملي ومسح المعالم التشريحية للجنين وتحديد طول عنق الرحم كون الأم غير عرضية، فعلى سبيل المثال وُجِدَ أن 10.6% من المريضات اللواتي أُجرِيَ لهن مسح روتيني عبر المهبل لتقييم طول عنق الرحم كان لديهن ارتكاز مشيمة واطئ low-lying placenta (على بعد 2 سم من الفوهة الداخلية للعنق أو أقل) أو ارتكاز معيب[40]، ومن الجدير بالذكر أن معظم هذه الحالات لا تستمر حتى تمام الحمل أي أن التشخيص الباكر لها قد يؤدي إلى إثارة القلق والرعب عند المريضات وإلى ارتفاع الكلفة المادية الناجمة عن إجراء فحوص صدوية لاحقة للمتابعة[40].

1-5-2- السير الطبيعي Natural history:

إن 90% تقريباً من حالات ارتكاز المشيمة المعيب المُشخَّصة بالأمواج فوق الصوتية قبل الأسبوع 20 الحملي تتراجع قبل الولادة[41]، **وهنالك نظريتان لتفسير ذلك:**

1-5-2-1- ازدياد طول القطعة السفلية للرحم the lower uterine segment legthens:

(من 5 ملم في الأسبوع 20 الحملي إلى 50 ملم في تمام الحمل)[30]، ويؤدي ذلك إلى إعادة تموضع الحافة السفلية للمشيمة بعيداً عن الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os [7].

1-5-2-2- إن تروية القطعة السفلية للرحم أقل من الأجزاء الأخرى من العضلة الرحمية:

مما يؤدي إلى نمو الأرومة المغذية trophoblastic tissue باتجاه قعر الرحم وهذا ما يُشكِّل ما يُسمَّى هجرة علوية upward migration للمشيمة بعيداً عن عنق الرحم، وهذه الظاهرة تُسمَّى Trophotropism، وبالمحصلة تتراجع المشيمة التي تغطي عنق الرحم[7].

1-5-2-3- توقع وجود ارتكاز معيب عند الولادة Predicting presence at delivery:

إن كلاً من الارتكاز الخلفي وامتداد المشيمة لأكثر من 25 ملم على الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os، وعدم تراجع هذا الارتكاز المعيب بالثلث الثالث من الحمل يقترح أو يتنبأ ببقاء الارتكاز المعيب[7].

1- **درجة امتداد المشيمة عبر الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os:** حيث كلما زاد امتداد المشيمة على الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os زاد احتمال استمرار هذا الارتكاز حتى الولادة، حيث تقترح البيانات المتوفرة [47-42] أن امتداد المشيمة في الفترة ما بين الأسبوع 18-24 الحملي وفق ما يلي ينبئ باستمرار الارتكاز المعيب[7].

- < 14 ملم فوق الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os فإن هذا يؤدي إلى احتمالية بقاء ارتكاز المشيمة المعيب حتى الولادة تكون معدومة تقريباً[7].
- ≤ 14 ملم ولكن < 25 ملم فوق فوهة عنق الرحم over the os فهذا يؤدي إلى احتمالية بقاء ارتكاز المشيمة المعيب حتى الولادة 20% تقريباً[7].
- ≤ 25 ملم فوق فوهة عنق الرحم over the os فهذا يؤدي إلى احتمالية بقاء ارتكاز المشيمة المعيب حتى الولادة تتراوح ما بين 40–100%[7].
- > 55 ملم فوق فوهة عنق الرحم over the os فهذا يؤدي إلى احتمالية بقاء ارتكاز المشيمة المعيب حتى الولادة 100%[7].

في دراسة مستقبلية شملت 275 مريضة شُخِصَ لديهم ارتكاز مشيمة معيب عن طريق تصوير الأمواج فوق الصوتية عبر المهبل ما بين الأسبوع 18 و 24 حملي، فقد لُوحِظَ أن 37 مريضة فقط وبنسبة 14% لديهن الارتكاز المعيب عند إجراء المتابعة لديهن في الثلث الثالث من الحمل[49].

2– <u>الموقع الأمامي مقابل الموقع الخلفي لارتكاز المشيمة المعيب Anterior versus posterior position:</u> حيث إن المشيمة الأمامية أكثر احتمالاً لأن تبتعد عن الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os، وبالتالي فإن هذا يؤدي إلى احتمالية بقاء ارتكاز المشيمة المعيب حتى تمام الحمل كلما تقدم العمر الحملي أقل مقارنةً بالمشيمة الخلفية[52-49]، ولقد وجدت دراسة مستقبلية prospective study شملت 67 حاملاً بالثلث الثاني من الحمل ممن لديهن ارتكاز مشيمة معيب على الوجه الأمامي للرحم أن 7.5% منهن استمر لديهن ارتكاز مشيمة معيب في الثلث الثالث[49]، في حين أن 114 حاملاً في الثلث الثاني من الحمل ممن لديهن ارتكاز مشيمة معيب على الوجه الخلفي للرحم حيث أن 15.8% منهن استمر لديهن ارتكاز مشيمة معيب في الثلث الثالث من الحمل[7].

1-5-2-4- النزف Bleeding:

إن أشيع تظاهر لارتكاز المشيمة المعيب في الثلث الثاني للحمل هو النزف المهبلي غير المؤلم والذي يحدث عند 90% من الحالات المستمرة[53]، وإن 10-20% من النساء يتظاهرن بتقلصات رحمية وألم ونزف بما يشبه تظاهر انفكاك المشيمة[54,55]، **وعند الحوامل اللاتي يستمر لديهن الارتكاز المعيب للمشيمة:**

1- ثلثهن يتطور لديهن نزف قبل الأسبوع 30 الحملي وهؤلاء أكثر عرضةً للولادات الباكرة والحاجة لنقل الدم وارتفاع نسبة الوفيات حول الولادة مقارنةً بمن حدث لديهن النزف بعد ذلك[54-57].

2- ثلث المرضى تقريباً يصبحون عرضيين بين الأسبوع 30 والأسبوع 36 الحملي[7].

3- معظم مرضى الثلث المتبقي يتعرضون للنزف لأول مرة بعد الأسبوع 36 الحملي[54,55].

4- حوالي 10% يُتمِمن الحمل دون أن يتعرضن للنزف.

إن عدد الحوادث النزفية قبل الولادة والحاجة لنقل الدم يتنبآن وبشكلٍ مستقل بحصول ولادة قيصرية إسعافية[58]، ويُعَدُّ النزف قبل الولادة ولأي سببٍ كان عامل خطر لحدوث الولادة الباكرة وتمزق الأغشية الباكر[7].

تشمل عوامل الخطر نزف ما قبل الولادة:

1- ارتكاز المشيمة المعيب التام complete [7].

2- قصر طول عنق الرحم[62-38,59].

3- ارتكاز مشيمة معيب على الوجه الأمامي للرحم[7].

4- حوادث النزف المتكررة[7].

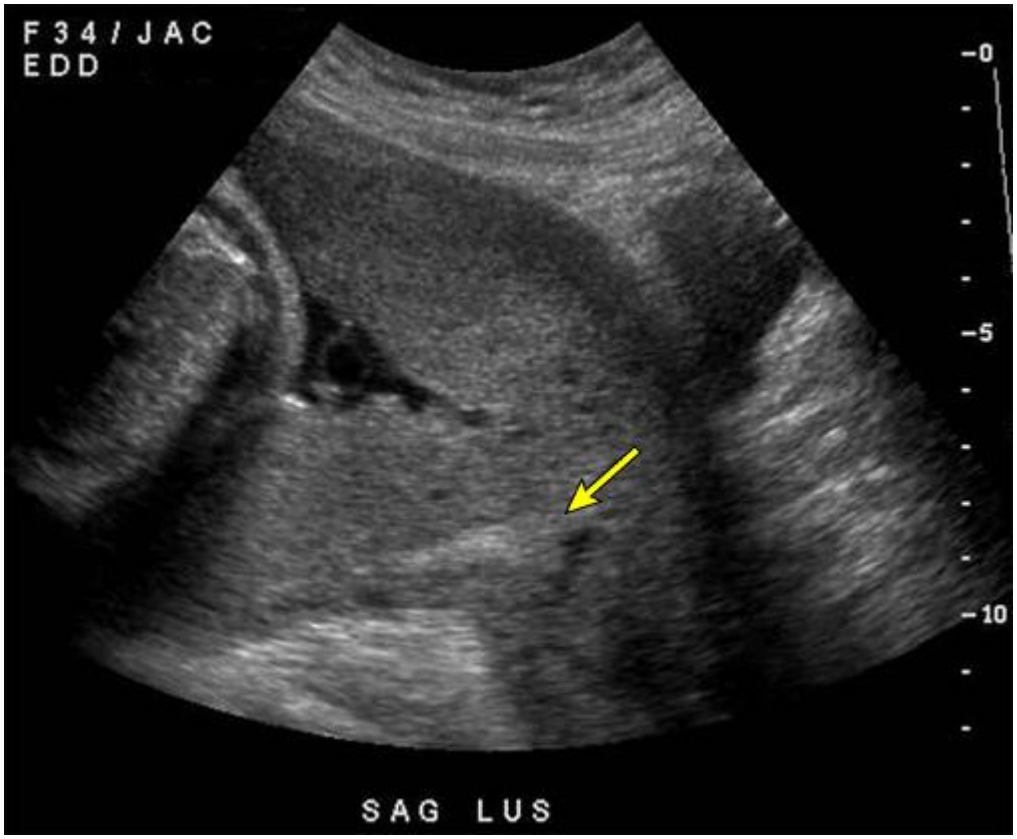
5- ارتكاز المشيمة المعيب على الوجه الأمامي للرحم مع سوابق ندبة عملية قيصرية[59,63-65].

1-6- التشخيص Diagnosis:

كما ذكرنا سابقاً فإنه يجب الشك بارتكاز المشيمة المعيب عند كل حامل بعد الأسبوع 20 حملي تظاهر بنزف مهبلي، كما يجب إجراء فحص بالأمواج فوق الصوتية قبل إجراء الفحص المهبلي عند الحوامل اللاتي لم يتم إجراء تصوير لديهن في الثلث الثاني أو الثالث من الحمل لأن هذا الفحص قد يؤدي إلى نزف غزير[7].

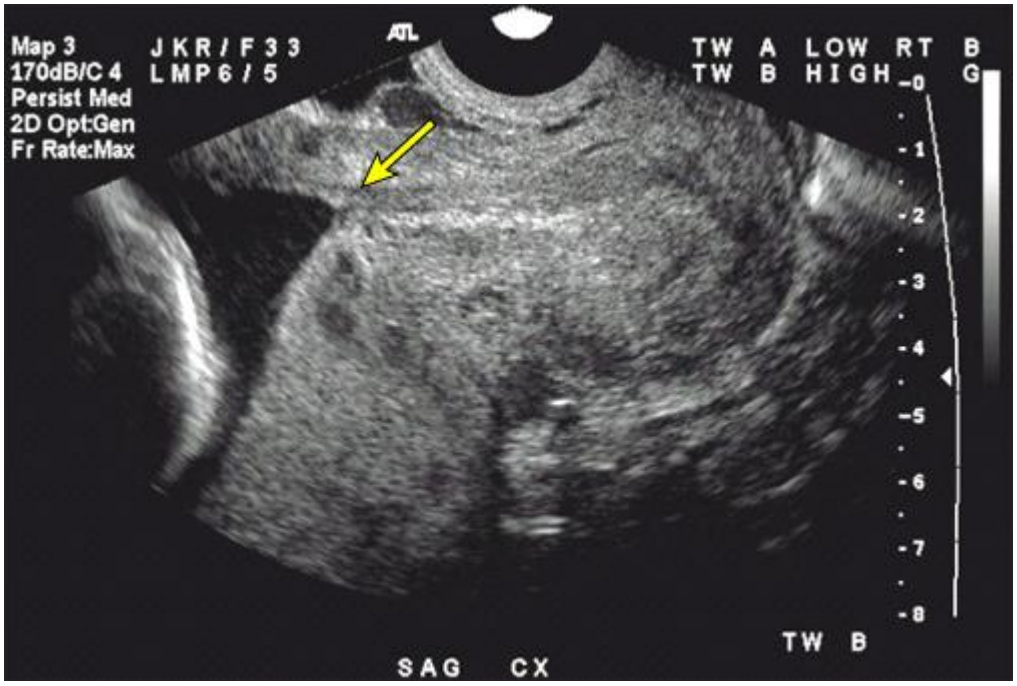
1-6-1- معايير التشخيص Diagnostic criteria:

إن التشخيص يعتمد على وجود نسيج مشيمي متجانس صدوياً يظهر على التصوير بالأمواج فوق الصوتية ممتداً على الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal cervical os في الثلث الثاني أو الثالث مع الأفضلية لإجراء تصوير الأمواج فوق الصوتية عبر المهبل Tranvaginal ultransound (TVUS) [66]، كما هو مُوضَّح في الشكل (1-1) الذي يوضح ارتكاز مشيمة معيب تام.



الشكل (1-1): يوضح ارتكاز مشيمة معيب تام Complete placenta previa: حيث نلاحظ بالدراسة بالتصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر البطن بأن المشيمة تغطي بشكلٍ كامل الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os (السهم)[7]

يجب ذكر المسافة التي تمتد عليها المشيمة فوق الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal cervical os بشكلٍ دقيق (بالـ ملم) في تقرير التصوير بالأمواج فوق الصوتية، وفي حال كون المشيمة بحافتها السفلية تمتد على مسافة < 20 ملم من وليس فوق الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal cervical os فإنها تُدعَى مشيمة ذات ارتكاز واطئ low-lying placenta [7]، كما هو مُوضَّح في الشكل (1-2).



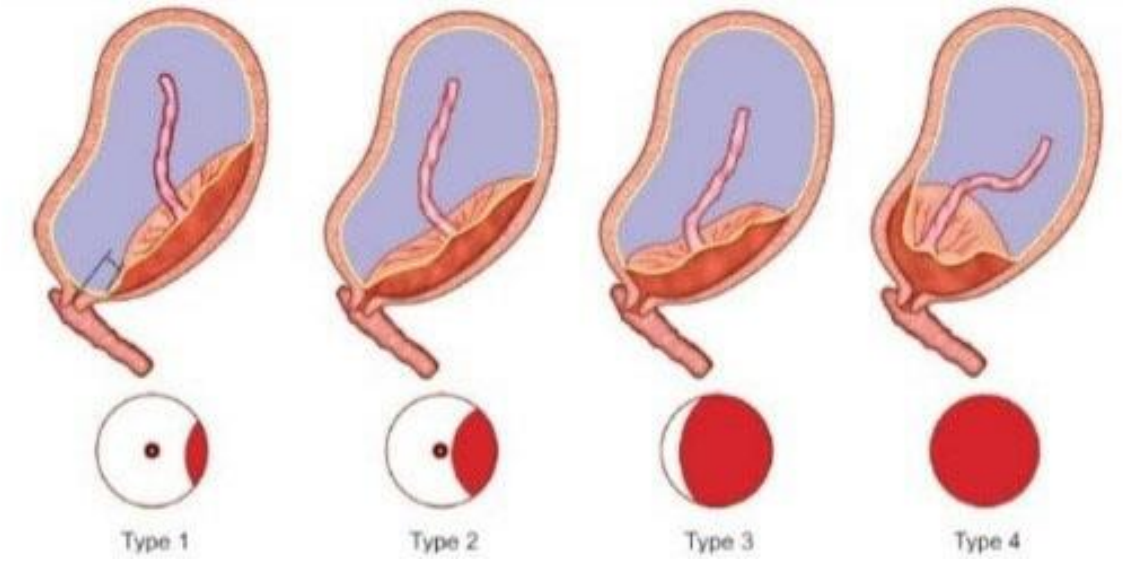
الشكل (1–2): يوضح مشيمة ذات ارتكاز واطئ: حيث نلاحظ بالدراسة بالتصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر المهبل مشيمة خلفية مع حافة المشيمة على الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os ،حيث أن المشيمة مجاورة للـ الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os ولكن لا تغطيها[7]

ويجب ذكر المسافة بين الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal cervical os والحافة الداخلية للمشيمة بشكلٍ دقيق بالـ ملم بالتصوير بالأمواج فوق الصوتية[67].

إن الموجودات تعتمد في أهميتها على العمر الحملي وتوقيت إجراء الفحص[7].

لم يعد يُستَعمل للتعبير عن ارتكاز مشيمة معيب بمصطلح (هامشي maginal) أو (جزئي partial).

يُصنَّف ارتكاز المشيمة المعيب إلى درجات، وذلك حسب العلاقة والمسافة بين الحافة السفلية للمشيمة والفوهة الباطنة لعنق الرحم، وعلى هذا الأساس تُقسَم إلى كبرى وصغرى[7]، كما هو مُوضَّح في الشكل (1–3).



الشكل (1–3): يوضح الدرجات المختلفة لدرجات ارتكاز المشيمة المعيب: وتُقسَم إلى صغرى (Type 1 و Type 2) و كبرى (Type 3 و Type 4)[7]

- **الصغرى:**

1- الدرجة الأولى (المشيمة الواطئة low-lying placenta): حافة المشيمة تبعد أقل من 2 سم عن الفوهة الباطنة لعنق الرحم، كما هو مُوضَح في الشكل (1-4).



الشكل (1-4): يوضح ارتكاز مشيمة واطئ low-lying placenta previa [7]

2- <u>الدرجة الثانية (المشيمة الهامشية maginal placenta previa)</u>: حافة المشيمة تصل إلى الفوهة الباطنة لعنق الرحم ولا تغطيها، كما هو مُوضَّح في الشكل (1-5).



الشكل (1-5): يوضح ارتكاز مشيمة هامشي maginal placenta previa [7]

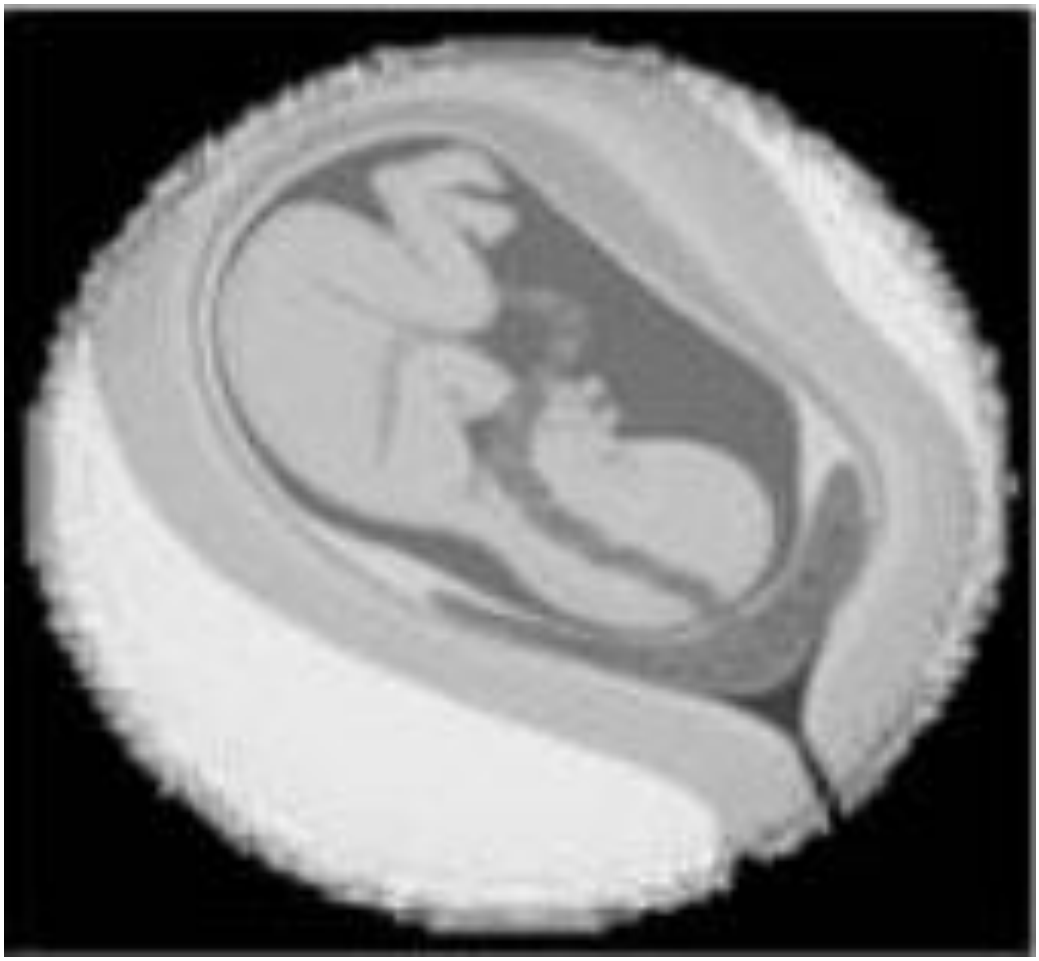
- **الكبرى:**

3- **الدرجة الثالثة (ارتكاز جزئي partial placenta previa):** المشيمة تغطي الفوهة الباطنة لعنق الرحم بشكلٍ جزئي، كما هو مُوضَّح في الشكل (1-6).



الشكل (1-6): يوضح ارتكاز مشيمة جزئي partial placenta previa [7]

4- <u>الدرجة الرابعة (ارتكاز مشيمة تام complete placenta previa):</u> المشيمة تغطي الفوهة الباطنة لعنق الرحم بشكلٍ كامل، كما هو مُوضَّح في الشكل (1-7).



الشكل (1-7): يوضح ارتكاز مشيمة كامل complete placenta previa [7]

1-6-2- التصوير بالأمواج فوق الصوتية Ultrasonography:

يُعَدُّ التصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر البطن transabdominal ultrasound الإجراء المعياري الابتدائي عند معظم النساء الحوامل، ويمكن اللجوء إلى إجراء التصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر المهبل TVUS لاحقاً في حال الحاجة لتحديد العلاقة بين المشيمة وعنق الرحم بشكلٍ أدق[7].

يمكن إجراء التصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر العجان transperineal كبديل لفحص الأمواج فوق الصوتية عبر المهبل TVUS كونه يقدم معلومات دقيقة عن العنق والمشيمة[68].

يمكن اللجوء إلى التصوير بالأمواج فوق الصوتية ثلاثي الأبعاد Three-dimensional ultrasound عند توفره[69].

1-6-2-1- التصوير بالأمواج عبر جدار البطن Transabdominal ultrasound:

إن تقييم موقع ارتكاز المشيمة يُعتَبر جزءاً من التقييم الولادي الأساسي basic obstetric باستخدام الأمواج فوق الصوتية، وبالتالي يمكن اعتباره مسحاً لتحري وجود ارتكاز مشيمة معيب[7].

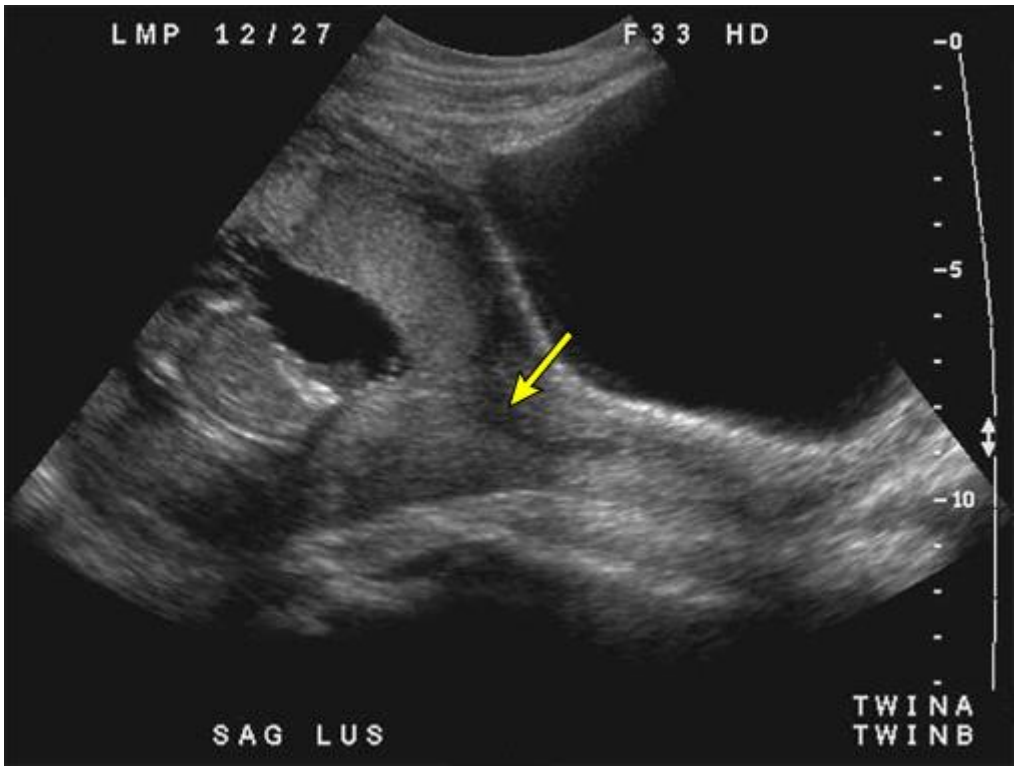
1- إجراء المسح Screening performance:

إذا كانت المسافة بين حافة المشيمة والفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os $\geq$ 20 ملم بفحص الأمواج فوق الصوتية عبر جدار البطن transabdominal ultrasound فإنه يتم اللجوء إلى الفحص بالأمواج فوق الصوتية عبر المهبل transvaginal sonography لوضع التشخيص، ومن الجدير بالذكر أن نسبة الإيجابية الكاذبة لارتكاز المشيمة المعيب باستخدام الأمواج فوق الصوتية عبر جدار البطن يبلغ حوالي 25%[70-72].

2- الآلية والعوائق Technique and pitfalls:

يجب أخذ مقاطع سهمية sagittal وجانب سهمية parasagittal وعرضية transverse مع كون المثانة ممتلئة جزئياً مع الأخذ بعين الاعتبار:

1- إن امتلاء المثانة الشديد قد يعطي مظهراً يوحي بوجود ارتكاز معيب للمشيمة بسبب أن القطعة الرحمة السفلية الأمامية تضغط القطعة الرحمية السفلية الخلفية معطيةً مظهراً يوحي بوجود ارتكاز معيب للمشيمة[7] كما هو مُوضَّح في الشكل (1-8).



الشكل (1-8): يوضح امتلاء مثانة شديد يشبه منظر ارتكاز مشيمة معيب: حيث نلاحظ بالدراسة بالتصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر البطن وجود مثانة ممتلئة تعطي مظهر ارتكاز مشيمة معيب عند مريضة لديها ارتكاز مشيمة طبيعي، ويشير السهم إلى مكان الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os قبل أن تُفرَّغ المثانة[7]

وبالتالي لا يجب وضع التشخيص قبل تأكيد موقع ارتكاز المشيمة بعد إفراغ المثانة[7].

2- لا يجب وضع تشخيص ارتكاز المشيمة المعيب عند وجود تقلص في القطعة السفلية للرحم (والذي يحدث بعد إفراغ المثانة) مما يؤدي إلى عدم وضوح في العلاقة بين حافة المشيمة و فوهة عنق الرحم cervical os، ويجب الشك بوجود التقلص عندما تكون ثخانة العضلة الرحمية الأمامية والخلفية المجاورة للعنق أكبر من الطبيعي، وبالتالي فإن الانتظار لمدة 15-20 دقيقة يكون كافياً لتراجع التقلص وإعادة الفحص[7].

3- يمكن عدم ملاحظة وجود ارتكاز مشيمة معيب قرب تمام الحمل، حيث إن وجود رأس الجنين في أسفل الحوض يؤدي إلى تشكل ظل صدوي أو ضغط على النسيج المشيمي مما قد يعيق تحديد موقع ارتكاز المشيمة قرب تمام الحمل، وبالتالي يمكن وضع المريضة بوضعية تراندلنبرغ Trendelenburg أو دفع رأس الجنين بلطف لتحقيق رؤية أفضل[7].

4- يمكن تشخيص ارتكاز المشيمة المعيب المركزي central placenta previa عند كون المشيمة تتركز فوق عنق الرحم حيث يُشَاهد النسيج المشيمي أمام وخلف عنق الرحم[7].

5- إن رؤية الارتكاز المعيب للمشيمة الخلفي أصعب من رؤية الارتكاز المعيب للمشيمة الأمامي حتى باستعمال التصوير بالأمواج فوق الصوتية[7].

6- إن النزف قد يؤدي لتشكل ورم دموي تحت المشيمة و/أو قريب من المشيمة، والذي يمكن أن يعيق تحديد العلاقة بين حافة المشيمة والفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os حيث يمكن إعادة الفحص بعد عدة أيام، وفي الحالات الإسعافية يمكن

اللجوء إلى التصوير باستخدام الرنين المغناطيسي magnetic resonance imagina للتفريق بين الارتكاز المعيب والدم[7].

1-6-2-2- التصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر المهبل Tranvaginal ultrasound (TVUS):

يُعَدُّ التصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر المهبل TVUS إجراءً آمناً في حال وجود ارتكاز المشيمة المعيب، حيث أن الموقع المثالي للمسبار المهبلي يبعد حوالي 20-30 ملم عن عنق الرحم وإن الزاوية بين العنق والمسبار المهبلي تمنع المسبار من الانزلاق إلى قناة عنق الرحم[73].

1- إجراء التشخيص Diagnostic performance:

إن التصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر المهبل TVUS يؤمن صورة أوضح على العلاقة بين حافة المشيمة و الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal cervical os من التصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر جدار البطن، حيث أثبتت الدراسات أنه أكفأ لتشخيص ارتكاز المشيمة المعيب، حيث بلغت حساسيته وفق إحدى الدراسات 87.5% ونوعيته 98.8% والقيمة التنبؤية الإيجابية 93.9% والقيمة التنبؤية السلبية 93.6%[74-77].

2- الموجودات التصويرية التي تنبىء بحدوث نزف ما قبل الولادة Imaging findings predictive of antepartum bleeding:

1 – الامتداد عبر الفوهة الباطنة لعنق الرحم مقارنةً بالامتداد بالقرب منها[78-81].

2- طول عنق الرحم ≥ 30 ملم[82].

3- ثخانة حافة المشيمة > 10 ملم[83].

4- تراجع طول العنق بمقدار > 6 ملم بين الثلث الثاني والثالث من الحمل أو كون طول عنق الرحم ≥ 35 ملم في الثلث الثالث[84-88].

1-6-2-3- التصوير بالرنين المغناطيسي Magnetic resonance imaging:

يمكن استخدام التصوير بالرنين المغناطيسي لتقييم العلاقة ما بين عنق الرحم والمشيمة والمثانة، إلا أنه لا يُستَخدم بشكلٍ روتيني بسبب دقة وأمان التصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر المهبل TVUS من ناحية وارتفاع كلفة وعدم توفر التصوير بالرنين المغناطيسي بشكلٍ عام من ناحيةٍ أخرى[67]، لذلك نلجأ إلى التصوير بالرنين المغناطيسي في الحالات المُختلِطة فقط[89].

1-7- الموجودات المرافقة Associated Findings:

1-7-1- طيف التحام المشيمة Placenta previa-accreta spectrum:

يجب وضع التحام المشيمة بالحسبان عند تشخيص ارتكاز المشيمة المعيب، وخاصةً عندما تمتد المشيمة فوق مكان جرح سابق على الرحم hysterotomy (كندبة عملية قيصرية سابقة)، لذلك فهي أشيع ما تكون بالارتكاز الأمامي، **ويزداد تواتر frequency التحام المشيمة في حال الارتكاز المعيب بازدياد عدد القيصريات المُجرَاة وفق الآتي[90]:**

1- الولادة القيصرية الأولى: 3%.

2- الولادة القيصرية الثانية: 11%.

3- الولادة القيصرية الثالثة: 40%.

4- الولادة القيصرية الرابعة: 61%.

5- خمس قيصريات أو أكثر: 67%.

1-7-2- الموجودات الأخرى المرافقة Other associated findings:

1- **المجيء المعيب Malpresentation:** وذلك بسبب الحجم الكبير للمشيمة في الجزء السفلي من الجوف الرحمي[74,91-94].

2- **الأوعية المتقدمة على الجنين Vasa previa وارتكاز الحبل السري المظلي velamentous umbilical cord [7].**

3- **تحدد نمو الجنين داخل الرحم Fetal growh restriction:** ويبقى مثاراً للجدل.

4- **التشوهات الخلقية Congenital anomalies** [22,57,95].

1-8- المراضة والوفيات Morbidity and Mortality:

1-8-1- المرتبطة بالأم Maternal:

1- ترتبط المراضة عند الأم فيما يتعلق بارتكاز المشيمة المعيب بالنزف الحاصل قبل و/أو بعد الولادة[96]، ففي مراجعة منهجية لـ 52% من النساء اللاتي عانين من ارتكاز مشيمة معيب فقد تطور لديهن نزف قبل الولادة[53] و22% تطور لديهن نزف بعد الولادة[97]، وبسبب هذه النزوف فإن النساء اللواتي لديهن ارتكاز مشيمة معيب هن أكثر عرضةَ لنقل الدم وإجراء استئصال الرحم بعد الولادة.

2- عند حدوث نزف غزير فإن انخفاض الحجم داخل الأوعية يمكن أن يؤدي إلى عدم استقرار الحالة الهيموديناميكية ونقص الأكسجة وأذية الأعضاء والوفاة[98].

3- في الدول المتقدمة فإن وفيات الأمومة المرتبطة بالارتكاز المعيب أقل من 1%[99]، إلا أنها أعلى من ذلك في الدول الأقل تقدماً بسبب شيوع فقر الدم عند الأمهات ونقص الرعاية الطبية والولادات المنزلية[94].

4- كما قد تكون المراضة والوفيات مرتبطة بحدوث تناذر صمة السائل الأمنيوسي amniotic fluid embolism syndrome [100-102].

1-8-2- المرتبطة بالوليد Neonatal:

إن المراضة والوفيات المرتبطة بالوليد تكون ناجمة عادةً عن الولادة الباكرة[103]، حيث أن 15% من النساء اللاتي يعانين من ارتكاز مشيمة معيب يحدث لديهن ولادة باكرة قبل الأسبوع 34 الحملي، إلا أن هذه المراضة والوفيات انخفضت في السنوات الأخيرة بسبب تطور الرعاية الصحية المقدمة في مجال الولادة[104,105].

1-9- النكس Recurrence:

ينكس ارتكاز المشيمة المعيب في 4-8% من الحمول اللاحقة subsequent pregnancies [30,31].

1-10- موجز:

إذاً يجب الشك بوجود ارتكاز معيب للمشيمة عند كل حامل بعد الأسبوع الحملي 20 حيث تتظاهر على شكل نزف تناسلي، ويجب إجراء تصوير فوري بالأمواج فوق الصوتية sonographic لتحديد موقع المشيمة قبل إجراء الفحص المهبلي عند النساء الحوامل (وذلك بعد الأسبوع الحملي 20) واللواتي يتظاهرن بنزف تناسلي ولم يتم إجراء فحص صدوي مهم لهن في الثلث الثاني من الحمل، حيث أن إجراء الفحص المهبلي وجس المشيمة قد يؤدي إلى نزف شديد.

الفصل الثاني: ارتكاز المشيمة المعيب: التدبير

Placenta Previa: Management

2-1- تمهيد:

إن تدبير ارتكاز المشيمة المعيب يعتمد على الحالة السريرية للمريضة وفوق الآتي[106]:

1- مريضات غير عرضيات Asymptomatic.

2- نزف فعَّال قبل الولادة Active antepartum bleeding.

3- حالة سريرية مستقرة بعد حادثة نزف واحدة أو أكثر قبل الولادة.

4- نزف بعد الولادة Postpartum hemorrhage [106].

2-2- المريضات غير العرضيات Asymptomatic Patients:

2-2-1- الأهداف Goals:

يهدف علاج هؤلاء المريضات إلى[106]:

1- تحديد ما إذا كان الارتكاز يتراجع بتقدم العمر الحملي،

2- تحديد فيما إذا كانت المشيمة ملتحمة بشكلٍ مرضي morbidly adherent.

3- تقليل خطر حدوث النزف.

4- تحديد الزمن الأمثل لإجراء الولادة القيصرية في حال استمرار الارتكاز المعيب[106].

2-2-2- مراقبة موقع الارتكاز Monitoring placental position:

- **يُنصَح بالمتابعة عند المريضات بإجراء التصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر المهبل TVUS في النصف الثاني من الحمل:** وذلك عند المريضات اللاتي تغطي لديهن المشيمة الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os أو أن المشيمة ترتكز على بعد < 2 سم من الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os [106].
- **في الأسبوع 32 الحملي:** في حال كون موقع ارتكاز المشيمة ≤ 2 سم من الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os عندها يُعتبر الارتكاز طبيعياً ولا يُوصَى بإعادة التصوير بالأمواج فوق الصوتية مجدداً، ويفيد الدوبلر الملون في تحديد حافة المشيمة ونفي وجود الأوعية المتقدمة على الجنين Vasa previa [106].
- **في الأسبوع 36 الحملي:** وفي حال كون ارتكاز المشيمة يغطي أو يبعد أقل من 2 سم من الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os أثناء التصوير في الثلث الثاني للحمل عندها يُوصَى بإعادة التصوير بالأمواج فوق الصوتية في الاسبوع 36 للحمل، في حال كون حافة المشيمة تغطي الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os عندها يتم ترتيب إجراء الولادة القيصرية حيث أن هذا الارتكاز المعيب سيستمر غالباً حتى وقت الولادة، أما في حال كون حافة المشيمة لا تغطي فوهة عنق الرحم ولكن تبعد< 2 سم عن الفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os عندها يمكن مناقشة خيار الولادة الطبية مع المريضة مع شرح الفوائد والأخطار لها، وإن خطر النزف يزداد كلما نقصت المسافة التي تفصل بين حافة المشيمة والفوهة الباطنة لعنق الرحم internal os كما يزداد وجود الأوعية المتقدمة على الجنين Vasa previa [106].

2-2-3- طيف التحام المشيمة Placenta previa-accreta spectrum:

يجب نفي التحام المشيمة عند مرضى الارتكاز المعيب للمشيمة بسبب الترافق الشديد بين الحالتين، وفي حال وجود التحام المشيمة فإنه يتم تدبيرها في مرحلة ما قبل الولادة كما في حال الارتكاز المعيب، إلا أن الأخطار المحدقة بالولادة تكون أكبر بشكلٍ واضح في حال وجود التحام المشيمة، حيث يتم ترتيب موعد ولادة قيصرية أبكر عما هو الحال في الارتكاز المعيب؛ مع التحضير لإمكانية استئصال الرحم والتداخلات اللازمة في حال حدوث نزف غزير (وهو أشيع من الارتكاز المعيب منفرداً)[106].

2-2-4- تقليل خطر النزف Reducing the risk of bleeding:

على الرغم من العوامل التي تم ذكرها سابقاً للتنبؤ بإمكانية حدوث النزف، إلا أنه لا يمكن التنبؤ بدقة فيما إذا كان النزف سيحصل أولاً وفي أي عمر حملي سيحصل، وكمية النزف المتوقعة، وتواتر frequency هذا النزف، **إلا أنه يُوصَى ببعض الإجراءات التي تُقلِّل من هذا الخطر [106]:**

1- **يجب تجنب فحص عنق الرحم:** حيث أنه قد يؤدي لحدوث نزف غزير[106].

2- **تُوصَى النساء اللواتي لديهن ارتكاز مشيمة معيب بعد الأسبوع 20 الحملي بتجنب الجماع:** حيث أنه قد يؤدي إلى حدوث تقلصات رحمية عابرة تُحرِّض النزف[106].

3- **كما تُوصى هؤلاء المريضات (بعد الأسبوع 20 الحملي) بتجنب التمارين متوسطة الشدة أو الشديدة، وتجنب حمل الأوزان الثقيلة، وعدم الوقوف المُطوَّل (أكثر من 4 ساعات)[106].**

4- **تُوصَى المريضات بالمراجعة الطبية فور حدوث تقلصات أو نزف تناسلي:** لما يحمل ذلك من خطر حدوث نزف شديد والحاجة إلى ولادة قيصرية إسعافية[106].

2-2-5- المقارنة بين المراقبة داخل المشفى والمراقبة خارج المشفى inpatient versus outpatient monitoring:

إن فائدة الاستشفاء للمريضات غير العرضيات ليست مؤكدة، حيث تقترح الدراسات أن المريضات اللاتي لم يحدث لديهن نزف قبل الولادة هن ذوات خطر أقل لحدوث نزف يتطلب إجراء ولادة قيصرية إسعافية[110-107]، لذلك يمكن متابعة هؤلاء المريضات خارج المشفى لحين حدوث نزف تناسلي أو لحين قدوم موعد الولادة القيصرية، **إلا أنه يجب أخذ بعض العوامل الخاصة بكل مريضة بعين الاعتبار[113-111]:**

1- **قصر طول عنق الرحم عند إجراء التصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر المهبل:** حيث أن خطر حدوث الولادة الباكرة في حال إذا كان طول عنق الرحم ≥ 25 ملم مع إمكانية الاستشفاء في حال كونه ≥ 15 ملم).

2- **قصر العنق السريع Rapid cervical shortening:** فعلى سبيل المثال قصر طول عنق الرحم > 10 ملم خلال فترة أسبوع إلى أسبوعين بالتصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر المهبل).

3- **عدم القدرة على الوصول للمشفى:** خلال فترة قصيرة (20 دقيقة تقريباً) وعدم وجود تجهيزات إسعافية.

2-2-6- الستيروئيدات القشرية قبل الولادة Antenatal corticosteroids:

يُوصَى بإعطاء شوط علاجي بالستيروئيدات القشرية لمدة 48 ساعة قبل الولادة القيصرية المُحددَّة مسبقاً في حال كون العمر الحملي < 37+0 أسبوع، وعدم تلقي المريضة للستيروئيدات سابقاً لاستطبابٍ آخر[106].

2-2-7- توقيت الولادة Timing of delivery:

يُوصَى بإجراء الولادة القبصرية بين الأسبوع 36+0 والأسبوع 37+6 الحملي لحالات ارتكاز المشيمة المعيب[114,115] الغير مختلطة (أي لا يجد اختلاط مثل تحدد النمو داخل الرحم fetal growth restriction أو مقدمة ارتعاج preeclampsia)، حيث تفيد الأدلة بأن خطر الاستمرار بالحمل على الأم والجنين (حدوث نزف شديد، الحاجة لولادة إسعافية غير متوقعة) أكبر من الخطر الناجم عن الولادة الباكرة في هذا العمر الحملي[106].

2-3- التدبير الحاد لمريضات النزف Acute Care of Bleeding Patients:

إن النزف الفعال الناجم عن ارتكاز المشيمة المعيب هو حالة توليدية إسعافية مُحتَملة، حيث يتم قبول المريضة في وحدة المراقبة ويتم إخطار طاقم التخدير، **وإن هدف التدبير عند هذه الشريحة من المريضات هو[106]:**

1- تحقيق و/أو الحفاظ على استمرار الحالة الهيموديناميكية للمريضة.

2- تحديد فيما إذا كان هناك حاجة لقيصرية إسعافية.

2-3-1- تقييم الأم والجنين Maternal and fetal assessment:

يتم مراقبة كلاً من[93]:

1- التوتر الشرياني.

2- معدل ضربات القلب.

3- معدل التنفس.

4- إشباع الأوكسجين.

5- الصادر البولي عند الأم بشكلٍ حثيث[106].

حيث أن حدوث تسرع تنفس، أو تسرع ضربات القلب، أو هبوط التوتر الشرياني، أو انخفاض الإشباع بالأوكسجين يشير إلى حدوث نقص حجم[106].

6- يتم مراقبة معدل ضربات قلب الجنين بشكلٍ مستمر.

7- تحديد مقدار خسارة الدم: حيث يمكن حسابها بشكلٍ أدق باستخدام تقنيات القياس الكمية [116]، إلا أنه لم يتم إثبات فائدة ذلك على المحصلة النهائية outcomes -117] .119]

2-3-2- التحاليل المخبرية Laboratory testing:

يمكن طلب الآتي:

1- تعداد دم كامل complete blood count [106].

2- **تحديد الزمرة الدموية للمريضة:** مع تأمين وحدتين إلى أربع وحدات دم في حال كان النزف غزيراً أو متزايداً أو في حال احتمال حدوث الولادة، كما يجب إخطار بنك الدم بإمكانية الحاجة لنقل دم شديد massive transfusion protocol [106].

3- **يجب تقييم وجود اضطراب تخثر للمريضة (مستوى الفيبرينوجين، PT، aPTT):**

وذلك عند الشك بوجود انفكاك مرافق، أو عند حدوث نزف غزير يؤدي لحدوث عدم استقرار الحالة الهيموديناميكية، حيث إن الرشح المُطوَّل للدم prolonged oozing من أماكن وخز الإبر يقترح وجود اعتلال تخثر coagulopathy عند المريضة[106].

2-3-3- استقرار الحالة الهيموديناميكية للمريضة Stabilization:

2-3-3-1- يتم الحفاظ على الاستقرار الهيموديناميكي:

بفتح وريدين كبيرين مع إعطاء سوائل (محلول رينغز لاكتات Lactated Ringer solution أو محلول سيروم ملحي normal saline) وللحفاظ على الصادر البولي[106].

2-3-3-2- نقل الدم ومشتقاته Transfusion:

عند مرضى النزف الفعال يجب الاعتماد على حجم خسارة الدم مع الوقت والتغيرات في المشعرات الهيموديناميكية (التوتر الشرياني، معدل الوفيات ضربات قلب الأم والجنين، التروية المحيطية، مستوى الهيموغلوبين) في تقدير الحاجة لنقل الدم ومشتقاته[106].

إن النزف الحاد قد لا يترافق مع انخفاض مباشر في قياس التوتر الشرياني أو مستوى الهيماتوكريت عند المريضات الشابات الصحيحات الجسم، لذلك يمكن الحفاظ على عتبة منخفضة لنقل الدم ومشتقاته في هذه الحالات، فمثلاً (عدم تصحيح التسرع في معدل ضربات القلب وهبوط الضغط بعد إعطاء المحاليل أو مستوى خضاب الدم < 10 ملغ/دل) يُعتَبران مؤشران للحاجة لنقل الدم إسعافياً[106].

عموماً لا يتم إعطاء مثبطات المخاض عند المريضات ذوات النزف الفعال، وعموماً لا يتم إعطاء حمض الترانيكساميك tranexamic acid قبل الولادة لأنه يعبر المشيمة[106].

2-3-3-3- المحصلة النهائية Outcomes:

إن العديد من المريضات اللاتي يتظاهرن بمظاهر ارتكاز مشيمة معيب عرضي يستجبن عادةً للعلاج المحافظ السابق، ولا يضطرن لإجراء ولادة إسعافية[124-120]، حتى أن النزف الغزير لا يعيق أو يمنع العلاج المحافظ[106].

2-3-3-4- استطبابات الولادة القيصرية Indications for Cesarean delivery:

تُستَطب الولادة القيصرية في الحالات الآتية[114]:

1- مخاض فعَّال Active labor.

2- مخطط ضربات قلب الجنين من النمط الثالث III مع عدم استجابة على الإجراءات الإنعاشية.

3- نزف مهبلي شديد ومستمر يصعب معه الحفاظ على الاستقرار الهيموديناميكي للأم.

4- نزف مهبلي مهم بعد الأسبوع 34+0 حملي، حيث أن الفائدة المُتَوقَعة أكبر من الضرر في هذا العمر الحملي مع أخذ خصوصية كل مريضة على حدى بعين الاعتبار.

5- لا يجب تأخير الولادة لحين إعطاء الستيروئيدات[114].

2-3-3-5- سلفات المغنزيوم Magnesium sulfate:

وهو إجراء شائع قبل الأسبوع 32 الحملي مع إتخاذ قرار الولادة خلال 24 ساعة وليس بشكلٍ إسعافي، ولا يجب تأخير الولادة الإسعافية لحين إعطاء سلفات المغنزيوم[106].

2-3-3-6- التخدير Anesthesia:

في الولادات القيصرية المُحدَّدة سابقاً فإن التخدير القطني هو المُفضَّل عموماً، أما بالنسبة للمريضات اللاتي يعانين من نزف فعال فإن إجراء ولادة قيصرية إسعافية بالتخدير العام هو المُفضَّل عموماً[106].

2-4- العلاجات المحافظة للمريضات المستقرات بعد حدوث نزف بسبب ارتكاز المشيمة المعيب Expectant Management of Stable Patients after a Bleed caused by Placenta Previa:

2-4-1- هدف العلاج Goals of Tretment:

إن المريضات العرضيات بعمر < 34+0 أسبوع حملي ومستقرات هيموديناميكياً ولديهن نمط ضربات قلب للجنين طبيعية يكن مرشحات للعلاج المحافظ للنزف، وإن الهدف من هذا العلاج هو إطالة أمد الحمل لديهن وذلك لتأمين نمو الجنين دون تعريض الأم لخطر إضافي ناجم عن عودة النزف أو استمرار النزف الحاصل لديهن[106].

2-4-2- الستيروئيدات القشرية ما قبل الولادة Antenatal Corticosteroids:

يمكن إعطاء شوط علاجي من الستيروئيدات القشرية ما قبل الولادة للمريضات اللواتي عانين من النزف، ويمكن البدء بإعطاء هذه الستيروئيدات القشرية باكراً من الأسبوع الحملي 22+0 حتى الأسبوع الحملي 22+6 عند المريضات اللواتي يُتوقَّع حدوث الولادة لديهن في الأيام السبعة اللاحقة، ونقوم بإعطاء جرعة مبدئية من الستيروئيدات القشرية للمريضات اللواتي ينزفن للمرة الأولى بشكلٍ متأخر في الأسبوع الحملي 34+0 حتى الأسبوع الحملي 36+6[106].

2-4-3- تصحيح فقر الدم Correction of Anemia:

يتم عن طريق الإعطاء الفموي أو حقن لمركبات الحديد، ويملك العلاج بالحديد بالحقن أفضلية في العلاج من أجل رفع أرقام خضاب الدم بسرعةٍ أكبر وبآثار معدية جانبية أقل مقارنةً بالعلاج الفموي، وفي حال وصف العلاج الفموي بمركبات الحديد فإنه يمكن الاستعانة بالحمية الغنية بالألياف وذلك

للتقليل من حدوث الإمساك وما ينتج عن ذلك من تقليل الجهد المبذول لإخراج البراز لأن الجهد المبذول لإخراج البراز قد يزيد من النزف[125].

2-4-4- الغلوبيولين المناعي Anti-D Immune Globulin Anti-D:

يُوصَى بإعطاء الغلوبيولين المناعي Anti-D للمريضات سلبيات عامل الريزوس اللواتي تعرضن للنزف الناجم عن ارتكاز المشيمة المعيب، ولا حاجة لإعادة إعطائه في حال عودة النزف خلال ثلاثة أسابيع من إعطائه، كما أنه لا حاجة لإعادة إعطائه في حال حدثت الولادة خلال ثلاثة أسابيع من إعطائه[126].

2-4-5- تقييم الجنين Fetal Assessment:

كما ذكرنا سابقاً فإنه في حال وجود نزف مهبلي فعال فإنه تُستَطب المراقبة الجنينية المستمرة[106].

2-4-6- تداخلات أخرى Other Interventions:

2-4-6-1- حالات المخاض Tocolysis:

عادةً لا يتم اللجوء لهذه الأدوية روتينياً في تدبير ارتكاز المشيمة المعيب لعدم ثبوت فعاليتها، والآثار الجانبية المُتَرتبة عن استخدام هذه الأدوية، وعند المريضات اللواتي يعانين من تقلصات الرحم فإنه يمكننا استخدام هذه الأدوية مثل: نيفيدبين nifedipine مع إعطاء شوط من الستيروئيدات القشرية في حال (تراجع النزف أو توقفه وفي حال عدم وجود تخطيط لإجراء الولادة لسببٍ والدي أو جنيني)[106].

عند هؤلاء المريضات فإن التقلصات الرحمية تُحرِّض لحدوث انفكاك المشيمة والنزف، وبالتالي فإن حالات المخاض تلعب دوراً واقياً لذلك[106].

عادةً لا يتم استخدام الإندوميتاسين Indomethacin بسبب تأثيراته المُثبطة لعمل الصفيحات الدموية وآثاره الجانبية على الجنين[106].

تقترح بعض الدراسات أن إعطاء حالات المخاض لمريضات ارتكاز المشيمة المعيب العرضيات يطيل فترة الحمل، ويزيد من وزن الولادة دون إحداث آثار جانبية على الأم والجنين[127,128].

2-4-6-2- تطويق الرحم Cerclage:

لا يُوصَى بإجراء تطويق الرحم لتحسين النتائج عند مريضات ارتكاز المشيمة المعيب بسبب افتقار هذا الإجراء للأدلة الكافية التي تدعم فعاليته وأمانه، إلا أن وجود ارتكاز مشيمة معيب مستقر ليس

مضاد استطباب لإجراء تطويق الرحم في حال وجود قصور عنق رحم cervical insufficiency [106].

2-4-7- المقارنة بين التدبير داخل المشفى و التدبير خارج المشفى Inpatient versus outpatient management:

1- **في حالة المريضات اللواتي يعانين من حادثة نزفية أو حادثتين نزفيتين:** فإنه في حال توقف النزف عند المريضات فإنه يتم تخريجهن إلى المنزل في حال تحقيق المعايير التي سيتم ذكرها لاحقاً[106].

2- **في حالة المريضات اللواتي يعانين من ثلاث حوادث نزفية أو أكثر:** فإنه يتم قبولهن في المشفى حتى حدوث الولادة[123]، وذلك لأن تواتر وشدة الحوادث النزفية اللاحقة لا يمكن التنبؤ بها، وهذا بدوره يُقلِّل من الاختلاطات الخطيرة على الأم والجنين لأنه يسمح بالوصول مباشرةً للخدمة الطبية بما في ذلك إجراء ولادة قيصرية إسعافية عند الحاجة لها[106].

2-4-8- معايير تخريج المريضات من المشفى Criteria for Dischage:

إنه من الممكن تخريج المريضات اللواتي توقف لديهن النزف المهبلي لمدة 24 ساعة على الأقل وليس لديهن اختلاطات حملية أخرى وفق الشروط الآتية[106]:

1- أن تكون المريضة قادرة على الوصول إلى المشفى خلال 20 دقيقة.

2- أن تكون المريضة واعية ومتعاونة (على سبيل المثال: أن تلتزم بالتعليمات المُعطَاة لها حول النشاط الجنسي).

3- أن تكون المريضة ملتزمة بالراحة السريرية في المنزل.

4- أن تكون المريضة على علم ودراية بمخاطر التدبير خارج المشفى.

5- أن يكون لدى المريضة مرافق على مدار 24 ساعة/في اليوم وأن يكون هذا المرافق قادراً على نقلها فوراً إلى المشفى في حال حدوث نزف خفيف أو الاتصال بالإسعاف في حال حدوث نزف غزير[106].

2-4-9- تدبير تمزق الأغشية الباكر قبل الولادة المرافق لارتكاز المشيمة المعيب Management of Coexistent Preterm Premature Rupture of the Membranes (PPROM):

إن النزف الحاصل من الأغشية الساقطة قبل الولادة يُعَدُّ عامل خطر أساسي لحدوث تمزق الأغشية الباكر قبل الولادة PPROM؛ والذي يمكن أن يحدث على الرغم من وجود ارتكاز مشيمة معيب تام، وفي مثل هذه الحالات يجب معالجة كل حالة على حدى[106].

2-4-10- وقت الولادة Timing of Delivery:

كما ذكرنا سابقاً فإنه يمكن تحديد موعد العملية القيصرية عند المريضات المستقرات (ليس لديهن نزف، أو نزف خفيف) في الأسبوع الحملي 36+0 حتى الأسبوع الحملي 37+6، **ويتم إنهاء العلاج المحافظ وذلك باللجوء إلى العملية القيصرية الإسعافي في حال وجود الآتي[106]:**

1- مخاض فعَّال Active labor.

2- وجود نزف مهبلي مع مخطط ضربات قلب جنين من النمط الثالث III غير مستجيب على الإجراءات الإنعاشية.

3- وجود نزف مهبلي شديد ومستمر يؤدي إلى عدم القدرة على المحافظة على استقرار هيموديناميكي للأم.

4- وجود نزف مهبلي مهم في الأسبوع الحملي ≤ 34+0[106].

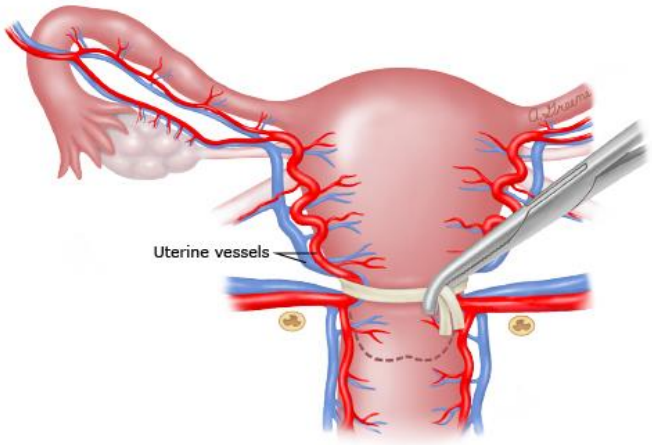
2-5- تدبير النزف بعد الولادة Management of Postpartum Hemorrhage::

يُعطَى الأوكسيتوسين Oxytocin بشكل روتيني وذلك لتقليل خطر النزف بعد الولادة، كما يمكن إضافة مقبضات رحمية أخرى أو حمض الترانيكساميك tranexamic acid مع بقاء إمكانية حدوث نزف غزير وذلك بسبب أن العضلة الرحمية للقطعة السفلية للرحم لا تتقلص بنفس فعالية القطعة العلوية للرحم مما يعيق الإرقاء الفيزيولوجي[106].

يمكن مقاربة النزف بعد الولادة من خلال الآتي:

1- الخطوة الأولى: استعمال مقبضات الرحم وحمض الترانيكساميك:

- **العلاج الدوائي Pharmacotherapy:** حيث يتم إعطاء الأوكسيتوسين ورفع جرعته حسب الحاجة للسيطرة على النزف الغزير، وفي حال عدم حدوث ذلك فإن يتم إضافة حمض الترانيكساميك مع مقبضات رحمية أخرى مثل (كاربوبروست تروميثامين carboprost tromethamine، أو ميتيل إرغونوفين methylergonovine)، ويقترح البعض إعطاء حمض الترانيكساميك وقائياً[106].
- **العصابات Tourniquets:** ويمكن استخدامها مؤقتاً لحين إعطاء الأدوية ومرور الوقت المناسب لبدء تأثيرها أو لحين إجرء التداخل الجراحي[129,130]، حيث يتم ربط قثطرة بولية أو مفجر بينروس Penrose drain بإحكام حول الرحم أسفل ما يمكن لإطباق الأوعية الرحمية في الأربطة العريضة للرحم وتأمينها بواسطة ملقط[106] كما هو مُوضَّح في الشكل (1-9).



الشكل (1–9): يوضح العصابة الرحمية في تدبير النزف الرحمي[106]

2– <u>الخطوة الثانية: علاج النزف المُوضَّع في حال حدوثه: وذلك من خلال الآتي:</u>

- قطب مربعة مرقئة hemostatic square sutures [106].
- وضع لصاقة من الفيبرين على مكان الرشح الدموي لتخفيز التخثر[131].
- تطبيق تحت سلفات الحديد ferric subsulfate (محلول مونسل Monsel's solution) على المنطقة الراشحة[106].
- حقن الفازوبرسين vasopressin في موقع المشيمة[106].
- الاستئصال في حالة المشيمة الملتحمة مع استمرار النزف[106].

2–6– موجز:

يتم تدبير ارتكاز المشيمة المعيب إما بالعلاج المحافظ بالأدوية أو بإجراء تداخلات أخرى مثل الأدوية الحالة للمخاض أو أو بالطرق الجراحية مثل الولادة القيصرية واستخدام العصابات.

الجزء الثاني: القسم العملي

الفصل الأول: أهداف البحث، التصميم، المواد والطرائق

Objective, Design, Materials and Methods of the Research

1-1- تمهيد:

يستعرض هذا الفصل الجانب العملي من الدراسة، من حيث الأهداف وطريقة تصميم الدراسة والطرائق المُستَخدمة والمنهج الإحصائي المُتَّبع.

1-2- خلفية البحث:

يعتبر ارتكاز المشيمة المعيب اختلاط خطير للحمل وأشيع سبب للنزف بعد الوضع الذي غالبا ما يكون مهددا لحياة المرأة الحامل[1]، لذا أثناء المتابعة السريرية لحالات المشيمة ذات الارتكاز المعيب يتوجب على الاطباء المولدين أن يكونوا حذرين ليس فقط على نوع ارتكاز المشيمة المعيب (تامة أو جزئية أو هامشية) وإنما أيضا على موقع توضع المشيمة (على الجدار الأمامي للرحم أو الخلفي وفيما إذا كانت المشيمة تتوضع على جرح قيصرية سابقة)[2].

يعتقد عدد كبير من الباحثين في السنوات الأخيرة بأن موقع ارتكاز المشيمة المعيب له تأثير كبير على النتائج الحملية[3].

1-3- تساؤلات البحث:

1. ما هي نسبة شيوع مواقع تموضع المشيمة لدى الحوامل مع ارتكاز مشيمة معيب.
2. ما هو دور موقع المشيمة المعيبة في حدوث الاختلاطات.

1-4- هدف البحث:

يهدف البحث لدراسة تأثير موقع المشيمة على الناتج الحملي لدى الحوامل مع ارتكاز مشيمة معيب..

1-5- عينة الدراسة:

تضم 80 حامل مع ارتكاز مشيمة معيب المقبولات في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق ما بين 2020/7/12 إلى 2021/7/12، **وفق المعايير الآتية:**

معايير القبول:

- ✓ العمر الحملي 24-42 أسبوعاً.
- ✓ الحوامل مع ارتكاز مشيمة معيب.

معايير الاستبعاد:

- ☒ عدم اكتمال البيانات.

1-6- مواد وطرائق الدراسة:

نمط الدراسة: دراسة حشدية مستقبلية Prospective Cohort Study.

مكان الدراسة: : مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق/سوريا.

زمان الدراسة: الفترة الممتدة من 2020/7/12 إلى 2021/7/12.

متغيرات الدراسة:

1- عمر الحامل.

2- العمر الحملي.

3- عدد الولادات ونوعها.

4- عدد الاسقاطات.

5- عدد العمليات الجراحية على الرحم.

6- التقييم الصدوي للمشيمة وارتكازها (امامية-خلفية-جانبية)، ونمطه ارتكاز المشيمة المعيب (تام-جزئي-واطئ- هامشي).

7- وزن وتقييم الوليد.

8- النزف قبل وبعد الوضع.

9- نقل الدم.

10- الحاجة لاستئصال الرحم الولادي.

11- الاختلاطات الولادية.

12- مدة الاستشفاء.

طريقة الدراسة ومراحل العمل:

بعد الحصول على الموافقة على إجراء البحث من قبل إدارة المشفى تم إجراء الآتي:

- أخذ قصة سريرية مفصلة تتضمن السوابق المرضية والتوليدية والجراحية والعائلية.
- فحص سريري وصدوي، مع تحديد ارتكاز المشيمة المعيب.
- متابعة الحمل والولادة وتسجيل النتائج الحملية والاختلاطات.
- **بعد جمع البيانات تم إدخالها إلى الحاسوب ودراستها إحصائياً باستخدام برنامج Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) الإحصائي كما يأتي:**

1. **تم تقسيم المرضى ثلاث مجموعات بحسب مكان ارتكاز المشيمة ودراسة الفروقات بين المجموعات وأهميتها الإحصائية:**

I. مجموعة ارتكاز المشيمة على الجدار الأمامي.

II. المجموعة ارتكاز المشيمة على الجدار الخلفي.

III. مجموعة ارتكاز المشيمة على الجدار الجانبي.

2. **تم تقسيم المرضى أربعة مجموعات بحسب نمط ارتكاز المشيمة ودراسة الفروقات بين المجموعات وأهميتها الإحصائية:**

I. مجموعة ارتكاز المشيمة المعيب التام.

II. المجموعة ارتكاز المشيمة المعيب الجزئي.

III. مجموعة ارتكاز المشيمة الواطئ.

IV. مجموعة ارتكاز المشيمة الهامشي.

3. **قمنا بدراسة الاختلاطات ونسبة شيوع كل منها في المجموعات السابقة ونسبة الوفيات.**

❖ **تم تسجيل نتائج الدراسة الإحصائية للدراسة الحالية، تمت مقارنتها بنتائج دراسات عالمية مشابهة.**

1-7- الاعتبارات الأخلاقية:

تم الحصول على موافقة إدارة مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق على إجراء البحث، كما أنه لن يتم ذكر أي معلومات شخصية حساسة، ولن يتم التدخل في خطة التدبير الموضوعة من قبل الأخصائي المشرف.

1-8- حجم العينة:

تم تحديد حجم العينة المطلوبة **بثمانين** حالة بالاعتماد على جدول Krejcie & Morgan الذي يبين حجم العينة المطلوب بمستوى دلالة 95% ومستوى خطأ 5%.

1-9- المفاهيم والاعتبارات:

- **مشيمة ذات ارتكاز معيب صغرى minor placenta previa:** تعتبر المشيمة ذات ارتكاز معيب صغرى في حال[132]:
  - ✓ درجة أولى (المشيمة الواطئة، ارتكازاً واطئاً): ارتكاز واطئ يبعد فيها نسيج المشيمة عن الفوهة الباطنة للعنق مسافة اقل من 2سم.
  - ✓ درجة ثانية (المشيمة الهامشية، ارتكازاً هامشياً): ارتكاز هامشي يصل النسيج المشيمي لحافة الفوهة الباطنة للعنق
- **مشيمة ذات ارتكاز معيب كبرى major placenta previa:** تعتبر المشيمة ذات ارتكاز معيب كبرى في حال[132]:
  - ✓ الدرجة الثالثة (ارتكازاً جزئياً) عندما تغطي الفوهة الباطنة للعنق بشكل جزئي
  - ✓ الدرجة الرابعة (ارتكازاً تاماً): عندما تغطي المشيمة كامل الفوهة الباطنة لعنق الرحم
- **النزف قبل الوضع: antepartum haemorrhage (APH):** هو النزف الحاصل خلال الحمل من الاسبوع ال24 وحتى قبيل ولادة الجنين[10].
- **النزف بعد الوضع: postpartum bleeding:** هو حدوث نزف أكثر من 500مل في الولادة الطبيعية وأكثر من 1000مل للولادة القيصرية[11].
- **المشيمة الملتحمة:** تم تشخيص التحام المشيمة بالاعتماد على المظهر العياني والتشريح المرضي.
- **نقص وزن الولادة Low Birth Weight:** يعرّف بحسب منظمة الصحة العالمية بأنه ولادة طفل حي بوزن أقل من 2500 غ بغض النظر عن العمر الحملي[133].

وفيما يأتي نسخة عن استمارة البحث والموافقة المستنيرة:

استمارة بحث: تأثير موقع المشيمة على نتاج الحمل في حالات ارتكاز المشيمة المعيب

اسم المريضة: العمر: رقم المريضة:

العمر الحملي عند القبول: عدد الولادات نوعها: عدد الاسقاطات:

السوابق المرضية:

السوابق الجراحية: سوابق جراحة على الرحم:

السوابق الدوائية:

مدة الإقامة في المشفى:

مكان ارتكاز المشيمة (امامية خلفية جدارية):

نمط ارتكاز المشيمة (تام جزئي هامشي واطئ):

<u>النتائج الحملية:</u>

حدوث نزف قبل الوضع: حدوث نزف بعد الوضع:

حدوث استئصال رحم ولادي:

وزن الوليد: أبغار الدقيقة الأولى للوليد:

الحاجة لنقل الدم:

ملاحظات:.....

.....

منظم الاستمارة:

الموافقة المستنيرة

العنوان: تأثير موقع المشيمة على نتاج الحمل في حالات ارتكاز المشيمة المعيب

الباحثة: د. دعاء محمد الشهاب

سيدتي: سنقوم بدراسة تأثير موقع المشيمة على ناتج الحمل في حالات ارتكاز المشيمة المعيب في مستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق، ولذلك تهمنا مشاركتك في الدراسة وإعطاؤنا بعض البيانات التي لن تشتمل على ما يشير إلى هويتك بأي صورة كانت، وسنحتفظ بها بسرية تامة ولن تُستَخدم إلا لأغراض بحثية فقط، وإن هذه الدراسة لا تشتمل على أي تداخل من شأنه التأثير في تدبير المرض، ولا يتطلب منك أي تكلفة مادية إضافية.

إن ملء الاستبيان والمشاركة في الدراسة غير ملزمين، ورفضك المشاركة لن يؤثر بشكلٍ من الأشكال على حقوقك الطبية أو الخدمات المقدمة لك داخل المشفى، ولك كامل الحق في رفض الإجابة عن أي سؤال لا ترغبين الإجابة عنه، كما أننا سنرحب بأي استفسار لديك بخصوص الحالة التي تعانين منها.

نطمح لمشاركتك في هذه الدراسة.

أقر بأن هذه الموافقة تمت بعد الاطلاع على التفاصيل الواردة سابقاً، والإجابة على أسئلتي واستفساراتي حول الموضوع مع علمي أن هذه المشاركة غير مأجورة.

اسم وتوقيع السيدة:

1-10- طرق التحليل الإحصائي:

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

- **المتوسط الحسابي** $\overline{X}$:

ويحسب من العلاقة الآتية

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

حيث: $\overline{X}$: المتوسط الحسابي.

Xi: مفردات العينة.

n : عدد المفردات

- **الانحراف المعياري** σ: ويحسب بالعلاقة الآتية:

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

حيث σ : الانحراف المعياري.

Xi: مفردات العينة.

n :عدد المفردات.

$\overline{X}$: المتوسط الحسابي.

- تم تمثيل القيم الإحصائية المستمرة بـ (المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري).
- تم حساب المتوسط الحسابي والتكرارات لمختلف المتغيرات ونسبتها.
- تم اعتماد الاختبار الإحصائي test Chi-square X2 (لدراسة المتغيرات الفئوية) و-Mann Whitney U test (لدراسة المتغيرات المستمرة) لدراسة الفروقات بين المجموعات وإظهار

الأهمية الإحصائية لهذه الفروقات، حيث اعتُمِدَت قيمة $P\leq 0.05$ ليكون هناك فرق إحصائي مهم.

1-11- موجز:

في نهاية هذا الفصل نكون قد ألقينا الضوء على تفاصيل الجزء العملي من الدراسة مع تعريف مُفصَّل بآلية العمل والطرق الإحصائية المُتَّبعة في البحث للوصول إلى إجابة على السؤال البحثي.

الفصل الثاني: النتائج Results

2-1- تمهيد:

في هذا الفصل سنعرض النتائج التي توصلنا لها في البحث، حيث أنه في نهاية البحث اكتملت بيانات 80 حالة ارتكاز مشيمة معيب قد حققوا معايير البحث، وبدراسة هذه البيانات إحصائياً باستخدام برنامج SPSS، **ووصلنا للنتائج الآتية:**

2-2- النتائج:

2-2-1- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عمر الحامل:

الجدول (2-1): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عمر الحامل									
	الكل		أمامية		جدارية		خلفية		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
العدد	80	%100	49	%61.3	6	%7.5	25	%31.3	-
	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	P
عمر الحامل (عام)	31.5	5.5	31.9	5.1	29.2	6.4	31.4	5.9	0.510

من الجدول (2-1) نلاحظ الآتي:

- في النسبة الاكبر من الحالات كان توضع المشيمة على الجدار الامامي تليها نسبة الحالات التي كان توضع المشيمة فيها على الجدار الخلفي، وبنسبة صغيرة كانت متوضعة على الجدار الجانبي.
- متوسط عمر الحامل أكبر في مجموعة التوضع الامامي والخلفي، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

2-2-2- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع العمر الحملي:

الجدول (2-2): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع العمر الحملي									
	الكل		أمامية		جدارية		خلفية		
	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	P
العمر الحملي (أسبوع)	35.6	2.7	35.6	2.7	35.8	3.9	35.7	2.6	0.960

من الجدول (2-2) نلاحظ أن :متوسط العمر الحملي أكبر في حالة التوضع الجداري ثم الخلفي فالأمامي، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

2-2-3- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق الحملية:

الجدول (2-3): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق الحملية									
	الكل		أمامية		جدارية		خلفية		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
خروس	11	%13.8	5	%10.2	3	%50	3	%12	0.027
ولود	69	%86.3	44	%89.8	3	%50	22	%88	

من الجدول (2-3) نلاحظ أن نسبة الخروسات أكبر في مجموعة توضع المشيمة الجداري، بينما نسبة الولودات أكبر في مجموعتي التوضع الأمامي والخلفي بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.

2-2-4- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق التوليدية:

الجدول (2-4): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق التوليدية									
	الكل		أمامية		جدارية		خلفية		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
سوابق ولادة مهبلية	35	%43.5	19	%38.8	3	%50	13	%52	0.527
سوابق ولادة قيصرية	57	%71.3	38	%77.6	2	%33.3	17	%68	0.071
سوابق اسقاط	26	%32.5	19	%38.8	1	%16.7	6	%24	0.303
تجريف رحم	19	%23.8	16	%32.7	0	%0	3	%12	0.052

من الجدول (2-4) نلاحظ الآتي:

- نسبة وجود سوابق ولادة مهبلية أكبر في حالة توضع المشيمة الخلفي ثم الجداري، ونسبة وجود سوابق قيصرية أكبر في حالة توضع المشيمة الامامي ثم الخلفي، ولم يكن الفرق مهم إحصائياً.

❖ نسبة وجود سوابق اسقاط أكبر في حالة توضع المشيمة الامامي ثم الخلفي لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

❖ نسبة وجود قصة تجريف رحم أكبر في مجموعة توضع المشيمة الامامي لكن بدون أهمية إحصائية للفرق

2-2-5- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع متوسط عدد الولادات والاسقاطات السابقة:

الجدول (2-5): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع متوسط عدد الولادات والاسقاطات السابقة									
	الكل		أمامية		جدارية		خلفية		
	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	P
متوسط عدد الولادات	3.8	1.9	3.8	1.7	5.3	1.2	3.5	2.2	0.260
متوسط عدد الولادات المهبلية	2.4	1.6	2.9	1.6	2.7	2.9	1.6	0.7	0.057
متوسط عدد الولادات القيصرية	3.1	1.5	2.9	1.4	4	1.4	3.2	1.8	0.548
متوسط عدد الاسقاطات	1.9	1.1	1.9	1.2	2	-	1.8	1.2	0.988

من الجدول (2-5) نلاحظ أن متوسط عدد الولادات بشكل عام أكبر في حالة توضع المشيمة الجداري، ومتوسط عدد الولادات المهبلية وكذلك الاسقاطات أكبر في حالة توضع المشيمة الأمامي، بينما متوسط عدد الولادات القيصرية أكبر في حالة توضع المشيمة الجداري، لكن لم يكن للفرق بين المجموعات الثلاث أهمية إحصائية

2-2-6- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق المرضية:

الجدول (2-6): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق المرضية									
	الكل		أمامية		جدارية		خلفية		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
سكري حملي	1	%1.3	1	%2	0	%0	0	%0	0.726
ارتفاع ضغط	5	%6.3	2	%4.1	0	%0	3	%12	0.332
مقدمة ارتعاج/ ارتعاج	0	-	0	-	0	-	0	-	-

من الجدول (2–6) نلاحظ أن نسبة وجود سوابق سكري حملي أكبر في حالة توضع المشيمة الامامي، بينما نسبة وجود سوابق ارتفاع ضغط أكبر في حالة توضع المشيمة الخلفي، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً، ولم يكن هناك سوابق مقدمة ارتعاج أو ارتعاج لدى أية حامل.

2–2–7– دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع درجة ارتكاز المشيمة:

الجدول (2–7): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع درجة ارتكاز المشيمة									
	الكل		أمامية		جدارية		خلفية		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
ارتكاز تام	56	%70	34	%69.4	3	%50	19	%76	0.426
ارتكاز جزئي	8	%10	7	%14.3	0	%0	1	%4	
ارتكاز هامشي	6	%7.5	3	%6.1	1	%16.7	2	%8	
ارتكاز واطئ	10	%12.5	5	%10.2	2	%33.3	3	%12	

من الجدول (2–7) نلاحظ الآتي:

- ❖ نسبة الحالات التي كان ارتكاز المشيمة فيها تام أكبر في حالة ارتكاز المشيمة الخلفي.
- ❖ نسبة الحالات التي كان فيها ارتكاز المشيمة جزئي أكبر في حالة ارتكاز المشيمة الامامي.
- ❖ نسبة حالات ارتكاز المشيمة الهامشي والواطئ أكبر في حالة ارتكاز المشيمة الجداري، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

2–2–8– دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الارتكاز على ندبة القيصرية والتحام المشيمة:

الجدول (2–8): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الارتكاز على ندبة القيصرية والتحام المشيمة									
	الكل		أمامية		جدارية		خلفية		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
ارتكاز على ندبة قيصرية	38	%47.5	38	%77.6	0	%0	0	%0	0.001>
مشيمة ملتحمة	36	%45	26	%53.1	1	%16.7	9	%36	0.132

من الجدول (2–8) نلاحظ الآتي:

❖ جميع حالات ارتكاز المشيمة على ندبة قيصرية سابقة كانت في حالة ارتكاز المشيمة الامامي وهذا لكون جرح القيصرية يكون على الجدار الامامي.

❖ نسبة حالات المشيمة الملتحمة أكبر في حالة ارتكاز المشيمة الامامي ثم الخلفي، لكن لم يكن للفرق أهمية إحصائية.

2–2–9– دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عدد الأجنة:

الجدول (2–9): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عدد الأجنة									
	الكل		أمامية		جدارية		خلفية		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
حمل مفرد	79	%98.8	48	%98	6	%100	25	%100	0.726
حمل متعدد	1	%1.3	1	%2	0	%0	0	%0	

من الجدول (2–9) نلاحظ أنه كان هناك حالة حمل توأمي وحيدة وكان فيها توضع المشيمة أمامي.

2–2–10– دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الحملية:

الجدول (2–10): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الحملية									
	الكل		أمامية		جدارية		خلفية		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
ارتفاع ضغط حالي	7	%8.8	4	%8.2	0	%0	3	%12	0.629
فقر دم	72	%90	47	%95.9	4	%66.7	21	%84	0.038
تهديد مخاض باكر	34	%42.5	20	%40.8	3	%50	11	%44	0.897
نزف قبل الولادة	66	%82.5	46	%93.9	4	%66.7	16	%64	0.003

من الجدول (2–10) نلاحظ أن:

❖ نسبة وجود ارتفاع ضغط حالي أكبر في حالة توضع المشيمة الخلفي لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

❖ نسبة وجود فقر دم ونزف قبل الولادة أكبر في حالة توضع المشيمة الامامي وكان الفرق مهم إحصائياً.

❖ نسبة وجود تهديد مخاض باكر أكبر في حالة توضع المشيمة الجداري لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

2-2-11- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات التوليدية:

الجدول (2-11): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات التوليدية									
	الكل		أمامية		جدارية		خلفية		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
ولادة مبكرة	34	%42.5	20	%40.8	3	%50	11	%44	0.897
نزف بعد الولادة	61	%76.3	38	%77.6	3	%50	20	%80	0.283
استئصال رحم ولادي	37	%46.3	27	%55.1	1	%16.7	9	%36	0.095
نقل دم	59	%73.8	37	%75.5	4	%66.7	18	%72	0.872
وفاة الأم	2	%2.5	2	%4.1	0	%0	0	%0	0.523

من الجدول (2-11) نلاحظ أن:

❖ نسبة حدوث ولادة مبكرة أكبر في حالة توضع المشيمة الجداري لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

❖ نسبة حدوث نزف بعد الولادة أكبر في حالة توضع المشيمة الخلفي يلها النسبة في حالة توضع المشيمة الامامي لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

❖ نسبة إجراء استئصال رحم ولادي والحاجة لنقل الدم أكبر في حالة ارتكاز المشيمة الأمامي ثم في حالة ارتكاز المشيمة الخلفي لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

❖ نسبة والحاجة لنقل الدم أكبر في حالة ارتكاز المشيمة الأمامي ثم في حالة ارتكاز المشيمة الخلفي لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

❖ نتم تسجيل حالتي وفاة كان ارتكاز المشيمة فيها على الجدار الامامي.

2-2-12- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عدد وحدات الدم المنقولة ومدة الاستشفاء:

الجدول (2-12): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عدد وحدات الدم المنقولة ومدة الاستشفاء									
	الكل		أمامية		جدارية		خلفية		
	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	P
وحدات الدم المنقولة	4.1	2.7	4.1	2.5	2.5	1.3	4.3	3.2	0.461
مدة الاستشفاء	3.9	3.6	3.9	3.6	4.7	6.1	4	2.7	0.879

من الجدول (2-11) نلاحظ أن متوسط عدد وحدات الدم المنقولة أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة الخلفي بينما متوسط مدة الاستشفاء أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة الجداري لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

2-2-13- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع نوع القيصرية:

الجدول (2-13) دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع نوع القيصرية المجراة									
	الكل		أمامية		جدارية		خلفية		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
قيصرية سفلية	58	%72.5	27	%55.1	6	%100	25	%100	0.001>
قيصرية علوية	22	%27.5	22	%44.9	0	-	0	-	

من الجدول (2-13) نلاحظ أن جميع حالات القيصرية العلوية كانت في حالة الارتكاز الأمامي.

2-2-14- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع تقييم الوليد:

الجدول (2-14): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع تقييم الوليد									
	الكل		أمامية		جدارية		خلفية		
	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	P
وزن الوليد (كغ)	2.7	0.6	2.6	0.6	2.7	0.4	2.7	0.6	0.696
أبغار د1	6	1.6	5.9	1.5	6.7	2.1	6	1.9	0.559

من الجدول (2-14) نلاحظ الآتي:

❖ متوسط وزن الوليد أكبر في حالة توضع المشيمة الجداري والخلفي لكن بدون أهمية إحصائية.

❖ متوسط نقاط مشعر أبغار في الدقيقة الأولى أكبر في حالة توضع المشيمة الجداري لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

2-2-15- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الوليدية أثناء الحمل:

الجدول (2-15): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الوليدية أثناء الحمل									
	الكل		أمامية		جدارية		خلفية		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
نقص وزن الوليد	23	%28.7	17	%34.7	0	–	6	%24	0.170
تشوهات جنينية	0	–	0	–	0	–	0	–	–
وفاة الجنين ضمن الرحم	0	–	0	–	0	–	0	–	–

من الجدول (2-15) نلاحظ أن نسبة وجود نقص وزن الوليد أكبر في حالة توضع المشيمة الأمامي ثم الخلفي ولم تسجل حالات في حالة توضع المشيمة الجداري، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً، ولم تسجل حالات لتشوهات جنينية أو وفاة ضمن الرحم.

2-2-16- دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الوليدية التوليدية:

الجدول (2-16): دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الوليدية التوليدية									
	الكل		أمامية		جدارية		خلفية		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
الحاجة للحاضنة	19	%23.8	12	%24.5	2	%33.3	5	%20	0.774
استنشاق الوليد	17	%21.3	12	%24.5	2	%33.3	3	%12	0.348
وفاة الوليد	3	%3.8	2	%4.1	0	–	1	%4	0.881

من الجدول (2-16) نلاحظ أن نسبة حاجة الوليد للحاضنة وحالات استنشاق الوليد أكبر في مجموعة توضع المشيمة الجداري ثم الأمامي، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً، وقد تم تسجيل ثلاث حالات وفاة للولدان كان توضع المشيمة أمامي في حالتين منها وخلفي في الحالة الثالثة.

2-2-17- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع عمر الحامل والعمر الحملي:

الجدول (2-17): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع عمر الحامل والعمر الحملي									
	تام		جزئي		هامشي		واطئ		
	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	P
عمر الحامل	31	5.2	35	5.7	28.5	7.4	33.5	4.4	0.072
العمر الحملي	35.1	2.9	36.5	1.5	36.7	1.4	37.2	2.3	0.067

من الجدول (2-17) نلاحظ أن متوسط عمر الحامل أكبر في حالة الارتكاز الجزئي، بينما متوسط العمر الحملي أكبر في حالة الارتكاز الواطئ، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

2-2-18- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع السوابق الحملية:

الجدول (2-18): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع السوابق الحملية									
	تام		جزئي		هامشي		واطئ		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
خروس	4	%7.1	3	%37.5	2	%33.3	2	%20	0.043
ولود	52	%92.9	5	%62.5	4	%66.7	8	%80	

من الجدول (2-18) نلاحظ أن نسبة الخروسات أكبر في حالة ارتكاز المشيمة الجزئي والهامشي، بينما نسبة الولودات أكبر في حالة ارتكاز المشيمة التام والواطئ وكان الفرق مهم إحصائياً.

2-2-19- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع السوابق التوليدية:

الجدول (2-19): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع السوابق التوليدية									
	تام		جزئي		هامشي		واطئ		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
سوابق ولادة مهبلية	28	%50	0	%0	2	%33.3	5	%50	0.057
سوابق ولادة قيصرية	41	%73.2	5	%62.5	4	%66.7	7	%70	0.925
سوابق اسقاط	19	%33.9	2	%25	0	%0	5	%50	0.209
تجريف رحم	13	%23.2	2	%25	0	%0	4	%40	0.342

من الجدول (2-19) نلاحظ الآتي:

❖ نسبة وجود سوابق ولادة مهبلية وكذلك سوابق ولادة قيصرية أكبر في حالة ارتكاز المشيمة التام والواطئ لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

❖ نسبة وجود سوابق اسقاط أو تجريف رحم أكبر في حالة ارتكاز المشيمة الواطئ ثم التام فالجزئي لكن بدون أهمية إحصائية للفرق.

2-2-20- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع متوسط عدد الولادات والاسقاطات السابقة:

الجدول (2-20): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع متوسط عدد الولادات والاسقاطات السابقة

	تام		جزئي		هامشي		واطئ		
	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	P
عدد الولادات	3.7	1.8	3	1.2	4.3	3.3	4.8	1.6	0.330
عدد الولادات المهبلية	2.1	1.5	0	0	3	1.4	3.8	1.8	0.080
عدد الولادات القيصرية	3.2	1.5	3	1.2	2.8	2.2	2.7	1.7	0.863
عدد الاسقاطات	1.7	0.9	1	0	0	0	2.8	1.6	0.075

من الجدول (2-20) نلاحظ أن متوسط عدد الولادات بشكل عام والولادات المهبلية وكذلك الاسقاطات أكبر في حالة ارتكاز المشيمة الواطئ، بينما متوسط عدد الولادات القيصرية أكبر في حالة ارتكاز المشيمة التام، لكن لم يكن للفرق أهمية إحصائية.

2-2-21- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع السوابق المرضية:

الجدول (2-21): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع السوابق المرضية

	تام		جزئي		هامشي		واطئ		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
سكري حملي	0	%0	0	%0	0	%0	1	%10	0.069
ارتفاع ضغط	2	%3.6	0	%0	1	%16.7	2	%20	0.135

من الجدول (2-21) نلاحظ أن نسبة وجود قصة سكري حملي أو ارتفاع ضغط سابقين أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة الواطئ، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

2-2-22- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع عدد الأجنة:

الجدول (2-22): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع عدد الاجنة									
	تام		جزئي		هامشي		واطئ		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
حمل مفرد	56	%100	8	%100	6	%100	9	%90	0.069
حمل متعدد	0	%0	0	%0	0	%0	1	%10	

من الجدول (2-22) نلاحظ أنه في حالة الحمل التوأمي الوحيدة في عينة البحث كان ارتكاز المشيمة واطئ.

2-2-23- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الحملية:

الجدول (2-23): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الحملية									
	تام		جزئي		هامشي		واطئ		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
ارتفاع ضغط حالي	1	%1.8	3	%37.5	1	%16.7	2	%20	0.003
فقر دم	56	%100	5	%62.5	5	%83.3	6	%60	0.001>
تهديد مخاض باكر	28	%50	3	%37.5	1	%16.7	2	%20	0.166
نزف قبل الولادة	50	%89.3	5	%62.5	5	%83.3	6	%60	0.057

من الجدول (2-23) نلاحظ الآتي:

- ❖ نسبة وجود ارتفاع ضغط حالي أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة الجزئي ثم الواطئ فالهامشي، وكان الفرق مهم إحصائياً.
- ❖ نسبة وجود فقر دم أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة التام ثم الهامشي فالجزئي وكان الفرق مهم إحصائياً.
- ❖ نسبة حدوث تهديد مخاض باكر أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة التام ثم الجزئي فالواطئ، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.
- ❖ نسبة وجود نزف قبل الولادة أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة التام والهامشي لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

2-2-24- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الحملية والتوليدية:

الجدول (2-24): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات التوليدية									
	تام		جزئي		هامشي		واطئ		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
ولادة مبكرة	28	%50	3	%37.5	1	%16.7	2	%20	0.166
نزف بعد الولادة	51	%91.1	4	%50	2	%33.3	4	%40	0.001>
استئصال رحم ولادي	30	%53.6	2	%25	1	%16.7	4	%40	0.177
نقل دم	50	%89.3	3	%37.5	2	%33.3	4	%40	0.001>
وفاة الأم	2	%3.6	0	%0	0	%0	0	%0	0.830

من الجدول (2-24) نلاحظ الآتي:

- نسبة حدوث ولادة مبكرة أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة التام ثم الجزئي فالواطئ، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.
- نسبة حدوث نزف بعد الولادة أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة التام ثم الجزئي فالواطئ وكان الفرق مهم إحصائياً.
- نسبة إجراء استئصال رحم ولادي أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة التام ثم الواطئ لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.
- نسبة الحاجة لنقل الدم أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة التام ثم الواطئ فالجزئي وكان الفرق مهم إحصائياً.
- في حالتي الوفاة في عينة البحث كان ارتكاز المشيمة تاماً.

2-2-25- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع وحدات الدم المنقولة ومدة الاستشفاء:

الجدول (2-25): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع وحدات الدم المنقولة ومدة الاستشفاء									
	تام		جزئي		هامشي		واطئ		
	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	P
وحدات الدم المنقولة	4.1	2.8	3.3	3.2	2.5	2.1	4.5	1.3	0.794
مدة الاستشفاء	4.7	4.1	2.4	0.5	2.5	0.8	2.3	0.7	0.071

من الجدول (2-25) نلاحظ الآتي:

- متوسط عدد وحدات الدم المنقولة أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة الواطئ ثم التام لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.
- متوسط مدة الاستشفاء أكبر في مجموعة الارتكاز التام فيما كان متقاربا في باقي المجموعات لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

2-2-26- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع نوع القيصرية:

الجدول (2-26) دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع نوع القيصرية المجراة									
	تام		جزئي		هامشي		واطئ		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
قيصرية سفلية	40	%71.4	4	%50	6	%100	8	%80	0.202
قيصرية علوية	16	%28.6	4	%50	0	-	2	%20	

من الجدول (2-26) نلاحظ أن نسبة القيصرية السفلية أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة الهامشي ثم الواطئ ثم التام، بينما نسبة القيصرية العلوية أكبر في مجموعة الارتكاز الجزئي ثم التام فالواطئ، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

2-2-27- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع حالة الوليد:

الجدول (2-27): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع حالة الوليد									
	تام		جزئي		هامشي		واطئ		
	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	P
وزن الوليد	2.6	0.6	2.7	0.7	2.9	0.5	2.9	0.5	0.460
أبغار د1	5.8	1.7	6	0.9	7.3	1.9	6.4	1.2	0.125
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
نقص وزن الوليد	18	%32.1	3	%37.5	0	%0	2	%20	0.333

من الجدول (2-27) نلاحظ الآتي:

- ❖ متوسط وزن الوليد أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة الواطئ والهامشي ثم الجزئي بينما كان أصغير في الارتكاز التام، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.
- ❖ متوسط مشعر أبغار في الدقيقة الأولى أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة الهامشي ثم الواطئ لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.
- ❖ نسبة نقص وزن الوليد أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة الجزئي والتام ثم الواطئ لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

2-2-28- دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الوليدية:

الجدول (2-28): دراسة علاقة درجة ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الوليدية									
	تام		جزئي		هامشي		واطئ		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	P
الحاجة للحاضنة	15	%26.8	2	%25	1	%16.7	1	%10	0.682
استنشاق الوليد	13	%23.2	2	%25	1	%16.7	1	%10	0.794
وفاة الوليد	3	%5.4	0	%0	0	%0	0	%0	0.721

من الجدول (2-28) نلاحظ الآتي:

- ❖ نسبة حاجة الوليد للحاضنة وكذلك حدوث استنشاق لدى الوليد أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة التام والجزئي لكن بدون أهمية إحصائية للفرق.

❖ حالات وفاة الوليد جميعها كانت في مجموعة ارتكاز المشيمة التام.

2-2-29- دراسة علاقة النزف مع عمر الحامل والعمر الحملي:

الجدول (2-29): دراسة علاقة النزف مع عمر الحامل والعمر الحملي										
	نزف قبل الولادة					نزف بعد الولادة				
	لا		يوجد			لا		يوجد		
	Mean	S.td	Mean	P		Mean	S.td	Mean	P	
عمر الحامل	34.2	5	30.9	5.4	0.042	30.5	5.5	31.8	5.5	0.365
العمر الحملي	37.4	1.1	35.3	2.8	0.008	37.1	1.3	35.2	2.9	0.006

من الجدول (2-29) نلاحظ الآتي:

❖ متوسط عمر الحامل أصغر في حالة وجود نزف قبل الولادة بفارقٍ مهم إحصائياً، وكان أكبر في حالة النزف بعد الولادة لكن بدون أهمية إحصائية للفرق.

❖ متوسط العمر الحملي أصغر في حالة وجود نزف قبل الولادة وكذلك في حالة حدوث نزف بعد الولادة وكان الفرق مهم إحصائياً.

2-2-30- دراسة علاقة النزف مع السوابق الحملية:

الجدول (2-30): دراسة علاقة النزف مع السوابق الحملية										
	نزف قبل الولادة					نزف بعد الولادة				
	لا		يوجد			لا		يوجد		
	N.	%	N.	%	P	N.	%	N.	%	P
خروس	4	%36.4	7	%63.6	0.076	6	%54.5	5	%45.5	0.010
ولود	10	%14.5	59	%85.5		13	%18.8	56	%81.2	

من الجدول (2-30) نلاحظ أن نسبة النزف قبل الولادة وبعد الولادة أكبر لدى الولودات من الخروسات لكن بدون أهمية إحصائية.

2-2-31- دراسة علاقة النزف مع السوابق التوليدية:

الجدول (2-31): دراسة علاقة النزف مع السوابق التوليدية										
		نزف قبل الولادة				نزف بعد الولادة				
		لا		يوجد		لا		يوجد		
		N.	%	N.	P	N.	%	N.	%	P
سوابق ولادة مهبلية	لا	9	%20	36	0.505	16	%35.6	29	%64.4	0.005
	نعم	5	%14.3	30		3	%8.6	32	%91.4	
سوابق ولادة قيصرية	لا	4	%17.4	19	0.987	6	%26.1	17	%73.9	0.755
	نعم	10	%17.5	47		13	%22.8	44	%77.2	
سوابق اسقاط	لا	8	%14.8	46	0.362	12	%22.2	42	%77.8	0.644
	نعم	6	%23.1	20		7	%26.9	19	%73.1	
تجريف رحم	لا	9	%14.8	52	0.247	12	%19.7	49	%80.3	0.125
	نعم	5	%26.3	14		7	%36.8	12	%63.2	

من الجدول (2-31) نلاحظ الآتي:

- نسبة وجود نزف قبل الولادة أكبر لدى الحوامل مع سوابق ولادة مهبلية لكن بدون أهمية إحصائية، وكانت نسبة النزف بعد الولادة أكبر في حالة وجود سوابق ولادة مهبلية بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.
- عند وجود سوابق ولادة قيصرية كانت نسبة وجود نزف قبل الولادة أصغر قليلاً، بينما كانت نسبة حدوث نزف بعد الولادة أكبر عند وجود سوابق قيصرية، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.
- نسبة النزف قبل الولادة وكذلك بعد الولادة أصغر عند وجود سوابق اسقاط لكن بدون أهمية إحصائية للفرق.
- نسبة النزف قبل الولادة أصغر عند وجود سوابق تجريف رحم، ونسبة النزف بعد الولادة أصغر بوجود قصة تجريف رحم سابق، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

2-2-32- دراسة علاقة النزف مع متوسط عدد الولادات والاسقاطات السابقة:

الجدول (2-32): دراسة علاقة النزف مع متوسط عدد الولادات والاسقاطات السابقة										
	نزف قبل الولادة					نزف بعد الولادة				
	لا		يوجد			لا		يوجد		
	Mean	S.td	Mean	S.td	P	Mean	S.td	Mean	S.td	P
عدد الولادات	4.3	2.1	3.7	1.8	0.337	3.3	1.7	3.9	1.9	0.331
عدد الولادات المهبلية	2.2	1.1	2.5	1.7	0.732	2.7	1.2	2.4	1.6	0.789
عدد الولادات القيصرية	3.2	1.3	3	1.5	0.766	2.7	0.9	3.2	1.6	0.305
عدد الاسقاطات	2	1.1	1.9	1.1	0.778	2	1	1.8	1.2	0.754

من الجدول (2-32) نلاحظ الآتي:

- عند وجود نزف قبل الولادة كان متوسط عدد الولادات السابقة أصغر بينما كان أكبر في حالة حدوث نزف بعد الولادة، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.
- متوسط عدد الولادات المهبلية السابقة أكبر عند وجود نزف قبل الولادة بينما كان أصغر في حالة حدوث نزف بعد الولادة، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.
- متوسط عدد الولادات القيصرية السابقة أصغر عند وجود نزف قبل الولادة بينما كان أكبر في حالة حدوث نزف بعد الولادة، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.
- متوسط عدد الاسقاطات السابقة أصغر عند وجود نزف قبل الولادة وكذلك كان أصغر في حالة حدوث نزف بعد الولادة، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

2-2-33- دراسة علاقة النزف مع السوابق المرضية:

الجدول (2-33): دراسة علاقة النزف مع السوابق المرضية										
		نزف قبل الولادة				نزف بعد الولادة				
		لا		يوجد		لا		يوجد		
		N.	%	N.	P	N.	%	N.	%	P
سكري حملي	لا	14	%17.7	65	0.643	19	%42.1	60	%75.9	0.574
	نعم	0	%0	1	%100	0	%0	1	%100	
ارتفاع ضغط	لا	13	%17.3	62	0.879	19	%25.3	56	%74.7	0.197
	نعم	1	%20	4	%80	0	%0	5	%100	

من الجدول (2-33) نلاحظ الآتي:

- نسبة النزف قبل الولادة وكذلك النزف بعد الولادة أكبر عند وجود سوابق سكري حملي، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.
- عند وجود سوابق ارتفاع ضغط كانت نسبة النزف قبل الولادة أصغر، ونسبة النزف بعد الولادة أكبر، لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

2-2-34- دراسة علاقة النزف مع موقع ارتكاز المشيمة:

الجدول (2-34): دراسة علاقة النزف مع موقع ارتكاز المشيمة										
		نزف قبل الولادة				نزف بعد الولادة				
		لا		يوجد		لا		يوجد		
		N.	%	N.	P	N.	%	N.	%	P
أمامية		3	%6.1	46	0.003	11	%22.4	38	%77.6	0.283
جدارية		2	%33.3	4	%66.7	3	%50	3	%50	
خلفية		9	%36	16	%64	5	%20	20	%80	

من الجدول (2-34) نلاحظ أن نسبة النزف قبل الولادة أكبر في حالة ارتكاز المشيمة الامامي ثم الجداري فالخلفي بفارقٍ مهمٍ إحصائياً، بينما نسبة النزف بعد الولادة أكبر في حالة ارتكاز المشيمة الخلفي ثم الامامي فالجدار لكن بدون أهمية إحصائية للفرق.

2-2-35- دراسة علاقة النزف مع درجة ارتكاز المشيمة:

الجدول (2-35): دراسة علاقة النزف مع درجة ارتكاز المشيمة										
	نزف قبل الولادة					نزف بعد الولادة				
	لا		يوجد			لا		يوجد		
	N.	%	N.	%	P	N.	%	N.	%	P
ارتكاز تام	6	%10.7	50	%89.3	0.057	5	%8.9	51	%91.1	0.001>
ارتكاز جزئي	3	%37.5	5	%62.5		4	%50	4	%50	
ارتكاز هامشي	1	%16.7	5	%83.3		4	%66.7	2	%33.3	
ارتكاز واطئ	4	%40	6	%60		6	%60	4	%40	

من الجدول (2-35) نلاحظ أن نسبة النزف قبل الولادة أكبر في حالة ارتكاز المشيمة التام ثم الهامشي لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، وكانت نسبة النزف بعد الولادة أكبر في حالة ارتكاز المشيمة التام ثم الجزئي فالواطئ وكان الفرق مهم إحصائياً.

2-2-36- دراسة علاقة النزف مع الارتكاز على ندبة القيصرية والتحام المشيمة:

الجدول (2-36): دراسة علاقة النزف مع الارتكاز على ندبة القيصرية والتحام المشيمة											
		نزف قبل الولادة					نزف بعد الولادة				
		لا		يوجد			لا		يوجد		
		N.	%	N.	%	P	N.	%	N.	%	P
ارتكاز على ندبة قيصرية	لا	11	%26.2	31	%73.8	0.032	10	%23.8	32	%76.2	0.990
	نعم	3	%7.9	35	%92.1		9	%23.7	29	%76.3	
مشيمة ملتحمة	لا	9	%20.5	35	%79.5	0.442	19	%43.2	25	%56.8	0.001>
	نعم	5	%13.9	31	%86.1		0	%0	36	%100	

من الجدول (2-36) نلاحظ الآتي:

- نسبة النزف قبل الولادة أكبر عند ارتكاز المشيمة على ندبة قيصرية سابقة بفارقٍ مهمٍ إحصائياً، وكذلك كانت نسبة النزف بعد الولادة أكبر عند ارتكاز المشيمة على ندبة قيصرية لكن بدون أهمية إحصائية.

❖ نسبة النزف قبل الولادة أكبر بوجود مشيمة ملتحمة لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، وكانت نسبة النزف بعد الولادة أكبر في حالة المشيمة الملتحمة بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.

2-2-37- دراسة علاقة النزف مع عدد الأجنة:

الجدول (2-37): دراسة علاقة النزف مع عدد الأجنة										
	نزف قبل الولادة					نزف بعد الولادة				
	لا		يوجد			لا		يوجد		
	N.	%	N.	%	P	N.	%	N.	%	P
حمل مفرد	14	%17.7	65	%82.3	0.643	19	%24.1	60	%75.9	0.574
حمل متعدد	0	%0	1	%100		0	%0	1	%100	

من الجدول (2-37) نلاحظ أن حالة النزف التوأمي ترافقت مع حدوث نزف قبل وبعد الولادة.

2-2-38- دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات الحملية:

الجدول (2-38): دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات الحملية											
		نزف قبل الولادة					نزف بعد الولادة				
		لا		يوجد			لا		يوجد		
		N.	%	N.	%	P	N.	%	N.	%	P
ضغط حملي حالي	لا	13	%17.8	60	%82.2	0.815	17	%23.3	56	%76.7	0.754
	نعم	1	%14.3	6	%85.7		2	%28.6	5	%71.4	
فقر دم	لا	8	%100	0	%0	0.001>	7	%87.5	1	%12.5	0.001>
	نعم	6	%8.3	66	%91.7		12	%16.7	60	%83.3	
تهديد مخاض باكر	لا	12	%26.1	34	%73.9	0.019	16	%34.8	30	%65.2	0.007
	نعم	2	%5.9	32	%94.1		3	%8.8	31	%91.2	
نقل دم	لا	8	%38.1	13	%61.9	0.004	17	%81	4	%19	0.001>
	نعم	6	%10.2	53	%89.8		2	%3.4	57	%96.6	

من الجدول (2-38) نلاحظ الآتي:

❖ نسبة النزف قبل الولادة أكبر عند وجود ارتفاع ضغط، بينما كانت نسبة النزف بعد الولادة أصغر، وفي الحالتين لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

❖ نسبة النزف قبل وبعد الولادة أكبر عند المصابات بفقر دم حملي وبفارقٍ مهمٍ إحصائياً.

❖ ترافق تهديد المخاض الباكر مع ارتفاع نسبة النزف قبل وبعد الولادة بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.

❖ نسبة النزف قبل وبعد الولادة أكبر في الحالات التي احتاجت لنقل الدم بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.

2-2-39- دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات التوليدية:

الجدول (2-39): دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات التوليدية

		نزف قبل الولادة				نزف بعد الولادة			
		لا		يوجد		لا		يوجد	
		N.	%	N.	P	N.	%	N.	P
ولادة مبكرة	لا	12	%26.1	34	0.019	16	%34.8	30	0.007
	نعم	2	%5.9	32		3	%8.8	31	
استئصال رحم ولادي	لا	9	%20.9	34	0.384	19	%44.2	24	0.001>
	نعم	5	%13.5	32		0	%0	37	
وفاة الأم	لا	14	%17.9	64	0.509	19	%24.4	59	0.424
	نعم	0	%0	2		0	%0	2	

من الجدول (2-39) نلاحظ الآتي:

❖ ترافقت الولادة المبكرة مع ارتفاع نسبة النزف قبل وبعد الولادة بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.

❖ نسبة النزف قبل الولادة أكبر في الحالات التي احتاجت لاستئصال رحم ولادي لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، ونسبة النزف بعد الولادة أكبر في حالات استئصال الرحم الولادي بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.

❖ في حالتي الوفاة المسجلة في عينة البحث كان لدى الحامل نزف قبل وبعد الولادة.

2-2-40- دراسة علاقة النزف مع مع وحدات الدم المنقولة ومدة الاستشفاء:

الجدول (2-40): دراسة علاقة النزف مع وحدات الدم المنقولة ومدة الاستشفاء

	نزف قبل الولادة				نزف بعد الولادة			
	لا		يوجد		لا		يوجد	
	Mean	S.td	Mean	P	Mean	S.td	Mean	P
وحدات الدم المنقولة	3.5	2.3	4.1	0.585	1.5	0.7	4.2	0.166
مدة الاستشفاء	2.6	1.3	4.3	0.124	2.3	0.7	4.5	0.015

من الجدول (2–40) نلاحظ الآتي:

- ❖ متوسط عدد وحدات الدم المنقولة أكبر في حالات النزف قبل وبعد الولادة لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.
- ❖ متوسط مدة الاستشفاء أكبر في حالة وجود نزف قبل الولادة لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، وكان أكبر في حالة حدوث نزف بعد الولادة بفارقٍ مهم إحصائياً.

2–2–41– دراسة علاقة النزف مع مع نوع القيصرية:

الجدول (2–41): دراسة علاقة النزف مع نوع القيصرية										
	نزف قبل الولادة					نزف بعد الولادة				
	لا		يوجد			لا		يوجد		
	N.	%	N.	%	P	N.	%	N.	%	P
قيصرية سفلية	11	%78.6	47	%71.2	0.575	13	%68.4	45	%73.8	0.648
قيصرية علوية	3	%21.4	19	%28.8		6	%31.6	16	%26.2	

من الجدول (2–41) نلاحظ أن نسبة النزف قبل الولادة وبعد الولادة أكبر في الحالات التي أجريت فيها قيصرية سفلية لكن بدون أهمية إحصائية للفرق.

2–2–42– دراسة علاقة النزف مع عدد الأجنة:

الجدول (2–42): دراسة علاقة النزف مع عدد الأجنة										
	نزف قبل الولادة					نزف بعد الولادة				
	لا		يوجد			لا		يوجد		
	N.	%	N.	%	P	N.	%	N.	%	P
حمل مفرد	14	%17.7	65	%82.3	0.643	19	%24.1	60	%75.9	0.574
حمل متعدد	0	%0	1	%100		0	%0	1	%100	

من الجدول (2–42) نلاحظ أن حالة الحمل التوأمي ترافقت مع نسبة أكبر لحدوث نزف قبل وبعد الولادة، لكن بدون أهمية إحصائية للفرق.

2-2-43- دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات الحملية:

الجدول (2-43): دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات الحملية										
		نزف قبل الولادة				نزف بعد الولادة				
		لا		يوجد		لا		يوجد		
		N.	%	N.	P	N.	%	N.	%	P
ضغط حملي حالي	لا	13	%17.8	60	0.815	17	%23.3	56	%76.7	0.754
	نعم	1	%14.3	6		2	%28.6	5	%71.4	
فقر دم	لا	8	%100	0	0.001>	7	%87.5	1	%12.5	0.001>
	نعم	6	%8.3	66		12	%16.7	60	%83.3	
تهديد مخاض باكر	لا	12	%26.1	34	0.019	16	%34.8	30	%65.2	0.007
	نعم	2	%5.9	32		3	%8.8	31	%91.2	
نقل دم	لا	8	%38.1	13	0.004	17	%81	4	%19	0.001>
	نعم	6	%10.2	53		2	%3.4	57	%96.6	

من الجدول (2-43) نلاحظ الآتي:

- نسبة النزف قبل الولادة أكبر عند وجود ارتفاع ضغط، بينما كانت نسبة النزف بعد الولادة أصغر، وفي الحالتين لم يكن الفرق مهم إحصائياً.
- نسبة النزف قبل وبعد الولادة أكبر عند المصابات بفقر دم حملي وبفارقٍ مهمٍ إحصائياً.
- ترافق تهديد المخاض الباكر مع ارتفاع نسبة النزف قبل وبعد الولادة بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.
- نسبة النزف قبل وبعد الولادة أكبر في الحالات التي احتاجت لنقل الدم بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.

2-2-44- دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات التوليدية:

الجدول (2-44): دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات التوليدية										
		نزف قبل الولادة				نزف بعد الولادة				
		لا		يوجد		لا		يوجد		
		N.	%	N.	P	N.	%	N.	%	P
ولادة مبكرة	لا	12	%26.1	34	0.019	16	%34.8	30	%65.2	0.007
	نعم	2	%5.9	32		3	%8.8	31	%91.2	
استئصال رحم ولادي	لا	9	%20.9	34	0.384	19	%44.2	24	%55.8	0.001>
	نعم	5	%13.5	32		0	%0	37	%100	
وفاة الأم	لا	14	%17.9	64	0.509	19	%24.4	59	%75.6	0.424
	نعم	0	%0	2		0	%0	2	%100	

من الجدول (2-44) نلاحظ الآتي:

- ترافقت الولادة المبكرة مع ارتفاع نسبة النزف قبل وبعد الولادة بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.
- نسبة النزف قبل الولادة أكبر في الحالات التي احتاجت لاستئصال رحم ولادي لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، ونسبة النزف بعد الولادة أكبر في حالات استئصال الرحم الولادي بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.
- في حالتي الوفاة المسجلة في عينة البحث كان لدى الحامل نزف قبل وبعد الولادة.

2-2-45- دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات الحملية والتوليدية:

الجدول (2-45): دراسة علاقة النزف مع وحدات الدم المنقولة ومدة الاستشفاء										
		نزف قبل الولادة				نزف بعد الولادة				
		لا		يوجد		لا		يوجد		
		Mean	S.td	Mean	P	Mean	S.td	Mean	S.td	P
وحدات الدم المنقولة		3.5	2.3	4.1	0.585	1.5	0.7	4.2	2.7	0.166
مدة الاستشفاء		2.6	1.3	4.3	0.124	2.3	0.7	4.5	3.9	0.015

من الجدول (2-45) نلاحظ الآتي:

❖ متوسط عدد وحدات الدم المنقولة أكبر في حالات النزف قبل وبعد الولادة لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

❖ متوسط مدة الاستشفاء أكبر في حالة وجود نزف قبل الولادة لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، وكان أكبر في حالة حدوث نزف بعد الولادة بفارقٍ مهم إحصائياً.

2-2-46- دراسة علاقة النزف مع حالة الوليد والاختلاطات الوليدية:

الجدول (2-46): دراسة علاقة النزف مع تقييم الوليد										
	نزف قبل الولادة					نزف بعد الولادة				
	لا		يوجد			لا		يوجد		
	Mean	S.td	Mean	S.td	P	Mean	S.td	Mean	S.td	P
وزن الوليد	2.9	0.6	2.6	0.6	0.215	2.9	0.3	2.6	0.6	0.041
أبغار د1	5.7	1.8	6.1	1.6	0.495	5.7	1.7	6.1	1.6	0.447

من الجدول (2-46) نلاحظ الآتي:

❖ متوسط وزن الوليد أصغر في الحالات التي كان فيها نزف قبل الولادة لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، وكان أيضاً أصغر في الحالات التي حدث فيها نزف بعد الولادة بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.

❖ متوسط مشعر أبغار في الدقيقة الأولى أكبر في الحالات التي كان فيها نزف قبل الولادة وكذلك في الحالات التي حدث فيها نزف بعد الولادة لكن بدون أهمية إحصائية للفرق.

2-2-47- دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات الوليدية:

الجدول (2-47): دراسة علاقة النزف مع الاختلاطات الوليدية										
		نزف قبل الولادة				نزف بعد الولادة				
		لا		يوجد		لا		يوجد		
		N.	%	N.	P	N.	%	N.	%	P
نقص وزن الوليد	لا	11	%19.3	46	%80.7	0.505	16	%28.1	41	%71.9	0.153
	نعم	3	%13	20	%87		3	%13	20	%87	
وفاة الوليد	لا	14	%18.2	63	%81.8	0.416	19	%24.7	58	%75.3	0.324
	نعم	0	%0	3	%100		0	%0	3	%100	
الحاجة للحاضنة	لا	12	%19.7	49	%80.3	0.360	18	%29.5	43	%70.5	0.030
	نعم	2	%10.5	17	%89.5		1	%5.3	18	%94.7	
استنشاق الوليد	لا	12	%19	51	%81	0.483	18	%28.6	45	%71.4	0.051
	نعم	2	%11.8	15	%88.2		1	%5.9	16	%94.1	

من الجدول (2-47) نلاحظ الآتي:

- نسبة وجود نزف قبل الولادة وكذلك نزف بعد الولادة أكبر في الحالات التي كان فيها نقص وزن الوليد لكن بدون أهمية إحصائية للفرق.
- في حالات وفاة الولدان الثلاثة كان لدى الحامل نزف قبل وبعد الولادة لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً.
- نسبة النزف قبل الولادة أكبر في الحالات التي احتاج فيها الوليد للحاضنة لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، وكانت نسبة النزف بعد الولادة أكبر في الحالات التي احتاج فيها الوليد للحاضنة بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.
- نسبة النزف قبل وبعد الولادة أكبر في الحالات التي ترافقت مع استنشاق الوليد لكن بدون أهمية إحصائية للفرق.

2-3- موجز:

تم في هذا الفصل دراسة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع باقي المتغيرات وكذلك علاقة النزف قبل وبعد الولادة مع المتغيرات الأخرى.

الفصل الثالث: المقارنة مع الدراسات العالمية المُشَابهة

3-1- تمهيد:

في هذا الفصل سيتم عرض نتائج مقارنة ما توصلت له الدراسة الحلية مع نتائج دراسات عالمية مشابهة، حيث تمت مراجعة نتائج ثلاث دراسات بحثت في ارتكاز المشيمة المعيب واستخلاص أهم نتائجها ومقارنتها مع نتائج الدراسة الحالية.

3-2- المقارنات مع الدراسات العالمية المشابهة:

3-2-1- لمحة عن دراسات المقارنة:

الجدول (2-48): لمحة عن دراسات المقارنة					
	الدولة	السنة	أمامية	جدارية	خلفية
الدراسة الحالية	سورية	2022	(%61.3)49	(%7.5)6	(%31.3)25
Jing[4]	الصين	2018	(%23.2)157	(%76.8)519	
Young[5]	امريكا	2014	(%30.9)88	-	(%69.1)197
Baba[6]	اليابان	2014	(%20.4)40	(%79.6)156	

من الجدول (2-48) نلاحظ الآتي:

- تراوحت سنوات نشر الدراسات ما بين 2014-2018،وهي من الصين وأمريكا واليابان.
- حجم العينة في الدراسة الحالية أصغر من دراسات المقارنة، وهذا يرجع لاشتمال دراسات المقارنة على بيانات أكثر من مركز أو امتدادها لمدة زمنية أكبر من الدراسة الحالية.
- في النسبة الأكبر من الحالات في الدراسة الحالية كان ارتكاز المشيمة أمامياً، بينما في دراسات المقارنة كانت النسبة الاكبر من الحالات التي كان ارتكاز المشيمة فيها خلفياً أو جدارياً.

3-2-2- مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عمر الحامل والعمر الحملي:

الجدول (2-49): مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عمر الحامل والعمر الحملي								
		أمامية		جدارية		خلفية		
		Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	P
عمر الحامل	الدراسة الحالية	31.9	5.1	29.2	6.4	31.4	5.9	0.510
	Jing[4]	32.8	4.2	32.2		3.9		0.140
	Young[5]	35.1	4.7	–		33.9	5.4	0.090
العمر الحملي	الدراسة الحالية	35.6	2.7	35.8	3.9	35.7	2.6	0.960
	Jing[4]	36.5	1.9	37.2		1.5		0.001>
	Young[5]	36	2.4	–		36.5	2.2	0.090

من الجدول (2-49) نلاحظ الآتي:

- في الدراسة الحالية وفي دراستي المقارنة [4,5] كان متوسط عمر الحامل أكبر في حالات توضع المشيمة الأمامي.
- في الدراسة الحالية وفي دراسة Young [5] كان العمر الحملي متقرب بين مجموعات ارتكاز المشيمة المختلفة، بينما في دراسة Jing [4] كان أكبر في حالات توضع المشيمة الجدار والخلف بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.

3-2-3- مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق الحملية والجراحية:

الجدول (2-50): مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق الحملية والجراحية								
		أمامية		جدارية		خلفية		
		N.	%	N.	%	N.	%	P
ولود	الدراسة الحالية	44	%89.8	3	%50	22	%88	0.027
	Young[5]	67	%76.1	–		112	%56.9	0.002
سوابق ولادة قيصرية	الدراسة الحالية	38	%77.6	2	%33.3	17	%68	0.071
	Jing[4]	157/35	%22.3	519/40		%7.7		0.001>
تجريف رحم	الدراسة الحالية	16	%32.7	0	%0	3	%12	0.052
	Young[5]	33	%37.5	–		71	%36	0.813

من الجدول (2-50) نلاحظ الآتي:

❖ في الدراسة الحالية وفي دراسة Young [5] نسبة الولودات أكبر مجموعة توضع المشيمة الامامي بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.

❖ في الدراسة الحالية وفي دراسة Jing [4] نسبة وجود سوابق ولادة قيصرية أكبر في مجموعة توضع المشيمة الامامي لكن كان الفرق مهماً إحصائياً في دراسة المقارنة فقط.

❖ في الدراسة الحالية وفي دراسة Young [5] نسبة وجود سوابق تجريف رحم أكبر في مجموعة توضع المشيمة الامامي لكن لم يكن الفرق مهماً إحصائياً.

3-2-4- مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع السوابق الحملية والجراحية:

الجدول (2-51): مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع متوسط عدد الولادات والاسقاطات

		أمامية		جدارية		خلفية		
		Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	P
عدد الولادات	الدراسة الحالية	3.8	1.7	5.3	1.2	3.5	2.2	0.260
	Jing[4]	1.4	0.6	1.2		0.4		0.001>
عدد الاسقاطات	الدراسة الحالية	1.9	1.2	2	-	1.8	1.2	0.988
	Jing[4]	1.3	1	0.7		0.4		0.003

من الجدول (2-51) نلاحظ الآتي:

❖ في الدراسة الحالية كان متوسط عدد مرات الولادة أكبر في حالة توضع المشيمة الجداري ثم الامامي فالخلفي، بينما كان في دراسة Jing [4] أكبر في مجموعة توضع المشيمة الأمامي، وكان الفرق مهماً إحصائياً في دراسة المقارنة فقط.

❖ في الدراسة الحالية وفي دراسة Jing [4] كان متوسط عدد الاسقاطات السابقة أكبر في مجموعة توضع المشيمة الأمامي لكن كان الفرق مهماً إحصائياً في دراسة المقارنة فقط.

3-2-5- مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عدد الاجنة ونمط ارتكاز المشيمة:

الجدول (2-52): مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع عدد الاجنة ونمط ارتكاز المشيمة								
		أمامية		جدارية		خلفية		
		N.	%	N.	%	N.	%	P
حمل متعدد	الدراسة الحالية	1	%2	0	%0	0	%0	0.726
	Young[5]	0	%0	–		18	%9.1	0.003
ارتكاز تام	الدراسة الحالية	34	%69.4	3	%50	19	%76	0.426
	Jing[4]	122/77	%63.1	479/262		%54.7		0.057
مشيمة ملتحمة	الدراسة الحالية	26	%53.1	1	%16.7	9	%36	0.132
	Jing[5]	27/17	%63	0		%0		0.002

من الجدول (2-52) نلاحظ الآتي:

- في الدراسة الحالية في حالتي الحمل المتعدد كان توضع المشيمة أمامياً، بينما في دراسة Young [5] كانت حالات الحمل المتعدد أكبر في مجموعة حالات ارتكاز المشيمة الخلف بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.
- في الدراسة الحالية نسبة ارتكاز المشيمة التام أكبر في مجموعة توضع المشيمة الخلفي بينما في دراسة Jing [4] كانت النسبة أكبر في مجموعة توضع المشيمة الأمامي، وفي الدراستين لم يكن الفرق مهم إحصائياً.
- في الدراسة الحالية وفي دراسة Jing [4] نسبة حالات المشيمة الملتحمة أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة الامامي، لكن كان الفرق مهم إحصائياً في دراسة Jing [4] فقط.

3-2-6- مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع النزف قبل وبعد الولادة:

الجدول (2-53): مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع النزف قبل وبعد الولادة								
		أمامية		جدارية		خلفية		
		N.	%	N.	%	N.	%	P
نزف قبل الولادة	الدراسة الحالية	46	%93.9	4	%66.7	16	%64	0.003
	Jing[4]	122/53	%43.4	479/97		%20.3		0.001>
نزف بعد الولادة	الدراسة الحالية	38	%77.6	3	%50	20	%80	0.283
نزف ولادة شديد	Baba[6]	12	%30	9		%5.5		0.001>
		Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	P
كمية النزف بعد الولادة	Jing[4]	504.8	461.3	352.3		256.9		0.004

من الجدول (2-53) نلاحظ الآتي:

- في الدراسة الحالية وفي دراسة Jing [4] نسبة حالات النزف قبل الولادة أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة الامامي، و كان الفرق مهم إحصائياً في الدراستين.
- في الدراسة الحالية نسبة النزف بعد الولادة أكبر في مجموعة توضع المشيمة الخلفي ثم الامامي لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، وفي دراسة Jing [4] كان متوسط كمية النزف بعد الولادة أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة الامامي بفارقٍ مهمٍ إحصائياً، أما في دراسة Baba [6] فقد كانت النزف الشديد أثناء الولادة أكبر في مجموعة توضع المشيمة الامامي بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.

3-2-7- مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الحملية والتوليدية:

الجدول (2-54): مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع الاختلاطات الحملية والتوليدية								
		أمامية		جدارية		خلفية		
		N.	%	N.	%	N.	%	P
		N.	%	N.	%	N.	%	P
استئصال رحم ولادي	الدراسة الحالية	27	%55.1	1	%16.7	9	%36	0.095
	Jing[4]	122/3	%2.5	0		%0		0.001
	Young[5]	4	%7.4	–		0	%0	0.001
نقل دم	الدراسة الحالية	37	%75.5	4	%66.7	18	%72	0.872
	Jing[4]	122/20	%16.4	479/28		%5.8		0.001>
	Young[5]	10	%18.5	–		14	%9	0.057
		Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	P
مدة الاستشفاء	الدراسة الحالية	3.9	3.6	4.7	6.1	4	2.7	0.879
	Jing[4]	5	1.6	4.6		1.2		0.013

من الجدول (2-54) نلاحظ الآتي:

- في الدراسات الثلاث كانت نسبة استئصال الرحم الولادي أكبر في مجموعة توضع المشيمة الامامي، لكن كان الفرق مهم إحصائياً في دراستي المقارنة فقط.
- في الدراسات الثلاث كانت نسبة نقل الدم أكبر في مجموعة توضع المشيمة الامامي، لكن كان الفرق مهم إحصائياً في دراسة Jing [4] فقط.
- في الدراسة الحالية متوسط مدة الاستشفاء أكبر في مجموعة توضع المشيمة الجداري ثم الامامي، بينما في دراسة Jing [4] كان أكبر في مجموعة توضع المشيمة الامامي بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.

3-2-8- مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع حالة الوليد وحاجته للحاضنة:

الجدول (2-55): مقارنة علاقة موقع ارتكاز المشيمة مع حالة الوليد وحاجته للحاضنة								
		أمامية		جدارية		خلفية		
		Mean	S.td	Mean	S.td	Mean	S.td	P
وزن الوليد	الدراسة الحالية	2.6	0.6	2.7	0.4	2.7	0.6	0.696
	Jing[4]	2.87	0.59	3.1		0.48		0.001>
أبغار د1	الدراسة الحالية	5.9	1.5	6.7	2.1	6	1.9	0.559
	Jing[4]	9.6	1.1	9.9		0.8		0.021
		N.	%	N.	%	N.	%	P
الحاجة للحاضنة	الدراسة الحالية	12	%24.5	2	%33.3	5	%20	0.774
	Young[5]		%26.1	-			%25.6	0.942

من الجدول (2-55) نلاحظ الآتي:

- في الدراسة الحالية وفي دراسة Jing [4] متوسط وزن الوليد أصغر في مجموعة توضع المشيمة الأمامي، وكان الفرق مهم إحصائياً في دراسة Jing [4] فقط.
- في الدراسة الحالية وفي دراسة Jing [4] متوسط مشعر أبغار في الدقيقة الأولى أصغر في مجموعة توضع المشيمة الأمامي، وكان الفرق مهم إحصائياً في دراسة Jing [4] فقط.
- في الدراسة الحالية كانت نسبة حاجة الوليد للحاضنة أكبر في مجموعة توضع المشيمة الجداري ثم الأمامي، بينما في دراسة Young [5] كانت النسبة أكبر في مجموعة توضع المشيمة الأمامي، وفي الدراستين لم يكن الفرق مهم إحصائياً.

3-3- موجز:

في هذا الفصل وجدنا أن هناك توافقات واختلافات بين الدراسات حول علاقة توضع الشيمة مع المتغيرات الأخرى وسنتحدث عن مدلولاتها في فصل مناقشة النتائج.

الفصل الرابع: المناقشة Discussion

4-1- تمهيد:

تم تصميم الدراسة الحالية بهدف تحري نسبة شيوع مواقع تموضع المشيمة لدى الحوامل مع ارتكاز مشيمة معيب وعلاقته بحدوث الاختلاطات.

4-2- مقارنة نتائج دراستنا مع الدراسات العالمية المشابهة ومناقشة النتائج:

شمل البحث عينة من ثمانين حاملاً لديهن ارتكاز مشيمة معيب، وقد كان ارتكاز المشيمة على الجدار الأمامي في 61.3% من الحالات وجداري (جانبي) في 7.5% من الحالات وعلى الجدار الخلفي في 31.3% من الحالات، بينما وجدنا في دراسات المقارنة أن غالبية الحالات كان ارتكاز المشيمة فيها على الجدار الخلفي والجانبي [4,6] أو الخلفي [5].

بلغ متوسط عمر الحوامل في الدراسة الحالية 31.5 عاماً، وبدراسة علاقة عمر الحامل مع موقع ارتكاز المشيمة كان متوسط عمر الحوامل أكبر قليلاً في حالات ارتكاز المشيمة الأمامي لكن بدون أهمية إحصائية للفرق وهذا ما توافق مع دراستين من دراسات المقارنة [4,5]، كما كان متوسط عمر الحوامل أكبر في حالات ارتكاز المشيمة الجزئي والواطئ من التام والهامشي لكن أيضاً بدون أهمية إحصائية للفرق.

بدراسة علاقة عمر الحامل مع النزف كان متوسط العمر عند وجود النزف قبل الولادة أصغر بفارقٍ مهمٍ إحصائياً من متوسط العمر عند عدم وجود نزف قبل الولادة، بينما كان متوسط عمر الحوامل عند وجود نزف بعد الولادة أكبر من متوسط العمر عند غياب النزف بعد الولادة لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً، وبذلك يكون النزف قبل الولادة مرتبط بأعمار الحوامل الأصغر.

بلغ متوسط العمر الحملي 35.6 أسبوعاً عند الولادة القيصرية، وكان أصغر في مجموعة توضع المشيمة الأمامي لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، وكان متوسط العمر الحملي في دراستي المقارنة [4,5] أيضاً أصغر لكن كان للفرق أهمية إحصائية في دراسة واحدة [4]، وكان متوسط العمر الحملي أصغر في حالات ارتكاز المشيمة التام والجزئي لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً، وكان العمر الحملي أصغر في حالات وجود نزف قبل الولادة بفارقٍ مهمٍ إحصائياً وفي دراسة Jing [4] كانت نسبة النزف قبل الولادة أكبر في مجموعة توضع المشيمة الأمامي بفارقٍ مهمٍ إحصائياً، ويبدو أن توضع المشيمة الامامي وارتفاع نسبة حدوث نزف قبل الولادة تساهم في خفض العمر الحملي والحاجة لإجراء قيصرية بعمر حملي أصغر.

كذلك كان العمر الحملي أصغر عند حدوث نزف بعد الولادة بفارقٍ مهم إحصائياً عن الحالات التي لم يحدث فيها نزف بعد الولادة، وهذا يمكن تفسيره بكون وجود مشاكل حملية أو اختلاطات حملية تؤدي للولادة بعمر حملي أصغر والذي قد ينجم عنه اختلاطات بعد الولادة أكثر ومن ضمنها النزف بعد الولادة.

غالبية الحوامل في عينة البحث ولودات، وكانت نسبة الولودات أكبر في مجموعة توضع المشيمة الأمامي ثم الخلفي فالجداري وبفارقٍ مهمٍ إحصائياً، وهذا توافق مع نتائج دراسة Young [5] وبالتالي توضع المشيمة الأمامي أكثر تواتراً عند الولودات، كما كانت نسبة الولودات أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة التام تليها نسبتهن في مجموعة ارتكاز المشيمة الواطئ ثم الهامشي فالجزئي وبفارقٍ مهمٍ إحصائياً، كما كانت نسبة النزف قبل الولادة أكبر عند الولودات من الخروسات لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، وكانت نسبة النزف بعد الولادة أكبر عند الولودات من الخروسات بفارقٍ مهمٍ إحصائياً.

كانت نسبة وجود سوابق ولادة مهبلية أكبر في مجموعة توضع المشيمة الخلفي، في حين كانت نسبة وجود سوابق ولادة قيصرية أكبر في حالة توضع المشيمة الأمامي وكذلك سوابق الاسقاط لكن بدون

أهمية إحصائية للفرق، وهذا مشابه لنتائج دراسة Jing [4] الذي وجد أن توضع المشيمة الأمامي ترافق مع نسبة سوابق ولادة قيصرية أكبر بفارقٍ مهمٍ إحصائياً وكذلك متوسط عدد الاسقاطات السابقة، وهذا يشير لكون سوابق الولادة القيصرية وكذلك الاسقاط السابق يزيدان من توضع المشيمة الامامي، لكن أهمية ذلك بحاجة للمزيد من الدراسة.

نسبة سوابق الولادة المهبلية وكذلك القيصرية والاسقاطات أكبر في توضع المشيمة الواطئ والتام لكن بدون أهمية إحصائية للفرق.

نسبة النزف قبل الولادة أكبر عند وجود سوابق ولادة مهبلية أو قيصرية لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، لكن كانت أقل عند وجود سوابق اسقاط وأيضاً بدون أهمية إحصائية للفرق.

نسبة النزف بعد الولادة أكبر عند وجود سوابق ولادة مهبلية وكذلك قيصرية لكن الفرق كان مهم إحصائياً في حالة سوابق الولادة المهبلية فقط، وبالتالي فإن سوابق الولادة المهبلية تترافق مع ارتفاع خطر النزف بعد الولادة عند ارتكاز المشيمة المعيب.

كانت نسبة وجود سوابق تجريف رحم أو جراحة على الرحم أو قصة سكري حملي أكبر في مجموعة توضع المشيمة الأمامي، بينما كانت نسبة وجود سوابق ارتفاع ضغط أكبر في مجموعة توضع المشيمة الخلفي لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، كذلك لم تكن علاقة ارتكاز المشيمة مع السوابق المرضية والجراحية مهم إحصائياً، أيضاً لم يكن الفرق بنسبة النزف قبل وبعد الولادة عند وجود أو غياب السوابق المرضية أو الجراحية مهم إحصائياً.

في غالبية الحالات كان ارتكاز المشيمة تاماً وكانت النسبة أكبر في حالة ارتكاز المشيمة الأمامي لكن لم تكن العلاقة إحصائياً، وهذا كان مشابهاً لنتائج دراسة Jing [4].

كانت نسبة وجود نزف قبل الولادة أكبر بفارقٍ مهمٍ إحصائياً في حالة التوضع الأمامي وهذا ما توافق مع نتائج دراسة Jing [4]، وبالتالي يعتبر توضع المشيمة الأمامي عامل خطر للنزف قبل الولادة.

كانت نسبة وجود نزف بعد الولادة أكبر في مجموعة توضع المشيمة الخلفي لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، في دراسة Jing [4] قارن كمية النزف بعد الولادة ووجد أنها أكبر في مجموعة توضع المشيمة الأمامي بفارقٍ مهمٍ إحصائياً، أما في دراسة Baba [6] فقد قارن نسبة النزف الشديد أثناء القيصرية مع توضع المشيمة ووجد أن نسبته أكبر في مجموعة توضع المشيمة الأمامي بفارقٍ مهمٍ إحصائياً، وبالتالي هناك اختلاف بين الدراسات حول هذه النقطة وطريقة دراستها.

من ناحية أخرى ترافق ارتكاز المشيمة التام مع ارتفاع نسبة النزف قبل وكذلك بعد الولادة لكن كان الفرق مهم إحصائياً في حالة النزف بعد الولادة، وبالتالي يعتبر ارتكاز المشيمة التام عامل خطر للنزف بعد الولادة في الدراسة الحالية.

كانت نسبة حالات المشيمة الملتحمة أكبر في مجموعة ارتكاز المشيمة الأمامي وكذلك في حالات ارتكاز المشيمة التام لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، وقد ترافق التحام المشيمة مع ارتفاع نسبة النزف قبل الولادة لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، في حين ترافقت مع ارتفاع نسبة النزف بعد الولادة بفارقٍ مهمٍ إحصائياً، وبالتالي تكون المشيمة الملتحمة عامل خطر للنزف بعد الولادة في الدراسة الحالية.

نسبة ارتفاع الضغط في الحمل الحالي كانت أكبر في مجموعة توضع المشيمة الخلفي لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، وكانت نسبته أكبر في حالات ارتكاز المشيمة الجزئي ثم الواطئ وبفارقٍ مهمٍ إحصائياً، وترافق ارتفاع الضغط في الحمل الحالي مع زيادة نسبة النزف قبل الولادة ونقص نسبة النزف بعد الولادة لكن لم يكن للفرق أهمية إحصائية.

نسبة وجود فقر الدم أكبر في حالات ارتكاز المشيمة الأمامي بفارقٍ مهمٍ إحصائياً، وكذلك كانت نسبته أكبر في حالة ارتكاز المشيمة الأمامي بفارقٍ مهمٍ إحصائياً، وبالتالي يكون ارتكاز المشيمة التام والارتكاز الأمامي عامل خطر لفقر الدم عن الحامل مع ارتكاز مشيمة معيب.

نسبة حالات المخاض الباكر والولادة المبكرة أكبر في في حالات ارتكاز المشيمة الجداري والخلفي وكان أصغر في الارتكاز الأمامي لكن لم يكن الفرق مهم إحصائياً، وقد كانت نسبتهما أكبر في حالات ارتكاز المشيمة التام لكن بدون أهمية إحصائية للفرق أيضاً، في حين ارتبط المخاض الباكر والولادة المبكرة مع ارتفاع نسبة النزف قبل وبعد الولادة بفارقٍ مهمٍ إحصائياً، ويمكن القول أن المخاض الباكر والولادة المبكرة عاملي خطر للنزف بعد الولادة.

نسبة حالات استئصال الرحم الولادي أكبر في مجموعة توضع المشيمة الامامي وكذلك في حالات ارتكاز المشيمة التام لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، وفي دراستي Jing [4] وYoung [5] كانت النسبة أيضاً أكبر في مجموعة توضع المشيمة الأمامي لكن بفارقٍ مهمٍ إحصائياً، كما ترافق استئصال الرحم الولادي مع ارتفاع نسبة النزف بعد الولادة بفارقٍ مهمٍ إحصائياً، لذا يعتبر عامل خطر للنزف بعد الولادة في الدراسة الحالية.

توضع المشيمة الأمامي ترافق مع ارتفاع نسبة الحاجة لنقل الدم لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، وقد كانت نسبة نقل الدم أكبر في حالة ارتكاز المشيمة التام بفارقٍ مهمٍ إحصائياً، وهذا يرجع لارتفاع نسبة النزف قبل الولادة في حالات ارتكاز المشيمة الأمامي وارتفاع نسبة النزف بعد الولادة في حالات ارتكاز المشيمة التام، وفي دراستي Jing [4] وYoung [5] كانت نسبة نقل الدم أكبر في حالة ارتكاز المشيمة الامامي، لكن كان الفرق مهم إحصائياً في دراسة Jing [4] فقط.

تم تسجيل حالتي وفاة في الدراسة الحالية وكان فيهما موقع المشيمة أمامياً و ارتكازها تاماً، وترافقتا مع نزف قبل وبعد الولادة.

متوسط مدة الاستشفاء كانت أكبر في حالات توضع المشيمة الجداري (الجانبي) وكذلك في حالة ارتكاز المشيمة التام لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، وكان أكبر في حالة وجود نزف بعد الولادة بفارقٍ مهمٍ إحصائياً وهذا يفسر بكون النزف بعد الولادة يحتاج للتدبير والمتابعة لفترة أطول بعد الولادة.

لم تكن علاقة موقع المشيمة مع وزن الوليد ونقاط أبغار في الدقيقة الأولى هامة إحصائياً، وكان متوسط وزن الوليد ومتوسط نقاط مشعر أبغار في الدقيقة الأولى أصغر في حالات توضع المشيمة التام لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، وكان متوسط وزن الوليد أصغر في الحالات التي ترافقت مع نزف قبل أو بعد الولادة وكانت العلاقة هامة بين وزن الوليد والنزف بعد الولادة، وهذا يفسر بكون النزف بعد الولادة ينجم عن اختلاطات أو ظروف تؤثر أيضاً على وزن الوليد.

نسبة نقص وزن الوليد كانت أكبر في مجموعة توضع المشيمة الأمامي لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، وترافقت جميع حالات نقص وزن الوليد مع ارتكاز المشيمة الجزئي والتام، وأيضاً ترافق نقص وزن الوليد مع ارتفاع نسبة وجود نزف قبل وبعد الولادة لكن بدون أهمية إحصائية للفرق.

نسبة وفاة الولدان أكبر في مجموعة توضع المشيمة الأمامي لكنه قريب من النسبة في التوضع الخلفي والفرق غير مهم إحصائياً، كما كانت جميع حالات وفيات الولدان مرافقة مع ارتكاز مشيمة تام وكذلك مع وجود نزف قبل وبعد الولادة لكن بدون أهمية إحصائية.

نسبة حاجة الوليد للحاضنة وكذلك استنشاق الوليد أكبر في مجموعة توضع المشيمة الجداري ثم الامامي كما كانت مرتفعة في حالات توضع المشيمة التام والجزئي لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، وكذلك كانت نسبة النزف قبل وبعد الولادة وأيضاً بدون أهمية إحصائية للفرق، وفي دراسة Young [127] وجد أيضاً أن نسبة حاجة الوليد للحاضنة أكبر في مجموعة توضع المشيمة الأمامي وأيضاً بدون أهمية إحصائية للفرق.

4-3- موجز:

في هذا الفصل تم سرد مناقشة لنتائج الدراسة الحالية ومقارنتها مع الدراسات المشابهة، من حيث علاقة موقع ارتكاز المشيمة المعيب مع حدوث الاختلاطات عند الحامل والوليد، وكذلك العوامل المرتبطة مع النزف قبل وبعد الولادة.

الجزء الثالث: خاتمة Conclusion

1-1- تمهيد:

ارتكاز المشيمة المعيب اختلاط خطير وسبب شائع للنزف بعد الولادة واختلاطات حملية أخرى، وإن موقع ونوع ارتكاز المشيمة له دور في ذلك.

1-2- الاستنتاجات:

في الدراسة الحالية عند وجود ارتكاز مشيمة معيب فإن توضعها على الجدار الأمامي أشيع خاصة عند الولودات ويترافق مع ارتفاع نسبة التحام المشيمة وفقر الدم عند الحامل والنزف قبل الولادة والحاجة لنقل الدم واستئصال الرحم الولادي ووفيات الحامل، أما على الوليد فقد ترافق توضع ارتكاز المشيمة المعيب على الجدار الأمامي مع متوسط وزن وليد ومجموع نقاط مشعر أبغار في الدقيقة الأولى أصغر ونسبة أكبر لنقص وزن الوليد ووفاة الولدان، لكن كان الفرق مهم إحصائياً فقط في حالة فقر الدم والنزف قبل الولادة.

ارتكاز المشيمة المعيب على الجدار الخلفي ترافق مع ارتفاع نسبة ارتكاز المشيمة التام والنزف بعد الولادة لكن بدون أهمية إحصائية للفرق، أما ارتكاز المشيمة المعيب الجانبي فقد ترافق مع ارتفاع نسبة ارتكاز المشيمة الهامشي والواطئ والمخاض الباكر والولادة المبكرة ومتوسط مدة استشفاء أطول لكن بدون أهمية إحصائية للفرق.

ارتبط النزف قبل الولادة بعلاقة هامة إحصائياً مع كل من متوسط عمر الحامل والعمر الحملي الأصغر وارتكاز المشيمة على الجدار الأمامي وارتكازها على ندبة قيصرية سابقة وارتفاع نسبة فقر الدم والمخاض الباكر والولادة المبكرة والحاجة لنقل الدم ومدة استشفاء أطول.

ارتبط النزف بعد الولادة بعلاقة هامة إحصائياً مع كل متوسط العمر الحملي الأصغر وسوابق الولادة خاصة الولادة المهبلية وارتكاز المشيمة التام والتحام المشيمة ومع ارتفاع نسبة فقر الدم والمخاض الباكر والولادة المبكرة واستئصال الرحم الولادي والحاجة لنقل الدم ومتوسط مدة استشفاء أطول ومتوسط وزن وليد أصغر وارتفاع نسبة حاجة الوليد للحاضنة.

1-3- صعوبات البحث:

- ❖ لم تتم دراسة تأثير موقع ارتكاز المشيمة المعيب على المدى البعيد والحمول التالية.
- ❖ الدراسة شملت حالات ارتكاز المشيمة المعيب في مركز واحد وللحصول على نتائج أكثر دقة يجب إجراء دراسات مشابهة في عدة مراكز وعدة أمامكن لزيادة موثوقية النتائج.
- ❖ إن الدراسات العالمية المشابهة للدراسة الحالية من حيث التصميم والهدف ومنهجية البحث قليلة مما أدى لاقتصار المقارنة على ثلاث دراسات فقط.

1-4- التوصيات:

- ❖ مراقبة الحمل بشكل جيد مع إجراء تصوير صدويوللكشف عن ارتكاز المشيمة المعيب باكراً وتحديد موقع ودرجة ارتكاز المشيمة مما يساهم في وضع خطة تدبير الحمل والولادة.
- ❖ ارتكاز المشيمة المعيب على الجدار الامامي يزيد خطر النزف قبل الولادة وفقر الدم عند الحامل، لذا ينصح بمراقبة الحامل بشكل جيد وتامين وحدات الدم وتدبير النزف قبل الولادة في حال حدوثه.
- ❖ ارتكاز المشيمة المعيب التام يزيد خطر النزف بعد الولادة، لذا يجب تحسين مستويات الخضاب لديهن وعلاج فقر الدم إن وجد للوقاية من انخفاض الخضاب لمستويات خطيرة في حال حدوث نزف بعد الولادة.

References المراجع

1. Baumfeld, Y., Herskovitz, R., Niv, Z.B., Mastrolia, S.A., Weintraub, A.Y. (2017). **Placenta associated pregnancy complications in pregnancies complicated with placenta previa.** Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, 56(3), 331–335. https://doi.org/10.1016/j.tjog.2017.04.012.

2. Kollmann, M., Gaulhofer, J., Lang, U., Klaritsch, P. (2016). **Placenta praevia: incidence, risk factors and outcome.** The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians, 29(9), 1395–1398. https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1049152.

3. Weiner, E., Miremberg, H., Grinstein, E., Mizrachi, Y., Schreiber, L., Bar, J. et al. (2016). **The effect of placenta previa on fetal growth and pregnancy outcome, in correlation with placental pathology.** Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association, 36(12), 1073–1078. https://doi.org/10.1038/jp.2016.140.

4. Jing, L., Wei, G., Mengfan, S., Yanyan, H. (2018). **Effect of site of placentation on pregnancy outcomes in patients with placenta previa.** PloS one, 13(7), e0200252. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200252.

5. Young, B.C., Nadel, A., Kaimal, A. (2014). **Does previa location matter? Surgical morbidity associated with location of a placenta previa.** Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association, 34(4), 264–267. https://doi.org/10.1038/jp.2013.185.

6. Baba, Y., Matsubara, S., Ohkuchi, A., Usui, R., Kuwata, T., Suzuki, H. et al. (2014). **Anterior placentation as a risk factor for massive hemorrhage during cesarean section in patients with placenta previa.** The journal of obstetrics and gynaecology research, 40(5), 1243–1248. https://doi.org/10.1111/jog.12340.

7. UpToDate.com (2021, Nov. 01). **Placenta previa: Epidemiology, clinical features, diagnosis, morbidity and mortality.** https://www.uptodate.com/contents/placenta-previa-epidemiology-clinical-features-diagnosis-morbidity-and-mortality?search=placenta-previa-

epidemiology-clinical-featuresdiagnosis-morbidity-andmortality&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.

8. Singh N, Gupta R, Pandey K, Gupta N, Chandanan A, Singh P. (2016). **To study second trimester placental location as a predictor of adverse pregnancy outcome.** Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol 2016;5:1414-7. https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/download/1094/1009.

9. Granfors, M., Stephansson, O., Endler, M., Jonsson, M., Sandström, A., & Wikström, A. K. (2019). **Placental location and pregnancy outcomes in nulliparous women: A population-based cohort study**. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 98(8), 988–996. https://doi.org/10.1111/aogs.13578.

10. Magann, E. F., Doherty, D. A., Turner, K., Lanneau, G. S., Jr, Morrison, J. C., & Newnham, J. P. (2007). **Second trimester placental location as a predictor of an adverse pregnancy outcome.** Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association, 27(1), 9–14. https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211621.

11. Kalanithi, L. E., Illuzzi, J. L., Nossov, V. B., Frisbaek, Y., Abdel-Razeq, S., Copel, J. A., & Norwitz, E. R. (2007). **Intrauterine growth restriction and placental location. Journal of ultrasound in medicine** : official journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine, 26(11), 1481–1489. https://doi.org/10.7863/jum.2007.26.11.1481.

12. Seckin, K. D., Cakmak, B., Karsli, M. F., Yeral, M. I., Gultekin, I. B., Oz, M., & Danisman, N. (2015). **Is lateral localisation of placenta a risk factor for adverse perinatal outcomes?.** Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology, 35(7), 696–698. https://doi.org/10.3109/01443615.2015.1007343

13. Zia S. (2013). **Placental location and pregnancy outcome**. Journal of the Turkish German Gynecological Association, 14(4), 190–193. https://doi.org/10.5152/jtgga.2013.92609.

14. Nair, V., Nair, S., & K., R. (2019). **Study of placental location and pregnancy outcome.** International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 8(4), 1393-1397. doi:http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20191187

15. Faiz, A.S., Ananth, C.V. (2003). **Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies.** J Matern Fetal Neonatal Med 2003; 13:175. https://doi.org/10.1080/jmf.13.3.175.190.

16. Cresswell, J.A., Ronsmans, C., Calvert, C., Filippi, V. (2013). **Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis.** Trop Med Int Health 2013; 18:712. https://doi.org/10.1111/tmi.12100.

17. Ananth, C.V., Smulian, J.C., Vintzileos, A.M. (1997). **The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis.** Am J Obstet Gynecol 1997; 177:1071. https://doi.org/10.1016/s0002-9378(97)70017-6.

18. **National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. NIH consensus development conference: Vaginal birth after cesarean: New insights.** (2010). March 8–10, 2010. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20228855/.

19. Ananth, C.V., Demissie, K., Smulian, J.C., Vintzileos, A.M. (2003). **Placenta previa in singleton and twin births in the United States, 1989 through 1998: a comparison of risk factor profiles and associated conditions.** Am J Obstet Gynecol 2003; 188:275. https://doi.org/10.1067/mob.2003.10.

20. Demissie, K., Breckenridge, M.B., Joseph, L., Rhoads, G.G. (1999). **Placenta previa: preponderance of male sex at birth.** Am J Epidemiol 1999; 149:824. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009898.

21. Yang, Q., Wu Wen, S., Caughey, S. et al. (2008). **Placenta previa: its relationship with race and the country of origin among Asian women.** Acta Obstet Gynecol Scand 2008; 87:612. https://doi.org/10.1080/00016340802071037.

22. Rosenberg, T., Pariente, G., Sergienko, R. et al. (2011). **Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa.** Arch Gynecol Obstet 2011; 284:47. https://doi.org/10.1007/s00404-010-1598-7.

23. Iyasu, S., Saftlas, A.K., Rowley, D.L. et al. (1993). **The epidemiology of placenta previa in the United States, 1979 through 1987.** Am J Obstet Gynecol 1993; 168:1424. https://doi.org/10.1016/s0002-9378(11)90776-5.

24. Macones, G.A., Sehdev, H.M., Parry, S. et al. (1997). **The association between maternal cocaine use and placenta previa.** Am J Obstet Gynecol 1997; 177:1097. https://doi.org/10.1016/s0002-9378(97)70022-x.

25. Rasmussen, S., Albrechtsen, S., Dalaker, K. (2000). **Obstetric history and the risk of placenta previa.** Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79:502. https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2000.079006502.x.

26. Gurol-Urganci, I., Cromwell, D.A., Edozien LC, et al. (2011). **Risk of placenta previa in second birth after first birth cesarean section: a population-based study and meta-analysis.** BMC Pregnancy Childbirth 2011; 11:95. https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-95.

27. Downes, K.L., Hinkle, S.N., Sjaarda, L.A. et al. (2015). **Previous prelabor or intrapartum cesarean delivery and risk of placenta previa.** Am J Obstet Gynecol 2015; 212:669.e1. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.01.004.

28. Karami, M., Jenabi, E., Fereidooni, B. (2018). **The association of placenta previa and assisted reproductive techniques: a meta-analysis.** J Matern Fetal Neonatal Med 2018; 31:1940. https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1332035.

29. Shobeiri, F., Jenabi, E. (2017). **Smoking and placenta previa: a meta-analysis.** J Matern Fetal Neonatal Med 2017; 30:2985. https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1271405.

30. Lavery, J.P. (1990). **Placenta previa.** Clin Obstet Gynecol 1990; 33:414. https://doi.org/10.1097/00003081-199009000-00005.

31. Roberts, C.L., Algert, C.S., Warrendorf , J. et al. (2012). **Trends and recurrence of placenta praevia: a population-based study.** Aust N Z J Obstet Gynaecol 2012; 52:483. https://doi.org/10.1111/j.1479-828x.2012.01470.x.

32. Klar, M., Michels, K.B. (2014). **Cesarean section and placental disorders in subsequent pregnancies-a meta-analysis.** J Perinat Med 2014; 42:571. https://doi.org/10.1515/jpm-2013-0199.

33. Clark, S.L., Koonings, P.P., Phelan, J.P. (1985). **Placenta previa/accreta and prior cesarean section.** Obstet Gynecol 1985; 66:89. https://dx.doi.org/10.4103%2F0366-6999.233961.

34. Getahun, D., Oyelese, Y., Salihu, H.M., Ananth, C.V. (2006). **Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption.** Obstet Gynecol 2006; 107:771. https://doi.org/10.1097/01.aog.0000206182.63788.80.

35. Gilliam, M., Rosenberg, D., Davis, F. (2002). **The likelihood of placenta previa with greater number of cesarean deliveries and higher parity.** Obstet Gynecol 2002; 99:976. https://doi.org/10.1016/s0029-7844(02)02002-1.

36. Weis, M.A., Harper, L.M, Roehl, K.A. et al. (2012). **Natural history of placenta previa in twins.** Obstet Gynecol 2012; 120:753. https://doi.org/10.1097/aog.0b013e318269baac.

37. King, L.J., Mackeen, A., Nordberg, C., Paglia, M.J. (2020). **Maternal risk factors associated with persistent placenta previa.** Placenta 2020; 99:189. https://doi.org/10.1016/j.placenta.2020.08.004.

38. Long, S.Y., Yang, Q., Chi, R. et al. (2021). **Maternal and Neonatal Outcomes Resulting from Antepartum Hemorrhage in Women with Placenta Previa and Its Associated Risk Factors: A Single-Center Retrospective Study.** Ther Clin Risk Manag 2021; 17:31. https://doi.org/10.2147/tcrm.s288461.

39. Rose, G.L., Chapman, M.G. (1986). **Aetiological factors in placenta praevia--a case controlled study.** Br J Obstet Gynaecol 1986; 93:586. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1986.tb07958.x.

40. Sinclair, S., Masters, H.R., DeFranco, E. et al. (2021). **Universal transvaginal cervical length screening during pregnancy increases the diagnostic incidence of low-lying placenta and placenta previa.** Am J Obstet Gynecol MFM 2021; 3:100255. https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100255.

41. Oyelese, Y., Smulian, J.C. (2006). **Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa**. Obstet Gynecol 2006; 107:927. https://doi.org/10.1097/01.aog.0000207559.15715.98.

42. Mouer, J.R. (1994). **Placenta previa: antepartum conservative management, inpatient versus outpatient.** Am J Obstet Gynecol 1994; 170:1683. https://doi.org/10.1016/S0002-9378(94)70341-8.

43. Becker, R.H., Vonk, R., Mende, B.C. et al. (2001). **The relevance of placental location at 20-23 gestational weeks for prediction of placenta previa at delivery: evaluation of 8650 cases.** Ultrasound Obstet Gynecol 2001; 17:496. https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.2001.00423.x.

44. Taipale, P., Hiilesmaa, V., Ylöstalo, P. (1998). **Transvaginal ultrasonography at 18-23 weeks in predicting placenta previa at delivery.** Ultrasound Obstet Gynecol 1998; 12:422. https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.1998.12060422.x.

45. Rosati, P., Guariglia, L. (2000). **Clinical significance of placenta previa detected at early routine transvaginal scan.** J Ultrasound Med 2000; 19:581. https://doi.org/10.7863/jum.2000.19.8.581.

46. Oppenheimer, L., Holmes, P., Simpson, N., Dabrowski, A. (2001). **Diagnosis of low-lying placenta: can migration in the third trimester predict outcome?** Ultrasound Obstet Gynecol 2001; 18:100. https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.2001.00450.x.

47. Jansen, C.H., Kleinrouweler, C.E., van Leeuwen, L. et al. (2020). **Which second trimester placenta previa remains a placenta previa in the third trimester: A prospective cohort study.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2020; 254:119. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.08.038.

48. Alouini, S., Megier, P., Fauconnier, A. et al. (2020). **Diagnosis and management of placenta previa and low placental implantation.** J Matern Fetal Neonatal Med 2020; 33:3221. https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1570118.

49. Jansen, C.H., Kleinrouweler, C.E., Kastelein, A.W. et al. (2020). **Follow-up ultrasound in second-trimester low-positioned anterior and posterior placentae: prospective cohort study.** Ultrasound Obstet Gynecol 2020; 56:725. https://doi.org/10.1002/uog.21903.

50. Cho, J.Y., Lee, Y.H., Moon, M.H., Lee, J.H. (2008). **Difference in migration of placenta according to the location and type of placenta previa.** J Clin Ultrasound 2008; 36:79. https://doi.org/10.1002/jcu.20427.

51. Durst, J.K., Tuuli, M.G., Temming, L.A. et al. (2018). **Resolution of a Low-Lying Placenta and Placenta Previa Diagnosed at the Midtrimester Anatomy Scan.** J Ultrasound Med 2018; 37:2011. https://doi.org/10.1002/jum.14554.

52. Pradhan, S., Tuladhar, A., Shrestha, A. et al. (2012). **Sonographic assessment of placental migration in second trimester low lying placenta.** Nepal Med Coll J 2012; 14:331. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24579546/#:~:text=The%20prevalence%20of%20low%20lying,placental%20and%20cervical%20internal%20os.

53. Fan, D., Wu, S., Liu, L. et al. (2017). **Prevalence of antepartum hemorrhage in women with placenta previa: a systematic review and meta-analysis.** Sci Rep 2017; 7:40320. https://dx.doi.org/10.1038%2Fsrep40320.

54. Cotton, D.B., Read, J.A., Paul, R.H., Quilligan, E.J. (1980). **The conservative aggressive management of placenta previa.** Am J Obstet Gynecol 1980; 137:687. https://doi.org/10.1016/s0002-9378(15)33242-7.

55. Silver, R., Depp, R., Sabbagha, R.E. et al. (1984). **Placenta previa: aggressive expectant management.** Am J Obstet Gynecol 1984; 150:15. https://doi.org/10.1016/s0002-9378(84)80102-7.

56. McShane, P.M., Heyl, P.S., Epstein, M.F. (1985). **Maternal and perinatal morbidity resulting from placenta previa.** Obstet Gynecol 1985; 65:176. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4038547/.

57. Crane, J.M., van den Hof, M.C., Dodds, L. et al. (1999). **Neonatal outcomes with placenta previa.** Obstet Gynecol 1999; 93:541. https://doi.org/10.1016/s0029-7844(98)00480-3.

58. Ruiter, L., Eschbach, S.J., Burgers, M. et al. (2016). **Predictors for Emergency Cesarean Delivery in Women with Placenta Previa.** Am J Perinatol 2016; 33:1407. https://doi.org/10.1055/s-0036-1584148.

59. Jing, L., Wei, G., Mengfan, S., Yanyan, H. (2018). **Effect of site of placentation on pregnancy outcomes in patients with placenta previa.** PLoS One 2018; 13:e0200252. https://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0200252.

60. Sekiguchi, A., Nakai, A., Kawabata, I. et al. (2013). **Type and location of placenta previa affect preterm delivery risk related to antepartum hemorrhage.** Int J Med Sci 2013; 10:1683. https://doi.org/10.7150/ijms.6416.

61. Altraigey, A., Ellaithy, M., Barakat, E., Majeed, A. (2021). **Cervical length should be measured for women with placenta previa: cohort study.** J Matern Fetal Neonatal Med 2021; 34:2124. https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1659239.

62. Huang, S., Zuo, Q., Wang, T. et al. (2021). **Maternal and neonatal outcomes of repeated antepartum bleeding in 493 placenta previa cases: a retrospective study.** J Matern Fetal Neonatal Med 2021; 1. https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1878495.

63. Young, B.C., Nadel, A., Kaimal, A. (2014). **Does previa location matter? Surgical morbidity associated with location of a placenta previa.** J Perinatol 2014; 34:264.

64. Baba, Y., Matsubara, S., Ohkuchi, A. et al. (2014). **Anterior placentation as a risk factor for massive hemorrhage during cesarean section in patients with placenta previa.** J Obstet Gynaecol Res 2014; 40:1243. https://doi.org/10.1111/jog.12340.

65. Jang, D.G., We, J.S., Shin, J.U. et al. (2011). **Maternal outcomes according to placental position in placental previa.** Int J Med Sci 2011; 8:439. https://doi.org/10.7150/ijms.8.439.

66. Reddy, U.M., Abuhamad, A.Z., Levine, D. et al. (2014). **Fetal imaging: executive summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, American Institute of Ultrasound in Medicine, American College of Obstetricians and Gynecologists, American College of Radiology, Society for Pediatric Radiology, and Society of Radiologists in Ultrasound Fetal Imaging workshop.** Obstet Gynecol 2014; 123:1070. https://doi.org/10.7863/ultra.33.5.745.

67. Thurmond, A., Mendelson, E., Böhm-Vélez, M. et al. (2000). **Role of imaging in second and third trimester bleeding. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria**. Radiology 2000; 215 Suppl:895. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11037514/.

68. Dawson, W.B., Dumas, M.D., Romano, W.M. et al. (1996). **Translabial ultrasonography and placenta previa: does measurement of the os-placenta distance predict outcome**? J Ultrasound Med 1996; 15:441. https://doi.org/10.7863/jum.1996.15.6.441.

69. Simon, E.G., Fouche, C.J., Perrotin, F. (2013). **Three-dimensional transvaginal sonography in third-trimester evaluation of placenta previa.** Ultrasound Obstet Gynecol 2013; 41:465. https://doi.org/10.1002/uog.11096.

70. McClure, N., Dornal, J.C. (1990). **Early identification of placenta praevia.** Br J Obstet Gynaecol 1990; 97:959. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1990.tb02457.x.

71. Oppenheimer, L. (2007). **Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Diagnosis and management of placenta previa.** J Obstet Gynaecol Can 2007; 29:261. https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)32401-x.

72. Quant, H.S., Friedman, A.M., Wang, E. et al. (2014). **Transabdominal ultrasonography as a screening test for second-trimester placenta previa.** Obstet Gynecol 2014; 123:628. https://doi.org/10.1097/aog.0000000000000129.

73. Timor-Tritsch, I.E., Yunis, RA. (1993). **Confirming the safety of transvaginal sonography in patients suspected of placenta previa.** Obstet Gynecol 1993; 81:742. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8469465/.

74. Sunna, E., Ziadeh, S. (1999). **Transvaginal and transabdominal ultrasound for the diagnosis of placenta praevia.** J Obstet Gynaecol 1999; 19:152. https://doi.org/10.1080/01443619965471.

75. Smith, R.S., Lauria, M.R., Comstock, C.H. et al. (1997). **Transvaginal ultrasonography for all placentas that appear to be low-lying or over the internal cervical os.** Ultrasound Obstet Gynecol 1997; 9:22. https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.1997.09010022.x.

76. Sherman, S.J., Carlson, D.E., Platt, L.D., Medearis, A.L. (1992). **Transvaginal ultrasound: does it help in the diagnosis of placenta previa?** Ultrasound Obstet Gynecol 1992; 2:256. https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.1992.02040256.x.

77. Leerentveld, R.A., Gilberts, E.C., Arnold, M.J., Wladimiroff, J.W. (1990). **Accuracy and safety of transvaginal sonographic placental localization.** Obstet Gynecol 1990; 76:759. https://doi.org/10.1097/00006250-199011000-00006.

78. Tuzovic, L. (2006). **Complete versus incomplete placenta previa and obstetric outcome.** Int J Gynaecol Obstet 2006; 93:110. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2006.02.006.

79. Oya, A., Nakai, A., Miyake, H, et al. (2008). **Risk factors for peripartum blood transfusion in women with placenta previa: a retrospective analysis.** J Nippon Med Sch 2008; 75:146. https://doi.org/10.1272/jnms.75.146.

80. Dola, C.P., Garite, T.J., Dowling, D.D. et al. (2003). **Placenta previa: does its type affect pregnancy outcome?** Am J Perinatol 2003; 20:353. https://doi.org/10.1055/s-2003-45282.

81. Bahar, A., Abusham, A., Eskandar, M. et al. (2009). **Risk factors and pregnancy outcome in different types of placenta previa.** J Obstet Gynaecol Can 2009; 31:126. https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)34096-8.

82. Ghourab, S. (2001). **Third-trimester transvaginal ultrasonography in placenta previa: does the shape of the lower placental edge predict clinical outcome?** Ultrasound Obstet Gynecol 2001; 18:103. https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.2001.00420.x.

83. Zaitoun, M.M., El Behery, M.M., Abd El Hameed, A.A., Soliman, B.S. (2011). **Does cervical length and the lower placental edge thickness measurement correlates with clinical outcome in cases of complete placenta previa?** Arch Gynecol Obstet 2011; 284:867. https://doi.org/10.1007/s00404-010-1737-1.

84. Saitoh, M., Ishihara, K., Sekiya, T., Araki, T. (2002). **Anticipation of uterine bleeding in placenta previa based on vaginal sonographic evaluation.** Gynecol Obstet Invest 2002; 54:37. https://doi.org/10.1159/000064695.

85. Ghi, T., Contro, E., Martina, T. et al. (2009). **Cervical length and risk of antepartum bleeding in women with complete placenta previa.** Ultrasound Obstet Gynecol 2009; 33:209. https://doi.org/10.1002/uog.6301.

86. Stafford, I.A., Dashe, J.S., Shivvers, S.A. et al. (2010). **Ultrasonographic cervical length and risk of hemorrhage in pregnancies with placenta**

previa. Obstet Gynecol 2010; 116:595. https://doi.org/10.1097/aog.0b013e3181ea2deb.

87. Sekiguchi, A., Nakai, A., Okuda, N. et al. (2015). **Consecutive cervical length measurements as a predictor of preterm cesarean section in complete placenta previa.** J Clin Ultrasound 2015; 43:17.

88. Shin, J.E., Shin, J.C., Lee, Y., Kim, S.J. (2016). **Serial Change in Cervical Length for the Prediction of Emergency Cesarean Section in Placenta Previa.** PLoS One 2016; 11:e0149036. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149036.

89. Warshak, C.R., Eskander, R., Hull, A.D. et al. (2006). **Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta.** Obstet Gynecol 2006; 108:573. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094866.

90. Silver, R.M., Landon, M.B., Rouse, D.J. et al. (2006). **Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries.** Obstet Gynecol 2006; 107:1226. https://doi.org/10.1097/01.aog.0000219750.79480.84.

91. Grobman, W.A., Gersnoviez, R., Landon, M.B. et al. (2007). **Pregnancy outcomes for women with placenta previa in relation to the number of prior cesarean deliveries.** Obstet Gynecol 2007; 110:1249. https://doi.org/10.1097/01.aog.0000292082.80566.cd.

92. Sheiner, E., Shoham-Vardi, I., Hallak, M. et al. (2001). **Placenta previa: obstetric risk factors and pregnancy outcome.** J Matern Fetal Med 2001; 10:414. https://doi.org/10.1080/714052784.

93. Gemer, O., Segal, S. (1994). **Incidence and contribution of predisposing factors to transverse lie presentation.** Int J Gynaecol Obstet 1994; 44:219. https://doi.org/10.1016/0020-7292(94)90169-4.

94. Olive EC, Roberts CL, Algert, C.S., Morris, J.M. (2005). **Placenta praevia: maternal morbidity and place of birth.** Aust N Z J Obstet Gynaecol 2005; 45:499. https://doi.org/10.1111/j.1479-828x.2005.00485.x.

95. Kancherla, V., Räisänen, S., Gissler, M. et al. (2015). **Placenta previa and risk of major congenital malformations among singleton births in Finland.** Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 2015; 103:527. https://doi.org/10.1002/bdra.23371.

96. Crane, J.M., Van den Hof, M.C., Dodds, L. et al. (2000). **Maternal complications with placenta previa.** Am J Perinatol 2000; 17:101. https://doi.org/10.1055/s-2000-9269.

97. Fan, D., Xia, Q., Liu, L. et al. (2017). **The Incidence of Postpartum Hemorrhage in Pregnant Women with Placenta Previa: A Systematic Review and Meta-Analysis.** PLoS One 2017; 12:e0170194. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170194.

98. Gibbins, K.J., Einerson, B.D., Varner, M.W., Silver, R.M. (2018). **Placenta previa and maternal hemorrhagic morbidity.** J Matern Fetal Neonatal Med 2018; 31:494. https://dx.doi.org/10.1080%2F14767058.2017.1289163.

99. Clark, S.L. (1999). **Placenta previa and abruptio placentae. In: Creasy & Resnik's Maternal Fetal Medicine: Principles and Practice**, 8th Edition, WB Saunders, Philadelphia 2019. p.616. https://www.us.elsevierhealth.com/creasy-and-resniks-maternal-fetal-medicine-principles-and-practice-9780323479103.html.

100. Abenhaim, H.A., Azoulay, L., Kramer, M.S., Leduc, L. (2008). **Incidence and risk factors of amniotic fluid embolisms: a population-based study on 3 million births in the United States.** Am J Obstet Gynecol 2008; 199:49.e1. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.11.061.

101. Fong, A., Chau, C.T., Pan, D., Ogunyemi, D.A. (2015). **Amniotic fluid embolism: antepartum, intrapartum and demographic factors.** J Matern Fetal Neonatal Med 2015; 28:793. https://doi.org/10.3109/14767058.2014.932766.

102. Spiliopoulos, M., Puri, I., Jain, N.J. et al. (2009). **Amniotic fluid embolism-risk factors, maternal and neonatal outcomes.** J Matern Fetal Neonatal Med 2009; 22:439. https://doi.org/10.1080/14767050902787216.

103. Salihu, H.M., Li, Q., Rouse, D.J., Alexander, G.R. (2003). **Placenta previa: neonatal death after live births in the United States.** Am J Obstet Gynecol 2003; 188:1305. https://doi.org/10.1067/mob.2003.303.

104. Vahanian, S.A., Lavery, J.A., Ananth, C.V., Vintzileos, A. (2015). **Placental implantation abnormalities and risk of preterm delivery: a systematic review and metaanalysis.** Am J Obstet Gynecol 2015; 213:S78. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.05.058.

105. Zlatnik, M.G., Cheng, Y.W., Norton, M.E. et al. (2007). **Placenta previa and the risk of preterm delivery.** J Matern Fetal Neonatal Med 2007; 20:719. https://doi.org/10.1080/14767050701530163.

106. UpToDate.com (2021, Nov. 29). **Placenta previa: Management.** https://www.uptodate.com/contents/placenta-previa-management?search=Placenta%20previa:%20Management&source=search_result&selectedTitle=1~117&usage_type=default&display_rank=1.

107. Lam, C.M., Wong, S.F., Chow, K.M., Ho, L.C. (2000). **Women with placenta praevia and antepartum haemorrhage have a worse outcome than those who do not bleed before delivery.** J Obstet Gynaecol 2000; 20:27. https://doi.org/10.1080/01443610063417.

108. Love, C.D., Fernando, K.J., Sargent, L., Hughes, R.G. (2004). **Major placenta praevia should not preclude out-patient management.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 117:24.

109. Rosen, D.M., Peek, M.J. (1994). **Do women with placenta praevia without antepartum haemorrhage require hospitalization?** Aust N Z J Obstet Gynaecol 1994; 34:130. https://doi.org/10.1111/j.1479-828x.1994.tb02674.x.

110. Ononeze, B.O., Ononeze, V.N., Holohan, M. (2006). **Management of women with major placenta praevia without haemorrhage: a questionnaire-based survey of Irish obstetricians.** J Obstet Gynaecol 2006; 26:620. https://doi.org/10.1080/01443610600903297.

111. Shin, J.E., Shin, J.C., Lee, Y., Kim, S.J. (2016). **Serial Change in Cervical Length for the Prediction of Emergency Cesarean Section in Placenta Previa.** PLoS One 2016; 11:e0149036. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149036.

112. Stafford, I.A., Dashe, J.S., Shivvers, S.A. et al. (2010). **Ultrasonographic cervical length and risk of hemorrhage in pregnancies with placenta previa.** Obstet Gynecol 2010; 116:595. https://doi.org/10.1097/aog.0b013e3181ea2deb.

113. Ghi, T., Youssef, A. (2010). **Ultrasonographic cervical length and risk of hemorrhage in pregnancies with placenta previa.** Obstet Gynecol 2010; 116:1458. https://doi.org/10.1097/aog.0b013e3181ea2deb.

114. **Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org, Gyamfi-Bannerman C. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #44: Management of bleeding in the late preterm period.** (2018). Am J Obstet Gynecol 2018; 218:B2. https://www.em-consulte.com/article/1191537/society-for-maternal-fetal-medicine-smfm-consult-s.

115. **American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice, Society for Maternal-Fetal Medicine. Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries: ACOG Committee Opinion, Number 831.** (2021). Obstet Gynecol 2021; 138:e35. https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2021/07/medically-indicated-late-preterm-and-early-term-deliveries.

116. Al Kadri, H.M., Al Anazi, B.K., Tamim, H.M. (2011). **Visual estimation versus gravimetric measurement of postpartum blood loss: a prospective cohort study.** Arch Gynecol Obstet 2011; 283:1207. https://doi.org/10.1007/s00404-010-1522-1.

117. Diaz, V., Abalos, E., Carroli, G. (2018). **Methods for blood loss estimation after vaginal birth.** Cochrane Database Syst Rev 2018; 9:CD010980. https://doi.org/10.1002/14651858.cd010980.pub2.

118. Schorn, M.N. (2010). **Measurement of blood loss: review of the literature.** J Midwifery Womens Health 2010; 55:20. https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.02.014.

119. Zhang, W.H., Deneux-Tharaux, C., Brocklehurst, P. et al. (2010). **Effect of a collector bag for measurement of postpartum blood loss after vaginal delivery: cluster randomised trial in 13 European countries.** BMJ 2010; 340:c293. https://doi.org/10.1136/bmj.c293.

120. Cotton, D.B., Read, J.A., Paul, R.H., Quilligan, E.J. (1980). **The conservative aggressive management of placenta previa.** Am J Obstet Gynecol 1980; 137:687. https://doi.org/10.1016/s0002-9378(15)33242-7.

121. Silver, R., Depp, R., Sabbagha, R.E. et al. (1984). **Placenta previa: aggressive expectant management.** Am J Obstet Gynecol 1984; 150:15. https://doi.org/10.1016/s0002-9378(84)80102-7.

122. Farine, D., Peisner, D.B., Timor-Tritsch, I.E. (1990). **Placenta previa--is the traditional diagnostic approach satisfactory?** J Clin Ultrasound 1990; 18:328. https://doi.org/10.1002/jcu.1870180418.

123. Wing, D.A., Paul, R.H., Millar, L.K. (1996). **Management of the symptomatic placenta previa: a randomized, controlled trial of inpatient versus outpatient expectant management.** Am J Obstet Gynecol 1996; 175:806. https://doi.org/10.1016/s0002-9378(96)80003-2.

124. **Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion. Placenta accreta. Number 266, January 2002. American College of Obstetricians and Gynecologists.** (2002). Int J Gynaecol Obstet 2002; 77:77. https://doi.org/10.1016/s0020-7292(02)80003-0.

125. Olive, E.C., Roberts, C.L., Algert, C.S., Morris, J.M. (2005). **Placenta praevia: maternal morbidity and place of birth.** Aust N Z J Obstet Gynaecol 2005; 45:499. https://doi.org/10.1111/j.1479-828x.2005.00485.x.

126. Rosenberg, T., Pariente, G., Sergienko, R. et al. (2011). **Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa.** Arch Gynecol Obstet 2011; 284:47. https://doi.org/10.1007/s00404-010-1598-7.

127. Besinger, R.E., Moniak, C.W., Paskiewicz, L.S. et al. (1995). **The effect of tocolytic use in the management of symptomatic placenta previa.** Am J Obstet Gynecol 1995; 172:1770. https://doi.org/10.1016/0002-9378(95)91410-2.

128. Sharma, A., Suri, V., Gupta, I. (2004). **Tocolytic therapy in conservative management of symptomatic placenta previa.** Int J Gynaecol Obstet 2004; 84:109. https://doi.org/10.1016/s0020-7292(03)00198-x.

129. Breen, M. (2012). **Temporary treatment of severe postpartum hemorrhage.** Int J Gynaecol Obstet 2012; 118:253. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.04.008.

130. Deng, L., Chang, Q., Wang, Y. et al. (2014). **Tourniquet device for hemorrhage control during cesarean section of complete placenta previa pregnancies.** J Obstet Gynaecol Res 2014; 40:399. https://doi.org/10.1111/jog.12204.

131. Greenberg, J.A., Robinson, J.N., Carabuena, J.M. et al. (2018). **Use of a Fibrin Sealant Patch at Cesarean for Conservative Management of**

Morbidly Adherent Placenta. AJP Rep 2018; 8:e325. https://doi.org/10.1055/s-0038-1675848.

132. Konar, H. (2018). **Dc Dutta's Textbook Of Obstetrics.** 10th Edition: Jaypee Brothers Medical Pub; Reprint, Revised, Enlarged edition: (May 1). (692 pages). https://www.jaypeebrothers.com/pgDetails.aspx?book_id=9789352702428.

133. **Disorders related to short gestation and low birth weight.in ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics** (Version : 02/2022). https://icd.who.int/browse11/l-m/en.

English Abstract الملخص باللغة الانكليزية

Background:

A placenta previa is a dangerous complication of pregnancy and a common cause of postpartum hemorrhage that may threaten the life of a pregnant woman. In recent years, some researchers believe that the location of a placenta previa has an impact on pregnancy outcomes.

Objective:

The research aims to study the effect of the location of a placenta previa on gestational outcome.

Materials and Methods:

DESIGN OF THE STUDY: **A Prospective Cohort Study,** included pregnant women with placenta previa admitted to the Obstetrics and Gynecology University Hospital of in Damascus between 12/7/2020 to 12/7/2021.

Results:

The research included 80 pregnant women with placenta previa, and the location of a placenta previa was on the anterior wall in 49 cases, on the lateral wall in 6 cases, and on the posterior wall in 25 cases.

The anterior placenta previa was associated with a high rate of placenta accreta, anemia, prenatal bleeding rate, the need for blood transfusion, obstetric hysterectomy, and maternal death rate, also with a smaller mean newborn weight and a smaller Apgar score in the first minute and a greater neonatal weight loss and neonatal death rate, but the difference was Statistically significant only in anemia and prenatal hemorrhage rate.

The posterior placenta previa was associated with a high rate of complete placental attachment and postpartum hemorrhage, but without statistical significance for the difference. As for the lateral placenta previa was associated with a high rate of preterm labor and premature birth, and a longer mean hospitalization period, but without statistical significance for the difference.

The complete placenta previa was associated with an increased rate of anemia, postpartum hemorrhage and the need for blood transfusion with a statistically significant difference.

Conclusions:

The anterior placenta previa increases the risk of prenatal hemorrhage and anemia in pregnant women, and the complete placenta previa increases the risk of postpartum hemorrhage.

Key words: Placenta previa, Location, complications.

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

Effect of Site of Placenta on Pregnancy Outcomes in Patients with Placenta Previa

A dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Specialized Higher Studies Certificate in Obstetrics and Gynecology Diseases

by
Dr. Douaa Mohammad Alshihab

Supervisor
Prof. Dr. Jamil Taleb

2022