



الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي

جامعة دمشق - كلية الطب البشري

قسم التوليد وأمراض النساء

نتائج الحمل عند وحيدات الولادة بسوابق قيصرية

Pregnancy outcomes in primiparous with previous cesarean section

بحث علمي أعد لنيل شهادة الماجستير في التوليد وأمراض النساء

إشراف

رئاسة القسم

الأستاذ الدكتور كنعان السقا

الأستاذ الدكتور عزام أبو طوق

إعداد الدكتورة

اميره أحمد الغزالي

دمشق - 2020

شكر وتقدير

أقدم بأسمى آيات الشكر والامتنان والتقدير إلى من مهد لنا طريق العلم
والمعرفة ولم يدخل علينا يوماً خبرة عملية أو علم نظري أو تكنيك جراحي
الأستاذ الدكتور كنعان السقا الذي أشرف على هذه الدراسة...

تقديري وامتناني للسادة الأساتذة أعضاء الهيئة التدريسية في قسم التوليد
وأمرض النساء الذين قدموا لنا الكثير باذلين جهوداً كبيرة في الأعوام التي
قضيناها في رحاب المشفى

تقديري للطاقم التمريضي والإداري في المشفى

الفهرس

قائمة محتويات الدراسة

الجزء النظري

تعريف الولادة القيصرية
لمحة تاريخية
الوقوع
أسباب ازدياد القيصریات
استطابات القيصرية
الولادة لدى السيدات مع سابقة قيصرية
المرضاة الناتجة عن القيصرية
مرضاة الأمهات على المدى القصير
مرضاة الأمهات طويلة الامد
المرضاة الجنينية والوليدية
تأثير القيصرية الاولى على نتاج الحمل الثاني

الجزء العملي

منهج البحث
عنوان البحث
خلفية البحث
هدف البحث
المواد وطرق ومكان الدراسة
عرض النتائج
مناقشة النتائج
التوصيات

المراجع

الجزء النظري

تعريف الولادة القيصرية:

تعرف القيصرية بأنها ولادة الجنين من خلال شق في جدار البطن (بضع البطن Laparatomy) وفي جدار الرحم (بضع الرحم Hysterotomy). لا يتضمن هذا التعريف استخراج الجنين من جوف البطن في حالات تمزق الرحم أو في حالات الحمل البطني (1).

قد يستطب إجراء استئصال رحم بطني بعد الولادة في بعض حالات الاختلاطات الإسعافية الخطيرة والمهددة للحياة؛ وعندما يجرى في وقت القيصرية يدعى استئصال رحم قيصري Cesarean hysterectomy وإذا أُجري بعد الولادة المهبليّة بوقت قصير يدعى استئصال رحم نفاسي "ولادي" Postpartum hysterectomy (1).

لمحة تاريخية:

ما يزال مصدر اسم القيصرية غامضاً، اقترحت عدة تفسيرات لهذه التسمية (1):

✚ القول إن البطل الأسطوري يوليوس قيصر قد ولد بهذه الطريقة، وهذا الأمر مستبعد

لأن والدته يوليوس قيصر عاشت عدة سنوات بعد ولادته حيث كانت هذه العملية

مميّة حتى نهاية القرن السابع عشر، ولم تذكر هذه العملية في أي كتابة طبية

حتى القرون الوسطى.

✚ اشتقاق الاسم من القانون الملكي الروماني الذي نص على إجراء هذه العملية

للسيدات المتوفيات في الأسابيع الأخيرة من الحمل لإنقاذ الجنين. دعي هذا القانون

في العهد الإمبراطوري بالقانون القيصري.

✚ اشتقاق الكلمة caesarean في العصور الوسطى من الفعل اللاتيني (يقطع

caedere)، وهو التفسير الأكثر منطقية، ولكن تاريخ بدء استخدامه للتعبير عن

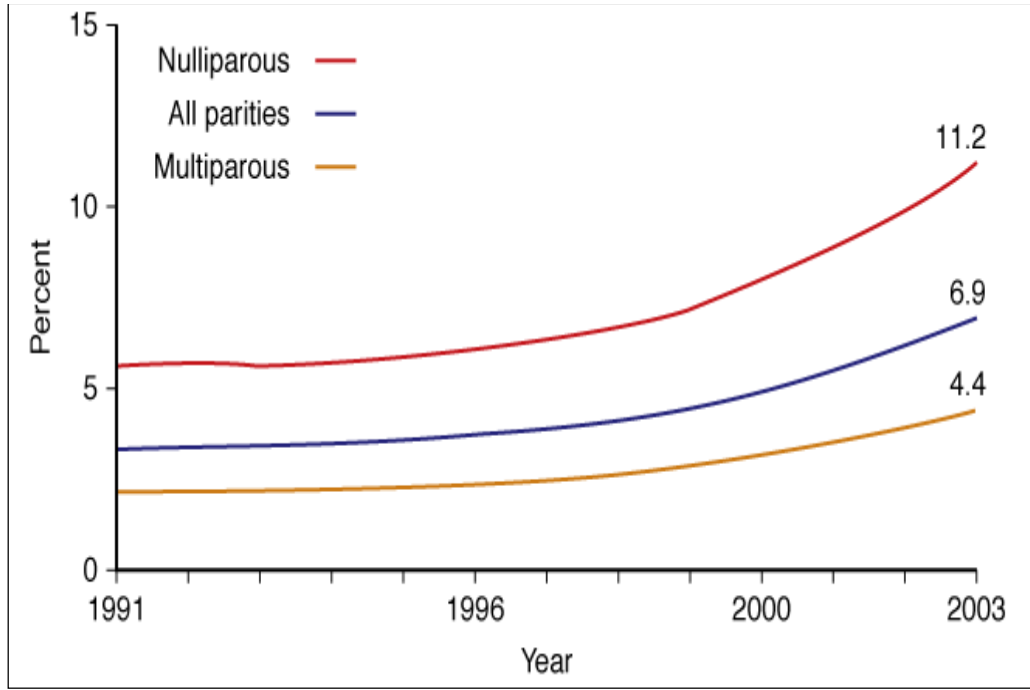
العملية غير معروف.

الوقوع:

ازدادت معدلات إجراء العملية القيصرية في كل أنحاء العالم، على الرغم من أن منظمة الصحة العالمية كانت قد أعلنت عام 2015م أن نسبة ولادة قيصرية أعلى من 15% لن تحقق خفض في معدلات الوفيات الوليدية والوالدية على مستوى المجتمعات (2). أظهرت الدراسات التي أجريت على مستوى مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي ازدياداً في معدل الولادات القيصرية من 13.98% في عام 1994 (3) إلى 20.9% عام 2010 (4)، وما تزال في ازدياد ملحوظ.

تملك الصين معدل مرتفع للقيصريات وخاصة للقيصريات بدون استطباب، وقد ارتفع معدل القيصريات بين عامي 1988م و2010م من 3.4% إلى 52.5% (5). إن رغبة الأم وسابقة القيصرية هي أشيع استطباب في الصين، واعتماداً على دراسة مقطعية كبيرة قام بها Zhu ورفاقه فقد ارتفعت القيصرية البدئية بدون استطباب من 0.6% عامي 1993-1995م إلى 21.3% عامي 2006-2010م (6).

ازداد معدل إجراء العملية القيصرية في الولايات المتحدة بين 1970-2007 من 4.5% إلى 31.8% من الولادات، كان معدل القيصرية البدئية في 2007 أكثر من 30%، بينما انخفض معدل الولادة المهبليّة بعد قيصرية سابقة إلى 8.5% (7).



المخطط رقم (1) يبين معدلات القيصرية البدنية حسب عدد الولادات في الولايات المتحدة بين عامي 1991-2003، عند عدم وجود عوامل خطورة لدى سيدات منخفضات الخطورة. (1).

ارتفع معدل العملية القيصرية في السعودية من 10.6% عام 1997م إلى 19.1%

عام 2006 (8). بلغ معدل الولادة القيصرية 26.2% عام 2003 في مصر (9).

أما في إيران فقد سجل ارتفاع معدل العملية القيصرية من 35% عام 2000م إلى

40% عام 2005م (10).

أسباب ازدياد القيصرية:

تتداخل عدة عوامل في الازدياد المستمر للولادة القيصرية ومن هذه العوامل (11):

1. تقدم عمر الأمهات عند الولادة لأول مرة.
2. انتشار استخدام المراقبة الالكترونية للجنين، حيث ترافقت هذه التقنية مع ازدياد معدل الولادة القيصرية بالمقارنة مع المراقبة المتقطعة.
3. توليد الجزء الأكبر من حالات المجيء المقعدي بالولادة القيصرية.
4. تراجع معدلات الولادة المهبلية المساعدة " بالملاقط والمحاجم الجنينية ".
5. انتشار البدانة.
6. ازدياد معدلات إجراء العملية القيصرية لتدبير حالات ما قبل الإجراج (12).
7. انخفاض نسبة الولادة المهبلية بعد سابقة قيصرية سفلية (7).
8. ازدياد معدل الولادات القيصرية الانتخائية بناءً على طلب ورغبة المريضة.
9. الخوف من المساءلة القانونية.

استطابات القيصرية:

توسع استطاب الولادة القيصرية خلال السنوات الماضية لإنقاذ الأم أو الجنين أو كليهما إلى تجنب المخاطر، وتقسّم إلى استطابات والدية تتعلق بالأم بشكل عام أو بالرحم أو بالحوض، وإلى استطابات متعلقة بالجنين وملحقاته، وهي متعلقة بالجنين بالخاصة أو بالأغشية أو السائل الأمنيوسي أو الحبل السري أو المشيمة، كما توجد حالات عديدة تكون فيها الاستطابات مشتركة (1).

إن القيصرية المكررة بسبب سابقة ولادة قيصرية هي أشيع استطابات الولادة القيصرية مع ارتفاع معدلاتها بشكل متوافق مع تراجع الولادة المهبلية بعد سابقة قيصرية (11). تعد عسرة المخاض بمختلف أشكالها هي أكثر استطابات الولادة القيصرية البدئية في الولايات المتحدة (1).

ما تزال معدلات الولادة القيصرية للمجئيات المقعدية مرتفعة وثابتة بسبب الخوف من الأذية الجنينية وعدم ملاءمة حالة المجيء لمتطلبات الولادة المهبلية (1).

زاد استخدام المراقبة الالكترونية المستمرة للجنين من القيصرات بنسبة 40% (13) وبالمقابل لم ينقص خطر الشلل المخي أو الوفاة حول الولادة أو تحسين الإنذار التطوري العصبي للطفل مقارنة بالمراقبة المتقطعة.

يبين الجدول (1) استطببات العملية القيصرية ونسبها المئوية في دراسة أمريكية.

الجدول (1): استطببات العملية القيصرية والنسب المئوية لكل منها (1).

الاستطباب	الولادات القيصرية (%)
بدئية:	21798
عسرة المخاض	8122 (37%)
دقات قلب جنين غير مطمئنة	5404 (25%)
مجيء معيب	4321 (20%)
أخرى	3323 (15%)
فشل تجربة الملقط أو المحجم	628 (3%)
مكررة:	15312
انتخابية بدون تجربة مخاض	12565 (82%)
فشل تجربة المخاض بعد قيصرية	2747 (18%)

ازداد اختيار وطلب السيدات لإجراء قيصرية انتخابية في السنوات الأخيرة، وأصبحت هذه المسألة من أكثر المسائل جدلاً في اتخاذ القرارات التوليدية، وعلى الرغم من صعوبة تحديد نسبتها بدقة إلا أنها بارتفاع مستمر، وازدادت بمقدار 50% في السنوات الأخيرة (14).

تتضمن أسباب اختيار المريضة للقيصرية: تجنب أذية أرضية الحوض خلال الولادة المهبليّة، ونقص أذية الجنين، وتجنب آلام المخاض، والراحة. بالإضافة إلى أمان العملية القيصرية وتطور التقنيات والخبرات التخديرية والجراحية. لا يوجد بيانات كافية تدعم هذه الأسباب وما نزال بحاجة لأبحاث جيدة للتقييم (15).

ما يزال هناك إشكاليات أخلاقية عديدة بالنسبة لموضوع القيصرية على الطلب، وعلى الرغم من أن الدليل المتوافر لا يدعم الولادة الانتخائية روتينياً؛ لكن يدعم من الناحية الأخلاقية اتخاذ القرار التوليدي لتلبية رغبة المريضة (16).

الولادة لدى السيدات مع سابقة قيصرية:

قاد ازدياد معدل القيصرات وبالأخص القيصرات البدئية الجمعيات الطبية إلى التوصية بإخضاع السيدات مع سابقة قيصرية لتجربة مخاض ما لم يكن هناك مضاد استطباب في محاولة منها لخفض نسب الولادات القيصرية.

أيدت الكلية الأمريكية للمولدين والنسائيين الولادة المهبلية عقب الولادة القيصرية السابقة، وحثت الأطباء على اعتمادها، ولكن مع ضرورة أخذ الحيطة والحذر خوفاً من النتائج الوالدية والوليدية السيئة المسجلة بسبب تمزق الرحم أثناء تجربة المخاض بعد قيصرية. كما نصحت بتقييم السيدات المرشحات لخوض تجربة الولادة مهلبياً عقب الولادة القيصرية و التأكد من عدم وجود مضاد استطباب للولادة المهبلية مع توافر الكادر الطبي المؤهل و التجهيزات المناسبة لتدبير أي طارئ (17).

يجب إجراء نقاش مع كل سيدة لديها ولادة قيصرية سابقة حول الفوائد و المخاطر المرتبطة بمحاولة الولادة مهلبياً مقابل إجراء الولادة القيصرية الثانية بشكل انتخابي و من ثم التوصل لقرار نهائي من قبل المريضة و الطبيب ، و أخذ موافقة مستتيرة على ذلك .

أظهرت مراجعة Dodd و رفاقه أن الولادة بعملية قيصرية مكررة انتخابية و الولادة مهبلية بعد عملية قيصرية كلاهما له فوائد و أخطار، و أن أي نتائج يجب أن تؤخذ بحذر (18) .

تضم مضادات الاستطباب لخوض تجربة مخاض بعد ولادة قيصرية على سبيل المثال: قيصرية كلاسيكية سابقة، وتمزق رحم سابق و غيرها (1) .

قدّم إنقاص نسبة المخاطر المجملّة التي تواجهها الأمهات نقطة إيجابية لدعم الولادة المهبلية عقب الولادة القيصرية و ذلك بالمقارنة مع السيدات اللاتي يجرين قيصرية انتخابية مكررة. كان من محاسن الولادة المهبلية الناجحة : قصر فترة الإقامة في المشفى، و ألم أقل، و فترة شفاء أسرع، و غيرها (1) .

إن خطورة تمزق الرحم بشكل عام أقل من 1% . تزداد خطورة تمزق الرحم عند وجود عدة جراحات رحمية أو فرط قلووية رحمية أو عند محاولات إنضاج العنق أو لدى تحريض المخاض بالأوكسيتوسين . يترافق تمزق الرحم مع موت الجنين و أذية عصبية وليدية شديدة (1).

لم يظهر وجود اختلاف واضح في نسبة الوفيات الوالدية بين السيدات اللاتي خضعن لتجربة المخاض و بين السيدات اللاتي أجرين قيصرية انتخابية مكررة (19)

المرضاة الناتجة عن القيصرية :

يوجد جوانب سلبية لزيادة معدل القيصرات ، و هي تكون قريبة الامد أثناء أو بعيد العملية ، و يكون منها النادر و الخطير المرتبط بأمراضيات للأم ، أو الشائع نسبياً مثل الاعتلال التنفسي العابر لدى الولدان .

أما على المدى البعيد فهناك زيادة خطر إِمراضيات والدية ووليدية تأتي في مقدمتها مشاكل ارتكاز المشيمة المعيب واندخال المشيمة.

يصعب تحديد المرضة المرتبطة بدقة مع الولادة القيصرية، ومعظم البيانات مستمدة من دراسات حشدية وتخضع للتحيز (20).

مراضة الامهات على المدى القصير:

الإنتان:

إن الإنتان هو المراضة الأكثر شيوعاً المرتبطة بالولادة القيصرية. إن خطر الخمج أعلى لدى السيدات في حالة مخاض ويحاولن الولادة المهبلية ولكن ينتهين بولادة قيصرية. قيم Burrows ورفاقه مراضة الأمهات في 30000 ولادة، كانت نسبة الأرجحية (OR: Odds ratio) لالتهاب باطن الرحم 9.9 في حال تكرار القيصرية بدون مخاض و 10.3 للولادة القيصرية الأولية بدون مخاض، و 14.6 للقيصرية المتكررة مع المخاض، و 21.2 للولادة القيصرية الأولية مع المخاض (21).

وجدت دراسة Liu ورفاقه والتي ضمت أكثر من 2 مليون سيدة في كندا أن السيدات مع قيصرية انتخابية "بسبب مجيء مقعدي" لديهن خطراً أعلى: 3 (95% CI: 2.7-3.4) لحدوث خمج كبير، وخطر يبلغ 5.1 (95% CI: 4.6-5.5) لتطور ورم دموي في الجرح مقارنة بالولادة المهبلية (22).

إن خطر الإصابة بذات الرئة أعلى عدة أضعاف في النساء اللاتي خضعن لولادة قيصرية، بما فيها القيصرية الانتخابية قبل حدوث مخاض (21).

الانصمام الخثاري الوريدي:

إن الانصمام الخثاري الوريدي أقل تواتراً من الإنتان، ولكنه قد يكون مهدداً للحياة. يزيد الحمل بشكل عام من خطر الانصمام الخثاري بسبب تعزيز عوامل التخثر والركودة الوريدية، وتزيد الولادة القيصرية من هذا الخطر بنحو 3-5 أضعاف مقارنة مع الولادة المهبلية (23)، ويعتقد أن ذلك يعود إلى الأذية النسيجية وزيادة الركودة الوريدية. ترتبط أكثر من ثلثي الصمات الرئوية القاتلة بالولادة القيصرية (24). ترتبط القيصرية الإسعافية بازدياد خطر الانصمام الخثاري مقارنة بالقيصرية الانتخابية بدون مخاض، وتملك القيصرية الانتخابية خطر للانصمام الخثاري يبلغ 2.2 (95%CI: 1.5-3.2) مقارنة بتجربة المخاض (22).

يصعب تقييم معدل الإصابة بالانصمام الخثاري الوريدي بعد الولادة القيصرية بسبب عدم التوثيق الدائم للأحداث، وإن العديد من حالات الانصمام الخثاري الوريدي بعد الولادة القيصرية غير مسجلة لأن الأعراض تظهر بعد مغادرة السيدة للمشفى وعند ظهور الأعراض تعالج في مشفى آخر. تتراوح التقديرات الإجمالية بين 0.09% إلى 3% (20).

وفيات الأمهات:

إن وفيات الأمهات نادرة الحدوث في البلدان المتقدمة، ولكن معدلاتها في السنوات الأخيرة إما بقيت ثابتة أو ازدادت، وقد يعود هذا في جزء منه إلى ازدياد معدل الولادة القيصرية (20). زادت نسبة وفيات الأمهات في الولايات المتحدة من $100000/7.5$ ولادة عام 1982م إلى $100000/17$ ولادة في عام 2008 (25)، وعلى الرغم من عدم وجود دليل للترابط ولكن ازدياد معدل الولادة القيصرية يوازي هذا الازدياد في الوفيات الوالدية.

كانت نسبة وفيات الامهات 0.04 لكل 1000 سيدة مع ولادة مهبلية مقابل 0.53 لكل 1000 سيدة مع ولادة قيصرية في دراسة Schuitemaker ورفاقه، وقدر الباحثون أن 17% من الوفيات كانت مرتبطة بالولادة القيصرية بشكل مباشر (26). ترتبط أيضاً القيصرية ذات الخطر المنخفض مع وفيات الأمهات، وسجل Schutte ورفاقه أن 7% من وفيات الأمهات كانت لدى نساء يخضعن لقيصرية انتخابية بسبب مجيء مقعدي، وكان معدل الوفيات الوالدية في حالة القيصرية بسبب مجيء مقعدي $1000/0.47$ (27)

أظهر تقييم وفيات الأمهات في سجلات الرعاية الصحية الأمريكية أن معدل وفيات الامهات $100000/0.2$ ولادة مهبلية مقابل $100000/2.2$ ولادة قيصرية (28).

المرضاة الشديدة:

إن وفاة الأم هي مجرد "قمة الجبل الجليدي" عند تقييم المضاعفات الخطيرة للولادة القيصرية. تحدث الوفاة بنسبة قليلة مقارنة بالمرضاة الشديدة والتي يشار إليها بـ near miss والتي تحدث في 1% من الولادات القيصرية (20).

أظهرت مقارنة بيانات أمريكية نشرت من قبل Kuklina ورفاقه أن معدل الإصابة بمرضاة شديدة ارتفع من 0.64% في عامي 1998-1999م إلى 0.81% في عامي 2004-2005م، وكان هناك زيادة في معدلات الإصابة بالقصور الكلوي الحاد، والصمة الرئوية، ومتلازمة العسرة التنفسية لدى البالغين، والصدمة، ونقل الدم، والحاجة للتهوية الآلية، وعند التعديل حسب نمط الولادة وجد أن معظم الزيادة في هذه المضاعفات يرتبط بزيادة معدل الولادة القيصرية (29). كان معدل المراضة التوليدية الشديدة في دراسة أخرى 4.38 لكل 1000 ولادة، وكان هناك زيادة في معدلات الوذمة الرئوية والاحتشاء القلبي والنزيف الذي انتهى باستئصال رحم واستخدام التهوية الآلية (30). حاولت دراسة Liu ورفاقه (2007) تقييم العلاقة بين الولادة القيصرية و المراضة الوالدية الحادة ، و وجدت زيادة في خطر السكتة القلبية (OR=5.1) ، و استئصال الرحم (OR=3.2) ، و مضاعفات التخدير (OR=2.3) (22)

مراضة الامهات طويلة الامد :

المشيمة الشاذة:

تزيد الولادة القيصرية من خطر حدوث شذوذات المشيمة (بما في ذلك المشيمة المنزاحة و انفكاك المشيمة الباكر) في حالات الحمل اللاحقة . ترتبط هذه الحالات مع زيادة مراضة الأمهات بسبب النزف و المضاعفات الجهازية للنزف (20).

ترتبط المشيمة المنزاحة بزيادة خطر الإصابة بالنزف و نقل الدم، و الحاجة لاستئصال الرحم، و تجرثم الدم، و الاعتلال التخثري . تحدث الوفاة الوالدية في 0.03% من الحالات في الولايات المتحدة (33).

يرتبط انفكاك المشيمة الباكر بزيادة خطر النزف و نقل الدم، و استئصال الرحم، و DIC، و القصور الكلوي ، و تحدث الوفاة الوالدية بسببه 7 أضعاف أعلى من معدل وفيات الأمهات العام في البلدان المتقدمة (34).

وجدت دراسة Getahun و رفاقه أن السيدات مع سابقة قيصرية واحدة لديهن خطر نسبي (للمشيمة المنزاحة 1.5 ، ولانفكاك المشيمة 1.3) ، أما السيدات مع سابقة قيصريتين فقد كان الخطر (للمشيمة المنزاحة 2، ولانفكاك المشيمة 1.3). (35)

المشيمة الملتهمة:

إن من أخطر نتائج ارتفاع معدل الولادة القيصرية هو زيادة معدل المشيمة الملتهمة. ارتفع المعدل من 1 لكل 30000 ولادة في الستينات إلى 1 لكل 533 ولادة عام 2002 (36).

إن عامل الخطر الأساسي لها هو وجود قيصرية سابقة واحدة أو أكثر، ويزداد الخطر مع ازدياد عدد الولادات القيصرية. وجدت دراسة Silver ورفاقه أن خطر المشيمة الملتهمة كان أكبر من 1:200 لدى السيدات مع الولادة القيصرية الثالثة، وازداد إلى 1:50 لدى السيدات مع القيصرية الرابعة أو أكثر، وارتفعت إلى 6.7% في القيصرية السادسة. يزيد ترافق المشيمة المنزاحة مع القيصرية السابقة من الخطر بشكل كبير، بلغ خطر المشيمة الملتهمة: 3%، 11%، 40%، 61%، 67% لدى السيدات مع عدد ولادات قيصرية سابقة: 0، 1، 2، 3، 4 على الترتيب (37)

تترافق المشيمة الملتهمة مع مراضة والدية شديدة بما في ذلك نقل الدم بكميات كبيرة والحاجة لاستئصال الرحم وقبول العناية المركزة والخمج والاستشفاء المديد. قد يكون النزف قاتلاً ويؤدي إلى DIC وقصور أعضاء متعدد. تتضمن المخاطر الأخرى الأذيات الجراحية لأحشاء الحوض، وتشكل النواسير. يتم قبول أكثر من ربع المريضات في وحدة العناية المركزة. تحدث الوفاة فيما يصل إلى 7% من الحالات (38).

المرضة الجراحية:

تزيد الولادة القيصرية وخاصة المتعددة من خطر المراضة الجراحية اللاحقة، ويرتبط العديد منها بالمشيمة الملتحمة، ولكنها قد ترتبط بالالتصاقات وغيرها من المضاعفات الجراحية. قِيمَت الاختلاطات التوليدية والجراحية في دراسة Makoha ورفاقه على أكثر من 3000 قيصرية مكررة، كان بينها أكثر من 1500 سيدة مع القيصرية الثالثة أو أعلى. سجلت زيادة في العديد من المضاعفات بما فيها: إصابة المثانة، الحاجة لنقل الدم، استئصال الرحم مع ازدياد عدد القيصرات السابقة (39).

لوحظت نتائج موافقة في دراسة Nisenblat ورفاقه التي قارنت نتائج السيدات مع سابقة قيصرية واحدة مع السيدات في الولادة القيصرية الثالثة أو أكثر، كان معدل المضاعفات الرئيسة: 4.3% في القيصرية الثانية، و7.5% في القيصرية الثالثة، و12.5% للقيصرية الرابعة أو أكثر، شملت المضاعفات الرئيسة: أذية الأمعاء أو المثانة أثناء الجراحة، الخثار الوريدي، استئصال الرحم، فقدان الدم المفرط، إعادة فتح البطن، تمزق الرحم (40).

المرضة المزمنة:

توجد بعض الدلائل حول ارتباط ولادة قيصرية واحدة بزيادة خطر الألم الحوضي المزمن ، و لكن يصعب تحديد هذا الخطر و دراسته . إن الألم المزمن مضاعفة مقبولة بعد الجراحات ، تعاني 20% من السيدات من آلام بعد 3 أشهر من القيصرية و 12% من السيدات كان الألم موجود بعد سنة ، و كان الألم يومياً تقريباً لدى 6% من السيدات (41) . لاحظت دراسة Loos و رفاقه أن الألم المزمن في موقع شق فنشتيل وجد لدى 33% من السيدات بعد 2 سنة من الجراحة ، و ذكرت 8.9% من السيدات أن هذا الألم أثر على النشاط اليومي . ازداد خطر حدوث الألم مع ازدياد عدد الشقوق ؛ بلغ الخطر النسبي 1.6 في حالة وجود شقين، و 2.95 في حالة 3 شقوق أو أكثر (42) .

إن التصاقات الحوض من المراضات صعبة الدراسة، و دورها السريري غير مؤكد في كثير من الأحيان . ترتبط الالتصاقات من الناحية النظرية بالألم بسبب احتباس الأحشاء، كما أنها قد تسبب العقم ، و تزيد من وقت الجراحة و خطر إصابة أعضاء الحوض في العمليات اللاحقة. وجد Makoha ورفاقه التصاقات شديدة في 11.5% من حالات القيصرية الثانية، و 26% من الثالثة، 44.8% من الرابعة، و 54.5% من الخامسة (39) . سجل Nisenblat ورفاقه التصاقات كثيفة في 25.6% من حالات القيصرية الثانية ، و 46.1% من حالات القيصرية الثالثة فما فوق (40) .

المرضة الجنينية والوليدية :

إن المراضة الوليدية قصيرة الأمد الأكثر ارتباطاً بالقيصرية هي تنفسية ، و تكون عادة من نمط الزلة التنفسية العابرة عند الولدان ، و إن ارتفاع الضغط الرئوي المستمر محتمل في حالة القيصرية (31) . وجدت دراسة Morrison و رفاقه على أكثر من 30000 ولادة في تمام الحمل أن المراضة التنفسية عند الوليد كانت 35.5 لكل 1000 في حالة الولادة القيصرية قبل بدء المخاض مقابل 12.2 لكل 1000 في القيصرية بعد بدء المخاض ، مقابل 5.3 لكل 1000 في حالة الولادة المهبلية (32).

إن الأسباب المحتملة لذلك غير مؤكدة ، و من المحتمل أن المرور الميكانيكي ضمن قناة الولادة يسبب عصر السائل من الرئتين ، و قد يكون هناك فائدة لتعرض الجنين للهرمونات المسؤولة عن بدء المخاض . إن معظم المراضة التنفسية عند الوليد الناجح هي مشاكل طفيفة و عابرة و لكن قد يحتاج للتهوية الميكانيكية ، و الأكسجة طويلة الأمد (31).

توجد زيادة في الولادة البكرة و ما يرافقها من نتائج سلبية وليدية . ترتبط المشيمة المنزاحة بزيادة خطر الإصابة بالعديد من المضاعفات الحملية ، وجدت دراسة Norgaard و رفاقه (2012) على ولدان لسيدات مصابات بالمشيمة المنزاحة أن خطر الولادة البكرة يبلغ 8.6 ، و خطر مشعر أبغار أقل من 8 في الدقيقة الخامسة

يبلغ 2.7 ، و قبول عناية مشددة وليدية 4.3 ، و الوفيات حول الولادة 1.8 (43) .
يترافق انفكاك المشيمة الباكر مع ازدياد دراماتيكي في خطر الوفيات حول الولادة
وجدت دراسة Salihu و رفاقه (2005) أن الانفكاك ترافق مع خطر وفاة الولدان
حول الولادة يبلغ 14.3 (44) . إن مخاطر الجنين في حالة المشيمة الملتحمة تشابه
حالة المشيمة المعيبة ، و يكون معظمها بسبب الولادة الباكرة لتقليل المضاعفات
الأموية (45) .

تأثير القيصرية الأولى على نتائج الحمل الثاني:

إن ازدياد معدل الولادة القيصرية البدئية فرض ضرورة معرفة التأثيرات الجانبية في الحمل اللاحق لوضع القرار الدقيق (46).

تتداخل الولادة القيصرية في الحمل الاول مع مخاطر إضافية للحمل الثاني حتى بعد استبعاد مخاطر تجربة المخاض ومتانة الندبة. إن آلية التأثير ما تزال غير واضحة (2)، ومن الافتراضات المقترحة وجود تأهب وراثي (47)، والخمج غير المميز وغير المعالج، والرض المديد لبطانة الرحم بسبب القيصرية الاولى والتي قد تؤدي لارتكاز معيب ، بالإضافة لعدد الكريات البيضاء الأقل في البطانة ، وتأثر التروية الكمية بسبب ربط الشريان الرحمي الأساسي في القيصرية الاولى (48) . إن الفرضيات السابقة تتداخل في إحداث وتطور الآلية الأكثر قبولاً واشتمالاً و هي سوء الوظيفة المشيمية (49).

سجل أن الحالات المشيمية "معيبة مندخلة انفكاك" يزداد خطرهما بالترافق مع ولادة قيصرية سابقة (46.49.50-53).

إن الآلية المحتملة للمشيمة المعيبة والمندخلة بعد الولادة القيصرية هو فشل الهجرة المشيمية ونقص النمو التمايزي للقطعة السفلية وعوز الساقط القاعدي في وجود أذية جراحية سابقة (49).

بلغ مشعر الخطر للمشاكل المشيمية في الحمل الثاني في حالات سابقة القيصرية 2 في دراسة Hemminki (50)، وأقل من ذلك في دراسة Daltveit (51).

قيمت دراسات حشدية خطر كل من المشيمة المنزاحة وانفكاك المشيمة لدى النساء مع ولادة قيصرية سابقة، حددت دراسة Lydon-Rochelle ورفاقه (2001) نسبة الخطر للمشيمة المنزاحة ($OR=1.4$)، ولانفكاك المشيمة ($OR=1.3$) في الحمل الثاني (54). وجدت دراسة Gurol-Urganci ورفاقه الراجعة في بريطانيا على 400000 سيدة أن خطر المشيمة المنزاحة في الولادة الثانية يبلغ 1.51 ضعف بعد ولادة قيصرية أولى (55). إن خطر استئصال رحم ولادي بسبب تعشيش شاذ أو إنتان نفاسي في رحم متندب أعلى بكثير (51).

إن الالتصاق الشاذ للمشيمة "ملتحمة أو مخترقة" هو اختلاط نادر و لكنه خطر لدى السيدات مع سوابق قيصرية و ارتكاز مشيمة أمامي . إن معدل حدوث المشيمة الملتحمة 5% في الرحم غير المتندب ، و 24% في سابقة قيصرية ، و هي سبب هام للمراضة الهامة مثل استئصال الرحم الولادي ، و نقل الدم الكتلي ، و اعتلال التخثر (46) . يبلغ معدل المشيمة المخترقة الخطيرة 0.05% ، و هي تؤدي لوفيات والدية ، و استئصال الرحم ، و نقل الدم، و اعتلال التخثر (56) .

تسبب القيصرية السابقة تعشيش مشيمي شاذ و بالتالي وظيفة مشيمية غير نموذجية و لاحقاً تؤدي لنقص وزن الولادة (51) ، و قصر عمر الحمل عن المتوقع (46) .

بينما أشارت دراسة Huang و رفاقه إلى أن هذا الترافق يعود إلى خضوع السيدة مع سابقة قيصرية لولادة قيصرية مكررة انتخابية في الحمل التالي و التي تجرى بشكل أبكر من الموعد المتوقع لبدء المخاض (2) .

يوجد دليل من عدة دراسات حشدية بأن الولادة القيصرية السابقة تزيد من خطر الولادة الباكرا (أقل من 37 أسبوع حملي) ، و الولادة الباكرا جداً (أقل من 32 أسبوع حملي) و من انخفاض وزن الولادة " صغير بالنسبة لعمر الحمل SGA " (الوزن أقل من الخط 10 المنوي بالنسبة لعمر الحمل) (53.51.50.46) . وجدت دراسة Taylor و رفاقه (2005) المقارنة أن خطر الولادة الباكرا 58% في سابقة القيصرية مقارنة بـ 5% في سابقة الولادة المهبلية (56) .

وجدت دراسة Perveen (2011) تأثير وليدي سيء في 11.2% من الولدان الأحياء بعد القيصرية و 7.4% في الولادة المهبلية (46) .

أجريت دراسة وبائية في الصين من قبل Hu و رفاقه ، و نشرت النتائج عام 2018م ضمت الدراسة 11662 سيدة (6240 سيدة في مجموعة سابقة ولادة مهبلية ، و 5422 سيدة في مجموعة سابقة ولادة قيصرية) لتحديد الترافق بين سابقة قيصرية و الناتج الوليدي السيء في الحمل التالي لدى السيدات مع سابقة قيصرية. وجد أن القيصرية الثانية كانت أشيع : 97.3% في سابقة القيصرية ، و 13.2% في سابقة ولادة مهبلية . كانت النتائج التوليدية السلبية وفق التالي : ارتفاع ضغط حملي

(OR=2.2)، سكري حملي (OR=1.82)، فقر دم حملي (OR=1.27)، مشيمة معيبة (OR=3.18)، مشيمة ملتحمة (OR=2.75)، استسقاء أمنيوسي (OR=2.6)، و خطر أعلى لتكرار الولادة القيصرية . أما بالنسبة للنتائج الوليدية فقد كانت كالتالي : ولادة باكرة (OR=1.37)، نقص وزن ولادة (OR=3.78)، عرطلة جنينية (OR=5.04)، يرقان وليدي (OR=1.72) (49) .

وجدت دراسة Daltveit و رفاقه (2008) المقارنة في النرويج أن الولادة القيصرية السابقة ترافقت مع ازدياد خطر ما قبل الإجراج (OR=2.9)، و صغر الوزن بالنسبة لسن الحمل (OR=1.5)، و ارتكاز المشيمة المعيبة (OR=1.5)، و المشيمة المندخلة (OR=1.9)، و انفكاك المشيمة الباكر (OR=2)، و تمزق الرحم (OR=37.4) (51) .

حشدت دراسة Hemminki و رفاقه (2005) 73104 سيدة فنلندية و حددت وجود اختلاطات أكثر و أجنة أسوأ عند وجود ولادة قيصرية سابقة في الحمل الثاني . كانت أهم الاختلاطات الوليدية المسجلة : النزف قبل المخاض (OR=1.21)، و الاستسقاء الامنيوسي (OR=1.75)، و مشاكل مشيمية (OR=1.9)، و مجيء معيب (OR=2.49) . أما بالنسبة للاختلاطات الوليدية فقد كانت : الخداج (OR=1.31) و نقص وزن الولادة (OR=1.49)، و مشعر أبغار منخفض (OR=1.53)، و لكن الوفاة الوليدية كانت أقل في مجموعة سابقة القيصرية (50).

أجريت دراسة حشدية راجعة ضمت أكثر من 9 مليون ولادة ثانية ضمن السجل الصحي الأمريكي من قبل Huang و رفاقه عام 2011م ، و وجدت الدراسة أن الولدان في مجموعة سابقة القيصرية بحاجة أعلى للتهوية المساعدة ($OR=1.47$)، و انخفاض قيمة أبغار ($OR=1.14$)، و النوب الاختلاجية ($OR=1.36$)، و وفيات وليدية مرتبطة بالاختناق ($OR=1.4$) . لم تسجل الدراسة ترافق بين سابقة القيصرية و الولادة المبكرة أو نقص وزن الولادة ، ولكن سجلت ترافق أعلى لكبير الوزن بالنسبة العمر الحمل (2) .

أجرى Kennare و رفاقه عام 2007م دراسة مجتمعية في استراليا على 8725 سيدة مع سابقة قيصرية ، و 27313 سيدة مع سابقة ولادة مهبلية و وجدوا أن السيدات مع سابقة ولادة قيصرية لديهن خطر أعلى لـ: المجيء المعيب ($OR=1.84$)، و ارتكاز المشيمة المعيب ($OR=1.66$)، و النزف قبل الولادة ($OR=1.23$)، و اندخال المشيمة ($OR=18.79$)، و تطاول المخاض ($OR=5.89$)، و اللجوء لقيصرية إسعافية ($OR=9.37$)، و تمزق الرحم ($OR=84.42$)، و الولادة المبكرة ($OR=1.17$)، و انخفاض وزن الولادة ($OR=1.3$)، و صغر الوزن بالنسبة لسن الحمل ($OR=1.12$)، و الإملاص ($OR=1.56$)، والإملاص غير المفسر ($OR=2.34$) (53).

حددت دراسة دانماركية حشدية قام بها Jackson و رفاقه (2012) أن مجموعة السيدات مع سابقة ولادة قيصرية كان لديهن خطر أعلى لفقر الدم ($OR=2.8$)، و انفكالك المشيمة الباكر ($OR=2.3$)، و تمزق الرحم ($OR=268$)، و استئصال الرحم الولادي ($OR=28.8$) (52) .

الجزء العملي

منهج البحث

عنوان البحث:

نتائج الحمل عند وحيدات الولادة بسوابق قيصرية .

خلفية البحث :

إن ارتفاع معدل القيصرات قضية صحية عالمية ، و حسب توصية منظمة الصحة العالمية يجب ألا يتعدى معدل القيصرات 10_15% (57) . ارتفع معدل القيصرات بشكل ملحوظ من 6% إلى 40% في البلدان ذات الدخل المنخفض و المتوسط و العالي خلال العقود الثلاثة الماضية (58) .

إن رغبة الأم و سوابق القيصرية هي أشيع استطبابات القيصرية (11.6) . يعد وجود قيصرية سابقة عامل هام لإجراء قيصرية أخرى مما أدى لارتفاع نسبة القيصرات بشكل عام (11).

تعتبر القيصرية إجراء آمن نسبياً حيث تناقصت نسبة اختلاطاتها في العقد الماضي. أعلنت منظمة الصحة العالمية نتيجة مسح عالمي أن معدل القيصرات المرتفع أدى إلى ازدياد معدل المراضة والوفيات عند الأمهات و الأجنة و الولدان ، و ازدادت

الحاجة لاستخدام الصادات بعد الولادة ، و لوحظ ارتفاع بمعدلات العقم الثانوي ، و
ازدياد خطر الاملاص في الحمل اللاحق (59) .

إن تكرار القيصرية يزيد المراضة الوالدية ، و المشيمة المختزقة ، و تأخر النمو داخل
الرحم ، و الولادة المبكرة ، و الألم الحوضي (20) .

وجدت دراسة Hu و رفاقه ان القيصرية الأولى تزيد من خطر ارتكاز المشيمة المعيب
وفقر الدم وارتفاع الضغط الحلمي و الولادة المبكرة و العرطلة الجنينية (49)
هذه أول دراسة محلية تدرس التأثيرات السلبية للقيصرية السابقة الاولى على محصول
الحمل .

هدف البحث:

تحديد علاقة القيصرية بالنتائج غير المرغوبة في الحمل الثاني .

المواد والطرق ومكان الدراسة :

نمط الدراسة :

دراسة راجعة retrospective Study

مدة الدراسة :

سنتين من تاريخ 2017/1/1 ولغاية 2018/12/31 .

مكان الدراسة :

الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق - شعبة الأرشيف.

عينة الدراسة :

اشتملت الدراسة (1223) سيدة ،حققت كل منهن معايير الدراسة.

معايير الادخال :

- حمل مفرد
- سن الحمل أكثر من 20 اسبوع حملي حسب آخر دورة طمثية منتظمة
- موثوقة مع تأكيد صدوي لذلك.

معايير الاستبعاد :

- الحمل المتعدد
- خروس
- ولود 2 او أكثر

طريقة العمل :

تم أخذ الموافقة على إجراء الدراسة من قبل مجلس قسم التوليد و أمراض النساء و مجلس كلية الطب البشري و جامعة دمشق .

تم أخذ موافقة الهيئة العامة لمستشفى التوليد و أمراض النساء الجامعي بدمشق على استخدام موارد الهيئة .

تم ملء الاستمارة الملحقة و تشتمل على بيانات عامة حول المريضة ، مع ذكر السوابق المرضية و الجراحية و الدوائية و العائلية .

تم تقسيم المريضات إلى مجموعتين المجموعة الاولى المريضات بسوابق قيصرية و المجموعة الثانية المريضات بسوابق ولادة طبيعية و مقارنة المتغيرات التالية :

- ✓ عمر الام.
- ✓ العمر الحملي.
- ✓ المدة الفاصلة بين الحمل.
- ✓ طريقة الولادة الحالية.
- ✓ فقر الدم.
- ✓ المجينات المعيبة.
- ✓ مقدمة الارتعاج.
- ✓ ارتكاز المشيمة المعيب.
- ✓ انفكاك المشيمة الباكر.
- ✓ مخاض الباكر.
- ✓ انبثاق الأغشية الباكر.
- ✓ وزن الوليد.
- ✓ أبغار الوليد

التحليل الاحصائي Statistical Analysis :

- تم ترميز البيانات و إدخالها الى الحاسب باستخدام لوحة جدولية من البرنامج المكتبي ((Microcoft office excel 2013)).
- اجري التحليل الاحصائي باستخدام برنامج الحزمة الاحصائية SPSS-18.
- استخلصت النتائج بشكل أساسي على شكل المتوسط الحسابي $\pm$ الانحراف المعياري ، و النسبة المئوية
- اعتبر المتغير المدروس له قيمة احصائية ذات مغزى من اجل قيمة مستوى معنوية اقل او تساوي 5%.
- مقارنة النتائج مع النتائج المماثلة الواردة في منشورات الأدب الطبي.

الاعتبارات الأخلاقية :

تم إغفال المعلومات الشخصية للمريضة، والحفاظ على سريتها

استمارة الدراسة :

جامعة دمشق

كلية الطب البشري

قسم التوليد وأمراض النساء

استمارة الدراسة

رقم المريضة:	التاريخ:	طريقة الولادة بالحمل الأول :
اسم السيدة:	العمر:	سبب القيصرية الاولى:
العمر الحولي:	الفصل بين الحمل:	عدد الحمل:
السوابق المرضية:		
مقدمة ارتعاج :	نعم لا	
انفكاك مشيمة باكر:	نعم لا	
فقر دم:	نعم لا	
ارتكاز مشيمة معيب:	نعم لا	
مجيء معيب:	نعم لا	
مخاض باكر :	نعم لا	
انبثاق اغشية باكر:	نعم لا	
تأخر نمو داخل الرحم	نعم لا	
وفاة الجنين داخل الرحم	نعم لا	
تعقي سائل امنيوسي	نعم لا	
طريقة الولادة:..... ابغار الوليد:..... وزن الوليد:.....		

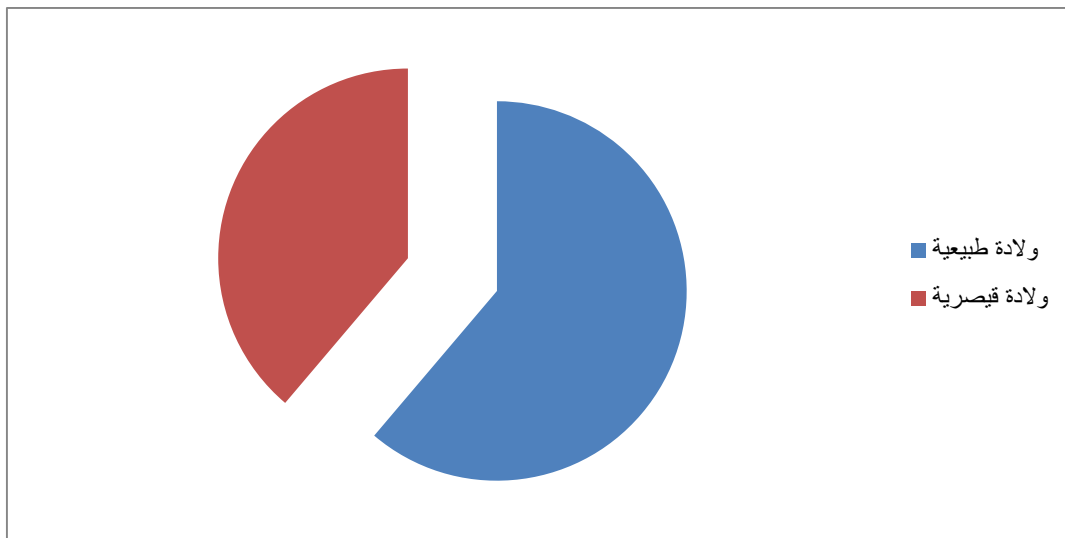
عرض النتائج

توزيع عينة الدراسة بحسب طريقة الولادة في الحمل الاول:

تألفت عينة الدراسة من (1223) سيدة بولادة واحدة سابقة ، قُسمن إلى مجموعتين وذلك بحسب طريقة الولادة الأولى. كان تعداد السيدات اللواتي ولدن ولادة مهبلية (749) سيدة، أما اللواتي ولدن ولادة قيصرية فكان تعدادهن (474) سيدة، ويبين الجدول التالي النسب المئوية لكلا المجموعتين :

جدول رقم (2) يبين توزيع عينة البحث حسب طريقة الولادة الاولى

طريقة الولادة السابقة	التكرار	النسبة المئوية %
ولادة قيصرية	474	%38.8
ولادة مهبلية	749	%61.2



مخطط بياني رقم (2) يبين توزيع عينة الدراسة وفق الولادة الاولى

توزيع عينة الدراسة بحسب اعمار السيدات المشاركات:

بلغ متوسط أعمار السيدات المشاركات (24.01 سنة) مع انحراف معياري (5.212)

سنة، ويبين الجدول التالي توزيع العينة وفق متغير الأعمار:

جدول رقم (3) يبين توزيع عينة الدراسة وفق متغير العمر

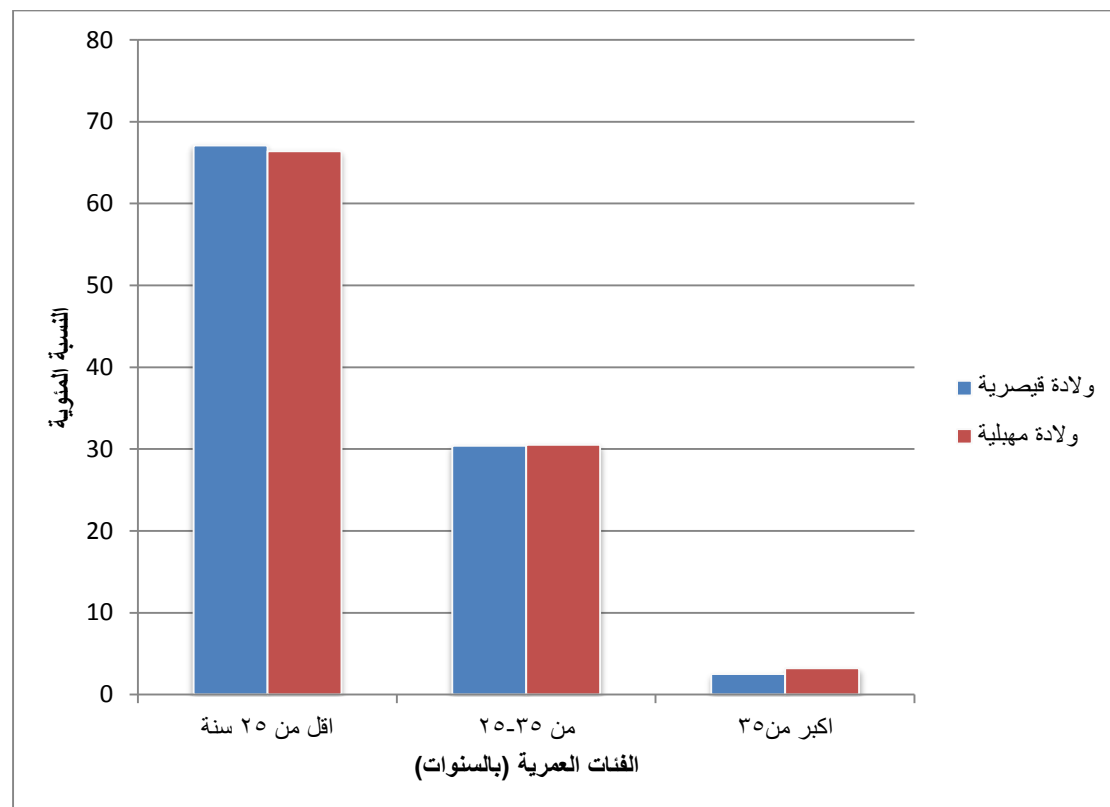
عمر المريضة طريقة الولادة السابقة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
عينة الدراسة	24.01 سنة	5.212	16 سنة	40 سنة
ولادة مهبلية	24.00 سنة	5.312	16 سنة	40 سنة
ولادة قيصرية	24.02 سنة	5.034	17 سنة	37 سنة

أما بالنسبة إلى توزيع عينة الدراسة على فئات . فالجدول التالي يوضح ذلك :

جدول رقم (4) يبين توزيع عينة الدراسة الى فئات عمرية

العدد الفئة العمرية	عينة الدراسة	ولادة قيصرية	ولادة مهبلية	قيمة الدلالة مستوى
أقل من 25 سنة	815 (%66.6)	318 (%67.1)	497 (%66.4)	0.5
من 25-35 سنة	372 (%30.4)	144 (%30.4)	228 (%30.4)	0.9
أكبر من 35	36 (%2.9)	12 (%2.5)	24 (%3.2)	0.4

يلاحظ من الجدول اعلاه بأن قيمة مستوى الدلالة أكبر من مستوى المعنوية المختار (5%) وبالتالي نقبل بأنه عند مستوى الثقة 95% لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين اعمار السيدات المشاركة في البحث وبين طريقة الولادة السابقة .



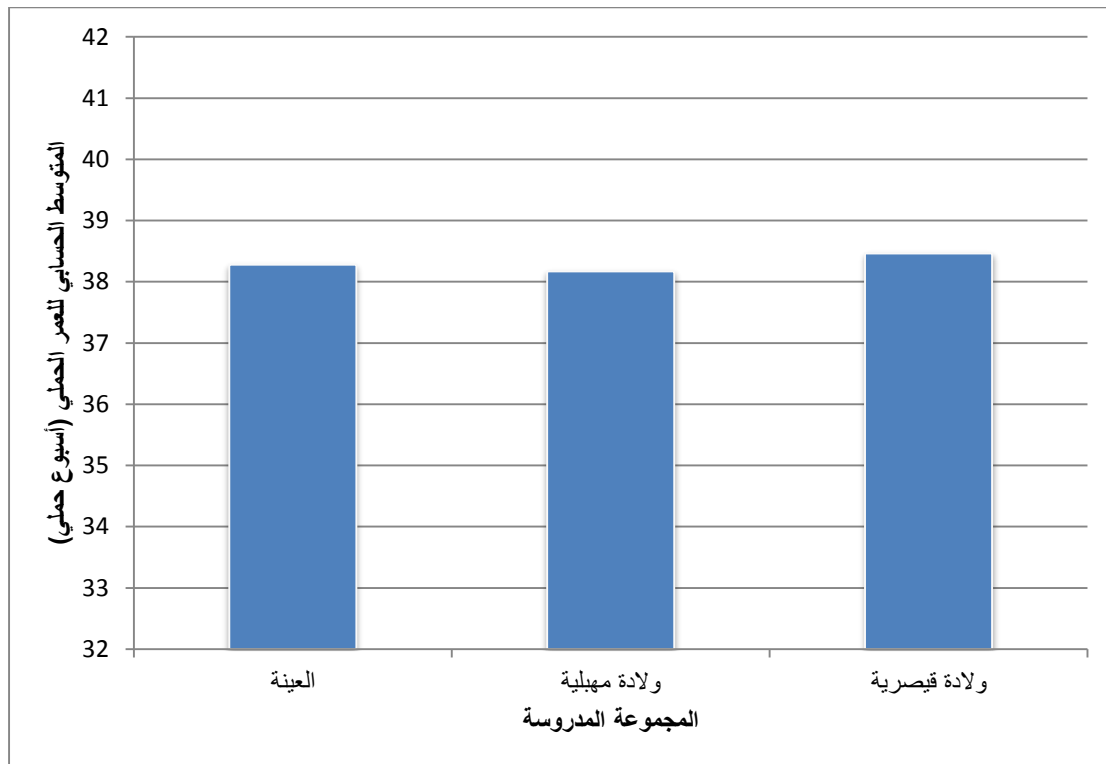
مخطط بياني رقم (3) يبين توزيع عينة الدراسة الى فئات عمرية

توزيع عينة الدراسة بحسب العمر الحملي :

بلغ متوسط العمر الحملي عند السيدات المشاركات (38.3 اسبوع) مع انحراف معياري (2.975) ، و يبين الجدول التالي توزيع عينة الدراسة وفق متغير العمر الحملي عند السيدات المشاركات :

جدول رقم (5) يبين توزيع عينة الدراسة وفق متغير العمر الحملي:

العمر الحملي طريقة الولادة السابقة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
عينة الدراسة	38.3 اسبوع	2.975	32 اسبوع	41.5 اسبوع
ولادة مهبلية	38.2 اسبوع	3.039	32 اسبوع	41.5 اسبوع
ولادة قيصرية	38.4 اسبوع	2.571	33 اسبوع	41.2 اسبوع



مخطط بياني رقم (4) يبين مقارنة المتوسط الحسابي للعمر الحملي بين المجموعات

تم اجراء اختبار (T) ستيودنت لعينتين مستقلتين (Independent Samples)

(Test) لمعرفة ان كان يوجد علاقة بين العمر الحولي وطريقة الولادة السابقة

، فكانت نتيجة الاختبار كالتالي :

جدول رقم (6) يبين نتائج اختبار (T) ستيودنت لعينتين مستقلتين وذلك لدراسة دلالة الفروق في متغير العمر الحولي وعلاقتة بطريقة الولادة السابقة

المتغير المدروس	قيمة t المحسوبة	درجات الحرية	الفرق بين المتوسطين	الخطأ المعياري للفرق	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
العمر الحولي	-1.760	1221	-0.296	0.168	0.079	لا توجد فروق دالة

يلاحظ من الجدول اعلاه بأن قيمة مستوى الدلالة ($P=0.079$) اكبر من مستوى المعنوية المختار (5%) و بالتالي نقبل بأنه لا يوجد عند مستوى الثقة 95% فروق ذات دلالة احصائية بين العمر الحولي الحالي لدى السيدات المشاركات في الدراسة و بين طريقة الولادة .

توزيع عينة الدراسة حسب الفاصل بين الحمل :

كان الحد الأدنى للفترة الزمنية الفاصلة بين الحمل سنة واحدة ، والحد الأقصى 9

سنوات ، و يبين الجدول التالي (7) النتائج :

جدول رقم (7) يبين توزيع عينة الدراسة وفق متغير الفاصل بين الحمل

الفاصل بين الحمل	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
طريقة الولادة السابقة				
العينة	2.49 سنة	1.69	1 سنة	9 سنة
ولادة مهبلية	2.43 سنة	1.67	1 سنة	8 سنة
ولادة قيصرية	2.59 سنة	1.71	1 سنة	9 سنوات

تم اجراء اختبار (T) ستيودنت لعينتين مستقلتين لمعرفة ان كان يوجد علاقة بين

متغير الفاصل بين الحمل وطريقة الولادة السابقة ، فكانت نتيجة الاختبار كالتالي:

جدول رقم (8) يبين نتائج اختبار (T) ستيودنت لعينتين مستقلتين وذلك لدراسة دلالة الفروق في متغير
الفواصل بين الحمل وعلاقته بطريقة الولادة

المتغير المدرس	قيمة t المحسوبة	درجات الحرية	الفرق بين المتوسطين	الخطأ المعياري للفرق	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
الفاصل بين الحمل	-1.562	1221	-0.154	0.099	0.119	لا توجد فروق دالة

يلاحظ من الجدول اعلاه بأن قيمة مستوى الدلالة ($P=0.119$) اكبر من مستوى

المعنوية المختار (5%) و بالتالي نقبل بأنه لا يوجد عند مستوى الثقة 95% فروق

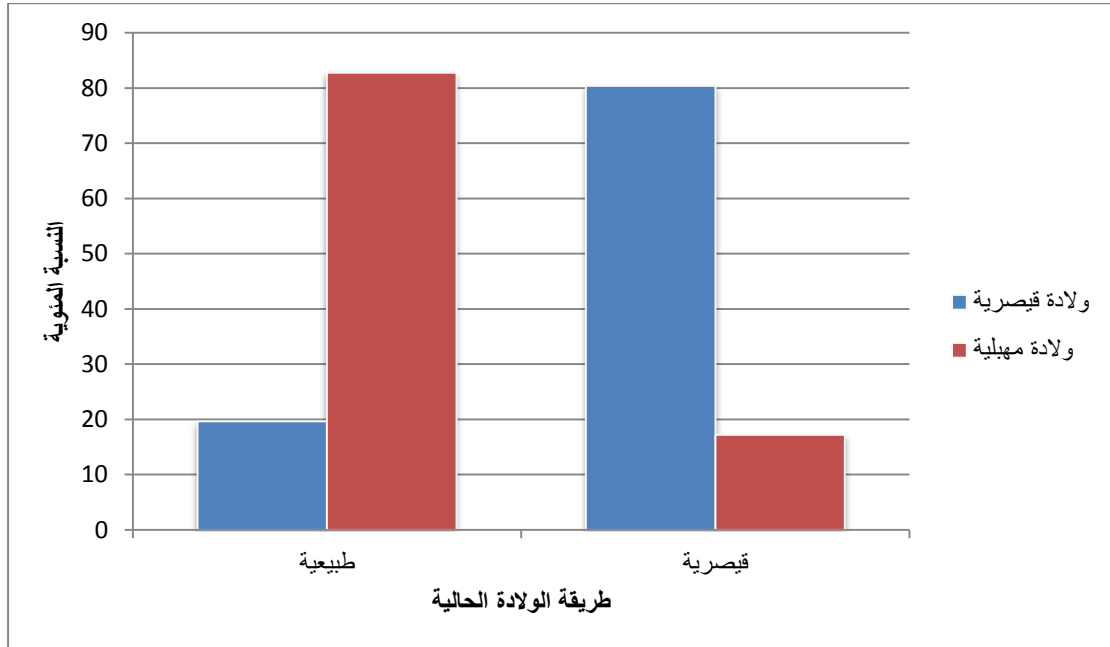
ذات دلالة احصائية بين المجموعتين من حيث الفاصل بين الحمل .

توزيع العينة بحسب طريقة الولادة الحالية :

بلغ عدد السيدات اللواتي ولدن بطريقة مهبلية طبيعية في الولادة الحالية (713 سيدة) بينما عدد اللواتي ولدن بطريقة قيصرية (510 سيدات) . الجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (9) يبين توزيع عينة البحث وفق طريقة الولادة الحالية

طريقة الولادة السابقة	العينة	طريقة الولادة الحالية (طبيعية)	النسبة المئوية	طريقة الولادة الحالية (قيصرية)	النسبة المئوية
العينة	1223	713	%58.3	510	%41.7
ولادة مهبلية	749	620	%82.78	129	%17.22
ولادة قيصرية	474	93	%19.62	381	%80.38



مخطط بياني رقم (5) يبين توزيع عينة البحث تبعاً لطريقة الولادة الحالية

تم اجراء اختبار كاي مربع لمعرفة ان كان يوجد علاقة ارتباط وثيقة بين طريقة الولادة الحالية وطريقة الولادة الاولى، فكانت نتيجة الاختبار كالتالي:

جدول رقم (10) يبين نتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق بين طريقة الولادة الحالية وعلاقته بطريقة الولادة الاولى

العينة	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
1223	476.28	1	0.0001	يوجد فروق دالة

يلاحظ من الجدول اعلاه بأن قيمة مستوى الدلالة ($P=0.0001$) اصغر بكثير من مستوى المعنوية المختار (5%) وبالتالي نقبل بأنه يوجد عند مستوى الثقة 95% فروق ذات دلالة احصائية بين متغير الولادة الحالية وبين طريقة الولادة الأولى حيث كانت الولادة القيصرية أعلى بشكل هام عند مجموعة الولادة السابقة (قيصرية)

دراسة الارتباط بين طريقة الولادة الاولى و فقر الدم :

أجريت الدراسة التقاطعية بين طريقة الولادة السابقة و فقر الدم وفق الجدول التالي :

جدول رقم (11) يبين علاقة وجود فقر الدم مع نمط الولادة السابقة

طريقة الولادة السابقة	يوجد فقر دم	النسبة المئوية	لا يوجد فقر دم	النسبة المئوية
و. طبيعية	48	%6.41	701	%93.59
و. قيصرية	24	%5.06	450	%94.94

تم اجراء اختبار كاي مربع لمعرفة ان كان يوجد علاقة ارتباط وثيقة بين متغير فقر

الدم وطريقة الولادة السابقة ، فكانت نتيجة الاختبار كالتالي:

جدول رقم (12) يبين نتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في متغير فقر الدم وعلاقته بطريقة الولادة

العينة	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
1223	0.948	1	0.26	لا يوجد

يلاحظ من الجدول اعلاه بأن قيمة مستوى الدلالة ($P=0.26$) اكبر من مستوى

المعنوية المختار (5%) وبالتالي نقبل بأنه لا يوجد عند مستوى الثقة 95% فروق

ذات دلالة احصائية بين متغير فقر الدم وبين طريقة الولادة

دراسة الارتباط بين طريقة الولادة الاولى و مقدمة الارتعاج :

أجريت الدراسة التقاطعية بين طريقة الولادة السابقة و تطور مقدمة الارتعاج وفق

الجدول التالي :

جدول رقم (13) يبين علاقة وجود مقدمة الارتعاج مع نمط الولادة

طريقة الولادة السابقة	يوجد مقدمة ارتعاج	النسبة المئوية	لايوجد مقدمة ارتعاج	النسبة المئوية
و. طبيعية	9	%1.2	740	%98.8
و. قيصرية	19	%4.01	455	%95.99

تم اجراء اختبار كاي مربع لمعرفة ان كان يوجد علاقة ارتباط وثيقة بين حدوث مقدمة

الارتعاج وطريقة الولادة السابقة ، فكانت نتيجة الاختبار كالتالي:

جدول رقم (14) يبين نتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في متغير مقدمة الارتعاج وعلاقته بطريقة الولادة

العينة	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
1223	10.223	1	0.002	يوجد

يلاحظ من الجدول اعلاه بأن قيمة مستوى الدلالة ($P=0.002$) أصغر من مستوى

المعنوية المختار (5%) و بالتالي نقبل بأنه يوجد عند مستوى الثقة 95% فروق ذات

دلالة احصائية بين مقدمة الارتعاج و طريقة الولادة السابقة حيث كان أعلى بشكل

هام عند مجموعة سابقة قيصرية .

دراسة الارتباط بين طريقة الولادة الاولى والمجيء المعيب :

أجريت الدراسة التقاطعية بين طريقة الولادة السابقة و وجود مجيء معيب حالياً وفق

الجدول التالي :

جدول رقم (15) يبين علاقة المجيء المعيب مع نمط الولادة السابقة

طريقة الولادة السابقة	مجيء معيب	النسبة المئوية	مجيء نظامي	النسبة المئوية
و. طبيعية	30	%4.01	719	%95.99
و. قيصرية	42	%8.86	432	%91.14

تم اجراء اختبار كاي مربع لمعرفة ان كان يوجد علاقة ارتباط وثيقة بين متغير المجيء

المعيب وطريقة الولادة ، فكانت نتيجة الاختبار كالتالي:

جدول رقم (16) يبين نتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في متغير المجيء المعيب وعلاقته بطريقة الولادة

العينة	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة دلالة	مستوى دلالة الفروق
1223	12.352	1	0.0001	توجد فروق دالة

يلاحظ من الجدول اعلاه بأن قيمة مستوى الدلالة ($P=0.0001$) أصغر من مستوى

المعنوية المختار (5%) و بالتالي نقبل بأنه يوجد عند مستوى الثقة 95% فروق ذات

دلالة احصائية بين متغير مجيء معيب في الحمل الحالي و بين طريقة الولادة السابقة

حيث كان أعلى بمجموعة الولادة بسابقة قيصرية .

دراسة الارتباط بين طريقة الولادة الاولى و ارتكاز المشيمة المعيب:

أجريت الدراسة التقاطعية بين طريقة الولادة السابقة و ارتكاز المشيمة المعيب وفق

الجدول التالي :

جدول رقم (17) يبين علاقة ارتكاز المشيمة المعيب مع نمط الولادة المجرة

طريقة الولادة السابقة	يوجد ارتكاز معيب	النسبة المئوية	لا يوجد ارتكاز معيب	النسبة المئوية
و. طبيعية	6	%0.8	743	%99.2
و. قيصرية	8	%1.69	466	%98.31

تم اجراء اختبار كاي مربع لمعرفة ان كان يوجد علاقة ارتباط وثيقة بين متغير ارتكاز

المشيمة المعيب وطريقة الولادة ، فكانت نتيجة الاختبار كالتالي:

جدول رقم (18) يبين نتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في متغير ارتكاز المشيمة المعيب وعلاقته بطريقة الولادة

العينة	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
1223	2.168	1	0.15	لا يوجد

يلاحظ من الجدول اعلاه بأن قيمة مستوى الدلالة ($P=0.15$) اكبر من مستوى

المعنوية المختار (5%) وبالتالي نقبل بأنه لا يوجد عند مستوى الثقة 95% فروق

ذات دلالة احصائية بين متغير ارتكاز مشيمة معيب وبين طريقة الولادة

دراسة الارتباط بين طريقة الولادة الاولى وانفكاك المشيمة الباكر :

أجريت الدراسة التقاطعية بين طريقة الولادة السابقة و انفكاك المشيمة الباكر وفق

الجدول التالي :

جدول رقم (19) يبين علاقة انفكاك المشيمة الباكر مع نمط الولادة السابقة

طريقة الولادة السابقة	يوجد انفكاك مشيمة باكر	النسبة المئوية	لايوجد انفكاك مشيمة باكر	النسبة المئوية
و. طبيعية	3	%0.4	746	%99.6
و. قيصرية	5	%1.05	469	%98.95

تم اجراء اختبار كاي مربع لمعرفة ان كان يوجد علاقة ارتباط وثيقة بين متغير انفكاك

المشيمة الباكر وطريقة الولادة ، فكانت نتيجة الاختبار كالتالي:

جدول رقم (20) يبين نتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في متغير انفكاك المشيمة الباكر وعلاقته بطريقة الولادة

العينة	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
1223	1.912	1	0.2	لا يوجد

يلاحظ من الجدول اعلاه بأن قيمة مستوى الدلالة ($P=0.2$) اكبر من مستوى المعنوية

المختار (5%) وبالتالي نقبل بأنه لا يوجد عند مستوى الثقة 95% فروق ذات دلالة

احصائية بين متغير انفكاك المشيمة الباكر وبين طريقة الولادة

دراسة الارتباط بين طريقة الولادة الاولى و المخاض الباكر:

أجريت الدراسة التقاطعية بين طريقة الولادة السابقة و المخاض الباكر وفق الجدول التالي :

جدول رقم (21) يبين علاقة المخاض الباكر مع نمط الولادة

طريقة الولادة السابقة	حدوث مخاض مبكر	النسبة المئوية	لم يحدث مخاض مبكر	النسبة المئوية
و. طبيعية	61	%8.14	688	%91.86
و. قيصرية	24	%5.06	450	%94.94

تم اجراء اختبار كاي مربع لمعرفة ان كان يوجد علاقة ارتباط وثيقة بين متغير المخاض الباكر و طريقة الولادة ، فكانت نتيجة الاختبار كالتالي :

جدول رقم (22) يبين نتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في متغير المخاض الباكر وعلاقته بطريقة الولادة

العينة	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
1223	4.261	1	0.039	توجد فروق دالة

يلاحظ من الجدول اعلاه بأن قيمة مستوى الدلالة ($P=0.039$) اصغر من مستوى المعنوية المختار (5%) و بالتالي نقبل بأنه يوجد عند مستوى الثقة 95% فروق ذات دلالة احصائية بين متغير المخاض الباكر وبين طريقة الولادة حيث كان اعلى عند مجموعة الولادة السابقة (طبيعية).

دراسة الارتباط بين طريقة الولادة الاولى و انبثاق اغشية باكر:

أجريت الدراسة التقاطعية بين طريقة الولادة السابقة و انبثاق اغشية باكر وفق الجدول التالي :

جدول رقم (23) يبين علاقة انبثاق الاغشية الباكر مع نمط الولادة السابقة

طريقة الولادة السابقة	يوجد انبثاق	النسبة المئوية	لا يوجد انبثاق	النسبة المئوية
و. طبيعية	36	%4.81	713	%95.19
و. قيصرية	30	%6.33	444	%93.67

تم اجراء اختبار كاي مربع لمعرفة ان كان يوجد علاقة ارتباط وثيقة بين متغير انبثاق اغشية باكر وطريقة الولادة ، فكانت نتيجة الاختبار كالتالي:

جدول رقم (24) يبين نتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في متغير انبثاق اغشية باكر وعلاقته بطريقة الولادة

العينة	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
1223	1.318	1	0.251	لا يوجد

يلاحظ من الجدول اعلاه بأن قيمة مستوى الدلالة ($P=0.251$) اكبر من مستوى المعنوية المختار (5%) وبالتالي نقبل بأنه لا يوجد عند مستوى الثقة 95% فروق ذات دلالة احصائية بين متغير انبثاق اغشية باكر وبين طريقة الولادة

دراسة الارتباط بين طريقة الولادة الاولى و تعقي السائل الأمنيوسي:

أجريت الدراسة التقاطعية بين طريقة الولادة السابقة و تعقي السائل الأمنيوسي وفق

الجدول التالي :

جدول رقم (25) يبين علاقة تعقي السائل الأمنيوسي مع نمط الولادة المجرات

طريقة الولادة السابقة	يوجد تعقي	النسبة المئوية	لا يوجد تعقي	النسبة المئوية
و. طبيعية	27	%3.6	722	%96.4
و. قيصرية	17	%3.59	457	%96.41

تم اجراء اختبار كاي مربع لمعرفة ان كان يوجد علاقة ارتباط وثيقة بين متغير تعقي

السائل الأمنيوسي و طريقة الولادة ، فكانت نتيجة الاختبار كالتالي:

جدول رقم (26) يبين نتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في متغير تعقي السائل الأمنيوسي وعلاقته بطريقة الولادة

العينة	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
1223	0.0003	1	0.7	لا يوجد

يلاحظ من الجدول اعلاه بأن قيمة مستوى الدلالة ($P=0.7$) اكبر من مستوى المعنوية

المختار (5%) وبالتالي نقبل بأنه لا يوجد عند مستوى الثقة 95% فروق ذات دلالة

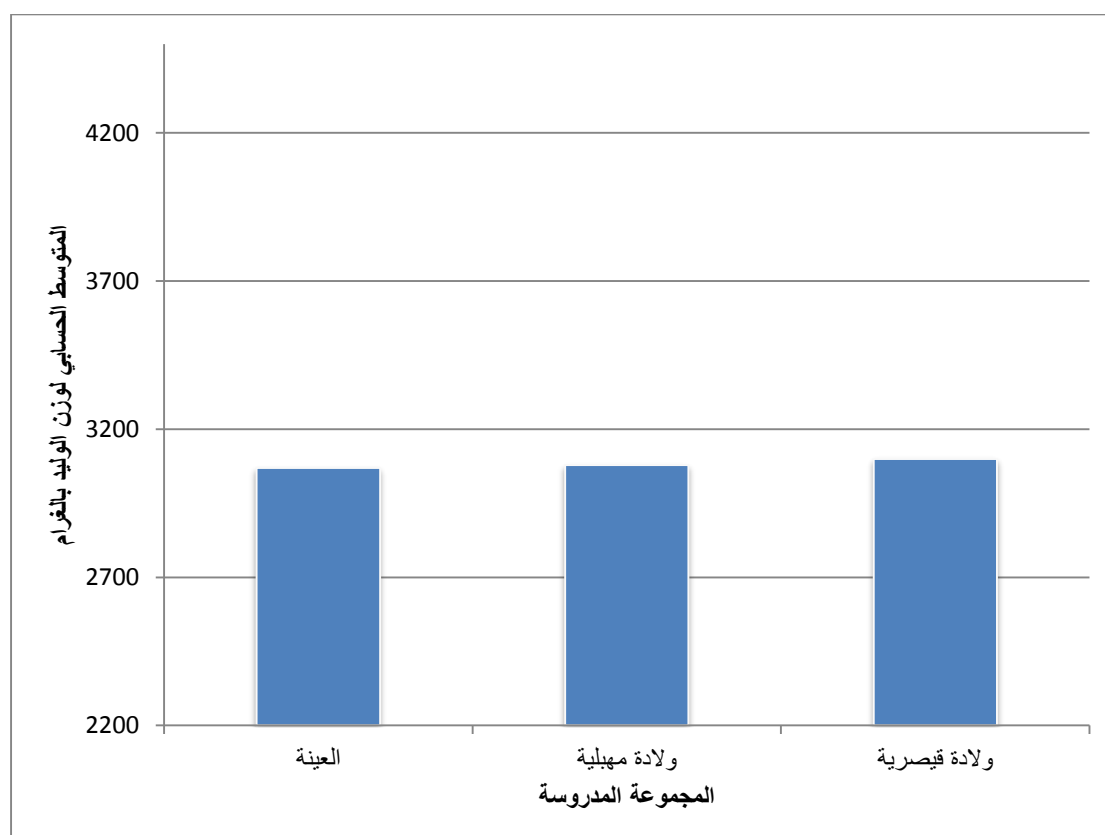
احصائية بين متغير تعقي السائل الأمنيوسي و بين طريقة الولادة .

توزيع العينة بحسب وزن الوليد :

بلغ متوسط اوزان المواليد الجدد (3086.67 غرام) و الانحراف المعياري (489.925) و يوضح الجدول التالي النتائج:

جدول رقم (27) يبين وزن المواليد الجدد لعينة الدراسة

وزن الوليد طريقة الولادة السابقة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
العينة	3086.67 غرام	489.925	1300 غرام	4600 غرام
ولادة مهبلية	3078.91 غرام	492.167	1300 غرام	4000 غرام
ولادة قيصرية	3098.95 غرام	485.628	2200 غرام	4600 غرام



المخطط رقم (6) يبين مقارنة المتوسط الحسابي لوزن الوليد بين المجموعات

تم اجراء اختبار (T) ستيودنت للعينتين مستقلتين (Independent Samples)

(Test) لمعرفة ان كان يوجد علاقة ارتباط وثيقة بين وزن الجنين الحالي و طريقة

الولادة السابقة ، فكانت نتيجة الاختبار كالتالي:

جدول رقم (28) يبين نتائج اختبار (T) ستيودنت لعينتين مستقلتين وذلك لدراسة دلالة الفروق بين طريقة الولادة الأولية وتأثيرها على وزن الجنين الحالي

المتغير المدروس	قيمة t المحسوبة	درجات الحرية	الفرق بين المتوسطين	الخطأ المعياري للفرق	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
وزن الجنين الحالي	-0.697	1221	-20.040	28.761	0.486	لا توجد فروق دالة

يلاحظ من الجدول اعلاه بأن قيمة مستوى الدلالة ($P=0.486$) اكبر من مستوى

المعنوية المختار (5%) و بالتالي نقبل بأنه لا يوجد عند مستوى الثقة 95% فروق

ذات دلالة احصائية بين طريقة الولادة الأولية و وزن الجنين الحالي ، و بالتالي لا

تؤثر طريقة الولادة السابقة على وزن الجنين الحالي

دراسة الارتباط بين طريقة الولادة الاولى و تأخر النمو داخل الرحم :

أجريت الدراسة التقاطعية بين طريقة الولادة السابقة و تأخر النمو داخل الرحم وفق

الجدول التالي :

جدول رقم (29) يبين علاقة تأخر النمو داخل الرحم مع نمط الولادة

طريقة الولادة السابقة	تأخر نمو داخل الرحم	النسبة المئوية	لا يوجد تأخر نمو داخل الرحم	النسبة المئوية
و . طبيعية	4	%0.53	745	%99.47
و . قيصرية	1	%0.21	473	%99.79

تم اجراء اختبار كاي مربع لمعرفة ان كان يوجد علاقة ارتباط وثيقة بين متغير تأخر

نمو الجنين داخل الرحم و طريقة الولادة ، فكانت نتيجة الاختبار كالتالي :

جدول رقم (30) يبين نتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في متغير تأخر النمو داخل الرحم وعلاقته بطريقة الولادة

العينة	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى دلالة	دلالة الفروق
1223	0.744	1	0.3	لا يوجد

يلاحظ من الجدول اعلاه بأن قيمة مستوى الدلالة ($P=0.3$) اكبر من مستوى المعنوية

المختار (5%) و بالتالي نقبل بأنه لا يوجد عند مستوى الثقة 95% فروق ذات دلالة

احصائية بين متغير تأخر النمو داخل الرحم و بين طريقة الولادة.

دراسة الارتباط بين طريقة الولادة الأولية و الجنين عرطل حالياً :

أجريت الدراسة التقاطعية بين طريقة الولادة السابقة و جنين عرطل حالياً وفق الجدول التالي :

جدول رقم (31) يبين علاقة مجيء جنين عرطل مع نمط الولادة المجرة

طريقة الولادة السابقة	جنين عرطل	النسبة المئوية	جنين غير عرطل	النسبة المئوية
و. طبيعية	0	%0	749	%100
و. قيصرية	9	%1.9	465	%98.1

تم اجراء اختبار كاي مربع لمعرفة ان كان يوجد علاقة ارتباط وثيقة بين متغير مجيء جنين عرطل و طريقة الولادة ، فكانت نتيجة الاختبار كالتالي:

جدول رقم (32) يبين نتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في متغير مجيء جنين عرطل وعلاقته بطريقة الولادة

العينة	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى دلالة	دلالة الفروق
1223	14.327	1	0.0001	توجد فروق دالة

يلاحظ من الجدول اعلاه بأن قيمة مستوى الدلالة ($P=0.0001$) اصغر من مستوى المعنوية المختار (5%) و بالتالي نقبل بأنه يوجد عند مستوى الثقة 95% فروق ذات دلالة احصائية بين متغير مجيء جنين عرطل و بين طريقة الولادة حيث كان اعلى في مجموعة الولادة بسابقة قيصرية.

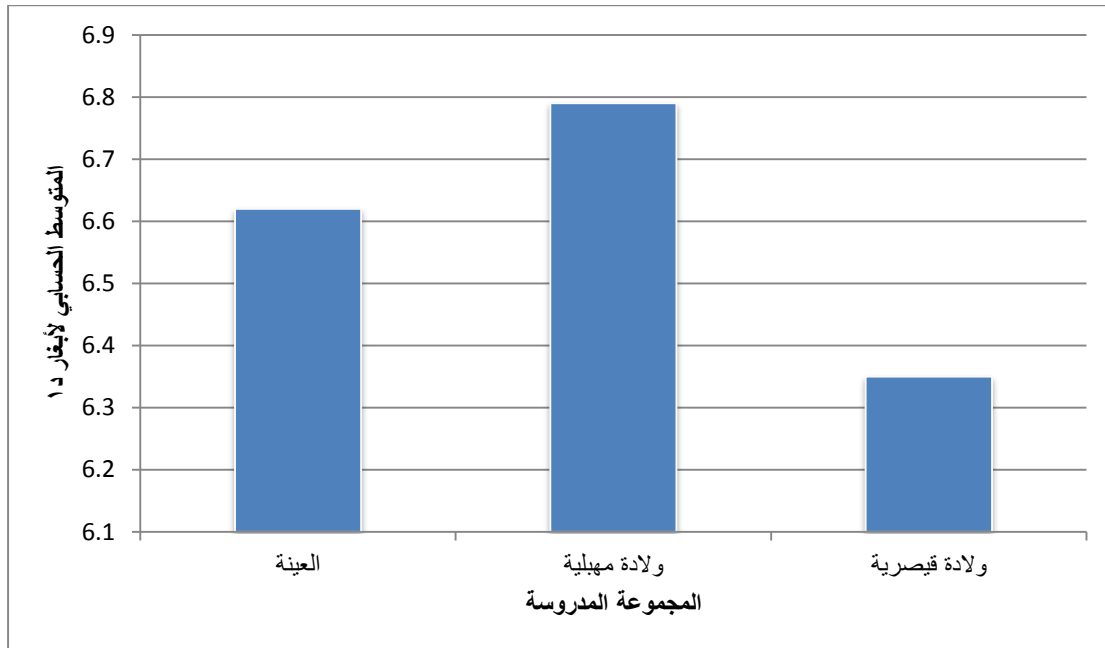
توزيع العينة بحسب أبغار الوليد في الدقيقة الأولى:

بلغ المتوسط الحسابي لأبغار الولدان الجدد (6.62) والانحراف المعياري (1.447)

والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (33) يبين توزيع أبغار المواليد لعينة الدراسة

أبغار الوليد طريقة الولادة السابقة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
العينة	6.62	1.447	0	9
ولادة مهبلية	6.79	1.358	0	10
ولادة قيصرية	6.35	1.540	0	9



المخطط رقم (7) يبين مقارنة المتوسط الحسابي لأبغار الوليد بين المجموعات

تم اجراء اختبار (T) ستيودنت لعينتين مستقلتين (Independent Samples)

(Test) لمعرفة ان كان يوجد علاقة ارتباط وثيقة بين متغير أبغار الوليد في الدقيقة

الأولى وطريقة الولادة السابقة ، فكانت نتيجة الاختبار كالتالي:

جدول رقم (34) يبين نتائج اختبار (T) ستيودنت لعينتين مستقلتين وذلك لدراسة دلالة الفروق في متغير أبغار الوليد وعلاقته بطريقة الولادة

المتغير المدرس	قيمة t المحسوبة	درجات الحرية	الفرق بين المتوسطين	الخطأ المعياري للفرق	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
أبغار الوليد	5.238	1221	0.441	0.084	0.689	لا توجد فروق دالة

يلاحظ من الجدول اعلاه بأن قيمة مستوى الدلالة ($P=0.689$) اكبر من مستوى

المعنوية المختار (5%) وبالتالي نقبل بأنه لا يوجد عند مستوى الثقة 95% فروق

ذات دلالة احصائية بين متغير أبغار الوليد في الدقيقة الاولى وبين طريقة الولادة

السابقة.

دراسة الارتباط بين طريقة الولادة الاولى و وفاة الجنين داخل الرحم :

أجريت الدراسة التقاطعية بين طريقة الولادة السابقة و وفاة الجنين داخل الرحم وفق

الجدول التالي :

جدول رقم (35) يبين علاقة وفاة الجنين داخل الرحم مع نمط الولادة السابقة

طريقة الولادة السابقة	يوجد وفاة داخل الرحم	النسبة المئوية	لايوجد وفاة داخل الرحم	النسبة المئوية
و . طبيعية	2	%0.27	747	%99.73
و . قيصرية	6	%1.27	468	%98.73

تم اجراء اختبار كاي مربع لمعرفة ان كان يوجد علاقة ارتباط وثيقة بين وفاة الجنين

داخل الرحم و طريقة الولادة ، فكانت نتيجة الاختبار كالتالي:

جدول رقم (36) يبين نتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في متغير وفاة الجنين داخل الرحم وعلاقته بطريقة الولادة

العينة	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
1223	4.456	1	0.035	توجد فروق دالة

يلاحظ من الجدول اعلاه بأن قيمة مستوى الدلالة ($P=0.035$) اصغر من مستوى

المعنوية المختار (5%) و بالتالي نقبل بأنه يوجد عند مستوى الثقة 95% فروق ذات

دلالة احصائية بين متغير وفاة الجنين داخل الرحم و بين طريقة الولادة حيث كان

اعلى في مجموعة الولادة بسابقة قيصرية.

مناقشة النتائج

ازداد معدل الولادات القيصرية حول العالم مع تباين عالمي في المعدلات . إن جزء هام من هذا الازدياد كان في إجراء القيصرية البدئية، و التي كانت في جزء هام منها بناءً على رغبة المريضة . على الرغم من أن القيصرية تعتبر إجراء آمن نسبياً، و أن الاختلاطات الجراحية لها تناقصت بشكل كبير إلا أنها ما تزال تحمل مخاطر إضافية "والدية ووليدية" للحمل الثاني حتى بعد استبعاد مخاطر تجربة المخاض .

أجريت هذه الدراسة في الهيئة العامة لمستشفى التوليد و أمراض النساء الجامعي بدمشق حيث تمت مقارنة الناتج الحولي الوالدي و الوليدي لدى عينة من السيدات المراجعات للولادة الثانية مقسمة إلى مجموعتين : الأولى سيدات مع اول ولادة بعملية قيصرية ، و الثانية مع أول ولادة بولادة مهبلية .

لم يكن هناك فرق بين المجموعتين من حيث عمر الام و العمر الحولي عند الولادة الحالية . إن الفرق في الفاصل الزمني بين الحمل لم يكن هاماً على الرغم من أن المتوسط الحسابي للفاصل في مجموعة سابقة ولادة قيصرية كان أطول (1.71 ± 2.59 سنة مقابل 1.67 ± 2.43 سنة)، و قد يعود ذلك إلى ميل السيدات لأخذ فترة أطول بعد القيصرية قبل الإقدام على الحمل مرة أخرى .

كانت الولادة القيصرية في الحمل الحالي أشيع بشكل هام في مجموعة سابقة القيصرية ، و أجريت القيصرية بشكل مكرر في أكثر من 80% من السيدات في هذه المجموعة ، مقابل إجراء القيصرية لدى 17.22% من السيدات في مجموعة الولادة السابقة المهبلية ، و سجلت دراسة Hu و رفاقه (2018) نتائج مشابهة حيث أجريت القيصرية لدى 97.3% من السيدات في مجموعة سابقة القيصرية ، و 13.2% في مجموعة سابقة الولادة المهبلية (49)، و قد يعود ذلك إلى تفضيل السيدة لإعادة الولادة القيصرية ، بالإضافة للحساسية المرتفعة لدى الكادر الطبي لإعادة القيصرية خوفاً من الانتظار و تعريض السيدة او الجنين للمخاطر .

سجلت مقدمة الارتعاج في مجموعة سابقة الولادة القيصرية بشكل أعلى 4.01% مقابل 1.2% في مجموعة سابقة الولادة المهبلية ، و كان الفارق هام إحصائياً ، تتوافق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة Hu و رفاقه (2018) و التي سجلت خطر أعلى بـ 2.2 ضعف لحدوث ارتفاع الضغط الحلي في مجموعة سابقة القيصرية (49) .

كان هناك أهمية للفرق في معدل المجيئات المعيبة بين المجموعتين، مع توارد أعلى في مجموعة سابقة القيصرية ، و قد سجلت الدراسات السابقة خطراً أعلى للمجيئات المعيبة في حالة سابقة القيصرية مثل دراسة Hemminki و رفاقه (2005) (50)، و دراسة Kennare و رفاقه (2007) (53) .

إن شذوذات المشيمة "ارتكاز المشيمة المعيب ، انفكاك المشيمة الباكر" لم تكن ذات فروق هامة بين المجموعتين ، و قد يعود ذلك إلى قلة الحالات الواردة .
إن هذه النتائج لا تتوافق مع العديد من الدراسات المنشورة مثل دراسة Hu و رفاقه (2018) ، دراسة Hemminki و رفاقه (2005)، و دراسة Kennare و رفاقه (2007) و التي تحدد هذه الشذوذات من ضمن أهم الآثار السلبية لسابقة ولادة قيصرية (49-53) .

كان معدل حدوث المخاض المبكر أخفض بشكل هام في مجموعة سابقة الولادة القيصرية (5.06% مقابل 8.14%) ، لم تسجل دراسة Huang و رفاقه الحشدية (2011) ترافق بين الولادة المبكرة و سابقة ولادة قيصرية (2) ، بينما كانت دراسة Kennare و رفاقه (2007) في أستراليا قد سجلت زيادة في خطر الولادة الباكرة في مجموعة سابقة القيصرية (53) ، و كذلك في دراسة Hu و رفاقه في الصين (49) . حددت دراسة Hemminki و رفاقه (2005) و هي حشدية فنلندية أن سابقة القيصرية تترافق بخطر أعلى للخداج يبلغ 1.31 (50) .

لم يكن لتواتر فقر الدم فارق هام بين المجموعتين ، بينما سجلت دراسة Jackson و رفاقه (2012) في الدانمارك خطراً أعلى لحدوث فقر الدم في مجموعة سابقة الولادة القيصرية مقارنة بالمجموعة الشاهد (52) ، و كذلك سجلت دراسة Hu و رفاقه (49).

إن المتوسط الحسابي لوزن الوليد في المجموعتين لم يسجل فارق هام ، مع وجود زيادة ضئيلة في مجموعة سابقة القيصرية ، و لم تسجل حالات تحدد النمو داخل الرحم فارقاً هامة مع قلة الحالات الواردة ، و هي تتوافق مع دراسة Huang و رفاقه الحشدية (2) ، و لا تتوافق مع نتائج دراسة Hu و رفاقه (2018) ، دراسة Hemminki و رفاقه (2005) ، و دراسة Kennare و رفاقه (2007) التي سجلت نقص وزن الولادة في مجموعة سابقة الولادة القيصرية (53.50.49) .

أما في حالة العرطلة الجنينية فقد كان الفارق هاماً على الرغم من قلة تواردده و سجّل لدى 1.9% من الولدان في مجموعة سابقة الولادة القيصرية ، و هي تتوافق مع دراسة Hu و رفاقه (2018) من الصين (49) ، سجلت دراسة Huang و رفاقه (2011) الحشدية في الولايات المتحدة أن سابقة القيصرية تترافق مع ازدياد معدل الولدان كبيرة الوزن "كبير بالنسبة لعمر الحمل" (2) .

أما بالنسبة للنتاج الوليدي فإن الفرق في المتوسط الحسابي لأبغار الوليد في الدقيقة الاولى لم يكن هاماً احصائياً ، ولكنه كان اخفض في مجموعة سابقة الولادة القيصرية ، و قد يعود ذلك إلى ولادة القسم الاكبر من هذه المجموعة بقيصرية مكررة و بالتالي تعرض الولدان لحالات الزلة التنفسية العابرة ، و تأثير الادوية التخديرية على الجنين . لا تتوافق هذه النتيجة مع دراسة Hemminki و رفاقه (2005) التي سجلت خطر يبلغ 1.53 ضعف لأبغار وليد منخفض في الدقيقة الاولى في مجموعة سابقة

القيصرية (50) ، و كذلك سجلت دراسة Huang و رفاقه (2011) أبعاد منخفض بشكل أعلى لدى ولدان مجموعة سابقة الولادة القيصرية مقارنة بمجموعة الولادة المهبلية و أن الولدان بحاجة أعلى للتهوية المساعدة مع خطر أعلى للوفيات الوليدية بسبب الاختناق (2).

اما بالنسبة لحالات وفيات الأجنة داخل الرحم فقد كانت أعلى بشكل هام في مجموعة سابقة الولادة القيصرية ، و هي تتوافق مع نتائج دراسة Kennare و رفاقه (2007) التي سجلت زيادة خطر وفاة الجنين ضمن الرحم في مجموعة سابقة الولادة القيصرية و أن الخطر أكبر بالنسبة للوفيات غير المفسرة (53) .

التوصيات

- الاختيار الدقيق لطريقة الولادة الاولى لأنها المحدد الرئيسي لطريقة الولادة في الحمل التالية
- الانتباه الباكر للتأثيرات الحملية السلبية لدى الحوامل مع سابقة قيصرية (مثل جنين عرطل ، ما قبل الارجاج ، موت محصول الحمل المجينات المعيبة).
- العمل على دراسة مجتمعية كبيرة لتأكيد الموجودات.

المراجع

1. Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics 23rd ed. New York: Mc Grow Hill. 2010.
2. Huang X, Lei J, Tan H, Walker M, Zhou J, Wen SW. Cesarean delivery for first pregnancy and neonatal morbidity and mortality in second pregnancy European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology 2011;158:204-208
3. ياسر حبيب. العملية القيصرية. رسالة ماجستير. كلية الطب البشري، جامعة دمشق 1994
4. وليد حمود. نسبة العملية القيصرية واستطبباتها في مشفى التوليد الجامعي بدمشق دراسة راجعة 2008-2010، رسالة ماجستير، كلية الطب البشري، جامعة دمشق 2011
5. Feng XL, Xu L, Guo Y, Ronsmans C. Factors influencing rising caesarean section rates in China between 1988 and 2008. Bull World Health Organ. 2012;90(1):30–9. 39A
6. Zhu YB, Li HT, Zhang YL, Li ZW, Zhang L, Liu JM. Secular trends of cesarean delivery and cesarean delivery on maternal request among primiparous women with singleton pregnancy in southern and northern China during 1993-2010. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2012;92(25):1734–7.
7. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: Preliminary Data for 2007. National Vital Statistics Reports, 2009; 57(12). Hyattsville, Md, National Center for Health Statistics
8. Ba'aqueel HS. Cesarean delivery rates in Saudi Arabia: a ten-year review. Ann Saudi Med. 2009;29(3):179-83.
9. Khawaja M, Choueiry N, Jurdi R. Hospital-based caesarean section in the Arab region: an overview. East Mediterr Health J. 2009; 15(2): 458-469
10. Yazdizadeh B, Nedjat S, Mohammad K, Rashidian A, Changizi N, Majdzadeh R. Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2011; 5;11:159.
11. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, et al. Maternal Morbidity Associated With Multiple Repeat Cesarean Deliveries. Obstet Gynecol 2006;107:1226–32
12. Basso O, Rasmussen S, Weinberg C, et al. Trends in fetal and infant survival following preeclampsia. JAMA 2006;296:11
13. Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. Cochrane Database Syst Rev 2001; 2:CD000063.

- 14.Meikle SF, Steiner CA, Zhang J, Lawrence WL. A national estimate of the elective primary cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol* 2005;105:751
- 15.American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. *Guidelines for Perinatal Care*, 6th ed. Elk Grove, Ill, American Academy of Pediatrics. 2007
- 16.Kalish RB, McCullough LB, Chervenak FA. Patient choice cesarean delivery: Ethical issues. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008;20:116
- 17.ACOG Practice Bulletin no 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 116:450-463, 2010
- 18.Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18;(4):CD004224.
- 19.Landon, MB, Hauth, JC, Leveno, KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004; 351:2581.
- 20.Silver RM. Implications of the First Cesarean: Perinatal and Future Reproductive Health and Subsequent Cesareans, Placentation Issues, Uterine Rupture Risk, Morbidity, and Mortality *Semin Perinatol* 2012; 36:315-323.
- 21.Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM: Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 907-912.
- 22.Liu S, Liston RM, Joseph KS, et al: Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ* 2007; 176:455-460.
- 23.Jacobsen AF, Skeldesrad FE, Sandset PM: Incidence and risk patterns of venous thromboembolism in pregnancy and puerperium-a register based case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 233.e1-233.e7.
- 24.Bonnar J: Can more be done in obstetric and gynecologic practice to reduce morbidity and mortality associated with venous thromboembolism?. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:784-791.
- 25.Hoyert DL: Maternal mortality and related concepts. *Vital Health Stat* 2007; 3:1-13.

26. Schuitemaker N, van Roosmalen J, Dekker G, et al: Maternal mortality after cesarean section in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76:332-334.
27. Schutte JM, Steegers EA, Santema JG, et al: Maternal deaths after elective cesarean section for breech presentation in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86:240-243.
28. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, et al: Maternal death in the 21st century: Causes, prevention and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:e1-36.e5
29. Kuklina EV, Meikle SF, Jamieson DJ, et al: Severe obstetric morbidity in the United States: 1998-2005. *Obstet Gynecol* 2009; 113:293-299.
30. Wen SW, Huang L, Liston R, et al: Severe maternal morbidity in Canada, 1991-2001. *CMAJ* 2005; 173:759-764.
31. Jain L, Dudell GG: Respiratory transition in infants delivered by cesarean section. *Semin Perinatol* 2006; 20:296-304.
32. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ: Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: Influence and timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102:101-108.
33. Iyasu S, Saftlas AK, Rowley DL, et al: The epidemiology of placenta previa in the United States, 1979 through 1987. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168:1424-1429.
34. Tikkanen M: Placental abruption: Epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90:140-149.
35. Getahun D, Oyelese Y, Salihu HM, et al: Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 771-778.
36. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU: Abnormal placentation: Twenty years analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:1458-1461.
37. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, et al. Maternal Morbidity Associated With Multiple Repeat Cesarean Deliveries. *Obstet Gynecol* 2006;107:1226-32
38. Eller AG, Porter TF, Soisson P, et al: Optimal management strategies for placenta accreta. *Br J Obstet Gynaecol* 2009; 116:648-654.
39. Makoha FW, Felimban HM, Fathuddien MA, et al: Multiple cesarean section morbidity. *Int J Gyneacol Obstet* 2004; 87:227-232.

40. Nisenblat V, Barak S, Griness OB, et al: Maternal complications associated with multiple cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006; 108:21-26.
41. Nikolajsen L, Sørensen HC, Jensen TS, et al: Chronic pain following cesarean section. *Acta Anaesthesiol Scand* 2004; 48:111-116.
42. Loos MJ, Scheltinga MR, Mulders LG, et al: The Pfannenstiel incision as a source of chronic pain. *Obstet Gynecol* 2008; 111:839-846.
43. Norgaard LN, Pinborg A, Lidegaard O, et al: A Danish national cohort study on neonatal outcome in singleton pregnancies with placenta previa. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91:546-551.
44. Salihu HM, Bekan B, Aliyu MH, et al: Perinatal mortality associated with abruptio placenta in singletons and multiples. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193:198-203.
45. Publication committee, Society for Maternal Fetal Medicine, Belfort MA: Placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:430-439.
46. Perveen S. Maternal and neonatal adverse outcome at repeat cesarean delivery versus repeat vaginal delivery. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan* 2011, 21 (2): 84-87
47. Gielchinsky Y, Rojansky N, Fasouliotis SJ, Ezra Y. Placenta accreta - summary of 10 years: a survey of 310 cases. *Placenta* 2002; 23 (2-3):210-4.
48. Ben-Nagi J, Walker A, Jurkovic D, Yazbek J, Aplin JD. The effect of caesarean section on the endometrium. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;106(1):30-4.
49. Hu HT, Xu JJ, Lin J, Li C, Wu YT, Sheng JZ, Liu XM. Huang HF. Association between first caesarean delivery and adverse outcomes in subsequent pregnancy: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018; 18:273
50. Hemminki E, Shelley J, Gissler M. Mode of delivery and problems in subsequent births: a register - based study from Finland. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193:169-77.
51. Daltveit AK, Tollanes MC, Pihlstorm H, Irgens LM. Cesarean delivery and subsequent pregnancies. *J Obstet Gynecol* 2008; 111:1327-1334
52. Jackson S, Fleege L, Fridman M, et al. Morbidity following primary cesarean delivery in the Danish National Birth Cohort. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:139.e1-5.

53. Kennare R, Tucker G, Heard A, Chan A. Risks of adverse outcomes in the next birth after a first cesarean delivery. *J Obstet Gynecol* 2007; 109:270-276.
54. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, et al: First birth cesarean and placental abruption or previa at second birth. *Obstet Gynecol* 2001; 97:765-769.
55. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, et al: 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.
56. Taylor LK, Simpson JM, Roberts CL, Olive EC, Handersonsmart DJ. Risk of complications in a second pregnancy following cesarean section in the first pregnancy; a population-based study. *Med J Aust* 2005; 183:515-519.
57. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gulmezoglu AM, Section WHOWGC. WHO statement on caesarean section rates. *BJOG*. 2016;123(5):667–670.
58. Betran AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148
59. WHO Statement on caesarean section rates. *Reprod Health Matters*. 2015; 23(45):149–150.