



جامعة دمشق
كلية الطب البشري

العوامل الانذارية لحدوث الولادة المهبلية عقب ولادة قيصرية واحدة لدى سيدات لم يلدن سواها

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

إشراف	رئاسة
الأستاذ الدكتور	الأستاذ الدكتور
بشار الكردي	كنعان السقا

إعداد الدكتورة ميرفت عياش

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**”لَا يَكْفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وَسْعَهَا لَهَا مَا كَسَبَتْ وَعَلَيْهَا مَا
اِكْتَسَبَتْ رَبَّنَا لَا تَوَاخِذْنَا إِنْ نَسِينَا أَوْ أَخْطَأْنَا رَبَّنَا وَلَا
تَحْمِلْ عَلَيْنَا إَصْرًا كَمَا حَمَلْتَهُ عَلَى الَّذِينَ مِنْ قَبْلِنَا رَبَّنَا
وَلَا تَحْمِلْنَا مَا لَا طَاقَةَ لَنَا بِهِ وَاعْفُ عَنَّا وَاعْفِرْ لَنَا وَارْحَمْنَا
أَنْتَ مَوْلَانَا فَانصِرْنَا عَلَى الْقَوْمِ الْكَافِرِينَ ”**

صدق الله العظيم

سورة البقرة - الآية (٢٨٦)

شكر وامتنان

إن شكر أصحاب الفضل واجب عليّ، هولن يوفيهم حقهم،
ولكنه امتنان مني لهم على فضلهم

تقديري وامتناني للسادة الأساتذة أعضاء الهيئة التدريسية في
قسم التوليد وأمراض النساء برئاسة الأستاذ الدكتور كعاز السقا على
جهودهم المبذولة مع طلاب الدراسات

شكري لأهلي على دعمهم ومساندتهم لي

.....

اعتزازي واقتخاري بنساء وطني وأمهاته..... فشكراً
لهن

من قلبي .. شكراً لكم

المحتويات

المحتويات	الصفحة
القسم الأول-القسم النظري	٦
العملية القيصرية	٧
اختلاطات وعقابيل العملية القيصرية	١٠
الولادة بعد سوابق قيصرية	١٢
العوامل الإنذارية لنجاح الولادة المهبلية بعد قيصرية	١٩
القسم الثاني-القسم العملي	٢٤
منهج الدراسة	٢٥
عنوان الدراسة	٢٥
أهمية الدراسة	٢٥
هدف الدراسة	٢٦
مواد وطرائق الدراسة	٢٦
نتائج الدراسة	٢٩
مناقشة النتائج	٥٢
خلاصة	٥٥
التوصيات	٥٦
المراجع	٥٧
ملاحق	٦١

القسم الأول

القسم النظري

العملية القيسرية

تعريف:

الولادة القيصرية هي ولادة جنين من خلال شق في جدار البطن وجدار الرحم. ولا يتضمن هذا التعريف استخراج جنين من جوف البطن في حالات تمزق الرحم أو الحمل البطني.

الوقوع:

ازدادت معدلات إجراء العملية القيصرية في كل أنحاء العالم دون استثناء، ومن ضمنه سورية والتي بلغ معدل القيصرات فيها ١٤,٨% عام ٢٠٠٢ (1)، فيما سجّل مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق ازدياداً في المعدل الكلي لإجراء العملية القيصرية من ١٣,٩٨% في عام ١٩٩٤ إلى ٢٠,٩% عام ٢٠١٠ (٢)، وبلغت النسبة المئوية للولادة القيصرية لدى الخروسات المقبولات في المشفى ٣١,٨٦% من الحالات (٣).

بلغ معدل العملية القيصرية في دول الجوار: ١٧,٨% في الأردن عام ٢٠٠٢، و ٢٦,٢% عام ٢٠٠٣ في مصر، و ١٨% عام ٢٠٠٢ في بيروت (1).

أما في إيران فقد سجل Yazdizadeh B ورفاقه (٢٠١١) ارتفاع معدل العملية القيصرية من ٣٥% عام ٢٠٠٠ إلى ٤٠% عام ٢٠٠٥ (٤).

عالمياً ازداد معدل العملية القيصرية في الولايات المتحدة بين ١٩٧٠-٢٠٠٧ من ٤,٥% من كل الولادات إلى ٣١,٨% (٥).

وبسبب هذا الازدياد في معدلات القيصرات أوصت مجموعة عمل الكلية الأمريكية للمولدين والنسائين حول معدلات الولادة القيصرية (6) بخفض نسبة الولادة القيصرية لدى الخروسات إلى ١٥,٥% لدى السيدات مع حمول مفردة رأسية تمام الحمل، وثانياً رفع معدلات الولادة المهبلية بعد سابقة عملية قيصرية VBAC إلى ٣٠%.

وضع برنامج "الناس الأصحاء ٢٠١٠" للخروسات منخفضات الخطورة هدفاً لمعدل القيصرات يبلغ ١٥% ولكن لم يحقق البرنامج أهدافه لعدة أسباب منها: انخفاض نسبة الولادة المهبلية بعد سوابق قيصرية سفلية VBAC من ٢٦% في عام ١٩٩٦ إلى ٨,٥% في عام ٢٠٠٧ (5).

استطابات القيصرات:

١-أسباب تتعلق بالأم:

١. بعض الحالات المرضية: كالداء السكري أو أمراض القلب الشديدة أو الإرجاج وماقبل الإرجاج.

٢. عمر الأم المتقدم عند أول حمل (7)

٢-أسباب تتعلق بالجنين:

١. المجيء المعيب: مقعدي أو معترض أو متوارب.

٢. عدد الأجنة: الحمل التوأمية الثنائية إن كان التوأم الأول مقعدي أو معترض، وجميع الحمل التوأمية بأكثر من اثنين.

٣. نقص نمو داخل الرحم أو عرطلة الجنين.

٤. تألم الجنين.

٣-أسباب تتعلق بالأغشية: انبثاق أغشية باكر وعدم تطور المخاض بعد التحريض.

٤-أسباب تتعلق بالسائل الأمنيوسي: شح أو انعدام السائل أو استسقاء سائل أمنيوسي مهدّد للأم أو الجنين.

٥-أسباب تتعلق بالحبل السري: مجيء سرري، وانسدال السرر النابض.

٦-أسباب خاصة بالمشيمة: ارتكاز المشيمة المعيب، وانفكاك المشيمة الباكر.

٧-أسباب خاصة بالرحم:

١. عطالة الرحم البدئية أو الثانوية: بعد تطبيق مخطط المخاض وفشل الأوكسيتوسين.

٢. جراحة سابقة على جسم الرحم أو قيصرية علوية أو سوابق عدة قيصرات، ويشكل وجود

قيصرات سابقة الاستطاب الأكثر شيوعاً في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي

(٢).

٣. كارسينوما عنق الرحم الغازية أو تنذب العنق التالي لكي أو لخزعة مخروطية (8).

٨-أسباب تتعلق بالحوض: عدم التناسب الحوضي الجنيني.

٩-تضافر عدة عوامل معاً.

اختلاطات وعقابيل العملية القيصرية

(١) وفيات الأمهات: إن أهم أسباب الوفيات الولدية أثناء وبعد القيصرية: الصمة الرئوية، والتخدير، والنزف، والإنتان، وارتفاع التوتر. وتختلف النسب باختلاف الدراسات ففي بريطانيا يعد التخدير هو السبب الأول بسبب ذات الرئة الاستنشاقية يتلوه الإنتان، والنزف، والصمة الرئوية (٩).

(٢) وفيات وإمراضيات الولدان: وتكون ناجمة عادة عن: الخداج، والتخدير، ورض الوليد، والتأخر في إنعاش الوليد أو بدء الجراحة في حالات تألم الجنين، بالإضافة إلى أن القيصرية تؤدي لفرط توتر رئوي عند الولدان (١٠).

(٣) اختلاطات جراحية:

أذية الأمعاء والكولون: غالباً بسبب وجود التصاقات سابقة. أذية المثانة والطرق البولية: قد تصاب المثانة أثناء الفتح خاصة في مريضات سوابق القيصرية، وذلك أثناء التسليخ، أو فتح البريتوان، أو امتداد شق الرحم، أو شق الرحم المنخفض على القطعة السفلية، أو من استخدام المبعد من قبل المساعد. أما أذيات الحالب فهي أقل حدوثاً، و يترافق حدوثها عادة مع محاولات إيقاف النزف جانب الرحم بسبب امتداد جرح القيصرية، أو في حالات استئصال الرحم الولادي. إذا كان الشق المعترض على الرحم منخفضاً فقد يصل لجزء من جدار المهبل وهذا يشاهد عادة في القيصرات عقب مخاض شاق وطويل عندما يكون العنق تام الاتساع (٨) قد يسبب استخراج الرأس امتداد الشقوق السفلية إلى الشرايين الرحمية إذا كان الرأس غير منعطف جيداً، أو بالاستخراج الخاطئ له، وهذا قد يسبب نزفاً غزيراً. أما الامتداد لخاصرة الرحم فقد يؤدي لأذية الحالب أثناء الترميم. إن عدم كشف أذيات العنق يؤدي لنزف بعد القيصرية.

يعد النزف الناجم عن امتداد الشق الرحمي أكثر الاختلاطات مشاهدة وخطورة (٨)، وتعتبر عطالة الرحم سبب شائع للنزف أثناء القيصرية، ويجب ألا ننسى أبداً اضطرابات التخثر، والنزف من مكان المشيمة، والنزف على الوجه الخلفي للمثانة.

قد يتطور الاعتلال التخثري أثناء الجراحة، ويطرافق عادة مع الصمة الأمفيوسية أو الإنتانية، والانفكاك الحاد، واحتباس جنين ميت، وما قبل إرجاج شديد.

الاختلاطات التالية للقيصرية:

١- **إنتان باطن الرحم النفاسي:** أكثر حدوثاً بعد القيصرات مقارنة بالولادة الطبيعية، ويبلغ متوسط نسبة الحدوث ١٠-١٥% (٩).

٢- **أذيات الطرق البولية بعد القيصرية:** انسداد الحالب الذي ينجم عن ربطه أو هرسه بملقط، أو تزويده أو سوء وظيفته بسبب تجريد غمده أو قطعه. قد يكون الانسداد جزئياً أو مضاعفاً في الحالبين. وحدوث النواسير.

٣- **الاختلاطات المعدية والمعدوية:** تشكو 20-30% من المريضات من ألم معتدل بسبب التمدد بالغازات، وقد يتطور إلى انسداد أمعاء شللي في 1% من الحالات. أما الانسداد الميكانيكي فيحدث نتيجة الالتصاقات بآلية الانفتال، أو دخول عروة معوية في شق البطن (٩).

٤- **تمزق ندبة القيصرية في الحمل اللاحق.**

٥- **الخثار الوريدي والصمة الرئوية:** إن نسبة حدوث الخثار الوريدي العميق بعد القيصرية هو 0.6-1.8%، أما نسبة حدوث الصمة الرئوية بعد القيصرية فهي 0-0.2%، إن أول صمة رئوية تكون مميتة في 20-25% من الحالات ويقدر أن الصمة الرئوية مسؤولة عن 10% من الوفيات الولدية بعد القيصرية (١٠).

٦- **اندحاق الجرح:** تبلغ نسبة الاندحاق الحاد 0.15% أي حوالي ربع حالات الاندحاق بعد القيصرية البالغة 0.6% أما نسبة الوفيات الولدية من هذا الاندحاق فهي 2.3% وتختلف حسب المشفى ومكان الدراسة والآلية هي فشل التئام الجرح (١١).

٧- **إعادة فتح البطن مرة ثانية:** تختلف أسباب ذلك ومنها: وجود نزف داخلي، ورم دموي كبير، نسيان قطعة شاش أو شانة، وغيرها...

الولادة بعد سوابق ولادة قيصرية

يعد تدبير حالة السيدة الحامل مع سابقة قيصرية من المواضيع التوليدية التي يوجد اختلاف في الآراء، حيث اعتبر المخاض الطبيعي سابقاً مضاد استطباب مطلق ونوع من التهور والجنون لدى أي سيدة في سوابقها ولادة قيصرية بسبب الاعتقاد بأن الرحم المتندبة تعتبر أكثر عرضة للتمزق أثناء عملية المخاض، وقد كانت العبارة الذائعة الصيت والمثيرة للجدل: "قيصرية مرة- قيصرية كل مرة Once Caesarian-Always Caesarian" هي المسيطرة (٩).

أوصت الكلية الأمريكية للمولدين والنسائيين عام ١٩٨٨ بتشجيع السيدات الحوامل اللاتي في سوابقهن ولادة قيصرية سفلية واحدة على محاولة الولادة المهبلية طالما لا يوجد مضاد استطباب، وبناءً على ذلك ازدادت نسبة الولادة المهبلية بعد قيصرية سابقة بشكل ملحوظ في الولايات المتحدة والعالم، ووصلت إلى ٣٠% في عام ١٩٩٦ م، وكُتِبَ آنذاك: "بدون شك؛ فإن التعديل الأبرز في الممارسة التوليدية في العقد الأخير يكمن في تدبير السيدة التي لديها ولادة قيصرية سابقة" (٩).

تجربة المخاض أم تكرار القيصرية:

عندما تزايدت أعداد السيدات اللاتي في سوابقهن ولادة قيصرية وحاولن الخضوع لولادة مهبلية بعد عام ١٩٨٩م؛ وردت عدة تقارير من الولايات المتحدة وكندا توحى بأن الولادة المهبلية بعد الولادة القيصرية قد تكون أخطر مما هو متوقع، وأدت هذه التقارير والدراسات إلى ازدياد القلق وتراكم المخاوف في ما يتعلق بأمان هذه الممارسة التوليدية وساهمت بارتفاع نسبة الجدل إلى حد كبير (12). وقد أدى ذلك إلى الإقلال من عدد النساء اللواتي في سوابقهن ولادة قيصرية ويحاولن إتمام الولادة مهلبياً، وأدى ذلك إلى ارتفاع مرافق في معدل الولادة القيصرية مرة ثانية. ونتيجة لذلك تناقص معدل الولادة المهبلية بعد قيصرية في الولايات المتحدة إلى ٨,٥% (5).

أظهرت مراجعة تحليلية للدراسات المنشورة أن الولادة بعملية قيصرية معادة انتخابية والولادة مهلبياً بعد عملية قيصرية سابقة كلاهما له فوائد وأخطار، وأن الأدلة المعتمد عليها أتت من دراسات غير معشاة مع وجود انحياز هام فيها، وبالتالي فإن أي نتائج أو استنتاجات يجب أن

تؤخذ بحذر مع ضرورة وجود دراسات معشاة مضبوطة لوضع دليل أكثر قوة حول الفوائد والأخطار (13).

نسبة الخطورة:

تزداد نسبة تمزق الرحم والاختلاطات المرافقة له بشكل واضح أثناء تجربة المخاض، ولكن يجب مقارنة هذه العوامل بشكل حقيقي غير مبالغ فيه خلال اتخاذ قرار محاولة الولادة المهبلية بعد قيصرية بسبب الخطر المطلق المنخفض لها. وتعاذل الخطورة المطلقة لتمزق الرحم أثناء إجراء تجربة المخاض والتي يمكن أن تسبب أذية الجنين أو وفاته ١ بالآلف فقط (14).

أجرت شبكة الوحدات الطبية الوالدية الجنينية (MFMU) واحدة من أكبر الدراسات المقارنة التقدمية عام ٢٠٠٤ في ١٩ مركز طبي أكاديمي وشملت نتائج ١٨٠٠٠ سيدة خضعن لتجربة مخاض مقارنة مع أكثر من ١٥٠٠٠ سيدة خضعن لقيصرية معادة، وتوصلت إلى أنه على الرغم من أن نسبة تمزق الرحم كانت أعلى لدى السيدات اللاتي خضعن لتجربة مخاض إلا أن الخطورة المطلقة كانت قليلة، حيث لم تتعدى ٧ بالآلف فقط بالمقارنة مع عدم حدوث أي حالة لتمزق الرحم لدى السيدات اللواتي أجرين ولادة قيصرية معادة انتخابية. كذلك لوحظ أن معدلات الإملاص والأذيات الدماغية الناتجة عن نقص الأكسجة كانت أكبر بشكل واضح لدى السيدات اللاتي خضعن لتجربة مخاض (15)، وسجلت نتائج مشابهة في أبحاث أخرى (14,16).

سجل تحليل بيانات مشافي التوليد في اسكتلندا عام ٢٠٠٢م أن نسبة الوفاة حول الولادة المتعلقة بالولادة ١,٣ بالآلف تقريباً لدى السيدات مع سابقة قيصرية وحاولت الولادة مهلبياً بعدها. وعلى الرغم من أن الخطورة المطلقة كانت قليلة إلا أنها كانت أكبر بـ ١١ مرة من خطورة الوفيات حول الولادة المتعلقة بالولادة القيصرية المعادة الانتخابية (١٧).

المرضاة الوالدية:

قدّم إنقاص نسبة الخطر التي تواجهها الأمهات نقطة داعمة لتجربة الولادة المهبلية عقب ولادة قيصرية مقارنةً بالسيدات اللاتي يجرين قيصرية انتخابية معادة.

لم يظهر وجود اختلاف واضح في نسبة الوفيات الولدية بين السيدات اللاتي خضعن لتجربة المخاض وبين السيدات اللاتي أجرين قيصرية انتخابية معادة (١٥).

وجدت دراسة حشدية راجعة كندية زيادة غير هامة إحصائياً في معدل الوفيات الولدية في مجموعة الولادة القيصرية المعادة الانتخابية، وبشكل محدّد فإن هذا المعدل بلغ ١٠٠٠٠٠/٥,٦ سيدة في القيصرية المعادة و ١٠٠٠٠٠/١,٦ في حالة تجربة المخاض (١٨).

أسفر تقييم المراضة الولدية عن نتائج متناقضة، حيث وجد تحليل تلوي عام ٢٠٠٠ أن النساء اللاتي يخضعن لتجربة الولادة المهبلية عقب ولادة قيصرية احتجن لنقل الدم واستئصال الرحم بنسبة النصف مقارنة مع النساء اللاتي خضعن لقيصرية معادة انتخابية (١٦). وبشكل معاكس فإن دراسة MFMU أفادت بأن نسبة نقل الدم والخمج كانت أكبر بشكل واضح لدى السيدات اللاتي خضعن لتجربة المخاض. وسجّل تحليل أحدث نتائج مشابهة لذلك (١٩).

وجد McMahon وزملاؤه في دراستهم أن الاختلاطات الكبرى مثل تمزق الرحم واستئصال الرحم والأذيّات الجراحية كانت شائعة بنسبة الضعف لدى السيدات اللاتي خضعن لتجربة ولادة مهبلية عقب ولادة قيصرية مقارنة مع السيدات اللاتي أجرين قيصرية انتخابية معادة، وعند المقارنة مع نجاح أو فشل تجربة المخاض فإن خطورة هذه الاختلاطات تكون أعلى بخمسة أضعاف عند فشل تجربة المخاض (٢٠). وبشكل مماثل وجد El-Sayed ورفاقه أن حدوث التهاب الأمنيون والكوريون يبلغ ٥ أضعاف، وحدث نزف ضعفين لدى السيدات مع تجربة مخاض فاشلة مقارنة بنجاح التجربة (٢١)، فيما سجّل Rossi (٢٠٠٨) أن معدل الحدوث الكلي للاختلاطات الولدية أعلى في حالة الفشل (١٧% مقابل ٣%) (١٩).

تتطوي الولادة القيصرية على زيادة نسبة المخاطر مقارنة مع الولادة المهبلية، وتشمل مخاطر التخدير، والنزف، وأذية المثانة وأعضاء أخرى، والإنّتان الحوضي، والالتصاقات، مع أذيّات أخرى نادرة، إلا أن الكثير من السيدات يفضلن إجراء قيصرية انتخابية على أن يخضعن لتجربة

مخاض بعد ولادة قيصرية، ويعود ذلك لعدة أسباب منها تحديد موعد الولادة والخوف من المخاض الطويل والشاق (٩).

لم تكن هنالك اختلاطات تذكر في مجموعة القيصرية الانتخابية المعادة مقارنة مع وفاة طفلين في المجموعة التي خضعت لمحاولة ولادة مهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة، ووجد أن ٩٣% من السيدات اللاتي ولدن ولادة قيصرية انتخابة مقتنعات بخيارهن مقابل ٥٣% من السيدات اللاتي اخترن محاولة إجراء ولادة مهبلية بعد ولادة قيصرية، وارتفعت هذه النسبة إلى ٨٠% لدى السيدات اللاتي كانت تجربة الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة ناجحة وغير مترافقة باختلاطات (٢٢).

اعتبارات:

حث المخاض:

لوحظ أن نسبة تمزق الرحم تعادل ٢,٣% لدى السيدات اللاتي تم تحريض المخاض لديهن مقارنة مع ٠,٤-١% لدى السيدات اللاتي لديهن مخاض محثوث أو عفوي (٩).

وجدت زيادة طردية في خطورة تمزق الرحم بزيادة فترة وجرة الحث بالأوكسيتوسين على الرغم من أن ذلك لم يكن واضحاً بشكل أكيد. وقد أقرت الكلية الأمريكية للمولدين والنسائيين والأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال بإمكانية استخدام الأوكسيتوسين لحث وتحريض المخاض لدى السيدات اللاتي في سوابقهن ولادة قيصرية ويحاولن أن يلدن مهلبياً بشرط المراقبة الحثثة للمريضة (٢٣).

التخدير فوق الجافية:

إن استخدام التخدير فوق الجافية آمن خلال المخاض لدى السيدة مع ولادة قيصرية سابقة، عكس الاعتقاد السائد سابقاً بأن هذه التقنية قد تخفي أو تخفف الألم الناجم عن تمزق الرحم وتعيق اكتشافه بشكل باكر (٢٤). كما وجد أن معدلات الولادة المهبلية كانت متشابهة لدى السيدات اللاتي استخدم لديهن التخدير فوق الجافية أثناء المخاض والسيدات اللاتي لم يستخدم لديهن (٢٣).

استقصاء ندبة الرحم:

ينصح بعض المولدين بضرورة استقصاء الندبة القديمة للرحم بواسطة الجس بعد الولادة المهبلية الناجحة، بينما يعتقد البعض الآخر أن هذا الاستقصاء ليس ضرورياً. وما يزال تأثير انفتاح الندبة اللاعراضي على الحمل اللاحقة وطريقة الولادة غامضاً، ولكن ثمة اتفاق بأن الإصلاح الجراحي للندبة المفتوحة لا يعتبر أمراً ضرورياً إلا عندما يترافق مع نزف هام (٩).

الحوامل المرشحات لمحاولة إجراء الولادة مهلبياً عقب الولادة القيصرية السابقة:

أيدت الكلية الأمريكية للمولدين والنسائيين الولادة المهبلية عقب الولادة القيصرية السابقة، وحثت الأطباء على الاضطلاع بها، لكنها في الوقت ذاته وجّهت إلى ضرورة أخذ الحيطة والحذر بتأكيدا على أنه "أصبح واضحاً أن محاولة الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية تترافق مع خطر نادر لكنه معتبر لتمزق الرحم مع نتائج سيئة للأم والجنين معاً." (٢٥)

قادت هذه التطورات إلى مقارنة أكثر موضوعية لتجربة المخاض لإجراء ولادة مهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة موضحة الحاجة لإعادة تقويم الإرشادات والعوامل المهيئة لحدوث ولادة مهبلية عقب ولادة قيصرية سابقة بدون اختلاطات. وبناءً عليه يجب تحديد العوامل التي لا بد من أخذها بالاعتبار عند تقويم السيدة التي ستخضع لمحاولة الولادة مهلبياً عقب ولادة قيصرية سابقة.

يلخص الصندوق (١) أهم النصائح التي وجهتها الكلية الأمريكية للمولدين والنسائيين عام ٢٠٠٤ لاختيار السيدة المرشحة لخوض تجربة الولادة مهلبياً عقب الولادة القيصرية (٢٥). ومع ذلك يعاني هذا التقويم من وجود نقص في الدراسات المعشاة الواسعة التي تثبت فعاليته.

استنتج Hashima وزملاؤه عام ٢٠٠٤ بناءً على مراجعتهم لمئة دراسة وجود القليل من البيانات عالية النوعية المتوفرة لترشد القرارات السريرية التي تخص اختيار السيدات اللاتي من المحتمل أن يخضعن لمحاولة ولادة مهبلية ناجحة بعد ولادة قيصرية سابقة (٢٦).

الصندوق رقم (١)

توصيات الكلية الأمريكية للمولدين والنسائيين لاختيار السيدات المرشحات لخوض تجربة ولادة مهبلية بعد ولادة قيصرية
١- لا يوجد أكثر من ولادة قيصرية سابقة وحيدة بشق معترض سفلي . ٢- يجب أن يكون الحوض مناسباً للولادة سريرياً. ٣- عدم وجود ندبات أخرى وتمزقات سابقة على الرحم. ٤- وجود طبيب قادر على مراقبة المخاض وإجراء قيصرية إسعافية عند الضرورة . ٥- توفر طاقم تخديري مع طاقم توليدي جاهز لإجراء قيصرية إسعافية عند الضرورة.

اتخاذ القرار:

يجب أن يتم نقاش علمي وموضوعي مع كل سيدة لديها ولادة قيصرية سابقة واحدة حول محاسن ومساوئ ومحاذير محاولة الولادة مهبلية مقابل إجراء الولادة القيصرية الثانية بشكل انتخابي وبذلك يتم التوصل للقرار النهائي من قبل المريضة والطبيب معاً.

أقرت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال والجمعية الأمريكية للمولدين والنسائيين عام ٢٠٠٢ النتائج التالية (٢٣):

- ✓ محاسن الولادة المهبلية الناجحة في حال عدم حدوث أي اختلاط : فترة نفاس أقل، قصر فترة الإقامة في المشفى، وألم أقل، وفترة شفاء أسرع.
- ✓ مضادات الاستطباب لتجربة المخاض على سبيل المثال: قيصرية كلاسيكية سابقة، وارتكاز مشيمة معيب وأمور أخرى.
- ✓ خطورة تمزق الرحم تقريباً ١%.
- ✓ تزداد خطورة تمزق الرحم عند وجود أكثر من ولادة قيصرية سابقة أو عند محاولات إنضاج العنق أو لدى تحريض المخاض، أو في حالة العرطلة الجنينية، أو لدى استخدام الأوكسيتوسين لحث المخاض.
- ✓ في حال حدوث تمزق الرحم فهناك احتمال بنسبة ١٠-٢٥% في الحصول على نتائج سيئة لدى تقويم علامات أبعاد لدى الوليد.
- ✓ على الرغم من أن تمزق الرحم المتتدبة نادراً ما يؤدي إلى وفاة جنينية حول ولادية أو أذية ولادية دائمة فإن ذلك يحدث بنسبة ١/١٠٠٠، وذلك في أحسن الأحوال.

العوامل الإنذارية لنجاح الولادة المهبلية بعد قيصرية:

عدد الولادات المهبليّة السابقة:

إن وجود ولادات مهبليّة ناجحة سابقة، قبل أو بعد القيصرية، يعزز من فرص تحقق ولادة مهبليّة ناجحة بعد القيصرية، ويخفّض من خطر تمزق الرحم والمراضة الأخرى المرافقة، وإن هذا التأثير الإيجابي موجود لحالات المخاض العفوي أو المحرّض (٢٧،٢٨).

وجد Bashiri وزملاؤه (٢٠٠٨) أن ازدياد معدل تمزق الندبة السابقة ترافق مع انخفاض عدد الولادات (٢٩)، ولكن هذه الحماية ليست مطلقة إذ تعود معدلات حدوث التمزق للارتفاع لدى السيدات عديدات الولادة (٣٠،٣١).

ما يزال العامل الأفضل إنذاراً لتحديد نجاح الولادة المهبليّة بعد ولادة قيصرية سابقة هو وجود ولادة مهبليّة سابقة (٩)

نمط شق الرحم السابق:

تملك النساء ذوات الندبة المعترضة على القطعة السفلية للرحم خطورة أقل لحدوث تمزق الندبة خلال الحمل التالي، بينما لوحظت المعدلات الأعلى لتمزق الرحم في حالات الشقوق الممتدة لقعر الرحم كما هي الحال في الشق الكلاسيكي. وقد لوحظ أن ندبة الشق الكلاسيكي تتمزق قبل بداية المخاض لدى حوالي ثلث النساء. والأكثر من ذلك أن تمزق الرحم يمكن أن يحدث بشكل نادر قبل عدة أسابيع من تمام الحمل (٣٢).

وتجدر الإشارة إلى أن السيدات مع سابقة قيصرية ومشخص لديها تشوه رحم تشريحي تعتبر معرضة لخطر تمزق الرحم بنسبة عالية (٣٣).

إن ارتفاع معدل تمزق الرحم وما يرافقه من مراضة والدية ووليدية في حالات القيصرية الكلاسيكية أو التشوهات الرحمية ينعكس بانخفاض النسبة المئوية للولادة المهبليّة بعدها، إما بإجراء قيصرية انتخابية مباشرة أو ازدياد الحساسية للجوء للقيصرية في حال دخول السيدة بمخاض عفوي. وهو ما ورد في توصيات الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال والجمعية الأمريكية للمولدين والنسائيين عام ٢٠٠٢ من أن سوابق القيصرية الكلاسيكية مضاد استطباب لتجربة المخاض (٢٣).

طريقة إغلاق الشق السابق:

يمكن أن يغلق الشق المعترض السفلي المحدث على الرحم أثناء العملية القيصرية على طبقة واحدة أو اثنتين. ومع ذلك فإن الارتباط بين عدد الطبقات التي يغلق الشق بها وخطورة تمزق الرحم لا يزال مثاراً للجدل. ووجد Durnwald و Mercer أنه لا توجد خطورة زائدة لتمزق الرحم عندما يخاط شق الرحم على طبقة واحدة (٣٤)، بينما ذكر Bujold ورفاقه أن الخياطة على طبقة واحدة ترافقت مع ازدياد خطر تمزق الرحم بمقدار ٤ أضعاف عن الخطر في حالة الخياطة على طبقتين (٣٥)، وهذا التضارب بالرأي ينعكس تضارباً في قرار السماح بتجربة مخاض وولادة مهبلية أو اللجوء لقيصرية انتخابية

استطباب الولادة القيصرية السابق:

يعتمد نجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة على استطباب الولادة القيصرية السابقة نوعاً ما. سجّل Paul و Wing أن ٩١% من السيدات اللاتي كانت القيصرية الأولى بسبب مجيء مقعدي يلدن مهلبياً لاحقاً (٣٦)، وإذا كان تألم الجنين هو الاستطباب فإن معدل نجاح الولادة المهبلية لاحقاً يبلغ ٨٤%، بينما يبلغ المعدل في حالة عسر المخاض ٥٤% (٣٧).

حلّل كل من Gomez و Hoskins العلاقة بين معدل نجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية ودرجة اتساع عنق الرحم عند إجراء قيصرية باستطباب عسرة مخاض، حيث وجد أن معدل نجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة يبلغ ٧٦% عندما أجريت القيصرية السابقة مع اتساع عنق رحم يعادل ٥ سم، و ٦٣% عندما كان معدل اتساع العنق ٦-٩ سم. وانخفض معدل نجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة عندما شخّصت عسرة المخاض في المرحلة الثانية منه (٣٨). أما حدوث تمزق الندبة السابقة فكان أعلى عند عدم حدوث تقدم مخاض في الطور الأول (٢٩).

تمزق رحم سابق:

إن السيدات اللاتي لديهن تمزق رحم سابق لديهن خطر أكبر لحدوث التمزق لاحقاً. وتبلغ خطورة النكس ٦% عندما يكون التمزق في القطعة السفلية، و٣٢% عندما يكون التمزق على القطعة العلوية للرحم. وبسبب هذا الخطر فإن هؤلاء السيدات يجب أن يخضعن بشكل مثالي لقيصرية انتخابية عندما يتم النضج الرئوي الجنيني، والأفضل قبل بدء المخاض، ويتم إخبارها عن مخاطر المخاض غير المتوقع وعلامات تمزق الرحم (٩).

الفترة بين الولادات:

يبدو أنه من المنطقي أن تزداد خطورة تمزق الرحم عندما لا يسمح لندبة الرحم أن تلتئم بإعطائها الوقت الكافي.

اقترح التصوير بتقنية الرنين المغناطيسي أن الشفاء التام والعودة إلى التشريح الطبيعي يتطلب على الأقل ستة أشهر (٣٩).

قام كل من Shipp وزملاؤه لاختبار صحة هذه النظرية بإجراء دراسة راجعة درست العلاقة بين الفترة الفاصلة بين الولادات وخطورة تمزق الرحم؛ ووجدوا أنه إذا كانت الفترة الفاصلة بين الولادات ثمانية عشرة شهراً أو أقل فإنها تكون مترافقة مع خطورة تمزق الرحم العرضي بنسبة أعلى بـ ٣ مرات مقارنة مع اللاتي ولدن بعد أكثر من ثمانية عشرة شهراً (٤٠).

لاحظ Stamilio وزملاؤه (٢٠٠٧) أنه إذا كانت الفترة الفاصلة بين الحمل أقل من ٦ أشهر فإنها تكون مترافقة مع خطورة تمزق الرحم بنسبة أعلى ٣ مرات مقارنة مع اللاتي كانت الفترة ٦ أشهر أو أكثر (٤١).

العرطلة الجنينة:

لوحظ أن ازدياد حجم الجنين يمكن أن يترافق مع زيادة خطورة تمزق الرحم عند محاولة إجراء ولادة مهبلية بعد الولادة القيصرية السابقة ولكن هذا الأمر ما يزال بحاجة لدليل علمي من قبل دراسات متعددة موسعة ومعشاة (٩).

كانت خطورة تمزق الرحم أعلى بنسبة الضعف عندما يكون وزن الجنين أكثر من ٤٠٠٠ غرام لدى السيدات اللاتي يحاولن إجراء ولادة مهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة دون أن يكون لديهن سوابق ولادة مهبلية ناجحة (٤٢).

قررت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال والجمعية الأمريكية للمولدين والنسائيين أن العرطلة الجنينية تترافق مع ازدياد خطورة تمزق الرحم أثناء تجربة المخاض بعد ولادة قيصرية سابقة وبالتالي ارتفاع معدل فشل حدوث الولادة المهبلية (٢٣).

الحمل المتعدد:

بشكل مفاجئ؛ فإن الحمل التوأمي لا يبدو أنه يزيد من خطر تمزق الرحم أثناء تجربة الولادة المهبلية بعد القيصرية، وكان معدل تمزق الرحم ٠,٩%، ومعدل نجاح الولادة المهبلية ٤٥% (٤٣).

البدانة الوالدية:

تنقص بدانة الأم من نجاح الولادة المهبلية بعد القيصرية، وكلما زاد وزن السيدة انخفضت نسبة نجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة (٤٤).

سجل Hibbard ورفاقه (٢٠٠٦) معدلات الولادة المهبلية التالية: ٨٥% عند وجود مشعر كتلة جسم سوي، ٧٨% مع وجود مشعر بين ٢٥-٣٠ كغ/م^٢، ٧٠% مع مشعر بين ٣٠-٤٠ كغ/م^٢، ٦١% مع مشعر كتلة جسم يبلغ ٤٠ كغ/م^٢ أو أكثر (٤٥).

أجرى Smith ورفاقه (٢٠٠٥) دراسة وطنية على ٢٣٢٨٦ سيدة مع سابقة قيصرية ومحاولة ولادة مهبلية، وتمت دراسة عوامل الخطورة المتعلقة بفشل تجربة المخاض وإجراء قيصرية إسعافية وحدث تمزق الرحم، ووجد عوامل الخطر التالية: عمر الأم، وطول الأم، والجنين الذكر، وعدم وجود ولادات مهبلية سابقة، وعمر حملي أكثر أو يساوي ٤١ أسبوع حملي، وتحريض المخاض بالبروستاغلاندين (٤٦).

أما Oboro ورفاقه (٢٠١٠) في دراسة راجعة شملت ١٠١٣ سيدة خضعت لتجربة مخاض بعد ولادة قيصرية فقد حددوا العوامل الإنذارية المرتبطة بفشل تجربة المخاض بعد قيصرية سفلية، ووجدوا أن كل من عمر المريضة الصغير، وعدم وجود ولادات مهبلية سابقة، وتحريض المخاض، ووزن وليد أكبر من ٤ كغ ترافق مع معدلات هامة لفشل تجربة المخاض (٤٧).

قيمة مشعر بيشوب:

إن حالة عنق الرحم مهمة لنجاح تحريض المخاض. وتعد درجة مشعر بيشوب Bishop score إحدى الطرق المستخدمة للتنبؤ بنتائج تحريض المخاض، وهي موضحة في الجدول التالي.

جدول: مشعر بيشوب لتحديد قابلية نجاح التحريض.

Factor					
Score	Dilatation (cm)	Effacement (Percent)	Station (-3 to +2)	Cervical Consistency	Cervical Position
0	Closed	0-30	-3	Firm	Posterior
1	1-2	40-50	-2	Medium	Midposition
2	3-4	60-70	-1	Soft	Anterior
3	≥5	≥80	+1, +2	—	—

تعكس درجة مشعر بيشوب المرتفعة "أكبر من ٩" احتمالية عالية لنجاح تحريض المخاض. حيث يعتبر معظم الأخصائيين أن هؤلاء السيدات سوف يكون لديهن تحريض مخاض ناجح وبالتالي ولادة مهبلية. ومن أجل الأهداف البحثية فإن مشعر بيشوب ٤ أو أقل يحدّد وجود عنق غير مفضّل (٩).

القسم الثاني

القسم العملي

منهج الدراسة

عنوان الدراسة

العوامل الانذارية لحدوث الولادة المهبليّة عقب ولادة قيصرية واحدة لدى سيدات لم يلدن سواها.

Prognostic factors for vaginal birth after one cesarean birth at women without previous vaginal birth

أهمية الدراسة

حملت العقود الماضية ازدياداً مضطرباً للولادات القيصرية، وبخاصة لدى الخروسات، وذلك في مختلف الأعمار، والأعراق والبلدان، والحالات الطبية، مع أعمار حملية مختلفة مع ما يترافق مع هذه الحالة من ازدياد في المراضة الوالدية والوليدية والتأثير في الحمل اللاحقة (٤٨-٥١)، أما في الهيئة العامة لمستشفى التوليد الجامعي بدمشق فقد سجلت دراسة حديثة أن النسبة المئوية للولادة القيصرية لدى الخروسات المقبولات في المشفى تبلغ ٣١,٨٦% (٣). ويمكن أن يفسر ازدياد معدلات العملية القيصرية البدئية بعوامل طبية منها ازدياد عمر الأم ووزنها وتغيّر الممارسة التوليدية والتقانات المستخدمة، ومن العوامل غير الطبية إجراء القيصرية حسب طلب الأم، والخوف من المقاضاة.

قادت التغيرات المرافقة لهذا التوزيع في معدلات القيصرات بالإضافة للدراسات المشجعة المنشورة إلى تزايد الاهتمام بتجربة الولادة المهبليّة بعد الولادة القيصرية، وأيدت الكلية الأمريكية للمولدين والنسائيين الولادة المهبليّة عقب الولادة القيصرية، وحثّت الأطباء على الاهتمام بها، لكنها في الوقت ذاته وجّهت إلى ضرورة أخذ الحيطة والحذر بتأكيدّها على أنه "أصبح واضحاً أن محاولة الولادة المهبليّة بعد ولادة قيصرية تترافق مع خطر نادر لكنه معتبر لتمزق الرحم مع ما يرافقه من زيادة للمراضة والوفيات الوالدية والوليدية." ويجب تقويم السيدة بدقة بالنسبة للعوامل التي لا بد من أخذها في الحسبان عند محاولة الولادة مهبلياً عقب الولادة القيصرية السابقة، حيث تتأثر تجربة المخاض الناجحة بعدد من العوامل منها: عمر الأم، عدد الحمل، عمر الحمل الحالي، مشعر

كتلة الجسم، مشعر بيشوب Bishop score، ووزن الوليد الحالي، واستطباب القيصرية السابقة، والفترة الزمنية بين القيصرية والولادة الحالية (٢٥،٥٢،٥٣).

أظهرت مراجعة تحليلية للدراسات المنشورة أن الولادة بعملية قيصرية معادة انتخابية والولادة مهبلية بعد عملية قيصرية سابقة كلاهما له فوائد وأخطار، وأن الأدلة المستقاة تأتي من دراسات غير معشاة، مع وجود انحياز مهم، ويجب أن تؤخذ النتائج بحذر مع ضرورة وجود دراسات أشمل لوضع دليل أكثر قوة حول الفوائد والأخطار (١٣،١٥).

إن هذه الدراسة تقتفي العوامل التي من شأنها أن تعطي انطباعاً بإمكانية محاولة إجراء الولادة المهبلية عقب قيصرية واحدة مع إمكانية نجاحها بشكل جيد لدى سيدات لم يلدن مهبلية سابقاً، بغية الوصول إلى إنقاص مهم في معدلات القيصرات المعادة لديهن، وإنقاص معدلات المراضة والوفيات الناجمة عن العمل الجراحي واختلاطاته.

هدف الدراسة

- كشف العلاقة بين نجاح تجربة المخاض بعد ولادة قيصرية لدى سيدات لم يلدن بعدها طبيعى وبعض العوامل الإنذارية.
- خفض معدل القيصرات عند المريضات بسوابق قيصرية واحدة، وما يرافقها من اختلاطات، وتكلفة.

مواد وطرائق الدراسة:

حجم العينة: شملت هذه الدراسة ١٥٦ سيدة بسوابق قيصرية لم تلد سواها ممن يحققن شروط الدراسة.

مكان الدراسة: الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي في مدينة دمشق: شعبتي المخاض العمومي والخصوصي.

فترة الدراسة: ٢٠١٣-١١-١ حتى ٢٠١٤-٨-١

نوع الدراسة: دراسة حالة - شاهد Case-control study.

عينة الدراسة:

السيدات الحوامل مع ولادة قيصرية واحدة سابقة ولم يلدن سواها، وتم قبولهن في المشفى بتشخيص "مخاض ولود سوابق ولادة قيصرية سفلية وحيدة لم تلد سواها" واللاتي تم إخضاعهن لتجربة المخاض حالياً؛ وتمت أخذ موافقتهن على الدخول في الدراسة. قسمت العينة إلى مجموعتين:

مجموعة الحالات: السيدات اللاتي انتهين بولادة مهبلية بعد تجربة المخاض.

مجموعة الشاهد: السيدات اللاتي فشلت تجربة المخاض لديهن واضطر الأمر إلى إجراء قيصرية معادة.

معايير الإدخال:

- حمل مفرد حي، مع مجيء قمي طولاني.
- العمر الحملي أكبر أو يساوي ٣٧ أسبوعاً حملياً.
- سوابق ولادة قيصرية واحدة من دون وجود حالات ولادة مهبلية.
- عدم وجود مضاد استطباب للولادة المهبلية.
- وجود بدء مخاض عفوي.

معايير الاستبعاد:

- السيدات اللاتي كان شق الرحم في قيصريتهن السابقة كلاسيكياً أو بشكل T معكوسة أو تمزق رحم.
- وجود جراحة رحمية سابقة.
- وجود عدم تناسب حوضي جنيني.
- الحالات التي لم تدخل فيها السيدة بتجربة المخاض (كحالات الانسمام الحملي الشديد من دون وجود نضج في عنق الرحم، أو انبثاق أغشية مدید دون تبدلات عنقية،..).
- وجود مضاد استطباب للولادة المهبلية "ارتكاز مشيمة معيب".

- حالات المبيئات المعيبة، والحمل المتعدد، وحالات الاستسقاء الأمنيوسي والعرطلة الجنينية والسكري الحملي.
- وجود تشوه جنيني مميت أو جنين يعيق ميكانيكياً الولادة المهبلية "خزب، استسقاء رأس، قيلة دماغية، هيغروما".

الإجراء:

- أخذ الموافقات اللازمة لإجراء الدراسة.
- ملء استمارة ببيانات المريضة وفق النموذج المرفق "راجع الملحق رقم (٢)".
- استكمال البيانات من خلال مراقبة تطور المخاض ونتيجة الولادة واختلاطاتها. ولم يكن للدراسة تدخلاً في سير المخاض أو حثه أو إقرار اللجوء للقيصرية.
- إدخال البيانات إلى قاعدة بيانات حاسوبية. وتحليلها إحصائياً، واستخلاص النتائج.
- مقارنة النتائج مع نتائج دراسات أخرى.

الاعتبارات الأخلاقية:

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

التحليل الإحصائي:

- تم ترميز البيانات وإدخالها إلى الحاسب باستخدام برنامج إكسل ٢٠٠٠، وأجري التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SPSS- 17
- استعرضت الإحصائيات على شكل المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والنسبة المئوية.
- اعتبر المتغير المدروس له قيمة إحصائية ذات مغزى من أجل قيمة مستوى الدلالة أقل أو تساوي ٠,٠٥ ($P \leq 0.05$) عند مستوى الثقة ٩٥% بواسطة اختبار t-test.
- تم عرض البيانات على هيئة جداول ومخططات توضيحية.

نتائج الدراسة

توزيع عينة الدراسة:

بلغ حجم عينة الدراسة ١٥٦ سيدة، وقد شكلت مجموعة الحالات "السيدات اللاتي حدث لديهن ولادة مهبلية بعد سابقة قيصرية" ٦٩,٨٧% من حجم العينة. فيما شكلت مجموعة الشاهد "مجموعة السيدات مع سابقة قيصرية لم تلد سواها وأجري لها قيصرية معادة بعد فشل تجربة المخاض" ٣٠,١٣% من حجم العينة الكلي، حسب المخطط رقم (١).



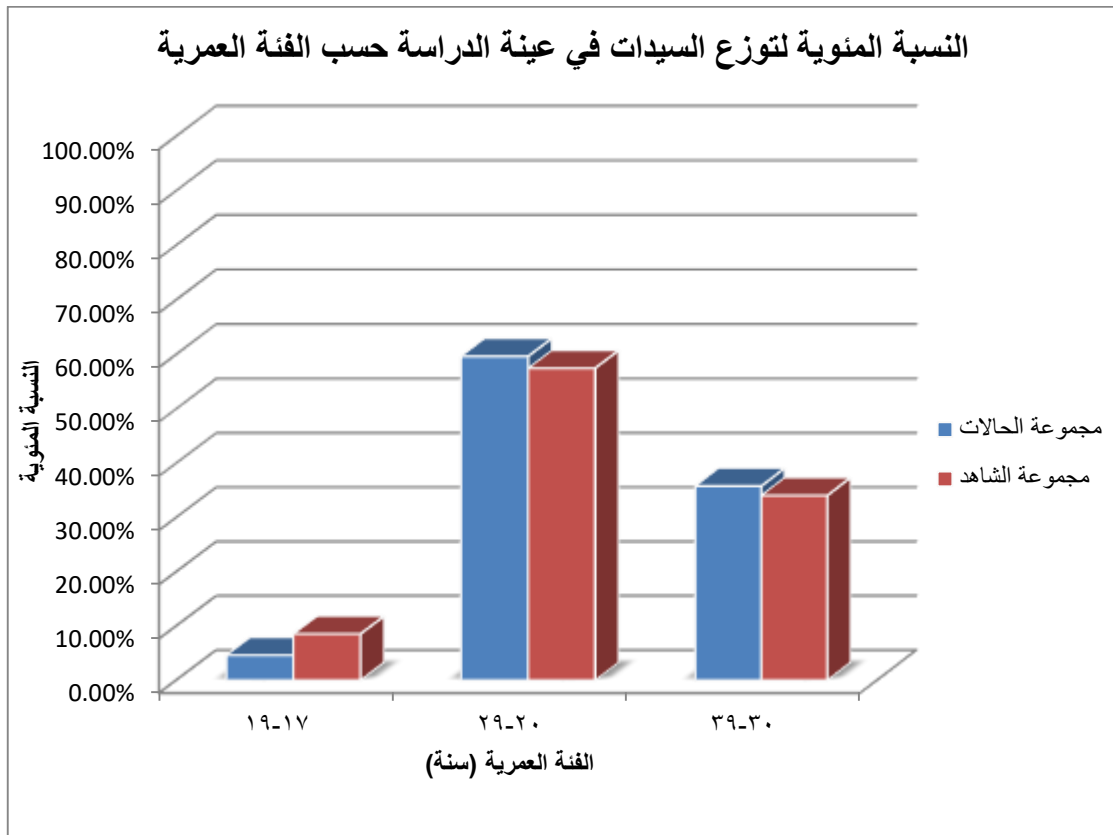
مخطط رقم (1) يمثل النسبة المئوية لتوزيع عينة الدراسة وفقاً للمجموعة المدروسة.

نتائج الاستقصاء عن دور عمر المريضة (بالسنوات) في نمط الولادة:

تم تقسيم المريضات في عينة الدراسة إلى فئات عمرية وفق الجدول رقم (١). وبلغ المتوسط الحسابي لأعمار المريضات في المجموعة الأولى $24,2 \pm 5,2$ سنة. أما المجموعة الثانية فقد بلغ المتوسط الحسابي لأعمارها $24,8 \pm 5,6$ سنة، ولم يكن هناك فارق مهم إحصائياً في عمر السيدة (بالسنوات) بين المجموعتين ($P>0.05$).

جدول (١): توزع السيدات في عينة الدراسة حسب الفئة العمرية لكل مجموعة والنسب المئوية.

الفئة العمرية	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد	
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية
١٩-١٧	٥	%٤,٥٩	٤	%٨,٥١
٢٩-٢٠	٦٥	%٥٩,٦٣	٢٧	%٥٧,٤٥
٣٩-٣٠	٣٩	%٣٥,٧٨	١٦	%٣٤,٠٤
المجموع	١٠٩	%١٠٠	٤٧	%١٠٠

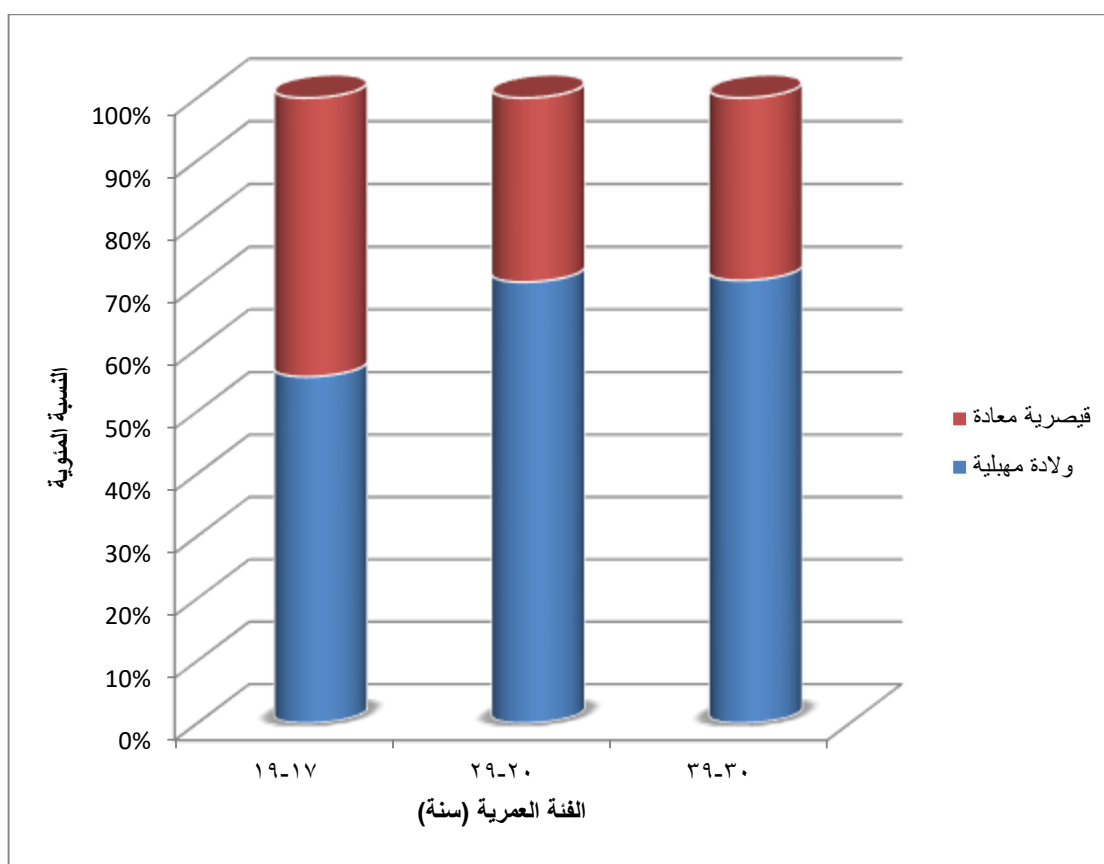


مخطط (٢) النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب العمر (بالسنوات) ضمن كل مجموعة

ولتحديد دور الفئة العمرية في حدوث الولادة المهبلية تم حساب النسبة المئوية لحدوث الولادة المهبلية ضمن كل فئة، حسب الجدول (٢). ونجد من الجدول أن السيدات في الفئة العمرية أقل من ٢٠ سنة كان لديهن ولادة مهبلية أقل مقارنة بباقي الفئات، ولكن لم يظهر التحليل الإحصائي فارق مهم لذلك.

جدول (٢): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة ضمن كل فئة عمرية في عينة الدراسة

الفئة العمرية	العدد (n)	ولادة مهبلية العدد (%)	قيصرية معادة العدد (%)
١٩-١٧	٩	٥ (٥٥,٥٦%)	٤ (٤٤,٤٤%)
٢٩-٢٠	٩٢	٦٥ (٧٠,٦٥%)	٢٧ (٢٩,٣٥%)
٣٩-٣٠	٥٥	٣٩ (٧٠,٩١%)	١٦ (٢٩,٠٩%)
المجموع	١٥٦	١٠٩ (٦٩,٨٧%)	٤٧ (٣٠,١٣%)



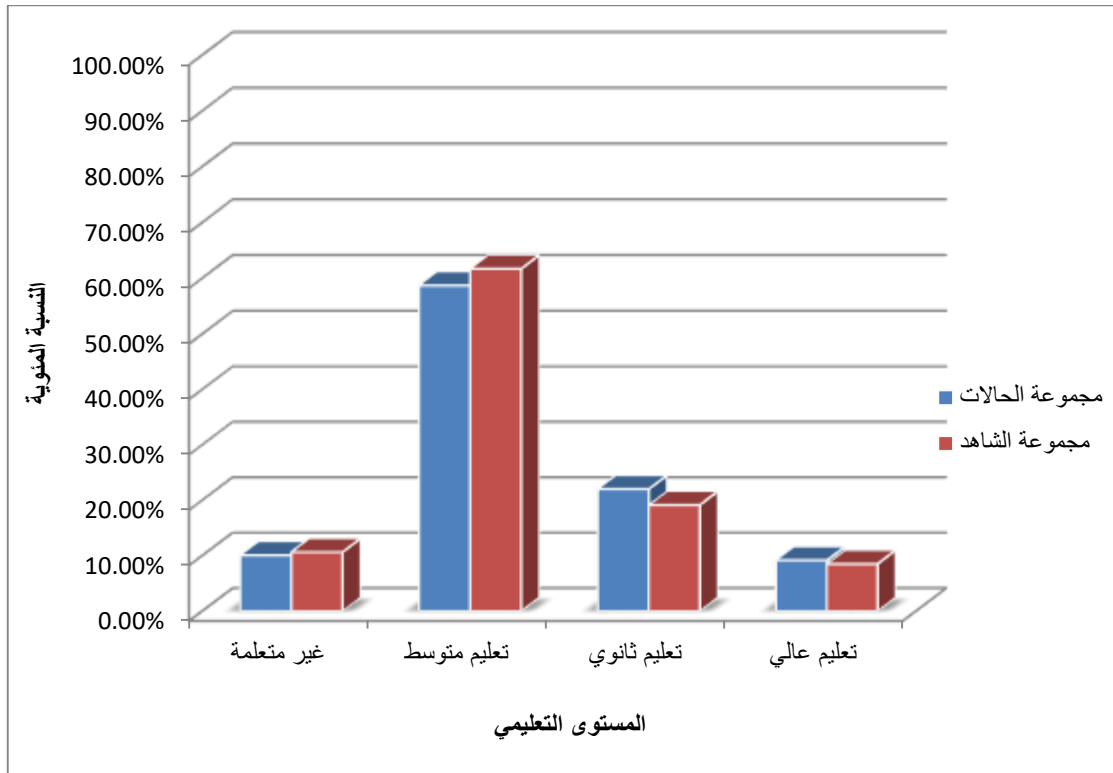
المخطط (٣) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية بعد قيصرية حسب الفئة العمرية ضمن عينة الدراسة

نتائج الاستقصاء عن دور مستوى المريضة التعليمي في نمط الولادة:

تم تقسيم عينة الدراسة إلى أربع فئات فرعية حسب المستوى التعليمي. ويبين الجدول (٣) والمخطط (٤) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي وفقاً للمجموعتين، ولم يكن هناك فارق إحصائي مهم في المستوى التعليمي بين المجموعتين ($P>0.05$).

جدول (٣): توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي للسيدة والنسب المئوية.

المستوى التعليمي	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد	
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية
غير متعلمة	١١	%١٠,٠٩	٥	%١٠,٦٤
تعليم متوسط	٦٤	%٥٨,٧٢	٢٩	%٦١,٧
تعليم ثانوي	٢٤	%٢٢,٠٢	٩	%١٩,١٥
تعليم عالي	١٠	%٩,١٧	٤	%٨,٥١
المجموع	١٠٩	%١٠٠	٤٧	%١٠٠



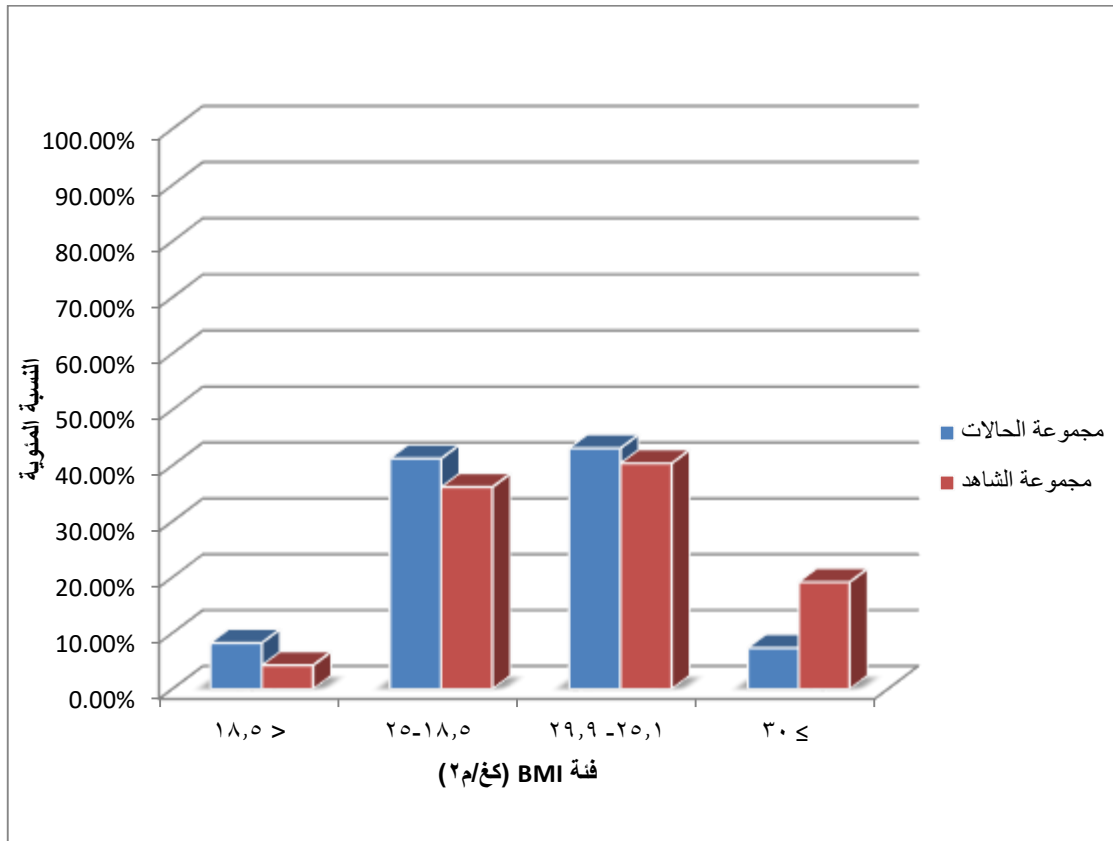
مخطط رقم (٤) يمثل النسبة المئوية لتوزيع السيدات في عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي للسيدة

نتائج الاستقصاء عن دور مشعر كتلة جسم السيدة (BMI) في نمط الولادة:

تم تقسيم السيدات وفق مشعر كتلة الجسم: الوزن/مربع الطول (BMI) إلى أربع فئات، ويستعرض الجدول (٤) والمخطط (٥) النتائج المسجلة.

جدول (٤): توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب فئة BMI لكل مجموعة والنسب المئوية.

فئة BMI	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد	
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية
$18,5 >$	٩	%٨,٢٦	٢	%٤,٢٥
$25-18,5$	٤٥	%٤١,٢٨	١٧	%٣٦,١٧
$29,9-25,1$	٤٧	%٤٣,١٢	١٩	%٤٠,٤٢
$30 \leq$	٨	%٧,٣٤	٩	%١٩,١٥
المجموع	١٠٩	%١٠٠	٤٧	%١٠٠

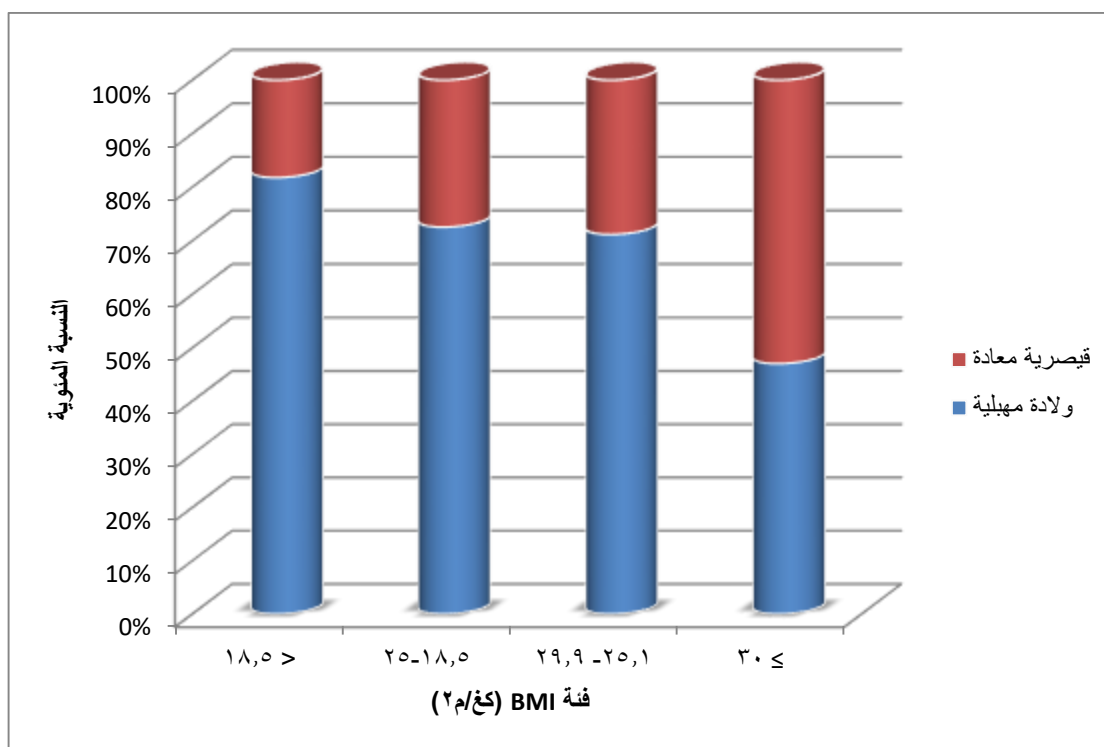


مخطط (٥) النسبة المئوية لتوزيع السيدات في عينة الدراسة حسب قيمة مشعر كتلة الجسم (كغ/م²) ضمن كل مجموعة

ولتحديد أهمية قيمة مشعر كتلة جسم السيدة في حدوث الولادة المهبلية تم حساب النسبة المئوية لحدوث الولادة المهبلية ضمن كل فئة وفق الجدول (٥).

جدول (٥): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة ضمن كل فئة BMI في عينة الدراسة

فئة BMI	العدد (n)	ولادة مهبلية العدد (%)	قيصرية معادة العدد (%)
$18,5 >$	١١	٩ (٨١,٨٢%)	٢ (١٨,١٨%)
$25-18,5$	٦٢	٤٥ (٧٢,٥٨%)	١٧ (٢٧,٤٢%)
$29,9-25,1$	٦٦	٤٧ (٧١,٢١%)	١٩ (٢٨,٧٩%)
$30 \leq$	١٧	٨ (٤٧,٠٦%)	٩ (٥٢,٩٤%)
المجموع	١٥٦	١٠٩ (٦٩,٨٧%)	٤٧ (٣٠,١٣%)



المخطط (٦) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية بعد قيصرية حسب فئة BMI ضمن عينة الدراسة

نلاحظ من الجدول والمخطط السابقين أن بدانة السيدة ($BMI \geq 30$) كانت عاملاً مهماً في فشل حدوث ولادة مهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة، لم يتحقق ذلك إلا لدى ٤٧,٠٦% من السيدات، وبإجراء التحليل الإحصائي لتحديد أهمية هذه الفروق وجد أن قيمة مستوى الدلالة أصغر من

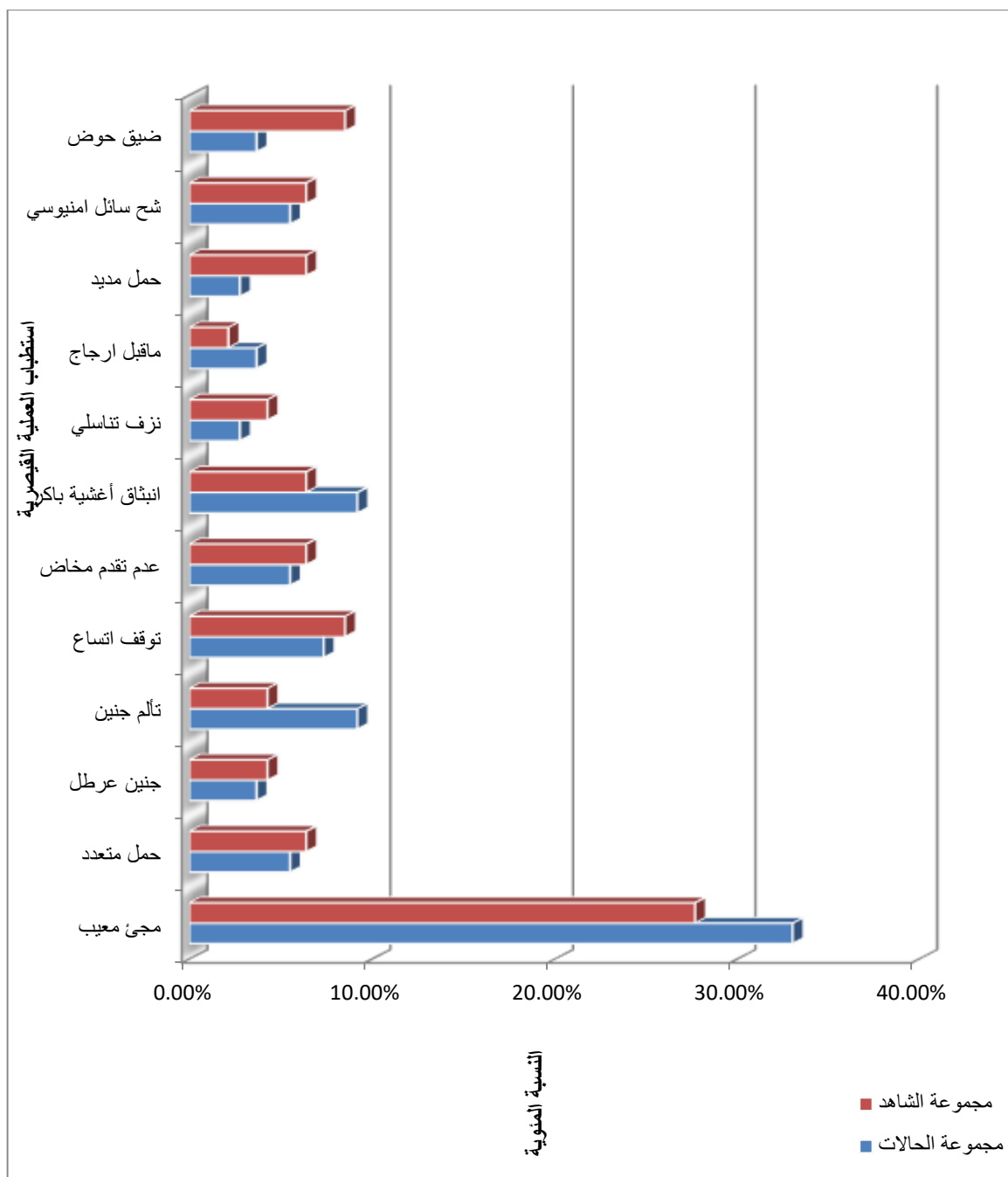
٠,٠٥.

نتائج الاستقصاء عن دور استطباب القيصرية السابقة في نمط الولادة:

يبين الجدول (٦) استطباب القيصرية السابقة، ونجد من الجدول أن المجنئات المعيبة كانت السبب الأول لإجراء القيصرية البدئية في المجموعتين وتلاها توقف الاتساع الثانوي، وتآلم الجنين، وانبثاق الأغشية الباكر.

جدول رقم (6) يبين النسب المئوية لاستطبابات العملية القيصرية السابقة في العينة وفقاً للمجموعات.

مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد		استطباب القيصرية السابقة
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
٣٣,٠٣%	٣٦	٢٧,٦٦%	١٣	مجيء معيب
٥,٥%	٦	٦,٣٨%	٣	حمل متعدد
٣,٦٧%	٤	٤,٢٦%	٢	جنين عرطل
٩,١٨%	١٠	٤,٢٦%	٢	تآلم جنين
٧,٣٤%	٨	٨,٥١%	٤	توقف اتساع ثانوي
٥,٥%	٦	٦,٣٨%	٣	عدم تقدم مخاض
٩,١٨%	١٠	٦,٣٨%	٣	انبثاق أغشية باكر
٢,٧٥%	٣	٤,٢٦%	٢	نزف تناسلي
٣,٦٧%	٤	٢,١٣%	١	ماقبل إرجاج/إرجاج
٢,٧٥%	٣	٦,٣٨%	٣	حمل مديد
٥,٥%	٦	٦,٣٨%	٣	شح سائل آمنوسي
٣,٦٧%	٤	٨,٥١%	٤	ضيق حوض
٨,٢٦%	٩	٨,٥١%	٤	أسباب أخرى أو غير معروفة
١٠٠%	١٠٩	١٠٠%	٤٧	المجموع



مخطط رقم (7) يبين النسب المئوية لاستطبابات العملية القيصرية السابقة في العينة.

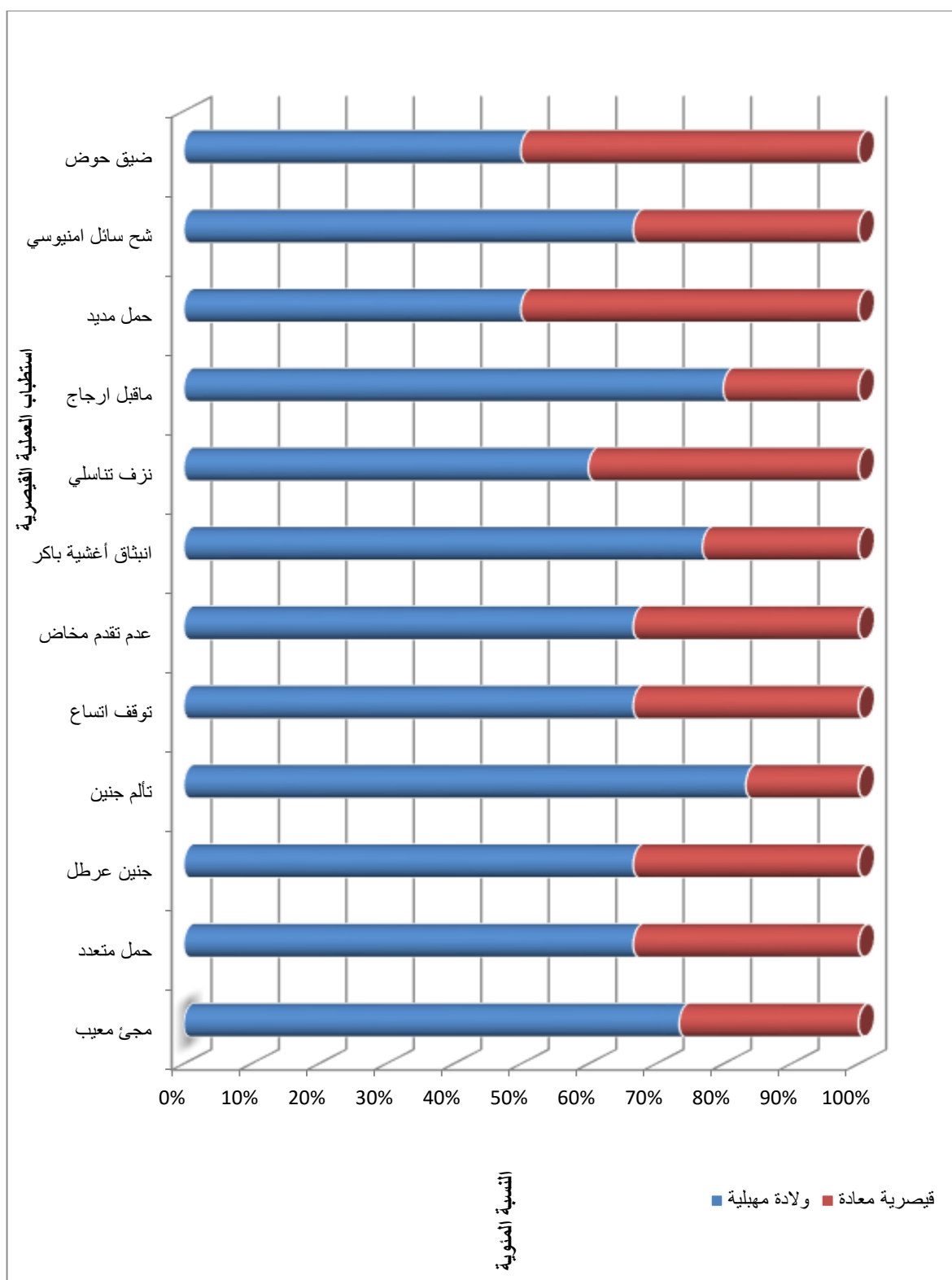
ولتحديد دور استطباب القيصرية السابقة في معدل الولادة المهبلية في الحمل الحالي تم تعيين الجدول التالي رقم (٧)، والمخطط (٨) المرافق له.

جدول (٧): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب استطباب القيصرية السابقة في عينة الدراسة

الاستطباب السابق	العدد (n)	ولادة مهبلية العدد (%)	قيصرية معادة العدد (%)
مجيء معيب	٤٩	٣٦ (٧٣,٤٧%)	١٣ (٢٦,٥٣%)
حمل متعدد	٩	٦ (٦٦,٦٧%)	٣ (٣٣,٣٤%)
جنين عرطل	٦	٤ (٦٦,٦٧%)	٢ (٣٣,٣٤%)
تألم جنين	١٢	١٠ (٨٣,٣٣%)	٢ (١٦,٦٧%)
توقف اتساع ثانوي	١٢	٨ (٦٦,٦٧%)	٤ (٣٣,٣٤%)
عدم تقدم مخاض	٩	٦ (٦٦,٦٧%)	٣ (٣٣,٣٤%)
انبثاق أغشية باكراً	١٣	١٠ (٧٦,٩٢%)	٣ (٢٣,٠٨%)
نزف تناسلي	٥	٣ (٦٠%)	٢ (٤٠%)
ماقبل إرجاج/إرجاج	٥	٤ (٨٠%)	١ (٢٠%)
حمل مديد	٦	٣ (٥٠%)	٣ (٥٠%)
شح سائل آمنوسي	٩	٦ (٦٦,٦٧%)	٣ (٣٣,٣٤%)
ضيق حوض	٨	٤ (٥٠%)	٤ (٥٠%)
أسباب أخرى أو غير معروفة	١٣	٩ (٦٩,٢٣%)	٤ (٣٠,٧٧%)
المجموع	١٥٦	١٠٩ (٦٩,٨٧%)	٤٧ (٣٠,١٣%)

من الجدول السابق نجد أن ٨٣,٣٣% من السيدات اللاتي أجري لهن قيصرية سابقة باستطباب تألم جنين قد ولدن مهلبياً في الحمل اللاحق.

وقد حدثت الولادة المهبلية في ٧٣,٤٧% من حالات المريضات باستطباب مجيء معيب، فيما لم يحدث ذلك إلا في نصف حالات السيدات مع استطباب حمل مديد، أو ضيق الحوض.



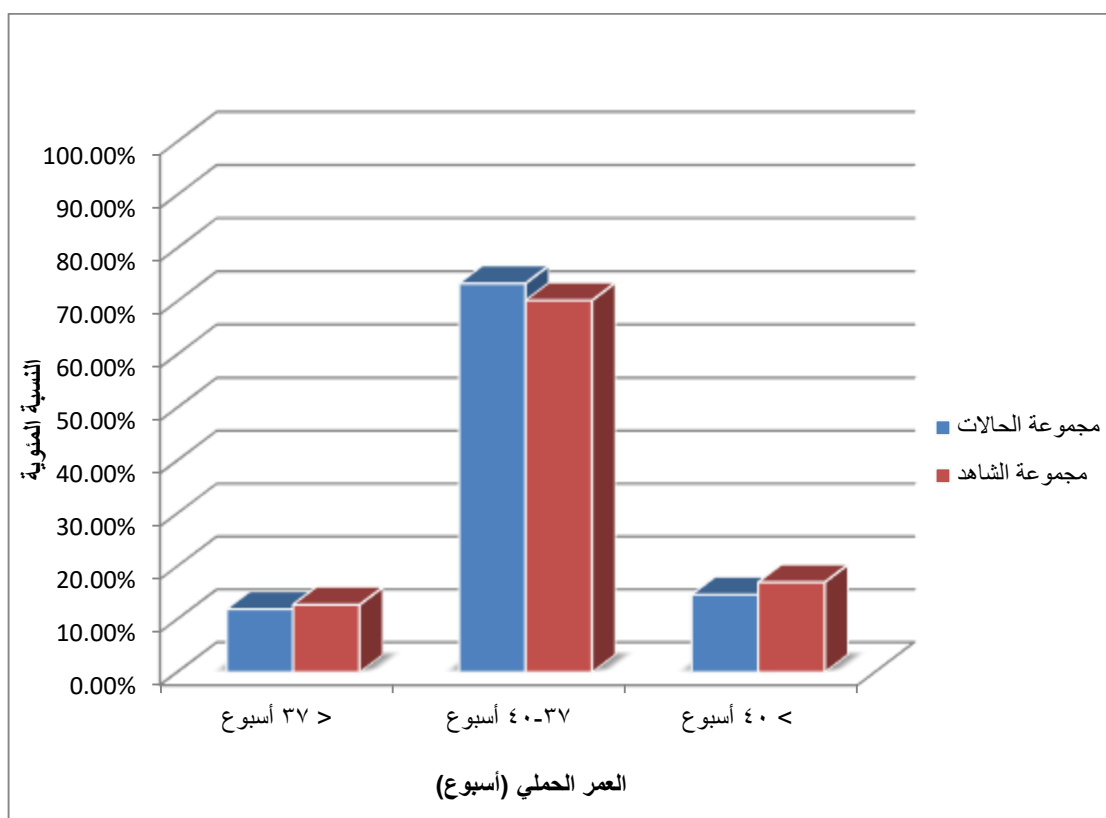
المخطط (٨) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية بعد قيصرية حسب استطباب القيصرية السابقة ضمن عينة الدراسة

نتائج الاستقصاء عن دور العمر الحملي (بالأسابيع) عند إجراء العملية القيصريّة السابقة في نمط الولادة:

كان يضم العمر الحملي عند إجراء العملية القيصريّة السابقة ٣ فئات، وتم تبويب سيدات العينة ضمنها وفق الجدول (٨).

جدول (٨): تكرارات والنسب المئوية للسيدات في عينة الدراسة حسب العمر الحملي عند إجراء القيصريّة السابقة.

العمر الحملي	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد	
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية
> ٣٧ أسبوع	١٣	١١,٩٣%	٦	١٢,٧٧%
٣٧-٤٠ أسبوع	٨٠	٧٣,٣٩%	٣٣	٧٠,٢١%
< ٤٠ أسبوع	١٦	١٤,٦٨%	٨	١٧,٠٢%
المجموع	١٠٩	١٠٠%	٤٧	١٠٠%

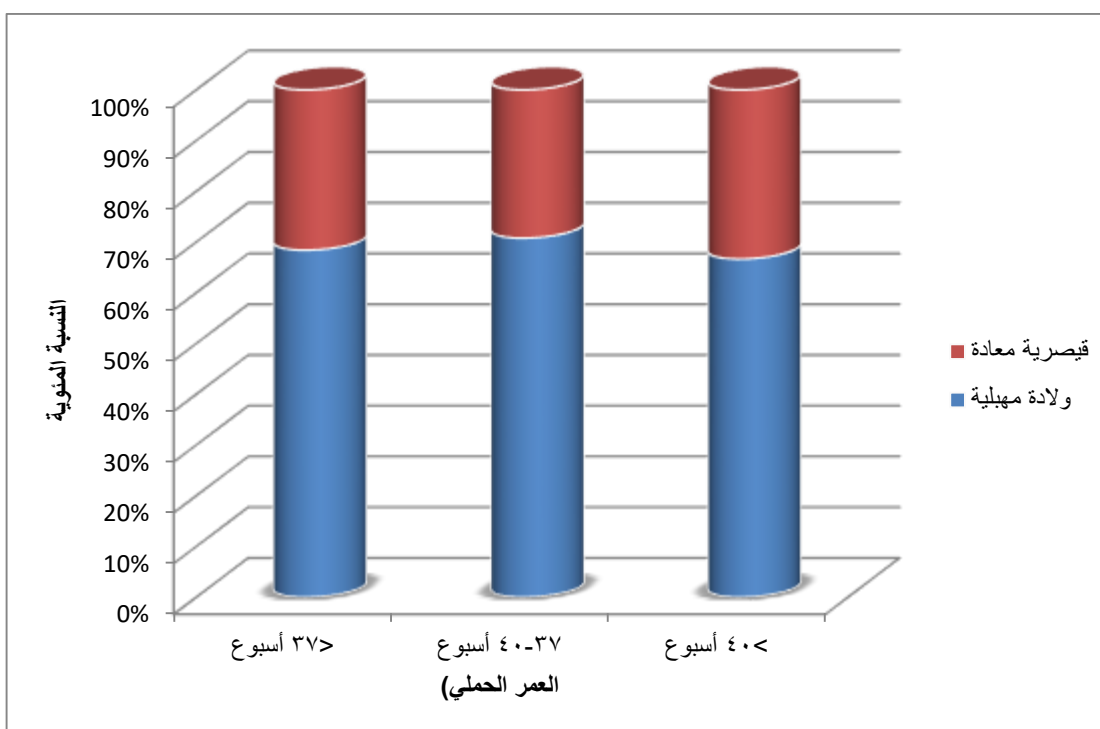


مخطط رقم (٩) يمثل النسبة المئوية لتوزيع السيدات في عينة الدراسة حسب العمر الحملي عند إجراء القيصريّة السابقة.

ولتحديد أهمية العمر الحملي عند إجراء القيصرية السابقة في حدوث الولادة المهبلية في الحمل اللاحق، تم إدراج الجدول (٩) الذي يحدّد النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية أو القيصرية ضمن كل فئة.

جدول (٩): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب فئة العمر الحملي عند إجراء القيصرية السابقة في عينة الدراسة

الفئة العمرية	العدد (n)	ولادة مهبلية العدد (%)	قيصرية معادة العدد (%)
> ٣٧ أسبوع	١٩	١٣ (٦٨,٤٢%)	٦ (٣١,٥٨%)
٣٧-٤٠ أسبوع	١١٣	٨٠ (٧٠,٧٩%)	٣٣ (٢٩,٢١%)
< ٤٠ أسبوع	٢٤	١٦ (٦٦,٦٧%)	٨ (٣٣,٣٣%)
المجموع	١٥٦	١٠٩ (٦٩,٨٧%)	٤٧ (٣٠,١٣%)



المخطط (١٠) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية بعد قيصرية حسب العمر الحملي عند إجراء القيصرية السابقة ضمن عينة الدراسة

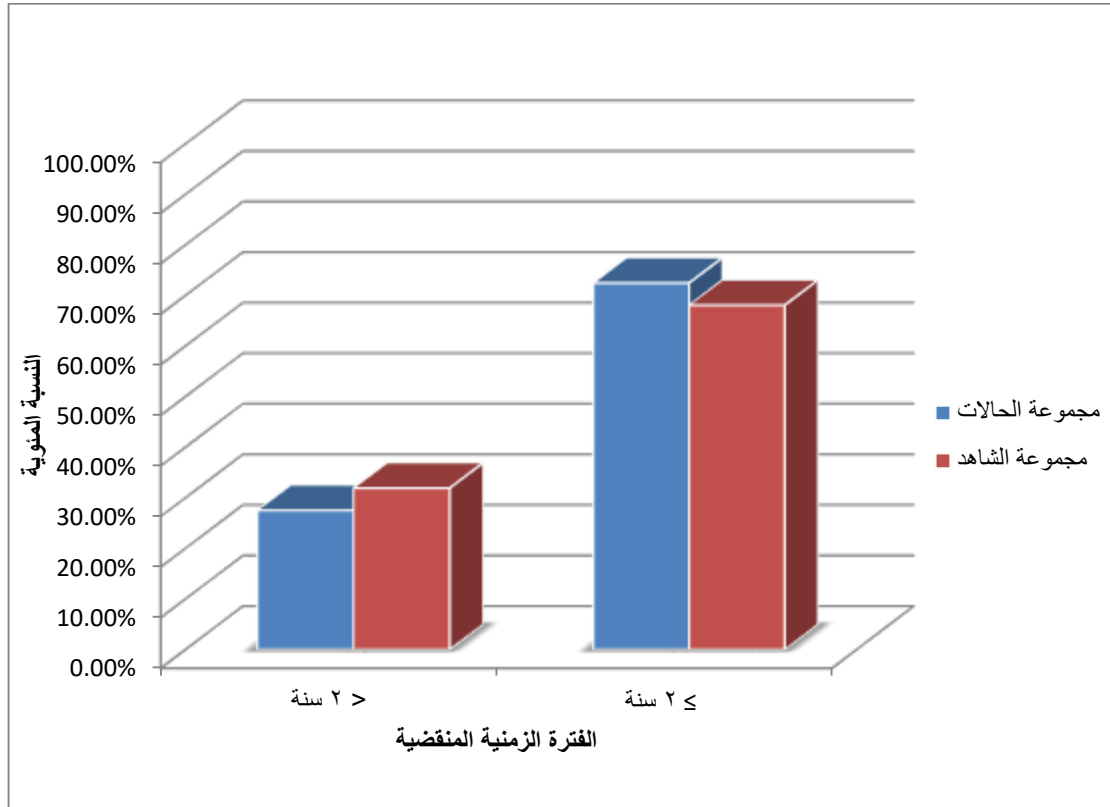
من الجدول نجد أن السيدات اللاتي أجريت لهن القيصرية السابقة بعمر حملي باكر (> ٣٧ أسبوع حملي)، أو متأخر (< ٤٠ أسبوع حملي) كان لديهن معدل ولادة مهبلية لاحقاً أقل من فئة تمام الحمل، من دون وجود أهمية إحصائية لذلك ($P > 0.05$).

نتائج الاستقصاء عن دور الفترة الزمنية المنقضية (بالسنوات) بعد القيصرية السابقة في نمط الولادة:

تم تقسيم السيدات بناء على الفترة المنقضية بعد القيصرية إلى فئتين وفق الجدول (١٠) والمخطط المرافق.

جدول (١٠): تكرارات والنسب المئوية للسيدات في عينة الدراسة حسب الفترة الزمنية المنقضية بعد القيصرية السابقة.

الفترة الزمنية	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد	
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية
> 2 سنة	٣٠	٢٧,٥٢%	١٥	٣١,٩١%
≤ 2 سنة	٧٩	٧٢,٤٨%	٣٢	٦٨,٠٩%
المجموع	١٠٩	١٠٠%	٤٧	١٠٠%

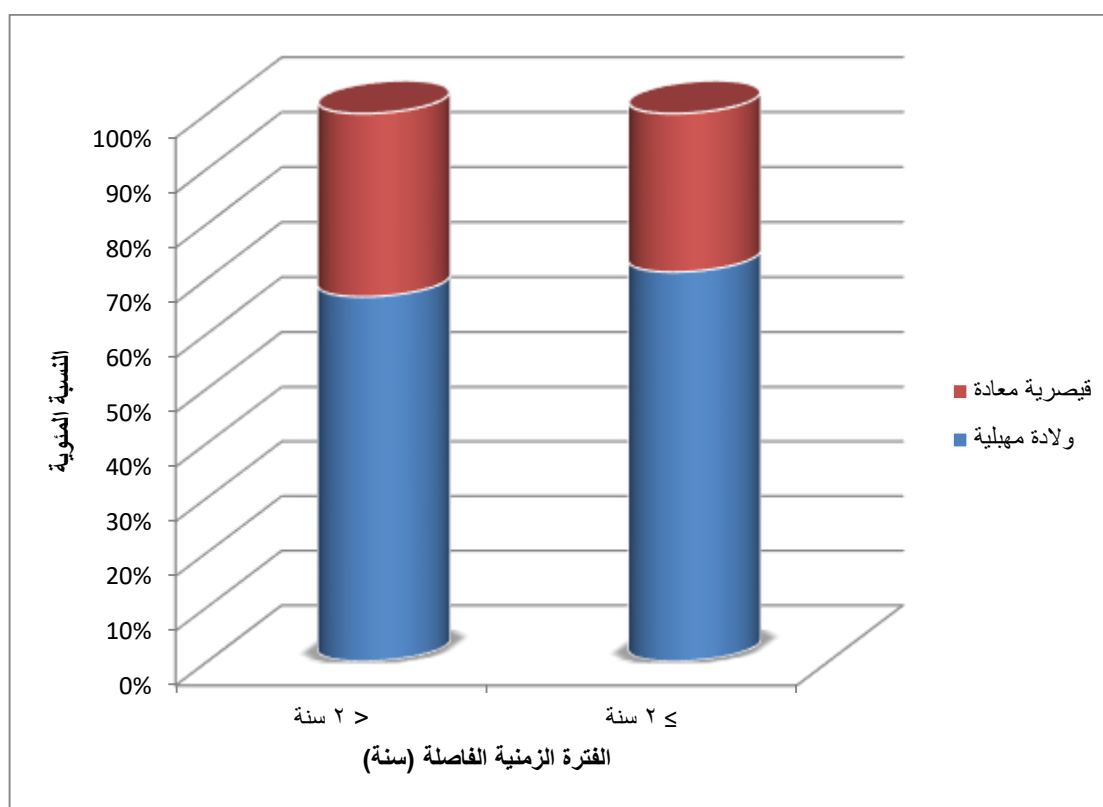


مخطط رقم (١١) يمثل النسبة المئوية لتوزيع السيدات في عينة الدراسة حسب الفترة الزمنية المنقضية بعد القيصرية السابقة.

ولتحديد أهمية هذا العامل تمت دراسة نسبة الولادة المهبلية والولادة القيصرية في كل فئة بشكل مستقل، ويبين الجدول (١١) النتائج التي تم تسجيلها، حيث نلاحظ أن تقارب الفترة الزمنية أقل من سنتين ترافق مع معدل أقل لنجاح الولادة المهبلية ولكن من دون أهمية إحصائية ($P>0.05$).

جدول (١١): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب الفترة الزمنية المنقضية بعد القيصرية السابقة في عينة الدراسة

الفترة الزمنية الفاصلة	العدد (n)	ولادة مهبلية العدد (%)	قيصرية معادة العدد (%)
> 2 سنة	٤٥	٣٠ (٦٦,٦٧%)	١٥ (٣٣,٣٣%)
≤ 2 سنة	١١١	٧٩ (٧١,١٧%)	٣٢ (٢٨,٨٣%)
المجموع	١٥٦	١٠٩ (٦٩,٨٧%)	٤٧ (٣٠,١٣%)



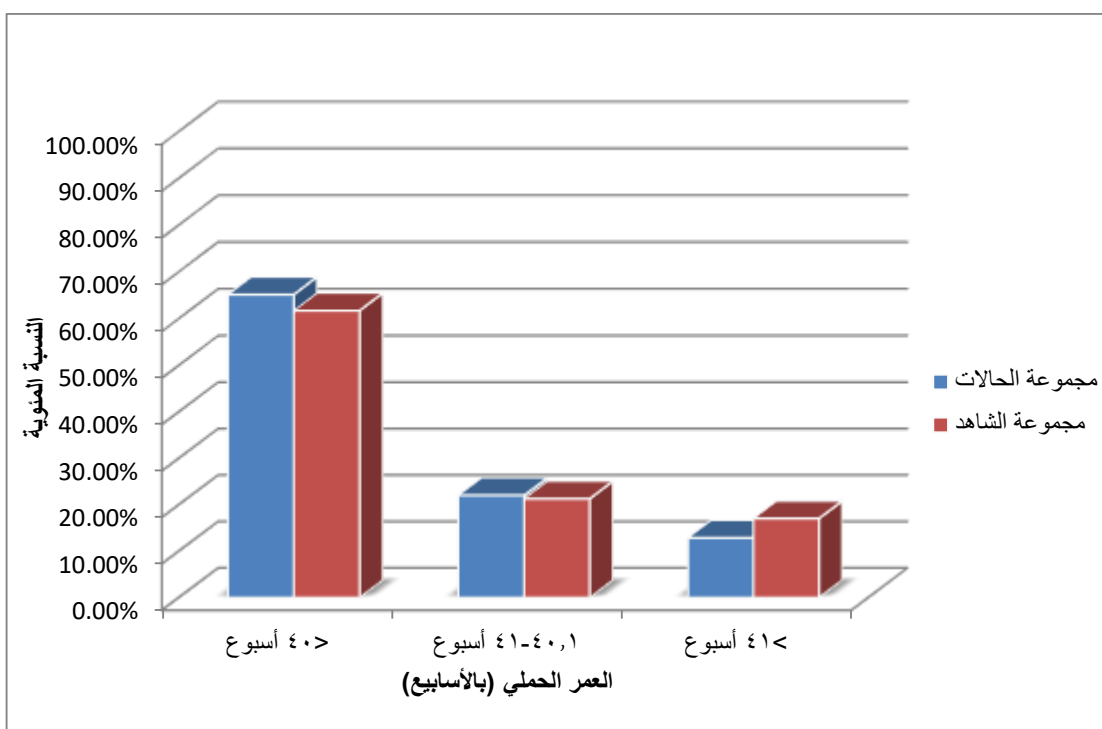
المخطط (١٢) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية بعد قيصرية حسب الفترة الزمنية المنقضية بعد القيصرية السابقة ضمن عينة الدراسة

نتائج الاستقصاء عن دور العمر الحملي (بالأسابيع) عند القبول في المشفى في نمط الولادة:

تم حساب العمر الحملي وفقاً لتاريخ آخر دورة طمثية أو تحديده بالدراسة الصدوية في المراحل الباكراً من الحمل، وبلغ متوسط العمر الحملي في المجموعة المدروسة نحو ٣٩,١ أسبوعاً حملياً، أما مجموعة الشاهد فقد بلغ المتوسط العمر الحملي ٣٩,٢ أسبوعاً حملياً. ويبين الجدول (١٢) توزيع مجموعتي الدراسة وفق فئات العمر الحملي عند القبول.

جدول (١٢): تكرارات والنسب المئوية للسيدات في عينة الدراسة حسب العمر الحملي (بالأسابيع) عند القبول في المشفى.

العمر الحملي	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد	
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية
> ٤٠ أسبوع	٧١	٦٥,١٤%	٢٩	٦١,٧٠%
٤٠,١ - ٤١ أسبوع	٢٤	٢٢,٠٢%	١٠	٢١,٢٨%
< ٤١ أسبوع	١٤	١٢,٨٤%	٨	١٧,٠٢%
المجموع	١٠٩	١٠٠%	٤٧	١٠٠%

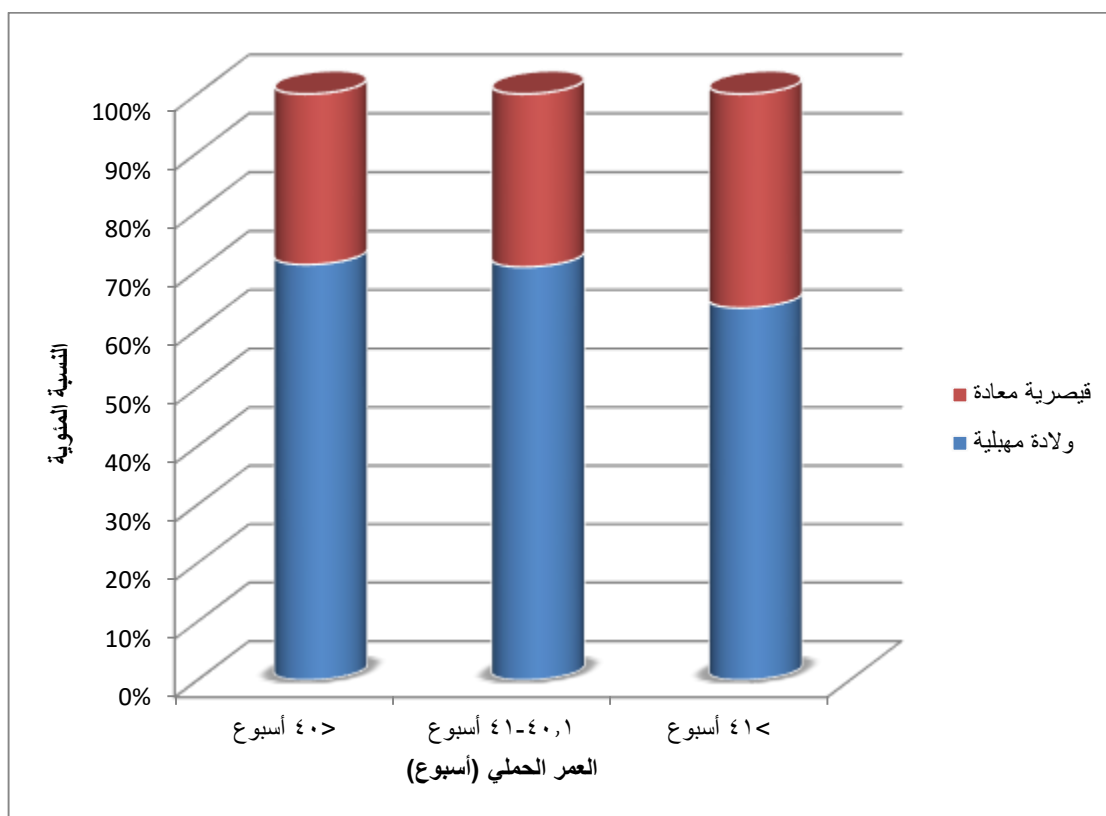


مخطط رقم (١٣) يمثل النسبة المئوية لتوزيع السيدات في عينة الدراسة حسب العمر الحملي عند القبول بالمشفى.

ولتحديد أهمية العمر الحملي عند القبول في المشفى في حدوث الولادة المهبلية في الحمل الحالي، تم إدراج الجدول (١٣) الذي يحدّد النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية أو القيصرية ضمن كل فئة ووجد أن السيدات مع عمر حملي أكبر من ٤١ أسبوعاً حملياً كان لديهن معدل قيصرية معادة أعلى من باقي الفئات.

جدول (١٣): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب فئة العمر الحملي عند القبول في المشفى في عينة الدراسة

العمر الحملي	العدد (n)	ولادة مهبلية العدد (%)	قيصرية معادة العدد (%)
> ٤٠ أسبوع	١٠٠	٧١ (٧١%)	٢٩ (٢٩%)
٤٠,١ - ٤١ أسبوع	٣٤	٢٤ (٧٠,٥٩%)	١٠ (٢٩,٤١%)
< ٤١ أسبوع	٢٢	١٤ (٦٣,٦٤%)	٨ (٣٦,٣٦%)
المجموع	١٥٦	١٠٩ (٦٩,٨٧%)	٤٧ (٣٠,١٣%)



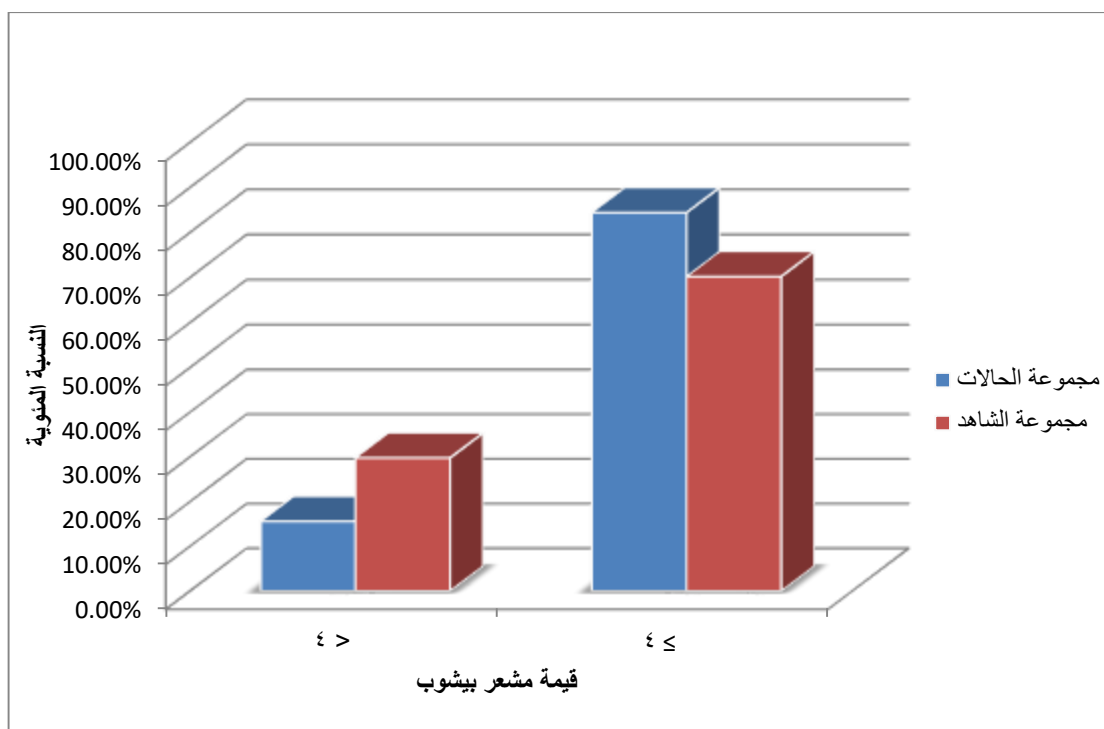
المخطط (١٤) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية والقيصرية المعادة بعد قيصرية حسب العمر الحملي عند القبول في الدراسة.

نتائج الاستقصاء عن دور قيمة مشعر بيشوب عند القبول في المشفى في نمط الولادة:

قسّمت قيم مشعر بيشوب عند القبول في المشفى إلى فئتين، ويستعرضها الجدول (١٤)، والمخطط المرافق.

جدول (١٤): تكرارات والنسب المئوية للسيدات في عينة الدراسة حسب قيمة مشعر بيشوب عند القبول في المشفى.

مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد		قيمة مشعر بيشوب
النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	
١٥,٦%	١٧	٢٩,٧٩%	١٤	$\epsilon >$
٨٤,٤%	٩٢	٧٠,٢١%	٣٣	$\epsilon \leq$
١٠٠%	١٠٩	١٠٠%	٤٧	المجموع



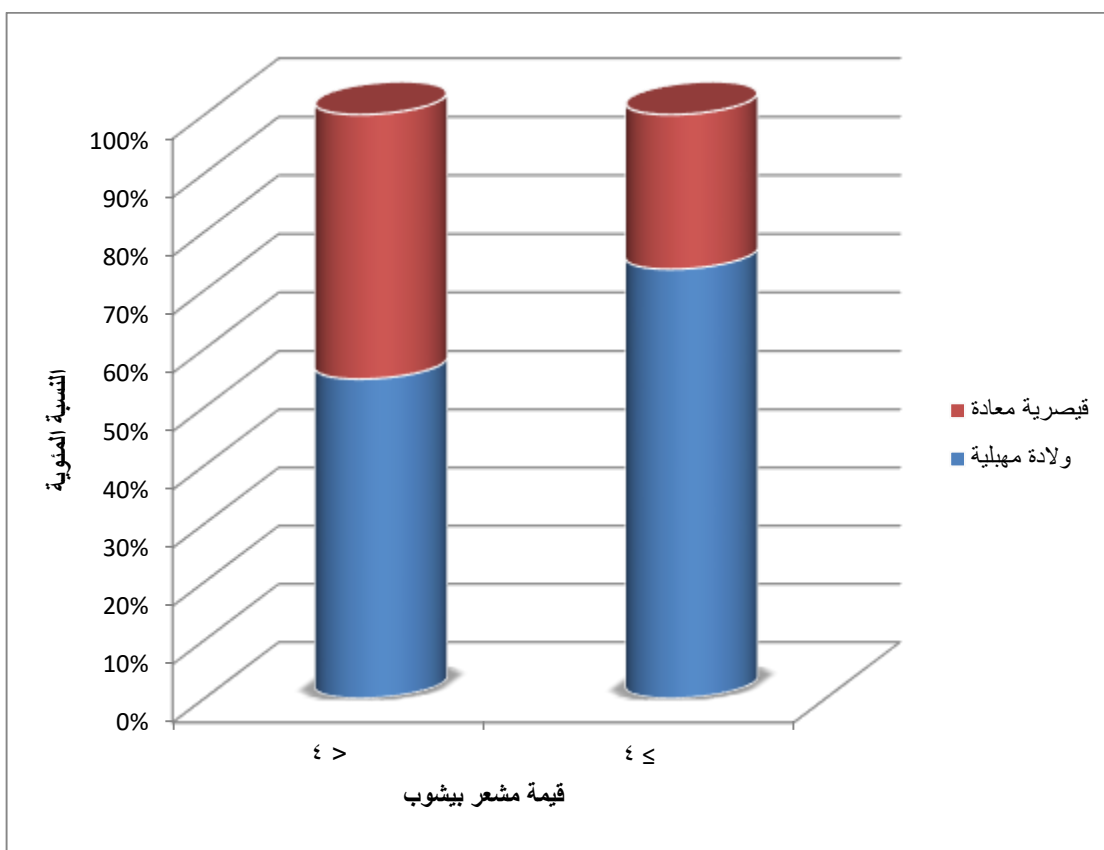
مخطط رقم (١٥) يمثل النسبة المئوية لتوزيع السيدات في عينة الدراسة حسب قيمة مشعر بيشوب عند القبول.

ولتحديد أهمية قيمة مشعر بيشوب البدئية تمت دراسة نسبة الولادة المهبلية والولادة القيصرية في كل فئة بشكل مستقل، ويبين الجدول (١٥) النتائج المحققة، ونلاحظ أن قيمة مشعر بيشوب المنخفضة (أقل من ٤) ترافقت مع معدل نجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية أقل من القيمة

المرتفعة، وبالتحليل الإحصائي وجد أهمية لذلك الفرق مع قيمة لمستوى الدلالة أصغر من ٠,٠٥.

جدول (١٥): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب قيمة مشعر بيشوب عند القبول في عينة الدراسة

قيمة مشعر بيشوب	العدد (n)	ولادة مهبلية	قيصرية معادة
		العدد (%)	العدد (%)
$\epsilon >$	٣١	١٧ (٥٤,٨٤%)	١٤ (٤٥,١٦%)
$\epsilon \leq$	١٢٥	٩٢ (٧٣,٦%)	٣٣ (٢٦,٤%)
المجموع	١٥٦	١٠٩ (٦٩,٨٧%)	٤٧ (٣٠,١٣%)



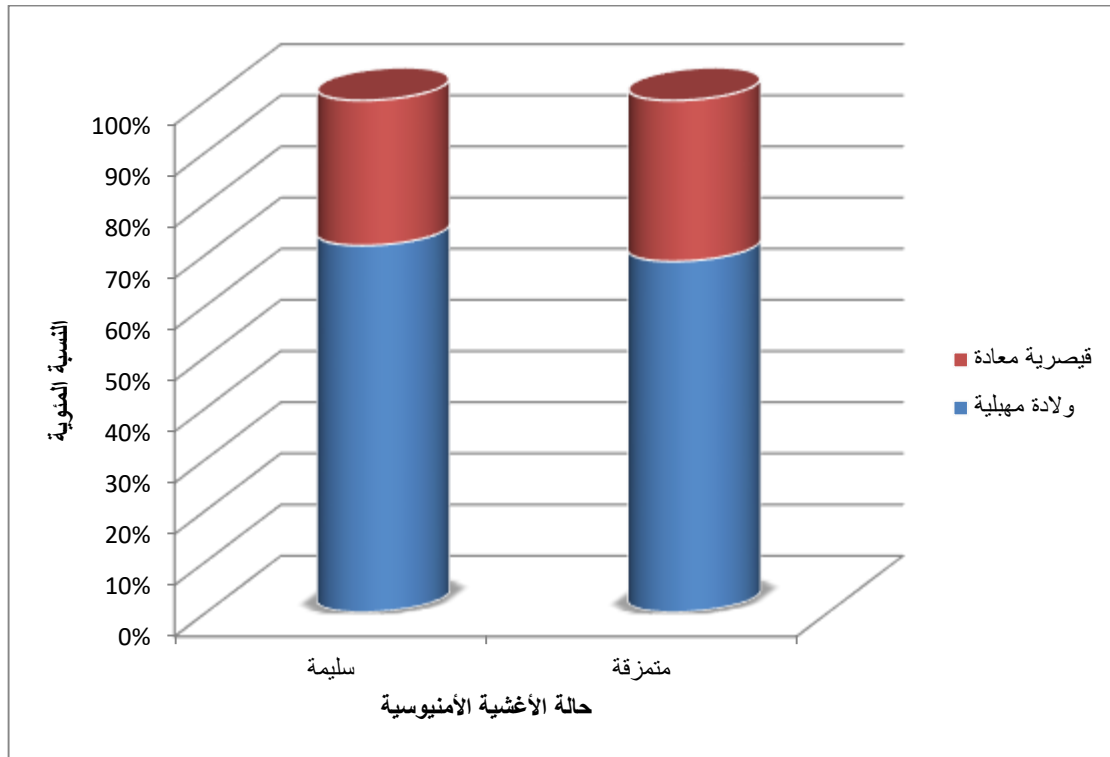
المخطط (١٦) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية بعد قيصرية حسب قيمة مشعر بيشوب عند القبول ضمن عينة الدراسة

نتائج الاستقصاء عن دور حالة الأغشية الأمنيوسية في نمط الولادة:

كان تقويم الأغشية الأمنيوسية عند القبول إما سليمة أو متمزقة. ويبين الجدول (١٦) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية أو القيصرية المعادة وفقاً لحالة الأغشية الأمنيوسية عند القبول في المجموعتين، وجد أن الأغشية الأمنيوسية السليمة عند القبول ترافقت بنسبة أعلى لنجاح تجربة المخاض وحدوث الولادة المهبلية بعد القيصرية ولكن لم يكن هناك فرق مهم إحصائياً لهذا الاختلاف ($P>0.05$).

جدول (١٦): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب حالة الأغشية الأمنيوسية عند القبول في عينة الدراسة

حالة الأغشية الأمنيوسية	العدد (n)	ولادة مهبلية العدد (%)	قيصرية معادة العدد (%)
سليمة	٦٧	٤٨ (٧١,٦٤%)	١٩ (٢٨,٣٦%)
متمزقة	٨٩	٦١ (٦٨,٥٤%)	٢٨ (٣١,٤٦%)
المجموع	١٥٦	١٠٩ (٦٩,٨٧%)	٤٧ (٣٠,١٣%)



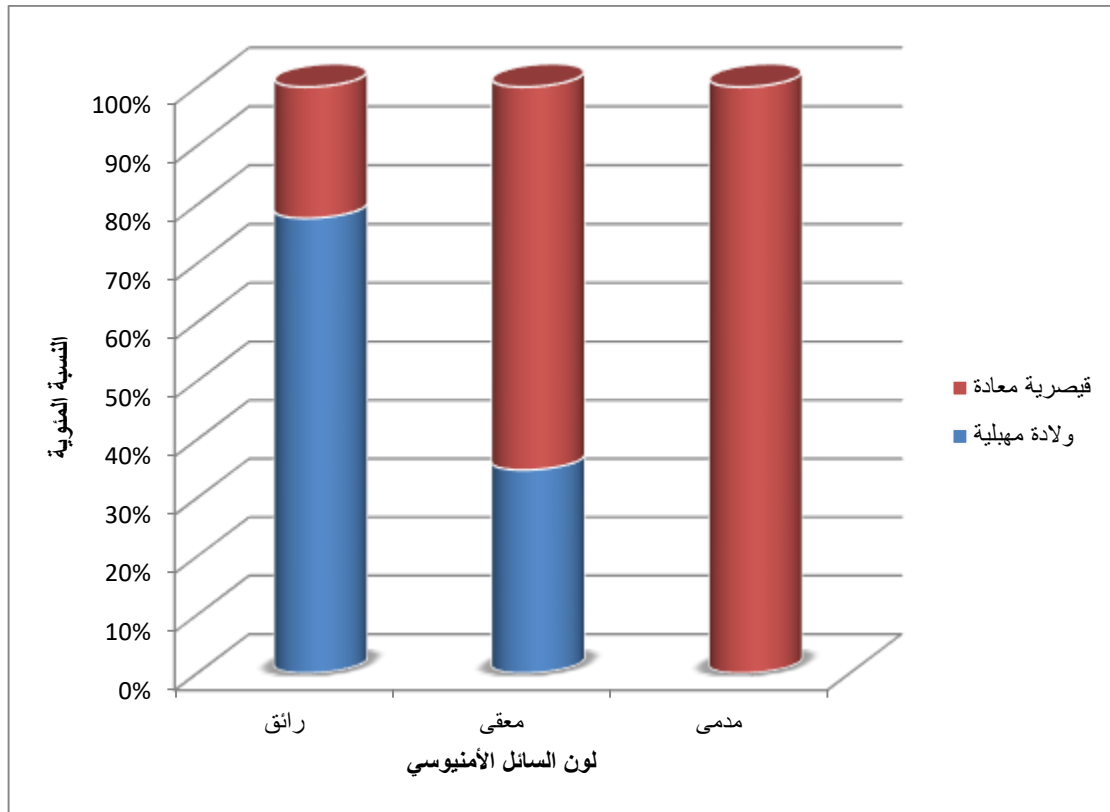
المخطط (١٧) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية بعد قيصرية حسب حالة الأغشية الأمنيوسية عند القبول ضمن عينة الدراسة

نتائج الاستقصاء عن دور لون السائل الأمنيوسي في نمط الولادة:

سجل لون السائل الأمنيوسي وفق أول تقويم عند القبول في حال تمزق الأغشية أو عند تمزقها أثناء سير المخاض. ويوضح الجدول (١٧) النتائج المسجلة.

جدول (١٧): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب لون السائل الأمنيوسي في عينة الدراسة

لون السائل الأمنيوسي	العدد (n)	ولادة مهبلية العدد (%)	قيصرية معادة العدد (%)
رائق	١٣٠	١٠١ (٧٧,٦٩%)	٢٩ (٢٢,٣١%)
معق	٢٣	٨ (٣٤,٧٨%)	١٥ (٦٥,٢٢%)
مدمى	٣	—	٣ (١٠٠%)
المجموع	١٥٦	١٠٩ (٦٩,٨٧%)	٤٧ (٣٠,١٣%)



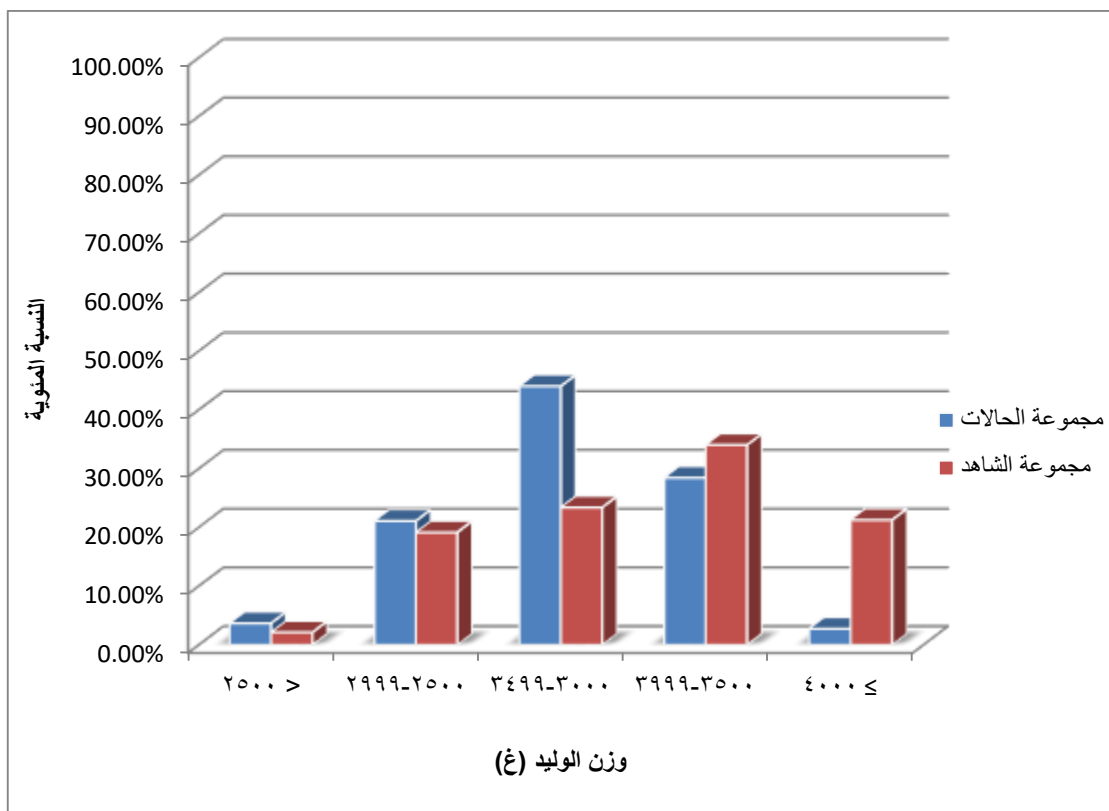
المخطط (١٨) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب لون السائل الأمنيوسي.

نتائج الاستقصاء عن دور وزن الوليد (بالغرام) عند الولادة:

تم حساب المتوسط الحسابي لوزن الولدان عند الولادة في المجموعتين وبلغ في مجموعة الحالات ٣٣٦٥ غراماً مع انحراف معياري يبلغ ٢٩٠ غرام. أما في مجموعة الشاهد فقد كان المتوسط الحسابي ٣٥٥٥ غراماً مع انحراف معياري يبلغ ٣١٥ غراماً. ويبين الجدول (١٨) توزيع السيدات في مجموعتي الدراسة وفق فئات وزن الوليد.

جدول (١٨): توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب وزن الولدان عند الولادة والنسب المئوية.

وزن الوليد (غرام)	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد	
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية
٢٥٠٠ >	٤	%٣,٦٧	١	%٢,١٣
٢٩٩٩-٢٥٠٠	٢٣	%٢١,١٠	٩	%١٩,١٥
٣٤٩٩-٣٠٠٠	٤٨	%٤٤,٠٤	١١	%٢٣,٤٠
٣٩٩٩-٣٥٠٠	٣١	%٢٨,٤٤	١٦	%٣٤,٠٤
٤٠٠٠ ≤	٣	%٢,٧٥	١٠	%٢١,٢٨
المجموع	١٠٩	%١٠٠	٤٧	%١٠٠

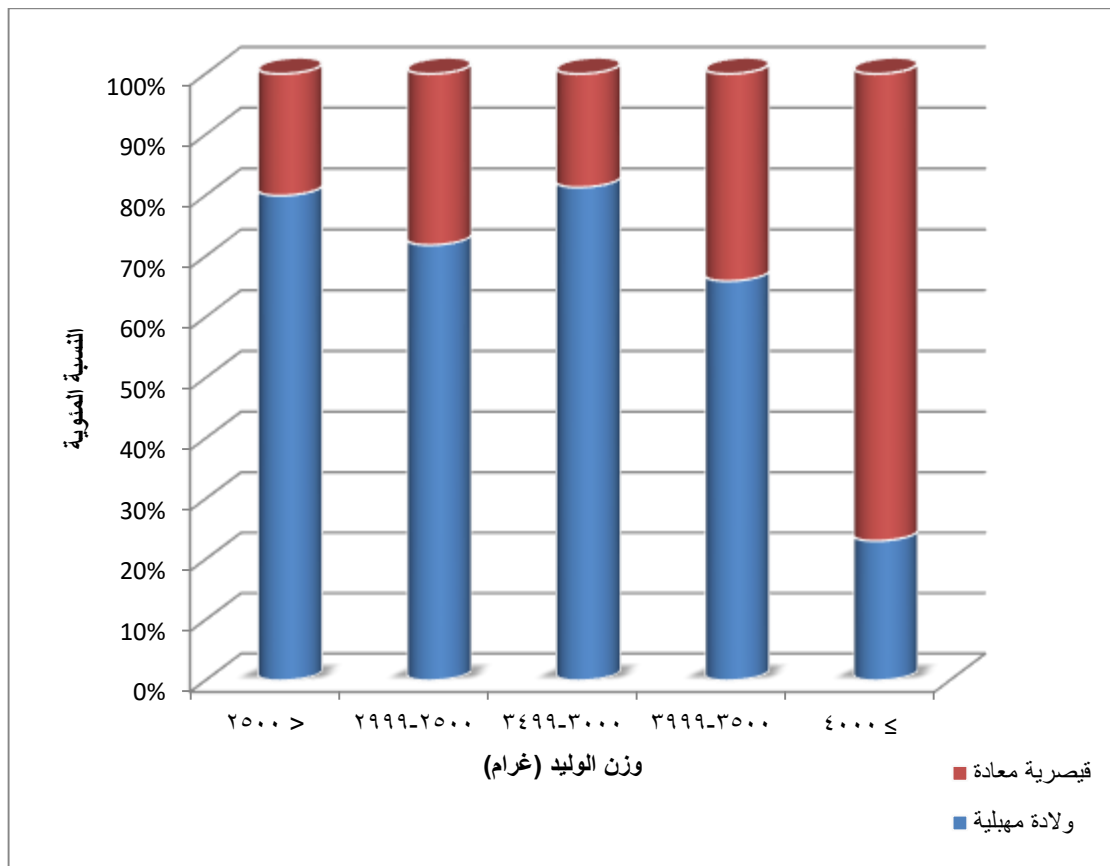


مخطط رقم (١٩) يمثل النسبة المئوية لتوزيع السيدات في عينة الدراسة حسب وزن الوليد

ولتحديد دور وزن الوليد في نجاح تجربة المخاض تم تبويب الجدول (١٩) الذي يظهر تكرارات الولادة المهبلية أو القيصرية المعادة ضمن كل فئة من فئات وزن الوليد، ويستعرضها المخطط (٢٠).

جدول (١٩): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب فئة وزن الوليد في عينة الدراسة

وزن الوليد (غ)	العدد (n)	ولادة مهبلية العدد (%)	قيصرية معادة العدد (%)
٢٥٠٠ >	٥	٤ (٨٠%)	١ (٢٠%)
٢٩٩٩-٢٥٠٠	٣٢	٢٣ (٧١,٨٨%)	٩ (٢٨,١٢%)
٣٤٩٩-٣٠٠٠	٥٩	٤٨ (٨١,٣٦%)	١١ (١٨,٦٤%)
٣٩٩٩-٣٥٠٠	٤٧	٣١ (٦٥,٩٦%)	١٦ (٣٤,٠٤%)
٤٠٠٠ ≤	١٣	٣ (٢٣,٠٨%)	١٠ (٧٦,٩٢%)
المجموع	١٥٦	١٠٩ (٦٩,٨٧%)	٤٧ (٣٠,١٣%)



المخطط (٢٠) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب وزن الوليد في الدراسة.

من الجدول والمخطط السابقين نجد أن أعلى معدل لنجاح تجربة المخاض و حدوث الولادة المهبليّة كان ضمن فئة وزن ٣٠٠٠-٣٤٩٩ غرام بنسبة مئوية بلغت ٨١,٣٦% من مجمل الفئة، وكان لهذا الفارق أهمية إحصائية ($P<0.05$).

بلغت نسبة الولادة المهبليّة ونجاح تجربة المخاض في فئة "وزن الوليد ≤ 4000 غرام" ٢٣,٠٨% من الفئة، وكان لهذه النسبة قيمة إنذارية مهمة لفشل تجربة المخاض ($P<0.05$).

لم يكن للفروق في باقي الفئات أهمية إحصائية.

مناقشة النتائج

ما يزال نمط الولادة بعد ولادة قيصرية سابقة موضع جدل ونقاش بين المؤيدين للدخول في تجربة المخاض والسماح بالولادة المهبليّة وبين مناصري القيصرية المعادة، ولكل تبريراته وموجباته. ولذلك درست عدة عوامل لتحديد أهميتها الإنذارية للتنبؤ بإمكانية الولادة المهبليّة، ووجدت دراسات متعددة أن أكثر عامل إنذاري ثابت هو وجود ولادات مهبليّة سابقة سواء قبل أو بعد القيصرية (٢٧-٥٣، ٤٦، ٣٦، ٣٠)، وبالتالي فإن الإشكالية أصبحت لدى السيدات اللاتي أجري لهن قيصرية بدئية في الحمل الماضي والآن هن حوامل للمرة الثانية؛ أي اللاتي قبلن بتشخيص "ماخض سوابق قيصرية لم تلد سواها".

أُجريت الدراسة في الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي في دمشق والذي تراجع نسبة جيدة من حالات حمل "سوابق قيصرية لم تلد سواها" لخوض تجربة ولادة مهبليّة.

تألّفت عينة الدراسة من ١٥٦ سيدة حققت شروط الدراسة، وقسمت العينة إلى مجموعتين مضبوطتين للمتغيرات المدروسة.

حدثت الولادة المهبليّة في ٦٩,٨٧% من الحالات، وهي أخفض من النسبة المئوية المسجلة في دراسات سابقة ٧٣% (١٩)، و ٧٤,٣٤% (٥٣)، و ٧٢,٥% (٥٤) ولكن هذه الدراسات اشتملت على كل مريضات سوابق القيصرية.

كان عمر السيدة الصغير (أقل من ٢٠ سنة) يحمل معدلاً أعلى لفشل تجربة المخاض وإجراء قيصرية معادة ولكن دون فارق مهم وهو ما يتوافق مع دراسة محلية سابقة والتي وجدت أن الفارق كان مهماً فقط بالنسبة لفئة العمر الأكبر من ٤٠ سنة ولكن لم تسجل أي حالة من هذه الفئة في الدراسة الحالية (٥٣)، بينما وجدت دراسة Oboron ورفاقه أن الفارق كان مهماً بالنسبة لعمر السيدة الصغير (٤٧) وكذلك دراسة Bujold ورفاقه (٥٥).

إن بدانة السيدة عامل إنذاري مهم في نجاح تجربة المخاض بعد قيصرية، لم تحدث الولادة المهبليّة إلا في ٤٧,٠٦% من حالات البدانة ($BMI \leq 30$ كغ/م^٢) وكان لذلك أهمية إحصائية

($P < 0.05$)، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة كل من Carroll و Hibbard ورفاقهما، وعفاف الأحمد (٤٤،٤٥،٥٣)، وإن البدانة عامل خطر مستقل لفشل تجربة المخاض حتى من دون وجود سابقة قيصرية، ويرتبط ذلك بترافقها بنسبة أعلى من شذوذات المخاض (٥٦).

درس ارتباط استطباب القيصرية السابقة في معدل حدوث الولادة المهبلية لاحقاً، ووجد أن المجنّات المعيبة كانت الاستطباب الأشيع للقيصرية السابقة وحدثت الولادة المهبلية في الحمل الحالي في ٧٣،٤٧% من هذه الحالات، وسجلت دراسة Wing ورفاقه أن معدل نجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية بسبب مجيء مقعدي يبلغ ٩١% (٣٦)، وفي دراسة عفاف الأحمد بلغ ٨١،٨١% (٥٣) ويعود انخفاض المعدل في الدراسة الحالية إلى تصميمها الذي استبعد سوابق ولادات مهبلية.

كان استطباب تألم الجنين أكثر الاستطبابات السابقة ترافقاً مع الولادة المهبلية (٨٣،٣٣% من الحالات) من دون وجود أهمية إحصائية، وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة Wing ورفاقه والتي سجلت معدل ولادة مهبلية يبلغ ٨٤% (٣٦).

أما بالنسبة للقيصريّات التي أجريت بسبب ضيق حوض فقد حدثت الولادة المهبلية في ٥٠% من الحالات، وبلغت في دراسة عفاف الأحمد السابقة ٤١،٣% من الحالات (٥٣) وإن هذا المعدل لحدوث الولادة المهبلية يعود للتشخيص غير الدقيق أول مرة، مما يستدعي إعادة التقييم الدقيق للحوض لدى السيدات مع سوابق قيصرية بسبب ضيق حوض.

كان العمر الحولي المبكر عند إجراء القيصرية السابقة أو بعد تمام الحمل والفترة الفاصلة بين الولادتين الأقل من سنتين مترافقة مع ولادة مهبلية أقل من المعدل العام من دون وجود أهمية لذلك، ويعود ذلك إلى زيادة سماكة القطعة السفلية في القيصريّات الباكرة، وازدياد نسبة القيصريّات الانتخابية من دون انتظار حدوث مخاض في حالة تأخر موعد الولادة وعدم السماح بالوقت الكافي للالتئام الكامل لعضلية الرحم في حالات تقارب الفترة الزمنية، مما يؤثر الاهتمام والترقب لإحتمالية انفتاح الندبة مما انعكس ازدياداً في معدل الولادة القيصرية المعادة، وسجلت نتائج مماثلة في دراسة كل من Shipp ورفاقه، وعفاف الأحمد (٤٠،٥٣).

كان العمر الحولي عند القبول أكبر من ٤١ أسبوعاً حلياً مترافقاً مع معدل أقل لنجاح تجربة المخاض مع حدوث ولادة مهبلية في ٦٣,٦٤% من الحالات من دون أن يكون له أهمية إحصائية، وورد ذلك في دراسة Flamm، ودراسة عفاف الأحمد (١٢,٥٣) وتم إرجاعه إلى ازدياد نسبة اضطراب نظم قلب الجنين وشح السائل الأمنيوسي المرافق وتعقيته.

دُرست عوامل متعلقة بالمخاض فكان وجود قيمة منخفضة لمشعر بيشوب (أقل من ٤) عاملاً إنذارياً مهماً لفشل تجربة المخاض واللجوء للقيصرية المعادة ولم تحدث الولادة المهبلية إلا في ٥٤,٨٤% من هذه الحالات ($P<0.05$)، مما يسترعي ضرورة إعطاء السيدة الوقت الكافي إن أمكن ذلك_ قبل إقرار فشل تجربة المخاض وبخاصة عند قبولها بشكل باكر في المشفى.

لم يكن لحالة الأغشية الأمنيوسية دور في نجاح تجربة المخاض أو فشلها. بينما كان دور لون السائل الامنيوسي مهم؛ إذ تم اللجوء لإجراء قيصرية معادة في كل حالات السائل الامنيوسي المدمى وكان الاشتباه بقرب تمزق الرحم أو انفكاك المشيمة مرتفعاً، أما السائل المعقى فقد كان يحمل خطر تألم الجنين وبالتالي الإساءة للإنذار الوليدي لذلك كان اللجوء للقيصرية المعادة في ٦٥,٢٢% من الحالات.

إن وزن الوليد أكبر من ٤٠٠٠ غرام عامل مهم في فشل تجربة المخاض بعد قيصرية سابقة ($P<0.05$) ولم تحدث الولادة المهبلية لدى هذه الفئة إلا في ٢٣,٠٨% من الحالات، وهذا الدور الإنذاري لوزن الوليد الكبير توافق مع نتائج دراسات Landon و Elkousy و Oboro ورفاقهم، وعفاف الأحمد (١٥,٤٢,٤٧,٥٣).

خلاصة:

ضمت عينة الدراسة ١٥٦ سيدة حامل قبلت في المشفى بتشخيص "ماخض ولود سوابق قيصرية لم تلد سواها".

بلغ معدل الولادة المهبليّة بعد سابقة قيصرية ٦٩,٨٧% من الحالات.

كانت بدانة السيدة الحامل، ووزن الوليد أكبر من ٤٠٠٠ غرام، وقيمة مشعر بيشوب منخفضة عوامل إنذارية مهمة في فشل تجربة المخاض ($P < 0.05$).

كان لكل من عمر السيدة والعمر الحملي عند إجراء القيصرية السابقة والفترة بين الولادتين والعمر الحملي الحالي دور في تحديد نجاح تجربة المخاض أو فشلها ولكن من دون وجود أهمية إحصائية ($P > 0.05$).

يقوم لون السائل الأمنيوسي بدور إنذاري مهم في تحديد استمرار تجربة المخاض أو اللجوء للقيصرية المعادة.

إن استطباب القيصرية السابقة يلعب دوراً في نجاح تجربة المخاض والسماح بحدوث الولادة المهبليّة.

التوصيات

- ✓ تقويم السيدات الماخضات مع سوابق قيصرية لم تلد سواها تقويماً دقيقاً عند قبولهن في المشفى وبخاصة مشعر كتلة الجسم، وزن الجنين، مشعر بيشوب .
- ✓ تحديد وزن الجنين المتوقع بالصدى واللجوء للقيصرية المكررة عند وزن اكبر أو يساوي ٤ كغ .
- ✓ أفضلية اجراء قيصرية مكررة في حال بدانة السيدة (BMI أكبر أو يساوي ٣٠) أو العمر المتقدم لها .
- ✓ في حال مشعر بيشوب منخفض أو سائل أمينوسي معقى اللجوء إلى القيصرية المعادة .
- ✓ دراسة العوامل الانذارية التي تتداخل في نجاح أو فشل تجربة المخاض لكل حالة بشكل مستقل للوصول للقرار الأسلم والأفضل .

المراجع

1. Khawaja M, Choueiry N, Jurdi R. Hospital-based caesarean section in the Arab region: an overview. *East Mediterr Health J.* 2009; 15(2): 458-69.
2. وليد حمود. نسبة العملية القيصرية واستطباباتها في مشفى التوليد الجامعي بدمشق دراسة راجعة ٢٠٠٨-٢٠١٠، رسالة ماجستير بإشراف أ.د. بشار الكردي، كلية الطب البشري، جامعة دمشق ٢٠١١
3. ملك الصوان. دراسة حول أسباب القيصرية لدى الخروسات في مشفى التوليد الجامعي، رسالة ماجستير بإشراف أ.د. محمد نذير ياسمينه، كلية الطب البشري، جامعة دمشق، ٢٠١٢
4. 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.
5. 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*.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Cesarean Delivery Rates: Evaluation of cesarean delivery. 2000.
7. Martel JR. maternal age and primary cesarean section rates. *AMJ O.G* 1997; 156: 305.
8. Glezerman M. five years to the term breech trial. The rise and fall of a randomized controlled trial. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2006; 194: 20 25.
9. Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY Williams obstetrics 23th ed. New York: Mc Grow Hill. 2010
10. Gupta JK, Nikodem VC. Women's position during the second stage of labor. In the Cochrane Library, 2000 (issue 4. Update software: Oxford).

11. Jackson.N. indications and complicatiouns of cesarean section. Prestol. H. 2007; 11: 112-314.
12. Flamm BL. Once a cesarean, always a controversy. *Obstet Gynecol*, 1997; 90:312
13. 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.
14. Chauhan, SP, Martin, JN Jr, Henrichs, CE, et al. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: A review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 189:408; 2003.
15. 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.
16. Mozurkewich, EL, Hutton, EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol* 183:1187, 2000.
17. Smith GC, Pell JP, Cameron AD, et al. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. *JAMA* 2002; 287:2684.
18. Wen SW, Huang L, Liston R, et al: Severe maternal morbidity in Canada, 1991-2001. *CMAJ* 173:759, 2005.
19. Rossi AC, D'Addario V: Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: A systematic review with meta analysis. *Am J Obstet Gynecol* 199(3):224, 2008.
20. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 335:689, 1996.
21. El-Sayed YY, Watkins MM, Fix M, et al: Perinatal outcomes after successful and failed trials of labor after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 196:583.e1, 2007.
22. Abitbol MM, Castillo I. Taylor UB, et al. Vaginal birth after cesarean section: The patient's point of view. *Am Fam Physician* 1993; 47: 121.
23. American Academy of Pediatrics and the American Collage of Obstetricains and Gynecologists: Guidelines for Perinatal Care. 5th ed, Elk Grow, III, ,American Academy of Pediatrics, 2002.
24. Flamm, BL, Goings, JR, Liu, Y, Wolde-Tsadik, G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A prospective multicenter study. *Obstet Gynecol* 83:927, 1994
25. American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG Practice Bulletin: vaginal birth after previous cesarean. *Obstet Gynecol*; 2004;104:203.
26. Hashima N, Eden KD, Osterweil P, et al. Predicting vaginal birth after cesarean delivery: A review of prognostic factors and screening tools. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:547.
27. Mercer BM, Gilbert S, Landon MB, et al. Labor outcomes with increasing number of prior vaginal births after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2008; 111:285.

28. Cahill AG, Stamilio DM, Odibo A, et al. Is vaginal birth after cesarean (VBAC) or elective repeat cesarean safer in women with a prior vaginal delivery? *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:1143.
29. Bashiri A, Burstein E, Rosen S, Smolin A, Sheiner E, Mazor M. Clinical significance of uterine scar dehiscence in women with previous cesarean delivery: prevalence and independent risk factors. *J Reprod Med.* 2008; 53(1):8-14
30. Gupta A, Nanda S. Uterine rupture in pregnancy: a five-year study. *Archives of gynecology and obstetrics.* 2011; 283(3), 437-441,
31. Ali AM, Abu-Heija AT. Obstetric and perinatal outcome of women para $\geq$ or = 5 including one lower segment cesarean section. *J Obstet Gynaecol Res.* 2002; 28(3):163-5
32. Chauhan SP, Magann EF, Wiggs CD, et al. Pregnancy after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2002; 100:408.
33. Ravasia DL, Brain PH, Pollard IK: Incidence of uterine rupture among women with mullerian duct anomalies who attempt vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 181 :877, 1999
34. Durnwald, C, Mercer, B. Uterine rupture, perioperative and perinatal morbidity after single-layer and double-layer closure at cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:925.
35. Bujold E, Hamilton C et al. The impact of a single-layer or double-layer closure on uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol*; 2002;186:1326.
36. Wing DA, Paul RH: Vaginal birth after cesarean section: Selection and management. *Clin Obstet Gynecol* 42:836, 1999
37. Peaceman AM, Gersnoviez R, Landon MB, et al. The MFMU cesarean registry: Impact of fetal size on trial of labor success for patients with previous cesarean for dystocia. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:1127
38. Hoskins IA, Gomez JL. Correlation between maximum cervical dilatation at cesarean delivery and subsequent vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1997 89:591
39. Dicle H, Kucukler C, Pirnar T: Magnetic resonance imaging evaluation of incision healing after cesarean sections. *EurRadiol* 1997; 7: 31
40. Shipp, TD, Zelop, CM, Repke, JT, Cohen, A. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. *Obstet Gynecol* 2001;97:175.
41. Stamilio DM, DeFranco E, Paré E, et al. Short interpregnancy interval. Risk of uterine rupture and complications of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2007; 110, 1075.
42. Elkousy, MA, Sammel, M, Stevens, E, Peipert, JF. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:824.
43. Ford AA, Bateman BT, Simpson LL. Vaginal birth after cesarean delivery in twin gestations: A large, nationwide sample of deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:1138.

44. Carroll CS, Sr, Magann, EF, Chauhan, SP, *et al.* Vaginal birth after cesarean section versus elective repeat cesarean delivery: Weight-based outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 188:1516 ; 2003.
45. Hibbard JU, Gilbert S, Landon MB, et al. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 108:125.
46. Smith GC, White IR, Pell JP, Dobbie R. Predicting cesarean section and uterine rupture among women attempting vaginal birth after prior cesarean section. *PLoS Med.* 2005; 2(9):e252.
47. Oboro V, Adewunmi A, Olagbuji B, Ezeanochie M, Oyeniran A. Morbidity associated with failed vaginal birth after cesarean section. *Acta Obstetricia et Gynecologica.* 2010; 89: 1229–1232.
48. Klemetti R, Che X, Gao Y, Raven J, Wu Z, Tang S, Hemminki E. Cesarean section delivery among primiparous women in rural China: an emerging epidemic. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 202(1):65.e1-6.
49. Tamim H, El-Chemaly SY, Nassar AH, Aaraj AM, Campbell OM, Kaddour AA, Yunis KA; National Collaborative Perinatal Neonatal Network. Cesarean delivery among nulliparous women in Beirut: assessing predictors in nine hospitals. *Birth.* 2007; 34(1):14-20
50. Menacker F, Declercq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. *Semin Perinatol* 2006; 30(5):235
51. Tang S, Li X, Wu Z. Rising caesarean delivery rate in primiparous women in urban China: evidence from three nationwide household health surveys. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195: 1527-32.
52. Dunne C, Da Silva O, Schmidt G, Natale R. Outcomes of elective labour induction and elective caesarean section in low-risk pregnancies between 37 and 41 weeks' gestation. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009; 31(12): 1124-30
53. عفاف الاحمد. الولادة الطبيعية عقب ولادة قيصرية واحدة"، رسالة ماجستير بإشراف أ.د. خالد مرعشلي، كلية الطب البشري، جامعة دمشق، ٢٠٠٧
54. Omole-Ohonsi A, Muhammad Z, Iliyasu Z. Value of partogram in vaginal birth after caesarean section. *J Obstet Gynaecol.* 2007 Apr;27(3):264-6.
55. Bujold E, Hammoud AO, Hendler I, et al. Trial of labor in patients with a previous cesarean section: Does maternal age influence the outcome?. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:1113.
56. رولا البقاعي. تأثير مشعر كتلة الجسم الوالدي على الحمل والمخاض-دراسة مقطعية في دار التوليد، رسالة ماجستير بإشراف أ.د. بشار الكردي، كلية الطب البشري، جامعة دمشق ٢٠١٣

الملاحق

الملحق الأول

استبيان الدراسة

ورقة استبيان دراسة بعنوان:

العوامل الانذارية لحدوث الولادة المهبلية عقب ولادة قيصرية واحدة لدى سيدات لم يلدن سواها

المجموعة: حالات: شاهد:

رقم الاضبارة:.. تاريخ القبول:

اسم السيدة: العمر:

المستوى التعليمي:

وزن السيدة: الطول: BMI:

الحمل الماضي:

استطباب القيصرية السابقة:

العمر الحلمي عند إجراء القيصرية السابقة:

الفترة المنقضية منذ القيصرية السابقة:

الحمل الحالي:

العمر الحلمي:

الفحص المهبلي:

مشعر بيشوب:

لون السائل الأمنيوسي:

استطباب القيصرية الحالية:

وزن الوليد:

الملحق الثاني

مشعر بيشوب

Factor					
Score	Dilatation (cm)	Effacement (Percent)	Station (-3 to +2)	Cervical Consistency	Cervical Position
0	Closed	0-30	-3	Firm	Posterior
1	1-2	40-50	-2	Medium	Midposition
2	3-4	60-70	-1	Soft	Anterior
3	≥5	≥80	+1, +2	—	—

مقتبس من Cunningham FG, et al., Williams obstetrics 23th ed. 2010

النهاية