جامعة دمشق

كلية الطب البشري

قسم التوليد وأمراض النساء

تمزّق عنق الرّحم بعد الولادة الطبيعية

أسبابه و العوامل المؤهبة

Intrapartum cervical lacerations:

Causes , risk factors.

بحث علمي أعدّ للحصول على شهادة الدراسات العليا التخصصيّة

في التوليد وأمراض النساء في مشفى التّوليد الجامعي بدمشق

2013

بإشراف **ورئاسة**

الأستاذ الدّكتور عماد الدّين التّنوخي **الأستاذ الدّكتور جميل طالب**

إعداد الدّكتورة أسماء المنصور

الاهداء

إلى من عمل بكل صبر دون شكوى أو سأم
واحتضن الكون
وجمع الحب والحنان والعظمة والحزم
إلى من علمنا أبجدية الحياة والموت و زرع في نفوسنا القيم
إلى من طاولته الجبال لتصل إلى جبينه الأشم
إلى الفكر الخالد فينا خلود الحياة
إلى الروح الطاهرة التي عانقت الجنة من أوسع أبوابها
كلماتي و دموعي تمتزج طالبة الرحمة و الغفران

والدي ، رحمه

إلى القلب الذي ينبض ليمدنا بالحياة
ويعلمنا حب الخير و حب الله
إلى من كانت هبة السماء إلينا
إلى كوثر القدر و أملنا السرمدي
إلى من خبزت لنا من ملح دموعها و وزعت عمرها بيننا بالتساوي ،فعاشت دون عمر
إهدائي لك ، يا قديستي ، بمثابة قبلة أطبعها على وجنتيك كل صباح
ثم أنحني إجلالاً أمام حنانك الإلهي

والدتي ، أدامها الله ،

إلى النور الذي لم أعرف قبله أن السماء عالية و رائعة

إلى من جعلني ألمس النجوم و أعيش مع روعتها

محبتك حياتي

زوجي الغالي

إلى قطعة الجنة ، و آية الجمال ، و تحفة الرحمن

إلى من تغفو على وجنتها النجوم

ويطبع القمر قبلة على وجنتيها

و تعانق جبينها شمس الصباح

إلى أميرتي و ماستي

صغيرتي ماسا

كنت صخراً صامدا في وجه أعباء الزمان
و صديقا مخلصا رابطا في كل مكان
فقدتك و غادرت حياتي الأماني
يا علي ... عليك حسرة زماني

أخي علي ، رحمه الله ،

إلى من يعيش أبدا في ضميري و أفكاري
إلى نقاء لم تعرف له الحياة مثيلا
إلى ربيع نفسي و فسحة روحي

أخي يحيى

إلى نبراس طريقي
إلى من يأخذ بيدي بحب نحو التفاؤل والأمان
إلى أنيس وحدتي و بلسم جروحي و ملاذي الآمن
إلى التاج الذي يرصع جبهتي

أخي حسن

لو أن الشكر يعبر لكم بالقوافي لانتهت قبل أن ينتهي مثلكم
ولو أن الوفاء يخط بالأقلام لشخصكم لجفت خجلا قبل أن تكتب اسمكم
إلى من ننحني لهم إجلالا و إكبارا و عرفانا و احتراما

شهداء الوطن

لابدّ قبل الحديث عن تمزّق عنق الرّحم إعطاء مقدمة حول مراحل المخاض التي يحدث خلالها تمـــزّق العنق.

سمات المخاض الطبيعي:(Williams Obstetrics 23rd Edition p420-424)

إن العـــائق الأكـــبر لفهـــم المخـــاض الطبيعـــي هـــو تمييـــز وقـــت بدئـــه، والتعريف الدّقيق للمخاض: (تقلصات رحمية منتظمة تؤدي إلى اتساع وإمّحاء واضحين بعنق الرّحم) لا يساعد الممارس بسهولة لتحديد متى بدأ المخاض بالفعل لأن هذا التشخيص يثبت فقـــط بشـــكل راجع.

هنالك عدّة طرق قد تساعد في تحديد بدء المخاض:

- الطريقة الأولى:

تقيس بدء المخاض منذُ انتظام التقلصات الرّحمية المؤلمة وللأسف (الفعالية الرّحمية التي تسبب عـــدم ارتياح – والتي لا تعكس مخاضاً حقيقياً – قد تظهر في أي وقت خلال الحمل).

المخاض الكاذب غالباً ما يتوقف عفوياً أو قد يتطور سريعاً باتجاه تقلصات رحمية.

- الطريقة الثانية:

تعرّف بدء المخاض بوقت القبول في جناح المخاض، وتعتبر معايير القبول في جناح المخاض هي (1):

تقلصات رحمية مؤلمة مترافقة مع واحد مما يلي:

1- تمزّق الأغشية الأمينوسيّة .
2- العلامة الدموية .

3- إمّحاء عنق الرّحم.

وفي مشفى التوليد الجامعي بدمشق غالباً ما يعتمد القبول على مدى اتّساع عنق الرّحم مترافقاً مع تقلصات رحمية مؤلمة.

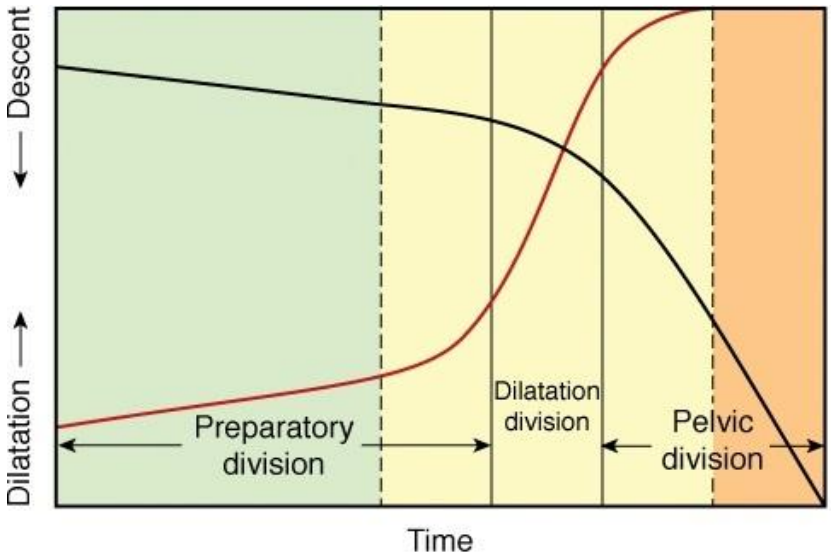
عندما تحضر المرأة باتساع عنق 3-4 سم أو أكثر بأغشية أمينوسيّة سليمة أو ممزقة ، فهذا يعتبر بشكل موثوق عتبة تشخيص المخاض. وفي هذه الحالة يتوافق وقت بدء المخاض مع وقت القبول، وهذه الطريقة تتفادى عدة شكوك حول تشخيص المخاض خلال مراحله الأولى من اتّساع العنق.

المرحلة الأولى من المخاض:

بافتراض أن التشخيص قد وضع فما هو المتوقع لتطور المخاض الطبيعي ؟

يقسم المخاض إلى ثلاثة أطوار وظيفية لوصف التغيرات الفيزيولوجيّة لكل طور:

وذلك يظهر بالمخطط رقم (1)



Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY: *Williams Obstetrics, 23rd Edition:* http://www.accessmedicine.com

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

مخطط رقم -1- يظهر أطوار المخاض

- الطور الأول:

يكون فيه توسّع عنق الرحم ضئيلاً لكن **مكونات النسيج الضام للعنق تتغيراً كـــثيراً.*** التســـكين والتخدير كفيلان بإيقاف هذا الطور .

- طور التوسّع:

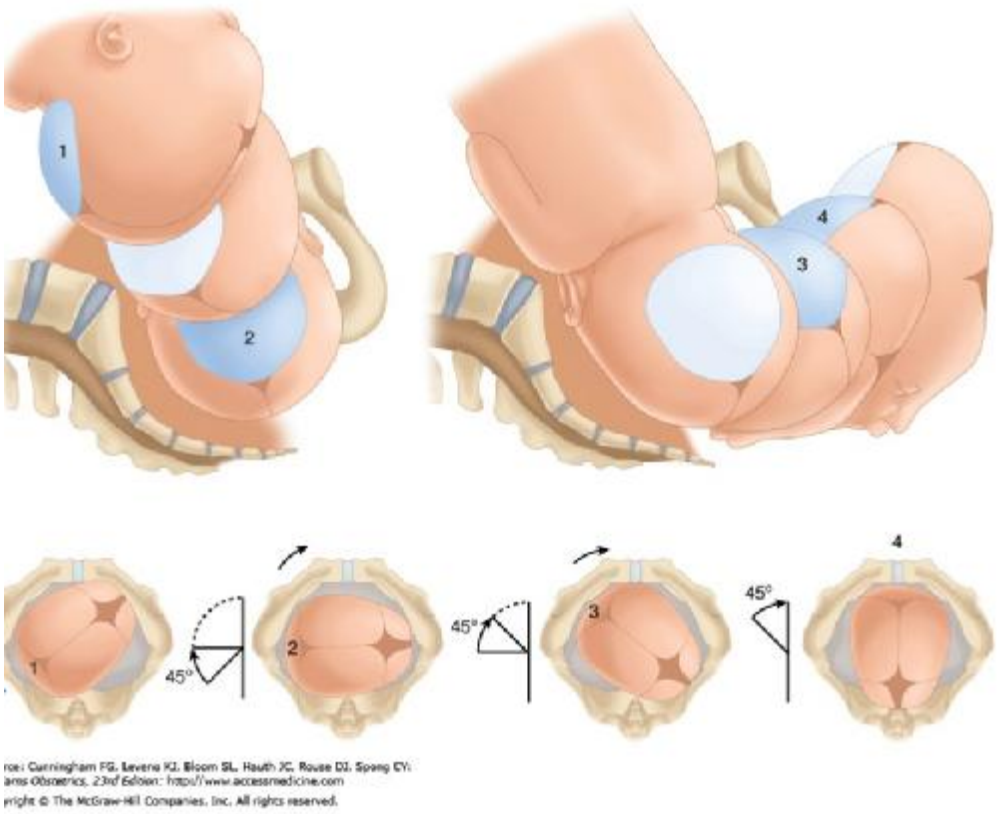
وخلاله يتسع العنق بأكبر سرعة، وهو لا يتأثر بالتسكين أو التخدير.

- الطور الحوضي:

يبدأ مع دور التباطؤ لاتساع عنق الرحم.

والآليات الكلاسيكية للمخاض التي تتضمن حركات الجنين الأساسية للمجيء القمّي (تدخل – انعطاف – نزول – دوران داخلي – بسط – دوران خارجي)

تحدث في هذا الطور، وفي الممارسة العملية قلما يرى هذا الطور بوضوح.صورة رقم (1)



rce: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY: ams Obstetrics, 23rd Edition: http://www.accessmedicine.com
yright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

صورة رقم -1-تظهر الطور الثاني من المخاض

وبالتالي هناك طورين لاتّساع العنق:

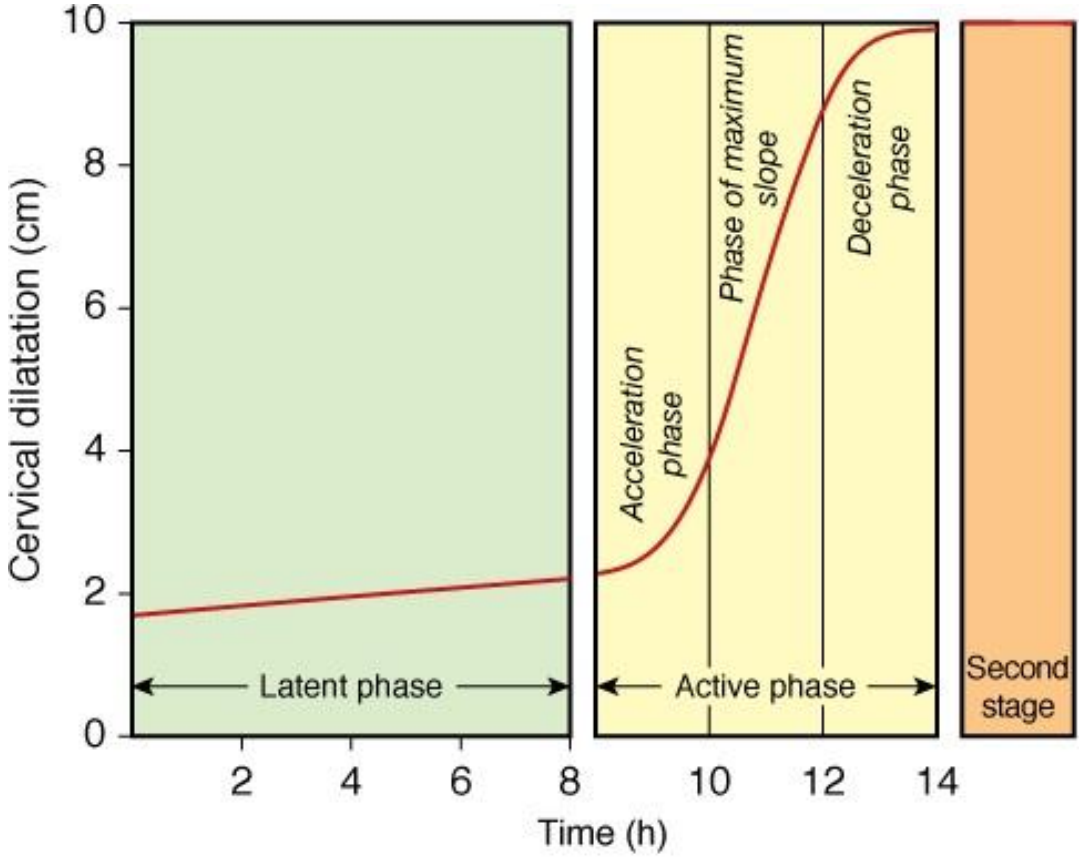
طور الكمون: يتفق مع الطور الأولي

الطور الفعّال: يتفق مع طور التوسّع

وقد قسّم الطور الفعّال إلى :

الطور المتسارع (الطور ذو الانحدار الأعظمي)

والطور المتباطئ. مخطط رقم (2)



Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY: *Williams Obstetrics, 23rd Edition:* http://www.accessmedicine.com

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

مخطط رقم -2-يظهر أطوار المخاض

طور الكمون:

يعرف بأنه وقت شعور الأم بالتقلصات الرّحميّة المنتظمة وهذا الطور ينتهي باتّساع 3-5سم عند معظم النساء. وهذه العتبة قد تفيد سريريّاً حيث تعرف متى يبدأ الطور الفعّال بعد اتّساع محدّد لعنق الرّحم.

يعرّف تطاول الطور الكامن بأنه أكثر من 20 ساعة الخروسات و 14 ساعة عند الولودات وذلك بنسبة 95% (2).

العوامل المؤثرة على مدّة الطور الكامن تتضمّن:

- تسكين مفرط أو تخدير فوق الجافية.
- ظروف عنقية غير مفضّلة: عنق سميك ، عنق بدون امّحاء.
- مخاض كاذب.

- بعد التسكين المفرط:

85% من النساء يتطورن إلى مخاض فعّال .

10% تتوقّف التقلصات لديهن وهؤلاء هن في مخاض كاذب.

5% يستمررن في بقاء طور كامن معيب وهؤلاء يحتجن إلى حثّ بالأوكسيتوسين.

- ثقب الأغشية غير منصوح به لأن 10% هنّ في حالة مخاض كاذب.
- تطاول الطور الكامن لا يتبع عكسياً بوفيات أو مراضة للأم أو الوليد.

ذكر أن 3-4% من الماخضات يحدث لديهنّ تطاول طور كامن بغض النظر عن عدد الولادات (3).

هذا المفهوم حول الطور الكامن له أثر كبير في فهم المخاض الطبيعي لدى الإنسان لأن المخاض بطبيعته يصبح أطول عندما يتضمن الطور الكامن.

الطور الفعّال:

يعتبر اتّساع العنق بين 3-5 سم أو أكثر بوجود تقلصات رحمية تمثيل موثوق لتجاوز عتبة المخاض الفعّال وبشكل مشابه توجد منحنيات توفّر نقاط موجّهه مفيدة لتدبير المخاض.

كانت الفترة الوسطية للطور الفعال لدى الخروسات 4,9 ساعة بانحراف معياري 3,4 سا (والذي كان كبيراً) (3)

لذلك إحصائيّاً كانت الفترة القصوى للطور الفعّال 11,7 ساعة.

وبالواقع: يتراوح معدل اتّساع العنق بين 1,2سم /سا كحدّ أدنى إلى 6,8 سم/سا كحدّ أعلى .

- وجد أن الولودات يتطورن بشكل أسرع في الطور الفعال بمعدل أدنى يبلغ 1,5 سم/سا.
- النزول يبدأ في الرحلة المتأخرة للاتّساع الفعّال، أي تقريباً عند اتّساع 7-8 سم في الخروسات ويصبح أسرع عند اتّساع 8سم.
- شذوذات الطور الفعّال شائعة نسبيّاً يختلط بها حوالي 25% من مخاض الخروسات بينما تكون هذه النسبة 15% لدى الولودات.
- قسّمت هذه الشّذوذات إلى تطاول الطور الفعّال، وتوقّف الطور الفعّال.

عُرّف تطاول الطور الفعّال: بأنه تباطؤ معدل اتّساع عنق الرّحم أو النزول وهو يكون بمعدّل < 1,2سم/ سا للاتّساع عند الخروسات و < 1سم للنزول. بينما يكون بمعدّل < 1.5 سم/سا للاتّساع عند الولودات و <2سم للنزول.

في حين **عرّف توقّف الطور الفعّال** بأنه توقّف تام للاتّساع أو النزول، عرّف توقّف الاتّساع بأنه انقضاء ساعتين دون تبدّل بعنق الرّحم.

وتوقّف النزول: انقضاء ساعة دون نزول الجنين.

الإنذار يختلف بين التطاول والتوقّف. حيث أن: 30% من النساء مع تطاول الاتّساع لديهنّ عدم تناسب حوضي جنيني بالمقارنة مع 45% من النساء مع توقّف الاتّساع.

العوامل المؤهبة لشذوذات الطور الفعّال:

- التسكين المفرط والتسكين الولادي .
- الأوضاع المعيبة للجنين .

وهنا يوصى بالفحص الحوضي الجنيني لتشخيص عدم التناسب ويوصى بالمراقبة لتباطؤ الطور الفعّال والأوكسيتوسين لتوقّفه في غياب عدم التناسب الحوض الجنيني.

المرحلة الثانية للمخاض:

- تبدأ مع اتّساع تام لعنق الرّحم وتنتهي بولادة الجنين.
- متوسط مدته حوالي 50 دقيقة للخروس و 20 دقيقة للولود، ولكنه قابل للتباين بشدّة.
- عند النساء الولودات مع توسّع سابق للمهبل والعجان قد تكفي 2-3 جهود ضاغطة لولادة الجنين على عكس النساء مع ضيق حوض أو كبر حجم الجنين أو عدم كفاية جهود وقوى الكبس لديهنّ (بسبب تسكين أو تخدير).
- وقد يؤدي ذلك لتطاول المرحلة الثانية .

مدّة المخاض:

إن فهمنا لطبيعة مخاض الإنسان قد لا يكون واضحاً لاختلاف التجارب السريريّة الحديثة في الولادة وتأثير التخدير والتسكين. ولكن من المجمع عليه أن متوسط مدى المرحلة الأولى والثانية كان حوالي 9 ساعات للخروسات دون تخدير ناحي (95% من الخروسات لا يتجاوزن 18,5سا) وكذلك الأمر للولودات حيث كان المتوسط 6 سا(95% لا يتجاوزن 13,5سا).

(وهنا حدّدت بداية المخاض بالوقت الذي تكون فيه التقلّصات الرحمية مؤلمة ومنتظمة كل 3-5 دقائق وتؤدي إلى اتّساع عنق الرّحم).

- ملخص المخاض الطبيعي:

يتميز المخاض بقصره وبتغيرات بيولوجية كثيرة، يشخص المخاض الفعال عندما يبلغ الاتساع 3سم أو أكثر بوجود تقلصات رحمية فعالة، عندما نصل لهذه العتبة فإن التطور الطبيعي باتجاه الولادة هو المتوقع والتي قد تحدث خلال 4-6 سا (وهذا يتعلق بعدد الولادات السابقة). التطوّر المتوقع خلال 1-2 ساع للطور الثاني يجب أن يراقب للتأكد من سلامة الجنين.

أخيراً معظم النساء اللواتي هن في مخاض عفوي /تعزل عن عدد الولادات/ سوف يلدن خلال 10 ساعات بعد قبولهن إن تركن دون مساعدة.

إن نقص الفعالية الرحمية هو سبب شائع وقابل للتصحيح عند عدم تطور المخاض الطبيعي، لذلك عندما يكون تطاول مدة المخاض هي المشكلة الوحيدة في تطوره فإنه يجب التفكير بتداخلات ولادية أخرى غير القيصرية قبل اللجوء لهذا النوع من التداخل.

يحصل تمزق عنق الرحم في أي وقت أثناء المخاض وهو غالباً بسبب عدم تناسب بين القوة المطبقة على عنق الرحم وليونة العنق التي تستجيب بالتوسع كتأثير لهذه القوة، كما قد يحدث التمزق في الطور الثاني من المخاض أثناء النزول لنفس الاسباب السابقة وهنا لا بد من تحديد القوة الدافعة ومقارنتها مع نسب حدوث تمزق عنق الرحم وباعتبار أن شدة التقلصات تتناسب عكساً مع زمن أطوار المخاض لذلك كان لا بد من مقارنة زمن المخاض مع حصول تمزق عنق رحم .

ويتم الكشف عن تمزق عنق الرحم بسبب الاختلاط المرافق المعروف وهو حدوث نزف خلاص حيث يعتبر السبب الأساسي لاستقصاء العنق بعد الولادة.

لذلك لابد أيضا من ذكر أسباب نزف الخلاص التي تتضمن تمزق عنق الرحم.(essentials of obstetrics and gynecology 4th p151)

-يوجد فقدان دموي لا يمكن تجنبه أثناء الولادة وهذا الفقدان الدموي بالحالة الطبيعية يتم السيطرة عليه من خلال وجود آليتين تحافظان على السلامة الوعائية تلو انفكاك المشيمة.

الأولى هي تقبض الأوعية الدموية للرحم في سرير المشيمة بواسطة ألياف العضلة الرحمية والثانية هي سلامة الجهاز التخثري وسيؤدي الخلل في احد هاتين الآليتين أو كليهما إلى نزف ما بعد الولادة.

ويوضح الجدول (1) أسباب الترف ما بعد الولادة.

1- عطالة الرحم
2- ***تمزق القناة التناسلية***
3- انحباس قطع مشيميّة
4- انقلاب باطن الرحم
5- اضطراب عوامل التخثر التي تحدث في :
* انفكاك المشيمة الباكر
* الصمّة الأمينوسيّة
* موت الجنين وانحباسه
* اضطراب عوامل التخثر الوراثية

جدول رقم -1-يوضح أسباب نزف الخلاص

وتعد العطالة الرحمية السبب الأكثر شيوعاً بينما تعد اضطرابات التخثر هي السبب الأقل شيوعاً أما بالنسبة **للتمزق ومنها تمزق عنق الرحم فتعدّ ثاني أشيع الأسباب .**

وهنا لا بد من التذكير بوجود العديد من العوامل المؤهّبة لحدوث نزف الخلاص فمعرفة هذه العوامل تمنحنا الفرصة لعزل الحالات عالية الخطورة وبالتالي تساعدنا على اتخاذ التدابير الوقائية واخذ الحذر عند التعامل معها.

و في هذا السياق لابد من ذكر أنواع التمزق في عنق الرحم وسبل تشخيصها و مضاعفاتها وكيفية تدبيرها ....

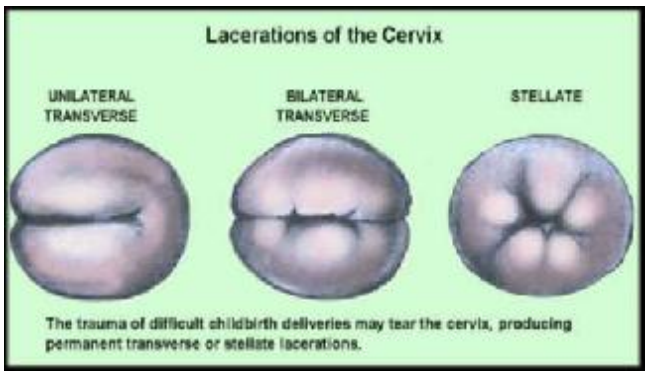
أنواع تمزق عنق الرحم:(THE BRITISH MEDICAL JOURNAL 1981 P847-849)

1- أحادي الجانب unilateral : وهو أكثر شيوعاً في الجانب الأيسر بسبب أن المجـــيء القمّي الأيسر الأمامي هو الأشيع.

2- ثنائي الجانب bilateral .

3- نجمي الشكل stellate : تمزقات متعددة تمتد بشكل شعاعي من الفوهـــة الظـــاهرة كالنجمة .

4- انفصال حلقي الشكل annular detachment .

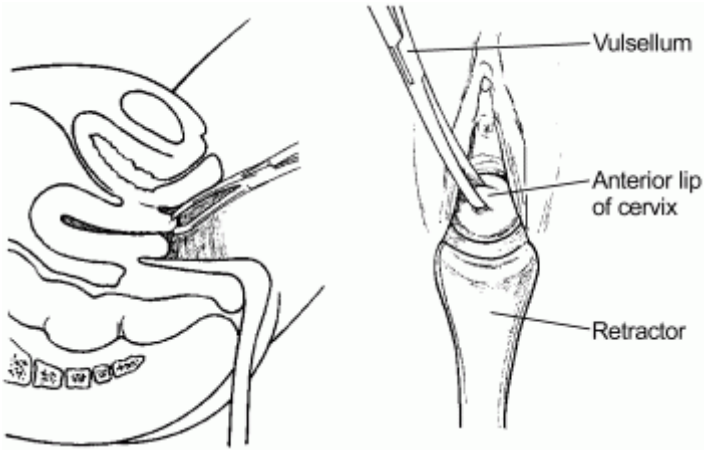


صورة رقم -2- تظهر أنواع تمزق عنق الرحم

تشخيص تمزق عنق الرحم:

- نزف خلاص : بوجود انقباض جيد للرحم وتشكل كرة أمان .
- المس المهبلي : يمكن الشعور بالتمزق بالمس الإصبعي .

- الفحص بالسبيكيلوم أو باستخدام المبعدات المهبلية حيث يستخدم ملقطين حلقيين للإمساك بالشفة الأمامية و الخلفية للعنق و بذلك يمكن رؤية التمزق .



صورة رقم -3- تظهر كيفية الاستقصاء

المضاعفات:

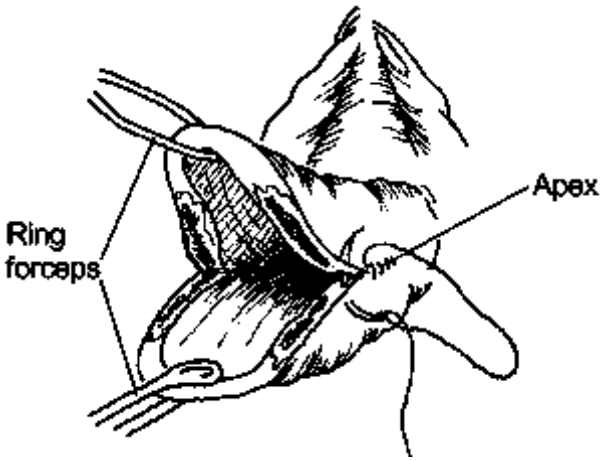
- نزف خلاص .
- تمزق رحم بسبب امتداد التمزق للأعلى وقد لا يكون بالإمكان إصلاحه مما يودي بنا إلى استئصال الرحم .
- الإنتان : إنتان العنق و إنتان جانب الرحم .
- أذية حالبيّة ureteric injury : بسبب امتداد التمزق أو نتيجة إصلاحه .

التدبير:

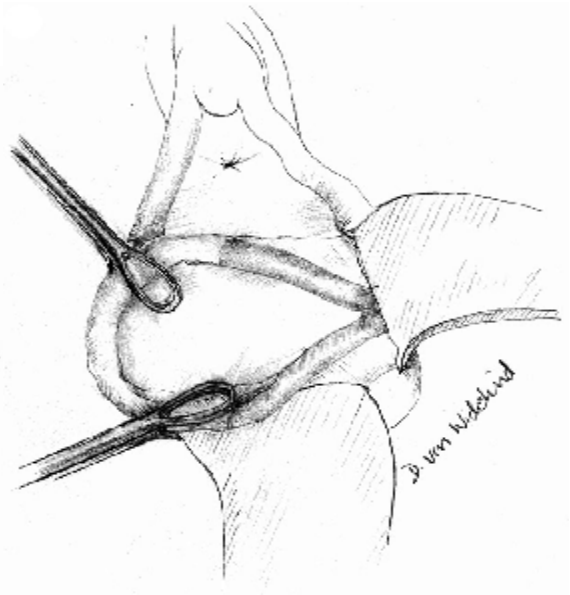
الإصلاح الفوري : حيث يجـــرى تحـــت التخـــدير العـــام وبوجـــود منبـــع ضـــوئي و إنـــارة جيدة ويطبق المساعد قوة ضاغطة على الرحم باتجاه الأسفل عندما يكون الجراح ممسكاً الشفة الأمامية و الخلفية للعنق باتجاه الأسفل.

- تستخدم المبعدات لتبعيد جدران المهبل .

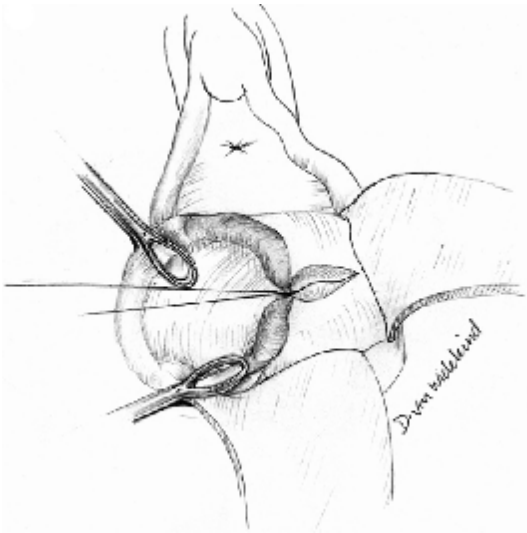
-تستخدم في الخياطة خيوط cut gut أو dexon أو vicryl و نبدأ بها فوق قمـــة التمـــزق للســـيطرة علـــى الـــترف مـــن الأوعيـــة المنســـحبة للأعلـــى . والخياطـــة تكـــون بشـــكل متواصل .



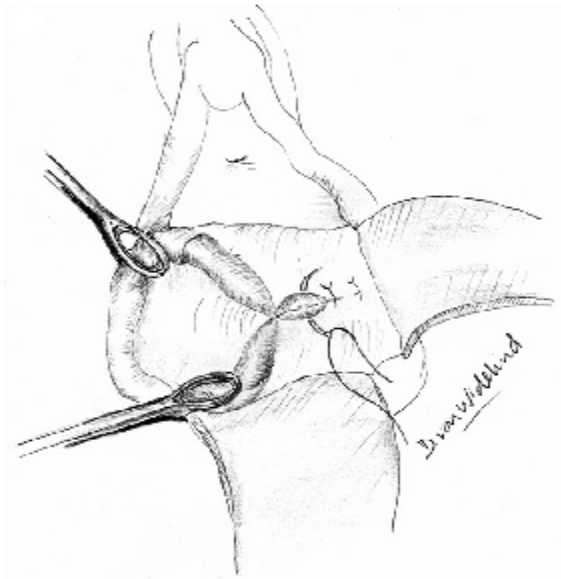
صورة رقم -4-تظهر أخذ رأس التمزق أثناء خياطة عنق الرحم



صورة رقم -5-



صورة رقم -6-



صورة رقم -7-

تظهر الصور (6,7,8) طريقة خياطة عنق الرحم .

- إذا لم نستطع رؤية قمة التمزق بوضوح ، تؤخذ قطبة مبعدة بقدر استطاعتنا في أعلى التمزق مما قد يساعد على رؤية قمة (بداية) التمزق .

- في حال صعوبة الوصول لقمة التمزق و إخاطتها ، قد نتمكن من مسكها بملقط حلقي، وهنا نترك الحلقي بمكانه لمدة 4 ساعات .

وهنا *بعد 4 ساعات نفتح الحلقي جزئياً لكن لا نرفعه ،

*بعد 4 ساعات أخرى نرفع الحلقي بشكل كامل .

* قد نحتاج إلى شق بطن لإصلاح تمزق العنق الممتد فوق الرتج المهبلي ، وقد نضطر إلى استئصال رحم .

العناية بعد الولادة:

- عند وجود التمزق يتم فتح خط وريدي ثاني وتأمين دم للمريضة و مراقبة علاماتها الحيوية .
- تعطى للمريضة تغطية كافية بالصادات مع إعطاء المسكنات خلال 24 ساعة في المشفى ثم تكمل العلاج في المنزل .
- يحذر المرضى من استعمال التامبون (الدحسات) أو الدوشات المهبلية لضمان شفاء مثالي .

القسم العملي :

- **أهمية الدراسة:**

تمزق عنق الرحم أثناء الولادة شائع تتراوح نسبة حدوثه بين 25 -90% في تقارير مختلفة (4-7) .
وبالرغم من أن معظم الحالات لا عرضية وتلاحظ فقط بالاستقصاء للعنق (4، 5) ،
لكن قد يترافق تمزق عنق الرحم مع نزف خلاص شديد أو قد يمتد ليشمل القطعة السفلية للرحم أو جدار المهبل (4، 8).
وإن هكذا تمزق عنق مهم يحدث بنسبة 0,2 – 4,8% من كل الولادات المهبلية (4، 7) وبالرغم من أن العديد من الدراسات قد نشرت عن تمزق المهبل أو العجان (9-13) فإن المعلومات عن حدوثه والخواص السريريّة وعوامل الخطورة لتمزق عنق الرحم أثناء الولادة قليلة (4- 7-23-24).
وجد أن تندب عنق الرحم اللاحق للخزعة المخروطية (14-15) وتطويق العنق(16-17) يترافق مع ازدياد معدل تمزق العنق أثناء الولادة الطبيعية بسبب تطاول الطور الأول من المخاض (17).
بالإضافة، فإن الأذية العنقية قد تزيد خطر قصور عنق الرحم (18) ومع ذلك لا يوجد بيانات حول إذا كان تمزق العنق يترافق مع إختلاطات مشابهة في الحمول اللاحقة.

هدف الدراسة :

- إنّ هدف هذه الدراسة تقييم الخواص السّريرية ، تقييم عوامل الخطورة ، والتأثيرات على الحمول اللاحقة لتمزق العنق ذي الأهمية السّريرية، ومقارنة هذه النتائج مع الحمول بدون دليل على أذية عنقية.

مكان الدراسة

مستشفى التوليد الجامعي بدمشق .

المواد والطرائق

- تمت الدراسة بطريقة مستقبلية لكل النساء اللواتي شخص لديهن تمزق عنق في مركزنا بين 2010/10/1-2012/4/1 .

- تم دراسة كل من القصة الولادية، اختلاطات الحمل، طريقة الولادة، والاختلاطات أثناء الولادة وفي فترة النفاس وذلك لمجموعتي الحالة والشاهد .



Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY: *Williams Obstetrics, 23rd Edition:* http://www.accessmedicine.com

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

صورة رقم -8-تظهر خياطة عنق الرحم المتمزق

العينة المدروسة:

لقد تمت دراسة فقط المريضات اللواتي لديهن تمزق عنق رحم مهم ذلك المترافق بترف مهبلي شاذ (والتي تقيم بشكل موضوعي من قبل المولد)، و اللاتي تتطلب حالتهن خياطة عنق الرحم، وتمت الموافقة على

بروتوكول الدراسة من قبل إدارة المركز، وتم إجراء المقارنة مع مجموعة شاهد التي تتضمن الولادات اللاحقة مباشرة للولادة المتضمنة تمزق العنق في دفتر الولادات بنسبة (5 : 1).

حالات الاستبعاد :

تم استبعاد حالات الحمل التوأمي ، المجيء المقعدي، والمجيء غير النظامي، والولادات القيصرية من الدراسة ومن مجموعة الشاهد.

كما تم استبعاد المريضات اللواتي وصلن إلى المخاض بقبول اتساع تام أو قرب تام .

تعاريف هامة :

* عرف المخاض السريع بأنه المخاض الذي يكون فيه معدل توسع عنق الرحم >5سم/سا عند الخروسات و أكثر من 10 سم /سا عند الولودات (حسب فريدمان).

* نزف الخلاص يعرف بأنه نزف يقدر بـ ≤ 500 مل.

تم تحليل البيانات بواسطة نظام SPSS (V3.0) واستخدام اختبار ستيودنت لمقارنة المتغيرات المستمرة بين المجموعات واختبار كاي مربع للمتغيرات الفئوية.

تمّ حساب قيمة كاي مربع x2 وذلك بعد تحديد كل من التكرارات المتوقعة والتكرارات الهامشية حيث يكون إجمالي عدد المشاهدات في كل عمود (معالجة وشاهد) وإجمالي عدد المشاهدات في كل سطر (الاستجابة بشكل ايجابي وبشكل سلبي) معروفاً ويدعى التكرار الهامشي.

ومن الإجمالي في الأعمدة والأسطر يحسب عدد المشاهدات المتوقع حدوثها في كل خلية من الجدول ويدعى التكرار المتوقعة.

ثم تقارن هذه التكرار المتوقعة في كل خلية مع التكرارات الفعلية (التكرارات المشاهدة) وتضم الفروق بين التكرارات المشاهدة والتكرارات المتوقعة لتشكل اختبار كاي مربع

ويحسب كاي مربع حسب الصيغة التالية: $X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$

حيث O هي التكرارات الهامشية

E هي التكرارات المتوقعة

وبعد ذلك نجري اختبار الفرضية:

حيث تدل فرضية البطلان على كون المعالجة والنتيجة مستقلات في حين تقول الفرضية البديلة على أن المعالجة والنتيجة غير مستقلات وباختبار قيمة $\propto = 0.05$ وباعتبار درجة حرية 1 **والتي تحسب وفقاً الصيغة التالية** :

$$df = (\delta - 1)(C - 1)$$

حيث δ عدد الأسطر في جدول التصادف

C عدد الأعمدة

وبذلك تكون القيمة الحاسمة لـــ X^2 = 3,841 وبالتالي نرفض فرضية البطلان إذا كانت قيمة X^2 المحسوبة اكبر من 3,841 في حين نقبل بها إذا كانت قيمة X^2 اصغر من 3,841 .

استبيان خاص حول رسالة ماجستير

حدوث تمزق عنق :

رقم الإضبارة :

القصة الشخصية :

اسم المريضة :

عدد الولادات:

العمر:

سوابق قيصرية :

تطويق عنق رحم :

عمر الحمل:

خصائص الولادة وبعد الولادة :

فحص القبول في المخاض:

تحريض مخاض:

زمن الولادة من فحص القبول :

إنضاج العنق بالE1:

وجود خزع فرج واقي:

بقاء مجيء قمّي خلفي

:

تمزق عجان ودرجته :

وزن المولود :

تأخر تشخيص تمزق العنق:

حدوث نزف خلاص

:

نقل دم وعدد الوحدات المنقولة :

مكان تمزق عنق الرحم :

النتائج:

خلال سنة ونصف ولدت في دار التوليد الجامعي 12635 ولادة طبيعية استبعد منها 5316 ولادة حسب معايير القبول للدراسة وبقي (7319) ولادة اختلطت منها (489) ولادة (6,6%) بتمزق عنق رحم مهم.

درست كل من عمر الأم ، عدد الولادات السابقة ، وجود سوابق ندبة رحمية(قيصرية) ،عمر الحمل عند الولادة ، سوابق تطويق عنق الرحم وفق ما يلي :

عدد الولادات السابقة:

تم دراسة تعدد الولادات في مجموعتي الحالة والشاهد واعتبرت الولادة المهبلية معيار هذه الدراســـة و يلخص الجدول رقم (2) النتائج التي حصلنا عليها :

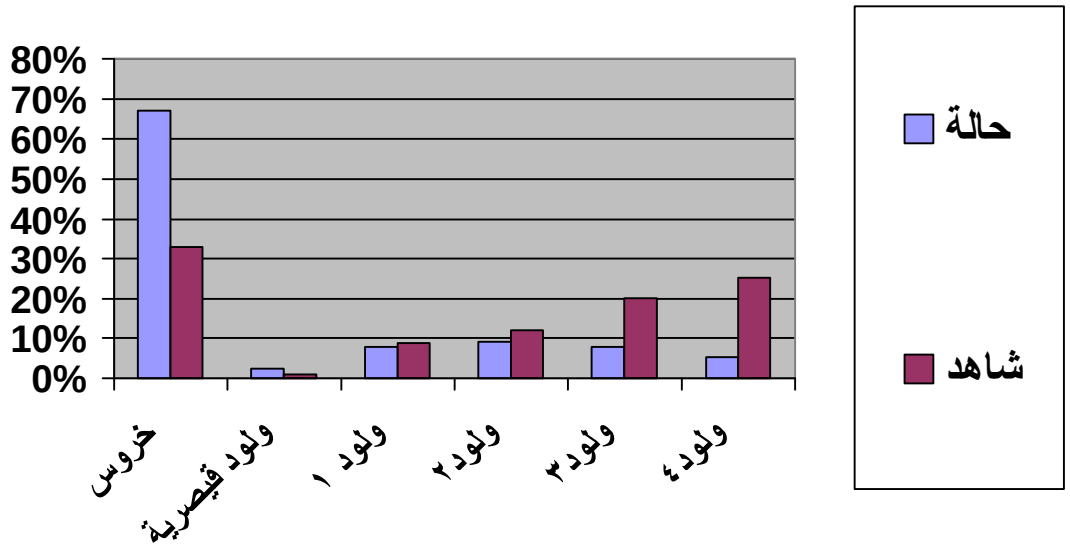
جدول رقم -2- يبين توزع تعدد الولادات بين مجموعتي الحالة والشاهد

عدد الولادات	حالة		شاهد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
العدد الكلي	489		2445	
خروس	328	%67	807	%33
ولود 1 قيصرية	12	%2,5	21	%0,9
ولود 1 طبيعية	39	%7,9	236	%8,8
ولود2	45	%9,2	291	%11,9
ولود3	39	%8	491	%20,1
ولود4 أو أكثر	26	%5,4	620	%25,3

يظهر في الجدول رقم (2) انخفاض نسبة حدوث تمزق عنق الرحم مع ازدياد عدد الولادات في حين تبين أن هناك فرق إحصائي واضح بالنسبة للخروسات والولود قيصرية لا غير ،حيث كانت نسبة

الخروسات والولود قيصرية (لا غير) عالية في مجموعة الدراسة وباستخدام كاي مربع تبين : ***أن عدم وجود سوابق ولادة مهبلية يزيد من خطر تمزق عنق الرحم*** وبالعكس فإن وجـــود ولادة مهبليـــة سابقة يخفف من خطر حدوث تمزق عنق الرحم و يقل الخطر بازدياد عدد الولادات المهبلية السابقة.

ويوضح المخطط رقم (3) ما سبق



مخطط رقم -3-يظهر علاقة تمزق عنق الرحم مع تعدد الولادات

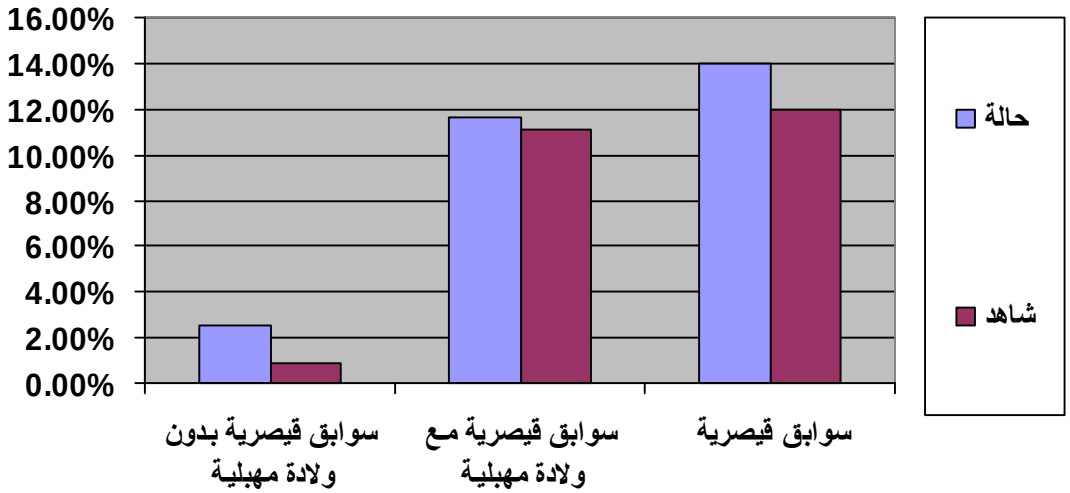
سوابق ندبة رحمية (قيصرية) :

ولنفي ارتباط الندبة الرحمية كعامل مؤهب لتمزق عنق الرحم درس وجود ندبة رحمية (قيصرية) في مجموعتي الحالة والشاهد باعتبار ترافقها مع ولادة مهبلية أو عدمه ويلخص الجدول رقم (3) النتائج التي حصلنا عليها :

جدول رقم -3-يظهر علاقة سوابق القيصرية مع تمزق عنق الرحم

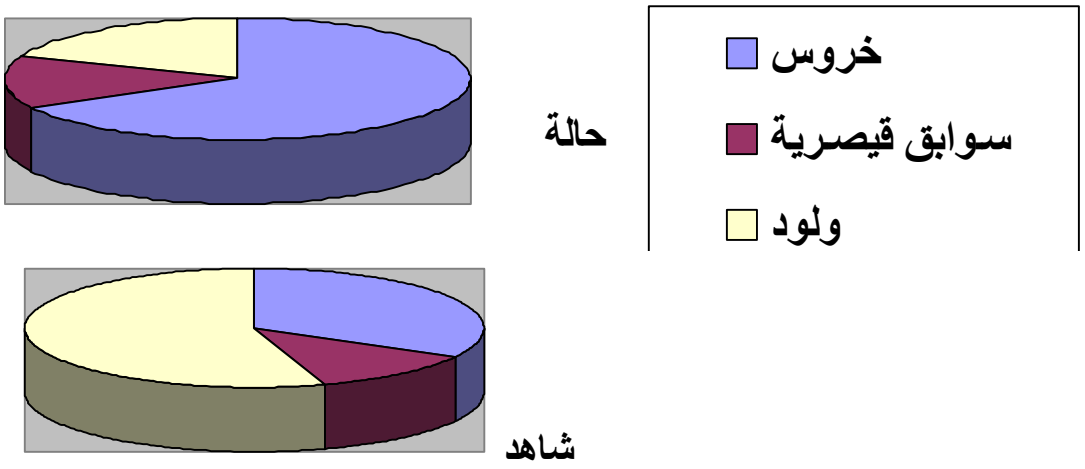
	حالة		شاهد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
العدد الكلي	489		2445	
سوابق قيصرية بدون ولادة مهبلية	12	(%2,5)	21	(%0,9)
سوابق قيصرية مع ولادة مهبلية	57	%11,6	272	%11,1
سوابق قيصرية	69	(%14)	293	(%12)

يلاحظ من الجدول السابق وباستخدام كاي مربع ***أن سوابق قيصرية بشكل عام لا يزيد خطر تمزق عنق الرحم في الحمول اللاحقة*** وإنما عدم وجود ولادة مهبلية هو ما يزيد هذا الخطر و يبين المخطط رقم (4) هذه العلاقة



مخطط رقم -4-يظهر علاقة سوابق القيصرية مع تمزق عنق الرحم

ويظهر المخطط رقم (5)نسبة الخروسات والولادة القيصرية لدى مجموعتي الحالة والشاهد .



مخطط رقم -5-يظهر نسبة توزع الخروسات وسوابق القيصرية لدى مجموعتي الحالة والشاهد

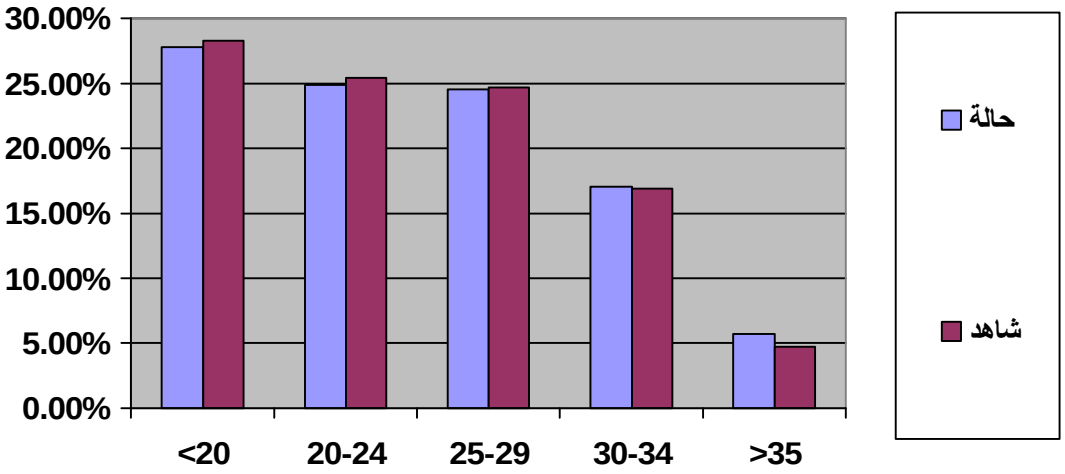
عمر الأم :

ولتبيان علاقة عمر الأم بتمزق عنق الرحم تم توزيع الحالة والشاهد على فئات عمرية ويظهر الجدول رقم (4) النتائج التي حصلنا عليها :

جدول رقم-4- يظهر توزع كل من مجموعتي الحالة والشاهد على الفئات العمرية :

عمر الأم	الحالة		الشاهد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
العدد الكلي	489		2445	
20 >	136	(%27,8)	691	(%28,3)
24 - 20	122	(%24,9)	622	(%25,4)
29 -25	120	(%24,5)	606	(%24,7)
34 - 30	83	(%17,1)	413	(%16,9)
35 ≤	28	(%5,7)	113	(%4,7)

يظهر في الجدول السابق تجانس كل من مجموعتي الحالة والشاهد بالفئات العمرية و باستخدام اختبار ستيودنت ***لا يظهر أن هناك علاقة بين عمر محدد أو عمر الأم بشكل عام مع نسبة حدوث تمـــزق عنق الرحم*** ويبدو ذلك بشكل واضح في المخطط رقم (6) .



مخطط رقم -6-يظهر توزع الفئات العمرية لمجموعتي الحالة والشاهد

دراسة علاقة عمر الحمل عند الولادة مع تمزق عنق الرحم :

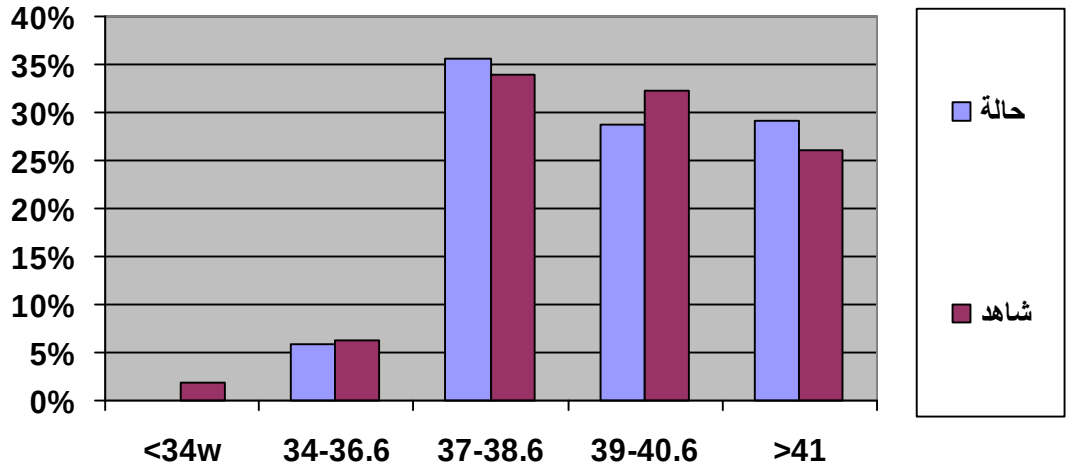
ولتحديد هذه العلاقة تم توزيع الحالات والشاهد على فئات حسب عمر الحمل و يوضح الجدول رقم -5- النتائج التي حصلنا عليها :

جدول رقم -5- يظهر توزع مجموعتي الحالة والشاهد على فئات بالنسبة لعمر الحمل

العمر	حالة		شاهد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
العدد الكلي	489		2445	
<34 أسبوع	0	(% 0)	48	(%1,9)
36,6-34 أسبوع	31	(%6,3)	142	(%5,8)
38,6-37 أسبوع	174	(%35,6)	831	(%34,0)
40,6-39 أسبوع	141	(%28,8)	785	(%32,2)
≥41 أسبوع	143	(%29,2)	639	(%26,1)

وعند النظر إلى الجدول السابق يلاحظ أنه يوجد أرجحية بالنسبة للحالة ببعض الفئات العمرية(<41 أسبوع ،38±6أسبوع) إلّا أنه باستخدام اختبار كاي مربع على جميع الفئات العمرية تبين أنه **لا**

علاقة لعمر الحمل مع حدوث تمزق عنق الرحم الحملية ويظهر ذلك بشكل واضح في المخطط رقم (7) .



مخطط رقم-7-يظهر عمر الحمل لدى مجموعتي الحالة والشاهد

سرعة المخاض :

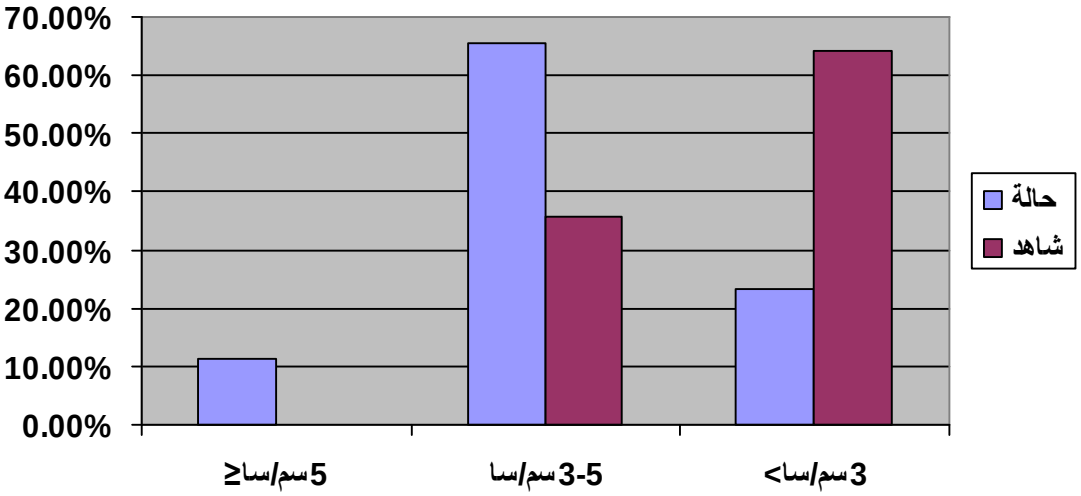
تم حساب سرعة المخاض من خلال قسمة زمن الولادة من فحص القبول على مقام (10-فحـــص القبول بالسنتمتر) وباعتبار أن تطور كل من الخروسات والولودات مختلف لذلك درس زمن الولادة لكل من الخروسات والولودات في مجموعتي الحالة والشاهد على حدة ويلخص الجدولان رقم -6-7- النتائج التي حصلنا عليها:

جدول رقم-6-

يظهر سرعة المخاض عند الخروسات لدى مجموعتي الحالة والشاهد

سرعة المخاض	حالة		شاهد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
≤5سم/سا	37	(%11,3)	1	(%0,1)
5-3سم/سا	215	(%65,5)	288	(%35,7)
<3سم/سا	76	(%23,2)	518	(%64,2)
المجموع	328		807	

ويوضح المخطط رقم (8) ماورد في الجدول السابق :



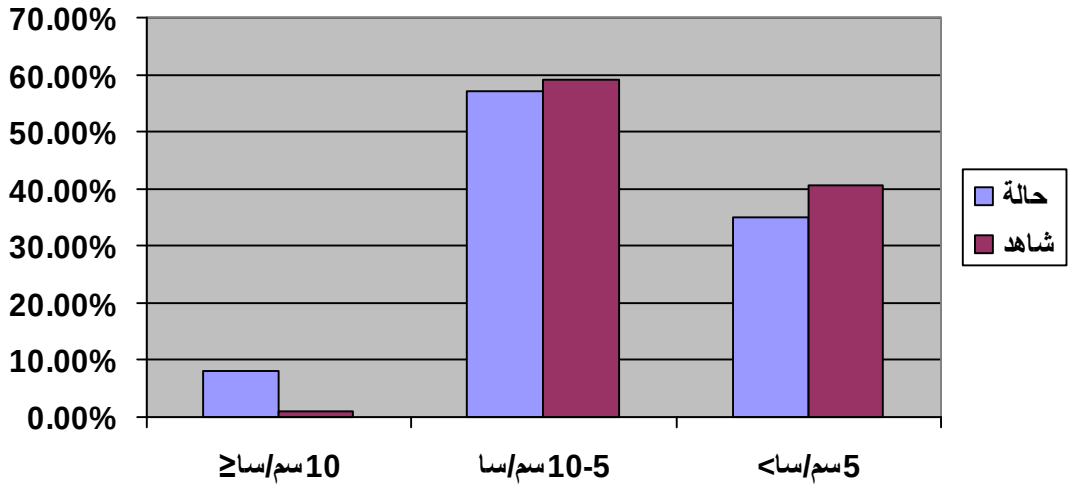
مخطط رقم -8-يظهر سرعة المخاض لدى الخروسات عند مجموعتي الحالة والشاهد

جدول رقم -7-

يظهر سرعة المخاض عند الولودات لدى مجموعتي الحالة و الشاهد

سرعة المخاض	حالة		شاهد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
≤10سم/سا	13	(%8,0)	18	(%1,1)
5-10سم/سا	92	(%57,1)	653	(%59,3)
<5سم/سا	56	(%34,9)	967	(%40,6)
المجموع	161		1628	

ويوضح المخطط رقم (9) ما ورد في الجدول السابق :



مخطط رقم -9- يظهر سرعة المخاض عند الولودات لدى مجموعتي الحالة و الشاهد

يلاحظ من الجدولين السابقين و بإجراء اختبار كاي مربع أن ***ازدياد سرعة المخاض لدى الخروس هو عامل مؤهب لتمزق عنق الرحم ، بينما فقط المخاض السريع هو مؤهب لتمزق عنق الرحم لدى الولود .***

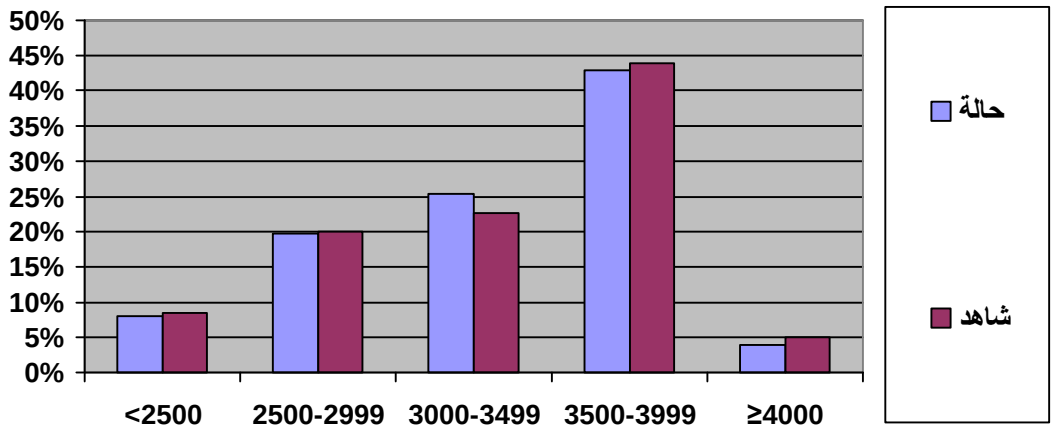
وزن الجنين :

ولتحديد علاقة وزن الجنين مع حدوث تمزق عنق الرحم تم توزيع كل من الحالة والشاهد على فئات حسب وزن الجنين ويلخص الجدول رقم -8- النتائج التي حصلنا عليها :

جدول رقم-8- يظهر توزع وزن الجنين على مجموعتي الحالة والشاهد

الوزن (غ)	حالة		شاهد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
العدد الكلي	489		2445	
2500>	39	(%8.0)	207	(%8,5)
2999-2500	97	(%19,8)	490	(%20,0)
3499-3000	124	(%25,4)	552	(%22,6)
3999-3500	210	(%42,9)	1073	(%43,9)
4000≤	19	(%3,9)	123	(%5,0)

بدراسة النتائج في الجدول السابق و باستخدام اختبار كاي مربع يتبين أنه ***لا علاقة بين وزن الجـــنين وحدوث تمزق عنق الرحم*** ويبين المخطط رقم (10) ما سبق .



مخطط رقم-10- يظهر توزع وزن الجنين على مجموعتي الحالة والشاهد

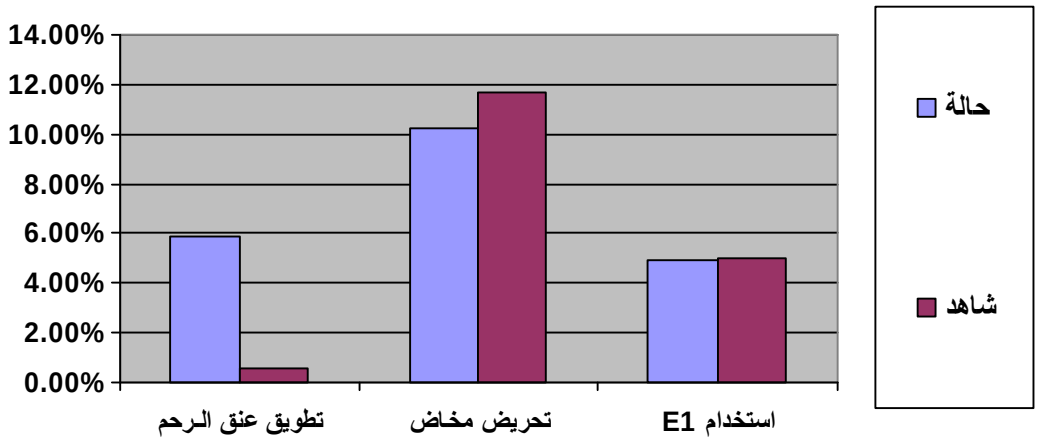
ولدراسة تطويق عنق الرحم وتحريض المخاض واستخدام الميزوبريستول كعامل مؤهب لحدوث تمزق عنق الرحم تمت مقارنة نسب حدوثها لدى مجموعتي الحالة والشاهد ويوضح الجدول رقم -9-:

جدول رقم-9- يبين علاقة التطويق وتحريض المخاض واستعمال الميزوبرستول مع تمزق عنق الرحم

	حالة		شاهد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
العدد الكلي	489		2445	
تطويق عنق الرحم*	29	(%5,9)	154	(%0,6)
تحريض مخاض	50	(%10,2)	286	(%11,7)
استخدام E1	24	(%4,9)	122	(%5,0)

* مع العلم أن التطويق تمت إزالته قبل أسبوع من الولادة على الأقل .

يلاحظ من الجدول السابق أن تطويق ***عنق الرحم هو عامل مؤهب لحدوث تمزق عنق الرحم بينما لا علاقة لتحريض المخاض أو استعمال الميزوبرستول بخطر حدوث تمزق عنق الـــرحم*** . ويـــبين المخطط رقم (11) ما سبق .



مخطط رقم-11- يبين علاقة التطويق وتحريض المخاض واستعمال الميزوبرستول مع تمزق عنق الرحم

ولدراسة ترافق تمزق العنق مع كل من إجراء خزع فرج واقي وبقاء مجيء قمي خلفي كسبب محتمل أو مرافق تم تحديد نسب حدوث كل منهما لدى مجموعتي الحالة والشاهد ويلخص الجـــدول رقـــم (10) النتائج التي حصلنا عليها :

جدول رقم -10-

يوضح علاقة خزع الفرج الواقي والمجيء القمي الخلفي المستمر مع تمزق عنق الرحم

	حالة		شاهد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
خزع فرج واقي	296	(%59,3)	773	(%31,1)
بقاء مجيء قمي خلفي	7	(%1,4)	29	(%1,2)

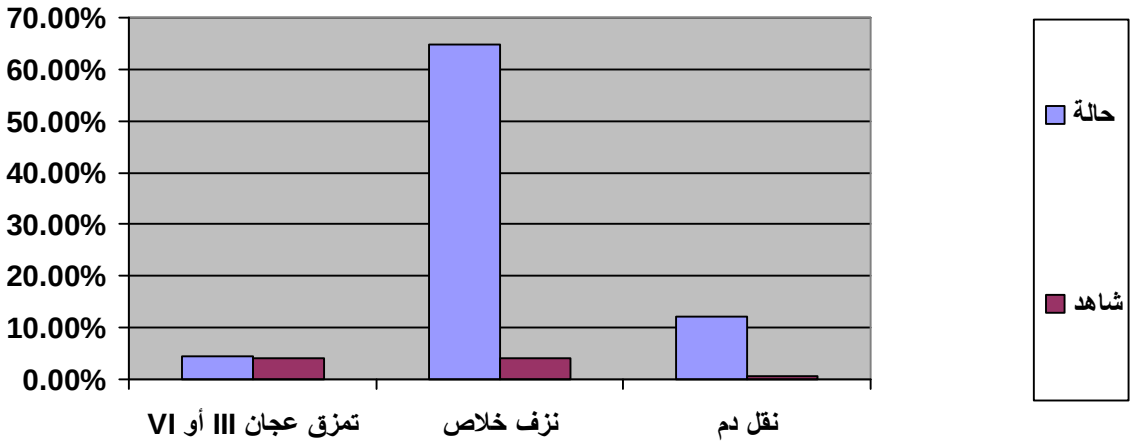
- نلاحظ من الجدول أن إجراء خزع فرج واقي يزيد من نسبة حدوث تمزق عنق الرحم بينما لا يزيد بقاء المجيء القمي الخلفي من خطر حدوث التمزق. ومع ذلك فإن العلاقة قد تبرر باستخدام الخزع بشكل أكثر تواتراً مع الحالات التي يكون فيها تمزق العنق أكثر شيوعاً ما يجعل من الممكن أن تكون العلاقة ترافقيّة أكثر منها سببية حيث تم إجراء الخزع لمعظم الخروسات في مجموعتي الحالة والشاهد (%90,2-%95,7) على الترتيب .

كما تم دراسة الاختلاطات الولادية التالية وهي تمزق العجان درجة ثالثة أو رابعة وحدوث نزف خلاص وإجراء نقل دم في مجموعة الحالة وتم مقارنة حدوثها مع مجموعة الشاهد وتلخص النتائج في الجدول رقم (11):

جدول رقم-11-يظهر الاختلاطات الولادية لدى مجموعتي الحالة والشاهد

	حالة		شاهد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
تمزق عجان درجة III أو IV	22	(%4,4)	102	(%4,1)
نزف خلاص	317	(%64,8)	98	(%4)
نقل دم	59	(%12,1)	17	(%0,6)

يظهر من مما سبق أن لا علاقة لحدوث تمزق عنق الرحم بحدوث تمزق عجان بينما يترافق حـــدوث تمزق عنق الرحم بازدياد نزف الخلاص ونقل الدم علماً أن نزف الخلاص تم تقدير حصوله بالاعتماد على خبرة المولد وتم إجراء نقل الدم حسب أرقام الخضاب التي أجريت إسعافياً لدى حدوث نـــزف الخلاص أو حسب شدة النزف الذي استدعى التعويض المباشر للدم ، كما يظهر المخطط رقم (12):



مخطط رقم-12-

يظهر الاختلاطات المرافقة لتمزق عنق الرحم لدى مجموعتي الحالة والشاهد

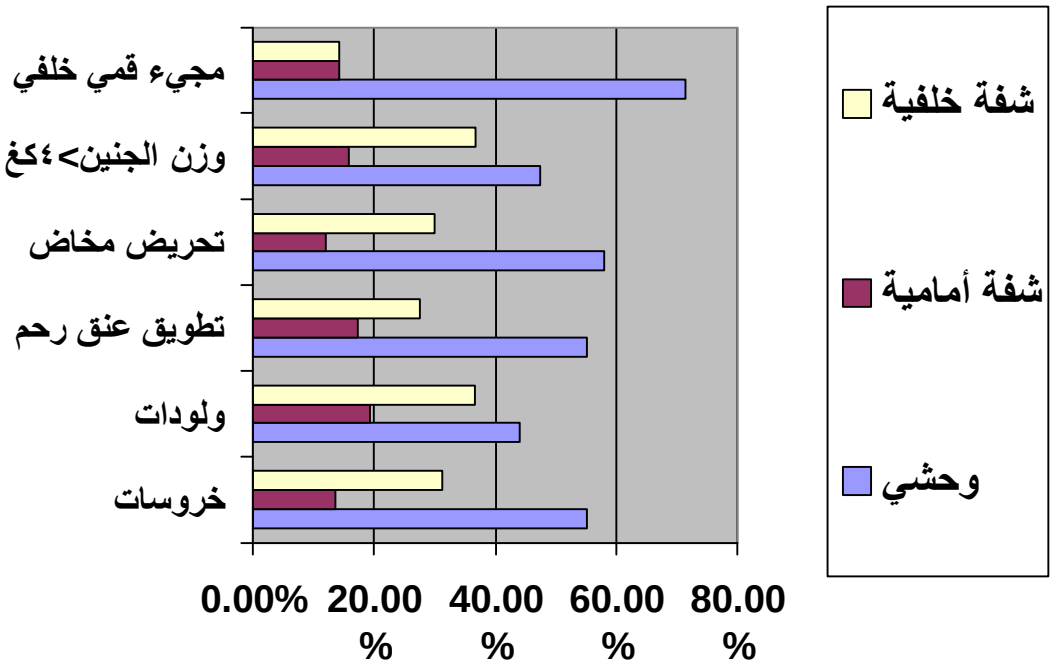
كما تم تحديد مكان تمزق عنق الرحم عند الحالات حيث إن معظم حالات تمزق عنق الرحم شملت الناحية الوحشية للعنق (51.6%) بالمقارنة مع تمزقات الشفة الأمامية أو الخلفية (15.6%، 32.8%) على الترتيب.

- ويوضح الجدول رقم (12)علاقة مكان التمزق مع الخواص الولادية :

جدول رقم - 12- يوضح علاقة مكان التمزق مع الخواص الولادية

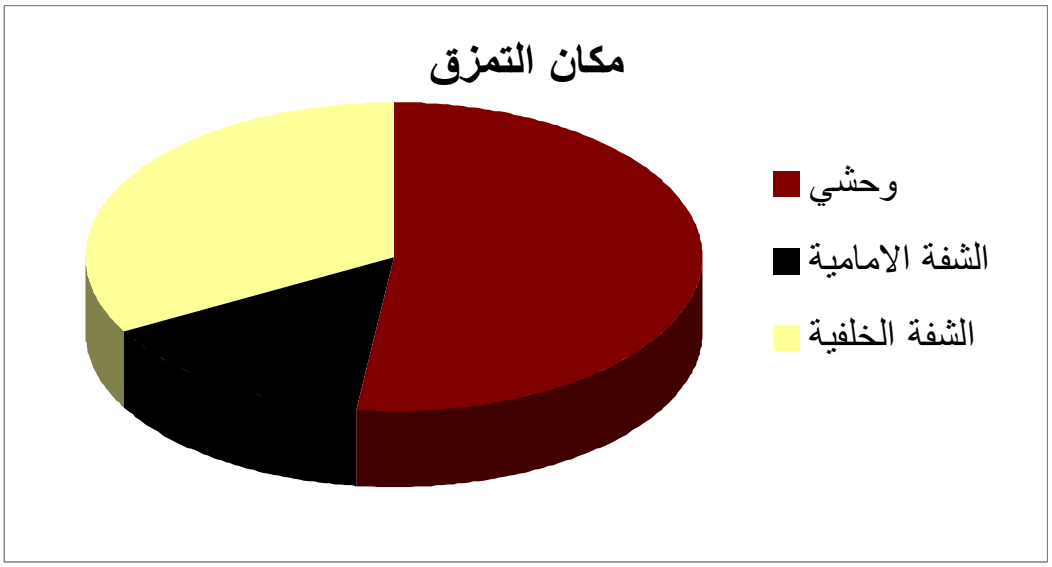
	وحشي		شفة أمامية		شفة خلفية		المجموع
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
العدد الكلي	252	%51,6	76	%15,6	161	%32,8	489
خروسات	181	%55,1	45	%13,7	102	%31,2	328
ولودات	71	%44,1	31	%19,3	59	%36,6	161
تطويق عنق رحم	16	%55,2	5	%17,2	8	%27,6	29
تحريض مخاض	29	%58	6	%12	15	%30	50
وزن الجنين>4كغ	9	%47,4	3	%15,8	7	%36,8	19
مجيء قمي خلفي	5	%71,4	1	%14,3	1	%14,3	7

- كان مكان الأذية العنقية غير متعلق بعدد الولادات أو طريقة الولادة، وجود تطويق عنق رحم أثناء الحمل، تحريض مخاض،جنين عرطل ، أو وضعية رأس الجنين.ويظهر المخطط رقم (13) هذه العلاقة :



مخطط رقم -13- يوضح العلاقة بين مكان التمزق و الخصائص الولادية

ويظهر المخطط رقم (14)هذه النتيجة .



مخطط رقم -14- يظهر مكان التمزق

وأخيراَ فقد تمت دراسة حساب عدد الحالات التي حصل عندها تأخر بتشخيص تمزق عنق الـــرحم فوجدنا أنه تأخر تشخيص تمزق عنق الرحم لدى 65 حالة (13,3%) وذلك لأكثر من ساعة.

وتلخص الخصائص الولادية لنساء الدراسة والشاهد و حساب قيمة P value لها في الجدول رقـــم (13) والجدول رقم (14)

الجدول رقم -13-الخواص الولادية للدراسة والشاهد:

الخواص	الحالات	الشاهد	P value
العدد الكلي	489	2445	
عمر الأم *	24,9 ± 6,1	24,4 ± 7,0	0,15
عمر الحمل عند الولادة*	38,3 ± 1,6	38,7 ± 1,8	0,12
وزن الولادة *	3050 ±650	3100 ± 550	0,55
عدد الولادات *	1,1 ± 1,7	3,1 ± 2,4	>0,001

* القيم تعتمد بالوسطي ± sd .

الجدول رقم -14- الخواص الولادية للدراسة والشاهد:

	الحالة		الشاهد		P value
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
الخروسات	328	(%67,1)	807	(%33)	>0,001
سوابق c s	69	%14	392	%12	0,32
ولادة باكرة	31	(%6,3)	190	(%7,7)	0,69
تطويق عنق الرحم	29	(%5,9)	154	(%0,6)	>0,001
تحريض مخاض	50	(%10,2)	286	(%11,7)	0,44
استخدام E1	24	(%4,9)	122	(%5,0)	0.71
مخاض سريع	50	(%10,2)	19	(%0,7)	>0,001
خزع فرج واقي	296	(%59,3)	773	(%31,1)	0,010
بقاء مجيء قمي خلفي	7	(%1,4)	29	(%1,2)	0,68
وزن > 4000 غ	19	(%3,9)	123	(%5)	0,53

كما يلخص الجدول رقم (15) الاختلاطات المرافقة لحدوث تمزق عنق الرحم مع حساب قيمة P value لها .

الجدول رقم -15- الاختلاطات المرافقة لحدوث تمزق عنق الرحم للمجموعة الدراسة والشاهد

الخصائص	الدراسة		الشاهد		P.value
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
العدد الكلي	489		2445		
تمزق عجان III – IV	22	(%4,4)	102	(%4,1)	0,45
تأخر تشخيص تمزق العنق *	65	(%13,3)	-	-	-
نزف خلاص	317	(%64,8)	98	(%4)	>0.001
نقل دم	59	(%12,1)	17	(%0,6)	>0.001

* تأخر التشخيص > ساعة بعد الولادة .

ومما سبق نجد ما يلي :

- بالتحليل المنطقي متعدد المتغيرات، ظهر أن العوامل المترافقة بشكل واضح ومستقل عن تمزق عنق الرحم هي: المخاض السريع، الخروسات أو عدم وجود ولادة مهبلية سابقة و تطويق عنق رحم .

- إن عمر الأم، ولود سوابق CS ، عمر الحمل ، تحريض المخاض ، إنضاج العنق بالبروستاغلاندين ، وزن الجنين ، مجيء قمّي خلفي مستمر ..هي عوامل لا علاقة لها بتمزق عنق الرحم.

- تأخر تشخيص تمزق عنق الرحم لدينا بنسبة 13,3% لأكثر من ساعة وان سبب هذا التأخر غالباً أن الترف من عنق الرحم في هذه الحالات ليس شديداً فيكون التدبير الأولي تسريب المقبضات والانتظار ليصار إلى الاستقصاء لاحقاً.

- يزداد حصول نزف الخلاص ونقل الدم بسبب تمزق عنق الرحم ممـــا يســـتدعي الانتبـــاه و استقصاء العنق بسرعة عند الاشتباه بتمزق عنق الرحم .

هل يؤثر حدوث تمزق عنق الرحم أثناء الولادة على الحمول اللاحقة ؟

للإجابة على هذا السؤال درس حدوث كل مما يلي للأمهات اللواتي حصل لديها تمزق عنق الرحم واللواتي حدث لديهن حمل لاحقاً :

- إسقاط ثلث ثاني ، ولادة باكرة ، تطويق عنق الرحم ، عملية قيصرية ، استخراج بالمحجم أو الملقط ، تكرر تمزق عنق الرحم ، نزف خلاص .كما قورنت النتائج بنسب حدوثها في المجتمع (Williams Obstetrics 23rd Edition) فكانت النتائج كالتالي :

تم توثيق حدوث الحمل مرة أخرى لدى 37 مريضة لغاية 2013/1/31

تم إجراء تطويق عنق الرحم لدى 3مريضات مع العلم أنه تم إجراء التطويق لديهن في الحمل السابق

كانت النتائج للاختلاطات الولادية كالتالي :

تمزق عنق رحم مع نسب حدوثها في المجتمع :

المتغير	الحالات		المجتمع
	العدد	النسبة	
اسقاط ثلث ثاني	0	(%0)	%1-0,5
ولادة باكرة	0	(%0)	%5
ولادة قيصرية	7	(%18,9)	% 31,8-23
تمزق عنق رحم	0	(%0)	%4,8-0,2
استخدام الملقط أو المحجم	0	(%0)	%4,5
نزف خلاص	0	(%0)	%3,9

وعلى الرغم من صعوبة دراستها إحصائيا لصغر حجم العينة ، يبدو أن لا تأثير لتمزق عنق الرحم على الحمول اللاحقة من حيث الاختلاطات الوالدية ولا يبدو أن تمزق عنق الرحم يتكرر بالحمول اللاحقة .

وللمقارنة مع الدراسات السابقة :

1- Parikh R, Brotzman S, Anasti JN . St. Luke's Hospital and Health Network, 801 Ostrum St, Bethlehem, PA. Cervical lacerations: some surprising facts. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196:e17–e18

من أصل 16931 ولادة حدث 32 حالة تمزق عنق رحم (0,2%)

أظهرت هذه الدراسة أن تطويق عنق الرحم وتحريض المخاض يترافق مع خطر حدوث تمزق عنق الرحم بزيادة قدرها (3,1-11,2) ضعف على الترتيب

بينما لا يزداد هذا الخطر باستعمال المحجم أو الملقط .

بينما أظهرت دراستنا أن لا علاقة للتحريض بتمزق عنق الرحم الولادي ،كما لم يدرس استعمال الملقط أو المحجم لدينا

2- Melamed N, Ben-Haroush A, Chen R, Kaplan B, Yogev Y.Intrapartum cervical lacerations: characteristics , risk factors, and effects on subsequent pregnancies .AmJ obs-Gyn 2009;200;388,el-388,e4.,

من أصل81,199 ولادة اختلطت بها 131 ولادة (0,16%) بتمزق عنق رحم مهم.

أظهرت هذه الدراسة أن تطويق عنق الرحم خلال الحمل هو عامل مؤهب لتمزق عنق الرحم كما أن المخاض السريع ، الولادة بالمحجم ، الخروسات واستخدام الخزع هو عامل مؤهب لتمزق عنق الرحم.

بينما عمر الأم ، سوابق قيصرية ، عمر الحمل ، إنضاج العنق بالبروستغلاندين أو البالون ، الولادة بالملقط ، تسكين ناحي ، جنين عرطل ، ومجيء قمي خلفي مستمر لا علاقة لها بتمزق عنق الرحم .

كما أظهرت هذه الدراسة أن تمزق عنق الرحم لا يسبب تأثيراً مهماً على الحمول اللاحقة وإن خطر تكرر تمزق عنق الرحم منخفض في الولادات اللاحقة

وهذه النتائج تتوافق مع دراستنا عدا أننا لم نستخدم المحجم أو الملقط و لم نجري تسكين ولادي .

3- Obstet Gynecol .2011 March;117(3):627–635: 10.1097/AOG.0b013e31820afaf2. Characteristics Associated With Severe Perineal and Cervical Lacerations During Vaginal Delivery .Helain J. .Landy, MD, S. Katherine Laughon, MD, MS, Jennifer Bailit MD, MPH,

من أصل 71170 ولادة اختلط 536 ولادة بتمزق عنق رحم مهم (1,1%).

أظهرت هذه الدراسة ازدياد خفيف لحدوث تمزق عنق الرحم عند الخروسات اللواتي يخضعن للتخدير الناحي أو اللواتي أصغر من 20 سنة أو مع استعمال المحجم أو مع التحريض بالأوكسيتوسين .

بينما لا علاقة لزمن المخاض أو عمر الحمل أو وزن الوليد أو وزن الأم بتمزق عنق الرحم.

كما ترافق التطويق مع خطر تمزق عنق الرحم ب3,7 ضعف عند الخروسات مقارنةً ب 12,7 ضعف عند الولودات .

بينما في دراستنا لا علاقة للتحريض و لم نستخدم المحجم كما أنه الخروسات هي عامل مؤهب لتمزق عنق الرحم بغض النظر عن عمرهن كما لم نجري دراسة حول التخدير الناحي

إن ملاحظاتنا الأساسية هنا:

1- إنّ معدّل حدوث تمزق عنق الرحم مرتفع في دراستنا مقارنة بالدراسات السابقة.

2- تطويق عنق الرحم و الخروسات هي عوامل تترافق مع زيادة خطر تمزق عنق الرحم الهام في جميع الدراسات .

3- وجدنا أن المخاض السريع يشكل في دراستنا والدراسة الثانية (10,5%-3,8%) على الترتيب مما يبرر سبب زيادة حالات تمزق العنق لدينا.

4- بالرغم من أنه لا يوجد علاقة بين عمر الأم وحدوث التمزق بين مجموعتي الحالة و الشاهد في دراستنا والدراسة الثانية إلا أن الدراسة الثالثة أشارت لحدوث زيادة عند الخروسات الأصغر من عشرين سنة.

5- في الدراسة الأولى لا توجد علاقة بين المحجم والملقط وتمزق عنق الرحم .

بينما وجد في الدراسة الثانية أن استخدام المحجم يترافق مع ازدياد تمزق عنق الرحم في حين لا يسبب الملقط هذه الزيادة وبرر ذلك بأنه(بالرغم من أن استخدام الملقط أظهر زيادة في تمزق العنق فإن الولادة بالمحجم فقط كانت مترافقة مع خطر تمزق العنق، ويعتبر المحجم الوسيلة الفضلى عندما تستطب الولادة المهبلية الجراحية بالرغم من أن الولادة بالملقط تستطب عند فشل الولادة بالمحجم. لذلك: فإن نقص حالات استخدام الملقط قد يكون السبب في نقص هذه العلاقة.)

بينما الدراسة الثالثة أقرت بوجود ازدياد بتمزق عنق الرحم لدى استعمال المحجم عند الخروسات فقط .

بينما لم تجرى لدينا دراسة العلاقة بين استخدام الملقط والمحجم وبين تمزق عنق الرحم بسبب عدم استخدام هاتين الأداتين لدينا .

6- لم يؤدي تحريض المخاض في دراستنا والدراسة الثانية إلى زيادة بتمزق العنق كما لم يؤدي إنضاج العنق سواءً بال E1 أو E2 أو بالبالون إلى زيادة بتمزق العنق في كلا الدراستين .

بينما أشارت الدراسة الثالثة إلى ازدياد حدوث تمزق عنق الرحم لدى استعمال الاوكسيتوسين عند الخروسات

7- لم تجر دراسة العلاقة مع حث المخاض في جميع الدراسات .

8- إن الاستخدام الروتيني لحث المخاض لدينا والذي قد يترافق مع فرط فعالية رحمية قد يكون هو السبب لزيادة حالات المخاض السريع وبالتالي زيادة حدوث تمزق عنق الرحم لدينا.

9- وجد أن تأخر تشخيص تمزق العنق لدينا هو أقل من الدراسة الثانية . وقد يكون السبب وراء هذه النتيجة هو ازدياد حالات تمزق العنق مما يؤدى الى زيادة الحذر واستقصاء العنق بشكل متكرر .

10- إن النسبة الحقيقية لتمزق عنق الرحم غير معروفة و السبب الأساسي لذلك: قد يعتقد بأنه بالمقارنة مع تمزّق العجان والمهبل الواضحة فإن تمزق عنق الرحم تكشف فقط خلال استقصاء العنق في حالات نزف الخلاص أو ولادة رضية أو جراحية.حيث أنه في دراسة اعتمدت فحص العنق الروتيني 6 – 48 ساعة بعد الولادة وجدت أذيّة العنق في 66% من الحالات بالرغم من أن معظمها كان صغير ، سطحي ، لا عرضي(5) .

11- لقد وجدنا أن تطويق عنق الرحم خلال الحمل هو عامل مؤهّب لتمزق عنق الرحم وهذه العلاقة لوحظت في جميع الدراسات السابقة أيضاً .وإن السبب الأكبر لهذا الارتباط بقي غير واضح، قد يكون من الممكن بأن تفاعل الجسم الأجنبي حول خيط التطويق والندبة الناتجة تجعل العنق أكثر تأهباً للأذية أثناء الولادة (16 ، 17).هناك تفسير آخر ممكن بأن العنق القاصر أكثر أهبة للأذية.

12- أظهرت الدراسات السابقة بأن أذية عنق الرحم السابقة والتندّب الحاصل بعد الخزعة المخروطية (14، 15، 18) وبعد تطويق عنق الرحم (16، 17) تترافق مع اختلاطات ولاديّة مثل: قصور عنق الرحم، تطاول الطور الأول من المخاض، تمزق عنق الرحم أثناء الولادة.

13- وأخيراً حسب دراستنا و الدراسة الثانية فإن تمزق عنق الرحم لا يسبب تأثيراً هاماً على الحمول اللاحقة وإن خطر تكرر تمزق عنق الرحم منخفض في الولادات اللاحقة.

التوصيات :

- إن التشخيص المبكر والمعالجة أساسي في معالجة نزف الخلاص ولأن معظم حـــالات نـــزف الخلاص تكون بسبب العطالة الرحمية أو تمزق مهبل أو عجان فإن تشخيص تمزق عنق الـــرحم قـــد يتأخر كما وجدنا في دراستنا و بالتالي فإن التقصي الحذر للعنق يجب إجراؤه بوجود عوامل الخطورة المذكورة سابقاً (خروسات ،مخاض سريع ، تطويق عنق رحم).

- هذه الممارسة قد تمنع التشخيص المتأخر لتمزق عنق الرحم مما ينقص نزف الخلاص والحاجة لنقل الدم.

- الانتباه إلى حث المخاض و مراقبة المقوية الرحمية لإنقاص حدوث المخاض السريع .

المراجع:

1-O'Driscoll K, Foley M, MacDonald D**: Active management of labor as an alternative to cesarean section for dystocia**. Obstet Gynecol 63:485, 1984

2-Friedman EA**: An objective approach to the diagnosis and management of abnormal labor.** Bull NY Acad Med 48:842, 1972 [PMID: 4504890]

3-Sokol RJ, Stojkov J, Chik L, et al: **Normal and abnormal labor progress: I. A quantitative assessment and survey of the literature**. J Reprod Med 18:47, 1977 [PMID: 833800]

4-Gainey HL, Keeler JE, Nicolay KS. **Cervical damage in obstetrics: part I, cervical lacerations in primiparas.** *Obstet Gynecol*. 1953;1:333–338

5-Fahmy K, el-Gazar A, Sammour M, Nosair M, Salem A. **Postpartum colposcopy of the cervix: injury and healing.** *Int J Gynaecol Obstet*. 1991;34:133–137

6-Hopkins LM, Caughey AB, Glidden DV, Laros RK. **Racial/ethnic differences in perineal, vaginal and cervical lacerations.** *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193:455–459

7-Parikh R, Brotzman S, Anasti JN. **Cervical lacerations: some surprising facts.** *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196:e17–e18

8-Lichtenberg ES. **Angiography as treatment for a high cervical tear: a case report.** *J Reprod Med*. 2003;48:287–289

9-Combs CA, Robertson PA, Laros RK. **Risk factors for third-degree and fourth-degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries.** *Am J Obstet Gynecol*. 1990;163:100–104

10-Poen AC, Felt-Bersma RJ, Dekker GA, Deville W, Cuesta MA, Meuwissen SG. **Third degree obstetric perineal tears: risk factors and the preventive role of mediolateral episiotomy.** *BJOG*. 1997;104:563–566

11-Angioli R, Gomez-Marin O, Cantuaria G, O'Sullivan MJ. **Severe perineal lacerations during vaginal delivery: the University of Miami experience.** *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182:1083–1085

12-Wild SM. **Suture of second-degree perineal tears after childbirth.** *Lancet*. 2002;359:1253

13-Aytan H, Tapisiz OL, Tuncay G, Avsar FA. **Severe perineal lacerations in nulliparous women and episiotomy type.** *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;121:46–50

14-Myllynen L, Karjalainen O. **Pregnancy outcome after combined amputation and conization of the uterine cervix.** *Ann Chir Gynaecol*. 1984;73:345–349

15-El-Bastawissi AY, Becker TM, Daling JR. **Effect of cervical carcinoma in situ and its management on pregnancy outcome.** *Obstet Gynecol*. 1999;93:207–212

16-Harger JH. **Comparison of success and morbidity in cervical cerclage procedures.** *Obstet Gynecol*. 1980;56:543–548

17-Harger JH. **Cervical cerclage: patient selection, morbidity, and success rates.** *Clin Perinatol*. 1983;10:321–341

18-Himes KP, Simhan HN. **Time from cervical conization to pregnancy and preterm birth.** *Obstet Gynecol*. 2007;109:314–319

19-Learman LA. **Regional differences in operative obstetrics: a look to the South.** *Obstet Gynecol*. 1998;92:514–519

20-Kabiru WN, Jamieson D, Graves W, Lindsay M. **Trends in operative vaginal delivery rates and associated maternal complication rates in an inner-city hospital.** *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184:1112–1114

21-Caughey AB, Sandberg PL, Zlatnik MG, Thiet MP, Parer JT, Laros RK. **Forceps compared with vacuum: rates of neonatal and maternal morbidity.** *Obstet Gynecol*. 2005;106:908–912

22-Friedman EA: **Primigravid labor: A graphicostatistical analysis**. Obstet Gynecol 6:567, 1955 [PMID: 13272981]

23- Melamed N, Ben-Haroush A, Chen R, Kaplan B, Yogev Y**.Intrapartum cervical lacerations: characteristics , risk factors, and effects on subsequent pregnancies** .AmJ obs-Gyn 2009;200;388,el-388,e4.

24- Obstet Gynecol. 2011 March; 117(3): 627–635: 10.1097/AOG.0b013e31820afaf2. **Characteristics Associated With Severe Perineal and Cervical Lacerations During Vaginal Delivery** .Helain J. Landy, MD, S. Katherine Laughon, MD, MS, Jennifer Bailit, MD, MPH,