جامعة دمشق

كلية الطب البشري

دراسة انتشار الاختلاطات النسائية عند استخدام موانع الحمل داخل الرحم (اللولب)

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

برئاسة

الأستاذ الدكتور

جميل طالب

إشراف

الأستاذ الدكتور

هيثم عباسي

إعداد

الدكتورة

هبة الله خالد

حبوش

٢٠١٢-٢٠١٣

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وتقدير

لكل من غرس بذرة طيبة وقدم معلومة مفيدة...

الشكر الجزيل لأستاذي الدكتور هيثم عباسي الذي أشرف على هذه الدراسة وأعطاها من وقته وخبرته الكثير.

شكري للأستاذ الدكتور جميل طالب رئيس قسم التوليد وأمراض النساء.

التقدير والعرفان لكل الأساتذة الأجلاء في المشفى لكل ما بذلوه من جهد وتعب في سبيلي تعليمي.

شكر ومحبة لزملاء الاختصاص والمهنة.

شكر للكادر التمريضي والإداري في المشفى.

وأخيراً الشكر الأكبر لأولئك السيدات اللاتي نمت تجربتي من خلال تجاربهن.

مع امتناني

هبة

فهارس الدراسة

قائمة محتويات البحث

	رقم الصفحة
القسم النظري	8
مقدمة	9
مدخل تاريخي	11
أنماط اللوالب	13
آلية العمل	17
فعالية اللوالب	19
التأثيرات الجانبية	23
التركيب	29
إزالة اللولب	33
القسم العملي	35
منهج الدراسة	36
عنوان الدراسة	36
المشكلة العلمية	36
أهمية الدراسة	36
هدف الدراسة	36
المواد والطرائق	37
نتائج الدراسة	40
وصف عينة الدراسة	40
بيانات عامة	42
بيانات القصة النسائية	47
استخدام موانع الحمل في عينة الدراسة	50
استخدام اللوالب لمنع الحمل لدى أفراد عينة الدراسة	52
المناقشة	67
التوصيات	73
المراجع	74
الملاحق	78

قـائـمـة الـجـداول

الرقم	الجدول	الصفحة
1	استخدام الأجهزة داخل الرحم (اللوالب) في العالم، والولايات المتحدة، والصين	12
2	النتائج السريرية بعد سنة من استخدام اللوالب لدي السيدات الولودات	19
3	النتائج السريرية لاستخدام لولب TCu-380A (Paragard)	20
4	معدلات الحمل الهاجر لكل 1000 سيدة	22
5	توزع السيدات في عينة الدراسة حسب المجموعات العمرية والنسب المئوية	42
6	توزع السيدات في عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي للسيدة والنسب المئوية	43
7	توزع أزواج السيدات في عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي للزوج والنسب المئوية	44
8	توزع السيدات في عينة الدراسة حسب عمل السيدة والنسب المئوية.	45
9	توزع أزواج السيدات في عينة الدراسة حسب عمل الزوج والنسب المئوية	46
10	تكرارات السيدات في عينة الدراسة حسب طبيعة الدورة الطمثية والنسب المئوية	47
11	تكرارات السيدات في عينة الدراسة حسب عدد الولادات والنسب المئوية	48
12	يبين الحد الأدنى والحد الأعلى والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعدد الولادات لدى السيدات في عينة الدراسة	49
13	تكرارات والنسب المئوية للسيدات في عينة الدراسة حسب نوع الولادات	49
14	التكرارات والنسب المئوية لطرق منع الحمل المستخدمة لدى السيدات ضمن عينة الدراسة	50
15	تكرارات والنسب المئوية لعدد مرات تركيب اللوالب لدى أفراد عينة الدراسة	52
16	تكرارات والنسب المئوية لمكان تركيب اللوالب لدى أفراد عينة الدراسة	53
17	تكرارات والنسب المئوية لأسباب إزالة اللوالب لدى أفراد عينة الدراسة	55
18	التكرارات والنسب المئوية للآثار السلبية المسجلة لدى استخدام اللولب لدى السيدات في عينة الدراسة	57
19	التكرارات والنسب المئوية للآثار السلبية المسجلة لدى استخدام اللولب لدى السيدات في عينة الدراسة حسب المجموعة العمرية	59
20	التكرارات والنسب المئوية للآثار السلبية الشائعة المسجلة لدى استخدام اللولب حالياً لدى السيدات في عينة الدراسة حسب عدد الولادات	60
21	التكرارات والنسب المئوية للآثار السلبية الشائعة المسجلة لدى استخدام اللولب حالياً لدى السيدات في عينة الدراسة حسب نوع الولادات	61
22	التكرارات والنسب المئوية لشدة التأثيرات السلبية للوالب لدى أفراد عينة الدراسة	63
23	التكرارات والنسب المئوية لطرقة نزع اللولب لدى أفراد عينة الدراسة	64
24	التكرارات والنسب المئوية لرضا السيدة عن استخدام اللوالب لدى أفراد عينة الدراسة	66

قـائـمـة الأشكـال

الرقم	الشكل	الصفحة
1	**أنواع من اللوالب النحاسية المتوافرة تجارياً**	14
2	***اللولب الهرموني (Levonorgestrel T (Mirena™***	15

قـائـمـة الـمخططات

الرقم	عنوان المخطط	الصفحة
1	***المعدل الأسبوعي لتطور الداء الحوضي الالتهابي بعد تركيب اللولب***	**25**
2	**الهيكل التفصيلي لعينة الدراسة**	**40**
3	***النسبة المئوية للسيدات اللاتي استخدمن اللوالب لتمنيع الحمل***	**41**
4	***النسبة المئوية للسيدات اللاتي يستخدمن اللولب حاليا لتمنيع الحمل***	**41**
5	***النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب المجموعات العمرية***	**42**
6	***النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي للسيدة***	**43**
7	***النسبة المئوية لتوزع أزواج السيدات في عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي للزوج***	**44**
8	***النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب عمل السيدة***	**45**
9	***النسبة المئوية لتوزع أزواج السيدات في عينة الدراسة حسب عمل الزوج***	**46**
10	***النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب طبيعة الدورة الطمثية***	**47**
11	***النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب عدد الولادات***	**48**
12	***النسب المئوية لتوزع السيدات في العينة حسب طريقة منع الحمل المستخدمة***	**51**
13	***النسب المئوية لعدد مرات تركيب اللولب لدى سيدات العينة***	**53**
14	***النسب المئوية لمكان تركيب اللولب لدى سيدات العينة***	**54**
15	***النسب المئوية لأسباب إزالة اللولب لدى سيدات العينة***	**55**
16	***النسب المئوية لتوزع حالات تركيب اللولب حسب نوع اللولب المستخدم***	**56**
17	***النسب المئوية للتأثيرات السلبية للوالب لدى سيدات العينة***	**58**
18	***النسب المئوية لشدة التأثيرات السلبية للوالب في عينة الدراسة***	**63**
19	***النسب المئوية لطريقة نزع اللولب لدى سيدات العينة***	**64**
20	***النسب المئوية لرضا السيدات عن استخدام اللوالب في عينة الدراسة***	**66**

قـائـمـة الـمصطـلـحـات الأجـنـبـيـة

1	***HIV = فيروس عوز المناعة المكتسب (إيدز)***	
2	***STDs = الأمراض المنتقلة بالجنس***	
3	***NSAID = مضادات الالتهاب غير الستيروئدية***	

القسم النظري

مقـدمـة :

تعتبر الصحة الإنجابية مكون أساسي من مكونات الرعاية الصحية الأولي، كما أن تنظيم الأسرة مكون أساسي من مكونات الصحة الإنجابية.

إن المؤشرات الوطنية الخاصة بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة بحاجة إلى تحديث دائم، ومن الضروري التخطيط لبرامج تنظيم الأسرة وفق المحددات الاجتماعية والثقافية في سورية، وهناك دوافع متعددة تمنع السيدات من استعمال وسائل تنظيم الأسرة؛ منها نوعية الخدمات المقدمة وجودتها .إن دراسة تلك الدوافع والتقييم المستمر لنوعية الخدمة يسهل ويساعد في التخطيط لبرامج تنظيم الأسرة لتستطيع أن ترفع من نسب الاستخدام المرجوة حسب أهداف الألفية لعام2015.

تعكس الصحة الإنجابية بشكل أساسي المستوى الصحي للمرأة، ومن ثَم فإن الجهود المبذولة لتحسين واقع الصحة الإنجابية سوف يؤثر بشكل فعال في صحتها ورفاهيتها وقد اعتمدت الصحة الإنجابية بما فيها تنظيم الأسرة كإحدى الاستراتيجيات الأساسية ضمن مقترح الإستراتيجية الوطنية للسكان، إذ تبقى برامج تنظيم الأسرة إحدى الركائز الأساسية للصحة الإنجابية، ولاسيما مجال خفض معدلات الخصوبة وتحسين المستوى الصحي والاجتماعي للأسرة السورية (مرجع رقم 6).

تسهم برامج تنظيم الأسرة المخطط لها إسهاماً جيداً وكبيراً في تلبية احتياجات النساء من حيث الإسهام في تخطيط الحمول والمباعدة بينها، ولكن الدوافع التي تمنع السيدات من استعمال وسائل تنظيم الأسرة متعددة الجوانب، وإن دراستها بعمق يسهل التخطيط لبرامج تنظيم الأسرة، كما أن تحديد العوائق التي تحول دون حصول السيدات على خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة هو أمر بالغ الأهمية.

تفضل العديد من السيدات تجنب الحمل إلا أنهن في واقع الحال لا يستخدمن أي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة، وتعد بذلك احتياجات تلك السيدات غير ملباة .إن مفهوم الاحتياجات غير

الملباة Unmet needs تشير إلى الفجوة بين رغبات السيدات بما يتعلق بالإنجابية وبين سلوكهن المتعلق باستخدام وسائل تنظيم الأسرة (مرجع رقم 6 ورقم 13). وهذا الأمر بطبيعة الحال يضيف واحداً من التحديات المهمة إلى برامج تنظيم الأسرة. ومن الأسباب الأكثر شيوعاً للاحتياجات غير الملباة نذكر نقص المعلومات والخوف من الآثار الجانبية لوسائل تنظيم الأسرة ونوعية الخدمات وجودتها غير الملائمة أو غير المرضية ومعارضة الزوج والأقارب .. الخ.

مدخل تاريخي

على الرغم من عدم وجود توثيق دقيق، إلا أن القصة الأكثر تداولاً هي أن أول من استخدم الأدوات ضمن الرحم لمنع الحمل كانت القوافل التجارية، حيث وضعت حجارة في أرحام الجمال لمنع الحمل خلال مسير القافلة الطويل.

كانت الأجيال القديمة للوالب عبارة عن جذع صغير استخدم في القرن التاسع عشر، وأشكال تشبه الأزرار والتي تغطي فوهة عنق الرحم وكانت ترتبط بجذوع تمتد ضمن قناة العنق.

تم عام 1902 تطوير دحسة تمتد ضمن الرحم من قبل هولويج Hollweg في ألمانيا، ولكن خطر الخمج كان مرتفعاً. سجل ريختر Richter عام 1909 نجاحاً مع حلقة من خيط حرير تضم نيكل وشريط برونزي ينتأ من العنق، وبعد فترة قصيرة من ذلك عدّل بوست Pust الحلقة باستبدال السلك بخيط كتكوت وهذا الجهاز هو الذي استخدم في ألمانيا أثناء الحرب العالمية الأولى.

نزع غرافين بيرغ Grafenberg في عشرينات القرن الماضي الذيل والدحسة لأنه اعتقد أنها مصدر الخمج، وجرب ذلك في عام 1930 مستخدماً حلقات من الفضة والذهب ثم الفولاذ ولكنها لم تدم طويلاً وسقطت ضحية للفلسفة النازية.

طوّر أول جهاز بلاستيكي من قبل لايزر مارغوليس Lazer Margulies عام 1960 في نيويورك؛ وهو جهاز Margulies Coil، وقد كان ها الجهاز ضخماً مسبباً آلام ونزف وكانت النهاية البلاستيكية القاسية ضارة للزوج.

عقد عام 1962 ؛ وبجهود ألان غوتما شيه Alan Guttmacher؛ المؤتمر الدولي الأول حول اللوالب في مدينة نيويورك، حيث عرض جاك ليبس Jack Lippes جهازه (Lippes Loop) الذي استبدل فيه النهاية البلاستيكية بخيط مفرد، وقد أصبح اللولب الأكثر شعبية في الولايات المتحدة في الستينات والسبعينات.

أُدخِلت مادة الدالكون شيلد Dalkon Shield في الاستخدام عام 1970، وخلال 3 سنوات من استخدامه سجلت أعداد كبيرة من الانتانات الحوضية مما أوقف استعماله ولكن أعطى انطباع خاطئ للسيدات حول الأجهزة داخل الرحم، حيث وصمت كلها بأنها تسبب الأخماج.

اقترح جامي زيبير Jamie Zipper من تشيلي إضافة النحاس للولب اعتماداً على تأثيره الموضعي على البطانة الرحمية (مرجع رقم 30).

شهدت الثمانينات تراجعاً في استخدام اللوالب في الولايات المتحدة بسبب الخوف من المقاضاة، وهذا أدى إلى تراجع استخدامه من 7.1% (عام 1982) إلى 2% (عام 1988) إلى 0.8% (عام 1995) (مرجع رقم 24). ولكن على مستوى العالم ما يزال الأكثر استخداماً.

الجدول رقم (1) استخدام الأجهزة داخل الرحم (اللوالب) في العالم، والولايات المتحدة، والصين (مرجع رقم).

العام	***الولايات المتحدة الأمريكية***	***الصين***	***المجموع في العالم***
1981	***2.2 مليون سيدة***	***42 مليون سيدة***	***60 مليون سيدة***
1988	***0.7 مليون سيدة***	***59 مليون سيدة***	***83 مليون سيدة***
1995	***0.3 مليون سيدة***	***75 مليون سيدة***	***106 مليون سيدة***

أنـمـاط الـلـوالـب:

1- اللوالب غير الطبية – عروة Lippes:

وهي تصنع من البولي إيثيلين المشرّب بسلفات الباريوم. وما تزال تستخدم حلقات الستانلس ستيل المرنة بشكل واسع في الصين الشعبية.

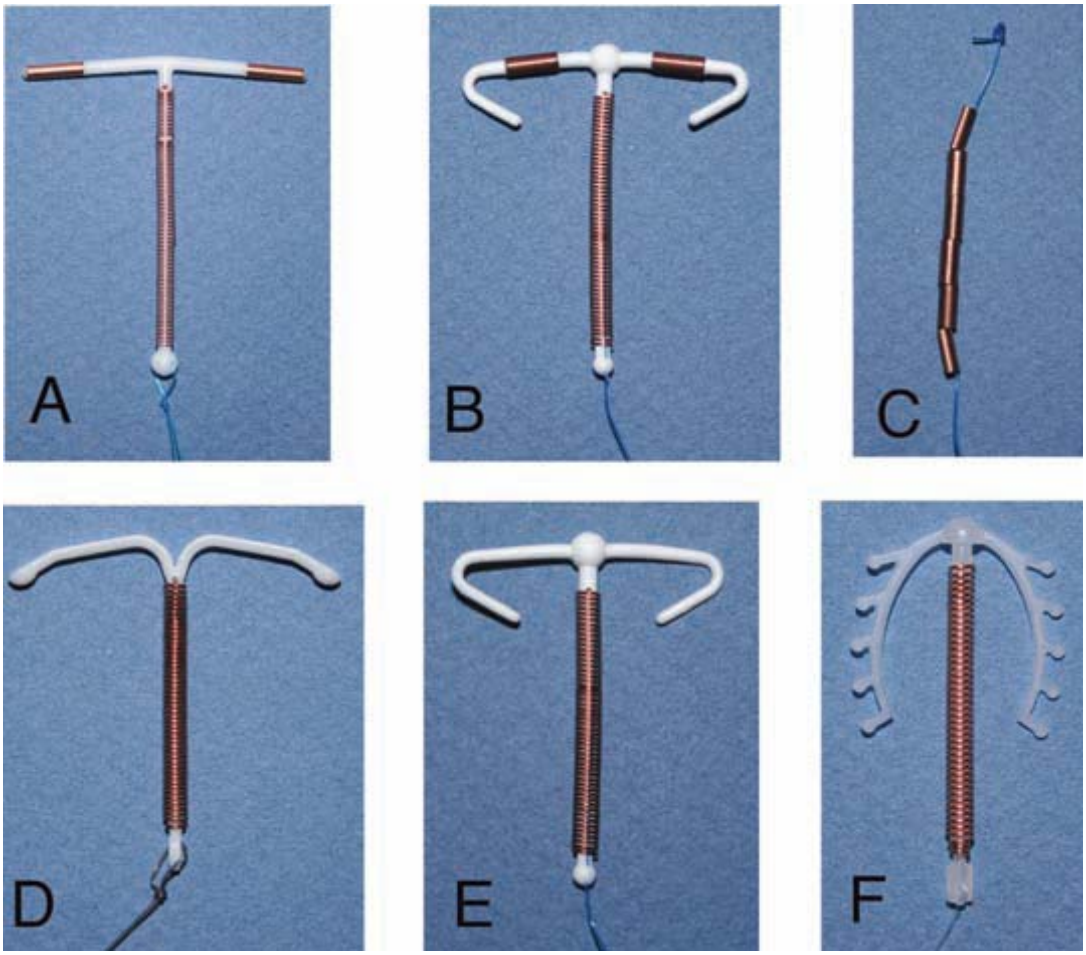
2- اللوالب النحاسية:

كان اللولب النحاسي الأول يحتوي على 200–250 مم^2 من السلك النحاسي، وما يزال يوجد صنفان منها TCu-200 وMultiload-250. أما اللوالب الحديثة فتحتوي على نحاس أكثر وجزء منه يكون على شكل أذرع أنبوبية قاسية، أكثر من كونه سلكاً مما يزيد من الفعالية وفترة العمر الوسطي، وهي توجد في الولايات المتحدة على شكل TCu-380A (Para Gard)، وفي باقي دول العالم توجد أنماط أخرى على شكل TCu-220C وNova T وMultiload-375.

تتضمن الأصناف الحديثة التي توجد في الصين الشعبية حلقة من الستانلس ستيل مع سلك نحاسي والتي تحرّر أيضاً إندوميتاسين indomethacin (فعالة جداً مع معدل طرح منخفض وفقدان دم أقل)، ويوجد لولب نحاسي على شكل V، ويوجد لولب نحاسي على شكل الرحم (مرجع رقم 32).

يستخدم اللولب Sof-T في سويسرا فقط.

إن لولب TCu-380A هو أداة لها شكل T مع هيكل من البولي إيثيلين يحمل 380 مم^2 من مساحة النحاس المكشوفة، ويلتف النحاس حول جذع بطول 36 مم ووزن 176 مغ، وذراع نحاسي أفقي يزن 66.5 مغ، وخيط من البولي إيثيلين مربوط إلى الجذع. يحوي هيكل اللولب على سلفات الباريوم مما يجعله ظليل على الأشعة. إن اللولب TCu-380Ag هو مماثل لـ TCu-380A ولكن يوجد لب فضي لسلك النحاس على الجذع لمنع تفتت النحاس وإطالة أمده. ويملك لولب TCu-380 Slim line سهولة في التعامل والتركيب (مرجع رقم 28).



Copper IUDs. A: T-Safe Cu 380 A QL (Quick-Load) (FP Sales) or TT 380 Slimline (Durbin); B: Flexi-T 380 (FP Sales); C: GyneFix (Durbin, FP Sales); D: Nova-T 380 (Schering); also UT 380 Short (Durbin) with short stem; E: Flexi-T 300 (FP Sales) with short stem; F: Multiload Cu375 (Organon) or Load 375 (Durbin).

الشكل (1): أنواع من اللوالب النحاسية المتوافرة تجارياً. مقتبس من (مرجع رقم 15)

يملك لولب Multi load-375 على 375 مم^2 من سلك النحاس حول الجذع، وتم تصميم الأذرع القابلة للطي المرنة لإنقاص الطرح العفوي وهو مماثل لـTCu-380A في الفعالية.

إن اللولب Nova-T مشابه لـ TCu-200 ويحتوي 200 مم^2 من النحاس، ويملك لب فضي لسلك النحاس، وأذرع مرنة قابلة للطي، مع عروة كبيرة مرنة في القاعدة لتجنب أذية أنسجة عنق الرحم، هناك بعض الحذر حول تناقص فعاليته بعد 3 سنوات وفق بيانات منظمة الصحة العالمية.

إن لولب Cu SAFE-300 يحتوي على 300 مم^2 من النحاس في الذراع العمودي، مع وجود ذراع أفقي مع نهايات تلائم جوف الرحم وتساعد في المحافظة على اللولب في قعر الرحم، وهو

يصنع من بلاستيك أكثر مرونة، وهو أصغر من اللوالب الأخرى مع ا

لعلم أن معدلات حدوث الحمل مماثلة، ولكن معدلات الإزالة بسبب الألم والنزف أقل (مرجع رقم 30).

3- اللوالب المحررة للهرمون:

يحرّر لولب LNG-20 (Mirena) 20 ميكروغرام من الليفونورجستريل Levonorgestrel باليوم. وهو يملك مَجْمع موصول للذراع العمودي يحوي 52 ملغ ليفونورجستريل.

الشكل (2): اللولب الهرموني (Levonorgestrel T (Mirena™، مقتبس (مرجع رقم 31***)***

يتحرر بمعدل 20 ميكروغرام/اليوم بدئياً، ثم تتناقص مع الزمن وتبلغ نصف الكمية البدئية بعد 5 سنوات، يستمر اللولب لمدة 10 سنوات، وهو ينقص فقدان الدم أثناء الدورة ومعدل الخمج الحوضي، وبالإضافة لذلك فهو يملك معدلات فعالية لمعالجة النزف الرحمي مماثلة لاجتذاذ البطانة endometrial ablation (مرجع رقم 10). إن البروجستين الموضعي الذي يؤثر مباشرة على البطانة قد يكون مفيد للسيدات المستخدمات للتاموكسيفين ومريضات عسر الطمث والسيدات بعد سن الضهي مع علاج أستروجيني معيض.

4-اللوالب المستقبلية:

تم تصنيع لوالب Ombrelle-250 وOmbrelle-380 بشكل أكثر مرونة بهدف إنقاص معدلات الطرح العفوي expulsion والتأثيرات الجانبية، وهي مسوّقة في فرنسا.

إن اللولب بدون هيكل Flexi Gard (والمعروف أيضاً بـ Cu- Fix أو Gyne FIX) يتألف من 6 أذرع نحاسية (330 مم^2 نحاس) وترتبط بخيط نايلون جراحي "بولي بروبيلين"، وبسبب غياب الهيكل فهو يملك معدلات منخفضة للإزالة بسبب الألم أو النزف، ولكن التركيب صعب مما يحمل معدلات طرح عفوي أعلى (مرجع رقم 26)، وهو ملائم بشكل خاص للسيدات اللاتي لم يحملن بعد nulli gravid (مرجع رقم 36).

آلـيـة الـعـمـل:

يحدث فعل منع الحمل لكل اللوالب في جوف الرحم أساساً، ولا تتأثر الإباضة، واللوالب ليست مجهضة abortifacient.

من المعتقد حالياً أن آلية عمل اللوالب هي إنتاج بيئة داخل الرحم تكون قاتلة للنطف (مرجع رقم 30).

تعتمد اللوالب غير الطبية في منع الحمل على الارتكاس العام للرحم على وجود جسم أجنبي، ويعتقد أن هذا الارتكاس؛ استجابة التهابية عقيمة؛ ينتج أذية نسيجية بدرجة صغيرة ولكن كافية لقتل النطف، قد يصل عدد قليل جداً _إن وجد_ من النطف إلى البيضة في البوق.

لا يمكن الحصول على بيضة ملقحة ذات انقسام طبيعي في البوق لدى السيدات مع لولب، وهذا يعني فشل النطفة في الوصول إلى البيضة وبالتالي لا يحدث الإلقاح.

لا تبدي المقايسة الحساسة لهرمون HCG في السيدات اللاتي يستخدمن لولب نحاسي أي دليل على الإلقاح، وهذا يتلاءم مع حقيقة أن اللوالب النحاسية تحمي من الحمل داخل وخارج الرحم.

تحرّر اللوالب النحاسية النحاس الحر وأملاح النحاس، والتي تملك تأثير كيماحيوي أو بنيوي على البطانة الرحمية، وتنتج أيضاً تغيرات في مخاط العنق ومفرزات الرحم. لا يوجد ارتفاع قابل للقياس في مستوى نحاس المصل. يملك النحاس أفعال خاصة عديدة تتضمن تعزيز إنتاج البروستاغلاندين وتثبيط العديد من الأنزيمات الرحمية. يترافق اللولب النحاسي مع استجابة

التهابية تتجلى بإفراز السيتوكينات السامة Cytokines، ومن المحتمل وجود تأثير قاتل للنطف إضافي في مخاط العنق. (مرجع رقم ت)

تضيف اللوالب المحرّرة للهرمونات تأثير البروجستين رحمياً لآلية ارتكاس الجسم الأجنبي، إذ تصبح البطانة الرحمية ساقطية مع ضمور في الغدد.

تملك اللوالب الهرمونية آليتين محتملتين للتأثير: تثبيط التعشيش وتثبيط كفاءة النطفة وبقاءها.

تعطي لوالب الليفونورجستريل تراكيز مصلية للبروجستين تبلغ حوالي نصف قيمتها عند استخدام النوربلانت، ولذلك فإن تطور الجريبات المبيضية وحدوث الإباضة تتثبط بشكل جزئي، حيث تبقى 85% من الدورات الطمثية إباضية بعد السنة الأولى من الاستخدام، بغض النظر عن نمط النزف المرافق.

أخيراً فإن لوالب البروجستين تكثّف مخاط العنق، مما يخلق حاجز يمنع اختراق النطف، وتنقص اللوالب البروجستينية كمية الدم المفقودة أثناء الطمث (بمقدار حوالي 40–50%). يحدث انقطاع طمث لدى 50% من السيدات خلال سنة من تركيب لولب الليفونورجستريل (مرجع رقم 5 ورقم 16)، وتزداد مستويات الحديد والهيموغلوبين الوسطي خلال الوقت مقارنة مع القيم قبل التركيب.

بسبب التأثير الإيجابي للبروجستين على البطانة فإن لولب الليفونورجستريل فعال جداً في معالجة النزف الطمثي، كفعالية الإعطاء الفموي للبروجستينات "مع تأثيرات جانبية أقل"، وهي مفضلة مقارنة بالعلاج الجراحي (مرجع رقم 19 ورقم 25)، بالإضافة لذلك يمكن استخدام هذه اللوالب في الوقاية وعلاج فرط تصنع بطانة الرحم.

يمكن أن يترافق لولب الليفونورجستريل مع ازدياد طفيف في تشكل الكيسات المبيضية، ولكنها لا عرضية وتزول عفوياً (مرجع رقم 20).

تتم استعادة البيئة داخل الرحم بسرعة بعد إزالة اللولب. لم تسجل الدراسات الكبيرة أي تأخير؛ بصرف النظر عن طول فترة الاستخدام؛ في الحصول على معدلات حمل طبيعية، مما يزيل الاعتقاد بأن اللوالب تترافق مع خمج يؤدي للعقم، ولا يوجد فارق ذو مغزى في المعدلات التراكمية للحمل بين الولودات والخروسات وعديمات الولادة.

فعالية اللوالب:

الحمل ضمن الرحم:

إن فعالية اللوالب في منع الحمل ضمن الرحم،تنعكس بشكل مباشر على فترة الترخيص لاستخدامها، حيث أن لولب TCu-380A مرخّص في الولايات المتحدة للاستخدام لمدة 10 سنوات، على الرغم من أن فعاليته تمتد لـ 12 سنة من الاستخدام (مرجع رقم 34)، ورخّص لولب TCu_200 لمدة 4 سنوات، و Nova-T لمدة 5 سنوات.

يمكن استخدام لولب الليفونورجستريل لمدة 7 سنوات على الأقل ومن المحتمل لمدة 10 سنوات، إن جهاز الليفونورجستريل الذي يفرز 15–20 ميكروغرام من الليفونورجستريل باليوم هو فعال مثل لولب نحاسي جديد (مرجع رقم 28).

لا يتم استبدال اللوالب غير الطبية، إذ أن توضع أملاح الكالسيوم على اللولب يمكن أن يسبّب بنية مخرّشة للبطانة، إذا ازداد النزف الطمثي بعد وضع اللولب غير الطبي لفترة طويلة فإنه من المناسب استبداله، والمنصوح بشكل دائم استبدال الجهاز بلولب أحدث وأكثر فعالية (مرجع رقم 30).

جدول (2) النتائج السريرية بعد سنة من استخدام اللوالب لدي السيدات الولودات (مرجع رقم 30***)***

الجهاز	معدل الحمل	معدل الطرح العفوي	معدل الإزالة
Lippes Loop	%3	%20–12	%15–12
TCu-200	%3	%8	%11
TCu-380A	%0.8–0.5	%5	%14
Levonorgestrel IUD	%0.2	%6	%17

عند الأخذ بالاعتبار كل أنواع اللوالب مع بعضها فإن معدل فشل الاستخدام الفعلي في السنة الأولى يبلغ 3%، مع معدل طرح عفوي يبلغ 10%، ومعدل إزالة يبلغ 15%، ويكون بشكل أساسي بسبب النزف والألم. كلما ازدادت فترة الاستخدام وازداد العمر يتناقص معدل الفشل، وكذلك معدل الإزالة بسبب الألم والنزف.

الجدول (3): النتائج السريرية لاستخدام لولب TCu-380A (Paragard) (مرجع رقم 30 **)**

النتائج السريرية لمدة عشر سنوات من استخدام لولب Paragrad TCu-380A, نسبة لمئة سيدة مستخدمة في السنة										
السنة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
فشل اللولب	0.7	0.3	0.6	0.2	0.3	0.2	0.0	0.4	0.0	0.0
طرح اللولب	5.7	2.5	1.6	1.2	0.3	0.0	0.6	1.7	0.2	0.4
اضطرابات الطمث	11.9	9.8	7	3.5	3.7	2.7	3.0	2.5	2.2	3.7
النزع الطبي	2.5	2.1	1.6	1.7	0.1	0.3	1.0	0.4	0.7	0.3
استمرارية الاستخدام	76.8	78.3	81.2	86.2	89.0	91.9	87.9	88.1	92.0	91.8
عدد المستخدمات الجدد في كل سنة	4932	3149	2018	1121	872	621	563	483	423	325

في الجدول السابق للنتائج السريرية لاستخدام لولب Paragrad TCu 380A عند مئة سيدة ولمدة عشر سنوات يتبين لنا ان التأثيرات الجاتبية لإستخدام اللوالب تكون أعلى بالسنةالأولى للإستخدام وتتناقص مع الزمن. على سبيل المثال يحدث فشل اللولب بنسبة 0.7 بالسنة الأولى وبعد عشر سنوات يصبح معدوم تقريبا. وبالمثل إضطرابات الطمث تحدث بنسبة 11.9 في السنة الأولى وتتناقص لتصبح 3.7 بعد عشر سنوات من الاستخدام. وبالتالي معدل الاستمرارية باستخدام اللولب يكون اقل في السنة الأولى ويزداد مع الزمن بسبب تناقص التأثيرات الجانبية.

بلغ معدل فشل لولب TCu-380A واللوالب الأخرى الحديثة أقل من 1% بالسنة، في دراسات محدّدة (مرجع 23). وإن المعدل العام التراكمي لحدوث حمل بعد 7 سنوات من الاستخدام يبلغ 100/1.5 سيدة، وبعد 12 سنة 100/1.9 سيدة (مرجع 34).

يكون معدل فشل اللوالب أخفض من معدل فشل حبوب منع الحمل الفموية في البلدان النامية (مرجع 12). وتكون معدلات الفشل أعلى قليلاً عند الشابات (أصغر من 25 سنة).

تستخدم السيدات اللوالب أطول من أي طريقة منع حمل مؤقتة أخرى، ومعدل الاستمرار أعلى من معدل استمرار حبوب منع الحمل الفموية، أو الحجاب أو الواقي الذكري. وهذا قد يكون بسبب الظروف المحيطة باتخاذ قرار استخدام اللوالب (سيدات أكبر سناً، وولودات).

الطرح العفوي Expulsion:

ينطرح لولب TCu-380A عفوياً في 5% تقريباً من السيدات خلال السنة الأولى من الاستخدام. وتملك السيدات بأعمار أصغر من 20 سنة معدل طرح أعلى من معدل الطرح لدى السيدات الأكبر (مرجع 33)، وهذا الحدث يمكن أن يترافق بتقلصات ومفرزات مهبلية أو نزف رحمي. وقد يكون التغير الملاحظ الوحيد هو تطاول أو غياب خيط اللولب.

يجب نزع اللولب المطروح جزئياً، وإذا لم يحدث حمل أو خمج، فإنه يمكن وضع لولب جديد مباشرة، وإلا فالانتظار حتى زوال الحالة الخمجية.

الحمل الهاجر:

إن الاستخدام السابق للولب لا يزيد من خطورة حمل هاجر لاحق، يضيف الاستخدام الحالي للولب بعض الحماية ضد الحمل الهاجر (مرجع 29)، استنتجت دراسة ضخمة متعددة المراكز لمنظمة الصحة العالمية أن مستخدمات اللوالب يملكن احتمالية أقل بـ 50% لحدوث حمل هاجر مقارنة بالسيدات اللاتي لا يستخدمن موانع حمل. ولكن هذه الحماية ليست عظيمة كالتي يمكن الحصول عليها بتثبيط الإباضة باستخدام الموانع الهرمونية الفموية، لذلك فإن مستخدمات اللوالب إذا حدث حمل لديهن فإنه من المرجح أكثر أن يكون حملاً هاجراً، وفعلياً فإن حدوث حمل هاجر لدى مستخدمات اللوالب هو حدث نادر.

يكون المعدل الأخفض لحدوث الحمل الهاجر في اللوالب الأكثر فعالية، مثل TCu-380A (احتمالية أقل بنسبة 90% مقارنة مع غير الممنعات).

تم تسجيل عدد قليل من حالات الحمل الهاجر مع لولب الليفونورجستريل، ويفترض سبب الوقاية هو ترافقه مع تثبيط جزئي للغونادوتربين مع تعطيل النمو الطبيعي للجريبات وتطورها، وفي عدد مهم من الدورات تثبيط الإباضة (مرجع 28).

لا يزداد خطر الحمل الهاجر مع ازدياد فترة استخدام TCu-380A أو لولب الليفونورجستريل. لم تسجل دراسة تقدمية لمدة 7 سنوات أي حالة حمل هاجر مع لولب الليفونورجستريل. وفي دراسة أخرى اشتملت 8000 سيدة سجلت حالة حمل هاجر واحدة مع لولب TCu-380A. إن فعالية لولب TCu-380A وليفونورجستريل في الوقاية من اللولب الهاجر تجعلها مقبولة كخيارات لمنع الحمل في حال وجود سوابق حمل هاجر (مرجع 28).

جدول (4) معدلات الحمل الهاجر لكل 1000 سيدة. مقتبس (مرجع 30)

الوصف	المعدل/1000 سيدة
غير مستخدمات موانع حمل، كل الأعمار	3–4.5
مستخدمات لولب ليفونورجستريل	0.2
مستخدمات لولب TCu-380A	0.2

التأثيرات الجانبية:

عند إجراء مسح فعال للمريضات مع استخدام تقنية جيدة للتركيب؛ فإن اللولب النحاسي والطبي لا تترافق عند ذلك مع ازدياد خطر العقم بعد إزالة اللولب، وحتى إذا أزيل بسبب اختلاطاته فإن الخصوبة تبقى طبيعية (مرجع 30).

إن الأعراض التي تضطر المريضة عادة للتوقف عن استخدام اللولب هي ازدياد النزف الرحمي، وازدياد الألم المرافق للدورة الطمثية. تتوقف 15% من السيدات عن استخدام اللولب بسبب هذه المشاكل خلال أول سنة من الاستخدام. أنقصت اللوالب النحاسية الصغيرة واللوالب البروجستينية من نسب الألم والنزف بشكل معتبر، ولكن القصة الطمثية الدقيقة ما تزال مهمة في اختيار اللولب، إذ أن السيدات مع قصة دورة طمثية طويلة وغزيرة أو عسر طمث شديد يمكن أن لا يتحملن لولب النحاس ولكن يمكن أن يستفدن من اللولب البروجستيني.

نظراً لأن النزف والتقلصات تكون أكثر شدة في الأشهر الأولى بعد تركيب اللولب فإن العلاج بأدوية NSAIDs خلال الدورات الأولى يمكن أن يقلل من النزف والتقلصات ويساعد المريضة في هذا الوقت العصيب، ويبدأ العلاج مع بدء الطمث ويستمر لمدة 3 أيام. ويتوافر لولب

نحاسي "يستخدم في الصين" يفرز كميات ضئيلة من الاندوميتاسين وقد ترافق استخدامه مع نزف قليل (مرجع 37).

إن حدوث أيام من التبقيع بين الدورات أو نزف خفيف غير مستبعد.

يترافق تركيب لولب نحاسي حديث مع ازدياد فقد الدم أثناء الدورة بمقدار 55% وهذا المستوى من النزف يستمر خلال فترة استخدام اللولب (مرجع 30)، ويترافق أيضاً مع تطاول خفيف في فترة الدورة (1–2 يوم)، وعلى مدار سنة فإن هذه الكمية من الدم لا تسبب تغيرات تؤدي لعوز حديد، ومع الاستخدام المديد فإن سويات الفيرتين تصبح أخفض، وفي المجتمعات التي يكون فقر الدم شائعاً فيها فإن هذه التغيرات تحدث بسرعة، ويصبح إعطاء الحديد مستطباً (مرجع 17).

بسبب التأثير الساقطي الضموري على البطانة الرحمية، يمكن أن يتطور انقطاع طمث في اللوالب الحاوية على البروجستين، تصبح 70% من السيدات مع لولب ليفونورجستريل قليلات الطمث، و 30–40% عديمات طمث خلال سنتين (مرجع رقم 4 و 16). سجلت دراسة على مجموعة من السيدات اللاتي استخدمن لولب الليفونورجستريل لأكثر من 12 سنة أن 60% من السيدات أصبحن عديمات طمث، و 12% مع دورة طمثية متباعدة مبعثرة، و 28% دورة منتظمة ولكن خفيفة (مرجع 26). تتزعج بعض النساء من هذا الأمر ويطلبن إزالة اللولب، على الرغم من أن هذا التأثير يتظاهر بازدياد مستويات خضاب الدم (مرجع 28).

يمكن أن يصل البروجستين الموجود في اللوالب الحاوية على الليفونورجستريل للدوران الجهازي، ويمكن أن تظهر تأثيرات أندروجينية مثل العد والشعرانية، ولكن ذكرت دراسة واحدة أنه لم يلاحظ تغير في المستويات الدورانية للغلوبولين الرابط للهرمونات الجنسية وبالتالي فالتأثيرات السريرية مستبعدة (مرجع 22). وما نزال بحاجة لدراسات سريرية أضخم لتقييم تأثير هذا اللولب على البروتينات الشحمية، ولكن من المستبعد أن تؤثر هذه الجرعة المنخفضة من الليفونورجستريل بشكل هام على الجهاز القلبي الوعائي. تذكر بعض السيدات ازدياد المفرزات المهبلية عند استخدام اللولب. وهذه الشكوى تستدعي تقييم وجود خمج مهبلي أو عنقي، ويمكن تقديم العلاج مع بقاء اللولب في مكانه.

ترافق الاستخدام المديد مع آمان وقلة في التأثيرات الجانبية، في دراسة تقدمية لـ 7 سنوات فإن استخدام لولب النحاس أو لولب ليفونورجستريل بعد 5 سنوات لم يؤدي لزيادة في الخمج الحوضي، ولا زيادة في معدلات الحمل الهاجر، ولا زيادة في فقر الدم، أو شذوذات اللطاخة (مرجع 28). لا تؤثر فترة الاستخدام على معدلات الحمل أو الناتج الحملي.

يمكن أن يحمل وجود النحاس بعض الفائدة، إذ تقترح بيانات وبائية أن اللولب النحاسي ينقص خطر سرطان باطن الرحم وسرطان العنق الغازي (مرجع 8)، ويفترض أن هذا التأثير الواقي يعود للتغيرات الكيماحيوية المحدثة والتي تؤثر على الاستجابة الخلوية.

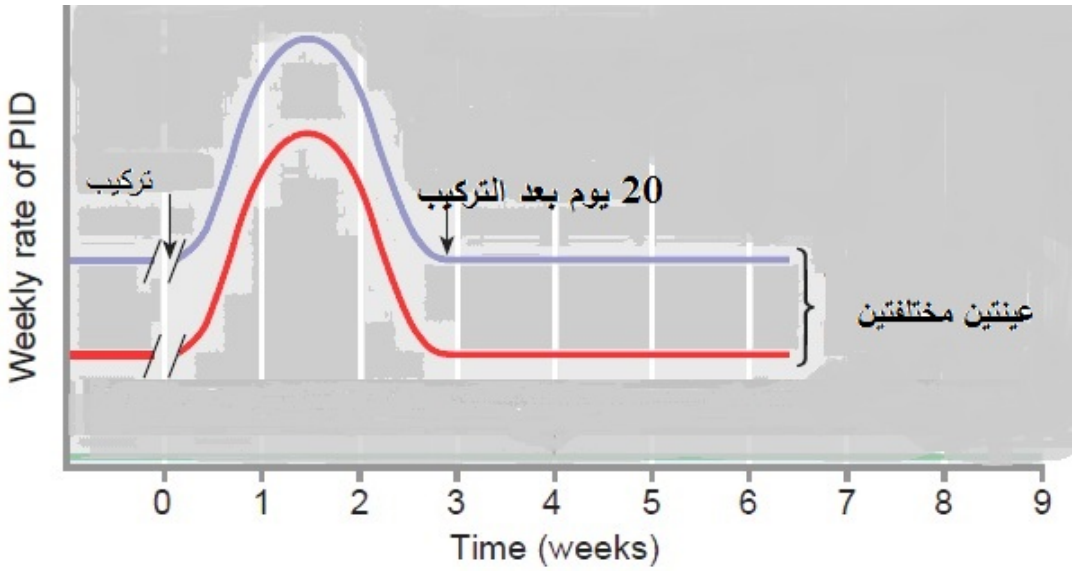
الأخماج:

يعتقد أن الأخماج الجرثومية المتعلقة باللوالب تعود لتلوث جوف الرحم وقت التركيب (مرجع 30). أما الأخماج التي تحدث بعد 3–4 أشهر من التركيب فإنه يعتقد أنها تعود لأخماج منتقلة بالجنس مكتسبة لا ترتبط مباشرة باللولب.

إن العامل الأهم في الأخماج هو مقدار خطورة الإصابة بـ STD وعدد الشركاء الجنسيين والسلوك الجنسي.

اقترحت مراجعة لمنظمة الصحة العالمية أن خطر الداء الحوضي الالتهابي أعلى 6 مرات خلال أول 20 يوم من التركيب مقارنة مع الأوقات اللاحقة، وتحدث بشكل نادر بعد أول 20 يوم (مرجع 15). لا يوجد فارق هام بين لولب النحاس وبقية اللوالب. إن مشكلة الخمج يمكن إنقاصها بالمسح الدقيق واستخدام تقنية عقيمة. ولا تملك السيدات مع داء سكري معتمد على الأنسولين خطر أعلى للخمج.

المخطط رقم (1): يبين المعدل الأسبوعي لتطور الداء الحوضي الالتهابي بعد تركيب اللولب، مقتبس من (مرجع 15)



:راسة منظمة الصحة العالمية على 22908 حالة تركيب لولب في اوروبا, افريقيا, آسيا وأميركا (4301 في الصين). لوحظ ان معدل داء الحوض الالتهابي يكون بأعلى نسبة خلال الأسابيع الثلاثة من التركيب.

يمكن أن يفيد إعطاء الدوكسيسيكلين 200 مغ أو أزيثروميسين 500 مغ فموياً قبل التركيب بساعة في الوقاية من أخماج الحوض المتعلقة بالتركيب، وتعد الصادات الوقائية ذات فائدة قليلة للسيدات مع خطر منخفض للأخماج المنتقلة بالجنس.

تملك لوالب الليفونورجستريل تأثير واقي ضد أخماج الحوض، وتملك اللوالب النحاسية مستويات منخفضة للأضداد المضادة للكلاميديا. يثبط النحاس نمو الكلاميديا في خلايا بطانة الرحم في الزجاج، لذلك فإن الترافق بين استخدام اللوالب والعقم هو موضع تساؤل جدي حتى الآن (مرجع 21). لم يتم تحديد أن اللولب غير ملائم للسيدات مع خطر متزايد لالتهاب الشغاف الجرثومي، ولكن يجب إعطاء صادات وقائية (2 غ أمبيسلين) قبل التركيب والإزالة بساعة.

إن المريضة المصابة بخمج كلاميديا أو بنيات لا عرضي تعالج دون إزالة اللولب، أما في حال وجود دليل على خمج صاعد للرحم أو البوق فإن المعالجة يجب أن تتضمن إزالة اللولب فوراً.

لا يوجد دليل على أن التهاب المهبل الجرثومي يزداد بوجود اللولب. إن أخماج الحوض المترافقة مع اللوالب تحدث بشكل أشيع بعضويات غير STI.

يوجد اقتراح (من دراسات مقطعية) أن اللولب يزيد خطر انتقال HIV من الرجل إلى المرأة، وهو اقتراح ضعيف بسبب طبيعة تصميم الدراسات. فيما لم يسجل هذا الخطر للانتقال من المرأة إلى الرجل (مرجع 30).

الشعيات

إن أهمية خمج الشعيات في مستخدمات اللولب غير واضحة، إن الشعيات شائعة في الفلورا المهبلية الطبيعية. وتوجد في لطاخات عنق الرحم لدى 30% من مستخدمات اللوالب البلاستيكية، و1% في اللوالب النحاسية (مرجع 30). ويترك للطبيب اتخاذ قرار العلاج هل يزيل اللولب ويعالج أم يعالج واللولب مكانه أو ببساطة يزيل اللولب فقط.

عادة هؤلاء المريضات لا عرضيات وبدون أعراض سريرية للخمج. إذا وجد مضض رحمي أو كتلة حوضية فيجب إزالة اللولب بعد بدء المعالجة بالصادات بنسلين G فموي 500 مغ/ 4 مرات باليوم وتستمر لشهر.

إذا وجدت الفطور الشعية في لطاخة عنق رحم لدى سيدة لاعرضية فإنه ليس من الضروري إعطاء معالجة بالصادات أو إزالة اللولب، على الرغم من التوصيات بإزالته واستبداله بآخر عندما تصبح اللطاخة سلبية، ولكن لا يوجد دليل يدعم هذه التوصية.

الحمل مع وجود لولب:

إسقاط عفوي:

إن الإسقاط أشيع عند السيدات مع لولب، وبمعدل 40–50% وبسبب هذا المعدل العالي فإن اللولب يجب أن يزال بمجرد أن يشخص الحمل والخيط مرئي، ويجب تجنب استخدام الأدوات ضمن الرحم، إذا وجدت رغبة باستمرار الحمل. بعد إزالة اللولب فإن معدل الإسقاط 30%

تقريباً. في حال إزالة اللولب بشكل سهل بدون رض أو طرحه عفوياً في الثلث الأول فإن خطر الإسقاط العفوي لاحقاً لا يزداد (مرجع 30).

الإسقاط النتن:

لا يوجد دليل على ازدياد خطر الإسقاط النتن إذا استمر الحمل مع لولب في مكانه (مرجع 30). إذا كان اللولب في رحم حامل مخموج فإن إزالته تتطلب رعاية والإزالة بعد إعطاء الصادات والانتباه الحذر خوفاً من تطور صدمة إنتانية.

الشذوذات الخلقية:

لا يوجد دليل على أن تعرض الجنين للوالب الطبية ضار، ولم يزداد خطر الشذوذات الخلقية بين أطفال سيدات أصبحن حوامل مع وجود لولب، ولم تزد اللوالب من شذوذات الأطراف (مرجع 30).

المخاض والولادة الباكرين:

تزداد بمقدار 4 أضعاف إذا بقي اللولب في مكانه.

التركيب:

اختيار المريضة:

- إن اختيار المريضة من أجل استخدام ناجح للولب يتطلب انتباه للقصة الطمثية وخطر الأخماج المنتقلة بالجنس. إن العمر والولادات ليست عوامل هامة في الاختيار. إن عوامل الخطورة للأخماج المنتقلة بالجنس هي الأكثر أهمية.
- توجد خطورة كبيرة للخمج الحوضي عند تركيب اللولب وخطورة أكبر لاكتساب الأخماج المنتقلة بالجنس بعد التركيب لدى السيدات مع شركاء جنسيين متعددين، ووجود الشركاء متعددي العلاقات، أو مدمني المخدرات والكحول، والذين ليسوا في علاقة جنسية ثابتة.

- يعد الداء الحوضي الالتهابي حالياً، أو حديثاً، أو ناكساً مضاد استطباب لتركيب اللولب.

- يجب تحذير السيدات مع دورة غزيرة حول ازدياد النزف مع اللولب النحاسي، إن السيدات مع قصة تناول مضادات تخثر أو وجود اضطرابات نزف غير مناسبات لتركيب اللولب النحاسي، ولكن يمكن أن يستفدن من لولب البروجستين.

- إن السيدات مع شذوذات في تشريح الرحم (رحم ثنائي القرن، ورم ليفي تحت المخاطية، تضيق عنق الرحم) يمكن أن لا يتكيفن مع اللولب. إن اللولب خيار غير جيد عندما يتشوه جوف الرحم بوجود الليف.

- يجب ألا يستخدم الأشخاص الذين لديهم تحسس للنحاس أو داء ويلسون اللولب النحاسي على الرغم من عدم تسجيل حالات ارتكاس، حيث أن كمية النحاس التي تتسرب للدم أقل من الكمية الموجودة في الطعام الطبيعي.

- يجب ألا تستخدم النساء مثبِّطات المناعة اللوالب، ولا يتعارض عسر تنسج العنق مع تركيب أو استمرارية اللولب، لا يوجد زيادة في الحوادث السلبية مع استخدام اللولب النحاسي في السيدات السكريات، وقد يكون الخيار الأفضل خاصة إذا وجد داء وعائي.

- لا يجب استبعاد اللولب لمجرد أن السيدة مراهقة، وعلى الرغم من أن استخدام اللولب لدى الولودات المراهقات ليس جيد مقارنة مع السيدات الأكبر سناً، ولكنه ما يزال مماثل أو أحسن قليلاً من باقي مانعات الحمل (مرجع 15). إن اللولب يقدم منع حمل فعال طويل الأمد للمراهقات بإعطاء المسح الملائم والاستشارة والرعاية. لا يوجد اختلاف في الفعالية والتأثيرات الجانبية بين عديمات الحمل والولودات. لا يوجد خطر أعلى للعقم البوقي لدى السيدات عديمات الولادة اللاتي استخدمن اللولب سابقاً وذلك وفق دراسة حالة–شاهد، ولكن المستخدمات طويلات الأمد في دراسة حشدية سجلت خصوبة أقل مقارنة مع المستخدمات لفترة قصيرة ومستخدمات الموانع الفموية (*مرجع 11 و 18*).

تؤكد معظم الأدلة أن استخدام اللولب لا يؤثر على الخصوبة (مرجع 7).

يعد الفحص المهبلي بالمنظار والفحص الأصبعي ضروريان قبل تركيب اللولب، فمن المهم معرفة وضعية الرحم، إذ أن وضعية الانقلاب الرحم الخلفي الشديدة غير المكتشفة هي أشيع سبب للانثقاب في وقت التركيب على الرغم من أن الانثقاب نادر، إذ أن معدل حدوثه يبلغ أقل من 3000/1 تركيب. ويتداخل الرحم الكبير أو الصغير بالتركيب أيضاً، ومن أجل تركيب ناجح فإن الرحم يجب ألا يقيس بالسبر أقل من 6 سم أو أكثر من 9 سم.

من المفضل عدم وجود خمج عنقي أو مهبلي قبل التركيب، ويجب تأجيل التركيب في حال وجود مفرزات قيحية من العنق أو التهاب مهبل هام "متضمناً التهاب المهبل الجرثومي".

توقيت التركيب:

يمكن تركيب اللولب بشكل آمن في أي وقت بعد الولادة، أو الإسقاط العفوي، أو إنهاء الحمل المحرض، أو خلال الدورة الطمثية.

إن معدلات الطرح العفوي أعلى عند اللوالب القديمة الضخمة البلاستيكية، المركبة بعد أكثر من 8 أسابيع من الولادة، اقترحت الدراسات أن لولب النحاس يمكن تركيبه بين 4–8 أسابيع بعد الولادة بدون زيادة معدلات الحمل، والطرح العفوي، وانثقاب الرحم، أو الإزالة بسبب النزف و/أو الألم.

يمكن التركيب مباشرة بعد الولادة المهبلية ولا يترافق مع زيادة خطر الإنتان أو انثقاب الرحم أو نزف بعد الولادة أو سوء انطمار الرحم. إن التركيب بعد الولادة المهبلية غير موصى به إذا وجد خمج ضمن الرحم، ويكون معدل الطرح العفوي أعلى مقارنة بالتركيب خلال 4–8 أسابيع بعد الولادة. ويمكن أيضاً تركيبه أثناء الولادة القيصرية ويكون معدل طرحه أقل من معدل طرحه عند التركيب بعد الولادة المهبلية فوراً (مرجع 9).

إن تركيب اللولب لدى السيدات المرضعات أسهل نسبياً ويترافق مع معدل إزالة أخفض بسبب النزف أو الألم، ولا تتفق الدراسات فيما إذا كان الانثقاب أشيع في السيدات المرضعات (مرجع 2).

يمكن وضع اللولب مبشرة بعد إسقاط الثلث الأول، ولكن بعد إسقاط الثلث الثاني فإنه من المنصوح الانتظار حتى حدوث انطمار رحم. يمكن أن يصبح التركيب أصعب إذا كان عنق الرحم مغلق بين الطموث، إن الفوائد من التركيب خلال أو بعد الدورة يتضمن قناة عنق رحم مفتوحة أكثر، وإخفاء النزف المرافق للتركيب، والتأكد من المريضة غير حامل، يوجد دليل أن معدل الطرح والإزالة بسبب الألم والنزف ومعدل الحمل أقل إذا أجري التركيب بعد اليوم 11 من الدورة. ويصبح معدل الخمج أقل إذا تم التركيب بعد اليوم 17 من الدورة.

الصادات الوقائية:

يمكن أن يزود الدوكسيسيكلين (200 مغ) المعطى فموياً قبل ساعة من التركيب وقاية ضد الخمج الحوضي المترافق بالتركيب، ولكن أظهرت دراسات معشاة عدم وجود فائدة هامة (مرجع 35).

يمكن استخدام الأزيترومیسين بجرعة 500 مغ وقائياً، ويفترض أن تحقق حماية أكثر بسبب نصف العمر الطويل، إن حدوث الخمج منخفض جداً في السيدات مع خطر منخفض للأخماج المنتقلة بالجنس، لذلك فإن هناك فائدة قليلة يمكن توقعها من الصادات الوقائية (مرجع 14).

إزالة اللولب:

يمكن سحب الخيط –إذا كان مرئياَ– بملقط حلقي مع تطبيق شد ثابت.

إذا لم يشاهد الخيط فإنه يمكن مشاهدته بتدوير حامل قطن أو فرشاة اللطاخة في القناة العنقية، وإذا احتجنا لمناورات أخرى فيجب إجراء حصار جانب عنقي، إن الإعطاء الفموي لل NSAIDs قبل الإجراء سوف ينقص التقلصات الرحمية.

إذا لم نتمكن من مشاهدة الخيط فإن الرحم يسبر بعد الحصار جانب العنقي ويمكن الشعور بموقع اللولب وإزالته باستخدام ملقط مع الانتباه لإدخال الملقط بحذر ثم فتحه بمجرد عبور قناة عنق الرحم وبالتالي يمكن مسك اللولبين بين فكي الملقط.

إذا لم نتمكن بسهولة من إزالته باستخدام هذا الملقط فإنه يمكن إزالته بالرؤية المباشرة بتنظير باطن الرحم، أو بالتوجيه بالتصوير بفائق الصوت.

تعود الخصوبة والحمل لمعدلاتها الطبيعية مباشرة بعد الإزالة. إن الناتج الحملي بعد إزالة اللولب يترافق مع معدل إسقاط وحمل هاجر طبيعيان (مرجع 30).

إذا رغبت المريضة بالاستمرار باستخدام اللولب كمانع للحمل فإن اللولب الجديد يمكن وضعه مباشرة بعد إزالة القديم، وهنا يجب إعطاء تغطية وقائية.

اللولب المغروس:

يمكن إزالته بمعونة التوجيه بفائق الصوت أو اللجوء لتنظير باطن الرحم ونزعه تحت الرؤية المباشرة.

اللولب الهاجر:

عندما لا نجد اللولب فإنه يجب التفكير؛ بالإضافة للطرح العفوي؛ بانثقاب الرحم وتواجده في البطن (حالة نادرة) أو مغروس ضمن العضلية. كل اللوالب ظليلة على الأشعة، ويمكن تحديدها إما بالتصوير بفائق الصوت أو بتصوير أشعة بسيطة للبطن.

إذا تم تحديده ضمن البطن فيجب إزالته باستخدام تنظير بطن علاجي تحت التخدير العام. إذا كان مغروس في العضلية ولم نستطيع سحبه تحت التوجيه بفائق الصوت، فإن تنظير باطن الرحم هو الأفضل، وكلا الطريقين مفيدين إذا كان الانثقاب جزئي.

يؤدي النحاس الموجود في اللولب إلى التصاقات في جوف البطن، مما يجعل إزالته أصعب، وعلى الرغم إبقاء اللولب المخترق في السابق إلا أن الممارسة الحالية تقوم على إزالة كل اللوالب

المخترقة مباشرة عند التشخيص (مرجع 21)، وبما أن الانثقابات تحدث وقت التركيب فإنه يجب التأكد من الخيط خلال عدة أسابيع من التركيب.

القسم العملي

منهج الدراسة

عنوان الدراسة

دراسة انتشار الاختلاطات النسائية عند استخدام موانع الحمل داخل الرحم (اللوالب).

المشكلة العلمية

بناءً على التوجه الصحي في مراكز الرعاية الصحية للحد من الانفجار السكاني تهدف هذه الدراسة إلى زيادة توافر وسائل تنظيم الأسرة الأفضل من حيث التكلفة- التوافر- سهولة التطبيق- سهولة المتابعة.

أهمية الدراسة

مساعدة الأسرة على زيادة أداءها الاجتماعي والثقافي من خلال تنظيم الأسرة.

مساعدة الزوج والزوجة والأطفال على التعلم وممارسة النشاطات الاجتماعية وتحسين مستوى المعيشة للعائلة.

زيادة فعالية وتوافر اللوالب كوسيلة لتنظيم الأسرة وزيادة رغبة السيدات به من خلال الإقلال من الاختلاطات والتأثيرات الجانبية الناتجة عنه.

هدف الدراسة

1. معرفة السيدات المرشحات لتركيب اللولب كوسيلة لمنع الحمل.
2. دراسة الاختلاطات النسائية الناجمة عن اللوالب وأسباب الحمل على اللولب.

الـمـواد والـطرائـق

تصميم الدراسة:

دراسة استبيانية

مكان الدراسة:

أجريت هذه الدراسة في العيادات الخارجية في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي – كلية الطب البشري– جامعة دمشق.

فترة الدراسة:

فترة جمع العينة بين 2012/4/1 وحتى 2012/8/1

المشاركات في الدراسة:

استهدفت الدراسة السيدات المراجعات للعيادات الخارجية في المشفى في فترة الدراسة، ووافقن على الدخول في الدراسة. وحققن شروط الدخول.

حجم العينة:

بلغ عدد المشاركات 500 سيدة.

معايير الادخال:

- ✓ السيدة متزوجة.
- ✓ العمر أقل من 50 سنة.
- ✓ وجود دورة طمثية.

- ✓ عدم وجود تعقيم دائم "تعقيم أنثوي أو ذكري".
- ✓ عدم وجود حمل حالي أو عدم مراجعة السيدة بسبب عقم بدئي.

جمع البيانات:

اعتمد في جمع البيانات المطلوبة لإنجاز هذه الدراسة على المعلومات المتاحة والتي تتعلق بموضوع الدراسة من دراسات وأبحاث وتقارير ومراجعات منشورة في المجلات العلمية المتخصصة، بالإضافة للنصوص الطبية في الكتب المنشورة.

بيانات استبيان الدراسة: كان الاستجواب الدقيق المفصل هو المفتاح الأساسي للحصول على البيانات الأولية المتعلقة بالسيدة وفق نموذج الاستبيان المخصص لهذه الدراسة _راجع الملحق_.

طريقة العمل:

I. أخذت الموافقات اللازمة للبدء بالدراسة من مجلس قسم التوليد وأمراض النساء، وكلية الطب البشري، ومجلس جامعة دمشق لشؤون البحث العلمي.

II. أخذ موافقة السيدة الطوعية الشفوية للدخول في الدراسة، وضبط تحقيقها لمعايير الدخول في الدراسة.

III. تم ملء الاستبيان المخصص للدراسة لكل مريضة من قبل الطبيبة الدارسة، بالاعتماد على المقابلة الشفوية مع المريضة.

تحليل البيانات:

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

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

أجري التحليل الإحصائي بحساب قيمة مستوى الدلالة عند مستوى ثقة 95%. وكانت القيمة ذات دلالة من أجل P-value < 0.05.

تم عرض البيانات على هيئة جداول ومخططات توضيحية.

القضايا الأخلاقية:

لم تتضمن الدراسة توجيه أية أسئلة حساسة. وكان للسيدة الحق بالانسحاب في وقت.

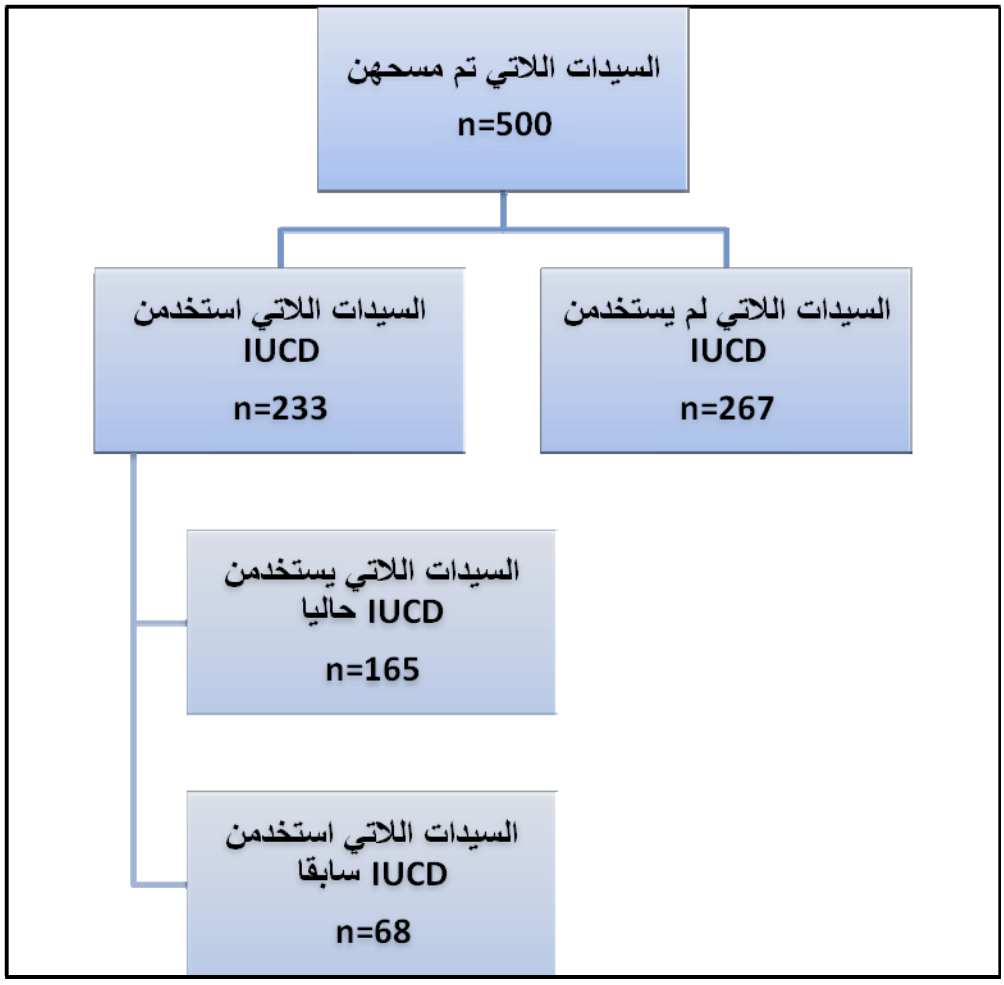
استخدمت البيانات في الدراسة بشكل مرمّز، مما يغفل الإشارة إلى هوية السيدة.

كانت تؤخذ موافقة السيدة وفقاً للنموذج الموجود في ملحق الدراسة.

نـتـائـج الـدراسة

أولاً – وصف عيـنـة الـدراسة:

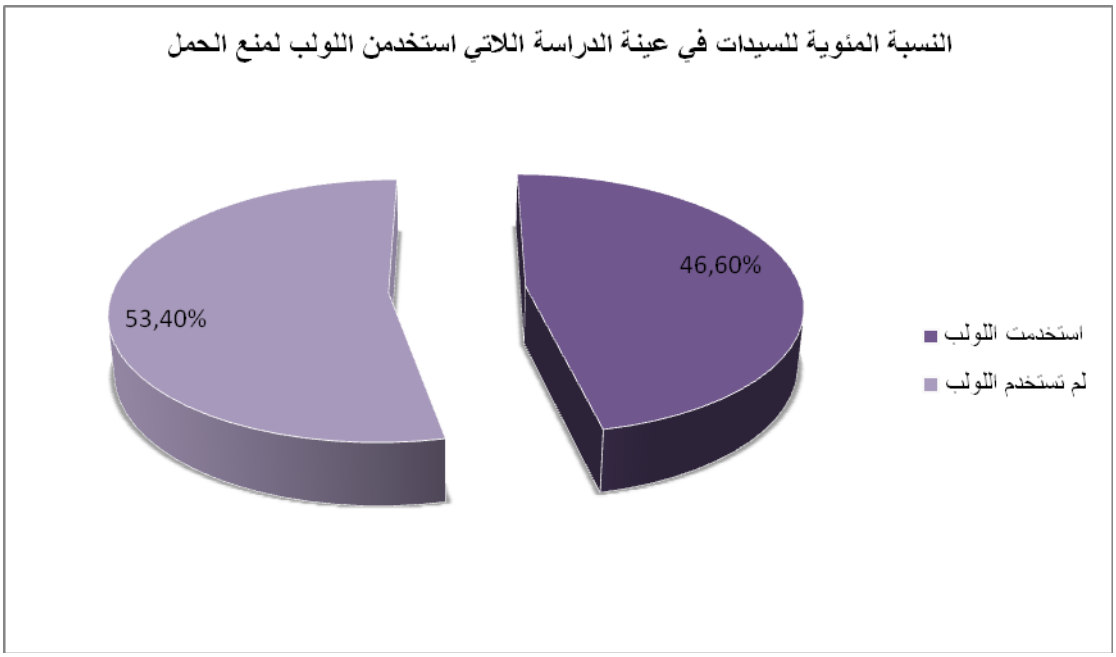
تم إجراء المسح على 500 سيدة من السيدات المراجعات لعيادات المشفى بالإضافة للكادر التمريضي والموظفات في المشفى، ويبين المخطط رقم (2) هيكلية عينة الدراسة وتوزعها بالنسبة لاستخدام الأجهزة داخل الرحم (اللوالب).



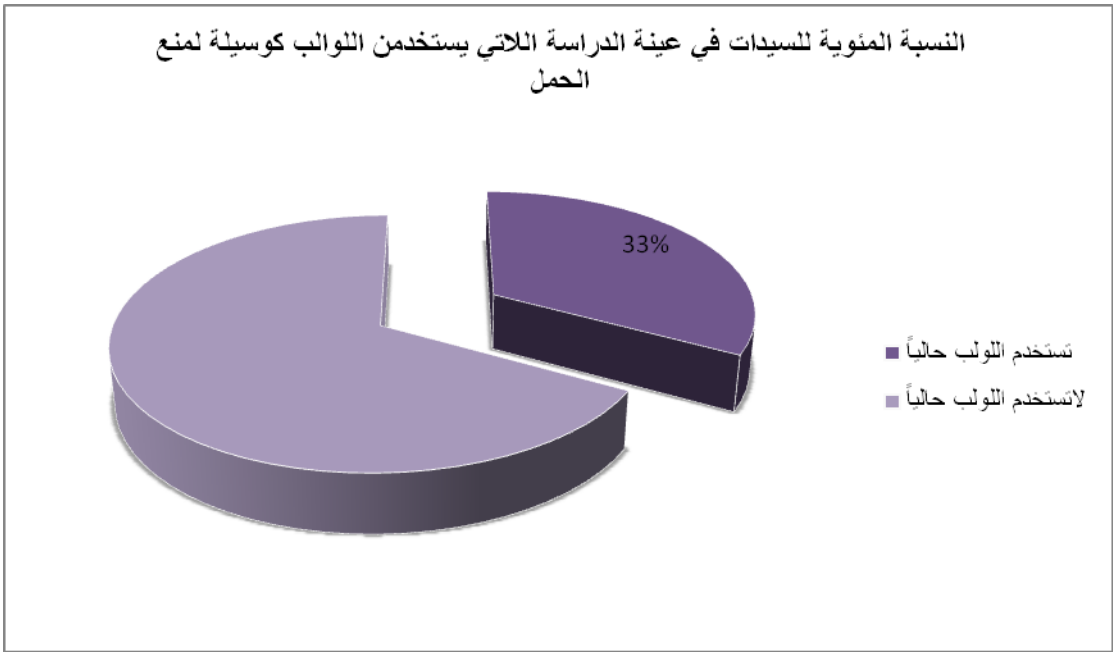
المخطط (2): الهيكل التفصيلي لعينة الدراسة.

نجد من المخطط السابق أن 46.6% (500/233 سيدة) استخدمن في حياتهن اللوالب –مرة واحدة على الأقل– كوسيلة لمنع الحمل، المخطط (3).

وقد كانت نسبة السيدات اللاتي يستخدمن اللولب حالياً 33% (500/165 سيدة)، انظر المخطط (4).



المخطط (3) يبين النسبة المئوية للسيدات اللاتي استخدمن اللوالب لتمنيع الحمل.



المخطط (4) يبين النسبة المئوية للسيدات اللاتي يستخدمن اللولب حاليا لتمنيع الحمل

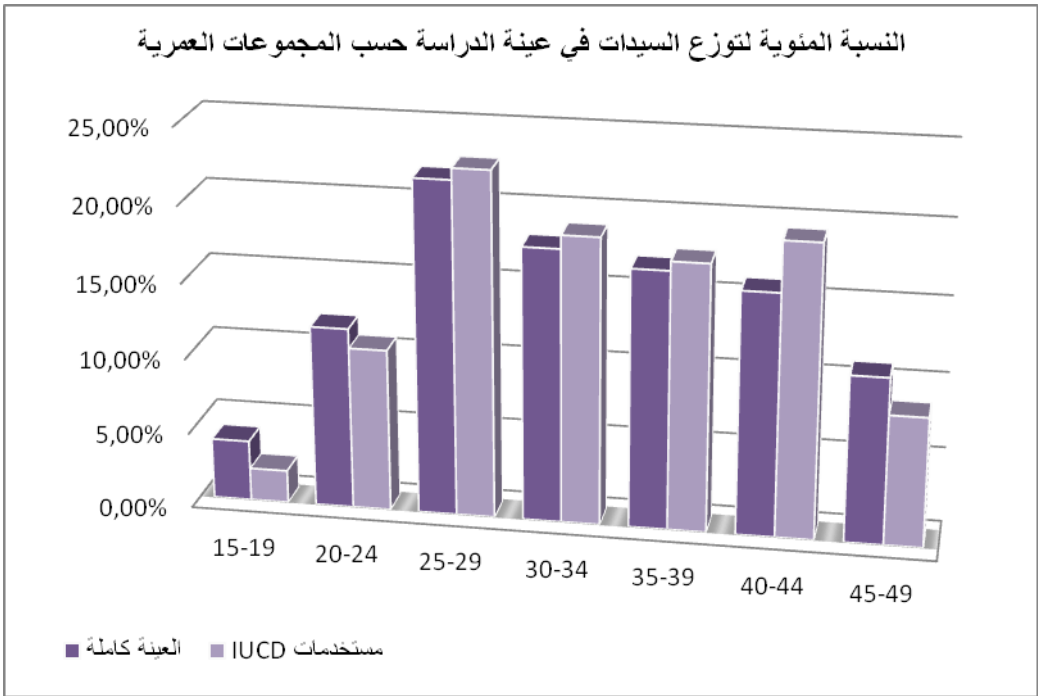
ثـانـيـاً : بـيـانـات عـامـة

1- توزع السيدات في عينة الدراسة وفقاً للعمر (بالسنوات):

تم تقسيم السيدات وفقاً للعمر إلى مجموعات عمرية، وبسبب شروط الاشتمال فقد تراوحت أعمار السيدات بين 16 و49 عاماً، وبلغ المتوسط الحسابي للعمر في عينة الدراسة 31.6± 6.6 سنة. ولدى السيدات المستخدمات للولب 30.9 ± 5.8 سنة. انظر الجدول والمخطط.

جدول (5): توزع السيدات في عينة الدراسة حسب المجموعات العمرية والنسب المئوية.

المجموعة العمرية	العينة كاملة		السيدات المستخدمات للولب	
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية
19-15	20	%4	5	%2.15
24-20	60	%12	25	%10.73
29-25	110	%22	53	%22.75
34-30	90	%18	44	%18.88
39-35	85	%17	41	%17.60
44-40	80	%16	45	%19.31
49-45	55	%11	20	%8.58
المجموع	500	%100	233	%100



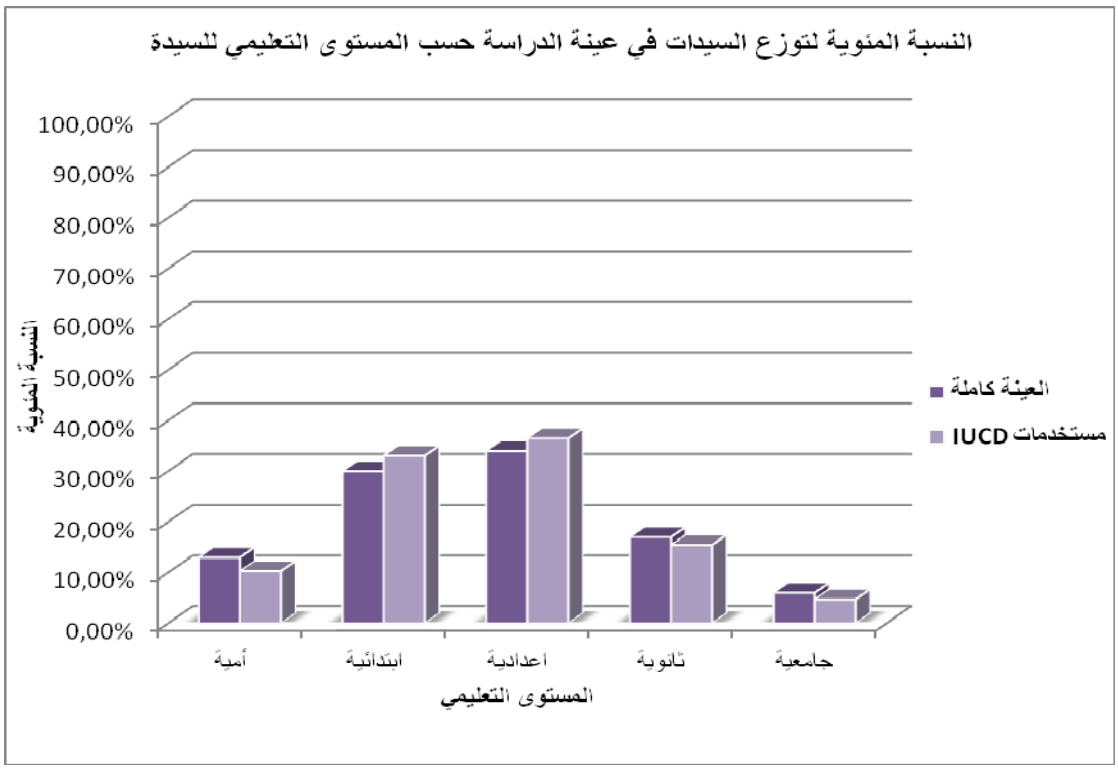
مخطط رقم (5) يمثل النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب المجموعات العمرية

2- توزع السيدات في عينة الدراسة وفق المستوى التعليمي للسيدة:

كان تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعات المستوى التعليمي يماثل تقسيم المراحل الدراسية في القطر. ويبين الجدول (6) والمخطط (6) توزع أفراد عينة الدراسة وتوزع السيدات المستخدمات للوالب حسب المستوى التعليمي.

جدول (6): توزع السيدات في عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي للسيدة والنسب المئوية.

المستوى التعليمي	العينة كاملة		السيدات المستخدمات للولب	
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية
أمية	65	%13	24	%10.30
ابتدائية	150	%30	77	%33.05
إعدادية	170	%34	85	%36.48
ثانوية	85	%17	36	%15.45
جامعية	30	%6	11	%4.72
المجموع	500	%100	233	%100



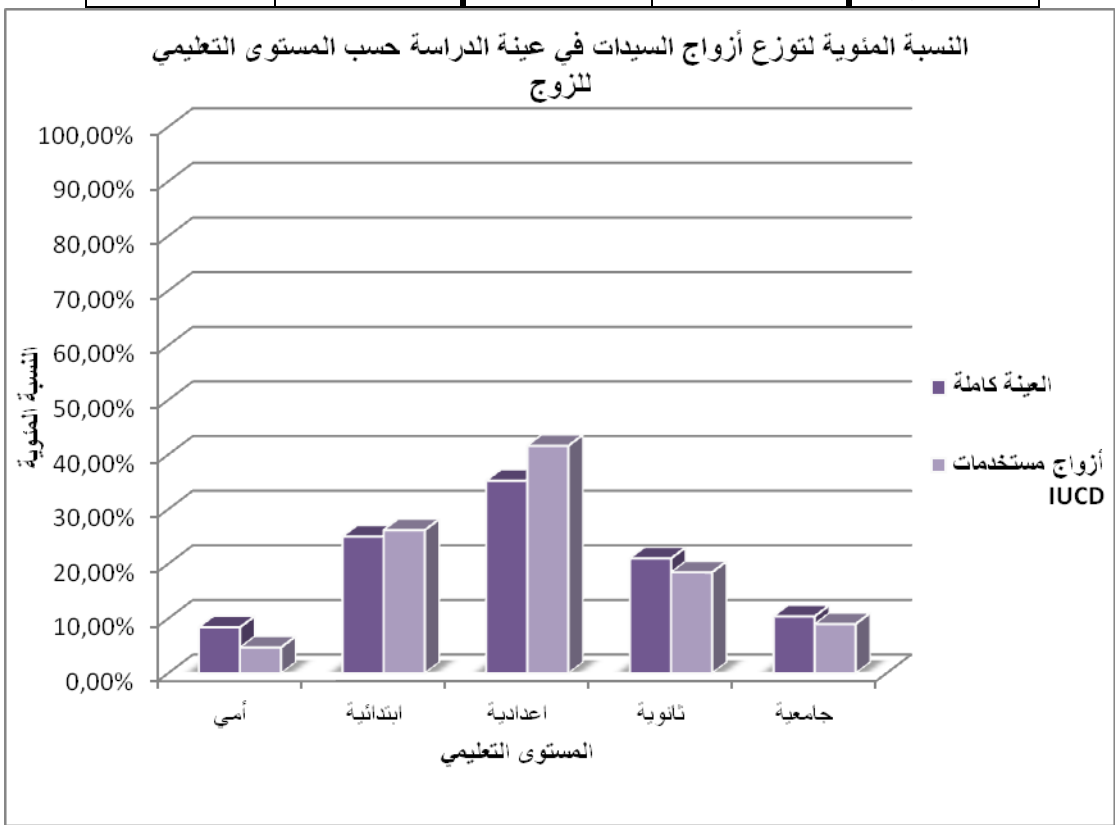
مخطط رقم (6) يمثل النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي للسيدة

3- توزع أفراد عينة الدراسة وفق المستوى التعليمي للزوج:

كان تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعات المستوى التعليمي للزوج يماثل تقسيم المجموعات بالنسبة للسيدة. ويبين الجدول (7) والمخطط (7) توزع أفراد عينة الدراسة.

جدول (7): توزع أزواج السيدات في عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي للزوج والنسب المئوية.

المستوى التعليمي	العينة كاملة		أزواج السيدات المستخدمات للولب	
	عدد الأزواج	النسبة المئوية	عدد الأزواج	النسبة المئوية
أمي	42	%8.4	11	%4.72
ابتدائي	125	%25	61	%26.18
إعدادي	176	%35.2	97	%41.63
ثانوي	105	%21	43	%18.46
جامعي	52	%10.4	21	%9.01
المجموع	500	%100	233	%100



مخطط رقم (7) يمثل النسبة المئوية لتوزع أزواج السيدات في عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي للزوج.

4- توزع السيدات في عينة الدراسة حسب عمل السيدة:

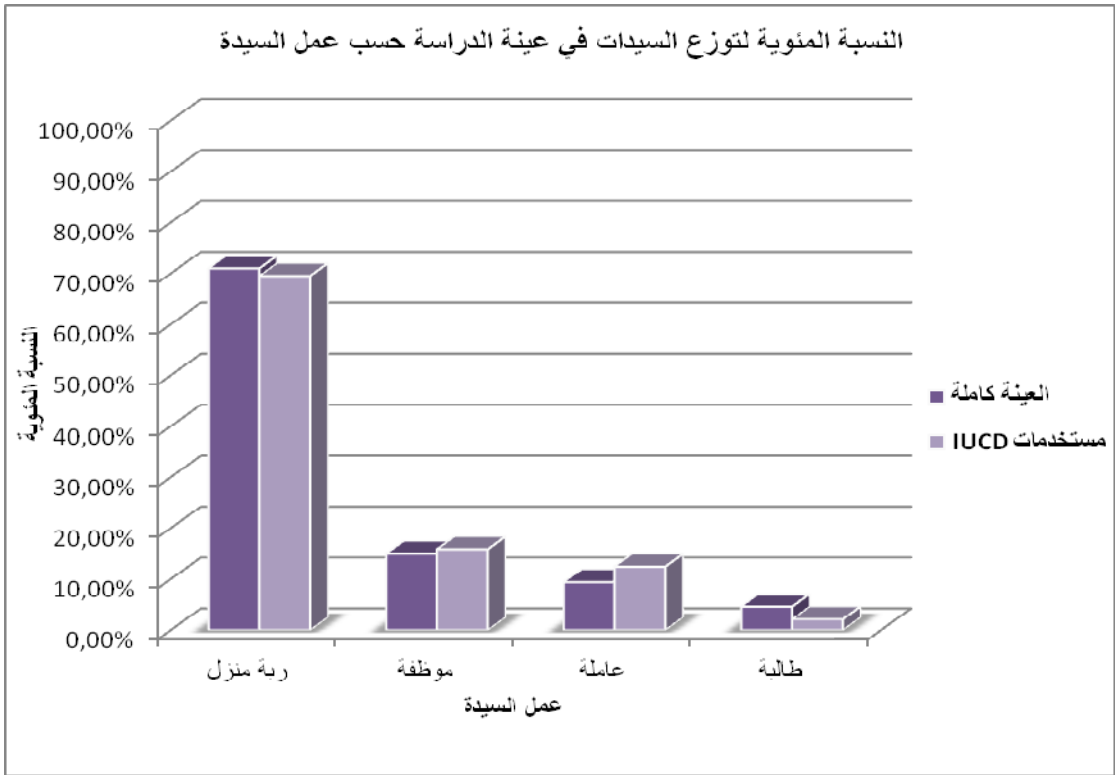
تم الاستفسار عن عمل السيدة الحالي، وقد كانت النسبة المئوية للسيدات العاملات 24.4% (500/122 سيدة). وقد بلغت هذه النسبة لدى السيدات المستخدمات للوالب 28.33% (233/66 سيدة). ويبين الجدول والمخطط النتائج المسجلة.

جدول (8): توزع السيدات في عينة الدراسة حسب عمل السيدة والنسب المئوية.

عمل السيدة	العينة كاملة		السيدات المستخدمات للولب	
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية
ربة منزل	355	%71	162	%69.53
موظفة¥	75	%15	37	%15.88
عاملة*	47	%9.4	29	%12.45
طالبة	23	%4.6	5	%2.14
المجموع	500	%100	233	%100

¥ موظفة: أي القيام بالأعمال المكتبية والفكرية، والتي تحتاج عادة لمستوى تعليمي محدد.

* عاملة: وكان المقصود بها الأعمال اليدوية التي تحتاج لعمل عضلي.



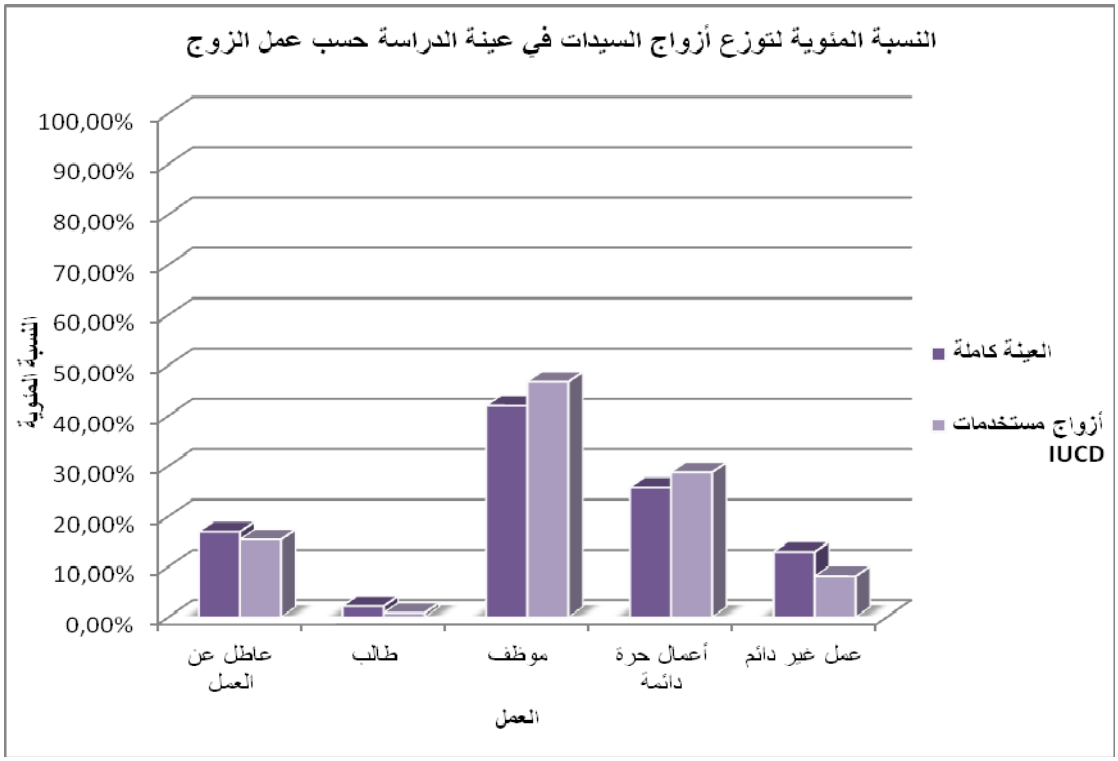
مخطط رقم (8) يمثل النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب عمل السيدة

5- توزع أفراد عينة الدراسة وفق عمل الزوج:

شكل الموظفون الشريحة الأكبر ضمن مهن الأزواج، وبنسبة مئوية بلغت 46.78%، وقد كانت شريحة الطلاب هي الأقل تواتراً. وتظهر النتائج في الجدول (9) والمخطط (9).

جدول (9): توزع أزواج السيدات في عينة الدراسة حسب عمل الزوج والنسب المئوية.

عمل الزوج	العينة كاملة		أزواج السيدات المستخدمات للولب	
	عدد الأزواج	النسبة المئوية	عدد الأزواج	النسبة المئوية
عاطل عن العمل	85	%17	36	%15.45
طالب	11	%2.2	2	%0.86
موظف	210	%42	109	%46.78
أعمال حرة دائمة	129	%25.8	67	%28.76
عمل عضلي غير ثابت	65	%13	19	%8.15
المجموع	500	%100	233	%100



مخطط رقم (9) يمثل النسبة المئوية لتوزع أزواج السيدات في عينة الدراسة حسب عمل الزوج.

ثالثاً: بيانات القصة النسائية:

تم الاستفسار عن عمر السيدة عند الزواج الأول، وقد كان المتوسط الحسابي للعمر عند الزواج الأول 19.8 ±4.2 سنة.

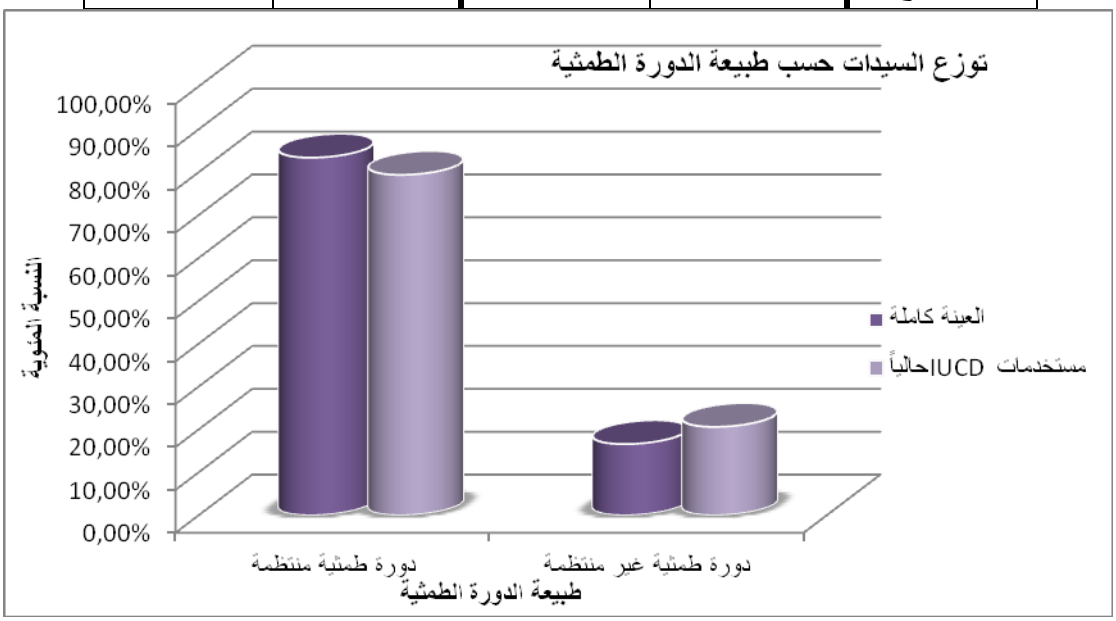
وبلغ عدد السيدات اللاتي سجلن أكثر من زواج 13 سيدة وبنسبة مئوية بلغت 2.6%.

❖نتائج الاستقصاء عن طبيعة الدورة الطمثية لدى السيدات:

بلغ المتوسط الحسابي لمدة الطمث (بالأيام) 5.7 ± 3.4 يوم، وقد كانت الدورة الطمثية منتظمة لدى 83.4% (500/417 سيدة) من مجمل سيدات العينة ولدى 79.39% (165/131 سيدة) من السيدات المستخدمات للولب حالياً. وتظهر النتائج في الجدول (10)، والمخطط (10).

جدول (10): تكرارات السيدات في عينة الدراسة حسب طبيعة الدورة الطمثية والنسب المئوية.

طبيعة الدورة الطمثية	العينة كاملة		السيدات المستخدمات للولب حالياً	
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية
منتظمة	417	%83.4	131	%79.39
غير منتظمة	83	%16.6	34	%20.61
المجموع	500	%100	165	%100



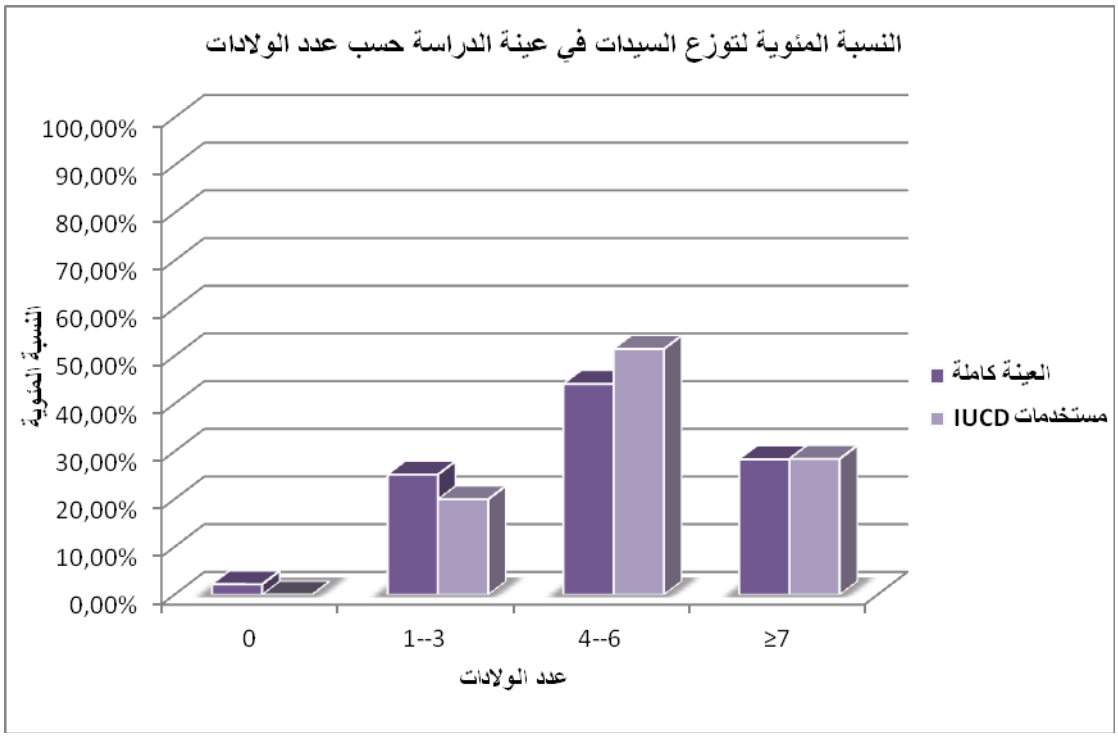
مخطط رقم (10) يمثل النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب طبيعة الدورة الطمثية

❖نتائج استقصاء عدد الولادات لدى السيدات في عينة الدراسة:

يبين الجدول (11) والمخطط المرافق تكرارات عدد الولادات لدى السيدات في عينة الدراسة والنسب المئوية لذلك، فيما يبين الجدول (12) خصائص نتائج عدد الولادات ضمن عينة الدراسة. وقد كان المتوسط الحسابي لعدد الولادات في العينة كاملة 4.8 ولادة. فيما بلغ لدى السيدات اللاتي يستخدمن اللوالب حالياً 5.1 ولادة، مع ملاحظة عدم وجود استخدام حالي للولب عند السيدات اللاتي لديهن ولادتين أو أقل.

جدول (11): تكرارات السيدات في عينة الدراسة حسب عدد الولادات والنسب المئوية.

عدد الولادات	العينة كاملة		السيدات المستخدمات للولب حالياً	
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية
0	11	%2.2	0	–
3–1	126	%25.2	33	%20
6–4	221	%44.2	85	%51.52
7≤	142	%28.4	47	%28.48
المجموع	500	%100	165	%100



مخطط رقم (11) يمثل النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب عدد الولادات.

الجدول (12) يبين الحد الأدنى والحد الأعلى والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعدد الولادات لدى السيدات في عينة الدراسة

المتغير المدروس	عدد المريضات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
عدد الولادات لدى سيدات العينة كاملة	**500**	**4.8**	**2.3**	**0**	**11**
عدد الولادات عند السيدات المستخدمات IUCD حالياً	**165**	**5.1**	**2.7**	**2**	**10**

❖نتائج الاستقصاء عن نوع الولادات لدى السيدات في عينة الدراسة:

إن المحدد الأساسي لنوع الولادة كان وجود ولادة قيصرية سابقة وعددها، ولم تسجل الدراسة أي حالة تركيب لولب لدى سيدات لديهن أكثر من 3 قيصريات.

جدول (13): تكرارات والنسب المئوية للسيدات في عينة الدراسة حسب نوع الولادات.

نوع الولادة		العينة كاملة		السيدات المستخدمات للولب حالياً	
		عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية
لا ولادات سابقة		11	%2.2	0	–
ولادات مهبلية		402	%80.4	142	%86.06
قيصريات	واحدة	56	%11.2	21	%12.73
	اثنتان	24	%4.8	2	%1.21
	3 أو أكثر	7	%1.4	0	–
المجموع		500	%100	165	%100

رابعاً: استخدام موانع الحمل في عينة الدراسة:

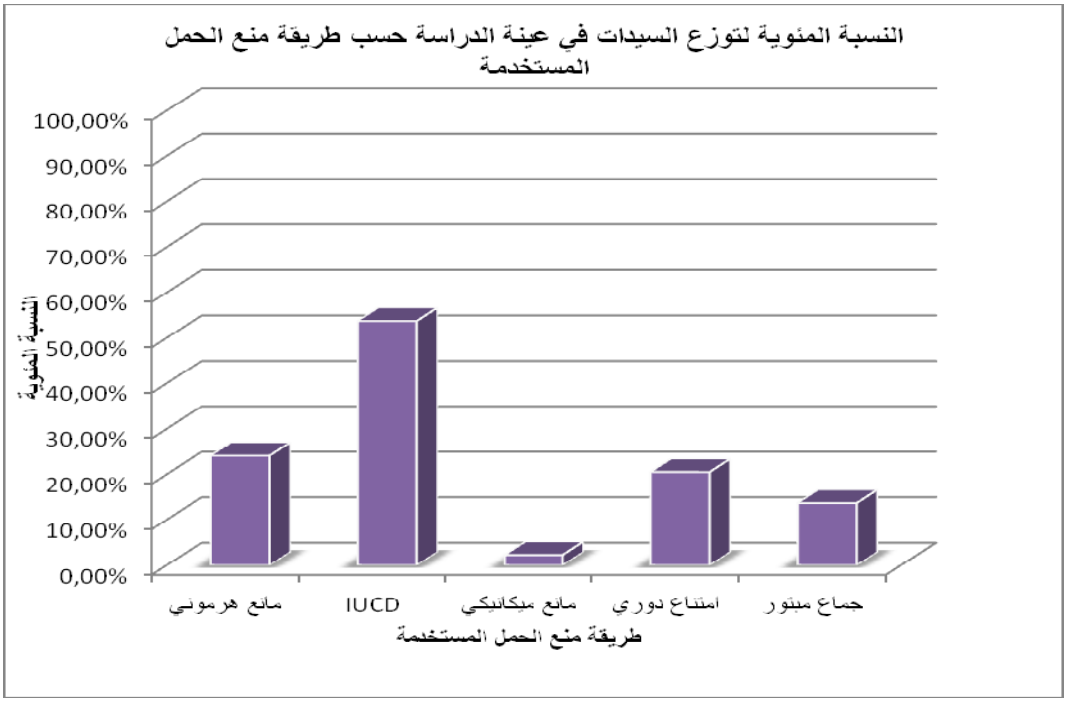
بلغ عدد السيدات اللاتي يستخدمن طرق تمنيع للحمل 307 سيدات، وبنسبة مئوية بلغت 61.4% من مجمل العينة، ويبين الجدول (14) والمخطط المرافق تكرارات والنسب المئوية لكل طريقة.

جدول (14): التكرارات والنسب المئوية لطرق منع الحمل المستخدمة لدى السيدات ضمن عينة الدراسة.

الطريقة	عدد المريضات	النسبة المئوية (n=307)
مانع هرموني	74	%24.1
IUCD	165	%53.75
مانع ميكانيكي	7	%2.28
امتناع دوري	63	%20.52
جماع مبتور	42	%13.68

ملاحظات من الجدول:

- إن استخدام الأجهزة داخل الرحم (اللوالب) هي أشيع طرق تمنيع الحمل ضمن عينة الدراسة، وشكلت أكثر من نصف الحالات.
- إن مجموع النسب المئوية أكثر من 100% بسبب استخدام بعض السيدات لأكثر من طريقة بنفس الوقت (مانع حمل هرموني أو IUCD مع امتناع دوري أو جماع مبتور) وذلك في محاولة منها لرفع معدل نجاح منع الحمل.
- كانت الموانع الهرمونية إما حبوب منع حمل فموية أو حقن عضلية.



المخطط (12) يبين النسب المئوية لتوزع السيدات في العينة حسب طريقة منع الحمل المستخدمة

خامساً: استخدام اللوالب لمنع الحمل لدى أفراد عينة الدراسة:

درست الصفات المتعلقة باللوالب واستخدامها لدى السيدات اللاتي استخدمن اللولب كوسيلة لمنع الحمل، وقد بلغ عددهن 233 سيدة (165 سيدة تستخدم اللولب حالياً، و68 سيدة استخدمته سابقاً).

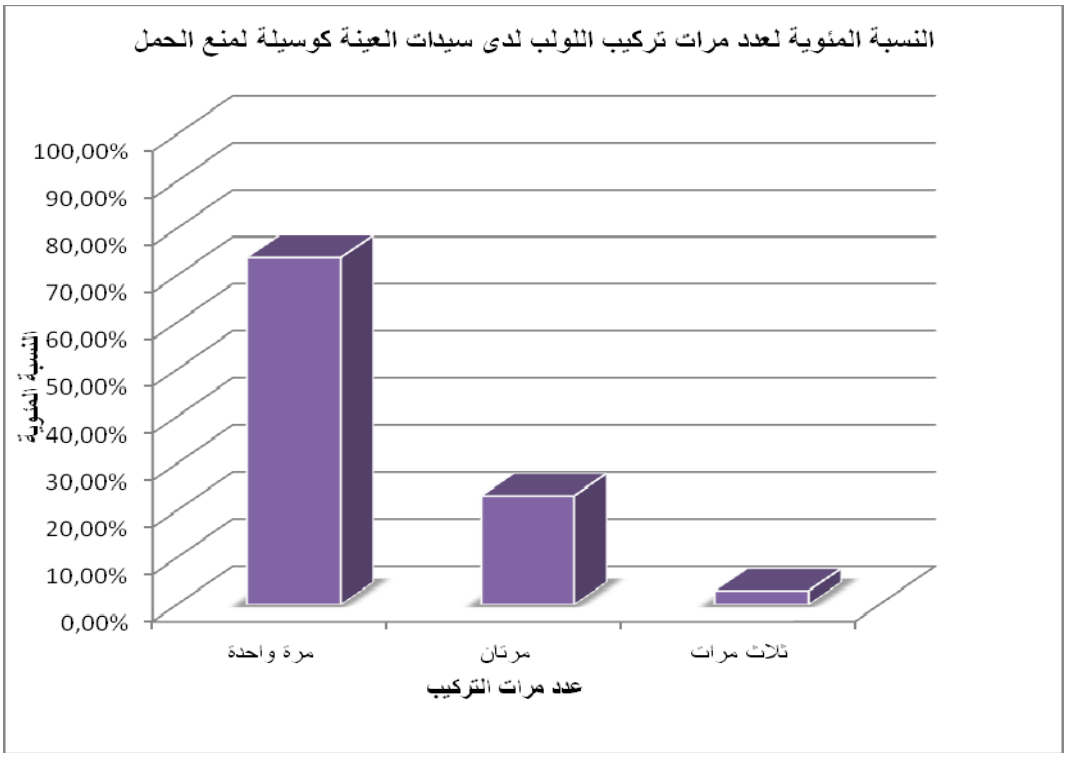
- **عدد مرات التركيب:**

وجدت عدة سيدات استخدمن اللولب أكثر من مرة. ويبين الجدول (15) تكرارات والنسب المئوية لمرات تركيب اللولب.

الجدول (15) التكرارات والنسب المئوية لعدد مرات تركيب اللوالب لدى أفراد عينة الدراسة

عدد مرات التركيب	عدد السيدات	النسبة المئوية (n=233)
مرة واحدة	172	%73.82
مرتان	54	%23.18
ثلاث مرات	7	%3.00
المجموع	233	%100

من الجدول السابق نجد أن عدد تكرارات تركيب اللوالب يبلغ 301 تركيب (172×1 + 54×2 + 7×3).



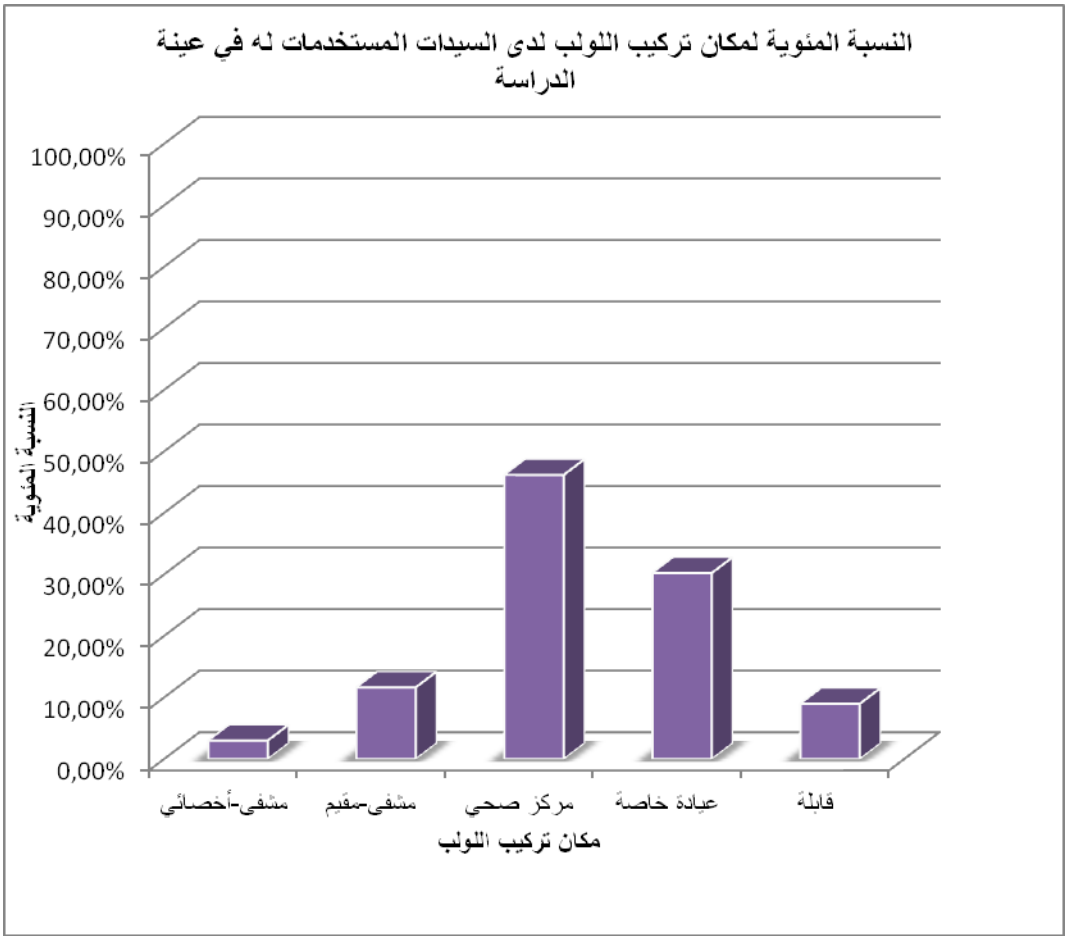
المخطط (13) يبين النسب المئوية لعدد مرات تركيب اللولب لدى سيدات العينة

▪ مكان تركيب اللولب:

كان يتم الاستفسار عن نوع مقدم الرعاية الصحية الذي قام بتركيب اللولب أو المكان. وقد احتلت المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة المركز الأول بسبب التوافر المجاني اللوالب فيها بالإضافة لانتشارها وقربها من مكان سكن السيدة، وبلغت النسبة المئوية لعدد مرات التركيب فيها 46.18%.

الجدول (16)التكرارات والنسب المئوية لمكان تركيب اللوالب لدى أفراد عينة الدراسة

سبب الإزالة	عدد السيدات	النسبة المئوية (n=301)
مشفى – طبيب أخصائي	9	%2.99
مشفى – طبيب مقيم	35	%11.63
مركز صحي	139	%46.18
عيادة خاصة	91	%30.23
قابلة	27	%8.97
المجموع	301	%100



المخطط (14) يبين النسب المئوية لمكان تركيب اللولب لدى سيدات العينة

- **مدة بقاء اللولب (بالأشهر):**

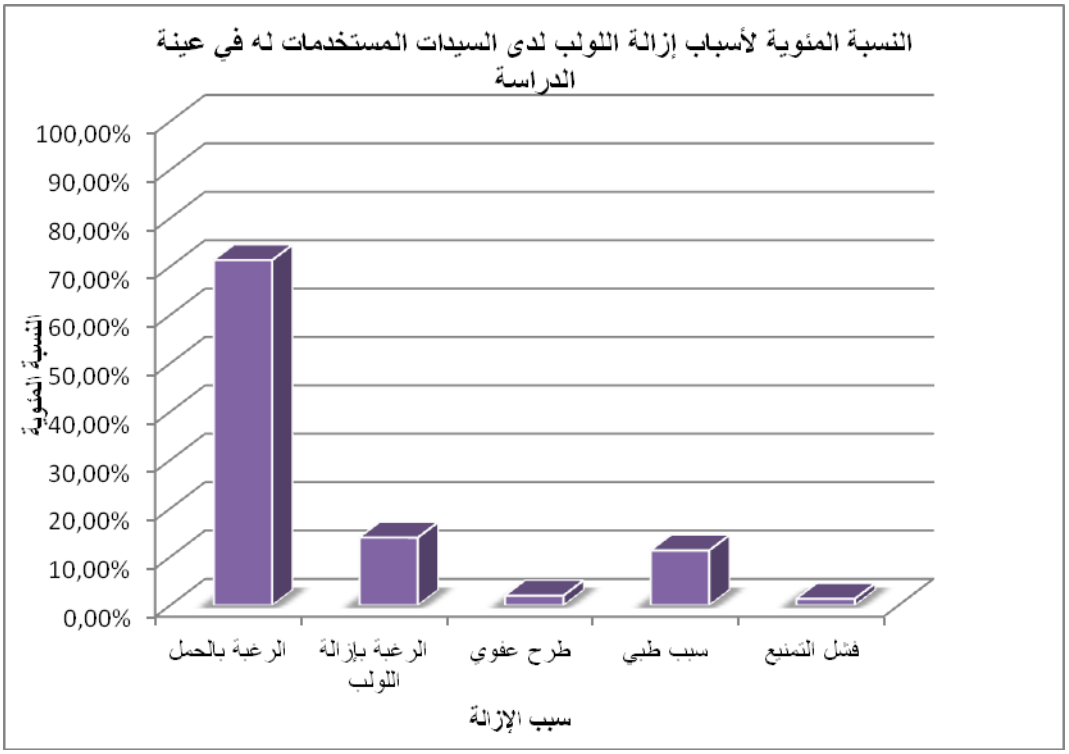
بلغ المتوسط الحسابي لمدة بقاء اللولب 49.5 ± 11.2 شهر، وقد بلغ الحد الأدنى لمدة التركيب 3 أشهر والحد الأعلى 126 شهر = 10.5 سنة.

- **سبب إزالة اللولب:**

تمت إزالة اللولب 150 مرة لدى السيدات اللاتي استخدمنه (مع الانتباه إلى أن بعض السيدات تمت إزالته أكثر من مرة)، ويبين الجدول (17) والمخطط أسباب الإزالة ونسبها المئوية.

الجدول (17)التكرارات والنسب المئوية لأسباب إزالة اللوالب لدى أفراد عينة الدراسة

سبب الإزالة	عدد السيدات	النسبة المئوية (n=150)
الرغبة بالحمل	107	%71.33
الرغبة بإزالة اللولب	21	%14.00
طرح عفوي	3	%2.00
سبب طبي	17	%11.33
فشل تمنيع الحمل	2	%1.34
المجموع	150	%100



المخطط (15) يبين النسب المئوية لأسباب إزالة اللولب لدى سيدات العينة

كان مصطلح الرغبة بإزالة اللولب تعبر عنه السيدة إما "برغبتها بأخذ فترة راحة من اللولب" أو "إراحة جسمها من اللولب" وقد ترافق ذلك مع الانتقال لوسائل منع حمل أخرى أو بدون ذلك، دون وجود رغبة بحدوث حمل.

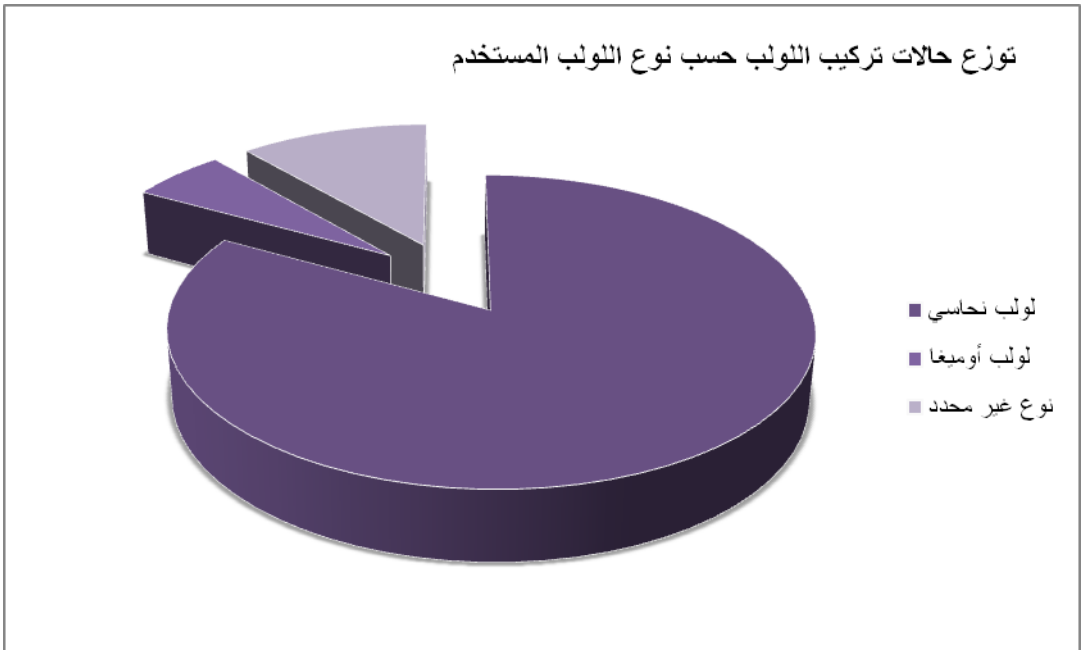
امتلك سبب "الإزالة بسبب طبي" طيفاً واسعاً من السببيات بدءاً من ألم أسفل الظهر وحتى حدوث الحمل الهاجر، بالإضافة لحالات ضياع خيط اللولب، وهجرة اللولب لجوف البطن.

إن تعبير فشل التمنيع كان المقصود به حدوث حمل ضمن الرحم مع وجود اللولب ضمنه، وتم رفع اللولب عند تشخيص الحمل.

- **نوع اللولب:**

كان اللولب المستخدم في غالبية الحالات هو اللولب النحاسي T-copper وبنسبة مئوية بلغت 83.06% (301/250 حالة تركيب للولب)، ولولب أوميغا بنسبة مئوية بلغت 5.65%.

وكانت 34 حالة تركيب لم تكن السيدة تعرف نوع اللولب المستخدم، ولم تسجل أي حالة تركيب للولب هرموني.



المخطط (16) يبين النسب المئوية لتوزع حالات تركيب اللولب حسب نوع اللولب المستخدم.

▪ استقصاء التأثيرات السلبية للولب عند السيدات المستخدمات له ضمن عينة الدراسة:

إن التأثيرات السلبية للولب التي تمت دراستها كانت إما أعراض جانبية أو اختلاطات قد تكون خطيرة على السيدة المستخدمة، وأضيف لها فشل اللولب في مهمته كمانع للحمل وحدوث حمل أثناء استخدامه.

كانت أشيع هذه التأثيرات شكوى المريضة من **الالتهابات النسائية** والتي عبّرت عنها المريضة عند وجود مفرزات مهبلية و/أو حرقة و/أو حكة، ولم يجرى تحرٍ مخبري لوضع تشخيص دقيق للحالة وكان علاجها يتم بشكل تخبُّري.

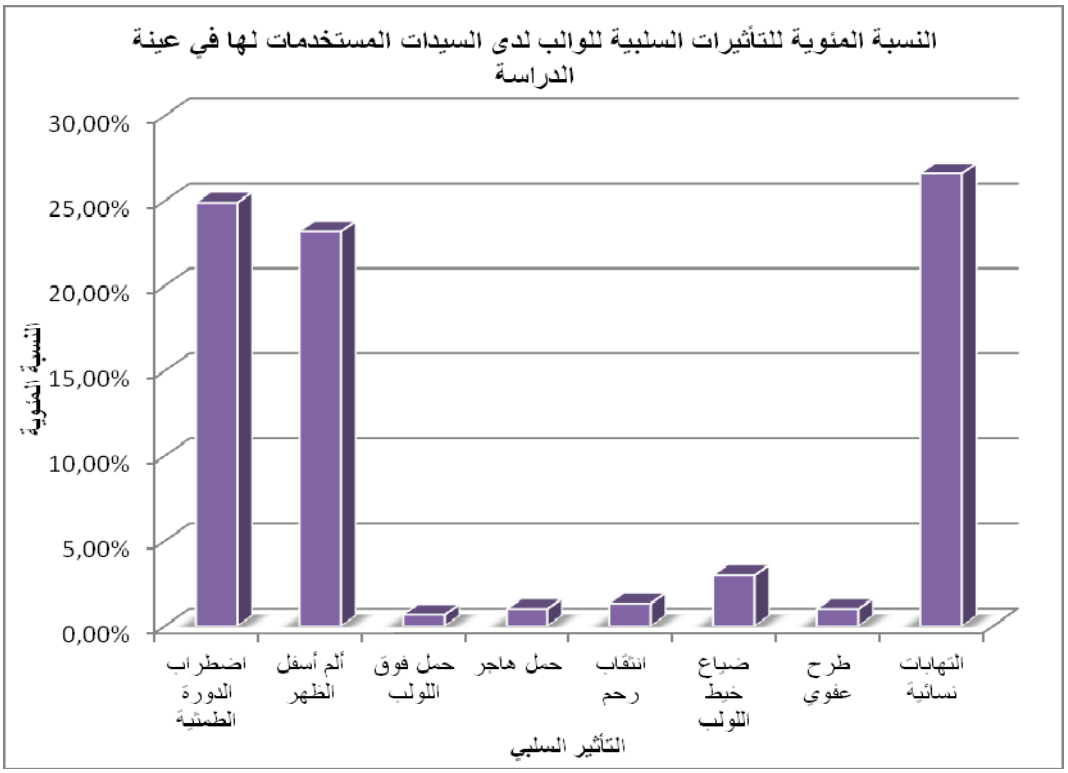
أما بالنسبة **لاضطرابات الدورة الطمثية** والتي سجّلت 24.89% من الحالات، فقد كانت على شكل تطاول طموث و/أو غزارة دورة طمثية، وهي كانت أيضاً عرض شخصاني يتعلق بمقارنة السيدة مع دوراتها السابقة.

جدول رقم (18) التكرارات والنسب المئوية للآثار السلبية المسجلة لدى استخدام اللولب لدى السيدات في عينة الدراسة

التأثير السلبي	عدد المريضات	النسبة المئوية (n=233)
اضطراب الدورة الطمثية	58	%24.89
ألم أسفل الظهر	54	%23.18
حمل فوق اللولب	2	%0.86
حمل هاجر	3	%1.29
انثقاب رحم	4	%1.72
ضياع خيط اللولب	9	%3.86
طرح عفوي	3	%1.29
التهابات نسائية	62	%26.61

ملاحظات من الجدول:

- **الألم أسفل الظهر**: وهو شكوى المريضة من ألم مبهم أسفل الظهر لا يتعلق بحدثية مرضية حادة، أو وجود أعراض عصبية. وهو على الرغم من نسبته المرتفعة إلا أنه لا يمكن ربطه –بشكل موضوعي– مع وجود اللولب من عدمه.
- **انثقاب الرحم**: وهو المقصود به هجرة اللولب إلى جوف البطن وقد كان يشخص بغياب الخيط وتأكيد بالتصوير بفائق الصوت والصورة الشعاعية البسيطة بالوضعين للحوض، وكان يتم العلاج بإجراء تنظير بطن واستخراج اللولب.
- **ضياع خيط اللولب**: كان يوضع هذا التعبير عند عدم القدرة على رؤية الخيط متدلٍ ضمن المهبل مع وجود تأكيد بتصوير فائق الصوت أن اللولب ضمن الرحم.
- **الطرح العفوي**: وهي الحالات التي راجعت فيها السيدة بشكوى خروج اللولب من المهبل، أو عدم رؤية اللولب أثناء المراقبة الدورية.
- لم تسجل الدراسة أي حالة داء حوضي التهابي لدى السيدات الممنعات باللولب.



المخطط (17) يبين النسب المئوية للتأثيرات السلبية للوالب لدى سيدات العينة

▪ دراسة علاقة عمر السيدة مع توارد التأثيرات السلبية للوالب في عينة الدراسة:

لدراسة علاقة عمر السيدات مع حدوث الاختلاطات والتأثيرات السلبية للوالب تم تقسيم السيدات حسب العمر إلى مجموعتين فرعيتين، وفق الجدول (19).

جدول رقم (19) التكرارات والنسب المئوية للآثار السلبية المسجلة لدى استخدام اللولب لدى السيدات في عينة الدراسة حسب المجموعة العمرية

المجموعة العمرية	العمر < 35 سنة (n=127)		العمر ≥ 35 سنة (n=106)	
التأثير السلبي	عدد المريضات	النسبة المئوية	عدد المريضات	النسبة المئوية
اضطراب الدورة الطمثية	28	%22.05	30	%28.30
ألم أسفل الظهر	24	%18.90	30	%28.30
حمل فوق اللولب	2	%1.57	0	–
حمل هاجر	2	%1.57	1	%0.94
انثقاب رحم	1	%0.79	3	%2.83
ضياع خيط اللولب	4	%3.15	5	%4.72
طرح عفوي	1	%0.79	2	%1.89
التهابات نسائية	33	%25.98	29	%27.36

تم إجراء اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في تكرارات حدوث التأثيرات الشائعة "اضطراب الدورة الطمثية، ألم أسفل الظهر، التهابات نسائية" بين مجموعة السيدات اللواتي أعمارهن أقل من 35 سنة ومجموعة السيدات اللواتي أعمارهن 35 سنة أو أكبر في مجموعة السيدات اللواتي استخدمن اللولب من عينة الدراسة. ووجد أن قيمة مستوى الدلالة أكبر من القيمة 0.05، أي أنه عند مستوى الثقة 95% لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات حدوث كل اختلاط بين مجموعتي العمر.

- **دراسة علاقة عدد الولادات مع توارد التأثيرات السلبية الشائعة للوالب لدى السيدات المستخدمات حالياً للوالب:**

إن مجموعة السيدات المستخدمات للولب حالياً كمانع للحمل لم تتضمن أي سيدة بدون ولادات، ويوضح الجدول (20) علاقة عدد الولادات لديهن مع الاختلاطات الشائعة الحالية المسجلة بسبب استخدام اللولب.

جدول رقم (20) التكرارات والنسب المئوية للآثار السلبية الشائعة المسجلة لدى استخدام اللولب حالياً لدى السيدات في عينة الدراسة حسب عدد الولادات

عدد الولادات	1–3 ولادات (n=33)		4–6 ولادات (n=85)		≤7 ولادات (n=47)	
التأثير السلبي	عدد المريضات	النسبة المئوية	عدد المريضات	النسبة المئوية	عدد المريضات	النسبة المئوية
اضطراب الدورة الطمثية	7	%21.21	19	%22.35	16	%34.04
ألم أسفل الظهر	7	%21.21	17	%20	15	%31.91
التهابات نسائية	8	%24.24	18	%21.18	11	%23.40

نلاحظ من الجدول السابق أن الولودات جداً (≤7 ولادات) لديهن توارد أكبر لاضطرابات الدورة الطمثية والألم أسفل الظهر. فيما كانت شكوى الالتهابات النسائية متقاربة بين المجموعات الثلاث.

لدراسة دلالة هذه الفروق أجري حساب لقيمة مستوى الدلالة من أجل مستوى ثقة 95%، وقد كانت القيمة أكبر من 0.05، وبالتالي فإنه بالنسبة لكل مجموعة من مجموعات عدد الولادات لا توجد فروق ذات دلالة هامة في تكرارات حدوث كل اختلاط.

- **دراسة علاقة نوع الولادات مع توارد التأثيرات السلبية الشائعة للوالب لدى السيدات المستخدمات حالياً للوالب:**

جدول رقم (21) التكرارات والنسب المئوية للآثار السلبية الشائعة المسجلة لدى استخدام اللولب حالياً لدى السيدات في عينة الدراسة حسب نوع الولادات

نوع الولادات	ولادات مهبلية N=142		سابقة قيصرية واحدة N=21		سوابق قيصريتين N=2	
التأثير السلبي	عدد المريضات	النسبة المئوية	عدد المريضات	النسبة المئوية	عدد المريضات	النسبة المئوية
اضطراب الدورة الطمثية	35	%24.65	6	%28.57	1	%50
ألم أسفل الظهر	32	%22.54	5	%23.81	2	%100
التهابات نسائية	31	%21.83	6	%28.57	0	–

يبين الجدول أن الحالتين التي كانت فيهما السيدة أجرت قيصريتين سابقتين يوجد لديهما ألم أسفل الظهر وحالة واحدة تعاني من اضطراب دورة طمثية، ولكن صغر العينة يمنع استخدامها في التحليل الإحصائي.

أجري تحليل إحصائي لكل من مجموعتي الولادات المهبلية وسابقة القيصرية كل على حدى ولكل اختلاط، وذلك بحساب قيمة مستوى الدلالة عند مستوى ثقة 95%، وقد كانت القيمة أكبر من 0.05 بالنسبة لكل اختلاط في المجموعتين وبالتالي فإن الفروق في توارد هذه الاختلاطات حسب نوع الولادات ليس له قيمة ذات دلالة.

- **دراسة علاقة عدد ونوع الولادات مع توارد التأثيرات السلبية الأخرى للوالب لدى السيدات المستخدمات لها في عينة الدراسة:**

إن التأثيرات والاختلاطات الأقل شيوعاً للوالب ارتبطت مع عدد ونوع الولادات حسب التالي:

- **حمل فوق اللولب:** سجلت حالتان لدى سيدة ولود 3 مهبلياً، وسيدة ولود 4 مهبلي.
- **حمل هاجر**: سجلت 3 حالات، كانت حالة واحدة لدى ولود 3 أحدها ولادة قيصرية، وحالتان لدى ولودات مهبلية (ولود 4، وولود 6).
- **انثقاب رحم**: سجلت 4 حالات، الأولى كانت لدى سيدة عديدة ولادة "ولود 8 مهبلياً". والثانية لدى ولود 5 (4 ولادة مهبلية وولادة واحدة قيصرية)، أما الثالثة فكانت لدى ولود 3 أحدهما ولادة قيصرية. والرابعة كانت لدى ولود 5 لديها سابقة قيصريتين.

مما سبق نجد أن 75% من حالات الانثقاب كانت لدى سيدات لديها سابقة ولادة قيصرية، وأيضاً فإن 75% من الحالات كانت لدى عديدات ولادة " 3 حالات ≤5 ولادات"، ولكن لا يمكن استخلاص نتائج ذات موثوقية بسبب قلة عدد الحالات.

- **ضياع خيط اللولب:** إن الدراسة سجلت 9 حالات ضياع خيط لولب، وقد كان توزعها وفق عدد الولادات كالتالي: حالة واحدة للمجموعة (1–3 ولادات)، 5 حالات (4–6 ولادات)، 3 حالات (≤7 ولادات). أما بالنسبة لنوع الولادات فقد كانت: 7 حالات لدى سيدات ولودات مهبلياً، وحالتين لدى سيدات سوابق قيصرية واحدة. ولا توجد فروق هامة في تكرارات الحدوث بالنسبة لمجموعات عدد الولادات ونوعها (P≥0.05).
- **طرح عفوي:** سجل انطراح عفوي لدى 3 حالات، وقد كانت لدى سيدات ولودات مهبلياً، الأولى ولود 7، والثانية ولود 5 والثالثة ولود 4.

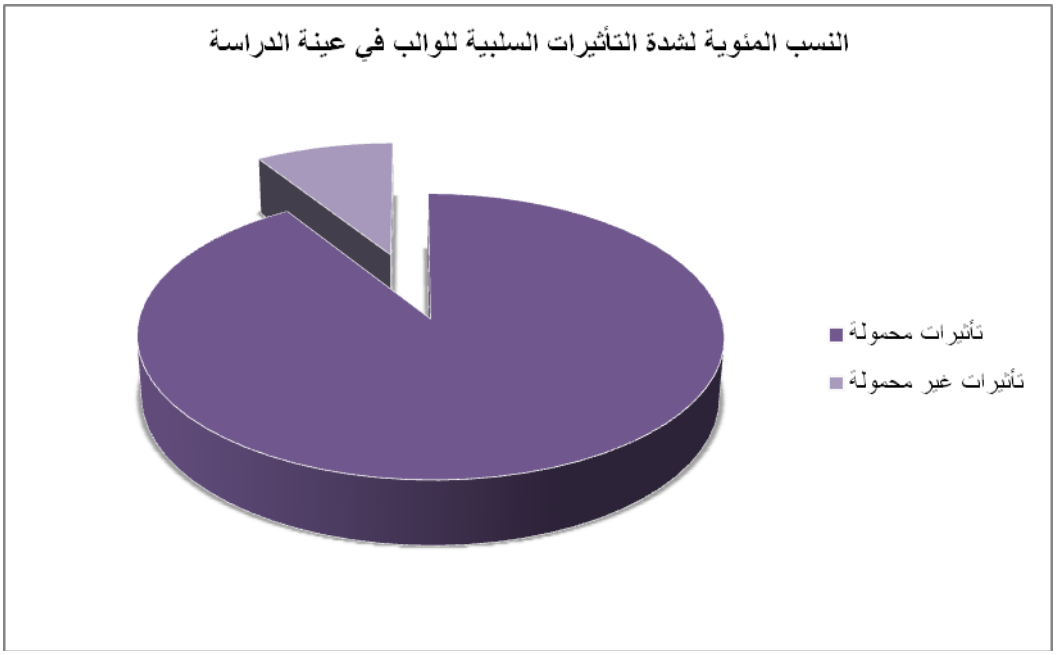
إن قلة ورود الاختلاطات والتأثيرات السابقة يمنع استخدامها في استخلاص نتائج ذات موثوقية.

- **استقصاء شدة الآثار السلبية للوالب عند السيدات المستخدمات لها في عينة الدراسة:**

كان تقييم شدة الآثار السلبية يعتمد على السيدة المشاركة، وكان يتم ذلك بتحديدها إما كآثار محمولة أو آثار غير محمولة. ويستعرض الجدول (22) والمخطط (18) النتائج المسجلة. إذ سجل 90.99% من السيدات أن التأثيرات السلبية كانت محمولة. وأشيع الأسباب التي تجعل اللولب غير محتمل من قبل السيدات هو اضطرابات الطمث وألم اسفل الظهر.

الجدول (22) التكرارات والنسب المئوية لشدة التأثيرات السلبية للوالب لدى أفراد عينة الدراسة

شدة التأثيرات السلبية	عدد السيدات	النسبة المئوية (n=233)
تأثيرات محمولة	212	%90.99
تأثيرات غير محمولة	21	%9.01
المجموع	233	%100



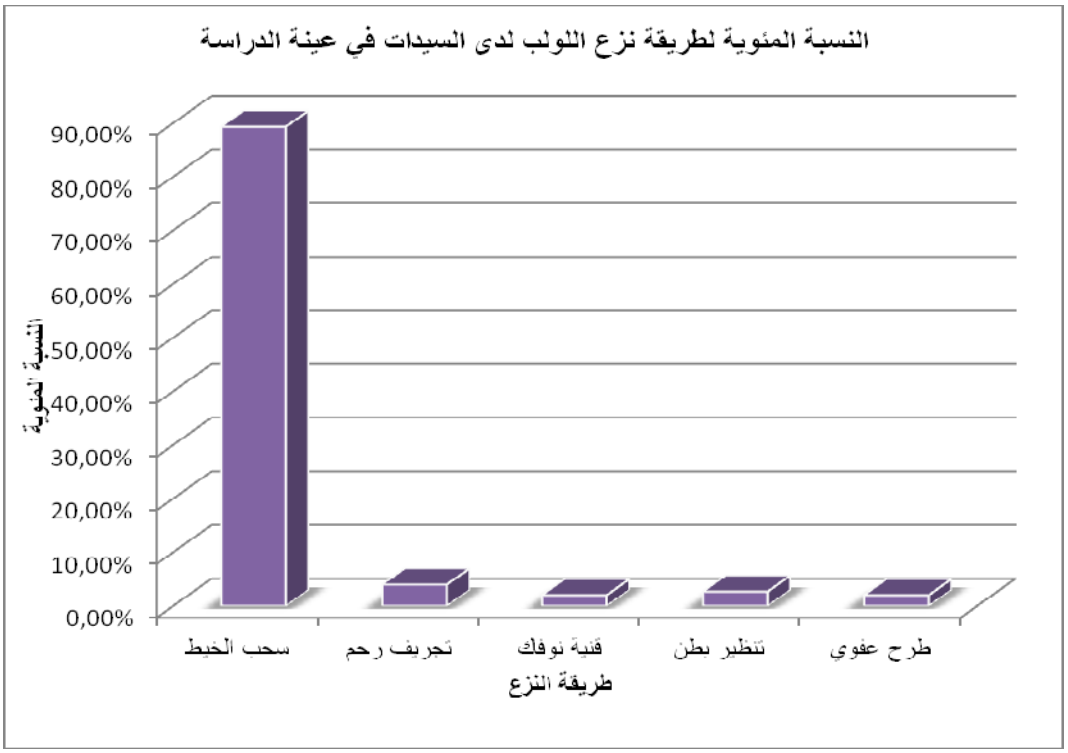
المخطط (18) يبين النسب المئوية لشدة التأثيرات السلبية للوالب في عينة الدراسة.

▪ نتائج الاستقصاء عن طريقة نزع اللولب لدى السيدات في عينة الدراسة:

كانت الطريقة المتبعة في نزع اللولب تتحدد بوضع اللولب عند وضع استطباب لإزالته، ويبين الجدول (23) تكرارات الطرق المتبعة والنسب المئوية لها. ولم تسجل الدراسة أي حالة تم اللجوء فيها لفتح البطن لإزالة اللولب.

الجدول (23)التكرارات والنسب المئوية لطرقة نزع اللولب لدى أفراد عينة الدراسة

طريقة نزع اللولب	عدد حالات النزع	النسبة المئوية (n=150)
سحب الخيط	130	%86.66
تجريف رحم تحت التخدير	6	%4
قنية نوفاك	3	%2
تنظير بطن	4	%2.67
طرح عفوي	3	%2
تنظير باطن الرحم	4	% 2.67
المجموع	150	%100



المخطط (19) يبين النسب المئوية لطريقة نزع اللولب لدى سيدات العينة

▪ نتائج الاستقصاء عن الرعاية المقدمة للسيدات المستخدمات للوالب في عينة الدراسة:

في هذا المجال كان يتم الاستفسار عن ثلاث نقاط تتعلق بالصحة الوقائية للسيدات اللاتي اخترن اللولب كوسيلة لمنع الحمل:

أ- **الإعطاء الوقائي للصادات عند تركيب اللولب:**

أعطيت الصادات وقائياً للمساهمة في خفض نسبة الإنتان المرتبطة بالتركيب، وقد أعطيت الصادات الوقائية لدى 221 سيدة وبنسبة مئوية بلغت 94.85% من السيدات اللاتي استخدمن اللوالب لمنع الحمل.

ب- **المراقبة الدورية للولب:**

تقسم مراقبة اللولب إلى قسم يتعلق بالمراقبة الذاتية بجس خيط اللولب متدلٍ ضمن المهبل، أو المراقبة بالتصوير بفائق الصوت والتأكد من تواجده ضمن الرحم. سجلت الدراسة وجود مراقبة دورية لدى 83.26% من السيدات المستخدمات (233/194 سيدة)، مع العلم أن الجزء الأكبر كان للمراقبة بفائق الصوت.

ت- **إجراء لطاخة بابانيكولا دورياً:**

إن الإجراء الدوري للطاخة يساهم بكشف التبدلات النسيجية والالتهابية الباكرة في عنق الرحم، ولم تسجل الدراسة إجراء دوري للطاخة إلا في 17.6% من الحالات.

- **نتائج الاستقصاء عن رضا السيدة عن استخدام اللوالب كوسيلة لمنع الحمل لدى السيدات في عينة الدراسة:**

تم استبيان السيدات اللاتي استخدمن اللوالب كوسيلة لمنع الحمل عن رضاهن عن هذه الطريقة واستخدامها مع ما يتضمن ذلك من فعالية – تأثيرات سلبية . توافر . سهولة التركيب . انخفاض التكلفة. وقد سجلت 91.85% من السيدات رضا عن الطريقة.

الجدول (24)التكرارات والنسب المئوية لرضا السيدة عن استخدام اللوالب لدى أفراد عينة الدراسة

رضا السيدة	عدد السيدات	النسبة المئوية (n=233)
راضية	214	%91.85
غير راضية	19	%8.15
المجموع	233	%100

المخطط (20) يبين النسب المئوية لرضا السيدات عن استخدام اللوالب في عينة الدراسة.

المناقشة

تعد جودة الخدمات الصحية ونوعيتها ولاسيما في مجال الصحة الإنجابية أحد أهم المرتكزات لترويجها ولزيادة استخدامها من قبل السيدات ولاسيما في مجال تنظيم الأسرة، مازالت هناك نسبة عالية في سورية من السيدات ذوات الاحتياجات لموانع الحمل غير ملباة، مما يعكس ضرورة تحسين هذه الخدمات سواء كان على مستوى كفاءة مقدم الخدمة أو توافر وسائل تنظيم الأسرة التي تحقق احتياجات السيدة ورغبات الزوج (مرجع 6). وقد أظهرت المسوح الوطنية أن اللوالب هي أكثر وسائل منع الحمل استخداماً (مرجع أ). ولذلك هدفت هذه الدراسة لمسح واقع استخدام موانع الحمل بشكل عام واللوالب بالخاصة في عينة من السيدات المراجعات لمشفى التوليد الجامعي أكبر مشافي دمشق المتخصصة بأمراض النساء.

وضعت شروط الإدخال في الدراسة بحيث تكون المجموعة المستهدفة من السيدات المرشحات لاستخدام موانع الحمل.

وجدت الدراسة أن 61.4% من السيدات يستخدمن وسائل لمنع الحمل، وأشيع الطرق المستخدمة لدى السيدات اللاتي يستخدمن وسائل منع حمل كانت اللوالب وبنسبة مئوية بلغت 53.75% (307/165 سيدة)، أما موانع الحمل الهرمونية فقد استخدمت في 24.1% من الحالات، وكانت الطرق التقليدية "امتناع دوري وجماع مبتور" مستخدمة لدى 34.2%.

وهذه النتائج كانت متقاربة مع نتيجة الدراسة الوطنية؛ حيث بلغت النسبة المئوية لاستخدام موانع الحمل 64%، وكان اللولب هو الأشيع بنسبة مئوية بلغت 39.5%، فيما كانت الحبوب الفموية هي المستخدمة في 20.1%، والطرق التقليدية 34.1% (مرجع أ). ويعود هذا التوزع إلى العزوف عن استخدام حبوب منع الحمل الفموية بسبب ضرورة التناول اليومي لها، والخوف من تأثيراتها الجانبية، وما تزال الطرق التقليدية تشكل نسبة مرتفعة على الرغم من معدلات الفشل المرتفعة عند استخدامها.

سجلت 233 سيدة (46.6% من مجمل العينة) استخدام للوالب كطريقة سابقة أو حالية لمنع الحمل. من بينها 165 سيدة باستخدام حالي.

لم تجد الدراسة فروق ذات مغزى هام بين مجموعة السيدات اللاتي استخدمن اللوالب كوسيلة لمنع الحمل وباقي السيدات في عينة الدراسة من حيث العمر والمستوى التعليمي لكل من الزوج والزوجة ومهنة الزوجين (P-value > 0.05).

كان المتوسط الحسابي لعدد الولادات لدى السيدة أعلى في مجموعة السيدات مع استخدام اللولب (5.1 ± 2.7) مقابل (4.8 ± 2.3) لمجمل العينة، وهو يتعلق باكتفاء السيدة وزوجها من حيث عدد الولادات، بالإضافة إلى عدم استخدام هذه الطريقة لدى السيدات الشابات مع عدد أطفال قليل (لم تسجل الدراسة أي استخدام للولب عند وجود طفلين أو أقل لدى السيدة) ويعود ذلك إلى المعتقد بأن هذه الطريقة تسبب العقم أو _بالحالات الأفضل_ تمنع الحمل لفترات مديدة. وهذه النتيجة تتوافق مع ما سجلته دراسة سابقة حول نفس الموضوع أجريت في مشفى التوليد (مرجع ب).

تم تركيب اللولب في مركز صحي لدى 46.8% من السيدات، ويعود ذلك إلى أن المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة يؤمها الكثير من محدودي الدخل (بلغت النسبة المئوية للسيدات العاملات ضمن مجموعة السيدات اللاتي استخدمن اللولب 28.44%، وقد كان الزوج عاطل عن العامل في 15.45% من الحالات) وهي تقدم الخدمات الصحية بشكل مجاني، وخاصة بالنسبة لموضوع وسائل تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية. بالإضافة للانتشار الجغرافي لها. وقد كانت هذه الأسباب مسؤولة نوعاً ما عن تراجع مساهمة المشافي في تركيب اللوالب إلى 14.62%.

هذا التوزع لأماكن تقديم خدمات تنظيم الأسرة كان متوافقاً مع الدراسة الوطنية؛ فالمراكز الصحية كانت مسؤولة عن تقديم هذه الخدمات في 43.2% من الحالات، واكتفت المشافي بنسبة 7.5% (مرجع أ).

كان اللولب النحاسي هو الغالب وبنسبة مئوية بلغت 83.06% من الحالات، ويعود ذلك بالدرجة الأولى إلى التسويق التجاري له، وتوافره في المراكز الصحية التي يتم فيها تركيب اللولب المتوافر. وللأسباب نفسها سجلت دراسة أغاروال ك Agarwal K ورفاقه (2004) في الهند نسبة مئوية لاستخدام اللولب النحاسي بلغت 92% من الحالات في دراستهم.

فرضت قلة التوافر وارتفاع تكلفة التركيب بالنسبة لمستوى عينة الدراسة غياب حالات تركيب اللولب الهرموني.

كانت المتوسط الحسابي لفترة بقاء اللولب 49.5 ± 11.2 شهر وهي فترة جيدة جداً إذا كان الاستخدام لهدف المباعدة بين الحمول، وهي أعلى من دراسة أغاروال ك Agarwal K ورفاقه (2004) التي سجلت فترة استخدام وسطية تبلغ سنتين.

تمت إزالة اللولب بسبب الرغبة في الحمل في 71.33% من حالات الإزالة، وكانت النسبة المئوية للإزالة بسبب طبي 11.33%. وهذه النتائج كانت أفضل من نتائج دراسة أخرى سجلت الإزالة بسبب المشاكل الصحية "النزف الغزير، والألم، وعدم انتظام الدورة" في 49.8% من الحالات، والرغبة بالحمل في 34% (مرجع رقم 3).

كانت التأثيرات السلبية هي السبب الرئيسي للإزالة في دراسة تابا س Thapa S ورفاقه (2012)، والتي أجري فيها تحليل للعوامل المرتبطة بإزالة اللولب ووجدت أن مكان الإقامة، وجنس آخر طفل للسيدة، والرغبة بالإنجاب، وحدوث التأثيرات السلبية للولب، والمراقبة والمراجعة الدورية كانت مترافقة مع إزالة اللولب.

حدث انطراح عفوي للولب في 1.29% من الحالات، وفي الدراسة المحلية السابقة 1.8% (مرجع ب).

تمت إزالة اللولب بسحب خيط اللولب باستخدام الملقط أثناء إجراء الفحص النسائي في العيادة لدى 89.33% من الحالات، ولم نحتاج للتخدير إلا في 9.34% "إجراء تجريف رحم أو تنظير بطن او تنظير باطن رحم".

بلغت فشل اللولب في منع الحمل 2.15% من الحالات "حدوث حمل ضمن الرحم أو حمل هاجر"، وقد بلغت نسبة الفشل في دراسة (مرجع ب) 0.9% من الحالات خلال سنة من التركيب، مع استمرارية لدى 87.6% من السيدات بعد سنة من التركيب.

تنوع طيف التأثيرات السلبية المسجل لدى السيدات الممنِّعات باللولب بشكل واسع، وسجلت شكوى التهابات نسائية في 26.61% من الحالات، ولم يكن لهذه الشكوى تعريف دقيق وواضح أو وجود استقصاءات لتحديد ماهيتها وكانت تعالج بشكل تخبري دون تحديد العامل المسبب،

مما يضع تساؤل حول دقة التشخيص وبالتالي حجم هذه المشكلة وعلاقتها الحقيقية باللولب، وعلى الرغم من تسجيل الدراسة ازدياد تكرار تسجيل هذه الشكوى مع ازدياد عدد الولادات ووجود سابقة قيصرية إلا أن هذه الزيادة لم يكن لها دلالة ذات قيمة، ولم يكن لها ارتباط مباشر وسببي بحدوث هذه الشكوى.

سجلت شكوى ألم أسفل الظهر في 23.18% من الحالات، وهي من المشاكل الطبية الشائعة لدى السيدات بشكل عام، ولا يمكن تحديد نسبة تورط اللولب الحقيقية في هذه الحدثية.

إن النسبة المئوية لتوارد الشكوى السابقة كانت تزداد مع ازدياد عمر السيدة وعدد الولادات لديها، وهذا يتماشى مع كون هذه الشكوى الشائعة والعامة تزداد مع تقدم العمر، ولكن لم يكن لهذه الزيادة دلالة ذات قيمة (P-value > 0.05)

كانت شكاوى اضطراب الدورة الطمثية شائعة مع تسجيل 19.26% من السيدات تطاول في فترة الدورة الطمثية و16.94% من السيدات غزارة الدورة، وكان المقياس لذلك المقارنة الشخصية مع نمط الدورة الطمثية لدى السيدة قبل تركيب اللولب.

كانت هذه الشكوى أعلى لدى السيدات مع عمر أكبر وعدد ولادات أعلى، ولكن لم يكن لهذه الزيادة دلالة هامة إحصائياً (P-value > 0.05)، بالإضافة لعدم القدرة على استبعاد سببيات اضطرابات الطمث الأخرى. وأيضاً كانت نسبة تواردها أعلى لدى السيدات مع سوابق قيصرية واحدة ولكن دون دلالة هامة.

أما انثقاب الرحم فقد حدث في 1.72% من الحالات. وعلى الرغم من أن عديدات الولادات ووجود سوابق قيصرية كانت موجودة في 75% من حالاته ولكن قلة عدد الحالات لا يمكّن من إجراء تحليل مقبول للنتائج.

إن التأثيرات السلبية المسجلة للولب في عينة الدراسة كانت في الغالب محمولة (بنسبة مئوية بلغت 90.99% من الحالات)، وهو دليل موجه للتساؤل حول المساهمة الفعلية للولب فيها، إذ تعزو السيدة أي شكوى نسائية تصيبها لوجود اللولب.

هذا الانتشار للمشاكل الصحية عند السيدات المستخدمات للولب وجد أيضاً في دراسات أخرى، فدراسة أزمات س ك ورفاقه Azmat SK *et al.* (2012) التي أجريت على 2789 سيدة

تستخدم اللولب في الريف الباكستاني، سجلت مشاكل صحية لدى 22.7% من السيدات، وكانت هذه المشاكل على شكل غزارة دورة طمثية في 38.7% من الحالات، وألم أثناء الدورة في 30.4%، وعدم انتظام دورة طمثية في 16.5% من الحالات.

أما دراسة أرغاوال ك Agarwal K ورفاقه (2004) فقد سجلت التأثيرات السلبية التالية: ألم أسفل الظهر (54%)، ومفرزات مهبلية (46%)، وألم أسفل البطن (34%)، وعسر جماع (22%)، ونزف طمثي (18%)، وعسر طمث (14%)، وقد سجلت أن مستوى خضاب الدم كان أخفض لدى السيدات اللاتي يستخدمن اللولب مقارنة بالسيدات الشاهد (11.2 ± 1.7 مقابل 11.9 ± 1.8 غ/دل، P=0.02)، وكانت النسبة المئوية للسيدات مع فقر دم (29% مقابل 16% في مجموعة الشاهد).

دُرِست بعض الإجراءات المتعلقة باللولب والصحة العامة، فوجد الإعطاء الوقائي للصادات عند تركيب اللولب في 94.85% من الحالات، وهذه النسبة المرتفعة للاستخدام الوقائي للصادات تأتي من أنها قد تمنع الإنتان الحوضي المتعلق بالتركيب، ولكن الدراسات المعشاة الضخمة التي أجريت لاحقاً استنتجت عدم وجود فائدة هامة من استخدامها (مرجع 14 و 35)، والموصى به هو عدم تركيب اللولب أثناء وجود خمج تناسلي.

كانت المراقبة الدورية للولب موجودة في 83.26% من الحالات وقد كانت أغلبها عبارة عن إجراء تصوير فائق الصوت للتأكد من وجود اللولب في مكانه، مع أهمية إجراء فحص نسائي لتحري الخيط وكشف الإمراضيات العنقية والمهبلية الموجودة. وتراجعت نسبة الفحص الذاتي لتحري وجود الخيط ويعود أساساً إلى عدم إخبار السيدة بهذا الإجراء وكيفيته وضرورته.

لم يسجل الإجراء الدوري للطاخة بابانيكولا إلا في 17.6% من الحالات، وهو ما تستدعي التأكيد على أهمية التثقيف الصحي للسيدات ومقدمي الرعاية الصحية حول أهميتها، والاستفادة من مراجعة السيدة لطلب وسائل منع الحمل في إخبارها حول أهمية إجراء اللطاخة. فقد سجلت دراسة ارغاوال ك Agarwal K ورفاقه (2004) أن السيدات اللاتي يستخدمن اللوالب لديهن تآكل عنقي cervical erosion أعلى من السيدات الشاهد بشكل هام (20% مقابل 0%، P=o.oo)، ونسبة أعلى من التهاب المهبل، وقررت تلك الدراسة أن السيدات المستخدمات للوالب يتطلبن متابعة دورية، وفحص سريري، وإجراء الاستشارات والاستقصاءات الضرورية.

وأخيراً فإن اللوالب؛ أشيع وسائل الحمل المستخدمة في عينة الدراسة؛ وعلى الرغم من شيوع التأثيرات السلبية المسجلة إلا أنها بالمجمل حققت رضا لدى السيدات المستخدمات بلغ 91.85% من السيدات، وهو ما انعكس على شكل تكرار استخدام اللولب لدى عدد من السيدات ضمن العينة، هذا الرضا عن استخدام اللوالب سجله ازمات ورفاقه Azmat SK *et al.* (2012) في دراستهم حيث بلغت النسبة المئوية للسيدات الراضيات عن الاستخدام 97.1% من الحالات، وسوف ينصحن الأقارب والأصدقاء باستخدامه. مما يستدعي الاستقصاء الدقيق لأي شكوى تراجع بها السيدة قبل اتهام اللولب.

التوصيات

- ✓ **تقديم النصح للسيدات حول وسائل منع الحمل بعد الولادة مباشرة.**
- ✓ **الشرح الوافي للمريضة حول الآثار الجانبية للوالب، وتدبيرها.**
- ✓ **التأكيد على ضرورة إجراء فحص نسائي لتجديد وضعية الرحم ونفي وجود التهابات نسائية وعلاجها قبل التركيب في حال وجودها.**
- ✓ **ينصح بإجراء لطاخة عنق رحم قبل التركيب خاصةً في حال وجود تقرحات عنقية.**
- ✓ **يمكن تركيب اللولب بشكل آمن في أي وقت ولكن يجب نفي الحمل قبل التركيب والتأكد أن عنق الرحم مفتوح بحيث يسمح مرور اللولب بدون أذية ويجب أن لا تكون السيدة في طور الطمث الفعال بل في نهايته.**
- ✓ **يجب مراعاة قبل التركيب وجود داء سكري, قيصريات سابقة, جراحات سابقة على الرحم و سوابق حما هاجر.**
- ✓ **عدم اللجوء المباشر لنزع اللولب عند مراجعة السيدة بشكوى ما قبل التأكد من تدخل اللولب فيها.**
- ✓ **يجب نزع اللولب في حال وجود نزوف رحمية شاذة ولا تجوز المعالجة في حال بقاء اللولب.**
- ✓ **تعليم المريضة طريقة الفحص الدوري للولب وتشجيعها على اتباعها.**

- ✓ **التأكيد على ضرورة الفحص الدوري للولب، وربط هذا الفحص مع الإجراء الدوري للطاخة بابانيكولا**

- ✓ **تطوير البرامج التثقيفية المقدمة للسيدات لتغيير بعض المعتقدات الخاطئة عن وسائل منع الحمل.**

المراجع

المراجع العربية:

أ- أسماء عبدالسلام. (2009) **كيف تؤثر نوعية الخدمات الصحية وجودتها في مجال تنظيم الأسرة في استخدام السيدات السوريات لموانع الحمل؟**. مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية -المجلد الخامس والعشرون -العدد الثاني. الصفحة 11-28.

ب- شهناز ديبو. (2002) "**اللوالب**"، رسالة ماجستير، كلية الطب البشري، جامعة دمشق، غير منشورة.

ت- نوفاك: تنظيم الأسرة

المراجع الأجنبية:

1) Agarwal K, Sharma U, Acharya V.(2004) **Microbial and cytopathological study of intrauterine contraceptive device users**. Indian J Med Sci. 58(9):394-9.
2) Andersson K, Ryde-Blomqvist E, Lindell K, Odlind V, Milsom I. (1998) **Perforations with intrauterine devices. Report from a Swedish survey**, Contraception 57:251.
3) Azmat SK, Shaikh BT, Hameed W, Bilgrami M, Mustafa G, Ali M, Ishaque M, Hussain W, Ahmed A. (2012) **Rates of IUCD discontinuation and its associated factors among the clients of a social franchising network in Pakistan**. BMC Womens Health, 12:8.
4) Backman T, Huhtala S, Blom T, Luoto R, Rauramo I, Markku K. (2000) **Length of use and symptoms associated with premature removal of the levonorgestrel intrauterine system: a nation-wide study of 17,360 users**, Br J Obstet Gynaecol 107:335.
5) Baldszti E, Wimmer-Puchinger B, Loschke K. (2003) **Acceptability of the long-term contraceptive levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena): a 3-year follow-up study**, Contraception 67:87.
6) Bashour H, Abdulsalam A, Jaber A , Tabaa M, Cheikha S, Dahman R, Khadra M., Laham M. (2006) **Contracetives unmet needs national report in Syrian Arab Republic** .Minisrty of health and UNFPA.

7) Bastianelli C, Farris M, Lippa A, Lucantoni V, Valente A. (1998) [**Use of intrauterine device by nulliparous women. Prospective study and preliminary data**], Minerva Ginecol 50:231.

8) Benshushan A, Paltiel O, Rojansky N, Brzezinski A, Laufer N. (2002) **IUD use and the risk of endometrial cancer**, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 105:166.

9) Bhutta SZ, Butt IJ, Bano K. (2011) **Insertion of intrauterine contraceptive device at caesarean section**. J Coll Physicians Surg Pak. 21(9):527-30.

10) Crosignani PG, Vercellini P, Mosconi P, Oldani S, Cortesi I, De Giorgi O. (1997) **Levonorgestrel-releasing intrauterine device versus hysteroscopic endometrial resection in the treatment of dysfunctional uterine bleeding**, Obstet Gynecol 90:257.

11) Doll H, Vessey M, Painter R. (2001) **Return of fertility in nulliparous women after discontinuation of the intrauterine device: comparison with women discontinuing other methods of contraception**, Br J Obstet Gynaecol 108:304

12) Farr G, Amatya R. (1994) **Contraceptive efficacy of the copper T 380A and copper T 200 intrauterine devices: results from a comparative clinical trial in six developing countries**, Contraception 49:231

13) Glassier A, Gebbie A. (2000) **Fourth Edition of Handbook of Family Planning and Reproductive Health**, Churchil Livingstone, 15-19

14) Grimes DA, Schulz KF. (2000) **Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion**, Cochrane Database Syst Rev:CD001327

15) Guillebaud J. (2007) **Intrauterine Contraception.** In: Contraception Today 6th ed. pp 98-123. informa health care. London. UK

16) Hidalgo M, Bahamondes L, Perrotti M, Diaz J, Dantas-Monteiro C, Petta C. (2002) **Bleeding patterns and clinical performance of the levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena) up to two years**, Contraception 65:129

17) Hassan EO, El-Husseini M, El-Nahal N. (1999) **The effect of 1-year use of the CuT 380A and oral contraceptive pills on hemoglobin and ferritin levels**, Contraception 60:101

18) Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, Guerra-Infante F, Guzman-Rodriguez R. (2001) **Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women**, New Engl J Med 345:561

19) Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P, Aalto A-M, Grenman S, Kivel A, Kujansuu E, Vuorma S, Yliskoski M, Paavonen J. (2004) **Clinical outcomes and costs with the levonorgestrel-releasing intrauterine system or hysterectomy for treatment of menorrhagia**. Randomized trial 5-year follow-up, JAMA 291:1456

20) Inki P, Hurskainen R, Palo P, Ekholm E, Grenman S, Kivela A, Kujansuu E, Teperi J, Yliskoski M, Paavonen J. (2002) **Comparison of ovarian cyst formation in women using the levonorgestrel-releasing intrauterine system vs. hystere-ctomy**, Ultrasound Obstet Gynecol 20:381

21) Markovitch O, Klein Z, Gidoni Y, Holzinger M, Beyth Y. (2002) **Extrauterine mislocated IUD: is surgical removal mandatory?**, Contraception 66:105

22) Pakarinen P, Lahteenmaki P, Rutanen EM. (1999) **The effect of intrauterine and oral levonorgestrel administration on serum concentrations of sex hormone-binding globulin, insulin and insulin-like growth factor binding protein-1**, Acta Obstet Gynecol Scand 78:423

23) Petta CA, Amatya R, Farr G. (1994) **Clinical evaluation of the TCu 380A IUD at six Latin American centers**, Contraception 50:17

24) Piccinino LJ, Mosher WD. (1998) **Trends in contraceptive use in the United States: 1982-1995**, Fam Plann Perspect 30:4

25) Romer T. (2000) **Prospective comparison study of levonorgestrel IUD versus Roller-Ball endometrial ablation in the management of refractory recurrent hypermenorrhea**, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 90:27

26) Ronnerdag M, Odlind V. (1999) **Health effects of long-term use of the intrauterine levonorgestrel-releasing system. A follow-up study over 12 years of continuous use**, Acta Obstet Gynecol Scand 78:716

27) Walsh T, Grimes D, Frezieres R, Nelson A, Bernstein L, Coulson A, Bernstein G, for the IUD Study Group. (1998) **Randomised controlled trial of prophylactic antibiotics before insertion of intrauterine devices**, Lancet 351:1005

28) Sivin I, Stern J, International Committee for Contraception Research. (1994) **Health during prolonged use of levonorgestrel 20mg/d and the copper TCu380Ag intrauterine contraceptive devices: a multicenter study**, Fertil Steril 61:70

29) Skjeldestad FE. (1997) **How effectively do copper intrauterine devices prevent ectopic pregnancy?**, Acta Obstet Gynecol Scand 76:684

30) Speroff L, Fritz M. (2005) **Clinical Gynecologic Endocrinology & Infertility** 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins

31) Stubblefield PG, Carr-Ellis S, Kapp N (2007) **Family Planning**. In: Berek js (ed): Berek & Novak's Gynecology,14th ed. Lippincott Williams & Wilkins

32) Sujuan G, Liuqu Z, Yuhao W, Feng L. (1994) **Chinese IUDs**, In: Bardin CW, Mishell Jr DR, eds. Proceedings from the Fourth International Conference on IUDs, Butterworth-Heinemann, Boston, 308-318

33) Thapa S, Sharma Paudel I, Bhattarai S, Joshi R, Thapa K. (2012) **Factors Affecting IUCD Discontinuation in Nepal: A Nested Case-Control Study**. Asia Pac J Public Health.

34) United Nations Development Programme/United Nations Population Fund/World Health Organization/World Bank, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. (1997) **Long-term reversible contraception. Twelve years of experience with the TCu380A and TCu220C**, Contraception 56:341

35) Walsh T, Grimes D, Frezieres R, Nelson A, Bernstein L, Coulson A, Bernstein G, for the IUD Study Group. (1998) **Randomised controlled trial of prophylactic antibiotics before insertion of intrauterine devices**, Lancet 351:1005

36) Wu S, Hu J, Wildemeersch D. (2000) **Performance of the frameless GyneFix and the TCu380A IUDs in a 3-year multicenter, randomized, comparative trial in parous women**, Contraception 61:91

37) Zhao G, Minshi L, Pengdi Z, Ruhua X, Jiedong W, Renqing X. (1997) **A preliminary morphometric study on the endometrium from patients treated with indomethacin-releasing copper intrauterine device**, Hum Reprod 12:1563

الملاحق

الملحق الأول

نموذج الموافقة المستنيرة:

العنوان:

[دراسة انتشار الاختلاطات النسائية عند استخدام موانع الحمل داخل الرحم (اللوالب)].

سيدتي:

تهدف الدراسة لتقييم واقع استخدام موانع الحمل لدى السيدات المشاركات وبالتحديد اللوالب وما يرافق استخدامها من تأثيرات على الأم.

لذلك يهمنا مشاركتك في الدراسة وإعطاءنا بعض البيانات والتي ستحفظ بسرية تامة ولن تستخدم البيانات إلا لأغراض بحثية فقط والتي قد تفيد في تطوير خدمات الرعاية الصحية الإنجابية المقدمة للسيدات.

إن ملء الاستبيان والمشاركة في الدراسة غير ملزم ورفضك المشاركة لن يؤثر بأي شكل من الأشكال على حقوقك الطبية داخل المستشفى أو على الخدمات الصحية المقدمة لك.

ولك كامل الحق في رفض الإجابة على أي سؤال لا ترغبين في الإجابة عليه.

نطمح لمساهمتك في هذه الدراسة.

الباحث: د.هبة الله حبوش.

الـمـلـحق الـثـانـي

استبيان حول استخدام اللوالب واختلاطاتها لدى السيدات الممنعات به

الزوج: العمر المستوى التعليمي: المهنة:

الزوجة: العمر: المستوى التعليمي: المهنة:

عدد مرات الزواج: السن عند الزواج الأول: عدد الأولاد:

نوع الولادات: ولادة طبيعية: ولادة قيصرية:

سوابق جراحية على الرحم:

الطمث: منتظم: غير منتظم:

<u>نوع مانع الحمل المستخدم:</u>

موانع هرمونية: IUD: مانع ميكانيكي: امتناع دوري: جماع مبتور:

نوع اللولب المستخدم:

لولب نحاسي لولب أوميغا: لولب بروجستروني:

مكان التركيب: مشفى عام–أخصائي مشفى عام–مقيم مركز صحي:

عيادة خاصة: قابلة:

عدد مرات التركيب:

مدة بقاء اللولب: سبب الإزالة:

التأثيرات السلبية للولب:

حمل فوق اللولب: حمل هاجر: ضياع خيط اللولب: انثقاب رحم:

تطاول مدة الطمث: غزارة الطمث: ألم أسفل الظهر: التهابات نسائية:

شدة التأثيرات السلبية: محمولة: غير محمولة:

طريقة نزع اللولب:

سحب الخيط: قنية نوفاك: تجريف رحم: تنظير باطن رحم: تنظير بطن:

سبب الإزالة:

.....

إعطاء صادات وقائية عند التركيب: نعم لا

مراقبة اللولب بشكل دوري: نعم لا

إجراء لطاخة بابانيكولا بشكل دوري: نعم لا

رضا السيدة عن استخدام اللولب لمنع الحمل: راضية: غير راضية: