الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق

كلية الطب البشري

قسم التوليد وأمراض النساء

دراسة مقارنة بين التدبير الفعال، السلبي والمشترك للطور الثالث للمخاض

رسالة مقدمة لنيل درجة الدراسات العليا في التوليد وأمراض النساء

إعداد طالبة الدراسات العليا

د ولاء. عدنان طه

إشراف الأستاذ الدكتور

عزام أبو طوق

أستاذ في التوليد وأمراض النساء

1444-2023

نُوقِشت هذه الرسالة وأُجِيزت بتاريخ / /2023 م

لجنة الحكم وتوقيعات لجنة المناقشة

السيد الأستاذ الدكتور عميد كلية الطب البشري في جامعة دمشق

بعد الاطلاع على النسخة المُعدَّلة المُقدَّمة من قبل طالبة الدراسات العليا: **ولاء عدنان طه** تبين أنها تقيدت بالملاحظات كلها وأجرت التصويبات المطلوبة كلها.

أعضاء لجنة الحكم:

الدكتور عزام ابو طوق: الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق

مشرفاً.

الاسم: أ.د.عزام ابو طوق

الدكتور هبثم عباسي: الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق

عضواً.

الاسم : أ.دهبثم عباسي

الدكتورة ميادة رومية: الأستاذة الدكتورة في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق

عضواً.

الاسم : أ.د. ميادة رومية

كلمة شكر

إلى من أغنانا بعلمه ومعرفته . . . .

إلى من وقف بجانبنا وصحح عثراتنا وكان خير مرشد ودليل إلى كل ما فيه خير وصواب. . . .

إلى من تحمّل أسئلتنا وتعب معنا للوصول لهذه المرحلة . . . . .

إليكم قدوتنا . . . .

الأستاذ الدكتور عزام أبو طوق

الأستاذ هيثم عباسي

الأستاذة الدكتورة ميادة رومية

الذين تفضلوا مشكورين بالإشراف على البحث

الاهداءات

الحمد لله الذي جعل لنا من العلم نورا نهتدي به فله الحمد على ايته العظمى (العقل)

الى من بلغ الرسالة وادى الامانة ونصح الامة الى نبي الرحمة ونور العالمين

رحمة العالمين وسيد المرسلين

الى من كلله الله بالهيبة والوقار وعلمني العطاء دون انتظار الى من احمل اسمه بكل افتخار

ابي الغالي

الى معاني الحب والحنان الى من تستقبلني بابتسامة وتستودعني بدعوة بسمة الحياة وسر الوجود

امي الغالية

الى من شد المولى العضد بهم فكانوا نعم السند والقوة والعزوة

اخوتي الغاليين

الى نجوم حياتي ونبضات قلبي وورود نورت مسيرتي ومسحت التعب عن جبيني

اخواتي الغاليات

الى من جعلوا حنظل الحياة بلسما من هم بعيدون عن العين وهم في سوادها

اختي د. إيناس وصهري الاستاذ محمد بكور ,صديقتي د. ناهد المقداد و د. آلاء حنيش, ...

الارواح الراقية والضحكات الناعمة شقائق النعمان , حروف نقشت في قلبي ليبقو ذكرى ومستقبل

رفاق الدرب

الى عصافير بيتنا وملائكتنا الصغار ,بسمة الحياة وامل المستقبل ارجو ان اراكم بأكثر مما اتمنى

ابناء وبنات اخوتي واخواتي(خاصة ميرال ,عدنان)

الى الصرح العلمي الفتي الذي نهضنا منه كل علم وجمال

مشفى التوليد الجامعي

الى الشموع التي ذابت في كبرياء لتنير كل عائق امامتا فكانوا رسلا للعلم والاخلاق

شكرا لكم جميعا اساتذتي الافاضل

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
الملخص	13
الجزء التمهيدي:	13
1. المقدمة	13
2. المشكلة البحثية	13
3. تساؤلات البحث	13
4. فرضيات البحث	14
5. مسلمات البحث	14
6. هدف البحث	14
7. أهمية البحث	14
8. حدود البحث	15
9. مناهج البحث وأدواته	15
10. الدراسات المرجعية	16
11. مكونات البحث	17
الجزء الأول: القسم النظري	19
الفصل الأول: تعاريف ومصطلحات:	19
1-1- التمهيد	19
1-2- تعريف المخاض	19
1-3- مراحل الطور الثالث	19
1-4- أنماط التدبير	21
1-5- مراحل التدبير	21
1-6- الموجز	25
الفصل الثاني: الأدوية المقبضة للرحم	26
2-1- التمهيد	26
2-2- الاوكسيتوسين	26
2-3- الميزوبروستول	27
2-4- مركبات الارغوت	28
2-5- الموجز	30
الفصل الثالث: اختلاطات الطور الثالث	31

3-1- التمهيد	31
3-2- النزف النفاسي	31
3-3- المشيمة المحتبسة	32
3-4- انقلاب الرحم	35
3-5- المشيمة الملتصقة	36
3-6- الموجز	36
الجزء الثاني: القسم العملي	37
الفصل الأول: هدف البحث وطريقة إجرائه	37
1-1- التمهيد	37
1-2- خلفية البحث	37
1-3- تساؤلات البحث	37
1-4- هدف البحث	38
1-5- عينة الدراسة	38
1-6- مواد وطرائق البحث	39
1.5.1.متغيرات الدراسة	39
1.5.2.طريقة العمل	39
1-7- الاعتبارات الأخلاقية	40
1-8- حجم العينة	40
1-9- المفاهيم والعبارات	40
1-10- الموافقة المستنيرة	41
1-11- استمارة البحث	42
1-12- طرق التحليل الإحصائي	43
1-13- الموجز	44
الفصل الثاني : النتائج Results	45
2.1. تمهيد	45
2.2. النتائج	45
2.2.1. التحليل الوصفي لمتغير طريقة التدبير	45
2.2.2. التحليل الوصفي لمتغير شدة الألم	46
2.2.3. دراسة العلاقة بين طريقة التدبير المتبعة ودرجة الألم الحاصل	46
2.2.4. دراسة العلاقة بين مدة الطور الثالث بالدقائق وطريقة التدبير	48

2.2.5. دراسة وصفية لنسب حدوث الاختلاطات	50
1.2.2.5. دراسة العلاقة بين نوع التدبير واختلاط (انقطاع السرر)	51
2.2.2.5. دراسة العلاقة بين نوع التدبير واختلاط (احتباس المشيمة)	52
3.2.2.6. دراسة العلاقة بين نوع التدبير واختلاط (تخليص المشيمة اليدوي)	52
4.2.2.5. دراسة العلاقة بين نوع التدبير واختلاط (الحاجة لنقل الدم)	53
5.2.2.5. دراسة العلاقة بين نوع التدبير واختلاط (انقلاب الرحم)	54
2.2.6. دراسة القيم الحيوية للسيدات الماخضات أثناء تدبير الطور الثالث للمخاض	55
1.2.2.6. دراسة العلاقة بين نوع التدبير والنبض (عدد ضربات القلب بالدقيقة)	56
2.2.2.6. دراسة العلاقة بين نوع التدبير والضغط الشرياني (الانقباضي والانبساطي)	58
3.2.2.6. دراسة العلاقة بين نوع التدبير ومقدار النزف	62
2.3. الموجز	65
الفصل الثالث: المقارنة مع الدراسات العالمية المُشَابهة	66
1.3. التمهيد	66
2.3. المقارنات مع الدراسات العالمية المشابهة	66
3.2.1. لمحة عن دراسات المقارنة	66
3.2.2. لمحة عن الدراسات الماضية	67
3.2.3. مقارنة النزف النفاسي مع طرق التدبير وكمية النزف	67
3.2.4. مقارنة مدة الطور الثالث مع الطريقة المستخدمة	68
3.2.5. مقارنة شدة الألم مع الطريقة المستخدمة	68
3.2.6. مقارنة انقطاع السرور مع الطريقة المستخدمة	68
3.2.7. دراسة مقارنة بين انحباس المشيمة مع طريقة التدبير المستخدمة	69
3.2.8. مقارنة بين التخليص المشيمة اليدوي مع الطريقة التدبير المستخدمة	69
3.3. الموجز	69
الفصل الرابع: المناقشة DISCUSSION	70
4.1. التمهيد	70
4.2. الموجز	71
الجزء الثالث : الخاتمة Conclusion	72

3.1. التمهيد	72
3.2. الاستنتاجات	72
3.3. التوصيات	73
المصادر والمراجع References	74
الملخص باللغة الانكليزية English Abstract	84

فهرس المصطلحات

الاختصار	الاسم بالإنكليزي	الاسم بالعربي
CCT	Controlled cord traction	الحجم المحكم للسر
OXT	Oxytocin	الأوكسيتوسين
PGE1	ProstaGlandine E1	البروستاغلاندين E1 / الميزوبروستول
ACOG	American Committee of Obstetrics and Gynecology	الكلية الامريكية لأطباء التوليد وامراض النساء
BP	Blood Pressure	الضغط الدموي

فهرس الأشكال والجداول

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
(1)	المراضة الوالدية حول العالم	12
(2)	طريقتا انفكاك المشيمة	20
(3)	مناورة براندت– أندرو	22
(4)	تقدير النزف بيانياً	31
(5)	مخطط فريدمان لتطوير المخاض	40

قائمة الجداول List Of Table

رقم الشكل	عنوان الجداول	رقم الصفحة
(1-1)	التدبير الفعال مقابل التدبير السلبي	23
(2-1)	مقارنة بين الادوية المسنخدمة	29
(3-1)	تصنيف شدة النزف حسب كمية الدم المفقودة وتأثيرها على العلامات الحيوية	32
(1-2)	توزع العينة على الطريقة المستخدمة	45
(2-2)	توزيع شدة الألم في العينة	46
(3-2) (a/b/c	علاقة طريقة التدبير المتبعة بدرجة الألم الحاصل	47
(a-4-2)	توزع مدة الطور الثالث في العينة	47
(2-4-b)	علاقة الطريقة المستخدمة مع مدة الطور الثالث	47
(c-4-2)	دراسة العلاقة بين مدة الطور الثالث بالدقائق وطريقة التدبير	48
(5-2)	نسبة انتشار الاختلاطات	50
(a-6-2)	العلاقة بين نوع التدبير واختلاط (انقطاع السرر) الانتشار	51
(b-6-2)	العلاقة بين نوع التدبير واختلاط (انقطاع السرر) إحصائيا	**51**
(a-7-2)	نسبة انتشار انحباس المشيمة في عينتنا	52
(b-7-2)	تحليل إحصائي لاحتباس المشيمة في عينتنا	52
(a-8-2)	انتشار التخليص اليدوي بين المجموعات الاربع	53

(B-8-2)	**العلاقة الإحصائية لتخليص المشيمة اليدوي مع طريقة التدبير**	53
(a-9-2)	**نسبة حدوث نقل الدم في العينة**	53
(b-9-2)	**إحصائيات الحاجة لنقل الدم**	54
(2-10-a)	**انتشار انقلاب الرحم في العينة**	54
(2-10-b)	**إحصائية انقلاب الرحم**	55
(2-11)	**تحليل وصفي لمتغيرات النبض والضغط بين المجموعات الاربع**	55
(2-12)	**إحصائية للقيم الوصفية المتعلقة بالنبض والضغط ومقدار النزف**	56
(2-13)	**انتشار واحصائيات النبض حسب الطريقة المتبعة**	56
(2-14)	**إحصائية النبض حسب الطريقة المتبعة**	58
(2-14-a)	**قيم الضغط الانقباضي عند كل مجموعة(تحليل وصفي)**	58
(2-14-b)	**إحصائية لقيم الضغط الانقباضي**	60
(2-15-a)	**قيم الضغط الانبساطي عند كل مجموعة (تحليل وصفي)**	60
(2-15-b)	**إحصائية للضغط الانبساطي**	61
(2-16-a)	**كمية النزف وطريقة التجبير المتبعة** (تحليل وصفي)	63
(2-16-b)	**العلاقة الإحصائية لكمية النزف وطريقة التجبير المتبعة**	65
(2-17)	**لمحة عن دراسات المقارنة**	66
(2-18)	**لمحة عن مقارنة النزف النفاسي مع طرق التدبير وكمية النزف**	67
(2-19)	**مقارنة مدة الطور الثالث مع الطريقة المستخدمة**	68
(2-20)	**مقارنة شدة الألم مع الطريقة المستخدمة**	68

(2-21)	**مقارنة انقطاع السرور مع الطريقة المستخدمة**	68
(2-22)	**مقارنة بين انحباس المشيمة مع طريقة التدبير المستخدمة**	69
(2-23)	**مقارنة بين التخليص المشيمة اليدوي مع الطريقة التدبير المستخدمة**	69

الملخص abstract

خلفيه البحث تكون الغترة التي تلي ولادة الطفل هي وفت الراحة الفرح لجميع المعنيين، وعلى الرغم من ذلك فان هذه الفترة تنطوي على خطر كبير محتمل للأم، اختلاطات الطور الثالث وخاصة النزف التالي للولادة مسؤول عن كثير من الوفيات والامراض الوالدية.

تشير الدلائل المقدمة الى ان التدبير الفعال للمرحلة الثالثة للمخاض يؤدي الى انخفاض في المضاعفات والمراضة حيث ان ممارسة الاوكسيتوسين الروتيني مع ولادة الطفل والسحب المضبوط للحيل السري عندما يكون الرحم منقبضا هو امر منصوح به بشدة. يحب ان يكون مقدمو الرعاية مستعدين لتشخيص وتدبير المضاعفات التي تحدث بالمرحلة الثالثة للمخاض في الوقت المناسب وبطريقة منهجية.

الهدف المقارنة بين أساليب تدبير الطور الثالث للمخاض التوصل لأفضل وسيلة تدبير والتقليل من **الاختلاطات المواد والطرائق** دراسة تجريبية معشاة مستقبلية، أجريت في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي في المدة ما بين 19\9\2021 وحتّى 19\9\2022 ، و اشتملت على 608 سيّدة راجعن المستشفى في جناحي المخاض العام والخاص وأدخلن بالدراسة حسب معايير الادخال والاستبعاد ، وقسمن عشوائياً إلى اربع مجموعات ، كل مجموعة مكونة من 150 سيدة ، المجموعة الأولى للتدبير السلبي 152 سيدة بينما المجموعة الثانية خضعت للتدبير الفعال بالاوكسيوسين148 سيدة والمجموعة الثالثة كذلك بالتدبير الفعال بالميزوبروستول156 سيدة اما المجموعة الرابعة فكانت للتدبير المشترك 152 سيدة ،عولجت البيانات ضمن البرنامج الإحصائي التحليلي (SPSS) للوصول إلى النتائج المرجوة.

النتائج :نستهل الدراسة باستعراض توصيف شامل للعينة وتبين دراستنا وجود علاقة ايجابية مع كل من طريقة التدبير المتبعة وربطها بشدة الألم الحاصل , المدة الطور الثالث , احتمال حدوث انقطاع السرر و الحاجة لنفل الدم ونتوصل الى دور التدبير الفعال في إحداث الألم وتقصير مدة الطور الثالث ,رفع معدلات النبض والضغط الشرياني الانقباضي والانبساطي ويكون هذا التأثير اكبر عند اللجوء للتدبير المشترك الذي اهمل دوره في الكثير من الدراسات العالمية والمحلية ,كما انقص التدبير الفعال والمشترك كل من كمية الدم المفقود والحاجة لنقل الدم دون تفوق اي منهما على الأخرى .

التوصيات التشجيع على الاستخدام الروتيني للتدبير المشترك او الفعال سواء بالاوكسيتوسين او الميزوبروستول في تدبير الطور الثالث للمخاض لفعاليته في تقليل اختلاطات ومشاكل الطور الثالث كما نوصي بضرورة إجراء دراسات اكثر حول التدبير المشترك.

الجزء التمهيدي

1- المقدمة:

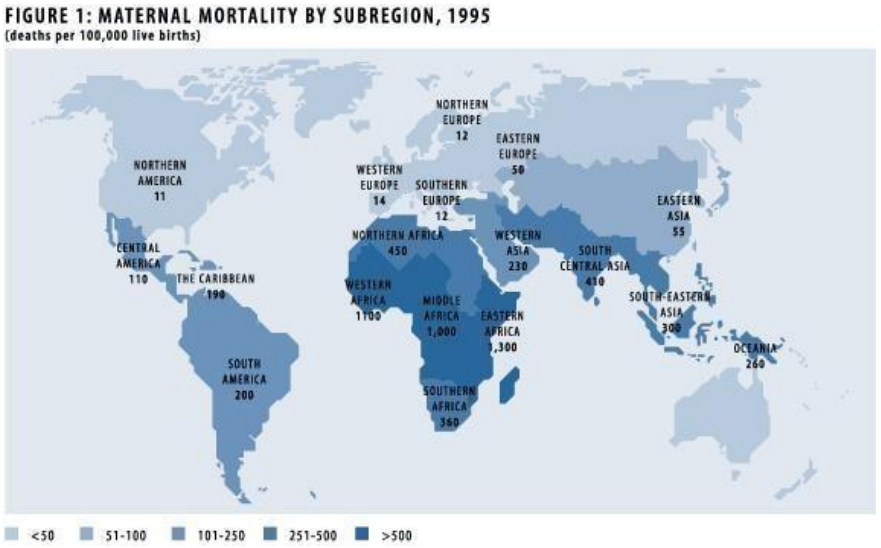
يعد نزف الطور الثالث واحدا من الأسباب الخمسة الأولى لموت الأمهات حول الولادة ومما يزيد من خطورة النزف انتشار فقر الدم بعوز الحديد لدى العديد من السيدات الحوامل في الدول النامية ومن ثم قانه من المفيد اتباع أفضل الممارسات التوليدية التي من شانها ان تقلل من نزف الطور الثالث للمخاض وكذلك نزف الخلاص ولقد أجريت دراسات في الدول الأوروبية أفادت أن التدبير الفعال للطور الثالث للمخاض أفضل من التدبير السلبي للإقلال من النزف [2,1]

أما في الدول النامية فهذه الدراسة قليلة كما أضيف نمط ثالث في دراستنا وهو التدبير المشترك بين الفعال والسلبي

وفي هذه الدراسة تتم مقارنة الثلاث ممارسات من حيث فائدتها للسيدة الماخض ليس فقط من حيث الإقلال من النزف والحاجة لنقل الدم ولكن الإقلال أيضا من تخليص المشيمة اليدوي ,الألم, انقطاع الحبل السري ,انقلاب الرحم ,انحباس المشيمة ,الاقياء والصداع .

الشكل 1: تدبير المرحلة الثالثة من المخاض . الماضة الأمومية حسب المنطقة الفرعية 1995.

الصورة مقدمة من منظمة الصحة العالمية



تبدأ المرحلة الثالثة من المخاض بإتمام الولادة وتنتهي بإتمام خروج المشيمة والأغشية المتصلة بها. يدرك الطبيب على الفور انه من الناحية العملية يستمر خطر حدوث المضاعفات لبعض الوقت بعد ولادة المشيمة.

لهذا السبب دعا العديد من الخبراء إلى ما يسمي بالمرحلة الرابعة من المخاض والتي تبدا بخروج المشيمة وتستمر لفترة وقائية بعد ذلك والمدة الأكثر شيوعا هي ساعة واحدة ومع ذلك تم اقتراح فترات تصل ل 4 ساعات. غادة ما تكون مدة الكور الثالث نفسها بين 5–15 دقيقة ولا يزال الحد الأقصى لخروج المشيمة غير واضح حيث اقترح 30–60 دقيقة دون دليل على وجود نزف كبير [3–4]

الانتشار

عادة ما نكون المرحلتان الثالثة والرابعة من المحاض هادئتين ,على الرغم من إمكانية حدوث مضاعفات كبيرة في هذه الفترة والأكثر شيوعا هو النزف النفاسي أو نزف ما بعد الولادة (PPH). بينما انخفضت معدلات وفيات الأمهات بشكل كبير في العالم المتقدم ,يبقى النزف النفاسي سببا رئيسيا لوفيات الأمهات [4–5].

يبلغ معدل وفيات الأمهات المباشرة المرتبطة بالحمل في الولايات المتحدة حوالي 7–10 نساء لكل 100,000 ولادة حية .تشير الإحصائيات الدلبة إلى ان حوالي 8%من هذه الوفيات ناجمة عن النزف التالي للولادة وهو ما يمثل اكثر من 100,000حالة وفاة بين الأمهات سنويا (5) لوفاة هاتي الأمهات عواقب وخيمة على الوليد واسر السيدة (الشكل1) .

2– المشكلة البحثية:

لعدم توافر دراسات كافية حول التدبير المشترك في الأدبيات الطبية عدم اشتمال جميع السيدات الحوامل في الدراسة لضرورة التداخل المباشر عليهن أو تحكم أمراضهن بنوع الدواء المعطى لهن .

3– تساؤلات البحث:

A. أشكال تدبير الطور الثالث للمخاض -

B. الأدوية المقبضة للرحم وتأثيراتها الجانبية .

C. التوصل لا فضل طريقة لتدبير الطور الثالث للمخاض .

4- فرضيات البحث:

ضرورة التدبير الفعال للطور الثالث للمخاض في تقليل النوف النفاسي وتحسين النتائج الوالدية

5- مسلمات البحث:

أن التدبير الفعال أو المشترك للطور الثالث من المخاض ذو أهمية بالغة في تقليل النزف النفاسي الذي يعد واحدا من الأسباب الخمسة الأولى للوفيات الوالدية وتحسن النتائج الوالدية .

6- هدف البحث:

A. المقارنة بين أساليب تدبير الطور الثالث من المحاض .

B. التوصل لأفضل وسيلة أو طريقة لتدبير الطور الثالث من المخاض .

7- أهمية البحث:

يعد نزف الطور الثالث واحد من الأسباب الخمسة الأولى لموت الأمهات حول الولادة ومما يزيد من خطورة النزف انتشار فقر الدم بعوز الحديد لدى العديد من السيدات الحوامل في الدول النامية وبالتالي قانه من المفيد اتباع افضل الممارسات التوليدية التي من شانها أن تقلل من نزف الطور الثالث للمخاض وكذلك نزف الخلاص ولقد أجريت دراسات في الدول الاوروبية افادت ان التدبير الفعال للطور الثالث للمخاض افضل من التدبير السلبي للإقلال من النزف [2,1]

اما في الدول النامية فهذه الدراسة قليلة, كما اضيف نمط ثالث في دراستنا وهو التدبير المشترك بين الفعال والسلبي.

وفي هذه الدراسة تقارن الثلاث ممارسات من حيث فائدتها للسيدة الماخض ليس فقط من حيث الاقلال من النزف والحاجة لنقل الدم ولكن الاقلال ايضا من تخليص المشيمة اليدوي ,الالم ,انقطاع الحبل السري ,انقلاب الرحم ,انحباس المشيمة ,الاقياء والصداع .

8- حدود البحث:

a. لعدم توافر دراسات كافية حول التدبير المشترك في الادبيات الطبية

b. عدم اشتمال جميع السيدات الحوامل في الدراسة لضرورة التداخل المباشر عليهن او تحكم امراضهن بنوع الدواء المعطى لهن.

9- مناهج البحث وأدواته:

تصميم الدراسة :دراسة تجريبية عشوائية RCTsشملت السيدات الحوامل المقبولات في جناحي المخاض العام والخاص في مشفى التوليد وامراض النساء الجامعي في دمشق ,ما بين 2021 وحتى 2022 وفق المعايير التالية.

معايير القبول

السيدات المقبولات في شعبتي المخاض العام والخاص مع حمل ومخاض طبيعيين لحمل مفرد راسي دون معايير الاستبعاد.

معايير الاستبعاد:

1. رفض المريضة
2. سوابق نزف الخلاص
3. 3.المجيء المقدي
4. 4.الحمل المتعدد
5. 5.موت الجنين داخل الرحم
6. عديدات الولادة
7. امراض مرافقة للحمل (فقر الدم، مرض قلبي، مشاكل خثارية، مشاكل كلوية، سكري، ....)

❖ طريقة العمل:

بعد أخذ الموافقة على إجراء الدراسة من قبل مجلس قسم التوليد وأمراض النساء ومجلس كلية الطب البشري وجامعة دمشق. وأخذ موافقة الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق على استخدام موارد الهيئة.

وبعد أخذ موافقة السيدات على الاشتراك في البحث واللواتي حققن معايير البحث تم إجراء الآتي:

1. أخذ القصّة المرضية كاملة ومفصّلة (العمر – تاريخ آخر دورة طمثية – عدد الولادات وطريقتها
2. مراجعة لتطور المخاض
3. التداخل المستخدم على الطور الثالث والاختلاطات الناجمة عنه.

دونت المعلومات على استمارة خاصة بالبحث وأدخلت الى الحاسوب ودرست احصائيا باستخدام برنامج (SPSS) **Statistical** Package for the Social Sciences الاحصائي واستخلصت النتائج

روجعت نتائج دراسات محلية سابقة اضافة الى نتائج دراسات عالمية، وقورنت نتائجها بنتائج الدراسة الحالية.

10- الدراسات المرجعية:

دراسة الدكتور محمد أمين الصديق عام 2002 في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي التي ضمت 450 سيدة حيث استخدم الاوكسيتوسين ك تدبير فعال والتدبير المشترك والتدبير السلبي التي انتهت بازدياد النزف النفاسي ومدة الطور الثالث بالتدبير السلبي بينما يزداد الالم وانحباس المشيمة والتخليص اليدوي للمشيمة بالتدبير الفعال ليكون التدبير المشترك هو المفضل.

دراسة ashrestha عام 2011 في الهند دراسة اجريت على 200 سيدة حيث جرى مقارنة الميزوبروستول والاوكسيتوسين وكانت النتائج متقاربة من حيث كمية النزف ومدة الطور الثالث

دراسة Maryam kashanianفي مصر عام 2010 أجريت على 200 سيدة وتم مقارنة التدبير السلبي والفعال عموما دون التمييز بين الدواء المستخدم حيث اتضح انخفاض واضح من حيث كمية الدم المفقود ومدة الطور الثالث عند التدبير الفعال

دراسة E Jangstan في السويد بغام 2011 ضمت 900 سيدة بالتدبير الفعال ,899 بالتدبير السلبي لوحظ فرق واضح بكمية الدم المفقود بين الطريقين حيث وجد النزف 1000<مل بنسبة 10%عند التدبير الفعال و 16,8 %عند التدبير السلبي لتكون قيمة p<0,001ولا فرق من حيث نفل الدم والمشيمة المحتبسة.

1. مكونات البحث:

يتكون البحث من 3 أجزاء:

الجزء الأول: القسم النظري: يتكون من 3 فصول

1- **الفصل الأول:** بتضمن تعاريف ومصطلحات: ويحوي تعاريف علمية وعملية للمخاض الطبيعي وأطواره وسنركز على الطور الثالث وتنوعاته

2- **الفصل الثاني:** يحوي على الأدوية المقبضة للرحم وسنركز فيه غلى الأدوية المستخدمة في دراستنا وثارها الجانبية

3- **الفصل الثالث:** اختلاطات الطور الثالث وسنسهب ضمنه بالحديث عن النزف النفاسي وغيره من الاختلاطات

الجزء الثاني: القسم العملي: ويضم أربعة فصول:

1- **الفصل الأول:** أهداف البحث والتصميم والمواد والطرائق، ويحوي خلفية البحث، تساؤلات البحث، هدف البحث، مواد وطرائق البحث (تصميم الدراسة –عينة الدراسة–معايير القبول والاستبعاد–المواد والطرائق)، المعايير الأخلاقية، حجم العينة، المعايير والمفاهيم، استمارة البحث العلمي، الموافقة المستنيرة، طرق التحليل الإحصائي المستخدمة.

2- **الفصل الثاني:** النتائج، ويحوي عرض للنتائج الإحصائية للدراسة الحالية.

3- **الفصل الثالث:** المقارنات مع الدراسات المحلية والعالمية المشابهة.

4- **الفصل الرابع:** المناقشة، وفيه مناقشة لنتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات المحلية والعالمية.

الجزء الثالث: الخاتمة: ونحوي الاستنتاجات والصعوبات والتوصيات، ويحوي خلاصة ما وصلت له الدراسة الحالية والمقترحات المستقبلية للدراسات اللاحقة حول الموضوع.

المراجع

الجزء الأول: القسم النظري

الفصل الأول: تعاريف ومصطلحات

1.1. التمهيد:

في هذا الفصل سنتحدث عن تعاريف علمية وعملية حول المخاض الطبيعي وأطواره .

1.2. تعريف المخاض:

المخاض:

تقلصات رحمية مؤلمة ومنتظمة تؤدي الى تزايد في الاتساع والإمحاء لعنق الرحم، وينتهي بنزول وانقذاف لمحصول الحمل من الطريق التناسلي بعد الأسبوع 20 من الحمل [6-7].

أطوار المخاض:[7-8-9]

الطور الأول: طور الاتساع والإمحاء يبدا ببدء التقلصات ذات التواتر والشدة المتزايدة التي تؤدي الى اتساع وإمحاء وتنتهي بتمام الاتساع والإمحاء

الطور الثاني: دور الانقذاف يبدا بتمام الاتساع والإمحاء وينتهي بولادة الجنين.

الطور الثالث: يبدا فور ولادة الجنين وينتهي بولادة المشيمة والأغشية.

الطور الرابع: يمتد من ولادة المشيمة حتى استقرار الماخض ويستمر عادة من ساعة ل 6 ساعات بعد الولادة.

1.3. مراحل الطور الثالث :

يتضمن انفكاك المشيمة ثم انقذافها .

علامات انفكاك المشيمة:

تقليديا يتم تدريس 4علامات لانفصال المشيمة. [10-11]

1. العلامة الأكثر موثوقية هي تطاول الحبل السري حيث تنفصل المشيمة وتدفع الى الجزء السفلي من الرحم عن طريق التراجع التدريجي للرحم. إن وضع مشبك على الحبل بالقرب من العجان يجعل من السهل تقدير هذه الإطالة. لا يجب سحب الحبل بدون شد عكسي للرحم فوق الارتفاق. إضافة إلى ذلك، قد يخطئ المرء في إطالة الحبل بسبب هبوط وشيك أو انقلاب لانفصال المشيمة غير المعقد.
2. يأخذ الرحم شكلا" كرويا" أكثر ويصبح أكثر متانة. يحدث هذا عندما تنزل المشيمة إلى الجزء السفلي ويستمر جسم الرحم في التراجع. قد يكون من الصعب تقدير هذا التغيير سريرياً.
3. يرتفع الرحم في البطن. تسقط المشيمة إلى الجزء السفلي حتى تصل إلى المهبل، ينزاح الرحم إلى أعلى.
4. يحدث تدفق الدم. تكون الخثرة خلف المشيمة قادرة على الهروب حيث تنزل المشيمة إلى الجزء السفلي من الرحم. عادة ما تتشكل الخثرة خلف المشيمة بشكل مركزي وتهرب بعد الانفصال الكامل. ومع ذلك، إذا وجد الدم طريقاً للخروج، فقد يفعل ذلك قبل الانفصال التام ومن ثم لا يعد مؤشراً موثوقاً به على الانفصال التام. يرتبط هذا الحدوث أحياناً بزيادة النزيف والمرحلة الثالثة المطولة، مع تسليم الحافة الأمامية للمشيمة أولاً (طريقة ماثيوز دنكان)، بدلاً من إدخال الحبل وسطح الجنين، وهو أكثر شيوعاً (طريقة شولتز). الشكل2

الشكل (2) طريقتا انفكاك المشيمة .

1.4. أنماط التدبير

1. التدبير السلبي الفيزيولوجي:

وهنا لا نتدخل ونلجأ الى قص السرر بعد غياب النبض وعادة ما يكون خلال 30–60 ثانية وتعتمد على حزق الأم، ويمكن مستعدتها بتحريض الرضاعة الطبيعية الذي يحفز إفراز الاوكسيتوسين. يعتقد أن الرضاعة المبكرة او تحفيز الحلمة يزيد من انقباض الرحم.

بالإضافة إلى ذلك، فإن تجربة شملت 4227 امرأة لم تقترح أن الرضاعة المبكرة قللت من معدل النزف التالي للولادة البالغ 500 مل أو أكثر ((OR), 0.93; 95% CI, 0.75–1.17) أو نتائج ضارة أخرى. [12–13]

لا يزال ينبغي تشجيع الرضاعة المبكرة لأنها تعزز الترابط والرضاعة الطبيعية وقد تساعد في الحفاظ على قوة الرحم. [14]

2. التدبير الفعال:

يتضمن إعطاء أدوية مقبضة للرحم وقائيا (سنستخدم في دراستنا الاوكسيتوسين والميزوبروستول), وسيتم شرحهم بشكل مفصل في الثاني من الدراسة لاحقا .

3. التدبير المشترك :

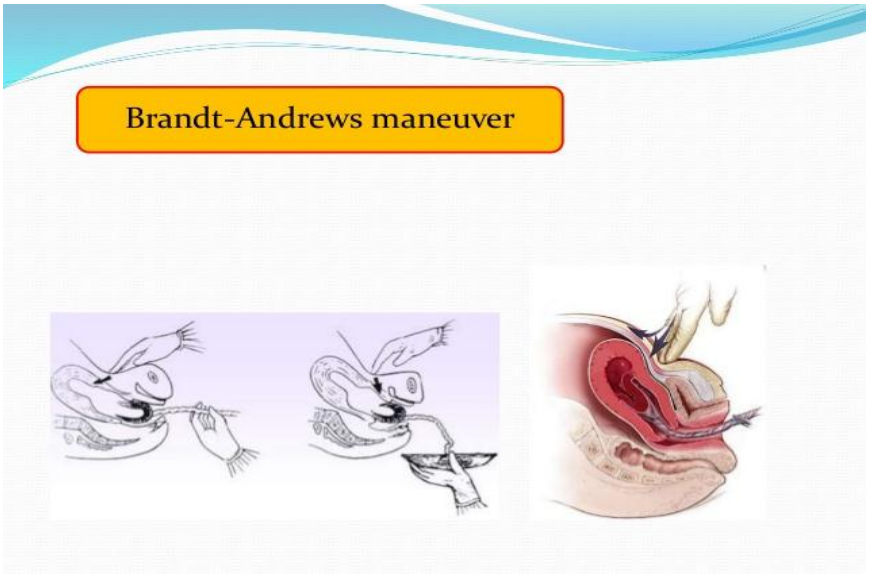
سنستخدم المقبضات الرحمية مع طريقة الجر المسيطر للسرر (مناورتي أندرو وكريد) الشكل 3 يتم تطبيق السحب اللطيف للحبل فقط عندما يكون الرحم متقلصاً بشكل جيد، ويتم التحكم في الرحم يدوياً فوق مستوى الارتفاق مع الانكماش (مناورة براندت–أندروز) يشار إلى هذه المناورة بسحب الحبل المضبوط[15].

يجب عدم تطبيق سحب الحبل أبداً في حالة عدم وجود سحب عكسي ويطبق في محور قناة الولادة. Controlled cord traction (cct) [16].

اقترحت احدى التحليلات التلوية أن ربط الحيل المتأخر لم ينتج عنه أي زيادة في الضائقة التنفسية أو زيادة ذات دلالة إحصائية في مستوبات البيلروبين أو استخدام العلاج الضوئي عند الولدان. [17–18]بغض النظر، لا يُنصح بإمساك المولود تحت مستوى المشيمة أو "حلب" الحبل تجاه الطفل لتضخيم هذا النقل. [19–20]

قد يكون للوالدين الخيار فيما يتعلق بتوقيت ربط الحبل وموضع الطفل بعد الولادة مباشرة. ينبغي اتباع هذه التفضيلات عندم عدم وجود أية مضادات استطباب.

الشكل (3) : يُظهر مناورة براندت–أندروز



بالنظر إلى الأدلة الحالية، فإن التوصية بإعطاء الأوكسيتوسين مع خروج الكتف الأمامي ثم الانتظار لمدة دقيقة أو دقيقتين قبل لقط وتقسيم الحبل (إذا كان الطفل يبدو بحالة جيدة) يبدو معقولاً. [21–22]

في حالة التفاف السرر، يجب تجنب ربط وقطع الحبل قبل ولادة الطفل. يمكن تحقيق ذلك عن طريق تمرير حلقة (حلقات) الحبل من الخلف إلى الأمام فوق رأس الطفل أو عن طريق توليد الطفل عبر حلقة الحبل. في حين أن هذه المناورات مفضلة وعادة ما تكون ناجحة، يجب أن تكون المشابك جاهزة في حالة فشل المناورة أو تمزق الحبل عن غير قصد.

يختار بعض الأطباء سحب العينات من قطعة معزولة من الحبل أو من المشيمة والحبل بعد المرحلة الثالثة. أدى ظهور حصاد الخلايا الجذعية الجنينية إلى ظهور مشكلات جديدة في هذا المجال.[23–24]

يجب ألا تؤثر هذه الممارسة على رعاية الأم أو المولود، ويجب ألا يشتت انتباه مقدم الرعاية عن الإجراء في هذا الوقت الحرج.

يمكن جمع دم الحبل السري بكفاءة بعد ولادة المشيمة من خلال وجود مساعد يحمل المشيمة فوق مستوى الحبل السري.

لا ينبغي أن يؤخر حصاد دم الحبل السري (CBH) إعطاء مقوٍ لتوتر الرحم. في الواقع، قد تزيد مقويات توتر الرحم من كمية الدم التي يتم حصادها بسبب ضغط المشيمة.

لم يثبت CBH أنه يزيد من مخاطر النزف التالي للولادة. بالإضافة إلى ذلك، كان هناك اتجاه لزيادة النزف التالي للوضع في التحليل التلوي الأخير. (خطر نسبي 1.22، مستوى الثقة 95٪، 0.96–1.55، 5 تجارب تشمل 2236 امرأة). [25–26]

1.5.مراحل التدبير:

❖ التحضير للعمل الجراحي:

ينبغي البدء بالاستعدادات للمرحلة الثالثة من المخاض قبل ولادة الطفل بفترة جيدة. في فترة ما قبل الولادة، تناقش المريضة وشريكها وسماع تفضيلاتهم لعملية الولادة من خلال حوار مفتوح بشأن أي عوامل خطر موجودة وما هي الآثار التي قد تترتب على المرأة.

تجرى المناقشة بدقة بحثاً عن أية مخاوف أو اختلافات عن الممارسات المقبولة. من المهم أن يفهم المريض الآثار والمخاطر المحتملة التي تنطوي عليها إذا كانت خيارات التدبير محدودة.[27]

❖ التدبير الفعال مقابل التدبير السلبي(الفيزيولوجي):

ثمة جدل دائر حول تدبير المرحلة الثالثة بين الخبراء الذين يدافعون عن التدبير الفيزيولوجي وأولئك الذين يدافعون عن التدبير الفعال. تم توضيح المكونات الأساسية لاستراتيجيتي التدبير في الجدول (1).

الجدول (1) التدبير الفعال مقابل التدبير السلبي

	التدبير الفيزيولوجي	**التدبير الفعال**
تقوية توتر الرحم	غير موجود أو بعد خروج المشيمة	مع ولادة الكتف الأمامي أو ولادة الطفل
الرحم	تقييم الحجم والتوتر	تقييم الحجم والتوتر
سحب الحبل السري	غير موجود	تطبيق سحب الحبل المنضبط عند تقلص الرحم
ربط الحبل السري	مختلف	مبكر

يبرر مؤيدو التدبير الفيزيولوجي بأن العمليات الطبيعية الموضحة أعلاه تعزز الانفصال الطبيعي وخروج المشيمة وتؤدي إلى مضاعفات أقل. إذا تطور النزف التالي للولادة، فقد يتم تدبيره بفعالية باستخدام التقنيات والأدوية المتاحة.

يعبر مؤيدو التدبير الفيزيولوجي عن قلقهم من أن التدبير الفعال يزيد من معدلات النزف التالي للولادة وانقلاب الرحم بسبب سحب الحبل ويزيد من خطر احتباس المشيمة بسبب الانزلاق الناجم عن عوامل توتر الرحم.

يحدث خروج المشيمة عن طريق تقلصات الرحم وجهود الدفع التي تقوم بها الأم، ويُحظر سحب الحبل السري. يوجد قلق أيضاً بشأن حالة التوأم الثاني غير المشخص إذا تم استخدام مقويات توتر الرحم بشكل روتيني في وقت الولادة.[28]

يجادل المدافعون عن التدبير الفعال بأن إعطاء عوامل مقوية لتوتر الرحم وقائياً يعزز تقلصات الرحم القوية ويؤدي إلى سرعة التراجع وخروج المشيمة مما يقلل من كمية الدم المفقود ومعدل النزف التالي للوضع.[29-30] كما يجادلون بأن نشاط الرحم الأكثر فاعلية يؤدي إلى انخفاض معدل حدوث المشيمة المحتبسة.

يتم تطبيق السحب اللطيف للحبل فقط عندما يكون الرحم متقلصاً بشكل جيد، ويتم التحكم في الرحم يدوياً فوق مستوى الارتفاق مع الانكماش (مناورة براندت–أندروز) (الشكل 3). يشار إلى هذه المناورة بسحب الحبل المضبوط (CCT). [31]

تناولت العديد من التجارب الكبيرة المعشاة ذات الشواهد مسألة ما إذا كان التدبير الفيزيولوجي أو التدبير الفعال هو الأفضل. أظهرت هذه التجارب باستمرار أن التدبير الفعال يؤدي إلى العديد من الفوائد مقارنة بالتدبير الفيزيولوجي. تستخدم هذه التجارب 1 من 3 عوامل مقوية لتوتر الرحم: الإرغومترين، الأوكسيتوسين، أو السينتومترين (مزيج من الإرغومترين والأوكسيتوسين).

كانت سبع تجارب موضوع تحليل تلوي في مكتبة Cochrane، [23] حيث أظهر التدبير الفعال انخفاضاً في متوسط مخاطر النزف الأولي للأم (أكثر من 1000 مل) عند الولادة وهيموغلوبين الأمهات أقل من

9 غ/دل بعد الولادة. لم يتم العثور على اختلاف في وقوع القبول في وحدات حديثي الولادة أو اليرقان الولادي التي تتطلب العلاج.

أبلغ المؤلفون أيضاً عن انخفاض كبير في فقد الدم الأولي أكثر من 500 مل مع التدبير الفعال، بالإضافة إلى انخفاض في متوسط فقدان دم الأم عند الولادة، ونقل الدم من الأم، ومقويات توتر الرحم العلاجية.[33] تم الإبلاغ عن زيادات كبيرة في ضغط الدم الانبساطي عند الأم، والإقياء بعد الولادة، وبعد الولادة، واستخدام المسكنات منذ بدء الولادة وحتى الخروج. كما تم العثور على انخفاض في وزن الرضيع عند الولادة مع التدبير الفعال. [34]

1.6. الموجز:

لا تزال الآراء متضاربة حول طريقة تدبير الطور الثالث للمخاض الأمثل وامتداد النتائج لما بعد الوضع (الطور الرابع) .

الفصل الثاني:

الأدوية المقبضة للرحم

2.1. تمهيد:

اختبرت التجارب المعشاة استخدام الأوكسيتوسين وحده، والإرغوت وحده، والميزوبروستول وحده، والسينتومترين في بروتوكولات التدبير الفعال مقارنة بالتدبير الفيزيولوجي. قارنت التجارب أيضاً العديد من مقويات توتر الرحم مع بعضها البعض في بروتوكولات التدبير الفعال وكانت موضوع التحليلات التلوية في مكتبة Cochrane.

2.2. الاوكسيتوسين

الاوكسيتوسين أول ما استخلص من الفص الخلفي لنخامى الحيوانات وحاليا يصنع كيميائيا ويستخدم فقط في التوليد لحث التقلصات الرحمية (تحريض أو حث المخاض ويطبق عندها وريديا أو في تدبير الطور الثالث للمخاض ويطبق عندها وريدي أو عضلي) كما يستخدم ك رذاذ انفي لبدء إفراز الحليب من الثديين لأنه يسبب تقلصات الخلايا العضلية الظهارية حول العنبات الثديية [35-36].

تشير نتائج التجربة إلى أن زيادة جرعة الأوكسيتوسين العضلي من 5 وحدة دولية إلى 10 وحدة دولية تزيد من فعالية الأوكسيتوسين. وجدت تجربة معشاة ذات شواهد إضافية أن حقن 80 وحدة أو 40 وحدة على عكس المعتاد (10 وحدات دولية)، لم يقلل نزف ما بعد الولادة عموما. بالإضافة إلى ذلك، فقد قلل من الحاجة إلى ضخ المزيد من الأوكسيتوسين ومن خطر انخفاض الهيماتوكريت بنسبة 6٪ أو أكثر. [37]

كما تم اقتراح أن إعطاء الأوكسيتوسين الوريدي الأولي أو المستمر يزيد من الفعالية. لا يجب التدبير بأكثر من 5 وحدات دولية من الأوكسيتوسين كحقنة في الوريد، أظهرت التجارب التي تستخدم الأوكسيتوسين وحده معدلات منخفضة للإزالة اليدوية للمشيمة.

التأثيرات الجانبية للاوكسيتوسين[38]

- ✓ محتمل بشكل جيد عموما

- ✓ قد يسبب أعراضا" هضمية (غثيان، إقياء)
- ✓ خطورة هبوط الضغط ونسرع القلب بالإعطاء الوريدي السريع

3.2. الميزوبروستول

عبارة عن مشابهات البروستاغلاندين E1

يسبب تقلصات رحمية قوية رخيص السعر لا يتطلب شروط حفظ في البراد كما الاوكسيتوسين، يمكن إعطاؤه فمويا [39–40] ، أول ما استخدم لعلاج القرحة الهضمية دراسة REFAEY وشركاءه عام 1998 [40–41]

أظهر الميزوبروستول نتائج واعدة مبكرة في علاج النزف التالي للولادة. بالإضافة إلى ذلك، فإن التكلفة المنخفضة، وشكله الدوائي المتمثل بالحبوب، واستقراره الحرارة تجعله عاملاً ممتازاً محتملاً للوقاية في المرحلة الثالثة من المخاض. لسوء الحظ، أظهرت التجارب العشوائية أنها أدنى من مقويات توتر الرحم عن طريق الحقن وأنها ليست أكثر فعالية بشكل ملحوظ من العلاج الوهمي (البلاسيبو). [42]

تكون التأثيرات الجانبية (مثل الرعشة والحمى) شائعة. في الأنظمة التي تستخدم جرعات أعلى، يحدث الغثيان والإقياء والإسهال بشكل متكرر. [43]

من الواضح أن وجود الحمى الناجم عن البروستاغلاندين والارتعاش في فترة ما بعد الولادة قد يؤدي إلى ارتباك في تشخيص الإنتان.

قد يظل الميزوبروستول مقوياً مفيداً لتوتر الرحم في بعض الأماكن. أظهرت تجربة حديثة في بيئة منخفضة الموارد أنها فعالة مثل الأوكسيتوسين العضلي بعد الولادة المهبلية. [44]

أشار الكثيرون أيضاً إلى أنه في البيئات منخفضة الموارد، حتى إذا كان الميزوبروستول أقل فعالية إلى حد ما من مقويات توتر الرحم القابلة للحقن، فإن التكلفة المنخفضة وسهولة التخزين والاستخدام يجب أن تتطلب توافره على نطاق واسع.

أظهرت تجربة أخرى أن الميزوبروستول الشدقي الذي يُعطى في وقت الولادة القيصرية يقلل من الحاجة إلى استخدام عوامل إضافية مقوية لتوتر الرحم. [45] لم يستقصى في البروستاغلاندينات الأخرى بشكل كافٍ

لتبرير التوصية بها أكثر من الأوكسيتوسين، وكلها تسبب المزيد من الآثار الضارة.

3.4. مركبات الارغوت

أظهرت التجارب التي تستخدم الأوكسيتوسين وحده معدلات منخفضة للإزالة اليدوية للمشيمة، في حين أظهرت التجارب التي تستخدم مستحضرات الإرغوت معدلات متزايدة.

كان الاتجاه الطفيف لزيادة الإزالة اليدوية المذكورة في تحليل Cochrane التلوي أعلاه يرجع بالكامل إلى نتائج التجربة الفردية التي استخدمت الإرغوت الوريدي. [46]

لوحظت الزيادة في الغثيان والإقياء وضغط الدم حصرياً في التجارب التي تستخدم مستحضرات الإرغوت. [47]

يكمن التفسير المحتمل لهذه الاختلافات بأن مستحضرات الإرغوت تعمل بشكل منهجي على العضلات الملساء، في حين أن الأوكسيتوسين خاص بالعضلات الملساء في الرحم، يتسبب الأوكسيتوسين في زيادة قوة الانكماش وتواتره، لكن الرحم لا يخضع لتقلص كزازي، كما هو الحال مع الإرغوت ، تكون الفائدة المحتملة لتحضيرات الإرغوت هي مدة التأثير الأطول. تم إجراء التجارب باستخدام نظير الأوكسيتوسين الاصطناعي "كاربيتوسين" الذي له تأثير طويل الأمد. [48، 49]

توصّلت مراجعة Cochrane إلى أنه لا ينبغي استخدام الكاربيتوسين كعامل خط أول بدلاً من عوامل أخرى مثبتة لتوتر الرحم. [50]

وفيما يلي جدول ملخص للمقارنة بين الادوية المستخدمة في دراستنا مع طريقة الاستخدام و,الاثار الجانبية (جدول 2) .

جدول (2) مقارنة بين الأدوية المستخدمة في دراستنا

اسم الدواء	طريقة الاستخدام	اعتبارات خاصة	آثار جانبية
الاوكسيتوسين	• تسريب وريدي :10وحدات خلال 30دقيقة ثم 1-3 وحدات بالساعة . • حقن عضلي وهي الطريقة الأشيع وهي المستخدمة في	الأكثر استخداماً ويستخدم روتينياً في أمريكا وبريطانيا بعد الولادة لا يعط بجرعات عالية لعدم زيادة فعاليته مقابل زيادة	محتمل بشكل جيد عموماً فد يسبب توهج – أعراض هضمية (غثيان وإقياء) هبوط ضغط تسرع قلب

	دراستنا وتم استخدام 10 وحدات	خطر الاختلاطات وخاصة انحباس السوائل وهبوط الصوديوم	
ميزوبروستول	• فموي • شدقي • شرجي بجرعة 600مكغ كجرعة واحدة	لا يحتاج ظروف خاصة للحفظ رخيص الثمن	ارتعاش – حرارة – أعراض هضمية (غثيان وإقياء و اسهال) صداع
مركبات الايرغوت	عضلي 0.2 ملغ جرعة واحدة	يسبب تقلصات عضلات ملساء معممة فلا يعط لمرضى الضغط الشقيقة والامراض الوعائية	غير محتمل بشكل جيد بسبب أثاره على العضلات الملساء المعممة

3.5. الموجز:

ينصح بالتدبير الفعال او المشترك على التدبير السلبي للطور الثالث للمخاض بشكل روتيني لأنه يقلل من النزف والاختلاطات الواردة.

الفصل الثالث:

اختلاطات الطور الثالث

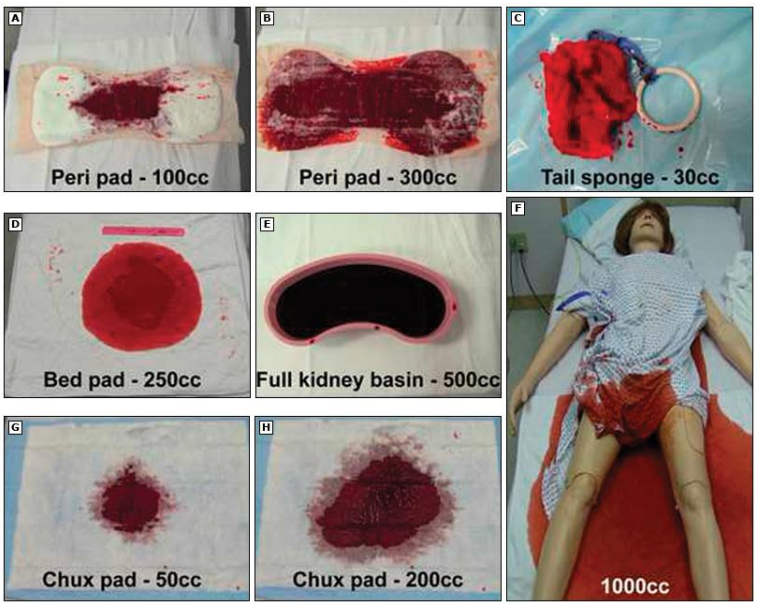
3.1. تمهيد:

تشير المرحلة الثالثة من المخاض إلى الفترة التي تلي الولادة الكاملة للمولود حتى اكتمال ولادة المشيمة. يبدو أن القليل من التفكير أو التدريس نسبياً مكرس للمرحلة الثالثة من العمل مقارنةً بتلك المعطاة للمرحلتين الأولى والثانية. يخصص نص رائد في طب التوليد في أمريكا الشمالية 4 صفحات فقط من أكثر من 1500 صفحة للمرحلة الثالثة من المخاض ولكنه يخصص أكثر بكثير للمضاعفات التي قد تنشأ فور الولادة. [51]

3.2. النزف النفاسي:

يعرف النزف النفاسي على انه كمية الدم المفقود المقدرة اكثر من 500 مل بالولادة المهبلية، واكثر من 1000 مل بالولادة القيصرية. ويعتبر من المضاعفات الأكثر شيوعاً للمرحلة الثالثة من المخاض وثبت ان التدبير الفعال أو المشترك قلل جدا من تواتر هذا الاختلاط وبالتالي الأثر الإيجابي على وفيات ومراضة الأمهات [52–53] . سابقا كان يعتمد نظريا (عيانيا) على كمية الدم المفقود(الشكل 4).

الشكل (4) تقدير النوف عيانيا



أما حاليا، حسب ACOG نعتمد بتقدير الدم المفقود على الأعراض والعلامات الحيوية وفق الجدول التالي (جدول 3).

جدول (3) تقدير كمية النزف سريرياً

كمية النزف (مل)	النسبة المئوية للنزف	النبض (ضربة بالدقيقة)	الضغط الانقباضي (ملمز)	درجة الصدمة
طبيعي (500-1000)	10-15 %	60 – 90	أكثر من 90	معاوض
خفيف (1000-1500)	15-25 %	91 – 100	من 80 – 90	انكسار خفيف بالمعاوضة خفة بالرأس مع صداع
متوسط (1500-2000)	25 – 35 %	100 -120	70 – 79	انكسار متوسط اختلاجات
شديد أكثر من 2000	أكثر من 35 %	أكثر من 120	أقل من 70	انكسار شديد غياب عن الوعي

3.3. المشيمة المحتبسة

تعرف المشيمة المحتبسة بطرق مختلفة. التعريف الأكثر شيوعاً هو الاحتفاظ بالمشيمة في الرحم لأكثر من 30 دقيقة بالتدبير الفعال ولأكثر من 60 دقيقة بالتدبير السلبي لذا يتأثر التدبير بشكل كبير بالتقييم السريري في حال حدوث نزيف كبير. قد يكون هذا النزيف مرئياً أو قد يظهر فقط من خلال زيادة حجم الرحم [54–55].

في حالة عدم وجود أي دليل على انفصال المشيمة، يجب الأخذ بعين الاعتبار تشخيص المشيمة الملتصقة الكاملة. قد تكون هذه الحالة مصحوبة بالنزيف إذا تم التصاق جزء فقط من المشيمة بشكل غير طبيعي.

قد يؤدي التأكد من أن المثانة فارغة إلى تسريع خروج المشيمة والمساعدة على الأقل في تقييم الرحم والتحكم فيه. من الناحية المثالية، يجب أن يكون لدى النساء مثانة فارغة في وقت الولادة. يحدث هذا عادة بشكل طبيعي بسبب الضغط وجهود دفع الأم.

إن تشجيع المرأة على محاولة الإفراغ في المرحلة الثانية في وقت متأخر أو بعد الولادة أمر ممكن رغم أن هذا قد يكون صعباً. إفراغ المثانة إلزامي قبل أي محاولة للولادة المهبلية المساعدة.[56]

قيّمت عدد من التجارب دور الحقن في الحبل السري في تدبير المشيمة المحتبسة في النساء اللواتي لا يعانين من نزيف محدد. [57–58]

تتراوح تعريفات المشيمة المحتبسة من 15 إلى 60 دقيقة بدون خروج مشيمة، ولكنها في الغالب تتراوح من 20 إلى 30 دقيقة. استخدمت الحقن في الوريد السري محلول كلوريد الصوديوم متساوي التوتر (محلول ملحي عادي)، والأوكسيتوسين والمحلول الملحي، والبروستاغلاندين والمحلول الملحي، والميزوبروستول والمحلول الملحي، والديكستران 70.

تشير الدراسات التي تقارن حقن الأوكسيتوسين (بشكل عام، 10 وحدة دولية) والمحلول الملحي (عادة، 20 مل) مع التدبير التوقعي (OR، 0.7؛ 95٪ CI، 1.02–0.48) أو الحقن بمحلول ملحي وحده (OR، 0.59؛ 95٪ CI، 0.82– 0.43 و NNT،8 ؛ 95٪ CI،20–5) إلى أن هذه الممارسة تقلل بالفعل من الحاجة إلى الإزالة اليدوية للمشيمة.

وجدت دراسة حديثة قارنت 800 ميكروغرام من الميزوبروستول مع الأوكسيتوسين 50 وحدة دولية، كل 30 مل من المحلول الملحي العادي، أن الميزوبروستول كان أكثر فعالية في هذا الوضع. [59]

قد يؤدي الاستخدام الإضافي للحقن داخل السرّي للأوكسيتوسين إلى تقصير المرحلة الثالثة من المخاض بشكل كبير وتقليل فقد الدم بعد الولادة. أشارت دراسة حديثة إلى انخفاض فقدان الدم، وارتفاع معدل خروج المشيمة بمقدار 15 دقيقة، ووقت أقصر للخروط المشيمي في الأشخاص الذين تم إعطاؤهم الأوكسيتوسين داخل السري مقارنة بالأشخاص الذين خضعوا للتدبير الفعال القياسي وحده. [60]

تنفذ هذه التقنية عن طريق إدخال أنبوب أنفي معدي بحجم 10 في الوريد السري ودفعه إلى موقع إدخال الحبل المشيمي. يتم تلبية المقاومة في هذه المرحلة. ثم يتم سحب الأنبوب الأنفي المعدي بمقدار 3–4 سم للتأكد من أن الطرف ليس في فرع المشيمة. ثم يتم حقن محلول مقوي لتوتر الرحم ويتم تثبيت الحبل بالأنبوب في مكانه. يبدو هذا التدخل معقولاً عند النساء المستقرات مع الحد الأدنى من النزيف أثناء إجراء الاستعدادات للإزالة اليدوية.

تكون الإزالة اليدوية للمشيمة مبرَّرة إذا فشلت المناورات المذكورة أعلاه في إخراج المشيمة أو في حالة حدوث نزيف كبير. تتداخل المشيمة المحتبسة أو المنفصلة جزئياً مع تقلص الرحم وانكماشه وتؤدي إلى النزيف.

يزيد خطر النزف التالي للولادة الكبير كلما طالت مدة بقاء المشيمة في مكانها وتزداد بمقدار 6 أضعاف إذا لم تخرج المشيمة بعد 30 دقيقة. [61]

يكون القيام بإجراء الإزالة اليدوية بمستوى من التسكين يتناسب مع إلحاح الحالة السريرية. يعتبر وقف تسريب الأوكسيتوسين أو إعطاء مرخيات الرحم لتعزيز استكشاف الرحم والإزالة اليدوية ذات قيمة مشكوك فيها وقد يؤدي إلى زيادة النزيف. قد يكون التصوير بالموجات فوق الصوتية مفيداً في حالات محددة.[61-62]

يتم ارتداء قفاز بطول المرفق والاهتمام بالتعقيم (عندما يكون ذلك ممكناً). يجب تحضير منطقة العجان والمهبل. يمكن غمر اليد المستعمَلة في الإجراء بمحلول بوفيدون اليود (Proviodine) لتسهيل الدخول. يتم تمرير اليد إلى المهبل وعنق الرحم إلى الجزء السفلي بعد الحبل السري. يتم الحرص على تقليل شكل اليد عند دخولها، مع الحفاظ على الإبهام والأصابع معاً في شكل مخروط لتجنب إحداث ضرر.

يعد التحكم في قعر الرحم باليد الأُخرى أمراً ضرورياً. في حالة مواجهة المشيمة في الجزء السفلي، تزال. إذا لم تتم مواجهة المشيمة، يتم البحث عن حافة المشيمة. بمجرد العثور عليها، توسّع الأصابع برفق المسافة بين المشيمة والرحم وتقطع المشيمة. يتم دفع المشيمة إلى الجانب الراحي من اليد والمعصم. عندما يتم فصلها بالكامل، يتم سحب اليد.

ينبغي التأكد من أن تسريب الأوكسيتوسين يعمل بسرعة حيث يتم سحب اليد من أجل تشجيع تقلص الرحم القوي، ثم القيام بإجراء تدليك الرحم. يجب توخي الحذر لإخراج الأغشية بمجرد حدوث تقلص الرحم، يتم فحص المشيمة والأغشية لتحديد ما إذا كان المزيد من الاستكشاف أو الكشط ضرورياً.

يُنصح أحياناً بإعطاء المضادات الحيوية بعد الإزالة اليدوية. لأدلة محدودة للغاية، لكن تجربة عشوائية واحدة صغيرة تدعم هذه الممارسة. [63-64]

تشكل كيفية اكتساب الخبرة في الإجراءات المنقذة للحياة مثل الإزالة اليدوية أمراً معقداً. تسمح الإزالة اليدوية في الولادة القيصرية للطبيب باكتساب المهارات الأكثر أهمية اللازمة لهذا الإجراء. ومع ذلك، تظهر

التجارب الحديثة أن الإزالة اليدوية في هذه البيئة مرتبطة بزيادة فقد الدم والمراضة المعدية، ومن ثم لا ينبغي ممارستها بشكل روتيني. [65]

3.4. انقلاب الرحم:

هذه الحالة نادرة جدا. وهي حالة إسعافية تستوجب التشخيص الباكر والتداخل المباشر بسبب خطورة الوفيات الوالدية العالية، ويزداد خطر حدوث انقلاب الرحم في حالات الشذوذ في المشيمة، مثل الالتصاق، ويزداد احتمال حدوثه مع اندخال الحبل السري بقعر الرحم وفي حالة تعرض المرضى لهبوط الرحم [66-67].

يجب ألا يحدث شد الحبل السري أبداً دون الانكماش أو في غياب تقلص الرحم. ينبغي ترك المشيمة ملتصقة، وتركيز التدبير على إنعاش الأم والعودة السريعة للرحم إلى تجويف البطن.

تتشكل الأصابع في وحدة مفردة على شكل مخروطي وتوضع في الجزء الأكثر اعتماداً من الكتلة البارزة، والتي تمثل قاع الرحم المقلوب. يُمارس ضغط تصاعدي لطيف في محور قناة الولادة بالأصابع والإبهام معاً لتقليل مخاطر انثقاب الرحم.

شبه هذا الإجراء بوضع الأصابع عند إصبع القدم الداخلي للجورب والضغط لإخراج الجانب الصحيح من الجورب. بعد استبدال الرحم، يجب إجراء تدليك قوي وتدبير مقوٍ لتوتر الرحم.

يمكن إجراء الإزالة اليدوية للمشيمة عندما تكون العلامات الحيوية للأم مستقرة ما لم يكن هناك قلق بشأن المشيمة غير الطبيعية. قد تكون مرخيات الرحم مفيدة.[68]

3.5. المشيمة الملتصقة:

لا تعد المشيمة الملتصقة ومتغيراتها من مضاعفات تدبير المرحلة الثالثة ولكن يمكن التعرف عليها بشكل شائع خلال المرحلة الثالثة. قد تحدث هذه التشوهات التي تهدد الحياة في المشيمة بشكل عفوي، وبالإضافة لذلك، فهي أكثر شيوعاً في الحالات التي تنغرس فيها المشيمة على رحم منتدب سابقاً.[69-70]

قد يشير الاستخدام الروتيني للموجات فوق الصوتية وتحسين قدراتها إلى هذا التشخيص في فترة ما قبل الولادة، وينبغي النظر في التشخيص في المواقف عالية الخطورة.

تتطلب احتمالية الإصابة بالمشيمة الملتصقة أن تكون الاستعدادات للتعامل مع النزف التالي للوضع الشديد في مكانها الصحيح، وإذا اقترح ذلك بناءً على نتائج الموجات فوق الصوتية، فإن هذه الخبرة متاحة للتعامل مع مضاعفات المشيمة [71-72].

3.6. الموجز:

انطلاقا من الاختلاطات الكثيرة والخطيرة للطور الثالث كان لا بد من التوصل لأفضل طريقة والتقليل قدر المستطاع من هذه الاختلاطات.

الجزء الثاني: الجزء العملي

الفصل الأول: أهداف البحث، التصميم، المواد والطرائق

Objective, Design, Materials and Methods of the Research

1.1. تمهيد:

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

1.2. خلفية البحث:

يعد نزف الطور الثالث واحدا" من الأسباب الخمسة الأولى لموت الأمهات حول الولادة ومما يزيد من خطورة النزف انتشار فقر الدم بعوز الحديد لدى العديد من السيدات الحوامل في الدول النامية ومن ثم فانه من المفيد اتباع أفضل الممارسات التوليدية التي من شانها أن تقلل من نزف الطور الثالث للمخاض وكذلك نزف الخلاص ولقد أجريت دراسات في الدول الأوروبية أفادت أن التدبير الفعال للطور الثالث للمخاض أفضل من التدبير السلبي للإقلال من النزف [2,1]

أما في الدول النامية فهذه الدراسة قليلة كما أضيف نمط ثالث في دراستنا وهو التدبير المشترك بين الفعال والسلبي. وفي هذه الدراسة تتم مقارنة الثلاث ممارسات من حيث فائدتها للسيدة الماخض ليس فقط من حيث الإقلال من النزف والحاجة لنقل الدم ولكن الإقلال أيضا من تخليص المشيمة اليدوي، الألم، انقطاع الحبل السري، انقلاب الرحم، انحباس المشيمة، الاقياء والصداع.

1.3. تساؤلات البحث:

1. أشكال تدبير الطور الثالث من المخاض
2. الأدوية المقبضة للرحم وتأثيراتها الجانبية
3. استعمال الوسيلة الأفضل في تدبير الطور الثالث للمخاض

1.4. هدف البحث:

1. المقارنة بين أساليب التدبير المختلفة للطور الثالث للمخاض
2. التوصل للوسيلة الأمثل في التدبير

1.5. عينة الدراسة :

دراسة تجريبية عشوائية RCTsشملت السيدات الحوامل المقبولات في جناحي المخاض العام والخاص في مشفى التوليد وامراض النساء الجامعي في دمشق ,ما بين 19-9- 2021 وحتى 19-9- 2022 وفق المعايير التالية.

معايير القبول

السيدات المقبولات في شعبتي المخاض العام والخاص مع حمل ومخاض طبيعيين لحمل مفرد رأسي دون معايير الاستبعاد.

معايير الاستبعاد:

1. رفض المريضة
2. سوابق نزف الخلاص
3. المجيء المقدي
4. الحمل المتعدد
5. موت الجنين داخل الرحم
6. عديدات الولادة
7. أمراض مرافقة للحمل (فقر الدم، مرض قلبي، مشاكل خثارية، مشاكل كلوية، سكري، ...) .

1.6. المواد والطرائق:

- **RCT نمط الدراسة:** دراسة تجريبية معشاة
- **مكان الدراسة:** مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي في دمشق، سوريا
- **زمان الدراسة:** الفترة ما بين 19-9-2021 وحتى 19-9-2022.

2.6.1. متغيرات الدراسة:

- النزف النفاسي والحاجة لنقل الدم
- النبض
- الضغط الانبساطي والانقباضي
- الألم
- انحباس المشيمة
- انقلاب الرحم
- انقطاع السرر

2.6.2. طريقة العمل:

بعد أخذ الموافقة على إجراء الدراسة من قبل مجلس قسم التوليد وأمراض النساء ومجلس كلية الطب البشري وجامعة دمشق. وأخذ موافقة الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق على استخدام موارد الهيئة.

وبعد أخذ موافقة السيدات على الاشتراك في البحث واللواتي حققن معايير البحث تم إجراء الآتي:

1-أخذ القصّة المرضية كاملة ومفصّلة (العمر – تاريخ آخر دورة طمثية – عدد الولادات وطريقتها

2-مراجعة لتطور المخاض

3-التداخل المستخدم على الطور الثالث والاختلاطات الناجمة عنه

دونت المعلومات على استمارة خاصة بالبحث وأدخلت الى الحاسوب ودرست إحصائيا باستخدام برنامج Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) الإحصائي واستخلصت النتائج روجعت نتائج دراسات محلية سابقة إضافة الى نتائج دراسات عالمية، وقورنت نتائجها بنتائج الدراسة الحالية.

1.7. الاعتبارات الأخلاقية :

أخذت الموافقة المستنيرة من السيدة للدخول بالدراسة والإجراءات المتخذة خلال الدراسة غير مؤذية للسيدة أو لوليدها، لذا لا مشكلة أخلاقية أو قانونية من إجراء الدراسة.

1.8. حجم العينة:

جرى حساب حجم العينة باستخدام معادلة ستيفن تومبسن :

$$\frac{N \times p(1-p)}{[[N-1 \times (d^2 \div z^2)]^{=N} + p(1-p)]}$$

حيث:

N: هو حجم المجتمع بحساب عدد حالات الاسقاط الناقص في المشفى خلال عام الدراسة.

P: نسبة توفر الخاصية و المحايدة = 0.50

Z: الدرجة المعيارية لمستوى الثقة 0.95 وتساوي 1.96

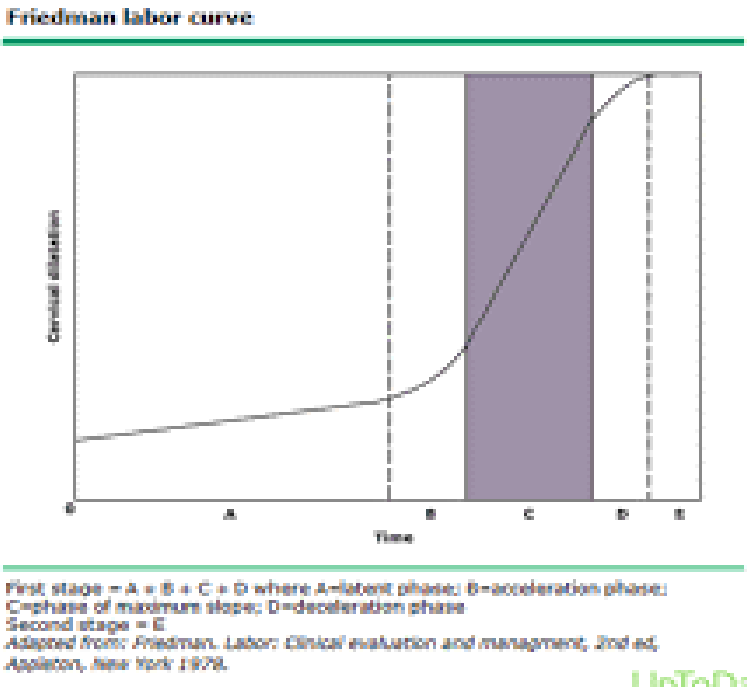
d: نسبة الخطأ 0.05

وبتطبيق المعادلة يكون حجم العيّنة المطلوب 225 سيدة.

1.9. المفاهيم والعبارات:

- **عدد الولادات:** حددت بناء" على القصة السريرية بعدد الحمول التي تتجاوز 24 السبوع حملي
- **تطور المخاض الطبيعي:** قيم سريريا باستخدام مخطط فريدمان (الشكل 5)
- **النزف النفاسي:** تم تقييمه سريريا باستخدام العلامات السريرية (الجدول 4).
- **انحباس المشيمة:** بقاء المشيمة داخل الرحم لأكثر من 30 دقيقة بالتدبير الفعال ولأكثر من 60 دقيقة بالتدبير السلبي.
- **انقلاب الرحم:** بروز الجزء الداخلي للرحم عبر المهبل، وهو اختلاط إسعافي يتطلب التشخيص والتدبير السريعين.

مخطط فريدمان (الشكل 5)



جامعة دمشق

كلية الطب البشري

قسم التوليد وأمراض النساء

الموافقة المستنيرة

العنوان : دراسة مقارنة بين التدبير الفعال ، السلبي والمشترك للطور الثالث للمخاض (الخلاص) .

الباحثة : د. ولاء عدنان طه

سيدتي :

سنقوم بدراسة أهمية التداخل التوليدي أثناء الطور الثالث في مستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق ولذلك تهمنا مشاركتك في الدراسة وإعطاؤنا بعض البيانات التي لن تشتمل على ما يشير إلى هويتك بأي صورة كانت وسنحتفظ بها بسرية تامة ولن تستخدم إلا لأغراض بحثية فقط ، إن هذه الدراسة لا تشتمل على أي تداخل من شأنه التأثير في تدبير المرض ، ولا يتطلب منك أي تكلفة مادية إضافية .

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

نطمح لمشاركتك في هذه الدراسة .

أقر بأن هذه الموافقة جرت بعد الاطلاع على التفاصيل الواردة سابقاً ، والاجابة على أسئلتي واستفساراتي حول الموضوع .

مع علمي أن هذه المشاركة غير مأجورة .

اسم وتوقيع السيدة

استمارة الدراسة : دراسة مقارنة بين التدبير السلبي ، الفعال ، والمشترك للطور الثالث من المخاض

رقم المريضة : التاريخ :

اسم السيدة : العمر :

الشكاية الرئيسية :

تاريخ آخر دورة طمثية :

السوابق المرضية :

القصة التوليدية :

الفحص السريري :

الطريقة المستخدمة على السيدة :

الاختلاطات الجراحية :

فترة الاستشفاء :

.....

.....

.....

.....

.....

منظم الاستمارة

1.10. طرق التحليل الإحصائي:

استخدم برنامج SPSS 26 لحساب التكرار والنسب المئوية للمتغيرات الاسمية والفئوية، ولحساب المتوسط والانحراف المعياري للمتغيرات العددية.

استخدمت عدة اختبارات فروق إحصائية لاختبار فرضيات البحث وفقا لنوع المتغير المدروس ونوع المقارنة المطلوبة، وتتبع جميع اختبارات الفروق الإحصائية الخطوات الآتية:

1. **تحديد نوع توزع المجتمع:** أي لنحدد فيما إذا كان المتغير الرقمي المقاس يتبع للتوزع الطبيعي أم لغيره من التوزيعات الإحصائية وتستخدم الاختبارات المعلمية في حالة المتغيرات الرقمية ذات التوزع الطبيعي والاختبارات اللامعلمية في حالة البيانات الرقمية التي لا تتبع التوزع الطبيعي أو البيانات النوعية (الاسمية والترتيبية).
2. **صياغة الفرضيتين العدمية** (الصفرية) H_0 والبديلة H_1 تبعاً للمقارنة المراد تطبيقها
3. **تحديد مستوى الثقة α:** وهو درجة الاحتمال الذي نرفض به الفرضية العدمية H_0عندما تكون صحيحة أو احتمال الوقوع في خطأ من النوع الأول (رفض الفرضية العدمية وهي صحيحة) وتكون قيمة مستوى الثقة إما 0.01 أو 0.05 على الأكثر.
4. **اختيار اختبار الفروق الإحصائية** المناسب للمقارنة المراد تطبيقها.
5. **حساب قيمة الاحتمال p-value** الناتجة عن تطبيق الاختبار الإحصائي على بيانات سمة العينات المدروسة.
6. **اتخاذ القرار:** ترفض الفرضية العدمية H_0 ونقبل الفرضية البديلة إذا كانت قيمة الاحتمال p-value أقل أو تساوي مستوى الثقة α، أما إذا كانت قيمة الاحتمال أكبر فلا يمكن رفض الفرضية العدمية.

وكانت الاختبارات وفقاً للمقارنات المراد تطبيقها:

1. **المقارنة بين المتغيرات الاسمية:** استخدم اختبار كاي مربع للدراسة الاستقلالية بين المتغيرات الاسمية وتنص الفرضية الصفرية على أن المتغيرين الإسميين لا علاقة بينهما والفرضية البديلة هناك علاقة بين المتغيرات المدروسة.
2. **اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه ANOVA** للمقارنة بين متوسطات المتغيرات للمجموعات الثلاث المدروسة.
3. **اختبار كروكسال واليس Kruskal Walis** للمقارنة بين المتغيرات التي لا تخضع للتوزع الطبيعي أو المتغيرات الفئوية والاسمية معاً.

عُدّت الفرضيات المختبرة في جميع المقارنات الإحصائية ثنائية الاتجاه عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$ ونقبل الفرضية البديلة (التي تنص على أن الفروقات بين المتغيرات المدروسة ذات دلالة إحصائية) إذا كانت قيمة الاحتمال أقل من مستوى الدلالة أي $p-value\leq\alpha=0.05$ ونقبل الفرضية العدمية (تنص على أن الفروقات ليست ذات أهمية إحصائية) إذا كانت قيمة الاحتمال أكبر من $\alpha=0.05$.

1.11. الموجز:

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

الفصل الثاني:

النتائج Results

1.2. التمهيد:

في هذا الفصل سنعرض النتائج التي توصلنا لها في البحث ,فانه في نهاية البحث اكتملت بيانات 608 حالة حققت معايير البحث وبدراسة هذه البيانات إحصائياً باستخدام برنامج SPSS توصلنا الى النتائج التالية .

2.2. النتائج:

2.2.1. التحليل الوصفي لمتغير طريقة التدبير:

نستهلّ دارستنا باستعراض توصيف شامل لعينتنا، حيث بلغ عدد السيدات اللواتي تتم تضمنينهن ضمن العينة 608 سيدة، جرى توزيعهن على أربع مجموعات أساسية بحسب التدبير المتبع حيث حسب حجم العينة باستخدام المعادلة الإحصائية (ستيفن سامبسبون) فبلغ عدد السيدات اللواتي تلقين تدبيرا سلبيا 152، في خين بلغ عدد اللواتي تلقين اوكسيتوسين 148 اما الميزوبروستول فبلغ 156 سيدة، وفي التدبير المشترك تضمنت المجموعة 152 سيدة، وهنا نجد توزعا متساويا تقريبا لأفراد العينة على مجموعات التدبير التي ستقوم عليها دراستنا الإحصائية (الجدول 1-2).

الجدول 1-2: طريقة التدبير المستخدمة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	التدبير السلبي	152	25.0	25.0	25.0
	الاوكسيتوسين	148	24.3	24.3	49.3
	الميزوبروستول	156	25.7	25.7	75.0
	التدبير المشترك	152	25.0	25.0	100.0
	Total	608	100.0	100.0	

2.2.2. التحليل الوصفي لمتغير شدة الألم:

في البداية نتطرق لعامل مهم وأساسي في مقارنة الطرق المتبعة في تدبير الطور الثالث للمخاض، وهو شدة الألم المرافق، فعلى صعيد العينة بشكل عام ، نجد أن تقييم الألم كان متوسط الشدة في حوالي 59%من الحالات ,في حين كان خفيفا في ثلث الحالات ,بينما عانت 52 سيدة بما نسبته 8,5% ألماً شديداً (الجدول 2-2).

الجدول (2-2): شدة آلام

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	خفيف الشدة	196	32.2	32.2	32.2
	متوسط الشدة	360	59.2	59.2	91.4
	شديد	52	8.6	8.6	100.0
	Total	608	100.0	100.0	

2.2.3. دراسة العلاقة بين طريقة التدبير المتبعة ودرجة الألم الحاصل :

في تفصيل العلاقة بين الطريقة المتبعة وربطها بشدة الالم ,نجد ارتباطا" مهما" احصائيا بينهما خلال اختبار CHI-SQUAREوالتي تظهر قيمة P-VALUE <0.05 الجدول (2-3-c/b/a).هنا نلاحظ في الجدول 7 ان السيدات الاتي تلقين تدبيرا سلبيا كان الالم خفيفا لدى معظمهن ,في حين ان معظم حالات الالم الشديد كانت قد حصلت عند اعتماد التدبير المشترك ,بينما في التدبير الفعال فان معظم الحالات كان الالم متوسط الشدة بنسبة حوالي 75.5% للاوكسيتوسين و87%في الميزوبروستول

وهنا نستخلص ان الم السيدة الماخض في الطور الثالث يكون في اشد درجاته باتباع التدبير المشترك واقلها بالتدبير السلبي في حين يكون متوسط الشدة مع حالات قليلة من الالم الشديد عند استخدام التدبير الفعال .

الجدول a-3-2: علاقة طريقة التدبير المتبعة بدرجة الألم الحاصل

Crosstabulation					
Count					
		شدة الألم الحاصل			Total
		خفيف	متوسط الشدة	شديد	
طريقة التدبير المتبعة	التدبير السلبي	148	0	4	152
	الاوكسيتوسين	36	112	0	148
	الميزوبروستول	12	136	8	156
	التدبير المشترك	0	112	40	152
Total		196	360	52	608

الجدول (b-3-2) :

Chi-Square Tests			
	Value	df	P value
Pearson Chi-Square	120.229a	6	.000
Likelihood Ratio	138.501	6	.000
Linear-by-Linear Association	79.718	1	.000
N of Valid Cases	152		
a. 4 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.16.			

الجدول (c-3-2)

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standard Error[a]	Approximate T[b]	P value
Interval by Interval	Pearson's R	.727	.045	12.952	.000[c]
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.743	.044	13.582	.000[c]
N of Valid Cases		152			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

2.2.4. دراسة العلاقة بين مدة الطور الثالث بالدقائق وطريقة التدبير :

ان لطريقة التدبير المتبعة تأثير مهم على مدة الطور الثالث ,وبشكل عام بلغ متوسط مدته في عينتنا 8,3 دقيقة (الجدول 2-4-a/b/c)

وبالمقارنة بشكل مفصل بين طرق التدبير المختلفة وعلاقتها بمدة الطور الثالث للمخاض نجد حسب ANOVA TESTعلاقة عالية الأهمية إحصائيا بينها حيث بلغت P-VALUE <0.05 (الجدول b) .

نستخلص مما سبق ان أي تداخل على الطور الثالث للمخاض يسبب تناقصا في مدة الطور , ففي حين ان التدبير السلبي لا ينقص كثيرا من المدة ,يسبب التدبير المشترك تناقصا واضحا في مدة الطور , وكذلك الأمر عند اتباع التدبير الفعال سواء بالاوكسيتوسين او الميزوبروستول .وتوضح الجداول التالية إحصائيات المدة تبعا للتدبير المتبع.

الجدول (2-4-a): مدة الطور الثالث بالدقائق

N	Valid	608
	Missing	0
Mean		8.32
Median		7.00
Mode		5
Std. Deviation		6.657
Minimum		3
Maximum		40
Sum		1265
Percentiles	25	5.00
	50	7.00
	75	8.75

الجدول (2-4-b)

ANOVA					
مدة الطور الثالث بالدقائق					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P value
Between Groups	1165.371	3	388.457	10.404	.000
Within Groups	5525.833	148	37.337		
Total	6691.204	151			

نستخلص هنا، أن مختلف طرق التدبير المتبع للطور الثالث تسبب تناقصاً في مدة الطور، ففي حين أن التدبير السلبي لا ينقص كثيراً من مدة الطور، يسبب التدبير المشترك تناقصاً واضحاً في مدة الطور الثالث للمخاض. وكذلك الامر عند اتباع التدبير الفعال باستخدام الاوكسيتوسين أو الميزوبروستول. **الجدول (2-4-c)**

Descriptive					
				Statistic	Std. Error
مدة الطور الثالث	التدبير السلبي	Mean		12.45	1.539
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	9.33	
			Upper Bound	15.57	
		5% Trimmed Mean		11.36	
		Median		10.00	
		Variance		90.038	
		Std. Deviation		9.489	
		Minimum		4	
		Maximum		40	
		Range		36	
		Interquartile Range		4	
		Skewness		2.028	.383
		Kurtosis		3.120	.750
	الاوكسيتوسين	Mean		7.16	.919
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5.30	
			Upper Bound	9.03	
		5% Trimmed Mean		6.01	
		Median		6.00	
		Variance		31.251	
		Std. Deviation		5.590	
		Minimum		5	
		Maximum		30	
		Range		25	
		Interquartile Range		2	

		Skewness		3.978	.388
		Kurtosis		15.027	.759
	الميزوبروستول	Mean		8.79	.828
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7.12	
			Upper Bound	10.47	
		5% Trimmed Mean		7.83	
		Median		8.00	
		Variance		26.746	
		Std. Deviation		5.172	
		Minimum		4	
		Maximum		30	
		Range		26	
		Interquartile Range		2	
		Skewness		3.766	.378
		Kurtosis		14.212	.741
	التدبير المشترك	Mean		4.84	.194
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.45	
			Upper Bound	5.24	
		5% Trimmed Mean		4.71	
		Median		5.00	
		Variance		1.434	
		Std. Deviation		1.197	
		Minimum		3	
		Maximum		9	

2.2.5. الدراسة الوصفية لنسب حدوث الاختلاطات:

هنا سنتطرق في هذه الدراسة التحليلية على اهم الاختلاطات المرافقة للطور الثالث للمخاض ,وسنحلل تباعا علاقة كل طريقة بالتدبير مع حدوث هذه الاختلاطات.

الجدول(2-5) نسبة انتشار الاختلاطات

الاختلاط الحاصل	تكرار حدوث الاختلاط	نسبة حدوث الاختلاط
انقطاع السرر	9	5.9%
احتباس المشيمة	10	6.6%
تخليص مشيمة يدوي	9	5.9%
نقل دم	16	10.5%
انقلاب رحم	11	7.2%

2.2.5.1. دراسة العلاقة بين نوع التدبير واختلاط (انقطاع السرر)

يبين اختبار CHI-SQUARE بنتائجه المفصلة في الجدول(A/B-6-2)وجود علاقة مهمة إحصائيا ذات موثوقية تربط احتمال حدوث انقطاع السرر بطريقة التدبير المتبعة في الطور الثالث للمخاض , وتوصف العلاقة بان هذا الاختلاط اكثر ما يحدث في حال التدبير المشترك في حين يكاد يكون معدوم في التدبير الفعال والسلبي .

الجدول (a-6-2)

Crosstab				
Count				
		حدوث انقطاع للسرر		Total
		لا	نعم	
طريقة التدبير المتبعة	التدبير السلبي	152	0	152
	الاوكسيتوسين	144	4	148
	الميزوبروستول	156	0	156
	التدبير المشترك	516	32	152
Total		572	36	608

يوضح انتشار انقطاع السرر بين المجموعات الأربع

الجدول (b-6-2)

Chi-Square Tests			
	Value	df	P value
Pearson Chi-Square	21.153a	3	.000
Likelihood Ratio	20.028	3	.000
Linear-by-Linear Association	12.286	1	.000
N of Valid Cases	152		

2.2.5.2. دراسة العلاقة بين نوع التدبير واختلاط (احتباس المشيمة)

بلغت نسبة حدوث احتباس المشيمة في عينتنا 6,6%ويشير التحليل الإحصائي المفصل في الجدول (2-7 -a/b) الى غياب العلاقة المهمة إحصائيا لبن طرق التدبير المتبعة واحتمال حصول احتباس المشيمة , أي لا تأثير لطريقة التدبير المتبعة سواء في تجنب أو التسبب بحصول انحباس للمشيمة .

الجدول (a-7-2) نسبة انتشار انحباس المشيمة في عينتنا

Crosstab				
Count				
		احتباس المشيمة)		Total
		0	1	
طريقة التدبير المتبعة	التدبير السلبي	132	20	152
	الاوكسيتوسين	140	8	148
	الميزوبروستول	144	12	156
	التدبير المشترك	152	0	152
Total		568	40	608

الجدول (b-7-2) تحليل إحصائي لاحتباس المشيمة في عينتنا

Chi-Square Tests			
	Value	df	P value
Pearson Chi-Square	5.514a	3	.138
Likelihood Ratio	7.447	3	.059
Linear-by-Linear Association	4.247	1	.039
N of Valid Cases	152		

2.2.5.3. دراسة العلاقة بين نوع التدبير والاختلاط (تخليص المشيمة اليدوي) :

كما هو الحال في الاختلاط السابق (لترابطهما سوية) بانه لا دلالة إحصائية مهمة بين نمط التدبير المتبع والحاجة لتخليص المشيمة اليدوي الجدول (2-8-a/b)

الجدول (2-8-a) انتشار التخليص اليدوي يسن المجموعات الاربع

Crosstab				
Count				
		تخليص المشيمة اليدوي		Total
		0	1	
طريقة التدبير المتبعة	التدبير السلبي	132	20	152
	الاوكسيتوسين	140	8	148
	الميزوبروستول	148	8	156
	التدبير المشترك	152	0	152
Total		572	144	608

الجدول (2-8-b) العلاقة الإحصائية لتخليص المشيمة اليدوي مع طريقة التجبير

Chi-Square Tests			
	Value	df	P value
Pearson Chi-Square	6.026a	3	.110
Likelihood Ratio	7.405	3	.060
Linear-by-Linear Association	5.364	1	.021
N of Valid Cases	152		

2.2.5.4. دراسة العلاقة بين نوع التدبير و الاختلاط (الحاجة لنقل الدم)

كما ذكرنا سابقا أن النزف النفاسي أشيع الاختلاطات وله علاقة بطريقة التدبير المتبعة كان نقل الدم بنفس العلاقة وهذا ما ثبت إحصائيا كما الجدول المبين (2-9-a/b) حيث نلاحظ أن P-VALUE<<0<05

الجدول (2-9-a) نسبة حدوث نقل الدم

Crosstab				
Count				
		نقل الدم		Total
		لا	نعم	
'طريقة التدبير المتبعة	التدبير السلبي	26	48	152
	الاوكسيتوسين	36	4	148

	الميزوبروستول	38	4	156
	التدبير المشترك	36	8	152
Total		544	64	608

الجدول (2-9-b) إحصائيات الحاجة لنقل الدم

Chi-Square Tests			
	Value	Df	P value
Pearson Chi-Square	24.030a	3	.000
Likelihood Ratio	20.731	3	.000
Linear-by-Linear Association	12.667	1	.000
N of Valid Cases	152		

2.2.5.5. دراسة العلاقة بين نوع التدبير والاختلاط (انقلاب الرحم) :

حسب الجدول 10 فان نسبة انقلاب الرحم عموما 7,2%من الحالات، لكن بالدراسة الإحصائية فلم نلاحظ أي ارتباط بين طريقة التدبير المتبعة وحدوث انقلاب الرحم حيث بلغت P-VALUE >>0,05 الجدول (2-10-a/b)

الجدول (2-10-a) انتشار انقلاب الرحم في العينة

Crosstab				
Count				
		انقلاب الرحم		Total
		ال	نعم	
طريقة التدبير المتبعة	التدبير السلبي	140	12	152
	الاوكسيتوسين	144	4	148
	الميزوبروستول	144	12	156
	التدبير المشترك	132	16	152
Total		564	44	608

الجدول (2-10-b) إحصائية انقلاب الرحم

Chi-Square Tests			
	Value	df	P value
Pearson Chi-Square	1.782a	3	.619
Likelihood Ratio	2.044	3	.563
Linear-by-Linear Association	.459	1	.498
N of Valid Cases	152		

2.2.6. دراسة القيم الحيوية للسيدات الماخضات خلال تدبير الطور الثالث للمخاض:

يظهر الجدول (2-11) شرحا مفصلا للقيم الإحصائية الوصفية المتعلقة بالنبض والضغط ومقدار النزف الحاصل خلال الدراسة ولاحقا سنفصل بكل جزئية لوحدها.

الجدول (2-11) تحليل وصفي

Descriptive					
		النبض عدد الضربات بالدقيقة	الضغط انقباضي	الضغط انبساطي	النزف مقدراً بالعالمات الحيوية - بالميلي ليتر
N	Valid	608	608	608	608
	Missing	0	0	0	0
Mean		88.97	105.47	75.17	614.80
Median		88.00	110.00	80.00	500.00
Mode		88	110	80	500
Std. Deviation		18.195	20.183	13.525	217.743
Minimum		8	10	6	400
Maximum		135	140	95	1300
Sum		13523	16032	11426	93450
Percentiles	25	78.50	100.00	69.25	500.00
	50	88.00	110.00	80.00	500.00
	75	98.75	120.00	85.00	700.00

اما خلال الدراسة الاحصائية باستخدام ANOVAفق وجدنا ارتباط هام احصائيا بين كل من المتغيرات السابقة الذكر (النبض، الضغط، كمية النزف) حيث بلغت قيمة P-VALUE <<0,05(الجدول 2-12)

الجدول 12-2

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	P value
النبض بالدقيقة	Between Groups	3685.326	3	1228.442	3.926	.010
	Within Groups	46305.509	148	312.875		
	Total	49990.836	151			
الضغط الانقباضي	Between Groups	4855.967	3	1618.656	4.228	.007
	Within Groups	56655.928	148	382.810		
	Total	61511.895	151			
الضغط الانبساطي	Between Groups	6686.606	3	2228.869	15.756	.000
	Within Groups	20936.946	148	141.466		
	Total	27623.553	151			
النزف مقدرا بالعلامات الحيوية (بالميلي لتر)	Between Groups	2036628.973	3	678876.324	19.614	.000
	Within Groups	5122565.106	148	34611.926		
	Total	7159194.079	151			

1.6.2.2. دراسة العلاقة بين نوع التدبير والنبض(عدد ضربات القلب بالدقيقة):

كما اسلفنا سابقا ثمة علاقة بموثوقية عالية تربط طريقة التدبير المجراة ب تعداد ضربات القلب وضحت بالتفصيل في الجدول (2-13-a/b) كانتشار ومتوسط و كعلاقة إحصائية حيث وجد أن اكبر قيم للنبض كانت بالتدبير المشترك والفعال بمجموعتيه الاوكسيتوسين والميزوبروستول.

الجدول (2-13-a)انتشار وإحصائيات النبض حسب الطريقة المتبعة

Descriptive					
	الطريقة المستخدمة			Statistic	Std. Error
النبض بالدقيقة	التدبير السلبي	Mean		85.37	3.794
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	77.68	
			Upper Bound	93.06	

		5% Trimmed Mean		84.11	
		Median		76.00	
		Variance		547.104	
		Std. Deviation		23.390	
		Minimum		60	
		Maximum		130	
		Range		70	
		Interquartile Range		43	
		Skewness		.962	.383
		Kurtosis		-.748-	.750
	الاوكسيتوسين	Mean		85.14	2.060
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	80.96	
			Upper Bound	89.31	
		5% Trimmed Mean		83.74	
		Median		80.00	
		Variance		157.065	
		Std. Deviation		12.533	
		Minimum		70	
		Maximum		130	
		Range		60	
		Interquartile Range		9	
		Skewness		2.016	.388
		Kurtosis		4.950	.759
	الميزوبروستو ل	Mean		88.03	3.040
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	81.87	
			Upper Bound	94.18	
		5% Trimmed Mean		88.41	
		Median		88.00	
		Variance		360.447	
		Std. Deviation		18.985	
		Minimum		8	
		Maximum		130	
		Range		122	
		Interquartile Range		8	

		Skewness		-1.250-	.378
		Kurtosis		8.286	.741
	التدبير المشترك	Mean		97.26	2.185
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	92.84	
			Upper Bound	101.69	
		5% Trimmed Mean		96.26	
		Median		90.00	
		Variance		181.388	
		Std. Deviation		13.468	
		Minimum		80	
		Maximum		135	
		Range		55	
		Interquartile Range		12	
		Skewness		1.500	.383
		Kurtosis		1.725	.750

الجدول (b-13-2)

Tests of Normality							
	الطريقة المستخدمة	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	P value
النبض بالدقيقة	التدبير السلبي	.298	38	.000	.768	38	.000
	الاوكسيتوسين	.247	37	.000	.781	37	.000
	الميزوبروستول	.279	39	.000	.728	39	.000
	التدبير المشترك	.262	38	.000	.801	38	.000

2.6.2.2. دراسة العلاقة بين نوع التدبير والضغط الشرياني (الانقباضي والانبساطي):

كذلك العلاقة هنا لم تختلف أيضا، لنجد انزياحا للأعلى عند التدبير المشترك وارتفاعا متوسطا بالتدبير الفعال بي حين تكون اقل تأثرا بالتدبير السلبي (الجداول 2-14 &2-15).

الجدول (a-14-2) قيم الضغط الانقباضي عند كل مجموعة

Descriptive					
				Statistic	Std. Error
الضغط الانقباضي	التدبير السلبي	Mean		97.87	1.125
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	95.59	

			Upper Bound	100.15	
		5% Trimmed Mean		97.63	
		Median		100.00	
		Variance		48.063	
		Std. Deviation		6.933	
		Minimum		80	
		Maximum		120	
		Range		40	
		Interquartile Range		10	
		Skewness		.384	.383
		Kurtosis		2.524	.750
	الاوكسيتوسين	Mean		104.89	3.888
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	97.01	
			Upper Bound	112.78	
		5% Trimmed Mean		109.30	
		Median		110.00	
		Variance		559.321	
		Std. Deviation		23.650	
		Minimum		10	
		Maximum		120	
		Range		110	
		Interquartile Range		0	
		Skewness		-3.676-	.388
		Kurtosis		13.432	.759
	الميزوبروستول	Mean		105.31	4.601
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	95.99	
			Upper Bound	114.62	
		5% Trimmed Mean		109.08	
		Median		110.00	
		Variance		825.534	
		Std. Deviation		28.732	
		Minimum		10	
		Maximum		140	
		Range		130	

		Interquartile Range	10	
		Skewness	−2.875−	.378
		Kurtosis	7.735	.741
	التدبير المشترك	Mean	113.82	1.549

		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	110.68	
			Upper Bound	116.95	
		5% Trimmed Mean		114.24	
		Median		120.00	
		Variance		91.127	
		Std. Deviation		9.546	
		Minimum		90	
		Maximum		130	
		Range		40	
		Interquartile Range		10	
		Skewness		-.798-	.383
		Kurtosis		.451	.750

الجدول (b-14-2) إحصائية لقيم الضغط الانقباضي

Tests of Normality							
	الطريقة المستخدمة	**Kolmogorov-Smirnova**			**Shapiro-Wilk**		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	P value
الضغط الانقباضي	التدبير السلبي	.300	38	.000	.810	38	.000
	الاوكسيتوسين	.369	37	.000	.447	37	.000
	الميزوبروستول	.385	39	.000	.533	39	.000
	التدبير المشترك	.268	38	.000	.867	38	.000
a. Lilliefors Significance Correction							

الجدول (a-15-2) قيم الضغط الانبساطي عند كل مجموعة

Descriptive					
				Statistic	**Std. Error**
الضغط الانبساطي	التدبير السلبي	Mean		64.18	1.003
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	62.15	
			Upper Bound	66.22	
		5% Trimmed Mean		63.96	
		Median		60.00	
		Variance		38.262	
		Std. Deviation		6.186	
		Minimum		50	
		Maximum		80	

		Range		30	
		Interquartile Range		10	
		Skewness		.503	.383
		Kurtosis		-.028-	.750
	الاوكسيتوسين	Mean		75.86	2.324
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	71.15	
			Upper Bound	80.58	
		5% Trimmed Mean		77.40	
		Median		80.00	
		Variance		199.898	
		Std. Deviation		14.139	
		Minimum		7	
		Maximum		95	
		Range		88	
		Interquartile Range		10	
		Skewness		-3.350-	.388
		Kurtosis		15.576	.759
	الميزوبروستول	Mean		79.21	2.449
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	74.25	
			Upper Bound	84.16	
		5% Trimmed Mean		80.93	
		Median		80.00	
		Variance		233.957	
		Std. Deviation		15.296	
		Minimum		6	
		Maximum		95	
		Range		89	
		Interquartile Range		13	
		Skewness		-3.047-	.378
		Kurtosis		13.356	.741
	التدبير المشترك	Mean		81.34	1.563
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	78.18	
			Upper Bound	84.51	
		5% Trimmed Mean		81.90	

		Median	85.00	
		Variance	92.826	
		Std. Deviation	9.635	
		Minimum	60	
		Maximum	95	
		Range	35	
		Interquartile Range	10	
		Skewness	-1.173-	.383
		Kurtosis	.523	.750

الجدول (2-15-b) إحصائية للضغط الانبساطي

Tests of Normality							
	الطريقة المستخدمة	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	P value
الضغط االنبساطي	التدبير السلبي	.330	38	.000	.815	38	.000
	أألوكسيتوسين	.264	37	.000	.666	37	.000
	الميزوبريستول	.239	39	.000	.716	39	.000
	التدبير المشترك	.260	38	.000	.830	38	.000

3.6.2.2. دراسة العلاقة بين نوع التدبير ومقدار النزف:

نختتم دراستنا الإحصائية التحليلية بأهم عامل من العوامل المرتبطة بشكل وثيق بالتداخلات التوليدية المتبعة خلال المخاض و لاسيما في تدبير الطور الثالث، ألا و هو مقدار النزف لما يحمله من خطورة متعلقة بالوفيات والمراضة الوالدية.

وتوصلنا في دراستنا الى علاقة موثوقة ومهمة إحصائيا حيث بلغت P-VALUE<<<0.05.

ونوضح في الجدول (2-16-a) توضيح وصفي لكمية النزف خلال كل طريقة تدبير بينما يوضح الجدول (2-16-b) العلاقة الإحصائية المهمة حيث يزداد النزف بالتدبير السلبي بينما يقل بشكل ملحوظ في كل من التدبيرين المشترك والفعال .

الجدول (2-16-a) كمية النزف وطريقة التدبير المتبعة

Descriptive					
				Statistic	Std. Error
مقدار النزف	التدبير السلبي	Mean		811.84	43.062
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	724.59	
			Upper Bound	899.09	
		5% Trimmed Mean		803.51	
		Median		750.00	
		Variance		70464.083	
		Std. Deviation		265.451	
		Minimum		450	
		Maximum		1300	
		Range		850	
		Interquartile Range		438	
		Skewness		.508	.383
		Kurtosis		-1.026-	.750
	الاوكسيتوسين	Mean		513.51	18.344
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	476.31	
			Upper Bound	550.72	
		5% Trimmed Mean		497.90	
		Median		500.00	
		Variance		12451.201	
		Std. Deviation		111.585	
		Minimum		400	
		Maximum		1000	
		Range		600	
		Interquartile Range		25	
		Skewness		2.906	.388

		Kurtosis		10.475	.759
	الميزوبروستول	Mean		565.38	24.309
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	516.17	
			Upper Bound	614.60	
		5% Trimmed Mean		550.14	
		Median		500.00	
		Variance		23046.559	
		Std. Deviation		151.811	
		Minimum		400	
		Maximum		1200	
		Range		800	
		Interquartile Range		150	
		Skewness		2.188	.378
		Kurtosis		6.846	.741
	التدبير المشترك	Mean		567.11	29.109
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	508.12	
			Upper Bound	626.09	
		5% Trimmed Mean		541.23	
		Median		500.00	
		Variance		32199.502	
		Std. Deviation		179.442	
		Minimum		400	
		Maximum		1200	
		Range		800	
		Interquartile Range		150	
		Skewness		2.494	.383
		Kurtosis		6.846	.750

الجدول (2-16-b) العلاقة الإحصائية

Tests of Normality							
	الطريقة المستخدمة	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	P value
مقدار النزف	التدبير السلبي	.202	38	.000	.895	38	.002
	الاوكسيتوسين	.386	37	.000	.627	37	.000
	الميزوبروستول	.282	39	.000	.769	39	.000
	التدبير المشترك	.275	38	.000	.692	38	.000

3.3. الموجز:

درست في هذا الفصل علاقة نمط التدبير بتأثيره على كمية النزف وغيرها من الاختلاطات الوالدية للطور الثالث للمخاض.

الفصل الثالث:

المقارنة مع الدراسات العالمية

1.3. تمهيد:

في هذا الفصل سنعرض نتائج مقارنة ما توصلت له الدراسة الحالية مع نتائج دراسات عالمية مشابهة، حيث روجعت نتائج خمس دراسات مشابهة للدراسة الحالية، واستخلصت اهم نتائجها ومقارنتها مع الدراسة الحالية.

3.2. المقارنات مع الدراسات العالمية المشابهة:

3.2.1. لمحة عن الدراسات الماضية

الجدول (2-17): لمحة عن الدراسات الماضية

	الدولة	السنة	العدد	العلاقة المدروسة
الدراسة الحالية	سوريا	2022	600	النزف النفاسي – نفث الدم – انقلاب الرحم – انقطاع السرر – تخليص المشيمة اليدوي – الألم – المدة الطور الثالث
دراسة محمد الصديق	سوريا	2002	450	النزف النفاسي – انقطاع السرر– تخليص المشيمة اليدوي – الألم – المدة الطور الثالث
Ejangstan [73]	السويد	2011	1800	النزف النفاسي بين التدبير السلبي والفعال
Ashrestha[74]	نبال/الهند	2010	200	النزف والمدة بين الأوكسيتوسين والميزوبروستول
Maryam[75]	مصر	2010	200	النزف النفاسي مع المدة بين التدبير السلبي والفعال

من الجدول السابق نلاحظ الاتي :

1. تراوحت سنوات نشر دراسات المقارنة ما بين 2005–2012 .
2. تراوحت العينة في الدراسات بين 200–1000 حالة .
3. كل الحالات تقريبا درست النزف النفاسي .

3.2.2. مقارنة النزف النفاسي مع طرق التدبير وكمية النزف

	تدبير سلبي	أوكسيتوسين	ميزوبروستول	مشترك	P VAL.
دراستنا الحالية	811 مل	513 مل	565 مل	567	0.005>
دراسة محمد الصديق	%210	%11		%9	0.05>
Esangstan	%17	%15			0.05>
Ashrestha		%4	%6		P
Maryam	232	216			p0.05<

الجدول 2–18

من الجدول نلاحظ الآتي :

- لا فرق في التدبير الفعال بين الأوكسيتوسين والميزوبروستول لتقليل كمية النزف
- أغلب الدراسات أثبتت فعالية التدبير الفعال والمشترك في انقاص النزف النفاسي عدا دراسة Maryam التي أجريت في مصر أوضحت أن التدبير الفعال لا ينقص نزف الطور الثالث ولكن ينقص نزف الطور الرابع .

3.2.3. مقارنة مدة الطور الثالث مع الطريقة المستخدمة

الجدول (2-19)

	التدبير السلبي	أوكسيتوسين	ميزوبروستول	مشترك	P VAL.
دراستنا الحالية	12 د	7 د	8 د	5 د	0.05>p
دراسة محمد الصديق	%37		%13	%10	0.05>
Maryam	6.3		4.6		0.05 >

نلاحظ من الجدول :

أهمية التدبير الفعال والمشترك بانقاص مدة الطور الثالث وما يترتب عليه من انقاص النزف والمراضة .

3.2.4. مقارنة شدة الألم مع الطريقة المستخدمة :

الجدول (2-20)

	تدبير سلبي	أوكسيتوسين	ميزوبروستول	مشترك	P VAL.
دراستنا الحالية	4	0	8	4	0.05>p
دراسة محمد الصديق	%11		%44	%12	

من الجدول نلاحظ : ان الألم بأشده يكون بالتدبير المشترك في دراستنا بينما يكون أشده في التدبير الفعال عند الدكتور محمد أمين الصديق . تبقى الدراسات حول هذا الموضوع قليلة .

3.2.5. مقارنة انقطاع السرور مع الطريقة المستخدمة :

الجدول (2-21)

	تدبير سلبي	أوكسيتوسين	ميزوبروستول	مشترك	P VAL.
دراستنا الحالية	9	4	0	32	0.05>p
دراسة محمد الصديق	%3		%13	%6	0.05>p

نلاحظ من الجدول: أن ازدياد انقطاع السرر عند التدبير المشترك بينما يبرز بالتدبير الفعال عند دراسة محمد الصديق ولكن نحن بحاجة لدراسات أكثر لإثبات العلاقة.

3.2.6. دراسة مقارنة بين انحباس المشيمة مع طريقة التدبير المستخدمة:

الجدول (2-22)

	تدبير سلبي	أوكسيتوسين	ميزوبروستول	مشترك	P VAL.
دراستنا الحالية	12	4	12	16	0.05>p
دراسة محمد الصديق	%11		%44	%12	

نلاحظ من الجدول: P value .< 0.05 لا يوجد علاقة إحصائية بين انحباس المشيمة مع طريقة الطريقة المستخدمة

3.2.7. مقارنة بين التخليص المشيمة اليدوي مع الطريقة التدبير المستخدمة

الجدول (2-23)

	تدبير سلبي	أوكسيتوسين	ميزوبروستول	مشترك	P VAL.
دراستنا الحالية	12	4	12	16	0.05>p
دراسة محمد الصديق	%11		%44	%12	

نلاحظ من الجدول : P value .< 0.05 لا يوجد علاقة إحصائية بين تخليص المشيمة اليدوي و طريقة التدبير المستخدمة

3.3. الموجز :

في هذا الفصل وجدنا توافقات واختلافات بين الدراسات حول طريقة تدبير دور الثالث واختلاطاته ، وسنتحدث عن مدلولاتها في فصل مناقشة النتائج .

الفصل الرابع :

المناقشة DISCUSSION

4.1. التمهيد:

صممت الدراسة الحالية بهدف تحري الطريقة الأمثل لتقليل نزف الخلاص خصوصاً و بقية اختلاطات الطور الثالث عموماً .

مقارنة نتائج دراستنا مع الدراسات العالمية والمحلية المشابهة ومناقشة النتائج :

شملت دراستنا (608) سيدة بحمل مفرد طبيعي غير مختلط جرى تقسيمهن عند الولادة لأربع مجموعات: منهن من خضع إلى التدبير السلبي (152) سيدة ، وأخريات لإعطاء الأوكسيتوسين تضمنت المجموعة (148) سيدة، ومن تلقين الميزوبرستول (156) سيدة ، وفي التدبير المشترك تضمن (152) سيدة . تم دراسة المتغيرات في المجموعات الأربعة.

بلغ متوسط حدوث انقلاب الرحم (7%) كان أكثر نسبة من التدبير السلبي لكن دون أهمية إحصائية، كذلك الأمر بالنسبة لانحباس المشيمة الذي بلغ متوسط حدوثه (6%) وكان أكثر نسبياً في التدبير السلبي في دراستنا ولكن كذلك دون أي أهمية إحصائية، ونفس الإحصائيات وأهميتها كانت على تخليص المشيمة اليدوي .

إلا أنه يوجد قلة من الدراسات حول هذه المواضيع عدا دراسة الدكتور محمد أمين الصديق في مشفانا عام 2002 الذي وجد ارتفاع الاختلاطات السابقة في التدبير الفعال وانخفاضها في التدبير المشترك والسلبي مما يتطلب دراسات أكثر حول هذه المواضيع.

بالنسبة لانقطاع السرر فقد كانت الدراسات قليلة حوله أيضاً لكن في دراستنا كان متوسط الحدوث (6%) مع توزع إحصائي مهم ليكون أكثر بالتدبير المشترك وهذا أيضاً يتوافق مع دراسة محمد أمين الصديق ويبقى عليها المزيد من الدراسات حول هذا الموضوع.

كذلك الأمر بالنسبة لشدة الألم الذي كان أعلى بفاصل مهم إحصائي في التدبير المشترك سواء في دراستنا أو في دراسة محمد أمين الصديق.

بالنسبة لمدة الطور الثالث فقد وجدت أغلب الدراسات أهمية التداخل على الطور الثالث في انقاص مدته كما أبرزت دراسة Ashrestha عدم الفرق في التدبير الفعال سواء بين الميزوبروستول والأوكسيتوسين بتأثيره في انقاص المدة، كان لهما نفس التأثير أي لم يتفوق أحدهما على الآخر في انقاص مدته ، ومن ثم إقلال النزف لاحقاً في الطور الرابع وهي ما وجدته دراسة مريم .

أما بالنسبة للاختلاط الأكثر أهمية وهو النزف النفاسي فقد كان متوسط حدوث النزف (10%) تراوحت كمية النزف بين (811) مل بالتدبير السلبي مع (513) مل في تدبير الأوكسيتوسين و (516) مل في تدبير الميزوبروستول و (508) مل بالتدبير المشترك وهذه القيم توافقت مع دراسة الدكتور محمد أمين الصديق سابقاً كما وضحت دراسة Ashrestha عدم الفرق بين الميزوبروستول والأوكسيتوسين في كمية النزف المفقود وهذا يتوافق أيضاً مع دراستنا.

بخلاف دراسة مريم التي أبدت انه لا فرق بين التدبير الفعال والتدبير السلبي في الإقلال من نزف الطور الثالث لكن يقل نزف الطور الرابع عند التدبير الفعال ربما لأنه ينقص مدة الطور الثالث. أما الحاجة لنقل الدم فكانت تعتمد على كمية النزف وشدته إضافة إلى خضاب السيدة قبل الولادة .

بالنتيجة يتفوق التدبير الفعال سواء بالأوكسيتوسين او الميزوبروستول والتدبير المشترك على التدبير السلبي في تحسين النتائج الوالدية وخاصة اقلال النزف النفاسي لكن مع وجود التأثيرات الجانبية من ألم وأعراض هضمية مرافقة لإعطاء الميزوبروستول أو الأوكسيتوسين .

4.2. الموجز:

سردت في هذا الفصل مناقشة لنتائج الدراسة الحالية ومقارنتها مع الدراسات السابقة المحلية والعالمية وقد تم التوصل الى ضرورة التداخل على الطور الثالث لأهميته في تحسين النتائج الوالدية.

الجزء الثالث:

الخاتمة Conclusion

3.1. تمهيد:

يعد نزف الطور الثالث واحدا" من الأسباب الخمسة الأولى لموت الأمهات حول الولادة ومما يزيد من خطورة النزف انتشار فقر الدم بعوز الحديد لدى العديد من السيدات الحوامل في الدول النامية ومن ثم فانه من المفيد اتباع أفضل الممارسات التوليدية التي من شانها أن تقلل من نزف الطور الثالث للمخاض وكذلك نزف الخلاص ولقد أجريت دراسات في الدول الأوروبية أفادت ان التدبير الفعال للطور الثالث للمخاض أفضل من التدبير السلبي للإقلال من النزف [2,1]

أما في الدول النامية فهذه الدراسة قليلة كما أضيف نمط ثالث في دراستنا وهو التدبير المشترك بين الفعال والسلبي .

وفي هذه الدراسة تجرى مقارنة الثلاث ممارسات من حيث فائدتها للسيدة الماخض ليس فقط من حيث الإقلال من النزف والحاجة لنقل الدم ولكن الإقلال أيضا من تخليص المشيمة اليدوي، الألم، انقطاع الحبل السري، انقلاب الرحم، انحباس المشيمة، الاقياء والصداع.

3.2. الاستنتاجات:

يترافق الطور الثالث من المخاض مع عدة مظاهر واختلاطات لطالما برزت الحاجة المهمة لدى المختصين المولدين الى تدبيرها بشكل جيد وفعال ,نقارن في دراستنا بين طرق التدبير المختلفة ونتوصل الى دور التدبير الفعال في أحداث الألم وتقصير مدة الطور الثالث , رفع معدلات النبض والضغط الشرياني الانقباضي والانبساطي , ويكون هذا الدور اكبر لدى اللجوء الى التدبير المشترك والذي واجهنا صعوبة في دراسات حوله , كما انقص التدبير الفعال والمشترك من كمية النزف النفاسي والحاجة لنقل الدم دون تفوق أي طريقة على الأخرى في هذا الجانب

صعوبات البحث:

1. نتيجة لعدم وجود دراسات حول التدبير المشترك بشكل كاف في الأدبيات الطبية.
2. عدم اشتمال جميع السيدات الحوامل في الدراسة لضرورة التداخل المباشر عليهن او تحكم إمراضهن الداخلية بنوع الدواء المعطى.
3. كما واجهتنا صعوبة حول تطور المخاض.

3.3. التوصيات:

1- تثقيف المريضة حول طرق التدبير المختلفة واختلاطات الطور الثالث، وشرح التأثيرات الجانبية لكل نمط تدبير

2- التشجيع على الاستخدام الروتيني للتدبير المشترك او الفعال بشكليه الاوكسيتوسين او الميزوبروستول في تدبير الطور الثالث، نظرا لبروز فعاليته في تقليل اختلاطات ومشاكل الطور الثالث.

3- إجراء دراسات أكثر حول التدبير المشترك لقلتها الى الوقت الحالي.

References المصادر والمراجع

1. Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, et al. Cervical dilatation patterns of 'low-risk
2. women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: asystematic review BJOG 2018; 125:944.
3. Hoffman 2006. *Hoffman M, Castagnola D, Naqvi F. A randomized trial of active versus expectant management of the third stage of labor [abstract]. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2006; 195(6 Suppl 1):S107
4. Berg CJ ،Atrash HK ،Koonin LM ،Tucker M. Pregnancy-related mortality in the United States ،1987-1990. *Obstet Gynecol*. 1996 Aug. 88(2):161-7. [QxMD MEDLINE Link].
5. Abouzahr C. Antepartum and postpartum haemorrhage. Murray CJ، Lopez AD، eds. Health Dimensions of Sex and Reproduction. Boston، Mass: Harvard University Press; 1998. 172-4.
6. Cunningham FG، Gant NF، Leveno KJ، et al. Conduct of normal labor and delivery. Williams Obstetrics. 21st ed. New York، NY: McGraw-Hill; 2001. 3205.
7. Donald I. Postpartum hemorrhage. Practical Obstetrics Problems. 5th ed. London، UK: Lloyd-Luke; 1979. 748-94
8. Dupont C ،Ducloy-Bouthors AS ،Huissoud C. [Clinical and pharmacological procedures for the prevention of postpartum haemorrhage in the third stage of labor.]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2014 Nov 6. 43(10):966-997. [QxMD MEDLINE Link].
9. Prendiville WJ، Elbourne D، McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). *The Cochrane Library، Issue 2*. Oxford، UK: Update Software; 2002.
10. Begley CM ،Gyte GM ،Devane D ،McGuire W ،Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Nov 9. 11:CD007412. [QxMD MEDLINE Link].

11. Bullough CH ،Msuku RS ،Karonde L. Early suckling and postpartum haemorrhage: controlled trial in deliveries by traditional birth attendants. *Lancet*. 1989 Sep 2. 2(8662):522-5. [QxMD MEDLINE Link].

12. Tita AT ،Szychowski JM ،Rouse DJ ،et al. Higher-dose oxytocin and hemorrhage after vaginal delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012 Feb. 119(2 Pt 1):293-300. [QxMD MEDLINE Link].

13. Boucher M ،Nimrod CA ،Tawagi GF ،et al. Comparison of carbetocin and oxytocin for the prevention of postpartum hemorrhage following vaginal delivery:a double-blind randomized trial. *J Obstet Gynaecol Can*. 2004 May. 26(5):4818. [QxMD MEDLINE Link].

14. McDonald SJ ،Middleton P ،Dowswell T ،et al. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Evid Based Child Health*. 2014 Jun. 9(2):303-97. [QxMD MEDLINE Link].

15. Berg CJ، Atrash HK، Koonin LM، Tucker M. Pregnancy-related mortality in the United States، 1987-1990. *Obstet Gynecol*. 1996 Aug. 88(2):161-7. [QxMD MEDLINE Link].

16. Abouzahr C. Antepartum and postpartum haemorrhage. Murray CJ، Lopez AD، eds. *Health Dimensions of Sex and Reproduction*. Boston، Mass: Harvard University Press; 1998. 172-4.

17. Soltani H، Dickinson F، Symonds I. Placental cord drainage after spontaneous vaginal delivery as part of the management of the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Oct 19. (4):CD004665.

18. Sharma JB ،Pundir P ،Malhotra M ،Arora R. Evaluation of placental drainage as a method of placental delivery in vaginal deliveries. *Arch Gynecol Obstet*. 2005 Apr. 271(4):343-5. [QxMD MEDLINE Link].

19. Jongkolsiri P ،Manotaya S. Placental cord drainage and the effect on the duration of third stage labour ،a randomized controlled trial. *J Med Assoc Thai*. 2009 Apr. 92(4):457-60. [QxMD MEDLINE Link].

20. Zamora LA. A randomized controlled trial of oxytocin administered at the end of the second stage of labor versus oxytocin administered at the end of the third stage of labor in the prevention of postpartum hemorrhage. *Philipp J Obstet Gynecol*. 1999 Oct-Dec. 23(4):125-33. [QxMD MEDLINE Link].

21. Carroli G، Bergel E. Umbilical vein injection for management of retained placenta (Cochrane Review). *The Cochrane Library، Issue 2*. Oxford، UK: Update Software; 2006.

22. Rogers J ،Wood J ،McCandlish R ،Ayers S ،Truesdale A ،Elbourne D. Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingbrooke randomised controlled trial. *Lancet*. 1998 Mar 7. 351(9104):693-9. [QxMD MEDLINE Link].

23. Baskett TF. Complications of the third stage of labour. *Essential Management of Obstetrical Emergencies*. 3rd ed. Bristol، UK: Clinical Press; 1999. 196-201.

24. Sleep J. Physiology and management of the third stage of labour. Bennett VR، Brown LK، eds. *Myles' Textbook for Midwives*. 12th ed. London، UK: Churchill Livingstone; 1993. 216-29.

25. Karkanis SG, Caloia D, Salenieks ME, Kingdom J, Walker M, Meffe F, et al Randomized controlled trial of rectal misoprostol versus oxytocin in third stage management. J Obstet Gynaecol Can 2002; 24:149– **8**-

26. Anger H, Durocher J, Dabash R, Winikoff B. How well do postpartum blood loss and common definitions of postpartum hemorrhage correlate with postpartum anemia and fall in hemoglobin? PLoS One 2019; 14:e0221216

27. Elbourne DR، Prendiville WJ، Carroli G، et al. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour (Cochrane Review). *The Cochrane Library، Issue 2*. Oxford، UK: Update Software.; 2002.

28. Dansereau J ،Joshi AK ،Helewa ME ،et al. Double-blind comparison of carbetocin versus oxytocin in prevention of uterine atony after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*. 1999 Mar. 180(3 Pt 1):670-6. [QxMD MEDLINE

Link].

29. Boucher M ،Nimrod CA ،Tawagi GF ،et al. Comparison of carbetocin and oxytocin for the prevention of postpartum hemorrhage following vaginal delivery:a double-blind randomized trial. *J Obstet Gynaecol Can*. 2004 May. 26(5):4818. [QxMD MEDLINE Link].

30. Gulmezoglu AM، Forna F، Villar J، Hofmeyr GJ. Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage (Cochrane Review). *The Cochrane Library، Issue 1*. Oxford، UK: Update Software; 2004.

31. Gulmezoglu AM ،Villar J ،Ngoc NT ،et al. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet*. 2001 Sep 1. 358(9283):689-95. [QxMD MEDLINE Link].

32. -El-Refaey H, Rajasekar D, Abdalla M, Calder L, Templeton A.Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral or vaginal misoprostol. N Engl J Med 1995; 332: 983–87

33. -El-Refaey H, O'Brien P, Morafa W, Walder J, Rodeck C. Use of oral misoprostol in the prevention of postpartum haemorrhage. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 336–39

34. Parsons SM ،Walley RL ،Crane JM ،Matthews K ،Hutchens D. Rectal misoprostol versus oxytocin in the management of the third stage of labour. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007 Sep. 29(9):711-8. [QxMD MEDLINE Link].

35. Hamm J ،Russell Z ،Botha T ،Carlan SJ ،Richichi K. Buccal misoprostol to prevent hemorrhage at cesarean delivery: a randomized study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 May. 192(5):1404-6. [QxMD MEDLINE Link].

36. Prendiville WJ ،Harding JE ،Elbourne DR ،Stirrat GM. The Bristol third stage trial: active versus physiological management of third stage of labour. *BMJ*. 1988 Nov19. 297(6659):1295-300. [QxMD MEDLINE Link].

37. Rogers MS ،Yuen PM ،Wong S. Avoiding manual removal of placenta: evaluation of intra-umbilical injection of uterotonics using the Pipingas technique for

management of adherent placenta. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007. 86(1):4854. [QxMD MEDLINE Link].

38. Brandt ML. The mechanism and management of the third stage of labor. Am J Obstet Gynecol 1936; 25:662.

39. Jin XH, Li D, Li X. Carbetocin vs oxytocin for prevention of postpartum hemorrhage after vaginal delivery: A meta-analysis. Medicine (Baltimore) 2019; 98:e17911.

40. Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gülmezoglu AM.Controlled cord traction for the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2015; 1:CD008020.

41. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, et al. The natural history of the normal first stage of labor. Obstet Gynecol 2010; 115:705.

42. Le Ray C, Fraser W, Rozenberg P, et al. Duration of passive and active phases of the second stage of labour and risk of severe postpartum haemorrhage in low-risk nulliparous women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011; 158:167.

43. Cunningham FG، Gant NF، Leveno KJ، et al. Conduct of normal labor and delivery. Williams Obstetrics. 21st ed. New York، NY: McGraw-Hill; 2001.3205.

44. Sleep J. Physiology and management of the third stage of labour. Bennett VR، Brown LK، eds. *Myles' Textbook for Midwives*. 12th ed. London، UK: Churchill Livingstone; 1993. 216-29

45. Dupont C، Ducloy-Bouthors AS، Huissoud C. [Clinical and pharmacological procedures for the prevention of postpartum haemorrhage in the third stage of labor.]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2014 Nov 6. 43(10):966-997. [QxMD MEDLINE Link].

46. Prendiville WJ، Elbourne D، McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). *The Cochrane Library، Issue 2*. Oxford، UK: Update Software; 2002.

47. Begley CM، Gyte GM، Devane D، McGuire W، Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*.

2011 Nov 9. 11:CD007412. [QxMD MEDLINE Link].

48. McDonald S، Prendiville WJ، Elbourne D. Prophylactic syntometrine versus oxytocin for delivery of the placenta (Cochrane Review). *The Cochrane Library، Issue 2*. Oxford، UK: Update Software; 2002.

49. Tita AT، Szychowski JM، Rouse DJ، et al. Higher-dose oxytocin and hemorrhage after vaginal delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012 Feb. 119(2 Pt 1):293-300. [QxMD MEDLINE Link].

50. Begley CM. A comparison of 'active' and 'physiological' management of the third stage of labour. *Midwifery*. 1990 Mar. 6(1):3-17. [QxMD MEDLINE Link].

51. Elbourne DR، Prendiville WJ، Carroli G، et al. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour (Cochrane Review). *The Cochrane Library، Issue 2*. Oxford، UK: Update Software.; 2002

52. Dansereau J، Joshi AK، Helewa ME، et al. Double-blind comparison of carbetocin versus oxytocin in prevention of uterine atony after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*. 1999 Mar. 180(3 Pt 1):670-6. [QxMD MEDLINE Link].

53. Brandt ML. The mechanism and management of the third stage of labor. Am J Obstet Gynecol 1936; 25:662.

54. Jin XH, Li D, Li X. Carbetocin vs oxytocin for prevention of postpartum hemorrhage after vaginal delivery: A meta-analysis. Medicine (Baltimore) 2019; 98:e17911.

55. Boucher M، Nimrod CA، Tawagi GF، et al. Comparison of carbetocin and oxytocin for the prevention of postpartum hemorrhage following vaginal delivery:a double- blind randomized trial. *J Obstet Gynaecol Can*. 2004 May. 26(5):481-8. [QxMD MEDLINE Link].

56. Su LL، Chong YS، Samuel M. Oxytocin agonists for preventing postpartumhaemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18. (3):CD005457.

57. Gulmezoglu AM، Forna F، Villar J، Hofmeyr GJ. Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage (Cochrane Review). *The Cochrane Library، Issue 1*.

Oxford، UK: Update Software; 2004.

58. Gulmezoglu AM، Villar J، Ngoc NT، et al. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet*. 2001 Sep 1. 358(9283):689-95. [QxMD MEDLINE Link].

59. Parsons SM، Walley RL، Crane JM، Matthews K، Hutchens D. Rectal misoprostol versus oxytocin in the management of the third stage of labour. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007 Sep. 29(9):711-8. [QxMD MEDLINE Link].

60. Hamm J، Russell Z، Botha T، Carlan SJ، Richichi K. Buccal misoprostol to preventhemorrhage at cesarean delivery: a randomized study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 May. 192(5):1404-6. [QxMD MEDLINE Link]. is yet applied: results of a controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1992 Jan 31. 43(2):131-5. [QxMD MEDLINE Link].

61. Jackson KW Jr، Allbert JR، Schemmer GK، Elliot M، Humphrey A، Taylor J. A randomized controlled trial comparing oxytocin administration before and after placental delivery in the prevention of postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Oct. 185(4):873-7. [QxMD MEDLINE Link].

62. Brandt ML. The mechanism and management of the third stage of labor. Am J Obstet Gynecol 1936; 25:662.

63. Jin XH, Li D, Li X. Carbetocin vs oxytocin for prevention of postpartum hemorrhage after vaginal delivery: A meta-analysis. Medicine (Baltimore) 2019; 98:e17911.

64. Gupta R، Ramji S. Effect of delayed cord clamping on iron stores in infants born to anemic mothers: a randomized controlled trial. *Indian Pediatr*. 2002 Feb. 39(2):130-5. [QxMD MEDLINE Link].

65. McDonald SJ، Middleton P، Dowswell T، et al. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Evid Based Child Health*. 2014 Jun. 9(2):303-97 [QxMD MEDLINE Link].

66. Mercer JS، Skovgaard RL. Neonatal transitional physiology: a new paradigm. *J*

Perinat Neonatal Nurs. 2002 Mar. 15(4):56-75. [QxMD MEDLINE Link].

67. Mercer JS، Vohr BR، McGrath MM، Padbury JF، Wallach M، Oh W. Delayed cord clamping in very preterm infants reduces the incidence of intraventricular hemorrhage and late-onset sepsis: a randomized، controlled trial. *Pediatrics*. 2006 Apr. 117(4):1235-42. [QxMD MEDLINE Link].
68. Brandt ML. The mechanism and management of the third stage of labor. Am J Obstet Gynecol 1936; 25:662.
69. Jin XH, Li D, Li X. Carbetocin vs oxytocin for prevention of postpartum hemorrhage after vaginal delivery: A meta-analysis. Medicine (Baltimore) 2019; 98:e17911.
70. Hutton EK، Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA*. 2007 Mar 21. 297(11):1241-52. [QxMD MEDLINE Link].
71. McDonald SJ، Middleton P. Cochrane Update: Effect of timing of umbilical cord clamping at birth of term infants on mother and baby outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16. (2):CD004074.
72. Friedman EA. Labor: Clinical Evaluation and Management, 2nd ed, Appleton-Century-Crofts, New York 1978.
73. E Jangsten, L-Å Mattsson, I Lyckestam, A-L Hellström, M Berg BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 118 (3), 362-369, 2011
74. Maryam Kashanian, Mohsen Fekrat, Zahra Masoomi, Narges Sheikh Ansari Midwifery 26 (2), 241-245, 2010
75. A Shrestha, A Dongol, CD Chawla, R Adhikari Kathmandu University Medical Journal 9 (1), 8-12, 2011

ABSTRACt

Background: The period after the birth of a child is a time of comfort and joy for all involved, although this period carries a high potential risk for the mother. Third stage complications, especially postpartum hemorrhage, are responsible for many maternal deaths and morbidities. Compelling evidence indicates that effective phase III management leads to a reduction in complications and morbidity. The practice of prophylactic administration of oxytocin with the birth of the baby and controlled retraction of the umbilical cord with counter contraction when the uterus is well contracted is highly recommended.

Caregivers must be prepared to diagnose and manage complications arising in stage III in a timely and systematic manner.

Objective: comparison between methods dealing with third stage of labor to have the best one that reduce maternal morbidity and mortality.

Materials And Methods:

Design Of the Study: A randomized controlled pilot study targeting 608 patients admitted to the Obstetrics and Gynecology University Hospital in Damascus between 19/9/2021 to 19/9/2022.

Results:, according to certain admission and exclusion criteria , We begin our study by reviewing a comprehensive description of our sample, where the number of women who were included in the sample was 608, who were distributed into four main groups according to the measure followed, where the sample size was calculated using the appropriate statistical equation (Stephen Sampson), so the number of women who received A physiological management was 152, while the number of women who received oxytocin was

148, while the number of misoprostol was 156 women, and in the combined management, the group included 152 women.

at the end of Our study, we can note the role of effective management in causing pain, shortening the duration of labor and raising the rates of pulse values, systolic and diastolic arterial pressure, and this role is greater when resorting to combined management, which has rare studies. Also, effective and combined management methods reduce the amount of bleeding and the need for blood transfusion, without any superiority in the effectiveness of one method over the other in this aspect.

Conclusions: encourage routine use of combined or active management either by oxytocin or misoprostol in dealing with third stage of labor because of there role in reducing the complication of third stage of labor and also we recommend more studies for combined management.

Syrian Arab Republic

Ministry of Higher Education– Damascus University

Faculty of Medicine Department of obstetrics and gynecology

A Comparative Study of The Active, Physiological and Combined Management Of the Third Stage of Labor

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

By:

Dr. Walaa Adnan Taha

Supervisor

Prof. Dr

Azzam Abu Touk

2022