جامعة دمشق

كلية الطب البشري

عوامل نجاح تجربة المخاض بعد القيصرية الأولى

Factors associated with successful trial of labor after the first caesarean section

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

رئاسة القسم

الأستاذ الدكتور

عزام أبوطوق

إشراف

الأستاذة الدكتورة

سوزان الطبراني

إعداد الدكتورة براءة أحمد

بسم الله الرحمن الرحيم

"لا يكلّف اللّه نفساً إلا وسعها لها ما كسبت وعليها ما اكتسبت ربّنا لا تؤاخذنا إن نسينا أو أخطأنا ربّنا ولا تحمل علينا إصراً كما حملته على الذين من قبلنا ربّنا ولا تحمّلنا ما لا طاقة لنا به واعف عنا واغفر لنا وارحمنا أنت مولانا فانصرنا على القوم الكافرين "

صدق الله العظيم

سورة البقرة- الآية (٢٨٦)

شكـر وامتنان .....

❖ إلى أساتذتي الأفاضل وأخص بالشكر الأستاذة الدكتورة سوزان الطبراني لتكرمها بإشرافها العلمي على هذا البحث. كل الشكر لملاحظاتك القيمة وتوجيهاتك السديدة ومعاملتك الكريمة جزاك الله خير الجزاء.

❖ إلى النور الذي أضاء حياتي فكان دوماً حاضراً ليهديني دربي الصحيح

إلى من غرس في قلبي حب العلم وطموح النجاح

إلى من زيّن حياتي بالأمل وأشبع روحي بالإيمان

.....والدي العزيز.....

❖ إلى من في حضنها عرفت معنى الحياة وبين يديها عرفت معنى العطاء

إلى من رسمت مستقبلي بدمعتها وكتبت فرحتي ببسمتها

أعانتني فهانت المصاعب ونصحتني فأثمرت النصائح

..... أمي الحنونة.....

❖ إلى أغلى ما لدي في هذه الدنيا

إلى أصدقاء الطفولة وسندي في الحياة

.....أخوتي الأحباء: علي، غدير، سالي .....

❖ إلى أصدقاء الزمان، إلى طمأنينة القلب وكل السلام

..... أصدقائي الأوفياء.....

المحتويات

المحتويات	الصفحة
القسم الأول–القسم النظري	٦
العملية القيصرية	٧
استطبابات القيصرية	٩
مخاطر القيصرية	١٢
الولادة بعد سابقة ولادة قيصرية	١٦
العوامل الإنذارية لنجاح الولادة المهبلية بعد قيصرية	٢٢
القسم الثاني–القسم العملي	٢٩
منهجية الدراسة	٣٠
عنوان الدراسة	٣٠
أهمية الدراسة	٣٠
هدف الدراسة	٣٠
مواد وطرائق الدراسة	٣٢
نتائج الدراسة	٣٦
مناقشة النتائج	٥٦
التوصيات	٦٠
المراجع	٦١
ملاحق	٦٦

القسم الأول

القسم النظري

العملية القيصرية

تعريف:

تعرّف الولادة القيصرية بأنها توليد الجنين من خلال شق في جدار البطن و جدار الرحم ، و قد اصطلح أن هذا التعريف لا يتضمن استخراج الجنين من جوف البطن في حالات تمزق الرحم أو حالات الحمل البطني .

وبائيات:

ازداد معدل إجراء العملية القيصرية في كل أنحاء العالم دون استثناء ، و قد بلغ معدل الولادة القيصرية في الجمهورية العربية السورية ١٤,٨% عام ٢٠٠٢ **(1)** ، فيما سجّل مشفى التوليد و أمراض النساء الجامعي بدمشق ازدياداً في المعدل الكلي لإجراء العملية القيصرية من ١٣,٩٨% في عام ١٩٩٤ إلى ٢٠,٩% عام ٢٠١٠ **(٢)** ، و استمرت هذه النسبة بالارتفاع في السنوات الأخيرة ، و لكن ضعف البيانات المنشورة يعيق تحديد دقيق لمعدلات إجراء الولادة القيصرية .

بلغ معدل إجراء العملية القيصرية في دول المنطقة المجاورة : ١٧,٨% في الأردن عام ٢٠٠٢م ، و ٢٦,٢% عام ٢٠٠٣م في مصر ، و ١٨% عام ٢٠٠٢م في لبنان **(1)** .

أما في إيران فقد سجّل ارتفاع معدل إجراء العملية القيصرية من ٣٥% عام ٢٠٠٠م إلى ٤٠% عام ٢٠٠٥م **(٣)** .

بينما وصل معدل إجراء العملية القيصرية في الولايات المتحدة عام ٢٠٠٧م إلى ٣١,٨% من كل الولادات (٤) .

قاد هذا الارتفاع في معدلات الولادة القيصرية الكلية الأمريكية للمولدين و النسائيين إلى التوصية أولاً : خفض نسبة الولادة القيصرية لدى الحوامل الخروسات مع حمول مفردة رأسية تمام الحمل، و ثانياً : رفع معدلات الولادة المهبلية بعد سابقة عملية قيصرية VBAC (٥) .

.

استطبابات القيصريات :

تأخذ مجالاً واسعاً من التنوع ، و تقسم أساساً إلى أسباب والدية تتعلق بالأم بشكل عام أو بالرحم أو بالحوض ، أو أسباب متعلقة بالجنين و ملحقاته وهي الأسباب المتعلقة بالجنين بالخاصة أو بالأغشية أو السائل الأمنيوسي أو الحبل السري أو المشيمة. توجد حالات عديدة تكون فيها الأسباب مشتركة .

أظهرت بيانات وحدات شبكة طب الجنين (MFMU) أن القيصرية المكررة و القيصريات بسبب عسر المخاض Dystocia هي الاستطبابات الأساسية في الولايات المتحدة و البلدان الصناعية الغربية ، و أن أكثر من ٨٥% من القيصريات تجرى بسبب سوابق القيصرية ، و عسر المخاض ، و تألم الجنين أو المجيء المقعدي (٦) .

- **عسر المخاض :**

تعد أشكال عسر المخاض هي أكثر استطبابات الولادة القيصرية في الولايات المتحدة ، و يعد تحليل "عسر المخاض" كسبب للقيصرية صعب بسبب عدم التجانس في التعبير و التعريف ، إذ يضم تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD-10 (٢٠٠٧) ٢٨ ترميز مختلف للعملية القيصرية المجراة بسبب شذوذات المخاض (٦) .

- **تألم الجنين :**

زاد استخدام المراقبة الالكترونية المستمرة للجنين من القيصريات بنسبة ٤٠% ، و لسوء الحظ فإن استخدامه لم ينقص خطر الشلل المخي أو الوفاة حول الولادة مقارنة بالمراقبة المتقطعة ، و بالإضافة لذلك فإن إجراء العملية القيصرية لا يملك تأثير واقٍ على الإنذار التطوري العصبي للطفل (٦) .

نصحت الأكاديمية الأمريكية للأطفال و الكلية الأمريكية للمولدين و النسائيين بتحسين الرعاية التوليدية حتى تجرى العملية خلال ٣٠ دقيقة من اتخاذ القرار (٧).

- **المجيء المعيب:**

ما تزال معدلات الولادة القيصرية للمجيئات المقعدية مرتفعة و ثابتة ، و ذلك بسبب الخوف من الأذية الجنينية و عدم ملائمة حالة المجيء لمتطلبات الولادة المهبلية للمجيء.

- **سوابق ولادة قيصرية.**

- **الولادات الباكرة (الأجنة الخدج):**

إن الاعتقاد بأن الولادة القيصرية تقلل من أذية الجنين الخديج أدى لاتباع سياسة الولادة القيصرية مباشرة في مثل هذه الحالات للمجيئات الرأسية و المعيبة ، و لكن لا يوجد دليل كافي لاتباع هذه الممارسة (٦) .

- **رغبة المريضة:**

إن هذه المسألة من أكثر المسائل جدلاً و تضارباً في الاختصاص، و هي في ازدياد مضطرد ، إن ٢,٥% من كل الولادات في الولايات المتحدة في عام ٢٠٠٣ تم تعريفها على أنها ولادة قيصرية بناءً على رغبة المريضة ، و تتضمن أسباب اختيار المريضة للقيصرية : تجنب أذية أرضية الحوض خلال الولادة المهبلية ، و نقص أذية الجنين ، و تجنب آلام المخاض ، و الراحة ، و لا يوجد بيانات كافية لدعم هذه الأسباب و ما نزال بحاجة لأبحاث عالية الجودة للتقييم (٦) .

مخاطر الولادة القيصرية :

اختلاطات العملية القيصرية القريبة :

١) وفيات الأمهات :

إن أهم أسباب الوفيات الوالدية أثناء أو بعد القيصرية : الصمة الرئوية ، اختلاطات تخديرية ، النزف غير المسيطر عليه ، الإنتان ، ارتفاع التوتر الشرياني غير المضبوط. تختلف مشاركة الأسباب السابقة باختلاف الدراسات ففي المملكة المتحدة تعد الاختلاطات التخديرية هي المسبب الأول بسبب تطور ذات الرئة الاستنشاقية يتلوها كل من الإنتان ، و النزف ، و الصمة الرئوية (٦) .

٢) وفيات و مراضة الولدان :

تكون ناجمة عادة عن : الخداج ، و التخدير ، و رض الوليد ، و التأخر في إنعاش الوليد أو بدء الجراحة في حالات تألم الجنين ، بالإضافة إلى أن القيصرية تؤدي لفرط توتر رئوي عند الولدان (٨) .

٣) اختلاطات جراحية :

أذية الأمعاء و الكولون : إن وجود التصاقات سابقة هي العامل الأبرز لحدوثها .

أذية المثانة و الحالب : قد تصاب المثانة أثناء الفتح الجراحي ، و خاصة في مريضات سوابق القيصرية ، و ذلك أثناء التسليخ ، أو فتح البريتوان ، أو شق الرحم المنخفض على القطعة السفلية ، أو في حالات امتداد شق الرحم للأسفل ، أو بسبب المبعد .

أما أذيات الحالب فإنها أقل حدوثاً، و يترافق حدوثها عادة مع حالات النزف بسبب امتداد جرح القيصرية للجانب باتجاه خاصرة الرحم ، أو تشكل ورم دموي في الرباط العريض ، أو في حالات استئصال الرحم الولادي .

أذية الطريق التناسلي : إذا كان الشق المعترض على الرحم منخفضاً فقد يصل لجزء من جدار المهبل و يشاهد عادة في القيصريات عقب مخاض شاق و طويل عندما يكون العنق تام الاتساع . إن عدم كشف أذيات عنق الرحم يؤدي لنزف بعد القيصرية (٩) .

النزف : يعد النزف الناجم عن امتداد الشق الرحمي أكثر الاختلاطات مشاهدة و خطورة . قد يسبب استخراج رأس الجنين المتدخل في الحوض امتداد الشقوق للأسفل إلى الشرايين الرحمية إذا كان الرأس غير منعطف جيداً ، أو بالاستخراج الخاطئ له ، مما يؤدي لنزف غزير (٩) .

تعتبر عطالة الرحم سبباً شائعاً للنزف أثناء القيصرية ، بالإضافة لتدخل اضطرابات التخثر، و النزف من مكان المشيمة ، و النزف من الوجه الخلفي للمثانة .

قد يتطور الاعتلال التخثري المنتشر أثناء العملية القيصرية ، و يترافق عادة مع الصمة ، و الانفكاك الحاد ، و احتباس جنين ميت ، و ما قبل الإرجاج الشديد .

الاختلاطات التالية للقيصرية :

١- **إنتان باطن الرحم النفاسي :** أكثر حدوثاً بعد القيصريات مقارنة بالولادة الطبيعية ، و يبلغ معدل حدوثه ١٠-١٥% (٦) .

2- أذيات الطرق البولية بعد القيصرية : ينجم انسداد الحالب عن ربطه أو هرسه بملقط ، أو تزويه أو سوء وظيفته بسبب تجريد غمده أو قطعه . قد يكون الانسداد جزئياً أو مضاعفاً في الحالبين ، و قد تتطور النواسير لاحقاً .

٣- **الاختلاطات المعدية والمعوية :** تشكو 20-30% من المريضات من ألم معتدل بسبب الغازات ، و قد يتطور إلى انسداد أمعاء شللي في 1% من الحالات . أما الانسداد الميكانيكي فيحدث نتيجة الالتصاقات بآلية الانفتال ، أو دخول عروة معوية في شق البطن (٦) .

٤- **الخثار الوريدي و الصمة الرئوية :** إن نسبة حدوث الخثار الوريدي العميق بعد القيصرية هو 0.6-1.8% ، أما نسبة حدوث الصمة الرئوية بعد القيصرية فهي 0-0.2%، إن أول صمة رئوية تكون الصمة الرئوية الأولى مميتة في 20-25% من الحالات ، و يقدّر أن الصمة الرئوية مسؤولة عن 10% من الوفيات الوالدية بعد العملية القيصرية (٨).

٥- **اندحاق الجرح :** تبلغ نسبة الاندحاق الحاد 0,15% أي حوالي ربع حالات مجمل الاندحاقات بعد العملية القيصرية البالغة 0,6% . أما نسبة الوفيات الوالدية بسبب هذا

الإندحاق فهي 2,3% ، و تختلف حسب المشفى و مكان الدراسة و الآلية هي فشل التئام الجرح بسبب عوامل متعددة موضعية و عامة (١٠).

٦- **إعادة فتح البطن مرة ثانية:** تختلف أسباب اللجوء إلى ذلك ، و منها: وجود نزف داخل البطن ، ورم دموي كبير ، نسيان قطعة شاش أو شانة ، و غيرها...

٧- تمزق ندبة القيصرية في الحمل اللاحق.

٨ – ارتكاز المشيمة المعيب والمشيمة الملتحمة : وجدت مراجعتان للأدب الطبي أن الولادة القيصرية السابقة تزيد خطر الارتكاز المعيب بنسبة ٤٧% (١١)، و ٦٠% (١٢). كان انتشار المشيمة الملتحمة قديماً نادراً و لكنه أخذ بالازدياد في العقود الأخيرة و وصل إلى ١ لكل ٧٣١ ولادة بين عامي ٢٠٠٨-٢٠١٠م في دراسة حشدية على ١١٥٠٠٠ ولادة في الولايات المتحدة (١٣)، و كان الانتشار في كندا ١ لكل ٦٩٥ ولادة بين عامي ٢٠٠٩-٢٠١٠م (١٤)، و يعود الازدياد الملحوظ في الانتشار إلى ازدياد انتشار الولادة القيصرية في العقود الأخيرة . سجلت دراسة تقدمية على ٧٢٣ سيدة مع ارتكاز مشيمة معيب وخضعت لقيصرية أن توارد المشيمة الملتحمة كان يزداد مع ازدياد عدد القيصريات وفق التالي (١٥): أول قيصرية (٣%)، ثاني قيصرية (١١%)، ثالث قيصرية (٤٠%) .

الولادة بعد سابقة ولادة قيصرية

يعد تدبير حالة السيدة الحامل مع سابقة قيصرية من المواضيع التوليدية التي يوجد اختلاف في الآراء حولها ، و التي اخذت مجال واسع من النقاش و الجدل .

كانت عبارة : قيصرية مرة = قيصرية كل مرة Once Caesarian=Always Caesarian هي المسيطرة في البدء مع اعتبار تجربة المخاض لدى أي سيدة في سوابقها ولادة قيصرية مضاد استطباب مطلق بل ترقى إلى درجة التهور و الجنون بسبب الاعتقاد بأن الرحم المتندبة تعتبر أكثر عرضة للتمزق أثناء عملية المخاض (٦) .

تغيرت هذه النظرة مع توصية الكلية الأمريكية للمولدين و النسائيين عام ١٩٨٨ بتشجيع السيدات الحوامل اللاتي في سوابقهن ولادة قيصرية سفلية واحدة على محاولة الولادة المهبلية طالما لا يوجد مضاد استطباب حالي ، وبناءً على ذلك ازدادت نسبة الولادة المهبلية بعد قيصرية سابقة بشكل ملحوظ في الولايات المتحدة و باقي الدول ، و وصلت إلى نسبة ٣٠% من الحالات في عام ١٩٩٦ م (٦).

قاد تحليل لاحق لتقارير حول السيدات اللاتي في سوابقهن ولادة قيصرية و حاولن الخضوع لولادة مهبلية ؛ و التي وردت من الولايات المتحدة و كندا إلى الاستنتاج بأن الولادة المهبلية بعد الولادة القيصرية قد تكون أخطر مما هو متوقع (١٦) ، و أدت هذه التقارير و الدراسات إلى ازدياد القلق و تراكم المخاوف في ما يتعلق بأمان هذه الممارسة و ساهمت بارتفاع الجدل حول أمانها إلى مستوى مرتفع ، و الذي أدى لاحقاً إلى تراجع

نسبة السيدات اللاتي في سوابقهن ولادة قيصرية و يحاولن إتمام الولادة مهبلياً، و تناقص معدل الولادة المهبلية بعد قيصرية في الولايات المتحدة إلى ٨,٥% ، و أدى ذلك إلى ارتفاع مرافق في معدل الولادة القيصرية مرة ثانية (٤) .

أظهرت مراجعة تحليلية للدراسات أن الولادة بعملية قيصرية معادة انتخابية و الولادة مهبلياً بعد عملية قيصرية سابقة كلاهما يحمل فوائد و مخاطر ، و أن الأدلة المعتمد عليها أتت من دراسات غير معشاة مع وجود انحياز هام فيها ، و بالتالي فإن أي نتائج أو استنتاجات يجب أن تؤخذ بحذر مع ضرورة العمل على دراسات معشاة مضبوطة واسعة لوضع دليل علمي قوي و موثوق حول الفوائد و الأخطار **(17)**.

نبّهت الكلية الأمريكية للمولدين و النسائيين إلى ضرورة أخذ الحيطة و الحذر حيث أنه : " أصبح واضحاً أن محاولة الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية تترافق مع خطر نادر لكنه معتبر لتمزق الرحم مع نتائج سيئة للأم و الجنين معاً " (١٨)

مقارنة المخاطر :

تزداد نسبة حدوث تمزق الرحم و الاختلاطات المرافقة له بشكل واضح أثناء تجربة المخاض ، و لكن يجب مقاربة هذه المخاطر بشكل واقعي و غير مبالغ فيه عند اتخاذ قرار محاولة الولادة المهبلية بعد قيصرية أو اللجوء لقيصرية انتخابية معادة بسبب الخطر المطلق المنخفض لحدوث هذه الاختلاطات **(19)** .

إن دراسة (MFMU) تعد واحدة من أكبر الدراسات المقارنة التقدمية و أجريت عام ٢٠٠٤م في ١٩ مركز أكاديمي و اشتملت نتائج ١٨٠٠٠ سيدة خضعن لتجربة مخاض بعد قيصرية سابقة مقارنة مع أكثر من ١٥٠٠٠ سيدة خضعن لقيصرية انتخابية معادة ، توصلت إلى أنه على الرغم من أن نسبة تمزق الرحم كانت أعلى لدى السيدات اللاتي خضعن لتجربة مخاض إلا أن الخطورة المطلقة كانت قليلة ، و لم تتجاوز ٧ بالألف فقط بالمقارنة مع عدم حدوث أي حالة لتمزق الرحم لدى السيدات اللواتي أجرين ولادة قيصرية معادة انتخابية . كذلك لوحظ أن معدلات الإملاص و الأذيات الدماغية الناتجة عن نقص الأكسجة كانت أكبر بشكل واضح لدى السيدات اللاتي خضعن لتجربة مخاض **(20)** .

سجّل تحليل بيانات مشافي التوليد في اسكتلندا عام ٢٠٠٢م أن نسبة الوفاة حول الولادية المتعلقة بالولادة ١,٣ بالألف تقريباً لدى السيدات مع سابقة قيصرية و حاولت الولادة مهبلياً بعدها ، و على الرغم من أن الخطورة المطلقة كانت قليلة إلا أنها كانت أكبر بـ ١١ مرة من خطورة الوفيات حول الولادية المتعلقة بالولادة القيصرية المعادة الانتخابية **(٢١)** .

لم يكن هناك اختلاف واضح في نسبة الوفيات الوالدية بين السيدات اللاتي خضعن لتجربة المخاض و بين السيدات اللاتي أجرين قيصرية انتخابية معادة **(٢٠)**. وجدت دراسة راجعة كندية زيادة في معدل الوفيات الوالدية في مجموعة الولادة القيصرية المعادة الانتخابية حيث بلغ ٥,٦/١٠٠٠٠٠ سيدة في القيصرية المعادة مقارنة بـ ١,٦/١٠٠٠٠٠ في حالة تجربة المخاض ، و لكن لم يكن الفارق هام إحصائياً **(٢٢)** .

وجد Mozurkewich وHutton في تحليل تلوي أن النساء اللاتي يخضعن لتجربة الولادة المهبلية عقب ولادة قيصرية احتجن لنقل الدم و استئصال الرحم بنسبة النصف مقارنة مع النساء اللاتي خضعن لقيصرية معادة انتخابية **(23)** ، و بشكل معاكس فإن دراسة MFMU أفادت بأن نسبة نقل الدم و الخمج كانت أكبر بشكل واضح لدى السيدات اللاتي خضعن لتجربة المخاض (٢٠) ، و سجّل تحليل آخر قام به Rossi و D'Addario نتائج مشابهة لذلك **(24)** .

وجدت دراسة McMahon ورفاقه أن الاختلاطات الكبرى مثل تمزق الرحم و استئصال الرحم و الأذيات الجراحية كانت شائعة بنسبة الضعف لدى السيدات اللاتي خضعن لتجربة ولادة مهبلية عقب ولادة قيصرية مقارنة مع السيدات اللاتي أجرين قيصرية انتخابية معادة ، و عند المقارنة مع نجاح أو فشل تجربة المخاض فإن خطورة هذه الاختلاطات تكون أعلى بخمسة أضعاف عند فشل تجربة المخاض (٢٥). كما وجدت دراسة El-Sayed ورفاقه أن معدل حدوث الالتهاب الأمنيوسي يبلغ ٥ أضعاف، و حدوث النزف ضعفين لدى السيدات مع تجربة مخاض فاشلة مقارنة بنجاح التجربة (٢٦)، و قد سجل تحليل Rossi و D'Addario أن معدل الحدوث الكلي للاختلاطات الوالدية أعلى في حالة فشل تجربة المخاض (١٧%) مقابل (٣%) في حال نجاحها (٢٤) .

تتضمن الولادة بعملية قيصرية مخاطر نوعية عند مقارنتها بالولادة المهبلية ، و تشمل مخاطر التخدير ، و أذية المثانة و الأعضاء الأخرى ، و الإنتان الحوضي ، و تطور الالتصاقات ، بالإضافة لأذيات أخرى نادرة (٦).

أقرت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال و الكلية الأمريكية للمولدين و النسائيين النتائج التالية (٢٧):

- ✓ تضم الولادة المهبلية الناجحة محاسن مثل : فترة نفاس أقل ، قصر فترة الإقامة في المشفى ، و ألم أقل ، و فترة شفاء أسرع .
- ✓ من مضادات الاستطباب لإجراء تجربة المخاض : قيصرية كلاسيكية سابقة ، و ارتكاز مشيمة معيب و أمور أخرى .
- ✓ تبلغ خطورة تمزق الرحم تقريباً ١% . تزداد خطورة تمزق الرحم عند وجود أكثر من ولادة قيصرية سابقة أو عند محاولات إنضاج العنق أو لدى تحريض المخاض ، أو في حالة العرطلة الجنينية ، أو لدى استخدام الأوكسيتوسين لحث المخاض . يؤدي تمزق الرحم إلى نتائج سيئة لدى تقويم علامات أبغار الوليد في ١٠-٢٥% من الحالات .

تفضّل كثير من السيدات إجراء قيصرية انتخابية على أن يخضعن لتجربة مخاض بعد ولادة قيصرية سابقة ، و يعود ذلك لعدة أسباب منها اختيار موعد الولادة و الخوف من المخاض الطويل و الشاق . وجد أن ٩٣% من السيدات اللاتي ولدن ولادة قيصرية انتخابية مقتنعات بخيارهن مقابل ٥٣% من السيدات اللاتي اخترن محاولة إجراء ولادة مهبلية بعد ولادة قيصرية ، و ارتفعت هذه النسبة إلى ٨٠% لدى السيدات اللاتي كانت تجربة الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة ناجحة و غير مترافقة باختلاطات (٢٨).

الحوامل المؤهبات لإجراء ولادة مهبلية عقب ولادة قيصرية سابقة

أيّدت الكلية الأمريكية للمولدين و النسائيين اللجوء للولادة المهبلية عقب الولادة القيصرية السابقة ، و حثّت الأطباء على القيام بذلك ، و وضعت توصيات لاختيار السيدات المرشحات لخوض تجربة الولادة المهبلية عقب ولادة قيصرية (١٨) ، و يستعرضها الجدول (١) ، و يجب الإشارة إلى أن هذا التقييم يعاني من وجود نقص في الدراسات المعشاة الواسعة التي تثبت فعاليته .

الجدول رقم (١)

توصيات الكلية الأمريكية للمولدين والنسائيين لاختيار السيدات المرشحات لخوض تجربة ولادة مهبلية بعد ولادة قيصرية (٦)
١- لايوجد أكثر من ولادة قيصرية سابقة وحيدة بشق معترض سفلي . **٢-** يجب أن يكون الحوض مناسباً للولادة سريرياً. **٣-** عدم وجود ندبات أخرى وتمزقات سابقة على الرحم. **٤-** وجود طبيب قادر على مراقبة المخاض وإجراء قيصرية إسعافية عند الضرورة . **٥-** توفر طاقم تخديري مع طاقم توليدي جاهز لإجراء قيصرية إسعافية عند الضرورة.

يجب قبل اتخاذ القرار أن يتم نقاش علمي وموضوعي مع كل سيدة لديها ولادة قيصرية سابقة واحدة حول فوائد و محاذير محاولة الولادة مهبلياً مقابل إجراء الولادة القيصرية الثانية بشكل انتخابي و التوصل للقرار النهائي من قبل المريضة و الطبيب معاً .

العوامل الإنذارية لنجاح الولادة المهبلية بعد قيصرية:

قادت تنبيهات الكلية الأمريكية للمولدين و النسائيين إلى مقاربة أكثر موضوعية لتجربة المخاض لإجراء ولادة مهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة موضحة الحاجة لتقييم الإرشادات و العوامل المهيئة لنجاح ولادة مهبلية عقب ولادة قيصرية سابقة بشكل آمن و دون اختلاطات (٦) .

درست عدة عوامل إنذارية لنجاح تجربة المخاض بعد سابقة قيصرية أو فشلها ، أجريت دراسة وطنية أمريكية عام ٢٠٠٥م على ٢٣٢٨٦ سيدة مع سابقة قيصرية و محاولة ولادة مهبلية ، و تمت دراسة عوامل الخطورة المتعلقة بفشل تجربة المخاض و إجراء قيصرية إسعافية و حدوث تمزق الرحم ، و وجدت عوامل الخطر التالية : عمر الأم ، و طول الأم، و الجنين الذكر ، و عدم وجود ولادات مهبلية سابقة ، و عمر حملي أكثر أو يساوي ٤١ أسبوع حملي ، و تحريض المخاض بالبروستاغلاندين (٢٩) .

أما Oboro ورفاقه (٢٠١٠) في دراسة راجعة في نيجريا و اشتملت ١٠١٣ سيدة خضعت لتجربة مخاض بعد ولادة قيصرية فقد حددوا العوامل الإنذارية المرتبطة بفشل تجربة المخاض بعد قيصرية سفلية ، و وجدوا أن كل من عمر المريضة الصغير ، و عدم وجود ولادات مهبلية سابقة ، و تحريض المخاض ، و وزن وليد أكبر من ٤ كغ ترافق مع معدلات هامة لفشل تجربة المخاض (٣٠) .

البدانة الوالدية :

تنقص بدانة الأم من نجاح الولادة المهبلية بعد القيصرية ، و كلما زاد وزن السيدة انخفضت نسبة نجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة (٣١).

سجّل Hibbard ورفاقه (٢٠٠٦) معدلات الولادة المهبلية التالية: ٨٥% عند وجود مشعر كتلة جسم سوي، و ٧٨% مع وجود مشعر كتلة جسم بين ٢٥-٣٠ كغ/م٢، و ٧٠% مع مشعر كتلة جسم بين ٣٠–٤٠ كغ/م٢، و ٦١% مع مشعر كتلة جسم يبلغ ٤٠ كغ/م٢ أو أكثر (٣٢).

عدد الولادات المهبلية السابقة :

إن وجود ولادات مهبلية ناجحة سابقة ، قبل أو بعد القيصرية ، يعزز من فرص تحقق ولادة مهبلية ناجحة بعد القيصرية (٣٣) ، و يخفّض من خطر تمزق الرحم و المراضة الأخرى المرافقة ، و أن هذا التأثير الإيجابي موجود في حالات المخاض العفوي أو المحرّض (٣٤). و ما يزال العامل الأفضل إنذاراً لتحديد نجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة هو وجود ولادة مهبلية سابقة (٦)

وجد أن ازدياد معدل تمزق الندبة السابقة ترافق مع انخفاض عدد الولادات (٣٥) ، و لكن هذه الحماية ليست مطلقة إذ تعود معدلات حدوث التمزق للارتفاع لدى السيدات عديدات الولادة (36) .

الفترة بين الولادات:

يبدو أنه من المنطقي أن تزداد خطورة تمزق الرحم عندما لا يسمح لندبة الرحم أن تشفى بإعطائها الوقت الكافي. اقترح التصوير بتقنية الرنين المغناطيسي أن الشفاء التام و العودة إلى التشريح الطبيعي يتطلب على الأقل ستة أشهر (٣٧).

قام Shipp ورفاقه عام ٢٠٠١م بدراسة العلاقة بين الفترة الفاصلة بين الولادات و خطورة تمزق الرحم ؛ ووجدوا أنه إذا كانت الفترة الفاصلة بين الولادات ثمانية عشرة شهراً أو أقل فإنها تكون مترافقة مع خطورة تمزق الرحم العرضي بنسبة أعلى بـ ٣ مرات مقارنة مع اللاتي ولدن بعد أكثر من ثمانية عشرة شهراً (٣٨).

لاحظ Stamilio وزملاؤه أنه إذا كانت الفترة الفاصلة بين الحمول أقل من ٦ أشهر فإنها تكون مترافقة مع خطورة تمزق الرحم بنسبة أعلى ٣ مرات مقارنة مع اللاتي كانت الفترة ٦ أشهر أو أكثر (٣٩).

استطباب الولادة القيصرية السابق :

يعتمد نجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة على استطباب الولادة القيصرية السابقة نوعاً ما . وجد أن ٩١% من السيدات اللاتي كانت القيصرية الأولى بسبب مجيء مقعدي يلدن مهبلياً لاحقاً (٤٠) ، و إذا كان تألم الجنين هو الاستطباب فإن معدل نجاح الولادة المهبلية لاحقاً يبلغ ٨٤% ، بينما يبلغ المعدل في حالة عسر المخاض ٥٤% (٤١) .

حلّلت العلاقة بين معدل نجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية و درجة اتساع عنق الرحم عند إجراء قيصرية باستطباب عسرة مخاض ، و وجد أن معدل نجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة يبلغ ٧٦% عند إجراء القيصرية السابقة مع اتساع عنق رحم يعادل ٥ سم ، و ٦٣% عندما كان معدل اتساع العنق ٦-٩ سم ، و انخفض معدل نجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة عندما شخصت عسرة المخاض في المرحلة الثانية منه (٤٢) . أما حدوث تمزق الندبة السابقة فكان أعلى عند عدم حدوث تقدم مخاض في الطور الأول (٣٥) .

نمط شق الرحم السابق:

تملك النساء ذوات الندبة المعترضة على القطعة السفلية للرحم خطورة أقل لحدوث تمزق الندبة خلال الحمل التالي ، بينما لوحظت المعدلات الأعلى لتمزق الرحم في حالات الشقوق الممتدة لقعر الرحم كما هي الحال في الشق الكلاسيكي ، و لوحظ أن ندبة الشق الكلاسيكي تتمزق قبل بداية المخاض لدى حوالي ثلث النساء ، و يمكن أن يحدث تمزق الرحم بشكل نادر قبل عدة أسابيع من تمام الحمل (٤٣) .

تجدر الإشارة إلى أن السيدات مع سابقة قيصرية و مشخص لديهن تشوه رحم تشريحي معرضات لخطر تمزق الرحم بنسبة عالية (٤٤) .

إن ارتفاع معدل تمزق الرحم و ما يرافقه من مراضة والدية و وليدية في حالات القيصرية الكلاسيكية أو التشوهات الرحمية ينعكس بانخفاض النسبة المئوية للولادة المهبلية بعدها ،

إما بإجراء قيصرية انتخابية مباشرة أو ازدياد الحساسية للجوء للقيصرية في حال دخول السيدة بمخاض عفوي . و هو ما ورد في توصيات الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال و الجمعية الأمريكية للمولدين و النسائيين من أن سوابق القيصرية الكلاسيكية مضاد استطباب لتجربة المخاض (٢٧) .

طريقة إغلاق الشق السابق:

يمكن أن يغلق الشق المعترض السفلي المحدث على الرحم أثناء العملية القيصرية على طبقة واحدة أو اثنتين . إن الارتباط بين عدد الطبقات التي يغلق الشق بها و خطورة تمزق الرحم لا يزال مثاراً للجدل . وجد أنه لا توجد خطورة زائدة لتمزق الرحم عندما يخاط شق الرحم على طبقة واحدة (٤٥)، بينما ذكر Bujold و رفاقه أن الخياطة على طبقة واحدة ترافقت مع ازدياد خطر تمزق الرحم بمقدار ٤ أضعاف عن الخطر في حالة الخياطة على طبقتين (٤٦) ، و ينعكس هذا التضارب بالرأي على قرار السماح بتجربة مخاض وولادة مهبلية أو اللجوء لقيصرية انتخابية .

تمزق رحم سابق:

إن السيدات اللاتي لديهن تمزق رحم سابق لديهن خطر أكبر لحدوث التمزق لاحقاً . تبلغ خطورة النكس ٦% عندما يكون التمزق في القطعة السفلية ، و ٣٢% عندما يكون التمزق على القطعة العلوية للرحم ، و بسبب هذا الخطر فإن هؤلاء السيدات يجب أن يخضعن

بشكل مثالي لقيصرية انتخابية عندما يتم النضج الرئوي الجنيني ، و الأفضل قبل بدء المخاض ، و يتم إخبارها عن مخاطر المخاض غير المتوقع و علامات تمزق الرحم (٦).

الحمل المتعدد :

لا يبدو أن الحمل التوأمي يزيد من خطر تمزّق الرحم أثناء تجربة الولادة المهبلية بعد القيصرية ، و كان معدل تمزق الرحم ٠,٩% ، و معدل نجاح الولادة المهبلية ٤٥% (٤٧)

قيمة مشعر بيشوب :

إن حالة عنق الرحم مهمة لنجاح تحريض المخاض . وتعد درجة مشعر بيشوب Bishop score إحدى الطرق المستخدمة للتنبؤ بناتج تحريض المخاض .

تعكس درجة مشعر بيشوب المرتفعة "أكبر من ٩" احتمالية عالية لنجاح تحريض المخاض. يعتبر معظم الأخصائيين أن هؤلاء السيدات سوف يكون لديهن تحريض مخاض ناجح و بالتالي ولادة مهبلية . يحدّد مشعر بيشوب ٤ أو أقل وجود عنق غير ناضج ، و بالتالي احتمالية أعلى لفشل الولادة المهبلية (٦) .

العرطلة الجنينة :

لوحظ أن ازدياد حجم الجنين يمكن أن يترافق مع زيادة خطورة تمزق الرحم عند محاولة إجراء ولادة مهبلية بعد الولادة القيصرية السابقة و لكن هذا الأمر ما يزال بحاجة لدليل علمي من قبل دراسات متعددة موسعة و معشاة (٦) .

كانت خطورة تمزق الرحم أعلى بنسبة الضعف عندما يكون وزن الجنين أكثر من ٤٠٠٠ غرام لدى السيدات اللاتي يحاولن إجراء ولادة مهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة دون أن يكون لديهن سوابق ولادة مهبلية ناجحة (٤٨).

قرّرت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال و الكلية الأمريكية للمولدين و النسائيين أن العرطلة الجنينية تترافق مع ازدياد خطورة تمزق الرحم أثناء تجربة المخاض بعد ولادة قيصرية سابقة و بالتالي ارتفاع معدل فشل حدوث الولادة المهبلية (٢٧).

القسم الثاني

القسم العملي

منهجية الدراسة

عنوان الدراسة

عوامل نجاح تجربة المخاض بعد القيصرية الاولى.

Factors associated with successful trial of labor after the first caesarean section

هدف الدراسة

- ✓ تحديد فعالية تجربة المخاض بعد القيصرية الأولى، و العوامل التي تترافق مع نجاحها
- ✓ خفض معدل القيصريات عند المريضات بسوابق قيصرية واحدة و ما يرافقها من اختلاطات و تكلفة.

أهمية الدراسة

حملت العقود الماضية ازدياداً مضطرداً للولادات القيصرية و خاصة لدى الخروسات مع أعمار حملية مختلفة مع ما يرافق هذه الحالة من ازدياد في المراضة الوالدية و الوليدية و

التأثير في الحمول اللاحقة [**1,2**] . يمكن أن نفسر ازدياد معدل العملية القيصرية البدئية بعوامل طبية منها ازدياد عمر الأم و وزنها ، تغير الممارسة التوليدية و التقانات المستخدمة ، و من العوامل غير الطبية إجراء القيصرية حسب طلب الأم . قادت التغيرات المرافقة لهذا التوزع في معدلات القيصريات بالإضافة للدراسات المشجعة المنشورة إلى تزايد الاهتمام بتجربة الولادة المهبلية بعد الولادة القيصرية . أيّدت الكلية الأميركية للمولدين و النسائيين الولادة المهبلية عقب الولادة القيصرية و حثت الأطباء على الاهتمام بها لكنها في الوقت ذاته وجهت إلى ضرورة أخذ الحيطة و الحذر بتأكيدها على أنه أصبح واضحاً أن محاولة الولادة المهبلية بعد الولادة القيصرية تترافق مع خطر نادر و لكنه معتبر لتمزق الرحم مع ما يرافقه من زيادة مخاطر المراضة الوالدية و الوليدية لذلك يجب تقويم السيدة بدقة بالنسبة للعوامل التي لا بد من أخذها في الحسبان عند محاولة الولادة المهبلية عقب الولادة القيصرية السابقة .

تتأثر تجربة المخاض الناجحة بعدد من العوامل منها : عمر الأم ، عدد الحمول ، عمر الحمل الحالي ، مشعر كتلة الجسم ، مشعر بيشوب ، وزن الوليد الحالي ، استطباب القيصرية السابقة ، الفترة الزمنية بين القيصرية السابقة و الولادة الحالية .

أظهرت مراجعات تحليلية للدراسات المنشورة أن الولادة بعملية قيصرية معادة انتخابياً أو الولادة مهبلياً بعد عملية قيصرية سابقة كلاهما له فوائد و أخطار . إن هذه الدراسة تقتفي العوامل التي من شأنها أن تعطي انطباع بإمكانية محاولة إجراء الولادة المهبلية عقب قيصرية واحدة مع إمكانية نجاحها بشكل جيد بغية الوصول إلى انقاص مهم في معدلات

القيصريات المعادة و انقاص معدلات المراضة و الوفيات الناجمة عن العمل الجراحي و اختلاطاته [6].

مواد و طرائق الدراسة :

مكان الدراسة : الهيئة العامة لمستشفى التوليد و أمراض النساء الجامعي في مدينة دمشق : شعبتي المخاض العمومي و الخصوصي .

نمط الدراسة : دراسة مستقبلية من نمط حالة شاهد Case-control study

طرق الدراسة :

- أخذت الموافقة على إجراء الدراسة من قبل مجلس قسم التوليد و أمراض النساء و مجلس كلية الطب البشري و جامعة دمشق .
- أخذت موافقة إدارة الهيئة العامة لمستشفى التوليد و أمراض النساء الجامعي بدمشق .
- أخذت القصة المرضية "وفق الاستمارة الملحقة" من خلال المقابلة الشفهية مع السيدة ، و تشتمل على بيانات عامة حول المريضة .
- تمت متابعة السيدة و تدبيرها اعتماداً على حالة كل مريضة دون التداخل من قبل الباحثة .

- تسجيل البيانات و إدخال الاستمارات إلى قاعدة بيانات حاسوبية .

- تحليل البيانات باستخدام برنامج تحليل إحصائي SPSS-17 ، و استخلاص النتائج التي ظهرت على شكل المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري ، و النسبة المئوية .

- اعتبر المتغير المدروس له قيمة احصائية ذات مغزى من أجل قيمة مستوى الدلالة أقل أو يساوي 0.05 عند مستوى الثقة ٩٥% بواسطة اختبار t-test

- مقارنة النتائج مع النتائج المماثلة الواردة في منشورات الأدب الطبي.

عينة الدراسة :

السيدات الحوامل مع ولادة قيصرية واحدة سابقة ، و تم قبولهن في المشفى بتشخيص "مخاض ولود سوابق ولادة قيصرية سفلية وحيدة" و اللاتي تم إخضاعهن لتجربة المخاض حالياً؛ بدون تحريض مخاض ، و تمت أخذ موافقتهن على الدخول في الدراسة .

قسمت العينة إلى مجموعتين :

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

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

تمت المقارنة بين المجموعتين وفق عدة عوامل منها : عمر الأم ، عدد الحمول ، عدد الولادات المهبلية السابقة ، عمر الحمل الحالي ، مشعر بيشوب عند القبول ، وزن الوليد الحالي ، استطباب القيصرية السابقة ، الفترة الزمنية بين القيصرية والولادة الحالية .

معايير الاشتمال:

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

معايير الاستبعاد :

- السيدات اللاتي كان شق الرحم في القيصرية السابقة كلاسيكياً أو بشكل T معكوسة أو تمزق رحم .
- وجود جراحة رحمية سابقة .
- وجود عدم تناسب حوضي جنيني .

- الحالات التي لم تدخل فيها السيدة بتجربة المخاض (حالات الانسمام الحملي الشديد دون وجود نضج في العنق ، أو انبثاق أغشية مديد دون تبدلات عنقية) .
- وجود مضاد استطباب للولادة المهبلية "ارتكاز مشيمة معيب" .
- حالات المجيئات المعيبة ، الحمل المتعدد ، حالات الاستسقاء الأمنيوسي ، العرطلة الجنينية ، السكري الحملي .
- وجود تشوه جنيني مميت أو جنين يعيق ميكانيكياً الولادة المهبلية " خزب ، استسقاء رأس ، قيلة دماغية ، هيغروما " .

الاعتبارات الأخلاقية :

- ✓ لن يتم استخدام اسم السيدة أو ما يشير إليها في الدراسة .
- ✓ إن الإجراءات المتخذة أثناء الدراسة غير غازية و غير راضة و لا تؤدي إلى أذية إضافية السيدة .
- ✓ لن تحمّل الدراسة السيدة أعباء مادية إضافية .

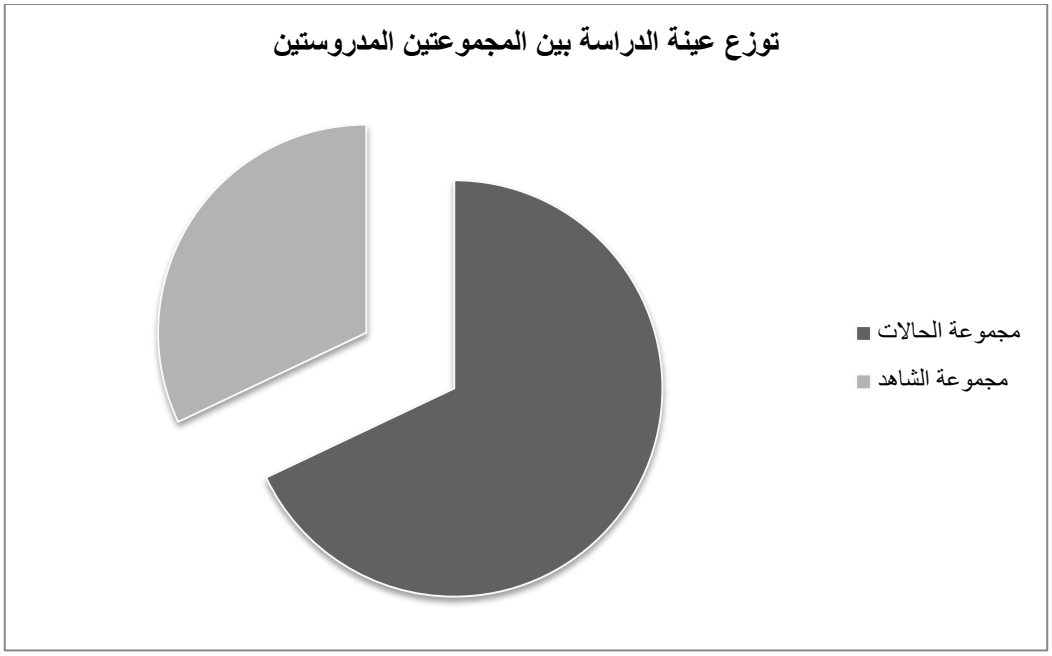
نتائــج الدراسة

توزع عينة الدراسة :

بلغ حجم عينة الدراسة ٣٣٤ سيدة ، وتم تقسيمها إلى :

مجموعة الحالات " السيدات اللاتي حدث لديهن ولادة مهبلية بعد سابقة قيصرية " : ٢٢٧ سيدة (٦٧,٩٦% من حجم العينة).

مجموعة الشاهد " مجموعة السيدات مع سابقة قيصرية وأجري لها قيصرية معادة بعد فشل تجربة المخاض " : ١٠٧ سيدات (٣٢,٠٤% من حجم العينة) ، حسب المخطط رقم (١) .



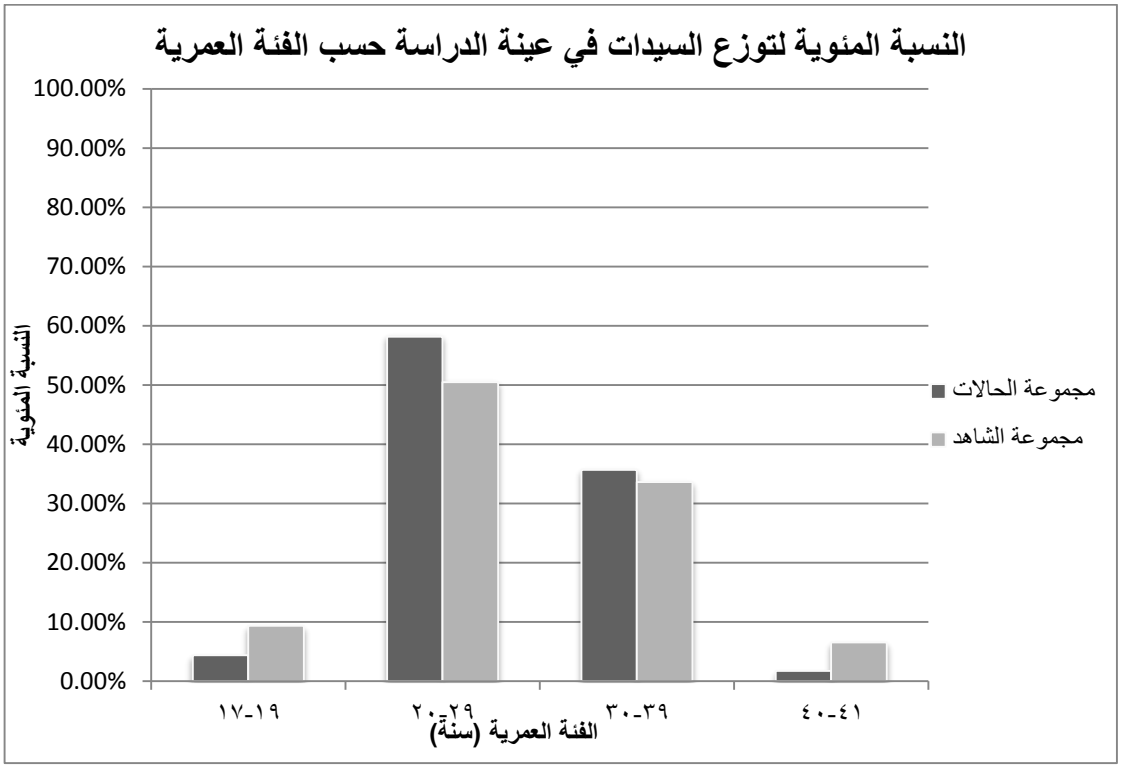
مخطط رقم (1) يمثل توزع عينة الدراسة وفقاً للمجموعة المدروسة.

عمر السيدة الحامل (بالسنوات) :

تم تقسيم السيدات في عينة الدراسة إلى فئات عمرية وفق الجدول رقم (٢) . بلغ المتوسط الحسابي لأعمار المريضات في المجموعة الأولى ٢٤,٢ ± ٥,٢ سنة . أما المجموعة الثانية فقد بلغ المتوسط الحسابي لأعمارها ٢٤,٨ ±٥,٦ سنة .

جدول (٢): توزع السيدات في عينة الدراسة حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد		قيمة P
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية	
١٩-١٧	١٠	%٤,٤١	١٠	%٩,٣٥	٠,٠٨
٢٩-٢٠	١٣٢	%٥٨,١٥	٥٤	%٥٠,٤٧	٠,٠٧
٣٩-٣٠	٨١	%٣٥,٦٨	٣٦	%٣٣,٦٤	٠,٤
٤١-٤٠	٤	%١,٧٦	٧	%٦,٥٤	**٠,٠٢**
المجموع	٢٢٧	%١٠٠	١٠٧	%١٠٠	



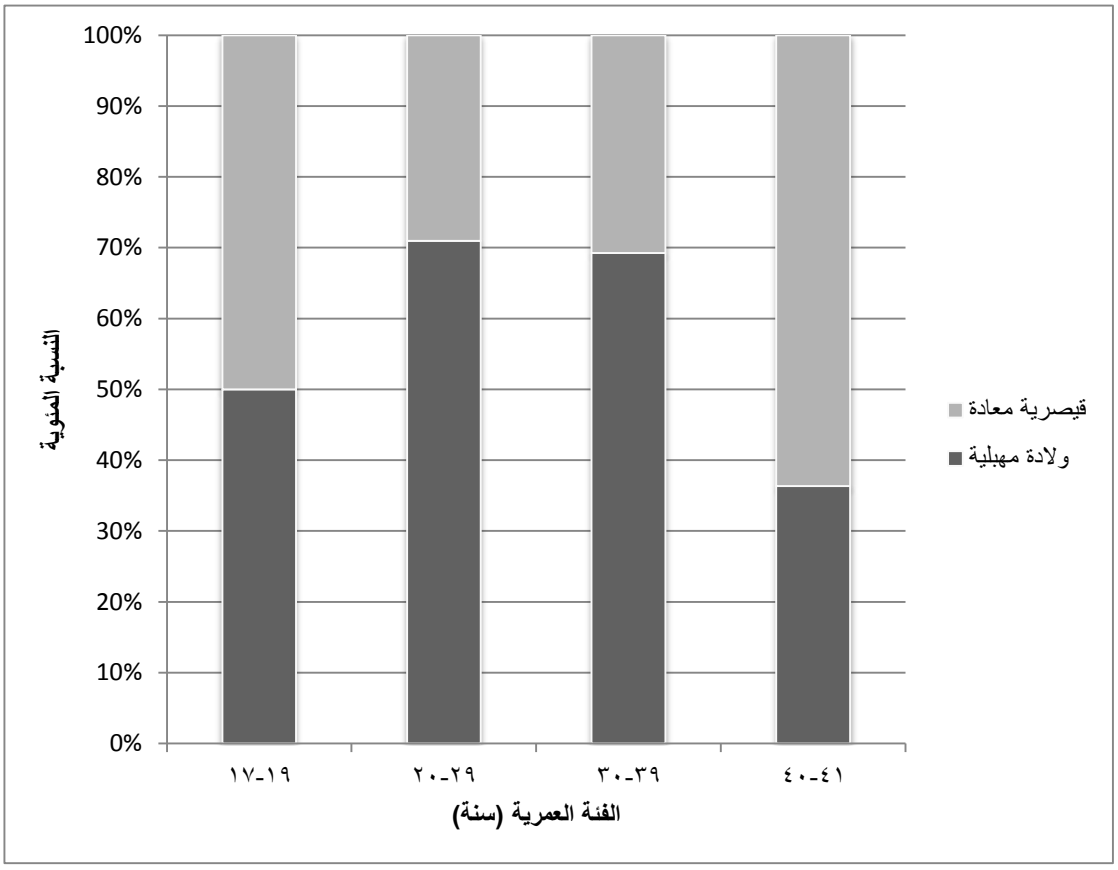
مخطط (٢) النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب العمر (بالسنوات)

ولتحديد دور الفئة العمرية في حدوث الولادة المهبلية تم حساب النسبة المئوية لحدوث الولادة المهبلية ضمن كل فئة، حسب الجدول (٣).

جدول (٣): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة ضمن كل فئة عمرية في عينة الدراسة

الفئة العمرية	العدد (n)	ولادة مهبلية	قيصرية معادة	قيمة p
		العدد (%)	العدد (%)	
١٩-١٧	٢٠	١٠ (٥٠%)	١٠ (٥٠%)	٠,٠٨
٢٩-٢٠	١٨٦	١٣٢ (٧٠,٩٧%)	٥٤ (٢٩,٠٣%)	٠,٠٧
٣٩-٣٠	١١٧	٨١ (٦٩,٢٣%)	٣٦ (٣٠,٧٧%)	٠,٤
٤١-٤٠	١١	٤ (٣٦,٣٦%)	٧ (٦٣,٦٤%)	**٠,٠٢**
المجموع	٣٣٤	٢٢٧ (٦٧,٩٦%)	١٠٧ (٣٢,٠٤%)	

لم يظهر التحليل الإحصائي فروق هامة إحصائياً في عمر السيدة (بالسنوات) بين المجموعتين حسب الفئات باستثناء فئة السيدات بأعمار (٤٠-٤١ سنة) حيث كان الفارق هاماً (P<0.05) مع انتهاء ٦٣,٦٤% من السيدات في هذه الفئة بولادة قيصرية. نجد من الجدول أيضاً أن السيدات في الفئة العمرية أقل من ٢٠ سنة كان لديهن ولادة مهبلية أقل مقارنة بباقي الفئات، مع حدوث الولادة القيصرية في ٥٠% من الحالات.



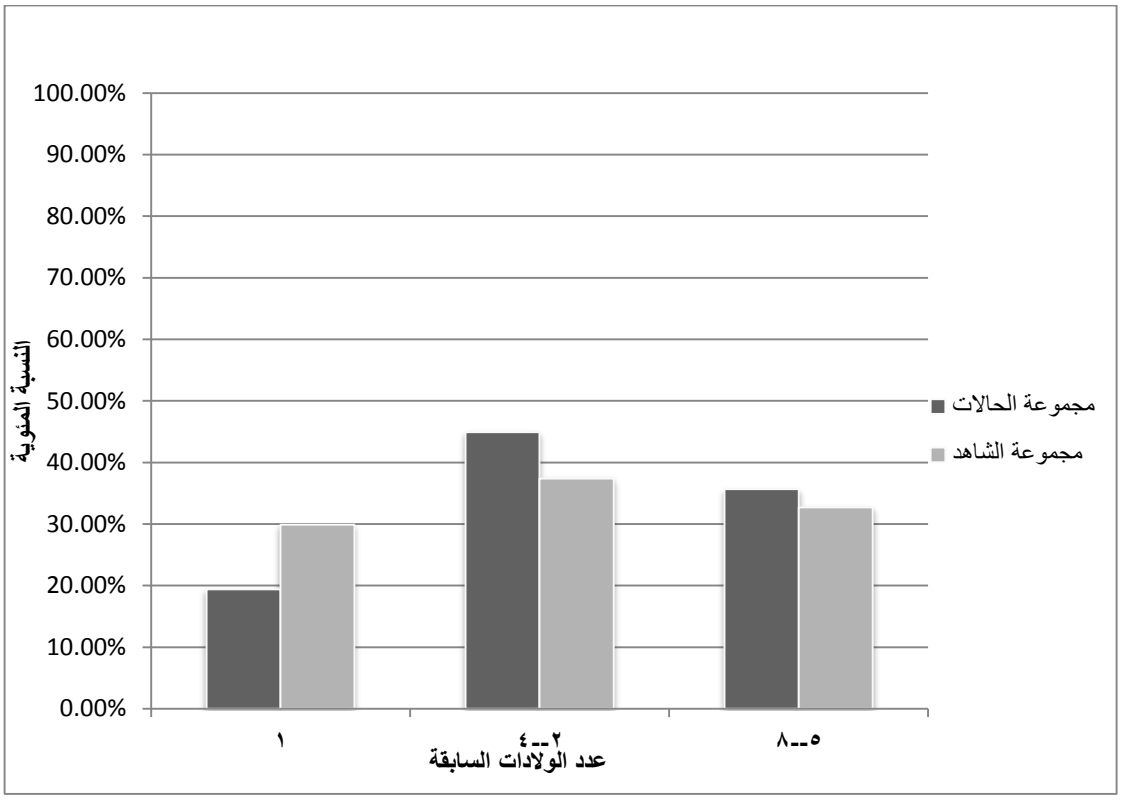
المخطط (٣) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية بعد قيصرية حسب الفئة العمرية ضمن عينة الدراسة

عدد الولادات السابقة:

تم تقسيم السيدات في عينة الدراسة إلى فئات وفق عدد الولادات السابقة .

جدول (٤): توزع السيدات في عينة الدراسة حسب عدد الولادات السابقة

عدد الولادات	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد		قيمة P
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية	
١	٤٤	%١٩,٣٨	٣٢	%٢٩,٩١	**٠,٠٤**
٤-٢	١٠٢	%٤٤,٩٣	٤٠	%٣٧,٣٨	٠,٢
٨-٥	٨١	%٣٥,٦٨	٣٥	%٣٢,٧١	٠,٤
المجموع	٢٢٧	%١٠٠	١٠٧	%١٠٠	



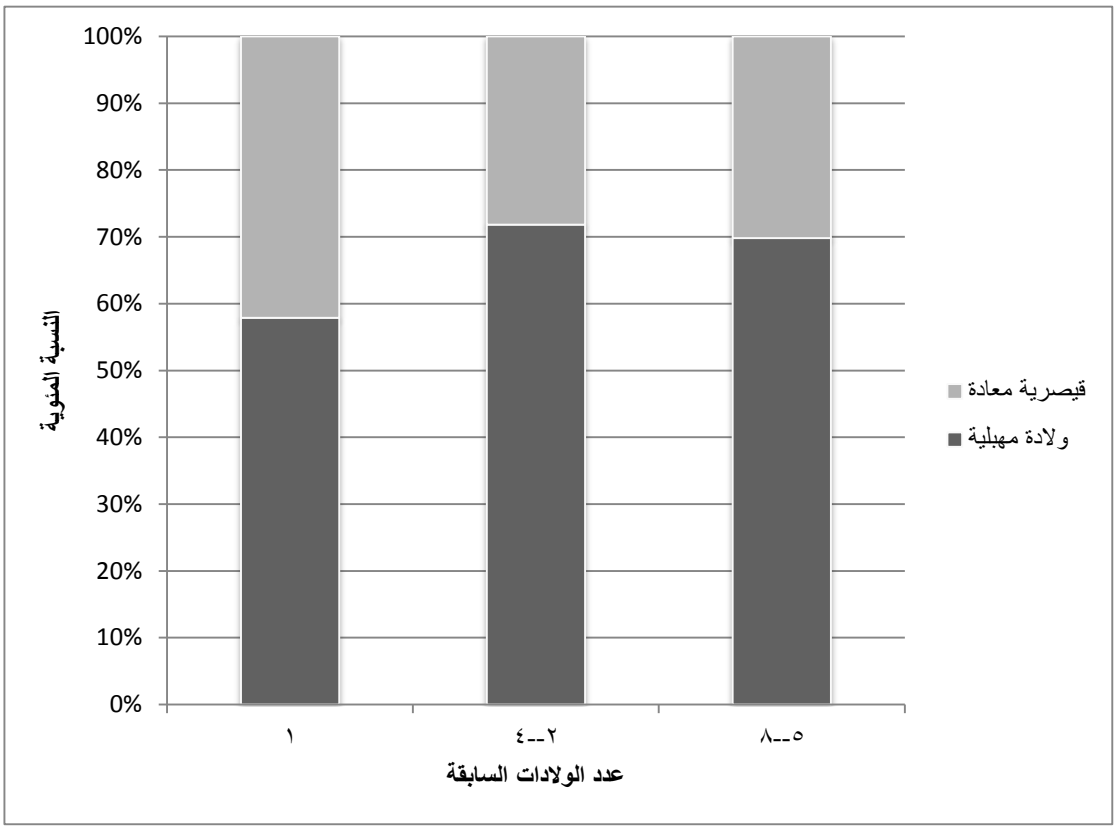
مخطط (٤) النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب عدد الولادات السابقة

ولتحديد دور عدد الولادات السابقة في حدوث الولادة المهبلية حالياً تم حساب النسبة المئوية لحدوث الولادة المهبلية ضمن كل فئة، حسب الجدول (٥).

جدول (٥): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب عدد الولادات السابقة في عينة الدراسة

عدد الولادات	العدد (n)	ولادة مهبلية	قيصرية معادة	قيمة p
		العدد (%)	العدد (%)	
١	٧٦	٤٤ (٥٧,٨٩%)	٣٢ (٤٢,١١%)	**٠,٠٤**
٢–٤	١٤٢	١٠٢ (٧١,٨٣%)	٤٠ (٢٨,١٧%)	٠,٢
٥–٨	١١٦	٨١ (٦٩,٨٣%)	٣٥ (٣٠,١٧%)	٠,٤
المجموع	٣٣٤	٢٢٧ (٦٧,٩٦%)	١٠٧ (٣٢,٠٤%)	

نجد من الجدول (٥) أن السيدات مع ولادة سابقة وحيدة "أي السيدات مع سابقة قيصرية لم تلد سواها" كانت نسبة الولادة المهبلية لديهن أقل بشكل هام من باقي السيدات اللاتي كان لديهن سوابق ولادة مهبلية.

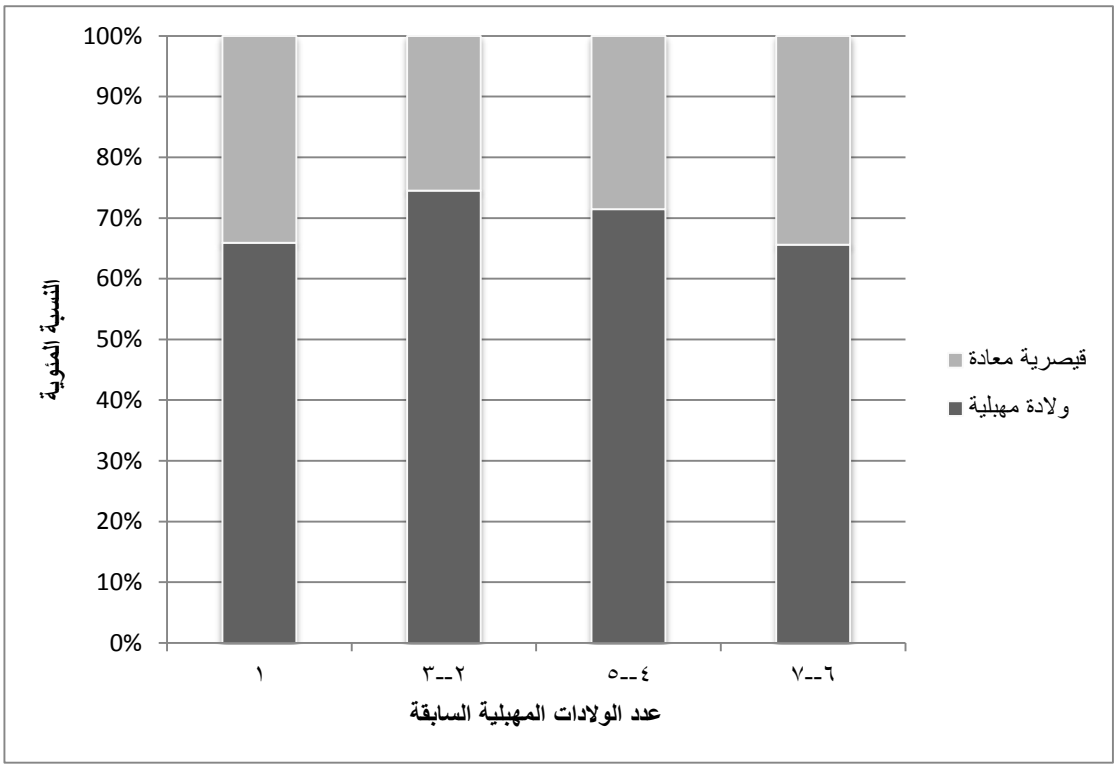


المخطط (٥) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية بعد قيصرية حسب عدد الولادات السابقة

تمت دراسة تأثير عدد الولادات المهبلية على طريقة الولادة الحالية كما هو موضح في الجدول (٦) ، لم يكن هناك فروق هامة إحصائياً تربط بين عدد الولادات المهبلية السابقة وبين نجاح الولادة المهبلية عقب قيصرية سابقة ، على الرغم من أن تكرار الولادة المهبلية كان أقل عند عدد ولادات مهبلية (١) و (٦–٧) ولادة مهبلية .

جدول (٦): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب عدد الولادات المهبلية السابقة

عدد الولادات المهبلية	العدد (n)	ولادة مهبلية العدد (%)	قيصرية معادة العدد (%)	قيمة p
١	٤٤	٢٩ (٦٥,٩١%)	١٥ (٣٤,٠٩%)	٠,٤
٢–٣	٩٨	٧٣ (٧٤,٤٩%)	٢٥ (٢٥,٥١%)	٠,٣
٤–٥	٨٤	٦٠ (٧١,٤٣%)	٢٤ (٢٨,٥٧%)	٠,٧
٦–٧	٣٢	٢١ (٦٥,٦٢%)	١١ (٣٤,٣٨%)	٠,٤
المجموع	٢٥٨	١٨٣ (٧٠,٩٣%)	٧٥ (٢٩,٠٧%)	



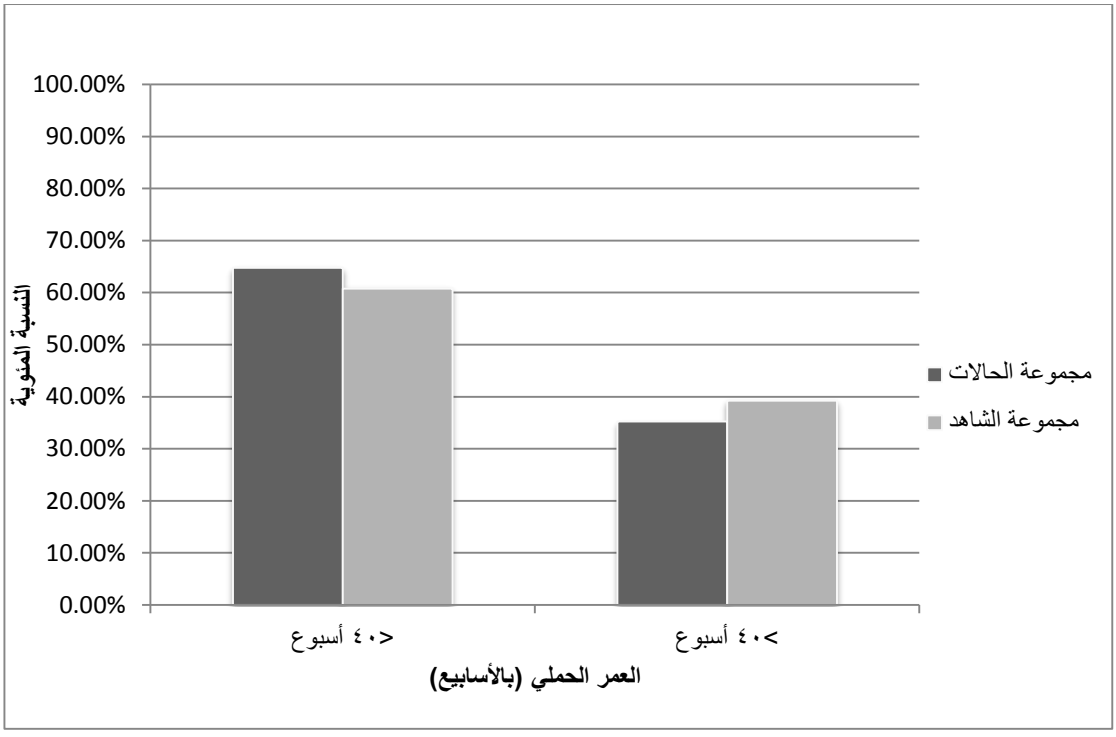
المخطط (٦) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية بعد قيصرية حسب عدد الولادات المهبلية السابقة

العمر الحملي (بالأسابيع) :

بلغ متوسط العمر الحملي في المجموعة المدروسة ٣٩,٣ أسبوعاً حملياً، أما مجموعة الشاهد فقد بلغ المتوسط العمر الحملي ٣٩,٥ أسبوعاً حملياً. يبين الجدول (٧) توزع مجموعتي الدراسة وفق فئات العمر الحملي .

جدول (٧): تكرارات والنسب المئوية للسيدات في عينة الدراسة حسب العمر الحملي (بالأسابيع) .

العمر الحملي	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد		قيمة p
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية	
٤٠> أسبوع	١٤٧	%٦٤,٧٦	٦٥	%٦٠,٧٥	٠,٤
٤٠< أسبوع	٨٠	%٣٥,٢٤	٤٢	%٣٩,٢٥	
المجموع	٢٢٧	%١٠٠	١٠٧	%١٠٠	

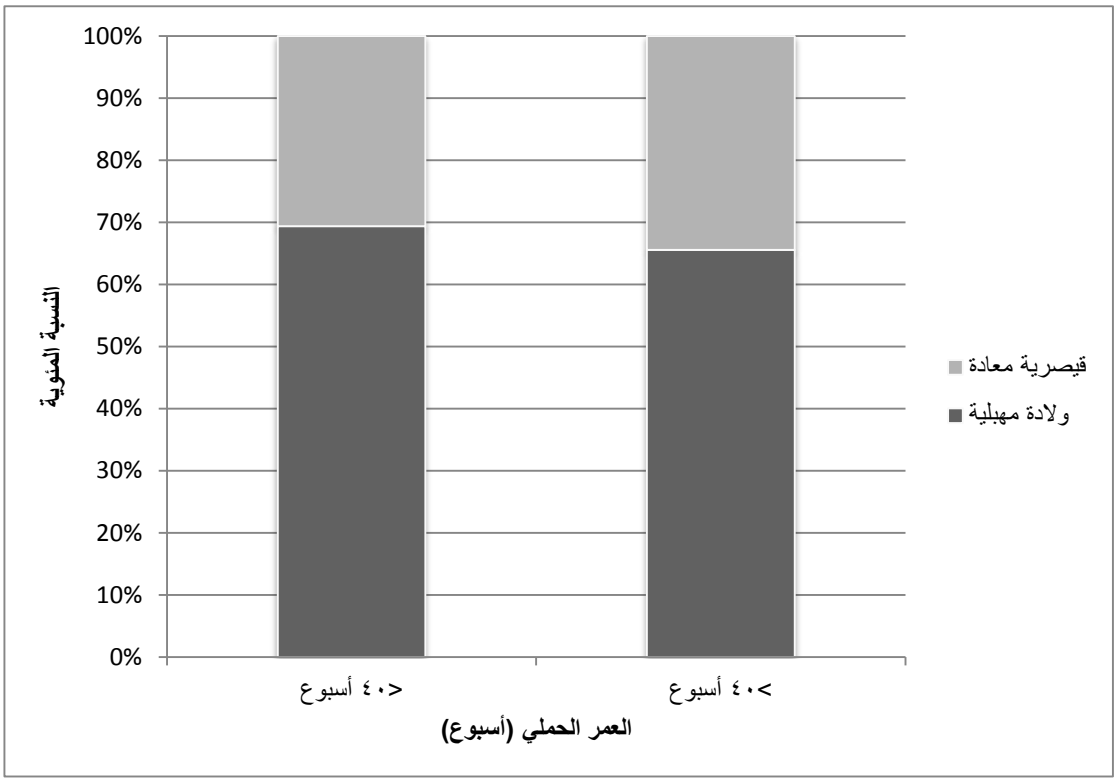


مخطط رقم (٧) يمثل النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب العمر الحملي .

تم إدراج الجدول (٨) الذي يحدّد النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية أو القيصرية ضمن فئات العمر الحملي ووجد أن السيدات مع عمر حملي أكبر من ٤٠ أسبوعاً حملياً كان لديهن معدل قيصرية معادة أعلى ، ولكن دون وجود أهمية إحصائية لذلك .

جدول (٨): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب فئة العمر الحملي

العمر الحملي	العدد (n)	ولادة مهبلية	قيصرية معادة	قيمة p
		العدد (%)	العدد (%)	
٤٠> أسبوع	٢١٢	١٤٧ (٦٩,٣٤%)	٦٥ (٣٠,٦٦%)	٠,٤
٤٠< أسبوع	١٢٢	٨٠ (٦٥,٥٧%)	٤٢ (٣٤,٤٣%)	
المجموع	٣٣٤	٢٢٧ (٦٧,٩٦%)	١٠٧ (٣٢,٠٤%)	



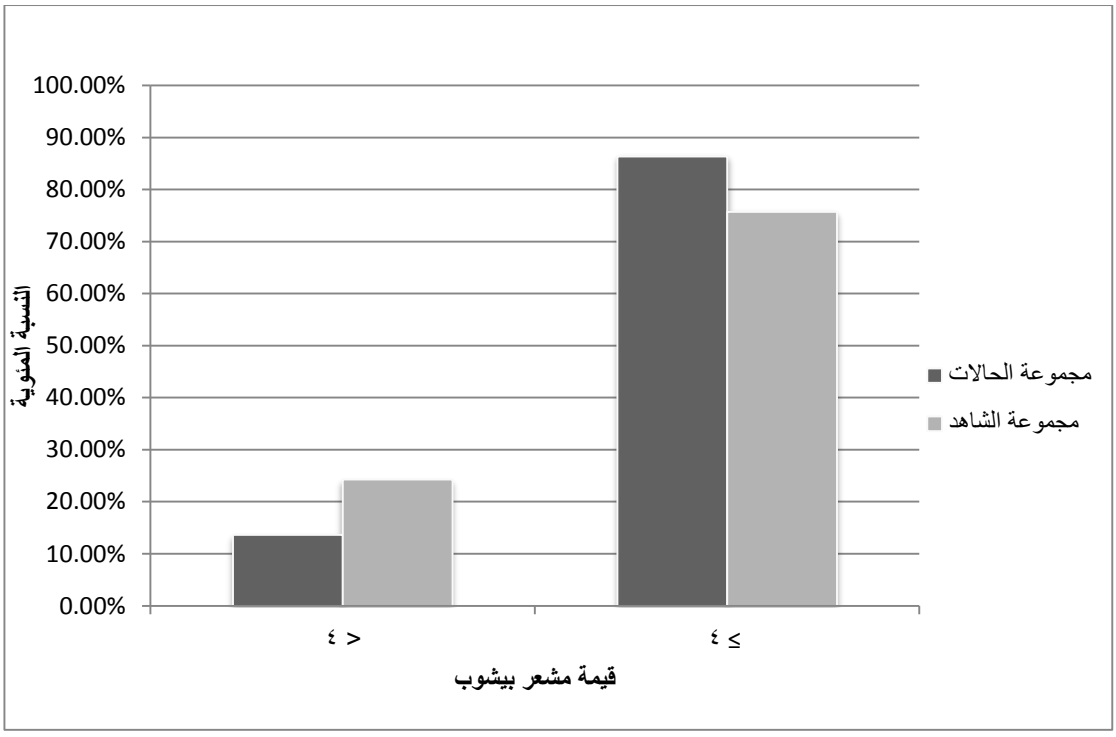
المخطط (٨) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية والقيصرية المعادة بعد قيصرية حسب العمر الحملي

قيمة مشعر بيشوب عند القبول:

قسّمت قيم مشعر بيشوب عند القبول إلى فئتين، ويستعرض الجدول (٩) النتائج.

جدول (٩): تكرارات والنسب المئوية للسيدات في عينة الدراسة حسب قيمة مشعر بيشوب عند القبول .

قيمة مشعر بيشوب	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد		قيمة p
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية	
< ٤	٣١	%١٣,٦٦	٢٦	%٢٤,٣	**٠,٠٢**
≤ ٤	١٩٦	%٨٦,٣٤	٨١	%٧٥,٧	
المجموع	٢٢٧	%١٠٠	١٠٧	%١٠٠	



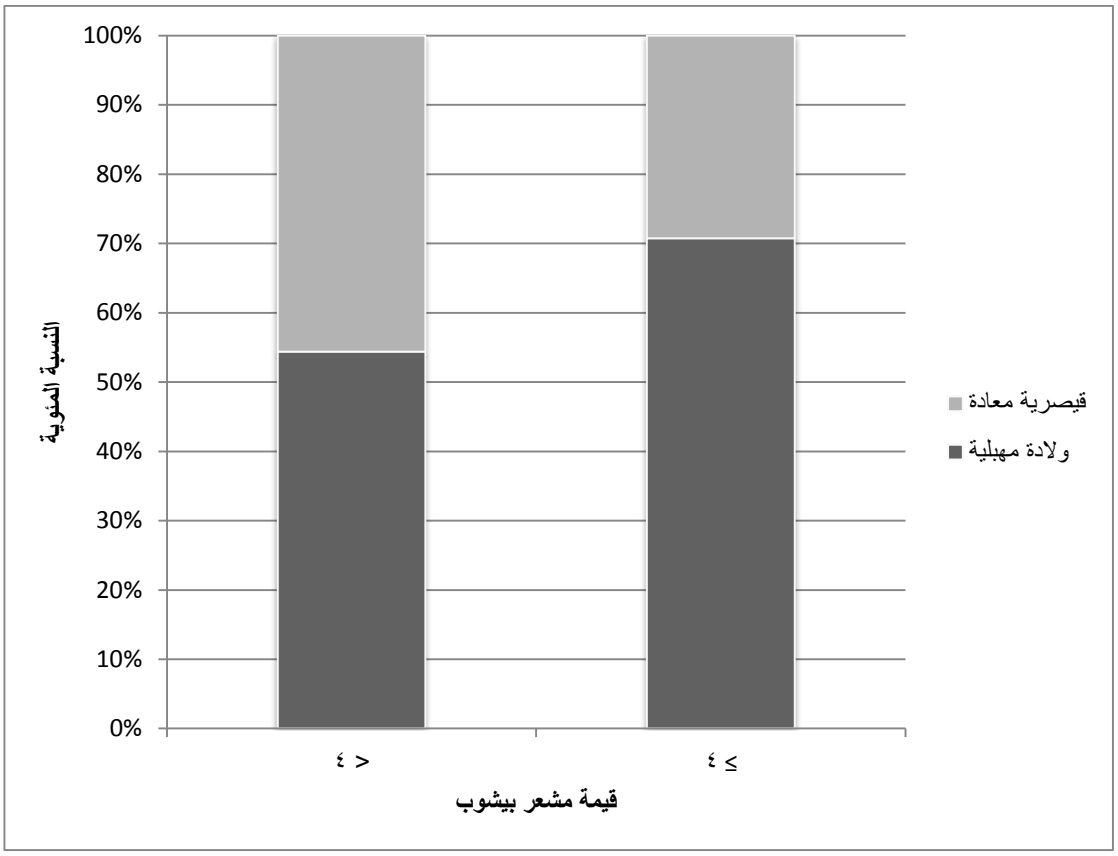
مخطط رقم (٩) يمثل النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب قيمة مشعر بيشوب عند القبول.

ولتحديد أهمية قيمة مشعر بيشوب تمت دراسة نسبة الولادة المهبلية والولادة القيصرية في كل فئة بشكل مستقل، ويبين الجدول (١٠) النتائج ، نلاحظ أن قيمة مشعر بيشوب المنخفضة (أقل من ٤) ترافقت مع معدل أقل لنجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية، مع

وجود أهمية إحصائية لذلك الفرق .

جدول (١٠): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب قيمة مشعر بيشوب عند القبول في عينة الدراسة

قيمة مشعر بيشوب	العدد (n)	ولادة مهبلية	قيصرية معادة	قيمة p
		العدد (%)	العدد (%)	
< ٤	٥٧	٣١ (٥٤,٣٩%)	٢٦ (٤٥,٦١%)	**٠,٠٢**
≤ ٤	٢٧٧	١٩٦ (٧٠,٧٦%)	٨١ (٢٩,٢٤%)	
المجموع	٣٣٤	٢٢٧ (٦٧,٩٦%)	١٠٧ (٣٢,٠٤%)	



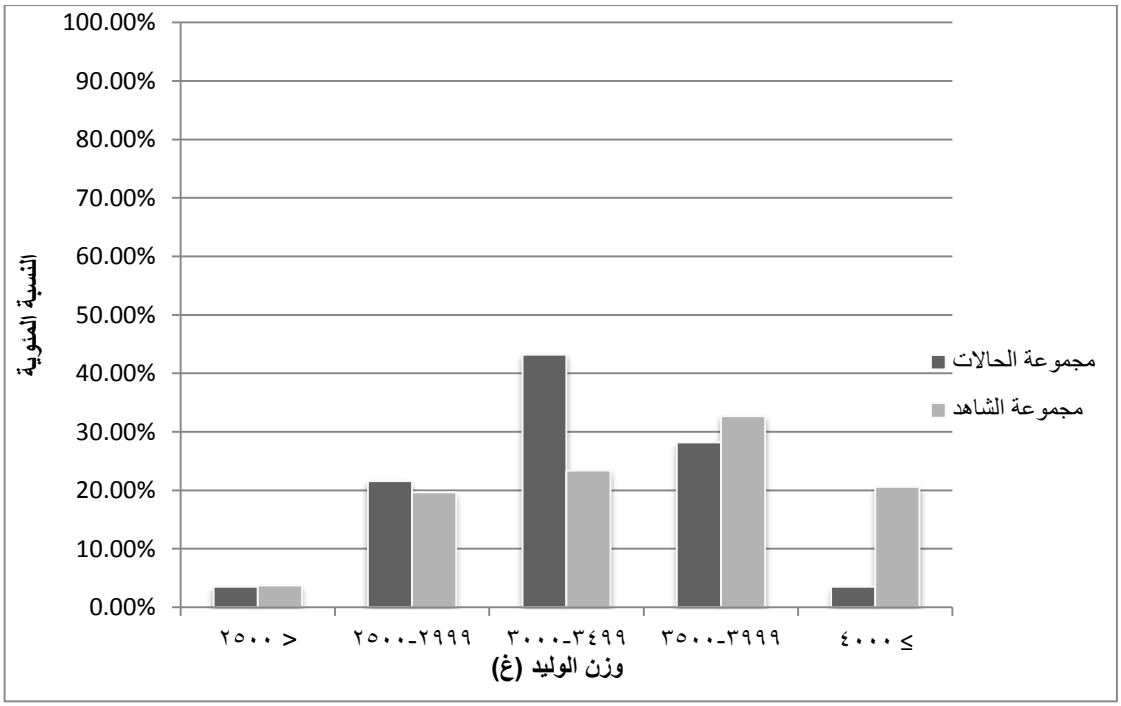
المخطط (١٠) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية بعد قيصرية حسب قيمة مشعر بيشوب عند القبول ضمن عينة الدراسة

وزن الوليد (بالغرام) عند الولادة :

بلغ المتوسط الحسابي لوزن الولدان عند الولادة في مجموعة الحالات ٣٤٨٠±٤٩٥ غراماً، أما في مجموعة الشاهد فقد كان المتوسط الحسابي ٣٥٧٥±٥٢٠ غراماً . يبين الجدول (١١) توزع السيدات في مجموعتي الدراسة وفق فئات وزن الوليد.

جدول (١١): توزع السيدات في عينة الدراسة حسب وزن الولدان عند الولادة والنسب المئوية.

وزن الوليد (غرام)	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد		قيمة p
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية	
< ٢٥٠٠	٨	%٣,٥٢	٤	%٣,٧٤	٠,٥
٢٥٠٠-٢٩٩٩	٤٩	%٢١,٥٩	٢١	%١٩,٦٣	٠,٤
٣٠٠٠-٣٤٩٩	٩٨	%٤٣,١٧	٢٥	%٢٣,٣٦	٠,٠٠١
٣٥٠٠-٣٩٩٩	٦٤	%٢٨,١٩	٣٥	%٣٢,٧١	٠,٣
≤ ٤٠٠٠	٨	%٣,٥٢	٢٢	%٢٠,٥٦	٠,٠٠١
المجموع	٢٢٧	%١٠٠	١٠٧	%١٠٠	

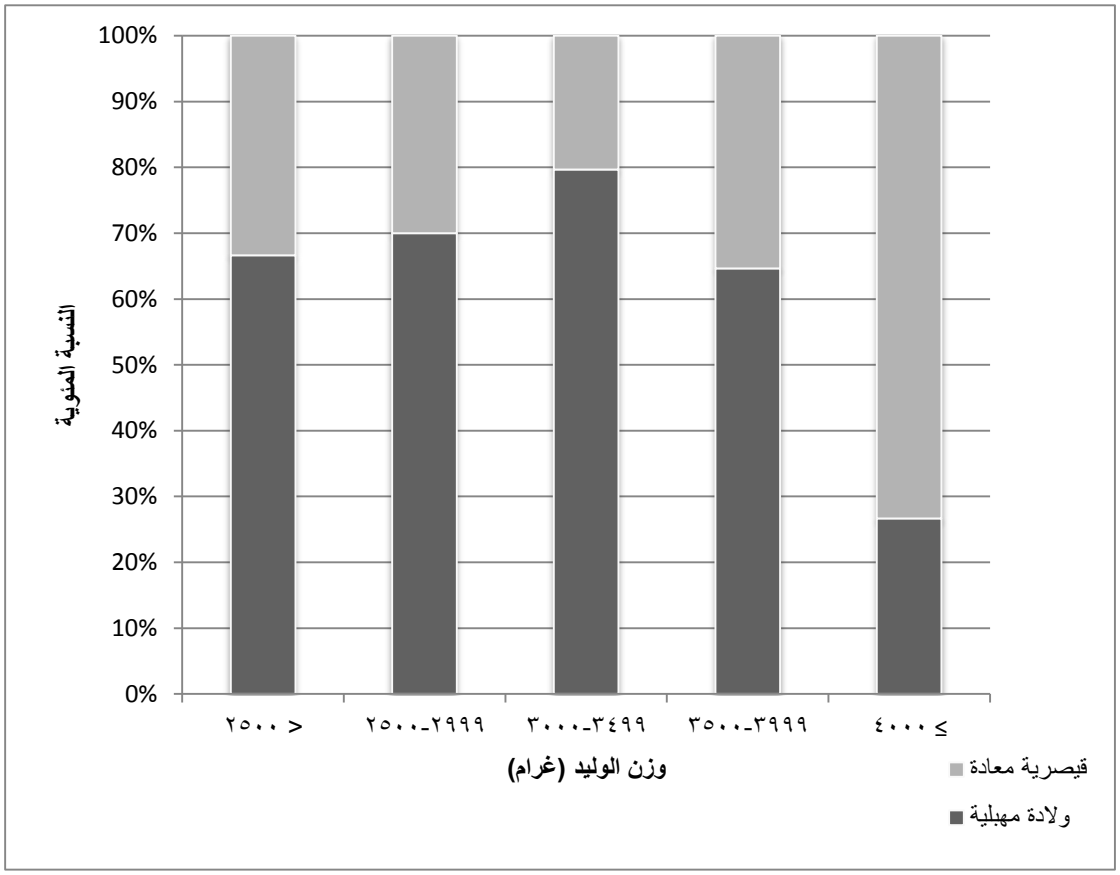


مخطط رقم (١١) يمثل النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب وزن الوليد

لتحديد دور وزن الوليد في نجاح تجربة المخاض تم تبويب الجدول (١٢) الذي يظهر تكرارات الولادة المهبلية أو القيصرية المعادة ضمن كل فئة من فئات وزن الوليد .

جدول (١٢): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب فئة وزن الوليد في عينة الدراسة

وزن الوليد (غ)	العدد (n)	ولادة مهبلية	قيصرية معادة	قيمة p
		العدد (%)	العدد (%)	
٢٥٠٠ >	١٢	٨ (٦٦,٦٧%)	٤ (٣٣,٣٣%)	٠,٥
٢٩٩٩-٢٥٠٠	٧٠	٤٩ (٧٠%)	٢١ (٣٠%)	٠,٤
٣٤٩٩-٣٠٠٠	١٢٣	٩٨ (٧٩,٦٧%)	٢٥ (٢٠,٣٣%)	**٠,٠٠١**
٣٩٩٩-٣٥٠٠	٩٩	٦٤ (٦٤,٦٥%)	٣٥ (٣٥,٣٥%)	٠,٣
٤٠٠٠ ≤	٣٠	٨ (٢٦,٦٧%)	٢٢ (٧٣,٣٣%)	**٠,٠٠١**
المجموع	٣٣٤	٢٢٧ (٦٧,٩٦%)	١٠٧ (٣٢,٠٤%)	



المخطط (١٢) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب وزن الوليد في الدراسة.

نجد من الجدول أن نجاح حدوث الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة كان أعلى بشكل هام إحصائياً في فئة وزن وليد بين (٣٠٠٠-٣٤٩٩ غرام). بينما كان معدل النجاح منخفضاً بشكل هام في الاوزان الكبيرة (وزن الوليد ≤ ٤٠٠٠ غرام) .

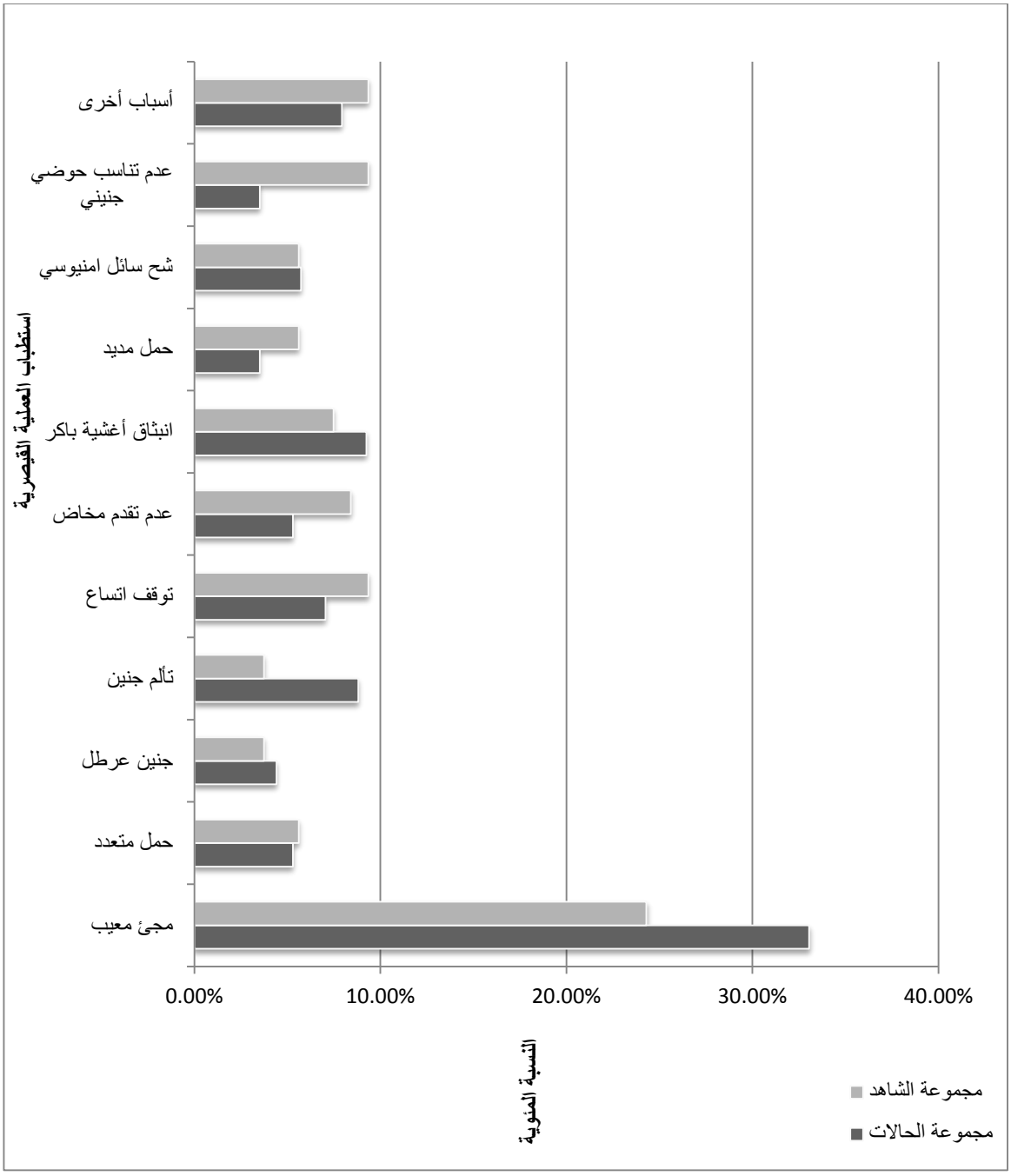
استطباب القيصرية الأولى:

يبين الجدول (١٣) استطباب القيصرية الأولى، ونجد من الجدول أن المجيئات المعيبة كانت السبب الأول لإجراء القيصرية الأولى في المجموعتين وتلاها توقف الاتساع الثانوي، وتألم الجنين، وانبثاق الأغشية الباكر.

جدول يبين النسب المئوية لاستطبابات العملية القيصرية الأولى في العينة.

استطباب القيصرية الأولى	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
مجيء معيب	75	%33.04	26	%24.3
حمل متعدد	12	%5.29	6	%5.61
جنين عرطل	10	%4.41	4	%3.74
تألم جنين	20	%8.81	4	%3.74
توقف اتساع ثانوي	16	%7.05	10	%9.35
عدم تقدم مخاض	12	%5.29	9	%8.41
انبثاق أغشية باكر	21	%9.25	8	%7.48
نزف تناسلي	6	%2.64	5	%4.67
ما قبل إرجاج/إرجاج	8	%3.52	3	%2.8
حمل مديد	8	%3.52	6	%5.61
شح سائل أمنيوسي	13	%5.73	6	%5.61
عدم تناسب حوضي جنيني	8	%3.52	10	%9.35
أسباب أخرى	18	%7.93	10	%9.35
المجموع	227	%100	107	%100

ضمت الأسباب الأخرى إما عدم معرفة السبب أو رغبة المريضة.



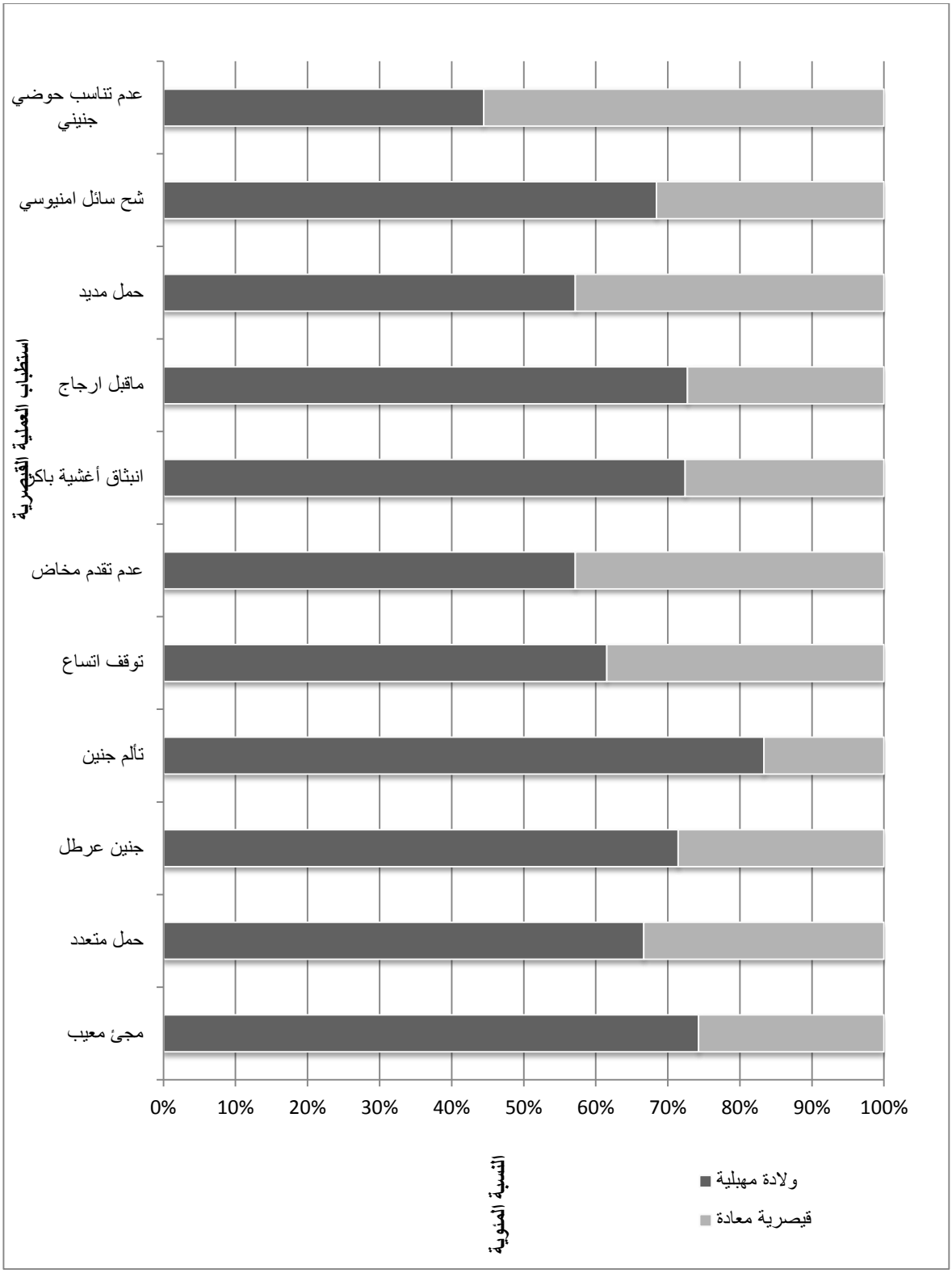
مخطط رقم (13) يبين النسب المئوية لاستطبابات العملية القيصرية الأولى في العينة.

يحدد الجدول التالي رقم (١٤) دور استطباب القيصرية الأولى في معدل الولادة المهبلية في الحمل الحالي .

جدول (١٤): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب استطباب القيصرية الأولى

الاستطباب	العدد (n)	ولادة مهبلية	قيصرية معادة	قيمة p
		العدد (%)	العدد (%)	
مجيء معيب	١٠١	٧٥ (٧٤,٢٦%)	٢٦ (٢٥,٧٤%)	٠,١
حمل متعدد	١٨	١٢ (٦٦,٦٧%)	٦ (٣٣,٣٣%)	٠,٧
جنين عرطل	١٤	١٠ (٧١,٤٣%)	٤ (٢٨,٥٧%)	٠,٦
تألم جنين	٢٤	٢٠ (٨٣,٣٣%)	٤ (١٦,٦٧%)	٠,١
توقف اتساع ثانوي	٢٦	١٦ (٦١,٥٤%)	١٠ (٣٨,٤٦%)	٠,٥
عدم تقدم مخاض	٢١	١٢ (٥٧,١٤%)	٩ (٤٢,٨٦%)	٠,٣
انبثاق أغشية باكر	٢٩	٢١ (٧٢,٤١%)	٨ (٢٧,٥٩%)	٠,٦
نزف تناسلي	١١	٦ (٥٤,٥٥%)	٥ (٤٥,٤٥%)	٠,٤
ماقبل إرجاج/إرجاج	١١	٨ (٧٢,٧٣%)	٣ (٢٧,٢٧%)	٠,٦
حمل مديد	١٤	٨ (٥٧,١٤%)	٦ (٤٢,٨٦%)	٠,٤
شح سائل أمنيوسي	١٩	١٣ (٦٨,٤٢%)	٦ (٣١,٥٨%)	٠,٨
عدم تناسب حوضي جنيني	١٨	٨ (٤٤,٤٤%)	١٠ (٥٥,٥٦%)	**٠,٠٣**
أسباب أخرى	٢٨	١٨ (٦٤,٢٩%)	١٠ (٣٥,٧١%)	٠,٦
المجموع	٣٣٤	٢٢٧ (٦٧,٩٦%)	١٠٧ (٣٢,٠٤%)	

من الجدول السابق نجد أن ٨٣,٣٣% من السيدات اللاتي أجري لهن قيصرية أولى باستطباب تألم جنين قد ولدن مهبلياً في الحمل الحالي . فيما لم يحدث ذلك إلا في ٤٤,٤٤% من السيدات مع قيصرية سابقة بسبب عدم تناسب حوضي جنيني وقد كان الفارق هام إحصائياً (P= ٠,٠٣).



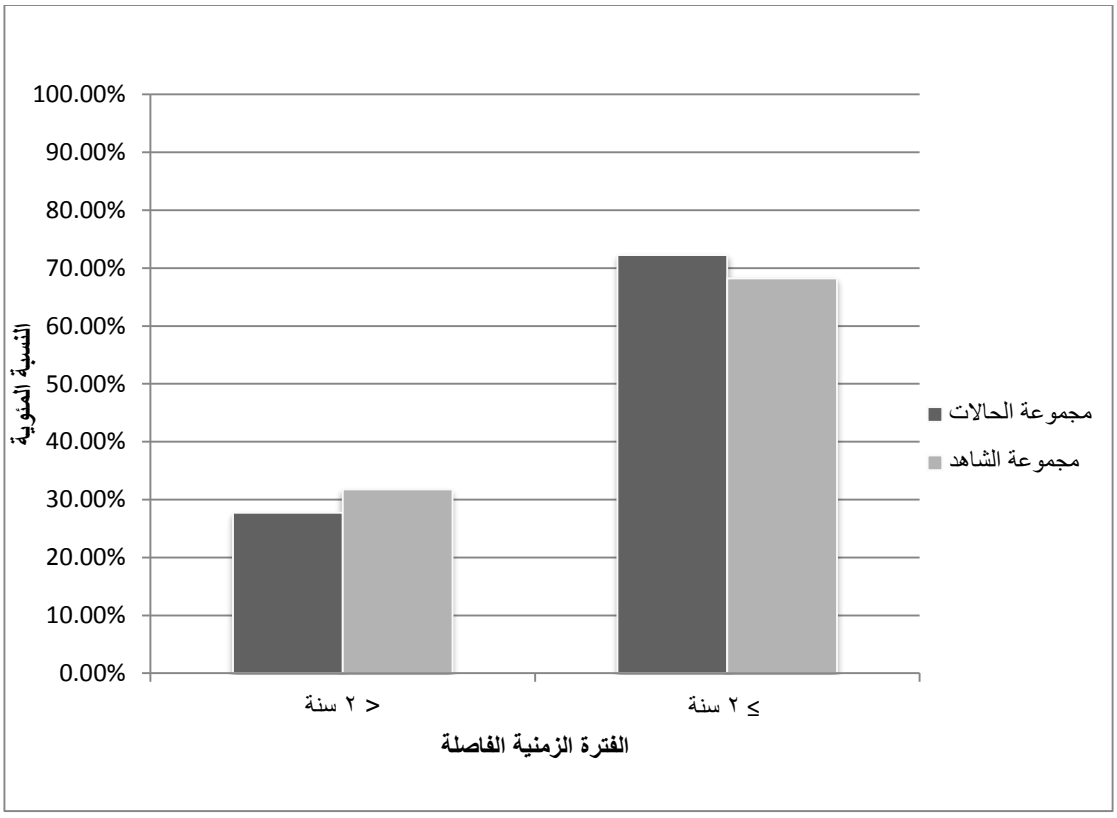
المخطط (١٤) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية بعد قيصرية حسب استطباب القيصرية الأولى

الفترة الزمنية الفاصلة (بالسنوات) بين القيصرية السابقة والحمل الحالي:

تم تقسيم السيدات بناء على الفترة الفاصلة بين القيصرية السابقة والحمل الحالي إلى فئتين وفق الجدول (١٥) .

جدول (١٥): تكرارات والنسب المئوية للسيدات في عينة الدراسة حسب الفترة الزمنية الفاصلة.

الفترة الزمنية الفاصلة	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد		قيمة P
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية	
< ٢ سنة	٦٣	%٢٧,٧٥	٣٤	%٣١,٧٨	٠,٤
≤ ٢ سنة	١٦٤	%٧٢,٢٥	٧٣	%٦٨,٢٢	
المجموع	٢٢٧	%١٠٠	١٠٧	%١٠٠	

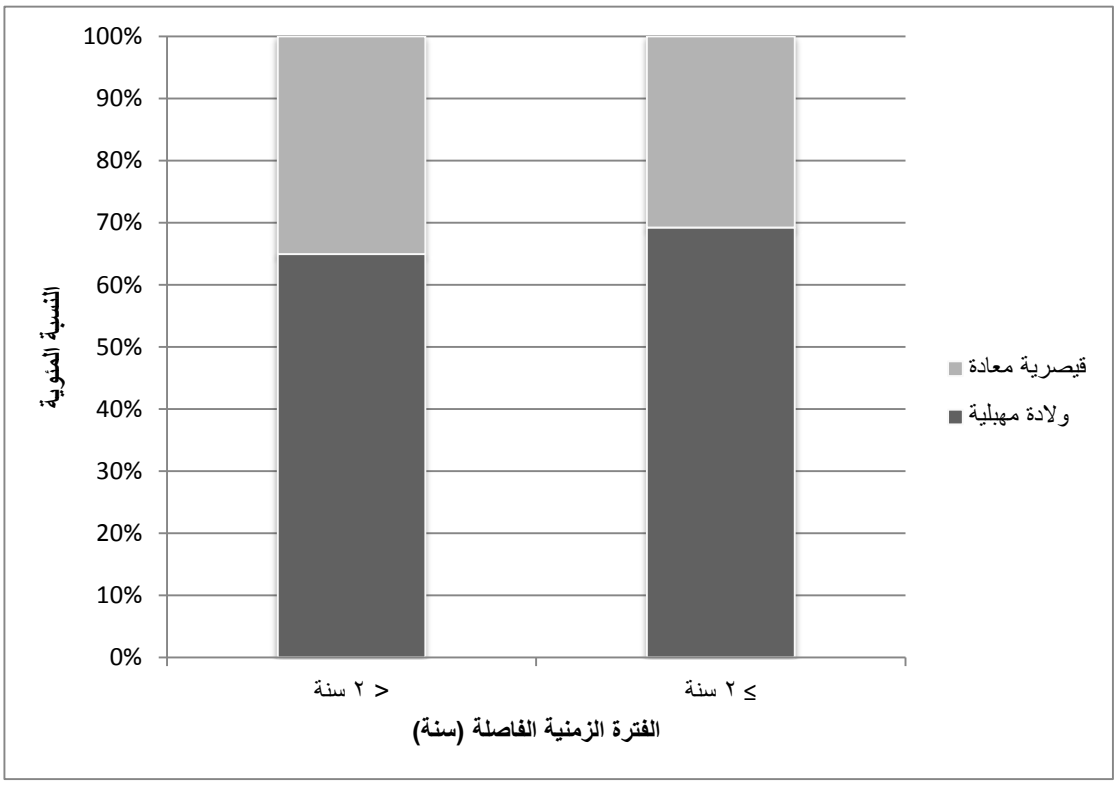


مخطط رقم (١٥) يمثل توزع السيدات في عينة الدراسة حسب الفترة الزمنية الفاصلة.

تمت دراسة نسبة الولادة المهبلية والولادة القيصرية في كل فئة بشكل مستقل، ويبين الجدول (١٦) النتائج ، حيث نلاحظ أن الفترة الزمنية الفاصلة أقل من سنتين ترافقت مع معدل أقل لنجاح الولادة المهبلية ولكن من دون أهمية إحصائية (P>0.05).

جدول (١٦): يبين تكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية والقيصرية المعادة حسب الفترة الزمنية الفاصلة

الفترة الزمنية الفاصلة	العدد (n)	ولادة مهبلية	قيصرية معادة	قيمة P
		العدد (%)	العدد (%)	
< ٢ سنة	٩٧	٦٣ (٦٤,٩٥%)	٣٤ (٣٥,٠٥%)	٠,٤
≤ ٢ سنة	٢٣٧	١٦٤ (٦٩,٢%)	٧٣ (٣٠,٨%)	
المجموع	٣٣٤	٢٢٧ (٦٧,٩٦%)	١٠٧ (٣٢,٠٤%)	



المخطط (١٦) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية بعد قيصرية حسب الفترة الزمنية الفاصلة.

مناقشة النتائج

ما يزال نمط الولادة بعد ولادة قيصرية سابقة موضع جدل ونقاش بين المؤيدين للدخول في تجربة المخاض و السماح بالولادة المهبلية و بين مناصري القيصرية المعادة ، ولكلٍ تبريراته و موجباته.

درست عدة عوامل لتحديد أهميتها الإنذارية للتنبؤ بإمكانية الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة. و لتحديد العوامل المنذرة بنجاح هذه التجربة أُجرِيت الدراسة في الهيئة العامة لمستشفى التوليد و أمراض النساء الجامعي في دمشق ، و تألفت عينة الدراسة من ٣٣٤ سيدة حققت شروط الدراسة ، و قسمت العينة إلى مجموعتين متساويتين .

حدثت الولادة المهبلية في ٦٧,٩٦% من الحالات، و هي أخفض من النسبة المئوية المسجلة في مراجعة Rossi ورفاقه والتي بلغت ٧٣% **(٢٤)**، ودراسة Omole-Ohonsi ورفاقه و التي بلغت ٧٢,٥% **(٤٩)** ، أو في دراسة د.عفاف الاحمد في مشفانا عام ٢٠٠٧م والتي بلغت ٧٤,٣٤% **(٥٠)** .

كان لعمر السيدة الحامل فوق ٤٠ سنة فارق هام إحصائياً مع ازدياد نسبة الولادة القيصرية في هذه الفئة ، و قد يرتبط ذلك بعدد الولادات الكبير و ما يرافقه من عسر تطور المخاض او الرغبة في إجراء ربط البوقين و بالتالي تقبل أسهل لفكرة إجراء قيصرية معادة. تتوافق هذه النتيجة مع دراسة د.عفاف الأحمد المحلية السابقة **(٥٠)**

كان عمر السيدة الصغير (أقل من ٢٠ سنة) يحمل معدلاً أعلى لفشل تجربة المخاض و إجراء قيصرية معادة و لكن دون فارق مهم ، بينما وجدت دراسة Oboron و رفاقه أن الفارق كان مهماً بالنسبة لعمر السيدة الصغير (٣٠) ، و كذلك دراسة Bujold و رفاقه (٥١).

أما بالنسبة لعدد لولادات السابقة فقد ظهر أن عدم وجود ولادات مهبلية سابقة "أي سيدة مع سابقة قيصرية لم تلد سواها" كان لديها معدل نجاح للولادة المهبلية في الحمل الحالي أقل بشكل هام . أوضحت دراسات سابقة أن أكثر عامل إنذاري ثابت هو وجود ولادات مهبلية سابقة (٣٣-٣٦، ٢٩) . وجدت دراسة Oboro ورفاقه على ١٠١٣ سيدة خضعت لتجربة مخاض بعد ولادة قيصرية أن عدم وجود ولادات مهبلية سابقة ترافق مع معدلات هامة (P<0.05) لفشل تجربة المخاض (٣٠). أما دراسة د.عفاف الأحمد فقد سجلت أن وجود ولادات مهبلية سابقة ترافق مع ارتفاع معدل نجاح الولادة المهبلية حالياً بشكل هام (P=٠,٠٠٥) (٥٠) .

ترافق العمر الحملي أكبر من ٤٠ أسبوعاً حملياً مع معدل أقل لنجاح تجربة المخاض من دون أن يكون هناك أهمية إحصائية لذلك ، و قد سجل ذلك في دراسة د.عفاف الأحمد (٥٠) حيث بلغ معدل النجاح ٨١,٩٧% بالنسبة للعمر الحملي أقل من ٤٠ أسبوع حملي، و ٧٠,٤٣% بالنسبة للعمر الحملي أكبر من ٤٠ أسبوع حملي ، وتم إرجاع ذلك إلى ازدياد نسبة اضطراب نظم قلب الجنين و شح السائل الأمنيوسي المرافق و تعقيه و بالتالي اللجوء للولادة القيصرية .

تعكس قيمة مشعر بيشوب نضج عنق الرحم و الميل إلى الولادة المهبلية ، و سجلت الدراسة أن مشعر بيشوب جيد (≤٤) يترافق مع معدلات أعلى بشكل هام للولادة المهبلية ، و هو ما سجلته دراسة د.ميرفت عياش (٢٠١٥) في مشفانا (٥٢) .

إن وزن الوليد أكبر من ٤٠٠٠ غرام عامل مهم في فشل تجربة المخاض بعد قيصرية سابقة و لم تحدث الولادة المهبلية لدى هذه الفئة إلا في ٢٦,٦٧% من الحالات، وهذا الدور الإنذاري لوزن الوليد الكبير توافق مع دراسة Oboron و رفاقه (٣٠) ، و دراسة د.عفاف الأحمد (٥٠) . بينما كان وزن الوليد بين (٣٠٠٠-٣٤٩٩ غ) عامل مهم لنجاح الولادة المهبلية بعد قيصرية .

درس ارتباط استطباب القيصرية السابقة في معدل حدوث الولادة المهبلية في الحمل الحالي ، و وجد أن المجيئات المعيبة كانت الاستطباب الأشيع للقيصرية السابقة و حدثت الولادة المهبلية في الحمل الحالي في ٧٤,٢٦% من هذه الحالات ، وسجلت دراسة Wing و رفاقه أن معدل نجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية بسبب مجيء مقعدي يبلغ ٩١% (٤٠) ، و في دراسة عفاف الأحمد بلغ ٨١,٨١% (٥٠) .

كان استطباب تألم الجنين أكثر الاستطبابات السابقة ترافقاً مع الولادة المهبلية (٨٣,٣٣% من الحالات) من دون وجود أهمية إحصائية (P=٠,١) ، و تتوافق هذه النتيجة مع دراسة Wing و رفاقه و التي سجلت معدل ولادة مهبلية يبلغ ٨٤% (٤٠) .

أما بالنسبة للقيصريات التي أجريت بسبب عدم تناسب حوضي جنيني فقد حدثت الولادة المهبلية في ٤٤,٤٤% من الحالات ، و بلغت في دراسة عفاف الأحمد السابقة ٤١,٣% من الحالات (٥٠) ، مما يستدعي إعادة التقويم الدقيق للحوض لدى السيدات مع سوابق قيصرية بسبب عدم تناسب حوضي جنيني في الحمول اللاحقة .

كانت الفترة الفاصلة بين الولادتين الأقل من سنتين مترافقة مع ولادة مهبلية أقل من المعدل العام من دون وجود أهمية لذلك ، و يعود ذلك إلى عدم السماح بالوقت الكافي للالتئام الكامل لعضلية الرحم في حالات تقارب الفترة الزمنية ، مما يثير التخوف و الترقب لاحتمالية انفتاح الندبة مما انعكس ازدياداً في معدل الولادة القيصرية المعادة ، و سجّلت نتائج مماثلة في دراسة كل من Shipp و رفاقه (٣٨) ، و دراسة د.عفاف الأحمد (٥٠) .

التوصيات

- ✓ يمكن اعتبار العوامل التالية ذات انذار جيد لنجاح تجربة المخاض عند الحوامل مع سابقة قيصرية:
  - المريضات الحوامل مع وزن جنين مقدر ٣٠٠٠ – ٣٤٩٩غ
  - المريضات اللواتي مشعر بيشوب لديهن عند القبول ٤ فأكثر
- ✓ نحن بحاجة لإجراء دراسات أشمل وأوسع حول إمكانية اخضاع المريضات مع سابقة قيصرية لتجربة مخاض بسبب انخفاض احتمالية نجاح هذه التجربة عند وجود العوامل التالية:
  - سوابق قيصرية واحدة لم تلد سواها
  - استطباب القيصرية السابقة بسبب عدم تناسب حوضي جنيني
  - عمر السيدة الحامل أكثر من ٤٠ سنة

المراجع

1) **Khawaja M, Choueiry N, Jurdi R. Hospital-based caesarean section in the Arab region: an overview. East Mediterr Health J. 2009; 15(2): 458-69**
2) **وليد حمود. نسبة العملية القيصرية واستطباباتها في مشفى التوليد الجامعي بدمشق دراسة راجعة ٢٠٠٨-٢٠١٠، رسالة ماجستير بإشراف أ.د. بشار الكردي، كلية الطب البشري، جامعة دمشق ٢٠١١**
3) **Yazdizadeh B, Nedjat S, Mohammad K, Rashidian A, Changizi N, Majdzadeh R. Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2011; 5;11:159.**
4) **Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: Preliminary Data for 2007. National Vital Statistics Reports, 2009; 57(12). Hyattsville, Md, National Center for Health Statistics**
5) **American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Cesarean Delivery Rates: Evaluation of cesarean delivery. 2000.**
6) **Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY Williams obstetrics 23th ed. New York: Mc Grow Hill. 2010.**
7) **American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care, 6th ed. Elk Grove, Ill, American Academy of Pediatrics. 2007**
8) **Gupta JK, Nikodem VC. Womans position during the second stage of labor. In the Cochrane Library, 2000 (issue 4.Update software: Oxford).**
9) **Glezerman M. five years to the term breech trial. The rise and fall of a randomized controlled trial. American journal of obstetrics and gynecology, 2006; 194: 20 25.**

10) **Jackson.N. indications and complicatious of cesarean section. Prestol. H. 2007; 11: 112-314.**
11) **Klar M, Michels KB. Cesarean section and placental disorders in subsequent pregnancies--a meta-analysis. J Perinat Med 2014; 42:571.**
12) **Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 1997; 177:1071**
13) **Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. Am J Obstet Gynecol 2005; 192:1458**
14) **Mehrabadi A, Hutcheon JA, Liu S, et al. Contribution of placenta accreta to the incidence of postpartum hemorrhage and severe postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol 2015; 125:814**
15) **Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol 2006; 107:1226**
16) **Flamm BL. Once a cesarean, always a controversy. Obstet Gynecol, 1997; 90:312.**
17) **Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. Cochrane Database Syst Rev. 2004 Oct 18;(4):CD004224.**
18) **American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG Practice Bulletin: vaginal birth after previous cesarean. Obstet Gynecol; 2004;104:203.**
19) **Chauhan, SP, Martin, JN Jr, Henrichs, CE, et al. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: A review of the literature. Am J Obstet Gynecol 189:408; 2003.**
20) **Landon, MB, Hauth, JC, Leveno, KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med 2004; 351:2581.**
21) **Smith GC, Pell JP, Cameron AD, et al. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. JAMA 2002; 287:2684.**
22) **Wen SW, Huang L, Liston R, et al: Severe maternal morbidity in Canada, 1991-2001. CMAJ 173:759, 2005.**
23) **Mozurkewich, EL, Hutton, EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. Am J Obstet Gynecol 183:1187, 2000.**
24) **Rossi AC, D'Addario V: Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: A systematic review with meta analysis. Am J Obstet Gynecol 199(3):224, 2008.**
25) **McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. N Engl J Med 335:689, 1996.**

26) **El-Sayed YY, Watkins MM, Fix M, et al: Perinatal outcomes after successful and failed trials of labor after cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 196:583.e1, 2007.**
27) **American Academy of Pediatrics and the American Collage of Obstetricains and Gynecologists: Guidelines for Perinatal Care. 5th ed, Elk Grow, III, ,American Academy of Pediatrics, 2002.**
28) **Abitbol MM, Castillo I. Taylor UB, et al. Vaginal birth after cesarean section: The patient's point of view. Am Fam Physician 1993; 47: 121.**
29) **Smith GC, White IR, Pell JP, Dobbie R. Predicting cesarean section and uterine rupture among women attempting vaginal birth after prior cesarean section. PLoS Med. 2005; 2(9):e252.**
30) **Oboro V, Adewunmi A, Olagbuji B, Ezeanochie M, Oyeniran A. Morbidity associated with failed vaginal birth after cesarean section. Acta Obstetricia et Gynecologica. 2010; 89: 1229–1232.**
31) **Carroll CS, Sr, Magann, EF, Chauhan, SP, et al. Vaginal birth after cesarean section versus elective repeat cesarean delivery: Weight-based outcomes. Am J Obstet Gynecol 188:1516 ; 2003.**
32) **Hibbard JU, Gilbert S, Landon MB, et al. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery. Obstet Gynecol 2006; 108:125.**
33) **Mercer BM, Gilbert S, Landon MB, et al. Labor outcomes with increasing number of prior vaginal births after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2008; 111:285.**
34) **Cahill AG, Stamilio DM, Odibo A, et al. Is vaginal birth after cesarean (VBAC) or elective repeat cesarean safer in women with a prior vaginal delivery? Am J Obstet Gynecol 2006; 195:1143.**
35) **Bashiri A, Burstein E, Rosen S, Smolin A, Sheiner E, Mazor M. Clinical significance of uterine scar dehiscence in women with previous cesarean delivery: prevalence and independent risk factors. J Reprod Med. 2008; 53(1):8-14.**
36) **Gupta A, Nanda S. Uterine rupture in pregnancy: a five-year study. Archives of gynecology and obstetrics. 2011; 283(3), 437-441.**
37) **Dicle H, Kucukler C, Pirnar T: Magnetic resonance imaging evaluation of incision healing after cesarean sections. EurRadiol 1997; 7: 31.**
38) **Shipp, TD, Zelop, CM, Repke, JT, Cohen, A. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. Obstet Gynecol 2001;97:175.**
39) **Stamilio DM, DeFranco E, Paré E, et al. Short interpregnancy interval. Risk of uterine rupture and complications of vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2007; 110, 1075.**
40) **Wing DA, Paul RH: Vaginal birth after cesarean section: Selection and management. Clin Obstet Gynecol 42:836, 1999.**
41) **Peaceman AM, Gersnoviez R, Landon MB, et al. The MFMU cesarean registry: Impact of fetal size on trial of labor success for patients with previous cesarean for dystocia. Am J Obstet Gynecol 2006; 195:1127.**

42) **Hoskins IA, Gomez JL. Correlation between maximum cervical dilatation at cesarean delivery and subsequent vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gyecol 1997 89:591.**
43) **Chauhan SP, Magann EF, Wiggs CD, et al. Pregnancy after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2002; 100:408.**
44) **Ravasia Dl, Brain PH, Pollard lK: Incidence of uterine rupture among women with mullerian duct anomalies who attempt vaginal birth after cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 181 :877, 1999.**
45) **Durnwald, C, Mercer, B. Uterine rupture, perioperative and perinatal morbidity after single-layer and double-layer closure at cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:925.**
46) **Bujold E, Hamilton C et al. The impact of a single-layer or double-layer closure on uterine rupture. Am J Obstet Gynecol; 2002;186:1326.**
47) **Ford AA, Bateman BT, Simpson LL. Vaginal birth after cesarean delivery in twin gestations: A large, nationwide sample of deliveries. Am J Obstet Gynecol 2006; 195:1138.**
48) **Elkousy, MA, Sammel, M, Stevens, E, Peipert, JF. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. Am J Obstet Gynecol 2003; 188:824.**
49) **Omole-Ohonsi A, Muhammad Z, Iliyasu Z. Value of partogram in vaginal birth after caesarean section. J Obstet Gynaecol. 2007 Apr;27(3):264-6.**
50) **عفاف الاحمد. الولادة الطبيعية عقب ولادة قيصرية واحدة"، رسالة ماجستير بإشراف أ.د. خالد مرعشلي، كلية الطب البشري، جامعة دمشق، ٢٠٠٧**
51) **Bujold E, Hammoud AO, Hendler I, et al. Trial of labor in patients with a previous cesarean section: Does maternal age influence the outcome?. Am J Obstet Gynecol 2004; 190:1113.**
52) **ميرفت عياش. العوامل الانذارية لحدوث الولادة المهبلية عقب ولادة قيصرية واحدة لدى سيدات لم يلدن سواها. رسالة ماجستير بإشراف أ.د. بشار الكردي، كلية الطب البشري، جامعة دمشق، ٢٠١٥**

الملاحق

جامعة دمشق
كلية الطب البشري
قسم التوليد وأمراض النساء

الموافقة المستنيرة

العنوان : عوامل نجاح تجربة المخاض بعد القيصرية الأولى

الباحثة : د. براءة أحمد

سيدتي:

سنقوم بدراسة عوامل نجاح الولادة المهبلية بعد القيصرية الاولى 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 الولادة ، 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 تمت بعد الاطلاع على التفاصيل الواردة سابقاً ، والإجابة على أسئلتي واستفساراتي حول الموضوع.

مع علمي أن هذه المشاركة غير مأجورة .

اسم وتوقيع السيدة

استمارة الدراسة

المجموعة ☐ A ☐ B

رقم الإضبارة تاريخ القبول

اسم السيدة العمر

عدد الحمول عدد الولادات المهبلية السابقة

الحمل الماضي:

استطباب القيصرية السابقة

الفترة الفاصلة بين القيصرية السابقة والحمل الحالي

الحمل الحالي:

العمر الحملي

قيمة مشعر بيشوب:

وزن الوليد

استطباب القيصرية الحالية