الجمهوريّة العربيّة السّورية
وزارة التّعليم العالي والبحث العلمي
جامعة دمشق
كلّية الطّبّ البشري
قسم التّوليد وأمراض النّساء

تأثير فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن

رسالة مقدّمة لنيل شهادة الدّراسات العليا التّخصصيّة (درجة الدكتوراه) في اختصاص التّوليد وأمراض النّساء

إعداد طالبة الدّراسات العليا

د. عبلة شدّود

بإشراف

الأستاذ الدّكتور: عزّام أبو طوق

٢٠٢٢م

نُوقِشت هذه الرسالة وأُجِيزت بتاريخ ١٦ / ٢ /٢٠٢٢ م

لجنة الحكم وتوقيعات لجنة المناقشة

Approval

السيد الأستاذ الدكتور عميد كلية الطب البشري في جامعة دمشق

بعد الاطلاع على النسخة المُعدَّلة المُقدَّمة من قبل طالبة الدراسات العليا (دكتوراه): **عبلة شدّود** تبين أنه تم التقيد بكافة الملاحظات وتم إجراء كافة التصويبات المطلوبة.

أعضاء لجنة الحكم:

الدكتور: عزّام أبو طوق، الأستاذ في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق– عضوا مشرفا. **الاسم:**

الدكتور: صلاح شيخة الأستاذ في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق–عضواً.

الاسم:

الدكتور: عبد المهدي حمود الأستاذ في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة حلب– عضواً. **الاسم:**

الدكتور: عبد الغني شلبي الأستاذ في قسم الجراحة، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – عضواً.

الاسم:

الدكتور: هيثم عباسي الأستاذ المساعد في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري–جامعة دمشق– عضواً. **الاسم:**

شكر وتقدير Acknowledgment

"شدّ عربتك إلى نجم"

"إنّ أقرب الطرق بين الجبال هو الخط الممتدّ من ذروة إلى ذروة، ولا يمكنك أن تتّبع هذا السّبيل إذا لم تكن لك رجلا مارد"

في كلّ مراحل دراستي كانت تعجبني الأقوال المأثورة المُحفّزة، لأنّها تقوّي التّصميم على النّجاح...

وهي المُقلة المُطَمئِنة الّتي يسعها أن تشهد ما لا يُحدُّ من السّعادة....

إلى أساتذتي الكرام طوال دراستي في مشفى التّوليد الّذين أبقوني على درب العلم كلّ على طريقته....

شكراً لمن علّمني الصّبر في العمل...

شكراً لمن علّمني فنّ الجراحة في العمل...

شكراً لمن علّمني القراءة بين السّطور في العمل وغيره...

شكراً إلى كلّ من شجّعني في هذه المرحلة أكثر من أيّ وقت مضى....

شكراً للأساتذة في لجنة الإشراف على هذه الرّسالة:

الأستاذ الدكتور عزّام أبو طوق المشرف على هذا البحث، الّذي أعطاني من وقته وعلمه الكثير، لك من كل التقدير والأماني الطيبة.

الأستاذ الدّكتور: هيثم عبّاسي رئيس قسم التّوليد وأمراض النّساء: لا تكفي كلماتي للتّعبير عن امتناني على كلّ ما قدمه لي من دعم وتوجيه ليبصر هذا البحث النّور، كان بمثابة الأب والمعلّم.

الأستاذ الدّكتور صلاح شيخة، بقامته الإنسانيّة والعلميّة المميّزة، على كلّ ملاحظاته القيّمة الّتي وضعت هذا البحث في الطّريق الصّحيح.

أشكر الأساتذة في لجنة المناقشة الأستاذ الدكتور عبد المهدي حمود، والأستاذ الدكتور عبد الغني الشّلبي على ما قدّموه من نصائح وملاحظات أثناء تقييم هذا البحث ليكون أفضل.

ودائما إلى ذكرى أخي الصّغير، وأمّي الحبيبة في نبل ترفّعها عن صروف الحياة.

فهرس المحتويات Table of Contents

القسم	الصّفحة
قائمة الجداول	7
قائمة المخططات	8
قائمة الأشكال	9
قائمة المصطلحات (الاختصارات)	10
الملخص	11
الجزء التمهيدي	12
1– المقدمة	12
2- المشكلة البحثية والتّساؤلات	12
3- هدف البحث وأهمّيه	12
4- حدود البحث	13
5- الدراسات السّابقة	13
6- مناهج البحث وأدواته	17
7- مكونات البحث	18
الجزء الأول: القسم النظري	21
الفصل الأول: الألم الحوضي المزمن Chronic Pelvic Pain	21
1-1- المقدمة Introduction	21
1-2- أسباب الألم الحوضي المزمن	23
1-3- مقاربة وتشخيص مرضى الألم الحوضي المزمن	24
1-4- التّدبير والعلاج	26
الفصل الثّاني: الالتصاقات الحوضيّة Pelvic Adhesions	28
الفصل الثّالث: العلاقة بين الالتصاقات والألم الحوضي المزمن	30
الفصل الرّابع: التّدبير الجراحي للألم الحوضي المزمن	33
1-4- الخيارات العلاجيّة الجراحيّة	33
2-4- فكّ الالتصاقات الحوضيّة	38

4-2-1- فكّ الالتصاقات بتنظير البطن	38
الجزء الثّاني: القسم العملي	41
الفصل الأول: هدف البحث وطريقة إجرائه	41
1-1- مبررات البحث	41
2-1- أهميّة البحث	44
3-1- هدف البحث	45
4-1- مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائيّة	45
5-1- الموادّ والطّرائق	47
1-5-1- تصميم الدّراسة	47
2-5-1- مجتمع البحث وحجم العيّنة	47
3-5-1- طريقة العمل	49
4-5-1_ الاعتبارات الأخلاقيّة	50
5-5-1- طرق التّحليل الإحصائي	53
6-5-1- أدوات البحث	54
7-5-1- فكّ الالتصاقات	57
الفصل الثّاني: نتائج البحث	59
1-2- صدق المقياس	59
2-2- ثبات المقياس Reliability	61
3-2- النّتائج القاعديّة	62
4-2- دراسة الفروق في مقياس شدّة الألم NRS قبل الالتصاقات وخلال فترة المتابعة	65
5-2- SF-36	66
1-5-2- دراسة الفروق في SF-36 قبل وبعد فكّ الالتصاقات	68
6-2- EQ-5D-3L	73
1-6-2- دراسة الفروق في مقياس EQ-5D-3L قبل وبعد فكّ الالتصاقات	73
7-2- HADS	75
1-7-2 دراسة الفروق في مقياس HADS قبل وبعد فكّ الالتصاقات	76
8-2- دراسة التّرابط بين التّغير في نقاط كلّ من المقاييس المستخدمة والتّغير في نقاط مقياس شدّة الألم بعد فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن	77

2-9- مقارنة EQ-5D-3L مع SF-36 لدراسة قدرة كلّ منهما علي تقييم CPP ومدى قدرته على تحري وجود استجابة في تغيير شدّة الألم لدى المريضة بعد العلاج	79
2-9-1- دراسة الارتباط بين الأبعاد المدروسة في مقياسي EQ-5D-3L وSF-36	79
2-9-2- المقارنة بين المقياسين حسب مستوى شدّة الألم قبل العلاج (المرحلة القاعديّة)	80
2-9-3- دراسة التّغيير في مقياسي EQ-5D-3L وSF-36 حسب شدّ الألم بعد العلاج	82
الفصل الثّالث: مناقشة النّتائج والمقارنة مع الدّراسات العالميّة	84
الفصل الرّابع: المحدّدات والمعوقات	90
الفصل الخامس: الخلاصة والمقترحات	91
المراجع	93
ملاحق البحث	102
الملخص باللغة الانجليزيّة	115

قائمة الجداول List of Tables

اسم الجدول ورقمه	الصّفحة
الجدول رقم (1-1): أسباب الألم الحوضي المزمن	24
الجدول (2-a1): صدق مقياس SF-36	59
الجدول (2-b1):الصّدق البنيوي ل EQ-5D-3L	60
الجدول (2-c1): الصّدق البنيوي ل HADS	61
الجدول (2-2): ثبات مقياس SF-36	62
الجدول (2-a3): يشير إلى الصّفات المدروسة في عيّنة البحث	63
الجدول (2-b3): يظهر العلاقة الارتباطيّة بين مقياسي QoL وبين مقياس القلق والاكتئاب	64
الجدول (2-c3): التّرابط بين نوعيّة الحياة وHADS وبين قيم الألم القاعديّة	65
الجدول (2-4): الفرق في نقاط شدّة الألم NRS قبل وبعد فك الالتصاقات	66
الجدول (2-a5): نتائج اختبار Bonferroni لدراسة الفروق في أبعاد SF-36 تبعاً لمستوى شدّة الألم	67
الجدول (2-b5): يظهر الفروق في أبعاد SF-3S بين القيم القاعديّة وفترة المتابعة	69
الجدول (2-c5): الفروق في أبعاد SF-36 بين فترتي المتابعة	72
الجدول (2-6): الفروق في قيم EQ-5D-3L index بين القيم القاعديّة وفترة المتابعة	74
الجدول (2-a7): نتائج اختبار Bonferroni لدراسة الفروق في بعدي HADS تبعاً لمستوى شدّة الألم	75
الجدول (2-b7): الفروق في مقياس HADS بين القيم القاعديّة وفترة المتابعة	76
الجدول (2-8): ارتباط التّغيير بين معدّل شدّة الألم ونقاط المقاييس المستخدمة خلال فترة المتابعة	78
الجدول (2-a9): معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس SF-36 ومقياس EQ-5D-3L	79
الجدول (2-b9): المقارنة بين مقياسي SF-36 وEQ-5D حسب فئات شدّة الألم قبل العلاج	81
الجدول (2-c9): التّغيير في نوعيّة الحياة تبعا لمقياس SF-36 وEQ-5D بعد 6 أشهر من العلاج	83

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

قائمة المخططات

اسم المخطط ورقمه	الصّفحة
المخطّط (2-5): يبيّن الفروق في مقياس SF-36 بين القيم القاعديّة وبعد 3 أشهر	68
المخطّط (2-a5): يبيّن الفروق في مقياس SF-36 بين القيم القاعديّة وبعد 6 أشهر	68
المخطط (2-b5): الفروق في المتوسّطات الحسابية لأبعاد SF-36 قبل التّنظير وبعد المتابعة 6 أشهر	70
المخطط (2-c5): الفروق بين أبعاد SF–36 بين فترتي المتابعة	72
المخطط (2-6): توزّع السّيدات حسب مستوى شدّة تأثّر أبعاد EQ-5D-3L	73
المخطط (2-a6): الفروق في مقياس EQ-5D-3L بين القيم القاعديّة وقيم المتابعة	74
المخطط (2-7): الفروق في بعدي مقاس HADS تبعا لمستوى شدّة الألم	75

قائمة الأشكال List of Figures

اسم الشّكل ورقمه	الصّفحة
الشّكل (1-1): تقييم وتشخيص الألم الحوضي المزمن	26
الشّكل (1-2): يوضّح شكل الالتصاقات الحوضيّة	29
الشّكل(1-3): يظهر إطار عام تحليلي للعلاج الجراحي للألم الحوضي المزمن	33
الشّكل(1-4): يظهر توسّع في الوريد المبيضي مع وجود دوالي جانب الرّحم	34
الشّكل(1-5): يظهر طريقة العلاج الجراحي بسدّ الوريد المتوسع ومنع حدوث الارتداد	35
الشّكل(1-6): قطع الرّباط الرّحمي العجزي	36
الشّكل(1-7): فكّ الالتصاقات باستخدام تنظير البطن	40

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

قائمة المصطلحات (الاختصارات):

- **BP:** الألم الجسدي (Bodily Pain)
- **BMI:** مشعر كتلة الجسم (Body Mass Index)
- **CPP:** الألم الحوضي المزمن (Chronic Pelvic Pain)
- **EQ-5D-3L:** المقياس الأوروبي المستخدم لقياس نوعيّة الحياة ذو الثلاث مستويات (European Quality of Life Commission 5 dimension, 3 level instrument)
- **GH:** الصّحة العامّة (General Health)
- **HADS:** المقياس المستخدم لتحديد وجود أعراض قلق أو اكتئاب لدى السيّدات اللاتي يعانين من ألم حوضي مزمن (The Hospital Anxiety and Depression Scale)
- **MH:** الصّحة النّفسيّة (Mental Health)
- **NRS:** مقياس شدّة الألم (Numerical Rating Scale)
- **PF:** الحالة الوظيفيّة الجسديّة (Physical Function)
- **QoL:** نوعيّة الحياة (Quality of Live)
- **RP:** دور الألم في تحدّد الوظيفة الفيزيائيّة للسيّدة (Role Limitation Physical)
- **RE:** دور الألم في تحدّد الحياة العاطفيّة للسيّدة (Role Limitation Emotional)
- **SF:** الحالة الاجتماعيّة (Social Function)
- **SF-36:** المقياس العالمي لقياس نوعيّة الحياة المؤلّف من ٣٦ سؤال (The Short Form-36)
- **VT:** الحيويّة (Vitality)

الملخّص

خلفية البحث وهدفه: إجراء تقييم موضوعي لتأثير فك الالتصاقات باستخدام تنظير البطن على تخفيف الألم وتحسين نوعيّة الحياة لدى السيّدات اللاتي يعانين من ألم حوضي المزمن. إجراء مقارنة بين المقياسين الأكثر شيوعا في تقييم نوعية الحياة لدى مرضى CPP وتحديد الأكثر ملاءمة لتطبيقه ضمن خطة تقييم وعلاج السيّدات اللاتي يعانين من CPP.

موادّ البحث وطرائقه: تنتمي الدّراسة إلى الدّراسات التّجريبيّة ذات التّصميم المتوازي (Parallel Design Inter-Subject and Intra-Subject Variabilities) الّتي تهدف عادة إلى دراسة التّغيرات الحاصلة في قيم متغيّرات معيّنة عند قياسها في مرحلتين اثنتين أو أكثر. شملت الدّراسة (80) سيدة من مراجعات مشفى التّوليد وأمراض النّساء الجامعي بقصّة ألم حوضي مزمن خضعن لإجراء تنظير البطن.

النّتائج: 80 سيّدة تعاني من ألم حوضي مزمن اجري لهن تنظير بطن. 71 سيّدة حققن معايير الاشتمال في هذه الدّراسة بعد ذلك الإجراء. تمّ استخدام المتوسّط الحسابي والانحراف المعياري والتّكرارات والنّسب المئويّة لدراسة توزّع المريضات حسب الخصائص المدروسة. أظهرت نتائج القيم القاعديّة وجود علاقة ارتباطيّة ذات دلالة إحصائيّة وهي علاقة سلبيّة مرتفعة الدّرجة بين نوعيّة الحياة وبين الألم الحوضي المزمن. كما أظهرت النّتائج وجود علاقة ارتباطيّة ذات دلالة إحصائيّة بين القلق والاكتئاب وبين الألم الحوضي المزمن وهي علاقة طرديّة مرتفعة الدّرجة. كما أظهرت النّتائج تحسن في قيم NRS بعد فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن حيث انخفض متوسّط شدّة الألم من (5.53) إلى (3.46) و(3.94) خلال 3 و6 أشهر من المتابعة على التّوالي. لوحظ تحسّن ذو دلالة إحصائيّة في كلّ الأبعاد المدروسة في مقياس SF-36 خلال فترتي المتابعة. كما أظهرت قراءة النّتائج تحسّن في متوسّط القيم القاعديّة ل EQ-5D-3L Health State من (0.592) مقابل (0.687) و(0.657) خلال 3 و6 أشهر من المتابعة على التّوالي. كما أظهرت النّتائج تحسنا في قيم مقياس HADS في كل من بعدي القلق والاكتئاب. حيث أن متوسط القيم القاعديّة ل HADS-D هو (10.107)، مقابل (8.393) و(7.839) خلال 3 و6 أشهر من المتابعة على التّوالي. ومتوسّط القيم القاعديّة ل HADS-A هو (9.607)، مقابل (8.607) و(8.849) خلال 3 و6 أشهر من المتابعة على التّوالي.

الاستنتاج: فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن لدى السّيدات اللّاتي يعانين من ألم حوضي مزمن، أظهر تحسنا هام في مستوى شدّة الألم. كما ترافق ذلك مع تحسّن في نوعيّة الحياة لديهنّ. كما أظهرت النّتائج قدرة كلا مقياسي نوعيّة الحياة المستخدمين في هذه الدّراسة، SF-36 وEQ-5D-3L، على التّمييز بين المستويات المختلفة لشدّة الألم الحوضي المزمن، ولكن مقياس SF-36 كان أفضل في تقييم الاستجابة للعلاج.

الكلمات الرئيسيّة (المفتاحيّة): ألم حوضي مزمن، تنظير بطن، فكّ الالتصاقات، نوعيّة الحياة.

الجزء التّمهيدي

1- المقدّمة:

يشكل الألم الحوضي المزمن حوالي 20% من شكوى السّيدات الراجعات للعيادة النّسائية، وعلى الرّغم من العبء الاقتصادي الملحوظ الذي يسببه، وتأثيره على مختلف نواحي الحياة العائليّة والاجتماعيّة للسيّدة التي تعاني منه. لا يوجد حتّى الآن مقاربة طبيّة معتمدة في علاجه.

2- المشكلة البحثيّة والتّساؤلات:

الدراسات المتوفرة حالياً حول الألم الحوضي المزمن تعطي نتائج غير كافية حتى الآن، وقد يعود ذلك الى طبيعة هذا المرض متعددة العوامل، قلّة عدد الدراسات المجراة في هذا السياق وربما بسبب صغر حجم العينة المضبوطة المختارة في هذه الدراسات، ولكن اغلبها يظهر مبدئياً التّرابط القوي بين وجود الالتصاقات وبين الألم الحوضي المزمن.

3- هدف البحث وأهميّته:

إجراء تقييم موضوعي لتأثير فك الالتصاقات باستخدام تنظير البطن على تخفيف الألم الحوضي المزمن، وتحسين نوعيّة الحياة لدى السيّدات اللاتي يعانين منه. إجراء مقارنة بين المقياسين الأكثر شيوعا في تقييم نوعيّة

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود
الحياة لدى مرضى CPP وتحديد الأكثر ملاءمة لتطبيقه ضمن خطة تقييم وعلاج السّيدات اللاتي يعانين من ألم

حوضي مزمن CPP.

4- حدود البحث:

الحدود المكانيّة للدّراسة: مشفى التّوليد وأمراض النّساء الجامعي–كليّة الطّب–جامعة دمشق.

الحدود الزّمانيّة للدراسة: الفترة الواقعة ما بين شهر أيّار ٢٠٢٩ وحتّى أيلول ٢٠٢١.

5- الدّراسات السّابقة:

تمّ التطرق لبعض الدراسات الشّبيهة بالبحث الحالي ورتّبت من الأقدم إلى الأحدث:

- **دراسة (Keltz, M. D et al. ,1997)/ الولايات المتّحدة:**

Chronic Pelvic Pain

تمّت الدراسة على 25 سيّدة تعاني من ألم حوضي مزمن. 13 سيّدة أجري لها تنظير بطن لفك الالتصاقات، 12 سيّدة أجري لها تنظير بطن بدون فكّ الالتصاقات. أظهرت النتائج أنّ تحسن الألم في المجوعة التي أجري لها فك الالتصاقات كان تحسنا ملحوظا بشكل هام إحصائيا مقارنة مع المجموعة الثانية خلال فترة المتابعة التي كانت 8 أسابيع، حيث كان الانخفاض في المجموعة الأولى 0.9±5.2- مقارنة مع المجموعة الثانية الذي كان -0.9±1.7- .

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

- **دراسة (Nezhat, F. R et al. ,2000)/ الولايات المتحدة:**

Laparoscopic adhesiolysis and relief of chronic pelvic pain.

أجريت الدراسة على 46 سيّدة تعاني من ألم حوضي مزمن. أجري فك الالتصاقات باستخدام تنظير البطن. أظهرت النتائج أن 49% أظهرن تحسناً كاملاً (شفاء) من الألم الحوضي المزمن، 15% أظهرن تحسنا ملحوظا في شدة الألم، 33% أظهرن أن التحسن كان بنسبة أقل من 50% أو لم يلاحظ أي تحسن لديهن وذلك خلال فترة المتابعة التي قدرت ب 6 أشهر.

- **دراسة (El-labban, G. M., & Hokkam, E. N. 2010)/ مصر:**

The efficacy of laparoscopy in the diagnosis and management of chronic abdominal pain.

أجريت الدراسة على 30 سيدة تعاني من الألم الحوضي المزمن. وقد أظهرت نتائج فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن أنّه بعد 8 أسابيع لوحظ تحسن ملحوظ للألم في 80% من السيدات، وخلال فترة المتابعة الثانية (بعد 6 أشهر) أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في شدة الألم بنسبة 70%.

- **دراسة (Cheong, Y. C et al. ,2014)/ المملكة المتحدة:**

Should women with chronic pelvic pain have adhesiolysis?

أجريت الدراسة على 50 سيّدة تعاني من ألم حوضي مزمن، 26 سيدة خضعن لتنظير بطن مع فك الالتصاقات، والمجوعة الثانية 24 سيدة خضعن لتنظير بطن يدون فك الالتصاقات. أظهرت النتائج خلال فترة المتابعة التي قدرت ب 3 و6 أشهر تغيراً ملحوظا وبفرق هام إحصائيا في المقاييس التي استخدمت في هذه الدراسة لقياس شدة

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الألم (VAS, SF-12, EHP-30) وذلك في المجموعة التي أجري لها فك الالتصاقات مقارنة مع المجموعة الأخرى.

- **دراسة (Van Den Beukel, B. A et al., 2017)/ نيوزيلاندا:**

Surgical treatment of adhesion-related chronic abdominal and pelvic pain after gynaecological and general surgery: a systematic review and meta-analysis.

تضمنت 13 دراسة سابقة في هذا المجال واستوفت جميعها الشروط المطلوبة للدخول في هذه الدراسة (Systematic Review). أظهرت النتائج أن شدة الألم الحوضي المزمن انخفضت بنسبة 70% بعد فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن.

- **دراسة (Comptour, A et al., 2019)/ إيطاليا:**

Patient quality of life and symptoms after surgical treatment for endometriosis.

أجريت الدراسة لمعرفة تأثير فك الالتصاقات على شدّة الألم الحوضي المزمن ونوعية الحياة لدى السيدات اللاتي يعانين من الأندومتريوز. شملت الدراسة 981 سيدة وامتدت هذه الدراسة على مدى ثماني سنوات. أظهرت النتائج أنّ شدّة الألم الحوضي المزمن انخفضت من 2.6±3.5 إلى 1.4±2.5 بعد فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن. كما أظهرت الأبعاد المدروسة في مقياس SF-36 لقياس نوعيّة الحياة تحسّناً ملحوظاً، ولوحظ أنّ التحسن في البعد الوظيفي الجسدي وبشكل أساسي الألم الجسدي (BP)، وإلى أي مدى تجد السيّدة تقييداً في الحركة، بالتّالي مدى تأثّر الوظيفة الفيزيائيّة نتيجة حالتها الجسديّة (RP) كان الأكثر تحسنا، حيث كانت القيم القاعدية 54.6±0.9 و 63.3±1.3 على التّوالي وأصبحت القيم بعد فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن 74.4±0.9 و81.9±1.1 على التّوالي.

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

- **دراسة (Kularatna, S et al., 2019)/ سيريلانكا:**

Comparison of the EQ-5D 3L and the SF-6D (SF 36) Contemporaneous utility scores in patients with chronic kidney disease in Sri Lanka

دراسة مقطعية مستعرضة Community based cross-sectional study. شملت 1096 مريض يعاني من ألم كلوي مزمن، نسبة النساء كانت حوالي 40%. أظهرت النتائج وجود ترابط مقبول بين المقياسين المستخدمين في هذه الدراسة. أظهر مقياس SF-36 قدرة أكبر على كشف المستويات المختلفة لشدة الألم الحوضي المزمن.

- **دراسة (Zhao, L et al., 2019)/ الصين:**

Comparison of the psychometric properties of the EQ-5D-3L and SF-6D in the general population of Chengdu city in china

الدراسة عبارة عن مسح للمقارنة بين المقياسين المستخدمين في هذه الدراسة، وشملت 2182 مشارك. أظهرت النتائج. أظهرت النتائج فعالية كلا المقياسين مع قدرة أكبر لمقياس SF-6D على التمييز بين المستويات المختلفة لشدة الألم الحوضي المزمن.

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

6- مناهج البحث وأدواته:

تصميم الدّراسة: تنتمي الدّراسة إلى الدّراسات التّجريبيّة ذات التّصميم المتوازي (Parallel Design Inter-Subject and Intra-Subject Variabilities) الّتي تهدف عادة إلى دراسة التّغيرات الحاصلة في قيم متغيّرات معيّنة عند قياسها في مرحلتين اثنتين أو أكثر.

معايير القبول:

السيّدات اللاتي تتراوح أعمارهنّ ما بين ١٨و ٦٥ سنة وقت الدّخول في الدّراسة، واللاتي يعانين من ألم حوضي مزمن لمدّة تتجاوز الأربعة أشهر.

وتوقيع المريضة على الموافقة المستنيرة، بعد إعطائها المعلومات المتعلقة بالدّراسة كافّة من حيث طريقة العمل والهدف من إجراء هذه الدّراسة.

معايير الاستبعاد:

- السيّدات اللاتي يعانين من مشاكل نفسية ويتناولن أي أدوية نفسيّة.
- وجود كيسات مبيضيّة، وخراجة حوضيّة، وحمل، وإرضاع، ووجود أي أذيّة عصبيّة.
- السيّدات اللاتي يتناولن أدوية تؤثّر على الجملة العصبيّة المركزية، أو الخباثات، أو الأندومتريوز.
- كذلك من معايير الاستبعاد عدم القدرة على إجراء تنظير البطن إمّا بسبب عدم قدرة السيّدة على تحمّل التّخدير العامّ، أو بسبب البدانة الشّديدة وبخاصّة البدانة المركزيّة (BMI أكبر أو يساوي 40كغ/م^2).

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

- وأثناء إجراء تنظير البطن تستبعد السيّدة من الدّراسة في حال كانت الالتصاقات شديدة (حوض متجمّد)

ومن غير الممكن فك الالتصاقات عن طريق إجراء تنظير البطن.

طريقة العمل:

بعد أخذ موافقة الحامل على الاشتراك في البحث وتحقيقها لمعايير البحث تم إجراء الآتي:

- أخذ قصة سريرية مفصلة تتضمن تسجيل الأعراض والشكايات.
- تم إجراء فحص سريري بالإضافة إلى تصوير صدوي.
- تم ملء الاستبيانات المطلوبة من قبل السيّدات، التي عُدّت بيانات قاعديّة وهي مقياس NRS الخاص بقياس شدّة الألم، ومقياس SF-36 وEQ-5D الخاص بنوعية الحياة، ومقياس HADS الأداة المستخدمة للمسح أثناء تقييم الحالة النّفسيّة للسيدات اللاتي يعانين من CPP.
- إجراء التّنظير ومتابعة السيدات لمدّة ثلاثة وستّة أشهر مع إعادة ملء الاستبيانات السّابقة.
- جمعت البيانات ورتبت ضمن جداول وأدخلت إلى قاعدة بيانات حاسوبيّة وحلّلت باستخدام برنامج الحزمة الإحصائيّة الحاسوبيّة SPSS version 24 واستخلصت النّتائج.

مكونات البحث:

يتكون البحث من جزأين:

الجزء الأول: وهو القسم النظري، ويتحدث عن الإطار النظري لموضوع دراستنا وعن التعاريف الأساسية ليكون لدى القارئ الإلمام الكامل، ويتكوّن هذا الجزء من أربعة فصول:

الفصل الأوّل: مقدّمة - الألم الحوضي المزمن: ويحوي تعريف الألم الحوضي المزمن، وانتشاره، وأسبابه، ومقاربة الألم الحوضي المزمن، وتشخيصه، والتّدبير والعلاج

الفصل الثّاني: الالتصاقات الحوضيّة: ويحوي تعريف الالتصاقات الحوضيّة وآليّة تشكّلها، وأنواعها، وطريقة تشخيصها.

الفصل الثّالث: العلاقة بين الالتصاقات الحوضيّة والألم الحوضي المزمن

الفصل الرّابع: التّدبير الجراحي للألم الحوضي المزمن: ويحوي الخيارات العلاجيّة الجراحيّة المستخدمة في تدبير CPP، وفكّ الالتصاقات الجراحي مع مقارنة بين فك الالتصاقات عن طريق فتح البطن، وفكّ الالتصاقات باستخدام تنظير البطن.

الجزء الثّاني: ويتضمن القسم العملي وهو الإطار العملي لدراستنا والخطط التي اتبعناها خلال مدة الدراسة للوصول إلى النتائج، ويتكون هذا الجزء من خمسة فصول:

الفصل الأول: هدف البحث وطريقة إجرائه: ويحوي مبرّرات البحث وأهميته، هدف البحث، مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائيّة، مواد وطرائق البحث (تصميم الدراسة، مجتمع البحث وعينته، معايير الادخال والاستبعاد، طريقة العمل)، طرق التحليل الإحصائي المستَخدمة.

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الفصل الثّاني: نتائج البحث: ويحوي عرض للنتائج الاحصائية التي وصلنا إليها في دراستنا.

الفصل الثّالث: ويحوي مناقشة النّتائج والمقارنة مع الدّراسات العالميّة المشابهة.

الفصل الرّابع: المحدّدات والمعوقات: ويحوي معوّقات دراستنا ومحدداتها.

الفصل الخامس: الخلاصة والمقترحات: ويحوي خلاصة دراستنا والمقترحات المستقبلية للدراسات التي قد تُجرَى لاحقاً حول هذا الموضوع.

الجزء الأول: القسم النّظري

الفصل الأول: الألم الحوضي المزمن

Chronic Pelvic Pain

1-1 - المقدّمة Introduction:

يعدّ الألم الحوضي المزمن من أكثر المشكلات تعقيداً الّتي تصادف الأطباء والسيّدات، لأنّه لا يوجد حتّى الآن آليّة واضحة ومحدّدة لحدوثه. لذلك كانت الحاجة ملحّة لوجود فريق متعدّد الاختصاصات لتدبيره.[1 2] يعرّف الألم الحوضي المزمن بأنّه ألم غير دوري، مستمر لمدّة أكثر من أربعة أشهر موضّع في الحوض الحقيقي (التّشريحي)[3]، لا يوجد استجابة فعّالة عند استخدام المسكّنات التّقليديّة، أحيانا يزداد أثناء الجماع أو بالحركة.[4] وعلى مدى عقود طويلة (حوالي 125 سنة) أجريت العديد من الدّراسات حول الألم الحوضي المزمن،[5] وحصل تطور كبير في مفهومه وفي طرق تقييم الأسباب الكامنة خلفه[5 6]، ولكن على الرّغم من كلّ الجهود المبذولة يبقى مصطلح الألم الحوضي المزمن من المصطلحات المبهمة نسبيّا.[7] حاليا تعتبر الكليّة الأمريكيّة للتّوليد وأمراض النّساء (The American College of Obstetricians and Gynecologist) أنّ الألم الحوضي المزمن يتضمّن أشكالاً عديدة للألم وأهمّها عسرة الجماع (dyspareunia)، عسرة التّغوط (dyschesia)، وعسرة التّبول (dysuria)، وحتّى أنّ الألم الحوضي الدّوري (dysmenorrhoea) يعّد حاليا من أشكال الألم الحوضي المزمن

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

في حال كان له تبعات سلبيّة واضحة على سلوك السيّدة، وعلى الحياة العاطفيّة والجنسيّة لها.[8 9] أيضا تمّت ملاحظة وجود ترافق بين أعراض مثل الصداع، القلق والاكتئاب، اضطرابات النوم، والتّعب مع الألم الحوضي المزمن.[10] وبسبب أنّ الألم الحوضي المزمن يصادف عند السيّدات الشّابات في أحيان كثيرة،[7] وبسبب التأثيرات السّلبيّة العميقة للألم الحوضي المزمن على الحياة العائليّة، الاجتماعيّة، العاطفيّة والجنسيّة للسيّدة، لأنّ الألم المستمر يؤدي غالبا إلى خوف وقلق وانعزال اجتماعي، وتغيّرات في السّلوك والمزاج وتبعات ذلك على العلاقة الزّوجيّة،[7 8 11] كلّ ذلك أدّى إلى زيادة الاهتمام والمحاولات لعلاجه أو على الأقل للتخفيف قدر الإمكان من تبعاته السّلبيّة وبخاصّة على نوعيّة الحياة للسّيدة الّتي تعاني منه. كذلك فإنّه من الصّعب التّحديد الدّقيق لانتشار الألم الحوضي المزمن سيّما وأنّ العديد من السّيدات لا يتلقين التّقييم ولا العلاج الطبي المناسب لهذه الحالة،[7] ولكن في دراسة عالية المستوى أجريت من قبل منظّمة الصّحة العالميّة وجد أنّ انتشار الألم الحوضي المزمن يتراوح بين 2.1% إلى 24%،[1] وفي دراسة أخرى نشرت عام 2014 قدّرت نسبة انتشار الألم الحوضي المزمن بين 5.7% إلى 25.5%.[12] كذلك تظهر العديد من الدّراسات العبء الاقتصادي الملحوظ بسبب الألم الحوضي المزمن، لأنّه يشكّل 20_40 % من شكوى السيّدات المراجعات للعيادات النّسائيّة،[13 14] وحوالي 40% من العمليات التنظيريّة المجراة سببها الألم الحوضي المزمن.[13] وتشير دراسات أخرى إلى أنّ 12_19% من السيّدات اللّاتي يعانين من ألم حوضي مزمن يخضعن لاستئصال رحم وذلك في محاولة لعلاج هذه المشكلة[15]، وحوالي 40% من السيّدات اللّاتي خضعن لاستئصال الرحم من أجل علاج مشكلة الألم الحوضي المزمن بقيت مشكلة الألم لديهن، وحوالي 5% على الأقل من هؤلاء السيّدات زاد الألم سوءا.[16 17]

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

2-1 - أسباب الألم الحوضي المزمن:

لا يزال فهمنا لأسباب الألم الحوضي المزمن غير مكتمل تماما،[18] ولكن الأدلة الحديثة تشير إلى وجود زيادة في الحساسيّة العصبيّة (Central Sensitization) إضافة إلى وجود آفة عضويّة في الحوض (pelvic pathology)، بمعنى آخر إنّ الخلل يكون في الإشارات الّتي تسلك الطّرق العصبيّة الصّادرة والواردة[19]، بالتّالي فإنّ السيّالة العصبيّة الخاصّة بالألم عندما تنتقل من العضو المصاب يتمّ تضخيمها في الخلايا العصبيّة وهذا قد يفسّر أنّ بعض المرضى الّذين يعانون من الألم الحوضي المزمن يشعرون بالألم بسبب آفات قد لا تكون مصدرا للألم (allodynia)، أو يشعرون بألم شديد مقارنة مع الأشخاص السّليمين الّذين تكون استجابتهم للإشارات المرسلة من ذات الأفة أقلّ ألما(hyperalgesia).[6 8 18 20] ويشكّل الأندومتريوز والالتصاقات أكثر الآفات الحوضيّة شيوعا عند السيّدات اللّاتي يعانين من الألم الحوضي المزمن.[5 19 21 22] ومن الأسباب الأخرى المشاهدة الدّاء الحوضي الالتهابي، واحتقان الأوردة الحوضيّة (Pelvic Congestion)، ووجود خلل في العضلات و الأنسجة الرّخوة للحوض، وخلل في النّواقل العصبيّة والكيميائيّة الّتي تؤدّي إلى تعديل في الإشارة الحسية الصّادرة عن الآفة الحوضيّة.[7 18 23 24] يوضّح الجدول رقم (1) جميع الأسباب التّي يعتقد أنّها تسهم في حدوث الألم الحوضي المزمن. ولكن مرة أخرى يجب التّنويه إلى طبيعة هذا المرض متعّددة العوامل،[18 25] فقد لوحظ أنّ عوامل أخرى تتدخّل في شدّة الألم الحوضي المزمن الّذي تعاني منه السّيدة مثل زيادة كتلة الجسم (BMI)، ووجود الالتصاقات، وقصّة عائليّة لوجود CPP، التّدخين، ولكن للمفارقة وجد أنّ وجود الأندومتريوز لا يؤثّر على شدّة الألم الحوضي المزمن.[26] وفي هذا السّياق أيضا وجدت بعض الدّراسات أنّ التّعرض لاستغلال

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

جسدي أو نفسيّ في مرحلة الطّفولة قد يجعل الشّخص أكثر استعداداً للإصابة بالألم الحوضي المزمن أو زيادة شدّته، ويعتقد أنّ ذلك بسبب زيادة الحساسيّة العصبيّة.[6 26 27]

الجدول (1-1) العوامل المسبّبة للألم الحوضي المزمن

Endometriosis	Pelvic pain posture
Pelvic inflammatory disease	Fibromyalgia
Pelvic adhesions	Nerve entrapment
Adenomyosis	Neuropathic pain
Adnexal mass	Myofascial syndromes
Leiomyoma	Muscle pain
Pelvic Congestion	Pelvic floor muscle spasms
Ovarian remnant syndrome	Physical and sexual abuse

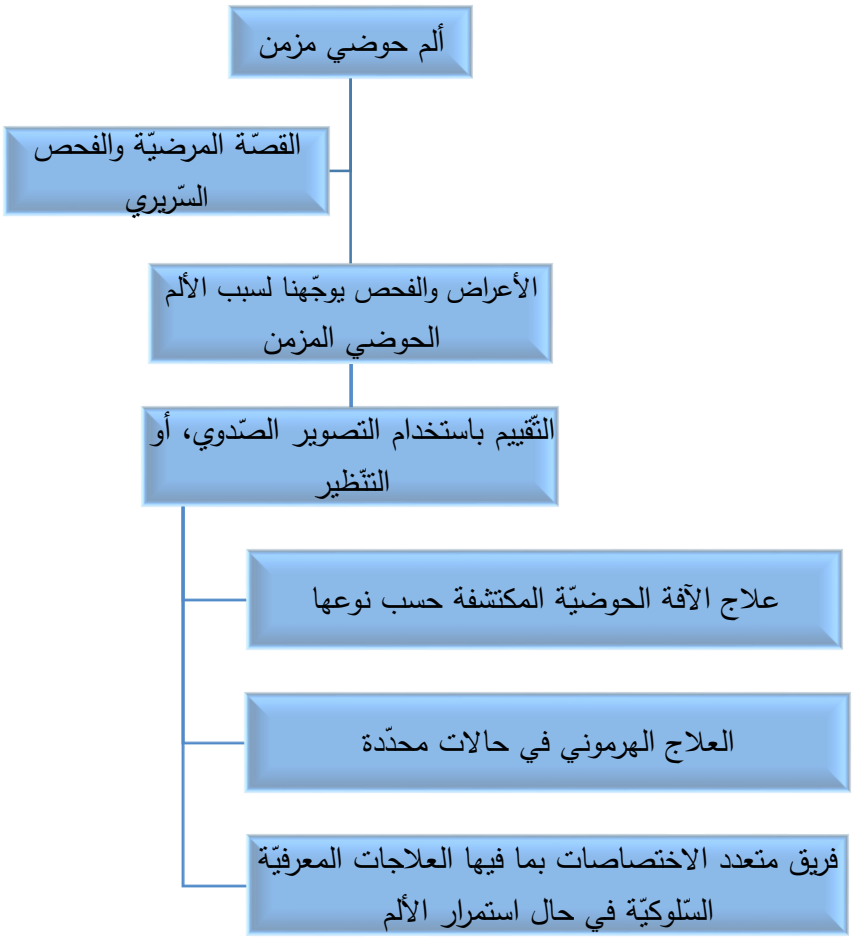
1–3– مقاربة وتشخيص مرضى الألم الحوضي المزمن:

من المتّفق عليه حاليا أنّ القصّة المرضيّة والفحص السّريري المأخوذين بعناية يشكّلان حجر الزّاوية في تشخيص السّبب المحتمل وراء الألم الحوضي المزمن وبالتّالي التّوجه نحو الإجراء المناسب حسب الحالة،[28 29] فمثلا عندما تزداد صفات الألم الحوضي أثناء الطمث يكون التّوجه السّريري نحو الأندومتريوز أو الأدينوميوز، وإذا كان الألم مستمراً عند سيّدة سبق وأجرت عمليّات جراحيّة يتمّ التّوجه نحو الالتصاقات[7 16]، أو حسّ حرق، أو ألم يشبه سريان التّيار الكهربائي نتجه إلى أنّ السبب غالبا (neuropathic pain) أذيّة في الأعصاب المحيطيّة

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الموجودة في منطقة الحوض بسبب جراحة سابقة، أو رضّ، أو حدثيّة التهابية في الحوض.[7 16] وحاليا يتمّ الاعتماد على العديد من المقاييس الّتي تساعد السيّدة في تحديد شدّة الألم الحوضي المزمن، ومقاييس أخرى تمكننا من معرفة مدى تأثير الألم الحوضي المزمن على نوعيّة الحياة لدى السيّدة التي تعاني منه.[30] أمّا الخطوة الثّانية فتكون بإجراء تصوير بالأمواج فوق الصوتية عن طريق المهبل الّذي يعد حاليا أول إجراء تشخيصي يجرى للسّيدات اللّاتي يعانين من ألم حوضي مزمن، وله أهميّة كبيرة في تحديد وجود كتل أو كيسات الملحقات، أو الأورام الليفية، أو الأدينوميوز.[31 32] ثمّ التّنظير الّذي يعدّ أداة تشخيصيّة وعلاجيّة هامة (gold standard) عند مقاربة الألم الحوضي المزمن.[7 33] ويظهر الشّكل رقم (1) الخطّة الواجب اتّباعها عند مقاربة سيّدة تعاني من ألم حوضي مزمن.[19 33]

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود



الشّكل رقم (1-1) يظهر مخطط تقييم وتشخيص الألم الحوضي المزمن

1-4- التّدبير والعلاج:

بسبب طبيعة المرض متعدّدة العوامل، فإنّ إيجاد خطّة علاجيّة مثاليّة يعد تحديا كبيرا. وتكون المسكّنات التّقليديّة مثل الأسيتامينوفين، ومضادات الالتهاب اللاستيروئيديّة الوسيلة الأولى التي تلجأ إليها السيّدة لتخفيف الألم، ولكن فاعليتها العلاجيّة محدودة جدا في حالة ال CPP، إضافة إلى تأثيراتها الجانبيّة الخطيرة في حال تناولها لفترات طويلة.[6 28]

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

وتبيّن أنّ للعلاجات الهرمونيّة دور محدود، فقد لوحظ أنّ استخدام مثبطات المبيضين مثل مقلدات GNRH لها فائدة عند وجود ألم حوضي سببه الأندومتريوز ولكن وجد أنّ عودة الألم ستكون عند 85% من السيّدات حال إيقاف الدّواء إضافة إلى تأثيراته الجانبية.[29] إضافة إلى استخدام مانعات الحمل الفمويّة في محاولة لعلاج CPP ولكن الفائدة من استخدامها كانت محدودة في حالات عسرة الطمث المرتبطة بالأندومتريوز.[28 34] وهناك العديد من الدّراسات عن استخدام البروجسترون وحده (Medroxyprogesterone) ولكن للأسف كانت الفائدة محدودة.[16 28]

ويوجد العلاج الجراحي لاستئصال الآفات الحوضيّة مثل الكيسات، والأورام الليفيّة، والكتل أو كيسات الملحقات، والبقايا المبيضيّة (Ovarian remnant syndrome)،[6 7] وكذلك تخثير أو استئصال الانزراعات الأندومتريوزيّة الّذي كان دوره هاماً في التّخفيف من شدّة الألم الحوضي المزمن.[35] وبالنّسبة لفكّ الالتصاقات، أشارت العديد من الدّراسات إلى أنّ فكّها عند السيّدات اللاتي يعانين من ألم حوضي مزمن بعد إجراء عمليّات جراحيّة ووجود شكّ بالالتصاقات يكون مفيداً في تخفيف الألم وتحسين نوعيّة الحياة عند 70% من المرضى.[28 36] وهناك محاولات لتخفيف شدّة CPP عن طريق قطع العصب في الرباط الرّحمي العجزي (LUNA) ولكنها كانت مخيّبة للآمال.[37]

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

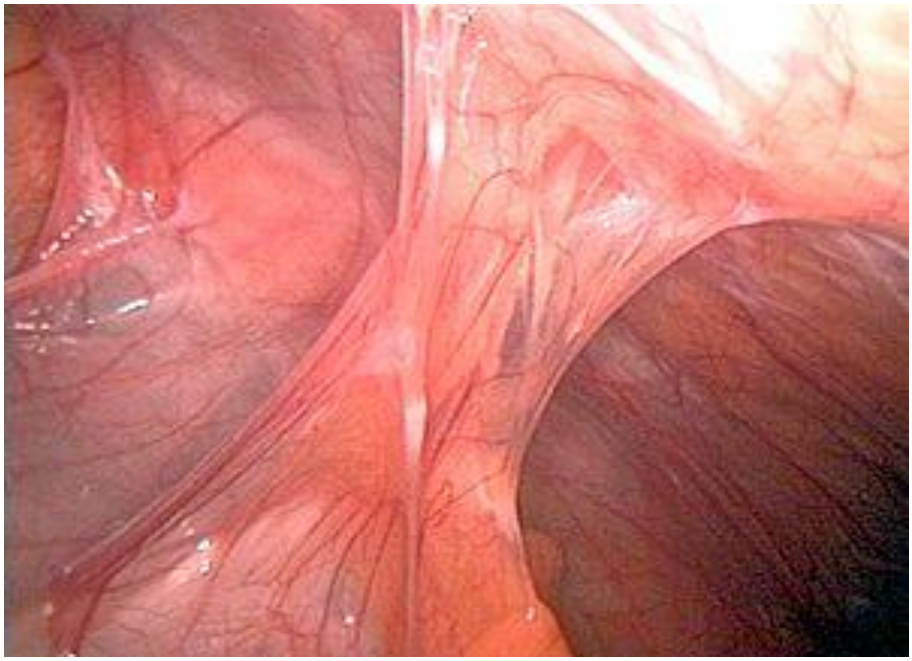
الفصل الثّاني: الالتصاقات الحوضيّة

Pelvic Adhesions

تُعرّف الالتصاقات بأنّها اتصال بين سطحين(opposing serosal and/or nonserosal-surfaces) – بين الأعضاء الدّاخليّة، أو بينها وبين جدار البطن في موقع لا يجب أن يتواجد فيه هذا الإتّصال، بالتّالي يحدث تشوّه أو انحراف في العلاقات التّشريحيّة الطّبيعيّة. قد تكون هذه الالتصاقات موعّاة أو غير موعّاة، خفيفة أو كثيفة، تحتوي على ألياف عصبيّة أو خالية منها.[38] تحدث الالتصاقات بسبب أذيّة طبقة البريتوان ممّا يؤدّي لإفراز عوامل نمو و سيتوكينات وتبدأ شبكة الفيبرين بالعمل، وأيضا حالات الفيبرين وبشكل أساسي tissue-type (plasminogen activator) تتفعّل، وفي النّهاية تتشكّل الالتصاقات الدّائمة.[39] بالتّالي عوامل الخطورة لتشّكل الالتصاقات عديدة منها سوابق للإصابة بالدّاء الحوضي الالتهابي (PID)، أو الأندومتريوز، أو انثقاب زائدة دوديّة سابق، أو تشعيع حوض سابق، أدواء الأمعاء الالتهابيّة،[38] ولكن تبقى السّوابق الجراحيّة هي العامل الأكبر في تشكّل الالتصاقات حيث وجدت الالتصاقات بنسبة تصل ل 93% بعد العمليّات البطنيّة، وبنسبة 55–100% بعد العمليّات الحوضيّة.[40] وأشارت دراسة أخرى إلى أنّ نسبة تشكّل الالتصاقات بعد إجراء عمليّة استئصال ورم ليفي عن طريق البطن كانت 93.7%.[41] وفي دراسة مثيرة للاهتمام لتقييم عوامل الخطورة في

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

أسباب تشكّل الالتصاقات الحوضيّة وجد أنّ 43% من السيّدات اللاتي وجد لديهنّ التصاقات سبق وأجرين عمليّات جراحيّة، 13% كان لديهنّ PID، و2% كان لديهنّ إندومتريوز، و47% من السيّدات كان لديهن التصاقات بدون وجود أي عامل خطورة لتشكّل الالتصاقات حتى لحظة إجراء التّنظير.[38] أمّا بالنّسبة لتشخيص الالتصاقات الحوضيّة وعلاجها فيكون إمّا عن طريق فتح البطن، أو عن طريق تنظير البطن. بمعنى آخر لا يمكن الاعتماد على التّقييم السّريري، أو على استخدام التّصوير الصّدوي في تحديد وجود الالتصاقات داخل البريتوان من عدمها.[42]



الشكل رقم (1-2) يوضّح شكل الالتصاقات باستخدام التّنظير

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الفصل الثّالث: العلاقة بين الالتصاقات والألم الحوضي المزمن

العلاقة بين الالتصاقات وCPP جدليّة حتّى الآن، فعلى الرّغم من أنّ دراسات عديدة تؤكّد التّرابط القوي بين وجود الالتصاقات وبين CPP، مثلا دراسة Kresch et al [5] والتي شملت ١٠٠سيّدة تعاني من CPP و50 سيّدة سليمة (مجموعة المقارنة) فقد أظهرت أنّ الالتصاقات الّتي تشمل الأعضاء التّناسليّة الدّاخليّة (الرّحم والملحقات) تشكّل النّسبة العظمى 38% مقارنة مع 10% عند مجموعة المقارنة، كما وجدت الالتصاقات بين الأمعاء والبريتوان الجداري بنسبة 13% مقارنة مع 2% بالنّسبة للمجموعة الأخرى. وفي دراسة أخرى،[22] كانت نسبة وجود الالتصاقات 40%، وفي دراسة أخرى كانت نسبة وجود الالتصاقات عند السيّدات اللاتي يعانين من CPP 47%.[42] وفي بعض الدّراسات وصلت نسبة ترافق الالتصاقات مع الألم الحوضي المزمن 93.3%.[43] لكن هذه الدّراسات وغيرها تشير إلى التّرابط وزيادة تواتر وجود الالتصاقات عند السّيدات اللاتي يعانين من CPP ولكنها لا تؤكد أو تنفي العلاقة السّببيّة (cause_effect) وذلك بسبب صعوبة تطبيق معايير Hills للسّببيّة. بالتّالي جرت محاولات أخرى لمعرفة علاقة الالتصاقات مع الألم الحوضي المزمن من خلال ربط مكان الألم مع وجود الالتصاقات، عن طريق إجراء التنّظير تحت التّخدير الموضعي وأظهرت الدّراسة أنّ 62% من السّيدات مع CPP أظهرن أنّ نقطة بداية الألم (trigger point) في الموقع من الحوض الّذي يحوي التصاقات.[44] وفي دراسة أخرى مشابهة تقريبا تمّ إجراء التّنظير تحت التّخدير الموضعي، وتمّ فكّ الالتصاقات المسببّة للألم أثناء الشّد، فكانت النّتيجة تحسّناً كبيراً في CPP لدى 70% من السيّدات المشاركات في الدّراسة وغياب الألم بشكل

تامّ لدى 29% منهنّ.[45] وكذلك أظهرت دراسة أخرى بأنّ التّوافق بين موقع الألم المحدّد من قبل المريضة و مكان الالتصاقات المكتشف أثناء إجراء تنظير البطن كان 90%.[42] وفي محاولة لمعرفة طبيعة الالتصاقات الأكثر تسببًا للألم الحوضي المزمن، وجد أنّ الالتصاقات الّتي تشمل الأعضاء الأكثر قابليّة للحركة، وبخاصّة الالتصاقات الّتي تشمل المبيضين، هي الالتصاقات الأكثر ترافقا مع الألم الحوضي المزمن.[46 47] وأظهرت نتائج دراسات أخرى أنّ شدّة الألم الحوضي المزمن تزداد في حال وجود الالتصاقات الحوضيّة.[26] كما حاولت دراسات أخرى عديدة معرفة العلاقة بين الالتصاقات و CPP من خلال تقييم الألم بعد فكّ الالتصاقات، وقد وصلت نسبة تحسّن الألم حتّى89% في بعضها.[42 48 49 50] ولكن المشكلة الأساسيّة لتلك الدّراسات غياب مجموعة الضّبط أو المقارنة (control group)، بالتّالي جرت محاولات لتفادي ذلك النّقص وظهرت دراسات مضبوطة معشّاة (randomized controlled trails) لمعرفة تأثير فكّ الالتصاقات باستخدام تنظير البطن وقد لوحظ انخفاض في شدّة الألم وتحسّن في نوعيّة الحياة لدى السيّدات اللاتي يعانين منCPP بعد فكّ الالتصاقات لديهنّ.[11 51 52] ولكن حاليا تبقى جميع التّوصيات بإجراء مزيد من الدّراسات المضبوطة من أجل الوصول إلى فهم أعمق لطبيعة العلاقة بين الالتصاقات و CPP.[38 48 51 52] وقد وضعت العديد من الفرضيّات لتفسير كيفيّة حدوث الألم بسبب الالتصاقات منها أنّ الألم يكون بسبب الشّد الّذي يسبّبه الالتصاق على الطّبقة المصليّة لكل من البريتوان والعضو الحوضي وهذا أكثر حدوثا أثناء ممارسة النّشاطات اليوميّة مثل الجري أو الجماع و لذلك قد يزداد الألم في هذه الحالات.[38] بعض الفرضيّات ذكرت أنّه يحدث نقص تروية موضعي في مكان الالتصاق وهذا يؤدّي إلى إثارة الألياف العصبيّة الموجودة ضمن الالتصاقات بالتّالي يتحرّض شعور الألم.[42] وفي دراسة مثيرة للاهتمام

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

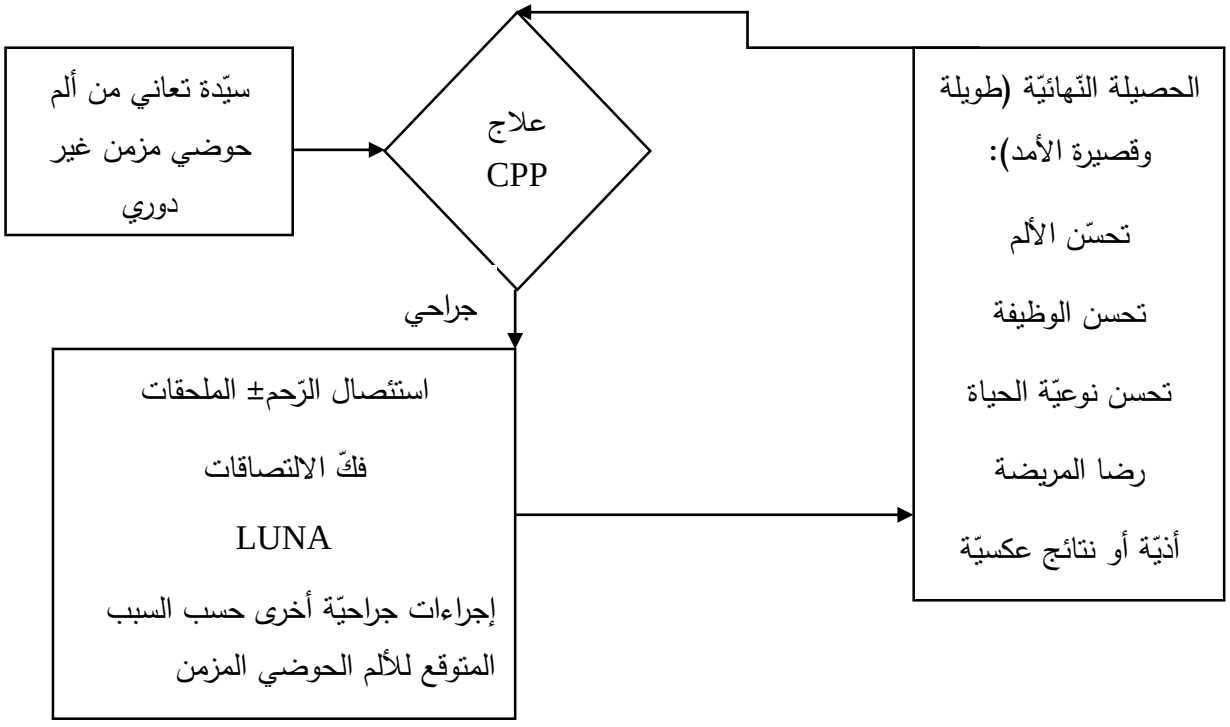
وجدت أنّ الالتصاقات بغض النّظر عن حجمها ومكانها و امتدادها، احتوت على المادّة P وهي من النّواقل العصبيّة الحسيّة، كما أظهرت وعبّرت عن الواسمات العصبيّة الحسيّة (expressing the sensory neuronal markers calcitonin gene-related protein) وهذا يؤمن دليلاً مباشراً على وجود الألياف الحسيّة في الالتصاقات وبالتّالي نقلها للألم عند وجود تنبيه معيّن.[53] بعض الفرضيّات رأت أن سبب الألم هو الحدّ من حركة العضو الحوضي بسبب الالتصاقات وهذا يؤدي إلي تقلصه وبالتّالي تنبيه الألياف الحسيّة الحشويّة و يتولّد الإحساس بالألم.[38]

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الفصل الرّابع: التّدبير الجراحي للألم الحوضي المزمن

4-1- الخيارات العلاجيّة الجراحيّة:

يظهر الشّكل التّالي النتيجة المرجوّة، والعلاجات الجراحيّة المستخدمة في علاج الألم الحوضي المزمن كما يلي[54]:



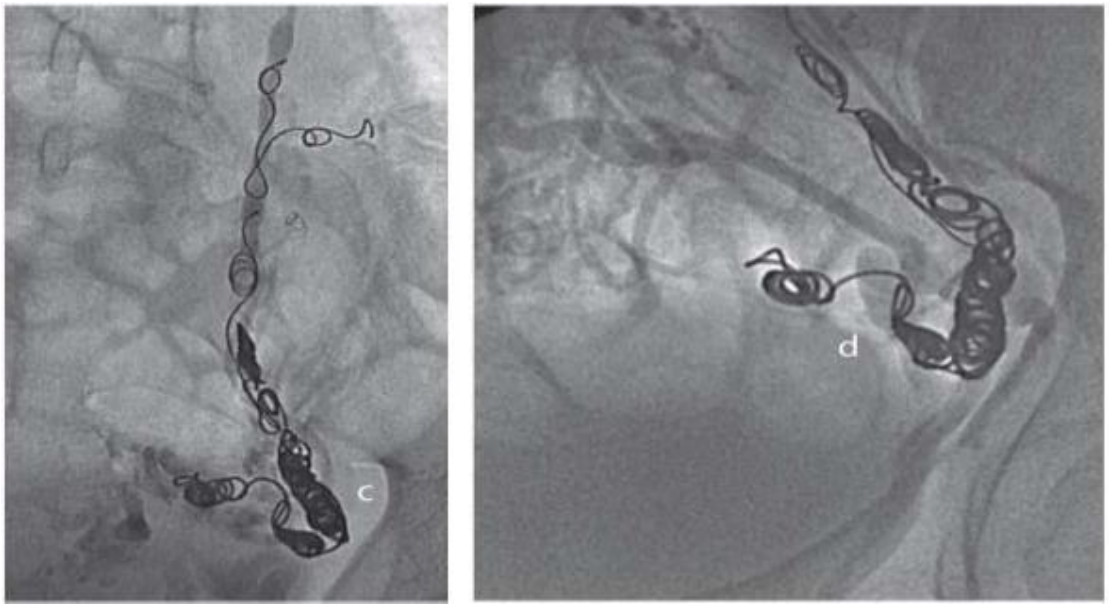
الشّكل (1-3) يظهر إطار عام تحليلي للعلاج الجراحي للألم الحوضي المزمن

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

استخدمت العديد من التّداخلات الجراحيّة في محاولات عديدة للتّخلص من هذه المشكلة التي تؤثر على حياة السيّدة بشكل عام، إضافة إلى العبء الاقتصادي الكبير الذي تسبّبه كما ذكر سابقا. فعندما كان التوجه إلى أنّ سبب هذه المشكلة هو وجود الاحتقان الحوضي أو pelvic vein incompetence، كان العلاج الجراحي المُتّبع هو سدّ الأوردة المتوسعة عن طريق الجراحة أو بواسطة استخدام القثاطر الوريديّة. أجريت العديد من الدّراسات لمعرفة فائدة هذا الإجراء الجراحي، وفي دراسة مرجعيّة Meta-Analysis، شملت 13 دراسة تضمّنت 866 سيدة، أظهرت الدّراسات الإحصائيّة تحسن ذو دلالة إحصائيّة في 9 دراسات من أصل 13 دراسة سابقة الذّكر، وكانت نسبة نجاح الإجراء الجراحي مع معدّل قليل جدا للاختلاطات 99.8%، 856 سيدة من أصل 866.[55]

الشّكل (1-4) يظهر وجود توسع في الوريد المبيضي مع وجود دوالي وريديّة جانب الرّحم

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود



الشكل (1-5) يظهر طريقة العلاج بسد الوريد المتوسع، ومنع حدوث الارتداد

- استئصال الرحم الجراحي مع أو بدون الملحقات كان من ضمن الإجراءات الجراحيّة في محاولة لعلاج مشكلة الألم الحوضي المزمن. يبقى دور هذا الإجراء مثار جدل، على الرّغم من أنّ 12% من 600 ألف استئصال رحم يجرى في الولايات المتّحدة يكون بسبب الألم الحوضي المزمن.[54] في بعض الدّراسات أشارت النّتائج أنّ 40% من السيّدات اللاتي أجرين استئصال رحم في محاولة علاج CPP بقي الألم لديهنّ، وأنّ 5% من هؤلاء السّيدات زاد الألم سوءا لديهنّ.[17] ولكن في دراسة مقابلة (Stovall and colleagues)[56] أجريت لمعرفة دور استئصال الرحم في علاج الألم الحوضي المزمن عند السّيدات، بعد فشل العلاج الدّوائي من جهة، وعدم وجود خيارات علاجيّة جراحيّة أخرى من جهة ثانية. أظهرت النّتائج أنّ نسبة التّحسن كانت 78%، ومن الملاحظ في نفس هذه الدّراسة أنّ نسبة 22% استمرّ الألم لديهنّ على الرّغم من وجود دليل نسيجي على وجود حدثيّة مرضيّة في الرّحم. دراسة هارتمان ورفقاؤه (Hartmann and colleagues)، ركّزت على نوعيّة الحياة والجماع عند السّيدات اللاتي خضعن لاستئصال رحم بسبب وجود ألم حوضي

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

مزمن على مدى 24 شهر. أظهرت النّتائج أنّ 80% من السيّدات أظهرن تحسّنا في الألم، وأنّ 60% من السيّدات تحسن لديهنّ الألم أثناء الجماع مع بقاء تواتر الجماع كما كان قبل إجراء العمل الجراحي.[57] بالتّالي هذا الخيار العلاجي الجراحي يجب أن يناقش بشكل واسع مع السّيدة، وأن يسبقه العديد من الاستشارات والإجراءات التي قد تكون أكثر فائدة، كما أن احتمال استمرار وجود الألم بعد هذا الإجراء يجب أن يتم ذكره للسيّدة التي تعاني من ألم حوضي مزمن.

- قطع العصب في الرّباط الرّحمي العجزي (LUNA) يتضمّن قطع الرّباط الرحمي العجزي من نقطه ارتباطه مع الرّحم، والهدف من ذلك هو قطع الألياف العصبيّة الحسيّة التي تعصب عنق الرّحم بشكل أساسي. ومن أجل تقييم مدى فائدة هذا الإجراء أظهرت دراسة مضبوطة معشاة أجريت على487 سيدة يعانين من الألم الحوضي المزمن، خضعن لإجراء LUNA، وتمّ متابعتهن ل 69 شهر. أظهرت النتائج عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائيّة فيما يتعلق بوجود الألم، أو بالألم أثناء الجماع، أو بنوعيّة الحياة لدى هؤلاء السيّدات.[58]

الشّكل (1-6) قطع الرّباط الرّحمي العجزي

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

- قطع الأعصاب قبل العجزيّة (Presacral neurectomy) الهدف من هذا الإجراء استهداف الأعصاب قبل العجزية (superior hypogastric plexus) التي تعصب عنق الرّحم، والرّحم، والجزء القريب من أنبوب فالوب. أظهر هذا الإجراء فعّاليّة واضحة في علاج الألم الحوضي المزمن، بخاصّة الألم الحوضي على الخطّ النّاصف (المركزي)، أكثر من الألم الحوضي المزمن المحيطي.[54 59] في دراسة مضبوطة معشّاة لمقارنة هذا الإجراء مع LUNA، تضمنت 33 سيدة خضعن ل Presacral neurectomy مقابل 35 سيدة خضعن ل LUNA، أظهرت نتائج هذه الدّراسة فائدة ملحوظه لهذا الإجراء وفروق هامّة ذات دلالة إحصائيّة مقارنة مع LUNA، حيث كانت فعالية هذا الإجراء 81% مقابل 51.4% بعد 12 شهر من المتابعة. وفي دراسة راجعة تمّ جمع نتائجها على مدار 6 سنوات أظهرت أنّ فعاليّة هذا الإجراء وصلت حتى 73%.[60] كما أظهرت نتائج دراسة أخرى أجريت على 50 سيّدة تعاني من ألم حوضي مزمن، أنّ فعاليّة هذا الإجراء وصلت حتى77% في علاج الألم أثناء الجماع بشكل خاصّ، و73% في تخفيف الألم الحوضي المزمن بشكل عامّ.[61] وفي دراسة مضبوطة معشّاة أجريت على 141 سيّدة، أظهرت النّتائج بعد فترة متابعة وصلت حتّى 24 شهر تحسّناً ملحوظاً في نوعيّة الحياة وفي الألم الحوضي المزمن، بشكل أساسي أثناء الجماع، مقارنة مع السّيدات اللاتي لم يخضعن لهذا الإجراء الجراحي العلاجي Presacral neurectomy.[62]

4-2- فكّ الالتصاقات الحوضيّة:

لوحظ أنّ 50% من الالتصاقات الحوضيّة تكون بسبب حدثيّة التهابيّة، أو تخريشيّة للبريتوان، بينما في 50% من الحالات ووجدت الالتصاقات بدون وجود أيّ سوابق أو دلائل تشير إلى قصّة أو أذيّة سابقة.[54] وتوجد دراسات عديدة عن علاقة الالتصاقات الحوضيّة مع الألم الحوضي المزمن وقد تمّ ذكرها في الفصل الثّالث من هذا البحث. ولكن النّقاش استمر حول الآليّة التي يجب اتباعها لفكّ الالتصاقات، إمّا عن طريق فتح البطن، أو عن طريق تنظير البطن. وأجريت العديد من الدّراسات لتقييم فعاليّة كل منهما والجدوى الاقتصاديّة من اتباع إحدى الطّريقتين. أظهرت نتائج دراسة مضبوطة معشّاة أنّ فكّ الالتصاقات عن طريق فتح البطن كان أكثر فعّاليّة في حالة الالتصاقات الكثيفة dense adhesions،[59] كما أنّ دراسات مرجعيّة عديدة أقرّت بأنّ استخدام تنظير البطن لفكّ الالتصاقات يعدّ حاليا الخيار الأول (إلاّ في حالات قليلة موصوفة) نظراً لفعّاليّته من جهة، وقلّة الاختلاطات الناجمة عنه وقصر فترة الاستشفاء من جهة أخرى.[63]

4-2-1- فكّ الالتصاقات بتنظير البطن:

بعد تطور تقنيات التّنظير، ظهر السؤال الملحّ عن فائدة التّنظير في فكّ الالتصاقات، وعمّا إذا كان أفضل من فكّ الالتصاقات عن طريق فتح البطن. وإمكانيّة الاستفادة من ذلك في تقييم واعتماد مقاربة أخرى لمعرفة علاقة الالتصاقات مع CPP.

أظهرت الدّراسات بأنّ تقنية التّنظير أقل رضّاً، وبالتّالي إمكانيّة تشكّل الالتصاقات أقلّ احتمالا بعد تنظير البطن مقارنة مع فتح البطن.[39] وفي دراسة مضبوطة معشّاة أخرى تمّت المقارنة بين 72 سيّدة أجري لهن علاج الحمل

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الهاجر باستخدام تنظير البطن في المجموعة الأولى، وعولج الحمل الهاجر عن طريق فتح البطن في المجموعة الثّانية. وبعد ذلك خضعت السيّدات ل second-look laparoscopy بعد 12 أسبوع، وقد تبين أنّ العلاج باستخدام تنظير البطن أدّى إلى التصاقات أقل في الجهة التّي أجري فيها استئصال الحمل الهاجر، وفي الجهة المقابلة أيضا وبفارق هام إحصائيّا مقارنة مع العلاج عن طريق فتح البطن.[64] ومن ثمّ تمّت دراسة إمكانيّة إعادة تشكّل الالتصاقات من عدمها بعد إجراء تنظير البطن لفكّ الالتصاقات لدى السيّدات اللاتي يعانين من الألم المزمن، ومقاربة ذلك لمعرفة دور الالتصاقات وعلاجها في التّأثير على CPP. فقد أظهرت نتائج دراسة أجريت على 38 سيّدة لفكّ الالتصاقات لديهنّ باستخدام تنظير البطن، ومن ثمّ تمّ إعادة إجراء التّنظير بعد 4 أسابيع من الجراحة الأولى لتقييم حالة الالتصاقات بعد فكها. لوحظ انخفاض في شدّة وامتداد الالتصاقات وبفارق هامّ إحصائيّا، فقد انخفض امتداد الالتصاقات بنسبة 24%، وانخفضت شدّة الالتصاقات بنسبة 27%، وانخفضت نسبة الالتصاقات الخفيفة (filmy adhesions) بنسبة 35%، والالتصاقات الكثيفة (dense adhesions) انخفضت بنسبة 31%، أمّا بالنّسبة للالتصاقات بين الأعضاء الحوضيّة فقد وجد انخفاض في الالتصاقات الّتي تشمل ثلث العضو الحوضي بنسبة 33%، وانخفضت الالتصاقات التي تشمل من ثلث إلى ثلثي العضو الحوضي بنسبة 45%، أمّا الالتصاقات التي تشمل أكثر من ثلثي العضو الحوضي فقد انخفضت بنسبة 31%.

[65]وفي دراسة أخرى أيضا تمّ إجراء Second-Look Relaparoscopy، وجد أنّ 65% من المرضى كان لديهم توافق بين مكان تواجد الالتصاق وبين مكان تواجد الألم، ومن جهة أخرى لوحظ عدم إعادة تشكّل

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود
الالتصاقات وانخفاضها بشكل هامّ بعد فكّها في المرحلة الأولى وخاصّة الالتصاقات بين الأعضاء داخل البريتوان

وجدار البطن الأمامي، بشكل أكثر أهميّة من الالتصاقات الموجودة بين الأعضاء الحوضيّة.[39]

الشّكل (1–7) فكّ الالتصاقات الحوضيّة باستخدام تنظير البطن

الجزء الثّاني: القسم العملي

الفصل الأول: هدف البحث وطريقة إجرائه

1-1- مبررات البحث:

يعدّ الألم الحوضي المزمن حتّى الآن، وعلى الرّغم من التّطور الهائل في التّقنيات الحديثة المستخدمة في مجال علاج وتشخيص الأمراض النّسائيّة، من الأمراض صعبة العلاج. حيث لا يوجد حتّى الآن مقاربة طبيّة معتمدة في علاجه. على الرّغم من جديّة المشكلة حيث أنّ CPP يؤثّر على مختلف نواحي الحياة العائليّة والمهنيّة والاجتماعيّة للسيّدة التي تعاني منه، وقد يؤدّي إلى تغيّرات سلوكيّة. ومن خلال عملي مع السيّدات اللاتي يعانين من ألم حوضي مزمن تبيّن:

- أنّ السيّدة قد تستمر في مراجعة العيادة النّسائيّة لمدة طويلة قد تصل لسنوات ولكن دون أي فائدة تذكر.
- الاستمرار في تناول المسكّنات التّقليديّة رغم فشلها في التّخفيف من حدّة المرض من جهة، وآثارها السلبيّة على الصّحة عند تناولها على المدى الطّويل من جهة أخرى.

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

- تدخل السيّدات غالبا في حلقة مفرغة، عدم الاستفادة الدّوائيّة من جهة، واستمرار الألم من جهة أخرى، بخاصّة أثناء القيام بالنّشاطات الاعتياديّة أو أثناء العلاقة الزّوجيّة، بالتّالي زيادة تأثير هذه المشكلة على الحياة الجنسيّة والعائليّة والاجتماعيّة للسيّدة.
- بعض السيّدات أجرين بالفعل عمليّات جراحيّة كبرى عن طريق فتح البطن (استئصال رحم، استئصال جزء من الأمعاء) في محاولة للتخلص من مشكلة الألم الحوضي المزمن لكن دون فائدة تذكر، هذا بالإضافة إلى الأعباء الماليّة التي ألقيت على عاتقهنّ لكن دون تحقيق الفائدة المرجوة، مما زاد من تأثير المشكلة على الحالة الجسميّة والنّفسيّة للسيّدة.

وكما ذكر سابقا تأثير الألم الحوضي المزمن على مختلف نواحي الحياة لدى السيّدة التّي تعاني منه، فإنّ التّقييم الموضوعي ل CPP يجب أن يتضمن تقييم نوعيّة الحياة لديهنّ قبل وبعد العلاج.[30] وللوقوف على نوعيّة الحياة لدى السّيدات اللاتي يعانين من الألم الحوضي المزمن أُجريت دراسة استطلاعيّة على عيّنة من المريضات بلغ عددها(15) سيّدة يعانين من CPP، تمّ اختيارهنّ بالطّريقة العشوائيّة البسيطة من مراجعات مستشفى التّوليد وأمراض النّساء الجامعي _ دمشق. وتبيّن مداومة هؤلاء السيّدات على تناول المسكّنات، ومراجعتهنّ المستمرّة للعيادات النّسائيّة على مدار عدّة سنوات (إحدى الحالات استمرّت في زيارة أطباء النّسائيّة على مدار 13 عاماً بسبب معاناتها الشّديدة من الألم الحوضي المزمن طوال تلك الفترة)، كما تبيّن وجود تحدّد في الوظيفة الفيزيائيّة (الجسديّة)، وتحدّد في الحياة العاطفيّة لدى هؤلاء المريضات، كما أنّ علاقتهنّ مع الشّريك وحياتهنّ الجنسيّة متوترة، إضافة إلى التّكاليف الماليّة التي ألقيت على عاتقهنّ. كما لوحظ محدوديّة المعلومات المتاحة لهنّ عن

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

طبيعة الألم الحوضي المزمن، والخيارات العلاجيّة التي قد تكون مفيدة ومتوفّرة في حالتهن وعلى رأسها تنظير البطن. دراسات عديدة أشارت إلى أهميّة نوعيّة الحياة والعلاقة بين انخفاض QoL وزيادة المراضة والوفيات، بالتّالي زاد الاهتمام في تضمين طرق قياس QoL أثناء التّقييم السريري للمرضى.[66 67] وفي أثناء ذلك ظهرت أهميّة تلك المقاييس حتّى في معرفة الجدوى الاقتصاديّة من العلاج، فقد وجد أن استخدام تلك المقاييس يساعد أصحاب القرار في المعالجة الطبيّة على المقارنة بين نتائج مختلف الطّرق العلاجية المقدّمة، وبالتّالي معرفة فائدة كل إجراء تمّ اتخاذه من النّاحية الطبيّة، وكذلك التّقييم الاقتصادي لذلك الإجراء المتّبع. وهذا يساعد فيما بعد على وضع بروتوكول علاجي لحالة صحيّة ما، يجمع ما بين تحقيق الفائدة المرجوة للمريض من جهة وبين تقليل الأعباء الاقتصادية على المنشآت الطبيّة من جهة أخرى.[68] لسوء الحظّ لا يوجد حتى الآن اهتمام كبير في هذا الجانب في مقاربة الحالات الصحيّة التي تمر بها السيدات مراجعات مشفى التّوليد وأمراض النّساء الجامعي وخاصّة اللاتي يعانين من حالات صحيّة جدليّة مثل الألم الحوضي المزمن. لذلك أجري هذا البحث كخطوة أولى لدراسة الاختلاف في كلا المقياسين EQ-5D-3L و SF-36 عند استخدامهما لدى السيّدات اللاتي يعانين من CPP، وتقييم صلاحيّة (Validity) مستوى الاستجابة (responsiveness) لكل منهما عند وجود CPP، بخاصّة أنّه لا يوجد إجماع حتى الآن على المقياس الأكثر ملاءمة في حال وجود ألم مزمن.[69]

2-1- أهميّة البحث:

يمكن إجمال أهميّة البحث كما يلي:

الأهميّة النّظريّة وتتجلّى بالنّقاط التّالية:

- زيادة وعي الأطباء بخطورة مشكلة الألم الحوضي المزمن من خلال إظهار مدى تأثيرها السّلبي العميق على نوعيّة الحياة لدى السيّدات اللاتي يعانين منه، وبالتّالي التّوقف عن الاستمرار في وصف المسكّنات التّقليديّة عديمة الجدوى والبحث عن مقاربة أخرى قد تكون أكثر فائدة.
- إلقاء الضّوء على مقاربة جديدة في التّعامل مع مشكلة الألم الحوضي المزمن، إذ يُعدّ البحث الحالي الأوّل في مستشفى التّوليد وأمراض النّساء الجامعي _ دمشق الّذي يقارب موضوع CPP من منظور فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن.
- قد يفتح الباب أمام دراسات مستقبليّة أخرى ذات صلة بالموضوع، بالتّالي من الممكن التّوصل إلى خطّة علاجيّة متكاملة (بروتوكول علاجي) يمكن اعتمادها في دار التّوليد الجامعي.

أمّا **الأهميّة التّطبيقيّة** لهذا البحث فتتلخص كما يلي:

- محاولة علاج الألم الحوضي المزمن بطريقة مختلفة بعيدا عن الطّرق التّقليديّة المتّبعة، غير الفعّالة، والمعتمدة على وصف المسكنات التّقليديّة باستمرار، وعلى مدى طويل. من خلال إجراء في متناول اليد وهو

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن. ودراسة مدى تأثير هذا الإجراء ليس فقط على شدّة الألم الحوضي المزمن، وإنّما على نوعيّة الحياة لدى السيّدات اللاتي يعانين منه واللاتي دخلن في هذه الدّراسة.

- إجراء مقارنة بين EQ-5D-3L و SF-36 (المقياسين الأكثر استخداما عند تقييم CPP وتأثيره على نوعيّة الحياة لدى السيّدات اللاتي يعانين منه) وبالتّالي إمكانية تحديد أي منهما ملائم أكثر لاستخدامه عند تقييم CPP لدى السيدات مراجعات مشفى التّوليد وأمراض النساء الجامعي–جامعة دمشق.

1-3- هدف البحث:

إجراء تقييم موضوعي لتأثير فك الالتصاقات باستخدام تنظير البطن على تخفيف الألم وتحسين نوعيّة الحياة لدى السيّدات اللاتي يعانين من ألم حوضي مزمن. إجراء مقارنة بين المقياسين الأكثر شيوعا في تقييم نوعية الحياة لدى مرضى CPP وتحديد الأكثر ملاءمة لتطبيقه ضمن خطة تقييم وعلاج السيّدات اللاتي يعانين من CPP.

1-4- مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائيّة:

حدّدت في ضوء ما ورد من تعريفات في الدّراسات العالميّة وبعض الكتابات النّظريّة، ويمكن بيانها على النّحو التّالي:

- **الألم الحوضي المزمن:** ألم غير دوري، يختلف في شدّته فقد يكون ألماً خفيفاً، أو متوسّطاً، أو شديداً، ولكنّه مستمرّ لمدّة تتجاوز الأربعة أشهر، موضّع في الحوض الحقيقي (التّشريحي)، لا يوجد استجابة فعّالة عند استخدام المسكّنات التّقليديّة، أحيانا يزداد أثناء الجماع أو بالحركة.[3 4]

- **نوعيّة الحياة:** هي مصطلح مركب يتضمّن إمكانيّة تقييم جودة الحياة level of well-being التي يعيشها الفرد في عدّة مجالات. بمعنى آخر إلى أي درجة يشعر الفرد بالرّضا والامتنان في حياته، وبأنّ الحياة الّتي يعيشها تحقق رغباته وأمانيه (من النّاحية النّفسيّة والجسديّة).[70] [71] وقد تطور مفهوم نوعيّة الحياة كثيرا مع مرور الوقت،[72] حاليا يعتمد في تقييم نوعيّة الحياة على الشّخص نفسه subjective assessment، كما أنّها تتضمن عدّة أبعاد Multidimensionality للوصول إلى تقييم دقيق لنوعيّة الحياة. [70] [73] الألم الحوضي المزمن مرتبط عادة مع تأثيرات سلبيّة على نوعيّة الحياة بمختلف أبعادها، ومن المعروف حاليا أنّ انخفاض نوعيّة الحياة بسبب الألم الحوضي المزمن يؤدّي إلى سوء في أعراض وشدّة CPP، بالتّالي تدخل السيّدة في حلقة مفرغة.[30] لذلك من أجل التّقييم والمقاربة الشّاملة لمشكلة الألم الحوضي المزمن، لا بدّ من تقييم كلّ من نوعيّة الحياة ومدى تأثير الألم الحوضي المزمن على الحالة العاطفيّة والنّفسيّة للسيّدة الّتي تعاني منه.[30] العديد من الاستبيانات صمّمت من أجل اكتشاف مدى تأثير الألم الحوضي المزمن على نوعيّة الحياة، واستخدمت كذلك في إعطاء نظرة أكثر موضوعيّة لتقييم علاج CPP.[30] و يعتبر مقياس (SF-36) من أكثر المقاييس المستخدمة شيوعا من أجل تقييم نوعيّة الحياة لدى السيّدات اللاتي يعانين من CPP.[30] [74] وكذلك يعدّ (EQ-5D) مقياساً موثوقاً آخر والّذي يعتمد على معايير عالميّة، يسمح بقياس نوعيّة الحياة لدى السيّدات اللاتي يعانين من CPP، وبالتّالي يقيّم الحالة الصّحة بكل أبعادها (evaluate overall health status).[30] [75] [76] ومن المعروف أيضا أنّ السيّدات اللاتي يعانين من ألم حوضي مزمن يبدين تغيرات سلوكيّة (Behaviour Illness) وتأثّر الحالة النّفسيّة و العاطفيّة (psychological

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

discomfort) ،[30 77 78] وحاليا يعد مقياس (HADS) أداة المسح (Screening instrument) المفضّلة المستخدمة أثناء تقييم و مقاربة الحالة النّفسيّة للسيّدات اللاتي يعانين من CPP.[78 79 80] **التّعريف الإجرائي:** الدّرجة التي تحصل عليها السيّدة عند تطبيق المقاييس المستخدمة في هذه الدّراسة.

- **السيّدات المشاركات في هذه الدّراسة:** السيّدات اللاتي تتراوح أعمارهن بين (18–65) سنة وقت الدّخول في هذه الدّراسة، واللاتي يحققّن معايير الاشتمال الخاصّة بهذه الدّراسة.

1-5- المواد والطرائق:

1-5-1- تصميم الدّراسة:

تنتمي الدّراسة إلى الدّراسات التّجريبيّة ذات التّصميم المتوازي (Parallel Design Inter-Subject and Intra-Subject Variabilities) الّتي تهدف عادة إلى دراسة التّغيرات الحاصلة في قيم متغيّرات معيّنة عند قياسها في مرحلتين اثنتين أو أكثر.

1-5-2- مجتمع البحث وحجم العيّنة:

تمّت الدّراسة في مشفى التّوليد وأمراض النّساء الجامعي– كليّة الطّب – جامعة دمشق. وجرى اختيار المشفى بطريقة قصديّة وذلك لأنّه المشفى الوحيد المتخصّص بأمراض النّساء والتّابع لوزارة التّعليم العالي والبحث العلمي في الجمهوريّة العربيّة السوريّة في دمشق. كما أنّه يعدّ المشفى الأول المتخصص في هذا المجال على مستوى الجمهوريّة العربيّة السورية ويستقبل السيّدات من مختلف مناطق القطر. بالإضافة إلى توافر جميع الإمكانيات

المطلوبة لإنجاز هذه الدّراسة سواء لتقييم السيّدات قبل دخولهنّ في الدّراسة أو الأدوات المطلوبة لإجراء فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن. امتدّت مدّة هذا البحث من تاريخ الحصول على موافقة اللّجنة العلميّة والأخلاقيّة في كليّة الطّب البشري _ جامعة دمشق بتاريخ 15–5–2019 وحتّى 1–9–2021. تضمّنت عيّنة الدّراسة (80) سيّدة من مراجعات مشفى التّوليد وأمراض النّساء الجامعي بقصّة ألم حوضي مزمن. حجم العيّنة يقدّر ب 56 مريضة يؤدّي إلى قوّة دراسة >80 % للكشف عن انحراف معياري قدره 0.5 للتّغيّرات في مستويات شدّة الألم التّي تحس بها السيّدة، مع الاعتماد على مستوى الدّلالة (a=0.05). على سبيل المثال، إذا كان الانحراف المعياري للاختلاف في مستوى الألم هو 3، فإنّ عيّنة من 56 مريضة سوف تسمح باكتشاف تغير بمقدار 1.5 درجة في مستوى الألم مع مستوى دلالة (a=0.05)، وقوة وثوقيّة أكبر من 0.80.

في أثناء مناقشة مخطط البحث تمّ التّنويه إلى إدخال 80 سيّدة تعاني من ألم حوضي مزمن، وذلك من أجل وضع هذه الدّراسة، وبالتّالي مشفى التّوليد وأمراض النّساء الجامعي–جامعة دمشق في مقدّمة المشافي المهتمّة بهذا النّوع من الأبحاث، لأنّ الدّراسات السّابقة لم يتجاوز حجم العيّنة في أكبرها 48 سيّدة، بخاصّة أنّ الإمكانات الماديّة والبشريّة والبحثيّة متوفرة في بيئة العمل ضمن مشفى التّوليد وأمراض النّساء الجامعي.

بالنّسبة لمعايير الاشتمال في هذه الدّراسة تتضمن:

- السيّدات اللاتي تتراوح أعمارهنّ ما بين ال 18 و65 سنة وقت الدّخول في الدّراسة، واللاتي يعانين من ألم حوضي مزمن لمدّة تتجاوز الأربعة أشهر.

- وتوقيع المريضة على الموافقة المستنيرة، بعد إعطائها المعلومات المتعلّقة بالدّراسة كافّة من حيث طريقة العمل والهدف من إجراء هذه الدّراسة.

أمّا معايير الاستبعاد من هذه الدّراسة:

- فكانت السيّدات اللاتي يعانين من مشاكل نفسية ويتناولن أي أدوية نفسيّة.
- وجود كيسات مبيضيّة، وخراجة حوضيّة، وحمل، وإرضاع، ووجود أي أذيّة عصبيّة.
- السيّدات اللاتي يتناولن أدوية تؤثّر على الجملة العصبيّة المركزية، أو الخباثات، أو الأندومتريوز.
- وكذلك من معايير الاستبعاد عدم القدرة على إجراء تنظير البطن إمّا بسبب عدم قدرة السيّدة على تحمّل التّخدير العامّ، أو بسبب البدانة الشّديدة وبخاصّة البدانة المركزيّة (BMI أكبر أو يساوي 40كغ/م^2).[81 82]
- وأثناء إجراء تنظير البطن تستبعد السيّدة من الدّراسة في حال كانت الالتصاقات شديدة (حوض متجمّد) ومن غير الممكن فك الالتصاقات عن طريق إجراء تنظير البطن.

1-5-3- طريقة العمل:

بعد أخذ موافقة السّيدة على الاشتراك في الدّراسة تمّ ما يلي:

في البداية استجوبت السّيدات اللاتي يعانين من الألم الحوضي المزمن بشكل دقيق للتأكّد من تحقيق معايير الألم الحوضي المزمن المذكورة سابقا، ومن معايير الاشتمال والاستبعاد الخاصّة بهذه الدّراسة. بعد ذلك تمّ إجراء إيكو لهؤلاء السيّدات لنفي وجود أسباب عضويّة صريحة قد تكون مسؤولة عن حدوث الألم الحوضي المزمن.

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

وشرح للسيّدات المشاركات طريقة الدّراسة (شرح مبسّط عن تقنيّة تنظير البطن المتّبعة) والهدف منها، مع التّأكيد على السريّة التّامة للمعلومات المقدّمة من قبل هؤلاء السيّدات. كما تمّ التأكيد للسيّدات المشاركات في هذه الدّراسة على حريّة المشاركة أو الانسحاب منها في الوقت الذي يناسبهن، دون أن يؤثّر ذلك على نوعيّة الخدمات المقدمة لهنّ. إضافة إلى أنّ هذه الدّراسة لا تكلف السيّدات المشاركات فيها أيّ أعباء ماليّة. بعد ذلك قامت السيّدات بوجود الطّبيبة الباحثة بملء الاستبيانات المطلوبة التي عدّت بيانات قاعديّة، وهي مقياس (NRS) الخاصّ بقياس شدّة الألم، مقياس (SF-36) و (EQ-5D) الخاصّ بنوعيّة الحياة، ومقياس (HADS) الأداة المستخدمة للمسح أثناء تقييم الحالة النّفسية للسيّدات اللاتي يعانين من ألم مزمن وليس لديهنّ اضطرابات نفسيّة سابقة. وبعد إجراء التّنظير تمّ متابعة السيّدات لمدة ثلاثة وستّة أشهر مع إعادة ملء الاستبيانات السّابقة. وجمعت البيانات ورتبت ضمن جداول وأدخلت إلى قاعدة بيانات حاسوبيّة وحلّلت باستخدام برنامج الحزمة الإحصائيّة الحاسوبيّة (SPSS version 24).

1-5-4- الاعتبارات الأخلاقيّة:

بداية تمّ الحصول على موافقة اللّجنة الأخلاقيّة في كليّة الطّب. تمّ التّأكيد على السريّة التّامة للمعلومات المقدّمة من قبل هؤلاء السيّدات. وكذلك تمّ التأكيد للسيّدات المشاركات في هذه الدّراسة على حريّة المشاركة أو الانسحاب منها في الوقت الذي يناسبهن، دون أن يؤثّر ذلك على نوعيّة الخدمات المقدمة لهنّ. إضافة إلى أنّ هذه الدّراسة لا تكلف السيّدات المشاركات فيها أيّ أعباء ماليّة.

وفيما يلي نسخة عن استمارة البحث والموافقة المستنيرة:

استمارة الدّراسة

تأثير فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن

اسم السيّدة: رقم الإضبارة: رقم الهاتف:

عمر السيّدة (سنة):	
الحالة الاجتماعيّة:	
BMI (كغ/م^2)	
عدد الولادات:	
طول المدّة التي تعاني فيها من الألم الحوضي المزمن (أشهر):	
السّوابق الجراحيّة:	

جامعة دمشق
كليّة الطّب البشري
مستشفى الّوليد وأمراض النّساء الجامعي

الموافقة المستنيرة

الموافقة المستنيرة للاشتراك في البحث العلمي

عنوان الدّراسة: تأثير فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن.

سيّدتي:

سنقوم في هذه الدّراسة بإجراء تنظير بطن وذلك في محاولة لحل مشكلة الألم الحوضي المزمن التي تعانين منها. والهدف من هذه الدّراسة هو معرفة تأثير فك الالتصاقات باستخدام تنظير البطن على شدّة الألم الحوضي المزمن وعلى نوعيّة الحياة بشكل عام، وبالتّالي إمكانيّة إيجاد حل مناسب يمكّنك من التخلص من هذه المشكلة التي تؤثّر سلبا على حياتك العائليّة والمهنيّة على حدّ سواء، كما تعرّضك للقلق أو لأعراض شبيهه بالاكتئاب. ولذلك يهمنا مشاركتك في الدّراسة وإعطاؤنا بعض البيانات، وسنحتفظ بها بسرية تامة ولن تستخدم إلا لأغراض بحثية فقط. إنّ المشاركة في هذه الدّراسة لا يتطلب منك أي تكلفة ماديّة تأخذينها على عاتقك، كما أنّ ملء الاستبيانات والمشاركة في الدّراسة غير ملزمين، ورفضك المشاركة لن يؤثر بشكل من الأشكال على حقوقك الطّبية أو الخدمات المقدمة لك داخل المشفى، ولك كامل الحق في رفض الإجابة عن أي سؤال لا ترغبين الإجابة عنه، ويمكنك الانسحاب من هذه الدّراسة عندما ترغبين بذلك، كما أننا نرحب بأي استفسار لديك بخصوص هذه الدّراسة على الرّقم الذي تمّ إعطاؤك إيّاه.

نطمح لمشاركتك في هذه الدراسة.

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

اسم وتوقيع السيدة:

الطّبيب الباحث:

عبلة شدّود

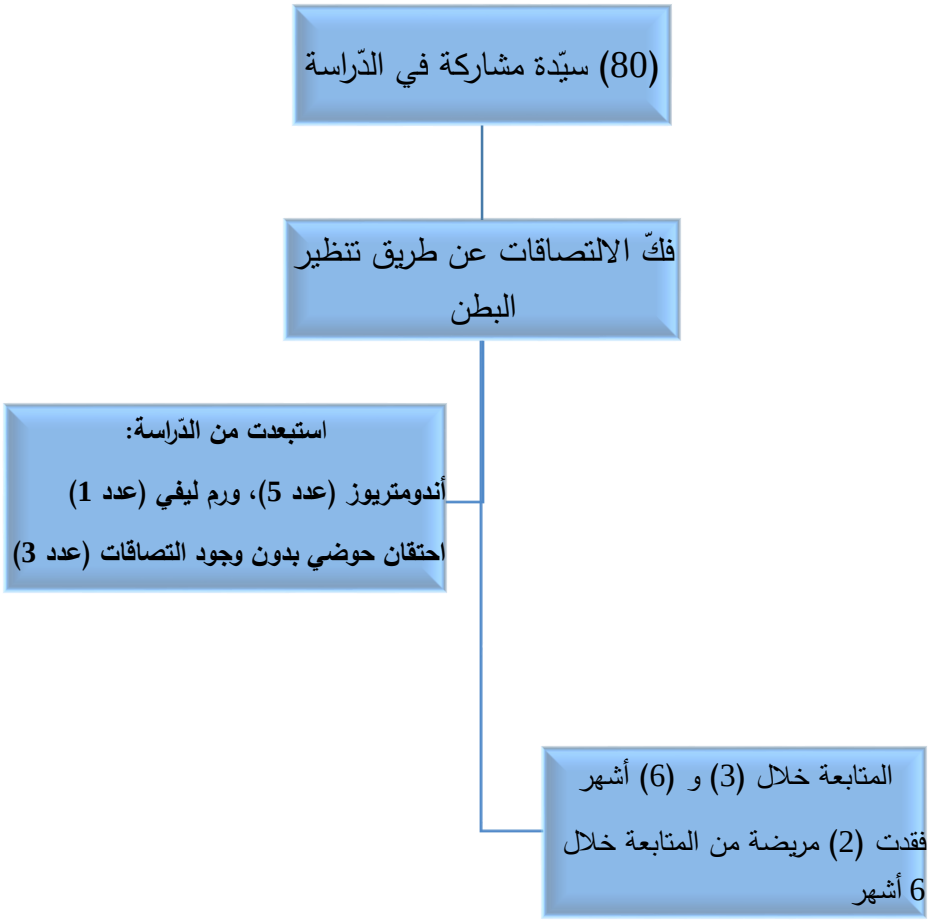
تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

1-5-5- طرق التّحليل الإحصائي:

في الدّراسة الإحصائيّة التّحليليّة للبيانات، تمّ استخدام المتوسّط الحسابي والانحراف المعياري والتّكرارات والنّسب المئويّة لدراسة توزّع المريضات أفراد العيّنة حسب الخصائص المدروسة. Pearson Correlation من أجل التّحقق من الصّدق البنيوي لكل من المقاييس المستخدمة في هذه الدّراسة. كما تمّ التّحقق من ثبات المقاييس السّابقة من خلال ثبات الاتساق الدّاخلي (Cronbach`s Alpha). لدراسة العلاقة الارتباطيّة بين إجابات المريضات في كل من المقاييس المستخدمة في المراحل الزّمنيّة للمتابعة استخدم Pearson Correlation. لدراسة الفروق في كل مقياس من المقاييس المستخدمة بين المراحل الزّمنية المدروسة استخدم Paired Sample t-test. استخدم اختبار تحليل التّباين الأحادي (One Way anova) لدراسة الفروق في مقياس SF-36 حسب مستويات شدّة الألم المزمن، واستخدم اختبار Bonferroni للمقارنات البعديّة المتعددة للتعرف على اتّجاه الفروق الدّالة إحصائيّا في SF-36. من أجل إجراء مقارنة بين EQ-5D-3L و SF-36 تمّ بداية دراسة الارتباط بين الأبعاد المدروسة في كل منهما من خلال حساب Pearson Correlations، ثمّ من أجل المقارنة بينهما تمّ تقسيم السيّدات حسب مستوى شدّة الألم على مقياس NRS، ثمّ جرى طرح قيم المتوسطات الحسابيّة لإجابات المريضات على أبعاد مقياس SF-36 في كل فئة من فئات شدة الألم من قيمة المتوسط الحسابي للإجابات في مقياس EQ- 5D-3L في مرحلة قبل وبعد العلاج، ثمّ جرى حساب التّغير في نوعيّة الحياة لدى مريضات أفراد عينة البحث بين مرحلتي قبل وبعد العلاج تبعا لإجابتهنّ على كلا المقياسين السّابقين وبالتّالي تقييم ومقارنة قدرة

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود
كلا المقياسين على تحرّي وجود الاستجابة في تغير شدّة الألم لدى المريضة بعد العلاج. الشّكل رقم (3) يوضّح

طريقة إجراء هذه الدّراسة:



الشّكل رقم (2-1) يوضّح طريقة العمل

1-5-6- أدوات البحث:

- **NRS:** يعدّ من أكثر المقاييس شيوعا في قياس شدّة الألم.[30] وهو من المقاييس العامّة وحيدة البعد (Monodimensional pain scale)، سهلة الإجراء، ويعبّر عن تقييم المريض لتجربة الألم التي

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

يعيشها.[30] يستخدم بشكل أساسي أثناء إجراء التّجارب السّريريّة من أجل تقييم شدّة الألم قبل وبعد المعالجة، وبالتّالي قياس فعّاليّة العلاج المعطى.[30 83] على الرّغم من وجود العديد من الصّيغ إلا أنّ 11-item NRS [84] هي الأكثر شيوعا وهي المستخدمة في هذه الدّراسة. المقياس عبارة عن نسخة مقسّمة عدديا من VAS، يتألف من خط أفقي يحتوي على أرقام صحيحة من صفر وحتّى عشرة، تختار من بينها المريضة ما يعكس شدّة الألم التي تشعر بها. وتدلّ قيمة (0) على عدم وجود ألم، أمّا قيمة (10) فتشير إلى أسوأ تجربة للألم يمكن أن تكون قد تعرّضت لها السيّدة (worst pain imaginable). ويمكن اعتمادا على قيمة مقياس NRS تحديد ثلاثة مجموعات حسب مستوى شدّة الألم: ألم خفيف (النّقاط 4>) ألم متوسّط (النّقاط 6-4) وألم شديد (النّقاط 10-7).[52 84 85]

- **SF-36:** يعدّ هذا المقياس عالميّا لتقييم نوعيّة الحياة لدى الأشخاص الّذين يعانون من ألم حوضي مزمن، كما أنّه يتواجد بلغات عديدة. اعتمدت النّسخة العربيّة من هذا المقياس المستخدمة بكثرة في هذا المجال. والّتي تضمّ (36) سؤالاً تتضمّن ثمانية أبعاد مختلفة، بدءا من الحالة الوظيفيّة الجسدية (PF)، والألم الجسدي (BP)، وإلى أي مدى تجد السيّدة تقييداً في الحركة، بالتّالي مدى تأثّر الوظيفة الفيزيائيّة نتيجة حالتها الجسديّة (RP). ويدرس الحيويّة (V) (التّعب أو الإحساس بالطّاقة)، إضافة إلى الحالة الاجتماعيّة للسيّدة (SF)، وكذلك يقيّم الصحة العاطفيّة (emotional well-being) (MH)، ومدى تأثّر السيّدة وبالتّالي التّحدد الّذي تعاني منه بسبب تأثّر الصّحة العاطفيّة (RE)، وأيضا يقيم الصّحة العامّة (General Health). تتراوح قيم هذا المقياس من (0) إلى (100)، وتشير القيم الأعلى إلى إيجابيّة أثناء التقييم

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

وبالتّالي نوعيّة أفضل للحياة. بمعنى آخر كلما كان عدد النّقاط أقلّ تكون النّتيجة سلبيّة، بالتّالي انخفاض نوعيّة الحياة لدى السيّدة وتأثّر مختلف نواحي الحياة العائليّة والاجتماعيّة للسيّدة (more disability)، بينما عدد النّقاط الأعلى يشير إلى تحسّن في نوعيّة الحياة بمختلف الأبعاد المدروسة (Less disability).[74 86]

[87]

- **EQ-5D-3L:** مقياس معياري عالميّ، عامّ، سهل الاستخدام، لقياس نوعيّة الحياة أسس عام 1987. يتألّف من خمس (أبعاد) عناصر (الحركة، والاعتناء بالنّفس، والنّشاطات الاعتياديّة، والألم أو الانزعاج وعدم الرّاحة، والقلق أو الاكتئاب)، وكلّ بعد له ثلاثة مستويات من الشّدة، المستوى (1) يشير إلى عدم وجود مشكلة، المستوى (2) يشير إلى وجود مشكلة متوسّطة الشّدة يمكن التّعامل معها، المستوى (3) يشير إلى وجود مشكلة شديدة. ويطلب من الشّخص المشارك في هذا الاستبيان وضع إشارة أمام المستوى من الشّدة الأكثر ملاءمة لحالته في كلّ بعد من الأبعاد الخمسة. ومن خلال هذا المقياس يمكن أن نميّز 243 (3^5) حالة صحيّة ممكنة تظهر لنا باختلاف شدّة البعد المدروس، تؤثّر على نوعيّة الحياة. مثلا يشير 11223 إلى أنّه لا يوجد مشكلة في بعدي الحركة والاعتناء بالنّفس المدروسين، وإلى مشكلة متوسّطة الشّدة يمكن تحمّلها أثناء القيام بالنّشاطات الاعتياديّة مع ألم متوسط الشّدة، وقلق واكتئاب شديدين. ثمّ بعد ذلك يتمّ تحويل هذه الحالات إلى قيمة واحدة (single summary index) من خلال لوغاريتمات وجداول ل 243 حالة صحيّة الدّالة على نوعيّة الحياة التي تنتج عن تطبيق هذا المقياس، وكلّما اقتربت هذه القيمة (index) من (1) كان هذا دليل على نوعيّة حياة أفضل.[75 76 88]

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

- **HADS:** أنشئ المقياس عام 1983، وكان الهدف الأساسي منه هو إيجاد أداة للمسح تستخدم لتقييم تأثير الألم الجسدي المزمن على الحالة النّفسيّة (psychological discomfort). حاليا ينصح بشدّة بهذا المقياس لتقييم الحالة النّفسّة (القلق والاكتئاب) لدى السّيدات اللاتي يعانين من CPP، كما يستخدم لتقييم التّغيرات التي تحصل على الحالة النّفسيّة أثناء فترة علاج الألم الجسدي. ولهذا المقياس علاقة ترابطيّة مع شدّة الألم الجسدي المزمن من جهة ومقاييس نوعيّة الحياة من جهة أخرى. يتألف هذا المقياس من 14 عنصراً (7) لتقييم القلق، و(7) لتقييم الاكتئاب، ومجموع النّقاط (8) فما فوق لكل محور يشير إلى وجود مشكلة (cut off score).[78] [79]

1-5-7- فكّ الالتصاقات:

تمّ عن طريق تنظير البطن ففي البداية تمّ قبول السيّدة في المشفى قبل يوم من إجراء تنظير البطن وطُلب منها الامتناع عن الطعام والشراب عند منتصف ليل اليوم السّابق لإجراء تنظير البطن. استخدمت الحقن الشرجيّة والمستحضرات الفمويّة لتحضير الأمعاء من أجل إجراء تنظير البطن، الّذي أجري تحت التّخدير العامّ، عن طريق ثلاث ثقوب في جدار البطن الأمامي الثّقب الأول 10 مم تحت السّرة وذلك لإدخال المنظار، أمّا الثّقبين الآخرين 5 مم فيستخدمان للأدوات الأخرى اللازمة لإتمام هذا الإجراء. الغاز المستخدم أثناء القيام بتنظير البطن هو CO_2 وذلك ضروري من أجل تمدد جدار البطن وبالتّالي يساعد على إدخال الأدوات بأمان إلى جوف البطن، كما يؤمّن مساحة كافية للرؤية المباشرة أثناء تقييم الحوض، والتّعامل بأمان مع الآفات المراد علاجها (فكّ الالتصاقات) والضّغط اللازم لإتمام هذا الإجراء يتراوح بين (10–15) ميلي متر زئبقي حسب BMI

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

للسيّدة. بداية تمّ تحري الحوض بدقة بعد إدخال المنظار وذلك لتحديد كافة الالتصاقات الموجودة. بعد ذلك تمّ فك الالتصاقات السّطحيّة في البداية ثمّ الانتقال بالتّدريج إلى الالتصاقات الأكثر عمقا. الالتصاقات المراد فكّها تمّ مسكها باستخدام الملقط (forceps) من الجهة المقابلة للجهة التّي يُجرى فيها الشقّ الأول (first cut) الذّي كان دائما أقرب إلى جدار البريتوان وذلك من أجل سلامة الأعضاء التي قد تكون متضمّنة وخاصّة الأمعاء. بعدها تمّت المناورة (تطبيق جر على كل من العضو والالتصاقات المرتبطة به) باستخدام الملقط لإيجاد سطح التّسليخ المناسب. الأداة الأساسيّة التي استخدمت من أجل فك الالتصاقات هي المقص، وتمّ استخدام المخثر الكهربائي (bipolar electrocoagulation) من أجل الإرقاء عند حصول نزف أثناء عمليّة فكّ الالتصاقات المجراة.[89 90] في نهاية العمليّة تمّ غسل الحوض باستخدام المحلول الملحي النّظامي (normal saline).

لم يحدث اختلاط بانثقاب أمعاء في العمليات التّنظيريّة المجراة، ولم نضطر إلى إجراء فتح بطن، ولم تحدث أي اختلاطات نزفيّة. متوسّط زمن العمليات التّنظيريّة المجراة كان 66 دقيقة، ولكن كان هناك تفاوت كبير في زمن كلّ عمليّة (30–120) دقيقة. بعد العمليّة نقلت السيّدات إلى غرفة المراقبة (recovery room) لمراقبة العلامات الحيويّة، وتمّ حثّهن على الحركة بأسرع ما يمكن بعد زوال آثار التّخدير، وتمّت مراقبة الحركة المعويّة، وكلّ المرضى باستثناء مريضتين عادتا إلى الحمية الغذائيّة المتّبعة لديهنّ بعد يوم واحد من إجراء عمليّة التّنظير. مدّة بقاء السيّدات في المشفى تراوحت بين عدّة ساعات إلى يوم واحد. مريضة واحدة عانت من التهاب جرح سطحي عولج باستخدام المعقمات وتغيير الضّماد دون اللجوء للصّادات الحيويّة.

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الفصل الثّاني: نتائج البحث

2-1- صدق المقياس:

تمّ التّحقق من الصّدق البنيوي لمقياس SF-36، من خلال حساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجات كلّ بعد من أبعاد المقياس مع الأبعاد الأخرى، ونتائج ذلك موضّحة في الجدول رقم(2-a1).

الجدول (2–a1) معاملات ارتباط بيرسون بين درجات كل بعد من أبعاد مقياس نوعية الحياة (SF-36) مع الأبعاد الأخرى

BP	RP	PF	MH	RE	SF	VT	SF-36
						1	**VT**
					1	0.917**	**SF**
				1	0.895**	0.861**	**RE**
			1	0.810**	0.836**	0.898**	**MH**
		1	0.859**	0.818**	0.858**	0.897**	**PF**
	1	0.859**	0.819**	0.828**	0.860**	0.896**	**RP**
1	0.853**	0.889**	0.872**	0.906**	0.936**	0.938**	**BP**
0.860**	0.911**	0.827**	0.854**	0.853**	0.848**	0.892**	**GH**

**** دال عند مستوى الدلالة (0.01)**

يتبيّن من الجدول السّابق أنّ جميع معاملات الارتباط المحسوبة بين درجات أبعاد المقياس SF-36 مع بعضها البعض ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة (0.01)، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين درجات كل بعد من أبعاد المقياس مع بعضها البعض بين (0.938–0.810) وهي معاملات ارتباط جيّدة، بالتّالي هذا يدلّ على وجود قدر جيّد من الاتّساق الدّاخلي لأبعاد المقياس السّابق الذّكر، مما يدل على الصّدق البنيوي للمقياس.

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

بالنّسبة للصّدق البنيوي لمقياس **EQ-5D-3L** تمّ حساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجة سؤال من أسئلة المقياس وبين الدّرجة الكلية للمقياس، ونتائج ذلك يظهرها الجدول رقم (2-b1).

الجدول (2-b1) معاملات ارتباط بيرسون بين درجات أسئلة مقياس (EQ-5D) وبين الدرجة الكلية للمقياس

رقم السؤال	معامل الارتباط
1	0.848**
2	0.731**
3	0.835**
4	0.631*
5	0.575*

** دال عند مستوى الدلالة (0.01) * دال عند مستوى الدلالة (0.05)

يتبيّن من خلال نتائج الجدول رقم (2-b1) أنَّ معاملات الارتباط المحسوبة بين الدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة (EQ-5D-3L) وبين درجات كل سؤال من أسئلته، ذات دلالة احصائية عند مستويي الدلالة (0.01) و (0.05)، وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.575–0.848) وهي معاملات ارتباط جيدة ومقبولة. وبالتّالي فإنَّ ذلك يدل على وجود قدر جيد من الاتساق الداخلي لأسئلة مقياس نوعية الحياة (EQ-5D-3L) مما يدلّ على الصدق البنيوي للمقياس.

التحقق من الصّدق البنيوي لمقياس **(HADS)** تمّ بحساب معاملات ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) بين درجة بعد الاكتئاب وبين الأسئلة التابعة لبعد الاكتئاب، وبين درجة بعد القلق وبين الأسئلة التابعة لبعد القلق وهما بعدا مقياس (HADS)، ونتائج ذلك موضحة في الجدول رقم (2-c1).

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الجدول (c1-2) معاملات ارتباط بيرسون بين درجات أسئلة بعدي الاكتئاب والقلق وبين الدرجة الكلية لكل منهما

بعد الاكتئاب		**بعد القلق**	
رقم السؤال	معامل الارتباط	رقم السؤال	معامل الارتباط
1	**0.747****	**2**	**0.859****
3	**0.824****	**4**	**0.748****
6	**0.714****	**5**	**0.804****
8	**0772****	**7**	**0.591***
9	**0.784****	**10**	**0.439***
11	**0.595***	**12**	**0.823****
13	**0.744****	**14**	**0.522***

يتبيّن من خلال قراءة النتائج في الجدول رقم (c1-2) أنَّ معاملات الارتباط المحسوبة بين درجة بعد الاكتئاب وبين درجات كل سؤال من أسئلته ذات دلالة احصائية عند مستويي الدلالة (0.01) و(0.05)، وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.824–0.595) وهي معاملات ارتباط جيدة ومقبولة. كما يتبين أيضاً أنَّ معاملات الارتباط المحسوبة بين درجة بعد القلق وبين درجات كل سؤال من أسئلته ذات دلالة احصائية عند مستويي الدلالة (0.01) و(0.05)، وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.859–0.439) وهي معاملات ارتباط جيدة ومقبولة، بالتالي فإنَّ ذلك يدل على وجود قدر جيد من الاتساق الداخلي لأسئلة مقياس (HADS) مما يدل على الصدق البنيوي لهذا المقياس.

2-2- ثبات المقياس (RELIABILITY):

تمّ التحقق من ثبات المقاييس المستخدمة بطريقة ثبات الاتساق الداخلي من خلال استخدام معادلة ألفا كرونباخ للثبات (Cronbach's Alpha). وقد بلغت قيمة معامل ثبات الاتساق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ (0.76) لأسئلة مقياس نوعية الحياة (EQ-5D-3L) وهو معامل ثبات جيد ومقبول لأغراض البحث الحالي. ومعامل

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

ثبات الاتساق الدّاخلي بمعادلة ألفا كرونباخ لبعد الاكتئاب قد بلغ (0.86)، أمّا بالنسبة لبعد القلق فقد بلغت قيمته (0.78)، وهي معاملات ثبات جيدة ومقبولة لأغراض البحث الحالي. يظهر الجدول رقم (2-2) الاتساق الدّاخلي بمعادلة ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد SF-36 وهي معاملات ثبات جيّدة ومقبولة كما يلي:

الجدول رقم(2-2) نتائج التّحقق من ثبات أبعاد مقياس SF-36 باستخدام معادلة ألفا كرونباخ

أبعاد مقياس SF-36	معاملات الثّبات
VT	0.82
SF	0.80
RE	0.76
MH	0.85
PF	0.87
RP	0.75
BP	0.79
GH	0.73

2-3- النّتائج القاعديّة:

80 سيّدة تعاني من ألم حوضي مزمن، وتحقّق معايير الاشتمال أدخلت في هذه الدّراسة، وأجري لهنّ جميعا تنظير بطن. أثناء إجراء العمل الجراحي 5 سيّدات لوحظ وجود بقع إندومتريوزية في الحوض لديهنّ وبالتّالي استبعدن من استكمال الدّراسة، كما استبعدت 3 سيّدات أخريات وذلك لملاحظة وجود احتقان حوضي لديهنّ بدون وجود التصاقات (Female Pelvic Varicocele)، ووجد لدى سيّدة واحدة ورم ليفي (2*3) قريب من القرن الأيسر للرّحم استبعدت من الدّراسة. وفقد الاتّصال مع 2 مريضة خلال فترة المتابعة الثّانية (6 أشهر).

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الجدول (a3-2) يشير إلى الصّفات الدّيموغرافيّة المدروسة التي تمّ الحصول عليها خلال التّقييّم الأولي للمريضات اللاتي دخلن في هذه الدّراسة.

الجدول رقم (a3-2) الّذي يشير إلى الصّفات المدروسة لدى السيّدات اللاتي دخلن في الدّراسة

الصّفات المدروسة	العدد=71 مريضة
العمر، سنة (المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري)	34.4 ± 5.9
BMI (المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري)	26±3.2
عدد الولادات (المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري)	2.54±2.1
التّدخين (%)	%33.9
مدّة الألم، شهر (المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري)	28.8±22.4
السّوابق الجراحيّة (المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري)	2.1±1.4

تمّت دراسة التّرابط بين المقاييس المستخدمة وبين قيم الألم القاعديّة (البدئيّة) الذّي تشعر بها السيّدة. لكن بداية توضّح نتائج الجدول (b3-2) أنّ قيم معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة الارتباطيّة بين إجابات المريضات في أبعاد مقياسي نوعيّة الحياة (SF-36 / EQ-5D-3L) وبين إجاباتهنّ في بعد الاكتئاب من مقياس HADS قد تراوحت بين (−0.805 / −0.675) وهي جميعا ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة (0.05)، بالتّالي توجد علاقة ارتباطيّة ذات دلالة إحصائيّة بين نوعيّة الحياة والاكتئاب لدى أفراد عيّنة البحث، وهي علاقة عكسيّة وسلبيّة ومرتفعة الدّرجة.

كما يتّضح أيضا أنّ قيم معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة الارتباطيّة بين إجابات المريضات في أبعاد مقياسي نوعية الحياة (SF-36 / EQ-5D) وبين إجاباتهنّ في بعد القلق من مقياس HADS قد تراوحت بين

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

(–0.788 / –0.675)، وهي جميعا ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة (0.05)، بالتّالي توجد علاقة ارتباطيّة ذات دلالة إحصائيّة بين أبعاد مقياسي نوعيّة الحياة وبين اضطراب القلق لدى أفراد عيّنة البحث، وهي علاقة عكسيّة وسلبيّة ومرتفعة الدّرجة.

الجدول (b3-2) التّرابط بين مقياسي (EQ-5D /SF-36) وبين مقياس (HADS)

المتغير الثاني: أبعاد مقياسي (EQ-5D /SF-36)	المتغير الأول: مقياس القلق والاكتئاب (HADS)	
	الاكتئاب	القلق
VT	**–0.805**	**–0.773**
SF	**–0.775**	**–0.783**
RE	**–0.675**	**–0.675**
MH	**–0.770**	**–0.771**
PF	**–0.797**	**–0.727**
RP	**–0.753**	**–0.706**
BP	**–0.762**	**–0.768**
GH	**–0.750**	**–0.696**
EQ-5D-3L	**–0.722**	**–0.788**

** دال عند مستوى الدلالة (0.05)

عند دراسة التّرابط بين إجابات المريضات في المقاييس المستخدمة ومقياس شدّة الألم عند القيم القاعديّة (التّقييم البدئي)، لوحظ أنّ قيم معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة الارتباطيّة بين إجابات المريضات في مقياسي SF-36 وEQ-5D-3L وبين قيم الألم القاعديّة قد تراوحت بين (–0.896 / –0.800)، وهي ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة (0.05)، بالتّالي توجد علاقة ارتباطيّة ذات دلالة إحصائيّة بين نوعيّة الحياة وبين الألم المزمن لدى أفراد عيّنة البحث، وهي علاقة سلبيّة مرتفعة الدّرجة. كما أظهرت النّتائج أنّ قيمة معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة الارتباطيّة بين إجابات المريضات في بعد الاكتئاب وبعد القلق لمقياس HADS وبين

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

إجاباتهنّ على قيم الألم التي شعرن بها (القاعديّة) قد بلغت (0.926) و(0.845) على التّوالي، وهي ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة (0.05)، بالتّالي توجد علاقة ارتباطيّة ذات دلالة إحصائيّة بين القلق والاكتئاب وبين الألم المزمن لدى أفراد عيّنة البحث، وهي علاقة طرديّة وإيجابيّة ومرتفعة الدّرجة. ولخص الجدول رقم (c3-2) ما سبق:

الجدول رقم (c3-2) الارتباط بين مقاييس نوعيّة الحياة وHADS وبين قيم الألم عند التّقييم البدئي (القاعديّة)

SF-36		مقياس شدة الألم
VT		−0.895**
SF		−0.867**
RE		−0.800**
MH		−0.866**
PF		−0.896**
RP		−0.828**
BP		−0.887**
GH		−0.818**
EQ-5D-3L(Health state index)		−0.842**
HADS	الاكتئاب	0.926**
	القلق	0.845**

** دال عند مستوى الدلالة (0.05)

2-4- دراسة الفروق في مقياس شدّة الألم (NRS) قبل فكّ الالتصاقات وخلال فترة المتابعة:

تظهر النتائج تحسّناً في قيم NRS بعد فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن، فقد كان متوسط شدّة الألم لدى أفراد العيّنة (5.53) عند القيم القاعديّة، وأصبح (3.46) و(3.94) خلال 3 و6 أشهر من المتابعة على التّوالي،

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

وبلغت قيمة (P< 0.001) وهي أصغر من مستوى الدّلالة (0.005)، بالتّالي الفرق هام إحصائيّا. يظهر الجدول رقم (2-4) النّتائج السّابقة:

الجدول (2-4) نقاط شدّة الألم (NRS) قبل وبعد فك الالتصاقات بالتنّظير

	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار t	درجة الحرية	قيمة P
قبل التنّظير	5.53	1.92	8.776	55	0.000
بعد 3 أشهر	3.46	1.74			
بعد6 أشهر	3.94	1.61	6.645	52	0.000

SF-36 -5-2

للوصول إلى فهم أعمق للعلاقة بين نوعيّة الحياة وشدّة الألم الحوضي المزمن (القيم القاعديّة) تمّ دراسة أي من أبعاد نوعيّة الحياة الأكثر تأثّرا بمستوى شدّة الألم (Severity) [خفيف، متوسّط، شديد] وتظهر النّتائج أنّ نوعيّة الحياة (HRQoL) بكل أبعادها المدروسة تتأثّر سلبا مع زيادة مستوى شدّة الألم الحوضي المزمن، ولكن لوحظ أنّ VT، BP، MH كانت أكثر أبعاد نوعيّة الحياة تأثّرا بمستوى شدّة (Severity) الألم الحوضي المزمن، وتظهر النّتائج في الجدول رقم (2-a5) كما يلي:

الجدول (a5-2) نتائج اختبار Bonferroni للمقارنات البعدية المتعددة لتميّز الفروق بين أبعاد نوعيّة الحياة تبعا لمستوى شدّة الألم

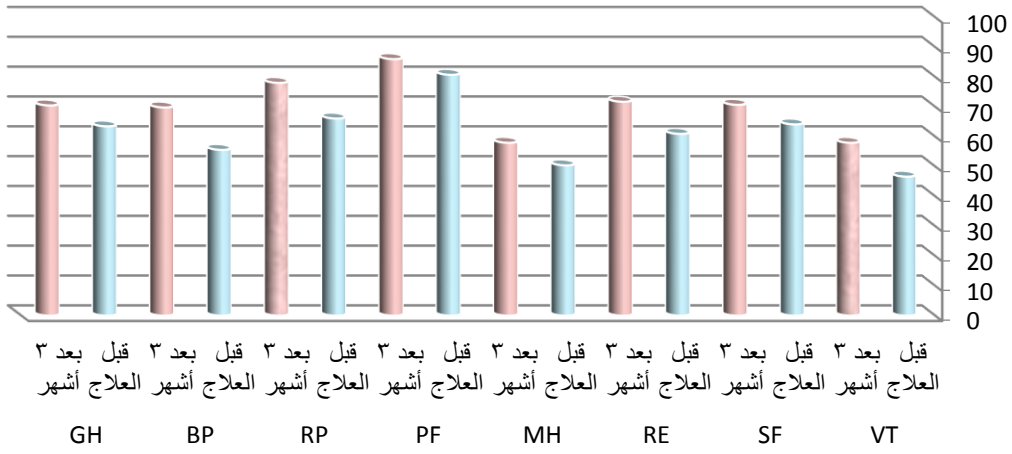
(SF-36)	شدّة الألم المزمن		الفرق بين المتوسطات	قيمة P
VT	ألم خفيف	ألم متوسط	*9.015	0.031
		ألم شديد	*22.252	0.000
	ألم متوسط	ألم شديد	*13.237	0.000
SF	ألم خفيف	ألم متوسط	8.907	0.113
		ألم شديد	*24.657	0.000
	ألم متوسط	ألم شديد	*15.750	0.000
RE	ألم خفيف	ألم متوسط	8.737	0.252
		ألم شديد	*24.511	0.000
	ألم متوسط	ألم شديد	*15.774	0.001
MH	ألم خفيف	ألم متوسط	*6.218	0.007
		ألم شديد	*18.796	0.000
	ألم متوسط	ألم شديد	*13.737	0.000
PF	ألم خفيف	ألم متوسط	5.060	0.139
		ألم شديد	*18.982	0.000
	ألم متوسط	ألم شديد	*10.208	0.000
RP	ألم خفيف	ألم متوسط	8.333	0.217
		ألم شديد	*24.546	0.000
	ألم متوسط	ألم شديد	*16.213	0.000
BP	ألم خفيف	ألم متوسط	*7.959	0.002
		ألم شديد	*22.971	0.000
	ألم متوسط	ألم شديد	*16.971	0.000
GH	ألم خفيف	ألم متوسط	6.178	0.327
		ألم شديد	*22.467	0.000
	ألم متوسط	ألم شديد	*16.298	0.000

* دال عند مستوى الدلالة 0.05

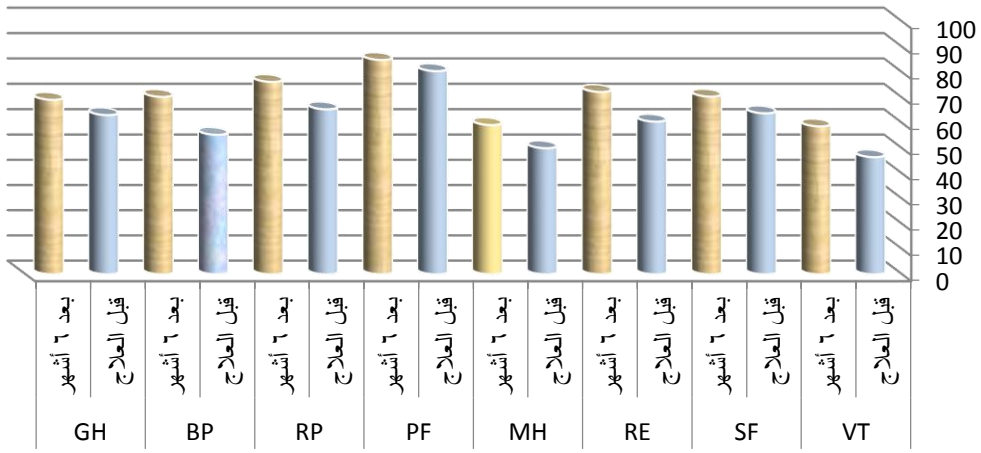
تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

2-5-1– دراسة الفروق في SF-36 قبل وبعد فكّ الالتصاقات

لوحظ تحسّن في كلّ الأبعاد المدروسة في مقياس SF-36 خلال فترة المتابعة بعد 3 و6 أشهر من إجراء فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن. وكانت قيم P أصغر من مستوى الدّلالة (0.05)، بالتّالي هذه الفروق ذات دلالة إحصائيّة. يظهر الجدول رقم (2-b5) ما سبق، وتم توضيح النّتائج السّابقة من خلال المخططات البيانيّة رقم (2-5) و(2-a5).



المخطط رقم (2-5) يبين الفروق في مقياس SF-36 بين القيم القاعديّة وبعد 3 أشهر من المتابعة



المخطط رقم (2-5 a) يبين الفروق في مقياس SF-36 بين القيم القاعديّة وبعد 6 أشهر من المتابعة

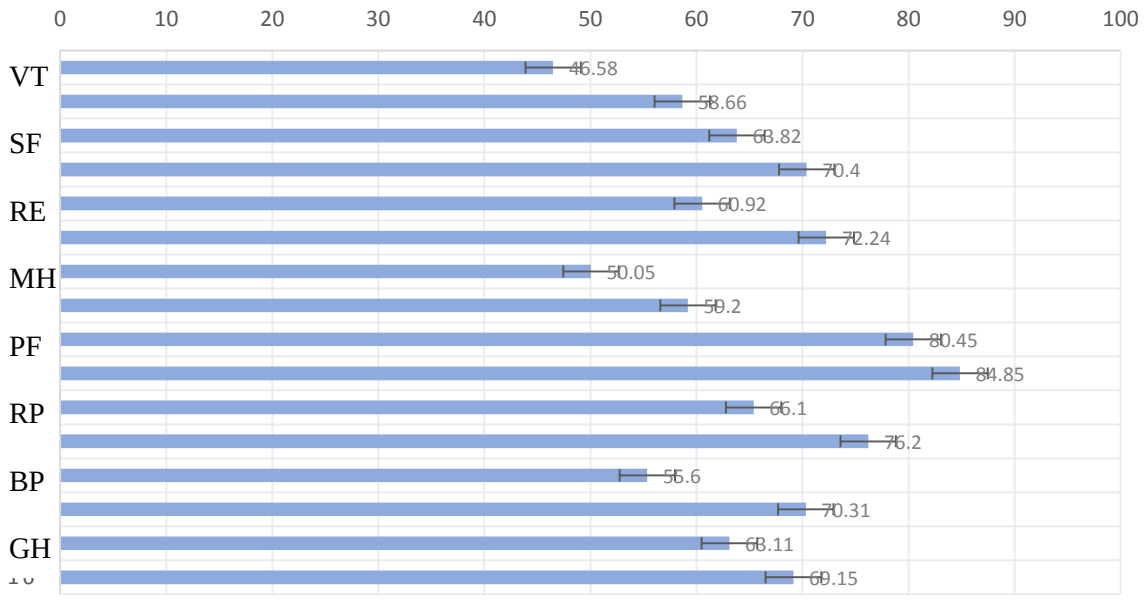
تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الجدول (b5-2) يظهر الفروق في الإجابات على مقياس (SF-36) بين القيم القاعديّة وفترة المتابعة

		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار t	درجة الحرية	قيمة P
VT	قبل التّنظير	46.58	11.744	−7.749	55	0.000
	بعد3 أشهر	57.93	9.147			
	بعد 6 أشهر	58.66	8.323	−7.998	52	0.000
SF	قبل التّنظير	64.09	13.992	−3.623	55	0.001
	بعد3 أشهر	70.66	12.315			
	بعد6 أشهر	70.40	15	−2.549	52	0.014
RE	قبل التّنظير	60.92	15.741	−5.536	55	0.000
	بعد3 أشهر	71.68	12.551			
	بعد6 أشهر	72.24	13.075	−5.546	52	0.000
MH	قبل التّنظير	50.37	9.914	−6.118	55	0.000
	بعد3 أشهر	57.93	7.672			
	بعد6 أشهر	59.20	7.78	−6.883	52	0.000
PF	قبل التّنظير	80.70	9.593	−3.534	55	0.001
	بعد3 أشهر	85.98	9.643			
	بعد 6 أشهر	84.85	7.142	−3.520	52	0.001
RP	قبل التّنظير	66.06	14.920	−5.194	55	0.000
	بعد 3 أشهر	78.01	13.867			
	بعد6 أشهر	76.20	14.038	−4.702	52	0.000
BP	قبل التّنظير	55.55	13.666	−6.104	55	0.000
	بعد3 أشهر	71.28	12.734			
	بعد 6 أشهر	70.31	9.499	−8.358	52	0.000
GH	قبل التّنظير	63.44	13.530	−4.448	55	0.000
	بعد3 أشهر	70.45	8.973			
	بعد 6 أشهر	69.15	9.576	−3.385	52	0.001

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

ولمعرفة أي الأبعاد في مقياس SF-36 كانت الأكثر تأثرا (بشكل إيجابي) بعد إجراء فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن، تمّ طرح قيم المتوسّطات الحسابيّة القاعديّة لكل من الأبعاد المدروسة في مقياس نوعيّة الحياة من قيم المتوسطات الحسابيّة للأبعاد المدروسة بعد إجراء التّنظير وخلال فترة المتابعة (6) أشهر. أظهرت قراءة النّتائج أنّ التّحسن كان ملحوظا بشكل أساسي في مكونات الصّحة الجسديّة وبشكل خاص في BP وRP فقد كانت متوسطات القيم القاعديّة 55.6 و66.1 على التّوالي، وأصبحت بعد 6 أشهر من المتابعة بعد التّنظير 70.31 و76.20 على التّوالي. التّحسن في مكونات الصّحة العاطفيّة لم يكن بمستوى التّحسن في مكونات الصّحة الجسديّة، ولكن لوحظ أن قيم RE وVT كانت الأفضل استجابة فقد ارتفعت القيم القاعديّة من (60.92) و(46.58) على التوالي إلى (72.24) و(58.66) على التّوالي، خلال 6 أشهر من المتابعة. ويبيّن المخطّط البياني رقم (b5-2) ما سبق.

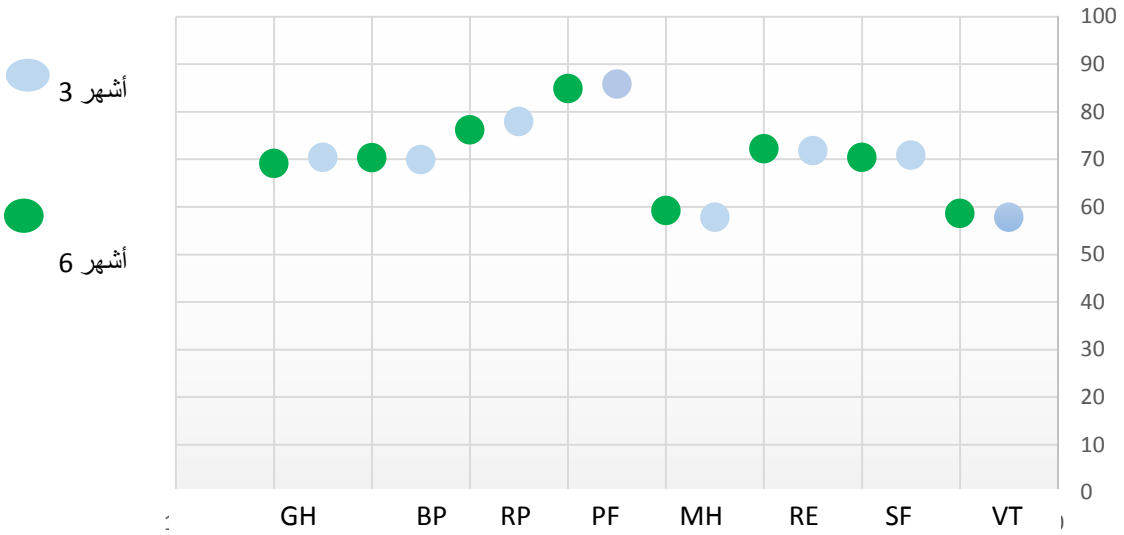


المخطط رقم (b5-2) الفروق في المتوسطات الحسابية لأبعاد SF-36 قبل التّنظير وبعد المتابعة (6) أشهر

كذلك تمّ إجراء مقارنة ثنائيّة بين قيم الأبعاد المختلفة المدروسة في مقياس SF-36 خلال (3) و(6) أشهر من المتابعة وذلك بهدف تحديد مدى تأثّر التّحسن الحاصل، بعد إجراء فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن، مع مرور الوقت. أظهرت النّتائج أنّ قيم P لدراسة الفروق لكل من BP، RP، PF، SF، RE ، (0.804)، (0.416)، (0.367)، (0.784)، (0.304) على التوالي، وهي أكبر من مستوى الدّلالة (0.05)، وهذا يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة، بالتّالي التّحسن ثابت خلال مرحلتي المتابعة لكل من الأبعاد سابقة الذّكر.

بلغت قيمة P أثناء المقارنة الثّنائيّة لكل من VT وMH (من مكونات الصّحة العاطفيّة Emotional well being) بين مرحلتي المتابعة (3) و (6) أشهر (0.024) و(0.001) على التّوالي وهما أصغر من مستوى الدّلالة (0.05)، وهذا يشير إلى وجود فرق ذي دلالة إحصائيّة لصالح مرحلة (6) أشهر من المتابعة.

كما بلغت قيمة P أثناء المقارنة الثّنائيّة بين مرحلتي المتابعة (3) و(6) أشهر للبعد GH في مقياس نوعيّة الحياة SF-36 (0.027) وهي أصغر من مستوى الدّلالة (0.05)، وهذا يشير إلى فرق دال إحصائيّا لصالح (3) أشهر من المتابعة. الجدول رقم (c5-2) والمخطّط البياني رقم (c5-2) يوضّح ما سبق.



لمخطط البياني (c5-2) يُبين الفروق في أبعاد المقياس (SF-36) بين فترتي المعالجة

الجدول (c5-2) يظهر الفروق في أبعاد المقياس (SF-36) بين فترتي المتابعة

SF_36	المتابعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار t	درجة الحرية	قيمة P
VT	بعد 3 أشهر	57.85	9.400	–2.325	52	0.024*
	بعد6 أشهر	58.66	8.323			
SF	بعد 3 أشهر	70.88	12.547	0.276	52	0.784
	بعد 6 أشهر	70.40	15.004			
RE	بعد 3 أشهر	71.85	12.85	1.039	52	0.304
	بعد 6 أشهر	72.24	13.08			
MH	بعد 3 أشهر	57.80	7.837	–3.522	52	0.001*
	بعد 6 أشهر	59.20	7.777			
PF	بعد 3 أشهر	85.83	9.871	0.911	52	0.367
	بعد 6 أشهر	84.85	7.142			
RP	بعد 3 أشهر	77.95	14.220	0.820	52	0.416
	بعد 6 أشهر	76.20	14.038			
BP	بعد 3 أشهر	69.90	13.059	–0.250	52	0.804
	بعد 6 أشهر	70.31	9.499			
GH	بعد 3 أشهر	70.43	9.222	2.272	52	0.027*
	بعد 6 أشهر	69.15	9.576			

* دال عند مستوى الدلالة 0.05

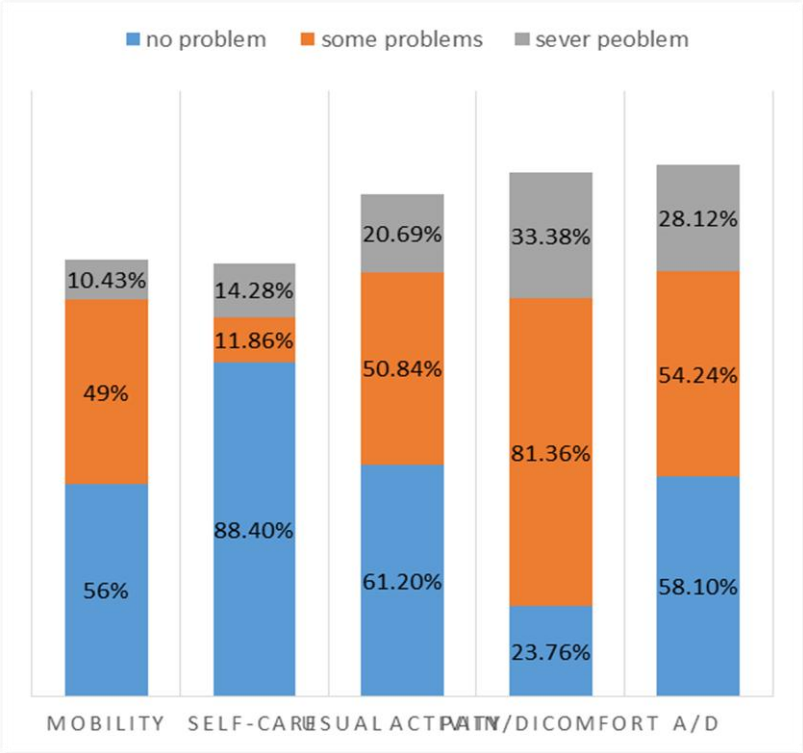
تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

EQ-5D-3L -6-2

عند استخدام هذا المقياس لوحظ أنّ البعد الأكثر تواترا والذي يشكل مشكلة كبيرة لدى السيّدات هو بعد الإحساس بالألم/عدم الارتياح، ويليه في المرتبة الثّانية تأثّر كل من بعد، النّشاطات الاعتيادية، والقلق/الاكتئاب. المخطّط رقم (2-6) يظهر توزّع المريضات حسب مستوى شدّة تأثّر أبعاد هذا المقياس.

2-6-1- دراسة الفروق في مقياس EQ-5D-3L قبل وبعد فكّ الالتصاقات

لوحظ وجود تحسّن في نوعيّة الحياة، حيث كانت متوسّط القيم القاعديّة لEQ-5D-3L Heath state index (0.592)، مقابل (0.687) و(0.657) خلال (3) و(6) أشهر من المتابعة بعد إجراء فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على التوالي. وقد كانت قيمة P أصغر من مستوى الدّلالة 0.05.



المخطط رقم (2-6) يشير إلى توزّع السّيدات حسب مستوى شدّة تأثّر أبعاد EQ-5D-3L

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

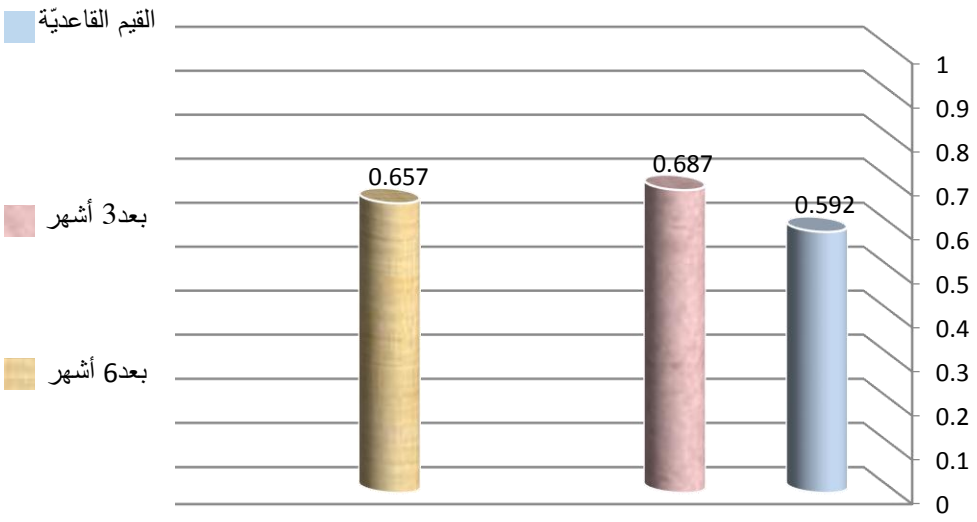
أثناء إجراء المقارنة بين المراحل الزّمنيّة الثّلاثة، بالتّالي الفارق دال إحصائيّا. يظهر الجدول رقم (2-6)، المخطّط

رقم (2-a6) الفروق بين القيم القاعديّة وأثناء فترة المتابعة.

الجدول (2-6) الفروق في قيم EQ-5D-3L index بين القيم القاعديّة وفترة المتابعة

	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار t	درجة الحرية	قيمة P
قبل التّنظير	0.592	0.186			
بعد 3 أشهر	0.687	0..98	−3.857	55	0.000
بعد 6 أشهر	0.657	0.121	−2.542	52	0.014

* دال عند مستوى الدلالة 0.05



المخطط رقم (2-a6) يبيّن الفروق في مقياس (EQ-5D index) بين القيم القاعديّة وقيم المتابعة

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

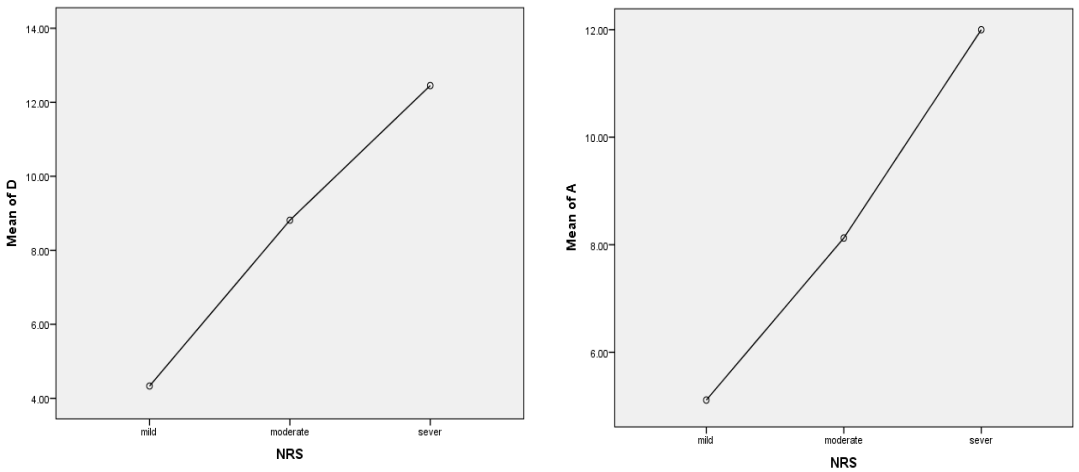
HADS -7-2

لمعرفة الفروق في كل من بعدي القلق والاكتئاب حسب مستويات شدّة الألم [خفيف، متوسّط، شديد]، بالتّالي مستوى شدّة الألم الحوضي المزمن ومدى تأثيرها في الصّحة النّفسيّة 'psychological discomfort' لدى السّيدات اللاتي يعانين منها. أيضا تمّ استخدام اختبار One Way ANOVA واختبار Bonferroni للمقارنات المتعدّة. أظهرت النّتائج وجود فرق دال إحصائيّا في كلا لبعدين لصالح مجموعة الألم الخفيف كما يوضّح الجدول رقم (a7-2) والمخطط البياني رقم (7-2):

الجدول رقم (a7-2) نتائج اختبار Bonferroni لدراسة الفروق في مقياسHADS تبعا لمستوى شدّة الألم

	مجموعات شدة الألم المزمن		الفرق بين المتوسطات	قيمة P
HADS-D	ألم خفيف	ألم متوسط	4.479*	0.000
		ألم شديد	8.118*	0.000
	ألم متوسط	ألم شديد	3.639*	0.000
HADS-A	ألم خفيف	ألم متوسط	3.014*	0.004
		ألم شديد	6.889*	0.000
	ألم متوسط	ألم شديد	3.875*	0.000

* دال عند مستوى الدلالة 0.05



المخطّط رقم (7-2) لدراسة الفروق في بعدي مقياسHADS تبعا لمستويات شدّة الألم

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

2-7-1- دراسة الفروق في مقياس HADS قبل وبعد فكّ الالتصاقات

أظهرت النّتائج تحسنا في قيم مقياس الصحة العاطفيّة المستخدم (HADS) في كل من بعدي القلق والاكتئاب. حيث أنّ متوسّط القيم القاعديّة ل HADS-D هو (10.107)، مقابل (8.393) و(7.849) خلال (3) و(6) أشهر من المتابعة على التوالي. وكانت قيمة (P) أصغر من مستوى الدّلالة في كليهما، وهذا يشير إلى وجود فرق ذو دلالة إحصائيّة. ومتوسط القيم القاعديّة ل HADS-A هو (9.607)، مقابل (8.607) و(8.849) خلال 3 و6 أشهر من المتابعة على التّوالي، على الرّغم من أنّ التّحسن في هذا البعد لم يستمر بعد 6 أشهر من المتابعة حيث أظهرت النّتائج أن قيمة P أكبر من مستوى الدّلالة (0.05)، بالتّالي الفرق غير دال إحصائيّا. كما يظهر الجدول رقم (2-b7):

الجدول رقم (2-b7) يظهر الفروق في المقارنات الثّنائيّة لمقياس HADS بين القيم القاعديّة وفترة المتابعة

	مرحلة المتابعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار t	درجة الحرية	قيمة P
HADS-D	قبل التّنظير	10.107	3.431	6.482	55	0.000
	بعد 3 أشهر	8.393	2.409			
	بعد 6 أشهر	7.849	2.553	6.157	52	0.000
HADS-A	قبل التّنظير	9.607	3.383	3.759	55	0.000
	بعد 3 أشهر	8.607	2.179			
	بعد 6 أشهر	8.849	2.257	1.955	52	0.056

مستوى الدلالة (0.05)

2-8- دراسة التّرابط بين التّغير في نقاط كلّ من المقاييس المستخدمة والتّغير في نقاط مقياس شدّة الألم بعد فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن:

بعد دراسة الفروق الحاصلة في كل مقياس على حدة بعد إجراء فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن، تمّت دراسة التّرابط بين التّغيير في نقاط كل من المقاييس الخاصّة بنوعيّة الحياة والصّحة العاطفيّة (HADS) والتغيير في نقاط مقياس شدّة الألم بعد إجراء فك الالتصاقات عن طرق تنظير البطن خلال فترة المتابعة.

حيث وجد أنّ قيم معامل الارتباط بالنّسبة لمقياس SF-36 تراوحت بين (0.009−/ 0.523−) وبين (0.913− /0.512−) خلال مرحلتي المتابعة (3) و(6) أشهر على التّوالي، وهي جميعا ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة (0.05)، بالتّالي توجد علاقة ارتباطيّة ذات دلالة إحصائيّة بين أبعاد نوعية الحياة في مقياس SF-3S و NRS وهي علاقة عكسيّة سلبيّة.

كما بلغت قيم معامل الارتباط عند دراسة التّرابط بعد التّغير في قيم كل من مقياس EQ-5D-3L Health state index ونقاط شدّة الألم (0.800−) و(0.867−) خلال 3 و6 أشهر من المتابعة على التّوالي، وهي ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة (0.05)، أي أنّ العلاقة بين شدّة الألم وبين نوعيّة الحياة في مقياس-EQ 5D-3L عكسيّة.

بالنّسبة لتغير قيم القلق والاكتئاب في مقياس HADS مع تغيّر معدّل شدّة الألم NRS، أثناء دراسة التّرابط بين هذه المقاييس بعد فترة المتابعة بلغت قيم معامل الارتباط ل HADS-D (0.768) و(0.868) خلال (3) و(6)

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

أشهر من المتابعة على التّوالي. أمّا قيم معامل الارتباط ل HADS-A فكانت (0.617) و(0.844) خلال (3) و(6) أشهر من المتابعة على التّوالي. وهي ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة (0.005)، بالتّالي بعد إجراء فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن والتّغير في معدّل شدّة الألم، وكذلك التّغير في نقاط مقياس الصّحة العاطفيّة HADS، وجدت علاقة طرديّة إيجابيّة بين معدّل شدّة الألم ووجود القلق والاكتئاب. ويوضّح الجدول رقم (2-8) النتائج السّابقة.

الجدول رقم (2-8) ارتباط التّغيير في معدّل شدّة الألم ونقاط المقاييس المستخدمة خلال فترة المتابعة

	مقياس شدة الألم (NRS)	
	المتابعة (3) أشهر	المتابعة (6) أشهر
VT	−0.902**	−0.845**
SF	−0.893**	−0.512**
RE	−0.909**	−0.869**
MH	−0.823**	−0.837**
PF	−0.618**	−0.873**
RP	−0.576**	−0.740**
BP	−0.533**	−0.913**
GH	−0.849**	−0.870**
EQ-5D	−0.800**	−0.867**
الاكتئاب	0.768**	0.868**
القلق	0.617**	0.844**

** دال عند مستوى الدلالة (0.05)

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

2-9- مقارنة EQ-5D-3L مع SF-36 لدراسة قدرة كل منهما على تقييم CPP ومدى قدرته على تحري وجود استجابة في تغير شدّة الألم لدى المريضة بعد العلاج:

- **2–9–1– دراسة الارتباط بين الأبعاد المدروسة في مقياسي EQ-5D-3L وSF-36:**

يتبين من النتّائج في الجدول رقم (2-a9) أنّ معظم معاملات الارتباط المحسوبة بين درجات أبعاد مقياس SF-36 وEQ-5D-3L ذات دلالة إحصائيّة عند مستويي الدّلالة (0.01) و (0.05)، وقد تراوحت معاملات الارتباط الدّالة إحصائيّا بين أبعاد كلا المقياسين بين (0.802–0.275) وهي معاملات ارتباط مقبولة وجيّدة.

الجدول (2-a9) معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس (SF-36) وأبعاد مقياس (EQ-5D)

أبعاد مقياس (SF-36)	أبعاد مقياس (EQ-5D)				
	الحركة	الاعتناء بالنفس	النشاطات الاعتيادية	الإحساس بالألم /عدم الارتياح	القلق / الاكتئاب
VT	0.221	**0.492****	0.573**	0.798**	0.446**
SF	0.262	0.475**	0.556**	0.757**	0.473**
RE	**0.303***	0.470**	0.510**	0.722**	0.356**
MH	0.278*	0.428**	0.480**	0.722**	0.443**
PF	0.283*	0.397**	**0.608****	0.696**	**0.474****
RP	0.289*	0.435**	0.557**	0.678**	0.372**
BP	0.280*	0.507**	0.515**	**0.802****	0.472**
GH	0.275*	0.443**	0.484**	0.609**	0.360**

** دال عند مستوى الدلالة (0.01) * دال عند مستوى الدلالة (0.05)

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

- **2-9-2– المقارنة بين المقياسين حسب مستوى شدّة الألم قبل العلاج (المرحلة القاعديّة):**

يظهر الجدول رقم (2-b9) أنّ نوعية الحياة لدى مريضات CPP ذوات شدّة ألم خفيفة (mild pain) حسب مقياس EQ–5D-3L كانت أفضل بالمقارنة مع أبعاد (VT، RE، MH، BP، GH) من مقياس SF-36، بالمقابل كانت (SF، PF، RP) من أبعاد SF-36 أفضل من نوعية الحياة حسب مقياس EQ-5D-3L.

بالنّسبة لمريضات الألم الحوضي المزمن ذوات الشدّة المتوسّطة (moderate pain) كانت نوعيّة الحياة حسب مقياس EQ-5D-3L أفضل مقارنة مع أبعاد (VT، RE، MH، BP). بالمقابل كانت أبعاد نوعيّة الحياة (SF، PF، RP، GH) حسب مقياس SF-36 أفضل من نوعية الحياة حسب مقياس EQ-5D-3L.

نوعيّة الحياة حسب مقياس EQ-5D-3L لدى مريضات الألم الحوضي المزمن الشّديد (severe pain) كانت أفضل من الأبعاد (VT، MH، BP) المدروسة بواسطة المقياس SF-36. بالمقابل كانت أبعاد نوعية الحياة الأخرى في مقياس SF-36 (SF، RE، PF، RP، GH) أفضل من نوعية الحياة حسب مقياس EQ-5D-3L.

يدل انخفاض قيم كل من المقياسين مع زيادة مستوى شدّة الألم على قدرة كلّ من المقياسين على التّمييز بين المستويات المختلفة لشدّة الألم الحوضي المزمن، ولكن تظهر النّتائج السابقة على أنّ مقياس EQ-5D-3L أكثر قدرة على الاستجابة عند المستوى الشّديد من الألم الحوضي المزمن.

الجدول رقم (2-b9) المقارنة بين مقياسي (SF-36) ومقياس (EQ-5D) حسب فئات شدة الألم في مرحلة قبل العلاج

مستوى شدّة الألم	المتوسط الحسابي للإجابات على مقياس EQ-5D	المتوسطات الحسابية للإجابات على أبعاد مقياس SF-36		الفارق بين المتوسطين
ألم خفيف	0.781	VT	0.615	0.166
		SF	0.803	- 0.022
		RE	0.770	0.011
		MH	0.622	0.159
		PF	0.937	-0.156
		RP	0.820	-0.039
		BP	0.700	0.081
		GH	0.776	0.005
ألم متوسط	0.703	VT	0.525	0.178
		SF	0.714	-0.011
		RE	0.682	0.021
		MH	0.572	0.131
		PF	0.849	-0.146
		RP	0.737	-0.034
		BP	0.639	0.064
		GH	0.715	-0.012
ألم شديد	0.480	VT	0,392	0.088
		SF	0.556	-0.076
		RE	0.525	-0.045
		MH	0.434	0.046
		PF	0.747	-0.267
		RP	0.575	-0.095
		BP	0.471	0.009
		GH	0.552	-0.072

- **2-9-3- دراسة التّغير في مقياسي SF-36 و EQ-5D-3L حسب شدّة الألم بعد العلاج:**

من أجل التّعرف على قدرة كل من المقياسين على تحرّي وجود استجابة في تغير شدّة الألم لدى المريضة بعد العلاج، جرى حساب التّغير في نوعيّة الحياة لدى مريضات أفراد عينة البحث بين مرحلتي قبل العلاج وبعد 6 أشهر من العلاج. ويتبيّن من النتّائج الّتي تظهر في الجدول رقم (19) أنّ التّغير في الاستجابة حسب مقياس EQ-5D-3L عند مستوى الألم الخفيف كان إيجابيّا ونحو الأفضل حيث بلغت قيمة التّغير الإيجابي (0.123)، و كذلك كان التّغير في الاستجابة حسب مقياس SF-36 إيجابيّا و نحو الأفضل في جميع أبعاد المقياس، حيث تراوحت قيمة التّغير الإيجابي في نوعيّة الحياة بين (0.207) في بعد BP وبين (0.08) في بعد PF.

كذلك التّغير في الاستجابة حسب مقياس EQ-5D-3L لدى مريضات الألم الحوضي المزمن ذوات الشّدة المتوسطة كان إيجابيّا ونحو الأفضل فقد بلغت قيمة التّغير الإيجابي في نوعيّة الحياة (0.034)، وكذلك كان التّغير في الاستجابة حسب مقياس SF-36 إيجابيّا ونحو الأفضل فقد تراوحت قيمة التّغير الإيجابي بين (0.074) في بعد BP وبين (0.007) في بعد PF.

نلاحظ أنّ التّغير في الاستجابة عند مريضات الألم الحوضي المزمن الشّديد بعد 6 أشهر من العلاج كان أفضل في مقياس SF-36 مقارنة مع مقياس EQ-5D-3L، وكان أفضل تغير في الاستجابة بعد العلاج في بُعد BP من مقياس SF-36 حيث بلغت قيمة التّغير الإيجابي (0.127).

بالتّالي مقياس SF-36 أفضل في تقييم الاستجابة للعلاج لدى مرضى الألم الحوضي المزمن.

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الجدول رقم (2-c9) التّغير في نوعيّة الحياة تبعا لمقياسي SF-36 وEQ-5D-3L بعد6 أشهر من العلاج

مستوى شدّة الألم	التّغير في مقياس EQ-5D-3L	التّغير في مقياس SF-36	
ألم خفيف	0.123	VT	0.165
		SF	0.135
		RE	0.191
		MH	0.136
		PF	0.08
		RP	0.18
		BP	0.207
		GH	0.12
ألم متوسط	0.034	VT	0.069
		SF	-0.002
		RE	0.031
		MH	0.053
		PF	0.007
		RP	0.05
		BP	0.074
		GH	-0.006
ألم شديد	-0.039	VT	0.102
		SF	0.002
		RE	0.072
		MH	0.04
		PF	0.011
		RP	0.02
		BP	0.127
		GH	0.019

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الفصل الثّالث: مناقشة النّتائج والمقارنة مع الدّراسات العالميّة

لا يزال الألم الحوضي المزمن موضع جدل، وعلاج وتشخيص هذه الحالة لايزال يشكّل تحديًا للعديد من الأطباء، بخاصّة أنّ CPP يعتمد بشكل كبير على شعور المريضة بالألم والّذي يختلف من سيّدة لأخرى. على الرّغم من شيوع انتشار CPP، ويعدّ حاليا السّبب الثّالث الذي تراجع بسببه السيّدة المراكز الطبيّة الكبرى،[49] وبخاصّة لدى السيّدات اللاتي سبق وأجرين عمليّات جراحيّة واللاتي يعانين من CPP أكثر من غيرهن.[48 50] وبسبب عدم وجود دراسات سابقة أجريت في مستشفى التّوليد–كليّة الطّب–جامعة دمشق تتناول موضوع الألم الحوضي المزمن على الرّغم من انتشاره وأهميّته من حيث تأثيره على الحياة الاجتماعيّة والعائليّة للسيدة التي تعاني منه، تمّ إجراء هذه الدّراسة على أمل أن تكون خطوة أولى لمجموعة من الدّراسات التي تمكّننا في النّهاية من اعتماد خط علاجي للسيّدات اللاتي يعانين من ألم حوضي مزمن. أغلب السيّدات اللاتي يعانين من ألم حوضي مزمن واللاتي دخلن في هذه الدّراسة كن قد سبق وأجرين عمليّات جراحيّة حوضيّة

أظهرت هذه الدّراسة بداية وجود علاقة ارتباطيّة بين وجود الألم المزمن وبين انخفاض نوعيّة الحياة لدى السيّدات اللاتي يعانين منه، وهذا يتوافق مع دراسات سابقة.[20 91] كما أظهرت نتائج هذه الدّراسة أنّ التّأثير السلبي لوجود الألم الحوضي المزمن كان على جميع أبعاد نوعيّة الحياة المدروسة، ولكن وجد أنّ الحيويّة والشعور بالتّعب وقلّة الطاقة (Vitality)، والصّحة العاطفيّة (Emotional well being) كانت الأكثر تأثّرا تبعا لمستوى شدّة الألم،

بمعنى آخر وجد تأثّر (علاقة عكسيّة سلبيّة مرتفعة الدّرجة) هذين البعدين وبشكل هام إحصائيّا عند المستويات الخفيفة من الألم الحوضي المزمن. كما أظهرت النّتائج علاقة ارتباطيّة بين وجود الألم الحوضي المزمن وبين أعراض القلق والاكتئاب لدى السّيدات اللاتي يعانين منه، وهذه العلاقة كانت طرديّة إيجابيّة مرتفعة الدّرجة، بمعنى آخر حتى مستويات شدّة الألم الخفيفة كانت تؤدّي إلى زيادة في القلق والاكتئاب لدى السّيدات اللاتي يعانين منه وبفارق هامّ إحصائيّا، وهذا يتوافق مع نتائج دراسات سابقة.[11 20 92] دراسات أخرى أظهرت أنّ السّيدات اللاتي يعانين من ألم حوضي مزمن يعانين من الاكتئاب بمعدل أعلى من السيّدات السّليمات في مجموعة المقارنة بينما الفرق لم يكن هام إحصائيّا فيما يتعلق بالقلق.[79 93]

كما تمّ في هذا البحث دراسة علاقة الارتباط المحتملة بين نوعيّة الحياة وكل من القلق والاكتئاب وأظهرت النّتائج علاقة عكسيّة بين نوعيّة الحياة وبين كل من القلق والاكتئاب، بالتّالي انخفاض نوعيّة الحياة له علاقة ارتباطيّة مع كل من اضطرابي القلق و الاكتئاب، وهذا يشابه النّتائج في دراسة سابقة.[92] كما أظهرت نتائج هذه الدّراسة تحسّنا هاما في شدّة الألم الحوضي المزمن التي تعاني منه هؤلاء السيّدات بعد أن تمّ فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن، وهذا التّحسن كان ثابتا طوال فترة المتابعة (3) و (6) أشهر، وهذا يتوافق مع دراسات عديدة في هذا المجال ففي دراسة (Nezhat FR et al. ,2000) [50] تمّ فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن ل 46 سيّدة تعاني من ألم حوضي مزمن وتمّت متابعة السيّدات خلال 2، 12، 24 شهر من خلال سؤال السيّدات عن مدى الاستجابة التي شعرن بها بعد فك الالتصاقات عن طريق التّنظير، وكانت النّتائج مشجّعة للغاية فخلال فترة المتابعة الأولى 39% من السيّدات أظهرن شفاء كاملاً من الألم الحوضي المزمن، و33% خفّت شدّة الألم

الحوضي المزمن بشكل هام وملحوظ، و28% أظهرن عدم الاستفادة وعدم تغيّر شدّة الألم لديهنّ. ولوحظ بأنّ هذا التّحسن كان ثابتا خلال فترة المتابعة فبعد 24 شهراً من المتابعة 37% أظهرن شفاء كاملاً من CPP، و30% أظهرن تحسناً هاماً وملحوظ في شدّة الألم، و33% أظهرن عدم تغير شدّة الألم لديهنّ. بالتّالي خلصت الدّراسة السّابقة إلى أنّ غالبية السيدات اللاتي يعانين من ألم حوضي مزمن وتم علاجهنّ عن طريق فك الالتصاقات باستخدام تنظير البطن أظهرن تحسناً هاماً في شدة الألم الحوضي المزمن دون الحاجة لأي علاجات أخرى ولمدة طويلة من المتابعة.

كذلك دراسة أخرى أظهرت نتائج تتوافق مع نتائج هذا البحث فقد لوحظ أنّ نسبة تحسن CPP بعد فكّ الالتصاقات عن طريق التّنظير كانت 80%.[49]

وخلصت دراسة أخرى وهي عبارة عن Systematic review and meta-analysis إلى أنّ نسبة تحسن الألم الحوضي المزمن بعد فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن حوالي 70%.[48]

لكن على الرّغم من ذلك بقي هذا الموضوع مثاراً للجدل وللنّقاش، وبالتّالي تمّ إجراء دراسات من نوع الدّراسات المضبوطة المعشّاة (Randomized Controlled Trial) وخلصت تلك الدّراسات إلى نتيجة مشابهة، ففي دراسة (Cheong et al. ,2014)[51] كان التّحسن هاما في مستوى شدّة الألم في مجموعة فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن مقارنة بالمجموعة التي أجري لها تنظير بطن بدون فك الالتصاقات خلال فترة المتابعة. وأظهرت دراسة أخرى مشابهة أنّ المرضى الذين عانوا من الألم الحوضي المزمن وأجري لهم فك التصاقات عن

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

طريق التّنظير أظهروا انخفاضا هاما في مستوى شدّة الألم على مقياسNRS مقارنة مع مجموعة الضّبط.[52] كما أظهرت النّتائج في هذه الدّراسة أنّ التغيّر في مستوى شدّة الألم له علاقة ارتباطيّة مع التّغير في أبعاد نوعيّة الحياة المدروسة، وبالتّالي انخفاض مستوى شدّة الألم ترافق مع تحسن في نوعيّة الحياة بكافة الأبعاد المدروسة بعد إجراء فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن. وهذا يشابه نتائج دراسات سابقة.[35 51 87]

وعند تحليل نتائج أبعاد نوعيّة الحياة لمعرفة أي الأبعاد الأكثر استجابة بعد إجراء فك الالتصاقات عن طريق التنّظير، وجد بأنّ الألم الجسدي (BP) هو الأكثر تحسّنا وترافق ذلك مع التّحسن في التّحدد الذي تشعر به السّيدة بسبب عدم الرّاحة الجسديّة (RP)، وتلا ذلك تحسّن هام في الحيويّة vitality، وفي التّحدد بسبب سوء الحالة العاطفيّة (النّفسيّة) RE، وكان هذا التّحسن ثابتا طوال فترة المتابعة. وكذلك فيما يتعلّق باضطرابي القلق والاكتئاب في مقياس HADS أظهرت نتائج الدّراسة تحسّنا هاما في كلا البعدين بعد إجراء فكّ الالتصاقات عن طريق التّنظير، كما أنّ التّغير في مستوى شدّة الألم بعد فكّ الالتصاقات كان له علاقة ارتباطيّة مع التّغير في كل من بعدي القلق والاكتئاب في مقياس HADS، وتوافق ذلك مع نتائج دراسة سابقة،[11] وكان التّحسن ثابتا طوال فترة المتابعة فيما يتعلق بالاكتئاب، بينما لوحظ أنّ التّحسن في القلق كان في بداية فترة المتابعة (3) أشهر، لكن هذا التّحسن لم يستمر لفترة طويلة حتى (6) أشهر نهاية فترة المتابعة.

وكما ذكر سابقا، لا يوجد حتّى الآن إجماع على استخدام المقياس الأفضل لتقييم تأثير الألم المزمن على نوعيّة الحياة، لدى المرضى الّذين يعانون منه، على الرّغم من تعدّد المقاييس المستخدمة.[94] وبسبب عدم وجود الاهتمام بهذه المقاييس وربطها بتقييم الألم الحوضي المزمن بالشّكل المطلوب في مستشفى التّوليد وأمراض النّساء

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الجامعي–كليّة الطّب–جامعة دمشق، تمّ إجراء مقارنة بين أشيع مقياسين يُستخدمان في مرضى الألم الحوضي المزمن (SF-36، EQ-5D-3L) وذلك من أجل مقاربة قدرة كل منهما على تقييم الألم الحوضي المزمن (validity)، وقدرته على تقييم مدى الاستجابة للعلاج (responsiveness). وقد أظهرت نتائج الدّراسة صلاحيّة كلا المقياسين لتقييم تأثير الألم الحوضي المزمن على نوعيّة الحياة لدى السّيدات اللاتي يعانين منه. فقد أظهرت النّتائج وجود علاقة ارتباط مقبولة بين معظم أبعاد المقياسين المدروسين. كما أظهرت قدرة كلا المقياسين على التّمييز بين مستويات الشّدة المختلفة من الألم الحوضي المزمن وتأثيرها على نوعيّة الحياة. ولكن أظهرت نتائج المقارنة بين المقياسين أنّ متوسّط نقاط EQ-5D-3L كان أقل من نقاط مقياس SF-36 في غالبية الأبعاد المدروسة عند مستوى الألم الحوضي الشّديد، بالتّالي يمكن القول إنّ EQ-5D-3L أكثر قدرة على تقييم تدهور الحالة الصحيّة المدروسة بمعنى آخر زيادة شدّة الألم الحوضي المزمن. بينما أظهرت نتائج مقارنة قيم كل من المقياسين عند مستوى الألم الخفيف والمتوسط أنّ كلا المقياسين أظهرا نتائج متقاربة.

كما أظهرت هذه الدّراسة قدرة كل من المقياسين على تحرّي وجود استجابة في تغير شدّة الألم بعد العلاج ولكن أظهر مقياس SF-36 قدرة أفضل لتحري وجود الاستجابة للعلاج خاصّة عند المستويات الشّديدة من الألم الحوضي المزمن. وجدت دراسة أخرى في نفس المجال وجدت أنّ كلا المقياسين كان لهما ذات الجدوى الاقتصاديّة، وأظهرت تقارب هذين المقياسين من حيث النّتائج.[95] بينما في دراسة أجريت لمقارنة هذين المقياسين مع الألم الكلوي المزمن أظهرت النّتائج أنّ لكلا المقياسين القدرة على تمييز الدّرجات المختلفة من الألم المزمن ولكن أظهر مقياس SF-6D (وهو جزء من مقياس SF-36) أنّه أكثر قدرة على تمييز الدّرجات الشّديدة من الألم

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود
الكلوي المزمن.[96] وقد أجريت دراسة أخرى على الأشخاص الّذين يعانون من ألم ظهري مزمن خلصت إلى أنّ EQ-5D-3L أكثر قدرة على تقييم شدّة الألم المزمن وأكثر قدرة على تقييم الاستجابة للعلاج.[94] هذا الاختلاف بين المقاييس غير مفاجئ من النّاحية العمليّة وذلك بسبب اختلاف هذه المقاييس بعدد الأبعاد المدروسة، وبطريقة التّقييم، وبطريقة وضع النّقاط، وبطريقة طرح ووصف الأسئلة.[97] [98] من هنا تأتي أهميّة هذه الدّراسات المقارنة لتحليل ومقارنة أداء هذه المقاييس المختلفة بالتّالي إمكانيّة اعتماد المقياس المناسب أكثر أثناء الممارسة العمليّة، وهذا بدوره يساعد أصحاب القرار في المعالجة الطّبيّة على اتّخاذ الإجراء العلاجي الأكثر فائدة للمريض والأكثر ملاءمة من ناحية الجدوى الاقتصاديّة.

الفصل الرّابع المحدّدات والمعوقات

من محدّدات هذه الدّراسة عدم وجود مجموعة مقارنة (ضبط)، والتي تساعد من خلال مقارنة النّتائج السّابقة مع مجموعة ثانية أجري لها تنظير بطن بدون فك التصاقات، على التخّفيف من Placebo effect، الّذي قد يكون له دور في شعور السيّدة بتحسن كل من شدّة الألم، والتّحسن المرافق في مقاييس نوعيّة الحياة والصّحة النّفسيّة المستخدمة. لكن أثناء مناقشة اللّجنة العلميّة والأخلاقيّة التي انعقدت لمناقشة هذا البحث في كليّة الطّب–جامعة دمشق، والتي ارتأت بداية لأسباب أخلاقيّة، وخاصّة أنّ هذا البحث يجرى لأول مرة في مستشفى التّوليد الجامعي، أنّ تكون الدّراسة الأولى دراسة تجريبّية–تداخليّة (من نمط Quasi Experiment) لنحدّد بداية الأهميّة المحتملة لهذا الإجراء ولنحقق الفائدة المرجوة للسيّدات اللاتي يعانين من ألم حوضي مزمن، واللاتي دخلن في هذه الدّراسة، وهذا يشكل خطوة أولى لمزيد من الأبحاث في هذا المجال قد تتبع بدراسات أخرى مضبوطة معشّاة، ودراسات يمكن أن نستخدم فيها المواد الحالة للالتصاقات مثل Seprafilm، وبذلك قد نصل إلى وضع بروتوكول علاجي يُتّبع في مستشفى التّوليد–كلية الطب–جامعة دمشق، لتدبير السيدات اللاتي يعانين من ألم حوضي مزمن.

الفصل الخامس: الخلاصة والمقترحات

وأخيرا، خلصت نتائج هذا البحث إلى أنّ فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن لدى السيّدات اللاتي يعانين من ألم حوضي مزمن يؤدّي إلى انخفاض شدّة الألم بشكل هام وتحسّن نوعيّة الحياة، والصحة العاطفية، وتحسن أعراض الاكتئاب المرافقة لوجود الألم المزمن حتى بعد 6 أشهر من المتابعة بعد إجراء فك الالتصاقات. وعلى ضوء ما سبق تقترح ما يلي:

- إجراء فحص سريري وتقييم سريري شامل للسيّدات اللاتي يعانين من ألم حوضي مزمن وعلاج أي آفة عضوية قد تكون مسؤولة عن سبب هذا الألم.
- الاعتماد على المقياسين EQ-5D-3L كجزء من تقييم السيّدات اللاتي يعانين من ألم حوضي مزمن قبل وبعد العلاج.
- إجراء تنظير بطن للسيّدات اللاتي يعانين من CPP واللاتي فشل الفحص والتّقييم السريري في اكتشاف أي سبب عضوي مسؤول عن هذا الألم، وفكّ الالتصاقات في حال اكتشافها بعد إجراء التّنظير.
- متابعة البحث في هذا المجال من خلال إجراء دراسات مضبوطة معشّاة، أو دراسات مع استخدام مواد حالة للالتصاقات، وهذا يساعدنا في فهم أعمق لطبيعة الالتصاقات التي قد تسبب ألماً مزمناً، والآليّة المحتملة

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الّتي تسبّب بها الالتصاقات الألم المزمن، وبذلك نتمكّن من وضع خطّة علاجيّة (بروتوكول عام) لعلاج

السيّدات اللاتي يعانين من هذه المشكلة التي تؤثّر بعمق على الصّحة الجسميّة والنّفسيّة والعاطفيّة لديهنّ.

المراجع

1. Latthe, P., Latthe, M., Say, L., Gülmezoglu, M., & Khan, K. S. (2006). **WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity.** BMC public health, 6(1), 177.

2. Bryant, C., Cockburn, R., Plante, A.-F., & Chia, A. (2016). **The psychological profile of women presenting to a multidisciplinary clinic for chronic pelvic pain**: high levels of psychological dysfunction and implications for practice. Journal of pain research, 9, 1049.

3. Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J, et al. (2015). **European Association of Urology. Guidelines on chronic pelvic pain.** http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-GuidelinesChronic-Pelvic-Pain-2015.pdf. Accessed May 29, 2015.

4. Novak, E. (2007). **Berek & Novak's gynecology14th Edition:** Lippincott Williams & Wilkins. P. 506-540.

5. Kresch, A. J., Seifer, D. B., Sachs, L. B., & Barrese, I. (1984). **Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain**. Obstetrics & Gynecology, 64(5), 672-674.

6. Steege, J. F., & Siedhoff, M. T. (2014). **Chronic Pelvic Pain**. Obstetrics & Gynecology, 124(3), 616-629. doi: 10.1097/aog.0000000000000417.

7. Hansrani, V. (2017). **Exploring a Vascular Cause for Chronic Pelvic Pain in Women:** The University of Manchester (United Kingdom).

8. Chronic Pelvic Pain: **ACOG Practice Bulletin Summary**, Number 218. (2020). Obstetrics & Gynecology, 135(3), 744-746. doi: 10.1097/aog.0000000000003717.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. reVitalize. **Gynecology data definitions (version 1.0)**. Washington, DC. (2018): American College of Obstetricians and Gynecologists. Available at: https://www.acog.org/-/media/Departments/Patient-Safety-and-Quality-Improvement/reVITALize-Gynecology-Definitons-V2.pdf. Retrieved September 23, 2019. (Level III)

10. Walker, E., Gelfand, A., Gelfand, M., Green, C., & Katon, W. (1996). **Chronic pelvic pain and gynecological symptoms in women with irritable bowel syndrome.** Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 17(1), 39-46.

11. Jarrell, J., Robert, M., Giamberardino, M. A., Tang, S., & Stephenson, K. (2018). **Pain, psychosocial tests, pain sensitization and laparoscopic pelvic surgery**. Scandinavian Journal of Pain, 18(1), 49-57.

12. Ahangari, A. (2014). **Prevalence of chronic pelvic pain among women**: an updated review. Pain Physician, 17(2), E141-E147.

13. HOWARD, F. M. (2003). **The Role of Laparoscopy in the Chronic Pelvic Pain Patient**. Clinical Obstetrics and Gynecology, 46(4), 749-766.

14. Morris, N., & O'Neill, D. (1958). **Out-patient gynaecology**. British medical journal, 1(5078), 1038.

15. Stones, W., Cheong, Y. C., Howard, F. M., & Singh, S. (2005). **Interventions for treating chronic pelvic pain in women**. Cochrane Database of Systematic Reviews (2).

16. Speer, L., Mushkbar, S., & Erbele, T. (2016). **Chronic pelvic pain in women**. American Family Physician, 93(5), 380-387.

17. Lamvu, G. (2011). **Role of hysterectomy in the treatment of chronic pelvic pain**. Obstetrics & Gynecology, 117(5), 1175-1178.

18. Moore, J., & Kennedy, S. (2000). **Causes of chronic pelvic pain**. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 14(3), 389-402.

19. Moore, S., & Kennedy, S. (2012). **The initial management of chronic pelvic pain**. Royal College of Obstetrics and Gynaecology Green-top Guideline. London; RCOG.

20. Grundström, H., Gerdle, B., Alehagen, S., Berterö, C., Arendt-Nielsen, L., & Kjølhede, P. (2019). **Reduced pain thresholds and signs of sensitization in women with persistent pelvic pain and suspected endometriosis.** Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 98(3), 327-336.

21. Naperville Fertility Center. (2015). **Laparoscopy Imaging Gallery**. http://npvfertilitycenter.com/gallery/ (accessed 15 August 2014).

22. Baloch, S., Khasakheli, M., & Malik, A. M. (2013). **Diagnostic Laparoscopic Finding in chronic pelvic pain**. J coll physicians surg Pak, 23(3), 190-193.

23. Wesselmann, U. (2001). **Neurogenic inflammation and chronic pelvic pain**. World journal of urology, 19(3), 180-185.

24. Doggweiler-Wiygul, R. (2001). **Chronic pelvic pain**. World Journal of urology, 19: 155-156.

25. Latthe, P., Mignini, L., Gray, R., Hills, R., & Khan, K. (2006). **Factors predisposing women to chronic pelvic pain**: systematic review. Bmj, 332(7544), 749-755.

26. Yosef, A., Allaire, C., Williams, C., Ahmed, A. G., Al-Hussaini, T., Abdellah, M. S., . . . Yong, P. J. (2016). **Multifactorial contributors to the severity of chronic pelvic pain in women**. American journal of obstetrics and gynecology, 215(6), 760. e761-760. e714.

27. Krantz, T. E., Andrews, N., Petersen, T. R., Dunivan, G. C., Montoya, M., Swanson, N., . . . Komesu, Y. M. (2019). **Adverse Childhood Experiences Among Gynecology Patients With Chronic Pelvic Pain**. Obstetrics & Gynecology, 134(5), 1087-1095. doi: 10.1097/aog.0000000000003533.

28. CAREY, E. T., & MOORE, K. (2019**). Updates in the Approach to Chronic Pelvic Pain: What the Treating Gynecologist Should Know**. Clinical Obstetrics and Gynecology, 62(4), 666-676. doi: 10.1097/grf.0000000000000486.

29. BISHOP, L. A. (2017). **Management of Chronic Pelvic Pain**. Clinical Obstetrics and Gynecology, 60(3), 524-530. doi: 10.1097/grf.0000000000000299.

30. Passavanti, M. B., Pota, V., Sansone, P., Aurilio, C., De Nardis, L., & Pace, M. C. (2017). **Chronic pelvic pain: assessment, evaluation, and objectivation**. Pain research and treatment, 2017.

31. Okaro, E., Condous, G., Khalid, A., Timmerman, D., Ameye, L., Huffel, S., & Bourne, T. (2006). **The use of ultrasound-based 'soft markers' for the prediction of pelvic pathology in women with chronic pelvic pain—can we reduce the need for laparoscopy?** BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 113(3), 251-256.

32. Wang, X.-h., Xu, J.-j., Yang, G., & Xin, T.-y. (2019). **Impact of ultrasound diagnosis for chronic pelvic pain**. Medicine, 98(39).

33. Engeler, D., Baranowski, A., Borovicka, J., Cottrell, A., Dinis-Oliveira, P., Elneil, S., . . . Reisman, Y. (2012). **Pelvic Pain**. UPDATE.

34. Jensen, J. T., Schlaff, W., & Gordon, K. (2018). **Use of combined hormonal contraceptives for the treatment of endometriosis-related pain**: a systematic review of the evidence. Fertility and sterility, 110(1), 137-152. e131.

35. Comptour, A., Chauvet, P., Canis, M., Grémeau, A.-S., Pouly, J.-L., Rabischong, B., . . . Bourdel, N. (2019). **Patient quality of life and symptoms after surgical treatment for endometriosis.** Journal of minimally invasive gynecology, 26(4), 717-726

.

36. Swank, D. J., Swank-Bordewijk, S. C., Hop, W.C., van Erp, W. F., Janssen, I. M., Bonjer, H. J. (2003). **Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomised controlled multi-centre trial.** Lancet; 361(9365):1247-51**.**

37. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2007). Laparoscopic **uterine nerve ablation (LUNA) for chronic pelvic pain.** Interventional procedure guidance 234. London.

38. Hammoud, A., Gago, L. A., & Diamond, M. P. (2004). **Adhesions in patients with chronic pelvic pain: a role for adhesiolysis?** Fertility and sterility, 82(6), 1483-1491.

39. Swank, D., Hop, W., & Jeekel, J. (2004). **Reduction, regrowth, and de novo formation of abdominal adhesions after laparoscopic adhesiolysis**: a prospective analysis. Digestive Surgery, 21(1), 66-71.

40. diZerega, G. S. (1994). **Contemporary adhesion prevention [review]**. Fertil Steril; 61:219–235**.**

41. Ikechebelu, J., Eleje, G., Joe-Ikechebelu, N., Okafor, C., & Akintobi, A. (2018). **Comparison of the prevalence of adhesions at the time of diagnostic laparoscopy for infertility between patient who had open myomectomy and those who had no previous pelvic-abdominal surgery or pelvic inflammatory disease**. Nigerian journal of clinical practice, 21(11), 1415.

42. Blackwell, R. E., & Olive, D. L. (1997). **Chronic pelvic pain: evaluation and management:** Springer Science & Business Media. P. 103-115.

43. Keltz, M. D., Peck, L., Liu, S., Kim, A. H., Arici, A., & Olive, D. L. (1995). **Large bowel-to-pelvic sidewall adhesions associated with chronic pelvic**

pain. The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists, 3(1), 55-59.

44. Almeida, OD, J. r., Val-Gallas, J. M. (1997). **Conscious pain mapping.** J Am Assoc Gynecol Laparosc, 4:587–90.

45. Leidig, P., & Krakamp, B. (1992). **Laparoscopic lysis of adhesions--a simple method of diagnosis and therapy of abdominal pain caused by adhesions**. Leber, Magen, Darm, 22(1), 27-28.

46. Demco, L. (2004). **Pain mapping of adhesions**. The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists, 11(2), 181-183.

47. Diamond, M. P., Bieber, E., & Group., A. S. (2001). **Pelvic adhesions and pelvic pain: opinions on cause and effect relationship and when to surgically intervene**. Gynaecological Endoscopy, 10(4), 211-216.

48. Van Den Beukel, B. A., de Ree, R., van Leuven, S., Bakkum, E. A., Strik, C., van Goor, H., & ten Broek, R. P. (2017). **Surgical treatment of adhesion-related chronic abdominal and pelvic pain after gynaecological and general surgery: a systematic review and meta-analysis**. Human reproduction update, 23(3), 276-288.

49. El-labban, G. M., & Hokkam, E. N. (2010). **The efficacy of laparoscopy in the diagnosis and management of chronic abdominal pain.** Journal of minimal access surgery, 6(4), 95.

50. Nezhat, F. R., Crystal, R. A., Nezhat, C. H., & Nezhat, C. R. (2000). **Laparoscopic adhesiolysis and relief of chronic pelvic pain.** JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons, 4(4), 281.

51. Cheong, Y. C., Reading, I., Bailey, S., Sadek, K., Ledger, W., & Li, T. C. (2014). **Should women with chronic pelvic pain have adhesiolysis?** BMC women's health, 14(1), 36.

52. Keltz, M. D., Gera, P. S., & Olive, D. L. (2006). **Prospective randomized trial of right-sided paracolic adhesiolysis for chronic pelvic pain.** JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons, 10(4), 443.

53. Sulaiman, H., Gabella, G., Davis, C., Mutsaers, S. E., Boulos, P., Laurent. G. J. (2001). **Presence and distribution of sensory nerve fibers in human peritoneal adhesions**. Annals of surgery, 234(2):256.

54. Holloran-Schwartz, M. B. (2014). **Surgical evaluation and treatment of the patient with chronic pelvic pain.** Obstetrics and Gynecology Clinics, 41(3), 357-369.

55. Hansrani, V., Abbas, A., Bhandari, .S, Caress, A. L., Seif, M., McCollum, C. N. (2015). **Trans-venous occlusion of incompetent pelvic veins for chronic pelvic pain in women:** a systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 185C:156-63.

56. Stovall, T. G., Ling, F. W., Crawford, D. A. (2004**). Hysterectomy for chronic pelvic pain of presumed uterine etiology**. Obstet Gynecol, 104:701–9.

57. Hartmann, K. E., Ma, C., Lamvu, G. M. (2004). **Quality of life and sexual function after hysterectomy in women with preoperative pain and depression.** Obstet Gynecol, 104:701-9.

58. Daniels, J. P., Middleton, L., Xiong, T. (2010). **Individual patient data meta-analysis of randomized evidence to assess the effectiveness of laparoscopic uterine nerve ablation in patients with chronic pelvic pain.** Hum Reprod Update, 16(6):568-76.

59. Carter, J. E. (1998). **Surgical treatment for chronic pelvic pain.** JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons, 2(2), 129.

60. Kapetanakis, V., Jacob, K., Klauschie, J. (2012). **Robotic presacral neurectomy technique and results**. Int J Med Robot, 8:73–6.

61. Lee, R. B., Stone, K., Magelssen, D. (1986). **Presacral neurectomy for chronic pelvic pain.** Obstet Gynecol. 68:517-521.

62. Zullo, F., Palomba, S., Zupi, E. (2004**). Long-term effectiveness of presacral neurectomy for the treatment of severe dysmenorrhea due to endometriosis**. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 11:23–8.

63. Sallinen, V., Wikstrom, H., Victorzon, M., Salimen, P., Koivukangas, V., Haukijarvi, E., & Enholm, B. (2014). **Lapaoscopicc Versus Open Adhesiolysis for small bowel obstruction-a multicentre, prospective, randomized, controlled triail**. BMC surgery, 14:77.

64. Lundorff, P., Hahlin, M., Källfelt, B., Thorburn, J., & Lindblom, B. (1991). **Adhesion formation after laparoscopic surgery in tubal pregnancy: a randomized trial versus laparotomy**. Fertility and sterility, 55(5), 911-915.

65. Luciano, D. E., Roy, G., & Luciano, A. A. (2008). **Adhesion reformation after laparoscopic adhesiolysis: where, what type, and in whom they are most likely to recur**. Journal of minimally invasive gynecology, 15(1), 44-48.

66. Gussous, Y., Theologis, A. A., Demb, J. B. (2018). **Correlation Between Lumbopelvic and Sagittal Parameters and Health-Related Quality of Life in Adults With Lumbosacral Spondylolisthesis.** Global Spine Journal; 8:17-24.

67. Rebollo-Rubio, A., Morales-Asencio, J. M., Pons-Raventos, M. E. (2015). **Review of studies on health related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease in Spain.** Nefrologia; 35:92-109.

68. Neumann, P. J., Thorat, T., Shi, J. (2015). **The changing face of the cost-utility literature, 1990–2012.** Value Health; 18:271–7.

69. Whitehead, S. J., Ali, S. (2010). **Health outcomes in economic evaluation: the QALY and utilities.** Br Med Bull; 96:5–21.

70. Cella, D. F. (1994). **Quality of life: concepts and definition**. Journal of pain and symptom management; 9(3):186-92.

71. Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). **Subjective well-being: Three decades of progress.** Psychological Bulletin; 125(2):276-302.

72. Beesley, K. B., & Russwurm, L. H. (1989). **Social indicators and quality of life research: Toward synthesis**. Environments; 20:22-39.

73. Theofilou, P. (2013). **Quality of Life: Definition and Measurement**. Europe's journal of psychology; 9(1):150-162.

74. Neelakantan, D., Omojole, F., Clark, T., Gupta, J., & Khan, K. (2004). **Quality of life instruments in studies of chronic pelvic pain: a systematic review.** Journal of Obstetrics and Gynaecology, 24(8), 851-858.

75. Rabin, R., & Charro, F. d. (2001). **EQ-SD: a measure of health status from the EuroQol Group**. Annals of medicine, 33(5), 337-343.

76. Group, T. E. (1990). **EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life.** Health policy, 16(3), 199-208.

77. Brünahl, C., Riegel, B., Höink, J., Kutup, A., Eichelberg, E., & Löwe, B. (2014). **Psychosomatic aspects of chronic pelvic pain syndrome. Psychometric results from the pilot phase of an interdisciplinary outpatient clinic**. Schmerz (Berlin, Germany), 28(3), 311-318.

78. Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López, A. E. (2012). **The role of optimism and pessimism in chronic pain patients adjustment**. The Spanish Journal of Psychology, 15(1), 286-294.

79. Hodgkiss, A., & Watson, J. (1994). **Psychiatric morbidity and illness behaviour in women with chronic pelvic pain.** Journal of Psychosomatic Research, 38(1), 3-9.

80. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). **The hospital anxiety and depression scale**. Acta psychiatrica scandinavica, 67(6), 361-370.

81. Robinson, J., & Isaacson, K. B. (2005). **Laparoscopic surgery in the obese: Safe techniques**. OBG management, 60-73.

82. Bhandari, S., Agrawal, P., & Singh, A. (2014). **Body Mass Index and Its Role in Total Laparoscopic Hysterectomy**. International scholarly research notices, 2014.

83. Cheong, Y. C., Smotra, G., & de C Williams, A. C. (2014). **Non-surgical interventions for the management of chronic pelvic pain.** Cochrane Database of Systematic Reviews(3).

84. Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). **Measures of adult pain: Visual analog scale for pain (vas pain), numeric rating scale for pain (nrs pain), mcgill pain questionnaire (mpq), short-form mcgill pain questionnaire (sf-mpq), chronic pain grade scale (cpgs), short form-36 bodily pain scale (sf-36 bps), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (icoap)**. Arthritis care & research, 63(S11), S240-S252.

85. Aiken, J., & Allen, S. R. (2015). **Clinical Pain Assessment Compendium!**

86. McHorney, C. A., Ware Jr, J. E., Lu, J. R., & Sherbourne, C. D. (1994). **The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups**. Medical care, 40-66.

87. Stull, D. E., Wasiak, R., Kreif, N., Raluy, M., Colligs, A., Seitz, C., & Gerlinger, C. (2014). **Validation of the SF-36 in patients with endometriosis**. Quality of Life Research, 23(1), 103-117.

88. Reenen, Mandy van. (2016). **EQ-5D-3L User Guide.** EQ-5D. EuroQol Research Foundation. Archived from the original on 24 December 2015.

89. Cohen, S. (2002). **Laparoscopic adhesiolysis**. OBG management, 14(5), 26-37.

90. Hoffman, B., Griffith, W., Moschos, E., Beshay, V., Werner, C., Richardson, D., & Rahn, D. (2012). **Williams Gynecology Study Guide, Second Edition**: McGraw-Hill Education. P. 1095-1121.

91. Laursen, B. S., Bajaj, P., Olesen, A. S., Delmar, C., Arendt-Nielsen, L. (2005). **Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain**. Eur J Pain; 9:267-75.

92. Kalia, L. V., & OConnor, P. W. (2005). **Severity of chronic pain and its relationship to quality of life in multiple sclerosis**. Multiple Sclerosis Journal, 11(3), 322-327.

93. Magni, G., Moreschi, C., Rigatti-Luchini, S., Merskey, H. (1994). **Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain**. Pain; 56:289–97.

94. Obradovic, M., Lal, A., & Liedgens, H. (2013). **Validity and responsiveness of EuroQol-5 dimension (EQ-5D) versus Short Form-6 dimension (SF-6D) questionnaire in chronic pain**. Health and quality of life outcomes, 11(1), 110.

95. Zhao, L., Liu, X., Liu, D., He, Y., Liu, Z., & Li, N. (2019). **Comparison of the psychometric properties of the EQ-5D-3L and SF-6D in the general population of Chengdu city in China.** Medicine, 98(11).

96. Kularatna, S., Senanayake, S., Gunawardena, N., & Graves, N. (2019). **Comparison of the EQ-5D 3L and the SF-6D (SF-36) contemporaneous utility scores in patients with chronic kidney disease in Sri Lanka: a cross-sectional survey**. BMJ open, 9(2), e024854.

97. Bryan, S., Longworth, L. (2005). **Measuring health-related utility: why the disparity between EQ-5D and SF-6D?** Eur J Health Econ, 6:253–260.

98. Grieve, R., Grishchenko, M., Cairns, J. (2009). **SF-6D versus EQ-5D: reasons for differences in utility scores and impact on reported cost-utility**. Eur J Health Econ 2009, 10:15–23.

الاستبانات

جامعة دمشق
كليّة الطّب البشري
مستشفى الّوليد وأمراض النّساء الجامعي

الموافقة المستنيرة

عنوان الدّراسة: تأثير فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن.

سيّدتي:

سنقوم في هذه الدّراسة بإجراء تنظير بطن وذلك في محاولة لحل مشكلة الألم الحوضي المزمن التي تعانين منها. والهدف من هذه الدّراسة هو معرفة تأثير فك الالتصاقات باستخدام تنظير البطن على شدّة الألم الحوضي المزمن وعلى نوعيّة الحياة بشكل عام، وبالتّالي إمكانيّة إيجاد حل مناسب يمكّنك من التخلص من هذه المشكلة التي تؤثّر سلبا على حياتك العائليّة والمهنيّة على حدّ سواء، كما تعرّضك للقلق أو لأعراض شبيهه بالاكتئاب. ولذلك يهمنا مشاركتك في الدّراسة وإعطاؤنا بعض البيانات التي لن تشتمل على ما يشير إلى هويتك بأي صورة كانت، وسنحتفظ بها بسرية تامة ولن تستخدم إلا لأغراض بحثية فقط. إنّ المشاركة في هذه الدّراسة لا يتطلب منك أي تكلفة مادّية تأخذينها على عاتقك، كما أنّ ملء الاستبيانات والمشاركة في الدّراسة غير ملزمين، ورفضك المشاركة لن يؤثر بشكل من الأشكال على حقوقك الطّبية أو الخدمات المقدمة لك داخل المشفى، ولك كامل الحق في رفض الإجابة عن أي سؤال لا ترغبين الإجابة عنه، ويمكنك الانسحاب من هذه الدّراسة عندما ترغبين بذلك، كما أننا نرحب بأي استفسار لديك بخصوص هذه الدّراسة على الرّقم الذي تمّ إعطاؤك إيّاه.

نطمح لمشاركتك في هذه الدراسة.

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

اسم وتوقيع السيدة:

الطّبيب الباحث:
عبلة شدّود

استمارة الدّراسة

تأثير فك الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن

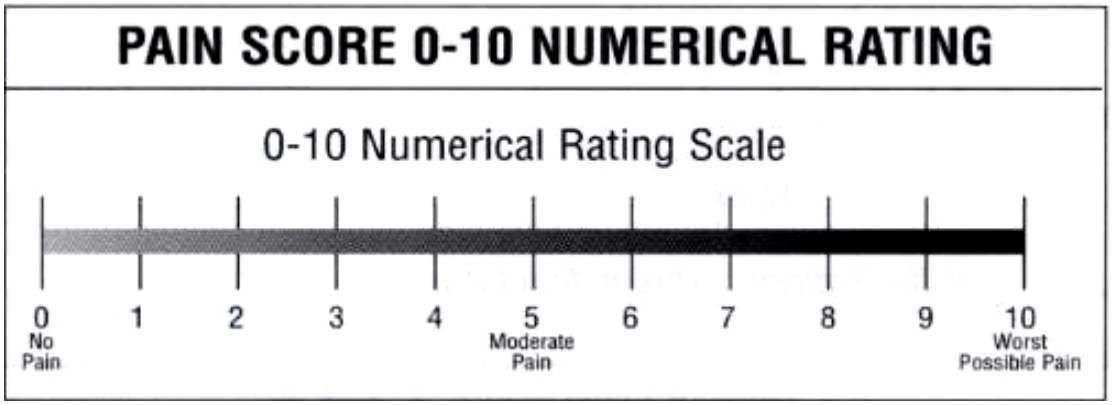
اسم السيّدة: رقم الإضبارة: رقم الهاتف:

عمر السيّدة (سنة):	
الحالة الاجتماعيّة:	
BMI (كغ/م^2)	
عدد الولادات:	
طول المدّة التي تعاني فيها من الألم الحوضي المزمن (أشهر):	
السّوابق الجراحيّة:	

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الاستمارة الخاصة بتقييم الألم

سيّدتي يرجى منك أن تصفي لنا مدى عدم ارتياحك بشكل عام خلال الأسبوع الفائت، بمعنى آخر إلى أي درجة كنت غير متحملة لهذا الألم ومنزعجة من حدوثه



تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الاستمارة الخاصة بالمقياس SF-36*

- 1 -

استبيان صحي

جنس☐ ذكر

☐ انثى

العمر _____ سنة

المؤهل العلمي: ☐ ابتدائي

☐ اعدادي

☐ ثانوي

☐ بكالوريوس

☐ ماجستير

☐ دكتوراه

من فضلك، أجب على كل الأسئلة الموجودة في هذا الاستبيان. في حالة عدم وضوح أي سؤال، أرجو اختيار أقرب اجابة تفهمك للسؤال.

- بصورة عامة، كيف ترى حالتك الصحية؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الاجابة المناسبة)

☐ ممتازة

☐ جيدجدا

☐ جيدة

☐ لا بأس بها

☐ سيئة

- **مقارنة بعام مضى**، كيف تقيم حالتك الصحية الآن بصورة عامة؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الاجابة المناسبة)

☐ أفضل بكثير مما كانت عليه قبل عام

☐ أفضل نوعا ما من العام الماضي

☐ تقريبا على ما هي عليه

☐ أسوأ نوعا ما من العام الماضي

☐ أسوأ بكثير مما كانت عليه قبل عام

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

٣- تتعلق البنود التالية بأنشطة يمكن ان تقوم بها خلال يومك العادي. **في الوقت الحالي**، الى اي مدى **تقيدك حالتك الصحية**.	(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ تحت الاجابة المناسبة)		
	نعم تقيدني كثيرا	نعم تقيدني قليلا	لا تقيدني اطلاقا
أ) من ممارسة **الأنشطة الشاقة** مثل: الجري، حمل الاشياء الثقيلة او مزاولة الأنشطة الرياضية المجهدة جدا؟	☐	☐	☐
ب) من ممارسة **الأنشطة متوسطة الجهد**، كتحريك الطاولة او التنظيف باستخدام المكنسة الكهربائية او تنظيف حديقة المنزل والعناية بها ؟	☐	☐	☐
ج) من حمل المشتريات من البقالة او السوق المركزي (السوبرماركت)؟	☐	☐	☐
د) من صعود الدرج **لعدة ادوار**؟	☐	☐	☐
هـ) من صعود الدرج **لدور واحد فقط**؟	☐	☐	☐
و) من الانحناء او الركوع او السجود ؟	☐	☐	☐
ز) من المشي لأكثر من **كيلومتر ونصف**؟	☐	☐	☐
ح) من المشي **لمسافة نصف كيلومتر**؟	☐	☐	☐
ط) من المشي **لمسافة مئة متر**؟	☐	☐	☐
ي) من الاستحمام او ارتداء الملابس بنفسك؟	☐	☐	☐

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

- 3 -

الصحة الجسمية

ا- تتعلق البنود التالية (أ ، ب ، ج ، د) بالمشاكل التي يمكن ان تواجهـــك خلال تأديتك لعملك او للأنشطة اليومية المعتادة نتيجة لحالتك الصحية الجسمية. **خلال الأسابيع الأربعة الماضية**، هل تسببت **حالتك الصحية الجسمية في**: (اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ تحت الاجابة المناسبة)	نعم	لا
أ) **التقليل من الوقت** الذي تقضيه في العمل او اي انشطة اخرى؟	☐	☐
ب) **التقليل** مما تود **انجازه** من العمل أو أي أنشطة أخرى؟	☐	☐
ج) **تقييدك في أداء نوع** معين من الأعمال أو أي أنشطة أخرى؟	☐	☐
د) **أن تجد صعوبة في** تأدية العمل أو أي أنشطة أخرى؟ (على سبيل المثال، احتجت الى جهد اضافي لتأديتها)	☐	☐

الصحة النفسية

- تتعلق البنود التالية (أ ، ب ، ج) بالمشاكل التي يمكن ان تواجهك خلال تأديتك لعملك او الانشطة اليومية المعتادة كنتيجة لحالتك الصحية النفسية (مثلا الشعور بالاكتئاب او القلق) **خلال الاسابيع الأربعة الماضية**، هل تسببت **حالتك الصحية النفسية في**: (اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ تحت الاجابة المناسبة)	نعم	لا
أ) **التقليل من الوقت** الذي تقضيه في العمل او اي انشطة اخرى؟	☐	☐
ب) **التقليل** مما تود **انجازه** من العمل أو أي أنشطة أخرى؟	☐	☐
ج) **عدم انجاز** العمل او اي انشطة اخرى **بالحرص المعتاد**؟	☐	☐

- 4 -

الصحة الجسمية او النفسية

- خلال الاسابيع الاربعة الماضية، الى اي مدى تعارضت صحتك الجسمية او النفسية مع تأديتك لنشاطاتك جتماعية المعتادة مع عائلتك او اصدقائك او جيرانك او اي من المناسبات الاجتماعية الأخرى؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الاجابة المناسبة)

- ☐ لم يكن هناك أي تعارض اطلاقا
- ☐ كان هناك تعارض قليل
- ☐ كان هناك تعارض متوسط
- ☐ كان هناك تعارض كبير
- ☐ كان هناك تعارض كبير جدا

شدة الألم

- ما شدة الألم الجسمي الذي عانيت منه خلال الاسابيع الاربعة الماضية؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الاجابة المناسبة)

- ☐ لم يكن هناك أي ألم
- ☐ كان هناك ألم خفيف جدا
- ☐ كان هناك ألم خفيف
- ☐ كان هناك ألم متوسط
- ☐ كان هناك ألم شديد
- ☐ كان هناك ألم شديد جدا

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

- 5 -

٦- **خلال الاسابيع الاربعة الماضية**، الى اي مدى ادى **الألم الجسمي** الى التعارض مع تأديتك لأعمالك المعتادة سواء داخل المنزل او خارجه)؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الاجابة المناسبة)

- ☐ لم يكن هناك أي تعارض
- ☐ كان هناك تعارض قليل جدا
- ☐ كان هناك تعارض متوسط
- ☐ كان هناك تعارض كبير
- ☐ كان هناك تعارض كبير جدا

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

- الأسئلة التالية تتعلق بكيفية شعورك وطبيعة سير الأمور معك
لال الأسابيع الأربعة الماضية. الرجاء اعطاء اجابة واحدة
ل سؤال بحيث تكون هذه الاجابة هي الأقرب الى الحالة التي
نت تشعر بها.
لال الأسابيع الأربعة الماضية، كم من الوقت:

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ لتحد الاجابة المناسبة)

	في كل الأوقات	في معظم الأوقات	في كثير من الأوقات	في بعض الأوقات	في قليل من الأوقات	لم اشعر في أي وقت من الأوقات
أ) شعرت بأنك ملئ بالحيوية والنشاط؟	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ب) كنت شخصا عصبيا جدا؟	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ج) شعرت بأنك في حالة اكتئاب الى درجة لم يمكن معها ادخال السرور اليك؟	☐	☐	☐	☐	☐	☐
د) شعرت بالهدوء والطمأنينة؟	☐	☐	☐	☐	☐	☐
هـ) كانت لديك طاقة كبيرة؟	☐	☐	☐	☐	☐	☐
و) شعرت بالاحباط واليأس؟	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ز) شعرت بأنك منهك (استُنْفِذت قُواك)؟	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ح) شعرت بأنك شخص سعيد؟	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ط) شعرت بأنك تعبان؟	☐	☐	☐	☐	☐	☐

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

- 7 -

١- **خلال الاسابيع الأربعة الماضية**، ما مقدار الوقت الذي تعارضت فيه **صحتك الجسمية او مشاكلك النفسية** مع نشاطاتك الاجتماعية (مثل زيارة الأصدقاء والأقارب وغير ذلك) ؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الاجابة المناسبة)

- ☐ كان التعارض في كل الأوقات
- ☐ كان التعارض في معظم الأوقات
- ☐ كان التعارض في بعض الأوقات
- ☐ كان التعارض في قليل من الأوقات
- ☐ لم يكن هنالك تعارض في أي وقت من الأوقات

١- ما مدى **صحة او خطأ كل** من العبارات التالية (أ ، ب ، ج ، د) بالنسبة الى حالتك الصحية؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ تحت الاجابة المناسبة)

	صحيحة بلا شك	صحيحة غالبا	لا اعلم	خطأ غالبا	خطأ بلا شك
أ) يبدو أنني أصاب بالمرض أسهل من الآخرين.	☐	☐	☐	☐	☐
ب) حالتي الصحية مساوية لأي شخص أعرفه.	☐	☐	☐	☐	☐
ج) أتوقع أن تسوء حالتي الصحية.	☐	☐	☐	☐	☐
د) حالتي الصحية ممتازة.	☐	☐	☐	☐	☐

****** شكراً لتعاونكم ******

* SF-36: The Short Form-36

المقياس العالمي لقياس نوعيّة الحياة المؤلّف من ٣٦ سؤال*

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الاستمارة الخاصّة ب EQ-5D-3L*

سيّدتي يرجى وضع إشارة في الصندوق المقابل للعبارة الأقرب تعبيرا عن حالتك في هذا اليوم.

الحركة

- لا يوجد لدي مشكلة في المشي مهما كانت المسافة ☐
- يوجد لدي مشكلة في المشي لمسافات طويلة ☐
- حركتي مقيّدة بشكل يزعجني ☐

الاعتناء بالنّفس

- لا يوجد لدي أي مشكلة أثناء القيام بأشيائي الشخصية ☐
- أشعر بعدم ارتياح أثناء الاستحمام أو ارتداء الملابس ☐
- أشعر بانزعاج شديد أثناء الاستحمام أو ارتداء الملابس ☐

النشاطات الاعتيادية (العمل، الدّراسة، الأعباء المنزليّة، النشاطات الترفيهيّة)

- ليس لدي أي مشكلة أثناء القيام بنشاطاتي الاعتيادية ☐
- أشعر بعدم الارتياح أثناء القيام بنشاطاتي الاعتيادية ☐
- أشعر بأني مقيّدة ولا أستطيع القيام بالنّشاطات الاعتيادية ☐

الإحساس بالألم وعدم الارتياح

- لا أشعر بألم أو عدم ارتياح إلا نادرا ☐
- أشعر بألم متوسط أو عدم ارتياح ولكن أستطيع تحمله ☐
- أشعر بألم مزعج وعم ارتياح غالبا ☐

القلق/ الاكتئاب

- ليس لدي قلق/ اكتئاب إلاّ نادرا ☐
- أشعر بقلق/ اكتئاب ولكن بشكل متقطع ☐
- أنا قلقه/ مكتئبة طوال الوقت ☐

*المقياس الأوروبي المستخدم لقياس نوعية الحياة ذو الثّلاث مستويات.

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

الاستمارة الخاصة ب HADS*

سيّدتي يرجى وضع إشارة في الصندوق المقابل للجملة الأقرب تعبيرا عن حالتك وكيفية شعورك خلال الأسبوع الماضي. من فضلك حاولي أن تجيبي عن الأسئلة بسرعة، إذ أنّ إجابتك السريعة هي الأفضل تعبيرا عن شعورك في هذا الاستبيان.

	A	D		A	D
أشعر بأنّي أقل نشاطا من السّابق			**أشعر بأني متوترة وقلقة ومستثارة**		
دائما تقريبا		٣	أغلب اليوم	٣	
غالبا		٢	بشكل متكرر في اليوم	٢	
أحيانا		١	أحيانا (بأوقات متفرقة)	١	
على الإطلاق		٠	على الإطلاق	٠	
لدي إحساس بانزعاج وحرقة في معدتي			**لا أزال أستمتع بالنّشاطات الترفيهيّة**		
على الإطلاق	٠		دائما		٠
أحيانا	١		بشكل أقل من السّابق		١
غالبا	٢		قليلا		٢
دائما	٣		بصعوبة بالغة		٣
فقدت الاهتمام بمظهري الخارجي			**لدي شعور بالخوف من أن شيئا سيئا سوف يحصل**		
بشكل مؤكد		٣	بشكل مؤكد، وسوف أتعرض لأسوأ ما يمكن	٣	
لا أهتم به كما يجب		٢	غالبا، ولكن لن يكون سيئا جدا	٢	
أهتم به ولكن ليس بالدرجة التي كنتها سابقا		١	أحيانا، ولكنه لا يقلقني وأستطيع تجاوزه	١	
أهتم بمظهري الخارجي كما كنت سابقا		٠	على الإطلاق	٠	
لا أستطيع الاسترخاء، وأشعر دائما بحاجتي للحركة			**أستطيع أن أرى الجانب المفرح من الأحداث**		
طوال الوقت	٣		غالبا أستطيع ذلك		٠
كثيرا	٢		بشكل أقل من السّابق		١
أحيانا	١		بشكل نادر هذه الأيام		٢
على الإطلاق	٠		على الإطلاق		٣

تأثير فكّ الالتصاقات عن طريق تنظير البطن على الألم الحوضي المزمن–د. شدّود

أتطلع دائما للقيام بنشاطات ممتعة وترفيهيه			**أفكار مقلقة تجول في خاطري**		
بشكل يتناسب مع النشاطات التي كنت أقوم بها سابقا		٠	طوال اليوم	٣	
نعم ولكن بشكل أقل من السّابق		١	كثيرا خلال اليوم	٢	
أشارك قليلا في النشاطات		٢	أحيانا	١	
بصعوبة بالغة		٣	نادرا	٠	
ينتابني فجأة شعور بالخوف بدون سبب واضح			**أشعر بالامتنان والرضا**		
كثيرا	٣		على الإطلاق		٣
أحيانا	٢		نادرا		٢
نادرا	١		بفترات متباعدة		١
على الإطلاق	٠		غالبا		٠
أستطيع أن أشعر بالمتعة أثناء متابعة برامج تلفزيونية جيدة			**أستطيع الجلوس بسهولة، وعدم القيام بأي نشاط**		
غالبا		٠	بشكل مؤكد ودائما	٠	
أحيانا		١	غالبا	١	
من حين لآخر		٢	أحيانا	٢	
نادرا جدا		٣	على الإطلاق	٣	

* المقياس المستخدم لتحديد وجود أعراض قلق أو اكتئاب لدى السيّدات اللاتي يعانين من ألم حوضي مزمن.

Abstract

Background and Objectives: The purposes of this study were to assess the impact of chronic pelvic pain on quality of life, and then to test the hypothesis of whether laparoscopic adhesiolysis leads to significant pain relief and improvement in quality of life (QoL) in patients with chronic pelvic pain (CPP). Assess and compare EQ-5D-3L and SF-36 questionnaires for their performance and validity in patients with chronic pelvic pain.

Methods: This an intervention study, parallel design inter-subject and intra-subject Variabilities, was conducted in the hospital of Obstetrics and Gynecology-Damascus University over 3 years. The participants in this study were 80 women with chronic pelvic pain (CPP) who underwent laparoscopic adhesiolysis. The women were assessed at 0, 3 and 6 months.

Results: A total of 80 participants who underwent laparoscopy; 71 qualified to take part in this study after doing the operation. The results are expressed in median. There were a significant correlation between the baseline average pain score, the baseline score of QoL measure and the baseline score of HADS. Mean NRS scores fell from (5.53) prior to surgery to (3.46) and (3.94) at 3 and 6 months of follow-up. SF-36 survey analysis revealed the greatest increases linked to physical domains i.e. bodily pain, from (55.56) to (71.28) and (70.31) at 3 and 6 months of follow-up, and RP which increased from (66.06) to (78,01) and (76.20) at 3and 6 months of follow-up. Among mental domains the most favorable results involved vitality (V), which increased from (46.58) to (57.93) and (58.66) at 3 and 6 months of follow-up, and RE which increased from (60.92) to (71.68) and (72.24) at 3 and 6 months respectively. There was a significant improvement in HADS scores, the HADS-D decreased from (10.107) to (8.393) and (7.847) at 3 and 6 months of follow-up, and the HADS-A decreased from (9.607) to (8.607) and (8.849) at 3 and 6 months of follow-up.

Conclusions: In selected population of women with chronic pelvic pain, laparoscopic adhesiolysis in those who have adhesions improves pelvic pain, their quality of life and anxiety and depression in non-psychiatric, chronic pelvic pain populations. SF-36 appears to be more appropriate to be used among patients with CPP.

Keywords: Chronic pelvic pain, laparoscopy, adhesiolysis, quality of life.

Syrian Arab Republic

Ministry Of High Education

Damascus University

Faculty of Medicine

Department of Obstetrics & Gynecology

The Effect of Laparoscopic Adhesiolysis in Chronic Pelvic Pain

A dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Specialized Higher Studies Certificate (Ph. D. degree) in Obstetrics and Gynecology

by

Abla Shaddoud

Supervisor
Prof. Dr. med. Azam Abo Tock

2022