Assessment Study of Factors Associated With Successful Trial of Labor After The First Cesarean Section

Dr. Loai Hassan [*]
Dr. Thawra Naisa [**]
Bushra Alamoudi [***]

(Received 6 / 6 / 2022. Accepted 27 / 6 / 2022)

□ ABSTRACT □

Objective: Determine the effectiveness of experience of labor after the first caesarean and factors associated with its success and reduce the rate of caesarean sections in patients with single caesarean section and accompanying complications.

Methods and Materials: A case-control prospective study was conducted on pregnant women with one previous Caesarean section and multi-birth pregnant women had single caesarean section were admitted to Tishreen University Hospital and will be subjected to labor for one year from (1-1-2021) until (31-12-2021).

Results: The study sample amounted to 196 pregnant women, which were divided into cases group "who experienced successful labor": (133) women (67.96%), and control group "who had a repeat caesarean section": (63) women (32.04%). The mean age was similar in the two groups. Our study showed that pregnant women with a previous single birth had a significantly lower rate of vaginal delivery. Whereas, patients with gestational age greater than 40 weeks had higher rate of repeat caesarean section. It was found that the value of the Bishop Score (less than 4) was associated with significantly lower rate of vaginal delivery success. we found that success of the labor trial was significantly higher in group of pregnant women whose newborn weight was between (3000-3499 grams). Defective presentations were the primary reason for the first caesarean section in both groups. The interval of less than two years between previous cesarean section and current pregnancy was associated with insignificantly lower rate of successful vaginal delivery.

Conclusion: The chance of successful labor experience increases in women with a single previous caesarean whose ages between (20-40) years, and in women with fetal weight (3000-3499 g), who had Bishops Score equals (4) or more, and women with history of (2-4) vaginal births, and who have had interval of more than 2 years.

Keywords: Cesarean section, labor, vaginal delivery, Bishop Score.

[*] **Associate Professor, Department of Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.**
**** Associate Professor, Department of Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.**
***** Postgraduate Student, Department of Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.**

دراسة تقييم عوامل نجاح تجربة المخاض بعد القيصرية الأولى

د. لؤي حسن [*]
د. ثورة نعيسة [**]
بشرى العامودي [***]

(تاريخ الإيداع 6 / 6 / 2022. قُبِل للنشر في 27 / 6 / 2022)

□ ملخّص □

الهدف: تحديد فعالية تجربة المخاض بعد القيصرية الأولى والعوامل التي تترافق مع نجاحه، وخفض معدل القيصريات عند المريضات بسوابق قيصرية واحدة وما يرفقها من اختلاطات.

الطرائق و المواد: تم إجراء دراسة استقبالية من نمط حالة – شاهد (Case – Control) على الحوامل مع ولادة قيصرية واحدة سابقة والحوامل الولودات مع سوابق قيصرية وحيدة و اللواتي تم قبولهن في مشفى تشرين الجامعي وسيتم إخضاعهن لتجربة المخاض حالياً لمدة عام واحد من (1–1–2021) حتى (31–12–2021).

النتائج: بلغت عينة الدراسة 196 حامل ، تم تقسيمها إلى مجموعة الحالات " اللاتي نجحت لديهن تجربة المخاض": (133) سيدة (67.96 %)، ومجموعة الشاهد " اللاتي أُجري لهن قيصرية معادة" : (63) سيدة (32.04%).كان متوسط العمر متقارباً في المجموعتين. أظهرت دراستنا أن الحوامل مع ولادة سابقة وحيدة كانت نسبة الولادة المهبلية لديهن أقل بشكل هام. في حين أن المريضات مع عمر حملي أكبر من 40 أسبوع كان لديهن معدل قيصرية معادة أعلى. وتبين أن قيمة مشعر بيشوب (أقل من 4) ترافقت مع معدل أقل لنجاح الولادة المهبلية، مع وجود فارق هام إحصائياً. و توصلنا إلى أن نجاح تجربة المخاض كان أعلى بشكل هام إحصائياً في فئة الحوامل اللواتي كان وزن الوليد لديهن بين (3000 – 3499 غرام). لقد كانت المجيئات المعيبة السبب الأول لإجراء القيصرية الأولى في المجموعتين. و قد ترافقت الفترة الفاصلة الأقل من سنتين بين القيصرية السابقة و الحمل الحالي مع معدل أقل لنجاح الولادة المهبلية و لكن دون أهمية إحصائية.

الاستنتاج: يزداد احتمال نجاح تجربة المخاض عند الحوامل مع سابقة قيصرية واحدة اللواتي أعمارهن بين (20–40) سنة، و الحوامل مع وزن جنين(3000 – 3499 غ)، واللواتي كان مشعر بيشوب لديهن عند القبول (4) فأكثر، والحوامل مع سوابق (2 – 4) ولادة مهبلية، و اللواتي كانت الفترة الفاصلة لديهن أكثر من سنتين.

الكلمات المفتاحية: ولادة قيصرية، مخاض، ولادة مهبلية، مشعر بيشوب.

[*] **أستاذ مساعد ، قسم النسائية و التوليد ، كلية الطب ، جامعة تشرين ، اللاذقية ، سورية.**
[**] **أستاذة مساعدة ، قسم النسائية و التوليد ، كلية الطب ، جامعة تشرين ، اللاذقية ، سورية.**
[***] **طالبة دراسات عليا تخصصية ، قسم النسائية و التوليد، كلية الطب ، جامعة تشرين ، اللاذقية ، سورية.**

مقدمة:

• حملت العقود الماضية ازدياداً مضطرداً للولادات القيصرية وخاصة لدى الخروسات مع أعمار حملية مختلفة مع مايرافق ذلك من ازدياد في المراضة الوالدية و الوليدية والتأثير في الحمول اللاحقة [2,1].

• ويمكن أن نفسر ازدياد معدل العملية القيصرية البدئية بعوامل طبية منها ازدياد عمر الأم ووزنها، تغير الممارسة التوليدية والتقانات المستخدمة ، و عوامل غير طبية منها إجراء القيصرية حسب طلب الأم.

• قادت التغيرات المرافقة لهذا التوزع في معدلات القيصريات بالإضافة للدراسات المشجعة المنشورة إلى تزايد الاهتمام بتجربة الولادة المهبلية بعد الولادة القيصرية [8,9].

• أيّدت الكلية الأميركية للمولدين والنسائيين (ACOG) الولادة المهبلية عقب الولادة القيصرية وحثت الأطباء على الاهتمام بها لكنها في الوقت ذاته وجهت إلى ضرورة أخذ الحيطة والحذر بتأكيدها على أنه أصبح واضحاً أن محاولة الولادة المهبلية بعد الولادة القيصرية تترافق مع خطر نادر ولكنه معتبر لتمزق الرحم مع ما يرافقه من زيادة مخاطر المراضة الوالدية والوليدية لذلك يجب تقويم السيدة بدقة ومراعاة العوامل التي تؤثر في نجاح تجربة المخاض و أهمها [10,11]:

عمر الحمل الحالي – عدد الحمول – عمر الأم – وزن الوليد الحالي – مشعر بيشوب (Bishop's Score)– الفترة الزمنية بين القيصرية السابقة و الولادة الحالية – استطباب القيصرية السابقة.

أهمية البحث:

• أظهرت المراجعات المنهجية أن الولادة بعملية قيصرية معادة انتخابياً ، والولادة مهبلياً بعد عملية قيصرية سابقة كلاهما له فوائد وأخطار.

• إن هذه الدراسة تدرس العوامل التي من شأنها أن تعطي انطباعاً بإمكانية محاولة إجراء الولادة المهبلية عقب قيصرية واحدة مع إمكانية نجاحها بشكل جيد للوصول إلى انقاص مهم في معدلات القيصريات المعادة لديهن، وإنقاص معدلات المراضة والوفيات الناجمة عن العمل الجراحي واختلاطاته.

هدف الدراسة:

- تحديد فعالية تجربة المخاض بعد القيصرية الأولى والعوامل التي تترافق مع نجاحها.
- خفض معدل القيصريات عند المريضات بسوابق قيصرية واحدة وما يرفقها من اختلاطات.

مواد وطرائق الدراسة:

تم إجراء دراسة مستقبلية من نمط حالة – شاهد (Case – Control) على السيدات الحوامل مع ولادة قيصرية واحدة سابقة وتم قبولهن في مشفى تشرين الجامعي بتشخيص مخاض، والسيدات الحوامل الولودات مع سوابق قيصرية سفلية وحيدة واللاتي تم اخضاعهن لتجربة المخاض حالياً و ذلك لمدة عام كامل خلال عام (2021) حيث تم إدخالهم في الدراسة بعد أخذ الموافقة المستنيرة.

معايير الإدخال:

I.حمل مفرد حي ، مع مجيء قمي طولاني.

II.العمر الحملي أكبر أو يساوي 37 أسبوع حملي.

III.سوابق ولادة قيصرية واحدة.

IV.عدم وجود مضاد استطباب للولادة المهبلية.

معايير الاستبعاد:

I.السيدات اللاتي كان شق الرحم في قيصريتهن السابقة كلاسيكيا أو بشكل T معكوسة أو تمزق رحم .

II.وجود جراحة رحمية سابقة.

III.وجود عدم تناسب حوضي جنيني .

IV.الحالات التي لم تدخل فيها السيدة في تجربة مخاض كحالات الانسمام الحملي الشديد من دون وجود نضج في عنق الرحم، أو انبثاق أغشية مديد دون تبدلات عنقية.

V.وجود مضاد استطباب للولادة المهبلية (ارتكاز مشيمة معيب).

VI.حالات المجيئات المعيبة ، الحمل المتعدد ، حالات الاستسقاء الأمنيوسي ، العرطلة الجنينية ، السكري الحملي .

VII.وجود تشوه جنيني مميت أو جنين يعيق ميكانيكياً الولادة المهبلية (خزب ، استسقاء رأس ، قيلة دماغية، هيغروما).

تنظيم و متابعة المرضى:

حجم العينة : 196 مريضة.

تؤخذ القصة المرضية وفق الاستمارة الملحقة من خلال المقابلة الشفهية مع السيدة ، وتشتمل على بيانات عامة حول المريضة. تتم متابعة السيدة وتدبيرها اعتماداً على حالة كل مريضة دون التداخل من قبل الباحثة .

تم تقسيم العينة إلى مجموعتين: مجموعة الحالات و تشمل السيدات اللواتي حدث لديهن ولادة مهبلية ناجحة بعد تجربة المخاض، و مجموعة الشاهد و تشمل السيدات اللواتي فشلت لديهن تجربة المخاض و اضطر الأمر لإجراء قيصرية معادة.

وتمت المقارنة بين المجموعتين وفق العوامل التالية:

عمر الأم، عدد الحمول، عدد الولادات المهبلية السابقة، عمر الحمل الحالي، وزن الوليد الحالي، استطباب القيصرية السابقة، الفترة الزمنية بين القيصرية السابقة و الولادة الحالية.

الدراسة الاحصائية Statistical Study:

- تصميم الدراسة: دراسة مستقبلية من نمط حالة – شاهد (Case – Control).
- تم حساب حجم العينة باستخدام المعادلة الإحصائية المناسبة (ستيفن ثامبسون).
- تسجيل البيانات وإدخال الاستمارات إلى قاعدة بيانات حاسوبية .
- تحليل البيانات باستخدام برنامج تحليل إحصائي (IBM SPSS –17) واستخلاص النتائج التي ستظهر بشكل أساسي على شكل المتوسط الحسابي ± الإنحراف المعياري، والنسبة المئوية.
- يعتبر المتغير المدروس له قيمة احصائية ذات مغزى من اجل قيمة مستوى الدلالة (P Value < 0.05) عند مستوى الثقة (95%) بواسطة اختبار (T–Test).
- مقارنة النتائج مع النتائج المماثلة الواردة في منشورات الأدب الطبي.

النتائج:

I. توزع عينة الدراسة :

بلغ حجم عينة الدراسة 196 سيدة ، وتم تقسيمها إلى :

A- مجموعة الحالات " السيدات اللاتي حدث لديهن ولادة مهبلية بعد سابقة قيصرية": (133) سيدة (67.96 % من حجم العينة).

B- مجموعة الشاهد " السيدات مع سابقة قيصرية و أُجري لها قيصرية معادة بعد فشل تجربة المخاض " : (63) سيدة . (32.04 % من حجم العينة) ، حسب المخطط رقم (1).

المخطط (1): يمثل توزع عينة الدراسة وفقاً للمجموعة المدروسة

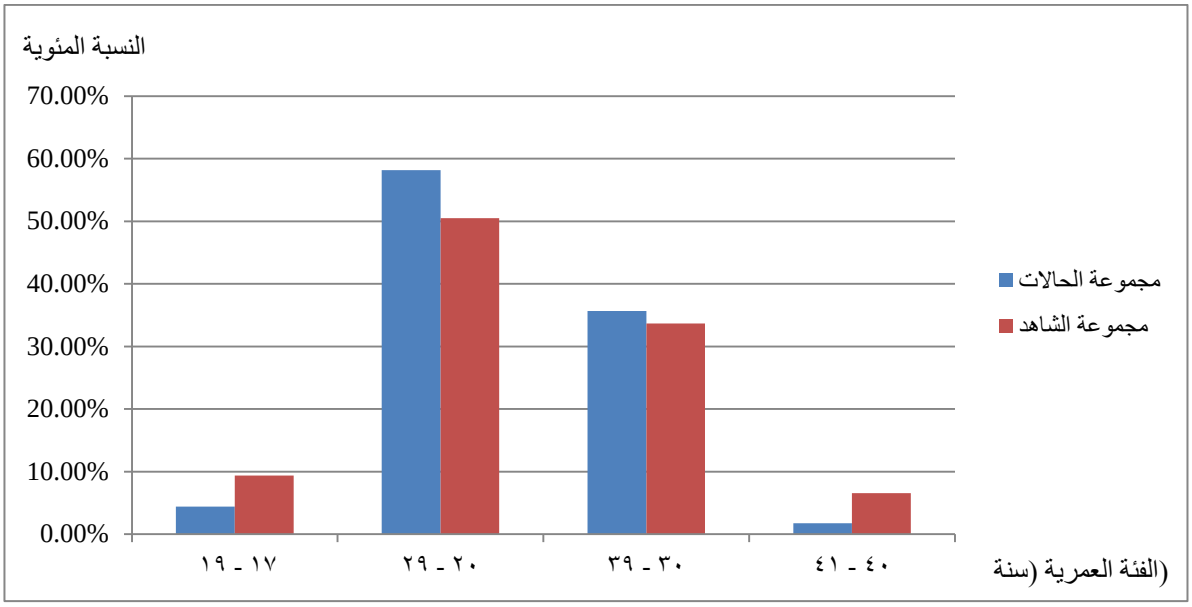
II. عمر السيدة الحامل (بالسنوات):

تم تقسيم السيدات في عينة الدراسة إلى فئات عمرية وفق الجدول (1).

بلغ المتوسط الحسابي لأعمار المريضات في المجموعة الأولى (24.2 ± 5.2) سنة، أما المجموعة الثانية فقد بلغ المتوسط الحسابي لأعمارها (24.8 ± 5.6) سنة.

الجدول (1): توزع السيدات في عينة الدراسة حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد		قيمة P
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية	
19 - 17	6	% 4.41	5	% 9.35	0.08
29 - 20	77	% 58.15	32	% 50.47	0.07
39 - 30	47	% 35.68	22	% 33.64	0.4
41 - 40	3	% 1.76	4	% 6.54	0.02
المجموع	133	% 100	63	% 100	



المخطط (2): النسبة المئوية لتوزع السيدات في العينة حسب العمر (بالسنوات)

و لتحديد دور الفئة العمرية في حدوث الولادة المهبلية تم حساب النسبة المئوية لحدوث الولادة المهبلية ضمن كل فئة، حسب الجدول (2).

الجدول (2): تكرارات و النسب المئوية للولادة المهبلية و القيصرية المعادة ضمن كل فئة عمرية في عينة الدراسة.

الفئة العمرية (سنة)	العدد (n)	ولادة مهبلية	قيصرية معادة	P Value
		العدد (%)	العدد (%)	
19 – 17	11	(%54.54) 6	(%45.45) 5	0.08
29 – 20	109	(%70.64) 77	(%29.35) 32	0.07
39 – 30	69	(%68.11)47	(%31.88)22	0.4
41 – 40	7	(%42.85) 3	(%57.14) 4	0.02
المجموع	196	(%67.96) 133	(%32.04) 63	

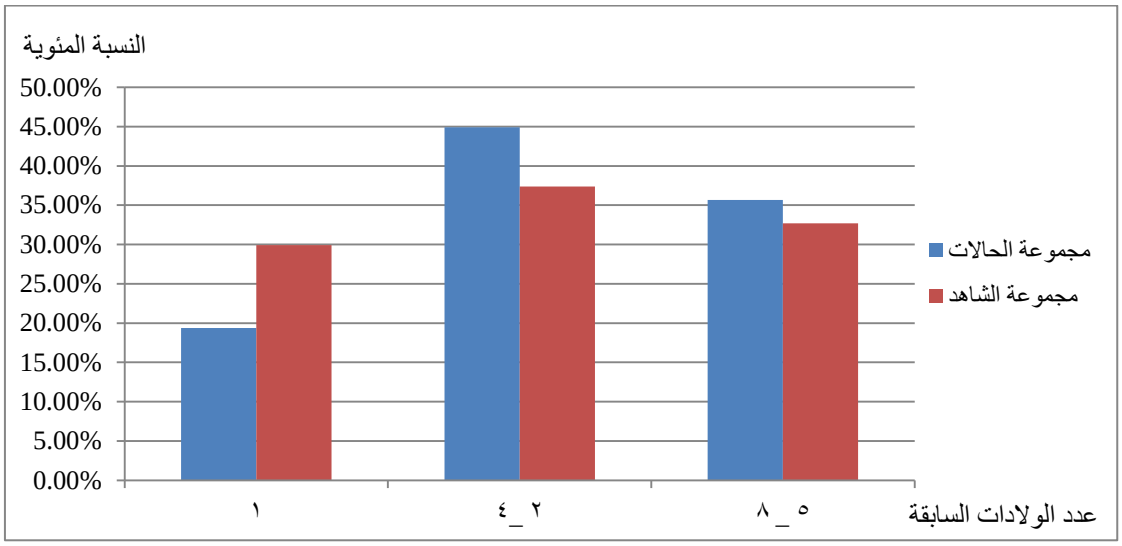
لم يظهر التحليل الإحصائي فروقاً هامة إحصائياً في عمر السيدة (بالسنوات) بين المجموعتين حسب الفئات باستثناء فئة السيدات بأعمار (40 – 41 سنة) حيث كان الفارق هاماً (P Value<0.05) مع انتهاء (57.14 %) من السيدات في هذه الفئة بولادة قيصرية.

III. عدد الولادات السابقة:

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

الجدول (3): توزع السيدات في عينة الدراسة حسب عدد الولادات السابقة.

عدد الولادات	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد		P Value
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية	
1	26	%19.38	19	% 29.91	0.04
4 – 2	60	% 44.93	24	% 37.38	0.2
8 – 5	47	% 35.68	20	% 32.71	0.4
المجموع	133	% 100	63	% 100	



المخطط (3): النسبة المئوية لتوزع السيدات في العينة حسب عدد الولادات السابقة

و لتحديد دور عدد الولادات السابقة في حدوث الولادة المهبلية حالياً تم حساب النسبة المئوية لحدوث الولادة المهبلية ضمن كل فئة، حسب الجدول (4).

الجدول(4): التكرارات والنسب المئوية للولادة المهبلية و القيصرية المعادة حسب عدد الولادات السابقة في عينة الدراسة.

عدد الولادات	العدد (n)	ولادة مهبلية	قيصرية معادة	P Value
		العدد (%)	العدد (%)	
1	45	(%57.77) 26	(%42.22) 19	0.04
4 – 2	84	(%71.42) 60	(%28.57) 24	0.2
8 – 5	67	(%70.14)47	(%29.85)20	0.4
المجموع	196	(%67.96) 133	(%32.04) 63	

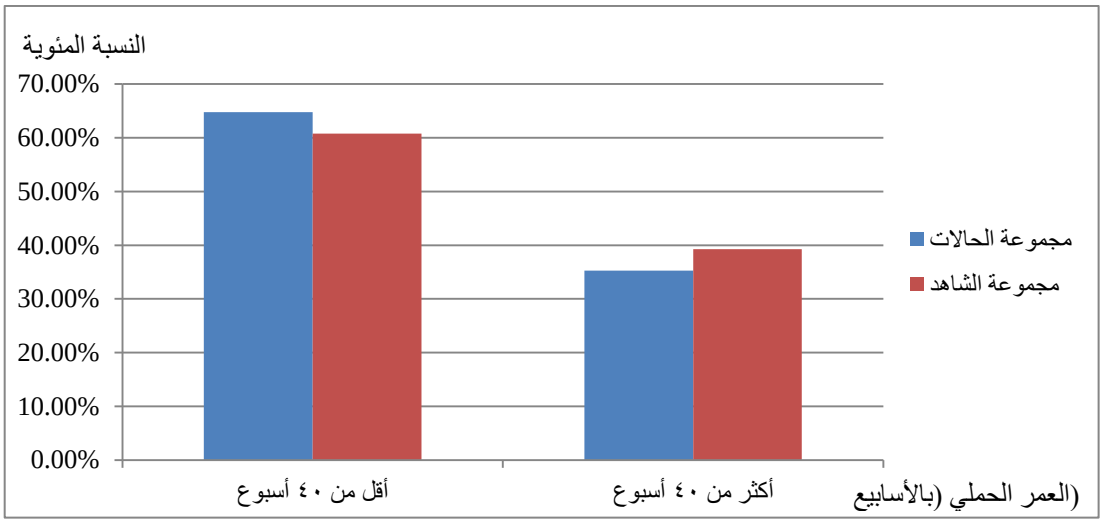
نجد من الجدول (4): أن السيدات مع ولادة سابقة وحيدة (أي السيدات مع سابقة قيصرية لم تلد سواها) كانت نسبة الولادة المهبلية لديهن أقل بشكل هام من باقي السيدات اللاتي كن لديهن سوابق ولادة مهبلية.

IV. العمر الحملي بالأسابيع:

بلغ متوسط العمر الحملي في مجموعة الحالات (39.3 أسبوعاً حملياً)، أما مجموعة الشاهد فقد بلغ متوسط العمر الحملي (39.5 أسبوعاً حملياً). يبين الجدول (5) توزع مجموعتي الدراسة وفق فئات العمر الحملي.

الجدول (5): تكرارات و النسب المئوية للسيدات في عينة الدراسة حسب العمر الحملي بالأسابيع

العمر الحملي	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد		P Value
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية	
< 40 أسبوع	86	%64.76	38	% 60.75	0.4
> 40 أسبوع	47	% 35.24	25	% 39.25	0.4
المجموع	133	% 100	63	% 100	



المخطط (4): النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب العمر الحملي

و يحدد الجدول (6) النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية أو القيصرية ضمن فئات العمر الحملي ووجدنا أن السيدات مع عمر حملي أكبر من 40 أسبوعا حملياً كان لديهن معدل قيصرية معادة أعلى، لكن دون وجود أهمية إحصائية لذلك.

الجدول (6): تكرارات و النسب المئوية للولادة المهبلية و القيصرية المعادة حسب فئة العمر الحملي

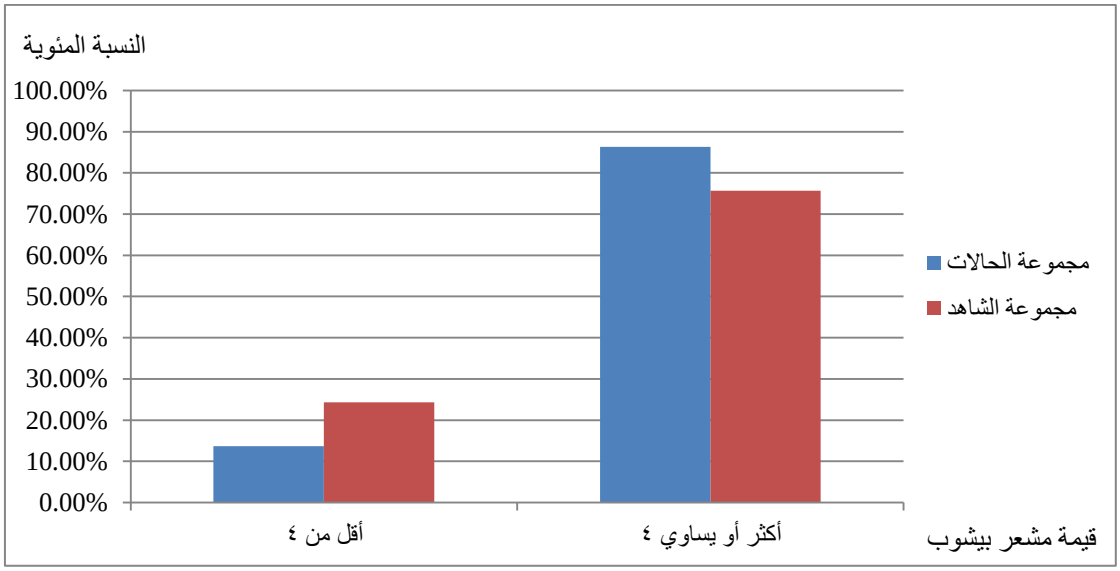
العمر الحملي	العدد (n)	ولادة مهبلية	قيصرية معادة	P Value
		العدد (%)	العدد (%)	
< 40 أسبوع	124	(%69.35)86	(%30.64)38	0.4
> 40 أسبوع	72	(%65.27) 47	(%34.72) 25	0.4
المجموع	196	(%67.96) 133	(%32.04) 63	

V. قيمة مشعر بيشوب عند القبول:

قسّمت قيم مشعر بيشوب عند القبول إلى فئتين، و يستعرض الجدول (7) النتائج.

الجدول (7): تكرارات و النسب المئوية للسيدات في عينة الدراسة حسب قيمة مشعر بيشوب عند القبول

قيمة مشعر بيشوب	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد		P Value
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية	
4 >	18	%13.66	15	% 24.3	0.02
4 ≤	115	% 86.34	48	% 75.7	0.02
المجموع	133	% 100	63	% 100	



المخطط (5): النسبة المئوية لتوزع السيدات في عينة الدراسة حسب قيمة مشعر بيشوب عند القبول

و لتحديد أهمية قيمة مشعر بيشوب تمت دراسة نسبة الولادة المهبلية و الولادة القيصرية في كل فئة بشكل مستقل، و يبين الجدول (8) النتائج، حيث نلاحظ أن قيمة مشعر بيشوب المنخفضة (أقل من 4) ترافقت مع معدل أقل لنجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية، مع وجود أهمية إحصائية لذلك الفرق.

الجدول (8): تكرارات و النسب المئوية للولادة المهبلية و القيصرية المعادة حسب قيمة مشعر بيشوب عند القبول في عينة الدراسة.

قيمة مشعر بيشوب	العدد (n)	ولادة مهبلية	قيصرية معادة	P Value
		العدد (%)	العدد (%)	
4 >	33	(%54.54)18	(%45.45)15	0.02
4 ≤	163	(%70.55)115	(%29.44) 48	0.02
المجموع	196	(%67.96) 133	(%32.04) 63	

VI. وزن الوليد (بالغرام) عند الولادة:

بلغ المتوسط الحسابي لوزن الولدان عند الولادة في مجموعة الحالات (3480 ± 495) غراماً ، أما في مجموعة الشاهد فقد كان المتوسط الحسابي (3575 ± 520) غراماً . يبين الجدول (9) توزع السيدات في مجموعتي الدراسة وفق فئات وزن الوليد.

الجدول (9): توزع السيدات في عينة الدراسة حسب وزن الولدان عند الولادة

وزن الوليد (غرام)	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد		P Value
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية	
2500 >	5	% 3.52	2	% 3.74	0.5
2999 – 2500	29	% 21.59	12	% 19.63	0.4
3499 – 3000	57	% 43.17	15	% 23.36	0.001
3999 – 3500	37	% 28.19	21	% 32.71	0.3
4000 ≤	5	% 3.52	13	% 20.56	0.001
المجموع	133	% 100	63	% 100	

لتحديد دور وزن الوليد في نجاح تجربة المخاض تم تبويب الجدول (10) الذي يظهر تكرارات الولادة المهبلية أو القيصرية المعادة ضمن كل فئة من فئات وزن الوليد.

الجدول (10): تكرارات و النسب المئوية للولادة المهبلية و القيصرية المعادة حسب فئة وزن الوليد في عينة الدراسة

وزن الوليد (غ)	العدد (n)	ولادة مهبلية	قيصرية معادة	P Value
		العدد (%)	العدد (%)	
2500 >	7	5 (%71.42)	2 (%28.57)	0.5
2999 – 2500	41	29(%70.73)	12 (%29.26)	0.4
3499 – 3000	72	57 (%79.16)	15 (%20.83)	0.001
3999 – 3500	58	37 (%63.79)	21 (%36.20)	0.3
4000 ≤	18	5 (%27.77)	13 (%72.22)	0.001
المجموع	196	133 (%67.96)	63 (%32.04)	

نجد من الجدول أن نجاح حدوث الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة كان أعلى بشكل هام إحصائياً في فئة وزن وليد بين (3000 – 3499 غرام)، بينما كان معدل النجاح منخفضاً بشكل هام في الأوزان الكبيرة (وزن الوليد ≤ 4000 غرام).

VII. استطباب القيصرية الأولى:

يبين الجدول (11) استطباب القيصرية الأولى، و نجد من الجدول أن المجيئات المعيبة كانت السبب الأول لإجراء القيصرية الأولى في المجموعتين و تلاها انبثاق الأغشية الباكر، و تألم الجنين ، و توقف الاتساع الثانوي ، و ضمت الأسباب الأخرى في الجدول: إما عدم معرفة السبب أو رغبة المريضة.

الجدول (11): النسب المئوية لاستطبابات العملية القيصرية الأولى في العينة

استطباب القيصرية الأولى	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
مجيء معيب	44	% 33.04	15	% 24.3
حمل متعدد	7	% 5.29	4	% 5.61
جنين عرطل	6	% 4.41	2	% 3.74
تألم جنين	12	% 8.81	2	% 3.74
توقف اتساع ثانوي	9	% 7.05	6	% 9.35
عدم تقدم مخاض	7	% 5.29	5	% 8.41
انبثاق أغشية باكر	12	%9.25	8	% 7.48
نزف تناسلي	4	% 2.64	2	% 4.67
ما قبل إرجاج/ إرجاج	5	%3.52	1	% 2.8
حمل مديد	5	% 3.52	3	% 5.61
شح سائل أمنيوسي	7	% 5.73	3	% 5.61
عدم تناسب حوضي جنيني	5	% 3.52	6	% 9.35
أسباب أخرى	10	% 7.93	6	% 9.35
المجموع	133	% 100	63	% 100

يحدد الجدول التالي (12) دور استطباب القيصرية الأولى في معدل الولادة المهبلية في الحمل الحالي.

الجدول (12): تكرارات و النسب المئوية للولادة المهبلية و القيصرية المعادة حسب استطباب القيصرية الأولى

الاستطباب	العدد (n)	ولادة مهبلية العدد (%)	قيصرية معادة العدد (%)	P Value
مجيء معيب	59	(%74.57) 44	(%25.42) 15	0.1
حمل متعدد	11	(%63.63)7	(%36.36) 4	0.7
جنين عرطل	8	(%75) 6	(%25) 2	0.6
تألم جنين	14	(%85.71)12	(%14.28) 2	0.1

توقف اتساع ثانوي	15	(%60) 9	(%40) 6	0.5
عدم تقدم مخاض	12	(%58.33) 7	(%41.66) 5	0.3
انبثاق أغشية باكر	20	(%60)12	(%40) 8	0.6
نزف تناسلي	6	(%66.66)4	(%33.33) 2	0.4
ماقبل إرجاج/ إرجاج	6	(%83.33) 5	(%16.66) 1	0.6
حمل مديد	8	(%62.5) 5	(%37.5) 3	0.4
شح سائل أمنيوسي	10	(%70) 7	(%30) 3	0.8
عدم تناسب حوضي جنيني	11	(%45.45) 5	(%54.55) 6	0.03
أسباب أخرى	16	(%62.5) 10	(%37.5) 6	0.6
المجموع	196	(%67.96) 133	(%32.04) 63	

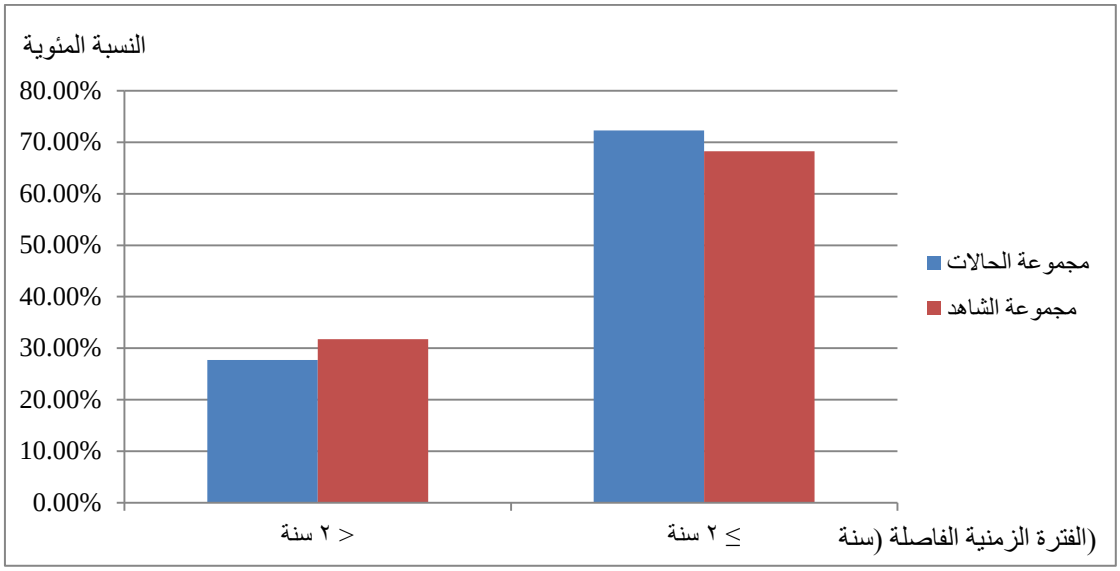
من الجدول السابق نجد أن (85.71%) من السيدات اللاتي أجري لهن قيصرية أولى باستطباب تألم جنين قد ولدن مهبلياً في الحمل الحالي. فيما لم يحدث ذلك إلا في (45.45%) من السيدات مع قيصرية سابقة بسبب عدم تناسب حوضي جنيني و قد كان الفارق هام إحصائياً (P Value = 0.03).

VIII. الفترة الزمنية الفاصلة (بالسنوات) بين القيصرية السابقة و الحمل الحالي:

تم تقسيم السيدات بناء على الفترة الفاصلة بين القيصرية السابقة و الحمل الحالي إلى مجموعتين وفق الجدول (13).

الجدول (13): تكرارات و النسب المئوية للسيدات في عينة الدراسة حسب الفترة الزمنية الفاصلة

الفترة الزمنية الفاصلة	مجموعة الحالات		مجموعة الشاهد		P Value
	عدد السيدات	النسبة المئوية	عدد السيدات	النسبة المئوية	
< 2 سنة	37	% 27.75	20	% 31.78	0.4
≤ 2 سنة	96	%72.25	43	% 68.22	0.4
المجموع	133	% 100	63	% 100	

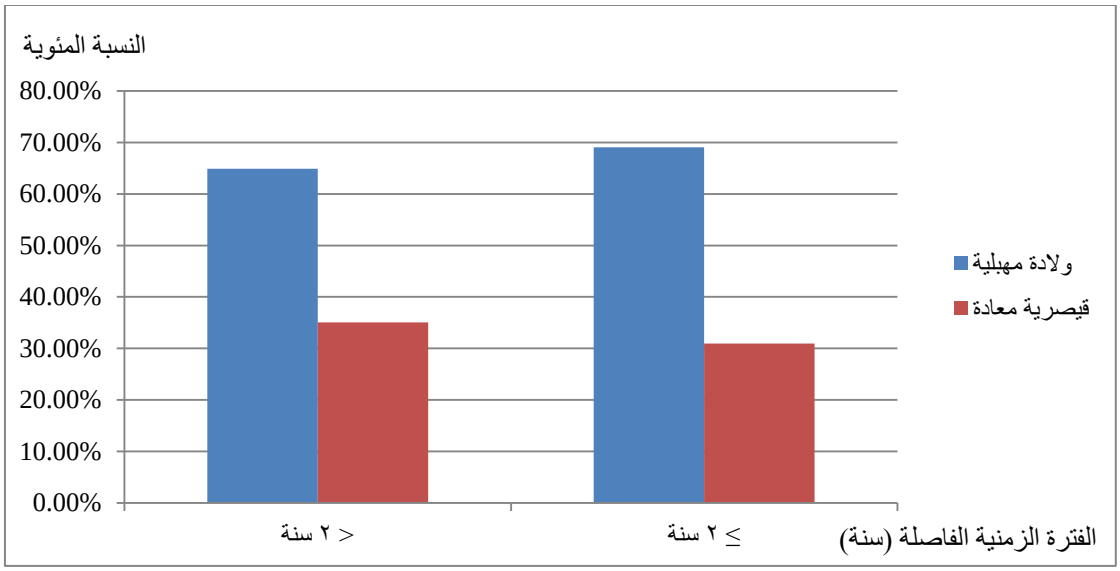


المخطط (6): توزع السيدات في العينة حسب الفترة الزمنية الفاصلة

تمت دراسة نسبة الولادة المهبلية و الولادة القيصرية في كل فئة بشكل مستقل، ويبين الجدول (14) النتائج، حيث نلاحظ أن الفترة الزمنية الفاصلة أقل من سنتين ترافقت مع معدل أقل لنجاح الولادة المهبلية و لكن دون أهمية إحصائية (P>0.05).

الجدول (14): تكرارات و النسب المئوية للولادة المهبلية و القيصرية المعادة حسب الفترة الزمنية الفاصلة

الفترة الزمنية الفاصلة	العدد (n)	ولادة مهبلية	قيصرية معادة	P Value
		العدد (%)	العدد (%)	
< 2 سنة	57	(%64.91) 37	(%35.08) 20	0.4
≤ 2 سنة	139	(%69.06) 96	(%30.93) 43	0.4
المجموع	196	(%67.96) 133	(%32.04) 63	



المخطط (7): النسب المئوية لحدوث الولادة المهبلية بعد قيصرية حسب الفترة الزمنية الفاصلة

المناقشة :

- ما يزال نمط الولادة بعد ولادة قيصرية سابقة موضع جدل ونقاش بين المؤيدين للدخول في تجربة المخاض و السماح بالولادة المهبلية و بين مناصري القيصرية المعادة ، ولكلٍ تبريراته و موجباته. درست عدة عوامل لتحديد أهميتها الإنذارية للتنبؤ بإمكانية الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية سابقة . ولتحديد العوامل المنذرة بنجاح هذه التجربة أجريت الدراسة في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية، وتألفت عينة الدراسة من (196) سيدة حققت شروط الدراسة.

حدثت الولادة المهبلية في دراستنا في (67.96%) من الحالات، و هي أخفض من النسبة المئوية المسجلة في مراجعة (Rossi) ورفاقه والتي بلغت (73%) [5] ودراسة (Omole–Ohonsi) والتي بلغت (72.5%) [12] ، أو في دراسة (د.عفاف الاحمد) في مشفى التوليد الجامعي في دمشق عام 2007 و التي بلغت (74.34%). [21]

- كان لعمر السيدة الحامل فوق 40 سنة فارق هام إحصائياً مع ازدياد نسبة الولادة القيصرية في هذه الفئة ، و قد يرتبط ذلك بعدد الولادات الكبير و ما يرافقه من عسر تطور المخاض أو الرغبة في إجراء ربط البوقين و بالتالي تقبل أسهل لفكرة إجراء قيصرية معادة .تتوافق هذه النتيجة مع دراسة د.عفاف الأحمد المحلية السابقة. [21]

كان عمر السيدة الصغير (أقل من 20 سنة) يحمل معدلاً أعلى لفشل تجربة المخاض و إجراء قيصرية معادة و لكن دون فارق مهم إحصائياً ، بينما وجدت دراسة (Oboron) و رفاقه أن الفارق كان مهماً بالنسبة لعمر السيدة الصغير [11] ، و كذلك دراسة (Bujold) و رفاقه. [13]

- أما بالنسبة لعدد الولادات السابقة فقد ظهر أن عدم وجود ولادات مهبلية سابقة (أي سيدة مع سابقة قيصرية لم تلد سواها) كان لديها معدل نجاح للولادة المهبلية في الحمل الحالي أقل بشكل هام . أوضحت دراسات سابقة أن أكثر عامل إنذاري ثابت هو وجود ولادات مهبلية سابقة. وجدت دراسة (Oboron) و رفاقه على (1013) سيدة خضعت لتجربة مخاض بعد ولادة قيصرية أن عدم وجود ولادات مهبلية سابقة ترافق مع معدلات هامة ($P<0.05$) لفشل تجربة المخاض[18]. أما دراسة (د.عفاف الأحمد) فقد سجلت أن وجود ولادات مهبلية سابقة ترافق مع ارتفاع معدل نجاح الولادة المهبلية حالياً بشكل هام ($P = 0.005$). [21]
- ترافق العمر الحملي أكثر من (40) أسبوعاً حملياً مع معدل أقل لنجاح تجربة المخاض من دون أن يكون هناك أهمية إحصائية لذلك، و قد سجل ذلك في دراسة (د. عفاف الأحمد) [21] حيث بلغ معدل النجاح (81.97%) بالنسبة للعمر الحملي أقل من (40) أسبوع حملي، و (70.43%) بالنسبة للعمر الحملي أكبر من (40) أسبوع حملي، و تم إرجاع ذلك إلى ازدياد نسبة اضطراب نظم قلب الجنين وشح السائل الأمنيوسي المرافق و تعقيه، و بالتالي اللجوء للولادة القيصرية.
- تعكس قيمة مشعر بيشوب نضج عنق الرحم و الميل إلى الولادة المهبلية، و سجلت الدراسة أن مشعر بيشوب جيد (≤ 4) يترافق مع معدلات أعلى بشكل هام للولادة المهبلية، و هو ما سجلته دراسة (د.ميرفت عياش – 2015) في مشفى التوليد الجامعي في دمشق.[22]
- إن وزن الوليد أكبر من (4000 غرام) عامل مهم في فشل تجربة المخاض بعد قيصرية سابقة، و لم تحدث الولادة المهبلية لدى هذه الفئة إلا في (27.77 %) من الحالات، و هذا الدور الإنذاري لوزن الوليد الكبير يتوافق مع دراسة (Oboron) ورفاقه [11]، و دراسة (د. عفاف الأحمد) [21]. بينما كان وزن الوليد بين (3000 – 3499 غرام) عامل مهم لنجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية.

- دُرس ارتباط استطباب القيصرية السابقة في معدل حدوث الولادة المهبلية في الحمل الحالي، و وُجد أن المجيئات المعيبة كانت الاستطباب الأشيع للقيصرية السابقة وحدثت الولادة المهبلية في الحمل الحالي في (74.57 %) من هذه الحالات، و سجلت دراسة (Wing) و رفاقه أن معدل نجاح الولادة المهبلية بعد ولادة قيصرية بسبب مجيء مقعدي يبلغ (91%)[17]، و في دراسة (د. عفاف الأحمد) بلغ (81.81%).[21]

كان استطباب تألم الجنين أكثر الاستطبابات السابقة ترافقاً مع الولادة المهبلية (85.71% من الحالات) من دون وجود أهمية إحصائية (P = 0.1) ، و تتوافق هذه النتيجة مع دراسة (Wing) ورفاقه و التي سجلت معدل ولادة مهبلية يبلغ (84%). أما بالنسبة للقيصريات التي أجريت بسبب عدم تناسب حوضي جنيني فقد حدثت الولادة المهبلية في (45.45%) من الحالات، و بلغت في دراسة (د.عفاف الأحمد) السابقة (41.3%) من الحالات[21]، مما يستدعي إعادة التقويم الدقيق للحوض لدى السيدات مع سوابق قيصرية بسبب عدم تناسب حوضي جنيني في الحمول اللاحقة.

- كانت الفترة الفاصلة بين الولادتين الأقل من سنتين مترافقة مع ولادة مهبلية أقل من المعدل العام من دون وجود أهمية لذلك، و يعود ذلك إلى عدم السماح بالوقت الكافي للالتئام الكامل لعضلية الرحم في حالات تقارب الفترة الزمنية، مما يثير التخوف والترقب لاحتمالية انفتاح الندبة مما انعكس ازدياداً في معدل الولادة القيصرية المعادة، و سجلت نتائج مماثلة في دراسة كل من (Shipp) و رفاقه [19]، ودراسة (د. عفاف الأحمد). [21]

الاستنتاجات والتوصيات

الاستنتاجات:

يمكن اعتبار العوامل التالية ذات إنذار جيد لنجاح تجربة المخاض عند الحوامل مع سابقة قيصرية:

1- المريضات الحوامل مع وزن جنين مقدر (3000 – 3499 غ).

2- المريضات اللواتي مشعر بيشوب لديهن عند القبول (4) فأكثر.

3- المريضات اللواتي تتراوح أعمارهن بين (20-40) سنة.

4-المريضات مع سوابق (2 – 4) ولادة مهبلية.

5- المريضات اللواتي كانت الفترة الفاصلة أكثر من سنتين.

التوصيات و المقترحات:

نحن بحاجة لإجراء دراسات أشمل و أوسع حول إمكانية إخضاع المريضات مع سابقة قيصرية لتجربة مخاض بسبب انخفاض احتمالية نجاح هذه التجربة عند وجود العوامل التالية:

1- سوابق قيصرية واحدة لم تلد سواها.

2- استطباب القيصرية السابقة بسبب عدم تناسب حوضي جنيني.

3- عمر السيدة الحامل أكثر من (40 سنة)

References:

1) Khawaja, M.; Choueiry, N.; Jurdi, R. *Hospital-based Caesarean Section In The Arab Region: An Overview.* East Mediterr Health J., 15, 2009, 458-69.

2) Yazdizadeh, B; Nedjat, S.; Mohammad, K.; Rashidian, A.; Changizi, N. *Cesarean Section Rate In Iran, Multidimensional Approaches For Behavioral Change of Providers: A Qualitative Study*. BMC Health Serv Res, Vol 5, 2011, 116-159.

3) Hamilton, BE.; Martin, JA.; Ventura, SJ. *Births: Preliminary Data for 2007. National Vital Statistics Reports*. Hyattsville, Md, National Center for Health Statistics, 2009, 57(12).

4) Cunningham, FG.; Leveno, KL.; Bloom, SL.; Hauth, JC.; Rouse, DJ.; Spong, CY. *Williams obstetrics.* 23th.ed., Mc Grow Hill, 2010, 206.

5) Elk, G.; *American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care*. 6th.ed., American Academy of Pediatrics, 2007.

6) Gupta, JK.; Nikodem, VC. *Womans Position During The Second Stage of Labor*. Cochrane Library, 2000.

7) Glezerman, M. *Five Years To The Term Breech Trial. The Rise And Fall of A Randomized Controlled Trial*. American journal of obstetrics and gynecology, Vol. 194, 2006, 20-25.

8) Jackson, N. *Indications And Complications of Cesarean Section*. Prestol. H, Vol 11, 2007, 112-314.

9) Klar, M.; Michels, KB. *Cesarean Section And Pacental Disorders In Subsequent Pregnancies—A Meta-Analysis.* J Perinat Med, Vol. 42, 2014, 571.

10) Wu, S.; Kocherginsky, M.; Hibbard, JU. *Abnormal Placentation: Twenty-Year Analysis.* Am J Obstet Gynecol, Vol 192, 2005, 1458.

11) Mehrabadi, A.; Hutcheon, JA.; Liu, S.; et al. *Contribution of Placenta Accreta To The Incidence of Postpartum Hemorrhage And Severe Postpartum Hemorrhage.* Obstet Gynecol, Vol. 125, 2015, 814.

12) Silver, RM.; Landon, MB.; Rouse, DJ.; et al. *Maternal Morbidity Associated With Multiple Repeat Cesarean Deliveries.* Obstet Gynecol, Vol. 107, 2006, 1226.

13) Mozurkewich, EL.; Hutton, EK. *Elective Repeat Cesarean Delivery Versus Trial of Labor: A Meta-Analysis of The Literature From 1989 To 1999.* Am J Obstet Gynecol, Vol. 183, 2000, 1187.

14) El-Sayed, YY.; Watkins, MM.; Fix, M.; et al. *Perinatal Outcomes After Successful And Failed Trials of Labor After Cesarean Delivery.* Am J Obstet Gynecol, Vol 196, 2007, 583.

15) Mak, I.; et al. *American Academy of Pediatrics And The American Collage of Obstetricains and Gynecologists: Guidelines for Perinatal Care.* 5th ed, Elk Grow, III, 2002.

16) Smith, GC.; White, IR.; Pell, JP.; Dobbie, R. *Predicting Cesarean Section And Uterine Rupture Among Women Attempting Vaginal Birth After Prior Cesarean Section*. PLoS Med, 2nd ed, 2005, 252.

17) Oboro, V.; Adewunmi, A.; Olagbuji, B.; Ezeanochie, M.; Oyeniran, A. *Morbidity Associated With Failed Vaginal Birth After Cesarean Section*. Acta Obstetricia et Gynecologica, Vol 89, 2010, 1229–1232.

18) Mercer, BM.; Gilbert, S.; Landon, MB.; et al. *Labor Outcomes With Increasing Number of Prior Vaginal Births After Cesarean Delivery.* Obstet Gynecol, 2008, 111-285.

19) Bashiri, A.; Burstein, E.; Rosen, S.; Smolin, A.; Sheiner, E.; Mazor, M. *Clinical Significance of Uterine Scar Dehiscence In Women With Previous Cesarean Delivery: Prevalence And Independent Risk Factors.* J Reprod Med, 53 ed, 2008, 8-14.

20) Gupta, A.; Nanda, S. *Uterine Rupture In Pregnancy: A Five-year Study. Archives of Gynecology And Obstetrics.* 3 ed, 2011, 437-441.

21) الاحمد، عفاف. *الولادة الطبيعية عقب ولادة قيصرية واحدة*، مجلة جامعة دمشق. رسالة ماجستير بإشراف أ.د .خالد مرعشلي، كلية الطب البشري، جامعة دمشق،2007.

21) Al-Ahmad, Afaf. Natural childbirth after one caesarean section, Damascus University Journal. Master's thesis supervised by Prof. Khaled Maraachli, Faculty of Medicine, Damascus University, 2007.

22) عياش، ميرفت .*العوامل الانذارية لحدوث الولادة المهبلية عقب ولادة قيصرية واحدة لدى سيدات لم يلدن سواها*، مجلة جامعة دمشق. رسالة ماجستير بإشراف أ.د .بشار الكردي، كلية الطب البشري، جامعة دمشق، 2015

22)Ayyash, Mervat. Prognostic factors for the occurrence of vaginal birth after a single caesarean section in women who have not given birth except, Journal of Damascus University. Master's thesis supervised by Prof. Bashar Al-Kurdi, Faculty of Medicine, Damascus University, 2015