

Feasibility study of conducting routine episiotomy on primigravidas

Dr. Raja Rajab*
Dr. Louai Hasan**
Samia alchike***

(Received 12 / 7 / 2022. Accepted 9 / 8 / 2022)

□ ABSTRACT □

Objective: To study the role of routine protective episiotomy in reducing perineal tears and haemorrhage during childbirth and in shortening the time to the second stage of labour and neonatal outcome.

Methods: The research sample included 50 pregnant women aged (14-36) who attended the Department of Obstetrics and Gynecology at Tishreen University Hospital in Lattakia during the time period 2021-2022.

The woman was admitted to the labor department. The clinical evaluation of the patient **included:** Taking a detailed clinical history and documenting the following information: (parental age - date of the last menstrual period (gestational age) - gestational antecedents - congenital antecedents - pathological antecedents - surgical antecedents). Conducting a thorough clinical examination and documenting the following information: (the patient's vital signs - confirmation of labor (uterine contractions) - gynecological examination). The evaluation included an ultrasound (fetal evaluation and determination of the type of presentation - fetal weight). After making sure that the patient met the admission and exclusion criteria, the woman's voluntary consent was taken to enter the study, and then all the women were followed up during labor and delivery and up to two hours after delivery, where we did the following: Calculating the the second stage of labour time, Assessment of the presence and degree of spontaneous perineal tears, Estimate the amount of total bleeding during the first two hours of delivery. After that, we recorded the newborn Apgar score (first minute), And then the questionnaire assigned to the study was filled out for each patient, after which we analyzed and tabulated the data and extracted the results.

Results: The current study showed that 63.6% of the primates of the restrictive episiotomy group were seen in the primates of the restrictive episiotomy group, compared to 56% in the routine episiotomy group who underwent episiotomy only without any other spontaneous tears. The results of the current study also showed that spontaneous anterior perineal laceration (vagina, labia and periurethral) It was more common in the restrictive episiotomy group (27.3% versus 16%) in the routine episiotomy group with no statistically significant difference between the two study groups, and also compared between the two groups of our study in terms of severe third-degree perineal laceration, it was higher in the routine episiotomy group (8% vs. 4.5%) in the restrictive episiotomy group with no statistically significant difference, and the role of the routine episiotomy was proven in shortening the duration of the second stage of labour time, where the average duration of the second stage of labor in the routine episiotomy group was (55.36 ± 4.5 min) Compared to a mean of (62.32 ± 3.4 min) in the restrictive episiotomy group with a difference of about 7 minutes with a significant statistical difference, the average value of the estimated total bleeding during the first two hours of birth was higher in the routine episiotomy group (265.56 ± 20.6 ml versus 238.11 ± 16.4 ml) in the restricted episiotomy group. In the routine episiotomy group, blood was lost from the episiotomy incision in addition to spontaneous tears, if present. In the restricted episiotomy group, blood loss was only from spontaneous tears with a statistically significant difference. In terms of neonatal outcomes, there was no statistically significant difference in our study. Between the two research groups in terms of the condition of the newborn represented by the Apgar score in the first minute.

CONCLUSION: Promote the use of restrictive episiotomy in clinically necessary cases.

Key words: routine episiotomy, restricted episiotomy, spontaneous perineal tears.

* Assistant Professor - Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

** Associate Professor - Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

*** Master Student - Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

دراسة جدوى إجراء خزع الفرج الروتينياً عند الخروسات

د. رجاء رجب *

د. لؤي حسن**

ساميه الشيخ***

(تاريخ الإيداع 12 / 7 / 2022. قُبِلَ للنشر في 9 / 8 / 2022)

□ ملخص □

الهدف: دراسة دور خزع الفرج الروتيني في التقليل من التمزقات العجانية والنزف أثناء الولادة وتقصير زمن طور الإنقاذ وتأثيره على حالة الوليد.
الطرق: تضمنت عينة البحث 50 سيدة من السيدات الخروسات الحوامل بين العمر (14_36) سنة اللاتي راجعن قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2021-2022، بعد أن تم قبول السيدة في قسم المخاض تم التقييم السريري للمريضة وشمل: أخذ قصة سريرية مفصلة وتوثيق المعلومات التالية: (العمر الوالدي_ تاريخ آخر دورة طمثية (العمر الحلمي) _السوابق الحملية _ السوابق الولادية _ السوابق المرضية _السوابق الجراحية) ، إجراء فحص سريري دقيق وتوثيق المعلومات التالية: (العلامات الحيوية للمريضة _ التأكد من المخاض (التقلصات الرحمية) _ الفحص النسائي)، شمل التقييم إجراء تصوير بالأشعة فوق الصوتية (تقييم الجنين وتحديد نوع المحيئ _ تقدير وزن الجنين) وبعد التأكد من أن المريضة مُستوفية لمعايير الادخال والاستبعاد ، تم اخذ موافقة السيدة الطوعية للدخول في الدراسة ومن ثم تمت متابعة السيدات كافة أثناء المخاض والولادة وحتى ساعتين من حدوث الولادة حيث قمنا بما يلي: بحساب زمن طور الإنقاذ ، تقييم وجود التمزقات العفوية للعجان ودرجتها، تقدير كمية النزف الإجمالي خلال الساعتين الأولى للولادة ، وبعد ذلك قمنا بتسجيل مُشعر أبعاد الوليد (الدقيقة الأولى).

ومن ثم تم ملء الاستبيان المخصص للدراسة لكل مريضة وبعد ذلك قمنا بتحليل البيانات وجدولتها واستخلاص النتائج.
النتائج: تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن الخروسات لديهن فرصة أكبر للإحتفاظ بمنطقة العجان سليمة إذا تم إجراء الخزع فقط عندما يُنظر إليه بأن لا مفر منه. حيث شوه العجان السليم بنسبة 63.6% في خروسات مجموعة الخزع المقيد مقابل 56% في مجموعة الخزع الروتيني خضعن للخزع فقط بدون أية تمزقات عفوية أخرى، وبالمقارنة بين مجموعتي دراستنا الحالية تبعاً لحدوث التمزقات العجانية العفوية (الأمامية والخلفية) حيث بلغت نسبة التمزقات في مجموعة الخزع الروتيني (44% مقابل 36.4%) في مجموعة الخزع المقيد، كما أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن التمزقات العجانية الأمامية العفوية (المهبل، الشفرين وماحول الاحليل) كانت أكثر شيوعاً في مجموعة الخزع المقيد (27.3% مقابل 16%) في مجموعة الخزع الروتيني مع عدم وجود فرق هام احصائياً بين مجموعتي الدراسة، وبالمقارنة أيضاً بين المجموعتين من حيث التمزقات العجانية الشديدة من الدرجة الثالثة، فقد بلغت نسبة أعلى في مجموعة الخزع الروتيني (8% مقابل 4.5%) في مجموعة الخزع المقيد مع عدم وجود فرق هام احصائياً. ومن الجدير بالذكر لم سُجل أي حالة تمزق عجاني من الدرجة الرابعة في مجموعتي دراستنا كما تم اثبات دور خزع الفرج الروتيني في تقصير مدة طور الإنقاذ حيث بلغ متوسط مدة المرحلة الثانية للمخاض في مجموعة الخزع الروتيني (4.5 ± 55.36 د مقابل 3.4 ± 62.32 د) في مجموعة الخزع المقيد بفارق حوالي 7 دقائق تقريباً مع وجود فرق احصائي هام، بلغت القيمة المتوسطة لكمية النزف الإجمالي المقدرة خلال الساعتين الأولى للولادة نسبة أعلى في مجموعة الخزع الروتيني (265.56 ± 20.6 مل مقابل 16.4 ± 238.11 مل) في مجموعة الخزع المقيد. ففي مجموعة الخزع الروتيني تمت خسارة الدم من شق الخزع بالإضافة إلى التمزقات العفوية في حال وجودها، أما في مجموعة الخزع المقيد فقد كانت خسارة الدم فقط من التمزقات العفوية مع وجود فرق هام احصائياً، أما من ناحية النتائج الوليدية ، لم يكن هنالك فرق هام احصائياً في دراستنا بين مجموعتي البحث من ناحية حالة الوليد المتمثلة بمشعر أبعاد في الدقيقة الأولى.

الخلاصة: تعزيز استخدام خزع الفرج المقيد وذلك في الحالات السريرية الضرورية التي تتطلب ذلك.

الكلمات المفتاحية: خزع الفرج الروتيني، خزع الفرج المقيد، التمزقات العجانية العفوية.

*مدرس - قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

**أستاذ مساعد- قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

***طالبة ماجستير-قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

مقدمة:

إن تقديم الممارسة السريرية الأفضل خلال المخاض والولادة من أساسيات الدعم النفسي للسيدة خلال تجربة الولادة ، إن أفضل نتيجة للحمل هي الولادة الطبيعية مع منطقة عجان سليمة. يُعد إجراء خزع الفرج الواقي من الممارسات الشائعة في هذا المجال عبر السنوات ، ولكن مع إثارة التساؤلات حول مبررات هذا الإجراء وفائدته المُحققة. أجريت العديد من الدراسات ومراجعة البيانات وبنيتها تراكمت الأدلة حول استجابات استخدامه وتقنيات إجرائه واصلاحه.

أهمية البحث وأهدافه:

تراجع إجراء خزع الفرج بشكل ملحوظ في العقود الأخيرة عالمياً ، ففي عام ١٩٦٥ كانت نسبة انتشاره ٦٥ % وتراجعت بحلول ٢٠٠٣ م إلى ١٨% . بالمقابل فإن استخدامه في بعض الدول لازال شائعاً حيث بلغ معدل الاجراء في الأردن 60% و 62% في لبنان ، و 64% في الامارات العربية . وفي عام 2018 نصحت منظمة الصحة العالمية بعدم الاستخدام الروتيني لخزع الفرج في الولادة المهبلية العفوية وأشارت انه من الصعب تحديد المعدل (المقبول) لخزع الفرج . اجمعت دراسات راجعة كثيرة دليلاً جيداً على أن خزع الفرج الروتيني لم يحم من تمزقات الجسم العجاني بما فيها تمزقات الدرجة الثالثة والرابعة ، بالإضافة إلى أنه ترافق مع زيادة في رض العجان وأذيته ، كما أكدت عدم فائدته في الوقاية من ضعف مُقوية البنى التسيجية للحوض وتسبب بزيادة خسارة الدم لدى الأم .

الهدف: دراسة دور خزع الفرج الواقي الروتيني في التقليل من التمزقات العجانية والنزف أثناء الولادة وتقصير زمن طور الإنقذاف وتأثيره على حالة الوليد.

طرائق البحث ومواده:

شريحة المرضى: شملت الدراسة 50 مريضة من المريضات الخروسات الحوامل بحالة مخاض اللاتي راجعن قسم المخاض في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الممتدة من آذار 2021 إلى آذار 2022 . تراوحت أعمار مريضات عينة الدراسة بين 14 إلى 36 سنة .

متغيرات البحث: تم التعبير عن المتغيرات الكمية quantitative بمقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت. وتم التعبير عن المتغيرات النوعية qualitative بالتكرارات والنسب المئوية.

منهجية البحث: بعد أن تم قبول السيدة في قسم المخاض تم التقييم السريري للمريضة وشمل: أخذ قصة سريرية مُفصلة وتوثيق المعلومات التالية: (العمر الوالدي _تاريخ آخر دورة طمثية (العمر الحلمي) _السوابق الحملية _ السوابق الولادية_ السوابق المرضية_السوابق الجراحية) ، إجراء فحص سريري دقيق وتوثيق المعلومات التالية: (العلامات الحيوية للمريضة _ التأكد من المخاض (التقلصات الرحمية) _الفحص النسائي)، شمل التقييم إجراء تصوير بالأموح فوق الصوتية (تقييم للجنين وتحديد نوع المجرى _ تقدير وزن الجنين) وبعد التأكد من أن المريضة

مُستوفية لمعايير الإدخال والاستبعاد ، تم اخذ موافقة السيدة الطوعية للدخول في الدراسة ومن ثم تمت متابعة السيدات كافة أثناء المخاض والولادة وحتى ساعتين من حدوث الولادة حيث قمنا بما يلي: بحساب زمن طور الانقباض ، تقييم وجود التمزقات العفوية للعجان ودرجتها، تقدير كمية النزف الإجمالي خلال الساعتين الأولى للولادة ، وبعد ذلك قمنا بتسجيل مُشعر أبغار الوليد (الدقيقة الأولى).

ومن ثم تم ملء الاستبيان المخصص للدراسة لكل مريضة وبعد ذلك قمنا بتحليل البيانات وجدولتها واستخلاص النتائج. **معايير الإدخال في الدراسة :**

السيدة حامل بالحمل الأول لها (خروس) مع عمر حملي (37_42) أسبوع، عُمر الخروس يتراوح بين (14_36) سنة ، ولادة مهبلية عفوية أو محرضة، الحمل مُفرد (singleton)، السيدة بحالة مخاض فعال، تتاسب حوضي جنيني، المجرى قمي أيسر أمامي .

معايير الاستبعاد في الدراسة :

المخاض الشاذ «أي وجود حالات توقف اتساع أو فشل نزول»، انعضال الكتفين، المجرى مقعدي، المجنئات المعيبة، الحمل المتعدد، سوابق قيصرية، الجنين الخديج ، طول العجان أقل من 3سم ، وزن الجنين أكثر من 3800غرام .

الدراسة الاحصائية: دراسة حالة_شاهد (Case-Control study)

✓ إحصاء وصفي: Description Statistical

مقاييس النزعة المركزية (Central Tendency) ومقاييس التشتت، التكرارات (Frequencies).

النسب المئوية (Percentile Values).

✓ إحصاء استدلالي: Inferential Statistical بالاعتماد على قوانين الإحصاء

✓ تم استخدام اختبار X^2 , t-test و paired t test لدراسة العلاقة بين عينتين مرتبطتين .

✓ تعتبر النتائج هامة احصائياً مع $p\text{-value} < 5\%$

اعتماد البرنامج SPSS statistics Version 20 IBM الحساب المعاملات الاحصائية وتحليل النتائج

النتائج والمناقشة

النتائج:

تضمنت عينة البحث 50 سيدة من السيدات الخروسات الحوامل بين العمر (14_36) سنة اللاتي راجعن قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2021-2022 والمحفظات معايير الاشتمال في البحث ، ومن ثم تم تقسيم السيدات المشاركات في البحث بشكل عشوائي إلى مجموعتين تكونت كل مجموعة من 25 مريضة :

مجموعة الحالة (الخزع الروتيني): شملت الخروسات اللواتي تم إجراء الخزع لديهن بشكل روتيني أي كجزء من تدبير الولادة المهبلية .

مجموعة الشاهد (الخزع المقيد): شملت الخروسات اللواتي خضعن لقيود في سياسة اجراء الخزع أي عند الحاجة لذلك فقط أثناء الولادة المهبلية .

تم إجراء خزع الفرج لـ 3 مريضات في مجموعة الشاهد وذلك للأسباب التالية (تخطيط قلب الجنين غير المطمئن لدى مريضتين و زيادة في مدة طور الانقباض لأكثر من ساعتين وارهاق الأم لدى مريضة واحدة) .
ونظراً لأن هؤلاء (3مريضات) واللاتي شكأن نسبة 12% من مجموعة الشاهد (الخزع المقيد) خضعن لخزع فرج مُستطب (استئطاب توليدي) لم يتم شملهن في مجموعة الحالة (الخزع الروتيني) لذلك تم استبعادهن من كلا المجموعتين .

تراوحت أعمار المريضات في عينة البحث من 14 ل 36 سنة، حيث بلغ متوسط اعمار السيدات في مجموعة الخزع الروتيني 21.96 ± 4.4 سنة مقابل 23.32 ± 5.4 سنة في مجموعة الخزع المقيد.

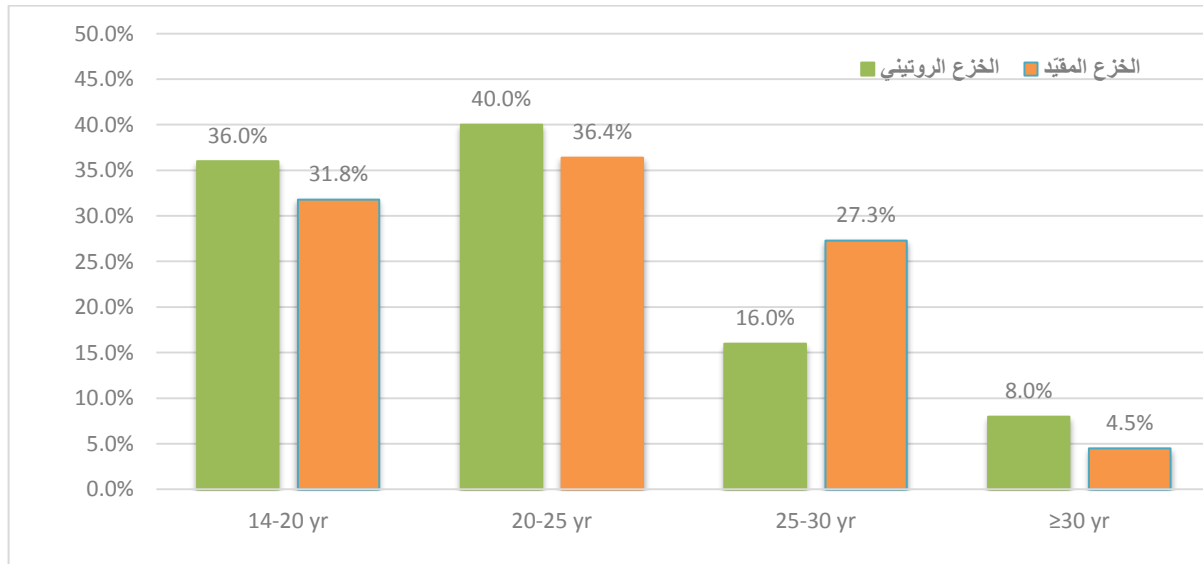
أولاً خصائص مرضى البحث :

1_العمر الوالدي:

جدول (1) يبين فروقات توزيع الفئات العمرية الوالدية بين مجموعتي الدراسة

| الفئات العمرية (سنة) | مجموعة الحالة (N=25) (الخزع الروتيني) | مجموعة الشاهد (N=22) (الخزع المقيد) | P-value |
|----------------------|--|--|---------|
| 14-20 | 9 (36%) | 7 (31.8%) | 0.6 |
| 20-25 | 10 (40%) | 8 (36.4%) | |
| 25-30 | 4 (16%) | 6 (27.3%) | |
| ≥ 30 | 2 (8%) | 1 (4.5%) | |

نلاحظ من الجدول السابق عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة تبعاً للفئات العمرية كما وبلغ متوسط العمر في مجموعة الخزع الروتيني 21.96 ± 4.4 سنة مقابل 23.32 ± 5.4 سنة مع $p\text{-value}=0.3$



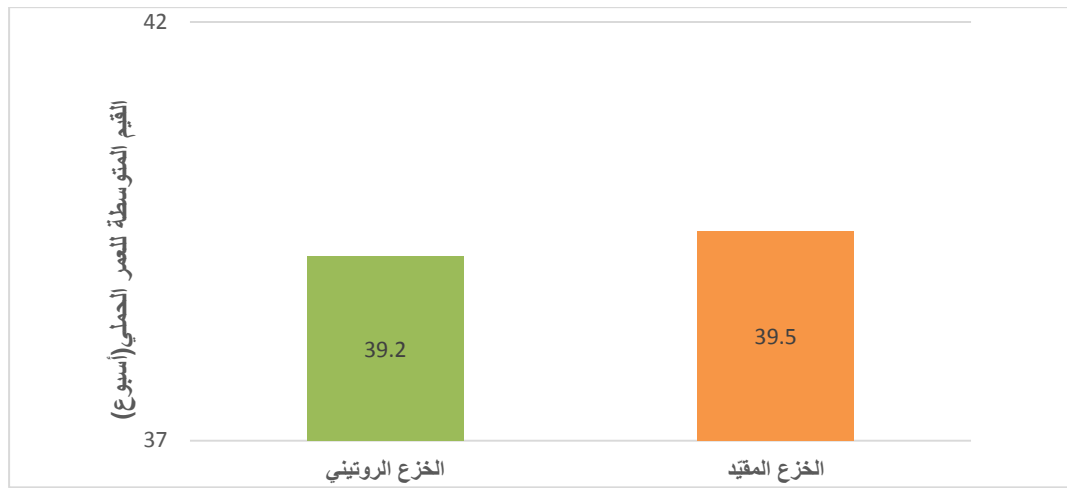
الشكل (1) يُمثل النسبة المئوية لتوزيع مريضات عينة الدراسة حسب الفئات العمرية

2_العمر الحملّي :

جدول (2) يُبين مقارنة القيم المتوسطة للعمر الحملّي بين مجموعتي الدراسة

| العمر الحملّي (أسبوع) | مجموعة الحالة (N=25) (الخرع الروتيني) | مجموعة الشاهد (N=22) (الخرع المقيد) | P-value |
|-----------------------|---|---|---------|
| Mean ± SD | 39.2 ±1.3 | 39.5 ±1.1 | 0.2 |
| Range | 37 – 41.4 | 37.2 – 40.1 | |

نلاحظ من الجدول السابق عدم وجود فرق هام إحصائياً في القيم المتوسطة بالعمر الحملّي بين كلا المجموعتين مع $p\text{-value} > 0.05$.



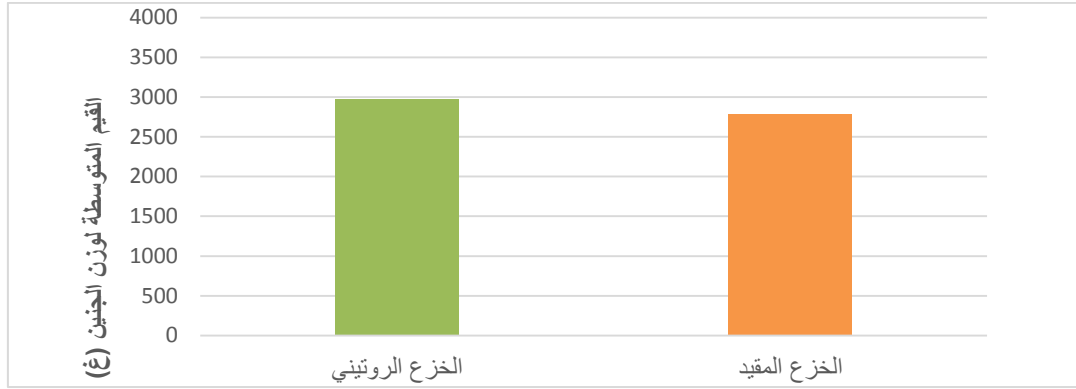
الشكل (2) يُبين مقارنة المتوسطيين الحسابيين للعمر الحملّي بين مجموعتي الدراسة

3_وزن الجنين:

جدول (3) يُبين مقارنة القيم المتوسطة لوزن الجنين بين مجموعتي الدراسة

| وزن الجنين (غ) | مجموعة الحالة (N=25) (الخرع الروتيني) | مجموعة الشاهد (N=22) (الخرع المقيد) | P-value |
|----------------|---|---|---------|
| Mean ± SD | 2976.1±332.1 | 2788.2±434.2 | 0.09 |

نلاحظ من الجدول السابق عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بالقيم المتوسطة لوزن الجنين مع $p\text{-value} > 0.05$.



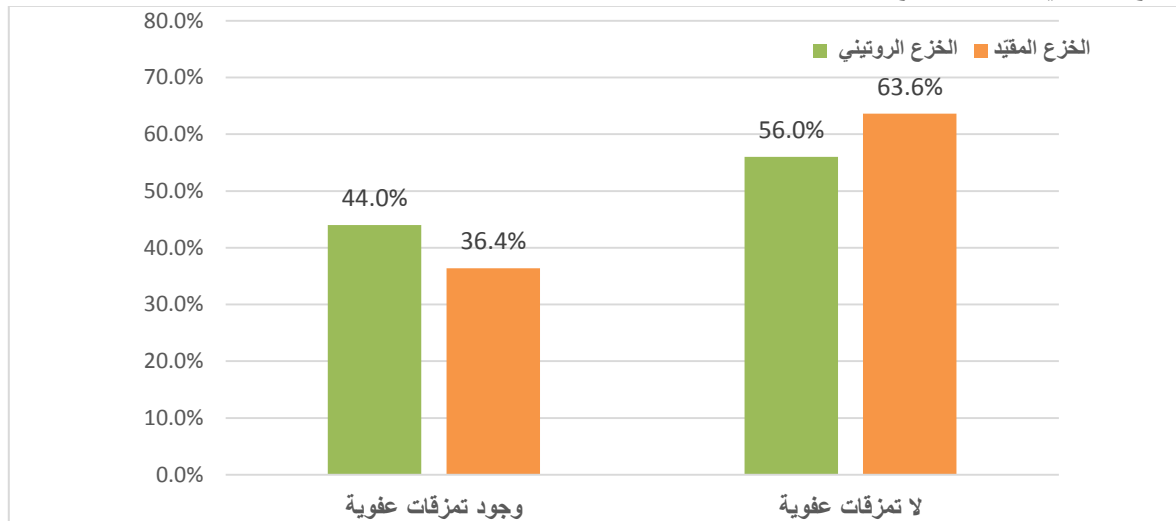
الشكل (3) يبين مقارنة القيم المتوسطة لوزن الجنين المقدر بين مجموعتي الدراسة

ثانياً حدوث التمزقات العفوية :

جدول (4) يبين نسبة حدوث التمزقات العفوية بين مجموعتي الدراسة

| المتغيرات | مجموعة الحالة (N=25) (الخزع الروتيني) | مجموعة الشاهد (N=22) (الخزع المقيد) | P-value |
|---|--|--|---------|
| التمزقات العفوية موجودة (أمامية - خلفية) | 11 (44%) | 8 (36.4%) | 0.5 |
| لا يوجد تمزقات | 14 (56%) | 14 (63.6%) | |

نلاحظ من الجدول السابق عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة تبعاً لحدوث التمزقات العفوية حيث بلغت نسبة التمزقات العفوية في مجموعة الخزع الروتيني 44% مقابل 36.4% في مجموعة الخزع المقيد مع $p\text{-value} > 0.05$ ، كما نلاحظ أن 63.6% في مجموعة الخزع المقيد وُلدن بعجان سليم مقابل 56% في مجموعة الخزع الروتيني خضعن للخزع فقط بدون أية تمزقات عفوية أخرى .

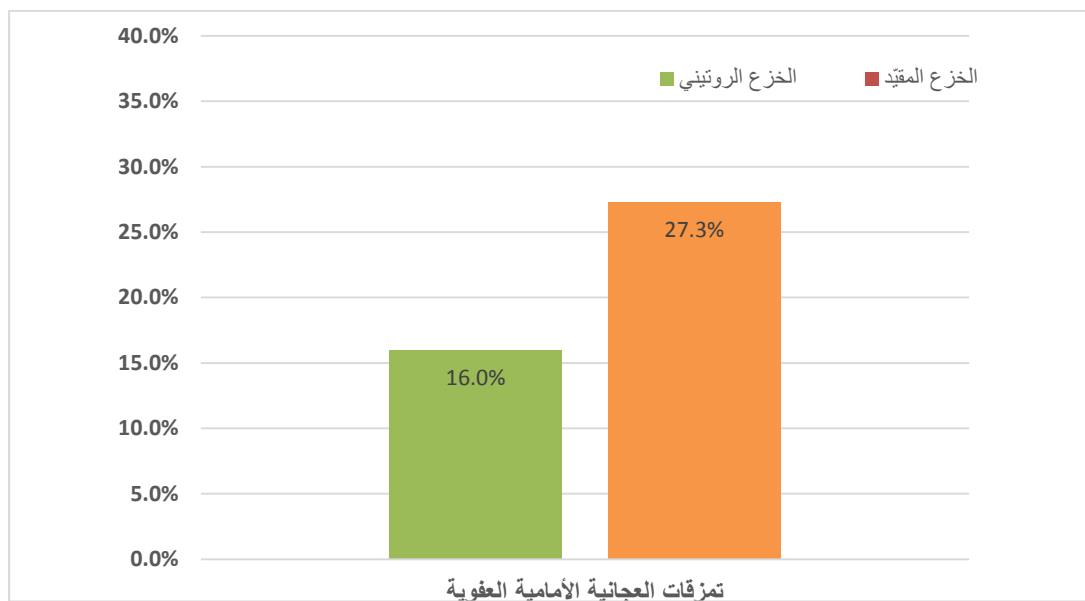


الشكل (4) يبين نسبة حدوث التمزقات العفوية بين مجموعتي الدراسة

جدول (5) يبين نسبة التمزقات العجانية الأمامية العفوية بين مجموعتي الدراسة

| المتغيرات | مجموعة الحالة (N=25) (الخرع الروتيني) | مجموعة الشاهد (N=22) (الخرع المقيّد) | P-value |
|----------------------------|--|---|---------|
| التمزقات العجانية الأمامية | 4 (16%) | 3 (27.3%) | 0.3 |

وفقاً للجدول السابق أظهرت المقارنة بين المجموعتين من حيث التمزقات العجانية العفوية الأمامية (المهبل_الشفرين وماحول الاحليل) أن نسبة حدوثها كانت أعلى في مجموعة الخرع المقيّد بالمقارنة مع مجموعة الخرع الروتيني (27.3% مقابل 16%) مع عدم وجود فرق هام احصائياً $p_value=0.3$.

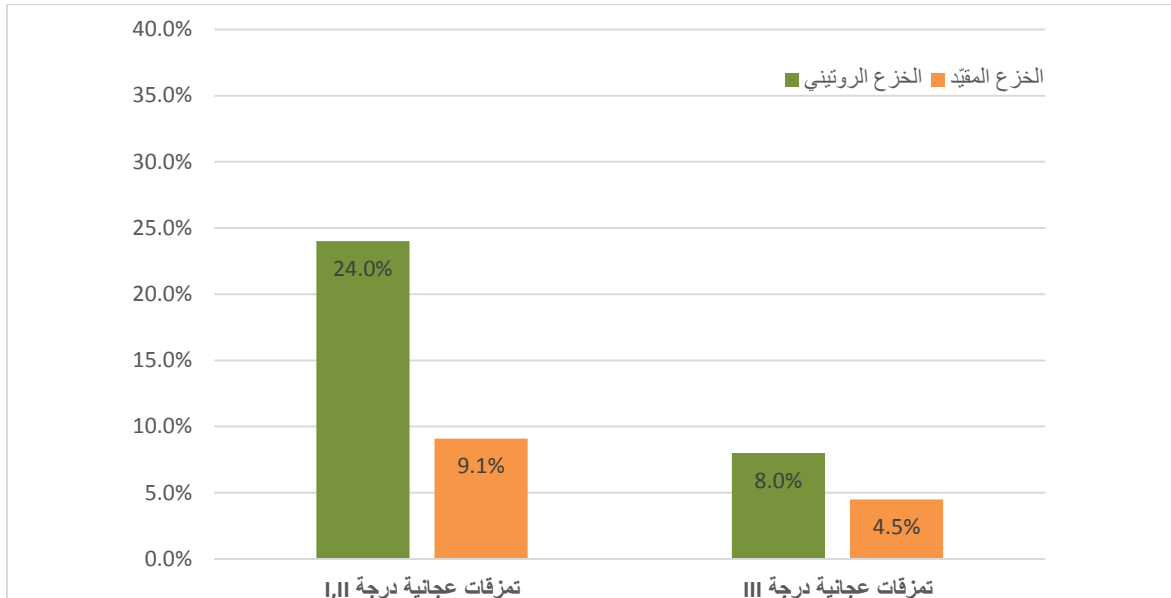


الشكل (5) نسبة التمزقات العجانية الأمامية العفوية بين مجموعتي الدراسة

جدول (6) يبين نسب التمزقات العجانية الخلفية تبعاً لدرجتها بين مجموعتي الدراسة

| المتغيرات | مجموعة الحالة (N=25) (الخرع الروتيني) | مجموعة الشاهد (N=22) (الخرع المقيّد) | P-value |
|-------------------------------|--|---|---------|
| التمزقات العجانية الخلفية | 8 (32%) | 3 (13.6%) | 0.1 |
| الدرجة الأولى والثانية (I_II) | 6 (24%) | 2 (9.1%) | 0.1 |
| الدرجة الثالثة (III) | 2 (8%) | 1 (4.5%) | 0.6 |

نلاحظ من الجدول السابق أن نسبة حدوث التمزقات العجانية الخلفية العفوية قد بلغت نسبة أعلى في مجموعة الخزع الروتيني بالمقارنة مع مجموعة الخزع المقيّد (32% مقابل 13.6%) مع عدم وجود فرق هام احصائياً بين كلا المجموعتين مع $p_value=0.1$. لم تُسجل أي حالة تمزق عجاني من الدرجة الرابعة في مجموعتي دراستنا .



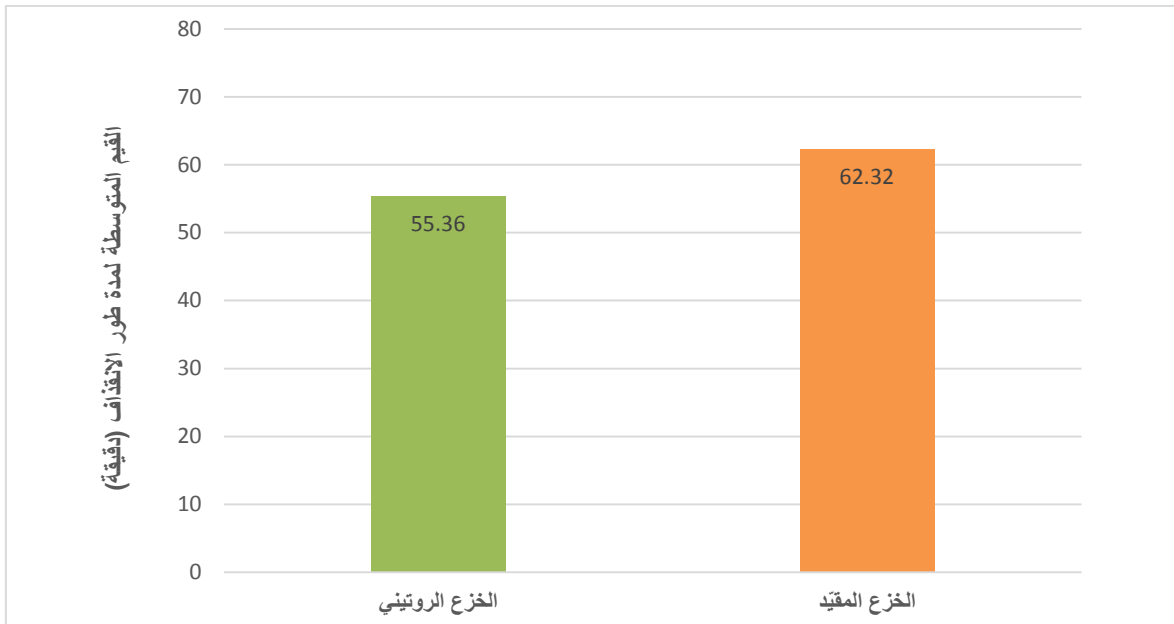
الشكل (6) يبين نسب التمزقات العجانية الخلفية تبعاً لدرجتها بين مجموعتي الدراسة

ثالثاً مدة طور الانقذاف :

جدول (7) يبين القيم المتوسطة لمدة طور الانقذاف بين مجموعتي الدراسة

| مدة طور الانقذاف (دقيقة) | مجموعة الحالة (N=25) (الخزع الروتيني) | مجموعة الشاهد (N=22) (الخزع المقيّد) | P-value |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------|
| Mean ± SD | 55.36 ± 4.5 | 62.32 ± 3.4 | 0.005 |
| Range | 50 – 60 | 58 – 68 | |

نلاحظ من الجدول السابق وجود فرق هام احصائياً فيما يتعلق بالقيم المتوسطة لمدة طور الانقذاف والتي كانت أعلى في مجموعة الخزع المقيّد مع $p_value = 0.005$.



الشكل (7) يبين القيم المتوسطة لمدة طور الانقذاف بين مجموعتي الدراسة

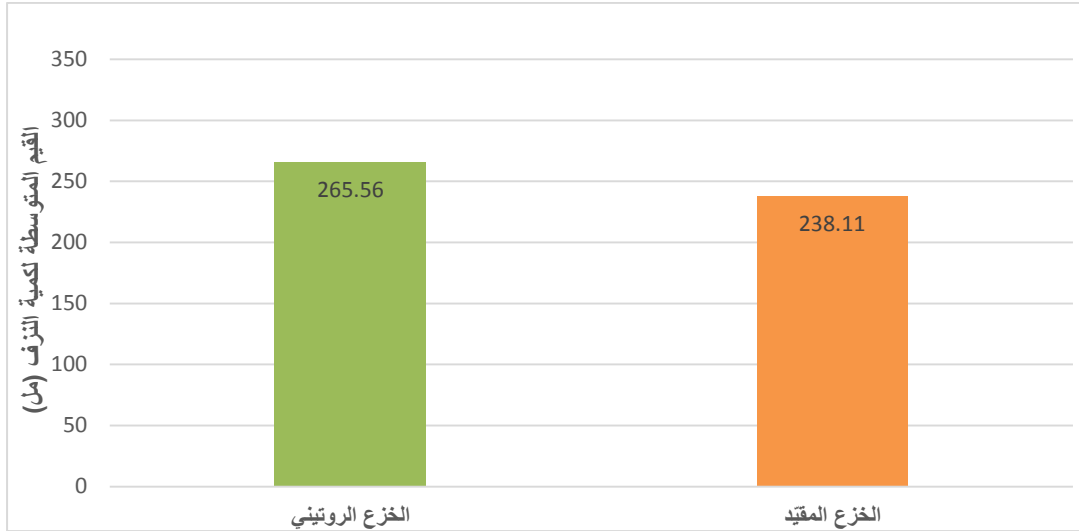
رابعاً كمية النزف المقدرة:

تم تقدير كمية النزف المفقودة في الولادة بتقدير كمية الدم في الرفادات التوليدية ونظراً لاستحالة الفصل بين خسارة الدم من الجزع ومن التمزقات العفوية عن الهلابة الدموية للرحم والسائل الامنيوسي وبعد توليد المشيمة والإصلاح تم الجمع لإجمالي فقدان الدم المقدّر خلال الساعتين الأولى للولادة وذلك عن طريق (وزن الشانات وماسحات الشاش قبل وبعد الاستخدام وحساب مقدار الدم المفقود عبر التبدلات في وزنها) .

جدول (8) القيم المتوسطة لكمية النزف الإجمالي خلال الساعتين الأولى من الولادة بين مجموعتي الدراسة

| كمية النزف الإجمالي (مل) خلال الساعتين الأولى | مجموعة الحالة (N=25) (الجزع الروتيني) | مجموعة الشاهد (N=22) (الجزع المقيد) | P-value |
|---|--|---------------------------------------|---------|
| Mean ± SD | 265.56 ±20.6 | 238.11 ±16.4 | 0.0001 |
| Range | 250_ 350 | 225 _300 | |

نلاحظ من الجدول السابق وجود فرق هام إحصائياً فيما يتعلق بالقيم المتوسطة لكمية النزف الإجمالي المقدّرة خلال الساعتين الأولى للولادة والتي كانت أعلى في مجموعة الجزع الروتيني مع p-value = 0.0001 .



الشكل (8) القيم المتوسطة لكمية النزف الإجمالي خلال الساعتين الأولى من الولادة بين مجموعتي الدراسة

خامساً مُشعر أبغار (Apgar) الوليد:

جدول (9) مقارنة بين متوسطي قيمة أبغار الوليد في الدقيقة الأولى في كلا مجموعتي الدراسة

| مُشعر أبغار الوليد | مجموعة الحالة (N=25) (الخزع الروتيني) | مجموعة الشاهد (N=22) (الخزع المقيد) | P-value |
|----------------------|--|--|---------|
| أبغار الدقيقة الأولى | 9.32 ±1.1 | 8.64 ±0.9 | 0.07 |

نلاحظ من الجدول السابق بأنه لا يوجد فروقات هامة إحصائية فيما يتعلق بالقيم المتوسطة لقيمة أبغار الوليد في الدقيقة الأولى بعد الولادة بين كلا المجموعتين مع $p\text{-value} > 0.05$.

مناقشة النتائج:

أجريت الدراسة الحالية لتقييم دور خزع الفرج الواقي الروتيني في التقليل من التمزقات العجانية والنزف أثناء الولادة وتقصير زمن طور الإنقاذ وتأثيره على حالة الوليد . تضمنت عينة البحث 50 سيدة من السيدات الخروسات الحوامل اللاتي راجعن قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى تشرين الجامعي من أجل الولادة المهبلية الطبيعية تم تقسيمهن بشكل عشوائي إلى مجموعتين (حالة _شاهد) مضبوطتين من حيث العمر والعمر الحلي ووزن الجنين . حيث بلغ متوسط العمر في مجموعة الخزع الروتيني 21.96 ± 4.4 سنة مقابل 23.32 ± 5.4 سنة في مجموعة الخزع المقيد. في مجموعة الحالة (الخزع الروتيني) أُجري خزع الفرج كجزء من تدبير الولادة لجميع الخروسات (واعتمدنا في دراستنا الخزع جانب الناصف) .

في مجموعة الشاهد (الخزع المقيد) فقد خضعت الخروسات لقيود في سياسة إجراء الخزع أي عند الحاجة لذلك فقط أثناء سيرالولادة المهبلية، حدث الاضطرار لإجراء خزع الفرج في (3) حالات من المرضى حيث تم تحويلهن إلى خزع

فرج مُستطب وذلك بسبب اضطراب تخطيط قلب الجنين لدى مريضتين، وزيادة في مدة طور الانقذاف لأكثر من ساعتين وارهاق الأم لدى مريضة، وبذلك فقد بلغ مُعدل إجراء خزع الفرج المُستطب 12% من مرضى المجموعة التقيدية.

حيث تُشير نتائج هذه الدراسة إلى أن الخروسات لديهن فرصة أكبر للإحتفاظ بمنطقة العجان سليمة إذا تم إجراء الخزع فقط عندما يُنظر إليه بأن لا مَقَر منه. حيث شوهد العجان السليم بنسبة 63.6% في خروسات مجموعة الخزع المقيد مقابل 56% في مجموعة الخزع الروتيني خضعن للخزع فقط بدون أية تمزقات عفوية أخرى، وبالمقارنة بين مجموعتي دراستنا الحالية تبعاً لحدوث التمزقات العجانية العفوية (الأمامية والخلفية) حيث بلغت نسبة التمزقات في مجموعة الخزع الروتيني (44% مقابل 36.4%) في مجموعة الخزع المقيد، كما أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن التمزقات العجانية الأمامية العفوية (المهبل، الشفرين، وماحول الاحليل) كانت أكثر شيوعاً في مجموعة الخزع المقيد (27.3% مقابل 16%) في مجموعة الخزع الروتيني مع عدم وجود فرق هام احصائياً بين مجموعتي الدراسة، وبالمقارنة أيضاً بين المجموعتين من حيث التمزقات العجانية الشديدة من الدرجة الثالثة، فقد بلغت نسبة أعلى في مجموعة الخزع الروتيني (8% مقابل 4.5%) في مجموعة الخزع المقيد مع عدم وجود فرق هام احصائياً. ومن الجدير بالذكر لم تُسجل أي حالة تمزق عجاني من الدرجة الرابعة في مجموعتي دراستنا كما تم اثبات دور خزع الفرج الروتيني في تقصير مدة طور الانقذاف حيث بلغ متوسط مدة المرحلة الثانية للمخاض في مجموعة الخزع الروتيني (55.36 ± 4.5) د مقابل 62.32 ± 3.4 د) في مجموعة الخزع المقيد بفارق حوالي 7 دقائق تقريباً مع وجود فرق احصائي هام، بلغت القيمة المتوسطة لكمية النزف الإجمالي المُقدَّر خلال الساعتين الأولى للولادة نسبة أعلى في مجموعة الخزع الروتيني (20.6 ± 265.56 مل مقابل 16.4 ± 238.11 مل) في مجموعة الخزع المقيد. ففي مجموعة الخزع الروتيني تمت خسارة الدم من شق الخزع بالإضافة إلى التمزقات العفوية في حال وجودها، أما في مجموعة الخزع المقيد فقد كانت خسارة الدم فقط من التمزقات العفوية مع وجود فرق هام احصائياً.

المقارنة مع الدراسات المحلية والعالمية :

دراسة (Venus et al., 2017): في الهند، تم اشتمال 100 سيدة توزعت بشكل عشوائي على مجموعتين الهدف: مقارنة بين استخدام خزع الفرج المقيد مقابل خزع الفرج الروتيني في الخروسات أثناء الولادة الطبيعية. النتائج: لوحظ وجود تمزقات مهبلية وماحول الاحليل في 14% في مجموعة خزع الفرج الروتيني مقابل 22% في مجموعة الخزع المقيد مع عدم وجود دلالة هامة احصائياً، وهو ما يتفق مع نتيجة دراستنا الحالية. كان عدد الحالات التي تعاني من التمزقات العجانية الشديدة ومن امتداد الخزع في المجموعة التقيدية 15,5% مقابل 26% مع عدم وجود دلالة احصائياً وهو ما يتفق مع نتيجة دراستنا الحالية. وكان الفارق بين متوسط مدة طور الانقذاف لمجموعتي الخزع الروتيني و الخزع المقيد بلغ ما يقارب 5.17 د (مجموعة الخزع الروتيني 64.9 د مقابل 70.07 د لمجموعة الخزع المقيد) ولم يسجل أي فرق هام احصائي أي أن الاستخدام المقيد لخزع الفرج لاطالة المرحلة الثانية للمخاض، وهو ما يختلف مع نتيجة دراستنا الحالية. لا يوجد فرق هام احصائي بالنسبة لمشعر أبغار الوليد بين مجموعتي الدراسة، وهو ما يتفق مع نتيجة دراستنا الحالية.

دراسة (U Sangkomkamhang et al., 2019): في تايلاند، تضمنت الدراسة 3006 سيدة تم تقسيمهن بشكل عشوائي إلى مجموعتين.

الهدف: لتحديد فيما إذا كان خزع الفرج الروتيني أو المقيد يؤدي إلى مضاعفات أقل في جنوب شرق آسيا.

النتائج: لم يكن هناك فرق هام إحصائياً في التمزقات العجانية الشديدة بين كلا المجموعتين.

خزع الفرج المقيد أدى إلى عجان أكثر سلامة أو تمزقات درجة أولى.

خزع الفرج المقيد يزيد من خطورة التمزق المهلي عند الولادة .

المخاطر ماثلة من حيث النزف مابعد الولادة ومن حيث أبغار الوليد في الدقيقة الأولى، وجميع هذه النتائج تتفق مع نتيجة دراستنا الحالية.

دراسة (Hong Jiang et al., 2017): في الصين، دراسة مراجعة لتجربة معشاة مضبوطة شملت 12 دراسة (6177) سيدة .

الهدف: لتقييم الآثار على الأم والجنين في سياسة استخدام الخزع الروتيني مقارنة باستخدام الخزع المقيد أثناء الولادة الطبيعية.

النتائج: أدى استخدام خزع الفرج المقيد إلى تقليل التمزقات العجانية الشديدة والتمزقات المهلية، وأن خزع الفرج الروتيني غير مبرر لتقليل ذلك، وأن الفرق بين المجموعتين من حيث خسارة الدم لم يكن معروف حيث لا توجد أدلة يقينية بخصوص ذلك بسبب منهجية مراجعة الدراسة في العديد من المراكز وفي دول مختلفة.

لكلا الاستخدامين للخزع تأثير غير هام على الوليد من حيث مُشعر درجة أبغار، وهو ما يتفق مع نتيجة دراستنا الحالية. دراسة (Suliman et al., 2013) : في ماليزيا، شملت الدراسة 171 سيدة توزعت بشكل عشوائي على مجموعتين

الهدف: تقييم مدى انتشار إصابات المصرة الشرجية التوليدية والتي تشمل تمزقات عجان درجة ثالثة ورابعة لدى الخروسات في استخدام إجراء الخزع الروتيني مقابل الخزع المقيد.

النتائج: كان معدل انتشار التمزقات العجانية من الدرجة الثالثة في مجموعة الخزع الروتيني (3.7%، مقابل 1.1%) في مجموعة الخزع المقيد. ولم تسجل أذية من الدرجة الرابعة بين كلا مجموعتي الدراسة.

ارتبط خزع الفرج المقيد بزيادة خطر تمزقات ماحول الإحليل والشفرين (4.5% مقابل 0%) مقارنة بمجموعة الخزع الروتيني، وهذه النتائج تتفق مع نتيجة دراستنا الحالية.

دراسة (د. عامر جري، 2015) : في دمشق، تضمنت الدراسة 430 مريضة تم تقسيمهن بشكل عشوائي إلى مجموعتين.

الهدف: دراسة الاختلاطات الناجمة في حال إجراء خزع الفرج الروتيني مقابل عدم إجراؤه عند الخروسات.

النتائج: أنّ التمزقات العجانية الأمامية العفوية كانت أعلى في مجموعة الخزع المقيد (31.16% مقابل 12.9%) في مجموعة الخزع الروتيني، حيث سجل حدوث فرق هام إحصائياً بين المجموعتين السابقتين.

إنّ التمزقات العجانية الخلفية من الدرجة الثالثة كانت أعلى في مجموعة الخزع الروتيني (5.58% مقابل 1.4%) في مجموعة الخزع المقيد، حيث سجل حدوث فرق هام إحصائياً بين المجموعتين. وهذه النتائج تخالف نتيجة دراستنا الحالية من ناحية الأهمية الإحصائية.

ومن ناحية النتائج الوليدية لم يكن هنالك فرق هام إحصائياً في مشعر أبغار الوليد في الدقيقة الأولى بين كلا المجموعتين وذلك يتوافق مع نتيجة دراستنا الحالية.

الاستنتاجات والتوصيات

الاستنتاجات:

أُستطب خزع الفرج في 12% من الحالات السريرية، وهو ما يتفق مع توصيات منظمة الصحة العالمية. تقييد إجراء الخزع يزيد من معدل الحصول على عجان سليم ويُقلل من التمزقات العجانية الشديدة. في حين أنه يزيد من معدل حدوث التمزقات العجانية الأمامية العفوية. بينما يزيد الخزع الروتيني من خطر التمزقات العجانية الشديدة ويُقص من التمزقات العجانية الأمامية. خزع الفرج الروتيني يُقلل من مدة المرحلة الثانية للمخاض (طور الإنقاذ). كمية النزف الإجمالي المُقدَّر خلال الساعتين الأولى للولادة كانت أكبر في مجموعة الخزع الروتيني. لم يُظهر إجراء خزع الفرج المقيد تأثيراً سلبياً على حالة الوليد بعد الولادة وفقاً لمُشعر أبغار الدقيقة الأولى.

التوصيات :

العمل على استبدال الممارسة الحالية القائمة على إجراء خزع الفرج الواقي روتينياً لكل الخروسات بإجراء خزع الفرج المقيد (باستطاب توليدي) وذلك في الحالات السريرية الضرورية التي تتطلب ذلك.

Reference

1. Netter FH. Atlas of Human Anatomy ,6,saunders,2014
2. Fernandes, S., Benjamin, E. E., & Edwards, G. (2009). Using evidence to reduce the rate of episiotomy in a Dubai hospital. Evidence Based Midwifery, 7(2), 60–63
3. Pietras J, Taiwo BF. Episiotomy in Modern Obstetrics – Necessity Versus Malpractice Adv Clin Exp Med 2012, 21, 4, 545–550
4. Althobe F, Belizon JM, Bergel E: Episiotomy rates in primiparous in Latin America: hospital based restrictive study. BJM 2002, 324 (7343), 945–946.
5. Carroli G, Mignini L: Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev 1:CD000081, 2009
6. Friedman AM, Ananth CV, Prendergast E, et al. Variation in and factors associated with use of episiotomy. JAMA 2015; 313:197.
7. [Muraca GM, Liu S, Sabr Y, et al. Episiotomy use among vaginal deliveries and the association with anal sphincter injury: a population-based retrospective cohort study. CMAJ 2019; 191:E1149.](#)
8. Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. 2017. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
9. Healthy Moms, Healthy Babies: Hospital Performance on Leapfrog's Maternity Care Standards Based on Results of the 2020 Leapfrog Hospital Survey. The Leapfrog Group. Available at: https://www.leapfroggroup.org/sites/default/files/Files/2021%20Maternity%20Report_Final_1.pdf (Accessed on February 14, 2022).
10. [Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. Obstet Gynecol 2018; 132:e87.](#)

11. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 2:CD000081
12. [Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part I. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50:806.](#)
13. [Bottoms S. Delivery of the premature infant. *Clin Obstet Gynecol* 1995; 38:780.](#)
14. Sartore A, De Seta F, Maso G, et al. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2004; 103:669
15. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, et al: Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. *Br Med J* 320:86, 2000
16. Rodriguez A, Arenas EA, Osorio AL, et al: Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 198:285.e1, 2008
17. [Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, et al. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. *Int J Gynaecol Obstet* 2014; 125:6.](#)
18. [Pergialiotis V, Bellos I, Fanaki M, et al. Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020; 247:94.](#)
19. [Sultan AH, Thakar R, Ismail KM, et al. The role of mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2019; 240:192.](#)
20. [Sagi-Dain L, Sagi S. The role of episiotomy in prevention and management of shoulder dystocia: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv* 2015; 70:354.](#)
21. [Macleod M, Strachan B, Bahl R, et al. A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. *BJOG* 2008; 115:1688.](#)
22. [Alperin M, Krohn MA, Parviainen K. Episiotomy and increase in the risk of obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2008; 111:1274.](#)
23. Ejegard H, Ryding EL, Sjorgen B: Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecol Obstet Invest* 2008, 1 (66), 1–7.
24. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG: Episiotomy. Practice Bulletin No. 71, April 2006, Reaffirmed 2013
25. [American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol* 2016; 128:e1.](#)

الملاحق:
ملحق رقم (1)
استمارة المريضة

| شاهد () | المجموعة : حالة () |
|---|---------------------|
| رقم الاضبارة : | رقم : مكان السكن : |
| اسم المريضة : | تاريخ الدخول : |
| المهنة : | العمر : |
| العمر الحلمي : | رقم الهاتف : |
| وزن الجنين المُتَوَقَّع : | |
| السوابق الحملية والولادية : | |
| السوابق المرضية : | |
| السوابق الجراحية : | |
| العلامات الحياتية للمريضة : الضغط : | النبض : |
| الحرارة : | |
| إجراء الخزع : نعم () لا () | |
| • تمزق العجان : نعم () لا () | |
| • درجة تمزق العجان : درجة أولى وثانية () درجة ثالثة () درجة رابعة () | |
| تمزقات المهبل : موجودة () غير موجودة () | |
| تمزقات الشفرين : موجودة () غير موجودة () | |
| تمزقات ماحول الاحليل : موجودة () غير موجودة () | |
| مدة طور الإنقذاف (دقيقة) : | |
| النزف الإجمالي خلال الساعتين الأولى من الولادة (مل): | |
| مُسْعَر أبغار الدقيقة الأولى : | |

ملحق رقم (2)

الموافقة المستنيرةسيدتي:

نحن بصدد إجراء بحث علمي وهو دراسة جدوى إجراء خزع الفرج الواقي روتينياً عند الخروسات في قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى تشرين الجامعي، ولذلك يهمننا مشاركتك في هذه الدراسة وإعطائنا بعض البيانات والتي تحتفظ بسرية تامة ولن تستخدم البيانات إلا لأغراض بحثية فقط والتي قد تُفيد في تطوير طرق توليد الخروسات المراجعات لمشفى تشرين الجامعي.

إن ملء الاستبيان والمشاركة في الدراسة غير إلزامي ورفضك المشاركة لن يؤثر بأي شكل على حقوقك الطبية داخل المشفى أو الخدمات الطبية المقدّمة لك، ولك كامل الحق في رفض الإجابة على أي سؤال لاترغبين في الإجابة عليه. نطمح المساهمة في هذه الدراسة.

هل ترغبين في المشاركة: نعم () لا ()

اسم المشارك أو من ينوب عنه:.....

توقيع المشارك أو من ينوب عنه:.....

اسم الباحث: د.ساميه الشيخ

توقيع الباحث:.....