

## سير الولادة المهبلية والتخدير فوق الجافية

الدكتور عصام محمد الدالي \*

الدكتور أحمد عبد الرحمن \*\*

عدنان أحمد الحريري \*\*\*

( قبل للنشر في 2005/9/12 )

### □ الملخص □

أجريت الدراسة في قسم التوليد وأمراض النساء - مشفى الأسد الجامعي - اللاذقية - سوريا. وامتدت من تاريخ 2004/1/1 وحتى 2005/1/1 وضمت 50 ماضاً خروساً بين عمر 16 - 35 بنسبة وكانت نتائج الدراسة على النحو التالي :

النسبة الأعلى للمواضع الخروسات في الدراسة ضمن الفئة العمرية (21-25) سنة 40% .

كانت النسبة العظمى للمواضع الخروسات اللواتي أجري لهن تخدير فوق الجافية باتساع عنق رحم 4-6 سم (70% ) .

أعلى نسبة للمواضع الخروسات حسب العمر الحلمي بين 38-40 أسبوعاً حملياً ( 76% ) .

انتهت النسبة العظمى من الولادة بالطريق الطبيعي ( المهبل ) بنسبة 94% .

كانت النسبة الأعلى لدرجة الألم حسب المقياس الشفهي البسيط قبل تطبيق التخدير فوق الجافية الدرجة IV (70%) وبعد تطبيق التخدير أصبحت الدرجة I هي الغالبة (90%) .

ضمت الدرجة V لمقياس الألم حسب المقياس السلوكي للألم أعلى نسبة من المواضع (76%) بينما شملت الدرجة I النسبة الأعلى بعد التخدير (88%) .

كانت أعلى نسبة تسكين في الطور الثالث للمواضع (96%)

ظهر تأثير للتخدير فوق الجافية على التقلصات الرحمية فقد تباطأ تواترها وقصرت مدتها الزمنية في (50%) من المواضع في الطور الأول وفي (40%) في الطور الثاني .

كان أبعاد النسبة العظمى من الولدان (7-10) في الدقيقة الأولى (82%) وفي الدقيقة الخامسة (98%) .

تحركت معظم الولادات خلال الساعات الأربع بعد الولادة (88%) .

حدث احتباس بولي لدى نساء واحدة فقط .

حدث صداع لدى نساء واحدة فقط .

ظهر انخفاض الضغط الشرياني في (6%) من المواضع .

أبدت معظم المريضات ارتياحاً وتقبلاً للتخدير فوق الجافية .

\* أستاذ في قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا .

\*\* أستاذ في قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا .

\*\*\* طالب دراسات عليا في قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا .

## Vaginal Delivery and Epidural Anesthesia

Dr. Issam Mohamad Aldali \*  
Dr. Ahmad Abed Alrahman \*\*  
Adnan Ahmad AL-hariri \*\*\*

(Accepted 12/9/2005)

### □ ABSTRACT □

This study was performed in Department of Obstetrics and Gynecology– AL- Assad University Hospital – Lattakia – Syria – in the interval between -01/01/2004- and till 01/01/2005 . It included 50 nulliparity parturient women between 15-35 years old . the results were as following:

- The highest percentage of nulliparity parturient in the study was in the age group (21-35 ) years 40% .
- Epidural anesthesia was applied to nulliparity parturients with uterine dilation of (4-6cm) in most cases (70% ) .
- The highest percentage of nulliparity parturients according to gestational age was between 38-40 gestational weeks ( 76% ) .
- Most deliveries ended in the normal vaginal delivery with percentage of ( 94% ) .
- The highest percentage of the pain degree according to the simple oral scale before epidural anesthesia application was degree IV (70% ) and after its application the degree I became the most prevalent ( 90% ) .
- Degree V of pain scale according to the behavioural scale of pain included the highest percentage of parturients ( 76% ) whereas degree I included the highest percentage after anesthesia ( 88% ) .
- The highest percentage of painreliving was in the third phase of labor ( 96% ) .
- Epidural anesthesia has an effect on uterine contraction as its frequency slowed down and its duration became shorter in (50% ) of parturient in the first stage and in (40%) in the second stage .
- Apgar of the highest percentage of newborns was ( 7-10 ) in the first minute (82%) and fifth minute ( 98% ) .
- Most of puerperes moved during the first four hours postpartum ( 88 % ) .
- Urinary retention occurred in one puerpera only .
- One puerpera only had headacke .
- Hyptentension occurred in ( 6 % ) of parturients .
- Most patients showed good relief and acceptance to the epidural anesthesia .

---

\*Professor – Department Of Gynecology And Obstetric - Faculty Of Medicine- Tishreen University- Lattakia- Syria.

\*\*Professor - Department Of Gynecology And Obstetric - Faculty Of Medicine- Tishreen University- Lattakia- Syria.

\*\*\*Postgraduate Student - Department Of Gynecology And Obstetric - Faculty Of Medicine- Tishreen University- Lattakia- Syria.

**مقدمة:**

في السنوات الأخيرة حدث تطور سريع في مجال التخدير التوليدي ، و لكن إلى وقتنا الحاضر ما تزال المشكلة قائمة في اختيار العلاج الآمن و الفعال لأطباء التخدير و الأطباء المولدين و أطباء الأطفال على حد سواء . حيث أجريت دراسات عديدة في هذا المجال و خاصة التخدير الموضعي و على غاية من الأهمية التخدير فوق الجافية . و يعتبر التسكين بالحقن حول الجافية من أفضل أنواع التسكين و التخدير المستعملين لإنجاز الولادة والعملية القيصرية و قد حظي على العديد من الدراسات العالمية . و يمتد مستوى التسكين فيه في التخدير الولادي من الفقرة الصدرية العاشرة إلى القطنية الخامسة . و الجراحي ( القيصرية ) من الفقرة الصدرية الثامنة حتى العجزية الأولى . و يتوقف انتشار المادة في المسافة حول الجافية على مكان وضع رأس القنية و مقدار المادة المخدرة وكثافتها و حجمها .

يشكل التخدير فوق الجافية حلاً مثالياً في تسكين آلام الماخض خاصة إذا علمنا أن اختلاطاته هي في الحدود الدنيا .

**مبررات البحث:**

نظرا لتعدد الدراسات العالمية حول هذا الموضوع و خلو القطر العربي السوري من أية دراسة له و لما يحمله المخاض من عبء ثقيل على عاتق المرأة إذ يؤدي تقلص الرحم إبان المخاض و توسع الممر التناسلي لدى مرور الجنين فيه إلى درجات مختلفة من الألم . فقد كان مناسباً إجراء هذه الدراسة في مشفى الأسد الجامعي .

**الهدف من البحث:**

- تهدئة الماخض و تسكين ألمها .
- دراسة تأثير التخدير فوق الجافية على أطوار الولادة جميعها .
- دراسة تأثيره على الجنين بدراسة أبغار الوليد .
- دراسة الاختلاطات لدى الأم أثناء التخدير و بعده .

**مادة البحث:**

المواخض الخروسات المراجعات قسم التوليد و أمراض النساء في مشفى الأسد الجامعي و اللواتي لا يعانين من أمراض في الفترة بين 2004/ 1/1 و لغاية 2005/1/1 .

**طرائق البحث:**

- استقبال المريضة وإعطائها فكرة مفصلة عن التخدير فوق الجافية .
- ملء الاستمارة الخاصة التي تتضمن معلومات مفصلة عن حالة الماخض .
- يتم تقسيم المواخض الخروسات حسب:
- عمر الماخض .

- اتساع عنق الرحم .
- عمر الحمل.
- مراقبة الماخض من حيث تسكين الألم والمخاض واختلاطات التخدير فوق الجافية على الأم أثناء المخاض وبعد الولادة.
- مراقبة تأثير التخدير فوق الجافية على الجنين من خلال تقييم أبعاد الوليد.
- تسجيل طريقة الولادة.

## النتائج و المناقشة:

تمت دراسة مجموعة البحث في قسم التوليد و أمراض النساء في غرفة المخاض المجهزة بأدوات و أجهزة الكترونية لمراقبة الأم والجنين على حد سواء. شملت الدراسة 50 ماخضا خروسا و تمت دراسة تأثير التخدير فوق الجافية على سير الولادة المهبلية و الاختلاطات التي يمكن أن تحدث ضرراً على الأم و الجنين.

1- توزعت مجموعة السيدات الماخض الخروسات حسب الفئات العمرية كما هو مبين بالجدول رقم (1) :

جدول رقم (1) يبين توزيع الماخض حسب الفئة العمرية والنسب المئوية

النسبة	العدد	الفئة العمرية
32%	16	20-16
40%	20	25-21
24%	12	30-26
4%	2	35-31
%100	50	المجموع

نلاحظ مما سبق أن أعلى نسبة ماخض كانت بين الفئة العمرية (21-25) و هذا ما يتناسب مع مجتمعنا حيث النسبة العظمى من الزواج تتم في هذا العمر .

2- كذلك تم توزيع السيدات الماخض الخروسات حسب اتساع عنق الرحم على الشكل التالي:

جدول رقم (2) يبين توزيع الماخض حسب اتساع عنق الرحم والنسب المئوية

النسبة المئوية	العدد	اتساع عنق الرحم
% 70	35	6-4 سم
20%	10	8-7 سم
%10	5	10-9 سم
%100	50	المجموع

نلاحظ من الجدول السابق أن أعلى نسبة من الماخض اللواتي تم تخديرهن كن باتساع عنق رحم (6-4) سم . وذلك لأننا كنا معتمدين التخدير فوق الجافية بعد اجتياز الماخض الطور الكامن حسب مخطط فريدمان .

3- كذلك تم توزيع السيدات المواقض الخروسات حسب العمر الحملي مقدراً بالأسابيع كالتالي:

جدول رقم (3) يبين توزيع المواقض حسب العمر الحملي مقدراً بالأسابيع والنسب المئوية

العمر الحملي	العدد	النسبة المئوية
38-36 أسبوعاً	8	16%
40-38 أسبوعاً	38	76%
42-40 أسبوعاً	4	8%
المجموع	50	100%

من دراستنا تبين أن النسبة الأعلى من المواقض ضمن العمر الحملي (38-40) أسبوعاً حملياً. 4 - التوزيع حسب طريقة الولادة

جدول رقم 4- توزيع المريضات حسب طريقة الولادة

طريقة الولادة	العدد	النسبة
طبيعية	47	94%
قيصرية	3	6%

مما سبق نرى أن معظم الولادات تمت بالطريق الطبيعي (المهلي) و ذلك بنسبة 94% رغم التسكين فوق الجافية. تم تقييم الألم قبل تطبيق التجربة وبعدها أثناء الأطوار الثلاثة للمخاض و بعد الولادة . وذلك اعتماداً على المقياس الشفهي البسيط، جدول رقم (5) والمقياس السلوكي جدول رقم (6)

جدول رقم (5) يبين درجات الألم حسب المقياس الشفهي البسيط

الدرجة	شدة الألم
I	لا يوجد ألم
II	ألم خفيف الشدة
III	ألم متوسط الشدة
IV	ألم شديد
V	ألم شديد جداً

جدول رقم (6) يبين درجات الألم حسب المقياس السلوكي

الدرجة	الشكوى الألمية
I	لا يوجد شكوى حتى عند الاستجواب
II	يوجد شكوى فقط عند الاستجواب
III	يوجد شكوى تلقائية لكنها قليلة التكرار
IV	يوجد شكوى بشكل كبير لكنها قادرة على التحدث بمواضيع أخرى
V	تشكو بشكل دائم

أولاً: دراسة الدور الذي يلعبه التخدير فوق الجافية في تخفيف آلام المخاض لدى السيدات المواقض الخروسات بغض النظر عن اتساع عنق الرحم أو الفئات العمرية و العمر الحملي و طور المخاض.

## وبيين الجدول رقم (7)

جدول رقم (7): يبين دور التخدير فوق الجافية في تخفيف آلام المخاض حسب المقياس الشفهي البسيط

بعد التجربة		قبل التجربة		الدرجة
النسبة المئوية	عدد المواض	النسبة المئوية	عدد المواض	
%90	45	%0	00	I
%6	3	%6	3	II
%4	2	%14	7	III
%0	00	%70	35	IV
%0	00	%10	5	V
%100	50	%100	50	المجموع

نلاحظ من الجدول أن الدرجة IV وهي درجة شديدة من الألم قد ضمت أعلى نسبة من المواض 70% قبل تطبيق التخدير فوق الجافية أما بعد تطبيقه فإن الدرجة I وهي الدرجة التي لا يوجد فيها ألم هي التي ضمت النسبة الأكبر 90% .

من جهة أخرى نلاحظ أن نسبة المواض في الدرجة IV (ألم شديد) كانت 70% قبل التجربة مقابل 0% فقط بعد التجربة. بينما كانت نسبة المواض في الدرجة I (لا يوجد ألم) 0% قبل التجربة مقابل 90% بعد التجربة.

وبيين الجدول رقم (8) دور التخدير فوق الجافية في تخفيف آلام المخاض حسب المقياس السلوكي :

جدول رقم (8): يبين دور التخدير فوق الجافية في تخفيف آلام المخاض حسب المقياس السلوكي

بعد التجربة		قبل التجربة		الدرجة
النسبة المئوية	عدد المواض	النسبة المئوية	عدد المواض	
%88	44	%0	00	I
%8	4	%4	2	II
%4	2	%8	4	III
%0	00	%12	6	IV
%0	00	%76	38	V
%100	50	%100	50	المجموع

نلاحظ من الجدول أن الدرجة V (شكوى بشكل دائم) قد ضمت أعلى نسبة من المواض 76% قبل تطبيق التخدير فوق الجافية ، بينما ضمت الدرجة I (لا يوجد شكوى عند الاستجواب) النسبة الأعلى من المواض 88% بعد تطبيق التخدير فوق الجافية .

من جهة أخرى نلاحظ أن نسبة المريضات في الدرجة V كانت 76% قبل التجربة مقابل 0% بعد التجربة. بينما كانت نسبة المريضات في الدرجة I قبل التجربة 0% مقابل 88% بعد التجربة.

ثانياً: دراسة الدور الذي يلعبه التخدير فوق الجافية في تخفيف آلام المخاض لدى السيدات المواخض الخروسات بحسب أطوار المخاض:

I- حسب الطور الأول للمخاض:

a- حسب المقياس الشفهي البسيط :

جدول رقم (9): يبين دور التخدير فوق الجافية عند الخروسات في الطور الأول حسب المقياس الشفهي البسيط

النسبة المئوية	الطور الأول	الدرجة
90%	45	I
6%	3	II
4%	2	III
0%	0	IV
0%	0	V
100%	50	المجموع

نلاحظ من الجدول أن النسبة الأعلى من المواخض كانت من الدرجة الأولى ( لا يوجد ألم ) بنسبة 90% .  
b- حسب المقياس السلوكي:

جدول رقم (10): يبين دور التخدير فوق الجافية عند الخروسات في الطور الأول حسب المقياس السلوكي

النسبة المئوية	الطور الأول	الدرجة
88%	44	I
6%	3	II
6%	3	III
0%	0	IV
0%	0	V
100%	50	المجموع

نلاحظ من الجدول أن النسبة الأعلى من المواخض كانت من الدرجة الأولى (لا يوجد شكوى حتى عند الاستجاب) بنسبة 88% .

II - في الطور الثاني للمخاض:

A- حسب المقياس الشفهي البسيط :

جدول رقم ( 11 ) يبين دور التخدير فوق الجافية عند الخروسات في الطور الثاني حسب المقياس الشفهي البسيط

الدرجة	الطور الثاني	النسبة المئوية
I	42	%84
II	5	%10
III	3	%6
IV	0	%0
V	0	%0
المجموع	50	%100

نلاحظ من الجدول أن النسبة الأعلى من المواخض كانت من الدرجة الأولى ( لا يوجد ألم ) بنسبة %84 .

-B حسب المقياس السلوكي:

جدول رقم (12) يبين دور التخدير فوق الجافية عند الخروسات في الطور الثاني حسب المقياس السلوكي

الدرجة	الطور الثاني	النسبة المئوية
I	41	%82
II	5	%10
III	4	%8
IV	0	%0
V	0	%0
المجموع	50	%100

نلاحظ من الجدول أن النسبة الأعلى من المواخض كانت من الدرجة الأولى ( لا يوجد شكوى حتى عند الاستجواب ) بنسبة %82 .

III - حسب الطور الثالث للمخاض :

A - حسب المقياس الشفهي البسيط :

جدول رقم ( 13 ) يبين دور التخدير فوق الجافية عند الخروسات في الطور الثالث حسب المقياس الشفهي البسيط

الدرجة	الطور الثالث	النسبة المئوية
I	45	%96
II	2	%4
III	0	%0
IV	0	%0
V	0	%0
المجموع	47	%100



نلاحظ من الجدول أن النسبة الأعلى من المواخض كانت من الدرجة الأولى ( لا يوجد ألم ) بنسبة 96% .

C- حسب المقياس السلوكي :

جدول رقم ( 14 ) يبين دور التخدير فوق الجافية عند الخروسات في الطور الثالث حسب المقياس السلوكي

النسبة المئوية	الطور الثالث	الدرجة
96%	45	I
4%	2	II
0%	0	III
0%	0	IV
0%	0	V
100%	50	المجموع

نلاحظ من الجدول أن النسبة الأعلى من المواخض كانت من الدرجة الأولى ( لا يوجد شكوى حتى عند الاستجاب ) بنسبة 96% .

ثالثاً: دراسة تأثير التخدير فوق الجافية لدى السيدات المواخض الخروسات على المدة الزمنية لأطوار المخاض كافة من بدء التخدير :

جدول رقم ( 15 ) يبين تأثير التخدير فوق الجافية على مدة أطوار المخاض

اتساع عنق الرحم	6-4 سم	8-7 سم	10-9 سم
مدة الطور الأول	4-5 ساعات	3-4 ساعات	1-2 ساعة
مدة الطور الثاني	50-60 دقيقة	40-50 دقيقة	30-40 دقيقة
مدة الطور الثالث	5-10 دقيقة	5-10 دقيقة	5-10 دقيقة

نلاحظ من الجدول أن المدة الزمنية لأطوار المخاض تقع ضمن الحدود الطبيعية لتقدم المخاض حسب مخطط فريدمان . وأن مدة الطور الثاني تقع ضمن الحد الأعلى للطبيعي .

رابعاً: دراسة تأثير التخدير فوق الجافية لدى السيدات المواخض الخروسات على التقلصات الرحمية :  
\* - تأثيره على التقلصات خلال الطور الأول للمخاض:

جدول رقم (16) يبين تأثير التخدير فوق الجافية على التقلصات الرحمية خلال الطور الأول

الطور الأول	عدد المواخض	التقلصات الرحمية		النسبة المئوية
		المدة	تواتر التقلصات	
	25	30-40 ثانية	5-7 دقيقة	50%
	15	35-45 ثانية	4-5 دقيقة	30%
	5	40-50 ثانية	3-4 دقيقة	10%
	5	50-60 ثانية	2-3 دقيقة	10%
المجموع	50			100%

نلاحظ من دراستنا للتخدير فوق الجافية على التقلصات الرحمية خلال الطور الأول أنه أدى إلى إضعاف التقلصات الرحمية والتباطؤ في تواترها ومدتها الزمنية حيث كانت النسبة الأعلى من المواضع 50% لديها تباطؤ و ضعف في التقلصات الرحمية .

\*- تأثيره على التقلصات الرحمية خلال الطور الثاني للمخاض:

جدول رقم (17) يبين تأثير التخدير فوق الجافية على التقلصات الرحمية خلال الطور الثاني

النسبة المئوية	التقلصات الرحمية		عدد المواضع	الطور الثاني
	تواتر التقلصات	المدة		
40%	5-6 دقيقة	30-40 ثانية	20	
20%	4-5 دقيقة	35-45 ثانية	10	
20%	3-4 دقيقة	40-55 ثانية	10	
20%	2-3 دقيقة	50-60 ثانية	10	
100%			50	المجموع

نلاحظ من دراستنا لتأثير التخدير فوق الجافية على التقلصات الرحمية خلال الطور الثاني أن النسبة الأعلى من المواضع و كانت تشكل 40% حدث لديها تباطؤ و ضعف في التقلصات الرحمية خلال الطور الثاني.

خامساً: : دراسة تأثير التخدير فوق الجافية لدى السيدات المواضع الخروسات على أبغار الوليد:

جدول ( 18 ) التوزع حسب أبغار الوليد في الدقيقة الأولى

النسبة	العدد	أبغار الوليد في الدقيقة الأولى
82%	41	7-10
14%	7	4-7
4%	2	2-4

نلاحظ من الجدول أن النسبة العظمى من الولدان كان أبغار الوليد لديهم من 7-10 في الدقيقة الأولى .

جدول ( 19 ) التوزع حسب أبغار الوليد في الدقيقة الخامسة

النسبة	العدد	أبغار الوليد في الدقيقة الخامسة
98%	49	7-10
2%	1	4-7
0%	0	> 4

مما سبق يفيد بأن التسكين فوق الجافية للمخاض لم يسئ بشكل يذكر لأبغار الوليد.

سادساً: : دراسة تأثير التخدير فوق الجافية لدى السيدات المواخض الخروسات على لحظة التحرك بعد الولادة:

جدول ( 20 ) توزع المريضات حسب لحظة التحرك بعد الولادة

النسبة	العدد	لحظة التحرك بعد الولادة (بالساعات)
%32	16	2 >
%56	28	4-2
%12	6	4 <

مما سبق يفيد بأن التسكين فوق الجافية لم يؤثر على التحريك الباكر للمريضات بعد الولادة.

سابعاً: : دراسة تأثير التخدير فوق الجافية لدى السيدات المواخض الخروسات على الجهاز البولي:

جدول ( 21 ) توزع المريضات حسب الاحتباس البولي

النسبة	العدد	الاحتباس البولي
%2	1	موجود
%98	49	غير موجود

مما سبق يفيد بأن التسكين فوق الجافية قد سبب احتباساً بولياً لدى ماخض واحدة فقط و بنسبة 2%.

ثامناً: : دراسة تأثير التخدير فوق الجافية لدى السيدات المواخض الخروسات على ألم الرأس:

جدول( 22 ) توزع المريضات حسب الصداع

النسبة	العدد	الصداع
%98	49	لا يوجد
%2	1	موجود

مما سبق يفيد بأن التسكين فوق الجافية في دراستنا لم يسبب الصداع إلا لماخض واحدة فقط (بنسبة 2%) و قد زال تلقائياً بعد يوم واحد من الولادة و دون تناول أية مسكنات فموية.

تاسعاً: : دراسة تأثير التخدير فوق الجافية لدى السيدات المواخض الخروسات على الضغط الشرياني :

\* - تأثيره على هبوط الضغط:

جدول رقم (22) يبين عدد المواخض الذين حصل لهم هبوط ضغط شرياني

النسبة المئوية	هبوط الضغط	عدد المرضى
%94	لا يوجد	47
%6	يوجد	3

نلاحظ من الجدول أن النسبة العظمى و تشكل 94% من المواخض لم يحصل لديهم أي هبوط ضغط بينما 6% من المواخض فقط حصل لديهم هبوط ضغط .

عاشراً: : دراسة قبول التخدير فوق الجافية لدى السيدات المواقض الخروسات و مدى رضاهن من هذا النوع من التخدير:

جدول ( 23 ) توزع المريضات حسب مدى الرضى

مدى الرضا	العدد	النسبة
ضعيف	3	%6
متوسط	9	%18
جيد	38	%76

مما سبق يظهر أن النسبة الكبرى للمواقض اللواتي خضعن للتسكين بالطريق فوق الجافية قد أبدین رضاهن عن هذه الطريقة.

### المناقشة:

تمت دراسة مجموعة البحث في قسم التوليد و أمراض النساء في غرفة المخاض المجهزة بأدوات و أجهزة الكترونية لمراقبة الأم والجنين على حد سواء.

شملت الدراسة 50 ماخضا خروسا و تمت دراسة تأثير التخدير فوق الجافية على سير الولادة المهبلية والاختلاطات التي يمكن أن تحدث ضرراً على الأم و الجنين.

تم تقسيم المواقض الخروسات حسب الفئات العمرية وكانت النسبة العظمى في الفئة من 21- 25 سنة بنسبة 40% و هذا ما يفسر أن النسبة العظمى من الزواج تتم في هذه المرحلة من العمر .

كذلك تم تقسيم المواقض الخروسات حسب اتساع عنق الرحم و كانت النسبة العظمى للمواقض اللواتي أجري لهن التخدير فوق الجافية باتساع عنق رحم 4-6 سم (70% ) و ذلك بسبب أن البدء بالتخدير فوق الجافية كان يطبق بعد اجتياز الماخض للطور الكامن للمخاض حسب مخطط فريدمان .

كما تم التقسيم حسب العمر الحلمي و كانت أعلى نسبة بين 38-40 أسبوعا حمليا ( 76% ) و هذا يعني أن أكثر المواقض قد تم تخديرهن في تمام الحمل .

في دراستنا انتهت النسبة العظمى من الولادة بالطريق الطبيعي ( المهلي ) بنسبة 94% بينما فقط 6% بالطريق البطني ( القيصرية ) .

تم تقييم الألم قبل تطبيق التجربة وبعدها أثناء الأطوار الثلاثة للمخاض و بعد الولادة .

وذلك اعتمادا على المقياس الشفهي البسيط ، والمقياس السلوكي .

أولاً : دراسة الدور الذي يلعبه التخدير فوق الجافية في تخفيف آلام المخاض لدى السيدات المواقض الخروسات: حسب المقياس الشفهي البسيط: نلاحظ أن الدرجة IV وهي درجة شديدة من الألم قد ضمت أعلى نسبة من المواقض 70% قبل تطبيق التخدير فوق الجافية أما بعد تطبيقه فإن الدرجة I وهي الدرجة التي لا يوجد فيها ألم هي التي ضمت النسبة الأكبر 90% .

من جهة أخرى فقد كانت نسبة المواقض في الدرجة IV (ألم شديد) 70% قبل التجربة مقابل 0% بعد التجربة. بينما كانت نسبة المواقض في الدرجة I (لا يوجد ألم) 0% قبل التجربة مقابل 90% بعد التجربة.

وهذا يدل على الدور الهام الذي يلعبه التخدير فوق الجافية في تسكين ألم المخاض في دراستنا. **حسب المقياس السلوكي:** نلاحظ أن الدرجة V (شكوى بشكل دائم) قد ضمت أعلى نسبة من المواقض 76 % قبل تطبيق التخدير فوق الجافية ، بينما ضمت الدرجة I (لا يوجد شكوى عند الاستجواب) النسبة الأعلى من المواقض 88% بعد تطبيق التخدير فوق الجافية .

من جهة أخرى نلاحظ أن نسبة المريضات في الدرجة V كانت 76% قبل التجربة مقابل 0% بعد التجربة. بينما كانت نسبة المريضات في الدرجة I قبل التجربة 0% مقابل 88% بعد التجربة.

ثانياً: دراسة الدور الذي يلعبه التخدير فوق الجافية في تخفيف آلام المخاض لدى السيدات المواقض الخروسات بحسب أطوار المخاض:

### I - الطور الأول للمخاض:

\* - حسب المقياس الشفهي البسيط:

نلاحظ أن النسبة الأعلى من المواقض بعد التخدير كانت من الدرجة الأولى ( لا يوجد ألم ) بنسبة 90% .

\* - حسب المقياس السلوكي:

نلاحظ أن النسبة الأعلى من المواقض كانت من الدرجة الأولى (لا يوجد شكوى حتى عند الاستجواب) بنسبة 88%

### II -الطور الثاني للمخاض:

\* --حسب المقياس الشفهي البسيط :

نلاحظ أن النسبة الأعلى من المواقض كانت من الدرجة الأولى ( لا يوجد ألم ) بنسبة 84% .

\* - حسب المقياس السلوكي:

نلاحظ أن النسبة الأعلى من المواقض كانت من الدرجة الأولى (لا يوجد شكوى حتى عند الاستجواب) بنسبة 82% .

### III -الطور الثالث للمخاض :

\* --حسب المقياس الشفهي البسيط :

نلاحظ أن النسبة الأعلى من المواقض كانت من الدرجة الأولى ( لا يوجد ألم ) بنسبة 96% .

\* - حسب المقياس السلوكي:

نلاحظ أن النسبة الأعلى من المواقض كانت من الدرجة الأولى (لا يوجد شكوى حتى عند الاستجواب) بنسبة 96% .

وهذا يدل على الدور الهام الذي يلعبه التخدير فوق الجافية في تسكين الألم في الأطوار الثلاثة للمخاض ومدى ارتياح المريضة منه.

ثالثاً: دراسة تأثير التخدير فوق الجافية لدى السيدات المواقض الخروسات على المدة الزمنية لأطوار المخاض كافة من بدء التخدير :

نلاحظ أن المدة الزمنية لأطوار المخاض تقع ضمن الحدود الطبيعية لتقدم المخاض حسب مخطط فريدمان . ولم يؤثر التخدير فوق الجافية على المدة الزمنية للمخاض .

**رابعاً: دراسة تأثير التخدير فوق الجافية لدى السيدات المواقض الخروسات على التقلصات الرحمية :**  
**\*- تأثيره على التقلصات خلال الطور الأول للمخاض :**

نلاحظ من دراستنا للتخدير فوق الجافية على التقلصات الرحمية خلال الطور الأول أنه أدى إلى تباطؤ تواتر التقلصات الرحمية ومدتها الزمنية بنسبة 50% وهذا ما يفسر حاجة المريضة إلى مادة الأوكسيتوتسين المحرصة والمنظمة للمخاض .

**\*- تأثيره على التقلصات الرحمية خلال الطور الثاني للمخاض:**

نلاحظ من دراستنا لتأثير التخدير فوق الجافية على التقلصات الرحمية خلال الطور الثاني أن 40% حدث لديها تباطؤ و طول مدة التقلصات الرحمية خلال الطور الثاني . وهذا أدى إلى زيادة جرعة المادة المنظمة للمخاض ( الأوكسيتوتسين ) .

**خامساً: : دراسة تأثيرالتخدير فوق الجافية لدى السيدات المواقض الخروسات على أبعاد الوليد:**

نلاحظ أن النسبة العظمى من الولدان كان أبعاد الوليد لديهم من 7-10 في الدقيقة الأولى(82%) والخامسة(98%) و هذا يفيد بأن التسكين فوق الجافية للماخض لم يسبب بشكل يذكر لأبعاد الوليد.

**سادساً: : دراسة تأثيرالتخدير فوق الجافية لدى السيدات المواقض الخروسات على لحظة التحرك بعد الولادة:**

نلاحظ بأن التسكين فوق الجافية لم يؤثر على التحرك الباكر للمريضات بعد الولادة. حيث تحركت معظم الولادات خلال الساعات الأربع الأولى بعد الولادة بنسبة 88%.

**سابعاً: : دراسة تأثيرالتخدير فوق الجافية لدى السيدات المواقض الخروسات على الجهاز البولي:**

نلاحظ بأن التسكين فوق الجافية قد سبب احتباساً بولياً لدى نساء فقط و بنسبة 2% .

**ثامناً: : دراسة تأثيرالتخدير فوق الجافية لدى السيدات المواقض الخروسات على ألم الرأس:**

نلاحظ بأن التسكين فوق الجافية في دراستنا لم يسبب الصداع إلا لنساء فقط (بنسبة 2%) و قد زال تلقائياً بعد يوم واحد من الولادة و دون تناول أية مسكنات فموية.

**تاسعاً: : دراسة تأثيرالتخدير فوق الجافية لدى السيدات المواقض الخروسات على الضغط الشرياني :**

في دراستنا تبين أن النسبة العظمى و تشكل 94% من المواقض لم يحصل لديهم هبوط ضغط بينما 6% من المواقض فقط حصل لديهم هبوط ضغط . و هذا ما يفسر الدور الضئيل الذي يلعبه التخدير فوق الجافية في إحداث هبوط الضغط الشرياني .

**عاشراً: : دراسة قبول التخدير فوق الجافية لدى السيدات المواقض الخروسات و مدى رضاهن عن هذا النوع من التخدير :**

نلاحظ بأن النسبة الكبرى للمواقض اللواتي خضعن للتسكين بالطريق فوق الجافية قد أبدین رضاهن عن هذه الطريقة بنسبة 86%.

**المقترحات والتوصيات:**

- 1- إن التخدير فوق الجافية وسيلة جيدة و مأمونة لتسكين ألم الولادة.
- 2- ننصح بإجراء التخدير فوق الجافية لجميع المواخض الخروسات المناسبات للولادة المهبلية وذلك بعد اجتياز الماخض الطور الكامن للمخاض .

## المراجع:

### المراجع العربية:

- 1- د. دالي - عصام . د. يوسف - أحمد. د. عبد الرحمن - أحمد. د. نقري - أحمد: فن التوليد- جامعة تشرين - 2000.
- 2- د. همان - أحمد: السريرييات في فن التوليد - الجزء الثاني - 1993.
- 3- د. حقي - ابراهيم. د. فرعون - صادق: فن التوليد - الجزء الاول والثاني - 1982.

### المراجع الأجنبية:

- 4-Abouleish E.I., Elias M., Nelson C. // Br. J. Anaesth. - 1998. - Vol. 80, N 6. - P. 843-844.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Obstetrics: Maternal and fetal medicine. Pain relief during labor. ACOG opinion no. 118. ACOG: Washington, D.C., 1992.
- 6-American Society of Anesthesiologists. Guidelines for regional anesthesia in obstetrics. Chicago, 1988. Retrieved May 1998 from the World Wide Web: [http://www.asahq.org/Standards/SG\\_14.html](http://www.asahq.org/Standards/SG_14.html).
- 7-Chestnut DH, McGrath JM, Vincent RD Jr, Penning DH, Choi WW, Bates JN, et al. Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are in spontaneous labor? Anesthesiology 1994;80:1201-8.
- 8-Casati A., Fanelli G., Magistris L. et al. // Anesth. Analg. - 2001. - Vol. 92 - P. 205-208.
- 9-D' Angelo R., James R.L. // Anesthesiology. - 1999. - Vol. 90, N 4. - P. 941-943.
- 10-Gatt S., Crooke S., Lockley S. et al. // Anaesth. Intensive Care. - 1996. - Vol. 24. - P. 108-109 (abstract).
- 11-Gautier P.E., De Kock M., Van Steenberge A. et al. // Anesthesiology. - 1999. - Vol. 90. - P. 772-778.
- 12-Gautier P.E., De Kock M., Van Steenberge A. et al. // Anesthesiology. - 1999. - Vol. 91. - P. 1239-1245.
- 13-Griffin R.P., Reynolds F. // Br. J. Anaesth. - 1995. - Vol. 74, N 5. - P. 512-516.
- 14-Knudsen K., Beckman M., Suurcula et al. // Br. J. Anaesth. - 1997. - Vol. 78, N 5. - P. 507-514.
- 15-McClure J.H. // Br. J. Anaesth. - 1996. - Vol. 76, N 2. - P. 300-307.
- 16-McDonald S.B., Liu S.S., Kopacz D.J. et al. // Anesthesiology. - 1999. - Vol. 90, N 4. - P. 971-977.

- 17-Morton C.P.J., Bloomfield S., Magnusson A. et al. // Br. J. Anaesth. – 1997. - Vol. 79, N 1. - P. 3-8.
- 18-Muir H.A., Writer D., Douglas J. et al. Double-blind comparison of epidural ropivacaine 0.25% and bupivacaine 0.25%, for the relief of childbirth pain. // Can. J. Anaesth. – 1997. - Vol. 44, N 6. - P. 599-604.
- 19-Owen M.D., D'Angelo R., Gerancher J.C. et al. 0.125% ropivacaine is similar to 0.125% bupivacaine for labor analgesia using patient-controlled epidural infusion. // Anesth. Analg. – 1998. - Vol. 86. - P. 527-531.
- 20-Plowman A.N., Bolsin S., Mather L.E. // Anaesth. Intensive Care. – 1999. - Vol. 27, N 3. - P. 320-322.
- 21-Polley L.S., Columb M.O., Naughton N.N. et al. // Anesthesiology. – 1999. – Vol. 90. – P. 944-950.
- 22-Raeder J.C., Drosdahl S., Klaastad O. et al. // Acta Anaesthesiol. Scand. – 1999. - Vol. 43, N 8. - P. 794-798.
- 23-Rowbotham D.J. Principles of pharmacology. // Aitkenhead A.R., Smith G. Textbook of Anaesthesia. 3<sup>rd</sup> Edition. Churchill Livingstone. – 1996. - P. 107-119.
- 24-Ruetsch Y.A., Fattinger K.E., Borgeat A. // Anesthesiology. – 1999. - Vol. 90, N 6. - P. 1784-1786.
- 25-Семенихин А.А., Ким Е.Д., Курбанов С.А. Анестезиология и реаниматология. – 1998. - №5. – С.51-54.
- 26-Ланцев Е.А., Абрамченко В.В., Бабаев В.А. Эпидуральная анальгезия и анестезия в акушерстве. – Свердловск. – 1996.
- 27-Цой В.А. Лечение слабости родовой деятельности сочетанным применением простенона и длительной перидуральной анальгезией. – 1998.
- 28-Хапий Х.Х., Давыдов С.Б. Современные методы регионарной анестезии: осложнения, их профилактика и лечение. – М. – 1998.