

## تسكين آلام المخاض باستخدام تقنية القثطرة فوق الجافية

الدكتور عبد الهادي سلامة\*

الدكتور أحمد يوسف\*\*

مالك عبد اللطيف وليد\*\*\*

( قبل للنشر في 2005/9/12 )

### □ الملخص □

أجريت الدراسة في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية في قسم التخدير و الإنعاش بالتعاون مع قسم التوليد و أمراض النساء خلال العام 2004 – 2005 . وتضمنت 50 ماضاً خروساً.

وكانت نتائج الدراسة على النحو التالي:

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

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

أعلى نسبة للمواضخ الخروسات حسب العمر الحمل بين 38-40 أسبوعاً حليماً ( 76 % ) .

انتهت النسبة العظمى من الولادات بالطريق الطبيعي ( المهبلي ) و بنسبة 94%.

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

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

كان أبعاد النسبة العظمى من الولدان (7-10) في الدقيقة الأولى (82%) وفي الدقيقة الخامسة (98%). وتحركت معظم الولادات خلال الساعات الأربع الأولى بعد الولادة (88%).

الاختلاطات:

حدث:

- احتباس بولي لدى ماض واحد فقط و بنسبة 2%.
- غثيان لدى ماض واحد فقط و بنسبة 2%.
- صداع صدغي لدى ماض واحد فقط و بنسبة 2% و قد زال هذا الألم في اليوم الثالث بعد الولادة و دون تناول أية مسكنات.
- ألم ظهري بنسبة 6%.

التبدل في قيمة الضغط الشرياني الوسطي تمثل بانخفاض ذي أهمية إحصائية بعد 5 دقائق من حقن المادة المسكنة أما بالنسبة للنبض القلبي فكان مع الدقيقة 60. أبدت معظم المريضا ارتياحاً وتقبلاً للتخدير فوق الجافية.

\* مدرس في قسم التخدير و الإنعاش - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

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

\*\*\* طالب دراسات عليا في قسم التخدير و الإنعاش - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

## Analgesia of Labor Pains Using Epidural Catheter Technique

Dr. Abdelhadi Salamah\*  
Dr. Ahmad Youssef  
Malek Abdullatif Walid

(Accepted 12/9/2005)

### □ ABSTRACT □

This study was carried out in The Department of Anesthesia and Reanimation in Collaboration with The Department of Obstetrics and Gynecology at ALASSAD University Hospital in Lattakia during the year 2004 – 2005, and included 50 nullipara parturients.

#### **The results were:**

The highest percentage of nullipara parturients was in the group of patients between 21-25 years old (40%).

The highest percentage of nullipara parturients who were epiduralized at 4-6 cm of cervical distension was (70%).

The highest percentage of nullipara parturient was between 38-40 weeks of pregnancy (76%).

The highest percentage of deliveries was normal (Vaginal) (94%).

The highest percentage of pain in the simple oral evaluation was at the fourth IV degree before epidural (70%) and after epidural it became in the first degree I (90%).

The highest percentage of pain in the Behavioral evaluation was at the fifth V degree before epidural (76%) and after epidural it became in the first degree I (88%).

Neonates Apgar score was 7-10 in the first minute 82% and in the fifth minute 98%.

Most of patients were able to move during the four hours after delivery (88%).

Complications:

- Urinary retention occurred in one patient (2%).
- Nausea occurred in one patient (2%).
- Temporal headache occurred in one patient (2%), and disintegrated in the third day after delivery without analgesics.
- Back pain (6%).

The hypotension was important statistically after 5 minutes of analgesic injection.

The change in the heart rate was important statistically after 60 minutes of analgesic injection.

Most of patients were satisfied with labor pain analgesia by epidural technique.

---

\*Lecturer, Department Of Anesthesia And Reanimation – Faculty Of Medicine-Tishreen University-Lattakia –Syria.

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

\*\*\*Postgraduate Student, Department Of Anesthesia And Reanimation–Faculty Of Medicine-Tishreen University- Lattakia –Syria.

## مقدمة:

تعد الولادة أمراً مؤلماً بالنسبة لمعظم الأمهات و مؤلماً جداً بالنسبة للبعض منهن، و تؤثر درجة الألم الذي تعانيه الأم خلال الولادة على تطور المخاض بشكل ملحوظ، و إن أهمية الألم الذي تعانيه الأم ضئيلة إذا ما قورنت بالحاجة لولادة طفل سليم و بقاء الأم سليمة بعد الوضع [1].

تكون الحامل عرضة للخوف بسبب العوامل التي تكدر مزاجها طوال مدة الحمل و التي يظهر صداها على النظم والصيبب القلبيين وعلى التوتر الشرياني، فقد يتسرع النظم و يزداد الصيبب و يرتفع التوتر الشرياني وتصل الحامل بعدئذ إلى درجة حرجة من المرض النفسي البدني Psychosomatic.

أما مخاوف المخاض فتتلخص بسيطرة فكرة الموت عليها و تزداد هذه الفكرة و ضوحا كلما تقدم بها المخاض و ازدادت آلامها.

ثم إن الأعمال التخديرية تزيد أيضا من القلق و الانفعال لدى المخاض إذا لم تكن قد حضرت نفسياً بشكل جيد لقبول التخدير [2].

كان تسكين الألم بالطريق فوق الجافية أثناء الولادة موضوع بحث و دراسة خلال السنوات الثلاثين الماضية. و قد أثبت أنه آمن على الرغم من بعض الآثار الجانبية والتعقيدات النادرة و التي أمكن تقاؤها بشكل كبير. استعملت المخدرات الموضعية لعدة سنوات بالطريق فوق الجافية أثناء المخاض وبنفس الجرعات المستعملة للجراحة. و قد وجد أن هذا النوع من التخدير فعال جداً في تسكين الألم، لكنه قد يحدث تأثيرات أخرى كحصار الأعصاب مما يجعل الحامل تشعر بالبرودة و الخدر، و أنها نصف مشلولة...، هذه الآثار الجانبية و غيرها ساهمت في تشويه سمعة التخدير بالطريق فوق الجافية مع أنه يمكننا التغلب على أغلبها و ببساطة بمجرد تحديد جرعات المخدرات الموضعية المستخدمة [3].

في الأعوام القليلة الماضية، جرب استخدام الأفيونات بالطريق فوق الجافية بدلاً من المخدرات الموضعية، فوجد أنها تؤثر بشكل مختلف حيث إنها لا تسبب لوحدها حصاراً للأعصاب، كما لا تسبب ضعفاً عضلياً و إنما يقتصر تأثيرها على تسكين الألم. و لسوء الحظ، و على الرغم من دورها الفعال في تسكين الألم بعد العمل الجراحي، وجدت دراسات عديدة أنها غير كافية لوحدها في تسكين آلام المخاض بينما مشاركتها مع المخدرات الموضعية ههنا سمح بالحصول على نتائج جيدة و فائدة إضافية بخفض الجرعات المستخدمة من كل منها، فأصبحت بالتالي هذه المشاركات (مخدرات موضعية - أفيونات) شعبية أكثر فأكثر [4].

ويشكل التسكين فوق الجافية حلاً مثالياً لتسكين آلام المخاض خاصة إذا علمنا أن اختلاطاته هي في الحدود الدنيا.

## أهمية البحث:

هناك العديد من المنافع المهمة التي يمكن الحصول عليها باستخدام تقنية القنطرة فوق الجافية لتسكين آلام المخاض فبالإضافة للتسكين الجيد للألم لم يلاحظ حدوث تأثيرات مركنة أو مشوشة للألم الحامل، و كذلك تؤمن طريقاً سهلة و سريعة للتخدير في حال الحاجة لعملية قيصرية دون تعريض الحامل للقيء أو لاستنشاق محتويات المعدة كما يحدث ذلك أحيانا أثناء التخدير العام، بالإضافة إلى أنه يوصى باستخدام التخدير بالطريق فوق الجافية في بعض

الحالات الطبية الحرجة مثلا: ضغط الدم العالي عند الحامل، الولادة غير الناضجة، التوائم، المجنئات المقعدية، لإزالة المشيمة العالقة (و نسبتها 1 - 2 %)...الخ[2].  
كما يظهر دور التسكين فوق الجافية في الحد من آثار التعب و الإعياء الجسدية و النفسية على الأم الولود (الدوخة، تسرع القلب، تسرع التنفس، هبوط الضغط الشرياني،....). أيضا هناك أدلة على انخفاض عمل القلب وبالتالي متطلباته من الأوكسجين كما أنه يحسن الجريان الدموي إلى الرحم [1].

## مبررات البحث:

نظرا لخلو القطر العربي السوري من أية دراسة حول هذا الموضوع كان من الحكمة إدخال هذه الطريقة سعيا لتعميمها.

## الهدف من البحث:

تسكين الألم أثناء المخاض باستخدام تقنية القثطرة فوق الجافية للوصول إلى الهدف سنحل المسائل التالية:

- دراسة التأثير المسكن لهذه الطريقة لدى مجموعة من المواخض الخروسات
- تأثير هذه الطريقة في التسكين الولادي على الأم: تضمنت دراستنا في هذا المجال:
  - التأثيرات القلبية الدورانية: على التوتر الشرياني للماخض و نبضها القلبي
  - الاختلاطات
  - التحرك بعد الولادة
  - مدى الرضا عن هذه الطريقة في التسكين الولادي
- تأثير هذه الطريقة على الجنين (الأبغار)

## طريقة البحث:

### مادة البحث:

مجموعة مؤلفة من 50 ماخضا خروسا راجعن قسم التوليد و أمراض النساء في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية في العام 2005 - 2004 و يتصفن بما يلي:

1. في تمام الحمل.
2. لا أمراض مرافقة.
3. العمر  $\geq 35$  عاما.
4. ألا تكون قد استعملت أي نوع من المسكنات.
5. لا مضاد استطباب للتخدير الناحي و الولادة الطبيعية.
6. الوزن  $> 70$  كغ.

### الأدوات:

- a. مجموعات جاهزة و عقيمة من القناطر فوق الجافية عدد 50.
- b. محاقن قياس 20ml من أجل حقن المادة المخدرة في القنطرة فوق الجافية.
- c. جهاز مونيتر لمراقبة الضغط الشرياني، النبض، الأكسجة.

### الأدوية:

## **Bupivacaine (0.5 %) 15 ml + Fentanyl 2 ml**

### المقاييس المستخدمة لتقييم شدة الألم:

1. المقياس الشفهي البسيط.
2. المقياس السلوكي.

### الاختبارات الإحصائية المستخدمة في دراسة التأثيرات القلبية الدورانية:

- 1 - المتوسط الحسابي.
- 2 - الانحراف المعياري.
- 3 - اختبارات الدلالة.

### التحضير و المراقبة:

تمت مقارنة جميع مريضات الدراسة بعد موافقتهم على إجراء التسكين باستخدام تقنية القنطرة فوق الجافية وذلك بعد شرح موجز للفوائد و الاختلاطات المتوقعة لهذه الطريقة. خضعت أيضا كل مريضة لفحص شامل و ذلك لنفي أي اضطرابات عصبية أو مصاعب تشريحية أو مرضية قد تشكل مضاد استنطاب للتخدير الناحي.

كما خضعت كل مريضة للفحوص و الاستقصاءات التالية:

1. تخطيط قلب كهربائي.
2. فحوص دموية تشمل: تعداد عام و صيغة، سكر الدم، بولة و كرياتينين، شوارد الدم، زمن النزف و زمن التخثر.
3. العلامات الحياتية التي تم قياسها بشكل متكرر.

### العمل:

تم تركيب القناطر فوق الجافية لكل مريضة ضمن ظروف التعقيم الصارم في قسم العمليات مع التأكيد على ضرورة توفر الأدوات و الأجهزة الخاصة بالإنعاش القلبي التنفسي.

و قد تم الإجراء للمريضات بوضعية الجلوس و بعد تحضيرهن بالأترابين بمقدار 0.5 mg وريديا. و تم إعطاء 7 ml كجرعة بدئية من المادة المخدرة (بوبيفاكائين (0.5%) + فنتانيل) لكل مريضة متألمة بعد جرعة الاختبار و هي 3 ml ثم كررت الجرعة نفسها (7 ml) عند كل معاودة للألم، و جدير بالذكر أن هذه الجرعة

هي تقريبا ثلث الجرعة المعيارية Standard (20 ml) و التي تعطى للتخدير فوق الجافية في العمليات الجراحية على النصف السفلي من الجسم.

و لقد اعتمدنا نقاط المراقبة التالية بالنسبة للتسكين و الضغط الشرياني و نبض الماخض:

T0: الدقيقة 5 قبل إعطاء المادة المخدرة.

T1: الدقيقة 5 بعد إعطاء المادة المخدرة.

T2: الدقيقة 20 بعد إعطاء المادة المخدرة.

T3: الدقيقة 60 بعد إعطاء المادة المخدرة.

## النتائج و المناقشة:

### 1 - توزيع المريضات حسب العمر

تراوحت أعمار المريضات بين ( 16-35 ) سنة، وتم تقسيمهن إلى مجموعات عمرية كل 5 سنوات:

جدول 1- توزيع المريضات حسب العمر

العمر بالسنوات	العدد	النسبة
16-20	16	32%
21-25	20	40%
26-30	12	24%
31-35	2	4%

ما سبق يفيد بأن عمر الزواج للفتيات في مجتمعنا يتراوح أساسا بين 25 - 21 عاما.

### 2 - توزيع المريضات حسب اتساع عنق الرحم

جدول 2- توزيع المريضات حسب اتساع عنق الرحم

إتساع عنق الرحم (سم)	العدد	النسبة
6 >	35	70%
6-8	10	20%
8 <	5	10%

نلاحظ من الجدول السابق أن أعلى نسبة من المواخض اللواتي تم تخديرهن كن باتساع عنق رحم (> 6) وذلك

لأننا كنا معتمدين التخدير فوق الجافية بعد اجتياز الماخض الطور الكامن حسب مخطط فريدمان .

### 3 - توزيع المريضات حسب العمر الحملي

جدول 3- توزيع المريضات حسب العمر الحملي

العمر الحملي (أسبوع)	العدد	النسبة
38 >	8	16%
38-40	38	76%
40 <	4	8%

من دراستنا تبين أن النسبة الأعلى من المواخض ضمن العمر الحملي (38-40) أسبوعا حمليا.

#### 4 - التوزيع حسب مكان البزل

جدول 4- توزيع المريضات حسب مكان البزل

النسبة	العدد	مكان البزل
86%	43	L2 - L3
14%	7	L3 - L4

ما سبق يفيد بأن معظم حالات البزل تمت بالمكان الطبيعي.

#### 5 - التوزيع حسب طريقة الولادة

جدول 5- توزيع المريضات حسب طريقة الولادة

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

ما سبق يفيد بأن معظم الولادات تمت بالطريق الطبيعي (المهلي) رغم التسكين فوق الجافية.

#### 6 - التوزيع حسب لحظة الحركة بعد الولادة

جدول 6- توزيع المريضات حسب لحظة الحركة بعد الولادة

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

الجدول يفيد بأن التسكين فوق الجافية لم يؤثر على التحريك الباكر للمريضات بعد الولادة حيث تحركت معظم الولادات خلال الساعات الأربع الأولى بعد الولادة (88%).

#### 7 - التوزيع حسب أبعاد الوليد

جدول 7، 1 التوزيع حسب أبعاد الوليد في الدقيقة الأولى

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

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

جدول 7، 2 التوزيع حسب أبعاد الوليد في الدقيقة الخامسة

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

ما سبق يفيد بأن التسكين فوق الجافية للماخض لم يسئ بشكل يذكر لأبعاد الوليد.

## 8 - التوزع حسب الاختلاطات

جدول 8- توزع المريضات حسب الاختلاطات

الاختلاط	العدد	النسبة
تقب الأم الجافية	0	0%
التثبيط التنفسي	0	0%
الغثيان	1	2%
الإقياء	0	0%
التحسس	0	0%
الاحتباس البولي	1	2%
الصداع	1	2%
الانتان	0	0%
الألم الظهري	3	6%
انقطاع القنطرة	0	0%
التخدير الشوكي الكامل	0	0%
الحقن داخل الوعائي	0	0%

حدث في دراستنا:

- ✘ احتباسا بوليا لدى ماخض واحدة فقط و بنسبة 2% و هي نسبة منخفضة.
- ✘ غثيان لدى ماخض واحدة فقط و بنسبة 2% و هي نسبة منخفضة.
- ✘ صداع صدغي لدى ماخض واحدة فقط و بنسبة 2% و قد زال هذا الألم في اليوم الثالث بعد الولادة و دون تناول أية مسكنات فموية و هي نسبة منخفضة.
- ✘ ألم ظهري ناجم عن المناورة الكبيرة أثناء العمل و بنسبة 6% و هي نسبة مرتفعة بالمقارنة مع صغر مجموعة دراستنا.
- ✘ باقي الاختلاطات المذكورة لم تحدث مطلقا (0%).

## 9 - دراسة التأثير على التسكين:

جدول 9.1 يبين التسكين حسب المقياس الشفهي البسيط

T3		T2		T1		T0		درجة الألم
النسبة	عدد المواخض							
8%	4	82%	41	4%	2	2%	1	I
44%	22	18%	9	14%	7	12%	6	II
48%	24	0%	0	28%	14	26%	13	III
0%	0	0%	0	50%	25	54%	27	IV
0%	0	0%	0	4%	2	6%	3	V
100%	50	100%	50	100%	50	100%	50	المجموع

جدول 9، 2 يبين التسكين حسب المقياس السلوكي

T3		T2		T1		T0		درجة الألم
النسبة	عدد المواقض							
0%	0	84%	42	4%	2	2%	1	I
46%	23	12%	6	12%	6	14%	7	II
52%	26	4%	2	30%	15	24%	12	III
2%	1	0%	0	44%	22	50%	25	IV
0%	0	0%	0	10%	5	10%	5	V
100%	50	100%	50	100%	50	100%	50	المجموع

مما سبق نجد أن النسبة الكبرى للمواقض المتألمة تواجدت في الفترتين T0 (5 دقائق قبل حقن المادة المسكنة) و T1 (5 دقائق بعد حقن المادة المسكنة) حيث لم يبدأ بعد تأثير التسكين و من ثم تراجعت نسبة المواقض المتألمة بشكل كبير إلى 0% تقريبا في المقياسين بالنسبة للدرجات III و IV و V للألم في T2 (20 دقيقة بعد حقن المادة المسكنة) حيث كان قد بدأ تأثير المادة المسكنة، و من ثم إزدادت نسبة المواقض المتألمة مرة أخرى في T3 (60 دقيقة بعد حقن المادة المسكنة) بالنسبة للدرجتين II و III للألم و هذا طبيعي حيث يبدأ تأثير المادة المسكنة بالتلاشي مما يستدعي إعطاء جرعة إضافية تالية منها.

#### 10 - دراسة التأثيرات القلبية الدورانية:

دراسة تبدلات الضغط الشرياني الوسطي في مختلف نقاط المراقبة:

1 - مع الدقيقة 5 بعد الحقن T1:

جدول 10، 1 يبين التغير في MAP مع الدقيقة 5 بعد الحقن T1

	MAP		
	T1	T0	
3	8	9.5	X
	0.89	2.07	Q
	$8 \pm 1.78$	$9.5 \pm 4.14$	RR
	0.64		SE
	1.25		Tc
	P < 0.05		

2 - مع الدقيقة 20 بعد الحقن T2:

جدول 10، 2 يبين التغير في MAP مع الدقيقة 20 بعد الحقن T2

	MAP		
	T2	T0	
3	8.5	9.5	X
	2.18	2.07	Q
	$8.5 \pm 2.36$	$9.5 \pm 4.14$	RR
	0.7		SE
	0.11		Tc
	P > 0.05		

## 3 - مع الدقيقة 60 بعد الحقن T3:

جدول 10، 3 يبين التغير في MAP مع الدقيقة 60 بعد الحقن T3

	MAP		
	T3	T0	
	8.7	9.5	X
	2.44	2.07	Q
	$8.7 \pm 2.88$	$9.5 \pm 4.14$	RR
	0.92		SE
	0.5		Tc
	P > 0.05		

نجد أن التبدل في قيمة الضغط الشرياني الوسطي بعد التسكين بالطريق فوق الجافية تمثل بانخفاض ذي أهمية إحصائية فقط مع T1 (5 دقائق بعد حقن المادة المسكنة) ثم استقر بعد ذلك.

## دراسة تبدلات النبض القلبي في مختلف نقاط المراقبة:

## 4 - مع الدقيقة 5 بعد الحقن T1:

جدول 10، 4 يبين التغير في النبض القلبي مع الدقيقة 5 بعد الحقن T1

	النبض القلبي		
	T1	T0	
	100	99	X
	0.43	0.92	Q
	$100 \pm 1.86$	$99 \pm 1.84$	RR
	0.38		SE
	0.55		Tc
	P > 0.05		

## 5 - مع الدقيقة 20 بعد الحقن T2:

جدول 10، 5 يبين التغير في النبض القلبي مع الدقيقة 20 بعد الحقن T2

	النبض القلبي		
	T2	T0	
	91	99	X
	0.54	0.92	Q
	$91 \pm 1.08$	$99 \pm 1.84$	RR
	0.56		SE
	0.34		Tc
	P > 0.05		

6 - مع الدقيقة 60 بعد الحقن T3:

جدول 10، 6 يبين التغير في النبض القلبي مع الدقيقة 60 بعد الحقن T3

	النبض القلبي		
	T3	T0	
3	85	99	X
	1.82	0.92	Q
	85 ± 3.64	99 ± 1.84	RR
	0.46		SE
	2.54		Tc
	P < 0.05		

بالنسبة للنبض القلبي فإن التبدل بعد التسكين بالطريق فوق الجافية تمثل بانخفاض ذي أهمية إحصائية فقط مع T3 (60 دقيقة بعد حقن المادة المسكنة).

### 11 - توزع المريضات حسب مدى قبولهن لهذا النوع من التسكين الولادي:

جدول 11- توزع المريضات حسب مدى الرضى

النسبة	العدد	مدى الرضا
4%	2	ضعيف
16%	8	متوسط
80%	40	جيد

ما سبق يظهر أن النسبة الكبرى للمواخض اللواتي خضعن للتسكين بالطريق فوق الجافية قد أبدين رضاهن عن هذه الطريقة.

### الدراسات المقارنة:

#### المحلية:

لم نجد دراسة مماثلة لدراستنا في مشافي القطر العربي السوري.

#### العالمية:

#### طريقة الولادة:

دراسة قام بها الطبيب Dr Steven T. Fogel و زملاؤه في مشفى كلية الطب في St. Louis التابعة لجامعة واشنطن بين عامي 1989 - 1992 اشتملت على أكثر من 7000 ماخض كانت النتيجة: "أن التخدير فوق الجافية لم يوقف التطور الطبيعي للمخاض و لم يتسبب في حدوث القيصرات"[5].

و نتائج معاكسة وجدت في دراسة أخرى أجريت على أكثر من 13000 ماخض بين عامي 1989 - 1995 في St. Luke's Roosevelt Hospital Center و هو مشفى تعليمي تابع لجامعة Columbia في مدينة نيويورك في الولايات المتحدة قام بها الطبيب المخدر Dr. David J. Birnbach و فريقه حيث وجد أنه:

"لم يكن التخدير فوق الجافية عامل خطورة لحدوث القيصريرات فقط و لكنه أيضا ترافق مع تزايد في نسب حدوثها مع استعمال Oxytocin كمحرض" [5].

و بالمقارنة مع دراستنا نجد أن النسبة 6% للقيصريرات هي مرتفعة نسبيا بالنظر إلى كون دراستنا لم تشتمل إلا على 50 ماخضا تم تسريب ال Oxytocin لهن كمحرض مما يتوافق مع دراسة Birnbach.

#### الاختلاطات:

1. دراسة أجراها Tanaka و Al في عام 1993 على 1000 مريضة، أصيبت 16 منهن بثقب في الأم الجافية و بنسبة 1.6%، كما حقنت المادة الدوائية داخل الأوعية الدموية و بطريق الخطأ لدى 12 منهن وبنسبة 1.2%.
2. دراسة أجراها Li و Collins في عام 1990 على 1000 مريضة، أصيبت واحدة منهن بتثبيط تنفسي بعد حقن المادة المسكنة و بنسبة 0.1%.
3. دراسة أجراها Chestnut و Al في عام 1989 على 1000 مريضة، كانت نسبة الإصابة بالغثيان 30% و بالإقياء 3 - 7%.
4. دراسة أجراها McArthur و Al في عام 1992 على 4766 مريضة، أصيبت 34 منهن بالصداع أي بنسبة 0.7133%، كما كانت نسبة الإصابة بالألم الظهري 18.9% [5].

#### و بالمقارنة مع دراستنا نجد:

- 1، 2، 4 توصلت إلى نتائج قريبة جدا من نتائجنا.
- الدراسة 3 تختلف معنا بنسبها العالية.
- ملحوظة: مع الأخذ بعين الاعتبار الفارق بين حجم مجموعتي الدراسة.

#### التسكين:

دراسة أجراها Webb و Kantor في العام 1992 كانت نتيجتها: "تسكين الألم كان غير تام -عموما- وبنسبة 7.1% مما استدعى تسكيننا بالطريق الوريدي و الذي سبب ألما بنسبة 4.0% من الحالات كما احتجنا إلى التخدير العام بنسبة 3.1% [5].

في دراستنا حصلنا على نتائج مشابهة تقريبا حيث كان تسكين الألم تاما فقد تراجع نسبة المواقض المتألمات بشكل كبير إلى 0% في المقياسين بالنسبة للدرجات IV و V للألم في T2 (20 دقيقة بعد حقن المادة المسكنة) حيث كان قد بدأ تأثير المادة المسكنة.

#### التأثيرات القلبية الدورانية:

في دراسة Webb و Kantor كانت النتيجة: "حدث انخفاض في التوتر الشرياني لدى ثلث المريضات تقريبا، و كان هذا الانخفاض هاما لدى 12% منهن".

دراسة أخرى أجراها Hetland و Al في العام 1989 كانت نتيجتها: "الانخفاض في التوتر الشرياني الوالدي بعد التسكين فوق الجافية يمكن أن ينجم عن انضغاط الأوعية الدموية الكبيرة (الأجوف السفلي) بالتأزر مع تأثير المادة الدوائية كون المريضات يأخذن وضعية الاضطجاع الظهرى بعد الحقن"[5].  
في دراستنا كان الانخفاض الهام في التوتر الشرياني هو في الفترة بين 5 دقائق و 20 دقيقة من حقن المادة الدوائية و بعد أخذ المريضة لوضعية الاضطجاع الظهرى مما يتوافق مع كلتا الدراستين.

#### ✈ مدى القبول:

دراسة قام بها الأطباء Dr Elizabeth Ward ،Dr Nicola Meares ،Dr Leonie Watterson ،Peter Brownridge ، في المشفى Royal North Shore Hospital,Sydney,NSW بين عامي 1997 - 1999 اشتملت على أكثر من 4000 ماضخ كانت النتيجة[5].

درجة القبول	النسبة
ضعيف	5%
متوسط	10%
جيد	85%

و بالمقارنة مع دراستنا نجد تقاربا كبيرا في النتائج.

#### التوصيات العملية:

- ✓ إن عدم تعاون المريضة معنا كان أحد أهم المشاكل التي واجهتنا أثناء الدراسة، و من هنا يأتي دور **التثقيف و توسيع الاطلاع** حول أهمية التسكين الناحي أثناء الولادة و خاصة فيما يتعلق بالتسكين باستخدام القنطرة فوق الجافية.
- ✓ إن تركيب القنطرة فوق الجافية يحتاج إلى **خبرة و مهارة عالية** و التي لا يمكن الحصول عليها إلا بالتدريب المتواصل تحت إشراف أساتذة بارعين.
- ✓ نؤكد على **أهمية جرعة الاختبار** قبل حقن المادة المسكنة و التي تحمي الحامل و جنينها من النتائج المأساوية للحقن الدوائي الخاطئ.
- ✓ تذكر بعض الدراسات العالمية إضافة **غسالة الأدرينالين** للمادة المحقونة لما لها من دور هام في الكشف المبكر و السريع عن الحقن الخاطئ داخل الوعائي للمادة المسكنة، لذا نوصي بأخذ ذلك في الاعتبار في الدراسات المستقبلية.
- ✓ إن هذا النوع من التسكين يتطلب تواجد الطبيب المخدر أو أحد مساعديه بالقرب من المريضة للمراقبة والإعطاء المتكرر للمادة الدوائية المسكنة، و قد خفف ذلك في الدول المتقدمة بتوفير **أجهزة تسريب ذاتية للمادة الدوائية المسكنة** معايرة بدقة يكون بواسطتها التحكم بالتسريب من قبل المريضة نفسها كلما دعت الحاجة لذلك، و حصولنا على هذه الأجهزة سيعطي دفعا قويا للتسكين و التخدير الناحي في مشفانا و سبقا عمليا له في القطر، و مزيدا من الراحة و المرونة في عمل طبيب التخدير.

- ✓ أظهرت دراستنا الحاجة إلى إنشاء غرفة خاصة للتسكين الناحي في قسم التوليد معقمة و مجهزة بما يلزم من أجهزة التخدير و الإنعاش و المراقبة، و محاذية لغرفة المخاض حتى يتمكن الطبيب المخدر من العمل - خاصة مع المريضات في مراحل المخاض المتقدمة- ضمن ظروف عقيمة و آمنة.
- ✓ نوصي بإجراء دراسة للتخدير فوق الجافية عند الولادات.
- ✓ الثقة هي سر الحصول على تسكين أو تخدير ناحي ناجح، و نحصل عليها بالاطلاع الجيد على تقنيات التسكين الناحي، و الممارسة المتزايدة لهذه التقنيات، لذا فإن تشجيع أساتذتنا لنا للتدرب على هذا النوع من التسكين ضروري لاكتساب الثقة اللازمة لممارستنا التالية للتخرج.
- ✓ نعتبر دراستنا هذه قاعدة لإجراء دراسات مستقبلية حول استخدام مواد تخديرية مختلفة أخرى و بتراكيز مختلفة في تسكين آلام المخاض باستخدام تقنية القثطرة فوق الجافية واضعين نصب أعيننا هدف تعميم هذه الطريقة على مشافي القطر.

## المراجع:

1. أتكهيد سميث، 1996 - أسس علم التخدير - الجزء الثاني، ترجمة: د. محمد عبدالرحمن العينية، تقديم وإشراف: أ.د. عبدالقادر دعد.
2. نظيرة عز الدين - التسكين و التخدير في فن التوليد، منشورات جامعة دمشق.
3. Brown DL. & Factors DA., 1997 - *Regional anesthesia and analgesia*, W.B. SAUNDERS, USA
4. Stoeling R.K. 1995 - *Handbook pharmacology physiology in anesthetic practice*, 1st ed, Lippincott - Roven, Philadelphia, USA
5. <http://www.healing-arts.org/mehl-madrona/mmepidural.htm>