

استخدام الريتودرين في تثبيط المخاض الباكر

الدكتور أحمد عبد الرحمن*

الدكتور جهاد أيوب**

طلال صالح***

(تاريخ الإيداع 7 / 9 / 2008. قُبِلَ للنشر في 30 / 10 / 2008)

□ الملخص □

أجريت هذه الدراسة على مريضات المخاض الباكر من 28 وحتى 33 أسبوع حملي حيث بلغ عدد المريضات 57 وقد تم استبعاد 7 مريضات لوجود مضاد استطباب أو وجود مخاض متقدم . استخدم العلاج بالريتودرين (تسريب وريدي) على خمسين مريضة مخاض باكر ، حيث بلغت نسبة النجاح 70% في حين بلغت نسبة الفشل 30% . هذا واشتملت الآثار الجانبية التي حدثت أثناء العلاج على تسرع النبض والخفقان بنسبة 54%، الزلة التنفسية 38%، الرجفان 16% ، تسرع قلب الجنين 4% ولم تلاحظ آثار جانبية خطيرة. ارتفعت نسبة الآثار الجانبية عند وجود عامل خطر أو أكثر عند المريضة كما في ارتكاز المشيمة المعيب 50% ، فقر دم 68.75% ، انبثاق أغشية باكر 53.84% حمل توأمي 80% ، الوزن أقل من 50 كغ 40% ، والخروس 50% .

الكلمات المفتاحية : مخاض باكر Preterm Labor ، شادات مستقبلات B الأدرينالية B adrenergic ، الخداجة Prematurity ، Receptors Agonists .

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

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

***طالب دراسات عليا (ماجستير)- قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Using Ritodrin as Tocolytic in Preterm Labor

Dr. Ahmad Abd Alrahman*
Dr. Jehad Aiub**
Talal Saleh***

(Received 7 / 9 / 2008. Accepted 30/10/2008)

□ ABSTRACT □

This study included 57 patients of preterm labor. Patients' gestational age ranged between 28 and 33 weeks. 7 patients were excluded from this study because of contraindications, so the remainder 50 patients received i. v. Ritodrin injection. The results were as follows: (a) success rate was 70%, (b) failure rate was 30% (c);side-effects were: Tachycardia 54%, dyspnoca 38%, tremor 16%, and fetal Tachycardia 4%; all side-effects increased up to 75% when patients suffered from Anemia 68.75%, Placenta previa 50%, prom 53.84%, and multi-fetal pregnancy 80%.

Keywords : Preterm Labor, B adrenergic Receptor Agonists, Prematurity

* 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.

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

مقدمة:

لقد وجد أن حوالي 6-10% من الولادات تكون قبل الأوان وإن أهم سبب لوفيات حديثي الولادة هي الخداجة prematurity ، كما أن هناك قسماً كبيراً من الأشخاص المعوقين عقلياً وفيزيولوجياً تكون بسبب الولادة المبكرة . الخداجة هي مشكلة خطيرة عند الولدان ، وبالتالي فإن عمل المولد أن يحاول ما استطاع إيقاف المخاض الباكر premature labor مادام بقاء الجنين داخل الرحم يحسن فرص حياته ونضجه الكامل (Fernando،1996).

وقد استخدمت العديد من الأدوية من أجل ذلك ، وقد سميت بحالات المخاض Tocolysis . ومن ضمن هذه الأدوية تم استخدام منبهات المستقبلات B_2 (Beta sympatomimetic drugs) الموجودة في ألياف العضلة الرحمية والتي تؤدي إلى ارتخائها ، حيث استخدم كل من السالبوتامول والريتودرين والتريبتالين . في دراسة الباحث باون نشرت في المجلة الطبية لأمراض النساء والتوليد عام 1995 أجريت على 46 مريضة لديهن مخاض باكر تبين أن الولادة تأخرت 42 يوم باستخدام منبهات مستقبلات B

أهمية البحث وأهدافه:

تحدث الولادات الباكراً بنسبة 6-10% من جميع الولادات ، وقد تزايدت في السنوات الأخيرة . أكثر من ذلك وتعد الولادات الباكراً أكثر الحالات المترافقة مع حدوث نسبة مراضة ووفيات مرتفعة لدى حديثي الولادة ، عندما نستثني التشوهات الخلقية .

إن حديثي الولادة بأعمار أقل من 31 أسبوع حُملي معرضين أكثر من غيرهم إلى حدوث الضرر الحسي والعصبي (Neville،1998).

على الرغم من التقدم في مجال طب الأطفال لحديثي الولادة و الخدج إلا أنه مايزال بعيداً عن النجاح الكامل وذلك بسبب تعدد الامراضيات البيولوجية والسلوكية والاجتماعية.

و يهدف هذا البحث إلى دراسة جدوى تطبيق منبهات B_2 (الريتودرين Ritodrin) تسريباً وريدياً في حال المخاض الباكر وتحري الآثار الجانبية الناجمة عن التطبيق.

طريقة البحث وموارده:

بين عام 2007 ومنتصف عام 2008 115 حامل لديهن مخاض باكر بين عمر حملي 28 ونهاية 34 أسبوع، تم قبولهن في قسم النسائية والتوليد- مشفى الأسد الجامعي-جامعة تشرين.

المخاض الباكر :

عرف بأنه وجود تقلصين رحميين على الأقل خلال عشر دقائق تستمر لأكثر من 60 دقيقة من زمن قبولها في القسم.

في هذه الدراسة تم شمل الحوامل التوأمية ومريضات انبثاق الأغشية الباكر وكذلك تم استبعاد الحوامل اللواتي لديهن:

- 1- توسع لعنق الرحم < 5cm .
- 2- استسقاء أمينوسي .
- 3- تشوهات جنينية مؤكدة .

- 4- علامات لشدة جنينية Fetal Distress .
- 5- الشك بوجود انتان داخل الرحم أو وجود نقص في النمو الجنيني داخل الرحم Intra Uterine Growth Retardation
- أو أي حالة مرضية تشكل مضاد استطباب Contraindication لاستخدام الريتودرين مثل : انتان باطن الرحم، نظم قلب جنيني غير طبيعي Fetal Heart rate ،استسقاء أمينوسي Poly Hydramines ، أو مضادات استطباب خاصة بالدواء كفرط نشاط الدرق والسكري وتسرع القلب .
- بعد أن شخص المخاض الباكر تم تصنيف الحوامل بالشكل الآتي :
- تم إجراء تخطيط قلب الجنين الكهربائي Electro Cardiac Gram لكل حامل أثناء القبول وبعد 24 ساعة من العلاج .
- معدل ضربات قلب الجنين والفعالية التقلصية العضلية للرحم تم تسجيلها بشكل متواصل باستخدام ECG بشكل متواصل أول ساعتين من العلاج ويشكل يومي فيما بعد .
- تم أخذ عينة للزرع من عنق الرحم والبول لكشف المجموعات الحاملة للعقديات مجموعة B
- تم مراقبة ضغط الدم والنبض عند بدء العلاج مع إضافة دواء Verapamil لكل المرضى
- تم قياس تعداد كامل الدم complete blood count - البروتين الارتفاعي C (CRP) - شوارد المصل وخاصة البوتاسيوم K^+ والغلوكوز .
- تم إجراء تصوير بالأموح فوق الصوتية قبل البدء بالعلاج .
- تم تطبيق الريتودرين على الشكل الآتي : تذاب 6 أمبولات ريتودرين 50 ملغ في ليتر سيروم سكري ويكون البدء بـ 8 نقاط / تزداد تدريجياً بمعدل 4ن/ حتى تتوقف التقلصات الرحمية أو يتجاوز النبض 120ن/د أو الوصول إلى الجرعة القصوى 350مكغ/د أي 36ن/د ويجب الحفاظ على الجرعة لمدة 12 ساعة عند تثبيط التقلصات ثم تحول إلى العلاج الفموي .
- تعرف الاستجابة البدئية initial response بأن يتم تثبيط التقلصات الرحمية خلال ساعتين من العلاج وإلا يعتبر العلاج فاشلاً.
- تم إعطاء جميع المريضات ضمن الدراسة الديكساميتازون Dexametazon 12 ملغ عضلي على أن تعاد بعد 24 ساعة وذلك من أجل انضاج رئتي الجنين ، وفيما بعد تعاد هذه الجرعة بعد أسبوع وهكذا حتى نهاية 34 أسبوع حملي .
- إن حاملات الزمرة الجرثومية العقديات (Streptococcus B) أعطين الصادات الحيوية المناسبة .
- تم إيقاف الريتودرين بشكل عام بعد نهاية 34 أسبوع حملي وبشكل مبكر في حال توقف المخاض الباكر لمدة 24 ساعة من دون أي تقلص رحمية حيث يبدأ العلاج بالريتودرين 10 ملغ أربع مرات يومياً عم طريق الفم .
- تم تحديد الآثار الجانبية لدواء الريتودرين وتشمل تسرع النبض <124ن/د وغيثيان وإقياء .
- إن نتائج المعطيات من هذه الدراسة كانت تشمل عدة نواحي :
- ❖ نجاح الفعل الحال للتقلصات الرحمية Successful Tocolysis لأكثر من 48 ساعة وحتى نهاية 34 أسبوع .
- ❖ الآثار الجانبية للريتودرين على الأم الحامل .
- ❖ دراسة العوامل الأمومية والجنينية على نجاح أو فشل العلاج .

النتائج والمناقشة :

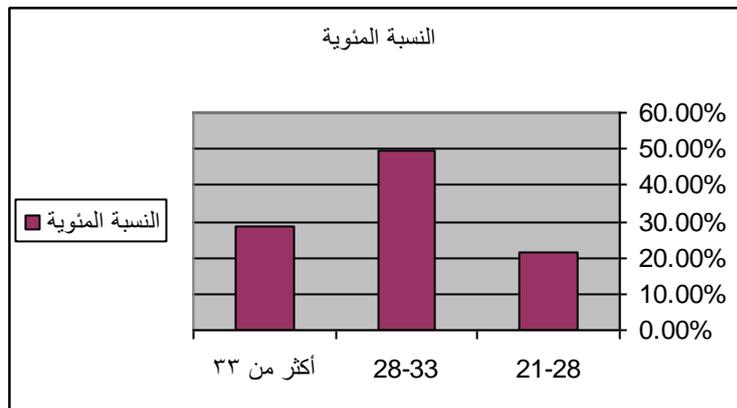
بلغ عدد مريضات المخاض الباكر الرجعات لمشفى الأسد الجامعي باللاذقية ما بين 2007/3/1 وحتى 2008/6/1 115 مريضة

حيث توزعت حالات المخاض الباكر حسب العمر الحملي كما هو موضح في الجدول رقم (1)

الجدول رقم (1) تصنيف المريضات حسب العمر الحملي

النسبة المئوية	العدد	عمر الحمل بالأسابيع
%21.73	25	28-21
%49.56	57	33-28
%28.71	33	أكثر من 33

نلاحظ من الجدول رقم (1) بأن عدد حالات المخاض الباكر بعمر حملي من 28-33 شكلت حوالي نصف الحالات وهي موضوع دراستنا .



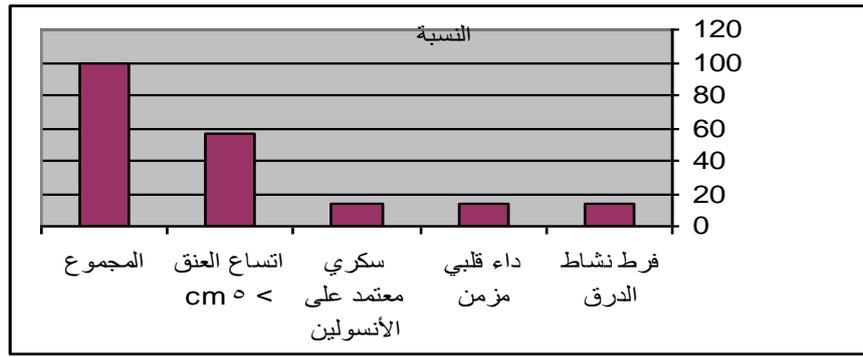
المخطط البياني رقم (1) يبين النسب المئوية للمريضات حسب العمر الحملي

تم استبعاد 7 حالات مخاض باكر من مجموعة الدراسة البالغة 57 حالة بعمر حملي ما بين 28-33 أسبوع حملي وذلك لوجود مضاد استطباب لتطبيق الريتودرين لايقاف المخاض الباكر أو بسبب وجود مخاض متقدم كما هو مبين في الجدول رقم (2)

الجدول رقم (2) يبين مضادات استطباب تطبيق الريتودرين

النسبة	العدد	مضادات الاستطباب
%14.28	1	فرط نشاط الدرق
%14.28	1	داء قلبي مزمن
%14.28	1	سكري معتمد على الأنسولين
%57.16	4	اتساع العنق < 5 cm
%100	7	المجموع

نلاحظ من الجدول رقم (2) أن السبب الأهم لاستبعاد الحالات السابقة كان اتساع عنق الرحم ≤ 5 cm



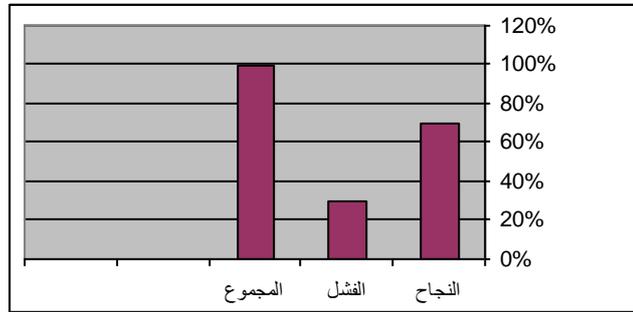
المخطط البياني رقم (2) يبين النسب المئوية لمضاعفات استئطباب الدواء

بلغ عدد الحالات التي استخدم فيها الريتودرين وريدياً 50 حالة حيث نجح في إيقاف التقلصات الرحمية في 35 حالة وفشل في 15 حالة كما في الجدول رقم (3)

الجدول رقم (3) نسبة النجاح والفشل في استخدام الريتودرين

النسبة	العدد	الاستجابة
70%	35	النجاح
30%	15	الفشل
100%	50	المجموع

حيث نلاحظ من الجدول رقم (3) أن نسبة النجاح بلغت 70%



المخطط البياني رقم (3) يبين النسب المئوية للنجاح والفشل

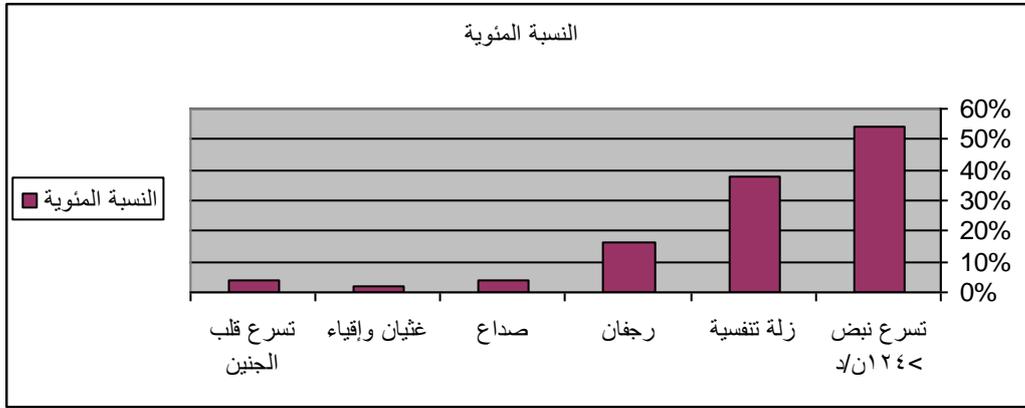
خلال فترة المعالجة بالريتودرين وريدياً لإيقاف المخاض الباكر ظهرت مجموعة من الآثار الجانبية حيث رتبت كما هو موضح في الجدول رقم (4)

الجدول رقم (4) الآثار الجانبية لتطبيق الريتودرين

النسبة المئوية	العدد	الأثر الجانبي
54%	27	تسرع نبض < 124 ان/د
38%	19	زلة تنفسية
16%	8	رجفان
4%	2	صداع

غثيان وإقياء	1	2%
تسرع قلب الجنين	2	4%

نلاحظ من الجدول رقم (4) أن تسرع النبض < 124/د شكل النسبة الأكبر من الآثار الجانبية بينما شكل تسرع قلب الجنين 4% .



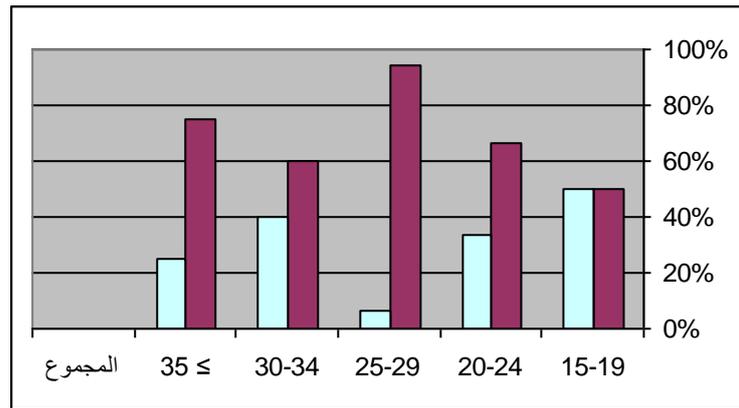
المخطط البياني رقم (4) يبين النسب المئوية للآثار الجانبية للدواء

لقد تم توزيع المريضات حسب الفئات العمرية مع بيان مدى تأثير عامل السن بالنجاح أو فشل المعالجة كما هو موضح في الجدول رقم (5)

الجدول رقم (5) تأثير العمر على نجاح العلاج بالريتودرين

الفئة العمرية (سنة)	العدد	النسبة	النجاح		النسبة
			العدد	النسبة	
19-15	12	24%	6	50%	
24-20	9	18%	6	66.66%	
29-25	15	30%	14	93.93%	
34-30	10	20%	6	60%	
35 ≤	4	8%	3	75%	
المجموع	50	100%	35		

نلاحظ من الجدول السابق أن أعلى فئة عمرية كانت بين 25-29 سنة تلتها الفئة العمرية 15-19 وكانت أعلى نسبة نجاح في الفئة العمرية 25-29 وأعلى نسبة فشل في الفئة العمرية 15-19 سنة. وهذا يدل على مدى تأثير عامل السن دون العشرين سنة في نجاح أو فشل المعالجة .



المخطط البياني رقم (5) يبين النسب المئوية للنجاح والفشل حسب الفئات العمرية

كما و تم توزيع المريضات حسب الوزن بالكيلوغرام مع تبيان مدى تأثير عامل الوزن دون 50 كغ في نجاح أو

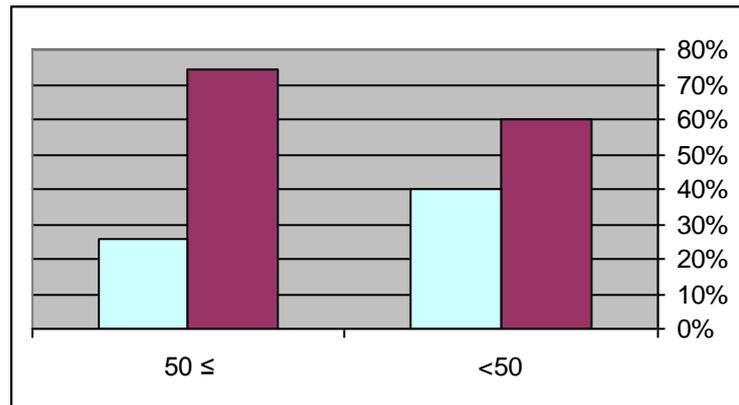
فشل المعالجة (Begum,2003) كما في الجدول رقم (6)

الجدول رقم (6) تأثير الوزن على نجاح العلاج بالريتودرين

الوزن /كغ	العدد	النسبة	النجاح		النسبة	العدد	الفشل
			النسبة	العدد			
50 >	15	30%	9	60%	6	40%	
50 ≤	35	70%	26	74.29%	9	25.7%	
المجموع	50	100%	35		15		

يبين الجدول رقم (6) أن نسبة الفشل كانت أكبر في مجموعة المريضات دون 50 كغ وهذا يدل على تأثير

عامل الوزن في نجاح أو فشل العلاج .



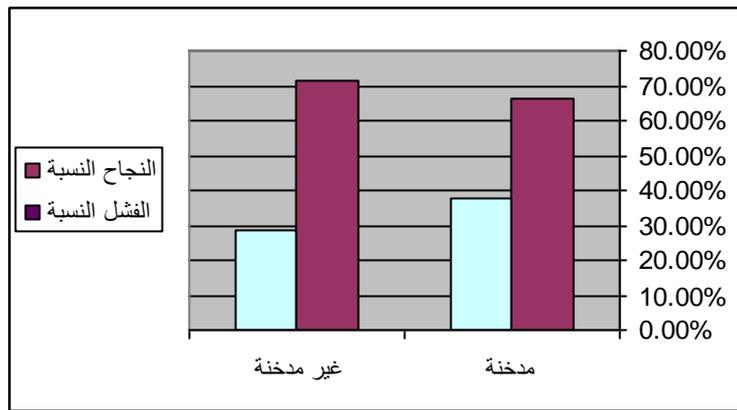
المخطط البياني رقم (6) يبين النسب المئوية للنجاح والفشل حسب وزن المريضة

كما تم دراسة تأثير التخمين في مجموعة الدراسة كما في الجدول رقم (7) :

الجدول رقم (7) تأثير التدخين على نجاح العلاج بالريتودرين

الفشل		النجاح		النسبة	العدد	التدخين
النسبة	العدد	النسبة	العدد			
37.5 %0	3	66.5 %0	5	%16	8	مدخنة
28.5 %7	12	71.3 %2	30	%84	42	غير مدخنة
	15		35	100 %	50	المجموع

أظهرت الدراسة أن نسبة الفشل كانت أعلى عند المدخنات .



المخطط البياني رقم (7) يبين النسب المئوية للنجاح والفشل في حال كون المريضة مدخنة

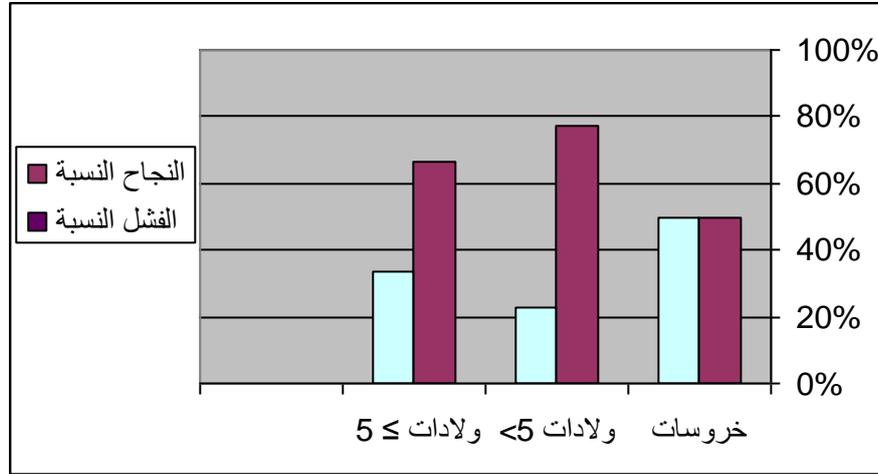
كما تتم توزيع المريضات حسب عدد الولادات السابقة مع بيان مدى تأثير ذلك في النجاح كما في الجدول

رقم (8)

الجدول رقم (8) تأثير الولادات السابقة على نجاح العلاج بالريتودرين

الفشل		النجاح		النسبة	العدد	عدد الولادات
النسبة	العدد	النسبة	العدد			
%50	6	%50	6	%24	12	خروسات
%22.85	8	%77.15	27	%70	35	>5 ولادات
%33.33	1	%66.67	2	%6	3	≤5 ولادات
	15		35	%100	50	المجموع

من الجدول رقم (8) تساوت نسبة الفشل والنجاح عند الخروسات ، أما عند الولادات كانت نسبة الفشل أعلى عند المجموعة ≤ 5 ولادات .

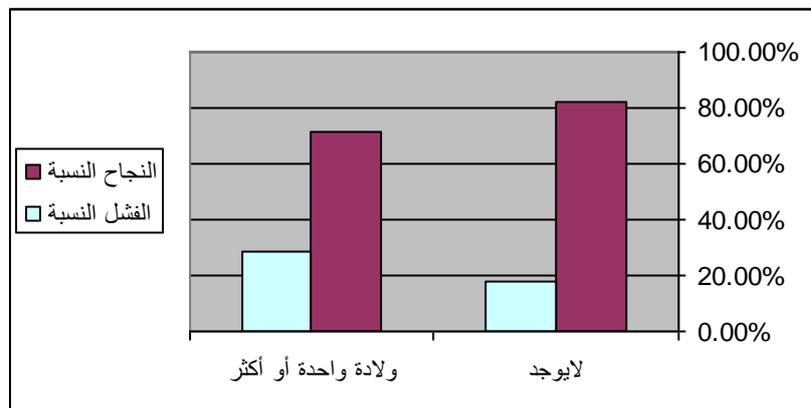


المخطط البياني رقم (8) يبين النسب المئوية للنجاح والفشل في حال تعدد الولادات

كما تم توزيع المريضات حسب قصة وجود ولادة باكرة سابقة كما في الجدول رقم (9) الجدول رقم (9) تأثير الولادات السابقة على نجاح العلاج بالريتودرين

الولادات باكرة سابقة	العدد	النسبة	النجاح		العدد	النسبة
			العدد	النسبة		
لا يوجد	17	44.73%	14	82.35%	3	17.64%
ولادة واحدة أو أكثر	21	55.27%	15	71.43%	6	28.57%
المجموع	38	100%	29		9	

بين الجدول رقم (9) أن 55.27% من الولادات كان لديهن قصة ولادة باكرة على الأقل وكانت نسبة الفشل بالعلاج أكثر وبالتالي فإن وجود عامل الولادة الباكرة قد خفض نسبة النجاح.

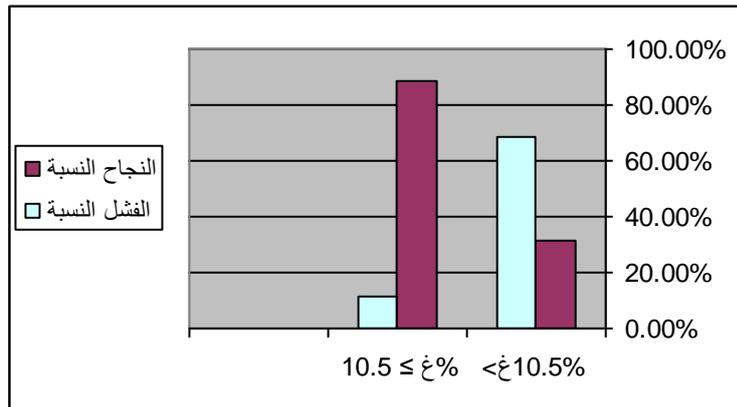


المخطط البياني رقم (9) يبين النسب المئوية للنجاح والفشل في حال وجود سوابق ولادة مبكرة
كما و تم دراسة تأثير عامل فقر الدم على نجاح العلاج في مريضات المخاض الباكر وتم توزيعها على الجدول
رقم (10)

الجدول رقم (10) تأثير فقر الدم على نجاح العلاج بالريتودرين

الفشل	النجاح		النسبة	العدد	الخضاب
	النسبة	العدد			
%68.75	11	%31.25	5	16	% >10.5 غ
%11.76	4	%88.24	30	34	% ≤10.5 غ
	15		35	50	المجموع

يبين الجدول رقم (10) بأن فقر الدم كان موجوداً عند 32% من المريضات حيث انخفضت نسبة النجاح كثيراً
في هذه المجموعة 31.25% مقابل نسبة فشل عالية 68.75% وهذا يدل على تأثير سلبي لفقر الدم على نجاح العلاج
بالريتودرين .



المخطط البياني رقم (10) يبين النسب المئوية للنجاح والفشل في حال وجود فقر دم

كما تم دراسة العامل الجنيني المشيمي في تأثيره على نجاح العلاج بالريتودرين وتضمن (عدد الأجنة - ارتكاز
المشيمة - قصة انبثاق أغشية) ، حيث تم توزيع المريضات حسب عدد الأجنة في الجدول رقم (11)

الجدول رقم (11) توزيع المريضات حسب عدد الأجنة وتأثير ذلك على العلاج

الفشل	النجاح		النسبة	العدد	عدد الأجنة
	النسبة	العدد			
%24.44	11	%75.56	34	45	جنين مفرد
%80	4	%20	1	5	أكثر من جنين
	15		35	50	المجموع

يظهر الجدول رقم (11) أن نسبة النجاح كانت منخفضة جداً في المجموعة الثانية وهذا يدل على أهمية الحمل المتعدد في معدل نجاح أو فشل العلاج .



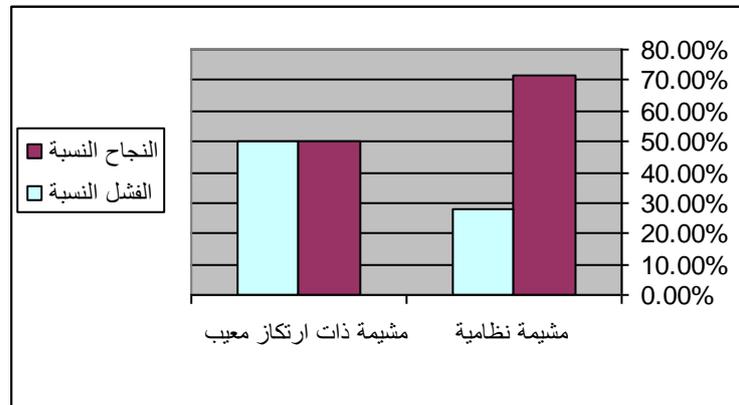
المخطط البياني رقم (11) يبين النسب المئوية للنجاح والفشل في حال وجود تعدد الأجنة

كما تم توزيع المريضات حسب وجود مشيمة ذات ارتكاز نظامي أو ذات ارتكاز معيب ومعرفة مدى تأثير ذلك على العلاج (Kinstensen، 1993) كما في الجدول رقم (12)

الجدول رقم (12) تأثير ارتكاز المشيمة على نجاح العلاج بالريتودرين

المشيمة	العدد	النسبة	النجاح		الفشل	
			العدد	النسبة	العدد	النسبة
مشيمة نظامية	46	%92	33	%71.39	13	%28.26
مشيمة ذات ارتكاز معيب	4	%8	2	%50	2	%50
المجموع	50	%100	35		15	

يظهر الجدول رقم (12) تساوي معدل النجاح والفشل باستخدام الريتودرين .



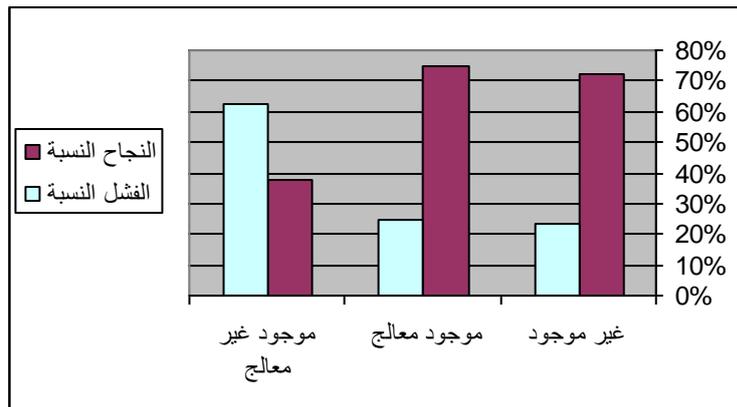
المخطط البياني رقم (12) يبين النسب المئوية للنجاح والفشل في حال وجود ارتكاز مشيمة معيب

كما تم توزيع المريضات اعتماداً على وجود عامل إنتاني (التهاب مجاري بولية أو التهابات مهبلية) أو عدم وجوده مع الإشارة على كونه معالج أو غير معالج ودراسة مدى تأثير ذلك على العلاج كما في الجدول رقم (13) :

الجدول رقم (13) توزيع المريضات حسب وجود أو عدم وجود عامل إنتاني وتأثير ذلك على العلاج

العامل الإنتاني	العدد	النسبة	النجاح		الفشل	
			العدد	النسبة	العدد	النسبة
غير موجود	30	%60	23	%72	7	%23.33
موجود معالج	12	%24	9	%75	3	%25
موجود غير معالج	8	%16	3	%37.50	5	%62.50
المجموع	50	%100	35		15	

نلاحظ من الجدول ارتفاع نسبة الفشل في العلاج عند وجود عامل إنتاني غير معالج وانخفاض نسبة الفشل عند علاجه مما يشير إلى أهمية تأثير العمل الإنتاني وعلاجه على سير العلاج .



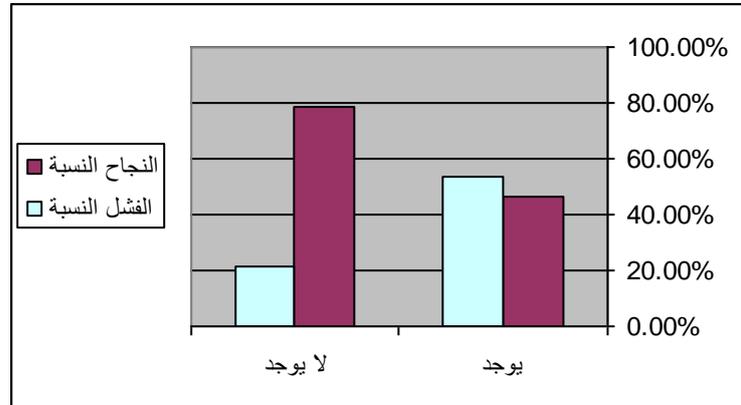
المخطط البياني رقم (13) يبين النسب المئوية للنجاح والفشل في حال وجود أو عدم وجود عامل إنتاني وعلاجه

في الجدول رقم (14) تم توزيع المريضات حسب وجود انبثاق أغشية باكر Prom أولاً مع تبيان أثر ذلك في معدلات النجاح والفشل للعلاج .

الجدول رقم (14) تأثير Prom على نجاح العلاج بالريتودرين

انبثاق الأغشية الباكر	العدد	النسبة	النجاح		الفشل	
			العدد	النسبة	العدد	النسبة
يوجد	13	%26	6	%46.16	7	%53.84
لا يوجد	37	%74	29	%78.38	8	%21.62
المجموع	50	%100	35		15	

يظهر الجدول رقم (14) ارتفاع نسبة الفشل 53.84% في حال وجود Prom وانخفاض نسبة النجاح مقارنة مع مجموعة الأغشية السليمة ، وهذا يدل على دور Prom في نجاح أو فشل العلاج .



المخطط البياني رقم (14) يبين النسب المئوية للنجاح والفشل في حال وجود انبثاق أغشية باكر

النتائج والمناقشة :

بلغت حالات الفشل بالريتودرين في إيقاف المخاض الباكر وريدياً 15 حالة من أصل 50 حالة أي بنسبة 30% من الحالات في حين كان النجاح في 35 حالة أي بنسبة 70% من الحالات . يعود سبب الفشل لوجود عوامل خطر للمخاض الباكر مجتمعة في المريضة الواحدة . كما تم إيقاف العلاج في حالة واحدة بسبب تسرع النبض < 130 ن/د ولم يتوقف عند إبطاء معدل تسريب الدواء .

كما أنه في حالة أخرى (ارتكاز مشيمة معيب) استمرت التقلصات مع حدوث نزف توليدي شديد أدى إلى إيقاف العلاج وتوليد المريضة بقيصرية اسعافية .

أما بالنسبة للآثار الجانبية لم تسجل أي حالة أثر جانبي خطير (كوذمة رئة) فيما حدثت مجموعة من الآثار الجانبية لم تؤثر بشكل هام على فعالية العلاج في إيقاف التقلصات ، تراوحت من تسرع نبض وخفقان بنسبة 54% وزلة تنفسية 38% ، رجفان 16% ، تسرع قلب 4% ، غثيان وإقياء 2% و صداع 1% .

يعود سبب ارتفاع نسبة معدل المخاض الباكر في الفئة العمرية 25-29 سنة إلى ارتفاع معدل الولادات العام في هذا السن والذي يمثل ذروة النشاط التناسلي ، يليه ارتفاع النسبة في الفئة العمرية من 15-19 سنة بسبب ارتفاع معدل الزواج الباكر وهو عامل خطر في حدوث المخاض الباكر .

بينما يعود ارتفاع معدل الفشل عند الخروسات إلى 50% لقلّة دراية الخروس بحوادث المخاض بشكل عام ناهيك عن درايتها بحوادث المخاض الباكر بشكل خاص .

أما سبب ارتفاع نسبة الفشل في حال كان لدى الحامل ارتكاز مشيمة معيب والذي نسبته 50% فهو يعود إلى حدوث نزف مهبطي غزير يعيق متابعة العلاج والاضطرار إلى توليد المريضة بقيصرية اسعافية .

يعود سبب ارتفاع معدل الفشل 62.56% في حال كون الحامل مصابة بعامل إنتاني غير معالج (إنتان مجاري بولية) لدور الإنتان بحوادث المخاض الباكر ولذلك تبرز أهمية معالجة الإنتان البولي المرافق للحمل من أجل إنجاح العلاج .

الدراسات المقارنة:

الدراسة العالمية:

في دراسة عشوائية متعددة المراكز (النمسا ، كندا، التشيك ، السويد ،بريطانيا) في شباط 2001 أجريت على 742 مريضة مخاض باكر ما بين الأسبوعين 28 34 من الحمل ، تم تطبيق الريتودرين فيها حيث تم إيقاف المخاض الباكر بنسبة 76.9% وكانت نسبة الآثار الجانبية القلبية الوعائية 52% وبالمقارنة مع دراستنا كانت النتائج متقاربة .

الاستنتاجات والتوصيات :

- التدبير الباكر للمخاض الباكر أساسي لنجاح المعالجة وهذا يتطلب ضرورة توفر وسائل المراقبة الضرورية أثناء المعالجة الحالة للمخاض .
- يبدي الريتودرين فعالية جيدة في إيقاف المخاض الباكر في حال عدم وجود مضاد استطباب لاستخدامه .
- ضرورة توفر وسائل المراقبة الالكترونية للتقلصات الرحمية كوسيلة موضوعية لتأكيد تشخيص المخاض الباكر ومراقبة مدى الاستجابة للمعالجة الحالة للمخاض مما يمكن أن يجنبنا المعالجة الزائدة غير الضرورية في جرعة الأدوية .

المراجع :

- 1- HAWKER ,F.C.-*Pulmonary oedema associated with beta sympathomimetic treatment of premature labor* . Anaesth intensive care .Vol.12,1984,.143-151.
- 2- BENEDETTI ,T.J. – *Maternal complications of parenteral Betasympathicomimetic therapy for premature labor* . Am J Obstet Gynecol . Vol.145,1983,.1-6.
- 3- HIGBY , K .;XENAKIS, E.M. – *Do tocolytic agents stop preterm labor? A critical and comprehensive view of efficacy and safety* . Am J Obstet Gynecol . Vol.168,1993,.132-136
- 4- HILL,W.C. – *Risk and complication of tocolysis* . Clin Obstet Gynecol . Vol.38,1995,.725-745 .
- 5- KUPFERMINE. M,LESSING. JB . - *nifedipine versus Ritodrin for suppression of preterm labor* . Br J Obstet Gynaecol , 100, 1993,1090-4.
- 6- PAPATSONICS .DN , KOK JH . – *Neonatal effects of nifedipine and Ritodrin for preterm labor* . Obstet Gynaecol ,;95, 2000,477-86 .
- 7- SPELLACY WN,CRUS.- *treatment of premature labor with ritodrine : a randomized controlled study* . Obstet Gynaecol ,;54, 1979,949-57..
- 8- LARZEN, JF .-*Ritodrin in the treatment of preterm labor* . A clinical trial to compare a standard treatment with three regimens involving the use of Ritodrin . Br Obstet Gynaecol ,;87, 1980,949-57.
- 9- GARITE, TG,KEEGAN ,KA . - *A randomized trial of Ritodrin tocolysis versus expectant management in patients with premature of membranes at 25 to 30 weeks of gestation* . Am J Obstet Gynaecol ,;157, 1987,388-93.
- 10- FERNANDO, A; *Preterm Labour. Practical Guide to High Risk Pregnancy and Delivery, 2nd Edition 1996.*
- 11- NEVILLE, F.H.- *Preterm Labour. Essential of Obstetrics and Gynecology, 3rd Edition 1998.*
- 12- KINSTENSEN, J . A . - *Obstetrical Risk Factors in Preterm Labour. Obstet Gynecol Scard 1993.*
- 13- BEGUM, F . BUCHSHE K .-*Risk Factors Associated with Preterm Labour. Bangladesh Aug. 2003.*