

الاختلاطات الوالدية للولادة المهبلية (خلال الطور الثالث والرابع للمخاض)

الدكتور عصام الدالي *

الدكتور أحمد عبد الرحمن **

رؤيف محمود علي ***

(قبل للنشر في 2004/4/21)

□ الملخص □

أجريت الدراسة في قسم التوليد وأمراض النساء - مشفى الأسد الجامعي - اللاذقية وامتدت من تاريخ 2003/01/01 حتى 2004/06/01 وتضمنت الدراسة المواخض في تمام الحمل وليس في سوابقهن قيصرية وكان عددهن 2300 ماخض، وجاءت نتائج الدراسة على الشكل التالي:

- حدثت الاختلاطات الوالدية عند 430 ماخض وشكلت نسبة 19.22% من مجمل الولادات.
- حدثت الاختلاطات عند الولادات بنسبة أعلى من الخروسات (56.5% مقابل 43.5%).
- تمثلت الاختلاطات الوالدية بما يلي :
- تمزقات المسير التناسلي 16.78% .
- العطالة الرحمية 1.69% .
- انحباس المشيمة 0.71% .
- صمة أمنيوسية 0.043% .
- أكثر الاختلاطات مشاهدة عند الخروسات هو تمزق عنق الرحم 5.52% .
- أكثر الاختلاطات مشاهدة عند الولادات تمزق العجان درجة (I) 14.23% .

وكانت أهم العوامل المؤهبة لحدوث الاختلاطات :

- المجينات المعيبة .
- عدم التناسب الحوضي الجنيني .
- تحريض المخاض بالأوكسيتوسين .
- الحمل المتعدد .
- سن الحامل <35عاماً .

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

Maternal Complications of the Vaginal Delivery (During the Third and the Fourth Period of the Labor)

Dr. Issam Al Dall *
Dr. Ahmad Abd Al Rahman **
Rafeef Mahmoud Ali ***

(Accepted 21/4/2004)

□ ABSTRACT □

The study was carried out in the obstetrics and gynecology department at AL ASSAD university hospital in Lattakia at a time between 01/01/2003 and 01/06/2004.

The study included the pregnant in labor who were between (38-40) weeks considerably to LMP and who had no previous cesarean section.

The study included 2300 patients and the results are :

- The maternal complications were noted in 430 patients (19.22%).
- The higher incidence of the complications was in the multiparous women more than in nulliparous women who are having thrie first pregnancy (56.5% to 43.5%) .
- The maternal complications were :
 - genital tract lacerations (16.78%).
 - uterine atony (1.69%) .
 - manual removal of the placenta (0.71%) .
 - amniotic emboly (0.043%) .
- The complication which was the highest in the nulliparous women was the cervical laceration) 5.52%).
- The following factors are considered as predisposed factors for the complications:
 - abnormal presentations .
 - fetopelvic disproportion.
 - using of oxytocin.
 - multifetal pregnancy.
 - pregnant aged > 35 years.

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

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

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

مقدمة :

تتجلى خطورة الاختلاطات التي تحدث خلال الولادة بحدوث النزف والذي يشاهد في حوالي 3.9% من الولادات المهبلية وهو المسؤول عن معظم حالات استخدام الدم ومنتجاته في مراكز التوليد [1] كما أنه يشكل حوالي 35% من جميع الوفيات الولدية الناجمة عن النزف أثناء الحمل في دراسة نشرها kchrinsky عام 1990 [2]. هذا وقد أجري العديد من الدراسات بين عامي (89-90) لتحديد العوامل التي تزيد من نسبة حدوث الاختلاطات الولدية وقد حددت أهم هذه العوامل بما يلي [3] :

- تقدم سن الحامل (< 35 عاما").
 - تعدد الولادات (< 5 ولادات) .
 - التحريض بالأوكسيتوسين.
 - المجينات المعيبة.
 - العامل الإقتصادي.
 - نقص الثقافة والتعليم .
- و أنجزت مجموعة من الباحثين في جامعة كاليفورنيا دراسة لتحديد أكثر الاختلاطات الولدية شيوعا" وجاءت النتائج كما يلي [4] :

- العطالة الرحمية.
- انحباس المشيمة.
- تمزقات السبيل التناسلي.
- انقلاب الرحم.
- تمزق الرحم.

هذا ويعتبر تمزق الرحم أخطر هذه الاختلاطات حيث نشر Eden وزملاؤه عام 1998 حوادث تمزقات الرحم لأكثر من 35 سنة في Duke University ووجد أن النسبة لم تنخفض بشكل واضح مع معدل وفيات بلغ حوالي 20% [5].

في حين تعد تمزقات السبيل التناسلي الأخرى هي الاختلاط الأكثر مشاهدة حيث تراوح نسبتها بين (10.3-39) % [8].

ومن الجدير بالذكر أن العديد من هذه الاختلاطات يمكن تفاديها بتحديد الحوامل عاليات الخطورة والمراقبة الجيدة لسير المخاض مع التدخل في الوقت المناسب لمنع حدوث الاختلاط أو لتدبيره بشكل صحيح .

أهمية البحث:

ارتفاع نسبة الأذيات الولدية الناجمة عن الاختلاطات الولدية وإمكانية الحد من هذه الاختلاطات بالمراقبة الجيدة للحامل خلال فترة الحمل وأثناء الولادة والتدبير الجيد لها .

هدف البحث :

تحديد نسبة حدوث الاختلاطات الولدية لدى الماخض اللواتي تمت ولادتهن في قسم التوليد في مشفى الأسد الجامعي ودراسة العوامل المسببة لهذه الاختلاطات.

مواد البحث :

الماخض (في تمام الحمل) وليس في سوابقهن قيصرية اللواتي تمت ولادتهن في قسم التوليد في مشفى الأسد الجامعي بين 2003/01/01 و 2004/06/01 .

طريقة البحث :

- استمارة خاصة بكل ماخض تمت ولادتها في قسم التوليد خلال فترة الدراسة، تضم الاستمارة :
- قصة سريرية .
 - فحص نسائي .
 - القصة الولادية .
 - ظروف الماخض والولادة الحالية .
 - الاختلاطات الولدية .

الدراسة النظرية

تعريف الماخض:

يعرف الماخض بأنه مجموعة الحوادث التي تؤدي إلى انقذاف محصول الحمل (الجنين وملحقاته) عن الطريق التناسلي بعد الأسبوع العشرين من الحمل [11] .

أطوار الماخض:

يقسم الماخض حسب [9] و [11] إلى ثلاثة أطوار :

1- الطور الأول: وهو طور الاتساع والامحاء، ويبدأ ببدء تقلصات الرحم المجدية ويستمر حتى تمام اتساع عنق الرحم، وتتصف تقلصات الرحم الخاصة بالماخض بأنها مؤلمة لا إرادية متقاربة ومشددة و يستغرق طور الماخض الأول عند الخروس مدة اثنتي عشرة ساعة تقريباً " وعند الولود فترة سبع ساعات ويستدل على حسن سيرالماخض في الطور الأول بتقدم اتساع العنق .

2- الطور الثاني: وهو طور الانقذاف ،و يبدأ بتمام اتساع العنق وينتهي بانقذاف الجنين، ويستغرق هذا الطور عند الخروسات قرابة ستين دقيقة والولودات عشرين دقيقة على أنه لا يجوز في أي حال أن يتجاوز ساعتين عند الخروس وساعة عند الولود، ويستدل على تطور الماخض في هذا الطور بنزول المجيء وتقدمه في الممر التناسلي .

3- **الطور الثالث:** ويدعى طور الخلاص، ويبدأ فور ولادة الجنين وينتهي بانقذاف ملحقاته، ويتم على مرحلتين هما: انفكاك المشيمة وانقذافها، ويستغرق هذا الطور من بضع دقائق إلى 15 دقيقة على أنه لايجوز أن تبقى المشيمة منحبسة لمدة تزيد عن 30 دقيقة .

إضافة إلى مراحل المخاض الكلاسيكية فقد صنف بعض أطباء التوليد المرحلة الكامنة وهي مرحلة تتزايد فيها فعالية الجنين قبل المخاض بعدة أسابيع مما يسهم في عملية تليين عنق الرحم و حدوث بعض الامحاء كما تتمدد القطعة السفلية .

كما حدد بعض أطباء التوليد مرحلة رابعة للمخاض وتمتد ساعتين بعد خروج الملحقات حيث يحدث خلالها تقبض الرحم مع تخثرات في الأوعية الدموية .

شذوذات الطور الثالث للمخاض:

وهي تضم حسب [8] :

- 1- نزوف الخلاص .
- 2- انحباس المشيمة .
- 3- انقلاب الرحم.
- 4- الأورام الدموية في العجان .

نزوف الخلاص

تعرف حسب [1]و[11] بأنها فقدان ما يزيد عن 500 مل من الدم بعد ولادة طبيعية و1000 مل بعد قيصرية وقد اعتبر في دراسة حديثة تغير الهيماتوكريت بمقدار 10% أو الحاجة لنقل دم كتعريف لنزف ما بعد الولادة. وتحدث نزوف الخلاص بنسبة 5% من الولادات وهي تقسم حسب [11] إلى :

- 1- **النزوف المبكرة:** وهي تحدث خلال 24 ساعة التالية للولادة ومن أهم أسبابها :
*العطالة الرحمية. *تمزقات السبيل التناسلي .
*انحباس قطع مشيمية. *نزف المنطقة المشيمية. *اضطراب تخثر الدم .
- 2- **النزوف المتأخرة:** وهي تحدث بعد مضي 24 ساعة على الولادة ومن أهم أسبابها :
*انحباس قطع مشيمية *الإنتان *نقص انطمار الرحم

العطالة الرحمية

ويقصد بها حسب [1] عدم انقباض العضلة الرحمية بعد انقذاف المشيمة أو عودتها للا رتخاء بعد انقباضها وتؤهب العوامل التالية لحدوث العطالة الرحمية :

- 1- فرط تمدد العضلة الرحمية (الحمل التوأمي - الاستسقاء الأمنيوسي) .
- 2- تعدد الولادات .
- 3- المخاض المديد .
- 4- المخاض العنيف .
- 5- إيقاف الأوكسيتوسين بعد الولادة في حال تحريض المخاض .
- 6- الاستعداد البنيوي .

تمزقات القناة التناسلية

وهي تشمل تمزق الرحم وعنق الرحم والمهبل والعجان.

تمزق الرحم:

هو حدوث تفرق اتصال في جدار الرحم سواء كان في جسمها أو قطعها السفلية ومن أهم أسباب تمزق

الرحم حسب [5] :

- 1- ندبة على الرحم ناجمة عن عمل جراحي أو تمزق .
- 2- التحريض الجائر بالأوكسيتوسين .
- 3- التحويل بالأعمال الداخلية .
- 4- استخراج المقعد في المجيء المقعدي قبل تمام الاتساع والامحاء .
- 5- تعدد الولادات.

تمزق عنق الرحم:

من أهم أسباب تمزق عنق الرحم حسب [1]:

- 1- تحريض المخاض الجائر .
 - 2- تطبيق ملقط الجنين أو المحجم الولادي قبل تمام الاتساع.
 - 3- ولادة الرأس المتأخر في المجيء المقعدي قبل تمام الاتساع.
- يتوضع التمزق غالبا" في أيمن العنق وأيسره عند الساعة الثالثة والتاسعة.

تمزق المهبل:

أكثر المواضع عرضة للتمزق هو الرتج الخلفي أو الجانبي وينجم التمزق حسب [1] عن:

- 1- المخاض المسدود .
- 2- استخدام ملقط الجنين قبل تمام الاتساع .
- 3- امتداد خزع الفرج الواقي نحو الأعلى .

تمزق العجان:

وهو يصنف حسب [9] في ثلاث درجات:

- 1- الدرجة الأولى: يتمزق جلد العجان وجدار المهبل وتبقى عضلات العجان سليمة.
- 2- الدرجة الثانية: يتمزق جسم العجان حتى المعصرة الشرجية دون أن يشملها.
- 3- الدرجة الثالثة: يتمزق كامل المعصرة الشرجية وقد يتمزق جدار المستقيم.

ومن أكثر العوامل أهمية في أذية العجان:

- 1- عرض القوس العاني وسعة الفراغ الحاصل خلف الارتفاق العاني.
- 2- حجم ووضعية رأس الجنين .
- 3- شدوذات المجيء .
- 4- قساوة العجان .

انحياس المشيمة

ينجم انحباس المشيمة حسب [11] عن:

1- عدم انفكاكها عن جدار الرحم بسبب:

وهن العضلة الرحمية وعدم عودة تعلقاتها أو التصاق المشيمة غير الطبيعي بجدارالرحم

2- عدم هجرتها إلى القطعة السفلية بعد انفكاكها بسبب انقباض الرحم عليها نتيجة إعطاء الماخض الأوكسيتوسين في الوريد قبل هجرتها .

انقلاب باطن الرحم إلى ظاهرها

وهو ينجم حسب [9] عن :

1-الجر القوي على الحبل السري قبل انفكاك المشيمة .

2-الضغط على قعر الرحم بينما الرحم مع القطعة السفلية والعنق في حالة استرخاء .

3-تعدد الولادات .

4-ارتفاع التوتر المفاجيء داخل البطن بسبب السعال أو العطاس .

5-التصاق المشيمة غير الطبيعي بجدار الرحم .

الورم الدموي المهيلي العجاني

يحدث بعد الولادة نتيجة تنخر وعاء دموي بسبب ضغط المجيء عليه لفترة طويلة، وقد يظهر الورم دون أن يرافقه أي رض على غشاء المهبل أو الفرج، كما يمكن أن يحدث بعد العمليات الولادية أو خزخ الفرج الوافي ولدى إصابة الأم ببعض الاضطرابات التخثرية[11] .

الدراسة العملية

أولاً- طريقة البحث:

هو بحث علمي إحصائي يشمل المواخض في تمام الحمل وليس في سوابقهن قيصرية واللواتي تمت ولادتهن في قسم التوليد في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية خلال فترة الدراسة والتي امتدت من 2003/1/1 إلى 2004/6/1 وتشمل الدراسة تعيين نسبة حدوث الاختلاطات الوالدية لدى مجموعة الدراسة مع تحديد هذه الاختلاطات وتحليل الأسباب المؤدية لها .

تم الحصول على المعلومات المطلوبة باستخدام استمارة خاصة بكل ماخض وتضم الاستمارة :

-قصة سريرية. - فحص نسائي. - القصة الولادية.

-ظروف الماخض والولادة الحالية (ماخض عنيف- ماخض مديد- تحريض الماخض...)

- الاختلاطات الوالدية الحاصلة.

وتهدف الدراسة إلى هدفين أساسيين :

1- هدف وقائي: حيث تمت الدراسة السابقة للاستفادة منها ووضع خطط وقائية للمستقبل.

2- هدف إحصائي: مقارنة هذه النتائج مع ما سبقها من دراسات ومع البلدان الأخرى لاسيما المتقدمة

ثانياً- نسبة الحدوث :

بلغ عدد الولادات في هذه الدراسة 2300 ولادة وقد حدثت الاختلاطات الولادية عند 430 ماخض مشكلة نسبة 19.22% من مجمل الولادات مع اختلاف نسبة حدوثها تبعاً للحالة الولادية. جدول رقم (1) يبين العلاقة بين الحالة الولادية ونسبة حدوث الاختلاطات الولادية .

الحالة الولادية	العدد	النسبة
خروس	187	43.5%
ولود	243	56.5%
المجموع	430	100%

يظهر الجدول السابق أن نسبة حدوث الاختلاطات كانت أعلى عند الولادات.

ثالثاً - توزيع الاختلاطات الولادية :

جدول رقم (2) يبين الاختلاطات المشاهدة عند مجموعة الدراسة مع نسب حدوثها .

الاختلاط	العدد	نسبة الحدوث
تمزق المسير التناسلي	386	16.78%
العطالة الرحمية	39	1.69%
انحباس المشيمة	4	0.17%
الصمة الأمنيوسية	1	0.043%

يظهر الجدول السابق أن الاختلاط الأكثر مشاهدة تمثل بتمزقات المسير التناسلي .

جدول رقم (3) يبين تمزقات المسير التناسلي المشاهدة مع نسب حدوثها.

التمزق	العدد	النسبة
تمزق العجان درجة I	191	50.51%
تمزق العجان درجة II	76	19.68%
تمزق العجان درجة III	3	0.77%
تمزق جدران المهبل	30	7.77%
تمزق عنق الرحم	84	21.76%
تمزق الرحم	2	0.51%

يظهر الجدول السابق أن تمزق العجان درجة (I) شكل النسبة الأعلى ضمن تمزقات المسير التناسلي .

رابعاً- توزيع الاختلاطات الولادية تبعاً للحالة الولادية :

جدول رقم (4) يبين العلاقة بين الحالة الولادية وتمزقات السبيل التناسلي .

الحالة الولادية	العدد	النسبة
خروس	181	46.9%

ولود	205	%53.1
المجموع	386	%100

يظهر الجدول السابق أن نسبة تمزقات السبيل التناسلي أعلى عند الولادات .

جدول رقم (5) يبين العلاقة بين الحالة الولادية والعتالة الرحمية .

النسبة	العدد	الحالة الولادية
%12.83	5	خروس
%87.17	34	ولود
%100	39	المجموع

يظهر الجدول السابق أن حدوث العتالة الرحمية أكثر مشاهدة عند الولادات .

- أظهرت الدراسة وجود أربع حالات انحباس مشيمة شملت ثلاث ولادات وخروس واحدة .
- كما أظهرت الدراسة وجود حالة صمة أمنيوسية واحدة حدثت عند ولود (ح2) .

خامسا- توزيع تمزقات السبيل التناسلي تبعا للحالة الولادية :

جدول رقم (6) يظهر تمزقات السبيل التناسلي المشاهدة عند الخروسات مع نسب حدوثها .

النسبة	العدد	التمزق
%5	80	تمزق العجان درجة I
%0.657	10	تمزق العجان درجة II
%0.065	1	تمزق العجان درجة III
%2.051	16	تمزق جدران المهبل
%5.52	74	تمزق عنق الرحم

يظهر الجدول السابق أن التمزق الأكثر مشاهدة عند الخروسات هو تمزق عنق الرحم .

جدول رقم (7) يظهر التمزقات المشاهدة عند الولادات مع نسب حدوثها .

النسبة	العدد	التمزق
%14.23	111	تمزق العجان درجة I
%8.46	66	تمزق العجان درجة II
%2.564	2	تمزق العجان درجة III
%1.12	14	تمزق جدران المهبل
%1.025	10	تمزق عنق الرحم
%2.564	2	تمزق الرحم

يظهر الجدول السابق أن التمزق الأكثر مشاهدة عند الولادات هو تمزق العجان درجة (I).
سادسا- العوامل المؤهبة للاختلاطات الولدية :

جدول رقم (8) يبين العوامل المؤهبة لحدوث تمزقات السبيل التناسلي مع نسب هذه العوامل.

العامل المؤهّب	العدد	النسبة
عدم التناسب الحوضي الجنيني	219	%56.73
المجيبات المعيبة	94	%24.35
عمر الحامل < 35 عاما"	20	%5.18
سوء ردف العجان	16	%4.14
التحريض الجائر بالأوكسيتوسين	11	%2.84
وجود تندبات سابقة	10	%2.59
الكبس قبل تمام الاتساع والامحاء	5	%1.29
الولادة السريعة	4	%1.035
عدم تجاوز الماخض مع الطبيب	4	%1.03
إجراء خزع الفرج بشكل خاطيء	3	%0.77

يظهر الجدول السابق أن عدم التناسب الحوضي الجنيني يأتي في مقدمة العوامل المؤهبة لحدوث تمزقات السبيل التناسلي.

جدول رقم (9) يظهر العوامل المؤهبة لحدوث العطالة الرحمية ونسب حدوثها.

العامل المؤهّب	العدد	النسبة
تعدد الولادات	13	%33.33
المخاض المتعدد	11	%28.2
الحمل التوأمي	5	%12.82
الاستسقاء الأمنيوسي	4	%10.25
الجنين العرطل	4	%10.25
الولادة السريعة	2	%5.12

يظهر الجدول السابق أن تعدد الولادات هو العامل المؤهّب الأكثر شيوعاً في حدوث العطالة الرحمية.

أظهرت الدراسة مايلي في حالات انحباس المشيمة:

- * ولودان لديها سوابق تحريف رحم (كانت المشيمة ملتحمة).
- * ولود واحدة حدث لديها انكماش في عنق الرحم .
- * خروس واحدة كان لديها انتان أمنيوسي.

لم يتم تحديد السبب المؤدي لحدوث الصمة الأمنيوسية في دراستنا .

المناقشة:

جدول رقم (10) يبين المقارنة بين نسبة تمزقات السبيل التناسلي في دراستنا وفي الدراسات العالمية.

التمزق	الدراسة الحالية	دار التوليد بدمشق دراسة د ميسون السايس 90-91	مشفى التوليد الحديث في القاهرة عام 1995	دراسة Eden في Duke University عام 1998
تمزق (العجان - المهبل - عنق الرحم)	% 16.7	%20	%24	%3.5
تمزق الرحم	%0.08	%0.5	%1.2	%0.09

يظهر الجدول السابق وجود فرق بسيط في نسبة حدوث تمزقات العجان والمهبل وعنق الرحم بين دراستنا ودراسة مشفى التوليد بدمشق ومشفى التوليد في القاهرة [12] [14] مع فرق واضح بينها وبين النسبة في دراسة Eden في Duke University في الولايات المتحدة الأمريكية [5] كما يظهر التقارب الكبير بين نسبة حدوث تمزق الرحم في دراستنا وفي دراسة Eden [5] مع ارتفاع واضح لهذه النسبة في مشفى التوليد في القاهرة وفي دمشق [12] [14] .

جدول رقم (11) يبين المقارنة بين نسبة حدوث العطالة الرحمية في دراستنا وفي الدراسات العالمية.

الدراسة الحالية	دراسة دار التوليد في دمشق د. محمد مغربي 92-93	دراسة Miller في لوس أنجلوس عام 1996
%1.69	%1.9	%0.5

يتبين لدينا في الجدول السابق وجود تقارب كبير بين نسبة حدوث العطالة الرحمية في دراستنا ودراسة دار التوليد في دمشق [13]، مع فارق واضح بينها وبين نسبة الحدوث في دراسة Miller [7] .

جدول رقم (12) يبين المقارنة بين نسبة حدوث انحباس المشيمة في دراستنا وفي الدراسات العالمية

الدراسة الحالية	دراسة في مشفى الملك خالد الجامعي عام 1993	دراسة Miller في لوس أنجلوس عام 1996
%0.17	%0.13	%0.2

يتبين لدينا من الجدول السابق وجود تقارب في نسبة حدوث انحباس المشيمة بين الدراسات الثلاث السابقة [13] [7] مع ارتفاع بسيط للنسبة في دراسة Miller [7] .

جدول رقم (13) يبين المقارنة بين نسبة حدوث الصمة الأمنيوسية في دراستنا وفي دراسة Gross في بريطانيا

دراسة Gross في بريطانيا عام 2000	الدراسة الحالية
%0.012	%0.043

يبين الجدول السابق وجود تقارب بين نسبة حدوث الصمة الأمنيوسية في دراستنا وفي دراسة [6] Gross هذا ولم يتم تحديد سبب حدوث الصمة الأمنيوسية في دراستنا .

الخلاصة:

أجريت الدراسة في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الواقعة بين 2003/1/1 و 2004/6/1 حيث تمت دراسة الولادات التي تمت في هذه الفترة لمواخض في تمام الحمل بدون سوابق قيصرية واللواتي بلغ عددهن 2300 ماخض وتم تحديد الاختلاطات الولدية التي حدثت خلال الطور الثالث والرابع للمخاض مع دراسة العوامل المؤهبة لهذه الاختلاطات.

هذا وقد لوحظت الاختلاطات الولدية عند 430 ماخض مشكلة نسبة 19.22% من مجمل الولادات مع ارتفاع نسبة حدوثها عند الولادات مقارنة بالخروسات (56.5% مقابل 43.5%) .

شكلت تمزقات السبيل التناسلي الإختلاط الأكثر مشاهدة بنسبة 16.78% في حين توزعت باقي الاختلاطات على الشكل التالي :

- العطالة الرحمية 1.69%.
- انحباس المشيمة 0.17%.
- الصمة الأمنيوسية 0.043%.

وكان عدم التناسب الحوضي الجنيني هو العامل المؤهب الأكثر شيوعاً لحدوث الاختلاطات حيث شكل نسبة 51,86% وتوزعت باقي العوامل المؤهبة على الشكل التالي :

- المجيبات المعيبة 21.86% .
- عمر الحامل <35 عاماً 4.65%.
- تعدد الولادات 3.02%.
- تحريض المخاض الجائر 2.55% .

التوصيات:

- 1- حث السيدات الحوامل على مراجعة المراكز المتخصصة لمراقبة الحمل منذ بدايته وتحديد الحمل عالية الخطورة مع بذل كل ما هو ممكن لتجنب الوقوع في الاختلاطات الولادية .
- 2- الإصرار على ولادة الحامل التي لديها عوامل مؤهبة لحدوث الاختلاطات الولادية في المشفى لتدارك الأخطار التي قد تحدث .
- 3- المراقبة الجيدة أثناء المخاض مع التدقيق على المجيء والتناسب الحوضي الجنيني قبل الشروع بتحريض المخاض لما قد يحمله هذا من خطر عظيم على الأم والجنين .
- 4- عدم محاولة الإسراع بولادة المشيمة بالضغط على الرحم وضرورة التصرف بتأني وحكمة خلال سير عملية الولادة .
- 5- الاستعداد لمواجهة النزف عند الحامل عالية الخطورة والمعرضة لوهن العضلة الرحمية وذلك بفتح الوريد بقطرة واسعة القطر مع تأمين وحدات دم بشكل وقائي خاصة" في حال وجود فقر دم لدى الحامل.
- 6- إعطاء مقبضات الرحم بعد الولادة خاصة" إذا كانت النفساء عالية الخطورة ثم مراقبتها بشكل جيد (طور المخاض الرابع).
- 7- فحص المشيمة بعد كل ولادة واستقصاء الطرق التناسلية للتأكد من عدم وجود أي تمزق فيها .
- 8- ضرورة وجود عدادات تستخدم في حال تحريض المخاض للتحكم بعدد النقاط وضمان عدم حدوث فرط تحريض للرحم .
- 9- كتابة استمارة خاصة بكل سيدة تمت ولادتها لبيان ظروف الولادة مع الاختلاطات الولادية الحاصلة وإعطاء نسخة من هذه الاستمارة للسيدة .

المراجع:

.....

- 1-Arias Fernando: High risk pregnancy and delivery 1996 .
- 2 -American journal of obstetric and gynecology: vol. 56 no(2)August1990.
- 3-British journal of obstetric and gynecology: vol. 100- January1993.
- 4-D.A .Fortney: Child birth in developing countries – 16 TH ed,1998,U.S.A.
- 5-Eden RD, Parker RT ,Gell SA: Rupture of the pregnant uterus- A53year review obstet. gynecol. 68:671 ,1998,U.S.A .
- 6- Gross and his friends:Causes of maternal death – Gynecol - Obs. 950- 2000, London .
- 7- Miller, R:Hemorrhagic shock and obstetrical hemorrhage-2 ed,1996 U.S.A.
- 8- Williams 1994.
- 9- د. الدالي - عصام- د. يوسف - أحمد- د.عبد الرحمن - أحمد- د.النقري - محمد:كتاب التوليد- جامعة تشرين - 2000
- 10- د. حقي - إبراهيم - د. فرعون - صادق: فن التوليد - الجزء الأول والثاني 1982
- 11- د. دهمان - أحمد: السريرييات في فن التوليد - الجزء الثاني 1993
- 12- د. الساييس- ميسون: دراسة إحصائية لتمزقات المسير التناسلي العفوية والوقائية أثناء الولادة- خبرة دار التوليد في دمشق - 1991
- 13- د. مغربي - محمد: دراسة حول استئصال الرحم الولادي - خبرة دار التوليد في دمشق - 1993
- 14- د. عبد المعطي - أحمد: مقالة حول التنمية الصحية - مجلة العلوم العربية- القاهرة-آب 1995.