Comparison of Surgical Procedures for Evacuating Uterus in The First Trimester Abortion

Dr . Lena ramadan*

(Received 10 / 12 / 2019. Accepted 2 / 2 / 2020)

□ ABSTRACT □

Abortion is the Most Common Complication of Early Pregnancy, so that should be Effectively Managed with Safe and Appropriate Procedures.

Surgical Evacuation of the Uterus for Management of First Trimester Abortions Usually Involves Electric Vacuum Aspiration (EVA) or Dilation and Curettage (D&C).

Objective : to Detect the Method that Ensure more Safety and Efficacy for the First Trimester Abortion (EVA or D&C).

The Study Included 100 Pregnant Women, Gestational Age Less than 12 Weeks, with Incomplete Abortion, Missed Abortion or Blighted Ovum, They were Allocated into two Groups, Group A (n=50) Underwent EVA, and Group B (n=50) Underwent D&C, The Procedures were Performed Using the General Anesthesia.

Clinical Characteristics were Similar in the Two Groups, There were no Reports of Maternal Deaths, Cervical Laceration, Uterine Perforation, or Blood Transfusion Recorded in the two Groups.

The Efficacy of EVA was the same as that of D&C in Successful the Procedure, but Pain and Blood Loss and Hospitalization were Experienced more in the D&C Group

.

Key Words : First Trimester, Surgical Abortion, Electric Vacuum Aspiration, Dilation and Curettage.

* **Assistant professor- College of Human Medicine - Tishreen University – Lattakia- Syria.**

المقارنة بين طرق الإفراغ الجراحية للرحم في إسقاطات الثلث الأول للحمل

د. لينا رمضان*

(تاريخ الإيداع 10 / 12 / 2019. قُبِل للنشر في 2 / 2 /2020)

□ ملخّص □

يعتبر الإسقاط هو الاختلاط الأكثر شيوعاً في مراحل الحمل المبكرة، لذلك كان لابد من اتباع طرق آمنة وفعالة لتدبيره.
ويعتبر الإفراغ الجراحي إحدى الطرق المتبعة في تدبير إسقاطات الثلث الأول للحمل، وهذا يتضمن استخدام الرشف بالممص أو التوسيع والتجريف الآلي.
يهدف البحث إلى تحديد الطريقة الأكثر أماناً وفعالية في تدبير إسقاطات الثلث الأول للحمل.
أجريت الدراسة على 100 مريضة بقصة إسقاط ناقص أو منسي أو بيضة رائقة أو موت محصول حمل بعمر حملي $\geq$ 12 أسبوع حملي.
قسمت المريضات إلى مجموعتين كل مجموعة 50 مريضة، تم تدبير مجموعة بالممص الكهربائي، ومجموعة بالتوسيع والتجريف الحاد تحت التخدير العام.
كانت النتائج السريرية متشابهة بين مجموعتي الدراسة، ولم تسجل أي حالات وفاة أو انثقاب رحم أو تمزق رحم أو نزف غزير مهدد للحياة.
كانت فعالية الرشف بالممص الكهربائي تماثل فعالية التجريف الحاد من حيث نجاح الإجراء في تدبير الإسقاط، ولكن الألم وخسارة الدم كانت أكبر في مجموعة التجريف الحاد.

الكلمات المفتاحية : إسقاطات الثلث الأول الحملي – الإسقاط الجراحي – الرشف بالممص الكهربائي – التوسيع والتجريف الحاد.

* **مدرسة – كلية الطب البشري – جامعة تشرين– اللاذقية– سورية**

مقدمة:

الإجهاض (Abortion) هو إنهاء الحمل عن طريق خروج أو استخراج الجنين قبل أن يتمكن من الحياة خارج الرحم [1].

يعرف الإجهاض الذي يحدث دون تدخل بالإجهاض العفوي، وعندما يتم اتخاذ خطوات معتمدة لإنهاء الحمل يطلق عليه الإجهاض المحرض [2].

يصنف الإجهاض المحرض إلى إجهاض علاجي استجابة لحالة صحية للمرأة أو الجنين، أو اختياري لأسباب أخرى.

يعرف الإسقاط العفوي [3] (Spontaneous Abortion) بأنه خسارة حمل مشخص سريرياً قبل الأسبوع 20 حملي، وتعرفه منظمة الصحة العالمية بأنه طرد أو استخراج جنين يزن 500 غرام أو أقل، ويعرف فقدان الحمل الباكر بأنه حمل غير قابل للحياة داخل الرحم خلال الأشهر الثلاثة الأولى (12W+6D) من آخر دورة طمثية [4].

يمر الإسقاط بالمراحل السريرية التالية : [5-6]

التهديد بالإسقاط (Threatened Abortion) – الإسقاط المحتم (Inevitable Abortion)

الإسقاط الناقص (Incomplete Abortion) – الإسقاط التام (Complete Abortion).

ويعد الإسقاط المنسي (Missed Abortion) أحد أشكال فقدان لحمل الباكر، وهو موت محصول الحمل بعمر أقل من 20 أسبوع حملي واحتباسه لأيام وأسابيع داخل الرحم، ويتم تشخيصه اعتماداً على أحد المعايير الصدوية التالية :

1- غياب الفعالية القلبية في مضغة تقيس CRL>5mm.

2- غياب الكيس المحي في كيس حملي أساسي يقيس قطره 13 ملم.

3- غياب القطب الجنيني في كيس حملي أساسي يقيس قطره > 25 ملم بالايكو البطني أو > 18 ملم بالايكو المهبلي.

ومن الأشكال الأخرى لفقدان الحمل الباكر; البيضة الرائقة (Blighted Ovum) وهو تعبير يطلق على وجود كيس حملي يقيس صدوياً > 18 ملم بالايكو المهبلي أو > 25 ملم بالايكو البطني مع عدم مشاهدة مضغة.

يعتبر التقدم بالعمر، وقصة إسقاطات سابقة، والتدخين أكثر من 10 سجائر باليوم وشرب الكحول وتناول أكثر من 5 أكواب قهوة باليوم وكذلك مشعر كتلة الجسم قبل الحمل BMI < 18.5 أو BMI > 25 وبالإضافة لتناول مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية حول فترة الإلقاح، والتعرض للحمى أكثر من 100 درجة فهرنهايت عوامل خطورة لحدوث الإسقاطات العفوية [7-8].

أما أهم العوامل المسببة لحدوث الإسقاطات العفوية: [9]

1- الشذوذات الصبغية 50% من كل الإسقاطات.

2- الشذوذات الخلقية.

3- الرض وخاصة الناجم عن الإجراءات الطبية داخل الرحم.

4- الشذوذات الرحمية.

5- الانتانات الحادة لدى الأم كالانتان بالمقوسات القندية والحصبة.

6- الاضطرابات الغدية الصماوية الوالدية (سوء وظيفة الدرق – كوشينغ – PCO).

7- التأهب الخثاري الوراثي.

8- الاضطرابات المناعية الجهازية (ذئبة حمامية – متلازمة أضداد الفوسفوليبيد).

9- مجهول السبب.

يتم تدبير الإسقاطات عن طريق : [10-11]

1- طرق محافظة في حالات الإسقاط الناقص فترتشف البقايا خلال أسابيع.

2- طرق دوائية تتضمن إعطاء أدوية لاستكمال الإسقاط مثل ميزوبروستول لوحده أو بالمشاركة مع ميفيبريستون.

3- طرق جراحية [12] وتتضمن : الرشف بالممص الكهربائي والتجريف الحاد وخزع أو استئصال الرحم.

التجريف الحاد : هناك تراجع عالمي في استخدام هذه الطريقة نظراً لكثرة الاختلاطات ولكن للأسف مازالت تستخدم بكثرة في بلادنا.

الرشف بالممص : هو المفضل عالمياً ويمكن استخدامه حتى عمر 14 أسبوع حملي، وله تقنيات : الرشف اليدوي أو بالممص الكهربائي.

اختلاطات الإفراغ الجراحي للرحم : [13]

I- **اختلاطات فورية** : وهي اختلاطات تحدث أثناء الإجراء الجراحي أو خلال الساعات الثلاث التالية، وتتضمن :

1- النزف : معدل حدوثه 0,05 – 4,9 %، وتقدر كمية النزف عادة بين 100 – 1000 مل ومن الصعب تقديرها لذلك يتم الاعتماد على مقدار الخضاب بعد الإجراء، وأهم مسببات النزف : العطالة الرحمية – تمزق عنق الرحم – وجود بقايا ضمن جوف الرحم.

2- أذية عنق الرحم : معدل حدوثه 0,01 – 1,6 %، ويحدث الرض أثناء التوسيع أو التجريف، ويشمل طيف واسع من الأذيات تتدرج من تمزق سطحي حتى الناسور العنقي المهبلي والتمزق الطولاني الصاعد لمستوى الأوعية الرحمية.

3- تدمي الرحم الحاد : نسبة حدوثه 0,1 – 1 % ويدعى متلازمة بعد الإجهاض، سببه مجهول، وهو اختلاط هام للتجريف بالممص، ويتظاهر بتقلصات رحمية شديدة خلال ساعتين من التجريف وشعور المريضة بالتعب، ويكون النزف أقل من المتوقع، ويبدو الرحم بالجس كبير الحجم وطري القوام.

4- انثقاب الرحم : اختلاط نادر الحدوث ولكنه من الاختلاطات الخطيرة.

II- **اختلاطات آجلة** : تحدث بعد الساعات الثلاث الأولى من الإجراء وحتى اليوم 28 التالي للجراحة وتشمل البقايا النسيجية والخمج.

III- **اختلاطات متأخرة** : تحدث بعد 28 يوم من الإجراء الجراحي وتشمل الالتصاقات ضمن جوف الرحم (متلازمة أشرمان) وما ينتج عنها من عقابيل، والعقم والاضطرابات الطمثية، والاسقاطات المتكررة، والحمل الهاجر.

أهمية البحث وأهدافه :

أهمية البحث :

يعتبر الإسقاط العفوي أشيع الاختلاطات الباكرة للحمل، إذ يحدث لدى 8 – 20 % من الحمول المشخصة سريرياً قبل الأسبوع 20 حملي، ويتناقص التواتر مع تقدم عمر الحمل، إذ تحدث 80% من الإسقاطات خلال ال 12 أسبوع الأولى من الحمل، ومع هذه النسبة المرتفعة لحدوث الإسقاطات في الثلث الأول من الحمل وأهمية التدبير الآمن والفعال له' يبرر إجراء دراسة لتحديد الطريقة الجراحية الأكثر فعالية وأماناً (التجريف الحاد أو الرشف بالممص الكهربائي) في تدبير إسقاطات الثلث الأول من الحمل.

هدف البحث :

توصيف اختلاطات استخدام الرشف بالممص الكهربائي وتجريف الرحم الآلي في تدبير إسقاطات الثلث الأول من الحمل وإجراء المقارنة بينهما، ومقارنة مزايا وعيوب الرشف بالممص الكهربائي وتجريف الرحم الآلي.

طرائق البحث ومواده:

الدراسة هي دراسة مستقبلية مضبوطة، تتألف عينة البحث من 100 حامل بعمر حملي < 12 أسبوع حملي قمن بمراجعة مشفى تشرين أو العيادة الخاصة بقصة إسقاط ناقص أو منسي أو بيضة رائقة خلال عامي 2017 – 2018، وتتراوح أعمارهن بين 14 – 47 سنة، تم تقسيمهن إلى مجموعتين رئيسيتين متساويتين وفقاً لطريقة التدبير المتبعة، وكانت المجموعتان مضبوطتان من حيث العمر وحالة الإسقاط والحالة الإنجابية والمتغيرات الأخرى :

- المجموعة الأولى : مجموعة المريضات اللاتي سيخضعن لرشف بالممص الكهربائي EVA (n=50)
- المجموعة الثانية : مجموعة المريضات اللاتي سيخضعن للتجريف الآلي (n=50)

معايير الإدخال :

1- المريضة حامل بعمر حملي ≥ 12 أسبوع حملي اعتماداً على آخر دورة طمثية مع / أو تأكيد صدوي سابق.

2- وضع تشخيص سريري – صدوي للسيدة إسقاط ناقص أو منسي أو بيضة رائقة.

معايير الاستبعاد :

1- حالة عامة غير مستقرة

2- وجود حالة حموية

3- وجود أمراض داخلية أو جراحية شديدة

4- اضطرابات تخثرية.

طريقة الدراسة :

بعد أخذ موافقة المريضة وتحديد مجموعتها، كان يتم الإجراء وفق التالي :

- أخذ العلامات الحيوية (ضغط ونبض وحرارة) وتحديد درجة النزف المهبلي
- فتح خط وريدي
- سحب عينة دم لتحديد الزمرة وعامل الريزيوس ومعايرة الخضاب
- إفراغ المثانة قبل الإجراء
- تعقيم المنطقة وتجهيز الأدوات التي سوف تستخدم في الإفراغ
- البدء بتخدير المريضة من قبل الطاقم التخديري
- أعطيت كل المريضات جرعة صادات وقائية قبل الإجراء

بعد الانتهاء من الإجراء كان يتم :

- مراقبة العلامات الحيوية والنزف والألم البطني
- إعادة معايرة خضاب الدم بعد أربع ساعات من الإجراء
- تصوير الرحم بالأمواج فوق الصوتية بعد ساعتين من الإجراء

– إعطاء الغلوبولين المناعي Rh(D) بالجرعة المعيارية 300 مكغ عضلياً لدى السيدات سلبيات عامل الريزيوس غير المتحسسات

التحليل الإحصائي :

تم استخدام الاختبارات الإحصائية التالية :

– اختبار كاي مربع للمتغيرات المنفصلة كنوع الإسقاط والحالة الإنجابية والحاجة لمسكنات بعد الجراحة

– اختبار فيشر عند عدم تحقق شروط اختبار كاي مربع

– اختبار تي تيست للمتغيرات المتصلة كعمر الأم والعمر الحملي وفترة الإجراء الجراحي وقيم الخضاب قبل وبعد الجراحة

– اعتبرت الفروق ذات دلالة عند عتبة الدلالة $P\ value \leq 0.05$

– اعتبرت الفروق ذات دلالة إحصائية بشكل جوهري عند عتبة الدلالة $P\ value \leq 0.01$

وقد كانت مجموعتي الدراسة مضبوطتين من حيث عمر الحامل والعمر الحملي ونوع الإسقاط والحالة الإنجابية وطبيعة الولادات السابقة.

وقد تمت دراسة :

(1–1)مدة العمل الجراحي :

الجدول (1–1) المتوسط الحسابي لمدة العمل الجراحي وفقاً للطريقة المتبعة،

المتغير المدروس	الرشف بالممص الكهربائي (المتوسط + الانحراف المعياري	التجريف الآلي (المتوسط + الانحراف المعياري)	P Value	الدلالة الإحصائية
مدة العمل الجراحي	4.00 ± 1.04	6.78 ± 1.98	0.001	فارق إحصائي جوهري

نلاحظ من الجدول أن فترة العمل الجراحي كانت أقصر عند استخدام الممص الكهربائي بشكل جوهري.

(1–2) الاشتباه بانثقاب الرحم :

لم تسجل أي حالة انثقاب رحم مثبتة بفتح البطن أو بالتنظير في عينة الدراسة، ولكن اشتبه بحالتي انثقاب في مجموعة التجريف الآلي وحالة واحدة في مجموعة التجريف بالممص الكهربائي.

الجدول (1–2) الاشتباه بانثقاب الرحم وفقاً لطريقة التدبير المتبعة.

المتغير المدروس	الرشف بالممص الكهربائي (العدد والنسبة المئوية)	التجريف الآلي (العدد والنسبة المئوية)	P Value	الدلالة الإحصائية
الاشتباه بانثقاب الرحم	1 (2%)	2 (4%)	1	لا يوجد فروق
لا يوجد اشتباه بانثقاب الرحم	49 (98%)	48 (96%)		

(1-3) الحاجة إلى إعطاء مسكنات للألم بعد الجراحة :

نظراً لصعوبة التقدير الحقيقي لدرجة الألم بعد الجراحة، تمت مقارنة الألم بعد الجراحة بين مجموعتي الدراسة عن طريق الحاجة لإعطاء مسكنات الألم بعد الجراحة خلال فترة تواجد المريضة في المشفى.

الجدول (1-3) الحاجة لمسكنات بعد الجراحة في عينة البحث وفقاً لطريقة التدبير المتبعة

المتغير المدروس	الرشف بالممص الكهربائي (العدد والنسبة المئوية)	التجريف الآلي (العدد والنسبة المئوية)	P Value	الدلالة الإحصائية
الحاجة لمسكنات بعد الجراحة	5 (%10)	14 (%28)	0.022	فارق هام
	45 (%90)	36 (%72)		

نلاحظ أن قيمة P < 0.05 أي أن استخدام الممص الكهربائي في إفراغ الرحم يترافق مع حاجة أقل للمسكنات مقارنة مع التجريف الآلي.

(1-4) التقييم الصدوي بعد ساعتين من الجراحة :

تمت معاينة الرحم بالايكو بعد ساعتين من تمام الإجراء للتأكد من الإفراغ التام للرحم.

إن وجود سماكة في بطانة الرحم أكثر من 15 ملم يعتبر دليلاً على وجود بقايا.

وجدنا حالة واحدة بسماكة أكثر من 15 ملم في مجموعة التجريف الحاد مقابل حالتين في مجموعة الرشف بالممص وقد تم تدبيرهن دوائياً بالميزوبروستول

الجدول (1-4) نتائج التقييم الصدوي بعد الجراحة وفقاً لطريقة التدبير المتبعة

المتغير المدروس	الرشف بالممص الكهربائي (العد والنسبة المئوية)	التجريف الآلي (العدد والنسبة المئوية)	P Value	الدلالة الإحصائية
سماكة بطانة الرحم < 15 ملم	2 (%4)	1 (%2)	1	لا يوجد فروق
سماكة بطانة الرحم > 15 ملم	48 (%96)	49 (%98)		

نلاحظ أنه لا يوجد فارق إحصائي هام بين الطريقتين.

(1-5) فترة الاستشفاء :

قسمت العينة إلى فئتين أقل أو أكثر من ست ساعات :

الجدول (1-5) فترة الاستشفاء بعد الجراحة وفقاً لطريقة التدبير المتبعة

فترة الاستشفاء بعد العمل الجراحي	الرشف بالممص الكهربائي (العدد والنسبة المئوية)	التجريف الآلي (العدد والنسبة المئوية)	P Value	الدلالة الإحصائية
أقل من 6 ساعات	42 (84%)	31 (62%)	0.013	فارق هام
أكثر من 6 ساعات	8 (16%)	19 (38%)		

نلاحظ وجود فرق إحصائي هام P = 0.013 بين المجموعتين، فترة الاستشفاء أقل عند مجموعة التجريف بالممص.

(16) النزف أثناء وبعد الجراحة :

نظراً لصعوبة التقدير الحقيقي للنزف خلال وبعد الجراحة، تمت مقارنة النزف بين المجموعتين عبر معايرة الخضاب قبل الجراحة وإعادة معايرته بعد أربع ساعات من الجراحة.

الجدول (1-6) تغير قيم الخضاب قبل وبعد الجراحة وفقاً لطريقة التدبير المتبعة

المتغير المدروس	الرشف بالممص الكهربائي (المتوسط ± الانحراف المعياري)	التجريف الآلي (المتوسط ± الانحراف المعياري)	P Value	الدلالة الإحصائية
الخضاب قبل الجراحة	11.23 ± 0.89	11.22 ± 0.96	0.896	لا يوجد فروق
الخضاب بعد الجراحة	10.97 ± 0.89	10.64 ± 0.62	0.023	فارق هام
التغير بقيم الخضاب	0.25 ± 0.20	0.56 ± 0.17	0.001	فارق جوهري

نلاحظ وجود فارق إحصائي هام في قيم الخضاب بين المجموعتين، حيث كانت القيم في مجموعة الرشف بالممص الكهربائي أقل بشكل جوهري منها في مجموعة التجريف الآلي، وكذلك كان الأمر بالنسبة لتغير قيم الخضاب قبل وبعد الجراحة كانت $P < 0.001$.

النتائج والمناقشة:

النتائج :

- لا يوجد فارق إحصائي بين مجموعتي الدراسة بالنسبة لعمر المريضة والحالة الإنجابية ونوع الولادة السابقة وعمر الحمل ونوع الإسقاط.
- لم تسجل أي حالة وفاة والدية أو انثقاب رحم أو تمزق عنق رحم أو نزف رحمي مهدد للحياة أو نقل دم في كلا المجموعتين.

– ترافق الرشف بالممص الكهربائي بألم أقل بعد الجراحة مقدراً بالحاجة إلى مسكنات الألم وذلك في تدبير إسقاطات الثلث الأول من الحمل مقارنة مع التجريف الآلي (P = 0.22).

– ترافق الرشف بالممص الكهربائي مع نزف أقل خلال وبعد الجراحة مقدراً بتغير قيم الخضاب بعد الجراحة، وذلك في تدبير إسقاطات الثلث الأول من الحمل مقارنة مع التجريف الآلي (P = 0.001).

– لا يوجد فارق هام إحصائياً بالنسبة للاشتباه بانثقاب الرحم عند استخدام الرشف بالممص الكهربائي أو التجريف الآلي في تدبير إسقاطات الثلث الأول من الحمل (P = 1) وقد يعود ذلك إلى حجم العينة القليل نسبياً.

– لا يوجد فارق هام إحصائياً بالنسبة لنجاح إفراغ الرحم باستخدام الرشف بالممص الكهربائي أو التجريف الآلي في تدبير إسقاطات الثلث الآلي من الحمل (P = 1)، وإن كان هناك خلاف عالمي حول الموضوع.

– إن المدة الزمنية اللازمة لإفراغ الرحم باستخدام الرشف بالممص أقل من المدة اللازمة لإفراغه باستخدام التجريف الآلي.

– إن فترة الاستشفاء أقل عند استخدام الرشف بالممص مقارنة مع التجريف الآلي (P = 0.0013).

المناقشة :

كانت الدراسة من النمط المستقبلي المنضبط، تضمنت عينة الدراسة 100 سيدة حققن شروط الإدخال، وقد تم تقسيمهن إلى مجموعتين حسب طريقة التدبير، 50 سيدة أجري لهن الإفراغ بالممص الكهربائي، و 50 سيدة أجري لهن الإفراغ بالتجريف الآلي، وبعد التأكد من تجانس المجموعتين، أجريت مقارنة تحليلية بينهما.

بالنسبة لمدة العمل الجراحي كانت تحسب بدءاً من لحظة البدء بالإجراء دون حساب الفترة المستغرقة للتحضير الجراحي أو التخدير حتى إخراج المبعدات.

كانت مدة الإجراء في مجموعة الممص الكهربائي (4 ± 1.04) دقيقة، أما في مجموعة التجريف الآلي فقد كانت (6.78 ± 1.98) دقيقة، وعند إجراء التحليل الإحصائي باستخدام اختبار تي تيست كان هذا الفارق جوهرياً من الناحية الإحصائية عند مستوى ثقة 99% (P < 0.01) وهذا يتوافق مع نتائج دراسة Kiltiwatanakul و Weerakiet في اليابان 2012 [14].

المتغير الثاني الذي تم إخضاعه للمقارنة هو الاشتباه بانثقاب الرحم حيث تم الاشتباه بحالة واحدة في مجموعة الممص الكهربائي وحالتين في مجموعة التجريف الآلي، ولكن بعد تطبيق الاختبار الدقيق لفيشر، لم يكن هذا الفارق هام إحصائياً (P>0.05)، إلا أن Abd Alghaffar [15] في دراسته التي أجراها في جمهورية مصر العربية ونشرت عام 2013 وجد أن الاشتباه بانثقاب الرحم كان أعلى بشكل هام إحصائياً في مجموعة التجريف الآلي مقارنة مع الرشف بالممص.

المتغير الثالث الذي تم إخضاعه للمقارنة كان الألم بعد الجراحة وتم بطريقة غير مباشرة نظراً لصعوبة التقدير الحقيقي لدرجة الألم بعد الجراحة، حيث تمت المقارنة من خلال دراسة الحاجة لمسكنات الألم بعد الجراحة خلال فترة استشفاء المريضة، حيث احتاجت 5 مريضات (10%) من مجموعة الرشف بالممص لمسكنات ألم بعد الجراحة مقارنة مع 14 مريضة (28%) من مجموعة التجريف الآلي، وبعد تطبيق اختبار كاي مربع، كان هذا الفارق مهماً من الناحية الإحصائية عند مستوى ثقة 95% (P < 0.05) وهذا يتوافق مع الدراسات العالمية.

المتغير الرابع الذي تم إخضاعه للمقارنة هو النزف الحاصل أثناء وبعد الجراحة مقدراً بالتغير في قيم الخضاب قبل وبعد أربع ساعات من الجراحة، حيث لوحظ عدم وجود فارق إحصائي بقيم الخضاب بين المجموعتين قبل الجراحة، إلا أن قيم الخضاب بعد الجراحة كانت أخفض بشكل هام في مجموعة التجريف الآلي (10.64 ± 0.62) غ/دل مقارنة مع (10.97 ± 0.89) غ/دل في مجموعة الممص، كذلك كان الانخفاض بقيم الخضاب بعد الجراحة أعلى بشكل

جوهري في مجموعة التجريف الآلي (0.56 ± 0.17) غ/دل مقارنة مع انخفاضه في مجموعة الممص الكهربائي (0.25 ± 0.20) غ/دل، مما يقترح أن تجريف الرحم الآلي يترافق مع نزف أكثر خلال وبعد الجراحة مقارنة مع الرشف بالممص الكهربائي وهذا يتوافق مع نتائج Kiltwatanakul و Weerakiet و Abd alghaffar.

أظهرت النتائج عدم حدوث أي اختلاط خطير مهدد للحياة (مشاكل تخديرية – انثقاب رحم – تمزق عنق الرحم – نزف غزير)، ولكن عدم تسجيل حدوثها لا يعني عدم وجودها، ومقارنة هذه الاختلاطات يحتاج لدراسة ضمن عينة أكبر ولفترة أطول.

في إطار تقييم فعالية التدبير، كان يجرى تصوير صدوي بعد ساعتين من انتهاء الإجراء وكان يعتبر فاشلاً عند وجود سماكة بطانة > 15 ملم.

وكان النجاح موجوداً في 96% من حالات الرشف بالممص الكهربائي و98% من حالات التجريف الحاد، وبعد إجراء التحليل الإحصائي باستخدام الاختبار الدقيق لفيشر، وجدنا أن $P>0.05$ عند مستوى ثقة 95%، وبالتالي لا توجد فروق هامة إحصائياً بين الطريقتين من حيث النجاح والفشل، ولكن في دراسة Sckignchi [16] التي أجريت في اليابان ونشرت عام 2015 وجد أن نسبة نجاح العمل الجراحي كانت أغلى بشكل جوهري عند استخدام الممص الكهربائي مقارنة بالتجريف الآلي ($P<0.001$) وكذلك وجد عبد الغفار مصر.

كذلك درست فترة البقاء في المشفى بعد العمل الجراحي وقد قسمت إلى مجموعتين أقل أو أكثر من 6 ساعات، وبعد تطبيق اختبار كاي مربع وجدنا أن المريضات اللاتي تخرجن من المشفى بفترة أقل من 6 ساعات كن أقل بشكل هام إحصائياً 84%

من مريضات التجريف الآلي 62% وهذا يتفق مع دراسة عبد الغفار مصر حيث وجد أن فترة الاستشفاء لأقل من ست ساعات كانت أعلى في مجموعة الممص الكهربائي 84% مقارنة مع مجموعة التجريف الآلي 28% مع فارق هام إحصائياً.

الاستنتاجات والتوصيات :

بينت نتائج الدراسة أن فعالية الرشف بالممص الكهربائي تماثل التجريف الحاد من حيث نتائج الإجراء في تدبير إسقاطات الثلث الأول للحمل لكن المعاناة من الألم وفقد الدم كانت أكبر في مجموعة التجريف الحاد.

وبناء عليه، توصي هذه الدراسة باستخدام تقنية الرشف بالممص الكهربائي كخيار فعال وآمن في تدبير إسقاطات الثلث الأول من الحمل.

References:

1-Abortion (noun) .Oxford Living Dictionaries. Archived from the original on 28 May 2018

2- Abortion – medical .US National Library of Medicine .9 July 2018

3- REGAN, L; Rai R. *Epidemiology and the Medical Causes of Miscarriage*. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000; 14:839

4- DAVID J, et al. *High Risk Pregnancy Manual Options* . 4th edition, 2010.

5- HOFFMAN,B,L; SCHORGE, J,O; et al. *Williams Gynecology*. 2nd edition. 2012.P170.

6-PANG,M,W, LEUNG,S,W CHUNG,T,K. Retained Products of gestation in misscarriage; *An evalution of transvaginal ultrasound criteria for diagnosing an "empty uterus"* . American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 191, Issue 4, October 2004.

7- HELGSTRAND, S, ANDERSEN,A,M. *Maternal Under Weight and the Risk of Spontaneous abortion*. Acta Obstet Gynecol scand 2005;84:1197.
8- LANDRES,I,V, MILKI A,A, LATHI,R,B. *Karyotype of miscarriages in relation to maternal weight.* Hum Reprod 2010;25:1123.
9- JAMIESON,D,J,; KOURTIS,A,P, ;BELL M, RASMUSSEN SA. *Lymphocytic Choriomeningitis Virus*: an emerging Obstetric Pathogen. AM J Obstet Gynecol 2006; 194:1532.
10- Nationat Abortion Federation (2018) . *Clinical Policy Guideline for Abortion Care*. Retrieved from https://www.prochoice.org
11- Medical Management of Abortion . World Health Organization, Geneva, Switzerland 2018. P24-25.
12- TUNCALP,O, GULMEZOGLU,A,M,; SOUZA,J,P. *Surgical Procedures for Evacuating Incomplete Miscarriage.* Cochrane Database Syst Rev. 2010 Sep 8;(9):CD001993.
13- ROCK,J,A JONES,H,W, et al. *Te Linde's Operative Gynecology.* 10th edition. 2008.
14- KITTIWATANAKUL,W, WEERAKIET,S. *Compartion of Efficacy of Modified Electric Vacuum Aspiration with Sharp Curettage for the treatment of incomplete abortion*: randomized controlled trial. J Obset Gynaecol Res. 2012 Apr;38(4):681-5.
15- MOHAMED.ABD ELGHAFAR. *Comparative Study of Dilation and Curettage, Manuland Electric Vacuum Aspiration as Methods of Treatment of Early Abortion in Beni Suef, Egypt*. International Research Journal of Medicine and Medical Sciences Vol. 1(1). Pp. 43-50, March 2013.
16- SEKIGUCHI, A. et al. Safety of induced abortions at less than 12 weeks of pregnancy in Japan. Int J Gynecol Obstet. 2015 Apr, 129(1):54-7.