مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (38) العدد (3) 2016
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (38) No. (3) 2016

# دراسة سببية لنزوف الخلاص للولادات الطبيعية

**الدكتور أحمد عبد الرحمن***
**الدكتور باسل محمد****
**رفاه محمد*****

**(تاريخ الإيداع 14 / 3 / 2016. قُبِل للنشر في 9 / 5 /2016 )**

## □ ملخّص □

أجري هذا البحث لدراسة جميع الأسباب المؤدية لنزوف الخلاص بهدف تطبيق كافة المعالجات المناسبة حسب كل سبب وبالتالي تجنب اختلاطات نزوف الخلاص والوفاة ، ودراسة عوامل الخطورة لحدوث النزف بهدف الوصول لأفضل طريقة للوقاية والاستعداد له ومنع حدوث النزف أو الإقلال منه .

اشتمل هذا البحث على 77 مريضة مقبولة في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية وشخص لديها نزف خلاص بدئي حدثت بعد ولادة مهبلية ، منها ( 12 ) حالة نزف خلاص بعد ولادة مهبلية تمت خارج المشفى ، خلال فترة الدراسة الممتدة : من 1/1/ 2014حتى 1/1/ 2016 ، واستبعدنا فقط المريضات اللواتي ولدن بقيصرية .

حيث تم تحديد نسبة حدوث نزوف الخلاص بين الولادات المهبلية في المشفى ، وبلغت النسبة ( 3,52 %) ، ولم نتمكن من تحديد نسبة حدوث نزوف الخلاص خارج المشفى.

وتم دراسة جميع الأسباب المؤدية لنزوف الخلاص ، و أكثر هذه الأسباب شيوعاً هي العطالة الرحمية وبنسبة (48,05 %) ، وتلاها تمزقات ورضوض المسير التناسلي بنسبة ( 31,17 % ) ، ثم احتباس المشيمة الجزئي أو الكلي بنسبة (11,69 % ) ، أما انقلاب باطن الرحم لظاهره فكان أقل الأسباب حدوثاً حيث وجدنا حالتين فقط بنسبة (2,60 % ) .

وقسمت الحالات المدروسة حسب درجة النزف إلى نزف خلاص خفيف ومتوسط وشديد ، ودرست العلاقة بين سبب النزف ودرجته ( p–value أقل من 0,05 ) ، فكانت أغلب حالات نزف الخلاص الخفيف بسبب العطالة الرحمية ، وأغلب حالات نزف الخلاص الشديد بسبب رضوض المسير التناسلي.

**الكلمات المفتاحية :** نزوف الخلاص ، العطالة الرحمية ، احتباس المشيمة ، انقلاب باطن الرحم

* أستاذ – قسم التوليد وأمراض النساء– كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.
** مدرس – قسم التوليد وأمراض النساء – كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية –سورية .
*** طالبة دراسات عليا (ماجستير) – قسم التوليد وأمراض النساء – كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (38) العدد (3) 2016
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (38) No. (3) 2016

# Causal study of the postpartum hemorrhage after vaginal delivery

**Dr. Ahmad abd- alrahman** [*]
**Dr. Basel Muhammad**[**]
**Dr .Rafah Muhammad**[***]

**(Received 14 / 3 / 2016. Accepted 9 / 5 / 2016)**

## □ ABSTRACT □

This research was conducted to study all the causes leading to postpartum hemorrhage in order to implement all the appropriate treatments, according to all reason and thus avoiding the complications of postpartum hemorrhage and death, and study of the risk of bleeding factors in order to reach the best method of prevention of bleeding .

This research included on 77 patient acceptable in Al Assad University Hospital in Lattakia, with primary postpartum hemorrhage occurred after vaginal delivery, including (12) patient after vaginal birth outside the hospital, during the extended study period: from 1/1/2014 until 1/1 / 2016, and excluded all patients who were born cesarean delivery.

We determine the percentage of postpartum hemorrhage occurring between vaginal deliveries in the hospital, and the ratio was (3.52%), and we could not determine this percentage outside the hospital.

It was studied all the leading causes of postpartum hemorrhage , and most of these common causes are uterine atony and by (48.05%), followed by lacerations and bruises of genital truct rate (31.17%), and retained placental tissues rate of (11.69%) , while uterine inversion was less frequent causes where we found only two cases by (2.60%). Then , we divided the studied cases by the degree of bleeding to mild hemorrhage, medium and severe, and studied the relationship between the bleeding cause and its degree (p-value less than 0.05), the most cases of mild bleeding was because of uterine atony, and most cases of severe bleeding was because of bruises of genital truct .

**Key words**: postpartum hemorrhage, uterine atony, uterine inversion

[*]**Professor, Department of obstetric and gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria**
[**] **Teacher, Department of obstetric and gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.**
[***] **Postgraduate Student, Department of obstetric and gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.**

## مقدمة :

إن نزوف الخلاص PPH هي من أهم النزوف الولادية وأشدها خطراً وأكثرها شيوعاً ، ولا تزال تتصدر العوامل الرئيسية المسببة للوفيات الوالدية ، وتساهم بإحداث 35% من الوفيات الوالدية الناجمة عن النزف أثناء الحمل. وتزداد هذه النسبة في المناطق الفقيرة بالخبرات والخدمات الطبية الإسعافية ، وبوسائل المواصلات الضرورية . فليس من المدهش أن تموت المرأة خلال ساعتين من بدء النزف إذا لم تحصل على العلاج المناسب .

ويعرف نزف الخلاص بأنه فقدان ما يزيد عن 500 مل بعد الولادة المهبلية و 1000 مل بعد الولادة بالعملية القيصرية [1] ، وتقدر نسبة حدوثه في المملكة المتحدة ب (3,9 % ) بعد الولادة المهبلية ، و (6,4 % ) بعد الولادة القيصرية . [2]

وقد تم تصنيف أسباب نزف الخلاص كالتالي ( Four T s ) : [3]

1- العطالة الرحمية Tone: وتشكل 70% من الأسباب ، وعادة يتجمع الدم داخل الرحم ، ولا يبدو منه خارج الأعضاء التناسلية الظاهرة إلا الجزء البسيط ، ويؤهب لحدوثها كل من فرط تمدد العضلة الرحمية وتعدد الولادات وتحريض المخاض وغيرها .

2- الرضوض Trauma : وتشكل 20% من الأسباب ، وتشمل أذيات المهبل والعجان وعنق الرحم والرحم ، تنجم خاصة عن الولادة المساعدة بالأدوات والمجيئات المعيبة والولادة السريعة وامتداد خزع الفرج الواقي ، وهنا يكون النزف بشكل دم أحمر قان يسيل من الأعضاء التناسلية الظاهرة ليتخثر هناك .

3- الأنسجة Tissue : وتشكل 19% من الأسباب ،وتضم بقاء قطع مشيمية ، المشيمة الملتحمة ، تمزق الرحم ، انقلاب الرحم ، وكلما كانت القطع المشيمية أكبر حجماً كان النزف أبكر وأشد غزارة .

4- اضطرابات تخثر الدم Thrombin: وتشكل 1-3% ، ونتحرى عنها بالمعايرات المخبرية لعوامل التخثر بما فيها : PT , PTT , Pla , FDP , Fib .

يجب دوماً الاهتمام بموضوع نزف الخلاص لأن الفقدان الزائد والسريع للدم يسبب انخفاضاً شديداً في الضغط الدموي الوالدي ، ويقود بالتالي لحدوث الصدمة وحتى الوفاة إن لم يعالج . ولكن من النادر أن تبدو هذه النزوف بشكل كتلي غزير ، بل تكون عادة بدرجة بسيطة أو متوسطة مما يخدع الطبيب المولد للوهلة الأولى .

لذلك يجب تحديد المريضات بعوامل الخطورة والمؤهبات للنزف لاتخاذ التدابير الوقائية والعلاجية ، والإسراع بتشخيص سبب النزف وإيقافه وتعويض الدم الضائع.

## أهمية البحث وأهدافه :

### أهمية البحث :

نظراً لخطورة نزف الخلاص كاختلاط مهدد للحياة يلي الولادة المهبلية أو العملية القيصرية وكونه المسؤول عن ربع الوفيات الوالدية الناجمة عن النزف أثناء الحمل . فكان لابد من دراسة هذا الاختلاط خاصة وأن معظم الوفيات الناجمة عن هذه النزوف إن لم يكن جميعها يمكن تجنبها باتباع طريقة التوليد الصحيحة ، ومراقبة النفساء عن كثب في الدور الرابع من المخاض .

**أهداف البحث :**

-دراسة جميع الأسباب المؤدية لنزوف الخلاص بهدف تطبيق كافة المعالجات المناسبة حسب كل سبب وبالتالي تجنب اختلاطات نزوف الخلاص والوفاة .

-دراسة عوامل الخطورة لحدوث النزف بهدف الوصول لأفضل طريقة للوقاية والاستعداد له ومنع حدوث النزف أو الإقلال منه .

## طرائق البحث ومواده :

**مادة البحث :**

تتضمن مادة البحث 77 حالة مقبولة في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية وشخص لديها نزف خلاص بدئي حدثت بعد ولادة مهبلية ، منها ( 12 ) حالة نزف خلاص بعد ولادة مهبلية تمت خارج المشفى .

استبعدنا حالات نزف الخلاص التي حدثت بعد الولادة القيصرية .

**طريقة البحث :**

يعتمد على الاستنتاج الإحصائي من العينة المدروسة المتمثلة بجميع الحوامل اللواتي ولدن ولادة مهبلية واختلطت ولادتهن بنزف خلاص تم تشخيصها من الناحية السريرية والمخبرية ، وتم أخذ جميع البيانات حول هوية المريضة وحالتها العامة وإجراء الفحص السريري والفحص النسائي اللازم لتشخيص سبب النزف لكل حالة كما تم أخذ قصة سريرية كاملة حول قصة الحمل الحالي والسوابق الولادية والمرضية التي تزيد من خطورة النزف ، وتم تفريغ جميع البيانات السابقة في استمارة بحث خاصة بكل حالة . وستعرض نتائج البحث ضمن عروض وجداول ورسوم بيانية.

مكان الدراسة : قسم التوليد وأمراض النساء في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية .

مدة الدراسة : من 1/1/ 2014 حتى 1/1/ 2016 .

## النتائج والمناقشة :

**<u>نسبة الحدوث</u> :**

**الجدول رقم ( 1 ) يبين نسبة حدوث نزف الخلاص**

| حالات نزف الخلاص البدئي | عدد الولادات الكلية | العدد | نسبة الحدوث |
|---|---|---|---|
| الولادة خارج المشفى | ـــ | 12 | ـــ |
| الولادة داخل المشفى | 1845 | 65 | % 3,52 |
| المجموع | ـــ | 77 | ـــ |

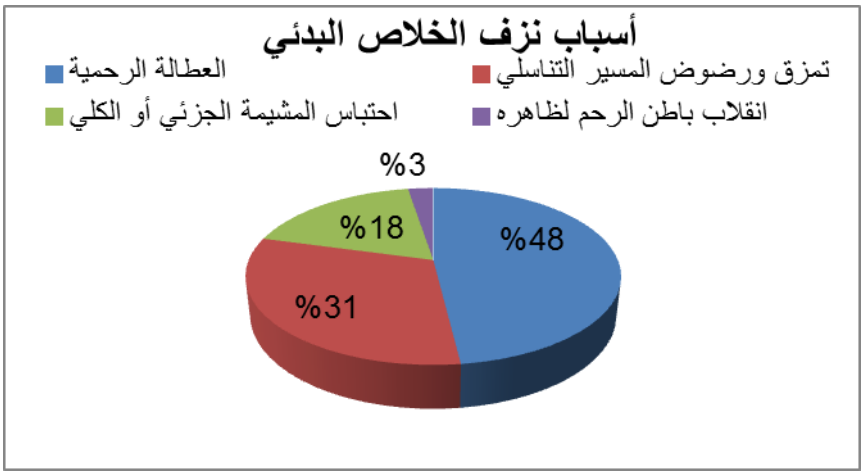
حيث تم تحديد نسبة حدوث نزوف الخلاص بين الولادات المهبلية في المشفى من خلال معرفتنا عدد الولادات المهبلية الكلية خلال مدة الدراسة والتي بلغت ( 1845 ) ولادة ، وبلغت النسبة ( 3,52 %) ، ولم نتمكن من تحديد نسبة حدوث نزوف الخلاص خارج المشفى بسبب صعوبة تحديد عدد الولادات الكلية خارج المشفى .

**أسباب نزوف الخلاص :**

أكثر أسباب نزوف الخلاص شيوعاً هي العطالة الرحمية وبنسبة ( 48,05 %) ، وتلاها تمزقات ورضوض المسير التناسلي بنسبة (31,17 % ) ، ثم احتباس المشيمة الجزئي أو الكلي بنسبة (11,69 % ) ، أما انقلاب باطن الرحم لظاهره فكان أقل الأسباب حدوثاً حيث وجدنا حالتين فقط بنسبة ( 2,60 % ) ، بينما لم تشاهد أي حالة لتمزق الرحم أو اضطراب تخثر الدم أو ارتكاز المشيمة المعيب كسبب لنزف الخلاص خلال دراستنا المجراة على جميع حالات نزوف الخلاص الحادثة في مشفانا بعد الولادات الطبيعية .

**الجدول رقم ( 2 ) يوضح أسباب نزوف الخلاص**

| أسباب نزف الخلاص | العدد | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| العطالة الرحمية | 37 | % 48,05 |
| تمزق ورضوض المسير التناسلي | 24 | % 31,17 |
| احتباس المشيمة الجزئي أو الكلي | 14 | % 18,18 |
| انقلاب باطن الرحم لظاهره | 2 | % 2,60 |
| اضطرابات تخثر الدم | ___ | ___ |
| المجموع | 77 | % 100 |




**شكل ( 1 ) يوضح أسباب نزوف الخلاص**

**العلاقة بين درجة نزف الخلاص وسبب النزف :**

تم تقسيم الحالات المدروسة حسب السبب إلى مجموعات : العطالة الرحمية ، ورضوض السبيل التناسلي ، واحتباس المشيمة الجزئي أو الكلي ، وانقلاب باطن الرحم لظاهره وتقييم الحالة العامة ودرجة النزف لكل منها.

**الجدول رقم ( 3 ) يوضح العلاقة بين درجة نزف الخلاص وسبب النزف**

| سبب نزف الخلاص | نزف خلاص خفيف | | نزف خلاص متوسط | | نزف خلاص شديد | | المجموع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | العدد | النسبة | العدد | النسبة | العدد | النسبة | العدد | النسبة |
| العطالة الرحمية | 27 | % 46,55 | 9 | % 60 | ا | % 25 | 37 | %48.05 |
| رضوض المسير التناسلي | 17 | % 29,31 | 5 | % 33,33 | 2 | % 50 | 24 | %31.17 |
| انحباس المشيمة الجزئي أو الكلي | 13 | % 22,41 | 1 | % 6,66 | — | — | 14 | %18.18 |
| انقلاب باطن الرحم لظاهره | 1 | % 1,72 | — | — | 1 | % 25 | 2 | %2.60 |
| المجموع | 58 | % 100 | 15 | % 100 | 4 | % 100 | 77 | %100.00 |

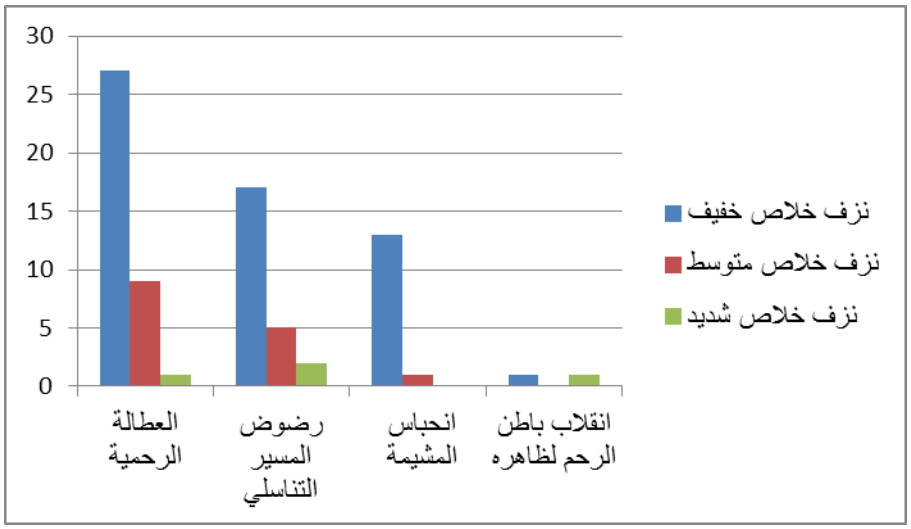
حيث نجد من الجدول أن معظم حالات نزف الخلاص الخفيف كانت بسبب العطالة الرحمية بنسبة ( 46,55 %)، ثم رضوض السبيل التناسلي بنسبة 29,31 % ، يليها احتباس المشيمة الجزئي أو الكلي بنسبة ( 22,41 % ) ، أما انقلاب باطن الرحم فكانت بنسبة ( 1,72 % ) .

بالنسبة لحالات نزف الخلاص المتوسط فإن ( 9 ) حالات بسبب العطالة الرحمية ( 60 % ) و ( 5 ) حالات بسبب رضوض المسير التناسلي ( 33,33 % ) ، و حالة واحدة فقط بسبب احتباس المشيمة .

أما نزف الخلاص الشديد فكان معظم حالاته بسبب الرضوض ( حالتين ) بنسبة ( 50 % ) وحالة واحدة بسبب العطالة الرحمية بنسبة ( 25 % ) وحالة بسبب انقلاب باطن الرحم لظاهره بنسبة ( 25 % ) .

وبالنسبة للعلاقة بين سبب نزف الخلاص ودرجة النزف ، فقد تبين أنها علاقة ذات أهمية إحصائية (p-value أقل من 0,05 ) ، حيث توجد فروق هامة إحصائياً بين النسب السابقة .

ووضحنا النتائج السابقة في الرسم البياني رقم ( 1 ) :




**رسم بياني رقم (1) يوضح درجة النزف في الحالات الأربعة المدروسة حسب السبب**

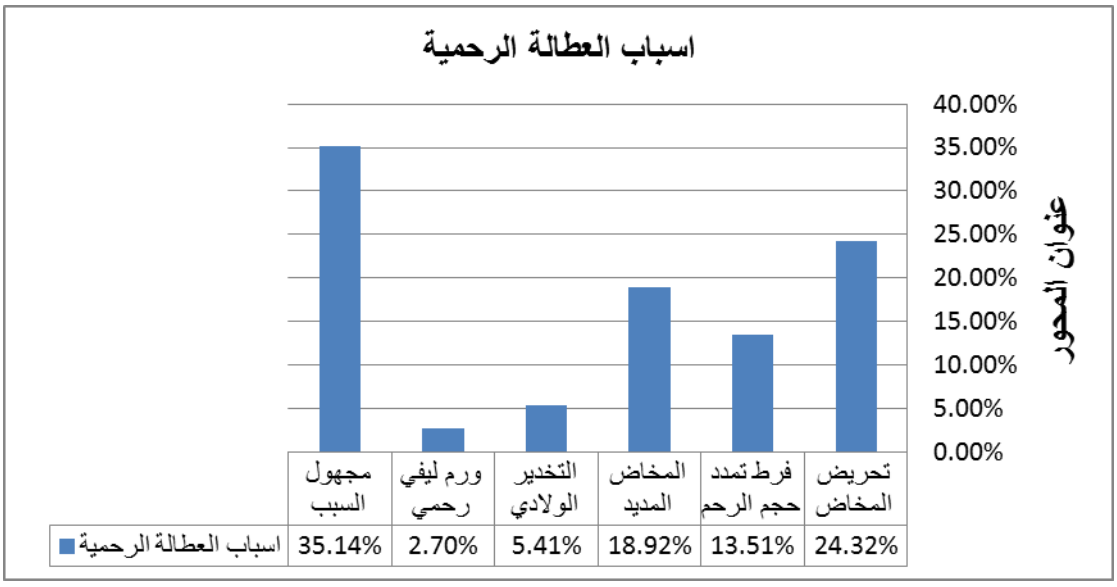
ودرست العوامل المؤهبة لكل سبب من الأسباب السابقة :

**العطالة الرحمية :**

بالنسبة للعطالة الرحمية ، كان لدينا ( 37 ) حالة من بين حالات نزوف الخلاص المدروسة لدينا ، وبدراسة العوامل المؤهبة لها وجدنا أن تحريض المخاض يأتي في مقدمة الأسباب وبنسبة ( 24,32 % ) ، من هنا نستنتج أهمية التأكيد على تجنب تحريض المخاض إلا بوجود استطبابات وشروط صحيحة وبأيدي خبيرة مع وجود المراقبة الحثيثة لتجنب الاختلاطات الناجمة عن استخدامه ، يليه المخاض المديد بنسبة ( 18,92 % ) ، ثم فرط تمدد الرحم بنسبة ( 13,5 % ) ، ثم التخدير الولادي في حالتين فقط وبنسبة ( 5,40% ) ، وأخيراً وجدت حالة واحدة لورم ليفي رحمي كان سبباً للعطالة الرحمية بنسبة ( 2,70 % ) ، لكن وجدنا أن نسبة عالية من حالات العطالة الرحمية كانت مجهولة السبب بدون أي سبب وبنسبة (35,14 % ) .

**الجدول رقم ( 4 ) يوضح العوامل المؤهبة لحدوث العطالة الرحمية**

| أسباب العطالة الرحمية | العدد | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| تحريض المخاض | 9 | % 24,32 |
| فرط تمدد الرحم | 5 | % 13,51 |
| المخاض المديد | 7 | % 18,92 |
| التخدير الولادي | 2 | % 5,40 |
| ورم ليفي رحمي | 1 | % 2,70 |
| مجهول السبب | 13 | % 35,14 |
| المجموع | 37 | % 100 |




**رسم بياني رقم ( 2 ) يوضح أسباب العطالة الرحمية**

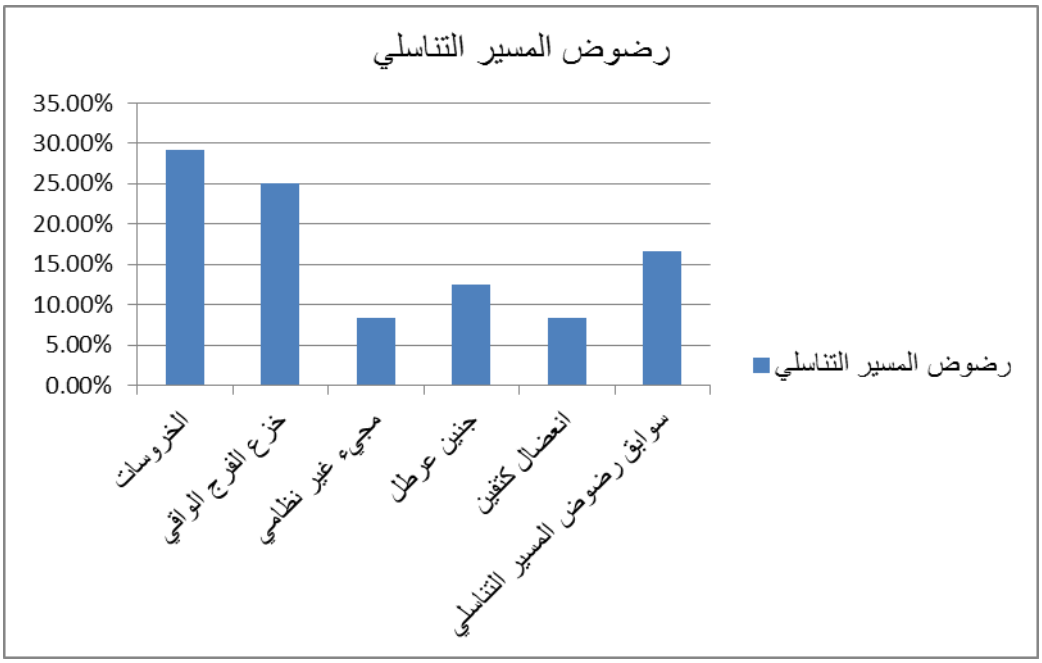
باستخدام اختبار العينة الواحدة One-Sample Test تم إجراء الدراسة الإحصائية لكل من أسباب العطالة الرحمية وعلاقتها بحدوث النزف ، ووجد أن هذه العلاقة ذات أهمية إحصائية ( p-value <0,05) ، وأنه توجد فروق إحصائية هامة بين النسب السابقة .

**رضوض وتمزقات المسير التناسلي :**

لدينا ( 24 ) حالة نزف خلاص بدئي بسبب تمزقات المسير التناسلي ، وتم دراسة العوامل المؤهبة لحدوثها ، فوجد أن أكثر العوامل إحداثاً لنزوف الخلاص بسبب رضوض المسير التناسلي هي الولادة الأولى بنسبة (29,17 %)، وأجري خزع الفرج الواقي لست حالات بنسبة ( 25 % ) ، ثم سوابق رضوض المسير التناسلي بنسبة (16,67 %) ثم ولادة جنين عرطل بنسبة ( 12,5 % )، أما ولادة مجيء غير نظامي فكانت لدينا حالتان فقط وكانت لمجيء مقعدي وكانت النسبة (8,33 % ) ، وحالتا انعضال كتفين بنسبة ( 8,33 % ) ، هذا يدل على أهمية الخبرة الكافية عند توليد مثل هذه الحالات عالية الخطورة لتجنب النزوف والاختلاطات الخطيرة التالية له .

**الجدول رقم ( 5 ) يوضح العوامل المؤهبة لرضوض المسير التناسلي**

| العوامل المؤهبة لرضوض المسير التناسلي | عدد حالات رضوض المسير التناسلي | نسب إحداثها لنزوف الخلاص |
|---|---|---|
| الخروسات | 7 | % 29,17 |
| خزع الفرج الواقي | 6 | % 25 |
| مجيء غير نظامي | 2 | % 8,33 |
| الجنين العرطل | 3 | % 12,5 |
| انعضال كتفين | 2 | % 8,33 |
| سوابق رضوض المسير التناسلي | 4 | % 16,67 |
| المجموع | 24 | % 100 |




**رسم بياني رقم ( 3 ) يوضح أهم العوامل المؤهبة لرضوض المسير التناسلي**

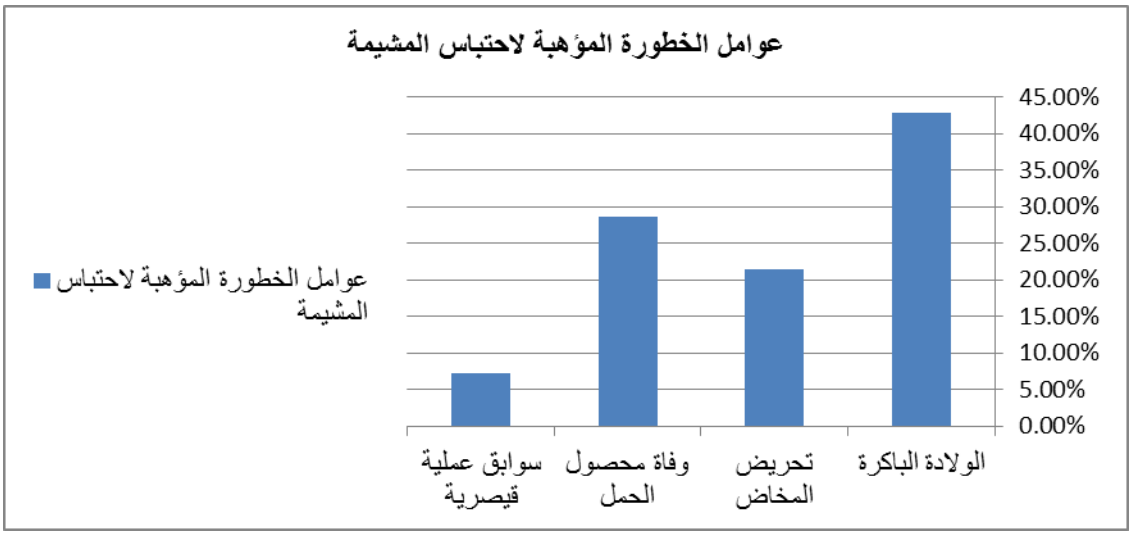
وأجريت الدراسة الإحصائية على العلاقة بين رضوض المسير التناسلي والعوامل السابقة ، فوجد أنها علاقة ذات أهمية إحصائية ، حيث طبق اختبار كاي مربع (p–value <0,05) .

**<u>احتباس المشيمة الجزئي أو الكلي</u> :**

أما بالنسبة لاحتباس المشيمة فقد كان لدينا ( 14 ) حالة سواء احتباس مشيمة كلي أو وجود بقايا مشيمية ، ووجد أن جميع هذه الحالات كان لديها عوامل خطورة مؤهبة لحدوثها .

**الجدول رقم ( 6 ) يوضح عوامل الخطورة المؤهبة لاحتباس المشيمة**

| عوامل الخطورة المؤهبة لاحتباس المشيمة | العدد | النسبة |
|---|---|---|
| الولادة الباكرة | 6 | % 42,86 |
| تحريض المخاض | 3 | % 21,43 |
| وفاة محصول الحمل | 4 | % 28,57 |
| سوابق عملية قيصرية | 1 | % 7,14 |
| لا يوجد عوامل خطورة | __ | __ |
| المجموع | 14 | % 100 |




**رسم بياني رقم ( 4 ) يوضح أهم عوامل الخطورة المؤهبة لاحتباس المشيمة**

حيث نجد من الجدول السابق أن أكثر العوامل المؤهبة لاحتباس بقايا مشيمية في الحالات المدروسة لدينا هو الولادة الباكرة ( < 37 أسبوع حملي ) حيث وجد لدينا ( 6 ) حالات بنسبة (42,86 % ) ، يليها وفاة محصول الحمل حيث كان لدينا أربع حالات بنسبة (28,57 % ) ، أما تحريض المخاض فقد وجد لدى ( 3 ) حالات احتباس مشيمة جزئي بنسبة (21,43 % ) ، وأخيراً وجد لدينا قيصرية سابقة لدى حالة واحدة من حالات احتباس المشيمة كسبب لنزوف الخلاص بنسبة (7,14 % ) ، هذا يدل على أهمية الاستجواب الدقيق وأخذ القصة السريرية باهتمام ، ومعرفة عمر الحمل بدقة والسوابق المرضية لدى المريضة ، كما يجب التأكد من عدم بقاء نسج مشيمية وإجراء مس مستبطن بعد الولادة عند وجود عوامل مؤهبة وهذا يقينا من حدوث نزوف خلاص باكرة أو متأخرة شديدة ويقينا من نقل الدم ومخاطره .

**الدراسات المقارنة:**

**<u>مقارنة نسبة الحدوث</u> :**

بلغت نسبة حدوث نزف الخلاص في مشفانا ( 3,52 %) ، وهي نسبة مقبولة نوعاً ما بالمقارنة مع بعض الدراسات الأجنبية والعربية ، ويعود ذلك على الأرجح إلى حسن تدبير أدوار المخاض المختلفة داخل المشفى مع زيادة الخبرة والمهارة التوليدية ، وسرعة تشخيص وتدبير حالات نزف الخلاص بسبب الوعي الزائد حول مخاطر النزف واختلاطاته القريبة والبعيدة .

وبالمقارنة مع الدراسات الأجنبية والعربية نجد :

في دراسة : Sue–Anne–Muralata عام 1990 م بلغت هذه النسبة ( 8 % ) .

وفي دراسة حديثة ل Micheal P Wainscott MD. في U.S.A عام 2002 م تراوحت هذه النسبة ما بين (1–10 % ) ، مع معدل وسطي ( 2–4 % ) . وهي قريبة نسبياً من معدل الحدوث في مشفانا. [4]

لكن في دراسة ل د. رواء هبرة في مشفى حلب الجامعي 2000– 2002 م فقد بلغت هذه النسبة 1,03 % . [5]

وفي دراسة د دبما سلوم في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية عام 2014 م ، فقد كانت هذه النسبة 18 % دون إعطاء المقبضات الرحمية ، و 6 % مع استخدام الأوكسيتوسين الوقائي . [6]

**مقارنة أسباب نزوف الخلاص :**

**الجدول رقم ( 7 ) يقارن أسباب نزوف الخلاص في دراستنا مع دراسة Dr. Rose ودراسة د رواء هبرة**

| أسباب نزف الخلاص | دراستنا | دراسة Dr. Rose | دراسة د. رواء هبرة |
|---|---|---|---|
| العطالة الرحمية | % 48,05 | % 60 | % 38,16 |
| تمزق ورضوض المسير التناسلي | % 31,17 | % 20 | % 29,79 |
| احتباس المشيمة الجزئي أو الكلي | % 11,69 | % 19 | % 15,91 |
| ارتكاز المشيمة الواطئ | __ | __ | % 3,18 |
| انقلاب باطن الرحم لظاهره | % 2,60 | __ | % 0,7 |
| اضطرابات التخثر | __ | % 1 | % 1,41 |

حيث العطالة الرحمية كانت نسبتها في دراستنا أكبر منها في دراسة حلب ولكنها أقل من النسبة في دراسة Dr. Rose [7] ، ولكن نجد أن الرضوض والتمزقات في المسير التناسلي نسبتها أعلى في دراستنا منها في الدراستين المقارنتين ، ويجب هنا لفت النظر أن كل من الدراستين الأخريتين بحثت في نزوف الخلاص دون استبعاد الولادة القيصرية . بينما دراستنا اقتصرت على الولادة المهبلية واستبعدت الولادة القيصرية .

**مقارنة أسباب العطالة الرحمية :**

**الجدول رقم ( 8 ) يقارن أسباب العطالة الرحمية بين دراستنا ودراسة د رواء هبرة**

| أسباب العطالة الرحمية | دراستنا | دراسة د رواء هبرة |
|---|---|---|
| تحريض المخاض | % 24,32 | % 24,16 |
| فرط تمدد الرحم | % 13,51 | % 23,36 |
| مقدمة الإرتعاج والإرتعاج الحملي | __ | % 8,41 |
| الإنتان السلوي | __ | % 10,28 |
| المخاض المديد | % 18,92 | % 6,54 |
| التخدير الولادي | % 5,40 | % 3,73 |
| ارتكاز المشيمة المعيب | __ | % 3,73 |
| انفكاك المشيمة الباكر | __ | % 8,41 |
| ورم ليفي رحمي | % 2,70 | % 0,93 |
| مجهول السبب | % 35,14 | % 8,41 |

نلاحظ من الجدول أنه في دراسة د رواء هبرة المجراة في مشفى حلب الجامعي [5] عام 2000– 2002 م ، كان تحريض المخاض في مقدمة أسباب العطالة الرحمية ، ثم فرط تمدد الرحم ، ثم مقدمة الارتعاج وانفكاك المشيمة الباكر والعطالة الرحمية مجهولة السبب ، ثم المخاض المديد ، وأخيراً الارتكاز المعيب للمشيمة والتخدير الولادي . وهذه النتائج تتقارب قليلاً من نتائج دراستنا والتي وجدت أهم أسباب العطالة الرحمية أيضاً تحريض المخاض ثم

المخاض المديد ثم فرط تمدد الرحم وأخيراً التخدير الولادي والورم الليفي الرحمي ، ولكن نسبة أكبر في دراستنا كانت مجهولة السبب .

**مقارنة العوامل المؤهبة لرضوض المسير التناسلي :**

**الجدول رقم ( 9 ) يقارن أهم العوامل المؤهبة لرضوض المسير التناسلي بين دراستنا ودراسة Dr.Zetterstrom**

| العوامل المؤهبة لرضوض المسير التناسلي | دراستنا | دراسة Dr. Zetterstrom |
|---|---|---|
| الخروسات | % 29,17 | % 26,15 |
| خزع الفرج الواقي | % 25 | % 20,11 |
| مجيء غير نظامي | % 8,33 | %6,23 |
| ولادة بالتوسطات الولادية | __ | %20,45 |
| الجنين العرطل | % 12,5 | %8 |
| انعضال كتفين | % 8,33 | % 3,77 |
| سوابق رضوض المسير التناسلي | % 16,67 | % 14,23 |

في الجدول السابق قارنا نتائج دراستنا مع دراسة Dr. Zetterstrom المجراة في مشفى ستوكهولم عام 2002 م [ 8] ، فوجدنا نتائج مقاربة ، حيث أهم العوامل الخروسات وخزع الفرج الواقي ، ثم سوابق رضوض المسير التناسلي ثم ولادة جنين عرطل وأخيراً المجيئات المعيبة وانعضال الكتفين . لكن في دراسة مشفى ستوكهولم كان هناك نسبة لا بأس بها للولادة المساعدة بالأدوات ( **20,11 %** ) ، بينما لم تشاهد أي حالة من رضوض المسير التناسلي ترافقت مع استعمال الأدوات.

**مقارنة عوامل الخطورة لاحتباس المشيمة :**

**الجدول رقم ( 10 ) يقارن عوامل الخطورة لاحتباس المشيمة بين دراستنا ودراسة د. رواء**

| عوامل الخطورة المؤهبة لاحتباس المشيمة | دراستنا | دراسة د رواء |
|---|---|---|
| الولادة الباكرة | % 42,86 | % 23,08 |
| تحريض المخاض | % 21,43 | % 15,38 |
| وفاة محصول الحمل | % 28,57 | % 30,77 |
| سوابق تجريف رحم | __ | % 15,38 |
| سوابق عملية قيصرية | % 7,14 | % 15,38 |
| لا يوجد عوامل خطورة | __ | __ |

في دراستنا وجدنا أهم العوامل المؤهبة لحدوث لاحتباس المشيمة الجزئي أو الكلي الولادة الباكرة يليها وفاة محصول الحمل ثم تحريض المخاض وأخيراً وجود قيصرية سابقة ، أما في دراسة د. رواء هبرة في مشفى حلب الجامعي [5] ، فكانت أكثر عوامل الخطورة هي وفاة محصول الحمل ثم الولادة الباكرة يليها كل من تحريض المخاض

وسوابق تجريف الرحم وسوابق قيصرية ، ونلاحظ في كل من الدراستين أن جميع الحالات المدروسة لديها عوامل خطورة لاحتباس المشيمة .

## الاستنتاجات والتوصيات :

**الاستنتاجات :**

1 -إن نسبة نزف الخلاص في دراستنا ( 3,52 %) منخفضة نوعاً ما ، مما يدل على حسن تدبير الولادات وخاصة الدور الثالث .

2 -أهم أسباب نزوف الخلاص العطالة الرحمية ، ثم تمزقات المسير التناسلي ثم احتباس المشيمة ، وأغلب الحالات لدينا كانت نزف خلاص خفيف .

3 -إن تحريض المخاض عامل خطورة هام لحدوث نزف الخلاص ، مما يدل على أهمية اتباع القواعد السليمة عند التحريض ومراقبته بشكل جيد .

4 -إن جميع حالات احتباس المشيمة لدينا كان لديها عوامل خطورة ، وأهمها الولادة الباكرة .

**التوصيات :**

1 -يجب على العاملين في مجال التوليد وأمراض النساء تثقيف الحوامل ونشر الوعي بينهم ، ولفت انتباههم حول نزف الخلاص كحالة إسعافية خطيرة تنجم عن الأيدي غير الخبيرة .

2 -وضع بروتوكول خاص بتحريض المخاض تلتزم به كافة المراكز الطبية ودور التوليد بحيث يطبق ضمن شروط واستطبابات صحيحة ، وبأيدي خبيرة تجنب الإختلاطات الخطيرة التي تنجم عن التحريض الجائر وغير المراقب .

3 -ينبغي التقيد بالطرق المدرسية في تدبير المخاض وخاصة الدور الثالث من المخاض ، وعدم محاولة الإسراع بتوليد المشيمة بالضغط على الرحم ، ويجب فحص المشيمة بشكل جيد بعد كل ولادة ، واستقصاء المسير التناسلي للتأكد من عدم وجود أي تمزق فيه .

4 -يجب عدم التهاون بكمية النزف ما بعد الولادة مهما كانت ضئيلة ، والتأكد من مصدر النزف ومراقبة انقباض الرحم بشكل جيد بعد كل ولادة ، وخاصة عند الحوامل عاليات الخطورة لحدوث العطالة الرحمية .

5 -يجب الانتباه لإجراء الخزع بطريقة صحيحة وبأيدي خبيرة لتجنب التمزقات الناجمة عن امتداده أو الأورام الدموية الناجمة عن ترميمه بشكل خاطئ .

6 -يفضل إجراء مس مستبطن بعد كل ولادة في الحالات التالية :

- بعد الولادات الباكرة .
- وفاة محصول الحمل .
- كل ولادة مهبلية تلت الولادة بعملية قيصرية خاصة في حالات النزف غير المفسر بعد الولادة .

**المراجع:**

1- JHPIEGO ,K . *Prevention PostPartum Haemorrhage* , Active management of third stage of labour , 2001 , < http://www.sciencedirect.com html >

2- ARTHER , J. M ; EVANS , M.D ; KENNETH , R . *Manual of Obstetrics .sixth edition* , *The Puerperium* , Postpartum Complications , postpartum haemorrhage , 2000 , Page 482-484 .

3 - HOMER, G. *OncallObstetrics and Gynecologic* . Chapter (8) , postpartum haemorrhage ,1997 , Page 142- 148 .

4- MAAME, Y. A ,B Yiadom , MD , MPH Staff Physician ,*Department of Emergency Medicine* , Cooper University Hospital ,2002 , Page 676-688 .

5 – د رواء هبرة – 2002 – نزوف الخلاص ( أسبابها – اختلاطاتها – تدبيرها والوقاية منها )

6 – د ديما سلوم – 2014 – دراسة مقارنة بين الأوكسي توسين والميزوبروستول في الوقاية من نزوف الخلاص .

7- J.N. Medical College ,.*Oral misoprostol for prevention bleeding in women at childbirth* , American Academy of Physician , 1999 , *Page 11-19* .

8 - ZETTERSTROM, J ; LOPEZ , A ; ANZEN, B ; NORMAN , M . *Risk factors of tears at vaginal delivery ,1999* , <http www.medscape.com html >