



شبكة المعلومات الجامعية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



شبكة المعلومات الجامعية
@ ASUNET



شبكة المعلومات الجامعية التوثيق الالكتروني والميكروفيلم



شبكة المعلومات الجامعية

جامعة عين شمس

التوثيق الالكتروني والميكرو فيلم

قسم

نقسم بالله العظيم أن المادة التي تم توثيقها وتسجيلها
علي هذه الأفلام قد أعدت دون أية تغيرات



يجب أن

تحفظ هذه الأفلام بعيدا عن الغبار

في درجة حرارة من ١٥-٢٥ مئوية ورطوبة نسبية من ٢٠-٤٠%

To be Kept away from Dust in Dry Cool place of
15-25- c and relative humidity 20-40%

بعض الوثائق الأصلية تالفة

بالرسالة صفحات لم ترد بالاصل

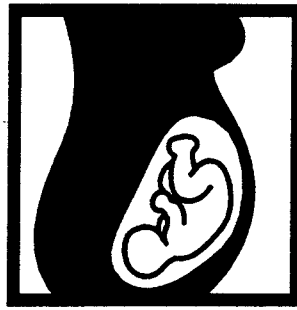
٦١٨, ٣٩٧

جامعة دمشق
كلية الطب البشري

موقف المخاض الوراثي

بحث علمي أعد لنيل درجة الماجستير في التوليد وأمراض النساء

٣٦٢٦ ٧٨



أعدته الدكتورة ميس نيل نمر مرمر

برئاسة الأستاذ الدكتور
محمد الطباع

بإشراف الأستاذة الدكتورة
سوزان طبراني

الإهداء

إلى

القلب الفانض بالحنان الذي لن أوفيه حقه ما حييت

أمي الحنون

من زرع في نفسي أفكاراً ومبادئ كانت نبراساً لي سأظل أرنو إليه ما حييت

أبي الحبيب

شركاء الطفولة و الصبا و الحلوة و المرة ، مكانكم في قلبي لا يغيره شيء

أخوتي الأحباء

حبيب الروح و شريك العمر

زوجي سامر

الصغير الذي كبر النور في حياتي

ابني هادي

رفقة الدراسة و الحياة من أحببتهم و أحبوني

أصدقائي

الفهرس

رقم الصفحة

القسم النظري

- I. المقدمة 6
- II. العواقب الجنينية للولادة المبكرة 8
- III. المخاض الباكر 9
 - ❖ التعريف 9
 - ❖ عوامل الخطورة 9
 - ❖ تقييم الخطورة 9
 - 1. نظام نقاط الخطورة 9
 - 2. تقييم العنق 12
 - 3. الفيبرينوكيتين الجنيني 14
 - 4. المراقبة المنزلية للفعالية الرحمية 16
 - ❖ تدبير المخاض الباكر 18
 - 1. حالات المخاض 19
 - 2. الستيرونيدات السكرية 21
 - 3. الصادات 22
 - 4. الراحة في السرير 24
- IV. الأدوية المستخدمة في الدراسة 27
 - 1. مشابهات مستقبلات β_2 (السالبوتامول - الريتودرين) 27
 - 2. سلفات المغنيزيوم 27

الدراسة العملية

- I. هدف الدراسة 30
- II. المواد والطرائق 30
 - 1. اختيار العينة 30
 - 2. قبل تطبيق الدواء 31
 - 3. تقسيم العينة 33
 - 4. تطبيق الدواء 34
- III. النتائج 36
- IV. الدراسات العالمية المشابهة 43
- V. المناقشة 44
- VI. التوصيات 46

فهرس الجدوال

رقم الصفحة	موضوع الجدول	رقم الجدول
12	نظام نقط الخطورة للمخاض الباكر	1
14	عامل خطورة المخاض الباكر حسب إمحاء العنق	2
19	المعالجة بحالات المخاض لتدبير المخاض الباكر	3
21	العيارات المقترحة ماقبل الولادة من الستيرونيدات لاحداث النضج الرئوي للخدج	4
23	الصادات المستخدمة للوقاية من الخمج الجرثومي بالعقديات B في الفترة ماقبل الولادة	5
34	تقسيم العينة في الدراسة و توزيع العوامل التي يمكن أن تؤثر على النتائج	6
36	التأثيرات الجانبية لدى استعمال سلفات المغنيزيوم	7
37	تغير نتائج المعالجة بسلفات المغنيزيوم مع تقدم زمن التسريب الوريدي	8
38	التأثيرات الجانبية بسبب تطبيق الريتودرين	9
38	تغير نتائج المعالجة بالريتودرين مع زيادة معدل التسريب الوريدي	10
39	التأثيرات الجانبية لدى تطبيق السالبوتامول	11
39	تغير نتائج المعالجة بالسالبوتامول مع زيادة معدل التسريب الوريدي	12
41	نتائج تطبيق كلا من الأدوية الثلاثة	13
41	نتائج تطبيق كل من الأدوية على كل من المجموعات الفرعية المقسمة بحسب العمر الحملي	14
42	نتائج تطبيق كل من الأدوية على كل من المجموعات الفرعية المقسمة بحسب سلم بيشوب	15

فهرس اللوحات

رقم الصفحة	موضوع اللوحة	رقم اللوحة
10	عوامل الخطورة للمخاض الباكر	1 أ
11	عوامل الخطورة للمخاض الباكر (بحسب دراسة في الولايات المتحدة)	1 ب
18	مقارنة المريضة التي تعاني من مخاض باكر أو تهديد بالمخاض الباكر	2
20	التأثيرات الجانبية لحالات المخاض	3
24	البرنامج المعتمد في الوقاية من الخمج الباكر بالعقديات B حول الولادة بناءً على وجود عوامل خطورة	4
25	الوقاية من الخمج الباكر بالعقديات B حول الولادة باستعمال طريقة المسح الشامل بين الأسبوعين 35 – 37 من الحمل	5
27	آلية تأثير مشابهات β_2	6
32	الاستمارة المستخدمة لتسجيل معلومات كل مريضة في الدراسة	7
37	تغير نتائج المعالجة بسلفات المغنيزيوم مع تقدم زمن التسريب بالساعات مخطط يظهر	8
38	تغير نتائج المعالجة بالريتودرين مع زيادة معدل التسريب الوريدي	9
40	تغير نتائج المعالجة بالسالبوتامول مع زيادة معدل التسريب الوريدي	10
47	مخطط يظهر نسبة نجاح المعالجة في كل من الأدوية الثلاثة المستخدمة في الدراسة	11
47	مخطط يظهر نسبة نجاح المعالجة الحالية للمخاض بكل من الأدوية الثلاثة و على كل من المجموعات الفرعية المقسمة حسب العمر الحولي	12
48	مخطط يظهر نسبة نجاح المعالجة الحالية للمخاض بكل من الأدوية الثلاثة و على كل من المجموعات الفرعية المقسمة حسب سلم بيشوب	13

١. المقدمة

- يعتبر المخاض الباكر السبب الرئيسي المؤدي لزيادة المراضة و الوفيات ما حول الولادة في الولايات المتحدة الأمريكية. و هو يتصف بحدوث إمحاء في عنق الرحم و/ أو اتساع فيه و زيادة في القلوصية الرحمية، و ذلك قبل الأسبوع 37 من الحمل (1-ص:86-87).
- لا يسبب المخاض الباكر عواقب على الأم فيما عدا الأضرار النفسية، ولكن العواقب على الجنين متعددة و قد تكون خطيرة جداً، و أهم هذه العواقب هي متلازمة الكرب التنفسي الحاد و النزف داخل البطينات الدماغية (1-ص:88).
- تعتبر النساء اللواتي في سوابقهن مخاض باكر عاليات الخطورة لعودة حدوثه، و قد ركزت استراتيجيات إنقاص حدوث المخاض الباكر و الولادة المبكرة على تثقيف كل من الأطباء و المرضى عن عوامل الخطورة للإصابة بالمخاض الباكر، و طرق إنقاص حدوث الاتساع في عنق الرحم.
- تتضمن الطرق المستخدمة لكشف المخاض الباكر: الفحص الأسبوعي لعنق الرحم، الأمواج فوق الصوتية المهبليّة، تحري الفيبرينوكيتين الجنيني، و المراقبة المنزلية للفعالية الرحمية. و مع ذلك فإنه من غير الواضح فيما إذا كان أي من هذه الإجراءات يجب أن يستخدم بصورة روتينية (6)(4-ص:102).
- في الوقت الحالي يجب أن تتضمن معالجة المخاض الباكر بصورة أساسية استخدام حالات المخاض، الستيروئيدات السكرية و الصادات (1-ص:104).
- يعتبر المخاض الباكر أهم الأسباب المؤدية لزيادة المراضة و الوفيات ما حول الولادة للمواليد وذلك نتيجة الولادة قبل الأوان، و هو اختلاط يصيب 8-10 % من الولدان حسب دراسة أجريت في الولايات المتحدة (6)(5-ص:1165).
- تشير الدراسات إلى أن نسبة حدوث الخداج لم تتغير خلال العقود الأربعة الماضية بل إن بعض الدراسات تشير إلى أنها في ازدياد. و لكن بسبب التقدم التقني فقد ازدادت نسبة البقيا، و انخفضت نسبة المراضة عند الولدان (6)(5-ص:1165).

- ركزت الاستراتيجيات المستخدمة لإنقااص نسبة حدوث الولادة الباكرة بشكل أساسي على التشخيص المبكر للمخاض الباكر بالعلامات السريرية مثل تبدلات العنق، التقلصات الرحمية، النزف و التبدلات في السلوكية الجنينية.
- إن التشخيص المبكر للمخاض الباكر صعب و يملك نسبة عالية من الإيجابية الكاذبة. و يسبب التشخيص الخاطئ للمخاض الباكر معالجة هجومية غير ضرورية لآلاف النساء (6) (5-ص:1167).

||. العواقب الجنينية للولادة المبكرة

إن المخاض المبكر هو أهم أسباب الولادة المبكرة، و الولادة المبكرة بدورها تؤدي إلى ارتفاع نسبة المراضة و الوفيات حول الولادة للجنين و أهم سببين لذلك هما:

(1) متلازمة الكرب التنفسي الحاد: وهي تتظاهر بالطحة، السحب بين الأضلاع، اهتزاز خنابتي الأنف و الزرقة، و أهم أسباب هذه المتلازمة هو داء الأغشية الهلامية الناجم عن عوز السورفاكتانت الرئوي. تتوفر حالياً طرق متعددة لمعايرة السورفاكتانت الجنيني قبل الولادة وذلك كمشعر هام عن مدى النضج الرئوي لدى الجنين. (1-ص:88)

(2) النزف داخل البطينات الدماغية: و هو ينجم عن أذية بطانة الأوردة الدماغية الهشة لدى الخديج بفعل نقص الأكسجة أثناء الولادة، ويفيد إعطاء الفيتامين K و الفينوباربیتال للأُم قبل الولادة في الوقاية من حدوثه. (1-ص:93)

وبصورة عامة فإن بقيا الوليد ترتبط بصورة مباشرة مع العمر الحملّي و الوزن عند الولادة.

III. المخاض الباكر (التعريف - عوامل الخطورة - التقييم - التدبير)

❖ يعرف المخاض الباكر بحدوث إحماء و / أو اتساع في عنق الرحم وزيادة في القلوصية الرحمية، وذلك بين الأسبوع 20 الأسبوع 37 من الحمل (1-ص:87). و في معظم الحالات فإن السبب المؤدي لحدوث المخاض الباكر غير معروف.

❖ عوامل الخطورة:

توضح اللوحة (1) عوامل الخطورة الكبرى المرافقة لحدوث المخاض الباكر.(6)
تحمل النساء اللواتي في سوابقهن ولادة باكرة الخطورة الأكبر للتكرار، وذلك بنسبة 17-37%.(6)

❖ تقييم الخطورة:

إن أفضل المشعرات المستخدمة لتحديد النساء اللواتي سيتطور لديهن مخاض باكر و بالتالي ولادة باكرة هي:

(1) نظام نقط الخطورة (1-ص:102) (6)

يستخدم نظام نقط الخطورة لمراقبة النساء العاليات الخطورة و المؤهبات لحدوث المخاض الباكر، و ذلك بناءً على الحالة الاجتماعية و الاقتصادية، التاريخ الطبي و نمط الحياة، و الاختلاطات ما حول الولادة للولادات السابقة و الحالية. ولكن هذه الإستراتيجية أثبتت أنها ذات قيمة محدودة.
و لكن مع ذلك فإن نظام نقط الخطورة كان له بعض الفعالية في إنقاص حدوث المخاض و الولادة الباكرين في سكان المدن. و لسوء الحظ تعطي الدراسات العشوائية مؤشرات غير كافية لبرامج الوقاية من المخاض الباكر بالاعتماد على نقط الخطورة.

عوامل الخطورة للإصابة بالمخاض الباكر:

- ولادة مبكرة سابقة.
- انخفاض الوضع الاجتماعي والاقتصادي.
- العرق غير الأبيض.
- عمر الأم أقل من 18 سنة أو أكبر من 40 سنة.
- تمزق الأغشية الباكر.
- الحمل التوأمية.
- قصة والدية سابقة لواحد أو أكثر من إسقاطات الثلث الثاني للحمل.
- مشاكل والدية
 - التدخين.
 - الإدمان الدوائي.
 - نقص الرعاية الحملية
- أسباب رحمية:
 - الأورام العضلية الملساء (خاصة تحت المخاطية أو تحت المشيمة).
 - الحجاب الرحمي.
 - الرحم ثنائي القرن.
 - قصور العنق.
 - التعرض لـ دي إيتيل سلبسترول (DES).
- أسباب إنتانية:
 - التهاب المشيمي الكوريوني.
 - التهاب المهبل الجرثومي.
 - الإنتانات البولية غير العرضية.
 - التهاب الكلية و الحويضة الحاد.
 - الاستعمار الجرثومي المهبلي أو العنقي.
- أسباب جنينية:
 - الموت داخل الرحم.
 - نقص النمو داخل الرحم.
 - التشوهات الخلقية.
- الارتكاز المعيب.
- وجود أجهزة منسية داخل الرحم.