

الاستسقاء الأمنيوسي في دار التوليد بدمشق

«الواقع والطموح في ضوء المستجدات التشخيصية والعلاجية الحديثة»

الدكتورة رنا أبو حرب*

الدكتور بشار الكردي*

الملخص

- الهدف : دراسة واقع الاستسقاء الأمنيوسي في دار التوليد، واستخدام المشعر الصدوي للسائل في تصنيف شدة المرض ، وتطبيق الإندوميثاسين لعلاج بعض الحالات، ومراقبة تأثيره في قلب الجنين صدوياً.
- المنهج العلمي : الدراسة مستقبلية.
- مكان الدراسة : قسم التوليد في جامعة دمشق.
- النتائج : بلغ معدل الانتشار (٠,٨٥%). حدد السبب في (٥٣,٨%) من الحالات، وكانت التشوهات الجنينية العصبية أكثر العوامل المحدثة. صنفت معظم الحالات (٥٣,٦%) حسب المشعر الصدوي ضمن الدرجة الشديدة. أدى تطبيق الإندوميثاسين إلى تراجع الأعراض في الحالات كافة، ولم تتأثر الحالة القلبية عند الأجنة.
- الخاتمة : العلاج الدوائي فعال ولا يؤثر في قلب الجنين، لكن تعميم هذه النتائج يحتاج لدراسات مكتملة.

Hydramnios in the Department of Obstetrics, Damascus

«Reality and Ambition in the Light of New Research
in the Diagnosis and Management»

* قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

Bashar Al-Kirdi*

Rana Abu-Harb*

Abstract

- **Purpose:** To study the reality of hydramnion in the Department. To use the Amnionic Fluid Index (AFI) sonarographically for severity classification of hydramnion. To use Indomethacin for treatment and to study its effect on the fetal cardiac system.
 - **Methodology:** Prospective study.
 - **Setting:** Department of Obstetrics and Gynecology, Damascus.
 - **Subject:** 132 women with hydramnios and 194 with uneventful pregnancy.
 - **Results:** Prevalence rate is (0,85 %). The cause is known in (53,8%) of cases and the most common cause was a defect in the fetal nervous system. Most cases are classified by AFI as severe in (53,6%). All symptoms of hydramnios are decreased by using Indomethacin and the fetal cardiac system was not affected.
 - **Conclusion:** The medical treatment of hydramnios is effective and does not affect the fetal cardiac system. But, imperative research be continued.
-

* Dep. of Obstetrics and Gynecology - Fac. of Medicine – Damascus University.

هدف البحث

التعرف على حجم المشكلة في عينة دار التوليد بدمشق، ومن ثم توقع أبعادها في القطر العربي السوري، وكشف العوامل المسببة والمضاعفات المرافقة، وتبيان أفضل الطرائق في التشخيص والتدبير. ولتحقيق ذلك كان لابد من إنجاز المهام التالية:

- 1- حساب معدل نسبة حدوثها، ومعدل الانتشار.
- 2- دراسة تحليلية للقصص السريرية الولادية لحالات الاستسقاء الأميوسي، مع التركيز على سير الحمل والمخاض والنفاس وحالة الولدان.
- 3- استخدام مشعر السائل الأميوسي كوسيلة من وسائل التشخيص الصدوي.
- 4- القيام بمقارنة طرائق العلاج المختلفة، وبخاصة البزل المتكرر وتطبيق الإندوميثاسين.
- 5- دراسة قلب الجنين صدويًا.

لقد استخدم في تنفيذ هذه المهام الطرائق البحثية المختلفة: السريرية والصدوية والغازية (كبزل السائل الأميوسي) والدوائية وغيرها، إضافة إلى الأساليب الرياضية الحاسوبية.

الجديد في البحث

للمرة الأولى يجرب الإندوميثاسين لعلاج بعض حالات الاستسقاء في مشفانا، وللمرة الأولى يستخدم المشعر الصدوي للسائل الأميوسي في تصنيف المرض، وكذلك الأمر دراسة الحالة القلبية للجنين صدويًا. كما يسلط الضوء على معدلات الوقوع والانتشار وواقع هذا المرض في ممارستنا.

الأهمية العلمية

لقد وضعت مجموعة من التوصيات تحدد عاليات الخطورة، وتحض على متابعتهم صدويًا باستخدام

المدخل

ما زال الاستسقاء الأميوسي يشكل حالة مرضية تتهدد حياة الأم والجنين في أن معاً، ولا تزال وسائل تشخيصه عاجزة عن اتخاذ معايير كمية دقيقة، فيما لم تفلح الدراسات حتى الآن في كشف خباياه، فبقي أكثر من (65%) من حالاته مجهول السبب والآلية [5, 6, 11]. وعلى الرغم من دخول الدواء ليصبح أحد عناصر علاجه إلا أن طرائق تدبيره بقيت محدودة [5, 6, 8, 11, 13, 18].

لقد أظهرت العودة إلى المراجع العلمية والدراسات البحثية المتوفرة وجود اختلاف واسع حول معايير التشخيص الصدوية، وحتى الطريقة الواحدة لم تكن الأرقام فيها متماثلة [1, 2, 4, 6, 9, 13, 14, 16, 20]. كما تشير هذه المصادر إلى استخدام الإندوميثاسين بوصفه علاجاً دوائياً لبعض حالات الاستسقاء الأميوسي، عن طريق تخفيض كمية البول الجنيني. لكن هذه البحوث اتسمت بقلّة عدد الحالات المدروسة، وبالتعرض المبتسر للحالة القلبية عند الجنين أو الوليد [3, 10, 12]. فمن المعروف أن هذا الدواء قد يؤدي لانغلاق القناة الشريانية قبل الأوان مما يؤدي لارتفاع الضغط الرئوي وقصور القلب عند الوليد [6, 8, 11, 13, 18]. أما الدراسات التي تناولت الحالة القلبية فكانت قليلة جداً ومتناقضة، فبعضها يشير إلى انغلاق القناة الشريانية في نصف الحالات [13]، وبعضها يذكر أن هذه المضاعفة لا تتجاوز (6%)، في حين يذكر آخرون أنّ هذه الظاهرة عابرة تتوقف بتوقف العلاج [11, 15, 18].

أما على الصعيد المحلي فإن المعلومات المتعلقة بهذا الموضوع معدومة تماماً، الأمر الذي يضع الدارس أمام عقبة كبيرة تجعله يحيد عن جوهر المشكلة. فكيف يمكن للباحث أن يغوص عميقاً فيها وهو لا يعرف حتى معدل حدوثها في بلاده، من هنا كان علينا أن نغير أولويات بحثنا لتنسجم مع معطياتنا المحلية، وأن نحدد أهدافنا اعتماداً على الوسائل التشخيصية المتاحة.

مشعر السائل الأمينوسي، وتوهن حاجز الخوف من العلاج الدوائي المحافظ، مما يسهم في الوقاية من المضاعفات الممكنة عند الأم والجنين. كما يؤسس لدراسات قادمة أكثر عمقا وأكثر تطوراً.

حجم العينات وطرائق البحث

درس سير الحمل والمخاض والنفاس عند وجود الاستسقاء الأمينوسي في ١٣٢ حالة شككت المجموعة الرئيسية، وتضمنت المجموعة الشاهدة ١٩٤ سيدة تم اختيارهن وفق الطريقة العشوائية المنظمة كما درست حالة ١٣٩ وليداً*، وقورنت نتائجها مع المجموعة الشاهدة (١٩٤ وليداً).

صنفت درجة الاستسقاء باستخدام مشعر السائل الأمينوسي في ٩٧ حالة اعتماداً على مؤشر Moor T.R, Cayle J.E (١٩٩٠) [14]، فبعد قياس القطر العمودي لأكبر جيب من السائل في كل ربع من أرباع الرحم تجمع الأرقام، فإذا كان المجموع مابين ٢٥ - ٣٠ سم يكون الاستسقاء خفيفاً، وإن كان الرقم مابين ٣٠,١ - ٣٥ - متوسطاً، وأكثر من ٣٥,١ شديداً. ومن ثم يعاد الفحص أسبوعياً. استخدم في هذا التقويم جهاز الصدى (PIE MEDICAL - 01423, Taiwan).

بزل السائل الأمينوسي في ١٣ حالة باستخدام قناطر بلاستيكية عيار الإبر (١٨)، فبعد التعقيم الجيد وحقن المادة المخدرة، يتم إدخال القنطرة باتجاه كيس الحمل، تسحب منها الإبرة المعدنية، ثم توصل القنطرة البلاستيكية بجهاز السيروم. يفرغ نحو ٥٠٠ مل / كل ساعة، وعندما تصل الكمية الميزولة إلى ١٥٠٠-٢٠٠٠ مل تسحب القنطرة، ويكرر البزل عند الضرورة [5, 15]. أعطى الإندوميثاسين لعلاج ٦ حالات، ضمن شروط أهمها:

١- أن يتراوح سن الحمل ما بين ٢٨ - ٣٣

* وجد في بعض حالات المجموعة الرئيسية عدد من التوائم، في حين خلت الشاهدة من ذلك.

أسبوعاً.

- ٢- عدم وجود تشوه خلقي صدوياً،
 - ٣- عدم وجود تبدلات في عنق الرحم عند بدء المعالجة تشير إلى المخاض.
 - ٤- عدم وجود مضاد استطباب لتطبيق المعالجة عند المريضة. بلغت الجرعة ٢,٢ ملغ / كغ / يومياً [3, 10, 11, 12]. تم تقويم الجريان في القناة الشريانية صدوياً (B,M mode)، وكذلك حجم القلب [18].
- قومت النتائج موضوعياً بواسطة الإحصاء الطبي [19]. و اعتمدت معنوية الفرق جدول ستينودنت - فيشر. استخدم جهاز الحاسب CASIO HL - 20 (lu).

النتائج

١- معدل الوقوع والانتشار

بلغ معدل الوقوع في عام ١٩٩٧ (٣٥٠) لكل مئة ألف (0,35 %)، كما بلغ في العام ١٩٩٨ (٤٧٥) لكل مئة ألف (٠,٤٧ %). أما معدل الانتشار فبلغ في العامين (٨٢٥) لكل مئة ألف (٠,٨٢٥ %).

٢- خصائص المجموعتين

أ- العمر

نعرض في الجدول رقم (١) التوزيع العمري لعناصر المجموعتين الرئيسة والشاهدة. يلاحظ من دراسة الجدول أن حالات الاستسقاء الأمينوسي تقل في الأعمار التي تنخفض عن ٢٦ عاماً في المجموعة الرئيسية مقارنة بالشاهدة، وهي تساوي على التوالي ١٠ (٧,٦%) و ٢٥ (١٨,٩%)، ٤٤ (٢٢,٧%) و ٥٧ (٣٩,٤%) وبفارق إحصائي كبير (٠,٠٠١ < P) في الحالتين وتكثر في الفئة العمرية (٣٦-٤٠)، فتبلغ في المجموعة الرئيسية ٢٩ (٢٢%) وفي الشاهدة ٢٠ (١٠,٣%)، وبفارق إحصائي معنوي جيد (٠,٠٠١ < P)، إضافة إلى كبير في الفئة العمري ≥ ٤١ ، فقد بلغت ٤ (٥,٥%) في الرئيسة

و ٢(١%) في الشاهدة، لكن الفرق لم يكن معنويًا، الاستسقاء الأمنيوسي يكثر مع تقدم العمر ولاسيما بل كان قريباً جداً من ذلك (t=1,84). وهكذا فإن فوق سن ٣٦ سنة.
الجدول رقم ١- التوزيع العمري لعناصر المجموعتين الرئيسة والشاهدة (P±m %)

الرقم المتسلسل	الفئات العمرية	المجموعة الرئيسية ١٣٢ = n	المجموعة الشاهدة ١٩٤ = n	P
١	٢٠ ≥	١٠ (٢,٣ ± ٧,٦)	٤٤ (٣ ± ٢٢,٧)	<٠,٠٠١
٢	٢٥ - ٢١	٢٥ (١,٦ ± ١٨,٩)	٥٧ (٣,٥ ± ٣٩,٤)	<٠,٠٠١
٣	٣٠ - ٢٦	٣٣ (٣,٨ ± ٢٥)	٣٦ (٢,٨ ± ١٨,٥)	>٠,٠٥
٤	٣٥ - ٣١	٢٩ (٣,٦ ± ٢٢)	٣٥ (٢,٨ ± ١٨)	>٠,٠٥
٥	٤٠ - ٣٦	٢٩ (٣,٦ ± ٢٢)	٢٠ (٢ ± ١٠,٣)	<٠,٠٠١
٦	٤١ ≥	٦ (١,٨ ± ٤,٥)	٢ (٠,٧ ± ١)	>٠,٠٥ t=١,٨٤٤

ب - سن الحمل

أظهرت دراسة سن الحمل أن ٤٦ مريضة (٣٤,٨ %) كان عمر الحمل لديهن ما بين ٢٨ و ٣٣ أسبوعاً، وأن ٢٢ (١٦,٦ %) ما بين ٣٤ و ٣٦ أسبوعاً، و ٦٤ (٤٨,٥ %) أكثر من ٣٦ أسبوعاً.

وهكذا يلاحظ أن معظم السيدات يتأخرن بالمراجعة، ويدخلن الدار في أثناء المخاض، ويدل هذا على الضعف في مراقبة الحمل عند معظم المرضى، أما بالنسبة لنا فقد شكل هذا عقبة كبيرة في تطبيق المعالجات الحديثة المقترحة (الإندوميثاسين) على الرغم من العدد الكبير من المرضى.

ج - عدد الولادات

بلغ عدد الخروسات في المجموعة الرئيسة ١٣ (٩,٨ %)، وعدد الولادات ١١٩ (٩٠,٢ %). وبلغ عدد الولادات اللواتي لديهن في السوابق من ولادة إلى أربع ولادات ٦٦ (٥٠ %)، وعديدات الولادة جداً أكثر من ٥ ولادات ٥٣ (

٤٠,١ %). أما في المجموعة الشاهدة فقد بلغ عدد الخروسات ٦٩ (٣٥,٦ %)، وعدد الولادات ١٢٥ (٦٤,٤ %). وبلغ عدد الولادات اللواتي لديهن في السابق من ولادة إلى أربع ولادات ٨٣ (٤٢,٨ %)، وعديدات الولادة جداً أكثر من ٥ ولادات ٤٢ (٢١,٦ %).

يلاحظ أن نسبة الخروسات في المجموعة الرئيسة هي (٩,٨ %) وفي الشاهدة (٣٥,٦ %) (p<0.001). وبالمقابل فإن نسبة الولادات في المجموعة الرئيسة هي (٩٠,٢ %) وفي الشاهدة (٦٤,٤ %) (p<0.001). أما نسبة عديدات الولادة جداً في المجموعة الرئيسة فبلغت (٤٠,١ %)، وفي الشاهدة (٢١,٦ %) (p<0.001).

أي أن حالات الاستسقاء الأمنيوسي تقل عند الخروسات وتكثر عند الولادات، ولاسيما عديدات الولادة جداً.

٣ - أسباب الاستسقاء الأمنيوسي

نلخص أسباب الاستسقاء الأمنيوسي في المجموعة

الرئيسة في الجدول رقم (٢)

الجدول رقم - ٢ - أسباب الاستسقاء الأمنيوسي في المجموعة الرئيسة (P ± m %)

الرقم المتسلسل	الأسباب	n = 132
١	تنافر Rh	١٤ (٢,٧ ± ١٠,٦)
٢	سكري عند الأم	١٣ (٢,٦ ± ٩,٨)
٣	حمل متعدد	٧ (١,٩ ± ٥,٣)
٤	تشوهات جنينية	٣٧ (٤ ± ٢٨)
٥	مجهول السبب	٦١ (٤ ± ٤٦,٢)
٦	أسباب مشيمية	٠
المجموع		١٣٢

وهكذا فإن أكثر أسباب الاستسقاء في هذه الدراسة عرف، وكان أهمها التشوهات الجنينية، ولا سيما العصبية (وأكثر شيوعاً انعدام الجمجمة)، فيما بقيت مجهولة في (٤٦,٢ %).

٤ - تصنيف درجة الاستسقاء الأمنيوسي باستخدام مشعر السائل الأمنيوسي الصدوي

درست شدة (درجة) الاستسقاء باستخدام مشعر السائل الأمنيوسي في ٩٧ حالة، ونعرض لها في الجدول رقم (٣).

يلاحظ من تحليل الجدول رقم (٢) أن أكثر حالات الاستسقاء بقيت مجهولة الأسباب ٦١ (٤٦,٢ %)، وأن ٣٧ (٢٨ %) نجمت عن التشوهات الجنينية، ثم تنافر Rh، فالسكري، فالحمل المتعدد. ولم تفسر الأسباب المشيمية أيًا من الحالات.

ويجدر بالذكر أن من أصل ٣٧ حالة استسقاء سببها تشوه خلقي كان منها انعدام جمجمة ٢٦ (٧٣,٦ %)، وقيلة سحائية مع استسقاء رأس ٥ (١٢,٢ %)، وتشوهات متعددة ٦ (١٤,١ %). أي أن انعدام الجمجمة شكل معظم الحالات، كما أن ٣١ (٣٨,٨ %) نجمت عن تشوه في الأنبوب العصبي.

الجدول رقم - ٣ -

تصنيف حالات الاستسقاء الأمنيوسي وفق مشعر السائل الأمنيوسي الصدوي (P ± m %)

الرقم المتسلسل	درجة الاستسقاء	المجموعة الرئيسة (n=97)
١	خفيف (٢٥ - ٣٠ سم)	١٤ (٣,٦ ± ١٤,٤)
٢	متوسط (٣٠,١ - ٣٥ سم)	٣١ (٤,٧ ± ٣٢)
٣	شديد (أكبر من ٣٥,١ سم)	٥٢ (٥ ± ٥٣,٦)

٩٧	المجموع	٤
----	---------	---

٧٠,٩ ± ٢٠ سم إلى ٣٣,٨ ± ١٢ سم. وكان متوسط التراجع في كل أسبوع ٧,٨ ± ٢,٧ سم. علماً أن المعالجة استمرت في كل الحالات مابين ٣ و ٥ أسابيع.

ولد كل الأطفال بحالة عامة حسنة، وفي الأوان. وتراوح مجموع درجات جدول أبغار في الدقيقة الأولى من ١٠/٤ إلى ١٠/٨ وفي الدقيقة الخامسة من ١٠/٧ إلى ١٠/١٠.

لم تظهر الدراسة الصدوية أي خلل في وظيفة القلب عند الجنين في كل الحالات، وكذلك كان الجريان الدموي في القناة الشريانية طبيعياً .

لم تترافق المعالجة بأيّة مضاعفة حملية حملي كالمخاض الباكر أو موت الجنين وغيرها.

وهكذا فإن العلاج بالإندوميثاسين أدى لتراجع الأعراض بشكل كبير في الحالات المدروسة كلها، ولم تترافق المعالجة مع أيّة مضاعفة والدية أو جنينية، كما لم تؤثر في القناة الشريانية في الحالات كافة.

٦. سير الحمل والمخاض والنفاس في المجموعة الرئيسية :

درس سير الحمل والمخاض والنفاس في المجموعة الرئيسية وقرنت النتائج بالشاهدة. وشملت النقاط المبحوثة كلاً من الإقياءات الحملية، والتهديد بالإسقاط، والأخماج، والانسمام الحملية، ونقص النمو داخل الرحم، وانبثاق الأغشية، والمخاض الباكر، والفترة التي يستغرقها المخاض، والتواسطات الولادية، والأخماج النفاسية، ونزوف العطالة، وغيرها. ونعرض في الجدول رقم (٤) لأهم هذه النقاط فقط، لأن بقية المضاعفات لم تحمل أي اختلاف بين المجموعتين .

يلاحظ من استعراض الجدول أن ٥٢ (٥٤%) من الحالات تصنف ضمن الدرجة الشديدة، ثم ٣١ (٣٢ %) - ضمن الدرجة المتوسطة، وأخيراً الحالات الخفيفة - ١٤ (١٤%).

٥. التدبير

١- البزل : أجري البزل المتكرر لعلاج ١٣ حالة من أصل ١٣٢ أي بنسبة (٩,٨ %) بسبب الزلة التنفسية الشديدة. تراوحت الكمية المبزولة ما بين ١٠٠٠ و ٢٥٠٠ مل. تراجعت الأعراض الانضغاطية كافة. وقد تعرضت حالة واحدة لمخاض مبكر (٧,٧%)، وأخرى لموت الجنين (٧,٧%).

٢- العلاج بالإندوميثاسين : للمرة الأولى تعالج في الدار بعض حالات الاستسقاء دوائياً، فقد طبق العلاج لست سيدات. وتمت مراقبة تغيرات السائل الأمنيوسي صدوياً بقياس المشعر، إضافة إلى تبدلات الصورة السريرية (تراجع الأعراض) كما درست الحالة القلبية الجنينية بالأمواج فوق الصوتية (M,B mode) وخاصة مرور الدم عبر القناة الشريانية.

ونعرض فيما يلي لأهم نتائج المعالجة :

٤ - صنفت درجة الاستسقاء حسب مشعر السائل الأمنيوسي إلى :

٥ حالات (٨٣,٣%) - استسقاء شديد، حالة واحدة (١٦,٧%) - خفيف.

تراجعت ٤ حالات (٦٦,٦%) من الشديد إلى الخفيف، وواحدة (١٦,٧%) من الشديد إلى الوضع الطبيعي، و أخرى من الخفيف إلى الطبيعي.

تراجع مشعر السائل الأمنيوسي وسطياً من

الجدول رقم ٤ - سير الحمل والمخاض والنفاس في المجموعتين الرئيسة والشاهدة (% ±)

(P

الرقم المتسلسل	الاختلالات	المجموعة الرئيسية 132 = n	المجموعة الشاهدة 194 = n	P
١	أعراض انضغاطية	٨٩ (٤,١ ± ٦٧,٤)	٠	< ٠,٠٠١
٢	تطاول المخاض	٦٢ (٤,٣ ± ٤٧)	١٧ (٢,١ ± ٨,٨)	< ٠,٠٠١
٣	التواسطات الولادية (القيصرية)	٢٨ (٣,٦ ± ٢١,٢)	٣٤ (٢,٧ ± ١٧,٥)	> ٠,٠٥
٤	الخمج النفاسي	١٩ (٣,١ ± ١٤,٤)	١٦ (٢ ± ٨,٢)	t = ١٧٢
٥	نزوف العطالة	٢٥ (٣,٤ ± ١٩)	٢٣ (٢,٣ ± ١١,٨)	t = ١٧٥
٦	مدة الاستشفاء : ١ - ٣ أيام ٤ أيام وأكثر	٩٢ (٤ ± ٦٨,٧) ٤٠ (٤ ± ٣٠,٣)	١٦٧ (± ٨٦,١) ٢٧ (٢,٥ ± ١٣,٩)	< ٠,٠٠١ < ٠,٠٠١
٧	المجموع	١٣٢	١٩٤	

٧. دراسة حالة الولدان :

درست حالة الولدان في المجموعة الرئيسية وفورنت بالشاهدة، وتضمنت النقاط التالية:

حالة الولدان وفق جدول أبعاد، جنس المولود، وزنه، إضافة إلى معدلات وأسباب الوفيات ماحول الولادية.

بلغ عدد الولدان في المجموعة الرئيسية ١٣٩ طفلاً، وفي الشاهدة ١٩٤.

باستعراض هذه النقاط لم نلاحظ أي فارق في حال الولدان حسب جدول أبعاد، وكذلك الأمر بالنسبة لجنس الولدان، إلا أن عدد الإناث كان أكبر في المجموعة الرئيسية ٨٤ (٦٠,٤%) من عدد الذكور ٥٥ (٣٩,٦%)، لكن الفارق مقارنة مع المجموعة الشاهدة لم يكن معنوياً (P > ٠,٠٥)، فقد بلغ عدد الإناث والذكور على التوالي ١٠٤ (٥٣,٦%)، ٩٠ (٤٦,٤%)، أما أوزان الولدان فأظهرت بعض الاختلافات، نوردتها في الجدول رقم (٥).

الجدول رقم - ٥ - وزن الولدان في المجموعتين الرئيسة و الشاهدة (P ± m%)

الرقم	الفئات الوزنية (غ)	المجموعة الرئيسية	المجموعة الشاهدة	P
-------	--------------------	-------------------	------------------	---

يلاحظ من استعراض الجدول أن ٨٩ (٦٧,٤%) سيدة من عناصر المجموعة الرئيسية كانت تعاني من أعراض انضغاطية، وتطاول زمن المخاض لدى ٦٢ (٤٧%)، وحدث خمج في مرحلة النفاس عند ١٩ (١٤,٤%)، ونزف عطالة في ٢٥ (١٩%) حالة، وزاد الاستشفاء عن ثلاثة أيام في ٤٠ (٣٠,٣%) حالة. وقابلها في المجموعة الشاهدة على التوالي: ١٧ (٨,٨%)، ٣٤ (١٧,٥%)، ١٦ (٨,٢%)، ٢٣ (١١,٨%)، ٢٧ (١٣,٩%)، وكانت مصداقية الفرق على التوالي: P < ٠,٠٠١، P < ٠,٠٠١، t = ١٧٢، t = ١٧٥، P < ٠,٠٠١، ويجدر بالذكر أن متوسط مدة الاستشفاء في المجموعة الرئيسية بلغ (٢,٣ ± ٠,٢) يقابلها (١,٥ ± ٠,١٧) يوماً في المجموعة الشاهدة (P < ٠,٠٠١).

وهكذا فإن سير الحمل والمخاض والنفاس في المجموعة الرئيسية تعرقل بأعراض انضغاطية، وبتطاول المخاض، وبازدياد مدة الاستشفاء، إضافة إلى ارتفاع الميل لحدوث نزوف العطالة والخمج النفاسي.

المتسلسل ل	(١٣٩ = n	١٩٤ = n	
١	أقل من ٢٥٠٠	٦٦ (٤٧,٥ ± ٤,٢)	٢٩ (١٤,٩ ± ٢,٦)	< ٠,٠٠١
٢	٢٥٠٠-٣٩٩٩	٥٢ (٣٧,٤ ± ٤,١)	١٥٥ (٧٩,٩ ± ٢,٩)	< ٠,٠٠١
٣	٤٠٠٠ وأكثر	٢١ (١٥,١ ± ٣)	١٠ (٥,٢ ± ١,٦)	< ٠,٠١
٤	المجموع	١٣٩	١٩٤	

يلاحظ من استعراض الجدول رقم (٥) أن (٥) ٦٦ بعضها. (٤٧,٥%) حالة كانت أوزان الولدان فيها أقل من ٢٥٠٠ (غ)، يقابلها (١٤,٩%) في الشهادة (P < ٠,٠٠١). كما أن ٢١ (١٥,١%) حالة كان الوزن فيها ٤٠٠٠ (غ) وأكثر، يقابلها في المجموعة الشهادة (٥,٢%)، وبفارق إحصائي معنوي (P < ٠,٠١). وهكذا يلاحظ نقص أوزان الولدان في المجموعة الرئيسية في أكثر الحالات، مع ازدياد العرطلة في

الجدول رقم ٦- أسباب الوفيات حول الولادة في المجموعتين الرئيسة والشاهدة (± m %) (P)

الرقم المتسلسل	أسباب الوفيات	المجموعة الرئيسة ٥٣ = n	المجموعة الشاهدة ١٠ = n	P
١	تشوهات جنينية	٣٧ (٦٩,٨ ± ٦,٣)	٣ (١٥,٣ ± ٣,٠)	< ٠,٠٥
٢	تنافر Rh	٧ (٤,٧ ± ١٣,٣)	١ (١٠ ± ١٠)	> ٠,٠٥
٣	استنشاق السائل الأمنيوسي	١ (١,٩ ± ١,٩)	١ (١٠ ± ١٠)	> ٠,٠٥
٤	داء الأغشية الهلامي	٨ (٥ ± ١٥,١)	٥ (١٧ ± ٥٠)	= ١٩٧ t
٥	المجموع	٥٣	١٠	-

فيها هذه النسبة (١١,٥%)، لكنه يتناقض مع ماورد في المصدر رقم [6] والتي كانت النسبة فيه (١%). قد يكون السبب في ارتفاع المعدل لدينا عدم توافر الـ Anti-D في المشافي و الأسواق في بعض الفترات، وربما عادت الأسباب إلى سوء الاستخدام.

■ وكان السكري سبباً للاستسقاء في (٩,٨%) من الحالات في دراستنا، وهو أقل مما ورد في المصدر رقم [6] والذي شكل السكري فيه نحو (١٤%). من الممكن تعليل ذلك بنقص تشخيص الداء السكري في أثناء الحمل، وربما عدم توخي الدقة والصعوبات التي ترافق دراسة هؤلاء المرضى لدينا.

■ شكلت التشوهات في دراستنا نحو (٢٨%) من أسباب الاستسقاء، وهي نسبة تتجاوز الأرقام الواردة في المصدر رقم [6] أيضاً، والتي بلغت (٢,٧%). قد تكون منطقتنا واحدة من المناطق ذات التشوهات العالية ولاسيما العصبية منها، ولتأكيد ذلك لا بد من تعميق الدراسة في هذا الاتجاه (نحن نقوم ببحث علمي مماثل، تشير نتائجه الأولية إلى صحة هذا الافتراض).

■ بلغت الحالات مجهولة السبب في دراستنا (٤٦,٢%)، وهي تختلف عن الرقم نفسه المذكور في المصدرين [5,6] والبالغ (٦٥%). قد يكون سبب قلة الحالات المجهولة لدينا ارتفاع عدد مرضى التنافر والتشوهات.

■ صنفت معظم الحالات في دراستنا ضمن الدرجة الشديدة حسب مشعر السائل الأميوسي الصدوي (٥٣,٦%)، تلتها المتوسطة - (٣٢%)، ثم الخفيفة - (١٤,٤%). يتوافق هذا التصنيف مع ما هو معروف بأن الحالات الشديدة تترافق مع التشوهات الجنينية ولاسيما العصبية، ومع شذوذات الجهاز المعدي-المعوي [6]. لكن هذا يناقض الدراسات الواردة في المصدرين [9, 5]، والتي تشير إلى أن الدرجة الخفيفة تشكل (٨٠%) من الحالات، ثم المتوسطة (١٧%)، فالشديدة (١١,٧%). يبدو أن سبب

يظهر استعراض الجدول أن أكثر أسباب الوفيات حول الولادية في المجموعة الرئيسية هي التشوهات الجنينية ٣٧ (٦٩,٨%)، يليها داء الأغشية الهلامي ٨ (١٥,١%)، ثم تنافر Rh ٧ (١٣,٣%)، وأخيراً استنشاق السائل الأميوسي (١,٩%). يقابلها في المجموعة الشاهدة على التوالي: ٣ (٣٠%)، ٥ (٥٠%)، ١ (١٠%)، ١ (١٠%). أما معنوية الفرق فكانت على التوالي: $P < ٠,٠٥$ ، $P > ٠,٠٥$ ، $P > ٠,٠٥$ ، $P > ٠,٠٥$.

وهكذا فإن أهم أسباب الوفيات حول الولادية في المجموعة الرئيسية هي التشوهات الجنينية.

المناقشة

■ بلغ معدل الوقوع عام ١٩٩٧ نحو (٠,٣٥%)، و(٠,٤٨%) عام ١٩٩٨. وهي أرقام تقل عن الواردة في دراسة Hill L.M. ١٩٨٧ وزملائه [9]، و Colan A. وزملائه ١٩٩٣ [7] والتي بلغت نحو (٠,٩%). إن معدل الوقوع في دراستنا قليل بالمقارنة، قد يكون السبب نقص الخبرات التشخيصية الصدمية لدينا، وقلة الحالات المراقبة طبياً على امتداد فترة الحمل، مما يجعل عدداً كبيراً من المرضى يراجع في نهاية الحمل، ويغفل التشخيص أحياناً ولاسيما في الحالات الخفيفة.

■ أظهر تحليل النتائج أن حالات الاستسقاء الأميوسي تقل عند الخروسات وتكثر عند الولادات ولاسيما عديدات الولادة جداً. لم نجد في المتوافر من المراجع نتائج مماثلة، ومن هنا فإن هذه النتيجة قد تفسر بازدياد حالات التشوهات الجنينية مع تقدم العمر، وارتفاع عدد مرضى السكري، وتنافر Rh. ويتوافق هذا مع نتائجنا بالنسبة للعمر، فقد أظهر التحليل زيادة الاستسقاء مع تقدم العمر، ولم نجد لهذا مثيلاً في الدراسات المذكورة أعلاه.

■ شكل تنافر Rh في دراستنا نحو (١٠,٦%) من أسباب الاستسقاء، وهذا يتوافق مع دراسة Queenan J.T. ١٩٩٣ [17] والتي بلغت

وكانت النتائج جيدة أيضاً، لكن أحد الولدان توفي في الشهر الثالث من عمره، ومن الجدير بالذكر أن نوه إلى أن الدراسة أغفلت أيضاً الحالة القلبية كذلك فعل Mamopoulos M. وزملاؤه عام ١٩٩٠ عندما عالجوا المرضى بجرعة ٢,٢-٢ ملغ /كغ فترجع حجم السائل وسطياً من ١٠,٧ إلى ٥,٩ سم، وكانت حال الولدان جيدة، لكن وضع القناة الشريانية لم يؤخذ بالحسبان. أما نحن فلم نتمكن من زيادة العدد، فعلى الرغم من تجاوز الولادات خلال عامي الدراسة ٣٢٠٠٠ ولادة، إلا أننا صادفنا صعوبات كبيرة، أقلها إقناع بعض الزملاء بضرورة تجربة الدواء، ناهيك عن إهمال المرضى وعدم تجاوبهم ومراجعتهم المتأخرة جداً للمشفى، إضافة إلى كثرة الحالات التي لا تتوافق مع شروط المعالجة الصارمة. لذلك قررنا الاكتفاء بعرض النتائج فقط دون الزام الآخرين بها، لعلها تشجع بعضهم على الاستمرار من حيث بدأنا. لقد بلغ عدد الحالات التي وافقت الشروط ست (٦) فقط، و من هنا يمكن تفسير العدد القليل للحالات في الدراسات الأجنبية المعروضة أيضاً. وتوافقت نتائجنا مع الدراسات المذكورة أعلاه، بل تفوقت في معدل تراجع كمية السائل الأمينوسي، فقد بلغت في دراسة Mamopoulos M. وزملائه ١٩٩٠ وسطياً ٤,٨ سم، في حين كانت لدينا ٣٧,١ سم. كما لم تكشف دراساتنا أي تغيرات صدوية تشير بشكل أو بآخر إلى خلل ما في جريان الدم عبر القناة الشريانية، لكن هذا يناقض عمل K. J. Moore وزملائه عام ١٩٨٨ والذي أشار إلى أن (٥٠%) من الحالات المعالجة تتعرض لتقبض القناة الشريانية. وهي قريبة من معلومات وردت في المصدر رقم [5] مفادها أن انسداد القناة الشريانية يحدث في (٦%) من الحالات. وهي لا تتعارض مع معلومات المصدرين [11, 18] والتي تعد انسداد القناة الشريانية ظاهرة مؤقتة تتراجع تماماً بإيقاف الدواء.

- هذا التناقض هو في عدد حالات التشوه لدينا.
- تشير المصادر [5, 1] إلى كثرة حالات الاستسقاء الأمينوسي التي تختلط بانفكاك المشيمة الباكر، وسوء وظيفة الرحم بعد الولادة، والمجيبات المعيبة، وزيادة التواسطات الولادية، والمخاض الباكر، وغيرها. غير أن توارد هذه المضاعفات لم يختلف في دراستنا عند مقارنة المجموعتين الرئيسة والشاهدة، باستثناء الميل لزيادة الخمج والعطالة الرحمية في الرئيسة، إضافة إلى تناول المخاض في (٤٧%) من الحالات، وازدياد مدة الاستسقاء في (٣٠,٣%) من المرضى. وتجدر الإشارة إلى أننا لم نجد لهذه النتائج مثيلاً في المراجع المتوافرة لدينا. فقد يكون سبب تناول المخاض اضطراب وظيفة الرحم، ويؤهب هذا للعطالة الرحمية وللخمج وتناول المخاض ومن ثمّ لزيادة الاستسقاء.
 - أما نقص وزن الولدان في دراستنا فيعود على الأغلب لزيادة التشوهات الجنينية، ويتوافق هذا مع الدراستين الواردتين في المصدرين [5, 1]، في حين يفسر السكري العرطلة.
 - بلغ معدل الوفيات الولادية في دراستنا (٣٨%)، وهو معدل عالٍ مقارنة بالمجموعة الشاهدة، ويمكن أن يفسر ذلك بكثرة التشوهات الجنينية.
 - لقد عالج Cabrol D. وزملاؤه ١٩٨٧ ثماني (٨) حالات من الاستسقاء الأمينوسي بالإندوميثاسين، وكذلك فعل Kirshon B. وزملاؤه عام ١٩٩٠ عندما درسوا ثماني (٨) حالات أيضاً، في حين ارتفع العدد في دراسة Mamopoulos M. وزملائه عام ١٩٩٠ ليصل إلى (١٥) مريضة، واعتماداً على هذه الأعداد القليلة من المرضى قدموا نتائج مهمة نشرت في أشهر المجلات. لقد نقص حجم السائل في كل الحالات التي عالجها D. Cabrol وزملاؤه عام ١٩٨٧، ولم يسجل أية مضاعفة، إلا أن الدراسة أغفلت حال القلب عند الجنين أو الوليد. أما Kirshon B. وزملاؤه عام ١٩٩٠ فأعطوا الجرعة بغض النظر عن الوزن (٢٥ ملغ / ٤ مرات يومياً)،

التوصيات

مراجعة العيادات في أثناء الحمل، بغية كشف الإصابة باكراً وعلاجها إن أمكن.

٤- عند دراسة عاليات الخطورة صدوياً يجب حساب مشعر السائل الأمنيوسي، ومتابعة تغيراته.

٥- الإندوميثاسين دواء فعال في خفض كمية السائل الأمنيوسي، إلا أن استخدامه الآمن يحتاج لزيادة عدد الحالات المدروسة.

٦- الأمواج فوق الصوتية (B,M mode) وسيلة جيدة لدراسة الجريان الدموي في القناة الشريانية، لكن اعتمادها يحتاج لدراسات أعمق، ربما تمت عندما تتوفر أجهزة أكثر تطوراً.

١- إن مجموعة عاليات الخطورة بالنسبة للاستسقاء الأمنيوسي في دراستنا تتضمن : عديدات الولادة وخاصة أكثر من خمس، السيدات بعمر أكبر من ٣٥ سنة، اللاتي يحملن سوابق تشوهات أجنة، السكريات، عندما يكون الحمل متعددأ، إضافة إلى تنافر Rh.

٢- يجب وضع المصابات بالاستسقاء في مجموعة عاليات الخطورة بالنسبة لكل من المخاض المديد، ونزف العطالة، و الخمج النفاسي، والوفيات حول الولادية، ونقص وزن الولدان.

٣- توعية السيدات وإرشادهن حول ضرورة

المصادر

- ١- دهمان أحمد ، السريرييات في فن التوليد ، مطبعة الداودي ١٩٩٣ ، ص ١٤٩- ٢٤٤ .
- 2- Brady K., Polzin W. J. ,Kopelman J.N. , Read J.A.: Risk of chromosomal abnormalities in patients with idiopathic polyhydramnios. *Obstet gynecol* 79: 234 , 1992 .
- 3- Cabrol D, Landesman R, Muller J, Uzan M, Surean C, Saxena B B,: Treatment of polyhydramnios with prostaglandin synthetase inhibitor (indomethacin). *Am J Obstet Gynecol* 157: 422 , 1987.
- 4- Carlson D E, Platt L D, Medearis A L, Hornstein: Quantifiable polyhydramnios: Diagnosis and management. *Obstet Gynecol* 75: 989, 1990.
- 5- Cunningham F. G. , MacDonald P. C., Gant N. F. , Leveno K. J. , Gilstrap L. C., Hankins G. D., Clark S. L.: *Williams Obstetrics*. 20Th Edition .1, Volume, 691 P., 1997.
- 6- Fernando Arias: *Practical Guide to High - Risk Pregnancy and delivery* . 464 P. , 1993.
- 7- Golan A, Wolman I, Saller Y, David M P: Hydramnios in singleton pregnancy: Sonographic prevalence and etiology. *Gynecol Obstet Invest* 35 : 91 , 1993.
- 8- Hack N. F., Moore J. G.,: *Essentials of obstetrics and gynecology* 3rd Edition. 737P., 1998.
- 9- Hill L M, Breckle R, Thomas M L, Fries J K: Polyhydramnios: Ultrasonically detected prevalence and neonatal outcome. *Obstet. Gynecol.* 69: 21, 1987.
- 10- Kirshon B, Mari G, Moise K J: Indomethacin therapy in the treatment of symptomatic polyhydramnios. *Obstet Gynecol* 75 : 202 , 1990.
- 11- Leon Speroff, Robert H. Glass , Nathan G. Kase .: *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Fifth Edition, 1029P. , 1994.
- 12- Mamopoulos M , Assimakopoulos E ,Reece E A , Andreou A , Zheng X Z , Mantalenakis S : Maternal indomethacin therapy in the treatment of polyhydramnios. *Am J Obstet Gynecol* 162 :

1225 , 1990.

- 13- Moise K J Jr , Huhta JC , Sharif D S , OU CA , Kirshon B , Wasserstrum N, Cano L : Indomethacin in the treatment of premature labor : Effect on the fetal ductus arteriosus . N Engl J Med 319 : 327, 1988.
- 14- Moore T R , Cayle JE : The amniotic fluid index in normal human pregnancy . Am J Obstet Gynecol. 162:1168,1990.
- 15- Parker J. U.: Amniocentesis and hydramnios .21(6), 202 –406, 1993.
- 16- Phelan J P, Smith C V ,Broussard P , Small M: Amniotic fluid volume whith the four-quadrant technique at 36-42 week`s gestation. J Rep-rod Med 32: 540, 1987.
- 17- Queenan J T: Polyhydramnios and oligohydramnios.Aug. 21(6),36-60,1993.
- 18- Respondek M-Weil SR: Indomethacin treatment and hydramnios. Am J Obstet ., Feb . 1995, 86-90.
- 19- Serenko A. F. ,Ermakova V. V. : Social hygiene and orgnization of health services. M. ,672P., 1977.
- 20- Smith C. V. , Plumbeck R. D. ,Rayburn W. F. ,Albaugh K. J. :Relation of mild idiopathic polyhydramnios to perinatal outcome.Obstet Gynecol 79: 389, 1992

· تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: ٢٠٠٠/٢/٧.
· تاريخ قبوله للنشر: ٢٠٠٠/٤/٢٥.

