

دور السالبوتامول في المخاض الباكر

الدكتور: جميل طالب*

الملخص

ما زال المخاض الباكر أكبر وأصعب التحديات التي تواجه الممارسة التوليدية . وقد شهد التاريخ العديد من الحروب بين المولدين وهذه المشكلة . استخدموا خلالها أسلحة متنوعة (سلفات Mg^{++} ، الريتودرين، حاصرات الكلس . الخ) .
قيم كل منها من خلال مقارنة الأثر الحال للمخاض والآثار الجانبية المتعلقة بها وقد استعملنا في دراستنا السالبوتامول على ٢٤ مريضة .
فنجحت ١٧ حالة أي بنسبة ٧٠. ٨% .
وأخفقت ٧ حالات أي بنسبة ٢٩. ٢% .
كانت الآثار الجانبية الخطيرة نادرة وظهرت بوضوح عند اللواتي لديهن مشكلة داخلية سابقة .
كما طبق الريتودرين (يوتوبار) على ٢٤ مريضة أخرى .
نجحت ١١ حالة أي بنسبة ٤٥. ٨% .
وكذلك طبق السلفات Mg^{++} (على ٢٤ مريضة أخرى) .
نجحت منها ١٣ حالة أي بنسبة ٥٤. ٢% .
وبذلك نستطيع أن نؤكد أن السالبوتامول هو واحد من العقارات المفضلة الحالة للمخاض، والتي يمكن أن نلجأ إليها في صراعنا ضد أزمة المخاض الباكر

Role Of Salbutamal In The mangement Of Prterm Labar

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

Jamil Taleb*

Abstract

Preterm labor still the greatest and the most difficult challenge thfaces ouat r obstetrician practice.

History has witnessed many and many battles between the obstetricians and this problem during which they used many weapons such as “ Mg. Sulfate, Ritodrin, Calcium channel blockers... etc. ”

Each one of these drugs was evaluated by comparing its tocolytic effect and its side effects.

We applied Salbutamol in ٢٤ cases and we achieved available baby in ١٧ cases “٧٠. ٨%”, while we failed in ٧ cases “٢٩. ٢%”.

Serious side effects were rare and it was observed in those who had previous internal history.

And we applied Yutopar in other ٢٤ cases, the success rate was ٤٥. ٨%.

Magnesium sulfate is also applied in ٢٤ cases, the success rate was ٤٥. ٨%.

So I can assure that Salbutamol is one of the best tocolytic drugs, which can be our shelter in our struggle against Preterm labor.

*Department of Obstetrics and Gynecology-Faculty of Medicine –Damascus University

هو مشكلة هامة تترافق مع مرآضة ووفيات عالية حول الولادة .

يعرف بأنه بداية مخاض عند مريضات بأغشية سليمة قبل نهاية الأسبوع ٣٧ . ويمكن أن نطلق اسم خديج على كل وليد يولد قبل نهاية الأسبوع ٣٧ . أسباب المخاض الباكر:

أسباب المخاض الباكر

١- الالتهاب الباكر للأغشية [١٣،٩،٥]

٢- التهاب مشيماني آمنوسي

٢٠- ٣٠% من الحالات، ويعتقد أن الآلية تكون عن طريق إنتاج مواد متواسطة كالانترلوكين I و العامل المنخر للورم و العامل المفعل للصفائح الذي يفعل إنتاج البروستاغلاندينات .

٣- الأخماج خارج الرحم:

١٠-٥% وخاصة أخماج السبيل البولي، حيث شوهدت العقديات B، كما شوهدت المشعرة المهبلية بشكل متواتر عند مريضات لديهن مخاض باكر [١٤].

٤- الشذوذات المشيمية:

وهي شذوذات في الشكل (مشيمة متراسية-بشكل مضرب التنس) أو الارتكاز (ارتكاز مشيمة معيب) أو قصور وعائي مشيمي، كما أن الأورام الدموية تحت الساقط تترافق مع ازدياد الولادة المبكرة [١١].

٥- الشذوذات الرحمية (التشوّهات التشريحية للرحم)

١- ٣% من الحالات. ونذكر أمثلة عليها: الرحم ذو القرنين-الرحم ذو الحواجز وهي تشوهات خلقية، حيث تصل نسبة حصول الولادة المبكرة حتى ١٦- ٢٠% إذا استمر الحمل [٦]، وكذلك الأورام العضلية الملساء وهي تشوهات مكتسبة .

٦- أسباب جنينية

تشوهات الأنبوب العصبي والآفات الاستقلابية .

٧- فرط تمدد الرحم

بسبب حمل متعدد أو لاستسقاء الأمنيوسي بسبب آخر نسبياً للمخاض المبكر [٣] .

٨- مجهول السبب: ٢٠-٣٠% [٩،٧،٥].

٩- فرط التوتر المحرض بالحمل .

١٠- نقص التروية [١].

١١- النزف ما قبل الولادة .

١٢- عوامل اجتماعية اقتصادية

حيث تكثر مشاهدته عند الطبقات الاجتماعية الفقيرة وكون عمر الأم أقل من ٢٨ سنة أو فوق ٣٥ سنة [٢].

وبائيات المخاض الباكر

١-العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسالية: إذ يكثر حدوثه عند تدني الحالة الاجتماعية والاقتصادية، كما يكثر عند العرق السود .

٢-العوامل الودية: يزداد حدوثه عندما تكون الأم مدخنة [١٠] ناقصة الوزن وخاصة إن كانت تقوم بعمل مجهود لساعات طويلة خارج المنزل [٤].

٣-الجماع خلال الحمل: وخاصة بعد الأسبوع ٣٠ .

٤-العوامل التوليدية: وتتضمن

- كسب الوزن خلال الحمل السابق .

- وزن الطفل السابق .

- النتيجة الوليدية في الحمل السابق .

- عدد الإجهاضات السابقة .

-عوامل الخطورة: تصنف عوامل الخطورة

حسب جدول Papierink بحيث

إنّ المريضة التي تحصل على عشر نقاط أو أكثر هي في خطر مرتفع بالنسبة للمخاض الباكر [٧].

تدبير المخاض الباكر

وهنا يجب أن نميز بين مفهوم المخاض الباكر ومفهوم التهديد بالمخاض الباكر .

فالأول يعني حدوث تقلصات رحمية تلقائية منتظمة

III- تدبير المريضا مع مخاض باكر محتم [٨٠٧،٥]

أولاً: تحديد المريضا اللواتي يحتجن ولادة فورية:

١- المرض الوالدي: (أمراض القلب فرط نشاط السدق-أمراض الكلى) التي لا تحتمل استمرار الحمل .

٢- المخاض المتقدم: إحصاء ١٠٠% اتساع <٥سم .

٣- التشوهات الجنينية غير القابلة للحياة والشذوذات الصبغية .

٤- تأخر النمو الجنيني

٥- الالتهاب المشيمائي الأمنيوسي: حيث يكون المخاض الباكر هنا حدثية دفاعية .

٦- نخسج رئتي الجنين .

ثانياً: المعالجة

١-حالات المخاض الوريدية: مقلدات B، سلفات المغنيزيوم، الديازوكسيد، الاندوميثاسين .

٢- الصادات: فائدتها قليلة .

٣- الستيروئيدات القشرية: وأفضل فائدة تحققها في انفتاح رئتي الجنين عندما يكون العمر الحملي أقل من ٣٤ أسبوعاً، وخاصة بين الأسبوع (٣٠-٣٢) وعندما تكون الولادة بعد أكثر من ٢٤ سا، وأقل من ٧ أيام من المعالجة بالستيروئيد .

يُعطى ديكساميثازون بالعضل بمقدار ١٢ ملغ/٢أسا (جرعتان) أو فوسفات بيتاميثازون ٦ ملغ وأسيتات البتاميثازون ٦ملغ بالعضل بجرعتين متتاليتين بفواصل ٢٤ سا .

-ويكرر العلاج مدة أسبوع إذا لم تحدث الولادة مع مراقبة سكر الدم خلال المعالجة لأن الستيروئيدات قد ترفع سكر الدم .

٤- الفينوباربيتال والسفتامين K : للوقاية من النزف داخل البطينات .

الفينوباربيتال: ١٠ملغ/كغ وريدي خلال ٣٠ د

مؤلمة ومتكررة تؤدي إلى حدوث تبدلات واضحة في عنق الرحم من إحصاء واتساع، أما الثاني فهو حدوث تقلصات كالسابقة لكنها غير كافية لحدوث تبدلات في عنق الرحم .

ولذلك سنذكر تدبير المريضا اللواتي في خطورة عالية بالنسبة للمخاض الباكر ثم اللواتي لديهن تهديد بالمخاض الباكر . وأخيراً المريضا اللواتي لديهن مخاض باكر محتم .

I - تدبير المريضا ذات الخطورة العالية

- ١- التنقيف نحو المخاض الباكر .
- ٢- العلاج الهجومي للأخماج المهبلية والعنقية .
- ٣- الفحوصات الحوضية المتكررة .
- ٤- الفحوصات المتتابعة بفوق الصوت الإيكو .
- ٥- الامتناع عن الجماع .
- ٦- تحديد الفعاليات الفيزيائية .

II- تدبير المريضا اللواتي لديهن تهديد بالمخاض الباكر

١-التغطية بالصادات

- الخيار الأول: مشاركة بين الاريثروميسين والكلينداميسين .
- الخيار الثاني: الميترونيدازول أو التريميتوبريم/سولفاميتوكسازول .

٢-حل المخاض الوقائي

- ١- مقلدات B فموياً: تربوتالين ٢,٥ ملغ/٦ سا. ريتودرين ٢٠ملغ/٦سا .
- ٢- حاصرات الكلس: نفيديبين: فموي ١٠ ملغ/٦سا ويمكن زيادتها حتى ٢٠ ملغ/٤سا . فيراباميل ٨٠ ملغ/٦سا .
- ٣-أملاح المغنزيوم: غلوكونات المغنزيوم: ١غ فموي/٦سا . أكسيد المغنزيوم: ٢٠٠ ملغ/٤ سا .
- ٤-البرجسترون: دوره غير مثبت .

٣- الراحة بالسرير

٤- البحث عن قصور مشيمي .

• **الديازوكسيد:** وهو مدر تيازيدي له دور حال للمخاض .
التأثيرات الجانبية له: هبوط الضغط-
تسرع القلب فرط سكر الدم-نقص
الجريان الدموي المشيمي إضافة إلى
أنه قد يسبب فرط سكر الدم وكرهاً
جينيئاً ناجماً عن نقص الإرواء
الرحمي المشيمي يعطى ٥ ملغ/كغ
وريدياً ببطء خلال ١٥-٣٠ د .

• **الاندوميثاسين:** وهو مضاد التهاب غير
ستيرويدي له دور حال للمخاض .
والتأثيرات الجانبية له هي: فرط توتر رئوي -
انغلاق باكراً للقناة الشريانية لذلك يفضل عدم
استعمال الدواء بعد الأسبوع ٣٢ .

الجرعة ٥٠ أو ١٠٠ ملغ جرعة يديئية
(تحاميل شرجية) ثم ٢٥ ملغ فموي/٦ سا
وتستمر لمدة ٣ أيام .

السالبوتامول

الوصف الدوائي [٨]

هو منبه نوعي ضعيف لمستقبلات B_٢ وهو بشكل
خفيف مشابه للتربوتالين وهو أقل تأثيراً في القلب
وأكثر توسيعاً للقنوات من الايزوبرينالين .

آلية العمل [٨]

منبه نوعي ضعيف لمستقبلات B_٢ الأدرنجية في
الرحم وتحرض هذه المستقبلات الألياف العضلية
الملساء في الرئتين والأوعية الدموية المرورية
للعضلات الهيكلية ويمكن للسالبوتامول أن يمنع
إزالة التحجب في الخلايا البدينة وبسبب توسيعه
للأوعية المحيطية فإنه قد يسبب هبوطاً في الضغط
الانتصابي. يؤدي السالبوتامول كذلك إلى زيادة
التجمع داخل الخلية للبيوتاسيوم المحيطي ويعزى
هذا إلى تفعيل مضخة Na/K ATPase كما يؤدي
إلى انخفاض خفيف في البيوتاسيوم المحيطي إلا أن
هذا لا يحتاج لإصلاح دوائي .
-لا يعبر الحاجز الدموي الدماغي ولكنه يعبر

والجرعة القصوى ٧٠٠ ملغ .

فتامين K : جرعة يديئية ١٠ ملغ بالعضل ثم ٢٠ ملغ
فموي/يومياً حتى تتم الولادة لمنع حدوث النزف
في رأس الجنين في أثناء الولادة .

بالنسبة لمقدرات B

مضادات استنبابها [٨]

(١) وجود مرض قلبي عند الأم (اضطراب
نظم)

(٢) دوران مفرط الدينمية (فرط نشاط الدرق-داء
تمنجل الخلايا-حمل متعدد)

(٣) التهاب مشيماتي أمنيوسي .

(٤) السكري غير المستقر المعتمد على الأنسولين .

(٥) فقر دم شديد أو نزف توليدي شديد .

(٦) الروبيات المعالجات سابقاً بالـ MAOI.

التأثيرات الجانبية لها:

(١) احتباس السوائل وحدوث وذمة رئوية .

(٢) زيادة سكر الدم .

(٣) نقص بوتاسيوم المصل وإذا هبط عن ٣ ميلي
مكافىء يجب اعاضة بـ ٤٠-٨٠ ميلي
مكافىء من البوتاسيوم في أحد المصول .

أهم الأدوية المستعملة في

إيقاف المخاض الباكر [٧]

التربوتالين Terbutalin

الريتودرين Ritodrin

السالبوتامول Salbutamol

• **سلفات الـ Mg⁺⁺:** تستخدم عند وجود مضاد
استنباب لاستعمال مقدرات B وخاصة عند
وجود مشكلة قلبية . والتأثيرات الجانبية
لها: الوذمة الرئوية، هبوط درجة الحرارة-
السحنة العصبية العضلية تعطى ٦ غ بطريقة
التسريب الوريدي خلال ١/٢ ساعة ثم ٢-٣
غ/سا لمدة ٢٤-٤٨ ساعة .

هدف الدراسة

دراسة جدوى تطبيق السالبيوتامول وريدياً في حل المخاض المبكر وتحري الآثار الجانبية المترتبة على تطبيقه .

ومن ثم مقارنة ذلك مع مقلد آخر لمستقبلات B (وهو اليوتوبار) ومع حال آخر للمخاض وهو سلفات Mg^{++} .

٣ حبيبات (٦ ملغ سالبيوتامول) ضمن لتر ملحي (بتركيز ٦ مكغ/مل) ويُدى بمعدل تسريب (٥-١٠ نقط/د) (٣-١٥ مكغ/د) وتم تعديل جرعة البدء كل ١٥-٢٠ دقيقة حتى الوصول إلى الهدف المنشود وهو توقف التقلصات، ومن ثم حافظنا على هذا المعدل ٢٤ ساعة وتمت تغطية المريضات بالصادات (Erythromycin + clindamycin) في حال وجود انبثاق أغشية باكر، ودرس التطبيق في جدولين رئيسيين: الأول درس معدل النجاح والإخفاق، والثاني: درس التأثيرات الجانبية . كما عرضنا جدولاً يوضح فعالية السالبيوتامول وفق عوامل الخطورة الأهم للمخاض الباكر .

لقد طبق الديكساميثازون عند النساء للواتي حملهن مناسب

المشيمة . يستقلب في الكبد إلى مواد غير فعالة وي طرح عن طريق البول والبراز، نصف عمره الحيوي [٢]. ٥-٦ ساعات بعد الإدخال الفموي .

الدراسة العملية

السالبيوتامول كعقار حال للمخاض

الدراسة عشوائية استقرائية

مخطط الدراسة

شملت الدراسة ٧٢ مريضة لديهن مخاض باكر وقسمن إلى ٣ مجموعات كلاً منها ٢٤ مريضة، المجموعة الأولى طبق لها السالبيوتامول والمجموعة الثانية طبق لها اليوتوبار . أما المجموعة الثالثة طبق لها سلفات Mg^{++} وقد أخذ بالحسبان عدم استعمال مقلدات B عند وجود مضاد استطباب لها مثل :

- ١- وجود مرض قلبي عند الأم .
 - ٢- داء السكري .
 - ٣- الربويات المعالجات سابقاً ب MAOI.
 - ٤- فقر دم شديد .
 - ٥- وجود التهاب مشيمي أمنيوسي
- التطبيق للسالبيوتامول كعقار حال للمخاض - طبق السالبيوتامول وريدياً ضمن النموذج الآتي، وعلى ٢٤ مريضة .

جدول يوضح فعالية السالبيوتامول وفق عوامل الخطورة الأهم للمخاض الباكر

النسبة المئوية	عدد الحالات الخافقة	النسبة المئوية	عدد الحالات الناجحة	عدد الحالات المطبقة لها	
٢٠%	٤	٨٠%	١٦	٢٠ حالة	أغشية سالمة
٥٠%	٢	٥٠%	٢	٤ حالات	انبثاق أغشية مقعدي
٥٠%	٢	٥٠%	٢	٤ حالات	تبدلات عنق الرحم من اتساع و إمحاء < (٥٠×٢%)
٢٣%	٣	٧٧%	١٠	١٣ حالة	تبدلات عنق الرحم من اتساع و إمحاء > (٥٠×٢%)
٢٧%	٣	٧٣%	٨	١١ حالة	

الجدول الأول : يدرس معدل النجاح و الإخفاق عند تطبيق السالبيوتامول

يظهر في هذا الجدول الضغط الشرياني و النبض لكل مريضة قبل تطبيق السالبيوتامول و معدل تسريب السالبيوتامول، الزمن اللازم لتوقف التقلصات و النبض بعد التسريب

ملاحظات	متابعة الحالة	النبض	الزمن اللازم لتوقف التقلصات	معدل التسريب	P	BP	الجرعة الكلية	اسم المريضة	رقم الحالة
معدل النجاح: ٢٤/١٧ أي بنسبة ٧٠٪	نجاح حولت للقموي + الصادات	١٣٢	د ٩٠	١٠/ن/د	١٢٠	١١/٦	جرعة البدء ١.٥ - ٣ مكغ / د. أي ١٠ - ٥ نقط / د الجرعة الكلية ٦ ملغ التكرير ٦ مكغ / مل ↙	ص ز	٨
	نجاح حولت للقموي + الصادات	١٢٠	د ٦٠	٢٠/ن/د	١٠٠	١١/٦		ع م	١١
	إخفاق وتمت ولادة طبيعية بعد ٣ سا	لم تتوقف التقلصات			٩٦	١٠/٤		وب	١٢
	نجاح ثم حولت للقموي + صادات	١٢٠	د ١٣٠	١٠/ن/د	١٠٢	١٠/٧		ز ص	١٣
	تطورت زلة شديدة شخص إثرها قصور دسام تاجي سابق	١٣٢	د ٣٠	١٦/ن/د	٩٦	٨/٥		ع م	١٩
	نجاح ثم حولت للقموي + صادات	٦٠	د ١٠٨	١٠/ن/د	٨٨	٥. ١١/٧		رح	١٤
	نجاح لكن أجريت CS بسبب السيلان	١٢٠	د ٣٠	٥/ن/د	١٢٠	٥. ١٢/٨		ل ح	١
	نجاح ثم حولت للقموي + صادات	١١٦	د ٧٥	٥/ن/د	١٠٨	١١/٦		ع ف	٢
	أوقف التسريب بسبب ارتفاع الحرارة حتى ٣٨° م و بدأ تطور خمج أمينوسي	١٠٠	د ٣٠	٥/ن/د	١٠٠	١٠/٦		ه ف	٣
	ولادة طبيعية بعد ١٥. ٣٢ ساعة (استفادة من Dexamethasone)	١٢٠	د ١٩٥	١٠/ن/د	٧٦	١٠/٦		ن م	٤
	فشل	لم تتوقف التقلصات			١٠٠	١٠/٦		ف م	٥

ملاحظات	متابعة الحالة	النبض	الزمن اللازم لتوقف التقلصات	معدل التسريب	P	BP	الجرعة الكلية	اسم المريضة	رقم الحالة
معدل الإخفاق ٢٤/٧ أي بنسبة ٢٩.٠%	نجاح و تحولت للفموي + صادات	١٠٠	د ١٩٥	١٠/١	٩٢	١١/٦	الجرعة الكلية ٦ ملغ ← التركيز ٦ ملغ / مل ← جرعة البدء ١.٥ - ٣ ملغ / د أي ٥ - ١٠ نقط / د	رت	٦
	إخفاق و تطور انتان أمينوسي	استمرت التقلصات			٧٦	١١/٨		ام	٧
	نجاح و تحول للفموي + صادات	١٢٠	د ٦٠	٣/١	٩٦	١٠/٦		وب	٩
	نجاح و تحول للفموي + صادات	١١٦	د ١٢٠	٥/١	١٠٠	١٢/٦		بش	١٠
	نجاح و تحول للفموي + صادات	١١٢	د ٢١٠	١٠/١	٨٨	٩/٥		ع ١	١٥
	نجاح و تحول للفموي + صادات	١٠٨	د ٩٠	٥/١	١١٢	٥.٨/٦		س ش	١٦
	نجاح و تحول للفموي + صادات	١٢٠	د ٦٠	١٠/١	٨٤	١١/٧		اح	١٧
	أوقف التسريب بسبب ح=٥٣٩ م و تسرع النبض	١٠٠	د ٣٠	١٠/١	١٠٠	١٠/٥		م ز	١٨
	نجاح و تحول للفموي + صادات	١٠٤	د ٣٠	١٠/١	١٠٠	١٢/٨		خ ح	٢٠
	نجاح و تحول للفموي + صادات	١٠٨	د ١٦٥	١٠/١	١١٢	١٢/٦		ج ج	٢١
	نجاح و تحول للفموي + صادات	١٠٨	د ٦٠	٥/١	١٠٠	١٢/٨		ف خ	٢٢
	نجاح و تحول للفموي + صادات	١١٠	د ٤٥	١٠/١	٩٦	١١/٧		م ح	٢٣
	نجاح و تحول للفموي + صادات	١١٢	د ٦٠	١٠/١	١٠٤	١٠/٧		س م	٢٤

الجدول الثاني: الآثار الجانبية لدى تطبيق السالبوتامول. الأثر الجانبي و معدل التسريب و الجرعة التي ظهر معها.

ملاحظات	الجرعة التي ظهر معها SE	معدل التسريب الذي ظهر معه SE	النبض	الآثار الجانبية	الجرعة المطبقة	اسم المريضة	رقم الملف
لم تؤثر في نجاح التطبيق	٥. ١ مكغ/د	١٠ ن/د	١٦٠/د	زلة + خفقان	الجرعة الكلية ١ مل التركيز ١ مكغ/مل - نقطة البدء ١٠.٥ - ٣.١ مكغ/د أي ١٠.٥	ص ز	٨
لم تؤثر في نجاح التطبيق	٥. ٤ مكغ/د	٣٠ ن/د	١٤٠/د	زلة + خفقان + رعشة		ع م	١١
أخفق التطبيق	٩ مكغ/د	٢٠ ن/د	١٤٤/د	زلة + خفقان		وب	١٢
لم تؤثر في نجاح التطبيق	٥. ٧ مكغ/د	١٥ ن/د	١٣٠/د	زلة + خفقان		ز ص	١٣
لديها قصور قلب غير مشخص سابقاً	٦ مكغ/د	١٦ ن/د	١٣٠/د	زلة شديدة		ع م	١٩
لم تؤثر في نجاح التطبيق	٩ مكغ/د	٢٠ ن/د	١٤٠/د	خفقان		رح	١٤
لم تؤثر في نجاح التطبيق	٥. ١ مكغ/د	٥ ن/د	-	إقياء		ل ح	١
-	-	-	-	-		ع ف	٢
ترافق مع ترفع حروري؟	٥. ١ مكغ/د	٥ ن/د	١٣٤/د	زلة		ه ح	٣
لم تؤثر في نجاح التطبيق	٣ مكغ/د	١٠ ن/د	١٣٦/د	زلة + خفقان		ن م	٤
-	-	-	-	-		ف م	٥
-	-	-	-	-		ر ت	٦
ترافق مع ترفع حروري	٥. ٤ مكغ/د	١٥ ن/د	١٢٨/د	زلة		ا م	٧
لم تؤثر في نجاح التطبيق	٠. ٣ مكغ/د	١٣ ن/د	١٣٠/د	رعشة		وب	٩

تتمة الجدول الثاني

ملاحظات	الجرعة التي ظهر معها SE	معدل التسريب الذي ظهر معه SE	النبض	الآثار الجانبية	الجرعة المطبقة	اسم المريضة	رقم الملف
---------	-------------------------	------------------------------	-------	-----------------	----------------	-------------	-----------

دور الساليوتامول في المخاض الباكر

لم تؤثر في نجاح التطبيق	٦ مكغ / د	٢٠ ن / د	١٤٠ / د	صداع-زلة- رعاش- خفقان-تسرع	الجرعة الكلية ٦ مل - التركيز ٦ مكغ/مل -جرعة البدء ١,٠-٣ مكغ/د أي ٥-١٠ نقطة/د	ب ش	١٠
-	-	-	-	-		أ ع	١٥
-	-	-	-	-		س ش	١٦
لم تؤثر في نجاح التطبيق	٥.٤ مكغ/د	١٥ ن/د	١٣٠ /د	زلة		ا ح	١٧
ترافق مع ترفع حروري	٣ مكغ/د	١٠ ن/د	١٤٤ /د	خفقان		م ز	١٨
-	-	-	-	-		خ ح	٢٠
لم تؤثر في نجاح التطبيق	٥.٤ مكغ/د	١٥ ن/د	١٤٠ /د	خفقان		ج ج	٢١
لم تؤثر في نجاح التطبيق	٥.٤ مكغ/د	١٥ ن/د	١٢٠ /د	زلة		ف خ	٢٢
-	-	-	-	-		ح م	٢٣
-	-	-	-	-		س م	٢٤

الجدول الثالث: جدول يقارن معدلات النجاح والإخفاق عند تطبيق السالبتامول . اليوتوبار -
سلفات Mg^{++} مع الأخذ بالحسيان ر من الحمل عند التطبيق . الآن سنمر على التأثيرات الجانبية
التي لوحظت عند تطبيق اليوتوبار وعند تطبيق سلفات Mg^{++} .

عدد الحالات الناجحة			عدد المريضات اللواتي طبق لهن عقار حال للمخاض			سن الحمل
سلفات Mg^{++}	يوتوبار	سالبتامول	سلفات Mg^{++}	يوتوبار	سالبتامول	العقار
١	٤	٧	٥	٩	١١	> ٣٠ أسبوع
٢	-	٢	٣	١	٢	٣١ أسبوع
١	٣	٢	٢	٤	٣	٣٢ أسبوع
٦	٤	٢	٧	٥	٢	٣٣ أسبوع
١	٢	٣	٣	٣	٣	٣٤ أسبوع
٢	٢	١	٤	٢	٣	٣٥ أسبوع
١٣	١١	١٧	٢٤	٢٤	٢٤	المجموع
%٢٠.٥٤	.٤٥ %٨	%٨.٧٠				النسبة المئوية

أولاً: اليوتوبار

طبق على ٢٤ مريضة وظهرت التأثيرات الجانبية عند ١٤ مريضة أي بنسبة ٥٨. ٣٤

الجدول الرابع: التأثيرات الجانبية عند تطبيق اليوتوبار

النسبة المئوية	عدد الحالات التي لوحظت فيها التأثيرات الجانبية	التأثيرات الجانبية
%٦٧.١٧	٤ حالات	زلة
%٥٠.١٢	٣ حالات	زلة+ تسرع قلب
%٦٧.١٦	٤ حالات	تسرع قلب
%١٧.٤	١ حالة واحدة	اضطراب في قيم سكر الدم
%٣٣.٨	٢ حالة	هبوط K في الدم

ثانياً: سلفات Mg^{++} :

طبق على ٢٤ مريضة وظهرت التأثيرات الجانبية عند مريضتين فقط أي بنسبة ٤١.٦٧% .

الجدول الخامس: التأثيرات الجانبية عند تطبيق سلفات المغنيزيوم

النسبة المنوية	عدد الحالات التي لوحظت فيها التأثيرات الجانبية	التأثيرات الجانبية
١٦.٦٧%	٤ حالات	ضعف المنعكسات الوترية
٤.١٧%	١ حالة واحدة	غياب المنعكسات الوترية
٨.٣٣%	٢ حالة	نقص النتاج البولي
٨.٣٣%	٢ حالة	زلة تنفسية
٤.١٧%	١ حالة واحدة	هبوط حرارة الجسم

المصادر

- ١- Albert Reece Am. etal. Obstet. Gynecol. ١٩٩٣ jan; ١٦٨(١)
- ٢- Aldous MB etal. Jama - ١٩٩٣ Dec -١,٢٧٠(٢١)٢٥٧٤.
- ٣- Borge Getal; Int. J. Addict. ١٩٩٣, Mar ٢٨(٤):٣٥٥-٦٨.
- ٤- Christmas JT,etal. Am J. Obstet. Gynecol. ١٩٩٣ Jan, ١٦٨(١)٣٧١.
- ٥- CUNNINGHAM, MACDONALD&GANT KENETH (١٩٩٧)
- ٦- Williams Obstetrics, ٢٠th ED, USA Appleton & Lange.
- ٧- Exacustos C,Resat; P. Obstet. Gynecol; ١٩٩٣ Jul. ٨٢(١) ٩٧-١٠١.
- ٨- FERNANDO ARIAS. (١٩٩٣) Practical Guide to High Risk Pregnancy & Delivery, ٢^{ed} USA Mosby Yearbook.
- ٩- HARVEY&CHAMP (١٩٩٢) Lippincott Illustrated Review in Pharmacology, USA, Library of the Congress.
- ١٠- Heydanus R,etal. Pregnant Diagn. ١٩٩٨(Mar, ١٣(٣) ١٥٥-٦٢.
- ١١- Mulla WR etal; Am J. Obstet. Gynecol. ١٩٩٣ Jan. ١٦٨(١)٣٧٩.
- ١٢- Pearlstone M;Baxil . Obstet Gynecol. Surv. ١٩٩٣(Feb ٤٨(٢)٦٥-٦٨.
- ١٣- PSCHYREMBEL ,DUDENHAUSEN (١٩٨٩)
Praktische Geburtshilfe ١٦. Auflage (١٢٧-١٣١).
- ١٤- Vintzileos etal. Am J. Obstet. Gynecol. ١٩٩٣ Jan (١٦٨) ١.
- ١٥- Wolf E. j. etal; Am J. Obstet. Gynecol. ١٩٩٣ Nov. (١٥٩) ١٢٣٣-١٢٣٩.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: ٢٠٠٠/٤/١١.

تاريخ قبوله للنشر: ٢٠٠٠/٧/١١.