

دراسة عن الطوارئ الجراحية في النسائية والتوليد

بنان الحسين*، عبد المهدي الحمود**

*طالبة دراسات عليا (ماجستير)، قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب، جامعة حلب

** قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب، جامعة حلب

الملخص

يهدف البحث لدراسة شيوع الحالات الطارئة الجراحية في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي في حلب مع دراسة طرق التدبير.

ضم البحث 159 مريضة تراوحت أعمارهن ما بين 8-67 عاماً (متوسط العمر 28.7 عاماً)، 87.4% متزوجات، و 54.7% حوامل. جميع المريضات كان لديهن شكاية ألم، والنسبة الأكبر لديهن ألم متوسط الشدة ومتقطع ومنذ فترة أقل من 24 ساعة. أشيع مواقع الألم فوق العانة (39%) وفي الحفرة الحرقفية اليمنى (20.8%)، وشملت الأعراض الأخرى النزف (32.1%) والحمى (9.4%) والغثيان/إقياء (25.2%) والحرقرة البولية (10.1%). تم وضع خطة التدبير المحافظ لـ 45.9% من المريضات لكن وبسبب رفض بعض المريضات للعمل الجراحي أصبحت نسبة التدبير المحافظ 53.4%، بينما تم التداخل الجراحي في 45.9% من الحالات، وإن جميع حالات التدبير الجراحي ترافقت مع جراحة نسائية وقد كان أشيع الإجراءات الجراحية النسائية هو استئصال كتلة كيسية ملحقات بينما كان استئصال الزائدة أشيع الجراحات غير النسائية المرافقة. أشيع أسباب حالة البطن الحادة كان الحمل الهاجر ويليهِ كتلة الملحقات حيث شكلا 62.9% من الحالات، وبلغت نسبة التهاب الزائدة 1.3% والتهاب المرارة 0.6%، ولم نصل لتشخيص نهائي في 10.1% من الحالات. بالنتيجة نجد أن حالة البطن الحادة عند النساء تنتج عن طيف واسع من الأسباب النسائية وغير النسائية.

كلمات مفتاحية: حالة البطن الحادة، الأعراض والعلامات، التشخيص، التدبير.

ورد البحث للمجلة بتاريخ 2019/10/14

قبل للنشر بتاريخ 2019/11/20

Studying Surgical Emergencies in Obstetrics and Gynecology

Banan Al-Hussein*, Abd Al-Mahdi Al-Hamoud**

*Postgraduate Student (MSc), Dept. of Gynecology Obstetrics, Faculty of Medicine, University of Aleppo

** Dept. of Gynecology Obstetrics, Faculty of Medicine, University of Aleppo

Abstract

The aim of this research is to study the prevalence of surgical emergencies at Aleppo University Hospital of Obstetrics & Gynecology and their management.

The research included 159 patients aged between 8-67 years (mean age 28.7 years), 87.4% of which were married and 54.7% were pregnant.

All patients had a complaint of pain; the largest percentage had moderate and intermittent pain for less than 24 hours. The most common sites of pain were above the pubic (39%) and in the right iliac crater (20.8%). Other symptoms included bleeding (32.1%), fever (9.4%), nausea / vomiting (25.2%) and urinary heartburn (10.1%).

A conservative management plan was developed for 45.9% of patients, but due to the refusal of some patients to operate, the conservative management rate was 53.4%. The surgical intervention was in 45.9% of cases, and all cases of surgical management were associated with gynecological surgery, and the most common of these was mass/ cyst uterine adnexa resection. The appendectomy was the most common non-gynecological associated surgery, and laparoscopic surgery was used in 11% of surgical management cases.

The most common causes of acute abdominal condition were ectopic pregnancy followed by mass uterine adnexa (62.9%). The prevalence of appendicitis was 1.3% and of cholecystitis was 0.6%, and we did not reach a final diagnosis in 10.1% of cases.

As a result, the acute abdominal condition in women is caused by a wide spectrum of gynecological and non-gynecological causes.

Key Words: Acute abdominal condition, Symptoms and Signs, Diagnosis, Management.

Received 14/10/2019

Accepted 20/11/2019

مقدمة:

يقوم تدبير الطوارئ الجراحية في النسائية و التوليد على مبادئ متعددة منها: المحافظة على حياة المريضة ،و صحتها ،واستمرار الوظيفة الجنسية ،والخصوبة والقدرة على الانجاب ما امكن، ومواجهة هذا النمط من المريضات المراجعات لقسم الطوارئ هو امر شائع و مكرر في حياة الطبيب المتخصص بالأمراض النسائية.[1]

معظم المريضات يتظاهرن بألم بطني، وشكايات كالنزف النسائي المهبلي ،او خليط من السابقين، ومع تطور الوسائل الاستقصائية كالأشعة فوق صوتية ووسائل التشخيص المخبرية كاختبار الحمل، والجراحة الغازية بالحد الأدنى minimum invasive procedures ، سهلت التشخيص وجعلت منه أبكر ما يمكن، ومكنت من دور العلاج المحافظ لحد كبير.[2]

تتظاهر معظم الحالات الطارئة في النسائية بحالة بطن حادة والم بطني غير حوضي، وتقدر نسبتها ب 1.5 % من الزيارات في العيادات الخارجية و5% من المراجعات في قسم الطوارئ، وأي تأخير في التشخيص والتدبير قد يؤدي الى مفاقمة الحالة وجعل النتائج أكثر سوء.[3، 4]

هدف البحث:

يهدف البحث لدراسة الحالات الطارئة الجراحية في مشفى التوليد و النسائية الجامعي في حلب والشكايات التي راجعت بها السيدات مع طرق التدبير سواءً المحافظ أو الجراحي بما فيه الجراحة التنظيرية، وكذلك دراسة الاختلاطات التي تعرضت لها المريضات في الدراسة.

مادة البحث وطريقة الإجراء:

تصميم الدراسة: دراسة مقطعية مستعرضة (Cross-Section Study)، أجريت على المريضات المراجعات لمشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بحلب اللاتي لديهن حالة بطن حادة أو أذية في الأعضاء التناسلية الأنثوية الباطنة، وذلك في الفترة ما بين 2017\1\1 و 2018\12\1، وفق المعايير التالية:

معايير الإدخال:

✓ المريضات المراجعات بحالة بطن حادة الحوامل وغير الحوامل.

✓ المريضات بشكاية الم بطني بين المتوسط والشديد.

معايير الاستبعاد:

✗ نزوف الأشهر الحملية الأخيرة والمتوسطة.

✗ الإسقاط والتهديد بالإسقاط.

✗ الرضوض البطنية والمهبلية الشديدة (تمزقات عقب الجماع).

✗ انتقاب الرحم التالي لتجريف الرحم الاستقصائي أو العلاجي.

✗ رفض الاشتراك في البحث.

خطّة العمل:

قمنا بمراجعة حالات البطن الحادة للمريضات المراجعات لقسم الاسعاف في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي في مدينة حلب خلال فترة البحث وبعد تحقيق المريضة لمعايير الدراسة تم جمع المعلومات التالية:

- العمر، والحالة الاجتماعية، والسوابق التوليدية والنسائية والمرضية والجراحية.
- الشكايات والاعراض، ونتائج الفحص السريري والنسائي، وتحري وجود الحمل، ونتائج الاستقصاءات المخبرية والشعاعية.
- خطة التدبير، والإجراءات الجراحية المتخذة.
- اختلاطات العمل الجراحية، ومدة الاستشفاء والتشخيص النهائي.

دراسة وتحليل البيانات

تمّت دراسة النتائج باستخدام قوانين الاحصاء و الاحتمالات حيث تم اعتماد الاختبار الإحصائي Chi-square X2 test و ANOVA لإظهار الأهمية الإحصائية حيث اعتمدت قيمة $P < 0.05$ ليكون هناك فرق إحصائي هام.

نتائج الدراسة:

في نهاية البحث تم جمع بيانات 159 مريضة، وقمنا بإدخال البيانات إلى الحاسوب وبدراستها احصائياً باستخدام برنامج SPSS ووصلنا للنتائج الآتية:

1. دراسة العمر في عينة البحث:

من الجدول (1) نلاحظ أن أعمار المريضات تراوحت ما بين 8-67 عاماً،

وقد بلغ متوسط أعمارهن 28.7 عاماً، وإن النسبة الأكبر من المريضات بعمر ما بين 25-34 عاماً، بل إن غالبية المريضات بعمر أصغر من 35 عاماً.

الجدول (1) دراسة العمر في عينة البحث

Std. Deviation	Mean	
9.3	(67-8)28.7	متوسط العمر
Percent	Frequency	
%34.6	55	أصغر من 25
%45.9	73	25-34
%13.8	22	35-44
%5.7	9	45 أو أكبر
%100	159	المجموع

2. دراسة الحالة الاجتماعية في عينة البحث:

الجدول (2) دراسة الحالة الاجتماعية في عينة البحث

Percent	Frequency	
%10.7	17	عزباء
%87.4	139	متزوجة
%1.9	3	أرملة أو مطلقة

من الجدول (2) نلاحظ أن غالبية المريضات كنّ متزوجات، ونسبة صغيرة من عينة البحث كانت فيها المريضات عذراوات أو أرامل أو مطلقات.

3. دراسة الطمث في عينة البحث:

الجدول (3) دراسة الطمث في عينة البحث

Percent	Frequency	
%1.3	2	قبل البلوغ
%57.2	91	منتظم
%3.8	6	مرضع
%32.7	52	غير منتظم
%2.5	4	ضهي
%2.5	4	استئصال رحم
%64.8	103	تأخر الطمث
Std. Deviation	Mean	
8.1	(34-1)6.5	متوسط مدة تأخر الطمث (103 مريضة)

من الجدول (3) نلاحظ أن النسبة الأكبر من المريضات كان الطمث لديهن

منتظم سابقاً، تليها نسبة المريضات اللاتي كان لديهن الطمث غير منتظم، ونسبة صغيرة من المريضات لم يصلن لسن البلوغ أو وصلن لسن الضهي أو كنّ مرضعات. 64.8% من المريضات كان لديهن تأخر طمث، وقد بلغ متوسط مدة تأخر الطمث لديهن 6.5 أسبوعاً.

4. دراسة الحمل في عينة البحث:

الجدول (4) دراسة الحمل في عينة البحث

Percent	Frequency	
%17.6	28	الحمل غير محتمل
%82.4	131	الحمل ممكن
%66.4	131\87	يوجد حمل
Std. Deviation	Mean	
7.9	(36-3)10.3	متوسط العمر الحولي

من الجدول (4) نلاحظ أن الحمل كان ممكناً عند 131 مريضات (الباقى إما عذراوات أو غير متزوجات أو في سن الضهي) وقد وجدت 87 مريضة منهن حامل بالفعل، وقد بلغ متوسط العمر الحولي لديهن 10.3 أسبوعاً.

5. دراسة السوابق التوليدية والنسائية في عينة البحث:

الجدول (5) دراسة السوابق التوليدية والنسائية في عينة البحث

Percent	Frequency	
%78	124	حمل سابق
%64.2	102	ولادة مهبلية
%23.9	38	ولادة قيصرية
%43.4	69	اسقاط
%2.5	4	علاج عقم بالكوميفين
%0.6	1	علاج عقم بتتظير البطن
%0.6	1	علاج عقم بفك التصاقات
%4.4	7	حمل هاجر
%2.5	4	استئصال رحم
%1.3	2	استئصال مبيض مع كيسة
%4.4	7	لولب رحمي
%0.6	1	مبيض متعدد الكيسات PCO
%1.9	3	كيسات مبيض معالج دوائياً

من الجدول (5) نلاحظ أن 78% من المريضات لديهن قصة حمل سابق،

وإن 64.2% من المريضات لديهن قصة ولادة مهبلية سابقاً، وإن 23.9% من المريضات لديهن قصة ولادة قيصرية سابقاً، وكانت 43.4% من المريضات لديهن قصة اسقاط سابقاً، وقد بلغ متوسط عدد الاسقاطات لديهن 1.8 اسقاط.

ست مريضات لديهن قصة علاج من العقم، وتم علاج أربع منهن بالكوميفين وواحدة بتظير البطن وواحد بقك التصاقات، وقد كان أشيع السوابق النسائية كان الحمل الهاجر وتركيب لولب رحمي، وأقلها مصادفة كان المبيض متعدد الكيسات PCO.

6. دراسة شكاية النزف في عينة البحث:

الجدول (6) دراسة شكاية النزف في عينة البحث

Percent	Frequency	
32.1%	51	شكاية النزف
94.1%	51\48	نزف خفيف الشدة
5.9%	51\3	نزف متوسط الشدة
4.4	(30-1)2.9	متوسط مدة النزف

من الجدول (6) نلاحظ أن 32.1% من المريضات كان لديهن شكاية نزف تناسلي أو نسائي (طمئي أو غير محدد) أغلبها كان نزف خفيف الشدة، وبلغ متوسط مدة النزف 2.9 يوماً.

7. دراسة شكاية الألم وصفاته والأعراض الأخرى في عينة البحث:

الجدول (7) دراسة شكاية الألم وصفاته في عينة البحث

Percent	Frequency	
100%	159	شكاية ألم
60.4%	96	ألم متوسط
39.6%	63	ألم شديد
61%	97	ألم متقطع
39%	62	ألم مستمر
62.3%	99	ألم لأقل من 24 ساعة
37.7%	60	ألم لأكثر من 24 ساعة
4.4%	7	ألم في الخصرة اليسرى
16.4%	26	ألم في الخصرة اليمنى

ألم في الحفرة الحرقفية اليسرى	7	4.4%
ألم في الحفرة الحرقفية اليمنى	33	20.8%
ألم شرسوفي	1	0.6%
ألم فوق العانة	62	39%
ألم مراقي أيمن	2	1.3%
ألم بطني معمم	21	13.2%
ارتفاع حرارة	15	9.4%
غثيان وإقياء	40	25.2%
حرقة بولية	16	10.1%

من الجدول (7) نلاحظ أن جميع المريضات كانت لديهن شكاية ألم، وكان الألم متوسط الشدة في أغلب الحالات، وكانت نسبة الألم المتقطع أكبر من المستمر، وفي أغلب الحالات كان الألم قد بدأ خلال أقل من 24 ساعة من القبول، وكان أشيع موقع للألم فوق العانة يليه الألم في الحفرة الحرقفية اليمنى ثم في الخصرة اليمنى ثم الألم البطني المعمم، وبشكل عام الألم بالجهة اليمنى أشيع من اليسرى.

كما نلاحظ أن الإقياء والغثيان أشيع الأعراض الأخرى المرافقة وتليه الحرقة البولية وارتفاع الحرارة، وقد كانت جميع المريضات واعيات عند الوصول إلى المشفى.

8. دراسة نتائج الفحص السريري في عينة البحث:

الجدول (8) دراسة نتائج الفحص السريري في عينة البحث

Percent	Frequency	
6.3%	10	رج كلوي إيجابي
5%	8	صلابة بطنية معمة
1.3%	2	مضض راجع

من الجدول (8) نلاحظ أن الرج الكلوي الإيجابي أشيع العلامات السريرية وتليه الصلابة البطنية المعمة ثم المضض الراجع.

9. دراسة الموجودات على الإيكو في عينة البحث:

من الجدول (9) نلاحظ الآتي:

- في 17% من الحالات لم تشاهد موجودات مرضية على الإيكو.
- لوحظ وجود اتساع بكؤيسات الكلية عند أربع مريضات، وعلامات تمزق رحم عند

مريضتين، كما وجد تسمك في بطانة الرحم عند مريضة واحدة، وشوهدت ضخامة مبيض في الطرفين عند مريضة واحدة أيضاً، بينما لوحظ وجود ضخامة مبيض أيمن عند مريضتين وكذلك ضخامة مبيض أيسر عند مريضتين.

الجدول (9) دراسة الموجودات على الإيكو في عينة البحث

Percent	Frequency	
17%	27	طبيعي
2.5%	4	انتساع كؤيسات الكلية
1.3%	2	علامات تمزق رحم
0.6%	1	تسمك بطانة الرحم
0.6%	1	ضخامة مبيض في الطرفين
1.3%	2	ضخامة مبيض أيسر
1.3%	2	ضخامة مبيض أيمن
21.4%	34	كتلة ملحقات أصغر من 5سم
23.9%	38	كتلة ملحقات أكبر من 5سم
16.4%	26	كيسة ملحقات أصغر من 5سم
13.8%	22	كيسة ملحقات أكبر من 5سم
36.5%	58	وجود سائل حر
6.9%	11	نقص تروية بالدولر للمبيض أو الكتلة أو الكيسة

- تم الكشف عن وجود كتلة ملحقات بحجم أصغر من 5 سم عند 21.4% من المريضات، وكتلة ملحقات بحجم أكبر من 5سم عند 23.9% من المريضات.
- شوهدت كيسة ملحقات بقطر أصغر من 5سم عند 16.4% من المريضات، وكيسة ملحقات أكبر من 5سم عند 13.8% من المريضات.
- تم الكشف عن وجود سائل حر في البطن عند 36.5% من المريضات، ولوحظ وجود نقص بالتروية الدموية بالدولر لكتلة أو كيسة الملحقات في 11 حالة.

10. دراسة التدبير الجراحي في عينة البحث:

من الجدول (10) نلاحظ الآتي:

- 73 مريضة أجري لها عمل جراحي نسائي وقد كانت هناك حالات جراحية غير نسائية مرافقة عند خمس مريضات منهن.

- أشيع الجراحات النسائية المجراة كان استئصال كتلة أو كيسة ملحقات ملحقات مع أو بدون استئصال المبيض.

الجدول (10) دراسة التدبير الجراحي في عينة البحث

Percent	Frequency	
%45.9	73	جراحة نسائية
%0.6	73\1	استئصال رحم
%49.3	73\36	استئصال كتلة ملحقات
%13.7	73\10	استئصال كتلة ملحقات مع المبيض
%1.4	73\1	استئصال كيسة جانب المبيض
%16.4	73\12	استئصال كيسة ملحقات
%11	73\8	استئصال كيسة ملحقات مع المبيض
%2.7	73\2	تجريف رحم
%4.1	73\3	قيصرية
%3.1	5	جراحة غير نسائية مرافقة
%40	5\2	استئصال زائدة + كتلة ملحقات مع المبيض
%40	5\2	استئصال زائدة + قيصرية
%20	5\1	استئصال زائدة + مرارة + رحم
%11	73\8	استخدام الجراحة التنظيرية

- تم تجريف الرحم عند مريضتين واستئصال الرحم عند مريضة واحدة.
- أجريت ثلاث عمليات قيصرية اثنتان منهن ترافقتا مع استئصال الزائدة الدودية.
- في حالتين تم استئصال الزائدة الدودية مع كتلة ملحقات مع المبيض، وفي حالة واحد تم استئصال الزائدة الدودية مع المرارة مع الرحم.
- بلغ معدل استخدام الجراحة التنظيرية 11% فقط.

11. دراسة الموجودات والإجراءات المرافقة أثناء الجراحة في عينة البحث:

من الجدول (11) نلاحظ الآتي:

- تم اصلاح انتقاب أو اندحاق لجدار البطن في أربع حالات، وقد وجد التصاقات حوضية عند عشر مريضات وقد تم فكها أثناء الجراحة.
- تم الكشف عن وجود انفثال لكتلة أو كيسة ملحقات عند تسع مريضات، وشهد

خراج في الحوض عند مريضة واحدة.

الجدول (11) دراسة الموجودات والإجراءات المرافقة أثناء الجراحة في عينة البحث

Percent	Frequency	
%5.5	73\4	اصلاح انتقاب أو اندحاق
%13.7	73\10	مشاهدة التصاقات حوضية
%12.3	73\9	انفتال مرافق للكتلة أو الكيسة
%1.4	73\1	خراج في الحوض
%52.1	73\38	نزف داخل البطن
%57.5	73\42	وضع مفجر البطن

- كان هناك نزف داخل البطن عند 38 مريضة.
- تم وضع مفجر البطن عند 42 مريضة بعد انتهاء الجراحة.
- 12. دراسة الاختلاطات ومدة الاستشفاء في عينة البحث:
لم تسجل أي اختلاطات خلال فترة إقامة المريضات في المشفى، وقد تراوحت مدة الإقامة في المشفى ما بين 1-35 يوماً بمتوسط قدره 4 أيام.
- 13. دراسة التشخيص النهائي في عينة البحث وخطة التدبير:
من الجدول (12) نلاحظ الآتي:
- متوسط مدة الاستشفاء أكبر في مجموعة العلاج الجراحي، كان للفرق بين المجموعتين أهمية إحصائية.
- تم علاج جميع حالات فرط استثارة المبيض والانتان البولي والحصيات البولية بشكل محافظ.
- تم علاج جميع حالات التهاب الزائدة وتمزق الرحم والتهاب المرارة واللولب الهاجر إلى البطن جراحياً.
- أغلب حالات كيسة \ كتلة المبيض وكيسة الجسم الأصفر النزفية تم تدبيرها بشكل محافظ وكذلك الحالات التي لم يحدد فيها التشخيص النهائي.
- أغلب حالات انفتال كيسة الملحقات والحمل الهاجر تم علاجها بشكل جراحي.
- ولا ننسى أن نذكر بأن بعض الحالات رفضت فيها المريضة العلاج الجراحي وتم تدبيرها بشكل محافظ ريثما غادرت المريضة المشفى.

الجدول (12) مقارنة ومدة الاستشفاء و التشخيص النهائي بين مجموعتي العلاج المحافظ والجراحي

	علاج جراحي		علاج محافظ		الكل		
P	Std. D	Mean	Std. D	Mean	-	-	
0.580	2.8	4.2	4.4	3.9	-	-	متوسط مدة الاستشفاء
P	%	N.	%	N.	%	N.	
0.001>	%0	0	%100	3	%1.9	3	فرط استثارة مبيض
	%40	18	%60	27	%28.3	45	كيسة ١ كتلة ملحقات
	%14.3	1	%85.7	6	%4.4	7	كيسة جسم أصفر نزفية
	%81.8	9	%18.2	2	%6.9	11	انفتال ملحقات
	%100	2	%0	0	%1.3	2	التهاب زائدة
	%0	0	%100	13	%8.2	13	انتان بولي
	%0	0	%100	1	%0.6	1	انتان بولي + كيسة ملحقات
	%100	1	%0	0	%0.6	1	تمزق رحم + التهاب زائدة وممرارة
	%0	0	%100	2	%1.3	2	حصىات بولية
	%67.3	37	%32.7	18	%34.6	55	حمل هاجر
	%100	1	%0	0	%0.6	1	حمل هاجر + التهاب زائدة
	%100	1	%0	0	%0.6	1	حمل هاجر+لولب هاجر +التهاب زائدة
	%100	1	%0	0	%0.6	1	لولب هاجر للبطن
	%12.5	2	%87.5	14	%10.1	16	غير محدد
-	%45.9	73	%54.1	86	%100	159	المجموع

المقارنة مع الدراسات العالمية

قمنا بمراجعة ستة أبحاثٍ قريبة للدراسة الحالية، وقمنا باستخلاص أهم نتائج هذه الأبحاث ومقارنة نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية، وفيما يأتي ملخص عن هذه الأبحاث ومقارنة أهم نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية:

1. مقارنة العمر والفئات العمرية:

الجدول (13) مقارنة العمر والفئات العمرية

[7] Smith		[6] Pokharel	[5] Ateeq	الدراسة الحالية	
(80-16)		-	(65-13)37	(67-8)28.7	متوسط العمر (المدى)
[7] Smith		[6] Pokharel		الدراسة الحالية	
%83	العمر 40-16	%33.1		%34.6	أصغر من 25
		%42.7		%45.9	34-25

44-35	%13.8	%19.1	العمر 41-50	%12
45 أو أكبر	%5.7	%5.1	العمر فوق 50	%5

من الجدول (13) نلاحظ أن أعمار المريضات في الدراسة الحالية تراوحت ما بين 8-67 عاماً، وقد بلغ متوسط أعمارهن 28.7 عاماً، وقد كانت غالبية المريضات بعمر أقل من 35 عاماً، وهذا كان مشابهاً لدراسة المقارنة [5-7]،

2. مقارنة الحالة الاجتماعية وسوابق الحمل مع دراسة Pokharel:

الجدول (14) مقارنة الحالة الاجتماعية وسوابق الحمل مع دراسة Pokharel

الدراسة الحالية	[6] Pokharel
متزوجة	%87.4
غير متزوجة	%12.6
حمل سابق	%78
	%70.7

من الجدول (14) نلاحظ أن غالبية المريضات في الدراسة الحالية كن متزوجات وهذا مماثل لنتائج دراسة Pokharel [6]، وقد كان الحمل ممكناً عند 82.4% في الدراسة الحالية، مما يجعل من الحمل واختلاطات الحمل من الاسباب التي يجب أخذها في الحسبان بالدرجة الأولى

3. مقارنة الأعراض والشكايات:

من الجدول (15) نلاحظ الآتي:

- في الدراسة الحالية كان لدى 32.1% من المريضات شكاية نزف تناسلي أو نسائي (طمثي أو غير محدد)، بينما في دراسة Pokharel [6] بلغت نسبتهن 21%، ولم تذكر الدراستين الأخرتين شكاية النزف.
- جميع المريضات كان لديهن شكاية ألم باستثناء دراسة Pokharel [6] حيث كانت 76.4% من المريضات لديهن شكاية ألم.
- غالبية المريضات في الدراسة الحالية وفي دراسة Smith [7] كان لديهن ألم لمدة أقل من 24 ساعة.
- في الدراسة الحالية وفي دراسة Ateeq [5] وفي دراسة Smith [7] كانت غالبية المريضات لديهن ألم في القسم السفلي للبطن، بينما في دراسة Pokharel [6]

كانت غالبية المريضات لديهن ألم بطني معمم.

الجدول (15) مقارنة الأعراض والشكايات

[7] Smith	[6] Pokharel	[5] Ateeq	الدراسة الحالية	
-	%21	-	%32.1	شكاية النزف
%100	%76.4	%100	%100	شكاية ألم
%54	-	-	%62.3	ألم لأقل من 24 ساعة
%46	-	-	%37.7	ألم لأكثر من 24 ساعة
%7	-	-	%20.8	ألم في الخصرة
%23	-	-	%1.3	ألم مراقي
	-	-	%0.6	ألم شرسوفي
%61	-	%54.4	%25.2	ألم في الحفرة الحرقفية
	-	%36.7	%39	ألم فوق العانة
-	%75.8	%8.9	%13.2	ألم بطني معمم
-	%4.5	%49.4	%9.4	ارتفاع حرارة
-	%10.8	%79.7	%25.2	غثيان/إقياء
-	-	-	%10.1	حرقة بولية
-	%10.8	%5.1	%0	تغيم وعي اصدمة
-	%10.8	-	-	تدمي الصفاق
-	%4.5	-	-	تطبل البطن
-	%0.6	-	-	ألم صدري

- في الدراسة الحالية وفي دراسة Pokharel [6] نسبة صغيرة من المريضات كان لديهن ارتفاع حرارة، بينما كان موجوداً عند حوالي نص المريضات في دراسة Ateeq [5].
- نسبة وجود الغثيان \ الإقياء كانت أكبر في دراسة Ateeq [5] وكانت النسبة أصغر بكثير في الدراسة الحالية فيما كانت أصغر في دراسة Pokharel [6].
- كانت هناك أعراض في دراسات المقارنة لم تلاحظ عند المريضات في الدراسة الحالية كتغيم الوعي أو الصدمة أو تدمي الجنب أو تطبل البطن.
- بشكل عام هناك تنوع في الأعراض واختلاف بتواترها وحتى تواجهها بين الدراسات، لكن كما ذكرنا كان أشيع عرض هو الألم وخاصة أسفل البطن.

4. مقارنة التشخيص النهائي:

الجدول (16) مقارنة التشخيص النهائي

[7] Smith	[6] Pokharel	[5] Ateeq	الدراسة الحالية	
-	-	-	%1.9	فرط استثارة مبيض
%4	%7.6	-	%28.3	كيسة \ كتلة ملحقات
-	%3.2	%36.7	%4.4	كيسة جسم أصفر نزفية
-	%7.6	%16.5	%6.9	انفتال ملحقات
%3	-	-	%1.3	التهاب زائدة
%23	-	-	%8.2	انتان بولي
-	-	-	%0.6	انتان بولي + كيسة ملحقات
-	-	-	%0.6	تمزق رحم + التهاب زائدة ومرارة
-	-	-	%1.3	حصيات بولية
%1	%61.1	%7.6	%34.6	حمل هاجر
-	-	-	%0.6	حمل هاجر + التهاب زائدة
-	-	-	%0.6	حمل هاجر + لولب هاجر + التهاب زائدة
	-	-	%0.6	لولب هاجر بطني
%9	-	-	%10.1	غير محدد
%9	%11.5	%21.5	%0	داء حوضي التهابي
-	%5.7	%8.9	-	تمزق الانتقاب رحم
-	-	%7.6	%0	خبثانة
-	-	%10.1	-	ألم إبطية
-	-	%1.3	-	داء بطانة رحمية
%12	-	%6.3	-	عسر طمث
%1	%3.2	-	-	نزف ما بعد الولادة
-	%0.6	-	-	رحى عذارية
%21	-	-	-	تهديد اجهاض
%13	-	-	-	اجهاض ناقص
%10	-	-	-	امساك
%8	-	-	-	التهاب معدة وامعاء
%1	-	-	-	كولون عصبي

من الجدول (16) نلاحظ الآتي:

- هناك طيف واسع من التشخيص النهائية لحالة البطن الحادة أو سبب الألم البطني بين الدراسات مع الاختلاف بتواتر التشخيص المتماثلة.
- شكلة كتلة اكيسة الملحقات التشخيص النهائي في الدراسة الحالية بنسبة 28.3% بينما كان أقل بكثير في دراسة Pokharel [6] وفي دراسة Smith [7].
- نسبة كيسة الجسم الأصفر النزفية كانت أكبر في دراسة Ateeq [5] بينما كانت أقل بكثير في الدراسة الحالية وكانت أقل في دراسة Pokharel [6].
- نسبة تشخيص انفثال ملحقات كانت أكبر في دراسة Ateeq [5] تليها النسبة في دراسة Pokharel [6] ثم النسبة في الدراسة الحالية ولم يرد هذا التشخيص في دراسة Smith [7].
- نسبة التهاب الزائدة والانتان البولي كانت أكبر في دراسة Smith [7] من الدراسة الحالية.
- كان الحمل الهاجر من التشخيص المشتركة بين الدراسات الأربع وقد كانت نسبته في دراسة Pokharel [6] أكبر من 60% أما في الدراسة الحالية فقد كانت النسبة حوالي 35% من الحالات بينما كانت النسبة أصغر بكثير في دراسة Ateeq [5] وفي دراسة Smith [7].
- بلغت نسبة الإصابة بالداء الحوضي الالتهابي ما بين 9-21.5% في دراسات المقارنة بينما لم نصادف أي حالة في الدراسة الحالية.
- لم تذكر دراسة Ateeq [5] ودراسة Pokharel [6] تشخيص لأسباب غير نسائية ويبدو أنه تم استبعادها من هاتين الدراستين، بينما كانت نسبتها 39% في دراسة Smith [7].

5. مقارنة خطة التدبير:

من الجدول (17) نلاحظ الآتي:

- كان التدبير محافظاً في النسبة الأكبر من الحالات في الدراسة الحالية إما لكونه التدبير المختار بحسب الحالة أو لرفض المريضة التدبير الجراحي، بينما كانت نسبته 40.4% في دراسة Ateeq [5]، أما في دراسة Pokharel [6] فقط كانت

عينة البحث تضم الحالات الجراحية فقط.

الجدول (17) مقارنة خطة التدبير

[6] Pokharel	[5] Ateeq	الدراسة الحالية	
-	%30.4	%54.1	تدبير محافظ
-	%16.5	%22.6	استئصال كتلة ملحقات
-	%7.6	%5	استئصال كتلة ملحقات مع المبيض
-	-	%0.6	استئصال كيسة جانب المبيض
-	-	%7.5	استئصال كيسة ملحقات
-	-	%5	استئصال كيسة ملحقات مع المبيض
-	-	%1.3	تجريف رحم
-	-	%0.6	قيصرية
-	-	%1.3	استئصال زائدة +كتلة ملحقات مع المبيض
-	-	%1.3	استئصال زائدة + قيصرية
-	-	%0.6	استئصال زائدة + مرارة + رحم
-	%16.5	-	ارقاء + مفجر لكيسة جسم أصفر
-	%12.7	-	غسيل بريتوان
%36.9	%3.8	-	استئصال رحم
%4.5	%5.1	-	اصلاح ثقب رحم
-	%1.3	-	خزعة
-	%6.3	-	خزعة/استئصال
%47.7	-	-	استئصال بوق
%10.8	-	-	استئصال البوق مع ربط القناة

- كان استئصال كتلة الملحقات والارقاء مع تركيب مفجر لكيسة الجسم الأصفر النزفية أشيع التدابير الجراحية في دراسة Ateeq [5] ويليها غسيل البريتوان، بينما في دراسة Pokharel [6] كان أشيع التدابير الجراحية المتخذة هو استئصال البوق واستئصال/اصلاح انتقاب الرحم، أما في الدراسة الحالية فقط كان أشيع الإجراءات الجراحية هو استئصال كتلة/كيسة مبيض مع أو بدون استئصال المبيض.
- مقارنة التشخيص في الدراسة الحالية مع التشخيص في دراسات المقارنة نجد

أن هناك تنوع بين الدراسات من حيث التشخيص ونسبتها.

6. مقارنة التشخيص النهائي وطريقة التدبير مع دراسة Ateeq:

الجدول (18) مقارنة التشخيص النهائي وطريقة التدبير مع دراسة Ateeq [5]

دراسة Ateeq [5]		الدراسة الحالية		
جراحي	محافظ	جراحي	محافظ	
%68.4	%13.6	%14.3	%85.7	كيسة جسم أصفر نزفية
%100	%0	%81.8	%18.2	انفتال ملحقات
%100	%0	%67.3	%32.7	حمل هاجر
%71.4	%28.6	–	–	داء حوضي التهابي
%100	%0	%100	%0	انتقباتمزق رحم
%83.3	%16.7	–	–	خبثاة مبيضاً قناة
%0	%100	–	–	ألم إباضة
%100	%0	–	–	داء البطانة الرحمية
%0	%100	–	–	عسر طمث
%69.6	%30.4	%45.9	%54.1	المجموع

في الجدول (18) ترد خطة التدبير للحالات المتماثلة بين الدراسة الحالية

ودراسة Ateeq [5] وفي نلاحظ الآتي:

- غالبية حالات كيسة الجسم الأصفر في الدراسة الحالية تم تدبيرها بشكل محافظ بينما في دراسة Ateeq [5] فقد تم تدبيرها جراحياً.
- النسبة الأكبر من حالات انفتال الملحقات والحمل الهاجر في الدراسة الحالية تم تدبيرها جراحياً، بينما في دراسة Ateeq [5] تم تدبير جميع هذه الحالات جراحياً.
- في الدراستين تم تدبير جميع حالات انتقباتمزق الرحم جراحياً.
- نسبة التدبير المحافظ في الدراسة الحالية أكبر من نسبة التدبير الجراحي بينما في دراسة Ateeq [5] كانت نسبة التدبير الجراحي أكبر وهذا يرجع للاختلاف بين الدراستين من حيث أسباب الألم أو حالة البطن الحادة ولرفض العلاج الجراحي من بعض المريضات في الدراسة الحالية مما أدى لتدبيرهن بشكل محافظ.

الاستنتاجات والتوصيات:

- إن القصة السريرية الجيدة والفحص السريري والنسائي ضروريان لوضع

- التشخيص الصحيح، فعلى الرغم من كون الاستقصاءات وعلى رأسها التصوير بالأشعة فوق الصوتية هامة في التشخيص، لكن سلبيتها لا تكفي وقد يكون أحد عناصر القصة السريرية هو المفتاح الرئيسي لوضع التشخيص أو الموجه له.
- في الدراسة الحالية وجدنا أن الحمل الهاجر أشيع أسباب حالات البطن الحادة ويليها كيسة أكنتة ملحقات، وقد كانت أشيع الإجراءات الجراحية استئصال كتلة أكيسة ملحقات مع أو بدون المبيض.
- ليست كل حالات البطن الحادة بحاجة لتدبير جراحي حيث أن حوالي نصف الحالات في الدراسة الحالية تم تدبيرها بشكل محافظ.

المحددات والمعوقات:

- بسبب النقص في البيانات ورفض عدد المريضات المشاركة في البحث كان عدد المريضات في الدراسة صغير نسبياً.
- بسبب فقد الاتصال وعدم الاستجابة من بعض المريضات لم نستطع متابعة حدوث اختلاطات بعد خروج أغلب المريضات من المشفى.
- قد يكون رفض نسبة من المريضات التدبير الجراحي أو استكمال المتابعة لحالتهن أثر جزئياً على نسبة نوع التدبير.

References

1. COPPOLA M, DELLA-GIUSTINA DA. **Obstetric and gynecologic emergencies**. Emerg Med Clin N Am. 2003;21:xi-xii.(accessed 12 April, 2012)
2. RAMPHAL SR, MOODLEY J. **Emergency gynaecology**. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2006;20:729-50.
3. KAMIN RA, NOWICKI TA, COURTNEY DS, POWERS RD. **Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain**. Emerg Med Clin North Am. 2003;21:61-72.
4. JERMY K, BOURNE T. **The role of ultrasound in the management of the acute gynaecological abdomen**. Rev Gynaecol Pract. 2004;4:224-9.
5. ATEEQ M, et al. **Gynaecological Acute Abdomen**. Journal of Rawalpindi Medical College (JRMCC); 2012;16(1):48-50.

6. POKHAREL H. P. et al. **Surgical Emergencies in Obstetrics and Gynaecology in a Tertiary Care Hospital.** Journal of Nepal Medical Association: 2013;52(189):213-6.
7. GILLING-SMITH C. et al. **Management of women presenting to the accident and emergency department with lower abdominal pain.** Annals of the Royal College of Surgeons of England: 1995; 77: 193-197.