الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
الجامعة السورية الخاصة
كلية الطب البشري

الاختلاطات الجنينية والوالدية للولادة المهبلية بعد عملية قيصرية واحدة سابقة: دراسة تقييمية

Fetal and maternal complications of vaginal delivery after a single previous cesarean section: an evaluation study

بحث علمي أُعد لنيل درجة دكتور في الطب البشري M.D

إعداد الطالبان

تيماء بلال عبد العال أحمد عبد المنعم اليونس

بإشراف الأُستاذ الدكتور

رائد كاسر عبد الله

2025-2024

كلمة الشكر والتقدير والعرفان

نتقدم بجزيل الشكر والامتنان للجامعة السورية الخاصة على دعمها المتواصل وتوفير البيئة العلمية المثالية لإتمام هذا البحث.

كما نخص بالشكر كلية الطب البشري على جهودها الأكاديمية المتميزة في تأهيل الطلاب للبحث العلمي.

نوجه عميق شكرنا وامتناننا لمشرفنا الأستاذ الدكتور رائد كاسر عبد الله على توجيهاته القيمة، ودعمه المستمر طوال مراحل إعداد البحث.

كما نعرب عن تقديرنا الكبير لأعضاء لجنة التحكيم على ملاحظاتهم البناءة ومساهمتهم في رفع جودة العمل العلمي.

لا يفوتنا شكر زملائنا وزميلاتنا على تعاونهم وتشجيعهم المستمر، مما أسهم في إنجاز هذا البحث بنجاح.

نتقدم أيضًا بالشكر للرفاق والأصدقاء الذين ساعدونا في جمع البيانات ومراجعتها بدقة وحرص.

ختامًا، نعرب عن عرفاننا لكل من ساهم بشكل مباشر أو غير مباشر في نجاح هذا العمل العلمي، سائلين الله التوفيق للجميع.

الدكتورة: تيماء بلال عبد العال الدكتور: أحمد عبد المنعم اليونس

المحتويات:

قائمة الأشكال: IV
قائمة الجداول: V
الملخص باللغة العربية: VI
الملخص باللغة الإنجليزية: VII
ملاحظات لجنة التحكيم: VIII
الدراسة النظرية 1
المقدمة: 2
تعريف الولادة القيصرية: 2
شيوع الولادة القيصرية عالميًا ومحلياً: 2
تعريف الولادة المهبلية بعد قيصرية (VBAC): 3
الفوائد المحتملة لـ VBAC مقارنة بالقيصرية المتكررة: 3
مشكلة الدراسة: 4
ارتفاع معدلات القيصرية عالمياً: 4
أهمية تقليل القيصرية المتكررة عند الإمكان: 4
الحاجة لتقييم الاختلاطات الجنينية والأمومية لـ VBAC: 4
أهمية الدراسة: 5
الأهمية السريرية: 5
الأهمية البحثية والتعليمية: 5
الأهمية على صعيد الصحة العامة: 5
الاعتبارات العامة للولادة بعد قيصرية واحدة 6
معايير اختيار المريضة لولادة مهبلية بعد قيصرية: 6
العوامل التي تؤثر في نجاح الولادة المهبلية بعد قيصرية: 7
دور الفريق الطبي والمشفى في نجاح VBAC: 8
مقارنة VBAC مع القيصرية المتكررة 10
معدلات النجاح: 10
معدلات الاختلاطات الأمومية: 11
معدلات الاختلاطات الجنينية: 11
نوعية الحياة والتكاليف الصحية: 12
عوامل الخطورة لحدوث الاختلاطات في VBAC 13
الاختلاطات الأمومية في VBAC 15
النزف بعد الولادة: 15
تمزق الرحم: 15

أذية المثانة أو الأمعاء: 16
الإنتان: 17
الحاجة إلى نقل دم: 17
الحاجة إلى تحويل العملية إلى قيصرية إسعافية: 18
الاختلاطات الجنينية في VBAC 19
نقص الأكسجة الجنينية: 19
متلازمة استنشاق العقي 20
إصابة الجنين أثناء الولادة (كسور، خلع كتف)..... 20
وفيات الفترة حول الولادة: 21
الدراسة العملية..... 22
هدف الدراسة: 23
الطرائق والمواد: 23
معايير الاشتمال: 25
معايير الاستبعاد: 26
النتائج: 27
المناقشة: 48
الاستنتاجات: 51
التوصيات: 52
المراجع: 53

قائمة الأشكال:

الشكل 1 صورة توضح لنا الولادة القيصرية 2
الشكل 2 التوزع النسبي للمريضات حسب العمر عند الولادة..... 28
الشكل 3 التوزع النسبي للمريضات حسب مشعر كتلة الجسم..... 28
الشكل 4 التوزع النسبي للمريضات حسب عدد الحمول..... 30
الشكل 5 التوزع النسبي للمريضات حسب عدد الولادات الحية السابقة..... 31
الشكل 6 التوزع النسبي للمريضات حسب سبب القيصرية السابقة..... 31
الشكل 7 التوزع النسبي للمريضات حسب المدة بين القيصرية السابقة والحمل الحالي 32
الشكل 8 التوزع النسبي للمريضات حسب العمر الحملي عند الولادة..... 33
الشكل 9 التوزع النسبي للمريضات حسب بداية المخاض 35
الشكل 10 التوزع النسبي للمريضات حسب نجاح محاولة الولادة الطبيعية..... 35
الشكل 11 التوزع النسبي للمريضات حسب سبب فشل محاولة الولادة بشكل طبيعي 36
الشكل 12 التوزع النسبي للمريضات حسب وجود اختلاط لدة الوالدة..... 37
الشكل 13 التوزع النسبي للمريضات حسب جنس مولودهن..... 40
الشكل 14 التوزع النسبي للمريضات حسب وزن مولودهن..... 40
الشكل 15 درجة أبغار في الدقيقة الأولى والخامسة 41
الشكل 16 التوزع النسبي للمريضات حسب الاختلاطات لدى اجنتهن 41

قائمة الجداول:

الجدول 1 بيانات تعريف المريضة 27
الجدول 2 التاريخ الإنجابي والولادات السابقة 30
الجدول 3 تفاصيل الحمل الحالي 33
الجدول 4 المخاض والولادة 34
الجدول 5 الاختلاطات الوالدية..... 37
الجدول 6 النتائج الجنينية\الوليدية 39
الجدول 7 العلاقة بين بيانات تعريف المريضة ونجاح محاولة الولادة الطبيعية 42
الجدول 8 العلاقة بين التاريخ الإنجابي والولادات السابقة ونجاح محاولة الولادة الطبيعية..... 44
الجدول 9 العلاقة بين بداية المخاض ونجاح محاولة الولادة الطبيعية..... 44
الجدول 10 العلاقة بين الاختلاطات الوالدية ونجاح محاولة الولادة الطبيعية 45
الجدول 11 العلاقة بين النتائج الجنينية\الوليدية ونجاح محاولة الولادة الطبيعية..... 47

الملخص باللغة العربية:

الخلفية: تعتبر الولادة المهبلية بعد قيصرية واحدة سابقة (VBAC) خيارًا آمنًا للعديد من النساء، إلا أن نجاحها مرتبط بعدة عوامل مثل العمر، التاريخ الإنجابي، مدة الفترة بين الولادة السابقة والمخاض الحالي، وجود أمراض مرافقة، وطبيعة بداية المخاض. فهم هذه العوامل والاختلاطات المحتملة يساعد على تحسين نتائج الولادة وتقليل المخاطر للأم والجنين.

الطرائق والمواد: أجريت دراسة تقييمية على نساء خضعن لمحاولة ولادة مهبلية بعد قيصرية واحدة سابقة. تم جمع البيانات حول الخصائص الديموغرافية، التاريخ الإنجابي، تفاصيل الحمل الحالي، بداية المخاض، نتيجة المحاولة، والاختلاطات الوالدية والجنينية. تم تحليل البيانات إحصائيًا باستخدام اختبار كاي–سكوير لتحديد العوامل المرتبطة بنجاح الولادة الطبيعية.

النتائج: كان معدل نجاح VBAC 65.8%، والتحويل للقيصرية 34.2%. المدة القصيرة بين الولادة الحالية والقيصرية السابقة (<18 شهر) كانت عاملًا مهمًا إحصائيًا مرتبطًا بفشل المحاولة (P=0.003). العوامل الأخرى مثل العمر، مؤشر كتلة الجسم، عدد الحملات السابقة، تاريخ الولادات الحية، سبب القيصرية السابقة، وبداية المخاض لم تظهر أهمية إحصائية. الاختلاطات الوالدية الأكثر شيوعًا كانت النزف بعد الولادة (30%) ونقل الدم (35.8%)، مع ارتباط واضح بين فشل VBAC وحدوث بعض الاختلاطات مثل تمزق الرحم والالتهابات. النتائج الجنينية مثل الجنس، وزن الولادة، درجة أبغار، التأهب عند الولادة، دخول العناية المركزة، أو الوفاة لم تظهر علاقة إحصائية مع نجاح المحاولة.

الخلاصة: تظهر الدراسة أن الولادة المهبلية بعد قيصرية واحدة سابقة آمنة إلى حد كبير مع معدل نجاح 65.8%، ويعد طول الفترة بين الولادات عاملًا مهمًا إحصائيًا في تحديد النجاح. رغم حدوث بعض الاختلاطات الوالدية، لم تُظهر النتائج الجنينية ارتباطًا معنويًا بنجاح المحاولة، مما يدعم تشجيع VBAC مع الالتزام بالمراقبة الدقيقة.

الكلمات المفتاحية: VBAC، الولادة المهبلية بعد القيصرية، الاختلاطات الوالدية، الاختلاطات الجنينية، عوامل النجاح.

الملخص باللغة الإنجليزية:

Background: Vaginal birth after one previous cesarean section (VBAC) is considered a safe option for many women; however, its success is influenced by multiple factors such as maternal age, obstetric history, inter-delivery interval, presence of comorbidities, and the nature of labor onset. Understanding these factors and potential complications helps improve maternal and neonatal outcomes.

Materials and Methods: This evaluative study included women who attempted vaginal birth after a single previous cesarean. Data were collected on demographic characteristics, obstetric history, current pregnancy details, labor onset, trial outcome, and maternal and neonatal complications. Statistical analysis was performed using the chi-square test to identify factors associated with successful vaginal birth.

Results: The VBAC success rate was 65.8%, while conversion to cesarean occurred in 34.2% of cases. A short inter-delivery interval (<18 months) was a statistically significant factor associated with trial failure (P=0.003). Other factors, including maternal age, body mass index, parity, previous live births, reason for prior cesarean, and labor onset, were not statistically significant. The most common maternal complications were postpartum hemorrhage (30%) and blood transfusion (35.8%), with clear associations between VBAC failure and complications such as uterine rupture and infections. Neonatal outcomes, including sex, birth weight, Apgar scores, resuscitation at birth, NICU admission, or neonatal death, were not statistically associated with VBAC success.

Conclusion: The study indicates that vaginal birth after one previous cesarean is generally safe, with a success rate of 65.8%. The inter-delivery interval is an important predictor of success. Despite some maternal complications, neonatal outcomes were not significantly associated with trial success, supporting the encouragement of VBAC with close monitoring.

Keywords: VBAC, Vaginal birth after cesarean, Maternal complications, Neonatal complications, Success factors

ملاحظات لجنة التحكيم:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الدراسة النظرية

المقدمة:

تعريف الولادة القيصرية:

الولادة القيصرية (Cesarean delivery) هي إجراء جراحي يتم من خلاله شق جدار البطن (laparotomy) والرحم (hysterotomy) لتوليد الجنين في حال تعذر أو تعسر الولادة المهبلية، كما في حالات توقف المخاض، الوضعيات غير الطبيعية للجنين، أو المشكلات المرتبطة بالمشيمة والحبل السري (1).



الشكل 1 صورة توضح لنا الولادة القيصرية

شيوع الولادة القيصرية عالميًا ومحلياً:

ازدادت معدلات الولادة القيصرية بشكل طردي في العقود الأخيرة، حيث ارتفع معدلها في الولايات المتحدة من حوالي 5% في سبعينيات القرن الماضي إلى ما يقارب 32% في عام 2016 (1). وتظهر تقارير عالمية مشابهة لارتفاع النسب في العديد من الدول النامية والمتقدمة على حد سواء، مما يجعل القيصرية إحدى أكثر العمليات الجراحية شيوعًا عالميًا (2).

تعريف الولادة المهبلية بعد قيصرية (VBAC):

الولادة المهبلية بعد قيصرية واحدة سابقة (Vaginal Birth After Cesarean – VBAC) تشير إلى محاولة توليد الأم عبر الطريق المهبلي بعد أن خضعت سابقًا لقيصرية. وتُعد هذه المقاربة جزءًا مما يعرف بتجربة المخاض بعد قيصرية (Trial of Labor After Cesarean – TOLAC).(3)

الفوائد المحتملة للـ VBAC مقارنة بالقيصرية المتكررة:

تشير الدراسات إلى أن VBAC الناجحة ترتبط بانخفاض معدلات النزف، الالتهابات، الانصمام الخثري، وكذلك فترة تعافٍ أقصر مقارنة بالقيصرية المتكررة (4). كما أن VBAC تقلل من اختلاطات الحمل اللاحق، مثل المشيمة الملتصقة أو اختلاطاتها، والتي تتزايد مع تكرار القيصرية (3,4). يبلغ معدل نجاح VBAC عالميًا حوالي 60–80%، وهو خيار أقل تكلفة وأقرب إلى الولادة الطبيعية مقارنة بالقيصرية المتكررة (2,5).

مشكلة الدراسة:

ارتفاع معدلات القيصرية عالمياً:

تشير البيانات إلى أن الارتفاع المستمر في نسب القيصرية أصبح مشكلة صحية عالمية، ما دفع المنظمات الصحية مثل منظمة الصحة العالمية إلى التشجيع على الحد من تكرار القيصرية متى ما كان VBAC ممكنًا (3).

أهمية تقليل القيصرية المتكررة عند الإمكان:

القيصرية المتكررة ترتبط بمضاعفات أعلى على المدى البعيد مثل الالتصاقات، إصابات الأعضاء المجاورة، ومشاكل المشيمة. لذا فإن VBAC يعتبر خيارًا مهمًا للتقليل من هذه المخاطر (3,4).

الحاجة لتقييم الاختلاطات الجنينية والأمومية للـ VBAC:

رغم الفوائد، إلا أن VBAC لا يخلو من المخاطر، إذ يبقى تمزق الرحم واحتمال التحول إلى قيصرية إسعافية من أخطر الاختلاطات المرتبطة بها، مما يفرض ضرورة تقييم الموازنة بين الفوائد والمخاطر بشكل دقيق (2,5).

أهمية الدراسة:

الأهمية السريرية:

تساعد نتائج هذه الدراسة الأطباء في اتخاذ قرارات مستندة إلى الأدلة حول إمكانية VBAC، وبالتالي تحسين سلامة الأم والجنين.

الأهمية البحثية والتعليمية:

تسهم هذه الدراسة في سد الثغرات المعرفية حول VBAC في البيئة المحلية، وتوفر قاعدة بيانات مفيدة لأبحاث مستقبلية.

الأهمية على صعيد الصحة العامة:

من منظور الصحة العامة، فإن اعتماد VBAC يسهم في تقليل تكاليف الرعاية الصحية، تخفيف الضغط على غرف العمليات، وتقليل فترة الإقامة في المستشفى.

الاعتبارات العامة للولادة بعد قيصرية واحدة

معايير اختيار المريضة لولادة مهبلية بعد قيصرية:

تحديد المريضة المناسبة لمحاولة الولادة المهبلية بعد قيصرية سابقة يعتبر حجر الأساس في نجاح هذه الاستراتيجية العلاجية. الشرط الأكثر أهمية هو أن يكون الشق الرحمي السابق من النمط العرضي السفلي، إذ إن هذا النوع يرتبط بأقل معدل من التمزق الرحمي بالمقارنة مع الشق الكلاسيكي أو العمودي.

كما أن غياب أي عمليات رحمية إضافية، مثل استئصال الأورام الليفية أو إصلاحات جراحية عميقة، يعد شرطًا أساسيًا لتقليل الاختلاطات. ومن المعايير المهمة أيضًا أن تكون المشيمة في موقع طبيعي بعيد عن عنق الرحم، مع غياب المشيمة المنزاحة أو الملتصقة، إذ إن هذه الحالات تشكل استطبابًا مطلقاً للولادة القيصرية.

من الناحية السريرية، يجب أن يكون وضع الجنين طبيعياً، أي أن تكون الرأس في الوضعية القذالية الأمامية، لأن الوضعيات المقعدية أو المستعرضة تقلل من فرص النجاح وتزيد الحاجة إلى التدخل الجراحي.

كما ينبغي أن يكون الجنين في حجم ملائم لحوض الأم، بحيث لا توجد دلائل واضحة على عدم التناسب الحوضي الجنيني. كذلك فإن تقييم التاريخ الطبي للأم له أهمية بالغة، حيث تُستبعد الحالات ذات الأمراض المزمنة الخطيرة كارتفاع الضغط غير المضبوط أو السكري المعقد.

من الجدير بالذكر أن الفاصل الزمني بين الولادة القيصرية السابقة والحمل الحالي يعد من الاعتبارات المهمة؛ فالمسافة الزمنية الأقصر من 18 شهراً قد تزيد من خطر المضاعفات.

وأخيرًا، يجب أن تُناقش المريضة مع الفريق الطبي حول جميع المخاطر والفوائد، وأن تُمنح المعلومات الكافية قبل اتخاذ القرار، مما يعزز مبدأ الموافقة المستنيرة ويضمن شراكة فعالة بين المريضة والطبيب (6،7).

العوامل التي تؤثر في نجاح الولادة المهبلية بعد قيصرية:

نسبة نجاح الولادة المهبلية بعد قيصرية تتراوح عالميًا بين 60–80%، إلا أن هذه النسبة تتأثر بعدة عوامل سريرية وبيولوجية. أول هذه العوامل هو تاريخ الولادات السابقة؛ فالنساء اللواتي سبق لهن الإنجاب عن طريق ولادة مهبلية بعد قيصرية يتمتعن بأعلى فرص النجاح، في حين أن عدم وجود أي تجربة ولادة مهبلية قد يقلل النسبة.

كما أن سبب العملية القيصرية السابقة يلعب دورًا كبيرًا، إذ إن الحالات التي كانت بسبب وضعية الجنين غير الطبيعية لا تعيد بالضرورة تكرار المشكلة، بينما فشل تقدم المخاض في الحمل السابق قد يميل إلى التكرر.

كذلك فإن مؤشر كتلة الجسم يشكل عاملاً مهمًا، حيث تزيد البدانة من معدلات فشل VBAC وتضاعف الحاجة إلى تدخلات إضافية مثل الشفط أو الملقط أو القيصرية الإسعافية.

ومن العوامل الحاسمة أيضًا درجة نضج عنق الرحم عند بدء المخاض، إذ أن نضج العنق الجيد يرفع بشكل كبير احتمالية نجاح الولادة. بالإضافة لذلك، فإن حجم الجنين ووزنه يلعبان دورًا، حيث أن الشك بوجود ضخامة جنين قد يزيد من معدل فشل VBAC دون أن يكون مضاد استطباب مطلق.

أما العوامل الزمنية، مثل الفاصل بين الحملين، فتعتبر حاسمة كذلك؛ فكلما طال الفاصل الزمني زاد الأمان وارتفعت نسبة النجاح، بينما الفاصل القصير يزيد من خطر تمزق الندبة. ولا يمكن إغفال الجانب المتعلق بعمر الأم، إذ تشير الدراسات إلى أن النساء الأصغر سنًا لديهن معدلات نجاح أعلى من النساء الأكبر من 40 عامًا.

أيضًا فإن التحريض الدوائي للمخاض قد يقلل نسبيًا من فرص النجاح ويزيد من احتمال الاختلاطات، مقارنةً بالمخاض التلقائي. كل هذه العوامل مجتمعة تؤكد أن نجاح VBAC ليس قرارًا فرديًا بل حصيلة لتداخل متغيرات متعددة يجب أخذها بعين الاعتبار (8).

دور الفريق الطبي والمشفى في نجاح VBAC:

نجاح الولادة المهبلية بعد قيصرية لا يعتمد على المريضة وحدها، بل يتطلب منظومة متكاملة من الدعم الطبي والإداري داخل المستشفى. أول ما يجب التأكيد عليه هو وجود فريق طبي مدرَّب على التعامل مع حالات VBAC، يضم أطباء توليد بخبرة كافية، أطباء تخدير، وقابلات ذوات كفاءة عالية.

كما يجب أن تكون وحدة الولادة مجهزة بالمراقبة الإلكترونية المستمرة لتخطيط قلب الجنين وتقلصات الرحم، بما يتيح التدخل الفوري في حال ظهور علامات اختلاط.

إضافة لذلك، فإن وجود غرفة عمليات قيصرية جاهزة على مدار الساعة يشكل عنصرًا محوريًا، إذ أن نجاح VBAC مرهون بالقدرة على التدخل الجراحي السريع عند الحاجة. كما أن توفّر وحدات نقل الدم وبنوك الدم داخل المشفى يسهم في تعزيز الأمان، خصوصًا في حال حدوث نزف غزير أو تمزق رحمي.

ومن الضروري أيضًا أن يلتزم المشفى ببروتوكولات علاجية واضحة مبنية على الدلائل العلمية، تحدد متى يجب إيقاف المحاولة والتحول إلى القيصرية.

من جانب آخر، فإن الجانب النفسي والتثقيفي يلعب دورًا مهمًا، حيث يتعين على الكادر الطبي تقديم الدعم النفسي والشرح المستفيض للأم حول مجريات الولادة ومخاطرها المحتملة، مما يزيد من تعاونها وثقتها بالخطة العلاجية.

ولا يقل أهمية وجود نظام تواصل فعال بين أعضاء الفريق الطبي، بحيث تُتخذ القرارات بسرعة وبدقة.

وأخيرًا، يجب أن يكون هناك إشراف مؤسسي من إدارة المشفى يضمن الالتزام بمعايير الجودة والسلامة، مما ينعكس إيجابًا على نتائج VBAC ويقلل من الاختلاطات لكل من الأم والجنين (9،10).

مقارنة VBAC مع القيصرية المتكررة

معدلات النجاح:

تُعد معدلات النجاح من أبرز المقاييس لتقييم جدوى VBAC مقارنة بالقيصرية المتكررة. الدراسات العالمية تشير إلى أن معدل النجاح لولادة مهبلية بعد قيصرية واحدة يتراوح بين 60–80%، ويعتمد بشكل كبير على اختيار الحالات بعناية، وحجم الجنين، وطبيعة المخاض، وخبرة الفريق الطبي.

بالمقابل، القيصرية المتكررة تُحقق الولادة بشكل مضمون، لكنها تفتقر إلى ميزة الإنجاب الطبيعي والتعافي الأسرع بعد الولادة. وتشير البيانات إلى أن النساء اللواتي سبق لهن ولادة مهبلية بعد قيصرية يمتلكن احتمالية نجاح أعلى في VBAC مقارنة باللواتي يحاولن للمرة الأولى، وهو ما يعكس أهمية التاريخ الولادي في اتخاذ القرار.

كما أن التحريض الصناعي للمخاض، أو طول فترة المخاض، قد يخفض معدل النجاح قليلاً، بينما المخاض العفوي يرتبط بأعلى نسب نجاح. بشكل عام، VBAC الناجحة تمنح الأم تجربة ولادة طبيعية وتقلل من الحاجة للتدخل الجراحي، بينما القيصرية المتكررة تُعتبر خيارًا آمناً في الحالات ذات مضاعفات محتملة أو مضادات استطباب للولادة الطبيعية (6،7).

معدلات الاختلاطات الأمومية:

مقارنة VBAC بالقيصرية المتكررة توضح فروقًا واضحة في الاختلاطات الأمومية. في VBAC، تظل الاختلاطات الرئيسة هي النزف بعد الولادة، تمزق الرحم، الحاجة لنقل دم، والإنتان، لكن نسبتها تظل أقل عند اختيار الحالات المثالية.

أما القيصرية المتكررة، فتزيد فيها معدلات النزف أثناء العملية، الإنتان الجراحي، إصابة المثانة أو الأمعاء، وكذلك الحاجة للبقاء في المستشفى لفترة أطول مقارنة بـ VBAC الناجحة. من جهة أخرى، VBAC تحمل مخاطر تمزق الرحم النادرة، التي لا تحدث في القيصرية المخططة، بينما القيصرية المتكررة تزيد من مخاطر التصاقات الحوض، تمزق الرحم في الحمل اللاحق، ومضاعفات التخدير.

بشكل عام، المرأة التي تخضع لـ VBAC ناجحة تواجه معدل أقل من المضاعفات الجراحية والفترة النقاهة قصيرة، في حين أن القيصرية المتكررة تعتبر أكثر أمانًا إذا توفرت مضادات استطباب الولادة الطبيعية أو وجود خطر تمزق سابق (6،12).

معدلات الاختلاطات الجنينية:

الاختلاطات الجنينية تختلف أيضًا بين VBAC والقيصرية المتكررة. في VBAC، قد تحدث اختلاطات مثل نقص الأكسجة، متلازمة شفط العقي، إصابات الولادة كالكسور أو خلع الكتف، وهي غالبًا مرتبطة بتمزق الرحم أو ضائقة جنينية أثناء المخاض.

بالمقابل، القيصرية المتكررة المخططة تقلل من هذه المخاطر، خصوصًا عند تجنب الولادة الإسعافية، لكنها لا تخلو من مخاطر الولادة المبكرة أو مشاكل التنفس لدى الجنين نتيجة عدم مرور الجهاز التنفسي عبر قناة الولادة.

على الرغم من ذلك، معظم الدراسات تشير إلى أن الاختلاطات الجنينية في VBAC ناجحة تكون محدودة، وأن التدخل الطبي السريع يقلل كثيرًا من المضاعفات.

بشكل عام، الاختلاطات الخطرة للجنين نادرة عند اختيار الحالات بعناية ومتابعتها خلال المخاض، بينما القيصرية المتكررة تقلل بعض هذه المخاطر على حساب زيادة المضاعفات الأمومية (7،11).

نوعية الحياة والتكاليف الصحية:

تُظهر الدراسات أن VBAC الناجحة تمنح الأم استعادة أسرع للوظائف الجسدية والنفسية، تقليل الألم، وتحسين القدرة على العناية بالطفل في الأيام الأولى بعد الولادة.

كما ترتبط VBAC بتكاليف صحية أقل مقارنة بالقيصرية المتكررة، نظرًا لقصر مدة الإقامة بالمستشفى، وقلة الحاجة للتدخلات الجراحية أو نقل الدم، وانخفاض استهلاك الأدوية.

من ناحية أخرى، القيصرية المتكررة تزيد من التكاليف بسبب الاستعدادات الجراحية، طول فترة النقاهة، وإمكانية الحاجة لتدخلات إضافية في الحمل المستقبلي.

علاوة على ذلك، الولادة الطبيعية بعد قيصرية واحدة تعزز ثقة الأم بنفسها وتجربة الولادة الطبيعية، مما ينعكس على رضاها ونوعية حياتها النفسية بعد الولادة، بينما القيصرية المتكررة قد تؤثر على الحركة المبكرة والراحة النفسية، بالإضافة إلى تأثيرها على الحمل اللاحق من حيث ارتفاع معدلات التصاقات والمضاعفات (6،7).

عوامل الخطورة لحدوث الاختلاطات في VBAC

تتعدد العوامل التي تزيد من احتمالية حدوث اختلاطات أثناء الولادة المهبلية بعد قيصرية واحدة، وتشمل جوانب فيزيولوجية وميكانيكية ترتبط مباشرة بحالة الأم والجنين.

عمر الأم يُعتبر مؤشرًا ليس فقط للمراضة المزمنة، بل أيضًا لقدرة الرحم والعضلات التناسلية على الاستجابة للتقلصات الطبيعية. النساء الأكبر سنًا قد يواجهن تحديات في قوة الانقباض الرحمي وكفاءة تمدد الحوض، مما يزيد من احتمالية تدخلات جراحية أو استخدام أدوات مساعدة أثناء المخاض.

مشعر كتلة الجسم (BMI) يؤثر على توزيع الضغط داخل الحوض والرحم، ويقلل من مرونة الأنسجة، ما يؤدي إلى مقاومة أكبر لتقدم الولادة الطبيعية. كما أن السمنة تزيد من صعوبة تقييم المخاض سريريًا، وتحد من فعالية التخدير الموضعي أو Epidural، وبالتالي يمكن أن يزيد خطر المضاعفات المرتبطة بالتدخلات الطبية الإسعافية.

حجم الجنين يمثل عامل ميكانيكي مباشر، حيث أن الأجنة الأكبر تتطلب تمددًا أكبر لقناة الولادة، ما يزيد من احتمالية تمزق العضلات، إصابة العصب العضدي، أو تأخر الولادة. بينما الأجنة ذات الحجم المثالي تتوافق مع مرونة الحوض، مما يقلل من فرص حدوث صدمات ميكانيكية للأم أو الجنين.

نوع الشق القيصري السابق يلعب دورًا في مقاومة النسيج الرحمي للتمدد أثناء المخاض. فالشق العرضي السفلي يمتاز بمرونة نسجية أكبر وقدرة على التحمل، بينما الشق العمودي أو الكلاسيكي يقلل من قوة التحمل ويزيد احتمال حدوث تمزق رحمي تحت تأثير الضغط والتقلصات.

أخيرًا، تاريخ الولادات السابقة يشمل أكثر من مجرد عدد الولادات؛ فهو يعكس قدرة الرحم على التعافي والمرونة العضلية بعد الولادات السابقة، إضافة إلى مستوى تعرض العضلات والأنسجة للتمدد المتكرر.

النساء اللواتي لم يسبق لهن ولادة مهبلية بعد القيصرية السابقة قد يواجهن مقاومة أكبر أثناء المخاض، بينما التجارب السابقة الناجحة تشير إلى قدرة أعلى للرحم والحوض على التكيف مع المخاض الطبيعي، مما يقلل من اختلاطات الولادة.

إن تقييم هذه العوامل معًا يسمح بتقدير دقيق لمخاطر الاختلاطات وتحديد الحالات التي يمكن محاولة VBAC لديها بأمان، مع وضع خطة مراقبة فردية لكل مريضة تشمل الاستعداد للتدخل الإسعافي إذا تطلب الأمر. (7،11)

الاختلاطات الأمومية في VBAC

النزف بعد الولادة:

النزف الغزير بعد الولادة (Postpartum hemorrhage) يمثل أحد أهم الاختلاطات المحتملة في الولادة المهبلية بعد قيصرية واحدة، ويعد السبب الرئيسي للمراضة والوفيات الأمومية في العالم.

يحدث النزف غالبًا نتيجة فشل الرحم في الانقباض الكافي بعد خروج الجنين (atony)، لكن وجود ندبة سابقة في الرحم قد يغير من فعالية التقلص الرحمي ويزيد من احتمالية النزف.

كما أن الولادة المهبلية بعد قيصرية قد ترتبط بمخاطر إضافية مثل التمزق الرحمي الجزئي أو إصابات القناة التناسلية، والتي ترفع خطر النزف مقارنة بالولادة المهبلية الأولية.

وتشير الدراسات إلى أن معدلات النزف الكبير تزيد نسبيًا عند النساء اللواتي خضعن لتحريض اصطناعي للمخاض مقارنةً بالمخاض التلقائي.

ويتم التعامل مع النزف عبر إجراءات علاجية متعددة تبدأ بالأدوية المقوية للتقلصات (الأوكسيتوسين، الميزوبروستول) وتصل أحيانًا إلى الحاجة لنقل دم أو تدخل جراحي إضافي، مما يبرز أهمية المراقبة الدقيقة بعد الولادة (11).

تمزق الرحم:

يعتبر تمزق الرحم الاختلاط الأخطر المرتبط بمحاولة الولادة المهبلية بعد قيصرية، ويحدث بنسبة تتراوح بين 0.5% إلى 1% حسب نوع الشق السابق والعوامل المرافقة.

غالبًا ما يحدث التمزق عند مستوى الندبة القديمة، ويؤدي إلى نزف داخلي شديد مع تدهور سريع في حالة الأم والجنين. الأعراض قد تتظاهر بألم بطني مفاجئ، توقف تقلصات الرحم، أو هبوط في معدل ضربات قلب الجنين.

بعض العوامل تزيد من خطورة التمزق مثل الشق الكلاسيكي أو الولادة بعد فترة قصيرة من القيصرية السابقة أو استخدام البروستاغلاندينات لتحريض المخاض. التدخل السريع ضروري جدًا، حيث يعتمد الإنقاذ على التشخيص المبكر والاستجابة الجراحية الفورية بإجراء قيصرية إسعافية مع إمكانية الحاجة لاستئصال الرحم في الحالات الشديدة. ورغم خطورته، يبقى التمزق حدثًا نادرًا عند اختيار الحالات بدقة وتطبيق بروتوكولات المراقبة الدقيقة (7).

أذية المثانة أو الأمعاء:

إصابة المثانة أو الأمعاء خلال الولادة المهبلية بعد قيصرية واحدة تُعد اختلاطًا غير شائع لكنه وارد. المثانة تكون أكثر عرضة للإصابة بسبب وجود التصاقات سابقة ناجمة عن القيصرية الأولى، مما يجعلها ملتصقة بجدار الرحم الأمامي أو عنق الرحم.

الأذية قد تحدث أثناء تمزق رحمي أو عند الحاجة لتحويل الولادة إلى قيصرية إسعافية في ظروف استعجالية وصعبة. أذية الأمعاء أقل شيوعًا لكنها قد تظهر في حال وجود التصاقات واسعة بالحوض أو في حال تمزق رحمي ممتد.

التعرف المبكر على هذه الإصابات مهم جدًا، إذ إن إهمالها قد يؤدي إلى مضاعفات خطيرة مثل التهاب البريتوان أو تشكل النواسير البولية أو المعوية. الوقاية تعتمد على تقييم وجود التصاقات سابقة في صور الأشعة، والحرص على جراحة دقيقة عند التحويل للقيصرية، إضافة إلى استعداد الفريق الطبي لإصلاح أي إصابة على الفور (12).

الإنتان:

الإنتان بعد الولادة يمثل اختلاطًا مهمًا في سياق VBAC، ويشمل التهاب بطانة الرحم (Endometritis) أو التهاب السبيل البولي أو التهابات الجروح في حال التحويل للقيصرية.

عوامل الخطر تشمل طول مدة المخاض، كثرة الفحوص المهبلية، وتمزق الأغشية المبكر أو المطول. وجود ندبة سابقة في الرحم قد لا يزيد مباشرة من معدلات الإنتان، لكنه يرتبط بزيادة الحاجة إلى إجراءات تدخلية يمكن أن ترفع معدل العدوى.

من الناحية السريرية، تتظاهر الحالة بحمى، ألم بطني، نزف رحمي مترافق بإفرازات كريهة. الوقاية تعتمد على تطبيق معايير التعقيم الصارمة، والاستخدام الوقائي للمضادات الحيوية عند الحاجة، والمراقبة الدقيقة للأم بعد الولادة. التشخيص المبكر والمعالجة السريعة بالمضادات الحيوية واسعة الطيف عادة ما يؤديان إلى تحسن ملحوظ ويقللان من الاختلاطات طويلة الأمد (9).

الحاجة إلى نقل دم:

الحاجة إلى نقل الدم أثناء أو بعد الولادة المهبلية بعد قيصرية ليست نادرة، وترتبط بشكل رئيسي بحدوث نزف غزير أو تمزق رحمي. تتفاوت النسبة تبعًا للعوامل المرافقة مثل حجم الجنين، وجود اضطرابات تخثر، أو وجود شق رحمي قديم غير عرضي. أهمية نقل الدم تكمن في إنقاذ حياة الأم والحفاظ على استقرارها الدوري عند حدوث نزف شديد. إلا أن عملية النقل نفسها تحمل مخاطر، مثل التحسس المناعي أو العدوى المنقولة بالدم.

لذلك فإن وجود بنك دم مجهز مسبقًا في المشفى يعتبر شرطًا أساسيًا لقبول محاولة VBAC. كما أن الفريق الطبي يتبع استراتيجيات للوقاية من النزف المفرط مثل إعطاء الأدوية المقوية للتقلصات

بشكل روتيني بعد الولادة ومراقبة كمية النزف بشكل متكرر. كل هذه الإجراءات تجعل من الحاجة إلى نقل الدم أمرًا قابلًا للتدبير الآمن عند وجود الاستعداد المناسب (5).

الحاجة إلى تحويل العملية إلى قيصرية إسعافية:

رغم النية الأولية لتحقيق ولادة مهبلية ناجحة، إلا أن نسبة غير قليلة من الحالات قد تنتهي بتحويل الولادة إلى قيصرية إسعافية. المعدلات العالمية تتراوح بين 20–40%، وتعتمد على عدة عوامل مثل بطء تقدم المخاض، فشل نضج عنق الرحم، أو ظهور علامات معاناة جنينية.

من بين أهم الأسباب أيضًا الشك بتمزق الرحم أو النزف الشديد، مما يستدعي التدخل الفوري لإنقاذ حياة الأم والجنين. تحويل الولادة إلى قيصرية إسعافية يحمل معدلًا أعلى من الاختلاطات مقارنة بالقيصرية المخططة، نظرًا لأن العملية تتم في ظروف استعجالية ومعقدة.

لذلك تؤكد التوصيات العالمية على ضرورة أن يتم إجراء محاولة VBAC فقط في مستشفيات قادرة على إجراء قيصرية إسعافية خلال دقائق. نجاح الفريق الطبي في اتخاذ القرار المناسب بالوقت المناسب يعتبر عنصرًا حاسمًا في تقليل المضاعفات وتحسين النتائج النهائية (7،9).

الاختلاطات الجنينية في VBAC

نقص الأكسجة الجنينية:

يُعد نقص الأكسجة الجنينية (Fetal hypoxia) أحد أبرز الاختلاطات المحتملة عند الولادة المهبلية بعد قيصرية واحدة. يحدث عادة نتيجة اضطرابات تدفق الدم عبر المشيمة أو انقطاع الأوكسجين أثناء المخاض.

من أبرز العوامل التي ترفع احتمال نقص الأكسجة: تمزق الرحم الجزئي أو الكامل، انضغاط الحبل السري، أو ضائقة جنينية ناتجة عن طول فترة المخاض أو استخدام أدوات مساعدة للولادة. كما أن التحريض الصناعي للمخاض أو الإفراط في استخدام أدوية التحريض يزيد من خطورة حدوث نقص الأكسجة.

الأعراض السريرية تشمل تباطؤ معدل ضربات قلب الجنين، عدم انتظام النبض، أو فقدان التفاعل مع المخاض. التشخيص يعتمد على المراقبة الإلكترونية المستمرة (CTG) لقلب الجنين، حيث يُظهر تغيرات واضحة في نمط النبض عند حدوث نقص الأكسجة.

العلاج يشمل الإسراع بالولادة، سواء عبر تحفيز الولادة المهبلية السريعة أو التحويل إلى قيصرية عاجلة عند الضرورة. تهدف هذه الإجراءات إلى تقليل خطر التلف الدماغي أو المضاعفات الدائمة للجنين، مع مراقبة دقيقة بعد الولادة لمتابعة الحالة التنفسية والعصبية (6،7).

متلازمة استنشاق العقي

متلازمة استنشاق العقي (Meconium aspiration syndrome) تحدث عندما يستنشق الجنين العقي أثناء الولادة، وهو أكثر شيوعًا عند حالات الضائقة الجنينية المرتبطة بـ VBAC أو تمزق الرحم. تشمل عوامل الخطر: نقص الأكسجة، طول فترة المخاض، وتعرض الجنين لضغط داخلي.

يمكن أن يؤدي استنشاق العقي إلى انسداد الطرق التنفسية، صعوبة التنفس، نقص الأكسجين، أو عدوى رئوية. في حالات شديدة، قد يستدعي تدخلًا عاجلًا يشمل المحجم عند الولادة مباشرة، واستخدام أجهزة التهوية الميكانيكية في العناية المركزة لحديثي الولادة.

يُعد التشخيص المبكر عبر مراقبة العلامات الحيوية والتنفسية للطفل بعد الولادة أمرًا حاسمًا للحد من المضاعفات. كما يلعب التحضير الجيد للطبيب والممرضة في غرفة الولادة دورًا مهمًا في الاستجابة السريعة لهذه الحالة، خصوصًا عند الولادات بعد قيصرية سابقة التي قد تزداد فيها مخاطر الضائقة الجنينية (11).

إصابة الجنين أثناء الولادة (كسور، خلع كتف)

إصابات الولادة أثناء VBAC تشمل الكسور العظمية، مثل كسر عظم الترقوة أو عظام الأطراف، وخلع الكتف (Shoulder dystocia)، وغالبًا ما ترتبط بمحاولة الولادة للجنين الكبير الحجم أو الولادة المتعسرة.

تزيد نسبة هذه الإصابات عند الحاجة لاستخدام أدوات مساعدة مثل الملقط أو المحجم، أو عند تحرك الجنين ببطء داخل قناة الولادة نتيجة التصاقات رحمية سابقة.

الأعراض السريرية تظهر مباشرة بعد الولادة، وتكون غالبًا ألمًا أو ضعفًا بالحركة في الطرف المصاب، ويمكن تأكيدها عبر الفحص السريري والأشعة عند الحاجة.

علاج الكسور غالبًا يكون محافظاً، أما خلع الكتف فيحتاج إلى تقنيات إعادة الوضع فورًا لتجنب إصابات العصب العضدي. التدريب الجيد للفريق الطبي، والتحضير للحالات المتوقعة، والوعي بعوامل الخطر، تساعد بشكل كبير في تقليل معدل هذه الإصابات عند الولادة بعد قيصرية سابقة (9،12).

وفيات الفترة حول الولادة:

على الرغم من أن معدل الوفيات حول الولادة منخفض نسبيًا في VBAC عند اختيار الحالات بعناية، إلا أنها تظل من أبرز الاختلاطات التي تثير القلق. غالبًا ما ترتبط هذه الوفيات بمضاعفات تمزق الرحم أو نقص الأكسجة الشديد قبل الولادة أو أثناءها.

عوامل أخرى تشمل الضائقة الجنينية الناتجة عن طول المخاض، أو مشاكل الحبل السري، أو فشل التحويل السريع إلى قيصرية إسعافية.

تساهم الاستجابة السريعة والتدخل الجراحي في تقليل الوفيات، إضافة إلى المراقبة المستمرة للقلب الجنيني وتقييم العلامات الحيوية للأم. أهمية وجود بروتوكولات صارمة لإدارة الطوارئ في المستشفى وضمان سرعة التدخل الطبي لا يمكن الإشارة إليها بما فيه الكفاية، إذ أن أي تأخير قد يؤدي إلى نتائج قاتلة.

علاوة على ذلك، فإن التثقيف المسبق للأم وفريق الولادة حول علامات الخطر يسهم في تحسين النتائج وتقليل المخاطر المرتبطة بالوفاة حول الولادة (6،7).

الدراسة العملية

هدف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم الاختلاطات الوالدية والجنينية الناتجة عن الولادة المهبلية بعد عملية قيصرية واحدة سابقة. كما تسعى الدراسة إلى تحليل العوامل المرتبطة بنجاح أو فشل المحاولة المهبلية، ومقارنة النتائج بحسب العمر، عدد الولادات السابقة، ومدة الفاصل بين القيصرية السابقة والحالية، لتوفير بيانات دقيقة تساعد في تحسين استراتيجيات إدارة الولادة بعد قيصرية واحدة.

الطرائق والمواد:

تم إجراء دراسة تراجعية وصفية على 120 سيدة حامل راجعن مشفى الزهراوي للتوليد وأمراض النساء خلال الفترة بين 2024/4/1 و 2025/4/1. شملت الدراسة السيدات اللواتي لديهن عملية قيصرية سابقة واحدة فقط، وحاولن الولادة المهبلية (سواء ولادة مهبلية طبيعية أو بمساعدة ملقط/محجم) أو اضطررن إلى قيصرية طارئة.

تم جمع البيانات من سجلات المرضى والأضابير الطبية لكل مريضة، وشملت المتغيرات التالية:

1. **البيانات الديموغرافية للمريضة:**
   - رقم السجل الطبي
   - العمر عند الولادة (أقل من 25، 25–34، أكثر من 35 سنة)
   - مؤشر كتلة الجسم (طبيعي <25، زيادة وزن 25–29.9، بدانة ≥30 كغ/م²)
2. **التاريخ الإنجابي والولادات السابقة:**
   - عدد مرات الحمل (1–2، 3–4، أكثر من 5)
   - عدد الولادات الحية السابقة (0، 1–2، أكثر من 3)
   - سبب القيصرية السابقة (فشل تقدم المخاض، تألم جنين، وضعية غير طبيعية، أخرى)

- ولادة مهبلية سابقة قبل القيصرية (نعم/لا)
- مدة الفاصل بين الولادة الحالية والقيصرية السابقة (<18 شهر، 18–59 شهر، ≥60 شهر)

3. تفاصيل الحمل الحالي:

- عمر الحمل عند الولادة (خديج <37 أسبوع، مكتمل 37–42 أسبوع، مديد >42 أسبوع)
- عدد الأجنة (مفرد، توأم، أكثر)
- الأمراض المصاحبة للحمل (سكري الحمل، ارتفاع ضغط الدم، أمراض قلبية، أخرى)

4. المخاض والولادة:

- بداية المخاض (تلقائي/تحريض)
- نتيجة المحاولة (ولادة مهبلية ناجحة، ولادة مهبلية بمساعدة، فشل وتحويل لقيصرية)
- سبب فشل المحاولة إن وجد (تألم جنيني، فشل تقدم المخاض، نزف حاد، تمزق رحم، أسباب أخرى)

5. الاختلاطات الوالدية:

- نزف ما بعد الولادة
- نقل دم
- تمزق رحم
- تمزق مهبل أو عجان
- التهابات ما بعد الولادة
- دخول العناية المركزة

- استئصال الرحم

6. النتائج الجنينية / الوليدية:

- جنس المولود
- وزن الولادة (منخفض <2500 غ، طبيعي 2500–3999 غ، مرتفع ≥4000 غ)
- وضعية الولادة (قمي، مقعدي، عرضي)
- درجة أبغار الدقيقة 1 و5 (طبيعي >7، متوسط 4–6، منخفض <3)
- تألم جنين أثناء المخاض
- إنعاش المولود عند الولادة
- دخول وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة
- وفاة حديث الولادة
- طفل سكري
- تأخر النمو داخل الرحم

تم إدخال جميع البيانات في برنامج SPSS نسخة 26، وتم استخدام الإحصاء الوصفي لعرض المتغيرات وعدد وتكرار الحالات، واختبار كاي سكوير لتحليل العلاقة بين العوامل المختلفة ونجاح الولادة المهبلية أو حدوث الاختلاطات.

معايير الاشتمال:

- السيدات الحوامل اللواتي لديهن عملية قيصرية واحدة سابقة فقط.
- اللواتي حاولن الولادة المهبلية خلال الفترة المحددة.
- المراجعات لمشفى الزهراوي للتوليد وأمراض النساء بين 2024/4/1 و2025/4/1.

معايير الاستبعاد:

- السيدات اللواتي لديهن أكثر من قيصرية سابقة.
- الحمل المتعدد (> توأم أو أكثر).
- الأمراض المزمنة غير المضبوطة التي قد تؤثر على الولادة (مثل أمراض القلب الخطيرة أو ارتفاع ضغط الدم الشديد).
- نقص بيانات السجلات الطبية الأساسية المطلوبة للتحليل.

النتائج:

بيانات تعريف المريضة:

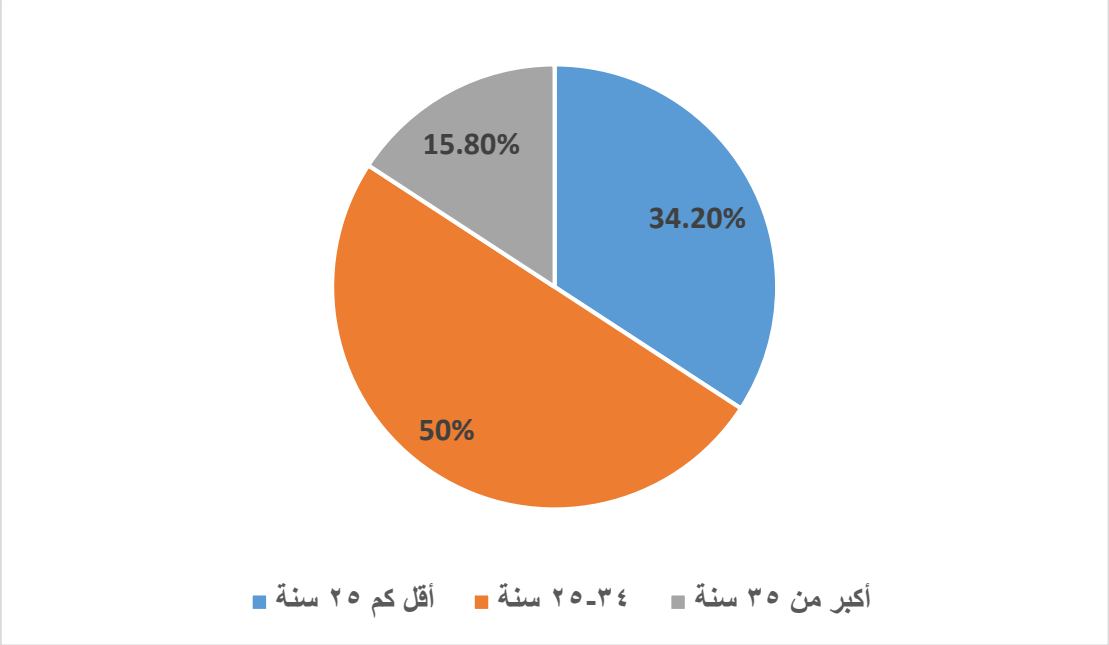
في هذه الدراسة التقييمية حول الاختلاطات الجنينية والوالدية للولادة المهبلية بعد عملية قيصرية واحدة سابقة، تم توصيف خصائص العينة من حيث العمر ومؤشر كتلة الجسم. أظهرت النتائج أن الفئة العمرية الأكثر شيوعًا كانت بين 25–34 سنة حيث شكّلت نصف الحالات (50%)، تلتها الفئة الأصغر من 25 سنة بنسبة 34.2%، في حين شكّلت السيدات الأكبر من 35 سنة النسبة الأقل (15.8%). تعكس هذه التوزعات أن غالبية النساء اللواتي خضعن لتجربة الولادة المهبلية بعد القيصرية هن من الفئة العمرية المتوسطة، وهي الفئة الأكثر خصوبة.

أما بالنسبة لمؤشر كتلة الجسم، فقد تبين أن نسبة كبيرة من المريضات كانت تعاني من زيادة في الوزن (43.3%)، بينما كان 35% ضمن الحدود الطبيعية، و21.7% مصابات بالبدانة. يشير ذلك إلى أن السمنة وزيادة الوزن كانت أكثر شيوعًا من الوزن الطبيعي بين أفراد العينة، وهو ما قد يمثل عاملًا مؤثرًا في نتائج الولادة واحتمال حدوث اختلاطات.

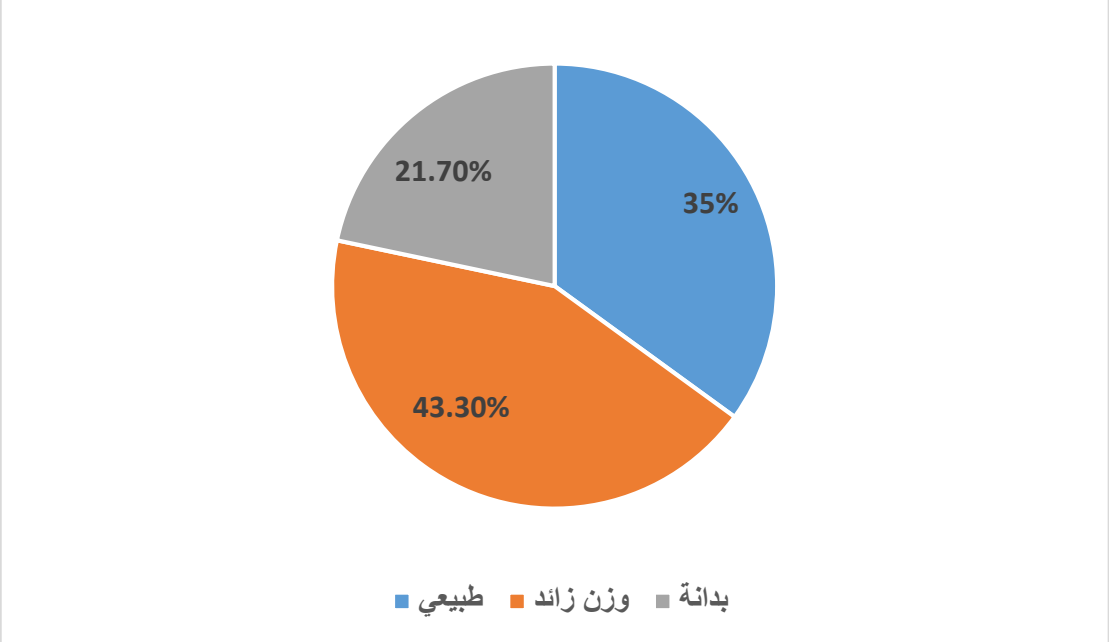
بشكل عام، يوضح هذا التوزع الديموغرافي أن الدراسة شملت غالبية من النساء في سن الإنجاب الأكثر شيوعًا، مع وجود نسبة ملحوظة من حالات زيادة الوزن والبدانة، الأمر الذي يُسهم في تفسير بعض نتائج الولادة ومقارنتها مع الدراسات العالمية

الجدول 1 بيانات تعريف المريضة

العمر عند الولادة	العدد	النسبة المئوية
أقل كم 25 سنة	41	%34.2
25-34 سنة	61	%50
أكبر من 35 سنة	18	%15.8
مؤشر كتلة الجسم	العدد	النسبة المئوية
طبيعي	42	%35
وزن زائد	52	%43.3
بدانة	26	%21.7



الشكل 2 التوزع النسبي للمريضات حسب العمر عند الولادة



الشكل 3 التوزع النسبي للمريضات حسب مشعر كتلة الجسم

التاريخ الإنجابي والولادات السابقة:

أظهرت نتائج هذه الدراسة فيما يتعلق بالتاريخ الإنجابي والولادات السابقة أن غالبية المريضات كان لديهن 1–2 حمول سابقة (63.3%)، بينما بلغت نسبة من لديهن 3–4 حمول 23.3%، في حين كانت نسبة الحمول المتعددة (أكثر من 5) محدودة نسبيًا (13.3%). أما من حيث عدد الولادات الحية السابقة، فقد تبين أن الغالبية العظمى (87.5%) كان لديهن 1–2 ولادة حية، في حين بلغت نسبة من لم ينجبن سابقًا سوى 4.2%، ومن لديهن أكثر من ثلاث ولادات حية 8.3%.

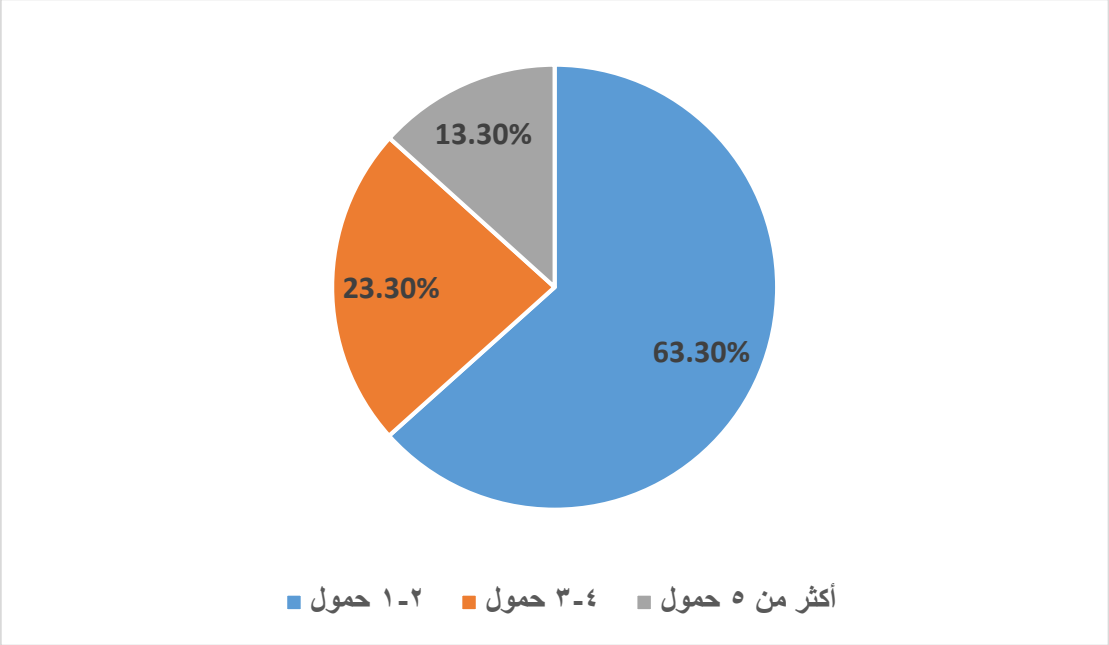
بالنسبة لسبب القيصرية السابقة، فقد توزعت بشكل رئيسي بين الوضعية غير الطبيعية للجنين (45%) وتألم الجنين (44.2%)، بينما شكّل فشل تقدم المخاض السبب الأقل شيوعًا (10.8%).

أما فيما يتعلق بالفترة الفاصلة بين الولادة الحالية والقيصرية السابقة، فقد تبين أن النسبة الأكبر من الحالات كانت بفاصل زمني قصير أقل من 18 شهرًا (65.8%)، تلتها الفترة المتوسطة (18–59 شهرًا) بنسبة 28.3%، في حين لم تتجاوز نسبة الفاصل الزمني الطويل (أكثر من 60 شهرًا) 5.8%.

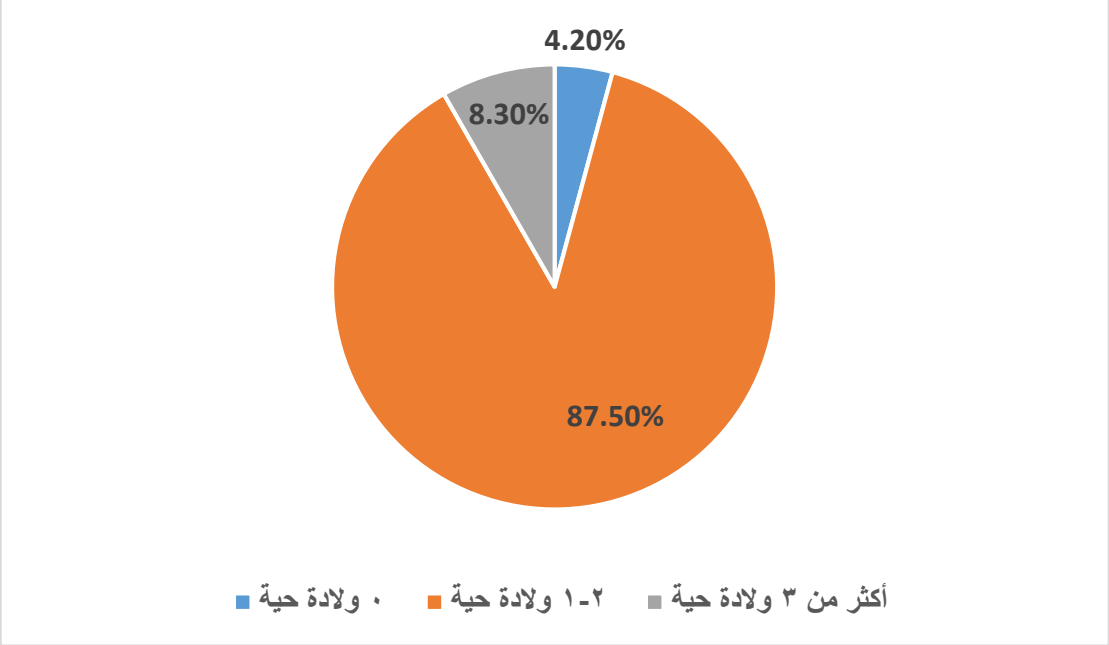
بذلك يظهر أن أغلب المريضات في هذه الدراسة هنّ من ذوات الحمل والولادات القليلة، مع كون الأسباب الأكثر شيوعًا للقيصرية السابقة مرتبطة بالجنين (الوضعية أو التألم)، إضافةً إلى أن معظم الولادات اللاحقة أُجريت بفاصل زمني قصير نسبيًا عن القيصرية السابقة، وهو ما قد يشكل عامل خطورة في تقييم نتائج الولادة المهبلية.

الجدول 2 التاريخ الإنجابي والولادات السابقة

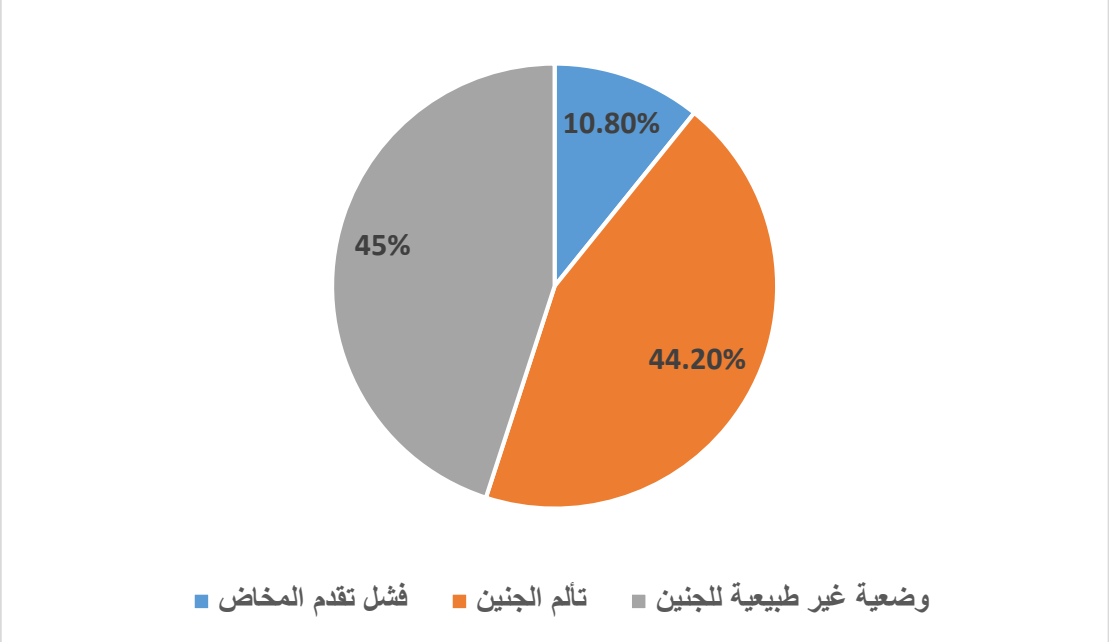
عدد مرات الحمل	العدد	النسبة المئوية
2-1 حمول	76	%63.3
4-3 حمول	28	%23.3
أكثر من 5 حمول	16	%13.3
عدد الولادات الحية السابقة	العدد	النسبة المئوية
0 ولادة حية	5	%4.2
2-1 ولادة حية	105	%87.5
أكثر من 3 ولادة حية	10	%8.3
سبب القيصرية السابقة	العدد	النسبة المئوية
فشل تقدم المخاض	13	%10.8
تألم الجنين	53	%44.2
وضعية غير طبيعية للجنين	54	%45
المدة بين الولادة الحالية والقيصرية السابقة	العدد	النسبة المئوية
قصير أقل من 18 شهر	79	%65.8
متوسط 18-59 شهر	34	%28.3
طويل أكثر من 60 شهر	7	%5.8



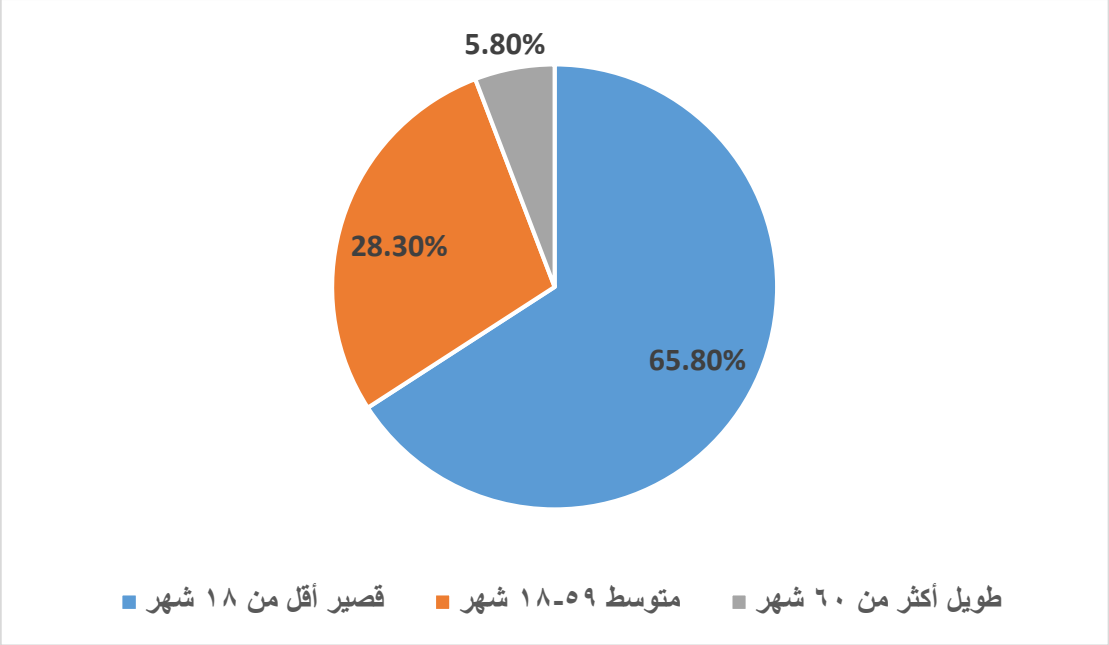
الشكل 4 التوزع النسبي للمريضات حسب عدد الحمول



الشكل 5 التوزع النسبي للمريضات حسب عدد الولادات الحية السابقة



الشكل 6 التوزع النسبي للمريضات حسب سبب القيصرية السابقة



الشكل 7 التوزع النسبي للمريضات حسب المدة بين القيصرية السابقة والحمل الحالي

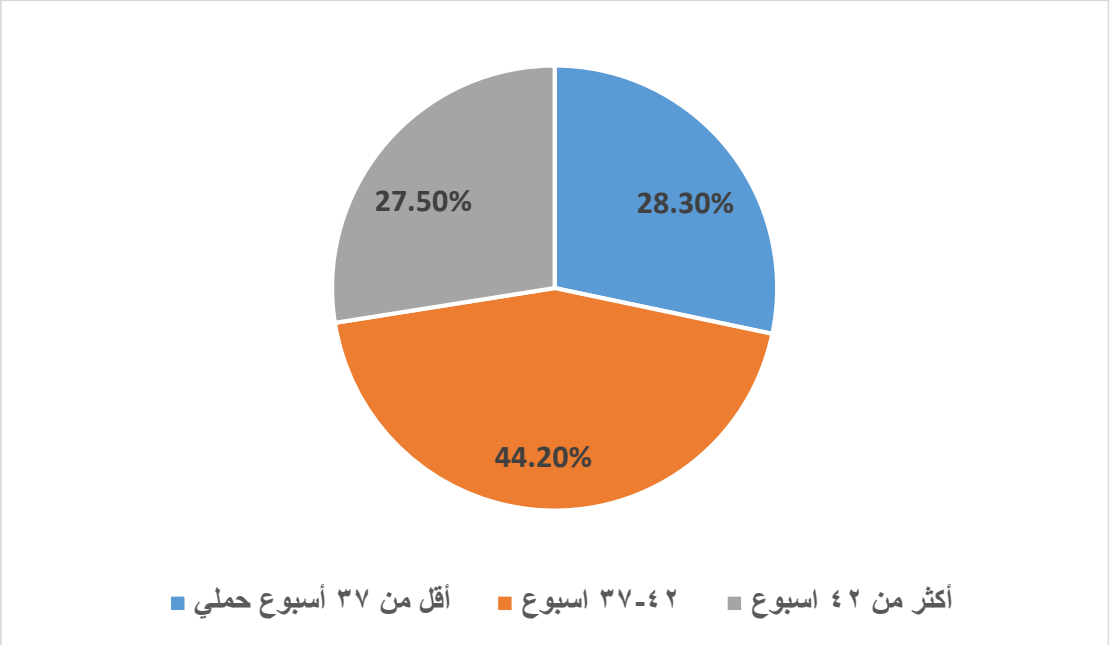
تفاصيل الحمل الحالي:

أظهرت نتائج هذه الدراسة فيما يخص تفاصيل الحمل الحالي أن غالبية الولادات تمت ضمن الفترة الحملية الطبيعية 37–42 أسبوعًا حيث بلغت نسبتها 44.2%، في حين سُجِّلت الولادات قبل الأوان (<37 أسبوعًا) بنسبة 28.3%، والولادات المديدة (>42 أسبوعًا) بنسبة 27.5%. يعكس ذلك توزعًا متقاربًا بين الولادات المبكرة والمتأخرة مقارنة بالفترة الحملية الطبيعية.

أما بالنسبة للأمراض المرافقة للحمل الحالي، فقد تبين أن السكري الحملي كان الأكثر شيوعًا بنسبة 18.3%، تلاه ارتفاع التوتر الشرياني بنسبة 12.5%، بينما شكّلت الأمراض القلبية 10.8% من الحالات. يشير ذلك إلى وجود نسبة معتبرة من العوامل المرضية المرافقة التي قد تؤثر على نتائج الولادة المهبلية بعد القيصرية السابقة، مما يبرز أهمية تقييم هذه الاختلاطات بشكل متكامل عند متابعة الحوامل في مثل هذه الحالات.

الجدول 3 تفاصيل الحمل الحالي

عمر الحمل عند الولادة	العدد	النسبة المئوية
أقل من 37 أسبوع حملي	34	%28.3
42-37 اسبوع	53	%44.2
أكثر من 42 اسبوع	33	%27.5
أمراض مرافقة للحمل الحالي	العدد	النسبة المئوية
سكري حملي	22	%18.3
ارتفاع توتر شرياني	15	%12.5
أمراض قلبية	13	%10.8



الشكل 8 التوزع النسبي للمريضات حسب العمر الحملي عند الولادة

المخاض والولادة:

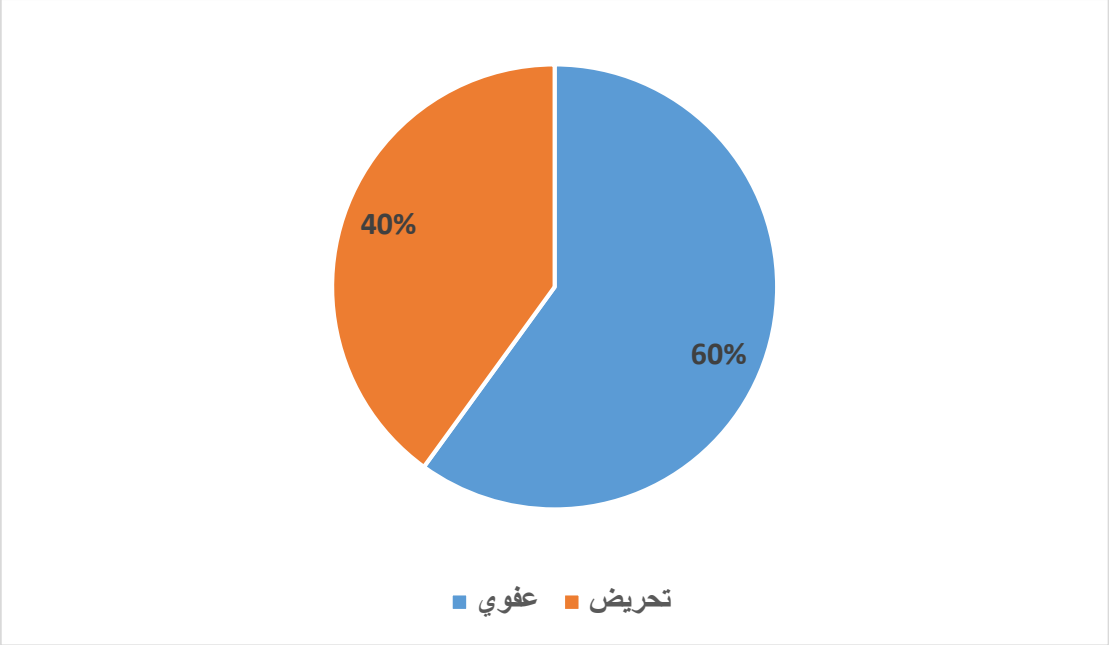
أظهرت نتائج الدراسة فيما يخص المخاض والولادة أن معظم الحالات بدأت بمخاض عفوي بنسبة 60%، في حين احتاجت 40% من المريضات إلى تحريض الولادة. أما النتيجة النهائية للمحاولة، فقد حققت الولادة المهبلية بعد القيصرية (VBAC) نجاحًا في 65.8% من الحالات، بينما تم اللجوء إلى التحويل للقيصرية في 34.2% من الحالات.

بالنسبة لأسباب فشل المحاولة، فقد تبيّن أن تألم الجنين كان السبب الأكثر شيوعًا (35.9%)، يليه فشل تقدم المخاض (27.5%)، في حين سجلت نسب أقل لكل من تمزق الرحم (1.7%) والنزف الحاد (0.8%).

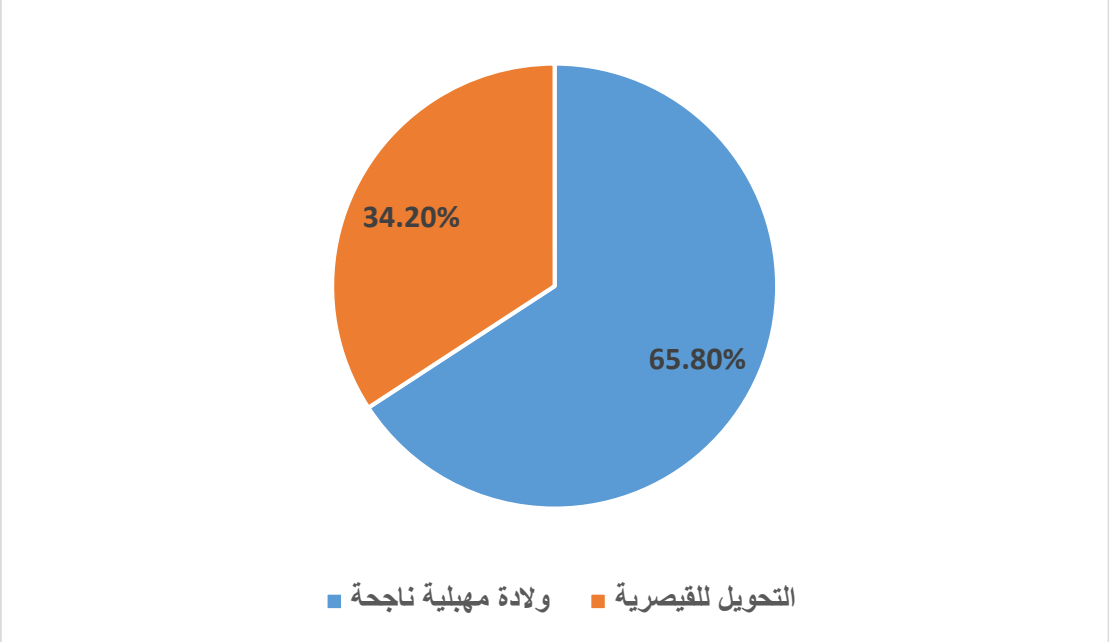
توضح هذه النتائج أن نسبة نجاح الولادة المهبلية بعد القيصرية السابقة كانت مرتفعة نسبيًا، مع كون معظم حالات الفشل مرتبطة باختلاطات جنينية أو تعثر تقدم المخاض، بينما كانت الاختلاطات الوالدية الخطيرة مثل تمزق الرحم نادرة الحدوث.

الجدول 4 المخاض والولادة

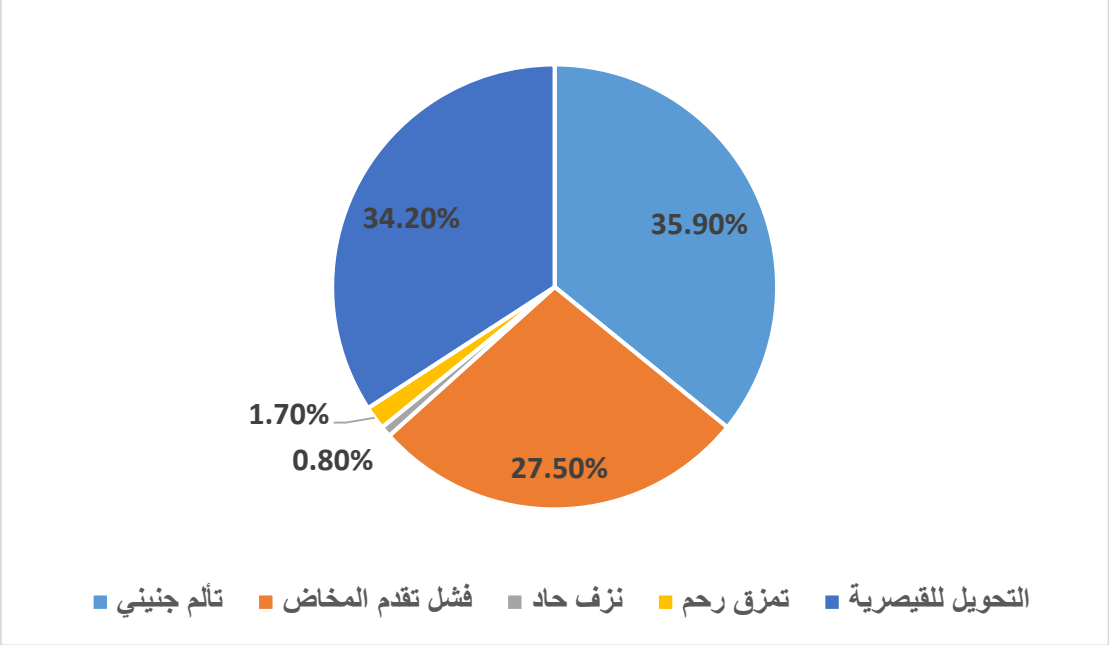
بداية المخاض	العدد	النسبة المئوية
عفوي	72	%60
تحريض	48	%40
النتيجة النهائية للمحاولة	العدد	النسبة المئوية
ولادة مهبلية ناجحة	79	%65.8
التحويل للقيصرية	41	%34.2
سبب فشل المحاولة	العدد	النسبة المئوية
تألم جنيني	43	%35.9
فشل تقدم المخاض	33	%27.5
نزف حاد	1	%0.8
تمزق رحم	2	%1.7
التحويل للقيصرية	41	%34.2



الشكل 9 التوزع النسبي للمريضات حسب بداية المخاض



الشكل 10 التوزع النسبي للمريضات حسب نجاح محاولة الولادة الطبيعية



الشكل 11 التوزع النسبي للمريضات حسب سبب فشل محاولة الولادة بشكل طبيعي

الاختلاطات الوالدية:

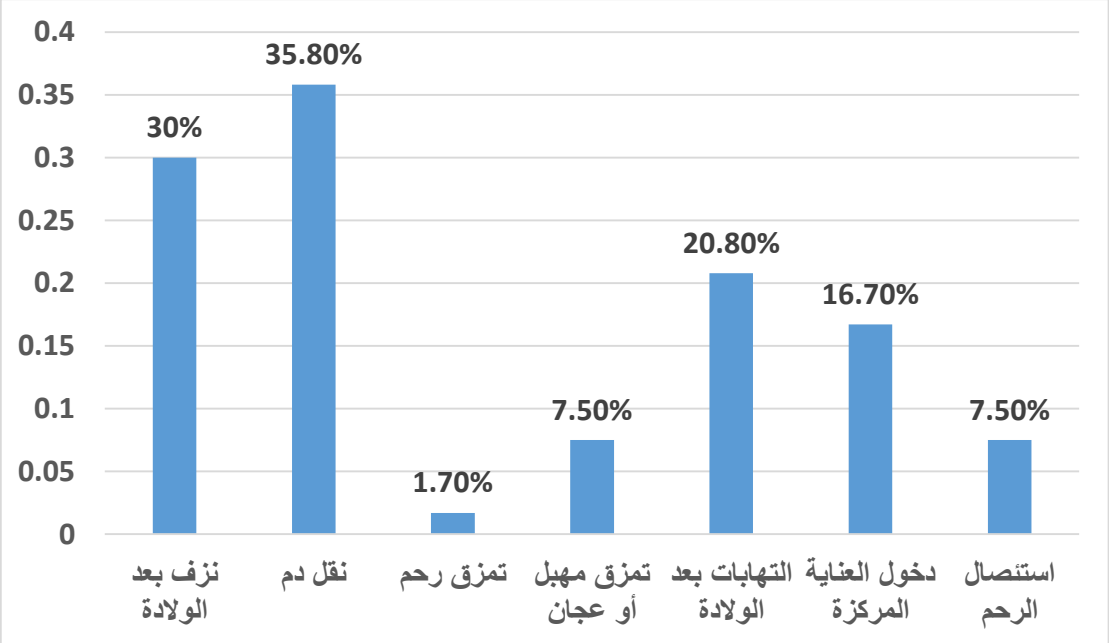
أظهرت نتائج الدراسة فيما يتعلق بالاختلاطات الوالدية أن أبرزها كان الحاجة إلى نقل الدم بنسبة 35.8%، يليها النزف بعد الولادة بنسبة 30%، مما يشير إلى أن الاضطرابات النزفية كانت من أهم المشكلات المرافقة للولادة المهبلية بعد القيصرية السابقة. كما سُجِّلت الالتهابات بعد الولادة لدى 20.8% من الحالات، في حين احتاجت 16.7% من المريضات إلى الدخول إلى وحدة العناية المركزة لمراقبة أو تدبير اختلاطات ولادية.

أما الاختلاطات الأقل شيوعًا فقد شملت التمزقات المهبلية أو العجانية بنسبة 7.5%، وكذلك استئصال الرحم كإجراء إنقاذي في 7.5% من الحالات. وبالنسبة لاختلاط تمزق الرحم، فقد سُجِّل في 1.7% فقط من الحالات، مما يعكس ندرته مقارنة ببقية الاختلاطات لكنه يبقى من أكثرها خطورة على الأم والجنين.

بذلك يمكن القول إن أغلب الاختلاطات الوالدية في هذه الدراسة ارتبطت بالنزف والحاجة لنقل الدم، مع نسبة ملحوظة من الإنتانات بعد الولادة، في حين بقيت الاختلاطات المهددة للحياة مثل تمزق الرحم واستئصال الرحم أقل حدوثًا لكنها ذات أهمية سريرية كبيرة.

الجدول 5 الاختلاطات الوالدية

الاختلاطات الوالدية	العدد	النسبة المئوية
نزف بعد الولادة	36	%30
نقل دم	43	%35.8
تمزق رحم	2	%1.7
تمزق مهبل أو عجان	9	%7.5
التهابات بعد الولادة	25	%20.8
دخول العناية المركزة	20	%16.7
استئصال الرحم	9	%7.5



الشكل 12 التوزع النسبي للمريضات حسب وجود اختلاط لدة الوالدة

النتائج الجنينية\الوليدية:

أظهرت النتائج الجنينية والوليدية في هذه الدراسة أن غالبية المواليد كانوا من الإناث بنسبة 55.8% مقابل 44.2% للذكور. أما وزن الولادة فقد تراوح في معظم الحالات ضمن الحدود الطبيعية (2500–3999 غ) بنسبة 75.8%، في حين سجل انخفاض وزن الولادة (<2500 غ) في 12.5%، وارتفاع الوزن (≤4000 غ) في 11.7%.

بالنسبة لتقييم الحالة الوليدية عند الولادة، كانت درجة أبغار في الدقيقة الأولى طبيعية في 83.3% من الحالات، بينما انخفضت إلى المجال المتوسط في 10.8% وإلى المنخفض جدًا في 5.8%. أما في الدقيقة الخامسة، فقد بقيت الدرجة طبيعية في 78.3% من الولدان، مع ارتفاع نسبة الحالات المتوسطة والمنخفضة إلى 14.2% و7.5% على التوالي، مما يعكس وجود نسبة من الولدان الذين عانوا من اختناق ولادي بدرجات متفاوتة.

من ناحية التدخلات الوليدية، احتاج 21.7% من المواليد إلى إنعاش عند الولادة، وأُدخل 9.2% منهم إلى وحدة العناية المركزة الوليدية. وقد بلغت نسبة وفيات حديثي الولادة 13.3%، وهي نسبة ملحوظة تستدعي التوقف عندها.

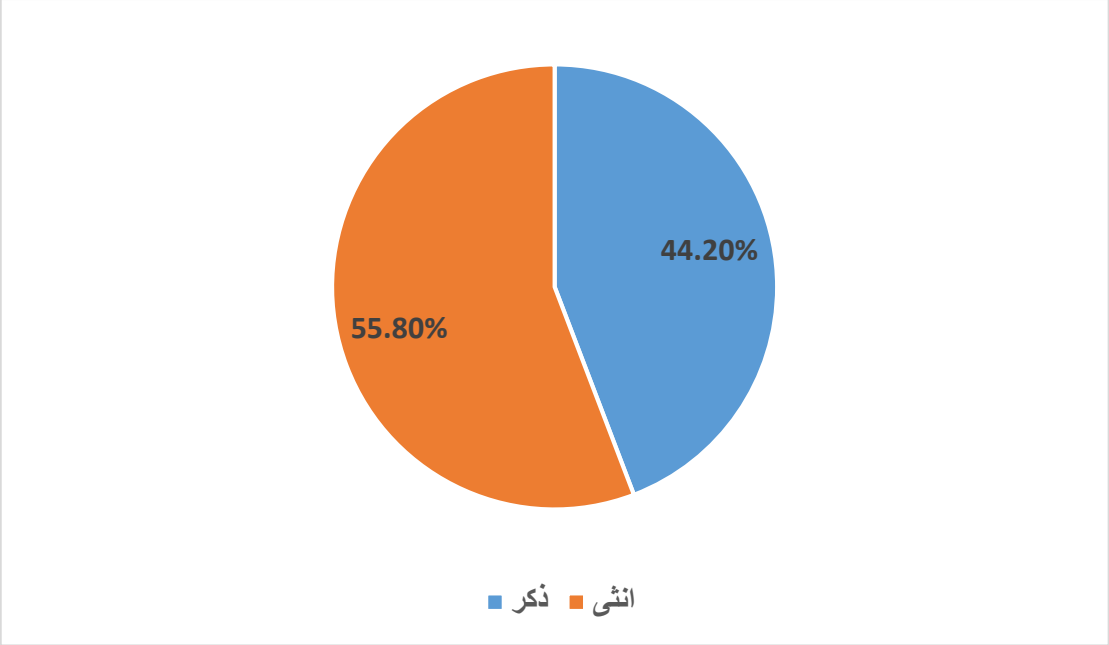
أما الاختلاطات النوعية فقد شملت وجود أطفال سكريين بنسبة 15%، إضافة إلى تسجيل تأخر النمو داخل الرحم في 21.7% من الحالات، مما يعكس أثر الأمراض المرافقة للحمل على النتائج الجنينية.

بشكل عام، تبين أن أغلب الولادات كانت لمواليد طبيعيي الوزن وبحالة جيدة عند الولادة، إلا أن نسبة غير قليلة من المواليد تعرضت لاختلاطات هامة كالحاجة للإنعاش، دخول العناية، أو الوفاة،

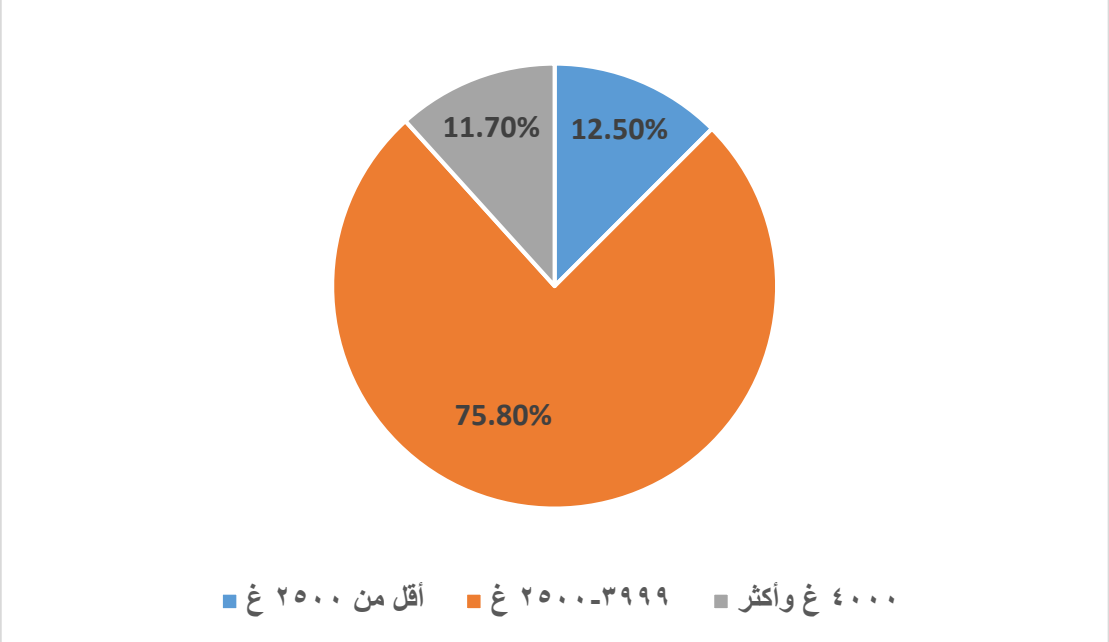
مما يبرز ضرورة متابعة دقيقة للحوامل اللواتي يخضعن لتجربة الولادة المهبلية بعد القيصرية السابقة.

الجدول 6 النتائج الجنينية\الوليدية

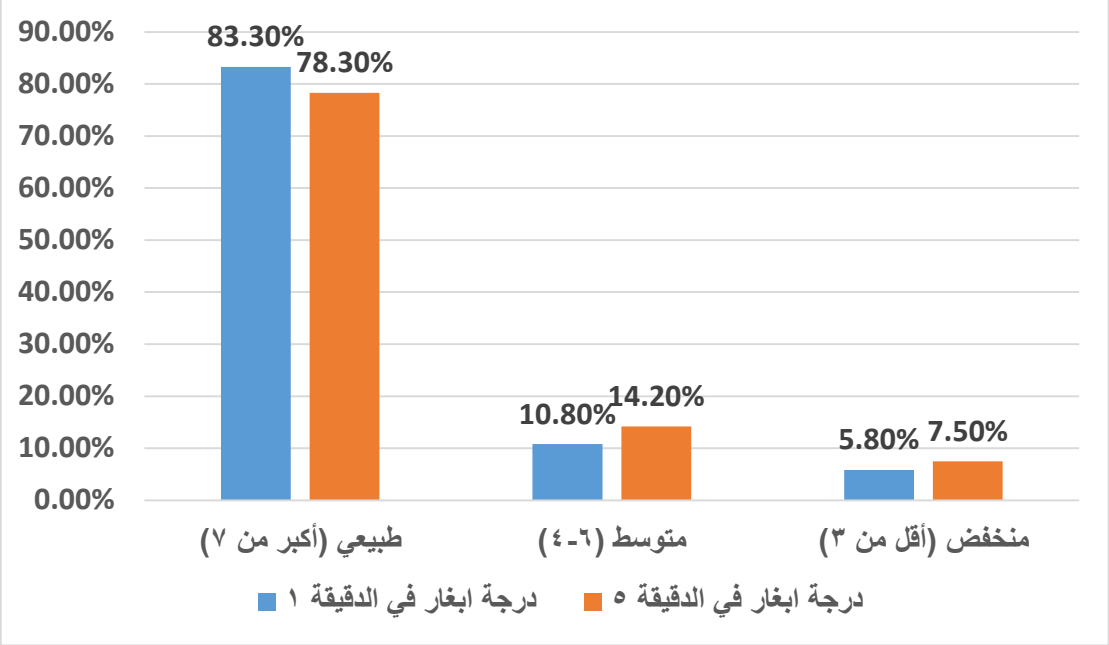
النتائج الجنينية\الوليدية		
جنس المولود	العدد	النسبة المئوية
ذكر	53	%44.2
انثى	67	%55.8
وزن الولادة	العدد	النسبة المئوية
أقل من 2500 غ	15	%12.5
2500-3999 غ	91	%75.8
4000 غ وأكثر	14	%11.7
درجة أبغار في الدقيقة 1	العدد	النسبة المئوية
طبيعي (أكبر من 7)	100	%83.3
متوسط (4-6)	13	%10.8
منخفض (أقل من 3)	7	%5.8
درجة أبغار في الدقيقة 5	العدد	النسبة المئوية
طبيعي (أكبر من 7)	94	%78.3
متوسط (4-6)	17	%14.2
منخفض (أقل من 3)	9	%7.5
اتعاش المولود عند الولادة	العدد	النسبة المئوية
نعم	26	%21.7
لا	94	%78.3
دخول وحدة العناية الوليدية	العدد	النسبة المئوية
نعم	11	%9.2
لا	109	%90.8
وفاة حديث الولادة	العدد	النسبة المئوية
نعم	16	%13.3
لا	104	%86.7
طفل سكري	العدد	النسبة المئوية
نعم	18	%15
لا	102	%85
تأخر النمو داخل الرحم	العدد	النسبة المئوية
نعم	26	%21.7
لا	94	%78.3



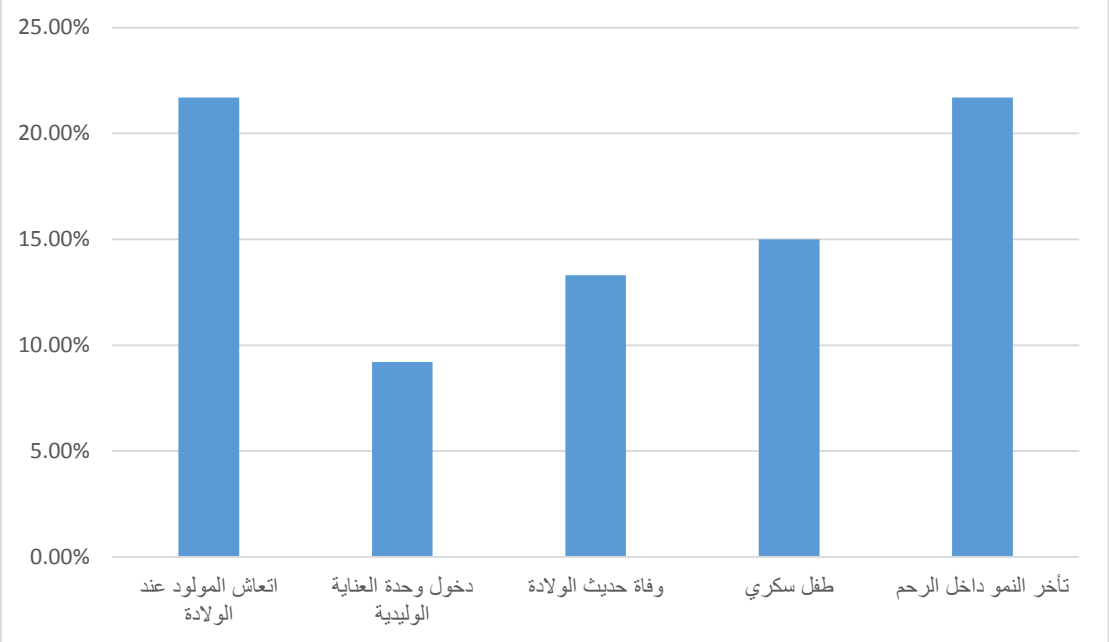
الشكل 13 التوزع النسبي للمريضات حسب جنس مولودهن



الشكل 14 التوزع النسبي للمريضات حسب وزن مولودهن



الشكل 15 درجة أبغار في الدقيقة الأولى والخامسة



الشكل 16 التوزع النسبي للمريضات حسب الاختلاطات لدى اجنتهن

العلاقة بين بيانات تعريف المريضة ونجاح محاولة الولادة الطبيعية:

فيما يتعلق بدراسة العلاقة بين الخصائص الديموغرافية للمريضات ونجاح محاولة الولادة المهبلية بعد القيصرية السابقة، أظهرت النتائج أنه لم يكن هناك فرق ذو دلالة إحصائية بين الفئات العمرية المختلفة ونتيجة المحاولة (P = 0.474). فقد توزعت نسب النجاح بشكل متقارب بين الفئة الأصغر من 25 سنة (24.2%)، والفئة 25–34 سنة (30.8%)، والفئة الأكبر من 35 سنة (10.8%).

كما لم يُسجَّل ارتباط مهم احصائياً بين مؤشر كتلة الجسم ونجاح الولادة المهبلية (P = 0.99)، حيث أظهرت المجموعات الثلاث (الوزن الطبيعي، الوزن الزائد، والبدانة) نسبًا متقاربة من حيث معدل الولادة المهبلية الناجحة، دون فروق إحصائية معتبرة.

بذلك يمكن القول إن نتائج هذه الدراسة تشير إلى أن العمر ومؤشر كتلة الجسم لم يكونا من العوامل المؤثرة بشكل مهم احصائياً على نجاح محاولة الولادة الطبيعية بعد قيصرية واحدة سابقة، مما يتفق مع بعض الدراسات التي لم تجد علاقة واضحة، ويخالف أخرى اعتبرت العمر المتقدم أو البدانة من عوامل الخطورة.

الجدول 7 العلاقة بين بيانات تعريف المريضة ونجاح محاولة الولادة الطبيعية

	نتيجة المحاولة		قيمة X2	قيمة الدلالة P
	ولادة طبيعية	ولادة قيصرية		
العمر عند الولادة				
أقل كم 25 سنة	29 (24.2%)	12 (10%)	1.491	0.474
25-34 سنة	37 (30.8%)	24 (20%)		
أكبر من 35 سنة	13 (10.8%)	5 (4.2%)		
مؤشر كتلة الجسم				
طبيعي	28 (23.3%)	14 (11.7%)	0.02	0.99
وزن زائد	34 (28.3%)	18 (15%)		
بدانة	17 (14.2%)	9 (7.5%)		

العلاقة بين التاريخ الإنجابي والولادات السابقة ونجاح محاولة الولادة الطبيعية:

أظهرت نتائج الدراسة حول العلاقة بين التاريخ الإنجابي والولادات السابقة ونجاح الولادة المهبلية بعد القيصرية أن عدد مرات الحمل لم يكن مرتبطًا بشكل مهم إحصائيًا مع النتيجة (P = 0.921)، إذ توزعت نسب النجاح بشكل متقارب بين مختلف المجموعات (1–2 حمول: 42.5%، 3–4 حمول: 15%، وأكثر من 5 حمول: 8.3%). وبالمثل، لم يُسجل اختلاف مهم إحصائيًا بين عدد الولادات الحية السابقة ونجاح المحاولة (P = 0.451)، حيث كانت النسب متقاربة بين المريضات ذوات 0، أو 1–2، أو أكثر من 3 ولادات حية.

أما فيما يتعلق بـ سبب القيصرية السابقة، فلم يظهر أيضًا أي ارتباط مهم إحصائيًا مع نتيجة المحاولة (P = 0.637)، سواء كان السبب فشل تقدم المخاض، أو تألم الجنين، أو الوضعية غير الطبيعية للجنين.

في المقابل، تبين أن الفترة الفاصلة بين الولادة الحالية والقيصرية السابقة كانت العامل الوحيد الذي أظهر علاقة مهمة إحصائيًا مع نجاح الولادة المهبلية (P = 0.003). فقد بلغت نسبة النجاح 36.7% عند الفاصل القصير (<18 شهرًا)، وارتفعت إلى 23.3% عند الفاصل المتوسط (18–59 شهرًا)، في حين حققت جميع الحالات ذات الفاصل الطويل (>60 شهرًا) ولادة مهبلية ناجحة.

بذلك تشير النتائج إلى أن التاريخ الإنجابي وعدد الولادات السابقة أو سبب القيصرية السابقة لم يكن لها تأثير مهم إحصائيًا على نجاح الولادة المهبلية بعد قيصرية واحدة، بينما كان طول الفترة الفاصلة بين الولادتين عاملًا مؤثرًا بشكل واضح.

الجدول 8 العلاقة بين التاريخ الإنجابي والولادات السابقة ونجاح محاولة الولادة الطبيعية

	نتيجة المحاولة		قيمة X2	قيمة الدلالة P
	ولادة طبيعية	ولادة قيصرية		
عدد مرات الحمل				
2-1 حمول	(%42.5) 51	(%20.8) 25	0.164	0.921
4-3 حمول	(%15) 18	(%8.3) 10		
أكثر من 5 حمول	(%8.3) 10	(%5) 6		
عدد الولادات الحية السابقة				
0 ولادة حية	(%3.3) 4	(%0.8) 1	1.593	0.451
2-1 ولادة حية	(%58.3) 70	(%29.2) 35		
أكثر من 3 ولادة حية	(%4.2) 5	(%4.2) 5		
سبب القيصرية السابقة				
فشل تقدم المخاض	(%6.7) 8	(%4.2) 5	0.901	0.637
تألم الجنين	(%27.5) 33	(%16.7) 20		
وضعية غير طبيعية للجنين	(%31.7) 38	(%13.3) 16		
المدة بين الولادة الحالية والقيصرية السابقة				
قصير أقل من 18 شهر	(%36.7) 44	(%29.2) 35	11.367	*0.003
متوسط 18-59 شهر	(%23.3) 28	(%5) 6		
طويل أكثر من 60 شهر	(%5.8) 7	(%0) 0		

العلاقة بين بداية المخاض ونجاح محاولة الولادة الطبيعية:

أظهرت نتائج الدراسة فيما يتعلق ببداية المخاض ونجاح محاولة الولادة المهبلية بعد القيصرية أن نسبة النجاح كانت أعلى عند النساء اللواتي بدأ لديهن المخاض عفويًا (40%) مقارنة بمن احتجن إلى تحريض (25.8%). ورغم هذا الاختلاف، لم تصل النتيجة إلى مستوى الأهمية الإحصائية (P = 0.056).

وبذلك يمكن القول إن بداية المخاض العفوي ارتبطت بنسبة نجاح أعلى نسبيًا، إلا أن الفارق لم يكن مهمًا إحصائيًا ضمن هذه العينة.

الجدول 9 العلاقة بين بداية المخاض ونجاح محاولة الولادة الطبيعية

	نتيجة المحاولة		قيمة X2	قيمة الدلالة P
	ولادة طبيعية	ولادة قيصرية		
بداية المخاض				
عفوي	(%40) 48	(%20) 24	0.814	0.056
تحريض	(%25.8) 31	(%14.2) 17		

العلاقة بين الاختلاطات الوالدية ونجاح محاولة الولادة الطبيعية:

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة مهمة إحصائيًا بين نجاح محاولة الولادة المهبلية بعد القيصرية السابقة وظهور الاختلاطات الوالدية. فقد كان حدوث النزف بعد الولادة أكثر شيوعًا عند الحالات التي تحولت إلى قيصرية (18.3%) مقارنة بالولادة المهبلية الناجحة (11.7%) (P = 0.000).

وبالمثل، سجلت الحاجة إلى نقل دم تكرارًا أعلى في حالات التحويل للقيصرية (19.2%) مقارنة بالولادة الطبيعية (16.7%) (P = 0.001).

أما تمزق الرحم وتمزق المهبل أو العجان فقد ارتبط كل منهما بالفشل في الولادة المهبلية، حيث سجل تمزق الرحم بنسبة 1.7% فقط في الولادات القيصرية (P = 0.048) وتمزق المهبل أو العجان في الولادات المهبلية الناجحة بنسبة 7.5% (P = 0.025).

كما أظهرت النتائج أن الالتهابات بعد الولادة والدخول إلى وحدة العناية المركزة واستئصال الرحم كانت أكثر شيوعًا عند الحالات التي تحولت إلى قيصرية، مع قيم دلالة مهمة إحصائيًا (P = 0.000، P = 0.000، و P = 0.04 على التوالي).

بناءً على ذلك، يمكن الاستنتاج أن حدوث معظم الاختلاطات الوالدية كان مرتبطًا بشكل مهم إحصائيًا بفشل محاولة الولادة المهبلية، ما يؤكد أهمية المراقبة الدقيقة وإدارة المخاطر عند الحوامل اللواتي يحاولن الولادة المهبلية بعد قيصرية سابقة.

الجدول 10 العلاقة بين الاختلاطات الوالدية ونجاح محاولة الولادة الطبيعية

	نتيجة المحاولة		قيمة X2	قيمة الدلالة P
	ولادة طبيعية	ولادة قيصرية		
نزف بعد الولادة				
نعم	14 (11.7%)	22 (18.3%)	16.599	*0.000
لا	65 (54.2%)	19 (15.8%)		
نقل دم				
نعم	20 (16.7%)	23 (19.2%)	11.122	*0.001

		(%15) 18	(%49.2) 59	لا
				تمزق رحم
*0.048	3.919	(%1.7) 2	(%0) 0	نعم
		(%32.5) 39	(%65.8) 79	لا
				تمزق مهبل أو عجان
*0.025	5.050	(%0) 0	(%7.5) 9	نعم
		(%34.2) 41	(%58.3) 70	لا
				التهابات بعد الولادة
*0.000	20.095	(%15) 18	(%5.8) 7	نعم
		(%19.2) 23	(%60) 72	لا
				دخول العناية المركزة
*0.000	22.414	(%13.3) 16	(%3.3) 4	نعم
		(%20.8) 25	(%62.5) 75	لا
				استئصال الرحم
*0.04	8.277	(%5.8) 7	(%1.7) 2	نعم
		(%28.3) 34	(%64.2) 77	لا

العلاقة بين النتائج الجنينيةالوليدية ونجاح محاولة الولادة الطبيعية:

أظهرت نتائج الدراسة أن النجاح في الولادة المهبلية بعد القيصرية السابقة لم يرتبط بشكل مهم إحصائيًا مع أي من الخصائص الجنينية أو الوليدية المدروسة. فقد لم يكن هناك تأثير مهم لجنس المولود (P = 0.730)، أو وزن الولادة (P = 0.530)، أو درجة أبغار في الدقيقة الأولى (P = 0.420) أو الخامسة (P = 0.357).

كما لم تُسجَّل علاقة مهمة إحصائيًا بين نجاح الولادة المهبلية ووجود حاجة لإنعاش المولود (P = 0.68)، أو دخول وحدة العناية الوليدية (P = 0.872)، أو وفاة حديث الولادة (P = 0.406)، وكذلك بالنسبة لوجود طفل سكري (P = 0.246) أو تأخر النمو داخل الرحم (P = 0.379).

وبذلك تشير النتائج إلى أن معظم المؤشرات الوليدية والجنسية ووزن المولود لم يكن لها تأثير مهم إحصائيًا على نجاح محاولة الولادة المهبلية، ما يعكس أن نجاح الولادة المهبلية بعد قيصرية واحدة يعتمد بشكل أكبر على عوامل الأم والتاريخ الإنجابي وخصائص المخاض أكثر من الخصائص الوليدية المباشرة.

الجدول 11 العلاقة بين النتائج الجنينية\الوليدية ونجاح محاولة الولادة الطبيعية

	نتيجة المحاولة		قيمة X2	قيمة الدلالة P
	ولادة طبيعية	ولادة قيصرية		
جنس المولود				
ذكر	34 (28.3%)	19 (15.8%)	0.119	0.730
انثى	45 (37.5%)	22 (18.3%)		
وزن الولادة				
أقل من 2500 غ	8 (6.7%)	7 (5.8%)	1.733	0.530
2500-3999 غ	62 (51.7%)	29 (24.2%)		
4000 غ وأكثر	9 (7.5%)	5 (4.2%)		
درجة أبغار في الدقيقة 1				
طبيعي (أكبر من 7)	67 (55.8%)	33 (27.5%)	1.77	0.420
متوسط (4-6)	9 (7.5%)	4 (3.3%)		
منخفض (أقل من 3)	3 (2.5%)	4 (3.3%)		
درجة أبغار في الدقيقة 5				
طبيعي (أكبر من 7)	63 (52.5%)	31 (25.8%)	2.06	0.357
متوسط (4-6)	12 (10%)	5 (4.2%)		
منخفض (أقل من 3)	4 (3.3%)	5 (4.2%)		
اتعاش المولود عند الولادة				
نعم	18 (15%)	8 (6.7%)	0.170	0.68
لا	61 (50.8%)	33 (27.5%)		
دخول وحدة العناية الوليدية				
نعم	7 (5.8%)	4 (3.3%)	0.026	0.872
لا	72 (60%)	37 (30.8%)		
وفاة حديث الولادة				
نعم	12 (10%)	4 (3.3%)	0.609	0.406
لا	67 (55.8%)	37 (30.8%)		
طفل سكري				
نعم	14 (11.7%)	4 (3.3%)	1.343	0.246
لا	65 (54.2%)	37 (30.8%)		
تأخر النمو داخل الرحم				
نعم	19 (15.8%)	7 (5.8%)	0.774	0.379
لا	60 (50%)	34 (28.3%)		

المناقشة:

أظهرت نتائج الدراسة أن غالبية النساء اللواتي خضعن لتجربة الولادة المهبلية بعد قيصرية واحدة كانت أعمارهن بين 25–34 سنة (50%)، تلتها الفئة الأقل من 25 سنة (34.2%)، بينما شكلت الفئة الأكبر من 35 سنة نسبة منخفضة (15.8%). هذا التوزع يتوافق مع ما ذكره Guise et al., 2010 (13) بأن النساء في سن الإنجاب المتوسط يمثلن الغالبية في تجارب الولادة بعد القيصرية، ويعكس أن العمر المتقدم ليس بالضرورة مانعًا للولادة المهبلية.

أما مؤشر كتلة الجسم، فقد أظهرت الدراسة انتشارًا للوزن الزائد والبدانة بنسبة 43.3% و21.7% على التوالي، وهو ما قد يزيد من صعوبة الولادة، إلا أن تحليل العلاقة بين الوزن ونجاح الولادة لم يظهر تأثيرًا مهمًا إحصائيًا (P = 0.99)، وهو ما يتفق مع بعض الدراسات التي لم تجد ارتباطًا قويًا بين البدانة ونجاح الولادة بعد قيصرية واحدة (Mercer et al., 2008). (14)

كانت أغلب المريضات لديهن 1–2 حمل سابق (63.3%)، مع ولادتين حيتين سابقتين (87.5%). الأسباب الأكثر شيوعًا للقيصرية السابقة كانت الوضعية غير الطبيعية للجنين (45%) وتألم الجنين (44.2%). لم يظهر عدد الحمل أو عدد الولادات السابقة أو سبب القيصرية السابقة علاقة مهمة إحصائيًا مع نجاح الولادة المهبلية (P > 0.05)، وهو ما يتفق مع دراسات أخرى مثل O'Neil et al., 2016، (15) التي أشارت إلى أن التاريخ الإنجابي وحده ليس محددًا قويًا للنجاح، بينما الفترة الفاصلة بين الولادتين كانت مهمة إحصائيًا (P = 0.003)، إذ زادت نسبة النجاح مع طول الفاصل، وهو ما يتوافق مع توصيات ACOG Practice Bulletin No 205 (16) حول الانتظار بين الولادات لتقليل مخاطر تمزق الرحم وفشل المحاولة.

توزعت فترات الحمل بين المبكر (<37 أسبوع) بنسبة 28.3%، الطبيعي (37–42 أسبوع) بنسبة 44.2%، والمتأخر (>42 أسبوع) بنسبة 27.5%. كما سجلت الأمراض المصاحبة للحمل مثل السكري الحملي (18.3%) وارتفاع التوتر الشرياني (12.5%) وأمراض القلب (10.8%). ورغم هذه الاختلاطات، لم تظهر أي منها تأثيرًا مهمًا إحصائيًا على نجاح الولادة المهبلية، وهو ما يتفق جزئيًا مع Bujold et al., 2010، (16) التي لاحظت أن بعض الأمراض المرافقة قد تؤثر على الاختلاطات الوالدية ولكن ليس بالضرورة على معدل النجاح إذا كانت مراقبة الحمل دقيقة.

بدأ المخاض عفويًا في 60% من الحالات، فيما تم تحريض المخاض في 40%. كانت نسبة النجاح أعلى عند المخاض العفوي (40%) مقارنة بالتحريض (25.8%)، إلا أن الفرق لم يكن مهمًا إحصائيًا (P = 0.056). تتفق هذه النتيجة مع دراسات سابقة (Guise et al., 2010) (13) التي أظهرت ميلًا للنجاح الأكبر عند المخاض العفوي، رغم أن التحريض ليس مانعًا إذا تم الاختيار الصحيح للحالات.

بلغت نسبة الولادة المهبلية الناجحة 65.8%، وهي نسبة متوافقة مع متوسط النجاح المبلغ عنه عالميًا بين 60–75% في حالات الولادة بعد قيصرية واحدة (ACOG, 2021). (16) أما أسباب فشل المحاولة فكانت تألم الجنين (35.9%) وفشل تقدم المخاض (27.5%)، في حين سجلت الاختلاطات الشديدة مثل تمزق الرحم بنسبة منخفضة جدًا (1.7%)، وهو مؤشر على اختيار المرضى المناسبين وإدارة المخاطر.

أظهرت النتائج أن النزف بعد الولادة (30%) ونقل الدم (35.8%) كانا الأكثر شيوعًا، في حين كانت الاختلاطات الشديدة مثل تمزق الرحم (1.7%) واستئصال الرحم (7.5%) أقل حدوثًا. كما بينت الدراسة أن معظم الاختلاطات الوالدية كانت مرتبطة بشكل مهم إحصائيًا بفشل محاولة الولادة

(P < 0.05)، وهو ما يتفق مع ما أورده Mercer et al., 2008 (14) حول أن التحويل للقيصرية غالبًا ما يكون مرتبطًا بحدوث نزف أو مضاعفات ولادية أخرى.

لم يُسجل أي ارتباط مهم إحصائي بين نجاح الولادة المهبلية وجنس المولود، وزن الولادة، درجة أبغار، الحاجة لإنعاش المولود، دخول وحدة العناية، وفاة حديثي الولادة، أو تأخر النمو داخل الرحم (P > 0.05 لجميع المؤشرات). هذا يتوافق مع نتائج Bujold et al., 2010 و ACOG 2021، (16,17) التي أشارت إلى أن الخصائص الوليدية لا تؤثر بشكل مباشر على نجاح الولادة المهبلية إذا تمت متابعة المخاض بدقة.

الاستنتاجات:

تشير نتائج الدراسة إلى أن نجاح الولادة المهبلية بعد قيصرية واحدة يعتمد بشكل رئيسي على المدة بين الولادات السابقة وعوامل المخاض، بينما لا تلعب البيانات الديموغرافية أو الخصائص الجنينية دورًا مهمًا إحصائيًا. نسبة النجاح (65.8%) توازي ما أوردته الدراسات العالمية، فيما تبقى الاختلاطات الوالدية أكثر شيوعًا عند التحويل للقيصرية، مع ندرة تمزق الرحم أو استئصال الرحم، مما يعكس فعالية اختيار الحالات المناسبة وإدارة المخاطر.

التوصيات:

1. تشجيع الانتظار لفترة ≤18 شهر بين الولادة القيصرية والمحاولة التالية للولادة المهبلية لتقليل مخاطر الفشل والاختلاطات.
2. إجراء تقييم شامل للتاريخ الإنجابي وعدد الولادات السابقة قبل اتخاذ قرار VBAC.
3. مراقبة النساء اللاتي لديهن أمراض مرافقة مثل السكري الحملي وارتفاع الضغط أثناء المحاولة.
4. متابعة دقيقة للمخاض عند النساء المرشحات للولادة المهبلية بعد قيصرية، خاصة عند التحريض.
5. تجهيز خطة سريعة للتحويل للقيصرية عند حدوث علامات تمزق رحم أو مضاعفات جنينية.
6. تدريب الطاقم الطبي على التعرف المبكر للاختلاطات الوالدية والجنينية أثناء VBAC.
7. توعية النساء بالمخاطر والفوائد المحتملة للولادة المهبلية بعد قيصرية واحدة سابقة.
8. استخدام بروتوكولات قياسية لتقييم استعداد عنق الرحم ومؤشر Bishop قبل البدء بالمخاض.
9. توثيق كل حالات الاختلاطات الوالدية والجنينية لمتابعة النتائج طويلة الأمد.
10. تشجيع الدراسات المستقبلية متعددة المراكز لتقييم عوامل نجاح VBAC في السياقات المحلية المختلفة

المراجع:

1. Sung S. Cesarean Delivery. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/
2. Mayo Clinic Staff. Vaginal birth after cesarean (VBAC). Mayo Clinic; 2025. Available from: https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/vbac/art-20044869
3. Cheng YW, Eden KB, Marshall N, Pereira L, Caughey AB, Guise JM. Delivery after prior cesarean: maternal morbidity and mortality. Clin Perinatol. 2011;38(2):297–309. doi: 10.1016/j.clp.2011.03.012
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin No. 184: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. Obstet Gynecol. 2017;130(5): e217–e233. doi:10.1097/AOG.0000000000002398
5. Kanjanakaew A, Chawanpaiboon S, Lumbiganon P. Providers' perspective on vaginal birth after cesarean section in Thailand: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):512. doi:10.1186/s12884-024-06680-y
6. Guise JM, Denman MA, Emeis C, Marshall N, Walker M, Fu R, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 2010;115(6):1267–78.
7. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med. 2004;351(25):2581–9.
8. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)–a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. BJOG. 2010;117(1):5–19.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Vaginal birth after cesarean delivery: Practice Bulletin No. 205. Obstet Gynecol. 2019;133(2): e110–27.
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Birth after previous caesarean birth (Green-top Guideline No. 45). London: RCOG; 2021.
11. Sentilhes L, Vayssiere C, Beucher G, Deneux-Tharaux C, Deruelle P, Diemunsch P, et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013;170(1):25–32.
12. Silver RM. Delivery after previous cesarean: long-term maternal outcomes. Semin Perinatol. 2010;34(4):258–66.
13. Guise JM, Denman MA, Emeis C, et al. Vaginal birth after cesarean: maternal and neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 2010;115(6):1267-1278.

14. Mercer BM, Macpherson C, Goldenberg RL, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with VBAC: the impact of obesity. Am J Obstet Gynecol. 2008;199(3): 310.e1-310.e7.
15. O'Neil SM, Walsh JM, O'Herlihy C. History of prior vaginal delivery and success of VBAC. BJOG. 2016;123(4):563-569.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 205: Vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2021;137(2): e1-e17.
17. Bujold E, Gauthier RJ. Maternal comorbidities and VBAC outcomes: a review. J Matern Fetal Neonatal Med. 2010;23(12):1425-1430.