

البرهان





دستوشی لیبر

Labour Dystocia

دکتر فرشته فرزانه آذر

دکتری تخصصی سلامت باروری

استادیار دانشگاه علوم پزشکی اراک

اداره یک لیبر طبیعی

- **Monitor maternal well-being**
- **Monitor fetal well-being**
- **Monitor the progress of labour**

Management on admission

cervical examination should be kept to a **minimum** to avoid promoting intraamniotic infection.

In general, vaginal examinations are performed:

- On admission
- At one to four hour intervals in the first stage and at one hour intervals in the second stage
- At rupture of membranes to evaluate for cord prolapse
- Prior to intrapartum administration of analgesia
- When the parturient feels the urge to push to determine whether the cervix is fully dilated
- If the FHR falls, to evaluate for conditions such as cord prolapse or uterine rupture.

The results can be noted on a partogram

مدیریت ایده آل لیبر و زایمان نیاز به دو دیدگاه بالمقوه مخالف دارد

*It is a
physiologic
process*



*Labour and
delivery are
unpredictabl
e*



**Must be protective for unpredictable
problem**

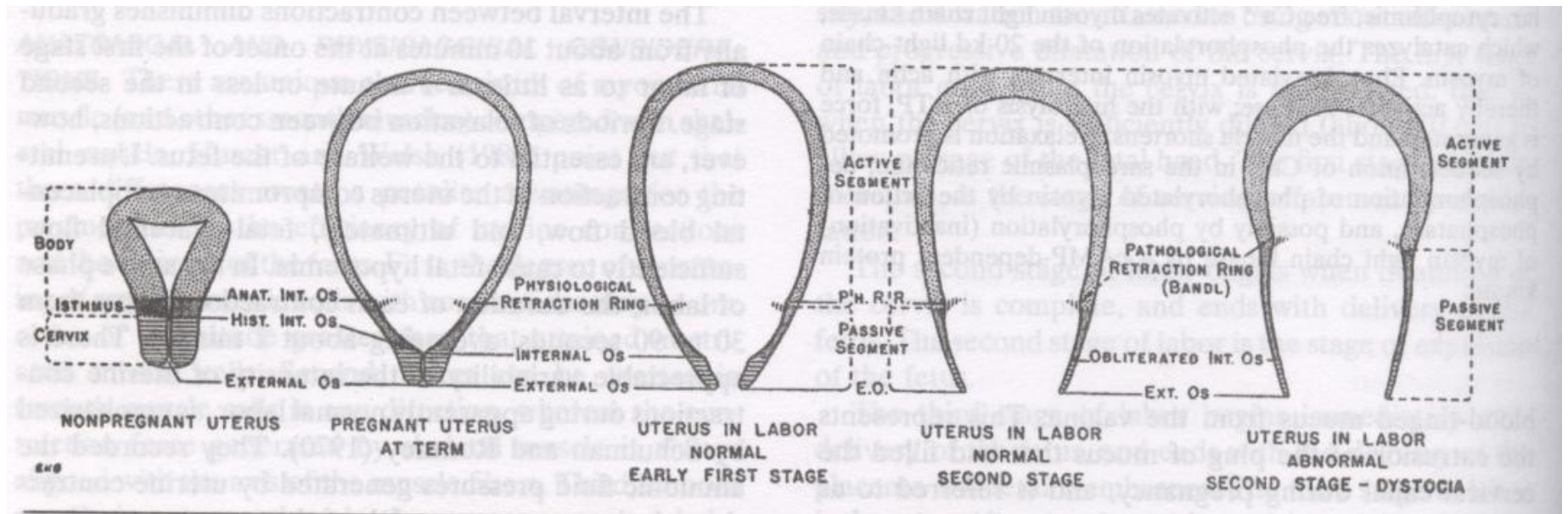
■ ادارهٔ فعال لیبر

در پروتکل ادارهٔ فعال لیبر، لیبر زمانی تشخیص داده می‌شود که انقباضات دردناک، با افاسمان کامل سرویکس، «نمایش خونی» یا پارگی پرده‌ها همراه باشند. زنان دارای این یافته‌ها، با احتمال قریب به یقین در عرض ۱۲ ساعت زایمان می‌کنند. بعد از مشاهدهٔ این یافته‌ها، معاینهٔ لگن در ۳ ساعت بعدی هر یک ساعت و پس از آن هر دو ساعت یک بار، انجام می‌شود. اگر دیلاتاسیون سرویکس حداقل به میزان ۱ سانتی‌متر در ساعت پیشرفت نکند، آمنیوتومی انجام می‌شود. پیشرفت لیبر مجدداً ۲ ساعت بعد از انجام آمنیوتومی بررسی می‌شود و اگر مشخص شود که دیلاتاسیون سرویکس حداقل به میزان ۱ سانتی‌متر در ساعت پیشرفت نمی‌کند، انفوزیون دوز بالای اکسی‌توسین آغاز می‌شود. اگر پارگی پرده‌ها قبل از پذیرش بیمار اتفاق افتاده باشد، تجویز اکسی‌توسین برای درمان عدم پیشرفت لیبر، در مدت ۱ ساعت آغاز می‌شود.

عوارض مادری دیستوشی

- **عفونت:** به دنبال پارگی کیسه آمنیون، معاینات مکرر
- **پارگی رحم:** در CPD شدید
- **Pathologic Retraction Ring:** ناشی از توقف لیبر همراه با نازکی سگمان تحتانی، بصورت دنداندار شدن رحم
- **فیبستول:** عدم پیشرفت طولانی ← نکروز مجرای زایمانی ← فیستولهای وزیکوواژینال، وزیکوسرویکال یا رکتوواژینال
- **آسیب کف لگن:** عضلات و اعصاب
- **آسیب اعصاب اندام تحتانی:** drop foot بدلیل آسیب ریشه لومبوساکرال در کناره های لگن بدنبال ماکروزومی و فورسپس، آسیب عصب پروئنال در اثر وضعیت بد پاها در رکابها در مرحله دوم طولانی

Pathologic Retraction Ring



عوارض جنینی دیستوشی

- **عفونت:** سپسیس و پنومونی

- **کاپوت سوکسدانوم (Caput succedaneum):** ادم موضعی سر جنین روی پریوست در اثر فشار سرویکس و توقف درناژ لنفاوی و وریدی، حداکثر هنگام زایمان، بهبود طی چند ساعت یا روز

- **Cephal hematoma:** خونریزی بین پریوست و جمجمه، محدود به سوچورها، بدلیل آسیب پریوست، ممکن است چند ساعت بعد از زایمان آشکار، بهبود طی چند هفته

- **خونریزی ساب گائئال:** روی پریوست، محدودنیست، شدید، تورم منتشر پوست سر همراه با علائم شوک هیپوولمیک

- **Molding:** دفورمیتی سر جنین، در مرحله دوم طبیعی است، حاصل ثابت ماندن پاریتالها و حرکت رو به داخل اکسی پیتال و فرونتال، در مرحله اول و انواع شدید بخصوص پاریتوپاریتال غیرطبیعی است

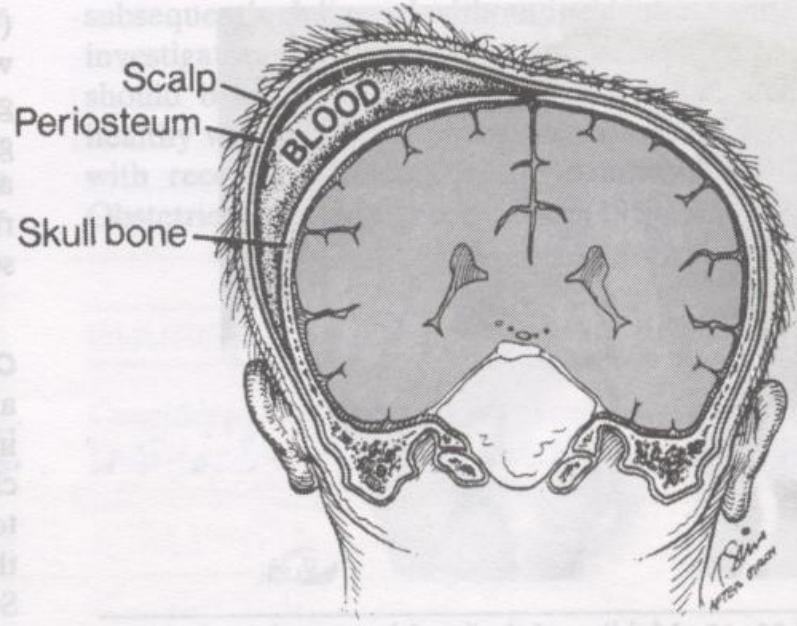
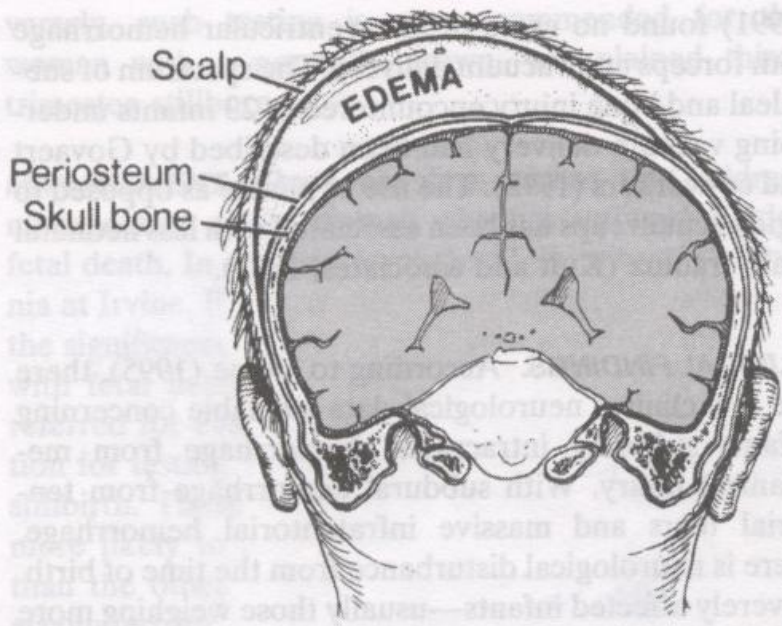
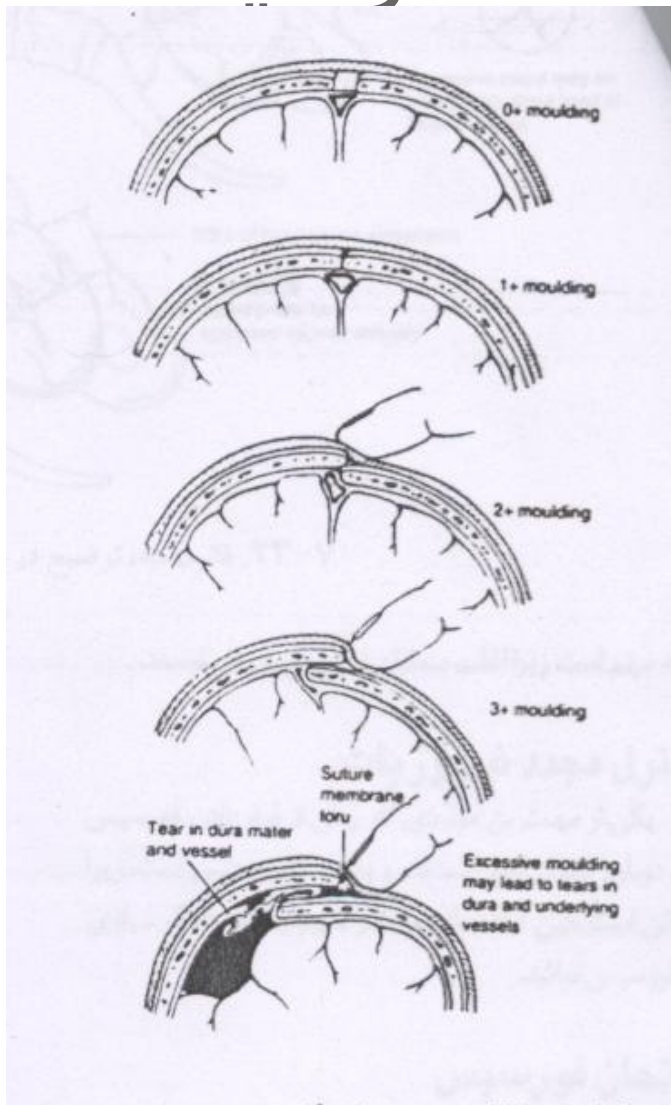


FIGURE 32-18. Molding of the head in normal newborn.

طبقه بندی مولدینگ



● 0: سوچور قابل لمس

● 1: استخوانها با فشار جزئی انگشت جدا

● 2: استخوانها با فشار بیشتر جدا

● 3: استخوانها جدا نمی شوند.

■ تعریف: از نظر لغوی به معنای زایمان سخت است که با پیشرفت اهسته و غیر طبیعی زایمان مشخص می شود

■ علل:

■ اختلالات نیروهای خارج کننده : نیروهای رحمی که از قدرت کافی یا هماهنگی مناسب برای نازک و متسع کردن سرویکس برخوردار نیستند و یا نا کافی بودن تلاش عضلانی ارادی در طی مرحله دوم لیبر

■ اختلالات لگن استخوانی مادر یعنی تنگی لگن

■ اختلالات نمایش و وضعیت یا خروج جنین

■ اختلالات بافتهای نرم سیستم تولید مثلی که مانعی برای نزول جنین هستند

dystocia

- -power
- -passenger
- -passage

تشخیص افراطی یا خارج از حد دیستوشی:

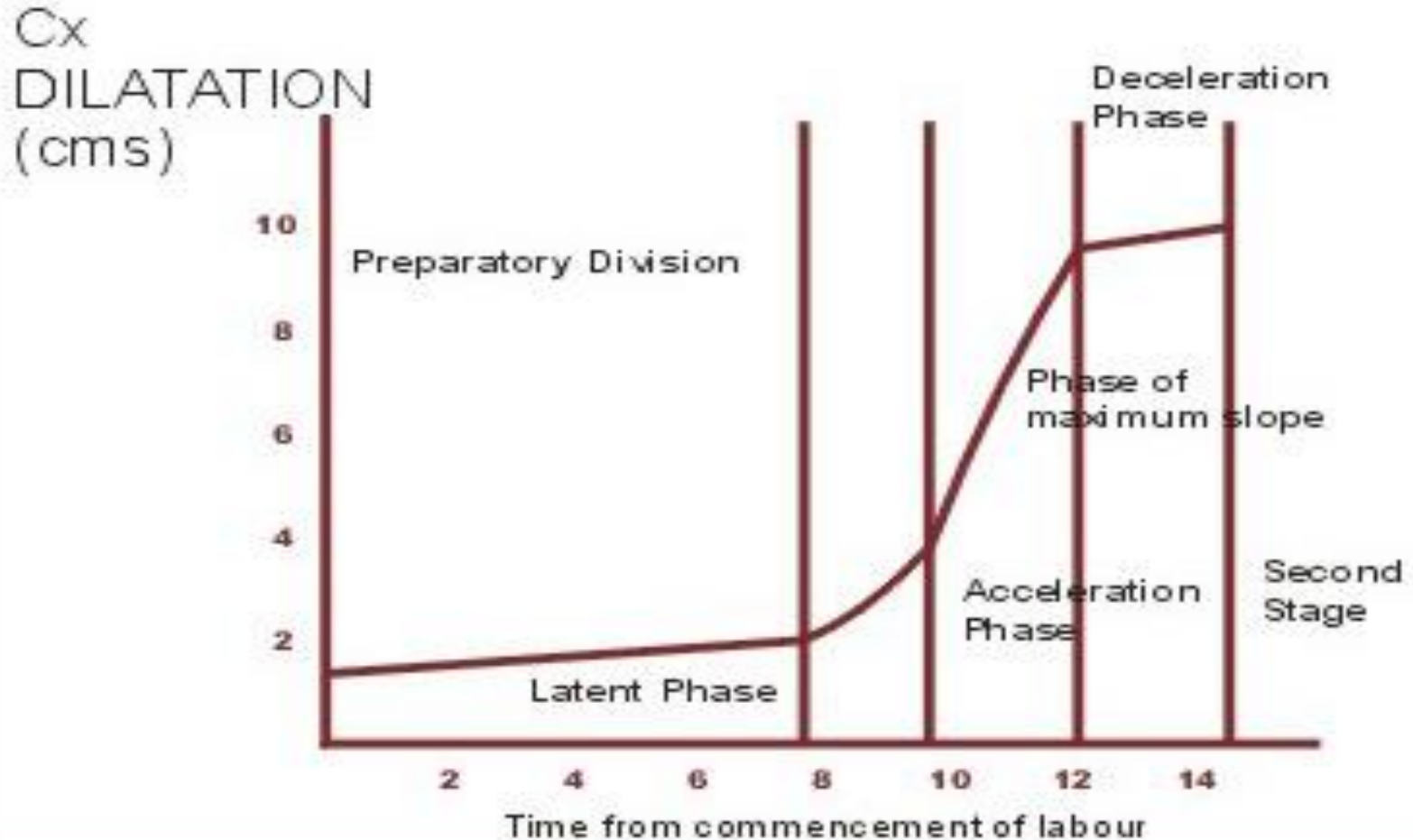
➤ تشخیص غیر صحیح دیستوشی

➤ بی حسی اپیدورال

➤ ترس از دعاوی قضائی

➤ راحتی ماما و متخصصان زنان

Recommendations on definitions of the first stage of labor:



Friedman's curve showing phase of maximum slope

لیبر طبیعی

□ شروع :

زمانی که انقباضات دردناک حالت منظم پیدا می کنند

□ زمان پذیرش در واحد لیبر:

انقباضات دردناک رحم به همراه پارگی پرده ها – نمایش خونی- افسمان کامل سرویکس

□ مرحله نهفتگی :

□ منحنی فریدمن و 3مرحله عملکردی شامل :

مرحله آمادگی- مرحله دیلاتاسیون- مرحله لگنی

لیبر طبیعی

- **مرحله اول لیبر:**
- (مرحله نهفتگی – مرحله فعال)
- **مرحله نهفتگی طول کشیده :**
- بیشتر از 20 ساعت در زنان نولی پار و بیشتر از 14 ساعت در زنان مولتی پار
- **عوامل موثر بر مدت مرحله نهفتگی :**
- تسکین شدید یا بی حسی هدایتی – شرایط نامناسب سرویکس - لیبرکاذب

لیبر طبیعی

■ لیبر فعال:

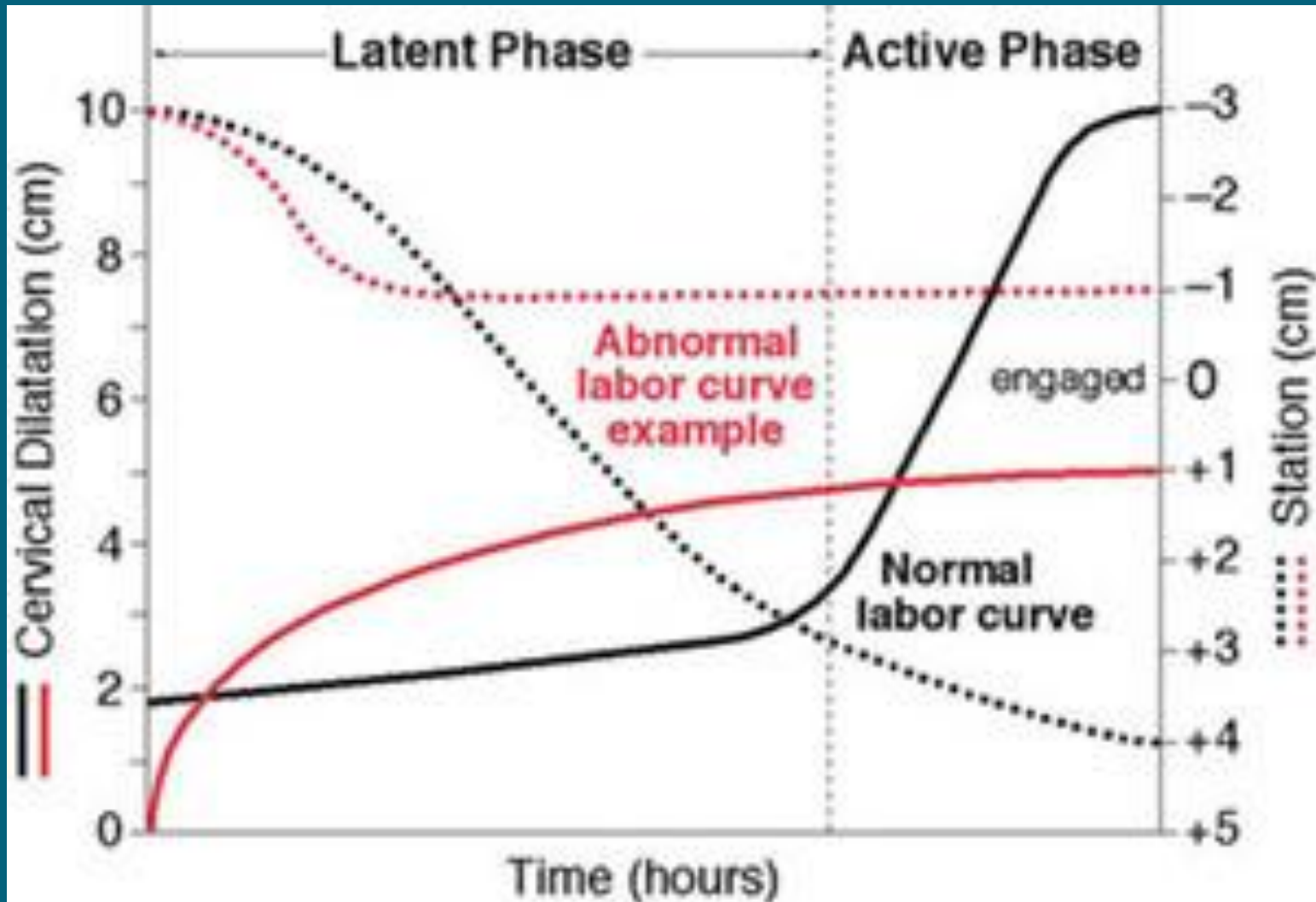
- دیلاتاسیون 3-4 سانت یا بیشتر در حضور
- انقبضات رحم نشانه معتبر استانه لیبر فعال می باشد
- حد اقل سرعت دیلاتاسیون در زنان نولی پار $1/2$ سانتیمتر در ساعت و $1/5$ سانتیمتر در ساعت در زنان مولتی پار

جدول ۲-۴: الگوهای لیبر غیر طبیعی، معیارهای تشخیصی و روشهای درمان.

الگوی لیبر	معیارهای تشخیصی		درمان در موارد استثنایی
	مولتی پار	نولی پار	
اختلال طولانی شدن مرحله نهفته طولانی	بیشتر از ۲۰ ساعت	بیشتر از ۱۴ ساعت	اکسی‌توسین یا زایمان سزارین در موارد اورژانس
اختلالات طولانی شدن			
۱ - طولانی شدن دیلاتاسیون در مرحله فعال	کمتر از ۱/۲ سانتی‌متر در ساعت	کمتر از ۱/۵ سانتی‌متر در ساعت	زایمان سزارین در موارد CPD
۲ - طولانی شدن نزول	کمتر از ۱/۰ سانتی‌متر در ساعت	کمتر از ۲ سانتی‌متر در ساعت	
اختلالات توقف			
۱ - طولانی شدن مرحله افت	بیشتر از ۳ ساعت	بیشتر از ۱ ساعت	بررسی از نظر CPD؛ استراحت در صورت خستگی مفرط
۲ - توقف ثانویه دیلاتاسیون	بیشتر از ۲ ساعت	بیشتر از ۲ ساعت	زایمان سزارین
۳ - توقف نزول	بیشتر از ۱ ساعت	بیشتر از ۱ ساعت	فقدان CPD؛ اکسی‌توسین
۴ - ناتوانی در نزول	عدم نزول در مرحله افت یا مرحله دوم		

CPD = عدم تناسب سری - لگنی.

Recommendations on definitions of the first stage of labor:





Categories of dystocia

بر اساس عوامل تاثیرگذار به سه دسته تقسیم می گردد:

- ◆ قدرت غیر طبیعی رحم
- ◆ قدرت رحم برای تاثیرگذاری بر اتساع سرویکس ناکافی است.



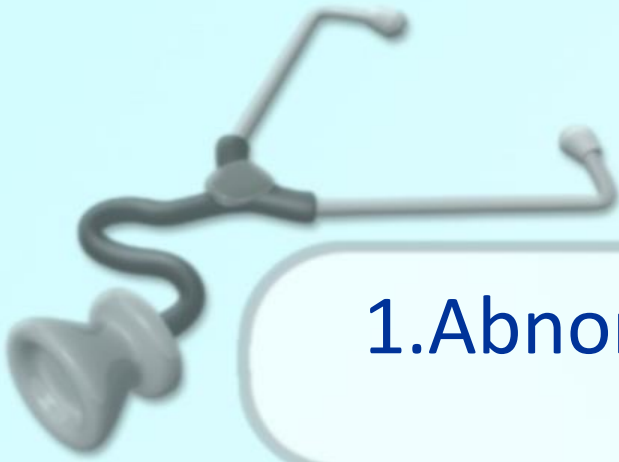
Categories of dystocia

◆ ناهنجاری در عبور کننده (جنین)

◆ سائز بزرگ جنین، اختلال در پوزیشن جنین، آنرمالی های مادرزادی جنین، بارداری چند قلو

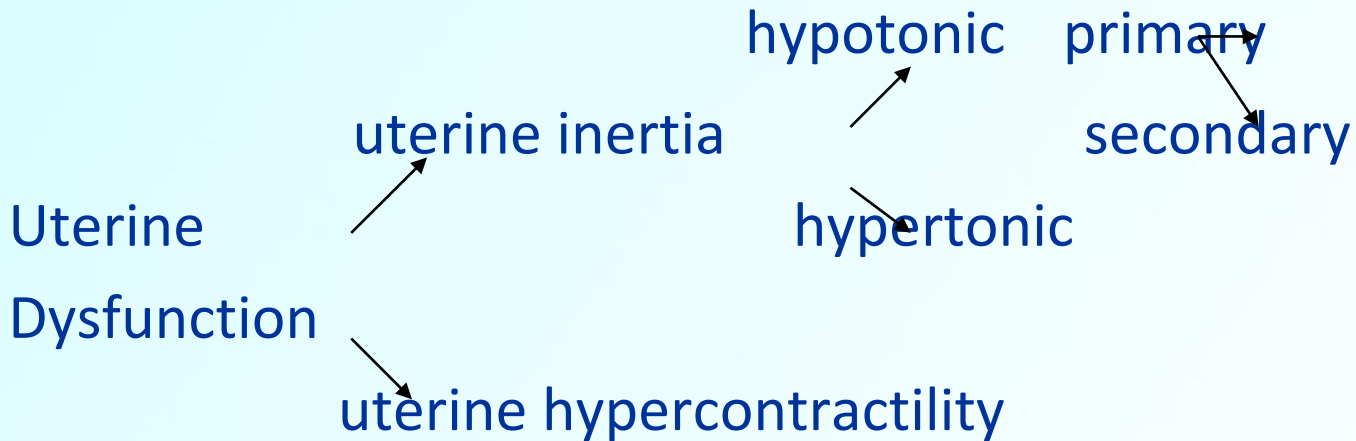
◆ ناهنجاری در گذرگاه (کانال زایمان)

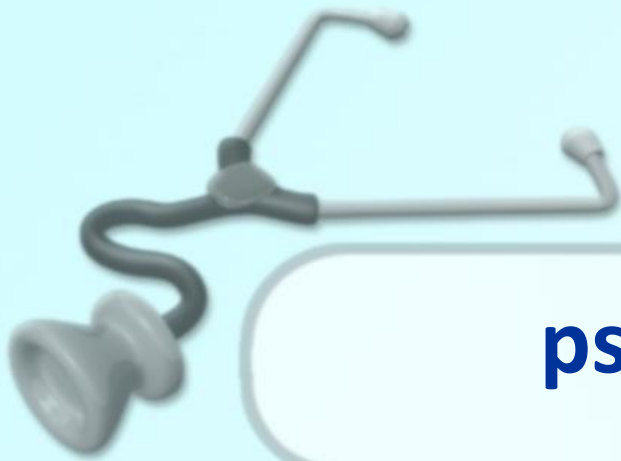
◆ تنگی لگن، آنرمالی بافت های کانال زایمانی، توده یا بدخیمی، جایگزینی نامناسب جفت



1. Abnormalities of the powers

Uterine dysfunction





psychical-factors

- ⊕ Fearing labor pain , anxiety, tension
- ⊕ Worried about fetal safety, labor hemorrhage, injury and dystocia
- ⊕ which eventually lead to **Uterine dysfunction** and occur uterine inertia

Power Dystocia

ديستوشي قدرت

انواع اختلالات عملکرد رحم

■ اختلال هیپوتونیک عملکرد رحم

■ اختلال هیپرتنیک عملکرد رحم

تحريك زايمان

➤ تعريف القاء زايمان يا induction : تحريك انقباضات قبل از شروع زايمان خودبه خودي با يا بدون پارگي غشاها

➤ تشديد يا augmentation : تحريك انقباضات هنگامي كه انقباضات خود به خودي غير موثر وجود دارد (و شدت كافي ندارند .)

القاي لير

■ -القاي انتخابي لير

■ - القاي ضروري لير

■ كتر انديكاسيون

القای انتخابی لیبر

- - باهدف راحتی پزشک یا بیمار
- - خطر لیبر سریع
- - زنان مقیم در مناطق بسیار دور از بیمارستان
- - اندیکاسیونهای روانی – اجتماعی
- - خطر افزایش سزارین (2-3 برابر)



القای ضروری لیبر

- الیگو هیدر آمینوس
- هیپرتانسیون حاملگی
- پارگی پرده ها در غیاب لیبر
- وضعیت غیر مطمئن جنین
- حاملگی پست ترم
- انواع اختلالات طبی مادر

کنتر اندیکاسیون

- سابقه انسیون کلاسیک
- بعضی از انواع جراحی رحم
- جفت سر راهی
- ماکروزومی قابل ملاحظه
- هیدروسفالی شدید
- نمایشهای غیر طبیعی
- کوچک بودن اندازه بدن مادر و مناسب نبودن آناتومی لگن
- عفونت فعال هرپس تناسلی – سرطان سرویکس

عوارض القای لیبر

- - خطر افزایش سزارین (2-3 برابر)
- پارگی اسکار رحم (سه برابر)
- اتونی رحم و خونریزی پس از زایمان
- افزایش میزان هیستریکتومی

عوامل موثر بر القا یا تشدید لیبر

□ فعالیت رحمی که از قبل وجود دارد

□ حساسیت به اکسی توسین

□ وضعیت سرویکس

□ تعداد بارداری

□ BMI مادر

□ سن حاملگی

جواب رحم به اکسی توسین از هفته 20-30 افزایش، از هفته 34 تا ترم ثابت و هنگام ترم سریعاً افزایش می یابد .

Cervix	Score			
	0	1	2	3
Position	Posterior	Midposition	Anterior	--
Consistency	Firm	Medium	Soft	--
Effacement	0-30%	40-50%	60-70%	>80%
Dilation	Closed	1-2 cm	3-4 cm	>5 cm
Baby's Station	-3	-2	-1	+1, +2

Bishop scor

امتیاز	اتساع	افاسمان	جایگاه	قوام	موقعیت سرویکس
0	بسته	0-30	-3	سفت	خلفی
1	1-2	40-50	-2	متوسط	وسط
2	3-4	60-70	0 تا -1	نرم	قدامی
3	≥ 5	≥ 80	+1 و +2	-	-

کم ≥ 4 متوسط 4-7 بالا $7 >$
 اینداکشن موفق در scor 9 یا بیشتر انجام می گیرد

E1 یا پروستاگلاندین 1

میزوپریستول دو روش واژینال (25 میکروگرم) و خوراکی (100 میکروگرم) را می توان برای آماده سازی سرویکس و یا القای لیبر بکار برد حداکثر در دو دوز با فاصله 6 ساعته = کارایی اکسی توسین

عوارض جانبی آن :

تأکی سیستول رحمی
وضعیت غیراطمینان بخش جنین =
مانند اکسی توسین

اكسي توسين يك پلي پيٽيد صناعي است . نيمه عمر
پلاسمائي ان 3-5 دقيقه است .

عوارض جانبي آن :

اثرات آنتي ديورتيك قوي

هيپوتانسيون

پارگي رحم

مرگ جنين

نکاتی مد نظر در القای لیبر

1- حضور مامای با تجربه در کنار تخت مادر که هرگز وی را ترك نکنند .

2- مانیتورینگ الکترونیکی قلب جنین و فعالیت رحمی صورت گیرد .

موارد کنترا اندیکاسیون اکسی توسین

❖ تنگی لگن

❖ پرزنتاسیون معیوب

❖ **overdistention** رحمی

ماکروزومی

پلی هیدرآمینوس

چند قلوپی

- **High parity (6 یا بیشتر)**

- سابقه جراحی روی رحم

- وجود مکنونیوم یا علیم افت قلب و زجر جنین

- اگر بیش از 5 انقباض در 10 دقیقه یا طول انقباض < 1 دقیقه

انواع رژیم های اکسی توسین

✓ اینداکشن با 10 واحد در 1000 سی سی یا 10000 میلی واحد در 1000 سی سی

✓ نوع سرم حتما باید ایزوتون باشد .

انواع رژیم های اکسی توسین

دوز افزایشی (میلی یونیت در دقیقه)	فاصله (دقیقه)	دوز آغازین (میلی یونیت در دقیقه)	رژیم
1 16-12-8-4 30-25-20	15-40 15	0/5-1/5 2	با دوز کم
4 4/5 6	15 15-30 20-40	4 4/5 6	با دوز زیاد

Hyperstimule

- کنتراکشن های با مدت 90 ثانیه یا بیشتر
- کنتراکشن های با فاصله کمتر از 60 ثانیه
- اینداکشن قطع، مادر به پهلو چپ، گذاشتن اکسیژن و در صورت لزوم مایع درمانی
- سپس با عادی شدن دردها و بهبود قلب جنین با نصف دوز آخرین تجویز شروع و هر 40 دقیقه 3MIU افزایش می یابد . اگر مجدداً hypers یا افت قلب ظاهر شود بار دیگر اینداکشن قطع و با 1MIU افزایش می یابد .

آمیوتومی

➤ آمیوتومی طبق مطالعات در دیلاتاسیون 5 به بالا حدود به یک تا یک و نیم ساعت موجب تسریع زایمان می شود

با تخلیه AF موجود در forbag باعث تحریک تولید پروستا گلاندین ها شده و سبب شروع زایمان می شود و فقط در مواردی باید انجام شود که تصمیم قطعی جهت ختم حاملگی وجود دارد.

تذکرک حتما عضو پرزانته در کانال زایمان فیکس بوده یا فیکس شود

عوارض آمیوتومی :

- عفونت

- پرولاپس بند ناف

- فشردگی شدن بند ناف

Stripping

تعریف : جدا کردن پرده جنین توسط انگشت که منجر به آزاد شدن پروستاگلاندین ها می شود .

❖ در دو سوم موارد در عرض 72 ساعت زایمان شروع شده و نیازی به اینداکشن با اکسی توسین نیست .

عوارض :

- عفونت

- خونریزی

- امبولی مایع آمنیوتیک

آماده سازی سرویکس

■ تکنیک های فارماکولوژیک:

■ پروستاگلاندین E2 = دینوپریستون

■ پروستاگلاندین E1 میزوپروستول

■ دهنده های اکسیدنیتریک

آماده سازی سرویکس

- تکنیک های مکانیکی:

- ترانس سريکال کاتر فولی

- دیلاتورهای هیگروسکوپیک مانند لامیناریا

- در مطالعات اثربخشی و میزان بروز سزارین در روش

- های مکانیکی با فارماکولوژیک تقریباً یکسان است

- خطرات تاکی سیستول شدن رحمی در روش های مکانیکی

- کاهش می یابد

دینوپریستون

■ سه شکل دارد

■ ژل واژینال با آزادسازی زمان بندی شده

برای آماده سازی سرویکس قبل از القا

به صورت یک سرنگ $2/5$ سی سی است که معادل $0/5$ میلی گرم دینوپریستون است. ژل اینتراسرویکال کاربرد دارد هر 6 ساعت تا سه دوز در 24 ساعت قابلیت تکرار دارد

خاتم به پشت دراز کشیده ژل در سوراخ داخلی سرویکس رها می شود. مادر باید 30 دقیقه درازکش باقی بماند

دینوپریستون

■ اینسرت واژینال با آزادسازی زمان بندی شده

برای آماده سازی سرویکس قبل از القا

به صورت یک ورقه پلیمری مستطیلی نازک است که در داخل یک توری پلی استری با دنباله قرار دارد تا راحت خارج شود و معادل 10 میلی گرم دینوپریستول است. اینسرت داروی اهسته رهش تری دارد (معادل 0/3 میلی گرم در ساعت) و در یک دوز کاربرد دارد

به طور عرضی در فورنیکس خلفی واژن قرار داده می شود
از لوبریکنت استفاده نشود

مادر باید حداقل 2 ساعت دراز بکشد

پس از 12 ساعت و یا با شروع لیبر حداقل 30 دقیقه قبل از تجویز
اکسی توسین خارج گردد

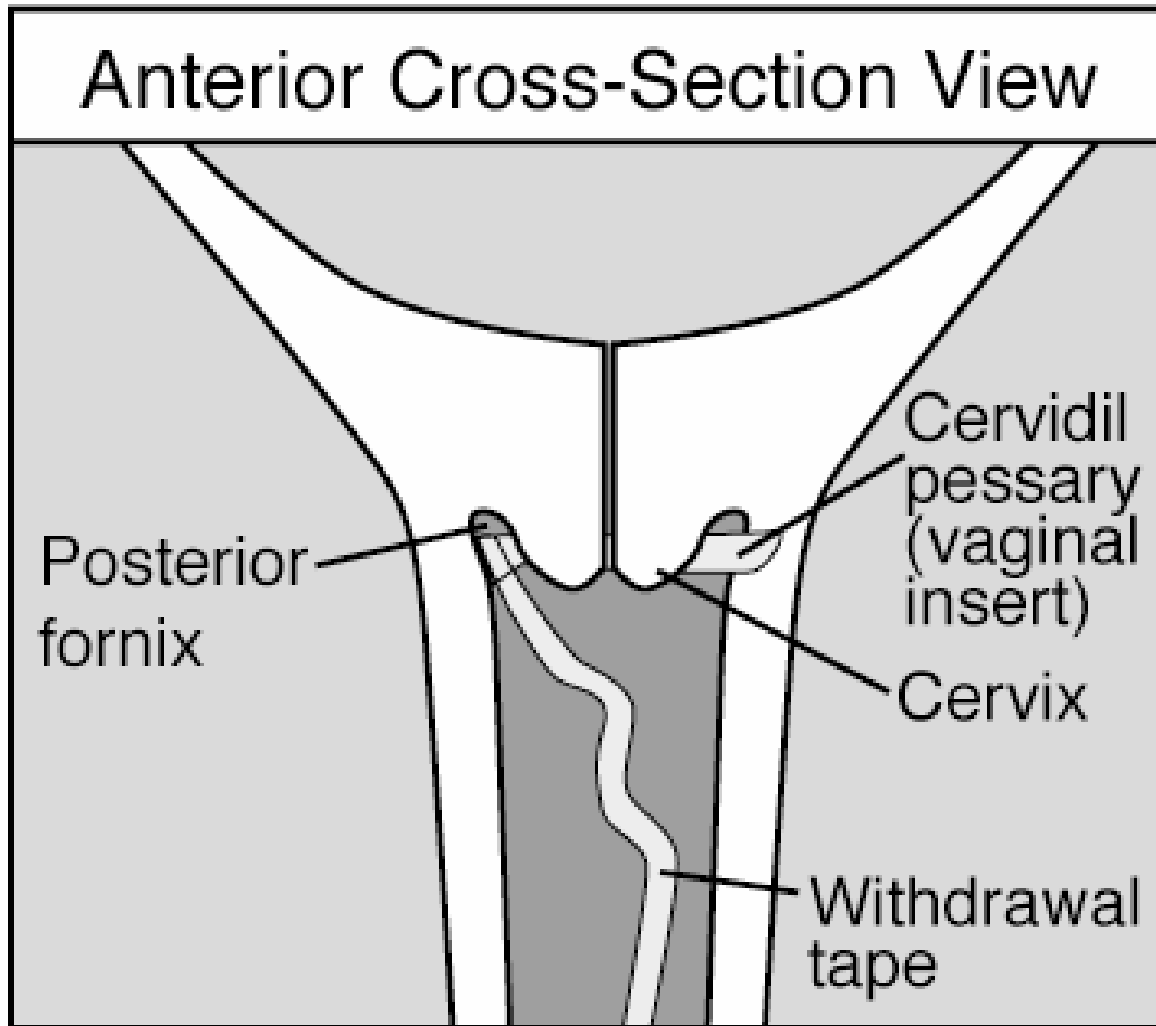
83 FOREST PHARMACEUTICALS, INC.



10 mg

Cervidil® Vaginal Insert
(dinoprostone)

Figure 1



دینوپریستون

➤ استفاده از این روش احتمال موفقیت القا زایمان را افزایش و دوز کل و حداکثر دوز اکسی توسین مورد نیاز را کم می کند .

➤ انتخاب به جا : Bishop scor کم یا متوسط

➤ اثرات جانبی :

- جنینی تأثیری بر آپگار ندارد

- رحمی hyperstimulation خروج قرص

- مادری تب ، استفراغ ، اسهال

- در افراد مبتلا به گلوکوم ، نارسایی شدید کبد و یا کلیه
کنترا اندیکه است .

دهنده های اکسید نیتریک NO

- موجب شل و رسیده شدن سرویکس می گردد
- افزایش غلظت آن در شروع انقباضات رحمی در سرویکس دیده شده است
- در حاملگی های پست ترم میزان آن کم است
- اما به اندازه پروستاگلاندین ها موثر نیست
- با میزان زیادی از سردرد و تهوع و استفراغ همراه است

تکنیک های مکانیکی

- لامیناریا : يك نوع جلبك دریایی است که خاصیت جذب آب را داشته و به صورت دیلاتور مکانیکی عمل می کند و قبل از اینداکشن استفاده می شود .
- در واقع به آن یک نوع دیلاتور هیگروسکوپیک می گویند

تکنیک های مکانیکی

- کاتتر ترانس سرویکال (ایزی)

- وارد کردن یک کاتتر فولی به داخل سوراخ داخلی و چسباندن آن به ران بیمار که سرویکس را به صورت تدریجی اتساع می دهد

Passage Dystocia

ديستوشي مسير

دیس توشی ناشی از تنگی لگن

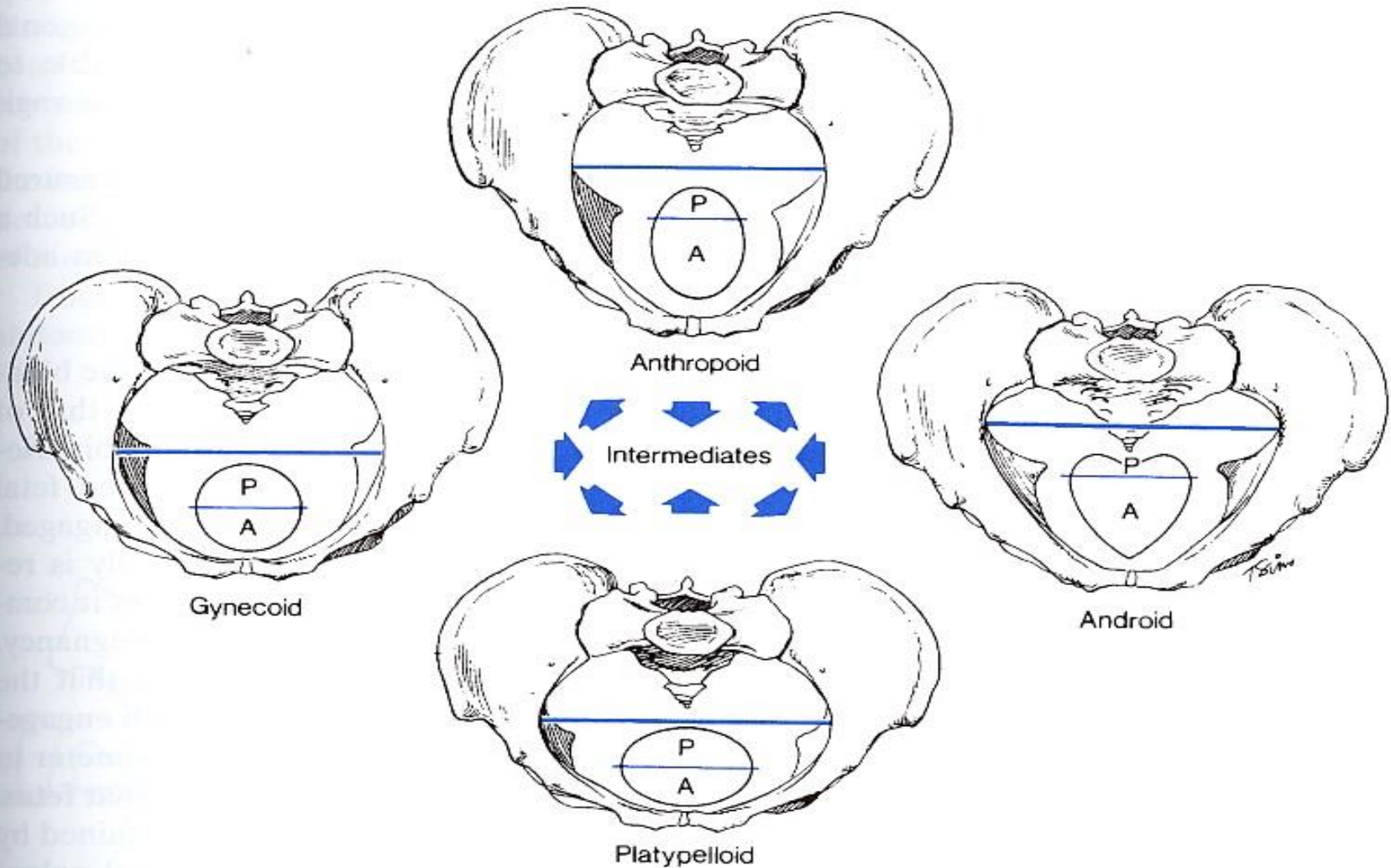


FIGURE 3-27. The four parent pelvic types of the Caldwell-Moloy classification. A line passing through the widest transverse diameter divides the inlet into posterior (P) and anterior (A) segments.

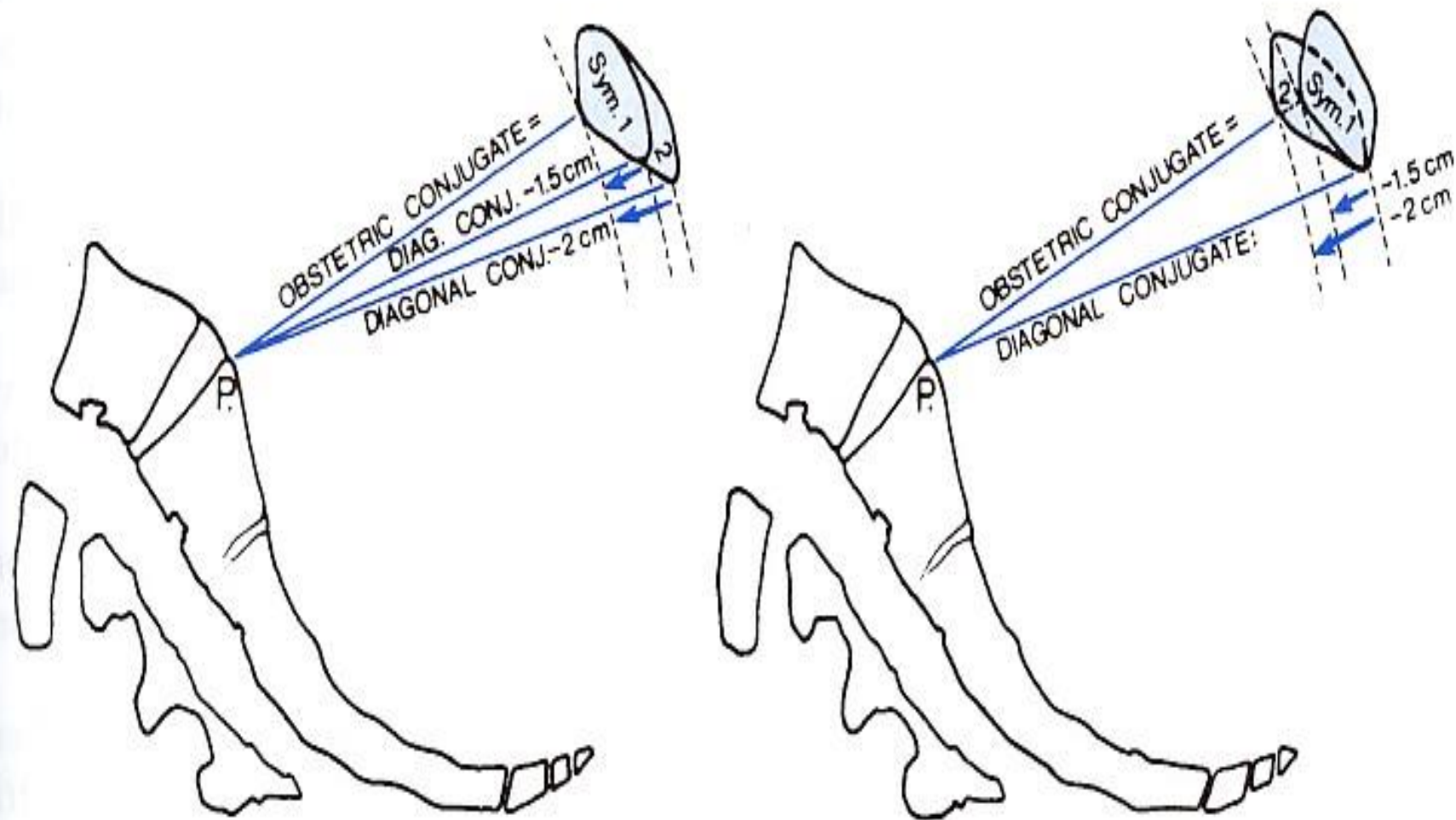


FIGURE 3-29. Variations in length of diagonal conjugate dependent on height and inclination of the symphysis pubis. (P = sacral promontory; Sym = symphysis pubis.)

تنگی inlet

تعریف : کوتاهترین قطر قدامی خلفی کوتاهتر از 10cm و یا بزرگترین قطر عرضی کمتر از 12cm و یا کونژوگه دیاگونال کمتر از 11/5cm

❖ شکل inlet مستقل از اندازه های اقطار لگن عمل نموده ، عامل مهمی در تعیین کفایت لگن می باشد.

اثرات مادری تنگی لگن inlet :

1- اختلافات اتساع سرویکس : در زنان مبتلا به تنگی لگن پاسخ سرویکس به زایمان از نظر تعیین نتیجه زایمان ارزش پیش گوئی کننده دارد .

2- پارگی رحم

3- تشکیل فیستول

4- عفونت زایمان

5- اختلال در انقباضات رحمی

6- شیوع پرزنتاسیون های معیوب و پرو لاپس بند ناف

اثرات جنینی تنگی inlet

- عفونت باکتریایی و پنومونی

- کاپوت succadeneno

- Molding در صورت شدید بودن پارگی تئوریوم و خونریزی

مغزی می شود.

- شکستگی جمجمه

- پرو لاپس بند ناف

پیش آگهی : در تنگی های حد واسط پیش آگهی به عوامل زیر دخالت دارد :

1- presentation

2- اندازه جنین

3- شکل لگن

4- تناوب و شدت رحمی

5- پاسخ سرویکس به زایمان

6- آسینکلایتیسم شدید

7- کیفیت زایمان قبلی و نتیجه وضع حمل و وزن نوزاد

8- اختلال خونرسانی به رحم و جفت مثل IUGR

تنگی میدپلويس

تعريف : خارها برجسته ، ديواره هاي طرفي همگرا ، بریدگی ساکروسیاتیک باریک ، فاصله بین نویروزیته ها کم

پیش آگهی : از تنگی inlet شایعتر بوده از علل شایع توقف سر جنین در وضعیت عرضي مي باشد.

تنگي outlet

تعريف : کاهش قطر بين دو توبرزितه ايسکيال به 8cm يا کمتر

❖ تخمين اندازه سر جنين و ظرفيت لگن

➤ وضعیت سر جنين :

1- تخمين باليني

❖ افزايش احتمال پارگي هاي پرينه

2- تخمين راديولوژيك

3- تخمين سونوگرافيك

B-بررسی لگن

1- بالینی

2- پلویمتری

X-ray-

- سونوگرافی

MRI -

ناهنجاریهای دستگاه تناسلی

■ 1- نقص کانالیزه شدن

■ 2- بلوغ یکطرفه

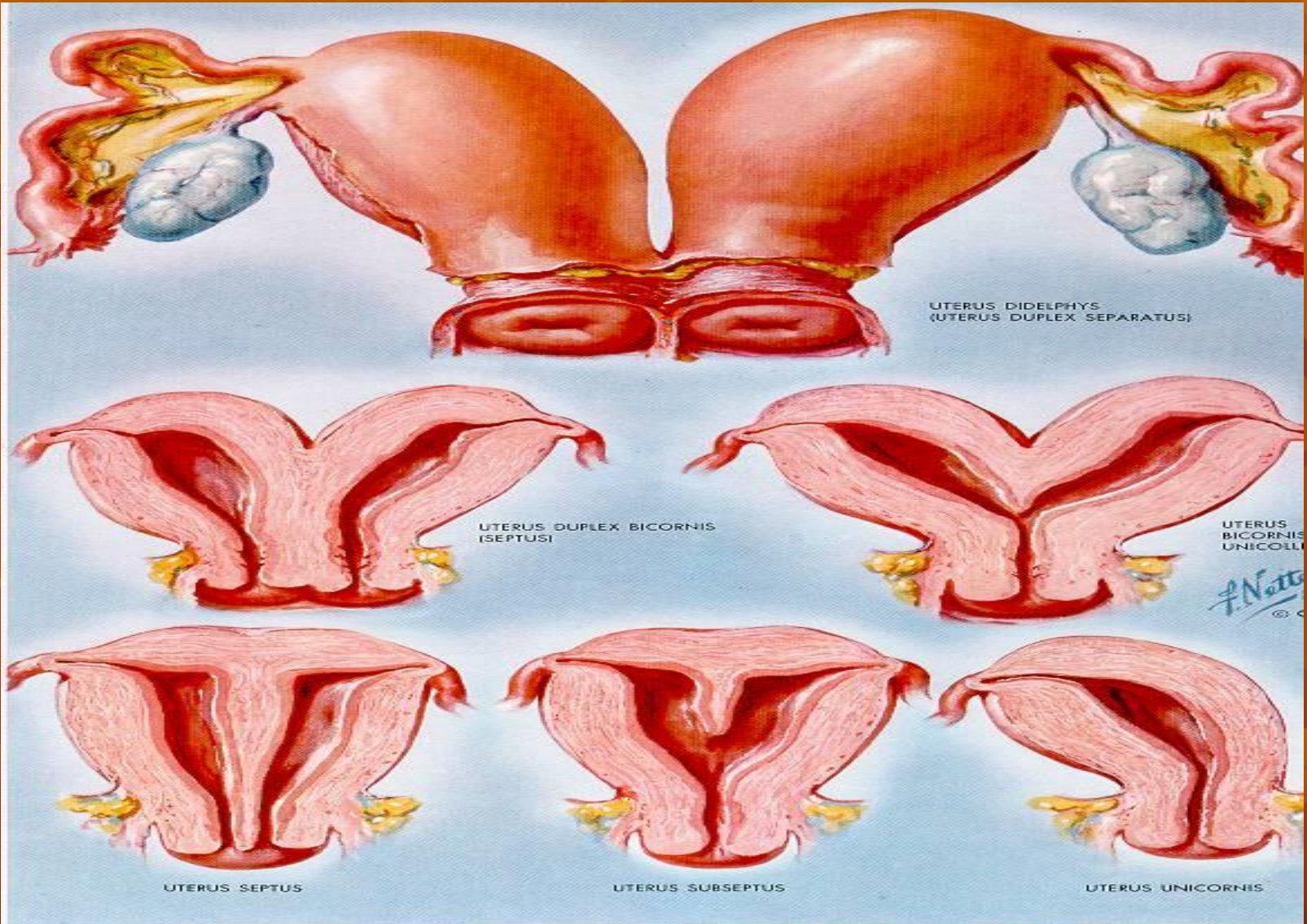
■ 3- عدم اتصال یا اتصال نادرست

ناهنجاریهای دستگاه تناسلی

- اختلالات وولو: اترزی
- اختلالات واژن: منفرد-دارای سپتوم طولی- دوگانه-سپتوم عرضی
- اختلالات سرویکس و رحم: سپتوم دار- دوگانه – نیم سرویکس منفرد(بررسی ارولوژیک و شنوائی)
- اختلالات مربوط به دی اتیل استیل بستروول(اختلالات ساختمانی – توانائی تولید مثل – حاملگی نابجا- سقط و پره ترم لیبر- ناباروری)

Mullerian Anomalies

By Elizabeth Diaz



Classification System: American Fertility Society

Classification of Müllerian Anomalies According to the AFS Classification System[†]

Type I: "Müllerian" agenesis or hypoplasia

- A. Vaginal (uterus may be normal or exhibit a variety of malformations)
- B. Cervical
- C. Fundal
- D. Tubal
- E. Combined

Type II: Unicornuate uterus

- A1a. Communicating (endometrial cavity present)
- A1b. Noncommunicating (endometrial cavity present)
- A2. Horn without endometrial cavity
- B. No rudimentary horn

Type III: Uterus didelphys

Type IV: Uterus bicornuate

- A. Complete (division down to internal os)
- B. Partial
- C. Arcuate

Type V: Septate uterus

- A. Complete (septum to internal os)
- B. Partial

Type VI: Diethylstilbestrol-related anomalies

- A. T-shaped uterus
- B. T-shaped with dilated horns

Unicornuate



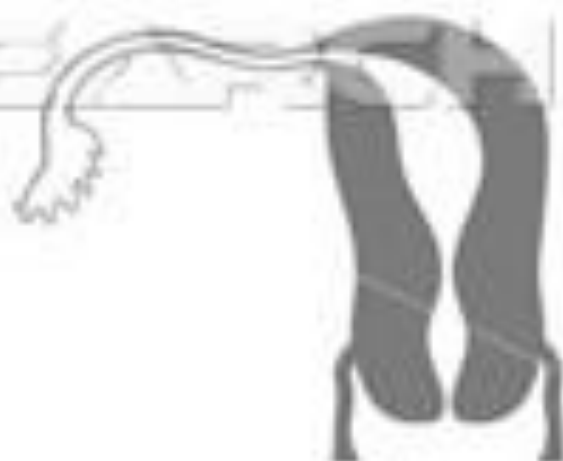
Communicating



Noncommunicating



No cavity



No horn



Unicornuate uterus



Bicornuate uterus

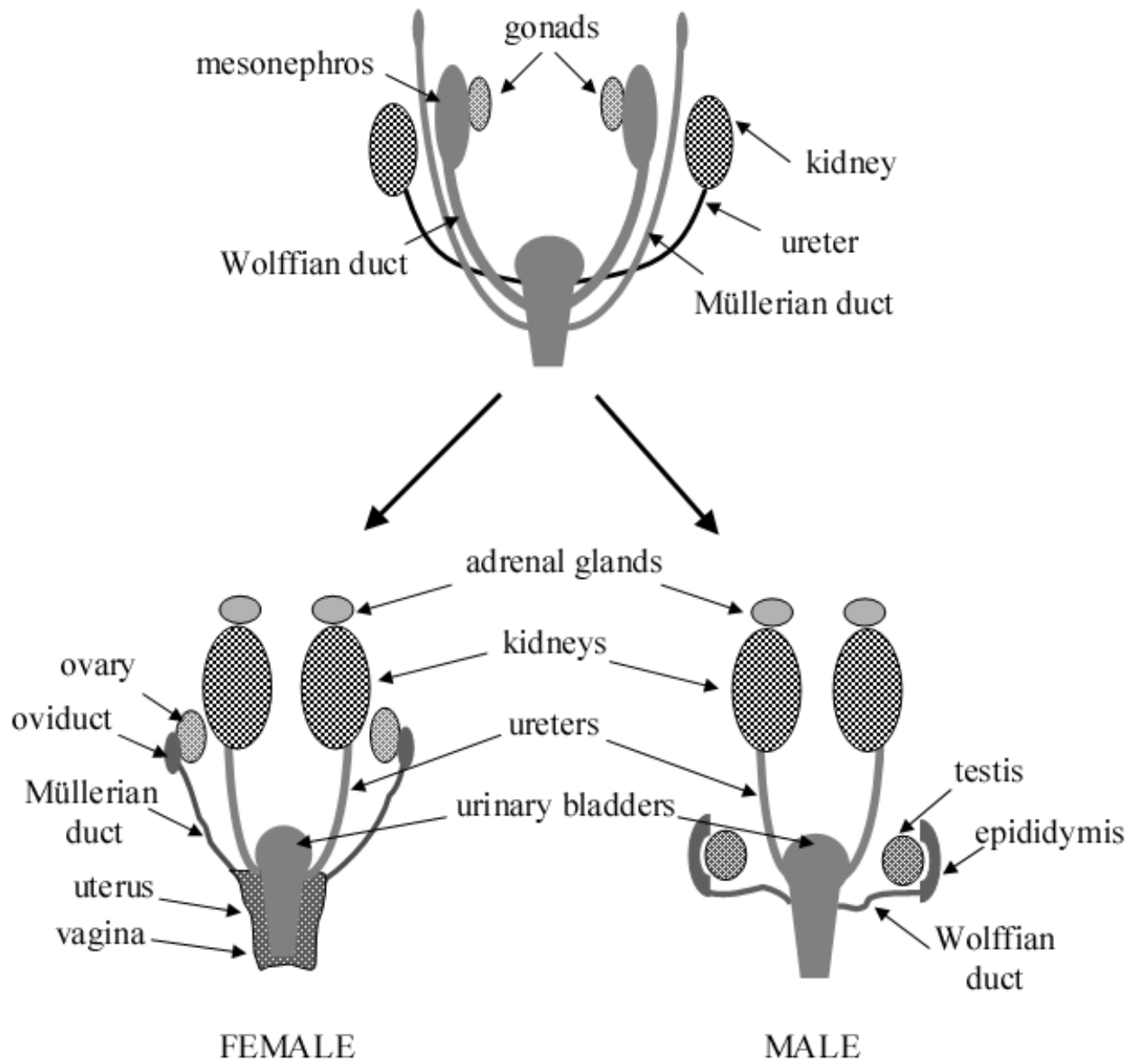


Double uterus



Septate uterus

BIPOTENTIAL GONAD



Why is this important?

- Majority have no problem conceiving, but have higher rates of:
 - 1. Spontaneous Abortion
 - 2. Premature Delivery
 - 3. Infertility
 - 4. Abnormal Fetal Lie
 - 5. Dystocia at delivery
 - 6. Dysmenorrhea, endometriosis
 - 7. Cervical incompetence

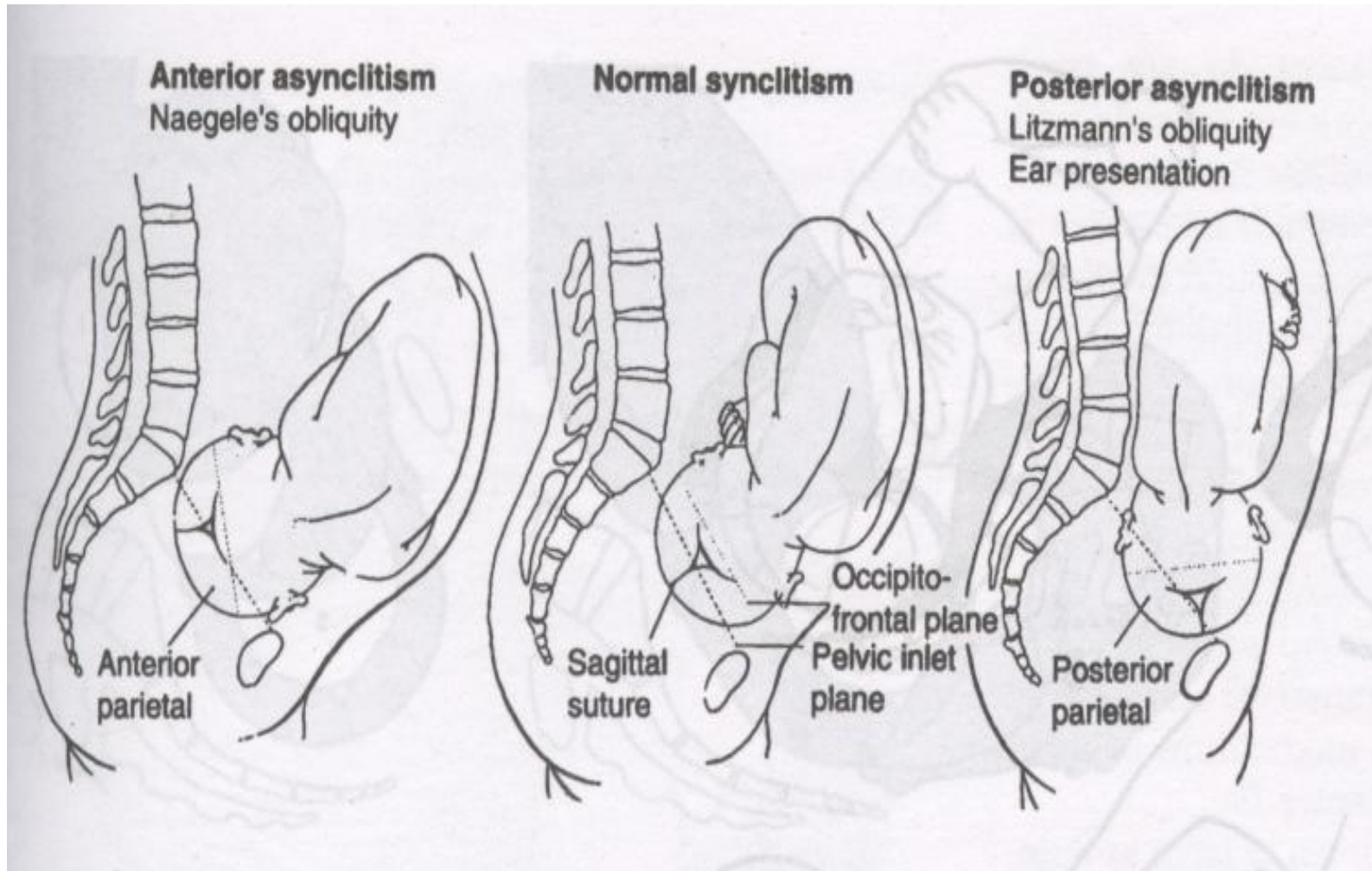
اختلالات اکتسابی

- اختلالات وولو : ادم – ضایعات التهابی – ابسه بارتولن – کیستهای بارتولن – ضایعات پیشابراهو مثانه- کندیلوما اکومیناتا- تخریب دستگاه تناسلی زنانه
- اختلالات واژن : اترزی نسبی- کیست مجرای گارتنر- فیستولهای دستگاه تناسلی
- اختلالات سرویکس : تنگی- کارسینوم سرویکس

Passenger Dystocia

ديستوشي مسافر يا جنين

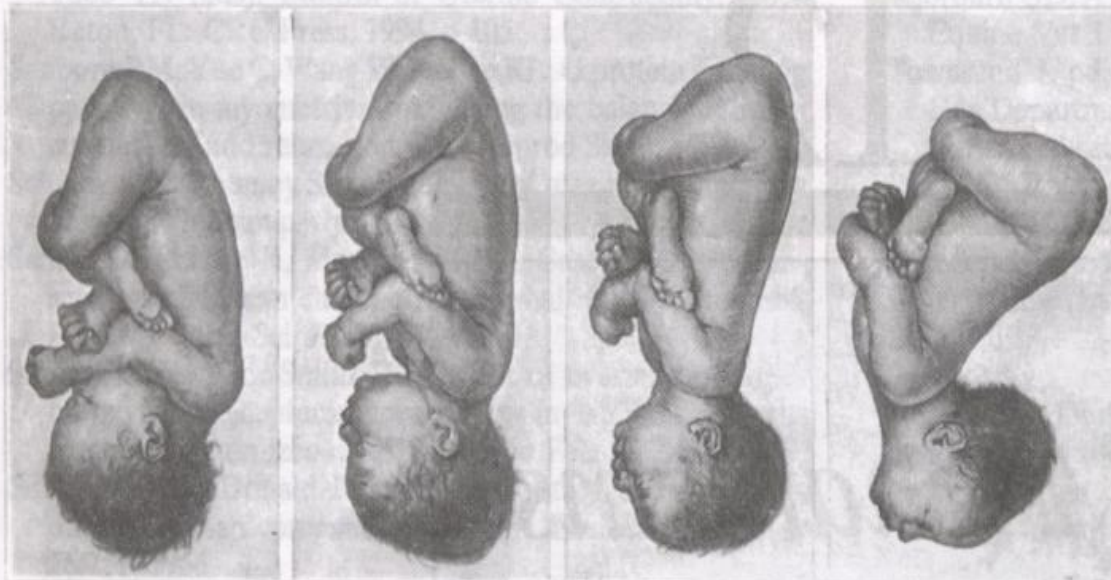
Acynclitism



آسینکلیتیسیم

- ❖ زمانی اتفاق می افتد که سوچور ساژیتال جنین دقیقاً در وسط سمفیز پوبیس و ساکروم قرار نگرفته باشد
- ❖ اگر سوچور ساژیتال به طرف دماغه ساکروم باشد در معاینه قسمت بیشتری از بخش قدامی استخوان پاریتال لمس می شود و به آن آسینکلیتیسیم قدامی گفته می شود
- ❖ اگر سوچور ساژیتال نزدیک سمفیس پوبیس باشد در معاینه قسمت بیشتری از بخش خلفی استخوان پاریتال لمس می شود و به آن آسینکلیتیسیم خلفی گفته می شود

انواع نمایش در وضعیت سفالیک



A

B

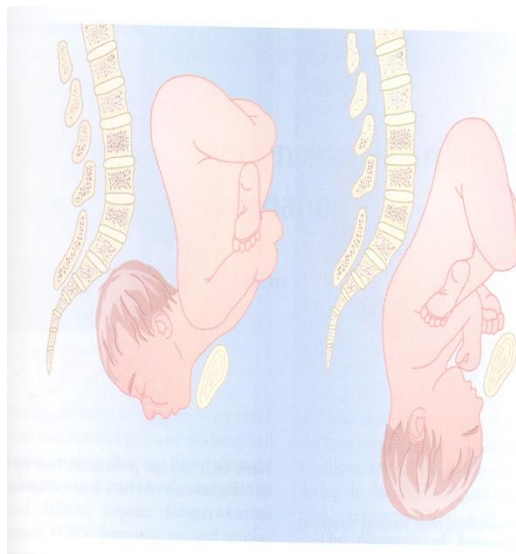
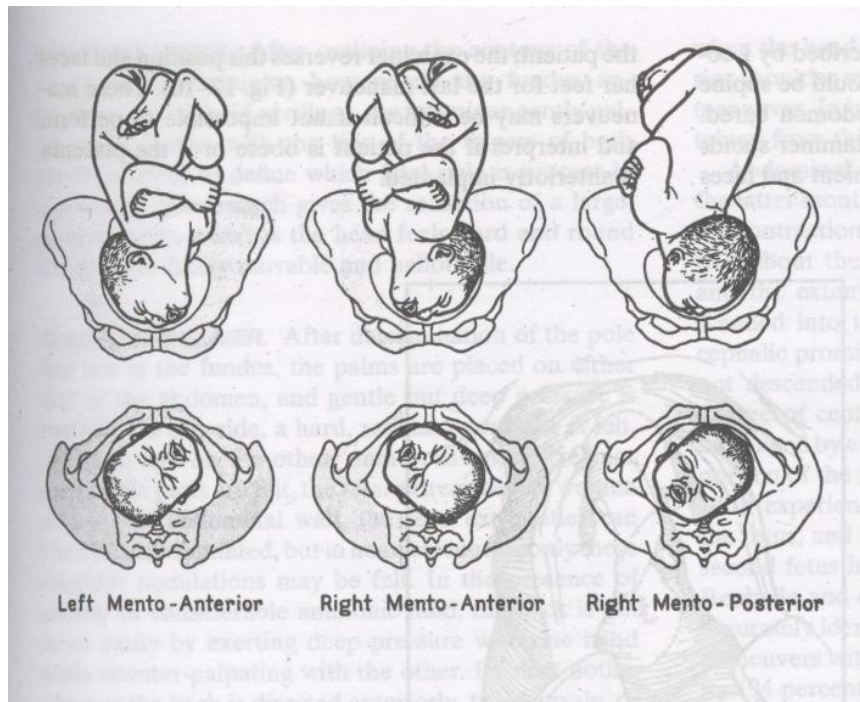
C

D

FIGURE 12-1. Longitudinal lie. Cephalic presentation. Differences in attitude of fetal body in (A) vertex, (B) sinciput, (C) brow, and (D) face presentations. Note changes in fetal attitude in relation to fetal vertex as the fetal head becomes less flexed.

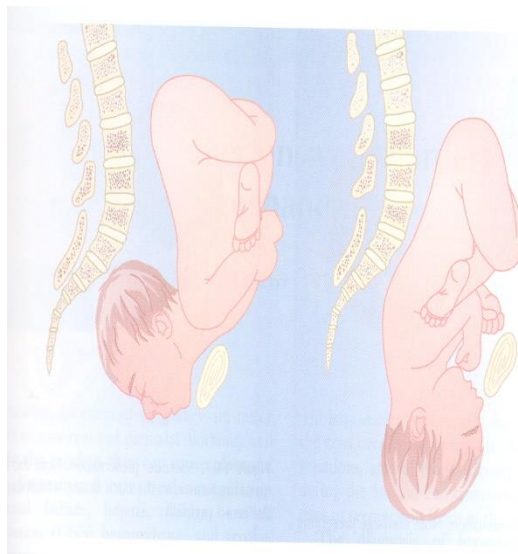
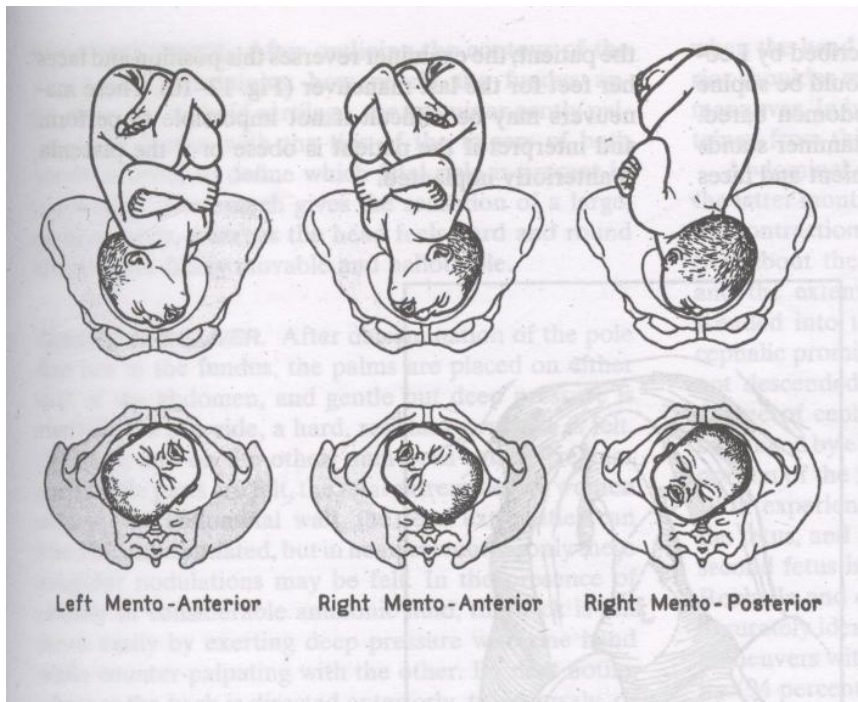
Face Presentation (نمایش صورت)

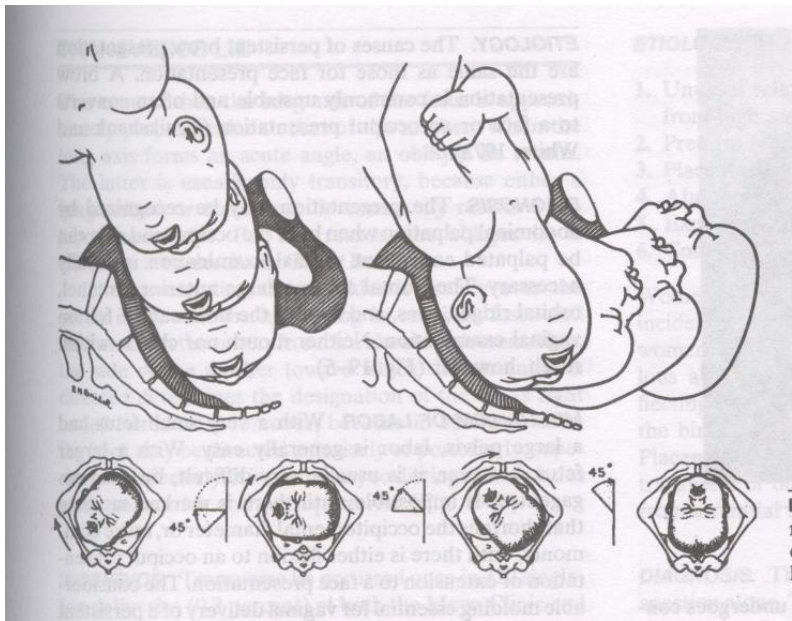
- عضو قرار دادی: چانه (mentum)
- RF: بزرگی گردن، آنانسفالی، مولتی پاریتی، تنگی لگن، نوزاد بزرگ، نوزاد کوچک، پیچ خوردن بندناف دور گردن، بدون علت
- تشخیص: معاینه واژینال
- پوزیشن: بیشتر MA



زایمان در نمایش صورت

- مدت مرحله اول مشابه ورتکس و مرحله دوم کمی طولانی تر
- منعی برای اینداکشن نیست.
- اندیکاسیون مونیتورینگ الکترونیکی
- زایمان در MP غیر ممکن است ولی از آنجا که گاهی چرخش در کف لگن ایجاد می شود تصمیم به سزاریر است.





نمایش ابرو

BROW PRESENTATION

- در این نمایش سر جنین در وضعیت **بین فلکسیون کامل و اکستانسیون کامل** قرار دارد.
- تشخیص: از طریق معاینه شکمی و واژینال
- اتیولوژی: همان علل نمایش صورت می باشد و **یک نمایش ناپایدار** است.
- مکانیسم لیبر: در صورت کوچک بودن جنین یا بزرگی لگن امکان پذیر است.



Brow presentation. Note the large presenting diameter (occipitontal).

BROW PRESENTATION

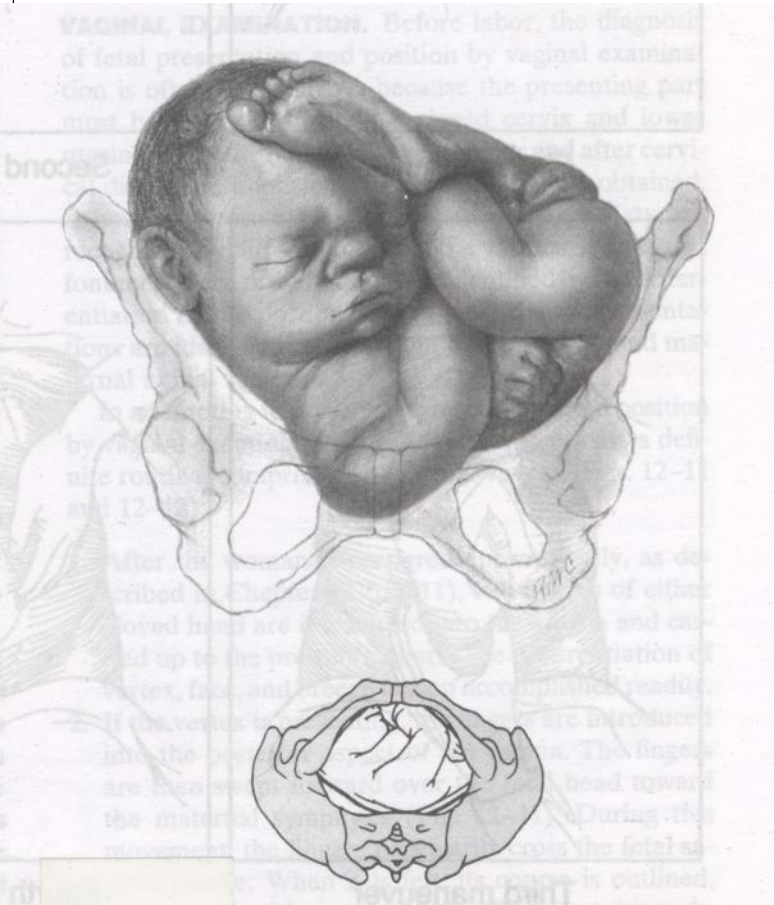
Diagnosis

- ⦿ Abdominal palpation - when both the occiput and chin can be palpated easily
- ⦿ Vaginal examination - palpation of the frontal sutures, large anterior fontanel, orbital ridges, eyes, and root of the nose

Shoulder P. (Transvers Lie)

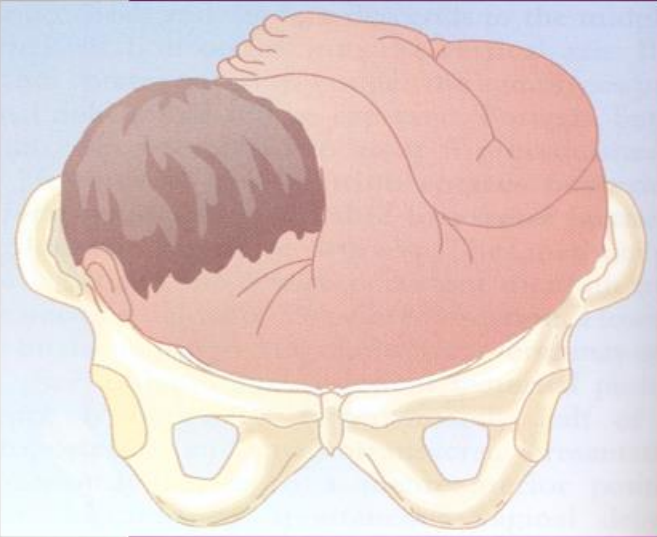
- پوزیشن: بر اساس اکرومیون (راست یا چپ) و پشت جنین (قدام، خلف، بالا، پایین)

- Right Acromion Dorsum Posterior

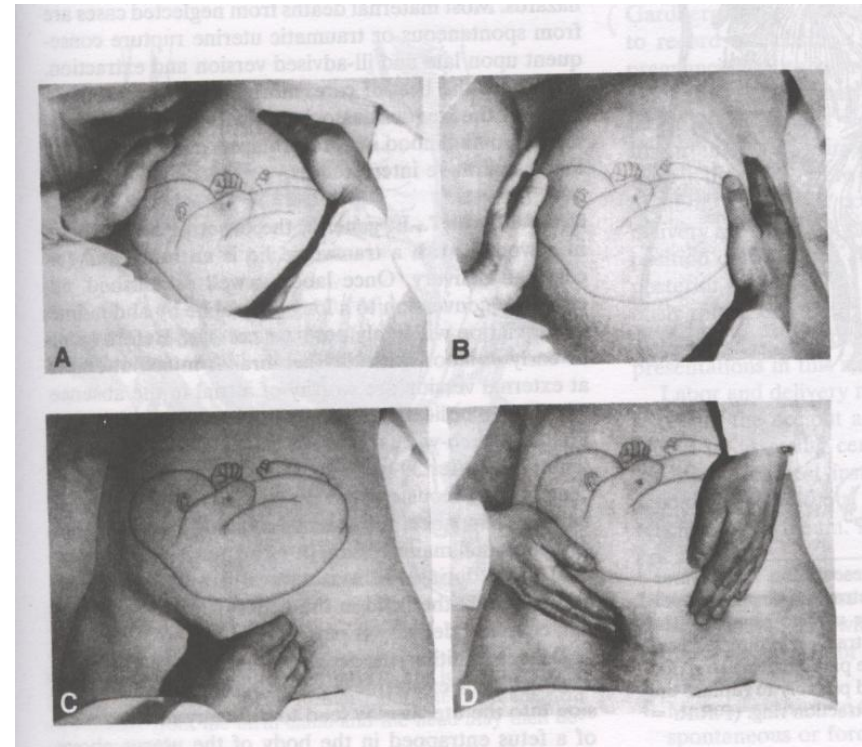


قرار عرضی

- RF: مولتی پاریتی، پره ماچوریتی، پلی هیدرآمنیوس، تنگی لگن، میوم سگمان تحتانی، پلاسنتا پروویا، تومور تخمدان در کلدوساک، آنومالی رحم
- تشخیص: مانور لئوپولد، معاینه واژینال، سونوگرافی



Shoulder presentation. Note the transverse lie of the fetus with the back down, which cannot be delivered vaginally.



زایمان در قرار عرضی

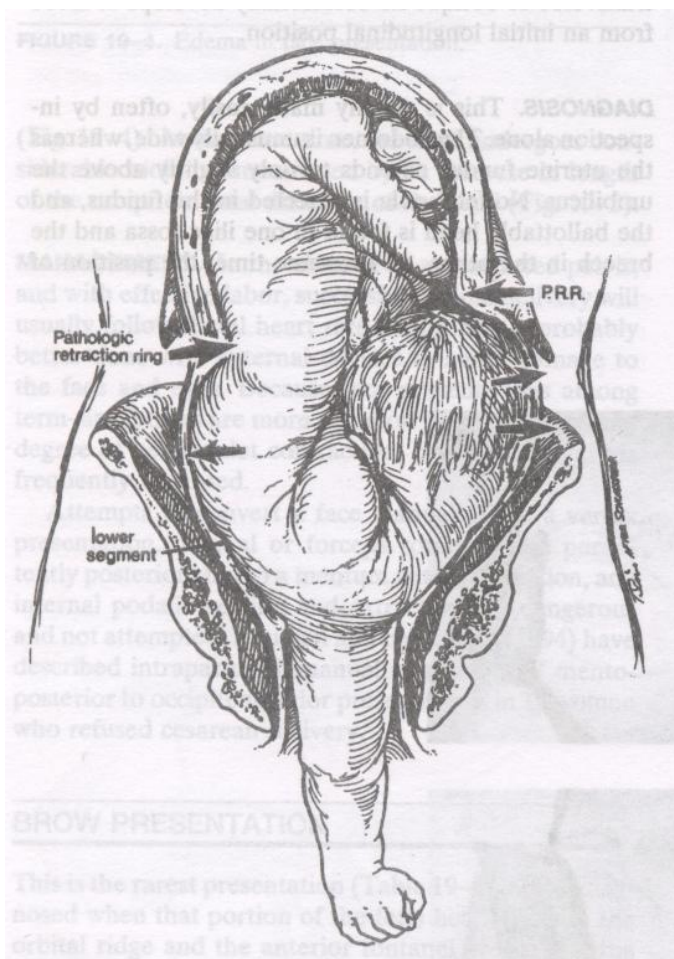
- جنین کوچک ($800\text{gr} >$) و لگن بزرگ ← زایمان خودبخود

- وگرنه سزارین: برش کلاسیک (طولی)

- Neglected Transverse lie

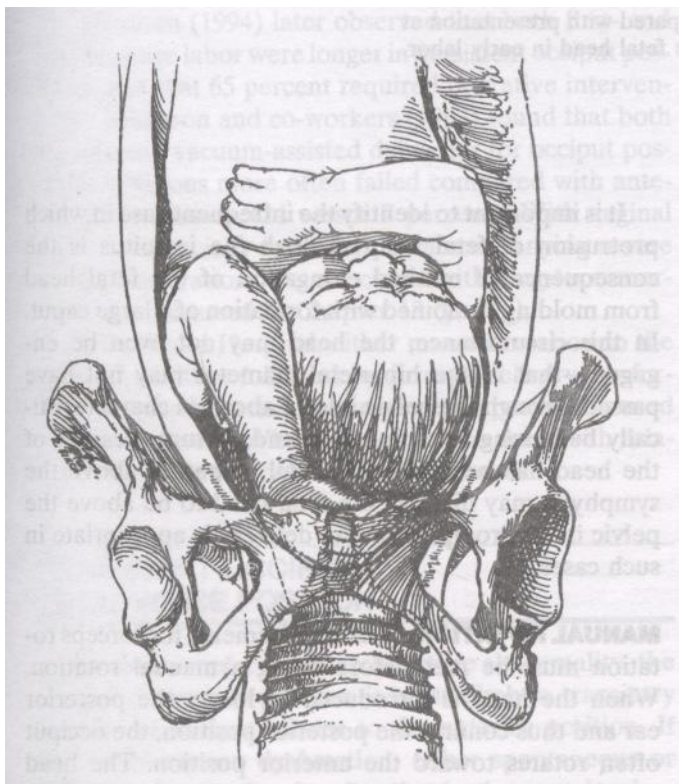
- Ext. Version: پس از 39 هفته

در شروع زایمان



نمایش مرکب (Compound P.)

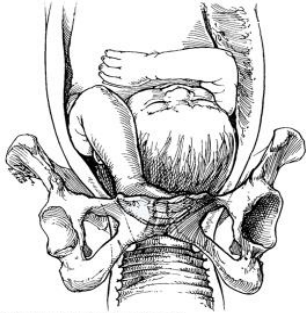
- قسمتی از اندام در کنار عضو نمایش نزول می کند.
- انواع شایع: ورتکس / دست، ورتکس / بازو
- انواع غیر شایع: ورتکس / پا، بریچ / دست



نمایش مرکب

- RF: وقتی عضو نمایش لگن را خوب پر نکند: پره ماچوریتی
- تشخیص: معاینه واژینال
- اندیکاسیون مونیتورینگ الکترونیکی: احتمال پرو لاپس بند ناف
- زایمان: ورتکس/ دست ← اداره انتظاری و کنترل پیشرفت زایمان
ور تکس/ بازو ← کنار دادن بازو (احتمال نکروز)
ور تکس/ پا ← سزارین
بریچ/ دست ← مانند سایر بریچ ها

COMPOUND PRESENTATION



Copyright ©2004 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

The left hand is lying in front of the vertex. With further labor, the hand and arm may retract from the birth canal and the head may then descend normally.

وضعیت اکسی پوت خلفی پایدار

PERSISTENT OCCIPUT POSTERIOR POSITION

○ یکی از وضعیت های مشکل است که موجب **کندی روند زایمان و نزول جنین** می گردد

○ احتمال بروز اکسی پوت خلفی در شروع زایمان 15 تا 30 درصد است که با پیشرفت زایمان معمولاً خود به خود به قدامی تبدیل می شود

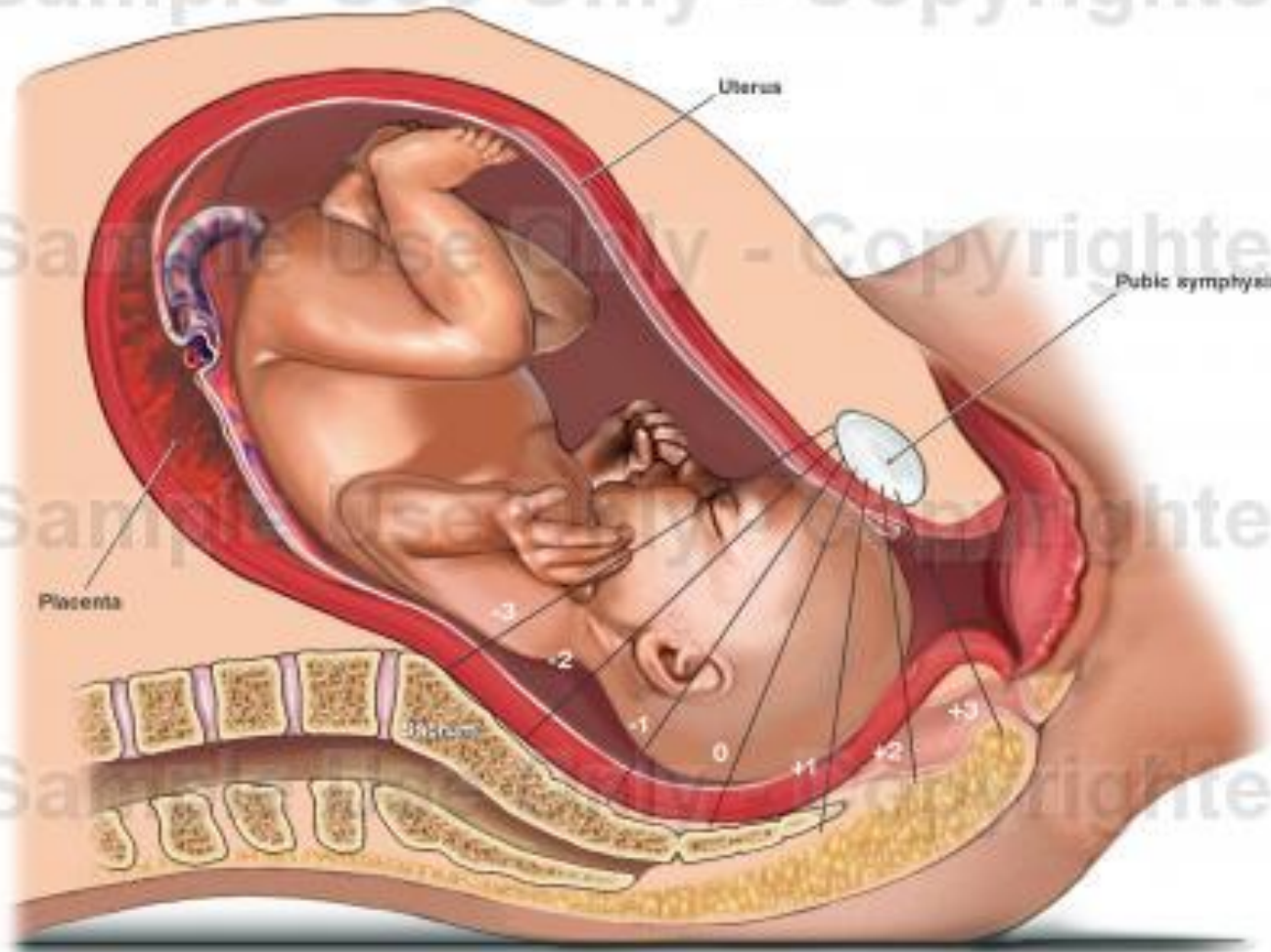
علائم اکسی پوت خلفی پایدار

- درد مداوم پشت
- شنیدن صدای قلب جنین در حوالی ناف
- محدودیت لمس اندام جنین
- درد های شدیدتر با انقباضات نامنظم و طولانی و پیشرفت کند زایمانی (چون سر بر ساکروم فشار می آورد)
- تشخیص با معاینه واژینال

وضعیت اکسی پوت خلفی پایدار

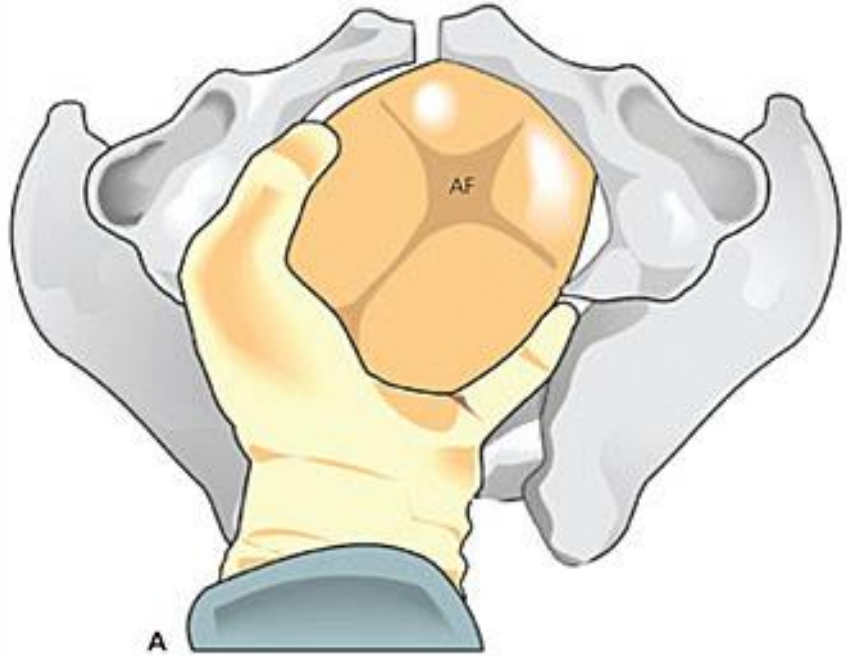
- روشهای ممکن برای زایمان واژینال:
- زایمان خودبه خود
- زایمان با فورسپس
- چرخش دستی
- چرخش با فورسپس
- پیش آگهی: لیبر به طور متوسط 1 ساعت در زنان مولتی پار و 2 ساعت در زنان نولی پار طولانی تر می شود.
- گسترش اپی زیاتومی و پارگی پرینه

Fetus at +2 Station In Occiput Posterior Presentation

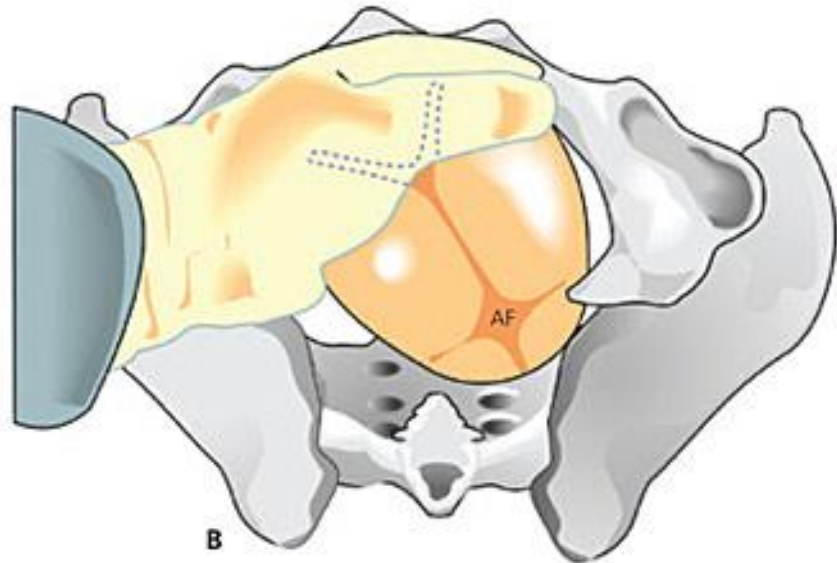


Cut-away View of Mother with Fetus at +2 Station In Occiput Posterior Presentation





A



B

وضعیت اکسی پوت عرضی پایدار

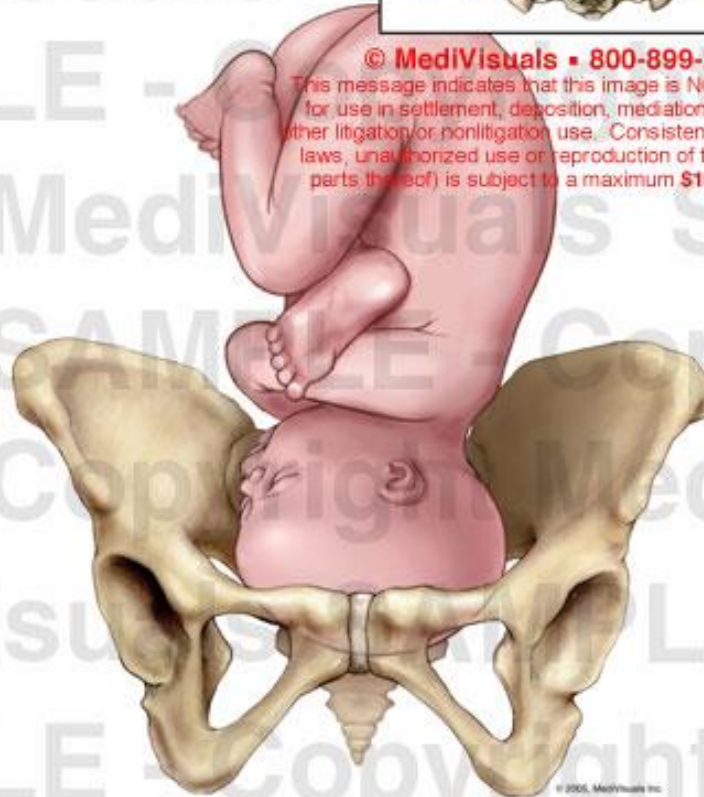
- معمولا یک وضعیت ناپایدار است
- زایمان: با چرخش دستی به وضعیت قدامی یا خلفی برده و سپس با فورسپس زایمان انجام شود
- استفاده از فورسپس کیلند

**Left Occiput Transverse
Position**



© MediVisuals • 800-899-2154

This message indicates that this image is NOT authorized for use in settlement, deposition, mediation, trial, or any other litigation or nonlitigation use. Consistent with copyright laws, unauthorized use or reproduction of this image (or parts thereof) is subject to a maximum \$150,000 fine



© 2005, MediVisuals Inc.



متشكرم و خسته نباشيد