



12 - المضاعفات التوليدية

12 - Obstetric Complications

أ.د. هشام الحمامي

أستاذ الأمراض النسائية وطب التوليد

الجامعة السورية الخاصة - كلية الطب البشري





تحدد النمو داخل الرحم

Intrauterine Growth Restriction (IUGR)



Dr. Hisham



تحدد نمو الجنين داخل الرحم

Intrauterine Growth Restriction (IUGR)

التعريف : DEFINITION

IUGR : وزن الجنين عند الولادة تحت **المنين**
العاشر نسبة لعمر حملي معطى

- يشير إلى مجموعة صغيرة من الأجنة أو الولدان الذين تحدّدت قابلية نموهم داخل الرحم **بأليات مرضية** ، و بالمحصلة **زيادة المراضة والوفيات** حول الولادة .

SGA : وزن الجنين أو الوليد أقل من **المجال**
المرجعي المحدد للوزن نسبة لعمر الحمل





تحديد النمو داخل الرحم



الأجنة الذين يعانون من تحديد النمو معرضون لـ :

أمراض تبدأ عند
الكهولة:

التخلف العقلي

نقص سكر الدم

احمرار الدم

الاختناق

استنشاق العقي

ارتفاع توتر
الشرياني

السكري

التصلب
العصيدي





الأسباب (السببيات) ETIOLOGY



الأسباب الوالدية :MATERNAL

سوء التغذية

التدخين

إدمان الأدوية

الكحولية

أمراض القلب المزرقه

القصور التنفسي

- متلازمة أضداد الفوسفوليبيد : إنتاج الأضداد الذاتية ➔ آفات وعائية (الأوعية الرحمية والمشيمية) ➔ اضطراب نمو الجنين وموته.



الأسباب (السببيات) ETIOLOGY

الأسباب الوالدية :MATERNAL

الأمراض الوراثية المؤهبة للتخثر ➡ أذيات وعائية بالشرابين
الحلزونية التي تغذي المشيمة ➡ ⬆ IUGR ، انفكك المشيمة ،
ومقدمة الإرتعاج

• الهيبارين و الأسبرين ➡ ⬇ IUGR





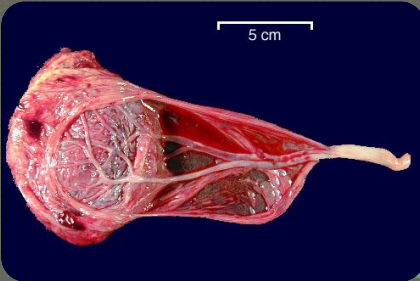
الأسباب (السببيات) ETIOLOGY

● الأسباب المشيمية PLACENTAL :

الحالات التي ينقص فيها نقل الركائز بسبب قصور المشيمة



- فرط التوتر الشرياني الأساسي
- الأمراض الكلوية المزمنة
- فرط التوتر الشرياني الحملي



شذوذات المشيمة أو الحبل السري (ارتكاز السرر المظلي velamentous)





الأسباب (السببيات) ETIOLOGY

الأسباب الجنينية FETAL :





التظاهرات السريرية

CLINICAL MANIFESTATIONS

تحدد النمو غير المتناظر

Asymmetrical IUGR

- يحدث عادة في نهاية الحمل
- تعف الإصابة عن الدماغ على حساب الأحشاء البطنية ←
- $AC < HC$
- يتعرض كل من الكبد والبنكرياس عند الجنين لتبدلات كبيرة ➔ البدانة والسكري

تحدد النمو المتناظر

Symmetrical IUGR

- ينقص نمو كلا من رأس الجنين وجسمه
- HC/AC قد تكون طبيعية
- معدل النمو المطلق يكون ناقصاً
- يترافق غالباً مع الأسباب الجنينية



التشخيص DIAGNOSIS

• الجدول 12-2 - العوامل التي تقيم في تقدير عمر الحمل

- تاريخ LMP الدقيق
- تقدير حجم الرحم بالمس المشترك بالجس في الثلث الأول
- تقدير حجم الرحم بالنسبة لعمر الحمل أثناء الزيارات المتتالية قبل الولادة (تناسب أو عدم تناسب الحجم مع عمر الحمل)
- عمر الحمل عند سماع دقات قلب الجنين لأول مرة باستخدام الدوبلر (عادة في الأسبوع 12-14)
- تاريخ الشعور بحركة الجنين quickening (عادة في الأسبوع 18-20 عند الخروسات primigravida وفي الأسبوع 16-18 عند الولودات multigravida)
- قياس طول الجنين بالأمواج فوق الصوتية (الطول القمي العجزي) في الثلث الأول (الأكثر دقة)

قد لا يشخص تحدد نمو الجنين إذا لم يقم المولد

- بتأكيد عمر الحمل الصحيح ،
- بتحديد عوامل الخطورة العالية،
- بتقييم نمو الجنين بشكل متكرر بقياس ارتفاع قعر الرحم أو بفائق الصوت





التشخيص DIAGNOSIS

يساعد قياس ارتفاع قعر الرحم المتسلسل كوسيلة مسح أساسية لـ IUGR

تقييم شامل بالـ US

- تحدد ارتفاع قعر الرحم 3 سم عن عمر الحمل المؤكد
- الحالات عالية الخطورة



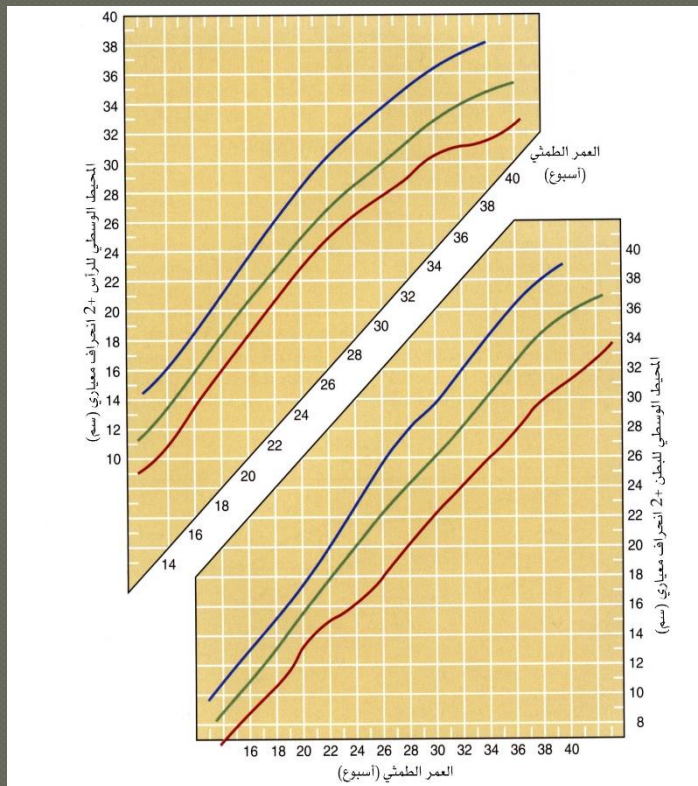
التنبؤ بالمريضات عاليات الخطورة لـ IUGR في منتصف الحمل

- اختبار ثلاثي شاذ + أجنة طبيعية بالـ US والبزل الأمنيوسي
- ترتبط القيم المرتفعة المبكرة بالايكو دوبلر للشريان السري والرحمي (زيادة المقاومة) في منتصف الحمل بخطورة أكبر لـ IUGR مع تقدم الحمل





التشخيص DIAGNOSIS



القياسات الجنينية الصدى :

- BPD
- HC
- **AC**
- HC/AC
- FL
- FL/AC
- AFI
- EFW
- إيكو دوبلر الشريان السري والرحمي

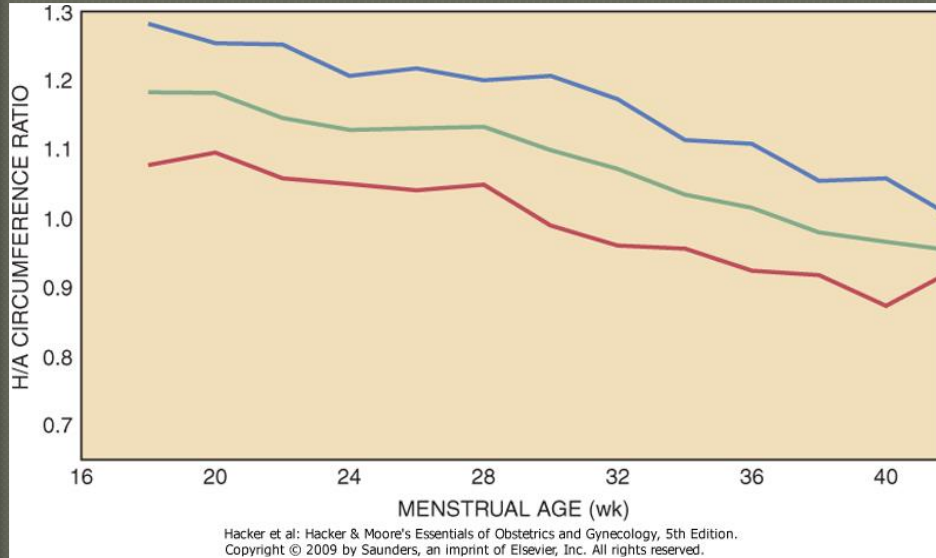
يتراجع الـ AC في كل من المتناظر وغير المتناظر

الشكل 1-12 متوسط محيط الرأس ومحيط البطن (الأخضر) مع حدود الثقة confidence limits المئوية الخامسة (الحمراء) و 95 (الأزرق) بين الأسبوع 16 و 40 من الطكث





التشخيص DIAGNOSIS



يبقى $AC < HC$ حتى الأسبوع 34 تقريباً ،
حيث تصبح النسبة بينهما معادلة للواحد

بعد الأسبوع 34 $AC > HC$

الشكل 12-2 تمثيل بياني لنسب محيط الرأس (H / A) المتوسطة (الخضراء) مع حدود الثقة المنوية الخامسة (الحمراء) و 95 (الأزرق) من العمر الطمئي 17 إلى 42 أسبوع.





التدبير

MANAGEMENT

قبل الحمل : PRE PREGNANCY

تحسين التغذية

إيقاف التدخين

متلازمة أضداد الفوسفوليبيد ← أسبرين ← ↓ تكرّر IUGR

امراض التخثر الوراثية ← هيبارين ± أسبرين ← ↓ تكرّر IUGR



التدبير

MANAGEMENT

خلال الحمل ANTEPARTUM

يهدف التدبير إلى تسريع
الولادة قبل تأذي الجنين
ولكن بعد النضج الرئوي

• مراقبة جنينية منتظمة

• **NST**

• **BPP**

• **AFI**

• **OCT** (نادراً)



تعديل أية عوامل مسببة
قابلة للتعديل

• إيقاف التدخين

• تحسين التغذية

• الإجازة عن العمل

• الاستشفاء





التدبير

MANAGEMENT



خلال الحمل : ANTEPARTUM

مراقبة الجنين طبيعية + الـ US يشير بقوة أن النمو طبيعي ← لا مبرر لأي تدخل سريري

الـ US يشير بقوة إلى IUGR ± مراقبة جنينية شاذة ← تستطب الولادة

شح شديد بالسلى ☹ تعتبر الولادة بقوة بدون تقييم لنضج الرئة

الـ US غير مؤكدة لـ IUGR ← راحة + مراقبة الجنين + قياسات دورية بـ US

مقارنة الأجنة التي يشتهب
بإصابتها بـ IUGR



التدبير

MANAGEMENT

: ANTEPARTUM خلال الحمل

تقييم الأم لحالة الجنين

- عدم الشعور بـ **10** حركات خلال **ساعة واحدة** $\Leftarrow$ إجراء BPP .

تقييم الشريان السري باستخدام الدوبلر

- **S/D** شاذة
- **↑** المقاومة للجريان
- نقص ، غياب او إنعكاس الجريان الإنبساطي



المخاض والولادة

LABOR AND DELIVERY

لا يمثل الـ IUGR مضاد استطباب لتحريض المخاض

• ينبغي أن تكون عتبة إجراء القيصرية منخفضة

ينبغي مراقبة المريضات بواسطة جهاز المراقبة الإلكتروني

بعد الولادة:

- نفي التشوهات الولادية والإنذانات
- مراقبة مستويات السكر
- مراقبة درجة الحرارة
- متلازمة الكرب التنفسي أكثر شيوعاً بوجود تألم الجنين





الإنذار





الحمل المديد Post term Pregnancy



الحمل المديد

التعريف : الحمل الذي يستمر > 42 أسبوع اعتباراً من بداية LMP

النسبة : 6 - 12 % من جميع الحمول

ترتفع نسبة الوفيات ما حول الولادة إلى 2 - 3 أضعاف

متلازمة ما بعد النضج الجنيني post maturity ، عسرة النضج dysmaturity



- بقاء جنين متحدد النمو في الرحم أكثر من تمام الحمل
- تحدث في 20 - 30 % من الحمول المديدة
- ترتبط بهرم المشيمة واحتشائها
- نقص الأكسجة داخل الرحم ➡ اصطباغ بالعقي ➡ تزداد الوفيات حول الولادة بدرجة أكبر أكثر.



الحمل المديد

70 - 80 % من أجنة الحمل
المديدة تستمر بالنمو في الرحم ⇐
عرطلة الجنينية macrosomia

- شذوذات المخاض
- عسرة ولادة الكتفين
- رضوض ولادية
- زيادة نسبة القيصرية

متلازمة ما بعد النضج الجنيني
(postmaturity)

- غياب النسيج الشحمي تحت الجلد
- أظافر طويلة
- جفاف وتقشر الجلد
- الشعر الغزير





الإمراضية ETIOLOGY

السبب مجهول
في معظم الحالات

انعدام الجمجمة

عوز السلفاتاز
المشيمية

الحمل خارج الرحم

المورثات الأبوية





التشخيص DIAGNOSIS

التشخيص صعب غالبا

المفتاح هو التقدير الدقيق لعمر الحمل



توجد توارىخ الطموث غير المؤكدة في 20 - 30 % من جميع الحمل
التأكيد على التقدير الباكر والدقيق للعمر الحولي .



التدبير MANAGEMENT

أثناء الحمل ANTEPARTUM

يجب أن يكون موعد الولادة
لكل مريضة شخصيا .

يجب تحريض المخاض إذا :
عمر الحمل مؤكد أنه 42 أسبوع
رأس الجنين مثبت
حالة العنق ملائمة

تشخيص الأجنة المصابة
بملازمة ما بعد النضج





التدبير



MANAGEMENT



أثناء الحمل ANTEPARTUM

طالما أن هذه المعايير الجنينية مطمئنة
فإنه ليس من الضروري تحريض
المخاض إلا إذا:

- أصبح العنق ملائماً
- أو حكم على الجنين أنه عرطل
- أو أن هناك إستطابات توليدية أخرى
للولادة .



مريضات بلغن بشكل **مؤكد** الأسبوع 42
الا أن **عنق الرحم غير ناضج**

- NST+BPP مرتين بالأسبوع
- AFI
- تستطب الولادة :
- $5 \geq AFI$
- تباطؤات عفوية في دقات قلب الجنين



التدبير

MANAGEMENT

أثناء الحمل ANTEPARTUM

حمل مديد محتمل + عمر الحمل غير مؤكد



إذا كانت الإختبارات الجنينية طبيعية → تدبير المحافظ





التدبير MANAGEMENT

أثناء المخاض INTRAPARTUM

مراقبة إلكترونية مستمرة للجنين

الاستلقاء على الجانب الأيسر

بثق الأغشية باكرا

الولادة القيصرية عند تألم الجنين





موت الجنين داخل الرحم Intrauterine Fetal Demise

Dr. Hisham Al-Hammami





موت الجنين داخل الرحم Intrauterine Fetal Demise (IUFD)

التعريف : **IUFD** هو موت الجنين بعد الأسبوع العشرين من الحمل وقبل بدء المخاض

النسبة : 1 % من الحمل





موت الجنين داخل الرحم Intrauterine Fetal Demise (IUFD)

الامراضية ETIOLOGY

السبب مجهول (< 50 %)

السبب :



- ارتفاع ضغط الدم الحملي
- الداء السكري
- داء الارومات الحمر الجنيني
- حوادث الحبل السري
- تشوهات الجنين الخلقية
- الإلتانات الجنينية أو الوالدية
- النزف الجنيني الوالدي
- أضداد الشحوم الفوسفورية
- امراض التخثر الوراثية



موت الجنين داخل الرحم Intrauterine Fetal Demise (IUFD)

التشخيص

التصوير بالأمواج
فوق الصوتية

اختبار الحمل
الايجابي لا ينفي
IUFD

سريريا

غياب الحركات
الجنينية

غياب الحركات
الجنينية

غياب دقات قلب
الجنين

حجم الرحم
أصغر من السن
المقدرة للحمل

عدم سماع دقات
قلب الجنين





موت الجنين داخل الرحم Intrauterine Fetal Demise (IUFD)

التدبير MANAGEMENT

موت الجنين بين الأسبوعين 14 - 28

التدبير المحافظ - المراقبة اليقظة Watchful expectancy

- يبدأ المخاض بشكل عفوي عند 80 % تقريبا من المريضات خلال 2 - 3 أسابيع من موت الجنين
- خطر الـ DIC (10 %)





التدبير تحريض المخاض

تدبير الحامل التي لا تدخل المخاض **عقويا** هو **التدخل الفعال**
active intervention

Prostaglandin E₂ (dinoprostone [prostin E2])

- تحاميل مهبلية
- من الأسبوع 12 – 28 من الحمل
- نسبة النجاح الإجمالية 97%
- التأثيرات الجانبية (50 % على الأقل من المريضات)
- تمزق الرحم و تمزق عنق الرحم





التدبير تحريض المخاض



مضادات الاستطباب

ندبات سابقة على الرحم
ربو قصبي
مرض رئوي فعال



الجرعة: تحميلة
مهبلية $20 \mu\text{g}$ كل 3
ساعات حتى الولادة



التدبير تحريض المخاض

Misoprostol (CYTOTEK)

- مشايه صناعي للبروستغلاندين E1 (a synthetic prostaglandin E1 analogue)
- مضغوطات مهبلية
- فعالة جدا
- قلة أو انعدام التأثيرات الهضمية
- أرخص ثمناً من Dinoprostone

بعد الأسبوع 28 من الحمل ، إذا كانت حالة العنق مناسبة للتحريض وليس هناك مضادات استطباب فإن التدبير المختار هو الـ **misoprostol** يليه الـ **oxytocin**



مراقبة اضطرابات التخثر

MONITORING OF COAGULOPATHY

المراقبة الأسبوعية لمستويات الفبرينوجين + الهيماتوكريت والصفائح.



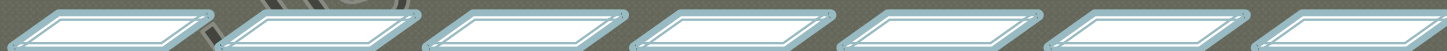
إنخفاض قيم fibrinogen قد يكون علامة باكراً لـ DIC



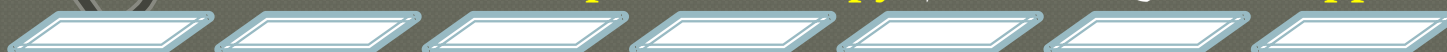
تطاول PT و PTT ووجود F-FDP ونقص تعداد الصفائح قد يوضح التشخيص



وجود DIC خفيف دون نزف ➔ تستطب الولادة



إذا كان DIC شديد / دليل على النزف ➔ إعطاء داعمات حجم الدم blood volume support أو العلاج بمكونات الدم component therapy قبل التدخل





Thank you

DR. Hisham Hammami

