طب التوليد

11 - القلوصية الرحمية وعسرات الولادة

11 - UTERINE CONTRACTILITY AND DYSTOCIA

أ.د.هشام الحمامي
أستاذ الأمراض النسائية وطب التوليد
الجامعة السورية الخاصة - كلية الطب البشري

DR.HISHAM AL HAMMAMI

القلوصية الرحمية وعسرات الولادة UTERINE CONTRACTILITY AND DYSTOCIA

بالرغم من أن تعريف عسرة الولادة dystocia هو " الولادة الصعبة " فإن التعبير يستخدم بشكل مترادف مع عسرة المخاض الوظيفية dysfunctional labor (إختلال وظيفة المخاض) ويصف المخاض الذي لا يتطور بشكل طبيعي عادة . قد يكون سبب المشكلة

- شذوذات " القوى " Abnormalities of the "powers" قوى الدفع الرحمية غير الفعالة ،
- شذوذات " المسافر، الجنين": Abnormalities of the "powers" وضعية الجنين المعيبة ، المجيء المعيبmalpresentation ، الوضع المعيبmalposition أو عيوب الجنين التشريحية ، أو
- شذوذات " الطريق ، القناة ": Abnormalities of the "passage" تضيقاتcontractures حوض الأم العظمي ، الذي يسبب إعاقة ميكانيكية لمرور الجنين عبر القناة الولادية . يجب تحديد سبب أو أسباب المخاض الشاذّ بدقّة قدر الإمكان من أجل وضع خطة تدبير فعّالة وآمنة .

أثناء المخاض ، يتألف الرحم من قطعتين متميّزتين . تتقلّص القطعة العلوية وترتخي بشكل فعال لتقذف الجنين ، بينما القطعة السفلية ، سويّة مع العنق المتوسّع ، فتصبح أرق وسلبية وتدعى باسم القطعة السفلية للرحم (LUS) . تتشكل حلقة الانكماش الفيزيولوجي physiologic retraction ring عند الوصل بين القطعتين . في المخاض المسدود ، تترققLUS بشكل كبير جدا وتتشكل حلقة الانكماش المرضي لـ (pathologic retraction ring of bandl) ، وإذا لم يزول العائق ، قد يحدث تمزق الرحم .

يحتوي عنق الرحم الحامل على كولاجين ، عضلات ملس ، ومادة أساسية ويجب أن يعدّل بنيويا من معصرة سليمة وقويّة إلى عضو مرن ، لين ، وقابل للاتساعdilatable ، يمكن أن يمر من خلاله محصول الحمل في الوقت الملائم . تحدث هذه التبدلات البنيوية نتيجة تَحَلُّلُ الكولاَجين collagenolysis وزيادة حمض hyaluronic ، مع نقص في dermatan sulfate، الذي يفضّل زيادة محتوى الماء . من المحتمل أن هذه التبدلات تحدث استجابة لزيادة نسبة estrogen إلى البروجسترون ، prostaglandin E2 ، و إعادة التشكيل الانزيمي enzymatic remodeling للنسيج العنقي .

1. التبدلات الفزيولوجية في المخاض PHYSIOLOGIC CHANGES OF LABOR

الرحم الحامل عضو عضلي أملس كبير يتكون من بلايين الخلايا العضلية الملساء . كلّ خلية عضلية ملساء تصبح عنصرا قابلا للتقلص عند ارتفاع تركيز شاردة الكالسيوم داخل الخلية لتسبب عملية إنزيمية تؤدّي إلى تشكيل عنصر actin – myosin . تنبيه مستقبلاتoxytocin أوprostaglandin على الغشاء البلازمي ينشّط أكثر تشكيل عنصر actin - myosin .

تحدث التقلصات في مناطق موضعة من الرحم أثناء الحمل ، لكن أثناء المخاض ، يتقلّص كامل الرحم على نحو منظّم لإفراغ نفسه . تحدث تقلصات العضلات الملس المنسّقة هذه كنتيجة لمساهمة وعمل تراكيب الوصلات الفجوية الخاصّة . الوصلات الفجوية هي مركبات بروتينية تتشكّل على امتداد السطوح بين غشائي خليتين عضليتين والتي تتنبه بكمونات العمل في كافة أجزاء العضلة الرحمية.

2. المخاض السوي NORMAL LABOR

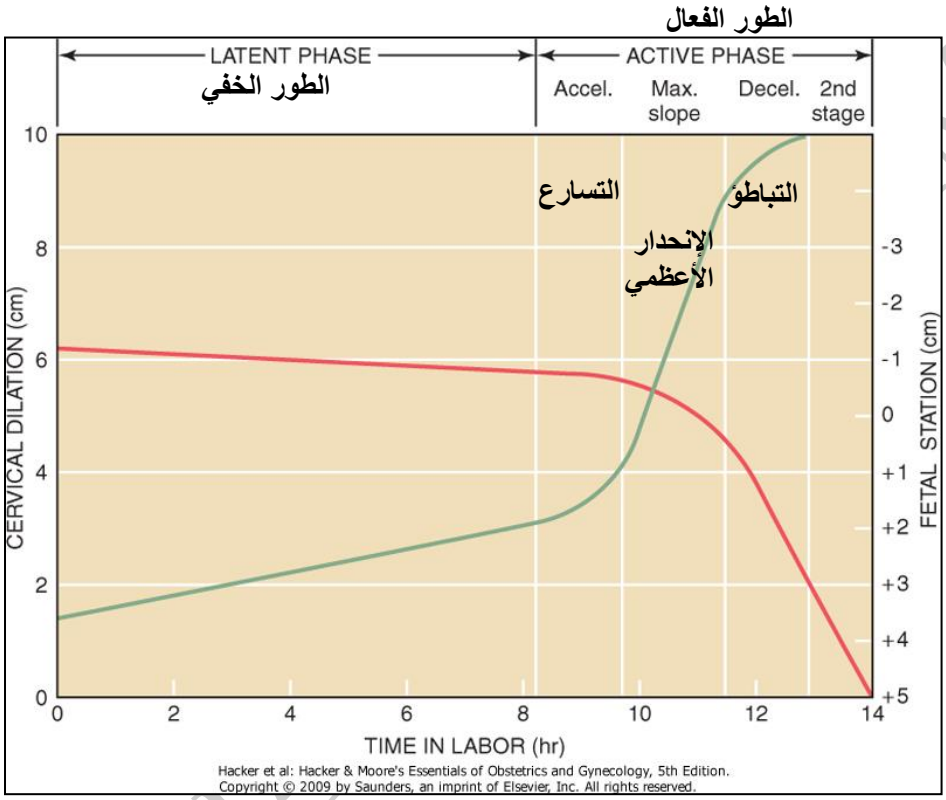
A. تشخيص المخاض LABOR DIAGNOSIS

يشخّص المخاض بوجود تقلصات رحمية مؤلمة ومنتظمة والتي تزداد في تواترها وشدتها مترافقة مع حدوث إتساع أو إمحاء مترقيين في عنق الرحم .

يتضمن الجزء الباكر ، أو الطور الخفي ، من المخاض ليونة وإمحاء عنق الرحم مع حدوث إتساع بسيط . وهذا يتلوه إتساع العنق بمعدل أسرع ، والذي يعرف بالطور الفعال للمخاض ، والذي يقسّم أكثر إلى مرحلة التسارع (الانحدار الأعظمي)

DR.HISHAM ALHAMMAMI

ومرحلة التباطؤ . يبدأ نزول المجيء عادة أثناء الطور الفعال للمخاض ، ثمّ يتقدم بسرعة أكبر كلما اقتربنا من نهاية الطور الفعال ويستمرّ بعد إتساع عنق الرحم التام . الطريقة المفيدة لتقييم تطور المخاض وتشخيص حالات الشذوذ بطريقة ملائمة هي رسم معدل إتساع العنق ونزول المجيء على مخطط بياني (الشكل 11 – 1) .



الشكل 11 - 1: التمثيل البياني لاتساع عنق الرحم (الخط الأخضر) ونزول مجيء الجنين (الخط الأحمر) خلال المخاض.

يحدث اتساع عنق الرحم الطبيعي ونزول الجنين بصورة تدريجية وخلال فترة زمنية محددة تماما . تحدث عسرات المخاض dysfunctional labor عندما تتجاوز معدلات الاتساع والنزول هذه الأزمنة المحدّدة . قد يشير طور المخاض (phase of labor) الذي يحدث فيه هذا الشذوذ وشكل المنحني الناتج إلى الأسباب المحتملة المسؤولة عن المخاض الشاذّ .

B. شذوذات الطور الخفي للمخاض Abnormalities of the latent phase of labor

يمتد الطور الخفي الطبيعي حتى 20 ساعة عند الخروسات وحتى 14 ساعة عند الولودات . يعتبر الطور الخفي الذي يتجاوز هذه الحدود طويلا . قد يكون سبب عسرة المخاض ، الاستخدام الباكر أو المفرط للمركّنات أو المسكّنات ، الأوضاع المعيبةmalpositions للجنين ، أو حجم الجنين . يستغرق عنق الرحم الطويل ، المغلق ، والقاسي وقتا أطول للإمحاء وللاتساع المبكّر من عنق الرحم اللين والممحي قليلا ، لكن من المشكوك فيه أن العامل العنقي لوحده يسبّب تطاول الطور الخفي للمخاض . وقد تبين أن العديد من المريضات اللواتي عندهن تطاول في الطور الخفي للمخاض أنهن في الواقع بحالة مخاض كاذب false lobar أو أنهن قبل المخاض prelabor وبدون حدوث إتساع مترقي في العنق .

إنّ نتيجة تطاول الطور الخفي للمخاض جيدة عموما على الأمّ والجنين ، بفرض عدم حدوث شذوذات أخرى في المخاض بعد ذلك .

تدبيرشذوذات الطور الخفي للمخاض

تطاول الطور الخفي للمخاض الذي سببه الاستخدام الباكر أو المفرط للمسكنات أو المركنات يتراجع عفويا عادة بعد زوال تأثيرات الدواء . تبين أن الاختبار الدوائي بكبريتات المورفين أو دواء مكافئ يكون فعّالا في استبعاد قبل المخاض ، تدخل النساء في المخاض الحقيقي في الطور الفعال ، بينما تتوقّف التقلصات عند أولئك في قبل المخاض .

إذا كان التشخيص هو تطاول الطور الخفي للمخاض أو أن هناك إستطباب لتسريع الولادة ، فإنه يمكن حث المخاض بـoxytocin . ويتم هذا بإضافة 10 وحدات oxytocin إلى 1000 مليلتر من محلول وريدي للحصول على تركيز نهائي من 10 mU منoxytocin لكل 1 مليلتر من المحلول . اقترحت عدة بروتوكولات لتسريب الـ Oxytocin . يمكن أن يعطيoxytocin كجرعة منخفضة ، التي يبدأ فيها التسريب بمعدل من 1-2 / mU بالدقيقة وزيادتها بمعدل 1-2 / mU بالدقيقة كلّ 15 - 40 دقيقة حتى الوصول إلى التواتر والشدة المطلوبين ، أو الوصول إلى 20 - 40 / mU بالدقيقة كحدّ أعلى . تبدأ طريقة التسريب بالجرعة الأعلى بمعدل 6 / mU بالدقيقة ، مع زيادات 6 / mU بالدقيقة كلّ 15 إلى 40 دقيقة حتى الحصول على تقلصات رحمية ذات تواتر و شدة مطلوبين أو الوصول إلى 40 / mU بالدقيقة كحدّ أعلى .

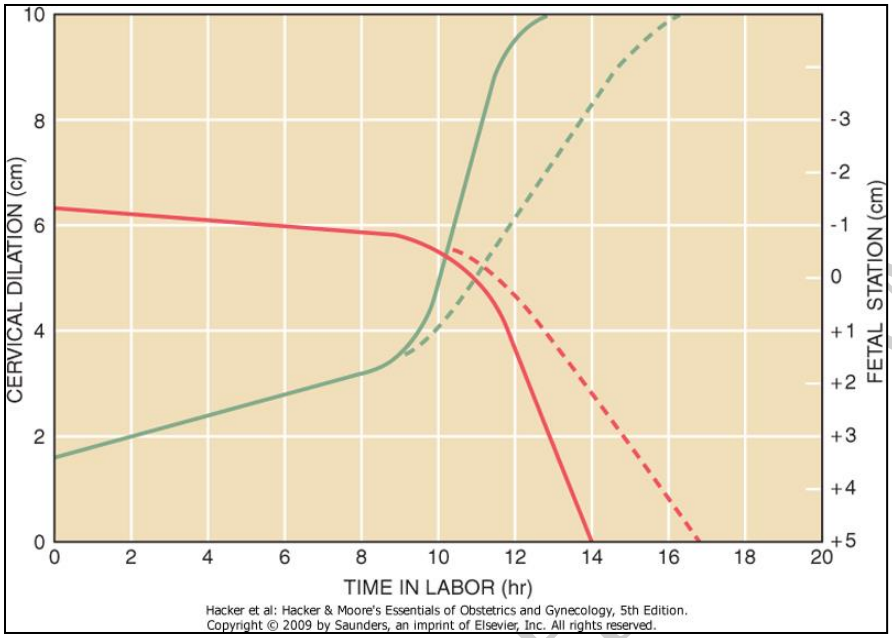
خزع السلىAmniotomy أو بثق الأغشية الإصطناعي قد يؤخذ بعين الإعتبار كجزء من تدبير تطاول الطور الخفي للمخاض . الخطر المرافق هو زيادة خطورة التهاب المشيمة والسلى chorioamnionitis .

C. شذوذات الطور الفعال للمخاض Abnormalities of the active phase of labor

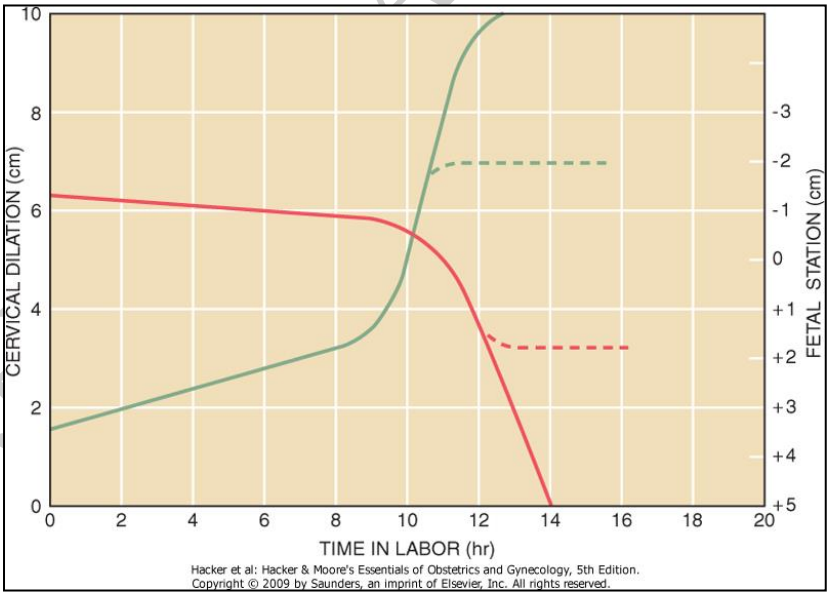
عندما يصل إتساع عنق الرحم لحوالي 3 - 4 سنتيمتر ، يتطور إتساع العنق بمعدل أسرع أكثر . اتساع العنق الأقل من 1.2 سنتيمتر / ساعة عند الخروسات و 1.5 سنتيمتر / ساعة عند الولودات يشكّل حالة تطاول الطور الفعال للمخاض protraction disorder . في الجزء الأخير من الطور الفعال للمخاض ، ينزل المجيء في الحوض بسرعة أكبر أيضا ويواصل النزول خلال المرحلة الثانية للمخاض . إذا كان معدل نزول المجيء أقل من 1 سنتيمتر/ ساعة عند الخروسات و 2 سنتيمتر/ ساعة عند الولودات فإنه يعتبر تأخر نزول Protraction disorder of descent (الشكل 11- 2) . إذا انقضت ساعتان أو أكثر أثناء الطور الفعال للمخاض بدون تطور اتساع العنق ، فهو يشير إلى حدوث توقف اتساع ، وإذا انقضت فترة أكثر من ساعة 1 بدون تبدل في موقع المجيء فهو يشير إلى حدوث توقف النزول .

تتضمّن إمراضية Etiology شذوذات الطور الفعال للمخاض نقص فعالية الرحم ، عدم تناسب رأسي حوضي cephalopelvic ، الأوضاع المعيبة malposition ، واالتخدير التوصيلي Conduction anesthesia. يجب تقييم حوض الأم ، وتقييم المجيء أيضا في هذه الظروف.

DR.HISHAM AL HAMMAMI



الشكل 11 - 2 : يظهر منحنى الاتساع (الأخضر) والنزول (الأحمر) الطبيعيين في المخاض الطبيعي ومنحنيات شذوذات تطاول الإتساع والنزول في المخاض



الشكل 11 - 3 : يظهر منحنى الإتساع (الأخضر) والنزول (الأحمر) الطبيعيين في المخاض الطبيعي ومنحنى توقف الاتساع والنزول

تدبير شذوذات الطور الفعال للمخاض :

توصي الكليّة الأمريكية لأخصائي التوليد والنسائية (ACOG) باستخدام الـ oxytocin لكلّ اضطرابات التوقف و التطاول . يعرّف المخاض الكافي (الذي يقيّم بوضع قثطرة داخل الرحم) بأنه 200 وحدة مونتيفديو (التي هي مجموع جميع السعات لجميع التقلصات في نافذة من 10 دقائق) لمدة ساعتين على الأقل . وهكذا ، مريضة عندها أربعة تقلصات في 10 دقائق ، كلّ منها بسعة 50 مليمتر Hg ، يكون عندها مخاض كافي . خزغ السلى Amniotomy إذا لم تتمزق الأغشية عفويا .

قبل تقرير اللجوء إلى القيصرية في المرحلة الأولى للمخاض بسبب شذوذات تطور المخاض ، يجب التأكد من حدوث تقلصات كافية لمدة 4 ساعات على الأقل ، كما هو معرّف بـ 200 وحدة مونتيفديو . عند الخروسات مع عسرة ولادة ، فإن المخاض المستمر لـ 6 - 8 ساعات ما زال يترافق بإحتمال عالي للولادة المهبلية بشرط أن معدّل دقات قلب الجنين مطمئنة وهناك بعض التقدّم في المخاض . تسطب القيصرية إذا شخّص عدم تناسب رأسي حوضي cephalopelvic .

3. عسرات الولادة بسبب المجيئات والأوضاع المعيبة Dystocia caused by abnormal presentation and position

تعتبر جميع المجيئات ماعدا القمّية وجميع الأوضاع ما عدا القمي الأمامي (OA) معيبة عند الماخض . تحدث شذوذات أطوار الإتساع والنزول بنسبة أكبر في المجيئات والأوضاع المعيبة بسبب حدوث خلل في العلاقة بين مجيئ الجنين وحوض الأم . تم مناقشة المجيئات الجنينية المعيبة بصورة أكثر في فصل 13 .

A. الوضع القمي المعترض الثابت Persistent OccipitoTransverse (POT) Position

يدخل رأس الجنين في حوض الأم ويتدخل عادة بوضع قمي معترض (OT) occipitotransverse . يدور رأس الجنين بعد ذلك إلى وضع OA ، أو بنسبة قليلة من الحالات ، إلى وضع قمي خلفي (op) occipitoposterior . يحدث هذا الدوران بسبب إنعطاف رأس الجنين عند وصول الجزء المتقدم من قمّة الرأس إلى قاع الحوض وبعد ذلك يدور ليتطابق مع شكل الحوض الأنثوي gynecoid . في عدد قليل من الحالات ، يفشل الرأس في الانعطاف والدوران ويستمر بوضع OT . هذا الوضع قد يكون سببه عدم تناسب رأسي حوضي ، عيوب شكل الحوض ، مثل الحوض المسطح platypelloid أو الحوض الذكريandroid ، أو إرتخاء قاع الحوض الناجم عن التخدير فوق الجافية أو تعدّد الولادات .

تشخيص الوضع القمي المعترض المستمر OT قد يكون صعب أحيانا ، بسبب حجب الدروز واليوافيخ بالتقولب المفرط وتشكل الحدبة المصلية الدمويةcaput اللذان يرافقان هذا الوضع الشاذّ في أغلب الأحيان .

الوضع القمي المعترض المستمرOT مع توقف النزول لمدة ساعة 1 أو أكثر يعرف بالتوقف المعترض . يحدث توقف النزول بسبب انبساط الراس الذي يرافق الوضع القمي المعترض المستمرOT ، وبالتالي يصبح القطر القفوي الجبهيoccipitofrontal الأطول (11 سنتيمتر) هو قطر المجيئ . لا يمكن أن يحدث النزول الأكثر ، حتى يمر الرأس بالإنعطاف والدوران . يحدث التوقف المعترض عموما و تدخل القمّة +1 - +2 .

تدبير التوقف المعترض management of transverse arrest

تدبير التوقف المعترض عند التدخل 1 +- + 2 صعب ، جزئيا ، لأنه عند هذا التدخل ، فإن الجزء الأكبر من رأس الجنين يقع عند أو فوق مستوى الشوكين الوركيين . إذا كان الحوض المتوسط معيبا تستطب القيصرية . إذا حكم على قياس الحوض أنه طبيعي والجنين ليس عرطلا macrosomic ، فإن حث المخاض بـoxytocic قد يكون ملائما إذا كانت التقلصات الرحمية غير كافية .

يستطب التدوير اليدوي باستخدام أصابع يد الفاحص أو التدوير بالملقط باستخدام ملقط Kielland إذا كان قياس الحوض وشكله طبيعيان . يطلق الآن على التدوير والولادة بالملقط للوضع القمي المعترض المستمرOT عند التدخل +1 - +2 اسم عملية

DR.HISHAM AL-HAMMAM

الملقط الواطئ . من جهة ثانية ، بسبب تقولب الرأس الشديد و تشكل الحدبة المصلية الدمويةcaput اللذان يحدثان عادة في هذه الحالة ، فإن الجزء الأكبر من رأس الجنين قد يكون في الموقع +1 بالرغم من رؤية فروة الرأس عند مدخل المهبل introitus . وهكذا، الذي قد يبدو عملية ملقط واطئ سهلة قد تكون في الحقيقة عملية ملقط متوسط midforceps أكثر صعوبة . الطريقة الوحيدة لتجنّب هذه المشكلة هي أن تقيّم العلاقة بين رأس الجنين و العجز سريريا . إذا كان رأس الجنين يملأ تجويف العجز ، يكون القطر بين الجداريين biparietal عادة عند أو تحت مستوى الشوكين الوركيين ، ومحاولة الولادة بالملقط يمكن أن تؤخذ بعين الاعتبار.

B. الوضع القمي الخلفي الثابت (Persistent Occipito Posterior Position (POP

يدور رأس الجنين عموما من OT إلىOA أثناء النزول في حوض الأم . حتى إذا دار رأس الجنين بداية إلى الوضع القمي الخلفي ، فإن أكثر الأجنّة ستدور في النهاية عفويا أثناء المخاض إلى OA ، وتبقى نسبة مئوية قليلة فقط (5 - 15 %) من الأجنّة بوضع قمي خلفي مستمر OP .

إنّ سير المخاض بوجود الوضع القمي الخلفي المستمرOP طبيعي عادة ماعدا ميل المرحلة الثانية من المخاض الى التطاول (> ساعتان) . ويترافق أيضا بإزعاج أكثر . كما هو الحال في الوضع القمي المعترض المستمر ، قد يتقولب رأس الجنين بدرجة كبيرة markedly molded مع تشكل حدبة مصلية دموية caput formation كبيرة ، واللذان قد يسبّبان صعوبة في تشخيص التدخل والوضع بشكل صحيح . مراقبة المرحلة الثانية المتطاولة من المخاض تدبير ملائم ، بشرط أن يستمرّ المخاض بالتطور ، وأن تكون دقات قلب الجنين طبيعية .

قد تحدث ولادة رأس الجنين عفويا في الوضع OP ، لكن إذا أعاق العجانperineum الولادة بشكل كبير ، يمكن مساعدة الولادة بملقط واطئ (ومثال على ذلك: - ، يستخدم ملقط سيميسن) . في الماضي كان يجرى عادة تدوير بملقط Kielland ، لكن بسبب نقص الخبرة والتدريب ، تولد الأجنّة في الوضعOP عادة الآن بدون تدوير . قد نلجأ لاستعمال محجم Vacuum extraction ذو كأس مصمّم للتطبيق الخلفي الآمن والمضمون . أحيانا الرأس سيدور ، لكنّه سيلد عادة في الوضع OP . قد يكون ضروريا اجراء خزع فرج متوسط جانبي واسع لتقليل مقاومة مخرج الحوض لولادة رأس الجنين .

4. عسرات الولادة الناتجة عن الشذوذات البنوية الجنينية

DYSTOSIA CAUSED BY ABNORMALITIES OF FETAL STRUCTURE

A. الجنين العرطل Macrosomia

تعرّفACOG الجنين العرطل بانه جنين بوزن g4500 أو أكثر . ويعرّف الجنين الكبير نسبة للعمر الحملي Large for gestational age بانه جنين بوزن عند الولادة يساوي أو أكبر من المئينة التسعين لوزن الجنين نسبة لعمر حملي معطى . يرتبط الجنين العرطل بالعوامل الوراثية ، السكّري الوالدي ، وزن الأم قبل الحمل ، زيادة وزن الأم أثناء الحمل ، جنس الجنين الذكر ، تعدّد الولادات ، عمر حملي أكثر من 40 أسبوع ، الانتماء العرقي ، وزن الأم عند الولادة ، طول الأم ، وعمر الأم . تتضمّن المراضة الوالدية المرتبطة بالعرطلة الجنينية عسرة الولادة ، عسرة ولادة الكتف ، والرضوض التناسلية ، مع زيادة مرافقة في نسبة القيصرية . هناك أيضا زيادة في نزوف الخلاص والانتان النفاسي . تزداد المراضة حول الولادة الناجمة عن الرضوض الولادية وعسرة الولادة ، خصوصا عسر ولادة الكتف .

التقدير الدقيق لوزن الجنين امر مخادع . تصل الأخطاء في تقدير العرطلة الجنينية بفائق الصوت إلى 50 % . بينت الدراسات المستقبلية بأنّ التقديرات السريرية من قبل الأطباء أو المريضات خاطئة كالتقديرات فوق الصّوتية . الشك بالعرطلة الجنينية لوحده ليس إستطبابا للقيصرية أو لتحريض المخاض . ولم يتبين أن تحريض المخاض يحسن النتيجة عند الجنين أو الأم . ولأن خطر عسرة ولادة الكتف والرض الجنيني المحتمل يزدادان بشكل ملحوظ مع الافتراب من الحدود العليا لوزن الجنين ، لذا،

DR.HISHAM AL HAMMAMI

توصيACOG بالقيصرية إذا كان وزن الجنين المقدر g5000 أو أكثر عند النساء اللاسكّريات، و g 4500 أو أكثر عند النساء السكّريات .

بالرغم من أن المدّة المتوسطة للمخاض تكون متطاولة في الأجنّة الكبيرة بشكل مفرط ، ليس غريبا مصادفة عسر ولادة الكتف غير المتوقّعة بعد مخاض كان طبيعيا تماما حتى لحظة الولادة .

B. انعضال الكتفين SHOULDER DYSTOCIA

عسرة ولادة الكتف تعني ولادة الكتف الصعبة . وعرّف بولادة الكتف التي تتطلّب اللجوء الى مناورات إضافية غير الجرّ اللطيف للأسفل على رأس الجنين أو تطاول الفترة الفاصلة بين ولادة رأس الجنين وجسمه أكثر من 60 ثانية .

تعتمد عسرة ولادة الكتف على النسبة بين حجم الجنين وحجم حوض الأم ، وتحدث بسبب انحشار كتف الجنينimpaction بوصل العانة في الامام أو بخرشوم العجزpromontory في الخلف . إنّ عوامل الخطورة الأكثر أهمية لعسر ولادة الكتف هي العرطلة الجنينية والداء السكّري عند الأم . وتتضمّن العوامل الآخرى البدانة ، الحمل المديد ، تعدّد الولادات ، قصر القامة ، سوابق ولادة جنين عرطل ، وسوابق عسرة ولادة الكتف . أثناء المخاض ، تتضمّن عوامل الخطورة تحريض المخاض ، التسكين فوق الجافية ، المخاض المديد ، والتوسطات الولادية المهبلية .

إنّ الاختلاط الرئيسي عند الوليد هو حدوث شلل Erb ، الذي قد يكون سببه الجرّ الزائد على الضفيرة العضدية من قبل مساعد المولد . وهو من الاسباب الهامة لسوء الممارسة التوليدية . إذا حدث شلل Erb في الكتف الخلفية ، فالأذية لا تنجم عن الجرّ الزائد ، لكن على الأغلب عن شذوذات خرشوم العجز التي تضغط على الضفيرة العضدية قبل الولادة . تتضمّن الاختلاطات الأخرى عند الوليد شلل Klumpke ، كسر الترقوة ، كسر العضد ، نقص الاكسجة hypoxia ، اذية دماغية ، والموت . تتضمّن الاختلاطات الوالدية تمزقات القناة التناسلية ونزوف الخلاص .

تشخص عسرة ولادة الكتف عند الولادة بإنسحاب رأس الجنين للداخل ، الذي يدعى علامة السلحفاة TURTLE SIGN . لا يتم التغلّب على عسرة ولادة الكتف بالجر على رأس الجنين لكن ، بدلا من ذلك ، بواحدة أو أكثر من المناورات المصمّمة لإزاحة الكتف الأمامية من وراء وصل العانة.

المناورة الأولى هي الضغط فوق العانة ، والذي يتضمّن الضغط الجانبي باليدّ فقط على المنطقة فوق عانة الأم في محاولة لتوجيه الكتف الامامية الى تحت وصل العانة أو بعيدا عنه .

مناورةMcRoberts' maneuver ربّما تستخدم أيضا كإجراء أول أو ثاني . في مناورةMcRoberts' maneuver ، يثنى فخذي الأم بشدة على بطنها لانقاص الزاوية بين العجز والعمود الفقري ، وهكذا يتحرّر الكتف المحشور . إذا لم ينجح هذا، يطبق ضغط بأصابع المولد على لوح الكتف الخلفي في محاولة لتدوير(corkscrew, Woods maneuver) الكتف الخلفية للاعلى حتى تصبح كتف امامية . إذا لم تصحّح هذه المناورة المشكلة ، تدخل يدّ المولد إلى المهبل ، وتمسك الذراع الخلفي وتسحب عبر الصدر ، مما يؤدّي إلى ولادة الكتف الخلفية وإزاحة الكتف الامامية من وراء وصل العانة . قد ينتج عن هذه المناورة كسر عظم العضد ، لكن العظم يشفى بسرعة عند الوليد . وضع المريضة على أربع (وضعية الصدر الركبة) ربّما تعتبر أيضا لأن جر الجاذبية للأسفل قد يزيل انحشار الكتف . إذا لم يكن ايا من هذه المناورات ناجحا ، يجب كسر احد عظمي الترقوة أو كلاهما ، من المفضل بالضغط على عظم الترقوة المتجّه بعيدا عن جوف الجنبpleural لمنع إنثقاب الرئتين الرضي .

وصفت مناورة ، نسبت إلى Zavanelli ، لتدبير عسرة ولادة الكتف الذي لم يصحّح بنجاح بالطرق الموصوفة سابقا . في هذا الإجراء الأخير، يرجع رأس الجنين يدويا إلى موقعه قبل الاعاضة preprestitution position ، وبعد ذلك يدفع ببطئ إلى المهبل بالضغط الثابت نحو الأعلى على الرأس . وتكمل الولادة بعد ذلك بالقيصرية . قد يتطلّب تنفيذ هذا الإجراء مرخي رحمي

.

DR.HISHAM ALHAMMAMI

C. الشذوذات التطورية DEVELOPMENTAL ABNORMALITIES

استسقاء الرأس الداخلي INTERNAL HYDROCEPHALUS

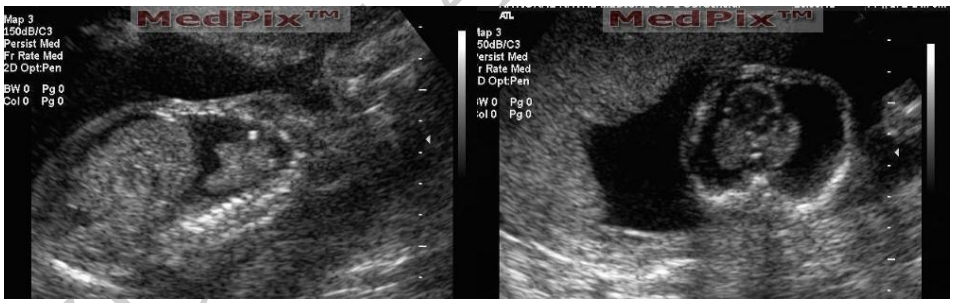
قد تسبب الشذوذات التشريحيه الموضعة عند الجنين عسرة ولادة . استسقاء الرأس الداخلي قد يسبّب كبر رأس الجنين إلى درجة تصبح فيها الولادة المهبلية مستحيلة . يوضع التشخيص عادة بفائق الصوت الذي يجرى عند الشكّ السريري ، أو قد يكتشف صدفة بفائق الصوت الذي يجرى لإستطبابات أخرى .

تتوفر عدّة خيارات لتوليد الجنين المصاب باستسقاء الرأس . قد يفرغ السائل الدماغي الشوكي الزائد بإدخال إبرة مباشرة إلى جوف البطين عبر العنق المتسّع أثناء المخاض ، أو عبر البطن بتوجيه فائق الصوت قبل أو أثناء المخاض . بدلا عن ذلك ، قد يولد الجنين بالقيصرية لتفادي خطر الانتان ، الذي قد ينجم عن البذل عبر المهبل أو البطن .

إن التحويلة داخل الرحمIntrauterine shunting للجهاز البطيني الجنيني إلى جوف السائل الامنيوسي هو إجراء تجريبي لم يتبين أن له فوائد على المدى الطويل لتبرير إجرائه.

❖ الخزب Hydrops والحبن ascites عند الجنين

تراكم الحبن ascites في بطن الجنين أو تضخم أحشاء الجنين ، مثل المثانة أو الكبد ، قد يؤدّي إلى عسرة ولادة غير متوقّعة بعد ولادة رأس الجنين (بسبب كبر بطن الجنين) . يحدث الحبن عادة كجزء من الخزب hydrops ، الذي يعرّف بانه احتباس السائل الجنيني في اثنين من الاماكن التالية : الجلد ، البطن ، الجوف التأموري ، أو جوف الجنب. سبب الخزب المناعي عادة مرض الريزوس ، بينما الخزب غير المناعي قد يكون سببه الإنتانات الخلقية ، الشذوذات الصبغية ، أو اضطرابات النظم الجنينية fetal arrhythmias . إذا وجدت أيّ من الحالات أعلاه يجب إجراء تقييم دقيق بفائق الصوت قبل أو أثناء المخاض لتشخيص ضخامة بطن الجنين المفرطة . قد يفرغ سائل الحبن أو البول من مثانة متضخمة بشكل هائل بإبرة عن طريق البطن قبل الولادة المهبلية. قد تستطب القيصرية إذا لم يمكن ضغط بطن الجنين بصورة كافية.



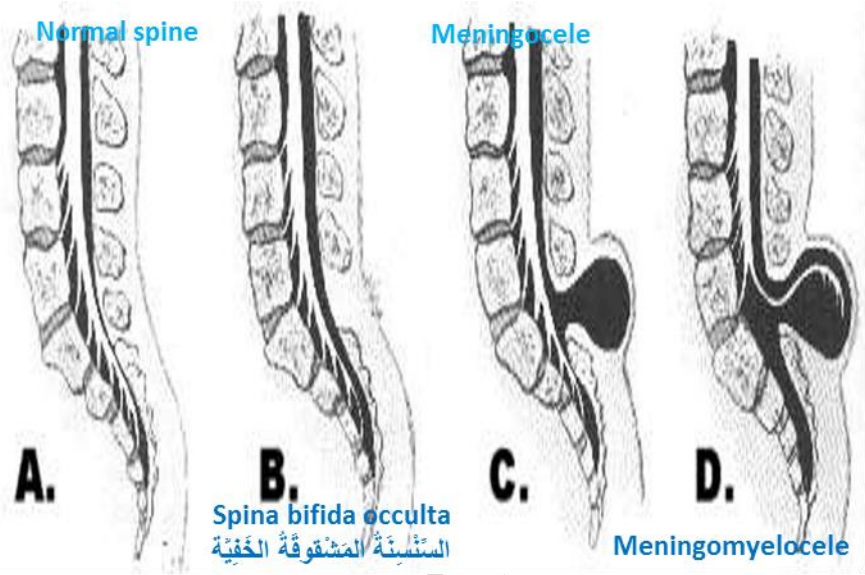
FETAL HYDROTHORAX (BILATERAL PLEURAL EFFUSIONS) AND

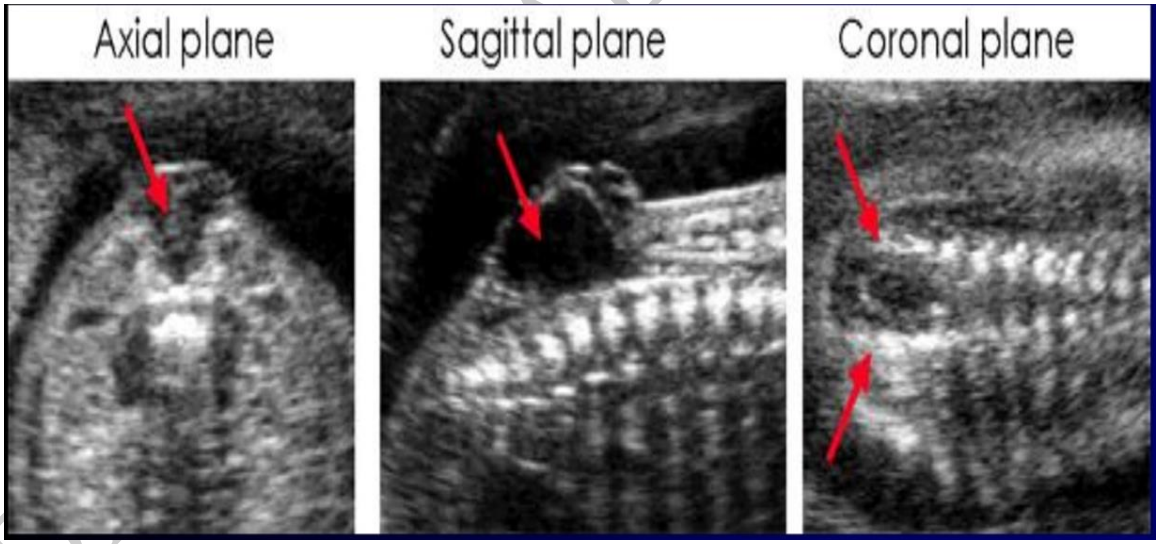
ASCITES, C/W HYDROPS FETALIS

❖ عيوب الفقرات القطنية العجزية

وجود عيب في الفقرات القطنية العجزيةlumbosacral الجنينية قد تؤدّي إلى بروز قيلة سحائية (meningocele) أو قيلة سحائية نخاعية (meningomyelocele). تكتشف هذه العيوب عادة كنتيجة لقيم alpha-fetoprotein الشاذّة في مصل الأم أو السائل الامنيوسي أو بفائق الصوت . إذا كانت القيلة كبيرة ينصح بالولادة البطنية لتتجنب عسرة الولادة أو تمزق القيلة و الإنتان المحتمل . إذا كانت القيلة صغيرة ومغطاة بجلد الجنين ، كما يدل عليها قيمة ألفاfetoprotein الطبيعية ، فان الولادة المهبلية قد تكون ملائمة .

الأسباب المحتملة الأخرى لعسرة الولادة الجنينية تتضمّن وجود ورم عجائبي عجزي عصعصي sacrococcygeal teratoma جنيني كبير جدا ، والتوائم الملتحمة ، والتوائم الخديجة المقفولة عندما يكون التوأمA مقعدي والتوأمB رأسي ويدخلان الحوض في نفس الوقت .



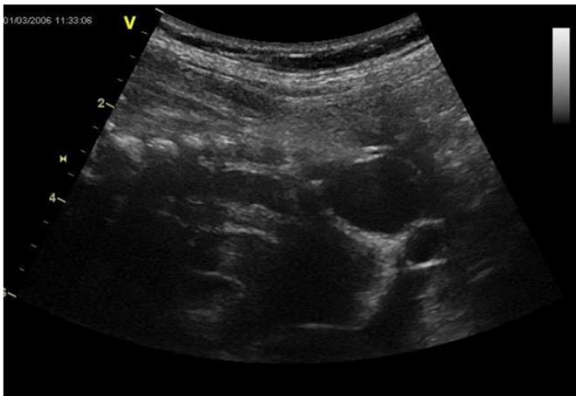


Meningocele

Meningomyelocele

Sacrococcygeal teratoma

Sacral dermoid



D. عسرات الولادة الناتجة عن شذوذات حوض الأم DYSTOSIA CAUSED BY MATERNAL PELVIC ABNORMALITIES

❖ **عدم التناسب الرأسي الحوضي (Cephalopelvic Disproportion (CPD**

يوجد عدم التناسب الرأسي الحوضي (CPD) إذا كان الحوض العظمي للام ليس بالحجم الكافي وبالشكل الملائم للسماح بمرور رأس الجنين . قد توجد هذه المشكلة كنتيجة لتضيق أحد مضيقات الحوض . قد يوجدCPD النسبي مع حوض طبيعي ،

إذا كان رأس الجنين كبيرا بشكل زائد أو إذا كان بوضع شاذ . قد يحدث تضيق حوض الأم عند مستوى المضيق العلوي أو المتوسط midpelvis ، لكن تضيق المخرج نادر جدا ما لم يوجد مترافقا مع تضيق الحوض المتوسط (انظر الفصل 8) .

عدم التناسب الرأسي الحوضي عند مستوى مدخل الحوض يسبّب فشل نزول وتدخل الرأس . إكتشاف رأس غير متدخل عند خروس في بداية المخاض يشير إلى إحتمال كبير لـCPD في مدخل الحوض ، لكن الرأس غير المتدخل في الولود عند المخاض ليس امرا نادرا .من جهة أخرى ، فإن الـCPD النسبي يمكن أن يحدث عند الولود ("فخّ multip ")، ويجب أن يتذكّر.

يجب أن يبدأ تدبير الخروس مع عدم تدخل رأس الجنين عند بدء المخاض بإجراء تقييم سريري دقيق لحوض الأم . إذا كان الحوض كافي سريريا فإن التدبير المحافظ بمراقبة نمط المخاض هو تدبير ملائم . إذا كانت التقلصات الرحمية غير فعالة ، قد نأخذ بعين الاعتبار حث المخاض بـ oxytocin .

إنّ CPD عند مستوى الحوض المتوسط midpelvis أكثر حدوثا من عسرة الولادة عند مستوى مدخل الحوض لأن سعة الحوض المتوسط أصغر من سعة مدخل الحوض وأيضا لأن حدوث إنبساط رأس الجنين أو شذوذات الوضع في رأس الجنين أكثر احتمالا عند هذا المستوى . يستدل على حدوث عسرة الولادة العظمية عند مستوى الحوض المتوسط عادة بتوقف نزول الرأس عند التدخل + 1- +2 . مع CPD وتوقف النزول ، يكون إنطباق الرأس على العنق سيّئ ، مما يؤدّي إلى فقدان جزء من القوة المطلوبة لتوسيع العنق . وهكذا ، فان CPD قد يترافق بتطاول معدل اتساع العنق المتوقّع قبل حدوث توقف النزول .

E. عسرة الولادة بسبب تخدير التوصيل Dystocia caused by conduction anesthesia

لقي التخدير فوق الجافية للسيطرة على الألم خلال المرحلة الأولى من المخاض قبولا واسعا. سمح التخدير فوق الجافية بحصار قطعي التسريب المستمر للمخدرات والمخدّر الموضعي لسيطرة أفضل على الألم ، مع أقل تدخل بالية المخاض (يرى فصلا 8).

يشير الدليل الحالي بأنّ التسكين فوق الجافية لا يزيد نسبة القيصرية الأولى ، لكنّه قد يرتبط بزيادة الحاجة للحث بـ oxytocin ، تطاول المرحلة الاولى والثانية من المخاض ، والولادة المهبلية المساعدة .

DR.HISHAM ALHAMMAMI