



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

طب التوليد

17-الإجراءات التوليدية

17- Obstetric Procedures

أ.د.هشام الحمامي

أستاذ الأمراض النسائية وطب التوليد

الجامعة السورية الخاصة - كلية الطب البشري

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





أ.د.هشام الحمامي-أستاذ الأمراض النسائية وطب التوليد-جامعة السوربة الخاصة SPU - كلية الطب البشري

الإجراءات التوليدية

أصبح الوصول للجنين أكثر سهولة من خلال التقنيات التقنية ، فإن رغبة التدخل لمصلحة الجنين أدت إلى تطوير عدد من الإجراءات التشخيصية والعلاجية التوليدية . يحمل أي إجراء يجري أثناء الحمل خطاً على كل من الأم والجنين، لذا من المهم نصائح الأم بخصوص الفوائد والأخطار لكل الخيارات قبل البدء بأي تدخل.

الإجراءات التشخيصية والعلاجية قبل الولادة

Prenatal Diagnostic and Therapeutic Procedures

1. فائق الصوت

يلعب التصوير بالأمواج فوق الصوتية للحامل عبر المهبل والبطن دوراً محورياً في العناية التوليدية الحديثة ، مع اجراء التصوير فوق الصوت في حوالي 70 % من المولودات في الولايات المتحدة اليوم . لم تظهر البيانات الإنسانية أي تأثيرات جنينية سيئة للأمواج فوق الصوت . يوضح الجدول 1-17 قائمة بالحالات الشاذة الشائعة التي قد تكتشف قبل الولادة بالأمواج فوق الصوت

A. التصوير بفائق الصوت عبر المهبل

يفيد فائق الصوت عبر المهبل في الثلث الأول من الحمل لأن قرب الترجمام فوق الصوت الكبير يسمح بالمسح عالي التواتر مما يحسن من وضوحه الأعضاء الحوضية والحمل في طور النمو أكثر من فائق الصوت البطني . يستعمل فائق الصوت عبر المهبل عموماً في الثلث الأول لتقيير عمر الحمل بدقة بالإضافة إلى موقع وعدد الأجنة . قياس شفوفية الفقرة (فحص الثلث الأول) ، تقييم بفائق الصوت للسائل المتجمد تحت الجلد في مستوى رقبة الجنين ، هو اختبار مسح للشذوذات الهيكلية والصبغية يجرى بين الأسبوع 11-14 من الحمل ، نموذجيًا بفائق الصوت البطني لكن أيضاً بالمهبل (انظر الشكل 7-2 ، الصفحة 81) . يمكن أن يميز فائق الصوت المهبل في الثلث الأول التشوهات الهيكلية أيضاً . قياس طول عنق الرحم بفائق الصوت المهبل في الثلث المتوسط يمكن أن يستعمل لتمييز المريضات عاليات الخطورة للولادة الباكرة . إن الطول المتوسط للعنق في الأسبوع 24-28 هو 5.3 سنتيمتر . المريضات مع طول عنق أقل من 2.0 سنتيمتر عاليات الخطورة جداً للولادة الباكرة (ثلاثة أضعاف إلى خمسة أضعاف) . أخيراً، تقييم القطعة الرحمية السفلية في الثلث الثاني أو الثالث بفائق الصوت المهبل تسمح بالتمييز الدقيق جداً لموقع المشيمة بالنسبة للفوهات الباطنة لعنق الرحم . في مريضة التزف المهبل ، استبعاد ارتكاز المشيمة المعيب مهم في التدبير .

B. التصوير بفائق الصوت عبر البطن

بعد الأسبوع 16 من الحمل ، يستخدم فائق الصوت البطني (مسح الثلث الثاني) لتقدير الجنين لحالات الشذوذات الهيكلية ، تقديم تقييم مرجعي A baseline assessment لنمو الجنين ، ويقدم معلومات بخصوص الحالة الجنينية . تراوح قدرة مسح الثلث الثاني لتمييز جنين مصاب بشذوذ من 17 % إلى 74 % . من المحتمل أن سبب اظهار الدراسات المختلفة لمثل هذا المجال الواسع في الحساسية هو الاختلافات في موطن المريضية ومهارة الفاحص . تقترب النوعية ، أو قدرة فائق الصوت على التمييز بشكل صحيح لجنين طبيعي ، من 100 % في كل الدراسات . هكذا فإن فائق الصوت مفيد في استبعاد الشذوذات الجنينية ، لكنه ليس موثوقاً في اكتشافها .

في الثلث الثالث ، يفيد فائق الصوت البطني في تقييم نمو الجنين . القياسات الحيوية المتسلسلة لرأس ، بطن ، وأطراف الجنين تقدم معلومات طولية بخصوص مسار النمو الجنيني . تسمح مجموعة برامج تزود بها أجهزة فائق الصوت بحساب وزن الجنين المقدر من هذه القياسات ، هذا التقدير يستعمل في أغلب الأحيان سريرياً . على أية حال ، الفهم بأنَّ لهذه التقديرات خطأ $\pm 15\%$ (اختلاف $1 \pm 15\%$ باوند أو 450 ± 450 g في جنين 7 باوند أو 3400 g) يحد من استخدام الوزن الجنيني فوق الصوتي ، خصوصاً في الأجرة الأكبر (> 8 باوند أو 4000 g) .





أ.د.هشام الحمامي-أستاذ الأمراض النسائية وطب التوليد-جامعة السوربة الخاصة SPU - كلية الطب البشري

رؤى سمات السلوك الجنيني بفائق الصوت (حركة الجسم ، التنفس) يقدم معلومات تنبؤية جداً بخصوص أكسجة وحالة الجنين . هذه السمات تجمع لتقدير السيماء الحيوي الفيزيائي (الجدول 17- 2) . إن خطر موت الجنين خلال أسبوع بعد مشعر سيماء حيوي فيزيائي كـ 8 أقل من 1 % .

الجدول 17 – 2 السيماء الحيوي الفيزيائي*

- تنفس الجنين- 30 ثانية من الحركة الإيقاعية لصدر الجنين
- حركة الجنين - على الأقل 3 حركات لجسم الجنين أو طرفه
- المقوية الجنينية (عطف وبسط لمرة واحدة في أحد مفاصل الأطراف).
- السائل الأمينوسي - أعمق جيب عمودي مفرد من السائل الأمينوسي > 2 سم.
- بالتزامن مع اختبار اللاشدة لمدة 30د.

* نقطتين في كل مرة يتم توثيق هذه الأحداث على الموجات فوق الصوتية في الزمن الحقيقي ونقطتين لاختبار اللاشدة الارتكاسي. درجة 8-10 تعتبر طبيعية .

C. تخطيط الصدى الدوبلري Doppler sonography

تخطيط الصدى الدوبلري ، يمكن من القياس الدقيق لبروفايل سرعة الدم المتتفق عبر الأوعية الجنينية ، الذي يسمح بتمثيل المقاومة الوعائية . الشريان السري ، الذي يتصرف بتدفق عالي السرعة عادة أثناء الانبساط القلبي ، قد يتصرف بغير انتظام ، أو حتى انعكس الشريان الانبساطي في جنين معرض للخطر compromised fetus مع مقاومة عالية في الأوعية المشيمية . بنفس الطريقة ، لأن ذروة سرعة الجريان في وعاء دموي تتناسب عكساً مع لزوجة السائل الذي يتذبذب خلاله ، فإن دراسة الشريان المخفي المتوسط للجنين بالدوبلير يستعمل كتقدير غير غازي للهيما توكربيت الجنيني . هذا مفيد في تدبير فقر الدم الجنيني الشديد في الحمل المختلط بالمنيع الاسمي .

أخيراً ، يستعمل فائق الصوت المساعدة في إجراء العمليات التوليدية الغازية . البذل الامينوسي ، الخزعة الكوريونية (CVS) ، وأخذ عينات الدم السري عبر الجلد (cordocentesis) أمثلة على العمليات التي تتطلب توجيه فوق صوتي مستمر .

2. البذل الامينوسي AMNIOCENTESIS

البذل الامينوسي ، الذي يتضمن أخذ عينة من سائل الجوف الامينوسي ، هو الإجراء التشخيصي قبل الولادي الغازي الأكثر شيوعاً . بالتجويم فوق الصوتي المستمر ، تدخل إبرة قياس 22 إلى جيب اميوسي واضح بظروف عفمية ، مع الحذر لتفادي الأمعاء والأوعية الدموية الولادية ، والمشيمة إذا كان بالإمكان . يسحب حوالي 20 ملليلتر من السائل الامينوسي للدراسات الوراثية . يجب إعطاء RhO-GAM للحوامل سلبيات Rh بسبب الخطير القليل للمنيع الاسمي isoimmunization المتعلق بالإجراء .

A. التشخيص الوراثي GENETIC DIAGNOSIS

يجري البذل الامينوسي للتشخيص قبل الولادي للشذوذات الصبغية في الأسبوع 16- 20 من الحمل . إن الأخطار المتعلقة بالإجراء هي الإجهاض بنسبة 0.3 % تقريباً وتسرب السائل الامينوسي القابل للقياس بعد البذل بنسبة 1 % . يترافق البذل الامينوسي الأكبر قبل الأسبوع الخامس عشر من الحمل بنسبة إجهاض أعلى (4- 3 %) ، ونسبة تسرب بعد البذل أعلى (3 %) ، وخطر إضافي لتشوهات الطرف ، ويتضمن ذلك القدم المضربية ، حنف القدم (1 %) . تتطلب الخلايا الامينوسيات إلى زرع 1- 2 أسبوع قبل التحليل الصبغاني النهائي محتمل ، بالرغم من أن التهجين الثنائي في الموقع FISH () يمكن أن يستعمل بمسابر نوعية للصبغي (ومثال على ذلك : - ، تثلاث الصبغي 21 ، 18 ، و 13) وتعطي نتائج أولية في 3 أيام .

3 أ.د.هشام الحمامي-أستاذ الأمراض النسائية وطب التوليد-جامعة السوربة الخاصة SPU - كلية الطب البشري





أ.د.هشام الحمامي-أستاذ الأمراض النسائية وطب التوليد-جامعة السوربة الخاصة SPU - كلية الطب البشري

B. التشخيص المورثي

عيوب الجنين الوحيدة التي ميزت في المستوى الجزيئي قابلة للتشخيص قبل الولادي من خلال البذل الامنيوسي . يستعمل تفاعل PCR المتسلسل (PCR) ، يمكن أن يضخم DNA الجنيني في الخلايا الامنيوسيّة amniocytes بسرعة للسماح للتحليل الجزيئي المباشر أو الغير مباشر للأضطرابات الوراثية . تتضمن الأمثلة على الأضطرابات الوراثية الشائعة المشخصة قبل الولادة التليف الكيسي Tay-sachs disease ، داء تاي – ساكس Cystic fibrosis ، فقر الدم المنجلی Sickle cell disease ، والصبغي X الهش Fragile X syndrome .

C. الاختبار الكيميائي الحيوي BIOCHEMICAL TESTING

مثال على الإختبار الكيميائي الحيوي الذي يمكن أن يجرى على السائل الامنيوسي هو تحديد مستوى ألفا (fetoprotein) AFP (fetoprotein) ، وهو بروتين مصل جنيني الذي يجب أن ، تحت الظروف الطبيعية ، يكون قابل للكشف في السائل الامنيوسي بكميات زهيدة . في حالة افتتاح الجدار الظاهري أو البطني الجنيني (ومثال على ذلك : - ، عيوب الأنابيب العصبي أو انسفاق البطن الخلقي) سيكون AFP في السائل الامنيوسي مرتفع ، مما يسمح بكشف هذه العيوب حتى إذا كان التصوير فوق الصوتي مريب أو غير مشخص .

D. الاختبارات التشخيصية الأخرى

يستعمل البذل الامنيوسي عموماً في الثالث الثالث لتقدير خطر عدم نضج الرئة عند الوليد في حالة الولادة الباكرة الوشيكة أو قبل الولادة الانتخابية . هذا يتم بقياس الدسم الفوسفوري الرئوية phospholipids أو الأجسام الرفانقية (الصفائحية) ، التي تدخل السائل الامنيوسي من الرئة الجنينية . وجود lecithin إلى (L/S) من sphingomyelin من 2 يرتبطان بخطر بسيط للشدة التنفسية في الوليد . في حالة الشك بالتمزق الباكر للأغشية عندما يكون التشخيص غير واضح باستعمال الاختبارات القياسية ، قد يجرى حقن من 2 - 3 ملليلتر من الصباغ النيلي indigo في السائل الامنيوسي . إذا تم ملاحظة الصباغ على يكّة مهبلية ، يؤكد تمزق الأغشية .

3. أخذ عينات الزغابات الكوريوانية CHORIONIC VILLUS SAMPLING (CVS)

الطريقة الأخرى للوصول إلى الخلايا الجنينية للتشخيص الوراثي قبل الولادة هي أخذ عينات CVS من المشيمة . إن إستطبابات أخذ عينات CVS مشابهة للبذل الامنيوسي . إن فائدتها CVS أنها تجري في وقت أبكر من البذل الامنيوسي (نموذجيًا بين الأسبوع 10 - 12 من الحمل) ، مما يسمح بالتشخيص قبل الولادة الباكر . بالرغم من أنها سهلة تقنياً ، لا يجري CVS قبل الأسبوع التاسع لأنه يترافق بخطر متزايد للحثل الفموي الفكي oromandibular وفي الطرف ، من المفترض من الانية الوعائية .

قد تجرى CVS في شروط عقية عبر العنق transcervically أو عبر البطن transabdominally . في CVS عبر العنق ، تدخل الـ 3 - 5 سنتيمتر الأخيرة من القسطرة عبر العنق ومنه إلى المشيمة تحت توجيهه فائق الصوت . توصل محقنة 20 ملليلتر في وسط مغذي ، يطبق ضغط سلبي للحصول على أجزاء من الزغابات المشيمية . يستخدم في CVS عبر البطن إبرة قياس 18 - 20 تدخل إلى المشيمة عبر البطن . مع أي طريقة ، يجب إعطاء RhO-GAM للمريضات سليبات Rh . إن نسبة الاجهاض المتعلقة بالإجراء أقل من 1 % .

تسمح الرؤية البصرية المباشرة لخلايا الزغابات المنقسمة التي حصل عليها CVS بكشف حالات الشذوذ الصبغي خلال 3 أيام ، ويعطي الزرع السيسجي النتائج الخلوية الوراثية خلال 6 - 8 أيام . إن الدقة التشخيصية CVS أقل نوعاً ما من البذل الامنيوسي القياسي بسبب الخطورة 1% للتربيق (الفيسيسانية) الصبغي chromosomal mosaicism ، الذي يعود في أغلب الأحيان لفيسيسانية المشيمية المحصور . مساوى CVS هو أن تقيم مستويات AFP في السائل الامنيوسي غير ممكن بهذه التقنية ، وهكذا فإن المريضات المعرضات لخطر عيوب الأنابيب العصبي يجب أن ترجى إلى بذل السائل الامنيوسي في الثالث الثاني .





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

٤. بزل الحبل السري Cordocentesis

البذل السري Cordocentesis (أخذ عينات من دم الحبل السري عبر الجلد) هو إجراء يؤخذ فيه الدم الجنيني مباشرة من الوريد السري في موقع ارتكاز الحبل السري على المشيمة تحت التوجيه فوق الصوتي المباشر. تأكيد الأصل الجنيني لمذodge الدم المأخوذ يكون بقياس متوسط الحجم الكريبوبي الجنيني (MCV)، وهو نموذجياً أكبر من $MCV120\text{ fL}$ الوالدي عادة أقل من 100 fL .

من الناحية التاريخية ، الاستطباب الأكثر شيوعا للبنل السري cordocentesis كان هو تحديد الهematocrit الجنيني في المرض الإنحلالي ، Rh isoimmunization بالدخول الحديث لتقييم فقر الدم الجنيني Doppler للشريان المخي المتوسط الجنيني ، فإن البنل السري cordocentesis لهذا الاستطباب أقل توافرا . اليوم ، يجرى البنل السري في أغلب الأحيان للتقييم السريع للنمط التروي karyotype الجنيني . على عكس الخلايا الامنيوية amniocytes ، قد تزرع الكريات البيضاء الجنينية بسرعة ، وتوفر النتائج نموذجيا في 3 أيام .

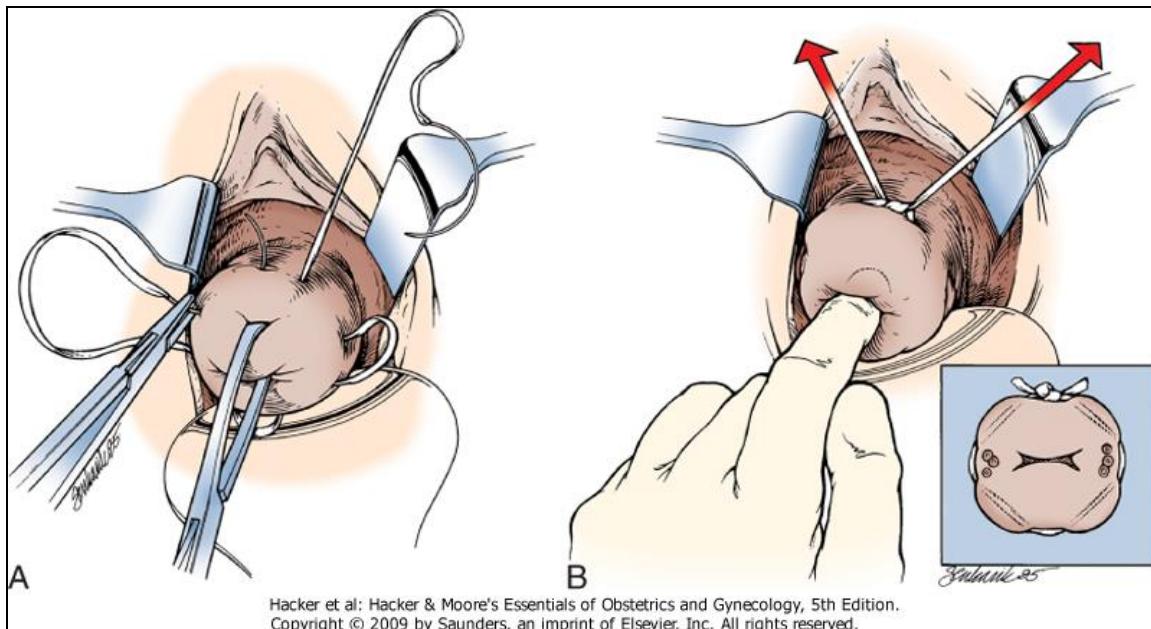
نسبة الاجهاض تساوي تقريباً 1% لكل إجراء . في حالة موه الجنين ، فإن خطر الاجهاض قد تقترب من 7% . سبب فقدان الحمل قد يكون بسبب التهاب المشيمة والسلى chorioamnionitis ، تمزق الأغشية ، النزف من مكان البذل ، بطء القلب bradycardia ، أو تخثر الوعاء السري .

5. تطويق عنق الرحم Cervical Cerclage

يعرف قصور أو ضعف عنق الرحم بعدم قدرة عنق الرحم على الاحتفاظ بالحمل رغم غياب التقلصات الرحيمية أو المخاض (انظر الفصل 19) . اقترح توطيق عنق الرحم ، أي وضع قطبة دائيرية على العنق ، كمعالجة جراحية لهذه الحالة . توضع القطبة عادة في الأسبوع 13-16 .

القطبة الأكثر شيوعا ، هي قطبة ماكدونالد McDonald's cerclage ، التي تتكون من وضع خقطبة زامة بسيطة بخيط مفرد pursestring monofilament قرب الوصل العنقـي المـهـلي (الشكل 17-1) . تختلف قطبة شirodkar's Shirodkar's cerclage في ان القطبة توضع بالقرب من الفوهـة 05 البـاطـنة قـدر الـامـكـان . تسـلـيـخـ المـثـانـة وـالـمـسـتـقـمـ عنـ العـنـقـ ، يـرـبـطـ الخـيطـ المـحـاكـ الذـي يـشـبـهـ الشـرـيـطـ ، ويـوـضـعـ الغـشـاءـ المـخـاطـيـ فوقـ العـقـدةـ . يـسـطـبـ التـطـوـيقـ العـنـقـيـ البرـزـخـيـ عـبرـ البـطـنـ Transabdominal cervicoisthmic cerclage في حالـاتـ نـادـرـةـ وـيـقـصـرـ عـلـىـ مـرـيـضـاتـ مـنـتـخـبـاتـ مـعـ سـوـابـقـ فـشـلـ تـطـوـيقـ عـنـقـ الرـحـمـ عـبـرـ المـهـلـيـ ، نـفـصـ تـصـنـعـ العـنـقـ ، أوـ عـنـقـ شـدـيدـ التـدـبـ بـسـبـبـ تـمزـقـاتـ سـابـقـةـ أوـ جـراـحةـ سـابـقـةـ . يـتـطـلـبـ هـذـاـ النوعـ منـ التـطـوـيقـ تـسـلـيـخـ المـثـانـةـ عـنـ القـطـعـةـ السـفـلـيـ لـلـرـحـمـ مـنـ خـلـالـ شـقـ البـطـنـ . تـرـفـعـ القـطـبـةـ المـهـلـيـةـ نـمـوـذـجـياـ قـبـلـ بـداـيـةـ المـخـاضـ . فيـ القـطـبـةـ الـبـطـنـيـةـ ، تـجـرـىـ الـقـيـصـرـيـةـ . يـجـبـ اـخـبـارـ الـمـرـيـضـاتـ بـشـكـلـ كـامـلـ بـالـمـخـاطـرـ الـمـرـتـبـطـةـ بـالـتـطـوـيقـ ، وـالـتـيـ تـتـضـمـنـ التـنـزـفـ ، الـانـتـانـ ، تـمزـقـ الـأـغـشـيـةـ ، وـتـأـذـيـ الـأـعـضـاءـ الـمـجاـوـرـةـ (ـالـمـثـانـةـ وـالـأـمـاءـ)ـ .





Hacker et al: Hacker & Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology, 5th Edition.
Copyright © 2009 by Saunders, an imprint of Elsevier, Inc. All rights reserved.

Figure 17-1 McDonald-type cervical cerclage. Although suture technique may vary somewhat, four sutures are usually placed high into the cervix using a nonabsorbable material such as Mersilene (A) and then tied, providing additional support at the level of the internal cervical os (B). This suture is cut for labor.

6. العمليات التوليدية الجراحية Operative Delivery

إن نسبة العمليات التوليدية الجراحية في الولايات المتحدة اليوم هي حوالي 35 - 40 % ، منها 10 - 15 % ولادات مهبلية جراحية باستخدام إما المحجم أو الملقط . حوالي 25 - 30 % من كل الولادات هي ولادات قيسارية. لكل إجراء جراحي فوائد ومخاطر ملزمة.

A. الملاقط التوليدية OBSTETRIC FORCEPS

الملاقط ألات صممت لتطبيق الجرّ والتدوير على رأس الجنين عندما تكون القوى الدافعة للألم غير كافية لإتمام ولادة الجنين بشكل آمن . يبين الشكل 17-2 الملاقط المستخدمة الشائعة. هناك صنفان من الملاقط التوليدية : الملاقط الكلاسيكية Classic forceps والملاقط التخصصية Specialized forceps . يعتمد اختيار الملاقط على الاستطباب التوليدي .



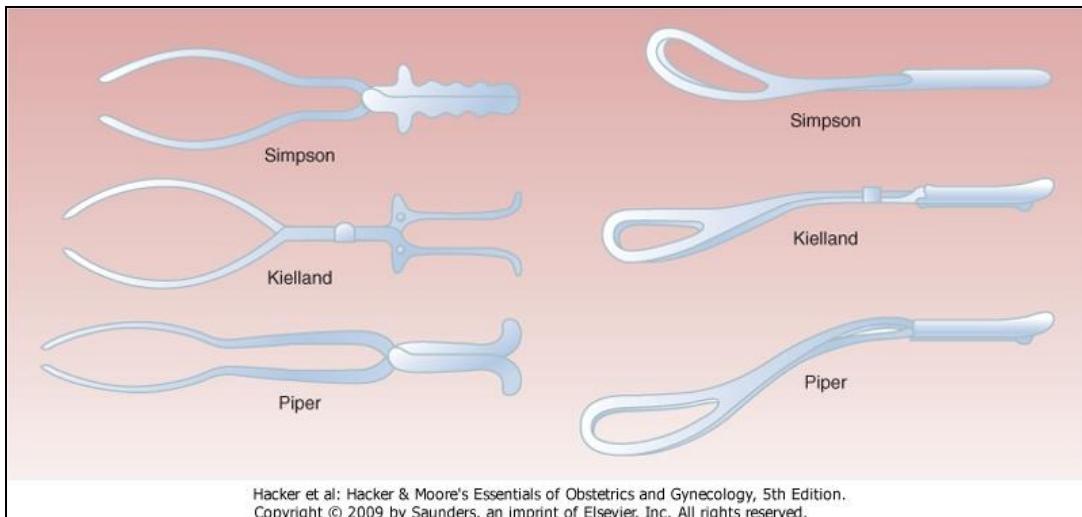
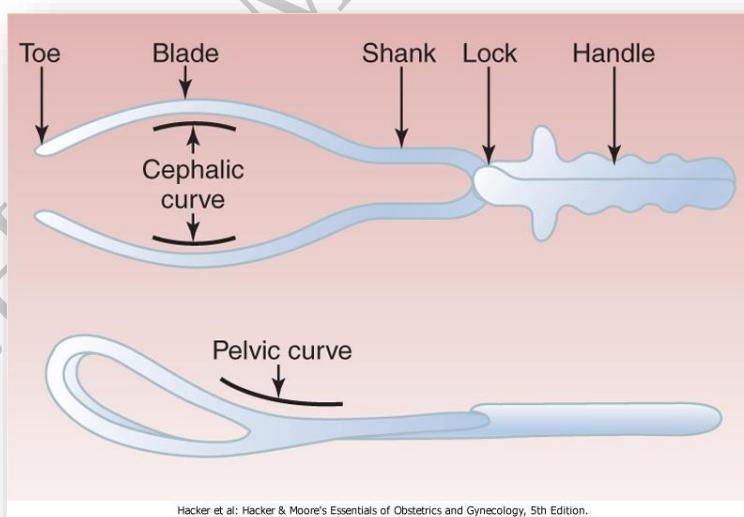


Figure 17-2 Types of obstetric forceps in use.

- ملقط سيمبسون **Simpson** مثل على الملاقط الكلاسيكية **classic** أو القياسي **standard**
- ملقط كيللاند **Kielland** (للتدوير المتوسط بالملقط **midforceps rotation**) هو مثل على الملاقط التخصصية **specialized** وقليلًا ما يستخدم
- ملقط بایر **Piper** ويستخدم لتوليد الرأس المتأخر في المجيء المعدني (انظر الشكل 17-4)

يستخدم الملقط الكلاسيكي أو القياسي لإنهاء الولادة بتطبيق الجرّ على جمجمة الجنين . يوضح الشكل 17-3 أجزاء كل ملعقة . الملعة لها انحناء رأسي مصمم ليتطابق مع انحناء رأس الجنين . ملقط سيمبسون (مثل للملقط الكلاسيكي أو القياسي) له انحناء رأسي مستدق مصمم ليتطابق مع رأس الجنين المقلوب . يقترب الانحناء الحوضي للملقط الكلاسيكي من شكل القناة الولادية .





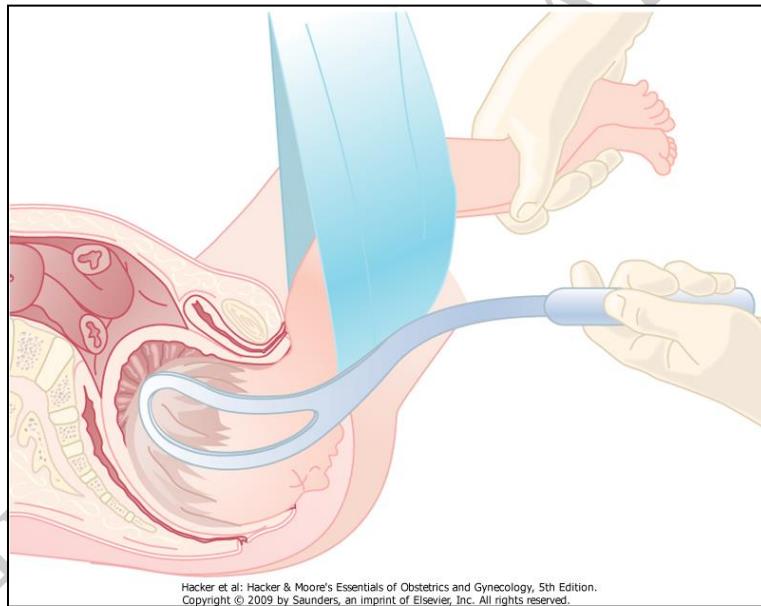
أ.د.هشام الحمامي-أستاذ الأمراض النسائية وطب التوليد-جامعة السوربة الخاصة SPU - كلية الطب البشري

Figure 17-3 Components of classic forceps

► الإستطبابات Indications

عموماً، هناك أربع استطبابات للولادة المهبلية الآلية:

1. تطاول المرحلة الثانية للمخاض . في الخروقات ، فهذه تعرف بتوقف تطور المخاض لمدة ساعتين بدون تخدير ناهي أو لمدة 3 ساعات مع التخدير الناهي . في الولادات ، يعرّف بتوقف تطور المخاض لمدة ساعة 1 بدون تخدير ناهي أو لمدة ساعتين بالتخدير الناهي .
2. الشك بتآلم الجنين .
3. لثبيت الرأس المتأخر after coming أثناء ولادة المقدعي (انظر الشكل 17 – 4)
4. لقصير المرحلة الثانية للمخاض لمصلحة الأم . الحالات الوالدية مثل ارتفاع ضغط الدم ، الاضطرابات القلبية ، أو المرض الرئوي ، التي يعتبر فيها الحرق العنيف في المرحلة الثانية للمخاض خطراً ، قد تكون استطبابات الولادة بالملقط . التسكين فوق الجافية ، الذي ينقص الحرق الشديد أيضاً أثناء المرحلة الثانية للمخاض ، ربما يوصي بالملقط أيضاً لهذه الغاية .



الشكل:7-4 ولادة الرأس باستخدام ملقط بابر Piper

► أنواع عمليات الملقط Types of Forceps Operations

يصنّف تطبيق الملقط حسب درجة التدخل وموقع النقطة الاستكشافية وزمن تطبيق الملقط . الكلية الأمريكية لإخصائي النساء والتوليد ACOG اقترحت التصنيف التالي :

1. ملقط المخرج Outlet forceps : تشاهد فروة الرأس عند مدخل المهبل بدون تبعيد الاشعار ، رأس الجنين عند العجان ، جمجمة الجنين عند قاع الحوض ، الدرز السهمي بوضع امامي خلفي أو بوضع امامي أو خلفي ايمن / ايسير ، و دوران رأس الجنين لا يتجاوز 45 درجة .

8 أ.د.هشام الحمامي-أستاذ الأمراض النسائية وطب التوليد-جامعة السوربة الخاصة SPU - كلية الطب البشري





أ.د.هشام الحمامي-أستاذ الأمراض النسائية وطب التوليد-جامعة السوربة الخاصة SPU - كلية الطب البشري

2. الملقط الواطئ Low forceps : النقطة الاستكشافية لجمجمة الجنين عند الموقع +2 سنتيمتر أو أكثر . الملقط الواطئ له نوعان : دوران 45 درجة أو أقل ، ودوران أكثر من 45 درجة .

3. الملقط المتوسط Mid forceps : رأس الجنين متدخل ، لكن النقطة الاستكشافية Leading point للجمجمة فوق الموقع +2 سنتيمتر .

قبل القيام بالولادة المهبلية بمساعدة الملقط يجب اخذ موافقة ملائمة من المريضة بخصوص المخاطر والفوائد المحتملة . يجب أن يلخص استطباب الملقط بشكل واضح للمريضة ويكتب في السجل الطبي . يجب أن يكون العنق تام الاتساع ، الأغشية متزرقة ، ورأس الجنين متدخل في الحوض . التقييم السريري لتقدير تدخل المجيء ، حجم الجنين ، وسعة حوض الأم إلزامي . يجب أن لا يكون هناك شك بخصوص وضع رأس الجنين . يتم هذا التقييم بجس اليوافيح والدروز مقارنة مع حوض الأم . التدبير يجب أن يكون كافي أما بحضار العصب الفرجي بالتخضيب الموضعي (لملقط المخرج فقط) أو بالتخدير الناهي . يجب افراج المثانة لمنع اذيتها ولتأمين مجال أوسع لإتمام الولادة .

► **VACUUM EXTRACTION** المحجم السويدي

المحجم السويدي آلية تستخدم كأس ماص يطبق على رأس الجنين . بسبب سهولة استخدامه النسبية مقارنة بالملقط ، أصبح المحجم السويدي أكثر استخداماً في الولايات المتحدة . بعد التأكد من عدم وجود نسيج والذي محشور بين الكأس ورأس الجنين ، يكون الأطباقي المحكم باستعمال مضخة ماصة . ثم يطبق الجرّ باستعمال المبادئ المماثلة لما وصفت سابقاً للولادة بالملقط . يجب الحفاظ على انعطاف رأس الجنين للحصول على القطر الأصغر بالنسبة لوضع الأم بوضع الحافة الخلفية للكأس الماص بعيدة 3 سنتيمتر من اليافوخ الامامي مباشرة على الدرز الشهي . هذا مصوّر في الشكل 5-17 . بمساعدة الحرق الوادي ، يطبق الجرّ بشكل موازي لمحور قناة الولادة . انفصل الكأس الماص عن رأس الجنين أثناء الجرّ الملائم يعرف بانفلات المحجم . إذا لم ينزل الرأس في القناة الولادية بالحرّ الملائم ، أو إذا حدث الانفلات مررتين ، يجب أن يوقف التطبيق لمصلحة الولادة بالقىصرية . إن إستطبابات الولادة بالمحجم تماماً مثل الولادة بالملقط .



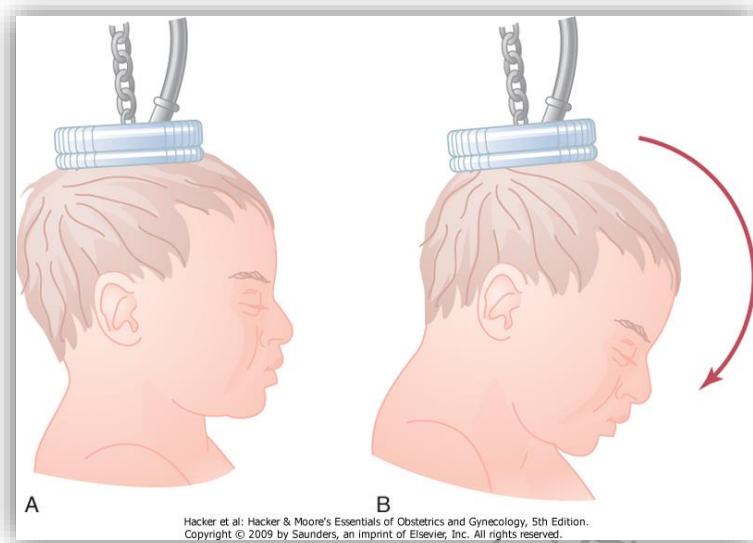


Figure 17-5 Application of the vacuum extractor.

A: Incorrect application, which deflexes the fetal head, thereby increasing the presenting diameter.

B: Correct application over the posterior fontanelle, which flexes the fetal head when traction is applied.

إن شروط تطبيق المحجم هي أيضا تماما مثل الملقظ، مع بعض الإستثناءات. الولادة الباكرة هي مضاد استطباب لاستخدام المحجم لأن رأس وفروة رأس الجنين الخديج أكثر عرضة للرض بكأس المحجم . إن المحجم مناسب لكل المgebenات الفنية ، لكن على عكس الملقظ يجب أن لا يستخدم أبدا لتوليد الأجنة بمجيء وجهي أو مقعدى .

المقارنة بين الولادة بالمحجم والملقط COMPARISON OF FORCEPS AND VACUUM DELIVERY

ان فهم الفوائد والمساوئ المحتملة لكل أداة مستخدمة في الولادة المهبلية الفعالة تساعد المولود على نصوح الأم بشكل ملائم و اختيار الأداة الأكثر ملائمة لحالة سريرية معينة . نسبة النجاح العامة للولادة المهبلية بالملقط أعلى . نسبة فشل الملقظ 7 % ، بينما نسبة فشل المحجم 12 % . عموما ، تسبب الولادات المهبلية بالملقط نسب أعلى من الرضوض الوالدية ، وبسبب المحجم نسب أعلى من المراضة الجنينية . تكون خ特ورة أذية الأنسجة المهبلية والعجانية وأذية المعصرة الشرجية الوالدية أعلى في الملقظ . على القفيض من ذلك ، فان الولدان الذين ولدوا بالمحجم عندهما نسبة أعلى من الأورام الدموية الرأسية (تجمع الدم تحت periosteum ودمات تحت الجلد (السفاقية) subgaleal) . ارتبط الاستخدام المتعاقب للالاتين بمعدل مراضة جنينية عالي بشكل غير متكافئ ويجب تقاديمها ويمكن أن يسمح لفقدان دم هام) . ارتبط الاستخدام المتعاقب للالاتين بمعدل مراضة جنينية عالي بشكل غير متكافئ وبالمحجم أو مقاربتها بحذر شديد . بيّنت الدراسات بالطريق الرابع طويلة المدى لمراهقين ولدن مهبليا بشكل طبيعي ، بالملقط وبالمحجم ، والقيصرية وجود اختلاف ضئيل في الخلل الفيزيائي والإدراسي .

► الولادة القيصرية CESAREAN DELIVERY

الولادة القيصرية هي ولادة جنين من خلال شق في بطن ورحم الأم . المستشفيات التي تقدم الخدمات التوليدية يجب أن يكون عندها الموظفين والأجهزة لإجراء القيصرية الإسعافية خلال 30 دقيقة .





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

الولادة القيصرية هي العملية الكبرى الأكثر شيوعا في الولايات المتحدة اليوم . زادت نسبة الولادة القيصرية أكثر من خمسة أضعاف ، من 5 % من الولادات في 1970 إلى 30 % تقريبا من الولادات حاليا. تعود الزيادة الكبيرة في نسبة الولادة القيصرية إلى العديد من العوامل ، منها الفائدة المفترضة للجنين ، الخطورة الوالدية المنخفضة نسبيا ، التفضيل الاجتماعي ، والخوف من المقاضاة .

إن الفوائد حول الولادة للعملية القيصرية تستند بشكل كبير على دليل غير محدد و ضعيف . لقد كان هناك انخفاض أكثر من 10 أضعاف في الوفاة حول الولادة في الولايات المتحدة خلال السنوات الـ 40 الماضية والذي يتماشى مع التطور في الرعاية قبل الولادة ، أثناء الولادة ، والرعاية الوليدية . مقدار مساهمة الاستخدام المتزايد للولادة القيصرية في هذا التحسن قابل للنقاش ، باستثناء تدبير ولادة المقدعي في تمام الحمل . تبين حدوث تحسن في الوفاة حول الولادة والوليدية وجزء كبير من المراضاة الوليدية من 5.0 % للأجنة المقدعية المولدة مهليا إلى 1.6 % للأجنة المولدة بالقيصرية.

إن معدل الوفيات العام من الولادة القيصرية أقل من 1 في 1000 حاليا ، لكن هذا أكبر بحوالي 5 أضعاف من ذلك في الولادة المهبلية . على أية حال ، أظهرت الدراسات الحديثة أن معدل الوفيات الوالدية في الولادة القيصرية الانتخابية يقترب من المعدل في الولادة المهبلية . هذا بسبب التطور في التقنيات الجراحية ، العناية التخديرية ، نقل الدم ، والمضادات الحيوية . ازدادت المراضاة الوالدية في الولادة القيصرية مقارنة بالولادة المهبلية ، بسبب زيادة الإلانتانات بعد الولادة ، النزف ، والصمة الخثوية .

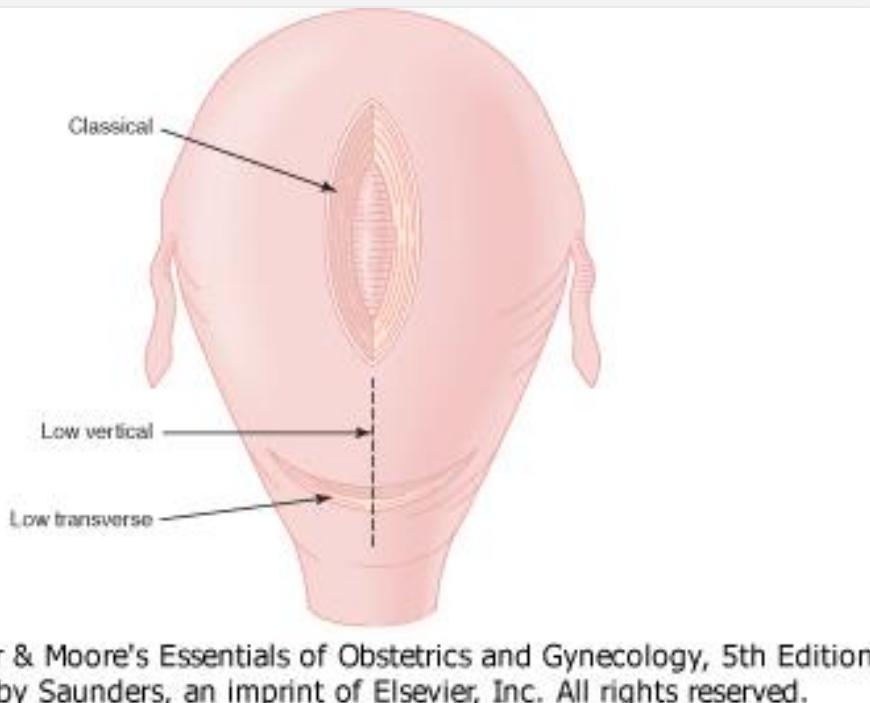
الإستطبابات : Indications :

أربع إستطبابات تفسّر 90 % من الزيادة الملحوظة في الولادة القيصرية خلال السنوات الـ 40 الماضية : عسرة الولادة (Dystocia 30 %) ، القيصرية المعادة (Repeat cesarean delivery 25 - 30 %) ، المجيء المقدعي (10 - 15 %) ، وتآلم الجنين (distress 10 - 15 %) . الاستطباب المطلق للولادة القيصرية هو سوابق شق غير معترض يتناول كامل سماكة العضلة الرحمية . هذا يحدث في كل الولادات القيصرية الكلاسيكية وبعض عمليات استئصال الورم العضلي . كل الحمول المختلطة بالمشيمة المترسبة يجب أيضا أن تولد بالقيصرية .

أنواع العملية القيصرية Types of Cesarean Deliveries

تشتّت القيصرية حسب شق الرحم (الشكل 17-6) ، وليس حسب شق الجلد . في القيصرية السفلية المعترضة LTCD ، يجري الشق الرحمي بشكل معترض على القطعة السفلية للرحم بعد تسليخ المثانة . تتضمن فوائد هذه الطريقة إنخفاض نسبة تمزق الندبة في حمل لاحق وانخفاض خطر النزف ، التهاب البريتون ، الخذل المعيوي ، والالتصاقات المعنوية . في الولادة القيصرية الكلاسيكية ، يجرى شق طولي على القطعة العلوية للرحم عبر العضلة الرحمية . ربما يجرى شق طولي أيضا على القطعة السفلية ، في هذه الحالة تدعى العملية باسم القيصرية الطولانية السفلية ، بالرغم من أن الشق يمتد دائما بدرجات مختلفة إلى القطعة العلوية للرحم . تتضمن الإستطبابات الشائعة للقيصرية الكلاسيكية المقدعي الخديج مع عدم تشکل القطعة السفلية للرحم ، المجيء المعترض الظاهري السفلي ، عدم الوصول الجيد إلى القطعة السفلية بسبب اورام ليفية أو النصاقات ، أو التخطيط لقيصرية باترة . نوع الشق الرحمي له نتائج مهمة بخصوص خطر التمزق الرحمي في الحمل مستقبلا. التمزق الرحمي ، الذي يعرف بافتراق الشق الرحمي ، قد يسبب اختلالات والدية هامة بسبب النزف الهائل وتؤدي أو موت الجنين . يتراافق شق LTCD بخطر أقل من 1% لتمزق الرحم العرضي في الحمل اللاحق ، بالرغم من أن هذا الخطر قد يكون أعلى إذا حدث أو حرض المخاض . القيصرية الكلاسيكية تحمل خطرة 4 - 7 % لتمزق الرحم . وبالتالي يجب اجراء قيصرية للمريضات مع شق رحمي كلاسيكي في كل الحمول اللاحقة.





Hacker et al: Hacker & Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology, 5th Edition.
Copyright © 2009 by Saunders, an Imprint of Elsevier, Inc. All rights reserved.

Figure 17-6 Types of cesarean delivery incisions.

الوقاية Prevention

تبين ان إجرائين سريريين يستخدمان لتخفيض نسبة القيصرية : التحويل الرأسي الخارجي ECV والولادة المهبلية بعد القيصرية VBAC . يحول الجنين بمحيء معيب إلى محيء رأسي لتفادي القيصرية للمحيء المقدعي . يتم هذا التحويل في المخاض والولادة ، بعد الأسبوع السادس والثلاثون أو السابع والثلاثون للحمل ، وبتوجيه فوق الصوت . قد يعطي tocolytic لانقاص المقوية الرحمية . باستعمال التحويل الخارجي ، يوجه الجنين بلطف إلى محيء رأسي . الأخطار الجنينية بسبب عقدة الحبل السري وانفكاك المشيمة منخفضة ($> 1\%$) . إن نسبة نجاح ECV حوالي 60% . عدد الولادات ، عمر الحمل ، موقع المشيمة ، والاتساع والتدخل تؤثر على نسبة النجاح هذه . برنامج ECV يمكن أن ينقص نسبة القيصرية في هذه المجموعة من المرضى بأكثر من النصف ومعدل ولادات خدمة ولادية القيصرى العام من قبل حوالي 2% . تمثل النساء مع قيصرية سابقة ثالثي سبب عام شائع لقيصرية (25 - 30%). في الحقيقة ، حوالي 10 - 15% من النساء الحوامل عندهن قيصرية سابقة . قد تطبق تجربة المخاض إذا كان هناك سوابق قيصرية واحدة او اثنان سفليتان LTCDS ، لم يمتد الشق الرحمي إلى العنق أو القطعة العلوية للرحم ، وليس هناك سوابق تمزق رحم . يجب ملاحظة أبعاد حوض الأم بالفحص السري . يجب أن يكون الموظفون والأجهزة متوفرين فوراً عند ضرورة اجراء قيصرية إسعافية . إن نسبة النجاح العامة لـ VBAC حوالي 70% ، بالرغم من أن هذا يتراوح من 60% (عسر ولادة) إلى 90% (malpresentation) ، اعتماداً على استطباب القيصرية السابقة . بالمقارنة بالولادة القيصرية المعاذه ، تترافق الولادة المهبلية الناجحة بمراضة والدية أقل بدون زيادة في المراضة حول الولادة . على أية حال ، إذا حدث تمزق رحم ، قد تكون هناك زيادة 10 أضعاف في الوفاة حول الولادة بالإضافة إلى المراضة الولادية الكبيرة .

