

ديستوشي - ليبر غير طبيعي

قسمت سوم: پوزيشن هاي معيوب

پيشگيري با ؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟

upright (قائم)

- ❖ Kneeling (زانو زدن)
- ❖ Sitting (نشستن)
- ❖ Squatting (چمباتمه)
- ❖ Standing (ایستادن)

▶ بکارگیری پوزیشن‌ها و حرکات توصیه شده در زایمان فیزیولوژیک
▶ و بطور کلی آزاد گذاشتن مادر برای حرکت و انتخاب پوزیشن مورد علاقه

خصوصیات پوزیشنهای upright عمودی

- ❖ افزایش خونرسانی به رحم و جنین
- ❖ وارد شدن وزن مادر از طریق سر فمور به حفره استابلوم و لگن
- ❖ استفاده بهینه از جاذبه زمین و وزن جنین
- ❖ اگر باتکس به جایی تکیه نداشته باشد تمامی اقطار فلکسیبل لگن تحت فشار عضو پرزانتته و انقباض رحم، قابل افزایش هستند.

کونتراندیکاسیونهای (وضعیت قائم) Upright

- ❖ ساک پاره و سر بالا
- ❖ خونریزیها
- ❖ پره اکلامپسی و سایر بیماریهای تضعیف کننده مادر
- ❖ مصرف داروهای بی که امکان ایجاد سر گیجه و عدم تعادل برای مادر دارند.
- ❖ نیاز به کاردیو توکو گرافی دائم

اکسی پوت خلفی پایدار

در اغلب موارد وضعیتهای اکسی پوت خلفی به طور خودبه خود به وضعیت اکسی پوت قدامی چرخش پیدا می کنند و سپس زایمان بدون عارضه صورت می گیرد



اکثر نمایشهای اکسی پوت در هنگام زایمان ناشی از چرخش نادرست وضعیت اکسی پوت قدامی در طی لیبر هستند و حدود ۹۰ درصد نمایشهای اکسی پوت خلفی در شروع لیبر به طور خودبه خود به وضعیت اکسی پوت قدامی چرخش پیدا می کنند.

علل دقیق ناتوانی در چرخش خودبخود
مشخص نشده اند اما بدون شک کوتاه بودن
قطر عرضی لگن میانی یکی از عواملی است
که در این زمینه نقش دارد.

شیوع ROP ۳ تا ۵ برابر LOP است.



در پوزیشن های خلفی و عرضی اکسی پوت به دلیل طرز قرار گرفتن جنین امکان فلکسیون کامل سر وجود نداشته و لذا امکان دارد قطر قدامی خلفی عضو نمایش به جای ساب اکسی پیتوبرگماتیک ، قطر ساب اکسی پیتو فرونتال یا اکسی پیتو فرونتال باشد که در این صورت روند زایمان با اشکال روبرو خواهد شد.

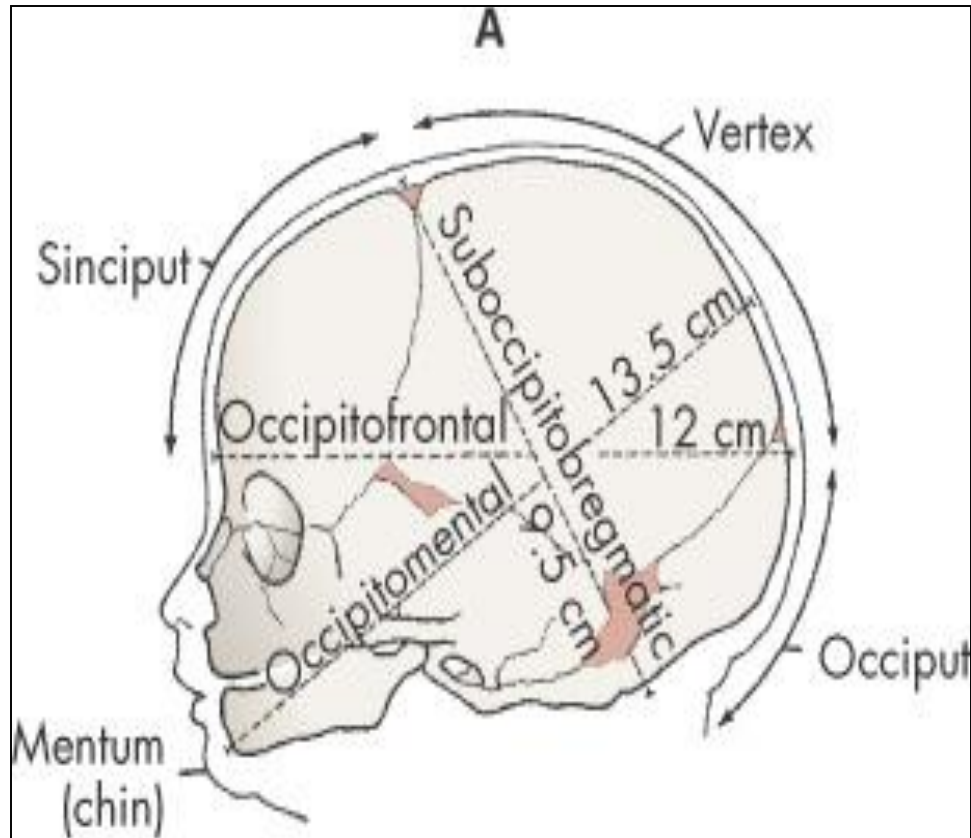


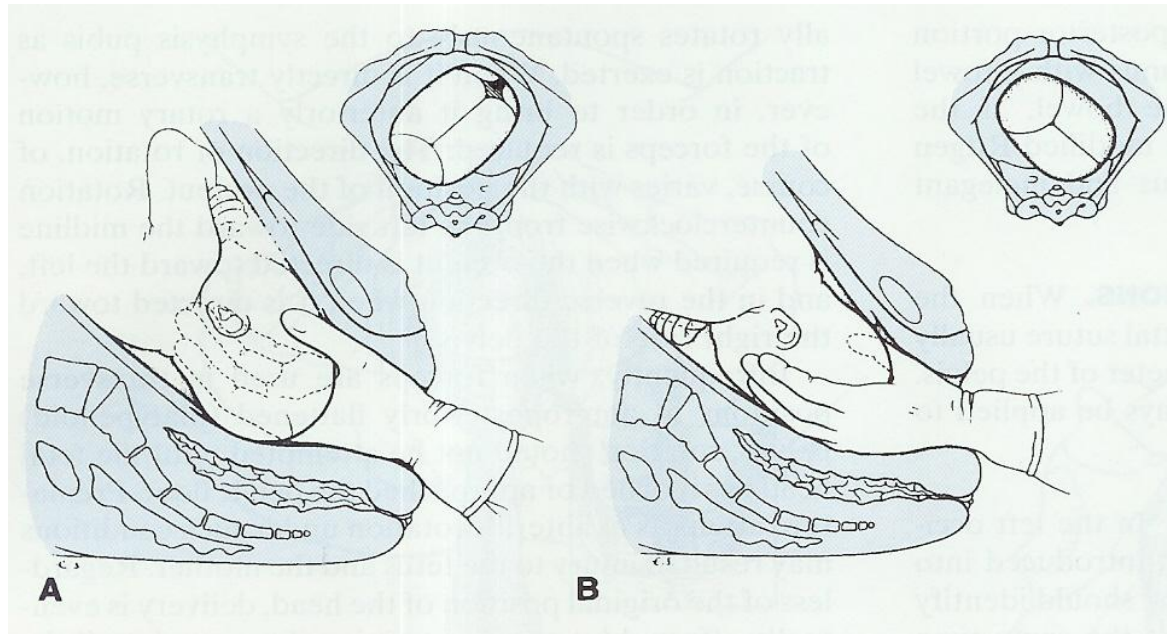
Fig. 18-4A Diameters of the fetal head at term.
Cephalic presentations and cephalic diameters.
© 2004, Mosby, Inc. All rights reserved.

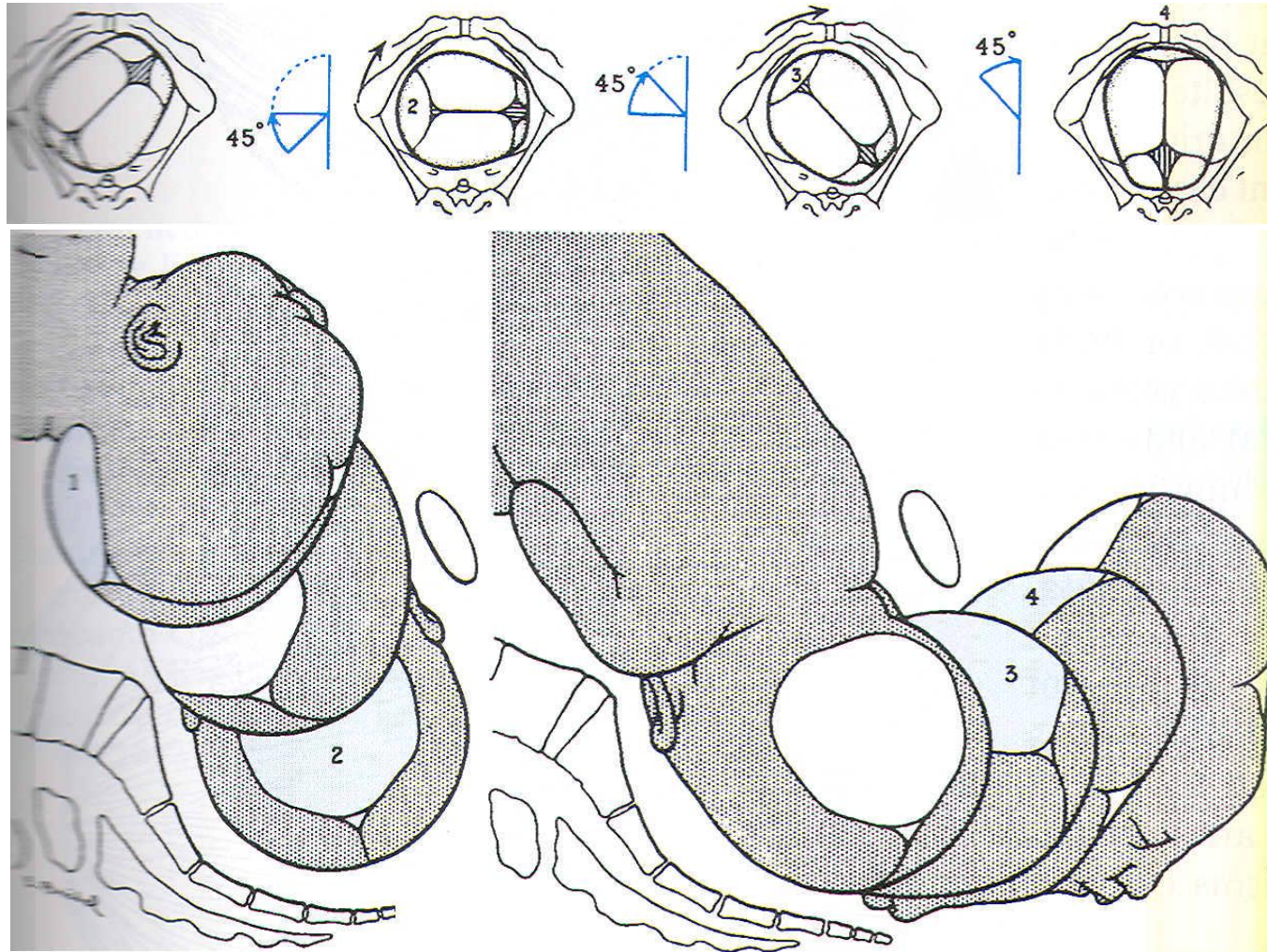
سر جنین باید ۱۳۵ درجه بچرخد

وقتی جنین با اکسی پوت خلفی از کانال
زایمان عبور می کند استخوان اکسی پوت
به ساکروم مادر فشار وارد می کند و مادر
در زایمان درد شدید کمر دارد .
سر جنین در مرحله اول دیر انگاژمان می
کند.

سرویکس آهسته دیلاته می شود
مرحله دوم زایمان طولانی تر می شود.

روشهای ممکن برای زایمان شامل: زایمان خود به خود، زایمان با فورسپس در وضعیت اکسی پوت خلفی ، چرخش دستی اکسی پوت به وضعیت قدامی و سپس انجام زایمان به صورت خودبه خود و یا با فورسپس ، چرخش اکسی پوت به صورت قدامی با استفاده از فورسپس و سپس انجام زایمان



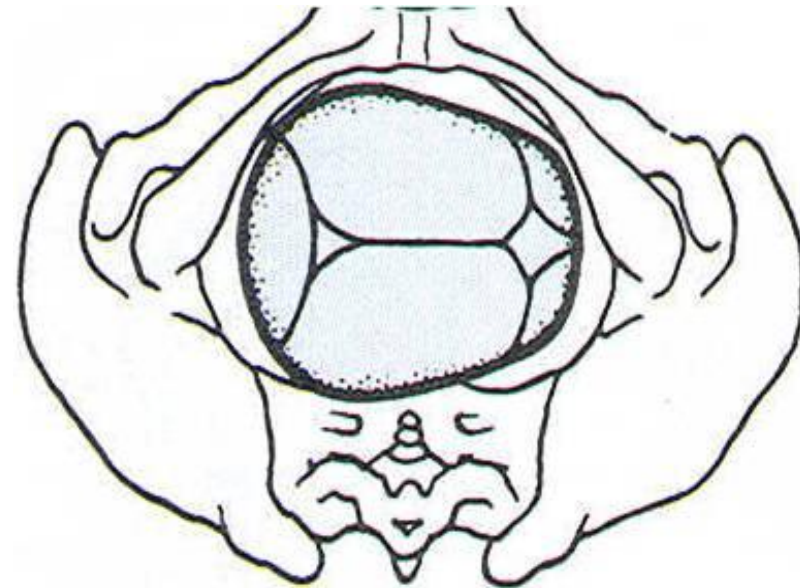


Mechanism of labor for right occiput posterior position, anterior rotation.

اکسی پوت عرضی پایدار

در صورتی که اختلال ساختمانی لگن نداشته باشد و وضعیت اکسی پوت عرضی معمولاً وضعیتی گذراست. در نتیجه اگر انقباضات هیپوتونیک نباشد معمولاً چرخش قدامی خود به خود به سرعت رخ می دهد.

ROT حدوداً ۲ برابر شایعتر از LOT است.



اگر به علت انقباضات هیپوتونیک رحم چرخش خود به خود رخ
ندهد

و عدم تناسب سری- لگنی وجود نداشته باشد
می توان با پایش دقیق
انفوزیون اکسی توسین را شروع کرد.

آسینکلیتیسم

اگرچه سر جنین معمولاً با محور عرضی دهانه ورودی لگن تطابق پیدا می کند سوچور ساژیتال ممکن است دقیقاً در مسیر سمفیز پوبیس و پرومونتوار ساکروم قرار نگیرد سوچور ساژیتال معمولاً یا در جهت خلفی به طرف پرومونتوار ساکروم و یا در جهت قدام به طرف سمفیز پوبیس انحراف پیدا می کند. این گونه انحراف جانبی را آسینکلیتیسم نامیده می شود.

پوزیشنهای اصلاحی



Occiput posterior / Asynclitism in first stage

- ▶ Time / maintenance
- Rotate baby:
 - Knee–chest position
 - Hands and Knee
 - Pelvic rock
 - Lunge
 - Abdominal lifting
 - Walk / movement
 - Avoid pushing
- Deal with back pain
 - Positions
 - Pressure
 - Hydrotherapy
 - Tens
 - Sterile H₂O ic I
 - Cold / heat
- Monitoring fetal heart rate contraction

Lunging



help enlarge the pelvis on one side, and change the shape of the pelvis, which helps the baby find the best position

On hands and knees



- ▶ back pain
- ▶ help a posterior baby rotate
- ▶ allows easy access for backrubs, massage
- ▶ sway side to side
- ▶ pelvic tilts to aid rotation
- ▶ increase comfort



Leaning forward



Leaning forward on cushions or bed



Swaying



What this Position does

- Side lying Positions

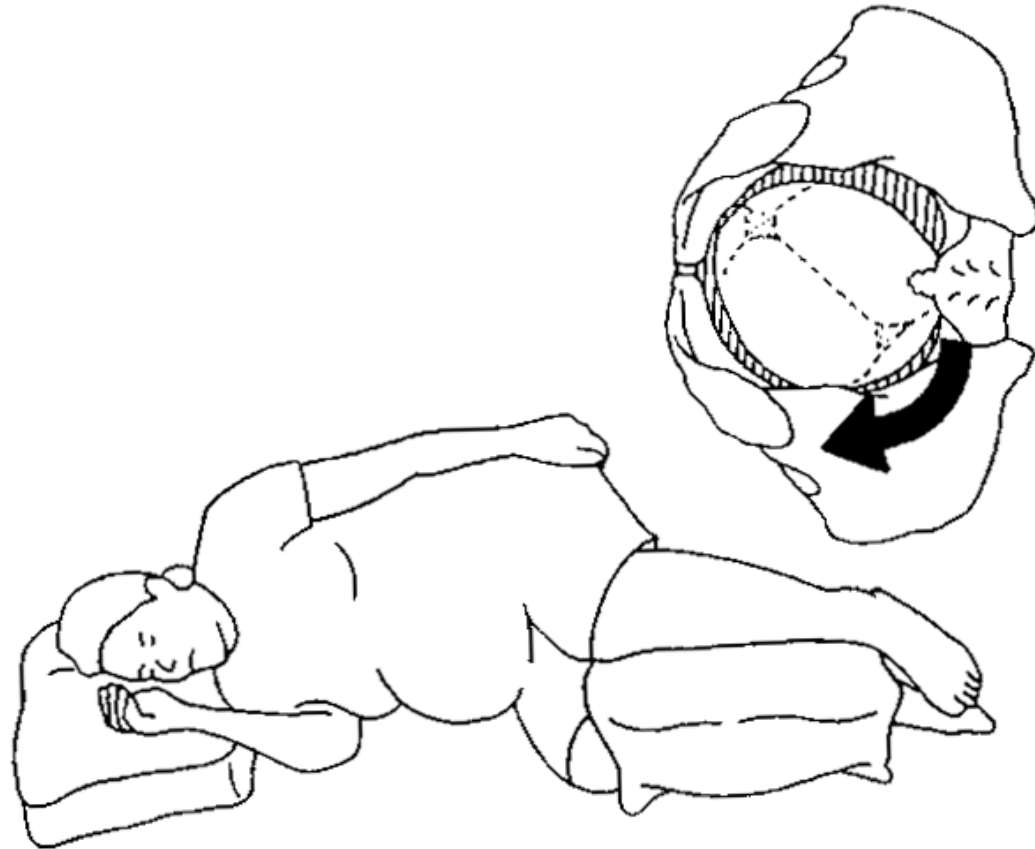


Fig. 4.17 Woman in pure sidelying on the 'correct' side, with fetal back 'toward the bed'. If fetus is ROP, woman lies on her right side. Gravity pulls fetal head and trunk towards ROT.

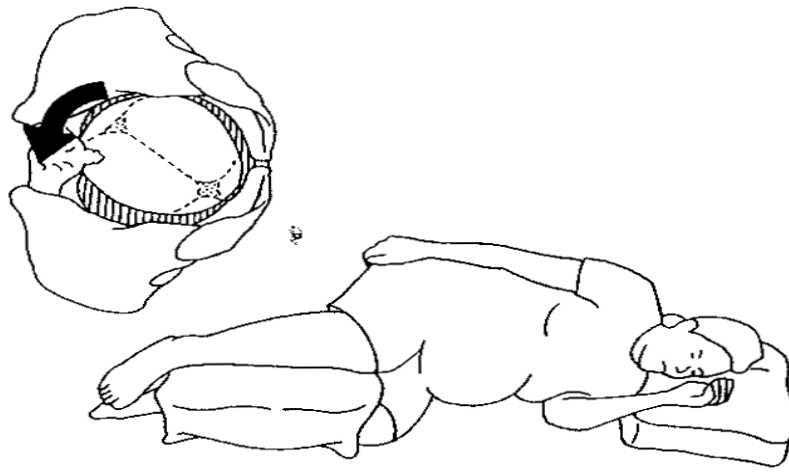


Fig. 4.18 Woman in pure sidelying on the 'wrong' (left) side for an ROP fetus. Fetal back is toward the ceiling. Gravity pulls fetal occiput and trunk toward direct OP.

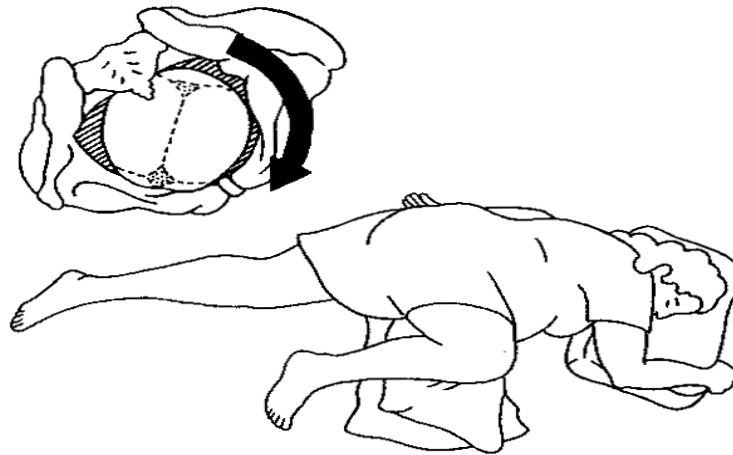


Fig. 4.19 Woman semi-prone on the 'correct side' – with fetal back 'toward the ceiling'. If fetus is ROP, the semi-prone woman lies on her left side. Gravity pulls fetal occiput and trunk toward ROT, then ROA.

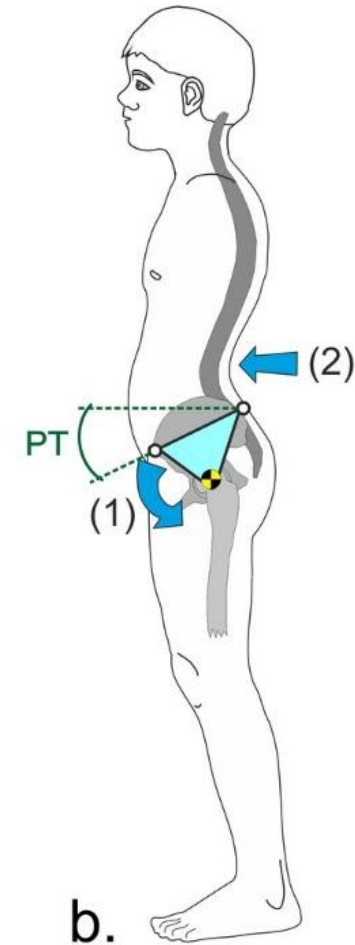
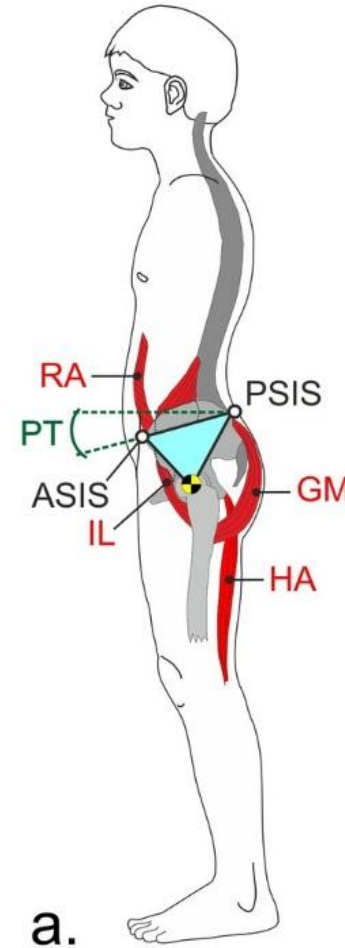
بقیه پوزیشنها

Teknik *Pelvic rocking*



Pelvic tilt

نوسان دادن لگن



Pelvic tilt



ND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED



Pelvic Rocking

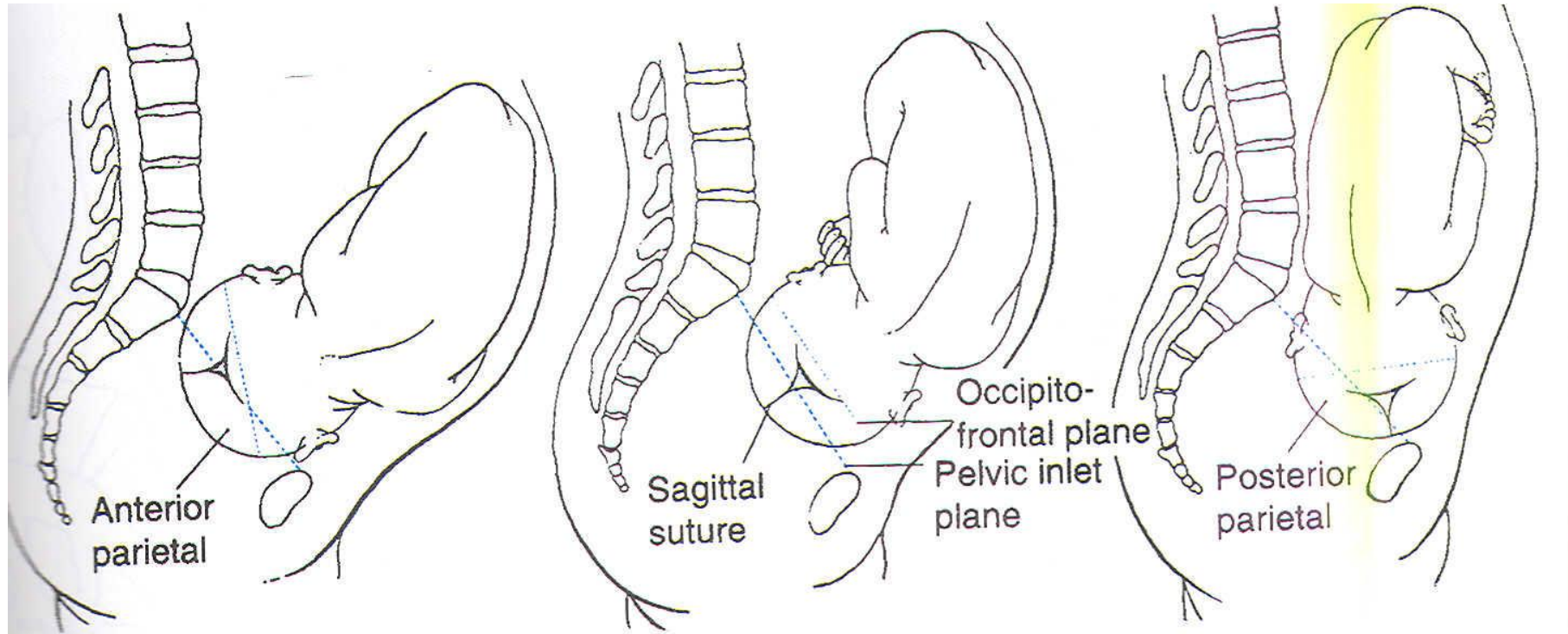
تکان دادن لگن



پوزیشنهای اصلاحی



درجات متوسط آسینکلیتیسم همواره در طی لیبر طبیعی دیده می شود با وجود این آسینکلیتیسم شدید یکی از دلایل شایع عدم تناسب سری-لگنی است. تغییر پی در پی از آسینکلیتیسم خلفی به قدامی به نزول سر کمک می کند.



Anterior asynclitism
Naegele's obliquity

Normal synclitism

Posterior asynclitism
Litzmann's obliquity Ear presentation

Abdominal lifting (در آسنکلتیسم خلفی)

- ⊙ Improve the alignment of the fetal trunk and head with the axis of the birth canal
- ⊙ The woman places her hands beneath her abdomen and during Contraction lifts her abdomen while tilting her Pelvic and bending her knees



در آسنکلتیسم قدامی

خمیده شدن قسمت

فوقانی بدن به جلو

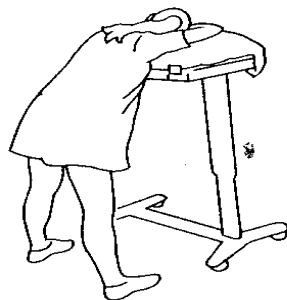


Fig. 4.10 Standing, leaning on a tray table.



Fig. 4.11 Standing, leaning forward on partner.



Fig. 4.12 Standing, leaning on ball.



Fig. 4.13 Kneeling with a ball.

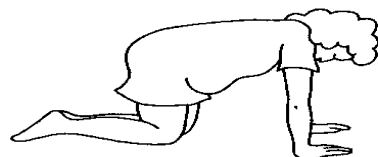


Fig. 4.14 Hands and knees.

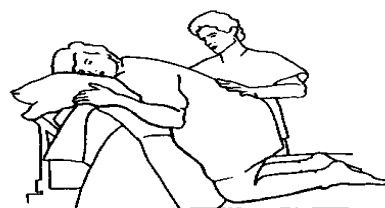


Fig. 4.15 Kneeling over bed back.

Swaying



Leaning forward



Kneeling



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

Pelvic press

❖ در حالی که مادر پشت به ما روی صندلی محکمی نشسته همزمان با انقباض با کف دستها از هر دو تاج خاصره فشار آورده و تاجهای خاصره را به هم می فشاریم.
نتیجه: باز شدن قطر عرضی مید پلوئیس ولگن خروجی

❖ در حالی که مادر پشت به ما روی صندلی محکمی نشسته و مفصل زانوها در محاذات مفاصل هیپ قرار دارند همزمان با انقباض با کف دستها زانوها را به سمت هیپ فشار می دهیم.
❖ نتیجه: باز شدن قطر عرضی مید پلوئیس ولگن خروجی

پوزیشن و فشار برای اکسیپوت خلفی پایدار و ارست عرضی

- ▶ مادر به طرف مقابل پهلوئی که پشت جنین قرار گرفته می خوابد (پشت جنین به سقف باشد) سپس پای آنطرف را بالا آورده و همزمان در حین انقباض مادر روی تاج خاصره فشار میدهیم.
- ▶ تکرار آن در دو یا سه انقباض مشکل را برطرف می سازد.

