

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





مراحل زایمان و نقش EMT
مراقبت از نوزاد تازه متولد شده

تعريفها

دوره پری ناتال: بعد از هفته ۲۰ بارداری آغاز شده و ۲۸ روز کامل پس از زایمان خاتمه می یابد.

تولد: خارج شدن یا خارج کردن جنین از مادر بعد از هفته ۲۰ بارداری تولد نامیده می شود.

وزن هنگام تولد: وزن نوزاد بلافاصله بعد از تولد یا با کمترین فاصله ممکن از زایمان است.

وزن هنگام تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم (LBW=Low Birth Weight)
وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم

(VLBW= Very Low Birth Weight)

تولد زنده: اگر در هنگام تولد یا مدتی بعد از آن نوزاد خودبخود تنفس کرده و یا سایر نشانه های حیات را نشان داده است تولد زنده نامیده می شود.

مرده زایی: از این واژه برای توصیف فقدان نشانه های حیات در هنگام تولد یا بعد از آن استفاده می شود.

مرگ مادری مستقیم: به مرگ مادر در اثر عوارض زایمانی، حاملگی، لیبر یا دوران نفاس و نیز به مرگ مادر در اثر سهل انگاریها و درمان نادرست گفته می شود. **مثال:** مرگ مادر در اثر خونریزی بعد از زایمان

مرگ مادری غیر مستقیم: مواردی از مرگ مادر که مستقیماً از علل زایمانی ناشی نمی شوند. در اثر تشدید بیماریهایی که از قبل بارداری وجود دارند یا در جریان حاملگی، لیبر یا نفاس بوجود می آیند و به علت حاملگی تشدید می شوند. مثلاً مرگ مادر در اثر عوارض تنگی میترال

مرگ غیر مادری: به مرگ مادر در اثر علل تصادفی یا غیر مرتبط به حاملگی گفته می شود. مثلاً مرگ مادر در اثر حوادث رانندگی یا بدخیمی های همزمان با حاملگی



مرگ مادر مرگ یک نفر نیست بلکه مرگ و ناتوانی خانواده و جامعه است.

با وقوع مرگ مادر بنیان خانواده و سلامت فرزندان در معرض خطر قرار می گیرد، زیرا مرگ مادر به عنوان هسته اصلی خانواده عامل سلامت و موفقیت سایر اعضاست.

مرگ مادر در اثر عوارض بارداری و زایمان جزو مرگهای غیر قابل قبول محسوب می شود زیرا در جهان امروز امکانات لازم جهت پیشگیری بسیاری از این مرگها وجود دارد.

تغییرات فیزیولوژیک در دوران بارداری

۱- تغییرات سیستم قلبی عروقی

برون ده قلبی: در هفته ۲۰ تا ۲۴ به حداکثر میزان می رسد. افزایش ضربان قلب و کاهش مقاومت

عروقی

فشار خون: در اواسط حاملگی ۵ تا ۱۰ کاهش و سپس افزایش به اندازه قبل از حاملگی

یکسری از علائم و نشانه ها در حاملگی طبیعی اند: ادم محیطی- اتساع وریدهای گردنی- در

رادیوگرافی افزایش قطر سایه قلب

و در EKG انحراف محور قلب به چپ

تغییرات سیستم خونی

حجم خون ۳۰ تا ۵۰ درصد افزایش – که حداکثر آن در سه ماهه دوم است. میزان RBC ۲۵ درصد

افزایش در نتیجه آنمی فیزیولوژیک

گلبولهای سفید: در حاملگی کاهش سطح سیستم ایمنی بدن در نتیجه تعداد WBC بین ۵۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ طبیعی می باشد.

پلاکت: در حاملگی کاهش می یابد اما کمتر از ۱۵۰۰۰۰ نمی شود.

فاکتورهای انعقادی: فیبرینوژن ۵۰ درصد افزایش، فاکتورهای ۷ / ۸ / ۹ و ۱۰ افزایش ۱۱ و ۱۳ تا

حدودی کاهش فاکتورهای ۲ / ۵ و ۱۲ بدون تغییر

تغییرات سیستم تنفسی

در زمان ترم دیافراگم ۴ سانتی متر بالا رفته در نتیجه قطر عرضی قفسه سینه افزایش می یابد.

۶۰ تا ۷۰ درصد زنان دچار تنگی نفس می شوند.

ترشحات نازوفارنکس افزایش یافته و باعث گرفتگی و احتقان بینی می شود.

تغییرات سیستم گوارش

جابجایی روده در نتیجه تغییر موقعیت آپاندیس

سوزش سر دل در نتیجه ی جابجایی معده ، کاهش سرعت تخلیه معده و کاهش تون اسفنکتر تحتانی مری (در اثر پروژسترون)

یبوست: افزایش بازجذب آب از کولون و انسداد مکانیکی روده ها (اثر فشاری رحم)

کبد: آنزیمها تغییر نمیکنند بجز آلکالن فسفاتاز که در اواخر حاملگی دو برابر می شود

تغییرات عضلانی – اسکلتی

افزایش قوس کمر (لوردوز کمر) در نتیجه بروز کمردرد

در اثر فلکسیون گردن به جلو و افتادن کمر بند شانه ای ←← فشار و کشش به

اعصاب اولنار و مدیال و در نتیجه درد و کمر ختی و گزگز در دست و اندام

فوقانی

□ اهداف مراقبتهای حین زایمان

- ✓ انجام زایمان بدون عفونت باشد
- ✓ زایمان با حداقل آسیب برای مادر و کودک باشد
- ✓ آماده بودن برای رویارویی با عوارضی مانند طولانی شدن زایمان، خونریزی پس از زایمان، تشنج و ...
- ✓ مراقبت از کودک پس از زایمان، احیاء، مراقبت از نظر هیپوترمی

□ مراقبت پس از زایمان :

مراقبتهای پس از زایمان شامل مراقبت از مادر و نوزاد می باشد.

□ اهداف مراقبت پس از زایمان عبارتند از :

- ۱ - پیشگیری از عوارض دوره پس از زایمان مانند تب نفاسی که با رعایت نکات استریل در قبل و در حین زایمان می توان از آن پیشگیری نمود و یا ترومبوفلیت، خونریزی و ...
- ۲ - بازگشت سریع مادر به وضعیت سلامتی مطلوب از نظر جسمی و روانی

□ تعریف زایمان

- به تولد نوزاد بصورت زنده یا مرده پس از هفته ۲۰ بارداری زایمان می گویند.
- عوامل زیادی در بدن مادر و جنین دست اندرکارند تا جنین آمادگی خروج از بدن مادر را در زمان مقرر بدست آورد.
- طبیعت زایمان درد است و علت اصلی درد زایمان، انقباضات رحم است که باعث باز و نرم شدن دهانه رحم می شود تا جنین بتواند از رحم به داخل واژن وارد و سپس از این مجرا خارج شود.

□ علائم زایمان

- به طور طبیعی، دردهای زایمانی نشانه وقوع زایمان است، اما باید دردهای واقعی زایمان را از دردهای کاذب تشخیص داد. علاوه بر درد، خروج مقدار اندکی از ترشحات چسبناک آغشته به خون از واژن (در صورتی که مادر طی ۴۸ ساعت قبل، معاینه نشده باشد) نیز نشانه قابل اعتمادی از وقوع زایمان است. به این ترشحات، نمایش خونی یا **Bloody Show** گفته می شود.
- اگر چه به طور طبیعی پارگی کیسه آب در مرحله اول زایمان اتفاق نمی افتد، ولی وقوع آن نشانه زایمان و یا تصمیم گیری برای ختم بارداری است.
- شروع دردهای زایمانی اصطلاحاً با کلمه Labor تعبیر می شود. این معناست که مادر وارد مراحل زایمانی شده است.

سه علامت زایمان عبارت است از:

- دردهای زایمان
- ترشحات چسبناک آغشته به خون (نمایش خونی)
- آبریزش یا پارگی کیسه آب

تفاوت دردهای واقعی زایمان و دردهای کاذب

دردهای واقعی	دردهای کاذب
فاصله انقباض های رحم منظم است	فاصله انقباض های رحم نامنظم است
فاصله بین انقباض ها کم می شود	فاصله بین انقباض ها کم نمی شود
درد در ناحیه کمر و شکم است	درد بیشتر در پایین شکم است
شدت انقباض ها بیشتر می شود	شدت انقباض ها تغییر نمی کند
دهانه رحم متسع می شود	دهانه رحم متسع نمی شود

□ فاز فعال و فاز نهفته: مرحله اول زایمان، خود به دو مرحله یا فاز تقسیم می شود.

➤ فاز نهفته از زمان شروع درد های واقعی زایمان تا باز شدن دهانه رحم به میزان ۴ تا ۵ سانتی متر گفته می شود.

➤ فاز فعال از زمان باز شدن دهانه رحم به میزان ۴ سانتی متر تا باز شدن کامل آن یعنی ۱۰ سانتی متر است.

➤ مشخصات انقباض خوب در فاز فعال این است که در مدت ۱۰ دقیقه حداقل ۳ انقباض رحم وجود داشته باشد و هر انقباض به مدت ۴۵ ثانیه طول بکشد.

.

□ اقداماتی که هنگام مراجعه زائو باید انجام داد:

✓ گرفتن شرح حال دقیق،

✓ علائم حیاتی

✓ وضعیت مادر

□ مراحل زایمان

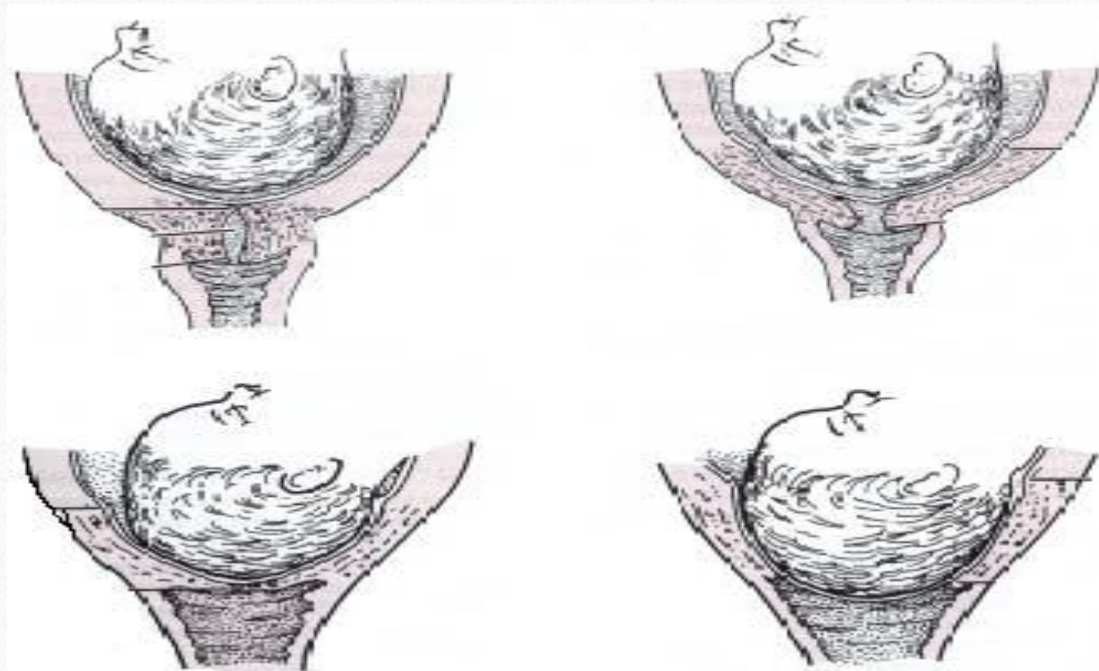
با وقوع انقباضات واقعی رحم، مراحل زایمان آغاز می شود.

➤ مرحله اول زایمان:

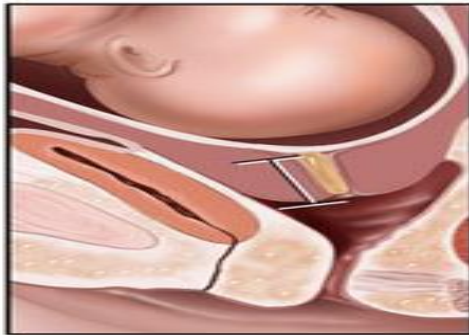
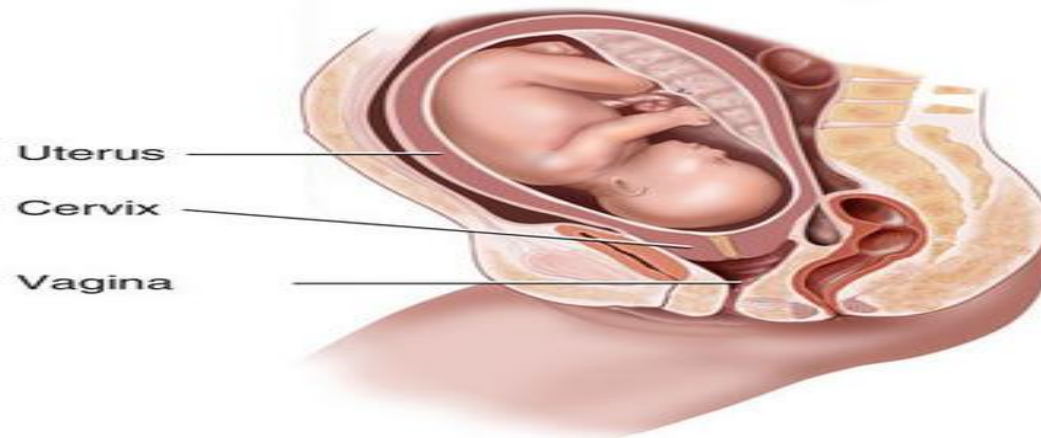
پایین آمدن جنین در رحم، فشار عضو نمایش جنین که معمولاً سر جنین است باعث باز شدن « دیلاتاسیون » و نرم شدن دهانه رحم « افاسمان » می شود. از این رو مرحله اول زایمان از زمان باز و نرم شدن دهانه رحم تا کامل شدن آن به میزان ۱۰ سانتی متر تعریف می شود.

مرحله اول زایمان در زنان نخست زا ۸ ساعت و زنان چند زا ۵ ساعت در نظر گرفته می شود.

باز و نرم شدن دهانه رحم



Cervical Effacement and Dilation During Labor



1. Cervix is not effaced or dilated.



2. Cervix is 50% effaced and not dilated.



3. Cervix is 100% effaced and dilated to 3 cm.



4. Cervix is fully dilated to 10 cm.

□ **مرحله دوم زایمان:** این مرحله با باز شدن کامل دهانه رحم شروع می شود و با خروج کامل جنین خاتمه می یابد.

حرکات اصلی زایمان شامل:

- ✓ **آنگاژمان:** عبور بزرگترین قطر سر جنین، قطر بای پریتال از تنگه ورودی لگن ۱ می باشد.
- ✓ **نزول:** به دنبال: انقباضات کافی رحم، فشار محور عمودی جنین، مستقیم شدن محور ستون فقرات جنین، نزول جنین اتفاق می افتد.
- ✓ **فلکسیون:** پس از نزول سر جنین، پس از برخورد سر با مقاومت عضلات کف لگن و سرویکس، چانه جنین در مجاوت قفسه سینه قرار می گیرد و سر فلکشن می یابد.
- ✓ **چرخش داخلی:** حین نزول، سر جنین در کانال زایمان با مقاومت مواجه می شود و به منظور تطابق و عبور راحت تر، به تدریج چرخش داخلی صورت می گیرد به طوری که در نهایت اکسی پوت بتدریج از وضعیت اصلی خود، بطرف سمفیز پوبیس و یا با شیوع کمتر به سمت ساکروم چرخش می یابد.

✓ **اکستانسیون:** با رسیدن سر جنین به کف لگن، به دلیل وجود انحنای در قسمت تحتانی واژن و جهت تطابق با این انحنای سر حالت اکستنشن و رو به بالا پیدا می کند به طوری که سر هنگام تولد، در زیر سمفیز پوبیس قرار می گیرد. هنگامیکه حلقه ولو بزرگترین قطر سر جنین را محصور کند و حلقه بیضی شکل از سر جنین از مدخل قابل مشاهده باشد، اصطلاحاً تاج گذاری اطلاق می گردد.

✓ **چرخش خارجی:** زمانی که سر از مجرای خروجی واژن خارج می گردد، اکسی پوت در زیر سمفیز و چانه و دهانه نوزاد سمت رکتوم مادر قرار دارد، سپس، سر به آرامی می چرخد صورت نوزاد به طور مایل و در سمت ران های مادر قرار می گیرد. بدن نوزاد نیز چرخش پیدا کرده به طوری که شانه های جنین بین سمفیز پوبیس و رکتوم مادر به عبارتی در قطر قدامی- خلفی لگن قرار می گیرد و زمانی که سر نوزاد کاملاً به طور عرضی قرار گرفت چرخش خارجی کامل شده است

✓ **خروج:** در این مرحله شانه ابتدا شانه قدامی و سپس شانه خلفی خارج می شود و سپس اندام ها خارج میشود.

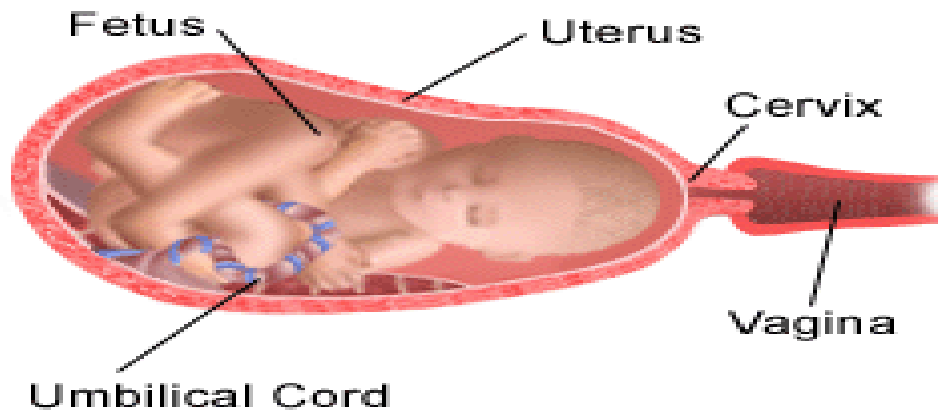
➤ مدت طبیعی برای انجام مرحله دوم زایمان برای زنان چندزا ۲۰ دقیقه و برای نخست زایها ۵۰ دقیقه در نظر گرفته شود

□ **مرحله سوم زایمان:** از زمان خروج کامل جنین تا زمان خروج کامل جفت،
مرحله سوم زایمان نامیده می شود.

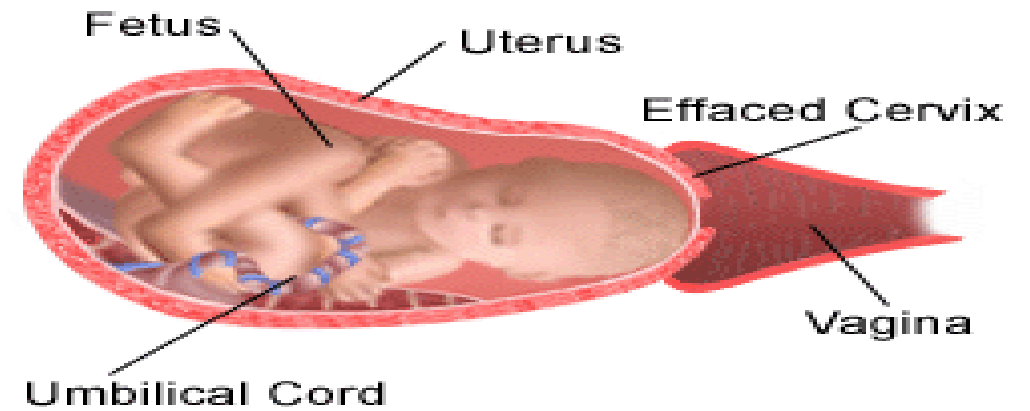
□ **مرحله چهارم زایمان:** از خروج کامل جفت تا یک ساعت پس از زایمان گفته
می شود.

Stage 1

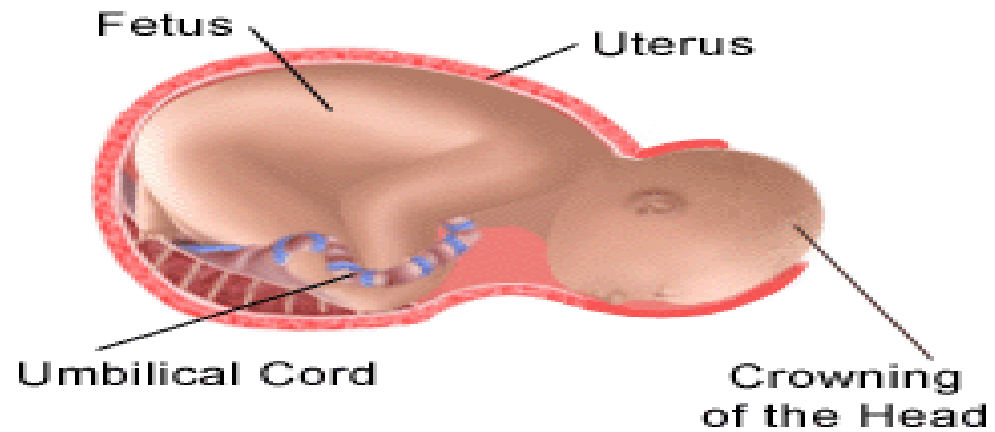
Initial (Latent) Phase



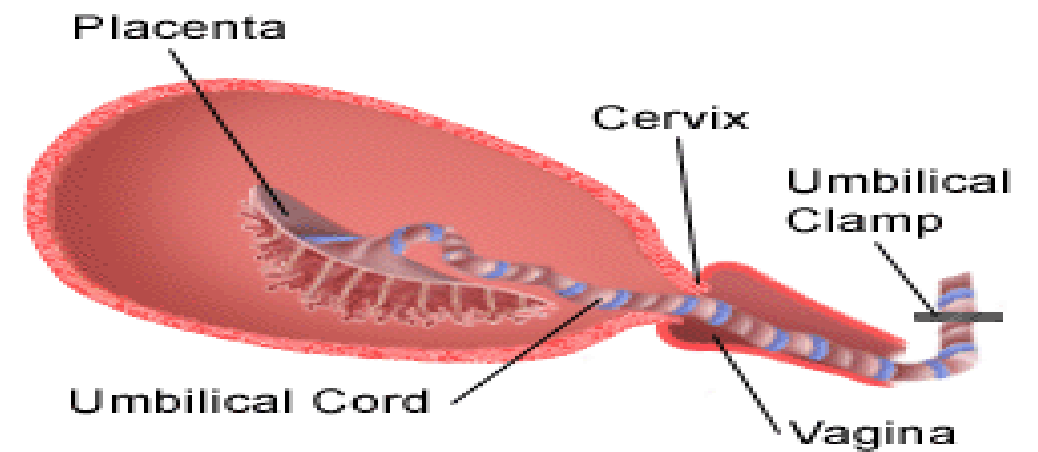
Active Phase



Stage 2



Stage 3



راهنمای ۱: توجه به قریب الوقوع بودن زایمان هنگام ورود و مراحل مختلف زایمان

حالات مادر شامل:

ظاهر شدن عرق بر روی صورت و پشت لب و لرزش انتهایها

افزایش بی قراری و گفتن کلامی مانند: **دیگر نمی توانم ادامه دهم**

تهوع و استفراغ (یک بار استفراغ و یا استفراغ اسپورادیک در این مرحله طبیعی است. استفراغ مداوم و پشت سر هم علامت خطر است)

احساس زور زدن و اجابت مزاج، کشیده شدن پرینه و احساس سوزش پرینه

توجه: در صورت وجود هریک از حالات فوق، قبل از هر اقدامی، کنترل صدای قلب جنین و معاینه واژینال برای تشخیص قریب الوقوع بودن زایمان صورت گیرد.

نکته مهم: به تعداد بارداری مادر (شکم اول یا بالاتر) و ترم بودن بارداری بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی توجه شود.

مرحله دوم: از اتساع کامل سرویکس تا تولد کامل نوزاد

اداره مرحله دوم زایمان

- یک قطعه پارچه تمیز زیر مادر بیاندازید.
- مادر را به زور زدن در هر زمانی که احساس زور می کند، تشویق کنید. به مادر توصیه کنید تا نفس خود را طولانی مدت حبس نکند.
- نکته:** در هر زور زدن، تنفس نباید بیش از ۶ ثانیه حبس گردد. مادر نباید در هر انقباض بیش از ۳ بار زور بزند.
- از دستکاری پرینه پرهیز گردد.
- به مادر به شکل کلامی و غیر کلامی اطمینان دهید و از نظر روحی و روانی او را حمایت کنید.
- وجود همراه برای حمایت روحی و روانی بسیار کمک کننده است.
- از فشار مستقیم بر روی رحم خودداری شود

- مانور ریتگن اصلاح شده برای خروج سر را انجام دهید.

- دور گردن جنین را برای وجود بند ناف کنترل کنید: در صورت شل بودن، بند ناف از دور گردن آزاد گردد و در صورت محکم بودن، با دو کلامپ به فاصله ۲ سانتی متر از هم بند ناف را کلامپ و سپس قطع کرده و از دور گردن آزاد کنید.

- با شروع انقباض بعدی با فشار ملایم به طرف پایین شانه قدامی را آزاد کنید و سپس با فشار ملایم رو به بالا شانه خلفی با حمایت و اداره پرینه خارج شود. در انتها نوزاد را با دو دست نگه دارید و آن را روی شکم یا در آغوش مادر بگذارید.





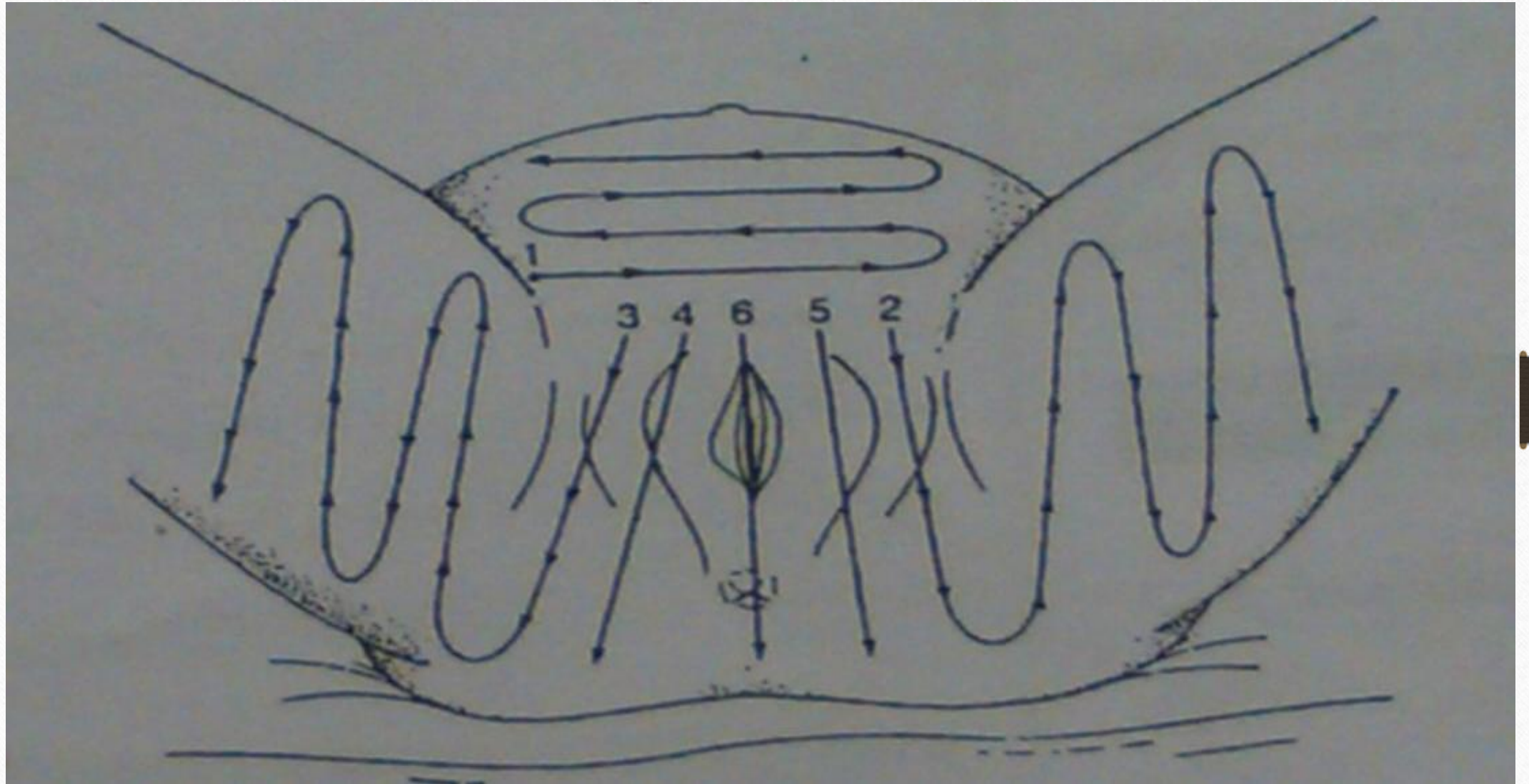
Vaginal birth

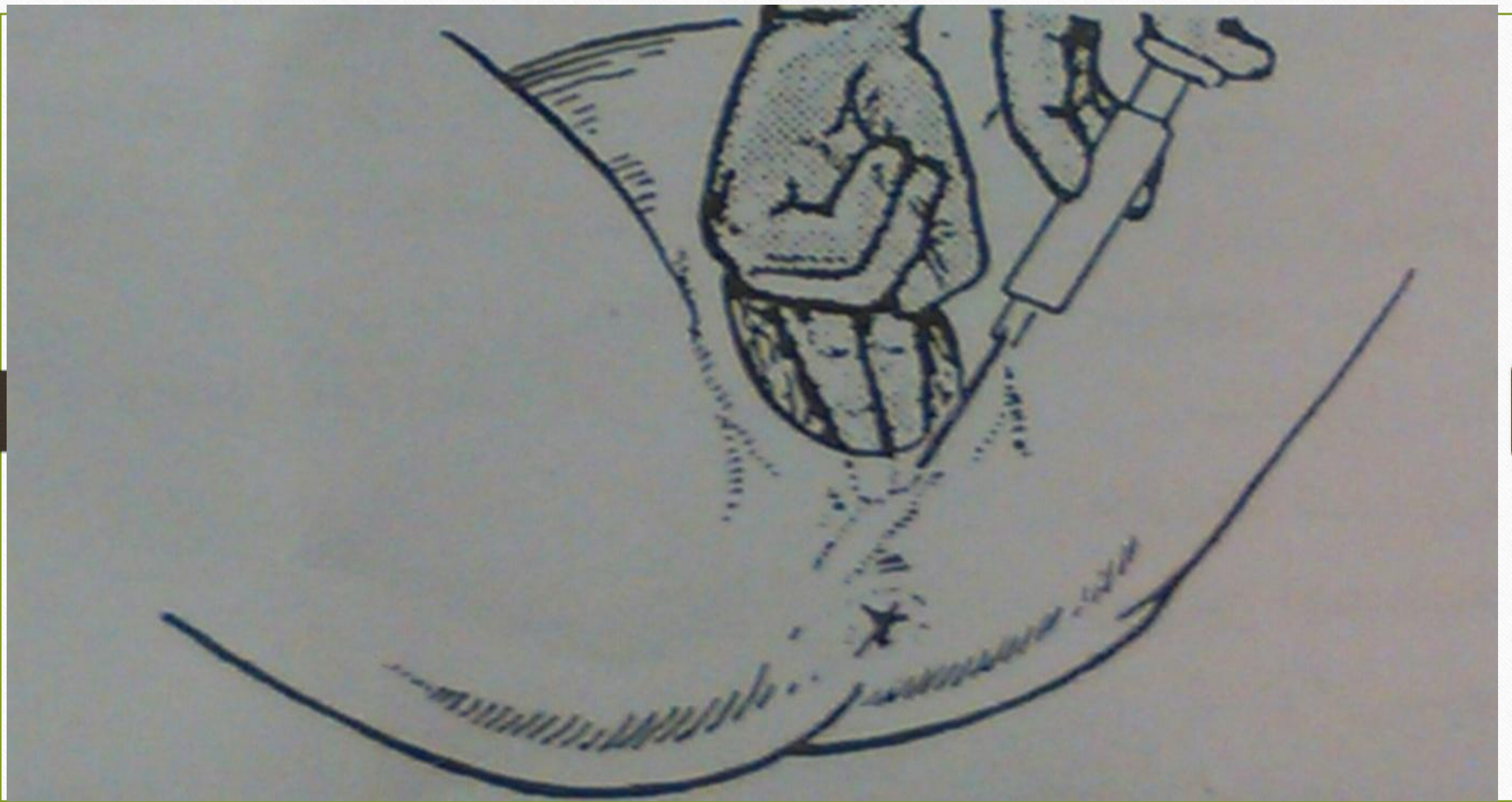


As the baby's head is delivered, support it with your hands. It will naturally turn to one side.

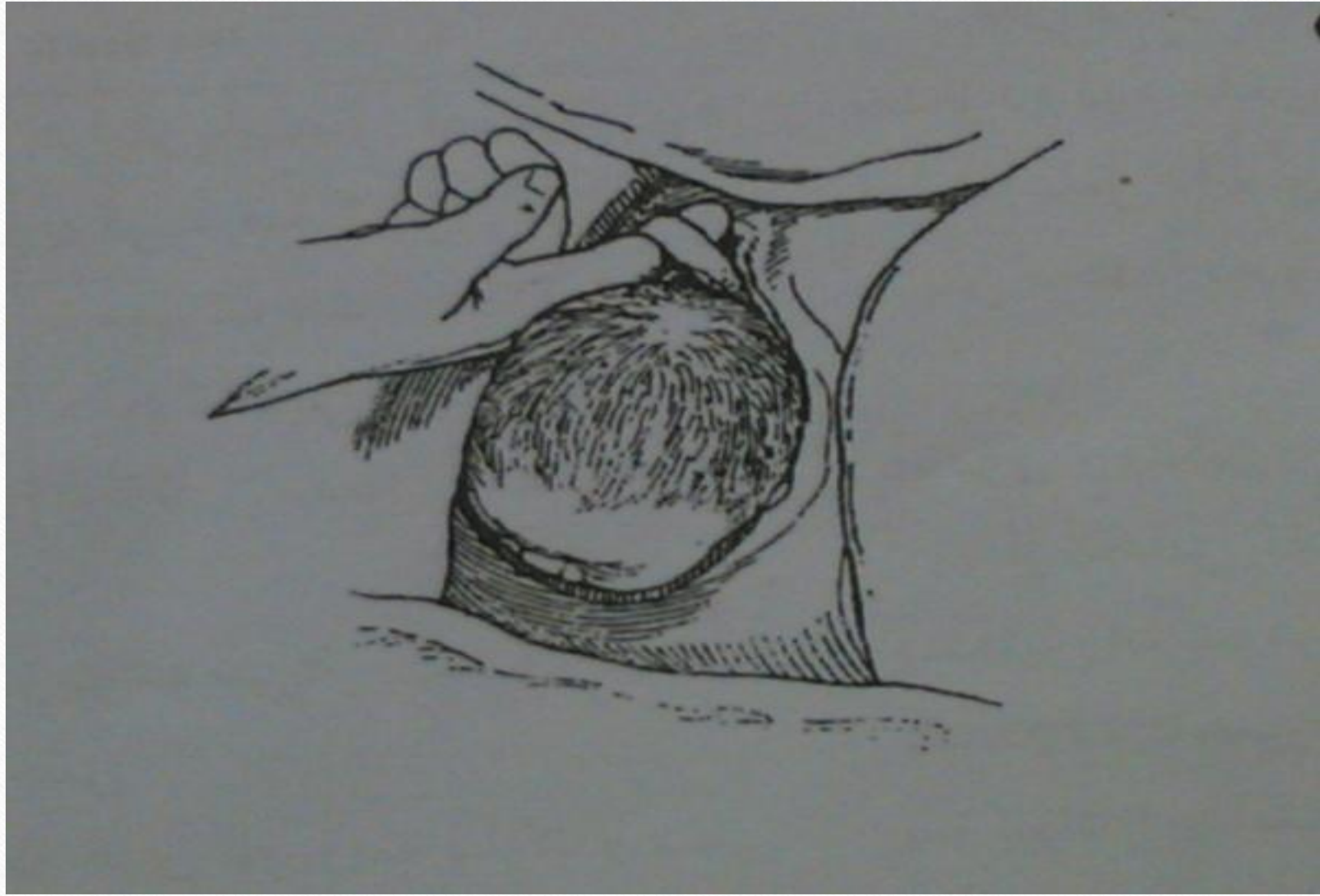


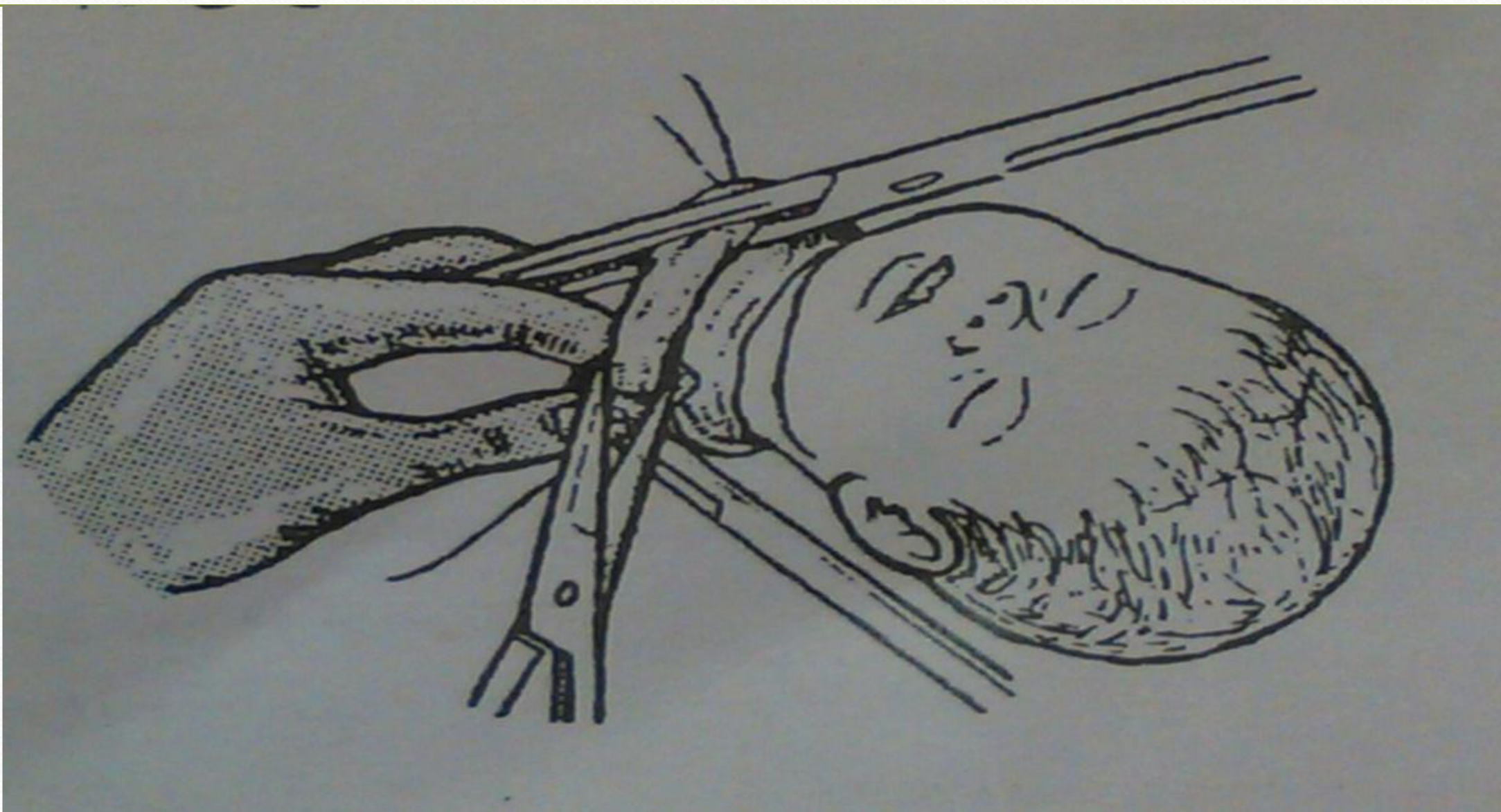












مرحله سوم : از زمان تولد جنین تا خروج کامل جفت

پس از قطع بند ناف، با لمس شکم مادر و اطمینان از نبود قل دیگر، اداره فعال مرحله سوم شروع می شود. به نکات زیر توجه شود:

✓ هرگز مادر را تنها رها نکنید.

✓ با مادر صحبت کنید و از او پاسخ بشنوید

✓ حتماً تماس پوستی مادر و نوزاد در ساعت اول برقرار گردد و مادر را به شیر دادن

نوزاد بلافاصله پس از تولد تشویق کنید. از همراه برای شیردهی و تماس پوستی کمک بخواهید.

تزریق اکسی توسین:

بلافاصله پس از خروج کامل نوزاد، ۱۰ واحد اکسی توسین عضلانی به مادر تزریق کنید. در مورد مادرانی که رگ باز دارند، ۱۰ واحد اکسی توسین در داخل ۵۰۰ سی سی سرم ریخته شود.

سرعت تنظیم قطرات سرم ۱۰ سی سی در دقیقه تا زمانی که تون رحم به حالت عادی برگردد و پس از آن ۲ سی سی در دقیقه تا انتقال مادر به بخش پس از زایمان می باشد. نیمه عمر اکسی توسین ۵ دقیقه می باشد.

نکته ۱: در صورتی که اکسی توسین در دسترس نیست یا دو دهم میلی گرم مترژین IM یا پروستاگلاندین تزریق می شود یا ۶۰۰ میکروگرم میزوپروستول خوراکی به مادر داده می شود.

نکته ۲: در مادرانی که **فشار خون بالا** دارند، تجویز مترژین و پروستاگلاندین **توصیه نمی شود**.

برای زایمان جفت، به علائم جدا شدن آن باید توجه کرد. این علائم شامل:

✓ سفت و کروی شدن رحم (نخستین نشانه)

✓ خروج فورانی و ناگهانی خون از واژن

✓ بالاتر رفتن رحم در شکم به دلیل قرار گرفتن جفت در سگمان تحتانی

✓ نزول بندناف و بلند تر شدن طول آن

مکانیسم های جدا شدن جفت:

دانکن: که در آن جفت از محیط جدا میشود و باعث خروج جفت از سطح مادری می شود

شولتز: جفت از مرکز جدا می شود و جفت از سطح جنینی جدا می شود.

راهنمای خروج جفت

طی دقیقه اول بعد از زایمان نوزاد، بند ناف در نزدیکی پرینه با استفاده از رینگ فورسپس، کلامپ شود.

- بند ناف کلامپ شده و انتهای فورسپس را با یک دست نگه داشته شده و دست دیگر در بالای سمفیز پوبیس قرار گیرد.

- با فشار ملایم و در جهت مخالف کشش بند ناف، رحم به سمت بالا رانده شود.

- فشار مختصری روی بند ناف وارد شده و تا انقباض قوی بعدی رحم، به مدت ۲ تا ۳ دقیقه باید صبر شود.

- با ورود جفت به مدخل واژن، خیلی آرام بند ناف باید به سمت پایین کشیده شود تا زایمان جفت صورت گیرد. تشویق مادر به افزایش فشار داخل شکمی می تواند در خروج جفت موثر باشد.

Stages of Childbirth



Fetal expulsion

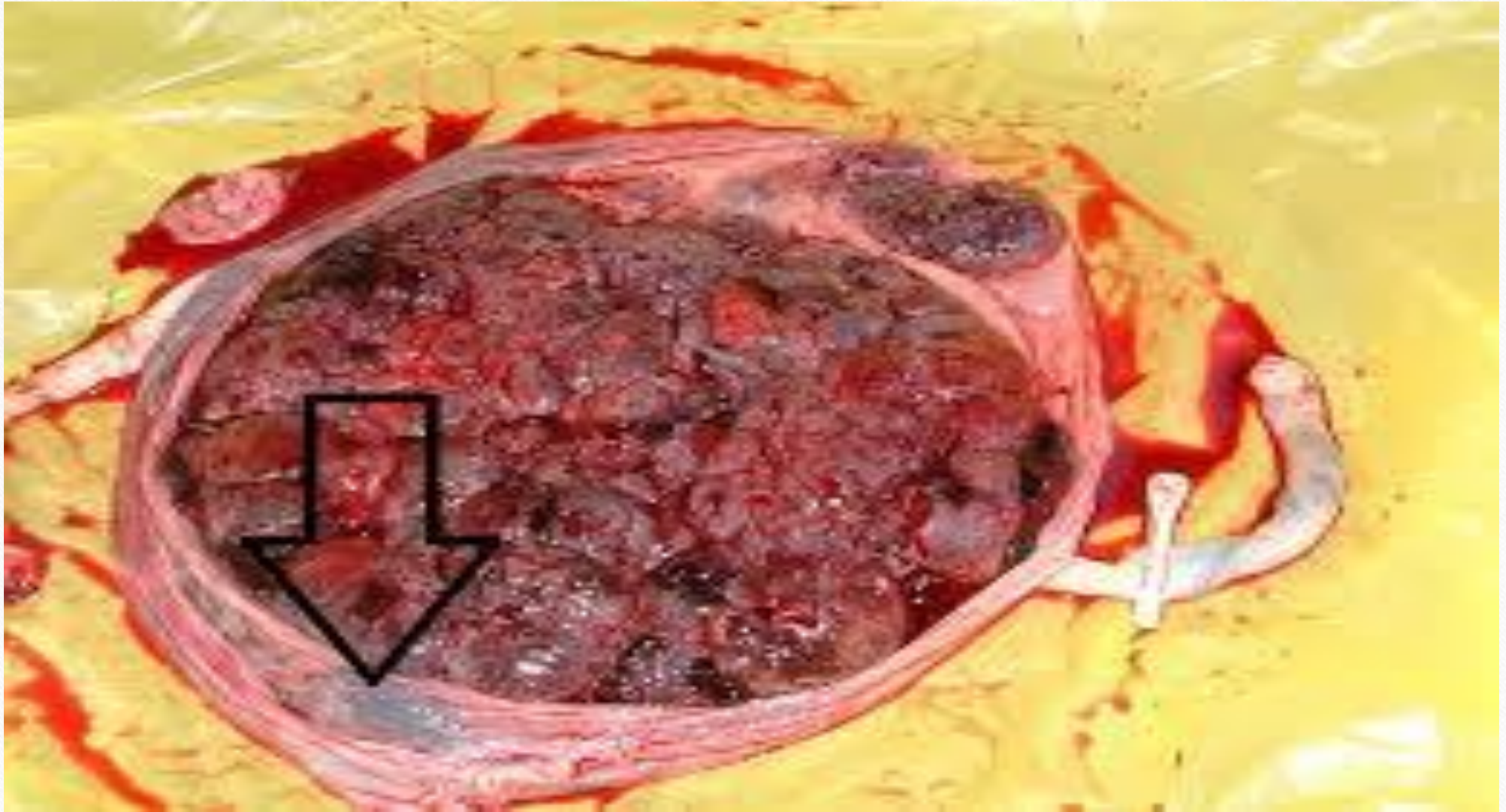


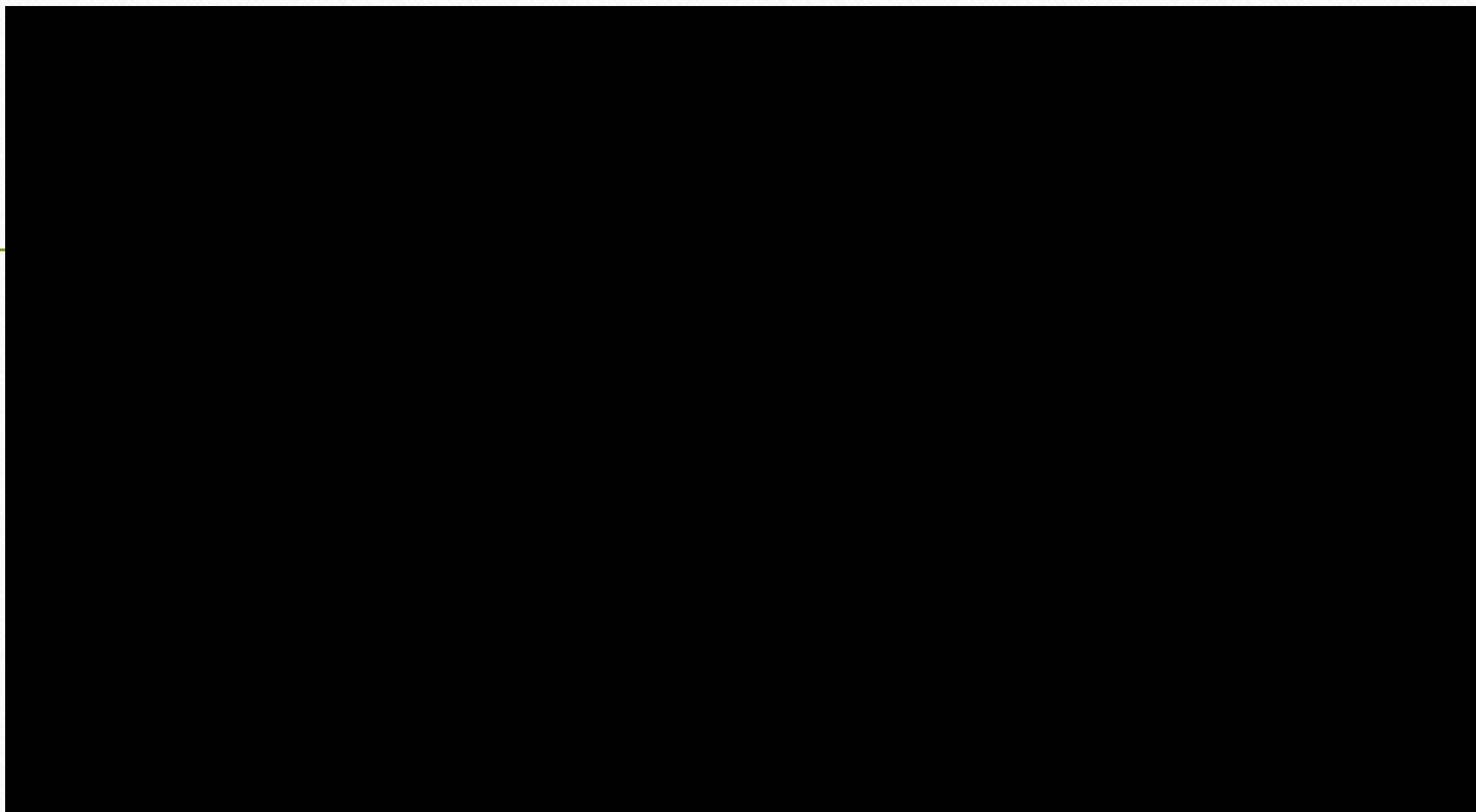
Cervical dilatation



Delivery of placenta





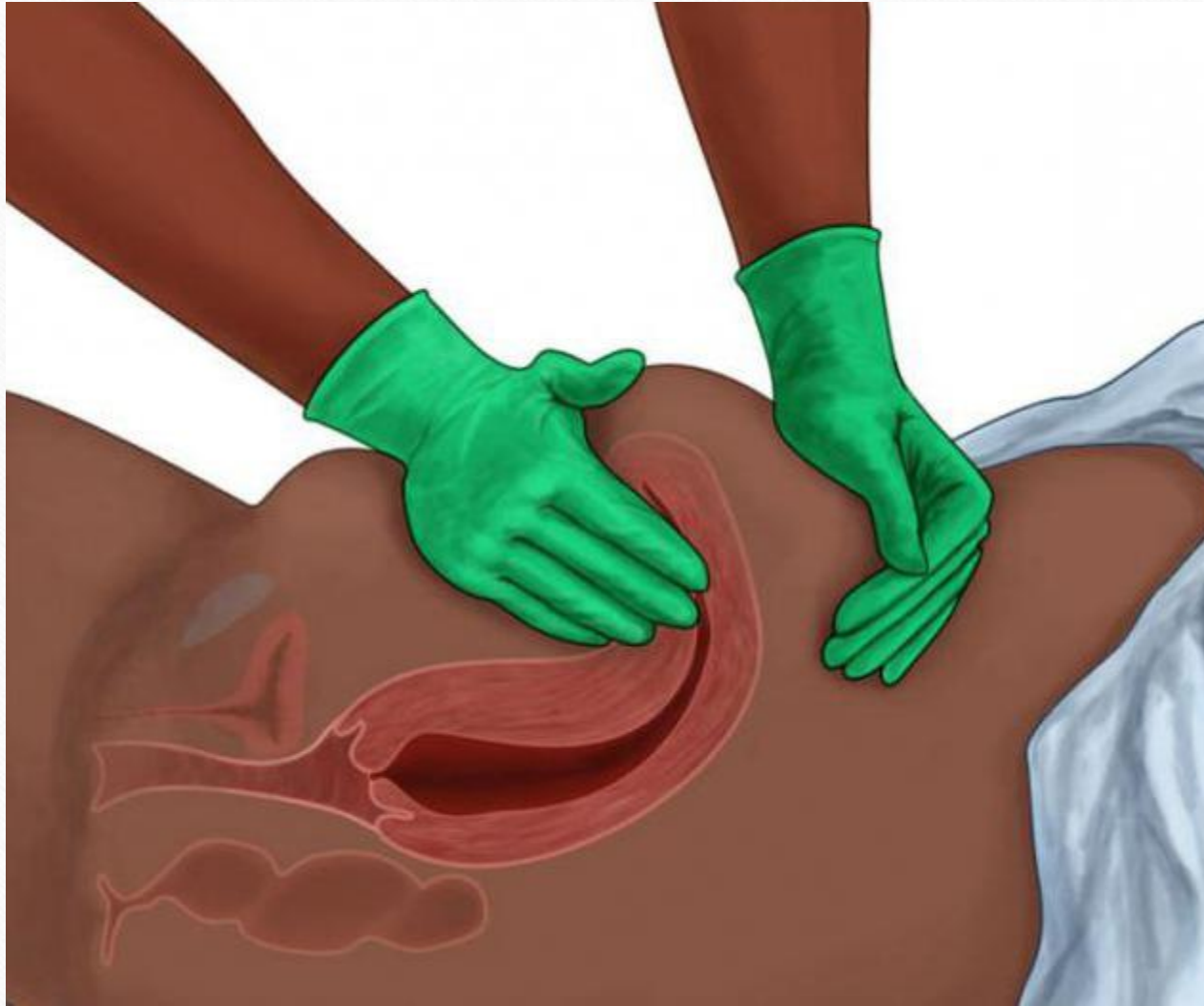


بلافاصله پس از خروج کامل جفت، فوندوس رحم ماساژ داده شود و از جمع بودن آن اطمینان حاصل گردد. در ۲ ساعت اول زایمان، هر ۱۵ دقیقه و سپس تا ۶ ساعت، هر یک ساعت ماساژ رحم باید تکرار شود. بعد از اتمام هر بار ماساژ رحم، باید مطمئن شد که رحم نرم و شل نیست. خونریزی طبیعی باید به صورت جریان آهسته خون مخلوط با بافت دسیدوا و لخته های کوچک به رنگ قرمز روشن باشد.

تکنیک ماساژ فوندوس رحم

ماساژ فوندوس رحم بلافاصله پس از زایمان، موجب تحریک میومتر برای انقباض و ایجاد هموستاز و خروج لخته ها می شود. این روش با استفاده از دو دست به شرح زیر است:

یک دست در بالای سمفیز پوبیس برای نگه داشتن سگمان تحتانی قرار می گیرد و دست دیگر به آرامی ناحیه قله رحم را ماساژ می دهد. حمایت کامل سگمان تحتانی با انجام ماساژ به آرامی و ملایمت ضروری است، زیرا بعد از زایمان، لیگامانها شل است و مقاومت کمی دارد. ماساژ شدید موجب افتادگی کامل و یا بخشی از رحم خواهد شد. این ماساژ فقط در زمانی انجام شود که فوندوس سفت نیست، زیرا تحریک بیش از حد میومتر می تواند در خسته شدن و شل شدن عضله سهیم باشد.



نکاتی که باید به مادر توضیح داده شود:

ضرورت انجام ماساژ، احساس ناراحتی و درد کرامپی ناشی از انقباض، تشویق مادر برای انجام ماساژ

اقدامات بعد از خروج جفت

- ✓ پرینه را با پارچه تمیز پاک کنید و یک پد تمیز بر روی ولو بگذارید.
- ✓ شان ها و لباس های خیس را تعویض کنید
- ✓ مادر و نوزاد را گرم نگه دارید. اگر مادر لرز دارد از پتوی گرم و اقدامات حمایتی استفاده کنید.
- ✓ به مادر نوشیدنی سرد یا گرم (برحسب تمایل مادر) بدهید.
- ✓ نوزاد را در آغوش مادر قرار داده و او را به شیردهی تشویق کنید.
- ✓ از راحت بودن وضعیت مادر اطمینان حاصل کنید.
- ✓ به مادر و همراهان درمورد وضعیت نوزاد اطمینان دهید.

بررسی محل ترمیم برش یا پارگی

پس از زایمان جفت، ناحیه قدامی، خلفی و دیواره های واژن باید از نظر وجود پارگی، تعیین میزان پارگی یا وسعت اپی زیاتومی بررسی شود.

تعیین درجه پارگی به شرح زیر می باشد:

پارگی درجه ۱: پارگی فورشت، پوست پرینه و مخاط واژن

پارگی درجه ۲: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن و عضله پرینه

پارگی درجه ۳: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن، عضله پرینه و اسفنکتر مقعدی

پارگی درجه ۴: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن، عضله پرینه، اسفنکتر مقعدی به همراه مخاط رکتوم

موارد غیر طبیعی در زایمان

دستوشی شانه

تعریف: اگر فاصله ی زایمان سر تا خروج شانه ها بیش از ۶۰ ثانیه باشد.

اقدامات در هنگام دستوشی شانه:

✓ درخواست کمک

✓ اپیزیوتومی لارج داده میشه و برای زایمان تلاش میکنیم.

✓ همزمان با کشش سر جنین به سمت پایین یک دستیار فشار متوسطی را به ناحیه ی سوپراپوبیک وارد میکند.

✓ مانور مک رابرتز: بلند کردن پاها از رکابهای تخت زایمان و فلکشن کامل آنها بر روی شکم --- سبب مستقیم شدن ساکروم نسبت به مهره های کمری می شود و باعث آزاد شدن شانه قدامی گیرافتاده می شود.

مانور woods: چرخش دادن پیشرونده ی شانه خلفی به اندازه ۱۸۰ درجه و به شکل پیچ سر بطری در نتیجه آزاد شدن شانه قدامی

زایمان شانه خلفی: حرکت دادن دقیق بازوی خلفی جنین در عرض قفسه سینه و بدنبال آن زایمان بازو، سپس کمر بند شانه ای به داخل یکی از اقطار مایل لگن چرخانده می شود و بدنبال آن زایمان شانه قدامی انجام میگردد.

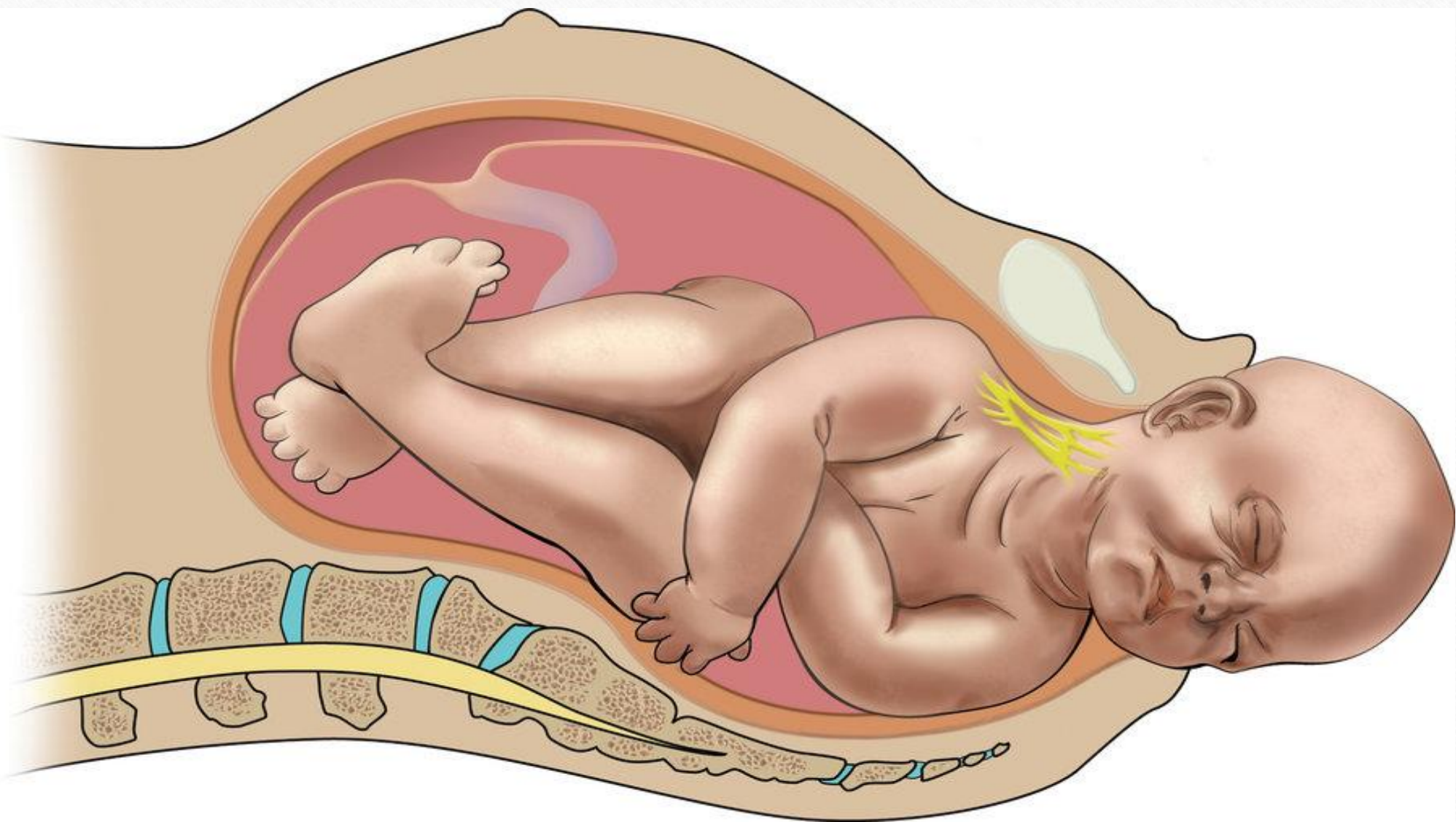
شکستن کلاویکل به طور عمدی

مانور Zavanelli: جابه جایی سر به داخل لگن و سپس انجام سزارین (به عنوان آخرین روش)

فشار بیش از حد به سمت پایین و روی سر جنین جهت خروج شانه قدامی می تواند منجر به آسیب عصب شبکه بازویی شود.

از دور کردن رانها پرهیز شود
وسایل احیا آماده باشد.

بعد از خروج شانه ها نوزاد از نظر آسیب وارده و مادر از نظر پارگی های احتمالی بررسی می شود







TrialExhibits, Inc.



Variations of the breech presentation



Complete
breech



Incomplete
breech



Frank
breech

□ عوارض Breech :

- افزایش مرگ و میر مادر و نوزاد
- افزایش احتمال سزارین
- صدمات جنین حین زایمان
- طولانی شدن مدت زایمان

Transverse Presentation



خونریزی بلافاصله پس از زایمان

خونریزی بیش از 500 میلی لیتر در زایمان طبیعی و بیش از 1000 میلی لیتر در سزارین، به عنوان خونریزی پس از زایمان تعریف می شود و معمولاً در 24 ساعت اول اتفاق می افتد اما ممکن است از 24 ساعت تا 12 هفته پس از زایمان نیز رخ دهد.

علل خونریزی بلافاصله پس از زایمان:

1-آتونی (شایعترین علت خونریزی زایمانی)

2-احتباس جفت

3-آسیب دستگاه تناسلی

4-اختلال انعقادی

کنترل خونریزی پس از زایمان

✓ مداخلات دارویی (منقبض کننده ها)

✓ مداخلات مکانیکی (غیر دارویی): شامل اقدامات محافظه کارانه از قبیل ماساژ رحمی و

فشار بر روی رحم

✓ مداخلات جراحی

صورت می پذیرد.

همزمان با شروع درمان دارویی اقدامات زیر باید انجام شود:

- ✓ درخواست کمک
- ✓ قرار دادن مادر در وضعیت خوابیده و گرم نگه داشتن او
- ✓ بررسی علت خونریزی (آسیب کانال زایمان و آتونی، ...) ✓
- ✓ گرفتن دو رگ با آنژیوکت های شماره 14, 16
- ✓ کنترل علائم حیاتی؛ درجه حرارت هر ۱۵ دقیقه یکبار، کنترل نبض (با استفاده از پالس اکسی متر)، فشار خون و تنفس هر ۱۵ دقیقه مانیتورینگ مداوم برای خونریزی شدید
- ✓ دادن اکسیژن با ماسک ۱۰-۱۵ لیتر در دقیقه
- ✓ دادن مایعات کریستالوئید مانند محلول رینگر لاکتات، نرمال سالین حداکثر ۳/۵
- ✓ لیتر تا زمان دریافت خون
- ✓ ماساژ دو دستی رحم

نام دارو	میزان مصرف	منع مصرف	عوارض
اکسی توسین	انفوزیون وریدی 40 واحد در یک لیتر با سرعت 60 قطره در دقیقه حداکثر تا 3 لیتر	نبایستی به صورت یکدفعه و سریع داخل وریدی تزریق شود.	تهوع، استفراغ، هیپوناترمی و با تجویز طولانی داخل وریدی کاهش فشار خون و افزایش ضربان قلب
متیل ارگونوین (مترژین)	تزریق عضلانی به میزان ۲/ میلی گرم تزریق وریدی این دارو ممنوع است.	فشار خون بالا، بیماری قلبی، پره اکلامپسی، فرد مبتلا به HIV که در حال مصرف داروی آنتی ویرال است.	
F2α پروستاگلاندین	تزریق عضلانی ۲۵۰ میکرو گرم تکرار هر ۱۵ تا ۹۰ دقیقه حداکثر ۸ دوز تزریق وریدی این دارو ممنوع است.	آسم و بیماری فعال قلبی، ریوی، بیماری کبدی، گلوکوم	تهوع، استفراغ، اسهال، تب گذرا، تاکیکاردی، حساسیت به دارو، گر گرفتگی، سردرد، لرز و افزایش فشار خون و برونکواسپاسم

مداخلات مکانیکی

اقدامات غیر داروئی به ترتیب اولویت شامل ماساژ دو دستی ، پک کردن رحم با تامپون یا بالون رحمی یا سوند فولی و تکنیکهای جراحی است.

ماساژ دو دستی

فشردن دو دستی رحم روشی ساده ای که در بیشتر موارد خونریزی رحمی را کنترل می کند. در این روش، دستی را که در بالای شکم است در پشت رحم قرار می دهید و دستی که در واژن است در سطح قدامی دهانه رحم به صورت مشت شده قرار داده و ماساژ را انجام می دهید.

یکی از روش های اداره فعال مرحله سوم زایمان برای پیشگیری از خونریزی پس از زایمان ماساژ رحمی است که باید به محض تشخیص خونریزی پس از زایمان برای اطمینان از انقباض رحمی و قطع خونریزی انجام شود. این کار باید تا زمانی که رحم منقبض شود و یا خونریزی قطع گردد ادامه یابد.



هماتوم یا پارگی به دلیل ترومای زایمانی می تواند باعث از دست دادن میزان قابل توجهی خون شود .
هماتوم می تواند موجب بروز درد شود و یا برحسب شدت خونریزی موجب تغییر در علائم حیاتی گردد.
هماتوم در واژن یا رکتوم اغلب به شکل یک توده در معاینه قابل لمس است.

اگر هماتوم کوچک باشد می توان آن را با مدیریت انتظاری و مشاهده از نزدیک کنترل کرد در هماتومهای
بزرگ درمان هماتوم با ایجاد انسزیون و درناژ محل هماتوم و هموستاز عروق خونی ضروری است .برش
باید در قسمتی که بیشترین اتساع را دارد انجام شود و همزمان با تخلیه خون و لخته ها نسبت به بستن
محل های خونریزی دهنده اقدام گردد و حفره ناشی از برداشتن هماتوم با بخیه بسته شود .منطقه درگیر
باید تمیز و کلیه عروق خون ده باید هموستاز شود.

وارونگی رحم



عوامل مستعد کننده واریونگی رحم: جفت قدامی، انقباض غیرعادی و شروع دیر هنگام انقباضات رحم، وجود میوم رحمی یا عفونت رحمی، مصرف سولفات منیزیوم و کشش نابجای بند ناف، چسبندگی غیر طبیعی جفت

اقدام اولیه:

- ✓ درخواست کمک
- ✓ درمان شوک و یا هیپوولمی مادر با آنژیوکت بزرگ اندازه 16
- ✓ تزریق محلول سریع کریستالوئید
- ✓ قطع اکسی توسین
- ✓ تمیز کردن رحم با محلول بتادین و پوشاندن رحم با یک حوله یا پارچه استریل مرطوب و گرم تا زمان جا اندازی
- ✓ جا اندازی رحم در طول محور واژن در حالی که دست دیگر از روی شکم رحم را حفظ می کند
- ✓ عدم اقدام جهت جدا کردن جفت

پس از موفقیت در برگرداندن رحم

ماساژ دو دستی رحم و اطمینان از جمع شدن آن و کنترل مکرر رحم از طریق واژن برای اطمینان از عدم وارونگی مجدد

تجویز اکسی توسین 20 واحد در 500 سی سی سرم

تجویز آنتی بیوتیک 2 گرم آمپی سیلین و 500 میلی گرم مترونیدازول وریدی

یا تجویز 1 گرم سفازولین و 500 میلی گرم مترونیدازول وریدی

مراقبت از نوزاد تازه متولد شده



به محض خروج سر نوزاد، نیاز به استفاده از پوار یا ساکشن برای پاک کردن راه های هوایی نیست .
در صورت نیاز به پوار ابتدا دهان و سپس بینی پوار شود.

پس از خروج کامل نوزاد، نوزاد را روی سینه مادر گذاشته تا تماس پوست با پوست برقرار شود،
حوله از قبل گرم شده را روی نوزاد قرار دهید

در صورت عدم تمایل مادر، از همراه یا فرد دیگری کمک گرفته شود و نوزاد را روی حوله از قبل گرم شده منتقل کنید.

نکته: در هنگام گذاردن نوزاد بر روی سینه مادر، باید به کشیده شدن بندناف توجه شود.

ارزیابی سریع نوزاد از نظر ترم بودن سن بارداری، آغشته بودن به مکونیوم، تنفس یا گریه کردن، تون عضلانی مناسب انجام
شود .

نتیجه ارزیابی، نیاز یا عدم نیاز به احیاء را مشخص می کند.

✓ اگر ترشحات نوزاد مکونیومی نیست انجام ساکشن وپوآر ضروری نیست و تنها باگاز یا پارچه تمیزی ترشحات پاک شود

✓ اگر مایع آغشته به مکونیوم است ونوزاد سر حال است ضربان قلب بیش از صد بار در دقیقه تون عضلانی طبیعی وتنفس طبیعی دارد نیاز به احیا وجود ندارد و بهتر است نوزاد در کنار مادر تحت مراقبت و ارزیابی بیشتر از نظر تنفس، تحمل تغذیه و حال عمومی باشد .

✓ اگر مایع آغشته به مکونیوم است نوزاد تنفس خوب ندارد ضربان قلب کمتر از از صد بار در دقیقه و بی حال وسیانوزه است نیاز به احیا و لوله گذاری داخل نای جهت تخلیه ترشحات دارد .

در صورت طبیعی بودن ارزیابی سریع مراقبت عادی نوزاد به شرح زیر انجام شود:

- فراهم کردن گرما (قرار دادن نوزاد روی سینه مادر و پوشاندن با حوله گرم) به دمای مناسب ۲۸ - ۲۵ درجه سانتیگراد توجه شود.

✓ پاک کردن راه های هوایی با پوار در صورت نیاز پس از خروج کامل نوزاد

✓ خشک کردن بدن نوزاد با حوله گرم

✓ ارزیابی رنگ نوزاد

✓ تعیین آپگار

✓ کلامپ و بریدن بندناف: بند ناف در فاصله ۳ و ۵ سانتی متر از قاعده شکم نوزاد کلامپ شود و سپس بین دو کلامپ بریده شود.

در صورت بد حال بودن نوزاد، بند ناف بلندتر بریده شود.

در صورت عدم نیاز به احیا عجله ای برای قطع کردن بند ناف نیست و حدود ۱۲۰ - ۳۰ ثانیه پس از تولد قطع گردد.

نکته ۱: بلافاصله پس از زایمان، مادر به شیردهی تشویق شود.

نکته ۲: نوزاد مادران HbsAg و HIV مثبت پوار **نشود**. به نوزاد مادر HIV مثبت شیر مادر داده نشود.

جدول بررسی آپگار نوزاد

علامت	نمره 0	نمره 1	نمره 2
تعداد ضربان قلب	فقدان	کمتر از 100 ضربه	بیش از 100 ضربه
تلاش تنفسی	فقدان	آهسته و نامنظم	خوب یا در حال گریه فعال
تونسیتة عضلانی	شل	مقداری خم نمودن اندامها	حرکات فعال
پاسخ رفلکسی به تحریک	بدون پاسخ	گریه ضعیف یا شکلی در آوردن	سرفه یا عطسه یا گریه
رنگ پوست	آبی یا رنگ پریده	بدن صورتی اندامها کبود	کاملاً صورتی



نمره آپگار دقیقه ۵ نوزادی با مشخصات زیر را محاسبه کنید:
ضربان قلب ۹۰ ضربه است - شل و سیانوزه است - و در پاسخ به تحریک تغییر ناچیزی
در چهره خود نشان می دهد و تنفس نامنظم دارد.

نوزادان طبیعی

یک نوزاد سالم باید ویژگی ها و علائم زیر را دارا باشد:

- دوران بارداری و زایمان آن طبیعی باشد.
- نوزاد در زمان معین به دنیا بیاید.
- نیازی به احیاء بعد از تولد نداشته باشد. (نمره آپگار دقیقه اول ۷ و یا بیشتر از آن باشد).
- وزن نوزاد بین ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم باشد.
- تحلیل و آسیب نسج نرم نداشته باشد.
- در معاینات فیزیکی هیچگونه ناهنجاری های مادرزادی و یا علائم بالینی غیر طبیعی دیده نشود.
- نوزاد به خوبی و کامل تغذیه شود.
- نوزادان طبیعی و سالم تنها به مراقبتهای اولیه نیازمندند.
- در نوزادان رسیده طبیعی تغییرات فشار حجم که در اثر هر تنفس رخ میدهند در پنجمین تنفس به الگوی بزرگسالان شباهت پیدا می کند.

کدام نوزاد به احیاء نیاز دارد؟ بیشتر نوزادان تازه به دنیا آمده سر حال میباشند. فقط حدود ۱۰٪ از نوزادان به کمک نیاز دارند. فقط ۱٪ از نوزادان به عملیات احیای پیشرفته (مثل لوله گذاری داخل تراشه ، فشردن قفسه سینه و یا داروها) برای زنده ماندن نیاز دارند.

در جنین آلوئولها با مایع مترشحه از ریه ها پر شده اند. در رحم ، جنین برای مبادله گازها به جفت وابسته است.

وضعیت ریه ها و گردش خون (پس از تولد): ریه ها توسط هوا متسع میشوند. مایع داخل ریه های جنین ، از آلوئولها خارج میشود. آرتریولهای ریوی گشاد میشوند. جریان خون ریوی افزایش می یابد. سطح اکسیژن خون افزایش مییابد.

علائم نوزاد در معرض خطر: تون عضلانی ضعیف، تلاش تنفسی ضعیف، برادیکاردی، تاکی پنه، سیانوز

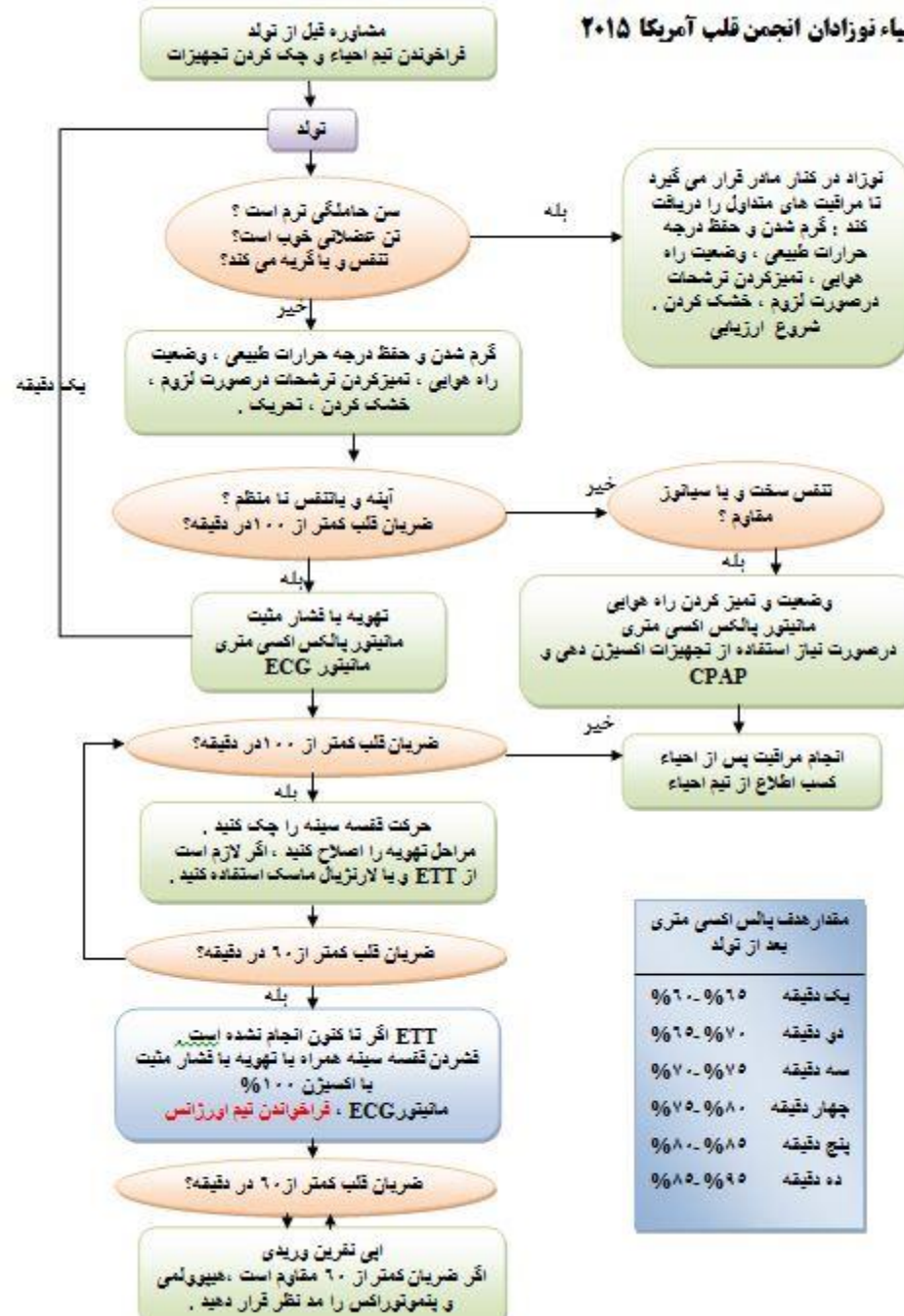
آپنه اولیه: وقتی جنین یا نوزاد از اکسیژن محروم میشود ، یک دوره تنفسهای سریع به وقوع می پیوندد و به دنبال آن آپنه اولیه و کاهش ضربان قلب، ایجاد میشود که با تحریک لمسی رفع میگردد.

آپنه ثانویه: در صورتیکه محرومیت از اکسیژن ادامه پیدا کند، آپنه ثانویه روی میدهد که با کاهش ریت قلب و فشار خون همراه است. آپنه ثانویه با تحریک رفع نمیشود، تهویه کمکی مورد نیاز میباشد.

احیای نوزاد مبتلا به آپنه ثانویه:

شروع تهویه موثر با فشار مثبت، طی آپنه ثانویه معمولاً منجر به افزایش سریع ریت قلب میگردد.

پورتکل احیاء نوزادان انجمن قلب آمریکا ۲۰۱۵



ماساژ قفسه سینه در نوزادان وقتی شروع می شود که علیرغم ونتیلاسیون و اکسیژناسیون مناسب برای ۳۰ ثانیه، همچنان ریت قلب زیر ۶۰ در دقیقه باشد. ماساژ قفسه سینه روی یک سوم تحتانی استرنوم انجام می شود و باید با هر فشار یک سوم از قطر قدامی خلفی قفسه سینه کم گردد.

نسبت ماساژ به تهویه ۳:۱ است و ۹۰ ماساژ و ۳۰ تهویه در دقیقه باید انجام شود؛ این یعنی جمعاً ۱۲۰ ماساژ و تنفس غیرهمزمان به نسبت ۳:۱ باید در دقیقه انجام گشته است.

ماساژ قفسه سینه باید تا رسیدن ریت قلب به بالای ۶۰ در دقیقه ادامه یابد، اما نباید به بهانه ارزیابی های مکرر ریت قلب مرتباً در ماساژ قفسه سینه وقفه ایجاد گردد.

تلاش برای احیا ۱۰ دقیقه پس از احیای ناموفق می تواند خاتمه یابد.

برآورد سن بارداری قانون نگل

اورژانس های بارداری و زایمان

زن حامله ای در هفته ۲۲ حاملگی مراجعه کرده است. چهار هفته قبل فشار خون وی ۹۰/۱۴۰ و بدون پروتئینوری بوده است. در حال حاضر فشار خون وی ۹۰/۱۵۰ همراه با پروتئینوری ۱+ است. تشخیص شما کدام است؟

- الف) هیپرتانسیون حاملگی
ب) هیپرتانسیون مزمن
ج) هیپرتانسیون مزمن + پره اکلامپسی
د) هیپرتانسیون مزمن + هیپرتانسیون حاملگی

دوز اولیه هیدرالازین برای درمان هیپرتانسیون شدید در چه حدی است؟

جهت تزریق ۲ گرم سولفات منیزیم چند سی سی از محلول ۵۰ درصد مورد نیاز است؟

تنگی نفس در بارداری

ارزیابی علائم اورژانس شامل:
تاکی پنه
سیانوز
ویزینگ
بی قراری

اقدامات

دادن وضعیت نیمه نشسته
تجویز اکسیژن به میزان ۸ -
۱۰ لیتر در دقیقه
- استفاده از پالس اکسی متر
گرفتن رگ مناسب

تعاریف

فشارخون بارداری: فشارخون سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ و یا دیاستول مساوی یا بیشتر از ۹۰ که برای اولین بار بعد از هفته ۳۸ بارداری بروز می کند. بدون پروتئینوری و علائم پره اکلامپسی است و در عرض ۳۸ هفته پس از زایمان به حد نرمال باز می گردد.

پره اکلامپسی: فشارخون سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ و یا دیاستول مساوی یا بیشتر از ۹۰ که برای اولین بار بعد از هفته ۳۸ بارداری بروز می کند (تایید با فاصله ۳ ساعت) و همراه با پروتئینوری یا فشارخون سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ و یا دیاستول مساوی یا بیشتر از ۹۰ همراه با شواهد درگیری چند ارگانی به صورت ترومبوسیتوپنی، اختلال عملکرد کلیه، کبد، سیستم عصبی یا ادم ریه است.

اکلامپسی: بروز تشنج در خانم پره اکلامپتیک، اکلامپسی نامیده می شود.

۱۵-۲۰٪ موارد نیز بدون افزایش فشارخون و پروتئینوری است.

سندرم HELLP: سندرمی که شامل همولیز، افزایش آنزیم های کبدی و ترومبوسیتوپنی است که احتمالا می تواند به دنبال پره اکلامپسی باشد.

فشارخون مزمن: فشارخون سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ و یا دیاستول مساوی یا بیشتر از ۹۰ که پیش از

بارداری وجود داشته یا قبل از هفته ۳۸ بارداری شروع شده و تا ۱۲ هفته پس از زایمان باقی می ماند.

پره اکلامپسی اضافه شده به فشارخون مزمن: تشدید فشار خون یا اضافه شدن پروتئینوری و یا سایر علائم پره

اکلامپسی به خانمی که قبلا فشارخون مزمن داشته است.

در صورتی که فشارخون برای ۱۵ دقیقه یا بیشتر ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه و یا بیشتر باشد، تجویز دارو به ترتیب اولویت زیر توصیه می شود:

دارو	مصرف	توضیحات
لابتالول	۲۰-۱۰ میلی گرم وریدی در عرض دو دقیقه تزریق و در عدم پاسخ مناسب فشار خون در عرض هر ۲۰-۱۰ دقیقه، دوزهای افزایش یابنده به صورت ۲۰ و ۴۰ و ۸۰ و ۸۰ تا حداکثر ۳۰۰ mg تزریق می شود.	- احتمال بروز برادیکاردی و تب - منع مصرف در آسم و CHF
هیدرالازین	۵ mg/IV در عرض دو دقیقه تزریق و در عدم پاسخ مناسب فشار خون در عرض هر ۲۰ دقیقه، ۵ تا ۱۰ میلی گرم هیدرالازین تا حداکثر دوز توتال ۳۰ میلی گرم در هر سیکل درمانی تزریق می شود.	احتمال بروز هیپوتانسیون، سردرد و تاکیکاردی مادر و دیسترس جنینی
نیفدپین	۱۰ mg در صورت لزوم تا دو دوز، سپس ۱۰-۲۰ mg خوراکی به فرم آهسته رهش و تکرار هر ۳۰ دقیقه با خوراکی هر ۶ ساعت	- منع مصرف دارو به صورت زیر زبانی - منع مصرف در بیماری کرونر مادر - در صورت مصرف همزمان با سولفات منیزیم، به دلیل برادی کاردی قلب جنین، مانیتور قلب جنین انجام شود. - احتمال سردرد و تاکیکاردی

ملاحظات حین تزریق سولفات منیزیوم

- ✓ تعداد تنفس (بیش از ۱۲ بار در دقیقه)، رفلکس پتلاز و میزان مایعات دفعی (بیش از ۱۰۰ میلی لیتر هر ۴ ساعت)
 - ✓ فشارخون مادر و ضربان قلب جنین هر ۱۵ دقیقه تا تثبیت وضعیت کنترل و ثبت شود.
 - ✓ کنتراندیکاسیون های تزریق سولفات منیزیوم: بلوک قلبی و آسیب میوکارد، کوما ی کبدی
- تزریق دوز اولیه سولفات منیزیوم بدون توجه به میزان کراتینین انجام شود.
- ادامه تزریق سولفات منیزیم پس از اطمینان دوره ای از وجود رفلکس پتلاز ، میزان کراتینین، نبود دیپرسیون تنفسی و وجود برون ده ادراری به میزان بیش از ۳۰ میلی لیتر در ساعت یا ۱۰۰ میلی لیتر در ۴ ساعت انجام می شود.

- در صورت دپرسیون تنفسی (تعداد تنفس کمتر از ۱۲ بار در دقیقه) سولفات منیزیوم را قطع و ۱۰ میلی لیتر (

۱ گرم) گلوکونات کلسیم در مدت ۵-۱۰ دقیقه به صورت وریدی تزریق کنید. در صورت عدم پاسخ

گلوکونات کلسیم، نیاز به لوله گذاری داخل تراشه و تهویه مکانیکی می باشد.

هنگام بروز تشنج اقدامات زیر باید انجام شود:

- ✓ کمک خواستن و اعلام کد احیا
- ✓ در دسترس بودن ساکشن، ماسک و آمبوبگ
- ✓ airway گذاشتن
- ✓ مراقبت از مادر به منظور جلوگیری از صدمات ناشی از تشنج و خوابانیدن مادر به پهلوئی چپ و در تخت حفاظ دار
- ✓ اطلاع به متخصص بیهوشی
- ✓ تجویز اکسیژن به میزان ۸-۱۰ لیتر در هر دقیقه در زمان اولین تشنج با درصد اشباع بالای ۹۰٪ با ماسک دهانی
- ✓ استفاده از پالس اکسی متر و مانیتور مداوم میزان اشباع اکسیژن
- ✓ اندازه گیری فشارخون مادر: در صورتی که فشارخون بیشتر یا مساوی ۱۶۰/۱۱۰ است درمان دارویی انجام شود.

تزریق سولفات منیزیوم: در صورتی که مادر با تشنج مراجعه کرده و سولفات منیزیوم دریافت نکرده است درمان دارویی با سولفات منیزیوم انجام شود

در صورتی که مادر از قبل تحت درمان بوده، سولفات منیزیوم وریدی به میزان ۲ گرم در ساعت از محلول ۲۰ درصد به آهستگی و در مادران چاق تا ۴ گرم (به صورت ۲ دوز ۲ گرمی) و یا با افزودن ۲ گرم به دوز نگهدارنده با رعایت ملاحظات تزریق می شود.

انتخاب هر دارویی به جز سولفات منیزیوم بهتر است با مشاوره نورولوژیست انجام شود.
در صورت عدم دسترسی و یا منع مصرف سولفات منیزیوم، می توان از فنی توین به میزان ۱۰۰۰ میلی گرم در صد میلی لیتر سرم نمکی (منع مصرف سرم قندی برای رقیق کردن دارو) در یک ساعت استفاده کرد.

در صورت هوشیاری مادر می توان از ۱۰۰ میلی گرم فنی توین خوراکی هر ۸ ساعت نیز استفاده کرد.
تزریق عضلانی دارو ممنوع است. عوارض نادر دارو آریتمی، برادیکاردی، شوک، آتاکسی، هایپرکلسمی و... است.

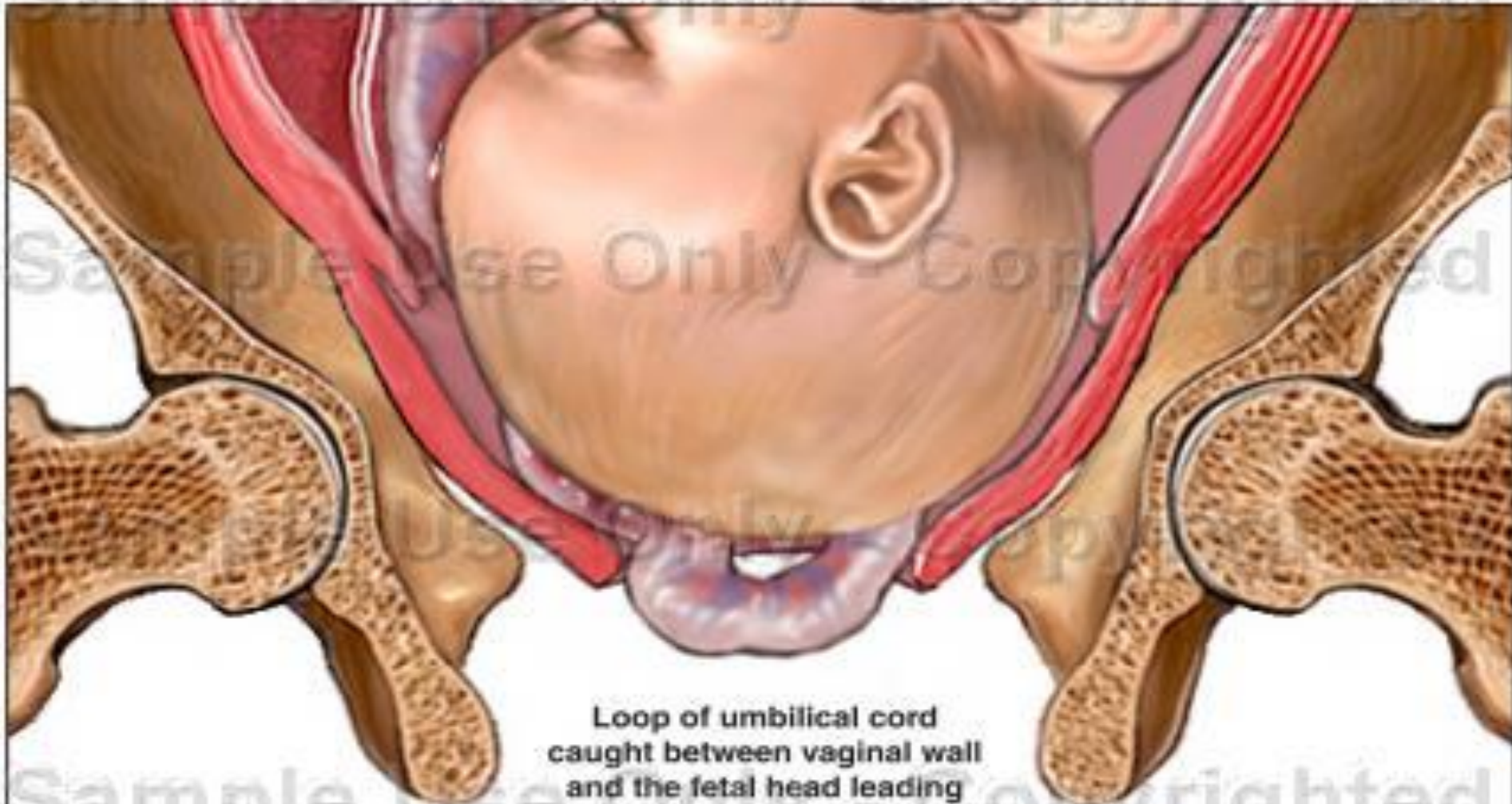
برخی از کنتراندیکاسیونهای کاربرد فنی توئین عبارتند از: سابقه ی ازدیاد حساسیت، بلوک قلبی،
برادیکاردی سینوسی

نکته: به دلیل دریافت دوز بالای سولفات منیزیوم در این موارد باید به علائم مسمومیت توجه و گلوکونات کلسیم در دسترس باشد.

در صورت عدم کنترل تشنج ، مشاوره اورژانس با متخصص بیهوشی و نورولوژی انجام شود. تا زمان مشاوره می توان از داروهای زیر استفاده کرد:

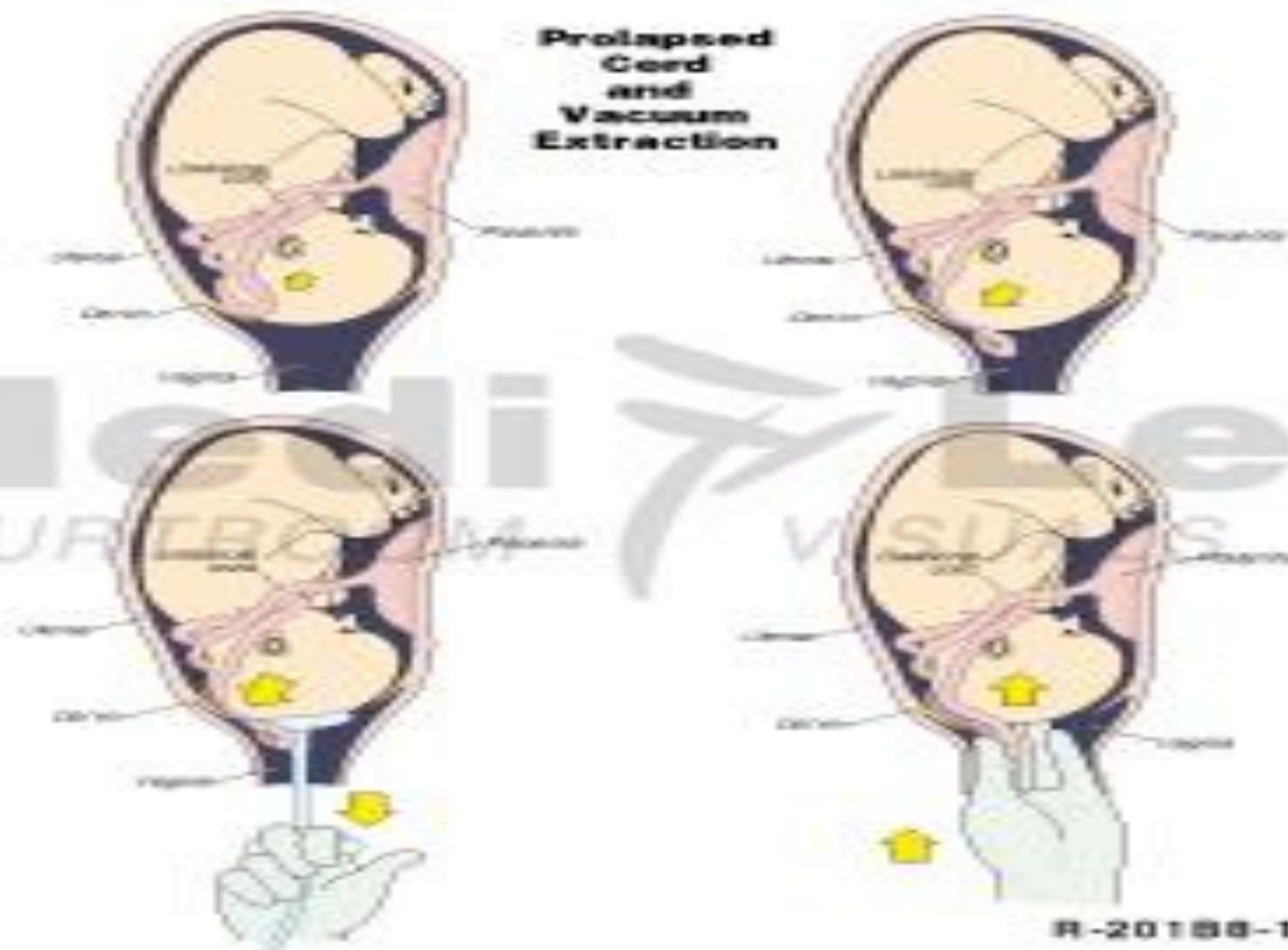
- ✓ فنی توئین: مطابق راهنما
- ✓ دیازپام وریدی : ۵-۱۰ میلی گرم وریدی هر ۵ تا ۱۰ دقیقه و ماکزیمم دوز ۳۰ میلی گرم
- ✓ لورازپام ۴mg/IV/2min
- ✓ میدازولام: : ۱-۲ mg/IV/2min با امکان تکرار هر ۵ دقیقه تا توقف تشنج

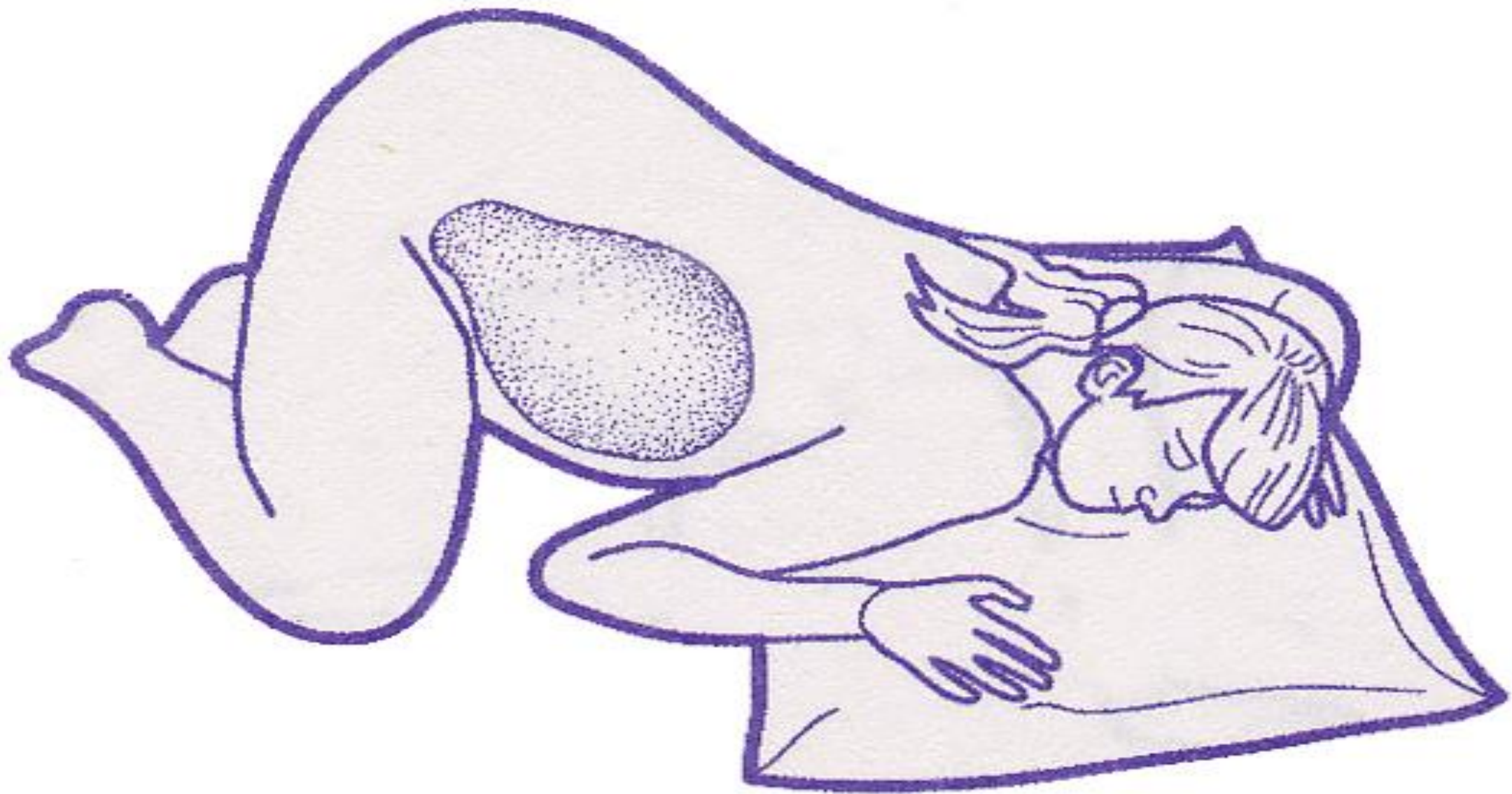
Prolapse of Umbilical Cord



Loop of umbilical cord caught between vaginal wall and the fetal head leading to diminished blood and oxygen supply.

Prolapsed Cord and Vacuum Extraction





by the examiner putting a sterile gloved hand into the vagina and holding the presenting part off of the umbilical cord (Fig. 19-16, A and B). The woman is assisted into a position such as a modified Sims (Fig. 19-16, C), Trendelenburg, or knee-chest (Fig. 19-16, D), in which gravity keeps the presenting part off the cord. If the cervix is fully dilated, a forceps- or vacuum-assisted birth can be performed for the fetus in a cephalic presentation; otherwise a cesarean birth is likely to be performed. Nonreassuring fetal status, inadequate uterine relaxation, and bleeding can also occur as a result of a prolapsed umbilical cord. Indications for immediate interventions are presented in the Emergency box.

Rupture of the Uterus

Rupture of the uterus is a rare but very serious obstetric injury that occurs once in every 1500 to 2000 births. The most com-

mon causes of uterine rupture during pregnancy are separation of the scar of a previous classical cesarean birth, uterine trauma (e.g., accidents or surgery), and congenital uterine anomaly. During labor and birth, uterine rupture may be caused by intense spontaneous uterine contractions, labor stimulation (e.g., oxytocin), an overdistended uterus (e.g., multifetal gestation), malpresentation, external or internal version, or a difficult forceps-assisted birth. It occurs more commonly in multigravidas than primigravidas.

A uterine rupture may be classified as complete or incomplete. A complete rupture extends through the entire uterine wall into the peritoneal cavity or broad ligament. An incomplete rupture extends into the peritoneum but not into the peritoneal cavity or broad ligament. Bleeding is usually internal. An incomplete rupture may also be a partial separation of an old cesarean scar and may go unnoticed unless the woman has a subsequent cesarean birth or other uterine surgery.

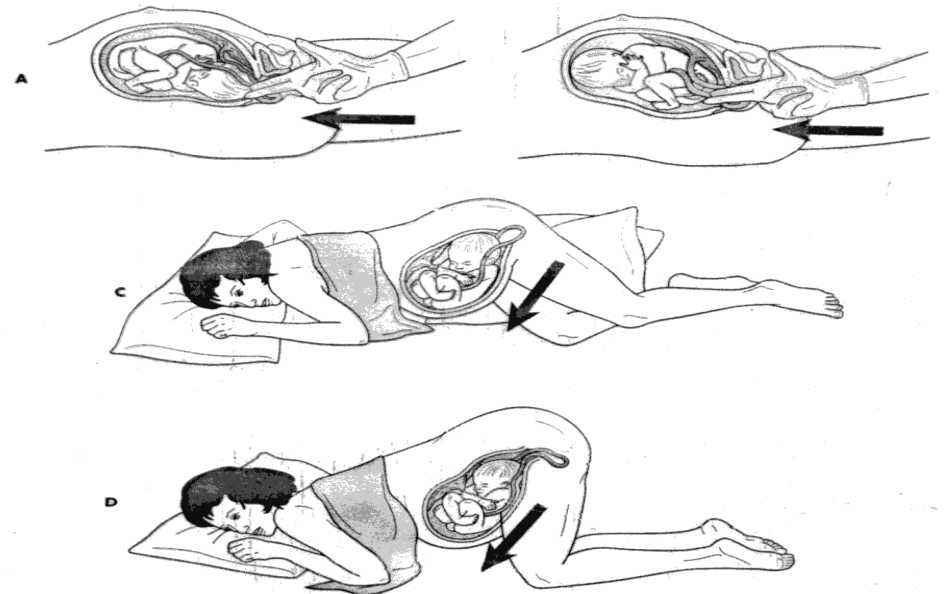
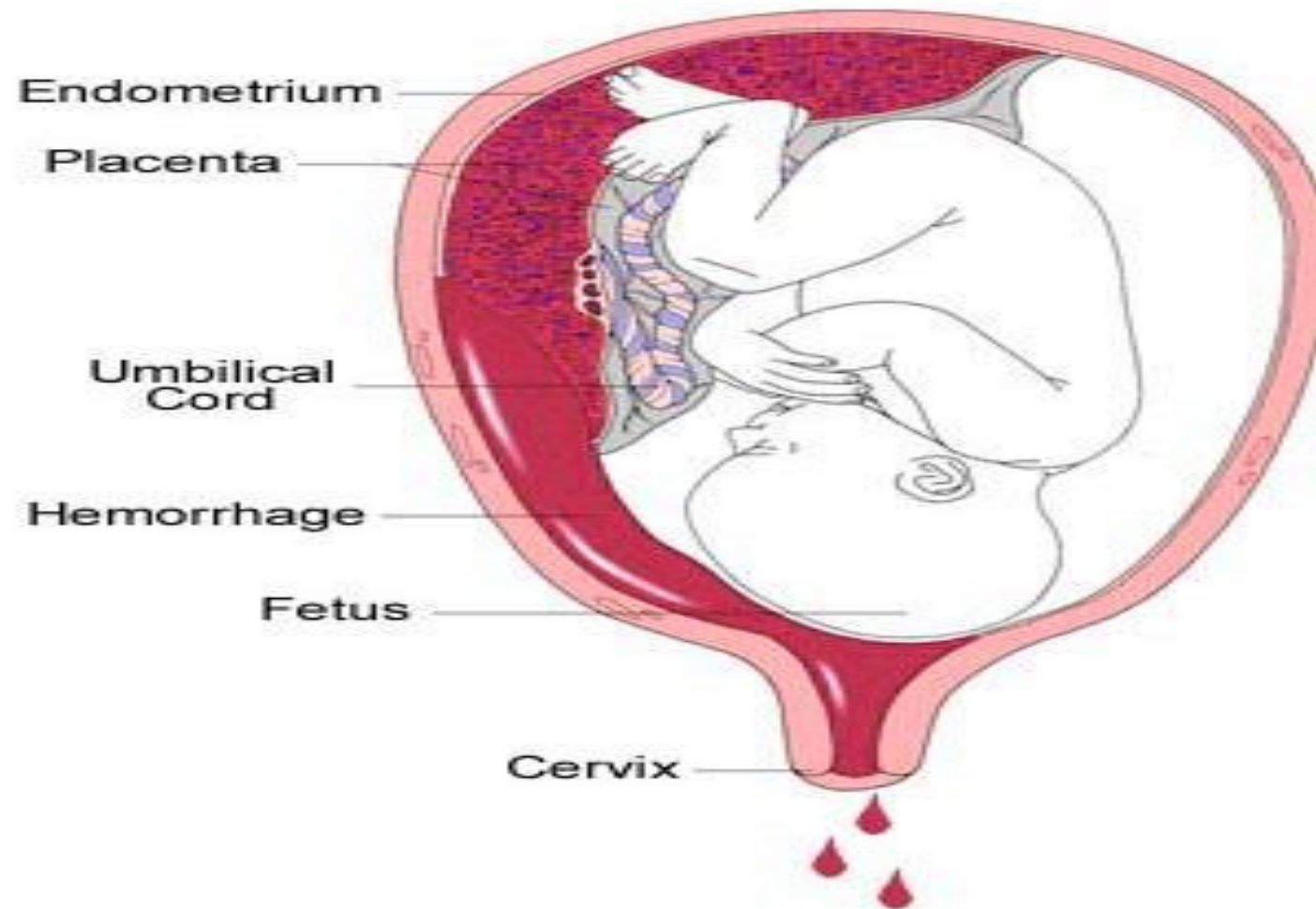
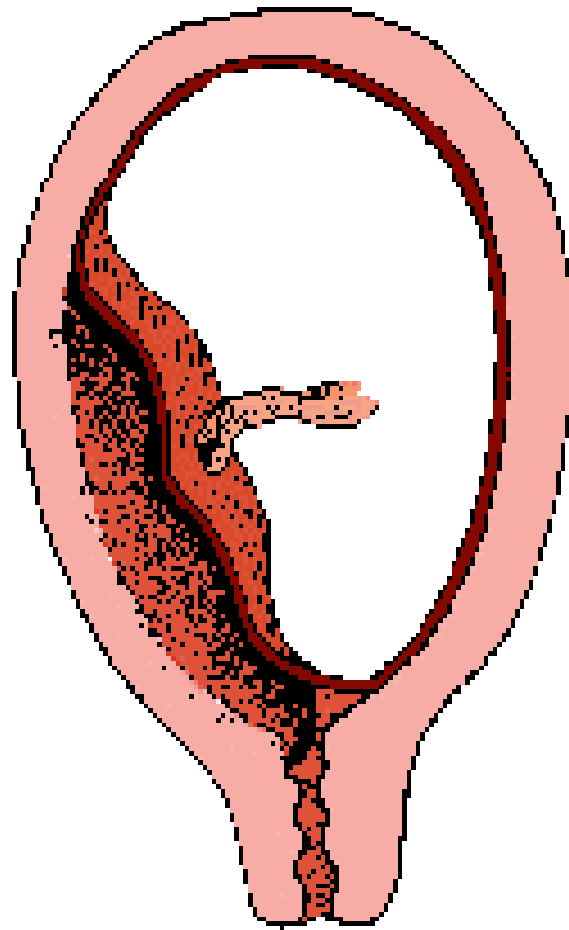


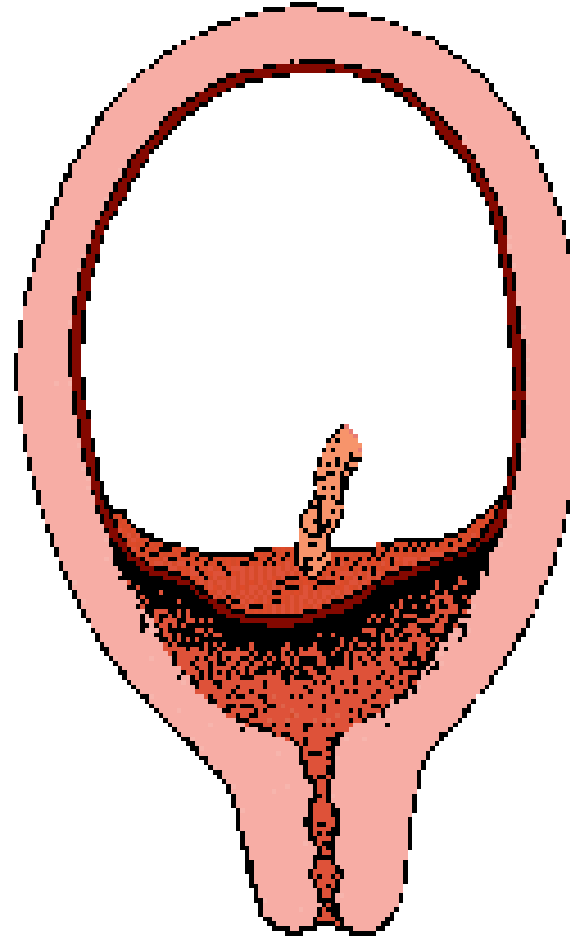
FIG. 19-16 • Arrows indicate direction of pressure against presenting part to relieve compression of prolapsed umbilical cord. Pressure exerted by examiner's fingers in **A**, vertex presentation, and **B**, breech presentation. **C**, Gravity relieves pressure when woman is in modified Sims' position with hips elevated as high as possible with pillows. **D**, Knee-chest position.

Visible Bleeding

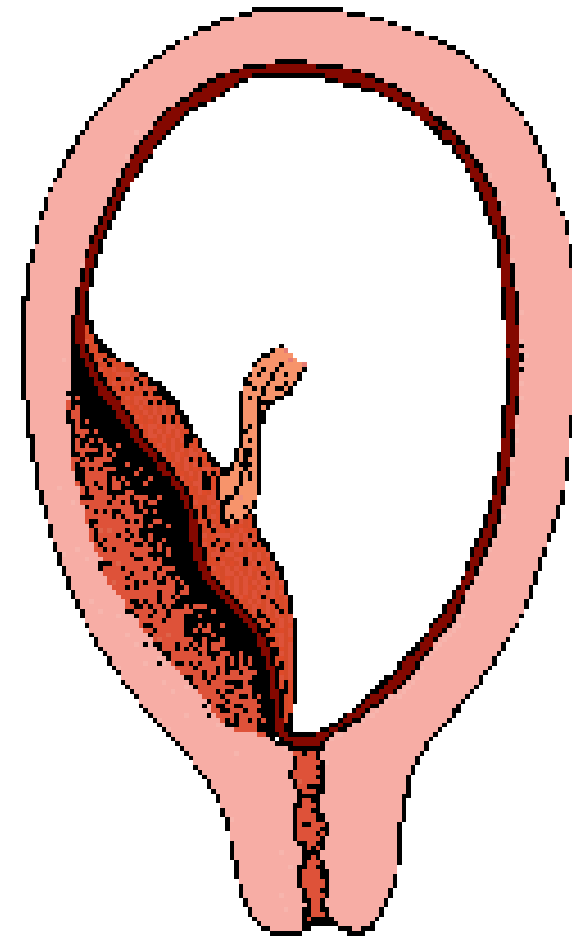




Marginal



Complete

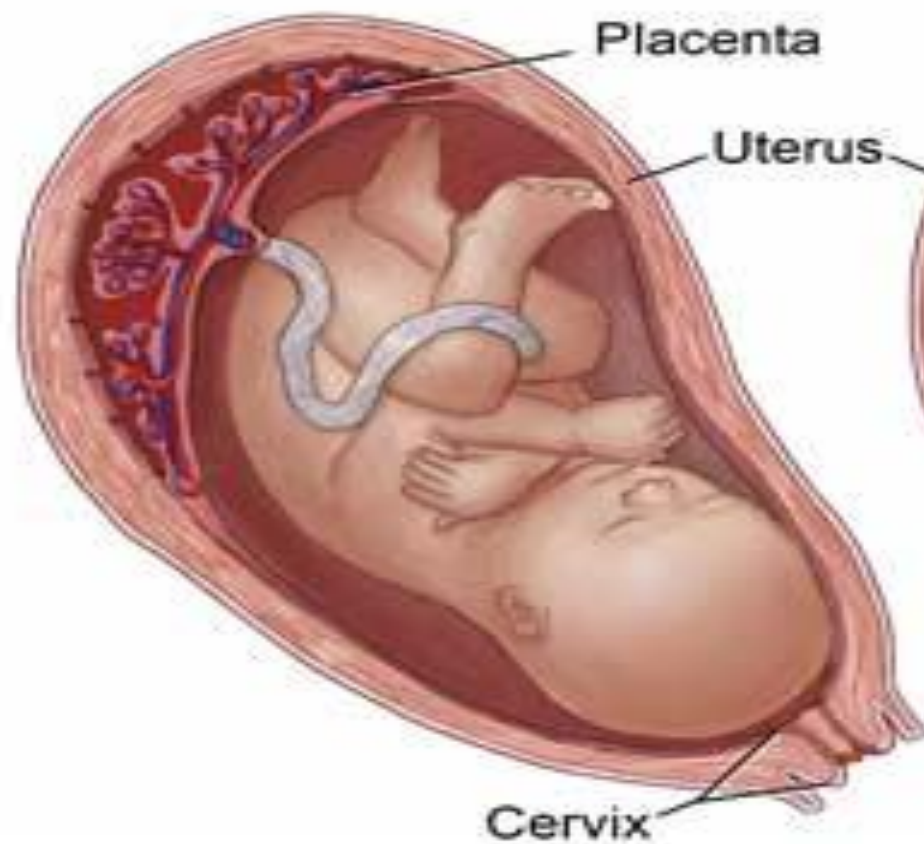


Low-lying

LIFEART copyright 2000 Lippincott Williams & Wilkins. All rights reserved

شایع ترین علامت جفت سر راهی خونریزی می باشد.

Normal placenta



Placenta previa

