



مدیریت لیبر غیرطبیعی

دیسٹوژی
dystocia

صفورا ظاهری

دکترای تخصصی بهداشت باروری، عضو هیات علمی گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایلام

❖ دیستوشی

علل دیستوشی:

- ✓ اختلالات نیروهای خارج کننده
- ✓ اختلال نمایش، پوزیشن، تکامل جنین
- ✓ اختلال لگن استخوانی مادر....تنگی لگن
- ✓ اختلال بافتهای نرم دستگاه تولید مثل

1. اختلال نیروها Power

2. اختلال عبور کننده Passenger

3. اختلال محل عبور Passage

*عدم تناسب سری لگنی (CPD)



Common Clinical Findings in women Women with Ineffective Labor

Inadequate cervical dilation or fetal descent:

Protracted labor—slow progress

Arrested labor—no progress

Inadequate expulsive effort—ineffective pushing

Fetopelvic disproportion:

Excessive fetal size

Inadequate pelvic capacity

Malpresentation or position of the fetus

Ruptured membranes without labor

➤ مکانیسم های دیستوشی

✓ مرحله اول لیبر

✓ مرحله دوم لیبر

اختلالات نیروهای خارج کننده

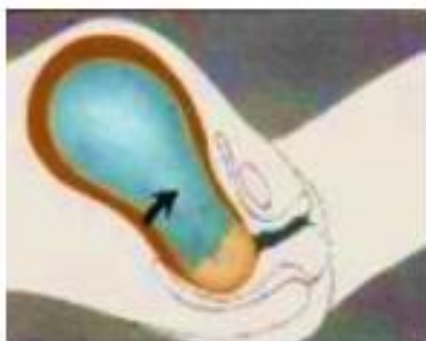
□ اختلالات عملکرد رحم

- اختلال هیپوتونیک
- اختلال هیپرتونیک

□ اختلالات مرحله فعال

- اختلال طولانی شده protraction disorder
- اختلال توقف arrest disorder

□ اختلالات مرحله دوم



عملکرد رحم

رحم هیپوتونیک

× انقباضات رحم گرا دیان طبیعی

× عدم هیپرتونی پایه

عدم فشار کافی جهت دیلاتاسیون





عملکرد رحم

رحم هیپرتونیک

ⓐ انقباضات رحم گرا دیان غیر طبیعی

ⓑ هیپرتونی پایه

Abnormal Labor pattern, Diagnostic Criteria, and method of Treatment

Labor Pattern	Diagnostic Criteria		Preferred Treatment	Exceptional Treatment
	Nulliparas	Multiparas		
Prolongation Disorder				
Prolonged latent phase	> 20 hr	> 14 hr	Bed rest	Oxytocin or cesarean delivery for urgent problems
Protraction Disorders				
Protracted active-phase dilatation	< 1.2 cm/hr	1.5 cm/hr	Expectant and support	Cesarean delivery for CPD
Protracted descent	< 1 cm/hr	< 2 cm/hr		
Arrest Disorders				
Prolonged deceleration phase	> 3 hr	> 1 hr	Evaluate for CPD: CPD: cesarean No CPD: oxytocin	Rest if exhausted Cesarean delivery
Secondary arrest of dilatation	> 2 hr	> 2 hr		
Arrest of descent	> 1 hr	> 1 hr		
Failure of descent	No descent in deceleration phase or second stage			

CPD = cephalopelvic disproportion.
Modified from Cohen, 1983.

اختلالات مرحله دوم

✓ نولی پار: طولانی شدن مرحله دوم بیشتر از 2h
کاربرد آنالژی 3h

✓ مولتی پار: طولانی شدن مرحله دوم بیشتر از 1h
کاربرد آنالژی 2h

توصیه های کمیته اجماعی مراقبت های زایمانی

- زایمان سزارین در مرحله نهفته لیبر نکوهش میکند. مخصوصا اینکه مرحله نهفته طولانی اندیکاسیونی برای سزارین نیست
- اگر لیبر در حال پیشرفت اما آهسته باشد نباید اقدام به زایمان سزارین شود. مشاهده و نظارت، بررسی فعالیت رم و تحریک انقباضات صورت گیرد.

توصیه های کمیته اجماعی مراقبت های زایمانی

• آستانه لیبر فعال ۶ سانتی متر توصیه می شود

• زایمان سزارین بعلت وقفه مرحله فعال باید در زنان که
دیلاتاسیون ۶ سانتی متر و بیشتر همراه پارگی رده ها و علی
رغم ۴ ساعت فعالیت رحم پیشرفت رخ ندهد یا حداقل ۶ ساعت
تجویز اکسی توسین انقباضات نامافی باشند و تغیر در سرویکس
ایجاد نشود

پیامدهای طولانی شدن مرحله دوم

■ سزارین

■ زایمان ابزاری

■ ترومای پرینه

■ خونریزی پس از زایمان

■ کوریوآمניونیوت



- جایگاه جنین در شروع لیبر فعال
- آنالژی اپیدورال
- کوریوآمنیونیت
- وضعیت مادر در طی لیبر
- وضعیت زایمان در مرحله دوم
- پارگی پرده ها بدون شروع لیبر



لیبر و زایمان تسریع شده

خروج جنین کمتر از ۳ ساعت

✓ عوارض مادری

✓ پارگی رحم، سرویکس و واژن

✓ آمبولی مایع آمنیون

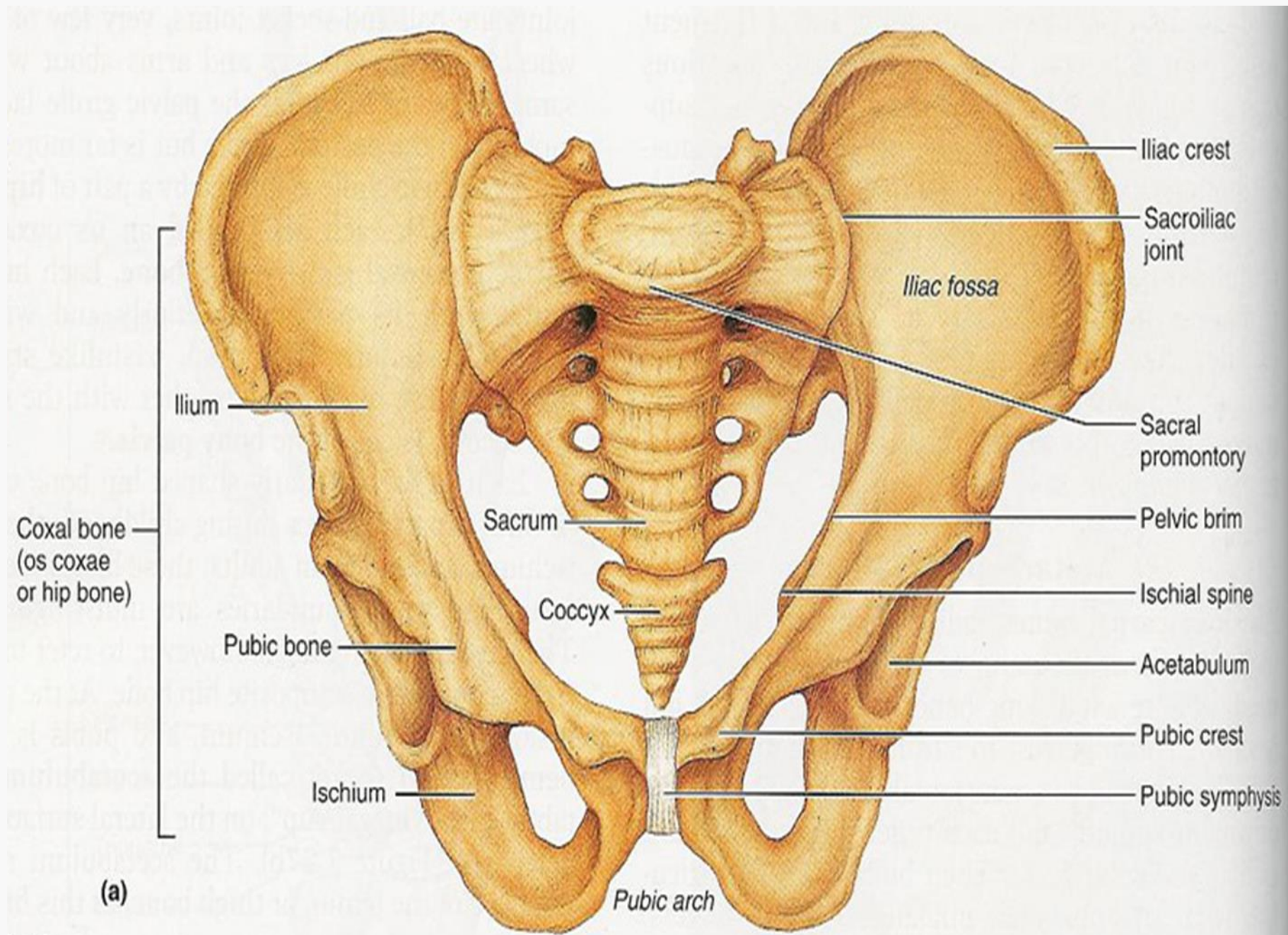
✓ عوارض جنینی

✓ درمان

عدم تناسب جنینی - لگنی

● گنجایش لگن

- تنگی ورودی لگن
- تنگی لگن میانی
- تنگی خروجی لگن
- شکستگیهای لگن



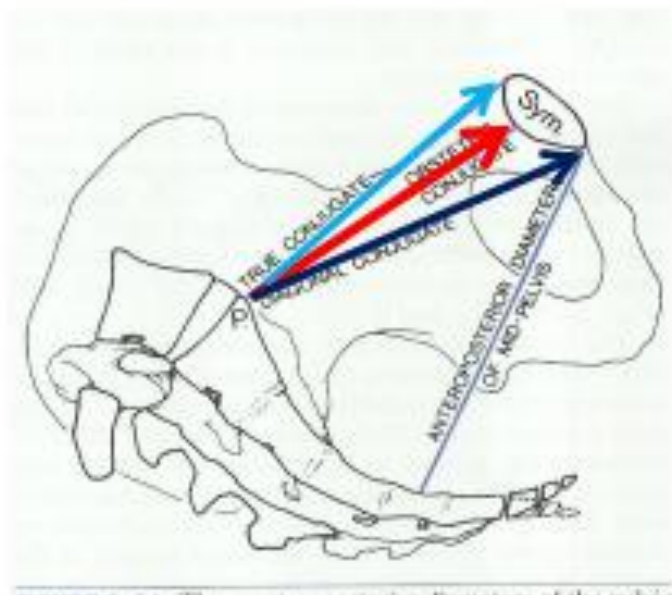
ورودی لگن

اقطار:

قدامی - خلفی

عرضی

دو قطر مایل

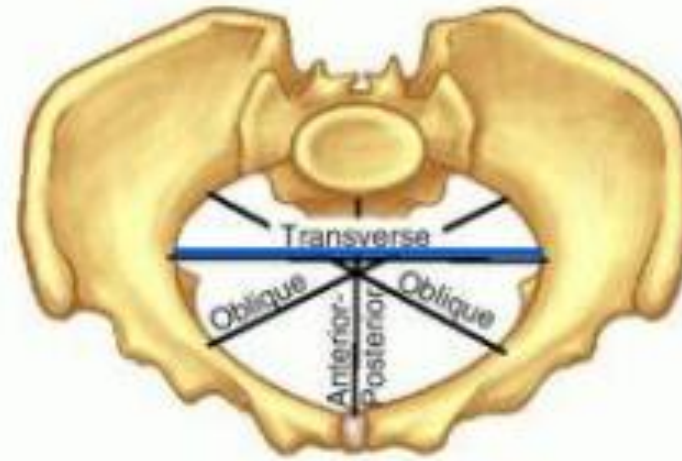


تنگی ورودی لگن

- کوتاهترین قطر قدامی_خلفی کمتر از 10CM
- بزرگترین قطر عرضی کمتر از 12CM



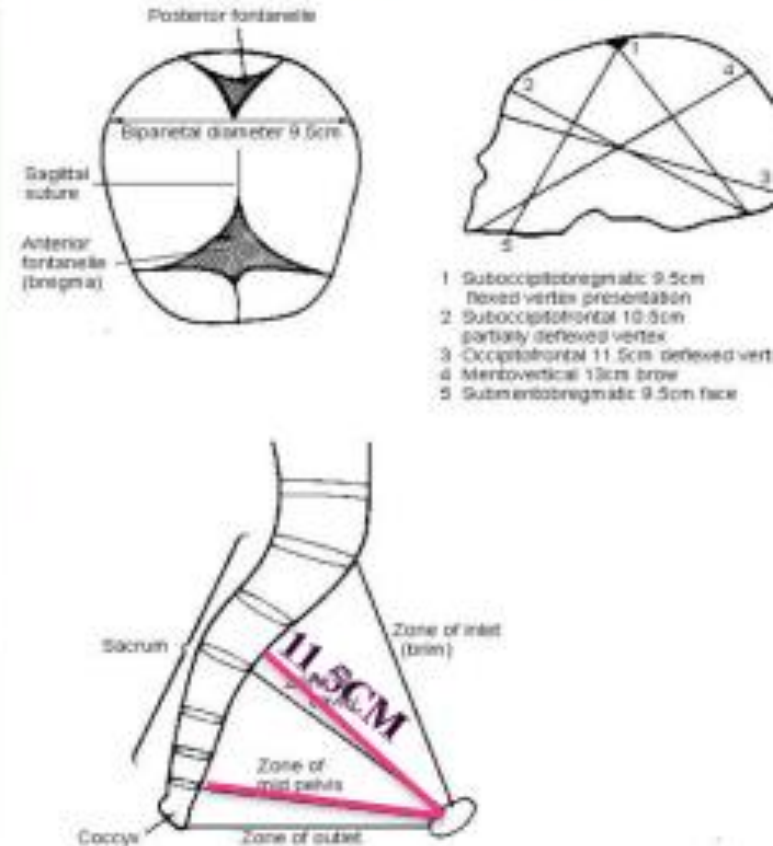
FIGURE 2-34. Three anteroposterior diameters of the pelvic inlet are illustrated: the true conjugate, the more important obstetric conjugate, and the clinically measurable diagonal conjugate. The anteroposterior diameter of the midpelvis is also shown. (P = sacral promontory; Sym = symphysis pubis.)



لگن میانی

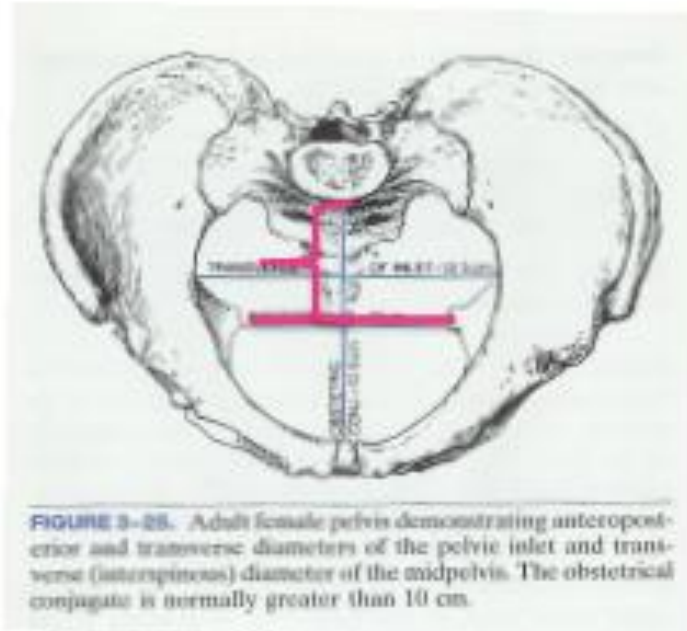


FIGURE 3-25. Adult female pelvis demonstrating anteroposterior and transverse diameters of the pelvic inlet and transverse (interspinous) diameter of the midpelvis. The obstetrical conjugate is normally greater than 10 cm.



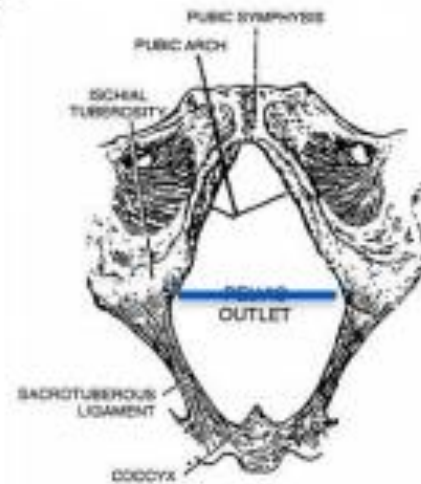
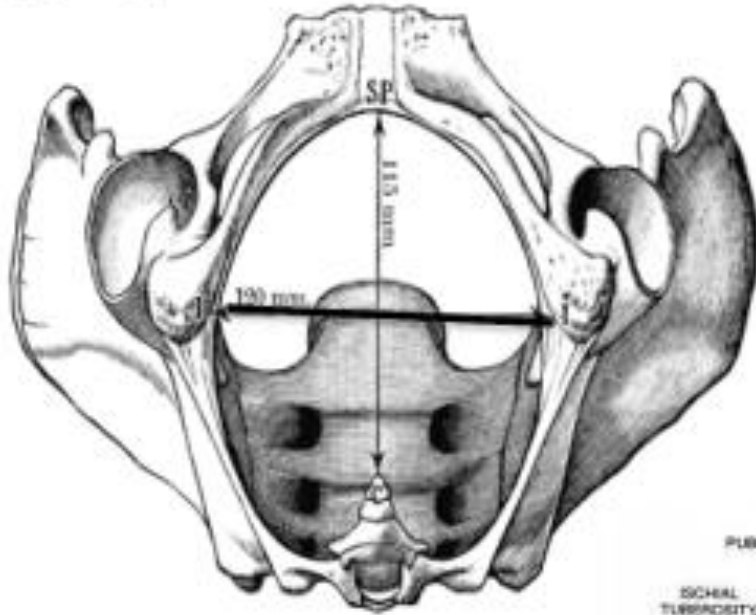
تنگی لگن میانی

مجموع قطر بین خاری و ساژیتال خلفی کمتر از 13.5CM



- ✓ برجسته بودن خاها
- ✓ همگرا بودن دیواره های جانبی لگن
- ✓ باریک بودن بریدگی ساکروسیاتیک

خروجی لگن



➤ شکستگی های لگن:

- ✓ شایع ترین علت: ترومای حاصل از تصادفات اتومبیل
- ✓ الگوی شکستگی، بر هم خوردن خفیف امتداد استخوان و وجود پروتز اندیکاسیون های مطلق زایمان سزارین نیستند
- ✓ ترمیم شکستگی 8 تا 12 هفته زمان می برد و در صورت شکستگی اخیر زایمان سزارین ضرورت می یابد
- ✓ در صورت وجود سابقه شکستگی لگن، بررسی دقیق تصاویر رادیوگرافیک قبلی و احتمالاً انجام پلویمتری در مراحل بعدی حاملگی ضرورت پیدا می کند

ارزیابی گنجایش لگن

- معاینه
 - x تعیین گتر و گه دیگونیال
 - x تعیین قطر بین خاری
 - x فاصله بین توپروزیته ای
- پلویمتری با اشعه X
- اسکن توموگرافی کامپیوتری (CT)
- تصویربرداری با روزنانس مغناطیسی (MRI)

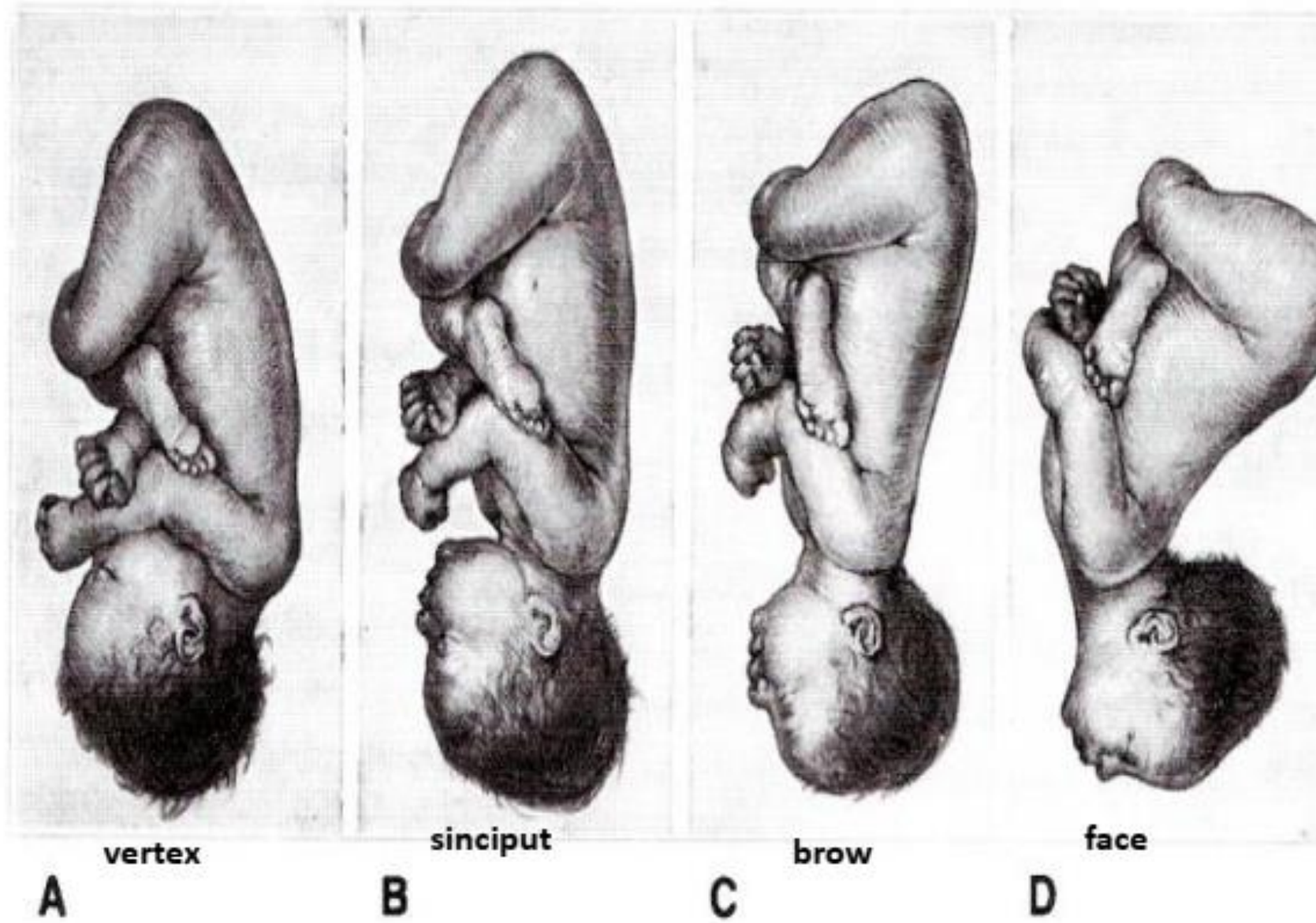
نمایش صورت: face presentation

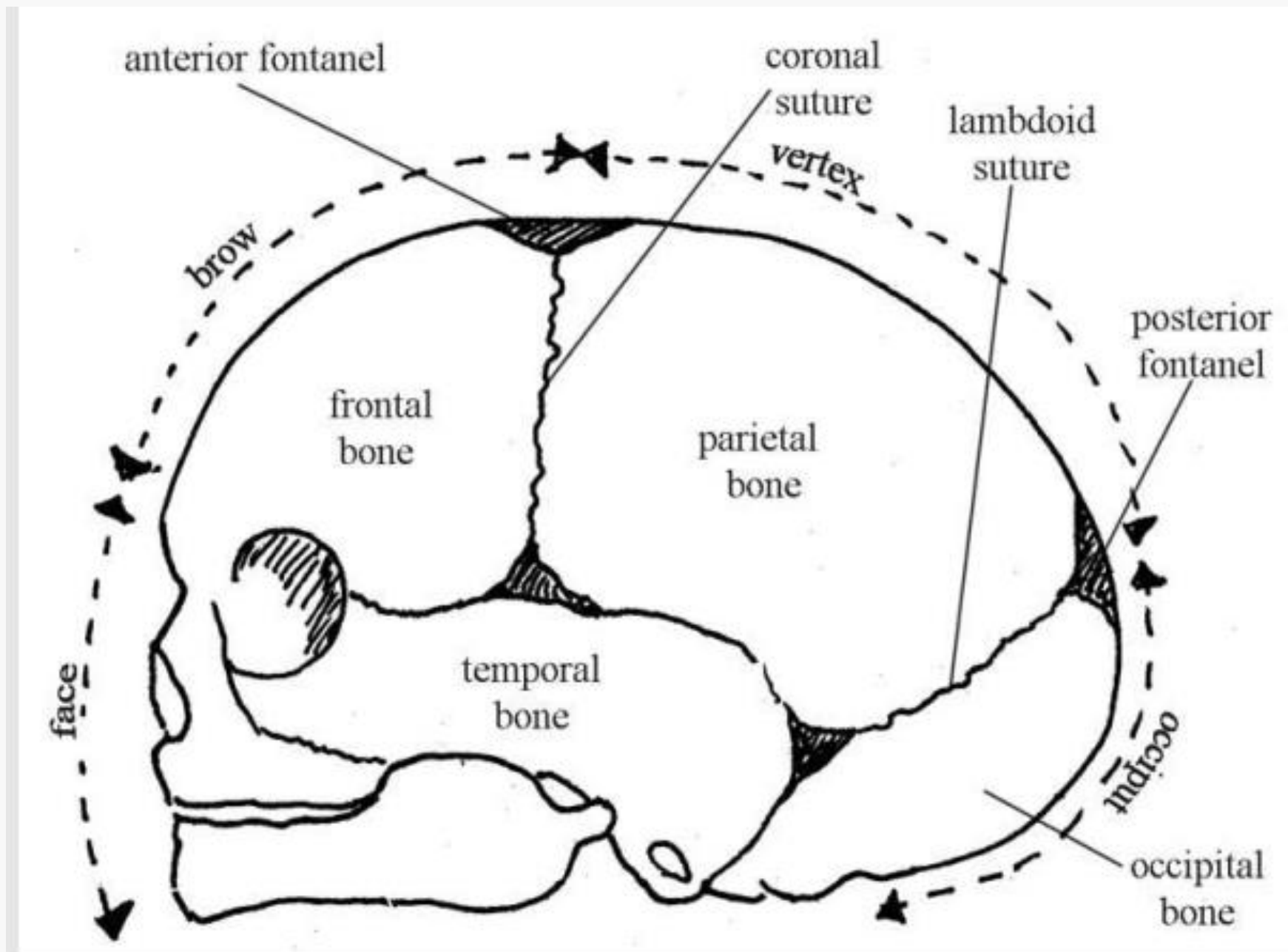


A. Chin anterior



B. Chin posterior





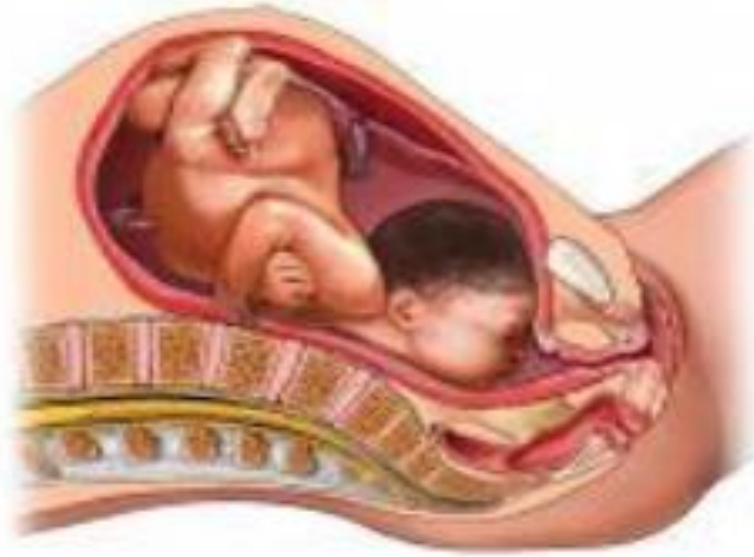
اتیولوژی

- × پرترم
- × بزرگی شدید گردن
- × قوس بند ناف در اطراف گردن
- × ناهنجاری جنینی (آنسفال)
- × هیدرآمینوس
- × تنگی لگن
- × پاریته بالا

تشخیص

× معاینه واژینال

× رادیوگرافی



مکانیسم لیبر

زایمان و اژینال تنها در وضعیت MA

تدابیر درمانی

• عدم تنگی لگن ← زایمان واژینال

• تنگی لگن ← سزارین

~~• فورسپس~~
~~• چرخش پودالیک داخلی~~
~~• تبدیل دستی نمایش~~

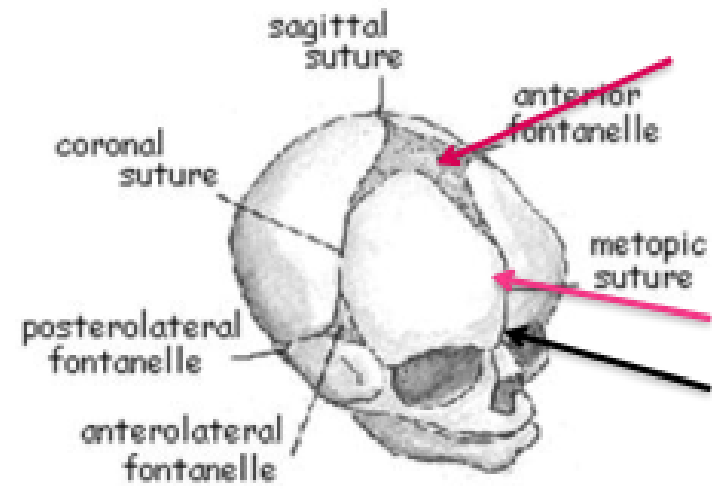
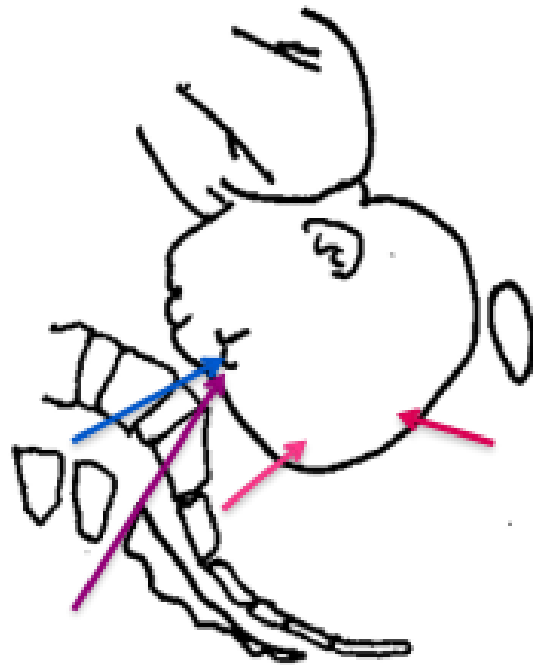
نمایش پیشانی brow presentation



اتیولوژی

● تشخیص:

معاینه و اژینال



Thank

you

