

زایمان بریچ



با نزدیک شدن به ترم، جنین به طور تپیک خودبه خود می چرخد و
نمایش سفالیک پیدا می کند، در مقابل، اگر کفلها یا پاهاى جنین قبل
از سر جنین وارد لگن شوند، به این حالت نمایش بریج گفته می
شود. این نوع قرار جنین قبل از زمان ترم شیوع بیشتری دارد، چون
در اوایل حاملگی هر دو قطب جنین از حجم مشابهی برخوردار
هستند. در هنگام ترم، نمایش بریج تقریباً در ۵-۳ درصد زایمانهای
تک قلویی پابرجا می ماند.



طبقه بندی نمایشهای بریج

ارتباطی که بین اندامهای تحتانی و کفها در نمایشهای بریج وجود دارد، در انواع مختلف نمایش بریج که شامل بریج فرانک، کامل و ناکامل هستند، متفاوت است.



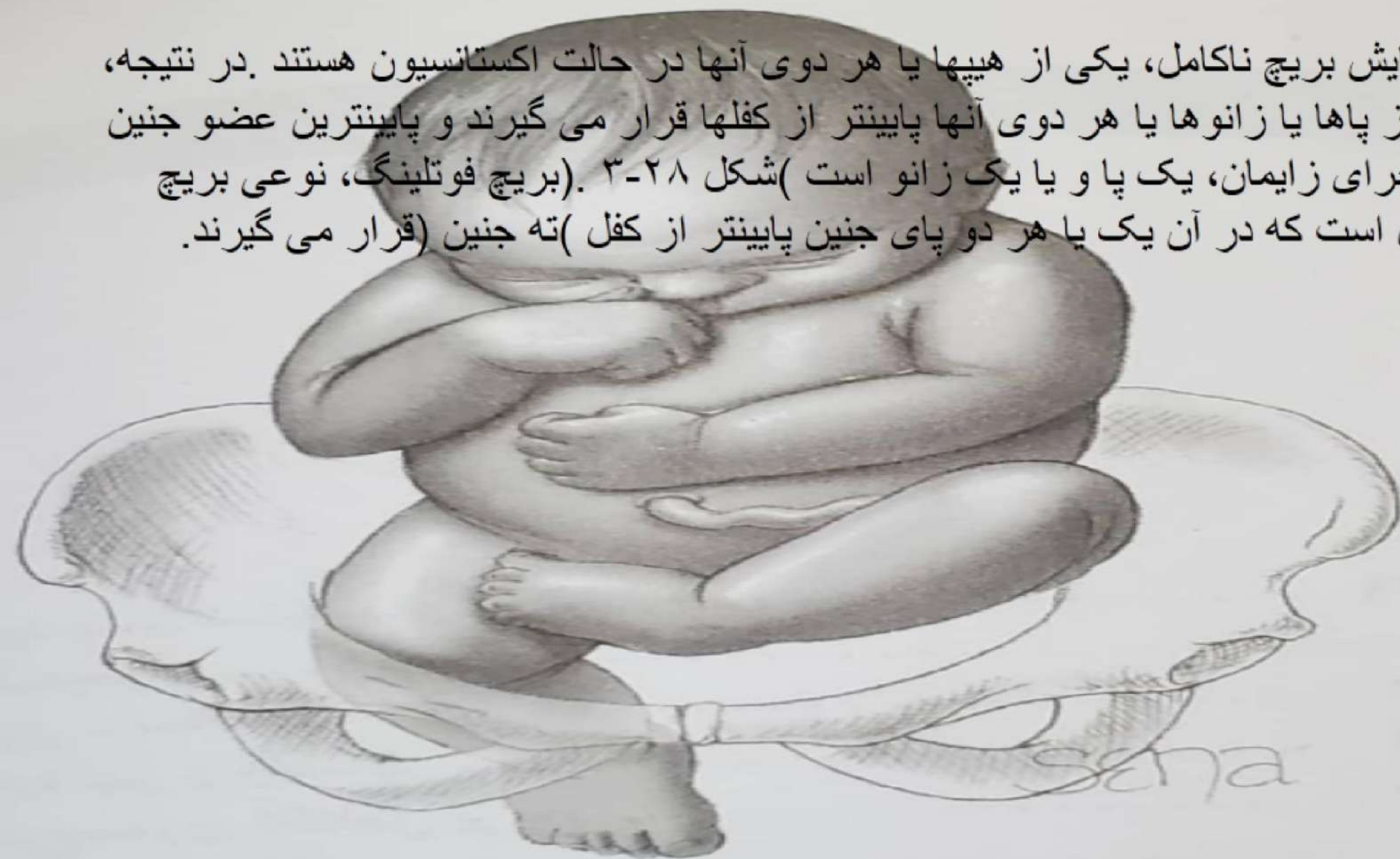
در نمایش بریچ فرانک اندامهای تحتانی در مفاصل هیپ به فلکسیون و در مفاصل زانو به استانسیون می روند و در نتیجه، پاها در مجاورت سر قرار می گیرند.



در نمایش بریج کامل، هر دو هیپ و همچنین یکی از زانوها یا هر دوی آنها در حالت
فلکسیون قرار می گیرند.




در نمایش بریچ ناکامل، یکی از هیپها یا هر دوی آنها در حالت اکستانسیون هستند. در نتیجه، یکی از پاها یا زانوها یا هر دوی آنها پایینتر از کفها قرار می گیرند و پایینترین عضو جنین در مجرای زایمان، یک پا و یا یک زانو است (شکل ۲۸-۳). (بریچ فوتلینگ، نوعی بریچ ناکامل است که در آن یک یا هر دو پای جنین پایینتر از کفل) ته جنین قرار می گیرند.



تقریباً در ۵ درصد نمایشهای بریچ ترم، گردن جنین به شدت هیپرا کستانسیون دارد و این نمایشها را «جنین» (stargazing) خیره به آسمان («می نامند Cimmino)، ۱۹۷۵. (در این موارد، ناهنجاریهای جنینی یا رحمی شایعتر هستند و اگر قبلاً تشخیص داده نشده باشند، باید در جستجوی آنها برآمد Phelan)، ۱۹۸۳. (در صورتی که این گونه هیپرا کستانسیون وجود داشته باشد، زایمان واژینال ممکن است سبب آسیب دیدگی طناب نخاعی گردنی شود. در نتیجه، در صورتی که هیپرا کستانسیون در هنگام ترم شناسایی شود، اندیکاسیونی برای زایمان سزارین به حساب می آید Westgren)، ۱۹۸۱. (با وجود این، خود فلکسیون نیز ممکن است در این زمینه دخالت داشته باشد و مواردی از آسیب نخاع گردنی به دنبال زایمان سزارین بدون حادثه جنین جنینهای گزارش شده اند Hernandez-Marti)، ۱۹۸۴. (در صورتی که قرار عرضی و این گونه هیپرا کستانسیون گردن جنین وجود داشته باشد، از اصطلاح «جنین پرنده» استفاده می شود.

تشخيص





آگاهی از شرایط بالینی که زمینه را برای پیدایش نمایش بریچ فراهم کرده اند، به تشخیص زودهنگام این نمایش کمک میکند. علاوه بر کم بودن سن حاملگی، سایر عوامل خطر شامل حجم غیرطبیعی (کم یا زیاد) مایع آمنیون، حاملگی چندقلویی

هیدروسفالی، آنانسفالی، اختلالات (ناهنجاریهای ساختمانی رحم، پلاسنتا پرویا، تومورهای لگن و سابقه زایمان بریچ هستند. در یکی از مطالعات دیده شد که پس از یک بار زایمان بریچ میزان عود نمایش بریچ در حاملگی دوم حدود ۰ درصد و در حاملگی سوم بعدی حدود ۲۸ درصد بوده است.

معاینه

1

معاینات لئوپولد: در مانور اول لئوپولد، دیده می شود که سر سخت و گرد جنین فوندوس را اشغال کرده است. در مانور دوم مشخص می شود که پشت جنین در یک سمت شکم مادر و قسمت های کوچک جنین در سمت دیگر آن قرار گرفته اند.

2

3

4



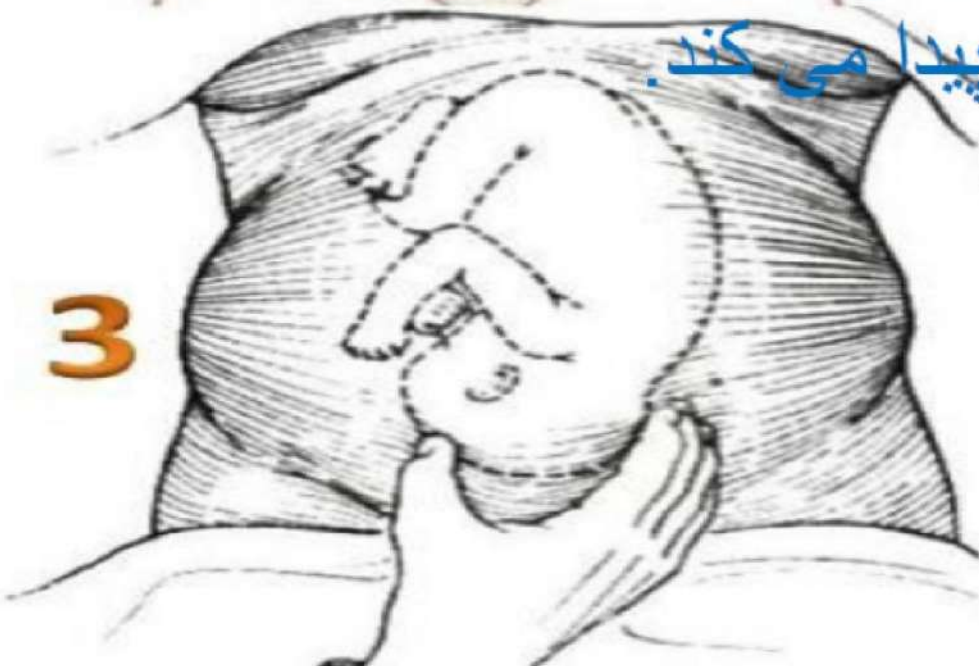
• در مانور سوم، اگر انگازمان رخ نداده باشد، کفل (بریچ (نرم جنین در بالای ورودی لگن حالت متحرک خواهد داشت بعد از انگازمان، در مانور چهارم کفل در زیر سمفیز مشخص می شود. میزان صحت لمس متغیر است. در نتیجه، در صورت شک به نمایش بریچ و یا وجود هرگونه نمایشی بجز نمایش سفالیک بررسی سونوگرافیک اندیکاسیون پیدا می کند.

1

2

3

4



در نمایش پریچ فرانک، در هنگام معاینه واژینال پاهای جنین لمس نمی شوند، اما معمولاً هر دو برجستگی ایسکیال، استخوان خاجی و مقعد لمس می شوند، پس از نزول بیشتر جنین ممکن است بتوان دستگاه تناسلی خارجی را نیز افتراق داد. کفلهای جنین در مسیرهای حصول کشیده ممکن است به شدت متورم شوند که در صورت بروز این حالت، افتراق صورت از کفل جنین با لمس انگشتی بسیار دشوار می شود. در برخی از موارد، مقعد یا دهانه و برجستگی های ایسکیال با برآمدگیهای گونه اشتباه می شوند باوجود این، با معاینه دقیق، انگشتان با مقاومت عضلانی مقعد مواجه می شوند، در حالی که آرواره های سفت تر و غیر قابل انعطاف تر از طریق دهان لمس می شوند. گاهی اوقات پس از خارج کردن انگشت از مقعد جنین، الوده شدن آن با مگونیوم دیده می شود. دهان و برآمدگیهای گونه یک مثلث تشکیل می دهند، در حالی که مقعد و برجستگیهای ایسکیال در یک خط مستقیم قرار دارند. در پریچ کامل، پاها ممکن است در امتداد کفلهای احساس شوند. در نمایش فو تلینگ، یک یا هر دو پا در موقعیت تحتانی نسبت به کفلهای قرار دارند.

ساکروم جنین و زواید خاری آن نیز لمس می شوند تا وضعیت جنین تعیین شود. همانند نمایشهای سفالیک، وضعیتهای جنین با توجه به ارتباط ساکروم جنین با لگن مادر شناسایی می شوند. این وضعیتها شامل ساکروم قدامی چپ (LSA)، ساکروم قدامی راست (RSA)، ساکروم خلفی چپ (LSP)، ساکروم خلفی راست (RSP) یا ساکروم عرضی (ST) هستند.

روش زایمان



پیش شرط اصلی برای انجام موفقیت آمیز خارج سازی بریچ، دیلاتاسیون کامل سرویکس و فقدان هرگونه مانع مکانیکی جدی است. درست است که در تعداد خاصی از موارد خارج سازی از میان سرویکسی که به طور صحیح دیلاته نشده امکان پذیر است، اما این کار معمولاً به قیمت پارگیهای عمیق سرویکس تمام می شود.

J. Whitridge Williams (1903)

عوامل متعددی به تعیین بهترین روش زایمان در هر مادر -جنین
مفروض کمک می کنند. این عوامل شامل ویژگیهای جنین، ابعاد لگن
مادر، عوارض همزمان حاملگی، تجربه اپراتور، ترجیح بیمار،
تواناییهای بیمارستان و سن حاملگی هستند.

جنینهای بزرگ ترم در مقایسه با همتایان ترم خود، با عوارض
مشخص و متمایزی در ارتباط با جثه کوچک و نارسایی مواجه می
شوند. به عنوان مثال، در این جنینها میزان گیر کردن سر، ترومای
زایمان و مرگ و میر پریناتال افزایش می یابد. در نتیجه، روش مناسبتر
این است که در مورد جنینهای بزرگ ترم و پره ترم جداگانه توضیح داده
شود.



جنینهای بریچ ترم

تفکر کنونی طب مامائی در مورد زایمان واژینال جنین بریچ ترم، به شدت تحت تأثیر نتایج «کارآزمایی بریچ ترم» قرار دارد. زایمان سزارین برنامه ریزی شده در مقایسه با زایمان واژینال برنامه ریزی شده، با میزان کمتر مرگ و میر پریناتال همراه بود (۳ در ۱۰۰۰ در برابر ۱۳ در ۱۰۰۰). (همچنین در موارد زایمان سزارین، میزان موربیدیت «جدی» نوزادان کمتر بود) (۱/۴ در برابر ۳/۴ درصد). (موربیدیت مادری کوتاه مدت، در بین دو گروه مشابه بود).

محققان با بررسی بیش از ۱۰۰،۰۰۰ زایمان از ۹ کشور آسیایی که در این مطالعه مشارکت کرده بودند، گزارش کردند که در جنینهای بریچ ترم که با زایمان سزارین برنامه ریزی شده به دنیا می آیند پیامدهای پریناتال بهتری در مقایسه با زایمان واژینال برنامه ریزی شده حاصل می شوند. در تعداد دیگری از مطالعات نیز پیامدهای نوزادان در مورد استفاده از زایمان سزارین بررسی شده و در این موارد میزان موربیدیت و مرگ و میر نوزادان کمتر گزارش شده است در متآنالیز خود خطر مطلق مرگ و میر پریناتال را ۱/۰ درصد و خطر مطلق ترومای زایمانی جنین یا موربیدیت نورولوژیک را ۱/۰ درصد محاسبه کردند.

در مقابل، در تعداد دیگری از مطالعات از زایمان واژینال به عنوان گزینه‌ی مناسب در هنگام ترم حمایت شده است. در مطالعه نمایش جنین و روش زایمان (PREMODA) «، تفاوتی از نظر میزان اصلاح شده مرگ و میر نوزادان و پیآمدهای دوره نوزادی براساس روش زایمان دیده نشد. این مطالعه مشاهده‌ای آینده نگر فرانسوی، شامل بیش از ۸۰۰۰ زن دارای جنین تک قلوی بریچ ترم بود. با استفاده از معیارهای دقیق، ۲۵۲۶ نفر از این زنان در گروه زایمان واژینال برنامه ریزی شده قرار داده شدند و ۷۱ درصد از اعضای این گروه به صورت واژینال زایمان کرده بودند. همچنین داده‌های حاصل از «گروه مطالعاتی بریچ» در Lille در فرانسه نشان دادند که در صورت استفاده از پارامترهای دقیق بیومتری جنین و پلویمتری صادر، میزان موریسیته در جنینهای تک قلوی بریچ ترم که از طریق واژینال به دنیا می‌آیند افزایش پیدا نمی‌کند. در تعداد دیگری از مطالعات کوچکتر نیز در مواردی که از مایه‌لاینهاي خاص به عنوان بخش از روند گزینش بیماران استفاده می‌شده از این یافته‌ها حمایت شده بود.



Designed by pngtree

Eile و همکاران (۲۰۰۵)، شواهد طولانی مدتی را در حمایت از زایمان واژینال بریچ ارائه کردند. این محققان با تجزیه و تحلیل امتیاز تست هوش بیش از ۸۰۰۰ مرد متولد شده با نمایش بریچ، تفاوتی را در عملکرد هوشی افرادی که با زایمان واژینال یا سزارین به دنیا آمده بودند کشف نکردند. همچنین در پیگیری دوساله کار آزمایی بریچ ترم»، میزان مشابهی از خطر مرگ و وقفه تکامل نورولوژیک در بین دو گروه زایمانی دیده شد.

علی رغم شواهدی که به نفع هر دو طرف این قضیه مبهم وجود دارند، حداقل در ایالات متحده میزان تلاش برای زایمان واژینال برنامه ریزی شده همچنان رو به کاهش است، همچنین همان گونه که انتظار می رود، تعداد اپراتورهای مجربی که از توانایی گزینش ایمن و انجام زایمان واژینال در جنینهای بریچ برخوردار هستند، روز به روز کمتر می شود. علاوه بر این، نگرانیهای آشکاری که از نظر مسایل پزشکی قانونی وجود دارند، سبب شده اند آموزش پزشکان در زمینه این گونه زایمانها دشوارتر شود. در پاسخ به این کمبودها، در برخی از مؤسسات از شبیه ساز های زایمان برای افزایش قابلیت رزیدنتها برای زایمان واژینال بریچ استفاده می شود.

جنینهای بریچ پره ترم

- در مورد جنینهای پره ترم در زیرگروههایی که سن حاملگی آنها کمتر است (۲۸-۲۳ هفته)، داده های موجود از این حد نیز ضد و نقیض هستند و در تعدادی از مطالعات افزایش میزان بقا با زایمان سزارین برنامه ریزی شده گزارش نشده است. در مورد جنینهای قبل از کسب قابلیت حیات به صورت جنینهای دارای سن حاملگی ۲۰ تا ۲۵ تعریف می شوند، در یک کارگاه اجماعی که توسط اس فرمان سهامی پری ناتاله برگزار گردید، چنین نتیجه گیری شده که ۱۴ دهه موجود به طور ثابت از زایمان سزارین روتین برای کاهش مرگ و میر پرینتال یا بهبود پیامدهای نورولوژیک در نوزادان پره ترم زودرس حمایت نمی کنند. در بیانیه مشترک بعدی که توسط ACOG و انجمن طب مادری - جنینی (۲۰۱۷) منتشر شد، چنین عنوان گردید که در مورد جنینهای قبل از کسب قابلیت حیات (با شروع از هفته ۲۰/۲۳) زایمان سزارین عرضه شود و در هفته ۲۵ «توصیه گردد.»



- در مورد جنینهای پره ترم رسیده تر یعنی بین هفته های ۳۲ و ۳۷ حاملگی نیز داده های کم تعدادی برای هدایت روش زایمان وجود دارند **Berghenhenogouwen**. و همکاران، بیش از ۶۸۰۰ زایمان بریچ را در یک زیرگروه با سن حاملگی ۳۲ تا ۳۷ هفته بررسی کردند. محققان متوجه شدند که در موارد زایمان سزارین برنامه ریزی شده، میزان مرگ و میر پریناتال مشابه بوده اما میزان مرگ و میر ترکیبی و میزان موریبیدینه شاید کمتر بوده است. چنین به نظر می رسد که در این زیرگروه، وزن جنین مهمتر از سن حاملگی بوده است. کمیته طب مادری - چینی انجمن متخصصان زنان و زایمان کانادا (**SOGC**) عنوان کرده است که اگر میزان برآوردی وزن جنین بیش از ۲۵۰۰ گرم باشد، زایمان واژینال بریچ اقدامی معقول و قابل قبول محسوب می شود. در مورد زایمان قل دوم دارای نمایش غیرسفالیک در حاملگیهای دوقلوئی، نگرانی خاصی وجود دارد که در فصل ۴۵ توضیح داده شده است.

- در ایالات متحده، عملکرد بالینی براساس تمام این یافته ها شکل گرفته است و در جنینهای بریچ پره ترم که در مورد آنها عملیات احیا طرح ریزی شده است، تقریباً در تمام موارد زایمان سزارین ترجیح داده میشود.

عوارض زایمان

در نمایش های بریچ، افزایش میزان موربیدیت مادر و پریناتال قابل انتظار است، از دیدگاه مادری، در هر دو روش زایمان سزارین یا واژینال، پارگیهای دستگاه تناسلی ممکن است مشکل ساز باشد، در موارد زایمان سزارین، اعمال کشش اضافی بر سگمان تحتانی رحم توسط فورسپس و یا توسط سر جنین که مولدینگ مناسبی پیدا نکرده است، ممکن است سبب گسترش آنسیریونهای هیستروتومی شود، در موارد زایمان واژینال، به ویژه در صورت نازک بودن سگمان تحتانی رحم، زایمان سر از میان سرویکس دارای دیلاتاسیون ناقص و یا به کارگیری فورسپس ممکن است سبب پارگیهای دیواره واژن یا سرویکس و پارگی رحم شود. همچنین دستکاریهای انجام شده ممکن است سبب گسترش برش اپیزیوتومی، ایجاد پارگیهای عمیق پرینه و افزایش خطر عفونت شوند. بی حسی کافی در جریان زایمان واژینال برای القای شل شدگی چشمگیر رحم، ممکن است سبب آنتولنی رحم و در نتیجه خونریزی بعد از زایمان شود، مرگ مادر عارضه نادری محسوب می شود، اما چنین به نظر می رسد که میزان آن در زنانی که به علت نمایش بریچ تحت زایمان سزارین برنامه ریزی شده قرار می گیرند افزایش می یابد.



در مورد جنین، پریمچوریتة و عوارض آن، به طور شایع در همراهی با نمایش بریچ دیده می شوند. میزان ناهنجاریهای مادرزادی نیز بیشتر است. در مقایسه با نمایش سفالیک، پرولاپس بند ناف در جنینهای بریچ شایعتر است. از تروماهای زایمانی، می توان به شکستگی هومروس، کلاویکول و قمر اشاره کرد. در برخی موارد، کشش اعمال شده سبب جدا شدن اپی فیزهای اسکاپولا، هومروس یا فمور می شود. تروما در موارد زایمان واژینال شایعتر است، اما ترومای جنینی در زایمانهای سزاین نیز دیده می شود.

از جمله آسیبهای تروماتیک نادر می توان به آسیبهای بافت نرم اشاره کرد. یکی از نمونه های این آسیبها، آسیب و فلج شبکه بازویی است. ممکن است طناب نخاعی دچار آسیب یا حتی قطع شدگی شود و به ویژه در صورت وارد شدن نیروی زیاد ممکن است شکستگی مهره ها رخ بدهد. هماتوم عضلات استرنوکلیدوماستوئید، گاهی اوقات پس از زایمان رخ می دهد، اما معمولاً خود به خود ناپدید می شود. نکته آخر اینکه ممکن است به دنبال زایمان بریچ آسیب دستگاه تناسلی رخ بدهد فصل

تعدادی از پیامدهای پریناتال ممکن است مربوط به زایمان نبوده و جزو ویژگیهای ذاتی نمایش بریچ باشند، به عنوان مثال، دیسپلازی هیپ در نمایش بریچ شایعتر از نمایش سفالیک است و شیوع آن تحت تأثیر روش زایمان قرار نمی گیرد.

تکنیکهای تصویربرداری

در بسیاری از جنینها به ویژه در جنینهای پره ترم، ته جنین کوچکتر از سر جنین است. علاوه بر این، برخلاف نمایشهای سفالیک، سر جنینهایی که نمایش بریج دارند در جریان لیبر موادینگ قابل توجهی پیدا نمی کند. در نتیجه اگر زایمان واژینال مد نظر باشد، باید اندازه جنین، نوع بریج و میزان فلکسیون یا اکستانسیون گردن بررسی شود. علاوه بر این، برای پرهیز از گیر کردن سر جنین در اثر عدم تناسب سری - لگنی، ابعاد لگن مورد بررسی قرار می گیرند. گزینه های موجود برای این کار، سونوگرافی و پلومتری لگن هستند.

در اکثر موارد، بررسی سونوگرافیک جنین به عنوان بخشی از روند مراقبت پره ناتال صورت می گیرد. در مواردی که این بررسی صورت نگرفته است، با استفاده از سونوگرافی می توان ناهنجاریهای آشکار جنین مانند هیدروسفالی یا آناسفالی را به سرعت تشخیص داد. با این کار بسیاری از جنینها که وضعیت آنها برای زایمان واژینال مناسب نیست شناسایی می شوند و همچنین اطمینان حاصل می شود که زایمان سزارین در شرایط اورژانس و برای جنین ناهنجاری که شانس بقا ندارد انجام نخواهد شد.

همچنین فلکسیون سر معمولاً با سونوگرافی تشخیص داده می شود؛ برای انجام زایمان واژینال سر جنین نباید در وضعیت اکستانسیون قرار داشته باشد. اگر نتیجه تصویربرداری قطعی نباشد، رادیوگرافی «دو نمای» ساده شکم مادر برای تعیین زاویه انحراف سر مفید واقع می شود. در صورت شناسایی بازوی گردنی در سونوگرافی، ممکن است زایمان سزارین برای پرهیز از آسیبهای دوره نوزادی ضرورت پیدا کند.

نمایش بریج صحت سونوگرافی را در بر آورد وزن جنین تغییر نمی دهد. اگرچه پروتکل‌های موجود متغیر هستند، در بسیاری از آنها از «وزن جنینی» کمتر از ۲۵۰۰ گرم و بیشتر از ۳۸۰۰-۴۰۰۰ گرم و یا از شواهد محدودیت رشد به عنوان معیارهای کنار گذاشتن موارد از زایمان واژینال برنامه ریزی شده استفاده می شود. همچنین، در اغلب موارد قطر بای پاریتال (BPD) بالای ۹۰-۱۰۰ میلی متر جزو معیارهای کنار گذاشتن موارد به حساب می آید.

پلومتری برای بررسی لگن استخوانی قبل از زایمان واژینال به کار می رود و برای این کار، «CT تک نمایی» (۲، MRI یا رادیوگرافی ساده مناسب هستند. اگرچه داده های مقایسه ای در مورد این روشها به منظور پلومتری در دست نیستند، CT به علت صحت، میزان کم تماس با اشعه و دسترسی گسترده ترجیح داده می شود. ما در بیمارستان پارکلند، در صورت امکان از پلومتری با CT برای بررسی ابعاد مهم لگن استفاده می کنیم. اگرچه دیدگاههای متفاوتی در این زمینه وجود دارند، برخی از صاحب نظران ابعاد خاصی را برای مجاز شمردن زایمان واژینال برنامه ریزی شده توصیه میکنند قطر قدامی -خلفی ورودی (داخل لگن ۱۰/۵ سانتی متر یا بیشتر؛ قطر عرضی ورودی لگن ۱۲ سانتی متر یا بیشتر و قطر بین خاری لگن میانی ۱۰ سانتی متر یا بیشتر. برخی دیگر از پزشکان، از ارتباطات پلومتری مادری -جنینی استفاده می کنند. مقادیر مناسب به شرح باشد و در زیر هستند: کنژوگه ماملی ورودی لگن منهای BPD جنین ۱۵ میلی متر یا بیشتر؛ قطر عرضی ورودی لگن منهای BPD جنین، ۲۵ میلی متر یا بیشتر و قطر بین خاری لگن میانی منهای BPD جنین، صفر میلی متر یا بیشتر (hlaflmann و همکاران) ۲۰۱۶ (با استفاده از MRI گزارش کردند اداره لایبر و زایمان که در کاندیداهای انتخاب شده در صورتی که فاصله بین خاری بیش از ۱۱ سانتی متر باشد، میزان موفقیت زایمان واژینال به ۷۹ درصد می رسد.



اداره ی لیبر و زایمان



CoolClips.com

روشهای زایمان واژینال

هم سیر لیبر و هم سیر زایمان، بین نمایشهای سفالیک و بریج متفاوت است .
نخست اینکه، لیبر در نمایش بریج عموماً سیر آهسته تری دارد، اما پیشرفت
باثبات سرویکس نشانهای مثبت از کافی بودن ابعاد و نسبتهای لگن است .
زایمان واژینال بریج با یکی از سه روش صورت می گیرد . در زایمان بریج
خود به خود، جنین به طور کامل و بدون هرگونه کشش یا دستکاری بجز
حمایت از نوزاد، خارج می شود . در خارج سازی نسبی بریج ، جنین تا ناف به
طور خودبه خود خارج می شود، اما خروج بقیه بدن جنین از طریق اعمال
کشش توسط اپراتور و مانورهای کمکی با یا بدون تلاشهای خارج کننده مادری
صورت میگیرد در خارج سازی کامل بریج کل بدن جنین توسط زایمان خارج
میشود.

القا و تقویت لیبر

همانند بسیاری از دیگر جنبه های وضعیت بریج، القا یا تقویت نیز مورد اختلاف نظر است. داده های موجود در این زمینه محدود و اغلب گذشته نگر هستند (Burgos و همکاران) ۲۰۱۷ (در موارد القای لیبر، میزان زایمان واژینال را در مقایسه با لیبر خودبه خود، یکسان گزارش کردند. باوجوداین، آنان گزارش کردند در مواردی که القا صورت گرفته بود، میزان پذیرش نوزادان در واحد مراقبتهای ویژه نوزادان افزایش یافته بود. علی رغم این نتیجه، محققان دیگر پیامد پریناتال و میزان زایمان سزارین را مشابه گزارش کرده اند. نکته آخر اینکه، تعداد دیگری از محققان گزارش کرده اند که در موارد القای لیبر میزان زایمان سزارین بیشتر اما پیامدهای نوزادان مشابه بوده اند.

در بسیاری از مطالعات، زایمان واژینال موفقیت آمیز با پیشرفت منظم لیبر در ارتباط بوده است. بنابراین، در برخی از پروتکلها از تقویت لیبر در جنینهای دارای نمایش بریج پرهیز می شود، در حالی که در برخی دیگر، این کار فقط در مورد انقباضات هیپوتونیک توصیه می گردد. ما در بیمارستان پارکلند در زنائی که جنین آنان دارای قابلیت حیات است، اقدام به القا با آمنیوتومی می کنیم، اما زایمان سزارین را بر القا یا تقویت دارویی لیبر ترجیح می دهیم.

اداره لیبر

نظارت بر ضربان قلب جنین و انقباضات رحمی، از زمان بستری کردن بیمار شروع می شود و تدارک فوری افراد مورد نیاز به شرح زیر صورت میگیرد: ۱- متخصص زایمان، با تجربه کافی در زمینه خارج سازی بریچ؛ ۲- فرد دستیار برای کمک به زایمان؛ ۳- پرسنل بیهوشی برای تامین آنالژزی یا بیهوشی کافی در هنگام نیاز؛ و ۴- فرد مجرب در زمینه احیای نوزاد، مسیر داخل وریدی برای مادر برقرار می شود. با این کار، در صورت نیاز امکان الفای فوری بیهوشی یا احیای مادر به دنبال خونریزی ناشی از پارگی یا آلتونی رحم فراهم می شود.

در هنگام پذیرش مادر، وضعیت پرده ها و پیشرفت لیبر بررسی می گردد. آگاهی از دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس و جایگاه عضو نمایش جنین، برای آمادگی ضروری است. در مواردی که لیبر بسیار پیشرفته است، اگر احتمال زایمان جنین در بخش رادیولوژی مطرح باشد، پلویمتری ممکن است اقدام عاری از خطر نباشد. با وجود این، این مساله به خود نباید فرورتی برای تصمیم گیری در مورد زایمان سرارین تلقی شود. همان گونه که قبلا گفته شده پیشرفت گام به گام لیبر شاخص خوبی از کفایت لگن به حساب می آید. بررسی سونوگرافیک به ترتیبی که قبلا گفته شد، صورت می گیرد. در نهایت، انتخاب زایمان شکمی یا واژینال بر پایه عواملی که قبلا توضیح داده شدند انجام می شود.

در جریان لیبره با توجه به خطرهای پرو لاپس بند ناف نسبت یک به یک پرستار ایده آل است و پزشکان نیز باید برای رسیدگی به جنین عوارضی کاملاً در دسترس باشند، باید از گایدلاینهای موجود برای پایش جنینهای پرخطر پیروی شود (به فصل ۲۴ مراجعه کنید). اگرچه در مرحله اول لیبر، اکثر پزشکان پایش الکترونیک مداوم را ترجیح می دهند، ضربان قلب جنین حداقل هر ۱۵ دقیقه یک بار به ثبت می رسد، الکتروود پوست سر را می توان به طور ایمن در کفل جنین جاگذاری کرد، اما باید از جاگذاری آن در ناحیه تناسلی پرهیز شود. اگر الگوی غیر اطمینان بخش ضربان قلب جنین به وجود آید، باید در مورد ضرورت یا عدم ضرورت زایمان سزارین تصمیم گیری شود.

در صورت پارگی پرده ها (چه به صورت مصنوعی و چه به صورت خود به خود)، خطر پرو لاپس بند ناف به طور قابل توجهی افزایش می یابد و در صورت کوچک بودن جنین و یا اگر مواردی که بریچ از نوع هر آنک نیست، شیوع پرو لاپس بند ناف بیش از پیش افزایش پیدا می کند. بنابراین، بلافاصله پس از پارگی پرده ها معاینه واژینال صورت می گیرد و هر ۵-۱۰ دقیقه اول پس از پارگی پرده ها، توجه خاصی به ضربان قلب جنین معطوف می شود.

در زنانی که جنین آنها نمایش بریچ دارد و در مرحله لیبر به سر می برند، برخی از صاحب نظران آنالژی اپیدورال مداوم را توصیه می کنند. این کار ممکن است نیاز به تقویت لیبر و افزایش دفعات و مرحله دوم لیبر را طولانی ترند. این معایب بالقوه باید در مقابل مزایای این روش که شامل تسکین بهتر درد و افزایش شل شدن لگن در صورت نیاز به دستکاریهای گسترده هستند، مورد قضاوت قرار گیرد، آنالژی صورت گرفته، باید برای اپیدوریومی، خارج سازی بریچ و به کارگیری فورسپس پایین ۲ کافی باشد. با استفاده از اکسید نیترو به اضافه اکسیژن استنشاقی، می توان به درجات بیشتر تسکین درد دست پیدا کرد. این روش نیاز به بیهوشی عمومی، باید القای آن به سرعت انجام شود.



زایمان بریچ خودبه خود

خروج خودبه خود جنینهای بریچ نیز مشابه زایمان جنینهای دارای نمایش ورتکس، مستلزم حرکات اصلی متوالی است. نخست انگاژمان و نزول بریچ معمولاً با قرار گرفتن قطر بای تروکانتریک در یکی از اقطار مایل لگن رخ می دهند. هیپ قدامی جنین معمولاً سریعتر از هیپ خلفی نزول میکند و زمانی که با مقاومت کف لگن مادر مواجه می شود، معمولاً چرخش داخلی به میزان ۴۵ درجه رخ میدهد و به این ترتیب هیپ قدامی به سمت قوس پوبیس آورده می شود و قطر بای تروکانتریک می تواند قطر قدامی خلفی خروجی لگن را اشغال کند. با وجود این، در صورتیکه اندام خلفی پرولاپس پیدا کرده باشد، این اندام به جای هیپ قدامی به سمت سمفیز پوبیس می چرخد.

پس از چرخش، نزول ادامه می یابد تا اینکه ته جنین پرینه را متسع کند؛ سپس هیپ قدامی جنین در ولو ظاهر می شود. با فلکسیون جانبی بدن جنین، هیپ خلفی جنین بر روی پرینه فشرده می شود و پرینه از روی کفلهای جنین به عقب می رود و پس از بیرون آمدن هیپ قدامی، بدن جنین می تواند به حالت مستقیم درآید. به دنبال بیرون آمدن ته جنین، رانها و پاها نیز به طور خودبه خود و یا با کمک خارج می شوند.



خارج سازی ناکامل بریج

در زایمان بریج، به طور متوالی بخشهایی خارج می شوند که بزرگتر هستند و قابلیت فشردگی کمتری دارند. در نتیجه، خروج خودبه خود حالتی استثنایی است و زایمان واژینال به طور تیپیک مستلزم مشارکت افراد مجرب است تا جنین بتواند از مجرای زایمان عبور کند.

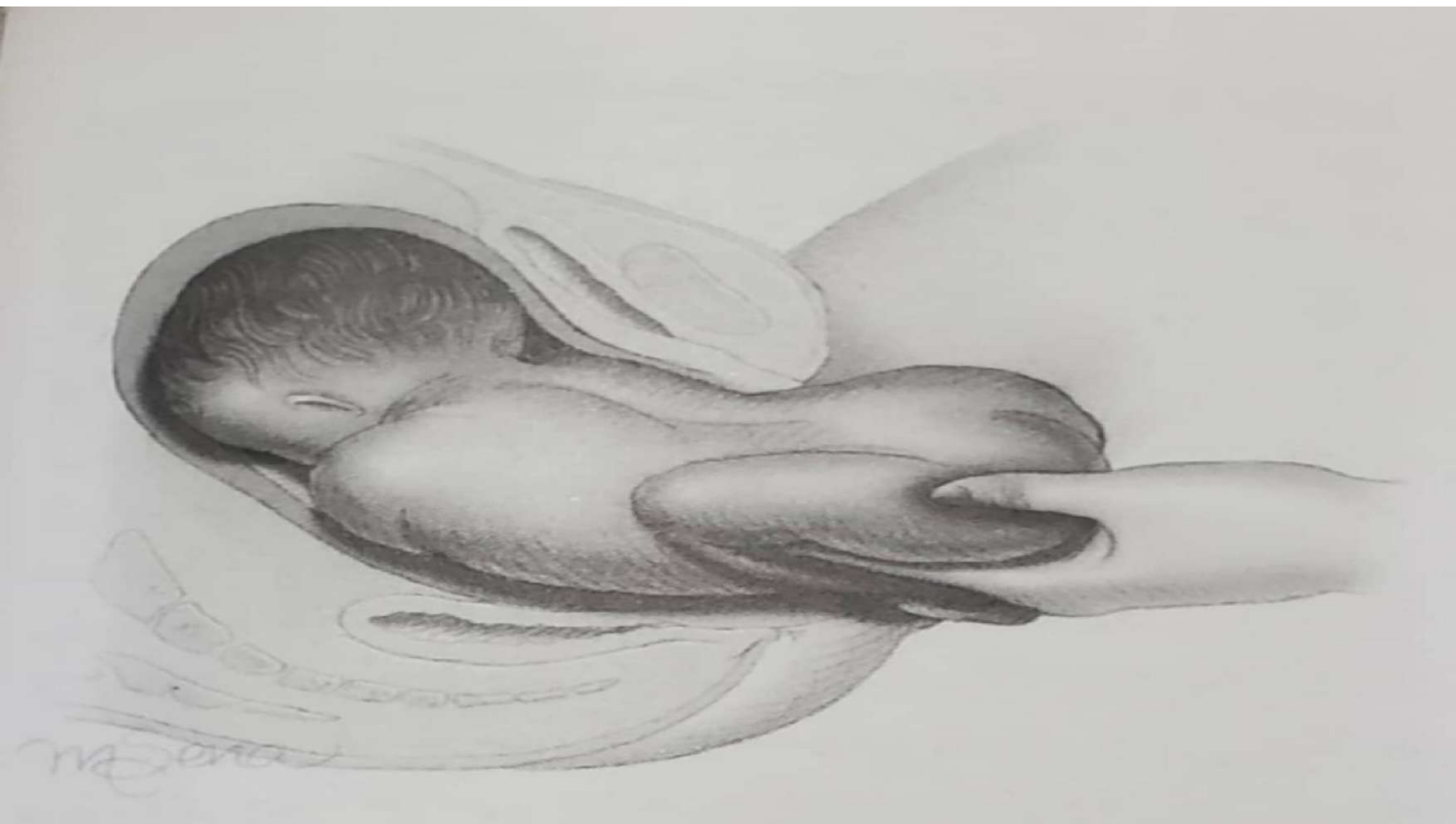
نخست اینکه در تمام زایمانهای بریج، اگر شل شدگی قابل توجه پریشه وجود نداشته باشد، باید اپیزیوتومی انجام شود که روش کمکی مهمی در روند زایمان به حساب می آید. همان گونه که در فصل ۲۷ توضیح داده شده است، ممکن است اپیزیوتومی مدبولترال به علت کمتر بودن خطر پارگیهای اسفنکتر مقعده ترجیح داده شود. در شرایط ایده آل، اجازه داده می شود به جنین به صورت خود به خود تا بند ناف خارج شود، با خارج شدن ته جنین ناف و بند نافی متصل به آن به داخل لگن کشیده می شوند در نتیجه، پس از اینکه به جنین از مدخل واژن عبور کرد، باید شکم، قفسه سینه، بازوها و سر جنین به سرعت بیرون آورده شوند چه به صورت خود به خود و چه با روش کمکی).

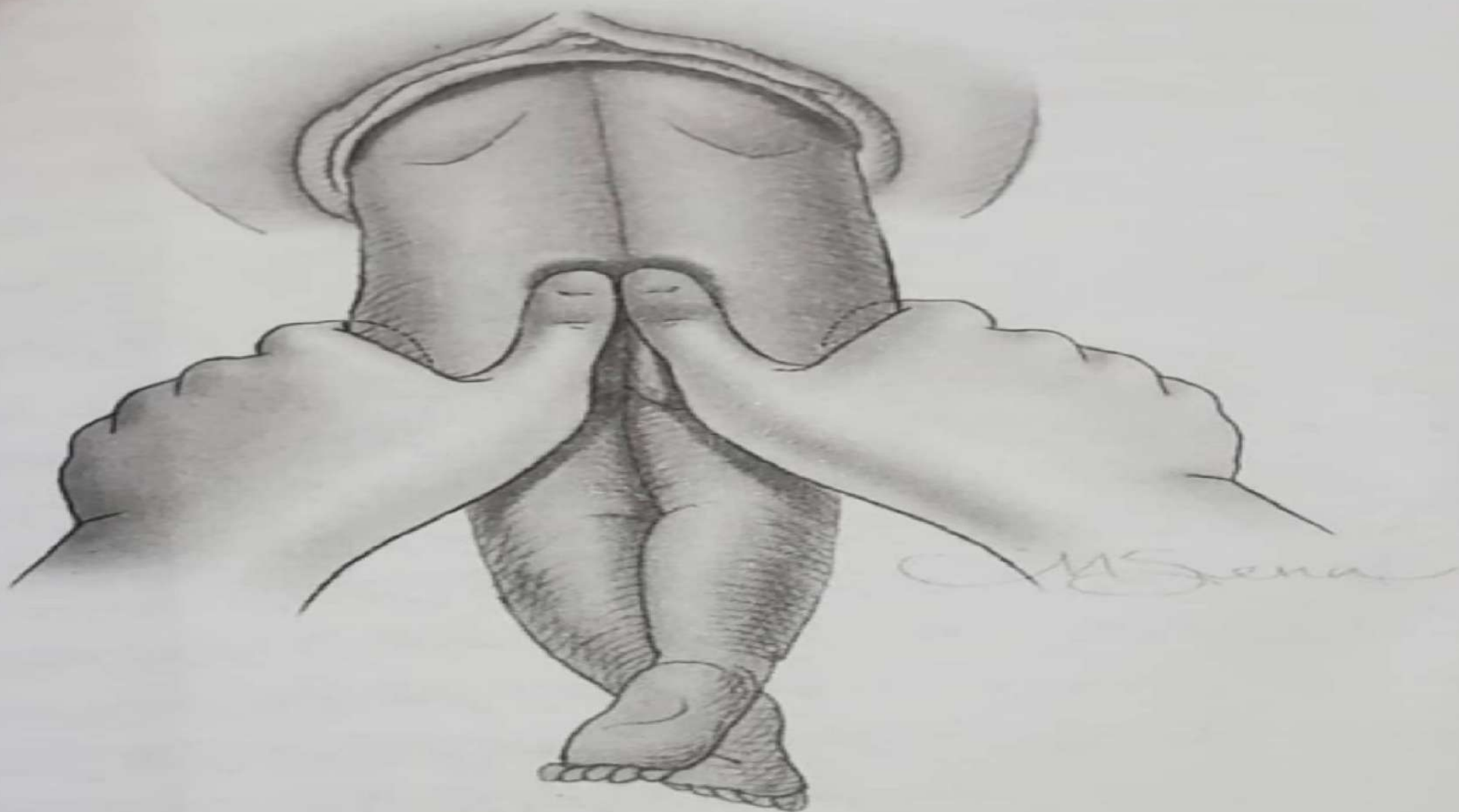
هیپ خلفی معمولاً از موقعیت ساعت ۶ خارج می شود و اغلب به حدی فشار وارد می کند که سبب دفع مکنونیوم غلیظ می شود به شکل ۴-۲۸ مراجعه کنید. (سپس هیپ قدامی خارج می شود و به دنبال آن چرخش خارجی به وضعیت ساکروم قدامی رخ می دهد. مادر تشویق می شود همزمان با نزول جنین و تا هنگام در دسترس قرار گرفتن پاهای وی، به زور زدن ادامه دهد. اپراتور انگشتان خود را به موازات محور طولی استخوان ران حائل می کند و در جهت رو به بالا و جانبی فشار وارد می سازد تا هر یک از اندامهای تحتانی به دور از خط وسط حرکت کنند؛ بدین ترتیب، اندامهای تحتانی یکی پس از دیگری خارج می شوند.



پس از خارج شدن ته جنین، چرخش خارجی اندکی رخ میدهد، به طوری که همزمان با قرار گرفتن شانه های جنین در یکی از اقطار مایل لگن مادر، پشت جنین به سمت قدام چرخش می یابد. سپس شانه ها به سرعت نزول پیدا میکنند و دستخوش چرخش داخلی می شوند، به طوری که قطر بیس آکرومیاال صفحه قدامی - خلفی را اشغال میکند. با فاصله کمی پس از خروج شانه ها، سر جنین که در حالت طبیعی به شدت بر روی قفسه سینه فلکسیون یافته است، در یکی از اقطار مایل وارد لگن می شود و سپس به گونه ای چرخش پیدا میکند که بخش خلفی گردن در زیر سمفیز پوبیس قرار می گیرد. سپس سر در حالت فلکسیون خارج می شود.

ممکن است ته جنین در قطر عرضی لگن گیر کند (انگازمان پیدا کند و استخوان خاجی به سمت قدام یا خلف قرار گیرد. مکانیسم لیبر در موقعیت عرضی، فقط از این نظر که میزان چرخش داخلی به جای ۴۵ درجه ۹۰ درجه است، با سایر وضعیتها تفاوت دارد. در موارد ناشایع، چرخش جنین به گونه ای صورت میگیرد که پشت جنین به جای اینکه به سمت قدام قرار داشته باشد، به طرف خلف قرار می گیرد. در صورت امکان باید از ایجاد این گونه چرخش جلوگیری شود. اگرچه در صورتیکه چانه و صورت جنین بتوانند از زیر سمفیز پوبیس خارج شوند ممکن است زایمان سر رخ بدهد، اگر کوچکترین کششی بر بدن جنین وارد شود ممکن است سر جنین اکستانسیون پیدا کند، که در این حالت، قطری از سر جنین که باید از لگن مادر عبور کند افزایش می یابد.







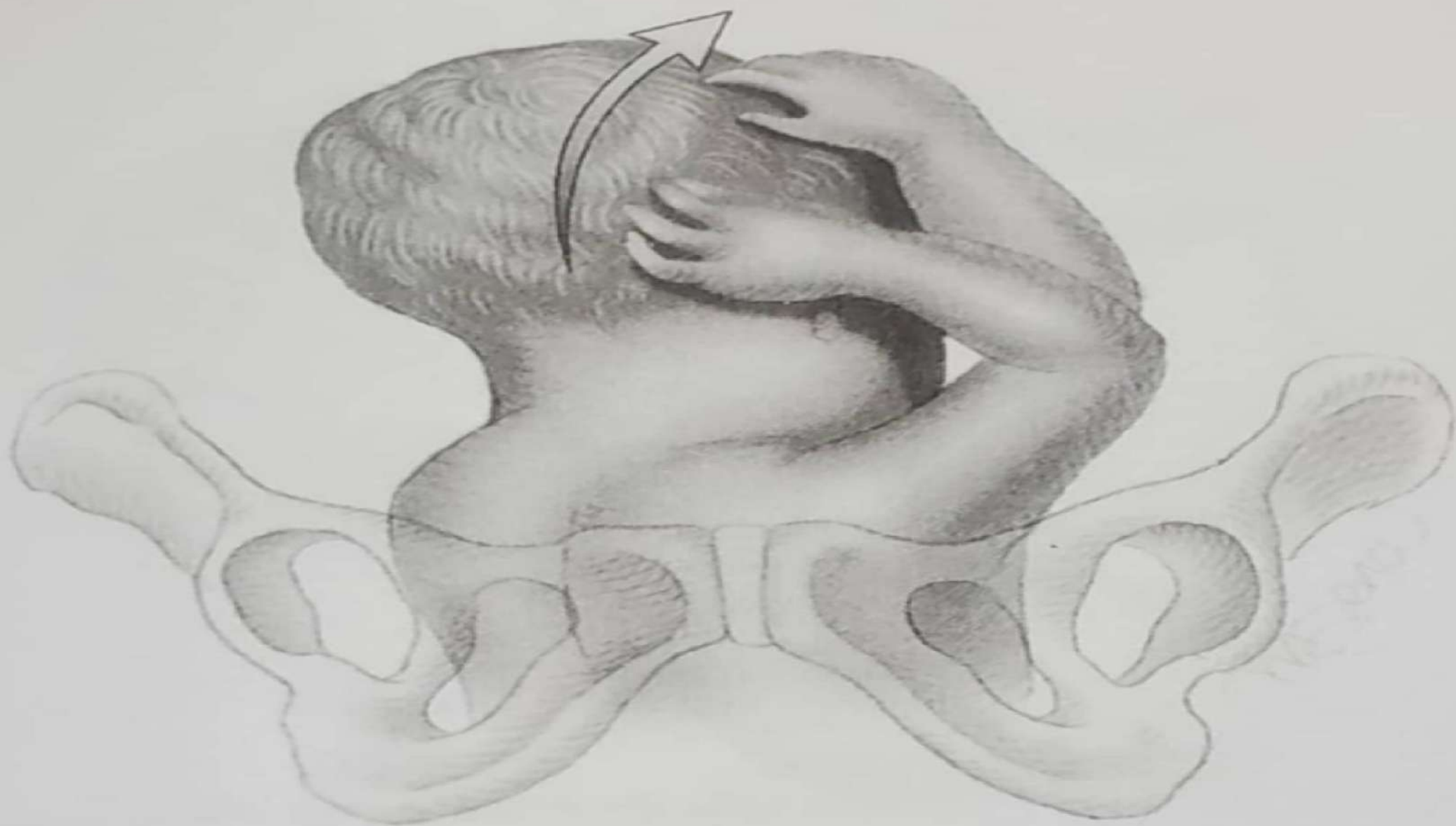
B





بازوی گردنی

در جریان زایمان، گاهی اوقات یکی از بازوها یا هر دوی آنها دور گردن جنین قرار میگیرند و در ورودی لگن گیر می کنند. در مواردی که این گونه بازوی گردنی وجود دارد، زایمان دشوارتر است و برای کمک به زایمان، می توان جنین را حول یک نیم دایره در جهتی چرخش داد که اصطکاک ایجادشده توسط مجرای زایمان، آرنج را به سمت صورت بکشد. در مورد بازوی گردنی راست، بدن جنین باید در جهت خلاف حرکت عقربه های ساعت چرخانده شود تا پشت جنین به سمت راست مادر چرخش پیدا کند. در مورد بازوی گردنی چپ، چرخش در جهت حرکت عقربه های ساعت صورت میگیرد. اگر چرخش نتواند بازوی گردنی را آزاد کند، ممکن است هل دادن جنین به سمت بالا و به بخش حجیمتری از لگن ضرورت پیدا کند. اگر این چرخش نیز موفقیت آمیز نباشد، اغلب با قلاب کردن انگشت (با انگشتان و در بالای بازوی گردنی و فشار دادن بازو بر روی شانه و به پایین بردن سطح شکمی، بازوی گیر افتاده بیرون آورده می شود. در این موارد شکستگی هومروس با کلاویکول شایع است.



زایمان سر

مانور موریسیو در حالت عادی، سر جنین را می‌توان با استفاده از فورسپس با یکی از چند سانور خارج کرد. در تمام این تکنیکها، باید از هیپرا اکستنسیون گردن جنین پرهیز شود.

در مانور موریسیو، در حالی که بدن جنین بر روی کف دست و المساعد پزشک تکیه داده است، با استفاده از انگشتان اشاره و میانی همان دست بر روی ماگزینا فشار وارد می‌شود تا سر به حالت فلکسیون در آید. پاهای جنین در دو طرف ساعد پزشک قرار می‌گیرند. سپس پزشک دو انگشت دست دیگر خود را در اطراف گردن جنین قلاب می‌کند و شانه‌های جنین را می‌گیرد. به‌طور همزمان کشش رو به پایینی بر شانه‌ها وارد می‌شود تا اینکه ناحیه ساب اکسیپیتال در زیر سمفیز ظاهر شود. همزمان با این مانور، وارد کردن فشار آرام بر روی ناحیه سوپر اپوبیک توسط دستیار، به باقی ماندن سر جنین در حالت فلکسیون کمک می‌کند. سپس بدن جنین اندکی به سمت شکم مادر بالا آورده می‌شود و به ترتیب دهان، بیٹی، پیشانی و سرانجام اکسی پوت جنین بر روی پریشه ظاهر می‌شوند. در این مانور، اپراتور از هر دو دست خود به‌طور همزمان برای اعمال کشش آرام مداوم و رو به پایین استفاده می‌کند و در ضمن، بین نیروهای وارد شده بین گردن جنین و ماگزینا افک فوقانی (تعادل برقرار می‌کند تا از هیپرا اکستنسیون گردن پرهیز شود).



A



B

استفاده از فورسیس

برای زایمان سر در نمایش پرچمه می توان از فورسیسهای اختصاصی استفاده کرد. از فورسیس **Piper** و یا از فورسیس **Lute – Piper**، می توان به صورت انتخابی و یا در موافقی که نمی توان به سادگی ماتور موریسیو را انجام داده استفاده کرد. تا زمانی که سر یا کشش آرام همراه با فشار سیویر اپوپیک وارد لگن نشده و انگار مان صورت نگرفته است، نباید تیغه های فورسیس را بر روی سر جاگذاری کرد. آویزان کردن بدن جنین در حوله، به راست نگه داشتن کارآمد جنین کمک می کند و باعث می شود بازوها و بند ناف جنین، در هنگام جاگذاری تیغه های فورسیس از سر راه کنار بروند.

چون تیغه های فورسیس از سطح برینه با مسیر رو به بالا جهت می گیرند، برخی ترجیح میدهند فورسیس را در وضعیت زانو زده با یک پا جاگذاری کنند. در فورسیس «پایپر» قوس روبه پایینی در میله فورسیس وجود دارد که برای تطابق با بدن جنین طراحی شده است. اما این فورسیس فاقد انحناى لگنى است. این شکل و

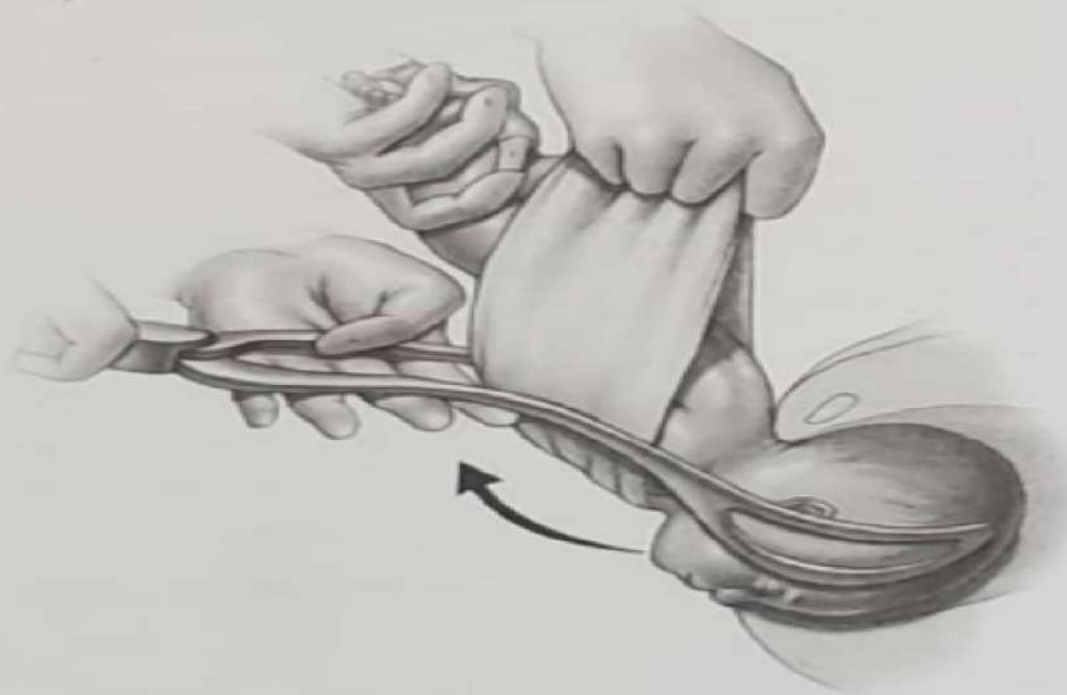
ساختار، قرار دادن مستقیم انحناى سفالیک تیغه را در امتداد طول واژن مادر و استخوان پاریتال جنین امکان تیغه ای که قرار است در سمت چپ مادر کار گذاشت چپ خود نگه می دارد. اپراتور دست راست دیواره جاتی چپ واژن مادر می لغزاند تا حرکت را به سمت داخل و اطراف استخوان پرینال هدایت کند. تیغه مقابل نیز با شیوه مشابه جاگذاری می شود

تیغه ها پس از قرار گرفتن در محل به هم متصل میشوند و بدن جنین در طول دسته فورسیس قرار می گیرد. با کشش آرام جیت رو به خارج و بالا بردن خفیف و همزمان دسته فورسیس خارج می شود. با این کار صورت بر روی پرینه می لغزد و در هما حل اکسی پوت تا زمان خروج پیشانی، در زیر سمفیز پولیس قرار می گیرد. حالت ایده آل این است که برای به حداقل رساندن تروما سر و بدن همراه با هم حرکت کنند.

ماتور تعدیل شده پراگ: به ندرت، پشت جنین به سمت سمفیز نمی چرخد، در این موارد، هنوز هم می توان جنین را با استفاده از ماتور تعدیل شده برای بیرون کشید. در این ماتور، پزشک با استفاده از دو انگشت یک دست خود، شانه های جنینی را که پشت وی به سمت پایین است از زیر می گیرد و یا استفاده از دست دیگر خود پاهای جنین را بر روی شکم مادر به سمت بالا می کشد



A



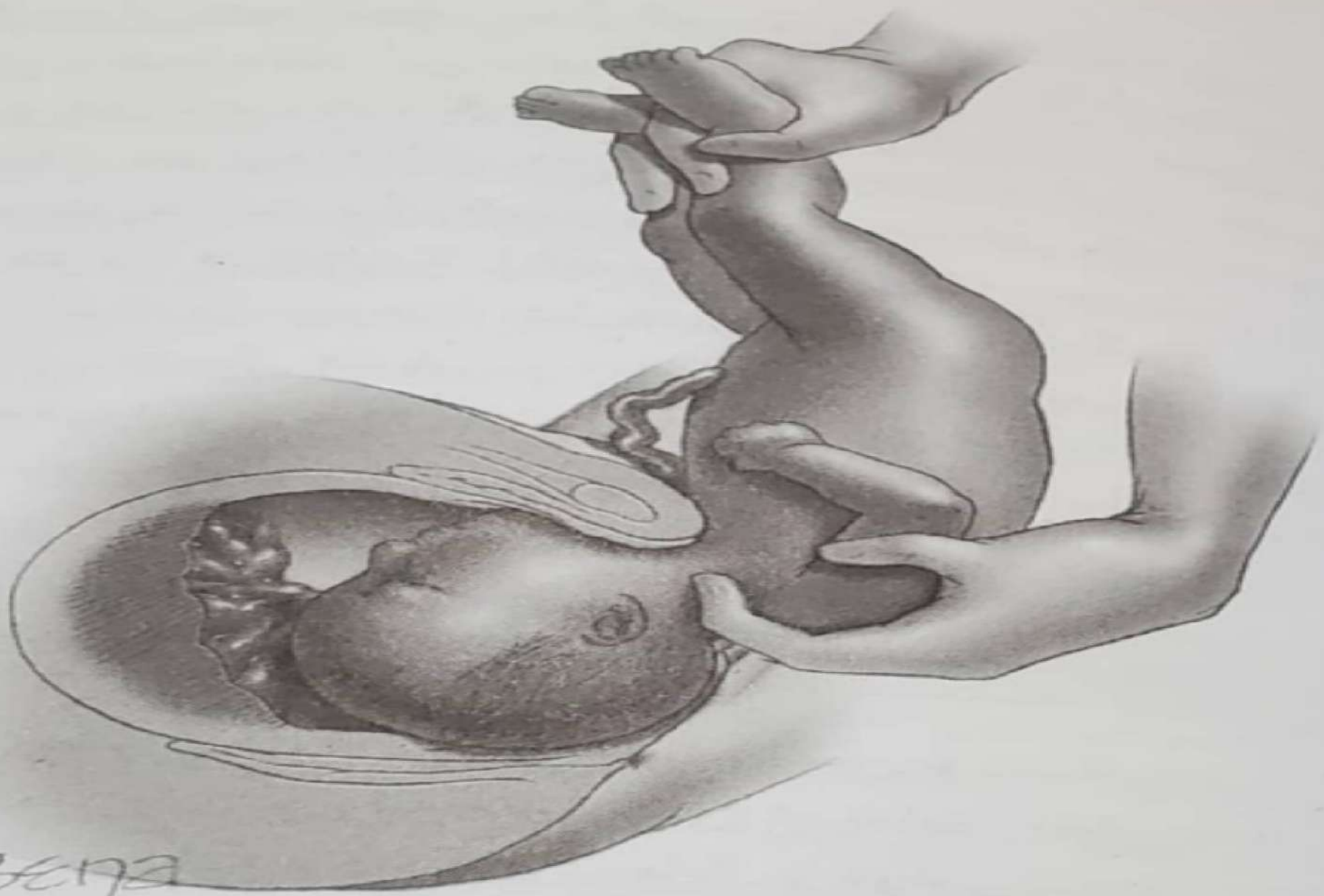
B



گیر کردن سر

این وضعیت اورژانسی، بازتابی از دیلاتاسیون ناقص سرویکس یا عدم تناسب سری - لگنی است. در حالت نخست، به ویژه در جنینهای پره ترم کوچک، سرویکسی که کاملاً دیلاته نشده است اطراف گردن جنین را احاطه می کند و مانع زایمان سر می شود. در این هنگام باید جنین فرض کرد که فشردگی شدید و حتی کامل بند ناف وجود دارد و در نتیجه مدیریت زمان مساله بسیار مهمی محسوب می شود. با اعمال کشش ملایم بر بدن جنین، گاهی اوقات می توان با دست سرویکس را از روی اکسی پوت به عقب برد. در صورتی که انجام این کار موفقیت آمیز نباشد، ممکن است انسیزیونهای دوران ضرورت پیدا کنند. شکل ۱۳-۲۸. (بی هوشی عمومی با کو هالوژنه یا نیتروگلیسرین داخل وریدی، گزینه دیگری برای به ثل شدن مگمان تحتانی رحم است. به عنوان یکی از دو مبالغه آمیز، می توان برای نجات دادن جنین بریچی که افتاده است، اقدام به جابه جا کردن جنین به دیگری برای کمک عنوان یکی از روشهای تین بریچی که به دام کن جنین به موقعیتی بالاتر در داخل واژن و رحم کرده و سپس زایمان سزارین را انجام داد. این روش که مانور زانو الی نام دارد، به طور کلاسیک برای برطرف ساختن دیستوشی مقاوم شانه به کار می رود. باوجوداین، در گزارشهای موردی کاربرد این مانور برای انداره گیر افتادن سر جنین بریچ نیز توصیف شده است.

در مواردی که عدم تناسب سری - لگنی و توقف سر جنین وجود دارد، گزینه های موجود شامل مانور زانو الی و سمفیزیوتومی هستند. در سمفیزیوتومی یا استفاده از بی حسی موضعی و از طریق عمل جراحی، غضروف سمفیز حدواسط و قسمت اعظم رباطهای حمایت کننده از آن بریده می شوند تا سمفیز پویس تا حد ۲/۳ سانتی متر عریضتر شود. عدم تجربه اپراتورها و آسیب بالقوه شدید لگن یا دستگاه ادراری مادر، دلیل استفاده اندک از این روش در ایالات متحده است. با وجود این، اگر زایمان سزارین امکان پذیر نباشد، سمفیزیوتومی ممکن است سبب نجات جان مادر و کودک شود.





senza

خارج سازی کامل بریچ

بریچ کامل یا ناکامل گاهی اوقات، خارج کردن «کامل» «بریچ کامل یا ناکامل ضرورت می یابد. دسته از طریق واژن به داخل برده می شود و هر دو پای چنین گرفته می شوند. مچ پاها با انگشت میانی که در بین آنها قرار داده می شود گرفته می شوند و پاها با کشش آرام، به داخل مداخل واژن برده می شوند با ظاهر شدن ساقهای جنین در ولو، اعمال کشش آرام به سمت پایین ادامه می یابد. پس از خارج شدن ساقهای جنین، بخشهای بالاتر گرفته می شوند (ابتدا پشت ساق پا و سپس رانها)، با ظاهر شدن به چنین در خروجی واژن، کشش آرامی اعمال می شود تا مفاصل هیپ خارج شوند. سپس انگشتان شست بر روی استخوان خاجی و سایر انگشتان بر روی ستیغهای خاصره قرار داده می شوند و همان طور که قبلاً در مورد خارج سازی ناکامل بریچ گفته شد، زایمان بریچ تکمیل می شود.

اگر فقط امکان گرفتن یک پا وجود داشته باشد، می توان آن را در جهت روبه پایین به داخل واژن آورد و با دست مناسب است راست برای پای راست و دست چپ برای پای چپ (نگه داشت پس از اینکه وضعیت پای اول تثبیت شده دست مقابل وارد شده و در جهت روبه بالا در طول با عبور داده می شود و طوری هدایت می شود تا محل پای دیگر را مشخص کند، اگر هیپ باقیمانده در حالت اکسترنسیون باشد، معمولاً پای دوم به آسانی گرفته شده و به سمت پایین آورده می شود. اگر هیپ در حالت فلکسیون و رانو در وضعیت اکسترنسیون باشد، یک انگشت در داخل کشاله ران مربوطه قلاب میشود و با اعمال کشش، تیمه تحتانی جنین پایین آورده می شود تا پا در دسترس قرار گیرد. در مورد زایمان سزارین، از این مانورهای خارج سازی کامل بریچ می توان برای زایمان بریچهای کامل، ناقص یا فوتلینگ از میان انسیزیون هستروتومی استفاده کرد.



Senha

بریج فرانک

در جریان خارج سازی کامل بریج فرانک، اپراتور با یک انگشت خود در هر یک از کشاله های ران کشش متوسطی اعمال می کند و با اپیزیوتومی وسیع، روند زایمان تسهیل می شود. پس از اینکه ته جنین بریج از مدخل واژن بیرون کشیده شد، مراحل توضیح داده شده در مورد خارج سازی ناکامل بریج صورت می گیرند. این مانور ها در جریان زایمان سزارین بریج فرانک از میان انسیزیون هیسترونومی نیز مورد استفاده قرار می گیرند.

به ندرت در جریان زایمان واژینال، در جنینهای دارای نمایش بریج فرانک تغییر وضعیت در داخل حفره رحم ضرورت پیدا می کند. این اقدام که به (Pinard ۱۸۸۹) نسبت داده می شود، بریج فرانک را به بریج فوئلینگ تبدیل می کند. در صورتی که فقط مدت کمی از پارگی پرده ها سپری شده باشد، انجام این کار آسانتر است.

اگر میزان مایع آمنیون بسیار کم بوده و رحم محکم به د فشرده شده باشد، این مانور فوق العاده دشوار خواهد بود است شل کردن فارماکولوژیک رحم یا بیهوشی عی سولفات منیزیوم داخل وریدی، نیتروگلیسرین با داروهای من ضرورت پیدا کند. برای شروع، دو انگشت در طول یک بار بالا هدایت می شوند تا با اعمال فشار بر سمت داخلی به موازات قمر، چرخش خارجی هیپ صورت گیرد. به همزمان، اعمال فشار بر حفره پوپلیته ال سبب فلك خود به خود زانو می شود که در نتیجه آن، پای مربوطه در تماس با پشت دست اپراتور قرار می گیرد. سپس می توان پای جنین گرفت و به پایین کشید.

چرخش (ورسیون) سفالیک خارجی

چرخش روشی است که در آن نمایش جنین با دستکاری فیزیکی تغییر داده می شود و یک قطب جنین در نمایش طولی جایگزین قطب دیگر می شود و یا قرارهای مایل یا عرضی به نمایش طولی تبدیل می شوند .

دستکاریهایی که از طریق دیواره شکم صورت می گیرند و سبب ایجاد نمایش سفالیک می گردند، چرخش سفالیک خارجی نامیده می شوند .

دستکاریهایی که در داخل حفره رحم صورت می پذیرند و سبب ایجاد نمایش بریچ میگردند چرخش بود الک داخلی نام دارند . چرخش پودالیک داخلی برای زایمان قل دوم به کار می رود.

اندیکاسیونها

چرخش سفالیک خارجی (ECW) میزان عدم تناسب سری - لگنی را در هنگام زایمان کاهش می دهد. در مورد جنینهای بریج نزدیک ترم، a b ۲۰۱۶ (ACOG) توصیه کرده است که در صورت امکان، امکان چرخش فراهم و در جهت انجام آن تلاش شود، میزان موفقیت این کار حدود ۶۰ درصد است. در زنانی که جنین آنان قرار عرضی دارد میزان کلی موفقیت به طور معنی دار بیشتر است.

به طور کلی، ECV قبل از لیبر در زنانی که به ۳۷ هفته حاملگی رسیده اند، صورت می گیرد. قبل از این زمان، احتمال اصابت خودبه خود به باریج هنوز زیاد است. همچنین اگر به صورت بسیار زودرس انجام شود، ممکن است در اثر گدن زمان نمایش دوباره به بریج تبدیل شود. در نهایت، اگر تلاشهای صورت گرفته برای چرخش سبب نیاز به زایمان قوری شوند، عوارض زایمان با تروژنیک پره ترم دیر هنگام عموماً شدید نخواهند بود.

• کنتر اندیکاسیونهای مطلق چرخش خارجی، کم تعداد هستند در صورتی که زایمان واژینال جزو گزینه ها نباشد (مثلا در موارد الاستا برویا)، چرخش خارجی کمتر اندیکه خواهد بود. مورد دیگر حاملگی چندقلویی است. کنتر اندیکاسیونهای نسبی به شرح زیر هستند مراحل ابتدایی لیبر، اولین هیدر آنیورس یا پارگی پردهها وارد شناخته شده بند ناف گردنی، اختلالات ساختاری رحم محدودیت رشد جنین و سابقه دکولمان یا خطرهای آن. اگرچه بسیاری از صاحب نظران سابقه زایمان سزارین را جزو کشر اندیکاسیونها می دانند، در چند مطالعه کوچک دیده شده که ECV یا پارگی رحم همراه نبوده است (۲۰۱۴)، اما در بیمارستان پارکلند در این زنان اقدام به چرخش نمی کنیم. برای حل شدن این موضوع، کسب دادههای بیشتر از مطالعات بالینی ضرورت دارد.

• چند عامل ممکن است احتمال موفقیت تلاش برای چرخش را افزایش دهند. این عوامل شامل مولتی پار بودن، عدم نگازمان عضو نمایش، جفت غیر قدامی، چاق نبودن بیمار و فراوان بودن مایع آمنیون هستند (KBurgos و همکاران) (۲۰۱۴). برای افزایش دادن میزان مایع آمنیون، قبل از عمل اقدام به تجویز ۲ لیتر بولوس مایع داخل وریدی کردند. این کار سبب افزایش حجم مایع آمنیون شده بود، اما میزان موفقیت چرخش را افزایش نداده بود.

عوارض

در روند مشاوره با بیمار، باید در مورد خطر اندک اما واقعی دکولمان جفت، لیبر پره، ترم و آشفته‌گی وضعیت جنین توضیح داده شود. در موارد نادر، ممکن است در جریان تلاش برای چرخش خارجی پارگی رحم، خونریزی جنینی -مادری، الوایمونیزاسیون، آمبولی مایع آمنیون و حتی مرگ رخ بدهد. با وجود این، موارد مرگ جنین نادر هستند، میزان عوارض جدی به طور تیپیک بسیار اندک است و میزان سزارین اورژانسی به ۵/۰ درصد یا کمتر می‌رسد. همچنین حتی پس با موفقیت آمیز میزان زایمان سزارین کاملاً به حد پایه‌های ورتکس برنمیگردد، مخصوصاً اینکه، دیستوشی بی غیر طبیعی و الگوهای غیراطمینان بخش ضربان قلب جنین احتمالاً در این جنینها علی‌رغم چرخش موفقیت آمیز شایعتر هستند.

تکنیک

ECV باید در محلی انجام شود که امکان دسترسی آسان به تسهیلات لازم برای انجام زایمان سزارین اورژانس فراهم باشد، با توجه به خطرهای مربوط به مداخله جراحی، مسیر داخل وریدی برقرار می گردد و بیمار به مدت ۶ ساعت یا بیشتر از خوردن منع می شود. بررسی با سونوگرافی، با اهداف زیر صورت می گیرد تأیید وجود نمایشهای غیر از ورتکس تشخیص کافی بودن حجم مایع آمنیونه رد کردن ناهنجاریهای آشکار جنینی (البته اگر قبلاً انجام نشده باشد)، شناسایی محل جفت و جهت گیری ستون فقرات جنین. برای ارزیابی واکنش دهی ضربان قلب جنین، قبل از انجام چرخش از پایش خارجی استفاده می شود. گلوبولین ایمیون آنتی D به زنان - D منفی تجویز می شود. می توان اقدام به توکو لیز و آنالژی منطقه ای کرد و اصول منطقی این اقدامات در قسمتهای بعدی توضیح داده شده اند.

زن حامله در موقعیت متمایل به پهلوئی چپ قرار داده می شود تا به پرفوزیون رحمی -جفتی کمک شود؛ وضعیت ترندنبرگ نیز به روند کار در جریان بالا بردن بریچ کمک می کند. ما ترجیح می دهیم در جریان این اقدام، حرکات قلب جنین را با سونوگرافی پایش کنیم. قرار دادن مقدار زیاد ژل سونوگرافی بر روی شکم، این کار را امکان پذیر می سازد و اصطکاک پوستی دردناک را نیز به حداقل می رساند.

معمولا ابتدا تلاش می شود جنین به سمت جلو چرخانده شود این روند با مشارکت یک یا دو نفر صورت می گیرد و اپراتور با یک دست، سر جنین را می گیرد. سپس کفلهای جنین از لگن مادر بالا آورده می شوند و جابه جا کردن آنها به موقعیت جانبی صورت می گیرد. سپس کفلهای به آرامی به سمت فوندوس رانده می شوند و به طور همزمان سر نیز به سمت لگن هدایت می شود. در صورت ناموفق بودن چرخش روبه جلو، از تکنیک ضربه رو به عقب استفاده می شود. در صورت ایجاد ناراحتی بیش از حد، غیرطبیعی شدن پایدار ضربان قلب جنین و یا بعد از چند بار تلاش ناموفق، تلاش برای **ECV** متوقف می شود. شکست در تمام موارد حالت مطلق ندارد **Ben-Meir** و همکاران (۲۰۰۷) (در میان ۲۲۶ مورد چرخش شکست خورده، میزان چرخش خودبه خود را ۷ درصد گزارش کردند) ۲ درصد در زنان بالای پار و ۱۳ درصد در زنان باروس)

در صورت موفق بودن **ECV**، تست بدون استرس تا زمانی که نتیجه طبیعی تست حاصل نشده است، تکرار می شود. اگر چرخش قبل از هفته ۳۹ حاملگی انجام شده باشد، انتظار برای لیبر خود به خود و یلرغ (رسیدگی جنین ترجیح داده می شود. در برخی از مطالعات، ارتباط القای فوری لیبر با افزایش میزان زایمان سزارین مطرح شده است.





توکولیز

برای شل کردن رحم قبل از تلاش برای ECV، شواهد موجود از کاربرد توکولیز حمایت می کنند. قسمت اعظم داده ها، از به کارگیری داروهای مقلد بتای تریپتالین و ریتودرین حمایت میکنند. در یکی از این کار آزماینها، Fernandez و همکاران (۱۹۹۶) گزارش کردند که میزان موفقیت در موارد استفاده از تریپتالین زیر جلدی (۵۲ درصد) (به طور معنی دار بیشتر از میزان موفقیت در موارد عدم استفاده از آن) (۲۷ درصد) بوده است. خط مشی ما در بیمارستان پارککند، این است که در اکثر زنان قبل از تلاش برای انجام ECV ۲۵۰ میکروگرم تریپتالین زیر جلدی تجویز می کنیم. در صورتیکه تأیید باردی مادر (یکی از عوارض جانبی شناخته شده تریپتالین) وجود داشته باشد، تلاش برای چرخش آغاز می شود. در مورد عوامل جایگزین شامل بلوکرهای کانال کلسیم مانند نیفدپین دهنده های اکسید نیترو مانند نیتروگلیسین انتاگونیست های گیرنده ی اکسی توسین مانند آتوسیبانو یک داروی دیگر مقلد بتا به نام سالبوتامول داده های محدودی وجود دارند که در برخی موارد نیز از کاربرد این داروها حمایت نمیکند.

آنالژی هدایتی

گزارش شده است که آنالژی اپیدورال همراه با توکولیز در مقایسه با توکولیز به تنهایی، میزان موفقیت چرخش را افزایش میدهد. علاوه بر این براساس گزارشها میزان عوارض شامل انحرافات ضربان قلب جنین، زایمان سزارین فوری با دکولمان جفت، در موارد استان آنالژی اپیدورال بیشتر نبوده است. براساس کارآزما تصادفی، هم آنالژی نخاعی و هم آنالژی اپیدورال با مرة همراه بوده اند. در حال روش برتر و بهترین داروهای قابل تجویز، نامشخص هستند در مقابل، براساس داده های محدود، تجویز سداتیوهای داخل وریدی ظاهرا سبب افزایش میزان موفقیت نمیشود

Moxibustion

Moxibustion یکی از تکنیکهای طب سنتی چین است که در آن میله سیگار شکلی از خاک آرتمیسیا ولگاریس (که mug wort و در ژاپن moxa نیز نامیده می شود)، سوزانده می شود. در نقطه طب سوزنی 67 BL میله موکسا به طور مستقیم در روی پوست قرار داده شده و یا به طور غیر مستقیم حرارت خود را به سوزن قرار داده شده در محل انتقال می دهد تا حرکات جنین افزایش پیدا کنند و چرخش خود به خود بریچ تسریع شود. این کار معمولاً بین هفته های ۳۳ و ۳۶ حاملگی انجام می شود تا در صورت ناموفق بودن آن بتوان اقدام به آزمون ECV کرد. نتایج حاصل از مطالعات شاهددار تصادفی ضدونقیض هستند.