

القفا و تقوت لبر

❖ القا به معنی تحریک انقباضات قبل از شروع خودبه خود لیبر است با یا بدون پارگی پرده ها

❖ در مواردی که سرویکس بسته و فاقد افاسمان است القای لیبر با آماده سازی سرویکس آغاز میشود و در این روند نرم و باز شدن سرویکس صورت میگیرد

❖ این نامگذاری تا حدودی نادرست است چون خود آماده سازی سرویکس ممکن است روشی برای القای لیبر باشد

❖ منظور از تقویت لیبر تقویت خودبه خود رحم است که به علت عدم دیلاتاسیون سرویکس یا نزول خفیف جنین ناکافی در نظر گرفته شده اند

القای لیبر

اندریکاسیون ها

❖ پارگی پرده هادر غیاب لیبر

❖ هیپرتانسیون حاملگی

❖ وضعیت غیر اطمینان بخش جنین

❖ حاملگی پست ترم

❖ انواع اختلالات طبی: هیپرتانسیون مزمن - دیابت

کنتر اندیکاسیون ها

❖ کنتر اندیکاسیون های مادری شامل جایگزینی نادرست جفت و آن دسته از انواع انسیزیون های قبلی رحم هستند که خطر پارگی را افزایش میدهند

❖ وضعیت های ناشایع شامل عفونت فعال هرپس تناسلی- تنگی یا تغییر شکل آنا تومی لگن و سرطان سرویکس

❖ عوامل جنینی: ماکروزومی پشملگیر- هیدروسفالی شدید- نمایش غیر طبیعی و وضعیت غیر اطمینان بخش جنین

فطرها

❖ عوارض مادری: **کورئوآمניونیوت- پارگی رهم- فونریزی بعد از زایمان به دلیل آتونی رهم**

❖ میزان زایمان سزارین در لیبر القا شده مساوی یا حتی کمتر از لیبر خودبه خود است

❖ در موارد القا میزان کلی فطر پارگی رهم اندک است اما در موارد وجود اسکار قبلی رهم در بیشترین حد قرار دارد

❖ **ACOG** در زنانی که دارای سابقه انسیونی رهمی هستند استفاده از پروستگلاندین ها را برای آماده سازی سرویکس در مرحله قبل از القا و یا برای القا لیبر نهی می کند

❖ **ACOG** القای لیبر با اکسی توسین را یکی از گزینه ها می داند اما در عین حال به بالاتر بودن میزان پارگی و کمتر بودن میزان زایمان واژینال بعد از سزارین **VBAC** نیز اشاره می کند

❖ در افرادی که تحت آزمون لیبر بعد از سزارین قرار میگیرند می توان از تقویت با اکسی توسین استفاده کرد اما شواهد موجود در مورد بیشترین بودن میزان پارگی سردرگم کننده هستند

فطرها

❖ عوارض مادری: **کورئوآمניونیوت- پارگی رهم- فونریزی بعد از زایمان به دلیل آتونی رهم**

❖ میزان زایمان سزارین در لیبر القا شده مساوی یا حتی کمتر از لیبر خودبه خود است

❖ در موارد القا میزان کلی فطر پارگی رهم اندک است اما در موارد وجود اسکار قبلی رهم در بیشترین حد قرار دارد

❖ **ACOG** در زنانی که دارای سابقه انسیونی رهمی هستند استفاده از پروستگلاندین ها را برای آماده سازی سرویکس در مرحله قبل از القا و یا برای القا لیبر نهی می کند

❖ **ACOG** القای لیبر با اکسی توسین را یکی از گزینه ها می داند اما در عین حال به بالاتر بودن میزان پارگی و کمتر بودن میزان زایمان واژینال بعد از سزارین **VBAC** نیز اشاره می کند

❖ در افرادی که تحت آزمون لیبر بعد از سزارین قرار میگیرند می توان از تقویت با اکسی توسین استفاده کرد اما شواهد موجود در مورد بیشترین بودن میزان پارگی سردرگم کننده هستند

نظرها

❖ برای تقویت اغلب آمنیوتومی انتفاخ میشود

❖ ازدیدگاه عوارض بالقوه در زنانی که لیبر آنان با آمنیوتومی اداره شده است در مقایسه با افرادی که وارد لیبر خودبه خود شده اند میزان بروز کوریوآمنیونیت بیشتر است

❖ در برفی از مطالعات آتونی و خونریزی بعد از زایمان در ارتباط با آتونی در زنانی که تمت القا یا تقویت لیبر قرارمیگیرند شایعتر بوده اند

القای الکتیو لیبر

❖ **ACOG** توصیه می‌کند که القای الکتیو در هنگام ترم برای راحتی روند انجام نشود

❖ فراهم کردن القای الکتیو در هفته ۳۹ حاملگی برای زنان نولی پاری که سیر زمانی حاملگی به دقت تعیین شده است اقدامی قابل قبول است

عوامل موثر بر موفقیت القا

❖ جوانتر بودن

❖ مولتی پار بودن

❖ BMI کمتر از ۳۰

❖ مطلوب بودن وضعیت سرویکس

❖ وزن هنگام تولد کمتر از ۳۵۰۰ گرم

❖ در یکی از مطالعات BMI بالا تاثیر نامطلوبی بر مدت زمان لیپر تا دستیابی به مرحله فعال و تکمیل دیلاتاسیون داشت

❖ در زنان مبتلا به دیابت نیز یافته های مشابهی گزارش شده اند

آماده سازی قبل از القا

آماده سازی سرویکس قبل از القا

یکی از روشهای کمی (قابل سنجش) برای پیشگویی پیامدهای القای لیبر، سیستم امتیازدهی Bishop است. با افزایش امتیاز «بی شاپ» یا افزایش مطلوب بودن سرویکس، میزان موفقیت القا برای دستیابی به زایمان واژینال نیز افزایش می یابد. امتیاز بی شاپ بیش از ۸، بر احتمال بالای موفقیت القا دلالت دارد و امتیاز بی شاپ ۶ یا کمتر نشانه سرویکس نامطلوب محسوب می شود. سیستم امتیازدهی ساده شده بی شاپ در مقایسه با سیستم امتیازدهی اصلی بی شاپ ارزش اخباری مثبت و منفی مشابه یا بیشتری دارد.

پیشم

جدول ۲-۲۶: سیستم امتیازدهی Bishop برای بررسی قابلیت القای لیبر.

عامل سرویکال

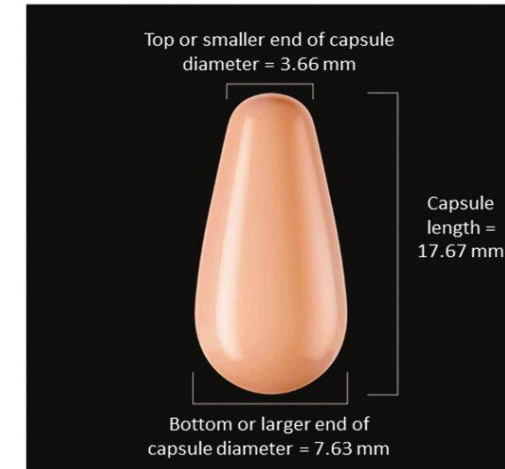
امتیاز	دیرلاتاسیون (ساعتی متر)	افاسمان (درصد)	جایگاه (-۳ تا +۲)	قوام	وضعیت
۳	۵ یا بیشتر	۸۰ یا بیشتر	+۱، +۲	—	—
۲	۳-۴	۶۰-۷۰	-۱	نرم	قدامی
۱	۱-۲	۴۰-۵۰	-۲	متوسط	میانی
صفر	بسته	۰-۳۰	-۳	سفت	خلفی

برگرفته از Bishop (۱۹۶۴).

پروستاگلاندین E2

■ پروستاگلاندین E₂

دینوپروستون آنالوگ صناعی پروستاگلاندین E₂ (PGE₂) است. این دارو در بازار مصرف به سه شکل زیر وجود دارد: ژل، اینسرت واژینال با آزادسازی زمان بندی شده، و شیاف ۲۰ میلی گرمی. فورمولاسیونهای ژل و اینسرت واژینال با آزادسازی زمان بندی شده، فقط برای آماده سازی سرویکس قبل از القای لیبر اندیکاسیون دارند. شیاف ۲۰ میلی گرمی برای آماده سازی سرویکس اندیکاسیون ندارد و در عوض برای ختم حاملگی بین هفته های ۱۲ و ۲۰ و نیز برای تخلیه رحم پس از مرگ جنین تا ۲۸ هفتگی، به کار می رود. فرآورده موضعی ژل پروستاگلاندین E₂ (*Prepidil*) به صورت سرنگ ۲/۵ میلی لیتری برای کاربرد اینتراسرویکال ۰/۵ میلی گرم دینوپروستون در دسترس است. درحالی که زن به پشت دراز کشیده است، نوک سرنگی که از قبل پر شده است از طریق سرویکس در محل قرار داده می شود و ژل درست در زیر سوراخ داخلی سرویکس رها می شود. پس از کاربرد ژل، بیمار باید به مدت ۳۰ دقیقه درازکش بماند. دوز ژل را می توان هر ۶ ساعت تکرار کرد و حداکثر مقدار پیشنهادی، ۳ دوز در ۲۴ ساعت است.

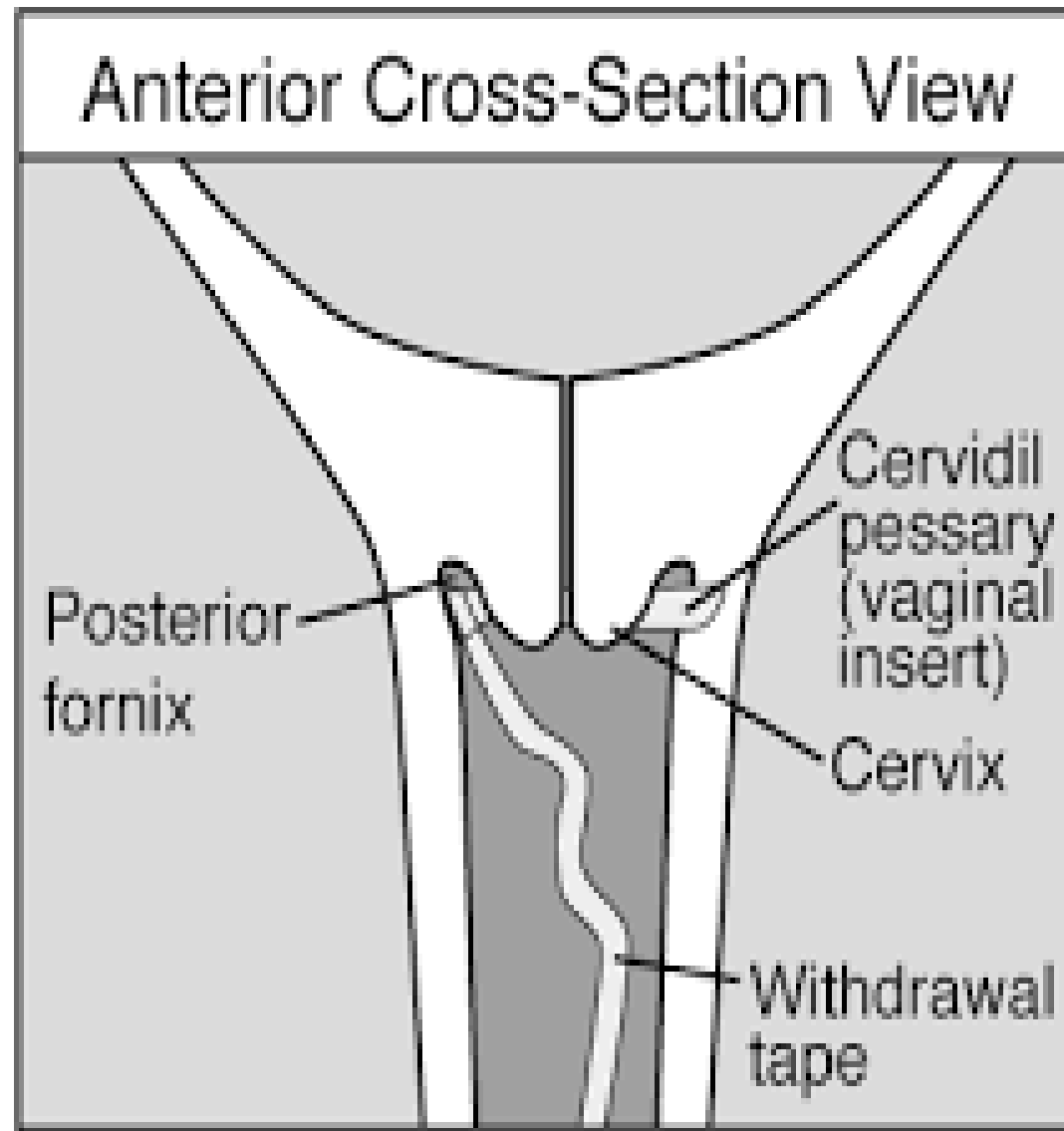


پروستاگلاندین E2

اینسرت واژینال ۱۰ میلی گرمی دینوپروستون (*Cervidil*) نیز برای آماده سازی سرویکس مورد موافقت قرار گرفته است. این اینسرت، ورقه پلیمری مستطیلی شکل نازک و صافی است که در داخل کیسه سفیدرنگ کوچکی از جنس توری پلی استری قرار دارد. به این کیسه، دنباله درازی متصل می شود تا خارج سازی آسان آن از واژن امکان پذیر شود. اینسرت در مقایسه با ژل، سبب آزادسازی آهسته تر دارو می شود (۰/۳ میلی گرم در ساعت). *Cervidil* به صورت دوز واحد به کار می رود و به طور عرضی در فورنیکس خلفی واژن قرار داده می شود. در هنگام کار گذاشتن، باید از مقدار اندکی لوبریکانت استفاده شود و یا از لوبریکانت استفاده نشود، چون ممکن است روی وسیله را بپوشاند و از آزادسازی دینوپروستون جلوگیری کند. پس از جاگذاری، زن باید حداقل دو ساعت دراز بکشد. اینسرت پس از ۱۲ ساعت و یا با شروع لیبر، و حداقل ۳۰ دقیقه قبل از تجویز اکسی توسین، برداشته می شود. چون داروی فعال در کیسه مش قرار دارد، یکی از مزایای این فرآورده این است که در صورت وقوع اختلالات ضربان قلب جنین یا تاکی سیستول، می توان آن را خارج کرد.



Figure 1



پروستاکلانرین E2

در اکثر متاآنالیزهای انجام شده در مورد کارایی دینوپروستون، کاهش فاصله زمانی تا زایمان در عرض ۲۴ ساعت گزارش شده است. باوجوداین، در تمام موارد کاهش میزان زایمان سزارین گزارش نشده است.

عوارض جانبی: در ۱ تا ۵ درصد زنان به دنبال تجویز واژینال PGE_2 ، تاکی سیستول رحمی رخ می دهد. تاکی سیستول رحمی، به صورت بیش از ۵ انقباض در مدت ۱۰ دقیقه تعریف می شود. این یافته همواره باید با توجه به وجود یا فقدان اختلالات ضربان قلب جنین به تأیید برسد. امروزه دیگر اصطلاحات هیپرتونی رحم، تحریک بیش از حد رحم و افزایش قابلیت انقباضی رحم به کار نمی روند.

پروستاگلاندین E2

- ❖ چون تاکی سیستم رومی در ارتباط با اختلال وضعیت جنین ممکن است در هنگام استفاده از پروستاگلاندین ها در حضور لیبر خود به خود رخ بدهد تجویز پروستاگلاندین ها در این وضعیت توصیه نمی شود
- ❖ اگر تاکی سیستم به دنبال استفاده از اینسرت ۱۰ میلی گرمی رخ بدهد خارج سازی آن از طریق اعمال کشش بر قسمت دم کیسه اطافه کننده اینسرت معمولا سبب برطرف شدن این عارضه میشود
- ❖ شستشو دادن برای خارج سازی فرآورده ژل موفقیت آمیز نیست

کنتراندیکاسیون های پروستاگلاندین E2

■ گلوکوم

■ آسم

■ سابقه حساسیت بیش از حد به دینوپروستون

■ شک به اختلال وضعیت جنین یا عدم تناسب سری- لگنی

■ خونریزی واژینال غیر قابل توجیه

■ زنان دارای سابقه ۶ یا بیش از ۶ حاملگی ترم

■ زنان دارای کنتراندیکاسیون های زایمان واژینال و یا زنانی که ممکن است در اثر انقباضات طولانی مدت رحم در معرض خطر قرار بگیرند مانند زنان دارای سابقه زایمان سزارین و یا جراحی رحم

نمونه تبویز

نحوه تبویز: فرآورده‌های PGE_2 فقط باید در واحد زایمان و یا در نزدیکی واحد زایمان تبویز شوند. علاوه براین، باید فعالیت رحم و ضربان قلب جنین نیز پایش شوند. دلیل ارائه این گایدلاین‌ها، احتمال تاکی سیستول رحمی است. در صورت شروع انقباضات، انقباضات معمولاً در ساعت اول پدیدار می‌شوند و در عرض ۴ ساعت اول به حداکثر فعالیت خود دست می‌یابند. براساس گایدلاین‌های کارخانه سازنده، القا با اکسی توسین که به دنبال تبویز پروستاگلاندین برای آماده‌سازی سرویکس صورت می‌گیرد، باید به مدت ۶ تا ۱۲ ساعت بعد از تبویز ژل PGE_2 و یا حداقل تا ۳۰ دقیقه پس از خارج سازی اینسرت واژینال، به تعویق انداخته شود.

■ پروستاگلاندین E_1

میزوپروستول (*Cytotec*) نوع صناعی پروستاگلاندین E_1 (PGE_1) است که به صورت قرصهای ۱۰۰ یا ۲۰۰ میکروگرمی برای جلوگیری از زخمهای پپتیک مورد تأیید قرار گرفته است. این قرصها را می توان چند قسمت کرد تا تجویز دوزهای ۲۵ یا ۵۰ میکروگرمی امکان پذیر شود. این دارو از مسیرهای واژینال، خوراکی و بوکال (مخاط دهان) جذب می شود. میزوپروستول در سطح وسیع و «خارج از اندیکاسیون اصلی»، به طور بی خطر برای آماده سازی سرویکس قبل از القا به کار می رود. این قرصها در دمای اتاق پایدار هستند

تجویز واژینال

❖ تجویز واژینال قرص های میزوپروستول کارایی برابر یا بیشتری از خورا کرده اینتراسرویکال یا اینترا واژینال **PGE2** برای آماده سازی سرویکس یا القای لیبر دارد

❖ میزوپروستول واژینال در مقایسه با اکسی توسین و یا دینوپروستون اینترا واژینال یا اینتراسرویکال سبب افزایش میزان زایمان واژینال در عرض ۲۴ ساعت میشود

❖ **ACOG** دز واژینال ۲۵ میکروگرمی را توصیه میکند

❖ این دارو در قرص های ۱۰۰ میکروگرمی که به ۴ قسمت تقسیم میشود توزیع یکنواختی دارد

تجویز فوراکی

❖ در صورت تجویز فوراکی نیز موثر هستند اما در مقایسه با روش تجویز واژینال حداکثر غلظت و کاهش اثر آنها سریعتر حاصل میشود

❖ میزوپروستول فوراکی در مقایسه با پلاسبو سبب افزایش معنی دار میزان زایمان واژینال در عرض ۲۴ ساعت میشود در حالی که میزان نیاز به اکسی توسین و زایمان سزارین کاهش پیدا میکند

❖ تجویز فوراکی با افزایش معنی دار امتیاز آپگار و کاهش خونریزی بعد از زایمان همراه است

دهنده های اکسید نیتریک

❖ یکی از واسطه های آماده شدن سرویکس است

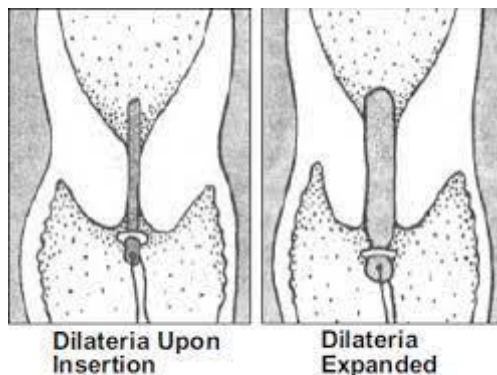
❖ خلط متبولیت های اکسید نیتریک در سرویکس در آغاز انقباض رحمی افزایش می یابد اما از دیدگاه بالینی برای آماده سازی سرویکس کارایی کمتری از پروستاگلاندین ها دارند

تکنیک های مکانیکی

❖ این تکنیک ها شامل جاگذاری ترانس سرویکال کاتتر فولی (با یا بدون انفوزیون خارج آمنیونی سالین)، دیلاتورهای هیگروسکوپیک سرویکس و کندن پرده ها است

❖ در کارآزمایی های که تکنیک های مکانیکی را با اکسی توسین مقایسه کرده بودند میزان کمتر سزارین در موارد استفاده از روش های مکانیکی گزارش شده بود

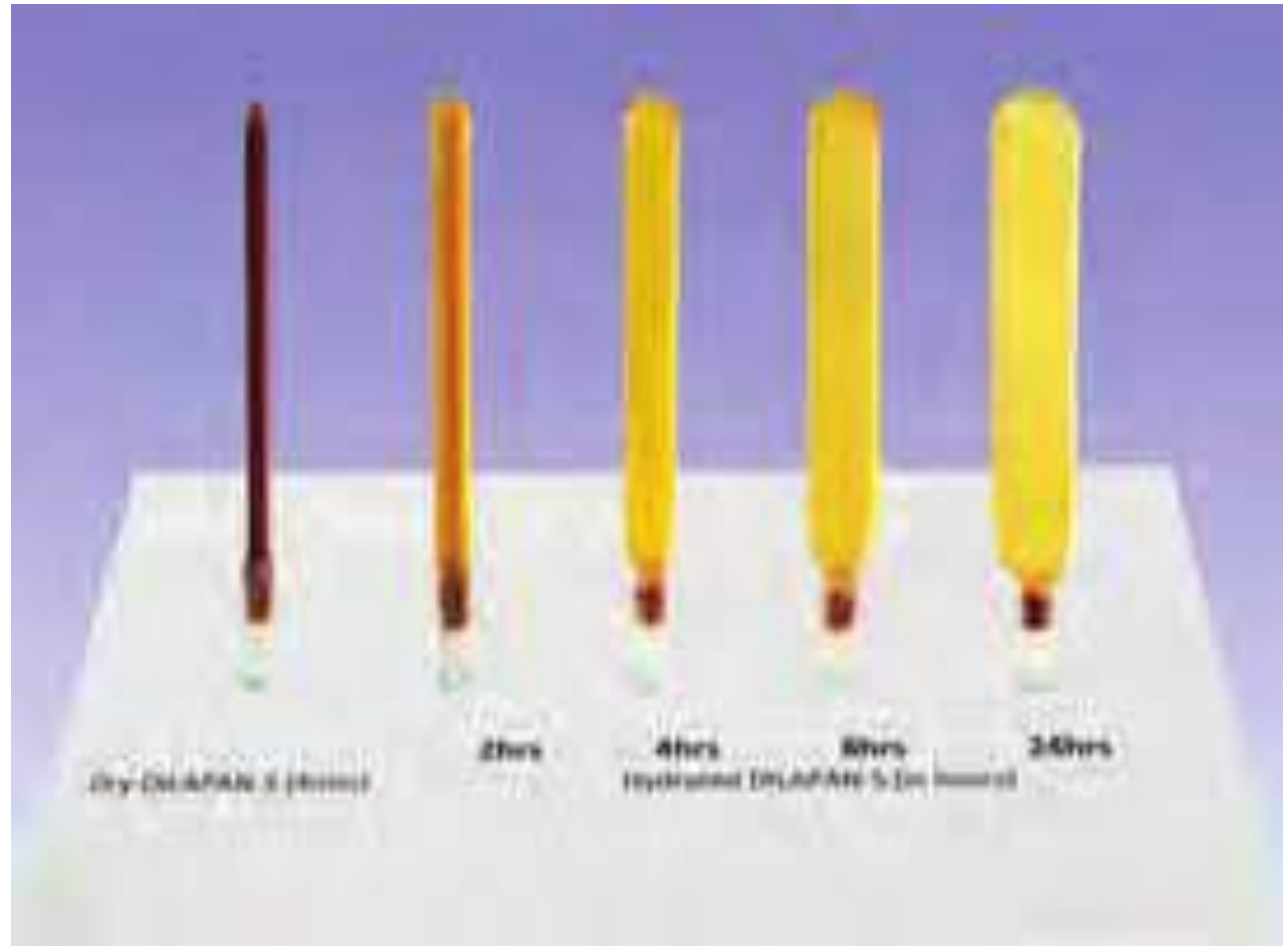
❖ در کارآزمایی هایی که در آنها تکنیک های مکانیکی با دینوپروستون مورد مقایسه قرار گرفته بودند تعداد زنان مولتی پاری که در عرض ۲۴ ساعت زایمان نگرفته اند در موارد استفاده از تکنیک های مکانیکی بیشتر بود



ديلا تريا (لاميناريا)



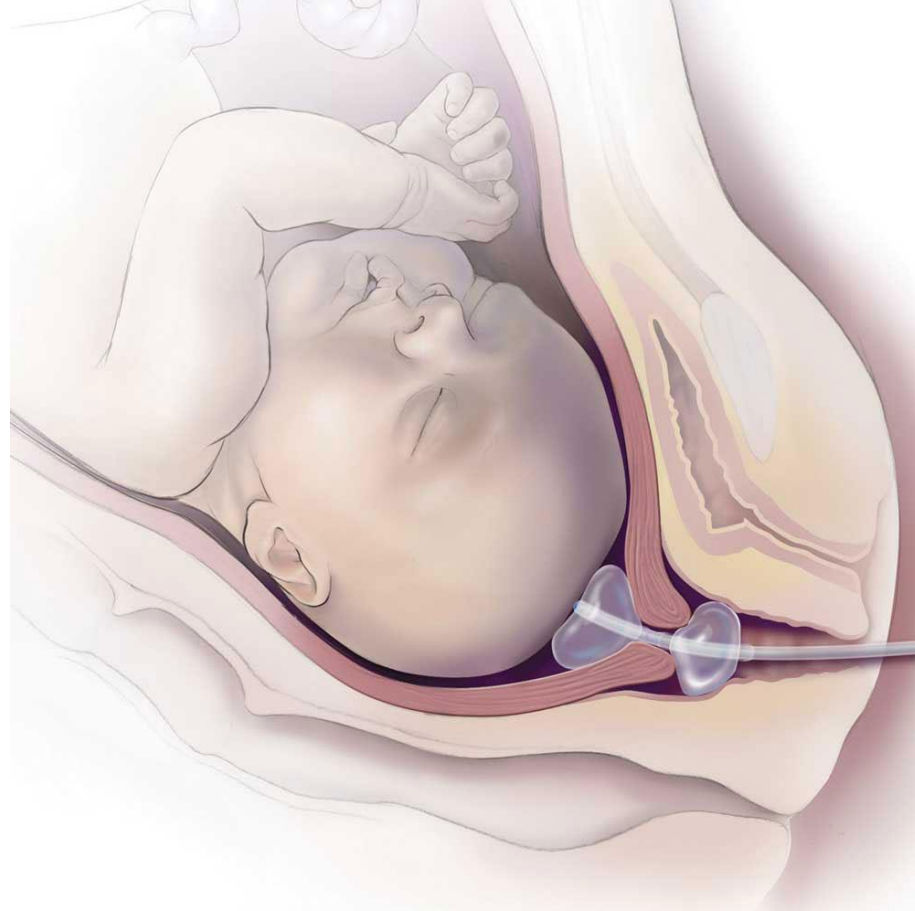
دیلاپن



کاتتر ترانس سرویکال

- فقط در موارد نامطلوب بودن سرویکس
- مناسب برای زنان دارای پرده های سالم یا پاره شده
- در اکثر موارد کاتتر فولی با عبور از میان سوراخ داخلی سرویکس جاگذاری میشود و با پسباندن کاتتر به کشاله ران بیمار کششی در جهت رو به پایین اعمال میشود
- در نوع تعدیل شده ای که از این تکنیک که انفوزیون فارج آمنیونی سالین **EASI** نامیده میشود
- انفوزیون پیوسته سالین از طریق کاتتر به داخل فضای بین سوراخ داخلی و پرده های بفتی برقرار میشود
- کاتترهای ترانس سرویکال در مقایسه با پروستاگلاندین ها میزان سزارین را کاهش نمیدهند
- در سایر مطالعات که در زمینه استفاده همزمان از میزوپروستول صورت گرفته اند کاهش مدت زمان سپری شده تا زایمان بدون تاثیر بر میزان زایمان سزارین گزارش شده است

Cervical Ripening Balloon, ایپنینگ سرویکال بالون





- این کاتتر با استفاده از دو بالن (دبل بالن) سبب: القاء فشار تدریجی و دائمی از طریق دو بالن بر سرویکس (مشابه مکانیسم طبیعی) جدا شدن غشاء آمنیون با وارد کردن بالن داخلی و افزایش ترشح پروستاگلاندین های داخلی خواهد شد

- این وسیله را از دهانه رحم ، تا جایی که هر دو بالن وارد رحم شوند، داخل کنید

- بالنی که در رحم است را با ۴۰ میلی لیتر از مایع رحم پر کنید

- زمانی که پر شد وسیله را تا جایی که به دهانه رحم برافورد کند بیرون بکشید

- در اینجا شاهد پر شدن بالنی که در واژن در بخش خارجی دهانه رحم قرار گرفته و ۲۰ میلی لیتر مایع رحمی شده است می باشید. وقتی هر دو بالن در دو طرف دهانه رحم قرار گرفتند ، مایع درون هر کدام تا ۱۰ میلی لیتر هم می رسد. جایگذاری بالن ها باید به موقع انجام شود تا زیر ۱۲ ساعت به نتیجه برسید.

متسع کننده های هیگروسکوپیک سرویکس

- این عوامل شامل لامیناریا ژاپونیکوم و وسایل هیگروسکوپیک (دیلاپان **S**) هستند
- بایگزاری این وسایل عموماً مستلزم استفاده از اسپکولوم و تنظیم وضعیت زن بر روی تفت معاینه است
- در مطالعاتی که برای مقایسه دیلاتورهای هیگروسکوپیک سرویکس و پروستاگلاندین ها انجام شده اند منافع اندکی برای این وسایل گزارش شده اند

روش القا و تقویت

پرستاگلاندین E1

تجویز داخل وریدی اکسی توسین

- آمپول ۱ میلی لیتری حاوی ۱۰ اکسی توسین است
- محلول تیپیک انفوزیون اکسی توسین حاوی ۱۰ تا ۲۰ واحد (۱۰/۱۰۰۰ تا ۲۰/۱۰۰۰ میلی یونیت) است که با ۱۰۰۰ میلی لیتر محلول کریستالوئید یا دکستروز مخلوط میشوند
- این مخلوط غلظتی از اکسی توسین را که به ترتیب معادل ۱۰ تا ۲۰ میلی یونیت در میلی لیتر است فراهم می آورد و با پمپ انفوزیون تجویز میشود
- هدف از القا یا تقویت این است که همزمان با پرهیز از ایجاد وضعیت غیر اطمینان بخش جنین فعالیت رحم به حدی برسد که سبب تغییر سرویکس و نزول جنین شود

تجویز داخل وریدی اکسی توسین

- اگر تعداد انقباضات در یک دوره ۱۰ دقیقه ای به طور پابرجا بیش از ۵ و یا در یک دوره ۱۵ دقیقه ای به طور پابرجا بیش از ۷ عدد باشد یا به طور ثابت الگوی غیر اطمینان بخش ضربان قلب جنین وجود داشته باشد باید تجویز اکسی توسین قطع شود
- با قطع تجویز اکسی توسین تقریباً در تمام موارد تعداد انقباضات به سرعت کاهش پیدا می کند
- هنگامی که تجویز اکسی توسین متوقف میشود غلظت پلاسمایی آن به سرعت کاهش می یابد چون نیمه عمر آن حدود ۵-۳ دقیقه است
- رحم در عرض ۵-۳ دقیقه بعد از آغاز انفوزیون اکسی توسین منقبض میشود و حالت ثابت پلاسمایی در عرض ۴۰ دقیقه حاصل میشود
- پاسخ رحم به شدت متغیر است و به فعالیت قبلی رحم و وضعیت سرویکس مدت حاملگی و تفاوت های بیولوژیک فردی بستگی دارد

تبوینز داخل وریدی اکسی توسین

- پاسخ رحم به اکسی توسین از هفته های ۲۰-۳۰ رو به افزایش می گذارد و در هنگام ترم به سرعت افزایش می یابد و در هنگام ترم به سرعت افزایش پیدا می کند
- اکسی توسین در مواردی که برای تحریک لیبر به کار می رود عموماً بسیار موفق است

فاصله بین دوزهای افزایشی

- فاصله بین افزایش های دوز اثر اکسی توسین از ۱۵ تا ۴۰ دقیقه متغیر است
- محققان در مورد رژیم ۶ میلی یونیت در دقیقه به این موضوع پرداخته اند و افزایش با خواص ۲۰ تا ۴۰ دقیقه ای را بررسی کردند
- در زنانی که در گروه فاصله ۲۰ دقیقه ای برای تقویت لیبر قرار داده شده بودند در مقایسه با گروه فاصله ۴۰ دقیقه ای کاهش معناداری در میزان زایمان سزارین به علت دیستوشی رخ داده بود
- شیوع تاکی سیستول رهمی در رژیم افزایش ۲۰ دقیقه ای به طور معناداری بیشتر بود

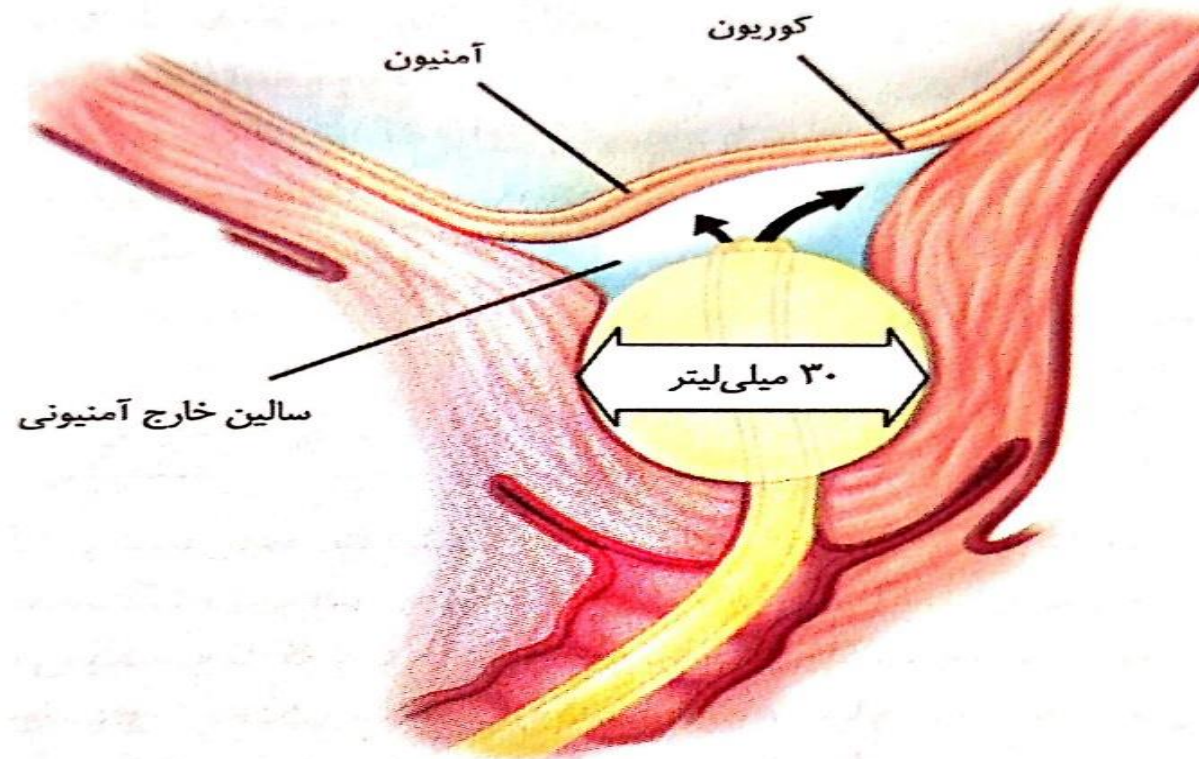
حداکثر دوز اثر اکسی توسین

- حداکثر دوز موثر اکسی توسین برای دستیابی به انقباضات کافی در تمام زنان متفاوت است
- اگر انقباضات کافی نباشد (کمتر از ۲۰۰ واحد مونته ویدئو) و اگر وضعیت جنین اطمینان بخش بوده و لیبر متوقف شده باشد انفوزیون اکسی توسین با دوز بیش از ۴۸ میلی یونیت در دقیقه فطر آشکاری به همراه نفوادر داشت

جدول ۳-۲۶: انواع رژیمهای اکسی توسین با دوز کم و با دوز زیاد، برای القای لیبر.

رژیم	دوز آغازین (میلی یونیت در دقیقه)	فاصله (دقیقه)	دوز افزایشی (میلی یونیت در دقیقه)
با دوز کم	۰/۵-۱/۵	۱۵-۴۰	۱
	۲	۱۵	۴، ۸، ۱۲، ۱۶
			۲۰، ۲۵، ۳۰
با دوز زیاد	۴	۱۵	۴
	۴/۵	۱۵-۳۰	۴/۵
	۶	۴۰-۲۰(۱)	۶-۳(۲)

۱- در فواصل کوتاهتر، تاکی سیستول رحمی شایعتر است.
 ۲- در صورت بروز تاکی سیستول رحمی و بعد از قطع آنفوزیون اکسی توسین، این مقدار با نصف دوز قبلی محدوداً شروع می شود و سپس با مقادیر ۳ میلی یونیت در دقیقه افزایش داده می شود.
 برگرفته از ACOG (۲۰۱۹)، (Hauth (۱۹۸۶)، Satin (۱۹۹۲)، (Son (۱۹۹۴)، (Tasanna (۲۰۲۱)، (۲۰۲۰).



شکل ۱-۲۶: انفوزیون خارج آمنیونی سالین (EASI) با کار گذاشتن کاتتر فولی ۲۶F از طریق سرویکس. بالون ۳۰۰ میلی لیتری با سالین پر شده و کاملاً تا مقابل سوراخ داخلی سرویکس کشیده می شود؛ سپس کاتتر با نوار چسب به کشاله ران بیمار چسبانده می شود. نرمال سالین با حرارت اتاق، از طریق پمپ انفوزیون داخل وریدی و از میان مجرای کاتتر فولی با سرعت ۳۰ یا ۴۰ میلی لیتر در ساعت انفوزیون می شود.

نظرها در برابر منافع

- اگر رهم اسکار نداشته باشد پارگی رهم در ارتباط با انفوزیون اکسی توسین حتی در زنان پاروس نادر خواهد بود
- القا و تقویت با اکسی توسین با پارگی رهم ارتباط دارد
- اکسی توسین از نظر توالی اسید آمینه ای به ارژنین وازوپرسین شباهت دارد و از اثر آنتی دیورتیک قابل توجهی برخوردار است
- در صورت انفوزیون با مقادیر ۲۰ میلی یونیت در دقیقه یا بیشتر کلیرانس کلیوی آب ازاد کاهش چشمگیری پیدا میکند
- اگر همزمان با اکسی توسین میزان قابل توجه مایعات انفوزیون شود مسمومیت با آب ممکن است سبب حملات تشنجهی اغما و حتی مرگ شود
- به طور کلی اگر قرار باشد اکسی توسین با دوز بالا و به مدت زیاد تجویز شود باید به جای افزایش دادن سرعت جریان مملول رقیق تر غلظت آن را افزایش داده شود
- همچنین در این موارد باید استفاده از مملول کریستالوئید مدنظر قرار گیرد

نطرها در برابر منافع

- نیروهای انقباضی در زنانی که در وضعیت لیبر خودبه خود قرار دارند از ۹۰ تا ۳۹۰ واحد مونته ویدئو متغیر هستند
- الگوی میانگین یا میانه انقباض خودبه خود که سبب پیشرفت به سمت زایمان و اثرینال میشود ۱۴۰ تا ۱۵۰ واحد مونته ویدئو است

آمنیوتومی برای القا و تقویت لیبر

- آمنیوتومی الکتیو با هدف تسریع لیبر به طور رایج صورت میگیرد
- از پاره کردن مصنوعی پرده ها که گاهی القای سرچیکال نامیده میشود می توان برای القای لیبر استفاده کرد
- عیب آن فاصله زمانی غیرقابل پیش بینی و گاه طولانی تا شروع لیبر است
- در مواردی که لیبر اهنسته است به طور رایج از آمنیوتومی برای تقویت لیبر استفاده میشود
- آمنیوتومی در دیلاتاسیون حدود ۵ سانتی متر مدت لیبر خودبه خود را تقریباً ۱ تا ۱/۵ ساعت کاهش میدهد
- آمنیوتومی با خطر پرولاپس همراه است و برای به حداقل رساندن آن باید از دیس آنکلاژ شدن سر جنین در جریان آمنیوتومی جلوگیری شود
- برای دستیابی به این هدف فشار خوندارال یا سوپراپوبیک یا هر دو ممکن است سودمند باشد

کندن پرده ها برای القای لیبر

- اقدامی رایج
- در چندین مطالعه دیده شده که کندن پرده ها بی فطر است و میزان بروز حاملگی پست ترم را بدن افزایش ثابت میزان بروز پارگی پرده ها - عفونت یا خونریزی کاهش میدهد
- معایب این روش ناراحتی و خونریزی هستند

- - کدام گزینه غلط است
- الف- القا به معنی تحریک انقباضات قبل از شروع خودبه خود لیبر است
- ب- در زمانی که سرویکس بسته و فاقد افاسمان است القای لیبر آغاز میشود
- ج- منظور از تقویت لیبر تقویت انقباضات خودبه خود رحم است
- د-هرپس جز اندیکاسیونهای القا لیبر است

• ۲

- اندیکاسیونهای القای لیبر کدام است
- الف پارگی پرده ها در غیاب لیبر
- ب- هیپرتانسیون حاملگی
- ج- اولیگوهایدرآمنیوس
- د- همه موارد

• ۲

- کنتراندیکاسیون های القا لیبر نیست
- الف- جایگزینی نادرست لیبر
- ب- تنگی یا تغییر شکل آناتومی لگن
- ج- سرطان سرویکس
- د- حاملگی پست ترم

• ۲

- عوارض مادری مرتبط با القای لیبر نیست
- الف- کوریوآمنیونیت
- ب- پارگی رحم
- ج- آتونی
- د- افزایش سزارین در مقایسه با لیبر خودبه خود

• ۲

- گزینه درست را مشخص کنید
- الف- زنان دارای اسکار سزارین استفاده از پروستاگلاندینها جهت القا ممنوع است
- ب- برای تقویت لیبر آمنیوتومی مناسب است
- ج- در زنانی که لیبر آنان با آمنیوتومی اداره شده است در مقایسه با کسانی که خودبه خود وارد لیبر شده اند میزان کوریوآمنیونیت بیشتر است
- د- همه موارد

• ۲

- عوامل موثر بر موفقیت القا نیست
- الف - جوانتر بودن
- ب- مولتی پار بودن
- ج- bmi بالا
- د- مطلوب بودن وضعیت سرویکس

ج.

• امتیاز بی شاپ بیش از ----- بر احتمال بالای موفقیت القا دلالت دارد

• الف- ۶

• ب- ۸

• ج- ۹

• د- ۵

• ج

• امتیاز بی شاپ -----نشانه سرویکس نامطلوب است

• الف- کمتر از ۴

• ب- ۶ و کمتر از ۶

• ج- کمتر از ۸

• د- کمتر از ۳

• ج

- آنالوگ صناعی پروستاگلاندین E2 کدام است

- الف- میزوپروستول

- ب- دینوپروستول

- ج- پرپیدیل

- د- f2 الفا

• ج

- کاربرد شیاف ۲۰ میلی گرمی E2 در کدام مورد است

- الف- القای لیبر

- ب- آماده سازی سرویکس بین هفته های ۱۲ و ۲۰

- ج- تخلیه رحم پس از مرگ جنین تا ۲۸ هفتگی

- د- ب و ج

• ۲

- عوارض جانبی پروستاگلاندین دینوپروستو کدام است

- الف- تاکی سیستول

- ب- پارگی رحم

- ج- پارگی سرویکس

- د- افزایش سزارین

• الف

- تعریف تاکی سیستول کدام است
- الف- بیش از ۵ انقباض در ۱۰ دقیقه
- ب- ۵ انقباض در ۱۰ دقیقه
- ج- ۴ انقباض در ۱۰ دقیقه
- د- بیش از ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه

• الف

- چه مدت زمان بعد از تجویز پروستاگلاندین تجویز اکسی توسین انجام میشود

- الف- ۶ ساعت

- ب- ۶ تا ۱۲ ساعت

- ج- ۴ ساعت

- د- ۱۰ ساعت

• ج

• چه مدت زمان بعد از خارج سازی اینسرت واژینال دینوپروستون القا با اکسی توسین به تعویق می افتد؟

• الف- ۴ ساعت

• ب- ۳۰ دقیقه

• ج- ۶ ساعت

• د- ۱۲ ساعت

• ج

- کدام پروستاگلاندین جهت پیشگیری از زخم پتیک به کار میرود

- الف- میزوپروستول

- ب- دینوپروستون

- ج- پرپیدیل

- د- هیچکدام

• الف

- کدام گزینه غلط است

- الف- میزوپرستول در مقایسه با پلاسبو سبب افزایش زایمان میشود

- ب- کارایی میزوپرستول خوراکی و واژینال مشابه است

- ج- تجویز خوراکی میزوپرستول سبب افزایش خونریزی بعد از زایمان میشود نسبت به تجویز واژینال

- د- داروی ارجح جهت آماده سازی سرویکس میزوپرستول است

ج.

- نیمه عمر اکسی توسین چقدر است

- الف- یک ساعت

- ب- دو ساعت

- ج- ۳۰ دقیقه

- د- ۳ تا ۵ دقیقه

• ۲

- دز اغازین میزوپروستول چقدر است

- الف- ۱۰۰ میکروگرم

- ب- ۴۰۰ میکروگرم

- ج- ۸۰۰ میکروگرم

- د- ۷۵ میکروگرم

• الف

- شاخص های اندازه گیری در نمره بیشاپ کدام نیست

- الف- دیلاتاسیون

- ب- افاسمان

- ج- قوام

- د- پوزیشن

• ۲

- گزینه غلط را مشخص کنید
- الف- اینسرت واژینال سبب آزاد سازی داروی بیشتر میشود
- ب- پس از جایگذاری اینسرت زن باید دو ساعت دراز بکشد
- ج- اینسرت پس از ۱۲ ساعت و یا با شروع لیبر و حداقل ۳۰ دقیقه قبل از تجویز اکسی توسین برداشته میشود
- د- در موقع وقوع اختلالات ضربان قلب میتوان اینسرت را برداشت

• الف

- دوز ژل دینوپروستون هر چند ساعت تجویز میشود
- الف- هر ۶ ساعت تا ۳ دوز
- ب- هر ۴ ساعت تا دو دز
- ج- هر ۶ ساعت تا ۴ دوز
- د- هر ۶ ساعت تا ۴۸ ساعت

• الف



