

۸۸۴۵

دانشگاه چندپیشاپور

دانشکده پزشکی

پایان نامه برای دریافت درجه دکتری

موضوع

زایمانهای مسدود شده

(OBSTRUCTED LABOR)

بیراهنمائی

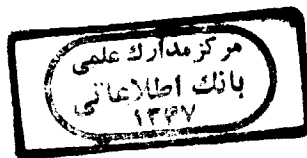
جناب آقای دکتر ساجد استاد دانشکده پزشکی اهواز

نگارش

اسماعیل شبستانک

شماره پایان نامه ۴۲۱

سال تحصیلی ۵۲-۵۳



۸۸۴۵

تقدیم به استاد ارجمندم دکتر ساجد که در نگارش این رساله از

راهنماییهای سودمندشان برخوردار بوده‌ام.

تقدیم به :

روح پاک بیدم

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

تقدیم به :

مادر مهربانم

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

تقدیم به :

خواهر زاده عزیزم فریده

(فهرست مطالب)

صفحه

۱	۱ - تفهیم بندی علل زایمانهای مسدود شده
۳	۲ - تعریف - پاتوفیزیولوژی و علایم بالینی زایمان مسدود شده
۵	۳ - اصول کلی درمان در زایمانهای انسدادی
۷	۴ - زایمانهای انسدادی در نتیجه لگن تنگ
۸	۵ - مکانیسم زایمان در لگن تنگ
۱۱	TRIAL OF LABOR - ۶
۱۳	۷ - تنگی لگن در نتیجه بیماریهای ستون مهره
۱۹	۸ - لگن در کوتوله ها
۲۰	۹ - زایمانهای مسدود شده در نتیجه تومورهای لگن
۲۶	۱۰ - زایمان مسدود شده در نتیجه آتروزی نسبی واژن
۲۷	۱۱ - زایمان مسدود شده بععلت قرار پشست سری خلفی دایم
۲۹	DEEP TRANSVERSE ARREST - ۱۲
۳۱	۱۲ - پرزانتاسیون بریچ
۳۵	۱۳ - پرزانتاسیون صورت
۳۷	۱۴ - پرزانتاسیون ابرو
۳۸	۱۵ - پرزانتاسیون شانه
۴۰	COMPOUND PRESENTATION - ۱۶
۴۱	۱۶ - دو قلوهای قفل شده
۴۲	۱۷ - ناهنجاریهای مادرزادی جنین
۵۰	REFERENCES - ۲

OBSTRUCTED LABOR

زایمان انسدادی عبارت از اصطلاحی است مشتمل بر عده زیادی از زایمانها که در آنها زایمان خود بخود از راه کانال زایمانی بطور طبیعی امکان پذیر نیست در جائی دیگر بعنوان *dystocia*

شرح داده شده و در کلینک این يك اصطلاح کلی تر است .

بهر حال اگر بععللی که بعداً " مفصل شرح داده خواهد شد انسدادی در مسیر زایمان طبیعی پیش بیاید کوشش رحم برای خارج راندن محتویاتش سبب تغییراتی در وضع آناتومیک آن میشود لذا حالتی کلینکی خاصی غیر از قابلوی بالینی زایمان طبیعی ایجاد میشود که به آن *ob-1a* گویند عوامل زیاد و متنوع موجود است که سبب *ob-1a* میشود لذا برای پی بردن بععلل زایمانهای متوقف شده تقسیم بندیهای متنوع و گوناگونی انجام شده که تقسیم بندی زیر یکی از ساده ترین آنهاست .

THE CAUSES OF OBSTRUCTED LABOR

A- MATERNAL CODITION WHICH MAY CAUSE DYSTOCIA.

1-contraction or deformity of the boney pelvis.

2-pelvik masses.

a-tumors of uterus or ovary.

b-tumors of rectum and bladder.

c-tumors of pelvik bones.

d-pelvic kidney.

3-stenosis of cervix or vagina.

4-congenital septum of vagina.

5-sacculatation of uterus.

B-FETAL CONDITION WHICH MAY CAUSE DYSTOCIA

1-mal position of the fetus.

a-persistent posterior position of the occiput.

b-deep transverse arrest of the fetal head.

2-mal presentation of the fetus.

a-breech presentation.

b-brow presentation.

c-shoulder presentation.

d-compound presentation.

e-locked twins.

3-congenital abnormalities of the fetus.

a-large fetus.

b-hydrocephalus.

c-anencephaly.

d-fetal abdominal enlargement due to tumors or ascities.

e-double monsters (conjoined tumors)

f-congenital anomaly of the fetus (others)

ز این عوامل که در بالا ذکر شد در ابتدا مهم تر از همه فاکتورهای مادری و سپس mal present است و بقیه عوامل در درجات بعدی اهمیت قرار میگیرند .

DEFINITION OF OBSTRUCTED LABOR.

حالتی است که در آن با وجود انقباضات شدید رحمی زایمان پیشرفت نمیکند و این عدم پیشرفت ممکن است بصورت اختلال در دیلاتاسیون سرویکس و یا بصورت اختلال و توقف در descent قسمت نمایش جنین (presenting part) در کانال زایمانی باشد .

رای بررسی obstructed labor شناخت موارد گوناگون و سپس درمان آنها ابتدا لازم است که بیویاتولوژی تابلوی کلینکی و اصول درمانی یک زایمان انسدادی را بطور عمومی شرح داده و سپس بررسی موارد مهم آن پیدا کنیم .

PATHOPHYSIOLOGY AND CLINICAL FEATURE OF OBSTRUCTED LABOR.

زایمان طبیعی در نتیجه انقباض و ضخیم شدن سگمان فوقانی (upper segment) رحم نازک شدن lower segment انجام میشود در نتیجه بین این دو منطقه حد فاصلی بوجود میآید و تعیین این حد فاصل در معاینه کلینکی امکان پذیر نیست ، ولی در حین انجام عمل سزارین موعیکه شکم باز شده و جسم رحم در دسترس دید مستقیم قرار دارد ، این مرز بین دو منطقه ذکر شده دیده میشود .
زایمانهای انسدادی برای اینکه جنین با لگن و رحم مطابقت نماید و خارج شود این فنومن تشدید پیدا نمیکند .

بعبارت دیگر سگمان فوقانی شدیداً " منقبض و ضخیم شده و سگمان تحتانی بی اندازه نازک و ظریف میگردد .

همانطوریکه گفته شد خط التصاق بین این دو ناحیه در معاینه کلینکی دیده نمیشود .

ولی در بعضی موارد شدید زایمانهای طبیعی میتوان این منطقه را در دیوارهٔ قدامی شکم دید و یا لمس

مود این پدیده که در حقیقت یک حالت پاتولوژیک از یک وضعیت فیزیولوژیک است بنام bundle, s ring

خوانده میشود . اگر این حالت انقباض و ضخیم شدن سگمان فوقانی و نازک و ظریف شدن

lower segment ادامه پیدا کند نتیجه پارگی رحم است و این پارگی که معمولاً "در سگمان تحتانی رحم اتفاق

یافتد ممکن است به فوندوس رحم انتشار پیدا نماید .

در بعضی دیگر از بیماران که زایمان متوقف شده همراه با prolonged-lab است کار زیاد و اضافی که

بر عضلات خسته رحم وارد میشود سبب ایجاد secondary inertia (اینرسی ثانویه میشود) و در نتیجه دردهای

شدید زایمانی که در نتیجه انقباضات شدید حاصل میگردد جای خود را به ایست کامل فونکسیون رحم

میدهد .

این اینرسی سبب میشود که فونکسیون upper segment مجدداً بحال طبیعی برگردد - لذا

انقباضات نیرومند و شدید رحمی برگشته و سگمان تحتانی مجدداً "نازک" گردد .

فونکسیون شدید رحم بوسیله چگونگی و کیفیت دردهای زایمانی مشخص میشود این دردهای شدید تر میشوند

ما هرگز وضعیت متناوب خود را از دست نمیدهند در obstructed-lab دردها شدیدتر - و طولانی

و متعدد تر میگردد و بهر حال کیفیت زایمانی نسبت به یک زایمان طبیعی سخت تر میشود ، ولی دردها

همانطوریکه ذکر شد هرگز متناوب نمیشوند .

صرف نظر از اثر روانی (psychic) ناشی از یک چنین زایمان سخت که بر مادر وارد میشود و حالت

دل واپسی و نگرانی شدید در وی ایجاد میکند ، علایم فیزیکی (labor exhaustion)

خستگی زایمانی نیز در وی ایجاد میگردد که از آن جمله است : بالا رفتن یکتواخت ضربان نبض - درجه

حرارت dehydration و ketosis در پاتولوژی ob-la جنین نیز بنوبه خود سهیم

ست بدین نحو که با انقباض بیش از حد سگمان فوقانی جریان گرایش خون به جنین کاهش یافته و در -

یجه باعث fetal asphyxia میشود .

presenting part با نیروی هر چه بیشتر بسمت کف لگن متوجه میگردد و در این حال با لبه

کف بر خورد نموده و تنها پیشرفت متوقف میگردد بلکه کاملاً ثابت میشود بنحویکه فشار وارد بر آن ازبائین

میتواند آنرا ، جابجا نماید . در همین حال فشار شدید درون رحم باعث پیدا شدن و پیشرفت سریع

caput succedaneum میگردد .

PRINCIPAL OF MANAGEMENT OF OBSTRUCTED LABOR

واضح است که عدم توجه به ob-la میتواند عواقب وخیمی با آورده و سبب مرگ جنین و نیز مرگ و

مادر گردد - و این مورد دم بعلمت پارگی رحم یا تحلیل رفتن قوای مادر در نتیجه زایمان متوقف شده

کوشش زیادی است که صرف آن میشود .

بنابراین درمان زایمان مسدود شده عبارت از درمان پیشگیری است و نیز باید مراقبت های لازم بمنظور

پوشش از عوارض بیماری بعمل آید .

اصحیح mal present کشف تومورهای لگنی که در مامائی امروز ، مسئول بسیاری از زایمانهای متوقف

ده هستند ، معاینات کلینیکی و آزمایشان پاراکلینیکی لازم جهت بیماران که مشکوک به CPD هستند میباشد -

ست مورد نظر باشد .

وصف این گاهی مواردی دیده میشود که علی رغم تمام این تمهیدات در درمان ob-la شکست حاصل

نمود . گاهی اوقات یک هیدروسفال یا یک transverse lie یا یک contracted pelvis

با تومور لگنی تا مراحل آخر زایمان کشف نشده باقی مینماید ، و این موضوع بیشتر در نتیجه عفلت در معالنه های قبل از زایمان است . بطور کلی در درمان زایمانهای متوقف دو نکته را باید در نظر گرفت .

۱ - نکته اول : اینکه در ob-1g سنگمان فوقانی رحم منقبض و ضخیم میشود و سنگمان تحتانی نازک و لطیف میگردد تاخیر در درمان سبب بدتر شدن شرایط عمومی بیمار میشود - لذا میبایست زایمان هر چه زودتر با متد های سریع صورت گیرد .

۲ - نکته دوم : در سنگمان تحتانی بعلت نازک شدن بیش از حد جدار رحم خطر پارگی موجود است و لذا زایمان بایست با متدهایی که حداقل دستگاری در آنها لازم میشود هر چه زودتر و سریع تر صورت گیرد - تجویز sedation لازم میشود و میتوان از مرفین بعنوان ضد درد استفاده نمود در - حالیکه شرایط عمومی بیمار وخیم باشد از جمله هنگامیکه نبض تند و زیاد باشد و dehydration شدید یکاسیون تجویز داخل وریدی گلوکز موجود است - بعد از اینکه درمان سمیتوماتیک انجام شد بایستی درمان ایتولوژیک پرداخت یعنی انسداد را بر حسب نوع آن بر طرف نمود .

مثلاً : اگر هیدروسفال باشد کراینوتومی لازم است و در صورتیکه عامل انسداد زایمان transverse lie

باشد انجام عمل int version کنونند یکاسیون مطلق دارد زیرا احتمال پارگی رحم موجود است .

در این حالت بهترین عمل سزارین است اگر تومور لگنی یا لگن کوچک و اینورمال موجود است علی رغم نظر عفونت و خونریزی cesarean section بهترین متد درمانی است .

MATERNAL CONDITION WHICH MAY CAUSE DYSTOCIA

A- CONTRACTED PELVIS.

تعریف :

هر لگن با اندازه کوچک که سبب اختلال در زایمان طبیعی بشود لگن تنگ نامیده میشود .

classificati-تقسیم بندی Caldwell Moloy که در مورد لگنهای زنان گفته شده در اینجا

بسیار قابل استفاده است بدین معنی که لگن تنگ با یکی از اشکال کلاسیک لگنهای زنان مطابقت کرده

فقط در اندازه با آن متفاوت است .

— لگن بارش طبیعی : که ممکن است با اشکال gynecoid زنانه - android مردانه anthropoid

عمولی و یا platyploid باشد .

— لگن بارش غیر طبیعی : لگن بچه گانه و لگن کوتوله ها .

— لگنهایی که بعلمت بیماریهای مختلف دچار تغییرات استخوانی یا مفصلی شده اند مثل لگن راش تیک

یا سببهای مادرزادی مفاصل .

— اشکال غیر طبیعی لگن ثانویه نسبت به بیماریهای مهره ای مثل kyphosis یا scoliosis

• kyphoscoliosis

— اشکال ثانویه به بیماریهای اندام تحتانی مثل در رفتگی مفصل ران

اسامی دیگری که برای لگنهای تنگ بکار میروند عبارتند از:

generally contracted p یعنی لگنهایی که بطور عمومی تنگ هستند و به لگنهای زنانه ای گفته

شود که اندازه های کوچکتر از طبیعی دارند .

• funnel or masculine p : که مترادف لگنهای آندروپیک هستند .

• simple flat pelvis : که مترادف لگنهای پهن است .

لگن راشی تیک کلاسیک ، در لگن راشی تیک کلاسیک قطر قدامی خلفی pelvic inlet شدیدا کاهش یافته است (از 8cm کمتر شده است) جسم اولین مهره خارجی ممکن است لغزیده و سبب ایجاد false promontory بنماید . تنگه تحتانی بزرگ شده زیرا قوس پوییس پهن تر شده است در قیسم بندی moloy و caldwell این نوع لگن تحت عنوان لگنهای تنگ و دفورمه در نتیجه بیماریهای متابولیک بحث شده است .

effect of contracted pelvis on labor and delivery.

(اثرات لگن تنگ در زایمان)

شروع زایمان سر وارد لگن میشود و حتی بالاتر از کناره فوقانی لگن قرار میگیرد . در این حال mal position و mal presentation شایعتر است . خمیدگی سر بقبر shoulder proe در این بیماران ۲ تا ۳ برابر بیشتر میشود و معمولا " و زایمان مشکل و طولانی تر است .

mechanism of labor in contracted pelvis.

(مکانیسم زایمان در لگن تنگ) : شبیه به مکانیسم زایمان در لگن طبیعی است ولی اگر اندازه لگن بمقدار زیاد کم شده باشد در پیشرفت آن اختلال ایجاد میشود .
 a - در لگن gynecoid و تنگ مکانیسم زایمان شبیه به زایمان طبیعی است با این تفاوت که سر در قسمتهای فوقانی تر باید flexion پیدا نماید و در نتیجه استخوانها بیشتر روی هم سوار شوند .

- ۱ - در لگن platyploid تنگ ؛ اختلال اصلی در اندازه قطر قدامی خلفی تنگه فوقانی است و سر باید در این حالت در قطر عرضی لگن نزول نماید - و اگر قطر anteroposterior از قطر بین آهیانه‌های biparietal (در حدود 9.5cm) کوتاهتر باشد descent دچار اشکال خواهد شد .
- در این حال sagittal suture (قطر قدامی خلفی سر نوزاد) با قطر عرضی لگن مطابق بوده و با هر انقباض سر بین استخوان پویس از یکطرف و ساکرم از طرف دیگر فشرده شده و molding حاصل میشود .
- سپس استخوان پاریتال قدامی در عقب استخوان پویس قرار گرفته و مانند یک اهرم عمل مینماید .
- با ادامه انقباضات رحمی lateral flexion صورت گرفته و در نتیجه پاریتال خلفی از پرومنتوار بگذرد و بالاخره سر بدون چرخش تا کف لگن نزول میکند ، این حالت ant parietal bone pressure گویند و این حالت شایع تر از فرم خلفی آن است .
- با اینکه اثرات عمده تنگی صفحه نول در ورود سر پیداخا آن است ولی ممکن است تمام توره های ایمانی را مختل سازد - اگر در سر بعلت فشردهگی بیش از حد caput formation ایجاد شده باشد - این قسمت بسادگی از مدخل عبور کرده و نزول میکند در حالیکه biparietal diameter قطر بین آهیانه‌های (هنوز از تنگه فوقانی عبور نکرده است و در این حالت بعلت کوتاهی قطر کونژوگه قیسی سر بطور محکم در لگن فرو میرود و ثابت میشود در نتیجه در حالت transverse باقی میماند .
- به transverse arrest گویند که بر دو نوع است :
- 1 - deep transverse arrest که در این حالت سر در حدود station plus 2 است
 - 2 - high transvers arrest که در آن سر در حوالی خارها است .
- c - در لگن تنگ android ؛ نمایش occiput post شایع است زیرا قسمت قدامی ن پهن است - در این حال زائده پشت سری تا خارهای ایسیکیال نیز نزول مینماید .

ولسی اگر در این حال دیواره های جانبی بطرف داخل تحدب داشته باشند و (قطر سائتیال خلفی) posterior sagittal diameter که در mid pelvis است کوتاه شده باشد ممکن است -
 پیشرفت زایمان قطع گردد - اگر سر از این حد نیز پائین تر برود به علت تنگی لگن تحتانی نخواهد توانست بجلو چرخش پیدا نماید . ولی در هر حال occiput post در این وضع زایاندن سر امکان پذیر است .

d - در لگن anthropoid و تنگ نمایش occiput post شایع است - زیرا سر بعلت کاهش قطر عرضی تنگه دخول فقط در حالت پشت سری خلفی یا قدامی وارد آن میشود .

mangement of labor in contracted pelvis - از نظر درمان لگن تنگ را بدو دسته تقسیم مینمایند

۱ - inlet contraction یا تنگی در صفحه اطول

۲ midpelvic and outlet contraction تنگی در تنگه وسطی و تنگه تحتانی

بطور کلی در زمانی که بعلت لگن سابقه زایمانهای مشکل دارند باید منتظر زایمان غیر طبیعی بود . mal presentation و مواج بودن سر در مراحل آخر حاملگی باید پزشك را به عدم تناسب ، pelvic inlet مشکوک سازد .

in let contra (تنگی صفحه اطول) در این حال طول کونژوگه حقیقی در حدود و یا کمتر یا طول کونژوگه دیاگونال 11.5^{cm} یا کمتر است - بطور کلی درمان تنگی صفحه اطول بمراتب ساده تر و تنگی قسمتهای تحتانی لگن میباشد .

با معاینه دقیق واژینال و رکتال میتوان معین نمود که آیا سر میتواند از تنگه فوقانی عبور نماید یا نه ؟ و نیز با فشار دادن فوندوس رحم بیائین اگر سر وارد pelvic inlet نشود میتوان مشخص

نمود که بین سر و لگن عدم تناسب موجود است - پس اگر با فشار رحم بشود سر را تا station ۰ station ۰ پائین آورد در این صورت اندازه تنگه فوقانی برای عبور سر کافی است در تمام موارد یک کوچترین شکی به cpd موجود است باید اندازه گیری لگن با اشعه انجام شود .

elective cesarean section - در تمام موارد نمایشهای breech که اندازه کونژوگه حقیقی ۱۰ و یا کمتر است و نیز در تمام موارد نمایشهای سر با کونژوگه در حد 8cm و یا کمتر ، بایستی بطور انتخابی سزارین نمود - در موارد دیگری مانند unripe cervix بعد از پاره شدن پرده و یا حتی در تنگیهای خفیف تر لگنی استفاده نمود .

TRIAL OF LABOR : چون در اکثر موارد در لگنهای تنگ در صورت قوی بودن انقباضات

رحمی امکان زایمان از طریق واژن موجود است ، لذا باید باین بیماران فرصت لازم جهت انجام زایمان واژینال داده شود - پزشک معالج در طی ۱۰ تا ۱۲ ساعت بعد از شروع دردهای زایمان، خواهد توانست تصمیم نهائی را بگیرد ، بدین نحو که اگر کیفیت انقباضات رحمی و فرکانس آنها خوب بود ، در صورت خفیف بودن تنگی pelvic inlet (صفحه دخول) دهانه رحم باز شده و سر از تنگه فوقانی نزول خواهد نمود - البته باید اطمینان حاصل نمود که سر وارد لگن شده است ، زیرا در بعضی حالات ممکن است بعلت فشار و تشکیل کیسه ای در سر (caput succedaneum)

قسمتهای ابتدائی سر وارد لگن بشوند بدون اینکه قسمت اصلی سر یعنی biparietal diameter از تنگه فوقانی بگذرد - لذا بهتر است در این گونه موارد رادیوگرافی نیمرخ از لگن بعمل آید و در صورت عدم نزول سر سزارین صورت گیرد . پرده ها غالباً در مراحل اولیه زایمان پاره میشوند با ایمن حال اگر هنوز پاره نشده بودند باید بطور مصنوعی آنها را پاره نمود تا زایمان به سهولت انجام گیرد .

گاهی اوقات خطر پرولاپس بند ناف در پارگی ميموقع پرده ها بوجود میآید یعنی هنگامیکه سر هنوز در قسمتهای بالایی است ، در این صورت بلافاصله باید اقدام به سزارین نمود متأسفانه همراه با cpd در اکثر مواقع بدی انقباضات رحمی نیز وجود دارد ، لذا اگر cpd با معاینه لگن و عکس برداری ،