

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

نمایش صورت

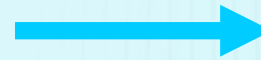
پیشانی

مرکب

قرار عرضی

هیدروسفالی

Normal presentation



Abnormal presentations



Face



Brow



Breech



Shoulder

FACE PRESENTATION / نمایش صورت

بروز 1 مورد در 600 یا 17 صدم درصد

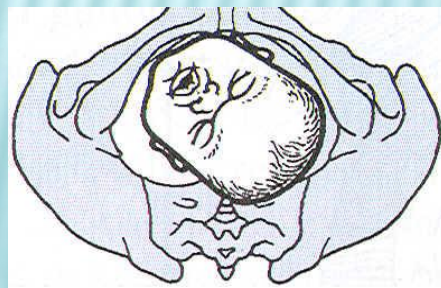
سر جنین ← هایلر اکستانسیون

اکسی پوت در تماس با پشت جنین است
قرار جنین طولی است

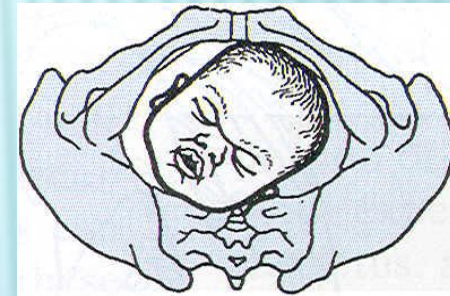
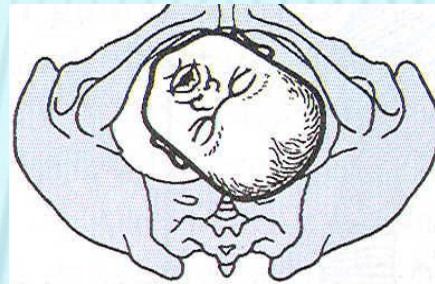
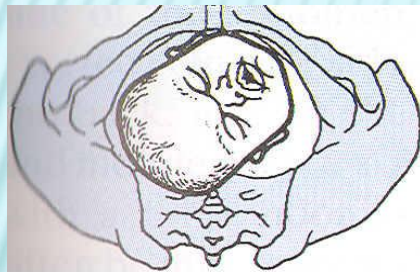
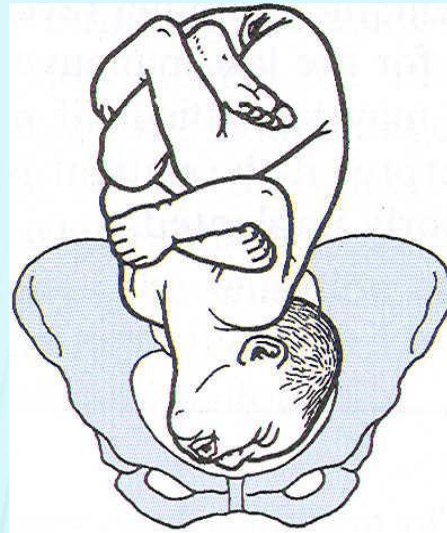
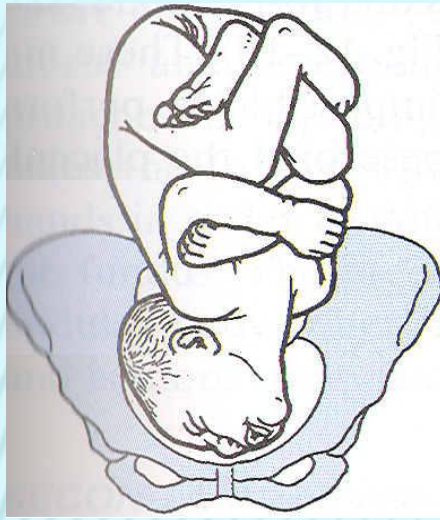
presenting part- chin(mentum)



***mentum posterior**



***mentum anterior**



L mento-ant

R mento-ant

R mento-post]

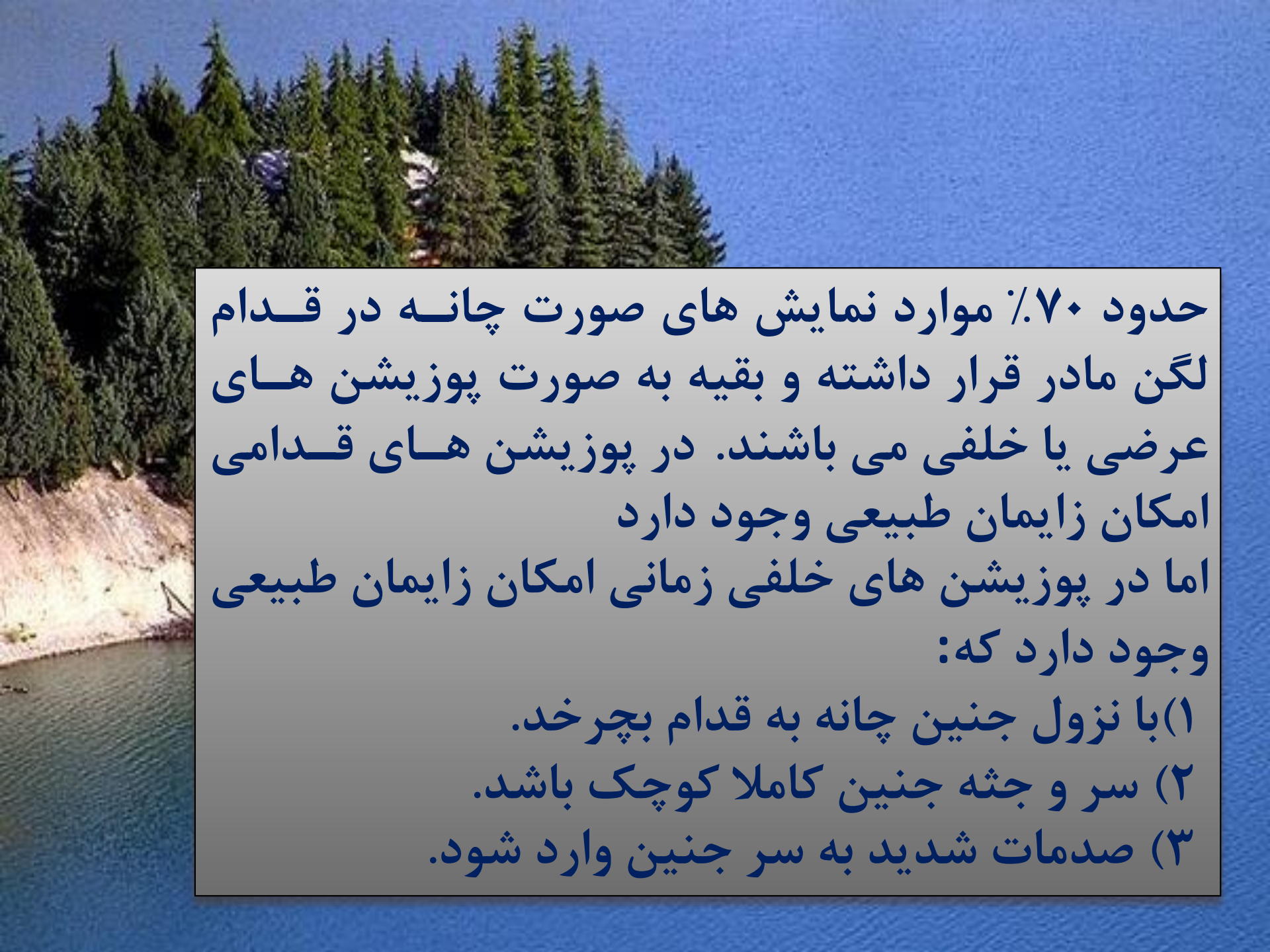
Longitudinal lie. Face presentation. Left and right anterior and posterior positions.

Etiology:

اکستاسیون سر و عوامل بازدارنده ی فلکسیون سر:

بزرگی قابل توجه سر
پیچیده شدن بند ناف دور گردن
جنینهای آنانسفال و هیدروسفال
تنگی ورودی لگن، ماکروزومی
مولتی پاریته
پلی هیدرآمنیوس
توده های لگنی
چند قلویی
نارس بودن

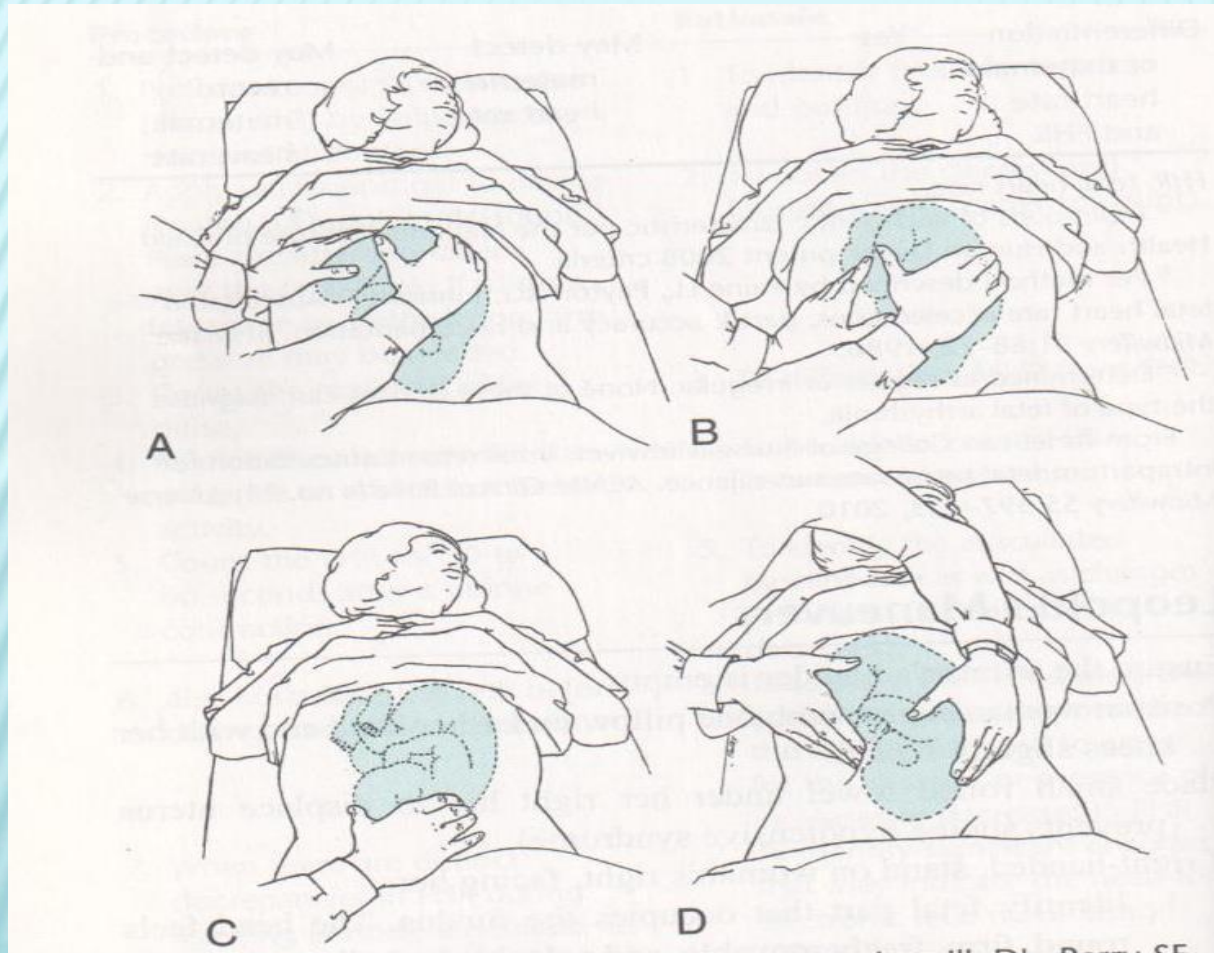
اکثر موارد پرزانتاسیون صورت متعاقب نزول پرزانتاسیون
ابرو به وجود می آید.



حدود ۷۰٪ موارد نمایش های صورت چانه در قدام لگن مادر قرار داشته و بقیه به صورت پوزیشن های عرضی یا خلفی می باشند. در پوزیشن های قدامی امکان زایمان طبیعی وجود دارد اما در پوزیشن های خلفی زمانی امکان زایمان طبیعی وجود دارد که:

- (۱) با نزول جنین چانه به قدام بچرخد.
- (۲) سر و جثه جنین کاملاً کوچک باشد.
- (۳) صدمات شدید به سر جنین وارد شود.

قبل از ذکر تشخیص نمایش صورت مختصری از مانور لئوپولد صحبت می کنیم



مانور اول: قسمتی از جنین را که قله رحم را اشغال کرده، مشخص کنید. سر جنین گرد، سفت، به آسانی قابل حرکت، و قابل تشخیص از طریق لمس کردن است؛ قسمت نشیمن نامنظم تر و نرم تر است. قرار جنین (طولی یا عرضی)، را مشخص کنید. پرزانتاسیون جنین را (سفالیک یا نشیمن) مشخص کنید.

مانور دوم: از سطح کف یک دست و انگشتان دست دیگر استفاده کنید، و سطح صاف و محدب پشت جنین و بی نظمی های تعیین کننده ی اندامهای کوچک (پاها، دستها، آرنجها) را مشخص کنید. با این کار تشخیص می دهیم پشت جنین در کدام سمت مادر قرار دارد (شکل B). که در تشخیص سمت راست یا چپ بودن پوزیشن عضو پرزائنه در توشه واژینال و همچنین به انتخاب جهت صحیح چرخش خارجی حین زایمان کمک می کند.

مانور سوم: با دست راست، مشخص کنید که کدام قسمت جنین در بالای تنگه ورودی لگن حقیقی وجود دارد. بخش پایینی رحم را بین انگشت شست و سایر انگشتان بگیرید و به آرامی فشار دهید (شکل C). اگر سر در آن قسمت هست و لی آنگاژمان پیدا نکرده، ویژگیهای سر را مشخص کنید.

مانور چهارم: رو به پاهای زن برگردید. هر دو دست را بکار ببرید، سر جنین را از بیرون با سطح کف دست و نوک انگشتان مشخص کنید (شکل D).

وقتی که قسمت پرزائنه عمیقاً نزول کرده باشد، فقط قسمت کوچکی از آن ممکن است از بیرون مشخص باشد. لمس برجستگی سر به تشخیص نحوه قرار گرفتن سر کمک می کند. اگر برجستگی سر در همان سمت اندامهای کوچک لمس شود، سر به جلو خم شده است (فلکسیون دارد) و ورتکس سر در نمایش قرار دارد. اگر برجستگی سر در همان بخش پشت لمس شده باشد، سربه عقب خم شده (اکستانسیون دارد) و احتمالاً صورت در نمایش قرار گرفته است.

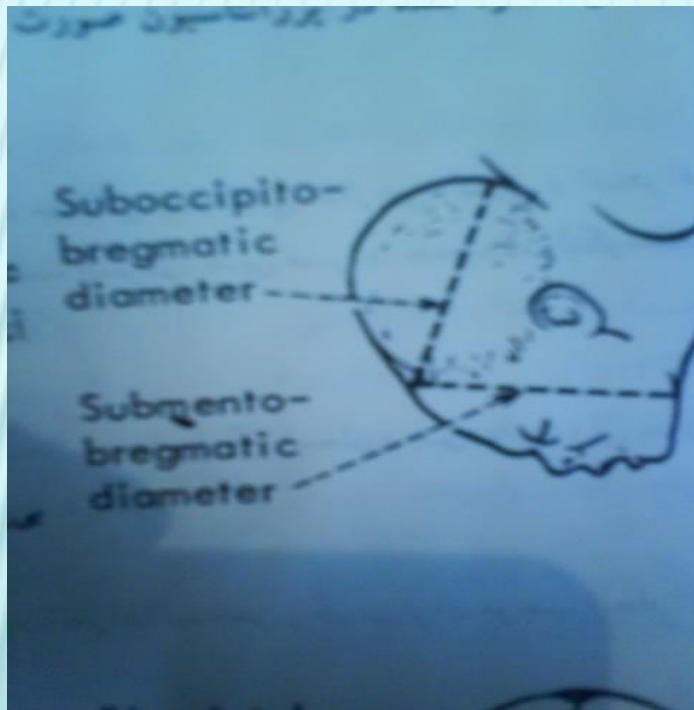
* معاینه واژینال

تشخیص پرزانتاسیون صورت

* مانورهای لئوپولد: در مانور
چهارم برجستگی سر در سمت
پشت جنین زودتر لمس می شود.
سر معمولاً وارد لگن نشده است و در
بالا به صورت متحرک احساس می
شود. **صدای قلب** جنین به علت
تحدب قفسه سینه از طرف اندامها
راحت تر شنیده می شود
* تصاویر سونوگرافی
رادیوگرافی



در نمایش صورت اقطار آنگازه شده عبارت است از
submento bregmatic و سپس بای پاریتال



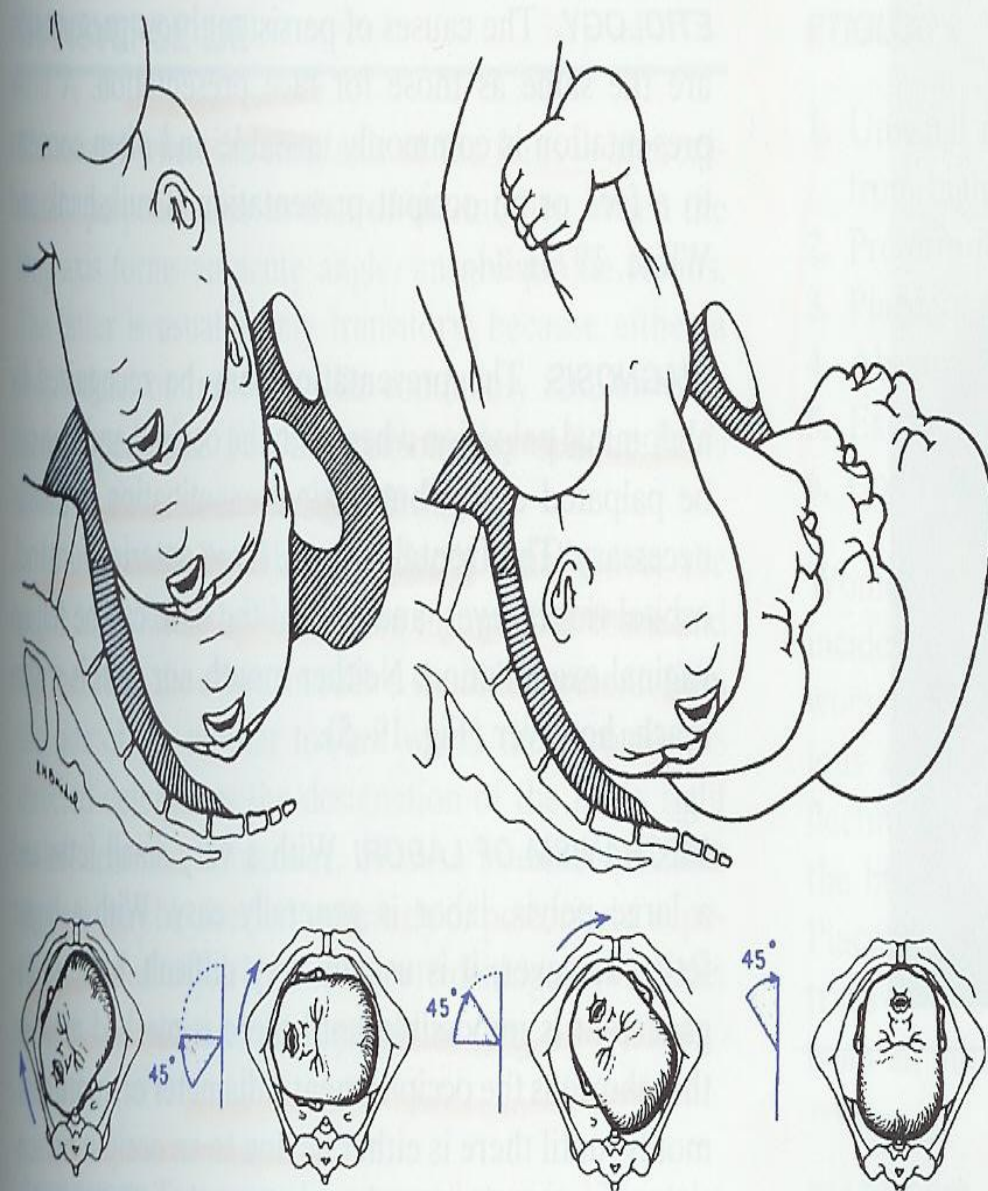


نمایش های صورت به ندرت در بالای ورودی لگن دیده می شوند.

زایمان در حالت چانه خلفی امکان پذیر نیست مگر اینکه به طور همزمان شانه های جنین وارد لگن شده باشد که البته این رخداد به جز در مورد جنین های بسیار کوچک یا مرده غیر ممکن است.

مکانیسم لیبر

بعد از نزول و چرخش داخلی،
چانه و دهان در ناحیه ولو
ظاهر می شود. سطح تحتانی
چانه به سمفیز پوبیس فشار
وارد می کند و زایمان سر با
فلکسیون انجام می شود. پس
از زایمان سر، اکسی پوت در
سمت مقعد قرار گرفته و چانه
چرخش خارجی پیدا می کند و
شانه ها قدمی خلفی شده و
خارج می شوند.



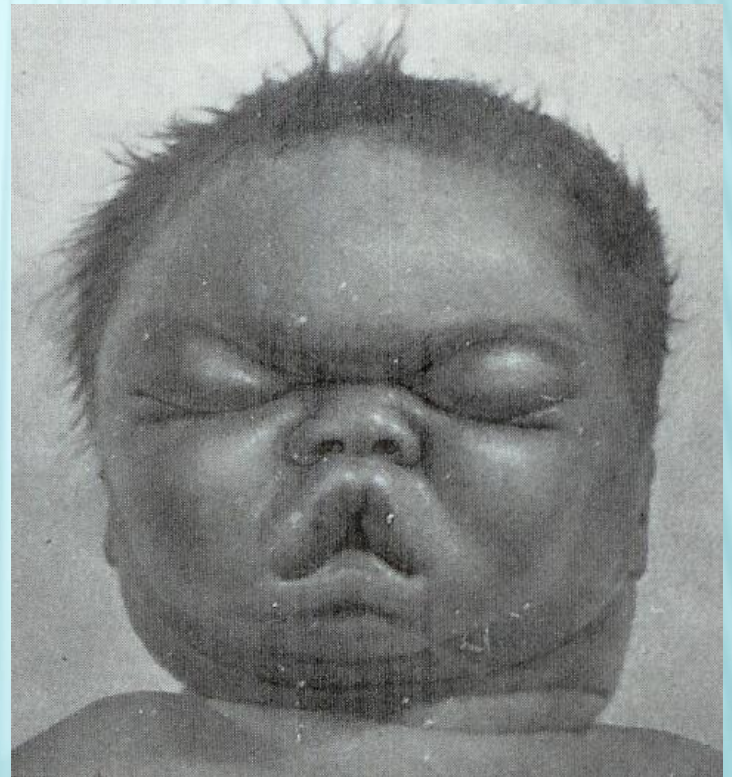
مکانیسم لیبر در پوزیشنهای عرضی و خلفی صورت:
مکانیسم لیبر در این پوزیشن ها همانند پوزیشن
قدامی است با این تفاوت که میزان چرخش داخلی سر
به جای ۴۵ درجه در نوع عرضی ۹۰ درجه و در انواع
خلفی ۱۳۵ درجه است. در صورت عدم چرخش چانه به
قدام امکان نزول بیشتر جنین از بین خواهد رفت و در
نتیجه زایمان در کف لگن در وضعیت منتوم خلفی
متوقف خواهد شد. در دوسوم موارد پوزیشن های
عرضی و خلفی صورت، چانه به قدام چرخیده و با کمی
افزایش طول مدت زایمان، وضع حمل به خوبی به پایان
می رسد.

معمولا در غیاب تنگی لگن و در صورت وجود لیبر موثر، زایمان واژینال با موفقیت انجام می شود. به منظور جلوگیری از آسیب صورت و چشمهای جنین بهتر است ضربان قلب با استفاده از ابزارهای خارجی پایش شود. چون نمایش صورت در جنین های ترم در حضور درجاتی از تنگی ورودی لگن شایع تر است زایمان سزارین به کرات اندیکاسیون پیدا می کند.

تلاش برای تبدیل دستی نمایش صورت به نمایش ورتکس، چرخش با دست و یا با فورسپس برای تبدیل وضعیت چانه خلفی پایدار به وضعیت چانه قدامی و چرخش پودالیک داخلی و سپس خارج سازی جنین؛ همگی خطرناک است و نباید انجام شوند.

نوزاد بعد از زایمان

- ادم صورت
- مولدینگ سر
- * افزایش قطر
occipitomenal



نمایش پیشانی (ابرو Brow)

- نادر ترین نوع نمایش است
- در ورودی لگن قسمتی از سر جنین بین برآمدگی اربیت و فونتاتل قدامی ظاهر می شود
- سر جنین بین فلکسیون کامل و اکستانسیون کامل است
- این نوع نمایش ناپایدار است به اکسی پوت یا به صورت تبدیل می شود
- اتیولوژی این نوع نمایش همان اتیولوژی صورت است

تشخیص نمایش پیشانی (ابرو)

■ **abdominal palpation**

در مانور چهارم لئوپولد هم اکسی پوت و هم چانه قابل لمس است. یعنی برجستگی سر هم در راست و هم در چپ ورودی لگن لمس می شوند.

■ **vaginal examination**

سوچورهای فرونتال، فونتاتل بزرگ قدامی، برآمدگیهای اربیت، چشمها و ریشه بینی قابل لمس هستند دهان و چانه لمس نمی شوند.

سونوگرافی و رادیوگرافی برای نمایش ابرو کمک کننده هستند.

عوارض

اگر نمایش ابرو پایدار بماند انجام زایمان
واژینال غیر ممکن است.

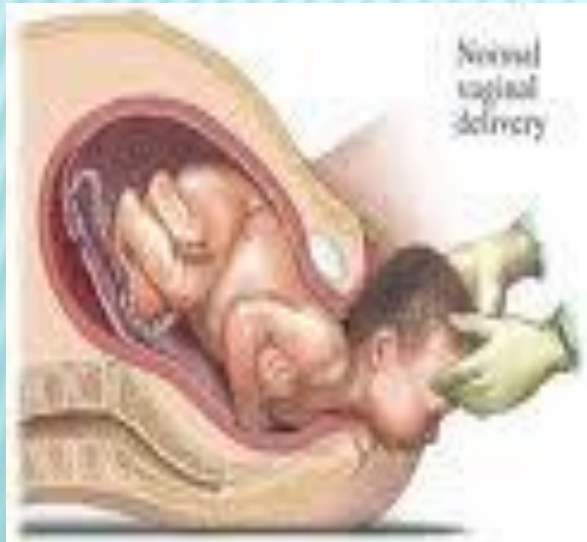
الگوهای توقفی و اینرسی رحم جزو عوارض
شایع است.



مکانیسم لیبر

انگازمان سر و به دنبال آن زایمان امکان پذیر نیست مگر اینکه لگن بسیار بزرگ، جنین کوچک، مولدینگ وسیع یا به نمایش صورت یا اکسی پوت تبدیل شود

کاپوت سوکسیدانئوم وسیع در پیشانی جنین هم رخ می دهد.

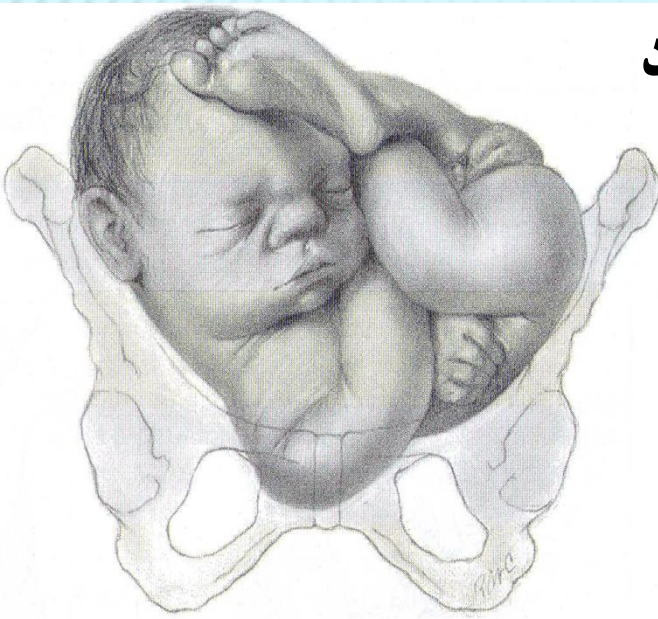


پیش آگهی

در نمایشهای گذرای پیشانی پیش آگهی به نمایش
نهایی بستگی دارد
اگر نمایش پیشانی پایدار بماند پیش آگهی زایمان
واژینال ضعیف خواهد بود
مگر اینکه جنین کوچک و یا مجرای زایمانی بسیار
بزرگ باشد.
اصول اداره زایمان مشابه زایمان نمایش صورت است.

قرار عرضی

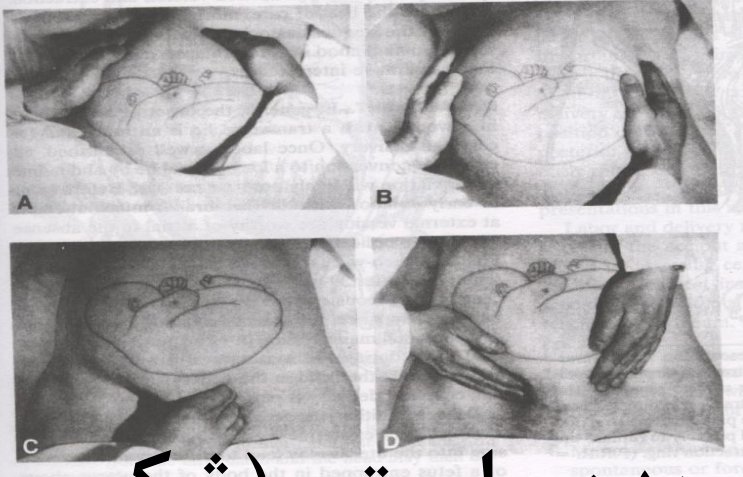
در قرارهای عرضی شانه معمولاً در بالای ورودی لگن قرار دارد و سر جنین در یک حفره ایلپاک و ته جنین در یک حفره ایلپاک دیگر قرار می گیرد
بروز در تک قلوها ۳دهم درصد



اتیولوژی

- (۱) شلی دیواره شکم در نتیجه پاریده بالا
- (۲) جنین پره ترم
- (۳) جفت سرراهی
- (۴) آناتومی غیرطبیعی رحم (رحم دو شاخ یاسپتوم دار)
- (۵) افزایش مایع آمنیون
- (۶) تنگی لگن

تشخیص:



- 1) شکم بیش از حد معمول پهن است (شکم عریض، پهن)
- 2) ارتفاع رحم به مراتب کمتر از سن حاملگی است
- 3) برجستگی سفالیک در بالا و پایین رحم یافت نمی شود.
- 4) سر و ته جنین در پهلوه‌های مادر لمس می شود.
- 5) قسمت تحتانی شکم خالی است. صدای قلب جنین معمولاً کمی پایین تر از ناف شنیده می شود.

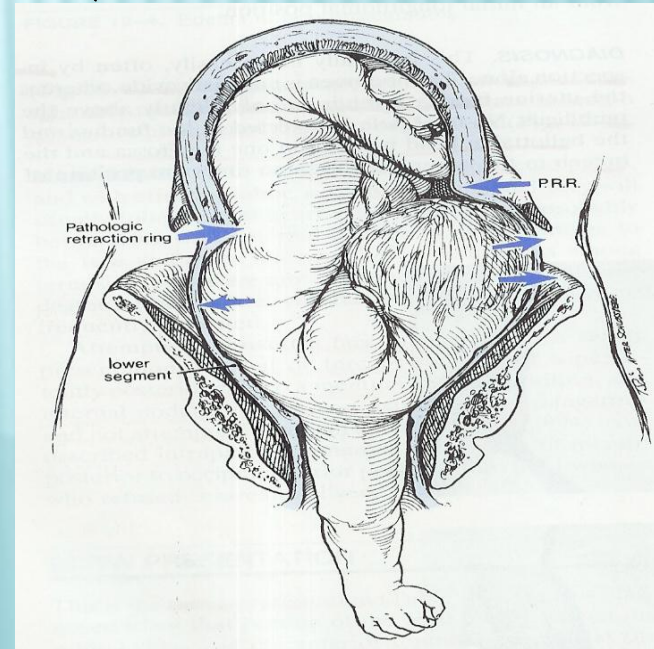
در معاینه واژینال

-لمس کناره قفسه سینه و دنده ها به صورت مشبک
-با پیشرفت دیلاتاسیون ← استخوان اسکاپولا و کلاویکول
قابل لمس است

در اواخر لیبر ← شانه محکم به داخل مجرای لگن فشار وارد
آورده

در بسیاری از موارد دست و بازو به داخل
واژن پرولاپس پیدا می کند ←

با استفاده از سونوگرافی می توان
به آسانی نمایش شانه و وضعیت
جفت را بررسی کرد



اگر اقدام سریع صورت نگیرد :

***عوارض مادری:** عدم پیشرفت زایمان، پرولاپس بند ناف، پارگی رحم، عفونت، آسیبهای ناشی از زایمان طولانی، دست کاری در هنگام زایمان

عوارض جنینی: مرگ و میر پریناتال احتمالا به دلیل آنوکسی ثانویه به پرولاپس بند ناف.



زایمان زمانی رخ می دهد که : *جنین کمتر از ۸۰۰ گرم

*لگن بسیار بزرگ

*سر به طرف شکم فشرده شود.

*قفسه سینه در ناحیه ولو ظاهر شود.

*سر و قفسه سینه به طور

همزمان از لگن عبور کنند.

*جنین به صورت تا شده خارج شود.



مکانیسم لیبر

زایمان خودبه خود غیر ممکن است.
اگر در این شرایط لیبر ادامه پیدا کند شانه جنین به داخل لگن فشار وارد می کند
بازو همان سمت پرولاپس می یابد.
با نزول بیشتر کناره لگن مانع نزول بیشتر شانه می شود سر در یک حفره لگن و کفل در حفره دیگر
سپس رحم در تلاش ناموفق برای غلبه بر انسداد دچار انقباض شدید شده حلقه انقباضی تشکیل می شود که به آن قرار **عرضی فراموش شده** گویند

مدیریت زایمان

اگر مادر در فاز فعال زایمان باشد ← سزارین

در صورتی شروع به چرخش
خارجی (ECV) می کنیم که ← ۳۹ هفته سن حاملگی باشد
قبل از شروع لیبر

پرده آمنیوتیک سالم باشد

عوارضی که نیاز به سزارین
دارد نداشته باشد

اگر بتوان سر جنین را با دستکاری شکم به داخل لگن هدایت کرد باید در چند
انقباض بعدی سر در داخل لگن نگه داشته شود تا سر در لگن تثبیت گردد.

✓ در صورت انجام سزارین برش عمودی داده می شود.

نمایش مرکب

در نمایش مرکب یکی از اندام ها در کنار عضو نمایش پرولاپس پیدا می کند و هر دو با هم در لگن ظاهر می شوند. یک مورد در ۱۰۰۰ زایمان دیده می شود.

اتیولوژی:

وضعیت هایی که مانع بسته شدن کامل ورودی لگن توسط سر جنین می شوند این عوامل شامل نارس بودن، حاملگیهای چندقلویی، مولتی پارите، لگن بزرگ مادر... است.



نحوه اداره زایمان

- ✘ در اکثر موارد اندام پرو لاپس تداخلی در روند لیبر نمی کند پس باید به حال خود رها شود.
- ✘ شرایط باید بدقت تحت نظر باشد و اگر با نزول سر، عضو کنار نرفت یا به نظر برسد که مانع نزول است بازوی پرو لاپس یافته را باید با ملایمت به سمت بالا هدایت کرد و همزمان سر جنین را با فشار بر فوندوس به سمت پایین هدایت نمود.
- ✘ آسیب جدی ساعد نادر است.

هیدرو سفالی جنین به عنوان علت زایمان سخت

تعریف: تجمع بیش از حد مایع مغزی نخاعی در بطن های مغز به همراه اتساع جمجمه

یا دور سر جنین بیش از ۵۰ س باشد (دور سر طبیعی ۳۲ تا ۳۸ س است).

شیوع: یک مورد از ۲۰۰۰ مورد جنین ها (۱۲ درصد کل ناهنجاریهای شدید را در زمان تولد تشکیل می دهد).



در یک سوم
موارد
بریچ هستند

اداره زایمان:

- تشخیص بموقع و سزارین در جنین قابل حیات
- سفالوسنتز در زایمان واژینال

خسته نباشید

