

باغچه خندان

طبابت همراه است،

هنر با همگی قلب و اندیشه



سرشناسه	قشقایی، ساناز، ۱۳۶۸-
عنوان و نام پدیدآور	تولد در زنان و زایمان: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵/...
مشخصات نشر	ترجمه و تلخیص ساناز قشقایی؛ پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴ دکتر سحر حسینی و دکتر زهرا حاج محمد حسینی
مشخصات ظاهری	تهران: کاردیا، ۱۴۰۵.
فروست	۱۳۴ص: مصور(رنگی)، جدول(رنگی)؛ ۲۲ × ۲۹ س.م.
شابک	ریزیدنت یار انتشارات و آموزش پزشکی.
مدیر تولید و برنامه ریزی	شایبک: ۹-۴۲۵-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	ج ۲۰
یادداشت	اللهه شهدادی
عنوان دیگر	فیپا
موضوع	کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Williams obstetrics, 26th. ed, 2022" به ویراستاری اف.گری کانینگهام... [او دیگران] است.
شناسه افزوده	آبستنی و زایمان.
شناسه افزوده	زایمان طبیعی-- Natural childbirth
شناسه افزوده	زایمان طبیعی -- آزمون ها و تمرین ها-- Natural childbirth -- Examinations, questions, etc
رده بندی کنگره	کانینگهام، اف. گری
رده بندی دیویی	Cunningham, F. Gary
شماره کتابشناسی ملی	ویلیامز، جان ویت ریچ، ۱۸۶۶ - ۱۹۳۱ م. آبستنی و زایمان
اطلاعات رکورد کتابشناسی	RG661
	۴۵/۶۱۸
	۱۰۰۳۳۴۵۸
	فیپا

تولد در زنان و زایمان: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد زنان و زایمان با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۴ / Williams Obstetrics Cunningham 2022 نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵
ترجمه و تلخیص: دکتر ساناز قشقایی؛ پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر سحر حسینی و دکتر زهرا حاج محمد حسینی
ناشر: انتشارات کاردیا
شایبک: ۹-۴۲۵-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸
تیراژ: ۱۰۰ جلد
بهاء: ریال

صفحه آرا: رزیدنت یار - مهشید چگینی

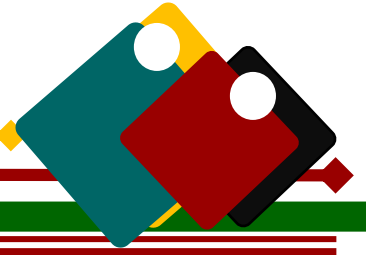
طراح و گرافیک: رزیدنت یار - مهرداد فیضی

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



تولد در زنان و زایمان

از مجموعه
PRO LEVELS
OB/GYN 2026

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵

Williams Obstetrics Cunningham 2022

ترجمه و تلخیص



دکتر ساناز قشقائی

رتبه برتر آزمون بورد تخصصی ۱۴۰۱
عضو هیأت دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر

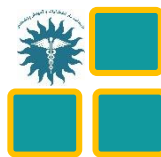
پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴:

دکتر سحر حسینی

رتبه ۳ بورد تخصصی ۱۴۰۲
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر زهرا حاج محمد حسینی

رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک



سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رفعت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

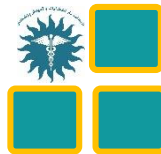
فدایا از شاکران درگاهت و مقیقت‌جویان راحت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در میطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث زنان و زایمان گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف ممتزم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم



به نام خدا

کتاب پیش رو، با هدف تمقق عملی عدالت آموزشی برای تمام همکاران دستیار سرزمینم به رشته‌ی تمریر آمده و مخاطب آن نه فقط همکاران دستیار سال آخر که تمامی همکاران بوده است.

برای هر فصل یک درسنامه‌ی جامع با مفظ امانت از متن رفرنس ویلیامز ۲۰۲۲ سعی گردید تا مطالب این بفتش، قسمت عمده سؤالات رایج آزمون‌های بورد و ارتقا را پوشش داده تا در بازه‌ی زمانی کوتاهی، امکان مرور مطالب وجود داشته باشد.

و در پایان تمام تست‌های آزمون‌های ارتقا، بورد و آزمون‌های درون‌بفتشی کشور جهت دسترسی به یک بانک تست ایده‌آل فدمتتان عرضه می‌گردد.

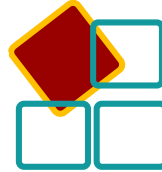
برفود واجب می‌دانم از تمام همکاران در انتشارات رزیدنت‌یار علی‌الفصوص مدیرمسئول انتشارات جناب آقای دکتر هومان فیضی که با رهنمودها و همکاری فود، امکان تألیف این اثر را فراهم ساخته با تمام وجود تشکر کرده و امیدوارم همواره با سلامت کامل در راه فدمت به آموزش پزشکی همکاران این مرز و بوم گام بردارند.

از همسر مهربانم که با دلگرمی و پشتیبانی فویش مرا در مسیر زندگی یاری نموده سپاسگزارم.

درنهایت از پدرومادر مهربانم که هرچه هست از برکت وجود آنهاست سپاسگزارم.

سازاز قشقای

فهرست مطالب



۱۱	فصل ۲۷: زایمان طبیعی
۳۹	سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۷
۵۳	فصل ۲۸: نمایش و زایمان بریج
۷۵	سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۸
۹۵	فصل ۲۹: زایمان طبیعی ابزاری
۱۱۷	سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۹

زایمان طبیعی

Labor and Delivery

آمادگی برای وضع حمل:

شواهد دال بر انتهای مرحله دوم زایمان:

(۱) اتساع پرینه

(۲) کشش پوست روی پرینه

(۳) رویت سر جنین در بین لبیها

شایع‌ترین و مطلوب‌ترین پوزیشن بیمار حین زایمان: دورسال لیتوتومی

جهت دید بهتر استفاده از: لگ هولدر (Leg holder) یا رکاب (stirrups)

استفاده از رکاب در مقایسه با عدم استفاده از آن میزان پارگی‌های پرینه را افزایش نمی‌دهد. زمانی که بیمار در وضعیت دورسال لیتوتومی قرار می‌گیرد:

۱- پاها نباید خیلی از هم دور نگه داشته شوند

۲- یکی از پاها نباید بالاتر از دیگری باشد.

زمانی که از رکاب استفاده می‌شود:

۱- ناحیه پوپلیته باید به راحتی در قسمت پروگزیمال باشد.

۲- پاشنه نیز در قسمت دیستال قرار گیرد.

پاها نباید در رکاب‌ها گیر بیافتند بلکه باید ران‌ها به راحتی بتوانند فلکس شوند و جهت دیستوشی شانه روی شکم قرار بگیرند.

cramp پاها در مرحله دوم:

درمان:

۱- تغییر وضعیت پای مبتلا

۲- ماساژ کوتاه مدت

آمادگی جهت زایمان شامل موارد زیر است:

۱- پاک کردن وولو و پرینه

۲- در صورت تمایل، درپ کردن استریل منطقه به طوری که فقط ناحیه اطراف وولو دیده شود.



در گذشته، اسکراب کردن، گان و دستکش پوشیدن و داشتن ماسک و عینک جهت محافظت خانم در حال زایمان از عفونت‌ها بود علی‌رغم اینکه این موارد هنوز درست می‌باشد اما امروزه بیشتر نگران محافظت پزشک از بیماری عفونی هستیم.

پوزیشن اکسی پوت قدامی:

- (۱) در اغلب موارد، پوزیشن اکسی پوت قدامی یا کمی مایل می‌باشد.
- (۲) در ۵٪ موارد اکسی پوت خلفی پایدار دیده می‌شود.
- (۳) ندرتاً ممکن است زمانی که سر منجر به فشار روی پرینه می‌شود، ورتکس در پوزیشن اکسی پوت عرضی باشد.

• زایمان سر:

کرون کردن (crowning): زمانی که بزرگترین قطر سر در حلقه وولو قرار می‌گیرد. حین زایمان سر آنوس شدیداً تحت کشش قرار می‌گیرد و دیواره قدامی رکتوم به راحتی دیده می‌شود.



FIGURE 27-1 Delivery of the head. The occiput is being kept close to the symphysis by moderate pressure on the fetal chin at the tip of the maternal coccyx.

امروزه از اپی روتین حمایت نمی‌شود بلکه طبق شرایط بیمار تصمیم‌گیری می‌شود.

اقدامات لازم جهت محدود کردن پارگی‌های واژن:

۱. ماساژ پرینه حین زایمان:

- عملکرد: پهن کردن Introitus جهت عبور سر
- نحوه انجام: گرفتن پرینه در خط وسط با هر دو دست با استفاده از انگشت شست و انگشت مخالف و انجام کشش خارجی مکرر.
- کارایی: شواهد مربوط به این تکنیک محدود بوده و همراه با کارایی جهت محافظت پرینه زمانی که هم قبل از لیبر یا حین لیبر به کار رود می‌باشد.

استفاده قبل از زایمان از بالون پمپ اینتراواژینال Epi-No مثل ماساژ پرینه عمل می‌کند اما این روش نیز قادر به جلوگیری از ترومای پرینه یا آسیب عضلات لواتورانی نبوده است.

۲. حمایت سنتی با دست (perineal support)

زمانی که سر منجر به اتساع کافی وولو و پرینه جهت بازکردن Introitus واژن در حد ۵ سانتی‌متر یا بیشتر می‌شود، جهت حمایت پرینه از دست پوشیده شده با حوله می‌توان استفاده کرد. دست دیگر جهت کنترل سر جنین به منظور جلوگیری از زایمان Expulsive به کار می‌رود. خروج کند سر ممکن است سبب کاهش پارگی شود. به طور کلی حائل کردن دست در پرینه میزان آسیب اسفنکتر را در مقایسه با رویکرد عدم مداخله برای زایمان کاهش می‌دهد.



FIGURE 27-2 The McRoberts maneuver. The maneuver consists of removing the legs from the stirrups and sharply flexing the thighs up onto the abdomen. Simultaneously, an assistant also provides suprapubic pressure that is directed down and lateral.

۳. مانور ریتگن مدیفاید شده (Modified Ritgen Maneuver)

اندیکاسیون:

۱- نیروهای خروجی ناکافی باشند

۲- زایمان سریع نیاز است.

نحوه انجام: قرارگیری دست دارای حوله روی چانه جنین و ایجاد فشار به سمت قدام روی چانه جنین روی پرینه در مقابل کوکسیکس و دست دیگر از بالا بر روی اکسی پوت فشار وارد می‌کند.

این مانور به اکستانسیون گردن کمک می‌کند و سر با کوچکترین قطر خود از میان مدخل واژن وروی پرینه عبور می‌کند.

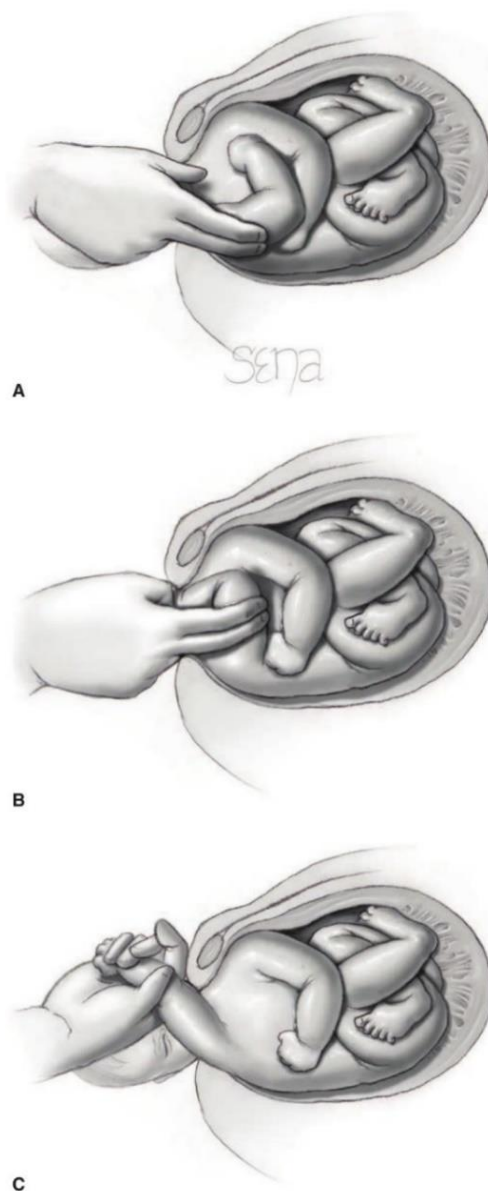


FIGURE 27-3 Delivery of the posterior shoulder for relief of shoulder dystocia. **A.** The operator's hand is introduced into the vagina along the fetal posterior humerus. **B.** The arm is splinted and swept across the chest, keeping the arm flexed at the elbow. **C.** The fetal hand is grasped and the arm extended along the side of the face. The posterior arm is delivered from the vagina.

- مقایسه مانور ریتگن با حمایت ساده پرینه: مشابه بودن بروز پارگی درجه ۳ و ۴

زایمان شانه‌ها: Delivery of shoulders:

جهت تشخیص بند ناف گردنی بعد از خروج سر باید با انگشت گردن جنین لمس شود.

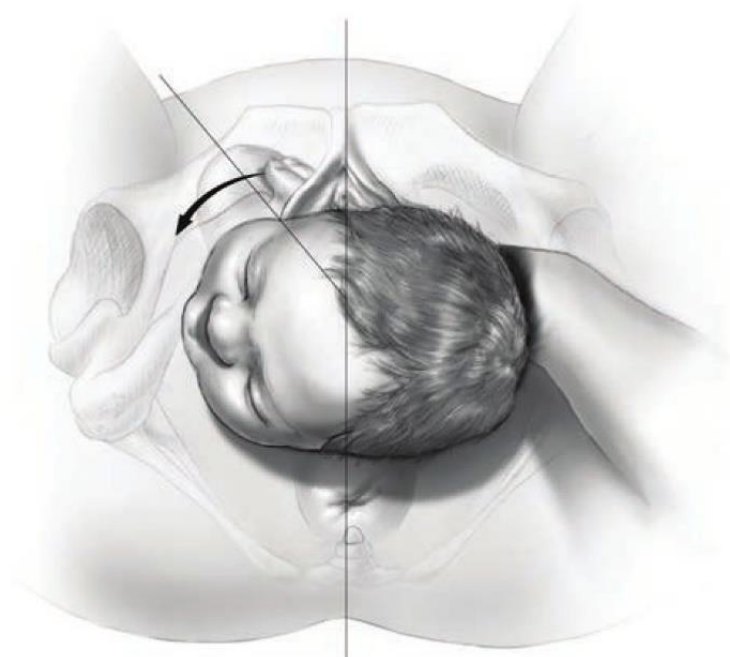


FIGURE 27-4 Rubin maneuver. The bisacromial diameter is aligned vertically. The more easily accessible fetal shoulder (the anterior is shown here) is pushed toward the anterior chest wall of the fetus (arrow). Most often, this results in abduction of both shoulders, which reduces the bisacromial diameter and frees the impacted anterior shoulder

میزان بروز بند ناف گردنی با بالارفتن سن حاملگی افزایش می‌یابد و بند ناف گردنی در ۲۵٪ موارد زایمان‌ها در هنگام ترم دیده می‌شود که به طور معمول ضرری ندارد و در صورتی که سفت باشد در ۶٪ موارد دیده می‌شود و با عوارض نامطلوب نوزادی همراهی ندارد.

در صورت لمس بند ناف گردنی:

(A) در صورتی که شل می‌باشد، باید از روی سر آزاد شود.

(B) در صورتی که سفت می‌باشد (شیوع ۶٪) با زدن دو clamp، بند ناف آزاد می‌شود.

روتیشن خارجی بیانگر آن می‌باشد که قطر بای آکرومیال (معادل قطر عرضی قفسه سینه) به سمت قطر قدامی خلفی لگن چرخیده است. اغلب موارد، شانه‌ها بلافاصله به دنبال چرخش خارجی به وولو می‌رسند و به طور خودبه خودی خارج می‌شوند. اگر خارج شدن شانه‌ها با وقفه انجام شود، خروج شانه‌ها نیاز به زایمان کنترل شده دارد.

دو طرف سر با دو دست گرفته می‌شود و تراکشن خفیف پایین رونده (اولین اقدام در دیستوشی شانه) تا زمانی که شانه قدامی خارج شود و زیر قوس پوبیس قرار گیرد، وارد می‌شود و سپس با یک نیروی رو به بالا، شانه خلفی خارج می‌شود. طی زایمان، نیروی قوی یا ناگهانی جهت جلوگیری از آسیب شبکه بازویی توصیه نمی‌شود.

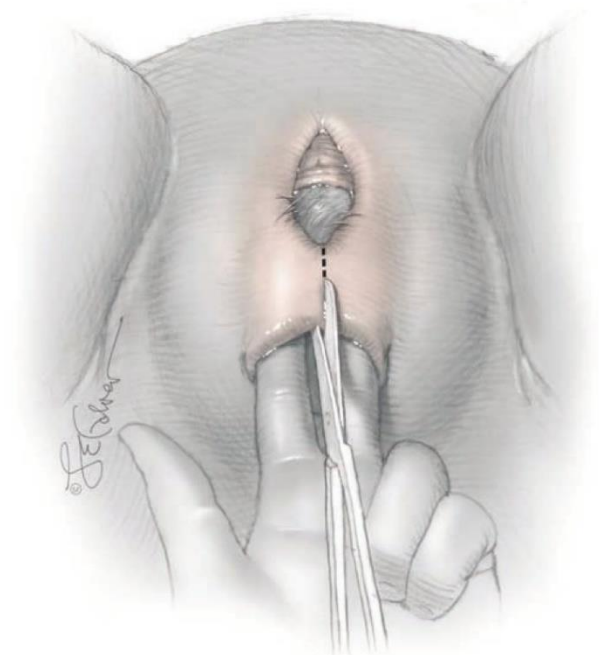


FIGURE 27-5 Deinfibulation. Although not shown here, lidocaine is first infiltrated along the planned incision if regional analgesia is not in place already. To protect underlying structures, two fingers or the tips of a narrow clamp are insinuated behind the shelf created by fused labia but in front of the urethra and crowning head. The shelf is then incised in the midline. After delivery, the raw edges are sutured with rapidly absorbable material to secure hemostasis. (Reproduced with permission from Hawkins JS: Lower genital tract procedures. In Yeomans ER, Hoffman BL, Gilstrap LC III, et al (eds): Cunningham and Gilstrap's Operative Obstetrics, 3rd ed. New York, NY: McGraw Hill; 2017.)

بقیه بدن همیشه به دنبال خروج شانه‌ها بدون سختی خارج می‌شوند. با وجود این در صورتی که تاخیر طولانی شود می‌توان با اعمال کشش متوسط و روبه خارج بر سر و اعمال فشار متوسط بر فوندوس رحم زایمان جنین را تسریع کرد.

نکته: باید از گرفتن زیر بغل توسط انگشتان اجتناب کرد چراکه منجر به آسیب اعصاب اندام‌های فوقانی شده و منجر به فلج موقت و در مواردی پایدار می‌شود.

نکته: کشش تنها باید در امتداد محور طولی نوزاد باشد و اگر نیرو به صورت مایل وارد شود منجر به انحنای گردن و کشش بیش از حد شبکه بازویی می‌شود.

بلافاصله بعد از زایمان نوزاد، خروج مایع زیاد آمنیون رخ می‌دهد و گاهی کمی خونی می‌باشد اما نه آشکارا.

ساکشن نازوفارنژیال بلافاصله بعد از تولد:

- در گذشته: به صورت روتین جهت برداشتن ترشحات انجام می‌شد ← ^{عارضه} برادی کاردی نوزاد
- در حال حاضر: اجتناب از ساکشن کردن (شامل آسپیراسیون با پوآر هم می‌شود) بلافاصله حتی در موارد وجود مکونیوم.

اندیکاسیون ساکشن کردن:

- ۱- انسداد واضح جهت تنفس خودبه خودی
- ۲- در صورت نیاز به ونتیلیاسیون با فشار مثبت



کلامپ کردن کورد (clamping the cord)

محل قطع: بین دو کلامپ یکی در **۶-۸cm شکم نوزاد** و دیگری در **2-3 cm** الحاق آن به شکم نوزاد

(A) کلامپ کردن کورد در نوزادان ترم

- ۱- زمان قطع کردن کورد بحث برانگیز است.
- ۲- وقفه‌ای در حد **۶۰ ثانیه منجر** می‌شود به:
 - افزایش کلی ذخایر آهن بدن
 - افزایش حجم خون
 - کاهش آنمی نوزادان (این مورد به خصوص در جمعیت‌هایی که فقر آهن شیوع دارد ارزشمند است).
- ۳- افزایش غلظت هموگلوبین که منجر می‌شود به:
 - افزایش ریسک هایپر بیلی‌روبینمی
 - افزایش مدت بستری نوزاد جهت فتوتراپی
 - وقفه کلامپ کردن کورد ممکن است منجر به تاخیر انداختن به موقع احیای نوزاد شود.

۴- کلامپ کردن با وقفه بند ناف در مقایسه با کلامپ کردن زودهنگام:

- عدم بدتر کردن عدد آپگار
- عدم بدتر کردن PH بند ناف
- عدم بدتر کردن دیسترس تنفسی ایجاد شده به وسیله پلی‌سیتمی
- مشابه بودن خونریزی پست پارتوم در هر دو گروه

دوشیدن بند ناف (Cord milking):

- اطلاعات کمی در دسترس می‌باشد.

- این مانور ایمن می‌باشد (طی آن عامل زایمان خون را طی بند ناف به سمت نوزاد پوش می‌کند) و اگر کلامپ سریع کورد از نظر کلینیکی اندیکاسیون داشته باشد ممکن است بی‌خطر و سودمند باشد ولی در حال حاضر انجمن قلب امریکا استفاده روتین از دوشیدن بند ناف را در نوزادانی که هنگام تولد کمتر از ۲۹ هفته هستند توصیه نمی‌کند.

(B) کلامپ کردن با وقفه کورد در نوزاد پره‌ترم دارای فواید زیر است:

- ۱- بالاتر بودن حجم سلول قرمز
- ۲- کاهش نیاز برای انتقال خون
- ۳- ثبات بهتر گردش خون
- ۴- پایین بودن میزان IVH
- ۵- کاهش انتروکولیت نکروران



ACOG (۲۰۱۷) از کلامپ کردن تاخیری بند ناف در نوزادان ترم و پره ترم به مدت حداقل ۶۰-۳۰ ثانیه بعد از تولد حمایت می‌کند. وضعیت اکسی پوت عرضی: معمولاً وضعیتی گذرا و موقتی است و در صورت هیپوتونیک نبودن انقباضات و نبود اختلالات ساختمانی لگن و یا اسپینکلتیسم به طور خود به خود به وضعیت OA می‌چرخد. اگر چرخش به خاطر زورزدن‌های ضعیف مادر متوقف شده باشد می‌توان با تعدادی از روش‌ها اقدام به زایمان واژینال کرد. آسان‌ترین روش چرخش دستی اکسی پوت در جهت قدامی و با شیوع کمتر در جهت خلفی است. در صورت موفقیت‌آمیز بودن هر یک از روش‌ها میزان زایمان سزارین ۴ درصد و در صورت ناموفق بودن چرخش دستی میزان زایمان سزارین به ۶۰ درصد می‌رسد. همچنین می‌توان از فورسپس کلیند استفاده کرد و بعد از چرخش می‌توان زایمان را با همان فورسپس یا با فورسپس سیمپسون یا تاکر مک‌لین یا انواع مشابه انجام داد.

نکته: لگن پلاتی پلوئید و اندروئید سبب وضعیت اکسی پوت عرضی می‌شود.

لگن انتروپوئید سبب وضعیت اکسی پوت خلفی می‌شود.

پوزیشن اکسی پوت خلفی پایدار / persistent occiput posterior position

شیوع: ۱۰-۲٪ حاملگی‌های تک قلوی سفالیک را پوزیشن op شامل می‌شود. اکثر جنین‌هایی که op متولد می‌شوند در اوایل OA labour هستند و بیانگر Malrotation حین labour هستند.

ریسک فاکتورها:

۱- آنالژزی اپی‌دورال

۲- نولی پار

۳- وزن بیشتر جنین

۴- سابقه زایمان قبلی op

لگن انتروپوئید و تنگی زاویه سوپرا پوبیک

موربیدیتی: افزایش میزان موارد زیر در op پایدار:

(۱) مرحله دوم طولانی‌تر

(۲) C/S

(۳) زایمان طبیعی ابزاری

(۴) مواردی که بیمار NVD می‌کند، میزان از دست دادن خون و پارگی‌های درجه سوم و چهارم (همچنین پارگی‌های درجه بالای واژن نامیده می‌شوند) افزایش می‌یابد.

(۵) عوارض در نوزادانی که OP به دنیا می‌آیند بیشتر از تولد به صورت OA می‌باشد.

نکته: هر گونه عارضه‌ای معمولاً در OP پایدار شایع‌تر است.

در یک مطالعه فقط ۴۶ درصد زنان در وضعیت OP پایدار زایمان کردند

عوارض نوزادی: افزایش عوارض کوتاه مدت نوزادی از قبیل:

۱- PH اسیدمیک بند ناف

۲- ترومای زایمانی



۳- آپگار کمتر از ۷

۴- بستری در NICU

راهکارهای جلوگیری از موقعیت OP پایدار و عوارض آن:

۱- معاینه انگشتی (TV) جهت تشخیص موقعیت سر جنین که می‌تواند غیردقیق باشد.

۲- سونوگرافی: می‌تواند جهت افزایش دقت به کار برود.

زمانی که موقعیت OP تشخیص داده می‌شود:

۱- می‌تواند توضیحی برای مرحله دوم labour طول کشیده باشد.

۲- ممکن است جهت چرخش دستی کاندید مناسبی باشند.

نکته: به نظر نمی‌رسد موقعیت‌های متفاوت مادر قبل یا حین زایمان، میزان موقعیت op پایدار را کاهش دهد.

زایمان موقعیت op پایدار (Delivery of persistent of op position)

نحوه زایمان: خودبه خودی یا زایمان طبیعی ابزاری

(A) خود به خودی (Spontaneous) در صورتی که:

۱- خروجی لگن گشاد باشد

۲- خروجی لگن و پرینه به علت زایمان‌های قبلی شل باشد.

(B) زایمان طبیعی ابزاری (Operative vaginal delivery)

زمانی که خروجی لگن به کشش مقاوم باشد و پرینه سفت باشد، به طور قابل توجهی مرحله دوم لیبر طولانی می‌شود. به دنبال هر نیروی خروجی، سر مقابل پرینه به مراتب بیشتر از زمانی که در موقعیت OA باشد قرار می‌گیرد و نهایتاً منجر به پارگی‌های درجه بالای پرینه می‌شود. در بعضی موارد زایمان خود به خودی در موقعیت OP امکان‌پذیر نمی‌باشد و چرخش دستی با زایمان خود به خودی از OA ممکن است ترجیح داده شود. چرخش موفقیت‌آمیز از ۴۷ تا ۹۰٪ است.

مزایای چرخش به سمت OA و NVD:

۱- کاهش C/S

۲- کاهش آسیب واژن

۳- کاهش از دست دادن خون

عارضه چرخش دستی: افزایش میزان پارگی‌های سرویکس لذا بررسی دقیق سرویکس به دنبال چرخش منطقی است.

سایر اقدامات شامل: چرخش دستی به وضعیت OA سپس زایمان با فورسپس

چرخش با فورسپس

استفاده از واکیوم یا فورسپس برای زایمان در وضعیت OP پایدار

اگر سر جنین بالای مدخل لگن قرار داشته باشد: سزارین توصیه می‌شود. (نکته امتحانی)



در بیمارستان پارکلند زایمان خود به خود یا چرخش دستی برای اداره وضعیت OP پایدار ترجیح داده می‌شود و در صورت نیاز از فورسپس برای چرخش ویا برای زایمان در وضعیت OP استفاده می‌شود و اگر هیچ یک از روش‌ها با سهولت نسبی امکان پذیر نباشد اقدام به زایمان سزارین می‌شود

دیستوشی شانه shoulder dystocia

تعریف: به‌دنبال زایمان سر، بقیه بدن نوزاد سریع خارج نشود.

در حالت عادی زمان متوسط زایمان سر تا بدن ۲۴ ثانیه می‌باشد و در نوزاد مبتلا به دیستوشی بیش از ۷۹ ثانیه بوده است. **در کل در صورتی**

که این زمان < 60 ثانیه باشد، دیستوشی شانه مطرح می‌شود.

از آنجایی که بند ناف در کانال زایمانی قرار می‌گیرد، دیستوشی شانه اورژانس می‌باشد. میزان بروز دیستوشی شانه یک درصد می‌باشد.

میزان بروز دیستوشی در سال‌های اخیر افزایش یافته است به علت:

۱. افزایش وزن هنگام تولد نوزادان

۲. توجه بیشتر به تایید تشخیص مناسب

• عوارض مادری و نوزادی:

دیستوشی شانه بیشتر نوزاد را در معرض خطر قرار می‌دهد تا مادر را. عوارض خطر اصلی مادری، خونریزی‌های پست پارتوم ناشی از آتونی رحم و نیز پارگی‌های واژن است. در مقایسه عوارض نوروموسکولواسکتال و حتی مرگ از عوارض جدی نوزادی می‌باشند.

عوارض نوزادی:

- آسیب شبکه بازویی: ۱۱٪

- شکستگی هموروس، کلاویکل و یا دنده: ۲٪

- اسیدوز هنگام زایمان: ۷٪

- احیای قلبی-ریوی: ۱/۵٪

- آسفیکسی

عوامل خطر آسیب نوزاد به‌دنبال دیستوشی شانه:

۱- افزایش وزن نوزاد

۲- BMI مادر بالا

۳- طول مدت مرحله دوم

۴- سابقه دیستوشی شانه

پیش‌بینی و پیشگیری prediction & prevention

ACOG 2012:

۱- اغلب موارد دیستوشی شانه نمی‌توانند به دقت پیش‌بینی یا پیشگیری شوند.