

IT'S THE

Labour Day

update!



DesiComments.com

المخاض و الولادة الطبيعية

في رحلة ممتعة ويسيرة على الفهم ، نتابع معاً حالة امرأة مقدمة على الولادة ابتداءً من أولى مراحل المخاض و حتى خروجها من المشفى ، وسنمر بكل ما سيعترض الطبيب المولد من أحداث ، وسنتعلم معاً كيفية التعامل معها ، مع العلم أن الحالة التي انتخبناها للدراسة هي حالة جنين بمجيء قفوي حرقفي أيسر أمامي ، والمرأة الحامل به هي امرأة بمقاسات حوضية طبيعية .

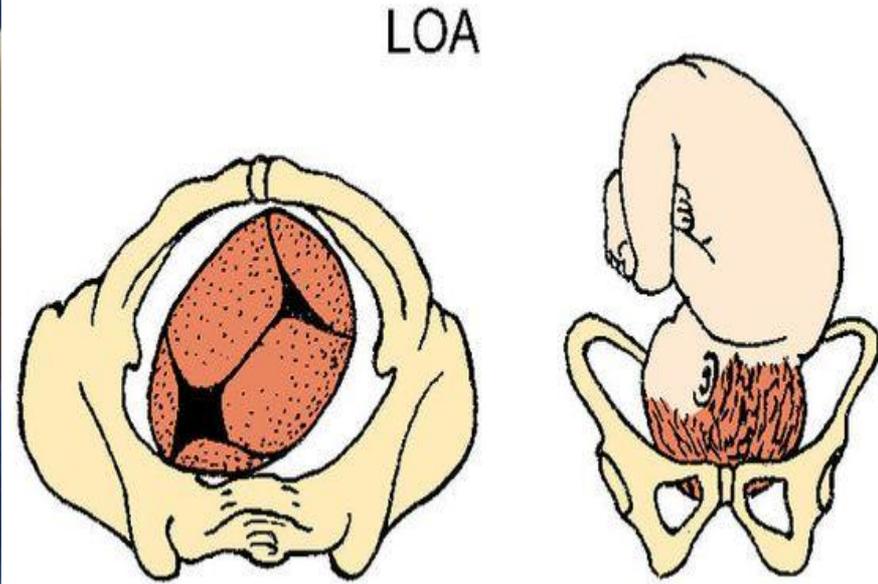
وإن كان عنوان محاضرتنا هو المخاض والولادة ، فإننا لن نكتفي بالحديث عنهما وحسب، فالمخاض والولادة يسبقان بأحداث لا تقل أهمية عنهما ، بل هذه الأحداث هي التي سترسم ملامح كل منهما ، كما أنه يتلوها أحداث تتعلق بتقدير وضع المولود بعد ولادته وبرعاية المرأة أثناء فترة النفاس ، ولا ننكر أن لهذا أهمية كبرى في الحفاظ على ما تم إنجازه خلال الولادة .

ولابد أن ننوه أن دور المولد ينحصر بمراقبة عميلة الولادة ، والتأكد المستمر من سلامة كل من الأم والجنين، دون القيام بأي تدخل لا ضرورة له في سير هذه العملية الفيزيولوجية التي شاء لها خالقها أن توجه نفسها بنفسها ، بل لا يكون تدخله إلا إذا شذت هذه العملية عن مسارها المرسوم .

والآن قبل بدء الحديث عن أي شيء ، لابد لنا من لمحة عن المجيء القمي ، كي نستترسل بعدها في الحديث عن المخاض و الولادة الطبيعية فيه .

• المجيء القمي :

هو مجيء الجنين والرأس في تمام الانعطاف بحيث تلامس الذقن عظم القص، والنقطة الاستكشافية فيه هي ذروة العظم القفوي أو اليافوخ اللامي ، والمجيء القمي هو أكثر المبيئات مصادفة حيث تبلغ نسبته 95% من الحمل ، ويحتل الوضع القفوي الحرقفي الأيسر الأمامي حوالي 65% من الأوضاع ، يليه الوضع القفوي الحرقفي الأيمن الخلفي 32% ، وما تبقى من الأوضاع فتعتبر نادرة المصادفة.



الاستعداد للمخاض :

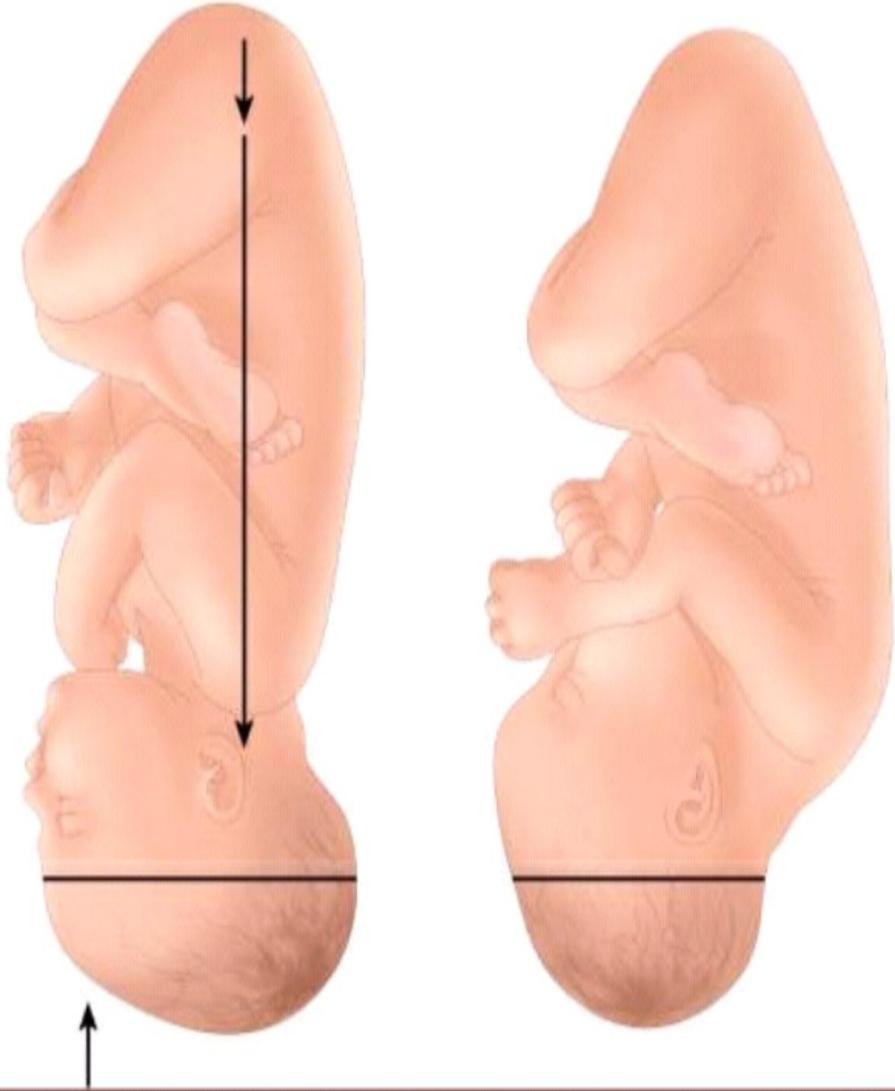
يسبق المخاض بمجموعة من الأحداث التي تهيئ له ، وحين تأتينا المرأة الحامل شاكية آلام المخاض، يجب علينا أولاً معرفة وضعية الجنين وعلاقته مع مدخل الحوض، والتي حددتها هذه الأحداث السابقة للمخاض ، والتي تشمل :

أولاً: المطابقة والتصغر :

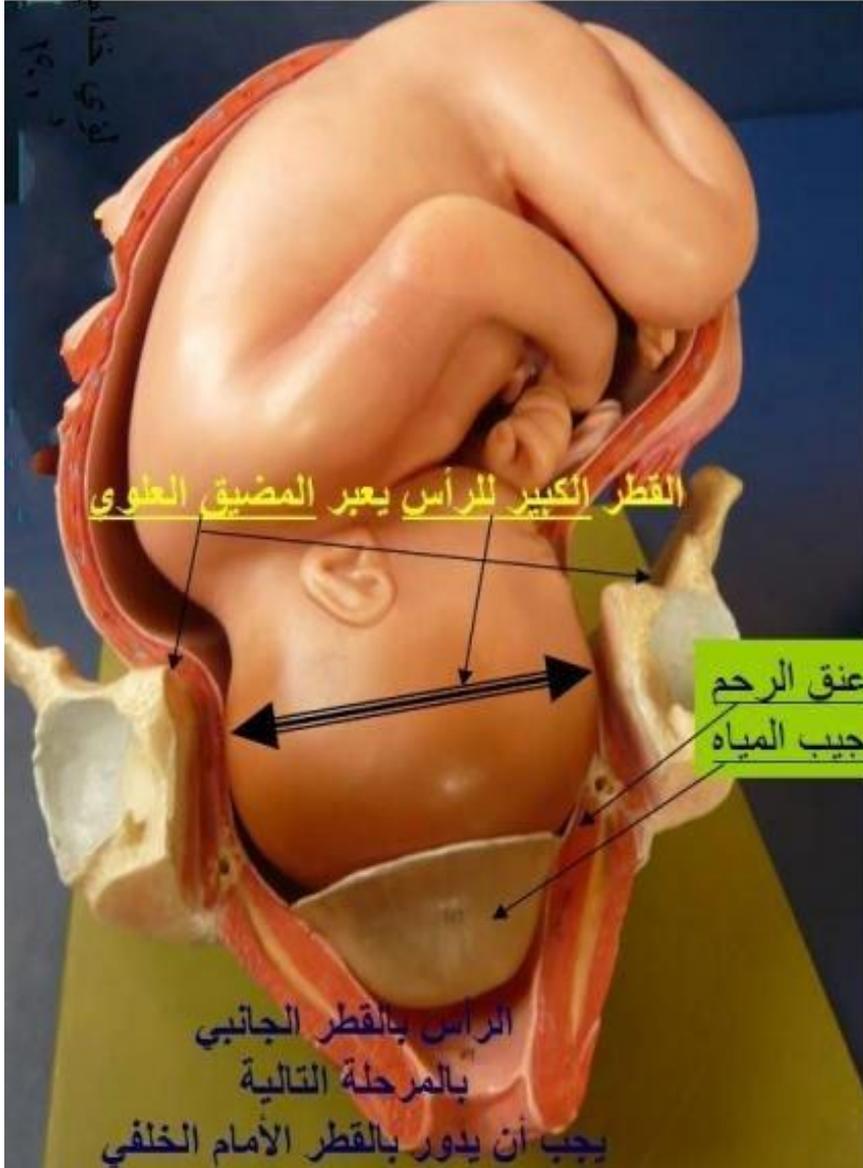
يكون الرأس في أواخر الحمل فوق المضيق العلوي بوضع معترض بين الانعطاف والانبساط ، وعند اقتراب المخاض يحدث التصغر بانعطاف الرأس ، بحيث يلامس الذقن عظم القص، فينتج عن ذلك أن يتقدم الرأس بقطره تحت القفوي البرغماوي، وهو أصغر الأقطار وطوله ٩,٥ سم .

بعد التصغر يتطابق القطر تحت القفوي البرغماوي مع القطر المائل الأيسر للمضيق العلوي ويتهيأ الرأس لدخول الحوض .

عملية التصغر:
تحول الرأس من القطر القفوي
الجبهي إلى القطر تحت
القفوي البرغماوي ، ونتيجة
لانعطافه هذا ينقص قطر
الرأس المتدخل ٢ سم تقريبا.



تدخل رأس الجنين بالحوض



ثانياً: التدخل :

- وهو اجتياز الاستدارة الكبرى لمجيء الجنين مستوى المضيق العلوي للحوض .
- يتدخل الرأس وفق القطر الطولاني تحت القفوي البرغماوي وهو لا يتجاوز قياساً 9.5سم ، ووفق القطر المعترض بين الحدبتين الجداريتين وقياسه أيضاً لا يتجاوز 9.5سم .
- يحدث هذا التدخل في المضيق العلوي للحوض على مستوى القطر المائل الأيسر ، وهو أصغر أقطار المضيق العلوي ويبلغ قياساً 10.5 سم في حالة امرأة طبيعية ، لذا يكون التدخل يسيراً في حالتنا المنتخبة هذه .

➤ متى يحدث التدخل؟

يحدث التدخل عند الخروس قبل المخاض (بأسبوعين أو أكثر) ، ويحدث عند الولود أثناء المخاض ، ويمكن للحامل أن تلاحظ حدوث التدخل بتسطح أعلى البطن و بروز أسفله، إلى جانب تعدد البيلات الناجم عن انضغاط المثانة برأس الجنين .

كيف نقيس درجة التدخل؟

بجس البطن (الفحص الخارجي) :

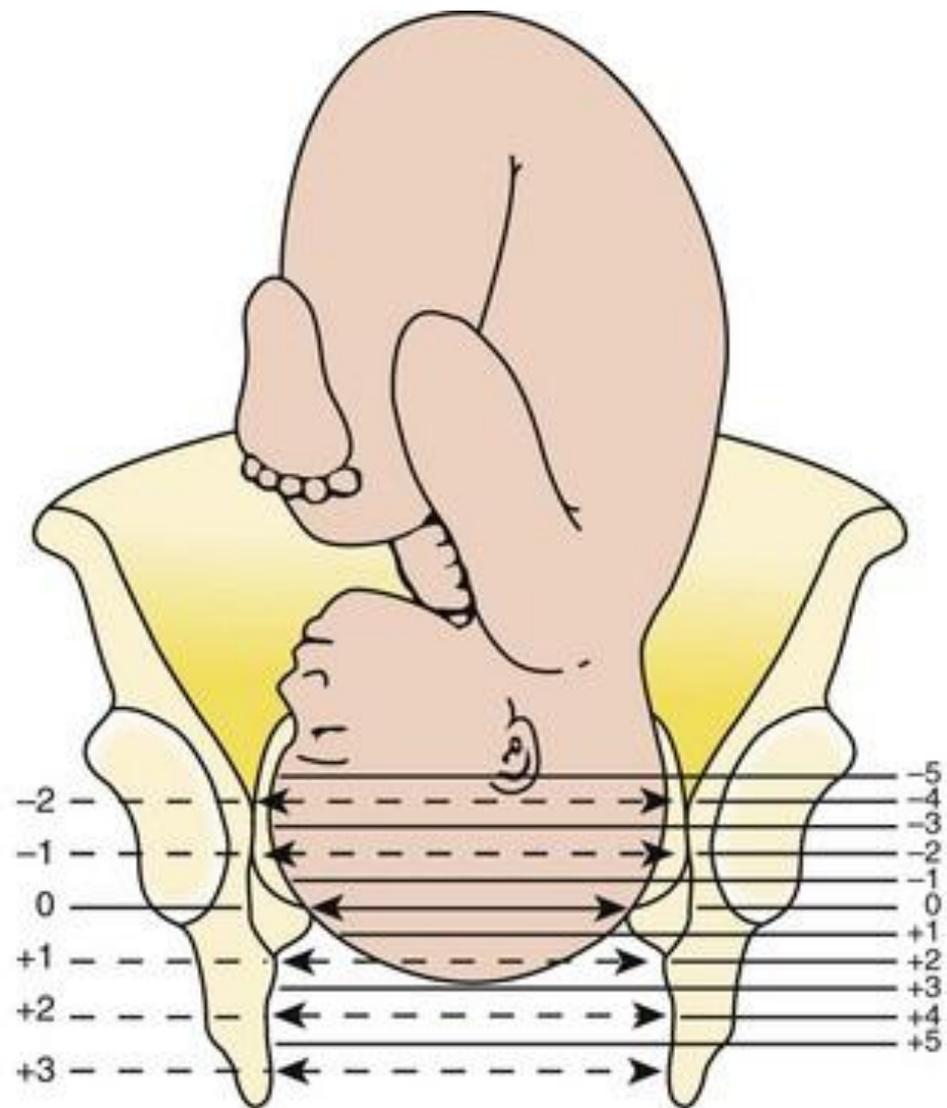
يمكن بالجبس الدقيق الشعور بثلم العنق وجس الكتف الأمامية للجنين ، حيث يستفاد من قياس بعدها عن الحافة العلوية لارتفاع العانة من تعيين درجة التدخل ، فإذا كان البعد أقل من ٧ سم فالرأس قد تدخل .

■ بالمس المهبلي (أثناء المخاض) :

1- نعتد بقياس درجة التدخل على الخط الوهمي الذي يصل بين الشوكين الوركين في حوض المرأة ، والذي يمثل الدرجة (0) في التدخل ، فحين يكون الرأس بمستواه يأخذ التدخل الدرجة (0) ويكون الرأس في بدء التدخل ، وحين يكون الرأس أعلى هذا الخط يعطى التدخل قيمة سلبية (-1 ، -2 ، -3) ، أما حين يكون الرأس أسفل هذا الخط فإن التدخل يبدأ بأخذ القيم الإيجابية (+1 ، +2 ، +3) .

2- كما يمكن تقدير تدخل المجرى بمحاولة إدخال الأصابع بين مجيء الجنين والقاع الحوضي العجاني كما يلي :

- إذا أمكن إدخال ثلاث أصابع بين أخفض نقطة من الرأس والقاع الحوضي العجاني ← الرأس غير متدخل .
- إذا أمكن إدخال إصبعين ← الرأس آخذ بالتدخل .
- إذا أمكن إدخال إصبع واحد فقط ← الرأس متدخل عميقاً .



OLD CLASSIFICATION
(Subjective)

NEW CLASSIFICATION
(Estimated distance in
centimeters from the
ischial spines)

ثالثاً: المخاض الكاذب :

- تشعر الحامل في الأسابيع الأخيرة للحمل - عادة قبل 4 إلى 8 أسابيع من تمام عمر الحمل - بتقلصات رحمية فيزيولوجية ، تدعى تقلصات براكستون هيكس (المخاض الكاذب) ، وقد تأتي المرأة إلى المشفى بشكاوى تتعلق بهذه التقلصات ، فكيف نستطيع عندها تفريق المخاض الحقيقي عن المخاض الكاذب ؟
- تتصف تقلصات براكستون هيكس بأنها خفيفة ، غير منتظمة ، لا تزجج المرأة ، مع العلم أنها تصبح في الاسبوع الأخير من الحمل مؤلمة نسبياً دالة على قرب المخاض وتلتبس به لذا دعيت أيضاً بأمارات المخاض ، تتراوح شدتها بين ٢٠-٢٥ ملم ز، وهي المسؤولة عن المشية المميزة للمرأة الحامل في الأشهر الثلاثة الأخيرة حيث تسير واضعة راحة يدها على أسفل ظهرها استجابة لهذه التقلصات الخفيفة .
- ويميز بين المخاض الكاذب والمخاض الحقيقي بالنقاط الموضحة في الجدول التالي:

المخاض الكاذب	المخاض الحقيقي
تتقارب التقلصات وتشتد نسبياً ولكنها لا تتسم بالانتظام .	تتقارب التقلصات وتشتد بتواتر سريع ومنتظم .
غير مؤلم أو أن آلامه خفيفة وتستجيب للمسكنات .	مؤلم و آلامه لا تسكن بالمسكنات .
لا يترافق بامحاء واتساع عنق الرحم .	يترافق بامحاء واتساع عنق الرحم .
مهمته تهيئة الرحم والعنق للمخاض الحقيقي.	مهمته قذف محصول الحمل.

✓ التقلصات الرحمية لا إرادية انعكاسية تسيطر عليها الجملة العصبية الودية ونظيرة الودية .

✓ تبدأ التقلصات الرحمية من أحد قرني الرحم في القعر ثم تنتشر كموجة إلى باقي أجزاء جسم الرحم ويكون التقلص على أشده في قعر الرحم ، وتقل شدته تدريجياً حتى تنعدم عند مضيق الرحم والقطعة السفلية ؛ بسبب انعدام الطبقة الشبكية (والمسؤولة عن تقلصات الرحمية) .

✓ يتسرع نبض الماخض أثناء التقلصات الرحمية ويرتفع ضغطها الدموي قليلاً، أما الجنين فتخف شدة ضربات قلبه وتتباطئ.

✓ تقلص جدار البطن(الحزق):

تضاف إلى قوة التقلصات الرحمية في دور انقذاف الجنين قوى جديدة ناجمة عن تقلص عضلات جدار البطن مشكلة حزاماً يضغط على الرحم والجنين دافعاً إياهما نحو التقعير الحوضي ، والحزق في بدئه يكون إرادياً حيث تأخذ الماخض تنفساً عميقاً ثم تتمسك بأطراف السرير وتقلص عضلات بطنها محققة حالة الجهد (الكبس) ، غير أن الحزق يصبح انعكاسياً في أواخر دور الانقذاف .

○ المخاض :

أولاً : تعريف المخاض وتشخيصه :

- المخاض عملية فيزيولوجية تحدث خلالها تغيرات في الجهاز التناسلي للمرأة لإعداده لعملية الولادة وقذف محصول الحمل .
- وهو بالتعريف : تقلصات رحمية منتظمة مشتدة ، تتكرر كل 3 دقائق ، وتدوم 30-60 ثانية ، تبلغ شدتها ٤٠-٥٠ ملم ز وتصل في الطور الثاني للمخاض حتى ٨٠-١٠٠ ملمز ، وتؤدي باشتدادها إلى تغيرات في عنق الرحم من امحاء واتساع يسمح بقذف محصول الحمل خارج الرحم .

❖ كيف نشخص المخاض ؟

- يشخص المخاض اعتماداً على ثلاثة أمور يجب أن تجتمع على الغالب حتى نجزم بأن المرأة التي أمامنا الآن هي في حالة مخاض ، وهذه الأمور هي :
- 1- آلام المخاض:** ولا يكتفى بها ، لأن بعض الولادات قد تحدث دون آلام تذكر ، كما أن تقلصات براكستون هيكس قد تسبب آلاماً تلتبس بآلام المخاض في بعض الأحيان .
 - 2- تبدلات عنق الرحم :** ولا يكتفى بها، لأن عنق الرحم قد يتسع في حالات الحمل التوأمي والاستسقاء السلوي دون مخاض .
 - 3- تمزق جيب المياه:** ولا يكتفى به فقد تتمزق الأغشية تمزقاً باكراً ، أو قد يبدو لنا انطلاق البول أثناء الولادة على أنه تمزق أغشية وهو ليس كذلك .

جيب المياه :

- عندما يبدأ عنق الرحم بالاتساع تظهر الأغشية وتبرز في فوهة الرحم يملؤها السائل السلوي مكونة جيب المياه .
- يتوتر جيب المياه في كل تقلص ثم يغدو رخواً في الفواصل بين التقلصات الرحمية ، ويتمزق جيب المياه عادة عند تمام اتساع العنق ، وقد ينبثق قبل تمام الاتساع (التمزق الباكر) ، أو يتأخر تمزقه بعد اتساع العنق فيبادر حينها المولد ببثقه صناعياً.
- **وظيفة جيب المياه :**
 - ← يلعب دوراً في توسيع عنق الرحم .
 - ← يحمي جوف الرحم من الانتان الصاعد.
 - ← عند تمزقه يغسل المسير التناسلي بسائل عقيم ويرطبه ويساعد على تزلق المجيء .
- يبدو جيب المياه مسطحاً قليل التبارز في الأحوال الطبيعية (في المجيئات النظامية) ويبدو بشكل نصف كرة في المجيئات المعيبة (حيث يبقى المجيء عالياً).
- يكون ملمس جيب المياه ناعماً أملساً في الحالة الطبيعية ، وخشناً في ارتكاز المشيمة المعيب.

ثانياً: مراحل المخاض :

المخاض بتقلصاته كما ذكرنا يهدف إلى إخراج محصول الحمل، ولا يتم ذلك دفعة واحدة ، وإنما يتم بالتدرج ضمن مراحل قسمت إلى ما يلي :

1- طور الامحاء والانتساع: يبدأ من بداية الامحاء وينتهي بتمام الانتساع الكامل لعنق الرحم ، وهو يدوم عند الخروس 12-18 ساعة ، وعند الولود 6-9 ساعات .

2- طور الانقذاف: يبدأ من نهاية الانتساع الكامل لعنق الرحم وينتهي بخروج الجنين من الرحم ، وهو يدوم عند الخروس 1-2 ساعة ، وعند الولود 0.5-1 ساعة .

3- طور الخلاص: يبدأ من خروج الجنين وينتهي بخروج المشيمة من الرحم ، ويستمر طور الخلاص عند المرأة الخروس 15-30 دقيقة ، بينما يكون أسرع عند المرأة الولود ، أما الخلاص الموجه بتطبيق الأوكسيتوسين وريدياً بعد ولادة الجنين فإنه يختصر الزمن إلى 5-10 دقائق .

4- طور الاستقرار: تضيفه بعد المدارس، ويبدأ من خروج المشيمة ويستمر حتى 6 ساعات ، وفيه يتم استقرار حالة المرأة و دخولها فيما يشبه مرحلة الراحة بعد الولادة.

لنفصل الآن في دراسة ممتعة ومتسلسلة لهذه الأطوار الأربعة ..

❖ الطور الأول: طور الامحاء و الاتساع:

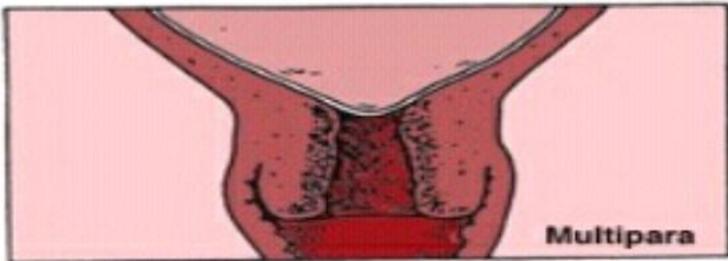
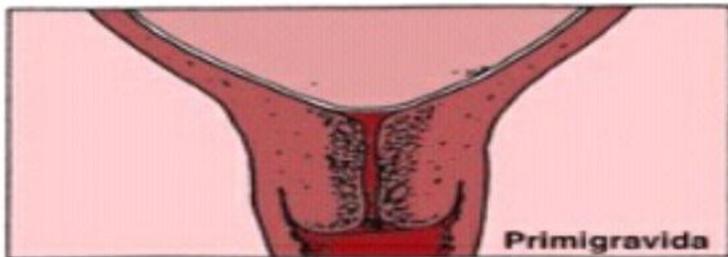
- والمقصود بالامحاء هو استواء عنق الرحم تماماً حتى يفقد الشكل القنوي المميز له، ويصبح سطحاً مستوياً متمادياً مع القطعة السفلية للرحم (أي يفقد عنق الرحم طوله الذي يبلغ 2سم قبل الامحاء)، وعند نهاية الامحاء تنطرح السداة المخاطية التي كانت تملأ قنواته بشكل مخاط كثيف مدمى أحياناً وهذا ما يسمى بالعلامة الدموية للمخاض . Bloody Show

- بعد تمام الامحاء تأخذ فوهة العنق الظاهرة بالاتساع تدريجياً (نتيجة قوى الشد الناجمة عن التقلصات الرحمية) حتى يبلغ قطرها حوالي 11سم في تمام الاتساع ، ويقدر اتساع عنق الرحم بالمس المهبلي إما بعدد الأصابع التي يمكن إدخالها في فوهة العنق المتسعة أو بالسنتيمترات ، وعند تمام الاتساع يتمزق جيب المياه عادة لكن ذلك ليس ثابتاً

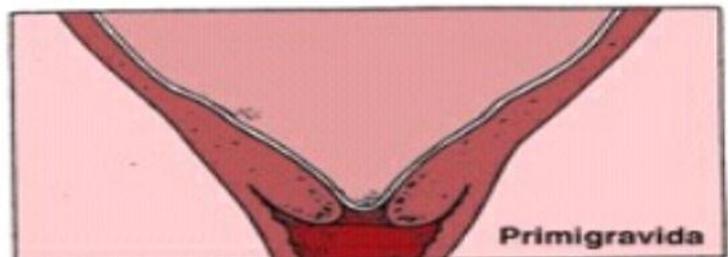
■ ويتألف طور الامحاء والاتساع بدوره من طورين :

- **الطور الكامن:** يبدأ من امحاء العنق حتى بداية الاتساع .

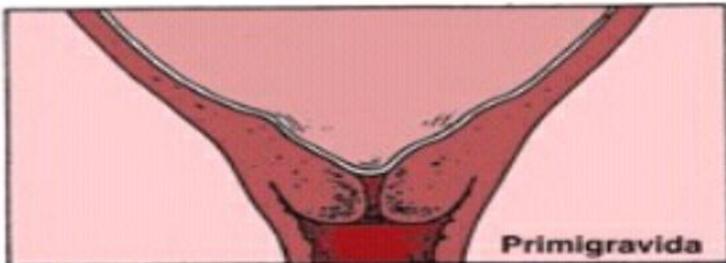
- **الطور الفعال:** يبدأ من بداية الاتساع (حيث يكون اتساع العنق 3-4 سم) حتى تمامه .



Cervix near the end of pregnancy, but before labour.



Further effacement of cervix



Beginning effacement of cervix. Note dilatation of internal os and funnel-shaped cervical canal.



Cervical canal obliterated, i.e., the cervix is completely effaced.

■ ما الذي يجب على المولد فعله في هذا الطور؟

- يتم وضع المرأة في هذا الطور بالوضعية النسائية، وتقتصر مهمة المولد على المراقبة فقط، حيث يفحص الماخض فحصاً نسائياً كاملاً، ويتحرى درجة اتساع العنق كما يتحرى حالة الأغشية.

- يلاحظ المولد هنا أن الامحاء والاتساع سيحصلان معاً بشكل متزامن عند الولود ، أما عند الخروس فسيحصل الامحاء أولاً ثم يليه الاتساع.

- ويجب عدم إهمال المعرفة الكافية بوضع المرأة الصحي ، فيجري المولد لها التحاليل اللازمة لتحديد زمرة الدم وعوامل التخثر ومستوى السكر في المصل ، ويتحرى أيضاً كل من السكر والبروتين في البول ، كما لا ينسى أن يتواصل مع الجنين الذي لا يزال مخبوءاً في رحم الأم ، فيقوم بالإصغاء إلى دقات قلبه خوفاً من تألم الجنين، والذي يستدل عليه باضطراب النظم القلبي .

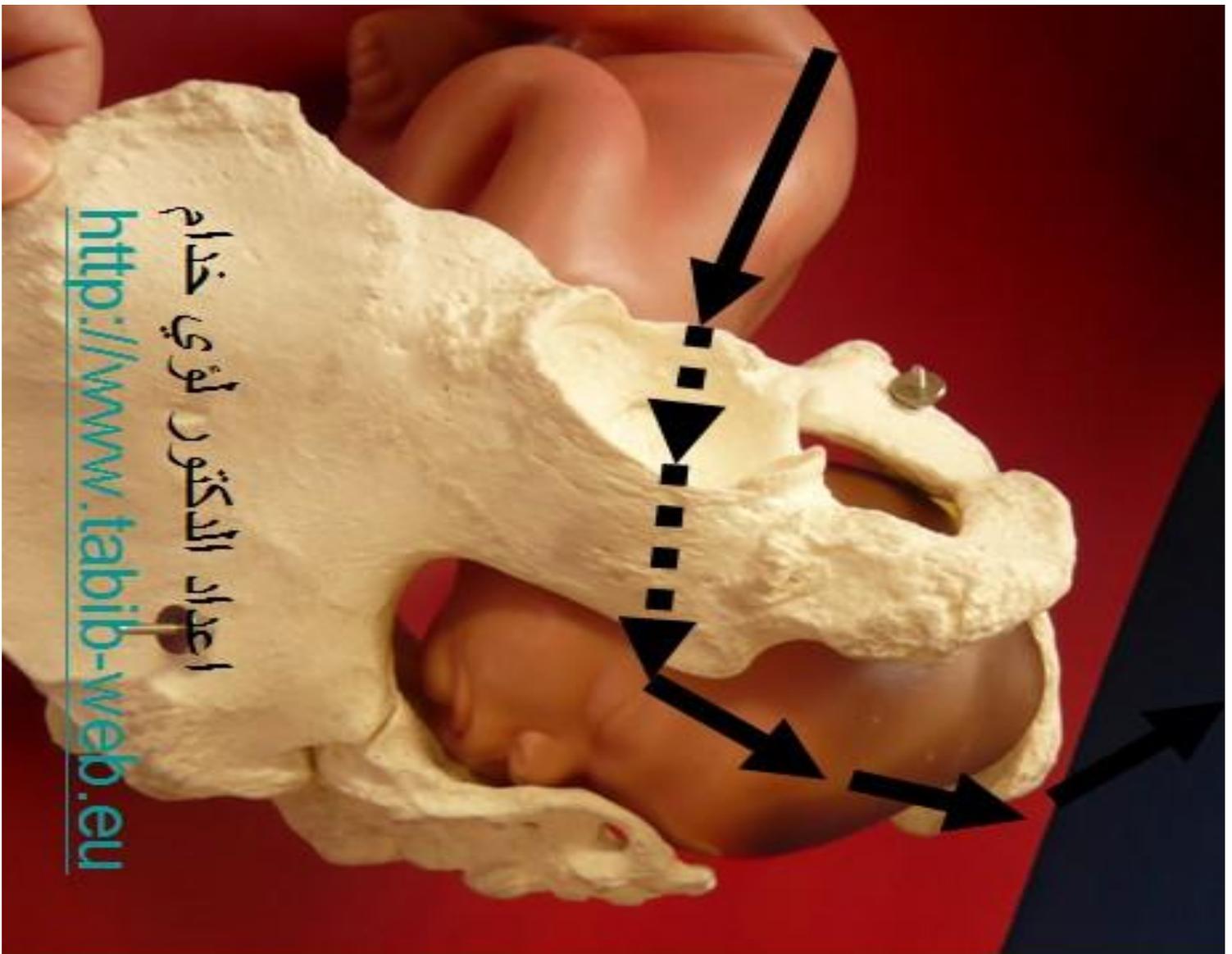
- ومن أهم الأمور التي يقوم بها المولد هي وضع قنطرة وريدية تحسباً لأي حالة طارئة تتطلب تدخل دوائي سريع .

❖ الطور الثاني : طور الانقذاف :

بعد أن تدخل المجيء عبر المضيق العلوي (مدخل الحوض) لحوض الأم ، وبعد أن تم امحاء عنق الرحم واتساع فوهته ، يبدأ الجنين بالتقدم في المسير التناسلي للأم ويبدأ عندها طور الانقذاف.

تقدم الجنين في المسير التناسلي:

إن أبعاد الحوض ليست متساوية، فارتفاع القناة الحوضية في الأمام أقصر بكثير من ارتفاعها في الجانبين والخلف ، وإن شكل الحوض الصغير مختلف في مستوياته المختلفة ، ونظراً لتباين شكل كل من الحوض والرأس ، يتعذر على الرأس اجتياز القناة التناسلية بخط مستقيم دون القيام بحركات واستدارات حول محاور الحوض المختلفة ، ولكي تتم ولادة الجنين لابد لجذع الجنين أيضاً بالإضافة لرأسه من القيام بحركات واستدارات بحيث تتوافق أقطارهما الطويلة مع الأبعاد الطويلة للحوض وعلى هذا تتوالى الأحداث الآلية للولادة ، ولنتحدث عنها بالتفصيل تحت عنوان مراحل طور الانقذاف .



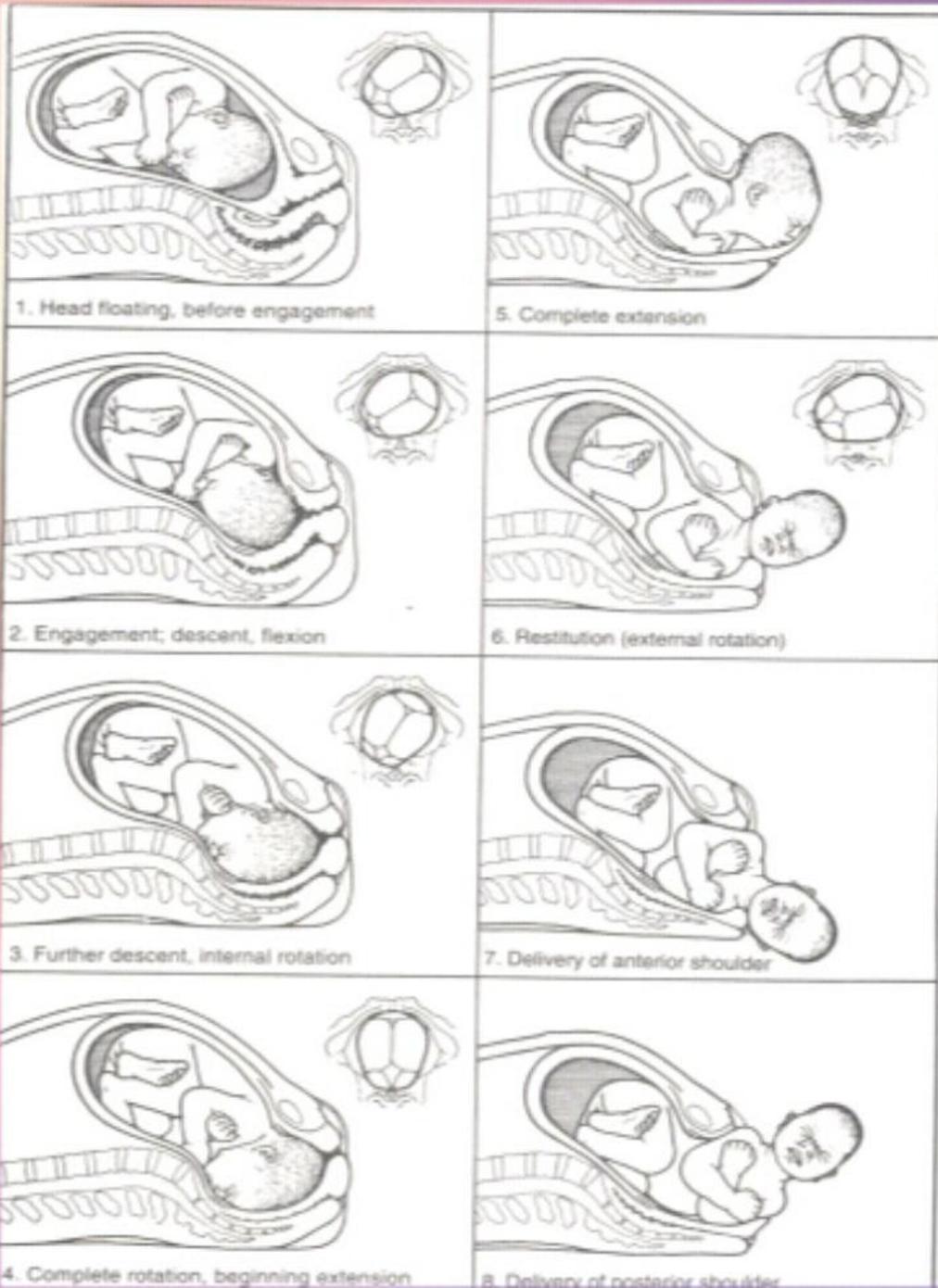
اعداد الدكتور لؤي خدام
<http://www.tabib-web.eu>

تتوضع القمة تحت العانة
ينحني الرأس ليرسم بطريقة انحناء عظم العجز

■ ما مراحل طور الانقذاف ؟

1- نزول الرأس مع الدوران في باطن الحوض :

بعد التدخل يأخذ الرأس بالنزول عميقاً في التقعير الحوضي، و أثناء النزول يتعرض لمقاومة جدران الحوض مما يؤدي لزيادة انحناء الرأس واقتراب ذقن الجنين من صدره، ثم يأخذ الرأس بالدوران نحو الأمام بمقدار 45 درجة مع ثبات الجذع ، وذلك ليوافق قطره تحت القفوي البرغماوي القطر الطويل للمضيق السفلي (وهو أمامي خلفي) فيصبح القفا متجهاً نحو الأمام باتجاه العانة ، ويصبح المجيء حينئذ بوضع قفوي عاني ويستعد للتخلص من هذا الوضع .



٢- تخلص الرأس مع انبساطه :

يلد الرأس بحركة انبساط سريعة

ليتخلص بقطره تحت القفوي

البرغماوي أولاً ثم تحت القفوي

الجبهي، وهو أطول الأقطار (في حالة

المجيء القمي) حيث يشكل تخلصه

النقطة الحرجة ، لتتخلص بعده الأقطار

الأخرى بسهولة.

إذاً: يخرج القفا أولاً ← الجبهة ←

الأنف ← الفم ← وأخيراً الذقن التي

تنزلق فوق العجان.

يسارع المولد أثناء تخلص الرأس إلى

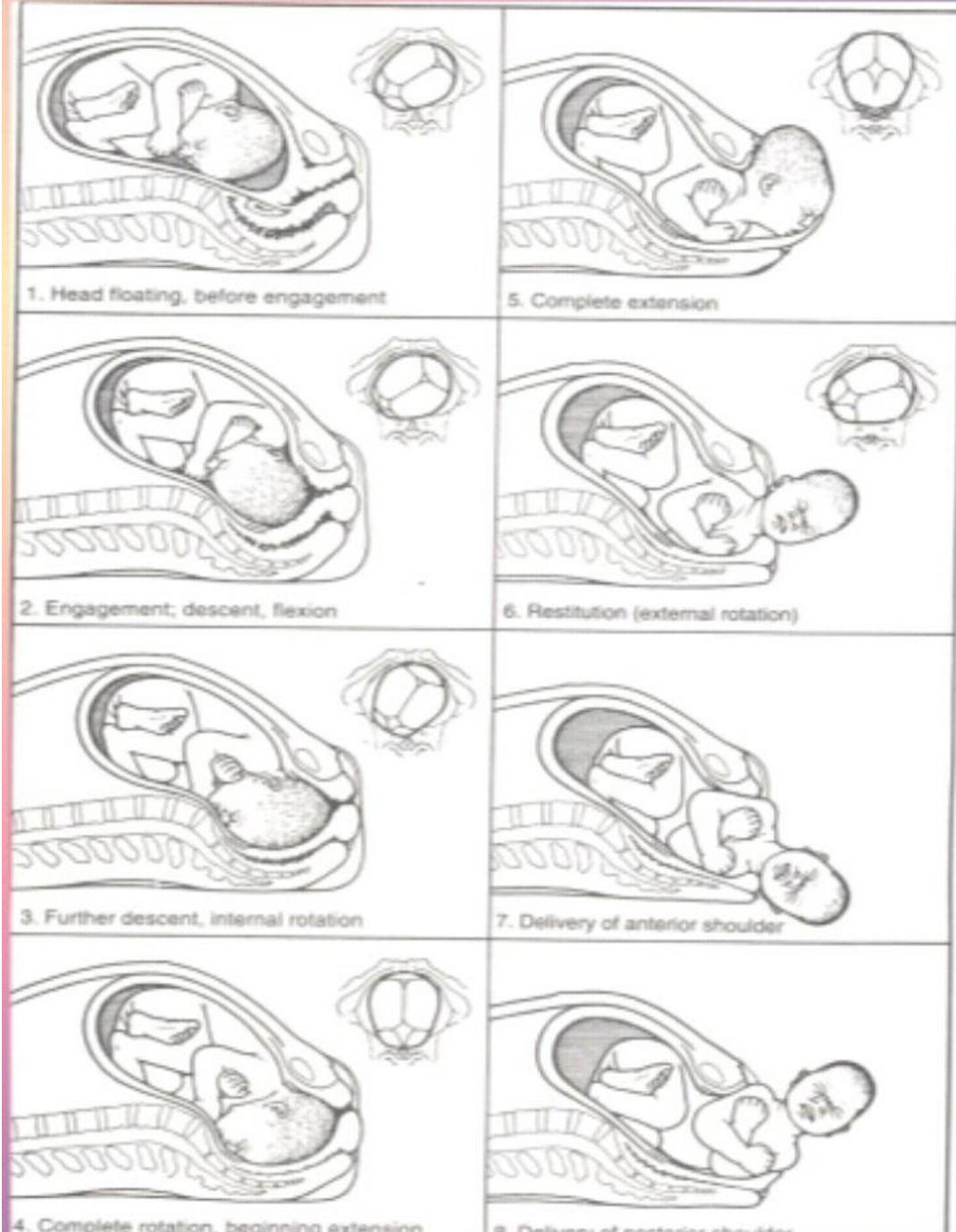
ردف العجان بيده بينما يضع يده

اليسرى مبسوطة على رأس الجنين

ويضغط بأصابعها على قمة الرأس

لتعديل سرعة الانقذاف وليساعد في

تمام انعطاف الرأس .



1. Head floating, before engagement

5. Complete extension

2. Engagement; descent, flexion

6. Restitution (external rotation)

3. Further descent, internal rotation

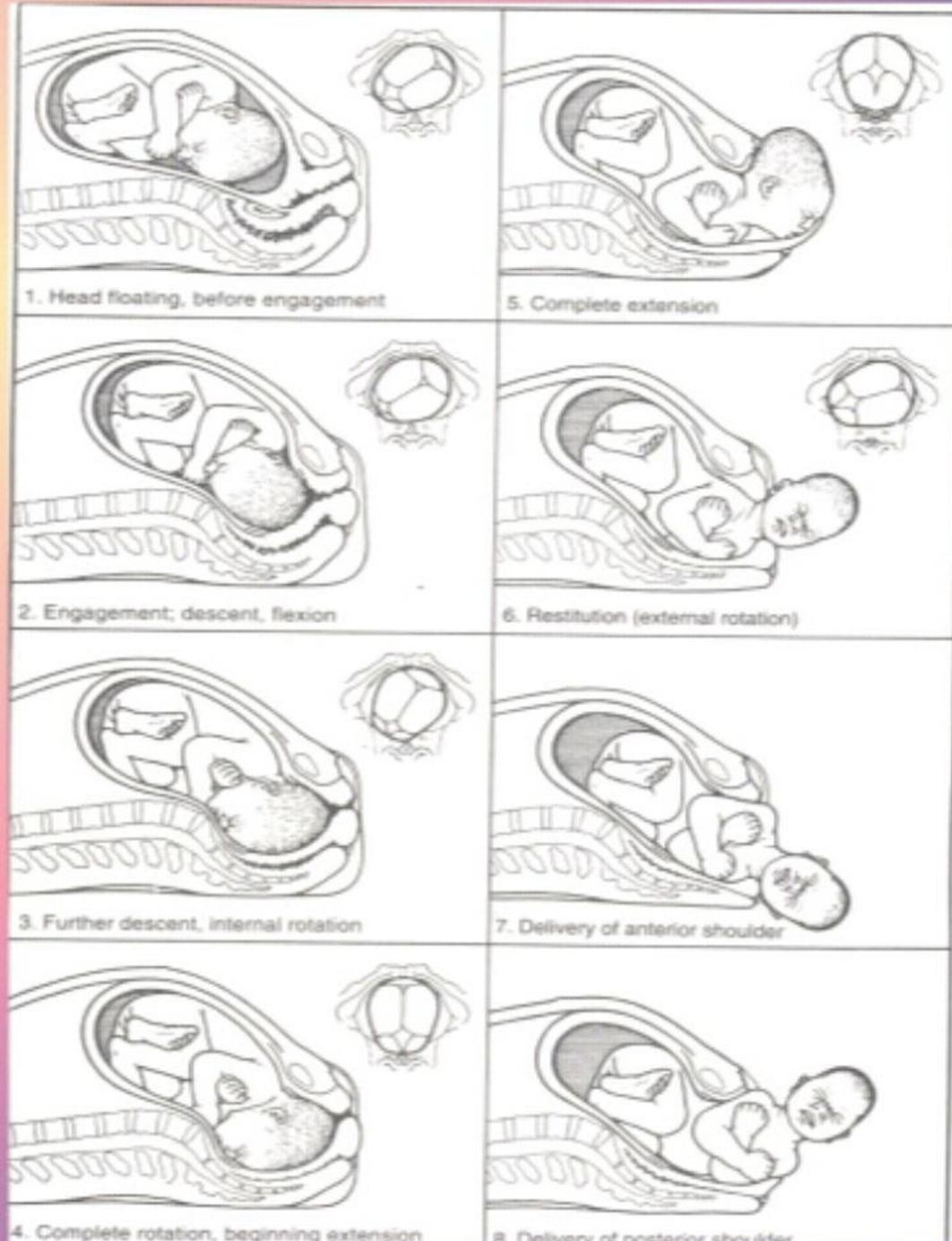
7. Delivery of anterior shoulder

4. Complete rotation, beginning extension

8. Delivery of posterior shoulder

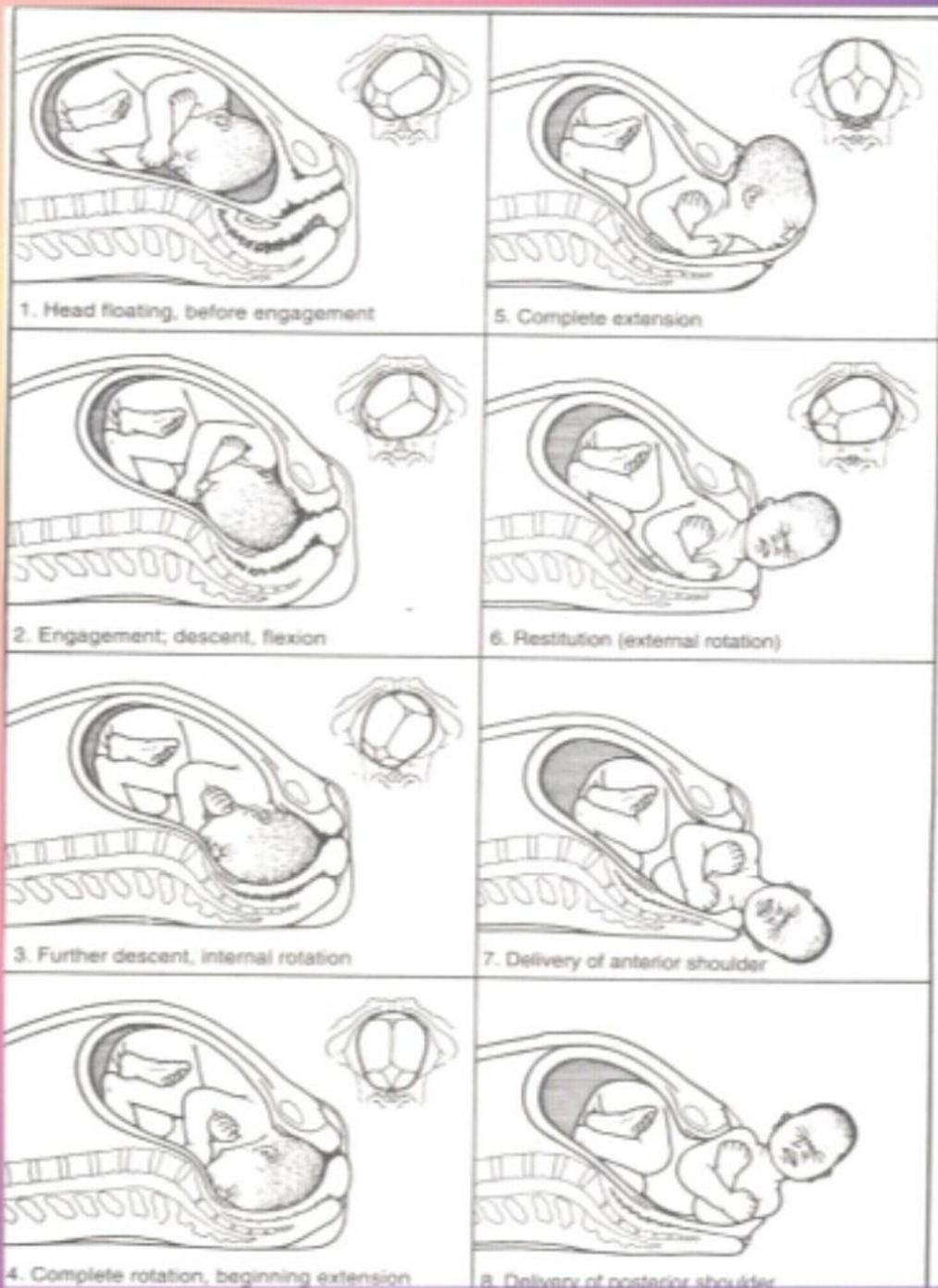
3- انبساط الرأس ودوران الرأس الخارجي (المعاوض) :

بعد تخلص الرأس (حيث يكون وجه الجنين ناظراً للأسفل) يبدأ بإجراء دوران معاوض معاكس لدورانه الأول وبمقدار 45 درجة أيضاً، بحيث يصبح القطر الرأسي بين الحدبتين موازياً للقطر بين الكتفين مجدداً، كما كان قبل دورانه الأول، وبذلك يصبح وجه الجنين ناظراً إلى فخذ أمه الأيمن نتيجة المجيء الأيسر الأمامي، وقد يساعد المولد الجنين على إجراء هذا الدوران بلطف.



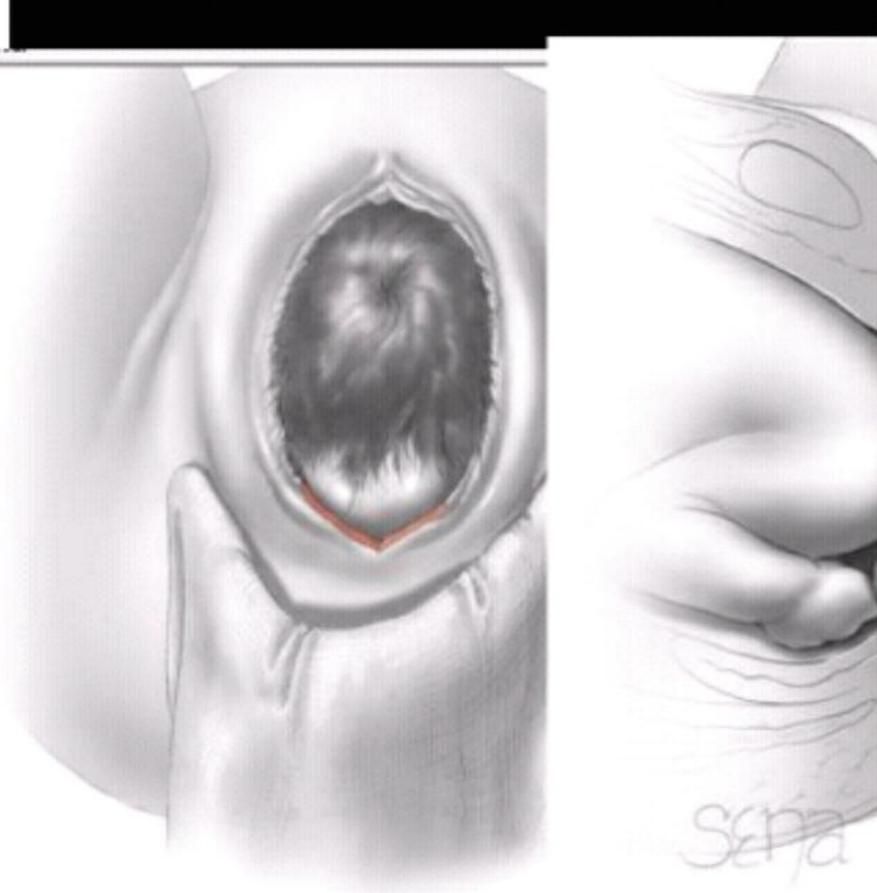
4- تخلص الكتفين وتمام الانقذاف :

يتدلى الرأس فيجر بثقله الكتف اليمنى الأمامية التي تظهر تحت الحافة السفلية للجانة مخلصاً إياها(أو أن يقوم المولد بكلتا يديه بجر رأس الجنين للأسفل حتى يتم تخليص الكتف اليمنى الأمامية) ، ثم إن استمرار التقلص الرحمي يدفع جذع الجنين مخلصاً الكتف اليسرى الخلفية (أو أن يقوم المولد من جديد بحركة معاكسة بجر رأس الجنين نحو الأعلى لتخليص الكتف اليسرى الخلفية) ، ثم يحتضن المولد صدر الجنين بكلتا يديه ويقوم بسحبه لتخليص الجذع وهكذا يكون طور الانقذاف قد بلغ نهايته .



✓ ما هو ردف العجان وما أهميته ؟

ردف العجان هو تقريب جلد منطقة العجان من المحيط إلى المركز ، وكأننا نقوم بعملية تجميع له باليد نحو عويكشة الفرج ، يفيد هذا الإجراء في الحفاظ على منطقة العجان سليمة وحمايتها من التمزقات ، كما أنها قد تغنينا عن خزع الفرج الوافي .

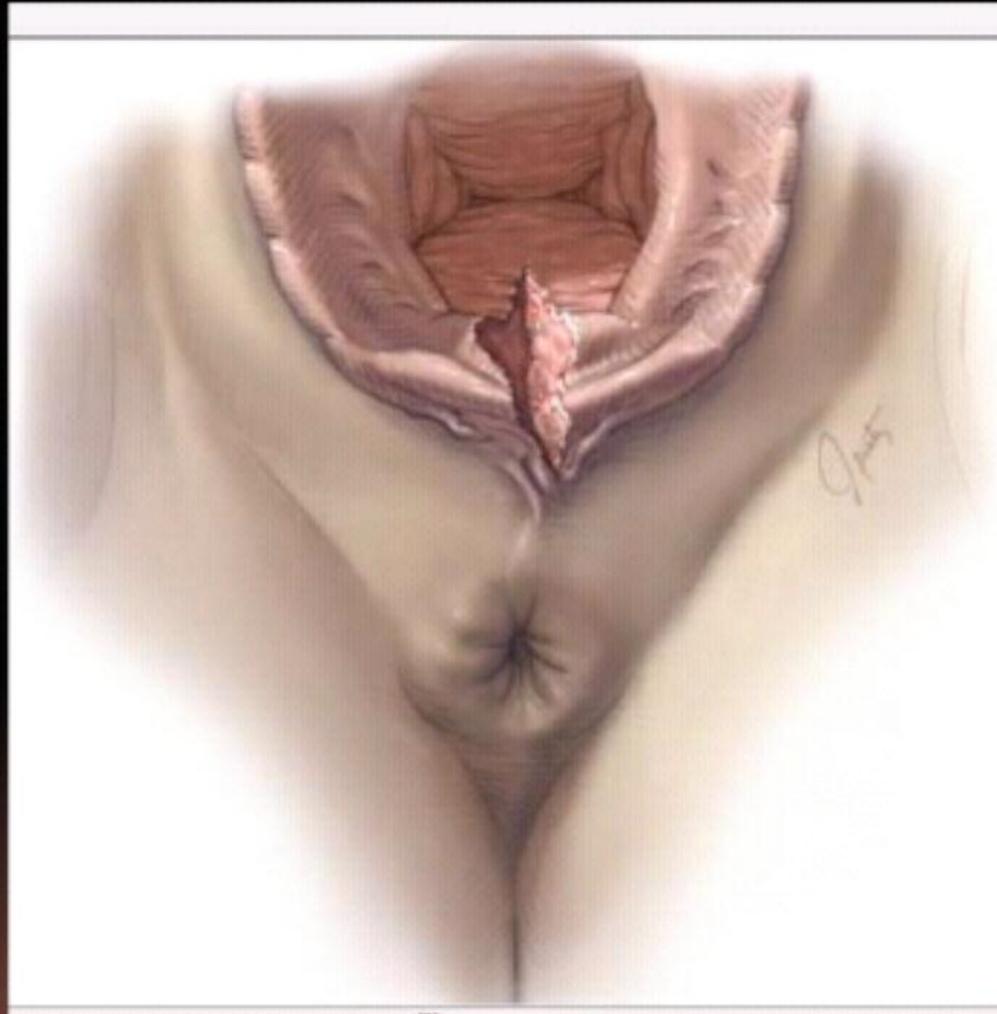


ولكن ما هو خزع الفرج الواقي ولم نقوم به ؟

خزع الفرج الواقي هو تمزيق يحدثه الطبيب بنفسه لمنطقة العجان بمقص عقيم وبشكل مستقيم الحواف تسهل خياطته وتحسن ندبته ، وذلك خوفاً من التمزق العفوي الناجم عن تمدد منطقة العجان ، والذي قد يكون تمزقاً بحواف غير منتظمة ، يصعب التعامل معه ويترك ندبة سيئة .

متى نلجأ إلى خزع الفرج الواقي ؟

ليس من الضرورة أن نلجأ إلى خزع الفرج الواقي عند كل خروس ، فقد تكون منطقة العجان لينة بشكل يحميها من التمزقات، ولكن نلجأ إلى خزع الفرج الواقي عندما تظهر على العجان علامات تسبق التمزق ، وهي ثلاثة علامات : التوسع الشديد للمنطقة ، فقر الدم والشحوب(نتيجة انضغاط الأوعية) ، لمعان الجلد .



✓ كيف نقوم بخزع الفرج الواقى ؟

هناك طريقتان للخزع لكل منهما سلبياتها و ايجابياتها :

1- الخزع على الخط المتوسط باتجاه الشرج : لا يقوم به إلا خبير .

من ايجابياته : سهل ، غير مؤلم ، غير نازف بشدة ، ترميمه جيد وندبته جيدة .

من سلبياته : احتمال امتداد الخزع إلى المعصرة الشرجية وتمزقها في حال التمدد الزائد

لمنطقة العجان ، وهي مشكلة كبيرة لكل من المرأة والطبيب .

2- الخزع على الخط المتوسط ثم الانحراف نحو أحد الجانبين :

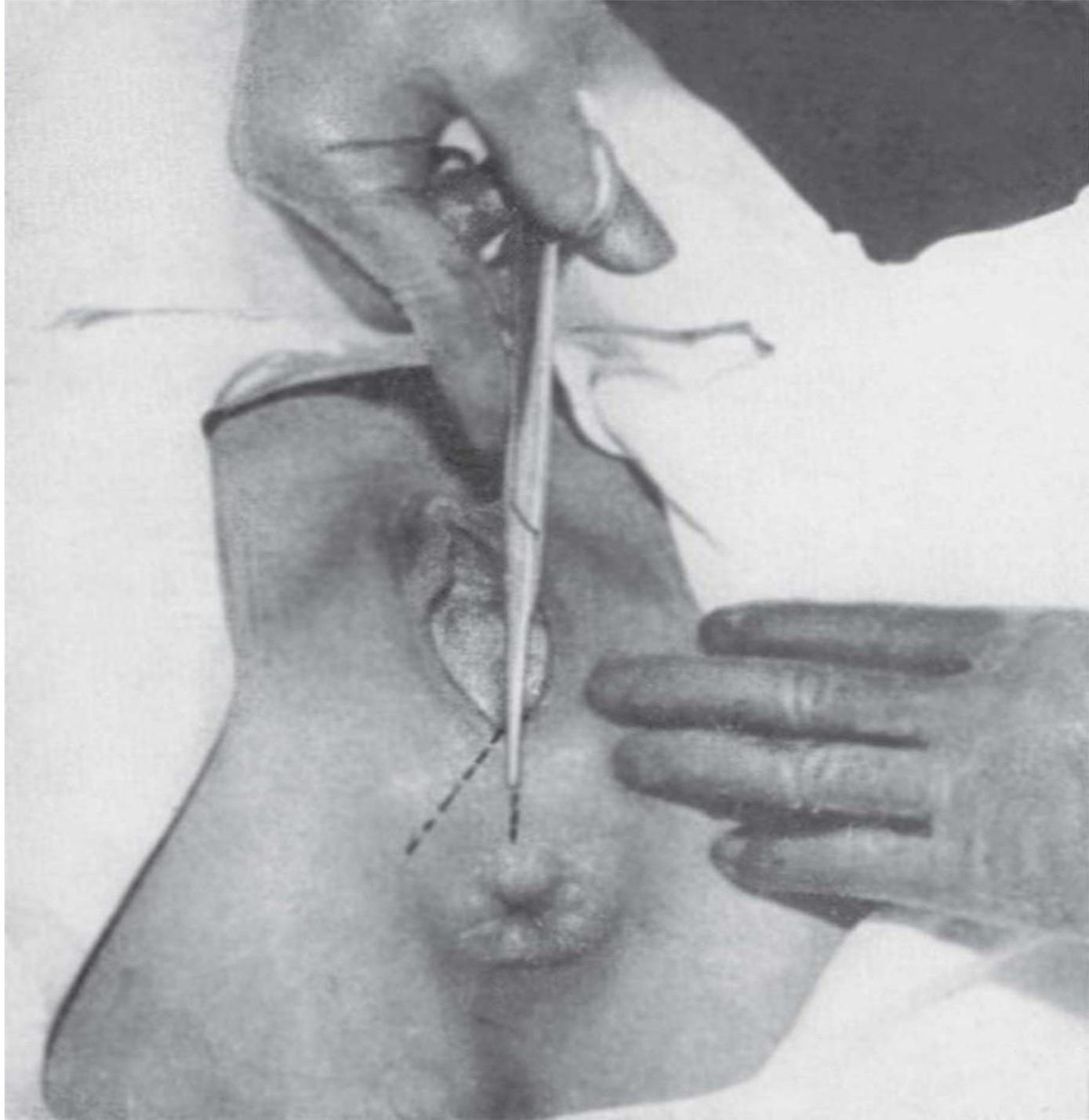
من ايجابياته : نتجنب من خلاله احتمال تمزق المعصرة الشرجية .

من سلبياته : مؤلم ، نازف بشدة ، ترميمه صعب وندبته سيئة .

- بعد ولادة الرأس تدخل الأصابع فوراً في المهبل للتأكد من عدم وجود التفاف وكان غير

مشدود تحل الأنشطة بحذر وترفع عن عنق الجنين ، أما إذا كان الالتفاف شديداً وتعذر

رده يقطع السرر بين ملقطي كوشر ويزال الالتفاف .



■ الولادة في الوضع القفوي الحرقفي الأيمن الخلفي :

- الأوضاع الخلفية للمجيء القمي من أهم أسباب تطاول زمن المخاض ؛ نتيجة لصعوبة التدخل وبطء الدوران ، ولكن في حوالي 80% من الحالات إذا كانت الظروف مواتية من حيث تقلصات الرحم وحجم الجنين ودرجة انعطاف الرأس وسعة الحوض ، يتطور المخاض طبيعياً وتتم الولادة بفارق بسيط بالزمن عنه في الأوضاع الأمامية.
- تتوالى آلية الولادة في الوضع القفوي الحرقفي الأيمن الخلفي بنفس أزمنة الولادة التي يمر بها الوضع الأيسر الأمامي مع بعض الاختلاف ، فعوضاً عن أن يكون التدخل بالقطر تحت القفوي البرغماوي ، يتم التدخل (نتيجة نقص انعطاف الرأس) **بالقطر القفوي الجبهي** وطوله 11.5 سم وذلك حسب القطر المائل الأيسر للمضيق العلوي، ويتم التدخل بصعوبة ويبقى الرأس ناقص الانعطاف لفترة أطول .
- أما النزول والدوران في باطن الحوض فيتأخر حتى يتم وصول الرأس إلى قاع الحوض ويتم الانعطاف فتكون التقلصات الرحمية شديدة ومؤلمة ، ويبدأ الرأس بالدوران للأمام بمقدار **135 درجة** ، بحيث يصبح بوضع معترض أيمن ثم بوضع أيمن أمامي وينتهي بالوضع القفوي العاني ، وبعدها تتوالى آلية الولادة كما في الوضع القمي الأيسر الأمامي .

DELIVERY POSITION

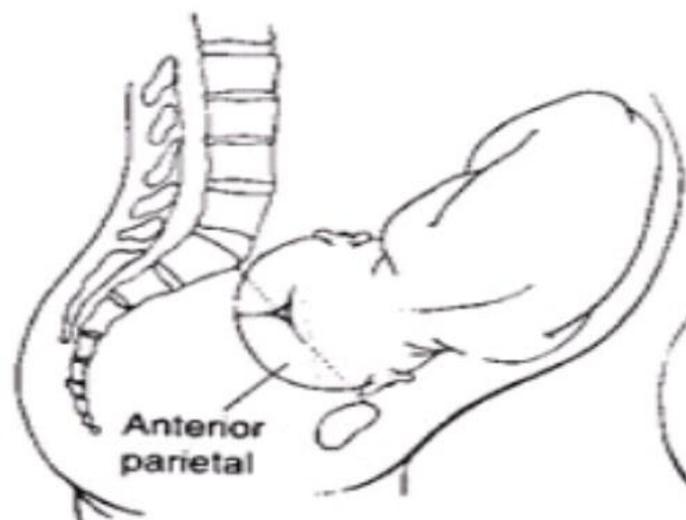
RIGHT OCCIPUT POSTERIOR
(ROP)



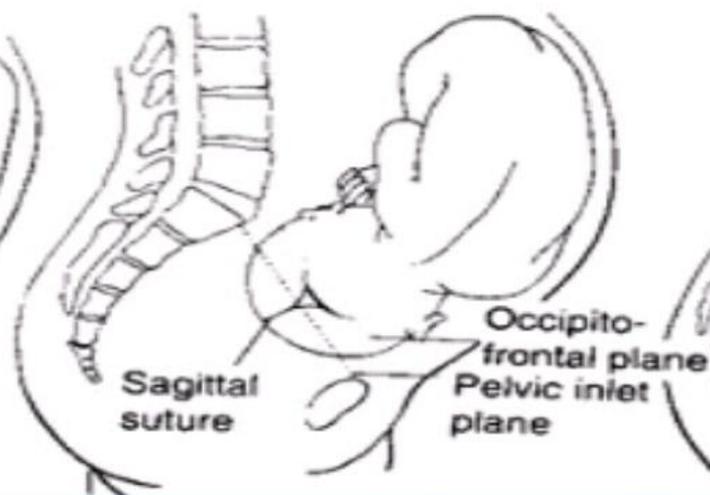
■ الانحراف والشذوذ في آلية الولادة في المجيء القمي (بأوضاعه الأمامية والخلفية):

- 1- قد لا يتصغر الرأس جيداً ولا يحدث الانعطاف كاملاً.
- 2- قد يتأخر التدخل أو لا يحصل إذا لم يتصغر الرأس أو قد يحصل بشكل غير نظامي (بالحدبة الأمامية أو بالحدبة الخلفية).
- 3- قد يكون دوران الرأس ناقصاً في باطن الحوض حيث يتوقف الرأس ويتعضل في الوضع المعترض وهذا ما يسمى التوقف المعترض .
- 4- قد يدور الرأس دوراناً معيباً إلى الخلف فيصبح بوضع قفوي عجزي ، عندها يتقدم ببطء وتظهر الجبهة أولاً بين الأشفار ثم يتوقف جذر الأنف عند الحافة السفلية لوصل العانة مستنداً عليها ليحدث انعطاف تدريجي للرأس يتخلص به الحدبتان الجداريتان ثم القفا ، ومتى تم لك يميل الرأس بثقله نحو الأسفل ليظهر الأنف ثم الوجه والفم والذقن ليتم بذلك التخلص الرأس .

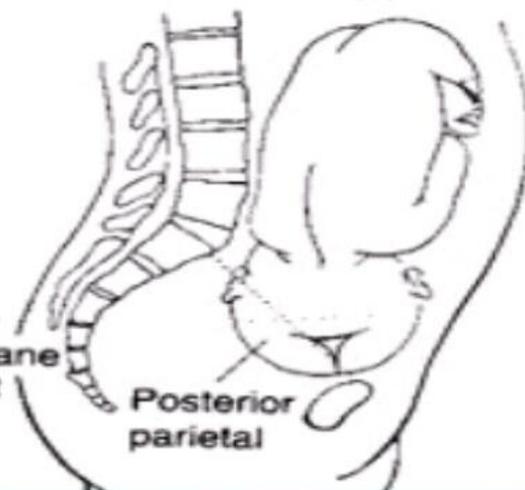
Anterior asynclitism
Naegele's obliquity



Normal synclitism



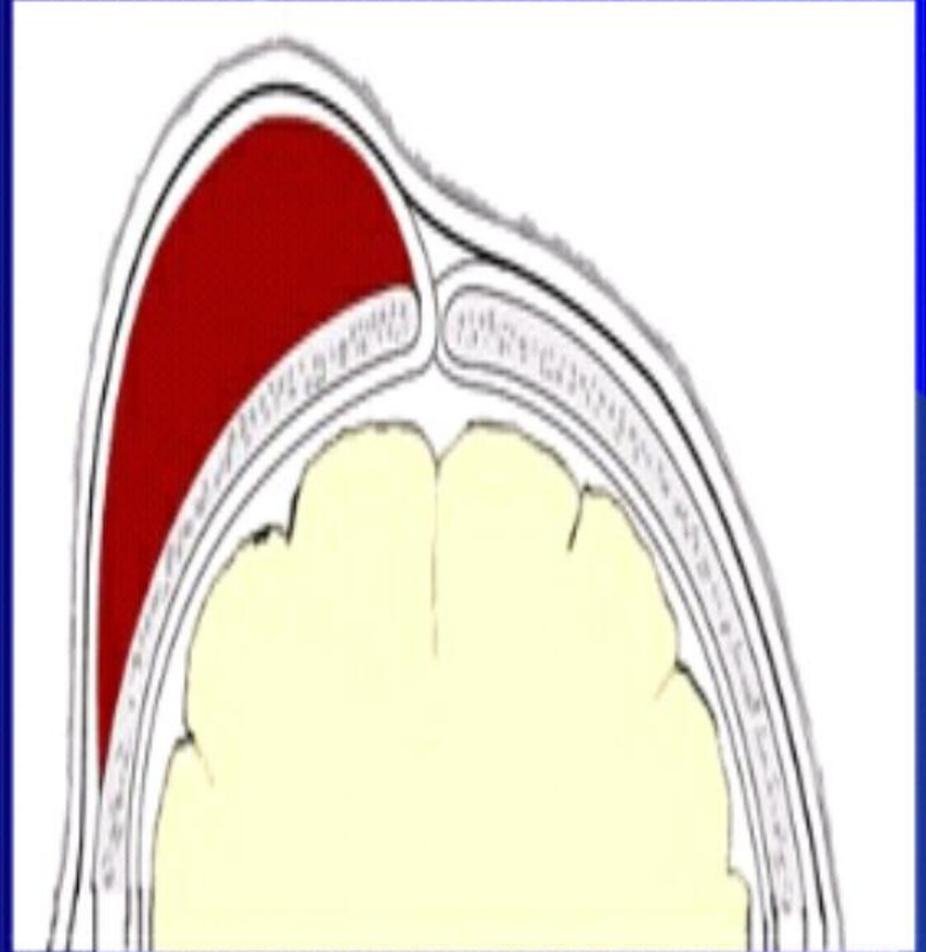
Posterior asynclitism
Litzmann's obliquity
Ear presentation



■ التبدلات المصورة في الجنين أثناء المخاض :

- تحدث في أقسام الجنين المختلفة أثناء عبوره القناة التناسلية تبدلات من شأنها تصغير أبعاد الجنين ، ويتم ذلك بالرأس بترابك عظام الجمجمة أو باشتداد الانعطاف أو الانبساط، وفي الجذع والأقسام الرخوة (كالاليتين) بالتكوم والانضغاط .
 - ونتيجة لاحتكاك الرأس وانضغاطه بجدران الحوض ومضائقه يحدث ارتشاح مصلي دموي في النسيج الخلوي تحت فروة الرأس مشكلاً ما يدعى بالحدبة المصلية الدموية.
 - وكذلك نتيجة مرور الرأس في القناة التناسلية يتم تغير شكل الرأس فيتكيف بحسب شكل القناة التناسلية ، وتسمى هذه الحادثة بالتقوالب ، ويختلف تقوالب الرأس بحسب المجيئات ليأخذ شكلاً متطاولاً باتجاه القفا في المجيء القمي .
- والآن ، وقبل الانتقال إلى طور الخلاص ، هناك ما يجب على المولد القيام به من تقدير حالة الوليد ، وتسجيل علاماته الحيوية في إضبارة خاصة به ، وهي مهمة موكلة للطبيب المولد قبل طبيب الأطفال ، ويلحق قانونياً في حال إهمالها ، لأن ما يمكن أن يكون الجنين قد واجهه أثناء الولادة من مشاكل قد يؤدي إذا لم يتم تداركه إلى مشاكل صحية للطفل يمكن ألا تكتشف إلا في سن المدرسة ، لذا يجب على الطبيب أن يثبت من خلال إضبارة المولود أنه أتم مهمته بنجاح ، حتى لا يكون مسؤولاً أمام القانون عن أي مشكلة تواجهه الطفل في مراحل حياته اللاحقة .

Caput Succedaneum:

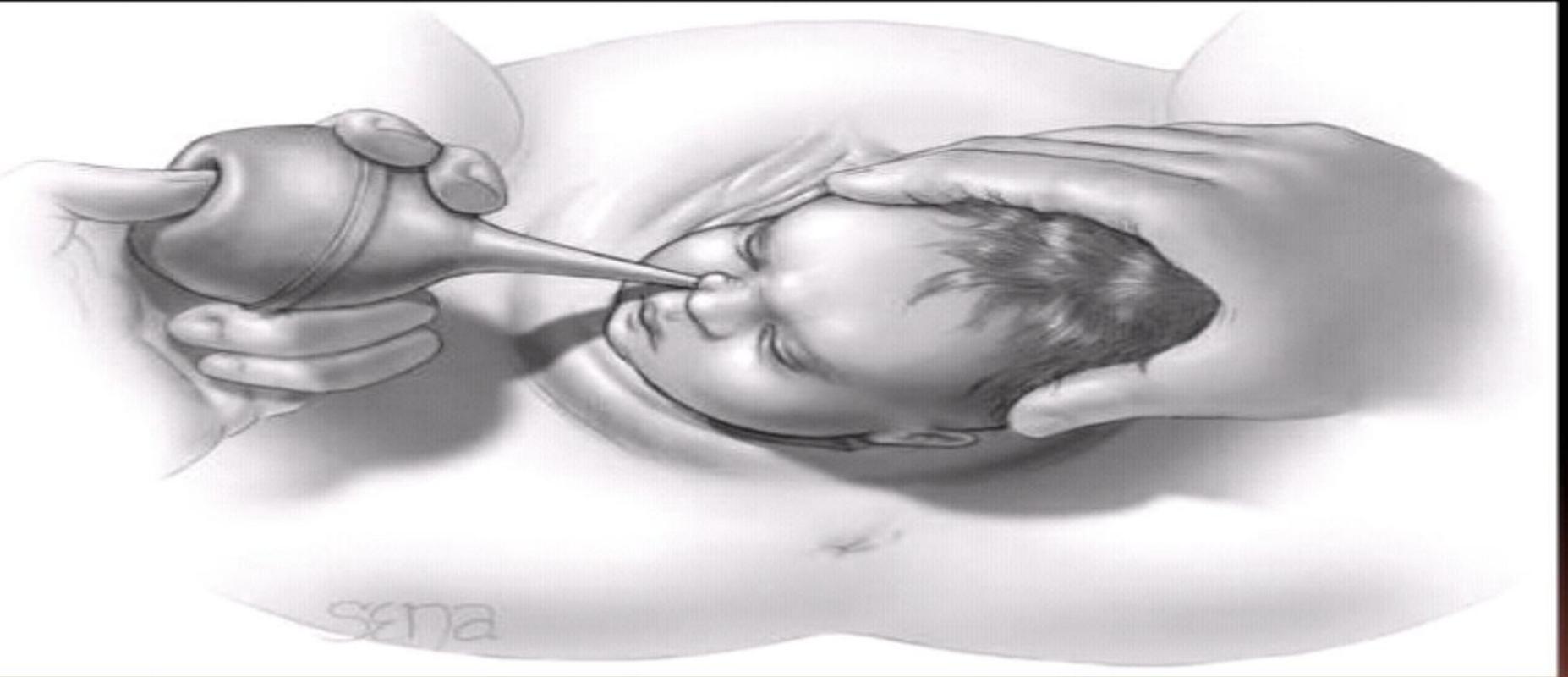


Extracranial Hemorrhage or Edema in Newborn



ما هي الإجراءات التي يجب على الطبيب المولد القيام بها تجاه المولود الجديد؟؟

يجب على الطبيب المولد (فور تخلص الرأس) أن يقوم برشف المفرزات من الفم والأنف بواسطة ممص خاص بذلك ، أو تطبيق جهاز التنفس الاصطناعي إن لزم الأمر،



- ما هي الإجراءات التي يجب على الطبيب المولد القيام بها تجاه المولود الجديد؟؟
- يقوم الطبيب المولد بوضع المولود على طاولة المخاض، ثم ينتظر نصف دقيقة حتى يقوم المولود بصرخته الأولى ، وبعد ذلك يقوم المولد بقص السرر (يمسك السرر بين ملقطين ويقطع بينهما) .
 - ثم يلتفت إلى المولود ليقوم بحالته الصحية وفق معيار أبغار الذي يعتبر أداة جيدة لتقييم الحالة العامة للمولود مباشرة بعد الولادة (الدقيقة الأولى) وبعد فترة من المراقبة (الدقيقة الخامسة) ، وهو يفيد في معرفة فيما إذا كان المولود يحتاج لإنعاش أو لا ، ويشتمل المعيار على خمسة عناصر يوضع لكل منها علامتين كما هو موضح في الجدول التالي :

الدرجات	0	1	2
ضربات القلب	معدومة	أقل من 100د/د	من 100-140 د/د
التنفس	معدوم	بطيء غير منتظم	جيد ، صراخ
المقوية العضلية	معدوم	حركة خفيفة	حركات نشيطة
المنعكسات	لا توجد	صياح	حركة ، صراخ عالي
لون الجلد	أبيض أو أزرق شاحب	الجسم وردي والأطراف زرقاء	وردي

- أن يحصل المولود على علامة تتراوح بين 7-10 فإن ذلك يدل على حالة عامة جيدة جداً ، أما انخفاض الرقم إلى 5-6 فهذا يدل على حالة متوسطة (اختناق خفيف) ، وإذا كانت المحصلة 2-3 فإن ذلك مؤشر إلى حالة سيئة للمولود (اختناق شديد) .
- معيار أبغار الطبيعي هو 7 أو أكثر في الدقيقة الأولى و 9 أو 10 في الدقيقة الخامسة.

مجموع أبغار في الدقيقة الأولى يعكس حاجة المولود للإنعاش العاجل ، أما مجموع أبغار في الدقيقة الخامسة فهو يعتبر مشعر مفيد لتقييم فعالية محاولات الإنعاش التي أجريت على المولود .

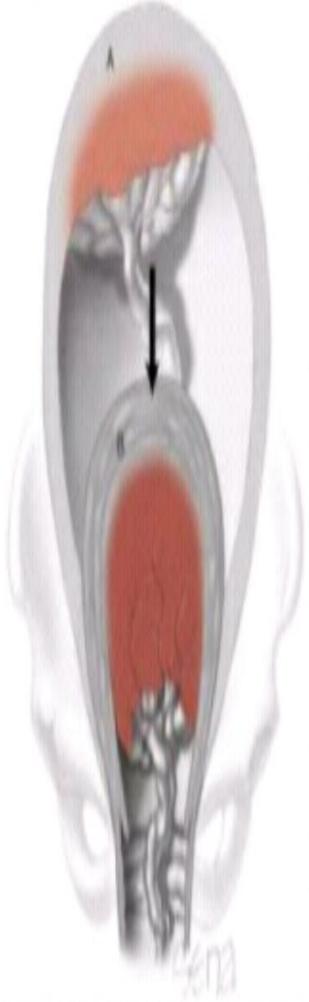
لمجموع أبغار في الدقيقة الخامسة دلالة إنذارية هامة ، فهو يفيد في التنبؤ بحالة الوليد وبقائه على قيد الحياة في الـ 28 يوم الأوائل من حياته ، ففي حال انخفاض المجموع في الدقيقة الخامسة ، فقد ينبئ ذلك بانخفاض احتمال بقاء المولود على قيد الحياة .

- ثم يتم وزن الطفل قبل إلباسه ، ويتراوح وزن المواليد في بلادنا من 3.3-3.5 كيلو غرام، كما يقاس طول الوليد ومحيط جمجمته ، ثم يسلم إلى قسم الأطفال .

❖ الطور الثالث : طور الخلاص :

- بعد ولادة الجنين تدخل المرأة في ما يسمى بطور الخلاص ، فلم ينته المخاض بعد ، ولا زال على العضلة الرحمية أن تقوم ببعض التقلصات لكي تقذف ما تبقى بداخلها من ملحقات الجنين .
- على المولد الآن أن يعود ليصب اهتمامه مجدداً على المرأة ، وبالمراقبة يلاحظ المولد أن قعر الرحم الذي كان واصلاً للرهابة في تمام الحمل ، قد انخفض بعد ولادة الجنين إلى مستوى السرة ، وأصبح منقبضاً كروياً قاسياً (كرة الأمان) .
- وبعد فترة قصيرة من الهدوء تعود العضلة الرحمية إلى الانقباض مسببة انفكاك المشيمة المنتظر .

Diminution of uterus during third stage



■ كيف تنفك المشيمة ؟

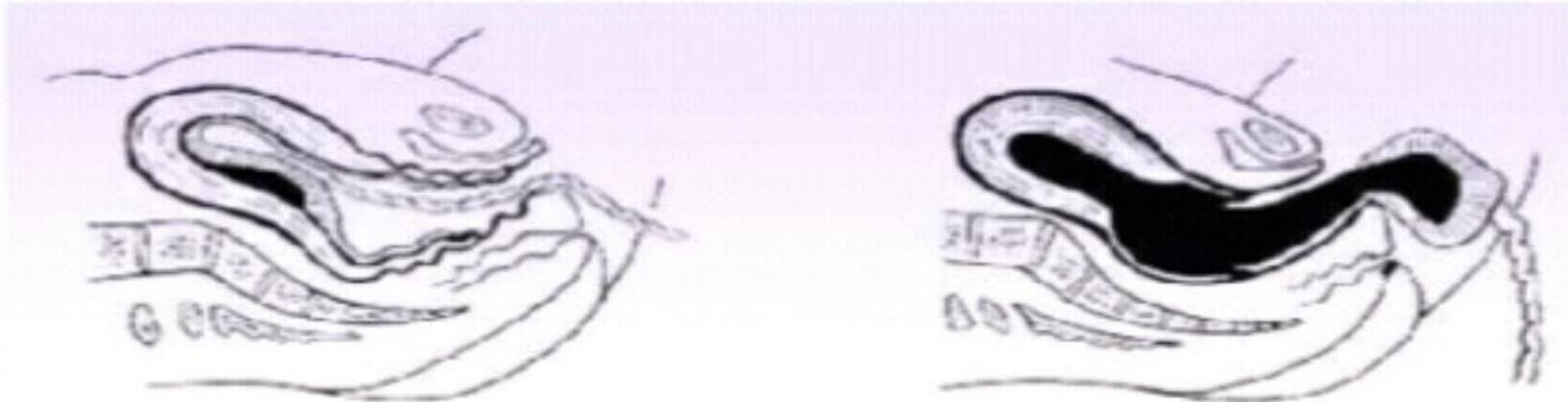
- إن إنقباض الرحم بعد ولادة الجنين يكون مسؤولاً عن تصغير مساحة القرص المشيمي فينكمش ويصبح سميكاً كروي الشكل بعد ما كان ممتداً امتداداً واسعاً على السطح الداخلي لجوف الرحم ، هذا الانكماش يكون مسؤولاً عن تصغير منطقة ارتكاز قرص المشيمة ، فيضعف ارتباطها بباطن الرحم ، مما يسهل انفصالها عن الغشاء الساقط .
- وفي منطقة انفصال القرص المشيمي يحدث نزف تالٍ لهذا الانفصال ، لكن سرعان ما يسيطر عليه بتقبض العضلة الرحمية في مستوى الانفصال فيما يسمى بعملية الارقاء الحي .

• **تنفك المشيمة عن باطن الرحم بشكلين :**

□ **الشكل الأول (نمط شولتز) :**

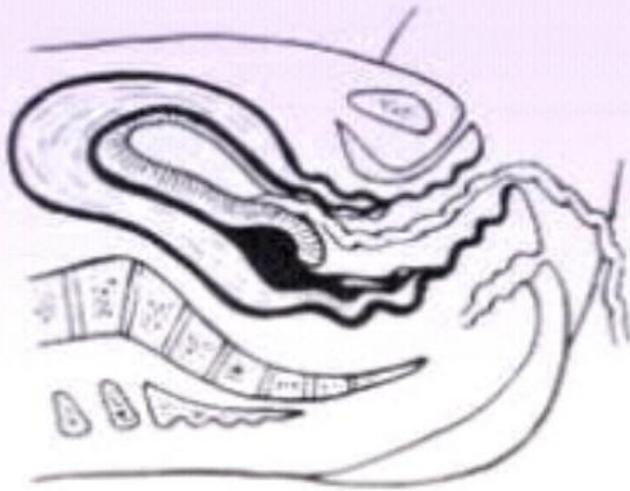
يشكل الغالبية من حالات انفكك المشيمة (85%) ، وفيه تنفك المشيمة من المركز ، ويشكل الدم النازف من مكان الانفصال ورماً دمويّاً يتوضع خلف القرص المشيمي ، يضغط هذا الورم الدموي بثقله على الوجه الأمامي للمشيمة مسبباً انفككها الكامل ، ومن ثم هجرتها نحو القطعة السفلية ثم خروجها من المهبل ساجبة معها الأغشية ، ولا ننس دور التقلصات الرحمية الخفيفة في هذا الانفكك .

وفي هذا الشكل من انفكك المشيمة (نمط شولتز) ، يلاحظ المولد أن أول ما يظهر منها خارج الأعضاء التناسلية هو الوجه الجنيني كما لو أن الكيس الجنيني قد انقلب على نفسه .



□ الشكل الثاني (نمط دونكان) :

يشاهد في 15% من الحالات ، وفيه تنفك المشيمة من الجانب ، ولا يتشكل حينها أي ورم دموي ، بل ينساب الدم النازف تحت الأغشية ويساهم أثناء عبوره بخلخلة اتصالها ، وتعمل التقلصات الرحمية في هذا الشكل على فصل المشيمة قسماً تلو الآخر .
وفي هذا الشكل من انفكك المشيمة (نمط دونكان) ، يلاحظ المولد أن أول ما يظهر منها خارج الأعضاء التناسلية هو الجزء الجانبي أو الوجه الأمومي على عكس نمط شولتز .
خروج المشيمة بالنمطين السابقين هو عملية فيزيولوجية ، ولكن ذلك لا يعني أن نتركها طويلاً داخل الرحم إذا لم يحصل الانفكك بوقته المتوقع .



maternal edge of
the placenta

■ ما هي علامات انفكاك المشيمة ؟

هناك علامات بسيطة تدل الطبيب المولد على أن انفكاك المشيمة قد حدث ، منها :

1- علامة شرويدر : عندما تنفك المشيمة فإنها تنزل للقطعة السفلية التي لا تدخل الطبقة الشبكية في تكوين جدارها العضلي ، فتكون بالتالي غير منقبضة وقابلة للتمدد خلاف سائر أجزاء الرحم ، لذا عند مرور المشيمة عبرها تتوسع وتتمدد، ويؤدي تمددها إلى ارتفاع قعر الرحم وانحرافه بكامله نحو اليمين فيما يسمى بعلامة شرويدر ، كما يلاحظ المولد حدوث تقبب فوق العانة دالاً على مرور المشيمة في القطعة السفلية .

2- علامة كوستنز : يضع المولد يده فوق العانة ويقوم بعملية دفع بسيطة لجسم الرحم للأعلى ، فيستجيب الرحم له نظراً لمرونة القطعة السفلية ، وعند مراقبة السرر أثناء عملية الدفع ، نلاحظ أنها في حالة انفكاك المشيمة لا تنسحب داخل المهبل مجارية لحركة الرحم ، بل قد تتناول أيضاً دالة على استقلالية المشيمة التامة عن جسم الرحم ، أما في حالة عدم انفكاك المشيمة فإن السرر تقصر وتنسحب للداخل دالة على بقاء الارتباط بين المشيمة وباطن الرحم .

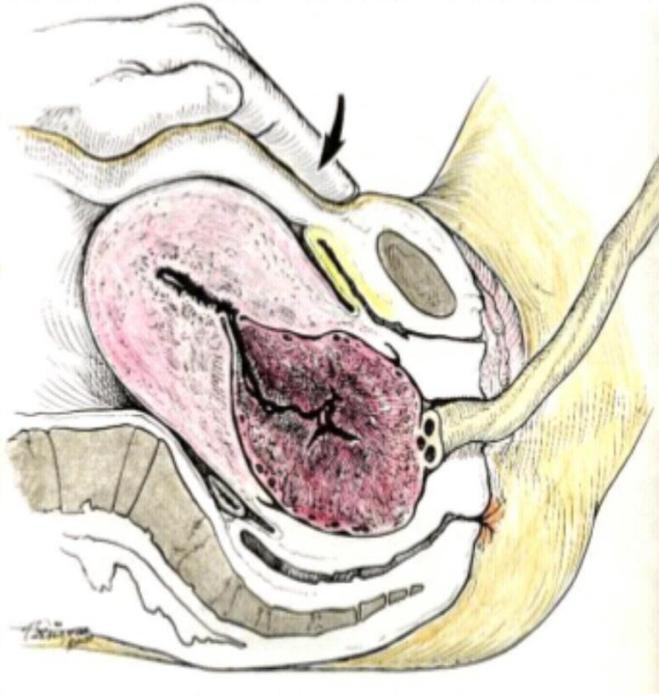
3- علامة ثالثة: يضع المولد يده على قعر الرحم ، وباليء الأخرى يجري عملية جر غير عنيف للسرر، ففي حال عدم انفكاك المشيمة يشعر المولد بقوة الجر بيده المطبقة على قعر الرحم لبقاء الارتباط بين المشيمة وباطن الرحم ، أما في حال انفكاك المشيمة فإن حس الجر المذكور لا يشعر به من قبل المولد .

4- علامة رابعة: الضغط على قعر الرحم من قبل المولد ، أو إجراء عملية الحزق(الكبس) من قبل المرأة سيؤدي إلى تطاول السرر بسبب هبوط جسم الرحم ، وفي حال عدم انفكاك المشيمة ستعود السرر إلى ما كانت عليه بعد عملية الضغط على قعر الرحم أو بعد امتناع المرأة عن الحزق بسبب ارتفاع جسم الرحم مجدداً ، أما عند انفكاك المشيمة فإن طول السرر لن ينقص بارتفاع جسم الرحم ، لأن السرر لن ترتد للداخل ، ولن تجاري حركة الرحم .

5- علامة أخرى: خروج دفقة دموية قبل ولادة المشيمة يشير أيضاً إلى حدوث الانفكاك.

- يترافق كل خلاص بضياح كمية من الدم ، وكمية الدم المفقودة أثناء الخلاص يجب ألا تتجاوز 500 مل في الولادة الطبيعية.

-يلجأ بعض المولدين إلى إعطاء الماخض أدوية معينة (كالبتويترين و الارغومتارين) ، من شأنها اختصار فترة الخلاص وتقليل كمية الدم المفقودة إلى النصف تقريباً.



Expression of the Placenta

■ كيف يتم تلقف المشيمة و الأغشية ؟

بعد التأكد من انفكاك المشيمة يتم تلقفها بإحدى طريقتين :

○ طريقة برندات - أندروز : وفيها يقوم

المولد بيده اليمنى بتطبيق جر غير

عنيف على السرر ، بينما يضغط بيده

اليسرى على جسم الرحم فوق العانة

مع حركة دفع بسيطة للأعلى بمستوى

اتصال القطعة السفلية مع القطعة

العلوية ، وذلك للوقاية من انقلاب باطن

الرحم إلى ظاهره ، يستمر الجر حتى

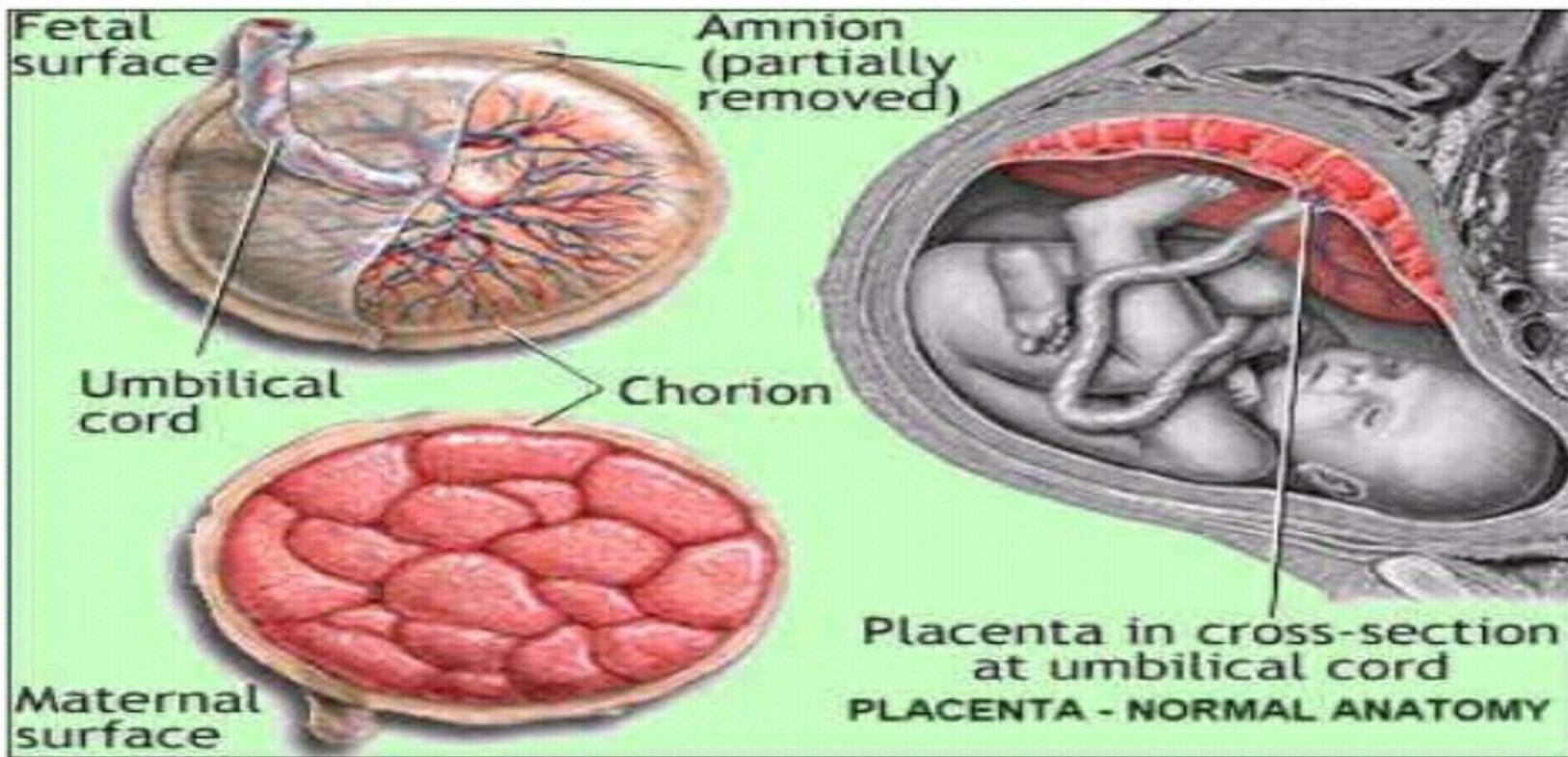
تظهر المشيمة من المهبل .

- طريقة الدفع : وفيها يطبق المولد أيضاً جراً خفيفاً على السرر بيده اليمنى ، بينما تقوم اليد اليسرى للمولد بعملية دفع بسيطة لقعر الرحم باتجاه الحوض بشكل معاكس للطريقة السابقة ، هذا العمل يؤدي إلى زيادة الضغط على الملحقات من الأعلى إلى الأسفل ، فتتهجر المشيمة المهبل إلى الخارج .



Lengthening of the cord

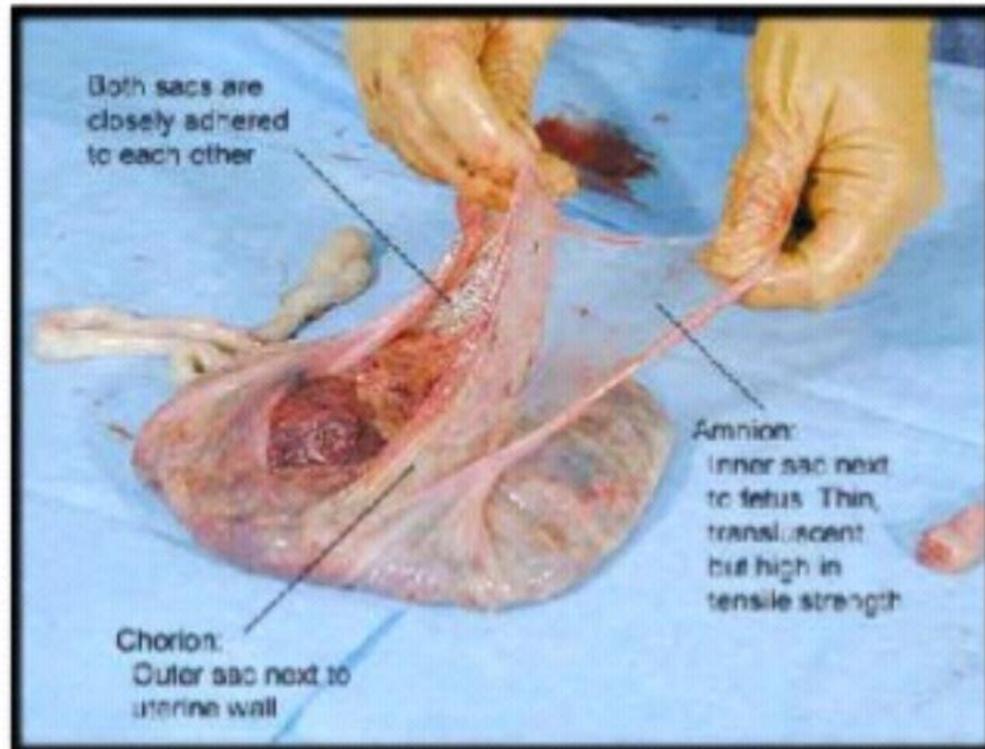
- هل انتهت مهمة المولد بعد ولادة المشيمة و الأغشية المتصلة بها ؟
- حقيقة لم تنته مهمة المولد عند هذا الحد ، بل عليه فحص المشيمة و الأغشية الجنينية والتأكد من تمام هذه المرحلة بنجاح ، حيث يوضع القرص المشيمي والأغشية الجنينية المتصلة معه في حوض لتنظف من الدماء ، ثم يفحصها المولد فحصاً كاملاً للتأكد من خروج جميع الفلق المشيمية وعدم بقاء أحدها في الرحم ، فبقاء أحد الفلق المشيمية سيسبب عتالة رحمية ونزف خلاص قد يؤدي بحياة المرأة خلال دقائق .



- كما يفحص المولد الأغشية الجنينية ، ويشاهد فوهتها المتمزقة التي خرج منها الجنين ، وإذا لاحظ المولد وجود وعاء دموي مقطوع ونازف خارج من المشيمة وممتد على الأغشية ، فإن هذا يدل على وجود **فلق مشيمية زائغة** لا تزال في جوف الرحم .
- إذاً ، عند الشك بوجود بقايا مشيمية داخل جوف الرحم لابد للطبيب المولد من إجراء **تجريف يدوي** لاستخراجها ، حتى لا تكون مسؤولة عن أي نزوف تالية أو إنتان .
- أما تقطع الأغشية الجنينية ، وبقاء أجزاء منها داخل الرحم فلا أهمية له ، ولا يستوجب من الطبيب المولد إجراء تجريف لاستخراجها لأنها ستتسلخ وتخرج من تلقاء نفسها .

Checking membrane for both layers

- The Amnion and the Chorion.



■ فحص المسير التناسلي :

- بعد التأكد من سلامة المشيمة والأغشية ، يأتي دور فحص المسير التناسلي للمرأة ، والبحث عن أي تمزقات أصابته لإجراء التدبير السريع لها ، وهذا أمر ضروري جداً فتمزقات عنق الرحم مثلاً شائعة جداً في الولادة الأولى .
- يباعد المولد بين الشفرين ويقوم بالفحص النسائي الدقيق ، وعندما يلاحظ تمزقات في عنق الرحم لا تتجاوز 1 سم عمقاً فإنه يهملها ولا يتخذ معها أي إجراء فهي ترمم نفسها بنفسها ولا تؤثر على الولادات القادمة ، أما إذا لاحظ المولد وجود تمزقات أعمق من 1 سم حتى لو كانت غير نازفة ، فإنه يسارع بتدبيرها السريع بالخياطة مباشرة ، خوفاً من الإنتان ، ومن تطور سرطان عنق الرحم على المدى البعيد .
- نتابع باستقصاء جدران المهبل كافة ويقوم بخياطة التمزقات في حال وجودها ... ثم يقوم بخياطة خزع الفرج الواقي في حال اجرائه.
- بعد كل الإجراءات السابقة ، تراقب المريضة لمدة لا تقل عن الساعتين ، ويجرى قياس ضغطها ونبضها ، كما يتم التأكد من التقبض المطلوب للعضلة الرحمية .

ما هي الآلية التي يتم بها توقف النزف من الشرايين الرحمية التي كانت مفتوحة على سعتها؟

إن المسؤول عن إيقاف النزف من الشرايين الرحمية هو أمران :

1- الطبقة الشبكية في عضلية الرحم ، والتي تتألف من ألياف عضلية متداخلة بكل الجهات ، مشكلة بذلك شبكة شديدة التعقيد .

2- الشرايين الرحمية التي جعلت بحكمة خالقها حلزونية الشكل ، ممتدة في عيون هذه الشبكة العضلية المعقدة ، وسائرة عبر فجواتها .

فعند تقطع هذه الشرايين وانفتاح لمعاتها بعد انفكاك المشيمة ، تتقبض الطبقة الشبكية وتنطبق الألياف العضلية المتداخلة على كامل مسير الشرايين المارة خلالها ، مما يغلق هذه الشرايين بشكل كامل وفوري .

ما هي أشيع أسباب نزوف الخلاص؟

1- عطالة العضلة الرحمية.

2- بقايا مشيمية.

3- تمزقات المسير التناسلي .

4- تغيرات دموية كانخفاض كمية الفيبرينوجين.

وبهذا نكون قد أتمنا مراحل المخاض والولادة المختلفة ، لكننا نتساءل : ماذا إن تأخر
المخاض؟؟

❖ تحريض المخاض :

من المفروض أن يبدأ المخاض عفويًا ، لكنه قد يتأخر لأسباب مختلفة ، أو قد لا تستجيب
العضلة الرحمية للتقلصات بشكل جيد فيتأخر الطور الكامن ، مما يستوجب تحريض
المخاض دوائياً من قبل المولد بسبب نضج محصول الحمل وضرورة استخراجه من
جوف الرحم .

✓ هل تقييم درجة نضج عنق الرحم ضروري قبل تحريض المخاض؟

من الضروري جداً قبل البدء بالتحريض أن يقوم المولد بتقييم درجة نضج عنق الرحم
ونفي صلابته ؛ لأن اشتداد التقلصات المحرصة دوائياً عند عدم النضج الكافي للعنق
وعدم تهيوئه لاستقبال الجنين المقبل إليه ، سيكون له عواقب وخيمة ، ويستعمل لتقدير
درجة نضج العنق مشعر بيشوب أو المشعر العنقي وفق ما وضح في هذا الجدول :

3	2	1	0	
-	لين	متوسط	قاسي	قواعد العنق
-	أمامي	مركزي	خلفي	اتجاه العنق
80% فأكثر	70-60%	50-40%	30-0%	الامحاء
5 سم فأكثر	4-3 سم	2-1 سم	مغلق	الاتساع
+1	0	-1	-2	تدخل المجيء

عندما يكون المشعر بين 9-13 يكون احتمال الولادة المهبلية مرتفعاً ، والعكس عندما يكون المشعر أقل من 5 .

✓ ما هي الآلية المسؤولة عن ليونة عنق الرحم ؟

- تأتي ليونة عنق الرحم من امتصاصه للماء وانحلال الكولاجين الداخل في تكوينه ، فإذا قيم المولد نضج عنق الرحم ورأى أنه ناضج بدرجة كافية لبدء الولادة، فإنه يشرع بعملية التحريض .
- يستخدم للتحريض عادة الأوكسيتوسين والذي يستعمل أيضاً بشكل شائع في حالة العطالة الرحمية المسببة لنزف الخلاص ومن مستحضراته الصناعية البيتوسين و السنتوسينون .
- يقوم المولد بتسريب مادة الأوكسيتوسين وريدياً بمقدار **10 وحدات في ليتر من السيروم** ، وفور تسريبها عليه أن يتحفز أمام المرأة بكامل حواسه ، واضعاً يده على بطنها منتظراً بدء التقلصات أو اشتدادها ، ولا يغفل المولد عن مراقبة العلامات الحيوية للمرأة والاطمئنان المستمر على وضع الجنين بالإصغاء إلى دقات قلبه ، خوفاً من أن تشدد التقلصات أكثر مما يجب فتسبب تألمه .
- وعند البدء بالشعور باشتداد التقلصات ، يقوم المولد بقياس مدتها وتواترها بساعة يده ، كما يقوم المولد بالمس المهبلي المتكرر للتأكد من تقدم المجيء وامحاء عنق الرحم واتساعه ، فإن سارت الأمور كما شاء لها المولد أن تكون ، تتم الولادة بشكل يسير وبدون أي عواقب تذكر .

✓ ما هي اختلاطات تطبيق الأوكسيتوسين؟

- يكون المولد كما ذكرنا متحفزاً أمام المرأة في حال تطبيق الأوكسيتوسين ، لأن إهمال المراقبة قد يجعله يغفل عن ملاحظة فرط الاستثارة الذي من الممكن أن يصيب العضلة الرحمية ، مؤدياً إلى تقلصات مشتدة ومتعاقبة بشكل لم يهيا الرحم له ، كأن تتقلص العضلة الرحمية كل دقيقة مثلاً عوضاً عن أن يكون الفاصل بين التقلصات هو 3 دقائق ، وهذا الاشتداد المفرط يؤدي بالنهاية لحدوث التكرز وانفجار الرحم وتمزقه.
- كما يجدر بالذكر أن لا يستمر التحريض بالأوكسيتوسين لمدة تتجاوز 72 ساعة ، لأن ذلك يرهق المرأة إلى حد بعيد ، ويتعب العضلة الرحمية بشكل لا يسمح لها بالانقباض بعد الولادة ، ويسبب نزوف خلاص لا يمكن السيطرة عليها بالمقبضات (وهن العضلة الرحمية).

✓ ما هي مضادات استطباب التحريض بالأوكسيتوسين؟

➤ مضادات استطباب والدية :

- المطلقة : تضيق حوضي صريح .
- النسبية :
- جراحة سابقة على الرحم (كالقيصرية الكلاسيكية).
- فرط تمدد الرحم .

➤ مضادات استطباب جنينية :

- خديج مع نضج رئتيه .
- تألم جنيني حاد .
- مجيء معيب .

✓ هل هناك طرق أخرى لتعرض المخاض ؟

- يمكن تحريض المخاض ببثق جيب المياه (بضع السلى Amniotomy) وهو أمر سهل لا يتطلب سوى إجراء تمزيق بسيط للأغشية الجنينية ، مسبباً خروج كمية من السائل الأمنيوسي ، فيصغر عندها جوف الرحم ، وتتقبض العضلة الرحمية ، وتستعيد الألياف الممتددة مقويتها ، فيكون ذلك شرارة محرصة لتقلصات المخاض .
- ولا تجرى هذه العملية قبل التأكد من اتساع عنق الرحم بمقدار 3-4 سم على الأقل ، كما يخشى عند إجرائها من انسداد السرر في حال كان الرأس غير متدخل في المضيق الحوضي ، حيث أن تدخل الرأس يمنع انسداد السرر .

