المخاض والولادة الطبيعية

02 د. شذى الشعار

محتوى مجاني غير مخصص للبيع التجاري

طب التوليد | Obstetrics

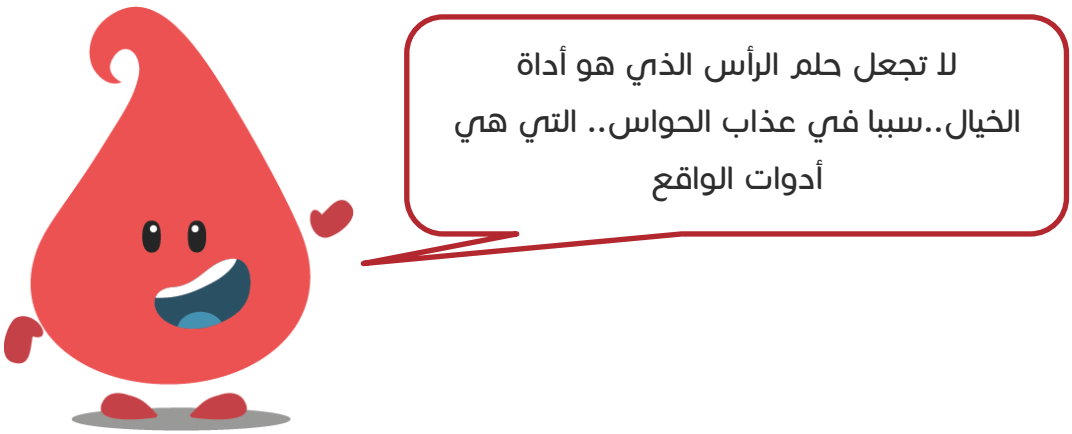
السلام عليكم ورحمة اللّه وبركاته

مرحباً بكم أصدقاءنا اليوم سوف نبدأ في القسم الأول من المحاضرة الثانية للدكتورة شذى الشعار، والتي سنتحدث فيها عن المخاض والولادة الطبيعية.

نتمنى لكم دراسة ممتعة..❤️

فهرس المحتويات

العنوان	رقم الصفحة
المجيء القمي	2
الاستعداد للمخاض	3
المخاض	6
الولادة في الوضع القفوي الحرقفي الأيمن الخلفي	14
الانحراف والشذوذ في آلية الولادة في المجيء القمي (بأوضاعه الأمامية والخلفية)	14
التبدلات المصورة في الجنين أثناء المخاض	15

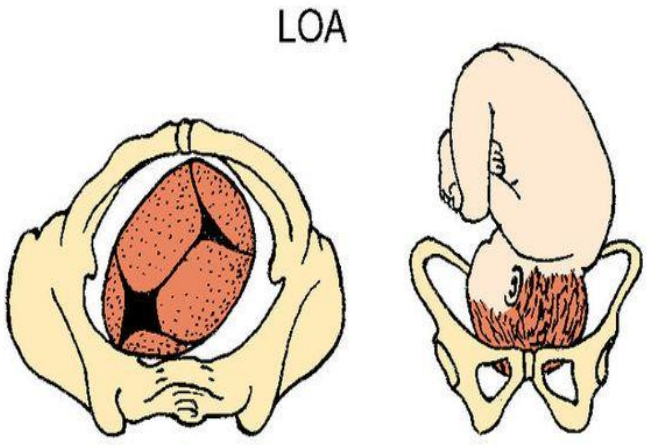


Start up...

- في رحلة ممتعة ويسيرة على الفهم، نتابع معاً حالة امرأة مقدمة على الولادة ابتداءً من أولى مراحل المخاض وحتى 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 يتلوهما 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 عملية 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 نسترسل بعدها في الحديث عن المخاض والولادة 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 المجيئات مصادفة** حيث تبلغ نسبته ٪95 من الحمول، ويحتل الوضع القفوي الحرقفي الأيسر الأمامي حوالي ٪65 من الأوضاع، يليه الوضع القفوي الحرقفي الأيمن الخلفي ٪32، وما تبقى من الأوضاع فتعتبر نادرة المصادفة.

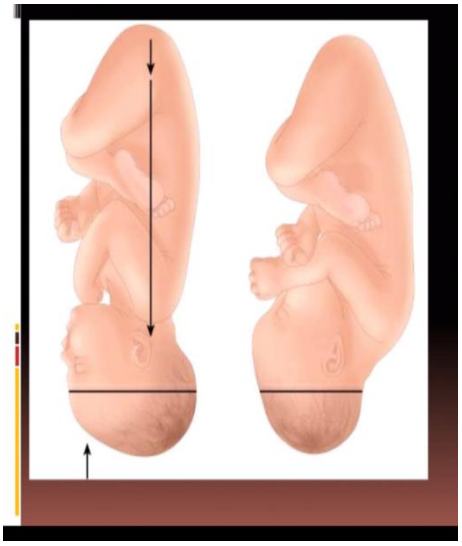


الاستعداد للمخاض

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



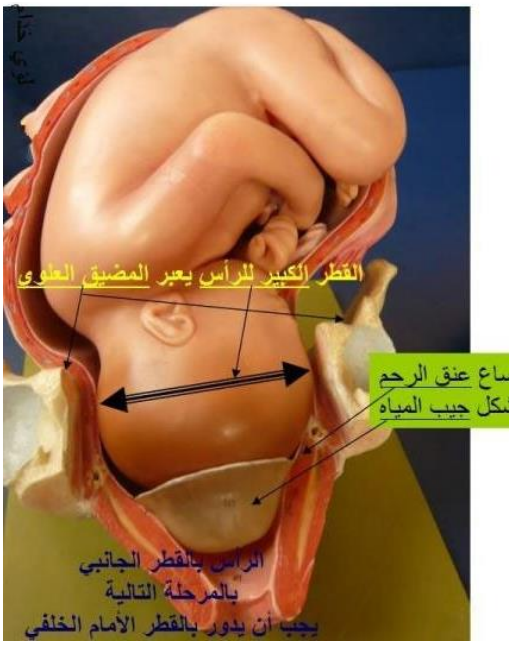
عملية التصغر:

تحول الرأس من القطر القفوي الجبهي إلى القطر تحت القفوي البرغماوي، ونتيجة لانعطافه هذا ينقص قطر الرأس المتدخل 2 سم تقريباً.

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.

تدخل رأس الجنين بالحوض



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 وبروز أسفله، إلى جانب تعدد البيلات الناجم عن انضغاط المثانة برأس الجنين.

كيف نقيس درجة التدخل؟

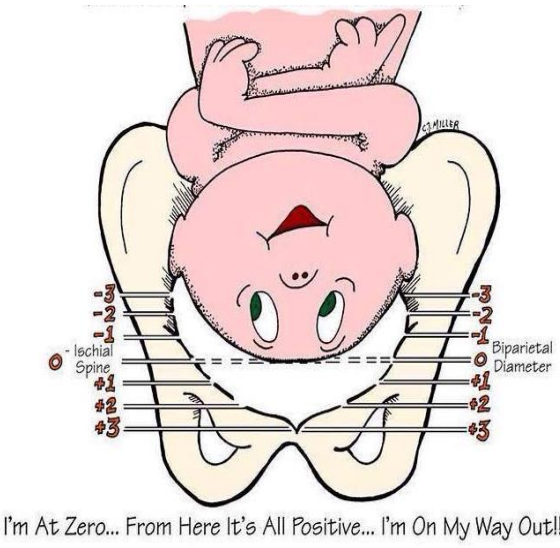
بجس البطن (الفحص الخارجي):

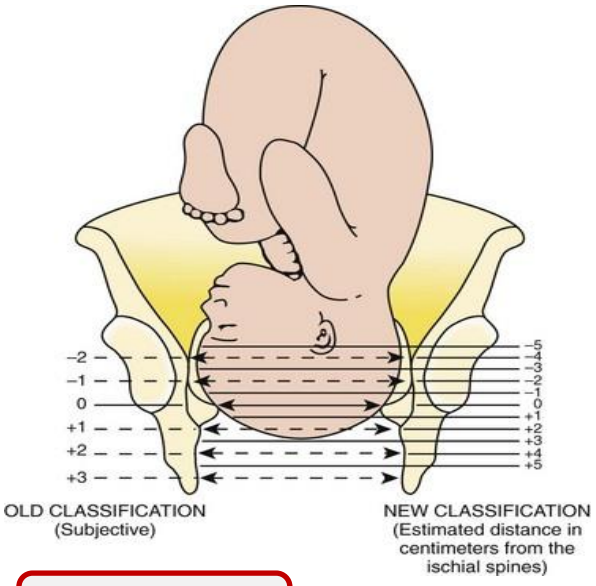
◎ يمكن بالجس الدقيق الشعور بثلم العنق وجس الكتف الأمامية للجنين، حيث يستفاد من قياس بعدها عن الحافة العلوية لارتفاق العانة من تعيين درجة التدخل، فإذا كان **البعد أقل من 7 سم فالرأس قد تدخل.**

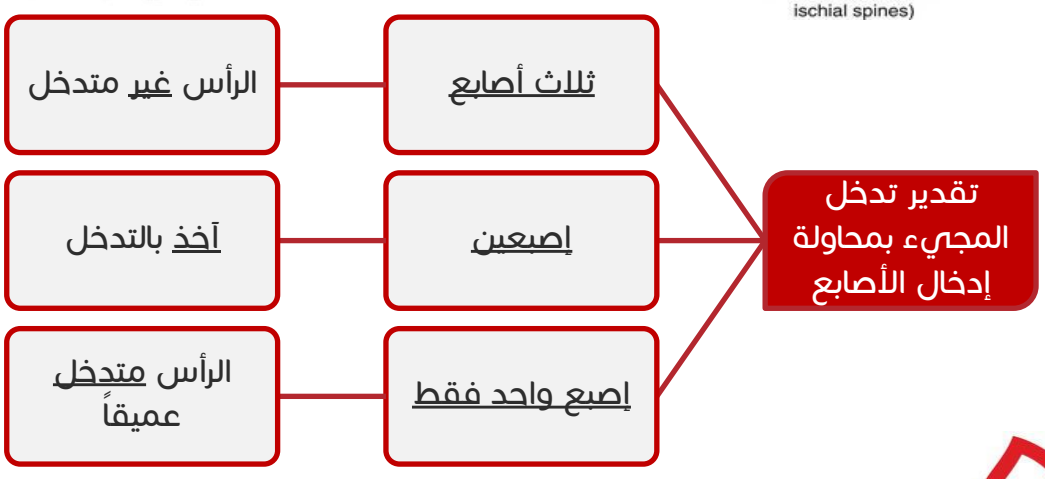
بالمس المهبلي (أثناء المخاض):

1. نعتمد بقياس درجة التدخل على **الخط الوهمي الذي يصل بين الشوكين الوركيين** 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 **قيماً سلبية** (-1، -2، -3)، أما حين يكون الرأس **أسفل** هذا الخط فإن التدخل يبدأ بأخذ **القيم الايجابية** (+1، +2، +3).
2. كما يمكن تقدير تدخل المجيء 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.







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.

كيف نستطيع عندها تفريق المخاض الحقيقي عن المخاض الكاذب؟

- تتصف تقلصات براكستون هيكس بأنها خفيفة، غير منتظمة، لا تزعج المرأة، مع العلم أنها تصبح في الأسبوع الأخير من الحمل مؤلمة نسبياً دالة على قرب المخاض وتلتبس به لذا دعيت أيضاً بأمارات المخاض، تتراوح شدتها بين 20-25 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 الحقيقي	المخاض الكاذب
تتقارب التقلصات وتشتد بتواتر سريع ومنتظم.	تتقارب التقلصات وتشتد نسبياً ولكنها لا تتسم بالانتظام.
مؤلم وآلامه لا تسكن بالمسكنات.	غير مؤلم أو أن آلامه خفيفة وتستجيب للمسكنات.
يترافق بامحاء واتساع عنق الرحم.	لا يترافق بامحاء واتساع عنق الرحم.
مهمته قذف محصول الحمل.	مهمته تهيئة الرحم والعنق للمخاض الحقيقي.

ملاحظات تقلصية:

- 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 ويجب ألا تقل عن100.
- 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 التقعيرالحوضي، 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 30-60ثانية، تبلغ شدتها 40-50 ملم زئبق وتصل في الطور الثاني للمخاض حتى 80-100ملمز، وتؤدي باشتدادها إلى تغيرات في عنق الحم 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]:

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:

♣ ولايكتفى 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.

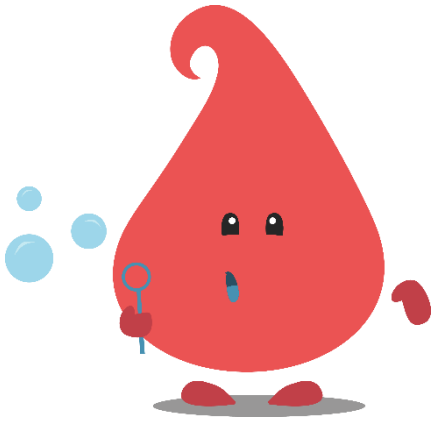
يتوتر جيب المياه في كل تقلص ثم يغدو رخواً في الفواصل بين التقلصات الرحمية، ويتمزق جيب المياه عادة عند تمام اتساع العنق، وقد ينبثق قبل تمام الاتساع (التمزق الباكر)، أو يتأخر تمزقه بعد اتساع العنق فيبادر حينها المولد ببثقه صناعياً.

وظيفة جيب المياه:

1- يلعب دوراً في توسيع عنق الرحم.
2- يحمي جوف الرحم من الانتان الصاعد.
3-عند تمزقه يغسل المسير التناسلي بسائل عقيم ويرطبه ويساعد على تزلق المجيء.

[1] لاحظ عزيزي الطالب كله لا يكتفى به رح نكتفي بمين ما بعرف 😂.

صفات جيب المياه:



- جيب المياه
  - في الأحوال الطبيعية
    - مسطحاً قليل التبارز
    - ملمسه ناعم أملس
  - في الأحوال المعيبة
    - بشكل نصف الكرة
    - خشنا في إرتكاز المشيمة المعيب

ثانيًا: مراحل المخاض

❁ **المخاض بتقلصاته كما ذكرنا يهدف إلى إخراج محصول الحمل، ولايتم ذلك دفعة واحدة، وإنما يتم بالتدريج ضمن مراحل قسمت إلى ما يلي:**

1- طور الامحاء والاتساع

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

2-طور الانقذاف

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

3-طور الخلاص

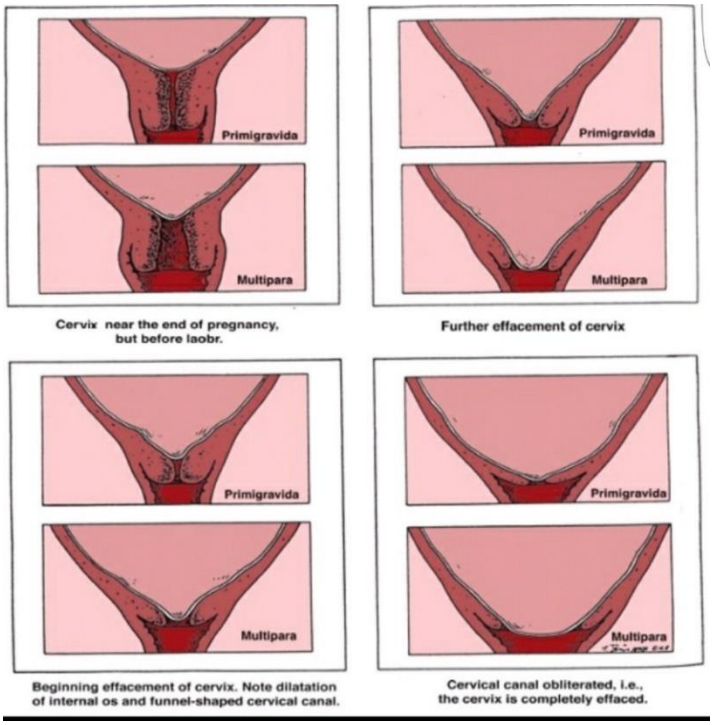
- يبدأ من خروج الجنين وينتهي بخروج المشيمة من الرحم، ويستمر طور الخلاص عند المرأة الخروس 15-30دقيقة، بينما يكون أسرع عند المرأة الولود، أما الخلاص الموجه بتطبيق الأوكسيتوسين وريدياً بعد ولادة الجنين فإنه يختصر الزمن إلى 5-10دقائق.

4-طور الاستقرار

- تضيفه بعد المدارس، ويبدأ من خروج المشيمة ويستمر حتى 6 ساعات، وفيه يتم استقرار حالة المرأة ودخولها فيما يشبه مرحلة الراحة بعد الولادة.

لنفصل الآن في دراسة ممتعة ومتسلسلة لهذه الأطوار الأربعة...

❖ الطور الأول: طور الامحاء والاتساع:



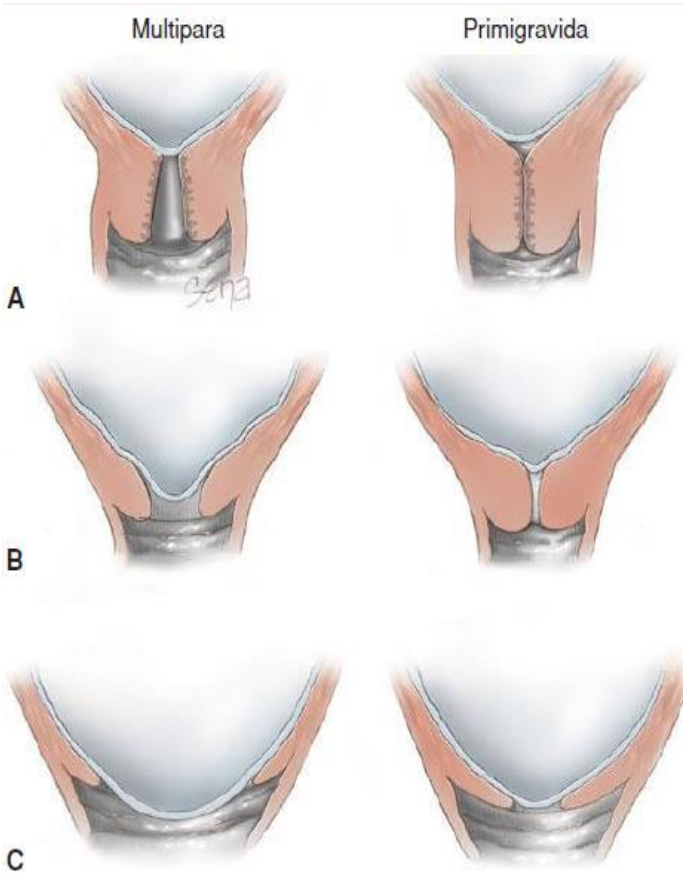
- والمقصود بالامحاء هو استواء عنق الرحم تماماً حتى يفقد الشكل القنوي المميز له، ويصبح سطحاً مستوياً متمادياً مع القطعة السفلية للرحم (أي يفقد عنق الرحم طوله الذي يبلغ 2سم قبل الامحاء)، وعند نهاية الامحاء تنطرح السدادة المخاطية التي كانت تملأ قناته بشكل مخاط كثيف مدمى أحياناً وهذا ما يسمى بـ**العلامة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

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

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 قثطرة وريدية** تحسباً لأي حالة طارئة تتطلب تدخل دوائي سريع.



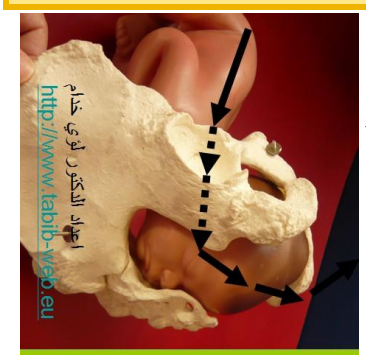
رسم توضيحي يُظهِر الامّحاء والاتّساع لدى كلّ من الخروس Primigravida الولود Multipara:

A: في مرحلة قبل المخاض: يكون العنق لدى الخروس طويل وغير متوسّع بالمقارنة مع الولود التي يكون العنق لديها متوسّع في كلّ من الفتحتين الظاهر والباطنة بشكل طبيعي (الظّاهرة أكثر).

B: عندما يبدأ الامّحاء بالحدوث، يُظهرعنق الرّحم عند الولود توسّع في الفوهة الباطنة ويصبح شكلها قمعي، ويكون هذا التبدّل أقل وضوحا في عنق الخروسات.

C: حدوث الاتّساع والامّحاء لدى كل من الخروس والولود لكن لدى الولود يكون أكبر.

❖ الطور الثاني: طور الانقذاف:



تتوضع القمة تحت العانة
ينحني الرأس ليرسم بطريقه انحناء عظم العجز

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.**
- **نظراً لتباين شكل كل من الحوض والرأس، يتعذر على الرأس اجتياز القناة التناسلية بخط مستقيم دون القيام بحركات واستدارات حول محاور الحوض المختلفة.**
- **لكي 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.**

لنتحدث عنها بالتفصيل تحت عنوان مراحل طور الانقذاف...

ما مراحل طور الانقذاف؟

1. نزول الرأس مع الدوران في باطن الحوض:

- بعد التدخل يأخذ الرأس بالنزول عميقاً في التقعير الحوضي، وأثناء النزول يتعرض لمقاومة جدران الحوض مما يؤدي لزيادة انحناء الرأس واقتراب ذقن الجنين من صدره، ثم يأخذ الرأس بالدوران نحنو 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.

2. 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.**

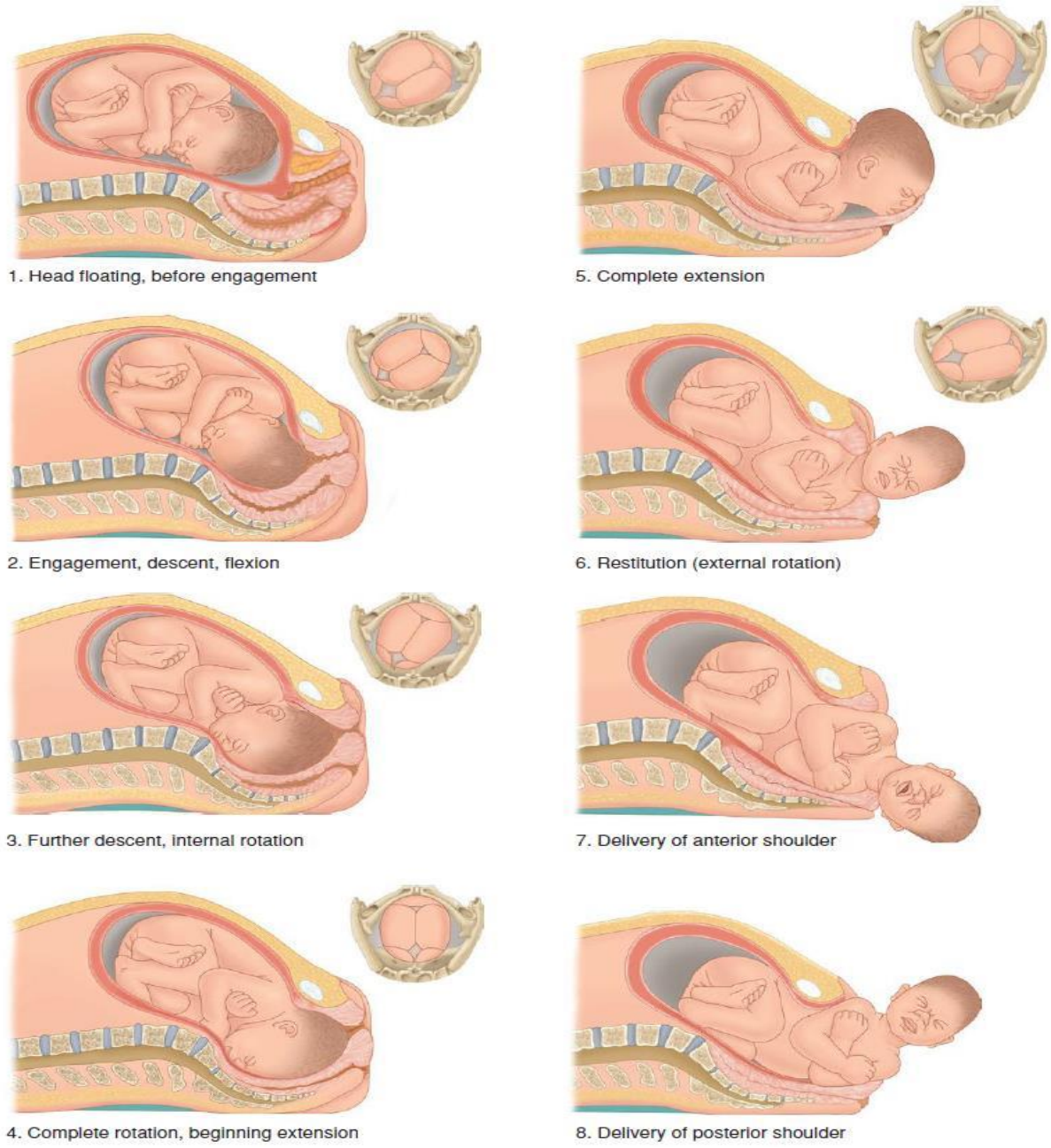
3. انبساط الرأس ودوران الرأس الخارجي (المعاوض):

- 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.

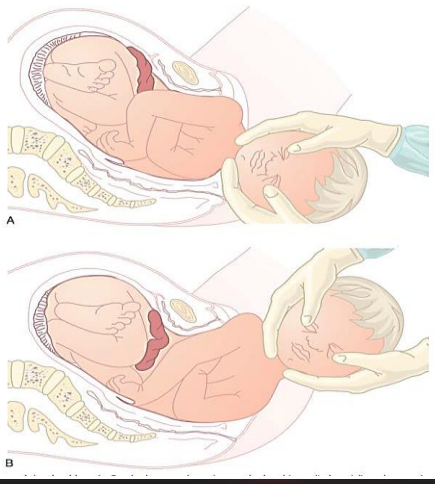
4. تخلص الكتفين وتمام الانقذاف:

- يتدلى الرأس فيجر بثقله **الكتف اليمنى الأمامية** التي تظهر تحت الحافة السفلية للعانة 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.

نزول الرأس مع الدوران في باطن الحوض ← تخلص الرأس مع انبساطه ← انبساط الرأس ودوران الرأس الخارجي (المعاوض) ← تخلص الكتفين وتمام الانقذاف



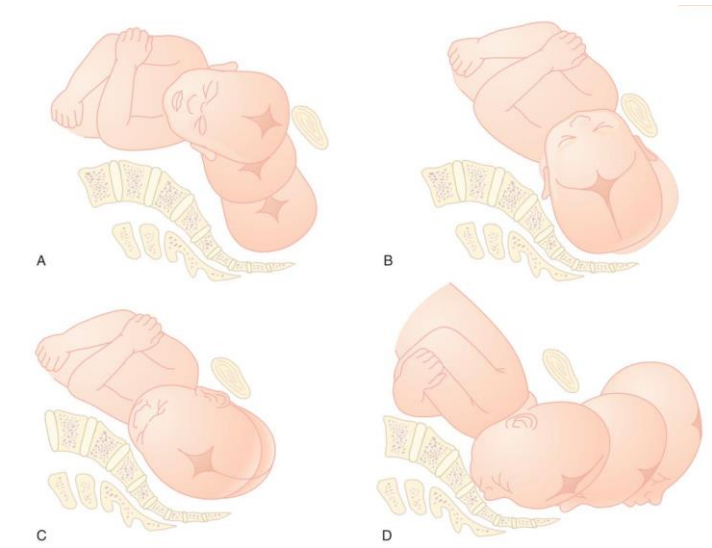
صورة تلخّص مراحل ولادة الرّأس لجنين في المجيء القمّي بالوضع الأيسر الأمامي، ركّز على المقاطع العرضيّة التي توضح علاقة الرّأس بالحوض.



صورة تشرح كيفيّة توليد الكتفين:

A: يُرفع الرّأس بلطف نحو الأعلى لتوليد الكتف.

B: الخلفيّة



صورة تشرح آليّة المخاض في المجيء القمّي بالوضع القذالي/القفوي المُعترض:
A: الانعطاف والنّزول.
B+C: استمرار النّزول وبدء الدّوران الدّاخلي.
استكمال الدّوران الدّاخلي إلى الوضع القمّي
D: الأمامي ويتلوه ولادة الرّأس بوضعيّة الانبساط.

ما هو ردف العجان وما أهميته (تدعى بمناورة رتجن)؟

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 الواقي.

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 ثلاث علامات:
1- التوسع الشديد للمنطقة. 2- فقر الدم والشحوب (نتيجة انضغاط الأوعية). 3- لمعان الجلد.

كيف نقوم بخزع الفرج الواقي؟

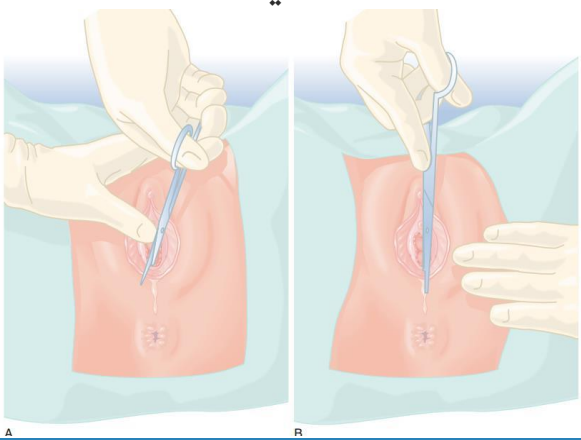
هناك طريقتان للخزع لكل منهما سلبياتها وايجابياتها:

1. الخزع على الخط المتوسط باتجاه الشرج:

- ✓ لا يقوم به إلا خبير.
- ✓ من **إيجابياته**: 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 **إيجابياته**: 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 الأنشوطة بحذر وترفع عن عنق الجنين، أما إذا كان الالتفاف شديداً وتعذر رده يقطع السرر بين ملقطي كوشر ويزال الالتفاف.



في الصورة شكلان ترسيميان يوضحّان موقع إجراء أهم شقوق الخزع:
A: خزع الفرج الجانبي النّاصف: لاحظ أنّنا نبدأ من المنتصف وباتّجاه الخارج.
B: خزع الفرج الناصف.

	الناصف Midline	الناصف الجانبي Mediolateral
الإصلاح الجراحي	أسهل والشفاء أسرع	أكثر صعوبة
فقدان الدم	فقد الدم أقل	فقد الدم أكثر قليلاً
عسرة الجماع dyspareunia	عسرة الجماع السطحية نادرة الحدوث	أكثر نسبياً
ألم بعد الجراحة	أقل	شائع
أذية المجاورات	لا تسبب أذية للعضلات حيث لا يتم قطع العضلات في الخزع الناصف وفي حال توسع الشق يمكن أن يصل للمستقيم	سلامة المستقيم نسبيا من التمزق وبالإمكان توسيع الشق إذا لزم الأمر كما هو الحال عند تطبيق ملقط او محجم او حدوث فرط بسيط سريع للرأس حيث يمتد الشق جانباً
النتائج التشريحية	إعادة الطبقات التشريحية أسهل	مظهر الأنسجة سيء
نكس الجرح	نادر	أكثر شيوعا
النزف	أقل	النزف أكثر بقليل

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.

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 ذلك يميل الرأس بثقله نحو الأسفل ليظهر الأنف ثم الوجه والفم والذقن ليتم بذلك تخلص الرأس.

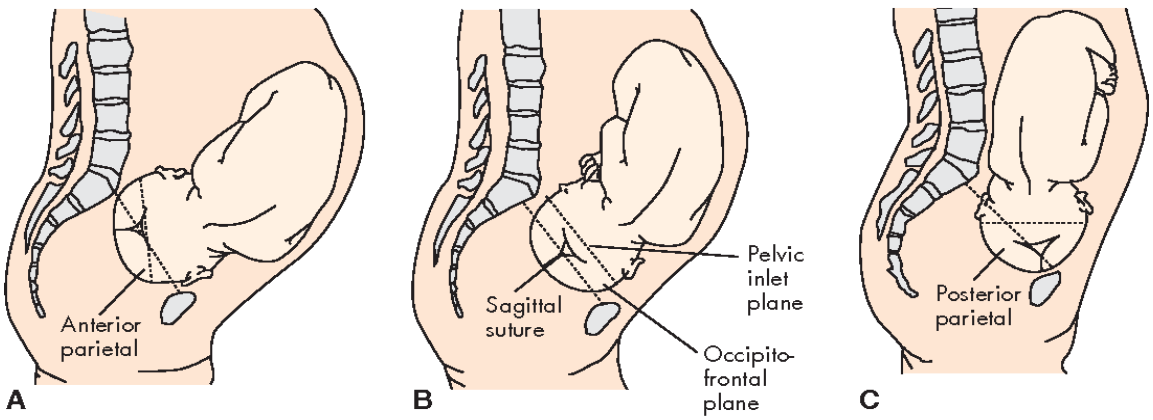
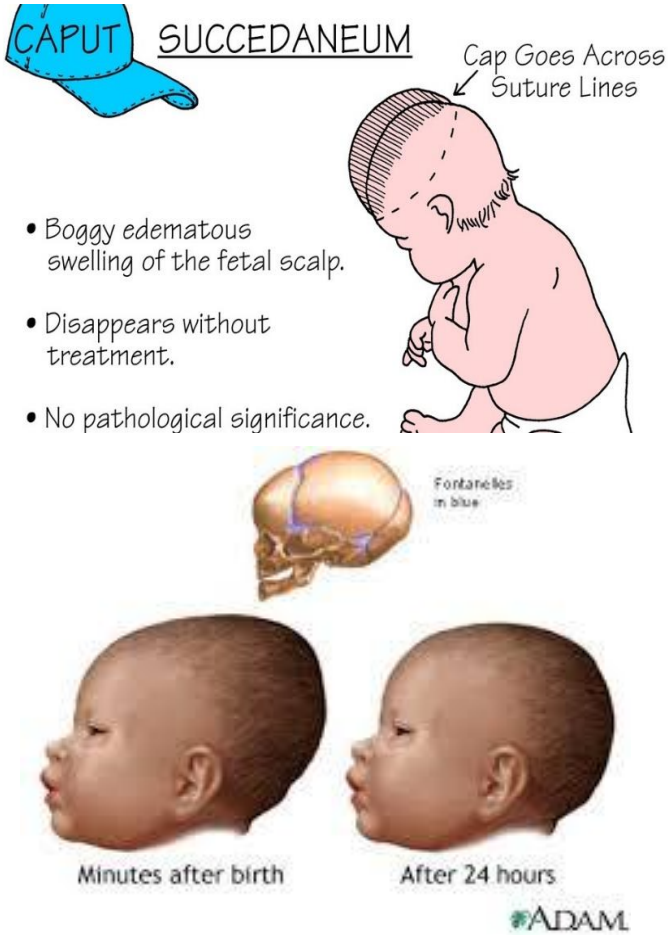
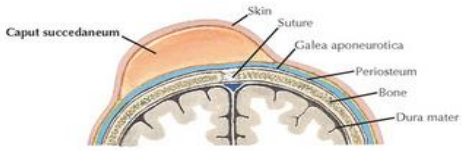


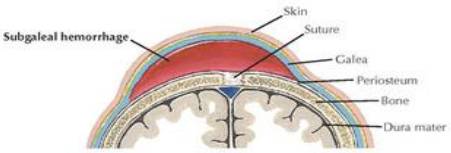
Fig. 11-14 Synclitism and asynclitism. **A,** Anterior asynclitism. **B,** Normal synclitism. **C,** Posterior asynclitism.

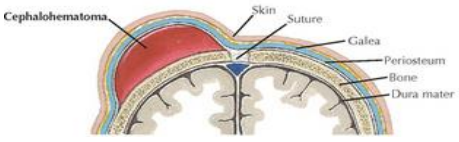
التبدلات المصورة في الجنين أثناء المخاض

- تحدث في أقسام الجنين المختلفة أثناء عبوره القناة التناسلية تبدلات من شأنها تصغير أبعاد الجنين، ويتم ذلك بالرأس بتراكب 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 بالتقولب، ويختلف تقولب الرأس بحسب المجيئات ليأخذ شكلاً متطاولاً باتجاه القفا في المجيء القمي.









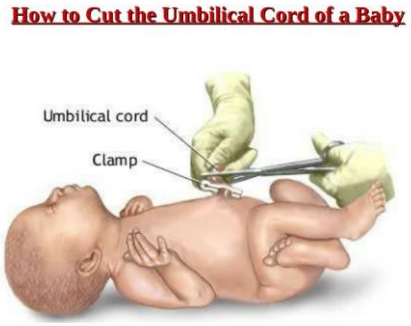
والآن، وقبل الانتقال إلى طور الخلاص، هناك ما يجب على المولد القيام به من تقدير حالة الوليد، وتسجيل علاماته الحيوية في إضبارة خاصة به، وهي مهمة موكلة للطبيب المولد قبل طبيب الأطفال، ويلاحق قانونياً في حال إهمالها، لأن ما يمكن أن يكون الجنين قد واجهه أثناء الولادة من مشاكل قد الطبيب أن يثبت من خلال إضبارة المولود أنه أتم مهمته بنجاح، حتى لا يكون مسؤولاً أمام القانون عن أي مشكلة تواجه الطفل في مراحل حياته اللاحقة.

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

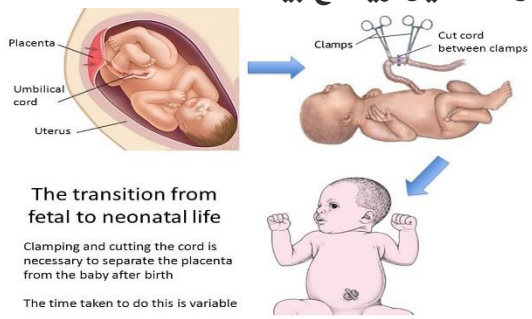
- يجب على الطبيب المولد (فور تخلص الرأس) أن يقوم برشف المفرزات يمن الفم أولاً ثم من الأنف بواسطة ممص خاص بذلك، أو تطبيق جهاز التنفس الاصطناعي إن لزم الأمر.

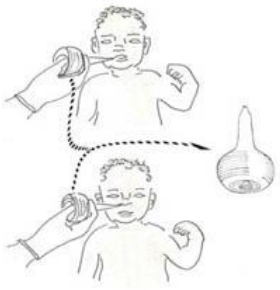
ملاحظة

- من الخطأ أن نبدأ من الأنف لأنه سينبه الطرق التنفسية التي مازال السائل الأمنيوسي يملؤها وعند تنبيه الطرق التنفسية يقوم الطفل بالشهيق مما يؤدي لاستنشاق هذه السوائل وبالتالي يؤهب إلى الـ ARDS.
- يجب أيضًا تنشيف المولود بسبب عدم وجود تنظيم للحرارة عنده.



- 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 ليقيم حالته 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 140-100 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

Apgar Scoring System

Indicator		O Point	1 Point	2 Points
A	Activity (muscle tone)	Absent	Flexed arms and legs	Active
P	Pulse	Absent	Below 100 bpm	Over 100 bpm
G	Grimace (reflex irritability)	Floppy	Minimal response to stimulation	Prompt response to stimulation
A	Appearance (skin color)	Blue; pale	Pink body, Blue extremities	Pink
R	Respiration	Absent	Slow and irregular	Vigorous cry

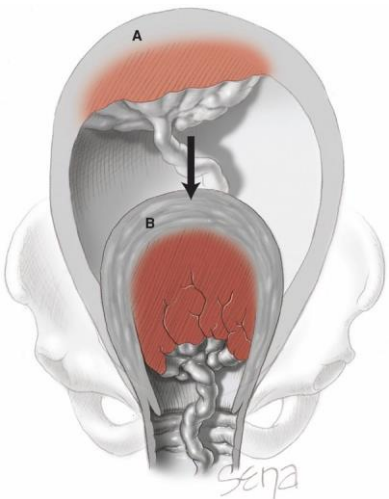
- أن يحصل المولود على علامة تتراوح بين 7-10 فإن ذلك يدل على **حالة عامة جيدة جداً**، أما انخفاض الرقم إلى 5-6 فهذا يدل على **حالة متوسطة** (اختناق خفيف)، وإذا كانت المحصلة 2-3 فإن ذلك مؤشر إلى **حالة سيئة للمولود** (اختناق شديد).
- معيار أبغار الطبيعي هو 7 أو أكثر في الدقيقة الأولى و9 أو 10 في الدقيقة الخامسة.

ملاحظة:

- مجموع أبغار في الدقيقة الأولى يعكس حاجة المولود للإنعاش العاجل، أما مجموع أبغار في الدقيقة الخامسة فهو يعتبر مشعر مفيد لتقييم فعالية محاولات الانعاش 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 3-3.5كيلو غرام، كما يقاس طول الوليد ومحيط جمجمته، ثم يسلم إلى قسم الأطفال.

❖ الطور الثالث: طور الخلاص:



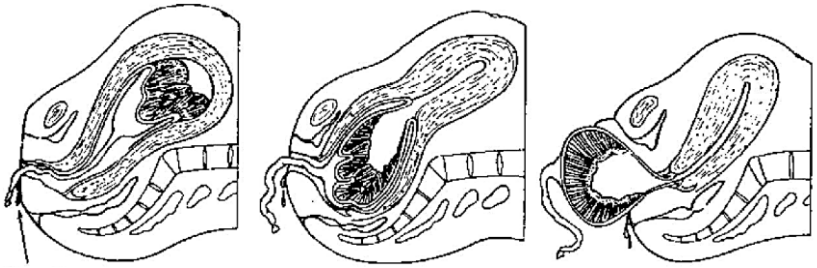
- بعد ولادة الجنين تدخل المرأة فيما يسمى بطور الخلاص، فلم ينته المخاض بعد، ولا زال على العضلة الرحمية أن تقوم ببعض التقلصات لكي تقذف ما تبقى بداخلها من ملحقات الجنين.
- على المولد الآن أن يعود ليصب اهتمامه مجدداً على المرأة، وبالمراقبة يلاحظ المولد أن قعر الرحم الذي كان واصلاً للرهابة في تمام الحمل، 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.

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):

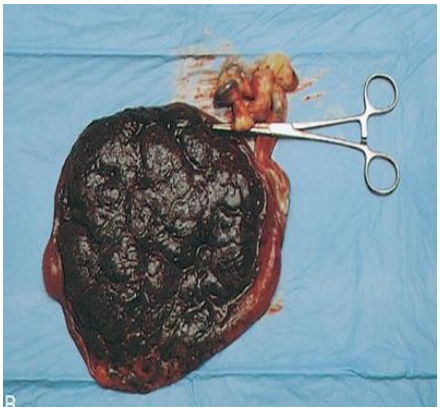
- ◎ يشكل الغالبية من حالات انفكاك المشيمة (85٪).
- ◎ تنفك المشيمة من المركز←يشكل الدم النازف من مكان الانفصال ورماً دموياً يتوضع خلف القرص المشيمي← يضغط هذا الورم الدموي بثقله على الوجه الأمامي للمشيمة مسبباً انفكاكها الكامل←من ثم هجرتها نحو القطعة السفلية ← خروجها من المهبل ساحبة معها الأغشية←لا ننس دور التقلصات الرحمية الخفيفة في هذا الانفكاك.
- ◎ وفي هذا الشكل من انفكاك 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.

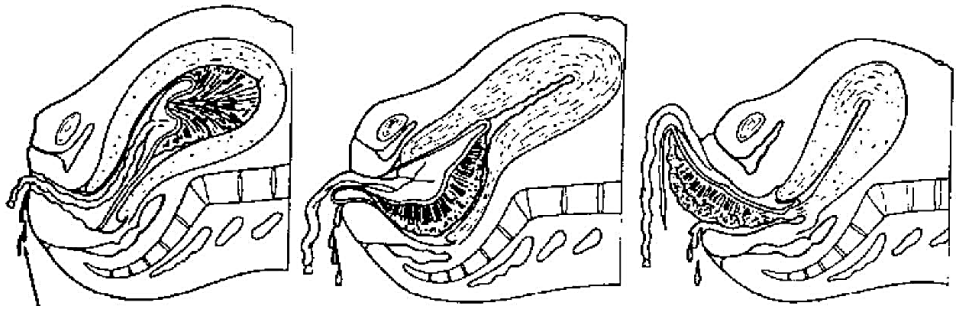


صورة تلخّص كيفيّة انفكاك المشيمة في آلية شولتز، تابع الصّور من اليسار لليمين ولاحظ كيف تخرج المشيمية كالكم عندما ينقلب بحيث يظهر الوجه الجنيني الأملس.

الشكل الثاني: (نمط دونكان):

- ◎ يشاهد في 15٪ من الحالات.
- ◎ تنفك المشيمة من الجانب←لا يتشكل حينها أي ورم دموي←بل ينساب الدم النازف تحت الأغشية←يساهم أثناء عبوره بخلخلة اتصالها←تعمل التقلصات الرحمية في هذا الشكل على فصل المشيمة قسماً تلو الآخر.
- ◎ وفي هذا الشكل من انفكاك 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 الانفكاك بوقته المتوقع.





صورة تلخّص كيفيّة انفكاك المشيمة في آلية دُنكان، تابع الصّور من اليسار لليمين ولاحظ كيف يظهر الوجهان الجنيني والوالدي نتيجة انفكاكها بشكل جانبي.

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 كوستز:

- ✓ 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 تتطاول 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، وباليد 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.

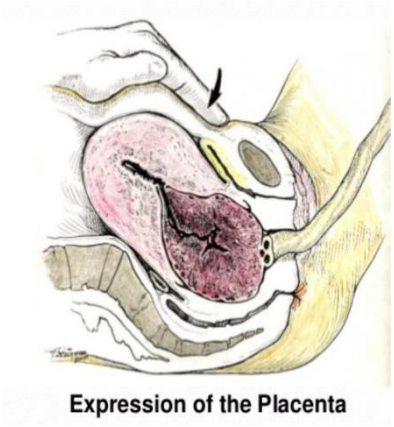
5. علامة أخرى:

- ✓ خروج دفقة دموية قبل ولادة المشيمة يشير أيضاً إلى حدوث الانفكاك.
- ✓ يترافق كل خلاص بضياع 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 والارغومترين)، من شأنها اختصار فترة الخلاص وتقليل كمية الدم المفقودة إلى النصف تقريباً.

كيف يتم تلقف المشيمة والأغشية؟

بعد التأكد من انفكاك المشيمة يتم تلقفها بإحدى طريقتين:

1. طريقة برندات – أندروز:


Expression of the Placenta

- ✿ 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.

2. 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، فتهجر المشيمة المهبل إلى الخارج.

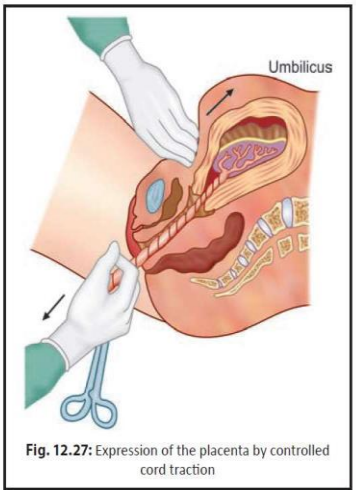


Fig. 12.27: Expression of the placenta by controlled cord traction

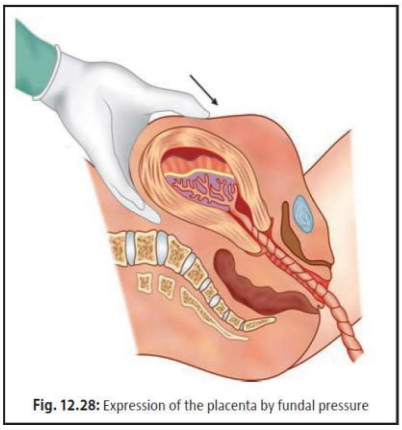
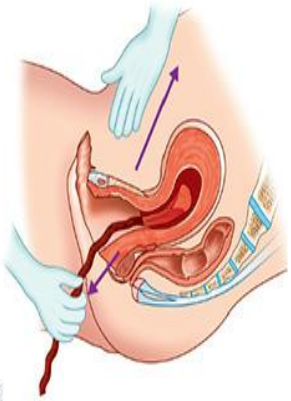
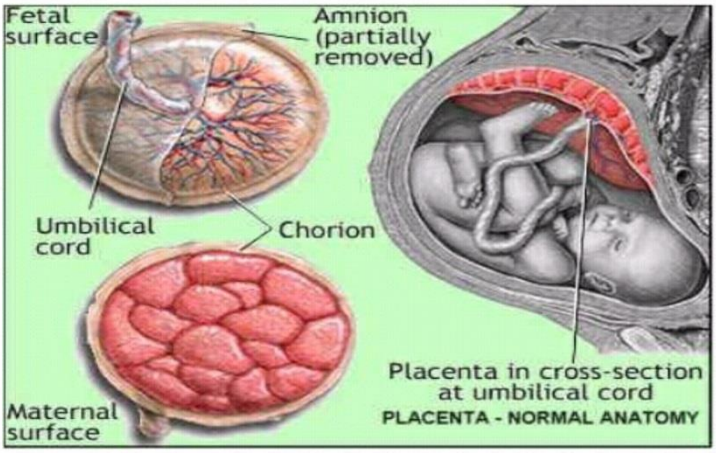


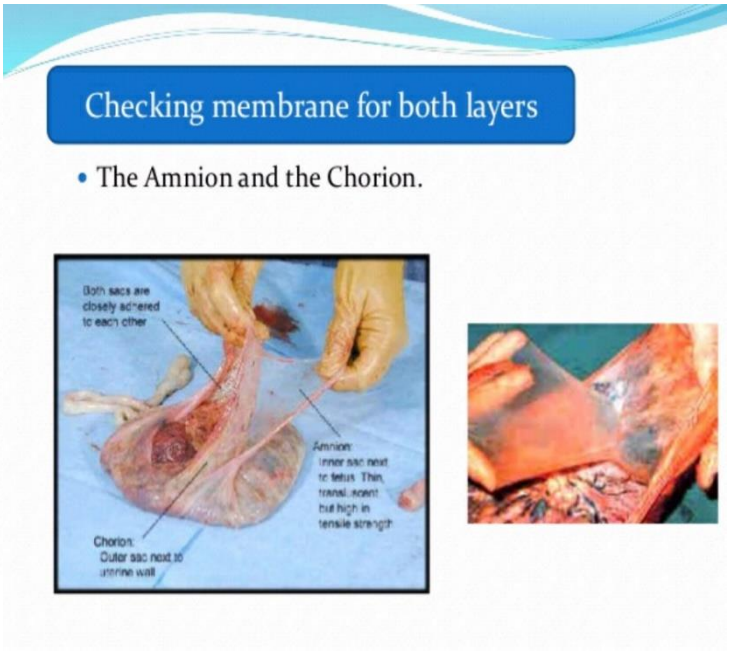
Fig. 12.28: Expression of the placenta by fundal pressure



هل انتهت مهمة المولد بعد ولادة المشيمة والأغشية المتصلة بها؟

- حقيقة لم تنته مهمة المولد عند هذا الحد، بل عليه فحص المشيمة والأغشية الجنينة 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 عطالة رحمية ونزف خلاص قد يودي 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 (المس المستبطن للرحم) 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.





كيف نفحص 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:

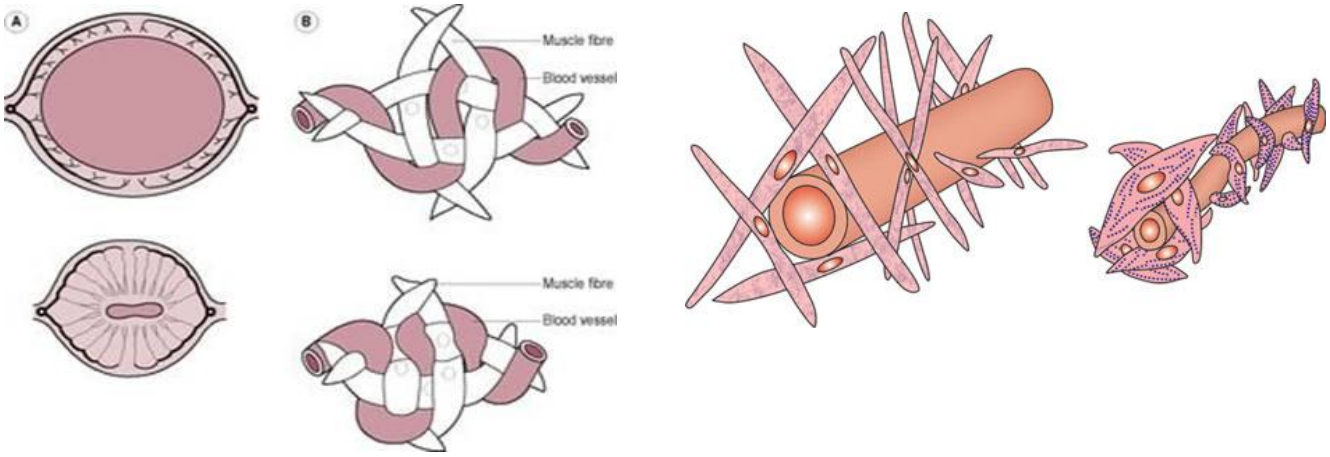
1. الطبقة الشبكية في عضلية الرحم:

✓ 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.



ماهي أشيع أسباب نزوف الخلاص؟

أشيع أسباب نزوف الخلاص:

1- عطالة العضلة الرحمية.
2- بقايا مشيمية.
3- تمزقات المسير التناسلي.
4- تغيرات دموية كانخفاض كمية الفبرينوجين.

- **وبهذا نكون قد أتممنا مراحل المخاض والولادة المختلفة، لكننا نتساءل:**

ماذا إن تأخر المخاض؟؟

❖ تحريض المخاض:

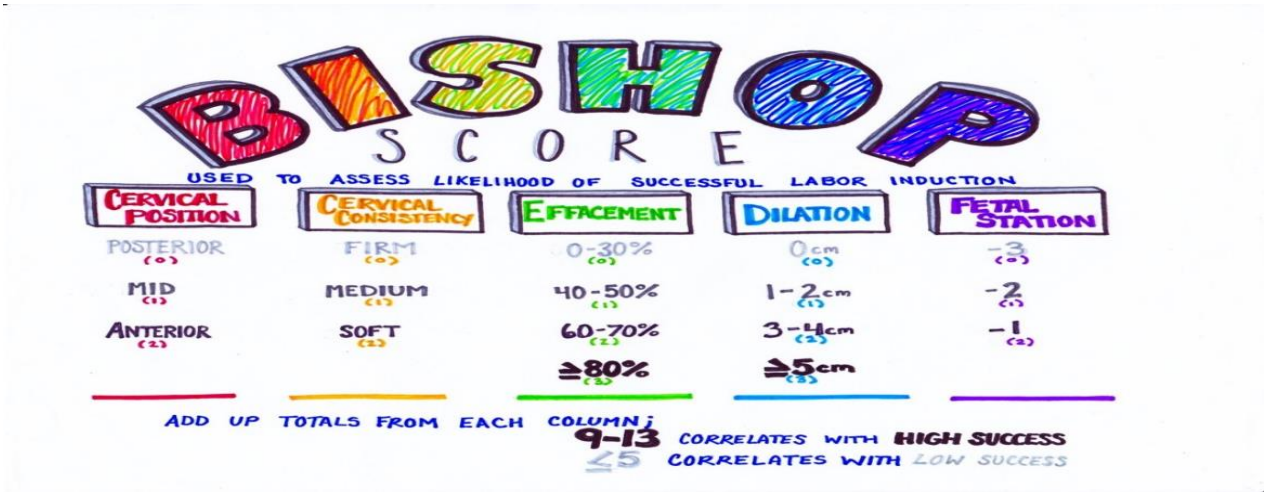
- من المفروض أن يبدأ المخاض عفوياً، لكنه قد يتأخر لأسباب مختلفة، أو قد لا تستجيب العضلة الرحمية للتقلصات بشكل جيد فيتأخر الطور الكامن، مما يستوجب تحريض المخاض دوائياً من قبل المولد بسبب نضج محصول الحمل وضرورة استخراجه من جوف الرحم.

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 المحرضة دوائياً عند عدم النضج الكافي للعنق وعدم تهيؤه لاستقبال الجنين المقبل إليه، سيكون له عواقب وخيمة، ويستعمل لتقدير درجة نضج العنق مشعر بيشوب أو المشعر العنقي وفق ما وضح في هذا الجدول:

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

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



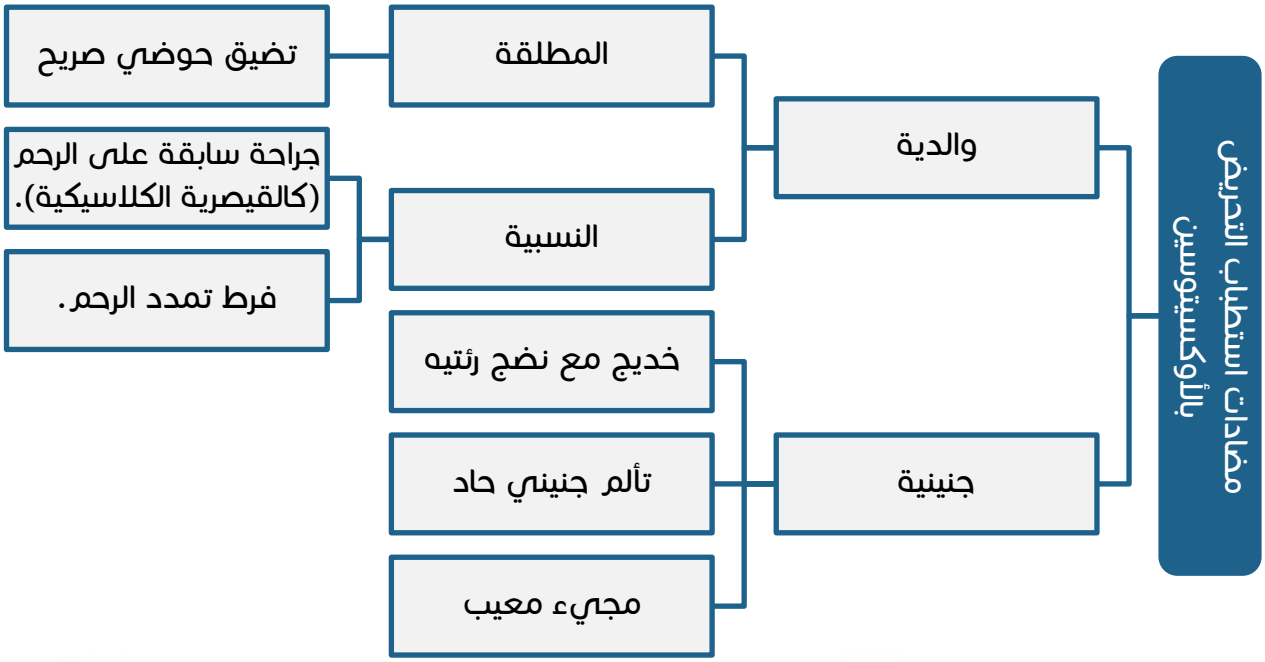
ما هي الآلية المسؤولة عن ليونة عنق الرحم؟

- 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 الصنعية البيتوسين والسنتوسينون.
- 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 تشتد 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 وإمحاء 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؟

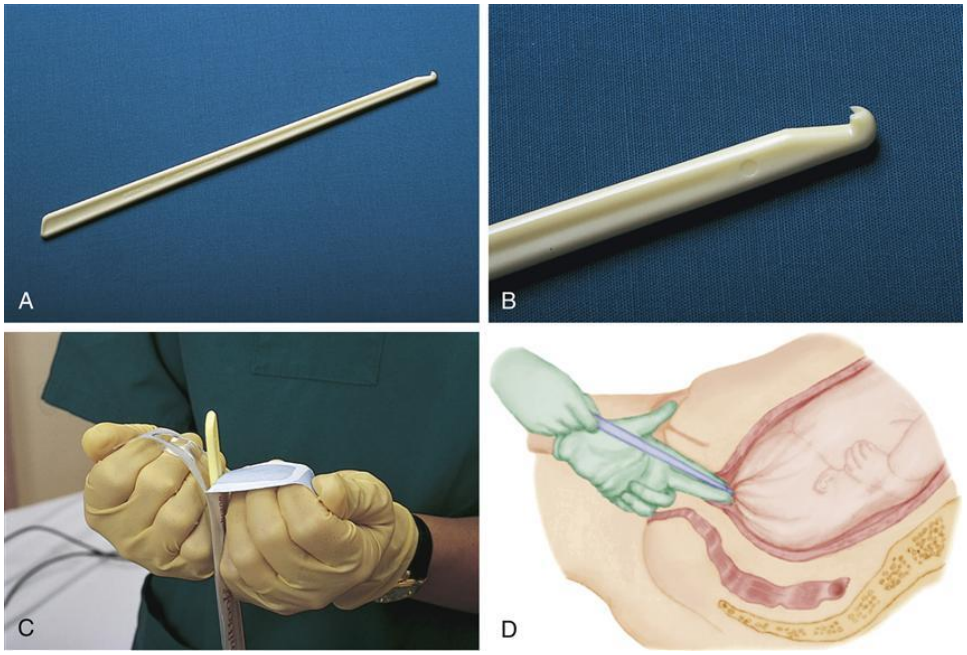
- يكون المولد كما ذكرنا متحفزاً أمام المرأة في حال تطبيق الأوكسيتوسين، لأن إهمال المراقبة قد يجعله يغفل عن ملاحظة فرط الاستثارة الذي من الممكن أن يصيب العضلة الرحمية، مؤدياً إلى تقلصات مشتدة ومتعاقبة بشكل لم يهيأ الرحم له، كأن **تتقلص العضلة الرحمية كل دقيقة مثلاً عوضاً عن أن يكون الفاصل بين التقلصات هو 3 دقائق**، وهذا الاشتداد المفرط يؤدي بالنهاية لحدوث **التكزز وانفجار الرحم وتمزقه.**
- كما يجدر بالذكر ألا 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).

ماهي مضادات استطباب التحريض بالأوكسيتوسين؟



هل هناك طرق أخرى لتحرض المخاض؟

- يمكن تحريض المخاض **بثقب 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 المتمددة مقويتها، فيكون ذلك شرارة محرضة لتقلصات المخاض.
- ولا تجرَى هذه العملية قبل التأكد من **اتساع عنق الرحم بمقدار 3-4 سم على الأقل**، كما يخشى عند إجرائها من انسدال السرر في حال كان الرأس غير متدخل في المضيق الحوضي، حيث أن تدخل الرأس يمنع انسدال السرر.



دون ملاحظاتك:

.....

.....

.....