



مدیریت دیستوشی شانه



تعریف دیستوشی:

تشخیص بر پایه این برداشت بالینی است: اگر کشش رو به پایین طبیعی که برای خروج شانه جنین ضرورت دارد ناکارآمد باشد دیستوشی مطرح می گردد.

در صورتی که فاصله زمانی زایمان سر تا بدن ۶۰ ثانیه یا بیشتر به طول انجامید، دیستوشی شانه اتفاق افتاده است.

ریسک فاکتورها:

پیش از لیبر:

سابقه دیستوشی قبلی (قابل اطمینان ترین پیشگویی کننده است)

دیابت مادر

چاقی مادر ($BMI \geq 30$) و روند غیر طبیعی افزایش وزن مادر در طی بارداری

کمبود ویتامین D

مولتی پاریده

زایمان پست ترم

ماکروزومی (تخمین وزن جنین بالای صدک ۹۵٪)

جنین پسر

ترکیب هر یک از عوامل بالا سبب افزایش تصاعدی شیوع دیستوشی شانه میشود.

حین لیبر:

طولانی شدن مرحله ۱ و ۲

زایمان تسریع شده

زایمان ابزارای سر جنین

القای لیبر (خصوصا به صورت طولانی مدت با اکسی توسین)

نکته: اکثر دیستوشی ها در زایمان هایی رخ می دهند که هیچ ریسک فاکتوری ندارند.

نکته: القای انتخابی لیبر یا سزارین انتخابی در موارد احتمال دیستوشی اندیکاسیون ندارد.

(در بین متخصصان اتفاق نظر وجود دارد که وقوع دیستوشی شانه را نمی توان به طور دقیق توسط عوامل خطرزای قبل از زایمان یا داخل زایمان یا مطالعات تصویربرداری پیش بینی کرد و ارزش پیش بینی هر یک یا ترکیبی از عوامل خطر برای دیستوشی شانه پایین است (کمتر از ۱۰ درصد)، و حداقل ۵۰ درصد از حاملگی های عارضه دار با دیستوشی شانه هیچ فاکتور خطر قابل شناسایی ندارند).

نشانه خطر:

برگشت سر به عقب (head bobbing): قبل از زایمان سر، سر با هر انقباض پایین آمده و مجدد به بالا بر می گردد.

علامت لاک پشت (turtle sign): بعد از زایمان و خروج سر، سر به سمت واژن برگشته و بر خلاف جهت پرینه جمع می شود.

علامت گونه های ورم کرده (Cheeky baby): پس از زایمان و خروج سر، صورت جنین به علت تحت فشار بودن تنه و اختلال در بازگشت وریدی کبود و ادمات می شود.
شانه قدامی با کشش ملایم رو به پایین خارج نمی شود.

عوارض مادری دیستوشی شانه:

خونریزی شدید بعد از زایمان در اثر آتونی و یا لسره

پارگی شدید پرینه

پارگی رحم

تشکیل فیستول

آسیب به عضلات و اعصاب کف لگن

عوارض جنینی دیستوشی شانه:

آسیفکسی شدید

فلج شبکه بازویی، ارب، دوشن

شکستگی کلاویکل

شکستگی استخوان بازو

انسفالوپاتی هیپوکسیک-ایسکمیک (HIE)

مرگ جنین

نکته: به ازای هر دقیقه تاخیر در زایمان ۰/۴ واحد افت در PH خون بندناف رخ می دهد.

نکته: در صورتیکه زایمان شانه بیشتر از ۵ دقیقه طول بکشد، احتمال آسیب ماندگار برای جنین افزایش می یابد.

اقدامات بالینی به ترتیب الویت:

توجه: با وجود اینکه دیستوشی شانه یک فوریت محسوب می شود ولی آرامش خود را حفظ نموده و با دقت مانورها را انجام دهید.

توجه: فشار بیش از حد به سمت پایین برای خروج شانه منجر به آسیب شبکه بازویی می شود، لذا برای خروج شانه پس از کشش ملایم از مانورهای دیگر استفاده شود.

توجه: در دیستوشی از اعمال فشار بر فوندوس خودداری کنید. زیرا باعث عوارض بیشتری برای نوزاد خواهد شد و احتمال بروز پارگی رحم را افزایش می دهد

۱- درخواست کمک کنید.

اعلام کد فوریت مامایی: افرادی که حضور آنها در تیم لازم است شامل آنکال دوم زنان، اطفال یا فوق تخصص نوزادان، متخصص بیهوشی، مامای باتجربه، سوپروایزر می باشد.

۲- نیاز به اپی زیاتومی را ارزیابی کنید.

اگر فضای کافی جهت انجام مانور وجود ندارد اپی زیاتومی انجام شود.

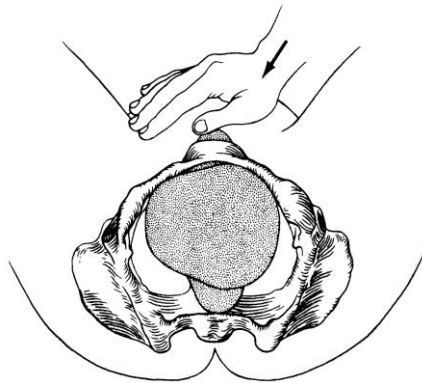
مثانه را تخلیه کنید.

نکته: از مادر بخواهید راحت و صاف روی لبه تخت بخوابد و مانور والسالوا انجام ندهد.

۳- مانور مک رابرت: ابتدا هرگونه بالش و تکیه گاهی از پشت مادر برداشته شود و درحالی که صاف روی تخت دراز کشیده پاها توسط مامای کمکی را به روی شکم خم کنید، زانوها را بهم نزدیک کنید تا خروجی لگن افزایش یابد و باسن را از لبه تخت فاصله دهید. سر جنین را به صورت ملایم بکشید. ۳۰ ثانیه این مانور را اجرا کنید، در صورت عدم خروج شانه از مانور بعدی استفاده کنید و کشش بیشتری اعمال نکنید.

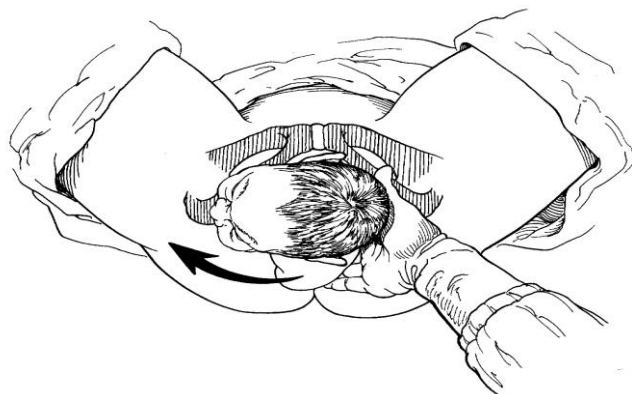


۴- روی ناحیه سوپراپوبیک فشار وارد کرده و همزمان سر جنین را به صورت ملایم بکشید. این کار می‌تواند به صورت همزمان با مانور مک رابرت انجام شود. ۳۰ ثانیه این مانور را اجرا کنید، در صورت عدم خروج شانه از مانور بعدی استفاده کنید.

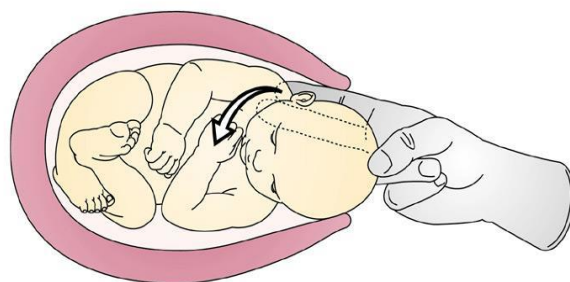


۵- مانورهای چرخش داخلی:

۱- مانور روبین: شامل دو مانور است که اولی با اعمال فشار بر سوپراپوبیک و چرخش شانه از یک طرف به سمت مقابل است. مانور دوم دست عامل زایمان به داخل واژن رفته و یکی از شانه‌ها که دسترسی بهتری دارد را روی قفسه سینه فشار می‌دهد، این کار سبب ابداکشن دو شانه شده و قطر قفسه سینه کاهش می‌یابد و باعث راحتی خروج شانه از زیر سمفیزپوبیس می‌شود.



1. Rubin manoeuvre (2)



۲- مانور وود: ابتدا یک دست از قسمت خلفی وارد واژن شده و شانه خلفی را می‌گیرد و دست دوم وارد شده و پشت شانه قدامی قرار می‌گیرد. سپس به میزان ۱۸۰ درجه (جهت یا خلاف جهت عقربه‌های ساعت) مثل پیچ سر بطری می‌چرخانیم تا شانه قدامی رها گردد. این مانور را می‌توان در پوزیشن لیتاتومی یا در حالت چهاردست و پا انجام داد. برای خروج راحت‌تر چهار دست و پا توصیه می‌شود.



۶- زایمان شانه خلفی: دست عامل زایمان وارد واژن شده و بازوی خلفی را گرفته، به روی قفسه سینه خم کرده و به آرامی با لغزش دست، خارج می‌کند سپس به طور کامل بازوی خلفی خارج می‌شود. این مانور را می‌توان در حالت چهار دست و پا انجام داد.



۷- مانور گاسکین (all fours):

چرخش مادر به حالت چهار دست و پا می تواند به تنهایی باعث رفع دیستوشی شود. نیروی جاذبه زمین برای خروج جنین کمک کننده است. در این پوزیشن می توانید مانورهای داخلی قبل را اجرا کنید.

۸- Flip FLOP: جهت اجرا این مانور مراحل زیر را اجرا کنید.

- ۱- مادر را در وضعیت چهار دست و پا (گاسکین) قرار دهید.
- ۲- پای مادر که در سمت پشت جنین قرار دارد به سمت جلو خم شود.
- ۳- شانه خلفی (شانه نزدیک به ساکروم مادر) را به صورت مایل به سمت سطح قدامی جنین بچرخانید.
- ۴- شانه خلفی را آزاد کنید.

سایر تکنیک ها:

سایر تکنیک ها عموماً برای مواردی نگه داشته می شوند که تمام مانورهای دیگر با شکست مواجه شده اند.

۹- شکستگی کلاویکل: در این وضعیت با اعمال فشار استخوان کلاویکل جنین شکسته شده سپس با کوچک شدن فضای بین شانه ها خروج صورت می گیرد.
ترمیم کلاویکل در اطفال به راحتی و با سرعت انجام می شود و عوارض آن کمتر از آسیب شبکه بازویی است.

۱۰- مانور زاونلی: این مانور جهت برگرداندن سر به داخل واژن و لگن با اعمال فشار ملایم جهت فلکشن سر و سپس انتقال به اتاق عمل جهت سزارین می باشد.

۱۱- سمفیزیوتومی: در آن غضروف میانی و سمفیز و قسمت اعظم رباطی آن برای پهن تر شدن سمفیز پوبیس بریده می شود.

۱۲- کلیدوتومی: شکستن سمفیز پوبیس و باز کردن مسیر جهت عبور جنین

توجهات پس از زایمان همراه با دیستوشی شانه:

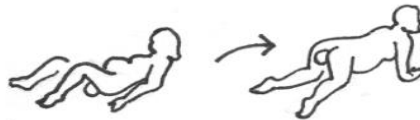
- گرفتن نمونه ABG بند ناف
- معاینه دقیق نوزاد از جهات صدمات نورولوژیک
- اقدامات لازم جهت بروز احتمالی PPH

Flip FLOP

Easy to remember, Easy to do.

Flip P

F



Flip the mom over

Gaskin's

Over to Gaskin's The movement is the point here.

L



Running Start

Lift the leg(s)

On H & Ks, lift Rt. leg , or, if known, the leg on side of baby's back.

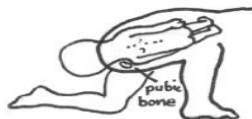
O



Rotate the shoulder into the Oblique

Posterior arm is easier to move.

P



Bring out the Posterior arm



Bend elbow first. If needed rotate baby and repeat.

©2005 Maternity House Publishing Gail Tully, CPM www.spinningbabies.com Permission to copy as whole.