

زایمان طبیعی بعد از سزارین (VBAC)

مشاوره با مادر باردار:

- بهترین زمان مشاوره، اولین ویزیت های پره ناتال و حتی قبل از اقدام به بارداری است.
- در خصوص مزایا و عوارض سزارین و زایمان طبیعی پس از سزارین به مادر توضیح داده شود و در پرونده ثبت گردد.
- مادران تا قبل از زایمان می توانند تصمیم خود را در خصوص انجام زایمان طبیعی یا سزارین تغییر دهند.
- از مادران حتما رضایت آگاهانه گرفته شود و در خصوص مزایا و معایب روش زایمان توضیح داده شود.
- برای خانواده هایی که تمایل به داشتن فرزند بیشتری دارند VBAC روش مناسب تری برای زایمان است.
- شانس موفقیت VBAC در بارداری سفالیک، ۲۷ هفته و بالاتر و یک بار سزارین قلی ۷۵-۷۲ درصد است.
- در مادران با سابقه دو بار سزارین یا بیشتر VBAC منفی ندارد می بایست با مادر در خصوص احتمال پارگی رحم مشاوره شود.

در موارد زیر VBAC پیش آگهی بیشتری دارد:

- زایمان وارثان موفق قبلی
- تمایل مادر به برگشتن سریعتر به فعالیت روزمره پس از زایمان
- تمایل والدین به تجربه لایبر و زایمان طبیعی

شرایط اقدام به انجام زایمان طبیعی:

نکته ۱: پیشگویی دقیق برای انجام زایمان طبیعی موفق پس از سزارین وجود ندارد. آزمائشی برای تشخیص احتمال پارگی اسکار رحمی قبلی وجود ندارد.

نکته ۲: عدم آگاهی از نوع برش رحمی مانعی برای انجام زایمان طبیعی پس از سزارین نیست و شناس پارگی رحم همانند برش عرضی سگمان تحتانی است.

1. انجام زایمان طبیعی حتماً می بایست به درخواست مادر باشد و این درخواست در پرونده ثبت شود. هیچ مادری نباید مجبور به انجام کار آزمایی لایبر شود.
2. رضایت آگاهانه از مادر و همسر در خصوص روش زایمان اخذ شود.
3. در صورت موک داخل رحمی چنین بهتر است کار آزمایی لایبر پس از سزارین انجام شود.
4. اندیکاسیون طبی حائلی برای انجام سزارین نداشته باشد مانند: جفت سوراخی، بویج FOOTLING و غیره
5. زایمان می بایست در مراکزی با امکان دسترسی فوری به منابع (بانک خون و آمادگی برای تزریق خون در اسرع وقت) و پرسنل درمانی (شامل متخصص بیپوشی، پرسنل اتاق عمل، جراح متخصص زنان سورت جهت مانیتورینگ زایمان و انجام سزارین اورژانس، پرسنل و امکانات احیاء نوزاد) انجام شود.
6. امکان مانیتورینگ الکترودینک مداوم وجود داشته باشد.

زایمان طبیعی بعد از سزارین (VBAC)

اداره زایمان در VBAC:

- به طور کلی کنترل لیر و زایمان مشابه زایمان در زنان با رحم بدون اسکار است.
- مراقبت از مادر می بایست یک ماما به یک مادر (One To One Care) باشد.
- حتماً از مادر رک باز گرفته شود آزمایشهای CBC، Diff و BG، RH و رزرو خون انجام شود.
- از مانیتورینگ الکترونیک دائم برای کنترل ضربان قلب جنین و کنترل انقباضات رحم استفاده شود.
- به علائم و نشانه های مادر مانند: تبوع، درد شکم و ... توجه شود.
- پیشرفت زایمان حتماً در پارترگراف ثبت شود. پیشرفت زایمان در VBAC بدون سابقه زایمان واریتال مشابه خانم تولی پلر و در افراد با سابقه زایمان واریتال مشابه زنان مولتی پلر می باشد. طول مدت عدم پیشرفت در غار فعال زایمانی نباید حداکثر بیشتر از ۴ ساعت باشد.
- استفاده از روشهای بی دردی مانند اپی دورال در حین زایمان منعی ندارد. اپیدورال در دیلاتاسیون بیش از ۴ سانتی متر انجام شود.

الف Induction و تحریک Augmentation زایمان:

توجه: استفاده از پروستاگلاندین ها برای القای زایمان غیر مجاز است.

لیر خود به خود شروع شده باشد.

شانس VBAC با اینهاکشن کمتر از زمانی است که روش های مکانیکی: مجاز است. در صورت سرویکس دیلات و مطلوب آمینوتومی جهت اینهاکشن پیشنهاد می شود.

دیلاتورهای مکانیکی یا کاتترهای تراش سرویکال یا استفاده از سوند فولی می تواند یک انتخاب مناسب برای افراد خرومان TOLAC با سرویکس نامطلوب باشد .

اکسی توسین: مجاز است. احتمال بروز پارگی با افزایش دوز اکسی توسین افزایش می یابد. در صورت استفاده از اکسی توسین می بایست برای اداره زایمان مانند مادران نیازمند مراقبت ویژه از مانیتورینگ الکترونیک دائم استفاده شود.

مراقبت پس از زایمان :

- بررسی محل برش قلی به صورت روئین با معاینه دستی بعد از VBAC توصیه نمی شود. در صورت خونریزی واریتال شدید و بروز علائم هیپوولمی معاینه دستی محل اسکار رحمی و بررسی پارگی سرویکس ضروری است.
- هموکلیمین مادر ۶ ساعت پس از زایمان اندازه گیری شود. در صورت کاهش هموکلیمین از نظر خونریزی بررسی شود.
- حجم ادرار تا ۶ ساعت پس از زایمان اندازه گیری شود.
- ادامه مراقبتها همانند اداره زایمان طبیعی است.

زایمان طبیعی بعد از سزارین (VBAC)

تشخیص پارگی رحم:

1. CTG غیر طبیعی، بروز برادیکاردی جنینی، افت دیررس (مهم ترین و شایع ترین علامت پارگی رحم)، تبدیل شدن کروه بندی الکتری قلب جنین به کروه II و III
2. ضعیف شدن و توقف انقباضات رحمی
3. علائم هیپروولسمی بدون خونریزی واژینال احتمال خونریزی مخفی را مطرح می کند.
4. خونریزی واژینال غیر طبیعی (ممکن است همیشه اتفاق نیافتد)
5. تابی کاردی مادر. افت فشار خون، شوک
6. بالا رفتن station جنین
7. درد شدید ناگهانی شکم و درد بین انقباضات
8. مهاجری در صورتی که پارگی رحم به حائله کشیده شود.
9. پس از زایمان درد شکمی همواره با خونریزی مداوم علی رغم استفاده از یوتروتنیک ها می بایست احتمال پارگی رحم را در نظر گرفت.

محدودیت پارگی رحم:

در صورت احتمال پارگی رحم جین لیر و unstable بودن مادر از نظر همو ریتمیک، حتماً مایع درمانی و تزریق خون انجام شود. مادر سریعاً برای سزارین آماده شود. با توجه به حال عمومی مادر، برای انتخاب نوع بییهوشی توسط متخصص بییهوشی تصمیم گیری شود. چنانچه خروج سریع جنین مد نظر است و حال عمومی مادر مناسب نیست، بییهوشی جنرال ارجح است. در این صورت مدت زمان برای خروج جنین، بییهوشی ایندوروال یا اسپایمال کمتر اندیکاسیون دارد.

تصمیم به هیسترکتومی یا ترمیم رحم به موارد زیر بستگی دارد:

1. نجات جان مادر
 2. کنترل خونریزی
 3. وضعیت باروری و تمایل مادر به بارداری بعدی
 4. تشخیص آسیب به ارگانهای مجاور مانند مثانه
 5. عارضه کمتر بعد از جراحی
 6. کمترین عارضه در بارداری بعدی
- ترجیه: چنانچه خونریزی مادر قابل کنترل نیست حتماً هیسترکتومی انجام شود.

TOLAC در موارد IUFD :

زایمان تا ۲۸ هفته بارداری: انقباض زایمان با پورستاکلاندین از جمله میزوپروستول قلیح مشابه زنان بدون اسکار رحمی قبلی است. بنابراین میزوپروستول قلیح و تخلیه و انقباض زایمان با میزوپروستول روش مناسبی است.

زایمان در سبه ماهه سوم (از ۲۸ هفته بارداری به بعد): آماده سازی سرویکس با یک کاتتر قوی ترانس سرویکال پیشنهاد می شود.

زنان در این موارد باید به TOLAC تشویق شوند زیرا خطر عوارض جنینی منفی است و حتی در موارد با ریسک بالاتر از نظر عوارض اسکار سزارین قبلی نیز TOLAC می تواند مد نظر قرار گیرد.

زایمان طبیعی بعد از سزارین (VBAC)

مزایا و معایب:

زایمان طبیعی پس از سزارین	انجام سزارین تکراری
پارگی رحم ۱ در ۲۰۰ مورد	پارگی رحم ۱ در ۴۰۰۰۰ مورد
پارگی رحم در حاملان با دو بار سزارین قبلی ۲ برابر است.	
مرگ یا آسیب جدی عصبی نوزاد ۱ در ۱۰۰۰۰ مورد	
میزان سپسیس نوزادی بالاتر است.	
گردیدن آمنیوسیت ایترا پار تو م بیشتر است	بروز عفونت های لگنی پس از زایمان بیشتر است
مورثاتی پرده ناثال ۱/۳ - و نوزادی ۰/۱۱	مورثاتی پرده ناثال ۰/۰۵٪ و نوزادی ۰/۰۶٪
با این حال میزان خطر کلی بسیار پایین است.	با این حال میزان خطر کلی بسیار پایین است.
تاکی پنه گذاری نوزادی ۲/۶ درصد است	تاکی پنه گذاری نوزادی ۴/۲ درصد است
مدت بستری و عوارض بعد از زایمان در TOLAC کمتر است و بازگشت به فعالیت های روزمره سریع تر است.	
غیر قابل زمان بندی و برنامه ریزی است.	قابل زمانبندی و برنامه ریزی است.
خطر مرگ و میر مادری ۲/۸ درصد هزار تولد زنده است	خطر مرگ مادری ۱۳/۴ درصد هزار تولد زنده است.
ثروما به برپه بیشتر است.	تورهای تولد به علت چاقوی جراحی بیشتر است.
موربیدیتی مادری در صورت شکست TOLAC افزایش می یابد	
میسترکومی ۰/۱۷ درصد	میسترکومی ۰/۲۸ درصد
انتقال خون ۰/۹ درصد	انتقال خون ۱/۲ درصد

نمره آپگار دقیقه ۵ و میزان بستری در NICU در نوزاد در دو گروه یکسان است.

خطر بروز ترومبوز وریدی و آمبولی در هر دو به نظر یکسان است.

زایمان طبیعی بعد از سزارین (VBAC)

پیش آگهی خوب در خصوص تلاش برای انجام زایمان طبیعی پس از سزارین	کتر اندکاسیون در خصوص تلاش برای انجام زایمان طبیعی پس از سزارین
زنان با تنها ۱ یا ۲ برش سزارین قلی عرضی در سگمان تحتانی رحم (Low transverse incision) بدون هیچ گونه اسکار رحمی دیگر یا سابقه پارگی رحم - لگن مناسب از نظر بالینی (خطر پارگی در موارد مالفورماسیون رحمی با برش سزارین قلی افزایش نمی یابد)	- اسکار کلاسیک، اسکار T/J SHAPE - برش های ترانس فوئدال یا میومکتومی با گسترش به داخل میومتر - سابقه پارگی قلی رحم - سابقه DEHISCENCE اسکار رحمی قلی
سابقه زایمان واریتال موفق قبل یا بعد از سزارین (بهترین فاکتور پیش بینی موفقیت)	- نداشتن عارضه طبی مالمی برای انجام زایمان طبیعی
فاصله بین دو زایمان بیش از ۱۸ ماه	
شانس موفقیت VBAC و شانس بروز پارگی در دو قلیی مانند TOLAC برای تک قلیی است. امکان TOLAC برای زنان با دو قلیی و یک برش عرضی قلیی رحمی که از سایر جهات کانید زایمان دو قلیی واریتال هستند وجود دارد.	

نکته:

انجام سونوگرافی در ۲۸-۳۴ هفته بارداری برای اندازه گیری ضخامت میومتر سگمان تحتانی در تصمیم گیری برای انجام زایمان طبیعی می تواند کمک کننده باشد.