



HEALTH HOLDING
HAFER ALBATIN HEALTH
CLUSTER
MATERNITY AND CHILDREN
HOSPITAL

Department:	Obstetrics and Gynecology		
Document:	Multidisciplinary Policy and Procedure		
Title:	Management of Stillbirth		
Applies To:	All Obstetrics and Gynecology Staff		
Preparation Date:	January 08, 2025	Index No:	L&D-MPP-024
Approval Date:	January 22, 2025	Version :	2
Effective Date:	February 22, 2025	Replacement No.:	L&D-MPP-024(1)
Review Date:	February 22, 2028	No. of Pages:	17

1. PURPOSE:

- 1.1 To give best advice and to ensure all staff are aware regarding the management of stillbirth.

2. DEFINITIONS:

- 2.1 **Stillbirth-** is the birth of the fetus after 24 completed weeks of pregnancy who did not breathe or show signs of life after complete expulsion from the mother.
 - 2.1.1 If the gestational age is not known, fetal weight may be used.
 - 2.1.2 If neither weight nor gestational age is available, crown-heel length ≥ 25 cm is used as a criterion for reporting fetal death and distinguish a fetal death from an abortus.
- 2.2 **Miscarriage-** is a birth up to 23 weeks and 6 days of pregnancy of an infant who did not breathe or show signs of life after complete expulsion from the mother.
 - 2.2.1 **Embryo-** the term, embryo, is used to describe the early stages of fetal growth, from conception to the eight week (7 weeks + 6 days of pregnancy)
 - 2.2.2 **Fetus-** from the eight week of pregnancy to birth.
- 2.3 **Livebirth-** is an infant born at any gestation of pregnancy that breathes or shows other signs of life after complete expulsion from the mother.
- 2.4 **Neonatal Death-** is a live born infant who dies within 28 days of birth.

3. POLICY:

- 3.1 Admit the woman. Her physician or the physician-on-call should be informed.
- 3.2 The physician on duty should see the woman before any procedures are carried out.
- 3.3 On admission, a full set of observations (temperature, pulse, respiratory rate and BP) should be undertaken; then 4 hourly temperature and BP and hourly pulse during labor unless otherwise indicated.
 - 3.3.1 To prioritize the patient psychological state post- delivery by ensuring an appropriate environment free of stimuli that might aggravate grief in mothers of stillbirth. Inappropriate situations include but are not limited to sharing a room with women nursing healthy newborn or delivering healthy fetuses.
- 3.4 Diagnosis requires appropriate, urgent assessment by real-time ultrasound assessment.
 - 3.4.1 Do not make diagnosis of fetal death based on fetal heart not heard on auscultation by hand-held doppler.
- 3.5 Full explanation of the pregnancy loss, induction process, pain relief and the approximate length of time taken to deliver the fetal, should be given.
- 3.6 Offer referral for counselling/ support services.
- 3.7 Once the woman is ready, blood needs to be taken for the following investigations:
 - 3.7.1 Blood cultures.
 - 3.7.2 CBC (Complete Blood Count).
 - 3.7.3 Screening test of coagulation (e.g. prothrombin time [PT], activated partial thromboplastin time [aPTT], fibrinogen and D-dimer).

- 3.7.4 Type and blood group screen.
- 3.7.5 HbA1C (glycosylated hemoglobin)
- 3.7.6 TORCH screen (Toxoplasmosis, Other [Syphilis, Varicella- Zoster, Parvivirus B19], Rubella, Cytomegalovirus (CMV), and Herpes Infections).

4. PROCEDURE:

4.1 **Diagnosis of intrauterine death:**

- 4.1.1 Formal confirmation by an ultrasound examination to demonstrate lack of fetal heart activity performed by experience obstetrician, maternal fetal medicine specialist, radiologist or sonographer.
- 4.1.2 A clear communication with the pregnant woman and family describing the reason for the urgent ultrasound assessment.
- 4.1.3 Support from a social worker, or other suitable person.
- 4.1.4 Continuity of care.

4.2 **Breaking the news and informing patient about diagnosis (using SPIKES, a Six- Step Protocol).**

- 4.2.1 Step 1: S- setting up the interview (the most experience practitioners are required for these difficult conversations)
- 4.2.2 Step 2: P- assessing the patient's perception (allow time for parents to ask questions.)
- 4.2.3 Step 3: I- obtaining the patient's invitation (ensure a support person is present for the woman).
- 4.2.4 Step 4: K- giving knowledge and information to the patient.
- 4.2.5 Step 5: E- addressing the patient's emotions with empathic responses.
- 4.2.6 Step 6: S- strategy and summary (explain that stillbirths often remain unexplained even after a detailed review)

4.3 **Management of Labor:**

- 4.3.1 Admission and take maternal blood work for investigations.
- 4.3.2 Counselling: regarding general evaluation, mode of delivery and postpartum care.
- 4.3.3 Risks:
 - 4.3.3.1 Failed induction and uterine rupture (increase with previous uterine surgery and when cervix is unfavourable).
 - 4.3.3.2 Obstetric complications: shoulder dystocia and postpartum hemorrhage.
 - 4.3.3.3 Disseminated Intravascular Coagulation (DIC): 10% within 4 weeks after the date of IUFD, rising to 30% thereafter.
- 4.3.4 Timing of delivery:
 - 4.3.4.1 If patient has any risk (e.g. Ruptured Membranes, infection, pre eclampsia or placental abruption), offer immediate induction of labor.
 - 4.3.4.2 If patient is physically well (e.g. when the membranes are intact and there is no evidence of infection, pre eclampsia or bleeding including laboratory evidence of Disseminated Intravascular Coagulation (DIC), the risk from expectant management is low:
 - 4.3.4.2.1 Immediate induction is not require.
 - 4.3.4.2.2 Timing of birth is based on the mother's preferences, medical condition and previous intrapartum history.
 - 4.3.4.3 If labor is delayed, advise women to have weekly testing for Disseminated Intravascular Coagulation (DIC).
 - 4.3.4.3.1 Laboratory testing for (DIC) includes the following:
 - 4.3.4.3.1.1 Complete blood count (CBC)
 - 4.3.4.3.1.2 Coagulation studies including prothrombin time (PT), activated partial thromboplastin time (aPTT), and D- dimer.
 - 4.3.4.3.2 Criteria for diagnosis of DIC:
 - 4.3.4.3.2.1 DIC is a clinical diagnosis.
 - 4.3.4.3.2.2 There is no single highly sensitive or specific test.
 - 4.3.4.3.2.3 We make the diagnosis of acute DIC in a pregnant woman

when the clinical setting is appropriate (e.g. abruption placenta, amniotic fluid embolism, acute fatty liver, sepsis). There is laboratory evidence of thrombocytopenia, coagulation factor consumption (e.g., prolonged prothrombin time [PT], activated partial thromboplastin time [aPTT]; low fibrinogen), and fibrinolysis (e.g., increasing D-dimer)

4.3.5 **Methods of Induction:**

- 4.3.5.1 Mechanical induction: e.g., Balloon (Transvaginal) catheter.
- 4.3.5.2 Pharmacological:
 - 4.3.5.2.1 Induction of labor regimen:

Suggested methods for induction of labor following spontaneous fetal death		
Gestation		
	20-28 weeks of equivalent uterine size	Greater than 28 weeks
Pre- induction		Dinoprostone or transcervical catheters (e.g., Foley catheter)
Induction- no previous uterine surgery	Misoprostol 400mcg PV 6 hourly x 8 doses	Oxytocin infusion consider ARM after labor established
Induction- previous uterine surgery	Misoprostol 200mcg PV 6 hourly x 8 doses	Trans-cervical catheters (may be followed by oxytocin infusion and/ or ARM at the discretion of the obstetrician)

4.3.5.3 Care during labor, birth and post birth.

4.3.6 Labor and Birth:

- 4.3.6.1 Ensure adequate analgesia.
- 4.3.6.2 Observe for complications including shoulder dystocia, postpartum haemorrhage and amniotic fluid embolism.
- 4.3.6.3 Reassure parents that their delivered newborn will be treated with care and respect at all times.
- 4.3.6.4 Inform parents about delivered newborn's physical appearance with regard to gestational age and development, physical abnormalities and potential injuries such as peeling skin.
- 4.3.6.5 Vaginal birth is generally preferable to caesarean section with minimization of material risk being the most important factor.
- 4.3.6.6 Active management of the third stage is recommended.

4.3.7 Post- natal care:

- 4.3.7.1 Follow the fetal investigations.
- 4.3.7.2 Provide the woman and partner with appropriate debriefing, support, referral and follow up to reduce the risk of postnatal depression, anxiety and post- traumatic stress disorder.
 - 4.3.7.2.1 Provide usual post birth care.
 - 4.3.7.2.2 Provide advice about lactation suppression (pharmacological and non-pharmacological)
 - 4.3.7.2.2.1 Nonpharmacological measures (e.g., such as a support bra, ice packs and analgesics).
 - 4.3.7.2.2.2 Pharmacological (e.g., dopamine agonist) is

recommended:

4.3.7.2.2.1 Cabergoline 1mg as a single dose during first day postpartum.

4.3.7.2.2.2 Bromocriptine (2.5mg twice daily) for 14 days.

N.B. the two regimens had very similar effectiveness, but cabergoline was simpler to use and had significantly lower rates of rebound breast activity and adverse events.

4.3.7.2.3 Provide verbal and written contraception advice. Return to a normal fertile cycle with lactation suppression is rapid.

4.3.7.2.4 Advise on postnatal exercises. Refer to physiotherapy services if required.

4.3.7.2.5 Refer to home care service and notify primary health care provider for anxiety, depression, bleeding, breast engorgement and fever.

4.3.7.2.6 Offer postnatal review to discuss stillbirth and further investigations.

4.3.8 Management of associated maternal medical condition:-

4.3.8.1 (e.g., infection, maternal anemia, autoimmune diseases- systemic lupus erythematosus and idiopathic thrombocytopenia- and pre- eclampsia)

4.4 Investigation

4.4.1 Maternal investigation.

4.4.1.1 Blood group and antibody screen.

4.4.1.1.1 To exclude haemolytic disease (e.g., from Rh D or Kell red cell antigens)

4.4.1.2 Liver function tests and non- fasting bile acids to exclude.

4.4.1.2.1 Risk factors for obstetric cholestasis (OC): ethnicity, history of previous liver and or gallbladder disease, hepatitis B or C, prior OC and multiple pregnancy.

4.4.1.2.2 Viral hepatitis for acute fatty liver of pregnancy, HELLP syndrome.

4.4.1.3 Thyroid Function Tests (TSH, FT4, and FT3)

4.4.1.3.1 Disorder (over hyper and hypothyroidism) associated with increases risk of miscarriage, hypertension in pregnancy, low birth weight and stillbirth.

4.4.1.4 HbA1c (Glycosylated Hemoglobin)

4.4.1.5 Maternal Thrombophilia Screen: test for Antiphospholipid Syndrome (APS)- associated with early and late fetal loss, placental insufficiency and pre eclampsia.

4.4.1.5.1 Anticardiolipin antibodies.

4.4.1.5.2 Lupus anticoagulant.

4.4.1.5.3 Anti-B2 glycoprotein-1 antibodies.

4.4.1.6 Infection- serology for:

4.4.1.6.1 Cytomegalovirus (may infect the placenta and is associated with vilifies).

4.4.1.6.2 Toxoplasmosis (maternal- fetal transmissions more likely later in pregnancy).

4.4.1.6.3 Parvovirus B19 causes: fetal anemia, non- immune hydrops and fetal death.

4.4.1.6.4 Rubella (if not undertaken during the pregnancy).

4.4.1.6.5 Syphilis (if not undertaken during the pregnancy or is at risk of acquiring).

4.4.1.6.6 If known travel history by mother or partner consider testing for Zika Virus, Malaria, Influenza or other relevant infections.

4.4.1.6.6.1 Zika Virus IgM and plaque reduction neutralization test [PRNT].

4.4.2 Investigations of fetus and placenta.

4.4.2.1 External examination by obstetrician for the placenta:

4.4.2.1.1 Send placenta (fresh and unfixed) for macroscopic and histological examination.

4.4.2.1.1 Gross placental findings of clinical significance must be reported by

obstetrician; examples of gross lesions that are important include:

- 4.4.2.1.1.1 Green discoloration (especially of the umbilical cord, may be meconium myonecrosis, which may be associated with perinatal morbidity).
 - 4.4.2.1.1.2 Yellow- green discoloration of umbilical cord (may be umbilical "vasculitis", which may be associated.)
 - 4.4.2.1.1.3 Cord- examine for: thrombosis and true knot generally occur intrapartum if causative of stillbirth (its incidence varies from 1/ 1300 to 1/ 1500 deliveries and 1/ 1000 in perinatal autopsies).
- 4.4.2.2 Swabs: the obstetrician have to take:
- 4.4.2.2.1 Swab from the ear and pharynx of the baby: for fetal culture for Group B Streptococcus, Listeria Monocytogenes and Escherichia coli.
 - 4.4.2.2.2 Swab between the chorion and amnion for microscopy and culture.
 - 4.4.2.2.3 N.B: culture of the fetal skin and/or placenta surface may be misleading because of contamination during delivery; culture of internal fetal organs and/ or the area between the amnion and chorion is more reliable.
- 4.4.2.3 If known travel history of woman or partner to zika infected country: consider testing fetal tissue for Zika Virus.
- 4.4.2.4 Physical examination by Pediatrician:
- 4.4.2.4.1 Accurate anthropometric measurements of birth weight, head circumference and length plotted on growth charts.
 - 4.4.2.4.2 Baby photograph and file it in the medical record with documented consent from parents.
 - 4.4.2.4.3 Medical imaging (X-ray of the whole baby body).
- 4.4.2.5 Blood sample- collect cord blood sample by obstetrician (or cardiac puncture if cord blood is insufficient) can be performed with parent's verbal consent for:
- 4.4.2.5.1 Microbiological culture for assessment of fetal inflammatory response.
 - 4.4.2.5.2 Hematological assessment- Complete blood count, nucleated red cell count, group and antibody screen.
 - 4.4.2.5.3 Chromosomal analysis: microarray superior to karyotype as can be detected in macerated fetal tissue (skin biopsy by obstetrician: maybe performed with shave, punch, or excisional techniques). If family history or specific phenotype suspected test using fetal and/ or placental DNA.
 - 4.4.2.5.4 Cell free fetal DNA can used as non- invasive test.
 - 4.4.2.5.5 Neonatal screening tests: by pediatrician.
 - 4.4.2.5.6 Investigation of placenta, cord and membranes (pathology guide), examples includes:
 - 4.4.2.5.6.1 Abscesses- which are almost always due to listeria placentitis and may be a sign that the infant is infected.
 - 4.4.2.5.6.2 Green discoloration- especially of the umbilical cord, may be meconium myonecrosis, which may be associated with perinatal morbidity.
 - 4.4.2.5.6.3 Yellow- green discoloration of umbilical cord- may be umbilical "vasculitis", which may be associated with perinatal sepsis and/ or neurologic compromise.
 - 4.4.2.5.6.4 Organized thrombi in umbilical vessels and congenital stroke, visceral infarcts, and/ or neurologic compromise.
 - 4.4.2.5.6.5 Masses in the placenta usually appear as firm tan/ white lesions. Although most masses are relatively benign (infarcts or intervillous thrombi), all masses should be sampled as they may represent metastatic tumor or placental neoplasms (chorioangioma or choriocarcinoma).
 - 4.4.2.5.6.6 Cysts may be simple cysts (chorionic, septal, or amniotic)

or related to a complete or partial mole (including a twin gestation with a normal twin and a complete hydatidiform mole) or placental mesenchymal dysplasia (PMD) (PMD is a unique placental developmental anomaly usually associated with many grossly identifiable cysts and rope like chorionic vasculature in a large placenta. It has been linked with fetal growth restriction, stillbirth, Beckwith-Wiedemann Syndrome, and some chromosomal abnormalities)

4.5 Discharge:

- 4.5.1 Contact local physician to get advice of stillbirth.
- 4.5.2 Provide copy of relevant medical record.
- 4.5.3 Ensure following- up phone call to woman after discharge.
- 4.5.4 Offer clinical follow- up in area away from maternity service.
- 4.5.5 Provide support as required from other clinicians (e.g., social worker, bereavement midwife).
- 4.5.6 If appropriate offer referral to perinatal mental health service.
- 4.5.7 On 8-12 weeks postnatal. Investigate further for thrombophilia.

4.6 Prevention of Recurrent Stillbirth:

- 4.6.1 Preconception management.
 - 4.6.1.1 Ideally, management of pregnancy in women with a prior stillbirth begins prior to conception.
 - 4.6.1.2 Key interventions include optimizing medical status (e.g., diabetes, thyroid disorders, and hypertension).
 - 4.6.1.3 Discussing cessation of illicit drug, tobacco, and alcohol use, when appropriate.
 - 4.6.1.4 Optimizing body mass index, if too low or high.
- 4.6.2 Pregnancy Management
 - 4.6.2.1 In women with a prior stillbirth, the challenge for the physician is to assess the prior risk of stillbirth, discuss management options, determine the type and frequency of antepartum monitoring, and determine when the maternal/ fetal risk of on-going pregnancy warrant intervention for delivery.
 - 4.6.2.2 There is no evidence supporting any specific surveillance protocol to improve outcome of these pregnancies: we do the following, based on data from observational studies, expert opinion, and our own clinical experience:
 - 4.6.2.2.1 Screen for diabetes: if the previous stillbirth was unexplained or related to fetal anomalies, screen for diabetes early in pregnancy and, if normal, repeat screening at 24 to 28 weeks. The odds of gestational diabetes is fourfold higher after an explained stillbirth.
 - 4.6.2.2.2 Ultrasound examination
 - 4.6.2.2.2.1 For confirmation of gestational age, ideally in the first trimester.
 - 4.6.2.2.2.2 For fetal anatomic survey at 18 to 22 weeks of gestation.
 - 4.6.2.2.2.3 For assessment of fetal growth and amniotic fluid volume at 24 and 30 weeks.
 - 4.6.2.2.2.4 Serial assessment of fetal growth is essential, and may be performed clinically, or if difficult, such as in the setting of obesity, by serial ultrasound examinations.
 - 4.6.2.2.2.5 For women with a prior unexplained stillbirth with growth restriction and/ or evidence of uteroplacental insufficiency, ultrasound examination at 24 and 30 weeks of gestation is a common approach based on expert opinion. Doppler ultrasound of the umbilical artery is performed if the fetus is growth restricted.

- 4.6.3 Antepartum Fetal Surveillance
 - 4.6.3.1 It is recommended for initiation of antepartum fetal testing one to two weeks prior to the gestational age of the previous stillbirth and by 32 to 34 weeks of gestation.
 - 4.6.3.2 When the cause of the prior stillbirth is unknown after appropriate evaluation, there is no evidence that intensive monitoring in the future uncomplicated pregnancies will make a significant difference in preventing stillbirth.
- 4.6.4 Timing of delivery
 - 4.6.4.1 For reassurance, many practitioners offer delivery before the estimated delivery date to provide women with a previous stillbirth some psychological reassurance and a measure of control over their pregnancy.
 - 4.6.4.2 Guideline suggested avoiding scheduled delivery before 39 weeks if the previous stillbirth was unexplained and the current pregnancy is uncomplicated (i.e. reassuring fetal testing, no maternal risk factors for stillbirth such as advanced maternal age or obesity).
 - 4.6.4.3 If risk factors for adverse pregnancy outcome are present, the timing of delivery must be individualized, balancing the maternal and fetal/ neonatal risks of intervention with the risks of expectant management.

5. MATERIALS AND EQUIPMENT:

N/A

6. RESPONSIBILITIES:

- 6.1 Physician
- 6.2 Nurses
- 6.3 Midwives




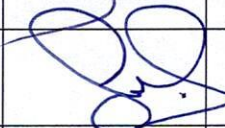


7. APPENDICES:

N/A

8. REFERENCES:

- 8.1 Guidelines Obstetrics & Gynecology, Ministry of Health, 2013

9. APPROVALS:

	Name	Title	Signature	Date
Prepared by:	Dr. Abdalla Mohamed Albasha	Obstetrician and Gynecologist		January 08, 2025
Reviewed by:	Dr. Mohannad Yaghmour	Head of the Department		January 12, 2025
Reviewed by:	Mr. Sabah Turayhib Al - Harbi	Director of Nursing		January 13, 2025
Reviewed by:	Mr. Abdulelah Ayed Al - Mutairi	QM&PS Director		January 14, 2025
Reviewed by:	Dr. Thamer Naguib	Medical Director		January 15, 2025
Approved by:	Mr. Fahad Hezam Al - Shammari	Hospital Director		January 22, 2025

أقر أنا بأنني موافقة على محاولة الولادة المهبلية عقب الولادة القيصرية السابقة. وأنني قد تلقيت شرحاً وافياً بالفوائد المرجوة ، وكذا المخاطر المحتملة لتلك الطريقة بواسطة الإستشاري المسئول عن متابعة حالتي الطبية.

أقر بأنني فهمت ، واستوعبت كافة الحقائق الطبية المذكورة أعلاه ، كما أعطيتُ الفرصةَ كاملةً ، لطرح أسئلتني التي تلقيت عنها أجوبةً شافيةً ، ومُرضيةً.

فوائد الولادة المهبلية:

على الرغم من أن المخاض والولادة المهبلية قد يكونان عملاً شاقاً إلا أنهما يسهلان عادة على جسم المرأة التعافي السريع أكثر من الولادة القيصرية وتكون أقل إيلاًماً منها في الأيام اللاحقة، ويسمح للأم بقضاء المزيد من وقتها مع طفلها بعد الولادة.

كما أظهر بحث جديد على أن المخاض والولادة الطبيعية تكون أكثر نفعاً للطفل قبل ولادته؛ فالهرمونات التي يسببها المخاض تحضر الطفل وتهيئه للخروج إلى العالم، وتقلل فرصه في الإصابة بصعوبات التنفس ومشاكل أخرى، كما تساعد الأم بالشعور بالتواصل والمقربة من طفلها وإرضاعه رضاعة طبيعية منذ البداية!

مصطلح VBAC:

هو اختصار للولادة المهبلية بعد الولادة القيصرية، ويمكن استخدام المصطلح تحت أي أسماء أخرى، مثل: VBA2C (الولادة المهبلية بعد قيصرتين).

ماذا يحدث لو دخلت في حالة الولادة اذا كنت قد خططت لإجراء تجربة ولادة بعد القيصرية؟

ينصح بأن تلدي في المستشفى، بحيث يتم اجراء عملية قيصرية عند الضرورة. اتصلي بالمستشفى في حال دخلتي في المخاض أو في حال انبثاق جيب الماء الجنيني.

حالما تبدأ لديك التقلصات الرحمية بشكل منتظم، ستتم مراقبة مستمرة لقلب الجنين اثناء المخاض. هذا الإجراء مهم لسلامة الجنين، حيث ان تبدلات نبض الجنين قد تكون علامة مبكرة لوجود مشكلة في ندبة القيصرية السابقة. يمكن ان تختاري من بين عدة خيارات لتسكين الالم، بما في ذلك التخدير النصفى (فوق الجافية)

س. ما هي الشروط والإمكانيات الواجب توافرها لإجراء تجربة المخاض لدى السيدات اللاتي سبق لهنّ الولادة القيصرية؟

- يجب إجراء تخطيط لقلب الجنين بشكل مستمر، من لحظة بدء المخاض الفعال، وطوال فترة المخاض، لحين حدوث الولادة.
- يجب مراقبة تطوّر المخاض، وحالة الأم، للكشف المبكر عن أيّ علامات تنل على عسرة الجنين، أو تباطؤ في تطوّر المخاض، أو تعسرّ للولادة، أو علامات قد تنلّ على تمزق الرّحم.
- يجب أن تشمل رعاية السيدة التي تخوض تجربة المخاض عقب ولادة قيصرية سابقة في مرحلة المخاض الفعال، كلاً مما يلي:

- رعاية لصيقة من قبل قابلة مسؤولة بشكل مباشر فقط عن هذه السيدة.

س. ماذا يحدث في حال عدم حدوث مخاض فعال عفوي عند اختيار خوض تجربة الولادة الطبيعية، عقب ولادة قيصرية سابقة؟

- يجب أن تكون السيدة على دراية بأنّه في حال الاضطرار لإجراء تحريض، أو حت للمخاض، فإن نسبة تمزق الرّحم تزداد من ضعفين إلى ثلاثة أضعاف، مقارنة بحدوث ذلك مع المخاض العفوي، بالإضافة إلى أن نسبة الحاجة لإجراء عملية قيصرية تزداد بمقدار الضعف، ونصف الضعف.
- إن استخدام الطرق الميكانيكية، كبتق جيب المياه، أو استخدام القسطرة لتوسيع عنق الرحم، تحمل في طياتها خطورة أقلّ في حدوث تمزق للرحم، مقارنة بالطرق الدوائية لتحريض المخاض باستخدام البروستاغلاندين.

عوامل طبية مختارة مرتبطة بنجاح تجربة المخاض بعد عملية قيصرية سابقة
عوامل تزيد احتمال النجاح (مؤشرات قوية):

- ولادة مهبلية سابقة.
- مخاض عفوي (تلقائي).

متى تكون تجربة الولادة بعد القيصرية غير منصح بها؟

إن تجربة الولادة بعد القيصرية هي متاحة لمعظم النساء ، لكن يجب تجنبها إذا

كان لديك ٣ أو ٤ ولادات قيصرية سابقاً-

كان لديك حالة تمزق في الرحم مع احدى الولادات السابقة-

كانت قيصرتك السابقة من النوع الكلاسيكي، اي ان الشق الرحمي السابق كان على جسم الرحم-

كانت لديك مشكلة اخرى تتعلق بالحمل وتحتاج لإجراء عملية قيصرية-

عوامل تقلل احتمال النجاح (مؤشرات أخرى):

- تكرر سبب الولادة القيصرية الأولى (عسرة المخاض أو تعسر الولادة).
- زيادة (تقدم) عمر الأم.
- عمر حملي أكثر من أربعين أسبوعاً.
- بداية الأم.
- الارجاج الحملي (تسمم الحمل).
- قصر الفترة بين الحمل اقل من ١٨ شهر.
- زيادة وزن المولود (أكثر من ٤ كيلو).

مالفوائد المرجوة للأم عند محاولة الولادة المهبلية عقب الولادة القيصرية السابقة:

- حدوث ولادة مهبلية بنسبة تتراوح بين ٧٢-٧٥% (قد تكون مُساعدة بالملقط الجراحي أو الشفاط).
- في حالة نجاح الولادة الطبيعية ، تزداد نسب نجاح الولادات المهبلية القادمة إلى ٨٥-٩٠%.
- فترة نقاهة أقصر، فترة بقاء أقل بالمستشفى، ورجوع أسرع للنشاط الطبيعي.
- ألم أقل بالبطن.
- تجنب التخدير والولادة القيصرية بمضاعفاتها المتعددة.
- من المرجح أن تكون قادرة على الاتصال بالجلد إلى الجلد مع طفلك مباشرة بعد الولادة وأن تكون قادرة على الرضاعة الطبيعية بنجاح

بالنسبة للطفل :

- نسبة حدوث إختلاطات تؤثر على الطفل مشابهة لنسبتها في الولادة الطبيعية
- وفيات قبل الولادة ويبلغ ١٠ حالة في كل ١٠٠٠٠ (٠,١ %) حالة وهي مشابهة للنسبة في الخروس مع ولادة طبيعية
- وفيات ماحول الولادة ويبلغ ٤ حالات في كل ١٠٠٠٠ (٠,٠٠٤ %) حالة وهي مقاربة للنسبة في الخروس مع ولادة طبيعية
- الإصابة بالشلل الدماغي ٨ في كل ١٠٠٠٠٠ الاف حالة ويشكل تمزق جدار الرحم ٦٠% من الأسباب (حدوث هذه الإختلاطات ضئيل)
- عسر التنفس (٢-٣ %)

الفوائد المرجوة للجنين:

- حدوث عسر تنفسي أقل.
- -الأطفال الذين ولدوا ولادة مهبلية لديهم معدلات أسرع في السنوات اللاحقة.
- -الأطفال الذين ولدوا ولادة مهبلية لديهم أقل الاحتمالات الإصابة بالمشاكل الصحية.
- -الأطفال الذين ولدوا ولادة مهبلية لديهم معدلات أقل لبعض الأمراض الخطيرة في مرحلة الطفولة، مثل: الربو، السكري من النوع الأول، الحساسية؛ ويعتقد الباحثون أن هذه الفوائد لها علاقة بالبكتيريا النافعة التي يتعرض لها الأطفال أثناء عبوره من المهبل في الولادة الطبيعية.
- المخاطر المحتملة للأم عند محاولة الولادة المهبلية عقب الولادة القيصرية السابقة:
- فشل المحاولة ، واللجوء لإجراء قيصرية طارئة في ٢٥-٢٨% من الحالات.
- حدوث تقزير في ندبة القيصرية السابقة ، وتمزق الرحم ، وتحدث في ٢-٨ حالات بين ١٠٠٠ حالة. تزداد هذه النسبة عند إجراء تحريض للولادة بمادة البروستاجلاندين ، او استخدام أدوية استحثاث آلام المخاض بمعدل ٢-٣ مرات مع نسبه ضئيله لحدوث مضاعفات للأم أو الجنين .
- إزدیاد معدل نقل الدم ، والتهاب بطانة الرحم (في حالة حدوث القيصرية الطارئة) ، ويحدث في ١% من الحالات.
- استئصال الرحم ، ويحدث في حالتين بين ١٠٠٠ حالة.

- حدوث الوفاة : والنسبة مشابهة لتلك في القيصرية الانتخابية وتتجم عن الإختلاطات الطبية غالباً ونادراً جداً في حالة حدوث تمزق رحم ،حالة واحدة في كل ١٠٠٠٠٠ حالة.

الإجراء البديل (القيصرية الإختبارية المتكررة):

الولادة القيصرية:

هي عملية جراحية لولادة الطفل من خلال شق في الجدار الأمامي للبطن والرّحم، كبديل للولادة المهبلية، ويتم اجراءها في ظروف صحية معينة من أجل حماية الأم والطفل، ومع ذلك فإنّ هذه العملية تُجرى في بعض الحالات دون مبررات طبية، بل إنّ معدلات إجرائها تجاوزت المعدل المثالي الذي تمّ تحديده.

أنواع شقوق الولادة القيصرية:

- النوع الأول: (الشق الأفقي) فوق عظمة العانة (شق البيكيني) وهو الأكثر شيوعاً .
- النوع الثاني: (الشق العامودي) حيث يقوم الطبيب بإجراء الشق من أسفل السرة إلى أعلى عظم العانة، وذلك عند الحاجة - إلى شق كبير، أو لضرورة ولادة الطفل سريعاً.

أنواع التخدير:

على الأغلب تخدير فوق الجافية أو التخدير الشوكي، وإذا كان هناك سبب يمنعك من هذه المخدرات الموضعية فسيتم إعطاؤك مخدراً عاماً، إلا أنه من الممكن أن يصل إلى الطفل ويصعب عليه من عملية التنفس. وبعد ذلك سيتم وصف نوع من أدوية مسكنات الألم لك بعد الاستيقاظ من التخدير.

إجراءات القيصرية:

- يتم إدخال قسطرة لجمع البول.
- إدخال مغذي في الوريد.

- إعطاؤك مضاد للحموضة لأحماض المعدة الخاصة بك.
- رصد القلب وضغط الدم.
- التخدير.
- مسح البطن من البكتيريا، وحلق جزء شعر العانة.
- شق جلد البطن وتفتح طبقات الأنسجة والعضلات للوصول إلى الرحم. وتُفصل عضلات بطنك عن بعضها بدل شقها. وسوف تُحرَّك مئانتك إلى أسفل لكشف الجزء السفلي من رحمك (٦ طبقات)
- شق الرحم.
- فتح كيس الماء (الكيس السلوي).
- إخراج الطفل من الحوض الولادة: باليد أو بالملقط أو الشفاط الطبي.
- قص الحبل السري.
- تقييم حديثي الولادة.
- إخراج المشيمة وإصلاح الرحم وطبقات البطن.
- خياطة الجلد؛ وعادة يتم تدبيس الطبقات العليا وإزالتها في غضون أسبوعين.
- يتم نقلك إلى غرفة الإنعاش وأخذ طفلك معك إذا كان بصحة جيدة.

الفوائد المرجوة للأم :

- تجنب كل مخاطر الولادة المهبلية ، بما فيها آلام المخاض ، وتمزقات العجان ، وتمزقات الرحم التي يمكن أن تحدث بنسبة أقل من (٠.٠٢ %) .
- إختيار موعد الولادة ، وتجنب الولادة القيصرية الإسعافية.

المخاطر المحتملة للجنين عند إجراء القيصرية :

- ازدياد عسر التنفس (٤-٥ % في الأسبوع ٣٩ ، و٦% في الأسبوع ٣٨).
- وفيات محول الولادة او الشلل النماغي ويبلغ ١ حالة في كل ١٠٠٠٠ (٠.٠١ %) . إن حدوث هذه الإختلالات ضئيل جداً
- حدوث وفاة للجنين ضمن الرحم في الحمل القادمه ، يحدث في ١-٤ حالات في كل مئة حاله (غير شائع)
- الأطفال الذين ولدوا ولادة قيصرية لديهم معدلات أكثر بانخفاض درجات الحرارة بعد الولادة.

- الأطفال الذين تمت ولادتهم بعد تدخلات في المخاض ترتفع لديهم احتمالية الإصابة ب: عدوى الجهاز التنفسي، اضطرابات الأيض (مثل السمنة، السكري)، الأكرزما

المخاطر المحتملة للأم عند إجراء القيصرية :

- فترة نقاهة أطول وألم وعدم راحة مستمر في الجرح والبطن ٩ من كل ١٠٠ حالة (شائع)
- إستئصال رحم إسعافي ، يحدث في ٧-٨ حالات في كل ١٠٠٠ حالة (غير شائع)
- فترة بقاء أطول بالمستشفى، ورجوع أبطأ للنشاط الطبيعي.
- تكرار الولادات القيصرية فيما بعد.
- إزدياد وقت إجراء ، ودرجة صعوبة الولادة القيصرية ، والتي تتناسب طردياً مع عدد القيصريات.
- إزدياد نسبة الالتصاقات التي تعتبر مثل أربطة من نسيج يلتصق بشكلاً ندوياً يمكن أن تجعل أجهزة أو أعضاء بطنك تلتصق مع بعضها البعض أو مع الجدار الداخلي للبطن . إذ يرتفع معدل الالتصاقات من ٢٤ إلى ٤٦ بالمئة بعد ولادتين قيصريتين، وترتفع هذه النسبة من ٧٥ إلى ٨٣ بالمئة بعد إجراء ثلاث عمليات قيصرية . يمكن أن تكون الالتصاقات مؤلمة لأنها تحد حركة أجهزتك أو أعضائك الداخلية .
- الحاجة إلى إجراء عملية جراحية في وقت لاحق ، يحدث في ٥ نساء في كل ألف حالة (غير شائع)
- التنويم في قسم العناية المشدده يحدث في ٩ حالات في كل ألف حالة (غير شائع)
- حدوث تجمع دموي (جلطة وريدية أو رئوية) يحدث في ٤-١٦ حالة في كل ألف حالة (نادر)
- أذية الجهاز البولي يحدث للمثانة البولية في كل حاله واحده في كل ألف حالة (نادر) و للحالبين بمعدل ثلاث حالات في كل مئة ألف حالة، وأذية الأمعاء .
- إنتان والتهاب الجرح بمعدل ستة حالات في كل مئة حالة.
- التعرض للتخدير ، ومخاطر الولادة القيصرية بما فيها تجلط الأوردة العميقة ، والسدة الرئوية.
- زيادة حدوث حالات المشيمة المتقدمة ، والمشيمة الملتصقة ، وإزدياد معدل استئصال الرحم عقب ذلك إلى ٧-٨ حالات في كل ألف حالة (غير شائع) .
- النزيف ويحدث بمعدل خمس حالات بين كل ألف حالة.
- معدل نقل الدم و يحدث في كل حالة من بين مئة حالة (١ %) .
- الوفاة ، وتحدث في كل ١٣ حالة بين ١٠٠٠٠٠ حالة.
- في الولادة القيصرية ينصح الاطباء بعدم الاتجاب بأكثر من ٤ اطفال حفاظاً على صحة الام ، وفي الغالب أن الام التي تكون ولادتها قيصرية ينصح أن تكون الفترة بين كل ولادة وأخرى لا تقل عن سنتين.
- فشل الولادة الطبيعية و اللجوء الى عملية قيصرية في الحمل مستقبلا ١ من كل ٤ (شائع جدا)

المضاعفات المختصة بالحمل لاحقاً

- زيادة خطوره تمزق الرحم في الحمل القادم يحدث في ٢-٧ حالات في كل ١٠٠٠ إمراه (غير شائع)
- حدوث وفاة للجنين ضمن الرحم في الحمل القادمه ، يحدث في ١-٤ حالات في كل ١٠٠ حاله (غير شائع)
- حدوث المشيمه المنزاحه (المشيمه تغطي عنق الرحم) في الحمل القادمه ، يحدث في ٤-٨ حالات في كل ١٠٠٠ حاله (غير شائع)

الجدول: يظهر النسب المنوية حسب المراجعة المنهجية مقارنة نتائج الولاده مهبلية بعد قيصرية بإجراء عملية قيصرية إنتخابية.

مقارنه نسبة المنويه لحدوث المضاعفات	ولاده مهبلية بعد قيصريه واحده	ولاده مهبلية بعد عمليتين قيصريتين	العملية القيصرية الإنتخابية
التهاب بطانة الرحم	٢,٩	٣,١	١,٥-٢,١
إصابة خلال العملية	٠,٤	٠,٤	٠,٦-٠,٤٢
حدوث تمزق الرحم	٠,٧-٠,٩	١,٩-٠,٩	٠,٥-٠,٤
الحاجة لنقل الدم	١,٧-٠,٧	٣,٢	١,٤-١
وفاة الأم	٠,٠٢	لم تسجل حالات حسب التراسه	٠,٠٤-٠,٠٢
الاضطرار لإجراء استئصال للرحم في حال حدوث اختلاطات	٠,٥-٠,٢	٠,٦	٠,٤
التتويج بالعناية المركزه للطفل	٦,٦	٨,٤٩	٨,٨٥-٦,٠
صعوبة التنفس للمولود	١,٨-٠,١	١,٨-٠,١	٥-١
وفيات الطفل خلال الحمل والولاده ومابعداها او إصابة الطفل بالشلل الدماغى	٠,١٣	٠,٠٩	٠,٠١

ملاحظة : في حالة تمزق الرحم فإن النسبة تزداد في حالات وفيات مابعد الولاده الى ٦,٢ او الشلل الدماغى الى ١,٨ نسبة منوية.

اسم المريضة: التوقيع
اسم ولى الأمر/الشاهد: التوقيع
رقم الملف: الإستشارى:.....
التاريخ
التاريخ

