ولادي جراحي

(لومړی ټوک)

دوکتور عجب ګل مومند

AFGHANIC



In Pashto PDF
2012

Kandahar Medical Faculty
کندهار طب پوهنځی

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service

Obstetric Surgery

Volume 1

Dr. Ajab Gul Momand

Download: www.ecampus-afghanistan.org

کندهار طب پوهنځی

ولادي جراحي

(لومړی ټوک)





دوکتور عجب ګل مومند

۱۳۹۱

ولادي جراحي (لومړی ټوک)

Obstetric Surgery Volume 1

دوکتور عجب ګل مومند

Kandahar Medical Faculty

AFGHANIC

Dr. Ajab Gul Momand

Obstetric Surgery

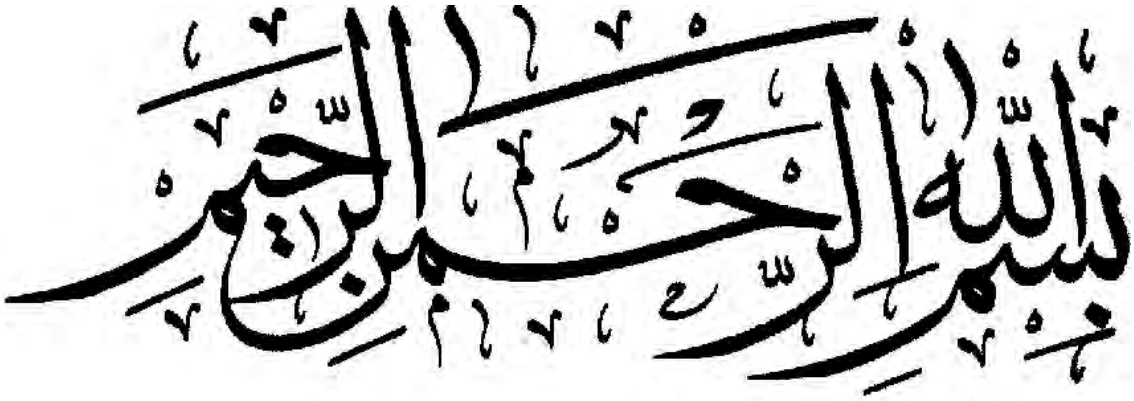
Volume 1

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service



ISBN 978-9936-200-93-7

2012


بسم الله الرحمن الرحيم



کندهار طب پوهنځی

ولادي جراحي

(لومړی ټوک)

دوکتور عجب ګل مومند

۱۳۹۱

د کتاب نوم	ولادي جراحي (لومړی ټوک)
لیکوال	دوکتورعجب ګل مومند
خپروندوی	کندهار طب پوهنځی
ویب پاڼه	www.kan.edu.af
چاپ ځای	سهرمطبعه، کابل، افغانستان
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ کال	۱۳۹۱
دکتاب ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org

دا کتاب د آلمان د اکاډمیکو همکاریو د ټولنې (DAAD) لخوا د آلمان فدرالي خارجه وزارت له پانګې څخه تمویل شوی دی.

اداري او تخنیکي چارې یې په آلمان کې د افغانیک موسسې لخوا ترسره شوې دي.

دکتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت دکتاب په لیکوال او اړوندی پوهنځی پورې اړه لري. مرسته کوونکې او تطبیق کوونکي ټولنې په دې اړه مسؤلیت نه لري.

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له مورډ سره اړیکه ونیسئ:

ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زدکړو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان: 9789936200937

د لوړو زده کړو وزارت پیغام

د بشر د تاریخ په مختلفو دورو کې کتاب د علم او پوهې په لاسته راوړلو کې ډیر مهم رول لوبولی دی او د درسي نصاب اساسي برخه جوړوي چې د زده کړې د کیفیت په لوړولو کې مهم ارزښت لري. له همدې امله د نړیوالو پیژندل شویو ستندردونو، معیارونو او د ټولنې د اړتیاوو په نظر کې نیولو سره باید نوي درسي مواد او کتابونه د محصلینو لپاره برابر او چاپ شي.

د لوړو زده کړو د مؤسسو د ښاغلو استادانو څخه د زړه له کومې مننه کوم چې ډېر زیار یې ایستلی او د کلونو په اوږدو کې یې په خپلو اړوندو څانګو کې درسی کتابونه تألیف او ژباړلي دي. له نورو ښاغلو استادانو او پوهانو څخه هم په درنښت غوښتنه کوم تر څو په خپلو اړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او نور درسي مواد برابر کړی څو تر چاپ وروسته د ګرانو محصلینو په واک کې ورکړل شي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د ګرانو محصلینو د علمي سطحې د لوړولو لپاره معیاري او نوي درسی مواد برابر کړي.

په پای کی د آلمان هیواد د بهرنیو چارو وزارت، DAAD مؤسسې او ټولو هغو اړوندو ادارو او کسانو څخه مننه کوم چې د طبي کتابونو د چاپ په برخه کې یې هر اړخیزه همکاري کړې ده.

هیله منده یم چې نوموړې پروسه دوام وکړي او د نورو برخو اړوند کتابونه هم چاپ شي.

په درنښت

پوهاند ډاکتر عبیدالله عبید

د لوړو زده کړو وزیر

کابل، ۱۳۹۱

د درسي کتابونو چاپ او د طب پوهنځيو سره مرسته

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلينو !

د افغانستان په پوهنتونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لويو ستونزو څخه ګڼل کېږي. يو زيات شمير استادان او محصلين نوي معلوماتو ته لاس رسی نه لري ، په زاړه ميتود تدريس کوی او له هغو کتابونو او چپترونو څخه کار اخلي چې زاړه دي او په بازار کې په ټيټ کيفيت فوتوکاپي کېږي.

د دې ستونزو د هوارولو لپاره په تېرو دوو کلونو کې مونږ د طب پوهنځيو د درسي کتابونو د چاپ لړۍ پيل او تر اوسه مو ۲۰ طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځيو ته مو استولي دي.

دا کړنې په داسی حال کې تر سره کېږي چې د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د (۲۰۱۰-۲۰۱۴) کلونو په ملي ستراتيژيک پلان کې راغلي دي چې:

«د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کيفيت او زده کوونکو ته د نويو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړينه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د ليکلو فرصت برابر شي د تعليمی نصاب د ريفورم لپاره له انګريزی ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او درسی موادو ژباړل اړين دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلين او استادان نشي کولای عصري، نويو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پيدا کړي».

د افغانستان د طب پوهنځيو محصلين او استادان له ډېرو ستونزو سره مخامخ دي. نويو درسي موادو او معلوماتو ته نه لاس رسی، او له هغو کتابونو او چپترو څخه کار اخيستل چې په بازار کې په ډېر ټيټ کيفيت پيدا کېږي د دې برخې له ځانګړو ستونزو څخه ګڼل کېږي. له همدې کبله هغه کتابونه چې د استادانو له خوا ليکل شوي دی بايد راټول او چاپ کړل شي. د هيواد د ښېرني جنګ وهلي حالت په نظر کې نيولو سره مونږ لايقو ډاکترانو ته اړتيا لرو، ترڅو وکولای شي په هيواد کې د طبي زده کړو په ښه والي او پرمختګ کې فعاله ونډه واخلي. له همدې کبله بايد طب پوهنځيو ته زياته پاملرنه وشي.

تراوسه پوري مونږ د ننګرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ طب پوهنځيو او کابل طبی پوهنتون لپاره ۲۰ مختلف طبي تدريسي کتابونه چاپ کړي دي. د ۵۰ نورو طبي کتابونو د چاپ چاري روانې دي چې يوه ببلګه يې ستاسي په لاس کې همدا کتاب دی. د يادونې وړ ده چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هيواد ټولو طب پوهنځيو ته په وړيا توګه ويشل شوي دي.

د لوړو زده کړو د وزارت، پوهنتونو، استادانو او محصلينو د غوښتنې په اساس راتلونکی غواړو چې دا پروګرام غير طبي برخو(ساينس، انجنيري، کرهنې) او نورو پوهنځيو ته هم پراخوالی ورکړو او د مختلفو پوهنتونو او پوهنځيو د اړتيا وړ کتابونه چاپ کړو.

څرنګه چې د درسي کتابونه چاپ زمونږ د پروګرام پروژه ده، د دې ترڅنګ زمونږ نوري کاري برخې په لنډ ډول په لاندې ډول دي:

۱. د درسي طبي کتابونو چاپ

کوم کتاب چې ستاسی په لاس کې دی زمونږ د فعاليتونو يوه ببلګه ده. مونږ غواړو چې دې پروسې ته دوام ورکړو تر څو وکولای شو د درسي کتابونو په برابرولو سره د هيواد له پوهنتونو سره مرسته وکړو او د چېټر او لکچر نوټ دوران ته د پای ټکی کېږدو. د دې لپاره دا اړينه ده چې د لوړو زده کړود موسساتو لپاره هر کال ۱۰۰ عنوانه درسی کتابونه چاپ کړل شي.

۲. په نوي ميتود او پرمختللو وسايلو سره تدريس

د ۲۰۱۰ کال په اوږدو کې پدې وتوانيدو چې د بلخ، هرات، ننګرهار، خوست او کندهار د طب پوهنځيو په ټولو ټولګيوکې پروجيکتورونه نصب کړو. د مناسب درسي چاپېريال د رامنځ ته کولو لپاره بايد هڅه وشي چې ټول درسي، د کنفرانس اطاقونه او لابراتوارونه په مولټي ميډيا، پروجيکتور او د ليدلو او اورېدلو په نورو وسايلو سمبال شي.

۳. د اړتياوو ارزونه

د طب پوهنځيو اوسنۍ حالت (شته ستونزې او راتلونکي ننګونې) بايد و ارزول شي او د هغه په اساس په منظمه توګه اداري، اکاډميکې او پرمختيايی پروژې په لاره واچول شي.

۴. مسلکي کتابتونونه

باید د ټولو مهمو او مسلکي مضامینو کتابونه په نړیوالو معیارونو سره په انګریزی ژبه واخیستل شي او د طب پوهنځیو د کتابتونو په واک کې ورکړل شي.

۵. لابراتوارونه

د هیواد په طب پوهنځیو کې باید په بیلا بیلو برخو کې فعال لابراتوارونه موجود وي.

۶. کدري روغتونونه

د هیواد هره طب پوهنځی باید کدري روغتون ولري او یا هم په یوه بل روغتون کې د طب د محصلینو د عملی ترینینګ لپاره شرایط برابر شي.

۷. ستراتیژیک پلان

دا به ډېره ګټوره وي چې د طب هره پوهنځی د اړونده پوهنتون د ستراتیژیک پلان په چوکاټ کې خپل ستراتیژیک پلان ولري.

له ټولو محترمو استادانو څخه هیله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه ولیکي، وژباړي او یا هم خپل پخوانۍ لیکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه ایډیټ او د چاپ لپاره تیار کړي. زمونږ په واک کې راکړي، چې په ښه کیفیت چاپ او وروسته یې د اړوندې پوهنځی، استادانو او محصلینو په واک کې ورکړو. همدارنګه د یادو شویو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه او نظریات زمونږ په پته له مونږ سره شریک کړي، تر څو په ګډه پدې برخه کې اغیزمن ګامونه پورته کړو.

له ګرانو محصلینو څخه هم هیله کوو چې په یادو چارو کې له مونږ او ښاغلو استادانو سره مرسته وکړي.

د آلمان د بهرنیو چارو له وزارت او DAAD (د آلمان اکاډمیکو همکاریو ټولنی) څخه مننه کوم چې تراوسه پورې یې د ۹۰ عنوانه طبي کتابونو مالي لګښت په غاړه اخیستی چې د هغو له ډلې څخه د ۵۰ عنوانو کتابونو د چاپ چاری روانی دی. د آلمان د ماینز پوهنتون (Mainz/Germany) د طب پوهنځی، د نوموړی پوهنځی استاد ډاکټر زلمی توریال ، د افغانیک له موسسې او Dieter Hampel څخه هم مننه کوم چې د کتابونو په اداري او تخنیکي چارو کې یې له مونږ سره مرسته کړې ده.

په ځانګړي توګه د د جی آی زیت (GIZ) له دفتر او CIM (Center for International Migration and Development) یا د نړیوالی پناه غوښتنی او پرمختیا مرکز چې زما لپاره یې په تېرو دوو کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړی دي هم مننه کوم.

د لوړو زده کړو له محترم وزیر ښاغلي پوهاند ډاکتر عبیدالله عبید ، علمی معین ښاغلي پوهنوال محمد عثمان بابری، مالي او اداري معین ښاغلی پوهندوی ډاکتر ګل حسن ولیزي، د پوهنتونو او پوهنځیو له ښاغلو رییسانو او استادانو څخه مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ یې هڅولی او مرسته یې ورسره کړی ده.

همدارنګه د دفتر له ښاغلو همکارانو ډاکتر محمد یوسف مبارک، عبدالمنیر رحمانزی، احمد فهیم حبیبي، سبحان الله او همت الله څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې یې نه ستړی کیدونکی هلی ځلی کړی دي.

ډاکتر یحیی وردګ، د لوړو زده کړو وزارت
کابل، نومبر ۲۰۱۲ م
د دفتر ټیلیفون: ۰۷۵۲۰۱۴۲۴۰
ایمیل: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

ګڼه	نیو لیک	مخونه
1	ستاینلیک (تقریظ)	
2	سریزه	
3	لومړی څپرکي	۱
4	د زیږیدنی میکانیزم او د زیږونی کانال څخه د جنین تیریدنه	۱
5	د زیږونی کانال	۱
6	د Inlet plane انلټ پلان .	۵
7	پراخ حوصلی پلان Wide. Pelvic. Plane.	۷
8	تنګ حوصلی پلان Narrow pelvic. Plane.	۸
9	اوټلټ حوصلي پلان Outlet. Pelvic. plane.	۸
10	پلویمتریPelvimetry	۱۰
11	نظافت او دزیږونی د مخه څارنه	۱۱
12	I -د ناروغی تاریخچه Taking history.	۱۲
13	- پخوانی تاریخچه Post. History.	۱۲
14	- د حیض تاریخچه Menstural History .	۱۲
15	- دزیږیدنی تاریخچه Obstetrics. History	۱۳
16	- دزیږوني داحتمالی ورځې ټاکنه .	۱۳
17	II- فزیکی کتنه	۱٤
18	دناروغ او طبیب کتنه ، د غذار ژیم ، ویټا مینونه اومنرالونه	۱۷
19	دکولمو دحرکاتو څارنه	۲۲
20	دپښتو رګو څارنه ، جامی اغوستنه ، تمرینونه	۲۳
21	سفرونه ، کورنی کار ، هوساینه ،ځان مینځنه	۲٤

22	د تیبونو څارنه ، جنسی یو ځای کیدنه ، وینښتانو مینځل ، د غاښونو څارنه	۲۶
23	امنیون او امینو تیک مایع	۲۸
24	دجنین وده په بیلا بیلو مرحلو کښی	۳۰
25	هګۍ، امبریو ، فیټوس (جنین) ، ماشوم	۳۶
26	ماشوم په ترم کښی	۳۷
27	فیټوس په رحم کښې	۳۷
28	د بلا ربتوب موده (اوږدوالی)	۳۹
29	بی مودې ماشوم زیږیدنه	۳۹
30	داوږدي مودی زیږیدنه	٤۰
31	د پیغلتوب څخه د مخه او په ډیر عمر کښې بلا رتبوب	٤۱
32	بلا رتبوپ پیژندنه	٤۱
33	خطا کیدونکی زېرمی	٤۲
34	نښې (Symptoms)	٤۳
35	نښانې (Signs)	٤۳
36	د لومړی ټرایمیسټر کلینیکی نښې	٤۳
37	دحیض ودریدنه	٤۳
38	د سهار ناروغی زړه بدوالی او یا کانګی	٤٤
39	لاړې (Salivation)	٤٥
40	د تشو میتازو د کڅوړی تخریش	٤٥
41	د لومړی ټرایمستر نښانې	٤٥
42	تیبونه (The Breasts)	٤٥
43	د فرج ، مهبل او ویستیبول بی رنګه کیدنه نیلی رنګ ته او بنسټنه	٤٦

44	د سرویکس او مهبل پوستوالی	٤٧
45	د هیګر نښه (The Hegar’s Sign)	٤٧
46	درحم په بڼه ، اندازه ، قوام او مقویت کښې بدلون	٤٨
47	د بدن قاعدوی تودوخه	٤٩
48	بیا لوجیکی آزمویني	٤٩
49	هغه نښې نښاني چې د دوهم او دریم ټرایمسټر په اوږدوکښې منځ ته راځي	٥١
50	د دوهم ټرایمسټر نښې نښاني	٥١
51	ددوهم ټرایمسټر او بجکټیف نښې نښاني	٥٢
52	درحم متناوب تقلصونه	٥٢
53	دجنین فعاله حرکتونه	٥٢
54	د جنین منفعله حرکتونه	٥٢
55	مستقیم جس کول	٥٣
56	د اوریدو (اصغائي) علامې	٥٣
57	په سایز ، قوام ، او موقعیت کښې د بدلون منځ ته راتلل	٥٤
58	د پوستکی بدلونونه	٥٤
59	بیولوژیک آزمویني	٥٤
60	دریم ټرایمسټر	٥٤
61	یو لړ ځانګړې ټکي د بلاربټوب د پیژندنې په هکله	٥٦
62	د جنین د اوږدوالی اندازه	٥٦
63	د رحم د غور (Fundus)	٥٦
64	میتودونه	٥٧
65	التراسونوګرافی	٥٩

66	داوږدي مودي د بلاربتوب پيژندنه	٦٨
67	د زيږيدني د دوری ستونزی	٦٩
68	د اوږدی مودی د بلار بتوب درملنه	٦٩
69	د جنين د مړينی او ژوندی حالت پوهيدنه او د هغی پيژندنه	٧٠
70	د څوځلي بلارتبوب پيژندنه	٧٢
71	دبلاربتوب د مودی د اوږدوالی پيژندنه او دزيږيدني دوري وړاندوينه	٧٤
72	د رحم د ښکتنی (سفلی) برخی اوسرويکس بدلون	٧٦
73	يو لړهغه طبی اصطلاح چي تعريف ته يي اړتيا شته دي په لاندي ډول سره هر يو تعريف کيږي	٧٦
74	دوهم څپرکي	٧٩
75	د زيږيدنی کلينکی مرحلی (پراوونه).	٧٩
76	د زيږيدنی پراوونه او لومړی پړاو (مرحله)	٨٠
77	په سرويکس کښي بدلون	٨٣
78	د واټرس کڅوړه (The bag of waters)	٨٦
79	دوهمه پړاو (مرحله)	٨٨
80	دريمه پړاو يا دپلاسنتا مرحله	٩٠
81	د رحم تقلصونه (د زيږونی دردونه)	٩١
82	د زيږونی د دوری لپاره راديوګرافی	٩٤
83	دريم څپرکی	٩٨
84	پساژ (تيريدنه) او دزيږيدني ميکانيزم	٩٨
85	کورس	٩٨

86	Position Fetal Presentation	۹۹
87	بنسټیز فکټورونه د زیږیدنی لپاره	۱۰۲
88	د تیریدونکی مسافر (اعتلان) اوزیږیدنی میکانیزم	۱۰۲
89	د ماشوم "Attitude" د بدن پوزیشن دزیږیدنی په وخت کښې	۱۰۶
90	پرزنټیشن او پوزیشن	۱۰۸
91	دپرزنټیشن اوپوزیشن پېښې (فریکونسی)	۱۱۳
92	د سفا لیک پرزنټیشن	۱۱۶
93	د اوکسیپیت په پرزنټیشن کښې د زیږیدنی میکانیزم	۱۱۹
94	دکوپړی انګیجمنت (Engagement of the head).	۱۱۹
95	سکته کیدنه (Descent).	۱۲۱
96	دننه څرخیدنه (تدور).	۱۲۳
97	ډیسانګیجمنټ (Disengagement).	۱۲۵
98	بهرنی څرخیدنه او ریسوسایټیشن	۱۲۷
99	د بیلا بیلو حرکتونو وخت او ځای	۱۲۸
100	داوږدی دزیږونی میکانیزم	۱۳۰
101	ډیره څرخیدنه	۱۳۱
102	د R.O.P په زیږیدنه کښې به کوم حالت ولیدل شی	۱۳۶
103	د زیږیدنی اغیزی دمور په غړوباندې	۱۳۸
104	د زیږونی اوږدوالی	۱۳۹
105	دتودوخی درجه	۱۳۹
106	دوینی بهیر (Circulation The)	۱۳۹
107	ساکښل (تنفس)	۱۴۰

108	د کولمو سیستم ، روحی حالت ، دتشو میتازو سیستم	۱٤۰
109	عمومی میتابولیزم	۱٤۱
110	د زیږونی اغیزی د ماشوم په غړو باندی	۱٤۱
111	د ماشوم د لومړی ځل ژړا او تنفس علتونه	۱٤۲
112	دجنین په دوران (دوینی بهیر) کښې بدلونونه	۱٤۳
113	پلاسټیک بدلونونه د جنین په بدن کښې منځ ته راځی	۱٤٤
114	د زیږونې لپاره تیارې یا چمتو کیدنه	۱٤٦
115	لومړی ګڼه	۱٥۰
116	نور پ ګڼي	۱٥۳
117	اوریدنه (اضغاُ).	۱٥٤
118	مقعدی ګڼه	۱٥٤
119	مهبلی ګڼه	۱٥٥
120	څلورم څپرکي	۱٦۱
121	دلومړی او دوهمی مرحلی تدبیرونه اوخارنې	۱٦۱
122	لومړی مرحله	۱٦۱
123	دوهمه مرحله	۱٦۳
124	اپی زیوتومی Episiotomy	۱٦۸
125	دماشوم سانتنه ، دکورډ غوټه کول	۱۷۱
126	دزیږیدنی ددریمی مرحلی فزیولوژی اوتدابیر	۱۷۲
127	فزیولوژی ، Expulsion	۱۷۲
128	د درملنی اقداماتی تدابیر	۱۷٤
129	د کانډکټ کړنلاره	۱۷٤

130	د پریوان (پلاستا) کنه	۱۷۸
131	دپرهرونو (جروحاتو) کنه	۱۷۹
132	د نخامیه غدی محتوی او ارګوټ	۱۸۰
133	د پیور پریوم بدلونونه	۱۸۲
134	موضعی بدلونونه	۱۸۲
135	په رحم کښې بدلونونه	۱۸۳
136	د اندو متر یم به برخه کښې بدلون	۱۸۵
137	په بهرنی تناسلی غوو او مهبل کښې بدلونونه	۱۸۶
138	د پیورپرال دوخت پرهرونه	۱۸۶
139	لوشیا (Lochia)	۱۸۶
140	Involution	۱۸۸
141	دګډې جدار	۱۸۹
142	د تیبونو بدلونونه	۱۸۹
143	پنځم څپرکی	۱۹۵
144	د بلارتبوب ، زیږوني او پیورپریوم	۱۹۵
145	پتالوژی (ناروغي)	۱۹۵
146	دبلاربتوب ددوری اختلالونه	۱۹۵
147	زړه سوی او ارګی کول	۱۹۵
148	زړه بدوالی او کانګی	۱۹۶
149	د پښو دردونه ، سرخرخی ، د ملادردونه ، وریدی وریکوز	۱۹۶
150	هیمور وئید (بواسیر)	۱۹۷

151	له پوزی څخه وینه کیدنه	۱۹۸
152	ډیری میتازی کول ، Insomnia ، اذیما	۱۹۸
153	د مهبل دیسچارج	۱۹۹
154	دزړه ټکان (Palpitation)	۲۰۰
155	لیاړی بهیدنه (Salivation)	۲۰۰
156	د بلاربتوب زړه بدوالی	۲۰۰
157	پټیالیزم (Ptyalisme)	۲۰۵
158	انتانی هیپاتیټ اود کبد حاد ژیړ ا ټروفی (حادهیپاتیټ	۲۰۶
159	ځنډنی (موخر) د کلورو فورم تسمم	۲۰۸
160	د بلاربتوب ټوکیسمیا	۲۰۹
161	دبلاربتوب حاد ټوکسمیا	۲۰۹
162	پری ایکلامپسیا (Preeclampsia)	۲۰۹
163	پری ایکلامپسیا (Eclampsia)	۲۱۳
164	د مزمن فرط فشار درګونو ناروغي (اساسی فرط فشار)	۲۲۸
165	دوینی د فرط فشار مزمنه ناروغی درګونو ناروغی او دحاد توکسیمیا سوپرا مپوز کیدنه	۲۳۲
166	بی ځایه (خارج الرحمی) بلاربتوب	۲۳۳
167	د Combined یا Compound ډول بلاربتوب	۲۳۶
168	د نفیرونو بلاربتوب	۲۳۶
169	ثانوی د ګیډی بلاربتوب	۲۴۰
170	Pregnancy Interstitial	۲۴۰
171	۲۴۰ Gestation Ampullary	۲۴۰

172	وروستنی بدلونونه	۲٤۰
173	په رحم کښې بدلونونه	۲٤۲
174	کلینکی نښې نښانې اود اوږدوالی موده	۲٤۳
175	پیژندنه	۲٤٤
176	توپیری پیژندنه	۲٤٦
177	په وروستیو میاشتو کښې پیژندنه	۲۵۱
178	درملنه	۲۵۳
179	د هڅې ځالی بلاربتوب	۲۵۵
180	د سرویکس بلاربتوب	۲۵٦
181	د رحم بی ځایه کیدنه او دجدار بی ځایه کیدنه	۲۵۷
182	د رحم اتی فلکشن او اتی ورژن حالت	۲۵۷
183	درملنه	۲۵۹
184	خلف ته درحم بی ځایه کیدنه	۲٦۰
185	د رترو ډیسپلا سمنت **Fixed** کورس	۲٦۰
186	پیژندنه	۲٦٤
187	درملنه	۲٦۵
188	دبلارب رحم پرولاپس	۲٦٦
189	**Rectocele & Extrusion of Cystocele**	۲٦۷
190	**Hypertrophic elongation of cervix**	۲٦۸
191	د سرویکس حاده ضخامه دا ذیما سره	۲٦۸
192	په بلاربو سځو کښې چره (فتق)	۲٦۹
193	سقط ، ورک سقط او ورکه زیږیدنه	۲٦۹

194	ایما چور او پریما چور ماشوم	۲٦۹
195	سببونه (لاملونه)	۲۷۱
196	عادتی سقط او عادتی یریما چور زیږونه	۲۷۳
197	د سقط میکانیزم	۲۷٤
198	کلینیکی نښې نښانې	۲۷٦
199	تهدیدی سقط (Threatened Abortion)	۲۷۷
200	progress or inevitable Abortion in Abortion (پرمختلونکی سقط)	۲۷۷
201	Abortion Incomplete (ناتام سقط)	۲۷۸
202	Abortion Complete (تام سقط)	۲۷۸
203	پیژندنه	۲۷۸
204	درملنه	۲۸۰
205	کورتاژ (Curettage)	۲۸۱
206	کور تاژ په لړ کښې اختلاطونه	۲۸۲
207	منتن سقط	۲۸۵
208	Lower Newborn & Post Abortal . Oliguria syndrome	۲۸٦
209	قانونی طبی سقط (Medico legal Abortion)	۲۸۷
210	ورک (خطا شوی) سقط Missed abortion	۲۸۷
211	هغه بدلون چې په هګۍ کښې د فیټوس د مړینې وروسته منځ ته راځی	۲۸۸
212	کلینیکی نښې نښانې	۲۸۹
213	ورکه زیږونه Missed Labor	۲۹۰
214	کلینیکی نښې نښانې	۲۹۰

215	ابرپشیو پلاسنتا	۲۹۱
216	سببونه (لاملونه).	۲۹۲
217	پتالوژی	۲۹۳
218	**Uteroplacental apoplexy**	۲۹۵
219	کلینیکی نښې نښانې	۲۹۶
220	پیژندنه او توپیری پیژندنه	۲۹۸
221	درملنه	۳۰۰
222	پلاسنتا پریویا	۳۰۴
223	سببونه(ایتیولوژی)	۳۰۵
224	کلینیکی نښې نښانې	۳۰۶
225	د پلاسنتا پریو یا پیژندنه	۳۰۸
226	د پلاسنتا پریو یاتوپیری پیژندنه	۳۰۹
227	اختلاطونه او انزار	۳۰۹
228	د پلاسنتا پریو یا درملنه	۳۱۱
229	څوکونی بلاربتوب	۳۱۹
230	سببونه	۳۲۰
231	ځانګړتیاوی	۳۲۱
232	کلینیکی کورس	۳۲۳
233	ددوه ګونی (غبرګو) ماشومانو پیژندنه	۳۲۴
234	توپیری پیژندنه	۳۲۵
235	درملنه	۳۲۶

236	د انومالی لرونکو خوځونو ماشومانو بلاربتوب او دهغوی د زیږونې درملنه	۳۲۷
237	شپږم څپرکی	۳۲۸
238	بلاربتوب اونوری ناروغی	۳۲۸
239	انتانی ناروغی	۳۲۸
240	انفلوانزا **Influenza**	۳۲۸
241	پنومونیا **Pneumonia**	۳۲۸
242	دیفتریا ، شری ، جرمنی شری ، لیتر جیک انسفالیت	۳۲۸
243	د سکارلټ تبه **Scarlet . Fever**	۳۳۰
244	کوریه ګراو یداروم ، ایریزیپلز	۳۳۰
245	د محرقی تبه	۳۳۱
246	سمال پاکس ،چکن پاکس ، مینینجیت توره ټوخلی	۳۳۲
247	اډی (کله چرک) ،ملاریا	۳۳۳
248	تیتانوس (**Tetanus**)	۳۳٤
249	مزمن انتانی ناروغی	۳۳٦
250	د سږو نری رنځ	۳۳٦
251	سیفلیس	۳۳۷
252	دزړه ناروغی	۳۳۸
253	دبلاربتوب اغیزی دزړه په ناروغیو	۳٤۰
254	دزړه عمل (کړنه) د بلاربتوب او پیور پریوم په وخت کښې	۳٤۰
255	دزړه دناروغیو اغیزه پربلاربتوب باندی	۳٤۰
256	دزړه روماتیک ناروغی	۳٤۱
257	تحت الحاد باکټریایی اندوکارډیټ	۳٤۲

258	دزړه ولادی ناروغی	۳٤۳
259	دزړه اود رګونو د فرط فشار او توکسیمیا	۳٤۳
260	اریتمیا	۳٤۳
261	اذیما (پرسوب)	۳٤٤
262	دوینی ناروغی	۳٤٥
263	وینه لږی (Anemia) کمخوني	۳٤۷
264	Microcytic hypo chromic anemia	۳٤۷
265	Megaloblastic anemia	۳٤۸
266	Sickle Cell anemia	۳٤۸
267	Aplastic anemia	۳٤۹
268	هیمو راژیک پور پورا	۳٤۹
269	لوکیمیا	۳٥۰
270	دهوجکن ناروغی	۳٥۰
271	دهضمی جهاز ناروغی	۳٥۰
272	دتریخی دکڅوړی تیږی	۳٥۰
273	اپنډیسیټ	۳٥۱
274	د اپنډیسیټ پیژندنه	۳٥۳
275	اپنډیسیټ درملنه	۳٥٥
276	ایلیوس	۳٥۷
277	ولولوس	۳٥۷
278	فتق	۳٥۷
279	السراتیف کولایتس	۳٥۸

280	د بولی سیستم ناروغی	۳۵۸
281	مزمن نفریټ	۳۵۸
282	درملنه	۳٦۰
283	حاد نفریټ	۳٦۰
284	**Pyelitis Pyeloureteritis or pyelonephritis**	۳٦۱
285	درملنه	۳٦۲
286	د حالبونو اتساع ، سببونه	۳٦۲
287	کلینیکی نښې نښانې	۳٦۳
288	حاد انتانات	۳٦۳
289	درملنه	۳٦٤
290	تیږی (ډبری)	۳٦٦
291	د مثانی الهتاب ، مثانی وینه بهدنه	۳٦۷
292	دپښتو رګو نشتوالی	۳٦۷
293	دحوصلی پښتور ګی انومالی	۳٦۸
294	دا ندوکرین ناروغی	۳٦۸
295	ډیابټ ملیټیس (د شکری ناروغی)	۳٦۸
296	د ډیابټ اغیزه په بلار بتوب باندی	۳٦۸
297	د بلاربتوب او زیږونې اغیزی په شکری باندی	۳٦۹
298	درملنه	۳۷۰
299	ډیابیټس انسیپیټوس	۳۷۲
300	څربه کیدنه (**Obesity**)	۳۷۲
301	هایپر ټا یرایدیزم	۳۷۲

302	درملنه	۳۷۳
303	هایپو ټایرایدیزم	۳۷٤
304	داډیسون ناروغی	۳۷٤
305	ټیټانی (Tetany)	۳۷٥
306	سټرکو ، غوږ، پوزی ، او ستونی ناروغی	۳۷٦
307	د سټرکو ناروغی	۳۷٦
308	غوږ ، پوزه او ستونی	۳۷۷
309	د پوستکی ناروغی	۳۷۸
310	دپوستکی هغه ناروغی چی د بلاربتوب په لړکښې څرګندیږی	۳۷۸
311	دپوستکی هغه ناروغی چی دبلاربتوب پواسطه شدت مومی	۳۸۰
312	د پوستکی هغه ناروغی چی بلاربتوب ورته کټه ور دی	۳۸۰
313	د عصبی سیستم ناروغی	۳۸۲
314	پسایکوز	۳۸۲
315	صرعه (Epilepsy)	۳۸۳
316	نیوریټ	۳۸۳
317	دمور د زیږونې وروسته پرالایزس	۳۸٤
318	پولیو میالیټ (ګوزن)	۳۸٥
319	میاستینیا ګراویس	۳۸٥
320	ولتیپل سکلروزس	۳۸٥
321	دحوصلی د مفصلونو استرخا	۳۸٦
322	کلینیکی نښې نښانې	۳۸۷
323	درملنه	۳۸۸

324	جراحی کړنلاري او ترضیضونه	۳۸۸
325	نیمکړتیاوی او موضعي ناروغی	۳۹۰
326	د زیږونې د کانال نیمکړتیاوي	۳۹۰
327	امبریولوژی	۳۹۰
328	دوه ګونی مهبل او رحم	۳۹۱
329	د دوه ګونی رحم د بلاربتوب او زیږونې لپاره تدبیرونه	۳۹۳
330	یو ښاخی رحم پرته له ودی څخه	۳۹٤
331	درحم دایور تیکولا	۳۹٤
332	موضعی التهابونه	۳۹٥
333	د فرج التهاب	۳۹٥
334	دبارتولین غدواتو التهاب	۳۹٦
335	د شوندوسیست	۳۹٦
336	دمهبل التهاب	۳۹٦
337	ګونوریا (سوزاک)	۳۹۸
338	د سرویکس ایروژن او هایپرټروفی	۳۹۹
339	ډیسیدوال اندو متریټ	٤۰۰
340	د سپوغزی (مغبنی) برخی ګرانولوما	٤۰۱
341	لمفو ګرانو لوما ونیروم	٤۰۲

ستاینلیک (تقریظ)

د اچی پدغه راز له ستونزو ډکو شرایطو کښې ښاغلي رنځوریار ډاکټر عجب ګل (مومند) وکړای شو ځوانو طبیبانو او زده کوونکو لپاره له معتبرو زیرمو او د نړۍ له غوره کتابونو څخه مواد راټول او هغه یې ژباړه او په ترتیب سره تر نظم لاندې راوستلي دي او زیار یې ایستلای دی هغه نیولیکونه چې ډیر اړین او ضروری دي او د هغوی پوهېدنه یې یوه طبیب لپاره حتمی ده په خلص او لنډ ډول سره د ژباړلی وروسته یې د هغوی لپاره اړوند تصویرونه برابر کړیدي چې د مطلب د پوهیدنې په کښې مرستندویه دي په اړوند ځایونو کښې ځای په ځای کړیدی .

د یا د ولو وړ بولم چې ووایم دغه راز بنسټیز کتاب لا تر اوسه د کوم بل چا او یا د بلې خپرندویه موسسې له خوا ندئ چاپ شوی او یا هم دغه ته ورته کتاب لا هم نشته چې وکړای شي د زده کوونکی او یا ځوان طبیب د مخامخ کیدونکی پېښو دحل لپاره مرسته وکړی . زه په خپل وار سره د رنځوریار ډاکټر عجب ګل (مومند) او د هغه طبیبانو او استاذانو قدردانی کوم چې زیار یې ایستلې او خپل وخت یې پرې مصرف کړیدی او د علم او پوهې د پراختیا لپاره یې په افغانی ژبو یې لیکنې کړیدی .

دا کتاب لکه د نورو کتابونو په څیر د هر یوه عنوان (نیو لیک) په هکله د (تعریف ، میکانیزم ،اناټومی ، فزیولوژی ، سببونو ، کلینیکی نښو نښانو ،پتالوژی ، اختلاطونو ، انزار ، درملنه ، جراحی کړنلارو) اړوند بشپړ معلومات راټول او لیکل شویدی دغه مطلبونه په ډیر ساده ، روانه ټول پوهه ژبه لیکل شویدی او د زده کړې د لارې لپاره ډیر ګټه وردی ..

د یا دولو وړ بولم چې ووایم چې د غه راز مسلکي ا و طبي کتابونو لیکنه د طب څانګې غنا او لا پیاوړتیا بولم او ددغې کارکونکو ته لابریالیتوب غواړم او د نوموړي هڅې ستایم او ورته لا بریالیتوب د لوي الله ﷻ له درباره غواړم.

رنځوروال ډاکټر غلام مصطفي (زمری)
د عمومی جراحی ټرینر متخصص

ستاینلیک (تقریظ)

د اچی پدغه راز له ستونزو ډکو شرایطو کښې ښاغلي رنځوریار ډاکټر عجب ګل (مومنـد) وکـړای شو ځوانو طبیبانو او زده کوونکو لپاره له معتبرو زیرمو او د نړۍ له غوره کتابونو څخه مواد راټـول او هغه یې ژباړه او په ترتیب سره تر نظم لاندې راوستلي دي او زیار یې ایستلای دی هغـه نیولیکونـه چې ډیر اړین او ضروری دي او د هغوی پوهېدنه یې یوه طبیب لپاره حتمی ده په خلص او لنډ ډول سره د ژباړلی وروسته یې د هغوی لپاره اړوند تصویرونه برابر کړیدي چې د مطلب د پوهیدنی پـه کښې مرستندویه دي په اړوند ځایونو کښې ځای په ځای کړیدی .

د یا د ولو وړ بولم چې ووایم دغه راز بنسټیز کتاب لا تر اوسه د کوم بل چا او یا د بلـی خپرندویـه موسسې له خوا ندئ چاپ شوی او یا هم دغه ته ورته کتاب لا هم نشـته چـې وکـړای شـی د زده کوونکی او یا ځوان طبیب د مخامخ کیدونکی پېښو دحل لپاره مرسته وکړی . زه په خپل وار سره د رنځوریار ډاکټر عجب ګل (مومند) او د هغه طبیبانو او استاذانو قدردانی کوم چې زیار یې ایسـتلې او خپل وخت یې پرې مصرف کړیدی او د علم او پوهې د پراختیا لپاره یې په افغانی ژبو یـې لیکنـې کړیدی .

دا کتاب لکه دنورو کتابونو په څیر د هر یوه عنوان (نیو لیک) په هکله د (تعریف ، میکانیزم ،انـاټومی ، فزیولوژی ، سببونو ، کلینیکی نښو نښانو ،پتالوژی ، اختلاطونو ، انزار ، درملنه ، جراحی کړنلارو) اړوند بشپړ معلومات راټول او لیکل شویدی دغه مطلبونه په ډیر ساده ، روانه ټول پوهـه ژبـه لیکـل شویدی او د زده کړې د لارې لپاره ډیر ګټه وردی ..

د یا دولو وړ بولم چې ووایم چې د غه راز مسلکي ا و طبي کتابونو لیکنه د طب څانګې غنـا او لا پیاوړتیا بولم او ددغې کارکونکو ته لابریالیتوب غواړم او د نوموړې هڅې ستایم او ورته لا بریالیتوب د لوي الله ﷻ له درباره غواړم.

رنځورمل ډاکټر نسرین (اوریاخیل)

د نسائي – ولادی ټرینر متخصص

ستاینلیک (تقریظ)

د اچی پدغه راز له ستونزو ډکو شرایطو کښې ښاغلي رنځوریار ډاکټر عجب ګل (مومند) وکړای شو ځوانو طبیبانو او زده کوونکو لپاره له معتبرو زیرمو او د نړۍ له غوره کتابونو څخه مواد راټول او هغه یې ژباړه او په ترتیب سره تر نظم لاندې راوستلي دي او زیار یې ایستلای دی هغه نیولیکونه چې ډیر اړین او ضروری دي او د هغوی پوهېدنه یې یوه طبیب لپاره حتمی ده په خلص او لنډ ډول سره د ژباړلی وروسته یې د هغوی لپاره اړوند تصویرونه برابر کړیدي چې د مطلب د پوهیدنې په کښې مرستندویه دي په اړوند ځایونو کښې ځای په ځای کړیدی .

د یا د ولو وړ بولم چې ووایم دغه راز بنسټیز کتاب لا تر اوسه د کوم بل چا او یا د بلې خپرندویه موسسې له خوا ندئ چاپ شوی او یا هم دغه ته ورته کتاب لا هم نشته چې وکړای شی د زده کوونکی او یا ځوان طبیب د مخامخ کیدونکی پېښو دحل لپاره مرسته وکړی . زه په خپل وار سره د رنځوریار ډاکټر عجب ګل (مومند) او د هغه طبیبانو او استاذانو قدردانی کوم چې زیار یې ایستلې او خپل وخت یې پرې مصرف کړیدی او د علم او پوهې د پراختیا لپاره یې په افغانی ژبو یې لیکنې کړیدی .

دا کتاب لکه دنورو کتابونو په څیر د هر یوه عنوان (نیو لیک) په هکله د (تعریف ، میکانیزم ،انا ټومی ، فزیولوژی ، سببونو ، کلینیکی نښو نښانو ،پتالوژی ، اختلاطونو ، انزار ، درملنه ، جراحی کړنلارو) اړوند بشپړ معلومات راټول او لیکل شویدی دغه مطلبونه په ډیر ساده ، روانه ټول پوهه ژبه لیکل شویدی او د زده کړې د لارې لپاره ډیر ګټه وردی ..

د یا دولو وړ بولم چې ووایم چې د غه راز مسلکي ا و طبي کتابونو لیکنه د طب څانګې غنا او لا پیاوړتیا بولم او ددغې کارکونکو ته لابریالیتوب غواړم او د نومورې هڅې ستایم او ورته لا بریالیتوب د لوي الله ﷻ له درباره غواړم.

رنځورپوه ډاکټر غلام حیدر (سازګار)

د نسائي – ولادی ټرینر متخصص

سریزه

اَلحَمدُ لِلّٰهِ وکَفی

د اچی پدغه راز له ستونزو ډکو شرایطو کښې ما وکړای شو د لوستونکو، ځوانو طبیبانو او یا زده کوونکو لپاره یو لږ نیولیکونه له معتبرو زیرمو او د نړۍ له غوره کتابونو څخه راټول کړل او هغه ژباړه او په ترتیب سره تر نظم لاندې راوستل شو زیار ایستل شویدی هغه نیولیکونه چی ډیر اړین دي او د هغوی پوهیدنه د یوه طبیب لپاره حتمی ده په خلص او لنډ ډول سره د ژباړې وروسته د هغوی لپاره اړوند تصویرونه دامکان له مخی راټول شوی چی څه نا څه د مطلب د پوهیدنی کښې مرستندویه دي په اړوند ځایونو کښې ځای په ځای شویدی .

دا کتاب پداسی حال کښې لیکل شویدی چی زمونږ په وطن کښې د اوږدې مودې د جنګونو اوشخړو له کبله د وطن ټول مادي او معنوی زیرمې او یا هم د اور په لمبو کښې سوځیدلې دی . د یا د ولو وړ بولم چی ووایم دغه راز بنسټیز کتاب لا تر اوسه د کوم بل چا او یا د بلی موسسې له خوا ندی چاپ شوی او یا هم دغه ته ورته کتاب لا هم نشته چی وکړای شی د زده کوونکی او یا ځوان طبیب د مخامخ کیدونکی پیښو دحل لپاره مرسته وکړی . یو لږ زیاتو طبیبانو په بیلا بیلو اړخونو او موضوعاتو باندی د طب په څانګه کښې ګڼه ور او معتبرکتابونه لیکل دی چی دافغان زده کوونکو او طبیبانو لپاره کولای شی مرستندویه وی چی زه په خپل وار سره د هغه طبیبانو او استاذانو قدردانی کوم چی زیار یی ایستلې او خپل وخت یی پری مصرف کړیدی او د علم او پوهی د پراختیا لپاره یی په افغانی ژبو دا خدمت تر سره کړیدی .

دا کتاب لکه دنورو کتابونو په څیر د هر یوه نیو لیک په هکله د (تعریف ، میکانیزم ،اناټومی ، فزیولوژی ، سببونو ، کلینیکی نښو نښانو ،پتالوژی ، اختلاطونو ، انزار ، درملنه ، جراحی کړنلارو) اړوند بشپړ معلومات راټول او لیکل شویدی دغه مطلبونه په ډیر ساده ، روانه ټول پوهه ژبه لیکل شویدی او هغه طبیبان چی نشی کولای د بهرنی طبی کتابونو څخه اړوند معلومات واخلی او خارجی ژبی پی ندی زده د هغوی لپاره ډیر ګټه وردی ددی سره ترلی بل لومړی ټوک کتاب [د بنځینه (نسائی) ناروغیو بنسټیزه پیژندنه او د درملنی جراحی کړنلاری] په نامه اړوند کتاب لیکل شویدی چی یو لړ اړوند معلومات په هغه کتاب کښې په بشپړه توګه راغلی چی لوستونکی به دا ړتیا په وخت هغه ته پاملرنه وکړی .

د یا دولو وړ بولم چی ووایم که چیری د کتاب په متن کښې او یا هم د کرښو په چاپ او املاً کښې کومه غلطی راغلی وی هیله ده هغه مونږ ته را په ګوته کړی او د هغه په هکله زمونږ معذرت او ننواتې ومنی مونږ به زیار وباسو چی په راتلونکی ټوکونو کښې هغه اصلاح او په پام کښې ولرو همدارنګه زه له هغه ټولو دوستانو څخه چی زما سره یی د مطلبونو راټولو اوترتیب کولو کښې مرسته کړی ډیره مننه کوم.

رنځوریار ډاکټر عجب ګل (مومند)

د عمومی جراحی ټرینر متخصص

لومړی څپرکي

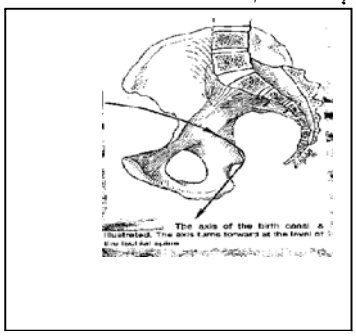
د زیږونې میکانیزم اود زیږونې دکانال څخه

د جنین تیریدنه

THE PASSAGE AND MECHANISM OF LABOR

د زیږونې کانال: *THE BIRTH CANAL*:-

ماشوم د داسی یوه کانال څخه تیریزی او زیږول کیږي چی د هډوکیزې اوغوښنې برخی څخه جوړدی او دیوه منحنی په څیر پروت اوښه لری هره برخه یی په خپل وراسره دزیږونې لپاره مرسته کوی پدی هکله د (B_1-A_1) تصویر وګوری چی دکانال بشپړه برخه او دهغه بیلابلی بیلونکی برخی د زیږونې په وخت کښې څرګندوی او همدارنګه د (۱-1B) تصویرونه ته ځیر شی چی پکښې د زیږونې د میکانیزم لپاره دمحور څرګندونه کوی.

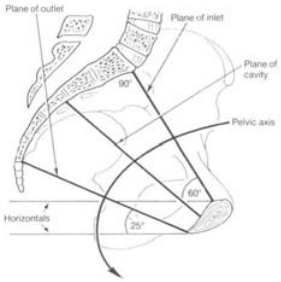


(1-1B) تصویر
د زیږونې کانال محور څرګندونه



(1-1A) تصویر
دزیږونې کانال محور بڼودنه

دماشوم د زیږونې او تیریدنې د میکانیزم لپاره داسی یوه کانال ته چی منحنی (Curve) بڼه ولری اړتیا شته دی چی په قسمی ډول سره دهډوکیزې (عظمی)، فیبروزی (وتری)، غوښنی (عضلی) جوړښتونه دی چی په ګډ ډول سره دحوصلی په برخه کښې شته والی لری او دماشوم دتیریدنی (Passage) سره مرسته کوی.



Pelvic Brim:

دغه برخه چې د قدام لـه خـوا د (Symphysis Pubisدواړه لـورو تـه د Upper margin of, Pubic bone Illiopectineal line او Alla Sacrum) پواسطه منځ ته راځي حوصلې ته ئې د بيضوي په څېر بڼه ورکړېده چې مستعرض قطر(13.5 cm) ئې د قدامي خلفي (11.0 cm)څخـه ډېر دئ تصوير ته ځير شئ .

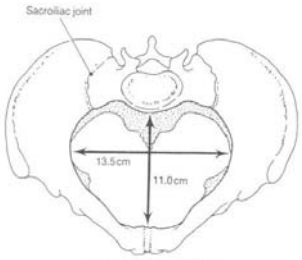


Fig. 1.12 The pelvic brim

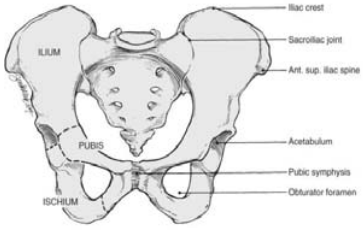
Table 1.1 Average dimensions of the normal pelvis

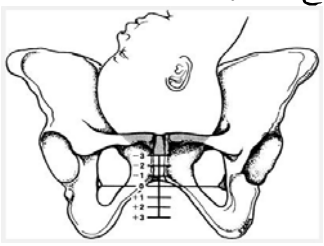
	Anterioposterior (cm)	Transverse (cm)
Brim	13.5	11
Cavity	12	12
Outlet	11	13.5

د حوصلې جوف (Pelvic Cavity):

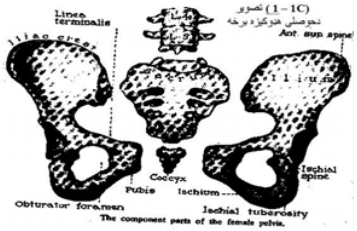
دابرخه بعضاً د يوه خيالي انځور په توګه ديو لړ پلانونو څخه منځ ته راځي چې سـرحدونه يـي د (دسمفيزس پوبيس منځنی برخه، دواړه لورو ته د پوبيک هـډوکو،اوبتوراتور صـفاق او دننـه برخـه د ايسکيوم هډوکو، او خلف ته د عجز هډوکو منصلی دوهمې او درېمې برخو) پواسطه جوړ دي. هغه برخه چی هډوکيزه ده دحوصلی هډوکی دی چی داهـډوکيزه برخـه د ترمينـال کرښـې Linea terminalis پواسطه په دوه برخو ويشل کيږي. چی پورتنی برخه لويه برخه د Uper large او يا False Pelvis پنوم يادېږي او د ولادی له نظره ارزښـت لـری چـی دا د ورک هـډوکی Ililiac

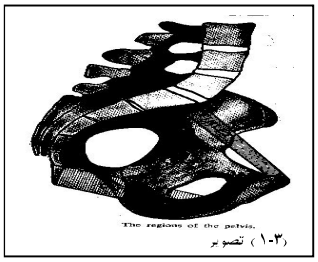
Flaring Plate خوځنده پانې پواسطه دوارې لوروته اوپه خلف کښې د دتوګانو Spina پواسطه منځ ته راځی.



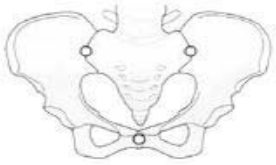


په قدام کښې د پوبیس هډوکی لپاسه د ګیډې دعضلاتو پواسطه یوه وازه برخه (Gap) منځ ته راځی چې ډکوالي مومی. دحوصلی پورته برخه پلنه (Flat) ، قیف (Funnle) په څیرده پـدی هکلـه د (1-1C) تصویر ته پاملرنه وکړی چې د هډوکیزې حوصلی بیلابیلی برخی څرګندوی.

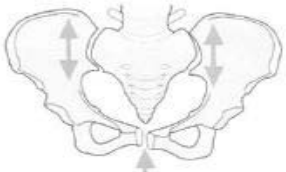




د بلاربټوب په وخت کښې دجنین دشته والـی لـه کبلـه رحم ته دا جوړښتونه ملاتړ او کلکوالی وربخښی چې وروسته بیا په مناسب وخت کښې جنـین تـه دحوصلی څخه هدایت ورکوی او دزیږوني په هکلـه مرسـته کـوی.دښـځینه نورمـالی هـډوکیزې حوصلی ته په (2-1) تصویر کښې پاملرنه وکړی.



In the non-pregnant state the pubic symphysis and sacro-iliac joints are rigid and fixed



In the pregnant state ligaments are lax, sheering movements of one hemi-pelvis against the sacrum or the opposite half can occur

کوچنی حوصلی د زیږونې له نظره د ډیر اهمیت وړدی چی وروسته پدی هکله بشپړ معلومات ورکول کیږي.دحوصلی قدامی انحنا دقدام لوری ته ډیره ده اودحوصلی ورننوتلو برخه نسبت منځنی (متوسط) برخی ته کوچنی ده له همدی کبله دحوصلی پورتنی اوښکنې برخې مستقیمې بڼکاری.

دپوهیدنی لپاره دحوصلی هډوکیز جوړښت ته په (1C – 1) کتنې یا پاملرنه وکړی د دوی ترمنځ لویه او پراخه (Roomy)، برخه شته والی لری چی دا برخه د (Excavation) پنوم یادیږي اوپه (3 – 1) کتنې ورته پاملرنه وکړی.

قدامی کانال به لنډ وی او یوازی (4,5) سانتی مټره اوږدوالې به ولری همدارنګه خلفاً به اوږده بڼه ولری اوږدوالې به یی دعجز تر هډوکی پوری اوږدیدنه ولری جی دابه (12,5) سانتی مټره وی.وحشی لوری ته دا کانال اوږد دی او دپورته څخه بنکته لوری ته تنګ دی. له همدی کبله یوتربله سره توپیرلری چی کولای شو د ښه پوهیدنی لپاره داب رخی دیولړ پلانونو پواسطه سره بیلی کړو چی د زیږونې د میکانیزم دپوهیدنی لپاره دا ویشنه اړینه ګڼل شویده.

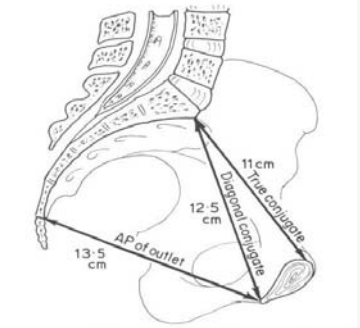
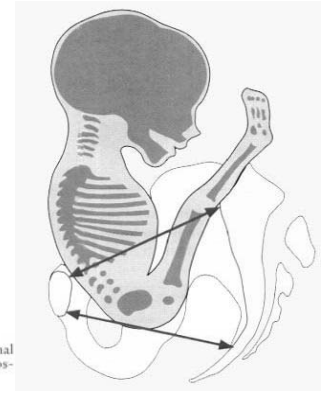


Fig. 1.13 Sagittal section of pelvis. The true and diagonal conjugate diameters are shown as it is the anteroposterior diameter of the outlet



داپلانونه لکه:

i. Pelvic Inlet plans _

ii. Wide Pelvic plane _

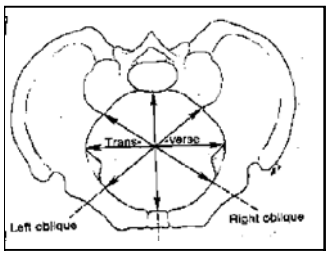
iii. Narrow Pelvic plane_.

iv. Plane of the outlet_

ددغه پلانونو پوهيدنه دزيږوني دميکانيزم لپاره ډيره مهمه او اړينه ده.

د انلټ پلان "Plane of Inlet" :-

دا په پورته برخه کښې مستقيمه ده او د پوښس هډوکو دخندو په واسطه قدام کښې او اړخونو ته د linea Inominata يا " linea terminalis " پواسطه خلف ته د Sacral promontory پواسطه جوړه ده. پدی هکله (4–1) تصوير ته پاملرنه وکړی اکثراً دزړه (Heart) په څيروی.



د دی مستعرضه برخه چی دعجز Sacrum خلف ته ننوتلی برخه ښکاری د Elliptic (بیضوی) حالت غوره کوی.

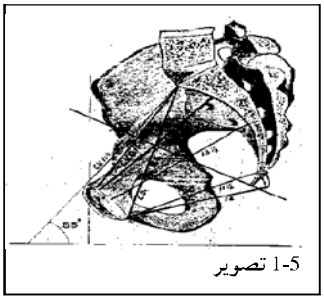
د Inlet ژوره برخه (۲) دوه سانتی متره قطر لری. همدارنګه د رادیولوژی آزموینو ښودلی چی دغه قطرونه په حوصلی کښې حتی که ناروغ نورماله زیږیدنه هم وکړی یوتربله سره توپیر لری او پدی لړ کښې Thomas،Coldwell،Molloy او D,Esopo خپلی څرګندونی کړیدی اوتضیف یی په لاندی ډول دی.

۱. دزړه په څیر Heart Shape.
۲. ګردی ډول Round Shape
۳. ګرد بیضوی ډول Oval Shape
٤. بیضوی (ماکوډوله) Elliptic Shape
٥. Ant-Posterior او مستعرض Transverse، هموار Flat ډولونو تصیف کړیدی.

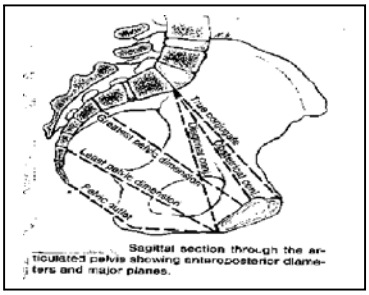
همدارنګه دا ډولونه د "Anomaly of bony pelvis" په (5 – 1) تصویر او نوروتصویرونو کښې په ګوته شویدی د Internal pelvemetry لپاره په لاندی ډول شرحه شویدی.

لومړنی دحوصلی قطر قدامی خلفی (Ant. Post) یا (pubosacral) دی چی داقطر د True conjugate یا Conjugata Vera پنوم یادیږي او د (C.V) قطر د پوبیس دڅوکی څخه دعجز Sacral promontory یا وتلی برخی پوری (11.5 – 11) سانتی متره دی چی دی ته Anatomic Conjugata هم وایی.

که چیری دغه قدامی خلفی قطر یو سانتی متر لنډ وی دی ته Obstetric Conjugata (C.O.V)



1-5 تصویر



Sagittal section through the articulated pelvis showing enteroposterior diameters and major planes.

لکه چه په تصویر کښی ښکاری د diagonal Conjugata قطر اندازه کیدنه په ساده توګه د دوه ګوتو دمهبلی کښی پواسطه ټاکل کیږی چی د ټکاګلو په وخت کښی باید دغه أول چی په تصویر کښی یی بیه راغلی ټاکنه ترسره شی.

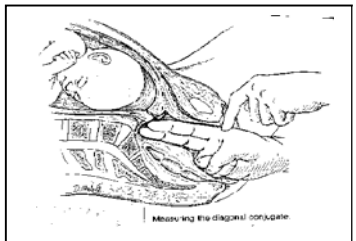
Conjugata Vera Obstetric وایی، څکه پدی حالت کښې د زیږونې په وخت کښې د زیږوني میکانیزم ته بدلون ورکوی که (۱۱) سانتی مترو څخه داقطر دیوه سانتی متر په اندازه لنډ وی دابنارمل حوصلی Abnormal pelvis په لږ کښې به وګڼل شی په (5-1) تصویر کښې ورته پاملرنه وکړی.

یو لږ رادیوګرافی ښوولی دی چی داپه نورمال توګه د (5-1) سانتی متر قطر څخه دیوه سانتی متر په اندازه اوږدوالې ولری او صرف دحوصلی شکل یا بڼې بدلون موندلی وی اوهمدارنګه داقطر (۵-۱۲) سانتی مترە ښودل شویدی چی داقطر د پوښس څخه تر Sacral Promontory پوری ټاکل کیږي. البته دا ډول د حوصلی بڼه ابنارمل نه ګڼل کیږي او دا د Conjugata.diagonala (C.D) پنوم یادیږي او د مستعرض Transverse Inlet اندازه به (۱۳) سانتی مترە وی، حال داچی دواړه مایل Oblique ټاکنی به (۵،۱۲) او (۱۲) سانتی مترە وی چی دا د لومړی او دوهم قطرونو پنوم هم یادیږي البته دا تصنیف په (۱۸۷۸) ع کال کښې تصویب کړل شو پدی هکله (5-1) تصویر ته چی د Hodge تصنیف پواسطه ښودل شویدی دقطرونو په هکله پاملرنه وکړی.

پراخ حوصلي پلان(Wide Pelvic Plane):

یو پلان دپوښس د وسط څنی تیریږي او دریمی عجزی فقری پوری رسول کیږي چی دابه دحوصلی د Excavation وسطی برخه وبلل شی داپلان په غیر منظم ډول Ovoid بیضوی وی اوقدامی خلفی قطر به (۵،۱۳) سانتی مترە وی او مستعرض قطر به (۵،۱۲) سانتی مترە وی پدی هکله (6 – 1) تصویر ته پا ملرنه وکړی.

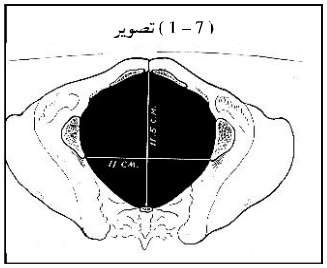


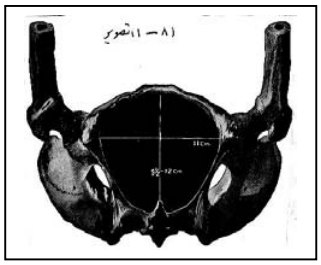


(6 – 1) تصویر

نرئ پلان(Narrow Pelvic Plane):

همدرانګه دی ته Mid.Pelvic Plane او Mid.Plan هم وايي دا د Pubic.Arch (عانی قوس) د زروی (څوکي) څخه تيريږي او دعجز ترپـــايلی پـــوری او د Spine of Ischium څخه تيريږي پدی هکلـه



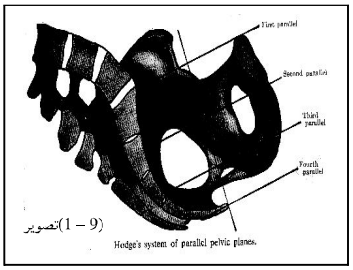


(7 – 1) تصویر ته پاملرنه وکړی . دا دواړه Spine Ischium تـرمنځ قطـر دی چـی دابـه د (۱۱) سانتی مټرو پوری وی او مستعرض قطر هم بلل کيږي او منځنی قطر به (11.5Cm) سـانتی متـره وی .که چيری داپلان کوچنی وی دماشوم سربه د زيږونې په وخت د حوصلی د کانال له لاری دسـتونزی سره مخامخ کړل شی.

پخوا تردی چی زيږيد نه ترسره شی څونکی طبيب بايد دا قطر وپاکی او د زيږونې په وخت کښې په نظر کښې ولري او د ماشوم د نورمال زيږونې لپاره دی طبيب او پوره ګروپ بنـه تيار وساتی.

د اوټلټ پلان "Plane of the Outlet":-

بنکتنې کربنـه مسـتقيماً د قـوس او Rami Pubiss او Ischial Tuberosities او Tip of Coccyx پواسطه جوړه ده او سرحدونه يې د حوصلی د هډوکو پواسطه مـنځ تـه راغلـی دی. په حقيقت کښې دلته دوه پلانونه چی قدامی خلفی پـلان چـی Tip of Coccyx او Ischial Tubrosities ترمنځ دی د (۵،۹ – ۱۲) سانتی مټرو پوری اوږدوالې درلودلی شی او همدارنګه بـل پلان چی مستعرض قطريی چی بنايی د Pubiss Archus او يا Rami Pubiss تر منځ وی دا به (۱۱) سانتی مټره اوږدوالې ولری. پدی هکله چی په دواړو قطرونو بنـه پوه شی د (8–1) تصوير تـه پاملرنه وکړی.



(1 – 9)تصویر
Hodge's system of parallel pelvic planes.

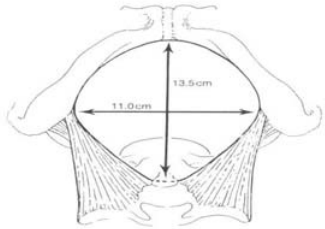
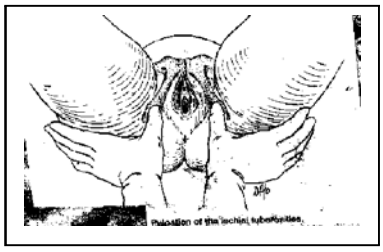
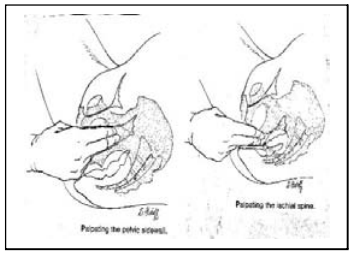


Fig. 1.14 The pelvic outlet

همدارنګه Hodge System یولږ نور پلانونـه Atributary plans خپـل پلانونـه رسم کړیدی چی دا د حوصلی دپیلابیلو قطرونو ښـودونکی دی دا پلانونـه هـر یوپـه Inlet plans کښې شـته والی لری چی لومړنی موازی پلان چې ورته Veit او یا Chief Plan وایـی د پـوښس د قوسونو سره تماس لری او دوهم یې دعجزی فقری سره تماس لری اوهمدارنګه دریم پلان مـوازی دی او Ischial Spin غوڅوی (قطع کوی) او څلورم موازی پلان دعصـص Coccyx حنـی تیریـږي او دحوصلی فرش جوړوی پدی هکله (9–1) تصویر ته پاملرنه وکړی.

د اوټلټ په کلنیکی جس کولو کښی باید چی لومړی د Ischial Tuberosity لکه چی په تصـویر کښې ښکاری وټاکلی شی او دغه توبروزیټی دایسکیوم باید جس کړل شی پـدی هکلـه تصـویر تـه





پاملرنه وکړی.همدارنګه دمهبل له لاری د حوصلی جنبی جدارونه جس کیږي چـی دا ډیـر اهمیـت لری او دواړه لورو ته دهغوی تناسب او سموالی او موازی توب ټاکـل کیـږي پـدی هکلـه تصـویرونه وګوری. او همدارنګه Ischial Spin باید جس کړل شی چی آیا دواړه د ایسـکیوم تـوږبـارزي) تیره ،پڅ او یا راوتلی دی اوکه او د دواړه نټوګانو ترمنځ مستعرضه مسافه ټـاکلی کیـږي پـدی هکلـه تصویرته پاملرنه وکړی چی دکړنی څرنګوالی څرګندوی.

پلویمتری "Pelvemetry" :-

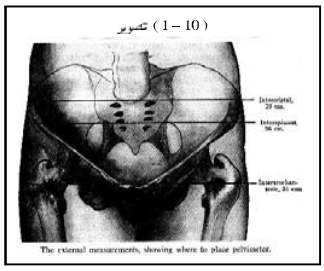
پلویمتري په یولړ روغتونونو کښې لاتر اوسه هم روانه او عامه خبره ده چې پـدی کښـې د حوصلی بهرنی قطرونه External Measuring ټاکل کیږي که څـه ددی کـړنلاره او کښـې څخـه دومره غوره معلومات نه ترلاسه کیږي بیا هم یادونه یې دلته کوو اوکتوونکی طیبب بایـد پـدی هکلـه معلومات ولري.

دا قطرونه په لاندی ډول سره اندازه کیږي.

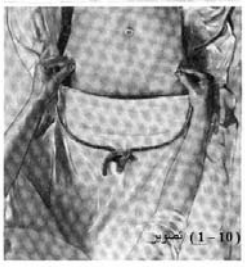
۱- Inter Cristal Diameter :-دا قطر دواړه لوروته د Crista iliaca ترمنځ ټاکـل کیږي چې اندازه یې (۲۹) سانتی مټره ده.

۲- Inter Spinus Diameter :- همدارنګه دا قطر د دواړه لـورو Spina Iliaca Ant.Sup ترمنځ ټاکل کیږي چې اندازه به یې (۲٦) سانتی مټره وی.

۳- Inter Trouchanteric Diameter :- پدی ټاکنه کښې همدارنګـه د فخـذ دهډوکی د دواړو Trouchantor Major ترمنځ مسافه ټاکل کیږي چې دا قطر به (۳۱) سانتی مټره وی دا د Baudelocque's diameter پنوم هم یادیږي.



The external measurements, showing where to place pelvimeter.



Taking interspinous diameter.


Taking Baudelocque's diam

٤- همدارنګه د وروستی قطنی تنو د ژوری ځنی تر پوښس سطحی قدام پـوری مسـافه هـم ټاکـل کیږي چې دی مسافی ته External conjugata هم وایی دا اندازه به (۲۰) سانتی مټره وی پدی هکله (10 – 1) تصویر ته پاملرنه وکړی ترڅو پورتنی ذکر شوی قطرونه درته ښه روښانه کړل شی.

د بلاربتوب نظافت

او د زیږونې دمخه څارنه

Hygiene of pregnancy – Ante partum Care

یوه احصایه داسی څرګندوی چه په کال ۱۹۴۷ع کښې په حدود د ۴۹۷۸ښځی د بلاربتوب سره یوځای دنورو ناروغیو دشته والی له کبله خپل ژوند له لاسه ورکړی دغه احصایه په متحدوایالا توکښې ترسره شویده او ورسته تر هغی چی زیږونې په طبی مرکزونو کښې ترڅارنی لاندی راغلی او دماهرینو پواسطه دغه زیږونې څارل شوی دی دماشوم او دمور په مړینه کښې لږوالی منځ ته راغلی .

د زیږونې (Obstetric) په علم کښې لکه د نورو څانګو په څیر دا هم غوره څانګه ده چی یو طبیب باید په فامیلی ډول سره هغه ناروغه ښځی چی بلاربی دي او طبی څارنی ته اړتیا لری دیوه ځانګړی طبیب پواسطه د مور حالت وڅاری او په ټاکلی وخت کښې دهغوی په هکله معلومات ولری او ددی ځانګړی طبیب دا دنده ده هغه ناروغی چی ښځی ته پدې دوره کښې پیداکیږي هغه وپژنی اوپه ژر توګه دهغه ناروغیو درملنه وکړی په نظری (تیوری) ډول سره هره ښځه ښایی پخوا تردی چی بلاربه شی باید د ځانګړی طبیب پواسطه ترکتنې لاندی راوړی او هغه طبی آزموینی او فزیکی کتنې چی ضرور ګڼل کیږي ناروغ ته باید بشپړی کړل شی او ښځی ته د بلاربدو په هکله رغنده مشوره ورکړل شی.

که چیری هغه ناروغی چی مور ته د بلاربتوب په دوره کښې وژونکی وی او مور او ماشوم دواړو ته د حیات خطر ولری ور په ګوته شی او مور ته بشپړ معلومات ورکړل شی ا ودددی ناروغیو درملنه پخوا تربلاربتوب باید سرته ورسیږی اوهمدارنګه نوموړی معلومات دی میړه ته هم څرګند کړل شی او پدی دی بنه پوه کړل شی که چیری ناروغی د بلاربتوب په دوره کښې په ناڅاپه ډول شدت او ډیرښت و مومی باید اړوند طبیب ته ییرته رانګ وکړي او درملنه دی وشی.

که چیری داسی یوحالت شته والی ولري پخوا تر واده دی د زهروی نارغیو دشته والی په هکله شک شته والی ولری نو تردی دمخه دی باید دوینی (V.D.R.L) آزموینه ، د تیبونو، دزړه ، سږو او تشو مټیازو آزموینی ترسره شی ا و لږ تر لږه دی څه معلومات څرګند شی.

د طبیب لپاره ښایی تر ټولو دمخه ګله چی ناروغ ورته د لومړی ځل لپاره رانګ کوی باید لاندی ټکی په پام کښې ولري.

I- دنا روغی تاریخچه :

کله چی ناروغ طبیب ته رائګ کوی پدی هکله باید لاندی ټکی باید له پامه ونه غورځوی اوهغه ته دی پوره پام وکړی.

i. دهغه لومړنی ملاقات (لیدنی) ورځ نیټه چی ناروغ طبیب ته رائګ کوی.

ii. دناروغ نوم اوتخلص او د میږه پیژندنه (نوم اوتخلص)

iii. دناروغ پته (آدرس) او دټیلفون نمبر.

iv. دناروغ عمر، دواده دکلونو شمیر او معمولی وزن (دروندوالی)

v. دفامیل تاریخچه ،د ماشوم زیږونې، چی نورماشومان پی آیا د مور پواسطه شوی اوکه دبل چا پواسطه چی اړوند تجربه لری او که د کومی نرسی پواسطه او یاهم دکوم طبیب پواسطه، په ځانګړی ډول د حوصلی د ډول په هکله، د وینی بهیدنو په هکله، ټوکیسمیا Toxemias ، د غبرګونی (Twins) ماشومانو د زیږونې په هکله او یا هم د کوم ابنارمل ماشوم زیږونې په هلکه او همدارنګه د یولړ ناروغیو په هلکه لکه کوڼوالی (Deafness) او یا دشکری ناروغی Diabetes او نورو نارغیو په اړوند پوره معلومات را ټول کړی.

vi. د پخوانی تاریخچی :همدارنګه د ناروغ څخه دی د پخوانیو ناروغیو او جراحی کړنلارو دسرته رسولو په هکله بشپړ او پوره معلومات را ټول شی. په ځانګړی ډول هغه ناروغی لکه:I Chorea, Diphtheria, Scarlet fever, Cardiac. Or Pulmonary Disease, Pyelitis, Tonsillitis, Rheumatic fever, Allergy , Asthma , Diabetes, Nephritis,Tuberculosis (T.B) د زهروی ناروغیو Venereal disease په هکله اونور..I او که چیری کوم ډول د جراحی کړنلاره ورته ترسره شویوی نو د هغوی په هلکه دی بشپړ معلومات را ټول کړل شی.

vii. د حیض تاریخچه:-

د حیض د عمر په ګډون سره، د حیض د فریکونسی، نظم ، اوږدوالې Duration د حیض د منځ ته راتلو د اندازی، د حیض دمنځ ته راتلو د وخت او همدارنګه که چیری د حیض سره یوځای درد شته والی ولری د درد اوږدوالې ، کرکټر، ځانګړتیاوی، باید وپوښتل شی هغه نیټه چی په کښې وروستنی حیض منځ ته راغلی وی او همدرانګه هغه نیټه چی د پخوانی حیض سره یی ګډوی

نوری نښې لکه زړه بدوالی او د سردرد په څیرنښې مخ ته راغلی وی دا ټول معلومات باید را ټول شی او ولیکل شی.

viii. د زیږونې تاریخچه:-

یوه لنډه تاریخچه د هر یوی بلاربټوب په هکله، او همدارنګه لنډه تاریخچه د هریوی سقط او زیږونې په هکله او که امکان ولری د هغوی نیټه دی ولیکل شی. او همدارنګه د هری زیږونې په هکله دی لږ څه معلومات ولیکل شی چې آیا هغه ماشوم چې زیږیدلې بې مودې Premature وه او که په مودې Mature (Full – Term) وه او همدارنګه هر ناروغی د بلاربټوب په وخت مخ ته راغلی وی او یا د زیږونې په وخت لکه Hemorrhage،Toxemia، Infection، د ماشوم وزن او حالت Breast feeding، اوکه چیری نورو حالتونو هم شته والی درلودلی وی هغه دی وپوښتل شی او اړوند معلومات دی ولیکل شی که چیری هر وخت د وینې ورکړه Blood.Transfusion ترسره شویوی باید یادونه پی وشی.

ix. همدارنګه ناروغ ښایی دنورو ناروغیو دنښو نښانو شته والی څنی شکایت وکړی چې د هغوی په ژبه دی ولیکل شی لکه: د زړه بدوالی، کانګی ، د متیازو د کڅوړې ګډوډی (اختلال) ، قبضیت درلودل، پرسوب (اذیما) درلودل، په ډیره اندازه د درونډوالی (وزن) زیاتیدنه ،ټوخی درلودل، سالنډی Dyspnea ، سرګښی او سرخړخیDizziness، د درد درلودل، د مهبل له لاری وینه بهیدنه په څانګړی ډول سره د بلاربټوب په دوره کښې نوموړو ټکوته دی په پوره ډول سره پاملرنه وشی اوهغه دی ولیکل شی.

x. د زیږونې د احتمالی ورځی ټاکنه:-

اصلي موده د بلاربښت لپاره د (LMP) ټولې (280 days) ورځې یا (40 weeks) ګڼل کیږي.کیدای شی چی داد (Nagele's rule) له مخی احتمالاً و موندل شی چی دا په لاندی ډول سره د فورمول له لارې موندل کیږي:

Nagele's rule= First day of last menstural period (LMP) + 7 days - 3 months

د (Nagele's rule) قاعدې له مخې د زیږونې ورځې ټاکنه کیږي. انحراف ښائي د یو لړ پښنو لکه (irregular or prolonged menstrual cycles or a know single sexual exposure) له کبله مخ ته راشي نو که چیرې (LMP) نیټه نامعلومه وي ښه به دا وي چې د (ultrasonography) پواسطه (EDC) ټاکنه وشي.



که چیری نا روغ ماشوم په ګیډه کښې احساس کړی وی نو د لومړی ځله وی نو ددی نیټه دی ولیکل شی. که چیری ښځه Primigravida ، لومړی ځله وی نو ددی نیټی سره دی (۲۲) دوه ویشت اونی اویا (۱۵٤) ورځی ور زیاتی (جمع) کړل شی او که چیری ښځه Multi gravida څو ځله وی نو د نومورې نیټی سره دی- (۲٤) څلورویشت اونی او یا (۱٦۸) ورځی (جمع) ورزیاتی کړل شی نو دلته به لدی (جمع کولو) یا کټلو څخه وروسته د بلاربټوب پایله (زیږونې نیټه) احتمالاً و ټاکل شی او همدرانګه د فزیکی کتنې وروسته هم تجربه لرونکي طبیب کولای شی چی د زیږونې نیټه د خپلی تجربی له مخی وټاکی.

II. فزیکی کتنه:

نو کله چی د نا روغ څخه د نا روغی د تاریخچی په هکله اړوند معلومات را ټول شی د نوری فزیکی کتنې ترڅنګ چی په هغه کښې نا روغ په هر اړخیز ډول سره ترکتنې لاندی راوستل کیږي او ټول سیستمونه کټل کیږي او آزمویل کیږي په کلاسیک ډول سره باید مرکزی عصبی سیستم، د زړه او رګونو سیستم ، د ساکښلو سیستم، غوږ ، پزه او ستونی سیستم، د هضمی جهاز سیستم، بولی سیستم، او د هډوکو او عضلی سکلکیټی سیستم سترګی سیستم کټل کیږي او د نا روغ مهم حیاتی نښې نښانی (Vital sign) کټل کیږي. نو ددی کتنو په لړ کښې – Bimanual Vagino abdominal کتنې ترسره کیږي تر څو طبیب پدی باوری شی چی بلاربټوب شته والی لري او ښځه بلاربه ده. او که چیری پدی کښې شک شته والی ولرئ نا روغ دوه اونی وروسته د بیا کتنې لپاره را غوښتل کیږي او همدرانګه د Aschelleim – Zondek،Friedman او نور د بلاربټوب د شته والی د ټاکنی آزموینی ورته ترسره کیږي. نو که چیری یوه ښځه د فزیکی کتنو په لړ کښې داسی څرګنده کړی چی هغه بلاربه نده دا ضروری نده چی د هغی Prenatal دوری څارنه

دی وشی پدی لړکښې دی د نا روغ په هکله نوری پلټنی پیل شی اوټول سیستمونه دی د نا رغیو دشته والی په هکله وپلټل شی او اړوند آزموینی دی ترسره شی.



کله چی نوری آزموینی او کنې ترسره شوی دتیینو (Breast) په هکله دی کنه وشی په ډیر ملایمت او ظریفانه ډول دی تیونه جس کړل شی او حلیمه یا (Nipples) دی ولیدل شی. وروسته ترهغه دی بطن (کیډه) جس کړل شی او هلته دی درحم لویوالی ، تومورونه، فتقونه Hernia او ندبی Scars له پامه ونه غورځول شی. که چیری بلاربټوب اوډدوالې د ځلورو اونیو څخه اوښتی وی هلته به د ماشوم د زړه آواز (Fetal heart tone) په غوږو دستاتسکوب او یا Fetoscope پواسطه واوریدل شی.



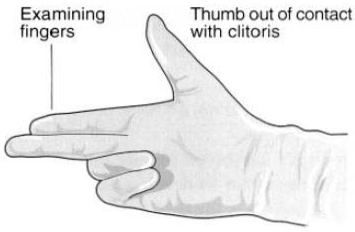
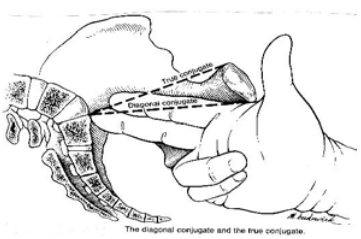
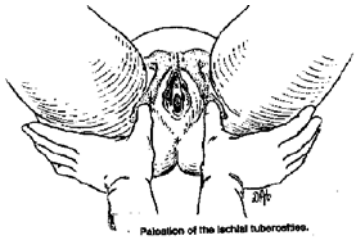


Fig. **The correct hand position for vaginal examination.**





د Digonal conjugate او (True . Conjugute) قطر دتاکنی لپاره باید د کونکی دلاس ګوتی تر خلف پوری دعجزهډوکي دمقعریت برخی ته ورسیږی دا د مهبل دننوتنی څخه دعجز هډوکي تر Promontoryپوری ده.

د دغه کتنې لپاره لکه دتصویر په څیرباید لاسونه موقعیت خپل کړی او دIschial Toberosities ترمنځ مسافه دی وټاکل شی دا اندازه بایدد (8.5 cm)سانتی متروڅخه ډیره وی .

همدارنګه د مهبلی کتنې لپاره دی نارو غ ته د ولادي (Lithotomy position) ورکړشی د نارو غ مثانه دی تشه کړل شی او هغه برخه د اتی سپټکو پواسطه ښه پاکه کړل شی(Prep & Drape) دی شی او طبیب دی پاکی او معقمی دستکشی (Gloves) واغوندي. همدارنګه تر ټولو دمخه طبیب باید بهرنی جنسی غړی د یولړ حالتونو سره لکه : Discoloration، Varicositis ، Laceration ، Edema ، Cyst ، Abscea بارتولین غدی، او مهبلی افرازاتو شته والی دی په پام کښې ولری ګوته دی په وروسره مهبل ته ورننویستل شی او احلیل دی د Milking عملي پواسطه تش کړل شی ترڅو دهغه دننه افرازات ولیدل شی . د نارو غ ځنی دی وغوښتل شی چی ښکته لوری ته زور وکړی که چیری هلته Cystocele او یا Rectocele حالت شته والی ولری دا په کتنه کښې تثبیت کړل شی، او وروسته تر هغه دی د سرویکس او رحم قوام، سایز ، بنه ، پوزیشن او د رحم د دننه محتوی په هکله معلومات را ټول کړل شی.

همدارنګه هغه افرازات جی د مهبل له خولی ځنی راتوئیږی هغه دی را ټول او را واخیستل شی او د Monilia ،Vaginalis. Trichomonas،Gonococci او نورو اتانا تو د شته والی د تثبیت لپاره د کتنې او آزمویني لپاره لابراتوارته واستول شی.

په همدی ډول سره په هره کتنه د مهبلی آزمویني کښې دی سپیکولوم واچول شی او د سرویکس د کارسینوما د ټاکلو لپاره دی د سرویکس برخه په ځیر سره وکتل شی او که امکانات وي نو له هغه ځایه دی بیوپسی واخیستل شی.

کله چې طبیب د مهبلی کنه پای ته ورسوی باید پدی لړ کی تر دی وروسته د مقعد Anus او دیکټوم Rectum کنه هم ترسره کړی ګوته دی ریکټوم ته ورننویستل شی که چیری هر راز ناروغی لکه د پوستکی بی رنګه کیدنه ، د بواسیرو(Hemorrhoid)شته والی " دهغه اندازه او ځای باید وټاکل شی" فیسورFissure ، فیستول Fistula کریپټونه، Polyps پولیپونه ، او همدرانګه د معصری د مقویت (Tonicity) په هکله دی اړوند معلومات را ټول کړل شی.

د فزیکی کنې په لړ کښې دی د حوصلی رادیوګرافی ترسره شی او هغه دی ارزیابی کړل شی. او دقیقه او په ځیر سره ازرونه دی ترسره شی.

همدرانګه ناروغ ته دی دوینی روټین کنې او دهیموګلوبین ټاکنه ترسره شی د ټولـو حاملـه (بلاربـو) ښځو د وینی ګروپ باید وټاکل شی او همدارنګه د وینی د Rh ټاکنه حتمی خبره ده . کـه چیـری د میړه او ښځی دوینی ګروپونه دواړه Rh مثبت وی دا به کومه د نظر وړ خبره نه وی اوکـه چیـری Rh سـره تـوپیر ولـری نـو دلتـه دی پـوره پـام وسـاتل شـی. ځکـه چـی بنـایی ماشـوم کښـې دErythroblastosis fetalis ناروغی شته والی ولري.

او همدارنګه په پرلپسی ډول سره دی د ناروغ کنې او آزموینی په هر کنـه کښـې تـر سـره شـی او دارټیا له مخی دی درملنه وشی.

III- دناروغ او طبیب لید نه کنه:-

کیدای شی چی د طبیب او ناروغ تر منځه کنه(Visit) لړ تر لړه(2 – 4 اونیو) پوری وی طبیب باید د ناروغ په اړوند طبی کنې او آزموینی ترسره کړی او که چیری هـر راز بـدلون پـه دی موده کښې ناروغ ته پیداشوی هغه باید طبیب ته د ناروغ له لوری څرګند کړل شی هیڅکلـه بایـد مهبلی کنه د څلورو اونیو د تیریدو څخه دمخه ناروغ ته تر سره نشی د مهبلی کنه باید په پوره پاکو - معقمو شرایطو کښې باید ترسره شی.

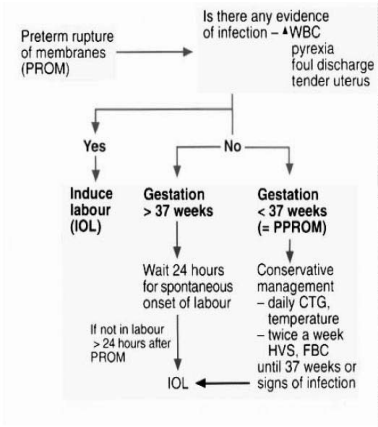
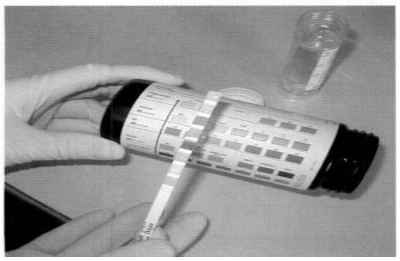


Fig. 1 **Management plan.**



(a)



IV- د خوراک (غذا) رژیم (Diet): د Food &Nutrition Committee د څرګندونې له مخې او National Research Council له لوري په وسطي ډول سره بايد د (۲۵۰۰) کالوري په اندازه په نيمائي وروستني بلاربټوب کښې پايد ناروغ ته د ورځې لـه خـوا پـه نوموړې اندازه ورکړل شي. چې دغه کيټې د ورځې له خوا (۸۵) ګرامه پروټين توصيه کړې دی چـې دا پرته له کاربو هايدريت او غوړو څخه بلل کيږي. په نورماله بنځه کښې چې بلاربه نه وی د 70) (50 – فيصده کالوری به کاربوهډيد ريت وی او همدارنګه د (۲۰ – ۳۵) فيصده د کالوری څخه بـه غوړ (Fat) جوړ کړی. بعضی خلک د ناپوهی له کبله په دی عقيده دی چې پروټين د بلاربټوب پـه وخت کښې د توکسيميا سبب ګرځي خو داله حقيقـت څخـه ليـری خبـره ده او ددی پـرخلاف د بلاربټوب په دوره کښې د پروټين ډيری زياتی اندازی خوړلونه اړتيا ده اوکـه چيـری داکـار ترسـره نشی نو پرسوب (اذيما) او وينه لاړ Anemia به منځ ته راشی.



V- ویټامینونه:

ویټامینونه د بلاربټوب په وخت د تړټولو لومړی او د ارزښت څخه ډک خواړه دی چې هریوې خپله میکانیزم سره اغیزه لري. غوره ویټامینونه په لاندې ډول سره دي.

i. الف .Vit – A :- دا هغه ډول ویټامین دی چې دانټان په وړاندې مقامت لوړوي د پوسټکي لپاره ضروري او همدارنګه ددې ویټامین لرلو نه د (Night blindness) او د سترګو نوره ناروغي منځ ته راوړي.

ii. Vit – B:- د (ب) B و یټامینونو ګډون لکه Pantothenic acid B12, B6, B2, B1 niacin او نورو سره د عمومي تغذیې لپاره غوره ګڼل شویدی او د اعصابو د ښه دندې ترسره کولو لپاره ضروري دی لکه د B1 نشتوالي د Polyneuritis په څیر ناروغي منځ ته راوړي . د (ب) B کمپلکس (B12, B6, B1) خوړل په بلاربو ښځو کښې د (۲) ګرامه د ورځې ټاکل شویدی. او همدارنګه Folic acid په وروستیو میاشتو د بلاربټوب کښې په همدآ اندول سره دی. عالمان پدې عقیده دی چې د وینې Megaloblastic وینه لرې څنې په بلاربټوب ، ماشوم ټوب او Infancy کښې کولای شو په همدغه ډول سره مخنیوی وکړو.

iii. د ویټامین B2، Niacin ،Pantothenic ویټامیونه د سترګو رویت (لیدلو) لپاره ضروری ویټامین دی او همدارنګه نومورې ویټامیونه د ودې او شیدو ورکولو مودې لپاره هم ضروری دی.

iv. Vitamin .C (Ascorbic Acid) : دا ویټامین د هډوکو او وینې د کریوی او انساجو په ترمیم کښې غوره رول لري او همدرانګه په ماشومانو کښې د (Scurvy) د ناروغی څنې مخنیوی کوي. کولای شو دغه ویټامین په طبعي منابعو کښې د خوړلو له لاري لکه تازه نارنج، مالټه ، کینو تازه میوو. رومي بانجانو کښې ترلاسه کړو.

v. د ډي (Vit.D):- د ډي ويټامين کولای شو چې په شيدو، پنير،هګۍ، ځګر، Oyester (سمندري صدف چې خوړل کيږي) Sardines (خينګې يا وړوکي کب) او په ځانګړې ډول سره په د ماهيانو د ځګر په غوړيو پيدا کړو. همدارنګه Ergosterol کولای شو د Sterol په څير په ergot او Yeast کښې ليدل کيږي چې د Ultraviolet وړانګو تر اغيزې را ټوليږي او په ويټامين ډي بدليږي.د ډي ويټامين په بدن کښې کلسيم Ca^{+} او فوسفورس Phosphorous ميټابوليزم تر نظم لاندې راوړي او د هډوکو او غاښونو په وده کښې مرسته کوي.

vi. ويټامين اي "Vit. E" :- د E ويټامين کولای شو چې په شيدو ،هګۍ ، غوښه، ماهي، (Spinach) کرم پالک کاهو، Legumes (حبوبات) ، جلغوزو (Peanut) ، ممپلی او جوارو کښې پيدا کړو. ترټولو غوره زيرمه يې د غنمو او وريجو د پوښ غوړې (Wheat germ oil) بلل کيږي.

vii. Vit. K :-دا دوينې بهيدنې ضد ويټامين دی چې د مرغانو په ځيګر، alfalfa الفاالفا او Cabbage يو ډول نبات ، رومی بانجانو او اکثراً په شنه ډول سبزيجاتو کښې موندل کيږي.

دا معمولاً د وينه بهيدنې دو درولو او مخنيوی لپاره په هغه ناروغانو کښې چې د پروترمبين يې ټيټ وی په ځانګړې ډول ماشومانو کې چې نوی زيږيدلې وی ورکول کيږي.

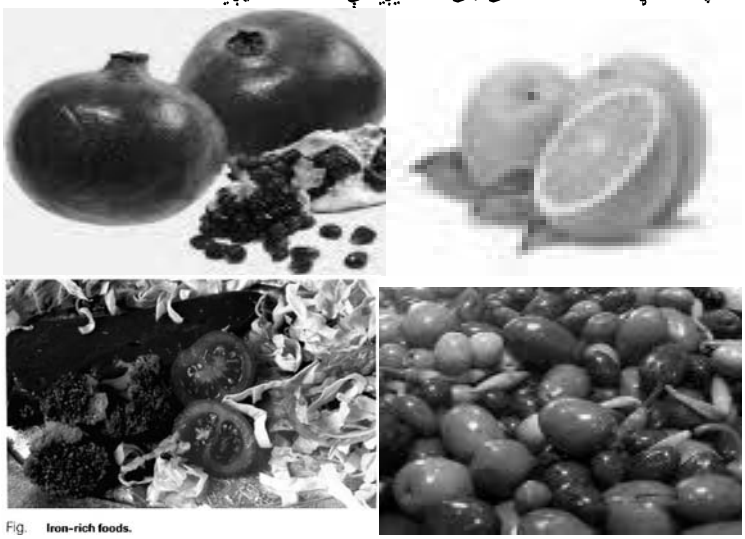


Fig. **Iron-rich foods.**

viii. منرالونه : هغه منرالونه چې د زیږونې او بلاربټوب د دورې لپاره ډیر ضروري ګڼل شوي پدې لاندې ډول سره لنډ شرحه کیږي.

i. کلسیم Calcium:-دا ډول منرال د هډوکي د ښه ودې ، د وینې د علقې یا پرنډ (پرڼ) کیدنې Clotting ، او په نورمال ډول د ینورو موسکولار (عصبي عضلي) عمل لپاره ضروري ګڼل کیږي.

ii. فاسفورس Phosphorous:-دا منرال هم د کلسیوم سره یوځای په ګډه د هډوکي په ودې کښې ونډه اخلي او د کلسیم منرال ته د نښتنې لپاره کلکوالی ورښخوي.

iii. اوسپنه Ferrous or Iron:- اوسپنه د پروټین سره یوځای کیږي هموګلوبین جوړوي او د وینې لړۍ (Anemia) ځخه مخنیوی کوي.



iv. مس Copper:- دا منرال هم د هیموګلوبین (Hb) په مټ ته راتلو کښې ونډه اخلي او دوینې لړۍ ځخه مخنیوی کوي.

v. آیوډین Iodine:- دا منرال د ټایرایډ غدې د دندې سرته رسولو لپاره غوره دی او همدارنګه او دبدن د میټابولیزم په سرته رسولو کښې ډیر له اهمیته ډکه ونډه لري.

vi. مګنیزیوم Magnesium:-دا منرال ښایي د ودې ، تکثر او شیدې تولید کښې غوره ونډه ولري.

د کولمو د حرکاتو خارنه:

یوه بلاربه ښځه باید د ورځې هرورمرو یوځل د کولمو پشپړ حرکت ولري او خوړلی غذا هضم او طرحه کړي. او همدارنګه بلاربه ښځه په قوی احتمال سره د قبضیت لوری ته د ماشوم د شته والی له کبله به ګډوه کښی خپله ډیره لیوالتیا څرګندوی ، همدارنګه هغه ښځې چې بلاربې دی پدی دوره کښی که چیری دیر مایعات، اوبه او یا هغه غذا چې قبضیت رفع کوی ونه خوری او یا یی د بلاربه کیدنی څخه د مخه هم د قبضیت تاریخچه شته والی ولری پدوی کښی به قبضیت غوره منځ ته راتلونکی نښه وښل شی.

د قبضیت Constipation د مخنیوی په هکله باید لاندی ټکی په پام کښی ونیول شی.

۱- د اړتیا په اندازه دی د تندی د شته والی له مخی په زیاته پیمانه اوبه او مایع خوړل د اډول ناروغ ته ورکړل شی.

۲- هره ورځ دی ددی ډول ناروغانو دکولمو حرکات وڅارل شی او په ځانګړې ډول د سهار په وخت دسهارنی خوراک څخه وروسته ورته انتظار وایستل شی کیدای شی چې د ګلایسرین د شیاف (امالی) څنی د حرکاتو د تشدد لپاره کارواخیستل شی.

۳- د غذایی موادو له پلوه یو اندازه تازه سبزیجات او میوی دی د ورځې له خوا وخوړل شی دا میوی د مثال Apples د یو ډول نارنج Apricotes ، آلوبالو(Cherries) یوډول میوه (Figs) اینځران " اناناس" Pinapple آلوچه ، Plum، (وچ آلوچه) Prune(توت) Ruspberries او (څمکنی توت) Strawberries په ځیرډی.

او همدارنګه سبزی لکه Aspargus ګډنه، کورخی (لوبیا) کرم، ګازری،ګډنه دنیا، جوار ،کاهو، پیاز، چنه، رومی بانجان، تره، بادرنګ او نور ورکول کیږی. که چیری یو ناروغ قبضیت ولری په دی وخت کښی دی چای ونه خوړل شی.

٤- په بعضی حالتونو کښی کیدای شی چې د (۱۲۰ – ۱۸۰) سی سی په اندازه سره د زیتون غوړی او یا پارافین د رکنوم له لاری ناروغ ته تیرکړل شی دا کیدای شی دا مالی په څیر د شپی له خوا ناروغ ته تیرشی ددی لپاره غول (Stool) ددی پواسطه پاسته وسائل شی دی پواسطه کیدای شی چې ریکنوم او غټی کولمی د سپزم له منځ ته راتلو څنی مخنیوی وکړل شی.

٥- کیدای شی د قبضیت د مخنیوی لپاره د یولړ درملو څنی کار واخیستل شی او دشپی له خوا د Milk of Magnisia (1 – 2) کاچوغی پوری ورکول کیږی او همدارنګه کیدای شی چې کله

کله د Phenolax دوه ټابلیټونه د شپې له خوا ناروغ ته ورکول کیږي. او همدارنګه کیدای شي د اړتیا له مخې Cascara Sagrada او Senna د خولې له لاری ورکړل شی او ګلایسرین د سوپیزاتور په څیر استعمال شی.

د پښتورګو څارنه:

پښتورګی اړتیالری چې د بلاربټوب په وخت د نورمال څخه ډیر کار وکړي. کـه چیـری ښځه داسی احساس وکړي چې پښتورګی د کارله مخې اختلال لری باید طبیب تـه ورتګ وکـړي اوخپل ستونزه ورته څرګنده کړي.

د ناروغ د تشو میټازو آزموینه د اړتیا له مخې پرلپسی ترسره شی او که چیری د کـوم ډول نـاروغی شتـه والی و موندل شی نو درملنه دی وشی د تشو میټازو کولو اندازه دی په نورمالـه ښـځه کښـی باید (۱۵۰۰) سی سی د ورځی او شپې و ټاکل شی که چیری دا اندازه لږه شـی نـو څیړنـه دی د پښتورګو دنه بریالیتوب په هکله پیل کړل شی او دا اړونـد نـارغیو د پیژنـدنی وروسـتـه دی درملنـه وشی.

جامی اغوستنه (Clothing):-

د بلاربټوب په دوره کښی دی د اغوستنی په هکله ډیره پاملرنه وشی چې په تاوده موسـم کښی دی سارې جامی واغوستی شی او که چیری هوا سړه وی نو په هغـه وخـت کښـی دی تـاودی جامی تیاری کړل شی او واغوستل شی جامی دی ډیری ژر ژر بدلی کړل شی او کوښښ دی وکـړل شی چی ناروغ خپل ځان وچ اوپاک وساتی. په غربی نړی کښـی ددی دوری لپـاره یـولړ ځـانګړی جامی جوړی کړل شوی دی چی کیډه او د رحم محتوی ثابت او په خپل حال سره ساتی.

تمرینونه:

د بلاربټوب په دوره لا زمی ده چی ناروغ یو لړ تمرینونه د ورځی له خوا ترسره کـړي. دا تمرینونه باید پوره تر څارنی لاندی وی او په کاره اونظم سره دی ترسره شی. بلاربـه ښـځه کـولای شی چی په کاره سره وګرځی او داګرځیدنه کیدای شی چی ډیرو میلونو پوری د ورځی وی.



سفرونه (Travels):-

که چیری نا روغ ته اړتیاوی په موټر، کشتی او یا هوائی جهاز کښی یا ریل کښی پرته لـه کومی ستونزی له یوځای څخه بل ځای ته سفر وکړی او که چیری د سفر له کبله په پخوانی ټاریخچـه کښی د سقط شته والی حکایه کړل شی نـو پـدی صـورت کښـی دی د بـی ځایـه سـفرونو ځنـی ډه ډه وکړل شی او که چیری سفر ورته ضرورشی نو پدی صورت کښی دی د ډیرمصئون سفر کړنـی ځنی په احتیاط سره کار واخیستل شی.

کورنی کار:

بلاربه ښځه کولای شی چی په کورنی کارونو کښی برخه واخلـی خـو دا کارونـه بایـد دومره ډیر اوګران نه وی چی ښځه ستړی کړی او هغی ته ستونزه منځ ته راوړی.

هوسا ینه " آرامتیا" او تفریح:-

کله چی یوه ښځه بلاربه شی پدی لړ کښی باید ښځه په بشپړ ډول هوسا وی دا نه چـی دادی ټول وخت آرامه پرته وی، هغه کولای شی په کورنیو کارونو او تفریحـی کـارونو کښـی برخـه واخلی او همدارنګه د ځان د هوسایني لپاره باید د ځان لپاره وخـت وټـاکی او د تفـریح او کـار وروسته دی هوسا ینه خپله کړی.

ځان مینځنه (Bathing):-

پوستکی باید په ټولو حالتونو کښی پاک او وچ وساتل شی په ځانګړی ډول باید پوستکی د بدن او ځان باید تل پاک و مینځل شی او پاک کړل شی او هغه وچ وساتل شی. همدارنګه په ساړه موسم کښی دی د سړو اوبو شاور او ځان مینځنی ځنی باید بلاربه ښځه ځان وژغوری او یا په ساړه تب (Tub) کښی د سړو اوبو غسل ځنی دی ځان وژغوری په ځانګړی ډول سره اوبو لامبو ونکړی . اوپه بحرونو اویا ډنډونو کښی دی د سترې کونکو لامبو وهنی ځنی په جدی توګه ځان وژغوری همدارنګه که چیری مناسبی او به په نورماله درجه د توردوخی سره وی کیدای شی دورځی خو ځله ځان مینځل وشی چی دا کومه ناوړه اغیزه نلري.

د تیونو(Breast) څارنه:

د تیونو په هکله باید پوره پاملرنه وشی او تل دی تیونه پاک کړل شی او د (Nipple) برخه دی تل وکړل شی او هغه دی تل پاکه او روغه و ساتل شی. اوهمدارنګه د ورځی له خوادی تیونه د صابون او یا تشو اوبو پواسطه پاک ومینځل شی او تیونو ته دی حمایت کوونکی Supporter واغوستل شی که چیری د تیونو په برخه کښی کوم د نظر وړ بدلون منځ ته راشی او ښځی ته نا راحتی پیداکړی باید خپل اړوند طبیب ته باید مراجعه وکړی.

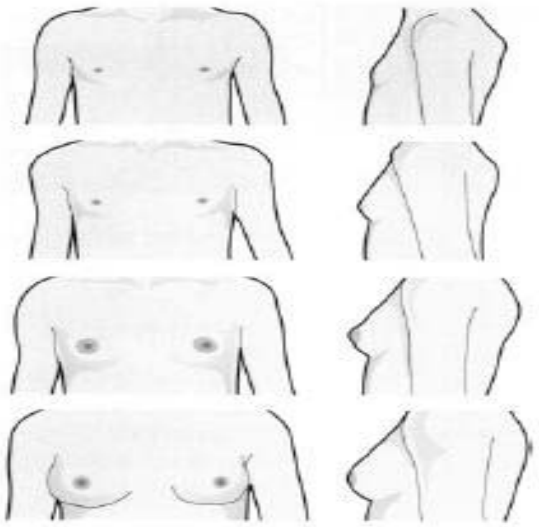


Fig. **The four stages of breast development.**

جنسی یو ځای کیدنه:-

همدارنګه د بلاربتوب په وخت کښی باید د جنسی یو ځای کیدنی څخه مخنیوی وشی ځکه چی ددی خطر شته چی امینوتیک غشا ښایی تمزق او څیریدنه وکړی او ښایي هلته انتان مداخله وکړی Sexual Intercourse یا جنسی یا یوځای کیدنه کیدای شی چی د ماشوم د سقط او بی مودي ماشوم زیږونی یو علت وګڼل شی .

د ویښتانو مینځل:-

ویښتان باید تل پاک وساتل شی او باید د صابون شامپو او پاکو اوبو پواسطه پاک مینځل کیږی تل دا کړنه ترسره کیدلای او هغه خوځیدنه او څپی چی ددی کړنی له کبله منځ ته راځی دومره د خطر سبب نه ګرځی خو دا کړنه دی باید په وروستنی څلورو اونیو کښی ترسره نشی او کـه چیـری ترسره کیږی باید د ویښتانو مینځلو په وخت باید له هر راز خوځیدنی او څپو د منځ ته راتلـو څخـه مخنیوی وشی.

د غاښونو څارنه:

بلاربه ښځه بايد دورځی څوځله د خوراک وروسته خپل غاښونه پاک او برس کړی او د نرمو او ملايمو پاکونکو کريمونو څخی کار واخلی. او همدارنګه تل بايد خپل غاښونوته پاملرنه وکړی که چيری په غاښونو کښی کوم ډول بدلون منځ ته راشی بايد اړوندطبيب ته ورتګ وکړی کله کله کيدای شی د فاسفورس له نشتوالی څخه او کلسيم د لږوالی څخه يو لږ ناروغی او دبدلون حالت منځ ته راځی.

امينون او امنيوټيک مايع

— امنيون يا د پلاسنټا غشا:

پريوان يا امنيون Amnion هغه نری ، سلوری او ترانسپيرنت غشا چی کوريون په ځان کښی ساتی د امينون پنوم يادیږی چی دغه غشا د پريوان (پلاسنټا) پنوم هم يادیږی.

د پلاسنټا دندې (وظيفی):-

۱- دغه غشاء دمور څخه د تغذی اساسی برخی لکه امينواسيدونه ،شحمی اسيدونه ګلوکوز او اوکسيجن ماشوم ته ليږدوی.

۲- دا غشا داسی عمل کوی چی د مينټا بولاټيک مواد او ماشوم فاضله مواد تصفيه کوی اوهغه بهرته ليږدوی او دمور وينی له لاری اطراح کړی.

۳- د فيټوس لپاره د معافيت پروسه منځ ته راوړی او هغه انټی باډی ګانی چی د انټان په وړاندی ضرور دی هغه د مور څخه فيټوس ته انتقال کوی Passive Immun يا معافيت په منفعله ډول منځ ته راوړی.

٤- دا يو د اندوکرين غړی دی او د هورمون د توليد لپاره ډير ګنجايش لری او هورمون جوړوی لکه د HCG، HPL، estogens او Progestron هورمون جوړوی .

٥- دا غشټا بيلابيل انزايمونه لکه alkalin phosphotase او Oxytocinase جوړوی.

٦- همدارنګه يولږ نوری دندی هم ترسره کوی چی لاهم تر بحث لاندی دی دامينوټيک مايع په ځان کښی ساتی چی ماشوم لپاره اړينه ده.

دا غشا دوه مخونه لری چی يويی دماشوم لوری ته دی او بله يی دپريتوان لوری ته دی پدی هکله تصويرونه ته پاملرنه وکړی.

د امنیوټک مایع (Aminiotic Fluid):

هغه مایع چې د جنین په لومړنۍ مرحله کښې د امنیون پواسطه جوړیږی او منځ ته راځی دا مایع په لومړۍ مرحله کښې کرستالوئید او روښانه ده چې وروسته بیا خړه (Cloudy) یا د وریځی په څېر بڼه نیسی دا مایع د امنیوټک مایع په نوم یادیږی . نومورۍ مایع په هرTerm او بلاپلو مرحلو کښې توپیر کوی او اندازه یې (۵۰۰ – ۲۰۰۰) میلی لیټرو په منځ کښې وی.

– اولیګوهایډرو امنیوز(Oligo hydro amiose):-

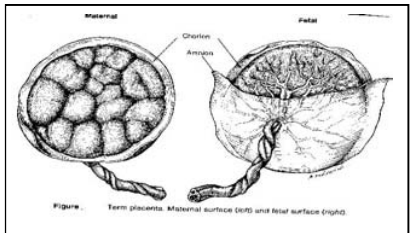
که چیرې دا مایع د (۳۰۰) ملی لیټرو څخه لږه وی د اولیګوهایدرو امنیوز پنوم یادیږی.

– پولي هایډرو امنیوز(Poly hydro amniose):-

که چیرې دغه مایع د (۲۰۰۰) دوه زره ملی لیټرو څخه ډیره وی دغه حالت د پولی هایدور امنیوز پنوم یادیږی چې دغه دواړه پتالوژیک حالتونه بلل کیږی.دامایع دبلاربتیا داوه میاشتو پورې زیاتوالی مومی او په لومړیو ورځوکښې رو بنانه کرستالی رنګ لری . بعضاً کیدای شی چې دشیدو په څیروی دا د شیدو Milky رنګ د Vernex Caseosa له کبله منځ ته راتلای شی.

وروسته بیا دا مایع دا پیدرم Sebasceas، Exfoliated مواد و چې د پوستکی څخه اطراح کیږی او همدارنګه Cholestrid او Glycerid چې د امنیوټک غشا د اپیتلیوم پواسطه اطراح کیږی. دا مایع خپل رونې (روښانه) حالت له لاسه ورکوی او رنګ یې بدلون مومی. بعضی د طب عالمان داسی نظرورکوی چې په امنیوټک مایع کښې Vernex Caseosa شته والی د (Vit. A) ویټامین د نشتوالی له کبله منځ ته راځی لدی کبله مور تل باید د بلاربتوب په وخت په وپوره اندازه ویټامین (A) وخوری.

او همدارنګه که چیرې جنین مړشوی وی نو دمایع رنګ به سوربخن Blood Stain وی او که چیرې ماشوم په Asphyxia اخته وی نو دمایع رنګ به شین او بنسی وی د نومورۍ مایع مخصوصه وزن د (۱،۰۱۵ - ۱،۰۰۶) ترمنځ دی او به طبیعی ډول سره د قلوی ځانګړتیالري.



1 Figure

پلاسنټا تصویرونه چې پکښې کوریون او امینون څرګندشویدی.

پولی هاید روامینورعلتونه :-

په پنځوس فیصده پیښوکښې دهغه لپاره کوم علت نه موندل کیږي او Idiopathic بلل کیږي او دپاتی پنځوس فیصده (5٪) پیښو لپاره د لا ندی حالتونو شتـه والی دعلت په څیرګڼل شویدی :

۱- مورنی علتونه :-

i. –غبرګ یا دوه ګونی ماشومان (Twins).

ii. –دشکری ناروغی (Diabetus Militus).

iii. – د آر- ایچ ایزوایمیونا یرنیشن (Rh – Isoimmunization).

۲- دماشوم اړوندعلتونه :

i. –دماغزو او کوپړی نشتوالی(Anencephaly) .

ii. –سپیناباي فیدا(Spina Bifida).

iii. – د دایزو فاګوس اتریزیا(Esophageal atresia).

د امنیوټیک مایع زیرمی(Soursces) :

د امنیوټیک مایع لپاره څلور زیرمی پیژندل شویدی:

۱- داسی فکر کیږي چی دا دجنین د مټیازو څخه منځ ته راځی.

۲- ترانزودیټ مایع چی د مور د وینی د بهیر څخه منځ ته راځی.

۳- همدارنګه د امنیوټیک اپیټل څخه ترشح کوی.

٤- په ګډه سره ټول (Mixed)اطراځ کوی :

د ایوه حقیقی خبره ده چی د مایع د افراز زیاتوالی به په دوه ګونی (Twin) او مونسټر (Monster) په شتـه والی کښی ولیدل شی.

د امنیوټیک مایع استعمال:

د امنیوټیک مایع د ماشوم په چاپیریال کښی لاندی دندی ترسره کوی.

۱- د دی احتمال شته دی چی دا ماشوم ته تغذیه ورکړی چی ددی تیوری پلویان ډیر لږ دی. دا مایع د ماشوم پواسطه څکول کیږی ځکه چی دا مایع په جوړښت کښی د میکونیوم Meconeum کښی ګډه ده Lanogo او، Vernex Caseosa) دواړه د میکونیوم په جوړښت کښی موندل کیږی. دا مایع د سږو ځنی تیریږی داسی فکر کیږی چی د ساکښلو (تنفس) په عملیه کښی هم رول او د Intrauterin Respiration په ګوته کوی.

۲- داسی څرګندیږی چی دا مایع ماشوم له بهرنی ترضیضاتو (Traumas) څخه ساتی او ماشوم ته د ترضیض په وخت د مایع په منځ کښی حرکت او همدارنګه ماشوم ته دا ځانګړتیا وربخښی چی د Compact ډول سره ځانته را غونډ حالت غوره کړی.

۳- داسی ښکاری چی دا مایع د ماشوم د لویوالی اوودی لپاره ښه چاپیریال برابروی او درحم سره دهغه دالتصاق ځنی مخنیوی کوی او کله چی ماشوم،(جنین) غټوالی ومومی په کورد (Cord) صروی حبل باندی د فشار منځ ته راتلو څخه مخنیوی کوی.

٤- دا مایع نه پریږدی د جنین د بدن تودوخه (حرارت) ضایع شی اونه پریږدی چی د ماشوم حرکتونه په رحم کښی مورته درد ناک وی.

٥- همدارنګه د زیږیدنی په وخت د ماشوم راوتلوته آسانتیاوی برابروی او دزیږیدنی په وخت ماشوم درحم د تقلصاتو Contruction's د ترضیض څخه ساتی او همدارنګه کله چی د امینوټیک غشا و څیرل شی د مهبل لاره او زیږیدنی کانال د ماشوم دراوتلولپاره مینځی او هغه پاکوی. دا مایع ډیره لږ اندازه Bacterio cidal ځانګړتیاوی لري او ماشوم درحم په جوف کښی د انتان له اخته کیدنی ژغوری.

د جنین وده (Growth of Embryo) په بیلابیلو مرحلوکښی

د جنین وده په رحم کښی ډیر په چټکی سره ترسره کیږی او همدارنګه د جنین اوږدوالی د پنځمی اونی څخه وروسته که چیری وټاکل شی دابه پنځه ځله زیاتشوی وی او دروندوالی (وزن) به (۸۰۰) ځله دterme په موده کښی نسبت دوه میاشتنی ته زیاتوالی مومی په ځیر سره د جنین ترسیم پدی موده یونامکنه کړنه بلل کیږی خو خورا ښه کړنلاره د جنین د اوږدوالی

ټاکنه د بلاربتوب د دوری په بیلابیلو مرحول کښی غوره ګڼل کیږی چی په لګنډ ډول سره په لاندی ډول تری یادونه کولای شو.

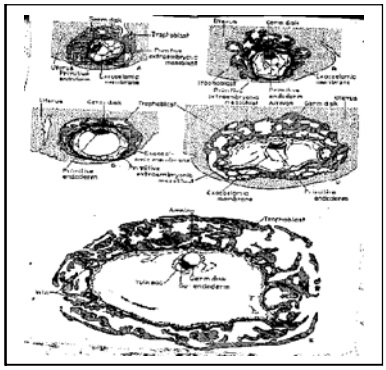
لومړنی د لکونر میاشت (First Lacunar Month) :

پدی وخت کښی جنین غواړی چی په دریمه اونی کښی دودی لپاره خپل جوړښت منځ ته راوړی دا لومړی د دوه طبقو ډیسک Disk په څیر د Yolk Sac لپاسه شیندلی شوی وی چی دامنیون پواسطه پوښل شویدی او همدارنګه په اوه لسمه ورځ (۱۷) د Primitive Streak جوړښت د منځنی (متوسط) خط په برخه کښی راڅرګندیږی. د سر (Head) پروسه چی د Primitive Streak څوکی څخه سپینی لیکی په څیر په (۱۸) اته لسمه ورځ منځ ته راځی سر له همدی ځایه څخه وده مومی پدی هکله د (1-11) تصویرته پاملرنه وکړی.

همدارنګه د Primitive Streak د زنبی یالکی (Caudal) څوکی ځنی جسم (Body) منځ ته راځی په دریمه اونی کی همدارنګه د (Neuralfold) برخه دامبریو په جلاکیدنی پیل کوی. (1–11) تصویرته پاملرنه وکړی.

په دری نیمو (5. ۳) اونیو کښی Neural fold په استثنی د Caudal,end څخه دا فولد تړل کیږی.

د دماغ (ماغزو) لپاره په ښی زاویه کښی Forebrain او Hind brain منځ ته راځی. همدارنګه خوله Mouth خورا لویه او وازه وی او په ژامنه Mandibular او هایوئید Hyoid، قصبی قوس Branchial arches کښی راوتلی ښکاری په ظهری Dorsal برخه کښی ورسته بیا د غوږ Ear ټکی منځ ته راځی.



زړه Heart د (U) د توری په څیر ټیوب جوړوی او د Arm bud د مټ یا د بازوګانو تیغه د نری څنډی په ډول داومې، او دیارلسمی Mesodermic Somities په مقابل (مخامخ) لوری کښی منځ ته راځی.

پدغه تصویر کښی دبیلابیلو ورځو په لړ کښی وده څرګنده شویده په لاندی ډول ده:

A- یولسمه ورځ کښی بیلابیلی برخی د پیژندلو وړدی.

B- یوولسمه ورځ

C- دوولسمه ورځ

D- دوولسمه ورځ

E- په حدودو د دیارلس ورځو کښی ډیرغوره جوړښتونه د پیژندلووړدی.

څلورنیمه اونۍ:-

پدی موده کښی بنسټیزه منظره د Hind Brain چی دیوه غشائی بام په څیر دBranchial arches ، زړه Heart چی اذین یی تور تیاره او بطین یی روښانه ښکاری. ځګر Liver د زړه او بازو"مټ" دتیغی " غوټۍ" ترمنځ او همدارنګه د پښو تیغه Bud د زنب لوری کښی منځ ته راځی او یو حتیال ورکوی. پدی هکله (11 – 1) تصویرته پاملرنه وکړی.

پنځمه اونۍ:

Cerebral visicol، څلورم بطین Fourth Ventricle او سترګی Eye کیدای شی چی وپیژندل شی او بهرنی غوږ ونه د لاسونو اوپښو ګوتی د پیژندلو وړدی د غاړی اوږدوالی ددی سبب کیږی چی سرله صدر ځنی جلاکړی. د کولمو (Gut) برخه لاهم په Coelom د سروی صبل کښی پرته ښکاری پدی هکله (11 – 1) تصویرته پاملرنه وکړی.

اتمه اونۍ :-

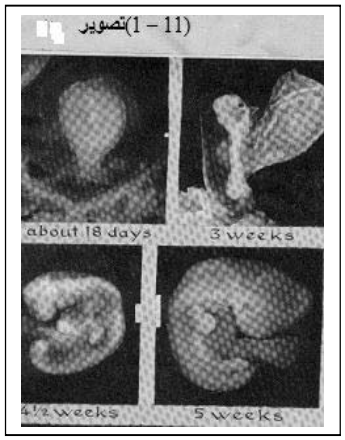


د اتمې اونۍ ماشوم او د سرویکس بدلون

د جنین اوږدوالی ۵،۲ سانتی مترو ته رسیږی Sitting. Height او د داخلی برخی ټول ارګانونه، هډوکی ، عضلات، اعصاب، لوی رګونه ښایی وپیژندل شی د سترګو بارخوږان (سترغلی) (Eye lids) جوړیږی ، پوزه ژامنی بهرنی غوږونه دلاسونو او پښو ګوتی د پیژندلووړدی د غاړی اوږدوالی ددی سبب کیږی چی سرله صدرځنی جلاکړی د کولمو(Gut) برخه لاهم په Coelom دصروی حبل کښی پرته ښکاری پدی هکله 11 -1) (تصویر ته پاملرنه وکړی.

یوولسمه اونۍ:

په یوولسمه اونۍ کښې (سترغلي) (Eyelids) دواړه سره تړل کیږي او دغوږونو بهرنی لویه منظره بشپړه کیږي. او دغاړی وده ترزنی پوری دصدر څخه ترسره کیږي په همدی موده کښې دننه دودی لپاره وردننه او جدار د کیډی تړل کیږي. دسر وده لاهم اوږدیدنه مومی. پدی هکله (11-1) تصویر ته پاملرنه وکړي.



د دریمی میاشتی پایله:-

د دریمی میاشتی په پایله کښې د هګۍ (ovum) اندازه د Goose (اوږدغاړی مرغاوی) ترهګۍ پوری لږه اندازه زیاتوالی مومی او جنین (۹) سانتی متره اوږدوالی پیداکوی او دروندوالی یی پنځه ګرامه په پیل کښې او بیا دمیاشتی ترپایه (۲۰) شل ګرامه کیږي.

د داخلی تناسلی غړی د پیژندلو وړدی د یوولسمی اونۍ په پیل کښې سفن (خوټلنګ) تړل کیږي او په همدی وخت کښې کیدای شی چی دجنین جنسیت و ټاکل شی هضمی جهاز جوړیږي او د هغه په منځ کښې صفرا Bile شته والی لری همدارنګه د جنین بدن د انسان بڼه ځانته غوره کوی سره لدی چی د جنین سرلاهم لکه دپخوا په څیر غټوالی څرګندوی.

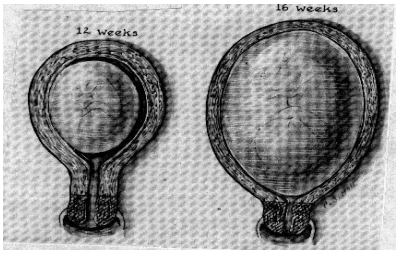
د څلورمی میاشتی پایله:-

د څلورمی میاشتی په پایله کښې جنین (۱۸) سانتی متره اوږدوالي لری او دروندوالی به یی (۱۲۰) ګرامه ته ورسیږي او همدارنګه په جنین کښې به په شنه رنګ سره میکونیوم شته والی ولري. عضلات به فعاله بڼه ولری او دجنین حرکات د مور پواسطه درک او وپیژندل شی، د زړه تکانونه(Heart beat) به په قوی ډول سره واوریدل شی د جنین تناسلی خارجی برخی په آسانی سره پیژندل

کیږي. د پوستکی حالت روښانه ، سوروررنګه او دهغه له لاری به ټول غټی اوعیی (رګونـه) ولیـدل شی او د ویښتانو منظره(Lonugo – fine – Hair – appearance) لږ په پوستکی کښی ټثیت کړل شی.

د پنځمی میاشتی پایله:-

د پنځمی میاشتی ترپایلی به د جنین اوږدوالی (۲۵) سانتی مټره وی او دروندوالی به یی(۲۵۰ – ۲۸۰) ګرامه پوری وی. سر لاهم ډیر لویوالی څرګندوی او په پیل کښی بـه Size انـدازه د اټکل له مخی د چرګی د هګی.د اندازی پوری وی خوګیډه به لږه راوتلی بڼه ولـری پوسـتکی لاهـم سوروالی څرګنـدکړی او دیـوه انـدازی څربوالی څرګندوی ډیر پاسـته ویښـتان (Lanugo) به په ټول بدن کښی شـته والـی ولـری پـه سـترغلو او پسـرباندی ویښتان ټثیت کیږی. او په همدی ډول



دځلورمی میاشتی پایله د دریمی میاشتی پایله پایله

سره دلاسونو اوپښو د ګوتو نوکان منځ ته راځـی سـترغلی Eyelids ترلی وی . که چیری جنین سقط وکړی د (۵ – ۱۰) دقیقو لپـاره ښـایی ژونـدی وی او دزړه قـوی ټکان ولري.

د شپږمی میاشتی پایله: -

د شپږمی میاشتی ترپایلی پوری ښایی جنین د (۲۸ – ۳٤) سانتی مټرو پـوری اوږدوالـی ولري او دروندوالی به یی (٦٤٥) ګرامه یا (۲۵،۱) پونډه وی. د پوستکی غوړینه طبقه شته والی نلری او پوستکی نری ښکاری پوسـتکی غونجـوالی لـری (Wrinkle) او همدارنګـه د" Vernex Caseosa " دا یوه غوړینه پنیر ډوله ماده ده چی د جنین جسم پوښوی" . په جوړیدولو پیـل کـوی چی دا د Exfoliated Epithelium او Sebaceous د ترشح څخـه مـنځ تـه راځـی، وریځی Eyebrow او بانیه Eyelashes جوړیږی او همدارنګه سترغلی (Eyelids) یو تر بله څخه جلاکیږی. کله چی داډول جنین سقط کوی ښایی ساکش کړی او تنفس وکـړی او دځـانګړو شرایطو د مراعات سره سم تر څوساعتونو لپاره ژوندی پاتی کیدای شی سره لدی چی ددوی تنفسی

، هضمی، او نور ارګانونه په پوره اندازی سره وده نده کړی نو دابه ډیرګرانه خبره وی چـی دادی لـه لـومړی Starvation څخـی وژغـورل شـی. همدارنګـه یـو لږعالمـانو لکـه Greenhill، Hoffman او Landeen را پور ورکړی چی د (۷۳۵) ګرامه دروندوالی لرونکـی جنـین هـم ژوندی زیږیدلی. چی په اتمه ورځ یی وزن تر (۵۹۵) ګرامه پوری نور هم زیاتوالی موندلی او تـر یـوه کاله پوری یی (۷،۷) کیلوګرامه یا (۱۷) پونډه پوری دروندوالی اخیستی دی.

د اومی میاشتی پایله:-

د اومی میاشتی ترپایلی پوری جنین (۳۵- ۳۸) سانتی مترو پوری پلاسیل اوږدوالی لـري او دروندوالی به یی (۱۰۰۰ – ۱۲۲۰) ګرامه (۵،۲) پونډه پوری وی او داسی به ښکاره شی چی کـوم زوړ سړی دی وچ کړل شـوی وی (Dried up Old man) پوسـتکی یـی سـور رنګ لـری او غونجوالی پکښی لیدل کیږی. همدارنګه د غوړوالی لږه ننبـه پکښی لیدل کیږی. د سـترګو سـترغلی واز پاتی وی او مرغیړی (Testes) بعضاً خوټلنګ (Scrutum) ته رابښکنه کیږی بـی مـودې Premature زیږدلـی ماشـوم بـه پـه ډیـر ضـعیف والـی سـره ژړا وکـړي او ساکښـل بـه د (Grunting) بڼه ولری دا لدی کبله دی چی سږو ښه وده نده کړی ندرتاً ګیدای شی چی ماشوم ژوندی پاتې شی.

د اتمی میاشتی پایله:-

پدی وخت کښی ماشوم (۴۳) سانتی مټره اوږدوالی لری او دروندوالی به یـی (۱۶۰۰) ګرامـه (۳۲۵) پونـډه پـوری وی. او س پـدی حالـت کښـی حلیمـوی غشـاء Pupillary membrane له منځه ځی او پوستکی همدارنګه سورالی لری او غونجوالی نلـری او غوړینـه طبقه په پوستکی کښی منځ ته راځی او Vernex Caseosa او Lanugo لاهم شـته والـی لری. مرغیړی په خوټلنګ کښی معمـولاً شـته والـی لـري د سـرهډوکی پاسـته او (Flexible) د تاویدنی وړدی. د فخذ د هډوکی په سفلی برخه کښی د اپی فیزبرخه په تعظم (هډوکی کیدنه) پیـل کوی . میکونیوم په سختی سره تیریزی ژړا به لږه قـوی وی دا ډول ماشـوم کیـدای شـی چـی د ښـه نرسنګ او انکوبیټور دشته والي او دمور دشیدو رودنی په صورت کښی په ښه توګه وروزل شي.

د نهمی میاشتی پایله:-

د نهمی میاشتی په پایله کښی د ماشوم اوږدوالی به (٤٦ – ٤٨) سانتی مټروپوری وی او دروندوالی به یی د (٢٥٠٠ – ٣٠٠٠) ګرامه پوری وی البته په مخ او د ګیډی په برخه کښی Lanugo له منځه ځی د پوستکی سوروالی لږوالی پیدا کوی او د پوستکی غونجوالی هم له منځه ځی او پوستکی ښویه بڼه غوره کوی. غوړینه طبقه په ورنونو(Thigh) کښی زیاتوالی مومی او پښی (ښکته اطراف) ګردوالی او پندوالی پیدا کوی ، نوکان د ګوتو څوکی ته راځی دزړه او رګونو سیستم، تنفسي سیستم او د هضمی سیستم غږو پوره وده کړیوی. ما شوم درحم څخه په بهر چاپیریال دښه ځارنی او سانتی سره سم په ښه توګه وده کوی .

همدارنګه د یادولوړ بولمه چی نوموړی نښی نښانی کیدای شی چی د رادیولوژی التراسونوګرافی او دماشوم دسقط او یا زیږیدنی وروسته یوه تجربه لرونکی اونکړه طبیب پواسطه تثبیت کړل شی او د جنین د مرحولو او د ودې په هکله اړوند معلومات څرګند کړل شی.

اوم (هګۍ) (Ovum) :

هګۍ عبارت د Ovarian Oocyte څخه ده که چیری دا هګۍ القاح شویوی او یا هم نه وی القاح شوی ورته داوم Ovum اصطلاح ورکړل شویده چی په هګۍ حالکښی د هورمونو تر اغیزی لاندی فولیکول پخیدو ته رسیدلی وی دا نوم ورکړشوی دی.

امبریو (Embryo):

کله چی هګۍ د القاح څخه وروسته تر اتمی اونۍ پوری وده وکړی او خپل ټول مراحل ترسره کړی ورته د امبریو اصطلاح ورکول کیږی.

فیټوس (Fetus):

کله چی هګۍ د اتمی اونۍ دودی (امبریو) څخه وروسته وده وکړی او په جنین کښی غږی ارګانونه منځ ته راشی او هغه دودی له نظره بشپړشی دغه د فیټوس اصطلاح ورته پکار وړل کیږی.

ماشوم (Baby or Infant):

دا عبارت دهغه جنین څخه دی چی ارګانونو (غړو) یی بشپړه وده کړی او ددی وړوی چی موده یی پوره کړی او که نه. یعنی دزیږیدنی وروسته وکړای شی چی د یوی مودې لپاره ژوندی پاتی شی او درحم د چاپیریال څنی بهر هم ژوند وکړی.

ماشوم په ترم کښی The infant at Term:

که چېرې یو جنین بشپړه وده کړی په مودې ماشوم به لاندی نښانی ولري:

د (٥٠) پنځوس سانتی مترو پوری اوږدوالی چی (٧ – ٥،٧) پونډه پوری وی او پوستکی به یی سپین یا ګلابی رنګه وی او Vernex Caseosa به په پیړوول د اوږو په سر او چاپیریال کښی او شالوری کی شته والی ولری او ویښتان به دځو سانتی مترو پوری اوږدوالی ولري او Lanugo به له منځه تللی وی، نوکان به اوږده وی د پوستکی غوړینی طبقی به ښه وده کړیوی. صدر به راوتلی وی او دتیونو غدی (Mammary. Gland) به راوتلی څرګندشی د نامه غوټی Umbilicus به د ګیډی په منځنی (متوسط) برخه کښی وی او د (٢- ٣) سانتی متره اندازه به ولری. په نارینه جنس کښی به مرغیړې په خوتلنګ (سفن) کښی وی اوپه ښځینه جنس کښی به غټی شوندې، کوچنی شوندې وپوښوی او همدا ډول د غوږپهرنی برخه به دسر څنی وتلی وی او غضروف به یی ښه نری ښکاره شی د کوپړی ونه د چاپیریال (محیط) قطر به د اوږو تراندازی یاترهغه لږوالی ولری او دکوپړی ونه (Height) به ١/٤ برخه د بدن وی، آواز به لوړ او قوی وی، رودنه Sucking به شته والی ولري، میکونیوم به دکونی (مقعد) له لاری تیرشی. د مور او پلاسنتا یولړ ناروغی کولای شی چی ماشوم تر اغیزی لاندی راوړی.

فیټوس په رحم کښی:

د لاندی شواهدو په شته والی سره کولای شو چی ووایو ماشوم ژوندی دی:

د فیټوس د زړه غږونه د Fetoscope پواسطه اوریدل کیږی همدارنګه ماشوم په رحم کښی خپل لاسونه اوپښی ښوروی اوپه ډیرلومړنی ډول پیل کوی. او د پنځه لسمی اونی وروسته دا حالت منځ ته راځی حتی دا حالت دومره فعاله کیدای شی چی مور ته په زحمت اوزوریدنه پیښه کړی اومور ښایی خوب ته پری نږدی.

دا فیټوس د هوسایني (استراحت) او فعالیت دودی لري او د امینوتیک مایع به په زیاته پیمانی سره بلع کړی دا حالت د X-Ray دایکس دورانګو په واسطه پټلی شویده چی ماشوم د

رحم په دوره کښی خپلی کوتی روي او کوتی یی په خوله کښی وی، بله په زړه پوری پینبه داده چی ماشوم په رحم کښی که Hiccup وکړي یوه هوښیاره مور کولای شی چی دا حالت وپیژنی او هغه درک کړی. پدی حالت کښی کیدای شی چی د ماشوم یولګدو حرکت ،یوچټک ټکان د اوږی اوتنی به (۱۵ – ۲۵) ځله په یوه دقیقه کښی په منظم ډول سره جس، اوریدل او ولیدل شی او هغه په غورسره وشمیرل شی چی ښایی داد (Hicc- up) ښودونکی څرګند کړل شی.او همدارنګه Windle ټینګار اوتاکید کوی چی دساکښلو (تنفس) د فزیولوژی لپاره دری بنسټه شته والی لري.

۱- د ساکښلو مرکز چی د امبریو په وخت کښی وده کوی او ددندی سرته رسولو ترسرحده پوری رسیږی دا حالت د دولسمې اونۍ پوری په لومړنی ډول سره خپل ددندی سرته رسولو حالت ته رسیږی داسی ښکاری چی ښایی دا مرکز غیرفعال پاتی وی اوکیدلای شی چی د لاندی عواملو پواسطه دا غیرفعال تنفسی مرکز فعال کړل شی.

a) Afferent Nerve Impulls (د راتلونکو عصبی سیالوپواسطه).

b) Chemical Agents (Co_2) کیمیاوی اجنټونه.

c) د انوکسی Anoxia په وړاندی پارونکی اجزاوی (Lowering its Threshold).

۲- مورنی فیټوس نشکولای چی دوریدله لاری دوینی اخیستلو پواسطه خپل فعالیت ته اوږدوالی وروبخښی لکه څرنګه چی همدا ډول فکر کیږی دا په پلاسنتا کښی داسی یوه ښه داکسیجن لرونکی چاپیریال ته چی پرته لدی چی وینه خپل اوکسیجن له لاسه ورکړی او وکړای شی چې د فیټوس ماغزو ته وینه ورسوی اړتیالری.

۳- همدارنګه فیټوس د مور په رحم کښی هایپو ټونیک Hypotonic دی او همدغه ډول ته په حقیقت کښی اټونیک د Atonic نوم هم ویلای شو. لدی کبله چی هغه میکانیزم چی وکړای شی وینه زړه ته بیا ورسوی په بشپړه او ښه توګه ودی ته ندی رسیدلی او دعضلی جوړښت د رحم اوفعالیت او د فیټوس د فعالیت ریتنم کولای شی چی دوینی په بیا راتلو کښی زړه ته مرسته وکړی خوښنه نه کوی.

پدی ډول سره له هغه وروسته Szendi's وکړای شو چی د امبریو فعالیت د یوه داسی اوپک Opack مایع پواسطه چی دامنیوټیک مایع ته یی زرق کړ او بیا وروسته داتمی اونۍ تیریدنی

څخه یې دامبریو د ساکښلو سیستم حرکتونه، دبلع حرکتونه او دهضمی سیستم فعالیت یې دایکس وړانګو Roentgenologic آزموینې اوکتنې پواسطه تثبیت کړل او هغه یې وښودل.

د بلاربټوب موده " اوږدوالی"

په ډیرو حالتونوکښې هګۍ اچول په انسانانو کښې د څوارلسو ورځو د تحیض څخه دمخه منځ ته راځی . کیدای شی چې یوه لنډه موده اووقفه د هګۍ اچولو او وینه بهیدنی ترمنځ شته والی ولری.

د فرټیلایزیشن لپاره یوفرټیل یو ځای کیدنه Fertile Coitus بنایی توپیر ولری ځکه چې هګۍ وروسته د هګۍ اچولو څخه یوازی د (۱۲) ساعتونو لپاره ژوندی پاتی کیږی او همدارنګه سپرماتوزوا د (۲٤ – ٤٨) ساعتونو پوری د فرټیلایزیشن قدرت او توان لری نوکله چې سپرماتوزوا رحم ته نفوذ وکړی د یوه ساعت په اوږدو کښې د نفیرونو بهرنه چیرته فرټیلایزیشن منځ ته راځی ځان رسوی کله چې هګۍ هلته او یا دنفیرونو په اوږدو کښې القاح شی دهغی وروسته په رحم د ځای په ځای کیدنی (Implantation) لپاره ډیر وخت لری.

یو لړ څیړنو په ځاروپو کښې بنودلی چې (۳ – ٦) ورځو پوری کیدای شی چې هګۍ د نفیرونو په اوږو کښې تیری کړی او وروسته له هغه رحم ته ورسیږی او هلته میشته او Implant شی. ډیره بنه اوږده موده به د بلاربټوب د اوږدوالی لپاره چې (۲۲۰) ورځو او (۳۳۰) ورځو پورې توپیر کوی ټاکل شوې او متوسط حدبه (۲۷۰) ورځې اوږدیدنه ولری او هغه بنځې چې له یاده وباسی د هغوی لپاره (۲۸۰) ورځې ټاکل شویدی او لنډه موده به (۲٦٦) ورځې وی. همدارنګه د مودې د ټاکنې لپاره کولای شو چې پرته له تردید څخه د Nagele rule څنې کار واخلو چې کوم چې دا موده وټاکو د فورمول څخه کار اخلو.

Nagele's rule = First day of last menstural period + 7 days ٪ 3 Months .

پدی لړ کښې بیلابیلو عالمانو خپلې څیړنې کړیدی او بیلابیلې ورځې یې د مودې د پوره کیدنی لپاره څرګندې کړیدی تر ټولو غوره یې پورته ذکر شویدی.

بی مودې ماشوم زیږیدنه (Prematurity او یا Preterm):

که چیرې یو ماشوم د خپلې ټاکلې مودې څخه چې هغه یې په رحم کښې تیره او بشپړه کړی نه وی او دنیا ته سترګې وغړوی اودلړ دروندوالی 2500 gr څخه د لړ وزن درلودونکی وی او عمر یې ۳٦ اونیو څخه لږه موده په اوږدو کښې وی د بی مودې زیږیدنی (Prematurity)

اصطلاح ورته ورکول کیږی چی بشپړه شرحه یی وروسته رانلوکی ده. کیدای شی چـی دا زیږیـدلی ماشوم د بنـه او مناسبو شرایطو او بنـه تغذی پواسطه ژوند وکړی.

د اوږدې مودې زیږیدنه

(Prolong pregnancy or post- Maturity) :

د(٤٢ اونیو څخه ډیره موده) کله چی د ماشوم زیږیدنه د ټاکلی مودې دشمیرنی څخی اوږده موده تیره کړی او په ټاکلی موده کښی ماشوم ونه زیږول شی او په زیږیدنه کښی یی له هر علتـه که وی دا څنډ منځ ته راشی دغه نوم ورکول کیږی نو دمور په کیډه ماشوم یولږ لونونه منځ نه راځی لکه د ماشوم Size اندازه زیاتیږی، د سرکوږی غځوالی مومی او هډوکی یی کلکوالی مومی او ددی ماشومانو Presenting position (د زیږیدنی وضعیت) بدلون کوی، زیږیدنه یی ګرانښت مومی او مړینې یا مرګونی شمیرنه لوړه وی پدی کښی د ماشوم او مور دواړو لپاره د مرګ خطره زیاتیږی.

ددغی مودې ټاکنه ښایی د طبیب د شمیرنی او یا دموردوینالـه مخی غلطه وټاکـل شـی ښـایی جـی دمور دوینالـه مخی او له یادې وتنی له کبلـه د تحیض دودریدنی موده پنځه او یا شپږ اونـی پیـان کـړی حال دا چی په نورمال ډول باید دا موده څلوراونی وی.

د زیږیدنی وړځ د وروستنی تحیض د ودریدنی له پیل څخه شمیرل کیږی اوهمدارنګه که چیـری پـه معقمو شرایطو کښی دمهبلی کنه (T.V) ترسره شی د عنق د ټرلو له مخی کولای شی معلومات څرګند کړی او که چیری د ورځی او ماشوم د اندازی د ټاکنی له مخی داسی را څرګنده شی چی د ماشـوم اندازه لویه اودروند والی هم ډیردی د بیلګی په توګه هغه ماشوم (٤٠٨٢) ګرامه یاهم (٩) پونـډه وزن لری په ځانګړی ډول هغه والدینو کښی چی ونه یی معمولاً ډیره لوړه او درنده نه وی نـو دا فکـر بـه راځرګند کړی چی ماشوم Over term دی . همدارنګه Calkins څرګند کـړی چـی پـه یـوه کوچنی او غټ وزن لرونکی ماشوم زیږونه کښی چی مور Primigravid وی ، د زیږونی لومړی مرحله First Stage اوږده نده او دوهمه مرحله Second Stage یی هم یوازی شپږ دقیقـی اوږدوالی درلودلای شی.

دنومړی په لوسـنه کښی چی (٦٠٠٠) ناروغانو کښی یی ترسره کړیـده یـوازی یـوه نـاروغ (٣١٦) ورځی اوږدیدنه کړیده او نورو ناروغانو (٣٠٥) ورځی پوری زیږونه کړیده.

لدی داسی ښکاری چی د اوږدی مودې لپاره ستونزه یوازی دوه اودری اونی موده دانـه چـی دوه او دری میاشتی.

همدارنګه Solth یوه عالم په لوستنه کښی (۱۰) لس فیصده ماشومان لیدلی چی درونـدوالی او اندازه یی ډیره شویده او پاتی نور (۹۰) نوي فیصده ماشومان په نورمال او دنورمال څخه پـه بنـګه وزن کښی زیږدلی دي.

د پیغلتوب څخه دمخه او په ډیر عمر کښی بلاربتوب
Precocious and late pregnancy

Lima, Peru داسی څرګندوی چی په راپور کښی راغلی یوه نجلی چی په (۵،۵) پنځه نیم کلنی کښی بلاربه شویوه اود Cesarean section د جراحی کـړنلاری پواسـطه ورځنـی نورمـال ماشوم وزیږید او دجراحی کړنلاری په وخت ورځنی د هګۍ ځالی څخه بیوپس واخیسته شوه چی د نورمال Full maturity ځانګړتیا درلودونکی وه.

اوهمدارنګه یولړ نوروعلماء Chaschinsky او Jerschow له خوا یوبل راپـور جوړکړشوی چی یوه اوه (۷) کلنه نجلی چی بلاربه شویوه د (۳۰۰۰) ګرامه (۶،۶) پونډه پـه انـدازی سره یوه ماشوم ته یی پوره وده ورکړی وه خوله بده مرغه دزیږونی په وخت دصروی حبل د پرولاپس له کبله ماشوم مړشوی وه او د کرانیوټومی Craniotomy پواسطه مـړ وزیـږول شـو. دغـه مـور دځلور کلنی په عمر کښی تیونه لوی کړل، او دعانی د برخی ویښتانویی وده وکړه او په ټحیض یی پیـل کـړی او د ثـانوی جـنس کرکټرونـو یـی پـه همـدی عمـر کښـی وده وکـړه. چـی دا څرګنـدونی د Precocious د حالت د شـتـه والی ښکارندوی دی. حال داچی نجلی اکثـرا د (۱۲ – ۱۵) کـالو عمر کی دبلاربتوب وړتیاپه نورمال حالت سره پیداکوی.

همدارنګه د Kennedy's په راپور کښی داسی ښودل شوی چی یوی ښځی د (۶۲) کلنی په عمر کښی خپل (۲۲) دوه ویشتم ماشوم زیږولی او همدارنګه په بل راپور کښی د (۵۲) کلنـی په عمر کښی یوی ښځی (۳۱۷۵) ګرامه یا (۷) اوه پونډه په اندازی وزن سـره ماشـوم زیږولـی دي دا ددی ښودونکی دی چی د عمر په وروستو کښی د مینوپاوز د پاکلی دودی وروسـته هـم د Late-Pregnancy امکان شـتـه والی لري.

د بلاربتوب پیژندنه:-

د بلاربتوب د پیژندنی لپاره لاندی ټکي چی هریوي په خپـل وارسـره دشـرحی لانـدی راغلی دي غوره ګڼل شویدی د کتنی په وخت کښی دی طبیب ورته په ځیر سره پاملرنه وکـړی چـی کومه اشتباه (خطا) ورځنی ونشی.

خطا کیدونکی زیرمی (Sources of error):-

په لومړنیو میاشتو کښی نشوکولای چی دپام وړ شواهد د بلاربټوب لپاره پیدا کړو خو بیولوژیکی لابراتواری آزمویني به په (۹۵) سلنه حالاتو کښی سمی او دقیقی وی په همدی ډول سره کیدای شی چی دیوه بلارب رحم وصف ښایی د یو لړ نورو ناروغیو پواسطه تمثیل کړل شی. ښایی ناروغه ښځه د خرڅوالی له کبله په ښه توګه سره ترفزیکی کنټی لاندی راوړل شی اوهمدارنګه بلاربه ښځه ښایی د بلاربټوب څخه برسیره نوری ناروغی (تومور اویانوری کتلی) ولري او یاهم د ناروغ ښایی د پریټوان د بعضی حالتونوله کبله خپل د ګیډی جدار کلک او شخ (Rigid) ونیسی او طبیب ښایی ونشی کړای چی په حوصله کښکوم څه جس کړی چی ښایی وروسته پیا دعصبی کیدنی Nervousness او یا حساسیت Tenderness له کبله د ګیډی د جس کولو په وخت کښی منځ ته راشی.

او همدارنګه یوه ناروغه ښځه ښایی طبیب ته دروغ ووایی او داسی شهود وړاندی کړی چی ښایی بلاربه ښځه د هغې پواسطه خپله بلاربټیا رد کړی او وغواړی چی طبیب ورته سقط سرته ورسوی او د امینوریا لپاره ورته درمل ورکړی او دروښانټیا لپاره کورتاژ سرته ورسوی.

همدارازکه چیری ښځه بلاربه نه وی او دا ډول مثبت نظر ورکړی چی یوطبیب وغولوی،سره لدی چی ښځه کونډه ده یاهم یولړ نښانی څرګندوی چی غواړی یوماشوم وزیږوی ښایی دا ښځه هڅه وکړی چی دیوه په ګیډه ماشوم پیښی (Imitate) وکړی او دګیډی د جدار عضلاتو د حرکاتو پواسطه داپیښی څرګندی کړی.

یو طبیب نشی کولای په یولړ ښکاره کښی چی هغوی مدام دافکر کوی چی بلاربې دی د دوی سره توافق ولري د هغوی دغه راز دعوا رد کړی.هغه ښځی چی د مینوپاوز دوری ته رسیدلی وی او کوم ماشوم ونلری بعضاً دا ښځی ځان بلاربې څرګندوی چی پدوی کښی به Pseudo Cyesis (Spurious Pregnancy) کاذبه بلاربټیا او (Grossesse Nerveuse) (هغه ډول بلاربټوب چی ریښتینوالې نلری) شته والی ولري لکه چی پورته یادشول دوه ډله ناروغان د پیژندلوورډی:

۱- هغه ډله چی څه ناروغ څرګندوی هغه ته نښی (Symptoms) اعراض ویل کیږی.

۲- هغه ډله ناروغان چی دطبیب پواسطه پخپله د فزیکی کنټی په وخت یو څه نښانی ورځنی موندل کیږی چی ورته نښانی (Signs) علامی ویل کیږی.

نوکولای شو چی پورته دواړه حالتونه په لاندی توګه سره بیان کړو.

نښې (Symptoms):

دا هغه څه دی چې دنا روغ پواسطه یې احساس کیږی او هغه پخپله ژبه نا روغ بیـانوی دا دول حالتونه د طبیب پواسطه نه لیدل کیږی او نه احساسیږی.

نښانې (Signs):

دا هغه څه دی چې د نا روغ او طبیب دواړو پواسطه دلیدلو او احساس وړدي او نـا روغ یې بیانوی.ددی لپاره چې د نا روغ د کتنی او څېړنې په وخت کومه خطا منځ ته رانشی د بلاربټوب ټوله مـوده او دوره په دری میاشتنی دری دورو باندی ویشل کیږی چـې هـره دری میاشـتنی دوره یـې یـو ترایمسټر Trimester بلل کیږی چې په لاندی ډول سره دی.

۱- لومړی ټرایمسټر (First trimester):

۲- دوهم ټرایمسټر (Second trimester):

۳- دریم ټرایمسټر (Third trimester):

د لومړی ټرایمسټر کلینیکی نښې

First Trimester – Subjective Symptums

دا یو د دوه مهمو نښو څخه په بلاربټوب کتنی بلل کیږی دا په یوه نورماله بڼه کتنی چـې پخوایې منظم حیض درلودلی وی او د لږی مودی د کتنی تروخته پوری دا حالت درلـودلی وی شـته والی ولری پدی لړ کتنی هیڅ راز پتوجنک (Pathogenic) علـت د امینوریالپـاره نشـو مونـدلای . ښایې لاندی دری ډوله خطاوی په نښو کتنی شته والی ولري.

۱- بلاربټوب کیدای شی چې پرته د حیض څخه وی لکه:

i. هغه نجلی چې عمر یې پیغلتوب ته نه وی رسیدلای.

ii. امینوریا د شیدو ورکولو په وخت کتنی.

iii. امینوریا دنورو علتونو لکه (نری ریځ، روحی فشار او نور)

iv. دکورتاژ دسرته رسولوڅخه وروسته.

v. د مینو پاوز څخه وروسته.

۲- حیض کیدای شی چې د بلاربټوب په وخت کتنی اوږدوالی ومومی پدی حالت کتنی به دبهیدلی وینی اندازه لږه او څانګړتیاوی (او صاف) به یې غیر نورمال وی دا لدی کبله چې د Decidua طبقه ترپنځه میاشتنی پوری نه وی ترڅ شوی ددی حالت او شهودو شته والـی دی چـې د نهـمی میاشـتې پورې هم ښایی حیض اوږدیدنه موندلی وی او لیدل شوی وی چې هګۍ ځالی د بلاربټوب په وخت

کښی هم خپلی دندی ته بعضاً پایله نده بخښلی او ددندی سرته رسۆلوته یی اوږدیدنه وربخښلی خو دابه دنورو حالتونوپه نسبت لږوی لکه:

سقط ،Cervical erussion، د رحم پولیپونه،مایوما Myoma د سرویکس په برخه کښی د وریکس څیریدنه (Rupture of Cervical Varix) د په بله برخه کښی لکه د مهبل، فرج کښی د Varix څیریدنه د رحم څخه پرته په بل ځای کښی بی ځایه بلاربیدنه Ectopic Pregnancy، د هګۍ ناروغی ، پلاسنټا پریویا.

۳- نور حالتونه:

<u>نورحالتونه ښایی چی امینوریا منځ ته راوړی لکه:</u>

- دموسم بدلونونه، روحی حالتونه.
- پټالوژیک حالتونه لکه: د نری رنځ (T.B) ناروغی، وینه لږی (Anemia)، هایپوپیتوتیریزم (Hypopitutirism) د هایمن او مهبل اتریزیا د امینوریا سبب کیدلای شی.

که چیری دغه پورته حالتونه د ناروغ سره د مخامخ کیدنی په وخت د طبیب له خوا په پام کښی ونیول شی د بلاربټوب د پیژندنی په هکله به خطا ونلری او دقیقی پیژندنی ته به ورسیږی.

او دهمدغه دقت له مخی به وکړای شی چی د زیږیدنی ورځ هم وټاکل شی.

د سهار ناروغی زړه بدوالی او یا کانګی:

پورتنی حالت ته د Sympathetic Symptom نوم هم ورکړل شوی چی د زړه بدوالي او بعضاً د سهار له خوا کانګي (کړځون) منځ ته راتلو سره لیوالتیا لري چی ترټولو غوره دي. دغه ننبه کله چی بلاربټوب موده څلورمه (4th Week) اونۍ پوره کړی او دځلورمی اونۍ دپایلی سره سم منځ ته راځی.

د پورتني حالت لپاره ددی چی په ښځو کښی د دقت له مخی ورته پام وشی دا ننبه په 1/3 دریمه برخه بلاربو ښځو کښی مخ ته راځی او تثبیت کیدلای شی.او په بله دریمه 1/3 برخه ښځو کښی بعضاً تثبیت شوی او هم په بله 1/3 برخه کښی کیدای شی چی تثبیت نکړل شی.

دغه پورته حالت هغه وخت له منځ ځی چی بلاربه ښځه د ماشوم حرکات په کیډه کښی احساس کړی که چیری دا حالت اوږدوالی ومومی کیدای شی یولړنوری ناروغی لکه دمعدی ، اثناعشر او صفراوی کڅوړی ناروغی دی په نظرکښی ونیول شی.

لاړی(Salivation):-

د لاړو یا د خولی د اوبو زیاتوالی په لږه پیمانه ډیر واقع کیږی او کله کله کیدای شی چی د زړه بدوالی سره مل وی او یو ډول علتونه ولري. ښائی Toxemia یی یو علت وګڼل شـی یـو عـالم (Dewees) دی حالت ته (Cotton Spitting) (د مالوچ په څیر غورځیدنه) اصطلاح غوره ګڼلـی ده چی په یوه دښه (صحت) روغتیا لرونکی ښځې کښی منځ ته راځی. چی دا د بلاربټوب د پیژنـدنی لپاره یوځه اهمیت څرګندوی. نو ددی حالت سره کله کله Gingivitis، ډیر لاړی بهیدنه، د غاښونو لـه منځه تلل او د وریو وینه کیدنه چی دا به یو پتالوژیک حالت څرګند کاندی شته والی لري.

د متیازو د کځوړی (مثاني) تخریش:-

د رحم (Anteversion) چی پکښی سرویکس د عجز د (خالیکاه) لوری ته خی او د مثانی قاعده پدی صورت کښکیږی او سمیږی. پدی صورت کښی دتشو متیازو د فریکونسی سبب کیږی ، چـی دا په لمړی ترایمستر کښی لیدل کیـږی خـو کلـه چـی وروسـته تـردی جسـم (Corpus) د ګیـډی د جدار پواسطه حمایت کړل شی دا حالت له منځه خی.

د لومړی ټرایمستر نښانی (Signs):-

تیږونه (The Breasts):-

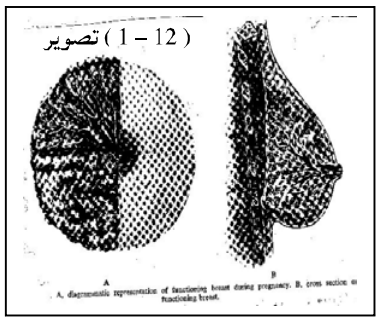
په لومړنی مرحله د څلورمی اونی کښی ښایی د تیږونو په اندازی کښی لویوالی منځ ته راشی او ښځه ښایی د تیږونو په منځ کښی د سوزیدنی په څیر احساس وکړی. لوئیدنه د جاپیریال څخه د مرکز لوری ته منځ ته راځی. ښایی Linea albicans یا Gravidarum Striae ښکاره شی او نیلی Blue رنګه وریدونه د پوستکی لاندی ولیدل شی په څانګړی ډول سره د حلیمی (Nipple) ته نږدی لیدل کیږی. حلیمه تیاره رنګ نیسی حساسیت مومی اواوچتیږی ، لومړنی حلیمه پرسوب پیداکوی او داسی ښکاری چی ترپوستکی لاندی هوا شته والی لري.

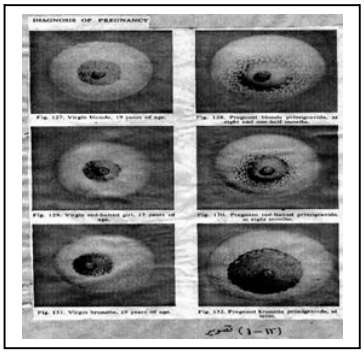
که چیری حلیمه په لومړی ټرایمستر کښی هم ضخامه ولـری کیـدای شـی چـی د فشـار راوړلو پواسطه ورڅخه ورګه (Colestrum) راووځی. د لـومړنی حلیمـی د Areola پـه چاپیریـال کښی د پخوانی په نسبت لږ رنګ لرونکی بله Areola منځ ته راځی. دا بدلونونه کیدای شی چی پـه لومړی ځله Primiparus ښځه کښی په ښه توګه څرګند او تثبیت کړل شی دا حالـت پـه څـو ځلـی Multiparus ښځه کښی په ښه توګه څرګند او تثبیت کړل شی دا حالت پـه څـوځلی Multiparus ښځه کښی دومره د اهمیت وړ خبره نده . ځکه چی شیدی په دی ډول ښځو کښی د یوه کاله پـوری

وروسته له زیږونی پاتی کیدلای شی، نو که چیری په داسی بڼه کښی چی شیدی ورکوی د حوصلی کنی ترځنګ که چیری شیدی په یوه وار سره لږوالی ومومی نو دابه د نوی بلاربټوب نښانی را څرګند کړی.

همدغه راز کولای شو چی دغه بدلونونه د پیلایلو توکونو په پیغلو او بلاربو بڼځو چی د هغوی د پوستکی او حلیمي بدلون څرنګه منځ ته راځی په لومړی ځله بڼځو کښی په بڼه توګه سره توپیرکړو پدی هکله (12 – 1)، تصویر ته پاملرنه وکړی.

په همدی ډول لکه چی په راتلونکی تصویر کښی ښکاری په د A په تصویر کښی د تی مقطع یا غوځه څرګندیږی چی د بلاربټوب په وخت دنده سره کوی.





B- همدارنګه پدی تصویر کښی دتی دوظیفوی ډول Section یا غوځه په بڼه توګه څرګنده شویده.

د فرج ، ویسټیبول او مهبل بی رنګه کیدنه نیلی رنګ ته اوښتنه.

(Bluish Discoloration of The Valve, Vestibule and Vagina)

د فرج ،ویسټیبول او مهبل رنګ او بڼه نیلی رنګ ته چی د میاتوس Meatus څنی د دهلیز او یا د مهبل تر جدار پوری اوږدیدنه پیداکوی دا بدلونونه د بلاربټوب د (8 – 12) اونیو پوری بڼکاره کیږی او دبلاربښت تر ودی پوری اړه لری او هر څومره چی اوږدیدنه ومومی هومره زیاتوالی پیداکوی دا بدلون په Multiparus بڼځو بڼه څرګندیږی. دا بدلونونه هغه وخت جی زیږیدنه یا سقط منځ ته راشی له هغی وروسته له منځه ځی.

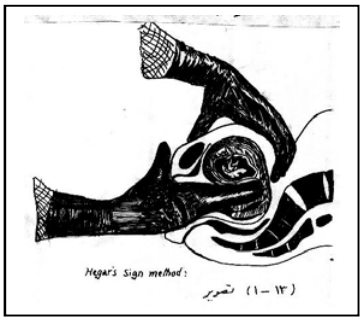
همدارنګه دا حالت کیدای شی لاندی ناروغیو کښی هم منځ ته راشی چی په پام کښی وی.

حیض ، د حوصلې ژر وده کوونکی تومورونه، د رحم خلف ته بې ځایه کیدنه د P.I.D ځنډونی پاتې کیدنه چې د وینې بهیر پکښې بدلون مومی لکه Parametritis Scar, Phlebitis, Thrombosis په څیر ناروغی ، څربوالی د زړه ناروغی باید په پام کښې ولرل شی.

د سرویکس او مهبل پوستوالی(Softening):

د هایپرهیما Hyperhemia او احتقان Congestion له کبله چې په حوصله کښې منځ ته راځی مهبل او سرویکس دواړه پوستوالی Softness پیدا کوی دا حالت بـه پـه Primiparus ښـځه کښې د شپږمی اونۍ څخه وروسته او په Multiparus ښځه کښې بـه تـردی مـودی څخـه دمخـه څرګندشی. لومړی سرویکس برخه پوستوالی مومی او وروسته له هغـه مهبـل پوسـتوالی مـومي او د لوکوریا Leukorrhea ډیسچارج ورځنی راوزی چې ورو ورو یې اندازه زیاتوالی مومی. Goodell یو عالم پدی نظر ټینګار کوی او دا علامه (نښان) د پیژندنې لپاره د اهمیت څخه ډکه او غوره ګڼی. دکښې اوجس په وخت که چیرې د سرویکس بدلون د غضروف په څیر کلک وی دابـه د بلاربتـوب ښکارندوی نه وی او که چیرې پوستوالی او قوام د سرویکس د شونډې د مخاطی غشاء په څیـروی نو دا ښګڼه به بلاربه وګڼل شی.

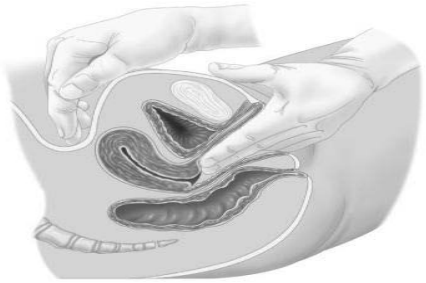
د هیګر نښه (علامه):-



دا علامـــه ددواړو لاســـونو د ګوتـــو پواسطه چې د ښې لاس د ګوتی قـدامی برخـه د فورینکس په برخه کښې او دبل لاس ګـوتی (کـیڼ لاس) د ګیډې د جدار لپاسـه بـه وکـړای شـی د رحم د ښکته برخې د پوستکی له کبلـه یـو تربلـه ورسیږی د کړنلاری د سرته رسولو په هکله 1) (13 – تصویرته پاملرنه وکړی.

اوهمدارنګه ددی میتود لپاره چې ګوتی د خلفی فورینکس په برخه کښې اینښودل کیږی او دبل لاس د ګیډې د جدار له لوری چې پدی حالت کښې د رحم د ایستموس (Isthmus) برخه ترفشار لانـدی راوستل کیږی ترڅو ګوتی یو او بل سره جس کړی. که چیرې ښځه څربـه (Fatty) وی او د ګیـډې د جدار برخه یې پیړه وی کولای شی چې یوطبیب د کړنلاری د سرته رسولو لپاره یوه ګوته په ریکـوم کښې کیږدی او د غټه ګوته (Thump) په مهبل کښې کیږدی او ددی دواړه ګوتو پواسطه په مهبـل کښـی

پوستوالی جس کړي. د Hegar's Sign (هیګر علامه) کیدای شي چې په (M/p) Multiparous ښځو کښې په شپږمه اونۍ کښې اوپه Primiparous (P/P) ښځه کښې په اتمه اونۍ کښې تثبیت کړي او دا علامه هغه وخت له منځه ځي چې درحم اندازه لویوالی پیدا کړي او دجنین ونه اوږدوالی پیدا کړي. ددې علامې مثبت والی به دلومړي ترایمسټر لپاره غوره علامه وګڼل شي.



د رحم په بڼه ، اندازه، قوام او موقعیت کښې بدلون:

۱- بڼه (Form):

دابه یوه نرۍ دنشپاتی په بڼه په پیغله کښې وی او بنایی د ګردی (آلو) په څیر هم وی. که چیرې هګۍ د نفیر سره نږدې برخه کښې القاح او ځای په ځای شي پدې حالت کښې به رحم په غیر متناظر (نااندوله) ډول سره شته والی ولري. چې پدې حالت کښې بنایی طبیب ته په خطا ډول د بې ځایه بلاربټوب Ectopic.preg لوری ته لاربنودنه وکړي. نوکله چې رحم یوی نیمائی لوری ته پرۍوی او د بلاربټوب په لومړنۍ مرحله او وخت کښې وی د ی ته د (Piskacek's Sign) وایی . پدې حالت کښې که د جنینی فورنیکس له لاری د رحم د سرویکس برخه جس شي نوکوچنی سرویکس به تثبیت کړل شي.

۲- اندازه (Size):

که چیرې د رحم اندازه لویوالی پیدا کړي نوپدې حالت کښې به دا دارزښت څخه ډکه یوه علامه وګڼل شي دا بدلون په هر (۲-٤) اونیو کښې زیاتوالی مومی چې په بلې هیڅ راز نا روغی کښې دا ډول بدلون نه تثبیت کیږي.

۳- قوام (Consistency):

د قوام ټاکنه د یوه مجرب طبیب پواسطه ترسره کیږی. یوبلارب رحم (Tonic) مقوی د اسفنج (Sponge) په څیر به پوست (Soft) او دلمدو وړو په څیر به وی. د اتمی اونۍ څخه دمخه رحم تقلص کوی او حتی په خاپه (Spot یا داغ) کښی هم داتقلص منځ ته راځی که چیری Soft.Spot د رحم د سرویکسی څخه پورته په ډیر لومړنی اونیوکښی تثبیت شی دی ته Ladin Sign وایی او دپیژندنی لپاره د ارزښت څخه ډکه علامه ګڼل کیږی.

٤- موقعیت (Position):

که چیری قوی Anteflexion رحم د یوی پستي کتلی په څیر که دمثانی د پاسه پروت تثبیت شی نو دیوی بلاربیدنی لوری ته دی پام وکړل شی.

که چیری څلور پورتنی حالتونه د یوی بلاربیدنی څرګندونکی وی د ګوتو پواسطه کتنه (T.V) به بس وبلل شی او دسپیکولوم کتنی ته اړتیا نه پیداکیږی او که داسی نه وی باید د سپیکولوم کتنه سرته ورسول شی.

د بدن قاعدوی تودوخه (Basal.Body.Temprature):-

د بدن د قاعدوی تودوخی ټاکنه به د بلاربتوب د پیژندنی د ډیر مقدم وخت ټاکنی لپاره مرستندویه وی. نوکه ددی تودوخی درجه که د(^{0}C ۳۷.۷ او۳۷)سانتی ګریډ درجی یا د (^{0}F ۹۹ – ۹۸.۸) د فارنهایت درجه وی دا به د هګۍ اچولو دشپاړسمی ورځی څخه وروسته ددی ښکارندوی وی چی ښځه بلاربه ده.

په هغه حالاتو کښی چی قاعدوی تودوخه لوړه وی دا به د (۹۷%) ښځو لپاره صحیح وی او همدارنګه په هغه ښځو کښی چی د تودوخی ددرچی د ټاکلو لپاره چارت لری او د پوهی سویه یی لوړه وی دا به ډیر ګټه وره او صحیح کړنلاره ورته تثبیت کړل شی.

بیالوجیکی آزموینی (Biologic tests):-

کله چی یوه ښځه بلاربه وی پدوی کښی دوه ډوله هورمونونه لوړ موندل کیږی.

۱- Estrus .Producing .Hormone:-

ددی هورمون دسویی لوړه اندازه په موږکانوکښی د Allen- Doisy پواسطه تثبسیت شویدی.

-:Gonadotrophic. Hormone-۲

دا هورمون د هغه ګونادو تروفیک سټیمولیټنګ هورمون پذریعه چی د pituitary غدی د قدامی فص څخه آزادیږی په څیر یودول اغیزه لری چی هغه وروستنی هورمونونه چی ښکاره کیږی لکه:

i. دهورمون دزرق څخه وروسته په هګۍ ځالی Infantil کښی بدلون منځ ته راځی .

ii. دمرغیرو په اندوکرینی اغیزو باندی اغیزه اچوی او بدلون منځ ته راځی .

iii. په لویانو (کاهلانو) کښی دهګۍ ځالی په نسج کښی بدلون منځ ته راځی .

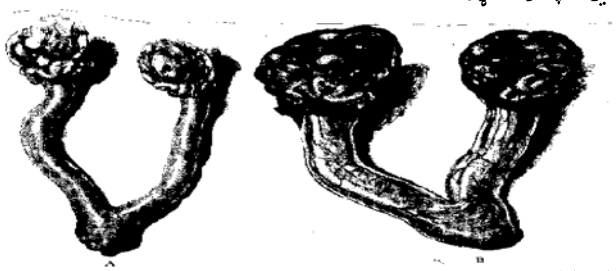
همدارنګه کله چی ګونادوتروفیک هورمون زرق کیږی دا دری ډوله غبرګونونه منځ ته راځی .

a. غبرګونیز ډول د فولیکولونو پخیدنه

b. غبرګونیز ډول په فولیکولونو کښی هموراژ

c. غبرګونیز ډول د کورپوس لوټیا Corpus lutea جوړیدنه.

پدی لړ کښی که چیری وغوښتل شی چی یولړ ناروغی او بلاربتوب دی وپیژندل شی پکاردہ چی د Aschheim-Zondek-test او د Frog-test آزموینی ورسول شی. د غبرګونو د تثبیت لپاره(14 – 1) تصویروته پاملرنه وکړی.



(14 – 1) تصویر



Fig. 134. Aschheim-Zondek reaction in the mouse.
A, genitals in the normal mouse. B, positive findings (pregnancy urine), note blood points and uterine corpus lutea in the ovaries. C, section of ovary of B.

هغه نښې نښانې چې د دوهم او دریم
ترایمسټر په اوږدو کښې مخ ته راځی.

- د دوهم ترایمسټر نښې نښانی (Subjective Signs):-

په دوهمه دری میاشتنی موده کښی یو لړ نښې او اعراض لکه د زړه بدوالی Nausea کانکی Vomiting او د متیازو د کثرې تخریش مخ ته راځی او همدارنګه حیض په بشپړه توګه له منځه ځی او ښځه په خپله ګیډه کښی د جنین حرکتونه احساس کوی.

- Quickening:-

د (۱۸ – ۱٦) اونۍ کښی ښځه په ګیډه کښی د یوه پاسته شی د حرکاتو احساس کوی البته دا احساس داسی دی چی که یوه چوغکه د چا په لاس کښی وښورېږی او دهغی چوغکی د بهګو ښوریدنی حس په ورغوی کښی احساس شی. او ښځه په یوه اونۍ کښی دا احساس تثبیت کولای شی چې داځه دی.

دی ته یې پام اوړی چی یوځه یې ډګیډې په دننه کښی حرکت لری. او داد Quickening اصطلاح د هغه لمړنی حرکاتو لپاره چی د جنین د حرکت پواسطه منځ ته راځی ورکړشویده.



نو ددی حرکاتو شته والی ددی معنی ورکوی چی دا جنین ژوندی دی او دابه هغه ښځه ښه په ګوته کړی چی پخوا ور باندی دا حالت تیرشوی وی او په احساس کولو کښی یې تجربه اخیستی ده. نو که چیری دوه ګونی ماشومان د ښځی په ګیډه وي او یا یې د Pseudocyesis کاذبه بلاربتوب حالت ولری پدوی کښی به ددی حرکتونو احساس نشتوالی ولري اویابه ددوه ګونی بلاربتوب کښی خوراډیر لږ احساس کړی چی که چیری ښځه دیره هوښیاره نه وی دا نشی احساس کولای اود پامه یې لیری پاتی کیږی.

د دوهم ترایمسټر او بجکټیف (Objective)نښې نښانې:

a. د رحم متناوب تقلصونه:-

دا تقلصونه د لمړی حّل لپاره د (Hick's) پذریعه ښودل شویدی چی وروسته پیا دده په نامه یادشویدی. د لسمی اونی حّنی پخوا دا تقلص پدی ډول دی چی ټول رحم تقلص کوی او خپل شکل د نشپاتی (Pearl) په څیر غوره کوی چی وروسته بیا دا له منحّه حّی. دا تقلص د نظم له پلوه بی نظمه دی.

د حوصلی په کّنه کښی سرویکس پوست Soft دی حّکه Hyperhemia منحّ ته راحّی.

Sub mucosal Myoma او Hematometria سمکّن د رحم دتقلص سبب وګرځی. خودا وصفی خبره نده د ریکټوس عضلاتو له خوا هم کله کله دا حالت تقلید کیږی او یا هم نوموړی علامه د پینښی په څیر څرګندوی.

د جنین فعاله حرکّتونه(Active Fetal Movement):-

د جنین فعاله حرکّتونه احساس کیږی او یاهم لیدل کیږی یا اوریدل کیږی دا کار د زیږیدنی د څانګی د طبیب پذریعه ښه تثبیت کیږی چی د بلاربټوب لپاره ډیر اهمیت لری او دا حرکات په مقدم ډول سره په دوولسمی اونی کښی ښودل کیږی. یو ماهر طبیب کولای شی دا د ګیډی د جدار به برخه کښی وګوری د ستاتسکوپ پذریعه کولای شی د ټپ (Tap) په څیر ورو آواز لکه ګوته چی دلاس دپاسه ووهل شی واوري. او که چیری خپل لاس د ګیډی د جدار د پاسه کیږدو نو د ټونګه وهلو په څیر یوټکان به احساس کړل شی او یاد پښې وهلو یوحالت به تثبیت کړل شی.

د جنین منفعله حرکّتونه (Passive Fetal Movements):-

د رحم د جدار او امنیوټیک مایع د شته والی له کبله دا ډول حرکات به دجنین پوری اړه ولری چی ورته (Ballottement) او یا (Repercussion) هم ویل کیږی. دا ډول علامه په ښه ډول هغه ښځو کښی څرګندکړل شی چی ورته د نسایی وضعیت ورکړل شی.د دوه ګوتو پواسطه مهبل او جنین بدن د سرویکس څخه لږ پورته احساس کیږی. چی په ډیر ظریفانه ډول سره لږ ټیله کیږی. او دهغه لاس پواسطه چی دګیډی د جدار له پاسه دی دغه حرکت احساس کیږی او یا وروسته د دوهم حّل لپاره همدا جنین په مهبل کښی د Cervix په برخه کښی د ګوتو پواسطه احساسیږی.

دغه حرکت مونږ کولای شو چی د (۳۲ – ۱۶) اونۍ پوری تثبیت کړو. ځکه مخکښی تردی جنین ډیرکوچنی دی پدی هکله (15 – 1) تصویر ته پاملرنه وکړی.

دا پورتنی حرکت او علامه کیدای شی چی د Anteverted رحم، Ascitic fluid، Myoma، Ovarian، د متیازو د کڅوړی د کتلی او یا تیږی د شته والی په صورت کښی ښه ته تثبیت کیږی او د کتنی په وخت کښی دی دا حالتونه له نظره لری نه وي.

مستقیم جس کول Direct Palpation:-

دا د طبیب د مهارت پوری اړه ولری کولای شی یوه لویه کتله د رحم چی کلک جسم جس کیږی پدی کښی کولای شی چی د جنین راس، پښی، جس کړی. او همدارنګه د پریتوان کارسنویما، نیوپلازمونه د هګۍ ځالی. د اومنټوم تومورونه درحم میوما، دی پدی وخت کښی په نظر کښی ونیول شی. د جنین برخی کیدای شی په څلورمه میاشت کښی جس کړل شی.



Fig. 135. Ballottement. Head retarding to fingers.

(۱۵ – ۱) تصویر

The DeLee Hill's obstetric stethoscope. For proper use the rubber accoustics should be slow, as to lift the distance-spring above the line of vision.

(۱۶ – ۱) تصویر

د اوریدو علامې Ausculatory Signs:-

په (۱۸۱۸)ع کال کښی Mayor د جنین د زړه مقویت او آوازونه شرحه کړل. د جنین د زړه آواز د (Tick – Tock) په څیر څرګند شوی دی چی د tick غږ په دی حالت کښی لږه موده نیسی او Tock غږ اوږده موده نیسی. چی دغه د Tick آواز د دسیستول Systol پوری اړه لری د صروي شریان له لاری د بنضان په وخت کښی منځ ته راځی او همدارنګه دوهم غږ د Semilunary Valve د تړلو له کبله منځ ته راځی. دغه د زړه ضربان د (۱۲۰ – ۱۶۰) پوری په یوه دقیقه کی سره توپیر کوی.

د جنین دحرکت د زړه په ضربان اغیزه اچوی او همدارنګه نور حالتونه لکه تبه، اسفکسی او هموراژ دزړه ضربان زیاتوی او د رحم تقلص او په جنین باندی د فشار حالت، دغه ضربان ته لړوالی وربخښی. د زړه آوازونه د De-lee- Hillis Obstetric ستاتسکوب او فیټوسکوب پواسطه د زیږیدنی د څانګی د ماهر پواسطه ښه تثبیت کیږی. او همدارنګه سوفل MurMur هم کیدلای شی چی ستاتسکوپ پواسطه چی د (Vous) او یا (Voo) علامه او ریدل کیږی تثبیت کړل شی.
دا حالت کله چی جنین پنځمی میاشتی ته ورسیده ښه تثبیت کیږی.

په سایز،قوام او موقعیت کښی د بدلون منځ ته راتلل"-

پورته حالتونه د موضعی بدلونونو چه نظر کښی نیولوسره د بلاربټوب په دوره کښی ازریابی کیږی. په بلاربټوب کښی د رحم بڼه او کڅله د سایز ، اوږدوالی ،قوام او ځای (موقعیت) د نورو حالتونو له کبله نشی کیدلای چی په آسانه د هغه سرحدونه وټاکل شی. اکثراً یو مجرب طبیب کولای شی چی په رحم کښی دکڅلی شته والی د بلاربټوب له کبله ښه وټاکی او دهغی په هکله یوڅه معلومات څرګند کړی. دا کنه د ګوتو د کنی پذریعه ښه صورت موندلای شی(Touche Vaginal) ددی لپاره چی نوموړی معلومات دقیق وی باید بلاربه ښځه د هری (٤ – ٣) اونی د تیریدو وروسته د کنی لاندی ونیسی او د رحم دځرنګوالی په هکله دی غوره معلومات را ټول کړل شی نو دا ټول معلومات کولای شی په ګډه سره یوڅه معلومات څرګند کړی.

- د پوستکی بدلونونه:

پګمنټیشن یا صباغی بدلونونه، د بلاربټوب ماسک، د بطن سټیریا Striae او ثانوی آریولا Secondary Areola د تیونو په هکله ښه څرګندونی دی خودا ټاکونکی نښې ندی.

- بیولوژیک آزموینی:-

دا آزموینی لکه په لمړی First.Trimester ترایمسټر کښی مثبت ښودل کیږی د لنه هم مثبت دي.

د ریم ټرایمسټر(Third . Trimester):-

وینه بهیدنه لاهم و دریدلی او ورکه وی که چیری هر راز وینه بهیدنه منځ ته راشی دا به پتولوژیک وی او دسهار ناروغی له منځه ځی که چیری دا حالت شته والی ولری دی ته اړتیاده چی ډیر په احتیاط سره کنی سرته ورسیږی.

په قسمتی ډول سره د ټوکسیمیا (Toximia) د شته والی په صورت کښی به د ماشوم فعاله حرکتونه شته والی ولري او ممکن مورته زَوَر ورکونکی (اذیتي) وی خو ماشوم تل مدام بښکته لوری ته وی داسی بښکاری چی ماشوم د زیږیدنی په حالت کښی راوتلی بښکاره کیږی پدی هکله تصویرونه پاملرنه وکړی.

۱- د دردونو څخه پرته د رحم تقلصونه زیاتوالی مومی دا حالت میاشت په میاشت زیاتیږی او د ترایمسټر د ختم پوری اوږدیدنه مومی او معمولاً رحم پدی وخت کښی د لږ تخریش په مقابل کښی ځواب ورکوی او له همدی کبله سرویکس او د حوصلی جوړښتونه د ډیر اتساع Dilatation لپاره تیاریږی.

۲- پدی وخت کښی کونکی طبیب د ماشوم د حرکاتو په احساس کښی دځانګړې ستونزی سره نه مخامخ کیږی.

۳- د بیا قرع Repercusoion او یا Ballottement کنه نه لیدل چی دادی مثبت Positive او په ډیری اندازی سره د امنیوټیک مایع (Polyhydramnios) به شته والی ولری. خو په قسمی ډول سره به Repercussion تثبیت شی په ځانګړی ډول سره د بریچ Breach د وضعیت په اعتلان کښی به دا علامه په کنه کښی مثبت وی.

٤- د مستقیم جس پواسطه به د ماشوم بدن د ترایمسټر وروستیو کښی جس کړل شی او همدارنګه کیدلای شی چی د ماشوم وضعیت د اعتلان لپاره و ټاکل شی.

٥- د ماشوم د زړه آوازونه لوړدی اولابه ثابت کړل شی و ظیفوی سوفل بنائی واوریدل شی او دماشوم حرکات به احساس شی.

٦- رحم به لویوالی ومومی او احساس به شی.

۷- د رحم په سایز. قوام او موقعیت کښی بدلون منځ ته راځی.

۸- د رادیولوژی په کنه کښی به د ماشوم په هکله پوره معلومات لاس ته راشی.

ټول دا پورته علامی په ګډه سره ددی څرګندونکی دي چی بښځه بلاربه ده او ماشوم په ګیډه لري او دنورو حالتونځنی دی توپیر کړل شی.

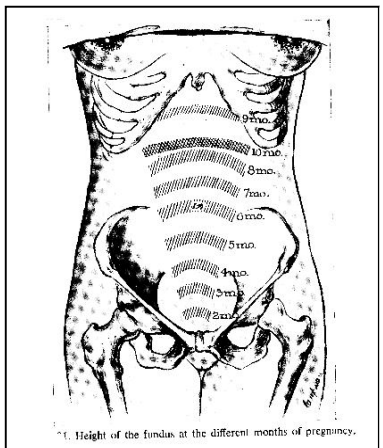
یو لړ ځانګړی ټکي د بلاربتوب د پیژندنی په هکله:-

- د جنین د اوږدوالی انداز:

د جنین د اوږدوالی اندازه کول د رادیولوژی التراساوند په کتنه کښی تثبیت کیږی چی رادیولوژی له مخی پخوا تری یادونه شویده.

د رحم د غور (Fundus) د اوږدوالي ټاکنه:-

کله چی جنین په رحم کښی لویوالی مومی نو همدا راز د رحم اوږدوالی هم بدلون مومی چې ددی لپاره باید د رحم سایز وټاکل شی. په همدی ډول سره نشوکولای چی د نورمال رحم لپاره د ګیډی دپاسه کومه اندازه وټاکو خو په زیاتو حالاتو کښی د رحم د اوږدوالی د رحم غور د ټاکنی له مخی ارزیابی کیږی. چی ددی حالت د پیژندلو لپاره باید د رحم د غور برخه باید د Pubic Symphysis او صری Umblicus (نامه) په برخه کښی و لټول شی د رحم غور دونی Hieght د اوږدوالی د ټاکنی لپاره (17 – 1) تصویر ته پام وکړی.



1. Height of the fundus at the different months of pregnancy.

(17 – 1) تصویر

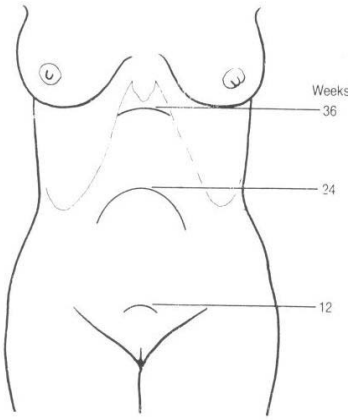


Fig. 2.1 Height of fundus

نو کله چی د بلاربی ښځې رحم د (۸) اته اونیو بلاربتوب ته ورسیږی کیدای شی دا د Symphysis. Pub څخه پورته تثبیت کړو. او کله چی دا عمر شپاړس (۱٦) اونیو ته ورسیږی دا برخه به Symphysis او Umbilicus نامه په متوسطه برخه کښی جس کړو او کله چی د ماشوم عمر ۲۲ – ۲۰

اونیو ترمنځ وی دا برخه د صری Umbilicus برخی ته ورسیږی. په همدی صورت سره کله چی د ماشوم عمر(۲۶ – ۲٤) اونیو ته ورسیږی د رحم د غور برخه به دصری (نامه) څخه پورته وی او د (۲۸) اونیو په وخت کښی به د شرسوفی (Epigastric) برخه کښی جس شی او همدارنګه د شپږدیرش (۳٦ – ٤۰) څلویښت اونیو په وخت کښی به دشرسوفی Epigastric ټوله برخه ونیسی.

میتودونه(Methods):-

a. Bartholomew's Rule of Fourth:-

پدی میتود کښی داسی ټاکل کیږی چی رحم اندازه په پنځمه میاشت کښی تر Umbilicus سویی پوری رسیږی د نامه او Symphysis ترمنځ فاصله په څلور مساوی برخو ویشل کیږی چی هره برخه یی یوه میاشت موده ټاکل شویده او همداراز د پاتی څلورو میاشتو مودی لپاره د نامه او Xyphoid تر سرحده برخه په څلورو نورو مساوی برخو ویشل کیږی چی هره برخه یوه میاشت موده ټاکل شویده.

b. McDonald's Rule:-

پدی میتود کښی د فونډوس یا غور برخه په سانتی متر سره اندازه کیږی دا اندازه کول د Pubic Symphysis څنی پورته سرته رسول کیږی. او دیوی داسی فیتی څنی ګڼه اخیستل کیږی چی (Flexible) هری لوری تاو را تاو شی. نو کله چی دا اندازه شوی برخه و ټاکلی شی بیا دا د دوه (۲) سره ضرب کیږی او په اوه باندی ویشل کیږی چی وروسته تر دی ټاکلی موده په میاشتو لاس ته راځی.د Mcdonald's rul یاقانون د پوهیدو لپاره لاندی فرمول ته پام وکړی.

$$\text{Pregnancy in month} = \frac{\text{Distance Measuredwith Cm x 2}}{7}$$

$$\text{د بلاربټوب د مودی ټاکه په میاشتو} = \frac{\text{۲ x دمسافی ټاکه په سانتی متر}}{۷}$$

$$\text{Pregnancy in Week} = \frac{\text{Distance Measuredwith Cm X 8}}{7}$$

$$\text{د بلاربټوب د مودی ټاکه په اونی} = \frac{\text{x۸ دمسافی ټاکه په سانتی متر}}{۷}$$

د پورته کړنلاری څخه په ګڼه اخیستلو سره مونږ کولای شو چی د جنین موده د مور په ګیډه کښی په ښه توګه وټاکو. او په غیر متوقع ډول سره که چیری دغه مسافه ډیره ټاکل شویوی دا ددی ښوونکی وی چی بلاربه ښځه یا Multiple Pregnancy د یوه څخه ډیر ماشومان په ګیډه لری اویا به په

هایدروامنیوز Hydroamnios نارغی اختـه وی. او کـه چیـری د رحـم وده پـه کـراره سـره وی اوورولویوالی ومومی دابه اکثراً په هغه بلاربتوب دلالت وکړی چی ماشوم یاجنین Undergrowth تـر ودی لاندی دی او یا ابنارملتی Abnormality لری و یـاهم پـه دoligohydroamnios اختـه دی او شنایی دا د Placental dismaturity سره مل وی. که د رحم لویوالی په عدم کفایه اخته وی نو دا بـه پـه Missed abortion او یاهم په Fetal death د جنین مړینه دلالت وکړی. نو په دریـم (وروسـتی) ترایمستر کښی د جنین د دروندوالی (وزن) او لوړوالی (اوږدوالی) اندازه د لاندی نـارغی دشـته والی په صورت کښی تراغیزی لاندی راځی.

- ارثی فکتورونه اوکسبی تشوشونه د ماشوم سایز تر اغیزی لاندی راوړی.

لکه توکم (نژاد) تغذی، دشکری نارغی، دایکلامپسی توکسیمیا ؟

c. د جانسون شمیرنه د دروندوالی لپاره په بلاربتوب کښی:

(Johnson's Calculation of Fetal Weight)

Weight of Fetus		Hight of Fundus (CM)	Station + +	Duration of Pragnancy (week)
(g)	(lb) (OZ)			
2100	4 - 9	27	Minus(-)	34
2500	5 - 8	29	Minus(-)	36
2800	6 - 3	30	Minus(-)	37
3000	6 - 9	31	Minus(-)	38
3150	7	32	Minus(-)	39
3300	$7 - 4^{1/2}$	33	Zero(0)	40
3450	7 - 9	35	Zero(0) to plus	43

پدی کړنه کښی د ماشوم دروندوالی ، د بلاربتوب عمر، د رحم اندازه ټاکل کیـږی او دا ډیـره غـوره اومهمه ګڼل کیږی ددی له مخی کیدای شی د درملنی لپاره دسیزارین سکشن لپاره استطباب کینبودل شی او یا د زیږیدنی د مودی د ټاکنی لپاره هڅه وشی د Johnson's د جدول د پوهیدنی لپاره باید لاندی یادونی په پام کښی ونیول شی.

د جنین وزن په ګرام، د رحم Fundus (غور) لوړوالی او ونـه کـه پـه سـانتی متـر وی اعتلان به د Ischial Spins په سویه او یاد هغه څخه به پورته برخـه وټاکـل شـی او کـه چیـری دا

اندازه (۱۲) وی د Vertex اعتلان به د Ischial Spins په سویه او یاد هغه څخه ښکته وی دابه د(۱۵۵) سره ضرب کړل شی د بیلکی په توګه:

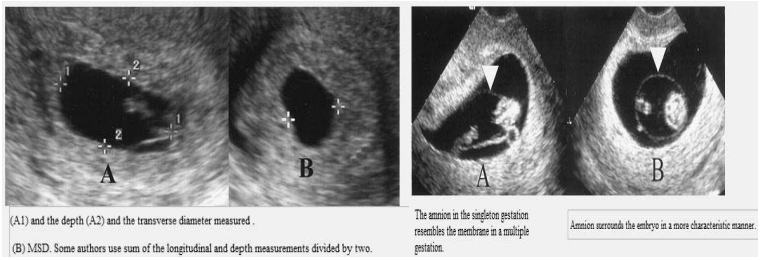
که چیری د بلاربی ښځی د غور لوړوالی (Height) (۳۰) سانتی مترونه ورسیږی د (۲-) حالت په شمیرنه کښی لاندی عدد لاس ته راځی.

۳۰ _____ ۱۲X۱۵۵ = ۲۷۹۰ ګرامه

نو که چیری د جنین وزن د (200Lb) څخه ډیروی د رحم د غور اندازه به (۱) یوسانتی متر وی د ګیل شوی شمیر او اندازه به ۳۷۵ ګرامه په (۷۰ %) نوی زیږیدلی ماشومانو کښی وشمیرل شی.

التیرا سونو ګرافی (Ultrasonography):-

دا چی د التراسونوګرافی کنی په زیږونکو ښځو کښی ترسره کیږی دا د بلاربټوب په وخت ډیر ګټه وره ده او دمنځ ته راتلونکی اختلاطونو او مړینو په هکله یی ډیر مخنیوی کړیدئ نو د دې کنی پواسطه کیدای شی چی دماشوم عمر، جنسیت او د زیږیدنی موده په ښه توګه څرګنده شی.



(A1) and the depth (A2) and the transverse diameter measured .

(B) MSD. Some authors use sum of the longitudinal and depth measurements divided by two.

The amnion in the singleton gestation resembles the membrane in a multiple gestation.

Amnion surrounds the embryo in a more characteristic manner.

د التراساوند کنه په پرمختللی بڼو شته والی او رنګه ډول التراساوند ماشینونه اوس جوړدی چی پدی حالت دبیلابیلو ناروغیو په هکله رغنده معلومات څرګندوی.

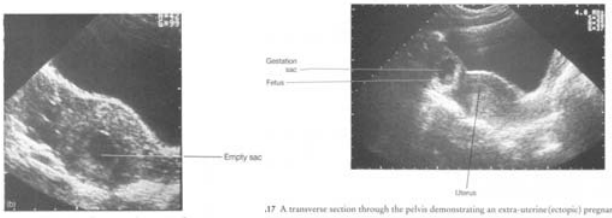
د التراساوند استطباب:

۱. د بلاربټوب په لومړیو کښی:

- د رحم وینه بهیدنه (Spotting).
- وخت، سایز اونورلکه (Incomplete, Missed) نقصانونه یا سقطونه، څوکونی بلاربتیا، هائیداتیدیفورم مول، د حوصلی کټلاتو پیژندنه.
- د بلاربټوب د ډیرلوړ خطر د شته والی لپاره.
- عادتی سقطونو.

ددی لپاره دی تل د ناورغ مثانه باید ډکه وی همدارنګه ډکه مثانه لاهم مرسته کوی چی د کوپړی پوزیشن لپاره مناسب وضعیت منځ ته راوړی او همدارنګه د هګۍ ځالو د برخو روښانه ساحه منځ ته راوړی.

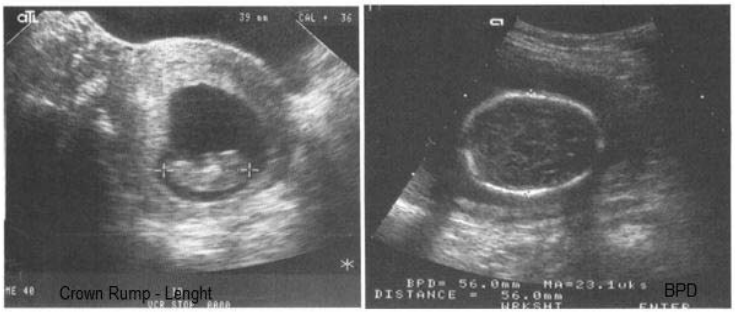
دبلاربټوب کڅوړه یا(GS /Gestational. Sac) کله چی جنین د(5-12 week) اونیو عمر ولری په بنه توګه د پیژندنی وړوی پدے هکله د (U/s – 1) تصویر ته پاملرنه وکړی.



17 A transverse section through the pelvis demonstrating an extra-uterine(ectopic) pregnancy

او د بلاربټوب عمر هم د (G.S) د قطر د اندازه کولوله مخی ټاکل کیږی. لدی کبله چی د Size او اندازی او بنی (Shape) پیلابیلی دلویوالی اندازی څرګندوی او ددی لپاره چی په دغه انداز کښی غلطی منځ ته رانشی په بشپړه پاملرنه سره دی د C.R.L) Crow-Rump-Length) د هغه جنین لپاره چی د (۷ – ۱٤) اونیو ترمنځ عمرولری د ټاکل شی پدی هکله (U/s – 2) تصویر ته پاملرنه وکړی.

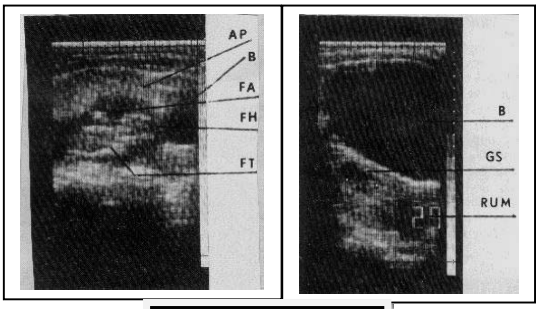
وروسته لدی چی د ماشوم د کوپړی اندازه په بنه توګه د پیژندنی وړوګرځی د (Biparital.Diameter)(B.P,D) یعنی د دواړو پاریتال هډوکو ترمنځ قطردی و ټاکل شی.



An ultrasound scan demonstrating measurement of the crown rump length and An image of BPD

د کوپړی د (BPD)د بلاربټوب په وخت کښې ټاکل کیږي، په (8- ½ 7) اونیو کښې د (FM) را بنکاره کیږی او داتمې اونی ځخه (FHM) له لارې هم کېدای شي چې حقیقي وخت د بلاربټوب وټاکل شي. دغه د ماشوم وظیفوي پرمختګونه د سونولوژي له مخې غوره ښې ګیل کیږي. په (۱۲- ۱۱) اونیوکښې د

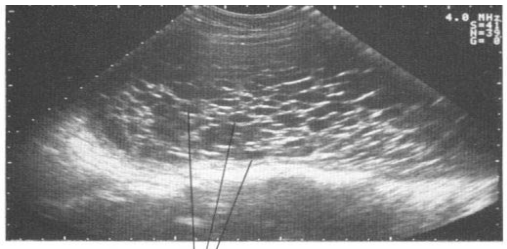
پلاسنټا جوړیدنه ترسټرګو کیږي. او همدارنګه د (١٤) څوارلسمی اونۍ په لړ کښې د پلاسنټا څنډې ښایې موضعی شي او روښانه پیلونکی Chorionic.plate ښایې ولیدل شي پدې هکله د (U/s 3– تصویر ته پاملرنه وکړي.



(٤- ٤ تصویر) (٣- ٤ تصویر)

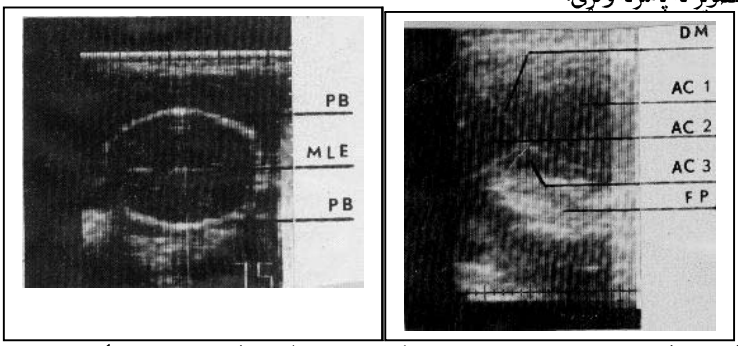
د هګۍ ځالو (Adenex) د لویوالي او I.U.P د داخل الرحمي بلاربنیا پیژندنه دی په لومړي ترایمستر کښې (GS) له مخې سره توپیر کړل شي چې د ماشوم (Echoe ته په 4 – U/s) تصویرته پاملرنه وکړي او کله چې رحم په لږه اندازه ضخامه وکړي یوه Cystic یا Semicystic ګڼه د هګۍ ځالی شته والی ولري پدی حالت کښې به بی ځایه بلاربیدنه (Ectopic. Gestation) لوری ته فکر وکړي او پدغه وخت کښې ښایې یو فعال جنین د رحم څخه بهرته ولټول شي او هغه شته والې ولري. چې دا د Ectopic. Gestation د پیژندنې لپاره یو حالت دې.

همدرانګه د هایداتیدیفورم مول Hydatidiform mole په هکله به هغه وخت د پیژندنې نوم ورکړل شي کله چې په رحم کښې Hydropic .Villi تشییت او ولیدل شي پدی صورت کښې به د رحم لوئیدنه ولیدل شي د هغه جوف به په بشپړه توګه د Echoe برخو څخه ډک وي او پلاسنټا به ډیرزیاته پیړه او اذیسائې وي. پدې هکله د (U/s – 5) تصویر ته پاملرنه وکړي. ضخاموي سیستیک هګۍ ځالی (Lutein Cysts) به د رحم دواړولوروته ولیدل شي. که چیرې دوه یا ډیرې (G.S) د بلاربنیا کڅوړې شته والې ولري داسې به څرګند کړي چې څوګوني بلاربنیا شته والی لري پدی هکله د (U/s-6) تصویر ته پاملرنه وکړي.



- Fetal Biparital Diameter (Ultrasonic cephalometry):-

کله چې د التراساوند کنې پواسطه د ماشوم د کوپړی ددوه پریتال هډوکو ترمنځ د قطر یا ماسا فه وټاکل شي دغه د (B . P . D) پنوم یادیږي. که چیرې دغه اندازه په صحیح توګه و ټاکل شي دا به د Screen لپاسه Midline echo وي چې دا اندازه به د نوي وده موندلی موډل (کوپړي) لپاره ترسره کیږي، دا کرښه به د کوپړی ددوه Hemisphare تر منځ مسافه څرګنده کړي. پدې هکله (U/s 7 –) تصویر ته پاملرنه وکړئ.



پدغه کښې به کوپړی سهولت سره د ۱۴- ۱۲ اونیو کښې په ښه توګه و ټاکل شي. همدارنګه (B.P.D) قطر ډیروالي په چټکی سره ۲۴ – ۱۲ اونیو ترمنځ د (3mm/Week) په اندازه ډیروالي مومي او په همدغه ماشومانو کښې نوره چټکه وده نه کوي د (25 and 30) اونیو کښې به (2mm/week) او د یو دیرش اونیو. 31 week څخه تر term پورې (1,7mm/week) کښې وده کوي او زیاتوالی مومي همدارنګه که چیرې د BPD یو ګراف ترسیم کړو د (12) اونیو او (44) اونیو ترمنځ به په لاندی ډول سره ګراف رسم کړی شي.

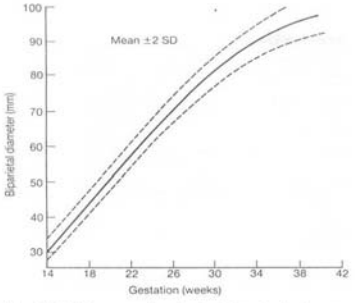


Fig. 2.24 The growth of the biparietal diameter throughout pregnancy

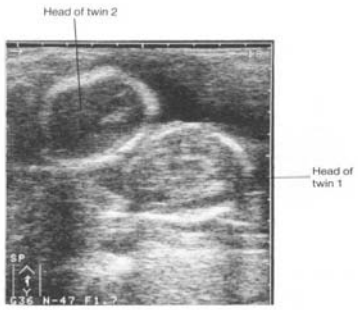


Fig. 2.26 An ultrasound sound scan demonstrating twins

ددی لپاره چې د قیقه ټاکه ترسره شي باید دغه ټاکنه لومړي د (16) او (24) اونیو ترمنځ وټاکل شي او بیا په (٤-٢) اونیو وقفه کښې تکراراً وټاکل شي.

ددی لپاره چې دیالوجیک توپیر له مخې (14 – 10±) ورځې د ستندر خطا لپاره په دوهم ټرایمستې (کښې او همدارنګه (12 – 14 +) ورځې اندازه په دریم ټرایمستر کښې دمنل شوي عدد په څیر ټاکل شویدي، همدارنګه د دوه ګونی لپاره د ودی اندازه (٣٠ – ٣٣) اونیوپوری همدومره دی. دا باید په پام کښې ولرل شي د رحم د ودی تاخر (Intra Uterin. Growth Retardation) [I.U.G.R] نشي کیدای چې د (B.P.D) د اندازه کولو لارې و ټاکل شي مګر دا چې(IUGR) معمولاً د Oligohydroamios اوMicrosomia او د ټول رحم د اندازه کولو والیوم (حجم) (T.L.U.V) (To tal Intrauterin Valume) به تر ټولو ښه او غوره کړنه او میتود وګڼل شي. او اوس تر ټولو ساده کړنه داده چې د کوپړی دودی اندازه او دبدن "Body" دودی Head to body ratio نسبت اندازه کیږي او داسی ښودل شویدي چې د کوپړی د محیط اندازه به د (34) اونیو پورې نسبت د ګیډی محیط ته ډیر اوږدوالی ولري. چې وروسته له هغه ګیډه ډیره وده کوي او محیط یې لویوالی مومي او دغه اندازه Reverse شالوري ته نسبت څرګندوی.

په (IUG.R) کښې دغه نسبت په چپه ډول سره څرګندیږی یعنی داچې ګیډه وروسته له (٣٤) اونیو څخه وده نه کوی او ګیډه کوچنی پاتی کیږی. همدارنګه د ماشوم عمر د ماشوم د فخذ هډوکی د اوږدوالی د ټاکلو له مخې هم ټاکل کیږي.

د پلاسنتا (پریوان) د موقعیت پتاکه:-

استطبابونه:

۱. په دوهم او دریم ترایمستر کښې د وینه بهیدنې شته والی.
۲. Amniocentesis د جنټک د جینی د پخیدنی د لوستنی او څېړنی لپاره.
۳. د ډیر خطر لرونکی بلاربټوب
٤. ابرېشیوپلاسنتا.

په حیرانیدونکي توګه په لویه پیمانه پلاسنتا په ښکتنی سګمنت د رحم کښې په دوهم ترایمستر کښې موندل کیږی. چې ددی ډیری یې په بیلابیلو درجوسره پلاسنتا پریویا لری چې په (U/s-9) تصویر کښې ښودل شویدی.دا ډیره مهمه ده چې په (85% – 90) هغه پیښو کښې چې ښکته ،موقعیت د پلاسنتا شته والی لري دبلاربټوب په پایله دغه پورته برخی ته مهاجرت کوي.

د غه پیښه Phenomenon د رحم د ښکتنی برخی د جوړښت او اوږدوالی پوری هم اړه لري. لکه چې Fetoplacental نسبت توپیر په دریم ترایمستر کښې لیدل کیږی.

ددی لپاره چې حقیقی پښه د پلاسنتا پریویا و موندل شي اړتیاده چې په تکراری ډول سره کنټرول شي.

د پلاسنتا موقعیت د مخه تردی چې Amniocentesis ترسره شي باید وپاکل شي په Sonography کښې په ډیر حالتونو کښې به یوه کوچنی کړکی (Window) یا هم د پلاسنتا سګمنټ د غرس شوي برخی قدام ته ولیدل شي.

دا چې وروسته د (۳٤) اونیو څخه د Ehco free برخه تثبیت شي چې ګردی بڼه ولری دا به په پلاسنتا کښې موقعیت ولري د جنین پخیدنی ته پام اړوی. یوه مشهوده پیړه پلاسنتا به په شکری (Diabet) او Rh- Sensitization حالت کښې ولیدل شي. په ابرېشیو پلاسنتاکښې به د پلاسنتا ترشا د وینی راټولیدنی له کبله د امنیوټیک جوف په برخه کښې به د راوتلی په بڼه پیړه پلاسنتا ولیدل شي. همدارنګه Poly Hydroamnios اوOligphydroamion به په ساده توګه د التراساوند د کنټی پواسطه تثبیت کړل شي.

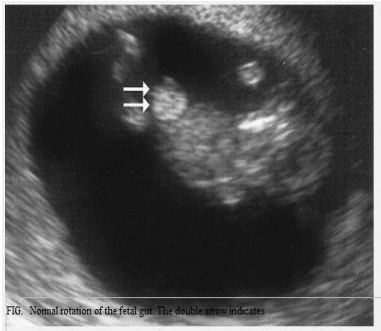


FIG. Normal rotation of the fetal gut. The double arrow indicates the portion of the umbilical cord transiently occupied by the fetal gut during migration and rotation.

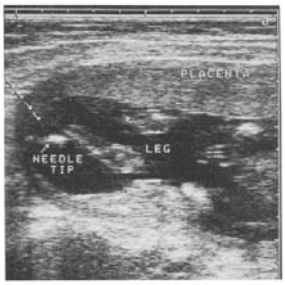


Fig. 2.38 Ultrasound scan used to assist amniocentesis. The needle track is indicated by the arrows. The upper edge of an anterior placenta has been avoided

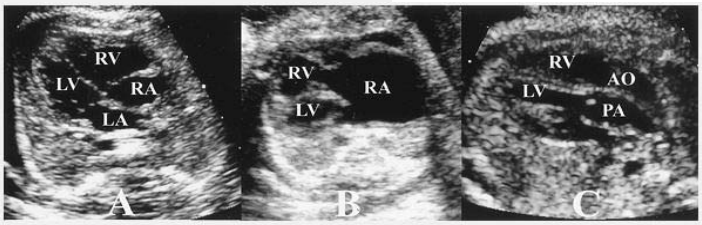


FIG.- A normal four-chamber view (A) compared with the same view in Ebstein anomaly (B) and in transposition of the great vessels (C). RV, right ventricle; LV, left ventricle; RA, right atrium; LA, left atrium; AO, aorta; PA, pulmonary artery. (From Dr. Alfred Abuhamad; with permission.)

د ماشوم د انا ټومی ښکاره کیدنه او د ولادي انومالي ټون:

د څانګړیو آلاتو پواسطه کېدای شي چې د ماشوم د زړه (حجاب، والف او جوفونو) څیړنه د دوهم ترایمستر څخه تر سره کېدای شي. د ماشوم نخاع د ملاتیر (Spin) دنخاع کانال، پښتورکي، مثانه په ګډه سره د تنفس حرکتونو سره سم په (۱۸ –۱٦) اونیو کښې لیدل کیږي، همدارنګه مورېنشوکولای چې په بشپړه توګه او یا زیاته اندازي سره د ماشوم ولادی انومالی لاهم د التراساوند د څیړني پواسطه کشف کړو.

د ماشوم کوپړی او نخاع:-

د دی لپاره چې هایدروسفالی او یا د مایکروسفالی حالت وپیژندل شي اړینه ده چې په تکرار سره د التراساوند کنه ترسره پدی صورت د کوپړی د قطر د ټاکنی له مخې پیژندنه ترسره کیږي. پدی هکله (U/s- 12) تصویرونو ته پاملرنه وکړي.

د Anencephaly لپاره پکار ده چې د (U/s – 10) تصویر ته پاملرنه وشي، او همدارنګه Miningomyelocele په لومړی کنه کښې هم ټشیت کیدای شي.

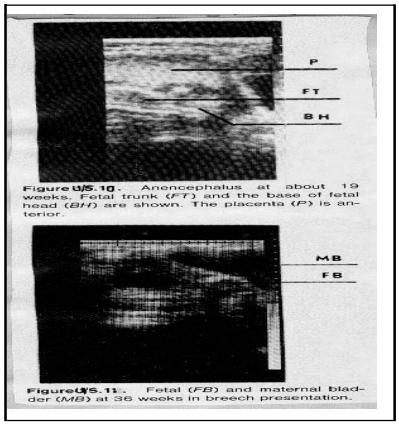


Figure U/S.10 :- Anencephalus at about 19 weeks. Fetal trunk (*FT*) and the base of fetal head (*BH*) are shown. The placenta (*P*) is anterior.

Figure U/S.11 :- Fetal (*FB*) and maternal bladder (*MB*) at 36 weeks in breech presentation.

دا چې که چیرې یوه د جنین د مړینې پېښه د التراساوند په کنه کښې ټشیت او وپیژندل شي، ښه به داوی چې د رادیوګرافی تصویرورته توصیه او هغه د رادیوګرافی فلم هم واخیستل شي. او همدارنګه د مشکو که پېښو لپاره هم د فلم اخیستنه ښایې ضروري وګڼل شي.

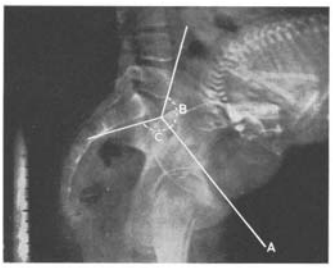




FIGURE . Ultrasound showing nuchal translucency, which is the measurement of the size of the fluid collection at the back of the fetal neck.

په داخل الرحمي مړيني پښې په صورت کښې په وصفی ډول د ماشوم د کوپړی سوشکل Deformity يوه نښه (Sign) ګڼل کيږي او د Scaning په وخت کښې F.H.M نشتوالی به هم تثبيت کړل شي.

صدر، ګيډه او بولی تناسلی سيستم:-

ددی لپاره چې په نښه توګه پيژندنه ترسره شي.

M—mode.Scan ترسره کيږي د ماشوم د زړه حرکتونه د معلومات نښه علامه ګڼل کيږي. او ديوه سيست په خير بڼه به د ماشوم صدر وليدل شي، او همدارنګه د ماشوم د Ascite په پيښو کښې به د التراساوند په واسطه تثبيت شي. او ورسره به د بولی تناسلی سيستم انسدادی او يا نوری انومالی وليدل شي پدي صورت کښې د ګيدی محيط زياتوالی مومي او د ماشوم د ننه منځنی احشاؤ بې ځايه کيدنه به وليدل شي. په نورماله توګه د پښتورګو شته والی به د ملاتير دواړه اړخونوته تثبيت شي همدارنګه د ماشوم مثانه به لکه چې(11 – U/s) کښې ليدل کيږي تثبيت شي او دابه ددی څرګندوی وي چې پښتورګي په نښه توګه خپله دنده ترسره کوي او سره لدی چې که چيرې ډيره ډکه مثانه او د هايدرونفروزس شته والی تثبيت شي دا به د بولی سيستم انسدادی حالت څرګندکړي.

همدارنګه Polycystic پښتورګي او Solitary Cyst د التراساوند پواسطه څرګندونکی دی. همدارنګه د يوه تجربه لرونکي ماهر دالتراساوند کارکوونکي پواسطه به د ماشوم د جنس تثبيت وشي چې دا دکر وموزومال انالايزيس پواسطه د ماشوم د حجراتو څخه نمونه اخيستل کيږي او دغه حالت تثبيت ترسره کيږي.

C.T.scan او MR.I:-

دا هم پرمختللي ګڼي دي چې د ماشوم او بلاربټوب په هکله بشپړمعلومات را کولای شي د اړتيا په صورت ورته اقدام کيږي.

(U/s – 12) تصویر چې د ماشوم اناټومیک جوړښتونه لکه کوپړي، دملاتیر پکښې ښکاري.

د اوږدي مودي د بلاربتوب پیژندنه

– پوسټداتیزم (Postadtisme):

په (٥٪) بلاربو ښځو کښې ښایي دغه حالت منځ ته ارشي که چیرې د مور په ګیډه دماشوم د زیږیدولپاره موده پوره وي او زیږیدنه وځنډیږي د نورو دوه اونیو لپاره د – Nagele's rule له مخې که زیږیدنه د ۲۹٤ ورځو پورې سرته ونه رسیږي نو د Postdatisme په هکله دی فکر یاپام وکړشی او د Postmatarity یا Dysmaturity اصطلاح ورته ورکول کیږي. د برطانیه علماء داسې وړاندیزکوي چې په Postmature ماشومانو کښې ۲ یا ۳ چنده د مړینې اندول لوړدي خو د امریکا علماء په دې هکله ورسره بشپړ توافق نلري وایې چې دا موضوع د پوښتنې لاندې ده او پدې هکله دومره جدی ندی ددي لپاره هغوي د Postmaturity Syndrome اصطلاح ورکوي چې پدې لړ کښې نشي کوم قانون وټاکل شي.

دا د Dysmaturity حالت لپاره کیدای چې د مړینې دانډول لپاره کیدای شی هره هغه ښځه چې لومړی ځله وی اوعمریې د ۳٥ څخه پورته وي په هغو کښې منځ ته راځي او یاهم بلاربه ښځه کله لا ندي نا روغې لکه: دوینې لوړفشار، Preeclampsi، د شکري نا روغی او ایزوایمونا یریشن IsoImmunization او یا نور اختلاطونه پدې دوره کښې ولري داپه جینې اغیزه اچوي او د Postdatism د زیاتوالي چانس لوړوي.

داوږدي مودې په بلاربتوب کښې دی دanencephaly حالت باید په پام کښې وي .

Nagele's –rule:-

دا زیږیدنې دروځې د ټاکنې او وړاندوینې لپاره پکار یږي په لاندې ډول شمیرنه کیږي.

دوروستنی حیض دوري لومړنی ورځ به (L.N.M.P) معلومه کړل شي پدې باندې اوه ورځې ورزیاتیږي او ورځنې دري میاشتې منفی کیږي. نوددې لپاره به د زیږدینې نیټه لاس راشي (E.D.C) Expected date confienment.

E.D.C = First day of L.N.M.P + 7days – 3months لکه په هغه ښځه چې دهغې L.N.M.P ورځ به د جولای (١٤) دهغه دزیږیونې ورځ به ؟

Jully 14 +7 Day – 3 Months = 21 April

۲۱ اپریل = دري میاشتې ــ ۷ ورځې + ١٤ جولای

د زیږیدنې د دورې ستونزې:

که چیرې یوه ښځه بلاربه وي او د زیږونې وخت ته رسیدلې وي نو ښایې د زیږیدنې د ځانګې ماهر طبیب ته لاندې ستونزې منځ ته راشي او هم طبیب باید لاندې حالتونه پدې وخت کښې په پام کښګې ولري.

۱- Feto – Pelvic Disproportion:-

په مور کښې د حوصلې برخه د زیږیدنې د حالت لپاره ښه وده نه کوي او دادوه په لږه اندازې سره یو حتی تر (۲۸۰) ورځو پورې هم د زیږونې لپاره د حوصلې تیاری نه ترسره کیږي. نو له همدې کبله د بلاربټوب موده اوږدیږي.

۲- MalPosition:-

د زنې (Mentum) وریځو Brow مخ Face یا بریچ Breach حالتونو د اعتلان کښې اړتیا پریوزي چې دا جراحي کړنلارې له مخې دي زیږونه وشي.

۳- Placental Dysfunction :-

د پلاسنټا وده د جنین دورې سره سم زیاتوالې مومي ترڅو د جنین اړتیا پوره کاندی که چیرې د پلاسنټا وده ترسره نشي جنین مړکیږي پداسې حال کښې ګرانه خبره ده چې د پلاسنټا دنده سرته رسول دي و یا کل شي.

د اوږدې مودې د بلاربټوب درملنه:

i. که چیرې د اوږدې مودې لپاره بلاربټوب شته والې ولري نو طبیب لره ښایې چې په نارغ کښې بشپړې کنټرول ترسره کړي او په ځیر سره د هغوې له مخې د په کیدو ماشوم عمر وټاکي او ددرملنې لارې چارې یې برابري کړي.

ii. د ټرم (Term) کنه: هغه ښځو چې هیڅ زیږونه یې نده کړې (0)او د P/p ناروغانو په هکله دې ارزوونه وشي او اړوند معلومات دې راټول کړل شي پوره کنټرول او آزموینې دي وشي ددوې په هکله دې لاندې احتمالات په پام کښې ونیول شي هر یوې لږ څه ترشرحې لاندې راغلي :

- Dystocia: د جنین سایز او اندازه دې ترسره شي، سټندرد(Pelvimetry)دې سرته ورسیږي د(X-Rays) ، التراساوند کنټرول دې سرته ورسیږي.

- Fetal Distress: پدې هکله به دجنین د زړه دغږونو (آوازونو) په آوریدو سره دې معلومات ترلاسه شي Late deceleration په Oxytocin Challenge test کښې د Amniocentesis په کتنه کښې به Meconium – Stained مایع راوویستل شي دا دجنین د هایپوکسیا ښودونکي ده چې ډیره ژر زیږیدنه باید وشي.
- Inadequcy of placental function: د وینې د پلازما estriol او د متیازو estriol د سویې اندازه کول او ټاکنه به ګټوره څرګنده شي. دا کتنه دې د ورځې څو ځله سرته ورسیږي په سویه (4mg/dl/24 h) د دې ښودونکي دې چې جنین به سمدلاسه مړوي او که دا سویه د ۱۲- ٤ ملي ګرامه په هرډې ،سي لیټر په ۲٤ ساعتوکښې وي(-4 12/dl/24h) وي د ډیر ژر زیږیدنې ته باید اقدام وشي.

د پلاسنټا عدم کفایه به په Eosenophilia (>1) Karyopyknotic به (>10) د Lactobacillus فقدان د Mixed flora څخه د مهبل په Smeer کښې به د لالت وکړي چې پلاسنټا په نه بریالیتوب (عدم کفایه) اخته ده.

- طبي ستونزې: طبي ستونزې به لکه شکري ناروغي Toximea او Iso immunization د ماشوم د مرګ کوالخ ته زیاتوالي وروبخښي.

III. Induction delivary: د درملو ورکولو پواسطه او مرسته زیږونه ده دا ددې ډول ناروغانو لپاره غوره کارګیل شویدې که چیرې په طبیعي ډول سره زیږونه ونشي نو ددې لپاره Amniotomy سرته رسول کیږي او یا د وریدله لارې Oxytocin (Pitocin) ناروغ ته ورکول کیږي او که دا کړنلاره اغیزمنه نه وي او ماشوم د Cyanosis خواته روان وي نو په بیړه (عاجلاً) دې Cesarean Section سرته ورسول شي.

نو کله چې ماشوم وزیږید دقت او پاملرنه دي وشي دا ماشوم به د درې اونیو عمر په اندازي سره ډېر وزن به یې اخیستې وي او د وزن اخیستلو او پر مختللي عمر څرګندوې به وي.

پدې صورت د جراح د ذکاوت او مهارت نه ارزښت شته دي. تر څوپه وخت سره تصمیم ونیسي او د درملنې لپاره یې اقدام وکړي.

د جنین د مړینې او ژوندي حالت پوهیدنه او پیژندنه:

پرته له شواهدو درلودلو نشوکولای چې ووایو په کیدې ماشوم ژوندې دې او دا به له حقیقت څخه لرې خبره وګڼل شي. له همدې کبله دا ساده خبره ده که چیرې ښځه په دقت سره وکتل

شي او ويل شي چې په ګيده ماشوم ژوندي دې نسبت دې ته چې په ساده ګۍ سره وويل شي په ګيډه ماشوم مړدې.

د ماشوم د زړه حرکتونه، د زړه سوفل ، د ماشوم فعاله حرکتونه که چيرې طبيب وپيژني کولای شـې چې ووايې چې ماشوم ژوندې دي.

لاندې نښې که چيرې شته والی ولري ويلای شو چې ماشوم مړدی:

۱- که چيرې د ماشوم حرکتونه په رحم کښې د مور پواسطه احساس نشي ويلای شو چې ماشوم مـړ شوي دی.

۲- مور دخپلې ګيدي په منځ کښې سمدلاسه د کتلې د وزن يا دروندوالي احسـاس کـوي او داسـي وايې لکه چې يو دروند جسد يې په ګيډه کښې شته والی لري او په دفعتاً د حالت بدلون سره به پـه لمړنۍ مياشتو کښې که مور د زړه بدوالي او کانګو احسـاس وکـړي او مـنځ تـه راشـي دا پـه ددې ښکارندوی وي چې ماشوم مړ شوي دې.

۳- کـه چيـرې ښـځه پـه همـدې مياشـتو کښـې پخـواهم خپـل ماشـومان ضـايع (زيان) کړي وي او په همدې مودې کښې ناروغي چې درملنه يې نه وي شوې ولري پدي بايد توافق وکړو چې ماشوم مړدی او مور به يو لړ ناروغي چې درملنه يې نه وي شـوي ولـري لکـه: سـفليس، اکلامپسيا نفرايتيس او لوړه درجه تبه درلودل.

٤- که چيرې د اوږدې مودې لپاره کنه وشي او دزړه مقويت او غږونه شته والی ونلري دا کنه بايـد په يوازي او آرامه چپه کوټه کښې ترسره شي دا ددې ښکارندوي دی چې په ګيډه ماشوم مړ شوی.

٥- که چيرې د رحم د لويوالي د ټاکنې لپاره هره درې اونۍ وروسته کنه وشـي نـو رحـم ددي پـه عوض چې لويوالی ومومي هغه کوچني کيږي او کلکوالی پيداکوي.

٦- بله يوازني علامه داده چې د جس پواسطه (T.V) د مړه ماشـوم راس پوسـت(Soft)او خيشـت اولوند (Macerated) جس کيږي او د سر هډوکی يو دبل د پاسه حرکت کوي او دهغوي لـه پاسـه پوستکی داسې ښکاري لکه يوه سسته کڅوړه چې زوړنده وي. دا علامه کيدای شي چې د مهبل له لارې د سرويکس له لارې او يا دبطن د جدار له لارې و پيژندل شي د Maccration لپاره اړتياده چې د مړيني څخه يوه اونۍ او يا لس ورځې تيری شويوی.

رابرت Rabert يوه نوي علامه وښودله چې د راديوګرافی په لوستنه کښې د ماشوم د ويني د بهير پـه برخه کښې د ګاز(Gass) شته څرګند کړه.

۷- په امینوتیک مایع کښې د وینې او یا دشیدو په څیر درنګ شته والی دا حالت را پـه ګوتـه کـولای شـي خـو بایـد د hydrorrhea gravidarum او د امینـون مقـدم تمـزق دې د هګـی.د Suvchorionic development سره توپیر کړل شي.

۸- د تیښو Breast لوئیدنه یا پیرته د کوچینوالي لوري ته ځي.

۹- بښځه خپل وزن له لاسه ورکوي دا ځکه چې په تیره موده کښې پې یوه اندازه دروندوالی اخیستی دی.

۱۰- د B.M.R چې د بلاربتوب په موده کښې زیاتوالی مومي یا پدې کښـې عـدم کفایـه مـنځ تـه راځي.

۱۱- د مور په وینه کښې د پرن کیدنې (C.T) مودې کښې بدلون منځ ته راځي وینه به ترپنځـو دقیقـو پورې پرن شي خو دا دومره د ټینګار خبره نده.

۱۲- د بیولوژیک آزموینو له مخې یو لړ عالمانو ښودلی، کلـه چـې ماشـوم مړشـي د مـور پـه وینـه کښې Estrin له منځه ځي او په (C.G.H) هورمون کښې لږوالی منځ ته ځي.

۱۳- که چیرې د ماشوم E.C.G ثبت کړل شي او که Telephonic ampilfication ترسـره شـي ددی ښودونکي دي چې د زړه حرکتونه معدوم دي.

۱٤- د التراساوند په کتنه کښې به د ماشوم او د هغه د زړه حرکتونه ونه لیدل شي.

د څو ځلي (Multi parity) بلاربتوب پیژندنه:

دا ټکی کله کله اړ پریوزي چې د بښځې څو ځلي (Multi parity) دي و پیژندل شي پـه ځانګړي ډول سره د عدلی طب په برخه کښې اړتیا پیدا کیږي.

کله کله داسې پیښیږي چې بښځه اسرار کوي چې لومړی ځله (P/p) ده پداسې حال کښې چې ښایې څوکاله پخوا یې زیږونه کړې وي او ښایې دا زیږونه بی مـودې (Premature) وي او یـا د ګیـډې لـه لارې ماشوم د Cesarean. Section د جراحی کړنلارې په واسطه راویسټل شوی وي که چیرې ډیـر کلونه تیروي د زیږیدنې د وخت ترضیض ته دې پاملرنه وشي.

۱- د هایمن ژوره څیریدنه:- چې دا ښایې د یوځای کیدنی پواسطه هم وځیرل شي چې پـه یـوازی توګه دا غوره نښه نه بلل کیږي، ځکه چې داسې کېدای شي چې بکارت (Hymen) هیڅ شـته والـی ونلري او یا هم کیدای شي چې د زیږونی په وخت د اځیرل شوی نه وي.

۲- ژوره څیریدنه او د سرویکس تندب:

په P/p ښځه کښې سرویکس تل د مخروط (Conic) په څګیرد ګردی سوري سره یوځاي وي. که چیرې Paraus ښځه وي اود سرویکس سوری یې لوی وي او لږlaccration ولري. د مهبل برخه لږه Cylindaric په څیر او یاKnob-Shap په بڼه وي او سوری به یې مستعرض وي. سکار یا (ندبه) په سرویکس کښې ددی ښکارندویه ده چې پخوا پرې عملیات سرته رسیدلي دي او یا هم تقرح یې تیر کړی او په ولادي او یا کسبی ناروغی اخته شویدی په پیغله نجلی کښې به د رحم عنق بدلون (Cervisitic Change) د زیږونکی ښځې په څیر بدلون منځ ته راوړي.

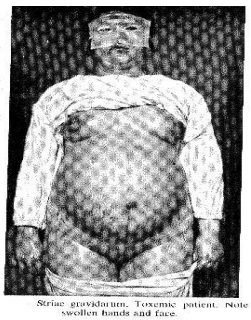
۳- Vaginal Scar د مهبل تندب:

د مهبل تندب د زیږیدنی له کبله منځ ته راځي. خو دا کیدای شي چې د عملیات ، جرحی او تقرح پروسې له کبله منځ ته راشي په ځانګړي ډول حادانتانات لکه دیفتریا. د پیغلې نجلې مهبل قالیني یا غالی ډوله (Rugous) زیګ (Rough) او تنګ اود مقعدی جګونکي (Levator ani) عضلات په ښه توګه هغه د (Pubic arch) په مقابل نیسي.

٤- تییونه به لاپسی هم برجسته او وتلی او لوی وي او Areola به په ژوره توګه (عمیقاً) صباغی وي او بعضاً کیدای شي چې Colostrum به د تي څوکی Nipples ځنې راویستل شي.

٥- ستریا ګراویدارم (Striaegravidarum):

د بلاربتوب Striae کیدای شي چې د تییونو، بطن ، او د ورنونو برخه زړه، سپینه او د Silver په څیروي په نوي بلاربتوب کښې به دا لیکې او کرښې د ګلابي او بنفش رنګونه ولري همدارنګه Striae په پیغلوڅربه ښځو کښې هم لیدل کیږي چې تصویرته وګورئ ، او کله کله د بطني تومورونو، د محرقی د تبی وروسته هم لیدل کیدای شي.



Striae gravidarum. Toxemic patient. Note swollen hands and face.

د ستریا ګراویداروم تصویر

٦- Rectus abdominis:

د ګیډی د جدار د قدامی برخی عضلات او دریکتوس عضلات استرخائی Relax حالت لري. دا په هغه ښځو کښې چې Full.Term ماشوم یې زیږولی وي لیدل کیږي. خو داسې هم لیدل شوي چې ښځې څو زیږیدنی کړي او هیڅ راز بدلون یې د ګیډی د جدار لپاسه ندی موندل

شوی.

د بلاربټوب د مودې د اوږدوالی پیژندنه او د زیږیدنی د ورځې وړاندوینه:-

دا د ناروغ او طبیب دواړو لپاره خورا په زړه پوری ده چې پدې پوه شي په کومه ورځ بـه زیږیدنـه وشي او د بلاربټوب د مودی اوږدوالی و ټاکي. په لاندی ډول سره کولای شو چې پـدې هکلـه خپـل معلومات راټول او هغه بیان کړو.

I. د هغه وینا وو له مخې چې ناروغ له خوا طیب ته بیان کیږي. چې پـه لانـدې ډول د شـرحې لاندې راځي.

i. د هغه نیټه چې پوره نږدې کېدنه (Coitus) سرته رسیدلی. او یا هم د ښځی په بدن تیـری شوي دي او یا هم د هغه نیټې څخه وروسته چې د ښځې خاوند ورک شـوي او بیـا یـې نږدې کیدنه نده شوی. نو کله چې دا نیټه و موندل شي نو دهغـې وروسـته (٢٦٦) ورځـې شمیرل کیږي نو کیدای شي چې د زیږیدنی ورځ وټاکل شي. البته دا د ناروغ د دقیـق وینـا پوری اړه لري، نو په یوه نیمه (١½) برخه دی ناروغانو کښې به داوه ورځو په موده کښـې زیږیدنه وشي.

ii. د وروستي حیض له مخې د Nagele rule د تطبیق کولو سـره سـم کېـدای شـي چـې د وروستني حیض د لمړی ورځې څخه وشمیرل شي ددی ورځې سره اوه ورځـې (جمـع) زیاتیږي، اویا ورځني درې مېاشتې منفي یا لږ کول کیږي. د ییلګې پّه توګه: که چیرې د یوې ښځې د حیض لمړنی ورځ د مارچ لمړی وي نو د دسمبر اتمـه بـه د زیږیـدني ورځ وټاکـل شي.

iii. Quikening:-

نو دا موده په Multiparus کښې (٢٤) اونۍ او په Primiparus کښې (٢٢) اونۍ ټاکل شویده.

II. Objective Signs:-

i. د رحم د سایز، محیط د بطن او د فونډوس د لوړوالی ټاکه د پوبس څخه تر Umblicus یاد نامه غوټې پوری د ټاکلو لپاره یوازینې کړنلاری بلل کیږي. او همدرانګـه یـولږ حالتونـه کولای شي چې دا اندازه کول تر اغیزې لاندې راوړي او غلط معلومات څرګند کـړل شـي لکه: د بطن د جدار پیړوالی د څربوالی له کبله، تومورونه، په ګیډه کښې د ګاز شتـه والـی

یوه ډکه د متیازو کڅوړه او یا ډک ریکټوم، پولی هایـد رواماینوزس ، غبـرګ ماشـومان پـه رحم کښې ، Contract حوصله او نور.....

ii. د ماشوم د سایز ټاکل ښه معلومات راټولوي چې دا د ماشـوم د سـایز ټاکنه د Ahlfeld,s په میتـود کښـې چې ماشوم عمر په میاشتو او جنین اوږدوالـی پـه (٥) پنځـه ویشـي د پنځـو میاشـتو پـه مـوده کښـې د وروسـتنې میاشـتی پـه بلاربتـوب کښـې دی. (18 – 1) تصـویرته پاملرنه وکړئ.

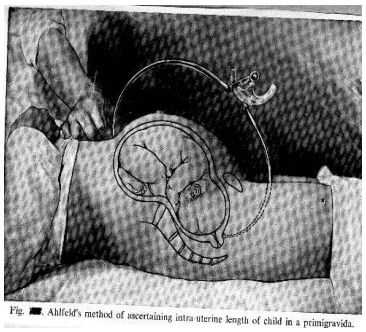


Fig. . Ahlfeld's method of ascertaining intra-uterine length of child in a primigravida.

(18 – 1) تصویر

د Term په موده کښې (لس میاشتو) د ماشوم اوږدوالی (٥٠) سانتی مترو ته رسیږي او په اته میاشتو کښې (٤٠) سانتی متر اوپه څلورو میاشتو کښې (١٦) سانتی مترونه رسیږي.

د Mcdonald,s په میتود کښې د اندازه کولو د پستی فیتې پواسطه د پوبس سمفیز څخه ترڅو چې د رحم د غور برخه ټاکل کیږي د اندازه کول سرته رسیږي په متوسط ډول سره دا لوړوالی تر ٣٥ سانتي مترو پورې رسیږي په لاندی ډول سره د رحم لوړوالی او دبلاربتوب موده ټاکل کیږي.

Mcdonald's Method of Uterus Size Estimation in Pregnacy		
No	*Hight of Uterus, /Cm*	*Duration of Pregnancy / week*
1	240 - 24.5	22–28 week
2	26.7	28 week
3	28.4	30 week
4	29.5- 30	32 week
5	31.0	34 week
6	32.0	36 week
7	33.1	38 week
8	33.7	40 week

iii. د ماشوم جس کول په مستقیم ډول سره:

بنايي د مور په ګيډه ماشومان د سايز له نظره يو تربله سره فرق (توپير) ولري دا همدارنګه داسې بڼکاري چې د مور په ګيډه هم دودی له نظره ورو اويا چټکه وده وکړي اودا لکه د رحم څخه بهر يا دزيږيدني وروسته ودی سره ورته والی لري نو ماشوم غټ سر کوچنی تنه لري چې ددی له مخې هم د ماشوم د مور په ګيډه موده پاکل کيدای شي پدی هکله (19 – 1) تصوير ته پاملرنه وکړی.

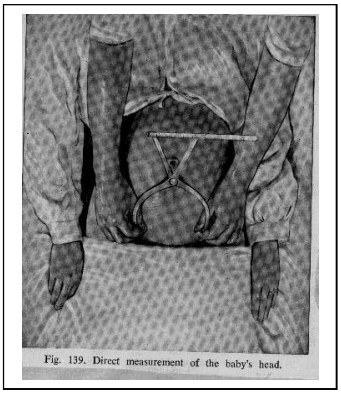


Fig. 139. Direct measurement of the baby's head.

(19 – 1) تصوير

iv. د زيږيدنی څخه د مخه د جنين د اوږدوالی پاکه:

دا دهغې مودی څخه چې د ماشوم راس يا سر د حوصلی برخی ته کوز شي د درې اونيو په منځ کښې به دا زيږيدنه سرته ورسيږي. او اکثراً به د منظمو تقلصاتو له مخې چې رحم يې کوي د زيږيدنې دردونه ويا کل شي.

د رحم د ښکتنی (سفلی) برخې او سرويکس بدلون:

د پورتنی برخې بدلونونه د زيږيدنی څخه (٣ – ٦) اونی د مخه ليدل کيږي او کله داسې هم کيدای شي چې د زيږيدنی د دردونو تروخته ونه ليدل شي. نوکه چيرې Cervical Effaced وليدل شي، دا به د زيږيدنی ښودونکي وي. او همدارنګه د رحم ډير حساسيت که چيرې بهرنی تخريشاتو په مقابل کښې شته والی ولري دا به ددی ښودونکي وي چې زيږيدنه ډيره نږدی ده.

يو لړ هغه طبي اصطلاح چې تعريف ته يې اړتيا شته دی په لاندې ډول سره هره يوه تعريف کيږي:

١- زيږيدنه (Labor):

دا دښځينه ارګانيزم يوه دنده ده چې د هغې په نتيجه کښې منځ ته راغلی عامل "ماشوم" د رحم څخه مهبل ته اوله هغه ځايه بهر د نړی ژوند ته غورځول کيږي. او همدارنګه دا اصطلاح نوروهغو حالتونو ته چې د رحم څخه ماشوم راويستل کيږي . لکه د Cesarean Section ته هم ورکولای شو.

٢- زیان (سقط) (Abortion):

دا اصطلاح د هغه حالت لپاره استعمالیږي چې د بلاربتوب د دورې تر پوره کیدو پخوا یا د مخه وقفه منځ ته راشي او جنین بهرته زیان کړل شي.

٣- بې مودې زیږیدنه (Prematur. Labor):

دا یوداسې حالت رابنائي چې په هغه کښې د مخه تردې چې خپله موده (نه میاشتې) د مور په ګیډه کښې پوره کړي ماشوم زیږوي او همد رانګه اصطلاح کله چې بلاربتوب ته د (٢٨ – ٣٧) اونیو په منځ کښې پایله ورکړل شي داستعمال ورډه.

٤- بلاربتیا (Gravida):

دا یوې بلاربې ښځې ته اطلاق کیږي. که چیرې یوه ښځه څو ځله بلاربه شوې وي ورته Multigravida ویل کیږي.

دا د Multus یعنی ډیر شمیر او Gravida یعنې بلاربتیا څخه جوړه شویده.

٥- زیږونه (Parere):

د دهغه ښځې لپاره استعمالیږي چې زیږیدنه وکړي نو هغه ښځه چې د لمړي ځل لپاره زیږیدنه وکړي ورته (Primi para) ویل کیږي چې دا کلمه د Primi-gravida څنې توپیر لري.

همد رانګه که چیرې هغه ښځه چې دوه یا ترهغه ډیرې زیږیدنې یې کړې وي د Multipara په نوم یادیږي. نوددې اصطلاح د پوهیدنو لپاره داسې طرحه کیږي. چې هغه ښځه چې د لمړي ځل لپاره بلاربه شوې وي هغې ته (Primigravida- gravida -1) ویل کیږي تر څو چې زیږیدنه یې نه وي هغې ته د Nulipara یا Para.O اصطلاح ورکول کیږي. نو که چیرې دا ښځه زیږیدنه وکړي (مړ یا ژوندی) د زیږیدنې په وخت دي ته Primipara ویل کیږي او که چیرې دا ښځه د دوهم ځل لپاره بلاربه شي ورته gravida II وایې او Primipar ده. او که چیرې دا ښځه سقط یا Abortionوکړي او بیا وروسته د دریم ځل لپاره بلاربه شي ورته gravida -I او Prmipara ویل کیږي.

نو له همدې کبله کله چې دا اصطلاحات استعمال کیږي باید د هغې صحیح استعمال وشي. کله کله د بعضې کلنیکي طبیبانو له خوا ددی لپاره چې مطلب لنډ ولیکل شي یوځو عددونه لکه: (٤-١-٢-٤) او یا (4-1-2-4) لیکل کیږي دا پورته عددونه په لاندې ډول سره مطلب افاده کوي.

٤:عبارت له هغه ماشومانو څخه دې چې Full-term دي.

١:عبارت له هغه ماشومانو څخه دې چې Premature وي.

٢: عبارت له هغه ماشومانو څخه دې چې سقط Abortion شوي دي.

٤: او وروستنې هغه ماشومان څخه دې چې ژوندي دي.

نو پورته لیکله دا راپوهوي چې د نومورې ښځې له خوا په پورته شرحې سره زیږیدنې شوي.

٦- زیږونکی(Parturient):

دا دهغه ښځې له لپاره استعمالیږي چې د زیږیدلو په حال کښې وي.

٧- پیورپیرا (Purepera):

دا اصطلاح د هغه ښځې لپاره استعمالیږي چې ماشوم وزیږوي.

دوهم څپرکی

د زیږیدنې کلینیکي مرحلې

Clinical Course of Labor

په ډیرو Primigravida او Multigravida ښځو کښې یولږنښې نښانې منځ ته راځي چې په پټ (مخفی) ډول سره تیریږي او د ډیرو ښځو له خوا دا د پرودروم(Prodrome) نښې نښانې نه تشیتیږي او که چیرې ولیدل شي دا به سمدلاسه وي.

۱- د ګیډې دپورتنی برخې فشار به لږ والی وموي اونا روغ به دسپکوالی احساس ولري اودحوصلی لوري ته فشار به زیاتوالی وموي او دمهبل څخه به مخاطی ډیسچارج بهر ته راووزي.

۲- غلط دردونه:- د بلاربتوب په وروستنی اونۍ کښې به ناروغ د رحم تقلصونه احساس کړي چې دا به لږوالی پیداکوي. دا حالت ددې ښودونکي دي چې زیږیدنه یې نږدې ده. ډیر ښځې دا دردونه داسې احساسوي لکه چې د حیض ددوري دردونه وي.

۳- (۲٤ – ٤۸) ساعته د مخه تردې چې زیږیدنه وشي د مخاط دیسچارج به دوینې سره یوځای خارج شي، کله چې دا مخاط د سرویکس له برخې بیلیږي د هغې وروسته یوه دوینې علقه چې د رحم جوف یې ترلی ساتلې بهرته راووزي دي ته د Show حالت وایې.

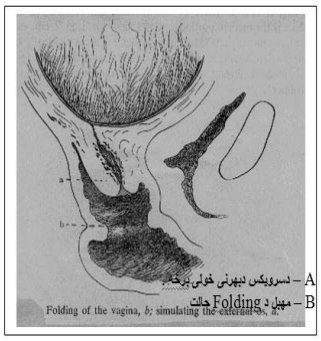
٤- د څلورو اونیو ګنو ښودلي چې سرویکس پوست(Soft) او لنډوالی یې موندلی او ښایې بشپړه وازیدنه (Effeced) یې کړیوي ، په Primigravida کښې یوه یادوه ګوتې د عنق د سوری له لارې نښوزي په Multiparus کښې دواړه ګوتې ورننوځي او دسرویکس برخه که په دننه کښې تنګه اوترلی ښکاري چې دا به دعنق په نارغیو کښې ولیدل شي او ابنارمل ګیل کیږي اود زیږیدنې تر مودې پورې همدا ډول پاتې کیږي.

کیدای شي چې عنق درې ګوتونه د تیریدو اجازه ورکړي چې پدې حالت کښې به زیږیدنه نه پوهیدونکی (Insensible) وي د زیږیدو لوري ته حالت به تدریجي وي خو دا هغه وخت څرګندیږي چې د رحم تقلصونه درد ناک شي او یاد دردونو ترمنځ د ښه والي وقفه شته والی ولري. خو دا به هغه وخت اغیزمنه وي چې سرویکس اتساع وکړي د زیږیدنې پروسه په طبیعي ډول سره په درې مرحلو ویشل کیږي.

د زیږیدنې پړاوُنه:

۱- لمړی مرحله :

کله چې د رحم منظم تقلصونه پیل شي او د خارجي سوري (Os.External) په پوره توګه اتساع وکړي او د مهبل سره سم به یو کانال جوړکړي چې مطابقت به وکړي چې دغه کانال ته Parturient Canal ویل کیږي. دا د Dilatation مرحله بلل کیږي او ددې مرحلې په پایله کښې غشاء څیرل کیږي او ممکن پدې مرحله کښې دا څیزونه سرته ورسیږي. په لمړی مرحله کښې واټرس کڅوړه نه څیرل کیږي خو موده یې توپیر لري.

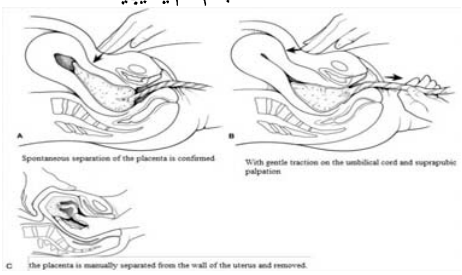


۲- دوهمه مرحله:

دا مرحله د لمړی مرحلې په پایله کښې شروع کیږي او ترڅو چې ددغه کڅوړې چاودنه د ماشوم راوتلولپاره سرته رسیږي دوام مومي او دا مرحله د Explussion یا چاودنې د مرحلې پنوم یادیږي.

۳- دریمه مرحله :

دا د کڅوړې د چاودنې څخه پیل کله چې ماشوم او پلاسنټا راووزي دا مرحله پای ته رسیږي. او دا کله کله د (Placental Stage) پنوم هم یادیږي.

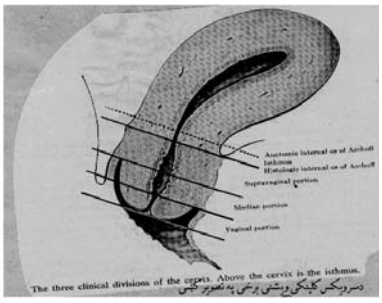


ددې مرحلې په لمړنیو وختونو کښې د رحم تقلصونو د پنځه لس دقیقو لپاره لږوالی مومي چې بیا وروسته تردې ددردونو زیاتوالی منځ ته راځي څومره چې د زیږیدنې پړاونه د پرمختلو لوري ته وړاندې ځي په همدې لړ کښې درد نور هم پرمخ ځي او زیاتوالی مومي او قوت پیدا کوي د نارو

ژړا کیدای شي د درد ښکارندوي وي. څومره چې درد قوت پیدا کوی په همدې ډول سره د درد موده لږوالی مومي لکه لس،اته،پنځه څلور دقیقې د مهبل په کتنه Vaginal Examination کښې چې مقعم وي د ماشوم د سر په برخه کښې مقاومت زیاتوالی مومي او دګوتې پواسطه احساس کیږي. دغشاء حساسیت او اوچتوالی (Bulging) د سرویکس د بهرني سوري په برخه کښې د سرویس بدلون ښکاره کوي چې دي ته Effacement او یا اتساع Dilatation وایې.

د سرویکس بدلون:

په تیرو دوه یا درې اونیو د زیږیدنې د وخت څخه پخوا د سرویکس په برخه کښې پوره بدلون منځ ته راغلی وي چې د غوښتنې (توقع) په اندازه په اکثراً ښځو کښې یې Efface (لویوالی) او اتساع Dilation موندلی وي. او په بعضی مواردو کښې Dilation لږه اندازه وي پدې حالت کښې رحم په دوه برخو ویشل شویوی.



The three clinical divisions of the cervix. Above the cervix is the isthmus.
د سرویکس کلینیکی ویشل برخې په تصویر کې

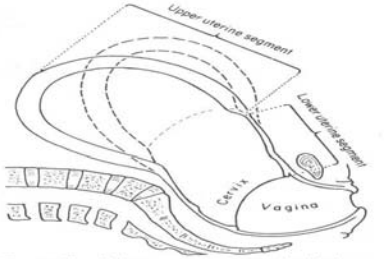


Fig. 4.1 The thick upper segment and the thin lower segment of the uterus at the end of the first stage of labour. The dotted lines indicate the position assumed by the uterus during contraction

پورتنی برخه چې (Contraction) یا نقلص موندلی برخه ده او ښکتنی چې اتساعی (Dilate) برخه ده دا دواړه برخې د یوه کړیز لیکي چې (Physiologic retraction Ring) پتوم یادیږي یوتربله سره توپیر کیدلای شي.

کله چې درد منځ ته راځی د امنیوټیک مایع، د ماشوم دسردکوپړی برخه ښکته د سرویکس لوري ته تر فشار لاندې راوړي او په همدې وخت کښې دا غشاء د سرویکس د کانال لوري ته د یوه پوچ Puoch په څیر ښکته راځي او هغه د مخاط ټوټه چې د بلاربټوب په وخت کښې د سرویکس په خوله کښې ساتل شویده ښکته لوري ته ټیله کیږي پدې وخت کښې هغه رګونه چې د سرویکس د برخې اروا په غاړه لري اود ټولو اتعاذ کوونکو غړو لپاره دنده ترسره کوي تشوالی مومي او د ماشوم د تیریدو لپاره یوه ښه لاره برابروي دا ټول فکتورونه یوتربله سره یوځای کیږي او د ښکته

برخې رحم لپاره ښه پراخوالی برابروي او د بشپړ پساژ (passage) تیریدنې لپاره د بهرنی فوحی (External.Os) څخه تر د (Retracting ring) پورې (۷-۱۲) سانتي مټره اوږدوالی لري.

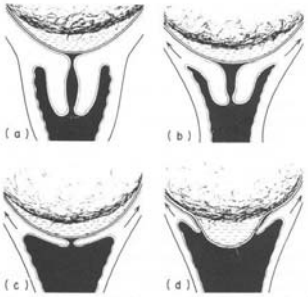


Fig. 4.2 The cervix is taken up and then dilated. Much of this happens in labour but in some women the earlier parts take place during pregnancy

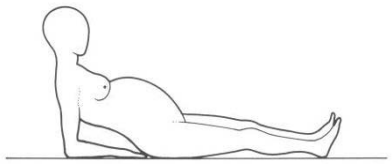
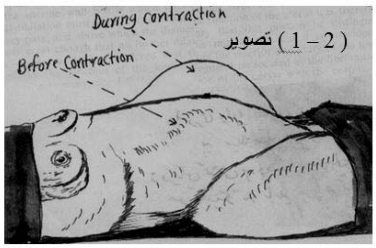
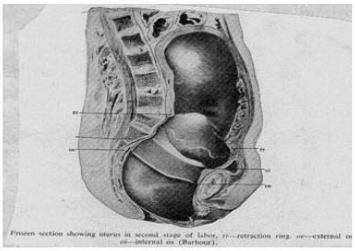


Fig. 2.14 Abdominal palpation. The patient is asked to sit up (or lean on her elbows) to test whether the head will engage

د کانترکشن دغه ټول پراونه په رحم باندې اغیزه اچوي او په نتیجه کښې د امنیون غشاء څیریدنه کوي او د امنیوټیک مایع ښکته لوري ته درېناژ او توئید نه کوي چې په همدی وخت کښې د ماشوم د سر کوپړي برخه ښکته لوری ته راووځي او د توپ د یوه والف په څیر دلته د رحم د ټرلو لپاره عمل کوي پدې حالت کښې د رحم د سرویکس برخه متوسع، ټرلی او Unfolded وي او یوازې بهرنی خوله سوری د سرویکس د ګوتو پواسطه د جس ورډی. لدې وروسته توسع اوږدیدنه مومي دغه بهرنی خوله خلاصیږي او د مهبل د کانال سره ددی اتساع په نتیجه کښې سمون پیدا کوي او له همدې کبله ماشوم کولای شي چې د همدې لارې بهرته راووزي. د نقلصاتو لپاره (۲-۱) تصویر ته پام وکړي. دا تصویر رحم د نقلص اوله هغه څخه د مخه په حالت کښې را ښایي.



تصویر (1 – 2)


(1-2) تصویر

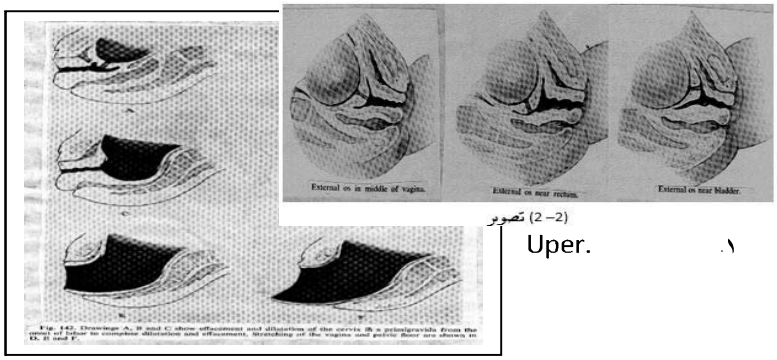
دا تصویر په دوهمه مرحله د زیږونه کښې ییلاییلې برخې او حالتونه څرګندوي.

دا درې واړه تصویرونه د بهرنی خولې د موقعیت نیولو ځایونه په ییلاییلو برخو کښې څرګندوي.

د فزيکي کتنې په وخت د مهبل کتنې په وخت کښې د هغوی دغه موقعیتونه باید په پام کښې ولرل شي.

په سرویکس کښې بدلون:

لکه چې په (2– 2) تصویر کښې ښکاري د زیږونې په پیل بـه د توقـع لـه مخـې لـوی (effaced) وي او په بعضې ښځو کښې دا متوسع (Dilate) وي ځکه هغه پراوونه چې د ماشـوم لـه خوا په وروستیو (۲ – ۳) اونیو کښې په رحم کښې تیریږي دا پخپله د سرویکس په برخه اغیـزه کـوي او هغه زیږونې ته تیاروي. په بعضې حالتونو کښې سره لدې چې توسع Dilatation لږه انـدازه شـته والی ولري رحم دلته په دوه برخو باندې ویشل کیږي.



(2 –2) تصویر

۱. Uper.

Contracting.Portion

۲. Lower. Dilating. Part

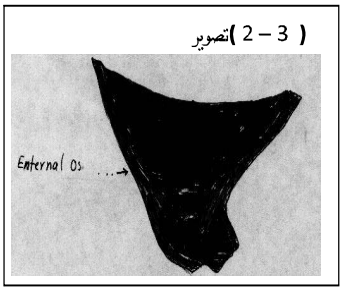
همدارنګه دا برخې Physiologic retraction ring پواسطه چې (5 – 2) تصویر کښې ښودنه شویده یو له بله سره توپیر کیږي. کله چې دردونه منځ ته راشي.نو دامنیوټیک مایع او ماشوم د سر کوپړی د سرویکس کانال په منځ کښې داسې عمل کوي.(Pauch-like) په څیر ښکنه لوري ته ټیله کیږي.چې دغه حالت د بلاربټوب په وخت د مخاطی ګلې (mucus plug) پواسطه نه پرېښودل کیږي. د(Stieve) د وینا له مخې دغه ټوټه د مخاط چوې هغه رګونه چې د انتعاذي غږوته وینه رسوي پدې حالت کښې تشیږي چې همدا پروسه د تیریدنې لپاره ډیره اندازه لاره برابروی دغه ټول فکټو رونه په ګډه سره (Lowe Uterin Segmet) د ودې او جوړیدنې لپاره عمل کوي او هغه Fold چې د سرویکس په برخه کښې شـته والی لری له پورته څخه ښکنه لوري ته

له منځه ځي دغه حالت د (3 – 2) تصویر څخه تر (6 – 2) تصویرونو کښې په ښه توګه څرګند شوی دی ورته پاملرنه وکړئ.

همدارنګه د بشپړې تېریدنې Compleat passage لپاره د External Os څخه تر Retracting ring پورې ښائي د (۷ – ۱۲) سانتي مترو پورې اوږدوالي ولري.

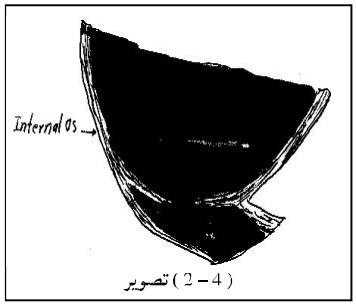
په دغه پروسه Contracting Portion د رحم د Dilating part پواسطه نشي کیدای چې احساس شي لږ ترلږ تر څو چې غشاء ونه څیرل شي او امنیوټک مایع بهرته راونه وځي ځکه چې د سرکوپرې په Lower Uterinn Segment کښې تثبیتېږي. او هغه دلته د پوهیدنې لپاره (7 – 2) تصویر ته پاملرنه وکړئ.

همدارنګه د (C.C)د قوت په وړاندې د (A-A) مقاومت لږوالی مومي له همدې کبله د(G)په برخه کښې (B) په څیر فشار شته والی نلري باید چې جسم ته د (A-A)په برخه کښې فشار ورکړل شي او پرېښودل شي هغه مایع چې د (B) په برخه کښې ده د (G) لوري ته ورکړه شي نولدې وروسته به د (G) د برخې فشارهم لکه د(B) په څیرشي. دغه پینه اکثراً کلینیکي د دردونو په وخت کښې د (B) د برخې فشار لوړېږي او له همدې کبله د (G)برخې فشار هم لوړېږي که چېرې دغه حالت په لږه درجه کښې وي نو کله چې درد ورک شي فشارهم په دواړه لوروکښې له منځه ځي. د همدې کبله ددی لپاره چې



(2 – 3)تصویر

څرنګه د سرکوپرې له د توپ د والف په څیر عمل کوي (7 – 2) تصویر ته دې پاملرنه وشي. دا حالت د امنیوټک غشاء سره داسې پېښېږي چې یو ډېر ظریفانه اتساع (Gentle dilator) ورکونکي د رحم دغه عمل پوره کاندي رحم د ایسموس او سرویکس برخه پورته لوري د اعتلان د پاسه راکاږي.د Internal Os د پوهیدنې لپاره د(3 – 2) تصویر ته پاملرنه وکړئ.



(2 – 4) تصویر

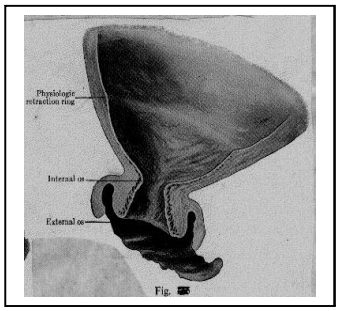
(3 – 2) تصویر د سرویکس د Effacement یا Oblitration چې په P/p کښې نیمائي بشپړدی همدارنګه سرویکس به په بشپړه توګه تړلی Oblitrated او یا هم Effaced او یا unfolded حال

دا چې ډیره اوښتنه به یې کړې وي او یوازې بهرنی خوله External Os به پاتې وي له همدې وروسته Dilatation پیل کیږي.

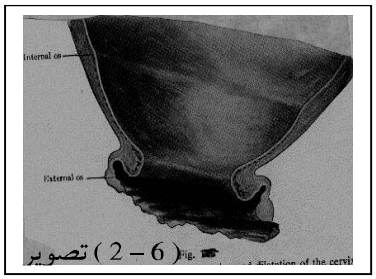
پدې هکله (4 – 2) تصویر ته پاملرنه وکړئ. چې څرنګه Effacement او یا Oblitration بشپړ دی په P/p کښې او Dilatation پیل کړي.

کله چې External Os وازشي دا به ډیر لوی وي او ډیر به مهبل ته نږدې وي Dilatation اوس بشپړ شوی او ماشوم کولای شي چې د هغه څنې راووزي.

کله چې سرویکس اتساع وکړي دا به ډیرپورته وي او و به نشوکړای چې ګوته هغه ته ورسوو.



(5 – 2) تصویر



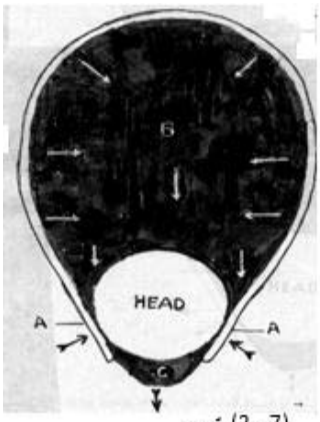
(6 – 2) تصویر

همدارنګه د سرویکس Effacenent اویا Obliration او Dilatation یو په بل پسې په M/p ښځو کښې منځ ته راځي چې دا (5 – 2) او (6 – 2) په تصویرونو کښې په ښه توګه ښودل شویدي.

کله چې سرویکس بشپړ وازشي د زیږونې لومړنی مرحله (1st Stage) پای ته رسیږي او دوهمه مرحله (2nd Stage) پیل کوي.

د واټرس کڅوړه (The Bag of Waters)

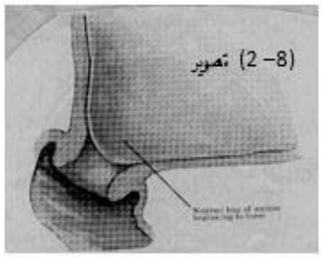
Baudelocque د واټرس کڅوړه داسې تعریف کړې ده چې دا د هغه غشاء یوه پوټه ده چې د رحم تقلص په وخت د سرویکس داخل ته د رتنج یا (Pouch) په څېر ننوزي همدارنګه یـوازې نـور هغـه برخې ته وایي چې د Dilating Os برخه پوښـوي او همدارنګه یوازې لا تر اوسه هـم امنیوټیـک ټـولئ کڅوړئ دغه نوم ورکوي. د ماشوم د کوپړۍ عمل د پنډوس (توپ) والف Ball-Valveaction تـه پـه (7 – 2) تصویر کښې پاملرنه وکړئ.



تصویر (2 –7)

د A-A برخه په دوه جوفونو ویشي. او همدارنګـه B برخه د رحم د جوف منځ څرګندوي چـې د G په برخه کښې د سرویکس C په برخه کښې د (B) په نسبت د لږ فشار درلودونکی دي.

همدارنګه کله چې فشارد رحم درد یا تقلـص پـه نتیجه کښـې زیـاتوالی ومـومي دا فشـار پـه راس (کوپړۍ) او غشاء باندې بنـکـته لـوري تـه فشـار راوړي او غواړي چې د G د برخې فشار کله چـې لوړشي د Bag of Waters برخه د سـرویکس د Os په برخه کښې د Flat cone په څېر بڼـه غـوره کوي چې هغه ته په (8 – 2) تصویر کښې پاملرنه وکړئ.

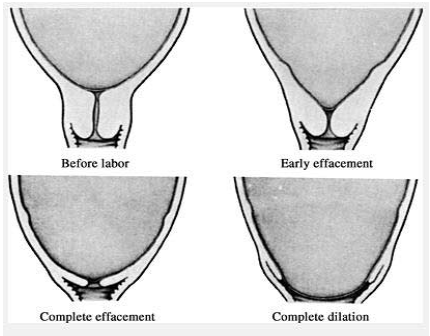

تصویر (2 –8)

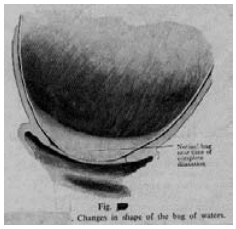
په برخه کښې د اغشاء غواړي بنـکـته لوري ته راووځـي Osاو همدارنګه د فشار په نتیجه کښې د تصویر ته پاملرنه وکړئ. (9 – 2) په څېر عمل کوي. د پوهیدنې لپاره Pouchاو د نو کله چې غشا پسـته او دفشار له کبله د مهبل لارې ته ورننوځي او بنایې په مقدم ډول سـره رپچـر وکړي او که چېرې کوریون (Chorion) یعني جنین دغه د امنیون غشاء وځیري نو کېدای شي چې

دغه کورين د Dilated Os حُنې د يوې برخې څخه ديوې نرۍ کڅوړې په څير قسماً راوتلې ښکاره شي.

که چيرې دا کوپړۍ، د رحم په ښکتنۍ برخه کښې ټثبيت شي او دغشاء سره نښتې وي نودلته هيڅ راز د واټرس کڅوړه به راوتنه ونکړي. په هر درد کښې د واټرس کڅوړه حساسه او دردناکه کيږي او دردونو په منځ وقفه کښې هوساوي.

د غشاء د رپچر لپاره ډيرښه وخت دی چې سرويکس بشپړه Effaced او Dilated وي، خو کيدای شي دا غشاء په هره يوه مرحله (Any Stage) حتّی کيدای شي چې د دردونو د مخه رپچروکړي چې دا د (Dry. Labor) پنوم يادېږي.




(9– 2) تصوير

دا ښايې د کوريون په واسطه رپچر شي او هغه ټيله کړي او يا د ماشوم کوپړۍ،وپوښوي،اويا هغه ډير وروسته وزيږي که چيرې ماشوم روغ وزيږيږي نو دا به ډيرنيکمرغه وي چې دې ته د (Caul) نوم ورکول کيږي دلته بايد ډير ژر Caul د ماشوم د کوپړۍ،څخه پورته کړل شي که چې راس (کوپړۍ) وزيږيږي ترڅو ماشوم ښه سا و باسي. که نه ماشوم به (Unlucky) بدبخته وي. دا د واټروس کڅوره اکثراً د ډير قوي درد په اوږدو کښې له مرکزي برخې حُنې څيرل کيږي، او دامنيون مايع به په يو وارسره راووځي. ښايې دا اوبه د څاڅکو په څير او يا د هر درد په لړکښې به لږه اندازه خارج شي. کله کله داسې پيښيږي چې دغه مايع ددوه غشاو په منځ کښې را ټوله شويوي او ماشوم ورحُنې بچ پاتې وي داسې ښکاري چې دوه کڅوړۍ د اوبو شته والی ولري. کله چې داد واټرس کڅوړه رپچر

وکړي د دردونو وقفه به ډيره لنډه شي او د رحم سايز او جوف به لږوالی ومومي او څـو څـاځکي د وينې به ولیدل شي.

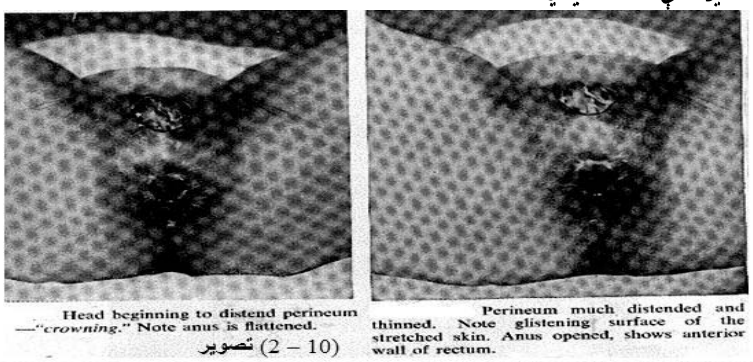
کله چې دغه د سرويکس بدلونونه ددې سبب شي چې ماشوم دي د واټرس کڅوړې سره د کوپړۍ او بدن برخه د مهبل لوري ته ښکته راځي او ښايي د حوصلې د فرش برخې ته ورسيږي دلته د ريکټوم برخه کښې عصبي څانګې تر فشار لا ندې راځي زيږونکي ښځه داسې فکر کوي چه Stool غايطه مواديې ښکته لوري ته ځي. له پورته څخه د غور څخه د ښکته سګمنټ لوری ته فشـار زيـاتوالی مومي.

دوهمه پړاو (مرحله)The Second Stage:

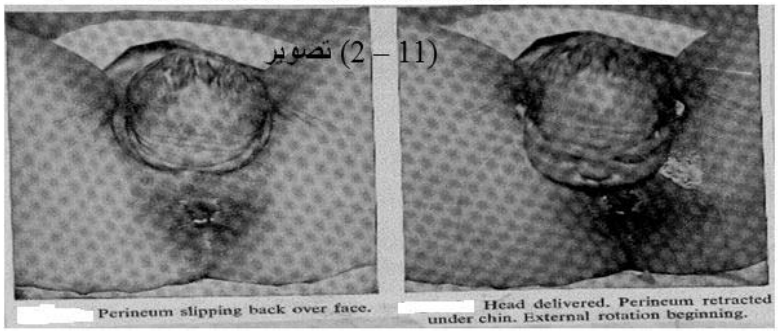
دا مهال درد هره ګړۍ زياتوالی مومي قوي کيږي او په هر (۳- ۲) دقيقو کښې به تکرار شي او په وصف کښې به يې بدلون راشي او چاودونکي وصف به ولري. ښځه پدغه حالت کښې ژړا لري او داسې فکر کوي چې د هغې په حوصله کښې جسم او کلله احساسوي چې غواړي هغه په زور وهلو سره وباسي. هغه خپل کوناټي (Glotis) يو تر بله سره نږدې کوي او صدريې پداسې حال کښې وي چې (Inspiration) شهيق لري د خپلو پښو پواسطه په کټ باندې فشار راوړي او يو قوي عمل د ګيډې د جدار د عضلاتو پواسطه سرته رسوي ترڅو د ماشوم کوپړۍ ښکته لوري ته وباسي. د تقلص په وخت رحم لکه د تختې په څير قوام پيداکوي. او زيږونکي ښځه د زيږيدنې لپاره ډير په کلکه کارکوي. د نا روغ نبض زياتوالی مومي او دغاړې اوعيه Neck Vein اوچته وتلی ښکاري. د مخ برخه يې خوليجنه وي او داسې ښکاري چې له حمام څخه راوتلی وي.

د ماشوم د کوپړۍ له کبله په Obtruator, Sacral اعصـابو بانـدې فشـار راوړي او نا روغ داسې فکر کوي چې درد د حوصلې په برخه کښـې داسـې فکـر کـوي چـې هغـه د غايطـه موادوکړنې ته اړتيا لري. همدارنګه هغه مواد چې د کولمو په برخه کښـې وي د فشـار پـه مـنځ تـه راوستلو کښې مرسته کوي او د (۱۰– ۲۰) دقيقوپورې مقعد په وازيدنه پيل کوي. کـه چيـرې نـا روغ هموروئيد (بواسير) ولري هغه به وپرسـيږي ډيـرژر د شـونډو پـه برخـه کښـې د ماشـوم د کـوپړي Wrinkled.Scalp برخه ښکاره کيږي. کله چې درد له منځه ولاړشي د حوصلې د فرش دالاسـتيک وصف له کبله هغه پيرته د خلف لوري ته ترفشار لاندې راوړي. پـه راتلـونکي درد کښـې پرينيـوم

نورهم راوتلی بنکاري او مقعد لاهم وازیږي تردې چې کولای شو د مقعد قدامي جدار وګورو.
همدارنګه شونډې لاهم سره لیري کیږي او دهغوی په منځ کښې به یوه لویه او پراخه برخه د Scalp ولیدل شي دی ته د Crowning حالت ویل کیږي او په (10– 2) تصویر کښې بنودل شویدي.
اوس د دیرقوي هڅې له کبله چې د ګیدې د فشار له کبله پر کوپړۍ باندې راځي د Occiput برخه د Pubiss شاته راځي اود Forehead، Face او Chin د پرینیوم پرمخ راځي دا حالت په(11 – 2) تصویر کښې بنودل شویدي.



تصویر (2 – 10)



تصویر (2 – 11)

او بنځه داسې احساس کوي چې هغه وخیرل شوه، لدې وروسته د څو دقیقو لپاره وقفه شته والی لري چې وروسته دردونه بیاله سره پیل کیږي او اوږې راوزي او وروسته تر هغه د ماشوم نوربدن زیږیږي او پښې ورپسې زیږیږي چې دا ټوله یوه اوږده، سخته او چاودونکي هڅه بلل کیږي.

ماشوم ساکشوي او د مور دپښو په منځ کښې لوئيږي او په چټکی سره به اوچتـه ژړا وکـړي او ددې وروسته به لږه اندازه وينه د امنيون د مايع او غشاء په پايله کښې راوزي کيدای شي چـې بعضـاً بـه رحم Contract د کيږي په برخه کښې چې Ball- Shpped Mass پنوم يادیږي شـته والی ولري چـې دلته دوهمه مرحله پای ته رسيږي او وروسته ترډې دريمه مرحله پيل کيږي.

دربمه يا د پلاسنتا مرحله(The Third or Placental Stage):

د (۲-۱۵) دقيقو د تيريدنې وروسته رحم بيا په نقلص پيل کوی لږ څه وينه بنايې دلومړی نقلـص سـره راووځي له لومړی کښې رحم مسترېح او لږ هموار وي خو در درد يا نقلص په وخت کښـې رحـم کوچنی، کلک او د پنډوس په څير بڼه اخلي د زيږونې څخه وروسته دردونه دومره ډيـر نـه وي چـې هغه دې د نظر وړ وبلل شي. پدې حالت کښې طبيب کولای شي چې په هـر (٤-٥) دقيقـو کښـې دا نقلصونه وويني. کيدای شي چې دا دځو دقيقو څخه يوه ساعت پورې وخت ونيسي داسـې کيـدای شي چې رحم د کيږي پورته برخـې ته د ځګر څخـه بنـکته لـوري تـه ورسيږي حال دا چې بنايي Pubiss څخه پورته برخه پسته او غـوټی په څير وي په همـدې وخـت کښـې د صروی کورډ Umblical Cord يـوه برخـــه راوځـــي دا حالـــت ددې څرګندوی دی چې پلاسنتا به د رحم د جدار څخه رابيله شويوي.

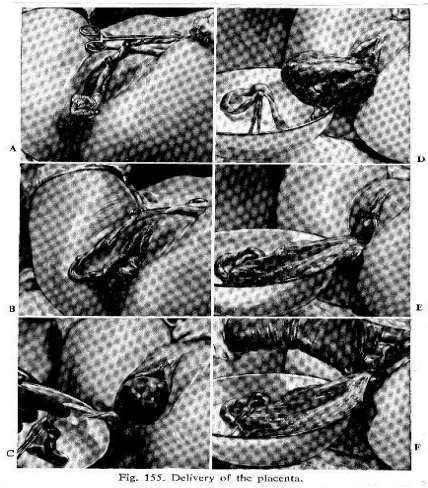


Fig. 155. Delivery of the placenta.

(12– 1) تصوير

کله کله داسې هم کيدای شـي چـې پلاسنتا (پريوان) پخپلـه يـوه انـدازه رابنکاره کيږي او پـه زيږيدنـه پيـل

کوي لدې سره سم به يوه اندازه وينه راووځي. پدې هکله د (12 – 1) تصويرته پاملرنه وکړئ. پـدې لړکښې که چيرې د ماشوم د زيږيدنې وروسته نا روغ تهErgonovin او نور د رحم تقلص ورکوونکی ورکړل شی د پريوان راوتنه (دريمه مرحله) به ډيره لنډه موده ترپنځه دقيقو پـورې ونيسـي. کلـه کلـه داسې پيښيږي چې پلاسنټا (پريوان) راونه وځي نو جراحي مداخلې ته اړتيا پريوزي.

A. د کورډسموالی او داپې زيټومي Episiotomy په پرهرکښې داسـتفجي ګـاز شـتـه والـی څرګندوي .

B. دکوردرواتني پرمختګ ښايي او پلاسنټا ښايي چې ښکته لوري ته راښويدلې ده.

C. پلاسنټا ښايي چې تر هغه شاته وينه څرګند يږي کشيد نه دې په کورد باندې ونشي.

D. د پلاسنټا يوه برخه زيږيدلې ده.

E. يوازې غشا لاهم پرته له کوم بدلونه پاتې ده وګورئ چې څرنګه Basin دمقعـد پـه برخـه کښې ځای په ځای کيږي ترڅو پلاسنټا پکښې را وغورځيږي.

F. د پلاسنټا وروستنی برخه به د ګوتې په واسطه را وويستل شي.

د رحم تقلصونه (د زيږونې دردونه):

Uterine Contractions (Labor Pains)

د رحم تقلصونه به تر ټولو غوره منځ ته راتلنې په زيږونه کښې وي چې ورته بايد ځانګړی پام وکړل شي حتی يو هغه رحم چې بلارب نه وي هغه هم تقلص کوي لکه په تحيض کښې او د تحت المخاط په مايوما کښې کله چې دا تحريش Irritation وکړي. د بلاربټوب په دوره کښې دغه تقلصونه په ثابت ډول سره له منځه ځي او دا هغه وخت منځ ته راځي کله چې جسوکړل شي او يا هم شپږمه اونيی (Week) د بلاربټوب د پيژندنې لپاره هم اکثراً مهم دي.

۱. دردونه غير ارادي دي چې ښځه وربانديِ کنټرول نشـي کـولای داد Cerebrospinal سيسټم تر کنټرول لاندې دي د يوه Mental Shock روحي شاک وروسـته ښـايي دغـه د رحم تقلصونه له منځه ولارشي.

۲. د يوه زيږونکي رحم واحدونه د رحم اناټومیک بدلونو او تقلصونه نو پرښتې ولاړ دي نو کله چې د پورتنۍ برخې رحم هر ځلي تقلص وکړي لـه دې سـره سـم ښـکنۍ برخـه او سرويکس هم تقلص کوي. او کله چې د هوسايني relaxation مرحله په پـورتنۍ برخـه د رحم کښې منځ ته راشي رحم د retraction لوري ته ځي چې ورتـه (Brachystasis) حالت وايي او همدارنګه رحم ښکنۍ Lower. Segment برخه سموالې پيداکوي چـې ورته د (Mecystasis) حالت وايي او سرويکس برخه اتساع Dilatation کوي.

۳. د رحم عملونه او دردونه په متناوب ډول دي چې دغه حالت د اروا سـره پـوره مرسـته کوي او دوينې بهير له سره منځ ته راځي. دغه د رګونو ډکيدنه او تشيدنه د سيتول او دياستول په وخت د مهبل برخه پوره تراغيزي لاندې راوړي او هغه بشپړه اتساع Dilatation کـوي. اوهمدارنګه په دې لړ کښې د ماشوم لپاره هم د اړتيا وړ اوکسيجن برابروي.

٤. دغه تقلصونه منظم دي او درې مرحلې (پراونه) لري.

i. Increment.

ii. Acme.

iii. Decrement.

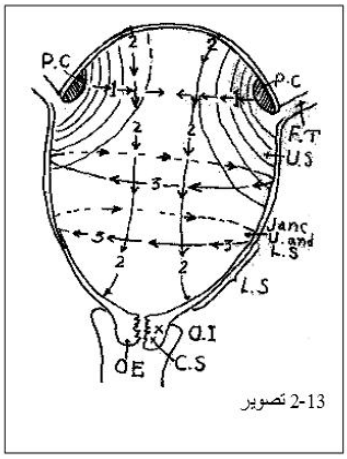
چې همدارنګه د Increment مرحله به دAcme تر مرحلې اوږدوه موده ولـري اود Decrement تر مرحلې به هم اوږده وي. درد نه د (۳۰–۹۰) ثانيو پورې موده وينسي اوله منځه ځي وقفـه کېـدای شي د څو ثانيو څخه تريوه ساعته پورې اوږده شي چې دا زيږونې د او صافو پورې اړه لري بعضـاً دردونه مضاعف وي او بعضاً د يوه ضعيف درد پسې يو قوي درد منځ ته راځي او د لـومړۍ مرحلـې دردونه نسبت دوهمې مرحلې نه ټوپير لري. تقلص د مخه تردې چـې درد احسـاس وشـي مـنځ تـه راځي او لږه موده وروسته ترهغې چې درد له منځه ولاړشي تقلص هـم لـه منځـه ځـي. درد هغـه وخت زياتيږي چې فريکونسي يې زياتوالې وموميې که چيرې طبيب خپل لاس پرګيډه بانـدې کـيږدي کولای شي دغه ټکی پيدا کړي او همدارنګه د رحم بدلونونه هم کولای شي چې په همـدې صـورت سره احساس کړي.

Hartman او Koff د بیزو په رحم کښې د زیږونې په لړ کښې لاندې څرګندونې کړې دي. لکه چې په تصویر کښې ښکاري یوه زیږونه په ریزوس بیزو کښې څرګندوي.

۱. د هغه څپې ښودونکي دی چې د (P.C)Pacemaker برخې څخه لږ څه پورته د نفیرونـو د ننوتلوځای څخه داخلې منځ ته راځي او د مرکز لوري ته لیږل کیږي.

۲. په اوږدو سره لنډیدنه چې د Orbicular په څیر منځ ته راځي، دا د پورته څخه ښکته لوری ته لیږدول کیږي. ((L.S) پنوم ښودل شویدي.

۳. هغه د دائرې په څیر څپې چې د پریستالتیزم په څیر دي داد round لیګامنت د تثبیت په برخه کښې منځ ته راځي اوښکته د سرویکس د معصري لوري ته ځي چیرته چې د زیږونې د ننـه خولـه شته والدري. (O.I) د بشپړې پوهیدنې لپاره (13 – 2) تصویرته پاملرنه وکړې.



13-2 تصویر

٤. د رحم نقلصونه ډیر درد لرونکي دي او د دردونو بڼه او شدت سره توپیر لري لـومړنی درد پـه ملا کښې احساسیږي او ښایې چې دا درد دضعیفي د احساس په څیروي چې ښـځه پـدې حالـت کښې غواړي خپله ملا ونیسي او هغه حمایت کړي.وروسته تر هغـه دردونـه د حوصـلې لـوري تـه لیږدول کیږي او هلته احساسیږي په لومړنی مرحله د زیږونه کښې درد د سرویکس په برخه کښـې د سرویکس دمستقیم کیدنې او کشیدنې له کبله منځ ته راځي چې پدې حالـت ددې برخـې ترفشـار لاندې راځي.

بنايې دری واړه علتونه سره يوځای شي او درد څرګند کړي دا علتونه هريو:

a. Grinding.

b. Twisting.

c. Resembling.

دا علتونه په ګډه سره د ګيډې کوليکي دردونه منځ ته راوړي. هغه درد چې په ملا کښې په لږه اندازه احساسيږي دا به د درد خپريدنه هلته کوي لکه چې حوصله کښې چې د حوصلې د نيورالجي له کبله منځ ته راځي او يا هم د حوصلې مفصلونو د سميدنې (Stretching) له کبله منځ ته راځي. هغه اعصاب چې اخته کيږي. دا به د Sacral او Lumber ضفيري وي. کله چې د ماشوم کوپړي د مهبل برخې ته رسيږي درد به دلته د مهبل د سميدنې له کبله وي چې د يوي خيريدنې په خير به وي.

کله چې ماشوم وزيږيږي دغه درد به توپير پيدا کړي. ژړا به لږه شي او دومره شکايت به ونلري.

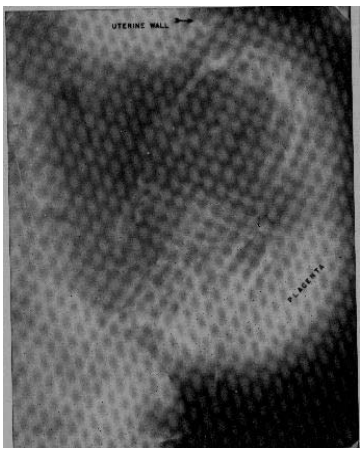
کله چې پلاسنتا (پريوان) او غشا وزيږيږي دغه ډول دردونو ته به د (After-Pains) نوم په ځانګړي ډول سره په M/p ښځو کښې ورکړل شي ددغه دردونو دله منځ ورلو لپاره د درملو ورکولوته اړتيا پريوزي.

پرته له درده زيږونه نشته خو کيدای شي په نادر ډول سره منځ ته راشي. او که چيرې داسې وشي دا به شرحه نکړل او که چيرې د نخاع ناروغي شته والی ولري او که Cotte's Pelvic Sympathectomy سرته رسيدلې وي زيږيدنه به لږه اندازه د درد سره وي.

د زيږونې دورې لپاره راډيولوژي:

Roentgenography in Obstetrics:

د زيږونې د دورې د ناروغيو د پوهيدنې لپاره د راډيولوژي لوستنه ډيره ښه او له اهميت څخه ډکه او غوره کړنه بلل کيږي د هغې له مخې کولای شو چې د يوه ماشوم او يوه تومور دشته والي ترمنځ ښه توپير وکړو. نو له همدې کبله په هغه حالاتو کښې چې د ګيډې د جوف تومورد شته والي په صورت کښې د لاپراټومي د سرته رسولوڅخه د مخه دې راډيوګرافي ترسره شي. دشته بلاربټوب په هکله دې بشپړ معلومات راټول کړي. اود Aschheim Zondek او يا Friedman آزمويني دې ترسره شي.



(14 – 2) تصویر

د بلاربټوب په دوره د راډیوګرافي سرته رسول د پیژندلو لپاره مرستندویه او دانه چې د زیږیدنې لپاره دا یو خطر وبلل شي.

د رادیوګرافي جنبي حالت ته پام وکړي. د یادولو وړده چې وویل شي د یو لړ ناروغیو د پیژندونې لپاره ښایې ماشوم د رادیوګرافی ترسره کول اغیزمن وي ځکه چې یولړ ناروغي شته چې په جنین باندې اغیزې اچوي او د هغه ناروغیو لپاره رادیوګرافي اخیستل کیږي.

دا ناروغي لکه . د Radus د هډوکي نشتوالی د ترومبو سایتو پینی لپاره چې T.A.R سند روم بلل کیږي. (Thrompocytopinic absent Radius Syndrom) او یا هم د پولی ډکټیل په صورت کښې د Ellis- Van Creveld Syndrom حالت کیدای شي چې وخیړل شي.

او همدارنګه په لاندې حالاتو کښې د راډیوګرافي اخیستنه ګټوردي.

i. په هغه حالاتو کښې چې د کیدې د تومورونو ځنې د بلاربټوب پیژندل مطرح وي. سره لدې چې طبیب کولای شي چې د ماشوم آواز واوري خو یا هم په مقدم بلاربټوب کښې دا ډول ساده رادیولوژي سرته رسیږي. او د بلاربټوب په لمړنیو اونیو کښې یوازې د هوا (Gass) د تیرولو پواسطه د پریتوان جوف ته (Pneumoperitoneum) پواسطه کیدای شي Fetus جنین وپیژندل شي. خو تردي کړنلارې د Aschheim – Zondek او Friedman آزمویني ډیرې ساده اومصؤن دي.

ii. دې لپاره که Multiple Pregnancy د اشتباه لاندې وي. (A-P) و ضعیت رادیوګرافي سرته رسیږي – او جنې Lateral هم د اړتیا په صورت کښې سرته رسیږي.

iii. د ماشوم د مړینې د ټاکلو لپاره:-

iv. که چیرې ماشوم مړشویوي نو پدې حالت کښې به (Spalding – Horner Sign) داسې چې د سر هډوکی به Overlap یو په بل باندې خیال ورکړي. په همدا ډول سره Spinal angulation حالت هم په مړینه دلالت کوي او Thoracic collaps هم ددې حالت ښکارندوی دی.

v. او همدارنګه د ماشوم د وینې په سیستم کښې د ګاز (Gass) شته والی د ماشوم د مړینې په حالت دلالت کوي.

vi. ددی لپاره چې وپوهیدل شی چې په ګیډه ماشوم Malposition لری او که دبلیکی په توګه Transvers. Position مستعرض، Breach. Position د Face مخ او Brow وریځوپه څیر.

vii. د ماشوم د سایز Size د پاکلو لپاره.

viii. دبی ځایه بلاربټوب Ectopic Pregnancy د پاکنې لپاره سرته رسول کیږي.

ix. د ماشوم بدشکلي او نیمګړتیا (Deformity) د پاکلو لپاره لکه د هایدورسفالوس Anencephalus, Hydroccphatus شته والی به وپاکل شي.

x. ددې لپاره چې د مور د حوصلې د هډوکو سایز، بڼه (Shap) شکل وپاکل شي.

xi. ددې لپاره چې د ماشوم د سر اندازه وپاکل شي.

xii. ددې لپاره چې ښایي د بلاربټوب سره تومورهم شته والی ولري.

xiii. د پلاسنټا پریویا Plasenta preavia د پیژندلو لپاره د هوا او یا سوډیم آیوډایډ Sodium Iodide د زرق کولوله لارې چې د میټازوکځوړي ته زرق کیږي چې د همدې له لارې د ماشوم د سر او مثانې ترمنځ مسافه ددې ښودونکي ده چې Placenta Preavia شته والی لري.

xiv. د Soft tissue د حالت د څرنګوالي لپاره د رحم، د جدار، امنیوټیک مایع Poly hydroamniosis چې د پلاسنټا – د موقعیت او درحم څخه لرې والی رابنایي او همدارنګه د Anearobic انټاناتو په هکله د Intra uterin برخه کښې معلومات راکوي.

xv. که چیرې د سمفیز پوبیس تر منځ لري والی (Separation) شته والی ولري. څرګند به شي.

xvi. د Sacro.iliac.joint توپير په راديولوژي کښې څرګندېږي.

xvii. د بـولی سیسـتم حـالتونو لکـه Hydronephrosis،Hydro–Ureter، Ureteral Obstruction او تيږې (Stone)به په راډيولوژي کښې ثبيت شي.

xviii. د مزمن اپنديسيټ په حالت کښې اپنډکس به د بلاربټوب د شـته والي په صورت کښې د خپل ځای څخه پورته ثبيت کړل شي.

xix. د زړه لويوالی Cardiomegali، د سږو نري رنځ Pulmonary T.B د ثبيت لپاره ترسـره کيږي.

xx. د زيږيدنې د ميکانيزم د لوستلو لپاره چې د عالمـانو هريـوه Javert, ،Moloy،Caldwell Steele , D'Esopo په خپر کوم ميتود دې وټاکل شي ترسره کيږي.

xxi. د Chorion Epitheloma د شـته والی په صورت کښې چې سږو تـه ميتاسـتاز کـوي ښايي د راډيولوژي په واسطه ثبيت کړل شي.

xxii. د ماشوم د ناروغيو د ټاکنې لپاره لکه: کسر Fracture خلع Dislucation نيمګړتيـاوي Deformities ولادي سيفليس، Thymus د غدې په احتمالی صورت سره د ماشوم عمر به وټاکل شي.

<u>د بلاربټوب په موده (مهال) کښې د راډيوګرافي د اخيستلو لپاره شرطونه:</u>

ددې لپاره چې يوه ښه راډيوګرافي واخيستل شي لازمه ده چې د مخه د راډيوګرافي اخيستلو څخه ناروغ ته دښکنې هضمي جهاز (غټوکولمو) د تشولو لپاره اماله ورکول کيږي ددې امالې Enema اندازه به (۲۰۰) سي سي پورې وي د پارافين محلول او يا فزيولوژيک سيروم پواسطه اماله ګټوره ثابتيږي. همدارنګه که چيرې د جنبي راډيوګرافي ترسره شي نو ددې لپاره دې (۲۰۰) سي سي هوا دريکټوم له لارې ناروغ ته ټيره کړل شي. او که د قدامي خلفي ډول راديوګرافي ترسره شي نو ناروغ ته (۲۰۰) سي سي هوا په مثانه کښې ټيريږي. کېدای شي لږه اندازه بدلون په خوارو او څربه ناروغانو کښې په پام کښې ونيول شي او دلته بايد د ورانکو ورکول اندازه هم ټاکل کيږي. د څربه ناروغاتو لپار(۸۵) کيلو ولټه اندازه به وټاکل شي.

همدارنګه دلته د سرته رسولو تخنيک ذکر ته اړتيا نشته دي.

دربم څپرکی

پساژ (تیریدنه) او د زیږیدنې میکانیزم

The Passages and The Mechanism of Labor

ددې لپاره چې د زیږیدنې په میکانیزم بښه وپوهیږو ضروري ده چې د یو لړ اصطلاحاتو په معنی بښه ځان پوه کړو چې دا اصطلاحات پخوا تعریف شویدې او یا د تعریف کړنې ته اړتیا نشته دا اصطلاحات لکه:(Primipara, Parity, Parturient, Parturition, Stages of the Labor, Pains, Gravidity, Multipara) نومیږي.

کورس Course:-

دا عبارت د هغه مودې څخه ده چې په هغې کښې د زیږیدنې ته ستړکي په لاره اوسو. دا موده کېدای شي چې د څو ورځو څخه تر څو اونیو پورې اوږدیدنه ومومي. د مخه تردې چې حقیقي زیږیدنه پیل وکړي د سرویکس برخه پوستوالی (Softness) پیدا کوي او Dilatation پیدا کوي. دا اتساع به (۱ – ۳) سانتي مترو پورې په لومړنۍ مرحله کښې وي، چې دا ډیر په څو ځله M/p بښځو کښې ځانګړي وي او په Nulipara کښې ترلی وي.

په یوه (P/p) لومړي ځله بښځه لومړنۍ مرحله First.Stage (۸ – ۱۰) ساعته ده او په یو لړ بښځو کښې دا مرحله (٤ – ٦) ساعته پورې اوږدوالی مومي نو که چیرې دغه لومړنۍ مرحله د (۱۲) ساعتونو څخه اوږدوالی ومومي او د سرویکس Dilatation هم د (۲) دوه ساعتونو په موده کښې بریالی نشي او ونشي کړای چې بشپړه اتساع وکړي نو دلته دې د انبار ملیتي په هکله پام وکړل شي. او همدارنګه د Second Stage دوهمه مرحله د څو دقیقو څخه تر ۱-۲ ساعتو پورې اوږدوالي مومي. او په عمومي صورت سره که چیرې دوهمه مرحله د(۲) دوه ساعتو څخه اوږدوالی ومومی نو انبارمل زیږیدنه به وده وکړي.

جنيني غشأ Fetal membrane يا هغه چې ماشوم د انتاناتو څخه ساتي په ۱۰ % لس فیصده ناروغانو کښې د زیږیدنې څخه دمخه Ruptur څیریدنه کوي چې دې ته د Prematur rupture of membrane اطلاق کوي.

په Ful – term بلاربو ښځو کښې کله چې غشا څیریدنه وکړي نود ۲٤ ساعتو په موده کښې زیږیدنه پای ته رسیږي. او که چیرې دا زیږیدنه د ۲٤ ساعتو په موده پیل ونکړي نو ابنارمل او اختلاطی زیږیدنه لوري ته دې پام واچول شي.

د زیږیدنی څخه لږ دمخه یوه لږه اندازه مخاط د سوروالي سره red – tinged mucus راوځي چې دې ته (Bloody Show) ویل کیږي. د سرویکس مخاط دي چې دوینې سره مل دې او سرویکس د Dilatation، effacement او څو ځله د ماشوم د راښکته کیدونکي برخې ښکته کیدو شهود وړاندې کوي.

Posture او Position ،Fetal Presentation

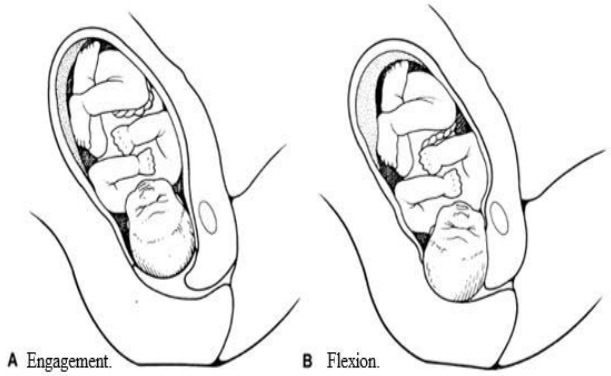
Fetal Presentation-:

دا اصطلاح د هغه لپاره استعمالیږي چې په Inlet د حوصلې د ماشوم کومه برخه پرته وي د هماغې برخې د Presentation پنوم یادیږي. د مطالعاتو له مخې دا څرګنده شویده چې په حدود (۹۵%) زیږیدنې د Cephalic یا (Vertex) د سر له راوتنې له مخې لومړی تر ټولو منځ ته راغلي. او همدارنګه د Breach په Presentation کښې (٤ – ٥%) ښځو زیږیدنه کړې ده چې همدارنګه د Shoulder حالت نادراً لیدل کیږي او د مستعرض حالت په حوصله کښې دا هم ډیر نادر حالت دی که چیرې دا حالت شته والی ولري نو جدي توجه ته اړتیا لري.

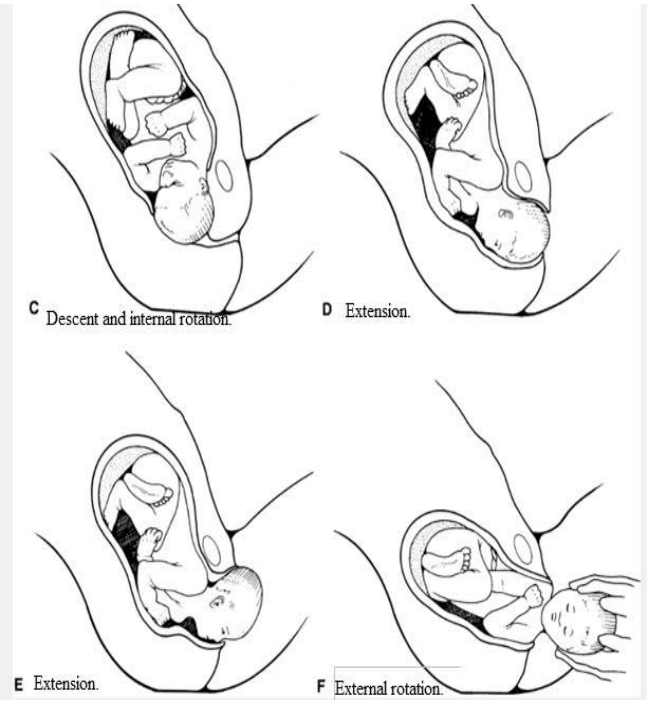
Posture & Fetal. Position:

دا حالت هغه وخت استعمالیږي چې کله چې د ماشوم کومه برخه د سرویکس او حوصلې په ښکته برخه کښې شته والی ولري او هره برخه چې د راوتلو لارې څنې لمړی ښکاره شي د هماغه Position پنوم یادیږي لکه:

د Vertex په Position کښې کېدای شي په وصفی ډول سره عنـق د ماشـوم قـبض Flex وي او د Occipit برخه د راوتلو نه وي خو همدا کېدای شی چې دکوپړی عنق Deflex وی او قبض نه وی په دې صورت کښې به د Occipit برخه شـنه والـی ولـري او د Fontanelle ، او وريځـو Brow د برخې Presentation به وي او د Face Presentation کښې به د مخ د زنـې Chin برخـه د راوتلو په وخت کښې د مخه تر ټولو راووځي. او که چيـرې د Breech د ډول Presentation وي نوپدې صورت کښې به د Sacrum يا عجز برخه تر ټولو لومړی راوزي. ددې حالتونو پوهېدنې لپاره تصویر (انځور ته پاملرنه وکړی.



A Engagement. B Flexion.



همدارنګه نور Presentation لکه مستعرض Transvers د مور لپاره د زیږیدنې چه وخت خطرې لري چې دا ډول ډیر غورته اړتیا لري.

A. په مور کښې یو لړ علتونه او فکټورونه مسئول ګڼل کیږي لکه.

١. د رحم تومورونه.

٢. د رحم ولادي انومالیګانې.

٣. دهګۍ ځالي تومورونه.

د مور د حوصلې او قطني تو Lumbar Spin انومالي.

او همدارنګه Extragenitd Fartor لکه Pelvic Kidneys او نور فاکټورونه.

B. د ماشوم پورې اړوند فکټورونه لکه:-

۱. د ماشوم سایز.

- د ماشوم د کوپړۍ سایز لکه: هایدرو سفالوس او یا Anencephaly.
- د ماشوم ولادي انومالي لکه دعظمي برخې او یا رخوه اقسامو د ماشوم د ګیډې تومورونه او د Sacrococcygeal teratoma تومورونه شتّه والي.

C. او همدارنګه یو لړ فکټورونه د پلاسنټا د موقعیت پورې اړوند ګډل کیږي. لکه:

دا چې پلاسنټا په ښکتنۍ برخه یا مټوسط برخه او یا د سرویکس د سوري د خولې په برخـه کښـې موقعیت نیسي او له هماغه ځایه د ماشوم ودې ته دوام ورکوي.

د زیږیدنې لپاره بنسټیز فکټورونه:

د زیږیدنې لپاره څلور غوره فکټورونه یو پر بل عمل کوي زیږیدنه سرته رسیږي. داځلور فکټورونه په لاندې ډول دي:

- پساژ یا تیریدنه (The Passage) پدې کښې د مور عظمی او رخوه اقسـام د حوصـلې پـه برخه کښې غوره رول لري.
- قدرتThe Power : دا د رحم د تقلصونو او قوت پورې اړه لري.
- تیریدونکی مسافرThePassenger : دا د ماشوم پورې اړه لري.
- پلاسنټا ThePlacenta : هغه کڅوړه چې ماشوم په خپل ځان کښې روزي او د زیږیدنې تر وخته هغه ساتي.

په پورتنۍ هر فکټور کښې په یوازي توګه یا په ګډه سره ابنارملتیا د زیږیدنې په پروسه کښې سـتونزه منځ ته راوړی چې د درملنې په هکله باید ورته پام وشي.

د تیریدونکي مسافر (اعتلان) او زیږیدنې میکانیزم:

The Passenger and Mechanism of Labor

د زیږیدنې د میکانیزم د پوهیدلو لپاره باید دا ایټکل شي چې ماشوم دیوې میکانیکي آلې (Object)پـه څیر وپیژندل شي. چې د هغه سایز،بڼه، اوموقعیت (Position) په نظر کښـې ونیـول

شي که چيرې د کوپړې (راس) برخه په پتولوژيک ډول سره لويوالی ولري نو په نورمال ډول سره به زيږيدنه ونشي او د Dystocia (يا هغه زيږيدنه چې دزيږيدني په وخت ستونزه ولري) سبب به وګرځي.

په يوه (Term)يا په موده ماشوم کښې مخ ډير کوچني وي او خلور هډوکي د راس يا کوپړې برخه جوړوي. دا د کوپړې هډوکي لکه : دوه د Parital.Oss او د Frontal.Oss او Occipital Oss دی چې سره يو ځای کيږي او همدارنګه په دواړه خواو کښې د Temporal هډوکي د Parital هډوکو سره يوځای کيږي چې دا دواړه دومره د زيږيدني له نظره اهميت نه لري. ددې هډوکو ترمنځ هغه ليکې چې يووالی منځ ته راوړي او وروسته د يوه کلنۍ سره ترل کيږي دsuture پنوم يادیږي ددوی د ترلو د مخه دوی يوتربله سره ديوې غضروفي غشاء پواسطه يوځای شويدي چې دا برخه تعظم نلري دغه مسافه ددوی ترمنځ چې تشه پاتې کيږي دا د Fontanelles په نوم يادیږي. چې د خلفي برخې Fontanelles د څو يا اته مياشتې عمر پورې نورمال ترل کيږي، او قدامي Fontanelles د ۱۲ – ۱۸ مياشتو عمر پورې ترل کيږي.

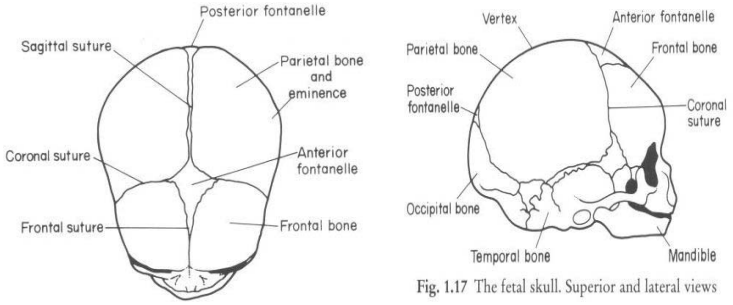


Fig. 1.17 The fetal skull. Superior and lateral views

همدارنګه د Biparital tubecle تر منځ قطر (۹،۵) سانتي مټره دی او دا قطر د Bitemporal هډوکو لپاره (۸) سانتي مټره منل شوي دی چې د زيږيدنې د ميکانيزم په پروسه کښې اهميت لري. همدارنګه کې د Occipitofrontal قطر وټاکل شي دا به (۱۱) سانتي مټره وي او د Occipitomental قطر به (۱۳) سانتي مټره وي او د يو بل قطر اندازه چې د Sub Occeipitobragmatic diameter پنوم يادیږي دا به ۹،۵ سانتي مټره وي پدې هکله (1-3) تصويرونو ته پاملرنه وکړي.

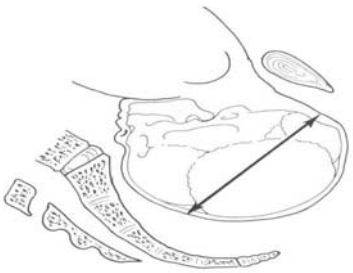


Fig. 1.18 The suboccipitobregmatic diameter of 9.5 cm, engaged in the pelvis when the head is fully flexed

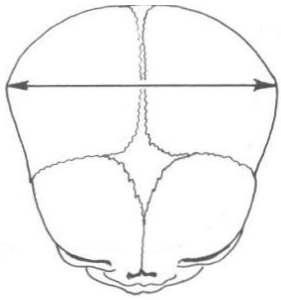


Fig. 1.22 Biparietal diameter, 9.5 cm

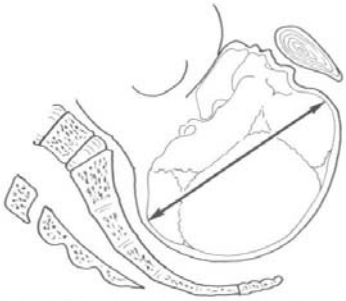


Fig. 1.19 The occipitofrontal diameter of 11.5 cm, engaged in the pelvis in a face to pubis position

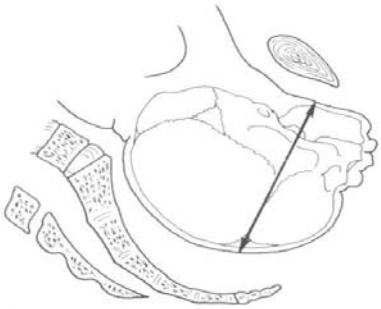
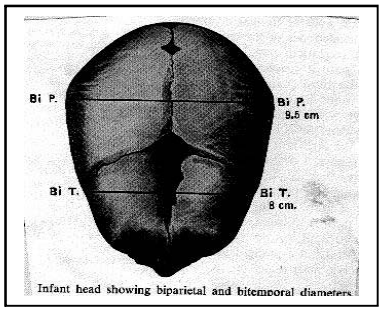


Fig. 1.21 The submentobregmatic diameter of 9.5 cm, engaged in the pelvis in a face presentation with the head completely extended



Infant head showing biparietal and bitemporal diameters

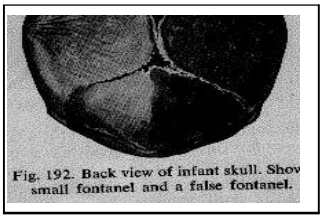
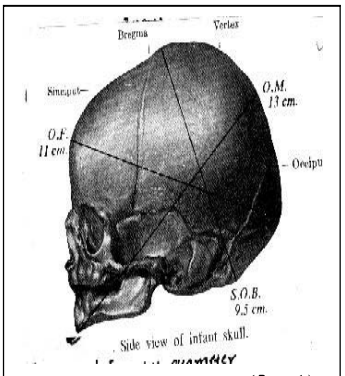


Fig. 192. Back view of infant skull. Shov small fontanel and a false fontanel.



(3 – 1) تصوير

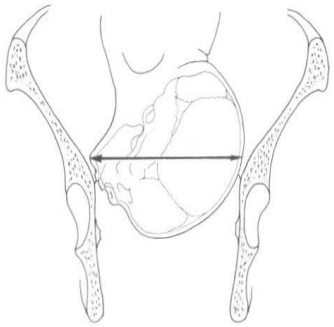


Fig. 1.20 The mentovertical diameter of 13 cm meeting the pelvis in a brow presentation

همدارازکله کله کیدای شي چې د کنې په وخت د مهبل له لارې (T.V) د قدامي فانټانیل سره خلفي فانټانیل غلط کړل شي چې د خلفي فانټانیل کنه پدې وخت کښې د غلط فانټانیل False Fontanelle پنوم یادیږي دا فانټانیل کوچنی دی دا Fontanelles کله کله د ماشوم د پیداکیدو سره ترلی وي.

برګما Bragma هغه برخه ده چې په لوی فانټانیل Ant. Fontanelle کښې موقعیت لري او Vertex عبارت د هغې برخې څنې دی چې د دوه Fontanelless فانټانیلونو په منځ کښې موقعیت لري او د Parital Protuberances پورې وسعت لري.

د Frontal Oss عظم د یوې مربع Square په څیر دی چې Frontal Protuberances یا وتلی برخې څخه تر Parital پریټال هډوکو تر سرحده اوږدوالی او وسعت لري. د ماشوم د کوپړی اندازه ډیره لویه په نورمال حالت کښې منل شویده او که چیرې دغه لویوالی په غیر نورمال ډول وي او سر کوپړی اندازه غیر نورمال لویه شوي وي لکه دdolichocephaly او Brachio cephaly په څیروي نو د زیږیدنې میکانیزم به تر اغیزې لاندې راوړي او د Dystocia سبب به وګرځي.

همدارنګه د ماشوم تنه Trank د سر په نسبت لږ قطر لري او د زیږیدنې په وخت کښې کېدای شي چې Compress شي او د فشار د منځ ته راتلوله کبله د یو Cylinder سلنډر په بنه شکل غوره کړي. هلکان اکثراً د زیږیدنې په وخت لوی سر لري او د ماشوم د Besacromial بایسکرومیال قطر

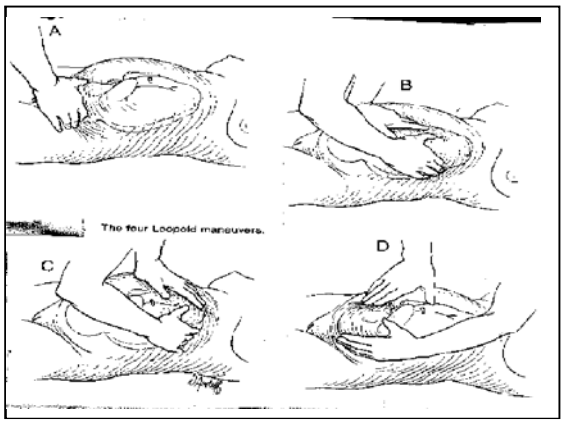
اندازه (۱۱) سانتي مترە وي او د Bisiliac قطر اندازه (۹) سانتي مترە پاکل شويده. او دارپو ترمنځ محيط (۳٤) سانتي مترە او د صدر Chestاندازه (۳۲) سانتي مترە پاکل شوي.

د ماشوم (Attitude) د بدن پوزيشن د زيږيدنې په وخت کښې:

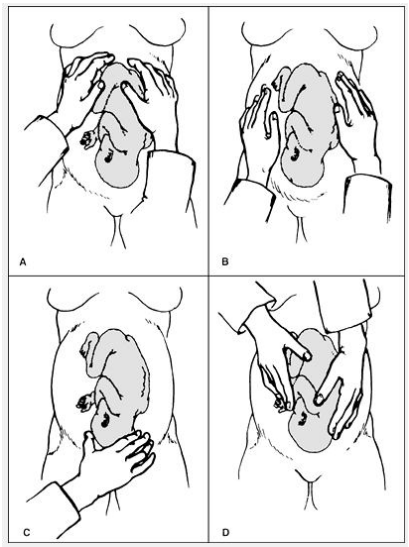
د Attitud څخه هدف دادی چې د ماشوم د بدن- ييلاييلې برخې يو دبل سره د زيږيدنې په وخت کښې څرګندې اړيکې او بڼه غوره کوي په نورمال ډول سره بايد د ماشوم Attitude کله چې د امنيوټيک مايع نشتوالی ولري ټول بندونه يا مفصلونه دمتوسط قبض Modrat Flexion په حالت کښې وي د ماشوم د (ملا) شابرخه مخې ته انحنا لري کوپړی،(راس) د صدر د پاسه وي او قدام لورې ته عنق قبض وي لاسونه او پښې په آزاد ډول سره وي او هرې لورې ته چې غوښتې وي حرکت کولای شي. او د Attitud له نظره ييلا ييل ډولونه شته والی لري لکه: قبضFlexion ، ناقبض حالت Deflexion ، جنب ته قبض د کوپړیLatero flexion of head ، او پورته او بنکته نهايتونه Extremtis په آزاد ډول وي کله چې امنيوټيک مايع نه وي نو ماشوم نه شي کولای چې د ساحې د تنګوالي له کبله پوره حرکات وکړي.

د ليوپولد مانوري:

ددې لپاره چې د ماشوم په پوزيشن، پرزنټيشن ښه پوه شو پکار داده چې د زيږيدنې څخه دمخه د ګيډې د جدار له لارې جسترسره کړو د Leopold's Maneuver's (ليوپولډ مانوره) به لومړی تر ټولو ددې لپاره بسيا وکړي خو د سرته رسولو لپاره بايد بشپړ پاملرنه او حوصله وشي. ددې کړنې د سرته



رسولو لپاره لا ندې تصویري بڼه د کړنلارې بسیا کوي. دغه کړنه ځلور مانوري لري چې په لا نـدې ډول دي.



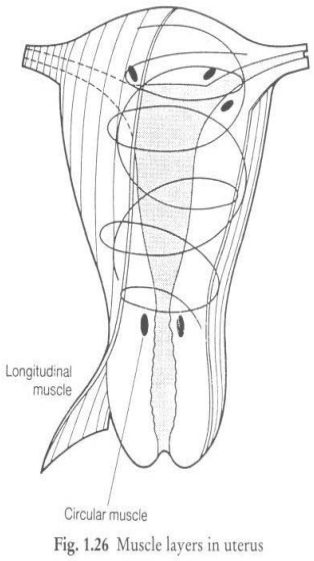


Fig. 1.26 Muscle layers in uterus

د پرزنټ برخې په ښه توګه کېدای شي چې د ګوتو په منځ کښې وڼول شي کله چې د اپرزنټ برخـه کوپړي وي دا Smooth پسته،Hard کلکه او Globular یا پندوس ډوله وي او د کونـاټیو ســره بـه Aposed وي. دمانوري په وخت کښې به کوپړی د امنیوټیک مایع په منځ کښې Ballotable وي کلـه چې خلف ته ټیله شي په ساده ګي سره یا راټک کوي.

A. پدې حالت کښې به ګڼونکی طبیب خپل لاسونه د رحم ارخوته کیږدي او د ماشوم د ملا تیر بـه جس کړي او د ماشوم پښې به وپلټي چې په کومه برخه کښې دي.

B. پدې حالت کښې به ددواړه لاسونو پواسطه د رحم د غور برخه جسکړل شي پـدې صـورت کښې به د پرزنټ برخې او قطبونو تویږ پدغه برخه کښې په مهـارت وشـي چـې د کونـاټیو د برخې جس به ډیر پوست وي.

C. د پرزنټ د برخې جس له پورته څخه پیل کیږي که کوپړۍ وي د کونکي لاسونو کښې ګردي جسم راځي همدارنګه د کوپړۍ Engagement او Flexion په هکله هم کیدای شي معلومات څرګند شي.

پرزنټیشن او پوزیشن
Presentation and Position

Presentation پرزنټیشن:-

د پرزنټیشن معنی داده کله چې طبیب وغواړي د مهبل له لارې T..V پواسطه کنه سرته ورسوی د ماشوم هره برخه چې د ګوتو پواسطه جس کیږي دې ته دهماغې برخې Presentation وایي.

پوزیشن Position:

د پوزیشن لپاره هغه وخت دا کلمه ادا کیږي کله چې ماشوم د مور د حوصلې په برخه کښې او دهغه اړیکه د حوصلې د پلانونو Pelvic Plane سره مطالعه کیږي.

Direction ډایرکشن:-

د هغه حالت لپاره دا کلمه اداکیږي چې د Presentation په وخت کښې کومه برخه چې دحوصلې د محیطي پلان Prepheral Plan سره تصادف کوي.لکه د Occipital.Presentation کښې د Occipit برخه به د Derection برخه وي او د Breech-Presentation کښې به عجز Sacrum د Directoin برخه او Present Shoulder کښې به داوږې د کنف Direction برخه او همدارنګه د Face Presentation کښې به زنه Chin د Direction برخه وي او نور.....

ټول هغه ښکاره کیدنې (Terms) چې د اصطلاح په بڼه استعمالیږي ټولې د Direction له مخې د مور د وضعیت نیولو سره په ولاړ (Erect) حالت کښې اړیکه لري لکه:

A. Uper term: دا هغه حالت دي Direction د رحم د غور د Fundus په برخه کې وي.

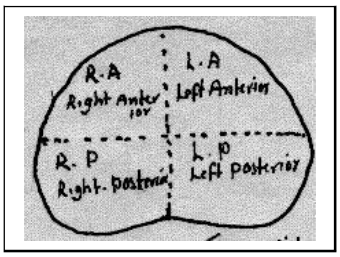
B. Lower term: هغه برخه چې فرج (Valva) ته نږدې وي.

- Anterior term: کله چې Direction دمور په قدام Anterior کښې وي.
- Right term: کله چې د مور ښي لوري ته وي.

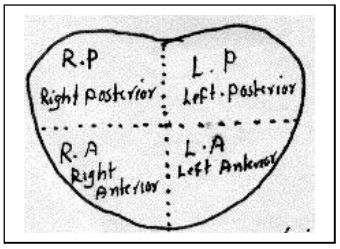
C. Attituda له نظره پورتنی ترمونه Terms کومه اړیکه د ماشوم یا کونکي طبیب Examiner او د مور د پوزیشن د بدلون سره نلري نو که چیرې دغه موضوع په ماغزو کښې ونیسو نو دغلطي ځنې به لرې اوسو.

ددې لپاره چې په تشریح کولو کښې آسانتیا وي منځ ته راشي حوصله په ځلورکوادرانتونو ویشل کیږي.

چې د پورته اوښکه لوري ځنې په لاندې ډول ښکاري:



د حوصلې څلور کوادرانتونه دښکه څخه.

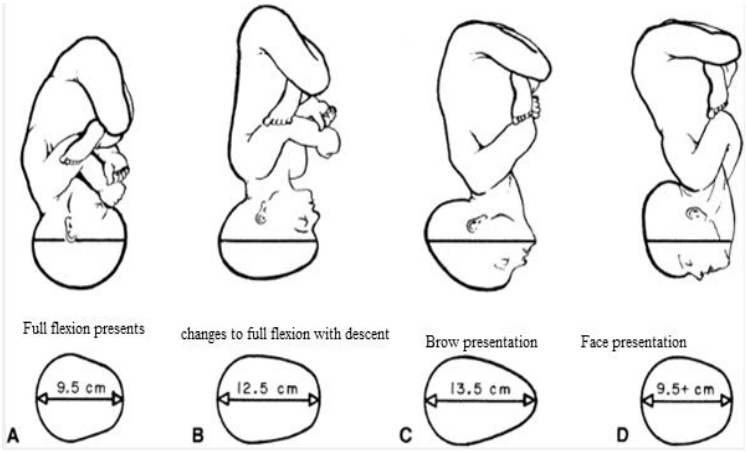


د حوصلې څلور کوادرانتونه دپورته څخه.

د Presentation برخې پوزیشن په کومه برخه کښې چې Direction یټکی پروت وي د همدې له مخې یې ټاکل کیږي. درې ډوله ویشنه د Presentation شته والی لري.

- Cephalic Presentation او دهغه ډولونه:

Occipit-، Brow، Face لدې جملې څخه Occipital ډول نورمال دي او نور ډولونه پټالوژیک ګڼل کیږي لدې کبله چې پکښې Deflixion د کوپړۍ شته والی لري. او ورته د Deflexion attitude ویل کیږي.



۱. Breech Presentation او دهغه ډولونه:-

Frank یا Single، Compleate او Incomplet breech پورته ټول ډولونه پټولوژیک دي.

۲. Transvers Presentation چې پـدې حالـت کښـې پـه کـې ون د Shoulder Arm، او یا کومه بله برخه د تنې بنائي شـته والـی ولـري دا نورمـال حالتونـه نـدي او پټولوژیک بلل کیږي.

همدارنګه د Presentation د تصنیف لپاره لاندې ډولونه شته والی لري.

A. Cephalic Presentation

۱) Vertex:

- Left. Occeipit. Anterior .....L.O.P
- Left Occipit Transvers.....L.O.T
- Rihgt Occipit Posterior.....R.O.P
- Right Occipit Posterior.....R.O.P
- Right Occipit Anterior.....R.O.P
- Left Occipit Posterior..... L.O.P



Fig. 4.4 Right occipitoposterior position

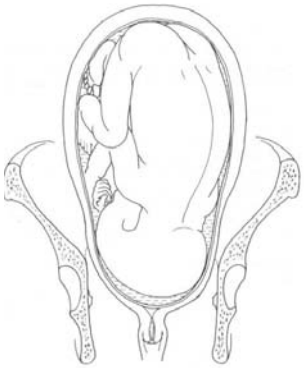


Fig. 4.3 Left occipitoanterior position

۲) Face:

- Right Mento.posterior..... R.M.P
- Left. mento. Anterior .....L.M.A
- Right mento transvers .....R.M.T
- Right mento anterior .....R.M.A
- Left mento transvers .....L.M.T
- Left mento Posterior .....L.M.P

۳) Brow- the brow is the Point of direction

- Right Franto Posterion .....R.F.P
- Left Franto Anterior .....L.F.A
- Right Franto Transvers .....R.F.T
- Right Franto anterrior .....R.F.A
- Left Franto Anterior .....L.F.A
- Left Franto Posterior .....L.F.P

B. Breech or Pelvic Presentation.

- په کامل ډول (Complete Breech) وضعیت به عجز (Sacrum) لاربنوده پکې (point of direction) وګیل شي او ورنونه (thighs) به پرکېده باندې په صلیبی توګه (feet Crossed)د قبض بڼه ولري.
-

- Left Sacro anterior .....L.S.A
- Left Sacro transvers.....L.S.T
- Right Scaro posterior.....R.S.P
- Right Scaro anterior .....R.S.A
- Right Scaro transvers .....R.S.T
- Left Scaro posterior .....L.S.P

کله داسې هم کېدای شي چې پوره Breech نه وي يعنې Incomplete breech وي نو کله چې يو يادواړه پښې د Prolaps په حال کښې وي يـواو يـا دواړه زنګنونـه Knees ښـکته راغلـي وي Sacrom لاهم د Direction ټکي وي. Disignation هماغه پاتې کېږي خو د Qualification، Knee،Footling او يا هم څلورواړه اصطلاح ورسره علاوه کېږي.

او کله چې بطن Abdmen يا د ملا تير Back برخـه Presentation وکـړي دی تـه Transvers Presentation وايي.

C. Transvers. Presentation.

- داوږې (Shoulder) په پرزنټېشن کښې به د کټف (Scapula) هډوکې لاربښـود (point of direction) ټکي وبلل شي.

- Left Scapulo anterior .....L.Sc.A
- Right Scapulo anterior.....R.Sc.A
- Right Scapulo Posterior .....R.Sc.A
- Left Scapulo Posterior.....L.Sc.P

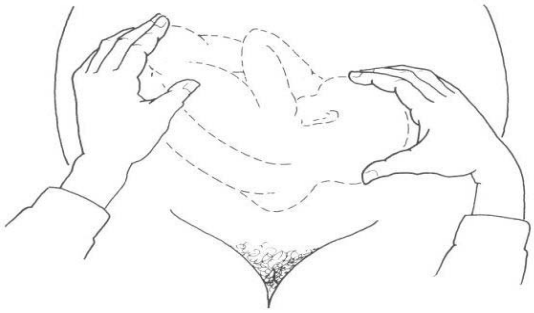


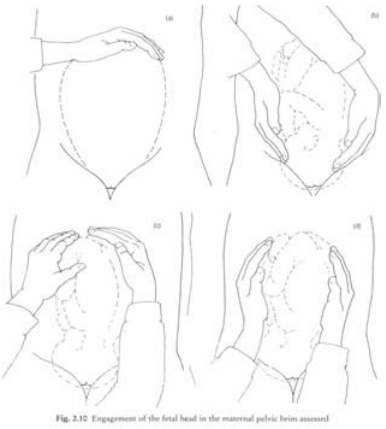
Fig. 2.13 Abdominal palpation of fetus lying transversely

انګیجمنټ (Engagement):-

د لمړي ځل لپاره Jaggard دا کلمه استعمال کړه او داسې يې تعريف وکړ:



د سرويکس د برخې سره د کوپرۍ انګیجمنټ



د Engagment څخه هدف دادی چې کله چې Biparital plan د ماشوم د کوپرۍ دحوصلې د Peloic inlet بڼکڼه سويې سره مطابقت وکړي نو دا کلمه د استعمال وړده. يا په بل عبارت سره کله چې د کوپرۍ Biparital لوی قطر د حوصلې د Inlet د برخې څخه راووځي ورته Engagement ويل کيږي. نو کله چې engagement واقع شي دلته د کوپرۍ بڼکڼه برخه Ischial Spines په برخه کښې پاتې کيږي او که چيرې کوپرۍ متحرک وي دې ته Floating head وايي.

د پرزنټېشن او پوزيشن پېښې (فريکونسي):

Frequency of the Presentation & Position

هغه شميرنه د پېښوفريکونسي چې د شيکاګو په زيږنتون کښې دپلټنې په لړ کښې سرته رسيدلې (٩٦،١٣٪) زيږيدنې د Occipit او (٢٤،٣٪) زيږيدنې د Breach, (٠،٢٨٪) زيږيدنې د Brow او Face (٠،٣٥٪) زيږيدنې د Transvers په ډول منځ ته راغلې دي.

د یادونې وړ خبره ده چې دورځې په اوږدوکښې کیدای شي چې د ماشوم د غړو پوزیشن، ډول موقعیت او لوري له پلوه سره توپیرکړل شي دا ځکه چې د ماشوم په پوزیشن باندې د مور د رحم او دکیډې جدار اغیزه کوي او دیوې لورې ځنې یې بلې لورې ته ګرځوي او د ماشوم پوزیشن او پرزینټیشن ته بدلون ورکوي.

نو که چیرې کونکي طبیب د زیږونې د لومړۍ مرحلې ځخه ناروغ تر ځارنې لاندې ونیسي. نو تر ټولولومړی کیدای شي چې د (L.OP) په څیر څرګندشي چې (3 – 2) تصویر ته پاملرنه وکړي.(۱۳۵) درجې موقعیت لري او همدارنګه په هغه تصویر کښې چې د تیر پواسطه یې ښودنه شویده د Breach پوزیشن ځخه تر Head پوزیشن پورې د رحم عمل څرګندوي.



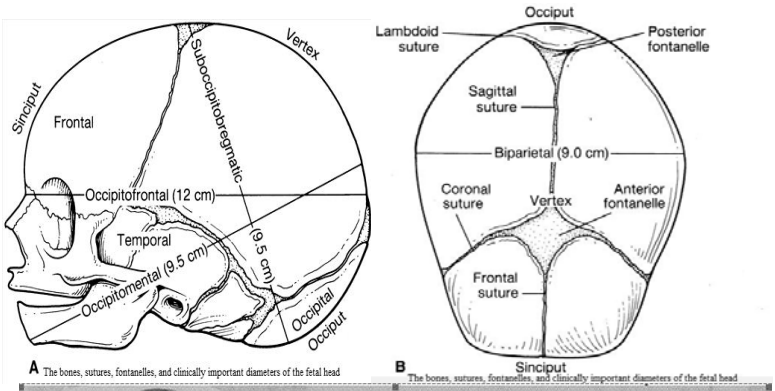
(3 – 2) تصویر

ځو ساعته وروسته همدا د (L.O.P) پوزیشن د (L.O.T) ته بدلون مومي. او همدارنګه لږ ځنډ وروسته د (L.O.P) حالت ته بدلون مومي چې په(3 3 –)تصویر کښې ښودنه شویده او لږ نور هم وروسته (R.O.A) وضعیت ته اوښتنه بدلون کوي.

او همدارنګه وروسته لږ ځنډه ځخه به (R.O.P) ته بدلون وکړي چې د (4 – 3) تصویرته پاملرنه وکړي.

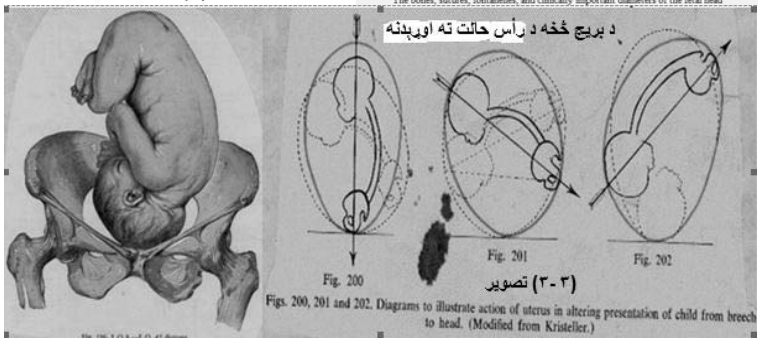
او دغه د ماشوم وضعیتونه د بیلابیلو طبیبانو له خوا بیلابیل څرګندونو سره ښایې شرحه شوي وي چې هغوی د شخصي پرکتس پورې اړوند ګڼل کیږي. ځکه چې هغه ښځې چې د بلاربې وي او روغتونونو ته ځي دوی هرومرو باید د پټالوژیک ډول زیږونه ولري.

نور ډولونه د زیږونې چې نورمال دي د طبیبانو ،صحي کارکوونکو، زړوتجربه لرونکو ښځو په واسطه تر ځارنې لاندې ښول کیږي.



A The bones, sutures, fontanelles, and clinically important diameters of the fetal head

B The bones, sutures, fontanelles, and clinically important diameters of the fetal head



(۳-۳) تصویر

Figs. 200, 201 and 202. Diagrams to illustrate action of uterus in altering presentation of child from breech to head. (Modified from Kristeller.)

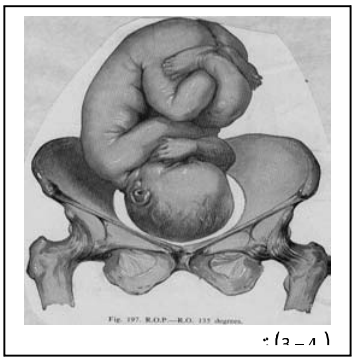


Fig. 197. R.O.P—R.O. 135 degrees.

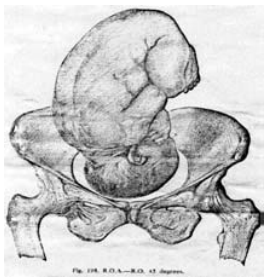
(3 – 4)

ښـا يې همدغـه د R.O.P وضـعيت چـې ديـوه طبيـب پواسـطه تثبيـت شـويوي د بـل طبيـب پواسطه د RO – R.O.P چې ٤٥ درجې زاويـه لري تثبيت کـړل شـي پـدې هکلـه (5 – 3) تصوير ته پاملرنه وکړئ.

همدارنګه کله چې مور وضعيت بـدلون وکـړي لکه د ملاستي حالت، د يوه اړخ څخه به بل اړخ ته توپير وکړي نو د ماشوم وضعيت هم په رحم کښې بدلون مومي اوروتين ډول په کتنه کښې د ګڼلو ټاکنه د L.O.T، R.O.T، R.O.P L.O.P

وضیعتونه ډېر تر شرحي لا ندې راځي. دا ډولونه ډېر ارائـه کیدونکي دي.

a.	L.O.P	Left. Occipito Posterior
b.	L.O.T	Left. Occipito Transvers.
c.	L.O.A	Left. Occipito Anterior
d.	R.O.A	Right. Occipito Anterior.
e.	R.O. P.	Right. Occipitlo Posterior
f.	R.O.T	Right. Occipito Transvers.



(5 – 3) تصویر

د سفالیک پرزنټیشن د فریکونسي علتونه:

Causes of the Frequency of Cephalic Presentation

د Pajot د اکومودیشن د قانون له مخې په ډېر ښه ډول سره څرګند شویدي او د کـوډې پرزنټیشن پکښې د پام وړ په اندازې سره تر آزمویني لاندې راغلي.

څرنګه چې هګۍ ډوله بدن Ovoid دیوې هګۍ په څیـر کـانټینر (Cantainer) کښـې ځای نیسي دا دوارې اوږده محورونه یودبل سره موازي واقع کیږي دا خبره هله رینښتیا ده چـې دغـه کانټینر تقلص کړي وي. د رحم د تقلص په وخت کښې ماشوم په خپل ځان کښې د یوې هګۍ په څیـر راټولوي او هغه ته د هګۍ په څیر بڼه ورکوي او همدارنګه د بلاربټوب په پایله کښې رحم خپل ځان ته د هګۍ په څیربڼه ورکوي.

د یادونې وړده چې رحم یوه پسته او نرمه کڅوړه نه ده بلکه یوه اندازه مقویتTonisity لري چې ددې بڼه راغونډه ساتي او هغه ته په کراتو سره تقلص ورکوي.

ددې تقلصاتو په نتیجه کښې ماشوم ته په خپل ځان کښې راټولـه او (غونجـه) د هګۍ پـه څیـر بڼـه ورکوي. او حتی د هماغه بلاریدنې د لومړنۍ وختونو څخه کوډې په لاندینۍ برخـه کښـې موقعیـت نیسي او هغه ته د هګۍ په څیر بڼه ورکولو کښې رول لوبوي.

د (Stebler) په نامه یو طبی عالم پدې عقیده دی چې دوه علتونـه د Vertex, Presentation د حالت سبب ګرځي او هغه داسې شرحه کړي دي.

۱. د ماشوم (Kicking) پښې او لغتې وهل.

۲. د د رحم د غور (Fundus) برخې د مقاومت نشتوالي له کبلـه چـې دا مقاومـت درحـم پـه ښکتنۍ برخې سکمنټ کښې شـته والی لري.

کله چې دا لغتې وهل د رحم د جدار په برخه کښې نشتوالی ولري دا ددې ښـکارندوي دی چې د ماشوم پرزنټيشن به د (Single or Frank breach) ښه ولري.

<u>اوهمدارنګه د ماشوم بيلابيل ډولونه د پوزيشن له مخې په لاندې ډول لږ څه شرحه کړل شي.</u>

- کله چې ښځه دولاړې په وضعيت کښې وي د ماشوم د شا برخه په نورمال ډول سـره د رحـم نيمائي قدامي رومي (Roomy Anterior) په برخه کښې واقع وي او دا برخه به ونيسي.
- شاته (Behaind) لوري د رحم به په تيره ډول سره د Lumber Spine ته مخامخ واقع کيږي.
- او که چيرې ښځه پرته وي د ماشوم دروند او ګردی دشالوري به د يوې خوا او دبلې خوا تـه پـه تماس پرته وي.
- که چيرې رحم د (Dextro-Lateral Torssion) ولري او يا هم سکموئيد او ريکټوم د رحـم کينه لوري د قدام لوري ته ټيله کړي د رحم د جوف Cross Section (ماتوونکي غوښه) بـه د بيضوي کړی (Eleptic) په څير را برښکاره شي همدارنګه د رحم شا برخه د قـدام (Forward) او يا خلف (Back ward) برخې سره چې د کوپړی سره ليوالتيا لري اړيکه نيسي. او که چيرې د خپل محور په قطر سره وځرخيږي نو دا به د Occipit برخه د جبهې (Front) ته راوړي او يا به کوپړی پورته راوړي.
- د Left Occipit. Anterior پوزيشن دوه چنده د Right occipit Posterior په نسبت ډېر واقع کيږي.
- همدارنګه د پلاسنتا (پريوان) موقعيت په خلفي موقعيتونو باندې اغيزه اچوي په ځانګړي ډول سره په(Posterior, Position) کښې.

ډېرکتابونه ليکي چې د Breach په پوزيشن باندې لاندې حالتونه ډېره اغيزه اچوي او هغـه مـنځ تـه راوړي.

a. بې مودې کېدنه (Prematurity).

b. پلاسنټا پریویا (Placenta-Previa).

c. هایدروسفالوس (Hydrocephalus).

d. ډېر ځلې زیږونه (Multi parity)

e. ډېرځلې بلاربیدني (Multiple Pregnancy).

f. متقلصه حوصله (Contracted. Pelvis).

g. د حوصلې تومورونه (Pelvic tumor).

h. د رحم ابنارمل بڼې (Abnormal shap of uterus).

د اوکیسپت په پرزنتیشن کښی د زیږیدني میکانیزم

Mechanism of Labor in Occiput Presentation

پدي حالت کښي د زیږیدني میکانیزم په لاندي ډول سره دي:

دهګی په څیر دغه کتله چې د تني (جسم) او کوپړي (سر) ځني چې دغاړي پواسطه یو دبل سره یو ځای کیږي منځ او دهګي (ovoid) په څیر جوړښت منځ ته راوړي دا دواړه په تیریدني (passage) باندي فشار راوړي چې دا فشار په مستقیم ډول سره لاندي لوري ته د یوي انخنا په څیر دي او د تیریدني لپاره تیاریږي. د تیریدني لپاره دواړه کوپړي او تنه دري ډوله حرکتونه تر سره کوي :

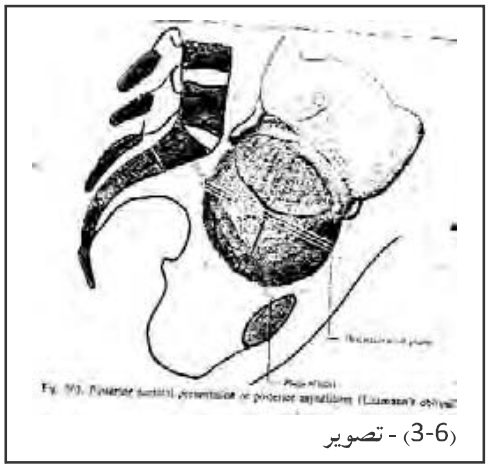
i Engagement : چې د حوصلې لوري ته د ننوتلو حالت څرګند وي .

ii Rotation or adaptation: څرخیدنه یا مطابقت چې حوصلې ته بڼه ورکوي.

iii Disengagement: کله چې د حوصلې ځني راوځي .

Engagement of the Head :

په یوه (M/P) څو ځله بښځه کښي د (L.O.A) په وضعیت کښي کوپړي د Inlet دپاسه واقع کیږي او په اکثریت پښیو کښي به Sagital .Suture په مستعوض ډول (L.O.P) او سمفیزس ته نږدي واقع کیږي .

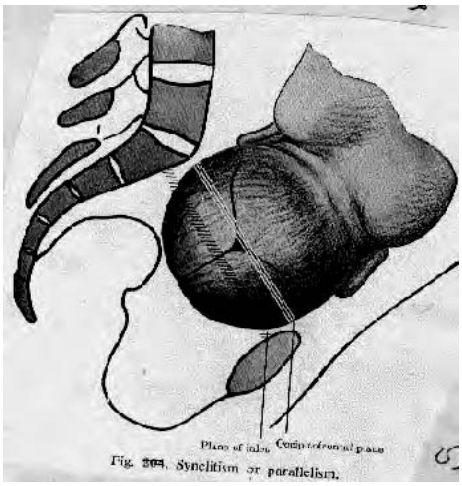


(3-6) - تصویر

د Posterior Parital هډوکي په — (Inlet) کښي پاتي کیږي ګ چې داد خلفي پارتیال پرزنتیشن Post Partal Presentation په څیر اتکل کیږي پدي هکله (٣-٦) تصویر پاملرنه وکړي . دا ځکه چې د Sagital Suture واقعاً د Symphysis او Sacral promentary په منځ کښي ندي واقع شوي او د Oblique Presentation asynclitism شته والي لري ګ او د Posterior parrital bone دا حالت څرګند وی .

ډیر ژر وروسته تردی چی کله زیږیدنه پیل شي Anterior parital bone راښکته کیږي دا راښکته کیدنه د خلفي لاربښودني سره سم سمفیزس ته ترسره کیږي ، نو له همدي کبله د Sagital

Suture برخه دحوصلی متوسطی برخی ته راوستل کیږی داکوپړی ته د Cynclitic حالت ورکوي او دي حالت ته Cynclitism ویل کیږي دپدي هکله (۳-۷) تصویر ته پاملرنه وکړي.



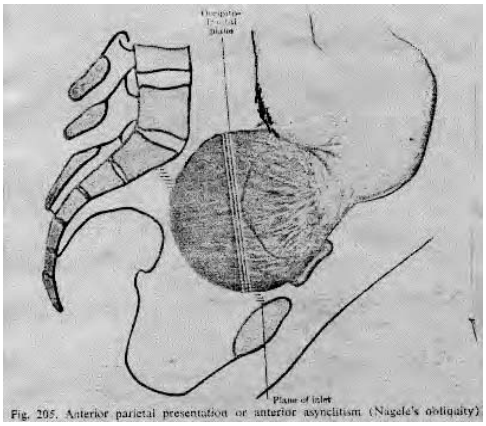
(3-7) تصویر

well Cold او Moloy او D`Esopo پـردې بانـدي ټینګار کوي چې رحم ښکتني (سفلي) سګمنټ او دسرویکس برخه باید په یوه فعاله زیږیـد نـه کښـي متوسع وسائل شـي او د Engagement پـه وخـت کښي دیوه ښودونکي فکټـور Guiding Factor پـه څیر عمل کوي او د حوصلې بڼه د کوپړي د پوزیشـن لپاره بیلابیل ډولونه غوره کوي .

چې د پورتنیو علماوو په نظـر د engagement پـه وخـت کښـي د مسـتعرض وضـیعیت (٦%) وي postcrior oblique position به (٥.١٨%) او د Anterior oblique position به (١٦%) او مستقیم Direct occiput Anterior وضیعت (٥.٥%) منځ ته راځي.

دلته لکه چې د مستعرض (Transvers) وضعیت فیصدي ډیره ښودل شـویده دا لـدي کبلـه ده چـې روغتون ته تل اختلاطي (Complicated) پیښي ډیري رالیږدول کیږي.

که چیرې ښځه د pendulous ګیډه(ښکته لوري ته ځوړنده ګیډه) ولـري او دحوصـلې انحـراف ولري او حوصله د قبض په حالـت وي دا بـه د نورمال زیږونـي د میکـانیزم مخنیـوي وکـړي .



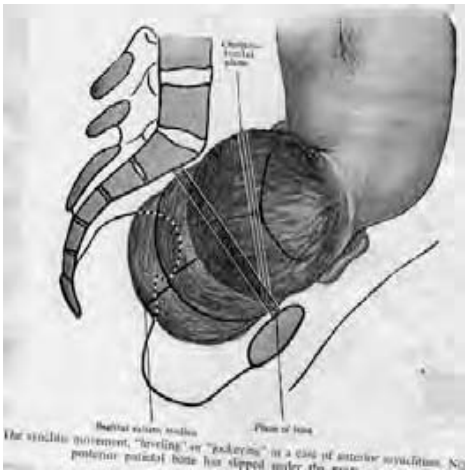
(۳-۸) تصویر

دماشوم تنه به مخي ته ولویږي Sagital Suture به په ptomemntary او کـوپړي بـه پـه خپـل قدامي پریتال عظم Ant.parital bone باندي د زیږوني په کانال کښي اثابـت وکـړي چـې دي حالت ته Anterior asynclitism حالت وایي چې پدي هکله (۳-۸) تصویر ته پاملرنه وکړي او همدا راز وضعیت د Nageles obliquity پنوم هم یادیږي او یو پتالوژیک حالت ګڼل شویدي .

ښکته کيدنه Descent:

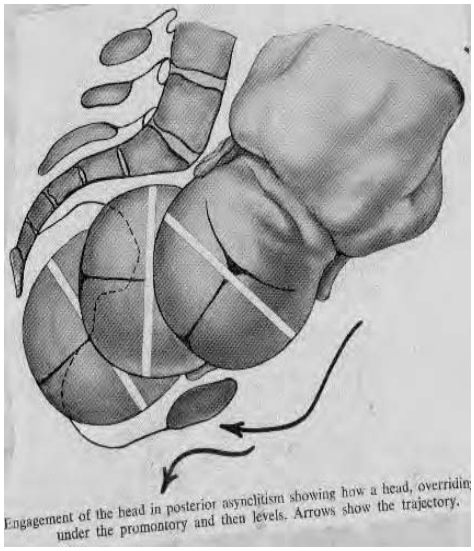
په چټکي سره رحم تقلص کوي او رحم دننه فشار دي ته ليوالتيا څرګندوي چې ماشوم ښکته لوري ته ټيله کړي .

د ماشوم د کوپړي برخه کله چې د ماشوم تنه Extension (بسط) وکړي په آسانه سره ښکته کيږي. په لومړي مرحله کښي دکوپړي د (promentary) برخه د پوبيس دځوکي برخي سره ټکري خوري . رحم نور هم تقلص کوي او ماشوم د بهر نړي ته د راويستلو لوري ته په سفر پيل کوي او کوپړي خلف ته ترفشار د لاندي راوړي .

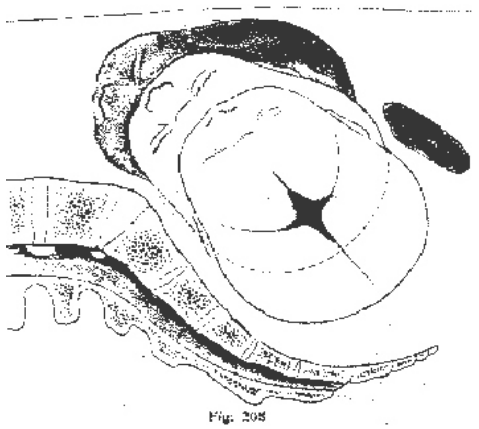


(۳-۹) تصوير

کوپړي د pubicrami په افقي برخه کښي ځوړند والي مومي او د عجز Sacrum دپرو مانترى Promenty لا ندينى برخه کښى د Posterior Parital Protoberans په برخه



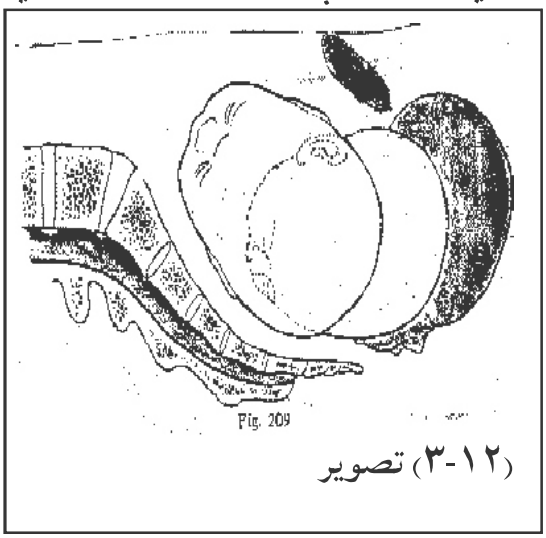
(۳-۱۰) تصوير



(۳-۱۱) تصوير

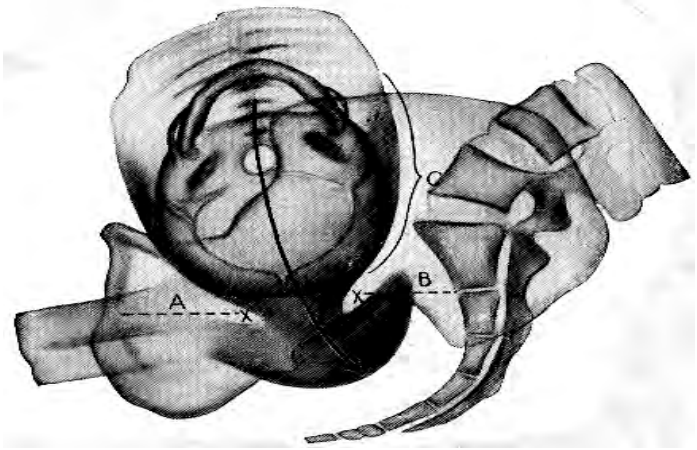
ښويدنه کوي او د ماشوم د کوپړي برخه د مور د حوصلې د Inlet او رخوه اقسامو برخي سره يو ځاي يوه قابضه درجه Flexion degree جوړوي او د Latero Flexion حالت ځان ته غوره کوي . که چيرې يوه ګوته د سرويکس په برخه کښي کيښودل شي ددوه يا دري راتلونکي دردونو په وخت کښي به دا جوته شي چې

څرنګه د رحم فشار د تقلص په وخت کښې د کوپړي برخي ته د حوصلې د Inlet په برخه کښې سمون ورکوي . کونکي طبیب به وکړای شي چې د کوپړي Flexion, Deflexion او د Lateroflexion حالت احساس کړي او د کوتي پواسطه به وکړای شي چې یو څو درجې کوپړي ته د قدام یا خلف لوري ته بدلون ورکړي .



(۳-۱۲) تصویر

د مخه تردي چې طبیعي زیږونه د پایلې وخت ته نږدي شي ، کله چې Sagital Suture د حوصلې نیمائي برخي ته ورسیږي او دافقي کیدني او (Jockeying) یا بنه وضعیت نیولو وروسته لکه د (۳-۹) – (۳-۱۰) – (۳-۱۱) – (۳-۱۲) – (۳-۱۳) تصویرونو په څیر کوپړي د Excavation برخه بشپړه ونیسي په تپالوژیک حالتونو کښې Asynclitism تر هغه پورې تعند کوي چې کوپړي په ژور ډول سره حوصلې ته نزول وکړي دلته بنایي نور راتلونکي حرکتونه او څیرخیدني مداخله وکړي . لکه د پورته تصویر په څیر (۳-۱۳) تصویر کوپړي د حوصلې لوري ته فشار منځ ته راوړي تر څو چې د هغه سره حوصلې دتلې برخه هما هنګي وکړي دغه عمل مستقیماً د کوپړي لوري ته دي تردي وروسته دکوپړي په ټک لاره کښې لږ مقاومت شته والي لري . همدارنګه د (X.A) و (X- B) لیکې داوږدوالي توپیر د سمفیز لوري ته بنکته کیدنه نږدي راوړي .

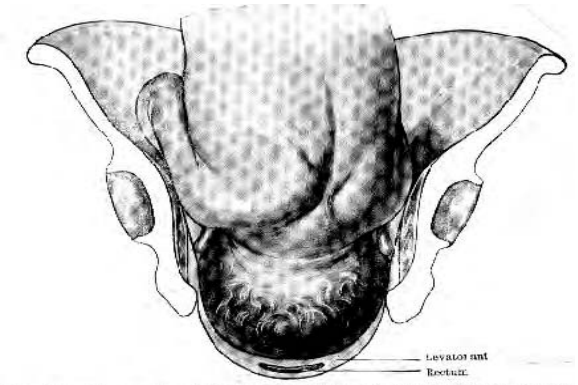


(۳-۱۳) تصویر

د ننه څرخيدنه (تدور Internal- Rotation):

کله چې د کوپړي ښکنځي برخه د حوصلې فرش (Floor) ته ورسيږي نوي حرکتونه ډيروالي مومي او د Occiput برخه د Oblique.Intero.Posterior وضعيت څخه څرخيدنه مومي چې دغه حرکت ته Internal anterior rotation وايي ځکه چې پدي هکله ډيري تيوري او نظريې ورکړل شويدي ، که چېرې کونکي حوصلې ته دپورته څخه ښکته لوري ته پام وکړي او د اسکيوم تو Spine of Ischium به د لومن په برخه کښې د يوي تيري استطالي په څير تر نظره شي د Spine لوري ته د حوصلې قدامي برخه به ښکته لوري ته مقعر ښکاره شي او همدا مقعريت به مخي او دننه لوري ته وي او ګوته به وکړاي شي چې په ظريفانه ډول سره مخي او pubiss لاندي تيره کړل شي پرته له شکه دغه برخه د هډوکي د Lateral Inclined plan يوه برخه جوړه کړي چې په Anterior Rotation کښې ګڼه وره دنده ترسره کوی . او د levator برخه د Ischia او Pubiss څخه ځوړنده پاتی کيږی .

د Occiput ښويدنه ښکته د حوصلې لوري ته مستقيماً د pubiss لاندي دکوپړي د اوږد قطر سره چې د Inclined پلان له مخي مطابقت کوي صورت نيسي . څرنګه چې Occiput تل مدام د Sincipu (دکوپړي پورته قدامي) برخي ځني ښکته واقع دي ځکه دحوصلې د تلي (Floor) برخه په چټکي سره وهي او له همدي کبله دpubiss څخه ښکته قدام لوري ته څرخيدنه کوي، که چېرې په همدغه لحظه کښې ګټه تر سره شي قدام ته د کوپړي په څرخيدنه کښې به حوصلې د تلي (Floor) د عمل ونډه څرګنده کړل شي پدي هکله (١٤-٣) تصوير ته پاملرنه وکړي .



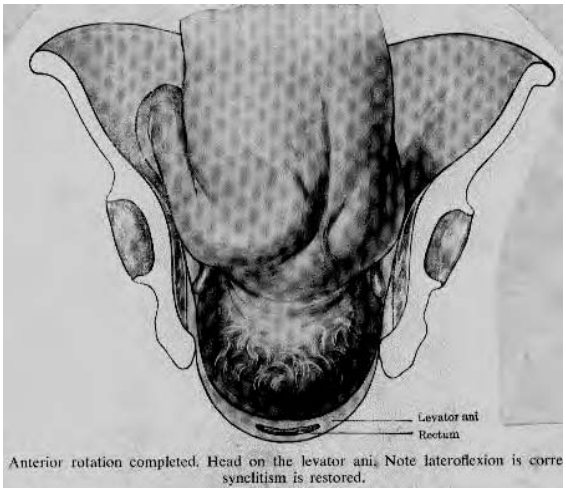
Anterior rotation completed. Head on the levator ani. Note lateroflexion is corre
synclitism is restored.

(٣-١٤) تصوير

که چېرې په مستقيم ډول سره د کوپړي په رابښکته کيدنه کښې کومه مانعه يا مقاومت شته والي ولري پدي هکله (١٥-٣) تصوير ته پاملرنه وکړي بنايي دا مقاومت د غشا دپخواني څيريدني Laceration له

کبله وي چې د Anterior rotation مرحله به اکثراً موخره وي او يا هم نشتوالي ولري، که چېرې جز لږ مقعريت ولري او د پوبيک ليندي به هم ډيره نري وي .

د زيږوني د کانال مقعريت به د کانال د محور په اوږدو سره بسيا ونکړي او د Anterior Rotation به په ښه توګه تر سره نشي او اکثراً به بنديا محدود پاتي شي چې دا يو پتالوژيک حالت دي او دي حالت د Deep.Transvers arest حالت ويل کيږي . په داسي حالت کښې چې د ماشوم دشا (Back) لوري برخه په معند ډول سره د شا(خلف) لوري ته پاتي وي او که Anterior Rotation ونکړي داحالتونه پتالوژيک بلل کيږي او د لاسونو پواسطه به د خلفي اوکسيپيوتو پوزيشن Occiputo.posterior.position اصلاح ورکړل شي ديوه زيږوني د ماهر طبيب له خوا سره لدي چې دا به خلف قدام ته تاوکړي د کوپړي څرخيدنه به بشپړه نه وي ښايي دا تر سره نشي او ثابته نه وي همدارنګه د ماشوم تيريدنه د د ولادي کانال په لومن کښې چې ديوه سلنډر په څيردي دا Cylender د زيږوني په وخت لږه اندازه مقاومت لري ګ دا کانال د سلنډر په څير تر فشار لاندي راځي چې همدا د سيلنډر په څير مقعره بڼه د ماشوم د تيريدني لپاره ښه لاره برابر وي ، کوپړي د خلف لوري ته حرکت کوي چې دا د (Deflex) يو ساده ډول دي او د 'Deflex' بڼه د طبيعي حرکت لپاره ډيره مرسته کوي چې پدي وخت کښې دکوپړي حرکت د صدر دپاسه د Flexion حرکت په ښه توګه نشي تر سره کولاي . دلاسونو او پښو د فشار له کبله چې د تني لپاسه يې راوړي او د ملاد تير (Colomn Vertebra) دجوړښت له کبله چې ځانګړې بڼه يې جوړه کړې ده نشي کولای تنه Trunkد Sagital په څير خپل حرکت ترسره کړي خو په آساني سره کولاي شي بلي لوري ته حرکت وکړي .



Anterior rotation completed. Head on the levator ani. Note lateroflexion is corre
synclitism is restored.

(۳-۱۵) تصوير

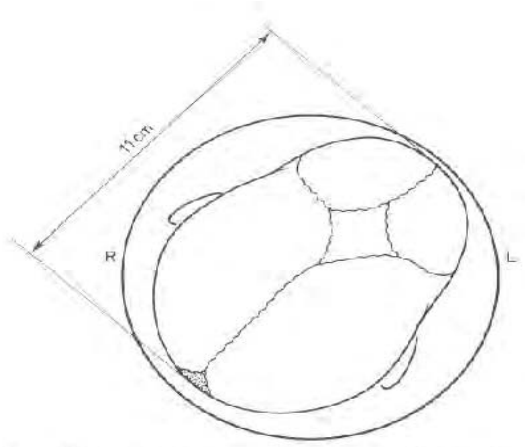


Fig. 4.9 Vaginal palpation of head in the right occipito-posterior position. The circle represents the pelvic cavity with a diameter of 12 cm. The head is poorly flexed, so that the anterior fontanelle presents. Moulding is seen

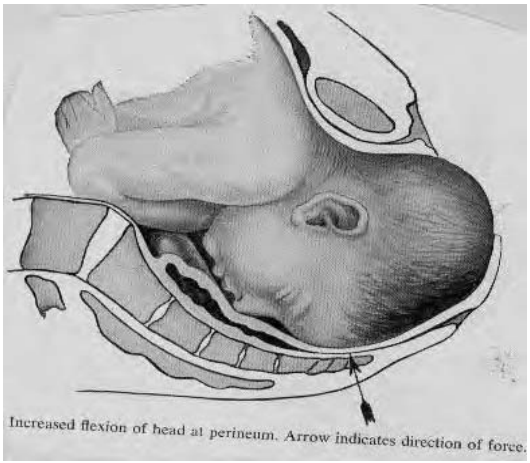


Fig. 4.10 Delivery of the head in the face-to-pubes position. 1, shows the head being born by flexion, this is followed by extension, shown in 2

ډيسانګيجمنت : "Disengagement":

بښکته کيدنه اوږديدنه مومي داد قدامي څيرخيدني Ant.Rotation په حالت کښي او کوپړي د قبض Flexion په حال کښي وي چې د قبض Flexion دا حالت د حوصلې د فرش سره د مخامخ کيدني له کبله زياتوالي مومي چې د Forehead برخه د Tip, Coccyx, Levator Ani, Sacrociatico .lig دمقاومت له مخي پورته لوري ته تر فشار لا ندي راځي چې دا حالت په (١٦-٣) تصوير کښي ښه ښودل شويدي.

کلـه چـې د Fore head برخه د Coccyx څخه تيره شي د غـاړې د څټ برخه د پوبيس د لينديلاندي قرار نيسي او د کوپړي د Deflex حالت پيـل کيږي د زنـي برخـه (chin) د صـدر د نږدي کڅ ځنـي خلاصـيږي او Occiput برخه د pubiss په قدام کښي ظاهريږي . د Fore head برخـــه Soft perineum ځنـي تيريـږي او پـدي



(١٦-٣) تصوير

حالت کښي د کوپړي برخه د Extension په حالت کښي زيږيدنه کوي چې په (۱۷-۳) تصـوير کښي دغه حالت ښه ښودل شويدي .

هغه علتونه چې د Extension يا بسط حالت منځ ته راوړي په لاندي ډول دي ځکه دکوپړي برخه د Inclined plan د پرينيوم سره تماس کوي او مخا مخ کيږي.



(۱۷-۳) تصوير



Fig. 4.8 External rotation of the head after delivery as the anterior shoulder rotates forward to pass under the subpubic arch

د ماشوم د محور (axis) فشار د رحم دننه فشار او يا ښکته لوری ته دماشوم د زيږيدنی لپاره پـه تنه باندی فشار راوړی او کوپړی هم دفشار لا نـدی راځـی دکـوپړی د Sincipital arm برخـه راوزي او د Occipital Arm برخه د پوښس لا ندي راځي د پريتال هډوکو برخـه د Levator ani عضلاتو په دواړو خواو کښي د Pubic Rami لوري ته ځاي نيسی پداسي حال کښي چې د Foer head برخه ښکته او د مخي لوري ته تيريږي پدي هکله د (۱۸-۳) تصوير ته پاملرنه وکـړي هغه فکتورونه چې د ماشوم په Extension کښي د پرينيوم په برخه کښي مرسته کـوي هغـه د دوه پاريتال هډوکو د سطحي يو ځاي کيدنه او مقاومت د B-B په برخه کښي دي د يوه B څخه تر بل B پوري دغه مقاومت په همدي محور منځ ته راځي له همدي کبله دي ته ليوالتيا ده چـې د A برخـه چې د پرينيوم د تلي (Floor) په مقابل کښي واقع دی همدا د A برخه را ښکته شی دا د (A-A) په منحنی کښی ښودل شوي تصويرته پاملرنه وکړي .

دپرينيوم برخه ښکته لوري ته بي ځايه کيږي او بيا وروسته د شا خلف لوري ته بي ځايه کيږي ، ددي خطر شته دي چې د حوصلې دفرش Floor برخه پدي وخت کښي څيريدنه وکړي او بيا ترميم کولـو ته اړتيا پريوزي چې داتکي ډير د اهميت ور دي .

بهرني څرخيدنه او ريستيټوشن:

Restitution and External. Rotation

وروسته لدي چې کوپړي (Suboccipitofrontal diameter) د حوصلې په (Transvers or Right Oblique diameter) اوږه د (Pelvic brim) ته په قدامي خلفي يا کښې مايل قطر سره ننوتنه کوي او زيږيدنه وکړي کله چې کوپړی (رأس) په کراره سره دننه لږه اندازه د اوږې لورې ته څرخيږي چې دا څرخيدنه د داخلي قدامي څرخيدني په خلاف ده چې دي ته L. O. Position ورکوي او Occiput بيا بيرته کښې لوري ته څرخيږي او په R. O. Position کښې د مور ښي لوري ته او يا (Occiput) د ښځې کښې ورانه (Thigh) لورې ته څرخيږي چې کله نا کله دغه حرکت د ټکان (Jerk) سره مل وي دغه حرکت ته د (Restitution) حرکت وايی ځکه چې غاړه پرته له تاوېدنې (Untwisted) پاتې کېږي او کوپړی په خپل طبيعي اړيکې سره د اوږې لورې ته پاتې وي.

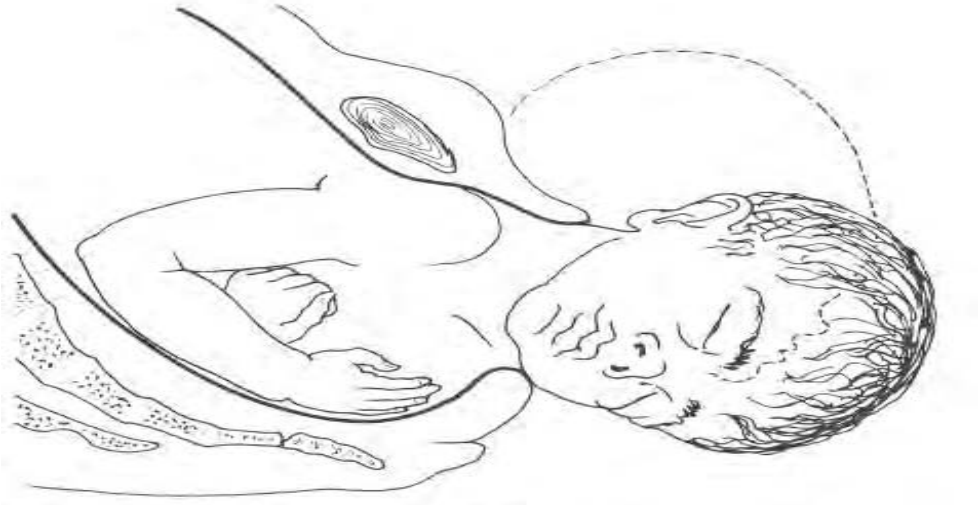


Fig. 4.8 External rotation of the head after delivery as the anterior shoulder rotates forward to pass under the subpubic arch

لدي کبله چې غاړه پدي کښې نه څرخيږي ، وروسته فشار او نبضان په قسمي ډول داوږي د داخلي تاويدني (څرخيدني) له کبله پرکوپړي واردږي او کوپړي په Sagital Suture سره د مايل قطر Oblique diameter په حالت سره واقع کيږي وروسته تردي سره لدي چې د اوږي قدام د سمفيزس خلف ته ځاي په ځاي وي د Occiput برخه د (٤٥°) درجو يا لږ څه ډيره اندازه زاويه لکه چې د Sagital Suture زاويه د مستعرض په څير واقع کيږي د دغه حالت ته External rotation وايي چې کله کله داسې پيښيږي چې د Restitution او External Rotation اصطلاح دواړه يوه دبل په ځاي پکار وړل کيږي او د يو بل سره په مترادف ډول راځي .

د بيلا بيلو حرکتونو وخت او ځاي :
Time and place of Various Movements

دا پدي معني دي چې څه وخت او چېرته به دا حرکتونه منځ ته راځي ؟
ښکته کيدنه Descent او پرمخکې په ټوله پروسه کښې منځ ته راځي د حتي کله چې کوپړي هم و څرخيږي او په تخيلي ډول سره په طبيعي ميتود کښې د زيږيدني ټکي ته ورسيږي د فورسپس په ميتود کښې د زيږيدني ميکانيزم حرکتونه به د توربين (Turbin) " هغه آله چې په هغه کښې Wheel ميله د تيلو يا ګاز پواسطه څرخيدنه کوي " په څير پيښې (تمثيل) وکړي .

د Flexion (قبض) حالت د حوصلې دInlet په برخه کښې منځ ته راځي خو تر هغه چې کوپړي د حوصلې تلي ته ونه رسيږي منځ ته نه راځي که چېرې قبض Flexion او څرخيدنه منځ ته راشي دا په ناڅاپه ډول يو ځاي وي ګ Flexion به په لومړي ځل ښځه کښې د لومړي مرحلې (first-stage) په پايله کښې منځ ته راشي او د زيږيدني په پشپړه پروسه کښې کله چې کوپړي د سرويکس څخه په دوهمه مرحله (Second stage) کښې راوزي د قبض حرکت منځ ته راځي ګ کله چې کوپړي د عظمي حوصلې د Disengagement حالت غوره کوي د دوهمې مرحلې (Second stage) منځني وخت به وي او د قبض حالت زياتوالي مومي.

همدارنګه Internal anterior Rotation دا هغه حالت دي کله چې کوپړي د حوصلې د تلي (Floor) برخې ته ورسيږي د حوصلې د جوف په برخه کښې دا حرکت منځ ته راځي او يا هم ښايي لږ د مخه کله چې کوپړی د عظمي حوصلې ځني راووځي دا حالت بشپړ کيږي .

سره لدي هم په حقيقي او بشپړ ډول سره د Small Fontanelle خرخيدنه بعضاً د منځني خط په اوږدو کښي منځ ته راځي او کوپړي په لږه اندازه مايل ډول سره زيږيدنه کوي کله چې ماشوم ډير کوچني او درخوه اقسامو په څير وي او د حوصلې برخه هم ډيره لويه دي او Internal Rotation اکثراً په لومړي حًله بلاربه P/P بنځه کښي په لومړي مرحله (First-Stage) کښي پيل کوي او د دوهم مرحلي (Second Stage) د پيل د مخه بشپړه کيږي او پايله مومي او دوهمه مرحله به پدوي کښي نيمائي وي او څوحًله (M/P) بلاربه بنځه کښی د څرخيدل (Rotation) په دوهمه مرحله کښی منځ ته راځی کله چی کوپړی د Fore head (تندی) برخه د عظمی Bony outlet څخه راوځی چی دا د دوهمی مرحلی Second stage پايله په دواړو P/P او M/P بنځو کښی څرګندوی پدی هکله (۱۹-۳) تصوير ته پاملرنه وکړی تر څو بنه مطلب ورځنی ترلاسه کړی :

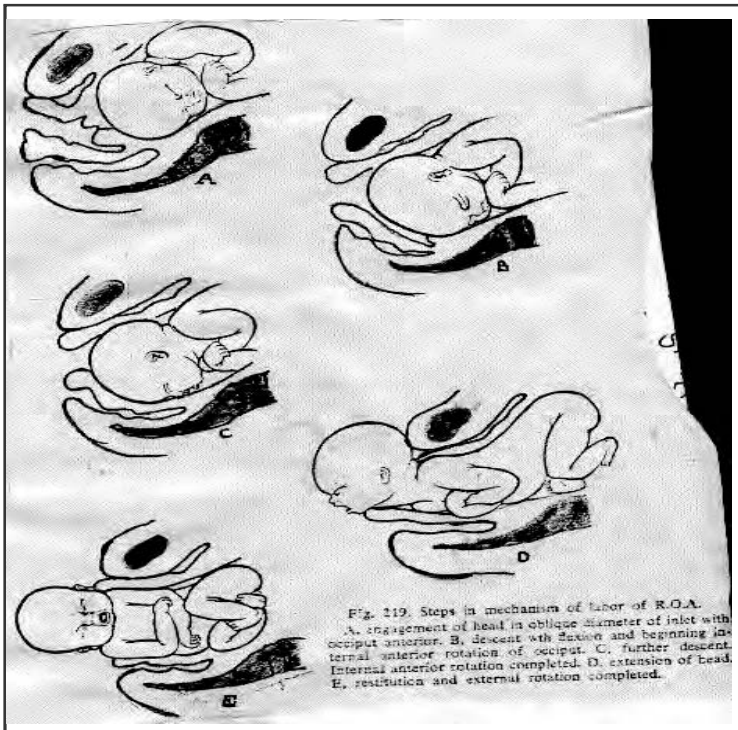


Fig. 219. Steps in mechanism of labor of R.O.A. A, engagement of head in oblique diameter of inlet with occiput anterior. B, descent with flexion and beginning internal anterior rotation of occiput. C, further descent. Internal anterior rotation completed. D, extension of head. E, restitutica and external rotation completed.

(۱۹-۳) تصوير

A – د کوپړی Engagement په مايل قطر او Inlet د Occiput قدام سره.

B – بنځه کيدنه د قبض سره او Occiput د داخلي قدامی څرخيدني پيل څرګندوی.

C – د بنځه کيدني پر مختيا څرګندوي ترڅو قدامي داخلي څرخيدنه بشپړه شي.

D – د کوپړی بسط Extension څرګندوی.

E – Restitution او بهرني څرخيدنه بشپړه کوی.

د اوږي د زیږدني میکانیزم :
Mechanism of the shoulders

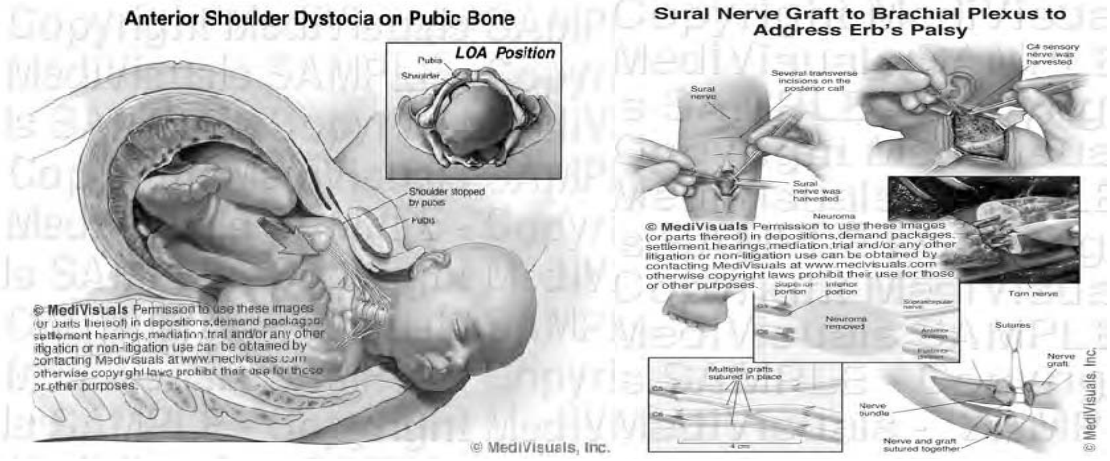
د L. O. A په پوزیشن کښی اوږه د کینې مایل (Left Oblique) په څیر پرته ده او د L.O. P په پوزیشن کښی اوږه د ښی مایل Right Oblique په څیر پرته ده ځکه د L.O.P په وضعیت کښي د اوږی قدامی برخه د پوښس لاندی په ښی لوری د حوصله کښی څرخیدنه کوی او د پرمختګ Direction د کوپړی د حرکت خلاف لوری ته دی ، حال دا چی د L.O.P په وضعیت کښی د اوږی قدامی برخه د کوپړی حرکت د پوښس د کښې او خلف څخه قدام ته تعقیب کیږی او دا حرکت داسی ښکاری چی اوږه د Rotation, engagement او Disengagement حرکت ترسره کوی د رحم دننه بشپړ فشار په ماشوم او د زیږونی په کانال باندی فشار ر راوړی ترڅو ماشوم په مستقیم ډول سره ښکته لوری ته عمل او زیږونه وکړی د اوږی قدامی برخه تر څو چی د حوصلی د تلی برخی ته ورسیږی د حوصلی د جنب برخی له لاری څخه ښوید نه کوی او وروسته بیاد پوښس لاندی برخه کښی څرخیدنه کوی .

داوږی په قدامی څرخیدنه کښی لکه څرنګه چی د کوپړی د څرخیدلو لپاره فکتورونه رول لوبوی په هماغه څیر سره څرخیدنه کوی ددی لپاره چی د حوصلی کانال مطابقت (سمون) وکړی لازمه ده چی د ماشوم تنه Trunk د قبض Flexion حالت غوره کړی کله چی د ماشوم تنه د جنب ارخ باندی واقع شی تنه به څرخیدنه وکړی او د زیږونی کانال سره به د تیریدو لپاره ځان سم کړی او زیږیدنه به وکړی.

کله کله داسی پیښیږی چی اوږه څرخیدنه نه کوی او اوږه په مستعرض ډول سره تظاهر کوی او بعضاً مخالف ته مایل په څیر څرخیدنه کوی چی پدی حالت کښی د خلف لوری په بله لوری کښی د انتظار او توقع سره سم ښکاره کیږی د اوږي زیږیدنه په وصفی ډول سره ده د اوږی قدام به د پوښس خلف ته وی ، خلف د اوږی به کله چی د اوږی د قدام برخه د پوښس خلف ته راشی دا د اوږی خلف به د پرینیوم د پاسه تاوو شی که چیرې د پرینیوم برخه ډیره څیرل شویوی د په شاتلو ته تللو میکانیزم (Revers mechanism) به منځ ته راشی .

بعضاً په طبیعی ډول سره په دغه مرحله کښی لږی مرستی ته اړتیا پریوزی او طبیب باید چی د طبیعی ډول زیږونی پیښی (Imitation) وکړی د اوږی د زیږیدنی سره لږه ستونزه منځ ته راځی خو دا چی دا ستونزه ډیره زیاته وی که چیرې د پرینیوم څیریدنه منځ ته راغلی وی دا به د ډیری بی

احتیاطی له کبله وی دا بی احتیاطی بنایی د ماشوم د ترقوی (Clavicle) هډوکی د ماتېدنه او یا هم د (Erb`s palsy) منځ ته راوړی. کله چی د صدر برخه راووزی د نورو برخو راوتنه دومره ګرانښت نلری .



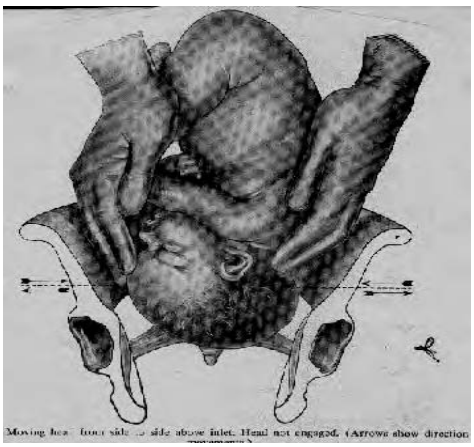
ډیره خرخیدنه "Over Rotation" :

دا به ډیره د حیرانتیا خبره وی چی کونکی طبیب د زیږیدنی دیوه وضعیت څخه بل وضعیت ته بدلونونه بشپړ کورس (Course) د نظره تیرکړی دزیږونکی L.O.A وضعیت څخه په بشپړه کورس کښی چی (R.O.A) ته بدلون کوی خارجی خرخیدنه او 'Restitution' همدا میکانیزم تعقیب کوی پدی ډول پینبو کښی ډیر داخلی خرخیدنه منځ ته راځی او د Occiput برخه به مخالف لوری د منځنی خط خلف ته راوستل کیږي او یا هم د اوږو داخلی خرخیدنه په شانګ (Revers) کوی اوډیره خرخیږی .

که چیری د L.O.A زیږیدنی میکانیزم له نظره تیر شی څه به ولیدل شی ؟

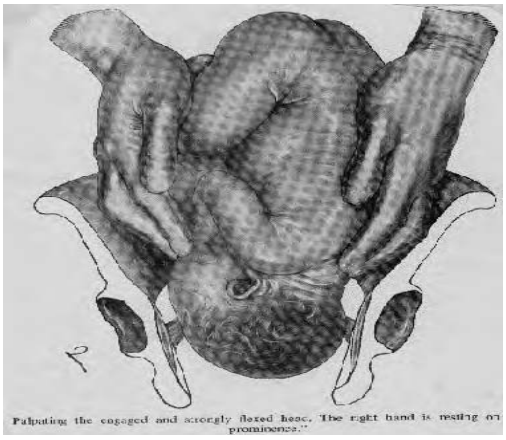
په ډیر احتیاط سره کنه د زیږیدنی د کورس نشی کولای چی دغه میکانیزم د نږدی څخه بشپړ تعقیب اوخرګند کړی او یو په یوه بشپړ پړاونه او هغوی پر مخنګ مونږ ته روښانه خرګند کړی خو دا ډیره ضروری اومهمه خبره ده چی یوه اندازه کونکی طبیب او یا زده کونکی باید د نورمال میکانیزم په تیوری باندی سمبال وی او د کوپړی د راوتنی په هکله کله چی د حوصلی ځنی راوځی د کنني په هکله باید پوره معلومات ولری د ګډډی کنه (Abdominal-Examination) ډیره له اهمیت څخه ډکه او ارزښتناکه خبره ده چی نا روغ ته لږه اندازه خطر لږه اندازه درد لری او تر ټولو د مخه باید تمرین (Practice) کړل شی او وروسته تر هغه اکثراً دا ضروری ګڼل کیږی چی په داخلی مقعدی او مهبلی وازولو (Exploration) باندی بشپړه پوهه ولری په پیل کښی د رحم تقلصونه رحم ته ګردی د

(پندوس) په څیر بڼه ورکوی کوپړی د نورو وختونو په نسبت قدامی او لږ به پورته واقع وی چی دا د پوپس په مخ ډیرې ښوئېدنې (Overrid) ته لیوالتیالری د Inlet پورته برخه کښی خوځنده دی په ځانګړی ډول په M/G (Multi gravidea) ښځه کښی خوځنده خلف به اکثراً ددی لوری څخه لیری پاتی کیږی کله چی تقلصونه دنظم لوری ته ځی او شدت پیدا کوی رحم پدی حالت کښی اوږدیدنه مومی او کوپړی د Inlet د پاسه قبض مومی او لږ خلف ته ځای په ځای کیږی ځکه چی د Parital هډوکو Protuberance برخه د Promentery لاندی ښویدنه کوی خلف یا دشا لوری دی ته لیوالتیا څرګندوی چی قدام ته راشی او یا هم جنب ته ځی.



(۲۰-۳) تصویر

وروستنی حرکت دی پوری اړه لری چی دا پوزیشن قدامی دی او که خلفی پدی هکله (۲۰-۳) تصویر ته پاملرنه وکړی چی د مخه تردی چی کوپړی په حوصله کښی (Engage) وکړی د لاسونو نو په واسطه نه جس کیږی د لاسونو پواسطه د حوصلی د Inlet څخه پورته د یوی لوری څخه بلی لوری ته حرکت ورکول کیږي.



(۲۱-۳) تصویر

همدارنګه وروسته تردی چی د کوپړی Engagement منځ ته راشی دیوه لاس د ګوتو پواسطه د Pubic ramuss خلف ته د Occiput ژوره برخه جس کیږی کله کله دا د منحنی لیکی (خط) په برخه کښی کیږی د بل لاس پواسطه د Fore head هغه برخه چی جس کیږی دی ته Cephalic Prominence برخه ویل کیږی دا برخه د (۲۱-۳) تصویر کښی ښودل شویده ځکه چی داد Occiput په نسبت بشپړه را وتلی ده .

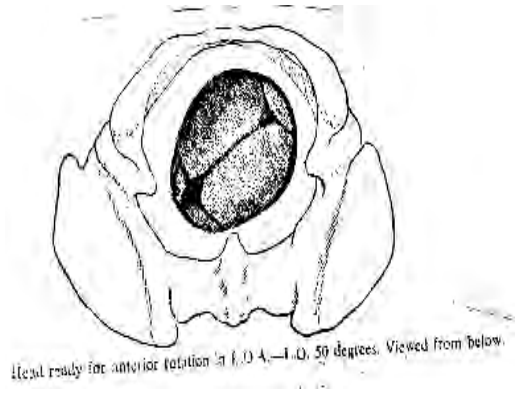
د Face په پرزنټیشن کښی د Deflexion حالت ډیر لیدل کیږی دOcciput برخه د Cephalic prominence په ځای جس کیږی ځکه چی دلته دا برخه ډیره راوتلی وی او د Sincipute شته والي په نسبت ښه جس کیږی .

که چپری Flexion شته والی ولری نو حوصله به عموماً متقلص وی اود Occipute برخه به په ګرانښت سره جس کړل شی ځکه چی دا ډیرد حوصلی په برخه کښی ټیست واقع دی مګر کولای شو د Fore head برخه لدی کبله چی پورته واقع ده په آسانی سره جس کړو که چپری پدی حالت کښی یوطبیب و غواړی چی کوپړی د یوی لوری څخه بلی لوری ته ټیله کړی د لاس په واسطه به دا ناممکنه خبره وی ځکه چی کوپړی (Fix) تثبیت شویده کله چی زیږیدنه پر مخنګ وکړی او Internal Anterior Rotation واقع شی د Occiput برخه د Pubic Ramous دکینی برخی خلف ته رسیږی اود Fore head برخه د تنی څخه بهر ښکاره کیږی وروسته تردی څرخیدنه کوی او ښی لوری فلانګ (Flank) په برخه کښی ورکیږی کله چی و کوپړی Occiput د ګوتو تر د مخه ورسیږی دلته کوپړی (Engage) کوی (Back) خلف مستقیماً په لومړی وختونو کښی په کینه برخه د اړخ کښی وی خو کله چی زیږیدنه پر مخنګ کوی قدام ته څرخیدنه کوی د اوږی قدامی برخه د کین اړخ څخه ، خلف او پورته لوری ته د منځنی خط څخه لږ پورته د پوبیس څخه پر مخ ځی اوږه د متوسط خط په برخه کښی تر هغه چی کوپړی زیږیدنه کوی پاتی کیږی د خلف برخی حرکت دماشوم دزړه دحرکاتو پواسطه هم څرګندولای شو په لومړی وخت کښی د شدت لوړه اندازه د نامه دغوتی (Umbilicus) په کینه برخه کښی ده همدا ټکی د منځنی لیکی په اوږدو کښی کله چی کوپړی د پرینیوم په برخه کښی وی د زړه غږونه د Pubic hair په څنډه کښی اوریدل کیږی .

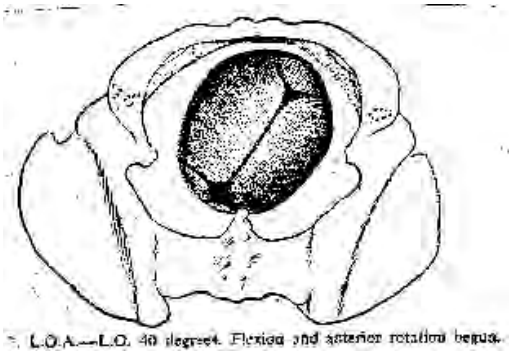
د مهبلی کتنی (Vaginal Explore) له لاری د زیږیدنی په لومړنی وختونو کښی سرویکس ترلی وی او یوازی یوی او یا دوه ګوتو دتیریدو ته اجازه ورکوی خو پیژندنه یي سخته او ګرانه خبره ده . په Primi gravidia ښځو کښی بعضاً کوپړی engage کړی وی په Multi gravidea ښځو کښی اکثراً کوپړی د Inlet په برخه کښی پاتی کیږی خو دا اکثراً په آزاد ډول سره حرکت کوی لکه د لامبووهونکی په څیر حرکت دی، د ګوتو پواسطه د سرویکس د جس په وخت پوستوالی (Softness) او د Bag of waters چی په هغه کښی کوپړی د جس وړده احساسیږی او د جس پواسطه کیداشی چی کله چی د Sagital Suture برخه د هډوکی د پاسه تثبیت شی دا به اکثراً د Pubiss برخی ته نږدی وی او د "Posterior asynclitism" پنوم یادیږی او په کین قدامی

کوادرانت د حوصلی "Left,anterior pelvic Quadrant" (L.A.P.Q) کښی د Suture د پایلی په برخه کوچنی فونتانیل Small fontanelle او یا "False fontanelle" کولای شو چی ولټوو همدارنګه په بلـه څوکـه د Suture کښی Right. Posterior Quadrant برخـه کښی همدغه فونتانیل ته نږدی کولای شو چی Large Fontanelle جس کړو.

دا پورته علامی (نښې) ددې ښودونکی دي چی Flexion لاتراوسه هم ندی منځ ته راغلی کله چـی Flexion مـنځ تـه راشـی (Small Fontanelle) د حوصلی ښـکته او مرکـزی برخـه کښـی جـس کیـږی او Large. Fontanel یا قدامی فونتانیل پورتـه موقعیـت نیسی او په ګرانه سره موندل کیـږی Sagital Suture لاهم د بدن د محـور سـره مـوازی حالت غوره کوی او اکثـراً (Right Oblique) په څیر بیه غوره کوی ، کله چی Internal Anterior Rotation منځ ته راشی Small Fontanelle پدي حالت کښی ښکته ځـی او د Pubiss خلف ته به په مقعر ډول په کـیږ قدامی کواردرانت برخه کښی ومونـدل شـی پدی پـایلی حالـت کښـی ښـایی Sagital Suture د قدام څخه خلف ته پـه منځنـی لیکه کښی ومونډل شی پدی هکلـه (۲۲-۳) تصویر چی د ښکته څخه منظره لـری او پـه L.O.A کښـــی کـــوپړی د Anterior Rotation لپاره تیاره ده پاملرنه وکـړی او (۵۰یـا ۵۰) درجی زوایه لری د لته قدامی فونتانیل او درز به په Left.Ant. Pelvic.


Head ready for anterior rotation in L.O.A.—L.O. 50 degrees. Viewed from below.

(۲۲-۳) تصویر


L.O.A.—L.O. 40 degrees. Flexion and anterior rotation begun.

(۲۳-۳) تصویر

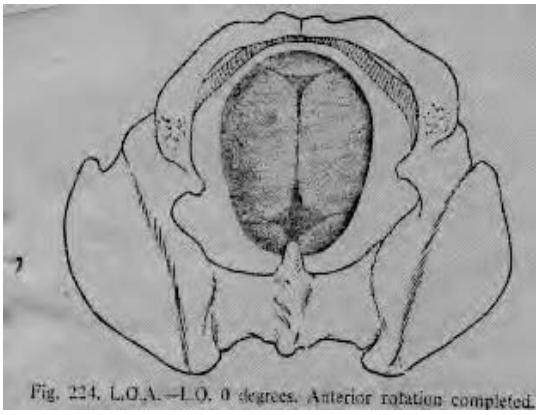
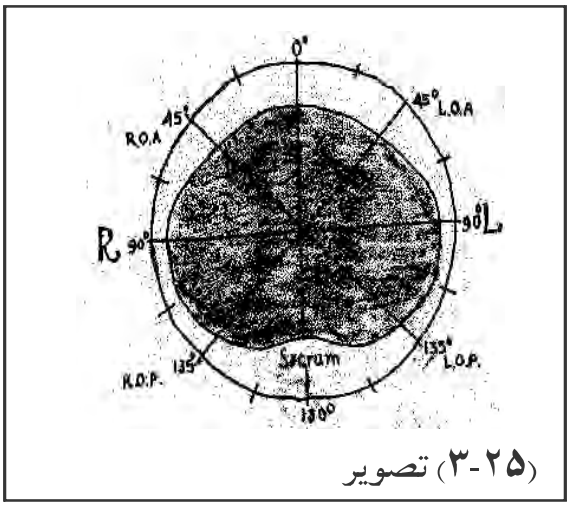


Fig. 224. L.O.A.—L.O. 0 degrees. Anterior rotation completed.

(۲۴-۳) تصویر

Quadrant کښی ومونډل شی .

او همدارنګه په (۲۳-۳) تصویر کښی د L.O.A –L.O وضعیت چی په هغه کښی (٤٠°) درجی ده او قدامی څرخیدنه او قبض Flexion په پیل کښی دی پاملرنه ورته وکړی کوچنی فونتانیل په حوصله کښی ښکته مونډل کیږی او قدامی فونتانیل لا هم پورته دی او سهمی درزبه موازی د محور سره لږ څه احساس شی . همدارنګه د L.O.A-L.O صفر درجی حالت ته په (۲٤-۳) تصویر کښی پاملرنه وکړی چی د قدامی څرخیدنی حالت بشپړ شویدی پدې حالت کښی سهمی درز Sagital Suture په بشپړه توګه د منځنی لیکی دپاسه موقعیت نیسی او Small Fontanels ښکته راځی د همدغه حرکتونو په نتیجه کښی د سرویکس Effacement او اتساع Dilatation هم منځ ته راځی او کله چی کوپړی د پرینیوم برخی څخه راوزی هډوکیزه برخه د کانال هم اتساع Dilatation کوی او پداسی حال کښی د عنق څخه پورته برخه راټولیږی او (Retract) کوی کله چی یو اوږد محالي او ګران ډول د زیږونی شته والی ولری ښایی په دغه ډول ماشوم کښی د Cuput. Succedaneum حالت منځ ته راشی.



(۲۵-۳) تصویر


Fig. 5.3 Moulding of the head and formation of caput succedaneum is persistent occipitoposterior position

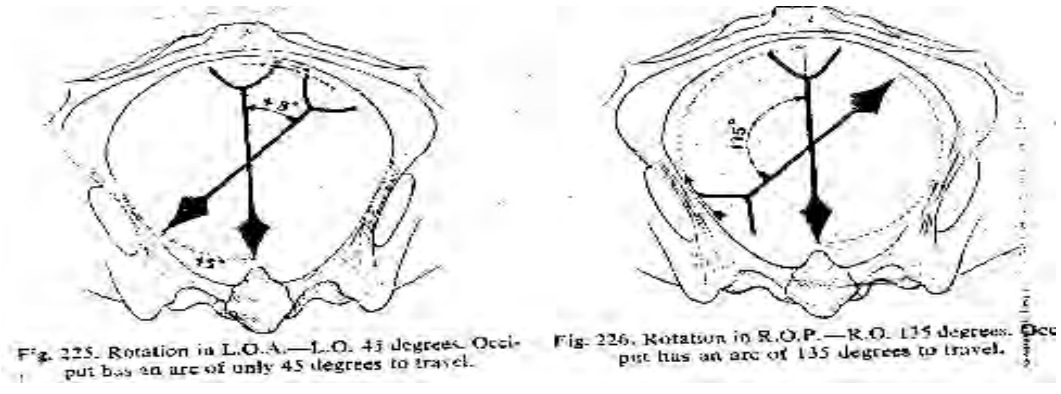
نو لدی کبله به ګران کار وی چی د کوپړی حدود وټاکلی شاو همدارنګه د څرخیدنی په پوهیدنی کښی به ستونزه را منځ ته کړی او د کوپړی د Enagaement په باب به لږ معلومات ترلاسه کړل شی نو لدی پورته ذکر شویو ټکو له امله کولاي شو چی د Presingting Part په هکله اود ښکتنی برخی سره د هغی داړیکی په هکله کولای شو چی فرضی خیالی لیکې د Ischial Spines ترمنځ رسم کړو د کوپړی برخه چی د enagage یی ندی کړی ښایی چی ډیره تثبیت (Fixed) وی او د شوریدلو وړنه وی نو پدی حالت کښی باید کوښښ ونکړل شی چی هغه دی بی ځایه کړل شی .

هغه کوپړی engage بلل کیږي چی کله چی د هغی Large-plane اوږد او لوی پلان د inlet په برخه کښی د Parital bosses حُنی تیر شی دا به ددی ښودونکی وی دا د کوپړی غوره برخه ده او د Cuput Succidaneum حالت ندی پدی هکله (۳-۲۵) تصویر پاملرنه وکړی

دلته حوصله د یوی دائری په څیر رسم شویده چی پدی دائری کښی بیلا بیلی درجی څرګندی شویدی دلته د pubiss برخه (۰°) صفر ، د Sacrum برخه (۱۸۰°) درجی پدغه پلان کښی (٤٥°) L.O.A = ٤٥° –L.O او R.O.P=R.O = ۱۳٥° او (۹۰°) . ۹۰° — . L.O.T=L.O دکوپړی engagement په بیلا بیلو (Presentation) پرزنټیشنونو کښی سره توپیرلری ددی څخه مخنیوی په Tumore,Highly contracted pelvis هغه تومورونه چی Inlet بلاک کوی اود Pendulus. Abdomen کښی منځ ته راځی ابنار مل لوی راس به په ستونزو سره Engage وکړی کیدای شی چی پریوان "پلاسنتا" په لاره کښی شته والی ولری او یا هم په ډیری اندازی سره امنیوټیک مایع (Polyhyramnios) شته والی ولری چی دا ماشوم ته ددیری خوځیدنی زمینه برابروی هرکله چی کوپړی Enagage ونه کړی دغه علتونه دی ولټول شی او د زیږونی لپاره دی تر هغه لټون ونکړل شی تر څو چی د Engagement په درجو باندی په مثبت ډول سره طبیب پوهه نه وی ترلاسه کړی .

د ROP په زیږیدنه کښی به کوم حالت ولیدل شی ؟

یو بنسټیز توپیر د R.O.P او R.O.A ترمنځ دمقاسیی په ډول دادی چی دلته د کوپړی Occiput څرخیدنه ۱۳٥° درجی یا ¾ برخه د نیمائی دایری ده حال دا چی په R.O.A کښی داد ٤٥° درجو په اندازه د قوس څرخیږی ¼ د نیمائی دائری چی پدی هکله (۳-۲٦) او (۳-۲۷) تصویرونوته پاملرنه

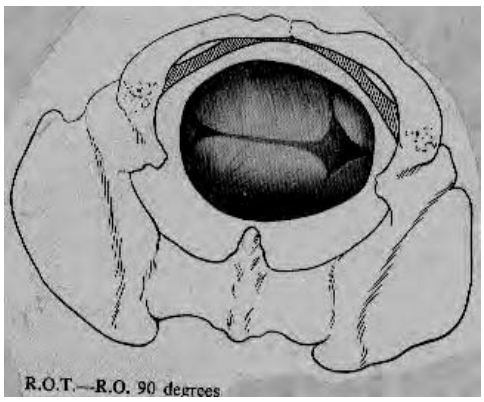


(۳-۲٦) او (۳-۲۷) تصویرونه

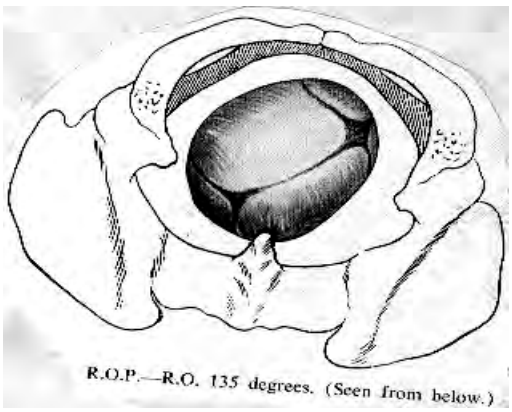
وکړی کله کله د کوپړی engagement په کرار او ورو ورو سره تر سره کیږی دا ځکه چی د کوپړی لویه برخه بعضاً د Promentory سره مخامخ کیږی نو له همدی کبله Flexion هم محدود ندی او تر هغه به وځندیږی تر څوچی کوپړی د حوصلی په تلی باندی پوره واقع نشی .

کله چی Internal. Anterior Rotation منځ ته راځی لږه اندازه اوږده موده نیسی هغه میکانیزمونه چی د حرکاتو د سرته رسیدو وروسته Posterior.position وضعیت لپاره تر سره کیږی همدا میکانیزمونه د Position.Anterior لپاره هم منځ ته راځی .

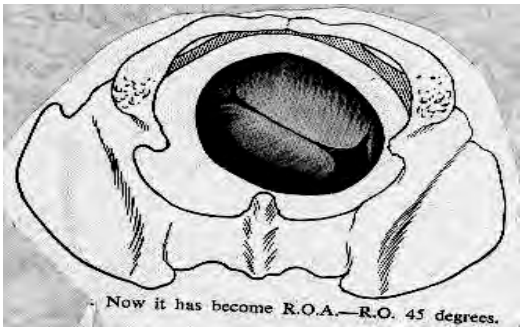
په Right occiput posterior. Position کښی د کیډی له لاری د ماشوم د شا (خلف) برخه په ښی او خلف کښی احساسیږی دزړه غږونه به د فلانک ځنی په خلف کښی ژور وی او د نامه د غوټی Umblicus ځنی به ډیر لیری وی د زیږونی په وخت کی به په تدریج سره قدام ته راشی اوږه به دښی اړخ د منځنی لیکی په برخه کښی وی او قدام ته به تاویدنه (څرخیدنه) وکړی او یا به کیڼ اړخ ته واوړی او Fore head (تندی) په لومړی مرحله کښی په پلن ډول سره د pubic Ramus ځنی پورته جس کیږی کله چی لږه اندازه نور هم پورته شی د کوپړی برخه Flexion کوی وروسته یا لږ څه ښکته راځی چی ورسره کوپړی engage کوی او بالاخره د خلف لوری ته ښویدنه کوی او د حوصلی نیمائی کینی لوری ته رسیږی چی په لومړی سر کښی کوچنی



(۳-۲۹) تصویر



(۳-۲۸) تصویر



(۳-۳۰) تصویر

برخی ، پښی او بازوګان د نامه غوټی تر څنګه قدام کښی احساسیږی په دننه (Enternaly) کښی مایل Right Obliq ، او Large Fontanelle په قدام کښی کښ لوری ته او Small Fontanelle پورته وی او په Right. Sacro iliacjoint مفصل کښی وی .

دلته Flexion لږ څه محدود وی همدارنګه وروسته دښکته کیدنی پیل د کوپړی Flexion پواسطه فشار د حوصلی دمرکز په برخه کښی د کوچنی فانتانیل د پاسه منځ ته راځی او همدارنګه Large Fontanelle او Sagital Suture ښکاره کیږی او نور هم Verticle یا عمود کیږی دلته Flexion باید له منځه و لاړ شی او کوپړی به Perineum ته ورسیږی او کوچنی او لوی فونتانیل ښکته لوری ته ښکاره کیږی او Sagital Suture به لږ یا ډیر اندازه مستعرضه بڼه لکه د (۲۸-۳) (۲۹-۳) (۳۰-۳) تصویرونو په څیر دی دلته تدور د څرخیدنه بشپړه کیږی که د R.O.A په څیر په L.O.P کښی دزیږیدنی میکانیزم او فکتورونه په همدی ډول دی خو بیرته ګرځیدنه د revers R.O.P په څیر دی .

د زیږیدنی اغیزی د مور په غړو باندی:

دغه پروسه د زیږونې تر پایلی پوری اوږیدنه مومی لکه د عضلاتو اغیزی او هاند چی د پریشانی ، درد او تراوما سره یو ځایښت مومی د مور غړو باندی خورا ډیره اغیزه اچوی نو له همدی کبله مور لږ خواړه خوری او داونی په لږ کښی لږه اندازه خوب کوی د ټول په ګډه سره مور ډیره ستړی او نارامه کوی هغه ټکی چی ډیر د پام وړدی په لاندی ډول سره لږ تریادونی لاندی راځی :

- د زیږونی اوږدوالی.
- دتودوخی درجه.
- دوینی بهیر.
- ساکښل.
- دکولموسیستم .
- روحی حالت .
- دتشومتیازوسیستم .
- عمومي میتابولیزم .

پورته ذکرشوي ټکي هر یو لږځه تر شرحی لاندی نیسو:

دزیږونې اوږدوالې
The Duration of Labor

د زیږونې موده ښائی سره توپیر ولری په یوه Primi gravid ښځه کښی به نسبت Multi gravid ته د زیږونې موده اوږده وی ځکه همدارنګه هغه ماشوم چی د اندازی (Size) له مخی غټ او لوی په ښکاره توګه ځنډونکی اوږدنی زیږونې ته به اړتیا ولری او همدارنګه هغه ماشوم چی لوی سر او کوپړی ولری او د مور حوصله یی کوچنی Contract وی داوږدی مودی زیږونې ته اړتیا مومی کـه چیرې یـوه قـوی Primi gravid وی ددی زیږونه به نسبت old Primi gravid زړې ته ډیره ساده وی په یـوی څرنګـه (چـاغی) ښځه کښی د زیږونې موده اوږده وی.

په یوه احصایه کښی چی د Chicago lying-in روغتون کښی په زر (1000) تنه ښځو کښـی نیـول شویده او د زیږونې موده د پیل څخه تر پایلی پاکلی په لاندی ډول ده .

شمېره No	د زیږون پیل Labor began	د زیږون پایله Labor ended
1	٢٧٤ Between 6P.M and midnight	٢٢٩
2	٣٠٦ Between midnight and 6P.M	٢٧٨
3	٢٣٨ Between 6P.M and noon	٢٦٧
4	١٨٢ Between 6A.M and noon	٢٢٦
Total	١٠٠٠	١٠٠٠

د تودوخې درجه(The Temprature):

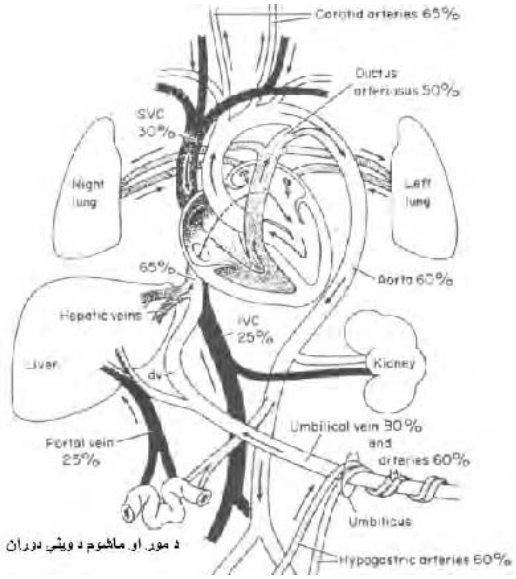
د زیږونې په وخت کښی دتودخی درجه پورته ځی یوه په ځیر سره مطالعه څرګنـدوی چـی تودوخـه د زیږونې په وخت کښی لږه لوړه بیایی خو د زیږونې وروسته به په نا څاپه ډول سره پورته لاړه شی دا درد پـه وخت کښی لږه اندازه لوړوالې مومی خو په اوږده Second Stage کښی لوړیږی.

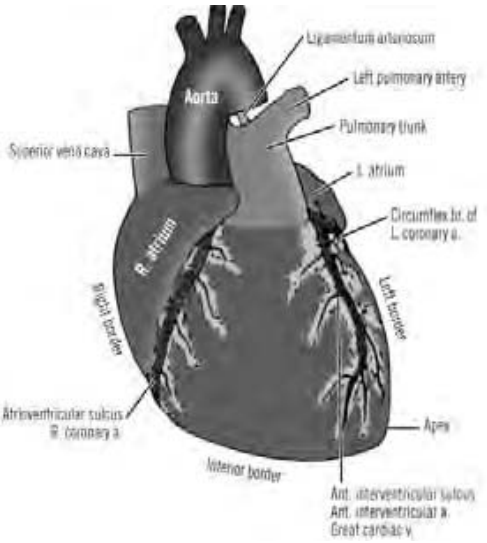
که چیرې په Aseptic شرایطو سره زیږونه تر سره شی هغه تبه چی وروسته له زیږیدنی منځ ته راځی دا به فزیولژیک وبلل شی او هغه لرزه Chills چی منځ ته راځی دابه نامعلومه خبره وی .

د وینی بهیر(The Circulation) :

د زړه ټکانونه او د چټکی اندازه په یوه نور ماله ښځه کښی لږه اندازه بدلون مومی د تقلـص پـه وخـت کښی نبض Pulse زیاتوالې مومی سره لدې چې د دردونو په وقفه کښی له منځه ځـي . پـه دوهمـه مرحلـه (II-Stage) کله چی دردونه منځ ته راځي نبض پرته له بدلون څخه پاتی کیـږی پـه لـس فیصـد (١٠ %) پښو کښی به (١١٠ / min) ته ورسیږی او په نورو کښی ښایی تر (٢٠ / min) په هره د قیقه کښـی تـوپیر

ولری همدارنګه د Analgisia او نبض (Pulse) تر منځ کومه اړیکه نشته دی خو په اوږد محاله زېږونې کښی نبض زیاتوالي مومی په دریمه مرحله (III-Stage) کښی به که چېرې ښځه وینه بهید نه ونلری نبض زیاتوالي نه مومی او نور مال پاتې کیږی که چېرې په دغه لړ کښی د نبض سرعت او چټکتیا زیاتوالي ومومی نو دا به یو ډول ګواښ د دننه یا بهرنی وینه بهیدنی لپاره وی او همدارنګه که چېرې نبض د زېږونې څخه لږیدنه ومومی ښایی دا به د Bed rest پوری تړاو ولری .





د شریان فشار به په دریمه مرحله (III-Stage) لړ څه د (۵- ۱۰) ملی مټره د سیمابو لوړوالي ومومی که چېرې وینه بهیدنه شته والي ونلری او دا لوړوالي به د څو ورځو پوری اوږدیدنه ومومی د وینی د پرن کیدنی موده (Clotting Time) د زېږونې په وخت کښی لږه اندازه لږوالي مومی دا کله چی زیږیدنه تر سره شی د دیرش د قیقو په موده کښی نورمال حالت ته اوښتنه مومی .

ساکښل " تنفس" (The Respiration):

کله چی تقلصات منځ ته راځی ساکښل لږه اندازه لږوالي مومی یا بیرته د دردونو د وقفی په وخت نورمال حالت ته راځی کیدای شی په دوهمه مرحله کښی تر (۸) څلې پوری د ساکښنه توپیر وکړی د ساکښنی حالت د انالجزیا پوری کومه اړه نلری په دریمه مرحله ساکښنه یا نورمال حالت ته اوړی او که چېرې د هواته لږوالتیا (gasping) حالت ، تنفس زیاتوالي (Shortness) شته والي ولری نو دابه د ناروغ ته د ګواښ څرګندګړی .

د کولمو سیستم (The Intestinal Tract):

دا شتها له منځه تلنه(Anorexia) او تنده معمول یوه خبره ده ډیری ښځې د زېږونې په وخت کښی کانکې کوی د ګیډی انتفاع د reflux vomiting د منځ ته راتلو سبب ګرځی او بعضی ښځې په دوهمه

مرحله کښی ډیری او ځله کانګې کوی که چېرې په هره مرحله پرلپسی کانګې شته والې ولری نو د علت په هکله دی لټون وشی .

ښایی دا د رحم د تمزق (څرېدنی) لپاره او یا توکسیمیا (Toximia) یا نورو ابنار ملیټو لپاره یوه علامه وی په دریمه مرحله کښی هیڅکله هم کانګې کړنه نورمال نه ګڼل کیږی ښایی د ا نستیزی څخه وروسته منځ ته راشی خو نادراً دا شدیده بڼه لری په دوهمه مرحله کښی کله چی د کوپړی پواسطه په ریکټوم فشار راځی ښایی غول (Stool) راووځی چی د هغی سره دې ډیر پام وشی چی ښځې زېږونې کانال ته مکروب ورډنه نشی .

روحی حالت : The mental condition :-

دا غوره او طبیعی خبره ده چی زېږونه د مور په روحی حالت ځانګړی اغیزه لری دابه په لومړی ځله کښی د درد څخه د ویری حالت له کبله وی ډیر څرګند یږی همدارنګه که چېرې وینه بهیدنه شته والې ولری دا په دی معنی نده چی ښځه ویرېدلی ده باید ډیر پام وشی چی ناروغ شاک ته پرمخګ ونکړی او پام دی وشی .

د تشو مټیازو سیستم : The Urinary system

د زېږونې په لړ کښی کله چی کوپړی په Midpelvic برخه کښی بند شی دلته د مثانی عنق پورته کشیږی او د Symphysis pubis څوکی ته رسیږی دلته احلیل هم اوږدوالې مومی او کشیږی که چېرې مثانه ډکه وی دا به د early descent لپاره بندښت منځ ته راوړی چی کله کله Cesarean section ته اړتیا پیدا کوی خو په روټین ډول سره نه ښایی مثانی ته دی د فولی کټیټر ټبر کړل شی تر څو چی مثانه ډیره ډکه نه او متوسع نه وی. د ماشوم د کوپړی د فشار له کبله ښایی حالبونه معوج ډول سره بڼه غوره کړی د زېږونې په وخت کښی پښتورګی ډیر فعال وی او Ploy urea شته والې لری او که چېرې مثانه ډکه پاتی شی دا به د زېږونې پروسه وځنډوی .همدارنګه ښایی د مټیازو په کتنه کښی R.BC, Leukocytes, Hyaline cast او البومین یوریا منځ ته راتلای شی .

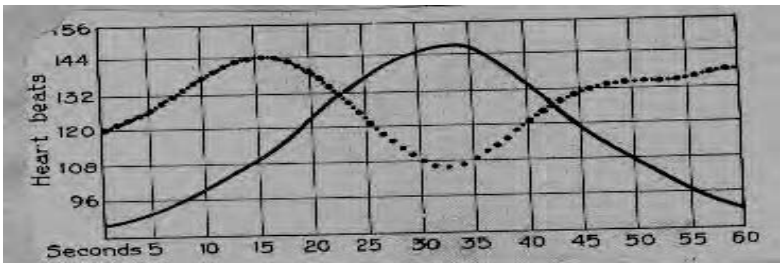
عمومی میټابولیزم (General metabolism) :

د زېږونې په وخت کښی میټابولیزم لوړیږی او مور خپل دوولسمه برخه وزن د ماشوم ، پلاسنټا ، امنیوټیک مایع ، وینه او هغه طرحی له کبله چی د سږو ، پښتورګو او پوستکی له لاری منځ ته راځی دا وزن له لاسه ورکوی .

د ماشوم په غړو باندی د زېږونې اغیزی:

په یوه په ځیر سره کتنه به په ماشوم کښی دا څرګند کړی چی د هغه زړه د دردونو تر اغیزی لاندی راځی نو کله چی رحم تقلص کوی پیل کښی د زړه ټکان زیاتوالې مومی او د درد په اوج کښی هغه

لږوالې مومی او که چېرې در د یا پیل وکړی نود زړه تکان به هم لږوالې او زیاتوالې ومومی دا به پـه تـدریج سـره بیـا د نورمـال کیـدنې لـورې تـه ورتـګ وکـړی چـی دغـه حالـت تـه پـه تصـویر (۳۱-۳) کښی پاملرنه وکړی .



(۳۱-۳) تصویر

دغه موندنی به په هغه حالت کښی چې امنیوتیک غشا وخیرل شی او یا هم کوم قوی درد شته والـې ولـری څرګندی شي او همدارنګه کله چی زیږونه پرمخګ وکړی او کـوپړی د حوصـلی د Inlet او Floor فـرش ځنی تیر شی د زړه ټکانونه (Heart beat) به لږوالې ومومی د Leffs د تیوری له مخـی وینـه د پلاسـنتا څخه د ماشوم د وینی بهیر ته د رحم د تقلص پواسطه راوړل کیږی چی د وینی زیاتوالې او د ابهـر انحطـاطی کیدنه د عصب پواسطه او Coroted ثباتی سینوس د تنبه له کبله چی دواړه په ګډه سره عمل کوی او د زړه ټکان ته لږوالې ورکوی .همدا میکانیزم غوره رول لوبوی خو دا میکانیزم تر هله منځ ته نه راځی تـر څـو چـی Waters bag خیرل شوی نه وی او زیږونې پر مخګ نه وی کړای کله چی ماشوم تـر خطـر لانـدی د زړه تکانونه یا ډیرچټک وی ، یا ډیر په کراره او یا هم بی نظمه وی کله چی غشا وخیرل شی او سرویکس لاپسـی هم وازشی نابیره بدلون د رحم په فزیک کښی منځ ته راځی د رحم داخلی فشار پـه ماشـوم بانـدی فشـار راوړی چی ښکته لوری ته ماشوم تیر کړی .

په پتالوژیک ډول سره که چېرې دردونـه ډیـر شـدید وی او د Hypertonus ډول ولـری ښـایی نـاروغ د Anoximia له کبله مړ شی او یا هم د دماغ اذیمـا دومـره زیاتـه شـی چـی دمـاغی Petechiae او یـا Hemorrhage منځ ته راوړی او د همدغه اذیما له کبله ښایی د دماغ له منځه تلل پیښ شی .

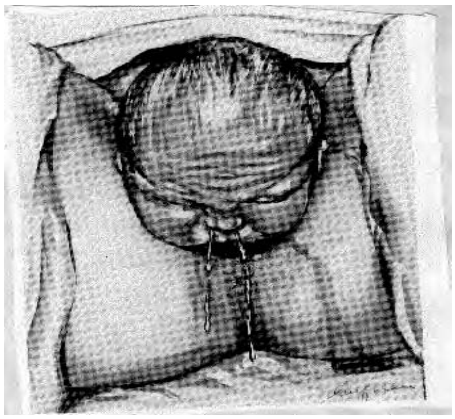
د ماشوم د لومړی ځل د ژړا او تنفس علتونه :

په نابیره توګه ماشوم کله چی د هغه کوپړی وزیږیږی نو پدغه حالت کښی ساکاږی او ژړا کوی او یا دا کله هم تر هغه دمه وی چی کله کوپړی د Vulva په برخه کښی ولیدل شی او کله چی د ماشوم تنه وزیږیږی نو یا ژړا له منځه ځی او وبه لیدل شی چی ماشوم یوه ژوره ساکښنه کوی او پرنجـی (Sneez) او یـا تـوخی Cough کوی چی د هغه سره امنیوتیک مایع او یا مخاط راباسی چی له هغه وروسـته ماشـوم روښـانه بنـه غوره کوی نوکه چېرې دا حالت ولیدل شی دا به څرګند کړی چی د ماشوم تنفسی سیستم ښه وده کړی ده .که

چپړې دا نه وی او یا کافی نه وی نو باید چی په بیړنی توګه د ماشوم تنفسی سیستم فعاله کړل شی دا چه ولـی ژړا او ساکښی منځ ته راځی لاندی علتونه لری .

په انسانانو کښی تنفسی سیستم د رحم په دوره کښی وده کوی او سړی هلته ساکښنه کـوی او ساکښـل زده کوی چی پدی حالت کښی د تنفس حرکاتو په نتیجه کښی بـه د امنیوتیـک مـایع Aspiration مـنځ تـه راشی .

ژور جس او فورسپس پواسطه زیږیدنه په ماشوم باندی کومه اغیزه نه اچوی د زیږیدنی په پایله کښی کله چی د پلاسنتا بهیر او تنفس دواړه له منځه ولاړشی نو Neurorespiratory system بنـایی ددی تنبـه پـه وړاندی غبرګون څرګند کړی په حقیقت کښی بنایی Asphyxia په یوازی توګه تنفس منځ ته راوړی دا چـی دلته Bypoxia منځ ته راځی او د CO_2 سویه لوړیږی چی پخپله د تنفس مرکز تنبـه کـوی . نـود زیږیـدنی دوری په پایله کښی تنفسی مرکز لاپسی هم حساسیت پیدا کوی.داد CO_2 د زیاتوالي له کبله منځ تـه راځـی پدغه حالت کښی چی ماشوم د اپنی Apnea له حالت او Dyspnea له حالت څخه تیریږی کـه چپـړې هر ډول فزیکی بنوریدنه او یاجتیکه منځ ته راشی ماشوم به ساکش کړی او تنفس به پیل وکړی او ژړا به مـنځ ته راشی دغه تخریشونه لکه د زیږیدنی په وخت د دردونو پواسطه ، په ماشوم باندی تماس نیول ، سړه هـوا او همدارنګه پـه ناڅاپـه ډول د کـوپړی او صـدر دواړو د فشار څخه د خلاصیدو په نتیجه کښی هر یو علت ګڼل کیږی . که چپړې ماشوم په چتکی سـره وزیږیـږی لکـه Cesarean Section او کـه چپړې بنځه M/P وی او دلنډه مـوده پـه دوهمـه مرحله Second Stage د زیږونه کښی ولـری نو ماشوم به بسیا توګه سره د O_2 د مخه تردی چـی تنفسی مرکز انحطاط وکړی وزیږیـږی داسـی هـم څرګندیږی چی ماشوم د زیږیدنی لـه کانـال څنـی راوزی صدر او سړی تر اغیزی لاندی راځی کله چی ماشوم راوزی مایع او یا د نوخی مواد په چتکی سره د پوزی او خولی له لاری راوزی او ماشوم ته د ساکښلو ، سلکی او ژړا زمینه مساعد کوی پدی هکله (۳۲-۳) تصویر ته پاملرنه وکړی .



(۳۲-۳) تصویر

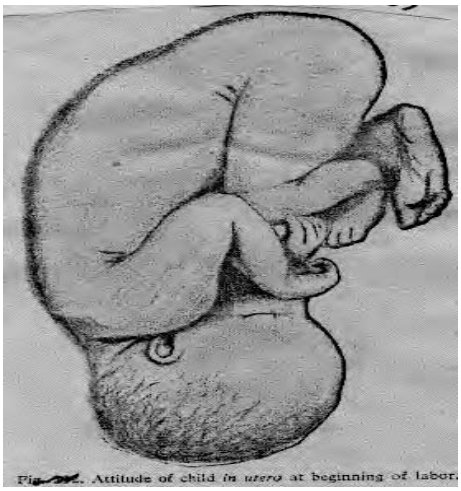
د جنین په دوران کښی بدلونونه :

په پخوا لوستونو کښی تذکر شویدی پخوانیو لوستونو ته پاملرنه وکړی .

د جنین په بدن کښی پلاستیک بدلونونه (Plastic changes)

چې د زېږون پرمهال منځ ته راځی :

کوپړی د ټاکلو بدلونو لاندی راځی دوی د Presentation له پلوه ډیر توپیر لری چی د هغه فشارونو له کبله چی د مور د جوړښتونو پواسطه منځ ته راځی د کوپړی Presentation توپیر کوی دلته د زیږونکی Passage په منځنی ډول رول لری مخ او تندی هموار او

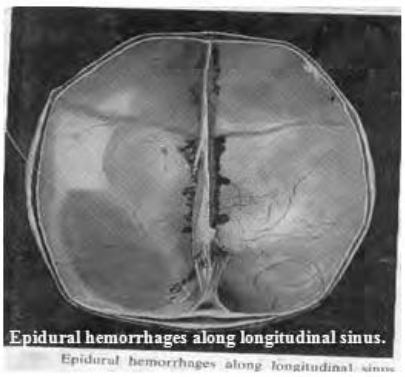


(۳-۳۳) تصویر

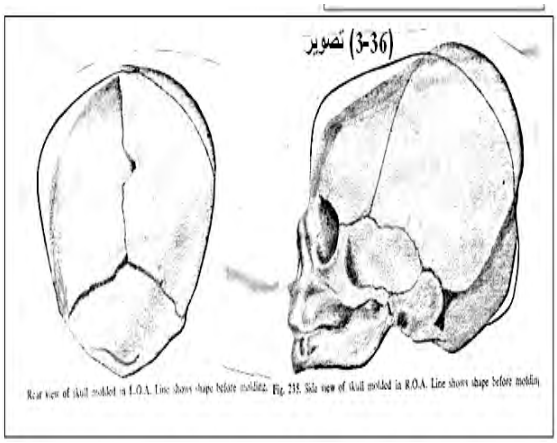


(۳-۳۴) تصویر

د Occiput برخه بهرته راوتلی وی لکه د (۳-۳۳) او (۳-۳٤) تصویرونو په څیر وی اوهډوکی Overlap وی اکثراً Occiptal هډوکی د دواړو Parital هډوکو لاندی تر فشار لاندی وی اود Frontal یا تندی هډوکی تر دوی بنکته وی یو Parietal د بل د پاسه Overlap وی هغه چی د Promontory په ورادی پروت وی هغه انحطاطی دی لکه د (۳-۳۵) او (۳-۳٦) تصویرونو په څیر وی.



(3-35) تصویر



په همدی ډول د کوپړی هډوکو د یوه نری سلنډر په څیرد زیږونکی کانال لپاره اوږده بڼه غوره کوی په ځای ددی چی هغه دی دتوپ یاد پندوس په څیر وی پدی هکله د (۳۳-۳) تصویر او (۳۷-۳) ته پاملرنه وکړی دغه بدلونونه او قالب (Molding) ښایی دهډوکو د پوستوالي او یا د هغوی تر منځ د سستی اړیکی دشته والي له کبله وی که چېرې دغه ډول جوړښت شته والي ونلری زیږیدنه به ګرانه وی ددی جوړښتونو لا ندی وینه بهیدنه د Dura لا ندی غیر معمول خبره نده او همدارنګه ښایی د Periosteum لا ندی هم دا وینه بهیدنه منځ ته راشی دا د هډوکو د Overlaping له کبله منځ ته راځی چی دا هډوکی دنری کانال په منځ کښی فشار لا ندی راځی او یا هم د فورسپس پواسطه ښایی تر فشار لاندی راشی ګ پدی هکله (۳۶-۳) تصویر ته پاملرنه وکړی .

په هغه حالت کښی چی زیږیدنه لنډه وی پدغه برخه د بدن باندی لږ فشار راځی او که چېرې دا برخه وکتل شی دابه د یوه پوست (نرم) تومور په څیر وی په Vertex. Presentation پرزنټیشن دغه به د جداري (Parital) هډوکو پواسطه منځ ته راشی دابه د ماشوم په بدن باندی د فشار دراوستلو پواسطه منځ ته راشی دا فشار به ډیر لږ په هغه برخه وی چی د Girdle resistance یا مقاومت په برخه کښی پرته وی چی همداد د سرویکس او مهبل وازه برخه ده او حتی ښایی د فرج (Vulva) په برخه کښی وی پدی هکله د (۳۷-۳) تصویر ته پاملرنه وکړی .

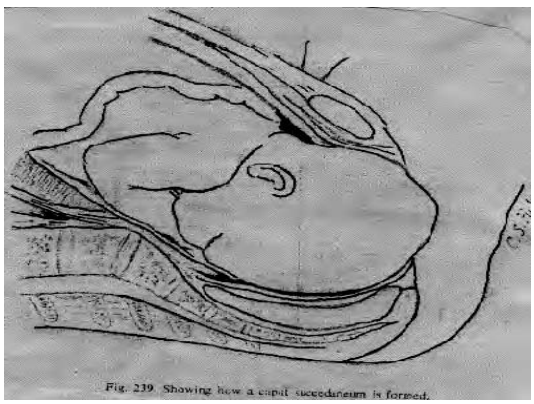


Fig. 239. Showing how a caput succedaneum is formed.

دغه وینه بهیدنه د کوپړی په برخه کښی راټولیږی او هغه هلته تر Scalp لاندی وی او د Periosteum لاندی نه وی چی دغه پرسوب ته د کوپړی په برخه کښی د Caput Succedaneum اصلاح د زیږیدنی څخه وروسته ورکول کیږی . دا ښایی هغه لوری ته راټوله شی په کومه چی ماشوم د زیږیدنی وروسته اچول شویوی که دغه فشار ډیر وی ښایی د پریوست برخه د ارتشاح له کبله تراغیزی لاندی راشی او همدارنګه ښایی هډوکی او د هغه اړوند انساج لکه سحایا هم زیانمن شی دا د Caput Succedaneum حالت ښایی د Waters bag د خیریدنی څخه د مخه منځ ته راشی اکثراً ډیر لوی .Caput Succedaneum په هغه حالت کښی چی حوصله متقلصه Contract وی او اوږد مهاله ډیر قوی دردونه شته والي ولری منځ ته راځی.

د Caput Succedaneum همدارنګه ښایی هله منځ ته راشی کله چی کوپړی په هډوکیزه Outlet کښی بنده پاتی شی که چېرې دغه حالت د فرج په برخه کښی ولیدل شی دابه ډاکتر ته جوته کړی چې

زیږیدنه پر مخ تللی ده په حقیقت کښی د Caput Succedaneum منځ ته راتلل دا څرګندوی چی کوپړی بنده ده نو دابه یو ګواښ د مداخلی لپاره وی چی په زیږونه کښی ډاکټر باید مداخله وکړی .

همدارنګه د سفال هیماتوما او د Caput Succedaneum ترمنځ توپیر باید وشی چی Cephalhematoma د وینی راټولیدنی ته د Periosteam لاندی برخی ته وائی چې تل دغه پرسوب ثابت وی او د جس پواسطه له حایه نه بشوریږی Caput بنائی د (۲٤-۳٦) ساعتونو مودی کښی له منځه ولاړشی خو کله کله دغه عدم تناظر په دایمی ډول سره پاتی کیږی چی ورته Asymetry of Stadfeldt وایی . په Primiper بڼځو کښی د اوږد فشار او رحم سکمنت او حوصلی له کبله ماشوم بنایی Dolicho cephalus پیدا کړی چی دا Frommolt او Caffier پواسطه راپور کړل شویدی کله کله د بلاربتوب په وروستو (۳-٥) اونیو کښی کوپړی په حوصله کښی پاتې کیږی چی دلته بیا په تلپاتې او دایمی توګه بنائی کوپړی لږ څه همواره شی او بد شکلی پیدا کړی بی شکله عضله بنایی وخیرل شی هماتوم ، مایوزیت او Wryneck بنائی منځ ته راوړی په Breech حالت کښی بنائی د رحم د غور Fandus د فشار له کبله د کوپړی برخه همواره بڼه نیسی .

د زیږونې لپاره تیاری یا چمتو کیدنه
Preparation for Delivery

ددی لپاره چی یوه بڼځه په بڼه توګه زیږونه وکړی او د اختلاطونو څخه مخنیوی وشویوی باید داکټر لاندی ټکو ته پاملرنه وکړی :

۱. ناروغ باید لږ تر لږه شپږ ساعته د مخه وږې وی .
۲. ناروغ ته باید د زیږونې څخه د مخه تشونکی اماله ورکړی شی تر څو د هغی هضمی جهاز پاک تش اوسی .
۳. مثانی یا د تشو متیازو کڅوړه دی د کتیتر پواسطه تشه کړل شی .
٤. ناروغ ته دی سیروم اکټرا (Ringer) تطبق کړل او ورید دی د ضروری درملو ورکړی لپاره واز وی .
٥. د زیږونکی تناسلی برخه دی په اتی سپټیکونو باندی پریمنځل شی .
٦. تر ناروغ لاندی دی پاک ټوکر هموار کړل شی .
۷. ناروغ دی د زیږونې په میز د زیږونې کوټه کښی ځای په ځای شی او هغې ته دی د زیږونکی وضیعت (Lithotomy position) د میز لپاسه ورکړل شی .
۸. د Asepsis لپاره دی لاندی ټکی په پام کښی وی .

- د لاسونو مینځلو لپاره پاک برش دې تیار کړل شي .
- د جراح د اغوستنی چپن ، خولی ، او ماسک دې تیار کړل شي.

- د پاکو ربړی لاسپوښو (Gloves) یوه جوړه تیار کړل شي.
- انتی سپټیکونه لکه Chlorhexidin, Alcohol, Pyodin, Lysol. دې تیار کړل شي.
- د پاکو ګازونو او مالوچو یوه بسته دې تیار کړل شي.

۹. ضروری درمل دې تیار کړل شي :
- لکه داپی زیوتومی لپاره Lignocain
- د عمومی بیهوښی او پریمیدیکشن اړوند درمل دی تیار وی .
- Halothan, Ketamin, Theopental ,
- Steroids, Antihistamine, Atropine, Diazipam .

i. شزنی تیوب ، لارنګرسکوپ ، امبوبګ دی تیار وی .

۱۰. د ناروغ د وینی ګروپ دی تیار ټاکلی او وینه دی حاضر وی .
- د Episiotomy او Lapratomy سیټونه دی تیار وی .

۱۱. د زیږیدنی خونه دی روښانه وی .

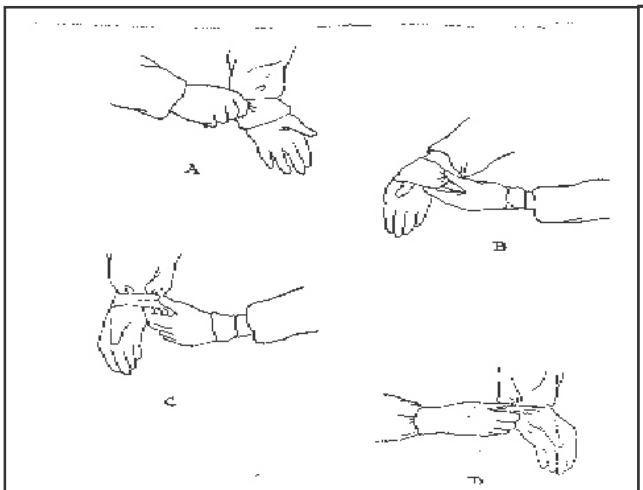
۱۲. Aspirator دی تیار وی .

۱۳. همدارنګه نور هغه څه چی باید تیار وی لکه :
- د ناروغ څخه د تاریخچی اخستنی لپاره سپینه پاڼه او همدارنګه د عملیات یا د جراحی کړنلاری سرته رسولو لپاره موافقه لیک له پایواز ځنی تیار وی .
- د ښیښی سلایډونه
- د زیږیدنی لپاره د تصدیقلیک پاڼه
- تست ټیوبونه او په متیازو کښی د شکری او البومین د ټاکنی لپاره Reagent
- دوینی د فشار د ټاکنی اله
- ډیر ښه روښانه کونکی څراغ Flash light
- ترمومتر (د تودوخی ټاکنی اله)
- د مرستی لپاره مرستیال ډاکټر او یوه قابله نرس
- د اندازه کولو فیته Tap measure د ماشوم د درولو والي د ټاکنی آله
- ستن او سورنج د موضعی انستیزی لپاره .

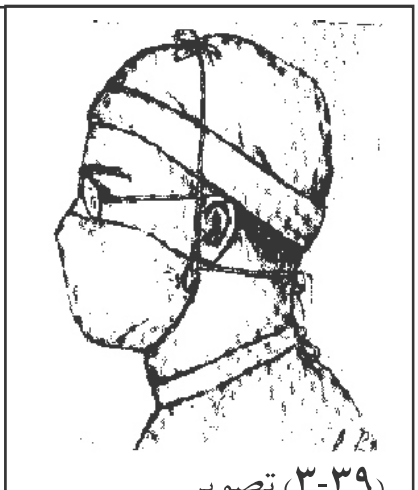
۱٤. زیږونه ورکونکی ډاکټر او نور مرستیالان باید وروسته لدی چی لاسونه په جراحی میتودونو ومینځی چپن خولی او ماسک په سر کړی په لاندی ډول لاسپوښونه اغوندی :
- په ښی لاس باندی د کین لاس لاسپوښ د A په څیر اغوندی.

- همدارنګه د بنی لاس لاسپوښ د کین لاس پواسطه د D. C. B تصویرونو په څیر اغوستل کیږی په تصویر کښی ورته پاملرنه وکړی.

پدی هکله (۳۸-۳) تصویر کښی د لاسپوښونو اغوستني په او (۳۹-۳) تصویر کښـی د خـولی ، ماسک اغوستلو ته پوره پاملرنه وکړی .



(۳۸-۳) تصویر


(۳۹-۳) تصویر

اسپسی او انتی سپسی :

ددی لپاره چی سپسی او انتی سپسی شرایط مراعات کړل شی لاندی ټکی ضروری بلل کیږی چی پاملرنه ورته وشی .

- د ډاکټر اسپسی :

ددی لپاره چی طبیب یا ډاکټر پخپله مکروب ناروغ ته ونه رسوی وی باید بشپړ د چین ، ماسک ، خولی او لاسپوښونو پواسطه پوښل شوېدی او همدارنګه په چاپیریال کښی د هیڅ راز مکروبـی شـی سـره تماس ونکړی سره لدی چی بنه انتی بیوتیک شته والې لری په منټن موادو او سامانونو باید لاس ونه وهـی هـر هغه څه چی منټن یامکروبی وی باید د فورسپس پواسطه هغه له مخه لیری کړی .

- د ناروغ اسپسی :

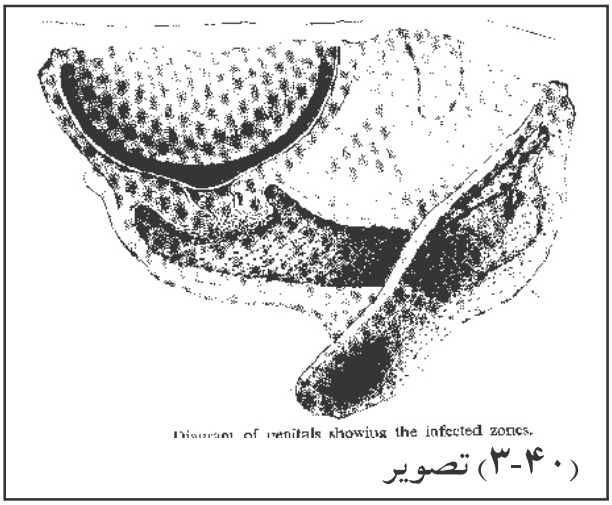
پدی باید ټول پوه وی چی سرویکس مهبل ، وستیبول ، او فرج تل د پټوجن او نیټوجن باکټریا پواسطه اخته وی داچی ولی هر ښځه د زیږونې په وخت په مکروب نه اخته کیږی ؟ او (Outo infection) ولی ښځه نه اخته کوی ؟ لاندی علتونه دی :

- د زیږونکی موضعی او عمومی معافیت د باکټریاو په وړاندی پرمختګ کړی .
- او همدارنګه هر څه له پورته څخه بهیر مومی لکه : امنیوتیک مایع، ماشوم او پلاسنتا .
- ښایی چی باکټریا ښکنځه ویر ولانس ولری او کوم اغیزه ونلری .

هغه حالتونه چی طبیعی معافیت ویجاړوی لکه :-

- شدیده وینه بهیدنه .
- شاک Shock .
- اکلامپسیا Eclampisa .

د تناسلی سیستم هغه برخی چی تل میکروبی وی په (۴۰-۳) تصویر کښی ښودل شویدی ګ



(۴۰-۳) تصویر

The Antepartum Bath :

تر ټولو د مخه هغه برخی د فرج چی ویښتان لری هغه پاک خرئیل کیږی .

دا لکه د نورو جراحی کړنلارو په څیر تیاریږی دا هله تر سره کیږی چی د ناروغ ټول بدن حمام او په صابون پاک مینځل کیږی د مخه تر دی چی ناروغ حمام وکړی مثانه یی باید له متیازو تشه کړل شی او وروسته له مینځلو څخه باید ځان د ځان پاک په وسیله وچ کاندی .

Vaginal Antisepsis:

دا چی د مهبل په برخه کښی تل باکټریاوی شته والې لری خو د انتی سپټیکونو پواسطه د مهبل مینځل پرته لدی چی دا برخه وموښل شی ګټه وردی د (Lysol) محلول ځنی به کار واخیستل شی همدارنګه یوه میاشت د مخه تر دی چی زیږیدنه تر سره شی باید مجامعت یا یو ځای کیدنه تر سره نشی ځکه د انتی سپسی له نظره غوره رول لری.

- Asepsis of environment :

د چاپیریال اسپس داسی وی چی هغه خونه چی ناروغ پکښی وی باید پاک روښانه ، هوا درلودونکی ، لمر وهونکی وی او همدارنګه د ناروغ کټ او بستر باید پاک وی .

لومړی کتنه

The First Examination

کله چې طبیب یا ډاکټر د زیږېدنې کوټې ، کور او یا روغتون ته د ناروغ د کتنې لپاره ورځي لومړی باید ډاکټر د ناروغ عمومي وضع ارزیابي کړي همدارنګه د دردونو تکرار او قوت باید په پام کښې ولري باید د ناروغ نبض ، د تودوخې درجه او د وینې فشار وګوري د تودوخې درجه او د وینې فشار باید په هر څلورو ساعتونو کښې وګوري تشې متیازې دی د البومین او شکرې لپاره وآزمویل شي . وروسته تر نومورو حالتونو باید ځانګړې کتنې تر سره کړي :

- د ګیدۍ کتنه .
- د پرزنتیشن او پوزیشن پیژندنه .

کله چې د رحم د کتلې سایز (اندازه) او بڼه (Shape) و ټاکل شي د لاندې څلورو پوښتنو ځواب باید ومومندل شي :

۱- رحم د هګۍ په څیر Ovoid ، اوږد Langitodinal ، او که مستعرض Transverse ؟

۲- - په Inlet کښې څه دی؟

۳- - په غور درحم Fundus کښې څه دی ؟

٤- - د شالوړی Back چېرې دی ؟

۱- **Transvers or / Longitidinal / Oviod** :-

ډاکټر ناروغ احساسوي وروسته له هغه خپل دواړه لاسونه د بطن په دواړه لورو کښې ږدي او د رحم کتله د دواړو په منځ کښې سموي اوس ښه څرګندېږي چې Ovoid ماشوم د مور داوږد محور سره په رحم کښې موازي پروت دی لکه (٤١-۳) تصویر په څیر که چېرې دغه موازي وی نو پرزنتیشن به د کوپرې یا Breech وی او که موازي نه وی پرزنتیشن به مایل (Obliqu)یا مستعرض (Transvers) وی .



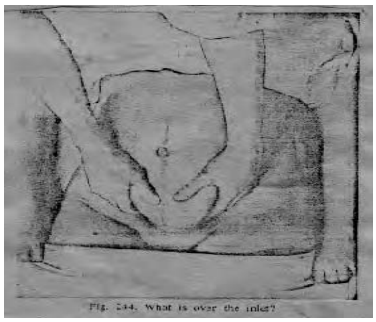
(٤١-۳) تصویر

۲- په **Inlet** کښې څه دی ؟

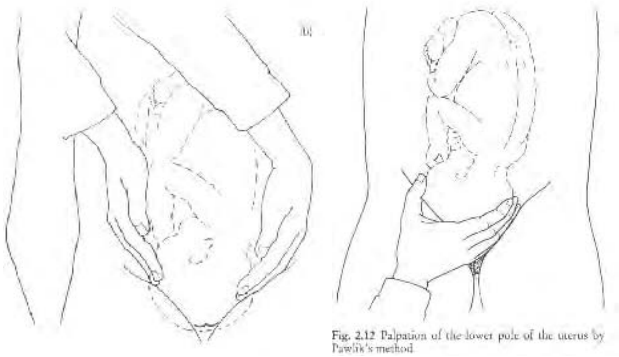
ډاکټر شالوړی ته د مخ ترځنګ ودریږي په مهارت او ظرافت سره د حوصلې د Inlet برخه د لاسونو په منځ

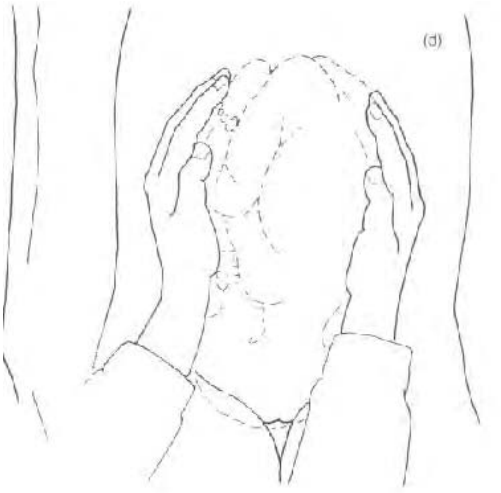
د Iliac Fossa په برخه کښی پدے هکله (۴۲-۳) تصویر ته پاملرنه وکړی که چېرې کلک د پنډوس پـه څیـر جسم احساس شی دابه کوپړی وی .

که چېرې همدا حالت پورته احساس کړی پدی معنی ده چی کوپړی پورته ده او د Breech حالت به شته والې ولری و د لاسونو په واسطه به یوه نرمه (پسته) غیر منظم کتله جس شی .



(۳-۴۲) تصویر







(۳-۴۳) تصویر

۳ – په غور **Fundus** کښی څه دی ؟

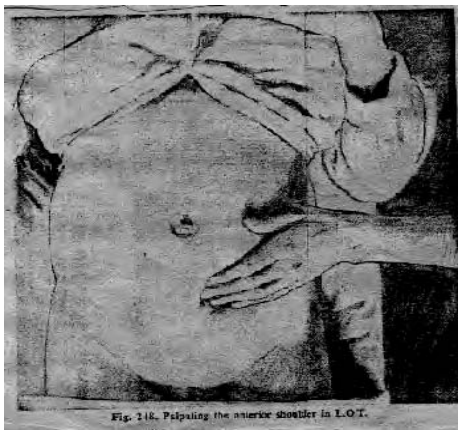
همدارنګ طبیب بیا هم بطن جس کوی او لاسونه په غور Fundus باندی ږدی داسی به څرګند شی چی یو څه یی د غور په برخه کښی د لاسونو په منځ کښی نیولی دی دا به جوته کړی چی دا ګردی کلک او د پنډوس په څیر دی او کوپړی به وی او پوست او غیر منظم به د Breech برخه وی او اکثراً دا ساده دی چی دیو کوچنی نهایات دی جس کړل شی که چېرې یوی لوری ته د ګیدی د ماشوم کوچنی نهایات جس کړل شی پدی به طبیب پوه شی پرزنتیشین مستعرض دی او یاهم رحم به "Unicornis Uterus" وی پدی هکله د جس کولو میتود ته په (۴۳-۳) تصویر کښی پاملرنه وکړی .

<u>شالوری (ملا) چیرته ده ؟</u>

ددی لپاره چی د ماشوم د شا یا ملا برخه جس کړل شی ډاکټر خپل لاسونه د ښځې په ګیده باندی ږدی لکه چی په تصویر (٤٤-٣) کښی وینی د ګوتو پواسطه په لومړی د ماشوم کوپړی او پښی د ګـونکی پواسـطه



(٣-٤٤) تصویر

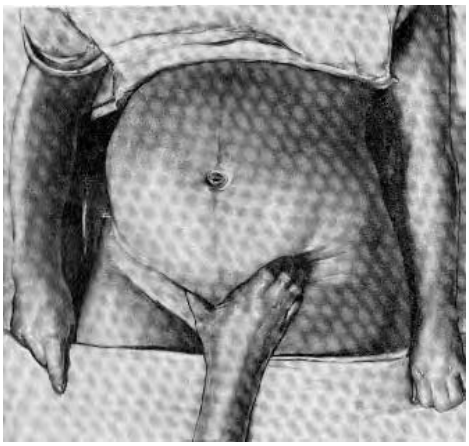


(٣-٤٥) تصویر

جس کړل شی چی سر به ښکته لوری ته په نسبت د پښو پروت وی یو د تجربی خاوند داکټر کولای شی چی د جس پواسطه د ماشوم وضعیت څرګند کړی .

همدارنګه یو بل میتود د Single grasp to palpate دی چی په یوه لاس باندی رحم جس کیږی چی پدی کښی د ماشوم پرزنتیشین ، پوزیشن او انګیجمنت درجه د کوپړی هم ټاکل کیدای شی پدی هکله (٤٥-٣) تصویر ته پاملرنه وکړی . د جس پواسطه یو طبیب کولای شی چی د ماشوم اوږه د L.O.T پوزیشن کښی جس کړی پدی هکله (٤٦-٣) تصویر ته پاملرنه وکړی .

همدغه راز که چېرې لاس لږ پورته د مثلث Tiraingular space لوری ته تیر کړل شی د ماشوم د جسم د تنی ډه ډه به احساس کړل شی پدی کله (٤٧-٣) تصویر ته پاملرنه وکړی پدغه مثلثی مسافه کښی ورنونه پورته او بازوګان ښکته د جس وړدی .



(۳-۴۷) تصویر



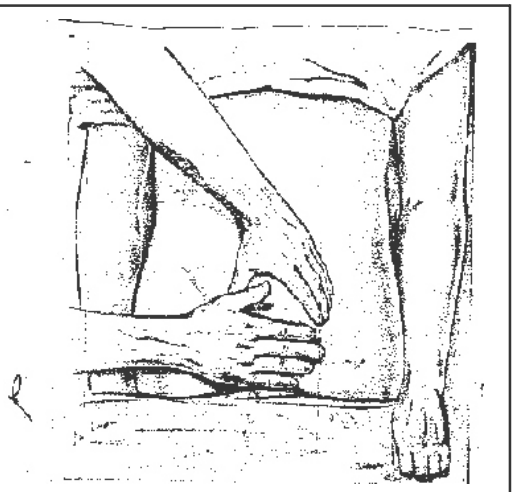
(۳-۴۶) تصویر

د پرزنټیشن برخې انګیجمنټ:

د انګیجمنت درجه څو ده ؟ د ماشوم کوپړی چېرې ده؟

تر ټولو مهمه پوښتنه چې ځواب یې باید وموندل شی او څوځواره په هره زیږونه کښی مطرح کیږی :

۱ – لاسونه باید په کوپړی باندی کینبودل شی لکه د (۳۲۰) (۳-۴۲) تصویرونو په څیر زیار دی وایستل شی چې کوپړی ته حرکت ورکړل شی که چېرې د Breech حالت وی نو د یوه اړخ ځنی دی بل اړخ ته حرکت ورکړل شی که چېرې حرکت وکړی نو دا برخه به engaged نه وی .



(۳-۴۸) تصویر

۲ – وګوری چې څومره برخه د کوپړی به د Inlet ځنی پورته احساس شی دلته دی د Pubiss برخه د Land mark وګیل شی لکه د (۳-۴۴) تصویر او ۳-۴۸) تصویر په څیر که چېرې یواځی د Fore head برخه جس کړل شی او د (Deep) ژور جس پوسیله دی نو کوپړی به Engaged کړی وی .

نورې کتنې :

هر هغه څه لکه : د تومور شته والې په رحم کښی 'Tempany' له معمول څخه زیات حساسیت باید وکتل شی او همدارنګه د ماشوم ا نومالی لکه هایدروسفالوس باید په نښه او په ګوته کړل شی .

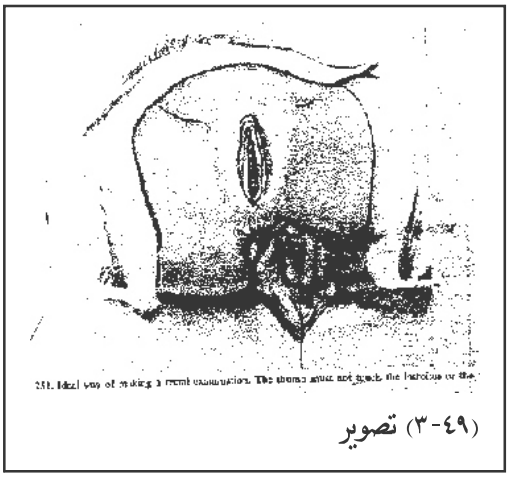
د ولادی بشپړو کنو لپاره باید د حوصلی دننه اندازه کول ترسره شی د پرزنتیشن او پوزیشن توپیر او پیژندنه باید وشی همدارنګه effacement او Delation د عنق په برخه کښی ، د Waters bag خیریدنه او د راس حالت باید جوت کړل شی ډاکټر باید پوه شی چې زیږیدنه څومره پرمختللی ده او هلته باید د ناروغ تر څنګ پاتې شی دغه پورته ذکر شوی حالتونه چی د ګیډې او مقعدی کنی پواسطه تر سره شوی جوت کیږی .

اوریدنه (اصغأ Auscultation) :

دابه ډیره ښه وی چی د پرزنتیشن او پوزیشن پیژندنه د ګیډې د جس کولو پواسطه ترسره شی له هغه وروسته کیدای شی چی د ماشوم د زړه د اوازونو په اوریدو سره د هغه دزړه د ځای نیونی له نظره خپل نظر څرګند کړی هر څومره چی د زیږیدنی پروسته پرمختیا وکړی په هماغه اندازه د زړه اواز او د هغه موقعیت توپیر مومی کله چی کوپړی د پرینیوم برخی ته ورسیږی د زړه د اوازونو اوریدنه د ماشوم د موقعیت حالت او ژوندانه په اړوند خورا مهم معلومات څرګند وی .

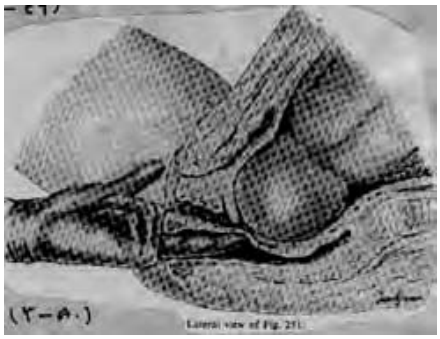
معولا د زړه چټکتیا به د (min/ ۱۲۰- ۱٦۰) ټکانونه (ضربونه) په یوه دقیقه ثبیت کړل شـکه چـرې د (120/min) څخه ښکته او(min/ ۱۹۰) څخه ټکانو نه ډیر وی دابه ماشوم داسی وښایی چې ګواکی تر خطر لاندی دی او ډاکټر باید ډیره پاملرنه ورته وکړی ګ د زړه اوازونه په لومړی مرحله د زیږونه کښی باید په هره نیمه ګړی (min 30) یعنی هر دیرش دقیقو کښی وخیړل شی او همدارنګه په دوهمه مرحلـه د زیږونـه کښی دا اوازونه باید وروسته له (min ۵-۳) د قیقو څخه کنترول کړل شی .

مقعدی کنه (Rectal Exam):


(۴۹-۳) تصویر

په ۱۸۳۹ کال کښی Ries او Kroning داسـی څرګند کړل چی د مقعدی کنه به د مهبلی (T.V) په نسـبت ښه ثابته شی د بلاربتوب په دوره کښی پـه ځـانګړی ډول د معصـری عضـلات او Levator ani پاسـته او د اتسـاع وړ کیږی دا دواړه دا اسانوی چی ګونکی ډاکټـر پـه سـادګی سـره خپلـه ګوتـه پرتـه لـه درده مقعـد تـه ورننباسـی د Rectovaginal جدار ډیر پوست (Soft) او په سادګی سره د سرویکس برخه Compress کیږی همدارنګه کله چی کوپړی Engage وکړی نو په ښـه توګـه بـه جس کړل شی کله چی د سرویکس برخه ترفشار لاندي راشی دا نری کیږی او معاینه کوونکی ډاکټـر کـولای شی چی د ماشوم د کوپړی Suture درزونه او نوری غوره برخی جس کړی د مخه تردی چی مقعدی کنـه وشی طبیب باید خپل لاسونه پاک ومینځی او ربړی لاسپوښونه واغوندي اوخپله ګوته غوړه کړی د , Face Breech او Shoulder پرزنتیشنونه د Prolaps of cord یا extramities نهایتونه یا تومورونه چی

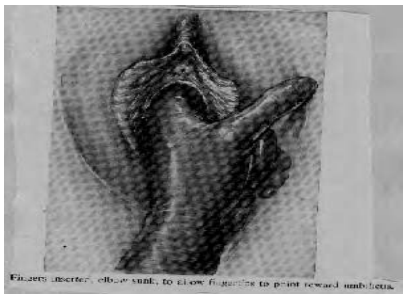
کولای شی حوصلی وتړی باید د مقعدی کنی پواسطه د مخه تشخیص کړل شی پدی هکله (۴۹-۳) او (۵۰-۳) تصویرونو ته پاملرنه وکړی ډیره پاملرنه باید وشی چی د مقعدی کنی په وخت د مقعد مخاطی غشاء ژوبله نشی .



(۵۰-۳) تصویر

مهبلی کنه(Vaginal Examination) :

ناروغ ته په استجاع د ظهری(Supine) وضعیت ورکول کیږی او مهبل د کټ یا بستر تر څنډی برخی نږدی وی دابه بنه وی چی ناروغ ته د lithotomy د پوزیشن حالت ورکړشی کوناتی باید د بستر په څنډه راشی که چیرې ښځه ډیره څربه وی داکنه به لږ څه ګرانه وی ډاکټر باید خولی او ماسک واغوندی ، په روغتون کښی باید نرس د مهبلی برخه پاکه یا Disinfect کړی او په کور کښی ډاکټر باید پخپله همدا کار تر سره کړی .



(۵۱-۳) تصویر

دا پاکی کیدای شی چی د اوبو ، صابون ، 1/1500 Mercury ,Bichlirid اویا Lyosl 1% محلول پواسطه او یا(Pyodin) پواسطه تر سره شی ګټ ډاکټر تعقیم شوی ربړی لاسپوښونه اغوندي وروسته له هغه خپل د یوه لاس د وه ګوتې د مهبل په برخه کښی کیښودل کیږی او دوارې شونډی د ګوتو پواسطه یو له بله لیری کیږی او بیا دوه ګوتی مهبل ته ورننویستل کیږی لکه (۵۱-۳) تصویر ته پاملرنه وکړی .

د کنی په وخت باید ډیره پاملرنه وشی تر څو چی ګوتی د مقعد سره په تماس کښی رانشی ګوتی د مهبل کانال ته ورننویستل کیږی د مهبلی کنی په وخت کښی لاندی شپږ ټکی د ارزونی په وخت په پام کښی وی .

۱ – د سرویکس حالت .

۲ – د Bag of waters شته والې .

۳ – د پرزنټیشن او پوزیشن پیژندنه .

٤ – د پزرنت برخی موقعیت او حالت .

٥ – د ځانګړو اړیکو Spacial Relations پیژندنه .

٦ – ابنار میلتی Abnormaties.

۱ – د سرویکس (effacement اوdilatation) درجه څومره ده:

په چتکی سره ګوتی مهبل ته ورننویستل کیږی ، د سرویکس قوام او (Size) او داچی بهرنی خولـه وازه ده او که او یا تړلی ده باید ولیدل شی ، په بیلا بیلو درجو سره اتساع او effacement به شته والی ولری چی پخوا تری یادونه شوی ده ، ډاکټر به ووایی چی سرویکس effaced دی او کـه تړلـی ، خولـه دی ولیدل شی چی څو ګوتوته اجازه ورکوی ښه به داوی چی د سانتی متر اصطلاح استعمال شی .

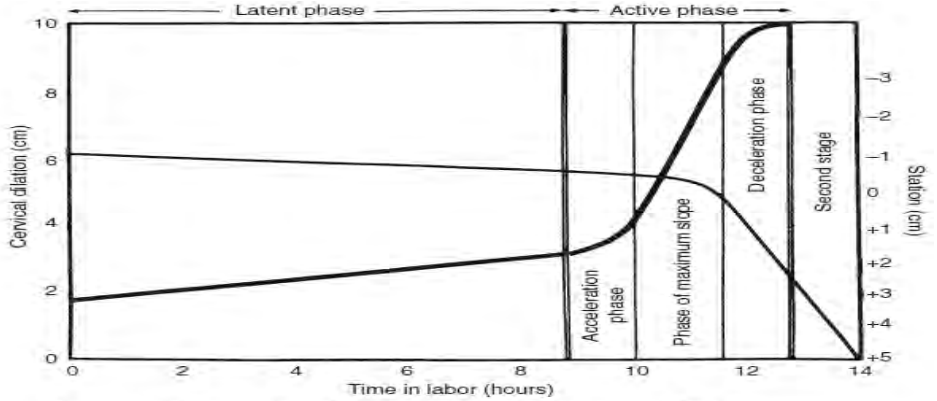
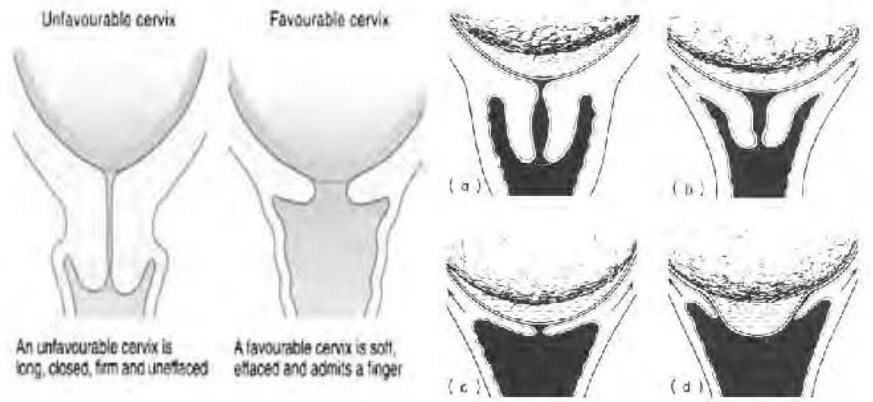


Figure . Composite of normal cervical dilation and fetal descent curves showing their interrelations and components.



۲ - آیا د (bag of waters) ریچر کړې او که ؟

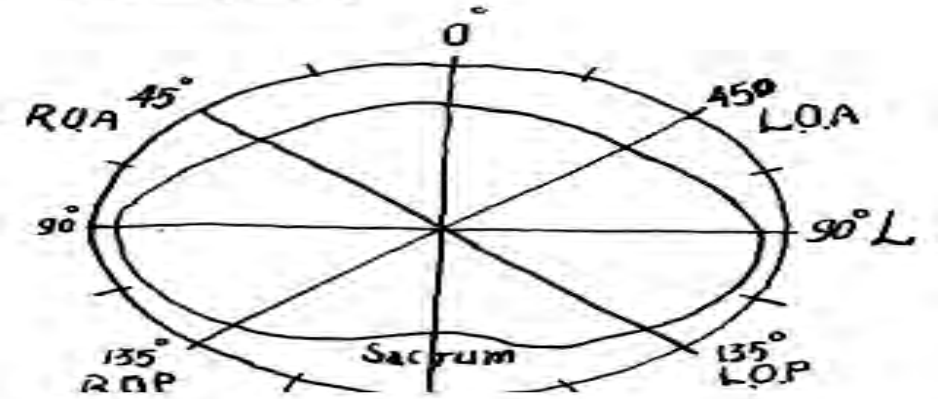
ځواب به پدی حالت کښی ساده وی غشاء به د درد په وخت کښی لنډه او حساسه وی او پـه وقفـه د دردونو کښی به Relax یا تر استرخا لاندی وی ، که چیری غشاء د ګوتو پواسطه پورته لوری ته ټیله کړل شی دلته به د مایع شته والی د ګوتو پواسطه جس کړل شی ، او همدارنګه که چیـری غشـاء خټـرل شوی هم وی ، که چیری کوپړی پورته لوری په ټیله کړل شی لږ اندازه مایع به مهبل ته راتوی کړل شی او دګوتو پواسطه به احساش کړل شی اوحتی تر فرج پوری به راورسیږی ، یو د تجربی لرونکی ډاکټـر کولای شی چی پوست کوریون د زیږه (درشت) بنه له وښتانو ډک Scalp څخه په بنـه توګه ډوله بلـه سره توپیر کړی ، د امینوټیک مایع ، Vernex.caseosa او د میکونیوم شته والی بشپړه پیژندنـه بـه ترسـره کړی ، په هغه حالتونو کښی چی زړه نا زړه والی شته والی ولری مهبل د bard specula او ګوتو پواسطه

وازیږی او په دغه برخه غشا څارل کیږی ، د Waters bag په دوه ځایونو لومړی پورته او دوهم د Os یـا خولی پ برخه کښی څیرل کیږی ، ښائی چی په دوه ګونی بلاریتوب کښی دوه دانی دوه Waters bag شـته والی ولری .

د پرزنټیشن او پوزیشن پیژندنه:

تر څو چی سرویکس خوله وازه نه وی اکثرا د کوپړی ، درزونو او فونټانیل موندل ګران کار دی او حتی ناممکن ښکاری او که چیری لږه اندازه اتساع د سرویکس شته والی ولری او غشاء هم که چیری د جس څخه پټه پاتی نشی کیدای شی چی درزونه او فونټانیل هم وپیژندل شی که چیری یوه کلکه ګرده کتلـه د ګوتـو پواسطه جس شی دابه د کوپړی برخه وی او Occiput بلل کیږی،کیدای شی چی دلته درزونه ولټول شی ، که چیری دا درز د Promontory سره نږدی وی کوپړی Anterior asynclitism که چیری د Pubis سره نږدی وی دابه د کوپړی Posterior asynclitism او که چیری په منځځه برخه کښی وی دا Synclitic وی ، په تعقیب د درزونو فونټانیل هم په Lozinge- shaped سره جس کیږی یو یی لوی فونټانیل دی چی د څلورو لورو ورته درزونه رارسیږی اوبل یې د Y-Shaped دی چې کوچنی دی او یوازی درې درزونه هغه ته رارسیږی چی زاویه "γ " دمخ لوری ته ده او بنده زاویه Lozens ډول چی د خلف لوری ته د occiput ته متوجه ده چی تصویرونه په پخوانیو لوستونو کښی ښودل شویدی ، جنبی فونټانیلونه ښایی چی تل مدام د غلطی سره مل وی خو دوی ته تل Zygomatic process او د orbit څنډې نږدی واقع دی ، False fontanil کولای شی چی تل پیژندنه د غلطی سره مخامخ کړی کله چی ګوتی اصلی ځای کښی نه وی Sagital Suture باید له Lanbdoid یا Coronal درزونو څخه سره توپیر کړل شی ، دا باید په یاد ولرو چی وروستنی دواړه درزونه به قویاً په Curve پلان کښی واقع او Sagital به په لږه قوسی سطحه باندی پروت وی ، دابه ډیره ښه وی که چیری همدلته د غوږ لپاره پلټون وشی او هغه ددوه ګوتو په منځ کښی جس کړل شی ، همدارنګه ددی لپاره چی د پرزنټیشن او د هغه د تاویدنی درجی د Delee پواسطه په یوه ډیاګرام کښی شرحه کړی ، حوصله په یوه کړی حلقه د دائری په بڼه حالت کښی اچول شوی ده چی پدی کښی د Pubis برخه O° ده او د عجز Sacrum برخه 180° پدغه پلان کښی L.P.A ښائی د L.O 45° درجی وی L.O.T= L.O 90° 135 .R.O = R.O.A درجی دی او همداسی نور ، د بیلګی په توګه چیری ښایی یوه ددوی څخه په هر یوه مرحله د تاویدنه کښی واقع شی لکه : L.O. 15° درجی به R.O. 110° وی پدی کښی به کوپړی بشپړه قدامی تدور ولری ، پدی صورت کښی (۵۲-۳) تصویر ته پاملرنه وکړی ،

تصویر (3-52)



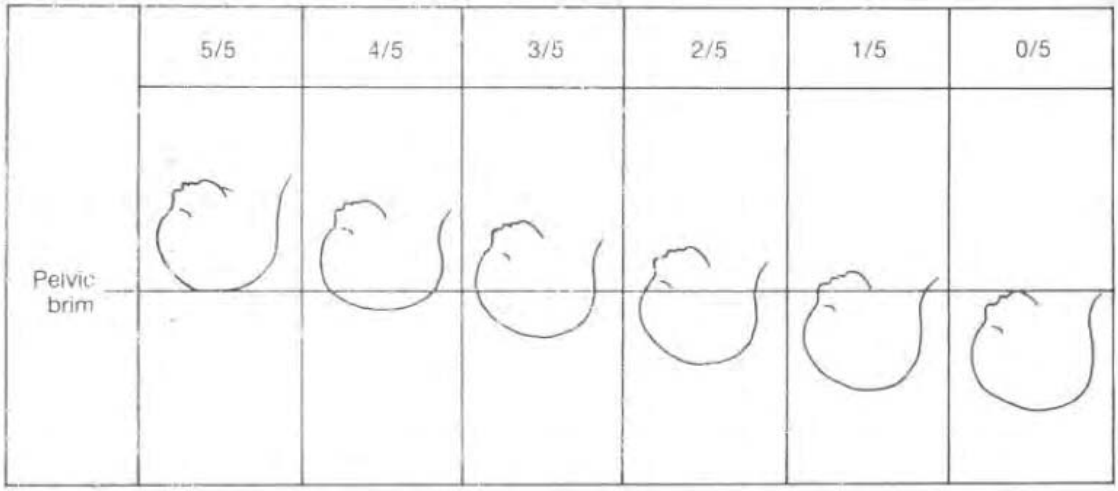


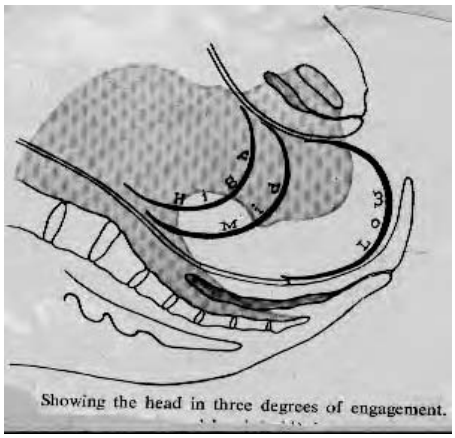
Fig. 1. Engagement of the fetal head in the maternal pelvic brim assessed in fifths

د ولادي کانال په اوږدو کښې د کوپړۍ د پر مخکښ حالت:

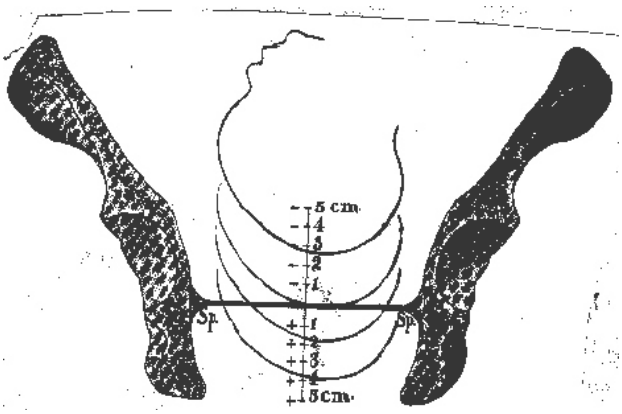
Station Advancement of the Head along the birth canal

د دواړو بهرنی او مقعدی کتنی پواسطه ښائی تل مدام د کوپړی د engagement درجی تثبیت او وپژندل شـــی ، کـــوپړی کلـــه چـــی پـــه ازاد ډول ســـره د Inlet څخـــه حرکـــت وکـــړی لامبـــوزن (Floating) دی دا هغه وخت Fix یا تثبیت وی په Inlet کښی چی کله د هغه لپاسه منځخه فشار لیـری نشی خود Parital برخو به Inlet لا هم تیرکړی نه وی ، کوپړی هغه وخت engage کـوی چـی د هغـه Biparital افقی پلان له Inlet څخه تیر شی ، په Occiput presnatation دا Biparital پلان دی چی د کلینک له نظره engagement داسی ښودل کیږی چی کله چی ښکتنی برخه هلته ورسیږی ،

کوپړی به هغه وخت د midplane کښی وی کله چی بښکته برخه کوپړی د Schial Spine په منځ کښی وی او هغه وخت به په Pevic outlet کښی وی لکه چی parital bosses برخه د Schial spine څخه تیرشی پدی کله (۵۳-۳) تصویر ته پاملرنه وکړی ، وروسته لدی به کوپړی بښکته لوری ته ورسیږی او په مهبل او فرج کښی به تظاهر وکړی ، له همدی کبله Delee د کار د اساتیا لپاره څو تصوری پلانونه رسم کړی دی ، د Vertical coronal پلان په تصوری ډول سره د Isnhial Spines څخه تیریږی همدارنګه دغه پلان د لمبرونواوساتی متر پواسطه په لاندی ډول بښودل شویدی چی پدی هکله (۵٤-۳) تصویر ته پاملرنه وکړی ، د Inter Spinis line صفر Zero (0°) بلل شویده ، پورتنی ساتی مترونه منفی بلل شویدی ، بښکنی ساتی مترونه مثبت دی ، کله چی د کوپړی بښکنی برخه د Spine (تنو) برخی ته ورسیږی دغه علت ته صرف engaged وایی او ورته Head 0° engaged at د صفر انګیج وایی ، که چیری لږ څه پورته وی ، دی engaged نه وایی او که چیری معدوم وی ورته 2– ، 3- ، او 4- ساتی متر که چیری کوپړی له 0° څخه تیر شی engaged ده او 1+، 2+، 3+ او په هری ډول نور هم .... دا چی په دقیق ډول سره د کنی له مخی د کوپړی موقعیت و ټاکل شی دا په ډیر ګټه ور وی .



(۵۳-۳) تصویر

(۵۴-۳) تصویر


داخلي پلویمتری او د جدار د اړیکو پیژندنه

Internal pelvimetry and diagnosis of Septal Reatations

کله چی ګوتی د مهبل له لاری د حوصلی برخی ته ورننویستل شی نو د حوصلی جوف برخه به له نظر څخه تیره شی ، اندازه او تیزی lochialSpine ، عجز Sacrum Coccyx ، خلقی جدار د Pubis تر ممکن حد پوری Linea termmalis واړه جس کیږی او همدارنګه د کوپړی اړیکه د حوصلی سره څیړل

او شرحه کیږی ، بالاخره که چیری کوپړی ډیره ښکته نه وی راغلې diagonal conjugate برخه به د اندازه کیدلو وړ وی.

ابنارملیتی ګانی :

که چیری هر راز ابنارملیتی ګانې د کورد او د ماشوم ، ابنارمل برخه د مهبل ، تومور، شخوالی د عجان په برخه کښی شته والی ولری او هغه د احساس وړوی او کټونکی طبیب یی باید داسی یو حالت غوره کړي چی د دردونو په وخت د هغه پواسطه Waters bag ونه څیرل شی یوازی دومره به پام کښی ولری چی دګوتو پواسطه د عنق اندازه او د Waters bag غشاء وکتل شی .

د کوپړی او حوصلی اړیکې
The cepalopelvic Relationship

وروسته له ۳٦ اونیو تیریدنی څخه باید غور وشی چی آیا د مور د حوصلی او د ماشوم د کوپړی په منځ کښی څرنګه اړیکه شته آیا هغه د حوصلی څخه لیږی ده او که په حوصلی کښے موقعیت لری ، همدارنګه د ماشوم د کوپړی او باډی (تنې) اندازه دی وټاکل شی دا د التراساوند او یا X- Ray د کتنی له مخې ښه څرګندیږی په Breech پوزیشن کښی د کوپړی د اندازی ټاکنه د راډیو لوژی له نظره ډیر ګران کاردی که Cephalic پوزیشن کښی په ډیره آسانی سره کیداشی چی دکوپړی او حوصلی ترمنځ اړیکی څرګند شی ، د مخه تردی چی زیږونه پیل شی ډاکټر باید د Cephalo pelvic د حوصلی اوندازی (gage) کړی ، ځکه چی د زیږیدنی په وخت د درملی او تدابیرونیونی لپاره خورا ډیر اهمیت لری ، نو که چیری دغه ټاکنی په ډیر ځیر سره وی ډیره ښه او بریالی (کامیابه) زیږیدنه به تر سره شی ، په هر حالت کښی که چیری زړه نازړه والی شته والی ولری باید را ډپوګرافی تر سره شی ،engagement به تل د Phenomen of lightening له مخه تر سره کیږی او دا به معمولاً یوه اونی د زیږونی څخه د مخه تر سره کیږی په ځانګړی ډول دا په لمړی ځله ښځو کښی ښه په پام کښی نیول کیږی ، هغه میتودونه پکښی Cephabpelvic اړیکی ښودل کیږی په لاندی ډول دی :

- Manual Impression methods- چی د Muller- Hillis طریقه یی ساده ده .
- د راډیولوژیک تخنیکونه چی تر ټولو ښه میتود ګڼل کیږی .
- Pelvimetry د حوصلی قطرونو ټاکنه.
- دالټراساوند د کتنی له مخې .

یو ډاکټر باید په دقیق ډول ناروغه وګوری باید هغی د بلاربتوب ، د حوصلی اندازه د بلاربتوب د دورې ناروغي ، همدارنګه که چیری عنق په لمړی ځلو (P/P) ښځو تر 8cm پوری او څو ځلو (M.P)کښی 4cm وی باید تر نږدی څارنې لاندی د زیږونه تر سره کړي او له پامه یې ونه غورځوي.

څلورم څپرکي

د لومړی،او دوهمې مرحلې تدبیرونه او څارنې

The Management of the first and Sceond Stages

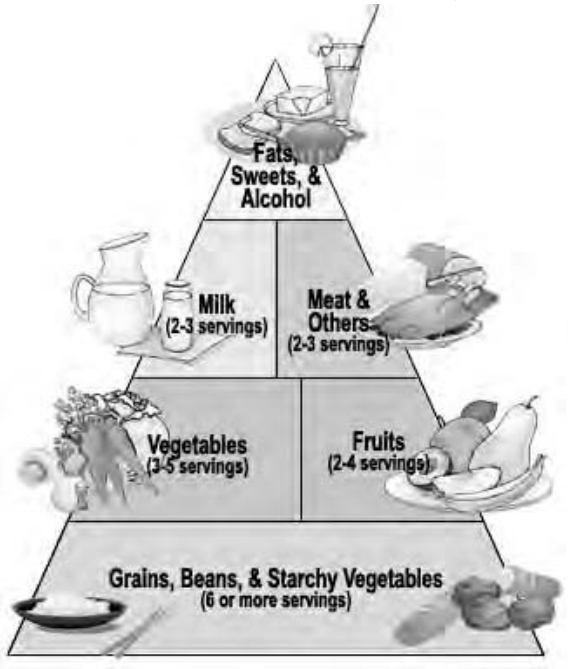
I. لومړی پړاو(مرحله) :

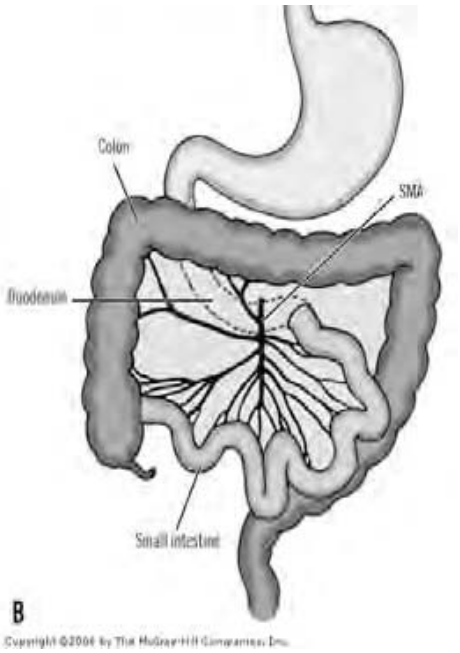
د لومړی،مرحلې زیږیدنه یوه خاص ذکاوت ته اړتیالری ډاکټر باید طبیعی دردونه وپیژنی او د هغوی په طبیعت پوه وی پدی مرحله کښی باید مرسته ونشی تر څو چی ښځه پخپله دغه زده کړی ، پاملرنه او انتظار دی وایستل شی تر څو چی عنق dilatation وکړی او هغه دی ونه هڅول شی تر څو ښکته لوری ته زور وکړی دا ځکه چی د وخت څخه دمخه زیږونه(Premature bearing) به مور ډیره ستړی کړی او دوهمی مرحلی لپاره د ښکته لوری ته د راوستنی پروسه کښې به ډیر ضرر پیښ کړی ځکه چی د عنق خوله به وازه نه وی Broad Ligament به ډیر کش شی او په راتلونکی کښې به رحمی پرولاس لپاره ډیره زمینه مساعده کړی ، پریږدی چی ښځه خونه کښی وګرځی اوقدم دی ووهي دکټ دچارپیرځنې دی ډیرلیری نه ځی تر څو Waters. Bag ونه څیرل شی او یاهم کورد پرولاپس ونکړی ، کولای شی چی ښځه د وقفی په مهال په چوکی کښی کښینی او یا د میز لپاسه او یا د بستر له پاسه پر یوزی یا په اړخ یا شا لوری استراحت وکړی ، څو ځله مهبلی او مقعدی کنده د ی تر سره نشی تر څو د زیږونی په پر مختګ پوه شو ، او همدارنګه په هر نیم ساعت کښی د ماشوم د زړه اوازونه باید واوریدل شی ، د دی له مخی کیدای شی د ماشوم حالت او asphyxia ښه څرګند شی ، باید , ruptur of uterus , abruptio placenta Eclampisa او د مور عمومی وضعت هم له پامه لیری نه وی ، د ناروغ فشار، نبض ، تودوخی درجه ، او تنفس باید وڅاکل شی او هر څلور ساعته وروسته تکرار کړل شی ، ناروغ په دغه مرحله کښی ډیره ستړی کیږی همدارنګه د Shock منځ ته راتلل دی پام کښی وی .

— خوراکي رژیم (***Diet***):

اکثرا د زیږونی په وخت میندې لږه اندازه خواړه او څښاک کوی چی دا لږه اندازه خوراک او څښاک د بیهوښی له پلوه ښه دی ځکه چی د بیهوښی په وخت د کانګو خطر لږ وی او پنومونیا منځ ته راتله هم لږ چانس لری که چیری د مور ګډوډه د زیږونی په وخت مړه وی او د بیهوښی اړتیا پریوځي ضروری خبره ده چی

د بیهوښی اخیستنی په وخت نا روغ ته د پوزی له لارې انفی معدوی تیوب ورننویسل شی ، تر څو معده تشه شی که چیری د اوږدی مودی زیږونه وی نو تغذی دی دورید له لاری تأمین شی .





- کولمې (*The Bowels*):

هر ۱۲ ساعته وروسته باید ښکنی کولمی (غټی کولمی) د امالې (Lower enema) پواسطه تشی کړل شی ، دغه اماله دی د مالګین سیروم (Nacl) پواسطه تر سره شی خو که چیری زیږونه ډیره نږدی وی د اماله کولو څخه دی ډه وشی دا ځکه چی غول به زیږونی په وخت ګډون وکړی که چیری په ریکټوم کی د غولو مواد را ټول شوی وی او د زیږونی لپاره بندښت منځ ته راوړی او یا هم ښائي د فرج برخه ککړه کاندي نو باید د فرج پاکوالی ته ډیره پاملرنه وکړی .

- د تشو مټیازو کڅوړه (The Bladder):

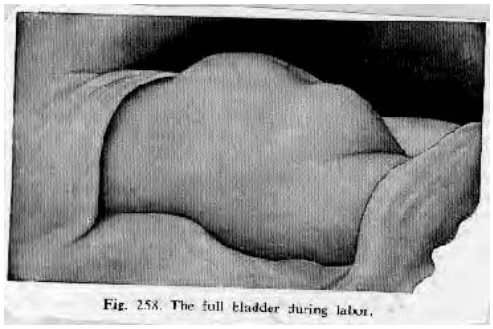
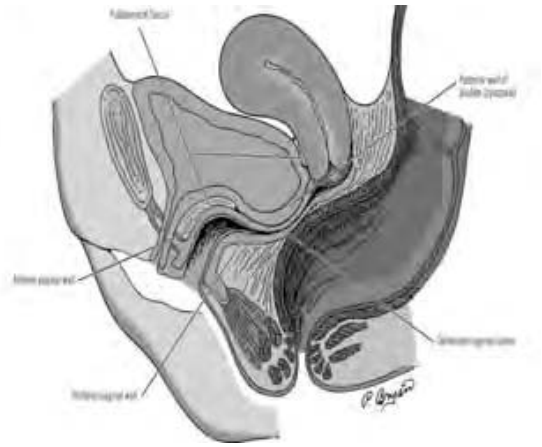


Fig. 258. The full bladder during labor.

(۱-۴) تصویر



مثانه یا د تشو متیازو کخوړه دی تل مدام تشه کړل شی که چیری مثانه ډکه وی دابه د زیږونی د مرحلی لپاره د بندښت سبب وګرځـی ، چی پدی هلکه (۱-٤) تصویر ته پاملرنه وکړی ، د فولی کټیتر دی مثانی ته تیر شی .

— د جیب یاد واټرس د کخوړی څیری کیدنه :

که چیری ډاکټر پدی پوه وی او ښه قضاوت وکړی اوپه وخت سره دا حالت وپیژنی نو ناروغ به پر بستر واچوی او د ملا په تخته به یې پریباسی ، کله چی دواټرس کخوره څیرې شی نو د مهبل له لاری د ګوتو پواسطه د عنق لویوالی باید وټاکل شی او همدارنګه د کورد د پرولاپس په هکله دی معلومات تر لاسه کړی ، همدارنګه کولای شی چی پدی پوه شی چی کوپړی زیږیدنی ته نږدی ده که چیری زیږیدنه وځنډیږی او عنق هم بشپړه اتساع یا لوئیدنه کړی وی باید مقعدی معاینه (Rectal Exam) او کنه دې تر سره شی تر څو په علت باندی طبیب پوه شی که چیری غشا نه وی څیرل شوی مهبل ته دی دغه غشاء سوری کړل شی په M/P ښځو کښی که چی غشأ وڅیرل شی ډیر ژر زیږون تر سره کیږی .

II. دوهم پړاو (مرحله):

دا پدی معنی نده که چیری یو لږ حالتونه لکه دردونه ، ښکته لوری ته فشار ، دواټرس کخوړی څیریدنه او یا هم که چیری کوپړی ښکاره شی منځ ته راغلی وی نو د زیږون دوهمه مرحله دی پیل شوی وی .

همدارنګه یو تجربه لرونکی ډاکټر به دا څرګند کړی چی عنق په بشپړ ډول وازدی لږه اندازه شدید او تیز دردونه ، د روښانه وینی شته والی ، او کوپړی اکثرا داسی ښکاری چی د سرویکس برخـه لـوئیږی او توسع کوي ، که چیری نوموړی حالتونه شته والی ولری نو په بستر دی پاکه او معقمه توټه واچـول شـی ، او د زیږیدنی لپاره دی تیاری ونیول شی لاندی پنځه ټکی دی په دوهمه مرحله کښی په پام کښی ونیول شی ،

۱- Asepsis and antisepsis
۲- Anaesthesia and Analgesia
۳- د ماشوم د ژوند ژغورنه

٤- د پرینیوم پاکه ساتنه او ژغورنه

٥- اختلاطونه .

١. **Asepsis and Antisepsis**:

همدارنګه تجربو ښودلی چی باید د فرج برخه تل مدام د زیږونی په وخت پاکه وساتل شی او د Antiseptic موادو پواسطه دی ومینځل شی ، همدارنګه لاسپوښونه او هغه مواد او سامانونه چی ورځخه د زیږونی لپاره کار اخیستل کیږی باید تعقیم او پاک وی .

٢. د ماشوم د ژوند ژغورنه او پالنه :

باید ډیره هڅه وشی چی د زیږیدنی په وخت د ماشوم د مړینی څخه مخینوی وشی حتی د نورمالی زیږیدنی په وخت هم ماشوم ښایی تر خطر لاندی وی او د یو لړ حالتونو لکه : د کورد پرولاپس Abruptio' placenta پلاسنتا پریویا اکلامپسیا، د بریچ پرزنټیشن تل د ماشوم ژوند له خطر سره مخامخ کوی ، Asphyxia د کورډ وینی د بهیر د بندښت له کبله چی د پلاسنتا اروأ ویجاړوی تر ټولو غوره او خطرناکه حالت دی ، د دماغ اذیما، او وینه بهیدنه په دماغ کښی کله چی دغه فشار د اوږدی مودې لپاره شته والی ولری ډیر منځ ته راتلونکی حالت دی دغه حالت تل په دوهمه مرحله د زیږونه کښی منځ ته راځی ماشوم د زړه اوازونه باید تل واوریدل شی ، دغه اوازونه د Fetoscope پواسطه باید په هر (٣٠) ډیرش دقیقو کی په لمړنی مرحله او په هر (٢-٣) دقیقو کښی په دوهمه مرحله کښی واوریدل شی ، په یوه نارمله زیږونه کښی یو نورمال ماشوم به د (١٢٠- ١٦٠) تر منځ د زړه ټکانونه په یوه دقیقه کښی ولری ، دا ټکانونه کله کله (١٩٠) په یوه دقیقه کښی شمیرل شوی دی ، هیڅکله هم داسی باید ونشی چی یوه نورماله زیږونه دی د Occitocic هورمون په ورکړی سره تشدید کړل شی او پری دی ښودل شی چی نورماله زیږونه ترسره شی ، همدارنګه د دردونو ډیر شدت دی د نارکوتیکو نو پواسطه لږ کړل شی او د واټرس کڅوړی څیرید نه دی د دوهمی مرحلی تر پیل پوری پریښودل شی .

3. **د پرینیوم پاکه ساتنه اوژغورنه:**

د زیږیدنی څخه وروسته تل څرګند شوی چی ټول جوړښتونه د حوصلی د زیږونی تراغیزی لاندی زیانمن شویدی ، منضم نسج ، ضعیفه صفاقونه ، لیواتور Levator.ani عضلی ، لږ تر لږه څیرل کیږی ، بولی تناسلی حجاب تل څیرل کیږی ،همدارنګه Perineal. Body او ټول انساج پدغه برخه کښی چوی او څیرل کیږی ، او پدغه کښی وینه بهیدنه څه ناڅه شته والی لری ، چی وروسته یا په نتیجه کښی د حوصلی حجاب غونجوالی او ضمور، دا حلیل ، مهبل ، مثانی او رحم پرولاپس ته زمینه مساعد وی او د هغوی سبب ګرځی ، دغه څیریدنو او Laceration ته باید بشپړه پاملرنه وشی او هڅه دی وشی چی Levator.ani عضلات

او Visicovaginal Septum له هغوی څخه په امان پاتی شی ، د پرینیوم څیریدنـه د مقعـد لـوری تـه بنایی اوږدیدنه ومومی او په راتلونکی کښی به د incontinence تسلسل سبب شی یوه تازه څیریدنه به د باکټریاوو د مداخلی لپاره بنه برخه جوړه کړی .

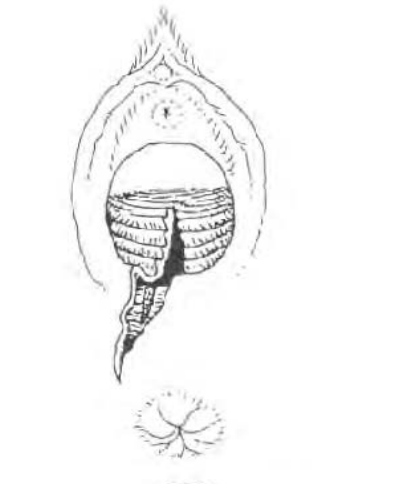


Fig. 5.44 Second degree perineal tear

د هایمن(بکارت) برخه په ټولو پیښو کښی څیرل کیږی ، (٧٠ %) په لمړی ځلو بنځو کښی Fourchet څیرل کیږی چی ورته First degree laceration وایی ، او همدارنګه (١٠ %) بنـځی چـی څوځلـه (M/P) دی بنائی لومړی درجه څیریدنه ولری او بنایی دغه څیریدنه تر Perineal body پوری اوږدوالی ولری او همدارنګه په (١٠ %) واقعاتو کښی بنایی د مقعد معصره بربنـډه شـی چـی دغـه تـه Second. Degree. Laceration څیریدنه وایی .

همدارنګه کله ناکله د Third Degree.Laceration دریمه درجه څیریدنه چی پکښی د مقعد معصـره هم څیرل کیږی منځ ته راځی دا بنایی د جراحی کړنلاری پواسطه هم منځ ته راشی ، هغه فکټورونـه چـی د پرینیوم د څیریدنی مسؤل دی :

- داذیما پواسطه ضعیفوالی .
- که چیری په زیاته پیمانه شحمی کتله بی ځایه کړل شی .
- کاندیلومالا تا او اکومیناتا .
- واریکوزایټیس Varicositis .
- د پخوانیو جراحی کړنلارو له کبله په دغه برخه کښی د الاستیکیت لږوالی او د نـدبې (Scar) شـته والی .
- ډیر عمر او نور حالتونه لکه د وجه "مخ"، وریځو ، او خلفی تاویدنی حالت .
- همدارنګه یو لوی ماشوم کله چی زیږول کیږی .

دغه پورتنی ټول حالتونه که چیری شته والی ولری مونږ کولای شو چی د یو episiotomy پواسطه د څیرید نی خطره لږه کړو .

— د پرینیال پرهر څخه مخنیوی :

Levatorani.M او د هغه ښکته او پورته صفاق (څارې) د حوصلی حجاب (ډیافراګم) جوړوی چی د ډیر لږ وازیدنی له کبله کیدای شی چی شدیده څیرید نه او (پرهر) جوړ شی او همدارنګه کله چی ډاکټر د ماشوم د زړه اوازونه اوری مور باید دی ته پری نږدی چی د دوهمی مرحلی په لومړی سرکی ډیر زور ووهی او ماشوم ښکته لوری ته ټیله کړی ، که چیری دردونه او زیږونه دواړه سره مل دی نو باید لږ اناستیټک مواد پدغه برخه کښی زرق شی ، ډیره معموله برخه د څیرید نی لپاره هغه برخه ده چی دوه Levatorani عضلی چیرته چی ریکټوم راتاووی او همدارنګه دغه د عضلی ټکی ښایی د coccyx په برخه کښی د raph ترځنګه هم وځیرل شی ، او بالاخره ښایی چی ټول د حوصلی د فرش عضلات، صفاقونه د ډیر کشولو له کبله و څیرل شی دا هغه وخت څیرل کیږی چی کوپړی د پساڅ لپاره په چټکی سره واقع شی .

دوه بنسټیز حالتونه کولای شی چی پرینیوم د څیرید نی څخه وژغوری :

۱- په کاره سره زیږونه .

۲- د کوپړی زیږونه د (Force flexion) فشاری قبض پواسطه .

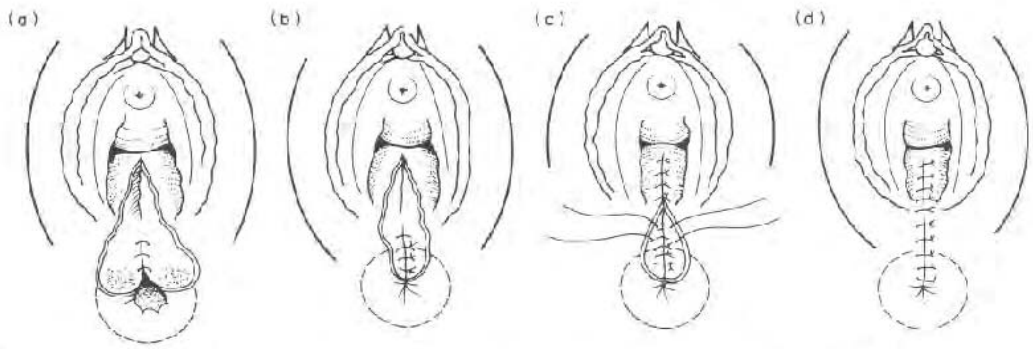
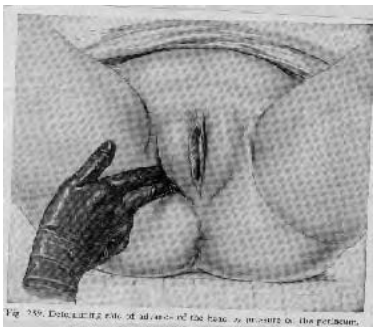


Fig. 5.45 Repair of complete perineal tear. (a) Suture of the rectal mucosa; 2, suture of the ends of the anal sphincter; 3, repair of the perineal body; 4, suture of the perineal skin

د ماشوم زیږید نه :

وروسته لدی چی ډاکټر خپل ځان په پاکو شرایطو سره سمبال کړی زیږونکی ښځه د بستر لپاسه په ظهری استجاع اچول کیږی ترسر لاندی یې یو بالښت ایښودل کیږی ، زنګنونه یې جیک او پورته نیول کیږی ورنونه یې یو تر بله سره لیری کیږی تر څو د فرج برخه به ښه توګه ښکاره شی ، په هره ۲-۳ دقیقو کښی د ماشوم د زړه اوازونه اوریدل کیږی سره لدی



(۲-۴) تصویر

چې ښځه ښکته لوری ته زور کوی او کوپړی په چټکی سره ښکاره کیږی خو بیا هم تر څو چې کوپړی تر (٤) سانتی مترو پوری روانتلی نه وی ډاکټر پکښی مداخله نه کوی. په چټکی سره د کوپړی راښکته کیدنه هغه وخت په اسانی تشیت کیږی چې ډاکټر خپلې ګوتی د (Ramus Pubiss) پورته او دننه لوری ته ټیله کړی پدی هکله (٢-٤) تصویرته پاملرنه وکړی ، که چیری کوپړی د حوصلی په برخه کښی وی نو دکوپړی کلکه برخه د ګوتو پواسطه جس کړل شی نو کله چې ډاکټر احساس کړی چې ماشوم په بیړه سره ښکته لوری ته رادرومی نو د ناروغ څخه غواړی چې هغه ښکته لوری ته زور وکړی او ورته وایی چې خپله خوله خلاصه کړی ژوره ساکش کړي او ښکته زور وکړی ، په زور سره دغه وخت باید کوپړی د ماشوم پورته لوری ته تر فشار لاندی را نه وړل شی .کله کله کیدای شی دلته انستیزی ته اړتیا ومومدل شی خو دا حتمی نده ، پدغه وخت کښی د ماشوم د مړینی او ژوبلیدنی خطر شته او همدارنګه ددی خطر شته چې رحم وڅیرل شی ،د همدغه زور وهولو په وخت ماشوم بهرته زیږیږی چې لومړی تر ټولو کوپړی او مخ راوځي زیار دی وایستل شی چې د ماشوم مخ او ډاکټر لاسونه د مور په غایطی موادو باندی اخته اوککړ نشی ، کله چې کوپړی راوځي باید پر هغې هیڅ راز فشار د کشولو په مقصد را نه ویستل شی ،بعضاً داسی کیدای شی چې کوپړی په فرج کښی پاتی شی پدغه حالت کښی د Modified Ritgens maneuver مانوری څخه کار اخستل کیږی چې وروسته یې شرحه راځی خو دا یوازی مونوپولیشن دی چې پدغه Stage کښی توصیه کیږی ، کله چې کوپړی وزیږیږی نو د سترګو سترغلی او مخ او تندی د یوه پاک اسفنج یا "پنبی" پواسطه موښل کیږی او پاکیږی مخاطی افرازات چې دپوزی په سوریو کښی دی راویستل کیږی اودګوتی پواسطه دخولی څخه افرازات راویستل او پاکیږی.

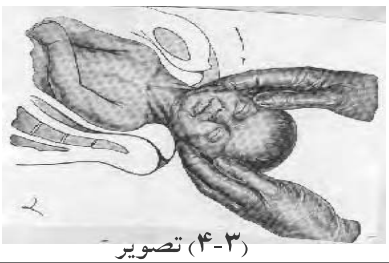
اوس لدی وروسته ډاکټر د کورډ په هکله پاملرنه کوی چې هغه باید تر ورمیږ نه وی راتاوشوی او یا هم د اوږی په برخه کښی نه وی واقع شوی چې زیږونه ګرانه کوی نو که چیری دغه حالت شته والی ولری پدغه برخه کښی کورد باید کلامپ کړل شی او دواړه لوری غوڅی شی اولیګاتور کړل شی ،

د اوږی زیږونه(*Delivery of the Shoulders*) :

د اوږی د زیږونی پروسه لکه څرنګه چې د (٣-٤) او (٤-٤) تصویرونو کښی وروسته تردی چې کوپړی وزیږیږی وروسته له هغه یوه اوږه قدام ته راځی او زیږونه کوی پدی حالت کښی کله چې اوږه د



(٤-٤) تصویر



(٣-٤) تصویر

پرینیوم برخی ته ورسیږی د طبیب پواسطه په کوپړی او یا ورمیږ باندی د کشولو لپاره فشار رانه وړل شی که چیری ورمیږ ډیر کش کړل شی دلته د Erbs palsy او یا د تر قوی د هډوکی د ماتیدنی د ماتیدو او ددغه برخی د عصب او عضلاتو د څیریدنی او زیان خطر شته دی ډاکټر باید یوازی دومره وکړی چی ماشوم کوپړی سمه کړی هغه کش نکړی او پرینبودل شی د مور رحم د تقلصاتو په اساس ماشوم بښکته لوری ته وزیږیږی او طبیب همدارنګه د طبیعی زیږونی په میکانیزم کښی باید مرسته وکړی که چیری داوږی زیږیدنه وځنډیږی اوپه راتلونکی دردونوکښی ونه زیږیږی طبیب بایدد pubis څخه پورته برخه کښی دګیډی لپاسه فشار راوړی اوماشوم دزیږولو لپاره تیار کړی اومرسته وکړی بعضا یو طبیب کولای شی د خپلی تجربی له مخی په بیلا بیلو لوروته فشار راوړی او د ماشوم د سمون په هکله مرسته وکړی د (۳-٤) تصویر د قدامی اوږی د زیږونی په وخت د مرستی حالت څرګندوی او (٤-٤) تصویر د خلفی اوږی د زیږونی ته وخت د مرستی حالت څرګندوی چی پدغه دواړه حالتونو کښی دی پام وشی چی هیڅ راز زور زیاتی ونشی .

اپی زیوټومی (Episotomy) :

هر کله چی ددی خطر شته والی ولری چی د پرینیوم برخه وڅیرل شی نو جراح هلته تصمیم نیسی چی جراحی کړنلاره تر سره کړی چی په هغه کښی ډیر مهم انساج له منځه لاړنشی د اپی زیوتومی لپاره لاندی ټکی باید په پام کښی ونیول شی دا پی زیوټومی لپاره دری ډوله څیریدنه تر سره کیږی :

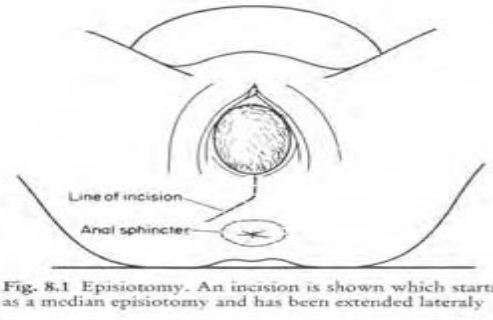


Fig. 8.1 Episiotomy. An incision is shown which starts as a median episiotomy and has been extended laterally

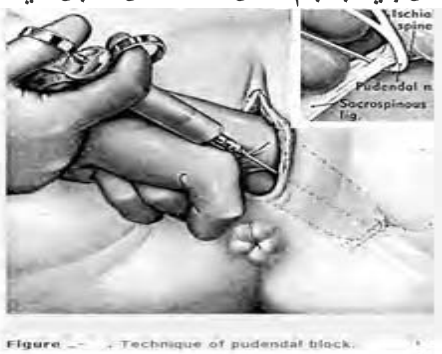
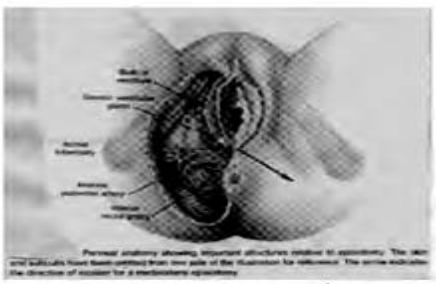


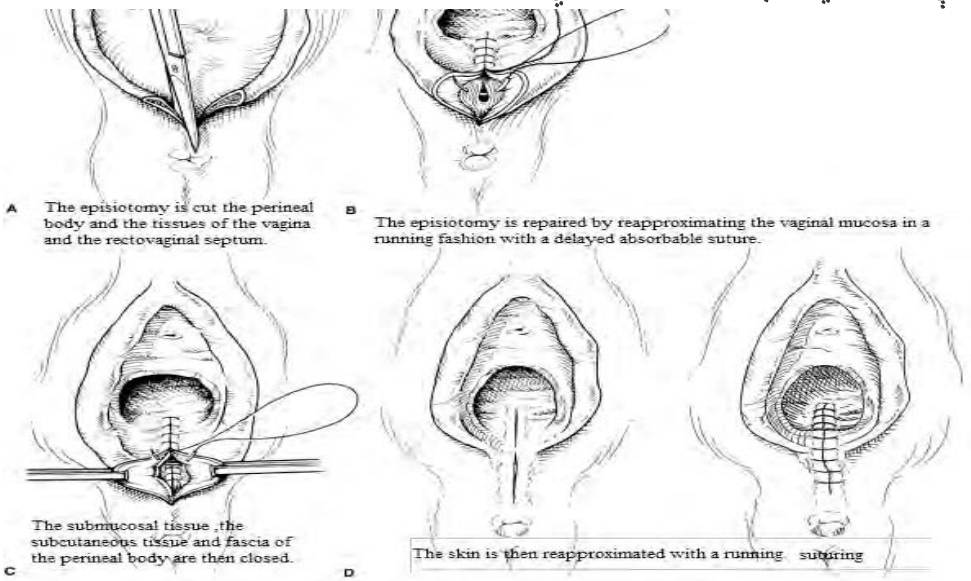
Figure _- . Technique of pudendal block.


تصویر (4- 5)


تصویر (4-5)

۱) جنبی (lateral) او یا دواړه لورو ته جنی Bilateral غوځیدنه ، پدغه غوځیدنه کښی څیریدنـه پـه افقی پلان Horizontal plan وی .

۲) منځخه median غوځیدنه پدی صورت کښی به غوځیدنه دمنځخه کربنی لپاسه وی او هغـه طبقـې چې څیرل شویدی پیا له سره وګډول شي.



۳) منځخه جنبی 'Mediolateral' پدغه حالت کښی معصره پرته له زیانه پـاتی کیـږی تـر ټولـو غـوره کړنلاره بلل شویده ، ددی څیریدنو د کړنلاری لپاره ٥-٤) تصویر ته پاملرنه وکړی ،

٤) داپی زیوتومی پـه وخـت کښـی پوسـتکی ، Urogenital Septum یـا بـولی تناسـلی سـپټوم ، د Constrictor Cunni ، Transversus perini muscles ، Intecolumnar او د levator ani د عضلی د Puborectalis د برخځورښتی پدی لړ کښی غوځیږی ،

په هغه حالتونو کښی چی داپی زیوټومی کړنلاره تر سره کیږی پلاندی ډول دی:

- Resistant perineum مقاوم پرینیوم ،
- په هغه حالت کښی چی د کوپړی د راوتلو په وړاندی ځنډ شته والی ولری ،

- د فرج (Vulva) په برخه کښی د پتالوژیک حالتونو شته والی لکه تندب Scar ،
- د پریماچور Premature ماشوم زیږونه ،
- کله چی وغوښتل شی چی ماشوم ژر وزیږول او د پرینیوم برخه ونشی کړای چـی د بسـیا پـه انـدازه اتساع وکړی ،
- کله چی ددی شهود څرګند شی چی د پرینیوم د څیرید نی خطر شته دی ،
- همدارنګه ډاکټر باید دی ته انتظار ونکړی چی کله Intercolumnar وځیرل شی یـا اقـدام وکـړی دغه عملیه باید ژر تر ژره تر سره شی چی ددی سره Levator ani pillar برخه هم څیریدنه کـوی او د حوصلی د فرش مصونیت له منځه ځی .

د منځخه جنبی ا پی زیوتومی جراحی کړنلاری تخنیک
Technique of Medolateral Episiotomy

دا کړنلاره د مهبل د مخاطی غشاء او د پوستکی هغه برخه چی د مقعد او مهبل تر منځ د پرینیوم برخـه ده تـر سره کیږی . همدارنګه دغه څیریدنه د مقعـد (Anus) او داسکیوم د بارزی Tuberosity of Ischiam په منځ کښی تر سره کیږی د بیاتی د غوڅولو برخه به منځخه کربنـی Median raph لپاسه وی او لـه هغـه ځایـه متوسـط او جنب ته څیریدنه تر سره کیږی پدی هکله (٦-٤) تصویر تـه پاملرنه وکړی ، دغه څیریدنـه د فورشـیت او بـولی تناسـلی سپتوم تر سرحده پوری وی پدی کښی چی پوستکی څیـرل کیږی دلته هغـه Fascia چـی د levator ani عضـلی د Pillar پوری ده غوڅیږی او Expose کیـږی ، د ماشـوم د کوپړی د اندازه له مخی بنایی چی غوڅ شی او یا هم نشی ، دغه څیریدنه باید بنی لوری ته تر سره شی کـه لازم وګڼل شی او هغه لوری ته آفت شته والی ونلری ، پوری ده غـوڅیږی او Expose کیـږی ، د ماشـوم د کوپړی د اندازه له مخی بنایی چی غوڅ شی او یا هم نشی ، دغه څیریدنه باید بنی لوری ته تر سره شی کـه لازم وګڼل شی او هغه لوری ته آفت شته والی ونلری ،د بل لاس د ګوتو پواسطه باید د بیـاتی څوکـه و څـارل شی او د معصری برخه وسائل شی ، ناروغ باید عمومی یا موضعی بیهوښی واخلی همدارنګه د مخاطی غشأ څیریدنه د بیاتی پواسطه چی په (٧-٤) تصویر کښی څرګند شوی وګوری.

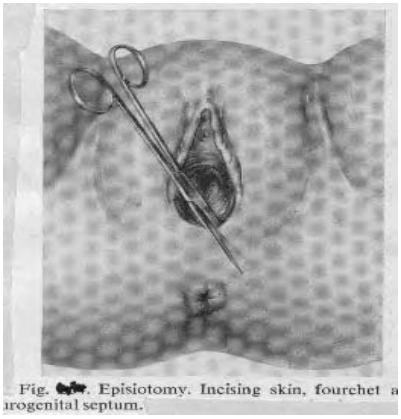
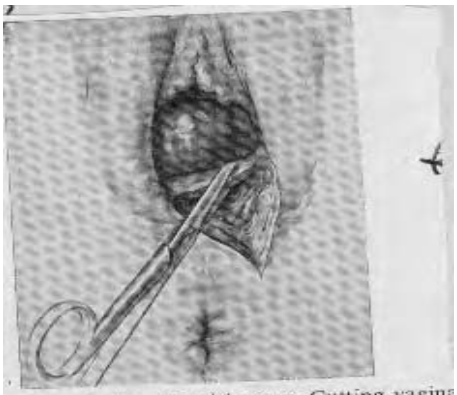


Fig. . Episiotomy. Incising skin, fourchet a urogenital septum.

(٦-٤) تصویر

وینه بهیدنه پدغه برخه کښی باید د سفنج یا ګاز پواسطه تامپون کړل شی په چټکی سره به کوپړی زیږونه وکړی ، وینه به ودریدلی وی او که چیری وینه بهیدنه دوام پیدا کړی هغه د ګاز او ګوتو د فشار پواسطه تامپون کړل شی د خیاطی پواسطه دی بهیدونکی رګونه غوټه کړل شی ، جراح باید پری نږدی چی وینه و بهیږی او که چیری وینه وبهیږی د Seski او Odell په وینا دغه اندازه به (250 ml) سی سی وی ، وروسته لدی چی



(۴-۷) تصویر

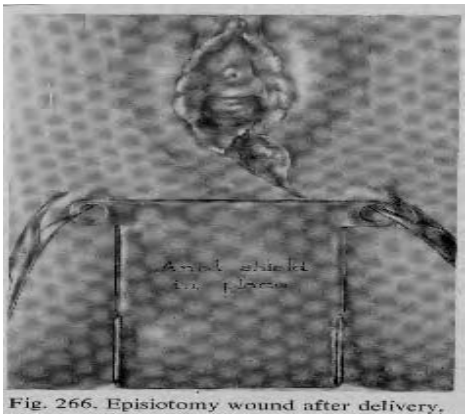


Fig. 266. Episiotomy wound after delivery.
(۴-۸) تصویر

ماشوم وزیږیږی هغه پرهر چی منځ ته راغلی هغه ته (٤-۸) تصویر کښی پاملرنه وکړی .

همدارنګه دغه جوړ شوی پرهر د اپی زیوتومی په دوه پلانونو لومړی پلان د پوستکی څخه ښکته طبقی د absorbable ګنګوټ تار پواسطه او دوهم پلان پوستکی د Non absorbable (Silk یا Nylon) تار پواسطه ګډول کیږی .

د ماشوم ساتنه :

کله چی ماشوم وزیږیږی هغه باید ډیر ګرم وساتل شی ماشوم باید دوینی یا غایطی موادو پواسطه ککړ نشی لومړنی پاملرنه باید دی ته وشی چی د ماشوم مخ ، سترګی پاک کړل شی او همدارنګه دماشوم د تنفسی لاری څخه باید په چټکی سره مخاطی افرازات راویستل شی او پاک کړل شی .

د کورډ غوټه کول :

کله چی ماشوم وزیږول شی کورد هم بهرته راووزی، تر څو چی په کورد کښی نبضان شته والی ولری باید تر هغه ګړی انتظار وایستل شی او کله چی د شریان نبضان لـه منځـه ولاړ شـی د پـاک او معقـم تـار (Nylon, Silk) پواسطه غوټه کړل شی همدارنګه لیګاتور تور باید د نامه د غوټی په برخه کښی تر سره شی ، پام دی وشی Umbilical. Hernia شته والی ونلری وروسته دی یو کلامپ څوانچه د لیګاتور څخه لیری واچول شی او د کلامپ څخه بهرته برخه دی غوځه شی .

همدارنګه ډیره پاملرنه دی و شی تر څو د ماشوم سترګی پاکی کړل شـی کـه چیـری د سـترګو د ګونوریـا د ناروغی امکان شته والی ولری نو بایدد هغه درملنه باید تر سره شی ، سمدلاسه زرقی پنسلین او ورسره پـه موضعی Drop Silver Nitrate ډول پکار وړل کیږی او نور اتی سپټیک هم د میکروبونـو د حساسـیت ټاکنې له مخی ورکول کیږی .

III. د زیږیدنې د دریم پړاو (مرحله): فزیولوژی او تدابیر

- **فزیولوژی :**

دلته په فزیولوژي کښې دوه میکانیزمونه غوره رول لري :

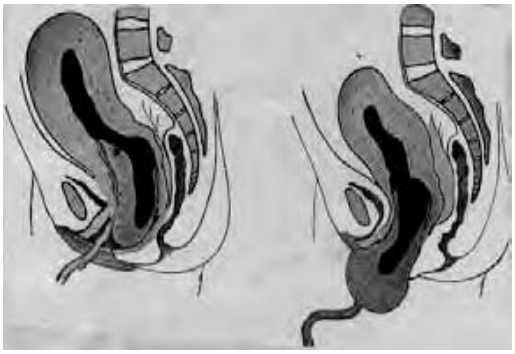
- د پریوان (پلاسنټا) زیږیدنه .
- د ارګان جلاکیدنه او راوتنه.

په بیزوګانو (شامپانزو) کښی پریوان په بشپړه توګه د دوهمی مرحلی په پایله کښی د رحـم څخـه بهـر تـه راوځي او همدارنګه په ښځو کښی هم د ماشوم د زیږونی پسی په ناڅاپه توګه رحـم پریـږدی او راوځـي ، سربیره لدی د Cesarean Section (C.S) څخه وروسته پریوان د رحم پوری نښتی پاتې کیږی سره لدی چی لومړنی تقلصونه د جدار عضلاتو تر سره کړی ، د رحم جدار په هر ځای کښی پیړ وی خو په هغه ځـای کښی چی د پریوان سره نښتی هلته نرې وی او د هغه تر څنګ برخه هماغومره پیړه وی چـی لکـه د زیږونـی څخه د مخه حالت کښی ، د زیږونې په دوهمه مرحله کښی پلاسنټا(پریوان) راټولیږی او غونجیږی او د خپل (Size) اندازه لږه کوی ، کله چی ماشوم و زیږیږی پلاسنټا هغه مهال د رحم له جدار څخه نـه وی جـلا شوی په لومړنی تقلص د رحم کښی دغه راټولیدنه او لږیدنه د پریوان منځ ته راځی او دادی پرته له انتظاره نه وی چی ښایی پریوان همدغه وخت د رحم څخه راییل شی .

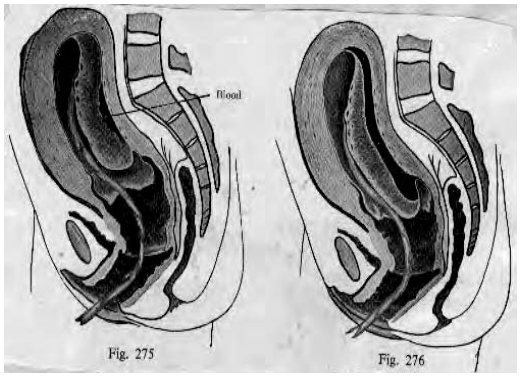
پخوا ډاکټران پدی عقیده و چی کله چی د پریوان خلف ته وینه راټوله شی او هیماټوم (Hematoma) وده وکړی نو پریوان ورڅخه راجلا کیږی خو اوس ثابته شویده چی ددی موضوع برعکس خبره شته والی لری ، دا پدی معنی ده چی Retroplacental هیماټوم د پریوان د جلا کیدنې په نتیجه کښی منځ ته راځی دانـه چی د هماټوم له کبله پریوان جلا کیږی.

— د پرېوان اخراج (Expulsion):

د پرېوان بهر ته راوتنه (Expulsion) هغه وخت پیل کېږي چې جلا کیدنه بشپړه شي د رحم تقلص پریوان د رحم ښکنې سګمنټ لوری ټیله کوي او بالاخره هغه د سرویکس برخې او په انتها کښې مهبل ته غورځوي ، پدغه وخت کښې ډاکټر ناروغ ته ښودنه (هدایت) ورکوي تر څو هغه ښځه لوری ته ټیله او



(۱۱-٤) او (۱۲-٤) تصویرونه



(۹-٤) او (۱۰-٤) تصویرونه

ورزور کړي که چیرې دغه هڅې بریالۍ نشي یا ډاکټر د ځانکړې مهارت له مخې په رحم باندې فشار راوړي او پریوان (پلاسنتا) له رحم څخه د فشار راوړلو پواسطه جلاکوي او زیږونې ته یې برابر وي .

همدارنګه پریوان کله چې راوځي د یوې چټرۍ په څیر وي دا چې ددغې برخې د ماشوم لوری لومړۍ بهرته راوځي ، کورد "رسی" یوه ښوونکی موضوع د ولادې لپاره او دوینې د بهیر لپاره برابراوی پدې هکله (۹-٤) او (۱۰-٤) تصویرونو ته پاملرنه وکړي او کورد حالت پکښې وګوري ، همدارنګه وګوري چې په (۱۱-٤) او (۱۲-٤) تصویرونو کښې څرنګه کورد او پریوان رحم څخه جلا کیږي او د ولادې کانال څخه راوځي ،

همدارنګه د پلاسنتا په خارجولو کښې د رحم د عضلاتو تقلص هم غوره رول لـری . کلـه چـی پریوان له مهبل څخه راووزی او په بشپړه توګه پریوان له رحم څخه جلاشی د رحم جوف تش کیـږی دلتـه د رحم یو ډول تقلص منځ ته راځی په نورمال ډول غشا په ځان کښې amnion امنیون ، کوریون chorion، منعکسه د یسیدوا د یوی اندازه ډیسیدوا Vera سره او یوه اندازه دیسیدوا Serotina لری هغـه لـه ځـان سره راوباسی .

وینه بهیدنه له لویو سینو سونو څخه په دوه میکانیزمونو سره ترکنترول لاندی راځی :

- د رحم د تقلص او او درحم د عضلی رشتو د retraction له کبله .
- دوینی په د رګونو کښې د Clotting له کبله .

— د درملنی اقداماتي تدبیرونه :

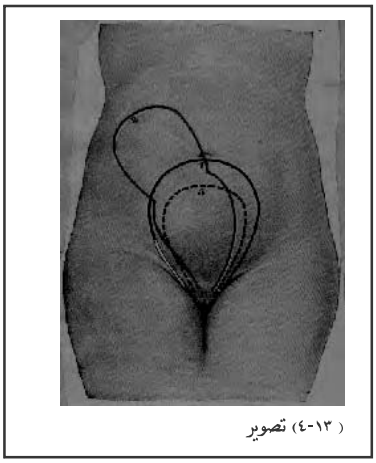
ډیری ښځې د دوهمی او لومړی مرحلی کښې نسبت دریمی مرحلی ته لږ تر خطر لاندی دی او مړینه منځ ته راځی .یوه ډیره ښه زیږیدنه به هغه وخت بریالی اوښه وی چی وینه بهید نه ونلری او Expulssion په بشپړه توګه ترسره شی همدارنګه وینه بهیدنه مرګونی ده او یا به ژوند خطرسره مخامخ کړی . نو لدی کبلـه ډاکټر باید تل پدغه موضـوع پـوه وی اولـه هغـه سـره اشـنائی ولـری . او د Baude locque شـرخی د Separation او Ecpulsion په هکله له یاده ونه باسی .

- **د کاندکټ کړنلاره او طریقه (Mode of Conduct):**

کله چی ماشوم وزیږیږی دلته د مور په لاندی برخه کښې یو ظرف اینبودل کیږی دا باید په یاد ولری چی هیڅکله هم دلته دغه وخت د ناروغ رحم باید موښل(مساژ) ونشی او رحم باید هوسا پرینبودل شی همدارنګه ښائی د جس په وخت بیلا بیل قوام او کلکوالی ولری نو د ماشوم دزیږیدنی وروسته یو پاک او معقم څادر تر مور لاندی غوړول کیږی . اویو ظرف bed pan د مور کوناټیو لاندی اینبودل کیږی او دهغه څارنه کیږی تر څو غایطه مواد پورته د مهبل لوری ته ولاړ نشي او کورډ د ورانه لپاسه خړول کیږی . کیډه دی د یوه پاک څادر پواسطه وپوښل شی خو دغه ظرف باید د ډاکټر تر څارنی لاندی په ډاکه پرښودل شی تر څو ډاکټر هغه وینه چی توئیږی او هغه کښې راټولیږی وویني ډاکټر دغه مرحله تر څارنی لاندی نیسی او د ناروغ ترځنګ کرار کښینی او هغه وینه چی راتوئیږی هغه څاری او د رحم د تقلصاتو څارنه کوی . همدغه راز که چیری رحم راټول وی او دوینی راتولیدنی پواسطه د پوکانی په څیر پرسیدلی نه وی او د بهرنی وینه بهیدنې خطر هم نه وی نو ډاکټر هیڅ راز غرض نه کوی .

که چیری یو ظریفانه مساژ او جس تر سره شی او رحم Soft یا پوست وی او هغه دوینی راتولیـدنی لـه کبله ډک وی او بهرنی وینه بهیدنه هم شته والی ولری نو په خاص مهارت او ظرافت سره درحم په مساژ پیـل کوی .

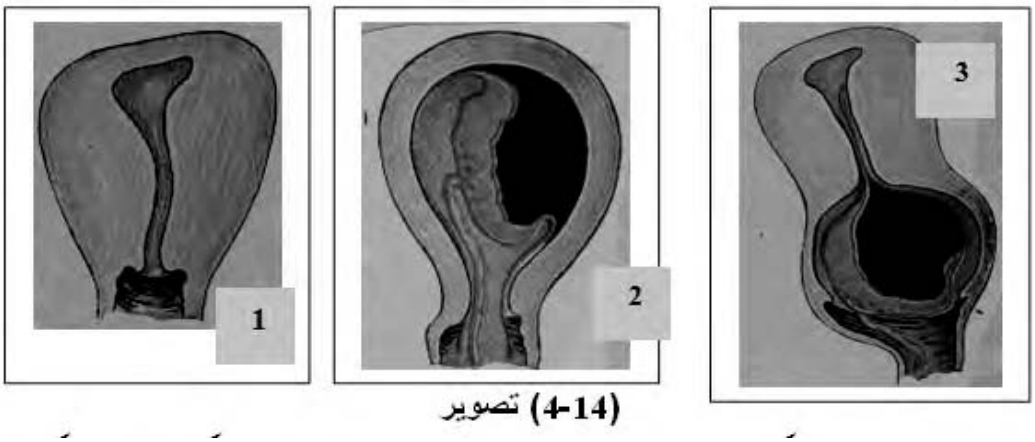
په پتالوژیک پیښو کښې د علت له مخې درملنه توپیر لري . همدارنګه ډاکټر باید د نور نښو نښانو تر مـنځ ته راتلو پورې انتظار وباسي چې د پلاسنټا د جلا کیدو له امله مـنځ ته راځي . دلته یو قوي تقلص منځ ته راځي چې ددې ښودونکې دی همدارنګه نوري نښې لکه : د (۱۳-٤) تصویرونو په څېر.


(۱۳-٤) تصویر

۱ – کورد (رسی) نوره هم ښکته لوري ته اوږدوالی مومی (۷- ۱۰) سانتی مترو پورې او داد فرج په برخه کښې تر نظر لا ندې ښکاري .

۲ – د رحم د جسم Curpus برخه په کیږه کښې لوړوالی مومی او اکثرا به دا لوړیدنه ښې لوري ته وي چې د مخه تـردی دغـه کتلـه د حوصلی په برخه کښـې پرتـه وي (Soft-boggy Mass) یعنـی پریوان دغه کتله جوړوي چې پدې هکله (۱٤-٤) تصویر تـه پاملرنـه وکړی .

۳ – رحم داسی فکر کیږي چې د پنډوس په څیر دئ .



(4-14) تصویر

دغه بشپړې کړنې د (۵-۳) د قیقو پورې تر سره کیږي او د زیږیدنې کانال تشیږي . که په دوهمـه او دریمه مرحله د زیږونه کښې Oxytocic درمل ناروغ ته ورکړل شي اوکه نه بیا هـم یـوه انـدازه وینـه د پلاسنټا د جلاکیدو په وخت له لاسه ورکول کیږي چې دغه وینه بهیدنه ورو ورو ډیروالی مـومی او د پریـوان جلا کیدنه په ټاکلی اندازه ډیروالی مومی له همدې کبله داسی څرګندیږي هغه ښځه چې انستیزی اخلی بایـد Ocytocic درمل واخلی .

Dieclkmann`s یو تن عالم داسی څرګند وی د قدامی اوږی زیږونه (۳۰) ثـانی انتظـار پکـار لـري د خلفی اوږی د زیږونې لپاره (1 ml) یا (یو یونت 1-Unit) د Pituitary غدی د خلفی برخی محلـول (Pituitary) او یا (Petocin) په ۹cc فزیولوژیک محلول کښې نري (رقیق) کیږي دغه محلول تر استفادې لاندې راوستل کیږي تر دې وروسته (۳۰) ثانی انتظار ویستل کیږي تر هغه وروسته به ماشوم وزیږول شي .

کله چی پریوان جلاشی او د رحم په ښکتنی سګمنټ او یا مهبل کښې موقعیت ونیسی دلته باید دری خبرو ته واړول شی .

- مثانه باید تشه وی که اړتیاوی نو فولی کتیتردی واچول شی .
- رحم باید بشپړ تقلص کړی وی اوپه منځخه کرښه کښې باید واقع وی .
- د ښځی څخه غوښتل کیږی چی ښکته لوری ته زور وکړی او ولیدل شی چی هغه ددی توان لری چی پلاسنتا راوباسی اوکنه . که چیری ونشی کړای چی پریوان راوباسی نو بیا رحم د لاس د ګوتو پواسطه نیول کیږی پرته لدی چی رحم ومروړل (Squeez) شی هغه لاندی ښکته لوری ته تر فشار لاندی راوستل کیږی لکه چی څوک پستون د سورنج تشوی او پلاسنتا ښکته لوری ته ټیله کیږی دغه مانوری ته early expression ویل کیږی کله چی پریوان د فرج برخه وپړسوی هغه لاندی لوری ته ټیله کوی او په ظرف کښې یی بهر ته غورځوی . دا به ښه خبره وی چی پریښودل شی چی غشا په خپل وزن سره راووځی که چیری پخپله راونه وزی نو په ډیر مهارت سره دی په هغو ترکشن واچول شی . د Early Expression کړنی ته (١٦-٤) تصویر ته پاملرنه وکړی .

همدارنګه که چیری د غشا یوه برخه و څیرل شی د هغه پورته برخه دی په دوه پنسسونو(Artery Forceps)کښې ونیول شی اوله پورته برخې څخه دی هغه ترکشن او کش کړل شی ټولی پنځه دقیقی پکار دی چی دغه کړنه ترسره شی وروسته لدی چی داکړنه ترسره شی نو پدی حالت کښې رحم تشیږی نو کیدای شی چی اوس رحم مساژ کړل شی او د (١٠) لس یونټو په اندازه (10 Unit pituitory) محتوی ورکول کیږی .Ergothamin هیڅکله هم باید پریوان د زیږونی څخه د مخه ورنکړل شی او همدارنګه هیڅکله هم باید کور د باندی د مخه تردی چی په مهبل او فرج کښې پریوان ښکاره نشی باید په فشار او ترکشن رانه وستل شی .

په بعضی کلینیکونو کښې 10 unit pituitarg extract او یا هم (Ergonovin 1/320 grain) ددی لپاره چی پریوان Expel وکړی ورکړی شوی دی خو دا دیو قانون په ډول ندی او د پیښی په څیر ورکړل شوی دی .

ددی لپاره چی د پریوان Incarceration دوینی بهیدنی او یا پرته له وینه بهیدنی منځ ته رانشی او همدارنګه رحم د همدی لاری د انتاناتو له حملی څخه په امان وی نو بایدIncarcerated پلاسنتا له منځه یوړل شی او د رحم راټونی او شاک درملنه دی وشی .

همدارنګه په روغتون کښې دانه چی په کور کښې د ergonovin ورکړه کیدای شی چی د وریدی زرق له لاری ورکړل شی کله چی د ماشوم قدامی اوږه زیږیدلی وی تر څو چی قدامی اوږه نه وی زیږیدلی هیڅ کله دی هم ergonovin ناروغ ته دورید له لاری ورنکړل شی و همدارنګه کله چی دبریچ پوزیشن (Breech Position) او دوګونی (Twins) زیږیدنه وی باید ergonovin او نور تقلص ورکونکي

درمل دزېږونې په سر کښې ورنکړل شی کیدای شی چی په دوګونی ماشومانو کښې چی دوهم ماشوم زېږول کیږی د ergonovin محلول ورکړل شی . که چیری د پلاسنتا زېږېدنه وځنډېږی د هغی دراویستنې لپاره د ولادی ډاکټران د Crede expression څخه کار اخلی دغه مانوره په (۱۷٦۷- ع) کال کښې د John Harvie پواسطه وښودل شو . دغه مانوره لکه څرنګه چی د آلوبالو Cherry څخه د هغه زړی راویستل کیږی همدغه راز تر سره کیږی . سره لدې چې د Crede مانوره ډېر قوت پکار لری او حقیقتا خطرناک دی نو که چیری پرته له وخته په غیر فزیولوژیک ډول سره دغه کړنه ترسره شی ددی خطر شته چی یو ډول شدیده وینه بهیدنه ، غیر نورمال Relaxation استرخا، ښایی یو پارچه یا ټوټه د پلاسنتا نښتی پاتی شی او یا هم د رحم عضلی جوړښتونه زیان ومومی پدی هکله (۱۵-٤) تصویر ته پاملرنه وکړی .

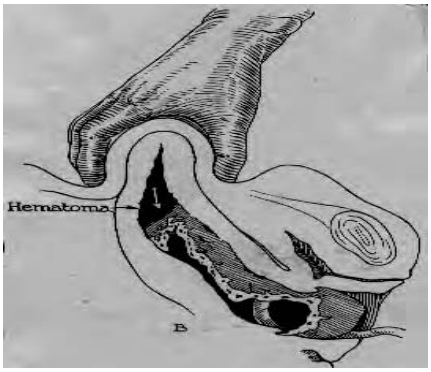


(۱۵-٤) تصویر

همدارنګه د Crede صحیح مانوره د پلاسنتا د پیلیدنی لپاره تر سره کیږی پدی هکله (۱٦-٤) تصویر ته پاملرنه وکړی چی دغه کړنه د یوه مجرب ډاکټر پواسطه په ټاکلی وخت کښې تر سره کیږی . د Crede ماوره په غلطه ډول .

دغه کړنلاره د جراحی د عملیاتی کړنلاری په نسبت ډېر ښه والی لری .

پدغه حالت د رحم د جسم له برخی څخه د Early expression لپاره کار اخیستل کیږی دغه کړنه هم پرته له خطر څخه نده چی د جسم څخه دی د پستون په خیر کار واخیستل شی .



(۱٦-۴) تصویر

د Crede د مانوری صحیحه او په وخت کړنه .

ډاکټر باید د پریوان په جلا کولو کښې ډېره بېړه ونکړی . دابه تردی مصئونه وی چی Manual ډول سره پریوان جلا او راوویستل شی .

که چیری پریوان تر یوه ساعته بهرته راونه وزی بهتر داده چی هغه راوویستل شی خو کار پوهان تر پنځه لس دقیقو پوری موده غوره ګڼی ځکه چی تر هغه محاله وینه بهیدنه ډېره وی . او همدا راز که چیری د ډېری وینی بهیدنی خطر شته والی ولری ښه به داوی چی په چټکی سره مداخله وشی او پریوان راوویستل شی .

په همدی ډول سره په دریمه مرحله کښې د Brandt-Andrews او Dickinson میتودونه هم ډیر ګټه ور ښکاره شویدی چی ډیر عالی نتیجی تری لاس ته راغلی د Brandt-Andrew کړنه په لاندی ډول ده .

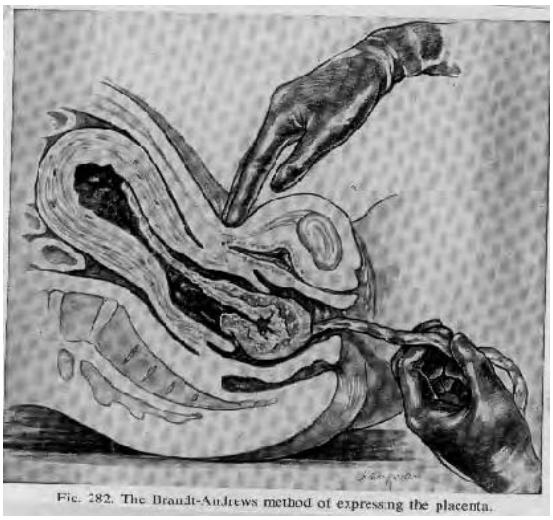


Fig. 282. The Brandt-Andrews method of expressing the placenta.

(۱۷-٤) تصویر

د کړنلاری د سرته رسولو لپاره د کورد (رسـتی) برخه د مهبل یا فرج سره په نږدی برخه کښې د کین لاس پواسطه نیول کیږی او وروسته تر هغه د ښـی لاس د Palmar وجی پواسطه د کیږی د قدامی جدار په برخه کښې درحم او سرویکس د مفصل په برخه کښې فشار راوړل کیږی او کورد ښـکته لوری ته کشیږی . پدی هکله (۱۷-٤) تصـویر تـه پاملرنه وکړی . Dieckmann او د هغه ملګـرو پتیلی چی Episiotomy کښې پـه اوسـط ډول ښایی 370cc وینه سره د رحم د وینی بهیدنی یو ځای وی .

NO	Causes	Bleeding estemation
1	*Episiotomy wound*	250cc
2	*During placenta Expulsion*	50cc
3	*After placenta Expelled*	73cc

یوه بلاربه ښځه ددغه اندازه وینی بهیدنی لپاره کومه بله زیرمه نلری دوینی بهیدنی په وخت باید په پام کښې ونیول شی .

د پریوان کتنه (Examination of Placenta) :

ژر تر ژره کله چی پلاسنتا راووځی باید د ډاکټر پواسطه وکتل شی که چیری کومه ټوټه د پریـوان پـاتی شوی وی هغه دی ولټول شی او د رحم کتنه دی وشی ځکه چی دا وینه بهیدنه کوی او ناروغ تر مړینی پـوری زورونکی خبره ده . رحم باید په بشپړه توګه تش کړل دوینی پرن شوی کتلی پولیپ او یاد پریوان پـاتې ټـوټی باید راوویستل شی تر څو په راتلونکی کښې د انتاناتو د مداخلی څخه مخنیوی منځ ته راغلی وی .

پریوان کتل کیږی که چیری یوه جلا لرونکی، خړه ، پسته سطحه (The decidua Serotina) په بشپړه توګه شته والی ولری وایه په دی معنی وی چی په رحم کښې څه نه دی پاتی . همدارنګه د پریوان زیږی برخی

پورته پاتی نه وی د پریوان د زیږی او کنډو کپر برخه دی په اوبو ومینځل شی که چیری کوچنی او لوئی villi د اوبو په سطحه لامبو وهونکی ښکاره شی دابه دا راخرګنده کړی چی په رحم کښې څه ندی پاتی .

همدارنګه غشأ دی په بشپړ ډول ولټول شی او په هغه کښې دی تطبیقات وشی چی ټولی څنډی یی یو په بل کښې مطابقت او برابری کوی او کنه که چیری برابر وی نو په بشپړه توګه به پریوان راوتلی وی او همدارنګه د پریوان د Placenta Succenturiata او یا Placenta Spuria په هکله دی ډاکټر خپل اطمینان او ډاډ تر لاسه کړی. په لا ندی حالتونوکښې باید په پام کښې وی چې پلاسنټا succenturita په رحم کښې پاتی وی :

۱ – که چیری پریوان له څنډو څخه څیری وی .

۲ – که چیری هغه ږګونه چی د څنډی لوری ته خپاره وی په تیرډول قطع وی .

۳ – که چیری هغه ټول ږګونه چی د کورد لوری ته غزیدلی وی پوره نه وی .

٤ – که چیری د کوریون په برخه کښې یو غیر منظم نیمګړیتا شته والی ولری .

٥ – که چیری پر یوان د ماشوم له اندازی څخه کوچنی وی .

که چیری په پورته حالتونو څوک شکمن وی نو د رحم جوف دی ولټوی .

که چیری ماشوم په کور کښې زیږیدلی وی او د پریوان په اړوند کوم ډول معلومات نه وی او نا روغ هم تبه ولری او وینه بهیدنه ورسره وی او رحم د جس پواسطه در دناکه وی نو باید ډاکټر د رحم ولټوی او هغه تش کړی او درملنی په هکله ځان ډاډمن کړی تر څو د رحم د انتاتی حالت څخه مخنیوی شوی او نا روغ ته جدی ګوابښ متوجه نشی .

– د جروحاتو (پرهرونو) ګنډه :

پدی هکله ګنډه باید په روښانه کوټه او ښه روښانتیا کښې تر سره شی هغه Laceration چی منځ ته راغلی وی هغه به تر ستړګو شی .د Breech ډول زیږیدنی وروسته باید د مهبل ګنډه په ځیر سره وشی همدارنګه فولی کټیټر دی مثانی ته تیر شی او مهبلی او مقعد ګنډه دی بشپړه شی . ډاکټر او یا د هغه مرستیال باید د نا روغ تر څنګه لږ تر لږه یوه ګړی (یوساعت) پوری ودریږی او د رحم جس هره لحظه وکړی پرته لدی چی رحم ته مساژ ورکړی او یا هغه وموښی .

<u>مخکښې لدی چی ډاکټر نا روغ پریږدی،د دغه اوه پوښتنو په هکله باید ځان ډاډمن کړی .</u>

۱ – ایا رحم ښه پرځای دی او سرچپه شوی ندی ؟

۲ – ایا د فرج په فوحه کښې او یادننه لوری ته کوم ډول وینه بهیدنه شته اوکه ؟

۳ – ایا پریوان او د هغه غشا بشپړه راوتلی او که ؟

٤ – ایا مثانه تشه شویده او که ؟

۵ – ایاماشوم په ښه روغتیایی بڼه کښې دی او که ؟

٦ – ایا هغه برخه د پرینیوم چی څیرل شوی ګډول شوی او که ؟

۷ – ایا مور ښه روغتیا، ښه حالت، ښه نبض، نورمال د وینی فشار د سر درد او ګانګی لری او که ؟

که چیری روغتون ریکوری ولری باید ٦-۸ ساعتونو پوری ناروغ هلته وساتل شی ډیر ناروغان وروسته له (۳۰) دقیقو څخه په خپاره او ژور ډول وینه بهیدنه پیداکوی او ناروغ شاک ته یائی چی پدی حالت کښې په پام کښې وی .

د نخامی غدی محتوی او ارګوټ

Pituitary Extract and Ergot

ارګوټ Ergot او ارګنوین Ergonoviene په لاندی حالتونوکښې استطباب لری !

- په هغه حالا تو کښې چی Incompleat abortion منځ ته راغلی د هغه د پاتی شونو راویستنی او د وینه بهیدنی د مخنیوی لپاره ورکول کیږی . دا درمل دورځی دوه ګرامه (1/2 grain) دورځی څلور ځله د پیځه ورځو لپاره ورکول کیږی همدارنګه د ارګونوین ټابلیټ (1/320 grain – 0,2 mg) د ورځځلور ځله د ځلور ورځو لپاره ورکول کیږی که چیری وینه بهیدنه ادامه وکړی کیدای شی چی دغه موده اوږده شی .

- ډیر ډاکټران د ارګوټ ورکول په Septic abortion کښې توصیه کوی ددی لپاره چی رحم د تقلص په حال پاتی شی او انتان پکښې خپور نشی . همدارنګه که چیری دغه درمل داوږدی مودی لپاره ورکړل شی او انتان هم شته والی ولری د نهاپاتو د ګانګرن خطر شته (ergot flouid extract 2gram) (1/2 grain) او یا 1/320 grain tamblet د ارګونوین دځلورو ورځو لپاره ورکول کیږی .

- د Post partum bleeding د مخنیوی لپاره دغه درمل پدی حالت کښې د خولی، عضلی او یا ورید له لاری ورکول کیږی ځیردی وشی چی دا درمل هیڅکله هم د مخه تر دی چی ماشوم وزیږیږی نه ورکول کیږی او تل د ماشوم د زیږیدنی څخه وروسته ورکول کیږی. د ارګوت مستحضر ٤ ګرامه د ورځی د خولی له لاری او یاهم اورګونوین 1/320 grain دخولی، عضلی یا ورید له لاری ورکول کیږی . همدارنګه د ارګوټ درمل د پلاسنټا پریویا او abruptioplacenta په حالتونو کښې ورکول کیږی .

- د Post patum Bleeding حالت کښې سرعت د درملو او اندازه یی ډیره مهمه ده . ددی لپاره چی وینه بهیدنه ترکنترول لا ندی راشی دا درمل د ورید او یا عضلی له لاری د درملو دوز (1/320 -0,2gr grain) دی.

- د داخل الرحمی وینه بهیدنی د کنترول لپاره په Puerperium په وخت کښې د Conception د پاتی شونو تولیداتو، انتانات او نورو حالتونو له کبله .که چیری وینه پهیدنه شدیده او ژوره وی نو پدی حالت کښې به کوتاژ ترسره شی.

- د بلاربتوب په وخت هیڅکله نه ورکول کیږی .
- هیڅکله د زیږونی په لومړی او دوهمه مرحله کښې نه ورکول کیږی .

د نخامی غدی محتوی Pituitary extract ورکول په لاندی حالتونو کښې ورکول کیږی :

۱ – د Incompleat Abortion په حالت کښې ورکول کیږی ښه به داوی چـی 2gram د Quinin څخه په هر ساعت کښې دری یا څلور ډوزه ورپسی پینځه یونټه 5unit د نخامی محتوی په هر نیم ساعت کښې د څلور ډوزو لپاره ورکول کیږی .

۲ – په Septic abortion کښې د وینی بهیدنی د کنترول لپاره ورکول کیږی دوز د درملو 5 unit پینځه یونټه د ورځی ٦-٤ ځله دی .

۳ – په بعضی حالتونو د hydatiform mole په کوم کښې چی وینه بهیدنه شـته والـی ولـری 5 unit د عضلی له لاری ورکول کیږی چی ددی پواسطه به Expulsion د یوی برخی مول منځ ته راشی او پیژندنه بـه ترسره شی چی لاهم رحم تر حملی لا ندی ندی راغلی .

- د بلاربتوب له کبله د Pyelitis شـته والی د Puerperium په مرحله کښې د درملو ډوز 5 unit ښائی د رحم پرستا لزیس تنبه کړی او په ښه اندازی سره به له پښتورګی څخه پرولنت (دزویوسره) تشی متیـازی راتوی شی (Hofvaver) دغه څرګندونی کړیدی .

- په بعضی حالتونو د Abruptico placeta) کښې په ډوز 1 unit د رحـم وینـه بهیـدنی تـه لږیدنـه وربخښی او تقلص منځ ته راوړی .

- په ځانګړو پیښو کښې چی وغوښتل شی چی زیږونه وشی سره لدی چی Pituitary extract ورکـول کیږی د مخه تر دی چی دغه د نخامی محتوی ورکول شی په اندازه 30cc کاسترایل Caster oil چی دګـرم مالګین سیروم سره حل کیږی یا دوه ساعته دمخه امـاده کیـږی او همدارنګـه دوه کپسـولونه د Quinin یـو ساعت دمخه ورکول کیږی .

که چیری ددی کړنی څخه وروسته تر شپږ ساعته د رحم تقلص مـنځ تـه رانشـی نـو بیـا هـم دغـه محلـول Piturary extract یو یونت 1unit په هر دیرش د قیقو کښې شپږدوزه ورکول کیږی که چیری دغه اندازه ته اړتیا وی . که چیری په لمړنی دوز سره د رحم تقلص منځ ته راشی نو د بل ډوز ورکولو ته اړتیا نشته تر څو چی دردونه توقف وکړی .که چیری اړتیا وی دوهم ډوز ورکول کیږی هیڅکله باید چـی دغـه ډوز د1 unit څخه پورته لاړنشی ځکه چی درحم د تمزق احتمال شته دی.

٤ - همدارنګه په انتخابی ډول د رحم په اتونی کښې د زیږونی په لومړی مرحله کښې دغه درمل ورکـول کیږی که چیری د رحم قوی تقلصونه منځ ته راشی او په منتکرر ډول وی نو پدی وخت کښې د مور فین ورکړی ته اړتیا ده .

– په ډیرو نادرو پیښو کښې کله چې عنق په بشپړه توګه وازه او متوسع وي او غشا رپچرکړی وي او کپړی د حوصلی په فرش کښې وي او رحم تقلص لږوالی ومومی یو یونټ (1 unit) ورکول کیږی د رحم تقلص منځ ته راځی او په پنفسهی ډول به زیږونه تر سره شی .

– ددی لپاره چې پریوان د رحم څخه د ماشوم د زیږونی وروسته راجلا شی پدی حالت کښې کله چې د ماشوم قدامی اوږه وزیږیږی (5-10unit) دغه مواد مور ته ورکول کیږی ددی لپاره چې پلاسنتا را جلاشی خو ډیره پاملرنه دی وشی تر څو چې پریوان نه وی زیږیدلی باید د نخامی اکسترکت ورنکړ شی استثناء په هغه حالا تو کښې چې په خپاره او ژور ډول وینه بهیدنه شته والی ولری دغه درمل ورکول کیږی .

– په هغه حالت کښې چې له زیږون وروسته Post partum وینه بهیدنه شته والی ولری پدغه حالت کی ښایی تر (10 unit) پوری د درملو ورکړی ته اړتیاشی .که چیری دغه وینه بهیدنه شته والی ولری او ډیره شدیده وی نو کیدای شی چې یو امپول د رحم جوف ته په مستقیم ډول زرق شی .

– په سیزارین سکشن (C.S) کښې په ناڅاپه ډول کله چې ماشوم د رحم څخه راوویستل شی په مستقیم ډول سره د رحم په عضلی جدارکښې زرق کیږی.

– په Puerperal hemorrhage پیښو کښې کله چې انتان او یا د Secundines پاتی شونی پاتی وی . (5 unit) دغه محلول د ورځی دری یا څلور ځله ورکول کیږی دا به وینه بهیدنه تر کنترول لا ندی راوړی او درملنه شی .

د نخامی اکسترکټ مضاداستطباب :-

۱ – په Threatened rupture د رحم کښې که چیری هلته کوم انسدادی حالت کښې لکه تومور شته والی ولری .

۲ – که چیری Malpresntation د اعتلان شته والی ولری لکه مستعرض اعتلان او Cephalopelvic disproportion کښې .

۳ – په هغه حالت کښې چې د سیزارین سکشن څخه د مخه د زیږونی د ټست لپاره ورکړل شویوی .

٤ – همدارنګه په لومړنی او دوهمه مرحله دزیږونه کښې نه ورکول کیږی .

٥ – په شدیده توکیسمیا کښې نه ورکول کیږی ځکه چې فشار پدی حالت کښې لوړ وی .

د پیورپریوم بدلونونه (The changes in Puerperium)

– موضعی بدلونونه "Local changes" :

که چیری مونږ د پیورپریوم مرحله تعریف کړو هغه داسی ده چې Puerperium هغه وخت دی چې پکښې د دریمی مرحلی د پایلی څخه وروسته یعنی (کله چې ماشوم ، پریوان او غشا وزیږی) تر هغه پوری

چی د بنځی تناسلی غړی هغه حالت ته واوړی لکه چی په یوه عادی بنځه کښې چی بلاربتوب نلری . دغـه موده (6-8) او نیو پوری ده . بنځی ته پدغه مرحله کښې (Purpera) وایی . د Puerperium په مرحله کښې پشا تلونکی retrogresive بدلونونه منځ ته راځی چی د بنځی ارګانونه پدی موده کښې اولی حالت ته بیا اوړی .

اوپه مورنی بدلونو کښې رحم بیا په دنده سرته رسولو پیل کول چی په بنسټیزه توګه دغه بدلونو تـه د ماشـوم د تغذی د مودی نوم ورکړل شویدی .

په رحم کښې بدلونونه :

د فعټا وروسته له زیږونی څخه رحم د نامه د غوټی څخه بنکته لوری کښې په یو قوی anteverssion او anteflexion حالت کښې وی چی د بطن د قدامی جدار او د Promontory تر شا د استراحت په حالت پروت دی . د پخوانی بی ځایه کیدنی له کبله د رحم لیګامنتونه او د مهبل ترځنګ انساج دومره سست دی چی جسم د رحم لوری ته خوځیدلی او بنایی بنکته لوری ته ټیله وی داسی چی سرویکس د مهبل څخه زوړند حالت لری چی رحم ته یی د یوه پراته نشپاتی (ناک) بڼه ورکړی دابه (۱۵) پنځه لس سانتی مټره اوږدوالی او۱۲سانتی مټره سور (عرض) او(۸- ۱۰) سانتمټره به پیړوالی (ضخامت) ولری . دروندوالی (وزن) به یی په حدود د (۱۰۰۰) زرګرامه وی چی (۲۲) پونډه کیږی .

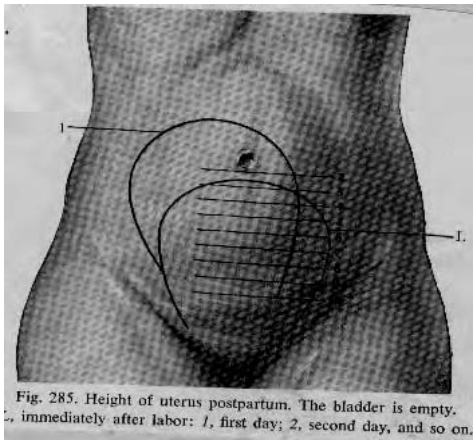


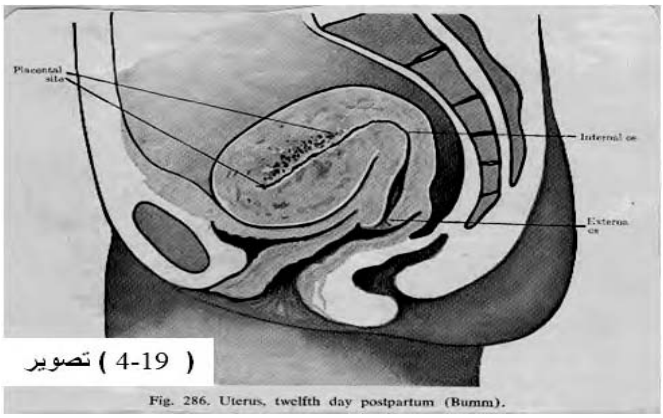
Fig. 285. Height of uterus postpartum. The bladder is empty. 1, immediately after labor: 1, first day; 2, second day, and so on.

(۱۸-٤) تصویر

یوه ډکه مثانه اکثرا رحم بنسے لوری ته بی ځایه کوی په یوه مهبلی کتنه که چیری د زیږونی څخه ژر وروسته تر سره شی بنایی چی کونکی طبیب هغه په ګرانه سره د سرویکس سرحدونه وپاکي دا برخه ډیره پسته (Soft) او الا ستیکه ده چی بنکته لوری ته دیوه متقلصه عضلی کلکی کتلی څخه څوړند دی . دغه برخه (۱) سانتی متر پیړوالی او(۷-٦) سانتی مټره اوږدوالی او د انتعاز په حالت کښې (۱۰-۱۱) اوږد شی .

په لومړی ورځ د پیوپریوم د رکنوم او مثانی د ډکوالی له کبله بنایی رحم پورته موقعیت ونیسی او ځای په ځای شی خو ورځ په ورځ د هغه بنکته کیدنه عملی ده چی دغه بنکته کیدنه او غونجیدنه د پوبیس له برخی څخه پورته په (۱۸-٤) تصویر کښې څرګنده شویده . چی دابنودنه د لومړی او دوهمی ورځی څخه تر نورو ورځو پوری په نښه شویده .

ددغه ښکنځه کیدنی د ټاکنی لپاره ښه ده چی له فیتی (متر) څخه کار واخیستل شی خو دکار داسانتیا لپاره د ګوتو پواسطه د اندازه کولو میتود غوره ګڼل شویدی . په لومړی ورځ په رحم (7-8) ګوتو په اندازه دپوبس له برخی څخه پورته وی همدارنګه په پنځمه ورځ به (4-5) ګوتی پورته وی چی له هغی وروسته ښکنځه وی چی حتی جس کول به یی هم ګران کاروی نو په دی هکله (19-4) تصویرته پاملرنه وکړی .



(4-19) تصویر
Fig. 286. Uterus, twelfth day postpartum (Bumm).

یوتن عالم (Russel) ومونډل چی دپیورپریوم Puerperal رحم لوړوالی دیولړحالتونو سره توپیرمومی چی هغه په لاندی ډول دی .

١- درحم اندازی له کبله توپیر .

٢- دحوصلی تومورونو دشته والی له کبله توپیر .

٣- دمثانی (میتیازو کڅوړی) اوکولمو دډکوالی له کبله .

٤- همدارنګه نورهغه فکتورونه چی لویه پیمانه دکنترول وړندی لکه :

a. دګیډی دجدار پیړوالی .

b. درحم دتونستی اختلاف اوتوپیر .

c. له هغه ځایه چی داندازی کولو فیته یامیتود دموقعیت له پلوه اود اندازه کولو میتودونه توپیرکوی .

دیوه نورمال رحم Involution په چټکی سره پیل کیږی اوپه کراره سره پای ته رسیږی .

کله چی زیږونه وشی درحم دروندوالی په دغه وخت کښې (1000 gr) ګرامه دی اود یوی اونۍ تیریدوسره دغه دروندوالی نیمایی کیږی یعنی داچی (500 gr) ګرامه وزن کیږی اوهمدارنګه د دوهمی اونۍ په تیریدوسره به دا دروندوالی (350 gr) ګرامه او د اتمې اونۍ په پایله کښې به دادروندالی خپل پخوانی حالت یعنی نورمال (60 gr) ګرامه شی .

d. همدارنګه Sanger یوبل عالم ویلی چی درحم فایبر (Fibers) په بشپړه توګه له منځه نه ځی خو دهغه دپروتوپلازم برخه د وریځی ډوله پرسوب Cloudy swelling حالت ته اوړی اوهیالین (Hyaline) اوشحمی (Fatty) استحاله پکښې منځته راځی . دلته غوړین نسج دلمف پواسطه را اخیستل کیږی دغه کړنه دتحمص Oxidation ، اوهمدارنګه د Fat- splitting Ferment دشحم دتخریب کولو عناصرو اوقسماً ودلوکو سیتونوپواسطه ترسره کیږی همدارنګه دمنظم

نسج فـایبر دشـحمی اوهیـالین تـر اسـتحالی لانـدی راځـی اوقسـماجذب کیـږی . پـه (M/P) څوځلوښځوکښې اکثرا رحم پیر اوفیبروزی وی .

e. دپلاسنتا دبرخی رحم کله چی پلاسنتا وزیږیږی په چټکی سره تقلص کـوی اودهغـی پـه سـطحه باندی دنوډول قطر د (7,5 cm) په اندازه پیداکیږی چـی دا اکثـرا دپریـوان دیـوی ټـوټی دنښـتنی Adhesion سره غلطیږی . چی په (14) څوارلسمه ورځ دغه اندازه (35 mm) ته رسـیږی . خودشپږمی اونی په موده کښې دغه قطرښایی لږ شته والی ولری خودومره ندی چـی لادی هـم درحـم سطحه زیږه (Rough) څرګنده کړی ښایی دغه اندازه تر (24mm) ملی مترپـوری وی .درحـم دسیروزا مصلی طبقه سره لدی چی الاستیکه ده دهغه له پاسـه ډیـری کـوچنی اوسـطحی غـونجی (Wrinkles) شـته والی لری چی داهم دلومړی اونی په پایله کښې له منځه ځی .

دسرویکس مصلی ارتشاح په چټکی سره له منځه ځی اود اته لسوساعتو (18 h) په موده کښې سـرویکس خپله بڼه خپلوی په چټکی سره لنډوالی پیداکوی اوکلکوالی مومی په دریمه ورځ لاهم کیـدای شـی ددوه ګوتـو تیریدوته دسرویکس په برخه کښې اجازه ورکړی چی دغه اندازه په څوارلسمه (14) ورځ یـوی ګـوتی تـه رسیږی چی نشوکولای دهغی لاری ګوته دننه لوری ته ټیله کړو دځلورمی اونی په پایله کښې به دغه فوحه ډیره کوچنی شی .

داندو مټریوم په برخه کښې بدلون :

دبلاربټوب په دوره کښې غدوی طبقه د دیسـیدوا ویـرا - سـیروټینا (Decidua vera & serotina) برخه غوړینی (شحمی) استحالی ته اوړی چی دپریوان جلاکیدنه اودغشاء جلاکیدنه له همدغه ځایـه پیـل کیږی . نوکله چی رحم تش شی دمخاطی غشاء سطحه له غدواتو څخه تشیږی اودمنضم نسج طبقه په ټولـه برخه کښې برملاکیږی .درحم په ښکتنی برخه کښې یولوی پرهر (زخم) د Immense وریدونو لـه کبلـه چی کوچنی ترومبوزپکښې وی موندل کیږی دغه دپریوان دمخ لـوری تـه وی د دیسـیدوأ طبقـه دلوکوسـیټونو دتهاجم له کبله پرخپل مخ باندی دګرانولیشن یوه طبقه جوړوی چی دهمدی له مخـی د نکـروزی برخـی او د همددغی برخی سره توپیرکیږی .

په لومړیوکښې داندومټریوم پیړوالی (2-5) ملی مترو پوری دی اوسطحه یی زیږه وی اوهمدارنګه د دیسیدوا استحاله ، دوینی پرنوالی ، او دغشا چیچلی یا (پرهری) وربا ندی ښکاری . په دریمه ورځ داسطحالی له کبله دغه برخه پسته اوښویه کیږی لکه چی دګوتی په واسطه توږل شویوی همدارنګه ګرانولیشن نسج مړنسج له ژوندی نسج څخه جلاکوی اود دیسیدوا غدی هلته پریږدی ترڅوچی دغه برخه نورمال حالت ته راوګرځی او اپیتلیوم بیامنځ ته راشی .دلته تر میم Regeneration داندومټریوم دمنضم نسج په قاعده کښې دمخاطی غشا داپیتلیوم دمنځ ته راتلو سره پیل کیږی چی دادرحم دژورو غدواتو دفعالیت په نتیجه کښې منځ ته راځی .

په بهرنی تناسلی غړواومهبل کښې بدلونونه :

وروسته له زیږیدنی مهبل پرسیدلی وی رنګ یی آبی لیواله ، اودفرج لوری تـه راوتلـی ښـکاری خوپه ډیره چټکیاسره خپله عادی بڼه اوتونیستی (مقویت) ترلاسه کوی .هغه وینه چی extravasition یی کړی دیوی اونی په لړ کښې جذبیږی او د جدار پرولپس لږوالی مومی ، دا چی قدامی جدار د مهبل په دایمی ډول سره ښکته پاتی کیږی د پرینیوم مقویت بیا منځ ته راځی چی په حیرانونکی ډول سره په چټکی دغه حالت منځ ته راځی . د پرینیوم څیرلی برخه چی لویه ښکاری د راتلونکی ورځی په لړکښې کوچینوالی مومی . او د پرینیوم عادی حالت ته رانګ د څو اونیو په لړکی منځ ته راځی .

ددغه مودې په لړکښې نږدې کیدنـه (Coitus) تـر سـره شـی د پرینـوم څیرېدنـه مـنځ تـه راتـلای شـی . همدارنګه د حوصلی فرش، عضلی برخه ، غوړینه برخه ، صفاقونه د وینی د حجراتو اوارتشاحاتو څخه ډک وی عضلی رشتې معمولا یا څیرل شویوی او یاهم ډیری کش شویوی ،دغه ارتشاح په چټکی سره جذب او له منځه ځی اوپه یولړ حالتونو کښې دا اټروفی کوی او د حوصلی فرش ضعیفی منځ ته راځی . په تدریج سـره د (٤-٨) اونیو په لړ کښې دغه برخی خپل لومړنی قوت او حالت لاس ته راوړی .

د پیورپرال د وخت پرهرونه (*The puerperal Wound*):

د هایمن څیریدنه په هره زیږیدنه کښې منځ ته راځی چی دغه برخه یوه تیر په څیر د مخاطی غشـا پرمخ ښکاری دغه Tag یا غوټی چی کړیزه بڼه لری ورته Carunculae myrtiformes ویل کیږی .

همدارنګه د بذر Clitoris ، کوچینو شونډو Labia minor ، داخلی مهبل اوسرویکس په برخه کښې په ځانګړی ډول په لومړی ځله کښې څیرېدنی منځ ته راځی اویا د دغو برخو تکیدلی برخی منځ ته راځی چی دغه برخی که چیری په مقدم ډول ترمیم شی رغېدنه منځ ته راځی . د مهبل پرهر ډیر ژرد رغیږی خو د ندبی (Scar) جو ړیدنی ته ډیره لیوالتیالری . د سرویکس د برخی ترمیم د څیریدنی په صورت په مقدم ډول ترمیم کیږی که چیری دغه برخه منتن وی نو ترمیم یـی ګرانـه خبـره ده او ښـایی د Broad Ligament لـوری د سلولیت ناروغی منځ ته راوړی . دانتان د شتوالی په صورت کښې د یوی التهابی پروسی وروسته ترمیم مـنځ ته راځی .

لوشیا "Lochia" :

دا دپیورپریوم لپاره یوه بله حادثه ده چی پکښې داسی پیښه تظاهر کوی چی دغه تظاهر لومړی د وینی بهیدنی بیا زوی لرونکی Purulent او وروسته بیا مصلی مخاطی کیږی دابه په حدود (٣-٦) اونیو موده کښې له منځه لاړشی .

په لومړی ورځ لوشیا یوازی وینه وی چی پکښې پرن شوی وینه شته والی نلری دغه حالت ته "Lochia Cruenta or rubra" وایی که چیری علقه یا پرنوالی د وینی شته والی ولری دغه ابنارمل وی چی پخوا ورځخه یادونه شویده .

په دوهمه ورځ دغه حالت (وینه او سیرم) په څیر د مایع په رانګ سره تداوم مومی چی دیوی یادوه ورځو په پایله کی له منځه ځی وروسته لدی دغه دیسچارج کلکوالی او پیړوالی ومومی رنګ یی "Maroon Color" او دیوه کریم په څیر قوام لری دا دیوه یوی لرونکی و صف لری "Lochia Sangai nolenta" ورته ویل کیږی په تدریج سره دغه وینه لرونکی ترکیب لږوالی مومی او په ځای یی د لوکو سیتونو زیاتوالی ځای نیسی اولوشیا د کریم په څیر بنه غوره کوی چی دی Lochia alba اویا Purulenta وایی تر (۱۷-۱۳) ورځو پوری لږ مخاطی مصلی دیسچارج شته والی لری .

د لوشیا بوی دیوی ورځی څخه بلی ورځی پوری توپیر لری او همدارنګه د باکټریا د بیلابیلو ډولود شته والی له کبله توپیرکوی په نورمال ډول کوم ځانګړی بوی نلری خو بیاهم لکه زړه غوښه (Old meat) په څیر ورته بوی لری . Lochia cruenta د وینی ، د غشا پاتی شونی او د ډیسیدوا اوهمدارنګه بعضاد ماشوم پاتی شونی ، Vernix caseosa، Lanogo او میکونیوم له ځانه سره لری. او Lochia Sanguinolenta د وینی په څیر مایع د پرهر اکسودات، لوکو سیتونه ارتیردسیتونه د ډیسیدووا ، د غورینی استحالی ټکی ، مخاطی ډیسچارج له سرویکس څخه او د مهبل مایکروارګانیزمونه له ځانه سره لری .

همدارنګه Lchia alba د ډیسیدوواد حجراتو څخه ډک چی په زیاته پیمانه یوه هستوي Mononucleated حجري ، غیر منظم ، ګردی او ماکو ډوله کریوات هغه چی د استحالی په لړ کښې شته والی لری ، هموار او سلندریک اپیتلیوم شحم او رحم څخه راجلا شوی انساج ، پیورپیرال جلا شوی انساج ، مخاط ، کولسټرین Cholesterien کریستالونه او دمایکرواورګانیزم ډولونه له ځانه سره لری .

— د لوشیا باکټریولوژی :

د یو لړ عالمانو لکه Loeser, Brown, Harirs او Doderlein له نظر لوشیا په لومړنیو ورځو کښې معقم او پاکه وی خو څو ورځو په تیریدو سره د مهبل د مجاورت له کبله چی هلته مکروبونه شته والی لری یو لړ مکرونونه دغه برخی تر حملی لا ندی راوړی او ټول هغه باکټریاوی چی په مهبل کښې دغه برخی ته ځان رسوی لکه : (Streptocous anaerobic putificus, Pyogenic, Streptococus hemolytic ، Staphylococcus او Gonococcus). دا هغه ارګانیزمونه دی چی سرویکس او رحم په ورستیو مرحلوکښې تر حملی لا ندی راوړی او ناوړه ناروغی او تبه منځ ته راوړی .

خو دلته دغه سوال منځ ته راځی چی ولی په لومړنیو ورځو کښې دغه مکربونه رحم او سرویکس ترحملی لاندی راوړی تبه منځ ته نه راوړی ؟ دا لدی کبله دی چی په لومړی دری ورځو کښې د محافظوی یو

ګرانویشن جدار منځ ته راځی دا جدار د اندومتریوم په برخه کښې منځ ته راځی . همدارنګه د رحم څخه هغه وینه چی راتوئیږی باکټریو سید ځانګړتیا لری او لوشیادغه برخه مینځی او باکټریاوی بهرته راغور ځوی . او همدارنګه د مهبل پیړ سکواموز اپیتلیوم هم د باکټریا د تهاجم په وړاندی محافظه جوړوی .

که چیری دغه محاُفظوی سیستم د ګونکی طبیب او یا د کومی مانوری د سرته رسولو په لړ کښې ویجاړ شی او د ناروغ عمومی وضیعت هم خراب وی نو ښایی د وینه بهیدنی اکلامپسیا او شاک له کبله ناروغ خرابه بنه مومپدغه حالت کښې چیری دباکټریا ویرولانت هم ډیر وی دغه د وضیعت خرابوالی به په چټکی سره زیاتوالی وموی .

— د لوشیا اندازه :

د لوشیا اندازه په حدود (۵۰۰) سسی یا ګرامه دی (3/4) برخه په لومړنی څلورو ورځو کښې که چیری د مور نرسنګ او پاکوالی په ښه بنه نه وی ښایی دغه ورځی اوږدوالی وموی او اندازه هم زیاتوالی پیداکړی . هغه حالتونه چی د لوشیا په اندازه کښې اغیزه لری :

- ډیر اوږ د محالی وینه بهیدنه او دوه ګونی ماشوم زیږونه
- لوی اندازه پریوان (پلاسنتا) .
- ډیر شدید عملیاتی زیږونی .
- په تناسلی غړو کښې پرهرونه، د پلاسنتا نښتنه، د غشا پاتشونی .
- او همدارنګه عمومی اتونی .

Involution:

پرمختللی بدلونونه هم یوه برخه د وظیفوی Involution منځ ته راځی دی چی ډیر غوره تظاهرات ئی د رحم په اندازه کښې لږوالی وی چی هغه ښځی چی د خپل ماشوم ته شیدی ورکوی او مراقبت او څارنه نه کوی پدوښکښې د رحم راتولیدنه لږ څه په کراره سره وی چی داد رحم دعکسوی تقلصونو له کبله په نور ماله بنه د ماشوم د رودلو (Suking) په وړاندی منځ ته راځی،Sepsis دغه د Involution حالت ودروی او یاهم هغه کراری وربخښنی چی دایوه مهمه علامه ګڼل کیږی .

په بله عبارت که ووایو Involution د انټان په وړاندی یو Barrier جوړوی چی د ډیسیدووا راتوئیدنه داسی فکر کیږی چی د ګرانویشن نسج سطحه پاکوی او لوشیا باکټریاګانی بهر لوری ته مینځی که چیری رحم په بشپړه توګه تقلص وکړی نو باکټریا او توکسین د هغه له لاری نه جذب کیږی .

د Involution موده په یوه او په بله ښځه کښې اوهمدارنګه په یوه ښځه کښې په بیلابیلو زیږونو سره توپیر لری خو د اوږدی مودی اندازه ئی لومړنی شپږ ورځی دی چی البته دا د نورمال زیږونی لپاره ځانګړی ده .

کله کله داسی پیښیږی چی دغه مرحله تر لسمی اونی پوری دوام وکړی چی ورته Super-involution وایی چی دغه Super-involution ته بعضا Lactation atrophy هم وایی چی دغه حالت دغه حالت په شیدو ورکونکی میندو کښې مینځ ته راځی همدارنګه اټروفی کله ناکله تر څلورو میاشتو پوری په اعظمی ډول اوږدیدنه مومی . که چیری ماشوم ته شیدی ورکول ودرول شی را ښایی چی رحم (٨-٦) اونیو پوری ریجنریشن وکړی په نادرو حالتونوکښې شیدی ورکول د څو کالو پوری دوام مومی چی د رحم داټروفی سره مل وی دغه حالت ته د chiari-frommel Syndrome وایی بعضا داسی پیښږی چی دری یا څلور اونی وروسته وینه بهیدنه (Blood Lochia) په کراره سره پیل کوی .

<u>همدارنګه د بیا راتلونکی لوشیا لپاره لا ندی حالتونه غوره ګڼل کیږی :</u>

- د پلاسنتا یوه ټوټه .
- داندومتریوم انتان .
- مایوماMyoma او رتروفکشن retroflexion .
- د پیړی غشا شته والی .

په نومورې حالتونو کښې په ابنار مل ډول په خپره توګه وینه لرونکی لوشیا مینځ ته راځی .

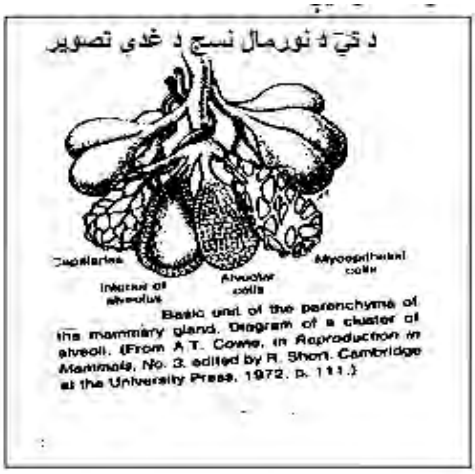
د ګیډې جدار :

په ډیرو ښځو کښې له زیږونی وروسته د ګیډې جدار بیا خپل لومړی حالت ته راګرځی په کراره خپله تونیستی لاس ته راوړی په څو تنو کښې ښایی په ډیره ښه توګه مینځ ته راشی . د ډیرو ښځو بیرته د جدار رغیدنه او اصلاح د هغه د اتساع Distention د بلاربتوب د دوری په لړ کښې پوری اړه لری او همدارنګه د زیږیدنی د اوږدی مودی تیریدو پوری هم اړه پیداکوی بعضا داسی پیښه شوی چی د ګیډې جدار دومره ضعیف شویدی چی د ریکټوس عضلی (Rectus. M) یو تر بله سره لیری والی موندلی وی او رحم د دوی تر منځ راوزی چی دغه حالت ته "Diastasis recti" ویل کیږی.

د تیښو بدلونونه :

دغه بدلونه د تی ورکولو او دندی سرته رسولو سره سم پیل کیږی . د شیدو ښه ورکړه او د تیښو ډکوالی د زیږونی څخه وروسته د دری هورمونونو د ښه دنده سرته رسولو له کبله تر سره کیږی . د بلاربتوب په وخت کښې د تیښو په دننه کښې ډیر وسیع بدلونونه مینځ ته راځی د قناتونو سیستم پرولیفریشن کوی چی دغه بدلون د استروجن له کبله دی او همدا رنګه دتیښو د اسناخو Alveol سیستم دپروجسترون د اغیزی له کبله تیښه لویوالی مومی نو له همدی کبله استروجن او پرجسترون دواړه هورمونونه د تیښو غدوات د دندی سرته رسولو لپاره تیاروی چی دغه حالت به د پیوریوم په دوره په ښه توګه څرګنده شی .

که چیری د بلاربتوب په وخت هورمونونو په تیبونو بنه اغیزه نه وی اچولی نود شیدو منځ ته رانګ به ډیر لږوی او محدود به پاتی وی او یا به هیڅ راز شیدی مور ماشوم ته ورنکړی شی دا د وچی مور پنوم یادیږی او کله چی وزیږیږی ژرترژره به یو لږه اندازه شیدی په تیبونو کښې شته والی ولری خو د څو ورځو د تیریدو څخه وروسته به له منځه ولاړ شی او تیبونه به وچ پاتی شی چی دغه شیدی (وربرو) Colostrum په نوم یادیږی چی شیدی نه ګڼل کیږی . او ترهغه وخته نه پیداکیږی چی تر څو یی د نخامی غدی تراغیزی لاندی پرولاکټین خپله اغیزه نه وی اچولی له همدی کبله دغه دری واړه هورمونونه پروجیسترون ، استروجن او پرولاکټین د تیبونو د عذواتو د نورمال دنده سرته رسولو لپاره ضرور ګڼل کیږی .

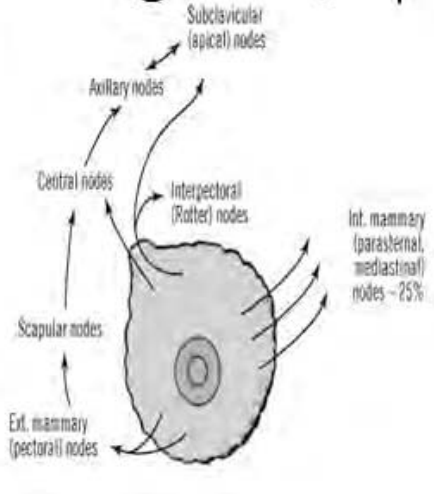




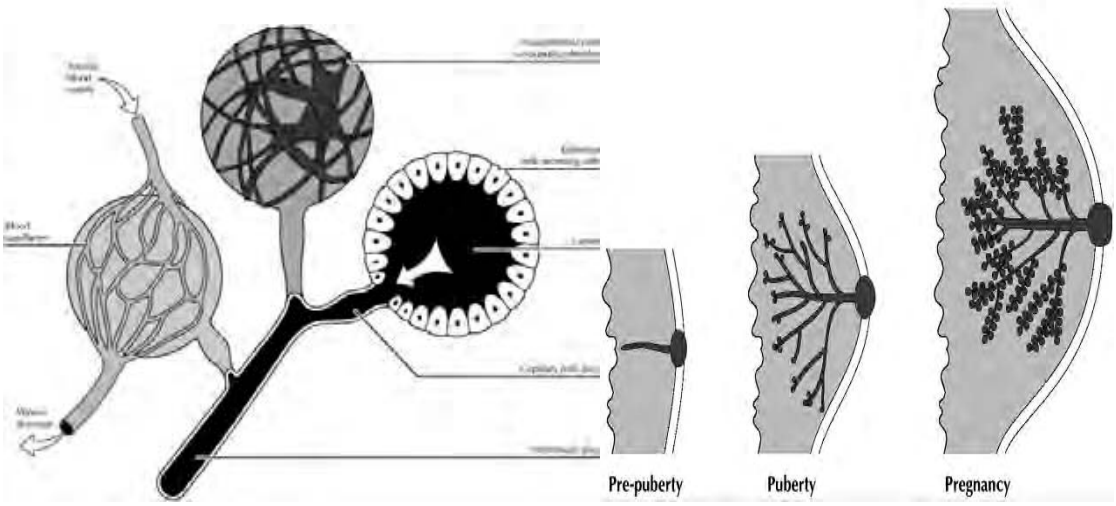
چی بنایی دغه دشیدو منځ ته رانګ کله نا کله ددغه هورمونونو په ورکولو سره اصلاح شی .



Neuroedocrine reflexes elicited by sucking.



د رودلو پواسطه د نیوروواندوکرین د عکساتو زیاتوالی تصویر تـه پاملرنـه وکـړی چـی د رودلـو پواسطه عکسات زیاتوالی مومی او هاپیوتلاموس تنبه کـوی لـه هغـه ځایـه د نخامیـه څخـه د وینـی بهیرتـه Oxytocin هورمون په (3-5) دقیقو ترشح کیږی او Prolactin هورمون (15-30) د قیقـو پـوری ترشـح کیږی او شیدی دماشوم د رودلو لپاره تیاریږی . همدارنګه فشارونه،اضطراب ښایی د Oxytocin ازادیدنه نهی کړی .نو کیداشی په تیونو کښې بدلونونه له سقط کولو وروسته هم منځ ته راشی چی دغه بدلونونه اکثـرا وروسته د څلور میاشتنی اوله هغه څخه دزیات عمر سقط کښې ډیر منځ ته راځـی چـی وروسـته لـه دری ورځو څخه به تیونه کلکه بڼه ترلاسه کړی رګونه وریدونو پکښې پیړوالی او ښکاره بڼه غـوره کـوی او تـول ارګانونه ډکیږی او دروندوالی پیداکوی او مور داسی څرګندوی چـی د هغـی تیونـه ډک دی او دسـوزیدنی احساس ورته پیداکیږی . د تیونو پرسوب زیاتیږی او د تیونو لوبونه به د یوی کلی د شـته والی په څیر څرګنـد شی او د لاس د حبس پواسطه تودوخه ولری او حساسیت به څرګند کړی .



په نادره توګه سوروالی اویا شینوالی پیداکوی . او په (P/P) لومړی ځله ښځه کښې به د شیدو سیلاب په سینه (تی) کښې منځ ته راشی او کله کله دغه نارامی ډیـره شـدیده هـم کیـدای شـی . او ښـځه دا رنګـه څرګندوی چی د هغی تیونه داسی تودوخه لری چی یو درونـد وزن یی د صدر لپاسه پروت دی .

کیداشی شی چی په لږه اندازه د شیدو ترشح شته والی او که چیری هیڅ راز شـیدی ترشـح ونکـړی او تیونه له شیدو څخه وچ وی نو دا حالت د (agalactia) پنوم یادیږی . کله کله داسی هم پیښیږی چی تیونـه د یوه تومور په څیر دردناک، کلک او ربړی ځانګړتیاوی څرګندوی چی دغه فینومینا دالتهابی حالت سره کـوم اړیکه نلری ځکه ناروغ تبه نلری او موضعی د حرارت (تودخی) درجه هم نورماله ده او کوم بهانـه نلـرو چـی ووایو "Milk fever" شته دی .

په (M/P) څو حُلی ښځو کښې دغه ترشح په مقدم ډول پیل کیږی اومنظم کیږی تیونه ډکیږی او تشیږی او کله کله حتی په لومړیو دولسوساعتونو کښې له زیږونی وروسته منځ ته راځی . تیونه ډیر په چټکی نه فعاله کیږی خو دشیدو منځ ته راتګ به په تدریج سره وی . نو که چیری ماشوم ته په منظم ډول وفقو سره د شیدو ورکړه وشی نو دغه تیونه به ددغه حالت سره په ښه توګه مطابقت او برابری وکړی .

د لومړی حُل لپاره هغه شیدی چی له تی څخه په حلیمه (Nipple) باندی د فشار د راوستلو له کبله منځ ته راځی دابه روښانه وی او لږه اندازه خړښن دوریځی په څیر (Cloudy) ټینګ او ژیړښن حالت به ولری دغه لومړنی شیدی پنوم ورږه (Colostrum) یادیږی .

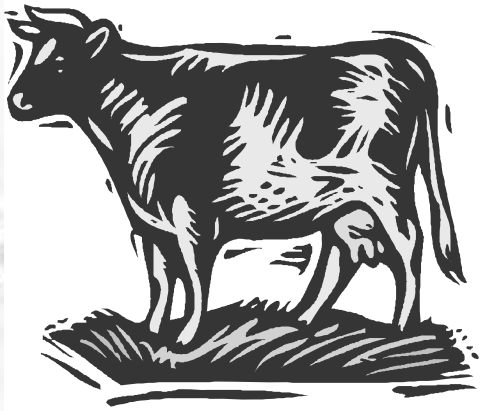
<u>د شیدی ورکولو سیکل یا دوره د Robinson د شرحی له مخی په لاندی ډول ده :</u>

- د ډکیدو مرحله Period of filling: دغه مرحله (10-30) دقیقی په برکښې نیسی چی په دغه وخت کښې مور ډیره بیداره او دروندوالی احساس په تیونو کښې کوی .
- د تشیدو مرحله Emptying period: دا مرحله د تشیدلو د مرحلی پنوم یادیږی (۵-۷) د قیقو پوری وخت نیسی چی د ماشوم د شونډو رودلو پواسطه دغه تی تشیږی .
- د استراحت مرحله Refractory period : چی دغه موده (3– ½-2) ساعتو پوری دوام کوی . چی پدغه موده کښې د تیونو انساج یا د شیدو ورکولو لپاره تیاری نیسی .

د انسان شیدی خوږ خوند او ښه بوی لری او (1,026-1,036 Specifocgrovity) ځانګړی کثافت لری او کنګل نیونکی ټکی ئی د[(0,63-)-0((0,49- 0) =Δ Freezing point] پوری دي . همدارنګه نوری ځانګړتیاوی چی ورځ په ورځ سره توپیری کوی خو نور د پام وړ ترکیب یی په لاندی ډول دی :

- اوبه 87,5% .
- کلکوالی 12,5% چی لدی څخه 6,21% د شیدی شکر Suger او 2,29% یی غوړینه (Fat) برخه همدارنګه د پروتین برخه 1,26% "Lactoglublin" او(1,03 %) "Casein" ده او همدارنګه 0,71% یی مالګه ده .
- همدارنګه د شیدو په وجوړښت کښې حجری، ویتامینونه، او اتی باډی ګانی هم شته والی چی شیدی د جذب لپاره ډیر دفعتا تیاری دی . او ماشوم ته نظر وړ خوراک یا غذا برابر وی .





شمیره	د انسان او غوا د شیدو تر منځ توپیر		
	Content محتوي	Humman milk انساني شیدې	Cow milk د غوا شیدې
1	Vitamin-A microgram	65	33
2	Crotien microgram	25	30
3	Vit D USP Unit	04-10	0,5-4,0
4	Thiamin(B1) microgram	5	2
5	Riboflavin +lorn B2 microgram	14	38
6	Nicotinic acid	37	200
7	Panthotenic acid	183	5
8	Pyrodoxin microgram	246	8
9	Biotin microgram	4	350
10	Inositol microgram	0,8	67
11	Folic acid microgram	33-45	3-18

همدارنګه تولږ درمل که چیری مورته ورکړل شی هغه ښایی د ماشوم ژوند ته خطر پیښ کاندی چی په لاندی ډول ورڅخه یادونه کیږی .

۱. د مرکزی عصبی سیستم انحطاط ورکوونکي (CNS Depresant)درمل:

- الکهول (Alchol) چی معمولا نه تیریږی.
- کلوروفورم (Chloroform) معمولا تیریږی.
- باربیتوراتونه (Barbiturate) لږه اندازه تیریږی او په ماشوم اغیزه کوی.
- بروماید(Bromid) ښائی په ماشوم د پوستکی اند فاع منځ ته راوړی.
- مورفین (Morphin) د ماشوم په ماغزو اثر کوی

۲. اوتونومیک درمل(Autonomic drugs):

- اټروپین (Atropin) معمولا د شیدو کمښت راولی او په ماشوم اغیزه کوی
- (Hyosin) ډیره لږه اندازه د شیدو کمښت ښایی منځ ته راوړی
- (Nicotien) د شیدو ورکړه لږه کوی اودماشوم مسمومیت منځ ته راوړی

۳. مسهل (purgative)لکه -:

- Phenolphthalin - دشیدو له لاری تیریږی اودماشوم دکولمو حرکات زیاتوی.

٤. انتي بیوټیکونه(Antibiotic):

- سلفامیدونه (Sulfanamid) دادرمل د شیدو له لاری تیریږی نوکوم مسمومیت منځ نه روړی .
- پنسیلینونه (Pencillin) په لږ اندازه د شیدو له لاری تیریږی.
- مندیلیک اسیدونه (Mandelic acid)دشیدو له لاری ماشوم تـه تیریـږی خـو کـوم مسمومیت کونکی اندازه نه رسیږی .
- هیګزامینونه (Hexamin) دابه په یوه ساعت په لوړه اندازه تیر شی

٥. نور مستحضرونه (Other agents):

- آیوډین (Iodin) د شیدو له لاری تیریږی
- فلورین (Flourin) د شیدو له لاری تیریږی
- کینین (Quinin) په شیدو کښې لږه اندازه تیریږی
- سالیسالیک اسیدونه (Salicylic acid) یوه اندزه تیریږی
- ارګوټ الکلوئیدونه (Ergot alkaloid) دشیدو له لارې تیریږی کله ناکله مسمومیت راوړی
- کافین (Coffiein) د شیدو له لاری تیریږی
- او نور درمل لکه (Cholchecin and corotien) د شیدو له لاری تیریږی

پورته درمل د شیدو له لاری ماشوم ته په بیلا بیلو اندازه تیریږی خو باید په پام کښې وساتل شی چـی د حساسیت سره سم دی دغه په پام کښې ولرلی شی نور درمل هم تیریږی چی هر یوه یی خپله خاصه پاملرنه پکار لری .

پنځم څپرکی

د بلاربټوب ، زیږونی او پیورپریوم پټالوژی (ناروغۍ)

د بلاربټوب د دوری اختلالونه :

یو لړ څه ناڅه کوچنی توپیرونه او اختلالونه د بلاربښت په دوره کښې شته والی لری چی په بشپړه توګه د پام وړدی هغه په لاندی ډول دی :

– قبضیت (***Constipation***):

دا یوه کوچنی د پام وړ پیښه ده چی په هره یوه بلاربه ښځه کښې منځ ته راځی دغه حالت باید چی داوږدی مودی لپاره شته والی ونلری او که شته والی ولری باید د خوراکي او غذایی موادو د اصلاح له لاری د دی درملنه وشی همدارنګه کله کله اړتیا پریوزی چی د قبضیت ضد درمل هم پکار یږی دغه درمل لکه پارافین، کاسکارا (Cascara) ،سنا جولاب (Senna) ، کاسترایل ، چی پرته له ضرره دی ورکول کیږی همدارنګه Milk of Mg هم ګټه ور دی – همدارنګه ډیر فایبر لرونکی خوراکی مواد لکه سابه دی وخوړل شی او د پروتئیی موادو ډیر خوراک څخه دی ډه ډه وشی او د هغوی تر څنګ سابه دی هم وخوړل شی .

– زړه سوی او ارګي کول :

د بلاربښت په دوره کښې زړه سوی (Heart burn) او ارګي کول ډیر مهال شته والی لری دغه حالت ښایی د تریخی د کڅوړی او اثناعشر د تشوشاتو له کبله وی او معمولا دغه حالت کله چی د یوه ګیلاس اوبو سره دوه ګرامه Na-bicarbonat وخوړل شی نو له منځه ځی همدارنګه د Milk of magnisia خوړل هم د ورځې دری ځله او همدارنګه د Sodamint درملو دوه ټابلیټونوسره دغه حالت له منځه ځی او یا هم نور قلوی درمل ګټه ور څرګندیږی .

همدارنګه د Sodium bicarbonat او نور قلوی درملو خوړل باید ډیر محدود ډول وخوړل شی چی اعراض لږوالی مومی باید ونه خوړل شی دا ځکه چی ناروغ د Toximia لوری ته بیائی ، په یو لړ ښځو کښې دغه د زړه سوی حالت دیوه ګیلاس اوبو او یا یوه ګیلاس شیدو خوړلو په واسطه له ډوډی د مخه له منځه ځی که چیری په دغه حالت کښې د زړه سوی شته والی ولری پدی حالت کښې باید غوړ ونه خوړل شی که چیری د صفراوی کڅوړی ناروغی شته والی ولری نو دابه دغه حالت لاپسی ډیرکړی ، د بلاربښت په لړکښې د H2- receptor blacker اتی هیستامین درمل باید مصرف نشی او که چیری شدید اړتیا وی نو په احتیاط سره دی دلنډی مودی لپاره ورکړل شی ځکه چی د پلاسنتا له لاری تیریږی او جنین ته خطر پیښوی .

— زړه بدوالی او کانګی :

د (۵۰ %) په اندازه ښځې په لمړنی درۍ میاشتو د بلاربښت کښې زړه بدوالی او کانګی لرۍ خودا عمومی بڼه دومره شدیدد ندی چی خپګان اوفشار دی منځ ته روا‌ړی او دومره هم سطحی نه دی چی له پامه وغورځیږی . پدی هکله ډوډی خوراک دې په لږه پیمانې (اندازې) سره هره دوه ګړی (ساعته) وروسته وشی او خوراک باید (Solid) کلک او کاربوهایدریت وی . خوله بده مرغه ډیری ښځې په دغه مرحله کښې له ډیرو خوږو څخه ډډه او پرهیزکوی ، دا ډله ښځې هر هغه څه چی ورته سپارښتنه کیږی وخوری دانه چی په خپل سر هر څه . همدارنګه د ډوډی خوراک په منځ کښې اوبه له خوړلو سره ونه خوری خودغه دی یوه ګړی وروسته له خوراکه وڅښی په بعضی حالتونو کښې داسی پیښ شوی چی سهار وخته د سورګړی شی خوراک ورته ګڼه ور تمام شویدی .

- په بعضی حالتونو کښې (Bromid) یو ګرام د ورځی دری ځله
- 0,3g-phenobarbital – د ورځی دری ځله
- 50-100mg-Dramamin – دورځی دری ځله
- همدارنګه د (Estimitile Drugs) د ورځې (5-10 mg) زړه بدوالې لږ کوي.
- د ویټامین ($Vit.B_6$) درمل ورکړه د سهار له مخې (25-50 mg) ګڼه ورتمامیږي .

د خولی له لاری له ډوډی څخه د مخه ګڼه ور دی خو که چیری شدیده اړتیا نه وی نو باید ورنکړل شی د فیټو توکسیستی له کبله نو که چیری یوه ښځه ونکړای شی چی ډوډی خوراک تحمل کړی او د لږ اندازی خوراک هم ونلری او ناروغ د لوږی لوری ته تلونکی وی باید په روغتون کښې بستر شی ډیره زړه بدی به یی د درملنی په صورت ژرترژره به ورکه شی او ناروغ باید د لوږی او ډی هایدریشن څخه وژغورل شی .

— د پښو دردونه :

په ځانګړی ډول په بلاربو ښځو کښې د شپی له خوا د پښی دردونه منځ ته راځی دغه حالت ښځې ته ستونزه جوړوی او په نیمایی بلاربو ښځو کښې د نیوریتس (Neuritis) یوه ښه بلل کیږی دغه دردونه ښایی د (۵) څخه تر (۱۰) میلیګرامه Thiamin hydnochlorid ($Vit\ B_1$) پواسطه لږولی وموسی همدارنګه یولړ زرقی محلولونه(ATP- $B_1.B_6.B_{12}$) پنوم درمل شته والی لری چی هغه هم ګڼه وردی او په یولړ پښو کښې فزیوتراپی ډیره ګڼه وره تمامیږی .

— سرڅرخی او د سردردونه :

هغه ښځې چی معمولا د وینه لږی (انیمیی) ناروغی ولری دا به د سردردونه او د سرڅرخی حملی ولری . دا دومره د تشویش وړخبره نده هر کله چی ښځه ددغه حالت سره مخامخ کیږی نو په

دغه حالت کښې دی ځمکی پر مخ پریوزی اویاهم دکوچ او یاکټ د پاسه پریوزی په څو دقیقو کښې دغه حالت له منځه ځی . همدارنګه د وینه لرې ناروغی او ټیټ فشار د ناروغی درملنه دی وشی.

— د ملا دردونه :

د بلاربی ښځې په ځانګړی ډول څوځلی ښځې د ملا دردونو څخه شکایت کوی ددغه حالت د درملنی لپاره لا ندی کړنی ضرور دی .

- د ملا د تیر حمایت کونکی Lumbosacral suport ملا بند څخه دی کارواخیستل شی .
- فزیوتراپی د ګرمی مشکولی پواسطه تر سره شی .
- فزیوترایی د بریښنا د تودخی پواسطه .
- انالجزیک محلولونه او ملحمونه دی په موضعی ډول غوړ کړل شی اوهغه انالجزیک درمل چی فیتوتوکیسک نه وی پکار یوړل شی .
- دب (B)د کورنی ویټامینونه ($B_1.B_6.B_{12}$) ګڼه وردی .

— وریدی وریکوز:

دا یو ډول معمول ناروغی په څو ځلی ښځوکښې ده چی پکښې د پښو د وریدونو سر بیره د مهبل د برخی وریدونه هم پرسوب مومی . څارنه دی وشی چی وریدونه زخمی نشی ځکه دمکروبونو د مداخلی خطر شته دی همدارنګه ددی لپاره چی دغه حالت لږوالی ومومی باید ناروغه ښځه د استراحت په وخت خپلی پښی د بدن له سطحی څخه لږ څه پورته کیږدی . همدارنګه د ربړی او الاسیتکی جورابو او بنداژونو څخه هم کار اخیستل کیږی . په ډیرو حالتونو کښې دغه وریدونه د زرقی موادو پواسطه تړل کیږی . خو بنه درملنه یی کله چی ماشوم وزیږی جراحی درملنه ده .

— هیموروئید (بواسیر):

بواسیر ډیری ښځې د بلاربټوب په وخت پیدا کوی چی پدی حاکت کښې د غولو کولو په وخت وینه کینښیناستل دی او ښایی چی پدغه حالت درد او یا خارښت او سوزیدنه هم شته والی ولری دغه حالتونه د قبضیت په وخت کښې ډیروالی مومی .

که چیری ناروغه د غولو کولو په وخت وینه کښینی نو دغه ناروغ ته Metamucil دورځی دوه یا دری ځله ورکول کیږی او همدارنګه که چیری هموروئید تنی درد ولری کیداشی دیخوالی میتود یعنی یوه یخه ټوټه مقعد ته تیریږی تر څو درد لږ کړی او د هغه پرسوب کښینوی .

همدارنګه یو لږ شیافونه (Supisator) منځ ته راغلی چی کیداشی ورځخه کار واخیستل شی لکه :-

- Anti hemorroida supisator د ورځی یویا دوه ځله

- Indomethacin Supisator د ورځی یویا دوه ځله
- Hydenza Jelly pomad د ورځی یویا دوه ځله
- Lidocain Jelly pomad /Lignocain Jelly pomad د ورځی یویا دوه ځله
- Pilex Jelly pomad د ورځی یویا دوه ځله

همدارنګه یو لړ نوردرمال د کپسولونو او تابلټونو په څیر جوړ دي.

لکه : Pilex ، Pills-Go ، Cure ، Pills- او نور داسی خواړه دی وخوری چی قبضیت پیدا نکړی او د درد له منځه وړلو لپاره د Opium له پوماد څخه دی کار واخیستل کیږی . تر ټولو غوره کار یی Hemorrhoidectomy د استطباب په صورت کښې ده او د جراحی کړنلاره کله چی ماشوم وزیږیږی نو د جراحی ځانګړو شرایطو لاندی تر سره کیږی .

– له پوزی څخه وینه کیدنه :-

کیدای شی چی د پوزی څخه یوه لږه اندازه وینه وبهیږی دی لپاره کوم ډول ځانګړی تیاری ندی پکار ځکه څو څاڅکی وینه ښایی وبهیږی بیا پخپله ودریږی او کیدای شی چی د پوزی پدغه برخه د ګوتو پواسطه فشار راوړل شی که چیری دغه وینه بهیدنه معنده او ډیر په خپاره ډول وی نو د پوزی د قرحی ، پولیپ او یا نوروناروغیو لپاره دی لټون وشی .

– ډیری متیازی کول :

ډیری متیازی کول په دوهمه او دریمه میاشت او ورستیوځو اونیو د بلاربتوب کښې منځ ته راځی دغه حالت کوم ډول درملنی ته اړتیا نلری او که چیری د شپی له خوا په بستر کښې متیازی کوی نو ددی لپاره دی توصیه شی چی د شپی له خوا دی لږی اوبه وڅښی . بعضاً بعضی ډاکټران فینوباربیټال ، بروماید او ایمیپرامین ورکوی خو ددغو درملو ورکړه احتیاط او پام ته اړتیا لری .

– بیخوبي(Insomnia) :

بعضی وخت داسی پیښیږی چی ښځې په ګرانه خوب وکړی او لږی ښځې بیخوبه پاتی کیږی او ښځې باید پدی هکله پیداره او هوښیاری کړل شی دغه مرحله لږ تر لږه بیخوبی منځ ته راوړی . په بعضی ښځو کښې ګرم حمام د تپ او بعضی ښځو کښې سوړ حمام د تپ ګڼه ور واقع شی پدغه حالتونو کښې ارامکونکی درمل لکه فینوباربیاتال، بروماید او نور درمل ګڼه وردی چی داوږدی مودی استعمال په هکله باید ښځه پوهه کړی شی ډیری ښځې دورځی په اوږدوکښې خوبجن حالت اوژر ستړی کیږی چی اکثراًدغه حالت ته د بلاربتوب پوری اړیکه ورکول کیږی .

– اډیما یا پړسوب (Edema) :

په لږه اندازه سره د پښو پړسوب د پښو تربند پوری په ځانګړی ډول شته والی لری او که چیری تر دی ډیر زیاته اندازه ادیما شته والی ولری نو د توکسیمیا د منځ ته راتلو په لوری دی پام وشی سره لـدی چـی لـږ اندازه ادیمادنورو اعراضو لکه سردرد، قبضیت، وزن زیاتوالی او البومین یوریا پرته دومره پـام وړ ادیمـا او خطر نه ګڼل کیږی .

– د مهبل ډیسچارج :

ډیری ښځې د بلاربتوب په وخت د مهبل دیسچارج لری او همدارنګه که چیری دا ډیسـچارج دومـره ډیر او مزاحمت کوونکی وی هغه وخت د Smear د اخیستلو لپاره اړتیاه ده تر څو میکروبونه لکه ګونوکوک او مونیلیا او نورو باکتریاو د پیژندولو لپاره کتنه وشی . اوله همدی له لاری د Trichomonas Vaginalis په هکله هم د تثبیت کتنه تر سره کیږی .

د ترایکوموناس لپاره باید لا ندی درملنه وشی دمبهل او فرج برخه باید په صابون ومینځل شی او وچـه کړل شی همدارنګه یوسپیکولوم دی بیاوروسته تر دی مهبل تـه ورننویسـتل شـی او Florquin powder ((PH.2,9)) پواسطه دی د مهبل جدار او د مهبل ټولی برخی او سرویکس ومینځل شی او همدارنګه هـیڅ راز د پوډرو اثر باید په مهبل کښې پاتی نشی . دا درملنه دی هر دوه ورځی وروسـته تـر دری ځلـو زیـات تکرار شی . همدارنګه ناروغ د Vinegar او Lactic acid مینځل (douche) حمام اخیستل کیږی هـر سهار دغه حمام اخیستل کیږی او ددوه اونیو پوری حمام اخیستل کیږی .

د ترایکوموناس پرازیت په نادر ډول سره د پیورپریوم د التهاب سبب ګرځی .

که چیری دغه پرازیت په وروستی څو اونیو د بلاربتوب کښې شته والی ولری دابه ډیر لږ علت وګڼل شـی ((Greenhil)) له و ینا له مخی .

همدارنګه یو ډیر ښه او غوره حمام به په لاندی جوړښت سره وی (Excellent) :

۱ – لکټیک اسید Lactic acid (85%) 60cc

۲ – مقطری اویه Distal water 240cc

- د بلاربتوب د وخت ګونوریا یا درملنه به بستر د استراحت او غوره انتـی بیوتیکونـو – پینسـلین ، سفالوسپورینو پواسطه تر سره شی .
- همدارنګه د Yeast درملنه نسبت ترایکوموناس ته ساده کار دی ددغـه درملنـی لپـاره (% 1) Genction violet څخه کار اخیستل کیږی چی Vulva جدار پری مینځل کیږی اوښـه نتـایج لاس ته راځی . دغه درملنه باید هره ورځ وی اویاهم هره دوهمه ورځ وی داکار باید لږ تر لـږه دری

حُلی وشی او یاهم تر هغه چی بشپړه ر غیدنه تر لاسه شی دوام وکړی . دا Yeast په بلاربو ښـځو کښې ډیر منځ ته راځی او کله چی زیږیدنه ترسره شی پخپله په بنفسی ډول له منځه ځی .

همدارنګه نورمیتودونه لکه الکټریک کواتر Conization ،الکټرکوګولیشن او نور د بریښـنا میتودونـه پکـار وړل په بلاربتوب کښې خطر لری .

– د زړه ټکان (*Palpitation*) :

د سترنوم د هډوکی تر شا بنایی فلوټر(Flutter) شته والی ولری او اکثرا بلاربه ښځه ویـروی . کـه چیری دغه حالت شته وی ورسره به ټاکی کاردیا شته والی ولری نو پدغه (BMR(test ترسره شي چی په ډیر پیښوکښیښنائی BMRلوړوداودا باید په یاد ولروچیپه بلاربو ښځو کښې اکثرا قاعدوی متابولیـک انـدازه (B.M.R) لوړ وی .

یوه بریالی کړنلاره چی د هغه پواسطه په Palpitation د زړه ټکانونه قابو شی هغه ناروغ د (Iugol`s solution) ورکول دی دغه دیوی اونۍ لپاره ورکول کیږی یوه اونۍ وقفه پکښې را ځی او بیا دیـوی اونـۍ لپاره ورکول کیږی همدارنګه پدغه لړ کښې کیدای شی چی یو خفیف ارام کوونکی Sedative هم ورکـړل شی .

– لیاړی بهیدنه (*Salivation*) :

کله نا کله دغه د خولی د لیاړو بهیدنه زیاته وی چی هغه د سیداتیف درملو پواسطه له منځه ځی او کله نا کله د Atropin ورکړی ته اړتیا پریوزی چی دا کار مضر تمامیږی . ددی لپاره چی ضایعات بیا لاسته شی نو ډیر مایعات او اوبه دی وخوړل شی . او همدارنګه د خولی د وچـوالی لپـاره کلـه نا کلـه Cold cream او یـا Petrolum Jelly څخه هم ګټه اخیستل کیږی .

د بلاربتوب زړه بدوالی

Hyperemesis Gravidarum

زړه بدوالی اوکانګی په نیمایی برخه د ټولو بلاربو ښځو کښې (% ۵۰) لیدل کیږی دا کله نا کله دومـره شدید کیږی چی ورته د Pernicous Vomiting نوم ورکول کیږی همدارنګه بیلا بیل نومونه ورته ورکړل شوی خو "Hyperemesis gravidarum" یی غوره نوم دی .

سببونه (لاملونه) :

پرته له کنټرول څخه زړه بدوالی اوکانګی په عصبی ښځو کښې لیدل کیږی . همدارنګه د لوستنی په لړکښې دری ډوله ناروغه ښځې لیدل کیږی .

i. – هغه ښځې چې کانکی یې د توکسیما لپاره ځانګړی وی.

ii. – هغه چې د په وظیفوی ډول په عصبی او روحی ښځو کښې وی.

iii. – هغه چې کانکی یې دهضمی اوبولی جهاز په ناروغیو پوری اړوندوی.

کلینیکی نښی نښانی :

په ځانګړی ډول سره د بلاربتوب په دوهمه او دریمه میاشت کښې ډیر لیدل کیږی که چیری وروسته تر دی هم و لیدل شی نو د Pyelitis د کولمو انسداد او ا پندسیت لوری ته دی هم پام واړول شی . دغه حالت د شپږو اونیو په لړکښې له منځه ځی خو کیدای شی چې تر دری میاشتو پوری اوږده موده ونیسی او کیدای شی چې دغه حالت دومره شدید وی چې د دوه اونیو په لړکښې حتی مړینه منځ ته راوړی دری مرحلی د ناروغی به دغه لړکښې د سترګو شی چې په لاندی ډول دی .

۱- په لومړی مرحله کښې چې ورته دومره پاملرنه نه کیږی او په مقدمو میاشتو کښې زړه بدوالی اوکانکی منځ ته راځی . خو که چیری دغه عدم تحمل د ډوډی په وړاندی که چیری دومره ډیر وی چې حتی د مایع تحمل هم ونلری د ناروغ وزن به ډیر لږ شی دابه ډیر شدید حالت وبلل شی . کله ناکله دومره زړه بدوالی زیات وی چې ناروغ باندی د ډوډی اودیکی بوی هم بد لګیږی او دا رنګه چې په کوټه کښې د بل چا لکه د میړه شته والی هم ورته د تحمل وړندی . دغه حالت د شپې په وخت هم اوږدوالی مومی خپګان زیاتیږی او یو ثابت حالت ته رسیږی "Hiccup" یا هیټکی ښایی ستونزه منځ ته راوړی زړه سوی او تنده په شدید ډول د درد احساس کوی همدارنګه د صدر د اضلاغو او عضلاتو درد او سوزیدنه پری ډیریدنه مومی دلاړو (Salivation) زیاتوالی منځ ته راځی حتی د Parotitis نښی هم منځ ته راځی . قبضیت په ځانګړی ډول شته والی لری خو کله ناکله اسهال (نس ناستی) هم منځ ته راځی .

په لومړنی مرحله کښې کانکی د معدی ناهضم شوی مواد وی او ورسره مخاط او لږ څه د تریخی مواد هم شته والی لری وروسته بیا سوچه مخاط کیږی او دغه وروسته په وینه بدلیږی دغه وینه ښایی له خولی بلعوم او معدی څخه وی .

۲- د تشومتیازو کول ابتدا نورمال وی اوپه کراره سره ټینګوالی مومی او کله چې ناروغی زیاتوالی ومومی البومین اطراح کوی او همدارنګه Cast، وینه ، Bile، اسیتون، دای استیک اسید او حتی شکر هم پکښې اطراح کیږی او حتی د Diazo غبرګون به څرګند کړی او Urea ښایی څلور فیصده ته رسیږی د امونیا اطراح به ډیر زیاته وی .

۳- د Dieckmann عالم له نظره اسیدوزس لاهم نه ثبیت کیږی په شدیدو واقعاتو کښې په معاوضوی ډول الکلوزس زیاتوالی مومی [(نارمل (PH) او لوړکاربن دای اکساید CO_2)] په وی اویا به د معاوضوی الکلی نیمګړتیا (نورمال PH اوښکته CO_2 کاربن دای اکساید) شته والی ولری .

٤- که چیری اسیتون او دای استیک اسید په تشو متیازو کښې شته والی ولری نو دابه په کیتوزس Ketosis دلالت وکړی چی دغه حالت د غیر شکری Nondiabetic ناروغانو لپاره دومره د خطر ور حالت ندی . د Dieckmann له نظره دغه حالت د Strees او لوړی له کبله منځ ته راځی غوره موندنی د کلینک له نظره به دوینی د کریواتو تراکم، د الکترولایټونو له لاسه ورکول، هایپوپروتینیمیا او انیمیا وی .

٥- په دوهمه مرحله کښې دغه پورتنی علایم زیاتوالی مومی او هر هغه څه چی ناروغ خوری هغه بیا کانګی کوی او ناروغ د ډیری تندی چی تحمل یی نلری شکایت کوی ناروغ په دغه حالت کښې ډیر نا ارامه او ضعیف وی او ډیر ژر خپل وزن بایلی .

٦- په کتنه کښې په پوستکی خاسف Pale، موم ډوله (Waxy) بعضا ژیړ او غوښج (Shrunken) حالت لری . ناروغ ډیر ضعیف وی سړی نورمال وی د زړه په اوریدو کښې به هیمیک سوفل Hemic Murmar واوریدل شی نبض به ډیر ضعیف او چټک (تیز) (100-140/min) وی.

٧- د وینی فشار به په بیلابیلو درجو سره ټیټ وی بطن یاګیډه به نفوتلی بڼه ولری لکه (Scaphoid) . همدارنګه د Tenderness دردناکه کیدنه به د Cardia اویا ځګر (Liver) دپاسه شته والی ولری .

همدارنګه دکانګو محتویات ښایی په لاندی شوندې او مخ د پاسه پراته وی، وری(Gengiva) ښایی سوروالی ولری او ښایی قرحی ټپونه شته والی ولری . ژبه یی وچه سره اومرکزی برخه یی نسواری وی بعضا زخمی او وینه ورکونکی وی . همدارنګه بلعوم هم ښایی سور، وچ،ارتشاحی او بعضا وینه ورکوونکی وی . تنفس ښایی Fetid او ژور لنډوی اودمیوی په څیر بوی ورکوی . تبه ښایی ټیټه درجه ولری خو په دوامداره ډول ده .

٣- پدی مرحله کښې (دریمه مرحله) د عصبی نښی نښانې په ډاګه شته والی لکه روحی او عقلی شعوری حالت له منځه ځی همدارنګه هزیایونه او پرته ویل (Dellerium) ، برسام Halucination ، شدید سردرد شته والی لری .

په پرمختللی حالت کښې د Stupor او کوما حالت شته والی لری کانګی له منځه ځی چی پدغه حالت کښې ډاکټر غلط کوی نبض ډکوالی مومی او زیاتیږی میوکار د خپل کار له لاسه ورکوی ژیړی او سیانور (شینوالی) منځ ته راځی او ناروغ د مړینی خواته ځی .

د دری مرحلو اوږدوالی سره توپیر لری چی معمولا لومړی مرحله اوږده وی او دوهمه مرحله تر هغه هم اوږده وی او دریمه مرحله ډیره لنډه وی ناروغ په چټکی سره خرابوالی مومی . پدغه مرحله کښې چی ناروغ خورا ډیر خرابوالی موندلای وی د Theraputic abortion درملنه هم ورته ګټه وره تمامیږی .

سره د دغه حالتونو کیدای شی چی ماشوم په رحم کښې ژوندی وی او کـه چیـری د Term پـه وخـت وزیږول شی ښایی لوی اوشحمی وی همدارنګه ښایی کانګی په ماشوم اغیزه کړی وی او هغه یی وژلې وی .

پیژندنه (Diagnosis):

که چیری کانګی شدیدی وی ډاکټر باید پدی فکر شی دغه Pernicious emesis حالت دی که چیری معده هر څه ونه منی او کانګی یی کړی او بشپړ زړه بدی شته والی ولری اوعمومی وضیعت د ناروغ خراب وی نو ډاکټر باید فکر وکړی چی فزیولوژیک کانګی په پتالوژیک حالت بدل شویدی البته پیژندنه ساده نده په دغه حالت کښې پیژندنه د بلاربتوب په لومړی ټرایمیسټر کښې پخپله د ناروغ پواسطه منځ ته راځی او د کانګو علتونه څرګندوی .

دا ډیر غوره دی چی د عصبي (نیوروتیک) او توکسمیک حالتونه سره تو یوله بله توپیر کړل شی زما په نظر همدارنګه کولای شو چی ووایو په ټولو حالتو نود Hyperemesis دروحی بنسټ نوم ورباندی کیږدو چی کله دا حالت وده وکړی نو Toximic حالت ځانته غوره کوی چی ورسره ډیهایدریشن او لوږه یو ځای وی .

چی دغه حالتونه کله چی شدت پیداکړی ایجاب کوی چی بلاربتوب ته پایله ور وبخښل شـی او د بنـځې ژوند وژغورل شی .

که چیری عصبی نښانی پر مختللی وی ژیړی، انیمیا ،ډیهایدریشن پر مختللی وی اوپه وینه کښې غیـر پروټینـي نایټروجن ، یوریک اسید اوکریاټینین لوړوالی ومومی او نور عناصر ټیټوالی ومومی دابه لاځرګند کـړی کـانګی ډیر شدیدي دی او ناروغ مرګونی حالت لری .

راتلونکي [انزار (Prognosis)] :

ددی ناروغی انزاز بیلا بیل ټک لاره خپلوی چی بعضاً دغه ناروغی په چټکی سره ښه والی مـومی او کله ناکله په کراره سره ښه والی مومی او همدارنګه ښایی تر زیږیدنی پوری اوږدیدنـه ومـومی . کـه نقصـان (سقط) منځ ته راشی او ماشوم ومری نو ښه والی په پشپړه توګه منځ ته راځی . کـه چیـری Theraputic abortion په شاوخوراحول شی نشی کولای چی د مړینی مخنیوی وشی مسمومی او زهرجن (Toximic) حالت د عصبی (Neurotic) حالت په پرتله یا نسبت لږ د درملنی وړ ښکاری .

مړینه په دغه حالت کښې د ډیهایدریشن، لوږی، هزیاناتو (وبره ،وهم چتی ویناکول) او کوما لـه کبلـه مـنځ تـه راځی او همدارنګه د میوکارد استحاله په مړینه کښې ډیر غوره رول لری .

درملنه "Treatment" :-

- مخنیوی (وقایه):

دمخنیوی په هکله باید په پام کښې وی چی د بلاربتوب په وخت د هایپرایمیزس په هکله پاملرنـه او د هغـه څخه مخنیوی مینځ ته راشی.

همدارنګه په لږه او بنسټیزه توګه د کاربوهایدریټونو اندازه دې په غذایی موادو کښې وی غـذا کلکه وی او د ډوډی خوراک په وخت اوبه ونه څښی او کیدای شی چی دغذا وروسته اوبه و څښی .

- هغه درمل چی وکړای شی د معدی هایدروکلوریک اسـید (Hcl) غیلظـت راټیـټ کـړی پینځـه لـس څاڅکی (15 drops) له ډوډوی د مخه او وروسته له ډوډی ناروغ ته ورکړل شی .
- Lugol`s solation – د ورځی دری ځله پنځه څاڅکی .
- Sodium bromid elixire دوه ګرامه (2gr) د ورځی دری ځله .
- Luminal Sodium یو ګرام (1gr) د ورځی دوه ځله .
- او همدارنګه adrenal. Cortex (0,2gr) دری ځله دورځدخولی له لاری .
- Nicotminal acid (50-100 mg) د تحت الجلد له لاری هره ورځ .
- د تناسلی غړو پرته نور علتونه باید وموندل شی او درملنه یی وشی .
- همدارنګه که چیری retroflex رحم شته والی ولری هغه دی پورته کړل شی .
- که چیری د هګی ځالی سیست شته والی ولری هغه باید راوویستل شی .

<u>که چیری دهاپیرایمیزیس ناروغ وموندل شی باید په روغتون کښې بستر کړل شی او څارنه یی وشی .</u>

- هیڅ راز خواړه مایع او یاغذا د میړه او یاد روغتون د نرسانو له لاری ورنکړل شی .
- یوازی کیدای شی چی یخ چپس Icechips د خولی له لاری ورکړل شی دغـه حالـت د (24-48h) پوری اوږدوالی مومی او دورځی حتما 2000cc مایع دورید له لاری ورکول کیږی چـی پدی کښې 500cc مایع 25% ګلوکوز محلول دی چی دورځی دوه یا دری ځله د ورید لـه لاری ورکول کیږی دغه محلول په ظرف نیم څخه تر یوه ساعت موده کښې ورکول کیږی .
- همدارنګه د مایع تطبیق (intake)، میازی Urin کول اود کانګو کولو اندازه باید وګڼل شـی د ورځی له خوا اماله باید ناروغ ته ورکړل شی .
- مسکن Sedative درمل Sodium bromid شږنګرامه (6gr) د ورځی په 100cc مـایع کښې منحل او ورکول کیږی .
- ناروغ ته باید وویل شی چی د څو ورځو په لړکښې درملنه کیږی .
- په هر دوه ورځو کښې دی د ناروغ وزن یا دروندوالی ولیدل شی .

که چیری پدغه (48h) کښې د ناروغ کانګی له منځه لاړی شی او یا لږوالی ومومی کولای شو چی ناروغ تـه کلک خوراک لکه : وچ او کباب شوی سره کړه شوی الوګان (چپس) او همدارنګه وروسته بیا کولای شو چی پاخه الوګان ورکړه شی او کولای شو چی د ډوډی په منځ کښې لږه اندازه مایع یا اوبه ورکړل شـی خـو دابـه 2500cc پوری وی دغه 2500cc مایع د ورید له لاری ورکول کیږی .

- هغه وخت چې ناروغ ډوډۍ په نورمال ډول وخوري وریدی مایع لږ کول کیږي نور خواړه ورکول کیږي خو غوړې پکښې حذف کیږي اویا لږ کیږي وروسته له دوه ورځو کولای شو چې ناروغ پر چوکی کیښنوو او کولای شو چې Sedative تر څو ورځو ورکړو .
- که چیرې درملنه نتیجه ورنکړي کولای شو چې دري ګرامه (3gr) د Adrenal cortex درملو د تحت الجلد له لارې دورځې 3-2 ځله ورکړو .
- همدارنګه که یاهم دغه حالت اصلاح نشي د پوزې له لارې د اثناعشر ته انفې معدوي تیوب تیریږي چې د هغه له لارې د 2000cc مایع تیریږي چې 250cc یې د رنګر محلول دی . همدارنګه 10% Karo محلول شربت ورکول کیږياود 15 minis هایپو کلوریک اسید محلول د ورځې دري ځله ، د (0,06-0,13 gr) د فینو بازبیتال (1-2 grains) د ورځې دري ځله ورکول کیږي .
- همدارنګه الوګان، د لیمو جوس ، Yeast او جولاب (Laxative) هم ورکول کیږي دغه تیوب باید هر مابنام راوویستل شي او د سهارله خوایا تیرکړل شي .
- که چیرې دغه ژوره درملنه نتیجه ورنکړي او د ناروغ عمومی حالت د ویجاړیدنی لوري ته روان وي او معند ټاکی کارډیا، ژیړی، تبه دفشار ټیټدنه او پسیکور (Psychosis) به پرمختیا وکړي او ناروغ (9gr) خپل درووندوالی له لاسه ورکړي نو دابه ښه وي چې ناروغ بلاربتوب ته پایله وروبخښل شي . داچې عمومی بیخودی د ځیګر او پښتورګو انساج ویجاړوی ښه ده چې دمورفین اوموضعی انستیزی څخه کار واخیستل شي دا کړنه د درملنې ساده (D&C) دی . که چیرې بلاربتوب د دري میاشتو څخه دمخه تللی وي دلته باید قدامی مهبلی هیسټیروتومی (Anterior.Vaginal Hysterotomy) کړنلاره ترسره کیږي .

د ګلوکوز سیرم باید د کړنلارې څخه د مخه او وروسته د هایپوګلاسیمیا د مخنیوی لپاره ورکړل شي . همدارنګه د Therapeutic سقط په هکله باید د ناروغ له میړه څخه موافقه واخلی .

ډیرې لاړې بهیدنه یا Ptyalism (Sialorrhea, Salivation) :

د ډیرو لیارو بهیدنه (Ptyalism) ډیر وخت په روحی مزاجه ښځو کښې لیدل کیږي پیژندنه یې ساده ده همدارنګه Marcurial Salivation د 'Stomatitis' د حالت له مخې پیژندل کیږي درملنه یې د هایپرایمیزس په څیر ده . Salivation یونادر علت او اختلاط د بلاربتوب لپاره بلل کیږي او د هایپرایمیزس پوری اړوند ګڼل کیږي چې عموما د زړه بدوالی او ګانګوسره یو ځای وي دا معمولا په دوهمه میاشت کښې منځ ته راځي او په پنځمه میاشت کښې له منځه ځي . همدارنګه کله ناکله د زیږیدنی تر وخت پوری پاتی کیږي . او د زیږیدنی سره سم له منځه ځي . او یاهم څواونی وروسته له زیږونی څخه له منځه ځي . که چیرې تخمین اندازه یې وویل شي دورځې به (1920cc) په اندازه دغه لیاری تولید شي چې دشپې په

وخت لږوالی مومی . دغه لیاړی او بلنی دی، پرته لـه (خونـده ، بـوي او اسـیدو) څخـه دی او لـږ انـدازه Ptyalin لری دغه مایع ښځه بلع کولای نشی او هغی ته زړه بدوالی منځ ته راوړی .
که چیری دغه حالت ډیر شدید وی او ناروغ ته د تحمل وړنه وی درملنه یی د بلاربټوب پایله بلل کیږی .

انتانی هیپاټیټ او د کبد حاد ژیړاټروفی (حادهیپاټیټ)

Infectious Hepatitis and Acut Yellow Atorphy of The Liver (Acut Hepatitis)

د هاپیرایمیزس او ایکلامپسیا سره نږدی بله ناروغی د حادهیپاټیټ نـاروغی ده چـی بلاربټـوب ورتـه مساعد کوونکی حالت برابر وی . همدارنګه ولادی ژیړ اټروفیک هیپاټیټ کیداشی چی د بلاربټوب پـه هـره مرحله کښې منځ ته راشی او همدارنګه کیدای شی دغه حالت په زیږونه او پیورپیریـوم حالـت کښـې هـم څرګند شی ښایی هغه درمل چی پدغه وخت کښې پکار یږی لکه کلوروفورم، کلورال او دګـاز انسـټیزی یـا انشاقی انستیزی ډیهایدریشن او لوړه خپل ځانګړی ډول لری .
Zondek او Bromberg په خپله څېړنه کښې 29 پیښی په 3382 ښځوکښې د انتانی هیپاټیټ مونـدلی دوی وپټیله چی انتانی هیپاټیټ د بلاربټوب په وخت ښایی دری ټک لاری ولری .

۱ – پرته له ژیړی هیپاټیټ :

چی اوه سلنه (7%) ګیل شویدی چی دغه ناروغانو کلینکی ژیړی نـه درلـود خـو Blirubinuria یـی درلودله .

۲ – متوسط شدید هیپاټیټ :

دغه حالت شپږ سلنه (6%) ګیل شویدی چی 18 ښځې اخته وی . پتولوژیک ښودنی د ناروغ پواسطه نهـی شویدی او داسی څرګندیږی چی انتانی هیپاټیټ د بلاربټوب پواسطه ندی اختلاطی شوی او دلاندی ځانګړی تیاوؤ درلودونکی دی :

a. حمله داعراضو اکثراً د ناروغانو پواسطه د بلاربټوب له کبله غلط تعبیرشویده .
b. د glossitis او Stomatitis Angular پـــــه کراتـــــوســـــره د ویټـــــامین (Vit B_6) د لږوالی له کبله غلط شوی .
c. په لږو او نادرو حالتونوکښې خارښت او براډی کاردیا شته والی لری .
d. شدید ویجاړ والی د کبد د بیلابیلو تسټونو پواسطه ښودل کیږی .

۳ – شدید هیپاټیټ چې د کبد د حقیقی اټروفی ورسره وی :

دغه حالت په (9) ښځو کښې موندل شویدی او (31%) څرګندیږی چـی دا دشـدید حالـت بـه دلانـدی څرګندولو له مخی وټاکل شی :

a. عمومی نښی چی ډیر شدید کانګی به ولری چی روحی حالت به ویجاړ کړی او د کبد درد به ولری .
b. فزیکی موندنی لکه تاکی کاردیا او د کبد په اندازه کښې لږیدنه .
c. لابراتواری موندنی :لکه د کولسترول په چټکی سره ټیټوالی او د کولسترول ایستر ټیټیدنه همدارنګه هایپوګلایسمیا د 9 څخه پنځه تنه د کبد داتروفی له کبله مړه شویدی .

راتلونکې انزار(Prognosis) :

که چیری د ناروغانوپه وخت اومقدم ډول پیژندنه وشی او په مناسب وخت یی درملنه وشی انزار به ښه څرګند شی مړینه لږه واقع کیږی . همدارنګه د ناروغ لابراتوار کتنی به هر (٦-٣) میاشتو کښې تکرار ترسره او درملنه به یی وشی وینه بهیدنه استثناء په نادر ډول منځ ته راتلای شی ښایی په شدید هیپاتیت کښې سقط او بی مودی زیږیدنه منځ ته راشی کیداشی چی Agalactia او Hypogalactia هم مینځ ته راشی خود یادولو وړدی چی ماشوم به هیڅکله هم دمور د ژیړی له کبله په ژیړی اخته نشی .

درملنه (Treatment) :

د دغه درملنی کړنلاره په بنسټیزه توګه غذایی فکتورونه لکه : (کاربوهایدریټ ، پروتین ، بنسټیز امینواسید او ویټامینونه) په لوړ دور سره ورکول کیږی ، همدارنګه د ورید له لاری تغذی هغه ناروغانو ته چی شدیدا کانګی ولری او دخولی له لاری څه نشی خوړلای ورکول کیږی . دوینی ترانسیفوژن کیدای شی چی د ارټیاله مخی ناروغ ته ورکړل شی .

د Luck د څېړنې (ریسرچ) له مخی Idiopathic Yellow hepatitis په وروستو مرحلو کښې د یوی وژونکی اپیدیمیک هیپاتیت په څیر منځ ته راغلی چی هغه په دغه ریسرچ کښې (25) تنه ولیدل چی له داوتوپسی څخه وروسته ولیدل شو چی Idiopathic acut yellow hepatitis درلودونکی وُ .

همدارنګه د کلینیکی ټک لاری له مخی درې پړاونه (مرحلی)لری .

١. Pre-icteric or initial Stage له ژیړی د مخه یا مقدم پړاو.
٢. Intermediate Stage منځنی (متوسط) پړاو.
٣. Final Stage وروستنی پړاو.

اوله مرحله په یوه اونۍ کښې له منځه ځی او د دوهمی مرحلی اوږدیدنه د شپږویشت (26) ورځو څخه نه اوږدیږی او دریمه مرحله هم تر لسو(10) ورځو نه اوړی .

لومړنی مرحله وژونکی نده چی (Nonfatal) بلل کیږی او دوهمه مرحله نابېره زیاتوالی مومی او دریمی مرحلی په څیر عصبی او شدید اومعند کانګی پکښې مینځ ته راځی ناروغ معمولاً لوړه تبه لری کبد لوی او حساس وی په اوله او دوهمه مرحله کښې خو په دریمه مرحله کښې کبد کوچنیوالې (Shrinking) کوی.

دکلوروفورم څنډنی (موخر) تسمم :

د کلورو فورم تسمم کیداشی چی د ولادی په ډیری پیښو کښې منځ ته راشی چی اکثرا د حاد ژیړ اتروفی سره مغالطه کیږی همدارنګه دغه ناروغی د هایپرایمیزس او اکلامپسیا سره ورته والی (شباهت) ورکوی . Sheehan د تیوری له مخی دلته اکثراً د مرکزي زون نکروزس (Midzonal necrosis) منځ ته راځی چی بعضاً ګیداشی چی په پراخه پیمانه استحاله شته والی ولری .

ټول هغه ناروغان چی د نوموړی پواسطه د زیږونی پر وخت ورته کلورفورم ورکړشوی وی وروسته له هغې د ناروغ ډوډوی نه خوړل، کانګی او د لوږی او اسیدوزس حالت تر سرحد پوری له ځانه ځانګړتیا درلودلی شي. دغه ناروغان ډیر ستړی او د وینی په بهیر کښې د نایترجن لوړه سویه لیدل شویده همدارنګه دغه ناروغانو Oliguria د ترایګون زون حالبی فوحی فشار له کبله منځ ته راغلی وي .

همدارنګه علماو هر یوه Stander, Johns Hopkins پدی عقیده دی وی چی د کلورفورم ځنډنی تسمم په لا ندی ډول ځانګړتیا له ځانه سره کوي .

١ د 60cc په اندازه لږ د جراحی بیهوښی لپاره ورکړل شویدی .

٢ لومړنی نښی او نښانی د بیهوښی وروسته دوه یادری ورځی وروسته منځ ته راغلی .

٣ Drowsiness ګنسیت او Coma کوما تل مدام پرمخ ځی.

٤ کانګی او ژیړی ښایی چی شته والی ولری او یا نلری .

٥ داوتو پسی په ګنده کښې به د کبد د حجراتو Central necrosis شته والی ولری .

٦ ښانی چی د پیښتورګو دنده سرته رسول ویجاړ شوی وی اویاهم نه وی .

١ که چیری تشی متیازی وګډل شی تل مدام د Nitrogen لوړه سویه داطراح په لوړه پیمانه امونیا به ولری او په ټیټه سویه د یوریانایترجن به تثبیت شی.

٢ په لوړه پیمانه د مړینی اندول به (٨٠ %) تثبیت شی.

درملنـــــــه :

- هغه درملنه باید وشی چی دغه مسموم کوونکی درمل اطراح شـی د ګلوکـوز سـیروم پـه لـوړو غلظتونو ورکول کیږی که چیری د ناروغ حیاتی علایم نورمال وی .
- همدارنګه د حیاتی غړو نورمال وظیفوی حالت باید حفظ کړل شی .
- داسیدوز د مخنیوی لپاره Na-bicarbonate ناروغ ته ورکول کیږی .
- وینه لږی دي اصلاح شی اوکسیجن (O_2) ناروغ ته ورکړل شی .

د بلاربتوب ټوکسیمیا

TOXEMIAS OF PREGNANCY

تعریف :

د بلاربتوب دوخت توکسیمیا هغه حالت ته ویل کیږی چی پکښې د بلاربتوب په وخت او یا مقدم پیورپیریوم په وخت یو یا ډیر د لاندې نښو (علا یمو) څخه ولری :

- اذیما Edema دابنایی دوزن د زیاتوالی سره مل وی او څرګندشی .
- پروټینوریا : کله چی پروټینونه د مټیازو له لاری اطراح شی .
- لوړ فشار (فرط فشار) : دوینی فشار لوړوی .
- اختلاج (شړن) : بنایی اختلاجونه شته والی ولری .
- همدارنګه کیدای شی چی ناروغ د هضمی سیستم ، دماغی، رویت او د پښتورګو نښی نښانی ولری .

همدارنګه علماء Mccormick ، Titus ، Estman او دمور دروغټیا ساتنی امریکائی ټولنی دغه لا ندی تنضیف منلی دی :

a. د بلاربښت دورې حاد توکسیمیا (Acut toximias of pregnancy).
b. پریکلامپسیا (Preeclampsia).
c. ایکلامپسیا (Eclampisa).
d. په مزمن ډول د فرط فشار منځ ته راوړونکي د رګونو ناروغی، اساسي ډول د فشار لوړوالي (Essential hypertension)

a. په مزمن ډول د فرط فشار منځ ته راوړونکي د رګونو ناروغی چې پرته له حاد ډول (super imposed toximia) ټوکسیمیا څخه وي.
b. په مزمن ډول د فرط فشار منځ ته راوړونکي د رګونو ناروغی شتون چې د حاد ډول (super imposed) ټوکسیمیا سره مل څخه وي.

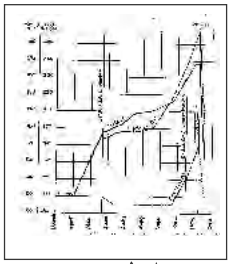
د بلاربتوب حاد ټوکسیمیا

Acut Toximias of Pregnancy

- **پری ایکلامپسیا (Preeclampsia) :**

ددغه ناروغی د تثبیت لپاره لا ندی

اوصاف (کریتریا) د تضیف له پلوه باید شته والی



۱-۵) تصویر

ولری داچی ۲٤ اونی د بلاربتوب څخه وروسته باید سیستولیک فشار دوینی د (۱٤۰) څخه پورته او ډیاستولیک فشار دوینی باید (۹۰) څخه پورته وی او همدارنګه پروټینوریا باید په بیلابیلو درجو شته والی ولری که چیری یوازی لوړ دوینی فشار شته والی ولری دابه غلط کوونکی یو حالت وی .همدارنګه د فشار لوړوالی باید د دوه یاډیرو ورځو لپاره لوړ پاتی تثبیت کړل شویوی .

کلینکی نښی نښانی :-

د پری ایکلامسپیا نښی نښانی په وروستی ترایمستر کښې منځ ته راځی همدارنګه پدغه وخت کښې ناروغ په چټکی سره منځ ته راتلونکی نښی نښانو څخه شکایت کوی چی داشکایات په معند ډول د سردرد، د پښو، لاسونو او مخ اذیما او دمتیازی کولو لړوالی څخه ډاکټرته ځی همدارنګه په چټکی سره د ناروغ درووندوالی (وزن) زیاتوالی مومی د مایعاتو د راټولیدنی له کبله منځ ته راځی پدی هکه (۱-۵) تصویر ته چی یو چارت د وزن او فشار ښودنه کوی پاملرنه وکړی پدغه حالت کښې ښایی دوینی فشار لوړوالی ومومی 140/90 ملی متر د سیمابو سویی ته ورسیږی دتشو متیازو په کتنه کښې البومینوریا او Cast څرګندوی .

همدغه راز ناروغ پدغه حالت کښې ډیر زهیر ناروغه (ill) ښکاری لړ وروسته بیا د لیدنی یا سترګو تشوشات لکه په سترګو کښې تکی د Spot ، لیدنې لړوالی، دوه ګونی لیدنه(Double vision) ، او حتی ښایی بشپړ ړوندوالی منځ ته راشی .

اوسره لدی زړه بدوالی ، کانګی اوهمدارنګه د شرسوفی Epigaster او Pericardial برخی کښی د درد سوزیدنی احساس به شته والی ولری دا به اکثرا لږوی خوکه چیری شدیدا شته والی ولری دابه ددی ښودونکی وی چی اختلاج منځ ته راتلونکی دی . توکسیمیا دمور په ګیډه ماشوم په رحم کښی ماشوم باندی اغیزه اچوی شاید هغه سقط کړي اودبی مودی زیږیدنی حالت مینځ ته راوړی .

سره لدی چی پدغه ناروغانو کښی دمزمن نفریت Chronic nephritis تاریخچه به شته والی ولری او ددی ناروغی توپیر به دمزمن نفریت څخه ګران کار وګڼل شی . ښائی دمزمن نفریت په ناروغی کښی دسترګی په چاپیریال کښی البومینوریک Retinitis تثبیت کیدای شی چی دغه حالت به پری ایکلامپسیا کښی هیڅکله شته والی نلری .

سره لدی ددواړو ناروغیو درملنه دبلاربتوب په وخت یو ډول ده خوکه چیری دغه نومورې نښی نښانی څو اونۍ ورسته له زیږیدنی څخه اوږدوالی ومومی نو دلته باید دمزمن نفریت لوری ته فکر وکړشی اودهغه درملنه دی بشپړه کړل شی . یولړ عالمان لکه Peckham او Sout داسی څرګندونه کوی چی باید تر څلورومیاشتو وروسته له زیږونی مهاله پوری انتظار وایستل شی دیوریک اسید او پښتورګو ددندنی سرته رسولو کنه Urea اوکراتینین دی پدغه مرحله کښی وټاکل شی .

راتلونکي انزار (Prognosis) :

که چیری ناروغ ته مناسبه او بنه درملنه ترسره شی نو ریکوری او بنه کیدنه به ډیر عالی وی که چیری درملنه بریالی نه وی د بلاربښت ته پایله وربځښل به بنه کړنلاره وی تر څو دناروغ ژوند وژغورل شی.

ټول دغه نښی نښانی به د (۱۰ – ۱٤) ورځوپوری له مینځه ولاړی شی . سره لدی چی دا پدی معنی نده چی داناروغی به په بشپړه توګه له مینځه تللی وی نومورو عالمانو دغه توکسیمیا دځلورو میاشتوڅخه تر څلورو کالوپوری بیا په کلینیکی کنټرول کی تثبیت کړیدی .

داد په ګیډه ماشومانو لپاره بنه انزارنلری دهغوی سقط اویا بی مودی زیږیدنه منځ ته راځی خوداکار دمور لپاره بنه انزار لری چی ماشوم ئی وزیږیږی اویا سقط کړی شی .

درملنه (Treatment) :

ددی ناروغی مخنیوی به په مناسب ډول د Anterpartum دوری مراقبت دوینی د فشار کنټرول ، دمایعاتو - اوبو اوخوراک مناسبه اخیستنه دمیتیازو معاینه کول دناروغ وزن کول وخت په وخت او که چیری غیر نورمال نښی نښانی ومومندل شی هغه باید تر درملنی لاندی ونیول شی له مخی تر سره شی.

که چیری په ناروغ کښی غیر نورمال نښی نښانی وموندل شی باید په روغتون کښی بسترکړل شی دورځی دوه ځلی باید فشارکنترول کړی شی . دمایعاتو اخیستنه Intake اودمایعاتو ضیاء Out put باید وتاکل شی دمیکروسکوب له نظره تشی میتیازی باید وکتل شی دورځی البومین اطراح په میتیازوکښی تاکل کیږی . مالګه لږوالی مومی اودورځی له خوا اماله ورکول کیږی که اړتیاوی دفزیولوژیک مایع اماله ترسره کیږی . هره ورځ ناروغ تلل (وزن) کیږی .

غذايي خوراک (Diet) :

باید ناروغه ښځه د ورځی هګی ، حبوبات ، میوه ، سابه ، سره کړي الوګان اونور اوهمدارنګه چای اوقهوه ئی توکي او مالګین خواړه ونه خوری . او هغه درمل باید ونه خوری چی دمالګی جوړښت ولری (Na Hco3) alkalin Citrocarbonate - دابه غوره کاروی که چیری ناروغ په ۲٤ ساعتوکښی د" ۲g – ۱" زیاد Na^+ سودیم، 6g - 4 کلوراید Cl^- او 2g – 1 K^+پوتاشیوم څخه ډیر اندازه ذکر شوي مواد ونه خوری .

دپری ایکلامپسیا ناروغ باید دورځی ٦۰ ګرامه پروتین ۳۰ ګرامه غوړ او ٤۰۰ ګرامه کاربوهایدریډ وخوری اوباید په دی لړکښی وهڅول شی چی په ډیره پیمانه اوبه وڅښی .همدارنګه د Out put دمیتیازو په ۲٤ ساعتونو باید 2000 cc وی دابه ددی څرګندوی وی چی دناروغ پښتورګی ښه دنده ترسره کوی .دغه راز هرساعت کولای شی 150 – 200 cc اوبه ناروغ وڅښی همدارنګه لکه پخوادرسونوپه څیر مسکن درمل لکه :

- Potassium Bromide 2 gr دری ځلی دورځی - Luminal Sodium 0,325 g دوه ځله دورځی همدارنګه نورمسکین درمل هم په بازارکښی شته چی داستطباب له مخی د عصبی نآارامی دارامتیا لپاره په مناسب ډوزسره ناروغ ته ورکول کیږی . که چیری عصبی ، هضمی ،اونور نښی نښانی دناروغی ډیری شدیدي وی نودبلاربتوب مرحلی ته پایله وربخښل کیږی . که چیری ناروغه ښګاګځه p/p لومړی ځله وی نو [(C/S) Cesarean/ Section] ورته ترسره کیږی داځکه چی په دی کښی عنق وازنه وی اوزیږ ونه په دی کښی ډیرګران کاردی همدارنګه په لومړی ځلوښځو نومورې دتوکسیمیانښی نښانی ډیرژر په چټکی سره زیاتوالی مومی اوناروغه خرابوالی ته مخامخ کوی .

په (MP) څوځلی ښځوکښی دغه زیږیدنه کیدای شی چی دطبعی لاری د Bag دخیرونی په اثر اویا د forceps په واسطه زیږونه ترسره شی که چیری ناکامه وی نو (C/S) دی ورته ترسره شی په همدی ډول سره تر موضعی انستیزی لاندی د اپی زیوتومی نتایج ترټولو غوره دی سرویکل سیزارین سیکشن دموضعی انستیزی لاندی دماشوم لپاره دمړینی چانس لږ کوی.

ایکلامپسیا (Eclampsia) :

تعریف :

دکلینیک له نظره دپیژندنی کریتیریاوی او اوصاف عبارت دی که یوه هغه بلاربه بنځه یادپیورپیریوم مرحلی بنځه چی اختلاح او کوما" Convulsion / coma " دفرط فشار ، اذیما او پروتین یوریا سره مل وی په عمومی ډول ورته د Eclampsia ایکلا مپسیما یاورته نوم ((Convulsion)) اختلاح نوم ورکول کیږی .

سببونه " Etiology " :

دسببونو په هکله ډیری تیوری ګانی ویل شویدی خویوه یی هم بشپړه نده منل شوي خوبیاهم Williamیولږعلتونه بیان کړیدی .

۱- دکبد آفتونه Liver lesions

۲- دمساعدکوونکی فکټور په حیث Multipregnancy , primiparity اوهایدروامنیوزس .

۳- په شمالی برخوکی نسبت tropic حاره برخوته ډیرمینځ ته راځی .

٤- د Term په بلاربتوب کښی ډیرمینځ ته راځی .

٥- اذیما ترټولو غوره علامه بلل کیږی .

٦- په حقیقت کښی ایکلامپسیمانادرا تکراریږی اوکه چیری نفریت ورسره مل وی دا د ناروغی حالت ډیرزیات خراب او ویجاړوی .

۷- کیدای شی چی دداخل الرحمی ماشوم مړینه اصلاح کړی شی .

۸- د تغذی اصلاح دشیدو ورکولو پواسطه چی پروتین اومنرال څخه غنی دی دډیری خواری اوخرابی پرته کالوری غذاپه عوض ورکړل شی همدارنګه دمالګی څخه هم شیدی عاري دی .

<u>په ایکلامپسیاکښی داختلاح منځ ته راوړونکی څیړل شوی علتونه :</u>

۱- -دکټ دښوریدنی اوازونه .

۲- - ددروازی دوازولو او ترلو په وخت اواز .

۳- - ډیر روښانه بریښنا او روښنایی .

٤- - داخلی اویا بهرنی کتنی سرته رسول .

٥- - دزیږونی لپاره Induction .

٦- - دپوستکی لا ندی ددرملو پیچکاری کول .



Use of clothespin to prevent injury to the tongue in eclampsia

۷- اماله ، دکثیتر تیرول .

۸- همدارنګه دماشوم زیږونه

دغه پورته ذکرشوی علتونه داختلاج په مینځ ته راتلواویا داختلاج په ډیریدنه کښی رول لوبـوی . همدارنګـه د(65%) دایکلامپسیا په ناروغاتو کښی د E.E.G تشوشات تثبیت شویدی اوګراف بی نظمه وی – همدارنګه په (60%) ناروغانو کښی پخوانی تاریخچه کښې دفامیل په غړوکښی اختلاج شـتون تثبیـت شویده چی هغوی دصرعی اواختلاج څخه حکایه کوی.

پیښې (وقوعاتIncidence):

یوتن عالم Dieckmann داسی څرګند کړی چی په ټوله نړی کښـی یوفیصـد (1%) بلاربـی ښـځی ایکلامپسیا لری اودامریکا دمتحده ایالاتو په ښځوکښی دغه اندازه (0,66) ټاکل شویده البته دغه اندازه ایکلامپسیا هرکال منځ ته راځی . (P/P) ښځی نسبت (M/P) ښځوته زیـاتره اختـه کیـږی اودغـه نسبت (3:1) دی . اوهمدارنګه هغه ښځی چی متعدد بلاربښتونه Multiple pregnancy لـری هغه شپږ چنده نسبت هغه ښځوته چی یوحمل یا ماشوم په ګیډه لـری پـه دغـه نـاروغی اختـه کیـږی . اوهمدارنګه (4-5) واره نسبت نورو حالتونوته په پولی هایدروامنیوزس (Polyhydroamniosis) کښی ایکلامپسیما ډیره منځ ته راځی . همدارنګه نوموړی څرګندګړیدی دی چی دغه ناروغی دتوکسـیمیا په ځانګړی ډول ایکلامپسیا په دودونو اودخلکو په ګډه ګونی پوری هم اړیکه لری اوښائی روحی حالت ، فشار ، اوپه عادت اوغذاکښی بدلون هم اغیزه ولری .

اوهمدارنګه د Chicago-lying in Hospital په روغتون دغه احصایه اوشمیرنه . دبلاریتـوب پـه وخت کښی 5% اودزیږونی په وخت کښی 30% اوهمدارنګه دپیورپریوم پـه مرحلـه کښـی 2% ټاکل شویده دغه شمیرنه د (Green hill) پواسطه ترسره شویده .

پټالوژیک اناټومی :

سره لدی چی په بیلابیلو پټالوژیک ګډابونو کښی پدی هکله دبیلابیلوغړو بدلونه څرګند شویدی همدارنګه بیلابیلو علماوخپلی څرګندونی کړی پدی هکله پدی وروستیو کښی Sheehan یوتن عـالم په هغه ښځه کښی چی دایکلامپسی دناروغی له کبله مړې شویوې لاندی پټولوژیک بدلونونه تثبیت کړیدی چی لوستل به یی پرته له ګټی نه وی.

پښتورګي (Kidneys):

– Mac دماکرسکوپی له نظره دپښتورګی دقشر برخـه پراخـه Broad اوخاسـفه حالـت اوحال داچی د Medulla برخه یی احتقانی وی .

دغه بدلونونه ښایی غلط کړل شی داځکه چی نوموړی اوصاف وصفی ندی .

– دمایکروسکوپی Mic له نظره بنستیز بدلونونه په ګلومیرولونو کښی منځ ته راځی چی په یوه اندول سره ټول اخته کیږی چی دغه (1,2) له خپل نورمال حالت څخه لویوالی مومی چی دابه دتیوبولونو برخه کښی وصفی وی . او همدارنګه دکپیلری لوپونه به په پراخه پیمانه توپیر ولری . داندوتیلیال حجری به دلوپ په دننه کښی پرسیدلی وی اویابه Fine Fibril لاندی اویا دقاعدوی غشالاندی پرتی وی .

بنستیز بدلونونه به د Afferent artenol په برخه کښی وی . دمعوج تیوبولونو مقدمه برخه به Flattened داپیتلیوم ولری . لومن به یی البومین یوریا له کبله دپروتین زیرمی ولری . همدارنګه Cast به Collecting tubul ترلی وی بعضا دغه دپروتین اویاهموګلوبین له ټوټو ځنی منځ ته راغلی وی .

ځیګر (ینه Liver):.



(۲–۵) تصویر

په هر ډول ایکلامپسیماکښی به په کبد کښی د Periportal دباب په چاپیریال وصفی آفتونه منځ ته راځی چی دغه آفتونه ښایی په سهولت سره ولیدل شی داچی ډیرکوچنی سره پتیشیا Ptichia دځیګر پرمخ باندی څرګندیږی چی پدی هکله (2-5) تصویر ته پاملرنه وکړی چی څرنګه سره کوچنی نښانونه څرګندیږی .

دغه راز بدلونونه په خپاره ډول شدیده وینه بهیدنه کښی منځ ته راځی دمایکریسکوپ له نظره دباب دورید دسیستم په چاپیریال کښی به دغه وینه یا Fibrin راټوله شویوی اوبعضا کیداي شی چی ټول سیستم یی بندکړیوی کیدای شی دغه آفت په یوه لوری کښی وی اودواړه لورو کښی په موقتی ډول اویا خپاره ډول سره وی .

ماغزه (دماغBrain) :.

دایکلامپسیا په ناروغی کښی په 1/3 پینبوکښی دمایکروسکوب له نظر دماغی آفت تثبیت شویدی یوه مجرده یاSingles وینه بهیدنه ښایی دحدبی (Pons) په برخه کښی منځ ته راشی اوهمدارنګه دبزال ګانګلیون اوپه تحت القشری سپین نسج (Sub cortical white Matter , Basal ganglion) په برخه کښی منځ ته راتلای شی داوینه بهیدنه ښایی لږه اویاډیره (Massive) وی . دغه آفت دا څرګندوی چی دلته د یوه وعایی تشویش له کبله دقشر په برخه کښی بدلون منځ ته راغلی اوهمدغه بدلون داختلاج سبب ګرځی .

دمایکرسکوب له نظره دکلوئید په څیر ترومبوز (Colloid like thrombi) په دماغی کیپلرونو کښی سګره دفیبر ینویید وشحمی استحالوی بدلونو دکیپلر په جدار کښی موندل کیږی .

کلینیکی نښی نښانی :

دا ناروغی دبلاربیتوب په وروستی دری میاشتوکښی منځ ته په ډیرونا روغانو کښی اختلاج ترهغه منځ ته نه راځی ترڅو چی دزیږیدنی دردونه نه وی پیل شوی او په بعضی کښی ترهغه چی زیږیدنه نه وی ترسره شوی دا اختلاج منځ ته نه راځی . په موخر ډول سره دزیږیدنی وروسته تر ٢٤ ساعته (Post partum) څخه تر رسیدو پوری به اختلاج منځ ته راشی خوکیدلای شی بعضا دغه اختلاج ترڅو ورځو هم انتظار وباسی .

د Eclampsia ایکلامپسیا معنی " To flash " ده داپدی معنی ده چی په یوه روغه ښځه باندی اختلاج لکه دتندر را پریوځی سره لدی چی په ناروغ داختلاج څخه دمخه د Preeclampsia اعراض اوعلایم ښودونکی دناروغی دی اختلاج په هر حالت کښی منځ ته راتلاي شی ښایی داستراحت په حالت کښی وی اویا ښایی ځمکی د پاسه د ولاړی له حالت څخه راپریوزی اوبی هوښه شی پدغه حالت څو ثاني آرامه حالت اوخودانی دمخ دعضلاتو اختلاج منځ ته راشی ، حدقه یا دستړګو(کیسی) متوسع وی ستړګی اوکوپړی یوي لوري ته مخ اوښتي وی ناروغه خپله خوله وازه پریږدی ، ژامنه جنب ته متوجه اود ژړا په حالت وی . ټول بدن شخ وی ، بازوګان قبض اوګوتی راټولی وی دپښی ګوتی هم دقبض حالت لری اوټول بدن یوه لوریته دسپزم حالت لری . دغه حالت وروسته دڅوثانیوڅخه له منځه ځی . ښایی شدید پرهرونه حتی دهډوکو اوکوپړی کسرونه منځ ته راتلای شی . ژبه ښایی بهرته راوتلی وی اوښایی دغاښونو په واسته غوڅه شویوی . همدارنګه دخولی څخه زګونه او وینه ښایی بهرته راوتلی وی . تنفس چټک اوقوی وی چی په وروستی حالت کښی ضعیف کیږی دوینی دفشار له کبله ستړګی راوتلی اومخ پرسیدلی ښکاری سیانوز په نهایت کښی منځ ته راځی دغه منظره ډیره خطرناکه دمړینی لپاره ده .

په تدریج سره اختلاج اوحرکتونه له منځه ځی چی څوځله دمخ دعضلاتو حرکتونه اولنډ اختلاجونه منځ ته راځی پدغه حالت کښی ناروغ دبستر لپاسه پروت وی اوداسی ښکاری چی دهغې زړه دصدر په برخه کښی پورته پورته الوزی دځه لحظی لپاره داسی فکر کیږی چی ښځه مړه ده خواوږدی سلګی اوچټک تنفس پیل کیږی اودکومادحالت بیلیدنه پدغه وخت کیږی په چټکی سره تنفس لږوالی مومی .

په بیاراتلونکواختلاجونو Recurring convulsion کښی دغه وقفه لږوالی مومی اوناروغ ډیرژر بیهوښه کیږی . تبه دغه حالت کښی لوړه درجه مومی اونبض زیاتوالی مومی ، اختلاج ښایی هرپنځه دقیقی وروسته منځته راشی خو اکثرا اختلاجونه د (60 – 20) دقیقوپوری موده کښی تکراراً منځ ته راځی .

په اوسط ډول (15 – 5) اختلاجونه منځ ته راتلای شی دغه داختلاج دحالت اوږدوالی ښایی ۳۰ ثانیو څخه تردوه دقیقو پوری وی اونادراً دغه موده اوږده وی . ددوه حملوترمنځ وخت کښی ښایی ناروغ ارامه وی یاډیرنا ارامه وی اویاهم بعضا سترې اوهزیانونه وایی پدغه وخت کښی ناروغه دکبد داخته والی نښی نښانی څرګندوی دوینی فشار لوړوی په شدیدو حالتونو کښی سیستول تر ۲۰۰ پوری وی .

- دمیتیازو په کتنه Urine Exam کښی Albumin urea ، Cast، hyaline ، Granular epithelial اوهمدارنګه وینه د Eclampsia لپاره وصفی ده دمیتیازولږیدنه ثابته خبره ده بعضا Anuria انیوریا منځ ته راځی .
- Oliguria هغه حالت ته ویل کیږی چی که چیری ناروغ د ۱۲ ساعتوکښی ناروغ تر 600 cc څخه لږ میتیازی وکړی .
- Anuriaهغه حالت ته وایی چی کچیری ناروغ د ۲٤ ساعتویادهغه څخه ډیره موده هیڅ میتیازی ونکړی دغه اصطلاح پکارورړل کیږی .همدارنګه لدی کبله په ولادی ناروغانو کښی Oliguria معمول ده خوانیوریا منځ ته نه راځی اویاهم نادراً منځ ته راځی .

شدید اختلاطونه دایکلامپسیما اوپری ایکلامپسیالپاره ډیهایدریشن وینه بهیدنه اودوینی ورکولوغبرګون دی.چی دالکټرولایت محلولونه دشدید ډیهایدریشن اووینه بهیدنی په حالت کښی ورکول کیږی . خوپه نوروحالاتوکښی مضاداستطباب ګڼل کیږی .

دورید له لارې ډکلوکوز محلول (20 یا 50) فیصد د اولیګوریا او انیوریا ددرملنی لپاره ورکول کیږی اوهمدارنګه د (Blood Transfusion) څخه وروسته هم توصیه کیږی . دغه د (B.T) وینی ورکولوڅخه وروسته مړینه (0,3 – 0,1) فیصده ده که وغوښتل شی چی له دغه څخه مخنیوی وشی نودوینی Cross Matching دی ترسره شی .

دانیوریا او اولیګوریا پیژندنه ډیره مهم خبره اوتر ټولو دمخه بایدوشی اودهغی درملنه دی وشی .

که چیری یوه ښځه جوړه شی اونجات ومومی نواختلاجونه لږشی اولږشدت به ولری . دمیتیازوکړنی حالت به زیاتوالی ومومی ، اوکومابه له مینځه ولاړه شی ، دتودوخی درجه به ښکته شی ، نبض به لږوالی ومومی اوسیانوز به له مینځه ولاړشی همدارنګه دماغ به بیا دشپږوساعتوڅخه تر دری ورځو تیریدنی پوری ښه والی ومومی اوشعور به بیامنځ ته راشی .

پیورپرال پسایکوز معمول خبره ده په هغه ښځوکښی چی اختلاج حملی تیروی خو انزار ډیرښه دی . ړوندوالی دسترګوتشوش معمولا دڅو ورځو په لړ کښی له مینځه ځی خوکه چیری البومین یوریک رتینایتس شته والی ولری دابه د مزمن نفریت په شته والی دلالت وکړی .

مړینه کـه چیـری مـنځ تـه راتلـونکی وی نـو دتـودوخی درجـه پـه لـوړه تـر (41,7°c) یا (107 F°) وی اختلاجونه شدت اوزیاتوالی مومی ، دریوی اذتما علامی ښکاره کیږی نبض ضعیف اوخیطی کیږی او دناروغ رنګ خاسف کیږی اوسیانوز منځ ته راځـی . همدارنګـه مړینـه د اختلاج په اوج او Apoplexia په حالت کښی دزړه دپارالایزیس (Paralysis) له کبله منځ ته راځی . انیوریا اوهموګلوبین یوریا منځ ته راځی اومیتیازی به درنګ له پلوه شینوالی ومومی .

علما Dexter او Weiss وائی چې په شدیدو پیښو دتوکسیمیا کښی محیطی کولاپس منځ تـه راځـی اوشاک وده کوی اودزړه عدم کفایه هغوی د (Water retention) له کبله بولی . نوله همـدی کبلـه باید پدغه حالت کښی ناروغ ته وینه ورکړل شی اویاهم دپروتین دمحلولونو څخه ناروغ تـه تطبیـق کـړی شی ترڅودمحیطی کولاپس څخه مخنیوی شویوی.

حاد توکسیما (Acute toxemia) :

که چیری پرته له Convulsion څخه دایکلامپسیا ټولی نښی نښانی شته والی ولـری نـو ورته به دحادتوکسیمیاوویل شی .ناروغ نابیره دکوماحالت ته ځی چی داحالت مرګونی حالت دی .او لدی دمخه نوری نښی لکه دقشر درد ، دلیدلوتشوش ، زړه بدوالی ، کانګی دشرسوفی دبرخی دردونه ، ښکته دوینی فشار منځ ته راځی .

معمولا تبه او ژیړی شته والی لری دوینی فشارډیرټیټ از کمزوری اوضعیفی شته والی لری .

همدارنګه بلاربټوب دوخت دتوکسیمیا- دماغی اختلاطونه دلاندی په څیر د Reis او Bernick دوینـا له مخی په دری ګروپونو ویشل شویدی .

۱- ایکلامپسیا داختلاج اودماغی وینه بهیدنی سره

۲- - په ایکلامپسیا کښی پرته له اختلاج اودماغی وینه بهیدنه

۳- - دبلاربټوب دټوکسیمیا په وخت پارالایزیس .

دایکلامپسیا پیژندنه :

دغه ناروغی دتاریخچی اواړوند کلینیکی نښیونښانو اولابراتواری معایناتو لـه مخـی ترسـره کیږی .

دایکلامپسیا انزار :

په منځنی ډول سـره مړینـه پـه حـدود (13%) ده چـی دغـه مړینـه پـه P/P لـومړی ځلوښځوکښی (20%) ته هم لوړیدلای شی .

- Antipartum.Ec لپاره 21% فیصده

- Intrapartum. Ec لپاره 13% فیصده
- Postpartum. Ec لپاره 16% فیصده

همدارنګه نیمایی دماشومانوخخه دلاندی علتونوله کبله دمړینی ګودال ته ځی :

- بی مودی زیږیدنه Prematurity.
- توکیسیمیا Toxemia.
- د زندې اسفکسی (Asphyxiation) دپرلپسی اختلاجونو له کبله
- مورته دمورفینو Morphine دورکړی له کبله دماشوم دعصبی سیستم دانحطاط لـه کبلـه دهغـه ترضیضونو اوجروحاتو له کبله چی دزیږیدنی پروخت منځ ته راځی .

دماشومانو دمړینی انډول پدغه رازپیښو کښی 40% فیصده اټکـل شـویدی همدارنګـه – Chicago lying in hospital کښی د احصایی له مخی هغه ناروغان شدید بلل شویدی چی پـه هغـوی کښـی دغه حالتونه شتـه والی درلوده :

١. کوما Coma .
٢. دتودوخی درجه 39c° (102 F°) څخه پورته .
٣. کله چی نبضان د 120 څخه په یوه دقیقه کښی پورته وی
٤. دتنفس یا ساکښلو انداز د 40 څخه په یوه دقیقه کښی پورته
٥. هغه ناروغان چی د 10 څخه ډیر اختلاجونه لری
٦. دزړه اورګونو دسیستم اختـه والی " دسږو اذیما ، معند سیانور ښکټه او لویدلی دوینی دفشـار او ښکټه نبض "
٧. همدارنګه په هغو پیښوکښی چی درملنه بریالی نه وی چی لاندی حالتونه کنټرول کړی:
   a. داختلاج نه ودرول او دهغوی بیارانګ څخه مخنیوی کښی نه بریالیتوب .
   b. ونشی کړای د ٢٤ ساعتو موده کښی اقلا 700 cc میتیازی جوړی شی .
   c. ونشی کړای چی د کوما حالت له مینځه یوسی .
   d. ونشی کړای چی هیموګلوبین او د وینی دوران پروتین اصلاح شی .

درملنه " **Treatment** " :

– مخنیوی (**Prevention**) :

سره لدی چی ددی ناروغی لپاره کوم ځانګړی علت نه موندل کیږی چی درملنه یی په مقدم ډول تـر سـره شی خوبیا هم دهغه علتونو په هکله باید لټون وشی . دا بلاربتوب دی چی ایکلامپسیا ته وده ورکـوی کـه

چیری په لومړی مرحله کښی تخریب کوونکی نښی ومونډل شی نو باید بلاریتوب ته پایله ور وبخښل شی .
همدارنګه Preeclampsia هم باید ونیول شی .
همدارنګه دبلاربتوب په وخت باید په بشپړه توګه نظافت اوپاکی وکړی شی او هربلاربه ښځه باید په دی فکر کښی وی چی ښایی دایکلامپسیا لپاره کاندید وی . دتوکسیمیا لپاره هغه ښځی ډیری کاندید دی چی دمخه له ځانه سره ناوړه او خطرناکه ناروغی لری لکه دکبد او پښتورګو ناروغی او په همداډول سره له نظافته هغه کسان چی هغه ښځی چی په هغوی کښی فشارلوړوالی مومی ، وزن زیاتوالی مومی اوتشی میتیازی کول دپښتورګو ددندی ترسره کولو ښه شهود دی په میتیازو کولو کښی کموالی مینځ ته راځی پدغه هکله باید په ځیر سره پاملرنه وشی .
دایکلامپسیا دناروغی په وخت بایدلاندی کیمیاوی کنټی په ښه توګه ترسره اودهغوی دنااندولیتا په صورت کښی دهغوی درملنه وشی .

— میتیازی Urine کنټه :

۱. په میتیازو کښی دیوریادنایتروجن د ټوټو لړوالی
۲. په میتیازو کښی دکلورایډ out put لړوالی
۳. په میتیازو کښی پروتینوریا

— وینه Blood کنټه :

۱. په وینه کښی uric acid لوړوالی
۲. دوینی د CO_2 د نښتنی دقدرت لړوالی
۳. دوینی د pH ټیټیدنه .

- فعاله درملنه : کله چی ښځه بلاربه وی ، زیږونکی وی یا پیورپیرال Puerperal وی او لومړنی اختلاج ورسره تثبیت شی اوي په ښه شدت ومومی ! پدی هکله یو ددوه میتودونو څخه د درملنی لپاره ټاکل کیږی.
- محافظتی Conservative : محافظتی درملنه دطبی درملو پواسطه دناروغ دعمومی وضعیت اومینځ ته راغلو بدلونونو اوناروغیو درملنه ترسره کیږی .
- جذری یا جراحی Surgical کړنلاره : همدارنګه په جذری یا جراحی درملنه کښی د Cesarean Section جراحی کړنه ترسره کیږی اورحم تشول کیږی .

همدارنګه بله کړنه داده چی محافظتی اوجراحی کړنه دواړه په ګډه سره ترسره کیږی . پدی حالت کښی طبی محافظتی درملنه باید ترسره شی او ژر ترژره باید رحم تش کړل شی .

دبلاربتوب په وخت کښې درملنه :.

ددغې دورې طبی محافظتی درملنه په لاندی ډول ده اوهرکله چی دایکلامپسیما د درملنی نوم اخیستل کیږی نو د یو لړعالمانو نومونه په یاد راوړل کیږی چی هریوه یی یوه کړنلاره وړاندیز کړیده چی ورځخه د درملنی په هکله کار اخیستل کیږی . په 1896 م کال کښې عالم Tweedy داسی نظر ورکړچی :

۱. اختلاجونه باید دمورفین Morphine پواسطه کنترول کړل شی .
۲. دمناسب جولابو (purgation مهسلاتو) پواسطه لوږه بشپړه شی .
۳. همدارنګه په مناسبه توګه اواندازی سره مایعات دی تطبیق کړل شی .

هغه عالم په هغه وخت دتنبهاتو له منځه وړل ،درګ وینه ویستنه ، او دفرط فشارد درملنی لپاره توصیه کړه نوموړی Rotunda hospital کښې دماستر په څیر دنده ترسره کوله اود ایکلامپسیا دناروغانو لپاره ئې د مړینی میزان (8,6 %) ټاکلی وه .

همدارنګه ترهغه وروسته د Stroganoff پنوم دنوموړی درملنی پکاروړلو سره دمړینی میزان یا انډول تر (6%) پوری راټیټ کړ او په نوموړی درملنی کښې لاندی اصلاحات راوستل :

ناروغ باید په داسی یوه خونه کښې بسترشی چی آرامه وی ، او روښنائی لږه وی هوا ولری ، ګرمه وی ، اوهمدارنګه ګرمه مشکوله ورسره وی .دلږی اندازی دکلوروفورم پواسطه انستیزی او (0,015gr) په اندازه مورفین دتحت الجلد له لاری ناروغ ته تطبیق کیږی. یوه کړی یاساعت وروسته دوه ګرامه (2gr) د کلورالهایدریت (Chloralhydrat) په 100cc محلول دشیدوکښې دخولی له لاری که چیری ناروغ شعورولری ورکول کیږی او که شعورونلری دغه اندازه دکلوروفورم دبیهوښی لا ندی دپرته له شعوره ناروغ ته دریګوم له لاری تطبیق کیږی دری ساعته (3^h) وروسته 0,015gr مورفین دکلوروفورم د بیهوښی سره ناروغ ته تطبیق کیږی . اوه ساعته (7) وروسته دوه ګرامه (2gr) کلورالهایدریت ورکول کیږی دیارلس ساعته (13h) وروسته (2gr – 1,5) کلورالهایدریت بیاورکول کیږی.که چیری دغه کړنلاره او درمل ونشی کړای چی اختلاج له منځه یوسی نوکیداي شی چی ددرملو ډوزلوړکړل شی او وقفی ډیریږی .که چیری دغه درمل بیاهم بریالی نه وی چی اختلاجونه ودروی نو بیا دې د واټرس کځوړه (Bag of water) وځیرل شی .که ددرملنی سره سره بیاهم اختلاج شته والی ولری نو کیداي شي چې فشار راټیټولو په موخه د 400 cc په اندازه دی وینه له رګ څخه وایستل شی .

دیوه بل عالم Bogen او دلاس انجلس په روغتون کښې د Vruwink او Lazar پواسطه دوریدلې لاری 10 % Magnisuim محلول د 20cc په اندازه داختلاج له منځه وړلو لپاره ورکړی شول که

چیری ژر ترژره بیا شړن (اختلاج) مینځ ته راشی نوموړی اندازه تکرار کیدای شی چـی بنـایی د دغـه محلول اندازه تر 120 cc پوری پرته له خطـره وبلـل شـی .همدارنګـه پـه Chicago lying – in Hospital کښی د Dieck mann پواسطه دغه ګډه درملنه ترځیړنی لاندی ونیول شوه .

دغه درملنه په لاندی ډول په منظم ډول سره وکړل شوه .

١. ناروغ په یوه آرامه ،تیاره ترښه نرسنګ څارنی لاندی ونیول شی .
٢. په ځیرسره څارنه وشی چی جروحات دژبی اویا له بستر څخه راپرزیدنی په هکله پاملرنـه وکړی . همدارنګه دکانګی شویو موادو داسپراسیون Aspiration څخه مخنیوی وشی .
٣. دفولي کیټر مثانی ته تیر او ورځنی متیازی کړنی دی اندازه کړل شی .
٤. دوینی فشار دی پرلپسی ډول سره کنټرول کړی شی . او هردوه ساعته وروسته دی ثبت کـړل شی نبض ، تودوخی درجه اوتنفس شمیرنه دی هره ورځ دیوه چارت لـه مخـی وټاکـل شـی اوهغه ثبت کړی شی .
٥. داختلاج دکنټرول لپاره یوشمیر درمل پکاریوړل شی . همدارنګه لدی کبلـه چـی پـه لـوړو دوزونو سره درمل بنایی مسموم کوونکی دی بنه به داوی چی ډوله درمل په ګډه پکـاریوړل شی .

<u>هغه درمل چی دایکلامپسیا په درملنه کښی پکاریږی په لاندی ډول دی :</u>

I. مورفین Morphine :

دتحت الجلد (0,015gr) ناروغته ورکول کیږی ترڅو اختلاج کنټـرول کـړل شـی دغـه انـدازه د (10) لسوشمیر په اندازه دتنفس شمیرته په هره دقیقه کښی لږوالی وربخښی خو (0.13g) ګرامـه پـوری دغـه درمل د (24) ساعتونوپه موده کښی مصؤن بلل کیږی . خوکه چیری دغه دتحت الجلد له لاری کومه ګډه ونه رسوی ("0,015gr" اویا "0,011") په اندازه مورفین دورید له لاری ورکول کیږی .

همدارنګه دغه درمل دایکلامپسیا لپاره یوازی درمل بلل شوی خو دا درمـل د (Urine Output) تـه لږوالی وربخښی له همدی کبله (50%) په هغه نارغانو کښی چی اذیما اوتوکسیمیا شدیده وی باید په پام کښی ونیول شی .

II. Magnesium Sulfate :

د (10cc) په اندازه (25%) محلول اویاد 4cc په اندازه د (50%) محلول دعضلی له لاری ناروع ته تطبیق کیږی اوهمدارنګه اختلاج دتکرار په صورت کښی د 5cc په اندازه بشپړ دور ټاکل شویدی .

د ایکلامپسیا په شدیده واقعاتو کښی کیداي شی چی دورید له لاری هم ورکړی شی دهمدی مقصد لپاره 20cc د 10% محلول څخه هریوساعته وروسته ترڅو چی اختلاج کنټرول شی ورکول کیږی .

مګنیزیوم د پښتورګو له لاری اطراح کیږی، که چیری د پښتورګو دنده ښه نه تر سره کیږی دغه اندازه په وینه کښی لوړیږی ښایی کوماسخته اومړینه منځ ته راوړی .

III. **Barbiturate** :

د Luminal sodium څخه (325 mg) په اندازه دتحت الجلد له لاری ورکول کیږی کـه چیـری اړتیاوی د 12 – 24 h پوری تکرارا ورکول کیږی .

- نوربارېتورابټوته لکه Sodium amytal 0,5 – 1gr پوری دورید له لاری 10% محلول کښی دورید له لاری ورکول کیدای شی اویا 0,6gr دریکټوم له لاری ورکول کیږی .
- Phenobarbital 10 mg/kg/w -5د اختلاج د له منځه وړلو لپاره ورکول کیږی.

IV. **Paraldehyde** :

دپارالدیهاید دریکټوم له لاری 40g ګرامه په ابتدائی دور سره ورکول کیږی که چیری حمله تکرار شی دغه اندازه تکرارکړی ترڅو چی حاده مرحله له منځـه لاړه شـی .همدارنګـه د پارالدیهایـد زرقی محلولونه (5cc) امپولونه جوړشویدی. دغه درمل 0,2 – 0,1 ملی لیتر په انـدازی پـه کیلـوګرام وزن دبدن شمیرل اودعضلی له لاری داختلاج ضد ښه درمل ګڼل شویدی .

V. **Chloral hydrate** :.

دغه درمل د 2gr په اندازه په 100cc محلول Starch کښی دریکټوم لـه لاری تطبیـق کیـږی کـه چیری اړتیاوي تکرارا ورکول کیږی دیادولو وړبولو چی ووایو دغه درمل دزړه ډیرقوی انحطاط ورکـونکی دی چی ښایی فشار راټیټ کاندی .

٦ – *Veratrum viride* :.

دادپخوا څخه پکاروړل کیږی نورموړی درمل 3-10 minims پـه انـدازه ورکـول کیـږی .همدارنګـه Bryant یوعالم ددرملنی لاندی کړنلاره تطبیق کړیده :

I. د Mg – sulfate څخه 5cc د 50% فیصده محلول څخه په هر اته ساعته کښی دعضـلی له لاری
II. سیروم ګلوکوز 20% لږ ترلږه 400cc دورځی یوځل یاهایپرتونیک محلول .
III. دمالګی څخه پرته رژیم .
IV. 3000cc مایعات دخولی له لاری .
V. هغه طبی درمل چی دسودیم ترکیب لری باید ورنکړل شی .

VI. خوراک - څښاک Intake او اطراح out put باید کنترول کړی شی دوینی فشار ، نبض ، تنفس، دتودوخی درجه ټاکل کیږی .

VII. داختلاج له مینځه وړونکی درمل یی پکار وړی .

که چیری په کوم ناروغ کښی چی دسږو دحادی اذیما خطر وی نو پدی صورت کښی باید له ورید څخه د (500cc) په اندازه وینه راوایستل شی. هغه ښځه چی 4,5 اویا 6,7 کیلوګرامه ماشوم زیږوی باید دهغی دګیډی دپاسه د 15 – 10 پونډو پوری وزن فشار دجدارلپاسه راوړل شی ترڅو د وعای کولاپس مخنیوی شویوی .په هغه ښځوکښی چی اختلاجونه شدید او متکرر وی اولدی کبله یی کوم غاښ مات اونیم وتلی وی باید هغه راوایستل شی ددی لپاره چی ژبه ژوبله نکړی یا Clothespin یویا Airway په خوله کښی کینبول شی دکلو تسپین آلی ته په تصویر کښې پاملرنه وکړي.

که چیری داختناق Asphyxia خطر وی نو Tracheotomy استطاب لری . همدارنګه دخولی زګونو افرازاتو وینی اومخاطی توټو له راتولیدنی څخه دی مخنیوی وشی هغه هره ګړی Suction کړل شی اوداسپایریشن Aspiration ځنی باید مخنیوی وکړی شی له بیځایه او بی وخته فزیکی ګنبی اوله ډیرتکرار څخه مخنیوی وشی .همدارنګه دلوړ اوازغږیدنی او دروازی او کړکی ، اودبستر له آواز څخه باید ډډه وشی داځکه چی هریو ددی داختلاج شدت زیاتوی .

دخولی له لاری باید هیڅ رازشی په بیهوښه ناروغانو کښی ورنکړل شی داځکه چی مایع سږو ته اسپریشن Aspiration کیږی او پنومونی مینځ ته راوړی دناروغ هایپوکسی Hypoxia دی اوکسیجن (O_2) دورکولو پواسطه اصلاح کړل شی .

دبلاربتوب درملنه :.

همدارنګه که چیری پورتنی درملنی بریالی نه وی اوداسی ثابت کړل شی چی ماشوم ژوندی دی او رحم تقلصونه پیل کړیدی ددی کړنی معلوم کول دهری ګړی (T.R) پواسطه کیږی نوضروری بلل کیږی چی بلاربتوب ته خاتمه ورکړل شی داچی موضعی ارتشاخی انستیزی ورکول کیږی لدی کبله چی ناروغ کوماتوز حالت لری او د درد احساس یی نشته او (C/S) کړنلاره ترسره کیږی دمغلق پیښو په صورت کښی به همدارنګه ډیری ښځی طبعی زیږونه کوی او یو لږیی د Episiotomy له لاری هم زیږول کیږی .

همدارنګه Caudal anasthesia پواسطه هم دسپیکولوم او فورسپس څخه دزیږونی دسرته رسولو لپاره کاراخیستل کیږی که چیری ماشوم د (30) دیرش اونی عمرولری او داچی که چیری بلاربه ښځه (P/P) یا (M/P) وی اوعنق ښه نه وازیږی. نو د دوی لپاره دمهبل Vaginal سیزاین سکشن (C/S

) ترسره کیږی او که چیری دماشوم د (32) دوه دیرش اونیو څخه زیات عمر ولری نسه به داوی چی دګیډی له لاری Abdomen cesarean section به نسه کړنلاری سکشن ترسره کیږی.پدی حالت کښی دپښتورګو ، ځیګر (کبد) اورګونو ته ایکلامپسیا ناروغی.دشاک منځ ته راتلو لپاره یو مساعد کوونکی فکتوربلل کیږی.او د انتان اومیکروب مداخله ژر تر ژره منځ ته راځی .همدا چی دناروغ بلاربتوب ته پایله وربخښل کیږی باید ناروغ له پامه ونه غورځول شی داځکه چی ایکلامپسیا دزیږیدنی تروخته او یا هم دهغه وروسته هم مرګونی دی.

که چیری دایکلامپسیا په وخت ماشوم په رحم کښی مړشی دناروغ دناروغی د توکسیمیا نښی نښانی لږوالی مومی دا باید په یادوساتل شی همدارنګه دایکلامپسیمیا ناروغان دزیږونی په وخت کښی هم انتانات ډیر دمداخلی لیوالتیا لری نوددی لپاره چی انتانان مداخله ونکړی بایدمناسب اتنی بیوتیکونه له هغه دمخه او ورسته ناروغ ته ورکړل شی .

i. وسیع الساحه اتنی بیوتنکونه Broad spectrum antibiotic
ii. نیمه ترکیبی پنسلینونه : 4-8gr دورځی په کسری دوزونوامپسلین اوکلوګزاسیلین 2-4 gr دورځی په کسری دوزونو.
iii. سفالسپورینونه :
   - Ceftriaxon 1-2 gr دورځنی
   - Cefotaxim 2-4 gr دورځی.
iv. امینوګلایکوسیدونه :
   - Gentamicin- 120 mg دورځی یو یا دوه ځله
   - Kanamicin- 1-2 gr دورځی یو یا دوه ځله
v. فلورکینولینونه :
   - Ciprofluxacin- 250-500 mg هر 8-12 h وروسته
   - Nurfluxacin- 400-800 mg هر 12 h وروسته

همدارنګه دنومړی درملنی په وخت باید دکبد اوپښتورګو دنده سرته رسول په پام کښی ونیول شی .

د Symptomatic درملنه هم باید په پام کښی ولرل شی داځکه تبه ، تنفس او نوردی کنترول کړی شی .

ددرملنی دمیتود ټاکنه :

همدارنی ددرملنی دمیتود دټاکنی لپاره باید لاندنی ټکی په پام کښی ونیول شی . اوناروغ باید دنږدی څخه وخیړل او وڅارل شی .

۱ دناروغ دبلاربتوب دمودی اوږدوالی .

۲ داختلاطاتو شته والی .

۳ ایا ناروغ دزیږیدنی په حالت کښی دی او که .

٤ دناروغیو دشدت زیاتوالی ، داختلاج شدت ، تکرره اوکومادحالت ارزونه ، دسیانور شته والی ، دفشارټاکنه اود نبض اندازه.

٥ دجراحی کړنلاری مهارت اوتجربه درلودل .

٦ دچاپیریال ارزونه چی ایا ناروغ په کورکښی دی که روغتون کښی دی همدارنګه ډیرمرستیال ډاکټران دجراح تر څنګ شته اوکنه .

همدغه راز محافظتی درملنه ډیر نتایج ورکوی باید دداخلی او زیږونی د ډاکټر دمتخصص ترستړګو اونظرلاندی تر سره شی اود سیزارین سکشن.

دایکلامپسیادناروغانو لپاره د (C/S) تر سره کول په لاندی حالتونوکښی استطباب لری .

۱- که چیری دحوصلی اوماشوم ترمینځ مسافه لیری او معینه کړل شی چی زیږونه ساده نه وی .

۲- په هغه ښځه کښی چی P/P وی موخر بلاربتوب وی او یادولادت پیل وی او لاندی حالتونه ولری :

a. Rigid soft part پسته برخه کلکه Rigid وی .

b. اوږد ټرلی سرویکس شته والی ولری

c. که کوپړی پورته وی او اختلاج منځ ته راغلی وی او داختلاجونو ترمینځ وقفه لنډه وی .

۳- کله چی ایکلامپسیا ډیره شدیده وی اوداختلاجونه ډیراو ژر منځ ته راتلونکی وی کوما او سیانوز منځ ته راغلی وی او ناروغی د طبی درملنی پواسطۀ نتیجه ورنکړی .

دپوست پارتوم ایکلامپسیا درملنه :

پدغه دوره کښی درملنه دیوه اندازه مورفین ، لومینال سوډیم ، منګنیزیم سلفیت او دګلوکوز مخلول دوریدله لاری په ټاکلی اندازه تطبیق کیږی.دایکلامپسیا پیښی دزیږونی څخه وروسته تر دولس (12h) ساعته څخه اوږده موده نه نیسی . اختلاج چی دځوورځولپاره وروسته له زیږونی شته والی لری دوینه بهیدنی او اوږد سینوسونو او ماغزو دترومبوز له کبله دی له همدی کبله ښایی ناروغ اختلاج ولری اویاهم پرالایزیس ولری .

له درملنی وروسته :.

هغه ناروغان چی له درملنی وروسته دریکوری حالت ته تللی دی پدوی کښی باید داختلاح دشته والی له کبله څوساعته اویاځو ورځی وروسته دزیږونی څخه نزدی ترځارنی لاندی وی اوځارنه تر سره شی دهغوی دوینی فشار ثبت لږترلږه دورځی یوځل ، ژرترژره کله چی ناروغ شعور ترلاسه کړی باید هغه دخولی له لاری تغذی پیل کړی شی اویادانفی معدوی (N.G.Tub) له لاری عذایی مواد ورکړل شی :

د koro شربت 10% هریوساعت وروسته ورکول کیږی چی مقدمه اندازه یی 50cc ده خو دتحمل په اندازه دغه اندازه (200-300cc) پوری اوږدوالی مومی . دغه دتیوب له لاری مواد ترهغه ورکول کیږی چی ناروغ وکړای شی چی له مالکی پرته خواړه وخوری چی دغه به دکاربوهایدرایت دمیوې ، دمیوی جوس او اوبه دی . دا ترهغه پوری ورکول کیږی چی دتوکسیما اعراض اوعلایم له مینځه لاړشی.

ناروغ ته په مناسب اندازه ارام کوونکی درمل ورکول کیږی ترڅو بنه آرام سکون اوخوب وکړی . په لومړی اودوهم ورځ دزیږونی بنایی ناروغ بی اختیاره غول کول اومیتازی کول ولری . چی مشانی دتیوب او Lochial pad په احتیاط سره پکاریورل شی دناروغ دپسایکوز باید درملنه وشی دشیدو ورکولو څخه دی تربیخی دشعور تر مینځ ته راتلو پوری ډه ډه وشی.

درګونو ناروغی له امله مزمن فرط فشار (اساسی فرط فشار):

Chronic Hypertensive vascular disease
" Essential Hypertention"

۱- <u>درګونود ناروغیوله کبله هغه مزمن فرط فشار چې پرته له حاد توکسیميا څخه وی :</u>

فرط فشار اصلاګومه ناروغی نده خو د رګونو سیستم دناروغیو دیوی نښی په څیر منځ ته راځی د Diechamarm دتیوری له مخی په حدود (% 6-9) نورمال ناروغانو کښی چی دبلاربتوب د نیمایی عمر تیر وی فرط فشار او البومین یوریا لری اوبدلونونه یی دعمومی اذیما په څیرمینځ ته راځی داد (Dexte & weiss) دیتوری له مخی .دلته اساسی فرط فشار Essential Hypertension درګونو دناروغیو له کبله تل پرته له پتولوژیک بدلونو څخه دبلاربتوب څخه دمخه شته والی لری . اوهمدارنګه ښایی دانا روغی د (24)اونی بلاربتوب څخه پخواشته والی ولری .



کلینیکی نښی نښانی :.

پدی حالت اکثرا فشارپه مزمن ډول سره درګونو دناروغیوله کبله شته والی لری اودا نښی نښانی په وصفی ډول لږترلږه سیستولیک فشار (140) اودیاستولیک (90) ملی مټره دسیماب دبلاربتوب څخه دمخه اودبلاربتوب دپایلی څخه څلورمیاشتی نورهم دوام ولری اوهمدارنګه که چیری دقیقه او په ځیر سره تاریخچه واخیستل شی نو دلس (10) کالو څخه دمخه به فشارلوړوالی په پتالوژیک ډول چی د درملنې په وړاندی نه غورزیدونکی وی شته والی لری . دعلماو په نظر په بلاربه ښځه کښی فرط فشار چی نورماله ښځه وی پدوی کښی به فرط فشار عصبی فشار،عصبانیت مینځ ته رانه وړی . اوکه چیری دغه حالت مینځ ته راشی نودابه یوډول ګواښ دلوړ فشار لپاره وی دغه حالت په بلاربوښځوکښی (65%) په دایمی ډول دفشار لوړیدنه منځ ته راوړی پدوی کښی کورنی تاریخچه (ارثیت) هم د ناروغی دشته والی لپاره تثبیت کیږی .

حال داچی داډول حالت دپری ایکلامپسیا لپاره نه تثبیت کیږی Brown یوتن عالم څرګندکړی که چیری دفشارسیستولیک اندازه تر (160) ملی مترودسیمابوته ورسیږی دابه بحرانی مرحله " Critical level " وګڼل شی داهماغه وخت دی چی ماشوم " جنین " ښایی په رحم کښی ومری دامړینه به په رحم کښی دوینی بهیدنی له کبله وی اودمیکانیزم په هکله یی داسی فکر کیږی چی دیسیدوا په برخه د Spiral arteries دسپزم له کبله چی هلته (Anoxia) منځ ته راوړی اودرحم جدار مجروح کیږی اوبعیده رګونه

تقبض کوی کله چی دغه تقبض له منځه ولاړشی اووینه یادجدار په کپلری بهیر پیداکړی دتحیض په څیرنا څاپه وینه بهیدنه منځ ته راځی چی دغه تجربه په بیزوګانو کښتر سړه شویده پدغه حالت کښی بنایی دوینی سیستولیک فشاربنایی له (150) ملی مترو څخه پورته وی .

په خفیف ډول داساسی فشارکښی فشاردوینی دومره پورته نه وی اوالبومین یوریا هم شته والی نلری . او دسترګو په کتنه کښی درتینا (شبکیی) دبرخی لږ بدلون شته والی لری اوناروغ په دغه حالت ځان روغ احساس کوی .همدارنګه په شدید ډول دفرط فشارکښی چی خبیث فشار Malignaht بلل کیږی چی دا حالت په نادره توګه په بلاربو بنځو کښی لیدل کیږی، دوینی فشاردایکلامپسیا اوپری ایکلامپسیاد ټاکلی حالت څخه پورته وی .پښتورګی بنه دنده نه ترسره کوی اودشبکی رګونه ټاکلی بدلونونه څرګندوی.

دسترګوبدلونونه د Hypertensive اوپښتورګو Renal hypertension دپښتورګودناروغیو دشته والی له کبله په توپیر پیژندنه کښی ډیراهمیت لری دمینځ ته راتلو له مخی دسترګو دشبکی بدلونونه د Ongiospastic retinitis اواذیماځخه د مخی په لږه اندازه منځ ته راغلی وی اوهمدارنګه رګونه (ارتریولونه) عضوی نری کیدنه Organic narrowing اوسپزم دخپاره Retinitis حالت سره مل وی دانظریه (Stander) نومی عالم ورکړی . په وروستیوحالتونو کښی یو وصفی دسترګوبدلونونه دشبکی وینه بهیدنه او البومین یوریک ریتینیت ، مزمن نفګریت منځ ته راځی .

انزار Prognosis :

هغه ناروغان په خفیفه درجه فرط فشارلری په هغوي ددواړو مور اوماشوم لپاره کوم ډول خطرشته والی نلری او په نورماله اوبنه توګه به مور نورماله زیږونه وکړی دغه ناروغان بنایی ترزیږیدنی پوری د 150:100څخه بنکته دوینی فشارولری .

همدارنګه که چیری دوینی فشار د 150:100 څخه پورته وی بلاربی بنځی په پیلاپیلو فیصدیو سره به دناوړه پیښوسره مخامخ شی د Brown دځرګندونی له مخی هغه بنځی چی دوهم ترایمستر یی ماشوم مړپیداشوی دهغوی فشارپدغه دوهم ترایمستر کښی ندی را ټیټ شوی یا په بل عبارت هغه بنځی چی په دوهم ترایمستر کښی یی دوینی فشار رابنکته شوی هغوی نورمال ماشوم زیږولی دی .همدارنګه نومورې څرګندکړی چی دپری ایکلامپسیا او ایکلامپسیا توکسیمیا تداوم بنایی درګونو ویجاړیدنه اوناروغی مینځ ته راوړی چی بنایی دفرط فشار لپاره سبب وګرځی .

داساسی فشاردرملنه : .

لدی کبله چی د فرط فشار بنسټیز علتونه لا تراوسه معلوم ندی دنومورې ناروغی درملنه تل دعرضی درملنی له مخی په وړاندی ځی اوهغه Risk factor فکټورونه چی فشارلوړوی هغه ترکنټرول

لاندی راوستل کیږی هغه ناروغان چی دسیستول فشاریی د (140-150) او د دیاستول فشاریی (90 – 100) ملمتر سیمیانوترمینځ وی اوبلاربی هم وی ځانګړی پاملرنی ته اړتیالری . کله چی دوینی فشار د 160:95 ملی متروسیمابو څخه پورته شی دغه ناروغان باید لاندی ټکی په پام کښی ولری :

i. ناروغ دی په روغتون کښی بستر کړل شی اوخارنه دی وشی .

ii. فینوباربیتال 0,06 gr دوځی دری ځله ناروغ ته ورکړل شی .

iii. ټول مالګیزخواړه پری ودرول شی او دغوړو اندازه دی لږ کړل شی.

iv. ښځه باید ورځنی دکولموحرکات ولری داکه دکومک سره وی اوکه پرته له کومکه دمسهلاتو په ورکړی سره .

v. که چیری دمیتیازو کولواندازه له 1000cc څخه په ورځ کښی لږه وی دوی ته هایپوتونیک محلول Glucose 20% 100cc – 500 ورکول کیږی اویاهم دیوه فورمول له مخی په عدم کفایه کښی Fluid= 400cc + Urin out put په پام کښې نیول کیږي.

vi. همدارنګه په نادرډول سره دبلاربتوب پایله ضرور ګڼل کیږی چی بنایی په طبعی ډول سره د Bag دخیرلوپواسطه یاد موضعی انستیزی لاندی مهبلی زیږویه اوښایی (C/S) سیزارین سکشن ته اړتیا موندل شی

vii. هغه نارغان چی فرط فشارولری باید Pituitary extract ورنکړل شی . دلاندی درملو څخه یویا په ګډډول سره داساسی فرط فشارد درملنی لپاره کاراخیستل کیږی چی دطبیب دپاکلوله مخی کیږی.

دفرط فشاردرملنه د دیورتیکونو پواسطه :

۱. تیازیدونه Thiazids لکه :

i. Chlorthiazides (Diuril) دغه درمل د 50-200mg دورځی څلورځله "9d" ورکو کیږی زرقی محلولونه یی شته اطراح یی 6-12h ده .

ii. Chlorthiadon (Hygroton) دا درمل 25-100mg ورکول کیږی .

iii. Hydrochlorthiazid دار درمل 25-100mg /qd ورکول کیږی.دورځی څلور ځله .

iv. Indapamid(Lozol) 2,5 – 5mg /qd ورکول کیږی .

v. Metolazon د 2,5- 20mg /qd ورکول کیږی .

۲. لوپ دیوریکونه Loop diuretics لکه :

i. Ethacrynic acid د 50-200mg /qd دورځی دوه یاځلورځله

ii. Furosamide (Lasix) 20-80mg دخولی له لاری دورځی دوه ځلی او یا وریدی 10-40 ملي ګرامه دوه ځله ورکول کیږی اوناروغ څارل کیږی .

۳. دپوتاسیوم زیرمه کوونکی دیورتیکونه Spiring diuretics - k لکه :

A. Moduretics . دادرمل 10mg — 5 دورځی ترځلورځله ورکولای شو .

B. Spironlacton . دادرمل 25-200mg دوځی ترځلور ځله .

C. Triamtren - دادرمل 50-200mg دوه یاځلور ځله ورکول کیږی .

D. هغه درمل چی Antiadrenevgio اغیزی :.

i. Reserpin (Serpasel) دادرمل دورځی څلورځله (0,05-0,25mg) ورکول کیږی په لومړی اونی کښی ورکول کیږی همدارنګه هغه ناروغان چی انحطاط Depression لری په هغوی کښی مزاد استطباب دی اود Quinidine او Digoxin ددرملنی سمی اغیزی ډیروی .

ii. Guanithidin (Ismelin) دادرمل ورځی 10-50 mg ترځلورځله ورکول کیږی .

iii. د Central alpha agonist درمل .

a) MethyIdopa (Aldomet) دادرمل دورځی 250-1000mg پوری دخولی له لاری دوه یادری ځلی ورکول کیږی دادرمل د Lithium او Halperidol سمی اغیزی ډیروی بنایی د chronic active hepatitis ناروغی منځ ته راوړی دا درمل معمولا په بلاربو بنځو کښی مزمن فعاله له هیپتاتیت مینځ ته راوړی .

b) Clonidine (Catapress) "0,1 – 0,4 mg" دورځی دوه ځله.

c) Guabenz (Wytensin) دورځی "4-32mg" دوه ځله.

٤. Peripheral alpha antagonist

a. Parzosin (Minipres) "1-5mg" دورځی دوه دری ځلی

b. Terazosin (Hytrin) "1-10 mg" دوه یاځلورځله دوځی

٥. Beta adrenergic blockers :

i. Acebutolol (Sectral) دروځی "200-400mg" دوه ځله

ii. Atenolol (Tenormin) دورځی "50-100-200mg" ترځلور ځله

iii. Labatalol (Tandat) دورځی "100-600-2400mg" دوه ځله

iv. Metoprolol (Lopesor) "50-100mg" دورځی څلورځله

v. Propranolol (Indiral) 40-120mg دورځی دوه ځلی

vi. Timolol (Blocadrin) 10-20mg دورځی دوه ځله

vii. Sotolol دورځی یویادوه ځلی

٦. همدغه یولړ نوردرمل چی د Miscellaneous ترګروپ لاندی راځی .

a. متوسع الوعایی Vasodilator :

– Hyderlazin(Apresolin) دادرمل دخولی له لاری "25-100mg" حتی تر "300mg" دوه ورځی دورځی ورکول کیږی . زرقی محلولونه یی "10-40mg" دورید یا غوښی له لاری ورکول کیږی .دبلاریتوب په دوره کښی ترټولو غوره درمل کټل کیږی .

– Minoxidil (Loniten) دادرمل دورځی "2,5-20mg" دوه یاځلور ځله ورکول کیږی خوکه چیری دپښتورګو عدم کفایه Renal failure اویا Hypertrichosis ناروغی شته والی ولری دغه اندازه لږه کیږی .

b. – Ca - Channel blockers :

i. – Nifidipin (Adalat) یا (Procardia) دادرمل "10-30mg" دورځی دری ځله ورکول کیږی که چیری اړتیاوی تر 180mg هم دخولی له لاری ورکول کیږی .

ii. Verapamil دادرمل 80-120mg دورځی دری ځله ورکول کیږی .

c. Angiotensin converting enzym lnbibitors :

i. Captopril (Capoten) دادرمل دورځی "12,5-50mg" دوه یادری ځله .

ii. Enalapril (Vasotec) "2,5-20mg" یو یادوه ځله.

درګونوناروغی له امله دوینی دفرط فشارمزمنه ناروغی او دحاد توکیسمیاسوپرامپوزکېدنه

داناروغی به هغه وخت په ګوته شی چی دمزمن فرط فشار او رګونو ناروغی دیوی حادی توکسیمیا پواسطه زیاتوالی ومومی چی په لاندی ډول ده :

- داسی شهود چی له پخوا څخه د فرط فشار مزمنه تاریخچه ولری.

- همدارنګه دسیستول په فشارکښی 30 ملی متروسیمابو اودیاستول د 15mmHg په اندازه فشارناخاپه لوړوالی پیداکوی .
- اوسره لدی پروتین یوریا ولیدل شی .

په نورماله بلاربه بښځه ایکلامپسیااوپری ایکلامپسیا کښی تر (1%) پوری البومین یوریا وده کوی Brown دغه راپور 14,9% ټاکلی .

انزار Prognosis :

ددی ناروغی لپاره انزار دنورو ناروغانو په نسبت ناوړه دی خو که چیری څومره ناروغی لږه اوخفیفه وی نوانزاز به یی بښه وی که چیری دغه ناروغی په وخت سره ونه پیژندل شی ډیرناوړه پایلامې او عواقب به ولری .

په 301 پیښویوتن عالم څیړنی کړی چی نتایج یی په لا ندی ډول دی .

- دمور مړینه 4,3%
- دجنین مړینه 38,2%

همدارنګه په 211 پیښو څیړنه بنایی .

- دماشوم مړینه 18,5%
- دمورمړینه 12,2%

درملنه : .

لکه دایکلامپسیااوپری ایکلامپسیا به محافظتی درملنه کیږی که چیری دری یا څلور ورځی دغه درملنه نتیجه ورنه کړی اودناروغ په عمومی وضعیت کښی ویجاړیدنه راتلونکی وی پدی حالت دمهبل له لاری یادسیزارین سکشن له لاری بلاربتوب ته پایله وربخښل کیږی دپریماچور " بی مودی " ماشوم لپاره سیزارین سکشن دموضعی انستیزی لاندی به بښه اومصؤنه وبلل شی .

همدارنګه دایکلامپسیا او پری ایکلامپسیا د درملنی لپاره اړوند لوستونو ته پاملرنه وکړی .

همدغه راز دسیزارین بیلابیلی کړنلاری او ډولونه په بیلابیلو برخوکښی ترلوستنی لاندی راغلی اودهغوی اړوند لوستونوته پاملرنه وکړی .

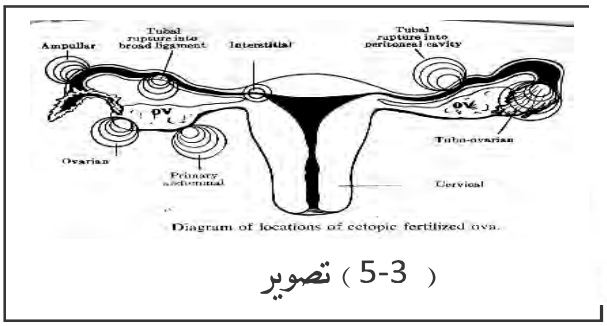
بی ځایه " خارج الرحمی "بلاربتوب:-

Ectopic Pregnancy

تعریف : خارج الرحمی (بی ځایه) بلاربیدنه Ectopic Pregnancy او یا (Eccyesis) هغه ډول بلاربتوب دی چی جنین پرته درحم له جوف څخه په کومه بله برخه کښی وده وکړی . داد Ectopic لغت

چی یونانی لغت دی د (ek) او (Topos) څخه پرته له خپل ځایه Extra uterin یا Displaced په معنی دی داډول بلاربتوب پرته له رحم څخه په بل ځای کښی مینځ ته راځی په همدی ډول دالغت خارج الرحمی بلاربتوب دټولو حالتونو لپاره پکار وړل کیږی او معمولا پکاریږی خو یوازی دنفیرونو Interstitial دبرخی بلاربتوب لپاره پکارنه وړل کیږی .

یوه هګی (Ovum) کیدای شی رحم ته درسیدو په لاره کښی په هره برخه کښی القاح شی وهماغلته په وده پیل وکړی .پدی هکله (5-3) تصویرونه ته پاملرنه وکړی .



(5-3) تصویر

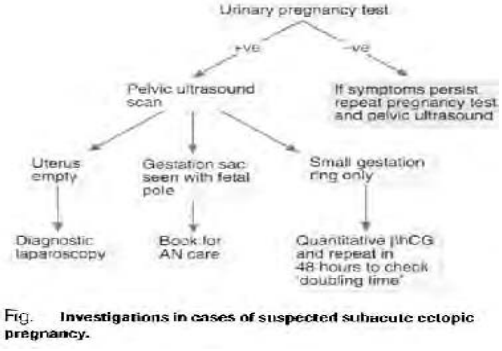
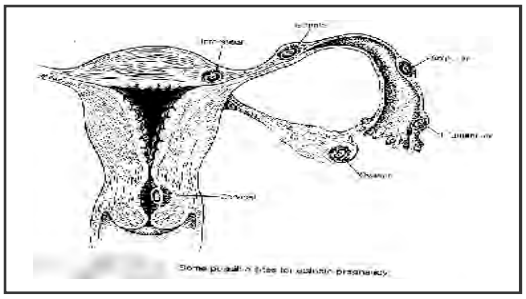
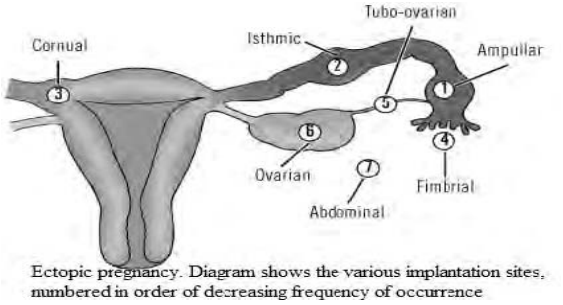


Fig. **Investigations in cases of suspected subacute ectopic pregnancy.**

د Primary abdominal pregnancy

پیښی هم راپور ورکړل شویدی خودا نادرا منځ ته راځی . همداراز بلاربتوب کیدای دنفیر د Stump په هغه برخه کښی چی قسمی سپانجیکټومی- Partial Salpangectomy ورته ترسره شوی ده منځ ته راشی . همدارنګه بلاربتوب ښایی درحم دښاخ په برخه کښی رحم ته نیږدی منځ ته راشی او یا دنفیرونو دFimbria Overica په برخه کښی وی وروسته ورته د Tubo_ovarion ډول بلاربتوب نوم ورکول کیږی .





Ectopic pregnancy. Diagram shows the various implantation sites, numbered in order of decreasing frequency of occurrence

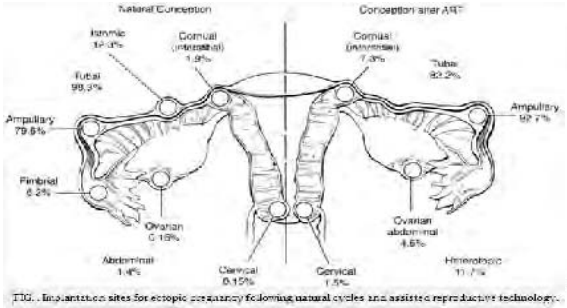
هګی دخپل کانتینر دبرخی څخه لویه شی او وده وکړی او دهغی چاپیریال دالتصاقاتو پوسطه د توپوګرافیک التصاق منځ ته راوړی اوکله چی دنفیر جداروچوی او جنین (Fetus) دګیدی دجوف ازادی برخی ته راودانګی پدغه حالت کښی روته د Tubo- abdominal بلاربتوب وایی او که چیری ښکته برخه دتیوب یا نفیر د Fold اوپلن لیګامینت Broad .lig ترمینځ برخه کښی رپچر " څیریدنه " منځ ته راشی او Intra ligamentous دلیګامینتونو تر مینځ کشوړه جوړه کړی ، اوکله چی دغه کشوړه چی

Tubo – د بلاربتوب مینځ ته راوړی درحم جوف لوری چاودنه وکړی نادرداکارکیږی interstitial بلاربتوب مینځ ته راځی . که چیری دهګی ځالی برخی بلاربتوب د Term تر وخته پوری وده وکړی دغه حالت ته تل د Ovario- abdominal بلاربتوب نوم ورکړی شوی دی .

په یوه څیړنه کښی چی Stanley- Brown ,Jarco او Shield پنوم علماوو پواسطه په 1225 دخارج الرحمی بلاربتوب پیښی ترڅړنی لاندی نیول شویدی پدوی کښی دفیصدی تیجه په لاندی ډول راغلی :

شمېره	د بې ځایه بلاربښت ځای	د پیښو شمېره	سلنه (فیصدی)
1	Ampulla Pregnancy	578	47%
2	Isthmus Pregnancy	265	21,6%
3	Fimbrial Pregnancy	71	5,8%
4	Interstitial Pregnancy	45	3,7%
5	Infundibular Pregnancy	31	2,5%
6	Entire tube Pregnancy	17	2,45%
7	Abdominal Pregnancy	17	2,45%
8	Distal half tub Pregnancy	10	1,9%
9	Distal 2:3 of tub Pregnancy	6	0,6%
10	Broad ligament Pregnancy	5	0,45%
11	Entire tub & overy Pregnancy	5	0,45%
12	Ovary Pregnancy	5	0,45%
13	Cornue Pregnancy	3	0,07%
14	Tubo ovarian Pregnancy	2	0,06%
15	Rudimentary horn Pregnancy	1	0,05%
18	Total	1225	100 %

په 750 پیښوکښی چی د نفیرونو لپاره تثبیت شوی دی 69,1% پیښی دخارج الرحمی بلاربتوب په ښی لوری او (39,9%) په کیڼه لوری نفیرکښی تثبیت شویدی داد Beacham ، collins او Thomass پواسطه راپور ورکړشویدی .



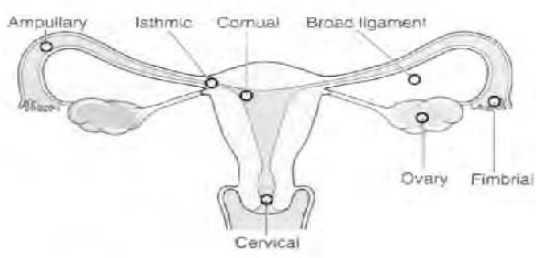


Fig. **Sites of ectopic pregnancies.**

همدارنګه د Double tubal او Two gestational Sac په یوه لوری کښی هم تثبیت شویدی دا Lash او Kaufman راپور ورکړی دی او په یوه کڅوړه Sac کښی Twins دوهګونی او Triplet دری ګونی هم راپورکړل شوی په همدی ډول سره درحم څخه بهر بلاربتوب ډیر مینځ ته راځی چی بنایی

دغه کځوړه رپچر وکړي یا به په بنفسهي ډول سره روغیدنه وکړي او یا په داسي کلینیکي ننبسي ننبسانی څرګندکړي لکه ، د Appendicitis چی دغه راز ناروغانو ته Appendectomy هم توصیه کیږي .
همدارنګه په تکرار سره خارج الرحمی بلاربتوب (% 3-4) پیښوکښی منځ ته راځی چی دغه منځ ته راتلل ښایی په هماغه لوری کښی وی د Stamp په برخه کښی اویا هم په بله لوری دنفیرونوکښی .دارنګه څرګند شوی چی دټولوبلاربو ښځو څخه ښایی (35%) خارج الرحمی بلاربتوب ولری چی دغه خبره ډیر دپام وړ خبره ده .

د Combined یا Compound ډول بلاربتوب :.

سره لدی چی رحمی اوخارج الرحمی بلاربتوب یوه نادره پیښه بلل کیږي د Combined بلاربتوب لپاره دومره ویل کیږي داخل الرحمی اوخارج الرحمی بلاربتوب دواړه په یوه وار منځ ته راځی .
د Compound بلاربتوب هغه ډول دی کله چی خارج الرحمی بلاربتوب شته والی لری دپخواڅخه سره لدی څه موده وروسته داخل الرحمی بلاربتوب هم منځ ته راځی، چی دواړه خپلی ودی ته ادامه ورکوی .
دنومورې حالت لپاره درملنه جراحی بلل کیږي ډیر دا ډول ناروغان دخارج الرحمی بلاربتوب Tubal abortion له کبله مراجعه کوی چی پدی حالت کښی نفیر چاودنه کوی همدارنګه پرته لدی چی خارج الرحمی په بلاربتوب باندی غرض وکړل شی هغه په خپل حال پریښودل کیږي اودګیډی جدار دخارج الرحمی بلاربتوب دپایلی وررسته بیاترل کیږي .
دخارج الرحمی اوداخل الرحمی بلاربتوب دواړه ډیر جدی اوخطرناک بلل شویدی . همدارنګه که چیری خارج الرحمی بلاربتوب رپچر وکړي د داخل الرحمی ماشوم مړینه به دداخلی وینه بهیدنی له کبله منځ ته راشی اوسقط به وکړي داراز بلاربتوب نادرا د Term مودی ته رسیږي . دمور دمړینی علت داخلی وینه بهیدنه او Sepsis منځ ته راتګ بلل کیږي .
که چیری خارج الرحمی بلاربتوب په وخت سره وپیژندل شی او دجراحی کړنلاری پواسطه هغه راوایستل شی ښایی دداخل الرحمی بلاربتوب نتیجه په ښه توګه تر (Term) پوری ورسیږي اوماشوم ښایی په ښه توګه وزیږول شی .

دنفیرونو(ټیوبونو) بلاربتوب (Tubal Pregnancy) :

سببونه :

دخارج الرحمی حقیقی علت لا هم نامعلومه دی خولاندی علتونه دلته پکښی غوره رول لری چی پکوته کیږي .

۱- سالپانجیت Salpangitis .

۲- دحوصلی التصاقونه Pelvic adhission .

۳- Infantile Tubs دنفیرونو د Cilia یا فیمبریا هغه چی وده یی نه وی کړی .

٤- ډیرزیات اوږده تیوبونه .

٥- دایورتیکولا او د اضافه نفیرونو شته والی .

٦- د نفیرونوسپزم ، عضلی عدم کفایه او Antiprestalsis دنفیرونو .

۷- دنفیرونود اندومتریوزیس شته والی .

پتالوژی :

دنفیرونو بلاربتوب ترټولو زیات منځ ته راتلونکی حالت دی ټروفوپلاستونه دحجرو Cytolysis دنفیرونو دمخاطی غشا په برخه کښی منځ ته راوړی دازمینه مساعده وی چی هګی دعضلی جدار په برخه کښی دلته په تیوب یا نفیروکښی غرس شی اوهماغلته په وده له القاح وروسته پیل وکړی چی همدا میکانیزم درحم په برخه کښی هم غوره رول لری .

یو بشپړ یا ډک ډیسیدوانادراً اخته برخه کښی منځ ته راځی خو معمولاً Island ډیسیدوا دغبرګون جزایر په دنده اوداوم دغرس شوی چاپیریال برخی اوحتی د نفیر په نورو برخوکښی هم منځ ته راځی .

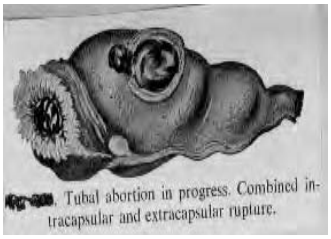
همدارنګه په دی لړکښی داندومتریوم په برخه کښی هم ددیسیدوا بدلونونه منځ ته راځی داچی هګی په وده پیل کوی دنفیرجدار راوتلی ښکاری اودننه لوری ته ننوتنه دلومن دټرنی سبب ګرځی اومخامخ ته دسطحی لوری انساج نکروز کوی اوکپسیولارایز Capsularise کیږی که چیری دایووی ومخامخ لوری ته وبدغه برخې سره Fuse یاټرل کیږی .

دنفیر د جدار بدلونونه نسبت درحم دجدار بدلونوسره توپیر لری . په رحم کښی هګی دپړی دسیدواپه برخه کښی وده کوی اودابرخه داسی عمل کوی چی وظیفوی ډول سره دجدار د ایروژن Erosion په وړاندی چی دتروفوبلاست له کبله منځ ته راځی مخنیوی کوی . دوینی حجری کوچنی وی درحم دجدار عضلی برخه هایپرتروفی کوی . په بل عبارت دنفیر په برخه کښی دیسیدوا یا نشته یالږه ده اودتروفوبلاست حجری دعضلی جدارلوری ته وده کوی اودوینی رګونو ته هم لاره مومی دنفیر عضلی برخه دهایپرتروفی لپاره ظرفیت نلری په تیوب کښی اوم یا هګی داسی عمل کوی چی په چټکی سره وده کوی اودویجاړونکی نیوپلازم په څیرغټوالی مومی پدی هکله د 5-3 څخه تر 5-7 تصویرته پاملرنه وکړی .

په (5-4) تصویرکښی دنفیر سقط به وړاندی ولاړشی دواړه داخل الکپسول اوخارج الکپسول رپچرپه ګډه سره ښودل شویدی .

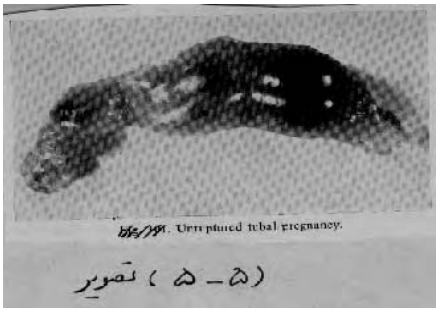


FIG. Laparoscopic visualization of an isthmic ectopic pregnancy



. Tubal abortion in progress. Combined intracapsular and extracapsular rupture.

(5-4) تصوير



. Unruptured tubal pregnancy.

تصوير (۵ـ۵)

معمولا ضخامه دنفيردعضلی طبقی دومره کفايت يا بسيانلری ترخو دهکی.دپرمختلونکی ودی سره سمون وکړی هغه رشتی چی دپلاسنتا په برخه کښی دی سره جلااو ويجاړيږی داد Villi (ذغابو) دايروژنی عمل له کبله دی . دلته له همدی کبله ضعيفی برخی دټکوپه څيرمنځ ته راځی چی وروسته له همدی ځايه نفيرچوی.هر رازترضيض (ضربې ، خوړونه) لکه په غولوکولوکښی زور وهل ، جنسی يوځای کيدنه او دلاسونو په واسطه کنه ښايی د لړی اندازی وينه بهيدنی علت وګرځی . همدارنګه نفيربه ښايی دډيری اتساع له کبله له همدی نری اونکروتيک برخی څخه وچوی او Villi (ذغابی) ښايی په ګډی کښی دپريتوان په جوف کښی په آزاد ډول سره پراته وی چی دغه حالت نه Extra capsular رپچر ويل کيږی چی په (5-4) تصوير کښی ورته پاملرنه وکړی .

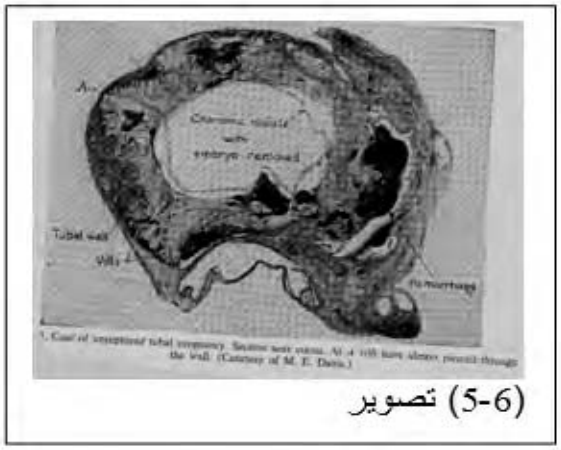
په طبيعی ډول له همدی برخی څخه وينه بهيدنه منځ ته راشی که چيری دغه څيړل شوی برخه دامپولا په برخی کښی په آزاده برخه کښی وی نوپدی حالت کښی به وينه بهيدنه دپريتوان جوف ته وی اوهلته به دپريتونيت نښی نښانی څرګندی کړی اوهمدارنګه د Hematocele کلينيکی نښی به د دوګلاس په جوف کښی په روښانه توګه څرګندی شی .که چيری وينه بهيدنه او رپچرد پلن ليګا منت Broad ligament په برخه کښی وی نوهلته به د Hematoma وده او ډيريدنه وکړی .

همدارنګه دنفير چاودنه د Isthmic او Interstitial بلاربتوب په ډول کښی معمولی پايله ده چی داحالت په دوهمه اودريمه مياشت کښی منځ ته راځی . همدارنګه دضعيفی اونکروتيک برخی څرګندونی چی دسپينو ټکوپه څيردنفير په برخه کښی ښکاری پدی هکله په (۵-۵) تصويرکښی ورته پاملرنه وکړی . کله چی اوم (هګی) دنفير دامپولا په برخه کښی وی اوبلاربه کځوړه يی جوړه کړه يی جوړه کړيوی دودی په وخت کښی دغه لاره ښايی دټيوبونو د Fimbria لوری ته وی چدغه وخت ښايی سقط

له همدی لاری منځ ته راشی چی دیته Tubal abortion نوم ورکړل شویدی دغه زمانی موده Tubal abortion یا نفیری سقط لپاره درحمی سقط په څیر ګڼل شوی اویودول بدلونونه پکښی منځ ته راځی . په همدی ډول لومړی وینه بهیدنه دپریوان (پلاسنتا) په برخه کښی منځ ته راځی اوله هغه دبستر څخه هګۍ سستوی وینه اوهګۍ دواړه دتیوب (نفیر) ډیره اتساع منځ ته راوړی ، ښایی د Fetal sac برخه وچوی او Fetus له هغه څخه دنفیردلومن لوری ته وتښتی دغه حالت ته Extra capsular rupture حالت ویل کیږی . اودینی Oozing حالت دوینی دپرن شوی (Clot) اوهګۍ دپریتوان ددفاعی سیستم پواسطه دجذب یا له منځه ولاړه نشی او که چیری نومورې وینه بهیدنه دومره ډیره شی اودوامداره پاتی شی نوپه دی صورت کښی دجراحی کړنلاری لاپراتومی حالت ته اړتیا پریوزی دغه حالت د تیوب دچاودنی (4-5) تصویرکښی په ګوته شویدی .

که چیری دهګۍ راوتل دنفیرڅخه بهرلوری ته ترسره نشی نوپدی حالت کښی دنفیر په دننه کښی وینه بهیدنه هګۍ له منځه وړی وهغی ته دیوه mola cornosa حالت ورکوی داپه همدا ډول درحم په څیر مولاکارنوزmola cornosal ته ورته یوه کړنه ده . په دغه لومړنیو مولونوکښی نادرا فیټوس موندل کیدای شی . دابنایی له منځه ولاړشی اویاهم جذب کړل شی سره لدی فیټوس او Villi دواړه ښایی وموندل شی خونشوکولای چی د Ectopic pregnancy نوم پری کیږدو . داچی وینه دپریتوان جوف ته تویږی په چټکی سره دنفیر اومجاورو احشاوو ترمنځ التصاقونه منځ ته راځی اودفیبرین طبقی منځ ته راځی .

ښایی هغه وینه چی تویه شویده Encapsulated شی دابه هماتوسل وی اودهغی کیپسول به دفیبرین طبقی وی .که چیری ښځه دشاک اوانیمی له کبله مړه نشی په لویه پیمانه وینه علقه اودهغه په چاپیریال به کپسول منځ ته راشی اویوه لویه ګڼه به جوړه کړی دغه حالت معمولا د Isthmus او Interstitial بلاربتوب په حالت کښی لیدل کیږی ګله ناګله داسوری کیدنه ډیره کوچنی وی چی سوری ډیرکوچنی دنفیر په جدارکښی منځ ته راځی .



(5-6) تصویر



ثانوی دګیډی بلاربتوب :

Secondary abdominal pregnancy

ثانوی بطنی بلاربتوب هغه حالت ته ویل کیږی چی کله چاودلی ټیوب دپلن لیګامنت (Broad lig.) لوری ته لاره پیدا کړی دواړه طبقی دلیګامنت دلته دوینی په واسطه یوله بله سره جلاکیږی اوهماتوم درحم څخه دجنب لوری ته منځ ته راځی اودحوصلی دجدار لوری ته پراختیاموميی حتی تر د Iliac fossa پوری دوام کوی فیټوس تل په دی حالت کښی نه مري بعضاً داسی کیدای شی چی Rupture دهګی دمحیطی (چاپیریال) برخه کښی وی ایمبریو (فیټوس) له هغه ځایه ښایی دګیډی جوف ته وتښتی اود دوه طبقو (Folds) فولډونو د Broad ligament کښی پاتی شی اوخپلی ودی ته دوام ورکړی دغه حالتونه چی پکښی هګی اویاایمبریو وده کوی ورته د ! Secondary abdominal بلاربتوب نوم ورکړل شویدی .

بلاربتوب ښایی ترډیری مودی دپلن لیګامنت په پاڼو کښی وده وکړی اوکوم ډول نښی نښانی دچاودنی خړکندی نکړی چی دلته ښایی Late rupture of Sac منځ ته راشی .

بين السنخي بلاربښت (Interstitial Pregnancy) :

داډول بلاربتوب هم لکه دنورو په څیر دنفیرونو دبلاربتوب دپایلی په څیر پایله لری چی داډول په ډیر نادرډول سره درحم لوریته سقط کوی . پدی ډول کښی رپچر مؤخر وی ځکه چی درحم جدار دډیرهایپرټروفی لپاره ورټیالری .

هګی (اوم) ښایی ومری اویاهم دپلن لګامنت په پاڼوکښی وده وکړی کله کله داسی پښیږی چی همداهګی درحم جوف ته سقط کوی اوپه رحم کښی پاتی پاته وده پیل کوی او دیوه نورمال بلاربتوب په څیروده ادامه مومی او ماشوم زیږول کیږی چی داډول حالتونو کښی دپیژندنی نوم ایښودنه تر پوښتنی لاندی راځی .

Ampullary gestation :

امپولادبرخی بلاربتوب هم په سقط سره لکه دنورو حالتونه پایله مومی دلته اکثرا بلاربتوب دفیمبر یا ترځنګ وی اوسقط په وخت کولمی ، پریتوان ،ټرب ،رحم ، هګی ځالی دفیرینی جدارپه جوړولو سره دهغی چاپیریال محدودوی اوپریوان Placenta ښایی دنفیر ، هګی ځالی دحوصلی جدار درحم خلف ته اودټرب په حدودوکښی ځان وغزوی .

وروستنی بدلونونه (Later changes) :

که چیری دنفیربلاریدنه دسقط پایله ومومی اوپه هغه پسي وینه بهیدنه دومره ډیره نه وی اوکوم جراحی کړنلاره به هم ترسره نشی نودغه جوړه کنله دعلقی او ایمبریو پـه چټکـی سـره جـذب کیـږی او Tubal mole هم په همدی ډول سره په چټکی سره له منځه ځی . خوپه ډیره کراری سره به پرمیابیلیټی (Permeability) دنفیرونو بیا له سره مینځ ته راشی . که چیری درپچر په وخت پلاسنتا په خپل حال پاتی نشی ، وخیرل شی دابه دوینی دعلقی پواسطه له منځه لاړه شی اوکنه دابه تر اته اونیو پوری دوام وکـړی . دوینی علقه به غونجه (Shrinks) کلکه اوله منځه لاړه شی اوپدی لړکښـی Pregnancy tests منفـی وی که چیری فیټوس ژوندی وتښتی اودکولمو یا پلن لیګامنټ پانو کښی خپلی ودی ته دوام ورکـړی . دادی چی دګیډی ثانوی بلاربیدنه Secondary abdominal pregnancy منځ ته راوړی .

په یولړحالتونو کښی ښایی دامنیوتیک کیسی (کځوړی) ته وتښتی یا له منځه لاړه نشـی یـوه نـوی کځـوړه دفیبرین ، دکولمو ، ثرب ، رحم او پلن لګامنټ اونورانساجو په واسطه دهغه په چاپیریال منځ ته راځی چی په دی کښی کومه لاره دلومړنی کانتینر د نفیر ،هګی ځالی لوری ته شته والی نلری یوازی درپچر برخـه پـه ګوته کیږی .

همدارنګه ښایی دکانتیزخیریدنه یا چاودنه منځ ته راشی خو دهګی ځالی اونفیر برخـه پرسـیږی او اوم (هګی) سره سمون کوی یوه لویه کځوړه جوړیږی اود ټولو هغوسطحو سره چی په تماس دی التصاق منځ تـه راوړی ،لکه دحوصلی جدار ،رحم ، مثانه ، ریکټوم کولمی ، ثرب اونورو غړو .

دلته کځوړه داصلی برخی دانساجو دغرس کیدنی لپاره څرګندوی چی له هګی هلته کرل شوی ، لکه نفیر، هګی ځاله ، دواړه فیبرینی اوعضلی جدارونه په ځانګړی ډول په پلن لیګامنټ اوپریتوان کښی څرګندونـه کوی .کځوړه تر یوه ملی مټره پوری اختلاف لری اویاهم څوساتنی مټره ښایی پیړوالی ولـری چـی دفیبـرین پیړوالی پوری اړه لری.

پلاسنا په لومړنی برخه کښی کله وده کوی اوله هماغی برخی ځنی چی وده کوی معمولا هلته نری وی خوپـه نورو برخوکښی لکه درحم دپلاسنتا په څیروی همدارنګه دپریروان په چاپیریال کښی رګونـه ډیراتسـاعی دی اونوی رګونه ورسره مینځ ته راغلی په ځانګړی ډول سره داهغه وخت وی چی ثرب ورسره دپلاسـنتاد تغذی په هکله مرسته وکړی.

دغه رازیوه یا بله دګیدی ثانویه بلاربتوب ښایی د Term ترمودی پوری وده وکړی ښایی چی دوینه بهیدنی یا دپلاسنتا دبی ځایه کیدنی له کبله دماشوم مړشی یا تړډیری مـودی مړنشـی اودیـوی اجنبـی Foreign body کتلی په څیر وپیژندل شی درحم تقلصونه به ددسیدوا طبقه بهرته راوغورځوی اومعمولا وینه بهیدنه دلته لږه اندازه وی . په هره مرحله دبلاربتوب کښی کیدای شی چی ماشـوم (فیټـوس) مړشـی یـاکځوړه رپچروکړی .

ژیړی ښایی دوینی دپکمنټ دجذب له کبله منځ ته راشی داځکه چی کبد هغه نشی کولای چی ترکنټرول لاندی راوړی .

کله چی ماشوم (Fetus) مړشی نوهغه Macerated کیږی لکه د Intra – uterin داخل الرحمی بلاربټوب کښی وروسته بیاامنیوتیک مایع ورځنی جذب کیږی چی دغه وخت کځوړه پخپله دجنین دبرخی سره په تماس پاتی کیږی دګرانولیشن یو زون دغه درخوه اقساموپه جذب شوی برخه کښی منځ ته راځی چی ددی برخی سکلیټی کیدنه مینځ ته راوړی . په هرصورت په دغه کله کښی دمکروبونو دمداخلی له کبله دغه کله نقیح کوی چی وروسته یا دغه نقیح خپله لاره دمثانی ،ریکټوم ، دمهبل جدار یادګیدی دجدارلوری ته پیداکوی اوله هغی لاری فیستولایز کیږی اونقیح په راتویدنی پیل کوی چی ورپسی به دفیټوس درخوه اقساموبرخه اوبیابه هډوکی له همدی لاری راووځی دغه کړنلاره د Suppuration له کبله وی چی ښایی دیوی میاشتی یاځوکالوپه کړکښی ترسره شی اویاښایی دمړینی علت وګرځی .

بله پایله دفیټوس دمړینی څخه وروسته Mummification دی چی پدی کښی دځوکالونو په لړکښی دکلسیوم مالګی رسوب کوی دفیټموس په چاپیریال کښی فیټوس وچیږی ښایی داحالت وروسته له ځوکالونو څخه ومونډل شی . که چیری دغه پروسه په بشپړه توګه یاقسما Calcified شی دغه حالت ته" Lithoke lyphos " یا " Lithopedion " یا " Stone child " دتیږې ماشوم لغت نوم ورکول کیږی .

په رحم کښی بدلونونه :

دبلاربټوب سره سم په رحم کښی هایپرترونی منځ ته راځی خودادومره نده لکه چی پخپله رحم بلارب وی . اومتناوب تقلصونه پکښی منځ ته راځی . ددسیدوا برخه وده کوی دابه دیوه سانتی متر ترحده پوری وی اوټولو هغو ځانګړتیاوو درلودونکی وی چی پخپله رحم دبلاربټوب په وخت کښی څرګندیږی خو استثناءً Chorionic villi به ونلری .

همدارنګه دزیږونی یاسقط په وخت کښی ټوټی ټوټی د دسیدوا طبقه ورځنی راجلاکیږی چی دابعضاً ښایی لویی دیوه پلاک Plaque په څیروی اوکه چیری فیټوس مړوی رحم راغونجیږی یا (Shrink) کوی سره لدی چی دیسیدواپرته له Chorionic villi وی چی دادبی ځایه بلاربټوب لپاره وصفی ګډل کیږی اودیوه نارمل رحمی بلاربټوب لپاره وصفی ندی اودهغه شته والی نشی کولای چی دپروجسترون زیادی اغیزی چی په یوه فعال ، معند کورپوس لوتیم یا ګرانولوزاسل تومورکښی منځ ته راځی ردکړل شی .

همدارنګه علماو Romney، Hertig او Reid په څیړنه کښی داسی ښودلی چی : دسیدوا پرته له کوریو نیک Villi څخه 19,1% د (115) داندومتریوم لپاسه خپاره حالت چی داصطلاح شوی بلاربټوب سره یوځای تثبیت کړی .ترشرح کوونکی اندومتریوم 39,1% اوپرولیفراتیف اندومتریوم په 30,4 % اوهمدارنګه دتحیض په ډول کښی 6,1 % اندول ښودلی دی .

کلینیکی نښی نښانی او داوږدوالی موده :

په نادر ډول سره لومړنی دوه میاشتې دبلاربتوب دمودی به پرته له کلینیکی نښونښانو څخه وی . پدغه وخت کښی یوازی بنځه تحیض له لاسه ورکوی چی وروسته له هغی دبلاربتوب لومړنی نښی منځ ته راځی اوناروغ له درد څخه شکایت پیداکوی ځانګړی ډول په هغه لوری کښی چی هلته ورباندی هغه لوری اخته وی بنایی خفیفاً دپریتوان دالتهاب نښی هم منځ ته راځی . وروسته له څواونیو څخه غیرمنظم جسم اودمهبل ډیسچارج منځ ته راځی چی داحالت ډاکټرد Threatening Abortion لوری ته هدایت کوی .

د خارجی وینه بهیدنه تل داسی څرګندوی چی هګی په تیوب یانفیرکښی ترمزاحمت لاندی راغلی . اوکله چی ناروغ چیغه وهی یازور وهی او یاجنسی یوځایکیدنه کوی یاډاکټر دهغی کتنه دلاسونو پواسطه کوی ناروغ په اخته لوری کښی دناڅاپه درد احساس کوی او ورسره کانګی یا دزړه بدوالی مل وی . بنایی دشاک نښی نښانی منځ ته راشی درد به دوام وکړی بنایی لږ څه یاډول د دسیدوا طبقه بهرته راووزی . ددسیدوا راوتل دامعنی ورکوی چی فیټوس له منځه تللی اومړدی . او پرته له مهارته طبیب به دافکروکړی چی Abortion یا سقط منځ ته راغلی .دانښی داسی څرګندوی چی بنایی نفیرچاودلی وی اووینه بهیدنه دپریتوان جوف یابنکته لوری ته منځ ته راغلی . په نادره توګه به وینه بهیدنه په لومړی ګام کښی دومره شدیده وی چی ناروغ دمرګ لوری ته وکشوی . علقه د رپچر لوری ته منځ ته راځی او وینه جذب کیږی حادمرحله په (۲ یا ۳) ورځوکښی له منځه ځی اوډوله پروسه په شپږو اونیوکښی له منځه ځی .

کیدای شی چی وینه بهیدنه دفشاردلوړوالی له کبله په ثانوی ډول منځ ته راشی دابنایی څوساعته یاځوورځی وروسته منځ ته راشی اوبنایی ناروغ دوینه لږی (Anemia) له کبله مړشی اوکه چیری دغه حالت دجراحی کړنلاری پواسطه له منځه یونه ورل شی پدی صورت کښی کځوړه Seal لیږی اوعلقه به جذب شی په دغه برخه کښی التصاق منځ ته راځی .

په اخته لوری کښی درپچر نښی اونښانی اودردونه ډیرزیات اوناڅاپه وی اوپه چټکی سره په ډول بدن کښی خپریدنه کوی . بعضاً زړه بدوالی کانګی اوبعضاً نس ناستی دداخلی وینه بهیدنی اوشاک سره یوځای منځ ته راځی . ناڅاپه خسافت ، اولږاندازه سیانوز دشونډوپه برخه حسویلی ایسنته ، سلګی ، ټیټ نبضان اوډیره ضعیفی دوینه بهیدنی له کبله منځ ته راځی . نادرابه نبض ضعیف اوبنکته وی اوفشار به بنکته ټثبیت کړل شی .

په داخلی کتنه کښکه چکیری وینه وبهیږی رحم به لوی وی اوپه وروستنی حالتونو کښی وینه علقه (پرن شوی) اوهماتوسل منځ ته راځی دغه کتله بنایی د Cul- de – sac په برخه کښی ټثبیت کړل شی .

دسرویکس حرکت اوددوګلاس جس به ډیردردناک وی اودګوتی په واسطه به دغـه کتلـه یـا Mass پـه دوګلاس کښی تثبیت کړل شی .

که چیری ریچر دپلن لیګامنت په پاڼوکښی منځ ته راغلی وی پدی حالت کښی به هماتوم دمنځ ته راتلو لـه کبله دپریتونیت دعلایمو، درد اوحتی دانیمیا اودشاک منځ ته راتلل ښایی غوره نښی وبلل شی . په داخلـی کتنه کښی به تل درحم لوری ته یوه کتله تثبیت کړل شی .

کله چی هګی دپریتوان جوف یادپلن لیګامنت دپاڼوپه منځ کښی وتښتی اوهلته په وده پیل وکـړی دپریتـوان تخریش ، دردونه زړه بدوالی ، کانګی ، نس ناستی ، قبضیت اودمثانی نښی ښایی منځ تـه راشـی .کـه چیری فیټوس هم نوره هم وده وکړی ښایی دماشوم حرکتونه به هم هلته په ګوته کړل شی اوناروغ ته ښـایې ډیردردونکی اومزاحمت کوونکی وی اودکتلی شـته به پرته له اعراضو اودرد څخه ښایی ترډیره دوام وکړی .که چیری فیټوس ومری دبلاربتوب نښی نښانی له منځه ځی حـال داچـی پـدوی کښـی Macerating Neoplasm بربنډ کیږی اوپه ټیټه درجی سره تبه چټک نبض ، دوزن له منځه تلل منځ ته راځی .که چیری کڅوړه (Sac) یو د Lithopedion حالت جوړ کړی درحـم Involution حالـت مـنځ تـه راځـی دپریتوان پاریدونکی حالت (Irritation) له منځه ځی اوښځه هیروی چی بلاربه وه اوکنه .

همدارنګه د Rudimentary horn بلاربتوب کلینیکی نښی نښانی اوموده د Ectopic gestation په څیرورته والی لری اودواړه کوم توپیر نلری .

پیژندنه **Diagnosis** :

له مخه تردی چی نفیر وچوی په هغی کښی وینه بهیدنه پیل کوی دبی ځایه بلاربتـوب پیژندنـه نادراً پیژندل کیږی ځکه چی پدی حالت کښی نفیرپوست (Soft) دی سـره لـدی چـی ښـایی داډیـر دردناکه اوحساس وی هیڅ راز دحوصلی کتنه به دپیژندنی سره پـدی حالـت کښـی مرسـته ونکـړی . دپیژندنی لپاره Laparoscopy اودالتراساوند کتنه ډیره له اهمیت څخه ډکه کتنه بلل کیږی .

– التراسونوګرافی(**Ultrasonography**):

درحم او هګي ځالي کېداي شي د مهبلي –او کېډي له لارې د التراساوند پواسطه د بې ځایـه بلاربښـت پیژندنه وشي چې د (hCG levels are between 1,000 and 2,000 mIU/mL) سـویې پّـه ټـاکنې سره کېدلاي شي هغه تائید کړل شي . همدارنګه دغه حالت کښې د دې هورمون(hCG) سویه تر (2,000 mIU/mL) لوړه تثبیت کیږی.التراساوند کښې (noncystic, Extra ovarian Adnexal mass) کتله د پیژندنې وړ وي چې رحم پرته له بلاربښت څخه د التراساوند پواسطه تثبیت کېږي.

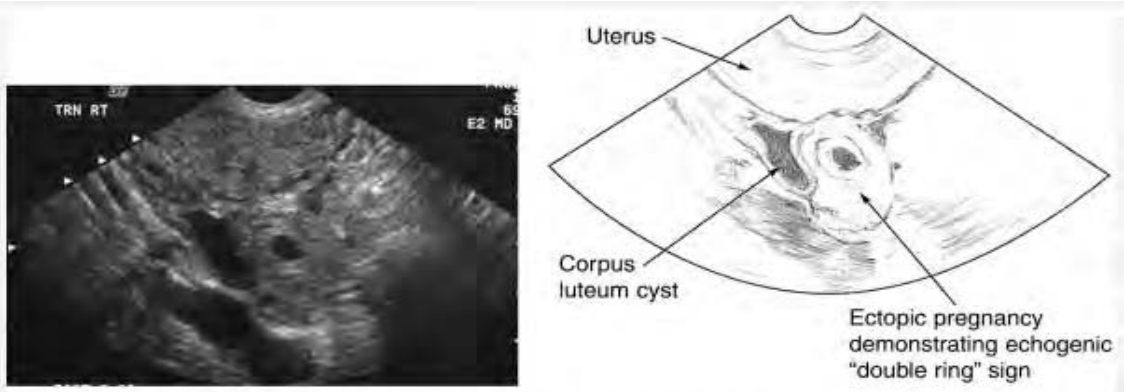
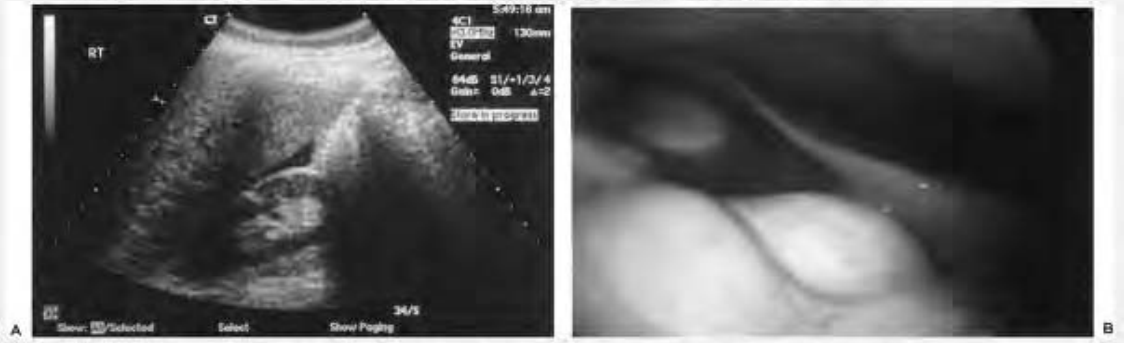


FIG. Transvaginal ultrasonographic illustration of tubal ectopic gestation.



Ultrasonogram of free fluid noted under the liver edge above the right kidney. Confirmed to be blood from a ruptured ectopic pregnancy at the time of surgery

په لومړی ترایمستر کښی پیژندنه :.

کله چی په تکثری مرحله کښی وی وروسته له څه غیرمنظم تحیض څخه ، له دردونـو څخـه دګیډی په ښکنی برخه کښی شکایت کوی اکثرا دایوی لوری ته وی ، درحم وینه بهیدنـه غیـرمنظم ایـره ډوله (Brownish خاکستری) رنګ لری پدغه پدغه حالت کښی به بی ځایه بلاربتوب پـه نظـر کښـی ونیول شی .

که چیری په ناڅاپه ډول سره زیاتیدونکی دحوصلی درد دسرګیست سترپا یاکولاپس سره پیداشی پـدی حالت کښی به یوه کتله ښایی درحم څخه بهر وموندل شی چی پیژندنه به ډاګـه کـړی همدارنګـه درحـم څخه به د ډیسیدوا ډیسچارج منځ ته راشی .

په مستقیم ډول سره دپریتوان په جوف کښی به په وینه ککړه مایع په ندرت سره تثبیت کـړل شـی . دمهبـل دخلفی فورنکس په برخه کښی ښایی دپوستوالی یومقاومت احساس کړل شی. خورحم به له خپل ځایه نه وی بدځایه شوی . که چیری وینه د ډیافرګم لوری ته رسیدلی وی ښایی دردونـه د اوږو پـه برخـه کښـی احساس کړل شی .

وروسته د (24-48 h) څخه ښایی دوینی علقه به سهولت سره جس شی اوښایی رحم بی ځایه کړی همداوخت دی چی هماتوسل Hematocele به منځ ته راغلی وی . که چیری دوینی بهیدنه په کراره دنفیرپه چاپیریال کښی وی اوهلته هماتوسل جوړکړی دابه ورځ په ورځ ډیریدونکی بڼه ولری اود Cul-de-sac څخه به به ژورموقعیت ولری . اود Cul-de-sac دخلفی برخی پرسوب به منځ ته راوړی . ښایی چی هماتوسل Retro-uterin یا خلف درحم ته ، Infrant of uterus درحم قدام یا درحم څنګونو Side of uterusته منځ ته راشی چی نږدی ارګانونه به یی بی ځایه کړی وی .

همدارنګه دپلن لیګامنت هماتوسل به ډیروپیژندل شی داچدلته به ډیره طوفانی پیل او ډیر شدید چی دپښو لورته انتقال مومی اودحساس تومورشته والی درحم ترڅنګه چی پورته لوری ته موقعیت لری ، همدارنګه نوری کلینیکی نښی به ریکټوم په برخه کښی د فشارشته والی چی دابه دغولوکولو په وخت کښی ښه جوت وی ، Tenesmus ، درد ، دمثانی تخریشات اوحساسه حوصله به غوره نښی وبلل شی . معمولا فزیکی اومقعدی کنه له درد سره مل ده د " Cullen sign " یعنی د نامه غوټی ترڅنګ دشینوالی نښی ښایی وروسته منځ ته راشی . په ټولوهغه حالتونوکښی چی پخوانی تاریخچه دبی ځایه بلاربټوب لپاره یی پخوادرلودلی وی باید کنی داسی په ځیرسره وشی چی ترڅو کڅوړه پکښی رپچرونکړی .

توپیری پیژندنه Differential Diagnosis :

دیوی بی ځایه بلاربټوب پیژندنه معمولا ګران کاردی چی دنورونا روغیو اوحالتونوسره په لاندی ډول توپیرپیژندنه باید ترسره شی

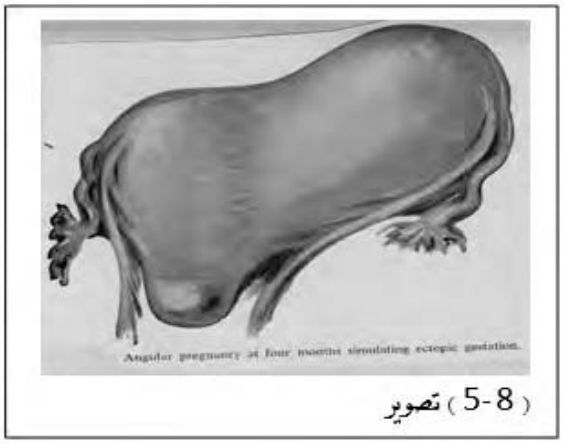
درحمی سقط اوبی ځایه بلاربټوب ترمنځ توپیر نښې نښانې :

د درحمی سقط نښی نښانې :	دبی ځایه بلاربټوب ځانګړتیاوی نښې نښانې
1- حمله په کراره ده دلته په تدریج سره اومنظم ډول سره دردونه منځ ته راځی اوددردونه به دګډې په شکله برخه کښی وی .	۱- پدی حالت کښی حمله نابیره شدیده دغیرمنظم اوکولیلی دردونوسره ده .
2- بهرنی وینه بهیدنه په خپاره اومنځنی ډول وی اوعلقی به ورسره وی .	۲- خارجی وینه بهیدنه لږه ،دوامداره ، تیاره اومایع اوښایی هیڅ نه وی .
3- دومره وینه بهیدنه په وصفی ډول نده چی د وینی ضیاء دی څرګنده کړی .	۳- دوینی بهیدنی اوشاک نښی نښانی به دلته په څرګندډول تر نظره شی .
	٤- یوازی درحم دیسیدوا به شته والی ولری اوذغابی Villi

4- پدی حالت کښی دسیچارج به د هګۍ او Villi (ذغـابو) سره وی .	پدی حالت کښی نشته .
5- دهګۍ شته والی په رحم داسی څرګندوی رحم تـش دی اوحوصله نورماله ده .	٥- همدارنګه درحم په امتداد به دردناکه کلله ومومدل شی.
6- همدارنګه رحم دبلاربتـوب دعمـر اوانـدازی ترسـرحده لویوالی مومی .	٦- رحم به پدی حالت کښی کوچنی وی .
	٧- التراساوند کلله او Sac یوی لـوری تـه دبلاربتـوب اوفیتـوس ښودنه کوی

دانګولارداخل الرحمی بلاربتوب اوبی ځایه بلاربتوب ترمنځ توپیر ښښي ښښانې :

داخل الرحمي Intra – uterin زاویوي Angular بلاربښت ښښي ښښانې	دبی ځایه بلاربتوب Ectopic pregnancy ښښي ښښانې
١- ددی ډول ناروغی تاریخچه لکه دنورمال بلاربتوب پـه څیـرده اوکله ناکله ښایی وینه بهیدنه اودردونه هم ولری .	١- دلته کولیکی دردونه اوپریتوان تخریشونه ، حادی حملـی ، شدیددردونو شاک حالت سره موندل کیږی .
٢- پدی حالت کښی دغشا Expulsion منځ ته نه راځی یاداچی سقط وی .	٢- ددسیدووا دطبقی Expulsion منځ ته راځی .
٣- پدی حالت کښی وینه لږی Anemia شته والی نلری .	٣- بعضا وینه لږی Anemia منځ ته راځی .
٤- پدی حالت کښی درحم نفیرونه ګردی لیګامنت دکلـی څخـه بهرلوری ته لکه د (٨-٥) تصویرپه څیروی .	٤- نفیراولیګامنت دجس وړندی اود تومور منځنی لوری تـه وی .
٥- درحم جدار به داسی فکروشی چی دکلی لـه پاسـه وی پـه ځانګړی ډول دنقلص کړی وی .	٥- کلله درحم څخه دیوه Groove یاکـدې پواسـطه سـره جلابنکاری .
٦- کلله به پسته ،اوبلاربتوب په څیردحوصلی په پورته برخه کښی وی .	٦- کلله کلکه درحـم لـوری یـا پـه Cul-de-sac کښـی وی اورحم دحرکت ورکولو سره له ځایه نه بنوریږی .
٧- د رحم Angular برخه به نقلص کړی وی .	٧- دکڅوړی نقلص شته والی نه لری .
٨- په څواونیو کښی به رحم بیابیرته خپله اصلی بڼه غوره کړی .	٨- کلله همدارنګه دیوه بریالی کښی پواسطه ډیره پـوری یـوی لوری ته Asymmetric بڼه لری .
٩- په التراساوند کښی کلله رحم کښوی کڅوړه اوفیټوس پکښـی ثبیت کیږی .	٩- په التراساوند کښی کلله یوی لوری ته وی اوکڅوړه دفیټوس پکښی ثبیت کیږی .



(5-8) تصویر





Fig. 1 **A cornual ectopic (rare).** This is dangerous as it ruptures early and bleeds heavily.

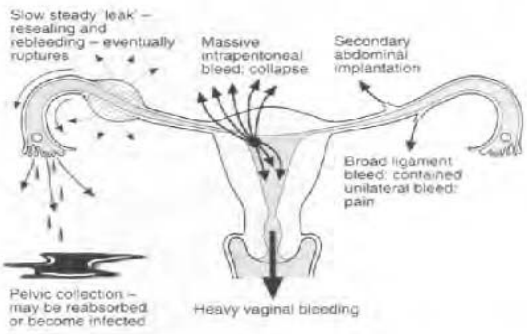
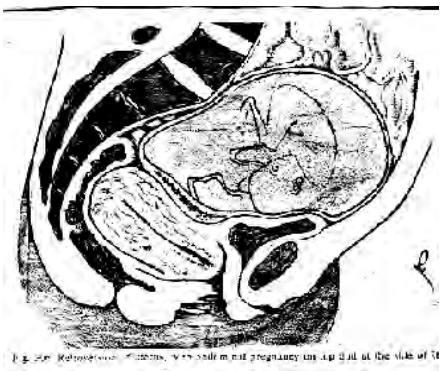


Fig. **Sequelae of ectopic pregnancies.**

همدارنګه درتروفلکس رحم بلاربتوب اوبی ځایه بلاربتوب ترمنځ توپیر ښبی ښبانی:

درتروفلکس رحم بلاربتوب	اوبی ځایه بلاربتوب
۱- تاریخچه به په وصفی ډول دیوه بلاربتوب لپاره وی .	۱- پدی حالت کښی تاریخچه قویاً دکپډي دبلاربتوب په لورځی .
۲- دمیتیازی ستونزه به معمولا وروسته له لس اونیو څخه معین وی .	۲- دمثانی اعراض ندرتاً څښته والی لری .
۳- درد اوینه بهیدنه لږه یا نشتوالی لری .	۳- رحم دکلی په مقابل کښی پروت دی .
٤- دسرویکس کنج یا زاویه ښایی دګوتوپه واسطه جس شی دبطن لپاسه اوښایی درحم دجس په وخت هیڅ جس نه شی .	٤- زاویه دګوتوپه واسطه جس کیږی اودرحم جسم په قدام دکلی کښی دنشیت وړدی .
٥- رترتروفلکس کورپوس کردی ،پوست لږ یاډیرمتحرکه اودبلاربتوب په څیردی اوبعضا متقلص وی .	٥- په Cul-de- sac کښی کتله غیرمنظم ،پرته له حرکته اودیوه محمول رحم په څیرنده او هیڅکله تقلص نه کوی .
6- دبلاربتوب په وروستیوکښی داحالت نادراً لیدل کیږی .	٦- رحم برخه به دبلاربتوب په وروستیوتشه وی اوکتله دهغه په قدام کښی شته والی لری لکه (۹-٥) تصویرپه څیر .

دمخه تردی چی ناروغ ته کورتاژ ترسر شی باید ناروغ ګوتوپواسطه دلمنی کتنه (T.V) ترسره شی ترڅودرحم څخه بهربلاربتوب په ګوته اووپیژندل شی پدی حالت کښی به رحم کولاپس کړی وی دبی ځایه بلاربتوب لپاره باید جراحی درملنه ترسره شی . همدارنګه دګیدی نورحالتونه لکه



(۹-۵) تصویر

درحم تثقب دابسی تمزق اودنور تش منځی ارګانوسوری کیدنه ددی په څیر نښی نښانی څرګندوی چی لدی کبله ضروری ګڼل کیږی چی ورته لاپراتومی ترسره شی اومعمولا کیدای شی چی دمقدمی پیژندنی لپاره دحوصلی بذل ترسره شی . که چیری هماتوسل یاهماتوما منتن شویوی داد Pyosalpanx څخه نشی کیدای چی توپیرپیژندنه وشی . همدارنګه نومورې حالت Pelvic-cellulitis او Perimetritis سره هم نشی توپیرکیدای . جراحی کړنلاره یا بذل به دحوصلی دتومور دوینه بهیدنځانګړتیا څرګندکړل شی .

ژیږی غوره نښه ده چی دامعمولاً دوینی دویجاړیدنی سره مل وی . په مقدمو میاشتوکښی غلطی همدارنګه د اوږد سرویکس اوپوست سرویکس شته والی داددی زمینه مساعدوی چی رحم خلف ته اویا جنب ته کوږشی دسرویکس برخه چی کلکه وی داسی ښکاری چی دابه رحم وی او درحم دجسم برخه به داسی وښایی چی دابه یوبی ځایه بلاربتوب وی .

دبی ځایه بلاربتوب ښایی دیوه ښاخ په برخه کښی وی چی دګډې برخه هماغه لوری ته درحم دښاخ د پرسوب له کبله متوسع ښکاری اوهماغه لوری ته استراحت کول ګران کاردی دغه حالت ته Angular pregnancy ویل کیږی دانګولار بلاربتوب پیژندنه اوتوپیر د Interstitial ډول بلاربتوب څخه ګران کاردی . چی دغه حالت (۸-۵) تصویرکښی څرګندشوی ورته پام وکړی دابه ښه خبره وی ترڅودنومورې حالت دشته والی په صورت کښی ناروغ په روغتون کښی بستر کړل شی . پدی لړکښی دبطن په برخه کښی پنوموپریتونیوم Transabdominal pneumoperitoneum کنه به درادیوګرافی له لارې ګڼه ورکوی . همدارنګه درحم که دنورو اختلاطی حالتونو لکه دهګۍ ځالی تومورونه اوسیستونو سره اویا دحوصلی برخی تومورونو سره مل وی دبی ځایه بلاربتوب سره په پیژندنه کښی څه ناڅه ورته والی څرګندکړی اودهغوی دپیژندنی لپاره باید ځانګړی آزموینی ترسره شی . Aschheim – l) Pregnancy test)

[آزمویني د بی ځایه بلاربتوب په څیر ورته څرګندونی کوی خوکه zondek او د Friedman) چیری رپچر مینځ ته راشی دآزمویني منفی ځواب ورکوی .

همدارنګه په بعضی حالتونوکښی چی کځوړی رپچرکړی وی باید یولړ نورونا روغیو سره دهغی په څیرسره بشپړتوپیرپیژندنه وشی لکه .

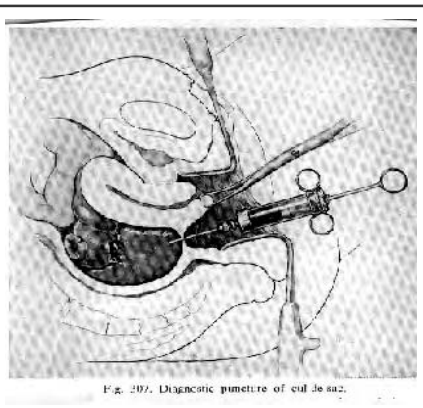
- رپچر شوی حالت د Pyosalpanx.
- دهګۍ ځالی دتومورونو تاویدنه .
- دنفیرونو تاویدنه .
- دهګۍ ځالی وینه بهیدنه .
- له درد سره مل هګۍ اچول .
- داپندیکس دخراج (Abscea) چاودیدنه .
- دصفراوی کځوړی چاودل .
- دمعدی اواثناعشرتثقب (سوری کیدنه) (دقرحاتو دشتوالی له کبله) دپښتورګواو حالبونو تیږو اود طحال (توری) دشیریان رپچر .

همدارنګه یوحاد اپندیسیت معمولاً دبی ځایه بلاربتوب سره ورته والی څرګندوی او دهغه توپیری پیژندنه تل ګران کاردی . توپیری پیژندنه یی په لاندی ډول دی .

حاداپندیسیت نښې نښانې	بی ځایه بلاربتوب نښې نښانې
۱. دبلاربتوب کومه نښه اونښانه شته والی نلری .	۱. دبلاربتوب دوخت نښی نښانی شته والی لری .
۲. درد ،زړه بدوالی ، کانګی اوتبه شته والی لری .	۲. درد ډیرشدید وی کانګی لږی ، تبه نشتوالی لری .
۳. په ښی لوری کښی حساسیت اوشخوالی مینځ ته راځی .	۳. حساسیت اوشخی لږه اویانشتوالی لری .
٤. معمولاً دوینی په کنه کښی لوکوسیتوزس شته والی لری .	٤. دوینی په کنه کښی لوکوسیتوز دومره معمولی خبره نده .
٥. ناروغ متهج اونارامه وی .	٥. ناروغ خاسف Pale اوبی علاقه Apathic ښکاری .
٦. رحم اوهګۍ ځالی نورمال وی .	٦. دبی ځایه بلاربتوب لپاره به وصفی نښی ولری .
۷. یوکلله ښایی دحوصلی څخه پورته احساس یا جس شی .	۷. کلله ښکته په حوصله کښی وی .
۸. درحم څخه کوم ډول دیسچارج شته والی نه لری .	۸. ډیسچارج درحم به دیسیدوا وی .
۹. که چیری یواستکشافی بذل وشی ښایی Puss اویا دباکټر یا شته والی په سیروم کښی وی .	۹. په بذل ددوګلاس کښی به وینه ، یا امنیوتیک مایع شته والی ولری .
۱۰. دبلاربتوب آزموینه Pregnancy test به منفی وی .	۱۰. د Pregnancy تست به مثبت وی که بلاربتوب په خپل حال وی .

که چیری پیژندنه وصفی نه وی ناروغ دی په روغتون کښی کړل شی اواړوند آزمویني دی ورته ترسره شی . دناروغ دالتراساوند کنه ، لابراتواری کنی او ازمویني ، کلینیکی کنی او ازمویني دی وشی همدارنګه درحم څخه راتلونکی ډیسچارج دی لابراتوارته دحجروی پیژندنی لپاره واستول شی . کورتاژدی وشی . د Heaney پنوم عالم څرګند کړل چی " Dry scrape " پنوم یوه اصطلاح چی پکښی هیڅ راز انساج دبی ځایه بلاربتوب لپاره وصفی ډول ندی لیدل شوی نوموړی اصطلاح پکار یوړه حال داچی دبی ځایه بلاربتوب نښی نښانو شته والی درلوده .

همدارنګه د Cul- de – sac بذل پرته له ضرره دی اودپیژندنی لپاره مرستندویه کړنلاره ده ددی کړنلاری ته په (۵- ۱۰) تصویرکښی پاملرنه وکړی .



(۱۰-۵) تصویر

داکړنلاره باید په ډیردقت سره اوځیرسره ترسره شی ترڅواړوند ټاکونکی معلومات تر لاسه کړل شی .په اوسنیو وختونو کښی خلفی کولپوتومی Post. Colpotomy په پراخه پیمانه دبی ځایه بلاربتوب اودهغه دریچر دپیژندنی لپاره ترسره کیږی .

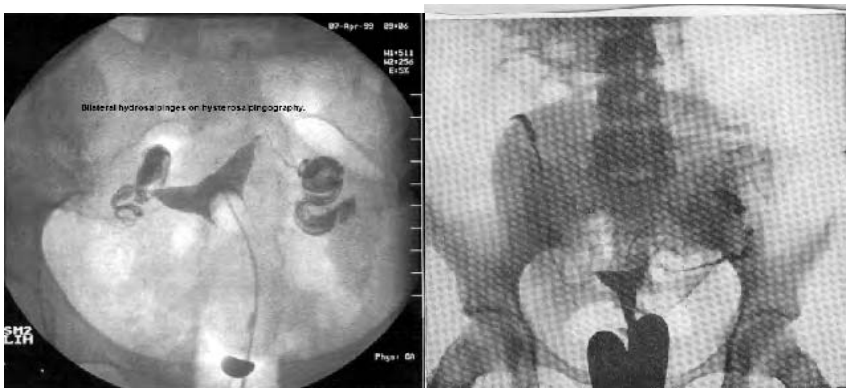
که چیری نوموړی ناروغی تثبیت شی نو ورته لاپراتومی ترسره کیږی اودکولپوتومی جرحه بیرته ګډول کیږی نوموړی کړنلاره په لومړی توک کښی په شرحی سره لیکل شویده . په ډیرو حالتونوکښی ناروغ کولای شی چی وروسته دڅوورځو تیریدنی څخه له روغتون ځنی رخصت کړل شی .

<u>په وروستیو میاشتوکښی پیژندنه :</u>

دابه په بنسټیزه توګه پدی پوری اړه ولری چی آیا بلاربتوب داخل الرحمی دی اوکه خارج الرحمی ،لاندی ټکی باید پدی هکله په پام کښی ونیول شی .هغه نښی نښانی درپچرچی مقدمومیاشتوکښی منځ ته راځی دهغی تاریخچه اخیستل کیږی .

دحوصلی اعراض ، دپریتوان تخریشونه ، دردلرونکی دفیتوس دحرکت شته والی په موضعی ډول سره ، دګډوډ دجوف کرمپونه ، زړه بدوالی ،کانګی غیرمنظم وینه بهیدنه ، ددیسیدوا ډیسچارج ، دتش رحم موندل دکتلی په اوږدو کښی ، همدارنګه دفیتوس دزړه آوازونه اووریدونه کځوړه

تقلص نه کوی همدارنګه ګردی لیګامنت نه جس کیږی ، کله پـه متنـاظر ډول سـره نـه وی او پـه آسانی سره بیلول کیږی .دمهبل په کنه کښی سرویکس له ځایه دکتلی په واسطه بـی ځایـه کیـږی درحم دشریانونو نبضان به جس شی ، دماشوم کوپړی به Ballot ونلـری رحـم بـه مـتقلص وی سرویکس (عنق) (۳-٤) سانتی مترہ وازوی .دراډیوګرافی پواسطه به د Lithopedion شکل پیژندنـه وشـی خودابـه ګـران کـاروی چـی وپوهیدل شـی چـی داخـل الرحمی دی او کـه خـارج الرحمـی همدارنګه د هیسټروسالپانګوګرام (Hysterosalpingogram) پواسطه بـه څرګنـدکړل شـی چی رحم تش دی اوماشوم درحم څخه بهرموقعیت لری اودماشوم داسکلیت برخه درحـم څخـه بهترتثبیت کړل شی ورته (۱۱-۵) تصویرکښی پاملرنه وکړی .



(۱۱-۵) تصویر هیسټروسالپانګوګرام

انزار : Prognosis :.

په هغه ناروغانوکښی چی څومره ریچر دمخه منځ ته راشی هغومره ګټـور اوښـه انزارلـری . پـه همدی ډول هغه کسان چـی دحـاد بطـن دجراحـی لـه کبلـه عملیـات شـوی دی ښـه انـدازی څرګندکړیدی . دپیژندنی لپاره استکشافی لاپراتومی هـم توصـیه کـړل شـویده .همدارنګـه پـه بنفسهی ډول ناروغ وروسته له ریچرخخه روغوالی موندلی فیټوس او وینـه بهیدنـه دواړه رشـف اوله منځه تللی دی . که چیری دا کتله او وینه چی هیماتوسـل یـی جـوړکړی دمکـروب یـا انتـان پواسطه منتن شی نوپدی حالت کښی به انداز د ناخوالی سره مخامخ وی . دشاک منځ تـه راتلـل مرګونی انزار لری .

درملنه Treatment :

ددرملنی لپاره تلواراوپړه ډیرښه اوغوره کاربلل شـویدی . دپیژنـدنی سـره سـم دی جراحی مداخله وشی اونوموړی عارضه دی رفع شی . په هرصورت کښی لاپراتومی غـوره بلـل کیږی .دجراحی بیړنی کړنلاره دناروغې داعراضو دمقدمیت پوری اړه لری اودهمدې له مخی چی دناروغې مور ژوند وژغورل شی دکلینیک له نظره دغه ناروغان په دری مرحلوویشل شویدی :

۱ – هغه ناروغان چی کځوړی یی رپچرکړی اودکډې وینه بهیدنه نلری.

۲- په مزمنوپینوکښی دحوصلی هماتوما(Hematocele) منځ ته راځی .

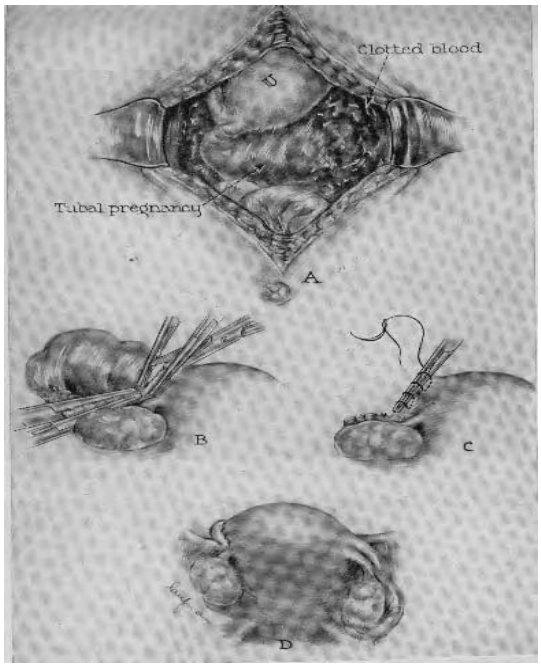
۳- دځلورومیاشتو تیریدوځخه وروسته بلاربتوب .

I - دنفیر رپچر اونفیری سقط درملنه (Class – 1)

پدی حالت کښی کله چی اودشاک سره مل وی باید ناروغ دشاک دحالت درملنه وشـی نـاروغ جراحی کړنلاری ته تیار اودعملیات خونی ته یووړشی . پدی حالت کښی دناروغ جراحی درملنه لاپراتومی دمنځنی ښکتنی کرښـی او Salpangectomy ترسـره کیـږی .د Salpangectomy لپاره نږدی جراحی کړنلاره لاندی ډول ترشرحی لاندی راځی لکه چی په (۱۲-۵) تصویر کښی ګوری .

A. کله چی ناروغ دمیز دپاسه دجراحـی معقمو شـرایطولاندی پـاک کـړل شـو دمنځنی کرښی ښکته لاپراتومی ورتـه ترسره کیږی پوستکی ، تحت الجلـد ، صفاق غوځیږی عضلات split کیـږی اوپریتوان څیـرل کیـږی لکـه چـی پـه تصویرکښـــی ګـــوری Tubal pregnancy او Clotted blood دکډې په جوف کښی ترسترګو کیږی .

B. دنفیردواړه لورو ته کلامپ اچول کیږی اودهغه دمیزو برخه هم کلامـپ کیـږی



(۱۲-۵) تصویر

بیادابرخی دبیاتی په واسطه غوڅیږی .

C. د Suture ligature پواسطه Nonabsorbabal تار په واسطه هموستاز اوګنډل ترسره کیږی .

D. دابرخه بیادپریتوان دطبقی په واسطه پوښل کیږی دګیدی جدار دپلان له مخی دعلقی اوسقطی جنین دراوسیتی وروسته بیا ګنډل کیږی .

II - دحوصلی دهیماتوسل Hematocele اوهیماټوما دمزمنو پیښودرملنه Class .II :

پدی حالت کیدای شی څوورځی ناروغ ددرملنی لپاره انتظار وایستل شی کله چی دناروغ ناوړه حالت ښه اودجراحی کړنلاری ته تیارشی هغه د لاپراتومی کړنلاره ورته ترسره کیږی پدی حالت کښی که چیری هماتوم یاهماتوسل دانتان د مداخلی څخه پرته حالت ولری هغه محتوی راویستل کیږی دګېډې جوف دفیزیولوژیک سیروم پواسطه پاک مینځل کیږی دنفیرونو د Salpangectomy کړنلاره ورته ترسره کیږی که چیری دغه حالت دانتاناتو دمداخلی له کبله په تقیح بدل شوی وی اویو Pelvic Abscea څرګنده کړی . نو پدی حالت کښی به یوازی جراح Abscea دریناژ کړل شی اودنوری جراحی کړنلاری اودرملنی لپاره دی انتظاروایستل شی ناروغ ته غوره وسیع الساحه انتی بیوتیکونه ورکول کیږی . دابسی په جوف کښی درن ایښودل کیږی .

III - دبطنی (ګیډې) دبلاربتوب درملنه Class 3 :

دغه حالت باید ژرترژره دجراحی کړنلاری ددرملنی دسرته رسولو پواسطه له منځه یووړل شی پدی حالت کښی به ډاکتر دڅلورو میاشتوڅخه پورته عمرلرونکی ماشوم سره مخامخ وی .

که چیری دماشوم مورونه غواړی چی ماشوم یی ضایع کړل شی پدی حالت کښی ناروغ په روغتون کښی بسترکړل شی اوترټولو غوره عمر دجراحی کړنلاری دسرته رسولو دپاره دماشوم د (36) اونیو تیرېدو څخه وروسته دی داجراحی کړنلاره باید دیوه تکړه اوماهر بطنی جراح پواسطه ترسره شی داځکه چی پدی حالت کښی وینه بهیدنه ډیره زیاته ده اوداختلاطونو منځ ته راتګ ډیرامکان لری ځکه کڅوړه (Sac) دمجاورو انساجوسره نزدی التصاق لری .

وروسته لدی چی جراحی کړنلاره ترسره شی اوهیموستازوشی دګېډې جوف دی په فزیولوژیک مایع پاک ومینځل شی همدارنګه درن (drain) دی ګېډې د جوف په دوګلاس برخه کښی د څو

ورځو لپاره پریښودل شی اوکله چی له ګېډې څخه وموادو راتګ بندشی درن دی راوایستل شـی وسیع الساحه انتی بیوتیکونه دی ناروغ ته ورکړل شی .

دهګۍ ځالی بلاربتوب **Ovarian pregnancy** :

داډول یونادر ډول دبلاربتوب دی چی اصلی صورت دهګۍ ځالی په دننه برخه کښی منځ تـه نـه راځی خوکله هګۍ له هګۍ ځالی څخه راووزی دالقاح وروسته دغه هګۍ دهګۍ ځالی له پاسه نښتنه کوی اوله هغی وروسته هلته وده کوی . لدی کبله ددی حالت پیژندل ګران کاردی چـی کلـه چی هګۍ وده کړی وی چـی وویـل شـی چـی داحالـت Primary دی اوکـه Secondary دی.عالم Spiegelbergeپدی باندی اسرار کوی چی دلاندی کریتریاوو (شواهدو) دشته والی په صورت کښی به وویل شی دهګۍ ځالی بلاربتوب دی .

١- دنفیر هغه برخه چی دلته په تماس دی باید په خپل طبعی حال وی .

٢- دفیټوس کڅوړه باید دهګۍ ځالی پوزیشن اشغال کړی .

٣- دفیټوس کڅوړه باید درحم سره د Utero – ovarian لیګامنت پواسطه متوصل او نښتی وی .

٤- په ټاکلی ډول سره دهګۍ ځالی نسج باید په کڅوړه کښی دننه وموندل شی . دهګۍ ځـالی دبلاربتوب موده دنفیرونو دبلاربتوب دمودی په څیر ورته ده . او سپرما توزوا هغه وخت هلته رسیږی دمخه تردی چی هګۍ له هګۍ ځالی څخه ووزی هلته القاح کیږی. که چیری هګـۍ ډیره دننه دهګۍ ځالی په نسج کښی واقع وی نوکڅوړه به دهګۍ ځالی د Stroma پواسطه پوښل شویوی .اوکه چیری داپه سطحی ډول وی نودجنین کڅوړه دپریتوان په جـوف کښـی وده کوی په دواړو حالتونو کښی بلاربتوب جذرلرونکی دی اوکیدای شی پـه ډیـره آسـانی غوڅ اوراوویستل شی سره لدی چی دمجاورو انساجوسره التصاق ولری .

که چیری هګۍ د Hilum (صُرې) سره تژدی وی نو دبلاربتـوب کڅـوړه بـه Intraligantous دبین اللیګامنتی وی اود Utero – ovarian لیګامنت یوه برخه به وی اونفیربه دهغه دخارجی سطحی لپاسه په کش شوی بڼه څرګندکړل شی .لکه چی دامنظره به دهګـۍ ځـا ی د سیسـتیک تومور په حالت کښی چی په همدی موقعیت کښی وی په څیروی .

دکځوړی رپچر اودهیماتوسل منځ ته رائځ معمولا پدی حالت کښی پایله ده داکیدای شی چی دفیټوس دمړینی اویادمړینی څخه پرته حالت سره مل وی . خوکیدای شی چی د Mole جوړیدنه په ګډون د هایداتیوفورم (Hydatiform Mole) ورسره یوځای تر نظر شی . په آزاده ډول سره دګرافین رپچر بعضا ترسترګوکیږی حتـی مرګـونی وینـه بهیدنـه اوهمیوراژیـک اووارین سیسټ (Hemorrhagic ovarian cyst) یا تاوشوی دهګی ځالی تومورونه ښـایی په همدی ډول سره دحوصلی وینه بهیدنه رامنځ ته کړی . پدغسی حالتونو کښی دذوی ترمنځ توپیر پیژندنه ډیرګران کاربلل کیږی .

دسرویکس بلاربټوب (Cervical Pregnancy)

داحالت هم ترټولو نادر ډول دبلاربټوب بلل کیږی اوداحالت هغه وخت منځ ته راځی چی هګی دسرویکس په برخه وکړل (غرس) شـی اولـه هماغـه ځایـه پـه وده پیـل وکـړی .همدارنګـه داضروری ګڼل کیږی چی دپنځه میاشتی څخه دمخه باید دجراحی کړنلاری پواسـطه لـه منځـه یوړل شی ځکه لدی وروسته داختلاطونو دمنځ ته راتلوسبب ګرځی لکه :

- وینه بهیدنه Hemorrhage .
- دامنیوټیک کځوړی رپچر (تمزق).
- دسرویکس دجدار سوړي کېدنه (تثقب) .

داسی فکر کیږی چی داحالت په لومړنیو میاشتوکښی دوینه بهیدنی سره مل وی اوپه کنه کښی بـه درحم جسم دسرویکس دکنلی چاپیریال تـه پروت وی که چیری Supra vaginal رپچر منځ ته راغلـی وی پـدی حالـت دنومـوړی نـــاروغی درملنـــه هیســـټرکټومی Hysterectomy ده چـــی دجراحـــی کړنلاری لپاره یی لومړی ټوک کتاب ته پاملرنه وکـړی .دســرویکس دبلاربټـوب او اړونـد نسـجی بـدلونونو منظرتـه پـه (5-13) تصویرکښـی پاملرنـه وکـړی . چـی څرنګـه

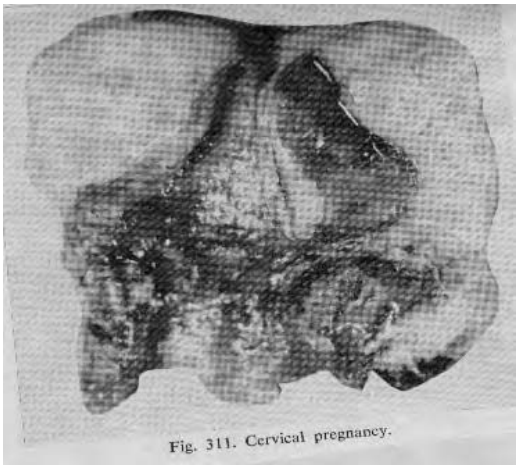


Fig. 311. Cervical pregnancy.

(5-13) تصویر

نسجی بدلون منځ ته راوړی .

درملنـــه :

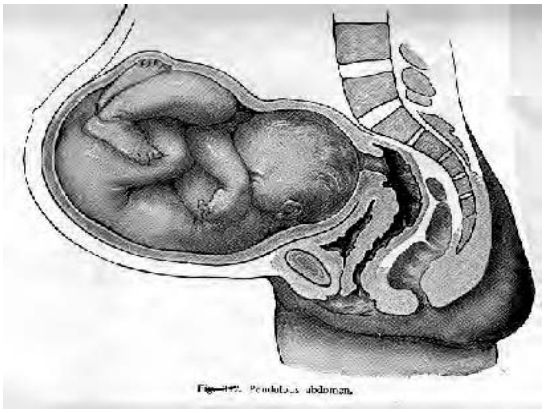
دجراحی کړنلاره ده چی پـــــــه لومړنیو حالتونوکښی Curettage او که چیری ډیره مـوده وتلـی وی Cesarean/ Section درملنه ورته ترسره کیږی .

درحم بی ځایه کیدنه اودمهبل دجداربی ځایه کیدنه

Displacement & Distortion of the Uterus and the Vaginal Wall

درحم انتی فلکشن(Anteflexion) او انتی ورژن (Anteversion) حالت :.

په نورمال ډول سره رحم د Anteverted په حالت کښی وی اوهمدارنګه دبلاربتوب په لومړی میاشته کښی هم په همدغه حالت پاتی کیږی خوله هغه وروسته دغه دانتی ورژن حالت زیاتوالی مومی تردی حده چی درحم جسم دمثانی لپاسه پریوزی په دواړه انتی ورژن اویا انتی فلکشن حالتونوکښی رحم پورته خواته لویدنه کوی دالویدنه د پوبیس ترشاد ګډډې دجوف لوری ته دوام مومی ترڅوچی پدی لړکښی دکوم التصاق یا Myoma مایوما حالت شته والی ونلری Incarceration یا بندیدنه منځ ته نه راځی .اورحم دحوصلی په منځ کښی بندنه پاتی کیږی .



(5-14) تصویر

موخربلاربتوب Late pregnancy تل مدام انتی ورتد (Anteverted) کیږی اودګیدی جدار قدامی برخه ډیره راوتلی او پړسیدلی ښکاری که چیری دغه حالت پتالوژیک وی نو د Pendulous abdomen نوم ورته ورکول کیږی پدی هکله (5-14) تصویرته پاملرنه وکړی .نوکله چی دغه حالت پرمخ ولاړشی رحم جسم به Inverted بڼه غوره کړی اود زنګنونو لوری ته به متوجه وی په لومړی ځله ښځه کښی دغه

Pendulous abdomen حالت ډیر یو نادر حالت بلل کیږی چې ددغه وتلی بطن (Pendulous abdomen) لپاره غوره علتونه په لاندی ډول ارایه شویدی .

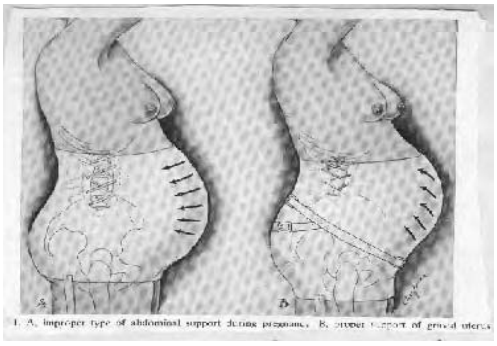
- دکڅړې دجدارنیمګړتیا .
- دحوصلی متقلص حالت .
- دحوصلی دبرخی د Inclination زیاتوالی .
- د ملا د تیر کوږوالي لکه (Lordosis ، Kyphosis) .
- Spondylolithesis .
- دوه ګونی Twins .
- پولی هایدرو امینوزس .
- د ډیروماشومانو زیږیدنه .
- اوهغه بلاربټوب چې ورسره دتوموروني اختلاط مل وی . دبلاربټوب په وخت Pendulous – abdomen دکڅړې په برخه کښی دوزن او اتساع احساس په وروننو اود کڅړې د (Lion) دبرخی درد منځ ته راوړی اوهمدارنګه داحالت داضلاعویا پښتیو دریکټوس دعضلی دارتکاز په برخه کښی درد منځ ته راوړی . اوهمدارنګه په بښکنی اطرافو اود فرج (Vulva) په برخه کښی اذیامنځ ته راوړی . دزیږونی په وخت کښی دغه حالت ستونزه د(Dystocia) منځ ته راوړی رحم قدام ته دومره کش شویوی چې دهغه اوږد محور دحوصلی دبرخی سره یوه زاویه جوړوی . سرویکس پورته د عجز د تشځای په برخه کښی کش کیږی بعضا د Promontory څخه پورته وی . اتساع یا (Dilatation) موخروی اودرحم خلفی جدارډیرمستقیم اوکش شویوی .

دغه حالت په ګډه سره دماشوم بی ځایه والی سره درحم درپچرلپاره دزیږونی په وخت زمینه برابروی . په دغه ډول بښځوکښی به د (Malpresentation) حالتونه ډیرمنځ ته راشی لکه د Shoulder, Breach ځکه چی کوپړی دفوری تقلص له کبله دحوصلی برخی ته نه ورننوزی.

پدی هکله بیا(5-14) تصویرته پاملرنه وکړی پرولاپس دکورد (رسی) اودماشوم لاسو اوپښو همدغه شان Dystocia منځ ته راوړی اوماشوم دټولو خطرناکو حالتونوسره مخامخ کیږی له همدی کبله دماشوم دمړینی اندول له اوسط څخه لوړه اندازه ټاکل کیږی .

درملنه Treatment :.

دنوموړی حالت درملنه دګېډې دجدار دحمایت یا تقویه کوونکو اغوستنو پواسطه ترسره کیږی چی دغه اغوستنی بایدحتماًدبلاربتوب په وخت کښی ترسره شی چی د Maternity corset supporting پنوم یادیږی دګېډې د اغوستونکی څیزو بڼی ته په (5-15) تصویرکښی پاملرنه وکړی چی (A) ډول یی غلط ډول اغوستنی دی اوپه (B) ډول په صحیح ډول سره اغوستنه ترسره شویده .



(5-15) تصویر

همدغه رازپدی حالت کښی بایدناروغه ښځه ډیروخت دملاپه تیر په حالت د(ستونی ستاق) حالت پریوزی اوخوب وکړی .

همدارنګه هرکله چی لنګون یازیږونی حالت منځ ته راځی بایددناروغه رحم دهرتقلص اودرد دمنځ ته راتلو صورت کښی پورته لوری ته ټیله کړل شی ترڅودماشوم کوپړی حوصلی ته ورننوځی .

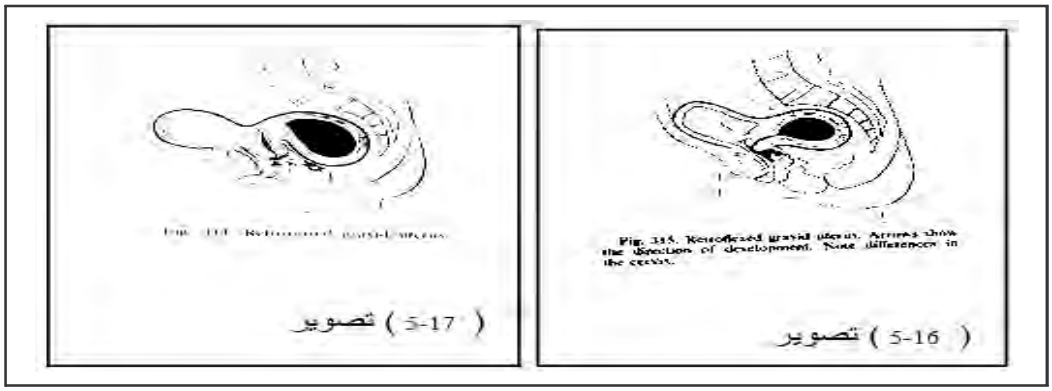
همدارنګه دماشوم Engagement دمورد Squatting پوزیشن داحالت داسی دی چی مورپه کوناټوکښینی اوخپل دلاسونو ورغوی دزنګنونو لپاسه ږدی . پدغه حالت کښی ورنونه په رحم پورته لوری ته فشار راوړی اودماشوم سمون منځ ته راځی اودهغه محور د Inlet په برابرسمون خوری . کله چی Engage منځ ته راشی ناروغ اکثرا په چټکی سره فشار راوړی خوپدغه حالت کښی دریکتوس عضلات دزیږونی دمیکانیزم سره مرسته نه کوی .که چیری په دوهمه مرحله Second stage کښی تأخیر (ځنډ) منځ ته راشی Rotation ودریدنه (توقف) کوی که چیری پدغه حالت کښی فورسپس واچول شی ښایی درحم رپچرمنځ ته راشی پدغه حالت کښی وروسته له Squatting یوزیشن څخه د Lithotomy پوزیشن اوناروغ ته دستونی ستاق څملولو حالت ډیرغوره ګڼل کیږی . اوتل مدام دی دغه کړنه دمخه تردی

چی له فورسپس څنی کا رواخیستل شی او پکا ریورل شی دا د زیږونی دوهمی مرحلې کښی ډیرګډور دی .وروسته له زیږیدنی څخه داضروری خبره چی دګډې دجدار دقوت پیداکولو لپاره دبطنی حمایه کوونکو (Supporter) څخه ژرترژره کارواخیستل شی اوناروغ باید ژر فعال کړل شی اودګډې دجدار دبرخی فزیوتراپی ورته ترسره شی .

خلف ته درحم بی ځایه کیدنه" Retrodisplacement of the Uterus " :

د Retroversion رتروژرن اورتروفلکشن Retroflexion حالت په (20%) پینبوکښی منځ ته راځی داپه هغو ښځوکښی چی بلاربی شوي ندی تثبیت شوی دی خوداحالت دنه زیږیدنی (عقامت) سبب نه ګرځی .

بلاربیدنه په رحم کښی هغه وخت منځ ته راځی چی لـه پخواڅخـه رحـم Retrodisplace شویوی پدی هکله (5-16) او (5-17) تصویرونو ته پاملرنه وکړی .



خلف ته د ډیسپلاسمنټ تکلاره:

سره لدی چی درحم ډسپلاسمنت خلف ته دالتصاقاتو پواسطه اختلاطی شویدی پدی حالت کښی هیڅ راز اعراض شته والی نلری ځکه چی رحم په بیسیاتوګه له حوصلی څخه بهر وده کړیده . بعضادلته دحوصلی په برخه کښی دډکوالی یو احساس منځ ته راځی چی ښکته لوری ته یی دروندوالی وردرومی چی دعجزی اوقطنی اعصابو دذفیروپواسطه احساس لیږدول کیږی .

کله چی رحم التصاقی وی چی نادرحالت دی دمثانی اعراض د دریمی میاشتی په پایله کښی منځ ته راځی دا پدی ډول دی چی کله ناروغ غواړی میتیازی وکړی پدی حالت کښی درد شته والی لری دمیتیازوکولو لپاره انتظاروباسی اوداسی احساس کوی چی مثانه یی لاهم تشه نده بعضاً

ددرد دشته والی له کبله بنایی دمیتیازو احتباس (Retention) شاید شته والی ولری مثانه په ډیری اندازی سره توسع کوی اوپه ثابت ډول بنایی Dribbling منځ ته راشی . دغه حالت ته Retention with overflow اویا د paradoxic incontinence اویا (Ischuria paradoxa) حالت نوم ورکول کیږی پدی حالت کښی بنایی دښکتنی اطرافو اذیماهم شته والی ولری .

یودلا ندی څلورو حالتونو څخه پایله وی :

۱- بنفسهی سمون (اصلاح Spontaneus rectification)

۲- سقط (زیان Abortion)

۳- قسمی اصلاح Partial corection

٤- بندښت (انسداد Incarceration)

۱- بنفسی اصلاح(**Spontaneous rectification**) : .

بنفسی اصلاح په دریمه میاشتی کښی یوقانون قبول شویدی جسم دپروماتوری (Promontory) خلف ته راپورته کیږی اوقدام ته لویږی .دحوصلی دبرخی التصاق بنایی دبنفسهی اصلاح وځنډوی اوبنایی په وسیع ډول شته والی ولری ، همدارنګه دډیرکشیدنی او نسمیدنی له کبله دغه التصاقات وشلیږی او جذب شی که چیری دا التصاقات دومره اغیزمن وی چی درحم په جوړښت اغیزه پریباسی درحم دجداربدلون به دایمی (تلپاتی) وی .ډیرزخمونه دهګی دمنلولپاره اتساعی بڼه غوره کوی .

۲- زیان (**Abortion**) :

سقط یوغیرمعمولی خبره ده دهګی لپاره دځالی (خونی) نشتوالی دسقط سبب نه ګرځی خو د رحم دغه حالت درحم او دحوصلی د وینی رګونو سیستم ته بدلون ورکوی اود دیسیدوا په برخه کښی وینه بهیدنه منځ ته راوړی په نادر ډول سره په دغه ناروغی کښی التصاق منځ ته راځی اود درینا ژکړنه درحم نیمګړی کیږی ځکه چی جسم دسرویکس په نسبت ټیټ حالت غوره کوی .

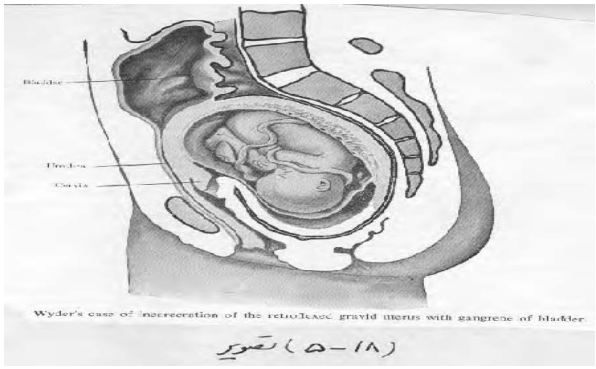
۳- نیمګړې اصلاح (Incomplete correction) :

نیمګړی اصلاح ښایی په نتیجه کښی داسی یوحالت منځ ته راوړی چی قسما Retroflexion درحم وپیژندل شی دا اصطلاح دهغوښځو په هکله پکار وړل کیږی چی دهغوی رحم دحوصلی په برخه کښی وی درحم قدامی برخه دهګی د ناستون لپاره توسعه کوی ، دغه حالت دمعندالتصاق او تومورله کبله بلل کیږی دغه راز ښځی ښایی په نورمال ډول د Term په وخت زیږونه وکړی سؤاشکال اوخلع د (Cervix) عنق په پایله کښی ښایی مینځ ته راشی همدارنګه سقط بې مودې زیږونه اوبندیدنه Sacciform dilatation of the uterus پنوم پیژندل شوی اوښایی د partial correction قسمی اصلاح سره مغالطه شی .

سرویکس پدی حالت د Pubis دشا اوپورته برخه کښی پروت وی چی Cul-de-Sac دیوه برخی دسرویکس یا درحم دښکتنی سګمنټ پواسطه ډکیږی دایوه ساده موضوع ده چی سرویکس منځنی Median برخی ته ټیله کړل شی دا کړنه دګوتی په واسطه ترسره کیږی لدی وروسته په طبعی ډول نورمال زیږیدنه اویا د فورسپس پواسطه زیږونه ترسره کیږی .

٤- بندیدنه (Incarceration):

په حوصله کښی درحم وده نادرخبره ده خودابنایی دنظرورشدید حالت وبلل شی .هغه نښی نښانی چی مداخلی ته اړتیا پیداکوی له مثانی څخه پیل کیږی چی په مناسبه اندازه مثانه په ډیری اندازی سره اتساع مومی دمثانی داحتباس حالت داحلیل دفشار راتلو له کبله دی او بعضا ښایی دمثانی دعنق برخه داحتقان له کبله اذیمایی شی پدغه حالت کښی Ischuria paradoxa اویا (ثابت ډریبلنګ) حالت منځ ته راځی چی ښایی



Wyder's case of incarceration of the retroflexed gravid uterus with gangrene of bladder.
تصویر (۵-۱۸)

(۵-۱۸) تصویر

دمهبل او ورنونو برخه مرطوبه اولمده کړی . که چیری دغه حالت داوږدی مودی لپاره دوام مومی او یابه په کراره سره وده وکړی پدی حالت کښی دکښیتر له تیرولو اویا له هغه پرته په دواړه حالتونو کښی Cystitis یا دمثانی التهاب په ترمخنګ وکړی .بنایی وینه بهیدنه په مثانه کښی منځ ته راشی اوبنایی دمثانی ګانګرن منځ ته راشی پدی هکله (18-5) تصویرته پاملرنه وکړی .

درحم Incarceration بنایی دسقط سبب وګرځی او بنایی پدی حالت کښی انتان مداخله وکړی ثقب (Perforation) اودرحم رپچر شاید منځ ته راشی اومرګ دپریتونیت داختلاط له کبله منځ ته راتلای شی .

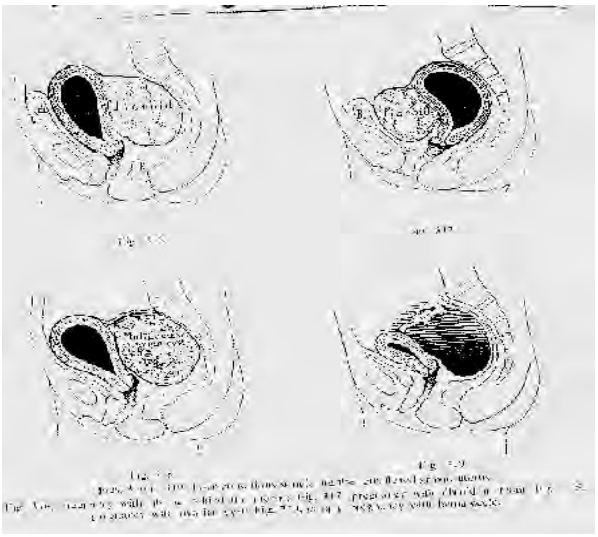
پیژندنه (Diagnosis):

ددی ناروغی پیژندنه ندرتاً ګران کاردی که چیری په ځیرسره کلینیکی کتنه ترسره شی . یوه بلاربه ښځه چی د Dysuria او Dribbling له کبله طبیب ته ورځی باید Retroflexion دحالت لپاره وکتل شی . دمثانی پرسیدلی حالت دګیډی دجدار په برخه کښی " Galobvisical " چی پدغه وخت کښی دجس په واسطه دځپی په ځیرموجه Fluctuation جوړوی ! که چیری مثانه ضخامه وکړی داکتله به کلکه hard جس کړل شی .کله چی مثانی ته فولی کیټر تیرکړل " حتماً " شی مثانه به تشه اودګیډی دجدار برخی دغه راوتلی حالت به بدلون وموندی اوله منځه به ولاړشی ، دمهبل له لاری په کتنه کښی به دسرویکس برخه پورته لوری ته فشارلاندی وموندل شی دابه دپوپس په وړاندی اویا دهغه پورته برخه کښی وی حال داچی Cul-de –sac به دیوی پستی کتلی پواسطه ډک اودمهبل څخه به "Bulge " راوتلی څرګندشی .پدی هکله دتوپیر پیژندنی لپاره اړوند ټکوته پاملرنه وکړی .

درتروفلکس رحم بلاربټوب اود هګی ځالی دتومور سره توپیری پیژندنه	
درتروفلکس رحم بلاربټوب	دهګی ځالی دتومور ونه
i. دمثانی نښی نښانی پکښی لیدل کیږی .	i. دمثانی نښی نښانی شته والی نلری .
ii. ترپوښتنی لاندی کتله به متناظراوپسته وی .	ii. تومور معمولا متناظر ندی کلک اوحساس وی .
iii. دحوصلی په برخه کښی به بله کومه کتله شته والی ونلری .	iii. معمولا به رحم دکتلی له پاسه اویا یوی لوری تثبیت کړل شی.
iv. دسرویکس دبرخی خوځیدنه اونبضان دکتلی به کوم رول ونلری اونشتوالی لری .	iv. پورتنی کتله (رحم) په آزاده ډول سره ښایی بی ځایه اووښورول شی .
v. فورنیکسونه همواردی .	v. فورنیکس دواړه لورته پورته کشول شویدی اوبعضا دپوپس څخه پورته موقعیت نیسی .
vi. هغه کتله چی په Sul- de – sac کښی ده معمولا متقلصه ده .	vi. دتومور په صورت کښی کوم تقلص شته والی نلری .
vii. دجنین دغړو کومه برخه ښایی تثبیت کړل شی .	دماشوم دغړوکومه برخه شته والی نلری .

توپیرپیژندنه باید دخارج الرحمی بلاربټوب څخه وشی همدارنګه درحم میوما myoma ، درحم Incarcerated تومورسره ترسره کیږی دغه حالتونه په لاندې تصویرونو کښی ښه په ګوته کیږی چې پدی هکله (5-19) تصویروته پاملرنه وکړی .

همدارنګه دواړه د (double uterus) دیوه ښاخ Incarceration او قسمی Partial retroflucion دپیژندنی ستونزی جوړوی چی پدی لړکښی ا پراتومی ، لاپراسکوپی او التراساوندغوڅ اورغنده رول لری .



(5-19) تصویر

درملنه Treatment :

که چیری دغه حالت ډیرپه مقدم ډول سره وپیژندل شی ډاکترباید انتظاروباسی چی په طبیعی ډول کومی لوری ته تګ لاره خپلوی داځکه چی په ډیروحالتونوکښی پخپله اصلاح منځ ته راځی . که چیری رتروفلکشن یا رتروورژن دوام وکړی اوبلاربتوب دڅوارلس اونیوڅخه واوړی اومریضی دمثانی اویولړ نوراذیت کوونکی حالتونه که چیری بیاومومی نوپدی حالت کښی دی هڅه وشی ترڅو رحم پورته کړل شی .

لومړی باید په ډیرظریفانه ډول سره دلاسونودمانوری ترسره کولو پواسطه دغه کړنه ترسره شی که چیری رحم په بریالی توګه پورته کړل شی یوکلک ربړی Rubber pessary باید هلته کیښودل شی اوتر څلورو اونیو هلته پریښودل شی اودیوی میاشتی له تیریدو وروسته هغه راویستل کیږی ځکه چی رحم ډیرلویوالی مومی اوبیابیرته دحوصلی جوف ته غورځیدنه کوی .

که چیری رحم دلاسونو په واسطه پورته نه کړل شی تردی سخته کړنلاره به ورته ترسره کړل شی .

لومړی به مثانه تشه کړل شی دابه ساده نه وی ځکه چی ښایی احلیل په ډیرواوږدوکښی ویجاړ ،اذیمایی اوهمواروی اوهمدارنګه مثانه ښایی پخپله په دوه برخوویشل شوی وی چی دهغی یوه برخه ښایی دکټیتر په واسطه تشه کړل شی . په ځیر سره دډاکتر په واسطه دنارینه کټیتر دی تیرکړل شی داکټیترونه نمبر ۱۲ یا تر ۱۵ پوری دفرانسوی ټاکنې له مخی ښه ګڼل کیږی همدارنګه جسم پورته لوری نه ټیله کیږی اودسرویکس خلف ته ددوه ګوتو پواسطه ټیله کیږی دمهبل له لاری داکارباید په مهارت اوحوصله مندی سره ترسره شی . که چیری احتباس ډیروی اوداوږدی مودې

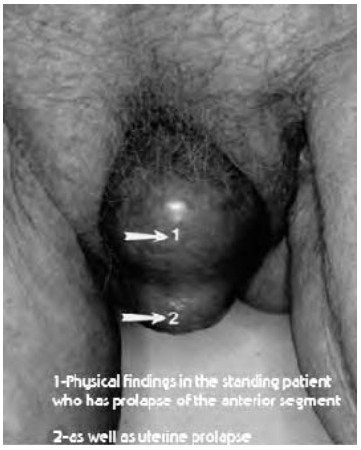
لپاره وی ټول هغه اندازه میتیازې چی احتباس کړی باید په چټکی سره په یوه وارتش نه کړل شی او د تشولوچټکتیا باید په کراره وی اوخوساعتو د وقفی وروسته باید مثانه تشه کړل شی داددی لپاره که چیری په ناڅاپه توګه دبطن فشار اواتساع لږه کړل شی بنایی ناروغ دابهرفشار د له منځه تللوله کبله سمدلاسه شاک ته لاړشی اوبنایی وینه دمخاطی غشاد Anemic برخی ته ډیره لږدونه وکړي او دمثانی دمخاطی غشابه په وینه بهیدنه پیل وکړی .

که چیری مثانه تشه کړل شی رحم به په سهولت سره خپل ځای ته لاړشی داحالت بنایی د Knee chest position پواسطه په بنه توګه ترسره شی پدی حالت سرویکس بنکته لوری ته کشول کیږی اوجسم پورته لوری ته ټیله کیږی بنایی انسیزی ته اړتیا پریوزی که چیری ډیرفشار پدی هکله وارد کړل شی بنایی رحم ریچروکړی اودالتصاق دبرخی رګیزه (وعائي) برخی وشلیږی چی وینه بهیدنه منځ ته راوړی اوبنایی مثانه Burst وکړی اووچوی .بنایی سقط پیل شی دمثانی نکروز دیا پرځای کولو وروسته هم منځ ته راتلای شی اودلاسونو پواسطه له ارجاع اواصلاح وروسته هم بنایی ویجاړیدنه منځ ته راشی .که چیری دغه ذکرشوی کړنلاره اغیزمنی نه وی اوبریالی نه وی نو پدی حالت کښی لاپراتومی ترسره کیږی . درحم التصاقونه آزادیږی اورحم راپورته کول کیږی . ددی لپاره Uper & lower midline لاپراتومی ترسره کیږی .

دبلاربتوب رحم بهرته راوتل (پرولاپس)

Prolapsof of gravid uterus

بلارب رحم پرولاپس یابهرته راوتل نادر حالت دی همدارنګه د Complete precedential حالت نشی کولای چی Full- term بلاربتوب سره رقابت وکړی خوکیدای شی په ډیرکمه اندازه تراوه میاشتوپوری دغه حالت نادراً ولیدل شی . ددغه حالت سره مل کلینیکی نښانی فریکونسی اوبنفسهی سقط دی چی (15%) راپور ورکړل شویدی چی په لوړه فیصدی سره پدی حالتونو کښی دجراحی کړنلاری (54,3%) ترسره کړل شویدی اوهمدارنګه دمړینی فیصدی هم دموراوماشوم لپاره پورته (6-22%) راپورورکړل شویدی .

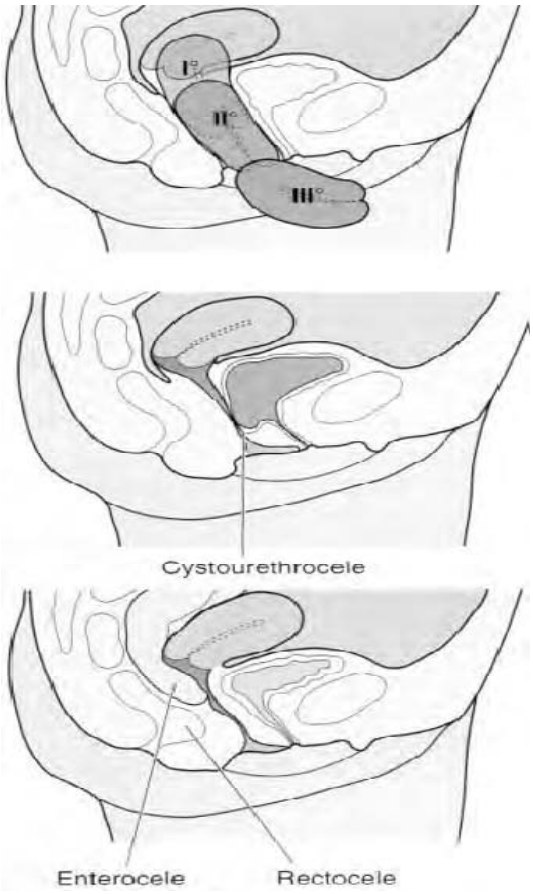


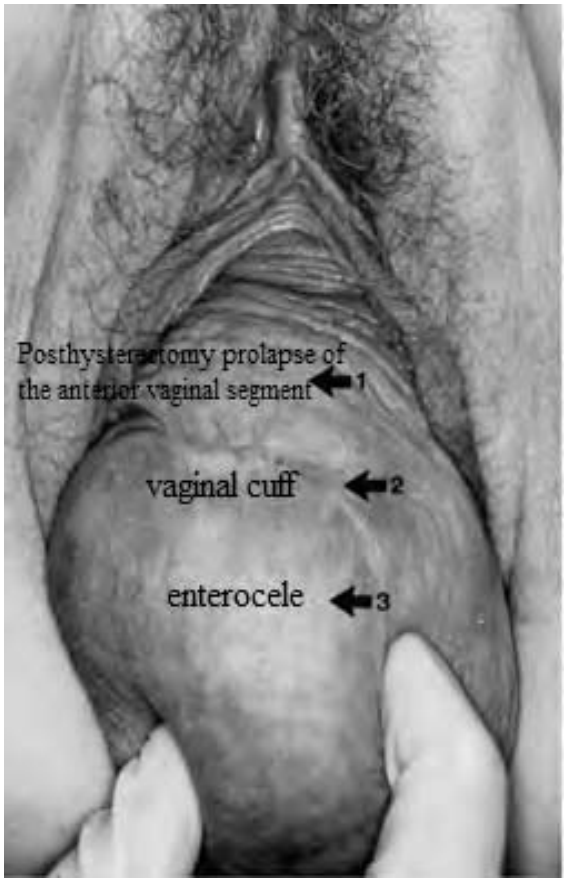


درملنه تل مدام کانزرواتیف ده همدارنګه دلته ښه اومصؤنه طریقه د Low forceps زیږونه ده چی د Duhrsson's incision څخه وروسته ترسره کیږی .

Extrusion of Cystocele & Rectocele: دبلاربتوب په وخت سیستوسل اوریکټوسل یوبل ته ورته حالتونه دی چی ترسترګوکیږی معمولا Varicose اوبعضا التهاب منځ ته راځی Prurits شایدولیدل شی اوهمدارنګه د فنګسونو په واسطه دفرج اخته کیدنه هم لیدل شویدی .

دمهبل دجدار Eversion په Mulitigravid کښی لیدل کیږی اودا دزیږونی په دوهم مرحله کښی کله چی ډیرقوی درد دماشوم دزیږونی لپاره منځ ته راځی داحالت هم منځ ته راځی په ځانګړی ډول کله چی سرویکس دفګرج په بهرکښی ولیدل شی اودفشارلاندی هم داخلف ته نه ځی . زیږیدنه پدی حالت کښی ګران کاربلل کیږی چی د Eversion ددرجو پوری اړه لری . ډیرماشومان مړه کیږی .د ریکټوسل اوسیستوسل درملنه جراحی کړنلاره ده داډول جراحی کړنلاری په لومړی ټوک کښی په بشپړه توګه شرحه شویدی .





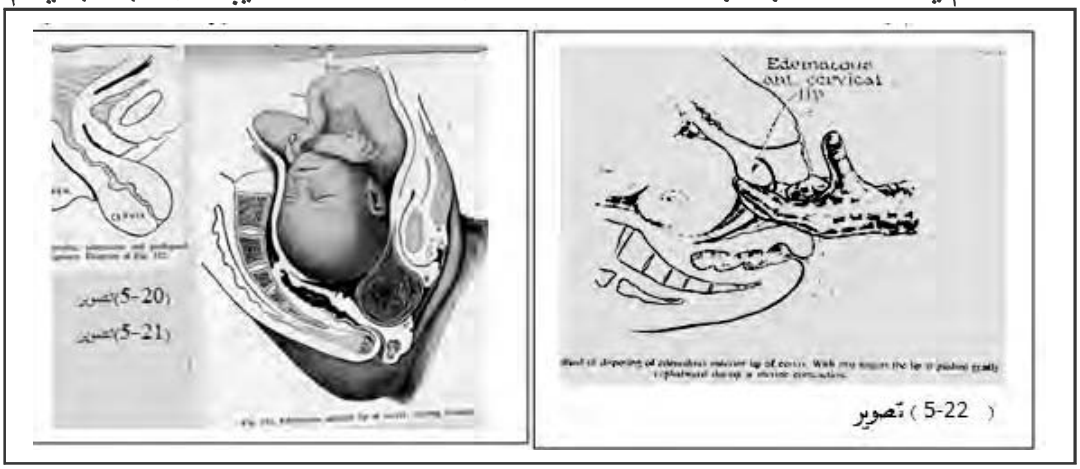
Hypertrophic elongation of cervix :

د سرویکس اوږده ډول ضخامه ښائی په نادر ډول سره دزیږونی سره مل داختلاط په څیرمنځ ته راځی . داحالت بعضا کولای شی چی دزیږونی لپاره ستونزه منځ ته راوړی .

دسرویکس حاده ضخامه داذیماسره

Acute Enlargement of the Cervix with edema

داهم یو نادر ډول دبلاربتوب د دوری اختلاطی حالت دی او دزیږونـی اوپیورپیریـوم (



Puerperium) په دوره کښی منځ تـه راشـی . دی حالـت لپـاره (20-5) او (21-5) تصویروته پاملرنه وکړی . دولادت په وخت کله چی کوپړی لږ پورته بنده شی سـرویکس پرسـوب مومی او همدارنګه بنایی Dark-blue پرولاپس ، وینه کونکی اذیمایی کلی په څیرعملی کـوی راوتلی دسرویکس برخه په ظریفانه ډول سره ټیله کیږی اودنقلص په وخـت حالـت خپـل حًانتـه غوره کوی پدی حالت کښی د (21-5) او(22-5) تصویرونو ته پاملرنه وکړی .ډیرژر کـوپړی ښکته راځی اوتیریږی دفورسیپس په زیږونه کښی باید سرویکس د دوه ګوتوپواسطه خلـف تـه نیول کیږی بنایی داحالت Incision ته اړتیاوومومی .

په بلاربو ښځوکښې چره " فتق" :

همدارنګه دبلاربو ښځو په منځ کښی کیدای شی چی دیلابیلو برخو لکه مغبنـی Inguinal ، صـروی (دنامه غوټی) (Umblicus) دګیډی دجدارلیری کیدنه د Rectus عضلی اونورو برخو فتقونه شایع ډول دی .ددغه ډول درملنه جراحی ده چی دجراحی کړنلاری دسرته رسولو له مخـی فتـق رغول (ترمیم) کیږی .

سقط ، ورک سقط او ورکه زیږیدنه

Abortion, Missed Abortion & Missed Labor

نقصان یا سقط " Abortion " :

تعریف :

داعبارت له هغه حالت څخه عبارت دی چی پکښی فیټوس مړ اویاژوندی درحم څخه بهر راغورځول کیږی چی (Fetus) ته پدی حالت کښی (Abortus) وایی اوس دارنګـه غـوره تعریف دی چی کله چی یوفیټوس خپل عمرله (28) اونیو څخه واوړی بیامړ یاژوندی لـه رحـم څنی راوغورزول شی پدی حالت کښی فیټوس (900-800) ګرامـه دروندوالې (وزن) لـری بنایی چی دغه ماشوم دخاصوشرایطو لاندی ژوندی پاتی شی .

ایماچور او پریماچور (بی مودې) ماشوم :

Immature and premature infant

ایماچور : پدی صورت کښی دغه اصطلاح دهغه ماشومانولپاره اطلاق کیږی چی دبلاربتوب په دوره کښی دماشوم دغړو وده اوموده بشپړه شوې نوی او هر څه یې اومه (خام) پاتې وي ددغه

ماشوم ژوند پرته له توقع څخه اودسقط په څیرنګ لاره لری .د دې حالت لامل په واضح توګه دنیمایی پیښولپاره لا هم څرګندشوي ندی . خوبیاهم یولږ غوره علتونه پلټل شویدی اوتثبیت شویدی چی پدی هکله رول لری چی داعلتونه په لا ندی ډول سره دی :

١. دمور ناروغی لکه توکسیمادبلاربتوب په وخت ، پلاسینتا پریویا او ابرپشیوپلاسینتا .
٢. ډیرتعداد (څوځله) بلاربتوب یا ډیرګڼ شمیر بلاربتیاوی .
٣. دموریولږنوری ناروغی لکه پنومونیا ، بنفسهی پایله دبلاربتوب اونور.
٤. ولادی ابنارمیلتی .

دځیږنو له مخی داسې څرګندشوی د بې مودې ماشوم د دروندوالې (وزن) دټاکنې سرحد اوهمدارنګه د په مودې "ماچور" ماشوم ددواړو ترمنځ (2500) ګرامه ټاکل شویدی . اوهمدغه رازکه چیری دماشوم دروندوالې (وزن) له (1000) ګرامه څخه لږ وی پدی صورت کښی ډیرلږ چانس دژوندشته دی اوله همدې کبله لدی ټیټ (کم) دروندوالې (وزن) لرونکی ماشومان په Abortus ګروپ کښی تصنیف کیږی . اوله همدې کبله هغه ماشومان چی د (2500 – 1000) ګرامه دروندوالې (وزن) کښی قرارولری دغه ډول ماشومان دپریماچور (بې مودې) ګروپ پوری تړاونیسی .په همدې ډول سره کولای شو چی دبې مودې ماشوم اوسقط لپاره پهلا ندی ډول سره دهغوی انذار بیان کړو .

١. نقصاني (Abortusses): هغه فیټوس چی دروندوالې (وزن) یی له (500 g) ګرامه څخه ښکته دزیږ دروندوالې (وزن)ی په وخت کښی وټاکل شی دافیټوس دژوندانه هیڅ چانس نلری
٢. ایماچور ماشومان (Immature infants) : هغه اومه (نارسېدلې) فیټوس یاماشوم چی د (500 g – 999) ګرامه په چاپیریال کښی دروندوالې (وزن) ولری دهغوی دژوندچانس ضعیف (Poor) دی .
٣. هغه بی مودې Premature ماشومان چی دروندوالې (وزن) یی (1000 g – 2499) ګرامه پوری دزیږونی په وخت تثبیت شی دهغوی دژوند چانس د (ضعیف poor او ښه good) په منځ کښی وي .
٤. هغه په مودې Mature ماشومان د 2500 g ګرامه اویا دهغه څخه پورته دروندوالې (وزن) ولری دهغوژوندکول دتوقع وړدی .

سببونه " Etiology " :.

دسقط لپاره سببونه تل مدام په دری ګروپونو باندی ویشل شویدی :

۱- Fetal دجنین پوری اړوند .

۲- د مور (Maternal) پوری اړوند .

۳- پلارني (Paternal) دهګی د ودې او القاح پوری اړوند .

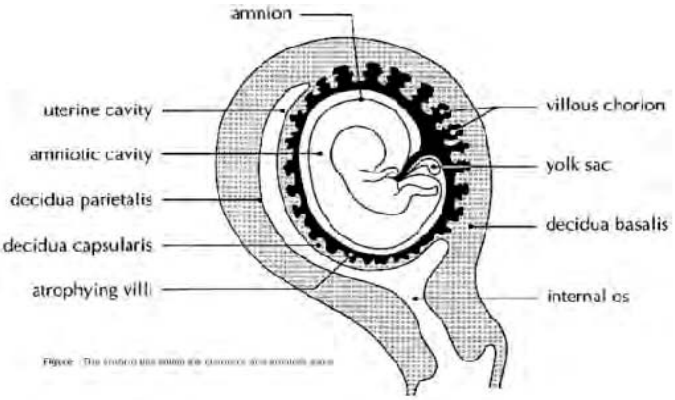
I. جنین (**Fetal**) :

i. درحم غیرنارمل محیط چی پکښی په بښه توګه وده نشی کولای.

ii. په القاح شوی اووم کښی د Germplasm. defect دجرم پلازم نیمګړتیا .

iii. دهورمونو قطع (ودریدنه) کوم چی دجنین دودی لپاره ضروری دی

II. مورنی (**Maternal**) :



په یولړ بنفسهی سقطونوکښی داسې پټېل شویدی یولړهغه هورمونونه دکارپوس لوتیوم کله چی لړوالی ومومی لکه له اتلسمی ورځی وروسته دپروجسترون د قطع له کبله اویا د پلاسینتا د هورمونوله کبله منځ ته راځی . که چیری پدغه وخت کښی تردری میاشتو دپروجسترون هورمون لړوالی ومومی رحم حساسیت زیاتوالی مومی اوښایی درحم دتقلص سبب وګرځی او هګی له رحم څخه بهرراوباسی حاد انتانات په زیاته پیمانه د فیټوس دمړینې سبب ګرځی اوهغه بهرته راغورځوی چی دغه پخپله په لاندی حالتونوپوری اړه لری .

۱- دباکټریاو دتوکسین دتیریدوله کبله ماشوم ته .

۲- پخپله دباکټریا تیریدنه له موره دفیټوس لوری ته .

۳- دتودوخی لوړه درجه چی دانتان دشته والی سره مل وی درحم تقلص منځ ته راوړی .

٤- کله چی په وینه کښی د CO_2 دکاربن دای کساید سویه پورته لاړه شی دا سیانور منځ ته راوړی اودپنومونی په حالتونوکښی منځ ته راځی .

۵- دشاک حالت چی دجنین د Anoxia له کبله داماشوم مری .

همدارنګه دپلاسینتا ناروغی ، ددیسیدوا انبارملیتی

- مزمن دیسیدوائي اندومتریوزیټ (Chronic Decidual endometritis)تر (70 %) مسئول دی .
- همدارنګه یولړناروغی چی نه پریږدی هګی په رحم کښی وکړل (غرس) شی لکه:
  - نری رنځ (توبرکلوزس)
  - سرطان Cancer .
  - دبروسیلوز Brucellosis ناروغی .
  - دمجاورت له کبله داتان مداخله لکه په اپندیست کښی .
  - سیفلیس اوس په نادر ډول علت ګرځی .
  - درحم رتروفلکشن او رتروورژن معمول ندی خوفکرکیږی چې بنايي رول ولري.
  - دبلاربتوبونو ترمنځ وقفه هم د دیسیدوا دطبقی بدلون منځ ته راوړی .
  - د توکسو پلاز موزس ناروغی .
  - روحی اوفزیکی ډیرشدید او ژورترضیضات .
  - دهګی ځالی تومورونه مصُون ندی ګڼل شوی .
  - یولړ دانستیتیک موادو ورکړه دارټیاله مخی .
  - د د ویتامن E.vit نشتوالی اویا لږوالی .
  - د ویتامین (K.vit) نشتوالی اویا هایپوپروترو میینیمیا .
  - دتایراید دغدی ناروغی .
  - دیولړمسموم کوونکو درملو اخیستنه اوخوړونه دمورله خوا چی دپلاسنتا له لاری تیریږی اوماشوم وژنی .
  - سوزاک (Gonorrhea) ګونوریا.

III. Paternal causes. :

عالم (Meaker) پدی لړ کښی لاندی تصنیف دعقامت لپاره وړاندیز کړیدی.

۱- دهګی مړینه :

i - ارثی:

- (Germplasm) دفکټور له کبله .
- دپلار اومور دعقامت له پلوه لږد ژوند چانس.

ii - محیطی :

- سوتغدی اودکرلو نمیکړتیا .
- دمور دحادو اومزمنو ناروغیو شته والی

۲- داوم (هګۍ) جلاکیدنه :

- د دسیدواو دابنار ملیتی له کبله
- داندوکرین نامناسبه تنبهات.
- داندومتریوم په نه بسیا ډول حمایت (Support).
- دتروفوبلا ستونو انبار ملیتی.

۳- د Explosive uterin-contraction رحم تقلصوبه :

- میکانیکی اغیزی درحم په وده باندی
- له بهر څخه اغیزی.
- درحم ډیر زیات تخریشونه.

عادتی سقط اوعادتی پریماچور زیږونه :

داهغه حالت ته ویل کیږی چی کله چی دری ځله په پرلپسی ډول بلاربتوب په بنفسهی ډول سره په همدغه عین موده کښی له ودی پاتی شی اوهغه بهر ته راوغورځول شی Wall اوHertig بنودلی:

(0) په (۱۰۰) سل پیښو د عادتی سقطونو کښی (% ۵۸) یورنګه علتونه لری % ۴۳ پیښو کښی دهګۍ فکټورونه بلل شوی دی همدارنګه د% ۱۵- ۷ لپاره مورنی فکټورونه مسؤل ګڼل شویدی.

(1) د (۵۸) پیښو لپاره % ۶۲ پیښو کښی پتولوژیک هګۍ موندل شویده همدرانګه lash پنوم عالم ویلی چی درحم دخولی عدم تطابق د عادتی سقطونو لپاره مسؤل ګڼل شویدی. داخلی سوری (خولی) په لوستنه کښی چی سقط په وخت تر سره شویدی دسرویکال کانال او

اومثانی په برخه کښی تندب (Scar) لیدل شویدی . چی دغه دجراحی کړنلاری دسرته رسولو له کبله ؤ.

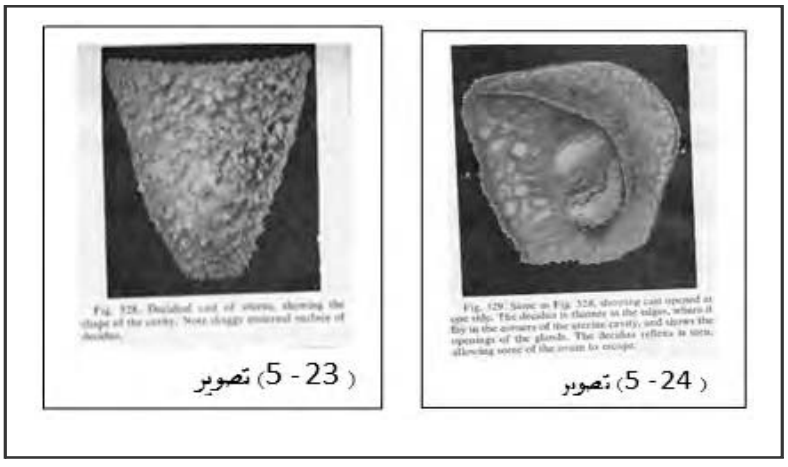
دسقط میکانیزم :

لکه دزیږون د میکانیزم په څیر دسقط لپاره هم دری میکانیزمونه غوره رول لری.

۱. قوت Powers .
۲. تیریدنه Passages .
۳. اعتلان (مسافر) Passengers .

په ټولو حالتونو کښی درحم تقلصونه اوعمل دسقط دسرته رسولو لپاره غوره رول لری په استثنی ډول دله منځه تللی اووتلی هګۍ.لپاره د دمهبل له برخی څخه دګیډی دجدارد عضلا تو له لاری هڅه ترسره کیږی پدی لړکښی هډوکیزه تیرونکی برخه دنظر وړ بدلون نه کوی اوهیڅکله کوم رول نه لوبوی. په لومړنی دوه میاشتو کښی دیسیدوا پیړه ده وعایی ده او ماټیدونکي (Friable) ده، (هګۍ ovum کوچنی، پسته او د فشار لا ندې دراتلو وړ ځانګړتیاوی. لری پدی حالت کښی دی اړتیا شته چی رحم هیڅه وکړی تر څو منځ ته راغلی کتله جلا اوهغه بهر ته راوباسی حال دا چی Ovum هګۍ.په ډیره ساده ګی سره ښوئیږی او راوځي له اتمی څخه تر شلمی (20th -۸) اونۍ.پوری پلاسنتا (پریوان) غوره رول لوبوی دا ډیر پراخه وی په سختی سره بیلیږی اود جلاکیدنی لپاره ډیری وینه بهیدنی ته اړتیا لری وروسته له شلمی اونۍ.څخه Fetus ډیر مهم مسافر بلل کیږی چی پدی وخت کښی د زیږیدنی لپاره ټول اوصاف منځ ته راځی .

لومړنی پړاو (مرحله) :


(24 - 5) تصویر
(23 - 5) تصویر

په لومړنی(٦-٨) اونۍ. ټوله هګۍ زیږول کیږی اود دیسیدووا پواسطه پوښل شویده پدی هکله (٢٣- ٥) او (٢٤- ٥) تصویرونو ته پاملرنه وکړی. پدی حالت

کښی هګۍ ښایی د (Naked) په څیر بهرته راوتلی وی په دی هکله (۲۵-۵) تصویر تـه پاملرنـه وکړی اود دیسیدووا دطبقی پواســطه پــوښ شــویوی همدرانګه د بهرنی خـولی External os پــه برخــه کښی لکـه دPrimigravid لومړی ځله ښځی دغه برخه مقاومت څرګندوی او متوسع ندی او هګۍ درحم د سرویکس دبرخی په متوسع برخه کښی بنـده وی چی دغه حالت ته (Cervical abortion) دسرویکس سـقط وایـی پـدی هکلـه (۲۶-۵) تصویرته پاملرنه وکړی.

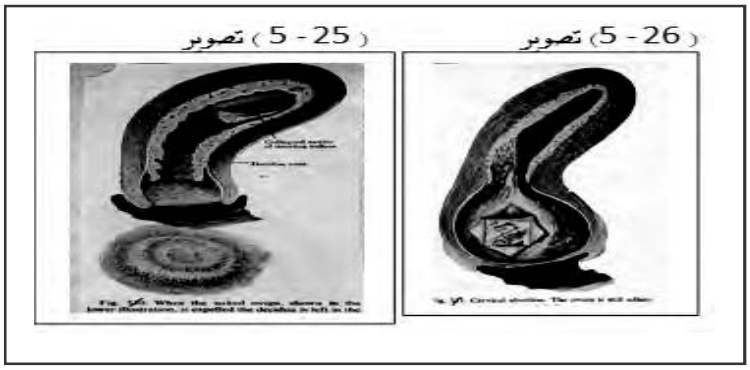



FIGURE 33.2. Shirodkar cerclage operation. Left: The encircling suture leaves the cervix with an opening of 3 to 5 mm. The surgeon anchors the suture anteriorly with fine silk. Right: Cross section with suture in place.

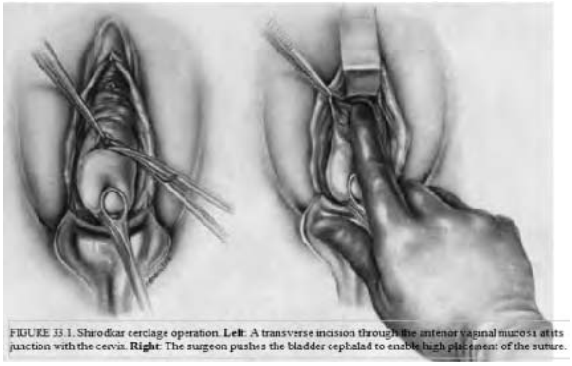


FIGURE 33.1. Shirodkar cerclage operation. **Left**: A transverse incision through the anterior vaginal mucosa at its junction with the cervix. **Right**: The surgeon pushes the bladder cephalad to enable high placement of the suture.

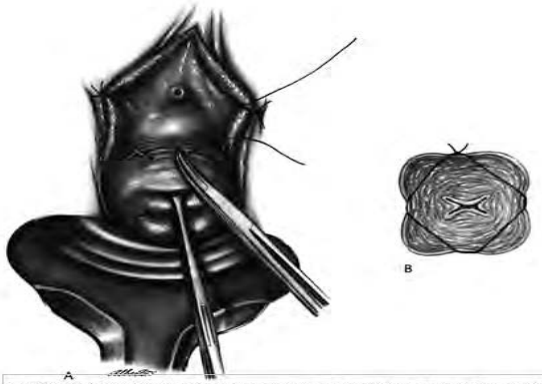


FIGURE 33.3. McDonald cerclage operation. A: Four bites taken at the junction of vaginal mucosa and cervix. B: A cross section of the cervix with the cerclage in place.

دوهم پړاو (مرحله) :

دا دسقط د کړنلاری (پروسی) پواسطه د څوکورسونه (ټک لاری) د دریمی او څلورمی میاشتو په لړ کښی منځ ته راځی.لومړی ښائي ټوله هګۍ بهر ته راووځی چی دغه ته (فیټوس پـه حـال کښوړه اوپلاسنتاکښی) نوم ورکول کیږی چی ښایی دغه دوصفی کورس په نوم بـه هـم یادشـی

چی دغه حالت دمور لپاره ښه انزار څرګندوی او وینه بهیدنه تل لږه او ندرتاً مداخلی ته اړتیا موندل کیږی.ثانیا ښایی غشا وچوی اوفیټوش ورځخه راووزی سرویکس تړل کیږی اورحم ثانوی کونښښ پیل کوی تر څو Secundines بهر ته راوباسی.

دوقفی په لړ کښی ښاي نیماي یاقسمی جلا کیدنه دپریوان منځ ته راغلی وی او وینه بهیدنه په ډیره اندازه چی پدی حالت کښی معمولاً جراحی مدا خلی ته اړتیا ده. ثالثا دیسیدووا رفلکسا او کوریون څیرل کیږی او فیټوس ته دامینو تیک کڅوړی ته تښتیدو اجازه ورکوی چی رحم لا هم پریوان او کوریون په ځان کښی لری په سقط کښی درحم تقلصونه عینا لکه زیږیدني دمر حلی تر سره کیږی او دسرویکس اتساع هم پدی ډول سره منځ ته راځی او کله چی درحم محتوی وزیږیږی هغه تقلص کوی اوinvolution پیل کوی . دغه پروسه په کراره سره او اکثرا بشپړه نه وی لکه د term له زیږونی وروسته چی دغه پروسه په بشپړ ه توګه منځ ته راځی له زیږوپی وروسته دردونه After.pain بعضا منځ ته راځی او بعضا په تیونو کښی شیدی منځ ته راځی.

دریم پړاو (مرحله) :

له پنځمی میاشتی څخه وروسته سقط واقعاً دیوی زیږیدنی په څیر وی.

کلینکی نښی نښا نی :

دکلینک له نظره څلور ډ وله د سقط شته وا لی لری:

۱- تهدیدي سقط (Threatened. Abortion).

۲- یامخنیوي نه کېدونکي سقط (Inevitable. Abortion ، Inprogress)

۳- ناکامله سقط (Incomplete. Abortion)

٤- کامل سقط (Complete. Abortion).

په هر یوه کښی په کلاسک ډول سره څلور نښی شته والی لري دا لکه:

۱- درحم دردونه Uterin Pain (تقلصونه)

۲- درحم وینه بهیدنه Uterin Hemorrhage

۳- دسرویکس پوستوالی او اتساع Softening & Dilatation of Cervix

٤- پرزنټیشن یاExpulsion دهګی د ټولې یا یوی برخی.

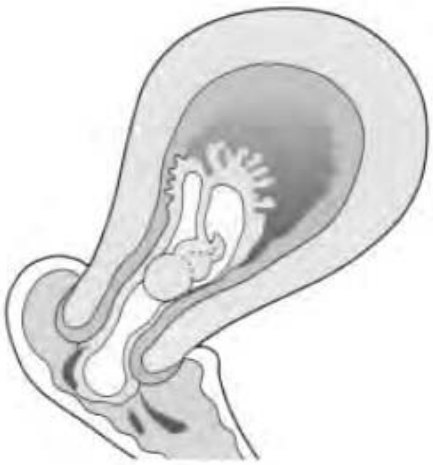
۱- Threatened Abortion تهدیدی سقط:-


Threatened miscarriage

پدی ناروغی کښی درحم څخه وینه لرونکی دیسچارج او بعضاګړ دردونه چی په قطنی او حوصله کښی منځ ته را ځی دا ناروغی په ګوته کیږی او دا دتحیض ددوری په څیر کرمپ لرے وینه بنایی دooze په څیر نصواری رنګه مخاط دنورمال حالت په نسبت د تقلص له کبله کلک جس کړل شی . په ندرت سره دسرویکس پوستوالی او اتساع منځ ته را ځی . سقط بنایی د څو ساعتو،ورځواو حتی دمیا شتو په لړ کښی منځ ته راتلای شی .

۲- مخنیوې نه کېدونکي (Inevitable abortion) پر مختلونکی سقط:-

دا ډول سقط دپورته په څیر کلینکی نښی نښانی منځ ته راوړی خو وینه بهیدنه ډیره ده او دردونه شدید دی او قوی تقلصونه منځ ته راځی او ډیر به منظم وی اوداسې څرګندیږی چی زیږونه کیږی. دسرویکس پوستوالی او اتساع منځ ته راځی که چیری هګی په بسپړ ډول سره ووځی وینه بهیدنه به په متوسطه اندازه وی او دردونه کله چی هګی له سرویکس څخه بهر ته ووځی له منځه ځی .په څوځله (M/P) ښځو لدی کبله چی عنق درحم وازدی دا کړنه ژرتر سره کیږی که چیرته د سیدووا پاتی شی په خپاره ډول د Lochial دیسچارج سره


Inevitable miscarriage

به سوځای بهر ته راووځی که چیرته غشا رپچر وکړی او هګی یا فیټوس ورځنی وتښتی په دی صورت کښی به پاتی برخی به دځو دقیقو یاځوساعتو په لړ کښی او یا دشدید وینه بهیدنی سره یو ځای بهر ته راوځی . پدی صورت جراح (زیږوني ډاکټر) باید پرته له ځنډه مداخله وکړی او رحم تش کړی. وینه بهیدنه اودردونه بنایی دیوی وقفی لپاره د incomplete abortion په حالت بنایی له منځه لاړشی.

نا تام سقط(Incomplete Abortion):

داپدی معنی دی چی دسقط پروسه پیل کوی خورحم دمحتوی په خارجولو کښی پاتی راځی او نشی کولای چی په بشپړه توګه خپله محتوی بهر ته راوباسی . پدی لړ نشی کیدلای چی ټول محتوی هلته پاتی شی مګر دا چی مړ فیټوس وی چی ورته Missed abortion وایی ښایی پاتی شی دغه حالت ډیر خطرناک دی لدی کبله چی:

a) سرویکس قسما وروسته دفیټوس له تښتیدنی څخه وازپاتی کیږی چی دفیټوس سره پلاسنټا هم خارجیږی . غشا او پیړ ډیسسدووا په تدریج سره دLochial دیسچارج سره یوځای راوځی. لوشیا Lochial په دغه ناروغانو کښی ډیره شدیده دوینی سره مل، بوی لرونکی او زړه بدکونکی وی او مزمن اندومتریت معمولاً له همدې کبله منځ ته راځی

b) دبشپړی کیدنی لپاره اړتیا ده چی څو ساعته ، ورځی او میاشتی انتظار وایستل شی تر څو په نا څاپه توګه دغه محتوی درحم په واسطه بهر ته راوویستل شی.

c) ښایی لږ څه د رحم د جداربدلون به منځ ته راشی او څه ناڅه پوستوالی به منځ ته راشی یا باکټریا ښایی لدې لاری دوینی بهرته ولاړشی او Sepsis منځ ته راوړی اوبعضاً داحالت د . Septic shock له کبله دمړینی علت وګرځی .

d) ښایی چی دپلاسینتا پولیپ placental polyp همدلته جوړشی .

۳- تام سقط (Complete abortion):

داهغه حالت ته ویل کیږی چی بلاربتوب حاصله مواد په بشپړه توګه بهرته راووځی اوبشپړوپیژندل شی .

پیژندنه Diagnosis : .

تهدیدی سقط :

که چیری نورمال بلاربتوب شته والی ولری لدی لړکښی وینه بهیدنه اودرد دا راخرګندوی چی دبلاربتوب تهدیدی حالت شته دی داګرانه ده چی مقدم بلاربتوب کښی چی رحم متقلص وی اونور حالتونه ورسره وی لکه درحم مایوما په ښه توګه وپیژندل شی دلاسونو په کتنه کښی که چیری یوه لویه متقلصه ګلله درحم چی په پراته حالت کښی وی او په پایله کښی پوست او Unfold (ناغونجه) سرویکس او وینه لرونکی دیسچارچ به ددی څرګندوی چی

غیرنورمال حالت منځ ته راغلی دی دادیوه قانون په څیردی چی دوینی بهیدنی دحالت درملنه دی وشی که چیری دادیوی مودې امینوریا وروسته منځ ته راغلی وی اوښځه دتکثرپه عمرکښی وی که څه هم چی تهدیدی سقط منځ ته راغلی وی .ددی حالت توپیری پیژندنه بایددبی ځایه بلاربتوب ،وینه بهیدنه دسرویکس د Erosion له کبله اویا کانسراونورو حالتونوله کبله .

مخنیوي نه کېدونکې سقط:

دابه په سادګی سره وپیژندل شی ځکه چی سرویکس لند، اوزاویه به جسم سره سمه وی خارجی خوله به وازه اوښایی دګوتو په واسطه فیتوس هلته جس کړل شی . وینه بهیدنه شدیده وی ، دوا ټرس کځوړه چاودلی اودرحم تقلصونه درد ناکه دی .دامهمه ده چی دټولوانساجو مایکروسکوپیک کتنه اوپلټنه ترسره شی .داځکه چی دیسیدوا بعضاً راوتلی وی اوبلاربتوب ښایی په نورمال بڼه دوام وکړی . که چیری د دیسیدوا سره Villi یوځای مل وی ښایی چی سقط پرمختګ کړی وی . همدارنګه کیدای شی چی دبی ځایه بلاربتوب (E.P) په وخت هم یوازی دیسیدوا راووځی .که چیری نورمال بلاربتوب شته والی ولری ښایی د Pregnancy test ورته ترسره شی چی دابه مثبت وښودل شی کله ناکله داسې پیښیږی چی Double رحم شته والی لری چی له یوه څخه یی دیسدوا راوځی اوپه بل کښی یی بلاربتوب په نورماله ډول دوام مومی . همدارنګه دغشارپچرښایی ناڅاپه Hydrorrhea پواسطه په ګوته شی.

نا تام سقط :

آیا رحم تش شوی اوکنه ؟ پدی لړکښی د Passage په باره کښی دفیتوس اړوند، اویا پلاسینټادکومی ټوټی په اړوندمعلومات ډیرګټه ورتمامیږی . همدارنګه بایدوپوښتل شی چی آیاپه رحم کښی کوم څه پاتی دی کنه اویاهم غیرمنظم وینه بهیدنه شته والی لری اوکنه اویا دردونه ورسره شته اوکنه اوهمدارنګه داوږدی مودې لپاره یی Lochia دوینی دعلقاتواو انساجو دټوټوسره یوځای موندلی کنه ؟

په کتنه کښی به لوی ، پوست ، Subinvoluted رحم چی بعضاًبه یی تقلص کړی وی د Succulent او Patulous عنق سره یو ځای ولیدل شی چی دګوتو پواسطه د پلاسنټا ټوټه اویاعلقه ښایی جس کړل شی . په مایکروسپیک کتنه کښی به دیسچارج کوریونیک Villi ولری

پرته له کورتاژ دسرته رسولوخخه به ګرانه وی چی وویل شی چی رحم تش دی اوکـه . تـوپیری پیژندنه باید دلا ندی ناروغیوسره وشی :

- Sub involution
- Post abortal endometritis
- Ectopic gestation
- Uteral Myoma
- Chorionepithelioma

همدارنګه د Pregnancy test مثبتوالی به داخرګندکړی چی Incomplete سقط شته والـی لری اولویه ټوټه دبلاسینتا لاهم دنده ترسره کوی دا باید یو روټین تست وبلل شی .

درملنه Treatment :

A. Habitual & Threatened abortion:

پدی لړکښی دعلماؤ دتجربی له مخی د لاندی درملنی ترسره کولو سپارښتنه کوي .

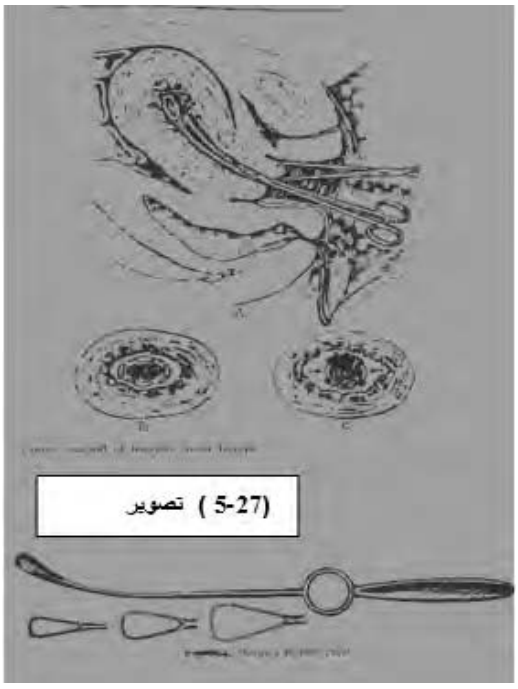
- ناروغ باید په روغتون کښی بسترکړل شی .
- دجنس یوځای کیدنی څخه دی پرهیزکړل شی .
- BMR ټاکل کیږی بنایی د Thyroid دغدی درملنه وشی .
- که چیری دتستوټونو پواسطه داسې تثبیت شی چی د Pregnandiol اطراح تثبیت کړل شی پدی صورت کښی به 100 – 75 ملی ګرامـه Progesterone دورځـی ورکـړل شـی دا باید تحت الجلدی وی .
- که چیری په رحم کښی نورحالتونه لکه پولیپ اوحتی کانسرکه شته والی ولری بایـد رحـم تش کړل شی اوکورتاژ ترسره شی .
- دټولو عادتی سقطونو مورګانولپاره باید هیسـتروګرام ترسـره شـی ترڅـو Sub mucosa fibromyoma او د Double uteri تثبیت اودهغوی درملنه ترسره شی جراحی درملنه ورته ترسره کیږی .
- دانتاناتو دمداخلی له کبله په وقـایوی ډول وسـیع السـاحه انتـی بوتیـک توصـیه کیـږی او همدارنګه دنورواعراضو اړوند درملنه ترسره کیږی .

B. Inevitable abortion :

تر(12) اونیوپوری که چیری Inevitable سقط حالت شته والی ولری اودسرویکال کانال لږ متوسع وی اتساع اوکورتاژ یوه ساده د درملنی کړنلاره بلل کیږی که چیری بلاربتوب لدی مودې تیروی اوپرمخ تللی وی اودسرویکس کانال وازنه وی قدامی Hysterotomy ورته تاکلی میتود ګیل کیږی . که چیری پدی بهیرکښی دسقط سره یوځای کوم پولیپ شته والی ولری باید کورتاژپه پاملرنه ورته ترسره شی . که چیری هګی Ovum لاهم په رحم کښی له Ovum forceps



FIGURE . Hysterotomy incision in left uterine cavity



څخه په ګڼه اخیستلوسره Ovum کلک نیول کیږی اوهغه بهرته راکشول کیږی . ډیره پاملرنه دی وشی چی درحم جدار د فورسپس په خوله کښی نیول شویوی نه وی نوکله ښه اطمینان ترلاسه شی اوم راویستل شویدی درحم کورتاژ ترسره کیږی پدی هکله دکورتاژ دسرته رسولو لپاره لومړی توک ته پاملرنه وکړی اوهمدغه راز د روښانتیا لپاره دلته (5-27) تصویرهم چی څرنګه د Ovum forceps څخه کاراخیستل کیږی پاملرنه وکړی .

کورتاژ (Curettage) :

دمخه تردی چی کورتاژ ترسره شی بایددرحم اندازه اوښه وټاکل شی داکړنلاره د Bimanual کنټی پواسطه ترسره کیږی اوهستیرومتری ترسره کیږی همدارنګه دیځایه بلاربتوب شته والی (E.P) باید ردکړل شی .کله چی کورت رحم ته ورننویستل کیږی بایدناروغ ته د

لیتوتومی وضعیت ورکړل شی اورحم بنکته لوری ته راکش کړل شی اوسرویکس اورحم دواړه سم کړل شی .

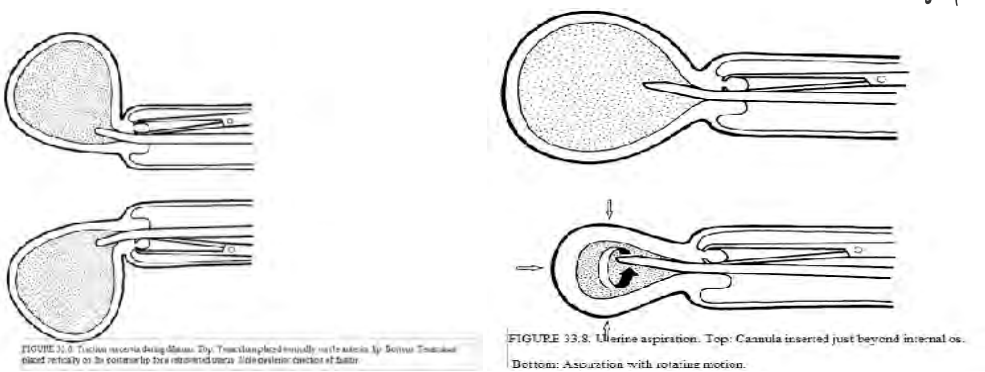


FIGURE 33.8. Uterine aspiration. Top: Cannula inserted just beyond internal os. Bottom: Aspiration with rotating motion.

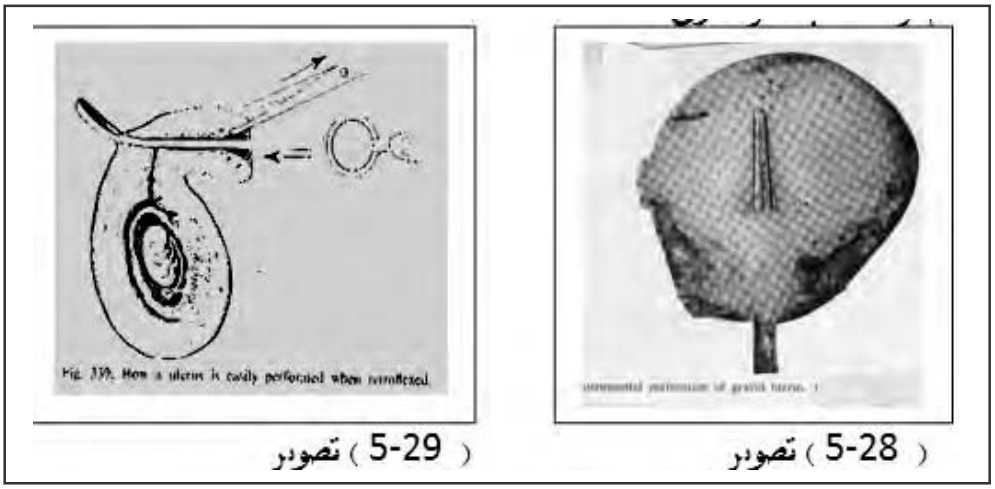
بیاوروسته ترهغی Hysterometer درحم داوږدوالی دتاکنې لپاره رحم ته ورننه ویستل کیږی . بیالدی کړنی وروسته کورت Curette درحم جوف ته ورننویستل کیږی داکار باید دمهارت اوتجربی له مخی ترسره شی که چیرته دلته زور او غلطی ترسره شی نوسرویکس اویا رحم به د Sound اویاکورت پواسطه سوری کړل شی لومړی به خلفی جدار وروسته قدامی جداراو وروسته به کنجونه اوپه پایله کښی به د Fundus یا (غور) برخه کوتاژ کړل شی همدارنګه کړنلاره به دپورته څخه بنکته لوری ته ترسره کیږی دیادولو وړبولم چی ووایو کله چی له دری میاشتوڅخه وروسته کورتاژ ترسره کیږی باید درحم جوف دګازپواسطه دوینه بهیدنی لپاره د (12-24) ساعتولپاره تامپون کړل شی ترڅووینه بهیدنه ودریږی که چیری پیښه سخته اوپیچلی وی سرویکس اوږد ، پیړاوکلک وی دمهبل لپاسه مستعرض څیریدنه (Incision) دسرویکس دمفصل په برخه کښی ترسره کیږي . مثانه له قدامی جدارڅخه ټیله کیږی اوپه رحم باندی څیریدنه ترسره کیږی لکه چی Vaginal cesarean section ترسره کیږی .

دکورتاژ په لړکښی اختلاطونه :.

۱- وینه بهیدنه **Hemorrhage**:

دامعمولاً لږ اندازه وی اوپه نادر ډول سره تامپون ته اړتیا پیداکیږی که چیری وینه بهیدنه په پراخه پیمانه وی دکورتاژپه بهیرکښی 10 unit لس یونته دنخامی عصاره Pituitary extract دسرویکس په برخه کښی زرق کیږی چی رحم ته تقلص ورکوی .

۲- Perforationتثقب (سوری کیدنه) :

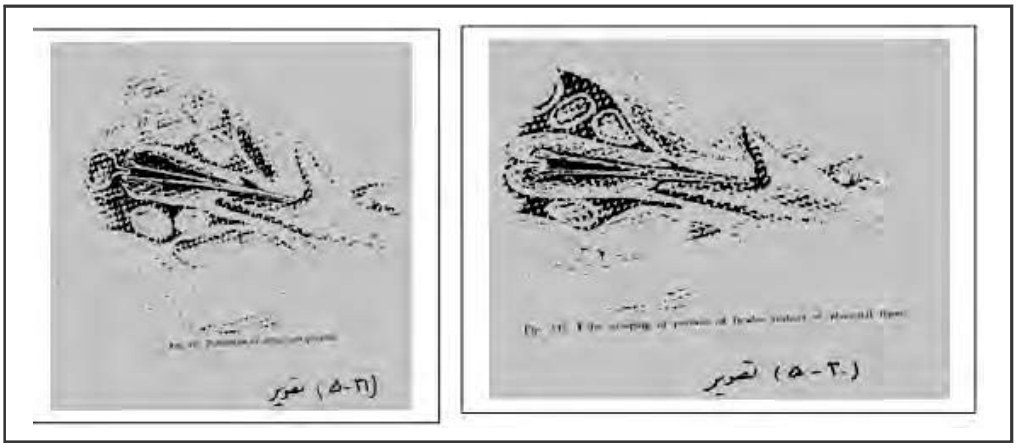


(5-28) تصوير

(5-29) تصوير

کیدای شی چی بعضاً دکورتاژ په لړکښی منځ ته راشی چی کیدای شی وژونکی وی دادډاکټر دبی پروایی اوسترګی پټولو له کبله چی درحم جدار زیږ (Rough) نیول کیږی اویا دډیرزورځخه دکاراخیستلوپه لړکښی منځ ته راځی . پدی هکله (5-28) تصویرته پاملرنه وکړی چی څرنګه دسرویکس برخه ټنقب کوی اوهمدارنګه (5-29) تصویرکښی درحم دجسم برخه ټنقب څرګندوی . خوکله داسې کیدای شی چی دپټولوژیک ناروغیودشته والی له کبله دیوه تجربه لرونکی ډاکټرله لاسه هم رحم سوری کړل شی په ځانګړی ډول سره داد Septic حالاتوپه صورت کښی منځ ته راځی .

دپلاسینتادارتکاز برخه زیږه احساس کیږی دفیسور شته والی پدی برخه دی ته اجازه ورکوی چی ګوته یاکورت دعضلی برخی ته نفوذ وکړی اوداسې څرګندوی چی دلته به دپلاسینتا ټوټه پاتی وی اویوه غلطه ښودنه به وکړی اوډاکټربه دسهوی له مخی دپریوان جوف ته درحم برخه سوری کوی .همدارنګه دیوه نیونکی الی پواسطه که چیری پاملرنه ونشی درحم جدارنیول کیږی اوهغه غوڅیږی پدی هکله (5- 30) تصویرته لاملرنه وکړی اوپه همدې ډول سره دسوری برخی څخه کیدای شی نیونکی پنس دګیدی جوف ته ورننویستل شی اودګیډی د جوف احشالکه ثرب یا او منټوم "Omentum" اوکولمی Intestine ونیول شی اودهغی برخی څیریدنه اوټنقب منځ ته راوړی .که چیری دغه خبره تثبیت کړل شی چی کولمی سوری شویوی اودرحم جدارټنقب کړی دی . باید په سمدستی ډول لاپراتومی ترسره اودزیان موندل برځی درملنه ترسره شی اونوموړی برخی ترمیم کړل شی درحم دټنقب اودکولمونیولو حالت ته د (5-31) تصویرته پاملرنه وکړی .



که چیری رحم تثقب کړی وی او Septic حالت شته والی ولری دابه ډیرخطرنـاک وبلـل شـی .
دانتاناتو دپرمختګ دمخنیوی اودرملنی لپاره بایدویسع الساحه انتی بیوتیکونه ناروغ ته ورکړل شی
اودانتان دحساسیت له مخی دی انتی بوتیک غوره کړل شی .

۳- درحم حاده اتساع د Acute . Dilatation of uterus :

بعضاکیدای شی درحم حاده اتساع منځ ته راشی دابه دکورتاژ په لړکښی ترنظـره شـی اوډاکـتر
ښایی داسې فکروکړی چی رحم یی سوری کړی دی دفزیکی کنی په وخت کښی لیدل شـویدی
چی کوم ډول سوری لیدل شویندی خورحم اتساعی وی .

ناتام سقط(Incomplete Abortion) :

کله چی دهکی کومه برخه پاتی وی اوسقط بشپړ ترسره شوی نه وی دغه نـوم ورکـول کیږی که چیری منتن شوی نه وی پدی حالت کښی یی درملنه Dilatation & curettage دی . او وروسته درملنه یی باید ترنظرلا ندی وی .



Incomplete miscarriage

منتن سقط Septic Abortion :.

که چیری دسقط کوونکی رحم جوف منتن وی نودغه حالت ته منتن سقط نوم ورکول کیږی . ډیری منتن سقطونه دجنایی سقطونو له کبله منځ ته راځی خوکله پخپله دښځی پواسطه بعضی سـامانونه اویا مایع مهبل ته تېرول کیږی اوتخریش کوونکی انتی سپټیکونه دسرویکس برخی ته تیریږی اوددغه حالت دمنځ ته راوړلو سبب کرځی . لاتدی درملنه ورته وړاندیزشویده .

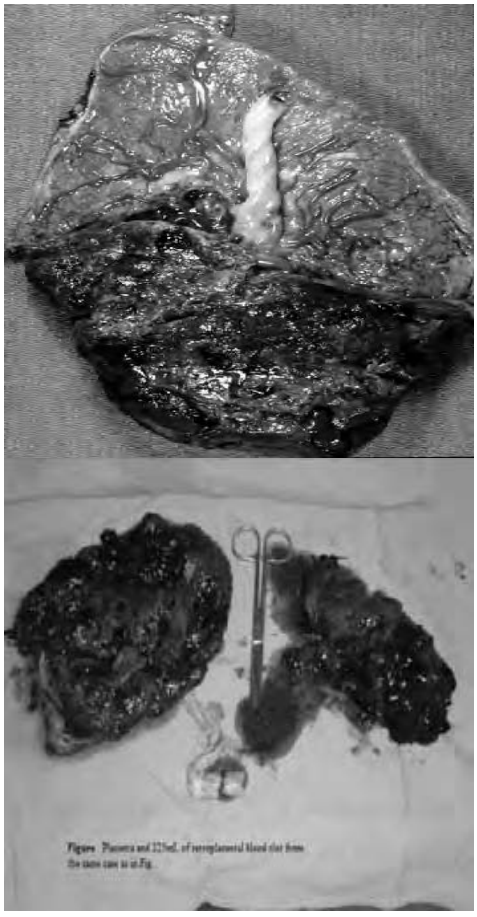
- که چیری درحم دلاری دبطن لوری ته تثقب منځ ته راغلـی وی بایـد پـدی حالـت کښـی لاپراتومی ترسره شی اومنځ راغلی عارضه دی له منځه یوړل شی .
- که چیری وینه بهیدنه شته والی ونلری ناروغ ته دی وسیع الساحه انتی بیوتیکونه ورکړل شی . وروسته له پنځه ورځوتیریدنی څخه کورتاژ ترسره کیږی په عمومی ډول پخپله رحـم پـدی موده کښی تشیدنه کوی اوددی لپـاره دوه ګرامـه 2gr – quinine هریوسـاعت وروسـته پنځه ځله ورکول کیږی . وروسته بیـا Voegtlin unit 5 دنخـامی عصـاره Pituitary extract دتحت الجلدله لاری هردری ساعته وروسته څلورځله ورکول کیږی کـه چیـری وینه بهیدنه منځ ته راشی اوپرته له دی چی دتودوخی درجه راتیټه شی په ډیراحتیاط سـره

دی مداخله وشی هغه کتله چی دمهبل په برخـه کښـی راوتلـی بنـکاری بایـد د Ovum forceps پواسطه ونیول شی اوراو ایستل شی اویادی رحم په مهارت اوکراره سره کورت کړی شی پدی لړکښی ټول هغه مساژونه چی درحم لپاسه ترسره کیږی باید له هغه ځنی ډه ډه وکړل شی .

دسقط څخه وروسته اولیګوریا او د بنکته نفرون سند روم

Post abortal Oliguria and lower Nephrone Syndrome

داوږدی مودی راپدیخوا لیدل شویدی چی دسقط وروسته اولیګوریامنځ ته راځی د اوتوپسی په لړکښی بنودل شویدی چی دغه کلینیکی سندروم د Crush syndrome ته ورته والی لری اودپښتورګوبدلونونه پکښی یو ازې تثبیت شویدی چی ځپنې سندروم Crush syndrome په لړکښی په پراخه اندازه Crush جروحات او دپښتورګو عدم کفایه سره مل دپښتورګو (بډوډو) هستوپتولوژیک بدلونونه ترسترګوشویدی .د Crush trauma په صورت کښی به دشاک سره مل اویا پرته له شاک څخه زړه بدوالی ، کانګی ، کسالت اود ګیډی دردونه خو تر ټولو غوره به یی دپښتورګوعدم کفایه وی چی دا د اولیګوریا یاانیوریا پواسطه پیژندل کیدای شی اوپرته له پروتین څخه د نایټروجن تولیدات به په وینه کښی ولیدل شی .فرط فشار ، اسیدوزش ، اذیما بنایی دپښتورګو عدم کفایی سره مل وی . دمیتیازی په کتنه کښی به اسیدی غبرګون ، ټیټ مخصوصه وزن ، تیاره نصواری رنګ، دهیالین ، لوکوسیتونو اوګرانولر کاستونه ولیدل شی . ډیرناروغان به په لسو ورځو کښی چی سندروم منځ ته راوړی خپل ژوند د لاسه ورکړی وروستنی اختلاط به یی ریوی اذیما،دپوتاسیوم مسمومیت ، اوکلیوی آفت به دصاعده لوپ هنلی ، معوج تیوبولونو کښی به د (Cast) رسوبونه شتـه والی ولری یولړنورعلتونه یی



په لاندی ډول دی .

- دترانسفیوژن غبرګونونه اوعدم مطابقت دوینی .
- هیمولا یتیک وینه لږی(Hemolytic Anemia) .
- مسمومیتونه (Poisons) لکه د مرغیږیو مسمومیت (Mushroom poisoning).
- تودوخه ،کیمیایی سوزیدنی ،انوکسیا، اولوږی ارتفاع ګانی.
- دسلفامیدونو په وړاندی حساسیت.
- Uteroplacental apoplexy
- دسترپتوکوک دانتان شدید حالت .
- دماشومتوب دوخت دنس ناستی ناروغی .
- تر پلاسنتا شاته وینه بهیدنه (Retroplacentals hemorrhage) په ابرپشیو پلاسنتا (Abrapatioplacenta) کښی.
- ایکلامپسیا (Eclampsia).

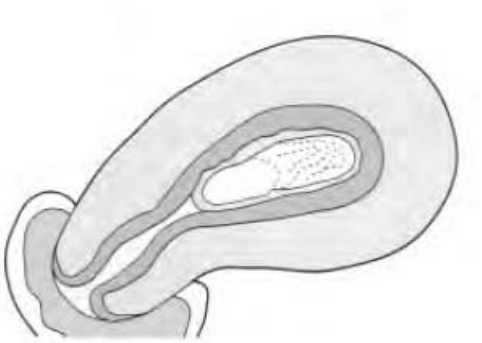
قانونی طبی سقط (Medico legal Abortion) :

دطبی درملنی له مخی که چیری دناروغ بلاربی ښځی سره دسیستم ناروغی نوری ناروغی هم شته والی ولری اودبلاربتوب دوام دهغی لپاره دژوندانه خطر ولری اودهغوی ژوندبه یې دګواښ سره مخامخ کړی وی . دمعالج طبیب له خوا ورته سقط ترسره کیږی البته داکړنه دقانون له خوا جوازګیل شویده چی البته داډول کړنی ته Therapeutic Abortion نوم هم ورکړل شویده .

خطاشوی ، ورک سقط (Missed Abortion) :

داهغه ډول سقط دی چی پکښی هګی دخه کم دوه میاشتو لپاره مړه اوپه رحم کښی پاتی شویوی . همدارنګه درحم دودی له مخی اوګلکوالی له مخی اودرحم دانـدازی دکـوچنی کیدلو له مخی اویاهم دماشوم دزړه دآوازونو دنشتوالی له مخی اویـاهم دماشـوم دزړه دآوازونـو نشتوالی له مخی دغه حالت تثبیت کیږی اوس دغه حالت په ساده ګی سره دالتراساوند پـه کتنـه کښی پیژندل کیږی .هغه بدلون چی په هګی کښی دفیټوس دمړینی وروسته منځ ته راځی :





Missed miscarriage

په مقدمو (لومړیو) اونیو کښکه چیری فیټوس مړشکوریون اودیسیدواد موردوینی له خوا تغذیه کیږی اوخپلی ودی ته دوام ورکوی . وینه بهیدنی په ډیسیدووا کښی معمول ده یودبل علت ګرځی ترهغه چی دهګی چاپیریال ټول اخته شی دامنیون جوف یوتربله سره راټولیږی اوپه نادرو حالتونو کښی د Ovum هګی لوری ته ورسوری کیږی چی دغه حالت ته Blood mole ویل کیږی. که چیری مول زوړشی اوبی ځایه لوی شی خیل رنګ له لاسه ورکوی چی پدی حالت کښی ورته Fleshy mole ویل کیږی .

دغه مولونه معمولاً لویوالی مومی اویالږه اندازه وینه بهیدنه کوی ترخوچی هغه د رحم بهرته راوغورځوی اویایی هم ډاکټر دمداخلی له مخی له منځه یوسی . Breus یوه عالم څرګندکړی چی کله دمول داومنیوتیک جوف د Subchorial وینه بهیدنی له امله ترحملی لاندی راشی دغه حالت ته Subchorial hematoma نوم ورکول کیږی چی وروسته بیا یوتن عالم Taussig ورته Hematoma mole نوم ورکړیدی په هکله د (32-5) تصویرته پاملرنه وکړی .په بعضی ښځوکښی وروسته تردی چی فیټوس مړشی پلاسینتاخپلی ودی ته دوام ورکوی همدارنګه دبلاربتوب په وروستیوکښی هم په همدی ډول سره لکه داچی په مړه بی ځایه فیټوس کښی بدلون لیدل کیږی دغه رازبدلونونه منځ ته راځی دغه حالت Missed Abortion وایی په Missed Abortion کښی لومړی امبریوله منځه ځی او وروسته پلاسنتا استحاله کوی چی یودلاندی حالتونو څخه به ولیدل شی .

۱- خوړین کیدنه (**Maceration**):

داډیرمعمول دی چی د Foetus sanguinolenlis پنوم هم یادیږی انساج پدی حالت کښی پاسته ، هډوکی سست ، ماغره مایع (اوبلن) شوی او پوستکی Flabby ،په اندازه Patches epidermis همدارنګه حبل پیراودوینی رنګ لری پلاسینتابه لویه ، خاسفه اوپسته وی دانامکنه خبره ده چی له دی د مخه دی وویل شی چی څه وخت مړګ منځ ته راغلی .

۲- مومیائی کیدنه (Mummification):

داپه ډیرنادر ډول منځ ته راځی فیټوس وچ اودخرم په څیرکلکوالی مومی دامنیوتیک مایع جذب شوي اودډیر شینرنګ لرونکی به وی .پلاسینتابه لاهم یوه سپینه احتشایی کتله جوړکړیوی اکثرا داهغه وخت منځ ته راځی Twin یادوه ګونی ماشومان وی چی یوی یی مړوی اودوهم یی دځه مودی لپاره ژوندی وی او وده یی کړیوی .

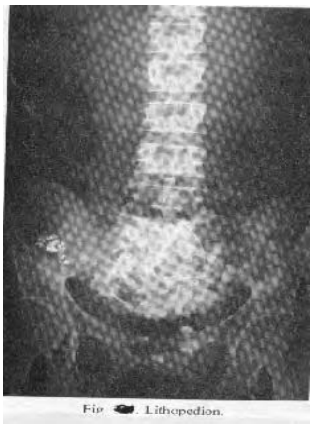


Fig. 5-33. Lithopedion.

(5-33) تصویر

۳- د Lithopedion جوړښت :

دایو استثنایی حالت درحم لپاره دی پدی هکله (5-33) تصویرته پاملرنه وکړی .

٤- *Septic infection of uterin content :*

دایومعمولی خبره د سقط لپاره ده خو Missed Abortion لپاره نده ترڅوچی کومه وسیله یاسامان هلته ورننویستل شی منځ ته نه راځی یوه میاشت وروسته ښایی له مداخلی وروسته منځ ته راشی .

کلینیکی نښی نښانی :

یاورک شوی (Missed Abortion) سقط په ندرت سره نښی نښانی جوړوی دبلاربتوب دوخت سیمپاتیتیک اعراض لکه زړه بدوالی شته والی لری خوکله چی فیټوس له منځه لاړشی اومړشی دغه دبلاربتوب اعراض له منځه ځی تییونه اودحوصلی غړی به پیرته کوچنیوالی ومومی – بعضا په خپل حال پاتیږی اونصواری رنګه دیسچارچ منځ ته راوړی .

عمومی اعراض لکه کسالت ،دوزن له لاسه ورکول بی ا شتهایی ، رپیدنه وینه لړی ، اوله غرمی وروسته دتودوخی لوړوالی داسی څرګندوی چی باید دمداخلی په هکله اړوند تصوروکړل شی .

همدارنګه د Missed Abortion پیژندل به دلاسونو دکتنی پواسطه دیوی میاشتی په لړکښی ترسره کیږی . درحم به لږه اندازه لویوالی مومی کلکوالی مومی اوپوستوالی نه مومی . په تاریخچه کښی به وینه بهیدنه له څومیاشتو ودریدلی وی اورحم وده به په منظم ډول نه وی اوپه لږه اندازه ښایی وینه بهیدنه منځ ته راشی د Pregnancy test ښایی چی دفیټوس دمړینی وروسته په غیروصفی ډول مثبت وی دپیژندنی لپاره ډیره ښه کنه د التراساوند کنه ده چی پدی حالت کښی په کڅوړه کښی فیټوس شته والی ولری اودزړه حرکات نشتوالی لری.

ورکه زیږونه (Missed labor):

داچی بلاربټوب باید په ټاکلی موده کښی وزیږول شی چی پدی حالت کښی یوڅه اندازه دسرویکس اتساع شته والی لری خودرحم دردونه اویاتقلصونه شته والی نلری او له همدی کبله ماشوم دخواونیو یا میاشتولپاره نورهم په رحم کښی پاتی کیږی . ماشوم په رحم کښی مړکیږی دغه حالت ته Oldham یوتن عالم د Missed labor نوم ورکړی.

ښایی چی دبلاربټوب په وروستیوکښی دمخه تردی چی خپله ټاکلی موده پوره کړی ماشوم دمورپه رحم کښی مړشی چی دغه حالت ته هم همدغه اصطلاح ورکول کیږی .هغه علټونه چی پکښی فیټوس یاماشوم په رحم کښی مری لاهم نه دی پوهیدل شوی خواکثرا داندوکرین دهورمونونو تشوشات مسئول ګڼل شویدی.کله چی ماشوم مړشی هغه Mummify کیږی ، غونجیږی ، امنیوتیک مایع جذب کیږی اورحم پخپله دماشوم لوری ته راټولیږی . ښایی چی Lithopedion حالت منځ ته راشی .

کلینیکی نښی نښانی :

پدی حالت کښی کلینیکی نښی لکه دورک شوی سقط په څیردی خودانښی ډیرواضح اوشدیدی دی ښځه دخپلی ګیډی په ښکنی برخه کښی یوه درنده ګڼله احساس کوی اودهغی دحرکاتو نشتوالی ته پام کوی دزیږونی په څیرتقلصونه به کله ناکله منځ ته راشی دابه دتحیض په محال وی په کنه کښی دسرویکس عنق تړلی وی ، نری جدار اوپرته له غبرګون څخه رحم دکلک قدام لرونکی اوداسفنج په څیردپاسه قوام نشتوالی په وصفی وګڼل شی چی په نورمال حالت کښی شته والی لری. پیژندنه به ساده کاروی داچی جنین مړدی که ژوندی پخواپدی هکله بشپړمعلومات ارایه شویدی .

دورک شوی سقط او ورک شوی زیږونې درملنه :

که چیری فیټوس مړوی اودواټرس کڅوړه په خپل حال وی او نا روغه بدحاله بنکاره نشی دابه بنه وی ترطبعی حال دردونو ته انتظار وباسوترڅورحم پخپله تش کړل شی .د Pituitary extract په عمومی ډول پکارنه وړل کیږی خو د استروجن ورکول په ورک شوی سقط کښی اغیزمن دی .

په لوړه اندازه Oestrogen 1000, 000 IU دوزبه دهدف (موخی) دلاسته راوړلوپاره ورکړل شی . ددی څخه هدف دا دی چی دا درمل درحم دعضلی برخی حساسیت د فعالیت زیاتوی .له همدی تکنیک څخه پکاروړلو له مخی Oestradiol benzoate ددوه ملی ګرامه (2mg) په اندازه هراته (8h) ساعته وروسته د 7-8 اونیوپوری ګټه وردی که چیری رحم پخپله تش شی Quinine hydrochloride د 0,65 gram په اندازه هریوساعت وروسته دغه حالت تعقیب کیږی پنځه یونیټه 5unit هریوساعته وروسته ورکول کیږی .

که چیری رحم تش نشی اوپه رحم کښی محتوی پاتی شی په اتمه ورځ دغه درملنه بیاله سره پیل کیږی ښایی داحالت خطرناکه وی ځکه پدی لړکښی دانتاناتو دمداخلی خطر شته دی دمهبل له لاری سیزارین (C/S) کله چی طبی اوهورمونی نوری درملنی بریالی نه وی باید ترسره شی .

کله چی فیټوس مړتثبیت شی او Macerated حالت ولری پدی صورت کښی Craniotomy ترسره کیږی چی شرحه یی په راتلونکی کښی راځی. همدارنګه که چیری دفورسپس څخه ګټه واخیستل شی داخطرناکه کړنلاره ده اود Missed Abortion وروسته کله چی رحم تش کړل شی. پخپله رحم تقلص نه کوی چی دپام وړخبره ده .که چیری خارج الرحمی بلاربتوب شته والی ولری پدی هکله رادیوګرافی مرستندویه ده چی د لاپراتومی کړنی ته اړتیا پریوزی .

ابرپشیو پلاسینټا (**Abruptio Placenta**):

تعریف :

یوتن Delee عالم پدی هکله وایی چی بی مودی جلاکیدنه دپلاسینټا په نورمال غرس شوی پلاسینټا کښی ددی اړوندلغت معنی اوتعریف کړی . اویا په بل عبارت کله چی پلاسینټادمخه تردی چی وخت یی پوره شوی له رحم څخه جلاکیږی او وینه بهیدنه پیل کیږی . همدارنګه Holmes وایی کله چی پلاسینټا په فشارسره له خپلی نورمالی برخی ځنی جلاشی اود

Abortion یا زیږیدنی علت وګرځی دغـه د Abruptio Placenta اصـطلاح ورتـه نومـول شویده .

سببونه " Etiology " :

ددی حالت لپاره په عمومی ډول دوه ګروپه علتونه شته والی لری .

۱- دبلاربتوب دوخت توکسیمیا او زړه رګونو اوپښتورګو ناروغی .

۲- تر ضیضونه Traumas.



Figure . Types of placental abruption

بلاربښت –توکسیمیا ، دزړه رګونو او پښتورګو ناروغی

Pregnancy toxemia and Cardiovascular Renal disease

همدارنګه دبلاربتوب دوخـت توکسـیمیالکه پـری ایکلامپسـیا او ایکلامپسـیاو پلاسـینتال او در تروپلاسینتال او میومتریال وینه بهیدنه په کراتوسره منځ ته راځی همدارنګه د شیکاګو په روغتـون کښی (% 69) دتوکسیمیا ناروغان دابریشیوپلاسینتالپاره مسئول ګڼل کیږی .

همدارنګه په بیلادرجوسره البومین یوریا اوفـرط فشـار ددغـه نـاروغی سـره لیـدل شـویدی .

دپلاسینتا اساسی آفت دپلاسینتاد نښتنی له برخی څخه دی چی دتوکسیک جلاکیدنه یی مسـئول ګڼل کیږی داموضوع لومړی د Killiams لخوا شرحه شویدی او بیاوروسته Hertig له خوا تائیـد اوشرحه شویدی داچی دایی دیوه حاده ایستحالوی Arteriolitis حالت نتیجه بللی ده .

په مقدمو مراحلوکښـی دانتیماپـه طبقـه کښـی د Spiral arteriols اود Formy-colection برخه کی دمونونو کلیرلوکوسیت او فاګوسیت راتولیدنه مسئول ګڼل کیږی دغه پروسه وروسته بیـاد فیبرینوئید پواسطه تعقیب کیږی چیبا دمډیا media طبقه دفیبروبلاسټ دار تشـاح پواسـطه- د انتیماطبقه ټرل کیږی او Obliteration دلومن منځ ته راوړی . دغه حالت د پلاسـینتادتماس پـه

برخه کښی د ډیسیدووا دنکروز سبب ګرځی وینه بهیدنه پیل کوی اودپلاسینتاجلاکیدنه منځ ته راځی .په Nontoxic جلاکیدنه کښی په نورمال ډول دپلاسینتادغرس ګډون نه کوی جلاکیدنه اکثرا د Marginal ریچراویا د وریدی Sinuses له کبله وی .

ترضیض Trauma :

ترضیضات کولای شی چی دپلاسینتادجلاکیدنی سبب وګرځی وینه بهیدنه به د ډیسیدووا او Abruption برخی ترمنځ وی دغه علتونه به لویدنه ، په بسترکښی ناڅاپه تاویدنه ، جنسی نړدی کیدنه اودګډې په برخه کښی دلغتی (Kick) له کبله دی همدارنګه ډیری شدیدی حملی دتوخی هم یوعلت ګڼل شویدی .همدارنګه دزیږیدنی په وخت کښی ډیرتصارف منځ ته راځی لاندی علتونه به مسئول وګڼل شی .

- Detachment of placenta
- دهایدرامینوز په یو وارسره ناڅاپه تشیدنه .
- دپلاسینتا سستوالی چی بعضاً دیوه ماشوم دزیږونی څخه وروسته چی د دوه ګونی ماشوم شته والی ولری .
- دلاس پواسطه مانوپولیشن د Version په وخت .
- دکڅوړی یا Bag استعمالول .
- دبوژ Bougies اوګاز استعمالول .
- دکورد دپاسه ترکشن راوستل چی کورد ډیرلنډوی .

پتالوژي :

دپلاسینتاجلاکیدنه تل دډیرشدیدی وینی بهیدنی سره مل وی او کنه ماشوم به د ډیری وینه بهیدنی اوترومبوز له کبله مړینی سره مخامخ شی . هغه وینه چی ددسیدووا د Basalis برخی لاندی راټولیږی



(5-34) تصویر



(5-35) تصویر

یودخلورو لاروخخه به پرمخ بوځی .

I. لومړی : په نادر ډول سره درحم جدارڅخه دجوف لوری متوسع کړی اود اوم دجـوف پـه برخه کښی به په خپل حال پاتی وی پدی هکله د (5-34) تصویرته پاملرنه وکړی چی خرنګه وینه بهیدنه پلاسینتاله رحم څنی جلاکوی .

II. دوهم : ښایی دچاپیریال ټوله غشاجلاشی چی داوم سره د اتصال په برخه کښی به شدیدوی .

III. دریم : دابنایی دامنیوتیک مایع لوری وخیرل شی .

IV. څلورم : دابنایی په مسـتقیم ډول سـره بهرتـه سـفارت وکـړی اولـه غشـادخندوخخه پـه سرویکس اوله هغه ځایه مهبل ته رابنکته شی پدی هکله (5-35) تصویرته پاملرنه وکړی.

لومړی دری واړه ډولونـه د Concealed hemorrhage پـه نـوم یـادول شـویدی او معمـولاً شدیدی ټکل شویدی خو په عمومی صورت سره دوینی بهیـدنی شـدت ښـایی دکـوپړی یـاعلقی پواسطه چی دیوه Plug په څیرعمل کوی ودریدنه (بلاک Blocked) منځ ته راځـی .همدارنګـه دجسم ښایی په واضح توګه دوینی بهیدنی له کبله لویوالی ومومی اوداخل الرحمی Intrauterine وینـه بهیدنـه ښـایی وژونکی وی پرته لـدی چی کوم څاڅکی وینـه بهرته راووځی .



تصویر (5- 37)



تصویر (5-36)

همدارنګه داسی لیـدل شـــــوی چـــــی پلاسینتادســـکرویکس دداخلی خولی لـه لاری بهرته راوتلی ښکاری اوله خپله ځایه بی ځایه شویوی .او دداخلی خولی لپاسه همواره شـوی وی چی دغه حالت په پرولاپس دپلاسنتا Prolaps of the placenta وایی پدی هکله (5-36) تصویرته پاملرنه وکړی .ډیری ددغو پیښوڅخه بـه ښـایی Plcenta Praevia وی خودپلاسـینتا پرولاپس کیدای شی چی منځ ته راشی او ددرملنی لپاره ښه مرستندوی دی .

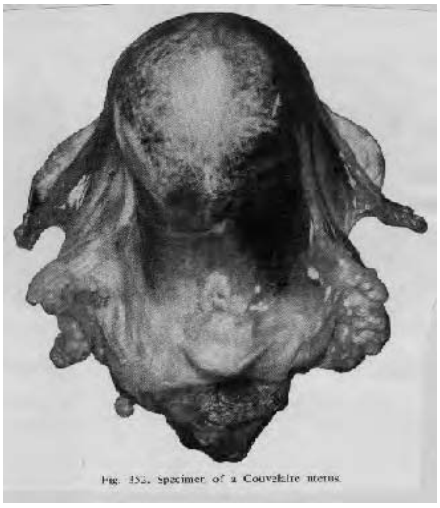
په یوه څیړنه کښی چی دابرپشیو پلاسینتا پیښی پکښی (306) پیښی د Holmes او Goodle پواسطه راټولی شویوی پدوی کښی 139 پیښوکښی بهرنی وینه بهیدنه درلودلـه اوپـاتی نـوری پیښوکښی دننه وینه بهیدنی شته والی درلوده . له همدی کبله دایوقانون منـل شـویدی چـی دغـه رازنا روغانو کښی لومړی دننه وینه بهیدنه یا Concealed او ورسته پیـا Combine ګډوډول (بهرنی دننه) وینه بهیدنه شته دی .چی ډیرمعمول ډول به په خفیف ډول سره خالص خارجی وینه بهیدنه وی پدی هکله (5-37) تصویرته پاملرنه وکړی .

داسی پیښیږی چی وینه دنفیرونو له لاری دپریتوان جوف ته تویه شی دابنایی دبلاربتـوب دوخـت په وروستیو اونیوکښی وی اوکوم ډول اعراض بنایی څرګند نه کړی . او بنایی هغه وخت وپوهیدل شی چی پلاسینتا وزیږیږی احتشاء اوزوړ کلکوالی ولری اوفبرینی علقی به ورپوری ونښتی وی .

په اپرپشیوپلاسینتاکښی دخوبرخو وینه بهیدنه اویاسره احتشاء کړی برخی ولیدل شی بنایی څیرل شویوی اویا دوینی دعلقی پواسـطه ترفشـارلاندی راغلـی وی . اوبنـایی د Retroplacental hemorrhage لپاره کومه نښه دځرګندولو ونلری .

Uteroplacental Apoplexy :

په ابرپیشوپلاسینتاکښی به درحم Couvelaire جوړښـت مـنځ تـه راشـی چـی پیژندل یی زمونږ دپوهی اوتجربی پوری اړه لری همدارنګـه درحـم دغـه بنـه دهمدغـه عـالم (Couvelair) په نوم ونومول شوه چـی هغـه دغـه حالت د Apoplexie utero – placentaire په نوم یاده کړه اوددی اړیکه یی دظاهری بنې له مخـی هغـــه تـــه څرګنـــده کـــړه چـــی د Twisted ovarian-cyst په پیښه کښی رحـم همدغه رازبدلون مومی – ځکه پدی صورت کښی رحـم ګلابـی بنفشـی دمسـو پـه څیـر Purplish coppery رنګ ځان ته غوره کوی پدی هکله (5-38) تصویرته پاملرنه وکړی .



(5-38) تصور

درحم عضلی استحاله کوی اودوینی ارتشاح پکښی ښکاری اوپه پیلابیلو اندازوسره Petechiae دپریتوان لاندی برخه کښی شته والی لری دابه دپلن Broad لیګامنت اودوګلاس ترجوف پوری ادامه ولری چی ډیره شدیده وینه بهیدنه به درحم په هغه برخه کښی وی چی هلته پلاسینتا ښښتنه درلودلی وی .دمصلی Serosa هغه طبقه چی درحم له پاسه قرارلری ښایی په بعضی برخو کښی جلاشویوی له همدی کبله به وینه بهیدنه دپریتوان جوف نفوذ وکړی ، دوینی په رګونوکښی به Endarteritic اواستحالوی بدلونونه دترومبوز سره یوځای ومومدل شی .

عالم (Sheehan) پدی باوردی چی په ابرپشیوکښی شدید ډول دپښتورګودشریانونو سپزم شته والی لری اودا ښایی دپلاسینتادجلاکیدنی سره سم اویاله هغه وروسته منځ ته راشی .

عالم (Bastiaans) په همدی ډول سره عقیده لری چی په ډیرونا روغانو کښی مخکښی لدی چی پلاسینتا ابرپشیوخپل اعراض څرګندکړی دغه سپزم داوږدی مودی لپاره منځ ته راغلی وی .

کلینیکی ښکاره نښانی :

د بلاربتوب مهال (During pregnancy) :

اعراض ښایی لږ اومکرر وی وینه بهیدنه ښایی دپلاسینتا څه ناڅه اختلال څرګندکړی چی ښایی پرته له کوم سببه وی . همدارنګه وینه بهیدنه ښایی دترضیض څخه وروسته منځ ته راشی که چیری ټپ (Injury) علت وی نوښایی ترڅوساعتوپوری اویا ورځو پوری کوم اعراض څرګندنه کړی – دزیږونی په وخت جوړه علقه شوی وینه ښایی دپلاسینتا لپاسه شته والی ولری . که چیری یوه ښځه چی بلاربه وی اودتوکسیماکوم حالت تثبیت شی باید اختلاط دمنځ ته راتلو لپاره لټول وشی لکه Influenza, tonsillitis بعضاً لږه اندازه وینه بهیدنه دپلاسینتالاندی به رحم ډیرشدید عمل اوتقلص ته اړکړل شی . چی دغه حالت داخل الرحمی وینه بهیدنی څخه مخنیوی وکړی اودماشوم مړینه ژغورل کیږی اوپه چټکی سره به ماشوم وزیږول شی – بعضاً اعراض ښایی په ناڅاپه ډول شدید شی چی دضایع شوی وینی په اندازه پوری به دشاک منځ ته راتلل اړوند وګڼل شی .دیلابیلوعلتونو اړوند دپلاسنتا دجلاکیدنی درجی چی آیا رحم کوم تقلص کړی اوکنه سره توپیرلری .

معمول اعراض به دناخاپه درد پیداکیدنه کښی چی شدید به وی دابه دپلاسینتا د جلاکیدنی برخی ته عطف شی همدارنګه لږ وروسته به دادرد Dull حساسیت ترلاسه کړی اودکولیکی درد پواسطه به وقفه پیداکړی .

په Concealed حالت کښی به وینه بهیدنه چی شدیده بڼه ولری دابه دبلاربتوب په وخت کښی وی او درد به هم ټاکلی اومعین ډول ولری . ښایی لږ یاهم معدوم وی . بعضاښایی زړه بدوالی اوکانګی منځ ته راشی . اعراض دوینه لړی په حاد ډول سره دشاک سره مل دی . چی دابه په ناخاپه توګه درحم پرسوب اودتوکسین حاد جذب به له پرهرڅخه منځ ته راشی . سرخرخی ، کسالت دتنفسی سیستم خپګان (سالنډی) اضطراب اوانحطاط به منځ ته راشی ښځه ښایی سلګی وهونکی حالت دسترګوپه وړاندی دټکومنځ ته راتلل ، هرڅه ورته تیاره ښکاری او ډیره تنده احساس کوی . ښځه ښایی لږ څه وروسته خپل شعورله لاسه ورکړی نارامه شی اوبرسامات ورته پیداشی .

کټونکی ډاکټرښایی پرمختلونکی Prostration خرابیدونکی حالت دخثافت زیاتیدنه دپوستکی په برخه کښی زنه او وری به سپینه بڼه غوره کړی Sunken eye ، ساړه نهایتونه ، د یخ په څیرخوله ، اوهمدارنګه دشاک دپرمختګ په صورت کښی به دشونډو په برخه کښی سیانور (شینوالی) منځ ته راشی دوینی فشاربه دشاک دتصنیف په واړوند توپیرولری .

دلاسونو دجس پواسطه په رحم لوی تثبیت شی چی هریوساعت دغه لویدنه توپیرکوی اوقوام به یی معمولاً دلرګی په څیروی چی پکښی به دفیتوس تثبیت ګران کاروی .

دګیډی دجدارحساسیت به درحم دپرسوب له کبله منځ ته راشی چی ترټولو پیژندونکی علامه همدادرحم دردلرونکی جس دی . کیدای شی چی دفیتوس دزړه آواز واوریدل شی پدغه حالت کښی به دپلاسینتاجلاکیدنه په قسمی ډول وی .

زیږونه معمولاً سمدلاسه ده درحم تقلص که قوی وی اودسرویکس بهرنی خوله که چیری وازه وی په چټکی سره زیږونه ترسره شی اودازیږیدنه به بنفسهی ډول وی دموردپاره به مصؤن وی خودماشوم لپاره به خوراخطرناکه او وژونکی وی . که درحم دردونه لږ اودکم قوت لرونکی اوضعیف وی اوکه چیری دمورسره طبی مرستی اودشاک درملنه ترسره شی ښایی مور دشاک اووینه بهیدنی له کبله مړه شی .

د زېږونې مهال (During labor) :

خفیف یاشدید ابرپشیوپلاسنتابنایی منځ ته راشی . دزیږونی پرحال دغه حالت بنایی دومره دپام وړنه وی ترڅوچی د دوهمی مرحلی Second stage نږدی مرحلی چی داکټر دماشوم زړه اصغاکوی دماشوم Agitation کشف کوی اودهغه زړه آوازونه بدلون مومی . نوکله چی ماشوم زیږیږی دزړه حرکتونه به یی په کراره اولږ وی ځکه چی Asphyxia (زندی کیدنه) منځ ته راغلی او دابه دمرګ سبب وګرځی .

په خفیفوحالتونو کښی دابنایی (لنګون) یازیږیدنی ته نږدی موده کښی منځ ته راشی چی دابه دلږ اندازه وینه بهیدنی سره مل وی اوکه چیری دزړه دچټکتیاسره یوځای وی باید زیږونه دفورسپس په واسطه ترسره شی Postpartum Atony به یوداختلاطونو څخه وی دابه درحم دډیری اتساع او مایومتریوم دپرهر (Injury) له کبله وی . په استثنی ډول سره به وینه بهیدنه دهیموفلیا خواص ولری اود فرج (vulva) ، مهبل ، رحم ، نفیرونوهګی ځالو اوپلن لیګامنټ دوینی دحجراتو پواسطه ارتشأ ومومی . په دوامداره ډول سره Oozing دوینی به دهموستاز اړوند ټول علتونه را په یادکړی . چی دتوکسیک عناصرو شته والی دی په پام کښی ولرل شی .

همدارنګه Nephrotic syndrome حالت دنادرو اختلاطاتو له ډلی څخه شمیرل کیږی .

پیژندنه او توپیری پیژندنه :

پیژندنه :

په ډیر وشدیدو پینبو کښی پیژندنه په مستقیم ډول په ګوته کوی په لاندی ډول سره به وی:

۱) ګیډی په حاد ډول سره درد چی د رحم د یوی لوری ته اړوند بلل کیږی

۲) په ناڅاپه ډول سره درحم داندازی زیاتوالی او دهغه کلکیدنه.

۳) د ګیدی د جدار فشار هم زیاتوالی مومی .

٤) بهرنی وینه بهیدنه او دماشوم دزړه د حرکاتو او آوازونو معدومیت .

٥) دشاک دپرمختګ په اندازه د وینه لږه Anemia شته والی .

توپیری پیژندنه:

دلاندی ناروغیو سره یی باید توپیری پیژندنه وشی .

۱) درحم رپچر

۲) خارج الرحمی بطنی بلاربتوب .

۳) نادراً درحم تاویدنه (Torsion) .

٤) درحمی Uterin Varixe چاودنه اوغیرولادی پیښه .

٥) دصفراوی کڅوړی دتیږوله کبله دردونه .

٦) داپندکس دابسی رپچر .

۷) د صفراوی کڅوړی ، توری ، داخل البطنی جروحات باید په پام کښی وی

د پلاسینتا پریویا او ابرپیشوپلاسینتا ترمنځ توپیرونه :

ابرپیشیو پلاسینتا :	پلاسینتا پریویا :
اعراض :	اعراض :
۱. ددی حالت ناڅاپه اوطوفانی ده .	۱. - په چټکیاسره حمله کوی
۲. دشدید درد شته والی چی په عمومی ډول دپلاسینتا دبرخی پوری اړیکه ورکول کیږی .	۲. کوم درد نلری خوکه چیری درحم دتقلص سره مل وی .
۳. وینه بهیدنه لومړی داخلی وی خوبیاوروسته خارجی کیږی معمولاشدید وی .	۳. وینه بهیدنه تل مدام بهرنی وی .
٤. ښایی دجروحاتو له کبله منځ ته راشی اومعمولا علت نه لری .	٤. څوځایه وینه بهیدنه وی خوهیڅکله به دجروحاتو سره مل نه وی اوعلت نه لری .
٥. دماشوم دحرکاتو له منځه تلل .	٥. دماشوم په حرکاتو کښی کوم بدلون شته والی نلری .
٦. وینه بهیدنه وروسته له غشادرپچرڅخه هم دوام کوی .	٦. دغشادرپچر سره سم وینه بهیدنه ودریږی .
۷. دتوکسیمیا نښاو نښانی معولاً شته والی لری .	۷. ندرتا به دتوکسیمیانښی نښانی وموندل شی .
علایم :	علایم :
بطن منتفخ ، حساس اودتماس په وړاندی ډیردردناک وی .	۱. ګیډه دبلاربتوب دوخت په څیروی .
رحم لکه دلرګی دتختی په څیرکلک قوام لری چی فیټوس پکښی دجس وړنه دی .	۲. رحم پوست مګرداچی درحم دتقلص په حال کښی کلکوالی ومومی .
۳- دفیټوس دزړه آوازونه شته والی نلری .	۳. دماشوم دزړه آوازونه تل شته والی لری .
٤- دمهبل په جس کښی پلاسنتاګوتوسره په تماس نه راځی .	٤. دمهبل په کتنه کښی پلاسنتاګوتو پواسطه جس کیږی .
٥- دواټرس کڅوړه حساسه وی .	٥. دواټرس کڅوړه دومره حساسیت نلری .

درحم درپچراو ابرپشیو پلاسینتاترمنځ توپیر:

ابرپشیوپلاسینتا	درحم درپچر
اعراض :	i. دا تل دبلاربتوب په وخت کښی منځ ته راځی.
ددی حالت ناڅاپه اوطوفانی ده .دشدید درد شته والی چی په عمومی ډول دپلاسینتا دبرخی پوری اړیکه ورکول کیږی . وینه بهیدنه لومړی داخلی وی خوبیاوروسته خارجی کیږی معمولاشدید وی .	ii. رحم لوی حساس ، متناظر ، اوفیټوس به پکښی تثبیت شی .
	iii. رحم معمولاً متقلص وی .
	iv. دمهبل دکتنی له لاری دسرویکس په برخه کښی فیټوس دجس

بنایی دترضیضاتو له کبله منځ ته راشی اومعمولا علت نه لری . دماشوم دحرکاتو له منځه تلل . وینه بهیدنه وروسته لـه غشـادرپچرخخه هـم دوام کوی . دتوکسیمیا نښاو نښانی معولاً شته والی لری . علایم : بطن منتفخ ، حساس اودتماس په وړاندی ډیردردناک وی . رحم لکـه دلرګی دتختی په څیرګلک قوام لری چی فیټوس پکښی دجس وړنـه دی . دفیټوس دزړه آوازونه شـته والـی نلـری . دمهبـل پـه جـس کښـی پلاسنتاګوتوسره په تماس نه راځی . دواټرس کځوړه حساسه وی .	وړدی . v. دمهبل له لاری کنه کښی کومه څیرید نه نه تثبیت کیږی . vi. دپریټونیت نښی نښانی بنایی منځ ته راغلی وی .

انزار Prognosis :

همدارنګه که چیری ناروغ په وخت سره وپیژندل شی او اړوندکلینیکی کنه یی ترسره شـی اوپـه وخت سره یی درملنه وشی اندازښه دی . پدغه راز ناروغانوکښی به مړګ دلاندی حـالتونو لـه کبله منځ ته راشی .

- توکسیمیا (Toxemia).
- دقشرنکروز (Cortical necrosis).
- یوریمیا (Uremia) داولیګوریا سره یوځای.
- دوینی تشوشات (Blood dyscarysia).
- مداخله وی انټانات او دهغوی (Superimposed) کیدنه .

یوتن عالم Brown د البومینوریا اړوند لاندی حالتونو راپور ورکړی دی .

i. البومینوریا په قسمی ډول سره دپلاسینټا دتوکسیک جلاکیدنی سره مل وی .
ii. البومینوریا په چټکی سره له منځه ځی کله چی وینه آزاده شی.
iii. هغـه ناروغـان چـی (Hypertensive nephritis) تاریخچـه لـری پـدوی کښـی بـه دالبومینوریا له منځه تلل اوږده موده ونیسی .
iv. البومینوریا دپری ایکلامپسیا د دروی په څیرده .
v. البومین یوریا به داندوتلیال دویجاړیدنی لپاره دشاهد په څیروی .

درملنه :.

که چیری په لږه اندازه وینه بهیدنه له نورمالی زیږونی وروسته وموندل شـی نودلتـه بـه دپلاسـنټا پریماچور ډول جلاکیدنه مطرح وی که چیری وینه بهیدنه دوام وکړی او که چیری دزیږونی په وخت

دماشوم دزړه حرکتونه چټک اوغیرمنظم شی کیدای شی د قسمی جلاکیدنی حالت ورته پـه ګوتـه کړل شی . دپلاسینتا جلاکیدنه کله چی لومړی ددوه ګونو ماشومانو څخه وزیږیږی منځ تـه راځـی پدغه وخت کښی باید په چټکی سره ددوهم ماشوم دزیږونی هڅه وکړل شی .

په شدیدو پیښو کښی وروسته د پیژندنی څخه بایدځلور اصله د درملنی لپاره په پام کښی ونیول شی :

۱- شاک منځ ته راتلل دهغې په هکله دی اهتمامات ونیول شی .

۲- وینه بهیدنه باید ودرول شی .

۳- وینه لږی Anemia باید له منځه یووړل شی .

٤- رحم باید تش کړل شی .

ساتونکی Conservative درملنه ښه نتایج ورکړی .

- لومړی باید انیمی (وینه لږی) اصلاح شی (B.T) دی وشی
- مورفین بایددشاک او درد له منځه وړلولپاره ورکړل شی
- که چیری درحم تقلصونه شته والی ولری دواټرس کڅوړه دی وخیرل شی
- که دسرویکس خوله بشپړه متوسع وی اوکوپړی Engage کړی وی د دفورسـپس پـه واسطه دې زیږونه ترسره شی که چیری ښځه لومړی ځله وی او ماشوم مړوی بایددکوپړی برخه دماشوم دنیوونکی- په واسطه Traction شی اویادماشوم کوپړی وروسته دسوری کولو تشه اوکولاپس کړل شی ترڅو بنفسهی زیږونه آسانه کړل شی .

په بعضی حالاتوکښی دابرپشیوپلاسـینتا ددرملنـی لپـاره دسـیزاین سکشـن (C/S) دجراحـی کړنلاری څخه کاراخیستل کیږی ددی لپاره لاندی حالتونه استطباب ګڼل کیږی :

- کله چی ابرپشیوپلاسینتادشدید توکسیمیا سره مل وی .
- کله چی ابرپشیوپلاسینتا دخارجی اوداخلی وینه بهدنی سره مل وی .
- کله چی رحم عنق (سرویکس) خوله وازه نه وی اویا لږه وازه وی .

همدارنګه دجراحی کړنلاری دسرته رسولوپه وخت که چیری داسی تثبیـت کـړل شـی نوپـدی هکله باید داسی تصمیم ونیول شی چی رحم قطع شی د(Hysterectomy) کړنلاره دی ترسره شی .که چیری دابرپشیوپلاسنتا دحالت سره مل ډیره وینه بهیدلی وی اودشاک دحالت شته والـی ولری پدی حالت کښی پرته له ځنډه باید ناروغ ته وینه ورکړل شی اودشاک ضددرملنه ترسره شی .

دانتاناتو دمخنیوی لپاره دی وسیع الساحه انتی بیوتیکونه ورکړل شی لکه :

A. وسیع الساحه دپنسلین له کورنی څخه :

- Ampicillin دورځې .4 –8g / day 3-4 divided dose
- Cloxacillin دورځې.1 – 4g / day 3- 4 dose

B. داماینو ګلایکوزیدونو له کورنی څخه :

- Gentamicin دورځې 80mg / 8 h / day
- Kanamicin دورځې 1 –2 tow divided dose

C. دسفالو سپورنونه له کورنی څخه :

- Ceftriaxon -دورځې 1gr / 12 h / day
- Cefotaxim -د ورځې 1gr / - / 6h – 8h / day
- Cefoperazon دورځې 1gr / 12h / day
- Ceftazidim د ورځې 1gr / 8h –12h / day
- اونورسفالو سپورینونه

D. دکینولین له کورنی څخه :

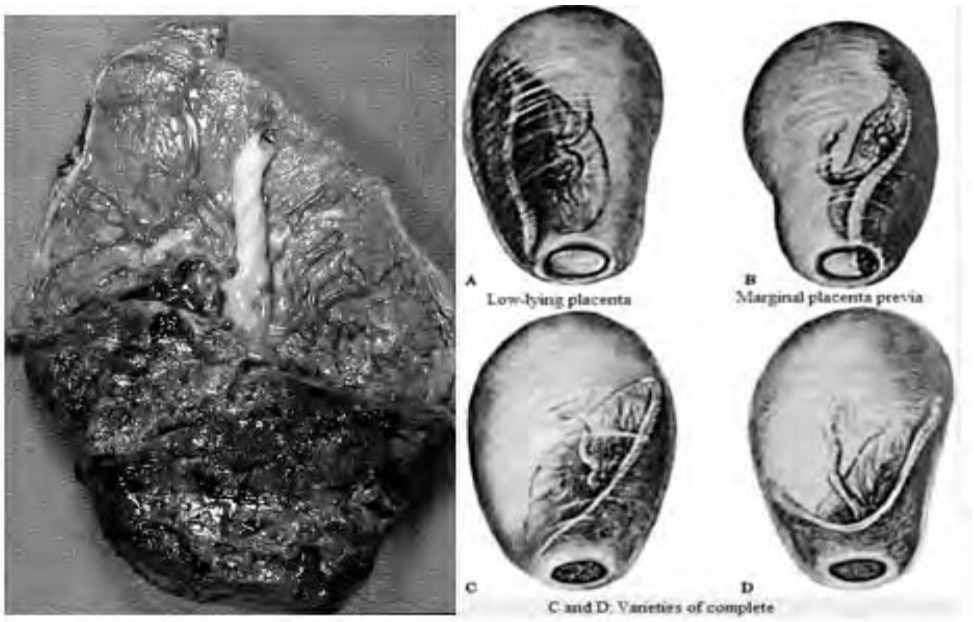
- Ciprofluxacin دورځې500 mg / 12h / day
- Nurfluxacin دورځې 400 mg / 12h / day

دپورته انتی بیوتیکونو څخه دمکروب دحساسیت له مخی ناروغ ته ورکول کیږی همدارنګه ناروغ ته ټاکلی اندازه مایع ورکول کیږی انالجیزیکونه او ویټامینونه د ورید او یا دخولی لـه لاری ورکـول کیږی .

پلاسنټا پریویا (Placenta Praevia) :

تعریف :

کله پلاسینټا پریویا داصلاح نوم اخلوپدی وخت باید دومره وپوهیږو چی کله چی پلاسینټا درحم پـه ښکتنی برخه کښی یوه برخه اویا په بشپړه توګه وده کړی وی دغه نوم ورکول کیږی .پلاسینټا پریویـا په دوه لاندی ګروپونو تصنیف کیږی .

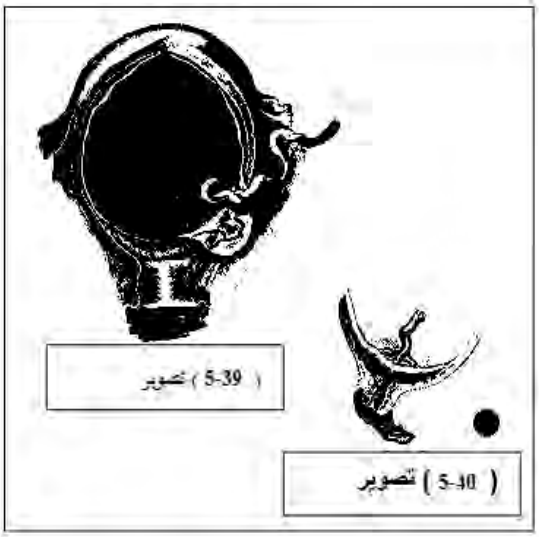


Plcenta praevia پلاسنتا پریویا

۱- کامله پلاسینتا پریویا(**Total Placenta Praevia**):

پدغه حالت کښی داخلی خوله دسرویکس دننه ته دپلاسنتا پواسطه پوښل شوی اوله همدی ځایه یی په وده پیل کړی وی.(5-39) او (5-40) تصویرونه وګوری .



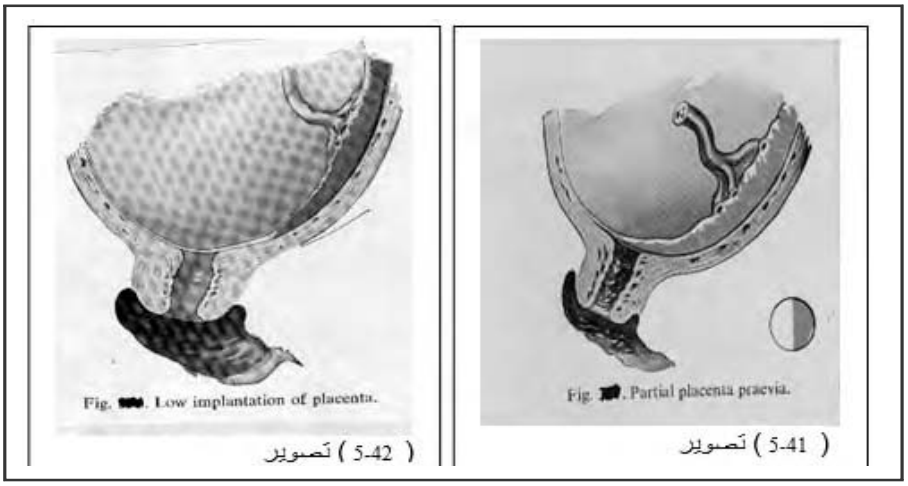


۲- قسمي پلاسنتا پریویا(**Partial placenta Praevia**) :

پدغه حالت کښی دداخلی خولی برخه دسرویکس په قسمی ډول سره دپلاسنتا پواسطه پوښل شویده . پدی هکله (5-41) تصویرته پام وکړی .

۳- د پلاسنتا ښکته کرل (Low implantation of placenta) :

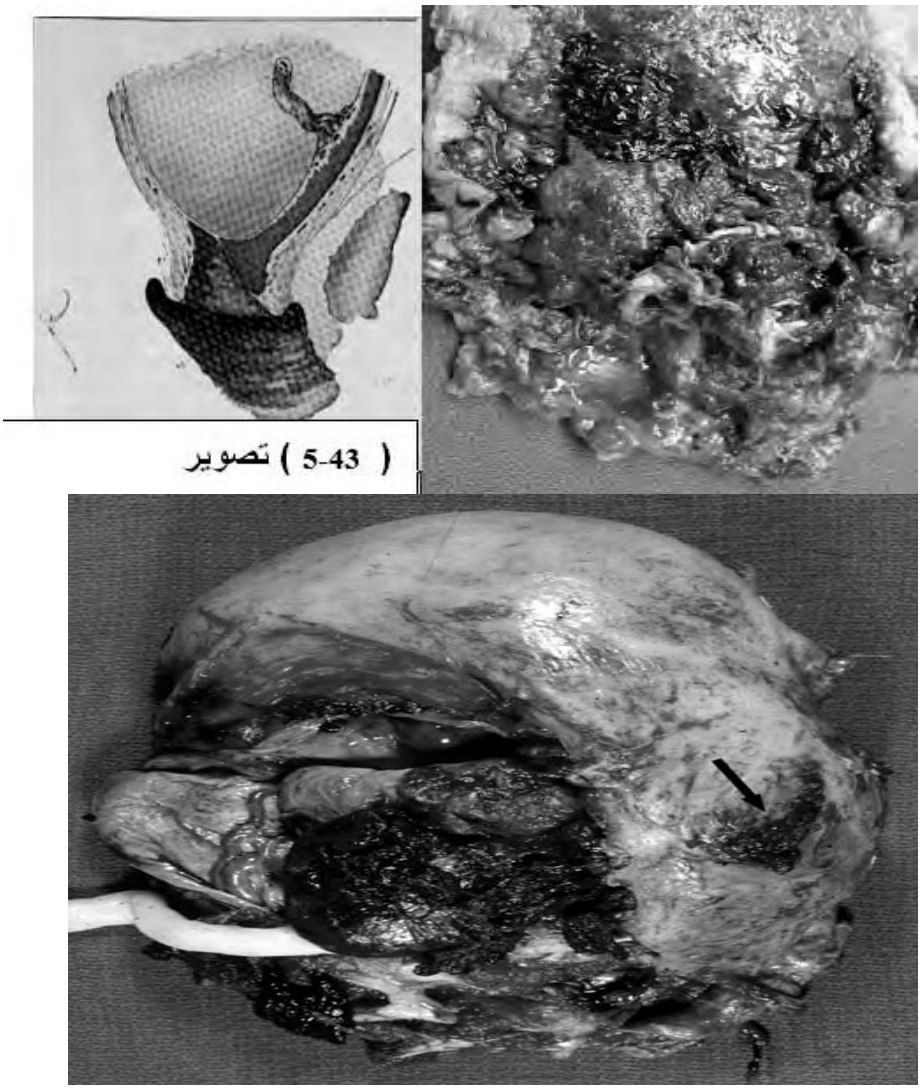
داهغه حالت دپلاسنتا پریویادی چی یوازی دسرویکس دداخلی خولی لپاسه پلاسنتا پرته وی لـه همدی کبله بـه دمهبلی کنی په وخت د ګوتـو پـــه واســـطه دپلاسنتا څنډه جس کړل شی کله چی ګوته له ســـــرویکس څخه دننه لوری ته ورننویستل شی دغه پلاسینتا به جس شی ، خوپلاســنتا د داخلـی خـولی لـه څنډو څخه شاته توسعه نه ده کړی پدی هکله (5-42) تصویرته پاملرنه وکړی



(5-42) تصویر (5-41) تصویر

د سرویکس برخې پلاسنتا پریوي (Cervical placenta Praevia):

داحالت نادراً منځ ته راځی ددی حالت اناتومو – هستولوژیک بڼه دپلاسنتا اکریتا (Placenta accreta) اویا پلاسنتا انکرتیـا Muscular . substratum څخـه دغبرګـونی دسیســدول Reactivedecidus په واسطه نه جلاکیږي مګر دغه وده ښــکته Fibromuscular.lamello په منځ کښی په سرویکس کښی ترسره کیږی پدی هکله (5-43) تصـویرته پاملرنـه وکـړی . لـه همدی کبله باید پلاسنتادسرویکس له برخی څخه ژوره وکیندل یا (Dug out) کړل شی دغه حالت دډیر وینه بهیدنی له کبله دپام وړګرځی چی باید د Hysterectomy جراحـی کـړنلاره ورته ترسره شی .



(5-43) تصویر

سببونه (Etiology):

۱- ډیرپه ښکنځه برخه درحم اویا دسرویکس دخولی په برخه کښی دهګی کـرل Insertion دی چی هماغلته په وده پیل کوی .

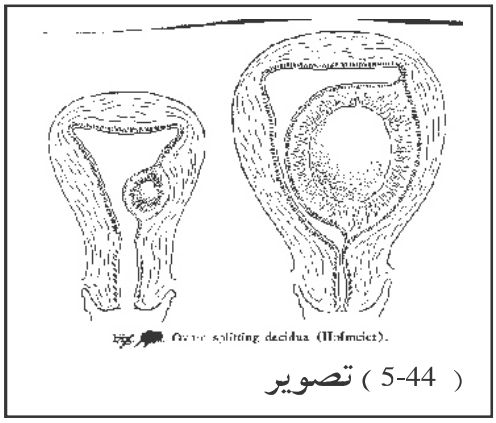
۲- دپلاسنتامنعکسه Reflexa په څیروده چی دسرویکس د داخلی خولی لپاسه وده کوی .

i. دلومړی ډول سبب لپاره علتونه نامعلوم دی هګی درحم په ښکنځی برخه کښی ودی ته دوام ورکوی ترڅوچی هګی دداخلی خولی برخی ته ونه رسیږی په خپل حال پاتی کیږی .

داچی څرنګه پلاسنتا دخولی په برخه کښی وده کوی تراوسه هم دخبرو اوڅیړنی لاندی دی . ټول دلیل ویونکی پدی عقیده دی چی ددی کارلپاره باید لومړی هګی درحم په ښکنځی برخـی کښـی وکرل شی . نوکله چی هګی دمخاط په طبقه کښی ونښلی وروسته ددی دودی له کبله دیسـیدووا

بیلابیلو لوری تضاعف کوی داساده دی چی ولیدل شی چی په څومره سادګی سره دپلاسنتا دخولی په برخه کښی وده کوی. پدی حالت کښی دیسیدووا Vera او Reflexa دسرویکس دنری برخی ترڅنګه سره یوبل ته په متقابل ډول نږدی کیږی اویوځای کیږی بنایی کله نا کله یو دبل سره Fuse یایوځای شی . که چیری هګی د دسیدووا دطبقی Split یا جلاکیدنی سبب شی اود دسیدوا غشاء له همدی کبله دخولی په چاپیر یا په ګردی ډول Split شی دغه کوچنی سوری چی پاتی کیږی اودهغه لپاسه پلاسنتا لکه دپله (Bridge) په څیرعمل کوی دغه حالت ته Horse shoe – shaped پلاسنتا یا پلاسنتا فنسټراتا Placenta fenestrata ویل کیږی . په نادرډول سره دسرویکس دمخاطی غشاء د دیسیدووا دجوړولو قدرت لری اوپدغه پیښه کښی دپلاسنتا وده دوام کوی Villi اودهغوی وده حتی دسرویکس په برخه کښی هم دخارجی خولی لوری ته هم دوام مومی .

۳- عالم (Hofmeier) پدی باور دی چی دپلاسنتا پریویا علت د Reflexa په برخه کښی د Villi دودی پوری اړه لری . پدی هکله (44-5) تصویرته پاملرنه وکړی .



(44-5) تصویر

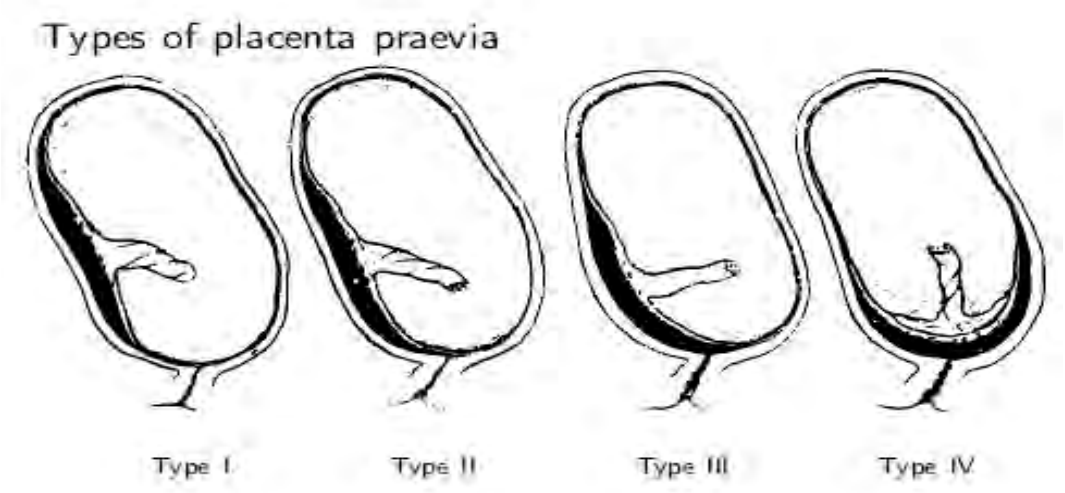
دتغذی دشرایطو سربیره دکوریون پانی Chorionic leaf اټروفی نه کوی خود Villi وده په Reflexa او دهغه دسطحی په برخه کښی وروسته نښتنه د Vera سکړه درحم په مقابل جدارکښی منځ ته راوړی .

په عمومی ډول سره درحم ښکتنی برخه دتغذی له املې دومره پیاوړی ندی نولدی کبله دهګی Ovum پلاسنتا چیرته چی موقعیت لری اودتغذی لپاره باید خپریدنه وکړی له همدی املې Placenta membranacea غشایی پلاسنتا جوړښت مومی . پلاسنتا پریویا معمولاً لویه اونازکه له نورماله وی . کیدای شی پلاسنتا پریویا په یوه ښځه کښی څوځله منځ ته راشی .

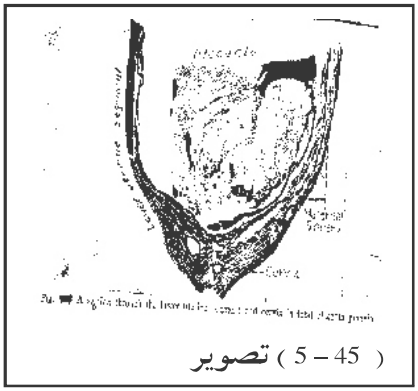
کلینیکی نښی نښانی :.

وینه بهیدنه به لومړی اوثابته نښه په دری وروستنیو میاشتوکښی دبلاربتوب کښی وی خو معمولاً به په اتمه میاشتی کښی وی .یوه پرته له درده ، پرته له علته درحم وینه بهیدنه به چی د

دریم ترایمستر کښی منځ ته راشی دابه د پلاسنتا پریویا پوری اړوندوی په لومړی وخت کښی به دځوځاځکو په څیرپه ګرانه سره به د Linen پواسطه رنګ واخلی وروسته به شدید شی معمولاً لومړی ضایعه څو Ounces (اونسه) وی . که چیری دوینه لړی Anemia سبب شی باید درملنه یی وشی اوداوینه لړی ددی ښکارندویه ده چی درحم په ښکتنی سګمنت کښی په لویه پیمانه دوینی علقه (پرن) منځ ته راغلی . زیږونه معمولاً ددوهمی یا دریمی وینه بهیدنی په پایله کښی کوی .په Total پلاسنتا پریویا کښی به وینه بهیدنه معمولاً زیاته وی اواستثنی دلته معمول نده . په قسمی ډول په پلاسنتا پریویا کښی وینه بهیدنه معمول نده ترڅوچی زیږونه پیل نشی اوحتی دزیږونی دلومړنی مرحلی ترپایلی منځ ته نه راځی .



پلاسنتا پریویا دبلاربتوب په ټک لاره ، په ولادت اوپورپیریوم باندی اغیزه اچوی . معمولاً ښایی سقط منځ ته راشی . ډیردغه ناروغان په خپله تاریخچه کښی دسقط د درملنی کولو حکایه کوی دواترس دکڅوړی بی مودی رپچراودبی مودی زیږونه پدی لړکښی معمول خبره ده .کله چی پلاسنتاښکته کړل شویوی دابه Malposition او د Malpresentation " لکه Breech او Transverse " سبب وګرځی .داپښنی دکلینیک له مخی ، التراساوند او رادیولوژی له نظره په ۱:۳ برخه


(5 – 45) تصویر

ناروغانو کښی تثبیت کیدای شی . په پلاسنتاپریویا کښی ځنډنی (مؤخر) Engagement ترنظرکیږی همدارنګه هوایی آمبولیزم Air embolism منځ ته راتلل ډیرمعمول خبره ده داځکه چی درحم سینوس ډیربهرنی هواته نږدی دی اودپلاسنتا دبی ځایه کړلو له املہ درحم دعضلی

طبقی جدارپه ډیره ضعیفه برخه جوړه کړی دلته دوینی ډیر سینوسونه منځ ته راځی (5-45) تصویرته وګوری له ولادت څخه وروسته وینه بهیدنه درحم دجدارد نری کیدنی اوضعیف کیدنی له کبله منځ ته راځی .دپلاسنتا پریویا په پیوپیریوم حالت کښی ستونزه منځ ته راوړی دپلاسنتاتوټی رحم سره نښتی پاتی کیږی اومنتن کیږی چی درملنه ضروری ده وینه لږی اوداتاناتو په وړاندی دمقاومت له منځه تلل منځ ته راځی .

دپلاسنتا پریویا پیژندنه :

په دریم ترایمسترکښی پرته له شرحی اومعلوم علت څخه وینه بهیدنه په لوړه پیمانه داخرګندوی چی پلاسنتا پریویا شته والی لری پیژندنه دمهبلی کتنی (T.V) اودپلاسنتا دانساجو شته والی دداخلی فوحی یا خولی په برخه کښی دتثبیت له مخی ترسره نشی .یو اسفنجی فبروزی احساس دپلاسنتا نسج ښایی پام دیوی وینی علقی بوری ته یوسی همدارنګه دیوی پیړی ورنکس کزیوزا دوینستانو شته والی Monsterosity لکه Anencephalius ، وینه بهیدنه دماشوم غشا په برخه کښی ، دپیړی غشاسره یوځای به داسی څرګند کړی چی پلاسنتا په دغه نږدی برخه کښی ده .دنظر وړتکی په مهبلی کتنه دادی چی ډاکټرباید دا څرګند کړی چی آیا پلاسنتاپریویا Total یا بشپړه ده اوکه Partia یاقسمی ده.

نوکله چی دپلاسنتاپریویا دشته والی لپاره مهلی کتنه ترسره کیږی نوباید نا روغ دجراحی درملنی اوکړنلاری سر ته رسولو لپاره تیارکړل شی کیدای شی چی نا روغ ته د (C/S) سیزاین سکشن اود ورژن داصلاح لپاره یا دمهبل Temponad کړنه ترسره شی اوجراحی دعملیات خونه باید دنا روغ دمنلولپاره تیاروی.همدارنګه باید داخبره دیوه عمومی اصل یاقانون په څیرومنل شی که چیری بلاربه ښځه وینه بهیدنه ولری باید نا روغ په روغتون کښی بسترکړل شی .

دنا روغ دوینی دکنتی په روتین ډول باید ترسره شی اودهموګلوبین اندازه دی په وینه کښی وټاکل شی . همدارنګه دوینی ګروپ او Rh باید وټاکل شی .که چیری دپلاسنتا پریویا لوری ته پام واوړی دانا روغانو ته باید هیڅکله دمقعدی کتنه (R .Ex) ترسره نشی . دالدی کبله داکتنه به وینه بهیدنه په شدید ډول سره منځ ته راوړی .همدارنګه Snow او Powell داسی ښودلی چی درحم دجسم په رادیوګرافی کښی کله چی دقدامی خلفی اوجنبی رادیوګرافی واخستل شی پلاسنتا پریویا به څرګندکړل شی خوددی لپاره درادیولوژک آشناسترګی پکار دی .همدارنګه

Klevm , Udeاو Urner بنودلی کله چی مثانی ته Sodium iodide محلول تیرکړل شی دماشوم دسراومثانی ترمنځ به درخوه اقساموخیال په ګوته شی .

ددی کړنلاره داسی ده چی 40cc دسودیم ایوډایډ له محلول څخه (12,5 %) دی په تشه مثانه کښی تیریږی . اوددغه برخی قدامی خلفی رادیوګرافی دخیستل کیږی .

همدارنګه Ball او Golden درادیولوژی له نظره یوه بله علامه څرګنده کړیده چی موردولاړی په وضعیت کښی رادیوګرافی اخلی پدی حالت کښی دماشوم کوپړی به دحوصلی د Inlet په برخه کښی وی او Midcoronal او Midsagittal پلانونه به یی نیولی وی داچی علوی برخه دکوپړی به مستقیم وی همدارنګه ماشوم یو وی او Cephalic پرزنټیشن باید ولری .

دپلاسنټا پریویا توپیری پیژندنه :

i. دوریکوز وریدی وینه بهیدنه دمهبل څخه سره توپیرکړل شی
ii. شز لوی دسرویکس دبرخی پولیپ سره توپیرکړل شی.
iii. هیموروئید (بواسیر) .
iv. دسرویکس کارسینوما اوهماتوریا .

دغه حالتونه په سادګی سره توپیری کیږی خو د لاندی حالتونو سره یی توپیری پیژندنه ګران کاردی .

i. درحم رپچر .
ii. دبی ځایه بلاربتوب پرمختلی حالت .
iii. ابریشیو پلاسنټا .
iv. دهغه رګونو څخه وینه بهیدنه چی دخارجی فوحی په برخه تیرشوی وی .

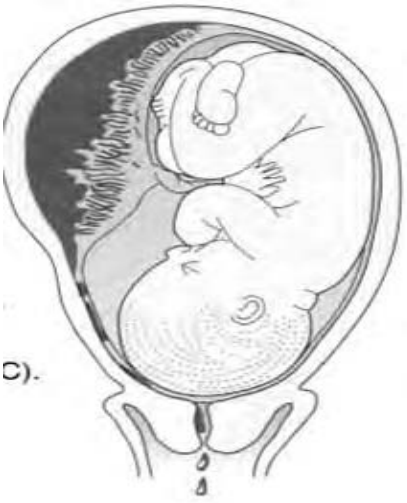
اختلاطونه او انزار :

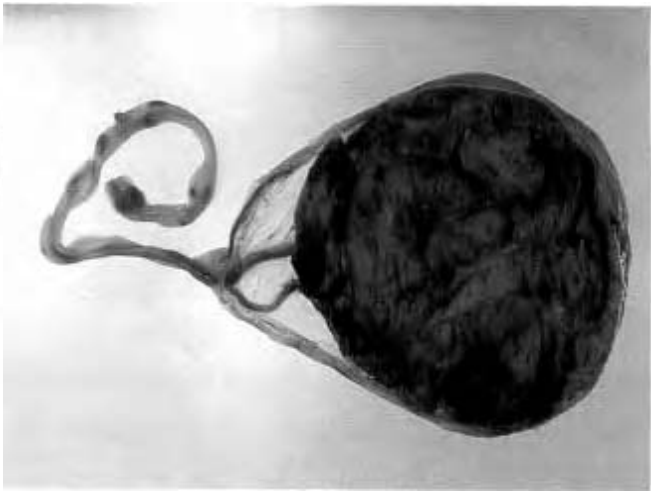
دپلاسنټا پریویا لپاره دمړینی اندول (1-1,5 %) ټاکل شویدی چی داناروغی ددوارو موراو ماشوم لپاره وژونکی ده . دپلاسنټا پریویا په ناروغی کښی مړینه به د وینی بهیدنی ، سپسیس (

Sepsis) درحم دتراوما تیک ریچرله کبله اودهوایی امبولی له کبله وی . همدارنګه ترومبوفلیبټ د پلاسنتا پریویالپاره یومعمول اختلاط بلل کیږی چی (5-6%) پوری راپورورکړشویدی . همدارنګه دماشوم مړینه داسفکسی له کبله وی چی دحبل بی ځایه والی له کبله اویا دپلاسنتا دخیری کیدنی اویا دوژونکی وینه بهیدنی له کبله پریماچوریتی اومونستر له کبله هم مړینه په زیات اندول سره منځ ته راځی .

د پلاسنتا پریویا درملنه:

کله چې د پلاسنتا پریویا د درملنې په هکله فکر کیږي باید په هر انفرادي پېښه کې یو لړ موضوع ګانې په پام کې ونیول شي لکه د مور عمومیوضع او دماشوم عمومی وضع او د هغه د ساتلو حالات، د ډاکټر مهارت، دپریویا درجه چې Total ده او که Partial او آیا ناروغ د زېږونې په حال کې دی او که نه، او همدارنګه د سرویکس په اتساع کې دی هم پاملرنه وشي.





سرپېره پر دې باید لاندې ټکي په پام کې ونیول شي:

۱- هره هغه ښځه چې پلاسنتاپریویا ولري باید روغتون ته درملنې او بستر کېدلو لپاره ولېږل شي.

۲- د دوه استثنی له مخې هر بلاربتوب اختلاطي کېدلای شي چې دا استثنی لکه:

i. پلاسنتاپریویا چې ډېر ژر کله چې وپېژندل شي باید درملنه یې وشي.

ii. کله چې وینه بهیدنه ډېره شدیده وي او ماشوم د لیدلو وړ نه وي او د څو اونیو لپاره هغه پاتې شي.

او هر کله چې پېژندنه پلاسنتاپریویا نه وي ناروغ کور ته لېږل کیږي او ورته باید وویل شي که چېرې هغه وینه بهیدنه پیدا کوي باید روغتون ته مراجعه وکړي.

۳ – کله چې زېږونه پیل شویوي باید پرېښودل شي چې تر څو ښځه پرته له کوم خطره زېږونه ترسره کړي.

٤ – تل مرام پدغه راز ناروغانو کې باید ډاکټر ګوابښمن وي چې هغه وینه تیاره او زېرمه کړي. همدغه راز باید ډاکټر پوه وي چې ناروغ به څومره وینه له لاسه ورکړي وي او څومره به نوره له لاسه ورکړي؟ کېدای شي چې په دریمه مرحله کې وینه بهیدنه وژونکي وي نو له همدې کبله کله چې ناروغه روغتون ته راځي او هغه بستر کیږي بایدد ناروغ بڼه به دوینه لړې ناورغ په څېر وي او ناروغ ته دې وینه تېره کړل شي.

۵ – د ناروغ لپاره د زېږونې کړنلاره باید وټاکل شي باید ولادي انومانې لکه مونسټر باید په پام کې ونیول شي. د بلارتیوب په ۳٦۹،۵۹۷ پېښو کې به د Greenhill په یوه لټون کې "0.941" د مونسټر پېښې او

همدارنګه د ۳٤۲۳ پېښو د پلاسنټا پریویا تثبیت کړل شویدي چې دا د منګولین Mangolian زیږونې سره مل وي. داسې فکر کیږي چې ضعیف د دیسیدوواغبرګون د Isthmus په برخه کې ښایي یوعلت د پلاسنټا پریویا د ابنار ملیتي لپاره وګڼل شي.

٦. د ننې کتنې (Internal Exam) د سرته رسولو څخه د مخه باید هر څه د جراحي کړنلارې د سرته رسولو لپاره تیار کړل شي او ډېر پام دې وشي تر څو د جلاکولو او څیرولو څخه د کتنې په وخت کې ډه ده وکړل شي. دغه حالت د ګوتو د ننویستلو په وخت منځ ته راځي او په دې وخت کې وینه بهیدنه دې پرته له پامه ونه ګڼل شي.

۷ – د Prepartum هره ښځه باید هر کله چې لږه اندازه وینه هم ښکاره کړي باید په روغتون کې بستر کړل شي او د پاملرنې او درملنې لاندې نیول کیږي.

د بلاربټوب د وخت درملنه د Viability څخه د مخه:

لومړنی وینه بهېدل د پلاسنټا پریویا معمولاً لږه ده او هغه وخت منځ ته راځي چې د مخه تردې چې فیټوس س ښکاره شي. پیژندنه یا تشخیص هغه وخت باید کېښودل شي چې لومړی ټول هغه حالتونه چې وینه ورکول منځ تا راوړي ردکړل شي، دا به ګرانه کار وبلل شي تر څو تصمیم ونیول شي چې آیاد بلاربټوب شته والي ته دې د ماشوم د عمر د دوام لپاره ادامه ورکړل شي او که.

د مور عمومي کتنې تر سره کیږي او ټول معلومات راټولیږي په بعضې حالتونو کې رادیوګرافي هم دفیټوس د اندازې، د مونستر د موندنې د پلاسنټا د موقعیت لپاره ګټه ور تمام شویدي. په یوه ښه روښنائی لرونکي د عملیات د خونې په کوټه کې ناروغ ته کټنه ترسره کیږي همدارنګه Bivalve سپیکولوم یا دوه دانې رترکټورونه مهبل ته ورننویستل کیږي تر څو چې د سرویکس برخه د پولیپ، کانسر د شته والي لپاره وکتل شي که چېرې د سپیکولوم د کتنې پواسته د وینې بهدنې لپاره کوم واضیح علت ونه موندل شي ښه به دا وي چې د نورو مانورو تر سره کول ونشي.

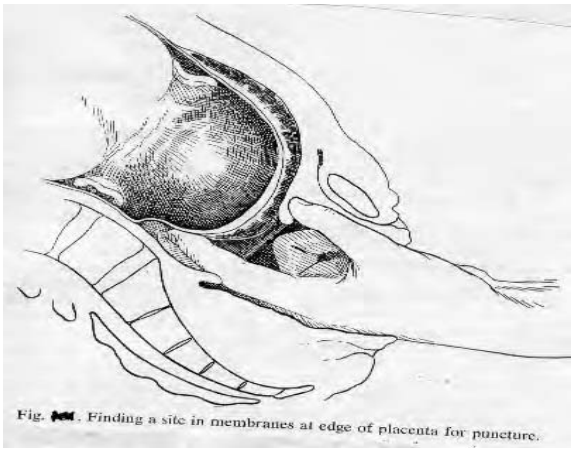
ناورغ خپلې خونې ته ولېږدول شي او انتظار دې وایستل شي چې تر څو بلاربټوب دوام وکړي او فیټوس ښکاره توب وکړي. که چېرې دغه اټکلي وینه تر 400cc څخه زیاته ضایع شویوي ښه به دا وي چې ناروغ ته وینه ورکړل شي په عمومي صورت ښایی نوره وینه بهیدنه هم منځ ته راشي خو دا به دومره شدیده نه وي. کله چیرې د فیټویس ښکاره نوی د بلاربټوب دوام ته اړتیا نشته د واترس کڅوړه څیرول کیږي. که چېر ماشوم تر ښکاره کېدنې مو انتظار ایستنه کړي وي او شدیده وینه بهیدنه په دې لړ کې که چېرې منځ ته راشي را یوه غیر معمول خبره ده د واټرس کڅوړه دې وخیرل شي او یا هم د سیزارین سکشن (C/S) کړنلاره دی ترسره شي سره لدې چې پلاسنټا پریویا ټوټال وي او یا پارشیال.

د بلاربتوب د وخت درملنه د viability څخه روسته

لکه د پخوا په خبر سپیکولوم مهبل ته ورننویستل کیږي تر څو د وینه بهیدنې لپاره علتونه رد کړل شي. که چیرې کوم علت ونه موندل شو نو احتمالي پیژندنه دې پلاسنټا پریویا وي. دا به دومره ګرا نه نه وي چې رخوه اقساموکتله (پلاسنټا) له امینوټیک مایع څخه سره توپیر وکړي شي که چیرې وغوښتل شي چې نور معلومات هم ترلاسه شي نو د سرویکس په برخه کې دې ګوته په مهارت سره ورننویسل شي د کانال برخه ولیدل شي همدارنګه د داخلي خولې په برخه کې د پلاسنټا انساج د پوښ په څېر جس کړل شي. نو دا به ښه کار وي تر څو ناروغ ته پرته له ځنډه (C/S)سیزارین جراحي کړنلاره تر سره او که داسې ومونډل شي چې داخلي خولې لږه برخه (Partial) د پلاسنټا پواسطه پوښلې ده دا به ښه وي تر څو د واټرس کڅوړه وڅیرل شي.

د غشاء ریپچر:

همدارنګه د ماشوم د کڅوړې ښکته قطب برخه وازیږي او د امنوټیک مایع درینا ژ دی ته اجازه ورکوي تر څو د ماشوم کوپړۍ نزول وکړي پلاسنټا تر فشار لا ندې راوړي او وینه بهیدنه ودریږي. همدارنګه د ګېډې جدار او د رحم تقلصونه په دغه حالت باندې لا هم اغیزه اچوي او د وینې بهیدنې په هکله مرسته کوي.



(5-26) تصویر

د غشا ریپچر د پلاسنټا پریویا په درملنه کې غوره او عالي مرسته کړېده او د لاسنټا پریویا قسمي ډول ته ګټه ورتمامیږي. معمولاً د غشاء د ریپچر وروسته وینه یا له منځه ځي او یا هم لږوالی مومي نو کله چې عنق واز شي او زېږیدنه پیل شي وینه بهیدنه وقتاً فوقتاً منځ ته راتلای شي خو دومره ډېره نده چې هغه دې خطر ناکه وي. په ډېرو حالتونو کې په بنفسهي ډول سره وینه بهیدنه ودریږي او زېږیدنه ترسره کیږي کله چې کوپړۍ د پرینیوم برخې ته ورسیږي د low forceps څخه د مرستې لپاره کار اخیستل کیږي. د واټرس د کڅوړې څیریدنې د کړنلارې لپاره (5-26) تصویر ته پاملرنه ولري.

د وایلټس میتود(Willett's Method):

پـه کـال 1935 کې Willett's یوتن عالم پـه غشا بانـدی دفشـاردمنځ تـه راوړلوزپرونه ساده کـړه هغـه دیـوه فورسـپس څخـه کـار واخیست دارنګـه چـې دغـه فورسپس د کـوپړی د Scalp برخه کلکه او ټینګه نیسي دا د کوچې فونتانیل په برخه کې دې کوپړی ته د فلکشن په حالت کې ترکشن ورکوي پدې هکله (5-47) تصویر ته پاملرنه وکړئ.

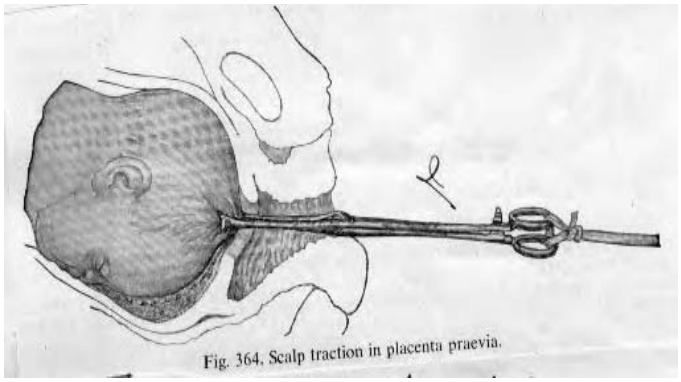


Fig. 364. Scalp traction in placenta praevia.

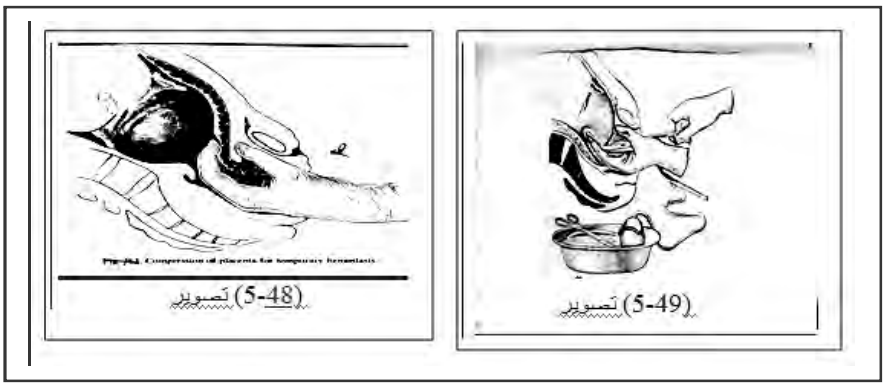
(5-47) تصویر

کورد نیول کیږی او د یوه پاونډ په اندازه وزن په کې اچول کیږي او ښکته ځوړند پرېښودل کیږي. لکـه چـې Metreurynter څخه د کار اخیستو په څېر (٥-٤٩) تصویر ته پاملرنه وکړي.

د ماشوم د کوپړی برخه پدغه Metreurynter په منځ کې قرارنیسی اوپه هماغه ډول خپل حرکت ته دوام ورکوی. کله چی کوپړی دپرینیوم برخې ته اورسیږی پدی حالت کښی Vulsella لیږي کول کیږي نوره زېږونـه خپل طبعي حالت ته پرېښودل کیږي او یا هم فورسپس پکـار وړل کیـږي دا سـامانScalp نـه څیـروي. د Scalp د دغه ټپ پخپله جوړیږي. که چېرې د دغه کړنلارې په لرکې او یا د نورومهبلي ګنو په لړ کـې د غشا رپچر منح ته راشي، ښایي وینه بهېدنه منځ ته راشی مؤقتاً هموستاز شاید د پلاسنتا د جدار تر فشار لا ندې نیول د هغه د رحم د جدار سره منځ ته راځي.

پدې هکله (5-48) تصویر ته پاملرنه وکړي.

METREURYSIS:-

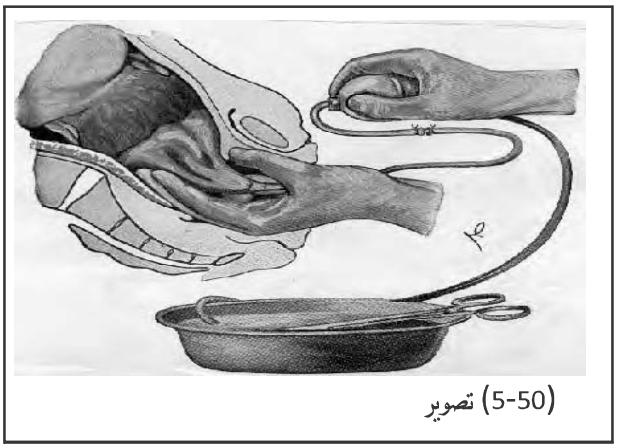

(5-48) تصویر

(5-49) تصویر

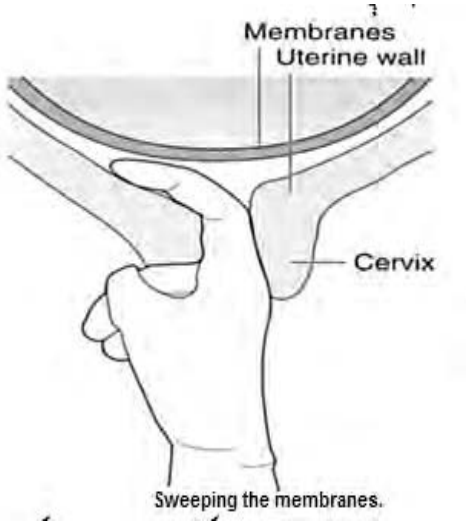
دغـــه کـــړنلاره چـــې د Duhrssen پواسطه مشهوره کـړل شوه یو ربړی بـالون د سـرویکس د تـامپون لپاره پکار وړل کیږی او همدارنګه د رحم ښکته برخه هم تامپون کیږي. دا کړنه په ډېرو کلینیکونو کې پکار وړل کیږي خـو یـو لـړ

ضررونه هم لري لکه تر ضیض چې دغه د اتان لوري ته اوړېدنه کوي دا په بشپړه توګه د سرویکس داتساع سبب نګرځي خو دا ډیر باید hasty Version د بشپړ واز سرویکس په برخه کې تعقیب کړل شی.

بنه نتایج او د لږ خطر سره به د واټرس کڅوړې د څیړېدنې څخه لاس ته راشي او همدارنګه د (C/S) سیزارین سکشن پواسطه ورکول کیږي ځکه لا تراوسه هم شهرت لري او پکار وړل کیږي تردا چې کڅوړه په هریوه مرحله د سرویکیس داتساع په حالت کښی پکار وړل کیږی. څوچې عنق په بسیا توګه واز شي او زېږونې ته اجازه ورکړي بیلابیل ډولونه لکه د Champetier de Rabes بالون په مارکیټونو کې شته والی لري چې اندازه یې د ماشوم د کوپړۍ تر اندازې رسیږي د بالون د ډکولو لپاره دی ټول مواد تیار کړل شوي وی لکه سورنج او به تعقیم. دلته بالون د اوبو پواسطه ډکیږي او د Mertreurysis کڅوړې ته هوا تېریږي دغه دستګاه بشپړه په ظرف د Basin کې ایښودل کیږي همدارنګه د 5% lysol محلول په کې شته دی.



(5-50) تصویر



غشا اوس بذل کیږي او عملیات کیږي په چټکۍ سره وروسته بیا په چټکۍ سره Metreurynter په داخل د سرویکس کې ننویستل کیږی لکه (٥-٤٩) تصویر چی څرنګه ددوه ګوتوپواسطه ننوسیتل شویدی. او په رحم کې ځای په ځای کیږي د پلاسنتا په پورته برخه کې دغه آله ایښودل کیږي. احتیاط دې وشي چې پلاسنتا پورته لوري ته ټېله نشي ځکه دا به وینه بهېدنه پیل کړي. کلامپ له تیوب ځنې وازیږي او هغه هلته د پلاسنتا سره پرېښودل کیږی اوس د یوه اندازه lysol محلول ته اړتیا ده چې ورننویستل شی پدی هکله دی (٥.٥٠) تصویرته پاملرنه وکړی ددغه مایع تیرول باید ډیر په کراره سره ترسره شي او یو وار په چټکۍ سره دې د رحم ښکتنۍ سکمنت دومره زیاد ډک نشي. بالون باید ډیر ډک نه وي چې د سرویکس د

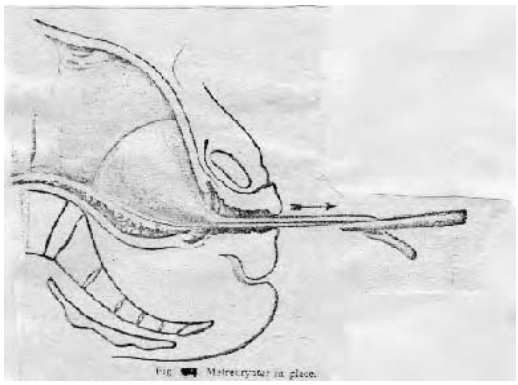


(5-51)_تصویر

برخې دسوریکېدنې سبب ونګرځي دا حتمي ده چې کوپړۍ به د دې آلې پواسطه پورته ټپله شي او بې ځایه به شي خو لدې څخه پرهېز نشي کېدلای. نو کله چې Bag پر ځای شي او پلاسنتا تر هغه لاندې راشي



(5-53) تصویر



(5- 52) تصویر

ډاکټر خپل لاس راوباسئ او تیوب د کلامپ پواسطه نیول کېږي او لږ ترکشن وربانديې راوړل کېږي پدې هکله (5-50) تصویر ته پاملرنه وکړئ. لږه اندازه ترکشن اچول کېږي د یوه پوند (0,45kg) ته اړتیا ده هغه د یو تسمې پواسطه تثبیت او د بستر څخه ښکته لوري ته زوړند کړئ پدی هکله به (5-51) تصویر ته پام وکړئ. هره 3 یا څور دقیقې وروسته دغه ترکشن آزادېږي تر څو د سرویکس برخې ته وینه بهیر ومومي یو انیمیک سرویکس به په ساده ګی سره وځیرل شي تقلصونه یا دردونه هر یو ساعت وروسته منځ ته راځي او دا د عنق د برخې اتساع او Effacement ته بشپړتیا وربخښي. د درد په وخت کې باید Bag مسترېح Relax کړل شي او کله چې درد له منځه لاړشي دا بیا له سره ډکول کېږي. له ډېر قوي ترکشن څخه دې ډه ده وکړل شي. چې دا ښایي د سرویکس یا رحم د ښکنې برخې ریچرمنځ ته راوړي. تر څو چې ماشوم ونه زیږېږي باید Pituitary extract د ورکړي څخه پرهېز وکړل شي ډاکټر باید ډېره حوصله وکړي او د 12-3 ساعتو پورې انتظار ښایي وباسي. بله ډېره مهمه او غوره خبره دا ده چې کله چې Metreurynter د سرویکس برخې ته تیرشي که چېرې ښه ځای په ځای شي پدې هکله (5-52)تصویر ته پاملرنه وکړي چې د کوپړۍ سره څرنګه نېږدې نښتې اړیکه ولري.



همدارنګه که دغه آله د کوپړۍ سره د سرویکس په برخه کې د ننویستلو وروسته کومه نېږدې اړیکه ونلري او په بنه توګه ځای په ځای شوی نه وي او په هغه باندې ترکشن واچول شي هغه به له خپله ځایه راکش شي بې ځایه به شي او د کوپړۍ او Metreurynter ترمنځ په یوه اندازه وینه را ټوله شي پدې هکله (5-53) تصویر پاملرنه وکړي. کله نا کله داسې پېښیږي چې کوپړۍ د سرویکس دغه برخې ته راسیږي او له نیکه مرغه کومې مانورې تا اړتیا نه پرېږي. ژر تر ژره باید زېږونه تر سره شي تر څو د رحم په جوف کې وینه راټوله نشي. داچې څرنګه ډاکټر پدې پوه شي چې آیا دا آله پر ځای ده او کنه:

١ – د دې آلې د ټیوب او د ننني برخې د اندازې له مخې.
٢ – د مقعدي کنې (R .Ex) له مخې.
٣ – د دردونو په وخت په بنګه لوري ته بې ځایه شي او دردونه شدت مومي.
٤ - کله چې Bag تېر کړل شي دردونه له منځه ځي او یا لږوالی مومي.
٥ – همدارنګه Bag هم بهر ته راووځي.

که چېرې Metreurynter آله پسې وروسته د ماشوم کوپړۍ حوصلې ته راښکته نشي دا آله راویستل کیږي که اړتیا ومونډل شي یا ورننویستل کیږي که چېرې یا هم دا کړنه بریانی نشي د دې کړنلارې کړنه ودریږي او فورسپس ورننویستل کیږي او زېږونه ترسره کیږي.

Delivery Form Below:

کله چې زېږونه د بنګه څګځه ترسره کیږي باید داسې فکر وشي چې مړینه به په لوړه پیمانه منځ ته راشي دا اندول د مړینې به مور او ماشوم دواړو لپاره په لوړه اندازه وي. د ماشوم د زړه آوازونه تل باید په ځېر سره واوریدل شي نو که چېرې Cord د پلاسنټا په برخه کې او Metreurynter پواسطه ترفشار لاندې راغلې وي بعضاً د زندۍ (Asphysia) څخه مخینوی منځ ته نه راځي. کېدای شي چې وژونکی نه وي خو له خطره لرې هم ندی. که چېرې وینه بهېدنه شته والی ونلري نو د چټکۍ او بېړې (عجلې) کولو ته کومه اړتیا نشته دی ناروغ دې له شاک او وینې بهېدو څخه وژغورل شي او تر هغه دې انتظار وایستل شي تر څو چې د سرویکس خوله اتساع وکړي همدارنګه ناورغ ته مایع، وینه، ګلوکوز، مسکن، که چېرې اړتیا وي ورکړل شي د زېږدنې د وخت ټول اړوند سامانونه دې راټول او تعقیم کړل شي او تیار دې وي. دا دې د قانون په څېرو منل شي پرېږدي چې عنق اتساع وکړي او د عنق د اتساع لپاره دی هېڅ درمل پیکاري ونه کړل شي. که چېرې د ماشوم کوپړۍ د عنق په برخه کې نیولی پاتې شي ډاکټر باید د دې کوښښ ونکړي

چې هغه په زور سره راوباسي او په جرءت سره دې پرېښودل شي که څه هم د ماشوم د مړينې خطر شته دی کله چې ماشوم وزېږول شي ټول اهتمامات دې د هغه د احياء لپاره ونيول شي.

په دريمه مرحله کې د مهبلي زېږونې وروسته درملنه

ښايي چې د زېږونې څخه وروسته د مور ژوند د خطر سره مخامخ وي له همدې کبله بايد وينه په بانک کې ريزرف وي، پلاسنټا بايد به ناڅاپه ډول راوويستل شي همدارنګه Ergonovin دې دوربدله لدرې او (10 unit) لس يونټه extract pituitary د عضلې له لارې ناروغ ته ورکړل شي. نو کله چې پلاسنټا را ووځي رحم قوي تقلص کوي او وينه بهېدنه ورکيږي. بعضاً د رحم ښکته سکمنت اټونيک پاتې کيږي متقلصه رحم په هغه کې ښکته راځي او تغلف Intussuception ورکوي چې همدغه محال شديد وينه بهېدنه منځ ته راځي. پدغه راز ناروغانو کې مهبلي رحمي کانال بايد تامپون کړل شي او هيڅ راز وخت بايد دلته ضايع نکړل شي. پدې هکله Post partum وينه بهېدنې په درملنې کې اړوند معلومات ورکړل شويدي. د ډېرې وينې بهېدنې له کبله سړی نشي کولای چې تثبيت کړي چې کومه برخه د ګډولو يا خياطی وړ ده. داسې نظر ورکول کيږی چې د پلاسنټا پريويا د درملنې لپاره دوه غوره لارې بايد وټاکل شي.

۱ – د غشا رپچرچی پرته د Scalp د ترکشن څخه او يا د ترکشن سره .

۲ – سيزارين سکشن (C/S).

سيزارين سکشن Cesarean Section:

د پلاسنټا پريويا د وينې بهېدنې د مخنيوي لپاره د سيزارين سکشن جراحي کړنلاره وروسته په راتلونکي درسونوکښی په شرحی سره راځی د ناروغ وينه لږې دي اصلاح کړل شي ناروغ دې د جراحي کړنلارې د سرته رسولو لپاره تيار کړل شي.



څوګوني بلاربتوب (Multiple Pregnancy)

څوګوني بلاربتيا د نړۍ په هر ګوډ کې منځ ته راځي خو دا منځ ته راتلل د احصايي ښونې له مخې په تور پوستکي توکم کښې ډېر منځ ته راځی يو لړ څېړنې چې سرته رسېدلې دي په ېيلاېيلو فيصديو سره دوه ګونې، دری ګوني، څلورګوني، پنځه ګوني او حتی شپږګوني بلاربښت هم راپور ورکړ شويدي. همدارنګه دغه څوګوني د جنسي له پلوه نسبت نجونو ته د هلکانو زېږونه ډېره منځ ته راغلې ده. دغه حالت د مړينې

علت د مور او ماشوم د دواړو لپاره په پیلابیلو فیصدیو سره کېدای شي چې د ډېر د پام وړ خبره وی ګڼل کیږي.

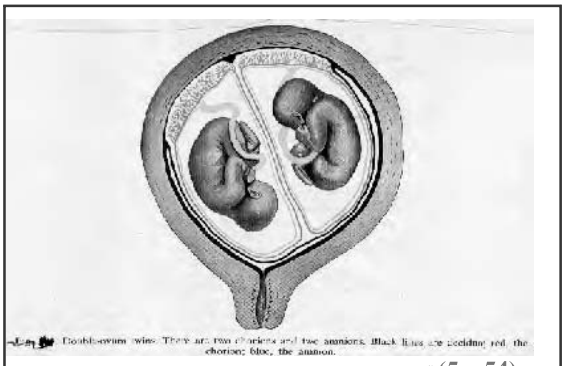




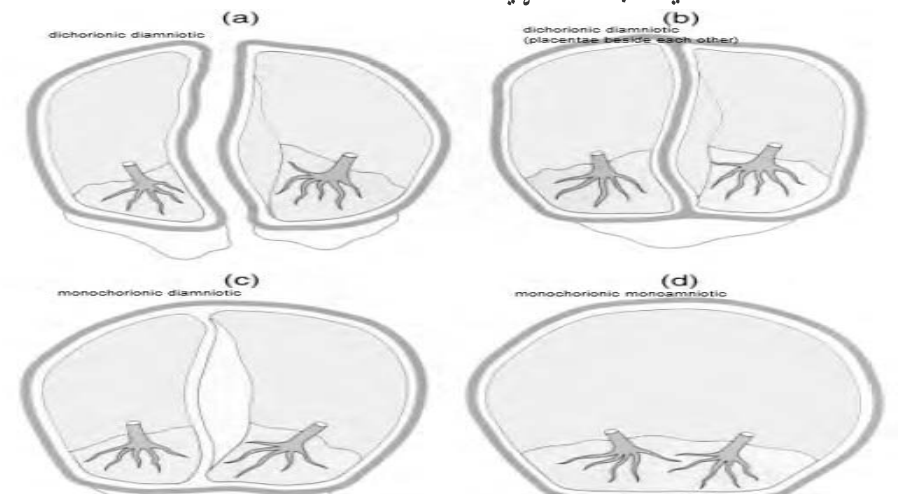
لاملونه (سببونه) :

دوه ډوله د دوه ګونې بلاربتوب پېژندل شویدی.

i. هغه ډول چې دوه هګۍ (ovum) په یوه وخت سره رحم ته راځي هلته القاح کیږي او په یوه وخت سره په وده پیل کوي چې دواړه سره د جلا پټوکه وده کوي او جلا اروائي سیستم لري کېدای شي دغه دواړه هګۍ له یوه فولیکول ګرافین څخه آزادې شوبوې او یا د دواړه لورو څخه آزاده شي همدارنګ د دوی په وخت په مستقل ډول پلاسنتا کوږه، کوریون او امینون ولري دا به څلور یا شپږ 4 یا 6 غشاوې ولري او Dizygotic twin په نوم یادیږي دوه دیسیدووا لري، دوه کوریونه، او دوه امینون لري. پدې هکله(54 – 5) تصویر ته پاملرنه وکړي.



(54 – 5) تصویر

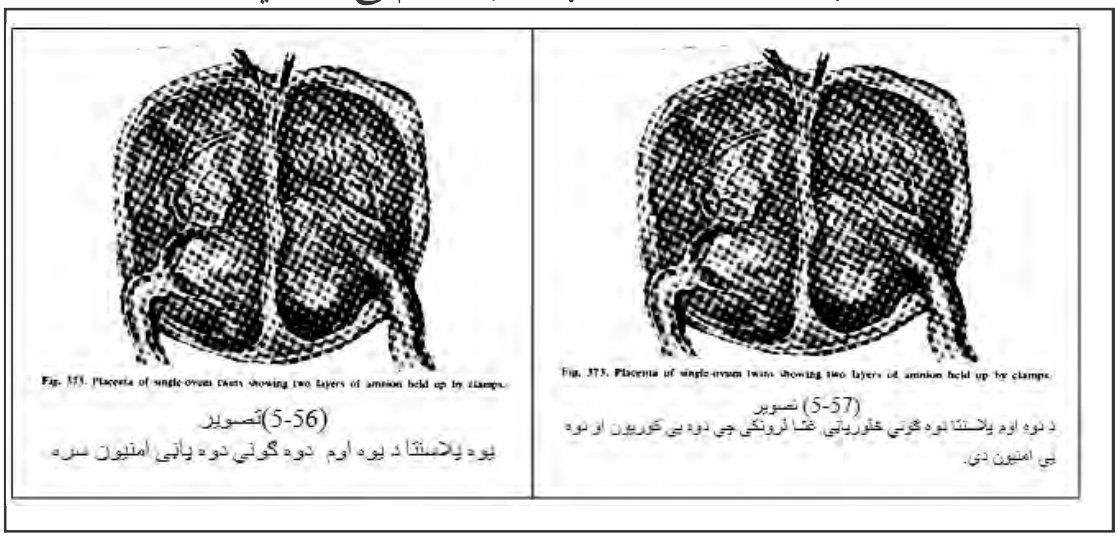


ii. همدارنګه د يوه اوم (هګۍ) څخه دوه ګوني بلاربتوب چې علتونه يې معلوم ندي خو ارثيت، زېږونې او عمر په کې غوره رول لري دغه حالت منځ ته راځي. چې هومو لوګ يا Single Ovum دوه ګوني دي دا دوه امنيون لري خو د يوه کوريون سره وي. پدې هکله د (55– 5) تصوير ته پاملرنه وکړي.

د دواړو ذکر شويو حالتونو لپاره عمر، ارثيت "فاميلي تاريخچه" او زېږونې علتونه بلل کيږي Guthmacher's په خپل څېړنه کې څرګنده کړې چې د يوه اوم دوه ګوني بلاربتوب په(20– 35) کالو عمر کې ډېر منځ ته راځي او همدارنګه د دوه اوم دوه ګوني په پورته عمر کې ډېر منځ ته راځي.

ځانګړتياوې (Characteristics):

د دوه ګوني بلاربتوب لپاره پلاسنتاوې همدارنګه په (56– 5) تصوير او (57– 5) تصوير کې ښودل شوېدي هغه پلاسنتا چې د يوې هګۍ دوه ګوني لپاره منځ ته راغلې په بېلا بېلو بڼو يوه ده او معمولاً دوه ګُوردونه (Cords) لري د پلاسنتا پرسطحه باندې د شريانونو تقسم منځ ته راځي د پلاسنتا حجاب



Septum د ديسيدو وا لوري ته لاره نلري يوازې دوه پاڼې لري، دوه امنيون لري. همدارنګه د وی تر منځ پراته ماشومان به بېلابېلې بڼې ولري او حتی ښايي د ولادي انومالیو سره مل وي.

که چېرې دوه امنيونه او پرته له کوريون څخه په حجاب Septum کې وي دا ماشومان به Uniovular (له يوې هګۍ) وي او د مورولا Morula مرحله کې ښايي Fusion نښتنه منځ ته راشي، چې ښايي دوه پلاسنتا دوه کوريون او يا هم يوه پلاسنتا او دوه کوريو نه ولري.

دوه ګوني تل مدام د يوه ماشوم په پرتله کوچني وي او د لږ وزن لرونکی وي او د دواړو مجموعي وزن به له يوه ماشوم څنې ډېر وي. همدارنګه په بيلابيلو څېړنو کې د دوه ګونو ټول وزن توپير درلودی دی په يوه راپور کې داسې ليدل شوي د هر يو يوه کيلو ګرام لرونکي ماشومان ژوندي زيږېدلي او همدارنګه د دوه ګوني لوی وزن اوه کيلو ګرامه دواړه هم ژوندي زيږېدنې دي او تر دې لوی وزن لرونکي ماشومان جوړه 1980gr ګرامه هم راپور ورکړ شوېدی. همدارنګه د دوی د زېږونې عمر او موده هم د نورمال څخه نده اوښتې.

همدارنګه مړينه په دوګوني ماشومانو کې ډېره منځ ته راځي او همدارنګه سُواشکال هم معمول خبره ده. ايکلامپسيا په Univular ماشومانو کې ډېر منځ ته راځي. او هوموملوګوس Homolugus دوه ګوني تل د يوه جنس لرونکي دي. د شريانونو تر منځ تقمم تل منځ ته راځي او وريدونه هم يو تر بله سره تقمم کوي کله نا کله داسې پېښېږي چې شريان دې دوريدونو سره تقمم وکړي دا په په دريم بهير Third Crculation کې ښايي منځ ته راشي. همدارنګه د رګونو د شريانونو او وريدونو د اروايي انومالیو له کبله يو او بل دوه ګوني ماشوم ښه وده نه کوي يعنې يو وده کوي او پل له ودې پاتې کېږي دا چې د يوه زړه ښه وده وکړي او د بل زړه د رګونو د سيستم د نشتوالي له کبله وده نه کوي دغه د زړه نشتوالي ته acardiacus يا acardius ماشوم ويل کېږي چې او همدارنګه د هغه ماشوم چې زړه او کوپړۍ يې وده نه وي کړې هغه ته acardius acephalus ويل کېږي چې دا هغه ډول مونستر monster دی چې حوصله اوپښې هم نلري چې دغه ډول ته acardius amorphus هم وايي چې سر، پښې او زړه نلري. که چېرې يو له دوه ګونو څخه د پوره ودې وروسته مړ شي او د اوبدې مودې لپاره په رحم کې پاتې شي دا يو ډول بدلون کوي چې ورته

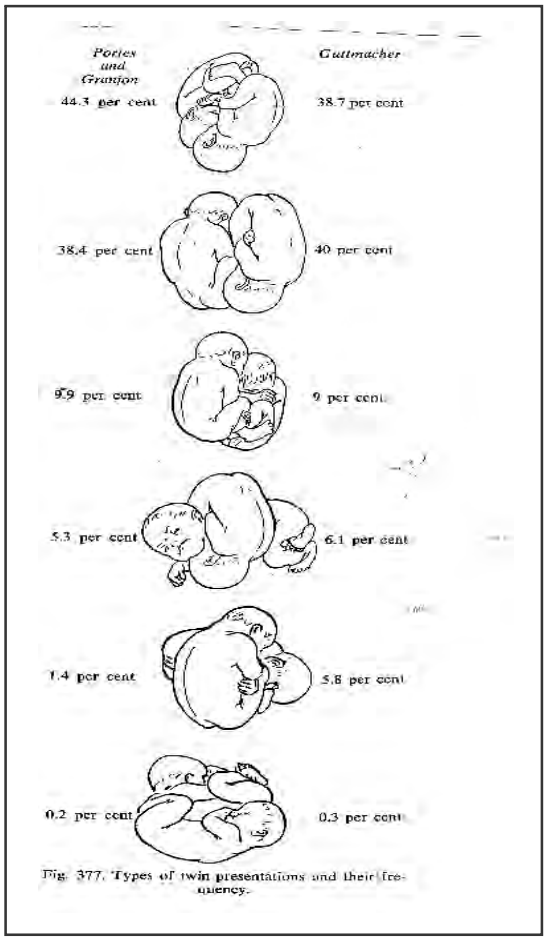


Fig. 377. Types of twin presentations and their frequency.

یوه اصطلاح د foetus papyraceus او یا foetus compressus یا تر فشار لاندې راغلی فیتوس نوم ورکول کیږي پدې هلکه (58– 5) تصویر ته پام وکړئ.

همدارنګه پولي هایدرو امنیوزس د دوه ګونو ماشومانو سره معمول دي. کـه چېرې دوه ګوني ماشومان په امنیوتیک جوف کې پراته وي او دواړه حبل السروي Umblical Cord تاوېدنـه وکړي د دواړه جنینونـو د مړینې سبب ګرځي. کله کله داسې هم پېښیږي چې یو ماشوم مړشي او هغه سقط کړل شي او دوهم ماشوم په نورماله بڼه خپلې ودې ته ادامه ورکړي. او همدارنګه کله کله داسې پېښیږي چې یو ماشوم مړشي او هماغلتـه پاتې شي او د هغه امینو تیک مایع جذب شي او د لوی وچې ګلې په څېر د رحم په جدار باندې پـه خپـاره ډول بڼه اختیار کړي.

- **Superfitation:** کله چې په یوه رحم کې یو ماشوم شته والی ولري او د بل ماشوم د ودې له کبلـه رحم وښول شي دغه حالت ته Superfetationحالت ویل کیږي چې دا حالت په حیواناتو او څا رویو کې امکان لري په انسانانو کې یې شته والی هم نشي ردکېدلای. که چېـرې دوه رحمونـه پـه ولادې ډول په انومالي اخته وي او دواړه رحمونه په بلاربټیا باندې ډک شي دغه حالت ته Superfetation نه ویل کیږي.
- **Superfecundation:** که چېرې دوه هګۍ په یوه رحم کې د دوه پلارونو (بېلا بېلو نارینـه وو) د سپرم پواسطه په جلا توګه القاح کړل شي د دغه دواړو نارینه وو ارثي ځانګړتیاوی به ماشوم تـا انتقـال وکړي.

کلینکي کورس Clinical Course:

څوګوني بلاربټوب د تشوشاتو په منځ ته راتلو کې د مور او ماشوم دواړو لپاره ډېر رول لري، وینه لږی، توکسمیاسره په ځانګړي ډول ایکلامپسیا، پولي هایدرو امنیوزس، واریسز Varices اذیما ډېر معمول ګڼل کیږي. د کېدې ډېره اتساع Distention په کولمو او تنفس باندې اغېزه پرې باسي په ځانګړي ډول هایدرو امنیوزس دغه اختلاط منځ ته راوړي همدارنګه د حوصلې د بندونو پوستوالی او استرخا برسیره د کېدې پراتساع منځ ته راځي. زړه د یوه ګوني بلاربټوب په پرتله ډېر کار ته اړتیا مومي.

(80%) دوه ګوني بلاربټوب د ترم Term له وخت څخه د پوره کېدو د مخه پایله مومی او همدارنګه د پرکټیس Practice له مخې دری ګوني او څلورګوني بلاربټوب هم له وخته د مخه زېږونه کوي. د یادلو وړ ده چې وویل شي چې دوه ګوني (غبرګ) او یا څوګني بلاربټیا معمولاً نورماله زېږېدنه نلري. ځکه چې د رحم عضلي ډېرې کش شوی وي او دردونه ضعیفه بڼه لري چې کله نا کله یوه بشپړه ورځ دغه زېږونه دوام مومي Effacement او Dilatation د سرویکس په کراره سره دی د ناروغ خوب له منځه ځي او ډېره ستړې او نارامه ښکاري ښایي راز راز د زېږونې میکانیزمونه تر ستړګو شي. له کومې چې ماشوم کوچنی

وي او د ډېر امنیوټیک مایع درلودونکي دي ډېر بدلونونه، پرزنټیشنونه او پوزیشنونه د بلاربټوب او زېږونې په وخت کې منځ ته راځي د بیلګې په توګه. دغبرګو ماشومانو څخه کله چې یو د کوپړۍ په پوزیشن لومړی وزېږي دوهم ماشوم به د اوږې Shoulder له پوزیشن څخه د برېچ Breech پوزیشن ته اوښتنه وکړي. د Guttmacher پواسطه (411) غبرګ (دوه ګوني) ماشومانو په زېږونه کې (38,7%) Vertex پوزیشن (40%) د غبرګو څخه یو Vertex او بل یې Breech (9%) د Breech په پرزنټشن (6,1%) په مستعرض او بل Breech پرزینشن درلوده او همدارنګه د (0,3%) دواړه مستعرضه بڼه درلوده. همدارنګه د Guttmacher او portes او Granjon په خپلو احصایه نیونه کې بیلابیلې څرګندونې کړېدي چې دغه حالت په (59– 5) تصویر کې په روښانه توګه څرګند شوی. د حالتونو تصویرونو ته په ځېر سره پاملرنه وکړي.

د دوه ګونی (غبرګو) ماشومانو پېژندل

Diagnosis of Twins

د بلارټیوب په وخت دوه ګوني بلاربټوب په آسانۍ سره پرته له رادیوګرافي سرته رسولو څخه د پېژندنې وړدي او د پېژندنې لپاره باید لاندې ټکي په پام کې وي.

۱ — د رحم د غور Fundus په برخه کې یوه میزابه (Sulcus) د لیدلو وړدی. دا به د رحم په قدام کښې وي کله نا کله ښایي په غبرګو ماشومانو کې معدوم وي.

۲ – په غیر معمول ډول لوی او کروی رحم، چې د هایدرو امینوز او لوی ماشوم شته والی دی هم په پام کې وي.

۳ – په جس کې دری لویې برخې – دوه کوپړۍ او یو Breech، دوه Breech او یوه کوپړۍ، د ځای د بدلون له کبله باید یو ډاکټر داغلطي ونکړي چې څودانې ماشومان یعنې له دوه څخه ډېر دي.

٤ – کله چې یوه کوپړۍ د حوصلې برخه کې وي او مسافه تر بلې برخې پورې د رحم (غور) ډېره زیاته وي دا اندازه په د ماشوم اوږدوالی وي د بیلګې په توګه دا به له 30 سانتي مترو څخه ډېره مسافه وي.

۵ – په اصغا کې د زړه د آوازونو مقویت (ټون) په لاندې ډول خاصیت ولري.

a. د زړه آوازونه به په منظم ډول د مور د نبض سره یوشان وي.

b. د دواړو د زړه آوازونه به په یو شان وي.

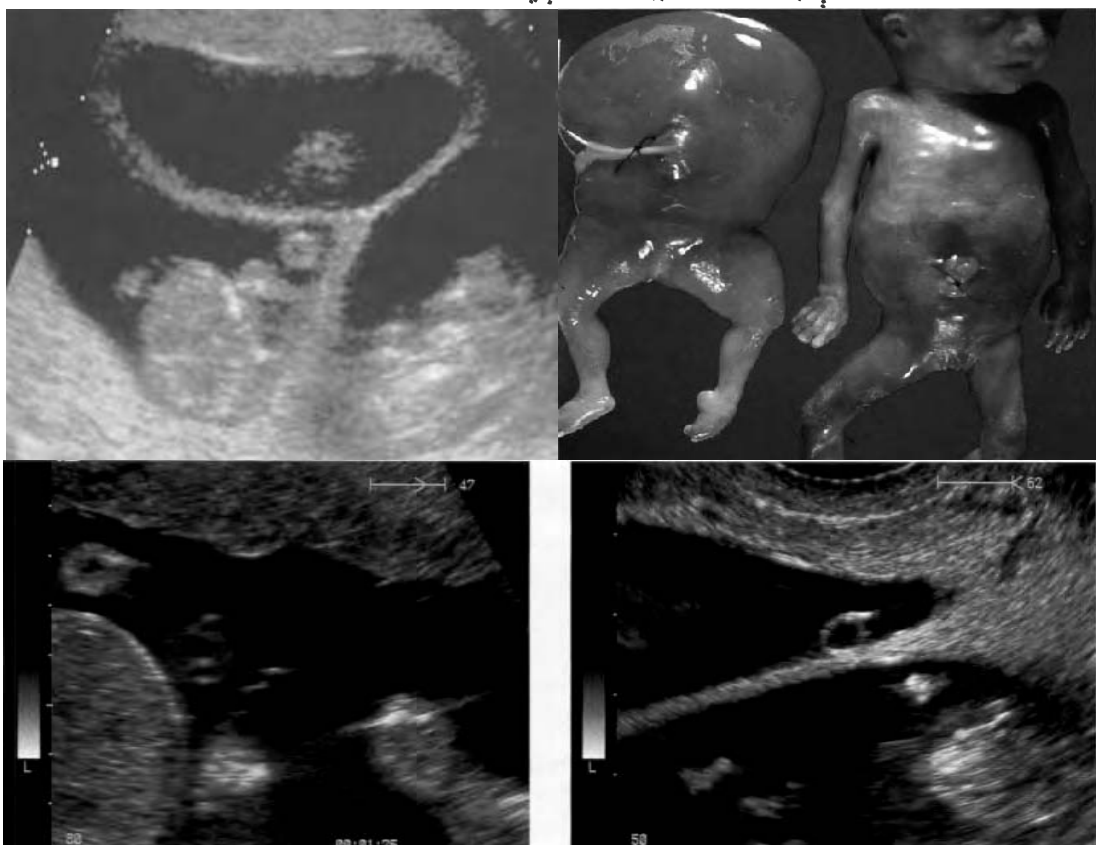
c. د دواړه برخو تر منځ د Free zone به ډېر شدت ولري.

٦ – د رادیوګرافي له مخې کېدای شي چې دوه ګونې دری ګونې او یا څوګونې په ښه توګه وپیژندل شي د رادیوګرافی له مخې دمضاعف مونسټر Double monster ماشومانو پیژندل دومره ګران کار ندی.

٧ – د زېږېدنې په وخت کله چې کخوړه پخپل حال د خپرنې وروسته یې د ماشوم غړي د جس وړ دی.

٨ – د جس پواسطه د دوه لویو برخوجس د مهبل په کنه کې تثبیت کیږي.

٩ – د التراساوند د کنې پواسطه ښه پیژندنه کیږي.



توپیري پیژندنه Differential Diagnosis:

i . په لومړنیو میاشتو کې د بې ځایه بلاربټوب سره باید توپیري پیژندنه وشي.

ii . پولي هایدرو امنیوزس چې معمولاً د غبرګو ماشومانو سره د اختلاط په خیر منځ ته راځي.

iii . د رحم Fibromyoma او یا د هګۍ ځالې تومورونه اوسیستونه چې پدغه حالت کې د زېږه آوازونه نشتوالی لري.

انزار Prognosis:

دا حالت نورمال حالت ندی د مور او ماشوم دواړو لپاره د مړینې خطر ډېر دی. د مور لپاره خطر نسبت د یوه ماشوم بلاربې مور په نسبت د دوه ګونې بلاربې ښځی دوه چنده ټاکل شوېدی. د مړینې علتونه دوه دي.

۱. د ماشوم بې مودې زېږېدنه چې ډېرېې د اتلکڈازی له کبله مری.
۲. د زېږېدنې په وخت د کورد د پرولاپس له کبله چې ماشوم په اسفکسی اخته کیږي. همدارنګه د ماشوم Malposition هم د زېږونې په وخت کې یوه عمده ستونزه ده چې ښایي د ماشوم ژوند له خطر سره مخامخ کړي.

درملنه Treatment:

د بلاربتوب په وخت کې د خوګونې ماشومانو مور نسبت د یوه ماشوم بلاربتیا ته ډېره پاملرنه پکار لري. ښه نتایج به هغه وخت ترلاسه شي چې ماشومان د مور په ګډه په وخت سره وپیژندل شي هغوی ته پاملرنه وشی او لاندي رژیم دی ورکړل شي:

- د لوړې کالوري لرونکي او منرالونو لرونکي غذایي موادو ورکول
- د ښه عمومي نظافت مراعات کول
- ناروغ ته ښه تسکین (آرمتیا) برابول او د زېږېدنې د مرحلې د دریم مرحلې (Third Stage) څارنه او ښه تدابیر نیول.
- د زېږونې څخه د مخه ناروغ ته د Vit.k ورکول.
- همدارنګه د پروجسترن په ورکولو سره د ماشوم د بې مودې زېږېدنې څخه مخنیوی کول.
- که چېرې د دوه ګونې بلاربتیا مور سقط وکړي د ډاکټر پواسطه ترجیح ورکول کیږي چې کورتاژ ورته تر سره شي.
- په ښه توګه د جراحی کړنلارې لپاره د هغه ناروغانو تیارول چې د سیزارین کړنلاره ترسره کیږي.
- که چېرې لومړی ماشوم وزېږېږي د بل ماشوم لپاره دی په احتیاط سره د داخلې او خارجي ګنه ترسره شي دا به د درملنې لپاره تصمیم نیولو لپاره ډېر ګټه ورځرګند شي.
- که چېرې د زېږه آوازونه نورمال وي کور د (حبل) دی د پلاسنتا په برخه کې کلامپ او غوټه کړل شي.
- که چېرې د دوهم ماشوم د زېږونې په وخت د کورد پرولاپس منځ ته راغلی وي او یا اوبدی پرزنتیشن شته والی ولري پرته له ځنډه دې زېږونه تر سره شي. د فروسپس پواسطه به دغه زېږونه په سهولت سره تر سره شي.

- ژر تر ژره کله چې دوهم ماشوم وزېږيږي د وينې بهېدنې د کنټرول لپاره دې د عضلې له لارې Pituitary extract دې تطبيق کړل شي.
- کله چې پرېوان له رحم څخه بهر ته راووزي نو د وريد له لارې 0,2g ergonoive ناروغ ته تطبيق کېږي او ناروغ دې د څو ساعتونو لپاره تر څارنې لاندې وي.
- ناروغ ته د زېږېدنې څخه د مخه د وينې ګروپ وټاکل شي او وينه دې تيار ه وي.
- اتي بيوتيکونه دې ناروغ ته ورکړل شي.

د انومالي لرونکو څوګونو ماشومانو بلاربتوب او د هغوی د زېږونې درملنه

هغه مېندې چې څوګونې ابنارمل ماشومان لري د دوي درملنه په لاندې ډول کېږي:

۱. پتولوژيک پرزنټيشن لکه مستعرض او بريچ ډول لاره د معمول په څېر درملنه کېږي هغه حالت اصلاح اوزېږول کېږي.

۲. که چېرې دغه ابنارمل پرزنټيشن د څوځله اصلاح وروسته هم درست engage ونکړي جراجي مداخله ضروري ده.

۳. که چېرې د دوهم ماشوم کورډ د مخه پرولاپس وکړي ددغه ماشوم کورد دې وردننه کړل شي او يا هم دغه ماشوم دې دمخه وزېږول شي.

٤. که چېرې ډاکټر دې ته متوجه شي وينه بهېدنه شته وي او د مور او ماشوم دواړه د خطر سره مخامخ دي په چټکۍ سره دې زېږونه تر سره شي.

٥. که چېرې د ماشوم پوزيشن بدلون ولري هغه دې اصلاح کړل شي.

٦. که چېرې داسې پېښ شي چې دواړه ماشومان د حوصلې برخې ته د زېږېدنې په وخت ورننوزي پدې حالت کې دی لومړنی ماشوم د مرستې پواسطه وزېږول شي او يا دې د دوهم ماشوم زېږونه تر سره شي.

۷. که چېرې يو ماشوم وزېږيږي ډاکټر بايد له يو ساعت څخه زياته موده انتظار ونه باسي تر څو دوهم ماشوم پخپله زېږونه وکړي. ژر تر ژره دې رحم تش کړل شي.

۸. که چېرې د ماشوم او نومالي (مونستر) حالت شته والی ولري که د وضعيتونو د بدلونونو سره يا هم زېږونه تر سره نشي بايد د زېزونې لپاره د جراحي کړنلارو د سرته رسولو څخه کارواخيستل شي لکه:

* - Episeotomy اپي زيوټومي.

* - Vaginal cesarean section مهبلي سزارين سکشن.

* - Abdominal cesarean section بطني سيزارين سکشن.

د نومورو ذکر شويو کړنلارو د سر ته رسولو په هکله اړوند لوستونو ته پاملرنه وکړي.

شپږم څپرکی

بلاربټوب او نورې ناروغۍ

انتاني ناروغي (Infectious Disease):

انفلوانزا Influenza:

یوه بلاربه ښځه ډېره لیوالتیا لري چې په انتاني ناروغۍ اخته شي او پخپله بلاربټوب یوه مساعده زمینه برابروي. په وصفي ډول انفلوانزا پدغه راز ناروغانو کې د سږو شدید اختلاطونه منځ ته راوړي په ځانګړي ډول لکه پنومونيا Pneumonia منځ ته راځي. همدارنګه دغه راز ناورغان هایپروتیلشن د بلاربټوب سره مل وي دا د بلاربټوب د دورې نارمل اسیدوز له کبله منځ ته راځي. که چېرې یوه ښځه په انفلوانزاء اخته وي دغه په ګډه ماشوم باندې اغیزه اچوي او د ماشوم لپاره خطرناکه دی.

عالم Harris نظر ورکړی چې داسې څرګند شوی چې پنومونيا په بلاربو ښځو کې (5%) د مړینې علت ګرځېدلای شي. همدارنګه انفلواترا په 35-60% ښځو کې د بنفسهي سقط علت ګرځېدلی دي. د دغه ناروغۍ په لړ کې باید انشاقي انستیزی ورنکړل شي باید درملنې لپاره د موضعي انسټزي او یا نورو وریدي انستیزي څنې کار واخیستل شي.

د بلاربټوب د وخت د انفلوانزا درملنه په عمومي ډول سره او کوم خاص توپیر نلري او عادي ښځې په څېر یې درملنه کیږي. انتي بیوتیکونه وسیع الساحه په وقایوي او معالجوي ډول په کار وړل کیږي تر څو د ثانوي انتاناتو د مداخلې څنې مخنیوی وکړي همدارنګه د ناروغ Symptomatic درملنه کیږي.

پنومونیا Pneamonia:

پنومونیا په بلاربټوب کې نادراً منځ ته راځي. همدارنګه دغه ناورغي د تبې، ټوخي، او تنفسي اصغائی ښنو سره مل وي په رادیوګرافي د صدر کې به بدلون ترګوتو شي.

د دې ناروغۍ درملنه د عادي ښځې په پنومونیا اخته ناروغۍ په څېر ده انتي بیوتیکو نه په براخه پیمانه د انتان د حساسیت له مخې ناروغ ته ورکړل کیږي. همدارنګه د ناروغې عرضي درملنه هم کیږي، د انشاقي انستیزي ورکولو څنې دې ډه وکړل شي.

دیفتریا Diphtheria:

دا هم یوه حاده ناروغي د بلاربټوب په وخت په نادر ډول ستونی اخته کوي. دغه ناروغي ۱/۲ برخه ناروغانو کې د سقط سبب ګرځي چې مخنیوی یې ګران کار دی.

لومړني اعراض (3-4) ورځو وروسته له اخته کېدنې منځ ته راځي د ستوني په برخه کې یوه غشا مـنځ تـه راوړي که چېرې دغه غشا ښه کړل شي وینه ورکوي.د دې ناروغۍ د درملنې لپاره د دیفتـري ضـد سـیروم څنې کار اخیستل کیږي او د مخنیوي لپاره یې د دیفتري ضد واکسین شته والی لري.

شرې Measles:

که چېرې بلارېه ښځه په شیري اخته شي دا به ډېره خطرناکه وي او وژونکې ټک لاره خپلوي. د مرګ علت به د شرې له کبله پنومونیا وي. دا ناروغي بلاښوب ته پایله وربښي (45-76%) دی د (52,4%) په اندازې د ماشوم د مړینې سبب ګرځي. درملنه یې لکه د نورو ناروغانو په څېر دی او د وقایې لپـاره یـې واکسین جوړ شوېدی.

جرمنی شرې German measle :

Gregg په (1941)ع کال کې کشف کړل هغه ښېندې چې په جرمني شرې اخته وي په لومړي ترایمستر کې د دې ناورغې اخته کېدنه به د ماشوم د سترګو نیمګړتیاوې منځ ته راوړي دغه اخته کېدنه په لومړي ترایمستر کې لږ تر لږه (60-70%) هغه محال ټاکلې شوېده. همدارنګه د دې ناروغۍ اغېزې پرماشوم باندې زیاتې دي او ولادي نیمګړتیاوې منځ ته راوړي چې د ېښلګې په توګه Cataract ولادي ساد، د زړه ولادي ناروغي کونوالی Deaffness، ګونګوالی، میکرو سفالي، او د غاښونو نیمګړتیاوې. د شرې د نـاروغۍ ټـول کلینیکـي نښـې نښانې به مور ولري او درملنه یې لکه د نورو په څېر په شرې اخته ناروغانو ته ورته ترسره کیږي.

لیترجیک انسفالیت Encephalitis Lethargica:

د انفلوانزا داپیدیمي څخه وروسته داسې لیدل شوي دي چې هغه ښځې چې د بلاربتوب په وخت په انفلوانزا اخته وي د دوی په منځ کې لیترجیک انسفالیت منځ ته راغلي چې د بلاربو ښځو په منځ کې یې د مړینې اندول د (5-70%)فیصده ټاکل شویدي. کلینیکي نښې نښانې لکه د عادي ښځې په ناروغۍ اخته ته ورته ښه لري. ډېرې ښځې کولای شي چې پرته له کوم بدلون څخه تر Term پورې ماشوم ته وده ورکړي او نورماله زېږونه وکړي. هغه ښځې چې بلاربې وي او په شدیده ناروغۍ اخته وي بنفسهي ډول په کې سقط منځ ته راتلای شي.

دا د انسفالیت ناروغي باید توکیسمیا ، هایپرایمیزس ګراویـداروم او Chorea څنـې تـوپیر کـړل شـي. د ماشومانو مړینه په بشپړ ډول (46%) ټاکل شوېده دغه ویروس د پلاسنتا څخـه تېرېدنـه کـوي او ماشـوم پـه ناروغۍ اخته کوي. د بلاربو ښځو درملنه دهغه ښځو په څېر چې بلاربې ندي او ناروغي لري دوی ته ورتـه ترسره کیږي. د جراحي کړنلارو تر سره کول په دغه راز ناروغانو کې د مړینې اندول ډېر پورته بیایي خو کله نا کله د اړتیا له مخې (C/S) سیزارین سکشن تر سره کیږي.

شیدې ورکوونکې مېندې هم باید له شېدې ورکولو څخه ډه ډه وکړي دا ځکه چې د مېندو لپاره ډېر درد ناکه دي. کېدای شي چې دا ناروغی له حاد حالت څخه مزمن حالت ته واوړي. Parkinson disease حالت څرګند وي همدارنګه 75% ناروغانو کې به Paralysis agitans وده وکړي او په مزمن حالت بدلېدنه تر 25% نه اوړي. دا ناروغي د پریماچور زېږېدنې علت ګرځېدلای شي کله چې ناروغي ډېره شدیده وي همدارنګه په وقایوي ډول مور باید په دې وپوهول شي لږ تر لږه تر څلورو کلونو تېرېدو پورې د بلاربتوب ځنې دی ډه ډه وکړي.

د سکارلت تبه Scarlet Faver:

دا ناروغي نادراً مور اخته کوي نو که چېرې بلاربه ښځه پدې ناروغاخته شي او په ځانګړي ډول د eruption او desquamation مرحلې منځ ته راغلی سقط به منځ ته را شي.
په خفیف ډول د رحم حساسیت به شته والی ولري دا ناروغي ماشوم ته د پلاسنتا له لارې وردرومي خو ماشوم معافیت لري. هغه ښځې چې په Scarfet fever اخته وي او زېږونه يې کړي وی باید د خپل ماشوم څارنه پرېږدی اودامکان تر سرحده ماشوم له موره جلا کړلی شی. درملنه يې لکه د نورو ناروغانو په څېره ده.

کوریه ګراویداروم Chorea Gravidarum:

دا یوه نادره ناروغي (50%) بلاربې ښځې به پخوا په تاریخچه د کوریه ناروغي حمله تېره کړي وي. دا ناروغي اکثراً د روماتیزم د ناروغي سره مل وي (1/3) برخه. همدارنګه که چېرې هغه ناروغانو چې د کوریه ناروغي يې د ماشوم توب پر محال تېره کړې وي په بلاربېځا وخت له خطر سره لږ مخامخ کېږي.
دا ناروغي ډېر وخت په لومړي ځله ښځوکښی ډېر معمول دی په تېره بیا په لږ عمر لرونکو ښځو کې منځ ته راځي که څه هم دا وژونکی ناروغی نده خو کله نا کله ډېره شدیده ټک لاره غوره کوي.
د دې ناروغی اختلاطونه د عضلاتو سپزم په ستوني کې ،ژبه کې، او حنجره کې منځ ته راټک دی همدارنګه، اسپایریشن پنمونیا، د زړه ودربدنه پسایکوز Psychosis هم د اختلاط په څېر را څرګندیږي.
د ماشومانولپاره مړینه (50-70) ده او نور که زېږونه کوي هغه هم ابنارمل بڼه لري. ډېر علما پدې عقیده دی چې سقط د دې ناروغی له کبله ښه لامل ګڼل کېږی د ښه سبب ګرځي له همدې کبله په شدیدو حالتونو کې د رحم تشول توصیه کېږي.
درملنه يې لکه د نورو اخته ناروغانو په څېر ده. د بستر استراحت او د مسکن درملو ورکړه اغېزمنه ده. دا به ښه وي رحم تش کړل شي د Term مودې ته نېږدې دا به ښه وي چې (C/S) سیزارین ترسره شي که چېرې ناورغ اختلاج ولري دا به ښه وي چې نیورولوجست سره مشوره وکړل شي.

ایریزیپلز "سرخباد" (Erysipels):

دا هم یوه نادره ناروغي ده دا ناروغي ماشوم ته د پریوان له لارې تېریږي همدارنګه د زیږونې په وخت د حبل السروې له لارې ماشوم لیږدونه کوي. دا ناروغي د سقط سبب ګرځي. همدارنګه دا نـاروغي په شدید حالت کې د مهبل او فرج دایریزیپلز ځنې پیورپیرل سپسیس پیل کوي. همدارنګه دا ناروغي د ډاکټـر او مرستیال د ککړو لاسونو او جامو له لارې کېدای شي چې وبلي ناروغي ته چې په روغتون کښـی ورسـره بستروي لیږدونه وکړي. همدارنګه کېدای شي په تماس کسان لکه ډاکټر او د هغه مرستیال پدې ناروغي اخته شي. دا خبره اوس جوته شوېده چې د پیورپیریال سپسیس د سترپتو کوک له کبله منځ تـه راځـي د نـاروغي درملنه لکه د نورو ناورغانو په څېر تر سره کیږي.

د محرقې تبه (Typhoid Fever) :

د محرقې تبه چې د سلمونیلا ټایفي پ نوم د یوه باکټریا پواسطه منځ ته راځي په ېیلاېیلو برخو کې ورته ېیلاېیل نومونه ورکړل شوي. دغه ناروغي ته د افغانستان په جنوبي برخو کې د ترتکي تبې جنوب لوېدیزو برخو کې د وچکی تبې، او ختیځو برخو کې ورته د تبګی ناروغي وایي.

دا ناروغي په لودیځو هیوادونو() کې اوس له منځه تللې خو په هغه هېوادنو کې جنګ ځپلې دي او اقتصادي بنه یې ویجاړه ده او روغتیایي وقایوي خدمتونه په کې نشتوالی لري هلتـه معمـول نـاروغي دا یـوه لیږدېـدونکې ناروغي ده چې باکټریا یې د خوړلو، څښاک ، او تمـاس لـه لارې لېـږدول کـیږي. د دې نـاروغي کلینیـک، دوامداره لوړه درجه تبه، د ژبې بارلرونکی حالت، د وزن له لاسته ورکول، بې اشـتهائی، د تـورې او کبـد لوئیدنه، وینه لرې او نورو اعراضو په څېر منځ ته راځي که چېرې د ناروغي په لړ کې عصـبي سیسـتم اختـه شي د Ecephalopathy نښې نښانې به منځ ته راشي او که چېـرې کولمـه سـوری شـي (د دری اونیـو وروسته) د پریتونیت نښې نښانې به څرګندې شي. که بلاربې ښځې پرې اخته شي د دوی په منځ کې مړینه په لوړه اندازه منځ ته راځي. همدارنګه د بنفسهي سقطونو علت ګرځېدلای شي.

د سیرالموژي له پلوه د Widdle آزموینه مثبت وي او اړوند انټي باډي ګڼې تثبیت کیږي، د وینې په کښه کې لوکو پني شته والی ولري.

د دې ناروغی باسیل د شیدو له لارې انتقال —لیږد ونه نه کوي خو اګلوټینین یې په شـیدو کـې مونـدل کیـږي کولای شي په ناروغی اخته مور خپل ماشوم ته شیدې ورکړي نوري دلیږدیدنی لارې شته دی چې لدې کبلـه باید مور د ماشوم شیدې ورکولوځنې منع شي.

درملنه:

د دې ناروغۍ درملنه لکه د نورو ناروغانو په څېر ده.

۱. Chloramphenicol - د وزنې درې ګرامه ناروغ ته ورکول کېږي کله چې تبه ورکه شي درې ورځې نور هم درې ګرامه د ورځې بیا وروسته په دوز نیمایي کېږي او تر 21 ورځو ورکول کېږي.

۲. Trimatoprim - دا درمل 10mg /kg/bw هر 12 ساعته وروسته

۳. د سفالسپورینو څخه Ceftriaxon 1-2gr ورځې ۱۲ ساعته وروسته دا درمل لومړني انتخابي درمل دی.

٤. د کینولینو څخه Ciprofluxacin ½ 1 -1 ګرام د ورځې هر ۱۲ ساعته وروسته ورکول کېږي او نور مستحضرات هم ورکول کېدای شي دا متناوب درمل دی.

کڅوکی یا کوڅکی (Small pox) :

د چیچکو اوبه Small pox یوه ویروسي ناروغي ندرتاً مېندې اخته کوي که چېرې بلاربې بنځې اخته شي ډېر خطرناک ټک لاره غوره کوي. او د سقطونو سبب ګرځي. اوس د واکسینونو د شته والي له کبله دا ناروغي لږه شوې ده. د دې ناروغي درملنه لکه د نورو عادي ناروغانو په څېر ده.

چکن پاکس (Chicken pox، Varicella) :

د چیچکو ناروغي هم نادره ناروغي ده دا د بلاربې بنځې فرج غټې شونډې، لاسونه او پښې او تیونه اخته کوي. ماشوم د زېږونې په وخت اخته کېږي. درملنه لکه د نورو ناروغانو په څېر ده.

مېننجیټ Meningitis:

دا د سحا یا یوه التهابي ناروغي چې په حاد ډول د باکټریایي انتانا تو له کبله لکه پنوموکوک، ستافیلوکوک، مېننګوکوک او نورو کبله منځ ته راځي همدارنګه دا ناروغي د توبرکلوز له کبله هم منځ ته راځي. په لومړي ترایمسیټر کې د توبرکلوزیک مېننجیټ ناروغي د hyperemisis د ناروغي سره غلط کېږي. همدارنګه په دریم ترایمسیټر کې دا ناروغي د eclampsia د محرقې ناروغي انسفالیت او دماغي وینې بهېدنې څخه په ګرانه توپیر کېدونکي ناروغي ده. د قطنی بذل او کلینکي نښو نښانو له مخې به پېژندنه ترسره شي. د دې نا روغي درملنه به د نورو عادي ناروغانو په څېر وي.

1. وسیع الساحه انتي بیوتیکو نه
2. د شړن (اختلاج) ضد درمل.
3. د تبې ضد درمل.
4. همدارنګه د ناروغ بنه تغذي دې وشي. .

تـــوره تـــوخلي (شـــنه تـــوخلي) (Whooping Cough) :

دا ناروغي د pertussis پنامه هم يادېږي دا ناروغي په بلاربه ښـځه کـې ښـايي د غشـا د خپرېدنې او بې مودې زېږېدنې علت وګرځي. درملنه يې لکه د نورو ناروغانو په څېر ده.

- اريترورمايسين 500 ملي ګرامه دری او يا څلور وخته
- کلورامفنيکول 500 ملي ګرامه دری يا څلور وخته

اډی (بوغوټ)(Mumps) :

د پاروتيدغدې د Parotid د ناروغۍ له کبله د پاروتيدغدی لويوالی مومی او پرسوب پيدا کوی په نارينه کښې د دې غدې د التهاب څخه وروسته Orochitis منځ ته راځي دا ناروغي نادراً د بلارتوب په وخت منځ ته راځي درملنه لکه د نورو ناروغانو په څېر ده.

ملاريا (Malaria):

د ملاريا پرازيت چې په هر عمر کې اخته کېدنه منځ ته راوړي چېرته چې د ملاريا انديمي شته والی ولي هلته انسانان اخته کوي دا ناروغي د انافيل د مؤنث ملاريا ماشې پواسطه انسان ته د چيچلو پواسطه انتقال مومي. د سپارس ورځو په موده کې دا ناروغي د سروکرویاتو د چاودنې له امله رپيدونکي تبه منځ ته راوړي. سببي عامل د دې ناروغۍ:

١. پلازموديم وايواکس P.Vivax
٢. پلازموديم ملاريا P. Malaria
٣. پلازموديم اوال P. Oval
٤. پلازموديم فالسيفارم P. Falcifarum دی.

د ناروغي غوره نښې نښانې تبه، رپيدنه، د سردرد، د هډوکو درد کسالت، عمـومي ضـعيفي، وينـه لـرۍ، هماتوريا، د وينې د فشار بدلون او نور.





د دې ناروغۍ پېژندنه د لابراتواري کتنې له مخې ترسره کېږي همدارنګه د دې ناروغۍ درملنه لکه دنورو عادی ناروغانو په څېر ترسره کېږي. د بلاربتوب په وخت درملنه کې کلورکین Chloroqin څلور تابلېټونه یا (10mg/kg Bw/ day) ناروغ او له ورځ دوه تابلېټونه د شپږ ساعتوروسته او دوهمه ورځ دوه تابلېټونه (5mg /kg Wb/day) او دریم ورځ هم دوه تابلېټونه 5mg /kg Bw/day ورکول کېږي. د بلاربتوب په وخت مضاد استطاب نلري.

د ملاریا فالسیفارم پېښوکې د Qunin Sulfat څخه 600 mg هر اته ساعته وروسته ورکول کېږي تر 3-5 ورځو دا درملنه تر سره کېږي . همدارنګه د (100 mg x2) Doxycyclin د ورځې او(1 Fansidar tab x1) د دری ورځو لپاره ورکول کېږي.

تیتانوس Tetanus:

دا تر ټول ډیره جدي ناروغي ګڼل کېږي چې خورا ډېرې پاملرنې ته اړتیا نلري. او دا د ټب یا پرهر له لارې د اختلاط په څېر منځ ته راځي. له سقط څخه وروسته او دپیورپیریال مرحلې په وخت کې تر ټولو څخه خطر ناکه ټک لاره خپلوي.

د بلارتوب په وخت د تفریخ دوره د څلورو څخه تر 21 یوویشت ورځې ده او منځنۍ حدیې نه (9) ورځې ټاکل شوېده. د پیورپیریال د مرحلې تیتانوس ډېر شدید وي دا چې ډېر ژر د حنجرې او بلعوم عضلات اخته کوي او مرینې سبب ګرځي. بعضې ناروغان کېدای شي چې د یوې مودې لپاره غیروصفي اعراض ولري او اختلاجونو او شخی به ډېر وروسته منځ ته راشي.

د درملنې په وخت باید لاندې ټکي په پام کې ولرل شي.

۱. ناروغ باید په یوه هوسا، آرامه کوټه کې بستر شي او د Sodium amytal 500 mg د خولې یا ورید له لارې د ناروغې د شدت په اړوند ورکول کېږي. دا درمل کېدای شي د نارکوز د منځ ته راوستلو لپاره تکراراً ورکړل شي.
۲. ناروغ د اتې تیتانیک سیروم څخه 50,000 unit په اندازه د ورید یا عضلېله لارې ورکول کېږي. په شدیدو واقعاتو کې همدا اندازه د نخاع له لارې ورکول کېږي. همدارنګه هر دریمه ورځ 30,000 unit یا تکراراً ورکول کېږي. د یادولو وړ دی چې ښایي نور رژیمونه هم شته والی ولري.
۳. د ناروغ تغذی باید د ورید، خولې او یا N.G tub له لارې په پام کې وي.
٤. د کولمو او پښتورګو دنده سر ته رسول باید په پام کې وي.
٥. که اړتیا وي Nasopharynx برخهکښې مواد Suction کړل شي.
٦. که د شدید تنفس ستونزو خطر شته والی ولري Trachiostomy دی تر سره شي. همدارنګه په دې لړ کې Curtage او یا Hystrectomy نه تر سره کېږي.

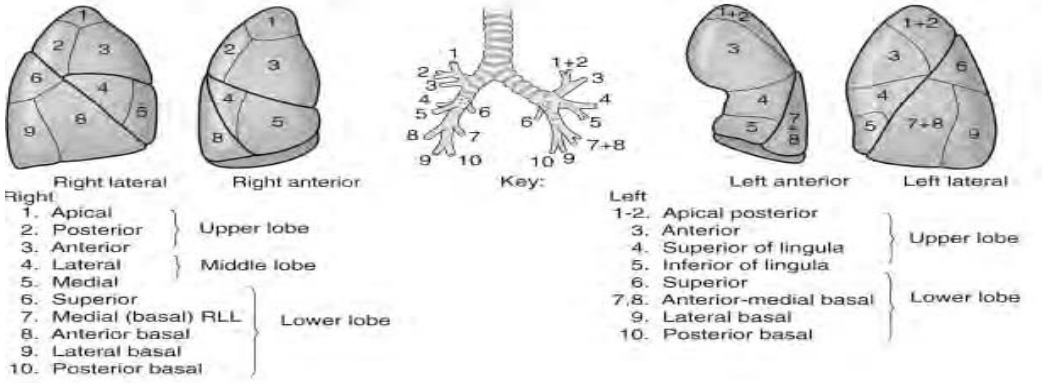
۷. د ثانوي انتانانو د مخنيوي لپاره وسيع الساحه انتي بيوتيکونه هم ورکول کيږي.

۸. د شديدو تيتانيک اختلاجونو د شته والي په صورت کې يو لړ درمل چې د اخـتلاج ضـد اغيـزې لـري ورکول کيږي او همدارنګه دا درمل بايد داسې انتخاب شي چې د تـنفس سيسـتم انحطـاط مـنځ تـه رانوړي. او ناروغ بايد تر بيړني څارنې لاندې د O_2 ورکړه د اړتيا له مخې ناروغ ته تطبيق کيږي.

مزمن انتاني ناروغي

د سږو نری رنځ(Pulmonary . T.B) :

د سږو د نري رنځ ناروغي چې د بلاربتوب په وخت کې منځ ته راځي دا په بلاربتوب کومه اغېزه نلري او همدارنګه د سږو په توبرکلوز اخته ښځه کیدای شي چې بلاربه شـي. مخفـي Latent توبرکلوز لرونکې ښځه ښایي چې په بریالی توګه ماشوم ته Ful term پورې وده ورکړي او هغـه په خپل وخت وزېږوي. همدارنګه هغه ښځه چې فعال توبرکلوز لري باید د هغې ماشوم له منځـه یو نه وړل شي ځکه چې کیدای شي چې ماشوم به بریالی توګه وزېـږول شـي لـه همـدې کبلـه د درملنې سقط نه توصیه کیږي.



بنفسهي سقط نادراً د نري رنځ په ناروغي کې منځ ته راتـلای شـي. هغـه ښـځې چـې شـدید توبرکولوز لري او سږی بشپړ نیولی وي او Dyspnea لري، هیمـو پتـازی لـري او همدارنګـه د زېږونې په وخت ډېر شدید ټوخی ولـري دوی بـه اوږده دردناکـه زېږونـه یـوې اذیمـاً او د زړه کولاپس ته وده ورکړي. مړینه ډېر نادره خبره بلل کیږي.

درملنـــه :

دا درملنه لکه د نورو ناروغانو په څېر تر سره کیږي. هغه درمل چې پکار وړل کیږي د درملنې لپاره به لاندې ډول دي.

١. Refampicine
٢. Ethambitol
٣. INH
٤. Streptomycin
٥. Pyrazinamid

٦. او نور ګډ ډول درمل. همدارنګه ناروغ بايد ډېر نږدې څخه تر پاملرنې لاندې وي او ګڼنې يې بايد په ټاکلي وخت تر سره شي.

سيفليس (Syphilis) :

دا د تناسلي سيستم يوه مزمنه ناروغي ده چې سببي عامل تريپانيما پاليدم دی او د وينې د سيروم د ګڼې له لارې د (VDRL) آزمويني تر سره کولو پواسطه او موضعي کلينکي نښو له لارې ناروغي پېژندل کيږي.

پلټنو ښودلی چې دا ناروغي په ښځو د نارينه په نسبت دومره خطر ناکه نده او په هغه چا کې دغه ناروغي وده کوي د هغوی په وړاندې معافيت منځ ته راوړي همدارنګه بلاربټوب د سيفليس په وړاندې مقاومت لوړوي، ولادي سيفليس دواړه جنسونه اخته کوي دا اخته کېدنه په مساوي اندول دی خو مړينه په نارينه جنس کې لوړه ده. که چېرې د بلاربټوب په وخت په ښه توګه او مناسبه درملنه تر سره شي زېږونه به بريالی وي. همدارنګه که چېرې ماشوم د بلاربټوپ په وخت په رحم کې اخته شي د ماشوم د مړينې سبب ګرځي او د سقط پواسطه به بلاربټوب ته پايله وروښني.

همدارنګه پريماچور زېږو په (7-8) مياشتني د سفليس لپاره يو وصف ګڼل شوېدی او ماشوم به معمولاً د Macerated بڼه ولري.

سفليس په زېږونه باندې اغېزې پرېباسی دردو او تقلصونه ضعيف وي او د زېږونی پروسه ډېره په کراره سره وي ابنارمل پرزنتيشن معمولاً د دې نارغی سره مل وي ځکه چې ماشوم Macerated او کوچنی وي. په مستقيم ډول د پرينټل په دوره کې د سيفليس تيرېدنه ماشوم ته ډېر لږ پلويان لري که چېرې کورني مور او پلار تر درملنې لاندې ونيول شي ما شوم ژوندی پاتې کيږي او که درملنه تر سره نشي نو ماشوم به د بې مودې زېږېدنې له کبله مړ شي.

درملنـــه:

د دې ناروغی درملنه په مور او پلار دواړو کې (ښځه او مېړه) ژر تر ژره د پېژندنې وروسته ترسره شي. د دې ناروغی د درملنې لپاره ټاکلی درمل پنسلين Pencillin دي چې Pencillin G کرسټالين milion 2-1 هر 8-6 ساعته وروسته د وريد يا عضلې له لارې ناروغ ته ورکول کيږي درملنه تر هغه چې Seronegative غبرګون په وينه کې ترلاسه شي تر سره کيږي.

د ولادي سفيليس لپاره په ماشوم کې (30-50) زره يونټه په هر کيلوګرام وزن د بدن ورکول کيږي. کـه چيرې څوک د پنسلين په وړاندې حساسيت ولري د نورو درملو ځنې ګټه اخيستل کيږي.

د زړه ناروغي (Cardiac disease):

I. د بلاربټوب اغيزې د زړه په ناروغيو:

معمولاً بلاربټوب د زړه ناروغيو ته دومره شدت نه وروبښي همدارنګه د بلاربټوب د وخت اغيزې د زړه په ناروغيو کې په لاندې ټکو پورې اړوند ګڼل شويدي.

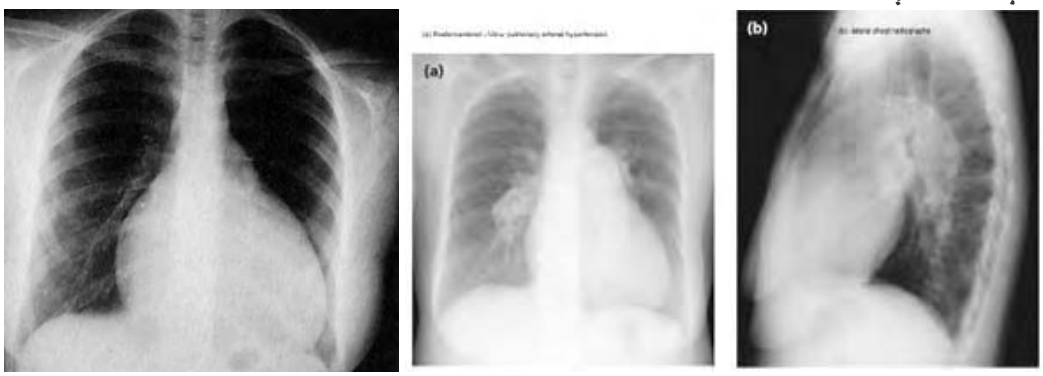
(a) . د زړه د ويجاړې برخې درجه د جوړښت له پلوه

(b) . د زړه د دندې سرته رسولو ظرفيت.

(c) . د زړه د اندازې (Size) اړوند

(d) . د ناروغ عمر

(e) .د زړه د احتقاني عدم کفايي ناروغۍ او فيبريليشن شته والی. همدارنګه د زړه د عدم کفايي احتقاني حالت لپاره ريوي اذيما، (Paroxismal Nocturnal Dyspnea) P.N.D د سږو د قاعدې رالونه او د رالونو جس همدارنګه د کبد جس او حساسيت .



که چيرې د عدم کفايي لرونکي ناروغ د زړه د روماتېزم له کبله ناروغ وي ښـايي مړينـه بعضـاً د بلاربټوب په وخت او يا د بلاربټوب څخه لږه موده وروسته منځ ته راغلی وي دا د زړه د والف د ناروغيو پورې اړوند مړينه ګڼل کيږی دا نه چې د بلاربټوب له کبله به ناروغ مړ وي. کـه چيـرې د بلاربټوب په وخت دا ناروغي ثبت شي ښه به دا وي چې په وخت سره درملنـه ورتـه تـر سـره شي.

II. د زړه عمل (کړنه) د بلاربتوپ او پیورپیریوم په وخت کې:

همدارنګه په decompansated-Heart ډول کې خطر شته دی کله چې د رحم عمل زیاتوالی ومومي د شریان فشار لوړوالی مومي چې بنګه لوري ته فشار راوړي چې پدې حالت کې شریان او وریدي فشار دواړه لوړوالی مومي زړه د زېږونې په وخت ډېر کار کوي کېدای شي سمدلاسه زړه ودریږي او سیانور کولاپس، ریوي اذیما او مړینه منځ ته راشي.

د پیورپیریوم په مرحله کې ناروغ کله ناکله د ریکوري لوري ته ځي او بعضاً د زېږونکي بنځه د دماغ، سږو دامبولیزم، د زړه د ترمبوز، اندوکاردیت او د زړه د عضلې د استحالي له کبله د ناروغ وضع خرابوالی مومي او حتی د مرګ لوري ته ځي. سپسیس د پیور پیریوم په مرحله کې اندوکاردیت د حاد حالت ته زمینه مساعدوي او پخوانۍ ناروغۍ ته زیاتوالی وربخښي.

Mendelson داسې څرګندوي چې د زړه ناروغي په پنځمه میاشت د بلاربتوب کې پیل کوي او خپل اصلي اوج ته په دریم ترایمستر کې په ځانګړي ډول وروستنۍ میاشت کې رسیږي.

که چېرې د اندوکاردیت خطر شته والی ولرۍ بنه به داوی چې ددرملنې لپاره د د مهبل او کېدې د هیسیستروټومی Hysterotomy له لارې باید بلاربتوب ته پایله وروبخښل شي. همدارنګه د کړنلارې ټاکنه د رحم د Size اندازې له مخې ټاکل کېږي همدارنګه د جراحۍ کړنلارې په وخت د تیوبونو یا نفیرونو ترلو عقامت منځ ته راوستل کېږي.

داسې څرګندوي چې د مهبل له لارې زېږونه نسبت د کېدې لارې ته مصئونه ګڼل کېږي. ډېر ناروغان د مهبل له لارې په بریالۍ توګه زېږونه تر سره کوي او د ناوړه اغېزو څنې مخنیوی کېږي. همدارنګه درملنه، محتاطانه وظیفوي ارزونه، بنه انتي پارتوم مراقبت، مناسب د یجیتالایزیشن، او د زېږونې د دوهمې مرحلې لنډوالی په ګډه بنه نتایج څرګندوي.

د زېږونې په وخت انالجزیک ورکول کېږي موصنعی انستیزی او Open drop ډول مصئون دی. کېدای شي چې د Coudal او Spinal انستیزی وروسته بنایي د وینې فشار بنګته وغورځېږي. که چېرې یو ناروغ په پخوانۍ تاریخچه کې د Sub acunbacterial endocardit تاریخچه ولري دا پدې معنی نده چې د هغې لپاره دی بلاربتوب مضاد استطباب وي. په وقایوي ډول د انتي بیوتیکونو ورکول به د تحت الحاد باکټریایي د اندوکاریت څخه په مخنیوی کې ګټه ور وي.

د زړه د نـاروغيو اغيـزه پـر بلاربتـوب بانـدې:

دا چې د زړه ناروغيو شته والی په بلاربتوب کې يوه شايع خبره ده لـه همـدې کبلـه د نيويارک د زړه د ناروغيو ټولنې دغه ډله ناروغان په څلور ټولګيو وېشلي دي.

I. هغه ډله ناروغان چې د زړه ناروغۍ په خفيفه او يا متوسطه درجه لري او پدوی کـې فزيکـي فعاليت محدود ندي دا ناروغان د زړه د ناروغيو اعراض او علايم نلـري او دا نجـن دردونـه نلري.

II. هغه ډله ناروغانو چې د زړه ناروغي لري او د هغو د فزيکي فعاليت کړنه لږه يا متوسطه اندازه محدويت لري دوی د استراحت (هوسايني) په وخت آرامـه وي خـو د فزيکـي فعاليـت پـه وخت نارام وي دوی کسالت Dyspnea palpitation او صدري خناق پيدا کوي.

III. هغه ډله ناورغان چې دزړه ناروغي لري او فزيکي فعاليت يې په متوسطه يا لويه پيمانه بند يـا محدود دی دوی همدارنګه د هوسيايني په وخت آرامه وي خو لږه اندازه لـه عـادي حالـت څخه ستونزه احساسوي او د فزيکي فعاليت پـه وخـت کسـالت لـري Dysponea لـري، Palpitation لري او صدري خناق لري.

IV. هغه ډله د زړه ناروغان چې هـيڅ راز فزيکـي فعاليـت نشـي کـولای د همدارنګـه د زړه د ناروغيو اعراض او علايم او نارامي حتی د استراحت په وخت هم احساسوي.

هغه ناروغان چې د زړه عدم کفايه لري د دوی د مړينې علتونه لاندې ډول دي چې دغه فيصدي د Hamiton او Thomson پواسطه څرګند شوي.

i . Sepsis (56,1%)

ii . Pulmonary emboli (14, 6%)

iii . Shock (12,2%)

iv . Hemorrhage (4,9%)

v . Toxmia (4,9%)

vi . Bactcrial endocardit (4,9 %)

vii . Toxic Hepatits (2,41 %)

د مايترل د دسام تضيق پدغه ناروغيو کې تر ټولـو خرابـه نـاروغي بلـل شـوېده چـې د ناروغۍ د تثبيت په صورت کې ډېرې پاملرنې ته اړتيا لري. که چېرې يو د زړه پـه عـدم

کفایه احتقاني ډول اخته ښځه تثبیت شي باید دا ناروغه هیڅ واده ونکړي او کـه واده کوي نو باید چې بلاربه نشي.

د زړه روماتیک ناروغي Rheumatic Heart Disease :

ډېرو علماوو دا پټیلې ده چې د زړه په عدم کفایه (نه بریالیتوب) کې تر ټولو غوره د زړه د روماتیک نـاروغۍ دي چـې رول لـري او د دې نـاروغۍ لپـاره پخپلـه بلاربتوب یو خطر بلل شوېدی. پدې ماندې تاکیـد کیـږي چـې زړه او میوکـارد بایـد د بلاربتوب په وخت ناروغه نه وي د زړه د دسامونو ناروغي همدارنګـه یـو خطـر بلـل کیږي او د ثانوي فکټور په څېر عمل کوي. که چېرې یوه ښځه د میو کار د عضلي ناروغۍ د کلینیکي او لابراتواري نښو له مخې په څرګند ډول ولري ناروغه باید پوه کړل شي چې هغه بلاربتوب څومره د خطر وړ دی البته په دې لړ کې د نـاروغۍ پخـوانۍ تاریخچـه د زړه د احتقاتی عدم کفایي لپاره او همدارنګه د ناروغۍ بیا فعاله کېدنـه پـه حـاد ډول سره د زړه د لوېدني نښې نښانې، د سږو د ادیما او احتقـانی نښـې پـه E.C.G کـې د دوهمې درجې بلاک او بشپړ د Complete بلاک نښې او داخل البطینی بلاک، بطیني تاکې کاردیا، او همدارنګه Auricular او ریکولا فیبریلیشن دا ټول د زړه د نـاروغۍ لپاره کلینیکي نښې نښانې بلل کیږي او د هغوی اړیکه باید د فزیکي فعالیتونو سره اندول کړل شي او د درملنې لپاره په پام کې ونیول شي.

تحت الحاد باکټریایي اندوکاردیټ

Sub acut bacterial endocarditis

دا چې د دې ناروغۍ پخوانی تاریخچه نیول دومره مهم کار نه بلل کیږي خو پدې ناروغۍ کې د بلاربټوب لپاره استطباب ټاکل مهمه خبره ده. د بلاربټوب په وخت باید د دسامونو پټالوژي او Septicemia په پام کې ونیول شي او هغه باید متوقف کړل شي د زړه حالت باید په پام او احتیاط سره پورته یوړل شی. دغه اتاني حالت او پروسه پخپله میوکارد اخته کوي او په هغه کې توکسیک استحالوي بدلونونه اویا ا التهابي بدلونونه منځ ته راوړي.دا چې یو ناروغه تحت الحاد باکټریایي اندوکاردیت د زړه د روماتیزم ناروغي لپاسه د Superimpose په ډول ولري د روماتیک مایوکاردیت بیا فعالول به ګران کار وي خو ډېر لیدل شویدي.

که چېرې په دغه ناروغۍ اخته بلاربټوب ولري په ناڅاپه ډول دې ورته فعاله درملنه تر سره شي او کوښښ دي ګوایستل شي چې ماشوم تر Term مودې پورې وپالل شي. دا درملنه باید په احتیاط سره په روغتون کې تر سره شي د درملنې مرحلې په لاندې ډول دي.

۱. سببي عامل باید وموندل شي په 95% ناروغانو کې موندل کیږي.

۲. همدارنګه د نوموړي باکټریا حساسیت د اتي بیوتیکو په وړاندې باید وټاکل شي ډېر دغه عامل د پنسلین Pencillin په وړاندې حساسیت لري.

۳. همدارنګه درملنه باید په دې ډول پیل شي چې Bacterio static بڼه په لومړني پیله کې او د (4-8) اونیو پورې دی دغه سویه همدارنګه وساتل شي تر څو د اتاناتو د ډېر وژنو له کبله توکسیمیا منځ ته رانشي.

٤. دا چې ناروغ لږ څه تر څارنې لاندې راشي او ثابت شي باید هغه زیرمه چې هلته علت شته باید پاکه کړل شي لکه د غاښو زیرمه داسې له کبله او نور .

٥. په لوړه اندازه کالوري غذا او ویتامینو نه ورکول کیږي.

٦. وینه لږې (Anemia) دې اصلاح کړل شي او ناروغ ته دې وینه ورکړل شي او یا Packed Cells ورکول کیږي.

۷. ناروغ دې تام یا بشپړ د بستر استراحت ولري تر څو په کلینیکي ډول Septicemia له منځه ولاړه شي تر دې وروسته دې ناروغ ته خوځنده بڼه فزیکي فعالیت ورکړل شي.

۸. همدارنګه د بلارتوب په وخت د انتي بيوتيکونو ورکول په وقايوي ډول سره لږ پلويـان لـري خو که چې ناروغي تثبيت وي غوره کار دی.

د زړه ولادی ناروغيCongenital Heart Disease:

هغه ښځې چې د زړه ولادي ناروغي لري او کومې نښې د سيانوز، پولې سـايټيميا او ميوکارډيال عدم کفايي، ونلري دا ډله کولای شي چې خپل بلارتوب تـه د زېږونـې تـر وختـه دوام ورکړي. سره له دې چې د زړه په ولادي ناروغيو کې د ابهر Coarctation کوارکټيشن اسـتثنی ګڼل کيږي. خو سره لدي هم که چېرې دا ناروغی تثبيت شي دوی ته دواده اجازه نه ورکول کيـږي او که چېرې واده يې کړې وي د بلاربتوب اجازه نلري او که داسې هم وي چې ناروغه د بلاربتوب په وخت مراجعه کوي نو پدې حالت کې که چېرې د ناروغ وضعيت مخ په ويجاړتياوې نو ژر تـر ژره دې بلارتوب ته پايله وروبخښل شي.

د زړه او د رګونو د فرط فشار او توکسيميا

Hypertensive Cardio vascular disease & Toxemia

د دې ناروغيو په هکله پخوا بشپړ معلومات څرګند شويدي که چېرې دا ناروغي شته والی ولري کولای شي چې ښځه نورماله زېږونه تر سره کړي خو دا ډله بلاربې ښګټې ځانګړې پاملرنې ته اړتيا لري. که چېرې توکسيميا د زړه د ولادي ناروغيو او روماتيزم ناروغي سره مل وي دا به تر ټولو خطرناکه حالت وبلل شي د روغتون ترټولو غوره او جدي پاملرنې ته اړتيا لري. ډاکټر بايد تر ټولو څخه دمخه ډېر وخت په وخت د ناروغ کنټرول تر سره کړي او د هر يوې ناروغۍ جدي درملنه دې وکړي.

اريتميا Arrhythmias:

Paroxysmal auricular Tachycardia که چېرې د زړه د ناروغی سره مل وي او که يا د زړه د نارغۍ سره مل نه وي په ډېره ښه توګه د Digital د درملو پواسطه يې درملنه کيږي.

همدارنګه بلاربتوب کېدای شي چې يو مساعد کوونکی فکټور د پروکسيزمل تاکی کاردیا لپاره وي او زېږونه سره د دې ناروغيو پرته له توقع نه بلل کيږي. د دغه ناروغۍ پېژنده د لابراتوار د زړه ګراف پواسطه او فزيکي کنټرول پواسطه تر سره کيږي د دې ناروغۍ لپاره علتونه دوه ډوله دي.

- کسبيacquired .

- ولادي Congenital .

همدارنګه په تجربوي ډول سره څرګند شويدي چې د Auricular فيبريلشن لپاره Anoxia او Vagus عصب تنبه Stimuli علت ګڼل شويدي. د وينې د ورکولو (B.T) اوکسيجن او د واګوس د عصب د تنبه له منځه وړل د اتروپين Quinidine پواسطه اصلاح کيږي. او هڅه بايد وشی چې د اريتميا او ښتنه Convert په Sinus arrhythmia تر سره شي.

همدارنګه Ventricular premature beat او Ventricular tachycardia د خولې له لارې د Quinidine د ورکولو پواسطه تر کنترول لاندې راځي.

همدارنګه Quinidine د بلاربتوب په وخت مضاد استطباب نه ګڼل کيږي دا ځکه هغه وخت زياتوالي مومي چې اريتميا د ساختماني (جوړښتيزی) ويجاړيدنو سره مل وي.

د درملنې په وخت کې څو ټکوته بايد پاملرنه وشي.

١. د زړه د اقتونو طبعيت
٢. د ديکامپانزيشن درجې.
٣. د زړه د زيزرف کولو قوت.
٤. د دنورو ارګانونو حالت لکه د د رګونو، پښتورګو، کبد او سږو .
٥. آيا ماشوم په ګډه ژوندی دی او که مړ او دهغه حالت په رحم کې همدارنګه آيا د هغه ساتنه د مود لپاره څومره خطر لري.
٦. د ناروغ عمر.
٧. د ناروغ مذهبي بڼه
٨. دا ختلاطانو شته والی او د هغوی د پرمختيا حالت.

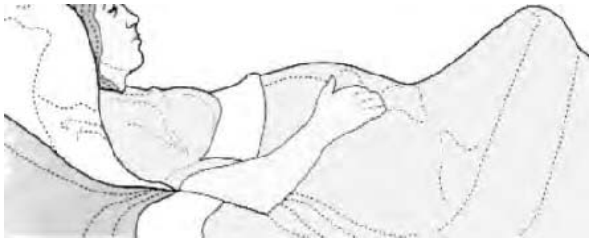
د درملنې لپاره دې غوره ماخذونو ته مراجعه وشي.

پرسوب (اُذيما Edema):

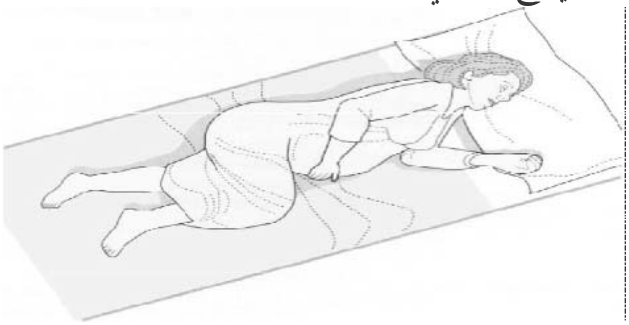
نيمائي (50%)هغه ښځې چې بلاربې دي د پښو، لاسونو، مخ په برخو کې په ځانګړي ډول سره د بلاربتوب په ورستيو مياشتو کې اذيما لري په ډيرو ښځو کې د ورځې له خوا د فعاليت په وخت دغه پرسوب زياتوالی مومي په تيره بيا که چيرې د ورېدونو او د زړه ناروغی شرته والی ولري.

مومي په تېره بيا که چېرې د وريدونو او د زړه ناروغي شته والی ورلري. که چېرې اذيما د لوړ فشار سره مل وي داسې به فکر وکړل شي چې بلاربټوب د وخت توکسيميا شته والی لري. دا چې توکسيميا شته والی ونلري په دغه راز ناروغانو کې درملنه:

- د کټ هوسا ينه او استراحت ورکول کېږي د پښو او بندونو پرسوب دومره کلينکي ارزښت نلري او تر کنترول لاندې راځي.
-



پدې حالت (Supine birthing position) کښې د رحم (ځلانځې) ټول فعاليتونه لړوالې مومي او هايپو ټنشن مخنيوي منځ ته راځي.



د (Side birthing position) حالت کښې د پښو راټولول او په ډه ډه پريوتل دي چې شدت زياتوي.

- کله نا کله داسې پېښيږي چې اذيما په شديد ډول سره د وينه لړې Anemia سره مل وي په دغه راز ناروغانو کې د وينې د پروټينونو ورکول او همدارنګه د تازه وينې ورکول (T.B) تر سره کېږي سره سره پر دې د ويټامين سي، او ويټامين بي او د کسټروز سيروم د وريد له لارې ناروغ ته د اړتيا له مخې ورکول کېږي.
- که چېرې د وينې فشار پورته وي د ديورتيکونو او نورو درملو څخه ګټه اخيستل کېږي.

د وينې ناروغي (Disease of the Blood):

هغه څېړنې چې د شيکاګو لابراتوار - ان په روغتون کې تر سره شوېدي په دغه څېړنه کې (63%) بلاربې ښځې په وينه لړې اخته وي همدارنګه پدې کې د وينې د بدلونو په اړوند د بلاربټوب په وخت لاندې جدول ته پام وکړي.

نمبر	د وينې عناصر	لومړی ترایمستر	دوهم ترایمستر	دریم ترایمستر	د زیږون نیټه
۱	Hb (hemoglobin g%)	12,5	10	10	12
۲	Erythrocytes	4,250000	3,500000	3,500000	4,000000
۳	Defrential smear	Normal	Normal	Normal	Normal

پور ته عددونه د هموګلوبین او ریتروسایتونو لپاره د شته په صورت کې د علماؤ په نظر ډېر نورمال ګڼل کیږي دا ځکه چې Hydremia په دغه ډله ښځو کې شته والی لري خویو لږ علما دا نظر ورکوي چې له دغه اندازې څخه باید پورته وي نورمال ټاکل کیږي او که چېرې تر دې ښکته وي باید جدی پاملرنه ورته وشي او درملنې لپاره دې ټکل پیل کړل شي.

نوټ : بلاربښت د وخت د وینه لږې جدول پدغه پانه کښې ولیکل شی او اصلی متن ته مراجعه وکړی.

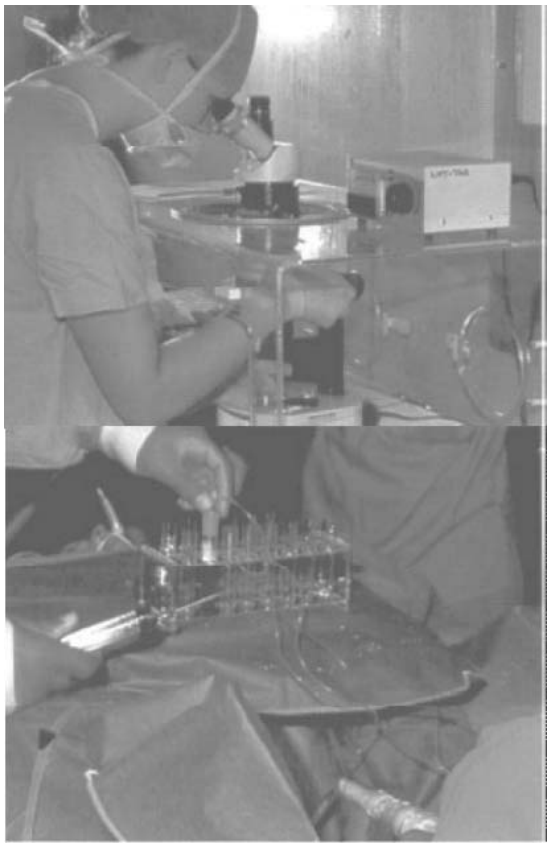
دبلاربتوب دوخت دوینه لږې جدول

Blood elements	Normal Pregnancy Physiologic Anemia	Iron deficiency Anemia	Pernicious Anemia of Pregnancy
Hemoglobin gr/100 cc	10.0	07.0	06.0
Erythrocytes	3500.000	2750000	1.950000
Differential Smears	Normal	Microcyte Hypochromic	Macrocytes may simulate Iron deficiency anemia
Bone marrow	Normal	Normoblast	Megaloblastic
Treatment	Non	Remove conservative factors ferrous Sulfate 15g/ day	Blood transfusion liver or folic acid

وينه لږي -کمخوني (Anemia):

په فزيولوژيک وينه لږي کومه درملنه نه تر سره کيږي لکه چې په نارموسايتيک نارموکروميک وينه لږي کې چې درملنه نه کيږي.

په دغه ناروغي کې په بنفسهي ډول سره اصلاح وروسته لـه زيږيـدنې څخـه (6) شـپږ اونـی Puerperium> وروسته منځ ته راځي او هيڅ راز درملنې ته اړتيا نلري. همدارنګه هغه ډله ناروغان چې د بلاربتوب په وخت وينه لږي ولري او د هموګلوبين اندازه يې له 9g% څخـه ښکته وي بايد دوی ته له پروتين څخه مړ رژيم توصيه کړل شي. هغه ډله ښځې چې هموګلـوبين يې له 99%cc څخه ښـکته وي دوی Molybdenum. Iron complex پـه ډيـرو لـوړو دوزونو سره ورکول کيږي. که چيرې په دری اونيو کې اصلاح منځ ته را نشي نو بيا ناروغ ته بايـد تازه وينه Blood transfusion تر سره شي او د وينې د ګروپ او Rh لپـاره دې آزموينـه د مخه تردې چې ورکړل شي ترسه او ډاکټر ځان بنه باوري کړي.



I. Microcytic hypochromic anemia – or Iron-deficiency Anemia

دا ډول وینه لرۍ په هموګلوبین کې د اریتروسایت د نشتوالي له مخې په ځانګړي ډول سره تثبیت کیږي له همدې کبله به پدې ناروغي کښې تل د هیموګلوبین اندازه د لس 10g%cc څخه لږه وي نو له همدې کبله به د اریتروسایت او هماتوکریت اندازه لا هم د نورمال څخه ښکته وي. د هډوکي د ماغزو Bone marrow اندزه به Normoblastic Erythropoiesis سره د لږ اندازې Pronormoblasts او د Basophilic Normoblast به په نورماله بڼه ولري. د دې ناروغي لپاره علتونه هماغه ډول چې د عادی ښځې لپاره دي هماغه ډول دې لکه:

- په مزمن ډول سره وینه بهېدنه د بلاربټوب په وخت.
- د معدې لږه اسیدی کېدنه د بلاربټوب به وخت.
- همدارنګه د خوړلو په موادو کې د اوسپنې (Fe) لږوالی.

درملنه په معاوضوي ډول یو ګرام 1g فیرس سلفیت Ferrous Sulfate د ورځې او همدارنګه د معدې د استیدی نارمل کېدنه ترسره کیږي دا کړنه به د هډوکو ماغزو کې نارمل کېدنه منځ ته راوړي.

II. Megaloblastic Anemia خپښه Pernicious Anemia وینه لرۍ:

دا ډول وینه لرۍ په بلاربټوب کې نادراً منځ ته راځي دا په وصفي ډول سره د میګالو بلاستیک حجراتو د شته په صورت کې پېژندل کیږي. دا ډول وینه لرۍ که چېرې شته والی ولري د وینه ورکول (B.T) پواسطه یې درملنه کیږي خو کېدای شي د درملنې په وړاندې د زېږونې تروخته د ناروغ څخه کوم ځواب ترلاسه نشي. همدارنګه دا ناروغي د کبد د ورکولو، فولیک اسید ورکولو او د Yeast په ورکولو سره اصلاح کیږي. که چېرې مور په بڼه توګه تر درملنې لاندې رانشي د هغه ماشوم تراغېزې لاندې راځي او ښایي ناوړه اغېزې پکې څرګندې شي.

III. Sickle cell anemia :

دا ډول وینه لرۍ ډېره نادره خبره ده که چېرې په ناروغ کې تثبیت کړل شي ښځه ناروغه وي دا یوه وژونکې پېښه شمېرل کېدلای شي دې ناروغي ته باید بشپړه پاملرنه وشي او د لابراتواري کتنې دې وخت په وخت ترسره شي که چېرې دا ناروغي تثبیت کړل شي باید د درملنې لپاره یې بشپړه پاملرنه وشي.

- ناورغ دې په روغتون کې بستر کړل شي او تر څارنې لاندې دې ونیول شي.
- د ناروغ د تبې، توکسیمیا او وینه لرۍ حالت دې تر درملنې لاندې ونیول شي.

- نارو ته به انتي بيوتيکونه، د تازه وينې ورکول د مور او ماشوم دواړو د مړينې خطر ته لږوالی وربخښی.
- په نادر ډول سره Therapeutic abortion یا درملنې سقط توصیه کیږي.

د ناروغي نور کلنیک لکه د عضلاتو درد، د بندونو درد ضعیفي، تبه او وینه لږي دي.

IV. اپلاستیک وینه لږي (Aplastic Anemia):

دا ناروغي ښایي منځ ته راشی چې وژونکې وینه لږي بلل کیږي که چیرې ناروغي پیزندل شي باید د درملنې سقط تر سره شي وینه لږي دې ژر تر ژره اصلاح کړل شي.

هیموراژیک پورپورا(**Hemorrhagic purpura**):

هموراژیک پورپورا یا ترومبوسایتو پینیا ډېره نادره پېښه ګڼل کیږي دا ناروغي کېدای شي چې پرایمری یا ثانوي ډول منځ ته راغلې وي لکه د انتاني ناروغي، انتوکسیکیشن او یا ولادي ناروغیو له کبله د پورپورا ټکی او وینه بهېدنه به وصفي وي خو ناروغي د Platelet د اندازې د ټاکلو له مخې پیژندل کیږي. دا چې د پلاتلیت نورماله اندازه (200000-400000/mm^3) ده خو په دغه ناروغی کې به اندازه (100000) څخه لږ وي او یا به نشتوالی ولري.

همدارنګه د ناروغي د پیژندنې لپاره د خنجر (Sternum) د هډوکي د ماغزو څخه د Aspiration پواسطه دغه ناورغي پیژندل کیږي چې پدې کې به Megakaryocytic Hyperplasia شته والی ولري.

- ناروغ په روغتو کې بستر کیږي او ورته په لوړه پیمانه پورتین او ویټامینونه ورکول کیږي د وینه لږي رژیم او اوسپنه ورکول کیږي. د ورځې (0,2-0,6 gr) Citrous pectine په اندازه.
- جراحي درملنه به د Splenectomy جراحي کړنلاره تر سره کول وي چې دا کړنلاره د مور او ماشوم د مړینې خطر لوړ بیایي. دا ناروغان د ناورغي په لړ کې ډېر زیاتې پاملرنې ته اړتیا لري.

لوکیمیا Leukemia :

لوکیمیا د بلاربتوب په وخت نادره ناروغي ده همدارنګه Erf یوتن عالم جوته کړه چې یوه څېړنه کې 87% پېښې Myeloid leukemia او 13% یې Lymphoid leukemia پېښې وي چې د بلاربتوب پواسطه یاختلاط موندلای دي.

د حاد ډول انیمي 34% په ناروغانو کې وژونکی حالت درلوده او ناروغ د دری میاشتو په لړ کې خپل ژوند له لاسه ورکړي او همدارنګه د مزمن ډول لوکیمیا د ویوه کال څخه اوږده موده ژوند کړیدی. د 50 % څخه لږ ماشومانو نورماله زېږېدلی دي.

د بلاربو په لوکیمیا اخته ناروغان درملنه لکه د نورو لوکیمیا ناروغانو ترسره کیږي.

- Chemotherapy
- Radiotherapy

د هوجکن ناروغي (Hodgkin's disease)

دا ناروغي Fertility تراغېزې لا ندې نه راوړي خو کېدای شي چې بنفسیهي سقط منځ ته راشي د دې ناورغي اغېزمنې حجرې (9%) ښایي د پریوان (پلاسنتا) له لارې جنین ته تېر شي او هغه تر اغېزې لا ندې روړي. د دې ناروغي پېژندنه د بلاربتوب په وخت د عادي نورو ناروغانو په څېر ده او درملنه ې هم په هماغه ډول تر سره کیږي.

د هضمي جهاز ناورغي

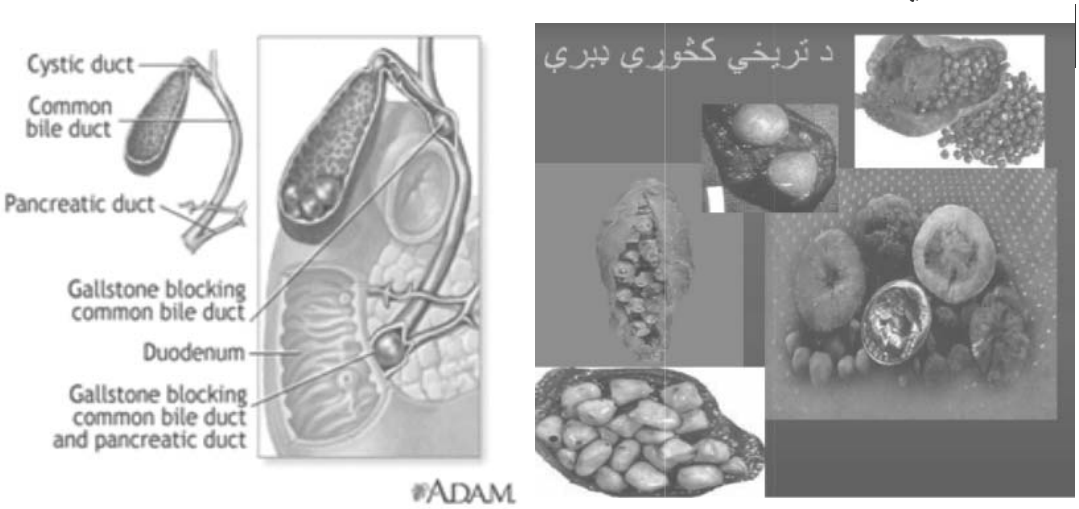
Diseases of the Alimentary Tract

د تریخې د کڅوړې تېږې (Gall stones):

هغه 90%ښځې چې د تریخې تېږې لري وروسته لدې چې زېږونه وکړي اد هغوی د تریخې تېږې د جراحي کړنلارې پواسطه راویستل کیږي. داسې ښکاري چې بلاربتوب یو مساعد کېدونکی فکټور د صفراوي کولیکي دردونو لپاره ګڼل کیږي دردونه د پنځه میاشتو څخه د مخه منځ ته راځي او همدارنګه د تېږو د دوی لپاره هم یوه مساعده زمینه برابروي. په بلاربو ښځو کې، تبه او رپیدنه نظر عادي ښځو ته ډېره بارزه بڼه لري. او کېدای شي هغه ښځه چې د تېږې له کبله کولیکي درد ولري او فرط فشار هم ولري د درد په وخت ښایي د وینې فشار ډېر پورته ولاړ شي سیستول ښایي له 300mm په اندازه وي. د تریخې د تېږو د شته

والي د تثبيت او پټوندني وروسته جراحي کړنلاره بايد د زېږوني څخه تر وروسته مودې پورې شاته وغورځول شي.

ښايي دغه تيږې کله ناکه د کولی سيستيت او ژېږي سره مل وي. او د بشپړې درملنې لپاره به ښه وي چې تر زېږوني پورې انتظار وايستل شي همدارنګه د تريخي د کڅوړې Empyema کله چې وپټوندل شي سمدلاسه د جراحي کړنلارې سرته رسولو ته اړتيا لري او بيړنی درملنه يې بايد ترسره شي.



اپنديسيت **Appendicitis**:

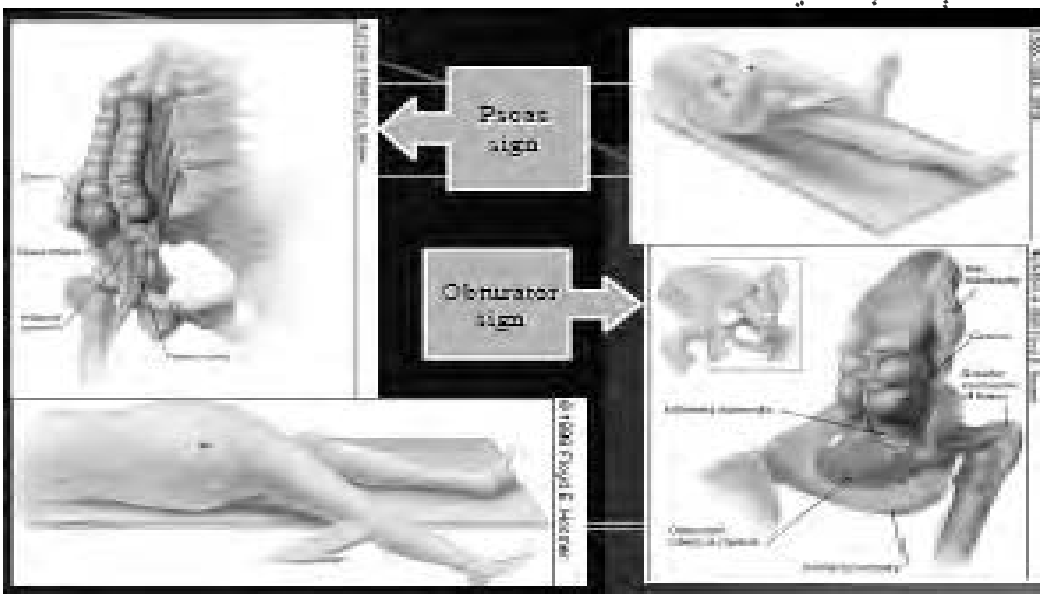
ډېرې بلاربې ښځې د اپنډيکس د برخې له درد څخه شکايت کوي حال دا چې حقيقي اپنديسيت شته والی نلري او غير معمول ګڼل کيږي. د بلاربتوب په وخت کې د اپنديکس سوری کېدنه Perforation تقيح نسبت عادی حالت ته ډېر خطر ناک دی. دا ځکه لاندې علتونه لري:

١. محافظوي التصاقات ډير لږوالی ومومي ځکه چې کولمې او اومنټوم (ثرب) د رحم د لويدنې له کبله بلې برخې ته ټيله شويدي.
٢. التهاب په دغه راز ناروغانو کې ډېر طوفاني او ناڅاپه دي.
٣. ترومبوزس او فلبيټس phlebitis ډېر معمول دی.
٤. تقيح او Suppuration د ګيډې په پورته برخه کې منځ ته راځي. دا پورتنې برخه نسبت ښکته برخې ته لږ مقاومت د التهاباتو په وړاندې لري.
٥. د ريناژ لږ اندازه آزادي لری او ابسې په هرې لوري ته د تقيح د خپريدلو له کبله منځ ته راشي.

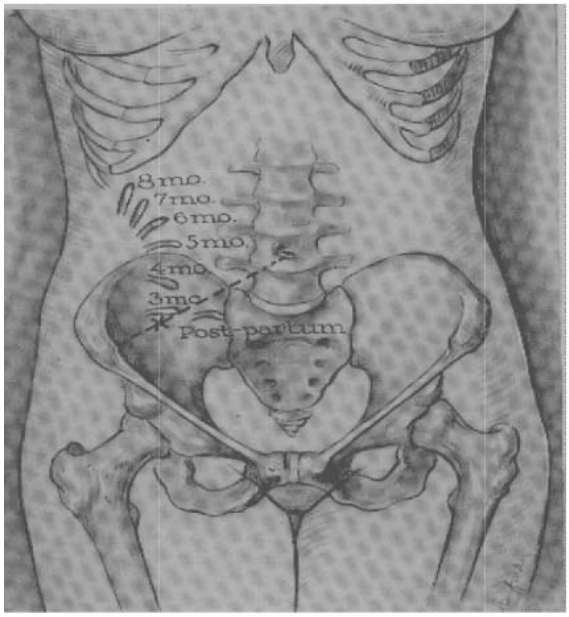
٦. باکتریا به په پراخه پیمانه وینې ته حذب کړل شي او د سپسیس له کبله به پلاسنتا او حتی فیټوس ته نفوذ وکړي او ښایي د سقط سبب وګرځي.

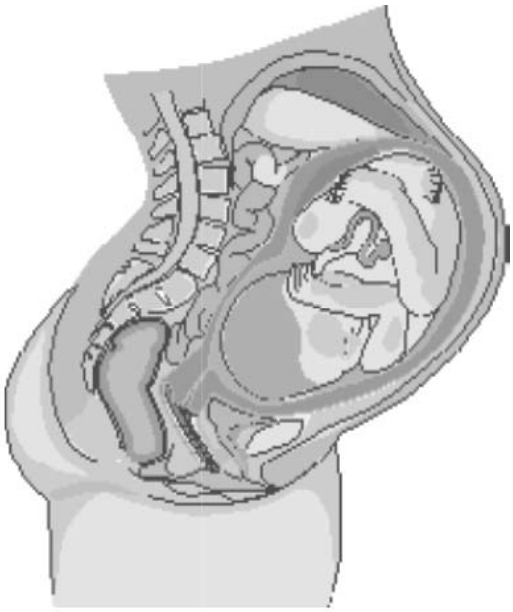
٧. انسدادي نښې نښانې ډېر ژر په مقدم ډول منځ ته راځي.

همدارنګه د اپندیسیت منځ ته راتګ به د بلاربتوب په لومړنی مراحلو کې ښه انذار ولري او ښه به تر درملنې لاندې راشي.



کېدای شي چې د رحم دتقلص له کبله د اپندیسیت څخه وروسته دابسې جدار د نښتنی له کبله وڅیرل شي او ښایي انتان ټول بطن ته خپور کړل شي او د پریتونیت منتشر حالت منځ ته راوړي. دا حالت به د دریمې مرحلې او څو ورځې د پیورپیریوم په لومړنی ورځو کې ډېر خطر ناک وي. همدارنګه د پیورپیریوم په لومړنی وځو کې ډېر خطر ناک وي. همدارنګه د پیورپیریوم په مرحله کې Puerpeireum infection له کبله دا پیدایښت د حالت سره مغالطه کیږي او پېژندنه یې ګرانه ده.





(6-1) تصویر

همدارنګه د د اپندیکس موقعیت د بلاربټوب د میاشتو په موده کې په بیلابیلو مرحلو کې خپل اصلي موقعیت ته بدلون ورکوي او همدارنګه د پیوریریوم په مرحله کې دغه حالت په کراره سره بیا بیرته خپل اصلي برخې ته راښکته کیږي او موقیت نیسي. پدې هکله به (6-1) تصویر ته پاملرنه وکړي. کـه چیرې اپندیکس د ښی نفیر سره التصاق جوړ کړی وي د هغه له لارې مستقیم انتقال او لیږدونه د اتـان رحم ته ترسره کیږي او د هغه د جدار له لارې ښایي د وینې بهیر ته ولیږدول شـي. همدارنګـه دغـه حالت ښایي د نفیر د تړلو او عقامت او یا بې ځایه بلاربیدنې سبب وګرځي. 80% ناروغانو کې لیدل شویدي چې د لومړني شپږو میاشتو کې منځ ته راځي او په Full term کې نادراً منځ ته راغلی.

د زیږونې او پیوپیریوم په وخت کې دا اندازه ډیره محدوده او حتی ویلو شو چې ډیر نادر بلل کیـږي. د اپندیسیت پیښې منځ ته راتګ د بلاربښت په بیلابیلو مراحلو کښې لیدل کیږي.

- 1st trimester – 30% / 22%
- 2nd trimester – 45% / 27%
- 3rd trimester – 25% / 50%

د اپند یسیت پیژندنه: د اپندیسیټ پیژندنه د بلاربټوب په وخت کې ګران کار ندی خو په دې لړکې دې بې ځایه بلاربټوب (E.P) او د هګۍ ځالې (ovary) تاوبدنه باید په پام کې ونیول شي او اهمدارنګه اشتباه کله نه کله د یو رتریت او د حالب د تیږو سره منځ ته

راتلای شي چې د مخامخ کېدنې په وخت کې دې بشپړه پاملرنه وشي او د لابراتـواري او نـوری فزیکي کتنې دې وشي.

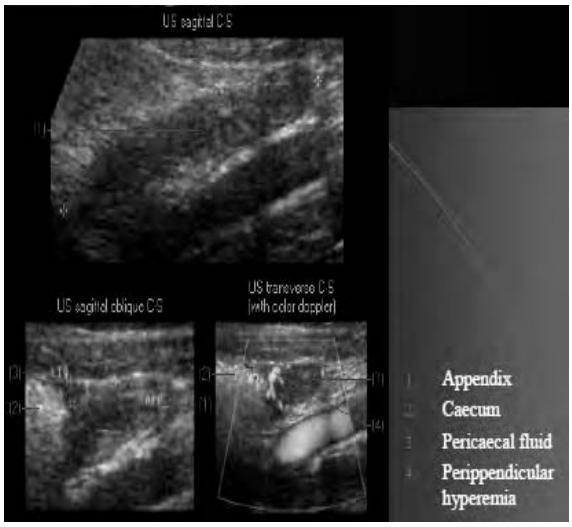


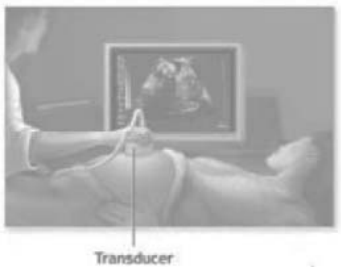


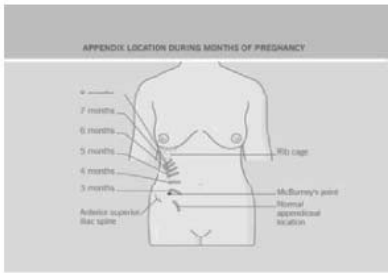
رادیولوژیک کتنې: لاندې کتنې د پېژندنې په موخه تر سره کېږي.

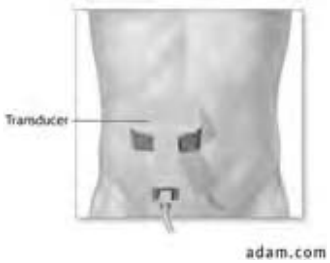
- KUB کېدای شي چې غایطي ډبري او یا هم د سیکوم اتساعي حالت ولیدل شي.
- Barium enema بنائي چې پواسطه د اپندکس برخه مواد تیر نکړي.
- Graded compression ultrasonography د سیکوم د چاپیر یال مایع او دوګلاس جوف مایع یا هم په ډوپلار التراسونوګرافي کښې د اپنډکس هایپر هیمي ولیدل شي.
- Helical CT scan هم د آپنډکس التهاب اړوند معلومات څرګندولای شي.











ټولې حادی ناروغی د ګډې له حاد پریتونیت، حاد کولی سیستیت د اثناعشر او معدې قرحې باید له پاملرنې وروسته د توپیري پیژندنې له مخې یوې لوري ته پریکښودل شي.

انزار:

د دې ناورغي انذار د عادی ښځو په پرتله وخیم او خراب دی چې د انتي بیوتیکونو په کارول په مناسب ډول سره د مړینې اندول را لږ کړی دی.

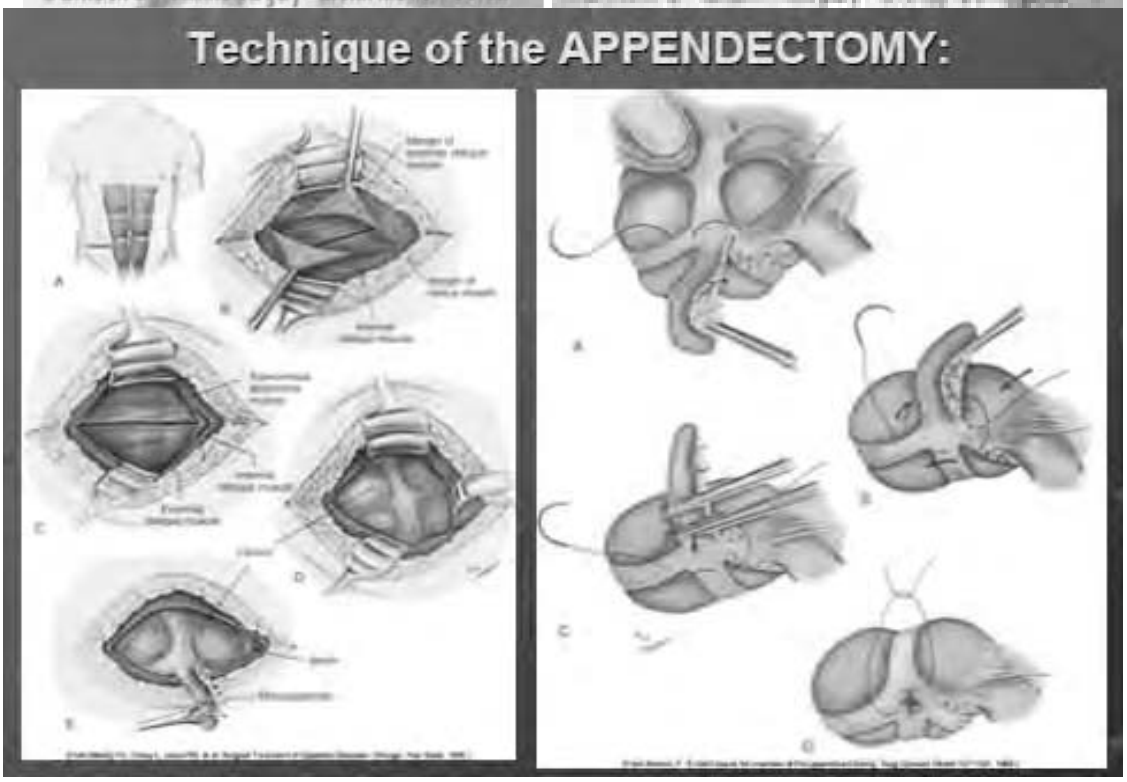
همدارنګه په جراحي کړنلاره کې دا پندیکټومي لپاره ځنډ ښایي د مړینې اندول لوړ یوسي. همدارنګه کله چې زېږونه ترسره شي او اپندیسیټ هم په همدغه مرحله کې منځ ته راغلی وي دابه د مړینې چانس لوړ یوسي.همدارنګه د اپندیکس تثقب د بې مودې ماشوم په زېږونه کې (40- 80) فیصده پورې خطر منځ ته راوړي.

د اپندیسیت درملنه:

د حاد اپندیسیت درملنه جراحی ده او Appendectomy باید ناروغ ته ژر تر ژره تر سره کړل شي د اپندیکټومی لپاره د بلاربتوب د مودې په پام کې نیولو سره د عادی څخه پورته څیړپدنه ترسره کیږي. ښایي د اپندیکټیومی وروسته سقط منځ ته راشي.







مناسب انتي بيوتيکو نه دي له جراحی کړنلاري د سرته رسولو وروسته ناروغ ته ورکړل شي. لکه زرقی درمل لاندي په څير.

١. سفالوسپورينونه لکه د دريم جنريريشن درمل.

٢. امينوګلايکوزيدونه لکه جنتامايسين او نور.

٣. ميترونيدازول د زرق له لاري.

٤. او يو لړنور انتي بيوتيکونه د مکروب د حساسيت له مخي لکه بپنسلينونه ورکول کيږي.

٥. انالجزيکو نه د درد له منځ وړلو لپاره.

٦. همدارنګه په مناسبه اندازه د وريد له لاري دا انرژی ورکول.

ایلیوس [د کولمو فلج (Ileus)] :

د کولمو انسداد یو نادر حالت دی چې د اختلاط په څېر منځ ته راځي او ښایي په کولمو باندې د فشار د منځ ته راوړلو له کبله د کولمو تاوېدنه منځ ته راځي. همدارنګه Stoeckle پواسطه د پام وړ خبره د ایلیوس "د کولمو د پرستالیټزم نشتوالي" د Pyelitis سره مل ناورغی ده ایلیوس د انتاني پریټونیت سره مل منځ ته راځي همدارنګه د پریما چوړ سقط یو قانوني حالت دی او مړینه هم معمول ده.

درملنه:

د ایلیوس لپاره دې علت ولټول شي که چېرې پریټونیت یې علت وي لاپراتومي دی تر سره شي او نور علتونه لکه Uremia, Toxemia, Hypokalimia او د نوروحالتونو درملنه دې وشي.

تاوېدنه "Volvulus" :

د بلاربټوب په وخت کې Volvulus منځ ته راتګ کومه نادره خبره نده دا تاوېدنه په ډېره پیمانه د Sigmoid کولون تاوېدنه ده چې علتونه یې اکثراً(Long meso, narrow attachment, Overloaded) او یا د بطن جدار سره د باند پواسطه اړیکه او د هغه په چاپېر تاویدنه غوره علتونه د سګموئید تاوېدنې لپاره دی.

د جراحی کړنلاره یې درملنه ده چې علت یې له منځه یووړل کیږي. که چېرې پېژندنه په مقدم ډول سره ترسره شي انذار د مور او ماشوم دواړو لپاره د درملنې وروسته ښه دی.

فتق[(چره) "Hernia"] :

فتقونه د بلاربټوب په وخت کې کومه نادره خبره نده خو که چېرې چره د پخوا څخه ثبیت وي پکار دی چې د کتنې په وخت دغه برخې ولټول شي که چېرې په فتق کې Incarceration شته والی ولري د هغه لپاره دې د درملنې چاري وټاکلی شي او کنه دغه اختلاط به ډېر خطر ناک وي. د فتق درملنه جراحی ده او فتقیه برخه باید ترمیم کړل شي. هڅه دې وشي د کنډلو په وخت د Post Operative Hernia څخه مخنیوی وشي. د فتقونو د

شته والی په صورت کې کېدای شي چې د زېږونې په وخت د Forceps څخه ګټه پورته کړل شي.

السراتیف کولایټیس یا تقرحي کولیت:

د بلارتوب سره مل علماوو تثبیت کړی چې السراتیف کولیت شته والی ولري د دې ناورغۍ غوره نښې عبارت دي له عمومي کرمپونه په تکرار سره په ډېره اندازه اوبلن وینه لرونکی تقیحی مخاطي د کولمو مدفوع، د کولمو د حرکاتو ډېروالی،تبه، په وصفي ډول سره د سکمونیدو سکوپي په ګڼه کې بدلونونه تثبیت کېږي. دا ناورغي په ماشوم د جنین په وخت کې او زېږونه کومه اغېزه نه اچوي.

د دې ناروغی درملنه لکه د عادی ښځې د ناروغی په څیر ده خو فعال معافیت وروسته د پنځه میاشتې د بلاربتوب په وخت ترلاسه کېږي.

همدارنګه تقویوي درملنه د ویتامینونو، امینو اسیدونو، الکټرولایتو پواسطه د خولې یا وریدله لارې ناورغانو ته سپارښت اوتوصیه کېږي. خو د شیدو د خوړلو څخه ناروغ باید پرهېز کړل شي.

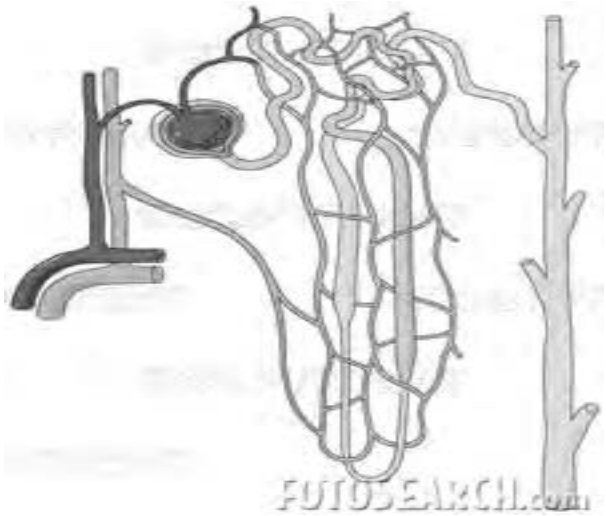
د بولې (میتازو) د سیستم ناورغي

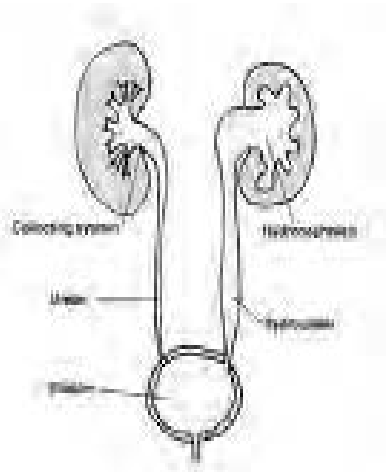
Disease of the Urinary System

مزمن نفریټ (Chronic Nephritis):

مزمن نفریت یا ګلومیرولو نفریت د بلاربتوب څخه د مخه شته والی لري چې د هغې ناروغي نښې نښانې شته والی لري لکه:

په لومړي کې د سر درد ، ضعیفی او اُذیما (Edema) همدارنګه هماتوریا، پروتین یوریا هم شته والی. ازیما لومړی په پښو لاسونو او د سترګو په سترغلیو کې منځ ته راځي. چې دا حالت ښایي د بشپړ ړانده توب سره مل وي او اذیما په ټول بدن کې پراخوالی مومي خاسف د موم په څېر پوستکی، د وینې لوړ فشار، زړه بدوالی او کانګې به شته والی ولري. د متیازو په ګنه کې Albumin هیالین، ګرانولر اوحجرویCasts کاستونه ،نوکوسیتونه،اریتروسیتونه ولیدل شی د تشو متیازو وکولو اندازه به لږوالی ومومي.





په اوفتالمو سکوپیک کتنه کښی به د شبکې وینه بهیدنه او البومینوریک رتیناپتیس تشیت کړل شي.

همدارنګه په لومړني وختونو کې به د وینې بیوشیمي نورماله وي خو کله چې اولیګوریا منځ ته راځي پدې حالت کې د پښتورګو وظیفوي حالت ویجاړوي او Urea او Creatinin به لوړ راپور کړل شي. چې د دغې کتنې پواسطه هم د پریایکلامپسیا څخه توپیر کیږي چې په پرې ایکلامپسیا کې د پښتورګو وظیفوی حالت نورمال وي.

همدارنګه د شریاني رګونو د ناروغیو توپیر د پرې ایکلامپسیا څخه د یوې آزموینې Cold pressor test سره مرسته وکاندي.

د اختلاجونو او Uremic Coma له کبله به مړینه منځ ته راشي د دې ناروغیو شته ولی معمولاً د پریما چور زیږېدنې سبب ګرځي. کله بلاربه بنځه دغه ناورغي معمولاً به لا ندې ناروغي د اختلاط په څېر راڅرګند شي.

١. ابریشیو پلاسنتا Abruptio placenta
٢. البومینوریک رتیناتیس Albuminuric retinitis
٣. ابرپشیو رتینیا Abruptio retinea
٤. د دماغی وینه بهیدنه Cerebral. Hemorrhage.
٥. له زیږونې وروسته وینه بهیدنه Post partum hemorrhage
٦. د شوندو ډېره اذیما Excessive edema of labia
٧. د سږو اذیما Pulmonary edema
٨. د پلورا اوبه نیول Hydro pleura

۹. د پریکارد اوبه نیول Hydro pericardium

۱۰. ړوند والیBlindness

۱۱. یوریمیک کوماUremic coma

۱۲. اپوپلیکسیاApoplexy

۱۳. د زړه نه بریالیتوب Cardiac failure

۱۴. د پښتورګو نه بریالیتوب. "Renal Failure"

د دې ناروغی انزار د اختلاطونو د شته والي او د هغوی د شدت پورې اړوند ګڼل شوېدي که چېرې ناروغی ډېره شدیده وي ښایي د ناروغ د مړینې سبب وګرځي.

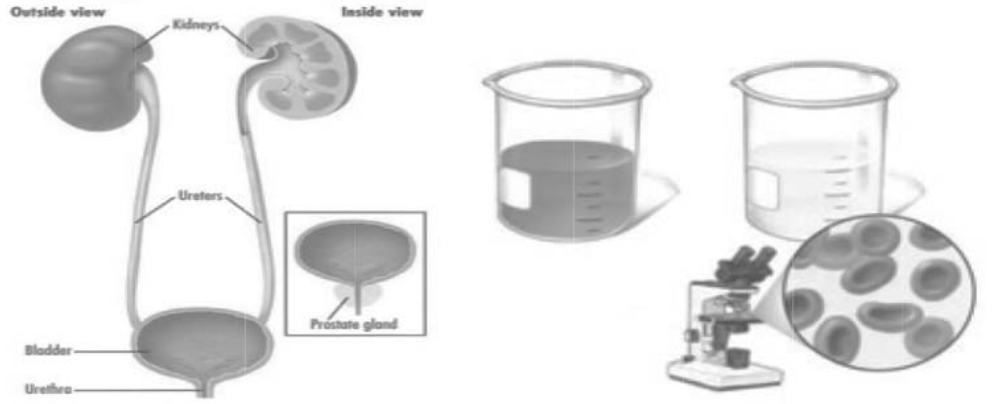
درملنه:

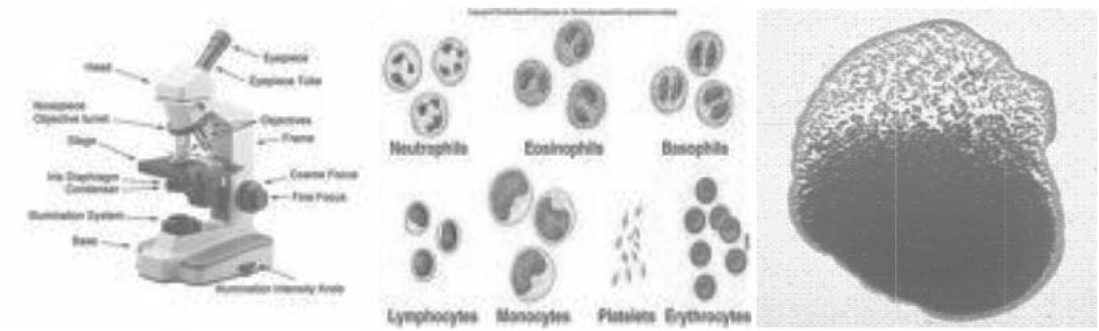
د دې ناورغی درملنه د انتاناتو د کنترول او د اختلاطونو د درملنې پورې اړونـد ده او همدارنګه که د ناروغ روغتیا ته ګواښ مخامخ وي نو بلاربتوب ته دې پایله ورویځښل شي.

حاد نفریت (Acute Nephritis):

حاد ګلومیرولونفریت ښایي په هر مرحله د بلاربتوب یا زېړونـې یـا د زېړونـې څخـه وروسته حالت کې پرمختګ وکړي. دا ناروغی ښایي د لاندې علتونو له کبله لکه:

- د یخې هوا سره د مخامخ کېدنې.
- کیمیاوي مسمومیتونه
- د سکارلت تبه
- د Anginaاو یا د سترپتوکوک د انتان سره مخامخ کېدنه کلینیکي نښې نښانې او لیګوریـا، انیوریا، هماتوریا، البومین یوریا اذیما او هایپرتنشن دی.

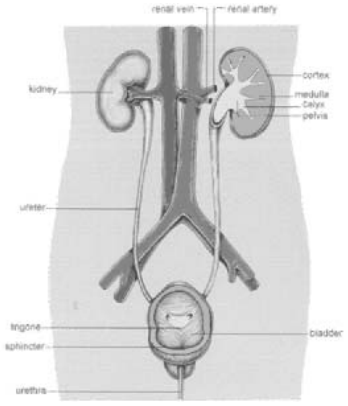


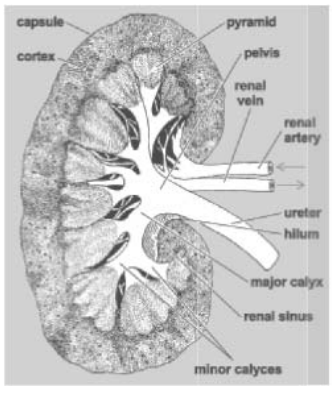


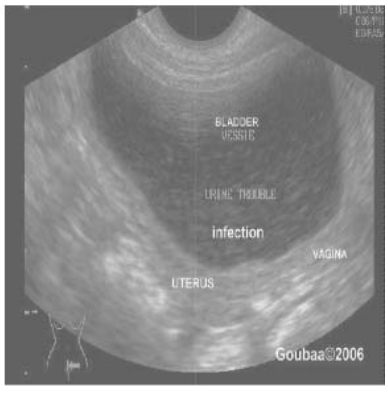
د دې ناورغۍ درملنه لکه د عادی حالت په ناروغۍ اخته ناروغ په څېر ده.

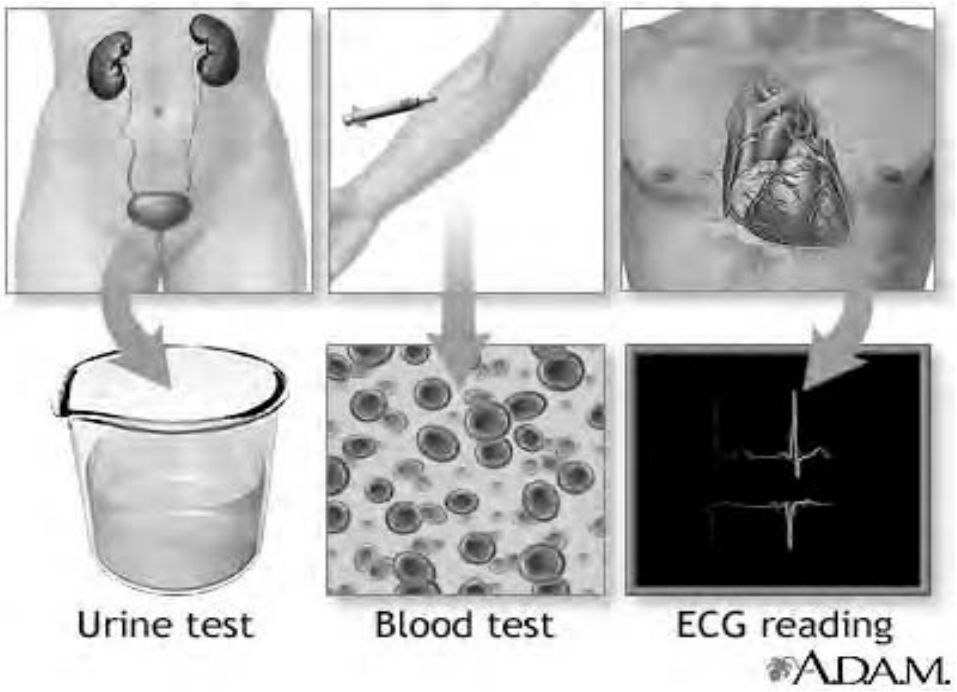
Pyelitis, Pyeloureteritis or Pyelonephritis

په پښتورګو کې دا د حالب او حويضې التهابی حالت ته ويل کيږي د دې نـاروغۍ پيښـې (2%) دي دغه حالت تـه معمـولاً د Pyelitis ويـل کيـږي کلـه نـا کلـه ورتـه Pyeloureteritis او Pyelonephritis نوم هم ورکول کيږي. په دغه ناورغانو کې چې د تشـو ميتـازو آزموينـه ترسره شي نو باکټريا به شته والی ولري. (64%) پيښو کې علماوو د باکټريا شته والی د کلچر لـه لارې تثبيت کړيدي دا تثبيت Brainloroth په محيط کـې او همدارنګـه (36%) د Blood agar په محيط کې تثبيت شول.









همدارنګه په يوه سالمه روغه رمټه او د بلاربتوب څخه پرته ښځه کې د متيازو د کلچر له مخې (44%) باکټريا تثبيت شويدي. د دې ناروغۍ لپاره (90 – 95%) ګرام منفی انتان په تېره بيا E. Coli دی او نور انتانونه به په لږه درجه شته والی لري.

درملنه:

د دې ناروغۍ درملنه د انتان د ټاکلو او انتي بيوګرام د نتايجو له مخې ترسره کيږي. هغه انتي بيوتيکونه چې اغيزمن دی په لاندې ډول دي:

- امينو ګلايکو سيدونه لکه جنتامايسين.
- سلفاميدونه.
- سفالو سپيورينونه دری واړه جنيريشنونه
- پنسلينونونه لکه امپسلين او اموکسي سيلين

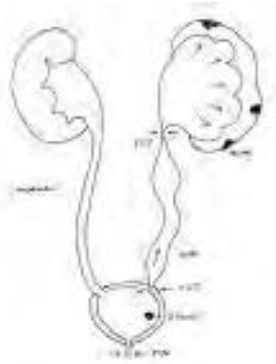
د حالبونو اتساع(Dilatation of the Ureters):

دا حالت په هره بلاربه ښځه کې ښايي مننځ ته راشي چې د I. V. U راديوګرام پواسطه دغه حالت ثابت شوبدي.

په دغه صورت کې غوره بدلونونه به د حويضي لويوالی، کاليسونه به يوه يا دواړه پيلټورګو کې متوسع وي، د حالبونو اتساع، پيړوالی او ماتېدنه kinking به يوه دواړه لورو ته او د دوی جنب

ته بې ځایه کېدنه به ځانګړې اوصاف وبلل شي. په بېلابېلو درجو سره به د هیدور نفروز ش او هایدرو یوریتر حالت شته والی ولري په دې هکله (6-2) تصویر ته پاملرنه وکړي.

د هستو لوژی د کتنې په لړ کې په ناروغۍ اخته برخه کې د حالب د بهرني عضلي طبقی Longitudinal عضلې طبقې کښې ضخامه (هایپرټروفي) منځ ته راځي. چې دغه حالت د زېږونې حالت د زېږونې څخه څو اونۍ وروسته هم ادامه پیدا کوي.



(6-2) تصویر هایدرو یوریتر او نفروزس

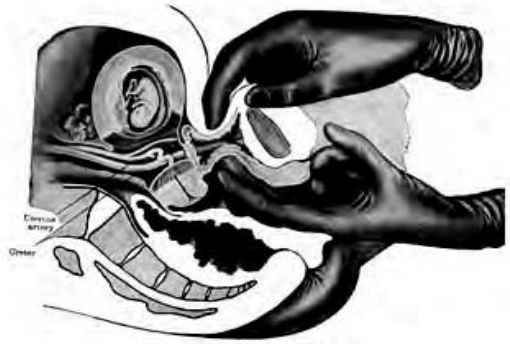
سببونه (Etiology)

د هایدرو نفروزس هایدرویوریتر او نفریت لپاره معمول باکتریایي ارګانیزم د ګرام منفی E. Coli باکتریا ده چې (90-95%) پورې مسئول ګڼل شوېده. همدارنګه نور انتانات لکه{ Streptococcus fecalis Septicus پروتیوس Aerobacter, proteus پزودوموناس ایرو جنیوزا Pseudomonas Aerogenosa }هم موندل کیږي. دغه انتانونه اکثراً په صاعده ډول دغه برخو ته ځان رسوي خو د وینې او لمف له لارې او مجاورت له لارې لږ چانس لري.

کلینیکي نښې نښانې:

حاد انتانات:

تبه، رېپدنه، بعضاً زړه بدوالی او کانګې او د ملا د برخې درد چې دغه درد د نامه د غوټۍ لوري ته لیږدونه کوي همدارنګه ښایي دا دردونه کولیکي وصف ولري. نورې نښې د متیازو فریکونسي Dysuria ښایي Cystitis سره مل وي. همدارنګه د مثانې یا هایپوګاستریک برخې Tenesmus دردونه شته والی لري په نادر ډول سره ایلیوس (Ileus) هم ولیدل شي.


(6-3)د کینګ حالب

د جس پواسطه کې چېرې پښتورګو لویوالی موندلای وي نو د فلانک په برخه کې Kidney Murphy علامه مثبت وي او د دې برخې جس به درد ناکه بڼه ولري. د مهبلي پـه کتنـه کې به د مثـانې قاعـده حساسـیت ولـري او حالبونه به د ځېر په صورت کې جـس کـړل شي هغه به پېروالی ولري او په حاد حالت کې دردناکه وي په دې هکلـه (3 -6) تصـویر تـه پاملرنه وکړئ.

همدارنګه په لومړي سر کې متیازې لږوالی مومي خو وروسته بیا ډېروالی مومي او د وریځې په بڼه وي چې پ په میکروسکوپیک کتنه کې به لوکو سیتونه، البومین، وصفي اپیتلیوم، وینه او باکټریاوې کې ولیدل شي. که چېرې په خپله د پښتورګو نسج په ناروغي اخته شوې وي معمولاً د سترپتوکوک او E. Coli له کبله په ګډ ډول سره پښتورګې اخته کوي عمومي اعراض به د Pyemia په څېر وي. بیا دراتلونکی رپېدونکی تبه او ناروغ ډېر ضعیف او ناروغه حالت لري.

د حالبونو د انسدادی حالت پېژندنه ساده کار نه بلل کېږي د دې لپـاره بایـد کـولیکي درونـه، متناوب ډول پولی یوریا، د تقیح شته والی په متیازو کې د متیازو لږېدنه، تبه باید شته والی ولري. که چېرې د حالبونو کنټرایزیشن ترسره شي نو د حالب د انسداد ځای به وپتاکل شي.

حاد نښې نښانې (6 – 2) اونیو کې له منځه ځي خو Pyouria او باکټر یوریـا ښـایي د اوږدې مودې لپاره حتی د زیږونی څخه وروسته شته والی ولری او که چیری انتـان مـزمن وي کلینیکـي نښې نښانې به خفیفې وي او سیسیت نښې ښایي تر څو اونیو پورې شته والی ولري په نادر ډول سره به ټول پورتني اعراض شته والی و نلري اوپه تصادفي ډول سره به د متیازو د کتنو پـه وخـت پېژندنه تر سره شي. د ناروغي توپیري پېژندنه په د اپندیست، تیږو، د محرقـې تبـې پیورپیریـال انتان او ټول هغه حالتونو سره چې د حاد بطن حالت څرګندوي تر سره شي او پورته دې په پام کې وي.

درملنه:

هغه ناروغان چې تبه نلري ورته د سولفامیدونو لکه Sulfathiazole او یا Sulfadiazine د دوه ګرامه (2gr) په اندازه د ورځې او یا هم Co-trimoxazol

(960mg) هر دولس ساعته وروسته ورکول کيږي. دغه درملنه معمولاً يوه اونۍ دوام مومي همدارنګه د دغه درملو سره يو ځای Na^{+}-bicarbonate [4gr (60 grain)] د ورځې دری ځله ورکول کيږي تر څو د متيازو محيط قلوي شي. د مايعاتو اندازه بايد $2500-300^{cc}$ په ورځ کې وساتل شي. ټول هغه ناروغان چې تبه لري بايد بستر شي خوراک، اوبه، شيدې، سابه، ميوه او کاربوهايدريټونه دې ورکړل شی لږ تر لږه ^{cc} 300 اوبه دې د ورځې ورکړل شي. په ديهايدريت ناروغانو کې مايع 4000^{cc} — 3500 ته اړوبدلی شي.

امينوګلايکوسيدونه تر ټولو غوره جنتامايسين Gentamicin (2-5 mg/kg) په هر 12 (24 h— ساعته کې ورکول کيږي همدارنګه Streptomycin د 1gr-2gr په انـدازه د ورځې يو ځل ورکول کيږي خو د پښتورګو وظيفوي حالت دې وټاکل شي.

- همدارنګه نور هغه انتي بيوتيکو نه چې په بولی سيستم کې ښه اغيزه لري هغه سفالو سپورينو نه دی لکه:
  - ✱ سفالوسپورينونه له کونۍ څخه:
- Cefotaxim دا درمل يو ګرام هر 6-8 ساعته وروسته د ورځې
- Cefuruxime دا درمل هم يو ګرام هر 6-8 ساعته وروسته
- Ceftazidime دا درمل هم يو ګرام هر 8-12 ساعته وروسته
- Cephradin او Cephalexin همدارنګه (500mg — 1gr) پـورې هـر 6 –8 ساعته وروسته ورکول کيږي.
  - ✱ د کينولين له کورنۍ څخه فلوروکينو لينونه لکه:

i Ciprofluxacin څخه 500 mg هر 12h— 8 ساعته وروسته

ii Nurfluxacin څخه 400 mg هر 12h ساعته وروسته

iii Ofloxacin څخه 200 mg هر 12h ساعته وروسته

iv Nalidexic acid څخه 500-1000 mg هر ۸ ساعته وروسته

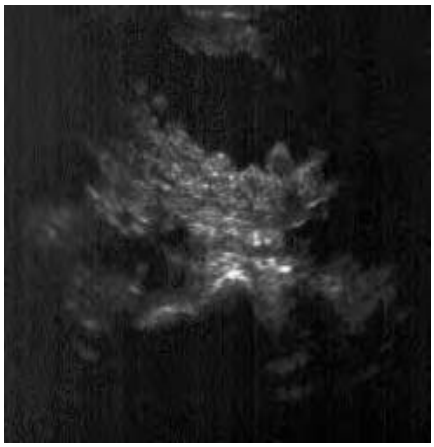
- ✱ د پنسلين له کورنۍ څخه لکه :
- Ampicillinڅخه 1- 2 gr هر 8 – 6 ساعته کې د ورځې.
- Amoxicillin څخه 500-1000 mgr هر 8 – 6 ساعته کې

همدارنګه یوه ښه درملنه به د لاندې ټکو په پاملرنې سره تر سره شي.

۱. باید په ټولو حالتونو کې د انسداد برخه ومومدل شي او اناتومیک علتونه دې ولټول شي.
۲. باکټریولوژیک کلچر او انتي بیوګرام باید د درملنې د پیل څخه د مخه ترسره شي د میتازو نمونه دې لابراتوار ته ولیږدول شي.
۳. متیازو PH باید القلي کړل شي.
٤. امینوګلایکوزیدونه لکه جنتامایسین او سټرپتومایسین د بشپړې پاملرنې لاندې او د پښتورګو د دندې ټاکنې مطابق ورکړل شي.
٥. درملنه 7 – 5 ورځو پورې باید نتیجه ورکړي.
٦. د مایعاتو ټاکه دې وشي او د متیازو out put باید 2000^{cc} — 1500 وي
۷. ټول انسدادي اّفتونه باید له منځه یوړل شي.
۸. د درملنې څخه د مخه او وروسته دې I. V. U ترسره شي.
۹. د هضمي جهاز حالت ته دې پاملرنه وشي د قبضیت په صورت کې Laxative ورکول کیږي.
۱۰. په متداوم او تکرار ډول سره دې د متیازو کنه د لابراتواری کنې پواسطه ترسره شي.

تیږې (Calculi) یا ډبرې:

د تیږو شته والی په بلاربو ښځو کې معمول خبره ده چې په دې حالت کې د ملا دردونه، د فلانک دردونه، تبه، زړه بدوالی او د کانکې په لابراتواري کنه کې بـه Pyuria او Hematuria شـته والی ولري او دغه حالت د Ultrasonography پواسطه ښه پیژندل کیږي د تیږو په شته والي کې کولیکی دردونه شته والی لري که چېرې دردونه لږ وي نو کانزر واتیف درملنه ترسره کیږي او چېرې دردونه د طاقت وړ نه وي جراحی درملنه ترسره کیږي.





د مثاني التهاب (Cystitis):

د متيازو د کڅوړې التهاب هله منځ ته راتلای شي چې د بلاربتوب په دوره کې شدت مومي Terminal dysuria او هماتوريا منځ ته راځي. همدارنګه د نوموړي ناورغی درملنه هم د نورو ناروغانو په څېر ده.





مثاني ته وينه بهيدنه (Hemorrhage into the bladder):

د دې ناورغۍ علتونه لکه Varicosities، توبرکلوزس د پښتورګو هايپرنفروما، حاد هيموراژيک نفريت، تيږې ، Pyelitis ، د حالبونو قات او ماتيدنه، قرحه، پيلوما، او درمل دی. د سيستوسکوپي پواسطه. التراساوند، او لابراتواري کتنو پواسطه پيژندل کيږي. درملنه لکه د نورو ناروغانو په څېر د علت له منځه وړل دي.

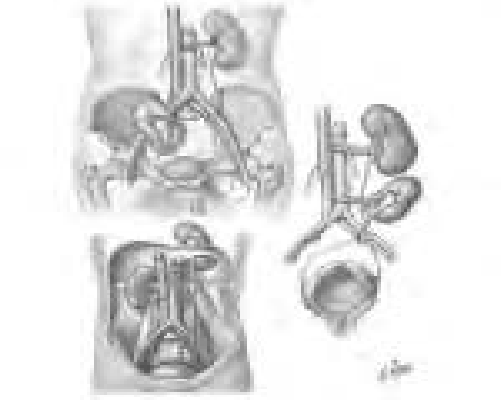
د پښتورګو نشتوالی (Absence of kidney) :

کېدای شي چې پخوا د ناروغه ښځی څخه يوه لوري ته پښتورګي Nephrectomy شويوي او بل پښتورګی د هغه دنده تر سره کړي. که چېرې دغه پښتورګي هم ناورغ وي بايد د

بلاربيدنې څخه مخنيوی وشي دا نه يوازې چې د بلاربتوب پايله ترسره شي بايد ناروغه Sterilized عقيم کړل شي.

د حوصلې پښتورګي " Pelvic Ectopic kidney" انومالي:

دا حالت د بلاربتوب د مخنيوي لپاره استطباب ندی خو که چېرې د پښتورګو Pyelitis توبرکلوز، هايدرونفروزس، نيوپلارم او Toxemia شته والی ولري کېدای شي دغه ناروغان عقيم کړل شي او هغوی د بلاربتوب حُنې مخنيوی وشي.



د اندوکرين ناروغی (Endocrine Disorder):

* د شکری (ډيابت Diabetes) ناروغي:

د متيازو په کتنه کې Trace شکر Sugar ليدل کيږي دا به په ډيرو بلاربنځو کې تر نظره شي خو دا به د شيدو شکر يا Lactose ومنل شي او کوم ارزښت به ونلري.

په لاندې حالتونو کې به بلاربو بنځو کې په ډېره اندازه د متيازو شکر تثبيت شي.

١. واقعي Diabetes Mellitus چې ډېر نادر دي.

٢. Lessered Sugar toleranceد شکرې لږ تحمل چې ډېر معمول ده.

٣. د کبد (ينې) نه بريالېتوب Liver insufficiency .

٤. د پښتورګو د نفوذيه قدرت زياتوالي د شکرې په وړاندې.

٥. د اندوکرين د غدواتو تشوش.

د ډيابت اغيزه په بلاربتوب باندې:

د مخه تردې چې انسولين وټاکل شي بنځې نه بلاربيږي او بعضاً دوی د بلاربتوب جرئت له لاسه ورکوي او بې مودې زېږونه کوي. له هغه وخته چې انسولين کشف شو عقامت اصلاح شو.

همدارنګه عمر اوږدوالی وموند او ښځو د بلاربيدنې قوت وموند او ځوانتوب تـه يـې ورسـول د مړينې اندېول ته يې لږوالی وروبخښل .

هغه ښځې چې د Boston په روغتون کې د شکرې تر درملنې لاندې وې د ډيابټ اغيزې لاندې اختلاطونه منځ ته راوړي وو لکه:

i . د جنين ټکر (accident) حالت.

ii . د مور توکسيميا او ايکلامپسيا حالت.

iii . د مور کوما حالت.

iv . د مور هايپوګلايسيميا حالت.

مقدم سقط او د بلاربټوب په وړاندې نه جرئت معمول ده چـې دا د شـکرې د نـه کنټـرول پـورې اړوند ګڼل کيږي.

د بلاربټوب او زيږونې اغيزې په شکرې (ډيابټ) باندې:

يوه لنډه مهالې اغيزه د بلاربټوب او زيږونې د شکرې په ناروغي شته والی لري. چې په لاندې ډول څرګندونې کوي.

i . د کاربوهايدريټ په وړاندې د تحمل بدلونونه.

ii . د پښتورګو د قدمې (Threshold) ښکته کېدنه او ټيټوالې.

iii . کوما ته مساعد کوونکی.

iv . هايپوګلايسيميا ته مساعد کوونکی.

د زيږونې پروسته د ګلايکوجن زيرمې تجزيه کوي او بازال ميتابوليک اندازه لوړوي که چېرې ښځه په نورماله بڼه زيږونه وکړي نو دا په ثابت ډول پاملرنې ته اړتيا ولري ځکه چې دغه راز ښځې د پوتنسيال له نظره کوما ته ليوالتيا لري.

د کاربوهايدريټونو Intake يـا اخيسـتنه بايـد د 150-300gr پـورې سـره تـوپير ولـري او همدارنګه په ډېره پيمانه اوبه دې واخلي.

که چېرې ښځې ته د سيزارين سکشن جراحی کړنلاره ترسره شي او ماشوم د جراحی کړنلاری پواسطه وزيږول شی د هايپوګلايسيميا دمنځ ته نو راتلو له کبله د وينې د ګلوکـوز انـدازه د 150-200 ملی ګرامه په اندازه کې وساتل شي يوه بلاربه ښځه چې پـه ډيابـټ اختـه وي پـه لـومړي ترايمستر کې د کوما، په دوهم ترايمسيتر کـې د هايپوګلايسـيميا لپـاره کانديـد وي او همدارنګـه

داسې پېښيږي چې په نورمال ډول زېږونه وکړي.د شکرې ناروغۍ په شکري ناروغي اخته مور او پلار څخه ماشوم ته په ارثي ډول لیږدونه کوي او دغه چانس ¼ یا (25%) په ناروغانو اټکل کیږي. د ناروغي انذار د درملنې په صورت کې ښه دی چې وخت په وخت د ناروغ د وینې د شکر اندازه وټاکل شي او د هغه څارنه وشي.

درملنه:

د ناروغي درملنه ډېره ساده ده دارنګه چې په خوراک کې باید تناسب په پام کې وي لکه کاربوهایدریت 200gr/ kg او پروټین 2gr / kg او غوړې د شحم) په بسیا توګه یعنې کالوري باید 30cal / kg کالوری په هر کیلوګرام وزن د بدن وي. په دېلې کې منرالونه او ویټامینونه هم ورزیاتیږي.

د مړینې د اندازې لوړوالي د لاندې حالتونو د شته ولي پورې اړوندوی.

۱. لږ کنترول د مور د شکرې د ناروغي او لږه څارنه.
۲. د ولادي نیمګړتیا وو شته والی.
۳. په بیلابیلو درجو سره د مور د شریاني ناروغیو شته والی.
٤. بې مودې والی (پریما چوریتی)
٥. د شکرې د ناروغی دوام.
٦. د مور عمر او بلاربټوب.
۷. د بلاربټوب په وخت د جنسي هورمونونو نا اندولتیا.

لاندې حالتونه 78 ماشومانو د مړینې علت په لاندې فیصدی سره مسئول ګڼل شوي:

شمېره	د ماشومانو د مړینې علتونه	فیصدی
۱.	ایکلامپسیا	1%
۲.	د یابتیک کوما –	5%
۳.	ولادي انومالی	9 %
٤.	د حوصلې شریانی تصلب (اتیروسکلروزس)	20 %
٥.	عمومي شریانی تصلب (اتیروسکلروزس)	33 %
٦.	فرط فشار او البومین یوریا –	46%
۷.	بې مودې توب (پریما چورتی)	46 %

۸.	د اوږدې مودې د ډیابت ناروغي شته والی	5 2 %
۹.	د جنسي هورمونونو نااندولتیا	97 %

پورته څېړنه د یو تن عالم White پواسطه ترسره شوېده او همدارنګه يې څرګنده کړې چې په لوړه اندازه به لاندې فکټورونه د ماشوم د ضایع کېدنې څخه په شکري اختـه بلاربـه بنـځه کـې مخنیوی وکړي.

i . د شکرې د ناروغۍ بنه درملنه.

ii . تعویضی د هورمون درملنه.

iii . د اذیما او هایدروا منیوزس اصلاح.

iv . بې مودې زېږونه.

v . ځانګړې څارنه د ماشوم څخه.

درملنه د ورځې له خوا د عضلي له لارې د Stilbestrol او Proluton ورکول په مساوي اندازه ترسره کېږي همدارنګه د درملو دوز د ناروغۍ د شدت او د بلاربتوب د مودې پورې اړه لري چې 125 mg - 5 ته رسېږي.

شمېره	بلاربښت اونۍ Week of Pregnancy	د (Stilbestrol & Proluton) درمل په ملي ګرام (mg)
1.	6 –19 W	5 – 25 mg
2.	20 – 23 W	10 – 50 mg
3.	24 – 27 W	15 – 75 mg
4.	28 – 31 W	25 – 100 mg
5.	32 W – up to delivery	50 – 125 mg

همدارنګه د ناروغي درملنه د خوارکی درملو Glucophage, Glabinclamide, Diabenase درملو پواسطه او هغه درملنه چې د انسولین ورکړي پورې اړه لري د انسولین ورکول په ځانګړي ډول ترسره کېږي او پاملرنې ته اړتیا لري تر څو ناروغ هایپوګلایسمیا ته ولاړ نشي.

ډیابت انسیپیدوس (Diabetes Insipidus):

پرته له خوږي شکرې ناروغي چې ورته (بې مزې شکر) هـم وايـي دا هغـه د شـکرې ناروغي ده چې په نادر ډول منځ ته راځي ښايي دا نـاروغي د بلاربتـوب پواسـطه شـدت ومـومي ناروغي ښايي په هر وخت کې منځ ته راشي او يا هم له منځـه لاړه شـي او يـا ښـايي د زېږونـې وروسته هم ادامه وموم پدې کښې د شکري ناروغۍ ته ورته نښې نښانې شتون لـري خـو د وينـې ګلوکوز سويه لوړه نه وي .

درملنه:

د دې ناروغۍ درملنه د نخامی غدې د خلفي فص هورمون او استروجن دی ډېر پاملرنه بايد وشي چې دنخامې هورمون په رحم اغېزه اچوي او ښايي ناوړه پېښې منځ ته راوړي.

څربه کېدنه يا چاغوالي (Obesity):

څربوالی هم يوه ناروغي ده چې په بلاربتوب او ماشوم باندې اغېزه اچـوي همدارنګـه دا ناروغي د مړينې دکچې د لوړوالي لپـاره يـو فکټـور ګڼـل کـېږي. د څربـوالي درملنـه، د غـوړو، کاربوهايدريټونو د خوارک د لږوالي او د فزيکـي فعاليـت او سـپورت زيـاتوالی دی همدارنګـه د فزيوترايي نورې کړنې لکه د يخ او ګرم حمام اخيستنه هم يوه کړنه ده.







هايپرتايرايډيزم (Hyperthyroidism)

دا يو نادر اختلاط د بلاربتوب په وخت دی 1:500 پېښو کې شمېرل کېږي. Peter او Monn داسې فکر لري چې د بلاربتوب په وخت د تايرايد غده د هايپرپلازی اوښتنه کوي او ډېره دنده تر سره کوي. د بلاربتوب په وروستيو کې (B.M.R) لوړوالی مومي.

دا چې کلینیکي هایپرتایرایدیزم بـه پـه بلاربټـوب کـې پیـل وکـړي لـږ مـنځ تـه راځـي. کلینیکـي هایپرتایرایدیزم تظاهر نه کوي او د بلاربټوب په کورس او دوام کومه اغیزه نه پریباسـي همدارنګـه د بلاربټوب مخنیوی هم نه کوي.

په تجربوي ډول څرګند شوي چې د غدې بشپړنشتوالی په دواړو جنسونو کې عقامـت (نـه زېږونـه) منځ ته راوړي. سره لدې هایپو میتابولیزم به چې (B.M.R) به لږوي لس (10) او یا تر هغه لږ وي د هایپوتایرایدیزم لپاره شاهد نه بلل کیږي. همدارنګه د Habitual abortion ناروغي د شته والي په صورت کې که چېرې د هایپوتایرایدیزم سره مل وي د تایرایډ د تولیداتو وړ کړه به د سـقط څخـه مخنیوی وکړي.

که چېرې په ځیر سره میتود کې د ایودین اندازه په سیروم کې وټاکل شي کېدای شي د تایرایډ د غدې د دندې سرته رسولو په اړوند معلومات ترلاسه کړل شي همدارنګه د (B.M.R) ټاکنې، د سـیروم د کولسترول ټاکنه کولای شي چې د تایرایډ د غدې دنده سرته رسول وټاکل شي. د ایـودین لـوړوالی د (B.M.R) د لوړوالی په اړوند کوم بدلون نه مومي کله چې بلاربټوب په مـخ ولاړه شـي د څلـورمې میاشتې وروسته د ایودین سویه په کراره سره لوړوالی مـومي پدغـه وخـت کـې د بلاربټـوب لپـاره Aschheim-Zondek دبلاربټوب آزمویښه هم مثبت ده. د ایودین لوړوالی د زېږونې څخه د مخـه نه ښکته کیږي خو د زېږونې څخه وروسته په نړۍ وخت به کې خپل نورمال حالت ته راواوړي.

هایپرتایرایدزم په ماشوم باندې د مور په ګېده کې اغیزه اچـوي او ښـایي د ماشـوم د سـقط علـت وګرځي. همدارنګه د بلاربټوب د وخت توکسیمیا منځ ته رانګ په هایپر تایرایدیزم کې ډېـر چـانس لري.

درملنه:

د هایپرتایرادیزم شته والی د دې په معنی ندی چـې د درملنـې سـقط Therapeutic abortion لپاره کوم استطباب شته والی لري ځکه سقط د هایپرتایرایدیزم په پیښه کې کومه اغیـزه منځ ته نه راوړي. دا نه چې کومه ښه اغیزه نلري بلکه د هایپرتایرایدیزم په ناتار Crisis منځ ته راتلو کې د اتاناتو په مداخله کې غوره رول لري. د بلاربې ښځې په هایپرتایرایدیزم اخـته درملنـه لکـه د نورو عادی ښځو په څېر درملنه تر سره کیږي او کوم توپیر په درملنه کې نلري.

یو تن عالم Mussey پدې عقیده دې چې د Trial of Iodine څخه د غور (جدری Goiter) د نـاروغی لپـاره پکـار وړل کیـږي او کـه چیـرې دغـه نـاروغی بریـالی نـه وي Subtotal Thyroidectomy (سبټوتال تایرایډ یکټومي) باید تر سره شي.

همدارنګه Adenomatous thyroid (Goiter) چې د هـایپر تایرایـډیزم سـره یوځـای وي د ایودین د درملنې او تیاربدنې څخه وروسته سره لدې چې بلاربټوب پرمخ تللی وي او همدارنګه که د میټابولیم Rate اندزه له (50+) څخه پورته هم وي او یا میوکاردیال نه بریـالیټوب او Dyspnea په شزن Tracheaباندې د فشار له کبله منځ ته راغلې وي د تایرایډیکټومي جراحي کړنلاره توصیه کیږي. که چیرې د هایپرتایرایډیزم مناسبه درملنه وشي په نورمال ډول ښایي بلاربټوب ترپایلې دوام او وده وکړي.همدارازد هایپرتایرایډیزم درملنه پدې وروستیو کـې د Thiouracil پواسـطه تـر سـره کیږي تر ټولو څخه مصئونه درمل د Propy / Thiouracil درمل چې د بلاربټوب په وخت ورکول کیږي. د هایپرتایرایډیزم کې Radio iodine پکاروړل کیږي.

هغه ښځه چې د جراحی کړنلارې پواسطه Subtotal Thyroidectomy یا تایرایډیکټومي ورتـه ترسره شوې باید تر دو راتلونکو کالنو پورې بلاربه نشي.

هایپوتایریایډیزم Hypothyroidism:

د هایپوتایرایډیزم نښې نښانې ښائی پخپله د بلاربټوب پواسطه څرګند شـي دا د ذهـن پڅوالی، خوبجن حالت، د پښو او نورو بندونو کې د درد احساس، قبضیت، د پوستکي وچوالی، د څربوالې ته لیوالتیا، او B.M.R ټیټوالي. په بعضې حالتونو کې د عادتي سقط علـت هایپوتایرایـډیزم حالت ګڼل کیږي.

د اډیسون ناروغي Addison's, Disease:

دا ناروغي د بلاربټوب سره یوځای پیدا کیږي چې ډېر له خطر څخه ډکه نـاروغی ده. د یوه عالم پواسطه په شپاړس پښو کې څېړنه تر سره شوې چې لدې څخه شـپږ پښـې لـه زېږونـې وروسته مړی شویدي په یوولس پښو کې د زېږونې څخه د مخه ماشومان مـړه پیـدا شـویدي هغـه ماشومان چې ژوندي پیدا شویدي یو لږ یې Gastro-enteritis له کبله مړه شـویدي هغـوی تـه د Cortical extract درمل ورکړ شویدي ښه بـه دا وي چـې پربښـودل شـي ماشـوم تـر Term پربښودل شي او مور ته هرو مرو باید د قشر محتوی Cortical extract درمل ورکړل شي.

درملنه د Desoxy corticosterone او Adrenal cortical extract درملو پواسطه تر سره کيږي.

ټيتاني Tetany:

دغه ناروغۍ د Tonic ټونيک سپزم له کبله په لاسو او پښو کې پيژندل کيږي پرستيزيا، د عضلاتو ضعيفوالی، شخي دګوتو په برخه کې د درد شته والـی د ګنډلو يـا ليکلـو پـه وخـت کـې خرڅکديږي همدارنګه Trophic تشوشات ښايي شته والـی ولـري لکـه د ګوتـو د نوکـانو برخـې Shedding د ويښتانو توئيدنه، کاترکت، او د غاښونو انومالي شته والی او خوارتوب (Cachexia) به وليدل شي. په فزيکي کتنه کې به د موتورسيستم ډېره زياته اندازه تهيج تر نظره شي.

Trousseaus sing يعني کله چې د مټ ذفيره تر فشار لاندې وي په دې حالت کې به د لاسـونو د کانترکتور حالت وليدل شي. همدارنګه بله نښـه د Chrosteks sign پـه نـوم کلـه چـې Facial Nerve تر فشار لاندې وی د مخ د عضلاتو شخې په وليدل شي او همدارنګه نورې کلينيکي نښـې به شته والی ولري. خو شايد حالت به نادر وي او وژونکی.

دوهمه نيمايي د بلاربتوب د تيتاني د منځ ته راتلو لپاره ښه موده ده خو اغيزې يې د په شيدې ورکولـو وخت کې خرڅکدې شيز د ناروغي بايپرې (عود) معمول ده. په زېږونه کومه اغيـزه نلـري خـو ماشـوم ښايي د اختلاجونو له کبله مړ يا Macerated ښه ولري. همدارنګه د څېړنـې لـه مخـې د تيتـاني لپاره علتونه موندل شي:

- ډېرې پېښې بنفسهې دې او يا Idiopathic دي.
- يو لړ يې د کلسيوم د لړ اندازه خوړلو له کبله.
- د لړ ويټامينونو د خوړلو له کبله.
- د تايرايد دغدې د نشتوالي پا عدم کفايې له کبله.

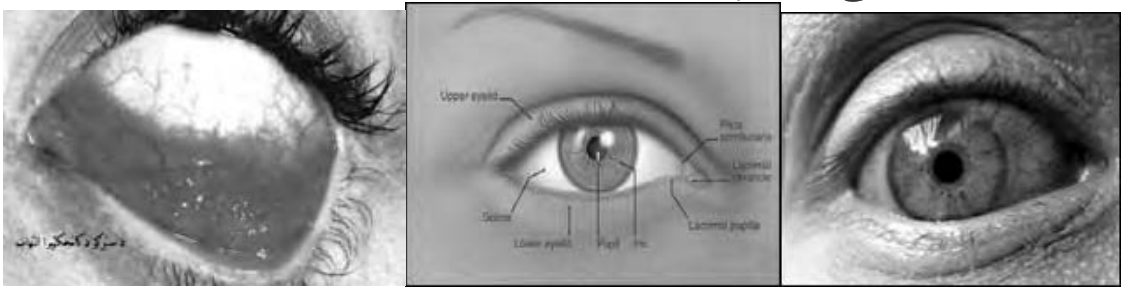
درملنه:

د دې ناروغۍ درملنه په ګډ ډول سره د کلسيوم د مستحضراتو ورکول د خـولې ياورېدلـه لارې د پارا تايرايد هورمون او Dihydrotachy sterol کلسـيوم 5,3 gr. Calcim Lactate د ورځې او همدارنګه (A.T. P) څخه (1-4^{cc}) پورې په اونۍ کې ښه نتايج ورکوي.

د سترګو، غوږ، پوزې او ستونې ناروغۍ

د سترګو ناروغۍ:

د بلاربټوب په دوره کې د سترغلیو (Eyelids) صباغونه بعضاً زیاتوالی مومي بنایي قرحه، کورو ایدایټیس (Choroiditis) او د ګلوکوما ناروغي شدت ومومي، او یو لړ بنایې د Scotoma او Dyschrpmatopsia څخه شکایت ولري. دا بنایي د Optic neuritis پورې اړوند وي چې د پیوریپریوم په مرحله کې منځ ته راځي. کله چې د بصري عصب ضمور(اټروفي) تر سترګو شي باید بلاربټوب ته پایله وروبخښل شي. د شپېړوندوالی Hemoralopia بعضاً د توکسیمیا څخه دمخه منځ ته راځي.



همدارنګه د شبکې وینه بهیدنه، Abruptio retinea ډیر شدید اختلاطونه دي چې باید بلاربټوب ته په دغه مرحله کې پایله ور وبخښل شي. همدارنګه دا ناروغان باید د (Vit.A) درمل ترلاسه کړي. پرې ایکلامپټیک توکسیمیا او د پښتورګو ناروغي بعضاً د سترګو ناروغۍ Amaurosis په حاد ډول منځ ته راوړي دا معمولاً تېرېدونکي دي کله چې رحم تش کړل شي دا حالت له منځه ځي. او په Postpartum مرحله کې بعضاً په مستقل ډول منځ ته راځي.

ړوندوالی کله ناکله له اختلاج او کوما څخه د مخه منځ ته راځي دا فتالمولوژی له نظره Ophthalmoscopy له مخې شبکیه بنایي Spasm او Tortuosity د اوعیو څرګند کړي. او شپږ ورځې وروسته لدې چې شعور بیا منځ ته راشي دغه بدلونونه له منځه ځي خو کله ناکله دا په دایمي توګه پاتې کیږي. که چېرې نبنې ومونډل شي ژر تر ژره دې بلاربټوب ته پایله وروبخښل شي. همدارنګه دغه ناروغان دې په راتلونکې کې د بلاربټوب ځنې ډه ډه وکړي د بصري عصب نیوریت بنایي د پولي نیوریټ سره مل وي. په (Septic) منټن پیښو کې ړوندوالی Panophthalmitis, Double retinitis یا امبولیزم له کبله د رټینا په مرکزي شریان کې منځ ته راځي.

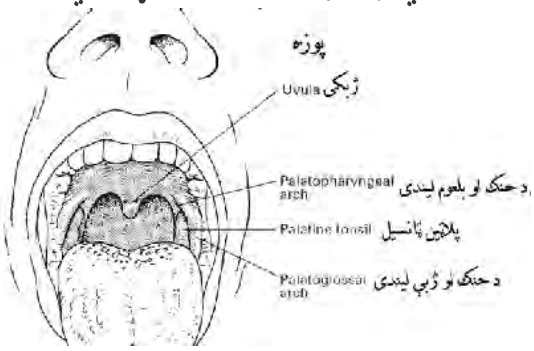
غوږ The Ear:

بلاربټوب په غـوږ بانـدې بعضـاً پرتـه لـه توقـع اغېـزه اچـوي پـه ځـانګړي ډول سـره د Otosclerosis نـاروغي مـنځ تـه راوسـتلای شـي. دغـه نـاروغي پـه مـزمن ډول سـره Nonsuppurative اغېزې د هډوکيزي برخې په کپسول پورې چې د غوږ د Labyrinth برخـه نيسي اړوند ګډل کيږي. چې دا حالت د اوربدنې ظرفيت ته لږوالی وربخښـي پـه دې حالـت کـې فاميلي تاريخچه او ارثيت غوره رول لري او په بلاربټوب باندی پخپله Otosclerosis کومه اغېـزه نلري او همدارنګه په سقط کې هم مهم نه ګډل کيږي خو دا نظر شته دی چې بلاربټوب دغـه پروسـه تشديد کوي.

پوزه او ستونی(Nose and Throat):

معمولاً د پوزې او ستوني عمومي هايپر هيمي په بلاربه ښځه کـې مـنځ تـه راځـي او همدرانګـه د رعاف (Epistaxi) حالت هم لږ شمېر ناروغانو کې ښايي شته والی ولري. بعضاً د پوزې په برخـه کې تقرحي ټکي د وينې د سينوس چې د رګونو د احتقان د ځيربدنې له کبله منځ ته راتلای شي. چې دغه تقرحي ټپونه به Cautrize کړل شي.





د حنجرې دتوبرکلوز (نرې رنځ) ناروغي پرته له توقع منځ ته راتـلای شـي تقـرح پـه دې حالت کې ژور والی لري او په چټکي سره خپربدنه کوي او د مزمار Epiglottis اذيمـا (پرسـوب) منځ ته راوړي. د زبږونې په وخت کې د پوزې، ستوني، منظمې، په برخه کې سوروالی، اذيما او لږه اندازه وينه بهبدنه د حبول صوتي څخه د حنجرې په خلفي جدار کې منځ ته راځي چـې د زبږونـې وروسته په چټکی سره له منځه ځي.

د پوستکي ناروغی (Cutaneous Disease) :

Hollander او Vogel د پوستکي ناروغي د بلاربتوب په وخت کې په لاندې درې ګروپونو وېشلې دي.

۱. د پوستکي هغه ناروغی چې د بلاربتوب په لړ کې څرګندېږي.

۲. د پوستکي هغه ناروغي چې د بلاربتوب په لړ کې شدت اخلي.

۳. هغه د پوستکي ناروغي چې د بلاربتوب وخت ورته ګډه ور دي او د میتابولیک فعالیت ته په بلاربتوب کې زیاتوالی وربښي.

د پوستکي هغه ناروغی چې د بلاربتوب په لړ کې څرګندېږي

i . لومړني بدلونونه د صباغي بدلونو په څیر:

دغه صباغی بدلونونه د تیښو (Breasts) د Areola په برخه کې منځ ته راځي.

همدارنګه دغه صباغي بدلونونه د تناسلي غړو او نامه غوټی په چاپېریال کې هم منځ ته راځي.

د Linea Nigra او موضعي خاپې (Patches) د مخ او غاړې په برخه کې د Chloasma په څېر پېژندل کېږي ښایي تظاهر وکړي. ټول دغه بدلونونه د بلابتوب سره سم زیاتوالی مومي او دا چې زېږونه تر سره شي په چټکی سره له منځه ځي.

ii . **Impetigo Herpetiform:**

له ښکه مرغه دا نادر دی. دغه بې نهایته شدیده ناروغي ده او د بلاربتوب سره مل منځ ته راتلی شی. داپه لومړی وخت کښی موضعی وی خپریدنه کوی او حتی مړینه منځ ته راوړي د دې ناروغي علت نامعلومه دی خو درملنه په لاندې ډول ورته ترسره کېږي.

د وینې ورکول (B.T) د یوې ناروغې ښځې څخه د وینې د سیروم زرق د کلسیوم ورکول او د پارا تایراید غدې هورمون، د دای هایدرو تاکی ستیرول او د ویټامین ډي Vit.D مستحضرات.

iii . پر مختلونکي بدلونونه د وریو په برخه کې:

د خولې په برخه کې به په شدید او خرابه بڼه د وریو بدلونونه منځ ته راځي.

په دې لړ کې Odontitis,dental caries د وریو پرولیفیراتیف بدلونونه چې د Stomatitis gravidarum پنوم یادېږي. دغه د خولې ناروغي د یوې یا دوه میشاتو په لړکې له منځه ځي او د زېږونې وروسته ژر له منځه ځي.

iv . **Molluscum fibrosum gravidarum:**

دا بعضاً د Briekners disease پنوم یادیږي دا ناروغي اکثراً د Pinhead او د نخود یا چنو په څېر pea shape او pea sized ثویق لرونکي نې (Tag)په څیر د تیونو یا غاړې په برخه کې پیدا کیږي.

دا ناروغي د بلاربتوب په وروستیو میاشتو کې وده کوي. او قسماً یا په بشپړه توګه د زېږونې وروسته له منځه ځي. درملنه یې electrodessication پواسطه کیږي.

v . **Erythema of palmis:**

د ورغوي سوروالی د بلاربتوب په مرحله کې منځ ته راځي او د زېږونې وروسته له منځه ځي.

vi . **Prurigo Gestationis of Besnier:**

دا دوه فیصده "% ۲"منځ ته راځي. دا pin head یعني د سترې د څوکې څخه تر اوږده lentil size په اندازه وي دا په شدید ډول وینه ورکونکې ګرېدلی نښتی پپول papule په څېر وصفي حالت لري په وصفي ډول په باسطه سطحه د مټ، لیچې خلف، لاسونو ورنونو، ساقونو او پښو کې لیدل کیږي.

ناروغی ناڅاپه ژر د زېږونې وروسته له منځه ځي. Castello یوتن عالم د دې لپاره Castello cad oil in cold cream 10% د موضعي موښلولپاره توصیه کوي او همدارنګه د 20^{cc} په اندازه د وینې سیروم له روغې ښځې دغه ناروغه ښځې ته ذرق کوي هره ورځې ورکوي او یا یې دریمه ورځ ورکوي.

vii. **Herpes Gestations:**

د بې نهایته خارښت کوونکې تڼاکه د eruption په څېر ده چې د سترې د څوکې په څېر ټکي د سکار په څیر پرېږدي. دا ناروغ د ایودین په وړاندې حساس دي. د وینې D.L.C په کتنه کې ایوزینوفیل eosinophil زیاتوالی 20-30% څرګندوي دا ناروغي معمولاً د څلورمې او پنځمې میاشتې په لړ کې پیل کوي.

درملنه یې 20^{cc} د وینې سیروم ورکړه له یوې روغې ښځې څخه ده هر پنځه ورځې وروسته دا کړنه تر سره کیږي.

د پوستکي هغه ناروغي چې د بلاربتوب پواسطه شدت مومي:

i. د فرج خارښت **pruritus vulva** :د بلاربتوب په وخت تر ټولو ډير منځ ته راتلونکي نښه بلل کيږي او ښايي دا د اتاناتو (مونيليازس) له کبله وي همدارنګه ترايکوموناس وجنينټس، او يا Vulvar varicosities له کبله کېدای شي دا خارښت منځ ته راشي البته په دې لړ کې د شکرې ناروغي بايد ولټول شي او هغه يوې لوري ته پرېښودل شي د واريکو زپټيز ناروغي د Sclerosin agent پواسطه تر درملنې لاندې راځي. او د مونيليازس او ترايکو موناس وچينالیس درملنه وروسته تر يادښت لاندې راځي.

ii. **Neurofibromatosis or Recklinghausen's**:دا ناروغي د ډېرو ثويق لرونکو پستو تومورو پواسطه ځانګړې کيږي هلته چې صباغی برخه وي.

iii. **Erythema multi forme**:دا سوروالی چې څو ډوله دی د يوه توکسيک eruption په - څېر د نهايتونو، خولې او غاړې په برخه کې څرګندېږي. دا حالت کله نا کله درملنيز سقط د استطباب لپاره هم ښودل کيږي.

iv. **Granuloma inguinal**: د مغبنې برخې ګرانوما بيا وروسته تږي يادونه راځي.

v. **Venereal warts or condyloma acuminata**: دا ناروغي ښايي د بلاربتوب په پيل کې منځ ته راشي. او معمولاً د دوی په تعداد او اندازه کې زياتوالی منځ ته راځي.

vi. د سيفليس ضد په درملنه کې غبرګون: دا حالت په انفرادی ډول سره په بلاربو ښځې کې ډېر ليدل کيږي.

vii. **Eczema, Psoriasis & Acne vulgaris**:دغه ناروغي د بلاربتوب په وخت منځ ته راځي زياتوالی مومي او همدارنګه د Auto hemotherapy پواسطه له منځه ځي چې هره پنځمه او يا اومه ورځ ورته ترسره کيږي.

د پوستکي هغه ناروغي چې بلاربتوب ورته ګډور دی:

i. **Psoriasis, Eczema** او Acne vulgaris ناروغي که چېرې شته والی ولري دا ناروغي د بلاربتوب په وخت کې له منځه ځي او کله چې زېږونه وشي دا ناروغي بيا له سره پيدا کيږي دا له منځه تلل به د بلاربتوب د وخت د هورموني بدلونو پورې اړوند وګڼل شي چې په دغه ناورغی کې اغېزې اچوي.



ii. **Superfluous Hair**: دغه د وېښتانو زيات شته والی به د بلاربتوب په وخت کې له منځه لاړ شي خو د زېږوني وروسته به بيا منځ ته راشي.

iii. **Syphilis**: د سيفلس په ناروغي باندې چې د پوستکي اعراض او علايم ولري د بلاربتوب مرحله رغنده اغېزه لري او د ناروغي نښې نښانې ورکوي. يوازې په ناروغ په عمومي ډول سره د سيفليس اخته والی ولري.

iv. **Lymphogranuloma Venerum**: دغه ناروغي د اناتومیک له پلوه په تناسلي غړو کې بدلونونه منځ ته راوړي خو بلاربتوب دغه ناروغي باندې کومه ناوړه يا بده اغېزه نه اچوي.

د عصبي سيستم ناروغي
Diseases of Nervous System

پسايکوز Psychoses:

ښايي چې پسايکوز چې يوه روحي ناروغي ده د بلاربټوب په وخت کې پيل وکړي او د بلاربټوب پواسطه زياتوالی وموميـ. دا ناروغي په هغو کې چې ارثی (توکمی) بڼه لري نـاوړه حالـت څرګندوي. يو تن عالم Korsakoff's د پسايکوز سره د هزيانات او پولي نيوريت شـته والـی ذکـر کړيدي. دا ښايي په مقدم ډول سره د Hyper emesis gravidarum سـره يـو ځـای مـنځ تـه راشي. خو دتوکسيميا او زېږوني وروسته هم منځ ته راتلای شي. په ګذری ډول سـره agony يـو حالت د دوهمې مرحلې وروسته بعضاً ليدل شويدی چې ښايي د مور او ماشوم لپاره خطرناکـه وي. د طبي قوانينو له مخې دا پدې دلالت کوي چې ژر تر ژره دې زېږونه تر سره شـي. پـه عمـومي ډول خو ټولې روحي ناروغی ښايي د بلاربټوب په وخت ترنظره شي خـو د سـقط ورکولـو لپـاره کـوم استطباب نه ګڼل کيږي.

ډېر لږې عصبې ناروغی شته والی لري چې په کې د بلاربټوب لپاره مضاداستطباب شته والی لري او د درملنيز سقط لپاره استطباب شته دي دغه ناروغي په لاندې ډول سره دي:

i. Athetosis of the type known as oppenheim's. disease Huntington's chorea
ii. Friedrich's ataxia –
iii. Spastic Spinal paralysis –
iv. Progressive muscular atrophy –
v. Pesudohypertrophic muscular dystrophy –
vi. Syringomyelia, myotonia –
vii. Hereditary optic Nerve atrophy –
viii. Recklinghausen neurofibromatosis –

د روحي ناروغيو تشوشات همدارنګه ښايي د پيورپيريال په وخت او شيدو ورکولو په وخت کـې زياتوالی وموميـ همدارنګه نومورې حالت د انټاناتو، ايکلامپسيا، توکسيميا، پواسطه شدت وموميـ او ښايي د ښځې شاک د ميړه د مړينې له کبله منځ ته راشي او يا هم که خبره شي چې ماشوم يـې مـړ دی. او همدارنګه ځان وژنه کله ناکله د Mania د ناروغی د شته له کبله منځ ته راتلای شي. د دې ناروغيو انزار روښانه او ښه دي او د شپږ اونيو څخه تر شپږ مياشتو پـورې دا نـاروغی ريکـوري خپلوي.

درملنه:

ډېره نږدې او غوره درملنه د بربښنا شاک دی چې دا درملنه ښايي د بلارتوب په وخت هم پرته له کومې بدې اغېزې ورکړل شی.

د شړنونو (اختلاجاتو) د شته والي په صورت کې کولای شو چې رخاوت ورکونکی درمل لکه Curare ورکړو بلاربتوب په دې صورت کې مضاد استطباب نه ګڼل کېږي.

صرعه (میرګي Epilepsy):

صرعه چې په بعضې برخو کې ورته خلک (پیرانو نیولی) ناروغي هم وایي د بلاربتوب د پایلې ورکولو لپاره کوم استطباب نه ګڼل کېږي که چېرې مور او پلار دواړه په صرعه اخته وي نو هغه ماشوم چې زېږول کېږي ډېر د اخته والي چانس لري. په دې ناروغۍ کې به E.E.G ګراف په پاڼه باندې غیر نارمل څپې شته والی ولري ښايي دا د نورو عصبي ناروغیو سره مل وي.

د صرعې اړیکه د ایکلامپسیا سره په لاندې فکټورونو پورې اړه لري:

۱. کله نا کله د صرعې حمله د ایکلامپسیا د حملې پواسطه زیاتوالی مومي.

۲. په دغه صرعوی ناروغانو کې یو مساعد کوونکی حالت د اختلاج د منځ ته راتګ لپاره شته دی.

۳. په نا اندوله ټوګه د صرعې په ناروغۍ د اختلاجونو لپاره لیوالتیا شته خو د شدید ایکلامپسیا په صورت کې په اندول سره لیوالیتیا شته والی لري.

د ستاتوس اپیلیپټیکوس (Status epilepticus) حملاتو لپاره لاندې درملنه ترسره کېږي.

۱. د جراجی Induction او د غشا د څېړبدنې کړنلاره.

۲. د Pentothal پواسطه د اختلاج کنترول.

۳. د زړه د عادی حالت ساتنه د پاملرنې ګلوکوز او O_2 پواسطه.

٤. د ښه او غوره انتي بیوتیکونو ورکول او د اختلاطونو د منځ ته راتلو څخه مخنیوی کول.

نیوریت (Neuritis):

دا ډول ناروغانو کې معمولاً د ګوتو دردونه او د ګوتو سټړیا حالت شته والی لري او همدارنګه لاسونه یې ډېر ضعیفه وي په فزیکي کتنه کې داسې ښکاري چې لاسونه پرسېدلی وي او

د څه نا څه سیانوز شته والی لري. همدارنګه د Ulnar عصب حساسیت به شته والی لري. په ټولنیز ډول په دا Sciatic, Trigeminal او Ulnar عصب دردونه شته والی لري.

پولي نیوریت به پارالایزس حتی اټروفي ښایي شته والی ولري چې دا ښایي د توکسیمیا لوري ته پاملرنه واړ وي. د دې لپاره چې بشپړ ډوندوالی او یا کوږوالی منځ ته رانشي د مخنیوي لپاره باید بلاربټوب ته پایله وروبخښل شي. د زیږوني څخه وروسته نوموړې نښې نښانې په چټکۍ سره له منځه ځي. کله نا کله زړه بدوالی او کانګې د محیطي پولی نیوریت پورې اړوند ګڼل کیږي. همدارنګه دا ناروغي بعضاً د B. Avitaminosis او غذایي نشتوالي پورې اړوند ګڼل کیږي.

د مور د زیږوني څخه وروسته پرالایزس

:Maternal Obstetric Paralysis

دغه ناروغي په نورونومونو لکه Maternal birth palsy Peroneal palsy او Traumatic neuritis perineumپه نوم هم یادیږي.

ترضیضي نیوریت باید په هغه ښځو کې تر نظر لاندې وي چې دوی د زیږوني وروسته ژر د سیاټیک دردونه ولري او همدارنګه دوی د عضلاتو ضعیفوالی لري په ځانګړې ډول سره د پښود خلفی قابضه (Dorsal Flexor) عضلاتو ضعیفوالی شته والی لري. له ترضیض څخه پرته پښو کې چې پیورپیریال نیوریت ولري او د لینګیو دردونه لري ښایی په وصفي ډول د زړه او رګونو ناروغانو پورې اړوند وي او همدارنګه ښایی د عصبي سیستم، د حوصلې ارګانونو په ناروغیو کې شته والی ولري.

د دغه ناروغۍ انزار ډېر ښه دی په ډېرو شدیدو پیښو کې ښایي ریکوری ځنډنې شي او څو میاشتې به وښیي، په بشپړ ډول ریکوری د څلور میاشتو په لړ کې په اوسط ډول منځ ته راځي.

همدارنګه د بلاربټوب په لړ کې ښایي Protrusion د قطني فقراتو تر منځ د Disk په برخه کې منځ ته راشي او ښایي دزیږونی وخت د مورد پرالایزس علت وګرځي. په بنفسهي ډول سره د دغه حالت جوړېدنه ډېره منځ ته راځي خو ریکوری ښایي په کاره یا ناتامه ډول سره وي. د جراحی کړنلارې سرته رسول په هغه ناروغانو کې تر سره کیږي چې تشوشات ډېر شدید وي او د حرکاتو محدویت یې منځ ته راوړی وي په بل عبارت سره جراحی کړنلاره په هغو کې چې شدید سیاټیک دردونه ولري او د هوساینې او استراحت په وړاندې ځواب ورنکړي درملنه یې Laminectomy او یا د وتلې برخې ډسیک Disk protrusion غوڅول او لیرې کول دي.

په خفیفو حالتونو کې به د بستراستراحت، د سپلنت اېښودنه، ورځنې سپورت او تمرین، او د برېښنا پواسطه تنبه په عضلاتو باندې رغنده اغېزه غورځوي.

ګوزن (Poliomyelitis) :

د بلاربټوب په وخت هغه ښځې چې پخوايي د پولیو واکسین نه وي اخیستی دغه ناروغي پدوی کې ښه وده کوي. هغه ښځې چې بلاربې وي او په پولیو میالیت اخته وي د ماشوم تر زېږونې پورې ښایي ژوندی پاتې شي خو د بلارتوب تحمل ورته خورا ګران تمامېږي او ښایي ژوندي ماشوم ته زیږونه ورکړي.

دا ناروغي د بلاربټوب په دوره باندې کومه اغېزه نلري خو هغه ښځې چې په لومړیو شپږو میاشتو کې په ناروغي اخته کېږي (2%) د دوی د مرګ خطر شته والی لري. او 27% دهغه ښځو لپاره چې وروستی ترایمستر وي د خطر سره مل وي.

د فیټوس مړینه د Asphyxia (زندی) له کبله ښایي منځ ته راشي همدارنګه د بلاربټوب په وخت په هر مرحله کې د سقط استطباب شته والی نلري د جراحی کړنلاره سیزارین سکشن په هغه ښځو کې ترسره کېږي چې دوی په پرالایزس اخته وي او د ژوند خطر ورته په طبیعي حالت کې متوجه وي او په طبیعي ډول زیږونه ونشي کړای.

میاستینیا ګراویس (Myasthenia. Gravis):

دا ناروغي نادره ده خو د بلاربټوب سره مل منځ ته راځي د بلاربټوب اغېزه په دغه ناروغي د نظر وړ ده خو ناروغان ورسره تجربه ترلاسه کوي د دې ناروغي له کبله سقط ته اړتیا نشته او نبنی نښانې یې د Prostigmin سره ښه والی مومي. بلاربټوب، زیږونه او شیدې ورکول د دې ناروغي په کورس یا موده باندې اغېزه نه اچوي.

مولټیپل سکروزس Multiple Sclerosis :

عالم Von-Hoeslin په خپل مونوګراف کې ذکر کړی چې بلاربټوب پدغه ناروغي باندې اغیزه اچوي او ناروغي ته شدت وربخښي. دا ناروغي مزمنه ځانګړتیا لري او ښایی د مړینې سبب وګرځي. هغه ښځې چې په مولټیپل سکلروزس ناروغۍ اخته دي باید واده ونکړي او هغه ښځې چې په ناروغۍ اخته وي د بلاربټوب په خطر باید پوهه ورکړل شي.

د دې ناروغ شته د بلاربتوب د سقط ورکولو لپاره کوم استطباب نه څرګندوي خو کله چې ناروغی شدیده وي باید د سقط ورکولو په هکله پاملرنه ولرل شي.

Fleck دغه ناروغان په درې ډلو ویشلې دي:

i. هغه ناروغان چې پدوی کې کلینکي نښې نښانې لرې دی او یا دومره وده نکوي او روحي او فزیکي تشوش منځ ته نه راوړي او دا ډله ناروغان سقط او یا Sterilization (عقامت) ته اړتیا نلري.

ii. په هغه ډله ناروغانو کې چې کلینیکي نښې څرګندوي او روحي او فزیکی نښې شدیدې وي دا ډله ناروغان باید د بلاربتوب سقط ورته ترسره شي او همدارنګه عقامت یا Sterility باید ترسره شي.

د حوصلې د مفصلونو استرخا
Relaxation of the pelvic joints

د رادیوګرافي (X-Ray) د منځ ته راتلو سره سم د علماوو له خوا ډېرې رغنده نظرې وړاندې شوېدي چې د بلاربتوب او زېږونې د مرحلې لپاره ګټه ورې دي. لاندې عالمانو لکه [Rise, Baer, Lundquist, Wilson او Roberts, Abramson, Stewarts, Arens] په ګډه سره لاندې نظریې ورکړې:

i. بلاربتوب د پیوپیس د مفصل استرخا سره مل وي او د حوصلې د پوپیس مفصل دلیري والی پواسطه څرګندیږي.

ii. د لیري والي اندازه سره توپیر لري کیدای شي چې په بعضې حالتونو کې پتالوژیک وي. لکه د (6-4) تصویر او (6-5) تصویر.

iii. د مفصلونو استرخا په لومړنیو میاشتو کې منځ ته راشي او خپل اعظمی حدته به په اومه میاشتې کې ورسیږي او د زېږونې په وخت لویوالي نه مومي.

iv. د استرخا اندازه د زېږونې وروسته لږوالی مومي او بیا د یوې عادي بڼځې تر سرحده پورې رسیږي دا موده شپږ میاشتې ټاکل شوېده.

v. په همدا ډول سره بدلون بنایي په Sacroiliac مفصل کې هم منځ ته راشي.



(6-4)تصویر د بلاربي ښځي نورمال د حوصلي راديوګرام (6-5)تصویر پتولوژیک د سمفیزس لیري والی راديوګرام

د young د نظریې له مخې ناتواني Disability د ډېرې استرخا په نتیجه کې لاس تـه راځـي او د لاندې دوه ګروپونو په لړ کې څرګند کړي.

۱. هغه ناروغان چې د ډېرې تحرک Mobility پورې اړوند دي چـې پـه کـې دواړه Sacro-iliac او Pubic مفصلونه په ډېره استرخا اخته وي.

۲. او په بله هغه ډله ناروغان چې ډېر تحرکیت لري او یوازې د Sacro-iliac مفصـل یـې ډېـره استرخا موندلی وي.

هغه په دې عقیده و چې اعراض ښایي د Sacroiliac مفصل د استرخا له کبله وي. د دې په عـوض چې وویل شي د حوصلې د مفصلونو کې ډېر استرخا شته والی لري دا د Young وړاندیز کړی چې وویل شي چې بلاربتوب د وخت د حوصلې ارتروپتـی(Pelvic Arthropathy of pregnancy)اصطلاح دې پکار یوړل شي چې ورته (Sacroiliac Arthropathy) هم وایي. او همدارنګـه د د Pubosacroiliac پنوم هم یادیږي.

کلینیکي نښې نښانې:

کلینیکي نښې نښایي د استرخا تراندازې پورې توپیر کوي چـې د مفصـلونو خوځېدنـه د Pubic په برخه کې څرګندوي. دا چې ناروغه کله چې وغواړي په ملاباندې پریوزې خپلـې څلـور ګوتې د مهبل په برخه ږدي او د لاس غټه ګوته د Pubis په برخه ږدي. بیا یو مرسـتندوی د پښـې د ankle برخه ښکته کشوی او بله پښه پورته کوي. د دغه مونوپولیشن په وخت کـې بـه د پـوبیس د مفصل حرکت ښه تر سترګو او پلاس احساس کړل شي که چېرې په دغـه وخـت کـې راډیـوګرافـي واخیستل شي که ناورغ لومړی په یوه پښه ودرول شي او وروسته بیا په بله پښه دا بدلونو نه به ښه په ګوته شي.

غوره اعراض به دا وي که چېرې له سره دغه حرکتونه تر سره شي د pubic او Sacroiliac مفصل

په برخه کې به ډېر درد او حساسیت شته والی ولري. دا دردونه لومړی په شپږمه اواومه میاشت کې پیدا کیږي. په لومړي مرحله دا دردونه د حرکت او ګرځېدنې په وخت احساس کیږي او که چېرې شدید وي نو دا دردونه حتی په بستر کې په اړخ اوښتنه کې هم منځ ته راځي.
تر ټولو غوره علامه دا ده چې که چېرې د Pubic مفصل لپاسه فشار وارد کړل شي په دې حالت کې به درد احساس کړل شي. همدارنګه د ملا د برخې (قطنی) دردونه غوره رول لري چې اکثریت ناروغانو کې شته والی لري چې د Sacroiliac دبنددا غیږې له کبله دي.

درملنه:

په سپکو (خفیفو) پېښو کې دا لاستیک او او کلک نیونکو کالیو پواسطه چې وکړای شي حرکات محدود کړی درملنه ترسره کیږي. او همدارنګه د شدیدو پېښو لپاره د بستر استراحت توصیه کیږي. همدارنګه ښه والی به د زېږونې وروسته منځ ته راشي ښځه باید ودربدنې په وخت کې یو قوی Support واغوندي. او دا کړنه دې څو اونۍ د زېږونې څخه وروسته هم دوام ومومي. د (Young) له نظره د Lithotomy وضعیت د ناروغ لپاره ضرر لرونکی حالت ګڼل کیږي.

جراحي کړنلارې او ترضیضونه
Surgical Operations and Trauma

یوه بلاربه ښځه ښایي د څو ډوله جراحي کړنلارې تر عمل لاندې راشي په ټولیز ډول سره دغه کړنلاره دوه ډوله دي:

۱- لومړی هغه د جراحي درملنې چې د بلاربټوب د ابنارملیتی لپاره ترسره کیږي لکه بې ځایه بلاربیدنه، پلاسنتا پریویا، او ابریشیو پلاسنتا.

۲- دوهم هغه ډول جراحي درملنې دي چې حتی په هغه ښځو کې چې بلاربې نه دي ترسره کیږي. اوسنۍ برخه د دوهمې ډلې پورې اړوند تر بحث لاندې راځي چې نورې ډلې یې پخوا تر لوستنې لاندې راغلي دي.

دغه د جراحي کړنلارو سرته رسول کله ناکله شاته غورځول کیږي خو داسې جراحی حالتونه شته چې هغه هېڅکله شاته نه غورځول کیږي همدارنګه دا لږ جراحي کړنې هم د تناسلي غړو پورې اړوند دی.
هغه جراحي کړنلارې چې د بلاربټوب په لومړیو کې په تناسلي غړو باندې تر سره کیږي ښایي د

سقطونو سره مل وي او د تناسلي غړو په دننه برخه باندې مداخله کيږي. او دغه راز يو لـړ جراحـي کړنلارې دي چې د دسرويکس څخه ښکته او په بهرني تناسلي غړو تر سره کيږي په بلاربټوب دومره اغيزه نه اچوي او ښايي په نورمال ډول بلاربټوب دوام وکړي.

يو لړ جراحي حالتونه شته دي چې په بيړنی ډول جراحي تـه اړتيـا نلـري او ايجـاب کـوي د هغـوی جراحي کړنه شاته وروغورځول شي لکه د هګۍ ځالې سيستونه او نـور حالتونـه يـو لـړ جراحـی حالتونه شته والی لري چې جراحی کړنه يې په بيړني ډول بايد تر سره شي او د هغوی جراحی شـانه غورځول کيږي لکه د اپنديسيت او يا نورو د جراحی بيړنی ناروغي انسداد او نور.

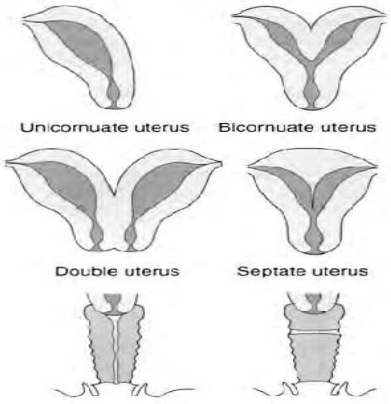
سواشکال (نیمګړتیاوې) او موضعي ناروغي
Malformation and local Disease

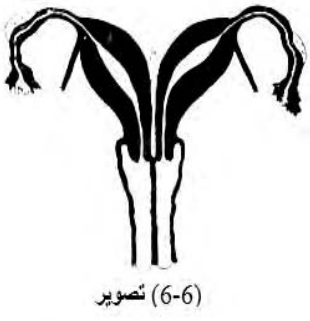
د زېږونې د کانال نیمګړتیاوې :

امبریولوژي:

د امبریولوژي له نظره رحـم او مهبـل دواړه د دوه مـولیرین قنـات mullerian.duct دیوځای کیدنی څخه ښکته څخه پورته لوری ته ترسره کېږي منځ ته راځـي او جـوړیږي. پـه هـره برخه د دغه دوه کانالونو کې که چېرې فیوژن (یوځای کېدنه) کوم ډول نشتوالی منځ ته راشي د کانال د انومالی پنوم یادیږي او دا مبریولوژیک ودې پورې اړوند ګډل کیږي.

دا به نادره خبره نه وي چې رحم په منځني برخه کې په دوه برخو وېشل شوی او په دوه ښاخونو بدل




تصویر (6-6)


تصویر (6-7)

شویوي او ورته د Uterus arcuatus نوم ورکړشوی او رحم د دوه کانالونو درلودونکی دی. پدې هلکه د (6-6)

تصویر ته پاملرنه وکړي.

رحم د دوه ښاخونو په څېر دی او مهبل هم پرده لرونکی دی او دوه کالونو په څېر یـوازې توګـه عمـل کوي. دغه دوه کانالونه د رحم د مهبل برخې ته چې د پردې پواسطه مهبل په دوه کانالونو جلا شوی او مهبل هم د دوه کانالونو او خولې په څېر ښکاري پدې هکله (6-7) تصویر ته پاملرنه وکړي چې دواړه کانالونه د ګوتو پواسطه ښودل شوېدی. دا د Vulva of uterus & duplex پنوم هم یادیږي.

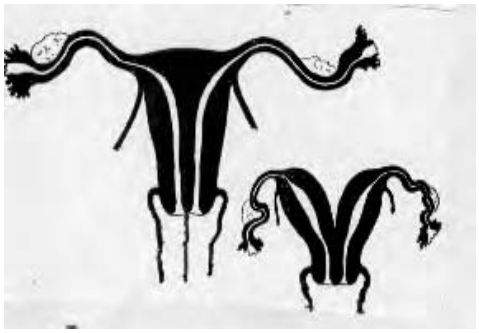
کله نا کله داسې پېښیږي چې د رحم او مولیرین قنات دواړه برخې په اندول سره وده نکـوي لـه ودې پاتې برخې کې وینه بهېدنه منځ ته راځي او اختلاطونه منځ ته راوړي او ورسره د مهبل اختلاطونه هم

منځ ته راځي لکه هماتوسلپنکس، هماتو متريا، د ښاخ تر څنګه بلارتوب منځ ته راشي ښايي دغه نيمګړتياوې د بولي سيستم د ولادي ناروغي سره مل وي.

دوه ګوني رحم او مهبلDuplex uterus & Vagina :

يو ځای کېدنه (Coitus) په نادر ډول سره تر سره کېږي ځکه چې دا لوی مهبل ته اړتيا لري تر څو يو ځای کېدنه ترسره شي وينه بهېدنه (تحيض) له دواړو ځنې راووځي خو کله ناکله ښائی له يوه يا دواړه رحمونو کې منځ ته راشي. په هره لوړې کې چې Ovum هګۍ شته والی ولري هماغه لوري بلاربېږي. د تيوري له پلوه ښايي دوه ماشومان په رحمونو کې وروزل شي. او ښايي په بيلابيلو وختونو کې زېږونه وکړي.

که چېرې په يوه لوري کې بلاربتوب شته والی ولري هغه بل لوری هم په همدې ډول سره د ډيسيدوا جوړوي لکه د بې ځايه بلاربتوب په وخت کې که چېرې بلاربتوب دوام وکړي د ډيستيدوا راوتل چې د Cast سره مل دی د تش رحم څخه داسې څرګندوي چې ښايي سقط منځ ته راتلونکی تر څو چې په فزيکي کتنه کې دوه مهبلونه او دوه رحمونه تثبيت نشي دا به تر شک لاندې وي زېږونه بعضاً په نورماله توګه وي خو لاندې اختلاطونه به ورسره مل وي لکه:

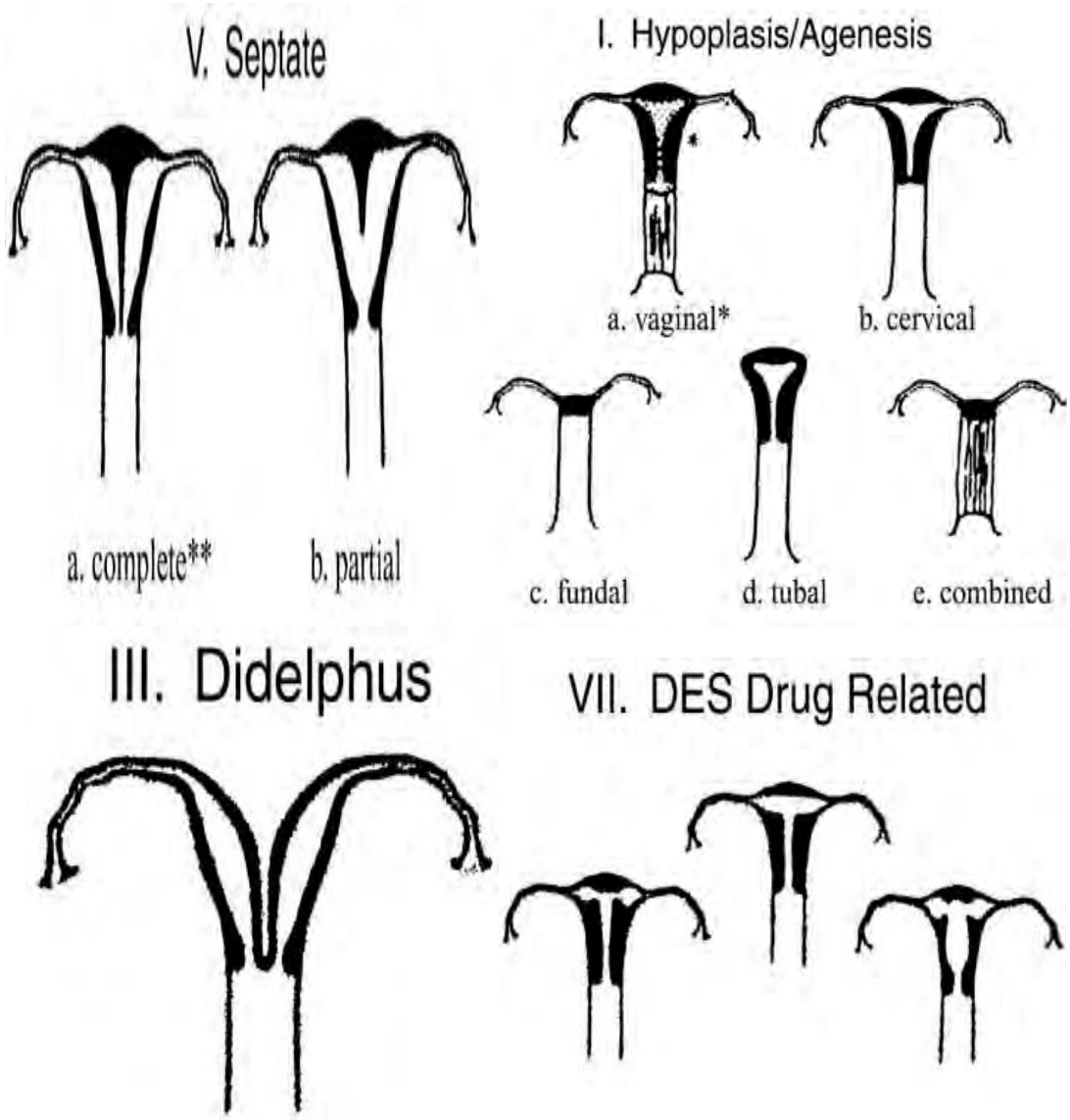


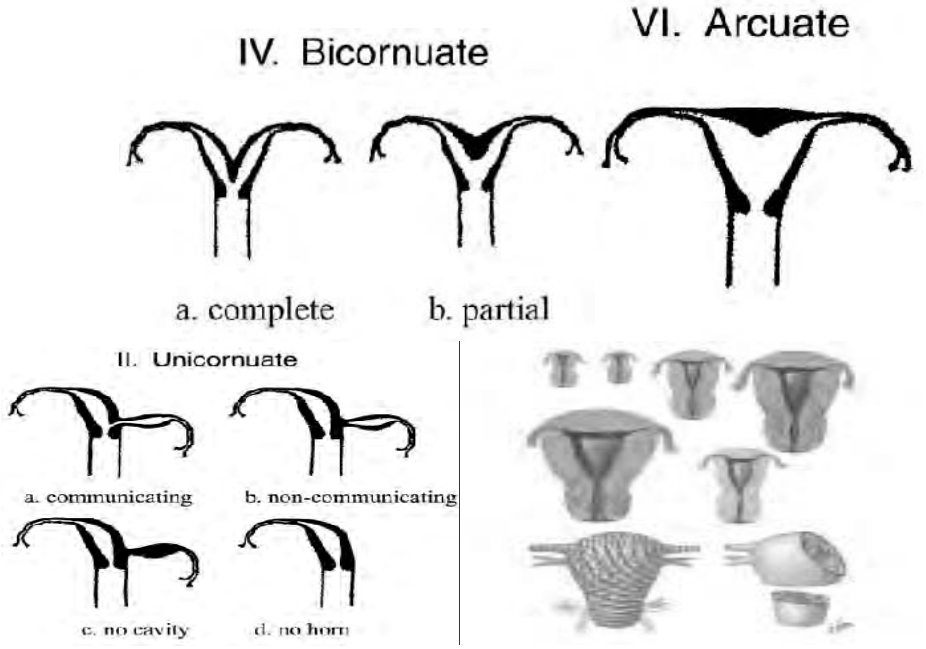
(6-8) تصوير

- ضعيف درونه يا نقلصونه (Weak pains)
- اټونی د رحم د زېږونې څخه وروسته وينه بهېدنه
- نښتې پلاسنتا (Adheren+placenta)
- هغه بل رحم چې بلارب ندی ښايي پرولايش وکړي او داسې په څرګند شي لکه چې تومور Incarcerated شوي وي په حوصله کې.
- ښايي د رحم عنق چې بلارب ندی د کوپړی سره يوځای ښکته لوري ته رابښکته او تر فشار لاندې وي.
- د ضعيف عضلاتی جدار له کبله ښايي بلارب رحم رپچر وکړي.
- همدارنګه د مهبل حجاب ښايي د يوې مانع په څېر کړنه (عمل) وکړي.
- Duplex رحم او مهبل په هکله (6-8) تصوير ته پاملرنه وکړئ. چې يو مهبل لري او بل يې د مهبل په برخه کې هم حجاب لري.

- همدارنګه د رحم Duplex ته چې Unicolis دی همدارنګه دغه حالت ته Uterus unicornis او Unicolis حالت هم ویل کېدای شي په دې هکله (6-9) تصویرونو ته پاملرینه وکړي. چې د رحم بېلابېل ډولونه او د مهبل بېلا بېل ډولونه په کې مصور شویدي.

-





(6-9) تصويرونه درحم او مهبل ولادي انومالي

د دوه ګوني رحم د بلاربتوب او زېږوني لپاره تدبيرونه:

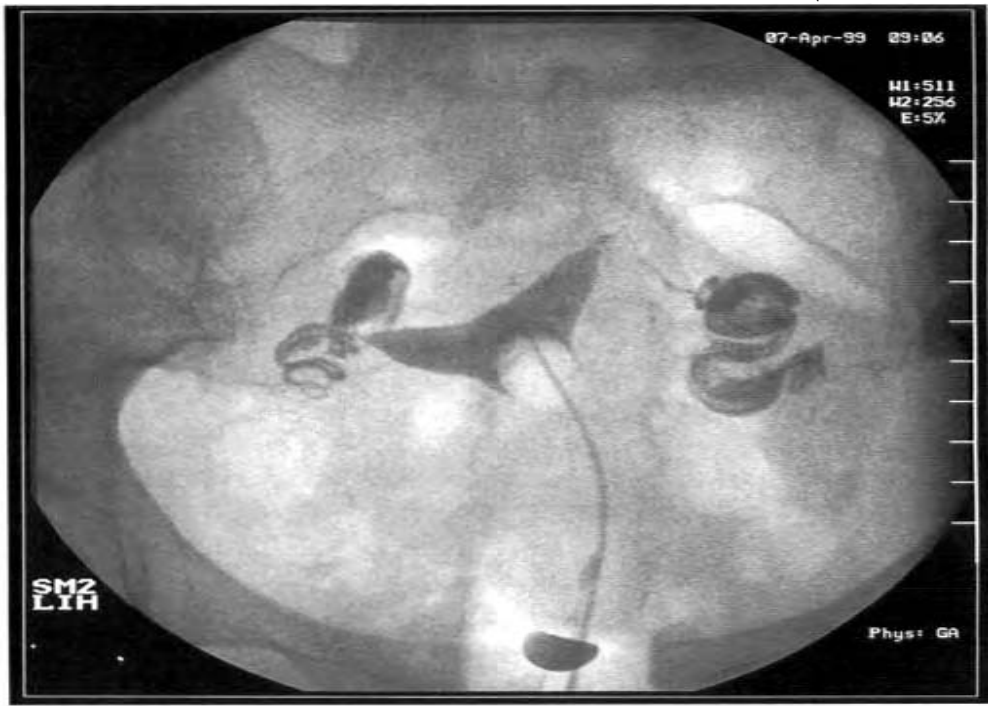
هغه ښځې چې دوه رحمونه ولري په هغوی کې بلابتوب ډېره معمول خبره ده او همدارنګه سقطونه هم په بنفسهي ډول کې منځ ته راځي.

- که چېرې دغه راز ښځې په عادتي ډول سقطونه وکړي دا ضروري ده چې اضافه لوري ته رحم او د حجاب Septum برخه د جراحي کړنلارې پواسطه ورځنې لرې کړل شي او دغه عارضه اصلاح کړل شي او د توقع وړ يو جوف د رحم جوړ کړل شي. د بلاربتوب په وخت اضافه فعاليتونه بايد لږ کړل شي په ځانګړي ډول هغه وخت چې د زېږوني رانيږدې کيږي.
- د زېږوني په وخت دې ناورغ بڼه وکړل شي او Malpresentation چې معمول خبره ده اصلاح کړل شي. ډېر زيات احتمال لري چې دغه ناروغانو ته دې د سيزارين سکشن جراحی کړنلاره تر سره شي. د دې لپاره چې رحم ضعيفه عضلي بڼه لري بايد د ناروغ زېږونه په روغتون کې تر سره شي. که چېرې زېږونه په طبيعي بڼه هم وي بايد د زېږوني په وخت کې ناروغ سره مرسته وکړل شي د زېږوني په وخت کې چېرې د مهبل او رسرويکس برخې حجاب Septum شته والی ولري هغه بايد غوڅ اوله منځه يوړل شي او په بشپړه توګه د ماشوم زېږوني وروسته بايد دغه پرده راوويستل شي.

يو ښاخي رحم پرته له ودې څخه

Rudimentary Uterin Horn

په دغه راز رحمونو کې بلاربتوب د بې ځايه بلاربتوب په څېر پېژندل کېږي. همدارنګه هغه Rudimentary رحم چې بل ښاخ ولري د هغه دواره نهايتونه ترلي وي. همدارنګه پدغه راز رحم بلاربتوب کې ګډه يا بطن لوی لوري ته لويوالی مومي او اکثراً د بې ځايه بلاربتوب په څېر پېژندل کېږي او دهمدی دنا روغ دګډې جوف درحم څخه بهر بلاربتوب او رپچر په نوم سره وازيږي. د الترا ساوند او فزيکي کتنې او همدارنګه Hysterosalpingography پواسطه ښه د پېژندنې وړ دی. درملنه يې جراحي ده چې په دې حالت کې لکه د بې ځايه بلاربتوب درملنې لپاره ګډه وازيږي کځوړه اود رحم دغه برخه غوڅېږي او ټوله دغه برخه راويستل کېږي.



د رحم دايورتيکولا:

دا راز ناروغي يوه نادره ناروغي ده چې رحم د دايو رتيکو لوم درلودونکی د رحم د بلاربتوب په وخت دايورتيکو لوم هم تثبيت شويدی چې جراحی کړنلاري وروسته دغه حالت ليدل شويدي. همدارنګه د رحم د ښاخ په برخه کې د پلاسنتا Incarceration لا هم له امکان څخه ليرې او نادره نه ګڼل کېږي.

موضعي التهابونه Local Inflammation

د فرج التهاب Vulvitis :

له دې کبله چې فرج د احتقان او راوتنې سره مخامخ او ورسره کله ناکله حوصلی فرش هم بهرته راوزی دوی دالتهابونو او ټپونو سره مخامخ کیږي پدې حالت د فرج التهاب کومه نادره خبره نده.

همدارنګه د پاکوالي لږوالي، خربه والی او د فرج د ساتنې په برخه کې د ستونزو شته والی د انتاناتو د مداخلې او اکزیما لپاره زمینه برابروي د خولې Thrush او تقیحی انتانات د ګونوریا په شمول ښایي منځ ته راشي. د کاندیلوما ناروغي ښایي د کوچنیو شونډو او Raph په برخه کې په ډېره اندازه تر سترګو کیږي. د شونډې Pudend برخه د Escherichia Coli لپاره عادتي دي او نور ارګانیزمونه لکه: ستافیلوکوک، سترپتو کوکسي هم شته والی لري.



Fig. **Herpetic ulceration of the vulva.**



Fig. **Extensive vulval warts.**

د بارتولین غدواتو التهاب Bartholinitis:

دا ناروغي بعضاً منځ ته راځي خو نه به تل مدام د ګونو کوک له کبله وي، د پیورپیریال انتاناتو له کبله د خراج Abscea د منځ ته راتګ خطر شته والی لري چې باید ورته پاملرنه وشي. په دې لړ کې د انتي بیوتیکونو ورکول لکه د پنسلین د زرق له لارې او موضعي پاکوالی غوره رول لري.







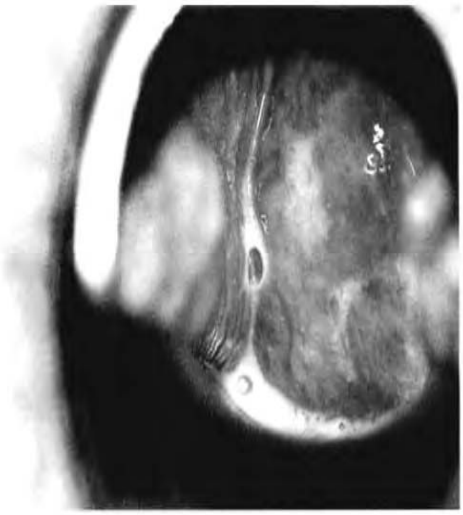


Fig. **Trichomonal vaginitis.** Note that the classical 'frothy yellow' discharge is found in only a third of cases.

د شونډو سیسټ:

د شونډو سیسټ نه منټن کېدنه یو غوره نښه ده که چېرې دغه سیسټ د زېږونې په وخت بذل کړل شي او اندازه یې کوچنی کړل دا به پدغه وخت ګڼـه وره وي د سیســټ درملنـه جراحـي ده چـې سیسټ وازیږي او د هغه جدار رویسټل کیږي او یا د Electrocuatery پواسطه یې جدار له منځ وړل کیږي.

د مهبل التهاب **Vaginitis:**

دا ناروغي نادره نده سورحیبوی حالت، پیړه موکوزا (مخاط) د فورنیکس په برخه کـې شته والی همدارنګه Vaginitis granolosa او مګر Emphysematosa Colitis شـته والـی لري.

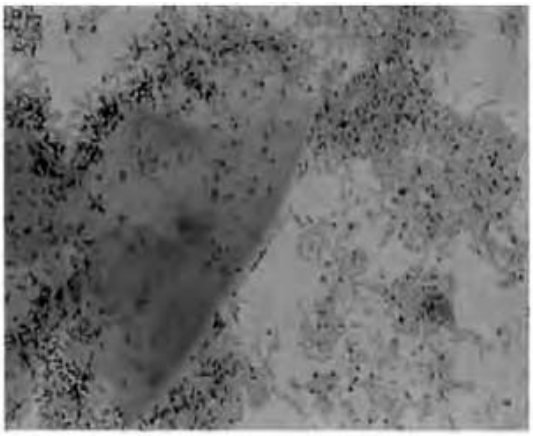


Fig. Gram-stained smear of bacterial vaginosis.

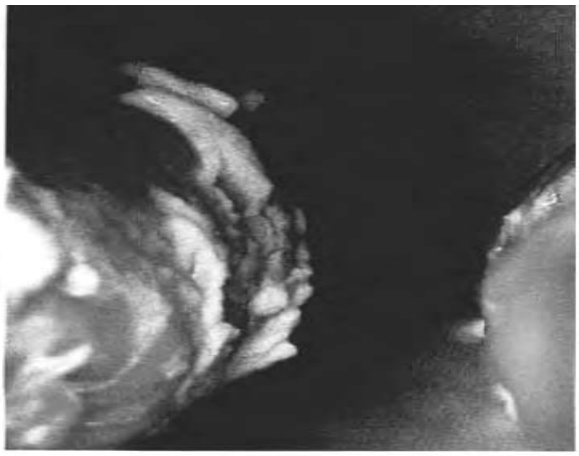


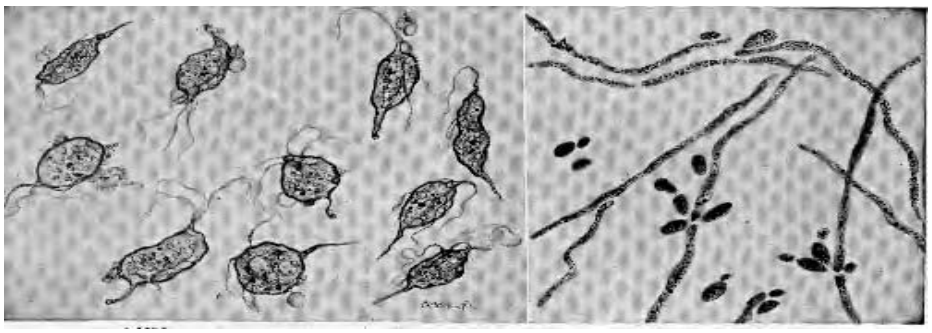
Fig. **Candidal vaginitis.**

پدې حالت کې د مهبل جدار ډک او لوی او کوچنی سیسټونه او همدارنګه د اپیټلیوم برخه به احتقاني وي. دغه اومالي په بنفسهي ډول وروسته له زېږونې څخه له منځه ځي. د دغه برخې ځنې د نمونې جوړول او کلچراتي بیوګرام او یا د لابراتوار د کتنې لپاره کېږي ور دي ښايي ترایکوموناس وحیینالیس، مونیلیا او د ګونو کوک انتانات تثبیت شي.

درملنه:

په ترایکو موناس اخته ښځه مهبل باید په تینچر ووینځي او د صابون پواسه دغه برخه پاکه وساتي، مهبل دې وساتل شي او د Acid-glucose پوډر دی پکار یوړل شي. همدارنګه په مونیلیا او تومنې (Yeast) باندې اخته ناروغان باید لکه د عادي ښځې په څېر مهبل په Junction Violetومینځل شي.

همدارنګه په ترایکو موناس او ګونوریا اخته ناروغان کله چې ښه والی وموميي د مهبل د برخې منځل د



(6-10) تصویر (6-11) تصویر

Vineger او Lactic acid د ویش (douche) پواسطه کېږي ور دی. د ترایکو موناس وجینالیس

پرازیت بڼي په (11 – 6) او د Mycelia, yeast او Candida فنګسونو ته په (11-6) تصویر کې پاملرنه وکړي.

سوزاک (ګونوریا Gonorrhea):

د ګونوریا (سوزاک) حاد حالت په ښځو کې چې بلاربې ندی او معمولاً په لومړي ځل Primigravid بلاربو کې موندل کیږي په حاد حالت کې اعراض د احلیل د فرج غدواتو او سرویکس پورې محدود پاتې کیږي د مهبل او فرج مخاطی غشا د میکروب تر تیرې لاندې راوړي په نتیجه کې شین رنګه افرازات منځ ته راځي او اګرودات بعضاً د فرج برخه پوښي همدارنګه دغه برخې کله ناکله تقرحي وي او یا د کاندیولو ماتکو پواسطه پوښل شوي وي . د مهبل جدار پیر او ګرانو لروي او حتی د لړتماش پواسطه وینه ورکوي د سرویکس برخه پرسیدلی، وعائی او ډګریدنې په واسطه زخمي کیږي. او پدې برخه کې د ګونو کوک انتان په اسانۍ سره د پیدا کېدنې وړ دي.

په مزمن ډول ګونوریا کې چې یوازې داحلیل، Skene's د غدواتو په ټیوبولونو، او د هایمن د کریت په چاپیریال، د بارتولین قناتونو او د سرویکش په برخه کې محدود پاتې کیږي کله چې په مزمن حالت کې حاد حالت منځ ته راشي د رحم دیسیدوا طبقه اخته کوي او د سقط سبب ګرځي.

په یوه احصایه کې د Bernstine پواسطه ترسره شوېدي (187) اخته ښځې چېبلاربې وي (82%) په بنفسهې ډول زېږونه کړېده او ۱۳ پېښو د وخت څخه د مخه (بې مودې) زېږونه او د ۳ پېښې د سقط منځ ته راغلې دي. چې پخپله په بلاربتوب باندې د انتان اغېزه څرګند وي ډېرې ښځې موکو پرولینت افرازات، اوګونوریا لري. او همدارنګه یو لړ ناروغه ښځې هغه وخت پېژندل شوې چې د هغوی د ماشوم سترګې د ګونوریا پواسطه تراغېزې لاندې راغلې.

همدارنګه لکه ناکله ناروغي دومره پرمختګ کوي چې ګونوریایي اندومتریت سالپنجیت Oophoritis او حتی Pelvic peritonitis منځ ته راوړي. په حادګونوریایي حالت کې د بلاربتوب په وخت د روماتیزم حالت د بندونو د بدلونونو (مړوند، زنګون او هانش) سره منځ ته راتلو سبب ګرځي او حتی د اندوکاردیت او سپټیسیمیا سبب هم ګرځېدلای شي.

پېژندنه:

د ناروغي پېژندنه دکلینیکي نښو او Smear په لړ کې د کلچر او مایکروسکوپیک کتنو ترسره ته رسولو وروسته او د ماشوم د سترګو د تر اغېزې لاندې رانګ له مخې تر سره کیږي.

درملنه:

i. په لومړي قدم کې د پېژندلو وروسته د جنسي نږدې والی Coitus څخه باید ډه ډه وکړل شي.

ii. د سلفامیدنو او انتي بیوتیکونو استعمال ډېر او رایج خبره ده.

iii. پنسلین پروکائین 2-4 میلون پوري عضلي له لارنې وورځي

iv. — کلور امفنیکول هغه درمل دی چې 2-3g د ورځې ګټه ور دی

v. — هغه ناروغان چې د پنسلین پروکائین په وړاندې حساسیت ورکوي هغوی ته Amoxicillin 2-4g د ورځې ورکول کیږي

vi. — همدارنګه اخته ناروغان د یوې ورځې لپاره 1-2gr ګرامه د Ceftriaxon انتي بیوتیک چې د سفالو سپورین له کورنۍ څخه دي د زرق پواسطه اخلي او یا وروسته له هغه د نورو درملو لکه Doxycyclin څخه 100mg د ورځې دوه ځله یوه اونی ورکول کیږي

vii. — همدارنګه Spectinomycin او Spiromycin درمل د ناروغي په درملنه کې اغیزمن درمل ګڼل شوېدی

viii. — او د Streptomycin او Aureomycin درمل هم اغیزمن دی.

ix. — د زېږوني څخه وروسته دپنسلین ومحلول پواسطه باید دمهبل برخه هر څلور ساعته وروسته ومینځل شي.

i — هغه ماشومان چې د هغوی ستړکې په دغه ناروغۍ اخته وي د Penicillin soll "1/1000" او Sol. Silver nitrat او یا Silver acetate پواسطه ومینځل شي او څو ورځې دې دغه کړنه تکرار شي.

د سرویکس ایروژن او هایپرټروفي:

د سرویکس د برخې ایروژن او هایپروټروفي منځ ته راځي چې پکې وعایی جوړښتونه په ساده ګۍ سره وینه ورکوي چې دا به دسقط د منځ ته راتلولوري ته پام یوسي. د بلاربتوب په وخت ایروژن کومې درملنې ته اړتیا نلري. که چېرې دغه حالت ډېر اووینه ورکونکې وي نو پدې حالت کې دالکټروکواټري څخه ګټه اخیستل کېدای شي.

د سرویکس د برخې پولیپ دومره نادره خبره نده که چېرې د بلاربتوب په وخت پولیپ وینه ورکړي ښه به دا وي چې غوڅ کړل شي او که چېرې وینه ورکونکی هم نه وی دمخامخ

کیدنې سره سم دی غوڅ او راوویستل شی ښه به داوې چې د بلاربتوب تر اومې میاشتې وروسته تر سره شي دغه د پولیپ غوڅول کله نا کله د انتاناتو د مداخلې خطر لري. چې د دې لپاره اوس ګڼه ور انتي بیوتیکونه ورکول کیږي.

ډیسیدوال اندومتریتDecidual Endometritis:

i حاداند ومتریت: حاد اندومتریت ښایي د جنایي او یا حتی د درملنیز سقطونو په لړ کې منځ ته راشي.

ii — مزمن اندومتریت: دا ډول لکه چې تصور کیږي هغومره په عمومي ډول معمول ندی دغه ډول یو لړ علماوو د Glandular-hypertrophic & Hyper plastic endomitritis نوم ورکړي دي او په نورمال ډول سیکلیک Cyclic بدلونو نه په رحم کې منځ ته راوړي. دغه ډول اندومتریت معمولاً د سقطونو، کانسرونو، ګونوریا او توبرکلوزس له کبله منځ ته راځي. درملنه یې د میکروبونو او علتونو د پیژندنې له مخې ترسره کیږي.

iii - Decidua Tuberosa papulosa:دا نوم د virchowنومې عالم له خوا ورکړ شوېدی دا هغه Cast دی چې د رحم له جوف څخه د سقط په وخت راوزي. غوره بدلون د Dicidua Vera په برخه کې منځ ته راځي چې پرې دی او د ننه لوري ته د یوې لویې قاعدې لرونکي لنډ توبروس استطالی پواسطه چې Pupul یا Polyp ورته ویل کیږی پوښل شوي دی. په لیتراتورونو کې داسې ویل شوېدي چې د هورمونونه او موضعي فکټورونه ددې حالت لپاره مسئول ګڼل کیږي.

iv - Hydrorrhea Gravidarum:

پوپریودیک یا متناوب ډیسچارچ چې د رنګ له پلوه، رونې Clearژیړېځن yellowish او بعضاً وینه لرونکې مایع راځي چې ورته دغه نوم ورکول کیږي. دا مایع باید له لاندې مایع سره توپیر کړل شي.

- لومړی د هغې برخې څخه چې د کوریون او امنیون تر منځ مسافه لري او له هغه مایع راځي.
- دوهم د امینوټک جوف څخه چې امنیوټیک مایع ورځنې راځي. په وصفي ډول سره د هایدرو یا افزازات د decidua vera او reflexa او متناوبه ماتېدنه د سرویکس د

مخاطي پلګ (plug) ځني په متواتر ډول بهير لري او د څاڅکو په څېر راتويږي. او همدارنګه هغه ته ورته والی لري چې د دريم ترايمستر په دوره سقط منځ ته راغلی وي.

توپيری پيژندنه:

- د واټرس د کځوړې رپچر
- د کوريون رپچر او د سب کوريون مايع راوتل په نظر کې وي.
- Vernix Caseosa ورنيکس کازيوزا فلوکولي.
- د بلاربټوب په ځنډکې Lanugo. Hairs او بعضاً ميکونيوم درملنه يې لکه د Threatened سقط په څېر ترسره کيږي.

v - د پتوجنيک باکټريا و له کبله اندومتريټ:

د Patulau cervix او د ميړه د جنسي غړي د انتاني کېدنې پواسطه د اندومتريوم اخته کېدنه منځ ته راځي. د قضيب د ننويستلو پواسطه ښايي د مهبل برخې ته د غايطه مواد ټوټه يا انتان ورننباسي. او همدارنګه هلته نفوذ وکړي. لکه د اپنديست يا التصاقي امعاوو له کبله.

د سپوغزي يا د مغبني برخې ګرانولوما Granuloma inguinal

دا د ګرا نولوما وينيروم په نوم هم يادېږي چې د زهروي ناروغيو له کبله منځ ته راځي. دا ناروغي د بهرنيو تناسلي غړو يا د پوستکي برخې ناروغۍ ده. پيژندنه د دغه ناروغي د دونوان جسمونو Donovan bodies او پتوګونومونيک حجراتو پواسطه ترسره کيږي ، يوتن عالم دتپ يا آفت له څنډو څخه مواد material راوګرول او هغه يې Wright or Giemsa د تلوين پواسطه تثبيت کړل.

درملنه:

- Faudin يا Tartar emetic پواسطه لومړی بېل شويدي
- سيزارين سکشن (C/s) که چېرې ناروغي د لارې د انسداد علت ګرځېدلی وي ناروغ ته ترسره کيږي.
- پنځه ورځې سترپتوماسين تر ټولو غوره درمل دی چې ناروغي تر کنترول لاندې راوړي.

- همدارنګه Aureomycin هم اغېزمن درمل دی دولس ورځې
- کلورامفنیکول همدارنګه اغیزمن درمل دی
- سفالوسپورینونه ډېر اغېزمن دی
- تتراسیکلینونه اغېزمنه بڼه لري

لمفوګرانو لوماونیروم Lymphogranuloma Venerum

دا هم زهروي ناروغي ده او د لمفاوي چینل برخه اخته کوي د دې لپاره باید Frei Test فري تېست ترسره شي. که چېرې د بلاربتوب لړ په کې ناروغي شدت ومومي باید ناروغ ته درملنه وشي او بلاربتوب ته دوام ورکړ شي ځکه چې بلاربتوب د ناروغي په کورس کومه اغېزه نه اچوي که چېرې د ریکتوم د برخې تضیق منځ ته راغلی وي Colostomy باید ورته ترسره شي. همدارنګه Aureomycin اغېزمن دی او کلور امفنیکول هم خاص اهمیت لري. Spiromycin او Spectinomycin په درملنه کې ورکړ شویدي.

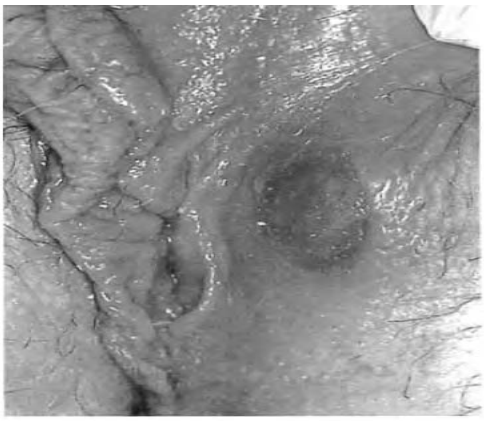


Fig. **Vulval chancre.**

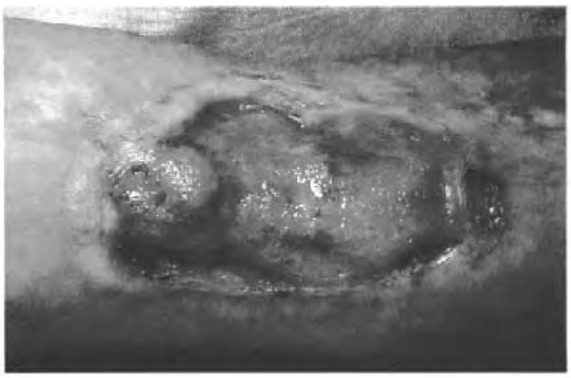


Fig. **Gumma of the leg.** Punched out ulcers classically occur in the leg, scalp and sternoclavicular area.



ig. 1 **Primary chancre of syphilis.**



Gumma of tertiary syphilis.

Book Name	Obstetric Surgery (Volume 1)
Author	Dr. Ajab Gul Momand
Publisher	Kandahar Medical Faculty
Website	www.kan.edu.af
Number	1000
Published	2012
Download	www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service **(DAAD)** with funds from the German Federal Foreign Office.

Administrative and Technical support by **Afghanic** organization.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it.

Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:
Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul
Office: 0756014640
Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936200937

Message from the Ministry of Higher Education

In the history, book has played a very important role in gaining knowledge and science and it is the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards,new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to them who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields. So, that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students.

At the end, I am very grateful to the German Federal Foreign Office, the German Academic Exchange Service (DAAD) and all those institutions and people who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am hopeful that this project should be continued and publish textbooks in other subjects too.

Sincerely,

Prof. Dr. Obaidullah Obaid

Minister of Higher Education

Kabul, 2012

Publishing of textbooks & support of medical colleges in Afghanistan

Honorable lecturers and dear students,

The lack of quality text books in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging the students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past two years we have successfully published and delivered copies of 60 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

"Funds will be made ensured to encourage the writing and publication of text books in Dari and Pashto, especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of- the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this, it would not be possible for university students and faculty to acquire updated and accurate knowledge"

The medical colleges' students and lecturers in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to update and new teaching materials are main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the critical situation of this war torn country into consideration, we need desperately capable and professional medical experts. Those, who can contribute in improving standard of medical education and public health throughout Afghanistan, thus enough attention, should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 60 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh & Kabul medical colleges. Currently we are working on to publish 60 more different medical textbooks, a sample of which is in your hand. It is to mention that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students they want to extend this project to non-medical subjects like (Science, Engineering, Agriculture, Economics & Literature) and it is reminded that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

As stated that publishing medical textbooks is part of our program, we would like to focus on some other activities as following:

1.Publishing Medical Textbooks

This book in your hand is a sample of printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is need to publish about 100 different textbooks each year.

2.Interactive and Multimedia Teaching

In the beginning of 2010, we were able to allocate multimedia projectors in the medical colleges of Balkh, Herat, Nangarhar, Khost & Kandahar. To improve learning environment the classrooms, conference rooms & laboratories should also be equipped with multimedia projectors.

3.Situational Analysis and Needs Assessment

A comprehensive need assessment and situation analysis is needed of the colleges to find out and evaluate the problems and future challenges. This would facilitate making a better academic environment and it would be a useful guide for administration and other developing projects.

4.College Libraries

New updated and standard textbooks in English language, journals and related materials for all important subjects based on international standards should be made available in the libraries of the colleges.

5.Laboratories

Each medical college should have well-equipped, well managed and fully functional laboratories for different fields.

6.Teaching Hospitals (University Hospitals)

Each medical college should have its own teaching hospital (University Hospital) or opportunities should be provided for medical students in other hospitals for practical sessions.

7.Strategic Plan

It would be very nice if each medical college has its own strategic plan according to the strategic plan of their related universities.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We assure them quality composition, printing and free of cost distribution to the medical colleges.

I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

We are very thankful to the German Federal Foreign Office & German Academic Exchange Service (DAAD) for providing funds for 90 different medical textbooks and the printing process for 50 of them are ongoing. I am also thankful to Dr. Salmaj Turial from J. Gutenberg University Mainz/Germany, Dieter Hampel member of Afghanic/Germany and Afghanic organization for their support in administrative & technical affairs.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past two years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like cordially to thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Associate Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, the universities' chancellors and deans of the medical colleges for their cooperation and support for this project. I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave all these books to be published.

At the end I appreciate the efforts of my colleagues Dr. M. Yousuf Mubarak, Abdul Munir Rahmanzai, Ahmad Fahim Habibi, Subhanullah and Hematullah in publishing books.

Dr Yahya Wardak
CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, November, 2012
Karte 4, Kabul, Afghanistan
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

Abstract

Obstetrics is an ever-changing field. Standard safety precautions must be followed, but as new research and clinical experience broaden our knowledge, changes in treatment and drug therapy may become necessary or appropriate. Readers are advised to check the most current product information provided by the manufacturer of each drug to be administered to verify the recommended dose, the new methods in surgical approaches and duration of administration, and contraindications. It is the responsibility of the licensed prescriber, relying on experience and knowledge of the patient, to determine dosages and the best treatment for each individual patient. This document is the outcome of a multi-disciplinary review of the scientific evidence for the diagnosis, prognosis and treatment of obstetrical surgical problems. The evidence is summarized in the form of a management plan and key messages that may be used to inform practice. The aim in conducting an evidence review is to facilitate the integration of the best available evidence with clinical expertise and the values and beliefs of patients.

This book has been translated from best textbooks of obstetrics those are used for the treatment patients all over the world in the majority of clinics and teaching hospitals.

The first edition of Obstetrics has the primary goals and objectives of the other edition of text books has been written in other languages': to provide the most up-to-date and relevant information in an easy-to-understand outline format for both students and residents. Basic scientific information is balanced by clinical relevance, available and influences the diagnosis and treatment / surgical management methods that allows the readers to update their knowledge prior to their board examinations , and these information are very necessary in practical work.

This edition represents information for the medical student, residents and midwifery student in Obstetrics & surgical management in Pashto language very easy to know & learn content

those whole content in (14) chapters and each chapters has it's related picture to explain the science of text. Chapters have been thoroughly updated and added syndromes and the other on recurrent pregnancy loss management, reflecting the importance these topics have to practitioners and students of obstetrics. In addition, the order of the chapters has been slightly arranged to make the order of presentation more logical.
I would like to add that in Pashto language this is the first book that has been wrote for the use of all staff they don't have the knowledge of other languages' to solve their problems during practice to make lower the mortality rate of mother & children.

Primary care trainees and practicing physicians & obstetric surgeons will find this text a useful resource for common conditions seen in ambulatory practice. Detailed information in tabular and text format provides a ready reference for selecting diagnostic procedures and recommending treatments. Advanced practice nurses and physician's assistants will also find the approach provided here a practical and complete first resource for both diagnosed and undifferentiated conditions and an aid in continuing management.

Unlike smaller medical manuals that focus on urgent, one-time approaches to a particular presenting complaint or condition, this text was envisioned as a resource for clinicians who practice continuity of care and have established a longitudinal, therapeutic relationship with their patients. Consequently, recommendations are made for immediate as well as subsequent clinical encounters.
Dr. Ajabgul Momand MD,MS

د لیکوال لنډه پیژندنه:



رنځوریار ډاکټر عجب ګل موند د ننګرهار ولایت د مومند ری ولسوالی د باسول په کلی کښی په(۱۳۴۷)لمریز کال کښی په یوه روښانفکره کورنی کښې سترګی نړی ته غړولې په کال (۱۳۵۲) لمریز کال کښی د کابل ولایت د شاه شهید (ع) لومړنی او منځنی ښونځی کښی په زده کړو پیل کړی تر کال (۱۳۶۰) پورې هلته لومړنی زده کړې پای ته رسولې او په کال (۱۳۶۴) لمریز کال کښی د کابل د حبیبې عالی لیسې څخه فارغ همدارنګه په (۱۳۷۰) لمریز کال کښی د کابل د طب انیسټیټوټ د معالجوی طب پوهنځی کښې عالی زده کړی بشپړې او په (۱۳۸۰) لمریز کال کښی د کابل د اندرآګاندی په نوم د ماشوم روغتیا انیسټیټوټ او روغتون کښی د جراحی څانګی د تخصص پروګرام سرته رسولې په بیلابیلو روغتونونو او جراحي څانګو کښې دنده پرمخ بیولې او لاهم تراوسه د ناروغانو په چوپړ کښی دي.

په پښتو، دری، انګریزی او اردو ژبو کښی بشپړ لاس لری.

نيونكي سرچيني يا مأخذونه (References):

1. **Clinical Obstetrics -The Fetus & Mother THIRD EDITION**
   Editors: E. Albert Reece MD, PhD, John C. Hobbins Norman F. Gant Jr. MD
   © First published 1992, Second edition 1999, Third edition 2007
   © Lippincott Williams & Wilkins© Lippincott–Raven Publishers
2. **Current Emergency Diagnosis & Treatment. New .edition**
   Edited by Charles's Sounders & Mary.T.Ho .
   Copyright ©1982, 1986, 1992
3. **Current Surgery Diagnosis & treatment . New edition**
   LANGE medical book .
   Copyright ©1982, 1986, 1992, 1996
4. **Current obstetrics & Gynecology .**
   Copyright ©1982, 1986, 1992, 1996
5. **DEWHURST'S TEXTBOOK OF OBSTETRICS & GYNAECOLOGY SEVENTH EDITION**
   © 2007 by Blackwell Publishing
   © 1972, 1976, 1981, 1986, 1995, 1999 Blackwell Science
6. **Danforth's Obstetrics & Gynecology, 9th Edition**
   Editors: Scott, James R.; Gibbs, Ronald S.; Karlan, Beth Y.; Haney, Arthur F.
   ©Copyright ٢٠٠٣ Lippincott Williams & Wilkins
7. **Embryo and Fetal Pathology**
   COLOR ATLAS WITH ULTRASOUND CORRELATION
   Enid Gilbert-Barness, MD, MBBS, FRCPA,FRCPath, DSci(hc), MD(hc) ## , Diane Debich-Spicer, BSTampa General Hospital, University of South Florida ,Ultrasound contributions from: Mark Williams,## MD,Kathy B. Porter, MD##,Susan Guidi, MS, RDMS>
   © Enid Gilbert-Barness and Diane Debich-Spicer 2004
8. **Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics,** Third Edition.
   Editors: Kimberly B. Fortner MD,Linda M. Szymanski MD, PhD, Harold E. Fox MD, MSc Edward E. Wallach MD
   Fortner, Kimberly B.; Szymanski, Linda M.; Fox, Harold E.; Wallach, Edward E.
   ©Copyright ٢٠٠٧ Lippincott Williams & Wilkins
9. **Medical Emberyology Text book.**
   © copyright 1992, 1996,٢٠٠٧ Lippincott Williams & Wilkins
10. **Obstetrics by Ten Teachers Sixteenth Edition ,**
    Editors: Geoffery Chamberlain MD, FRCS,FRCOG (Hon)
    Oxford University Press, USA.
    Copyright © 1995 Edward Arnold.
11. **Obstetrics and Gynaecology AN ILLUSTRATED COLOUR TEXT EDINBURGH LONDON NEW YORK OXFORD** PHILADELPHIA ST LOUIS SYDNEY TORONTO 2003
12. **Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies,** Fifth Edition
    Editors: Steven G. Gabbe, MD,Jennifer R. Niebyl, MD,Joe Leigh Simpson, MD
    Associate Editors: Henry Galan, MD,Laura Goetzl, MD, MPH harleston, South Carolina
    Eric R.M. Jauniaux, MD, PhD (International Editor),Mark B. Landon, MD
    Copyright © 2007 Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier
13. **Pediatrics (Medical Genetics), Human Genetics, Obstetrics and Gynecology,**
    and Pathology*** University of Utah Medical School
    © Enid Gilbert-Barness and Diane Debich-Spicer 2004
14. **Principles and Practice Obstetrics.**
    Original by Joseph .B . Delee MD. And By J.P. Greenhill MD.
    Copyright © 1974 & 1992,1994,1998.
15. **Principles of Obstetrics New edition**
    Edited .by Ronald M.Caplan .MD.
    Copyright © 1994, 1998, 2002