



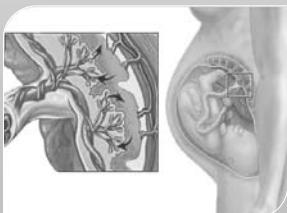
پوهنځی طب هرات



Herat Medical Faculty

AFGHANIC

کتاب ولادی



دوكټور محمد حسن فرييد

١٣٩٠



دوكټور محمد حسن فرييد

A Text Book of Obstetrics

کتاب ولادی

Dr. M. Hassan Farid

A Text Book of Obstetrics

Funded by:

DAAD

Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service



2011



ISBN 978-9936-400-62-7
9 789936 400627 ➤

Printed in Afghanistan

کتاب ولادی

دوكتور محمد حسن فريد

AFGHANIC



Herat Medical Faculty
پوهنځی طب هرات

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service

A Text Book of Obstetrics

Dr. M. Hassan Farid

Download: www.ecampus-afghanistan.org

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

کتاب ولادی

A Text Book of Obstetrics

پوهندوی دوکتور محمد حسن فرید

سال ۱۳۹۰

نام کتاب	کتاب ولادی
مؤلف	دوكتور محمد حسن فريد
ناشر	پوهنځي طب هرات
ويب سايت	www.hu.edu.af
چاپ	مطبعه شهر ، کابل، افغانستان
تعداد نشر	۱۰۰
سال	۱۳۹۰
دونلود	www.ecampus-afghanistan.org

کتاب هذا توسط انجمن همکاریهای اکادمیک آلمان (DAAD) از بودجه دولت فدرالی آلمان تمویل شده است.
امور تحقیکی و اداری کتاب توسط انجمن عمومی پرسونل طبی در کشور آلمان (DAMF e.V.) و موسسه
افغانیک (Afghanic.org) انجام یافته است.

مسئلیت محتوا و نوشتن کتاب مربوط نویسنده و پوهنځی مربوطه می باشد. ارگان های کمک کننده و تطبیق
کننده مسؤول نمی باشند.

اگر میخواهید که کتابهای تدریسی طبی شما چاپ گردد، با ما به تماس شوید:

دکتر یحیی وردک ، وزارت تحصیلات عالی، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

ای اس بی ان: ISBN: 9789936400627

تمام حقوق نشر و چاپ پیش نویسنده محفوظ است.

پیغام وزارت تحصیلات عالی

کتاب در طول تاریخ بشریت برای به دست آوردن علم و تکنالوژی نقش عمده را بازی کرده و جزء اساسی نصاب تحصیلی بوده و در بلند بردن کیفیت تحصیلات ارزش خاص دارد.

به همین خاطر باید کتب درسی با در نظر گرفتن ضروریات جامعه، معیار های ستندرد و معلومات جدید برای محصلین آماده و چاپ گردد.

ما از استادان محترم سپاسگزاریم که سالهای متتمادی زحمت کشیده و کتاب های درسی را تألیف و ترجمه نموده اند و از استادان محترم دیگر هم تقاضا می نمائیم که آنها هم در رشته های مربوطه مواد درسی را تهیه نمایند، تا در دسترس پوهنخی ها و محصلین قرار داده شوند.

وزارت تحصیلات عالی وظیفه خود میداند که برای بلند بردن سطح دانش محصلین عزیز مواد معیاری و جدید را تهیه نماید.

در اخیر از ادارات و اشخاصیکه زمینه چاپ کتب درسی را مهیا ساخته اند، بالخصوص از وزارت امور خارجه آلمان، مؤسسه DAAD و داکتر یحیی وردک تشكر میکنم و امیدوارم که این کار سودمند ادامه و به بخش های دیگر هم گسترش یابد.

با احترام

قانونپوه سرور دانش

سرپرست وزارت تحصیلات عالی، کابل، ۱۳۹۰

چاپ کتب درسی و پروگرام بهبود پوهنخی های طب

استادان گرامی و محصلین عزیزا!

کمبود و نبود کتب درسی در پوهنتون های افغانستان از مشکلات عمدی به شمار میرود. محصلین و استادان با مشکلات زیاد روبرو هستند، انها اکثراً به معلومات جدید دسترسی ندارند، از کتاب ها و چیپتر هایی استفاده نمایند که کهن و در بازار به کیفیت پایین فتوکاپی میگردد.

برای رفع این مشکلات در دو سال گذشته ما چاپ کتب درسی پوهنخی های طب، پوهنتون ها را شروع و تا اکنون ۶۰ عنوان کتب درسی را چاپ و به تمام پوهنخی های طب افغانستان ارسال نمودیم.

این در حالی است که پلان ستراتیژیک وزارت تحصیلات عالی (۲۰۱۴-۲۰۱۰) کشور بیان می دارد:

« برای ارتقای سطح تدریس، آموزش و آماده سازی معلومات جدید، دقیق و علمی برای محصلان، باید برای نوشتن و نشر کتب علمی به زبان دری و پشتو زمینه مساعد گردد. برای رiform در نصاب تعلیمی ترجمه از کتب و مجلات انگلیسی به دری و پشتو حتمی و لازمی میباشد. بدون امکانات فوق ناممکن است تا محصلان و استادان در تمامی بخش ها به پیشرفت های مدرن و معلومات جدید زود تر دسترسی بیابند.»

در سال ۲۰۱۱ میلادی ۳۳ کتاب درسی را از پوهنتون طبی کابل (۹ عنوان) و از پوهنخی طب ننگرهار (۱۳ عنوان)، کندهار (۷ عنوان) و هرات (۴ عنوان) جمع آوری و چاپ کردیم که یک نمونه آن در اختیار شما میباشد.

به اثر درخواست پوهنتون ها و وزارت تحصیلات عالی افغانستان می خواهیم، این پروگرام را فعلاً به پوهنتون ها و پوهنخی های دیگر هم توسعه دهیم.

اینکه مملکت ما به دوکتوران ورزیده و مسلکی ضرورت دارد، باید به پوهنخی های طب توجه زیادتر شود.

از آنجاییکه چاپ نمودن کتب درسی یک پروژه پروگرام ما بوده، بخش های کاری دیگر ما بطور خلاصه اینها باشند:

۱. کتب درسی طبی: کتاب که در اختیار شما است، نمونه ای از فعالیت های ما میباشد. ما میخواهیم که این روند را ادامه دهیم تا بتوانیم در زمینه تهیه کتب درسی با پوهنتون های کشور همکاری نماییم و دوران چیتر و لکچرنوت را خاتمه بدیم.

۲. تدریس با میتد جدید و وسائل پیشرفته: در سال ۲۰۰۹ پوهنهای طب بلخ و ننگرهار دارای یک پایه پروجیکتور بود و زیادتر استادان به شکل تیوریکی تدریس می دادند. در جریان سال ۲۰۱۰ توانیستیم در تمام صنوف درسی پوهنهای طب بلخ، هرات، ننگرهار، خوست و کندهار پروجیکتورها را نصب نماییم.

۳. ماستری در طب بین المللی در هیدل برگ: در نظر داریم که استادان بخش صحت عامه پوهنهای طب کشور را به پوهنتون هیدل برگ کشور جرمنی برای دوره ماستری معرفی نماییم.

۴. ارزیابی ضروریات: وضعیت فعلی (مشکلات موجوده و چلنجهای آینده) پوهنهای طب باید بررسی گردد و به اساس این بررسی به شکل منظم پروژه های اداری، اکادمیک و انکشافی به راه انداخته شود.

۵. کتابخانه های مسلکی: باید در تمام مضامین مهم و مسلکی کتب به معیار بین المللی به زبان انگلیسی خریداری و به دسترس کتابخانه های پوهنهای طب قرار داده شود.

۶. لابراتوارها: در پوهنهای طب کشور باید در بخش های مختلف لابراتوارها وجود داشته باشد.

۷. شفاخانه های کدری: هر پوهنهای طب کشور باید دارای شفاخانه کدری باشد و یا در یک شفاخانه شرایط برای تربینیگ عملی محصلین طب آماده گرددند.

۸. پلان ستراتیژیک: بسیار مفید خواهد بود که هر پوهنهای طب در چوکات پلان ستراتیژیک پوهنتون مربوطه خود دارای یک پلان ستراتیژیک پوهنهای باشد.

از تمام استادان محترم خواهشمندیم که در بخش های مسلکی خویش کتب جدید نوشته، ترجمه و یا هم لکچرنوت ها و چپت های خود را ایدیت و آماده چاپ نمایند. بعداً در اختیار ما قرار دهنده، تا به کیفیت عالی چاپ و به شکل مجانی به دسترس پوهنخی های مربوطه، استادان و محصلین قرار داده شود.

همچنان در مورد نقاط ذکر شده پیشنهادات و نظریات خود را به ادرس ما شریک ساخته، تا بتوانیم مشترکاً در این راستا قدم های مؤثرتر را برداریم.

از محصلین عزیز هم خواهشمندیم که در امور ذکر شده با ما و استادان محترم همکاری نمایند.

از مؤسسه DAAD (همکاری های اکادمیک آلمان) تشکر می نمایم، که مصرف چاپ یک تعداد کتب و پروجیکتورها را به عهده گرفت و از پروگرام کاری ما حمایت نموده و وعده همکاری های بیشتر نموده است. از انجمن چتری دوکتوران افغان در کشور آلمان (DAMF) و موسسه افغانیک (Afghanic) (تشکر میکنم که در امور اداری و تحقیکی چاپ کتب با ما همکاری نمودند).

در افغانستان در پروسه چاپ کتب از همکاران عزیز در وزارت محترم تحصیلات عالی، سرپرست وزارت تحصیلات عالی قانونپوه سرور دانش، معین علمی وزارت تحصیلات عالی پوهنوال عثمان بابری، معین اداری و مالی پوهاند صابر خویشکی و روسای پوهنتون ها، پوهنخی ها و استادان گرامی متشرکم که پروسه چاپ کتب تدریسی را تشویق و حمایت نمودند.

دکتر یحیی وردگ، وزارت تحصیلات عالی

کابل، ۲۰۱۱ م ، دسامبر

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

فهرست مطالب کتاب ولادی

صفحه

۱	(Fertilization and Embedding of Ovumz	۱	القاح و غرس بیضه ملقحه
۴		۱.	انکشاف و تکامل پلاستنا، حبل سروی واغشیه
۸		۲.	ابنار ملیتی های پلاستنا و جبل سروی
۱۳		۳.	تغیرات فزیولوژیک در جریان حاملگی
۲۰		۴.	تشخیص حاملگی (Diagnosis of pregnancy)
۲۴	History and clinical Examination	۵.	تاریخچه و معاینات کلینیکی
۳۶		۶.	اهتمامات دوران حاملگی (Antenatal care)
۴۶	Ultrasound in Obstetrics	۷.	کاربرد سونوگرافی در حاملگی
۵۹		۸.	مشاوره های جنتیکی (Genetic Counseling)
۶۴		۹.	آناتومی حوصله (Anatomy of the pelvis)
۷۰		۱۰.	آناتومی قحف جنین (Anatomy of Foetal skul)
۷۸		۱۱.	ولادت نورمال و میکانزم ولادت
۹۰		۱۲.	دوره نفاسی نورمال
۹۶	Antepartum haemorrhagea	۱۳.	خونریزیهای دوران حاملگی
۱۰۸	(Polyhydramnios & oligohydramnios)	۱۴.	پولی هیدرامنیوس و اولیگو هیدرامنیوس
۱۱۴		۱۵.	حمل های چندگانه (Multiple pregnacy)
۱۲۳	(Pregnancy induced Hypertension)	۱۶.	فرط فشارخون ناشی از حاملگی
۱۳۱		۱۷.	اکلامپسی (Eclampsia)
۱۴۱		۱۸.	ابنار ملیتی اعضای حوصلی با حمل
۱۴۹	(Malposition of Foetal Head)	۱۹.	وضعیت های معیوبه رأس طفل
۱۵۵		۲۰.	اعتلال حوصلی (Breech Presentation)
۱۶۹	(Transvers & Oblique Lie)	۲۱.	قاراهای مستعرض و منحرف
۱۷۳	(Face and Brow Presentation)	۲۲.	(اعتلال وجهی و ابرو)
۱۸۰	Cord Presentation& Cord prolapse	۲۳.	اعتلال های حبل سروی و پرولاپس حبل سروی
۱۸۶		۲۴.	ولادت قبل الميعاد (Prematurity)
۱۹۳		۲۵.	Postmaturity

۱۹۹	Dysmaturity	.۲۶
۲۰۵	ادویه اوکسیتوسین (Oxytocics)	.۲۷
۲۱۳	تحریک ولادت (Induction of Labour)	.۲۸
۲۱۸	انومالی فعالیت رحمی یا عملکرد غیر نورمال رحم	.۲۹
۲۲۲	ولادت طولانی (Prolonged laboure)	.۳۰
۲۳۰	ولادت انسدادی (Obstructed labour)	.۳۱
۲۳۴	ترضیضات و جروحات طرق تناسلی (Traumatic lesions at genital tract)	.۳۲
۲۴۳	خونریزی های بعد از ولادت (P.P.H)	.۳۳
۲۵۲	تب دوران نفاسی	.۳۴
۲۶۱	سایکوز دوره نفاسی (Puerperal Psychosis)	.۳۵
۲۶۵	بررسی قلب جنین (Feetal Monitoring)	.۳۶
۲۷۳	احیاء و معاینه طفل نوزاد	.۳۷
۲۸۰	انومالی های ولادی (Congenital Malformation)	.۳۸
۲۸۳	تعذی طفل (Infant Feeding)	.۳۹
۲۸۹	استفراغات حاملگی (Vomiting in Pregnancy)	.۴۰
۲۹۳	کم خونی همراه حاملگی (Anemia with pregnancy)	.۴۱
۳۰۵	امراض قلبی و حاملگی	.۴۲
۳۱۲	دیابت همراه حمل (Diabetes With Pregnancy)	.۴۳
۳۲۳	توبرکلوز و حاملگی	.۴۴
۳۲۸	انتانات ویروسی در حاملگی (Viral Infection in Pregnancy)	.۴۵
۳۳۴	زردی با حمل (Jaundice with pregnancy)	.۴۶
۳۴۵	عدم توافق (Rh) فکتور (Rhesus isoimmunisation)	.۴۷
۳۵۴	نقل الدم و تشوشات تحشری خون	.۴۸
۳۶۳	مرض ایدز و حاملگی	.۴۹
۳۶۹	مرگ داخل رحمی (I.U.D).Intra Uterin Death	.۵۰
۳۷۵	تربيهء دايه های محلی	.۵۱
۳۸۰	امبولانس سیار ولادی	.۵۲
۳۸۶	عملیات های ولادی (Obstetrics Operation)	.۵۳
۴۰۶	احصایه های حیاتی (Vital Statistic)	.۵۴

راجع به مولف

پروفیسور خانم الطاف یک داکتر لائق ، کاملاً فعال، خستگی ناپذیر و ایثارگر بوده، که همیشه سعی نموده است تا دانش مسلکی خویش را وقف اصلاح و بهینه سازی در عرصه خدمات صحی برای مادران نماید. تلاش های متعدد وی، پیشرفت های غیر قابل تصور و خیالی را به واقعیت مبدل گردانیده است. وی در رابطه به تدبیر و ۶فایوی ولادی بین جامعه انان، تلاش های قابل قدری انجام داده است. برای رسیدن باین هدف، موصوف در یکی از مناطق دور افتاده و تجرید شده با شرائط حفظ الصحی فرق العاده پائین و نامطلوب بنام **فیصل آباد داخل اقدام** شده و بکمک دانش مسلکی و همکاری نزدیکش با موجودیت منابع و امکانات ناچیز و محدود در دوره گذشته تغییر قابل ملاحظه و برجسته ای را بوجود آورده است. بطور مثال در مسکونیں ناحیه **Sulum** که وفیات مادری همیشه در بلند ترین سطح بوده است دراثر توجه وی و همکارانش جهت پائین آوردن سطح معیوبیتها و وفیات به موقوفیت های شگرفی نائل شده است. نامبرده دوره های آموزشی **T.B.A** (دایه های تربیه شده) را ایجاد نموده، که این عمل در ابتدا حتی برای هم مسلکانش مضحك به نظر می رسد و بطور کنایه امیزی این عمل وی را غیر ممکن و غیر موثر تلقی می کردند.

مولف در سال ۱۹۴۲ تولد شده و از میدیکل کالج نشر ملتان در ۱۹۶۶ بدرجه **MBBS** فارغ التحصیل شده است. سپس وی جهت ادامه تحصیلات عالی خویش برای مدت ۵ سال به انگلستان رفته است و به درجه **D.R.C.O.G** در سال ۱۹۶۲ و **M.R.C.O.G** در سال ۱۹۷۲ از پوهنتون ولادی نسائی رویال لندن موفقانه فارغ شده است. در سال ۱۹۸۷ وی به عنوان بهترین **F.R.G.O.F** مورد تمجید و تقدیر قرار گرفته است. وی در سال ۱۹۷۴ به صفت پروفیسور دیپارتمنٰت ولادی نسائی فاکولته طب پنجاب و **فیصل آباد** مقرر و تاسال ۱۹۸۰ ایفای وظیفه کرده است . موصوف در پهلوی فعالیت‌های خسته کننده تدریسی خویش، بطور فعالانه در نوشتن کتب متعدد اقدام نموده است . فعالیت های موصوف و سائر دوستان وی ، روی اهداف ایده آلی اش بیشتر بالای نکاتیکه ضروری و عملی اند استوار میباشد. نامبرده سعی نموده تا سطوح ناهموار رسیدن با هدف را با یکجا نمودن احساس وظیفه انسانی و ملی اش عالمانه طی نماید. او در سال ۱۹۷۷ یک جزوء مفید را در رابطه به دوره های آموزشی **T.B.A** تالیف نموده که سپس در سال ۱۹۸۹ تجدید چاپ و **UP DATE** شده است. در سال ۱۹۸۵ لکچرنوت های ولادی نسائی تهیه شده توسط وی چاپ و نشر گردیده که بعداً در سال ۱۹۸۸ بصورت یک **TEXT BOOK** معتبر و **UP DATE** به چاپ رسیده است . موصوف در حدود ۳۰ مقاله تحقیقی- علمی

پروگرام تنظیم خانواده، تعلیمات صحی برای بلند بردن سطح آگاهی جامعه علاقه و افراد داشته و دارد وی توانسته است تا وظایت مادری را به تلاش های منظم و پیگیر خود بوسیله آموزش T.B.A ها ایجاد و تاسیس O.F.S (امبولانس سیار مجهر با وسائل طبی) صریحا کاهش مطلوب دهد. عطف توجه و علاقه خاص نامبرده در تعقیم سازی بستن تیوب ها از طریق مهبل (Vaginal tubectomy)، عقیم سازی بدون جراحی با Quinacrin ، ترمیم فیستول های بولی مهبلی (V.V.F) و اهتمامات تداوی اکلامپسیا بوده است. در هنگام ریاست و سرپرستی انجمان خیر یه حمایه طفل و مادر شهکار عمده وی کاهش غیر قابل باور و فیات مادری در ساحت کاری موصوف میباشد اما او به این دست آورد قانع نبوده و آرزو دارد تا تلاش هایش را مضاعف نموده و پروگرام مشابه در سائر نقاط کشورش عملی شود. سعی و تلاشش در تامین صحت مادران یک و جیبه ملی، طبی مذهبی برای وی قبول شده است و چون وی نیز یک مادر است، لذا عظمت و شکوهمندی مادر رانیز به خوبی در ک نموده است. یکی از رویا های وی زمانی است که دیگر مادری از سبب حمل و ولادت نمیرد و امیداست که روزی این رویا هایش به حقیقت به پیونددند.

معتبر و اساسی که در مجلات و زورنال های معتبر طبی ملی و بین المللی نشر گردیده اند دارد. او در بسیاری از کنفرانس های ولادی نسائي ملی و بین المللی اشتراک نموده و مقالات متعددی را رائه نموده و افتخارات بیشمار و چشمگیری را برای وطنش کماهی کرده است. نامبرده مخصوصاً به حمایه طفل و مادر و تامین صحت آنها بوسیله

مقدمه‌ء چاپ دوم مؤلف

نتایج بدست امده از تحقیقات مدرن و پیشرفته عصر حاضر، انقلابی را در عرصه خدمات طبی خصوصاً در بخش ولادی ایجاد کرده است. جمع اوری و بحث درباره تحقیقات علمی جدید، جهت نوشن یک Text Book کاری است بس مشکل . اهمیت طابت ولادی را در یک جامعه و مخصوصاً در کشورهای روبانکشاف مانند کشورما نمیتوان نادیده گرفت سویه بلند ولادت ها معیوبیت ها و وفیات مادری و نوزادی در پاکستان به عنوان یک پرابلم عمدۀ تلقی گردیده که در اثر آن بسیاری از خانم هابکام مرگ کشانیده میشوند و این یک موضوع کاملاً ناگوار برای جامعه است همه اینها مربوط به دانش ناکافی بیسواندی فقدان تسهیلات صحی قابل دسترس عدم موجودیت وسائل ترانسپورتی منظم و بموقع تردید و دودلی در مورد تطبیق میتودهای تنظیم خانواده و بیشتر از همه عدم همکاری مردان در زمینه میباشد.

در طول سالها مؤلف دریافته است که تحقیقات غیر واقعی در رابطه به تدایر و قایوی ولادی در کشورهای روبانکشاف رول عمدۀ را در رابطه به صحّت مادران بازی نموده است. کورس های آموزش T.B.A بلند بردن سطح آگاهی جامعه در رابطه به صحّت طفل و مادر پروگرام های تنظیم خانواده تاسیس OFS خدمات مجانية در شفاخانه سروی و فیات مادری از اثر ولادتهای خانگی و میتنگ های که بارتباط مرگ و میر مادران در کمپ ها راه اندازی شده است تمام این اهتمامات یک رول عمدۀ و با ارزش را در کاهش معیوبیت ها و وفیات مادری، نوزادی و تعداد تولدات در سومین شهر بزرگ پاکستان یعنی فیصل آباد داشته است. او میگوید : بعد از جمع آوری لکچر نوت های ولادی در سال ۱۹۸۵ و اتمام یعنی نوشن ۱۹۸۸ Text Book ولادی در سال تازی تصمیم گرفتم تا از تجدید نظر کتاب صرف نظر نمایم ، ولی انتقاد پیهم و فشرده خواننده ها مرا مجبور ساخت که این مسئولیت خطیر و دشوار را تکرارا پذیرا شوم.

تغیرات محسوس و قابل ملاحظه در کتاب به شمول تجدید علمی محتويات ان بوجود آورده شده ، لامن حفظ و نگهداشت نسخه اصلی آن رعایت شده است. در پهلوی سائر اصلاحات ایجاد یک بخش جدا گانه در رابطه به مشاوره جنیتیکی انتانات و ایرل و حاملگی سوء تشکلات ولادی حاملگی و AIDS T.B.A OFS تربیه شده و با آن علاوه شده است . دو موضوع اخیر الذ کر. مخصوصاً مورد علاقه من میباشد. تصاویر جدید و تازه ایجاد و تصاویر کهنه شفاف تر و واضحتر گردیدند. در این کتاب سعی بعمل آمده تا دانش مسلکی در قالب جملات قابل فهم و اسان آورده شود، تا بیشترین تعداد محصلین طب از آن استفاده نمایند هم چنان این کتاب تمام

نیازمندیهای دوکتوران جوان و حتی با تجربه و متخصص را با فراهم آوری دانش اساسی در رابطه به مسلک ولادی فراهم نموده است.

افتخار دارم که وظیفتاً از انده اشخاصیکه طور فعالانه با من همکاری نموده و تالیف این کتاب را ممکن ساخته اند اظهار شکران و سپاس نمایم. مخصوصاً از دوکتور ذقم صمیم ممنون و سپاسگزارم، زیرا همکاری وی در چاپ و نشر این کتاب سبب گردیده تا رویاهای من به حقیقت مبدل گردد.

با استفاده از فرصت احترامات بی شائبه خود را خدمت همکاران عزیزم هر یک داکتر محمود الیم که برای تجدید فصول مرگ داخل رحمی جنینی ولادت های طولانی و حاملگی بادیابت داکتر ذقم صمیم برای تهیه تاریخچه و معاینات کلینیکی، تشخیص حاملگی، مراقبت های قبل الولاده، زردی باحمل ، داکتر محمد مستانسر برای O.F.S T.B.A تهیه و تغذیه نوزادی داکتر صولت نواز برای تهیه اولتراسوند در ولادی ، داکتر رضوانه رضوی برای تهیه حاملگی های چند گانه، داکتر شفیق احمد برای تهیه سوء تشکلات ولادی و نظارت جنینی ، داکتر مسерт خلیل برای تهیه حاملگی و توبرکلوز داکترس زاده پروین برای تهیه حاملگی و AIDS تقدیم نموده و سپاس فروان از ایشان دارم.

هم چنان تشکرات مزیدم را خدمت دوکتور کامران بوت، داکتر سمینه بهاتی، داکتر منور حیات، داکتر عارف محمود و سائر همکارانم در دیپارتمنت ولادی نسبت همکاری بی شائبه شان با من، ابراز میدارم. من می خواهم از آقای محمد اکرم تایپست تند نویسم که باز حمت فراوان خط نا قابل و غیر خوانای بنده را به شکل یک سند خوانا و قابل قبول در آورده است مشخصاً اظهار امتنان نمایم.

هم چنان از شوهرم داکتر بشیر احمد که مانند همیشه عمدۀ تربیت پشتیبان و مشوق من بوده و از اطفالم که یکبار دیگر با صبری شائبه شان مرا در تکمیل این پژوهه کمک نموده اند، جهانی را ابراز امتنان نمایم. این قضایت را به خوانندگان محترم میگذارم که تاچه اندازه در رسیدن به هدف تکمیل یک Text book قابل فهم مفید و جامع ولادی موفق بوده ام. بهر صورت انتقادات سالم و مثبت و پیشنهادات دوکتوران و محصلین عزیز طب را استقبال می نمایم.

پروفسور خانم الطاف بشیر مارچ ۲۰۰۱

مقدمه مترجم

سالهای متتمادی آرزو داشتم که از طریق نوشتمن، ترجمه و یا گردآوری از کتب، جرائد و مجلات علمی بتوانم کتابی را در بخش های مسلکی و تخصصی ولادی و نسائی تهیه و بدسترس محصلین عزیز دوکتوران جوان و حتی دوکتوران سابقه دار قرار دهم. خوشبختانه که بعد از جستجوی زیاد موفق به دریافت A Text book of obstetric تالیف پروفیسورخانم الطاف بشیر شدم که بعد از مطالعه کتاب را محتوى مطالبي در یافتم که بصورت اختصار ارزش آنرا بیان میدارم.

۱- توسط پروفیسور معروف ساحهء ولادی نسائی که تحصیلات عالی اش را به انگلستان سپری کرده و Phd گرفته است تالیف شده است.

۲- موضوعات متن کتاب با ساس پتولوژی ممالک جهان سوم تهیه شده است که خیلی ها به پتولوژی مملکت ما نزدیک و با شرائط عینی ما سازگاری دارد.

۳- مطالب به صورت فشرده بامفاهیم عالی و بسان انگلیسی سلیس و قابل فهم تحریر شده است.

۴- مطلب آن Up date بوده و بمعیار ات علمی کاملاً هم خوانی دارد.

۵ ارزش و اهمیت علمی آن توسط دنفر پروفیسور معروف و نامدار پاکستان تائید و تمجید شده است با در نظر داشت این واقعیت ها تصمیم ترجمهء آنرا گرفتم، که خوشبختانه با واقع یعنی اعضای شورا های علمی پوهنچی طب و پوهنتون هرات تائید و بعد از تائیدی پوهنتون طبی وقت پوهنتون کابل اقدام به این عمل نمودم. که تشکرات عمیق خودرا از این فرزا نگان دارم.

من در ترجمهء این کتاب سعی کامل بعمل آوردم که جملات و متن آن با منتهای امانت داری، به شکل قابل فهم، بسان دری مروج در طبایت افغانستان عزیز ترجمهء مناسب نموده، خوانا بودن، حفظ معانی و درک مطالب را از وظائف اولی و مقدم خویش دانستم، کتاب مذکور حاوی تمامی موضوعاتی است که در پراکتس ولادی ارزش علمی و عملی دارند که در مقدمهء موء لف بحث شده است و ضرورت به توضیح بیشتر ندارد. این کتاب سالهای متتمادی میتواند جوابگوی سوالات که در بخش ولادی طرح میشوند باشد. از خدای تواناستدعا دارم که استعداد، ظرفیت و توانائی علمی دست اند کاران و آموزگاران ساحهء تدریس را بحدی توانائی به بخشند، که بتوانیم در همچو ساحت مصدر خدمتی شده و آثار علمی دست اول را بجهانیان پیشکش نمائیم

در اخیر وظیفه خود میدانم تا از استاد گرامایه و بزرگوار پروفیسور چراغ که مشعل راه من بودند ابراز سپاس و امتنان نمایم و در زمینه جا دارد تا از هیئت محترم رهبری پوهنتون هرات که در راه گسترش دانش علمی از هیچگونه سعی و تلاش درین نورزیده و نمیورزند و همچنین هیئت محترم رهبری وزارت محترم تحصیلات عالی و بویژه آمریت محترم نشرات و بخصوص محترم متخصص صاحب یحیی وردک که در طبع و نشر کتاب هذا همکاری بیشانه نموده اند اظهار قدر دانی نمایم **پوهندهی الحاج دوکتور محمد حسن (فرید)**.

بآرزوی افغانستان

آزادوسبلند.

القاح و غرس بيضه ملقة Fertilization and Embedding of Ovum

القاح عبارت از يكجا شدن Ovum با Spermatozoid در قسمت Ampullas تيوب مي باشد .
 بعداز تبیض (Ovulation) تخمه يا Ovum توسط حرکات Ciliary فمیريا از فوهه بطنی بداخل تيوب می رسد، نهايات Fimbria در زمان تبیض به تحمدان تقرب کرده و از طرف دیگر منی يا Semen در وقت مقاربت در مهبل می ريزد. اسپرم ها از طریق رحم به داخل تيوب ها حرکت می کنند. مدت زمانی که سپرم میتواند در طرق تناسلي زن زنده باقی بماند ۲۴ ساعت میباشد و Oocyte نیز در طرف ۱۲ - ۲۴ ساعت بعد از تبیض اگر القاح صورت نگیرد از بین میروند. در هر مقاربت مقدار ۳۰۰-۳۰۰ میلیون اسپرم به طرق تناسلي زن میریزد ، که از آنجمله تنها ۵۰۰-۳۰۰ عدد به ناحیه Fertilization می رسد و تنها يك اسپرم برای القاح کفايت می کند، دیگر اسپرم ها در عملیه القاح و نفوذ اسپرم القاح کننده از اولین مانع محافظتی تخمه، عملکرد خود طبقه Corona به سپرم و انزایم های طبقه مخاطی نفیرها رول دارند. ابتدا سپرم با Zona pellucida تماس قائم نموده و آنرا فوراً سوراخ می کند. قابلیت نفوذیه Oocyte در اثر فرستیکه اسپرم به تماس غشای Oocyte آمد هر دو به هم دیگر آمیخته یا يكجا شده و هسته Segmented را میسازد. حجره بدست آمده بنام زایگوت (Zygot) یاد شده که دارای ۴۶ کروموزم میباشد. بعد از تشکل segmented Nucleus، زایگوت شروع به تقسیمات نموده و يك کتله سخت از حجرات را میسازد که بنام Morula یاد میشود. با پیشرفت و تیره رشد ، در بین Morula جوفی بوجود آمده که آنرا Blastocyst می نامند. تا این مرحله از تکامل زایگوت هنوز هم در بین تيوب قرار دارد، تا رسیدن زایگوت بداخل رحم مدت ۵ روز را در بر میگيرد. حجرات خارجی Blastocyst تروفوبلاست ها را میسازند، که وظیفه آن غرس Ovum بداخل Decidua رحمی میباشد. تروفوبلاست ها اپیتل Decidua را تخریب و هضم نموده و زایگوت در ضخامت Decidua غرس میشود و در استرومای بین غدوات اندومتریل که توسط تخمه در حال رشد به يکطرف رانده شده مدفون میگردد.

اویه مادر توسط تروفوبلاست ها تخریب شده و خون مادر در اطراف Ovum جاری میشود. در Inner cell mass که در آن تکامل جنین طرح ریزی می شود، بداخل بلاستوسیست دو جوف کوچک بوجود می آید که يكی Amniotic sac بوده و با مایع مملو میباشد . دیگری Yolk sac است. ساقه بین این دو جوف بنام Embrionic plate یاد شده که در آن جنین اکشاف می کند. جوف امنیون بصورت

سریع انکشاف یافته و Embryo را احاطه می کند ولی Yalk sac فشرده شده و احتمالاً اترووفی میکند. غشاء امینو تیک با کوریون تماس نموده و بآن می چسبد. Yalk sac تا انکشاف تروفوبلاست ها وظیفه تغذی جنین را بعهده دارد. تروفوبلاست ها بعد از غرس در اثر پرولیفراتیف Pruliferative به دو طبقه یکی طبقه ضخیم خارجی یا Syncytiotrophoblast که هسته ها در کتله سایتوپلازم پراگنده بوده و بدون سرحد حجری میباشد و دیگر طبقه داخلی Longhans که مشتمل بر یک طبقه حجرات مدور است متمایز میشود. بعد از غرس، حجرات Syncytial بداخل ستروماتی رحم پیشرفته و اندوتیل Capillar های مادری را تخریب می کند. این Capillar ها احتقانی و متواضع بوده و بنام Sinusoid ها یاد میشوند. خون مادر از طریق سیستم تروفوبلاستیک جریان نموده بناء Uteroplacental Circulation تأسیس می کند. در ضمن سایتوتروفوبلاست ها ستون های حجرات را ساخته که بداخل رخنه کرده و توسط Syncytium احاطه میگردد که این ستون ها عبارت از ذغالبات اولیه میباشد.

یک دیسک را بنام Inner cell mass Bilaminer Germ disc یا دیسک دو طبقه ای میسازد. حجرات اکتودرم به امینوبلاست ها ادامه یافته و هر دو یکجا یک جوف جدیدی را بنام Amniotic cavity احاطه می کنند. و قسمت Extra embryonic coelom رشد و توسعه یافته یک جوف بزرگی را بنام جوف کوریونیک (Chorionic cavity) میسازد.

Decidua

تحت تأثیر پروجسترون اندومتریوم جسم رحم، تغییرات Decidual را نشان میدهد. این تغییرات ابتدا از ناحیه غرس بلاستوسیست شروع شده و بزودی تمام اندومتریوم را احتوا می کند، در این تغییرات اندومتریوم ضخیم شده و نشو و نمای آن زیاد می شود. که ضخامت آن چهار برابر ضخامت اندومتر غیر حامله (۱.۵ تا ۵ میلی متر) میگردد. حجرات استرومای بزرگ چندین حجری شده و کتله بزرگ حجرات (packed Cell به پهلوی هم را میسازند. غدوات طبقه سطحی اندومتر طویل شده و در طبقات عمیق غدوات متواضع و معوج و مملو از افزایات میگردد.

ساقه از Decidua که در محل غرس Blastocyst قرار دارد بنام Decidua Basalis، قسمت از Decidua Capsularis که سطح تخمه القاح شده را پوشانیده بنام Decidua paritalis که متناظر سطح جوف رحم را پوشانیده بنام Decidua vera یا میشود و پلاستیا متشكل از Decidua Basalis میباشد.

دیسدا بدو طبقه سطحی بنام طبقه Compact و عمیق بنام Spongy layer تفریق میگردد، که اخیرالذکر مستقیماً بالای عضلات رحمی قرار میگیرد. با بزرگ شدن و رشد embryo در حدود هفت دوازدهم (۱۲) که تمام جوف رحم را ساک حاملگی در بر میگیرد دیسدا Capsularis و Vera با هم مخلوط می شوند.



2

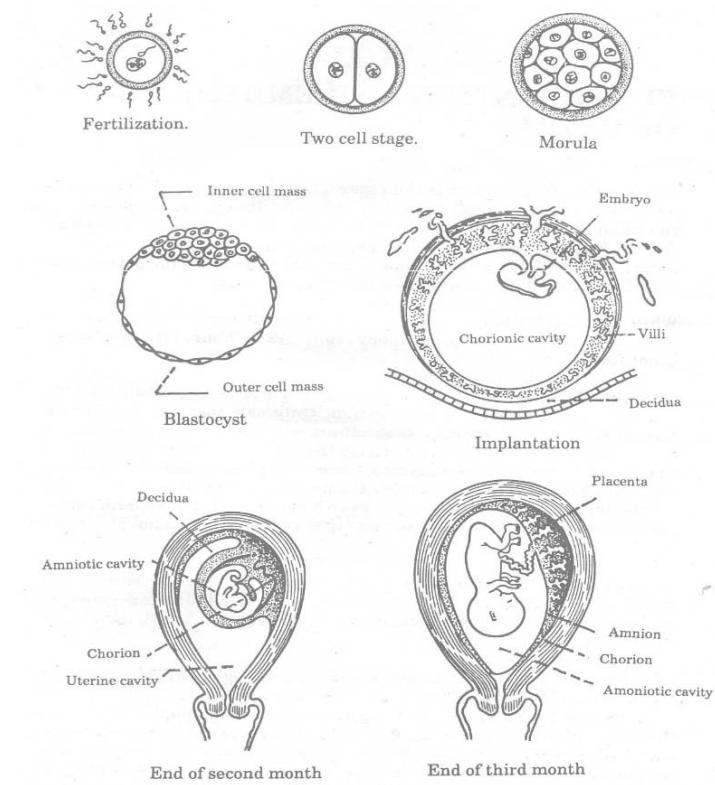


Fig.1 Various stages of embryonic development.

انکشاف و تکامل پلاستا، حبل سروی و اغشیه

تکامل پلاستا

اولین قدم تکامل پلاستا عبارت از تشکل ذغابه یا villi ها است که توسط آن Ovum خود را به دیوار رحم میچسباند. ذغابه ها توسط Proliferation سایتوتروفوبلاست تشکل نموده و از قسمت خارجی Syncytium جوانه زده و نشو و نما می کنند. این جوانه ها دارای دو طبقه تروفوبلاست بوده و به جهات مختلف در امتداد جوف رحم و سطح Decidua رشد می کنند و بنام Primary stem villi یاد میشوند. بعداً حجرات میزو درمل مرکز ویلی های ابتدائی راشکافته و به جهت decidua رشد میکنند. درینوقت ذغابات را بنام ذغابات ثانویه (Secondary stem villis) یاد می کنند. در اخیر هفته سوم حجرات میزو درمل عمق ذغابه شروع به تمایز نموده و به حجرات خونی و اوعیه کوچک مجرا می گردند (Capillary system of villi). که درینوقت ویلی ها بنام Tertiary Stem villi یاد میشود. Capillarی های ذغابات سومی با capillary های انکشاف یافته در مزودرم صفحه کوریونیک اتصال نموده در سویق اتصالی با دوران خون جنینی رابطه برقرار می نمایند. در ابتدا ذغابات در تمام سطح Ovum رشد کرده و به capsulari و decidua capsulari D. basalis می چسپد ، مگر در اثر رشد خاتمه (DC capsularis) کاملاً پیشتر و بیشتر نازک شده و ویلی های آن نیز بتدریج اتروفی می نمایند بالاخره D.C است و ناپدید شده و سطح کوریون بدوساخته Chorion leave یا کوریون نرم که به تماس Chorion frondosun یا کوریون خشن یا Shaggy chorion که به تماس Basalis filament است تقسیم میشود. ذغابات کوریونیک به تقسیمات متوالی خود ادامه داده تا اینکه به های ظریف خاتمه یافته که در decidua غرس یامد فون می شوند و همین ها اند که مواد غذایی را برای جنین از خون جذب می کنند. تکامل و نشو و نما پلاستا مربوط به نشوونمای ویلی های کوریونیک و توسعه sinus ها میباشد. تا هفته ۱۶ حاملگی، پلاستا در ضخامت و محیط خود رشد کرده بعد از هفته ۱۶، ضخامت ان دیگر زیاد نشده اما پلاستا به رشد خود در سایز (size) و محیط تا نزدیک ترم ادامه میدهد. در دوران خون پلاستائی مادری خون مادر و جنین باهم مخلوط نمیشوند و توسط ۴ طبقه از هم دیگر جدا گردیده که عبارتنداز:

- . Syncytiotrophoblast-a
- . cyto trophoblast-b
- . Mesoderm-c
- d-سجاد Capillary

از هفته های ۱۲- ۲۰ وزن پلاستنا به اندازه وزن جنین میباشد، زیرا پلاستنا درینوقت در پروسه های میتابولیک تغذی جنین رسیده گی می کند و هم چنین ارگان های جنین بخوبی تکامل نکرده اند. در هفته های بعدی، بعضی از اعضای جنین مانند کبد به فعالیت آغاز نموده و سایتوتروفوبلاست و Syncytiotrophoblast هم بتدریج معروض به استحالة می گردند.

پلاستنا در وقت ترم: در زمان ترم پلاستنا یک کتله دائروی Circulare و مسطح بوده که دارای ۲۰cm قطر و ۲.۵cm ضخامت در قسمت مرکزی خود میباشد، که بطرف محیطی خود نازکتر شده میرود. وزن ان در حدود ۵۰۰g که تقریباً ۱/۶ وزن جنین در زمان ترم است. پلاستنا مشکل از ذغالات کوریونیک و اواعیه که دارای خون جنین است میباشد و دارای دو سطح مادری و جنینی میباشد.

سطح جنینی یا Foetal face: توسط یک سطح نرم ، سفید و شفاف امینیون پوشیده شده که در تحت آن کوریون قرار دارد، در تحت غشاهای مذکور اواعیه قرار دارند، که از محیط پلاستنا بطرف مرکز بشکل شعاعی ا متداد داشته و بداخیل حبل سروی خاتمه می یابند. بند ناف یا حبل سروی از قسمت متوسط پلاستنا داخل پلاستنا شده و دارای دو شریان و یک ورید سروی میباشد.

سطح مادری: این یک سطح اسفنجی درشت و ناهموار بوده و از ذغالات کوریونیک که به Lobe ها یا Cotyledon ها تنظیم شده تشکیل گردیده و لوب ها توسط Shallow groove (شیارهای سطحی و کم عمق از هم جدا شده اند. کاتلیدون ها محدب بوده و دارای رنگ سرخ کبود می باشند و تعداد ان ها به ۱۵- ۲۰ عدد میرسد. سطح آن توسط یک طبقه نازک خاکستری پوشیده شده که عبارت از طبقه دیسیدوای قاعده ای بوده که از پلاستنا خارج گردیده اند. نقاط کوچک خاکستری رنگ اکثرا در یک پلاستنای به ترم از سبب تراکم کلسیم در ساحات استحالة شده (degenerated) دیده شده میتواند. این نقاط در ذغالات موجود نبوده و نیز در Circulation مادری مداخله ندارند. کوریون نیاز کثار های پلاستنا منتشر شده و طبقه خارجی را از دو غشای که جنین و مایع امینوتیک را احاطه می کند، می سازد.

وظایف پلاستنا

۱- تنفسی که O_2 را از خون مادر به جنین تهییه می نماید.

۲- تغذی Nutration

۳- ارگان دفع کننده CO_2 و مواد زائد جنین.

۴- رول یک مانعه را برای جلوگیری از عبور انتنات به جنین به استثنای ویروس Rubella و Spirochet سفلیس دارد.

۵- افزار Chorionic gonado tropin مقدار زیاد hcg در حوالی هفته های ۷-۱۰ حاملگی افزار گردیده و از هفته ۱۲ به بعد افزار آن به مقدار کم تا ترم ادامه دارد. از هفته ۱۲ به بعد پلاستا هورمون های از قبیل استروجن و پروجسترون Human Placental Adreno CorticoTropic-H یا H P L Oxytocinase را نیز تازمان ترم افزار می کند. انزایم های مخصوص از قبیل HCG و lactogen Heal-stable-alkaline phosphatas Tissue thrombu plastin را نیز تولید می نماید.

اغشیه جنینی

غشاهاي جنین عبارتند از Amnion و Chorion .

- کوریون عبارت از غشای خارجی بوده که به Decidua چسبیده است و عبارت از یک طبقه ضخیم تاریک و شکننده میباشد در صفحه سوم ولادت در وقت خروج پلاستا غشای مذکور جدا میشود یک قسمت از کوریون شاید داخل رحم باقی ماند.
- امینون یک غشای کوچک، خشن، محکم و شفاف بوده که بالای کوریون آستر گردیده است و از کوریون از قسمت داخل شدن حبل سروی قابلیت جدا شدن را دارد.

مایع امینوتیک

از هفته های اول حاملگی مایع امینوتیک درین کیسه امینوتیک (Amniotic sac) (Amniotic sac) بوجود می آید و عبارت از مایع آب مانند، شفاف و خاسف بوده که در آن جنین حرکت می کند. حجم مایع مذکور از ابتدای حاملگی رو به افزایش بوده تا اینکه در زمان ترم در حدود 500-1000ml می رسد مایع مذکور از قلوی بوده کثافت آن ۱۰۱۰ میباشد که ۹۹% آن آب و دارای مقداری پروتئین، گلوكوز، کلوراید، سودیم، پتاشیم، Ca و بوری میباشد و همچنین دارای موی های lanugo، vernex-caseosa، حجرات اپیتلیم امینوتیک و حجرات اپیدرمل نیز میباشد. اگر درین آن Meconium دفع شود رنگ سبز را بخود می گیرد مهمترین منع مایع امینوتیک اپتیلیوم سطح جنینی پلاستا، کورد و ادرار جنین میباشد.

وظایف مایع امینوتیک

- ۱- اساساً وظیفه محافظتی دارد
- ۲- اجازه حرکات آزاد را به جنین میدهد
- ۳- حرارت را ثابت نگه میدارد

۴- رول یک Buffer را در مقابل صدمات و فشارهای خارجی باز می کند

۵- در اثنای ولادت در توسع عنق کمک نموده در صورتیکه Rupture کند مهبل را با مایع انتی باکتریال و انتی سپتیک می پوشاند.

حبل سروی (Umbilical cord)

حبل سروی طفل را به پلاستتا وصل می کند و مشکل از نسج امیریونیک ، نسج منضم و ماده جلاتینی که بنام Wharton's jelly یاد میشود ، مخلوط می باشد و توسط اپتیل امینوتیک پوشیده شده است. کورد دارای دو شریان بنام Umbilical artery که عبارت از ادامه شریان Hypogastric بوده و حاوی خون نا صاف میباشد و یک ورید سروی که خون صاف را بعد از گرفتن O_2 از پلاستتا به جنین میرساند میباشد. ورید به آسانی قابل رویت بوده و بعد از تولد در تطبیق زریقات از آن استفاده میشود طول کورد بصورت نورمال 50cm بوده اما طول های مختلف بین 180cm-5-7 را نیز گرفته میتواند . حبل سروی طویل بدور جنین، یا گردن آن شاید دور بخورد. ضخامت حبل سروی با اندازه انگشت کوچک است . حبل سروی از سبب موجودیت عقدات (Nodes) و یا پندیده گی ها متعدد الشکل ویکسان نمی باشد که حالات مذکور از Fals knodels Wharton's jelly بوجود می آید که گره کاذب یا محکم شود Circulation جنین قطع شده و جنین می میرد .

ابنار ملیتی های پلاستنا و حبل سروی

پلاستنا

پلاستنای طبیعی در یک حمل به ترم یک عضو دائروی دیسک مانند بوده که دارای ۱۵-۲۰ سانتیمتر قطر، ۲.۵-۳ سانتیمتر ضخامت و از مرکز به محیط ضخامت آن کم شده است. این عضو دارای ۴۰۰-۶۰۰ گرام وزن و از ۱/۶ وزن طفل و از ۱/۵ ساخته جدار جوف رحم را اشغال میکند و دارای دو وجه می باشد.

I- وجه مادری که به تماس دیسیدوای قاعدوی رحم میباشد.

II- وجه جنینی که مستقیماً بطرف جوف رحم جهت دارد.

پلاستنا از هر دو انساج مادری و جنینی تشکیل شده است. قسمت مادری پلاستنا متشکل از دو لایه از دیسیدوای قاعدوی، بقا یای جدار اویه و دیسیدوای سطحی حاشیوی (Margin spongy decidual) است. شیارها یا شکاف های غیر منظم این وجه را به کاتلیدون هاتقسیم کرده است. وجه مادری در هنگام ولادت از جدار رحم جدا شده ناهموار، سرخرنگ، و سفنجی میباشد. قسمت های جنینی پلاستنا از ذغابات کوریونیک که واحدهای وظیفوی اند تشکیل شده است. اینها شبعت نهائی سیستم دورانی طفل بوده و محصولات متابولیکی را انتقال میدهند.

اشکال غیر طبیعی پلاستنا

۱- پلاستنا Tripartite Bipartite

پلاستنا شاید دارای ۲-۳ لوب بوده که به حبل سروی در تماس اند. (عرض یک دیسک واحد) این لوب ها معمولاً قسمیاً بهم مزدوج شده بوده ولی در بعضی اوقات مکملًا جدابه استثنای اتصال وعائی عرض اندام میکنند. نادرًا بینشتر از سه لوب شاید موجود باشد این انومالی کدام ارزش خاصی ندارد.

۲- پلاستنا Circumvallata

این نوع پلاستنا با حلقه ضخیم، مدور و سفید کثیف در محیط پلاستنای مشخص میگردد. اویه جنینی در مسیر عبور خود از پلاستنا توسط این حلقه مواجه به محدودیت میگردد. متباقی سطح ذغابوی منظره نورمال دارند. این حلقه سفید از انعکاس مضاعف اغشیه و یک طبقه در میان درآمده یا اخسافی، ذغابه های نکروتیک و دیهیدارت، انساج فیروتیک کوریون، دیسیدوای انفصل شده و فیرین تشکیل شده است. قسمت خارج ذغابوی پلاستنا در حدود ۳-۲ سانتی متر عمق داشته و کمتر ارزش کلینیکی دارد این شاید به سیستم دورانی جنینی پلاستنای مداخله کرده، مرگ جنین، سقط و یا ولادت قبل الميعاد را سازماندهی کند.

۳- پلاستنا Acreta و Increta

چسبیدن غیر نارمل پلاستتا به میومتریوم از اثر عدم کفایه عکس العمل دیسدوائی رخ میدهد . این انومالی ممکن است در پلاستتا پریویا، سزارین سکشن قبیلی، D+C، اینار ملیتی ولادی رحمی و کثیرالولاده ها، بینان بیاید.

ندرتاً پلاستتا میومتریوم را عمیقاً مورد تهاجم قرار داده (Placent increta) و یا حتی رحم را سوراخ میکند (Placenta Percreta). درینحالت غیر ممکن است که پلاستتا از جدار رحم جدا کرده شود. دور کردن آن با دست سبب خونریزی شدید شده ضرورت به هیسترکتومی دارد. اگر وظایف رحمی حفظ شود پلاستتا شاید در رحم بامید اینکه بصورت کامل به اوتولیز معروض گردد گذاشته شود. هیچ سعی و کوشش برای خروج پلاستتا شکل توتنه، توته از اثر خطر خونریزی نباید بکار برد شود . انتی بیوتیک برای وقایه از انتان داده شود.

۴- پلاستنا Membranacea

سطح داخلی Ovum توسط ذغابات وظیفوی ستر گردیده است . این اینار ملیتی وقتیکه Laeve بسیار عمیق غرس گردد بوجود می آید. دیسیداوی کپسولر بخوبی وعائی گردیده و کوریون معروض به اترووفی نشده و ذغابات باقی میمانند. تراوید سطح پلاستایی ممکن است سبب توسعه آن تا دهانه عنق رحم گردد.

۵- پلاستنا Succentoriata

یک یادو لوب اضافی پلاستایی در کوریون بفاصله دورتر از کنار پلاستای اصلی دریافت می گردد اینها با پلاستتا توسط اورده و شرائین اتحاد دارند. ارزش کلینیکی این لوب آنست که قادر است بعد از خروج پلاستتا در رحم باقیمانده و سبب خونریزی اضافی بعد از ولادت گردد نقیصه میتواند با تدقیق اغیشه و پلاستتا بعد از ولادت مشخص گردد . که بشکل یک نقیصه مدور با اویه پاره شده در کنارهای این نقیصه پلاستای دیده خواهد شد رحم باید فوراً تدقیق گردیده ولوب اضافی یا (Succentoriata) خارج ساخته شود.

۶- پلاستای Battledore (دخول کورد از کنار پلاستنا)

در اینصورت حبل سروی از کنار پلاستتا داخل آن شده است .

۷- پلاستنا پریویا : در فصل مربوط اشن مطالعه شود .

دیگر اینار ملیتی های پلاستنا

۱- پولیپ پلاستای

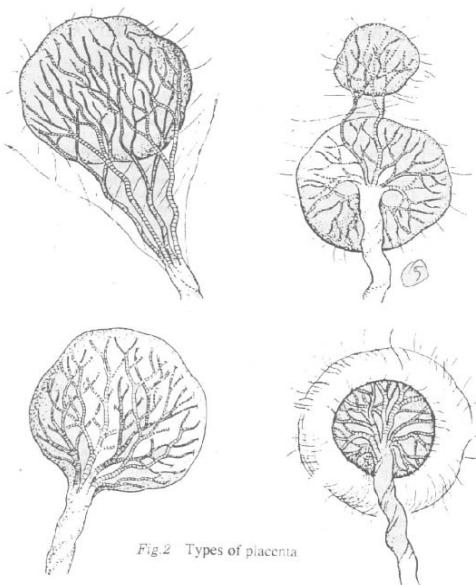
این عارضه در اثر احتباس پارچه وقطعه ای از پلاستنا و ذخیره علقات خون بوجود می آید واین میتواند محراق انتان و یا بصورت ثانوی مسئول خونریزی دوره نفاسی گردد.

۲- انتانات پلاستنائی

انتنانات پلاستنائی معمولاً از اثر کوریو امنیونیت بوجود می‌آیند. منظره شیری یا شیر مانند غشاء مربوط به موجودیت حجرات التهابی و اکزو دات می‌باشد که صفت مشخصه کوریو امنیونیت و پلاستنیت است. این عارضه معمولاً به Sepsis دوران نفاسی انجامیده که عمدها سبب معیوبیت‌ها و وفیات مادران را تشکیل میدهد. برانکو پنومونی طفل و ولادت‌های قبل المیعاد از جمله اختلالات جدی اند که با کوریو امنیونیت اشتراک دارند.

۳- احتشای پلاستنی

ساحت سخت خاصیتکه حاوی ذغابات استحالوی شده و فیرین اند کاملاً بطور معمول در پلاستنی از نتیجه ملاحظه سیستم اروائی مادری دیده می‌شوند.



تروفو بلاست از نظر سیستم اروائی بیشتر وابسته به مادر است تابه جنین و مداخله در سیستم اروائی شرائین مادری کاتلیدون بخوبی منجر به نکروز های سکیمیک می‌گردد، این عارضه ممکن در فرط فشار ناشی حاملگی یا اکلامپسیا رخ دهد که منجر به عدم کفایه پلاستنی، تاخر وزن طفل نظر به سن حاملگی (I.U.G.R) و یا مرگ آن خواهد گردید.

۴-تومورهای پلاستنائی کوریوانز یوما یک تومور نادر و ساده و عائی بوده معمولاً یک دانه است و متناظر با پلاستنای نارمل است. این حاوی کتلاتی از ذغابات کوریونی همراه با اوعیه خونی هیپرتروفی شده میباشد و این ممکن است ندرتاً سبب هیدرامینیوس گردد. کوریوکارسینوما یک تومور خوبیته پلاستنای است و بسیار به ندرت از اثر میتواستاز کارسینومای مادری و یا میلانو ما که شاید در پلاستنای جایگزین شده باشد بوجود میآید.

حبل سروی

حبل سروی یک ساختمان، نرم، خاکستری کبود رنگ و حلقوی بوده که جنین را به پلاستنای ربط میدهد. طول متوسط آن در حدود ۵۰cm و قطر آن بین ۲-۵cm میباشد. سطح خارجی آن با غشای امینوتیک مناسب است. بصورت نارمل حبل سروی حاوی دو شریان سروی و یک ورید سروی میباشد. فضای با قیمانده توسط مواد موکوئید که بنام Warton's jelly مسمی است پرگردیده است.

اشکال غیر طبیعی حبل سروی

۱-تفییرات در طول حبل سروی

طول متوسط حبل سروی ۵۰cm است. حبل سروی بلندتر از ۷۰cm و کوتاه‌تر از ۳۰cm طول غیر طبیعی شناخته شده‌اند. طول زیاد زمینه مساعد کننده نزول حبل سروی در پائین تر از عضو معتله بوده و سقوط آنرا آماده می‌سازد. تشکل لوب حبل سروی در اطراف بعضی از اعضای طفل هم شاید باعث مرگ داخل رحمی جنین گردد.

با یک حبل سروی کوتاه هنگامیکه ولادت در صفحه دوم به تاخیر میافتد، انفصال قبل از وقت پلاستنای و انقلاب رحمی میتواند بیان آید.

۲-گره‌ها در حبل سروی

گره‌های حقیقی و کاذب در حبل سروی شاید موجود باشد. گره‌های حقیقی سفت شده بخوبی سبب اسفکسی و مرگ طفل شده میتوانند. عقدات کاذب انکشافات متغیر داشته ارزش کلینیکی ندارند.

۳-تدور حبل سروی

تدور در حبل سروی مطابق عقربه ساعت در بسیاری از وقایع رخ میدهد. اگر پیچ خوردگی بی نهایت زیاد باشد شاید اسفکسی جنینی واقع شود.

۴-دخول غیر طبیعی حبل سروی

حبل سروی معمولاً در مرکز پلاستنای وصل است، لیکن در یک تعداد کمی از وقایع تماس و اتصال آن در کنار پلاستنای بوده که بنام پلاستنای Battledore یاد میشود. در وقایع نادر ارتباط حبل سروی با اغشیه به یک فاصله دورتر از کنار پلاستنای برقرار میشود. درین نقطه اوعیه شاید به شعبات تقسیم شده که به

اغشیه از فاصله های دورتر قبل از اینکه به کنار پلاستتا بر سند جریان می یابد ، که این بنام Velamentous insertion of the cord یاد می شود . این برای جنین می تواند خطر آفرین باشد . اگر او عیه بشکل صلبی Vasa previa از قسمت کوریونیکه در پائین عضو معتله فرار دارد ، عبور نموده باشند بنام مسمی است . شباهت و عائی شاید هنگام تمزق جیب پاره گردیده و سبب ضیاع خون نزد جنین شود .

۵- عدم وجود شریان حبل سروی

در حدود ۱٪ وقایع عدم موجودیت یک شریان حبل سروی یاد داشت شده است. در ۲۰-۴۰٪ تمام اطفال که یک شریان حبل سروی دارند ، انومالی های ولادی نزد شان دیده شده است ، لذا طفل برای دریافت دیگر انومالی ها با ید بدقت معاینه گردد.

۶- التهابات حبل سروی (Omphalitis)

این عارضه در وقایع تمزق قبل از وقت و یا طولانی شدن وقت تمزق جیب و کوریوس امنیونیست دیده می شود درین حال ممکن است Septicemia جنینی و مرگ آن در داخل رحم و یا دوران نوزادی رخ دهد.

۷- تومورها، واریس ها و اذیمات حبل سروی

واریس ها در حبل سروی معمول اند، هماتوم ندرتاً تصادف می گردد. نیوپلازم های حقیقی مانند تومورهای ترانسجنتیک بسیار نادر بوقوع می رستند. اذیمات حبل سروی معمولاً با احتباس غیر طبیعی مایعات در عضویت طفل مانند اریتروپلاستوز فیتالیس دیده شده میتواند .

تغیرات فزیولوژیک در جریان حاملگی

تغیرات مذکور در جریان حاملگی در سیستم های مختلف از قبیل: طرق تناслی ، ثدیه ها و دیگر سیستم های ارتباطی بوجودمی آید و تمام این تغیرات از اثر هورمون های تولید شده از نسج کوریونیک ایجاد میشود.

Uterus

برای تطابق رحم با پلاستنا و جنین ، وزن و حجم آن زیاد میشود و هم چنین رحم خود را برابر پروسه ولادت و خروج طفل آماده می سازد. وزن رحم قبل از حاملگی 60 gرام ، اندازه آن $7 \times 5 \times 2/5\text{ cm}$ میباشد. اما در زمان ترم وزن آن به 1 kg و اندازه آن به $30 \times 23 \times 20\text{ cm}$ سانتی متر می رسد و ظرفیت رحم 500 ml مراتبه زیاد میشود. تمام انساج رحم از قبیل طبقه سیروز عضلی ، مخاطی اویه، اعصاب و سیستم لمنفای در این نشوونما شریک می باشند .

یک تزايد در الیاف عضلات رحمی و هاپپر تروفی رخ داده و فیبرهای عضلی ده مراتبه به طول ۵۵ مراتبه به ضخامت خود میافزایند. در هفته 12 رحم بحیث یک عضو حوصلی باقی نمانده ، بلکه در بطن بلند رفته و بالای Symphysis pubis جس می شود. در هفته 16 غور رحم در خط وسط بین سره و symphysis pubis جس میگردد. و در هفته 22 در سویه سره و در 30 هفتگی در خط وسط بین سره و ذیل خنجری و در 36 هفتگی در سویه ذیل خنجری و در هفته چهلم و یا چهار هفته اخیر غور رحم در Engaged صورتی که راس Lightening شده باشد، در سطح پائیتر از ذیل خنجری جس میشود ، که بنام میشود. بعداز هفته بیست رشد متوسط رحم تقریباً 1 cm/week میباشد. رشد رحم تحت تاثیر دو فکتور صورت می گیرد. یکی فکتور هورمونی که عبارت از استروجن و پرو جسترون بوده که در هفته های ابتدائی رول عمدۀ دارد و دیگری Distension رحم که در هفته های موخر حاملگی رول دارد. پائین ترین قسمت حجم رحم که بالا تر از فوهه داخلی رحم فرار دارد، از یک کانال خیلی باریک Isthmus تشکیل شده است، این قسمت در وقتی که حاملگی بوقوع می پیوندد وسعت کسب نموده و قسمتی از جنین نیز در آن قرار می گیرد و همین Isthmus است که سگمنت سفلی را می سازد، سگمنت سفلی در اثنای ولادت توسط تقلصات قوى سگمنت علوی رحمی کش شده و وسعت می یابد، ممکن است که سگمنت سفلی قبل از شروع تقلصات در چند هفته اخیر حاملگی نیز تشکل کند. که یک ساحه در حدود $1-2\text{ cm}$ را از فوهه داخلی عنق احتوا می کند. رحم محمول خفیفاً در محور طولانی خود تدور می کند، بنابرین سطح قدامی طوری معلوم میشود که غور رحم کمی بطرف راست دور خورده است. بیشترین وسعت

یا Enlargement رحمی در غور رحم رخ میدهد، رحم در جریان حاملگی دارای تقلصات متناوب و بدون درد بوده که بنام تقلصات Braxton hi x یاد میشود و یک علامه خوب تشخیص میباشد.

Cervix

در انساج عنق رحم Hypertrophy ایجاد شده و تغیرات برجسته عبارت از: ازدیاد در آن میباشد، که سبب نرمی پیشرونده عنق و ازدیاد افزایشات غدوی آن میشود. در اثر ازدیاد فعالیت Columnner Epithelium و ازدیاد افزایشات مخاطی اپتیل Stratified squamous عنق به Columnner Erosion تبدیل شده و یک نوع حاملگی بوجود آمده که در زمان نفاسی از بین میروند اوعیه رحمی طویل گردیده و خط السیر مستقیم یا راست رامی گیرند.

Ovaries

حجم تخمدان ها بزرگ شده و اوعیه ان زیاد میشود. تخمدان یک طرف از سبب موجودیت جسم اصفر حاملگی بزرگ تر میباشد. ارواء تیوب ها زیاد میشود. Round Ligament یا رباط دور هایپر تروفی نموده و دو لایه پریتوانی Broad ligament توسط بزرگ شدن رحم و تزايد ساحه آن در جوانب، از پریتوان جدا میشوند.

Vagina and vulva

از سبب ازدیاد وعائی (Vascularity) جدار مهبل رنگ کبود ابی را بخود می گیرد و ندرتاً هم وریدهای قسمت سفلی مصاب Varicuse می شوند. طبقه عضلی مهبل نرم استرخائی و هایپر تروفیک گردیده افزایشات آبگین مهبلی از سبب هایپر تروفی غدوات عنق رحم که افزایشات مخاطی آن ها زیاد میشود نیز ازدیاد می یابد. افزایشات مذکور معمولاً خواص اسیدی داشته و از انتانات صاعده ممانعت میکند. حجرات navicular از سبب دور خوردن حوافى خارجی آن ها بشكل boat یا کشتی دیده شده که به علت تاثیرات هورمونی بالای اپتیل مهبل میباشد.

مفاصل حوصلی (Pelvic joints)

پروجسترeron سبب نرم شدن و استرخاء بیشتر اربطه حوصلی می گردد و مفاصل Sacro-symphysis pubis,Sacroiliac,coccygeal میآید.

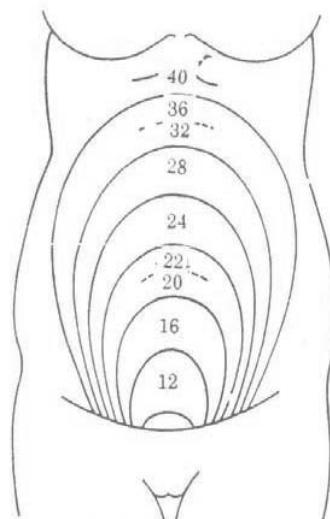


Fig. ۵ Fundal height during pregnancy

Pelvic floor

عضله Levator ani هایپرتروفی نموده عضلات دارای Rigidity کم و قدرت توسع بیشتر می گردند در نتیجه تمایل به انحراف بطرف پائین را دارند.

ثدیه ها (Breasts)

تحت تاثیر استروجن قنیوات ثدیه بصورت فعال رشد نموده و سبب تزايد حجم و هایپرتروفی ثدیه ها میشوند. پروجستررون سبب هایپرایمی و رشد اپتیل غدوی استاخ می گردد. فص های محیطی غدوات با تماس نودولر (Nodular), سخت و حساس اند. شبکه وریدی که بخاطر ارواء بهتر زیاد گردیده بخوبی در تحت جلد ثدیه دیده میشود. از سبب احتقانی که در اثر نشو و نمای غدوی و نسج منظم ارتباطی بوجود میآید ثدیه بیشتر مبارزو بر جسته می گردد. در اثر فشار دادن ثدیه ها از محیط به طرف حليمه یک مقدار کم افزایش زردوش خارج می گردد که درختم حامگی افزایات مذکور مقداراً زیاد گردیده رنگ آن زرد، قوام آن غلیظ و کرم مانند بوده و بنام Colostrum یاد میشود.

کلوستروم دارای آب، چربی، الومین، نمک و Colostrum corpuscles (حجرات دفع شده غدوات مملواز قطرات شحم) میباشد.

حليمه ها و هاله های ثدیتان بزرگ و عميقاً صباغی می شوند. جلد ناحیه هاله ها خفیفاً بالاتر از جلدی که آنرا احاطه کرده قرار می گیرد (هاله تالی). غدوات Sebaceous ناحیه areola در وقت حاملگی فعال بوده و بشكل ۲۰-۱۲ عدد توبرکول های کوچک دیده میشوند که بنام توبرکول های montgomery's میباشند.

یاد میشوند. صباغات بعد از بوجود آمدن بصورت دائمی باقی میمانند. در خانم هایی که جلد تیره دارند صباغات بیشتری در کنار خارجی Primary areola بوجود آمده که در هفته ۲۰ حاملگی مطابقت میکند و بنام Secondary areola میشود که این صباغات بعد از حاملگی ازین میروند. کش شدن بیشتر جلد بالای ثدیه ها باعث تولید Striae میشود. تولید فعال شیر بعداز ولادت صورت گرفته که از سبب پائین آمدن سویه استروجن و بلند رفتن پرولاکتین از فص قدامی غده نخامیه میباشد. در Multipare ها تغیرات ابتدائی حاملگی ندرتاً کشف و آشکار گردیده بعد از یک دوره فعالیت یک مقدار شیر شاید در ثدیه ها برای سال ها باقی بماند، اما اگر ثدیه دارای مایع سیروزی بعوض شیر باشد نشانه حاملگی مقدم (Early pregnancy sign) است.

Abdominal wall

کشن جدار بطن سبب ایجاد Striae gravidarum های حاملگی Striae میشود، که از سبب پاره شدن الیاف الاستیکی جلد بوجود میآید. Striae ها به شکل خط های مایل و کج بطول و عرض مختلف که در تحت سره برجسته تر میباشد ایجاد میگردد و شاید ترا ران ها نیز وسعت پیدا کنند. در ابتدا رنگ گلابی داشته اما بعد از ولادت رنگ سفید نقره ای را بخود میگیرند که بنام Striae albicunts میشوند. بعضی اوقات Striae ها میتوانند از سبب توسع بطن در اثر حادثات دیگر غیر از حاملگی از قبیل Ovarien cyst، Acites و یا چاقی زیاد نیز بوجود آیند.

در نیمه دوم حاملگی در خط متوسط بین سره و عانه بوجود آمده که عبارت از یک خط صباغی میباشد. در خانم های که جلد تیره دارند شاید برجسته تر باشد، اما در جلد های کمرنگ واضح نمیباشد.

Face

لکه های غیر منظم صباغی نصواری رنگ در ناحیه پیشانی، دو طرف بینی و قسمت بالای لب ها بعضاً بصورت برجسته دیده شده که بنام Chloasma میشود. بعضًا لکه های صباغی زیاد در تمام روی و بدن بشکل نامنظم دیده میشود.

Circulatory system

درین سیستم دو تغییر مهم بوقوع میرسد.

یکی از دیاد output قلبی واژدیاد حجم مجموعی خون که از هفته 16 Output قلبی به اندازه ۳۰٪ از دیاد مییابد و در هفته ۳۰ به حد maximum رسیده و تا اخیر حاملگی به همین مقدار باقی میماند. یکعدد از خانم ها شاید از ضعفیت در صورت استراحت بحال اصطلاح ظهری یا supine در اواخر حاملگی شاکی باشند (Supine hypotenisve syndrum). علت آن اینست که رحم بزرگ مانع بازگشت خون وریدی میشود. فشار خون در اواسط حاملگی خفیفاً پائین میآید، اما نبض نورمال باقی

میماند. از دیاد output قلبی بوسیله از دیاد مقدار خون پمپ شده در هر ضربه قلبی ایجاد میشود. قلب و ضربان زروه قلبی (Apex) در اوخر حاملگی بطرف بالا بیجا میشود. یک درجه مشخص توسع قلبی (اساساً T بطرف راست) دیده شده اما ها پیرتروفی بمالحظه نمیرسد. محور قلبی شاید بطرف چپ انحراف نموده و T inversion در ECG دیده شود. رحم رول یک فستول شریانی وریدی را بازی می کند، لذا از عهده از دیاد Output قلبی و تزايد حجم خون بر آمده و در پائین آوردن مقاومت محیطی کمک می کند. توسع قسمی آوعیه محیطی، سبب گرم نگهداشتن همیشه دستها و پاها در جریان حاملگی میگردد. ممانعت در بازگشت وریدی اطراف سفلی از اثر رحم بزرگ که سبب stasis در ورید های بزرگ میشود از بیمای بجلک پا، هیموروئیدو varicose veins بمبیان میاید.

Blood

از دیاد کربیوات سرخ در مقایسه با حجم پلازما کم تر بوده که در نتیجه رفاقت خون (Haemodilution) ایجاد شده و سبب پائین آمدن Hb و مقدار کربیوات سرخ می شود. اندازه گیری Hb، ۱۰-۱۵٪، تتفیص را نشان میدهد، که این عبارت از یک hydraemia فزیولوژیک حاملگی میباشد. Erythrocyte مقدار مجموعی کربیوات سرخ در حدود ۲۰٪ و پلازما در حدود ۴۰٪ از دیاد نشان داده و sedimentation rate به اندازه ۱۰۰mm بعد از یک ساعت بدون کدام پتالوژی از دیاد می یابد. ظرفیت فبرینوجن و صفحات دمویه بلند میروند.

سیستم تنفسی

قبل از هفته ۳۶ حاملگی خفیفانفس کوتاهی (Breathlessness) موجود بوده و در صورتی که رأس جنین بداخل حوصله مادر نزول (Descend) نماید، خانم احساس راحتی می کند. در اوخر حاملگی دیافراگم بالا میردو و اضلاع پائینی بطرف بیرون بیجاشده و حرکات تنفسی را محدود می سازند.

جهاز هضمی

دلبدی یا Morning sickness در ۵۰٪ از خانم های حامله موجود بوده که از هفته ششم شروع شده و تا هفته ۱۲ دوام می کند. عموماً صبح وقتی که خانم از خواب می خیزد، احساس تهوع و استفراغ می کند. اما در طول روز و در زمان استراحت احساس مرضی نمی کند. علت آن شناخته نشده مگر شاید از سبب از دیاد سریع گونادوتروپین ها در هفته های اول حاملگی در خون باشد. استفراغ بعد از هفته دوازدهم درست وقتی که غلظت گونادوتروپین ها کم میشود، بهبود می یابد. بعضًا توسع معده (Distension) و اعماق مخصوصاً در اوایل حاملگی ایجاد شده که سبب بزرگ نشان دادن بطن میشود. Heartburn یا سوخته دل معمول بوده و از سبب Relaxation معصره Cardiac معده بمبیان میاید. اسید معده کم میشود و سبب بهبود زخم موجود معده میگردد. قبضیت (Constipation) زیاد شده و ممکن هموروئید ایجاد گردد.

طرق بولی

از اثر فشار رحم بالای مثانه در ۱۲ هفته اول حاملگی و همچنین در ماه های اخیر حاملگی وقتی که عضو معتلن در حوصله داخل میشود تکرر ادرار و Micturition یا ادرار شبانه نزد خانم بینان میاید. از هفته ۱۶ یک اتساع پیشرونده در renal pelvis، و حالب ها پائینتر از کنار حوصلی بوقوع می رسد. این تغیرات از سبب تاثیرات پروجسترون است. این توسع بعد از ولادت در دوره نفاسی بر طرف می گردد.

استخوان ها

در نیمه دوم حاملگی در طرز راه رفتن خانم تغیر قابل ملاحظه دیده میشود، که از سبب تفاوت مواد زن بدن به علت رحم بزرگ می باشد. شانه ها به عقب افتاده و انحنای قطنی زیاد میشود، که درنتیجه سبب Lordosis میگردد که همراه با relaxation مفاصل حوصلی و Ligament ها سبب ناراحتی و درد کمر درماه های اخیر حاملگی میشود.

Nerveus System

در خانم های که طبیعت مضطرب و هیجانی داشته و حالت روحی ثابت ندارند، سیستم عصبی مختل گردیده و منبع به تند مزاجی، فرط تخرشیت، Neuralgia، تغیر اشتها، کم خوابی و یا خواب آلوده گی دوا مدار گردیده اما در خانم هایی که مزاج ثابت دارند اختلال وظیفوی دیده نمیشود.

میتابولزم عمومی (General metabolism)

ازدیاد وزن :Weight gain

ازدیاد وزن در حدود 12kg در جریان یک حاملگی نورمال میباشد. 1 در ترايمستر اول زياد میشود و در حدود 0.4 kg/week در جریان مدت بعدی حاملگی. گرفتن وزن مربوط است به:

طفل - 3.5kg

پلاستنا - 0.5kg

رحم - 1 kg

ثديه ها - 1 kg

مجموعاً 6 kg

5.5kg وزن دیگر مربوط به متابقی انساج مادر، احتباس مایع، ازدیاد شحم و پروتئین بدن است. اندازه میتابولزم اساسی (Basal metabolism rate) در اخیر نیمه دوم حاملگی (از سبب رشد جنین و انساج داخلی) زیاد میشود. اندازه مجموعی نیازمندی به کالوری نیم فیصد بالا میرود. مقدار اعضمی پروتئین نیاز است، تا تقاضای جنین در حال رشد، پلاستنا، رحم و ثديه ها را برابر آورده سازد. رژیم غذائی باید شامل پروتئین، کاربوهایدرایت و کلسیم باشد. خطر کمبود آهن و کلسیم خصوصاً در ترايمستر آخر حاملگی

موجود بوده که باید حتماً تجویز گردد. Threshold یا قدمه کلیوی برای اطراح گلوکوز پائین بوده شاید گلوکوز در ادرار دیده شود. در حالیکه شکر خون نورمال است و ممکن است گلوکوز در اثر ازدیاد فلتریشن کلیوی دیده شود.

تشخیص حاملگی

Diagnosis of pregnancy

تشخیص حاملگی برای هر داکتر امر مهمی است زیرا:

۱- حاملگی یک لحظه خوشی را برای خانم‌های که infertility دارند و یا اول‌باری هستند، ایجاد می‌کند.

۲- اکثر خانم‌ها مخصوصاً خانم‌های که کار می‌کنند پلان خود را مطابق به تاریخ متوقع ولادت خود عیار می‌سازند.

۳- بعضی اوقات اکثر خانم‌ها می‌خواهند بین ولادت‌هایشان فاصله باشد و علاقمند حمل نا خواسته نمی‌باشند. بنابرین دلائل داکتر معالج باید در تشخیص حاملگی هوشیار باشد.

ظاهرات حاملگی (Manifestation of pregnancy)

• ظاهرات Presumptive یا اعراض و علائم اشتباهی حمل

Symptoms-A

Amenorrhoea-1: عبارت از نحس‌تین علامه و همچنان علامه غیر متغیر حاملگی است. بعضی از خانم‌ها در وقت Implantation مقدار کمی خونریزی دارند، که با عادت ماهوار مغالطه می‌گردد، بنابر این باید نورمال بودن آخرین عادت ماهوار پرسیده شود و همچنین مقدار خونریزی از مریض پرسان شود. قاعده‌گی شاید توسط تشوشات روحی (emotional)، امراض مزمنه، آنیمی شدید و ادویه مخصوص متوقف شود و هم چنین Aminorrhoea یک حالت معمولی در خانم‌های شیرده و Menopausal می‌باشد.

۲- تغیرات در ثدیه‌ها (Mastodynia): خانم از یک احساس سوزنک زدن و خارش حتی تا درد در ثدیه‌ها شاکی است. استروجن بالای قنیوات ثدیه‌ها (Memmory ducts) و پروجسترون بالای سیستم اسناخ (Alveolar) تاثیر دارند. در هفته ششم ثدیه‌ها بزرگ شده و حساس می‌شوند، ثدیه‌ها نیز در اثر افزایش وزن بدنش به رشد خود تا حدود (۴۸۰ گرم) در جریان حاملگی ادامه میدهند.

۳- Morning sickness: در حدود ۵۰٪ خانم‌های حامله درین هفته‌های ۴ - ۱۴

دارای Morning sickness می‌باشند که از دلبهدهی و یا استفراغ درهنگام صبح شاکی اند.

۴- علایم بولی: حساسیت مثانه، فریکونسی و ادرار شبانه در نخستین هفته های حاملگی دیده میشود. اعراض مذکور از سبب فشار رحم محمول بالای مثانه، تاثیرات استروجن و پروجسترون بالای مثانه و همچنین ازدیاد Circulation در ماه های اخیر بوجود می آید.

۵- Quickening: عبارت از اولین حرکت طفل است که توسط خانم حامله احساس میشود، که در بین هفته های ۱۸-۲۰ حاملگی میباشد. ولی خانم های Multipar در حدود دو هفته زودتر آنرا در ک می کنند.

۶- Constipation: یک حالت معمول در حاملگی بوده که از سبب بیجاشدن امعاء توسط رحم محمول و تغیر عادت غذائی ایجاد میشود.

B- علایم Signs

علایم اشتباهی (Persumptive) از اعراض مهمتر بوده با وجود آنهم تشخیصی نیستند.

BBT-۱

حرارت بدن هر روز بعد از قاعده گی گرفته شده و ثبت گردد. در زمان Ovulation درجه حرارت به اندازه (0.25-0.50) درجه سانتیگراد، (32.45-32.90) درجه فارنهایت، تحت تاثیر پروجسترون بلند می رود و قبل از قاعده گی بعدی، در صورتیکه حاملگی رخ ندهد دوباره در جه حرارت پائین می آید. باقی ماندن درجه حرارت در حدود (31.7-37.7) درجه سانتیگراد، (98.8-99.9) درجه فارنهایت برای بیشتر از ۱۶ روز بعد از تیضن به احتمال اغلب دلالت به حاملگی می کند.

۲- تغیرات پستان ها

بعد از هفته ۶-۸ حاملگی ثیدهای بزرگ شده، حلیمه ها (Nipples) تاریک تر و انتعاذه میشوند. از هفته هشتم توپرکول های Montgomery's به تعداد ۱۲-۳۰ عدد در هاله (Areola) ابتدائی ظاهر میشوند. هاله های ثانوی بعد از هفته ۱۶ که عبارت از یک ساحه صباغی توسعه یافته به امتداد هاله های ابتدائی میباشد، عرض اندام میکنند.

۳- بزرگی بطن

معاینه بطنی در هفته های اول حاملگی بی نتیجه است. بزرگی رحم بعد از هفته دوازدهم آشکار می شود. Striae و Linea nigra ها تنها در حاملگی اول کمک کننده اند، زیرا آنها بعد از ولادت اول هم دوام میکنند. لذا در حاملگی های بعدی نمیتوانند ارزش تشخیصی داشته باشند. آواز قلب طفل بعد از هفته ۲۴ شنیده میشود، اگرچه توسط Sonicaid در حدود هفته ۱۲ نیز شنیده شده میتواند. اقسام جنین و حركات آن بعد از هفته ۲۴ قابل جس اند. تقلصات بدون درد در معاینه بطنی از هفته بیستم به بعد قابل جس بوده که

هر ۱۵ دقیقه ایجاد شده و در هفته های بعدی فریکونسی آن زیادتر میشود و بنام تقلصات Braxton hick's یاد میگردد.

۴-تغیرات حوصله

تغیرات مختلف در اعضای حوصلی بوجود می آیند مگر تشخیصی نیستند.

عبارت از رنگ شدن مخاط مهبلی به رنگ آبی یا بادنجانی از سبب Congestion عصلی میباشد و قبل از هفته هشتم ایجاد میشود. بعضی متخصصین آنرا Jucquemier sign نیز می نامند.

همراه با تأسیس حاملگی بسیاری از خانم ها از افزایات (Discharge) مهبلی شاکی اند، که شامل افزایت مخاط عنق رحم، حجرات اپیل مهبلی میباشد. رنگ افزایات سفید یا خفیفاً خاکستری میباشد. خانم از خارش و سوزش شاکی نیست.

Goudell's sign-III در شروع حاملگی سیانوز و نرمی تدریجی عنق زیاد میشود، که شاید مصادف به هفته چهارم حاملگی باشد. این علامه بنام علامه Goodells یاد میشود.

Hegar's sign-IV عبارت از نرمی Isthmus Fornex خلفی مهبل قرار دهیم و توسط انگشتان دست بimanual انگشتان یکدست را داخل مهبل در دست دیگر از جدار قدامی بطن فشار بدھیم انگشتان هردو دست بهم ملاقب میشود زیرا نرمی زیاد در ناحیه Mnltipar در خانم های H.S Isthmus موجود است. در هفته ششم و در اولیاری ها در هفته هشتم بوجود آمده و تا هفته ۱۶ قابل جس است.

Ladin's sign-V یک نرمی در ناحیه اتصال رحمی با عنق در قسمت قدامی در خط متوسط آن بوجود می آید که در حدود هفته ششم حاملگی میباشد.

Von fern wold's sign -VI یک نرمی غیر منظم یا Irregular در غور رحم در ساقه غرس بیضه جس میشود.

Piskacek sign-VII بزرگ شدن یکطرفه در قرن رحمی که غرس انجام شده دیده میشود. تغیرات مفاصل حوصلی مخصوصاً Symphysis وابسته به حاملگی میباشد.

• تظاهرات احتمالی حاملگی (Probable)

Symptoms-۱

عین اعراض Presmpitive یا فرضی بوده گرچه آن ها تشخیصی نیستند.

Signs-۲

علائم احتمالی عبارتند از:

1-بزدگی بطن: بزرگی بطن و رحم موجود بوده و رحم بصورت تدریجی پیشرونده از هفته ۷ - ۲۸ حاملگی بزرگ میشود. در حدود هفته ۱۶ در اولباری ها رحم یک عضو بطنی می گردد. این تغیرات در کسانیکه عضلات بطنی قوی دارند کمتر بر جسته میباشد.

Uterin contraction-2: با پیشرفت حاملگی رحم به یک ارگان کروی تبدیل شده و تقلصات ظاهر می گردد. BraxtonHicks

Baloutment: این علامه شاید از هفته ۱۶ به بعد با معاینه بطنی دریافت شود.

خارجی در اثر حرکت دادن راس طفل در بین دو دست میتواند در یافت گردد. در معاینه مهبلی داخلی توسط جس جنین از طریق فورنکس قدامی می تواند ثبت گردد. یعنی هرگاه توسط انگشتان، جنین بطرف بالاتریه شود احساس میشود که بطرف بالا حرکت نموده و دوباره پائین آمده و با انگشتان اصابت می کند.

4-سوفل رحمی: در اصحاب بطن صدای جریان سریع خون (Rushing) در اوایله رحمی که با نبض مترافق بوده شنیده میشود. این آواز بعد از هفته ۱۶ شنیده شده و از سبب ازدیاد جریان خون در اوایله (Broad ligament) رباط عریض است.

• تظاهرات یقینی

1-تظاهرات کلینیکی

a-آواز قلب جنین: آواز قلب جنین بصورت عمومی بعد از هفته ۱۷-۱۸ حاملگی در حالیکه مریض بحال Supin یا افتیده به یک پهلو باشد، بخوبی شنیده میشود. تعداد ضربان قلب جنین در حدود ۱۲۰-۱۶۰/min و آواز آن مثل آواز تک تک ساعت در زیر بالش است. صدای قلب طفل در هفته هشتم توسط Doppler شنیده شده میتواند.

b-جس: حاملگی با جس تشخیص شده میتواند. بعد از هفته ۲۲، Outline جنین (طرح جنین) تأسیس می کند. حرکات جنین بعد از هفته ۱۸ جس می گردد (اما بعضی اوقات ظاهر نمی شود) و در بعضی خانم ها مشخص است که باسانی و بخوبی خانمهای بعد از هفته ۲۴ و اکثرًا در هفته های ۲۸ حرکات جنین خود را لمس می کنند. معاینه مهبلی اکثراً اجرا می شود تا حرکات طفل احساس شود.

Ultrasound-۲

عالیترین و آخرین وسیله در تشخیص حاملگی میباشد و توسط آن حاملگی می تواند در هفته های ۴-۶ حتی قبل از بزرگ شدن رحم تشخیص گردد.

X-Ray-۳

چون X-Ray سبب تشوشات جنتیک و یا گونادل در جنین می شود، بناء باید از اجرای آن اجتناب گردد. توسط X-Ray استخوان های جنین می تواند از هفته های ۱۴-۱۲ به بعد دیده شود. X-Ray به منظره Oblique ترجیح داده میشود. منظره قدامی خلفی بعد از هفته ۱۶ نتیجه بهتر میدهد.

Electrocardiography-4

این میتوود در هفته ۱۲ کمک کننده است.

۵- تست های حاملگی

Immunological test-a: این تست مربوط به سویه H.C.G می باشد که توسط ترو فوبلاست ها افزای می گردد و در ادرار حامله طرح میشود. ادرار غلیظ شده نتیجه خوبتر و مشخصتر میدهد. ازین سبب باید نمونه ادرار صبحانه تست شود. تست سریع بوده و میتواند که ترجیح داده میشود عبارت از اضافه نمودن انتی بادی ضد H.C.G بالای ادرار می باشد. اگر خانم حامله باشد H.C.G در ادرار موجود بوده و توسط Anti HCG خشی می گردد. بعداً مخلوط مذکور توسط اندیکاتور تست گردیده و اگر تغیرات در اندیکاتور یافت نشده، تست منفی است. یعنی خانم حامله نمیباشد. اگر ادرار خشی نگردیده بناء در اندیکاتور تعامل نموده و تغیرات در اندیکاتور نشان میدهد که خانم حامله نیست. HCG و مخصوصاً Sub unit آن می تواند توسط Radio Immuno assay در خون و ادرار اندازه شود. افراغ H.CG تا هفته ۱۲ در ادرار بلند بوده و بعداً بسیار پائین آمده طوریکه بعد از هفته شانزد هم شاید خفیفاً مثبت (Weakly positive) و یا حتی منفی باشد. تست شاید در زمان یائسگی (Climacteric) وقتیکه Output گونا دو تروپین هاغدۀ نخامیه (Pituitary) (بلند است مثبت باشد).

b- تست های بیولوژیک: در ابتداء ازین تست ها استفاده میشود اما دیده شده که وقت تلف کردن است.

I- تست Aschein zendek: از ادرار Detoxicate شده به اندازه ۰.۵ml دوبار در روز، برای سه روز، در ۴ موسن مونث Imature رزق می گردد. طبیعتاً موش ها باید به اندازه ای جوان باشند که Ovulation نداشته باشند. مگر موجودیت HCG در ادرار تبیض رانزد شان تحریک می کند. وقتی موش ها در روز پنجم کشته شوند تخدمان های آن بخوبی دیده میشود که شدیداً انکشاف نموده اند. این به معنی تست مثبت است.

Friedman test-II: مربوط به تحریک تبیض در تخدمان های خرگوش میباشد.

A.Z.Test: بعض استفاده میشود. ۲.۴ ملی لیتر از ادرار خانم را در جنس مونث Xenopus laevis toad افريقيای شمالی زرق نموده، اگر خانم حامله باشد حیوان تبیض داشته و تخدمه ها در قسمت تحتانی Glass vessel بعد از

12-24h دیده میشوند. بناءً toad ها میتوانند مکرراً استفاده شوند (تودها جانور کوچکی که فقط هنگام تخم ریزی در آب می‌روند).

Mainimi test-IV: زرق ادرار در toad مذکور بعد از 6h سبب افراز sperm می‌شود. این تست یک تست سریع و اقتصادی میباشد. درین تست به مقدار 100ml از وسط نمونه ادرار صبحانه گرفته شده، Vulva باید با آب معمولی خوب شسته شود. Bed pan یا ظرفیکه در آن ادرار گرفته میشود باید معقم باشد. نمونه را باید بصورت درست Labell زده و سرد نگهداری شده و به اسرع وقت به لابراتوار فرستاده شود.

Hormonal test-V: از مرکبات اشتراکی استروجن و پروجسترون بصورت فمی یا زرقی برای مریض داده میشود. اگر در ظرف ۲-۳ روز خونریزی قطع دوائی Withdrawal عاید گردید، خانم حامله نیست.

تست های مذکور تاثیر Teratogenic داشته بناءً اگر استفاده نشوند بهتر است.

تشخیص تفریقی حاملگی

۱. Ovarein cyst: عبارت از یک کتله نرم کیستیک بوده که شاید در یکی از حفرات حرقی یک طرف یا طرف دیگر جدا از رحم جس گردد.

۲. رحم های فیبروماتوز: در فیبرم، رحم بصورت غیر منظم بزرگ شده با سابقه خونریزی ها و قاعده گی غیر منظم همراه بوده و سابقه امینوری ندارد.

۳. مثانه متوجه: سابقه درد Suprapubic و عدم اقتدار طغیانی موجود بوده و در معائسه مهبلی یک کتله با قوام کیستیک در قدام رحم جس می گردد و تطبیق Catheter مثانی تشخیص را قطعی میسازد.

۴. Pseudocyesis یا حمل کاذب: در آن یک سابقه طولانی Infertility موجود بوده و خانم فکر می کند که حامله است اعراض و علائم حاملگی موجود بوده اما رحم با معاینه بزرگ نیست.

تاریخچه و معاینات کلینیکی

History and clinical Examination

ولادی و قابلگی یکی از شعب طب بوده که در باره مراقبت مادر در زمان حاملگی جریان ولادت و دوره نفاسی بحث می کند. کلمه لاتین Obstetrix به معنی (Stand by) یعنی گوش به زنگ بودن و آماده بودن) عبارت از موقعیت یا Position قابله ایست، که ولادت نورمال را کمک می کند و Obstetrician و یا accoucheur (مردی که در ولادت کمک می کند) عبارت از داکتری است که مریض را در جریان حاملگی، وضع حمل و دوره نفاسی تداوی میکند. این رشته اختصاصی دارای هدف دوگانه طفل صحتمند و مادر صحتمند میباشد و سزاوار توجه خاص به طفل و مادر میباشد.

خانم حامله شاید صرف نظر از اختلالات ولادی از کدام مشکل طبی دیگر نیز رنج ببرد. در اثنای گرفتن تاریخچه، معرفی هویت شخصی مریض ما نند راجستر یا ثبت نام، سن، وظیفه شوهر، آدرس و غیره صورت میگیرد.

Menstrual history

a- شامل تاریخچه اولین عادت ماهوار یعنی Menarche

b- طول دوام سیکل قاعده گی که از اولین روز آخرین عادت ماهوار تا اولین روز عادت ماهوار آینده (28+7days) میباشد

c- نظم سیکل، مقدار و روزهای خونریزی قاعده گی (7-2 days) نورمال و هر گونه درد که متعلق به خونریزی باشد باید ثبت گردد.

d- تاریخ آخرین عادت ماهوار (LMP) باید بدقت یاد داشت شود.

e- تاریخ گرفتن ادویه ضد حاملگی فمی (O.C.P) قبل از حاملگی باید یاد داشت شود تا از Amenorrhea بعد از تابلت ضد حاملگی (pill) مطمئن شویم.

زمان متوقع ولادت Expected date of Deli very

توسط شمارش ۲۸۰ روز از اولین روز آخرین عادت ماهوار مشخص میشود و همچنین توسط میتود naegeles نیز محاسبه میشود. طوریکه با اولین روز آخرین عادت ماهوار ۹ ماه و ۷ روز اضافه میشود (مثلًا LMP=1/1/1991 لذا EDD=8/10/1991). این در صورتیست که سیکل قاعده گی منظم باشد. اگر غیر منظم باشد مثلًا ۳۵ روزه باشد، تنها ۷ روز دیگر را به تاریخ متوقع ولادت زیاد میکنیم. چون ovulation

همیشه ۱۴ روز قبل از قاعده‌گی بعدی صورت می‌گیرد. طولانی شدن سیکل همیشه مربوط به فاز proliferative می‌باشد.

قبل از مباحثه در باره تاریخچه ولادی چند مشخصه یا اصطلاح را باید بدانیم:

• **Parity:** عبارت از تعداد ولادت هائیکه قابلیت زنده ماندن را داشته باشند بدون در نظر داشت اینکه طفل زنده تولد شده یامرده و حاملگی یگانه بوده یا دوگانه وغیره. اما سن حاملگی ۲۸ هفته یا بیشتر از آن بوده باشد. به خانم ولادت کرده (parous) گفته می‌شود که تولد طفل در حدود ۲۸ هفته یا زیادتر از آن را از طریق مهبلی یا CS داشته باشد.

• **Gravida:** عبارت از تعداد حاملگی‌ها بدون درنظرداشت مدت و موقعیت آن می‌باشد و شامل حمل‌های داخل رحمی، سقط‌ها و Ectopic می‌باشد.

• **Primigravida:** عبارت از خانمی است که اولین بار حامله شده است.

• **Primipara:** عبارت از خانمی است که یک طفل که قابلیت زنده ماندن را داشته (در حدود ۲۸ هفته یا بالاتر از آن را) ولادت نموده باشد.

• **Multipara:** خانمیکه حمل دوم یا چندم باری آن باشد.

• **Nulipara:** خانمی که هیچ ولادتی که قابلیت زنده ماندن را داشته باشد نداشته باشد.

• **Grand multiparan:** عبارت از خانمی است که ۶ طفل یا زیاده تر از آن که قابلیت زنده ماندن را داشته، ولادت نموده باشد.

• **Gestational age:** مطابق WHO مدت حاملگی از اولین روز آخرین عادت ماهوار حساب می‌شود و به روز‌ها و هفته‌های مکمل نشان داده می‌شود. به کمتر از ۳۷ هفته مکمل یا ۲۵۹ روز preterm گفته می‌شود. بعد از هفته ۳۷ تا کمتر از ۴۲ هفته مکمل، term گفته می‌شود، که ۲۹۳-۲۵۹ روز می‌شود و post term به حمل ۴۲ هفته یا بیشتر از ۲۹۴ روز گفته می‌شود.

• **Live birth:** به خروج مکمل محصولات حاملگی از مادر بدون در نظر داشت مدت حاملگی گفته شده در صورتیکه جنین تنفس و یا کدام علائم دیگری از زندگی از قبیل بنضان قلب، نبضان کورد و یا حرکات معین عضلات ارادی با یا بدون قطع حبل سروی یا پلاستتا داشته باشد بنام Livebirth گفته شده و محصول این ولادت‌ها بنام Live born گفته می‌شود.

• **Parturition:** عبارت از پروسه زایمان می‌باشد.

• **Delivery:** عبارت از خروج واقعی محصولات حاملگی به شمول پلاستتا می‌باشد.

• **Parturient:** عبارت از خانمی است که در حال زایمان می‌باشد.

• Stillbirth: طفلي است که از مادر بعد از هفته ۲۸ حاملگي تولد شده و بعد از تولد بصورت غير مكمل از مادر کدام علامه حيات از قبيل نفس و ديگر علامه حيات را نداشته باشد. Stillbirth ممکن است تازه و يا Macerated شده باشد . اگر تازه نباشد علت ان مربوط به جريان حاملگي است، از قبيل فرط فشار خون ناشي از حاملگي، Hypertention، eclampsia، عدم كفايه پلاستا، خونرزييهای دوران حاملگي، Post maturity، Diabetes mellitus و ديابت شکري (RH.Factor). اگر تازه باشد علت مرگ مربوط به جريان ولادت است که شايد علت آن Prolong labor ، ولادت با سامان ، زرقيات محصولات غده نخامي و ولادت سريع باشد.

وزن طفل S.B نيز مهم می باشد. طفل خيلي وزنين نشانه Diabet و طفل كوچك نظر به سن حمل از سبب فرط فشار خون ناشي از حاملگي، خونرزييهای قيل از ولادت و عدم كفايه پلاستا ميباشد. اگر طفل بعد از ولادت می ميرد باید اسباب ممکنه مرگ در اين سن نزد مذكور تحقيق شود.

• Abortion: عبارت از خروج مكمل يا قسمی محصولات حاملگي يعني قسمتی از پلاستا ، اغشه بدون مشخص بودن جنين یاينکه جنين زنده يا مرده که وزن آن کمتر از 500g باشد، می باشد. مدت سن حاملگي که دران سقط صورت گرفته ياد داشت شود. زيرا اسباب سقط ها در ترايمستر اول و دوم مختلف است و هم دانسته شود که سقط بنفسهی تحریکي Missed Induced بوده آیا نياز به D&C داشته و يا با کدام اختلاط همراه بوده است یا خير.

Obsteric History

تاریخچه ولادی با يك نظم خاص بترتيب زمان گرفته ميشود و از اولین حاملگي شروع ميشود . سالی که طفل تولد شده ، جنسیت و وزن طفل ، دوام حاملگي، طول Labour ، شکل ولادت ، جائیکه در انجا ولادت صورت گرفته (شفاخانه یا خانه) توسط دایه اداره شده يا داکتر، شکل انتیزی و هم نوع اختلاطیکه در جريان حاملگي و ولادت اگررخ داده باشد. در صورت ولادت Primature ، مدت حاملگي و هر اختلاط که تاسيس نموده مثل A.P.H ، Hypertension ، حملیکه سبب فشار بلند شده باشد، امراض کلیوي و عدم كفايه پلاستا ، وزن و سرنوشت طفل تولد شده ياد داشت شود.

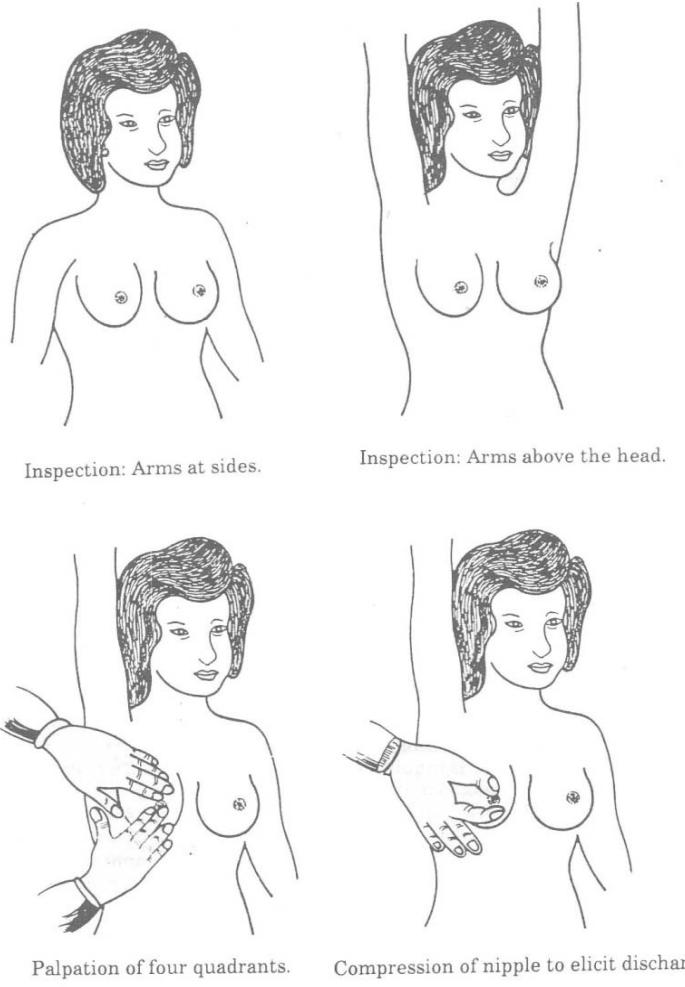


Fig. 6 . Examination of breasts.

تاریخچه امراض طبی (Medical History)

سابقهء مثل Diabetis mellitus ، امراض قلبی، Hypertensio ، امراض کلیوی و TB پرسیده شود. این تاریخچه مهم میباشد زیرا پلان اداره یا اهتمامات لازمه در امراض مزمن متفاوت است. بطورمثال :مریضان دیابتیک، فشار بلند و امراض کلیوی از جمله مریضان High risk بوده و آن ها باید در شفاخانه بستر شوند و نظارت کامل و دقیق برایشان حتمی میباشد. در مریضان دیابتیک طفل با وزن زیاد مستلزم پلان تدبیری مشخص و دقیق می باشد.

بستری شدن در شفاخانه، سابقه دوائی و حساسیت دوائی باید ثبت گردد. اگر تاریخچه بستری شدن در شفاخانه دارد علت آن، مدت و پروسیجری که انجام شده پرسیده شود. سابقه دوائی در تداوی مریض کمک کننده است. بعضی ادویه جات تاثیرات Teratogenic دارند و شاید سبب معلولیت و معیوبیت طفل شوند. مخصوصاً اگر در ترایمستر اول گرفته شوند. بعضی ادویه جات شاید سبب Rush و یا تشوشات معده مغایی شوند، شاید مریض به بعضی ادویه مخصوص، غذاها و یا گرده حبوبات حساسیت داشته باشد.

Surgical history

سابقه عملیات های کبیره و یا صغیره به ترتیب زمانی با اختلالات Post operation و انتیزی یاداشت گردد. در صورت سابقه C.S ، استطباب دقیق آن در پلان حاملگی بعدی کمک کننده است.

Family history

باید از سابقه امراض چون دیابت، فرط فشار خون، امراض قلبی، TB و تشوشات خون پرسیده شود. زیرا امراض مذکور بالای اعضا خانواده از بالا تا پائین تاثیر دارد. دیابت و اینمی Sickl cell در فامیل سیر می نمایند و وقوعات کانسر و امراض قلبی در فامیل های مشخص بلند می باشد. Porphyria

Marital history

مدت ازدواج، مدت عقاالت، عدم توافق در ازدواج، فریکونسی مقاربت جنسی، Orgasm، رضایت جنسی و یا احساس گناه کردن باید پرسیده شود. اگر خانم قبل ازدواج داشته باید مدت و ثمره آن پرسیده شود، که شاید بعضی تشوشات اجتماعی و روحی دماغی را آشکار سازد.

Social history

حالت باوضع اجتماعی بالا معمول است و توبرکلوز در خانواده های در سطح اجتماعی پائین دید اجتماعی اقتصادی مریض باید پرسیده شود. بعضی امراض مشخص مثل اندومنتیوزس در کلاس های همیشود

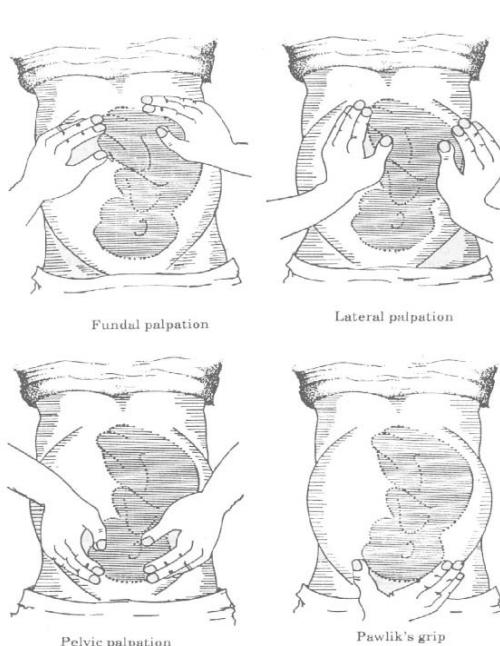


Fig. 7: Palpation of abdomen

باید راجع به تحصیلات و فعالیت های اجتماعی مریض، که آیا خانم خانه است یا بیرون از منزل کار می کند پرسیده شود، زیرا بعضی از شکایات مختصاً اساس عکس العمل Psychoneurotic دارند.

تاریخچه حمل فعلی

مدت استفسار گردیده و هر پرالبم دیگریکه در جریان حامگی ایجاد شده، از قبیل استفراغ و خونریزی باید پرسیده شود.

معانیه کلینیکی (Clinical examination)

۱- قد و وزن خانم اندازه شده، رشد آن یاد داشت گردد. بشمول وزن گرفتن غیر نورمال و سوءشکل نوت شود.

۲- general physical examination : معانیه باید از فرق سر تا انگشتان پا انجام شود بطور مثال نبض، درجه حرارت، فشار خون، تعداد تنفس، رنگ جلد، Koilonychia، اینمی، اذیما (در قسمت های مربوط یا در نواحی Periorbital، Jondice، Dehydration) ، حفظ الصحوه دندانی با Orodental باید از نظر بزرگی تیروئید معانیه شود و نیز یاد داشت شود که neck vein قابل دید است یا خیر؟

۳-معاینه ثدیتان: هر دو ثدیتان برای دریافت تورم و پندیده گی، inversion حلیمه و افزایش از حلیمه معاینه شوند. حساسیت در ثدیه ها معمول بوده و ریدهای سطحی مخصوصاً در اطراف هاله ثدیه ها بر جسته گردیده و غدوات Sebaceous هایپرتروفی نموده در Areola توبرکول های Montgomery رامیسانند. هاله ثدیه ها صباغی شده و وسعت می یابند و هاله تالی (Secondry areola) را میسازند. اندازه حلیمه ها زیاد شده و بر جسته تر می شوند.

تمام این تغییرات در اولباری ها متبارزتر است در حالیکه در MP ها صباغات باقی مانده موجود است . در ترایمستر دوم ثدیه ها بزرگ شده و نودولر می شود. شاید به فشار از حلیمه (Niple) کولستروم خارج شود و حلیمه ها (Nipple) باید جهت دریافت هر نوع Abnormality معاینه شود و نیز ارزیابی گردد که خانم میتواند از ثدیه خود شیر بد هد یا خیر. موجودیت افزایات چسبناک از Nipple در جریان حاملگی معمول است. گاهگاهی شاید در اثر ترومما یا تومور، خون از حلیمه خارج شود که نیازمند تاریخچه مشرح و مناسب می باشد. حلیمه های مسطح یا هموار و Inverted یا برگشته توسط پوشش های مخصوص بعوض پستان بند اصلاح می شوند. هر چهار کوارانت ثدیه باید توسط کف دست بصورت سیستماتیک برای دریافت کدام کتله جس شوند. همچنین عقدات لمفاوی Axillary و Supraclavicular باید جس شوند.

ش

معاینه بطنی

۱-تفییش بطن

تفییش شامل اندازه و شکل بطن، (Striae) خطوط حاملگی، Linea nigra، ارتفاع عانه، Scar بطنی، Varicose vein در قرار Transvers رحم برعکس همیشه در قسمت سفلی خود عریض بوده و ارتفاع غور رحم پائین میباشد.

ii-جس

a-جس غور رحم: جس سیستماتیک توسط کف یکدست (دست هموار) در حالیکه دست دیگر رحم را ثابت نگه میدارد صورت میگیرد. ارتفاع غور توسط جس با کتار Radial یا Ulnare دست چپ طوریکه بطرف راست مريض ایستاده هستیم ارزیابی می گردد (در وقت تقلص باید جس توقف داده شود). بصورت نورمال سرین یا حوصله قسمت غور رحم را اشغال نموده و بشکل یک قسمت غیر منظم، غیر متحرک و نرم که به پشت جنین ادامه دارد جس می گردد.

این قسمت متحرک (Ballotable) نبوده یعنی اگر توسط شصت تیله شود حرکت نمی کند و دوباره به انگشتان تماس نمی کند.

b-جس جنبی یا Lateral palpation: هر دو دست بطرف پائین جسم رحم حرکت نموده و جس انجام می شود. این جس برای معلوم کردن پشت جنین است که بشکل یک قوس نرم و قوام دار Lateral

جس می شود. دست و پای جنین یا نهایات شاید بطرف مقابله آن بشکل ساختمان های کوچک و غیر منظم که در زیر دست ها می لغزند جس گرددند. در جریان این عملیه یک دست ثابت نگهداشته میشود. دست دیگر بصورت هموار و یکنواخت جس را ادامه میدهد. نرمی و ملایمت کلید جس موقانه میباشد. عملیه بصورت معکوس یعنی دست ثابت متحرک شده و دست متحرک ثابت نگاه داشته شده تکرار میشود. توضیع وجه ظهری جنین مهم است، زیرا عظم occiput به همان طرف قرار دارد. به طرف پشت جنین قلب جنین شنیده و حساب می شود. معاينه کننده باید پای های مریض را بحالت قبض در اثای معاينه قرار دهد.

– معاينه حوصلی: معاينه حوصلی بدو میتوان انجام میشود. وجه معاينه کننده بطرف پای مریض و هر دو دست بدرو طرف قطب تحتانی رحم قرار گرفته و راس جنین جس میشود. که بشکل یک ساختمان سخت، متعددالشكل، متحرک و شناور(balotable) میباشد. position، ثبت و عدم ثبت(unengagement) راس نیز ارزیابی گردد. ثبت یا engagement وقی صورت میگیرد که بزرگترین قطر عرضانی راس جنین (biparital) به فوهه علوی حوصله داخل شده باشد. ارتباط بین سر طفل و حوصله مادر نیز تشریح شود. نزول راس توسط قانون ۵/۵ اندازه میشود که ۵ به آن قسمت از سر جنین که هنوز بالاتر از کنار علوی حوصله قرار دارد عطف میگردد. یعنی راسی که بطور آزاد (floating) در داخل بطن شناور باشد ۵/۵. راسیکه شروع بداخل شدن بکار علوی حوصله نموده باشد ۴/۵ و اینکه قسمت اعظم آن داخل حوصله شده ۳/۵ و وقتی که عریضترین قطر از مدخل حوصله عبور کند ۲/۵ گفته میشود و در Engagement عمیق راس در حوصله ۱/۵ استعمال میشود.

Auscultation -iii

اکثراً قلب جنین بالای وجه خلفی صدر آن بهتر شنیده میشود و این در خطی که بالای بطن مادر از Spina iliaca.ant.sup به سره کشیده میشود در اتصال ۲/۳ وحشی و ۱/۳ انسی شنیده میشود. در وضعیت Occipitoposterior قلب جنینی بالاتر از سره در طرفیکه پشت جنین قرار دارد شنیده می شود . تعداد نورمال ضربان قلب جنین بین ۱۶۰-۱۲۰/min می باشد .

معاينه مهبلی

اولین معاينه مهبلی وقتی که خانم برای اولین بار ویزت می شود انجام شده و معاينه دومی در هفته 36 و یا در زمان ولادت بمقصد ارزیابی حوصله نزد اول باری ها اجرا گردد. دلیل اینکه اولین معاينه Vaginal در هفته های اول حاملگی صورت می گیرد ارزیابی سایز رحم و ارتباط آن با امینوری، کشف تومورهای Laceration، تخمدان و فیبروم میباشد. Vulva و مهبل از نظر discharge، پندیده گی، varicosevein ، تغیر رنگ و Prolapsus (با گفتن به خانم که سرفه نماید) تقییش گردد. بعداً انگشت دست راست را با مواد lubricant مخطوس کرده و آنرا داخل مهبل نموده، دست دیگر را بالای بطن قرار داده و معاينه Bimanual انجام شود. قبل از معاينه باید مثانه تخیله گردد. بعداً عنق رحم از نظر Size،

شكل، موقعیت، پاره گی ها و Consistency معاینه شود. جسم رحم از نظر شکل، اندازه، وضعیت و منظمی پالید ه شود و هر دو Adnex یا ملحقات برای دریافت هر نوع ابناه ملیتی دقیقاً معاینه گردند. معاینه مهبلی در جریان Labor برای ارزیابی حوصله: دو انگشت مغطوس شده با ماده Lubricant با هستگی داخل مهبل نموده و پیش بردہ میشود تا به promontorium برسد و از خرشوم تاکنار سفلی ارتقاق عانه اندازه گیری میشود. بصورت نارمل در خانم که انتیزی نگرفته باشد اکثر آ promontorium قابل جس نیست. این فاصله بنام Conjugata diagonalی میشود. قطر قدای خلفی Inlet که بنام Obstetric conjugata یا true conjugata یاد میشود با کم کردن 1.5cm از قطر بددست می آید. C.D Ischial spina. هم باید بخاطر بر جستگی یا تبازر آن جس شود. که آنها باید زیاد Sacrum برجسته نباشند. Sacrospinous lig. با حرکت دادن انگشت از خارهای شوکی (I.S) بطرف اندازه میشود. سه انگشت باید به آسانی در قسمت این Lig جای شود. یکی دیگر عبارت از اندازه نمودن مسافه بین دو خار شوکی Interspinous میباشد که بوسیله کش کردن و یا راست کردن انگشتان به عرض حوصله متوسط بین دو Spina ischi اندازه می شود، که باید بیشتر از 10cm باشد. انگشتان معاینه کننده بطرف پائین و جدارهای جنبی مهبل حرکت نموده تا دریابد که آیا آن ها راست و مستقیم، متقارب و یا متباعد میباشند. سطح قدامی سکروم جس شود، که باید مقعر باشد و برجسته گی و تبازر نداشته باشد. Coccy تحرکیت مفصل باید معلوم گردد. اگر عصص با عجز ثبتیت ya Fix شده باشد، قطر قدامی خلفی Outlet حوصله از نوک عصص تا سطح سفلی symphysis pubis اندازه شود. در غیر آن این قطر از نوک سکروم تا سطح سفلی pubis Symphsis اندازه می شود. اندازه گیری توسط گذاشتن انگشت وسط در مفصل Sacrococcygial و نشانی کردن قسمتی از دست که به کنار سفلی ارتقاق عانه پایین Sympysis مطابقت می کند، صورت می گیرد.

قوس عانه میتواند با گذاشتن دو انگشت در زیر Rami inf pubis و دور دادن آن بطرف مقابل اندازه شود. زاویه مفصل قوس عانی باید به اندازه ای وسیع باشد که دو انگشت از آن بخوبی عبور کرده بتواند که در ینصورت گفته میشود زاویه Pubis بیشتر از ۹۰ درجه است. قطر Intertuberous با قرار دادن مشت گره شده در بین دو بارزه Ischial tuberositus که به آسانی در آن جای می گیرد اندازه میشود.

Interspinose diamter =10.5 سانتیمتر میباشد.

Obstetric conjugata =11-11.5 سانتیمتر میباشد.

Conjugata diagonal=12.5 سانتیمتر میباشد.

Inter tuberous=10.5 سانتیمتر میباشد.

بعد آنکه رحم از نظر توسع، position، قوام یا consistency و تطابق آن با presenting part یا عضو معمولیه معاینه شود.

سر طفل میتواند occ. Transvers. occ. Post.، occiput anterior Position باشد. درجه engagement بسط و engagement باید یادداشت شود. راس در معاینه مهبلی وقتی گفته میشود که فرق یا قبه سر (قسمت بین دو استخوان parital و فانتال قدامی و خلفی) به سویه ischial spine رسیده باشد. جیب از نظر اینکه سالم (intact) است یا تمزق (ruptured) نموده دیده شود. اگر تمزق نموده باشد رنگ مایع یاد داشت شود. اگر رنگ مایع مانند meconium باشد باید دیده شود که میکونیوم تازه است و یا سابقه.

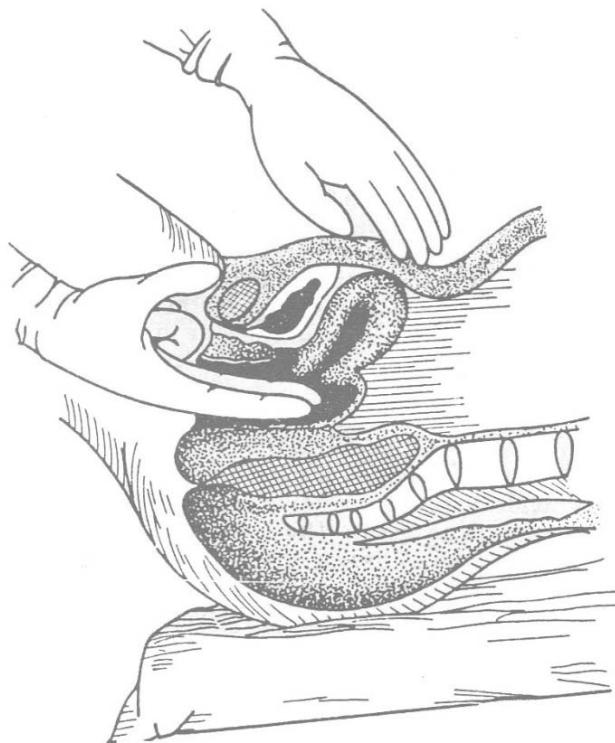


Fig. 8 Bimanual examination.

اهتمامات دوران حاملگی

Antenatal care

تعريف

عبارةت از یک بخش وقایوی ولادی بوده و مرکب از نظارت خانم حامله در جریان حاملگی میباشد. تا از مادر صحتمند و طفل صحتمند مطمئن و برخودار شویم.

ظهور نظریات (emergence of idia)

تغيرات اساسی زیادی مخصوصاً در عرصه صحت در قرن ۲۰ بمیان آمده و در قسمت مراقبت مادر و طفل توسط علمای این قرن تحلیل و تحقیق بیشتر صورت گرفته است. این یک حقیقت آشکار است که طب وقایوی نسبت به طب معالجوی بیشتر میتواند زندگی را تصمین کند. بنابرآ سعی و تلاش و مبارزه دوامدار جوامع صحتمندتر و قویتر میشوند. در ممالک انکشاف یافته به صحت مادر و طفل توجه بیشتر گردیده بنابرآ درین مملکت مرگ مادر از سبب اختلالات ولادی به اسانی ممکن نیست. اما اهتمامات دوران حاملگی در هر دو جوامع انکشاف یافته و رو به انکشاف ضروری است. یک تعداد کثیر مادران در زمان حاملگی، ولادت و نفاسی میمیرند، مگر امروز بیشتر وفات قابل جلوگیری است.

اهداف اهتمامات قبل الولادة ای

- ۱- برای وقايه و تداوي هر نوع مریضي یا اختلالاتی که در جریان حاملگی رخ میدهد و همچنین حمایت از صحت روانی و فریکی خانم.
- ۲- برای آماده گی گرفتن و تعلیم دادن خانم راجع به ولادت (اختلالات ممکنه و جریاناتیکه باید خانم به آن آمادگی داشته باشد). شیردهی (تصورت مقدم و تنها شیر سینه) و مراقبت طفل.
- ۳- برای اطمینان از صحت مندی طفل بوسیله نظارت نزدیک از رشد طفل.
- ۴- برای کم کردن معلومات ها و معیوبیت ها نزد طفل نوزاد و مادر.

تاریخچه عادت ماهوار

سن شروع قاعده گی یا Menarche یاداشت شود. سیکل عادت ماهوار، نظم فریکونسی، دوام، مقدار خونریزی و تاریخ آخرین عادت ماهوار پرسیده شود. تاریخ متوقع ولادت EDD یا E.DD توسط اضافه کردن نه ماه جنتری و هفت روز به اولین روز آخرین عادت ماهوار حساب گردد، دوام نورمال سن حاملگی ۲۸۰ روز یا ۴۰ هفته میباشد.

- تاریخچه ولادی و وقوعات حاملگی های قبلی باید به اساس زمان وقوع، یاد داشت شود.
- ۱- طول حاملگی پرسیده شود، اگر خانم ولادت قبل المعیاد داشته مدت آن باید سوال شود و در واقعات سقط مدت حاملگی و عملیه را که انجام شده لازم است پرسیده شود.
- ۲- وزن جنین: اطفال قبل المعیاد و دیسمپور دارای وزن کم بوده ، در حالیکه اطفال مادران دیابتیک و یا Post-mature وزنین می باشند، وزن طفل های قبلی نشاندهنده پتانلوزی مسئول می باشد.
- ۳- سرنوشت جنین ها:- از مادر راجع به طفل های قبلی پرسیده شود، که نارمال بدنیا آمده و وزن نورمال گرفته اند و آیا تاریخچه نقل الدم وجود دارد یا خیر؟
- ۴- دوام ولادت (Length of labor) یک گزارش مختصر از مدت دوام ولادت که آیا کوتاه، سریع و یا طولانی (Prulonged) بوده گرفه شود.
- ۵- شکل ولادت: آیا ولادت بنفسه و نورمال بوده یا با Episiotomy و یا با سامان و سایل صورت گرفته ادر صورت Forceps و یا سابقه C.S علت آن باید پرسیده شود. نوع انلجزیا و انسیزی که گرفته است و هر نوع اختلاط که در طول این پروسه ایجاد شده باید یاد داشت شود.

Medical history

هر نوع آفت شناخته شده Cardiovascular Gastrointestinal ، سیستم تنفسی و اندو کرین در زمان حاملگی شدت می یابد. امراض می توانند برای مادر و طفل و خیم و کشنده باشند، تاریخچه نقل الدم نیز مشخص گردد، زیرا میتواند نشاندهنده امراض Haemolytic طفل جدید الولاده باشد، حساسیت به هر نوع دوا باید نوت شود.

Surgical history

هر نوع پروسیجر عملیاتی که قبلاً انجام شده است، باید یاد داشت شود . یک خانم با سابقه C.S احتمال دوباره C.S نزدش موجود است. تاریخچه Appendectomy و یا هر عملیات بطنی دیگر باید پرسیده شود.

Family history

یک تعداد امراض مشخص از والدین به ارث می رساند مانند امراض قلبی، فرط فشار خون، دیابت، و تشوهات خون، احتمال تکرار حاملگی های دوگانگی نزد خانم های که مادرشان Twin ولادت نموده اند زیادتر میباشد.

(۱) ولین ویزت First Antenatal Visit

بطور معمول خانم باید هر چه زودتر یعنی از زمانی که احساس میکند که حامله است در یک کلینیک ویزت شود و نباید دیرتر از 10-12 week باشد.

General physical examination

نبض و فشار خون باید چک شده و تعداد تنفس یادداشت شود. وزن و قد آن باید اندازه شده و ثبت گردد و همچنین خانم از نظر اینمی، یرقان (درروشی آفتاب) و کبوڈی یا Cyanosis دیده شود. اذیمای وجه و بازو ها ممکن نشاندهند امراض کلیوی یا قلبی باشد، اذیمای Presacral و Pretibial از سبب احتباس مایعات است. گردن باید از نظر کدام ورید بر جسته و قابل دید و هم بزرگی Thyriod دیده شود.

Breast examination

معاینه ژدیه ها در اولین ویزت صورت میگیرد. Ab normality حلیمه های ژدیه از قبیل انکشاف ضعیف آنها، حلیمه های برگشته (inverted) و یاکش شده می توانند در دوران Antenatal تداوی شوند در شکل حلیمه های برگشته باید قاعده حلیمه ها با دست بطرف بیرون کشیده شده تا بیرون ببر آید.

معاینه بطنی Abdominal EX

۱- معاینه بطنی بخاطر تعیین اندازه رحم و مقایسه آن با سن حاملگی و دریافت هر نوع حادثه غیر نورمال اجرا گردد.
۲- صباغات جلدی، خطوط حاملگی و هرنوع کتله بطنی، Scar و فتق یاد داشت شود.
۳- اکر حاملگی بیشتر از 24week باشد باید قلب جنین شنیده شود.

Vaginal Examination

۱- مشاهده جهاز تناسلی خارجی بخاطر موجودیت کدام زخم سابقه، Varicose ، امراض جلدی و افزایش مهبلی صورت گیرد.
۲- رحم و Adnex ها با معاینه Bimanual برای دیدن اندازه ، موقعیت (Anteverted و retroverted) قوام و منظم بودن رحم جس گردد.
۳- حالات غیر نورمال مثل تومورهای میپسی و فیبروم رحمی میتوانند دریافت گردنند.

۴- سمیر عنق باید بخاطر معاینه Cytologic گرفته شود.

۵- ارزیابی حوصله از نظر شکل و ظرفیت آن صورت گیرد.

آزمایشات Investigations

- ۱: اگر کدام ابتار ملتی دیده شود تحقیقات بیشتر لازم است
- ۲: تعیین گروپ ABO و فاکتور RH خون در خانم های اولباری باید اجرا گردد و جهت تائید در Multipara ها نیز انجام شود.

۳-معاینه ادرار (Urin Analysis) معاينه مکمل ادرار از نمونه وسطی ادرار که در یک بوتل معقم گرفته شده باشد اجرا گردد. اگر شکر در ادرار مثبت است شاید مادر دیابت داشته باشد و اگر Albumin موجود باشد شاید خانم از فرط فشار خون ناشی از حاملگی رنج به برد.

۴-Chest-X-rays- تنها در صورتیکه TB و یا مشکوکیت بدیگر آفات پتالوژیک در ریه باشد اجرا گردد.

E-C-G-۵ در صورت موجودیت abnormality در قلب انجام میشود.

۶-تست سیرولوژیکی برای سفلیس برای کمک کردن در جلوگیری از سفلیس ولادی انجام شود و در اوخر حاملگی دوباره باید تکرار شود.

Rubella-Toxoplasmosis-۷ در ابتدای حاملگی باید تترانتی بادی اندازه شود.

Cytology -۸ در واقعات مشکوک باید سمیر Papanicolau از افرازات عنق و مهبل گرفته شود.

۹-آزمایشات مخصوص: بر علاوه تست های متذکر فوق تست های مخصوص در امراض مخصوص ضرور است اجرا گردد.

مشورت به مادر Advice to mother

• Diet (رژیم غذائی): خانم حامله به یک رژیم خوب بیلاتس شده به اندازه 2500 calori/day نیاز دارد. توجه به اجزای ترکیب دهنده رژیم غذائی ضروری است از قبیل مقدار کافی پروتین ها (گوشت، ماهی، پنیر) کلسیم (شیر، پنیر، بعضی سبزیجات و نان) میوه جات تازه و سبزیجات برای تامین ویتامین ها، آهن از سبزیجات سبز، گوشت مخصوصاً جگر و همچنین تخم، حبوبات (Pulses) مانند نخود لوبیا، عدس و میوجات خشک حاصل میشود اگر رژیم غذائی خوب بیلاتس شده باشد آهن و فولیک اسید اضافی باید در ماه های اخیر داده شود و اگر چنین نباشد آهن و فولیک اسید ویتامین ها و کلسیم باید بعد از ترایمستر اول حاملگی تهیه و تامین گردد.

حد متوسط رژیم غذائی روزانه باید:

۱- یک پیمانه شیر.

۲- گوشت یکبار در روز.

۳- تخم یکدانه.

۴- میوه تازه.

۵- سبزیجات (ترکاری).

۶- میوه جات یکبار در روز.

۷- شحم به اندازه متوسط.

۸- مقدار کافی آب.

میوه جات تازه و سبزیجات در قسمت رفع قبضیت یا Constipation که در دوران حاملگی معمول است کمک کننده میباشد.

• استراحت Rest: سیاری از خانم ها از ضعفیت، خستگی و سستی در زمان حاملگی شاکی اند استراحت مناسب و لازمی مخصوصاً به خانم های که کار بیرونی دارند مهم است، زیرا در جریان وظیفه کاملاً خسته میشوند در هفته های اخیر حاملگی وضعیت به پهلوی چپ مستریح و راحت بوده و یک بالشت باید برای کمک زیر بطن مریض گذاشته شود.

• کفش Shoes یا (کفش ها) : کفش کوری بلند باید استفاده نشود، این نوع کفش ها باعث کمر دردی شده و همچنین خطر افتیدن و صدمه دیدن بجلک پا زیاد میباشد.

• لباس Dress: لباسی باید پوشیده شود که سبب کمترین فشار در اطراف کمر خانم شود و پستان بند مناسب که به حلیمه های ثدیه فشار وارد نکند باید پوشیده شود. در ماه های اخیر حاملگی رحم بطرف جلو برآمده و سبب ناراحتی مخصوصاً در خانم های کثیر الولاده یا High parity میشود، لذا یک کمربرند الاستیک مناسب برایشان توصیه گردد.

• Breast: پوشیدن پوشش مخصوص حلیمه ثدیه ها در جریان روز برای اصلاح کردن آنها شاید کمک کند. به خانم تعلیم داده شود، تا ثدیه های خود را با آب عادی در زمان گرفتن شاور بشوید تا پوسته ها و جرم از آنها پاک شده و به ملایمت شیر یکه به فشار دادن از حلیمه ها خارج شده با آن مالش شود. بعد از هفته ۳۶ حاملگی بخانم روش و شیوه کشیدن شیر توسط دست از ثدیه ها آموختانده شود. تا از پری ثدیه ها (Engorgement) جلو گیری بعمل آمده باشد. آمده گئی ذهنی خانم در زمان Antenatal برای شروع مقدم شیردهی و تنها شیردادن از پستان یک گام مهم بسوی رسیدن به تغذی از پستان مادر موفقیت آمیز است. مزایای تغذی از پستان و اضرار تغذی توسط بوتل و یا feeding Mix باید در زمان Antenatal به خانم تشریح شود.

• مراقبت دندان ها : درجه های از Gingivitis یا التهاب بیره ها تقریباً در ۵۰٪ از خانم های حامله بوجود می آید که دندان را به کرم خوردگی Caries مستعد می سازد هر خانم حامله باید به داکتر دندان مراجعه کند.

• ادویه جات: تمام ادویه جات باید به مشوره داکتر گرفته شود. اگر ممکن باشد در فاز تشکل اعضاء یا Organogenesis یعنی تراپیستر اول حاملگی تجویزدوا باستثنای واقعات که ضروری باشند اجتناب گردد و تنها از ادویه که مصنوع شناخته شده در صورتیکه گرفتن ادویه ضروری باشد بامشورو فارمیست باید هدایت داده شود.

• رخصتی مادر: نظریه قبلی رخصتی مادر حالا تغیر نموده و زیادتر برخصتی در زمان بعد از ولادت مشورت داده میشود. که با استفاده ازین ایام مادر بخوبی میتواند طفل را تغذی پستان نماید و چنین پیشنهاد می شود که رخصتی ۶ هفته قبل از ولادت باید کم ساخته شده و به عوض ۶ هفته بر رخصتی بعد از ولادت اضافه گردد، تا مجموعاً ۱۲ هفته رخصتی بعد از ولادت باشد.

• مسافت: از مسافت در مسافت طولانی بعد از هفته ۳۲ باید اجتناب گردد و مسافت در واقعات غیر نورمال قبل از هفته ۳۲ نیز منع می شود.

• **Intercourse** یا مجامعت: در حاملگی مضاد استطباب نیست . با آنهم اگر خانم سابقه خونریزی دارد و یا سابقه سقط های پی در پی و یا ولادت قبل الميعاد (Preterm) بهتر است از اجتناب گردد. میل جنسی در جریان حاملگی کم میشود. Intercours

• ویزت های بعدی: به خانم مشوره داده شود ، تا هفته ۲۸ حاملگی هر ماه یکدفعه ویزت گردد . هم چنین هر دو هفته تا هفته ۳۶ و هر هفته تا زمان ولادت. Hb و معاینه ادرار در هفته ۳۲ دوباره باید تکرار گردد.

• **Antenatal**: این کلاس ها از جمله مواد مهم تعلیم و تربیه برای مادر حامله و اقوام همراه آن میباشد . خانم ها به سن ها و گروپ های مختلف اشتراک می کنند و در کلینیک های Antenatal تدریس می شوند. معلومات علمی و اساسی راجع به حاملگی، ولادت و دوره نفاسی به شکل قابل فهم و خیلی آسان بر ایشان تدریس می گردد. همچنین برای آن ها راجع به اختلالات مختلفه ممکنه که در جریان ولادت یا حاملگی رخ میدهد و گام های که در زمینه باید بردارند تدریس گردد. علاوه تا به ضرورت ها استطباب و میتوهای که جهت احضار نیروهای مجهز ولادی یا O.F.S آشنا ساخته شوند. از تحقیک های مختلف از قبیل نشان دادن چارت های که صفحات مختلف حاملگی و ولادت را نشان میدهد ، ویدیو فلم ها با عنایین مختلف و سوال جواب از جلسات اخیر که گرفته شده کمک گرفته میشود. مادر همچنین برای شیردهی از پستان تشویق و تنبیه شده ، راجع به مزایای شیردهی مقدم و تنها شیر مادر و اضرار Mix feeding بحث صورت می گیرد. جدول زمانی واکسن ضد تیتانوس نیز باید داده شود.

-TT1- قبل یا بعد از ازدواج و یا حاملگی.

-TT2- یک ماه بعد از زرق اول .

-TT3- شش ماه بعد از زرق دوم .

-TT4- یکسال بعد از زرق سوم.

-TT5- یکسال بعد از زرق چهارم .

شکایات معمول در زمان حاملگی : روبروی این مقاله دادن ادویه جات باید در ابتدای حاملگی محدود ساخته شده و یا از گرفتن آن اجتناب گردد ، زیرا بعضی از آن ها تاثیرات دارند. هم چنین خانم ها از مشکلات و پرابلم های زیاد در جریان حاملگی شکایت دارند ، که بعضی از آن ها قرار ذیل است:

- **دلبدی و استفراغ:** دلبدی و استفراغ یکی از معمولترین شکایات حاملگی است میکانیزم واقعی اصلی آن تا حال شناخته نشده مگر گفته شده که فکتور های عاطفی ، احساسی و اندوه کرینی در آن زیدخیل اند. استفراغات شدید (Hyperemesis gravidarum) سبب تغییر بیلانس الکتروولیت ها میشود و برای تداوی مناسب باید مریض بستر شود. عادت غذا خوردن باید تغییر یابد، خوردن بسکویت و Toast قبل از برخاستن از بستر صبح وقت و غذای خشک باید متواتراً گرفته شود. محدود ساختن غذای چرب ، دلبدی صححانه را خوبتر میسازد.
- **Pyrosis(heartburn):** در حاملگی حرکات اشتداری امعا کند یا اهسته شده تحت تاثیر هورمون ها ، عضلات معدی معائی معروض به استرخاء گردیده و سبب Heartburn می شود . محتويات معده از اثر استرخا معصره بواب یا Cardia به قسمت پائینی مری برگشت می نمایند. (Regurgitate) سوزش معده بیشتر عمومیت دارد و قطیکه مریضه دراز بکشد و یاخود رام خنک کند. انتی اسیدها از قبیل مگنیزیوم هایدوکساید والمونیوم هاید روکساید خیلی ها در Hearthburn موثر اند از تجویز سودیم بی کاربونات باید اجتناب نمود.

- **Constipation :** قضیت از سبب فعالیت کم امعا میباشد، با مشورت دادن به صرف مایعات زیاد و مواد ملین با غذای ملین ، میوه جات و یا ملینات مثل Dioctoyl sodium sulfasuccinat میتواند وقایه شود، روغن Castor (روغن کرچک) مضاد استطباب است، زیرا سبب تحریک ولادت میشود. روغن Mineral هیچگاه استفاده نشود، زیرا که ویتامین های منحل در شحم را از طرق معدی معائی جذب میکند در نتیجه فقدان ویا کمبود ویتامین K را سبب شده و امکان خونریزی ها در نزد جدید الولاده زیاد میشود.
- **Excessive Micturition :** تکرر و تشدید در خانم های حامله معمول بوده Engurgement و عائی حوصله و تغیرات هورمونی مسؤول اصلی این شکایت اند. فریکونسی ادرار در اثر بزرگ شدن راس جنین زیاد میشود، زیرا راس بالای مثانه فشار وارد نموده و ظرفیت آنرا کم می کند، ولی dysurea,Haematuria باید تشخیص و تداوی شوند.

- **V.V - Varicose Veins :** شاید در پا ها و یا فرج انکشاف نماید و این مرض همچنان منشأ فامیلی دارد. بازگشت وریدی از پاها در اثر رحم بزرگ کم شده و به خانم باید مشورت داده شود تا از ایستادن دو امداد اجتناب کند. استفاده از جوراب های Elastic و بالا قرار دادن پا ها موثر است. اقدامات

عملیاتی از قبیل زرق و یا اصلاح جراحی معمولاً در زمان حاملگی نباید اجرا گردد. برای Varicose های فرج از Pad های فشار دهنده عجان شاید استفاده گردد. مگر نتیجه آن رضا یتبخش نیست.

Ptyalism •: از دیاد لعاب دهن در حاملگی معمول است. عصاره Belladonna 8-15mg فمی

4 بار در روز باید امتحان شود.

Headache •: اکثرًا از سبب تشوشات روحی و یا سینوزیت میباشد. مگر سردردی دوامدار و شدید از سبب Toxaemia است. جریان و عائی مخاط انف از سبب هورمون های حاملگی زیاد شده و انف حالت الرژیک و یا التهابی را نشان میدهد احتقان درسینوس ها و یا سینوزیت انکشاف می نماید. اگر از ادویه ضد احتقانی انفی Nasal decongestant استفاده شود نتیجه خوبی میدهد.

Hameorrhoids •: هیموروئند از سبب Varicose اورده کنار مقعد میباشد که در آن پندیله گی مقعد درد و خونریزی وجود دارد. حاملگی هیموروئد را تسريع میبخشد. اجتناب از قبضیت و استعمال بعضی مسکنات و پماد های هیموروئد در اشکال خفیف آن موثر است. شیاف های نیز میتوانند امتحان شوند. کامپرس سرد میتوانند استفاده شود. در بعضی واقعات دوش آب گرم که به آب کریستال مگنیزیوم سلفت اضافه شده باشد میتوانند از بزرگ شدن آن بکاهد. هیموروئید باید چرب گردیده و کوشش شود که به آرامی و ملایمیت Replace یا جابجا شود.

Odema •: اذیما یک شکایت جدی وابسته بمراحل آخر حاملگی است. اذیما عمومی در دست ها و وجه شاید از سبب توکیسمی باشد. اذیما در حاملگی از سبب تاثیر عمل تحمدان ها، پلاستتا و هورمون های ستروئید میباشد. دیورتیک ها از قبیل تیازید ها یا Ethacrynic-acids در حاملگی مضاد استطباب اند. محدود کردن اخذ سودیم شاید سبب کم کردن اذیما شود. پاها برای اصلاح جریان دموی (Circulation) باید بلند تر قرار داده شوند.

Back ache •: درد خفیف کمر همیشه از سبب وضعیت معیوبه نزد خانم ها موجود است. از دیاد بر آمده گی بطن بجلو سبب عقب افتاده گی شانه ها و درد کمر شده و خستگی پیشرفت می نماید، به یک شکم بند سخت ضرورت است. استراحت، خواب و وضعیت دادن خانم توصیه شده و از پوشیدن کفش های کوری بلند ممانعت گردد. کشش مفصل Sacroiliac شاید در ترايمستر اخیر حاملگی ازار دهنده و مشکل آفرین بوده، بناءً باید یک تقویت کننده ثابت در ناحیه Sacroiliac جابجا شود. اگر درد کمر از سبب Pyelonephritis و یا Retroversion باشد، باید تداوی مناسب انجام شود.

دردبطن : درد بطن از سبب هر مرض سستمیک دیگریکه باشد باید رد گردد. تقلصات در دناک Braxton Hicks در ترايمستر سوم موجود است. استراحت و تغیر وضعیت برای خانم توصیه گردید ه و انلجزیک نیز داده شود.

Leucorrhoea •: از سبب فعالیت زیاد و هایپر تروفی عنق رحم افزایات مهبلی زیاد میشود. به مریض باید اطمینان داده شده و گرفتن Pads برای وی توصیه گردد. اگر lucorrhea همراه با خارش و یا تغیر رنگ افزایات است، شاید از سبب انتان باشد و نیاز مند تداوی اختصاصی است. Infection و انتان از سبب تریکومونیاز مهبلی Trichomuniasis و کاندیدا الیکانس Condidiasis میباشد.

Trichumoniasis-a: افزایات کف دار یا سبزرنگ و شاید Petechia های سرخ رنگ در غشای مخاطی عنق و یا مهبل دیده شود. مترو نیدازول در حاملگی از اثر تخریبات جنینی آن مضاد استطباب است . ادویه ضد تریکومونیاز داده شود.

Candidiasis-b: در کاندید یا زیز سوزش ، خارش و افزایات سفید مانند شیر لخته شده یا شیر بسته موجود است ، مهبل سرخ رنگ است و اعراض با مقاریت جنسی شدیدتر میشوند ، استعمال موضعی Nystatin کمک کننده است.

High-risk pregnancies

حاملگی های خطر آفرین از سبب فقر، جهل و بی اطلاعی ، حمل نا خواسته، پرابلم های صحی و خیم ، تشوشات ولادی و یا مشکلات بیولوژیکی بیان میایند.

• سن مادر

- ۱- حاملگی های سینن پائینتر از ۱۶ سالگی .
- ۲- حاملگی های سینن بالاتر از ۳۵ سالگی .

• تاریخچه ولادی قبلی

- ۱- دو یا زیاده سقط قبلی.
- ۲- سابقه ولادت طفل Still birth و یا مرده (F).

Premature birth-۳: از سبب غیر نورمال بودن طرق تناسلی از قبیل: سوء تشکلات عنق، عدم کفایه عنق و یا سوء تشکلات رحم.

Small for dates-۴: Lowbirthweight یا

Large for dates-۵: در مادران دیابتیک .

Leiomyoma-۶: رحمی به قطر ۵ سانتی یا بیشتر از آن .

7- سایتو لورڈی غیر نورمال عنق.

8- تومورهای تخمدان .

Grand multiparities-۹: زیادتر از ۵.

Incompatibility و Rhesus isoimmunization -۱۰: در طفل.

۱۱- Hypertension از سبب حاملگی و eclampsia.

۱۲- معیوبیت ها و معلولیت های Genetic.

۱۳- اگر استطباب ختم حاملگی از اثر موجودیت امراض داخله گذاشته شده باشد.

۱۴- Operative delivery یا ولادت های عملیاتی.

۱۵- ولادت سریع و ولادت طولانی.

۱۶- سابقه قبلی عملیاتی بالای عنق رحم و یا خود رحم.

۱۷- Primigravida یا خانم اول باری.

۱۸- تشوشات روحی روانی در جریان حاملگی و یا ولادت.

Medical problems •

۱- Chronic hypertension یا فرط فشار مزمن.

۲- امراض کلیوی از قبیل Glomerulonephrite حاد و یا مزمن، Diabeles melitus

۳- Hyper- thyroidism-Hypothyroidism .

۴- امراض ریه ها مخصوصاً TB.

۵- امراض قلبی از قبیل اریتمی قلبی، بزرگ شدن قلب ، سوفل Diastolic ، عدم کفایه ا بهر و فرط

۶- آفات خییه یا Malignancy در مادر، از قبیل Hodgkin و مرض Leukemia .

۷- Sickle-cell trait .

۸- امراض معدی معائی و کبدی .

۹- epilepsy .

۱۰- اینمی شدید .

۱۱- امراض ویا جروحتات قبلی که بالای حوصله عظمی تاثیر نموده باشند ، تشوشات نسج

منضم (connective tissue) و تشوشات شدید تغذیوی.

کاربرد سونوگرافی در حاملگی

Ultrasound in Obstetrics

تعريف

امواج اولتراسونوگرافی امواج صوتی هستند با فریکونسی بلند ، که از حد شنیدن بلندتراند (بلند تر از 20000 cyle/sec) این نوع صدا از یک ترانس دیوسر (تولید کننده) اولتراسونیک با یک پرسه که با مداخله کرستل برقی تنبیه شده تولید می گردد، بوجود می آید . ترانس دیوسر سامانی است که انرجی را از یک شکل به دیگر تبدیل میکند، دلیل اینکه اولترا سوند در عوض سوندهای عاذی استفاده میشود، اینست که انرجی مولده از اولترا سوند سبب بیرون ریختن و نشر شعاع میشود، که بسرعت ثابت گردش و سیردارند. وقتیکه این شعاع از انساج با تکاشف مختلف عبور میکند در اثر تقابل اصوات بزاویه راست دوباره بطرف منعکس داده شده و ثبت می گردد.

اصوات منعکسه میتوانند تبدیل به سگنال های برقی شده و بوسیله Crystal Pyezoelectric توسط موج بین (Oscilloscope) بروی صفحه به شکل اولتراسونوگرام نمایش داده میشود.

انواع اولتراسوند

Scan - A - 1

این یک Scan بعدی یا مسافتی است و عمق انساج که در جهت عبور موجه اولتراسوند قرار دارند بوسیله اندازه گیری زمان رفت و برگشت امواج اولترا سوندرا انجام میدهد. این برای اندازه گیری فاصله بین ساختمانی که موقعیت ان دانسته شده است بکار میروند. بطور مثال برای اندازه گیری قطر Biparital جمجمه در عظام جداری. ما Scan A را برای عکس برداری موج بین یا Oscilloscope از ولتاچ های رسیده در محور z و وقت در محور X مورد استفاده قرار میدهیم. چونکه سرعت صوت در انساج نرم تقریباً یکسان است ، لذا رابطه بین وقت و فاصله خطی است. بهمین علت محور X دلالت بفاصله میکند. اولتراسوند از عظام جمجمه عبور نموده و برخورد میکند. انعکاس فقط در صورتی برگشت میکند که امواج به زاویه راست عظام جمجمه برخورد نمایند. اگر موجه، قطر Biparital را عبور نموده باشد، امواج انعکاسی بصورت موجه های عمودی به نمایش در آمد که مسافت بین این دووجه به خوبی اندازه گیری شده میتواند.

B-Scan (brightness) -۲

تصویر دو بعدی است که به صورت ساقه روشن در تیوب تولید کننده اشعه بیان می آید. تصاویر از سبب نوسانات، درجه تیره گی و ولتاژ امپلیتود به نمایش در می آیند. امواج برگشت کننده از انساج نظر به موقعیت ترانسdiyosr تبدیل به ولتاژ برقی شده که بعداً به صورت یک تصویر خاکستری در صفحه نمایش بمالحظه می رسد.

اصوات برگشت کننده به صورت پی در پی منجر به تولید تصویر می گردند که با آن می توان مقطع عرضانی از مسافت و محیط ساقه مورد نظر را به صورت الکترونیکی از ماشین و یا بصورت میخانیکی توسط فوتوگراف در صفحه نمایش بدست آورد. باستفاده از Scanner ثابت یک ساقه وسیع معاینه رامورد مطالعه قرارداده میتوانیم. جهت سهولت در اجرای معاینه باید از Gell یا روغن فرال که باعث ارتباط صمیمی بین ترانسdiyosr و جلد بطن مریض می گردد، استفاده نمائیم. ترانسdiyosr را که در موقعیت های مختلفه قرار می دهیم در نتیجه تکاشف انساج مختلف، به اشکال مختلف درخشندگی به ملاحظه می رسد.

Real Time Scanning -۳

عبارت از استفاده از یک تکنولوژی مغلق التراسوند است، که طی آن تصویر ساختمان های متحرک عضویت جنین به دست می آید. به طور مثال حرکت قلب و جسم جنین به صورت تصویر واقعی مشاهده می شود. این دستگاه می تواند جهت انواع معاینه التراسوند استفاده گردد. به همین علت امروز این شکل B-Scanning جانشین خوب Static BS در کارهای عملی ولادی گردیده است.

تصاویر متحرک بدست آمده R. Time. Scanning این چانس را به معاینه کننده می دهد تا انانویسی سه بعدی و ساختمانهای غیر متحرک را به درستی ارزیابی نموده و بیشترین معلومات مفید کلینیکی و انانویسی در مقطع عرضانی را به دست آورد. سیستم محافظتی دیجیتال این امکان را میسر ساخته تا تصویر به دست آمده با کیفیت خوب، در صفحه مونیتور منجذب شده و مورد ارزیابی قرار گیرد.

M-Mode یا (Monitor Mode) -۴

با استفاده از تکنیک M-Mode می توانیم قلب جنین را به صورت تصویر متحرک و واقعی در صفحه مونیتور مشاهده کنیم. البته B-Mode نیز به صورت همزمان مورد استفاده قرار می گیرد. ترانسdiyosr به طور ثابت نگهداشته شده و در حالیکه قلب به صورت منظم ضربان داشته تصاویر تحرکیت د سا مات قلب جنین به صورت تغییرات ناشی از امواج برگشت کننده صوتی، نظر به زمان ثبت می گردد. یک محور، نشاندهنده مسافت تصویر از ترانسdiyosr و محور دومی نشاندهنده تحرکیت نظر به زمان می باشد. هر گاه سطح مورد مطالعه غیر متحرک باشد، در M-Mode به صورت یک خط مستقیم موازی به سطح ترانسdiyosr در صفحه مانیتور به نمایش در می آید.

Doppler -۵

پدیده Doppler عبارت از ثبت یا بدست آوردن فریکونسی امواج انعکاسی است، که از یک هدف متوجه ک (کرویات حمراء خون یا قلب) حاصل می گردد. بطور مثال هر گاه اشعه، التراسوند به صورت مداوم بالای یک عضو متوجه ک ارسال شود، باعث بوجود آمدن تغییرات در فریکونسی التراسوند گردیده، که توسط دستگاه ثبت شده نیز و قابل شنیدن نیز بوده میتواند.

موارد استعمال

موارد متعدد استفاده از تخنیک دوپلر در ساحه پرائیک ولادی موجود است.

- ۱) ارزیابی قلب جنین و بررسی حالت عمومی جنین در خلال ولادت و حاملگی.
- ۲) ثبت تحریک دسامات قلب جنین و حرکات تنفسی آن.
- ۳) جهت مطالعه جریان خون داخل قلبی جنین.
- ۴) جهت تشخیص و مطالعه اریتمی قلبی جنین.
- ۵) جهت تشخیص انومالی های قلبی وعایی ولادی.
- ۶) مطالعه جریان داخل شرznی در خلال حرکات تنفسی.
- ۷) این تخنیک امکان ارزیابی جریان خون جنین و اوایعه رحمی را به طور ساده، ارزان و غیر تهاجمی مساعد میسازد. این ارزیابی در حالاتی از قبیل تاخیر رشد حیات داخل رحمی، IUGR، دیابت شکری، DM و فرط فشار خون مادری ضروری و مفید پنداشته می شود.
- ۸) عالیترین میتوود جهت مطالعه جریان خون در اوایعه تخدمانها بوده که در نتیجه فعالیت تخدمان و وضعیت وظیفوی جسم زرد را مورد ارزیابی قرار می دهد. همچنان تظاهرات فعالیت وظیفوی Cyst تخدمان و رد موجودیت Torsion Cyst نیز به ملاحظه رسیده می تواند. از این تکنیک نیز می توانیم جهت مطالعه تشخیص تومور وظیفوی تخدمان در مریضان یائسه استفاده کنیم.
- ۹) معاینات Doppler می توانند در تشخیص حاملگی Ectopic و امراض Gestational Trophoblastic کمک کند.

Color Doppler -۶

این میتوود امکان مطالعه عینی جهت جریان گردابی و برگشت کننده را میدهد. جریان های که به ترانسdiyosr نزدیک میشوند به رنگ سرخ و اینها یکه دور میشوند به رنگ آبی دیده میشوند. این را بنام پدیده BART نیز یاد میکنند.

انواع ترانسدیوسر

Linear Array-1

این پروپ جنین را با کیفیت عالی به تصویر می کشد. در این ماشین اشعه التراسوند توسط element های تنظیم شده در یک خط که به صورت گروبی فعال می گردد، به میان می آید. ساحه ای که توسط اهرم التراسوند تحت پوشش قرار می گیرد مربوط به طول Liner Array بوده که ندرتاً از ۱۰ اسانتی متر تجاوز می کند. به همین علت باعث مشکلات در اندازه گیری در اوخر حاملگی می گردد. خوشبختانه تسهیلات تصویری منجمد این امکان را میسر می کند که پارامتر های مورد نظر به درستی اندازه گیری شوند. ماشین نسبتاً کوچک بوده و قابل انتقال میباشد.

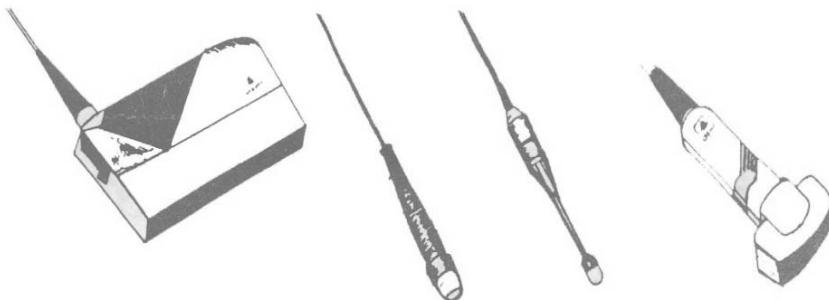
-۱- Convex Probes

تسهیلات LA را دارا می باشد. همچنان بعضی قابلیت های سکتور پروپ از قبیل تصویر وسیع و ساحه تماس کوک را نیز با خود دارد. علاوه تصوری عینی ساختمان های سطحی نیز متأثر نمی شود.

Sector Scan -۲

اینها عبارت از یک سلسه از ترانسدیوسر هایی اند که به صورت میخانیکی انجام فعالیت می نمایند (تدور در اطراف یک محور مرکزی). ترانسدیوسر ها به نوبت فعال شده و یک تصویر مثلثی شکل را به وجود می آورند. سایز کوچک رأس ترانسدیوسر امکان تصویر برداری تقریباً از تمامی نواحی مورد نظر را میسر می سازد. این تехنیک جهت مطالعه و معاینه تشوشات ساختمانی جنین مورد استفاده قرار گرفته و از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است.

شکل مثلثی تصویر همزمان باعث ایجاد محدودیت در مطالعه عینی ساختمانها که بیشتر سطحی اند گردیده، که یک تظاهر ناخوش آیند تلقی شده میتواند.



۳- سونوگرافی Transvaginal

یکی از معایینات انکشاف یافته است که قادر به اجرای معایینات حتی باجز ظیات بیشتر در ترایمستر اول حاملگی و از اورگانهای حوصلی میباشد.

مسئونیت اولتراسوند:

سوء ظن ها در مورد اینکه اولتراسوند امکانات تخریبات حجری را تزايد میبخشد در حال تصاعد است. در حالیکه مسئونیت عام و تمام آن هم به تمام اشکال انرژی فیزیکی که مستقیماً بالای انساج می رویند، تضمین نشده است. باین اساس شواهد موجود در نشان دادن خطرات ناموقق اند. انتیوت امریکائی اولتراسوند در بخش طبابت بیانیه معقول و قابل قبولی را از نظر مسئونیت کلینیکی اولتراسوند قرار ذیل ارائه داده است.

کدام تاثیر بیولوژیکی بالای مریض و کسیکه با این وسائل سر کار دارد و آنرا مورد استفاده قرار میدهد تائید نشده است و کدام آفت خاصی که از اثر مواجه شدن به سامان و سائل تشخیصیه اولتراسوند بوجود آید تا حال راپور داده نشده است. اگر چه این امکان موجود است که این نوع تاثیرات بیولوژیکی ممکن است در آینده ها مشخص گرددند، معلومات بدست آمده نشان میدهد که کار برد عاقلاته و محظوظانه اولتر سوند بدون خطر میباشد و هر وقت که ضرورت باشد میتواند موجود و آماده استفاده باشد.

استطبابات اولتراسوند

شکل ساده ثابت (real time) در پرکتیس ولادی بیشترین کاربرد را در ماشین های اولتراسوند دارد. در حال حاضر این نوع اولتراسونوگرافی در بخش ولادی نسائي وسیعاً مورد استفاده است. زیرا که این یک تکنیک غیر مهاجم بوده و معلومات بدون محدودیت را تهیه میدارد و استطبابات آن قرار ذیل ارائه میگردد.

در ترایمستر اول:

۱- تشخیص حاملگی.

۲- تهدید سقط.

۳- مشکوکیت به حمل خارج رحمی.

۴- تاریخ های نامعین حاملگی.

۵- اختلافات و مغایرت اندازه رحم با سن حمل

۶- بررسی محصولات باقیمانده حمل بعد از سقط در رحم.

۷- مول هیدراتیدیفورم.

و افاعات کمتر معمول:

- ۱- اندازه گیری و بررسی موفقیت در تحریک تخمگذاری.
- ۲- بررسی حاملگی های چند گانه.
- ۳- رهنمائی برای بررسی نمونه های ذغالات کوریونی.
- ۴- با قیماندن لوب یا I U C D در رحم.
- ۵- بررسی و ارزیابی کنلالات حوصلی درا وایل حاملگی.

I- تشخیص حاملگی

اندازه و حجم کیسه حاملگی (Sac) میتواند محاسبه گردد. این عمل برای تأیید حمل داخل رحمی، پیش گوئی سن حاملگی قبل از آن که جنین قابل رویت گردد و تشخیص Blighted ovum یا حمل بدون رشیم مفید است.

ضریبانات قلب جنین میتواند همراه با Sac حاملگی بصورت مقدم در هفته های ششم عادت ما هوار ظاهر نماید. جنین معمولاً میتواند ۷ هفته بعد از قطع سیکل عادت ما هوار دیده شده و اندازه گیری گردد.

اندازه گیری سن حاملگی

پارامترهای متعدد و فراوانی برای اندازه گیری سونوگرافیک سن حاملگی وجود دارد که مهمترین آنها که مورد استعمال دارند عبارتند از:

۱- اندازه کیسه حاملگی	از ۶-۵ هفته
۲- اندازه فرق سر تا زروه عظم عصعص	از ۱۲-۷ هفته
۳- اندازه قطر عظام جداری.	از ۱۵ هفته تا بترم
۴- اندازه طول فخذ	از ۱۵ هفته تا بترم
۵- اندازه محیط راس و محیط بطن.	از ۱۵ هفته تا بترم

با استفاده از تکنیک مثانه پر، تشخیص حاملگی در ۵ هفته اول بعد از قطع عادت ما هوار بادیدن کیسه حاملگی شاید گذاشته شده بتواند. ساختمان دیسک مانند همراه رشیم در داخل جوف امنیون در هفته ششم میتواند بمالحظه برسد.

قلب جنین شاید به هفته های ۹-۱۰ مشخص گردد. همچنین حمل های دو گانه هم در هفته های ۹-۱۰ کشف شده می توانند. هردو کیسه حاملگی همراه بارشیمهای خود در عین ساحمه حزمه اولتراسوند قابل رویت میباشند. پلاستنا در هفته دوازدهم میتواند دیده شده و موقعیت آن واضحآ مشخص میگردد.

۲- سقط ها

تمام انواع سقط هامانند تهدید سقط، سقط گم شده، سقط مکمل یا نامکمل میتوانند تشخیص گرددند. با سقط تمام رحم خالی معلوم شده و مریضه را از کوریتاژ غیر ضروری حفظ میکند.

۳- حمل خارج رحمی

کیسه حاملگی در محل حمل خارج رحمی دیده شده میتواند. رحم بزرگ و خالی بوده و تصویر اولتراسوند بصورت انعکاسات بدون شکل و پراگنده بمالحظه میرسد. کیسه حاملگی خوب، مشخص و واضح همراه رشیم در خارج از رحم دیده میشود. ممکن است که کثالت نبضان دار غیر واضح و نامنظم در ملحقات رحمی دیده شود. در بعضی اوقات اگر حمل بیشتر از ۸ هفته باشد جنین مکمل تشکیل شده، دیده شده میتواند. تشخیص حمل خارج رحمی بالای معاینات کلینیکی تعیین H.C.G و لاپراسکوپی استوار است. سونوگرافی vaginal trans به احتمال زیاد شاید در تشخیص حمل خارج رحمی کمک کننده باشد.

Mole hydatidiform-۴

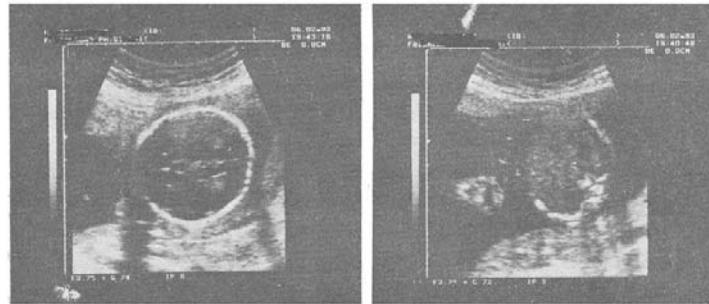
ایکو های (echo) متعدد بالندازه های یکسان در داخل رحم مانند خالها یا لکه ها که معمولاً به خانه زنبور عسل، یامنطره فوچانی برف تشبیه شده بمالحظه میرسند. تشخیص بصورت معین و دقیق در هفته های اول حمل گذاشته میشود

۵-حمل باتومور های حوصلی

فبروم و تومور های میپسی در مراحل مقدم حاملگی تفرقی شده میتوانند.

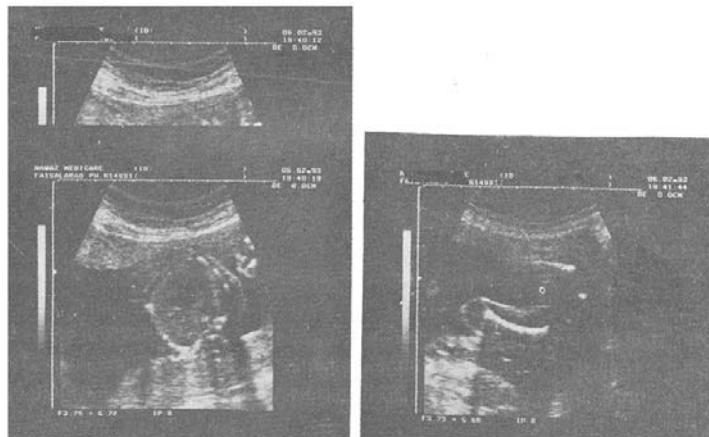
۶-ابنارملیتی ولادی

تشخیص ابنارملیتی جنینی توسط اولتراسوند بالای فهم و درک اнатومی نارمل طفل از نظر صوتی استوار است. رویه مرتفه وقت ترین زمانیکه طفل از نظر انومالی های ساختمنی میتواند مورد مطالعه قرار گیرد، هفته های ۱۶-۱۸ میباشد. هر چند که مطالعه اнатومی نارمل جنینی در هفته های ۲۰-۲۶ آسان است. اولتراسوند که برای رد و یا تشخیص هرنوع انومالی طفل اجرا میگردد حتماً باید توسط افرادی که تریننگ کافی و مهارت خاصی برای Scanning طفل دارند، انجام شود.



BPD

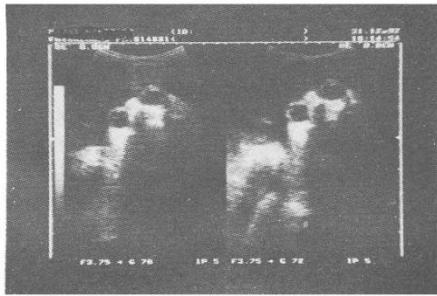
Abdominal circumference



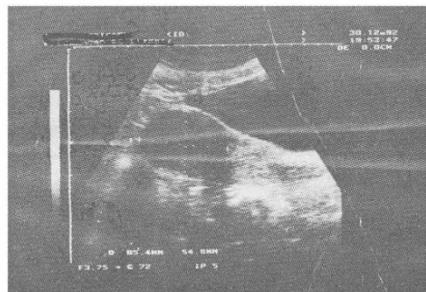
Four chamber view of foetal heart



Cerebellum



Anencephaly



Fibroid uterus (at the fundus)

انومنالی هایی که معمولاً توسط اولتراسوند نزد طفل تشخیص شده میتوانند عبارت اند از :

۱-نقائص راسی و Spinal

انانسیفل	I
سیناتیفیدا	II
هیدروسیفل	III
انسیفلوسیفل	IV
میکروسیفل	V
هیدرو انسیفلی	VI
هولوپروزنسیفلی	VII
Dandy Walker	VIII
سوء اشکال Arnold Chiari	IX

۲-تشوشتات معده معائی

I انسداد معائی به شمول اتریزی اثنا عشر، اتریزی جیجینوم و اتریزی مری .

II اومفولوسل یا Gastroschisis

III فقط حجاب حاجز معمولاً زیاد است.

۳-ابنار میلتی های طرق بولی

I -امراض کیستیک ولادی کلیتان

a -کلیه های پولی کیستیک طفیل.

b -کلیه های مولتی کیستیک.

II -بوروپاتی انسدادی.

۴-ابنار ملتی اسکلیتی

I -عدم موجودیت اطراف.

II -کوتاه بودن عظام طولیه.

III -نقائص منزالیزیشن عظام.

۵-انومنالی های قلبی

۶-تومورهای جنینی

I. هگرومای سیستیک (C.H)

II. تراتوماها (Teratomas)

۷-رشد جنینی (F.G)

اندازه گیری طول راس تادم (C.R.L) رشیم ، مشعرو رهنمائی بسیار خوبی برای تعیین سن حاملگی در هفته های ۱۲-۶ میباشد. قطر Biparietal (B.P.D) جمجمه جنین رهنمائی خوبی برای رشد آن در ترایمستر دوم حاملگی هنگامیکه رشد سریع جمجمه آن مترافق با تغیرات بسیار کم در اندازه راس میباشد، بشمار می رود و در ترایمستر سوم سرعت رشد پائین آمده و قطر Biparietal تغیرات بیشتری با پیشرفت سن حاملگی نشان میدهد. BPD کلانترین قطر عرضانی راس بوده و ممکن است در اندازه گیری این قطر خصوصاً اگر راس در حوصله عمیقاً جابجا شده باشد، پرابلم ایجاد شود. با وجود اشتباها در این منابع قطر ۹.۵ cm (B.P.D) در حمل به ترم) تا هنوز هم نشانه خوب برای تعیین سن حاملگی و میعاد متوقع ولادت میباشد. اندازه گیری طول فخذ (از تروکانتر کبیر تا کاندیل وحشی) ارتباط مناسب و خوبی با سن حاملگی دارد و در حمل به ترم ۷.۵cm است. این ممکن است هنگامیکه در تعیین قطر B.P مشکل موجود باشد، با اتحاد به قطر Bp شاید تعیین سن دقیق حاملگی عبار و اصلاح گردد. هر چند که تصویر شفافی از عظام همیشه در دست نیست و اندازه گیری آن نظر به قطر B.P.D کمتر قابل تجدید است.

۸-حجم مایع امینوتیک

با خیالات اولتر سونو گرافی ابنار ملیتی مایع امینوتیک که آیا او لیگو هیدرامنیوس و یا پولی هیدرامنیوس است میتواند ارزیابی گردد. معمولاً اولین کلید رهنمائی تشوشات مادری و جنینی است که قرار ذیل با آن مواجه خواهد شد:

I-Oligohydramnios : او لیگو هیدرامنیوس عمدتاً به یکی اسباب ذیل میتواند نسبت داده شود:

- انومالی های جنینی .

• تاخر رشد جنینی در داخل رحم (I.U.G.R).

• حاملگی های پوستماچور یا ز وقت گذشته.

• تمزق قبل از وقت جیب.

Polyhydramnious-II : همچین پولی هیدرامنیوس با تغیرات زیاد حالات مادری و جنینی

همراه است. انو مالی عده جنینی که اکثرآ با پولی هیدرامنیوس اشتراک دارند، احتمالاً یکی از کته گوری های ذیل ارتباط می گیرند:

• تشوشات سیستم عصبی مرکزی.

• تشوشات سیستم معدی معائی.

• هیدروپس فیتالیس.

• تشوشات اسکلیتی (S.D).

• تشوشات کلیوی.

اسبابی که کمتر معمول اند:

- خرابی و ظایف پلاستائی (P.D.).
- تداوی با ادویه ماننداندو میتاسین.

۹- حمل های چند گانه

دو حاملگی جداگانه قبل از هفته های دهم حاملگی دیده شده میتواند. از این تاریخ به بعد رأس و جسم هر جنین در هر کیسه مشخص شده میتواند. بیشتر از دو جنین میتوانند پرالبم ایجاد کنند و در هفته های بعدی اعتلالات تأیید و تثیت شده میتواند.

۱۰- اعتلالات معیوبه

خصوصاً در خانم های چاق بعد از هفته های ۳۶ با سونوگرافی تثیت شده میتواند. قبل از هفته های ۳۶ چانس تدور بنفسه موجود است.

۱۱- توضع پلاستا

پلاستوگرافی در تمام واقعات خونریزی های قبل الولاد ، تعیین موقعیت پلاستا در وقایعیکه قرارغیر ثابت است و قبل از امنیوستیز باید اجرا گردد. در تشخیص پلاستا پریویا نکته عمدۀ اینست که پلاستای که در سگمنت سفلی در مراحل مقدم حاملگی حضور داشت ، شاید از سگمنت سفلی به طرف بالا به مهاجرت شروع کرده در آخر حاملگی از وضعیت پلاستا پریویا بیرون شده باشد و احتمالا هم بلندتر از سگمنت سفلی موقعیت بگیرد. همچنان ساختمان پلاستا خصوصاً به ارتباط مرض هیمولیز از اثر Rh فکتور (پلاستای بزرگ ، ضخیم و بسیار متکاف)، دیابت و هر حالتی که احتمالا بالای ساختمان ، اندازه و رشد پلاستا اثر میگذارد ، میتواند مورد مطالعه قرار گیرد.

پلاستوگرافی باید با مثانه نسبتاً پر، چونکه موقعیت سگمنت سفلی رحم بطرف بالا برای آسانی تشخیص پلاستا پریویا قرار می گیرد، اجرا گردد.

۱۲- مرگ داخل رحمی جنینی I.U.D

هیچ نوع فعالیت قلبی و حرکت جنینی قابل رویت نیست. همچنان بالای هم آمدن عظام جمجمه (Spalding Sign) و گاز در اوعیه بزرگ (Robert's sign) دیده میشود .

۱۳- برای رهنمائی عملیات های تهاجمی

عملیات های تهاجمی مانند امنیوستیز، بیوپسی ذغابات کوریون و نمونه گیری از خون جنینی ، بسیاری از حالات جنیتیکی در دوران حاملگی با ثر انالیز نمونه های گرفته شده از جنین در وقت مناسب و درست ، با استفاده از Prob اوئراسوند برای رهنمائی سوزن و یا فورسپس بیوپسی میتوانند تشخیص گردند.

۱۴- اندازه‌گیری تاخر رشد جنینی داخل رحمی

تاءخر رشد یا از کمبود مواد غذائی عمومی (سوءتغذی) مادر و یا از تنقیص سیستم اروائی پلاستتا بوجو می‌آید. اروای ناکافی پلاستتا باعث تاخر رشد بصورت متناظر گردیده که بطور کلاسیک توام با فرط فشارخون ناشی از حاملگی بمالحظه رسیده می‌تواند.

تاخر رشد غیر متناظر مربوط به تغییر جهت دادن امتیازی خون به دماغ جنین نسبت به ارزش دادن به جذع آن میباشد. این اطفال وقتیکه ولادت شوند دارای جذع کوچک و راس نارمل می‌باشند و احتمالاً اسفکسی دوران حاملگی وهیپوگلایسمی نوزادی بیشتر نظر به اطفال که تاخر رشد متناظر دارند میداشته باشند.

اندازه گیری اولتراسوند راس جنینی و محیط بطن آن در سویه دخول اورده به سره، یک ارزیابی بسیار بهتری را برای تعیین اندازه جنین میدهد. با مقایسه محیط راس و بطن جنین تشخیص تاخر رشد غیر متناظر گذاشته شده میتواند. هم چنین محیط بطن میتواند برای تخمین کردن حملیکه با تنقیص حجم کبد و ذخیره گلایکوچن اشتراک داشته باشد استفاده گردد. از طرف دیگر اطفالیکه نظر به سن حاملگی بزرگ تر اند، ممکن باحمل های که با دیابت مادری اختلالات دارند دیده شوند. در این واقعیت تناسب محیط رأس و بطن طفل، معکوس می‌شود. سرعت رشد بطن نظر به راس سریعتر بوده در نتیجه این عدم تناسب اندازه جذع و کبد طفل زیادتر می‌گردد و تزاید غیر مناسب در اندازه کبد و جذع در طفل بوجود می‌آید.

۱۵- دوره نفاسی

۱- محصولات احتباس شده باقیمانده در داخل رحم در خونریزی های ثانوی دوره نفاسی میتوانند دیده شوند.

۲- برگشت به حالت طبیعی و یا نیمه برگشت رحم (Subinvolution) را میتوان مشخص ساخت.

۳- هماتوم همراه ندبه های سگمنت سفلی رحم را میتوان دریافت نمود.

۴- ترومبوزهای اورده عمیق (D.V.T).

۵- احتباس ادرار میتواند تشخیص شود.

۶- سلامتی و درستی ندبه سزارین سکشن مشخص شده میتواند.

۷- تومورهای حوصلی را که در جریان حاملگی از تشخیص بدor مانده اند، میتوان مشخص ساخت.

تنفس جنینی و دیگر حرکات آن با Scanning مطالعه شده میتواند. رویه مرتفه حرکات و جریان خون خوب و مناسب نشانده‌هنده اینست که جنین با عوامل و تاثیرات خارجی خود را عیار کرده میتواند. بطور مثال در هپوکسیا تنفس جنین آهسته پائین می‌آید. لکن وقتیکه گلوکوز خون مادر بلند برود تبیه می‌گردد.



مشاوره های جنتیکی

Genetic Counseling

رشد وجود انسانی تحت تاثیر فکتور های جنتیکی و محیطی میباشد. ترکیب جنتیکی یک فرد در حمل پا یه گذاری شده و تغیر نمیکند. عوامل و تاثیرات محیطی (انتانات و تغذی) تغیر خورده و شاید ترکیب جنتیکی را از طریق جهش یا Mutation تغیر دهند. اینار ملیتی های کروموزومی همراه با فکتورهای محیطی وسیعاً در فراهم آوری معیوبیت و وفیات اطفال و در دوران طفولیت رول دارند. بسیار از امراضی هستند که بکلی منشا جنتیکی داشته و فکتورهای محیطی رول کوچکی دارند.

تعداد نارمل کروموزوم ها ۴۶ عدد است، که ۲۲ جوره جسمی و یک جوره جنسی اند (کروموزوم XY جنس مرد و 2X در جنس زن بصورت طبیعی).

انomalی های کروموزومی شدید از نظر تعداد و مورفو لوژی در ۱/۲۰۰ واقعه ولادت زنده دریافت شده است. این اینار ملیتی های کروموزومی در تعداد کمی از ولادت های زنده بمالحظه رسیده میتواند، زیرا اکثرآ کشنده بوده و منجر به مرگ جنین در رحم و یا سقط میگردد. در بیشتر از ۵۰٪ وقایع سقط های بنفسه انomalی های کروموزومی قابل دریافت اند.

انomalی های کروموزومی را بدوکته گوری، آنهاییکه آفت در کروموزوم های جسمی دارند و انهاییکه آفت در کروموزوم های جنسی دارند، میتوان تقسیم نمود. در تقسیمات بعدی میتوان به اینار ملیتی، در تعداد و درساختمان کروموزوم ها توجه گردد.

مشوره های جنتیکی برای وقايه تشوشهات قبل از حاملگی و دوره حاملگی کمک خوب کرد میتوانند.

ابنار ملیتی های تعدادی کروموزوم ها

• اینار ملیتی کروموزوم های جسمی

ابنار ملیتی تعدادی هنگامیکه یک و یا بیشتر از کروموزوم ها یا ضایع و یا بدست آورده شود، بیان میآید. وقتیکه سیت مکمل کروموزومی بدست آورده شود بنام Poly ploidy مسمی گردیده و این برای حیات انسانی سازگارنیست. از دست دادن تمام سیت او توزوم ها (Monosomy) هم چنین برای انسان کشنده است. علاوه شدن یک کروموزوم اضافی منجر به سه کروموزوم عوض دو کروموزوم میشود، گفته شده که باعث Trisomy Down's Syndrome (Mongolism) می گردد. ترایزومی ۱۳ و

ترايزومي ۱۸ کم و بيش تكرار ميشود و عموماً منجر به مرگ در دوران طفوليت می گردد. اگر اوتوزوم از اثر non disjunction تحت تاثير آمده باشد، جوره که يكى را از دست داده معروض به سقط ميشود و تصرف کننده اوتوزوم اضافي، توانائي حيات را يك انومالي طفلی دارد.

• ابنار ميليتی های کروموزوم های جنسی

ابنار ملتی تعدادی کروموزوم های جنسی نسبت به کروموزوم های جسمی بيشتر معمول است و رويهمرفت اثرات کمتر شدیدی را توليد ميکنند. مانند سندروم تورنر که از اثر ضياع يك کروموزوم X که در نتيجه فورمول کروموزومي به 45XO تتفقیص می يابد و در نزد خانم ها دیده ميشود، می باشد. در حالیکه سندروم Kalinefelter's که جنس مرد را مائلوف میسازد، يك کروموزوم اضافي X دارد و نمبر کروموزومي به 45XXY تحول می کند. از دست دادن کروموزوم جنسی منجر به سقط شده اگر چه تعداد کمي از اطفال ولادت شده همراه با Dysgenesis گونادها دیده شده میتوانند. تصرف کروموزوم جنسی اضافي احتمالاً سبب سقط در zygote ميشود. هر چند که ترايزومي کروموزوم های جنسی با رشد نارمل دماغی و جسمی سازگار بوده و حتی قدرت توليد و تناسل رانیز دارند پ.

• ابنار ميليتی ساختمانی کروموزومي

ابنار ميليتی های ساختمانی کروموزومي بدرو گروپ تقسيم شده ميتوانند که عبارتند از:

۱- حذف کروموزوم ها : شکستن کروموزوم ها در جريان انقسام واقع ميشود ، ممکن کروموزوم تنها يك قسمت خود را از دست بدهد که در نتيجه اين عمل، نقيصه در بازوی طويل و يا كوتاه کروموزوم بميان خواهد آمد. لوحه کلينيکي که با کروموزوم جنسی غير طبعی همراه است معمولاً شباهت به انهائيه Gonadal dysgenesis دارند ميباشد.

۲- تغيير موقعیت کرموزومي: اين شايد به دو شكل توضیح گردد.

a- دو کرموزوم با همديگر اتصال دارند نمبر واقعي ۴۵ خواهد بود ولی يك کرموزوم از دو کرموزميکه بهم اتصال کرده اند نمايندگی ميکنند.

b- يك کرموزوم با يك قسمت از کرموزوم ديگر تعويض شده لذا دو کرموزوم غير طبعی موجود است، اگر چه تعداد همان ۴۶ ميباشد.

وراثت

تشوشات و راثتي مربوط به کرموزيکه زن غير طبيعی Mutant در آن واقع است و هم چنین صفات مشخصه طبیعت خودش ميباشد. خصوصيات ارثي کرموزوم های جسمی درجن های متوضعه بالاي اوتوزوم ها منتقال ميگرددند، که شايد هم چنین مخفی و يا متبارز و صفات مشخصه جوره جنسی درجن های متوضعه بالاي کرموزوم های جنسی ، که شايد هم چنین مخفی و يا متبارز باشند. در متبارز صفات مشخصه

جسمی فرد، معمولاً مصایبیت یکی از والدین مطرح بوده و این خصوصیات ارشی از یک نسل به نسل بعدی بشکل فامیلی انتقال می‌کند. ندرتاً تشوش بطور ناگهانی در یک عضو یک فامیل غیر مصاب Unaffected ممکن ظهور نماید، که این امر شاید اثر جهش جدید مصایب جزئی یکی از والدین بدون اینکه قبلاً مشخص شده باشد و یا اینکه طفل نامشروع و غیر قانونی است باشد.

در حالات مصایبیت کروموزوم های جسمی متبارز، اگر یک فرد مائف با یک شخص طبیعی ازدواج کند نیمی از اطفال آینده آنها بطور اوست چانس مصایب دارند.

صفات مشخصه مخفی کروموزومهای جسمی تنها در حالات Homozygous تظاهر نموده و بهردو جنس مرد وزن تاثیر گزارند. افرادیکه دو جن جهنه تاثیر گذار دارند، بفرد دو چند جن جهنه عبور داده میشود. در کمترین امراض مخفی نزد والدین فرد مصاب اکثراً ارتباطاتی یافت میشود، زیرا این افراد باحتمال قوی وارث عین جن جهشی از یکی از اجداد خود که رویهم رفته داشته اند، میباشند. چانس اینکه اولین کاکازاده، ماما زاده خاله زاده و عمه زاده انتقال عین جن مخفی را بدهد به $1/8$ می‌رسد. ولیکن چانس اینکه دو فردغیر وابسته بهم، عین جن مخفی را انتقال بدند، بسیار کمتر بوده و مربوط به مشخصات و فریکونسی جن در جامعه است. این نشان داده شده است که در اختلاف ازدواج های هم خون وصلبی وقوعات سقط، وفیات طفل، اینار ملیتی های ولادی و تاخر عقلی تزايد میابد.

وراثت کروموزوم های جنسی

امراض مولده توسط جن هاییکه بالای هر یک از کروموزوم های جنسی توضع دارند، بنام میراث صفات مشخصه جوره جنسی یاد می‌گردد. جینیکه کروموزم X آنرا نقل میدهد بنام جوره X (پیوست X) و جینیکه کروموزوم لا آنرا نقل میدهد، بنام جوره لا یاد می‌گردد. تشوشات جن واحد در انسان یافت نمیشود. تمام حالاتیکه بنام جوره جنسی X (Six linked) یاد می‌گردند مربوط به کروموزومهای X میباشند.

این وضعیت نیز شاید مخفی و یا متبارز باشد. حالات عملکرد تبارز جوره X در هردو جنس، خانم هاییکه دارای جن جهشی هتروزایگوس اند و مردانیکه عملکرد تبارز جن جهشی را در کروموزوم واحد X خود انتقال میدهند ظاهر می‌کند. اگر چه یک خانم مبتلا، صفات مشخصه خود را به نیمی از اولادان در هر دو جنس انتقال داده و یکمرد مبتلا، صفات مشخصه خود را صرف به دختران، نه به پسران، انتقال میدهد. حالات مخفی جوره X توسط جن هاییکه در کروموزوم X اند انتقال می‌یابند، تنها هنگامیکه جن به حالت هومو زایگوس قرار دارد، صرف به دختران فرست تبارز میابد.

مردان بصورت متبارز مبتلا به امراض ارشی می‌گردند. هیموفیلیا بهترین مثال صفات مشخصه جوره X به شکل مخفی میباشد و صفات مشخصه جوره X هیچگاه از پدر به پسر انتقال نمیکند.

وقایه از امراض جنیتیکی

کدام تداوی موثر برای جلوگیری امراض جنیتیکی وجود ندارد. بیشترین تاکیدبر آن است که با مشوره های جنیتیکی این تشوهات وقايه گردن.

این شامل ارائه توصیه و مشوره برای جلوگیری از چانس برگشت تشوهات جنیتیکی در اطفال حتی نزد والدین کاملاً صحت مند که پیش از این یک طفل مصاب داشته اند و یا یکی از والدین و یا اقارب نزدیک آن بامریضی ایکه ارثی شناخته شده مصاب بوده است میباشد.

مشوره های جنیتیکی

مشوره های جنیتیکی دوران حاملگی و حتی قبل از حامله دار شدن شامل دادن معلومات، توضیح خطرات و دادن طرح های مختلف تعویضی با جزئیات برای فامیل ها میباشد. لکن نباید بشکل دستوری و آمرانه برای فامیل تصمیم اتخاذ گردد.

وضع کروموزومی شاید از چندین راه مطالعه گردد، مانند:

۱- معائینه سمیر جوف دهن (B.S.E) برای معاینه کروماتین جنسی در حجرات هسته دار Barr

Flourescence یا جسم body

۲- انایز کروموزومی در کلچر ها لمفویست های خون محیطی.

۳- انالیز کروموزومی به تعقیب کلچر فیر و بلاست از جلد، گونادها و مایع امنیوتیک سمیر جوف دهن برای کروماتین جنسی حجرات هسته دار اینار ملیتی کروموزوم جنسی را میتواند معلومات داده ولی راجع به اینار ملتی های کروموزوم های جسمی معلومات داده نمیتواند. سمیر جوف دهن بعد از شستن دهن توسط یک Spatula (مر هم کش) فازی از وجه داخلی رخسار گرفته میشود. مواد حاصله بالای یک سلاید شیشه ای مالیده می شود. سمیر جوف دهن در یک خانم نارمل تکائف کتلات متشی شکل را در اطراف هسته نشان میدهد (Chtomatin positive). این اجسام از کروموزوم دوم X ساخته شده اند. مرد ها و خانم های که 45xo کروموزم یا سندروم تورنر دارای کروموزوم دومی X نبوده و body در آنها kline Chromatin negative دیده نمیشود. پس مریضی که کریو تیپ 47xxx دارد (سندروم Felter's) شاید در هسته های خود Bar Body داشته باشد. خانمهایی که کریو تیپ 47xxx داشته باشند، در بعضی از حجرات خود دو کتله و خانمهایی که 48xxxx دارند، سه کتله Barr Body خواهند داشت. انالیز کروموزومی معمولاً بالای کلچر لمفویست خون محیطی اجرا می گردد. بمقدار 2-3ml خون وریدی گرفته میشود، اگر این مقدار خون نزد طفل کوچک بدست آمده نمیتواند، از میکرو تختنیک بمقدار کم ۰.۲-۰.۴ لیتر میتوان استفاده کرد. خون وریدی داخل هیارین گذاشته شده و هرچه زودتر به سرعت ممکن

جهت کلچر به لابراتوار ارسال گردد. این مرجح است که در حدود ۳۰ حجره برای تعیین تعداد کروموزوم ها شمارش شوند و این مطلوب است که به تعداد ۴۶ کروموزوم را در تمام حجرات نشان دهد.

کلچر فیروبلاست

انساج زیادی از وجود مانند جلد، مایع امینو تیک گونادها و پوش عضلات Rectus ممکن در کلچر و انانیز کروموزومی مورد استفاده قرار گیرند. تحلیل و تجزیه در ظرف ۳-۲ هفته و حتی طولانی تر از آن بوده و زودتر امکان ندارد. از کلچر فیروبلاست در حالات مشکوکیت و قایع موزائیسم Mosaicism که نتواند توسط کلچر لمفو سیت ها و خون محیطی و مایع امینو تیک برای تشخیص ابنار ملیتی در جریان حاملگی تائید گردد، استفاده بعمل می آید.

تشخیص در دوره حاملگی

در مرحله قبل از حاملگی محدود کردن فامیلی شاید تنها راه قابل دسترس و عملکرد برای والدین High Risk (بیشتر به خطر معروض اند) از سبب داشتن یک طفلیکه به تشوشهای شدید جنتیکی گرفتار خواهد بود باشد.

اگر تشخیص در جریان حاملگی گذاشته شود سقط انتخابی جنین معیوب یگانه راه توصیه برای والدین است، که به زوجین باید پیشنهاد شود. این پروسه ممکن با مطالعه حجم روی در مایع امینو تیک اجرا شود و مایع یا بصورت بنفسه بعد از تمزق جیب و یا اینکه از طریق جدار بطن Trans abdominal با عملیه امینو سنتیز و بمقدار ۵-۱۰ میلی لیتر مایع امینو تیک در هفته های ۱۶ حاملگی بیرون کشیده شود. این کار بعد از تثبیت موقعیت پلاستیک بوسیله اولتراسونو گرافی برای جلو گیری از تخریبات اجرا گردد. نمونه ساتریفیوژ گردد و مایع برای اندازه گیری الفافیتوپرتوین که در جنین انانسیفل و سپینا یوفیدای باز از دیاد میابد، مورد استفاده قرار گیرد. این حجرات جنینی هم چنان میتوانند کلچر گردیده و برای معاینات بیوشیمی، Cytogenetic و مطالعه DNA بکار برد شوند. بسیاری از خطا های میتابولیک را میتوان با معاینه انزایم ها و مطالعات دیگر بالای حجرات مایع امینو تیک کلچر شده انجام داد. تشخیص سایتو جنتیک سندروم Down's را با این مطالعه میتوان گذاشت.

اخیراً بیوسی نسج ذغابت کوریون را که از طریق عنق رحم میتوان گرفت برای مطالعات بیوشیمیک، سایتو جنتیک و D.N.A بصورت مقدم در هفته های ۸ حاملگی انجام میدهند. این کار ختم حاملگی رادر صفحات مقدم آن نهایی میسازد و خطر ترضیضات کمتر بوده و عملیه برای مادر بیشتر قابل قبول است.

آناتومی حوصله

Anatomy of the pelvis

فهمیدن آناتومی حوصله زن بخاطر دانستن میکانیزم ولادت مهم است. حوصله از نظر شکل به سه قسمت از قبیل Pelvic cavity، Outlet و in let تقسیم شده است چهار نوع حوصله موجود است.

یا حوصله زنانه. Gynaecoid-۱

یا حوصله مردانه یا حوصله قلب مانند. Android-۲

یا حوصله بیضوی شکل یا حوصله میمون نما. Anthropoid-۳

یا حوصله هموار پهن Flat-۴

شماره	حوصله زنانه	حوصله مردانه	حوصله مردانه	حوصله میمون نما	حوصله بیضوی
۱	شكل حوصله داخلی	مدور	مدور	طولانی قدامی خلفی	هموار
۲	قطر قدامی خلفی فوجه Inlet	۱۱.۰ سانتی متر	۱۱.۰ سانتی متر	بیشتر از ۱۲ سانتی متر	۱۰.۰ سانتی متر
۳	عرض ترین قطر فوجه داخلی	۱۲.۰ سانتی متر	۱۲.۰ سانتی متر	کمتر از ۱۲ سانتی متر	۱۲.۰ سانتی متر
۴	جدار حوصلی	هموار	مقعر	باریک	واسیع
۵	حوصله قدامی	واسیع	واسیع	باریک	واسیع
۶	خارهای شوکی مدورند	متبازن و برجسته نیست	متبازن و برجسته	متبازن و برجسته نیست	برجسته نیست
۷	Sacrosciatic notch	متوسط	متوسط	باریک	متقابل به خلف
۸	انحنای عظم عجز	مقعر	مقعر	متقابل به قدام	خلفاً واسیع (باریک)
۹	قوس عانی	واسیع	واسیع	باریک	متوسط
۱۰	قطر مستعرض فوجه خروج	۱۰.۰ سانتی متر	۱۰.۰ سانتی متر	کمتر از ۱۰ سانتی متر	۱۰.۰ سانتی متر
۱۱	جوف حوصله	دایروی	دایروی	منثنی	بیضوی
۱۲	ساختمان عظمی	متوسط و ضعیف	متوسط و ضعیف	سنگین و خشن	متوسط
۱۳	وقوعات				%۵

حوصله توسط Brim علوی یا فوته inlet حوصله بدو قسمت تقسیم میشود قسمت بالائی Inlet عبارت از حوصله کاذب و قسمت پائینی Outlet عبارت از حوصله حقیقی میباشد. حوصله کاذب کدام سهم یارولی در پروسه ولادت به استثنای تومورهای حوصلی که شاید سبب انسداد ولادت شوند ندارد. حوصله حقیقی شامل Pelvic cavity، Inlet و Outlet میباشد، که متشكل از استخوان ها اربطه و مفاصل است.

استخوان های حوصله

استخوان های حوصله ۴ عدد اند.

-دو استخوان بی نام Innominate یا hip bones در دو طرف و در قدم.

-عظام سکروم و Coccyx در خلف.

A-استخوان Innominate مشکل از سه قسمت ileum & ischium, Pubis است.

۱-Ileum-۱ عبارت از قسمت بزرگ و هموار با سطح قدامی مقعر، که بنام fossa iliaca شناخته شده میباشد سرحد بالائی آن منحنی شکل بوده که بنام spina iliaca ant-sup یاد شده بدو بارزه در علوی قدم و spina iliaca post sup در خلف و علوی خاتمه می یابد.

۲-ischium-۲ قسمت پائینی استخوان بی نام بوده که به ischi Tuberousitی خاتمه می یابد و قسمتی است که بدن در وضعیت نشسته به آن متکی است. علوی خلفی تبارز یا بر جستگی دارد که بنام spina ischi یاد میشود و عبارت از یک علامت یا نقطه رهنمائی مفید و مهم برای تعیین سرجینی در زمان ولادت میباشد.

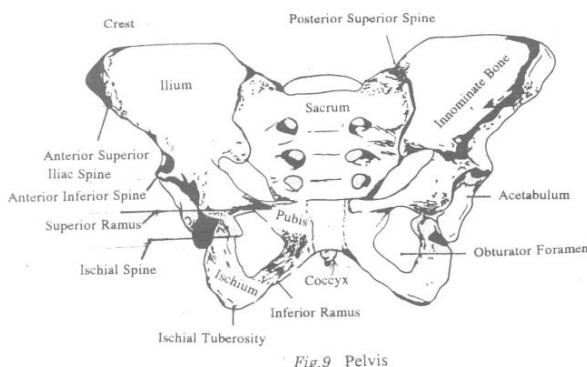


Fig. 9 Pelvis

۳-pubis-۳ مشتمل بر جسم rami superior & rami inferio میباشد دو Rami سفلی آن در

قدم با هم یکجا شده و قوس عانی Pubic را تشکیل داده است.

در قسمت اتصال iliopectineal rami با ایلیوم یک ساقه نا هموار است، که بنام **eminence pubis** یاد میشود و دو استخوان pubis در حذای قوس عانی با هم یکجا میشوند. یک استخوان مثلثی است که از ۵ فقره sacral که با هم جوش خورده اند، تشکیل گردیده و یک سطح قدامی خفیفاً مقعر دارد. مرکز سطح علوی اولین فقره سکروم بنام **Promontory** سکروم یاد می شود و یک نقطه متبارز رهتما برای تعیین اندازه فوهه **Inlet** حوصله میباشد.

یک استخوان کوچک است از چهار استخوان چسپیده باهم تشکل یافته است.

Coccyx یک استخوان کوچک است از چهار مفصل حوصلی وجود دارد دو عدد sacro iliac ، یکی symphysis

و یک عدد دیگر pubis .

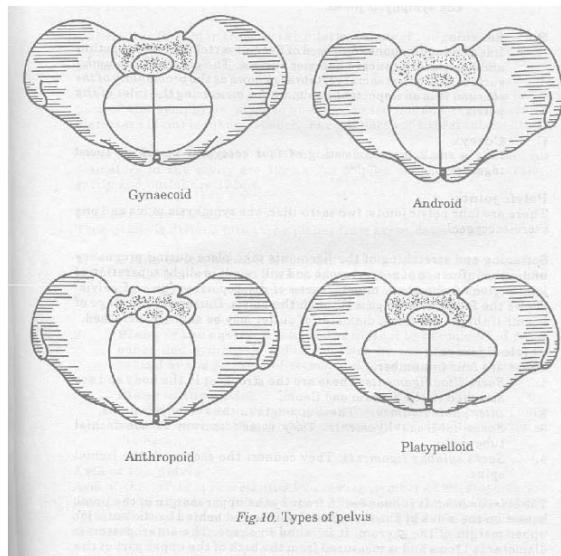


Fig. 10. Types of pelvis

میباشد. نرمی و کشش اربیله یا ligament ها در زمان حاملگی تحت تاثیر هورمون پروجسترون ایجاد شده که این پرسه بخوبی زمینه جدائی خفیف مضاظل را از هم دیگر مهیا میسازد (give of pelvis). در حالاتیکه خفیفاً عدم تناسب راس با حوصله مطرح باشد این give of pelvis راس جنین را از حوصله می دهد در اثنای صفحه دوم ولادت، اگر ران ها ثبیت (fixed) اند، قطر outlet حوصله نیز خفیفاً زیاد میشود.

Pelvic ligaments

اربیله حوصلی چهار عدد اند.

Sacro iliac ligament-۱ قوی ترین و محکم ترین مفصل بدن انسان بوده که از اتصال عظم

سکروم با ilium بینیان میآید.

سبب تقویت symphysis pubis میگردد. .lig-۲

Sacrum عظم Sacrotuberous lig-۳ را به Ischial tuberosity وصل می کنند.

Sacro spinous ligam-۴ عظم سکروم را به ischial spine وصل می کنند.

فووه inlet يا Brim

در قدام با کنار فوچانی استخوان pubis در اطراف با خط ilio pectineal و در خلف توسط کنار فوچانی قدامی عظم سکروم احاطه شده است. شکل مدور داشته و قطر قدامی خلفی آن ۱۱cm است که از خلف قسمت فوچانی promontorium تا symphysis pubis اندازه میشود و قطر عرضی آن ۱۳.۵cm بوده و عریضترین قطر در این سطح میباشد.

(Cavity) حوصله

جوف حوصله متشکل است دو عظم Pubis در قدام ، استخوان های ischi و iliac در جوانب و سطح قدامی سکروم در خلف ان قرار دارد و شکل غیر منظم دارد . قطر قدامی خلفی ان ۱۲cm بوده که از قسمت خلف و متوسط symphysis تا ۱/۳ عظم سکروم اندازه میشود. قطر مستعرض آن نیز ۱۲cm بوده و عریض ترین قطر درین سطح است.

(Out let) خروج

در قدام از کنار سفلی عظم Pubis و عظام Ischial tuberosety در جوانب از Sacrum و در خلف از قطعه پنجم عظم Sacrum و رباط Sacro tuberous تشکیل شده است . شکل الماس را دارد و قطر قدامی خلفی آن ۱۳.۵ سانتی بوده که از قسمت پائین ترین Symphysis تا ختم Sacrum و قطعه مستقرض آن ۱۱ سانتی متر که فاصله بین دو سطح داخلی Ischial tuberosities میباشد. محاسبه میشود. قطر قدامی خلفی (۱۳.۵ سانتی متر) در حدای in let در فووه خروجی حوصله يا out let معکوس می شود تمام اقطار در جوف حوصله (Cavity) ۱۲ سانتی متر اند و هم چنین تمام قطرهای Oblique يا مایل در هر سه قسمت يعني Out let Cavity و In let مساوی ۱۲ سانتی متر میباشند.

Planes of Pelvis سطوح حوصلی

حوصله حقیقی از بالا به پائین به سه سطح تقسیم می شود.

• سطح In let يا Brim :- یک سطح مدور به استثنای تبارز و برآمدگی خوشوم در حدای خلفی

Mibashد. که در قدام توسط کنار بالائی Rami Pubis و Symphysis Pubis در جوانب توسط خط Ileopecteneal و در عقب توسط سکروم احاطه شده است.

• سطح Cavity:- در قدام خود توسط قسمت متوسط استخوان Pubis و Sumphysis ، در

جوانب توسط استخوان های Ischieal و در خلف توسط اتصال فقره سوم و دوم سکروم احاطه شده است.

• سطح Out let: در قدام بین کنار سفلی Symphysis، در جوانب توسط استخوان های Ischi و در خلف توسط نوک استخوان سکروم احاطه گردیده است.

محور حوصله

محور حوصلی توسط رسم کردن یک عدد خطوط قدامی خلفی در بین In let و Out let تشریح می گردد. خط که از مرکز این خطوط عبور می کند. مرکز رأس طفل را در زمان (Descent) نزول آن، در حوصله نشان میدهد که دلالت به محور حوصله می کند.

انحنای حوصلی (Inclination)

عبارت از ارتباط بین پلان In let حوصله با پلان افقی آن میباشد، که در وضعیت ایستاده این انحنای حوصلی با پلان افقی حوصله یک زاویه حدوداً ۶۰ درجه را می سازد. Brim

ارزیابی کلینیکی حوصله

این ارزیابی در هفته های ۳۶ حاملگی و یا در زمان ولادت اجرا می گردد و اگر خانم نا وقت مراجعت نموده طوریکه زمین حوصله استرخاء (Relax) داشته باشد، در حقیقت رأس جنین بخوبی رول یک Pelvimeter را بازی میکند.

Out let •

قوس عانه میتواند از بیرون اندازه شود. توسط جای دادن هر دو انگشت اشاره بطرف Symphysis در Rami های سفلی استخوان Pubis و یا از داخل توسط جس قوس Subpubic از مهبل که باید در ان دو انگشت تطابق نماید. البته به اسانی زاویه subpubis اندازه شده میتواند و زیادتر از ۹۰ درجه میباشد. قطر Inter tuberoses Ischial tuberosites توسط جای دادن یک مشت محکم بسته در عجان در بین دو اندازه میشود.

Brim •

قطر قدامی خلفی فوهه دخولی (Diagonal conjugate 12.5cm) با عبور دو انگشت سبابه و وسطی در مهبل فاصله بین Promontorium و کنار سفلی Symphysis اندازه و تعیین شده میتواند. بصورت نورمال Promontorium توسط انگشتان معاینه کننده تا وقتیکه خانم انستری نگیرد جس شده نمیتواند. آنها Obstetric conjugate true Conjugate یا ۱.۵ سانتی متر از C.D بdst می آید.

Cavity •

سطح قدامی سکروم از بالا به طرف پائین با حرکت دادن انگشتان معاینه کننده به مقصد تحری انحنای حوصلی جس گردد. که بصورت نورمال این سطح مقرع میباشد. تحرکیت Coccy ارزیابی می شود. بعداً

انگشت معاینه کننده بطرف سطوح جنینی حرکت کرده تا دیده شود که آیا جدارهای حوصله راست، معمعر و یا محدب هستند یا خیر، Ischial spines جس گردیده بر جستگی و تبارز آن دیده شود. فاصله بین دو خارشونکی (Spin) Sacro Spinaus lig ۱۰.۵ سانتی متر است. جس گردیده و باید به اندازه کافی طویل باشد که سه انگشت به آن تطابق نماید.

X-Ray Pelvimeter

از این بحیث یک پروسیجر تشخیصی نزد خانم ها جهت ارزیابی حوصله ایکه در معاینه کلینیکی تردید یا سوء ظن به تضییق آن موجود باشد استفاده میشود. خطرات اشعه به گونادهای جنین باید قبل از تصمیم در نظر گرفته شود.

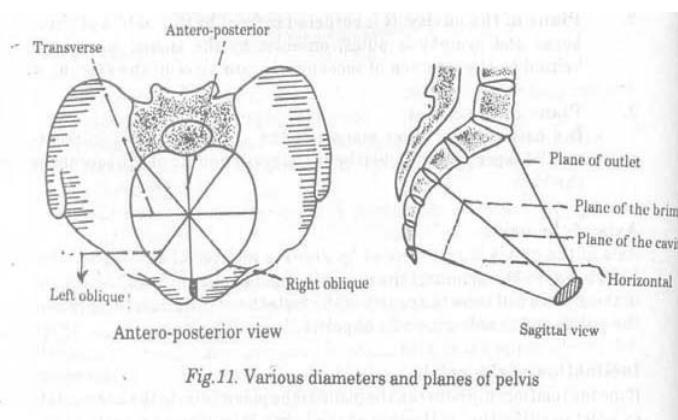
۱- فلم جنی: - منظره مهم عبارت از جنبی مستقیم یا ایستاده بوده که معلومات خوبی را از نظر شکل و اندازه حوصله بدست می دهد میباشد و همچنین راجع به وضعیت و سویه عضو مעתله معلومات می دهد. و قطر قدامی خلفی Out let Cavity و In let Extension قدره اندازه شود و درجه ای از این دیده شده و انحنای سکروم ارزیابی شده میتواند.

۲- فلم قدامی خلفی: - قطر مستعرض In let (عربیض ترین قطر مستعرض) و قطر Inter spinous خط که نوک دو Ischial spine را باهم وصل میکند) میتواند اندازه شود.

۳- فلم قدامی Out let: - قوس Subpubic و قطر مستعرض Out let حوصله میتواند اندازه شود.

۴- فلم In let: - قوس Thoms view) از این پرسه بخاطر رسک یا خطر تشعشع به گونادهای جنینی

اجتناب شود



آناتومی قحف جنین

Anatomy of Foetal skull

دانستن آناتومی قحف جنین برای پیشبرد میکانیزم های ولادت ضروری بوده. رأس جنین نسبت به جزء آن بسیار بزرگتر و مهمتر میباشد. قحف مشکل از استخوان ها، Suture ها و fontanellae ها میباشد. که به سه قسمت وجه-قاعدہ قحف-و قبه قحف تقسیم شده است. استخوان های وجه و قاعده قحف مکملًا با هم متحده و تثیت شده اند. مگر استخوان های قبه قحف تنها توسط یک غشای غیر عظمی در suture ها بهم وصل شده اند. استخوان های قبه قحف در جریان ولادت میتوانند به mulding معروض شوند. که نتیجتاً از اثر رویهم قرار گرفتن (overriding) انها در بعضی از اقطار راس جنین تنقیص بعمل میآید. قبه قحف از عظام temporal، parital، occipital سو frontال ساخته شده است.

استخوان ها

استخوان های مهم ولادی عبارتند از:

۱- دو استخوان parietal

۲- دو استخوان frontal

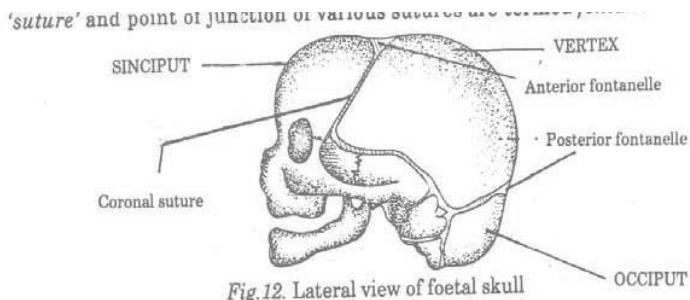
۳- یک استخوان occipital

استخوان های قحف یکی با دیگری توسط یک غشای ارتباط دارند که بنام suture گفته میشود.

قسمت های مختلف قحف:

۱- occiput: در قسمت خلف فانتانل خلفی قرار داشته و توسط Foramin Magnum محدود

شده است.



۲- Orbit: در قسمت قدام فانتانل قدامی Brigma قرار دارد. توسط کنارهای orbit و

Coronal محدود شده است.

Vertex -۳ : درین دو فانتانل قدامی و خلفی و تبارزات عظام جداری قرار دارد.

های با اهمیت ولادی عبارتند از :

Parietal Sugittal

.occipital Lambdoid

.Parietal frontal Coronal

.Frontal Frontal

Fontanelles •

به نقطه اتصال چندین درز(suture) فانتانل گفته میشود. از نظر ولادی فانتانل قدامی و خلفی مهم است.

bregma یا Fontanelle-1

عبارت از یک ساحه بزرگ که بادامی شکل بوده که در نقطه اتصال چهاردرز(suture) یعنی در زمان تولد باز است و تقریباً در حدود ۲۰ ماه بعد بسته میشود.

Fontanelle -2 خلفی

یک ساحه مثلثی کوچک بوده و در نقطه اتصال درز Sagittal و دو درز lambdoid قرار دارد. در بسیاری از مواقع ولادت بحیث یک فضای خالی جس نمیگردد. و یا بزوودی بعد از ولادت بسته میشود.

Vertex •

عبارت از قسمت از قحف جنین که توسط دو بارزه غطام Parietal و فانتانل های قدامی و خلفی محدود شده است میباشد. و این عبارت از آن قسمت از رأس جنین است، که در زمان ولادت نورمال اعتلال (present) میکند.

Moulding •

استخوان های قبه قحف از استخوان های وجه و قاعده قحف کمتر تعظیم می کنند. که در نتیجه قبه قحف قابلیت تحت فشار قرار گرفتن را بیشتر داشته و اجزه میدهد که سایز رأس کوچک تر شود. و شکل آن در زمان عبور از حوصله تغییر کند. طوری که استخوانهای رأس یکی بالای دیگری در حذای غشای اتصالی خود over lap میگردند. و به این پروسه Moulding گفته میشود. در تمام واقعات Moulding به عین میکانزم بیان میاید. کنار های استخوان های occipital و forantal در زیر استخوان parietal فرو

میروند. استخوان parietal خلفی همیشه در زیر استخوان قدامی فرو میرود (عظم جداری در فوهه inlet یکی وضعیت قدامی دارد و دیگری خلفی).

Caput succedaneum •

عبارة از پندیده گی در قبه قحف از اثر اذیما و تجمع مایع در تحت طبقة subcutaneus جلد راس میباشد. که از اثر فشار عنق متسع بالای راس بوجود میآید. پندیده گی در امتداد suture های قحف قرار گرفته و بزودی در چند روز محدود بعد از ولادت از بین میرود.

• اقطار رأس جنین

در حدود نارمل این اقطار تغیرات قابل ملاحظه ای وجود داشته و معمولاً بجهه راس بزرگتر، نسبت به دخترها دارند. اندازه گیری محیط های راس در اطراف bregmatic suboccipito و قطر Occipitofrontal به صورت متوسط محاسبه گردیده که ۳۱ و ۳۴ سانتی متر میباشد.

۱- در رأس خوب قبض شده قطر یکه در حوصله اعتلان میکند و یا به نمایش گذاشته میشود، عبارت از قطر suboccipito brigmatic Fontanel که از ناحیه Suboccipital تا عقب قسمت مرکزی قدامی یا Brigma امتداد داشته و اندازه آن ۵cm میباشد.

۲- اگر رأس خفیفاً به حالت بسط قرار داشته باشد. قسمت نمایش یا Suboccipito Present قطر Frontal بوده. که از ناحیه Suboccipital تا برآمده گی پیشانی اندازه شده و 10cm است. ۳- بابسط پیشرفته رأس قطر Occipito frontal، قطر نمایش بوده که از جذر انف تا خلفی امتداد داشته و اندازه آن ۱۱.۵cm است.

۴- آگر رأس در حد وسط بین بسط و قبض باشد، بزرگترین قطر mento Vertical است، که از زنخ تا بلندترین قسمت Vertex اندازه گردیده و 13 cm میباشد و قطر اعتلال کننده است. این قطر آنقدر بزرگ است که از حوصله نارمل به مشکل عبور کرده میتواند و در اعتلال brow دیده میشود.

۵- در رأس خوب بسط شده قطر معننه nbmento bregmatic است، که از ناحیه Submental در قدامی میباشد و اندازه آن ۹.۵ cm میباشد. این قطر در حالت Face presentation تا Fontanel دیده میشود.

۶- قطر مستعرض یا Biparietal به اندازه ۹.۵ cm بوده که از تبارز یک عظم Parietal تا بر جستگی عظم جداری طرف دیگر را احتوا میکند و این عبارت از قطر Engagement میباشد. یعنی وقتی رأس میشود که قطر biparietal آن وارد فوهه داخلی یا Inlet میشود (2/5th).

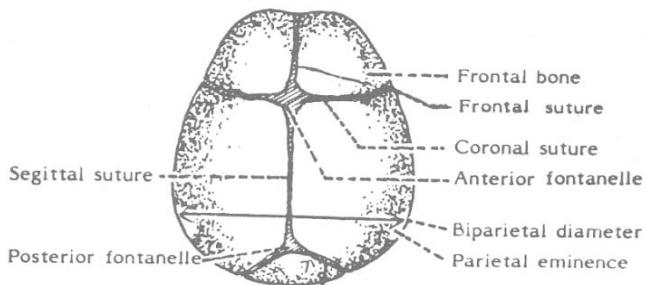


Fig.13. Superior view of foetal skull

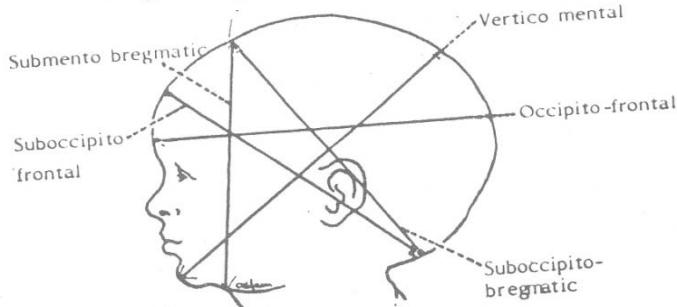


Fig.14. Diameters of foetal skull

well flexed head, diameter which presents in the pelvis is

Foetal position •

وضعیت عبارت از ارتباط اطراف رأس جنین با جزع آن بوده و بصورت نورمال بحالت Flexion است ، یعنی بصورت نورمال رأس ، ظهر و اطراف طفل یکی بالای دیگر قبض شده اند. جنین به ترم در 96% واقعات به اعتلان راسی (cephalic presentation) و فرار طولانی (Long lie) است. که این مربوط به این حقیقت است که جنین بصورت بنسهی با حرکات آزاد خود نظر به شکل رحم خود را تطابق میدهد. مایع امینوتیک بصورت نسبی در ماه های اول حاملگی زیاد بوده و جنین میتواند آزادانه در بین آن حرکت و شنا کند.اما با پیشرفت حاملگی جنین به سرعت به سایز خود افزوده و حجم مایع نسبتاً کم میشود. بنابراین جنین به حالت Flexion کامل که به شکل رحم متناسب است درمیاید. سرین ها همراه با قسمت های نزدیک ران ها و پاهای یک کتله را میسازند، که از راس بزرگتر است. جوف رحم شکل ناک را دارد ، که نهایت عریض تر و پهن تر آن در قسمت فوقانی است ، بناءً طفل در بین آن طوریکه، Breech در قسمت بالائی و رأس در قسمت سفلی آن قرار داشته باشد وضعیت میگیرد . وضعیت های معیوبه (Malpresntation) در صوریتکه رأس جنین نتواند به فوهه Inlet حوصله داخل شود مثلاً در

تضییق حوصله ، تومورهای حوصلی و پلاستتا Low lying، از سبب کم شدن ساحه قابل دسترسی در قسمت سفلی رحم ، ایجاد میشود . اگر تون عضلات رحم و یا جدار بطن ضعیف باشد مثلا در خانم هایی که تعداد زیاد طفل ولادت کرده اند ، سبب ایجاد قرار Transvers و یا Oblique میشود. اگر طفل مرد باشد نسبت عدم موجودیت تون عضلی حرکت کرده نتوانسته و ممکن است سبب قرار غیر نورمال گردد.

• قرار یا Lie

عبارت از ارتباط بین محور طولانی جنین با محور طولانی رحم است. Lie میتواند طولانی ، مایل و یا مستعرض باشد.

• Presentation •

عبارت از آن قسمت از جنین است که در فوهه دخول حوصله و یا در قطب سفلی رحم قرار میگیرد. وقتیکه رأس ، سگمنت سفلی رحم را اشغال می کند ،cephalic present ation یاد میشود. اگر رأس بالای ستون فقرات قبض شده باشد بنام Vertex presentation یاد میشود، اگر رأس کاملاً بالای ستون فقرات بسط نموده باشد به آن Face presentation و اگر قسماً بسط نموده باشد brow presentation مطرح بحث است.

اگر حوصله جنین (breech) سگمنت سفلی را اشغال نماید. اعتلان podalic بوده و اگر جنین بصورت مایل قرار داشته باشد، shulder presentaion مطرح میشود. بدون از اعتلان Vertex به تمامی اعتلالات دیگر، اعتلالات معیوبه(malpresntation) گفته میشود، اعتلالات ممکن قرار ذیل تصادف شوند:

٩٦.٨%	Cephalic - I
٢.٥%	Breech -II
٠.٤%	Soulder -III
٠.٢%	Face -IV
٠.١%	Brow -V

• Position •

عبارت از ارتباط بین نقاط شاخص عضو معتلنہ با چهار quadrant حوصله مادری میباشد. نقطه شاخص نظر به اعتلال(presentation) در اعضای مختلفه متفاوت میباشد.

که نقاط مختلف شاخص عبارتند از :

cephalic	در واقعات	Occiput
Breech	درواقعات	Sacrum
Face	واقعات	Chin
Transvers	درواقعات	Acromion

هشت position تشریح شده میتواند:

Left occipito anterior L.O.A •

در نزدیک بارزه sinciput ileo-pectineal چپ بوده در منفصل right sutura sagital قرار دارد و sutura sacroiliac به قطر مایل راست فوهة دخول حوصله قرار دارد.

Right Occipito-Anterior R.O.A •

نزدیک به بارزه iliopectineal چپ و sutura sagital در منفصل sinciput iliac یا sacroiliac در قدر مایل چپ Brim حوصله قرار دارد.

Right-occipito-posterior R-O-P •

در نزدیک مفصل Sinciput در بارزه چپ در مفصل sacro- iliac راست و sutura sagital از چپ و راست قرار دارد.

L.O.P•

نزدیک مفصل Sinciput چپ و sutura sacroiliac در بارزه راست در قطر مایل چپ قرار دارد.

L.O.T•

در قطر مستعرض فوهة Inlet و بطرف چپ قرار دارد.

R.O.T•

به قطر مستعرض فوهة inlet و بطرف راست قرار دارد. اکثرًا به وضعیت مستعرض در شروع ولادت قرار داشته و بداخل حوصله نزول میکند.

Directly anterior•

Directly posterior•

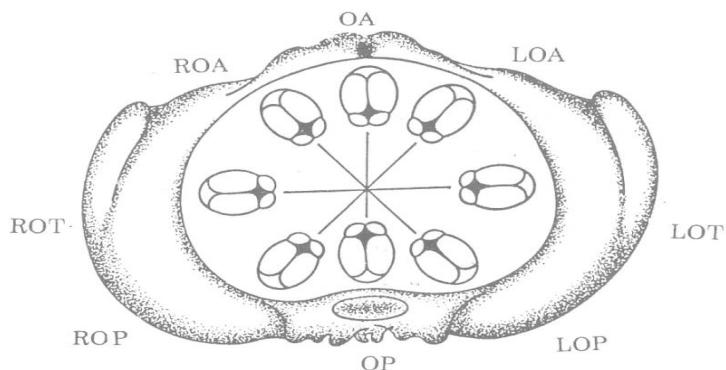


Fig. 15. Various positions in cephalic presentation

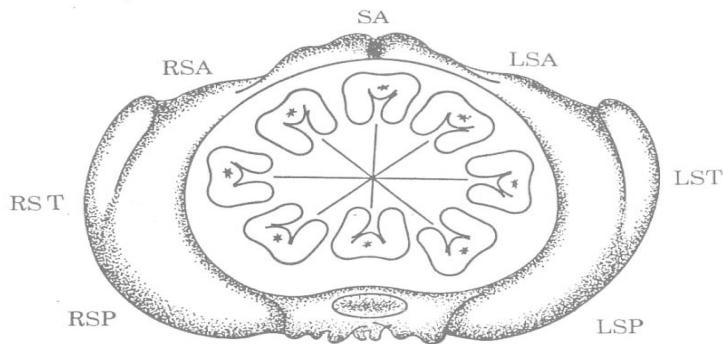


Fig. 16. Various positions in breech presentation.

I. تشخيص وضعیت LOA

A: معاینه بطنی

- پشت جنین در چپ در پیش رو جس میشود.
- اطراف بطرف راست جس میشود.
- سرین در غور رحم جس میشود.
- رأس در حوصله جس میشود.

• متبارزترین قسمت بوده و بطرف راست جس میشود. Sinciput

B- معاینه مهبلی

- فانتال قدامی در عقب و راست قرار داشته و در رأس که بحالت قبض تمام باشد. چون خیلی بلند است جس نمیشود.

• فانتتال خلقی به جلو بطرف چپ قرار دارد.

• به قطر مایل راست حوصله قرار دارند. Sagital suture

II. تشخیص وضعیت ROA

برای تشخیص آن صرف نکته تشخیصه طرف مربوطه یعنی R به L تغیر میکند مثلاً LOA به ROA و غیره تعویض میشود.

III. تشخیص وضعیت ROP

A: معاینه بطنی

- اطراف جنین همه در قدام بطن جس میشود.

- پشت جنین به عقب و راست مادر دریافت می گردد.

- یک خلای وصفی و واضح در بین رأس و اطراف جس میشود.

- سرین یا حوصله در غور رحم جس میشود.

- رأس در فوهه دخول حوصله جس شده واکثرآ بلندتر از وضعیت anterior قرار دارد.

- آواز قلب جنین در تحت وبطرف راست سره شنیده شده و طوری معلوم میشود که از یک

فاصله دور بگوش برسد.

رأس به حالت بسط (deflex) بوده و پهناور جس میشود و هردو Sinciput و occipute به عین سویه قرار دارند.

B- معاینه مهبلی

- Fontanellخلفی به عقب و راست قرار دارد.

- Fontanell قدامی صریحا در قدام یا جلو و بطرف چپ جس میشود.

- (Sagital suture) یا درز سهمی بقطر مایل راست حوصله قرار دارد.

IV. تشخیص وضعیت L.O.P.

عین R.O.P. بوده به استثنای اینکه طرف ها تغیر میکند یعنی R به جای L قرار میگیرد.

ولادت نورمال و میکانزم ولادت

تعريف

ولادت عبارت از پروسه ایست که توسط آن طفل، پلاستتا واغشیه، از طریق کانال ولادی خارج میشوند.

ترم یا اصطلاح labour یا ولادت به بعد از هفته ۲۸ حاملگی گفته شده و سقط به قبل ازین مدت اطلاق میشود.

علت شروع دردهای ولادت تا حال بدرستی معلوم نیست، اما فکتور های مشخص هورمونی میخانیکی و عصبی را در آن ذیدخل می دانند.

- فکتورهای هورمونی

Oxytocin-۱: عبارت از هورمونی است که از Neurohypophysis غده نخامیه افراز شده که بصورت مشخص سبب تقلصات رحمی میشود. در زمان ترم رحم بصورت پیشرونده تحیریک پذیر می گردد. ازدیاد در سویه Oxytocin قبل از labour دیده نمی شود، اما در جریان ولادت سطح Oxytocin بالا می رود.

Ostrogens-۲: سویه استروجن در زمان حاملگی زیاد میشود. مخصوصاً در زمان Term، که سبب حساسیت بیشتر میومتر به مواد Prostaglandin و Oxytocic می شود.

Progesteron-۳: شاید از تقلصات رحمی جلوگیری کند و مقدار زیاد آن در تمام مدت حاملگی افزای می شود. قبل از ماه هفتم افزای پروجسترون ثابت می ماند و یا شاید هم خفیفاً کم شود. نسبت استروجن و پروجسترون در نزد یک ترم زیاد گردیده که ازدیاد آن سبب تقلصات رحمی میشود.

Prostaglandins-۴: در ولادت های قبل از وقت غلاظت پروستا گلاندین ها و میتابولیت های آن مخصوصاً PGF و میتابولیت های آن در مایع امیوئیک بصورت سریع بلند می رود. پروستا گلاندین ها در اواخر حاملگی در Dicidua و ممبران ها موجود اند. همچنین ولادت توسط پروستا گلاندین ها و محصولات آن ها به تعقیب تمزق جیب شروع میشود. گذاشتن یک Pessary پروستا گلاندین در قبه مهبل می تواند ولادت را تحیریک نموده مخصوصاً اگر حاملگی نزد یک به ترم باشد.

Corticosteroids-۵: کورتیکوستروئید های جنین یک رول مهم و با ارزش در پروسه ولادت دارند. طوریکه مقدار کورتیکوستروئید ها در پلازمای جbel سروی، در ولادت بنفسه نسبت به ولادت تحیریک شده بلند تر است. مشابهای یک جنین anencephalic یک دیفکت یا نقص در کورنکس ادرینال

داشته و شاید از سبب کمبود Corticostrosid ها، سبب دوام طولانی حاملگی- (Prolonged-Pregnancy) شود.

B- فکتورهای میخانیکی

Uterin growth-۱

تمام انساج رحمی از قبیل عضلات، نسج منضم و او عیه تحت تأثیر استروجن و پروجسترون به اندازه زیاد بزرگ می شود. کشش خفیف عضلات ملسا، اکثر سبب ازدیاد قدرت تقلص آن می شود. علاوه بر این کشش متناوب رحم که در اثر حرکات جنین ایجاد می شود، میتواند سبب تقلص عضلات ملسا شود.

۲- کشش عنق رحم

کشش و یا تحریک عنق رحم در تولید تقلصات رحمی مهم است. کشش اعصاب عنق آغاز گر رفلکس به جسم رحم بوده و سبب آزاد شدن Prostaglandins می شود.

C- فکتورهای عصبی

رحم توسط اعصاب اوتونوم تعصیب شده، نور ادرینالین سبب ازدیاد فعالیت رحمی شده در حالیکه ادرینالین آنرا کم می کند. علایم شروع ولادت عبارت از تقلصات ریتمیک و درد ناک رحم بوده، که سبب ایجاد توسع عنق و افزایش خوندار مخاطی به اندازه کم می شود. این افزایشات از سبب جدا شدن ممبران جنین از جدار داخلی رحم و یا پاره شدن او عیه کوچک عنق رحم میباشد، که بنام Show یاد میشود. تقلصات رحمی توسط خانم بشکل یک احساس فشار آزار دهنده و یا به شکل درد خفیفی که تدریجاً شدت آن زیاد میشود احساس میشود و رحم با جس دردناک است.

درد تدریجاً از شدت خود میکاهد تا کاملاً معدهم شود. در شروع ولادت فاصله بین تقلصات رحمی تقریباً ۲۰ دقیقه است و بعد از تقلصات در شدت و فریکونسی خود افزوده تا ختم صفحه اول هر ۲-۳ دقیقه یک تقلص صورت گرفته و شاید تا یک دقیقه دوام نماید.

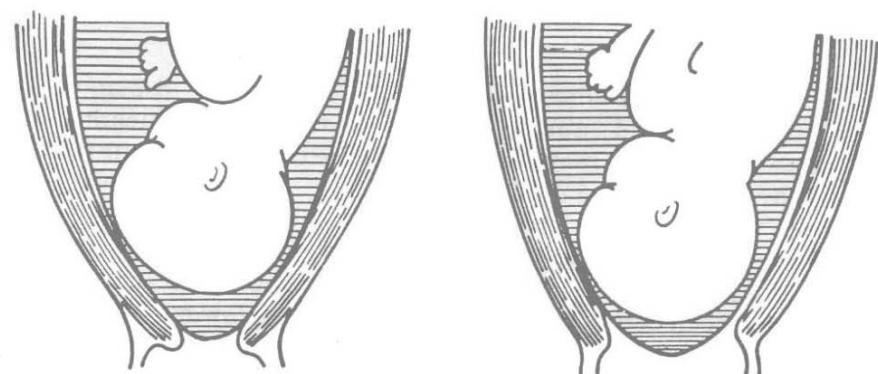
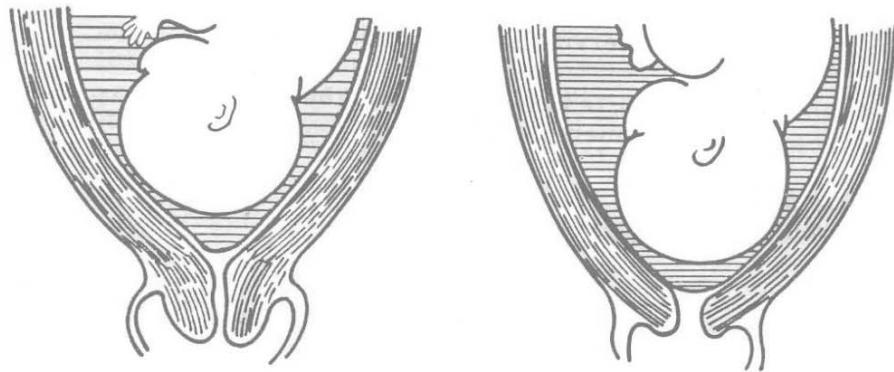


Fig. 17 Effacement of cervix

صفحات ولادت

ولادت دارای سه صفحه است

۱-صفحه اول ولادت یا توسع عنق رحم: با شروع دردهای ولادت شروع شده، تا توسع تام عنق را دربر می‌گیرد.

۲-صفحه دوم ولادت یا صفحه خروج جنین: از توسع تام عنق تا تولد طفل.

۳-صفحه سوم ولادت: از تولد طفل تا خروج مکمل بلاستتا و اغشیه را شامل است.

دوان ولادت

دوان ولادت مختلف است اما بصورت متوسط عبارت است از:

دراولباری ها

صفحه اول ولادت: ۸-۱۲ ساعت و ندرتاً زیادتر از ۱۸h .

صفحه دوم ولادت: نیم تا یک ساعت.

صفحه سوم: یک بر چهارم ساعت.

در کثیرالولاد ها

صفحه اول: ۴-۸ ساعت.

صفحه دوم: $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{4}$ ساعت.

صفحه سوم: $\frac{1}{4}$ ساعت.

فاز ولادت

دو صفحه یا فاز واضح ولادت وجود دارد.

(a) active phase: یا فاز نهفته که با شروع دردهای ولادت شروع شده و تا شروع

دوان می‌نماید. دوان آن مختلف بوده و توسع عنق آهسته می‌باشد.

(b) Active phase: یا فاز سریع که بعد از توسع $3cm$ عنق شروع شده و با ختم صفحه دوم ولادت

ختم می‌شود.

اهمیت این فازها این است که شاید بصورت غلط کسی با وجود اینکه پیشرفت در فاز نهفته موجود است تشخیص غلط عدم کفایه ولادت را بگذارد. در جریان تقلصات رحمی قسمت بالائی رحم بنام سگمنت علوي شناخته شده که قویاً تقلص نموده و دارای انقباضات و استرخاء متناوب میباشد و ازین سبب کوتاهتر و ضخیم تر می‌شود.

سگمنت سفلی رحم در اثر تقلصات و انقباضات در جریان صفحات ولادت ضعیف تر و نازکتر

می‌شود.

سگمنت علوی قوی سبب ایجاد سگمنت سفلی ضعیفتر و ازین بردن کانال عنق و نزدیک شدن فوهه خارجی و داخلی می شود که بنام (Effacement) عنق یاد میشود.

در جریان قسمت اخیر ولادت دو سگمنت علوی ضخیم و سفلی نازک بصورت واضح از هم دیگر جدا بوده واضح‌اً جس می شود. اگر در ولادت کدام انسداد وجود داشته باشد، انقباضات سگمنت علوی، بیشتر بر جسته شده در ناحیه اتصال بین دو سگمنت یک حلقه جدا و واضح بملاظه می رسد که بنام Bandl ring Retraction ring of Bondl یا Band ring یاد میشود. در ولادت نورمال تقلصات از نزدیک یکی از قرن های رحمی شروع می شود و به شکل موجه ها به میومتر انتشار می کند. تقلصات متناوب رحم برای جنین و مادر مهم می باشد. در جریان تقلصات رحمی جریان خون از طریق جدار رحم قطع می شود و اگر تقلصات و درد، دوامدار باشد باعث مرگ جنین از سبب کمبود اکسیژن می گردد. فاصله بین تقلصات اجازه میدهد تا جریان خون جفته و مادر هم از حالت ضعیت و خستگی که در اثر تقلصات ایجاد شده بیرون شود. تقلصات مرحله دوم ولادت قویتر و دوامدارتر از صفحه اول ولادت بوده و فاصله بین تقلصات کوتاه تر است.

Resting tone یا قدرت استرخایی رحمی در بین تقلصات ، در شروع ولادت 10mmHg میباشد. فشار داخل رحمی که در آن تقلصات احساس می شود 20mmHg و خانم وقتی احساس درد می کند که فشار حدود 25 mmHg باشد. در جریان تقلصات مرحله اول ولادت فشار به 50 mmHg و در صفحه دوم بلند تر از 75 mmHg میرسد.

قنات ولادی (Birth Canal)

در توسع تام عنق سگمنت علوی و سفلی یک کانال مسلسل را ساخته که بنام Birth canal و با قنات ولادی یاد می شود. اغشیه تاختم مرحله اول ولادت عموماً بصورت بنفسه تعزق نمی نماید. جیب یا قسمت برآمده غشاء پائینتر از عضو معتلن بنام (Forewater) آب جلو یاد میشود و بالاتر از عضو معتلن بنام (Hindwater) آب عقبی گفته می شود.

در اخیر صفحه دوم ولادت هر تقلص در حدود یک دقیقه یا بیشتر از آن دوام نموده درین دو تقلص صفحه استرخاء به اندازه دو دقیقه یا کمتر میباشد. در اثنای تقلصات تعداد ضربان قلب جنین کمتر بوده مگر وقی تقلص ختم شود، دوباره نورمال میشود و بنام (type I dip) یا کائیش مقدم early deceleration یا Brady cardia tachycardia بعد از هر تقلص دوامدار گفته می شود اگر درین دو تقلص گفته می شود و نشاندهنده زجرت جنین میباشد. type II dip کابش deceleratio شد، بنام

میکانیزم ولادت Mechanism of labour

میکانیزم ولادت شامل یک سلسله تغیرات پی در پی مؤقت آمیز نزد جنین در اثنای نزول ان از طریق قنات ولادی میباشد.

در اعلان cephdic راس جنین به وضعیت Occipito transvers داخل حوصله می شود اما در primigravida در چند هفته اخیر حاملگی شاید در حوصله ثبیت یا engaged شود. در خانم های کثیر الولاده رأس حتی شاید در شروع صفحه ولادت هم بطرف ثبیت شدن نرفته باشد. نزول در اثر فشارهای تقلصات رحمی در پروسه ولادت صورت می گیرد.

رأس جنین بحیث یک قسمت از قرار (attitud) عمومی قبض جنین ، اکثراً در شروع ولادت قبض می شود. اگر قبض رأس قبل از شروع ولادت مکمل نشود، بعد از شروع دردهای ولادت مکمل می شود. بناءً زنخ به تماس صدر می آید. فکتورهای دیگر یکه در قبض رول دارند، عبارت از شکل رأس و هرم رأسی (Head lever) میباشد.

A-شكل رأس (Shape of the head)

sinciput در مقابل دیوارهای حوصله فشرده شده و بطرف خلف میلغزند و Sinciput چونکه کوتاهتر است نسبت به Occiput لذا زودتر نزول می نماید.

Head lever-B

رأس طفل با فقرات نزدیک تر به occiput نظر به sinciput مفصل شده و یک اهرم با میله را با دو باز و می سازد.

1-بازوی کوتاه بطرف Occiput

2-بازوی طویل بطرف Sinciput

هر فشاری که از طریق ستون فقرات طفل انتقال می کند یک فشار بزرگتر را در بازوی کوتاه اعمال می کند که در برابر آن Occiput نزول می نماید.

Internal rotation-1

در اثنای عمل قبض رأس Occiput اولین پائینترین قسمت است که به مقاومت سطح یا زمین حوصله مواجه میشود و بطرف خلف در فضای آزاد در زیر pubis symphysis تدور می نماید. شکل و محور حوصلی نیز درین پروسه قسماً رول دارد. طویلترين قطر حوصله قطر عرضی در Inlet و قطر قدامی خلفی در Outlet میباشد. بناءً رأس مجبور است که خود را در حالیکه نزول می کند تعدیل نماید. رأس در قطر قدامی خلفی خود را در خذای فوحة outlet به همراه Sutura sagital قرار میگیرد. طوریکه

در حذای فوهة فانتال خلفی در جلو و پائینتر از symphysis و sinciput و فانتال قدامی در خالیگاه یا فرورفتگی عظم sacrum موقعیت می گیرند.

Extension-2

از اثر دو قوه بوجود می آید یکی رحم و عضلات بطی که رأس را بطرف پائین و خلف فشار میدهند و قوه دیگر عضلات زمین حوصله است که باسas خصوصیت سمت دهی یا جهت دادن خود بالای رأس، راس را به بالا و جلو تیله (Push) می نماید. قوه های بالائی و پائینی توسط یکدیگر مقابله و خنثی می شوند که در نتیجه مغلوبیت قوای حوصلی، رأس بطرف قدام و جلو حرکت می کند و سبب بسط آن گردیده بناءً زنخ، صدر را ترک کرده و Occiput در زیر symphysis قرار می گیرد.

(باز گرداندن و جبران) Restitution-3

همراه با تدور داخلی رأس کمی بالای شانه ها پیچ خورده و قفسی بصورت مکمل تولد شد بطور آزادانه دوباره وضعیت اولی خود را اعاده می کند، که درینحال Occiput در خلف و به زاویه راست شانه ها قرار می گیرد که این وضعیت را بنام Restitution یاد می کنند.

External rotation-4

این حالت توضیح کننده حرکت شانه ها از حالت مایل به قطر قدامی خلفی Outlet میباشد. بنابرین قطر biacromial در امتداد شانه ها تدور نموده تا به قطر قدامی خلفی حوصله تطابق نماید. شانه قدامی برای تولد در زیر sycphysis حرکت نموده و شانه خلفی از بالای عجان تولد می شود. بقیه جسم به آسانی تولد شده زیرا از راس و شانه ها کوچکتر میباشد.

Management of normal labour

ولادت یک پروسه نورمال فزیولوژیک بوده و به پالیسی مراقبت و انتظار باید موافقه نمود. زیرا بصورت کل یک پروسه نورمال بوده و کدام خطر فوری برای مادر و یا جنین و یا هردو وجود ندارد. یک تاریخچه مکمل ولادی، قاعده گی، طبی و جراحی باید گرفته شود. معاینات فزیکی عمومی بطی و مهبلی باید اجرا گردد.

۱-در معاینه بطی

اندازه ارتفاع غور رحم قرار جنین position Engagement، Presentation عضو معتنله ارزیابی گردد. قلب جنین بصورت منظم هر نیم ساعت شنیده شود. معاینه بطی برای دانستن فریکونسی شدت و دوام تقلصات رحمی و فاصله یا زمان استراخاء بین تقلصات یادداشت شود.

۲-در معاینه مهبلی

قوام و موقعیت عنق رحم و ارتباط یا توافق ان با عضو معتلن نوت گردد. در صورتیکه vertex در سویه شوک های ischial قرار گرفته باشد، موقعیت رأس در موقعیت صفر میباشد. در صورتیکه 1cm بلند تر از آن باشد(1-) و اگر 1cm پایینتر از شوک ها باشد(+) میباشد. توسع عنق به cm اندازه شده بهنای دو انگشت سیاهه و وسطی 3cm محاسبه میشود. درجه Effecement عنق در صورتیکه طول ان 1cm باشد ۵۰٪ و اگر کمتر از 1cm باشد ۷۵٪ و اگر طول عنق مکملًا از بین رفته باشد، طوریکه فوهه داخلی و خارجی آن بالای هم قرار گرفته باشد ۱۰۰٪ میباشد.

غشاء باید دیده شود که سالم است یا تمزق نمود. اگر تمزق نموده باشد رنگ آن مشاهده گردد. مایع مقطوض با میکونیوم در اعتلال راسی باید جدی گرفته شود. زیرا زجرت جنینی را وانمود می کند. مثانه و ریکنوم باید ارزیابی گردد.

Partogram-3

این یک ثبت گرافیک مفید و مهم از تمام واقعات ایجاد شده در زمان ولادت می باشد. اتساع عنق به cm طرح ریزی شده و به ساعت معین و مطمئن بودن از دسیبلین درست، نظارت از زمان ولادت هدف پارتو گراف است. اگر پیشرفت مریض نورمال باشد، گراف آن مطابق گراف استندرد و یا بطرف چپ گراف استندرد است.

دو فاز جداگانه ولادت توسط faridman تشریح شده است.

۱ - عبارت از فازیست که از شروع مدار های ولادت تا توسع عنق به اندازه 3cm دوام نموده مدت دوام آن 6h در اولیاری ها میباشد.

۲ - توسع عنق از 3-10cm و بسیار سریع بوده حدود 6h (در Multipm ها) کمتر) را در بر گرفته و دامنه گراف درین فاز تندر است.

اگر تسهیلات مونیتورینگ کامل و دوامدار قابل دسترسی نباشد، قلب جنین در صفحه اول در ۱۵ دقیقه و در صفحه دوم ولادت بعد از هر تقلص ثبت گردد.

انلجزیک ها و سیدانیف ها که در زمان ولادت داده میشود، همراه با دوز و زمان تطبیق باید در پارتو گراف ثبت شود.

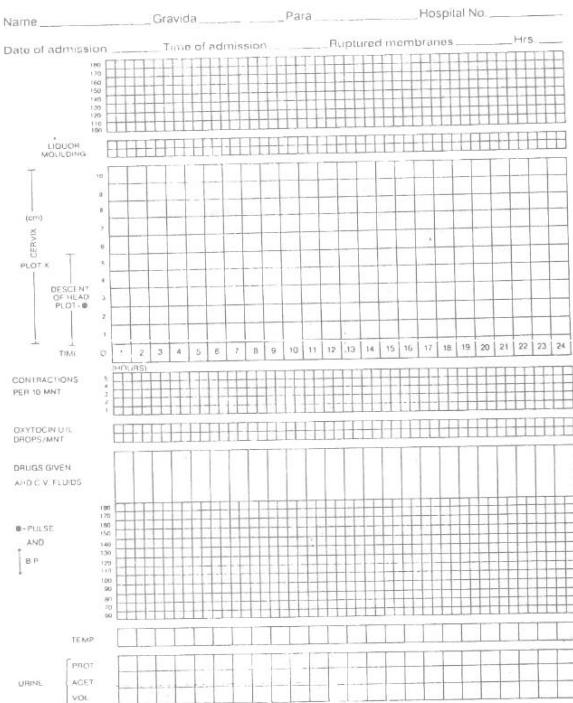
پارتو گراف وقوع ولادت غیر نورمال را واضح ساخته و سهولت برای معرفی تدابیر و اهتمامات درست و به موقع را نشان میدهد. معاینه مهلهی باید هر 3-4h انجام شود و اگر ولادت در فاز فعال پیشرفت نورمال نداشت گراف مریض بطرف راست گراف استندرد میباشد. باید جیب تمزق داده شده و ولادت با تطبیق وریدی Oxytucin تشید و تحریک گردد.

اگر پیشرفت ولادت بطرف چپ گراف استندرد باشد نارمل تلقی شده و ایجاب تحریک را نمی کند.

آن قسمت از پارتو گرام است که نشاندهنده توسع عنق به cm در مقابل هرساعت میباشد و معمولاً از شروع ولادت و یا تمزق جیب محاسبه میشود. در پارتو گرام استندارد قلب جنین با مونیتورینگ دوامدار ثبت گردیده و جزئیات مایع امنیوتیک نوت می گردد. تست pH خون پوست سرجنین در حالی که ضرورت احساس شود استطباب دارد. در معاینه حوصلی station position رأس جنین بامعيار قرار دادن sutarasagital و فانتسال ها ثبیت میگردد. Effecemat عنق و درجه توسع عنق به cm از 0-10cm یادداشت شود. شدت ، فریکونسی و دوام تقلصات ، مقدار Prostaglandin syntocinon ویا mili وزمان تطبيق انلجزیک ها ثبت میگردد. BP ، نبض و مقدار مایع داده باید در پارتو گرام یاد داشت شود.

۵-استراحت ، دوباره تسکین شدن و رهائی از تهیج و نا آرامی بسیار مهم است. مخصوصاً در اولباری ها اگر ولادت متماثل به طولانی شدن بود باید ادویه سیداتیف و انلجزیک داده شود.

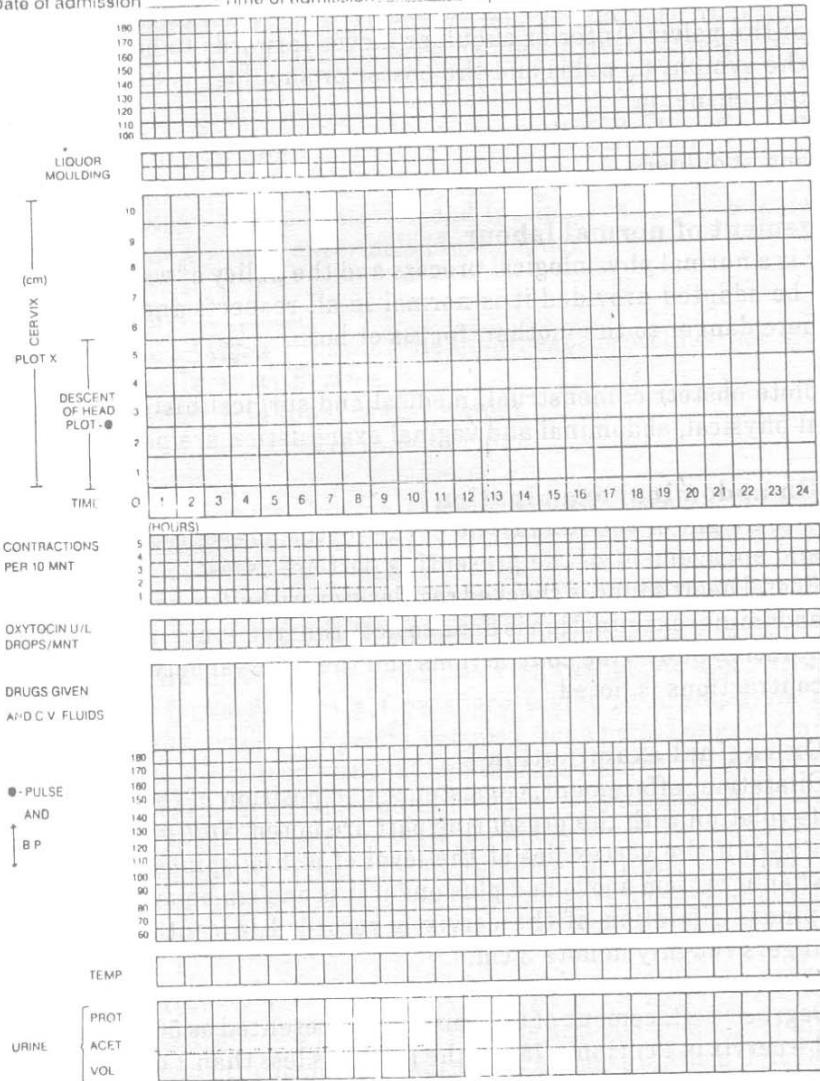
PARTOGRAM



PARTOGRAM

Name _____ Gravida _____ Para _____ Hospital No. _____

Date of admission _____ Time of admission _____ Ruptured membranes _____ Hrs. _____



۶- از دادن غذا و مایعات در جریان ولادت باید اجتناب شود. زیرا در وقت تخلیه معده تاخیر وارد گردیده و شاید هم به اینستری ضرورت احساس شود، نزد خانم، استفراغ ایجاد نماید و سبب انشاق مواد استفراغی گردد.

۷- dextrose 5% : Iv line شروع شود.

۸- معاینه مهبلی بعد از پاک کردن با آب و صابون خصوصاً بعد از تمزق جیب برای رد کردن سقوط (Prulaps)

حبل سروی باید انجام شود. سیر پیشرفت ولادت توسط توسع عنق، نزول عضو معته با معاینات مهبلی منظم و لازمی یادداشت و تعقیب گردد.

۹- توسع عنق به اندازه ۱۰cm بوده و توسط کمک های اختیاری خانم که طرف پائین فشار وارد می کند (Push) که این فشارها سبب bulging عجان می شود، تشخیص می گردد.

۱۰- معاینه مهبلی بخارط تائید توسع تام عنق انجام شود. زیرا تعایل به تیله یا push کردن به طرف پائین در بعضی از posiyion یا وضعیت های غیر نورمال مثل Occipul post position قبل از توسع تام عنق نیز بمالحظه رسیده میتواند.

۱۱- خانم به وضعیت lithotmy قرار داده شده فرج مهبلی توسط انتی سپتیک پاک گردیده و توسط یک sheet معمق ملافه پاک پوشانیده شود. داکتر ولادی دست های خود را با آب و صابون پاک شسته و چین و دستکش معمق پوشیده و به خانم گفته شود که در هر تقلص رحم بطرف پائین کمک کند (زوربرند). داکتر عجان را با یک دست گرفته و با دست دیگر Flexion بیشتر راس را کمک کنند. زیرا قبض مکمل سبب قرار گرفتن قطر کوچکتر راس در قنات ولادی شده و از پاره گی های عجان جلو گیری می کند.

۱۲- راس طفل باید توسط تیله کردن در صفحه استرخاء رحم یا در بین تقلصات رحمی ولادت داده شود تا از خارج شدن آن به فشار زیاد در زمان تقلصات جلو گیری گردد.

۱۳- در ولادت شانه ها مگر اینکه وجه طفل کبود باشد، باید عجله شود با تقلص بعدی خانم بطرف پائین فشار آورده و شانه قدامی از زیر ارتفاق عانه ولادت می شود و شانه خلفی بعدا از بالای عجان با قرار دادن راس جنین بطرف بالا ولادت داده شود.

ولادت نا هنجار یا بدون مهارت شانه، سبب پاره گی های عجان می گردد با وجود یکه عجان در ولادت راس سالم مانده است. بقیه جسم بصورت بنفسهی ولادت می شود زیرا از راس و شانه کوچکتر است طفل باید از فرج پایینتر قرار داده شود تا اجازه عبور خون از پلاستیتا به طفل داده شود. حبل سروی توسط دو clamp بسته شده و قطع می شود.

پلاستیتا در صفحه سوم توسط می ترد brandt-hndrews ولادت داده می شود. دست چپ بالای رحم از حذای بطن قرار داده شده تا هم تقلص رحم را ارزیابی نموده و هم فشار بطرف علوی و خلف از طریق

بطن بالای رحم انجام و حبل سروی از نزدیک فرج clamp می شود. وقتیکه علائم جدا شدن پلاستا (طوبیل شدن حبل سروی، خونریزی تازه، و رحم سخت و کروی) ظاهرشد، پلاستا توسط کشش حبل سروی ولادت داده میشود. بعداً رحم ماساژ داده می شود تا تخلص نموده و خونریزی بعد از خروج پلاستا توقف نماید. بعده (IU 5 ergometrine mg+syntocinon 0/15) شکل عضلی با وریدی داده میشود. نظر به عاجل بودن واقعه اکثراً زرق عضلی در وقت خروج فرق سر بخاطر محدود کردن خونریزی بعد از ولادت داده میشود. اگر زرق درین وقت داده شده نتواند بعد از ولادت پلاستا داده شود. بعداً عجان توسط دور کردن majurlabium بخاطر موجودیت laceration ها تفتیش گردد. پلاستا و اغشیه بخاطر مکمل بودن آن معاینه شده و هر Cotyledon آن دیده شود. این یک صفحه بسیار مهم برای اداره و کنترول سیر و ولادت است زیرا یک صفحه مصیبت بار بوده و اکثراً سبب مرگ و میر خانم ها نسبت به صفحه اول و دوم ولادت می شود. فشار خون، نبض و خونریزی تا حداقل باید برای دو ساعت بعد از ولادت مریض کنترول و چک گردد.

دوره نفاسی نورمال

تعریف

دوره نفاسی مدت ۶ هفته به تعقیب ولادت بوده که در جریان آن اعضای حوصلی به حالت قبل از حاملگی رجعت می‌کند. در بعضی از واقعات نزد اولیاری‌ها تغیرات نارمل دوره حاملگی و ولادت بینان نمایید. دوره Post partum به دو شکل تقسیم می‌شود.

- ۱-دوره نفاسی مقدم که تا ختم هفته اول بعد از ولادت می‌باشد.
- ۲-دوره نفاسی مؤخر که از هفته دوم تا ششم دوام می‌کند.

تدایر و اهتمامات

در دوره نفاسی صحبت دماغی و فزیکی مادر و طفل مراقبت می‌گردد. مشاهدات تعقیبیه در زمان نفاسی نورمال برای کشف هر گونه انحراف از حالت فزیولوژیک صورت گرفته و دیده می‌شود که دوره نفاسی پتالوژیک نگردد.

۱-حالت عمومی مریض

درجه حرارت، نبض، تنفس و فشار خون باید ثبت گردد.

- درجه حرارت: بصورت نورمال شاید به اندازه $(100f^{\circ}c - 37/33^{\circ}c)$ در 24h اول بلند برود. این یک ترفع عکس العملی می‌باشد. هر ترفع درجه حرارت زیادتر از این و یا در یک مدت طولانی تر نشانده‌نده انتان است.
- نبض: نبض شاید در 24h اول بعد از ولادت بلند برود و باید دوباره به حد نورمال در روز دوم برسد. از دیاد نبض باید جدی گرفته شود و شاید نشانده‌نده انتان طرق تناسلی، طرق بولی، ثدیه‌ها این‌می‌شدید و ترمبوز آورده عمیق باشد.
- فشار نرمایانگر شاک است: Blood pressure: بلند رفتن فشار خون نشانده‌نده Post partum elclampsia و افتادن

۲-رحم یا بازگشت رحم بحالت اول Involution

غور رحم بعد از ولادت در سویه سره می‌باشد. ارتفاع غور رحم روزانه به اندازه ۱.۵ سانتی متر و یک انگشت (عرض انگشت) در چند روز محدود اول کم شده می‌رود. بعداً به آهستگی رحم خورد ترشاده رفته و بعد از روز دهم از بالای عانه جس نمی‌شود. قطر قدامی خلقی، طولی و عرضی رحم کم می‌شود. یعنی از ۱۵x۱۱x۹ cm به ۷.۵x۵x۲.۵ cm تناقض می‌باشد. در اخیر هفته اول وزن رحم تقریباً ۵۰۰g بوده و در

هفته دوم 350g و بعد از 6 هفته به 100g میرسد. برگشت رحم به حالت اولی آن توسط Autolysis الیاف عضلی آن صورت می‌گیرد. تاخیر در بازگشت رحم نشانده‌نده انتان رحم، احتباس قسمی پلاستنا و با علقات خون، فیبروم و عدم شیر خوردن طفل از پستان مادر می‌باشد. در اثنای ارزیابی باید ریکتم و مثانه خالی باشد. بوجود آمدن درد در دو الی سه روز اول دوره نفاسی در مولتی پارها نسبت به primipare ها معمولتر است.

Lochia -۳

عبارت از افزایات رحمی در ۴-۳ هفته بعد از ولادت می‌باشد که طبقات نکروتیک decidua به شکل Lochia خارج می‌گردد. کمیت آن در حدود نورمال اختلاف دارد. در خانم‌هایی که عادت ماهوار شدید داشته و هم در خانم‌هایی که شیر نمی‌دهند مقداراً زیادتر است. سه شکل مختلف lochia وجود دارد.

Lochia rubra -I: در سه الی چهار روز اول دوره نفاسی، لoxia دارای رنگ سرخ بوده و اساساً دارای خون، leucocyte ها، decidua تخریب شده و مخاط می‌باشد.

Lochia serosa -II: از روز چهارم تا هفتم مقدار لoxia کم شده رنگ آن ابتداء گلابی بعداً قهوه ای از محل که رحم ترمیم می‌شود، می‌باشد که اساساً دارای مخاط و سیرم و تعداد کمی هم کریوات سرخ و بیشتر leucocyte ها می‌باشد.

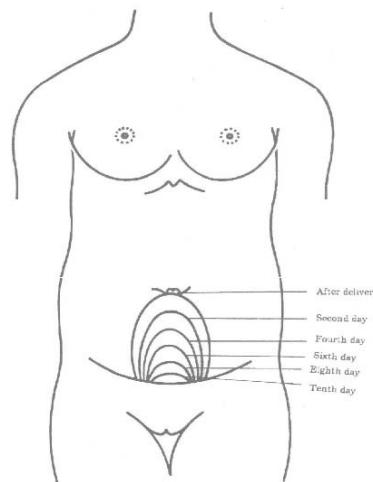


Fig. 18 Involution of uterus during puerperium

lochia alba - III: بعد از روز هفتم شروع و رنگ آن ابتدا زرد و بالاخره سفید می شود که این حاوی مخاط، Serous Exudate، حجرات اپتیل granular، لوکوسیت ها و کریستال های کولسترون میباشد.

اگر لوخیا مقداراً زیاد بوده و رنگ آن سرخ باقی بماند، نشاندهنده باقی ماندن پارچه های پلاستنا و یا مداخله انتان رحمی میباشد. اگر باقی ماندن پارچه هایی از پلاستنا مطرح باشد، رحم بزرگ باقی مانده و فوهه داخلی عنق باز است. اولتراسونو گرافی پارچه های باقی مانده را در رحم بخوبی نشان میدهد. درین واقعات نیاز به کورتاژ میباشد. لوخیای بدبو نشاندهنده انتان رحمی بوده و همچنان اگر چه در میکروب های که Virulent شدید دارند مثل استرپتوکوک هیمولاتیک بوی بد وجود ندارد. لوخیای شدید در فیسروم ها submucose هم شاید دریافت شده بتواند..

Lactation -4

ثدیه ها بعد از تولد طفل فعال می شود. تغذیه با شیر مادر هر قدر زودتر که ممکن است باید شروع شود. حتی ترجیحاً پیش از ولادت. پلاستنا کولستردم در ۳-۲ روز اول بعد از ولادت افزایش شده و غلیظ میباشد. زیرا دارای مقدار زیاد پروتئین و حجرات متغیره اندوتیلیل میباشد. شیر دادن باید هر 4-6h در روز اول و دوم و هر 3-4h از روز سوم به بعد صورت گیرد. شیر باید از یک ثدیه کامل داده شود. ابتدای شیر و اخیر شیر باید به طفل داده شود. Engorgement در روز سوم و یا چهارم بوجود آمده و سبب مشکلات در شیر دادن از سبب درد و نا آرامی مزاج می شود. حقیقتاً انداختن طفل به ثدیه مادر، فوراً بعد از clamp کردن جبل سروی در ولادت پلاستنا از طریق افزار Oxytocin در اثر عکسه مکیدن کمک می کند و از Engorgement جلوگیری میکند. شروع کردن مقدم شیردهی فقط شیردادن انحصاری از ثدیه ها عبارت از علامت اساسی شیردهی مفید می باشد. کدام مایعات دیگر (آب و یا شیر) نباید به جز شیر مادر به طفل داده شود (در ۶ ماه اول). زیرا شیر مادر یک غذای مکمل درین شش ماه میباشد.

Urine-5

بعد از ولادت نورمال اکثر خانم ها قادر به ادرار کردن هستند و تعدادی هم شاید در چند روز اول بعد از ولادت مشکل داشته باشند. مخصوصاً در واقعات ولادت های مشکل و یا اگر موجودیت بخیه در ناحیه عجان موجود باشد، بعضی از آن ها شاید احتباس مکمل ادرار داشته باشند. بعضی هم از احتباس قسمی همراه لبریز شدن یا ریزش ادرار بشکل چکیدن قطره قطره (False incontinence) رنج ببرند. در واقعاتی که Over Flow Incontinence و یا اگر مقداراً ادرار باقی مانده (Residual Urine) در مثانه مطرح باشد، Catheter برای چند روز تطبیق میشود.

Incontinence از سبب فستول های Vesicovaginal و Stress Incontinence از عدم توانائی در گرفتن ادرار در وقت فشار، شاید بزودی بعد از ولادت از سبب کشش زاویه Urethru

vesical vesico vaginal instrumental شاید از سبب ولادت های بالای انساج نرم در اثر ولادت طولانی از سبب نکروز و افتیدن زخم که چند روز بعد از ولادت بوجود می آید، تأسیس کند.

Stress incontinence در حاملگی های مونخر معمول بوده و بعد از ولادت خرابتر یا شدید تر می شود. برای بازگشت دوباره مقویت و تون عضلات حوصله برای مریضان در دوره نفاسی، تمرینات مخصوص زمین حوصله مشوره داده شود.

Bowels -۶ امعاء

قبضیت اکثراً از سبب حالات ذیل بوجود می آید:

Dehydration-۱ در زمان ولادت

۲-پاره گی عجان

۳-أخذ غذای غیر منظم

۴-نیاز شدید ثدیه ها به مایعات

از Laxative هایی که بالای عضلات جدار امعاء تاثیر وارد می کنند استفاده شود. مانند Suppository ها تاثیر نکنند بعداً از Laxative ها مایع Paraffine milk of megnisia و اماله استفاده شود.

Diet-۷

بعد از ولادت نورمال مریض باید غذای نورمال خود را بگیرد و در زمان شیردهی رژیم غذائی غنی از پروتئن، ویتامین، منزال، شحم و مایعات داده شود. رژیم غذائی باید حداقل شامل یک پیمانه شیر میوه جات و سبزیجات باشد.

Rest and sleep -۸

مریض به استراحت فیزیکی و دماغی ضرورت دارد. وی باید در شب بخوبی بخوابد و مقدار کافی استراحت بعد از ظهر داشته باشد. درد بخیه های ناحیه عجان و Engorgement ثدیه ها سبب بیخوابی واخضطراب مریض گردیده و او را بطرف Psychosis میرد.

Stitches ۹- بخیه ها یا

بخیه ها باید روزی دوبار با دیتول، پاک شسته شده و خشک گردند. یک Pad معقم در ناحیه عجان گذاشته شده و باید مکرراً تبدیل شود.

Post Natal Exercises -۱۰

تمرینات تنفسی برای تحریک عضلات حوصله از روز اول بعد از ولادت شروع شده که این تمرینات سبب تقویه عضلات بطن و اربیطه می شود. باید در سرتاسر دوره نفاسی ادامه داده شود. تمرینات پاهای بخارا

محدود کردن خطر ترمبوز آورده عمیق توصیه می گردد و همچنان شروع تحرکات بصورت مقدم سبب کاهش این خطر می گردد.

Post Natal Examination – ۱۱

این معاینات در ختم هفته ششم اجرا شده که شامل معاینات عمومی و سیستمیک میباشد.

- پرسیدن راجع به هر نوع شکایت: کمر دردی مهمترین شکایت دوره نفاسی است. دراکتر واقعات درد ناحیه قطنی از سبب وضعیت ضعیف و یا Fatigue و یا خستگی است که احیاء مجدد بصورت بنفسه‌ی بیان می‌آید. اگر درد کمر شدید شود ایجاب تحقیقات و تداوی بیشتر را می‌کند.
- غشای مخاطی بخارطه کمخونی معاینه گردد.

• عضلات بطنی از نظر مقویت آن ها دیده شود.

• بازگشت رحم بحالت اول دیده شده و یا جس شود.

- معاینه حوصلی: عجان بخارطه الیاتم معاینه شده ، به خانم گفته شود که به پائین فشار بیاورد و یا زور بزند که prolapsus رحم دیده شود.

• معاینه مهبلی: برای بررسی موقعیت، سایز و تثیت (Fixity) رحم اجرا شده اگر رحم دریافت شد ولی به مریض کدام پرایلم یا عارضه‌ای را بوجود نیاورد، ضرورت بتداوی ندارد.

• مهبل و عنق رحم از نظر موجودیت افرازات و تخریشات (Erosion و Discharge) تفییش گردد. Erosion عنق معمولاً موجود بوده و اکثرًا پیش از هفته ۱۲ التیام می‌یابد.

• سمیر عنق رحم برای تحری Carcinoma گرفته میشود. اگر Erosion بعد از ۱۲ هفته بیشتر دوام کند و سبب مشکلات و Discharge شود، باید تداوی گردد.

Family planning – ۱۲

این بهترین موقع برای مشورت دهی به Contraceptive ها است. زیرا خانم بیشتر مایل به قبول کردن آن است. تمام میتوهای جلوگیری از حمل با محسن و معایب آن باید گفته شود و به خانم باید اجازه داده شود که خودش تصییم بگیرد. چون انتخاب طریق جلوگیری از حمل مربوط به مریض است. لذا باید کمک شود تا یک میتو را انتخاب کند. مشورت برای جلوگیری از حاملگی باید وقتیکه خانم در وارد بستر است، داده شود. درصورتیکه تعداد فامیلش تکمیل شده باشد و دیگر اولاد نخواسته باشد، tubectomy اجرا شود. اگر خانم قادر به مراجعته به کلینیک Postnatal IUD در زمان نفاسی

میتواند تطبيق گردد. اگر خانم خواسته باشد که تابلیت های فمی جلوگیری برایش داده شود از تابلیت هایی که حاوی استروجن اند به خانم های که شیر از پستان خود میدهند داده نشود و تنها تابلت های دار باید برایش تجویز شود. Progesteron

خونریزی‌های دوران حاملگی

Antepartum haemorrhagea

تعريف

خونریزی از هر قسمت طرق تناسلی بعد از هفته ۲۸ و قبل از ولادت طفل بنام APH یادمیگردد. هفته منحیث یک پریود Viability گرفته شده و خونریزی مهبلی قبل ازین مدت بنام Abortion یاد می‌شود.

وقوعات Incidence

فیصدی وقوعات نظر به سن، Parity، حالت اجتماعی و نفوس مختلف بوده و تقریباً ۳٪ می‌باشد.

تصنیف

- ۱: عبارت از خونریزی از اثر Abruptio placenta و یا Accidental Heamorraghea. جدا شدن قسمی یا تام پلاستنا از موقعیت نورمال آن می‌باشد.
- ۲: عبارت از خونریزی از پلاستایکه بصورت غیر نورمال در سگمنت سفلی رحم توضع نموده است که یک حالت اجتناب ناپذیر وغیر قابل جلوگیری است.
- ۳: اسباب ضمنی، ارتباط به پلاستنا ندارد. از قبیل Carcinoma Show varicose viens، cervical erosion، polyp، infection.
- ۴: درین حالت یکی از اوعیه پلاستنا پائینتر از عضو معتله عبور کرده تا به پلاستنا داخل شود و شاید تمزق نموده و خونریزی بدهد. درین واقعه خونریزی از طرف جنین می‌باشد.
- ۵: درین شکل حبل سروی به اغشیه تماس دارد. Placenta Villamentosoa
- ۶: کنار پلاستنا Decidua و قیکه کنار Overlap نموده و Placenta circumvallata
- ۷: درین اغشیه و ماده اصلی پلاستنا داخل شود، بنام Circumvalata یاد می‌شود. اسباب شناخته نشده.

تعريف سگمنت سفلی رحم

- ۱- از نظر فزیولوژی قسمتی از رحم است که در پروسه ولادت به کشش معروض شده و در قسمت تقلصات برای خروج طفل حصه نمی‌گیرد.
- ۲- از نظر انatomی قسمتی از رحم است، جاییکه پریتوان بصورت صمیمه بالای رحم قرار داشته و از آنجا به طرف مثانه انعکاس می‌کند.

۳- از نظر پرaktیکی سگمنت سفلی آن قسمت از رحم است که در زمان نزدیک ترم به اندازه سه اینچ (3) از فوهه داخل عنق قرار دارد.

Placenta Praevia •

تعريف

وقتیکه پلاستا بصورت قسمی یا تمام در سگمنت سفلی رحم در داخل منطقه Effacement و با توسع عنق موقعیت داشته باشد Placenta Praevia گفته میشود. در ینصورت هنگام شروع دردهای ولادت، خونریزی غیر قابل جلوگیری است.

وقوعات

۱ در ۲۰۰ واقعه حاملگی بوده و اندازه عود آن ۳٪ میباشد.

Placenta Praevia درجه یا انواع

در جه پیشرفت و تجاوز آن به سگمنت سفلی رحم مهم بوده زیرا هر دو یعنی تداوی و اندازه (Prognosis) مربوط به آن میباشد.

چهار شکل placenta praevia وجود دارد.

Type I-۱: پلاستا به سگمنت سفلی تجاوز نموده اما نه به اندازه ای که به فوهه داخلی آن برسد.

Type II-۲: Marginal Type II-۲: پلاستا به فوهه داخلی تجاوز نموده اما آنرا پوشیده است.

Type II-۳: پلاستا فوهه داخلی عنق را پوشیده مگر در صورت توسع عنق، عنق را کاملاً نمی پوشاند.

Type IV-4: پلاستا بعد از توسع عنق نیز فوهه داخلی را میپوشاند.

نوع سوم و چهارم بحیث درجه Major در P.Praevis قبول شده است.

اتیولوژی

میکانیزم اصلی تشکل PP تاحال فهمیده نشده، بنابرین فرضیه های زیادی وجود دارد و زیادتر در واقعات ذیل دیده میشود.

۱- درسن بالاتر از ۳۵ سالگی (High risk over the age of 35).

۲- Subinvolution رحمی.

۳- Scar اندومتر از اثر اندومتریت مزمن.

۴- حاملگی چند گانه (Multiple) با پلاستای بزرگ.

۵- Grand multiparity یا کثیر الولادگی.

۶- کمبود رسانیدن و تهیه خون به پلاستنا.

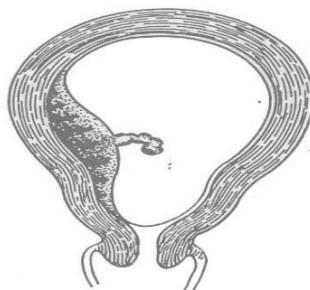
۷- بعضًا پلاستنا Praevia یکجا با Placenta accreta میباشد.

۸- پلاستای بزرگ مثل پلاستنا membranacea

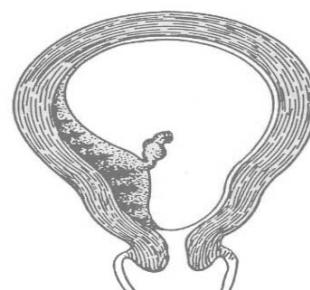
۹- شناخته نشده: امکان موجودیت P.Praevia بر علاوه علل فوق نیز وجود دارد.

Pathology

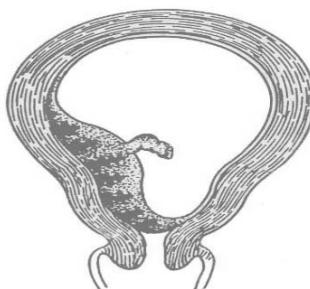
پلاستنا از نظر شکل غیر منظم و از نظر قوام و ضخامت متغیر بوده و یک ساحة وسیع را نسبت به حالت نورمال پوشانیده است و اکثراً بصورت پتالوژیک در بعضی حصص چسپندگی دارد. این از سبب فقرنیسی خون رسانی در سگمنت سفلی میباشد. پلاستنا بزرگتر و نازکتر بوده و به آسانی معروض به پاره گی می شود. خونریزی از اوعیه مادر بوده که در سگمنت سفلی قرار دارند که در اثر جداسدن پلاستنا باز می شوند.



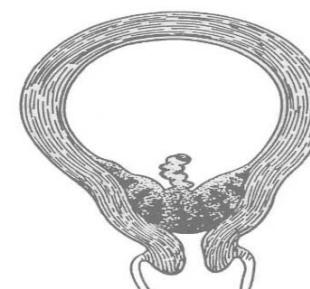
Type I



Type II



Type III
Fig. 19 Types of placenta praevia



Type IV

لوحة كلينيكى

۱- تاریخچه خونریزی در هفته های اول حاملگی موجود بوده و بعضا هم اولین خونریزی خیلی شدید میباشد.

۲- خونریزی های بدون درد، بدون علت، متکرر و غیر قابل جلوگیری در ترايمستر اخير حاملگی موجود است.

۳- خونریزی اکثراً نصف شب آغاز شده و شاید تاریخچه مقاربت موجود باشد.

۴- در بعضی واقعات اولین خونریزی ممکن است با شروع دردهای ولادت و قتیکه عنق رحم باز می شود، آغاز شود.

۵- آواز قلب و حرکات جنین نورمال بوده و جنین به آسانی جس می شود.

۶- علائم و اعراض خونریزی شدید و شاک متناسب به مقدار و سرعت از دست دادن خون میباشد.

۷- در معاینه بطئی رحم نرم شده و جنین اعلان یا قرار Oblique یا متغیر داشته راس بلند با اعتلان Breech موجود است.

۸- در جس بطئی حساسیت (Tenderness) و سختی (Rigidity) جس نمیشود.

۹- معاینه مهبلی هیچگاه انجام نشود. به استثنای اینکه در اتفاق عملیات در حالیکه تمام سهولت های لازم برای C.S عاجل آماده شده باشد. یک کتله اسفنجی در یکی از فورنکس ها ممکن است جس شود.

۱۰- معاینه اولتراسوند موقعیت، ضخامت و ارتباط پلاستتا را با عنق نشان میدهد.

تشخيص

۱- تاریخچه و معاینات.

۲- رادیوگرافی انساج نرم بعد از هفته های ۳۴ انجام شود.

نکات قابل یادآوری عبارتند از:

radio opacity-a پلاستتا بامایع امنیوتیک و جدار رحم متفاوت است.
calcification-b پلاستتا شاید دیده شود.

Displacement- c با پس زدن رأس از ارتفاق عانه یا خرسوم شاید ثبیت گردد.

technetium⁹⁹: ایزوتوب رادیبو اکتیف مثل Radio isotope localization-3

irradiation⁸¹ از دونور و یا مریض شاید استفاده شود. labelled RBC,chromium⁸¹

در قسمت پایین بطن نشاندهنده placenta praevia (maximum) است.

Ultrasound localization-4: التراسونوگرافی موقعیت پلاستتا را نشان داده و همچنان ضخامت

و ارتباط آنرا با عنق رحم مشخص میسازد. از سونر sonar برای تعیین موقعیت پلاستتا ممکن است استفاده

شود. امواج صوتی با فریکونسی بالا از طریق مایع که در پلاستتا جریان دارد انعکاس میکند و پلاستتا را بخوبی localize مینماید. سونوگرافی بهترین میتوود برای تعیین موقعیت پلاستتا بوده و کدام تاثیرات بالای جنین ندارد.

اگر Scan سونوگرافی برای مقصد دیگری در هر مرحله از حاملگی اجرا شود، باید همیشه موقعیت پلاستتا نیز معین گردد. بعضًا پلاستتا قبل از هفته ۳۲ Lowlying دیده میشود. مگر بعداً معاینه مکرر باید صورت گیرد. اعتلال معبوبه دوامدار در اوخر حاملگی با وجود عدم موجودیت خونریزی ایجاب التراسونوگرافی را برای تعیین موقعیت پلاستتا می نماید. اگر درجه Placenta Preavia Major با سونوگرافی در هفته های اخیر حاملگی دریافت شد، از معاینه مهبلی اجتناب نموده و S.C اجرا گردد.

۵-Aortography: مواد رادیو اپک میدیوم (Radio opaque medium) از طریق شریان Fimoral با عبور یک کانول به ابر بطنی زرق شده، موقعیت پلاستتا در اثر تغییظ حد اعظمی مواد رنگ، بخوبی معین میشود.

۶-Thermography: در گذشته از میتوود مذکور استفاده میشد، مگر امروز استفاده نمی شود.

تداوی

- ۱- ارتباط دارد به Active.
- ۲- مقدار خون ضایع شده.
- ۳- وضعیت عمومی خانم.
- ۴- آیا خانم به صفحه ولادت هست یا خیر؟
- ۵- جواب به تداری.
- ۶- مدت سن حمل.
- ۷- آیا طفل زنده است یا مرد.
- ۸- محلی که مریض در آنجا دیده شده است.
- ۹- اگر خانم در خانه دیده شده باشد.
- ۱۰- O.F.S-1 ولادی برای کمک خواسته شود.
- ۱۱- پارچه هایی که مملو از خون است باید برای اندازه گیری مقدار خونریزی دیده شود.
- ۱۲- فشار خون و نبض چک شود.
- ۱۳- معاینه بطنی صورت گیرد.
- ۱۴- $\frac{1}{2} gr$ مورفین داده شود.

B-اگر مریض به کلینیک آمده باید توسط O.F.S به شفاخانه انتقال داده شود.

C-اگر خانم در شفاخانه است باید بزودی داخل بستر گردد.

دلایل برای بستر نمودن: تمام واقعات خونریزی Ante partum باید به حیث

فکر شود و از عود خونریزی بیشتر جلوگیری گردد. زیرا اندازه و شدت آن پیش بینی شده نمی تواند تعیین Hb و Crossmatch خون انجام شود. در واقعات شدید تقطیق خون صورت گیرد و اگر خونریزی شدید است و یا مریض به Labor است، اهتمامات فوری عاجل به مانند معاینه مریض در اتاق عملیات انجام شود. اگر پلاستنا پریویا نوع IV و III و II باشد، C.S انجام شود. اگر شکل I باشد جیب تمزق داده شده و با Oxytocin تحریک گردد.

میتوه های دیگر تداوی

Vacuum extraction-1 در صفحه اول ولادت استفاده گردد.

۲- فورسپس در صفحه دوم ولادت بکار برده شود.

Traction-3 با فورسپس Wellet با یک پوند وزن در طفل مرده استفاده بعمل آید.

۴- گذاشت Tampon در مهبل برای کنترول خونریزی.

۵- در صورت اعتلال Breech کش کردن پای های طفل در صورتیکه عنق درحدور ۵cm باز باشد.

سه میتوه اخیر غیر قابل استفاده بوده و فعلًاً مورد استعمال ندارد.

تداوی امیدوار کننده Expectant treatment: انتظار کشیدن:

۱- اگر مریض به تداوی جواب دهد و خونریزی توقف نماید.

۲- حاملگی کمتر از ۳۸ هفته باشد.

۳- طفل زنده باشد.

۴- خانم داخل ولادت نشده باشد.

در هفته ۳۸ معاینه تحت انسٹیزی و C.S در شکل IV، III، II انجام می شود. در شکل I مخصوصاً

اگر پلاستنا موقعیت قدامی داشته باشد، جیب تمزق داده شده و تحریک با Syntocinon شروع میشود. این عملیه عضو معتله را اجازه نزول داده و کنار سفلی پلاستنا را تحت فشار قرار می دهد و باعث کنترول خونریزی می شود. وقتیکه خانم در شفاخانه است، اگر خونریزی شدید شروع شود C.S عاجل بدون تعیین موقعیت پلاستنا توسط معاینه مهبلی ترجیح داده میشود. در واقعات خونریزی در جریان ولادت تداوی انتظاری قطع گردیده و C.S عاجل در صورتیکه به خونریزی شدید در جریان معاینه مواجه شدیم صورت گیرد.

اگر پلاستنا توضع قدامی داشته باشد، C.S در سگمنت علوی جهت جلوگیری از خونریزی شدید از او عیه بزرگ سگمنت سفلی و از پلاستنا در اثنای شق C.S بالای سگمنت سفلی اجرا گردد. حیب در اثنای معاينه اگر پلاستنا دریافت نگردد، تمزق داده شود. زیرا خونریزی همیشه ریسک برای طفل است. بعد از تولد، خونریزی بعد از ولادت (PPH) باید توسط تجویز hot saline packs، Oxytocine و در نهایت hysterectomy در صورتیکه خونریزی توقف نکند، کنترول شود.

انذار (Prognosis)

وفیات مادری: مرگ و میر از سبب Praevia اکثرآ بوسیله Antenatal care و اهتمامات داخل شفاخانه ظی قابل جلوگیری است. معمولترین علت مرگ مادران در خونریزی های Ante partum عبارت از خونریزی های post partum است. مرگ اکثرآ از سبب خونریزی ها، انتان،rupture تروماتیک رحم و امبولی میباشد. مرگ مادران در ممالک رو به انکشاف بلند بوده و در بین ۱-۵٪ است.

مرگ جنین (Foetal Mortality)

در حدود ۱۰٪ بوده و از سبب Hypoxia و Asphyxia از اثر جدا شدن پلاستنا، Prematurity و Anomaly های جنینی میباشد. جنینی در پلاستای سرراهی دوبار زیادتر از واقعات نورمال است.

• انفصال قبل از وقت پلاستنا

(Abruption placenta or Accidental haemorrhage)

تعییف

عبارة از خونریزی از سبب جدا شدن قسمی پلاستنا که بصورت نورمال در قسمت علوی رحم موقعیت دارد، بعد از هفته ۲۸ حاملگی میباشد.

وقوعات

در حدود ۲٪ تمام حاملگی ها میباشد.

• اشکال (Varieties)

یا شکل آشکار : جدا شدن قسمت از پلاستنا از جدار رحم سبب خونریزی از سینوس های مادری شده، خون در قسمت پائین بین جدار رحم و غشاء راه یافته به عنق رحم تراوش می کند . تقریباً در تمام وقایع خونریزی خارجی موجود بوده و خون در جوف رحم باقی نمیماند.

یامخفی : خون در عقب جوف رحم محبوس مانده و خونریزی خارجی وجود ندارد، Concealed-B شاک درین واقعات غیر مناسب با مقدار خون ظاهرآ ضایع شده میباشد.

أسباب

- ۱- در ۲۵٪ واقعات فرط فشار خون اساسی، نفریت ، Pregnancy induced hypertension
- ۲- شاید کمبود فولیک اسید یکی از اسباب آن بوده، مگر ثابت نشده است.
- ۳- زیاد و گروپ های که وضع اقتصادی ضعیف و عائد کم دارند.
- ۴- ترضیض در اثنای Version خارجی.
- ۵- سندروم Supine hypotensive .
- ۶- حبل سروی کوتاه.
- ۷- تخلیه سریع و دفعتاً مایع امنیوتیک.
- ۸- subinvolution رحمی.
- ۹- حمله مستقیم به بطن.
- ۱۰- دوگانکی - علت آن میخانیکی بوده به مجرد کشیدن طفل اول ، حجم رحم دفعتاً کم شده و سبب جدا شدن پلاستتا میگردد.
- ۱۱- فیروم رحمی.
- ۱۲- در اکثریت وقایع علت معلوم نیست.

پتانژی

Hypertensive spasm در اوایله تامین کننده جریان خون پلاستائی سبب anoxia شده و قیک capillir spasm رفع شود spasm های متضرر شده قادر نیستند تا از عهده رعش خون و ازدیاد آن برایند، بناء پاره شده و سبب خونریزی میگردند. و در حالات شدید خون به انساج دیوار رحم نفوذ نموده و شاید در تحت پریتوان دیده شود(couvellair uterus)، این حالت در تقلص رحمی تداخل نموده یعنی تقلص رحمی را ممانعت میکند و سبب خونریزی بعد از ولادت طفل و پلاستتا میگردد.

در شکل concealed یا مخفی تمام رحم حساس و سخت بوده اما در نوع آشکار(revealed) حساسیت محدود به ساحه جدا شده پلاستتا میباشد. PPH شاید از سبب عدم کفایه علقه شدن خون و کمبود فبرینوژن(hypofibrinogenemia) باشد، که از اثر آزاد شدن ترومبوپلاستین در داخل دوران از علقات خلف پلاستائی بوجود میآید.

خونریزی شدید انفصال پلاستتا در نوع مخفی سبب spasm آرتربول های کلیوی شده که این باعث نکروز cortical کلیه و anuria میگردد.

لوحة كلينكى

• نوع آشكار

۱- خونریزی مهبلی وجود دارد.

۲- درد و یا نارامی خفیف بطن و اگر درد وجود نداشته باشد، شاید واقعه placenta praevia را تمثیل کند.

۳- حساسیت موضعی بالای بطن بوجود می‌آید.

۴- رحم نرم و اعضای جنین به آسانی جس می‌شود.

۵- اندازه رحم مطابق به سن حاملگی است.

۶- وضعیت عمومی مریض مطابق به مقدار خون ضایع شده می‌باشد.

۷- در صورت انفصال قسمت کوچک از پلاستنا وقوع stillbirth مطرح بحث نیست.

• شکل مخفی

۱- درد دوامدار شدید و فوری بطنی موجود است.

۲- خونریزی مهبلی خفیف یا معدوم می‌باشد و رنگ خون تیره است.

۳- معدوم شدن حرکات جنین شاید همراه با خونریزی شدید توام باشد.

۴- سایز رحم بزرگتر از سن حاملگی است.

۵- حساسیت تمام بطن بوجود است.

۶- رحم سخت و شخ (rigid) بوده و اعضای جنین جس نمی‌شود.

۷- قلب جنین اکثر آشینیده نمی‌شود.

۸- وضعیت عمومی مریض مطابق به مقدار خونریزی نیست و در حالت شاک است.

۹- وقوع stillbirth از سبب جدا شدن قسمت زیاد پلاستنا بالا می‌باشد.

تشخيص تفریقی

۱- حمل خارج رحمی پیشرفت.

۲- رپور بنسهی رحم.

.Acut polihydramnios-۳

۴- تدور سویق کیست می‌پرسی.

۵- انسداد امعا.

.peritonitis-۶

.Acut pyelitis-7

۸- اپندیسیت حاد.

۹- هماتوم خلف پریتوان در رباط عریض رحمی.

۱۰- هماتوم در عضله مستقیمه بطنی (rectus)

تداوی

A- وقایوی

۱- مراقبت خوب از دوران حاملگی.

۲- وقایه از انیمی.

۳- بستری کردن در شفاخانه برای مریضی که احتمال خونریزی قبل از ولادت نزدش موجود است.

۴- کشف به موقع و تداوی فشار بلند ناشی از حاملگی.

۵- جلوگیری از ترضیض.

۶- از آنی و یا کم ساختن فشار آنی جلوگیری بعمل آید.

B- معالجی

۱- بستر کردن فوری مریضه در شفاخانه یعنی جاییکه تطییق خون و عملیاتخانه موجود باشد.

۲- اگر خانم به کلینیک میاید و یا در خانه است ، در صورت امکان باید فوراً آتوس ط OFS به شفاخانه انتقال داده شود.

- تطییق خون باید آزادانه و یا سخاوتمندانه بدون توجه به وضعیت عمومی مادر، با وجودیکه فشار خون بصورت نورمال از سبب vasospasm که جوابگوی انفصال است باشد، صورت گیرد. از فشارورید مرکزی برای رهنماei بهتر به این مقصد استفاده میشود . خون تازه مطلوب ترین بوده fresh concentrate platelet frozen plasma شاید برای تهیه فکتور های علقه و تطییق thrombo cytopenia شدید صورت میگیرد.

• زرق $g\frac{1}{4}$ مورفین باید صورت گیرد.

۳- اصلاح یا بهبود شاک هیپوالمیک، برای وقایه از اختلالات جدی انفصال پلاستیک نکروز قشر کلیه و عدم کفایه coagulation مهم است. دلایل وجود دارد، که برگشت یا تبدیل فبرینوژن بسیار احتمال دارد که در وقایع هیپوالمیک شاک واقع شود.

۴- معاینه مهبلی برای رد پلاستیک پریویا نباید اجرا گردد. جیب یا غشا هرچه زودتر که ممکن است بعد از بستر شدن و ترجیح آ در عملیاتخانه تمزق داده شود. هدف عبارت از ولادت دادن جنین بزودی ممکن (در طرف 8-6) برای جلوگیری از خطر hypofibrinogenemia و نکروز قشر کلیه میباشد.

۵- ثبت بیلانس مایعات به احتیاط جهت جلوگیری از متضرر شدن کلیه صورت گیرد.

۶- اگر ولادت شروع نشود با قطرات syntocinon تحریک آغاز گردد.

۱-۷ اگر جنین زنده بوده و یا ولادت prolonged شده باشد CS اجرا گردد. قلب جنین شاید توسط spasm رحمی شنیده نشود. در حالیکه شاید جنین هنوز زنده باشد. لذا قلب جنین باید توسط سونوگرافی و یا cardiotocography دیده شود. اگرچه بسیاری از جنین هائیکه توسط CS زنده ولادت داده شده اند شاید در روزهای اول دوره نوزادی بسیارند.

• بعد از ولادت

۱- اگر خونریزی دوام کند، plasma concentrated باید جهت مبارزه با hypofibrinogenemia داده شود.

۲- oxytocine باید بمقدار کافی و آزادانه برای تقلص میومتر داده شود.

۳- فشار دو دستی رحم به مقصد تقلص رحم جهت جلوگیری از خونریزی از ناحیه جدا شده پلاستا اجرا گردد.

۴- تشوشات coagulation سریع انکشاف میکند. تطبيق فیبرینوژن در فاز ترومبوپلاستیک یا تحلیل رونده در نتیجه سبب تبدیل آن به فبرین و بلاک capillary توسط انکشاف DIC میشود. نهی کننده فبرینولایتیک باید درین حالت داده شود. جهت وقایه بلاک capillary هپارین برای رسیدن به نتیجه باید داده شود، مگر به یک جرئت زیادی نیاز است تا anticoagulant ها در خونریزی داده شوند.

۱-۵ اگر خونریزی توقف نکند hysterectomy ترجیحاً اجرا گردد.

شماره	Placenta praevia	شماره
شماره	Accidental haemorrhage	
۱	تاریخچه خونریزی خارجی همیشه موجود است	۱
۲	خونریزی خفیف در شروع	۲
۳	رنگ خون سرخ روشن است.	۳
۴	تاریخچه درد بطن وجود ندارد.	۴
۵	خونریزی بدون سبب و بدون درد موجود است.	۵
۷	بطن نرم و مطابق به مدت امینوری است.	۷
۶	شاك به مقدار ضياع خون متناسب است.	۶
۸	اعضای جنین به آسانی جس شده و قلب آن معمولاً شنیده میشود.	۸

راس ممکن عمیقاً تثبیت شده باشد.	۹	عضو معتنه معمولاً بلند است.	۹
حتمی الوقوع و غیرقابل جلوگیری نیست.	۱۰	حتمی الوقوع و غیرقابل جلوگیری است.	۱۰
واقعات فرط فشار ناشی از حمل اکثراً دیده نمیشود.	۱۱	واقعات فرط فشار ناشی از حمل اکثراً دیده نمیشود.	۱۱
پلاستنا اکثراً جس شده نمیتواند.	۱۲	پلاستنا اکثراً جس شده نمیشود.	۱۲
ادرار اکثراً حاوی پروتئن بوده و شاید anureal موجود باشد.	۱۳	ادرار معمولاً نارمل است.	۱۳
عود کننده نیست.	۱۴	عود کننده است.	۱۴

اختلاطات

۱-شاک سبب عدم کفایه حاد کلیه میشود.

.prematurity -۲

۳-مرگ داخل رحمی جنین.

.Hypofibrinogenemia-۴

.Anemia-۵

.Post partum haemorrhage-6

.Sheehans syndrum-7

.Transfusion hepatitis-8

انذار

وفیات مادران: این عارضه به اندازه جدا شدن پلاستنا، درجه و مدت شاک، سرعت تداوی، درجه نقص coagulation و پیشرفت نکروز قشر کلیه ارتباط دارد. سویه مرگ و میر مادران در ممالک رو به انکشاف بلند است. در واقعات خونریزی آشکار مرگ مادران پائین است. مگر در شکل شدید و مخفی خونریزی، mortality مادران از 10% بلندتر است. بیشتر مرگ و میر مادران از سبب تشوشات coagulation و نکروز قشر کلیه میباشد.

وفیات جنین: انذار برای جنین خیلی خراب است، به شکل و مقدار خونریزی ارتباط دارد. مرگ حدود 50% است و از سبب prematurity، asphyxia و perinatal جنین میباشد.

پولی هیدرامنیوس و اولیگو هیدرامنیوس Polyhydramnios & oligohydramnios

تعريف

پولی هیدرامنیوس یا هیدرامنیوس عبارت از تجمع مقدار زیاد مایع امینوتیک (بیشتر از 2000 ml) میباشد. مقدار مایع امینوتیک در یک حمل طبیعی نظر به مراحل دوره حاملگی متغیر است، در هفته دهم 30ml، در هفته 20 مقدار 250ml و در هفته 40 حاملگی 1500ml-300ml میباشد.

اصطلاح excessive نمیتواند صریحاً و کاملاً دقیق از سبب تغیرات زیادی که مقدار نارمل مایع امینوتیک در یک حاملگی به ترم دارد تعریف گردد، در یک حد متوسط 600ml بحیث نارمل گرفته شده و مقدار بلند تر از ۲ لیتر را بحیث پولی هیدرامنیوس قبول نموده اند. این تزايد شاید تا 27 lit هم برسد. درجات خفیف تزايد معمول است، ولی در جات پیشرفته آن نادر میباشد. همیشه این مسئله در نیمه دوم حاملگی واقع می شود.

وقوعات

در 1/200 واقعه حاملگی و بیشتر نزد خانم های کثیر الولاده رخ می دهد.

اسباب

در شرایط نارمل تولید و جذب مایع امینوتیک نارمل است. پولی هیدرامنیوس ممکن از اثر تولید زیاد و یا تناقض در جذب آن ایجاد شود.

اپتیلیوم امینوتیک کدام تغیرات هستولوژیکی در پولی هیدرامنیوس نشان نداده و هم چنین تغیرات در ترکیب مایع امینوتیک نیز بمالحظه نمی رسد در بسیاری وقایع جین، پلاستتا و مادر تمامًا سالم اند. اگر چه دلیل دقیق و درست سببی در پولی هیدرامنیوس تاهنوز ناشناخته مانده است، ولی یک تعداد فکتورها اشتراکی معین با پولی هیدرامنیوس دیده شده است.

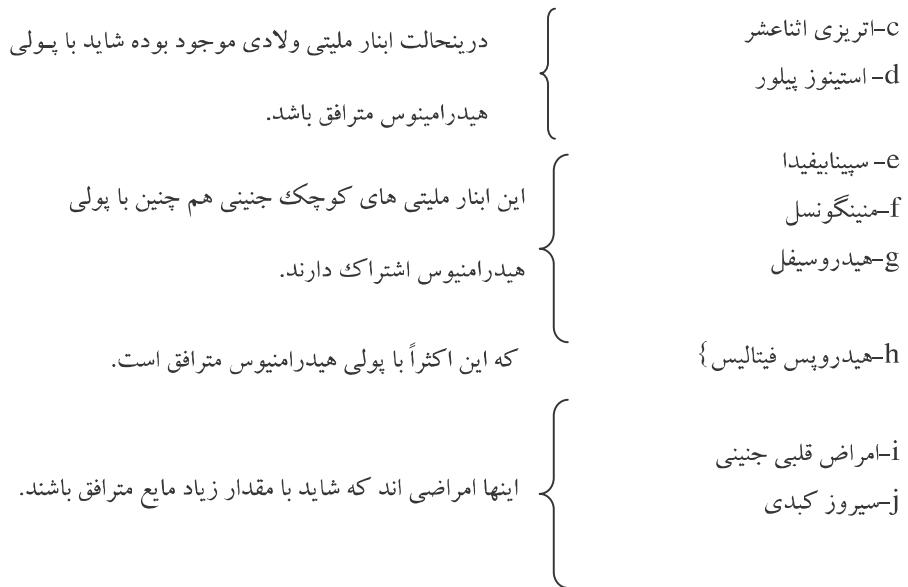
A- فکتورهای جنینی

۱- دو گانگی ها خصوصاً دو گانگی یک تخمه (Manozygotic) از نظر وقوعات $\frac{1}{7}$ حاملگی ها دو گانه را میسازند.

۲- ابنار ملیتی جنینی:

a-انا نسیفل: در حدود ۲۰٪ وقوعات یافت شده است، طفل مایع را بلع کرده نمیتواند.

b- اتریزی مری: طفل قادر بلع مایع امینوتیک را ندارد لذا مقدار زیاد مایع تجمع می کند.



B - فکتورهای مادری

a- امراض قلبی: این آفت معمولاً با عدم کفایه قلبی احتقانی همراه است.

b- امراض کلیوی:

c- دیابت شکری: در آنجا هیپرگلاسیمیا که طور ضمنی ایجاد میشود، منجر به پولی یوری و پولی هیدرآمینوس نزد طفل میشود در حدود تقریباً ۵٪ مريضان د یا بیشک پولی هیدرآمینوس موجود است.

d- سفرط فشار خون حاملگی (PIH): در حدود ۴-۵ مرتبه نزد خانم هاییکه فرط فشار خون حا ملگی دارند، بیشتر دیده میشود.

e- کثیر الولاده گی: پولی هیدرآمینوس نزد کثیر الولاده ها نسبت به اول باری ها معمول تر است.

f- Iso-immunisation Rh یک اشتراک پولی هیدرآمینوس با مريضان که عدم توافق دارند بمالحظه میرسد.

Rh.factor

C - فکتورهای پلاستنی

a- Chorioangioma: در پلاستنیک تومور بسیار نادر بوده و با پولی هیدرآمینوس اشتراک دارد.

b- بنشکل و جلنگی: جبل سروی نادر است، این وضعیت شاید با پولی هیدرآمینوس همراه باشد.

D- اسباب ناشناخته شده

نواع: دو نوع حاد و مزمن آن موجود است.

این حالت نادر بوده و در مراحل مقدم حاملگی واقع میشود. اعراض و علائم در ظرف چند روز محدود تظاهر نموده که با درد شدید و استفراغات توام می باشد. این وضعیت شاید سفتی ، سختی و حساسیت رحمی انفصال پلاستتا را تمثیل کند و سبب ضجرت شدید نزد مریضه می گردد.

B-شکل مزمن

در مراحل اخیر حاملگی تظاهر نموده و برای مریضه آنقدر ضجرت آور نمی باشد.

لوحه سریری

لوحه کلینیکی بدرجه پولی هیدرامنیوس و سرعت تاسیس آن ارتباط دارد. اعراض و علائم با ظهور مایع آشکار می گردند.

۱-مریضه ممکن است بزرگی زائد و بی جهت بطن خود و حرکات غیر معمول جنین را حکایه کند.

۲-از سو ها ضممه تزايد حرکات قلبی یا تپش قلبی، نفخ و گاز، نفس کوتاهی، دلبدی و استفراغات شکایه دارد.

۴-اذیمای ثانوی در جدار بطن، دهلیز مهبلی و اطراف سفلی شاید در یافت گردد.

۵-عضلات بطنی شاید کش شده، سفت و محکم و بطن مت渥ع باشد.

۶-در معاینه طفل با آسانی قابل جس نیست تنها حرکت عمیق و Ballot mentn قسمت های از جنین در ک و استنباط می گردد.

۷-قلب جنین شنیده شده میتواند، مگر طوریکه از راه دور بباید بگوش می رسد.

۸-اعتلان معمولاً غیر طبیعی است.

۹-اندازه رحم بدون تناسب از مدت امینوره کلاتر است ، کانتور طرح بطن کروی و محیط آن قبل از

ترم بیشتر از 100cm در سویه سره میباشد.

۱۰-جلد بطن در خشنده و اذیمای است.

۱۱-عنق قبل از ترم توسع می کند.

۱۲-واریس و اذیمای پاها موجود است.

۱۳-Thrill- Shifting dullness یا ارتعاش مایع موجود است و استنباط می گردد.

۱۴-ولادت قبل الميعاد و سقط ها معمول اند.

تشخیص

۱-به اساس تاریخچه ولوحه کلینیکی.

۲-Ray-x. بطن باید جهت رد انومالی های جنینی و دیدن اعتلالات معیوبه اجرا گردد. اگر هیچ اینار

ملیتی قابل توجیه از نظر رادیولوژی موجود نبود سونو گرافی بعد از تمزق جیب اجرا گردد. اگر اینار ملیتی

جنینی بخوبی آماده توضیح بود، از اجرای سزارین سکشن صرف نظر گردد و اگر بنا به علاقه به طفل، ضرورت باشد بحث جداگانه است.

۳-با سونوگرافی یک ساحة وسیع سیاه واضح که نمایندگی از مایع امنیوتیک می‌کند موجود است.

تشخیص تفریقی

۱-با حمل های چند گانه:- قسمت های از اعضای متعدد ممکن است جس شده و قلب جنین بدرو ناحیه مختلف قابل سمع باشد. اولترا سونوگرافی اجرا گردد، زیرا پولی هیدرامنیوس با چند گانگی ها همراه هم میتواند موجود باشند.

۲-فیرروم همراه حمل:- اولترا سونوگرافی بخوبی کتله جامد فیروم و جنین را نشان میدهد.

۳-کیست های میضی همراه حمل:- این شاید پولی هیدرامنیوس را تقلید کند ولی معاینه دقیق تشخیص بین ایندورا وضع می‌کند.

کیست میضی رحم را بیجا و عنق رحم را به طرف پائین تیله می‌کند در صورتیکه در پولی هیدرامنیوس عنق رحم به طرف بالاکش میشود.

۴-مثانه پر و متوجه:- مثانه پر باپولی هیدرامنیوس کم است با آنهم کتیتر آیزشن مثانی تشخیص را وضع میکند.

۵-حبن (Ascites):- ارتعاش مایع و Shifting dullnes بمالحظه میرسد در پولی هیدرامنیوس ارتعاش موجود است، ولی Shifting dullnes بمالحظه نمی‌رسد.

۶-مول هیداتیفورم:- در این واقعه هیچ نوع اعضای جنینی جس نمی‌شود و نه هم Thrill یا اهتزاز قابل دریافت است. خانم احساس مریضی نموده و فرط فشار خون حاملگی معمولاً موجود است، X.Ray مفید است و اولتر سونوگرافی بخوبی خصوصیات مول هیداتیفورم را مشخص می‌سازد.

اهتمامات

A- در جریان حامله داری

۱-استراحت: اگر کدام ابنا ملیتی مادری یا جنینی واضحًا دریافت نشد، گذاشتن مریضه در بستر استراحت مهمترین اهتمامات نسبت به آن میباشد. در بسیاری از وقایع مقدار زیاد مایع، با پیشرفت حاملگی شاید کم گردد.

۲-سیدیشن: دیازپیم و فینوباریتیون برای رفع ضجرت و ناراحتی مریضه استعمال شده میتواند.

۳-کمک خواستن از دیورتیک ها غیر موثر بوده نباید استعمال گردد.

۴-درجۀ خفیف پولی هیدرامنیوس بدون اعراض کدام تداوی را کارندارد، تنها مطمئن ساختن مریضه کفایت می‌کند.

- ۵- از مرضیه خواسته شود که برای کم ساختن فشار بالای ورید اجوف سفلی به پهلو دراز بکشد.
- ۶- اگر اعراض فشاری عمیق سبب مشکلات قلبی و تنفسی گردد، امنیوتومی با استفاده از سوزن در صورتیکه محل غرس پلاستتا با سونوگرافی تعیین شده باشد از طریق جدار بطن اجرا گردد. مایع باهستگی برای جلوگیری از شاک دریناژ شود و در یکدفعه ۴-۲ لیتر کشیده شود. این پروسیجر میتواند در صورت تجمع عاجل مایع تکرار گردد.
- ۷- اگر اولتراسونوگرافی و یا X.Ray آنومالی های پیشرفت و شدید را نشان میداد، ولادت با تمزق جیب تحریک گردد (Hind water) آزاد شدن و یا جریان مایع باید باهستگی برای جلوگیری از حوادث اتفاقی مانند انفصال پلاستتا و سقوط حبل سروی صورت گیرد این پروسه باید به تمزق Fore-waters تعمیب شود.

B-در جریان ولادت

- ۱- مرض در صفحه اول ولادت در بستر خود ترجیحاً به یک پهلو قرار گیرد.
- ۲- معاینه مهبلی هر قدر زودتر بعد از تمزق جیب بمقصد رد پرولاپس حبل سروی انجام گردد.
- ۳- اگر انرشی رحمی بمبان آمد با اجرای امنیوتومی (Hind water) جیب همراه کتیتر Drew Symthe's که سبب دیکامپریشن بطبی، بمنظور جلوگیری از شاک میشود، تمزق داده شود.
- ۴- اگر حمل بیشتر از ۳۷ هفته باشد و با اختلالاتی مانند: دیابت، فرط فشار خون حاملگی و یا اینکه مرض زیاد تحت اضطراب و فشار روحی قرار داشته باشد، ولادت نزدش تحریک گردد.
- ۵- بعد از امنیوتومی، با قطرات، بعد از اطمینان باینکه طفل قرار طولانی دارد شروع گردد.
- ۶- ارگومترین وریدی در صفحه سوم ولادت برای جلوگیری از خونریزی بعد از ولادت باید داده شود. طفل ولادت شده با عبور تیوب را برای اطمینان از انتزیزی مری معاینه گردد.

اختلالات

- ۱- عدم کفايه قلبی تنفسی.
- ۲- اعتلالات معیوبه.
- ۳- ولادت های قبل المیعاد.
- ۴- خونریزی های قبل از ولادت یا دوران حاملگی (A.P.H)
- ۵- پرولاپس حبل سروی.
- ۶- پرولاپس دست.
- ۷- انر شیای رحمی.

۸-خونریزی بعد از ولادت (P.P.H)

ختم حاملگی

اگر انومالی های شدید (Gross) با پولی هیدرامنیوس اشترآک داشته باشدند ، ختم حاملگی بدون توجه بسن حمل در نظر گرفته شود این کار مریض را از ناراحتی، رنج و عذاییکه طفل غیر طبیعی را انتقال میدهد حفاظت میکند.

Oligohydramnios •

عبارةت از کمی مقدار مایع امنیوتیک است . مقدار مایع امنیوتیک به کمتر از 300ml تتفیص یافته و مایع غلیظ، تیره و متمایل به زرد میباشد. این معمولاً با ضعیف بودن وظائف پلاستائی و تاخر رشد جینی هماه میباشد. جس جنین مشکل و ممکن talipes.....، تورتیکولیت و انکیلوز مفاصل که شاید از اثر فشار بوجود آمده باشد داشته باشد. بعضی اینار ملیتی های انسدادی طرق بولی و عدم تشکل کلیه ها نزد طفل اسباب معمولی عارضه اند. بعدتر طفل وجه تپیک و خاص دارد (Potter's Syndrom)، همراه بینی به شکل چنگک مانند طوطی، گوش های پائین، مفاصل اطراف سفلی کم انکشاف یافته ، مفاصل اطراف علوی بالای هم افتاده (Overriding jaw) و اولیگوهید رامنیوس (Oligohydramnios). هم چنین پوستما چوریتی با اولیگوهید رامنیوس هماه است. امنیون هماه نود ول های سفید کوچک و خورد مغطوس است. اینها جزائر اسکواموس اپتیلیم استحاله شده بستر حجرات امنیوتیک پهن شده در معاینات میکروسکوپیک میباشد. حجرات سکواموس از اثر اصطکاک جلد خشک طفل فکر میشود که جدا گرددن. معمولاً هیپوپلازی شش ها موجود بوده و طفل در ظرف ۴۸ ساعت فوت می کند. اگر این مستله در مراحل مقدم حاملگی واقع شود، معمولاً سقط رخ می دهد، لاکن اگر حمل دوام کند التصادق جنین به غشای امنیون و با تشکل باندها یا دسته های امنیوتیک احتمالاً بین خواهد آمد. در واقعات کمی از اولیگوهیدرامنیوس هیچنوع انومالی در کلیه ها و دیگر قسمت های عضویت بمالحظه نمی رسد . حاملگی صرفاً از وقت ولادت یا ترم طولانی تر شده و حجم مایع امنیوتیک هم کم می گردد کدام ارزش خاص وجود ندارد.

حمل های چند گانه

Multiple pregnancy

دو گانگی ها شاید یا از الفاح شدن دو تخمه جدا گانه Binovular یا Dizygotic و یا از انقسام یک تخمه القاح شده بدو قسمت جدا گانه و رشیم monozygotic Uniovulare بوجود بیایند. دو گانگی های مونوزایگوتیک در ۷۵٪ و قایع هم جنس بوده، هر دو پسر در ۴۵٪ و هر دو دختر در ۳۰٪ و قایع می باشند.

وقوعات

در حدود ۳۰٪ وقوعات مونوزایگوتیک و ۷۰٪ دیگر دای زایگوتیک است.

دو گانگی ها Twins - 1 / 80 (80^۱)

سه گانگی Triplets - 1 / 600 (80^۲)

چهار گانگی Quadraplets - 1 / 500000 (80^۳)

شش گانگی Quintuplets - 1 / 3-4 million

اسباب

۱- فامیلی: دو گانگی های دای زایگوتیک یک تمایل فامیلی دارند درینحالات ممکن است یک فکتور ارشی مطرح باشد ولی دو گانگی مونوزایگوتیک در فامیلی ها بصورت اتفاقی رخ میدهد.

۲- سن: وقوعات دو گانگی ها در سنین ۳۰-۴۰ سالگی به حد اعظمی خصوصاً وقتیکه دو گانگی دای زایگوتیک مطرح باشد رخ میدهد.

۳- تبیه صنعتی تخمگذاری با گونادو تروپین های انسانی و یا کلو میفین سترات شاید منجر به دو گانگی خصوصاً وقتیکه سویه و مقدار هورمونها کنترول نه شده باشد گردد، اینها معمولاً دای زایگوتیک است.

۴- دو گانگی های Binovular یادا زایگوتیک یادا کوریونیک (Di chorionic) ۵- ۶ مرتبه نسبت به دو گانگی های مونوزایگوتیک Mono ovular معمولتر است.

۵- نژاد: این پرسه در نگروها بیشتر معمول است و کمترین وقوعات در ممالک شرقی و سفید پوستان شرق میانه است.

۶- در دو گانگی: خانم های که قبل از ولادت دو گانگی داشته اند ۱۰ مرتبه بیشتر احتمال ولادت چند گانگی نزد شان موجود است.

۷- دو گانگی های دایزایگوتیک نزد خانم هایی که فوراً بعد از قطع استفاده طولانی از ضد حاملگی فمی حامله می گردند بسیار معمول است، هم چنین در خانم هایی که بزودی و اسانی، در اوایلین ماه بعد از ازدواج حامله می گردند، اختلال داشتن دو گانگی بیشتر است.

۸- داشتن قدرت بلند حاصلخیزی fertility با چند گانگی همراه است .

تشخیص بین دو گانگی های مونوزایگوتیک و دای زایگوتیک

Binovular	Monovular
دای زایگوتیک یا	مونوزایگوتیک با
۱ - ۵ مرتبه نسبت به مونوزایگوتیک ها بیشتر اند.	۱- کمتر معمول اند.
۲- انکشاف از دو Ovum و دو سپریم جدا گانه دارند.	۲- دو تخمه آزاد شده از یک کیسه یا غلاف، از یک Ovum و یک سپریم انکشاف می کند.
۳- مشابه از عین جنس یا جنس های مخالف باشند لاتن ترکیب جنتیکی مختلف دارند.	۳- اطفال از عین جنس و عین ساختمان جنتیکی ساخته شده اند.
۴- دو پلاستنای جدا گانه داشته و هر طفل امنیون و کوریون مربوط به خود را دارد. لذا از چهار طبقه وقیکه آنها بهم تماس داشته باشند تشکیل شده است (دوامنیون و دو کوریون).	۴- یک پلاستنای دادو امنیون.
۵- پولی هیدرامنیوس آنقدر ها عام نیست.	۱/۳ دو گانگی های مونوزایگوتیک دو کوریون و دو امنیون دارند در حالیکه ۲/۳ آنها دارای یک کوریون و دو امنیون اند لذا تایپ ک طفل ممکن است در مراحل مقدم حاملگی فوت کند در داخل Mummified (Foetus compressus or foetus papyraceus) .
۶- وقوفات اینبار میلیتی پائین است.	۵- پولی هیدرامنیوس معمولتر است زیرا دوران پلاستنائی مشترک دارند.
۷- گروپ خون شاید مختلف باشد.	۶- وقوفات اینبار میلیتی اطفال بلند تر است مثلاً اتصال دو گانگی ها.
۸- فکتورهای زمینه ساز فamilی و نژادی موجود است.	۷- گروپ خون شان مشابه است.
	۸- زمینه های مساعد فamilی و نژادی مطرح نیست .

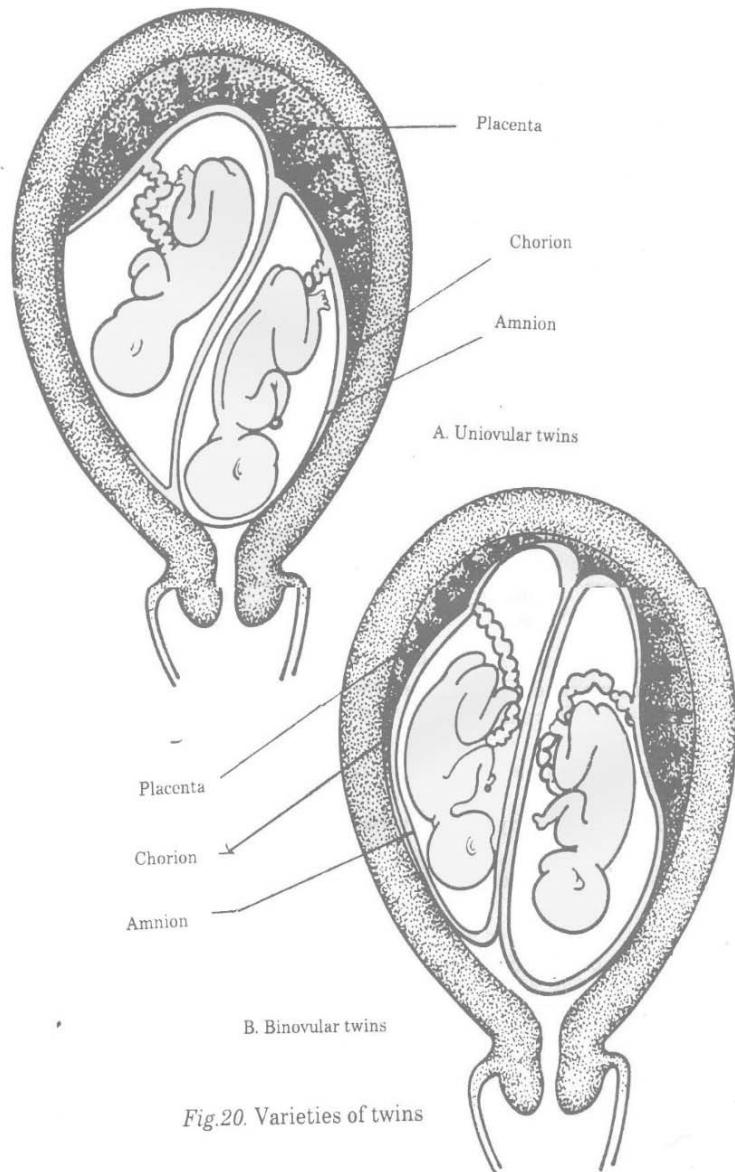


Fig. 20. Varieties of twins

لوحة كلينيكي

- ۱- تمام اعراض و علائم حاملگی مانند دلبدی ، کمر دردی، واریکوس ها، قبضیت، هیموروئید و توسع بطن شاید تشدید بیابند.
- ۲- اگر خانم کثیر والولاده باشد، او ممکن است تزايد بزرگ شدن بطن خود را به طور غیر طبعی مشاهده کند و از حرکات غیر معمول طفلش شکایه نماید.
- ۳- خانم با آسانی خسته شده و نفس کوتاهی احساس میکند، فعالیت جنین زیاد می گردد.
- ۴- رحم بزرگتر از سن اmino ره مریض است، اگر محیط بطن در حداه سره اندازه شود، چندین انجی بیشتر از تاریخ متوقع حاملگی میباشد.
- ۵- با جس بطنی قسمت های مختلف دو گانگی ها با معاینه همراه دست دو راس و دو حوصله دریافت میگردد. تشخیص دو گانگیها همراه با دست بیشتر از ۷۵٪ مکان دارد.
- ۶- موجودیت پولی هیدرامنیوس امکانات دو گانگی ها را بیشتر میکند.
- ۷- اعراض فشاری مانند، اذیما، واریکوز های وریدی اطراف سفلی و بواسیر برجسته تر و مبارز تر اند.
- ۸- آنیمیای کمبود آهن و فرط فشار خون حاملگی خیلی مبارز بوده و در معاینه خون مقدار هموگلوبین و حجرات سرخ خون پائین اند.
- ۹- سخونریزی های قبل الولاده بیشتر معمول است.
- ۱۰- با سونوگرافی به خوبی دو رأس طفل تثیت میشود.
- ۱۱- X-Ray به خوبی دو گانگی ها را نشان میدهد.

تشخیص

باداشتن سابقه فامیلی دو گانگی ، چانس دو گانگی ها زیادتر است.

● معاینه بطنی

- ۱- تفتیش: ارتفاع غور رحم بلندتر از مدت امینوره مریضه است بطن بسیار منبسط و بزرگ بوده و شاید اورده برجسته باشند.
- ۲- اقلاسه قطب قبل از گذاشتن تشخیص باید جس گردد.
- ۳- جس: دو رأس و دو حوصله شاید جس شود و اطراف متعدد میتوانند جس گردند قرار غیر طبیعی ، وضعیت غیر طبیعی Malposition و اعتلال غیر طبیعی شاید موجود باشد.
- ۴- اصلاح: دو قلب جدا گانه، دردو محل جدا گانه، با حد تفاوت 10/min ۱۰ شنیده میشود.
- ۵- اولترا سونوگرافی تشخیص را می گذارد.
- ۶- اندازه گیری هورمونها.

a- سویه هورمون لکتوجن پلاستی انسانی (H.P.L Hormon) قبل از هفته های ۲۵، بیشتر از ۳ $\mu\text{g}/\text{ml}$ قبل از هفته های ۳۰، بیشتر از ۴ $\mu\text{g}/\text{ml}$ بعد از هفته های ۳۰ حاملگی بیشتر از ۸ $\mu\text{g}/\text{ml}$ باشد.

b- سویه کوربینیک گو نادوتروفین های انسانی بلند است.

c- اوسترادیول و پرگناند یول نیز بلند آند.

7- مطالعه انزایم ها: الکلین فوسفتاز و فیتوپروتین ها بلند هستند.

تشخیص تفریقی

۱- با اشتباه تاریخ حامله دار شدن.

۲- با پولی هیدرامنیوس.

۳- تومورهای مختلط با حمل مانند فیبروم ها و کیست های مبیضی.

۴- با مول هیداتید یفورم.

۵- با مثانه بزرگ شده از تجمع ادرار.

اعتلانات در دو گانگی ها

	طفل دوم	طفل اول	
۴۵٪	راسی	راسی	-۱
۳۵٪	حوالی	راسی	-۲
۱۰٪	حوالی	حوالی	-۳
۱۰٪	مستعرض	راسی	-۴
	مستعرض	حوالی	-۵
	مستعرض	مستعرض	-۶

تدایر و اهتمامات

۰ در جریان حاملگی

حمل های چند گانه باید در جریان دوره Prenatal تشخیص گردند. متأسفانه ۲۰٪ وقایع بدون تشخیص باقی می مانند.

۱-ویزیت های متعدد دوره حاملگی و مشاهدات نزدیک و دقیق برای رد اینمی و فرط فشار خون حاملگی اجرا گردد.

۲-به خانم توصیه گردد که استراحت کافی نماید. استراحت باید به وضعیت جنی چپ بمقصد و قایه از فشار مربوط رحم محمول بالای ورید اجوف سفلی که بطرف راست قرار دارد، توصیه شود.

۳-برای مریضه جهت جلوگیری از اینمی مرکبات آهن و فولیک اسید باید داده شود.

۴-خانم باید بین هفته های ۳۶-۳۲، در شفاخانه بمقصد استراحت و کنترول از تلف شدن قبل از وقت جنین بستر گردد و این قابل بحث و مناظره است.

• در هنگام ولادت

صفحه اول

۱-معاینه مهبلی بعد از تمزق جیب برای رد سقوط حبل سروی باید انجام شود.

۲-آنالیجزیک ها بصورت صرفه جویانه داده شوند، بواسطه اینکه اطفال معمولاً پریماچور و کم وزن میباشند.

۳-Oxytocine باسیروم بشکل قطره ای اگر ولادت میل به طولانی شدن داشته و عضو معتله رأس است شروع گردد.

صفحه دوم

یک انستزیست و داکتر اطفال هنگام ولادت باید حاضر باشند. اپزیوتومی خصوصاً اگر پریما چوریتی و اعتلان غیر طبیعی طفل دوم دو گانگی مطرح باشد باید اجرا گردد.

۱-حفل اول بصورت نارمل ولادت داده شده و حبل سروی کلمپ گردد. قطع حبل سروی بهر اندازه ایکه امکان داشته باشد دورتر از مهبل انجام گردد.

۲-معاینه بطئی برای دانستن قرار طفل دومی اجرا شود. اگر قرار طولانی است، جیب بصورت مصنوعی تمزق داده شده رحم شروع به تقلص نموده و در ظرف ۵-۱۵ دقیقه طفل دوم هم ولادت می شود. اگر قرار طفل دوم مستعرض است قرار یا تدور خارجی راسی اصلاح گردد، اگر تدور خارجی راسی ناموفق است، باید تدور داخلی ذنبی بعد از تمزق جیب اجرا و عملیه Breech Extraction ترجیحاً زیرا نستزی عمومی انجام شود.

۳-ندر تأسازین سکشن در واقعه ایکه طفل دوم دو گانگی به اعتلان مستعرض و یا حوصلی است، اگر وزن تخمینی آن $1/5\text{kg}$ و یا بلند تر از 4kg حدس زده شود، قابل توصیه است.

۴- برای مریضانیکه طفل اول انها با عتلان مستعرض است و یا هرد و طفل مستعرض اند و یا با اعلان حوصلی اند سزارین سکشن در هنگام ترم توصیه می گردد.

صفحه سوم

در این صفحه باید فعالانه اهتمامات گرفته شود ، زیرا که خطر خونریزی بعد از ولادت موجود است. پلاستنا به میتوود's Brandt Anddrew's و لادت داده شده و به مقدار $5\text{mg}.$ ار گومترین داده شود. جهت تقبض رحم و جلوگیری از خونریزی بعد از ولادت پلاستنا ، رحم مسازده شود.

اختلالات

• مادری

تمام اختلالات حمل های یگانه در حمل های دو گانه دو چند می شوند مثلاً:

۱- مریضی صبحانه (Morning sickness)

۲- ولادت های قبل المیعاد : ۱۰٪ خانم های مولتیپل پرگنانسی قبل از هفته ۳۴ به ولادت پریما چور داخل گردیده و ۲۵٪ آن ها قبل از هفته ۳۶ حاملگی ولادت می کنند.

۳- حطفل مرده (S.B) با مقایسه با خانم های که حمل یگانه دارند دو مرتبه در ددو گانگی ها بیشتر است.

۴- پلاستنا پریویانزد شان شایع است، که مسئول خونریزی های قبل الولاده ، اعتلالات معیوبه و عدم ثبات جنین اولی میباشد.

۵- انفصال قبل از وقت پلاستنا هم مروج است ، که مربوط به فرط فشار خون حاملگی و اشتراک قدان اسید فولیک میباشد.

۶- پولی هیدرامنیوس معمول است، خصوصاً در وقایع که دو گانگی های (Uniovula) یامونوزایگوتیک مطرح باشد (وقوعات ۵٪).

۷- در حمل های چند گانه، ۲-۳ مرتبه اینمی هیپو کرومیک و نورموسیتیک بیشتر معمول است .

۸- انتنات طرق بولی در حمل های چند گانه دو مرتبه از سبب تزايد توسع حالب ها ، به نسبت بلند بودن سویه هورمونی پر و جسترون و فشار رحم محمول بالای حالب های بیشتر است.

۹- فرط فشار خون حاملگی و اکلامپسیا اقلاسه مرتبه در خانم های که حمل های چند گانه دارند مروج تر است .

۱۰- مداخلات عملیاتی بیشتر عمومیت دارد.

۱۱- اتونی رحم شاید به خونریزی بعد از ولادت بیانجامد.

• جنینی

۱- اندازه سقط ها در حمل های چند گانه بیشتر بوده و احتمالاً از اثر وقوعات بلند ابنارمیتی است .

۲-وفیات اطفال در دوره حامله داری شاید ۱۰-۱۵٪ باشد.

۳-ولادت های پریماچور در حمل های دو گانه معمول هستند، لذا در بیشتر از ۵۰٪ حمل های دو گانه ولادت قبل از هفته ۳۸ انجام میشود.

۴-Foetus papyraceous: یک اختلاط نادر است معمولاً طفل موئیانی شده در وقت ولادت مشخص شده و کشف میشود. این در دو گانگی های مونوزایگوتیک واقع می شود، چرا که مایع امنیو تیک یک کیسه حاملگی جذب گردیده است.

۵-جنین پارازیتیک (parasitic foetus)

اینها معمولاً طفل های دو گانه مونوزایگوتیک اند، که یکی بدون قلب است که این جنین بدون قلب مانند دونور عملکرده و جنین دیگر را تقویه میکند، این دو گانگی گیرنده از حالت نارمل بزرگ تر است و دو گانگی بدون قلب یادونور (Monster) سرانجام میمیرد.

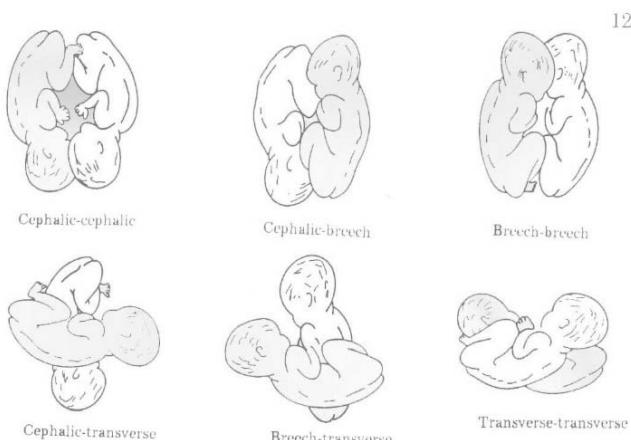


Fig.21. Twin pregnancy

۶-سندروم : Steal درینجا یک جنین مثل دو گانگی های پارازیتیک قبلی بسیار قویتر از جنین مشابه خود میباشد.

۷-پرولاپس حبل سروی در خانم های که حمل های چند گانه دارند ، پنج مرتبه بیشتر نظر به خانم های که حمل یک گانه دارند بمالحظه میرسد.

۸-دو گانگی های لاک شده و یا بهم پیوند شده در حمل های چند گانه کم است و این دو گانگی ها اکثر از ناحیه صدر بهم پیوسته میباشند.

Locking of twins

رأس به تعقیب آمده طفل اول دو گانگی ها توسط زنخ طفل دومی در بالا گرفته شده و گیر کرده است، طفل اولی معمولاً میرد . این یک اختلاط نهایت نادر بوده و شاید خطرناک باشد.

اهتمامات

انستزی عمومی قبل از ولادت داده شود. طفل دو گانگی به حوصله مقدمتاً رهنمائی شده، باگرفتن پاهای آن حمایه گردیده و هردو رأس به طرف بالا جهت دور گردانیدن از عظام حوصلی تیله گردند، تا رأس از تثیت ولاک آن خلاص شود. سپس طفل اول ولادت داده شود، اگر طفل اولی مرده است توسط یک داکتر ماهر عملیه Decapitation نزد آن اجرا گردد اگر هردو زنده باشند سزارین سکشن بموقع ممکن است هر دو را حفظ کند.

دو گانگی های بهم پیوسته

در اینجا انکشاف نامطلوب و خراب دو گانگی های مونوزایگوتیک مطرح است. معمولاً به شکل صدری یا ذینی راسی و یا تمام سرتاسری میباشد. اینها باید تنها با عملیه سزارین سکشن ولادت داده شوند به استثنای اینکه بسیار خورد باشند.

استطبابات سزارین سکشن در دو گانگی ها

تمام استطبابات دیگر سزارین سکشن مطرح است. لakin دلایلیکه اساساً به دو گانگی ارتباط دارد عبارتند از

I-اعتلالات معیوبه مانند:

a- هردو طفل مستعرض باشند.

b- طفل اول مستعرض باشد.

c- هردو طفل بریچ باشند.

d- طفل اول بریچ و پریماچور باشد.

II- طفل های بهم پیوسته.

III- طفل های لاک شده

فرط فشار خون ناشی از حاملگی

Pregnancy induced Hypertension

Preeclampsia •

تعريف

این یک حالتیست که معمولاً بعد از هفته بیستم حاملگی اتفاق افتاده و با موجودیت حداقل دو علامه از سه علامه ذیل مشخص میشود.

۱-افزایش وزن پیش رونده و یا اذیما

۲-فشار بلند.

۳-موجودیت پروتین در ادرار.

اگر این حالت دز نیمه اول حاملگی ایجاد گردد، ناشی از Molehydratidifor میباشد. در حاملگی نارمل فشار خون در ترایمستر دوم نسبت به حالت غیر حاملگی معمولاً سقوط می کند. بنابرین معیاری که نظر به آن فشار بلند درین ترایمستر تشخیص گردد پائین است. بلند رفتن فشار دیاستولیک به اندازه 90 mmH در دو دفعه اندازه گیری به فاصله زیادتر از ۶ ساعت مشخص می گردد

اشکال ناشی از حاملگی Hypertension

۱-Potential:- درین حالت فشار دیاستولیک 15mmHg بلندتر نظر به سویه آن در ترایمستر

اول و یا قبل از حاملگی دریافت می گردد

۲-خفیف(Mild):- درین حالت فشار دیاستولیک در حدود 90-99mmHg و فشار سیستولیک

در حدود 140mm Hg است و از یمانیز وجود دارد.

۳-متوسط Moderate:- در همچو حالت فشار دیاستولیک در حدود 100-110mmHg و

فشار سیستولیک 140-170mmHg می باشد. در این حالت اذیما نیز موجود میباشد و سطح

پروتئین در ادرار در حدود 30-300mg/100ml میباشد.

۴-شدید Severe:- درین حالت فشار دیاستولیک بلند تر از 110mmHg و فشار سیستولیک بلند تر

از 170mmHg که در این حالت اذیما شدید و پروتئین یوریا بلندتر از 300mg/100ml 30 تا سس می

نماید.

وقوعات

تمام خانم های حامله مصاب فرط فشار خون می گردند. ۷۵٪ آن ها از فرط فشار ناشی از حاملگی و ۲۵٪ دیگر شان از فرط فشار اساسی و امراض مزمن کلیوی رنج میبرند، ۵-۱۰٪ واقعات فرط فشار ناشی از حاملگی به Eclampsia تحول نموده و فیصدی مرگ و میر خانم ها از سبب حملات ۲۰-۲۵٪ eclampsia میباشد.

أسباب

علت دقیق آن معلوم نیست ولی این مرض در نزد اولباری ها زیادتر معمول است. برای شروع و دوام آن موجودیت انساج ترو فوبلاستیک وظیفوی ضرور بود اما موجودیت جنین حتمی نیست.

فکتورهای مستعد گننده

۱-در واقعات که Hypertension اولیه قبلی و یا امراض کلیوی و احتباس Na موجود باشد، میزان شیوع بلند است.

۲-در نزد خانم های polyhydramnios یاحمل های چند گانگی، امراض هیمولیتیک و امراض و عائی معمول است. Diabetes mellitus

۳-در اوایل حاملگی فرط فشار شدید از سبب Mole hydatidiform ممکن اتفاق بیفتند.

hereditary-۴ (جنتیک)

۵-سوء تغذی مخصوصاً کاهش در گرفتن پروتئین ممکن است، در ایجاد آن رول داشته باشد. تیوری های زیادی در رابطه به فرط فشار ناشی از حاملگی وجود دارد:

۱-تیوری معافیت Immune theory:- این تیوری جنین بیان میدارد که بعضی مواد فعال معافیتی در اول باری ها (Primigravida) باعث بوجود آمدن همچو تغییرات می گردند. درین حالت یک افزایش در تعداد حجرات Antigenic که به دوران خون مادری منتقل می شوند بعمل می آید.

۲-تیوری Coagulopathy:- اعراض و علایم کلینیکی Coagulopathy تحلیل یافته نشان میدهد، که کاملاً مشابه به تظاهرات Eclampsia میباشد و این شاید یک فکتور سببی در بعضی از واقعات باشد.

۳-تیوری Renin angiotensin II:- یک عدم توازن بین میکانیزم سستمیک توسع وعائی و اثر رنین انجیوتانسین II (اثرات تقبض الوعائی دارند) دریافت می گردد

۴-اسکیمی رحم Uterine ischemia ():- کاهش جریان خون رحم سبب افزایش تولید ترومبوپلاستین و یا مواد شبیه ترومبوپلاستین می گردد، که سبب فرط فشار ناشی از حاملگی می گردد.

• پتالوژی

ویژه‌گی‌های اساسی فشار بلند ناشی از حاملگی عبارتند از Spasm و عائی همراه احتباس آب و نمک.

۱-رحم: میومتریوم بیشتر حساس به تحریک زایمان می‌گردد.

۲-پلاستنا: در پلاستنا سپزم و عائی باعث عدم کفایه پلاستنا و کاهش تامین تغذیه جنین شده، که در نتیجه سبب اطفال Small for date می‌گردد.

۳-کلیه‌ها: در نتیجه تغیرات وارد شده در کلیه‌ها جریان خون کلیوی کم گشته، که منجر به تنفسی فلتریشن Na از طریق گلومیرول‌های متورم گردیده و سبب افزایش احتباس آب و Na می‌گردد. درین حالت تورم در حجرات که تحت غشاء قاعده‌ی و گلومیرول قرار دارند صورت می‌گیرد. و ساحتی از قطعات سرخ و زرد به ملاحظه می‌رسد که ساحتات سرخ‌رنگ ناشی از خونریزی بوده و زرد آن نشانده‌نده نکروز است.

۴-مغز: اذیما محراقی و خونریزی‌های متعدد کوچک ساحتی را در قشر دماغ، بصله و دماغ متوسط اشغال می‌کند و نکروز حاصله درین ساحتات سبب ایجاد ترمبوز و عائی گردیده که در نتیجه سبب تمزق اویه، خونریزی و اختلال می‌گردد، که این خونریزی در بعضی قسمت‌های دماغ ممکن سبب مرگ مریض گردد.

۵-کبد (Liver): نواحی زرد رنگ و سرخ رنگ، سریعاً در تحت کپسول کبدی بمالحظه می‌رسند، که ساحتات سرخ رنگ ناشی از خونریزی و ساحتات زرد رنگ ناشی از نکروز می‌باشد.

۶-شبکیه (Retina): در شبکیه اذیما و خونریزی بمالحظه میرسد.

۷-Arterioles: از سبب ازدیاد تون عضلات، افزایش در جریان خون محیطی بیان می‌آید. در واقعات شدید از سبب جایگزینی مواد Exudat در جدارهای شر یا نچه‌ها سبب اذیما، رسوب مواد فبرینی و نکروز گشته، که در نتیجه ترمبوز را در طبقه متوسط اویه کوچک بوجود آورده، که منجر به پاره‌گی و خونریزی می‌گردد.

با ترمبوز شریانچه‌ها سبب بیان آمدن اسیکمی، نکروز و خونریزی گردد.

لوحه کلینیکی

۱-افزایش وزن: دریک حاملگی نارمل یک خانم ممکن ۱۰-۱۲kg وزن بگیرد بصورت متوسط افزایش وزن در حدود 2kg در هرماه و یا 1/2 kg در هر هفته در نیمه آخر حاملگی می‌باشد.

افزایش وزن بیشتر از 3/4 کیلو گرام در هر هفته پتالوژیک شمرده می‌شود.

۲-اذیما:

- i. در اول در قسمت (Ankles) بجلک پا دیده میشود.
- ii. بعداً در اطراف چشم ها، مخصوصاً هنگام بیدار شدن از خواب در صبح بمالحظه می رسد.
- iii. اذیما در پوش عصب متوسط (Median nerve) سبب Paresthesia (مور مور کردن، کرختی) انگشتان می گردد.
- v. در هر حاملگی احتباس مایعات و افزایش مایعات خارج حجری بمالحظه می رسد که 2500ml در جریان یک دوره حاملگی میباشد.

Prutienurea -۳: روزانه ممکن در حدود 1-10mg پروتین اطراح گردد . یک نمونه از وسط

ادرار گرفته شده و معاینه گردد ، زیرا افزایش مهبلی شاید دارای پروتین باشند.

Hypertension -۴: فشار دیاستولیک 90mmHg و یا بالاتر و یا یک افزایش 15 mmHg

بالاتر از فشار تراپیستر اول حاملگی غیر نورمال قبول شده در صورتیکه دو مراتبه در فاصله ۶ ساعت گرفته شده باشد و تغیری نکرده باشد .

Small For dates باشد.

۵-رحم ممکن است ممکن است که معمولاً دیرتر ظاهر میگرددند عبارتنداز: سردودی، سرچرخی، تخریشیت، اختلاج و کوما.

۶-دلبدی، استفراغ، درد ناحیه شرصفی (Epigaster)، بزرگی کبد و حساسیت آن نیز بمالحظه میرسد.

۷-تیره گی رویت، جرقه زدن روشنی به مقابله چشم ها، دوبینی (Diplopia) نزد مریضه موجود است.

۸-انقباض عضلات هم موجود است.

Fundoscopy -۱۰: خونریزی شبکیه، انفصال شبکیه، بار یک شدن یا تضییق اویه، اذیما شفاف شبکیه که حاکی از اذیما دماغی و اختلاج است بمالحظه می رسد.

تشخیص تغییقی

۱-Essential hypertension: فشار خون د یا ستولیک در حدود ۹۰ mmHg در تراپیستر اول

حاملگی حتی پیش از حاملگیدریافت شده و ادرار هم پاک میباشد.

در معاینه Ophtalmoscopy ، خونریزی و Exudate به مشاهده میرسد . سویه یوریا خون و کریاتین پلازما ممکن افزایش یافته باشد.

کریاتین پلازما و یوریا خون، از سبب کاهش GFR (glomerular filtration rate) بمالحظه می رسد.

Pheochromocytoma-3: یک تومور غده اдрنیال است و تشخیص آن بر اساس سابقه فرط فشار همراه با Multiple neuro fibromatosis تاسیس می یابد. در آن سویه Normetanephrine و یا میتابولیت های آن مانند Catecholamine metanephrine، پلازما، افزایش می یابد.

Cushing syndrome-4: از سبب تولید زیاد کورتیزول در واقعات های پرپلازی ادرنیال و یا تومورهای ادرنیال بوجود می آید، مریض چاق بوده، فشار بلند داشته و خطوط مایل به ارغوانی در روی بطنش بمالحظه می رسد. تظاهرات دیگر مریض عبارتند از: Amenorrhea، Virilism، Hirsutism و infertility.

Thyrotoxicosis-5: مریض به اعراض و علائم چون hypertension، جاغور، اکزوفتیموس، ازیمای Palpitation و Pretibia، افزایش اشتها، کاهش وزن، اسهال، بی خوابی و سرگیجه دیده شده، سوفل سیتولیک ممکن است بالای غده تیروئید شنیده شود. سویه T4 و T3 در سیروم خون بلند می رود و TSH کاهش می یابد.

تمدوی و اهتمامات (Management)

A - وقایوی

۱. رژیم غذائی غنی از پروتئین.
۲. مراقبت خوب قبل از ولادت.
۳. تشخیص بموقع و گرفتن اهتمامات مناسب.
۴. محافظت کردن و مراقبت بالاخاصه از مریض های که معروف بخطراند، مانند مریضان اولباری، مریضان کثیرالولاده (G.M.P)، mole Hydatidiform و حمل، داشتن سابقه فامیلی Eclampsia و فشار بلند مزمن.

B - طبی

مریض برای استراحت، مشاهده و مونیتورنگ Foeto-placental در شفاخانه بستر گردد.

۱. Rest یا استراحت: فوائد آن عبارتنداز.
- سبب تنزیل Ouput قلب از طریق کاهش ضربان نبض و افتدن حجم ضربوی Strok می شود.

- سبب کاهش مقاومت محیطی مخصوصاً همراه impulse ها از مراکز عالی به مراکز vasomotor کم می گردد. کاهش در برگشت خون وریدی نیز عین تاثیر را دارد.
- تأمین خون به رحم و پلاستتا را بهتر میسازد و استراحت به پهلوی چپ توصیه می شود. بخاطریکه انحراف رحم و موقعیت V.C.I نیز در طرف راست است.

۲. آرام بخش ها: sedatives

بهترین آرامبخش phenobarbitone است، که می تواند فمی عضلی و یا وریدی نظر به ضرورت تجویز گردد. فواید آن در اینست که کدام اثر تراکمی یا تجمعی در استفاده درازمدت و دومدار آن در حاملگی ندارد و کاملاً مصنون است. مضرات آن عبارت از خواب آلوده گی مادر و طفل میباشد. Dose تطبیق 120-240mg/day در واقعات خفیف، متوسط و شدید است. Diazepam دوای دوم منتخب بوده و مقدار آن 20-40mg/day است.

۳. Diuretics

Diureric ها در تداوی فشار بلند ناشی از حاملگی جای نداشته و بصورت پوتانسیلی هم به مادر و هم به طفل مضر هستند، زیرا سبب کاهش حجم خون و کاهش قدرت Exchange پلاستتا می شوند، حجم خون تقریباً در شکل شدید فشار بلند ناشی از حاملگی کم می گردد و این ادویه خطر اطراف Na و k را افزایش می دهد. نزد جنین این حالت سبب Thrombocytopenia و Hyponatremia می گردد.

۴. ادویه ضد فشار خون

(a) Post Methyldopa: دوای منتخب است. این دوا در انتهای عصب ganglionic با انتقال عصبی کیمیاوی مداخله نموده، در نتیجه مقاومت شریان نچه های محیطی را کاهش می دهد. حالا فکر می شود که اثر Hypotensive Methyldopa خود را از طریق C.N.S بوسیله قابلیت تغیر شکل آن به Alpha methyl norepinephrine که یک اگونیست ادرنرژیک قوی است اعمال می کند، که این بنوبه خود سبب کاهش جریان خروجی sympathetic از مرکز می شود. فشار خون (دیا ستولیک و سیتولیک هر دو) در وضعیت های Hypotension ایستاده و دراز کشیده کاهش می یابند. عوارض جانبی عده آن عبارتند از Bradycardia-Sadation- سردردی خفیف- آنیمی هیمولیک و افسرده گی. این دوا جریان خون پلاستائی را کاهش داده و سبب آهسته شدن ضربان قلب جنین میشود، مقدار توصیه آن س ۵-۵gr بوده ولی نظر به شدت میتواند مقدار آن فرق کند.

(b) hydralazin (Apresoline): این دوا مقاومت شریان نچه ها را تنزیل داده و همچنان ممکن است یک اثر مرکزی را به مرکز vasomotor اعمال نموده و سبب کاهش مقویت دوران



سیستماتیک گردد. جریان خون به اوعیه دماغی، اکلیلی، کلیه ها و رحم مترافق با افزایش Out قلبی تراپید می یابد. دوز آن 25-50mg سه دفعه در روز میباشد. Put (Trandate)labetolol 100-200mg سه دفعه در روز.

(d) Nifedipine (Adalut) Sublingual: این ادویه به صورت تحت اللسانی یا ناشی از حاملگی یا (Fulminating pregnancy induced hypertension) میتواند استفاده شود. این ادویه یک انتاگونیست Ca می باشد، که به صورت تحت اللسانی در شکل شدید فشار بلند ناشی از حاملگی میتواند استفاده گردد.

۵. خاتمه بخشیدن به حمل (Termination)

در تصمیم گیری تظاهرات ذیل مدنظر گرفته میشود.

- .i. شدت فشار خون بلند ناشی از حاملگی.
- .ii. حالت و وضعیت عنق (Cervix).
- .iii. پخته گی جنین.
- .iv. تعداد ولادت ها (Parity).
- .v. تاریخچه، ولادی.

Obstetric-C • یا ولادی

تنظیم ولادت ارتباط می گیرد به شدت مرض، جوابدهی به تداوی، Stage حاملگی، سابقه ولادی و وضعیت وحالت عنق رحم.

First stage

- ۱) تحریک ولادت بوسیله پاره کردن غشاء.
- ۲) Induction با قطرات Syntocinon اگر تأخیری به ملاحظه برسد.
- ۳) Petididine بمقدار 100mg ممکن است از طریق IV و یا IM تطبیق گردد. وابسته به حالت مریض است یا اینکه Petidini بمقدار 200-400mg در 5%Dextrose 20-40drop/min داده میشود.

Second Stage

- ۱) در صفحه دوم ولادت، ولادت بوسیله Forceps صورت گرفته تا که از حمله Eclampsia در جریان ولادت وقایه گردد.
- ۲) بعداز ولادت طفل، ممکن است به احیای مجدد وی ضرورت احساس شود.

Third Stage

۱) تطبيق Methergin منع بوده زیرا ممکن سبب ادامه تعویت سپزم وعائی گردیده و فشار خون را بلندتر ببرد.

۲) از دادن بیش از حد مایعات باید جلوگیر گردد.

اختلالات (Complication)**A - مادری**

Eclampsia ۱

۲) عدم کفایه کبدی.

۳) Anuria و عدم کفایه کلیوی.

۴) (D.I.C) کواگولوپاتی منتشر داخل وعائی.

۵) Hyperpyrexia (افراش درجه حرارت بدن).

۶) خونریزی داخل مغزی یا Intra cranial haemorrhage

B- جنینی

جدا شدن پلاستتا که منجر به Fetal distress یعنی زجرت جنینی و مرگ آن از سبب عدم کفایه پلاستتا می گردد.

اکلامپسی Eclampsia

اکلامپسی به معنی (برق زدن، ناگهان شعله ور شدن) میباشد که یک اختلاط نهایت خطر ناک شکل شدید فشار بلند ناشی از حاملگی میباشد این حالت با فشار بلند و اختلاج توصیف می‌گردد، که با یک حالت ضیاع شعور تعقیب می‌شود. اکلامپسی شاید قبل، در جریان و یا بزوودی بعد از ولادت و یا یک هفته بعد از ولادت ایجاد شود.

میزان وقوعات

میزان شیوع اکلامپسی در حدود ۱٪ میباشد در مریضان ما ۵۰٪ اختلالات در جریان حاملگی، ۳۵٪ در جریان ولادت و ۱۵٪ در جریان ۴8h-24 بعد از ولادت میزان شیوع در اولباری های جوان زیاد تر است.

لوحه کلینیکی

اکلامپسی مشرف بوقوع و یا اکلامپسی تهدیدی با بروز اعراض ذیل مشخص می‌گردد:

۱-سردرد شدید.

۲-تشوشهای رویت مانند تاری دید، جرقه های روشی در مقابل چشم ها، Diplopia و در معانیه فوندو سکریبی نقاط واضح اذیمائی در شبکیه و در حالات شدید اگزودت هیموراژیک، Papill edema و انفصال شبکیه آشکار می‌گردد.

۳-ناراحتی ناحیه شرسوفی (Epigaster) دلبدی و استفراغ.

.oligouria-۴

۵-اذیمای کتلوبی و پیشرفتہ در وجه- دست ها- جدار بطن و پاهای.

Protenturia-۶ شدید.

۷-اضطراب و نا آرامی.

.Acidosis و tachypnea-۸

۹-افزایش درجه حرارت اکثر بمالحظه میرسد.

۱۰-پروتین پوریا، Oliguria و یا حتی Anurea ممکن در وقایع شدید اتفاق بیفت و هم در حالات شدید Cast های نیز بمالحظه میرسد.

۱۱-حملات اختلاجی و کوما:

درین حالت قبل ازبروز کوما اعراض مخبره و خطرناک در وجه و اطراف به وصف اختلاجات تونیک و کلونیک که با کوما تعقیب می گردد بمالحظه میرسد. حملات اختلاجی مشابه به حملات صرعه Grand male میباشد ، ولی صفحات تیپیک صرعه از قبیل Aura ، گریه کردن و چیخ زدن و صفحات وصفی Clonic و Tonic را ندارد.

در جریان فاز تونیک تمام عضلات منقبض اند و سپم عضلات تنفسی باعث سیانوز و هایپوكسی می گردد. حملات معمولاً در فواصل نا منظم اتفاق می افتد ، ولی در حالات شدید ممکن است به صورت یک رشته حملات سریع بمالحظه برستد.

تحقیق یا معاینات (Investigation)

- ۱) یوری خون.
- ۲) تعیین مقدار Hb در معاینه Blood Film.
- ۳) سیروم Uric acid.
- ۴) سیروم Createnin.
- ۵) برای تشخیص اسید وزیز تعیین الکتروویت های سیروم باید روزانه انجام شود.
- ۶) شمارش Platlet ها و سویه Fibrinogen خون باید در نزد مریضانیکه تمایل زیاد به خونریزی زیاد دارند صورت بگیرد.
- ۷) انالیز مکمل ادرار انجام شود.
- ۸) قبه مهبلی برای کلچر و تعیین حساسیت گرفته شود.
- ۹) تست های وظیفوی کبد اجرا گرد.

اهتمامات و تدابیر (Management)

اهتمامات و تدابیر جهت اهداف ذیل گرفته شوند:

- ۱) وقایه از اختلاج.
- ۲) برطرف کردن سپم عمومی و عائی و افزایش جریان دموی کلیه، مغز و رحم.
- ۳) جهت کاهش حساسیت مغز به مقابل تنهای خارجی.
- ۴) جهت تنزیل فشار خون مریض به سطح نارمل.
- ۵) کمک به اطراح، مایعات اجتناس شده و الکترولیت ها.
- ۶) ولادت به موقع جنین.
- ۷) وقایه از اختلالات.

•-وقایوی-A

اکلامپسی میتواند وقایه شود در صورتیکه:

- ۱) موجودیت کلینیک های مراقبت های قبل از ولادت همراه با پرسونل مناسب در ساحه ایکه مریض زنده گی می کند.
- ۲) به خانم های حامله دار توصیه گردد تا به کلینیک های متذکره از مراحل ابتدائی حاملگی منظماً مراجعه کنند.
- ۳) تشخیص مقدم و تداوی کافی از شروع نخستین علامات فرط فشار ناشی از حاملگی.
- ۴) بسترها کافی باید در دسترس باشد تا تداوی به موقع صورت گیرد.

•-معالجوی-B

- a- تدابیر و اهتمامات در جریان حملات: اگر مریض در خانه یا کلینیک است باید آرام ساخته شود و هر چه زودتر به شفاخانه توسط یک تیم ولادی سیار انتقال گردد.
- ۱) مراقبت کردن خوب: مریض باید در یک اتاق آرام، با تهویه خوب و تاریک بیشتر گردد. و از تنبهات صوتی و نوری به مغز که سبب ساز حمله میباشد جلوگیر گردد.
 - ۲) یک مراقبت کننده صحی باید بصورت دائمی در اتاق اکلامپسی برای تحقیق و ارزیابی هرنوع تغیرات وضعیت مریض حضور داشته باشد، تا بدين وسیله از برگشت وقوع اختلال وقایه کرده شود و همچنان مریض از صدمات وارد در اثنای حمله محافظت گردد.
 - ۳) یک way Air پاک که بواسیله یک Gag دهنی داخل دهن می گردد و در داخل دهن بخصوص در جریان حمله اختلاجی با قرار دادن زبان به جلوگیری از ابتدا شود.
 - ۴) Oxygen نیز در جریان و بعد از حمله توصیه گردد.
 - ۵) ثبت علائم حیاتی مثل فشار خون- تعداد نبض ، تعداد نفس و درجه حرارت و ریفلکس ها باید چک گردد.
 - ۶) مریض به پهلو خوابانیده شده مراقبت گردد ، سر و شانه ها بزاویه حدود ۳۰° بلند قرار داده شود، تا فشار وریدی داخل قحفی به حداقل برسد.
 - ۷) مخصوص بعد از حمله و یا استفراغ بخار پاک کردن بینی و بلعوم از افرازات کف دار باید صورت گیرد.
 - ۸) یک کتر داخل مثانی برای جلوگیری از فشار و تحریک مثانه که منجر به توسع آن می گردد و هم تعیین پروتین ادرار تطبیق گردد.
 - ۹) مایعات گرفته شده و Out Put ادرار یا اخذ و دفع مایعات بواسیله یک چارت به منظور نظارت بر Anuria و Oligurea باید صورت گیرد.

۱۰) انتی بیوتیک ها مانند Ampicillin بمقدار 500mg هر 8h بعد ، به منظور جلوگیری از انتانات باید تجویز گردد.

۱۱) در حالات که تب موجود باشد. ادویه Antipyretic داده شود .

۱۲) (ادویه ضد اختلال) Anticonvulsants

Phenobarbitone .i: یک دوای منتخب در Eclam psia میباشد که آرام بخش، خواب آور و ضد اختلال است . تزریل فکتورهای Coagulation وابسته به ویتامین K در بعضی جنین ها دیده میشود. در وقایه از یرقان نوزادان از طریق Induction زدوتر سیستم انزایم های کبدی، که برای Conjugation بیلروین ضروری است ، کمک کننده میباشد دوز آن 200mg وریدی و بعداً نظر به وضعیت مریض تعیین می گردد، ممکن هر 4-6h تکرار شود.

Diazepam .ii: این دوا از گروپ Benzodiazipine ها میباشد و یک دوای دفع کننده ضجرت آرامبخش بوده و خفیغاً تاثیر antihypertensive (Anxiolytic) یا ضد فشار، ضداختلال و استرخا دهنده عضلی رانیز دارا میباشد ، این دوا بسرعت از پلاستتا می گذرد و ممکن سبب Hypotonia ، یرقان Apenoea و آسیب در Thermogenesis نزد نوزادان گردد. وقیکه به صورت IV داده شود، ممکن است سبب انحطاط تنفسی ، کاهش Output قلبی و فشار شریانی گردد. تداوی دراز مدت با این دوا تاثیرات ناشی از ذخیره شدن دوا را بالای مادر دارد . دوز آن 40-40mg وریدی و بعداً مطابق وضعیت مادر تعیین می گردد و به مقدار 10mg هر 4-6h ممکن تکرار گردد.

Rivotril .iii: این دوا یک Benzodiazepine است که دارای خواص ضد اختلال برجسته می باشد. این دوا در واقعات که قابل کنترول نیستند بادوز (1 mg / 1 ml) با هستگی استفاده می گردد . دوز آن میتواند هر موقع که ضرور باشد تکرار گردد.

Pentothal .iv: Pentothal یا انسیزی عمومی همراه با رخاوت دهنده های عضلی و تنفس موضوعی در اختلالات غیر قابل کنترول ممکن است استفاده شود . کمال مطلوب آنست که حمله اختلاجی نباید بعد از دخول مریض به شفا خانه نزدش ایجاد گردد.

Magnesium sulphate .v: (Mgso₄) این دوا بصورت انفوژیون وریدی ، آهسته 4-5g در مدت اضافه تراز ۲۰ دقیقه و 1g/h و یا 10gr از محلول 50% آن بصورت IM هر 4h داده میشود. تاثیرات Mgso₄ علاوه بر اثر آرام کننده آن، اثر کاهش اذیمای دماغی و بهمین ترتیب کاهش تخرشیت سیستم عصبی مرکزی را دارد. چون تفاوت میان دوز معالجوی و دوز Toxic آن کم است فلهذا نظارت مکرر عکسات عمیق زانو، مقدار ادرار و تعداد تنفس ضروری است. تاثیرات جانبی آن بالای مادر عبارتند از انحطاط میومتریوم، و فعالیت قلبی ریوی .

.vi Paraldehyde 5-10ml از این دوا به صورت زرق عضلی عمیق بعضاً بصورت وریدی داده میشود. انحطاط تنفسی ممکن بمالحظه برسرد. این دوا میتواند مستقیماً از راه مقعدی بمقدار 5ml از محلول ۱۰% فی kg وزن بدن تا حدّ اعظمی 300ml داده شود. این دوا معمولاً در سرنج های پلاستیکی داده میشود. این طریق معمولاً غیرثابت و مبهم است.

.vii Lytic cocktail ترکیب آن عبارت است از:

(Chlorpromazin 25mg, promethazin 50mg, pethidin 100mg) یک ترکیب

قدیمی و به اثبات رسیده بوده، که با یک دوز سنگین (Loading dose) به صورت IV و تعقیب آن با قطرات وریدی داده میشود.

تمدوای فشار خون بلند

دواهای پائین آورنده فشار خون خطر خونریزی دماغی و انفصال پلاستنا را کاهش خواهند داد. پائین آمدن تدریجی فشار خون جریان خون پلاستنا وارگان های حیاتی مریض را تامین می کند.

I - دویه ایکه بالای سیستم عصبی مرکزی اثر میکنند

Cloindine -1 (Catapres)

سبب تحریک ریسپتورهای الفا ادرنرژیک در depressor center (مرکز فشار) بصله می گردد، فلهذا فعالیت سمپانیک به قلب و مقاومت محیطی کاهش می یابد. دوز آن 150ug میکرو گرام در یک ملی لیتر امپول IM یا IV آهسته و رقیق شده در Salin 10ml یا فزیولوژیک است، دوا در جریان ۱۰ دقیقه زرق گردد و میتواند هر 6h ۱اگر ضرورت باشد تکرار گردد. اثرات جانبی آن عبارت از آرامش، خشکی دهن و افسرده گی میباشد.

Reserpine-2

روزانه به دوز از منقسم میتوانیم تطبیق نمائیم این دوا انحطاط دهنده C.N.S و آرامبخش خفیف میباشد اثرات جانبی آن عبارتند از: گرفتگی بینی، افزایش اسید معده، احتباس Na و خفیفا افسرده گی.

(Aldomet) Methyl dopa -3

۰.۱-۰.۵mg به ۱۰۰ml دکستروز ۵٪ علاوه شود) و به صورت انفوژن در مدت ۳۰ دقیقه داده شود.

II-دویهء بلاک کننده های ادرنیرژیک

این بلاک هردو رسپتور های $\beta_{1,2}$ ادرنیرژیک رادر برگرفته و سبب کاهش فشار سیستولیک و دیا ستوالیک بدون Hypotension وضعیتی می گردد. استفاده این دواها در بیماران استما ممکن باعث تشدید

سپزم برونش ها گردد. و همچنان سبب کاهش فشار و فریکونسی تقلصات میوکارد که در نتیجه باعث کاهش برون ده قلبی می گردد می شوند.

(Trandate) Labetalol (۱)

بمقدار 200mg رقیق شده در 200 ملی لیتر Dextrose 5% ، مایعات باید مطابق فشار خون داده شود . این دوا بلک کتنده مشترک $\infty \beta, \alpha$ میباشد و باعث کاهش مقاومت محیطی می گردد و همچنان سبب به پختگی رسیدن ریه ها جنین می گردد.

(Inderal) Propranolol (۲)

بمقدار 20-40mg 4 تاhe 4g تحت کترول E.C.G به صورت IV آهسته داده میشود. این دوا یک عامل بلاک کتنده آخذه های بیتا ادرینرجیک بوده و ممکن است در بیماران استما سبب اسپزم برونش ها گردد.

III- ادویه ایکه بالای جدار او عیه اثر میکند

(Apresoline) Hydralazine (۱)

۲) بمقدار 10-20mg IV بصورت و بعداً 2-20mg/h مطابق به فشار خون مریض داده میشود.

(Nipride) Sodium nitroprusside (۳)

بسیار سریع سبب کاهش فشار خون می گردد بناءً باید احتیاط گردد ، زیرا ممکن است سبب اسکیمی دائمی دماغی و تخریبات مانند کوری و بعضًا هم تسریع عدم کفایه او عیه کرونر و کلیه گردد . این دوا یکی از بهترین دواهای موثر در کاهش فشار خون در حالات عاجل است . انفوژن IV این دوا با مقدار 8-50mg در دقیقه و تحت نظارت دقیق صورت گیرد.

IV- Diuretics یا ادویه مدرر

۱) Frusemid : این دوا در توبول های کلیه جذب مجدد را در قطعه دوم قوس Henlli می کند و بتدریج هیپوکالیمی تاسیس مینماید ، در نتیجه حالات چون عدم کفایه قلبی ، اذیمای ریه و کلیه و بلند رفتن فشار داخل قحف بصورت روتین این دوا در حالاتیکه هیپوکالیمی (Hypokalamia) وسیزم وعائی موجود است نباید داده شود ، زیرا سبب تشدید این حالت می گردد و همچنان این دوا بیلانس الکترویت های سیرروم را بهم میزند و دوز آن 80-20mg دو بار در روز است.

۲) (20%) Mannitol: بهترین اسموتیک دیورتیک بوده که باید در حالاتیکه فشار داخل قحف بلند میزود برای تنزیل آن 500ml به صورت انفوژن سریع داده شود.

۳) Dexamethazone : این دوا در جریان 24h اول جهت کاهش اذیمای ریوی، کلیوی و دماغی داده میشود . سبب بلک صفحات نخستین پروسه های التهابی بخصوص در حالاتیکه التهاب شروع به تاسیس نموده باشد و هم به تحلیل رفتن سریع آن می گردد . سبب تنزیل قابلیت نفوذیه

Capilaire های که از کاهش پلازما در انساج جلوگیری می‌کند می‌شود و همچنان از مهاجرت حجرات سفید خون به ناحیه التهابی نیز جلوگیری می‌کند. دوز آن 12mg در یک فاصله زمانی حدود 12h در هر 24h می‌باشد.

Analgesics -V

۱) Pethidine : یک آرامبخش و ضد درد قوی بوده که ترجیحاً به مقدار 200-400mg در دکستروز ۵% باقطرات 40-20drop/min به صورت IV داده می‌شود. عقیده یا مفکوره تطبيق IV پتیدین دراینست که در لحظاتی که قطرات قطع گردد، تکاف این دوا در خون تنزیل می‌نماید.

۲) Morphine : این دوا به صورت روتنین استفاده نمی‌گردد، بخاطریکه مرکز تنفس را نهی می‌کند.

۳) Lumbar Epidural : یک دوای ضد درد است. این دوا تاثیر ضد درد قوی ناھیوی بدون تاثیر انحطاطی بالای مرکز تنفس دارد. همچنین این دوا تاثیر ضد فشار قوی دارد، که تاثیر انحطاطی بالای جنین ندارد. از تجویز این دوا با Anticonvulsant ها با دوز بلند همراه با نرکوتیکها جلوگیری گردد.

C-تداوی ولادی

اصولاً این تداوی به فریکونسی و تعداد حملات و حالت عنق تعلق دارد. بعد از کنترول حملات، خاتمه دادن به حمل هر چه زودتر باید انجام شود، زیرا مريض از حملات بعدی، تازمانیکه ولادت کند مصون نیست. Hypostatic Pneumunia یک دلیل دیگر برای ولادت عاجل و فوری است. پروسه ولادت باید سریع و آسان ساخته شود. C.S در حالتیکه ولادت قبل از 34 هفته لازم باشد و یا اینکه عنق آمده نباشد و یا تأخیر در صفحات ولادت وجود داشته باشد اجرا گردد.

نکات ذیل در نظر باشد:

شروع دردهای ولادت بانا آرامی و بیقراری مريضه حتی اگر تحت Sedation سنگین هم قرار داشته باشد مشاهده شده و تقلصات رحمی جس میگردد. Sedation در زمان ولادت باید افزایش یابد، زیرا درد های ولادت شاید سبب بوجود آمدن حملات اختلاجی میگردد و همچنان انلجزیک داده شود. این مريض ها باید در اتفاق مراقبت های جدی (ICU) تحت Sedation عمیق و تهویه با فشار مثبت بمقصد کاهش خونریزی دماغی مراقبت گردد.

جنین دومین رول را در تصمیم گیری درباره شکل و زمان ولادت دارد.

a) اگر عنق آمده باشد تمزق غشای امنیوتیک انجام شود.

b) صفحه دوم ولادت همراه Vacum و یا با اجرای Forceps Episiotomy تسریع گردد.

- (Circulation) در صفحه سوم ولادت برای اینکه از افزایش سیستم دورانی Methergine (c over loud) جلوگیری شود نباید داده شود.
- (d) مایعات ترجیحا تحت کنترول فشار وریدی داده شود.
- (e) اگر عنق آماده نباشد، CS تحت انتیزی عمومی یا موضعی انجام شود.
- (f) مریضان Multipare بعد از بهبود، باید متلاعده به Tubectomy گردند.

تشخیص تفریقی

- (۱) این مرض به حملات اختلالی تونیک و کلونیک، از دست دادن شور، عدم اقتدار ادرار و مواد غایطه مشخص می‌گردد. سابقه فامیلی یا سابقه قبلی میتواند در تشخیص کمک کننده باشد. درین حالت علامات فشار بلند ناشی از حاملگی بمالحظه نمیرسد.
- (۲) این حالت در موجودیت اشخاص دیگر که حضور داشته باشند اتفاق می‌افتد. زبان زخمی نگرددیله عدم اقتدار تبول و مواد غایطه دیده نمی‌شود و درین حالت Planter flexion دیده میشود.

(۳) این حالت با دیهايدرشن، عسرت تنفس، فشار بلند خون، Retino pathy ناشی از هاپرتنشن و موجودیت پروتین در ادرار مشخص می‌گردد. Specific gravity ادرار معمولاً در حدود ۱۰۱۰ و یوریا خون بسیار بلند است.

(۴) Hyperglycemia و Hypoglycemia : هیپو گلایسمی با کولاس، فشار خون پائین، عرق و پائین بودن سطح قند خون مشخص می‌گردد. اینحالات ممکن در اثر گرفتن مقدار زیاد انسولین و یا نگرفتن غذا بمالحظه برسد.

شکر ادرار و اجسام کیتونی ممکن در تشخیص کمک کند. در کومای دیابت مریض دیهايدرشن و کولاس دارد، تنفس بوی استیون میدهد و در ادرار شکر و کیتون ها بمالحظه می‌رسد.

(۱) مسمومیت: هر شکلی از مسمومیت می‌تواند سبب کومواختلاج گردد، از قبیل مسمومیت گیاهی، دوائی، Strychnine و کاربن مونو اکساید.

(۲) خونریزی تحت عنکبوتیه: درین حالت از دست دادن شور و یا مختل شدن آن و علائم تخرشیت سحایا، فلچ ناقص یک طرف بدن و فلچ دماغی بمالحظه می‌رسد. در فوند و سکوپی خونریزی عنکبوتیه و خون در مابع C.S.F بمالحظه می‌رسد.

(۳) ترضیض قحفی: کبودی، کوفتگی و فشار ممکن در قحف بمالحظه برسد و لیکاژ مابع Spinal ازینی و گوش هم ممکن بمالحظه برسد. خونریزی تحت منضمہ یا Snbconjunctival معمولاً

- دلالت به کسر Cranial Fossa قدامی و یا متوسط می کند ، مشاهدات رادیو لوژیک کسرهای قحف را تائید نموده و تشخیص را حتمی میسازد.
- (۴) Meningitis: تب بلند، سردردی ، دلبدی و استفراغ همراه شخنی گردن به صورت قوی نشانده‌نده Meningitis میباشد. در مایع C.S.F لوكوسیت ها و Micro.orgnism ها بمالحظه می‌رسند.
- (۵) Cerebral tumor: درین حالت سابقه قبلی سردردی ، دلبدی و استفراغ فورانی موجود است اختلال در موجودیت Papil odema و بلند رفتن فشار Cerebrospinal دلالت بر تومور مغزی می کند . موقعیت کتلہ با Scan مغز مشخص میباشد .
- (۶) Cerebral Malaria: موجودیت تب، کوما، اختلال در ممالک Trapical مalaria یا حاره دلالت بر ملاриای دماغی می کند. موجودیت Parasite ها در Blood film تهیه شده از خون محیطی تشخیص کننده میباشد.
- (۷) Hypo calcemia: درین حالت یک سپزم تونیک اشتدادی در دست ها و پaha به ملاحظه میرسد. دست ها حالت مخروطی یا (Conical) را همراه با بسط انگشتان با مفاصل Inter phalangeal اختیار می کند. انگشت Thumb-Abduction یا Thibetan می کند و کف دست قات میشودو با بعباره دیگر خلادر می گردد. انگشتان پا بطرف کف پا قبض می شوند و پaha به جهت ستون فقرات کج می گردد (Invert می گردد).
- (۸) Tetanus: در حالاتی که سابقه سقط، عملیات ها و یا زخم جلدی مطرح است باید مد نظر باشد. مقدم ترین علامه آن سپزم تونیک عضلات مضغیه (جویدن) میباشد، که با سپزم تیتانیک عضلات دیگر تعقیب می گردد و بالاخره Episthotonus Risus Sardonicus و - را بوجود می آورد. در فاصله بین سپزم تیتانیک، عضلات بحالت شخ یا Rigid قرار دارد.
- (۹) Hepatic diseases: درین حالت سابقه طولانی مریضی و زردی موجود است . در صفحه قبل از کوما Psychosis یکجا با Flapping tremor لرزش که ناشی از انقباض گروهی از عضلات ممکن است دیده شود و هم سایر تظاهرات آفت کبدی نیز بمالحظه میرسد.

Prognosis

یک مرض شدید بوده سویه مرگ و میر مادر و طفل در پاکستان و دیگر کشورهای رویه انکشاف بلند است. شیوع واقعات فرط فشار ناشی از حاملگی و اکلامپسی بوسیله بهبود تغذی، مراقبت خوب قبل از ولادت، تشخیص به موقع، اهتمامات و رسیدگی خوب کاهش می‌یابد.

میزان مرگ مادران در اثر مبتلا شدن به Eclampsia به صورت قابل ملاحظه در Allied hospital فیصل آباد از ۲۲٪ در سال ۱۹۸۶ به ۱۰٪ در سال ۱۹۸۷ کاهش یافته است، که احتمالاً از اثر استفاده از مانیتول، Dexamethasone، بلند کردن سر و شانه به یک زاویه 30° و استفاده قابل ملاحظه از (liberal use of CS) C.S میباشد.

اسباب مرگ

- ۱) خونریزی دماغی.
- ۲) نکروز قشر کلیه.
- ۳) عدم کفایه تنفسی.
- ۴) عدم کفایه کبدی.

ابنارمليتي اعضای حوصلی با حمل

فیبروم و حمل

فیبروم رحمی در ۲۰٪ وقایع نزد خانم هایی که Necropsy شده اند، بمالحظه رسیده است. اشتراک آفت با حمل در پرکتیس شفاخانه ای کمتر از ۱٪-۵٪ بمالحظه میرسد (به دلایل اینکه سن خانم ها در مرحله باروری به سطح پائینتر از انکشاف و رشد فیبروم قرار دارد). شیوع آفت در خانم های سیاه پوست (Negra) بیشتر دیده میشود.

تأثیرات فیبروم بالای فرتیلیتی، حمل، ولادت و دوره نفاسی

۱- در حدود ۳۰٪ خانم های عقیم مصاب فیبروم رحمی هستند که تقریباً ۱۰٪ جمعیت را تشکیل

میدهند، همچنان Subfertility هم معمول است. خانم ممکن است تنها یکمرتبه حامله شده باشد.

۲- فیبروم ممکن است سبب سقط گردد. خصوصاً اگر توضع تحت المخاطی داشته باشد.

۳- معمولاً ولادتها قبل از وقت در مولتی پل فیبروم های بزرگ (تعداد زیاد فیبروم) رخ میدهد و محدودیت رشد اندازه رحم، دوام حمل را تا رسیدن به ترم غیر ممکن میسازد.

۴- رتروورشن های رحم محمول به صورت میکانیکی دوام حمل را مشکل میسازد.

۵- معمولاً انفصال پلاستتا با فیبروم بمالحظه رسیده میتواند و تشخیص تفریقی را بین دیجینریشن Cyst و خونریزی های تصادفی (Accidental heamoragy) از نظر اعراض سریری بمشکل مواجه میسازد.

۶- ممکن است اثر فیبروم عنق که در حوصله توضع داشته باشد و از Engagement رأس جلوگیری کند، اعتلان معیوبه بظهور برسد.

۷- طولانی شدن صفحه اول ولادت از اثر موجودیت فیبروم ممکن با مداخله بالای تقلصات رحمی که سبب انرشیای رحم گردد بوجود آید.

۸- ولادت انسدادی از سبب فیبروم متوضع در عنق و یا وجه خلفی رحم ممکن است عرض اندام کند. این و تیره در فیبروم های متوضع در جدار قدامی رحم کم و نادر است، زیرا که تمایل به خروج بطرف جوف بطن دارند. فیبروم های جدار خلفی رحم که تمایل بیشتر به محبوسیت در داخل حوصله را دارند، سبب انسداد میگردند. لذا از محل توضع فیبروم حدس زده شده میتواند که آیا بطرف انسداد پیش میرود یا خیر؟

- ۹- خونریزی بعد از ولادت خصوصاً در فیبروم های تحت المخاطی میتواند بوجود آید.
- ۱۰- اختیاس پلاستی ممکن است رخ دهد که از اثر نقصه عکس العمل دیسیدوایی در محل غرس پلاستی در ناحیه فیبروم به میان می آید.
- ۱۱- انولوشن یا برگشت رحمی به تأخیر افتاده و *Lochia* (افرازات بعد از ولادت) بمقدار وافر جریان پیدا میکند.
- ۱۲- ممکن است خونریزی ثانوی بعد از ولادت بمیان آید ، که از اثر مداخله انتان در فیبروم های تحت المخاطی در هنگام ولادت و یا جدا شدن اقسام نکروتیک تومور میباشد.
- ۱۳- ریسک یا خطر منتن شدن تزايد می یابد خصوصاً در شکل تحت المخاطی آن، بویژه اگر پلاستی سطح مخاط اندومنتر را در ناحیه تومور اشغال نموده باشد.
- ۱۴- چه شدن رحم ندرتاً از اثر فیبروم متوضع در غور رحم میتواند بوجود آید.
- ۱۵- دیجینریشن فیبروم یک تب دوام دار را بدرجہ پائین میتواند ، بمیان آورد.

تغییرات فیبروم از اثر حاملگی

حمل سبب تغییرات ذیل در فیبروم میگردد

- ۱) هیپرتروفی فیبروم: -این وتیره از اثربازی در سایز فیبروم، اذیما و هیپرتروفی الیاف عضلی تومور و بقایای رحم به میان می آید. این اذیما مربوط به تزايد اویه بوده لذا فیبروم در جریان حامله داری بزرگتر و نرمتر میگردد، که مربوط به دیجینریشن و نکروز قسمی فیبروم است. ترمیوز اویه (مرسله) کپسول فیبروم بملاحظه رسید میتواند، که مقطع آن یک رنگ سرخ ارغوانی داشته و بوی ماهی گنده شده را میدهد. فیبروم های بزرگ برای استحاله حاد مساعدتر اند.
- ۲) نکروبیوزیز یا استحاله سرخ معمولاً در نیمه دوم حاملگی و یا در دوران نفاسی در فیبروم های بزرگ رخ داده میتواند .
- ۳) تدور فیبروم های ذنب دار تحت المصلی و هم چنین تدور خود رحم ممکن است توسط فیبروم، تحریک و سازماندهی شود.
- ۴) اتروفی ساده و عادی معمولاً در دوره نفاسی رخ داده میتواند. طوریکه سایز فیبروم در چند هفته محدود بعد از ولادت کوچک و خورد میگردد.
- ۵) استحاله *Cystic* در فیبروم کمتر معمول است.

تشخیص

- ۱) تشخیص آسان نسیت مگر اینکه تومور مجزا و دور از حمل باشد.

- ۲) رحم از نظر شکل خود غیر منظم است.
- ۳) خونریزی ممکن است مربوط به تهدید سقط بمالحظه رسد.
- ۴) قوام رحم ممکن است سخت تر از قوام رحم محمول باشد.
- ۵) تست های ایمونولوژیک حاملگی مثبت است و فیبروم هیچگاه باعث امینوره نمیشود.
- ۶) در اولتراسونو گرافی خیال کیسه حاملگی حاوی طفل و فیبروم مشخصاً بمالحظه میرسد.

تشخیص تفریقی

- ۱) با رحم محمول Retroversion کرده شده.
- ۲) حمل دو گانگی.
- ۳) حمل خارج رحمی مترافق با هیماتوسل.
- ۴) نیمه غیر محمول رحم در رحم های دو گانه.

تداوی

خانم حامله فیبروم دار باید در شفा�خانه ولادت نماید و عمدتاً هم ولادت مهبلی. اگر فیبروم سبب انسداد طرق ولادی و یا اعتلال معیوبه شده باشد، سزارین سکشن باید اجرا گردد. درین عملیات فیبروم نباید برداشته شود، مگر اینکه ذنب دار باشد، میومکتومی بعد از سه ماه انجام گردد. از اجرای میومکتومی در هنگام سزارین سکشن باید اجتناب شود. زیرا خونریزی از جوف کپسول بعد از برداشتن آن شدید و خطرناک بوده و اندازه فیبروم هم تا حد زیادی بعد از ولادت کوچک شده میروند. اگر خانم از نظر فامیلی مکمل باشد، و مولتی پل فیبروم بزرگ هم داشته باشد. سزارین سکشن و هسترکتومی انجام گردد. اگر استطباب میومکتومی و هسترکتومی گذاشته میشود، ترجیحاً اجرای عملیه در حدود سه ماه به تعویق انداده شود.

نکروبیوزیز و استحاله سرخ

این عارضه مربوط به استحاله و نکروز قسمی تومور میباشد.

اعراض سریزی

- ۱) ترفع درجه حرارت.
- ۲) احساس لرزه.
- ۳) دلبدی و استفراغات.
- ۴) تزايد اندازه نبض.
- ۵) زبان خشک معلوم میشود.
- ۶) یک تب خفیف دوامدار در دوره نفاسی موجود است.

۷) درد و حساسیت خفیف یا متوسط و دوامدار در قسمت سفلی بطن احساس میشود.

تداوی

تداوی خاصی ندارد، توصیه استراحت، سیداتیف ها و تحت نظر قرار دادن مریضه در شفاخانه. اعراض ممکن است در ظرف یک هفته و یا بیشتر از آن معمولاً خاموش گردد. تدور فیروم ذنب دار تحت المصلی سبب درد شدید و استفراغات شده که ضرورت است به لایر اتمی و برداشتن آن اقدام شود.

تومورهای میبیضی با حمل

تومورهای میبیضی در تمام دوران باروری زندگی معمول هستند. عمدتاً در مراحل مقدماتی زندگی از نوع سلیم میباشند. معمول ترین نوع تومور متافق با حمل کیست های ساده سیروسوی Simple Serous (Dermoid Cyste و Psaudomucinous Cyste) میباشد. اشتراک تومورهای میبیضی با حمل کمتر معمول است ولی اختلالات کیست های میبیضی در جریان حاملگی امریست عادی.

• وقوعات

در حدود ۱/۱۰۰۰ واقعه است.

• تأثیرات حمل بالای تومور میبیضی

تدور ذنب تومور در ۲۹٪ وقایع در زمان حاملگی امکان دارد. در حالیکه در خانم های غیر حامله در حدود ۲٪ میباشد. تمزق کیست های میبیضی، خونریزی داخل کیست، انتانی شدن و نکروز بسیار کم رخ میدهد. تدور در صفحه نفاسی اگر واقع شود از اثر تنقیص حجم بطن و رخاوت جدار بطن میباشد.

• تأثیرات تومور میبیضی بالای حمل

معمولآً حمل بدون مزاحمت تومور ادامه میابد مگر اینکه اختلالی رخ بدهد. از اثر مداخله با رشد رحم، ممکن است سقط انجام شود، Engagementente (فکس شدن عضو معتله در حوصله) شاید صورت نگیرد. از اثر توضع تومور در حوصله اعلاتات معیوبه و ولادت انسدادی بوجود آمده میتواند.

• تشخیص

باید از مثانه پر با تطبیق کستر مثانی تشخیص تفریقی گردد. در مراحل مقدماتی حاملگی، کیست مدور متورم که یا در خلف رحم و یا در جنب آن موقعیت دارد با معاینه Bimanual باسانی قابل تفریق است. اگر تومور میبیضی به بالا به طرف بطن تیله گردد، عنق رحم همراه آن به بالا حرکت نمیکند. تقلصات و استرخاء در رحم محمول میتواند مشخصاً دریافت گردد.

تشخیص تفریقی

۱) با رحم محمول رتروورشن شده: عنق رحم با قدام و جسم رحم به جوف دو گلاس جس میگردد.

- ۲) با حمل خارج رحمی: شاید مشکل باشد ولی تداوی هر دو لپراتومی است و اولتراسونوگرافی میتواند تشخیص را وضع کند.
- ۳) با حمل دو گانه: دو طفل قابل جس اند و سونوگرافی تصمیم قاطع را میگذارد، علاوه‌تاً رحم بزرگتر از سن حمل است.
- ۴) فیروم همراه حمل: قبلًا تشریح شد.
- ۵) مثانه پر یا متوجه: تطبیق کتر مثانه پر را مشخص میسازد.
- ۶) پولی هیدروامینوس: رحم متعدد الشکل کلان است، اولتراسونوگرافی تشخیص را به خوبی وضع مینماید.
- ۷) رحم دو قرنه: تشخیص مشکل است. تاریخچه مریض و اولتراسوند شاید کمک نماید.
- ۸) دو رحم (Double Uterus): - یک انومالی ولادی است ممکن است حمل و فیروم را تمثیل کند.

تماری

- ۱) بهترین وقت عملیات هنگام کشف و یا تشخیص است (باستثنای ۱۲ هفته اول بعد از ولادت)، زیرا خطر اختلالاتی مانند تدور، تمزق، خونریزی و انتان وجود دارد، هر چند که احتمال خباثت هم رد شده نمیتواند.
- ۲) عملیات انتخابی بهتر است از عملیات عاجل، وقت دلخواه و مطلوب برای عملیات و جلوگیری از خطر سقط سن ۱۶-۱۸ هفته حاملگی است.
- ۳) اگر تومور مبipi در ۵ هفته اخیر حاملگی کشف شد و حق انتخاب برای برداشتن آن در همان موقع و یا بعداً داشتیم، ترجیح داده میشود، تا ولادت بنفسه نزد مریضه صورت گرفته بعداً در زمینه تصمیم گرفته شود و یا اینکه حمل به ترم رسیده، سزارین سکشن همراه Cystectomy اجرا شود.
- ۴) اگر در دوران نفاسی کشف و تشخیص شد، عملیات هر چه زودتر باید انجام گردد.
- ۵) اگر تومور در حوصله بوده و احتمال ولادت انسدادی برود بهتر است C.S همراه با برداشتن تومور انجام شود.

کانسر غیر مهاجم (Carcinoma In situ)

انکشاف کانسر غیر مهاجم (نیوپلازم داخل اپیتیلیوم عنق) در حاملگی دلچسب و وسیعاً مورد بحث و مناظره است که آیا این تخریبات در جریان حمل سیر نزولی پیدا میکند، هنوز واضح نشده است. بسیار زیاد دیده شده که کارسینومای مهاجم نزد مریضانی ثبت گردیده که سالها کارسینومای غیر مهاجم داشته اند. سمیر عنق در اولین ویزیت Ante Natal باید گرفته شود. اگر حجرات غیر طبیعی دریافت شدند، معاینه با

سپیکولوم بسیار محتاطانه برای رد کارسینومای مهاجم انجام شود. کولپوسکوپی شاید ساخته حجرات غیر طبیعی عنق را مشخص سازد و بیوپسی هم گرفته شود. اگر تشخیص Displasy عنق گذاشته شد تداوی تا ختم حاملگی معوق قرار داده شود.

• کارسینومای مهاجم عنق با حمل

وقوعات: از ۱/۵۰۰۰ تا ۱/۲۰۰۰ فرق میکند.

در دوران حاملگی نادر است، زیرا از جمله امراض دوران پیری است. انذار آن نسبتاً poor (خراب) است. زیرا مریضه جوان بوده و هم تراوید او عیه و هورمون ها در جریان حاملگی در رحم برای رشد و انتشار آفت مطلوب اند.

• تشخیص

خونریزی خفیف عنق بعد از مجامعت و یا با معاینه مهبلی قابل توجه میباشد، علاوه‌تاً خونریزی وافر و افزایش چرکین از حذای تخریبات شکننده زخمی عنق بمالحظه رسیده میتواند. ولی تشخیص قاطع را بصورت مقدم سمیر عنق رحم ثبت کرده میتواند.

• تداوی

ترجیحاً خطوط اساسی تداوی قرار ذیل اند:

1- ولادت همراه با هسترکتومی و به تعقیب آن رادیوتراپی و عملیات Wertheim's بعد از ۳-۴ هفته، انتی بیوتیک باید بعد از ختم حاملگی داده شود.

2- عملیات Wertheim's همراه با هسترکتومی و برداشتن طفل در عین زمان یا همزمان با هم، لاکن اکثراً خونریزی وسیع را در قبال دارد.

3- رادیوتراپی بدون در نظر داشت حاملگی توسط رادیوم یا شعاع خارجی که این سبب مرگ طفل و معمولاً سقط بنفسه میگردد، شروع شود. بعداً تداوی مکمل انجام شود.

4- اگر حمل پیشرفته باشد باید انتظار برد که طفل قدرت حیاتیت پیدا کند، سپس در عین زمان S.C.S کلاسیک همراه هسترکتومی و عملیه Wertheim's اجرا گردد.

• رحم محمول که بخلف بیجا شده است (Retroverted gravid uterus)

- حمل و رحم Retroverted شده اکثراً واقعه غیر متوقع بوده و رحم اکثراً بعد از هفته ۱۲ حاملگی از جوف حوصله بیرون میگردد. در یک تعداد کمی از واقعات رحم محمول به بیرون شدن در جوف بطن عدم کفایه نشان میدهد و کاملاً جوف حوصله را پر میکند، عنق رحم مستقیماً در قدام و حفیاً به علوی جایجا میشود که اینحالت را رحم محبوس شده گویند. اعراض آن باسas تأثیر رحم محبوس شده بالای مثانه که از اثر Elangation احیلیل، متواضع میگردد، تظاهر میکند.

در کوتاه مدت تکرر ادرار مریضه را به طرف Dysurea میرد ، بعداً عدم اقتدار در کنترول ادرار و بالاخره احتیاض حاد ادرار را سبب میگردد.

تشخیص

ممکن یک تورم نرم کستیک با جس بطن مشخص گردد، با معاینه بایمانوال مهبلی ممکن است رحم مانند یک جسم برجسته نیض دار و نرم در جوف دو گلاس جس شود و ممکن با کیست میپرسی مغالطه گردد. بسیار مهم است که تشخیص تفریقی بین این دو با معاینه تحت انسٹری عمومی گذاشته شود. زیرا که کیست میپرس عملیات جراحی را ایجاب میکند.

فیروم های جدار خلفی رحم هم ممکن است با رحم محمول محبوس مغالطه گردند ، ولی آنها قوام سختتر دارند . هیماتوسل حوصلی که از اثر حمل خارج رحمی بیان می آید با معاینه مهبلی و تحریک عنق بسیار حساس است.

تداوی

A. وقاچی

- ۱) اگر رحم متوضع در خلف (Retroverted) بصورت تصادفی در جریان حاملگی مشخص شد. به مریضه توصیه گردد تا مکرراً ادرار خود را تخلیه نموده و از مجامعت پرهیز کند.
- ۲) غور رحم Retroverted شده تا هفته های ۱۲ از سر بطن جس گردد. اگر جس نگردید مریضه مکرراً باید دیده شود و اعراض رحم محبوس شده نزدش جستجو گردد.

B. معالجوی

- ۱) کتر تخلیوی باید فوراً برای کم ساختن فشار مثانی تطبیق گردد. در بسیاری از وقایع رحم بصورت بنفسه بطرف اصلاح در طرف ۴۸ ساعت میرود.
- ۲) بمریضه توصیه دراز کشیدن به اصطلاح Semiprone و یا وضعیت Sim's به شکل پیشرفتہ گردد ، که بصورت بنفسه اصلاح را تشویق و سازماندهی خواهد کرد.
- ۳) تا وقتیکه کتر نزد مریضه موجود است، آنتی بیوتیک تجویز گردد .
- ۴) اگر اصلاح انجام نشد ، مجبوراً باید Manipulation تحت انسیزی عمومی انجام شود.
- ۵) اگر التصالقات مسئول ریتروورشن باشند. لاپراتومی برای برداشتن آنها باید انجام گردد.

پرولابس رحم در حاملگی

پرولابس های شدید، ندرتاً از اختلالات حاملگی بمبیان می‌آیند. در حالیکه پرولابس های خفیف امر معمولی حاملگی اند. همانطوری که رحم رشد نموده از حوصله خارج میگردد، عنق رحم به طرف بالا کشیده شده و سبب ناراحتی مریضه میگردد.

اگر عنق رحم بلندتر از فوهه دخولی مهبل قرار گیرد. ممکن است اذیمایی گردیده و در جریان پروسه ولادت، نتواند توسع نماید.

تداوی

- ۱) درجه خفیف تقویه با حلقه Passary را در هفته های مقدم حاملگی ایجاب مینماید. ولی بعداً که رحم به طرف جوف حوصله پیشرفت نمود، عنق رحم به طرف بالا کشیده میشود.
- ۲) مریضه باید چند روز قبل از ولادت استراحت بستر داشته باشد. بواسطه اینکه عنق رحم داخل مهبل و اذیمای آن کم گردد.
- ۳) اگر بعد از ترمیم پرولابس حاملگی بوقوع پیونند C.S یک میتود ترجیحی است نزد مریضه.
- ۴) اگر زجرت عدم اقتدار مؤفانه اصلاح گردید، ولادت با عملیه C.S توصیه میگردد.

وضعیت های معیوبه رأس طفل

Malposition of Foetal Head

وضعیت Occiput posterior

این بیشترین وضعیت معیوبه رأس طفل است و معمول ترین علت بلند بودن رأس طفل در یک حمل به ترم رامیسازد.

وقوعات

در حدود ۱۰٪ تمام حاملگی های Occiput در سگمنت خلفی حوصله در شروع ولادت قرار دارد. از آنجمله در ۶۵٪ این وقایع Occiput بقدام تدور نموده، در ۲۰٪ به حالت عرضانی (Transverse) و در ۱۵٪ وقایع به حالت خود باقی میماند (Occiput post). وضعیت Occipit در راست و خلف (R-O-P) نسبت به اندازه Occiput در چپ و خلف (L-O-P) معمولتر است و این احتمالاً از اثر فضای بیشتر در طرف راست حوصله میباشد. زیرا موجودیت کولون فضای چپ حوصله را کمتر میکند. از اثر وضعیت Occ.post زمان ولادت ۳.۵ ساعت در اول باری ها و ۱.۷۵ ساعت در مولتی پارها طولانی تر میگردد.

اسباب

- در حوصله Forepelvis :Android (حوصله قدامی) درین نوع حوصله تنگ است و برای وضعیت Occiput post مطلوب نیست.
- در حوصله Anthropoid: در این شکل فوهه in حوصله (حوصله داخلی) بصورت قدامی-خلفی طولانی است و حوصله قدامی باریک و تنگ است، رأس به آسانی تدور کرده نمیتواند.
- در حوصله هموار: همراه با Occiput در جنب رحم بصورت منحرف یا Oblique زمینه را برای عدم انقباض رأس یا (deflexion) سازماندهی و تشویق میکند.
- ابنارملیتی جنین (Branchycephaly): درینحالت کوتاهی در طول اهرم ناحیه Frontal تا محل اتصال فقره اطلس با عظم Occiput مطرح بوده که این عملیه قبض را در رأس جنین ممانعت میکند.
- بطن نرم ، آویزان و پاندولر: فضای بیشتری در خلف برای جابجایی وجه ظهری جنین ایجاد کرده ، لذا وضعیت occiput post برای راس آماده میسازد
- قبض ناقص رأس در شروع ولادت منجر به تزايد قطر عضو معتله در فوهه علوی حوصله میگردد.
- در غرس قدامی پلاستیک تمايل وجه طفل به طرف پلاستیک در داخل رحم بیشتر میباشد.

- موقعیت خلفی شانه جنین که بصورت نا مطلوب و غلط در جنب ستون فقرات مادر تثیت شده باشد ، مانع تدور داخلی گردیده و منجر به تولید O.P.Position یا وضعیت خلفی رأس میگردد.
- در اکثریت وقایع دلایل خاصی ندارد و غیر قابل توجیه است.

تشخیص

درجیان حاملگی

۱- در جس بطی:- در حمل به ترم رأس ثبیت ناشده جس میشود و علاوهً اطراف طفل در قدام رحم قابل جس میباشند. وجه ظهری ممکن است در یکی از Flank ها جس گردد و هم چنین بطن در پائیتر از سره هموار میباشد.

قلب جنین به خوبی در طرف بطن شنیده شده و از فاصله دور بگوش میرسد. بعضی اوقات آواز قلب به طرف صدر انتقال و در خط متوسط به بهترین وجه قابل شنیدن است. رأس بلند بوده و معمولاً در جریان ولادت نزول میکند. اما نزول آن آهسته و بطي بوده که از اثر قبض ناقص و تزايد بیشتر قطر عضو معتله میباشد. تمزق مقدم جیب ممکن است از اثر ثبیت ضعیف و ناقص عضو معتله رخ بدهد. رأس ضعیف ثبیت شده و یا قبض ناقص رأس بحیث عضو معتله، به رأس ساختمان بیضوی شکل را در سگمنت سفلی میدهد، تا یک ساختمان کروی شکل. بناءً تمایل به ثبیت نامکمل داشته که از اثر این ثبیت نامکمل رأس، تحریکات و تقلصات ناقص و غیر مؤثر سازماندهی میشود ، که کمترین تأثیر را در توسع عنق میداشته باشد و با تقلصات شدید و در دنایک تشنجی رحمی همراه است ، که صفحه ولادت را طولانی میسازد. وضعیت Occiput-post ممکن است محور رحمی را تغییر دهد ، که با اجرای X-Ray بخوبی نشان داده خواهد شد ، که رأس برخلاف در عقب ارتفاق عانه به طرف پائین تیله شده است و در بالای عانه یک خالیگاه وسیع قابل حبس است. شانه های جنین از خط متوسط دورتر جس میگردد.

۲- در معاینه مهبلی:- عنق رحم ممکن است بین رأس جنین و عانه زیر فشار قرار گیرد ، که منجر به اذیمای پیشرونده لبه قدامی عنق میگردد. به عضو معتله رسیدن کار مشکلی است و جیب تمایل به تمزق قبل از وقت دارد. فانتلل قدامی در خلف عانه به آسانی قابل جس است که نمایندگی از Deflexion رأس میکند. جس فانتلل خلفی معنی قض مکمل را میدهد و رأس به احتمال قوى آماده تدور است. وجه خلفی گوش میتواند بعد از تمزق جیب و توسع تام عنق رحم جس گردد.

میکانیزم ولادت

Occiput معمولاً در شروع ولادت خلفی است ، تقلصات رحمی باعث انقباض رأس و دخول آن در Brim حوصله به وضعیتی که درز سهمی (Sutura Sagitalis) به قطر مستعرض حوصله باشد میگردد. تقلصات سبب انقباض بیشتر رأس گردیده و عظم Occiput پائین ترین قسمت را که ابتدا در سطح حوصله رسیده است میسازد ، و بخوبی بطرف قدام تدور میکند .

اگر تقلصات خوب کافی نباشند رأس ممکن است واضح باشد به حالت Deflexion Brim داخل حوصله به وضعیت post گردیده که درینحالات قطر Occipito Frontal ۱۱.۵ سانتیمتر عرض قطر Sub Occipito bragnostic ۹.۵ سانتیمتر میباشد، جایجا شده است. در قبض نامکمل رأس قطر Sub Occipito Frontal ۱۰ سانتیمتر بوده، این بدان معنی است که رأس با بزرگترین قطرش در حال دخول به حوصله است که ممکن سبب تأخیر در پائین شدن آن در حوصله گردد و علاوه‌تاً قبض ناقص رأس سبب تثیت ناقص آن در سگمنت سفلی رحم گردد.

تقلصات به اندازه مناسب تحریک نشده و Molding رأس برای دخول در حوصله بصورت آشکار بمالحظه میرسد که بعداً سبب تشکل Caput میگردد. اگر وسعت یا گشادی حوصله با اندازه کافی بوده با تقلصات رحمی خوب و مناسب همراه باشد، رأس منقبض شده در سطح حوصله رسیده و بزاویه ۱۳۵ درجه تدور نموده و وضعیت Occipito ant را به خود بگیرد در نتیجه ولادت طفل بصورت نارمل انجام میشود. رأس ممکن یک تدور در خالیگاه عظم سکروم بزاویه کوتاه ۴۵ درجه نموده و به وضعیت Occiput post در آمده، به ترتیبی که وجه طفل در خلف ارتفاق عانه و نزدیک به آن قرار گرفته، ولادت گردد. عظم Occiput از اثر فشار میخانیکی زیادی که در خلف بالای رکتم وارد میکند... قبل از توسع تمام صفحه دوم ولادت ممکن است مقدمتاً تشخیص گردد.

تدایر و اهتمامات

ولادت معمولاً طولانی تر از حد طبیعی است، امکان بوجود آمدن یک ولادت انسدادی از اثر ناقص رأس که همراه با یک حوصله سوء شکل دار مثل حوصله اندرولنید باشد، بلندتر است. Flexion در حدود ۷۰٪ وقایع تدور بنفسه به وضعیت قدامی انجام شده و مشکل بیشتری در ولادت ایجاد نمیشود. در ۱۰٪ وقایع تدور کوتاه به طرف قدام نموده و ولادت به وضعیت Occiput post انجام میشود (وجه به طرف ارتفاق عانه) در متباقی وقایع کمک و همکاری ولادت دهنده ضرور است اجرا گردد.

۱-وضعیت عمومی مریضه تثیت گردد.

۲-فریکونسی و شدت تقلصات رحمی یادداشت گردد.

۳-قلب جنین شنیده شود.

۴-معاینه مهبلی برای آگاهی از پیشرفت پروسه ولادت مانند توسع عنق، نزول رأس، درجه Moulding درجه فلکشن رأس و تشکل Caput انجام گردد.

۵-انلجزیک مناسب و به مقدار کافی داده شود. اپیدورال انلجزیا بیشتر کمک کننده است.

۶-هایدریشن مادر با تجویز گلوکوز ۵٪ بصورت I.V. حفظ شود.

۷-تقلصات منظم و خوب رحمی ممکن با تجویز Oxytocin وریدی سازماندهی گردد.

- ۸- به مونیتورینگ قلب جنین و تفتیش مایع امینوتیک ضرورت است که توجه گردد.
- ۹- معمولاً اختباس ادرار بمبان می آید لذا کتر مثانی تطبیق شود.
- ۱۰- اگر پیشرفت توسع عنق در ظرف چند ساعت محدود توقف نموده و منجر به ضجرت جنین گردد، عملیه C.S انجام شود و اجازه داده نشود که ولادت بیشتر از ۲۴ ساعت ادامه یابد.
- ۱۱- استفاده از Vacuum extractor راه دیگری برای ولادت مهبلی میباشد، که میتواند توسع تام عنق و تدور رأس را سازماندهی کند. ولی باید گفت: که هیچگاه به عنق کمتر از ۵ سانتیمتر یا بعباره دیگر قبل از آنکه بیشتر از نصف توسع نکرده باشد، نباید استعمال گردد.
- ۱۲- تشخیص توسع تام عنق و تثیت رأس بسیار مهم است و مریضه ممکن است شروع به زور زدن قبل از توسع تام عنق نماید که در نتیجه سبب درد دائمی کمر از اثر فشار بالای عظم سکروم میگردد.
- تشخیص Engagment هم چنین امر مهمی است ، زیرا ممکن است Caput در حذای Vulva ظاهر شود در صورتیکه قسمت اساسی رأس هنوز هم در Brim حوصله قرار دارد و از سر بطن جس میشود.
- تشخیص نادرست و تداوی غلط در ولادت سبب خستگی مادر و تزايد اندازه وفيات (Mortality) و معیوبیت ها در جنین و هم ترضیفات شدید مادری از سبب استفاده از وسایل و سامانی که برای ولادت طفل بکار برده میشود، میگردد.
- ۱۳- اگر توسع تام عنق بمبان آمد و رأس با وجود تقلصات خوب رحمی تدور نکرد(نیم ساعت در مولتی پارها و یک ساعت در اول باری ها) ، از نتیجه وضعیت Occiput post بوده و رأس باید به وضعیت Occiput ant تدور داده شود.
- ۱- تدور با دست و ولادت با فورسپس خیلی ها خوب است.
- ۲- با تطبیق Kielland's forceps تدور انجام گیرد.
- ۳- Vacuum extraction
- ۴- تدور با دست و گذاشتن مریضه که خودش بنفسه ولادت کند، عملی نیست.
- ۱۴- خطر خونریزی بعد از ولادت زیاد است که از سبب ولادت طولانی و یا ولادت مشکل است. ارجومندین وریدی داده شود.
- ۱۵- اگر طفل مرده باشد Craniotomy با سوراخ کردن از عظم Occiput انجام گردد.
- تدور با دست: عملیه تحت انسٹری بودنداش بلک و یا انسٹری عمومی ، اگر انلجزیای بودنداش استفاده شده نتواند ، اجرا گردد. بعد از اجرای اپیزیوتوومی رأس خفیفاً به وضعیت Occiput ant توسط انگشت ها و شصت تدور داده شود ، با اعمال یک فشار قوی بظرفیکه عمدتاً تمايل به تدور دارد ، باید تدور داده شود. بعد از تدور که Occiput ant جایجا شد، از فورسپس در حالیکه بالانگشتان دست وضعیت ایجاد

شده حفظ گردد ، استفاده شود. عدم موفقیت در لاک شدن فورسپس نشاندهنده آنست که عملیه تدور به وضعیت Occiput ant ناقص بوده و اگر توجه نشود تیغه های فورسپس جروحت را بار خواهند آورد ، از بیجا کردن رأس به طرف بالا جداً خودداری شود ، زیرا تطبیق بعدی فورسپس را مشکل تر میسازد. این مهم است که همزمان با تدور رأس ، شانه طفل هم با دست از خارج تدور داده شود. در غیر آن رأس با وجود تدور، دوباره به وضعیت Occiput Post و یا حتی مستعرض قرار میگیرد.

Deep Transvers Arrest

رأس در حالیکه درز سهمی بصورت عرضانی وارد حوصله شده در حوصله توقف میکند. عظم Occiput در یک طرف و Sinciput در طرف دیگر قرار دارد. عنق کاملاً تام (در کثیرالولاده های نیم ساعت و در اول باری های کم ساعت) و رأس در حذا و یا حتی پایانتر از عظم Ischy قرار گرفته است . رأس به این وضعیت ولادت داده شده نمیتواند مگر اینکه اصلاحی در وضعیت معیوبه اجرا گردد. رأس ممکن است در وضعیت عرضانی قبل از ولادت قرار داشته باشد و شاید هم به این وضعیت از حالت Posterior position تغییر خورده باشد ، وقتیکه تدور قدامی معروض به Arrest گردیده است.

اسباب

- ۱- وضعیت خلفی Occiput (O.P.P).
- ۲- تبارز زاید و نا مناسب عظم Ischy.
- ۳- هموار بودن سطح قدامی عظم سکروم (کم بودن انحنای حوصلی).
- ۴- حوصله اندروئید یا مردانه.
- ۵- بدون علت.

تشخیص

تشخیص در صفحه دوم ولادت با اجرای معاینه مهبلی گذاشته میشود و با دریافت های ذیل:

- ۱- توقف در سویه Schial Spine .
- ۲- موجودیت درز سهمی به صورت عرضانی.
- ۳- شاید باسانی عظم Schial Spine جس گردد.
- ۴- هر دو فانتل (قدامی - خلفی) به عین سویه روی یک خط جس میگردند.
- ۵- تشكل Caput و Overlap شدن عظام رأس جس میشود.
- ۶- ممکن است Caput و Scalp با دور کردن فرجه دهیزی در حذای فوهه مهبلی در واقعاتی که ولادت طولانی شده باشد ، بمالحظه بررسند.
- ۷- در واقعات مشکوک X-Ray تشخیص را قطعی میسازد.

اهتمامات و تداوی (Management)

- ۱- تدور با دست همراه با اپیزیوتومی و فورسپس.
- ۲- با تطبیق Kielland's فورسپس رأس تدور داده شده و ولادت با اپیزیوتومی انجام گردد.
- ۳- ولادت با تطبیق Vacuum extraction بعد از اپیزیوتومی اجرا گردد.
- ۴- کرانیوتومی اگر طفل مردہ باشد.
- ۵- سزارین شکسن اگر طفل زنده باشد و شخص مهارت تطبیق فورسپس Kielland's و یا مانیپولیشن را برای تدور نداشته باشد.

اعتلان حوصلی Breech Presentation

تعريف

عبارةت از موجودیت ذنب و یا قطب سفلی طفل در سگمنت سفلی رحم بحیث عضو معتله میباشد.

وقوعات

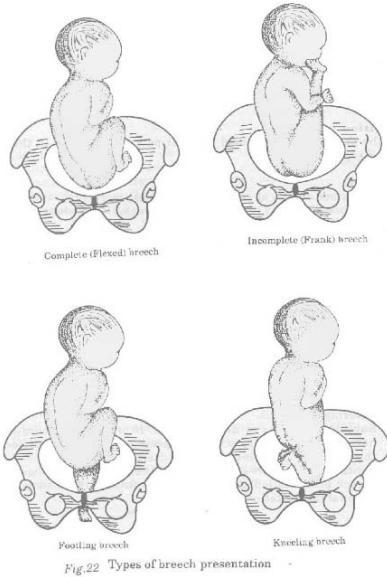
تقريباً در حدود ۳٪ واقعات به ترم را تشکیل ميدهد تا هفته ۲۰ در حدود ۴۰٪ وقایع جنين به اعتلان Breech و در هفته های ۲۸ و ۳۴ به ترتیب تا حدود ۱۵٪ و ۶٪ به این اعتلان قراردارند.

أسباب

أسباب شاید مادری ، جنینی و یا غیر مشخص باشد.

• اسباب مادری

- ۱) کثیرالولاده ها:- جدار بطن شل، یک زمینه خوب برای این وضعیت است.
- ۲) پولی هیدرامنیوس و اولیگو هیدرامنیوس:- حرکات آزاد طفل در پولی هیدرامنیوس و محدود بودن حرکات در اولیگو هیدرامنیوس ممکن است این اعتلان را سازماندهی کند.
- ۳) جفت مقدم یا Placenta Previa:- رأس از سبب پلاستای سرراهی نمیتواند بخوبی تثیت گردد.
- ۴) رحم حجاب دار یا رحم های دو گانه:- اگر حمل در یکی از قرن های رحم دو قرنه صورت گیرد ، این اعتلان ممکن است بیان آید ، زیرا قسمت وسیع رحم در علوی قراردارد.
- ۵) تومورهای حوصلی:- فضای اشغالی توسط این تومور از دخول عضو معتله در حوصله جلوگیری میکند.
- ۶) تضیيق حوصله:- اینکه تضیيق حوصله باعث اعتلان حوصلی طفل گردد مشکوک است ولی در منجمنت این پروسه شاید مداخله داشته باشد.
- ۷) غرس پلاستنا در قرن رحم.



اسباب جنینی

قطب بزرگ جنینی همیشه باید در جای وسیع قرار گیرد. از آنجائیکه رأس تا هفته های ۲۸ حاملگی نسبت به حوصله بزرگتر است لذا در غور رحم قرار میگیرد (در حدود ۲۵٪ وقایع) اسباب معمولی و عادی در اعتلال حوصلی عبارتند از:

- ۱) تولد قبل از وقت:- در حدود ۲۵٪ اطفال پریماچور به اعتلال بربیج اند.
- ۲) قدم باز (انحنا در طرف سفلی نداشته باشد): حرکات لگد زنی غیر موثر از اثر بسط اطراف سفلی و یا Brim ثابت شده ، در Frank Breech حوصله بخوبی منجر به اعتلال حوصلی میگردد.
- ۳) حمل های جندگانه:- در حمل دو گانه تدور بنفسه توسط اعتلال جنین دیگر ممانعت میشود.
- ۴) ابنارمیتی های جنین:- مانند هیدروسیفیلوس و اننسیفیلوس، پولی هیدروسیفیلوس ممکن است از دخول رأس در حوصله ممانعت کنند.
- ۵) جنین مرده در داخل رحم.
- ۶) ابنارمیتی مورفولوژیکی و یا نیورولوژیکی جنین.

اسباب نامشخص

در بسیاری وقایع بصورت تصادفی اعتلال Breech بوجود می آید و کدام دلایل و یا ابنارمیتی جنینی دیده نمیشود.

Breech انواع

اعتلال بریچ به سه تیپ دسته بندی شده است:

- پاها از مفصل Hip و زانو مکملًا قات شده میباشند. Complete or Flexed Breech -I

(Extended Breech or Incomplete Breech) Frank Breech -II

حذای مفصل Hip قات شده و در حذای مفصل زانو مکملًا به بسط تمام قرار دارند، لذا پاهادر وجه ظهری رانها قرار می‌گیرند. قسمت معتله غیر منظم است. احتمال Engagement ضعیف بوده و سقوط جبل سروی با مقایسه Complete Breech معمولتر است. پاها در داخل رحم و بلند قراردارند و با جس نرم و به خوبی ثبیت شده اند.

این وضعیت تدور خارجی رأس را مشکل میسازد. ثبیت درست و مناسب عضو معتله چانس پرولاپس جبل سروی را کم میسازد. مشکل ولادت رأسی که موخرًا می‌آید نسبت به Footling Breech کمتر است.

III- اعتلالات زانو و پاها:- هنگامیکه پاها بالترتیب از مفصل زانو قبض تمام و از مفصل Hip بسط کامل داشته (سر زانوها نشستن) و یا پاها در حذای مفصل زانو بسط تمام و در حذای مفصل Hip قبض تمام داشته باشند، گفته میشود این نوع اعتلال نادر است.

• وضعیت (Position)

عظم سکروم بحیث مشعر یا مخرج و قطر عظام فخذ (Bitrochanter) به پلان مایل در حوصله ثبیت میگرددند و شاید بوضعیت های ذیل درآید.

- ۱) سکروم قدامی چپ (Left Sacro Anterior)L.S.A
- ۲) سکروم خلفی چپ (Left Sacro Posterior)L.S.P
- ۳) سکروم قدامی راست (Right Sacro Anterior)R.S.A
- ۴) سکروم خلفی راست (Right Sacro Posterior)R.S.P

تشخیص

A- در جریان حاملگی

I- با معاینه بطنی

(a) با تفتقیش: کدام مشخصات معینی در معاینه بطنی دریافت نمیشود.

(b) با جس: رأس در غور رحم به شکل مدور، سخت و شناور جس میگردد. مریضه از ناراحتی ناحیه شکایت دارد، وجه ظهری جنین در یک طرف و اجزای کوچک (دست و پا) در طرف مقابل جس میگردد. حوصله جنین نرم، غیر منظم و متحرک در بالای Brim حوصله مادر به شکل غیر شناور جس میگردد. قلب جنین در حذای خط متوسط و یا خفیفاً بلندتر از آن در یک طرف سره بلندتر از سویه اعتلال رأسی قابل سمع است.

II- معاينه مهبلی:- در عوض رأس مدور و سخت با فانتنل ها و درز سهی، يك كتله نرم، غير منظم با تبارزات و فرو رفتگي ها جس ميگردد. مشخص ساختن Sacrum وضعیت Breech را معین میسازد.

III- با اولتراسونو گرافی اگر اجرا شود اعتلال Breech مشخص ميگردد.

X-Ray-IV بخوبی تشخيص را تأييد ميکند.

B- در هنگام ولادت

معاينه مهبلی اعتلال Breech را مشخص میسازد، مانند: سرین ها يا کفل و چین خورده گيهای بين آنها با تبارزات عظام در هر نهايتم، عظم سکروم، خصيه ها يا مهبل. اگر Extended Breech مطرح باشد، ممکن است انطباع رأس چنین را بدهد، لakin سختي عظام قطعاً موجود نبوده و درزها هم قابل جس نیستند. اگر اعتلال Breech تا رسیدن به ترم ادامه يابد در تمام وقایع ولادت باید در شفاخانه و زیر نظر داکتر ولادی نسائي مجرب انجام شود.

تشخيص تفريقي

(a) اعتلال Breech با اعتلال وجهی:- اگر يك انگشت داخل مقعد گردد. توسيط معصره مقعدی محکم گرفته ميشود و ممکن با میکونیوم آلوده گردد. مشخصات رخسارها، زنخ، کnar ابروها و بینی اعتلال وجه را بخوبی نشان داده میتوانند.

(b) اعتلال حوصلی با اعتلال شانه:- جوف ابط بسته و اصلاح ، اعتلال شانه را مشخص میسازند. تشخيص تفريقي بین پا و دست باساس کوچک بودن اندازه پنجه ها، موجودیت کوری پا و شست پا که نمیتواند به حالت تبعد آورده شود ، صورت ميگيرد.

(c) اعتلال طفل انناسيفل میتواند با اعتلال حوصلی مغالطه شود ، که درينحالت يك گند نرم و غير منظم با اشتراك پولي هيدرامنيوس تشخيص را وضع ميکند.

تداير و اهتمامات

• در دوران حاملگي

معمولًا اهتمامات عادي دوران حاملگي تا هفته ۳۴ به اميد اينكه تدور بنفسه انجام شود در نظر باشد.

• تدور خارجي رأسی (External Cephalic Vention)

طفل تا هفته هاي ۳۴ حاملگي تمایل دارد که به تدور معروض گردد، اگر به ناكامي مواجه گردید به تدور خارجي رأسی توجه شود. بدین معنی که با دستکاري (Manipulation) از سر بطن برای تغيير اعتلال اقدام شود. اصلاح اعتلال نباید خطر حياتیت طفل را بلند ببرد.

• پروسیجر یا میکانیزم اجرای عمل

۱) به اندازه گيري دقیق وضعیت جنین توجه گردد.

۲) قلب جنین شنیده شود.

- ۳) ضجرت مادری با تشریح و اطمینان دادن بوى برطرف گردد.
- ۴) زانوها خفیاً به حالت قبض برای استرخای بیشتر بطن درآورده شوند.
- ۵) حوصله جنین را از حوصله مادر بیرون آورده و توسط یک دست محکم گرفته و با دست دیگر رأس جنین فشار داده شود تا وضعیت قبض، بیشتر تراوید یابد. فشار ثابت، منظم و دوامدار لازم است تا رأس جنین بالای Brim حوصله آورده شود. حفظ حالت Flexion طفل ادامه یابد.
- ۶) قلب جنین بعد از تدور شنیده شود.
- ۷) خونریزی مهبلی چک گردد.

مضاد استطبابات

- ۱) فرط فشار قلی و یا فرط فشار ناشی از حاملگی.
- ۲) ندبه سزارین قبلی.
- ۳) ابنارمیلتی ولادی طفل مانند هیدروسیفل و غیره.
- ۴) خونریزی دوران حاملگی.
- ۵) تضیيق حوصله.
- ۶) اولیگوهیدرامینیوس و پولی هیدرامینیوس.
- ۷) حمل های چند گانه.
- ۸) طفل طوری معلوم شود که جوف رحم را پر کرده است.
- ۹) چاقی زیاد.
- ۱۰) خانم های مسن اول باری.
- ۱۱) تأخیر در رشد داخل رحمی جنین (رشد جنین از سن حاملگی کمتر باشد).
- ۱۲) جیب تمزق نموده باشد.
- ۱۳) مادرهای Rh منفی.
- ۱۴) وقتی که ولادت با عمل C.S نظر به اسباب اشتراکی دیگر پلان شده باشد.

خطوات

- ۱) شروع ولادت قبل از وقت.
- ۲) تمزق قبل از وقت جیب با پرولابس حبل سروی.
- ۳) انفصال پلاستنا.
- ۴) تدور حبل سروی، انوکسی و مرگ داخل رحمی جنین.
- ۵) ندرتاً تمزق رحم.

- ۶) خونریزی های Trans Placental که با حساس شدن Rhesus همراه است.
 انستری عمومی نباید داده شود ، زیرا ریسک مادر و جنین را زیاد میسازد.
 a) استعمال قوه زیاد برای تدور تحت انستری اختلالات را فوق العاده بلند میبرد.
 b) انستری زجرت مریضه را زیاد میساز.
 c) انستری عمومی مورتالیتی مربوط به خود را دارد.

mekanizm-e-vadat

قطر Bitrochanteric به قصر منحرفه حوصله مادر در حالیکه وجه ظهری آن به قدام و یا قدامی وحشی قرار دارد ثابت میشود. حوصله طفل وارد حوصله مادر گردیده و تدور داخلی انجام می یابد. قطر Bitrochanteric طفل به شکل سه‌می یا قدامی خلفی درجوف حوصله مادر قرار میگیرد. درین اعتلان قبض وحشی جذع جنین انجام میشود و کفل قدامی آن ابتداء ظهور میکند. این حرکت قبض وحشی از اثر انحنای قنات ولادی سازماندهی میشود

اهتمامات و تدابیر ولادت

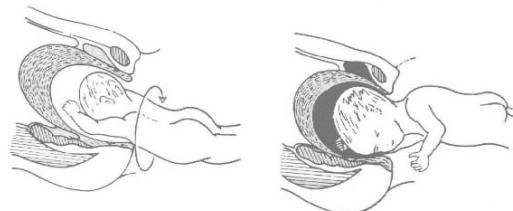
مریضانی که اعتلان Breech دارند، باید همیشه در شفاخانه ولادت نمایند.

صفحه اول ولادت

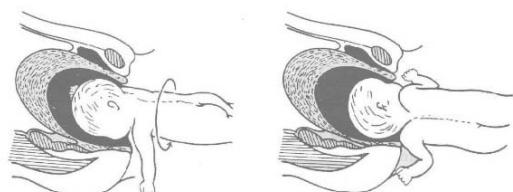
- ۱) استطباب سزارین سکشن با موجودیت استطبابات جزئی دیگر آزادانه گذاشته شود. مانند: درجه خفیف عدم تطابق رأس و حوصله، پریماچوریتی، فرط فشار خون، پلاستی پریویا درجه یک، سابقه ولادت خراب، حمل اول باری مسن، سابقه عقامت، دیابت شکری، عدم نظم در فعالیت رحم، طولانی شدن صفحه اول ولادت و یا ناکامی در پائین شدن حوصله طفل در صفحه دوم ولادت وغیره.
- ۲) اینارمیتی در جنین و یا حوصله مادر باید رد گردد.
- ۳) تدابیر و اهتمامات صفحه اول ولادت مانند اعتلان رأسی در نظر گرفته شود.
- ۴) به مجرد تمزق جیب معاینه مهبلی برای رد پرولاپس سروی انجام گردد.
- ۵) مریضه به حالت دراز کشیده در بستر برای محافظت از تمزق قبل از وقت جیب قرار داده شود.
- ۶) تجویز مسکنات آزادانه انجام شود.
- ۷) از طریق دهن، غذا و مایعات داده نشود.
- ۸) ولادت بسیار زیر کانه تحت نظر و مراقبت قرار داشته، هر نوع عدم پیشرفت و ظهور ضجرت نزد مادر و جنین مورد توجه باشد .

صفحه دوم ولادت

- ۱) صفحه دوم ولادت با ظهور حوصله صرف هنگامیکه سرین قدامی در Vulva ظاهر شود بمیان می آید. اما شاید ظهور حوصله در Vulva قبل از توسع تام عنق بمالحظه رسد ، که این ولادت رأس را بعداً به مشکل مواجه میسازد.
- ۲) معاينه مهبلی برای اطمینان از توسع تام عنق باید اجرا گردد و احساس ترس مریضه قبل از توسع تام عنق باید پائین آورده شود.
- ۳) در هنگام ولادت یک استریست و یک داکتر اطفال باید موجود باشد.
- ۴) مریضه به وضعیت Lithotomy هنگامیکه مقعد و یا سرین خلفی نمودار شد جابجا شود.
- ۵) بعد از تطبیق استرزی لوکال باید اپزیوتومی هنگامیکه سرین قدامی ناحیه عجان را متبارز میسازد، اجرا گردد. چون استرزی Pudendal block تسهیلات بیشتری را اگر به مانیپولیشن ضرورت افتاد، فراهم میاورد ، لذا ترجیح داده میشود .



a) Rotation of the trunk through 180° keeping the back upwards b) Delivery of the rotated shoulder



c) Rotation through 180° in reverse direction d) Delivery of the second arm

Fig 23. Lovset's manoeuvre

- ۶) تا ظهور سره ، بالای جنین هیچگونه مداخله و تماسی نباید انجام شود. اگر پاها به حالت بسط باشند ، باید به پروسه ولادت توسط زور زدن مادر و تقلصات رحمی بدون کمک اجازه پیشرفت داده شود.

در Frank Breech به عدم تثیت (desengagement) ضرورت احساس میشود و در Complete Breech ممکن خروج باسانی صورت گرفته و بضان حبل سروی مشاهده گردد. ندرتاً فشار جدارهای حوصله بالای Spasm شاید سبب تولید Cord در اویه آن گردیده و باعث معدوم شدن بضان حبل سروی گردد که مداخله عاجل را ایجاب میکند.

۷) حلقه (Loop) حبل سروی به طرف پایان کش گردد.

۸) وجه ظهری جنین همیشه باید قدامی نگاه شود.

۹) یک اسیستانت باید دست خود را بالای غور رحم بمقصد احساس تقلصات نگه داشته و نزول رأس را تعقیب کند.

۱۰) هنگامیکه زاویه سفلی عظم کتف نمایان شد، بازوها دریافت گردند و اگر آنها قات خورده بالای صدر باشند، میتوانند هموار ساخته شوند.

۱۱) اگر بازوها به حالت بسط باشند به مانوره Lovest's و لادت داده شوند. بدین معنی که جنین در حذای حوصله توسط دو دست محکم گرفته شود (شست ها به طرف سکروم و انگشتان به طرف علوی) به زاویه ۱۸۰ درجه با ترکش متوسط دور داده شده و وجه ظهری آن بطرف علوی حفظ شود. با این مانوره شانه خلفی جنین به قدم در زیر ارتفاع عانه آورده میشود. شانه قدامی که از حوصله بیرون بود، داخل جوف حوصله میگردد. جنین کاملاً به زاویه ۱۸۰ درجه به جهت مخالف و وجه ظهری آن قداماً تثیت گردیده و شانه باسانی و لادت داده شده میتواند. میتواند قدیمی برای ولادت این نوع Position دخول دست در مهبل است ولی چون این مداخله در داخل انجام میشود، خالی از ترضیضات و جروحات نمیباشد.

۱۲) دخول رأس در داخل حوصله ممکن است سبب فشار بالای حبل سروی گردد، که ایجاب می نماید هر چه زودتر تا ظرف کمتر از ۱۰ دقیقه بعد از دخول رأس به حوصله و لادت قطعاً انجام گیرد.

۱۳) به طفل اجازه داده شود که بصورت آویزان با وزن خودش بمقصد یک Traction خفیف در جهت محور حوصلی برای تشویق بیشتر Flexion رأس تا زمانیکه موی ها آشکار شود باقی مانده و بعداً با فشار نرمی که از بالای ارتفاع عانه، بالای رأس وارد میگردد، و لادت رأس کنترول گردد.

۱۴) پاهای طفل به طرف علوی باندازه کافی بمقصد تطبیق فورسپس گرفته شود. از اسیستانت خواسته شود که پاه را بلند بگیرد و از Out let Wrigley's (Out let) فورسپس استفاده گردد. این و تیره فشار بالای رأس طفل را رفع نموده و لادت رأس را کنترول میکند.

۱۵) اگر ضرورت به تطبیق انستری گردد، اnalجzیک انتقالی مانند Epidural Analgesia ترجیح داده میشود.

میتود دومی برای ولادت رأس عبارت از مانوره Marshal میباشد . در این میتود برای طفل اجازه داده میشود، تا به حالت آویزان به وزن خود به مقصد تشویق قبض قرار گیرد. پاهای طفل بسیار بمالیست بدون اعمال قوه گرفته شده طفل به طرف عظم عانه مادر به شکل قوسی آورده میشود. رأس طفل با حرکت انقباضی ولادت داده میشود. دست چپ به مقصد جلو گیری از پارگی عجان و خروج آنس رأس در ناحیه عجان قرارداده میشود. دهن و بینی طفل هر چه زودتر باید سکشن و از افزایات پاک گرددن. از میتود سومی هنگامیکه رأس به قطر عرضانی خود در Brim حوصله قرار گیرد استفاده میشود، که بنام Mauriceau Smellie & Veit Manoeure (قبض مفصل و ترکشش شانه) یاد میشود. درین میتود، دست چپ داخل مهبل در عقب صدر گردیده و انگشت سبابه داخل دهن طفل به مقصد تولید قبض میگردد و جسم طفل بالای بازو قرارداده میشود و دست راست بالای وجه خلفی طفل تا حذای شانه بحدیکه دو انگشت شست و سبابه در ناحیه عنق بدو طرف به شکل منحنی آورده شود که بتواند Traction ترکشش را اعمال کند، پیش برده میشود. قبض رأس باید تا پائین آمدن رأس در حوصله حفظ شده و بعداً تدور داده شود، تا اینکه عنق در زیر اتفاق عانه قرار گیرد. با گذاشت طفل بالای بطن مادر ولادت مکمل می گردد.

Breech Extraction

جین بدون هیچگونه کمک از مادر تولد میشود. عنق باید توسع تمام داشته و مایع فراوان برای مانیپولیشن داخل رحمی باید موجود باشد، رحم باید کاملاً استرخاء داشته و عملیه تحت انستری عمومی انجام شود. Breech.Extraction در اطفال وزین و بزرگ نباید انجام شود. بعباره دیگر در طفلی که وزن زیاد دارد ازین و تیره کار گرفته نشود و هم در موجودیت Scar رحمی هیچگاه نباید انجام شود، خصوصاً در کثیرالولاده ها، از سبب خطر تمزق رحمی و هم در اطفال کم وزن Small For Date و پریماچور از سبب خطر ترضیضات بالای Occiput و تخربیات داخل دماغی نباید Breech.Extraction اجرا گردد. حوصله باید توسع کافی داشته، مثانه حتماً تخلیه شده و عنق توسع کاملاً تمام داشته باشد. استطباب آن برای طفل دومی دو گانگی ها، ضجرت جنبینی، ضجرت مادری، پرولابس حبل سروی و Impact Breccch هنگامیکه تقاضای ولادت فوری در نظر باشد گذاشته شده، اپیزیوتومی و سیع انجام گردد. تمام دست داخل مهبل گردیده، حوصله طفل را از جوف حوصله مادر بطرف بالا بیجا گردانیده و پای قدامی ابتدا با فشار بالای Fossa Poplitea و دور ساختن ران ها پائین آورده شود

Pinard's Manoeure

با فشار بالای Fossa Poplitea زانورا قبض و پای را پائین آورده میتوانیم. پای خلفی هم به عین شکل میتواند پائین آورده شود. نبضان کورد باید مد نظر باشد ، زیرا فشار بالای کورد سبب اسیزمه اعیه آن

میگردد. بازوها جس گردند اگر بالای صدر قات شده باشند ، باید ولادت داده شوند، جسم بطرف پائین به حالت آویزان برای ایجاد کشش بیشتر به محور حوصلی گذاشته شود. رأس با مانوره Burns Marshall ولادت داده شود.

به هر صورت اگر ولادت Breech در ظرف ۱۸ ساعت خاتمه نیابد S.C. اجرا گردد و هم در واقعات پلاستنا پریوپا و پرولابس حبل سروی در عنق ناتام همراه با اعتلان Breech باشد ، اجرای C.Section امر حتمی است. ارگومترین هنگامیکه رأس در حال ولادت است هر چه زودتر بصورت I.V. جهت جلوگیری از خونریزی باید داده شود.

اذار

• نزد طفل

در اعتلان حوصلی مورتالیتی و موربیدیتی جنین نظر به ولادت اعتلان رأسی بلندتر است. در یک ولادت به ترم غیر اختلاطی Breech ، فیصدی وفیات طفل به ۳٪ میرسد ، که مربوط است به:

- (۱) جروحات داخل قحفی مانند، پاره شدن خیمه (Tentorial) ، هموراجی داخل قحفی، جروحات واردہ بالای رأس آخر ولادت شده، که از اثر فشار آنی، سریع و قبض خراب رأس و کم بودن مدت لازمه برای Moulding آن وغیره بیان می آیند.
- (۲) Hypoxia و اسیدوز، یا از اثر فشار بالای حبل سروی و یا از اثر کشش رحمی که سبب انفال پلاستنا قبل از تولد رأس جنین میگردد، بیان می آید.
- (۳) پرولابس حبل سروی ممکن است سبب Asphexia گردد.
- (۴) دیگر جروحات عبارتند از شکستن عظم قص، فخذ و عظام قحفی.
- (۵) ترضیفات و جروحات به احشای بطئی مانند کبد و طحال.
- (۶) تدور خارجی رأسی هم ممکن است خطر حیاتیت جنین را بلند ببرد.

• نزد مادر

وفیات و معیوبیت نزد مادر هم تزايد می یابد بدلايل ذيل:

- (۱) مداخلات.
- (۲) خونریزی ها.
- (۳) Shook.
- (۴) انستزی.
- (۵) انتانات مؤخر.
- (۶) پاره گی های کانال ولادی.

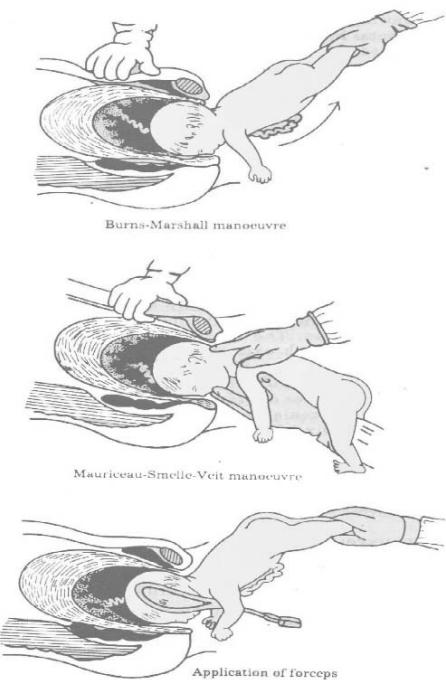


Fig.24 Various methods for delivery of
aftercoming head

قرارهای مستعرض و منحرفه (Transvers & Oblique Lie)

اعتلان شانه (Shoulder Presentation)

تعريف

هنگامیکه طفل با محور طولانی اش به شکل منحرفه و یا عرضانی به محور طولانی رحم قرار گیرد، گفته می شود که اعتلان منحرفه یا عرضانی است و شانه عضو معتله است. توضیح و تشریح درست قرار منحرفه به این معنی است که محور طولانی طفل بصورت مستقیم با محور عرضانی رحم قرار ندارد. ندرتاً وجه ظهری و یا بطن طفل عضو معتله را میسازند. اعتلان های منحرفه و مستعرض بیشترین خطرات را در اعتلالات معیوبه برای جنین بار می آورند.

وقوعات

در حدود 1/250 واقعه حاملگی تصادف شده و به خانم های اول باری معمول نیست.

اسباب

اسباب شاید مادری، جنینی و یا غیر مشخص باشد

• مادری

- ۱) در کنیروالاده ها از اثر رحم و جدار بطن شل و نرم، اگر رحم بزرگ و کم تون (Poor tone) بوده و یا شدیداً متوجه باشد، قرار مستعرض امر مطلوب و دلخواه آن است.
- ۲) تضییق حوصله.
- ۳) دو گانگی ها.
- ۴) پلاستنا پریویا در حدود ۵٪ وقایع مسئول عارضه است. بعضی اوقات غرس پلاستنا در غور رحم هم باعث قرار مستعرض میگردد.
- ۵) پولی هیدرامینوس.
- ۶) تومورهای حوصلی خصوصاً فیبروم های که در عنق و یا سگمنت سفلی توضع دارند.
- ۷) انومالی های رحمی مانند رحم حجاب دار و غیره.

• جنینی

- ۱) ابنارملیتی جنینی.

۲) پریماچوریتی.

۳) مرگ داخل رحمی جنین.

۴) نقایص Spina یا ستون فقرات مانند Scoliosis و غیره.

• اسباب نامعلوم Unknown

در یک تعداد از وقایع سبب مشخصی دریافت نمیگردد.

وضعیت (Position)

رأس طفل در یکی از حفرات Iliac جس میشود. وجه ظهری به شکل منحرفه در Brim حوصله بالاتر و یا پائین تر از سره قرار میگیرد و حوصله جنین بعضاً از سویه سره آن بلندتر جایجا شده است.

۱) Dorso-Anterior:- معمولترین شکل آن میباشد که قرار وجه ظهری جنین به تماس جدار بطن مادر است.

۲) Dorso-Posterior:- وجه ظهری جنین به تماس جدار خلفی بطن مادر است.

۳) Dorsa Superior: قرار وجه ظهری جنین بلندتر از سره است.

۴) Dorsa Inferior: وجه ظهری جنین پائین تر از سره قرار میگیرد.

تشخیص

A-در جریان حاملگی

۱) با تفتیش:- رحم مستعرضاً وسیعتر و پهناور نظر به حالت نارمل قابل مشاهده است ، ارتفاع

غور رحم کمتر از سن امینوره مریضه است.

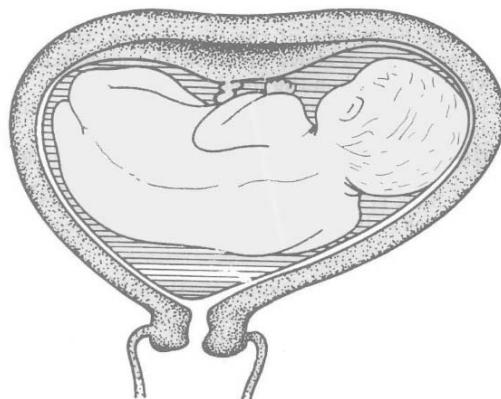


Fig.25 Transverse lie

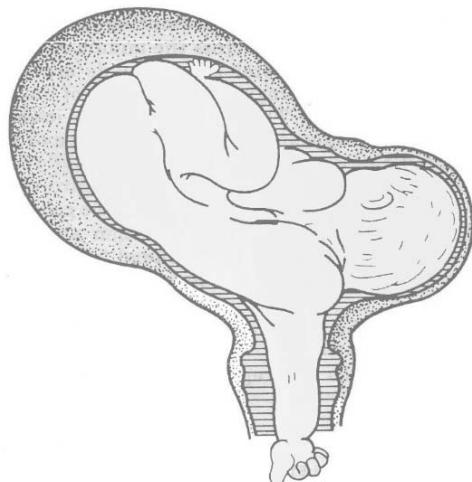


Fig.26 Neglected transverse lie

- با جس:- رأس مدور بخوبی در یک حفرهٔ حرقفی و حوصله نرم و غیر منظم در حفرهٔ حرقفی طرف مقابل جس میگردد (بعضی اوقات به سویه بلند تر از سره). عدم موجودیت عضو معتله در Brim حوصله واضح بوده و در وضعیت Dorso Anterior وجه ظهری جنین با قسمت متوسط بطن مادر یک تصالب را نشان میدهد. صدای قلب جنین ععمولاً از سره به پائین شنیده شده و تبارزات نامنظم اطراف جنین ممکن است در این وضعیت جس گردد. هیچ قطب جنینی در غور رحم جس نشده و فوهه in let حوصله ممکن خالی و یا تبارزات شانه و عظم عضد در آن احساس شود.

- ۳ در معاينه مهبلی عضو معتلن ممکن است آنقدرها بلند باشد که آن را جس کرده نتوانيم. از معاينه مهبلی تا وقتیکه با اجرای سونوگرافی پلاستنا پریویا رد نشده باشد، جداً باید اهتزاز گردد. تضییق حوصلی و تومورهای حوصلی تا حد ممکن جستجو گرددند.
- ۴ با اجرای سونوگرافی، جنین به حالت Oblique دیده شده میتواند.
- ۵ با X-Ray بعد از هفته های ۳۶ حاملگی، جنین بصورت Oblique بخوبی نشان داده میشود.

- در جریان ولادت

با معاينه مهبلی جیب پر و طولانی که متمایل به تمزق مقدم دارد، بخوبی جس میگردد. قبل از تمزق جیب ممکن است یک عضو یا شانه در داخل جیب جس گردد و بعد از تمزق جیب سقوط بک دست با شانه و یا جبل سروی شاید به قوع پیوندد. تشخیص اعتلال شانه با دریافت تبارزات Acromion، عظم کتف، جوف ابط، عظم قص و اضلاع مشخص میگردد. شانه سقوط کرده ممکن است با پا، از اثر متبارزتر (Shaper) بودن مفصل شانه نسبت به زانو، تشخیص تفریقی گردد. عدم موجودیت کوره پا، تبعد شست و طول انگشتان بخوبی تشخیص دست را با پا معین میسازد.

میکانیزم ولادت

اعتلال مستعرض و منحرفه از طریق مهبل بصورت طبیعی ولادت شده نمیتواند. در واقعات استثنائی ممکن است به اعتلال رأسی و یا نادرأ Breech اگر طفل خیلی خورد و یا Masseret شده باشد، بصورت بنفسه اصلاح گردد. لکن بعد از بروابس شانه این کار انجام شده نمیتواند. ولادت بنفسه در همچو وقایع از اثر دو قات شدن جنین نادرأ انجام یافته میتواند.

تداوی

• در جریان حاملگی

- ۱) علت سببی اعتلال مستعرض دریافت گردیده و باساس آن تداوی گردد. C.S در واقعات اختلطی مانند تومورهای حوصلی، پلاستنا پریویا، تضییق حوصله و غیره امراض اشتراکی با این اعتلال به اجرا گذاشته شود.
- ۲) در وقایعی که سر، بلند تر از سره و سرین پائین تر از آن قرار دارد، نگرانی وجود ندارد. شاید به اعتلال Breech ولادت انجام شود. ولی در وقایعی که سر، پائین تر از سره و بحالت قبض جنبی قرار دارد، پرابلم در ولادت پیش بینی می شود.

۳) تدور خارجی رأسی در حدود هفته های ۳۴ حاملگی در صورت که حمل دو گانه، انومالی جنینی، پلاستنا پریویا، تضییق حوصله و پولی هیدرامنیوس با سونوگرافی و یا رادیوگرافی رد شده باشند، میتواند اجرا گردد.

۴) برای مریضه توصیه گردد که بمجرد احساس تقلصات و یا تمزق جیب به شفاخانه مراجعه کند. عاجلاً به تدور خارجی رأس مبادرت ورزیده که این عمل شاید با تشییت شدن رأس تعقیب شود.

۵) اگر تدور خارجی رأس به ناکامی انجامید، مریضه تا رسیدن به هفته ۳۸ حاملگی بستر گردیده زیر نظر باشد، تا وقتیکه به صفحه ولادت داخل میشود. قرار یا *Oxytocin I.V* اصلاح گردیده با قطرات تنظیم و بعد از تمزق جیب شروع شود. بدلیل اینکه اگر خانم در خانه به صفحه ولادت داخل شده و یا تمزق قبل از وقت جیب تأسیس کرد خطر سقوط حبل سروی زیاد است.

۶) اگر امکان آوردن طفل به قرار طولانی میسر نگردید، *C.S* اقدام بجا است.

۷) بعضی متخصصین ولادی به تدور خارجی در هفته های ۳۸ بعد از پاره کردن جیب اقدام نموده با قطرات *Oxytocin* تحریک را شروع میکنند.

• در صفحه ولادت

۱) اگر قرار منحرفه در مراحل مقدماتی ولادت با جیب سالم مشخص شد، بعد از تمزق جیب مبادرت به تدور خارجی رأس نموده، که با شروع تقلصات رحمی وضعیت یا قرار طولانی طفل معمولاً حفظ خواهد گردید.

۲) اگر عنق کاملاً توسع نموده و جیب سالم باشد، تحت انسٹری عمومی بعد از تمزق دادن جیب اقدام به تدور داخلی به شکل *Podalic Breech Extraction* اجرا گردد. تدور داخلی هم مورتالیتی و موربیدیتی بلندی برای مادر و جنین دارد.

۳) ب تمزق نموده ولی رحم قویاً بالای جنین به حالت تقلص قرار نداشته باشد، به تدور داخلی اقدام و جنین به اعتلان *Breech Extraction* تحت انسٹری عمومی ولادت داده شود.

قرار غیر ثابت

در این حالت عضو معتلنہ مریضه در هر دفعه که معاینه میشود، تغییرمی خورد. اسباب آن شاید *Grand Multipareity*، پلاستنا پریویا، پولی هیدرامنیوس، تومورهای حوصلی، ابنارمیتی ساختمانی رحم و تضییق حوصله باشد.

با اجرای سونوگرافی و رادیوگرافی انومالی های اشتراکی با این اعتلالان رد گردند . وضعیت معیوبه هر دفعه با تدور خارجی در کلینیک های Antenatal اصلاح گردد ، خصوصاً اگر با پولی هیدرامنیوس همراه باشد.

تداوی

- ۱) بمریضه اخطار گردد که به مجرد تمزق جیب و یا هر علائم دیگری که به شروع دردها دلالت کند ، فوراً به شفاخانه مراجعه نماید .
- ۲) در هفته ۳۸ مریضه به شفاخانه بستر و شروع صفحات ولادت به صورت ینفسه به امید اینکه حالت غیر ثابت و اعتلال معیوبه طفل اصلاح گردد ، انتظار برده شود.
- ۳) تحريك تنظیم شده: خانم باید به بخش ولادی بعد از هفته ۳۸ بستر گردد . تدور خارجی رأسی انجام و او کسی توسعین به شکل انفوژیون شروع شود، تا اینکه تقلصات رحمی بخوبی تأسیس کند. معاینه مهبلی اجرا گردد در صورتیکه جیب کش شده بوده و موجودیت Hind water مطرح باشد ، باید با کتر تمزق داده شود.
- ۴) سزارین در صورتیکه بعد از تمزق جیب سقوط حبل سروی انجام شد اجرا گردد.
- ۵) قرار مستعرض مسامحه شده (غفلت شده): رحم از نظر تونوسیتی خویش متقلص است ، جیب بیشتر از ۲۴ ساعت قبل تمزق نموده و طفل مرده است. درینجا بزرگترین خطر ، تمزق در قسمت نازک شده و سفلی رحم با اقدام به هر نوع تدور میباشد . Decapitation تحت انسٹری عمومی انجام شود. اول جسم طفل و بعداً رأس آن با گذاشتن انگشتها در دهان وی ولادت داده شود.
- ۶) اگر قرار مستعرض جنین تا توسع تمام عنق دوام نمود ، سزارین سکشن مسئون ترین راه نظر به تدور داخلی Podalic و Breech Extraction که پروسیجرهای شاید خطربناک باشند، میباشد. با دستان غیر ماهر سزارین سکشن حتی با طفل مرده ، نظر به Decapitation ، که یک پروسیجر مشکل بوده و خطرات بلند معیوبیت مادری را در قبال دارد، مسئون تر می باشد . مانیپولیشن داخل رحمی شاید تمزق رحمی را سبب شود ، اگر داکتر نسائی ولادی تجارب کافی نداشت ، سزارین سکشن اجرا گردد. در همچو واقعی به تدور داخلی و Breech Extraction اقدام نگردد.
- طفل مرده: با اجرای Decapitation تحت انسٹری عمومی به تعقیب ولادت رأس، جزع ولادت داده شود.

اختلاطات

- ۱) پرولابس حبل سروی.
- ۲) ولادت انسدادی .
- ۳) انتانات .
- ۴) خونریزی بعد از ولادت (دوره نفاسی).
- ۵) تمزق رحم.

اعتلال وجهی و ابرو Face and Brow Presentation

تعريف

درینجا رأس بحالت بسط تمام و قطر ۹.۵ سانتیمتر میباشد . زنخ بحیث مشعر یا مخرج قبول شده است .

وقوعات

در ۴۰۰-۱/۵۰۰ واقعه اتفاق می افتد .

انواع و اشکال

- ۱) ابتدائی:- طفل قبل از شروع دردها با اعتلال وجهی قرار دارد که این خیلی ها کم است.
- ۲) رأس در جریان ولادت به بسط کاملاً تام معروض میگردد که این معمولترین است.

اسباب

- مادری A

I- عدم تناسب رأس و حوصله ، حوصله کوچک ، طفل بزرگ و یا حوصله هموار ، معمولاً به وضعیت Occiput post انقباض ناشده می انجامد .

هنگامیکه تقلصات رحمی زمینه Deflexion رأس را سازماندهی و تشویق کند ، Occiput نمیتواند در حوصله نزول کند. این معمولاً در حوصله های هموار واقع میشود. خصوصاً اگر وجه ظهری جنین در طرف راست که رحم هم انحنای معمولی طرف راست دارد ، باشد. بسط بیشتر رأس ، منجر به فشار بالای تبارزات عظم Pareital میگردد. وقتیکه رأس موقعیت قدامی دارد وجه و ابروی طفل به عین میکانیزم معروض به بسط ، در هنگامیکه عدم تناسب به بزرگی طفل و همواری حوصله ارتباط داشته باشد ، میگردد.

II- در کثیر الولاده ها از اثر شل بودن بطن این وضعیت بیان می آید.

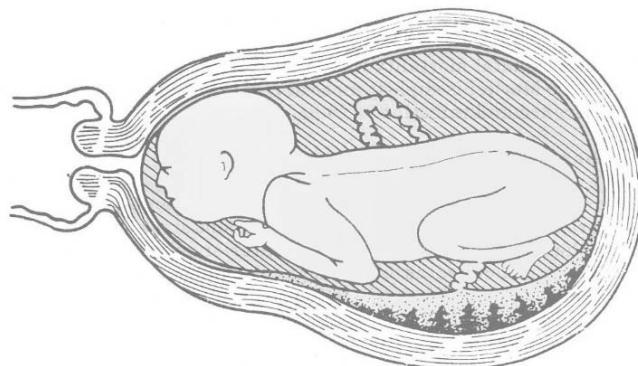


Fig.27 Face presentation

-جنینی B

- ۱) پریماچوریتی .
- ۲) تزايد تون عضلات باسطه طفل عمومی ترین دلیل است ، شاید از اثر خرابی توازن بین تون عضلات قابضه و باسطه Spine باشد . تزايد تون عضلات باسطه سبب بسط Spine و رأس گردیده که شاید چندین روز بعد از ولادت هم ادامه یابد .
- ۳) حلقه شدن حبل سروی به گردن طفل .
- ۴) ولادت های زیاد یا کثیرالولاده ها .
- ۵) انانسیفلی (Anencephaly) و تومورهای ولادی عنق جنین .
- ۶) تورم عقدات Thyroid ممکن سبب بسط رأس و اعتلال وجهی گردد.
- ۷) مرگ داخل رحمی جنین .

وضعیت

زنخ بحیث نقطه شاخص قبول شده و ۴ وضعیت وجود دارد:

.Right Mento Post (۱)

.Right Mento Ant (۲)

.Lift Mento Post (۳)

.Lift Mento Ant (۴)

وضعیت قدامی زنخ بسیار رخ میدهد ، بعباره دیگر این وضعیت بیشترین وقوعات را میسازد و از

وضعیت Occiput post منشاء میگیرد.

تشخیص

-A- در جریان حامله داری

• معاینه بطنی

- ۱) بطن بزرگ معلوم نمیشود و عظم Occiput از Sinciput بلندتر است .
- ۲) یک خلا یا فاصله بین عضو معتله و وجه ظهری طفل مشاهده میرسد .
- ۳) رأس بلند و فوهه in حوصله خالی معلوم می شود .
- ۴) حوصله طفل متبارز است .
- ۵) تعیین محل شنیدن آواز قلب جنین مشکل است و معمولاً در صدر عین طرف و یا در طرف مقابل Occiput شنیده میشود .
- ۶) اولترا سونوگرافی تشخیص را به خوبی مشخص میسازد .
- ۷) در X-Ray ممکن آخرین درجه بسط عنق را مشاهده و تماس Occiput با وجه ظهری طفل را ببینیم .

-B- در جریان ولادت

• معاینه مهبلی

- ۱) به مشکل ممکن است به عضو معتله رسیده بتوانیم، جیب طولانی بوده و تمايل به تمزق مقدم دارد.
- ۲) رأس، کنار حلقوی دهن ، تبارز بینی ، چشم ها ، مفصل فکی ، و کنار علوی جوف حاجاج میتواند مشخص گرددند . جس باید به نرمی برای جلوگیری از ترضیضات در چشم ها انجام شود . هرگاه Caput Saccadeum تأسیس کرده باشد ، تشخیص اعتلال وجهی با حوصله مشکل میباشد . مشخصات وجه: وجه با فرو رفتگی ها و برجستگی هایش سطح غیر منظم دارد ، در حالات مشکوک انگشت برای دریافت گوش ها به علوی پیش برد شود . محیط مقعد ممکن است انگشت را محکم نگاه کند ، در حالیکه در کناره لب ها انگشت آزاد است. در Beck's sign فوهه مقعد و تبارزات Ischi در یک خط مستقیم قرار دارند ، در حالیکه دهن با عظام عذاری یک مثلث را تشکیل میدهند . با یnterictic تشخیص تغیریقی وجه و حوصله گذاشته میشود.

انذار

- جنینی: در حدود ۱۰٪ وفیات در دوره Perinatal دارد.
- مادری: مادران خفیفاً بیشتر نظر به حالت نارمل معروض به خطر از سبب مداخلات در ولادت و انتانات میباشند.

میکانیزم ولادت

بسیاری از اعتلالات وجهی، عادی ولادت میکنند. بشرطیکه اسباب و موانع اساسی برای ولادت موجود نباشد. قطر معروض به عبارت از قطر Engagement عبارت از قطر Sub Mento Bragmatic است (زنخ تا فنتائل قدامی). که از قطر Sub Occipito bragnostic بزرگر نیست. لکن صفحه دوم ولادت طولانی است. بیشتر از نیم وقایع Mento Anterior بصورت نارمل ولادت میشود و معمولاً ولادت از سببی که عظام وجه به آسانی صورت نمیگیرد، طولانی تر است. وجه تأثیرات کمی بالای باز شدن عنق Moulding دارد، زیرا Moulding مانند عظم Occiput در اعتلال وجهی اجرا نمیشود. ثابت و نزول رأس باست زیاد انجام میشود، وقتی که زنخ به سطح حوصله رسید به تدور داخلی بزاویه ۱/۸ دائره (زاویه ۴۵ درجه) معروض گردیده و ناحیه Sub Mental در زیر قوس عانه جابجا میشود. رأس بعداً با یک حرکت Flexion ولادت میشود. بعد از وقوع برگشت يا Restitution که با تدور خارجی رأسی تعقیب و به اعتلال ورتکس یا رأسی می انجامد.

در وضعیت Mento Posterior به عین میکانیزم ولادت انجام میشود، باستثنای اینکه زنخ در تدور داخلی خود زاویه ۳/۸ دائره را (زاویه ۱۳۵ درجه) را مییماید. تدرو بنفسه در این وضعیت مشکل بوده و در مراحل اخیر صفحه دوم ولادت انجام میشود. از این سبب وضعیت Manto Posterior ولادت انسدادی را مطرح میکند. این از سببی است که رأس قبلاً معروض به بست کاملاً تام گردیده و بسط بیشتری برای ولادت رأس غیر ممکن است. رأس و صدر در داخل حوصله به شکل سفت و محکم جابجا شده و مداخله بیشتری را برای ولادت ایجاب مینماید، تا با Killand's فورسپس تدور وجه به جلو انجام یابد. اگر اجرای تداوی ناموفق است باید C.S اجرا گردد.

تدا이یر و اهتمامات

۱) اگر ولادت به تأخیر افتاد مداخله استطباب دارد. اگر این تأخیر در صفحه اول ولادت با وجود دردهای مناسب رخ دهد، احتمالاً از سبب وضعیت Mento post است، که تداوی آن C.S میباشد.

۲) اگر قبل از شروع ولادت تشخیص شده باشد، دلایل آن دریافت و به اساس آنها تداوی شود. مثلاً در تضییق حوصله ، C.S و برای اطفال مغایوب ، ولادت مهبلی پیشنهاد میشود.

۳) اگر هیچ انومالی دریافت نشد، پیش برد ولادت مهبلی تحت مراقبت جدی اجازه داده شود. در اعتلال وجهی Manto ant باستثنای اینکه صفحه دوم ولادت طولانی تر است، ولادت نارمل صورت گرفته میتواند. اگر چه ثبیت (Engagement) قطر Sub Manto Bregmatic نظر به اینکه Moulding عظام وجه به تناسب Occiput واقع نمیشود، آسان نیست. C.S انتخابی باید نزد خانم های اول باری مسن و یا حمل های پربها و هزینه بردار صورت گرفته است، اجرا گردد.

- ۴) وضعیت Mento post آنقدر دلخواه و مطلوب نیست، لاین تدور قدامی به تعقیب ولادت بنفسه معمولاً انجام می‌یابد. ناکامی در تدور سبب دوام دار شدن وضعیت Mento Posterior شده و منجر به ولادت انسدادی می‌گردد، که باید با فورسپس Kielland's در تدور آن اقدام گردد.
- ۵) بسیاری از وقایع ممکن است در صفحه دوم ولادت مراجعه کنند. ولادت نارمل و یا فورسپس انجام میشود (زنج در قدام قرار دارد).
- ۶) تدور (با دست یا با Kielland's فورسپس) در حدود ۴۰-۳۰٪ وقوعات Ment post تدور بنفسه نمیکند و ضرورت به اجرای مانیولیشن یا فورسپس Killand's برای تدور قدامی زنخ احساس میشود.
- ۷) Rectification یا اصلاح: اگر تدور امکان نداشت ، عملیه اصلاح سازی تحت انتزی عمومنی طوریکه عضو معتله به طرف بالا در Brim حوصله تیله و با دست بیرونی یا خارجی بالای رأس برای تغییر رأس از اعتلان وجهی ، به اعتلان رأسی قبض ایجاد گردد . اگر تجارب لازم در اجرای عملیه اجرا گذاشته شده و بعداً و تیره ولادت با فورسپس خاتمه یابد . اگر تجارب لازم در اجرای عملیه موجود نبود و یا اینکه عملیه اصلاح موفق نگردید ، بهتر است C.S. اجرا گردد.
- ۸) در واقعی که از اثر غفلت و مسامحه وضعیت Mento Post دوام نموده و رأس در عمق حوصله فشرده شده و طفل مرده است ، از طریق جوف حجاج عملیه پروفوریشن و تخلیه انجام شود.

اعتلال ابرو (Brow Presentation)

تعريف

رأس بین قبض و بسط قرار دارد، بعباره دیگر در یک حالت بین البینی بین قبض و بسط میباشد. طولانی ترین قطر آن Mento Vertical بوده ۱۳.۵ سانتیمتر میباشد. این وضعیت نامطلوب ترین شکل ولادت رأسی بوده و امکان ولادت مهبلی قطعاً موجود نیست .

وقوعات

در ۱/۱۵۰۰ ولادت امکان دارد.

اسباب

اسباب آن شامل آنهایی است که اعتلال وجهی را سبب میشوند ، ولی دلیل بسط قسمی رأس مشخص نیست. بسط رأس قبل از ولادت را بنام Primary و در جریان ولادت را بنام Secondary میگویند. دو شکل بسط ثانوی یا Secondary Extention وجود دارد . یکی در سویه Brim علوی حوصله و دیگری در سویه سفلی حوصله (داخل حوصله). اگر Brim حوصلی متصلی باشد ، نزول قطر بزرگ

در آن غیر ممکن است و قسمت های تنگ یا باریک قدامی رأس ممکن است در داخل حوصله کمی نزول کنند . لذا رأس قسمًا حالت انساطی را به خود میگیرد . همچنین مشابه به آن در یک تعداد وقایع وضعیت Occiput post قسمت وسیع و بزرگ نهایت رأس ممکن است توسط Sacral bay متوقف گردد . در حالیکه Sinciput نزول کرده و بسط رأس در جوف حوصله انجام شده است . این پروسه تنها در اطفال کوچک واقع شده می تواند و بس .

دوام اعتلان ابرو خوشبختانه نادر است . اگر رأس جنین اندازه نارمل داشته باشد ، به طویل ترین قطر خود ۱۳ سانتیمتر میتواند Brim حوصله نارمل را عبور کند ، ولی تثیت شده نمیتواند . در یک جنینی که اندازه متوسط وزن را داشته باشد ، این و تیره منتج به ولادت انسدادی می شود . هر چند هنگامیکه رأس به تناسب حوصله کوچک باشد ، ممکن بطرف پائین به داخل جوف حوصله رانده شده و به شکل اعتلان ابرو(Brow) ولادت شود . در اعتلان ابرو ، رأس در اثر فشار قطر Vertical Mento و افزایش قطر Moulding شدیداً به OcciputoFrantal معروض میگردد .

تشخیص

A- در جریان حاملگی

۱) در معاينه بطنی رأس غیر تثیت شده با قطر بزرگش مشخص میگردد .

۲) اولتراسونوگرافی اعتلان ابرو را مشخص میسازد .

۳) X-Ray تشخیص را وضع میکند و هم اندازه جنین و سوء اشکال آنرا نیز معین میسازد .

B- در جریان ولادت

وقتیکه تشخیص معین شد باید تضییق حوصله رد گردد . در بسیاری از وقایع تا شروع دردهای ولادت تشخیص صورت نمیگیرد و در بسیاری از واقعات هم تا انجام ولادت تشخیص نمی شود .

تدابیر و اهتمامات

۱) اگر قبل از شروع دردهای ولادت تشخیص گذاشته شد ، ولادت نارمل اجازه داده شود . رأس ممکن بعد از شروع تقلصات معروض به قبض یا بسط گردد و ولادت به صورت نارمل با اعتلان وجهی و یا Vertex انجام یابد .

۲) مانوره Thorns بمقصد اصلاح Vertex همراه با شست دست بر خلاف عظم Occiput میباشد که فشار باید بالای قسمت قدامی آن بمقصد قبض تمام وارد کرده شود .

۳) اگر بعد از شروع دردها و یا تمزق جیب تشخیص صورت گرفت ، تداوی آن عبارت از C.S عاجل مریضه است .

۴) اگر عنق کاملاً تام و یا نزدیک به تام باشد، از اصلاح کردن رأس با دست به اعتلالن وجهی و یا قحفی هر کدام که آسانتر باشد ، استفاده نموده و بعد از دخول رأس به حوصله ولادت با فورسپس خاتمه یابد.

۵) اگر طفل مرده باشد ، پروفوریشن در نظر گرفته شود ولی میتواند خطر آفرین باشد.

۶) اگر رأس بلندتر از Brim حوصله قرار داشته باشد C.S مصئون ترین راه است ، حتی اگر طفل مرده باشد.

ازدادار

عواقب خطرناک برای مادر و طفل داشته و بیشتر به نوع مداخله ارتباط دارد.

اعتلال های حبل سروی و پرولابس حبل سروی Cord Presentation Cord prolapse

تعریف

اعتلال کورد :- نزول و یا همسویه بودن حبل سروی را با عضو معتله در جیب سالم گویند.

پرولابس حبل سروی :- هرگاه بعد از تمزق جیب حبل سروی پائین تر و یا همسویه با عضو معتله قرار گیرد. این اصطلاح بکار برده میشود.

(پرولابس حبل سروی مخفی) :- هرگاه حبل سروی در پهلوی رأس

طوری قرار گیرد ، که با معاینه مهبلی دریافت شده نتواند گفته میشود و این زمینه ضجرت جنینی را فراهم میآورد.

وقوعات

از - ۱ / ۴۰۰ - ۱ / ۳۰۰ ولادت ها.

اسباب

A- مادری

۱) هر عاملیکه بتواند از تثیت صمیمانه عضو معتله در قسمت سگمنت سفلی رحم جلوگیری نموده و در نتیجه قطع Fore Water گردد . سبب پرولابس حبل سروی شده میتواند . در خانم های کثیرالولاده نسبت به اول باری ها بیشتر دیده میشود .

۲) تضییق حوصله :- چون عضو معتله در Brim حوصله قراردارد . در صورت تمزق جیب ممکن است حبل سروی سقوط کند.

۳) پولی هیدرامنیوس سبب اعتلال معموبه از باعث مقدار زیاد آب شده میتواند و با تمزق جیب طناب حبل سروی (Loop) شاید سقوط کند .

۴) در پلاستتا پریویا درجه یک و دو از سبب پائین بودن حبل سروی چانس سقوط آن بیشتر است .

۵) پلاستای Batteldore و یا شکل Veallamentosous که حبل سروی از قطب سفلی داخل پلاستا شده است ، نیز زمینه مساعد برای سقوط دارد .

۶) تمزق صنعتی جیب در نزد خانم های کثیرالولاده که رأس بلند است.

B- اسباب جنینی

I - تمام اعتلالات و وضعیت های معیوبه مانند:

- ۱) قرار منحرف و مستعرض در حدود ۲۵٪ وقایع ، با پرولابس کورد همراه است.
 - ۲) اعتلال Breech به خصوص شکل Complet Foot Ling و آن در ۵٪ وقایع با پرولابس اشتراک دارند . ولی شکل Incomplet Breech معمولاً از سبب که در سگمنت Cord سفلی به خوبی تثیت شده است ، کمتر سبب پرولابس حبل سروی شده میتواند.
 - ۳) در اعتلال ابرو کمتر پرولابس حبل سروی بمشاهده میرسد.
 - ۴) در اعتلال وجه مانند همه اعتلالات معیوبه چانس سقوط حبل سروی زیاد است.
 - ۵) وضعیت Occiput post اگر رأس به حالت آزاد در Brim حوصله باشد ، تمزق مقدم جیب شاید سبب پرولابس حبل سروی گردد.
- II- حمل های چند گانه:- بخصوص اگر طفل اول اعتلال غیر طبیعی داشته باشد .
- III- پریماچوریتی و طفل های کم وزن و خورد برای سقوط حبل سروی مساعداند .
- IV- حبل سروی طویل و نامناسب بعد از تمزق جیب سبب سقوط شده میتواند .

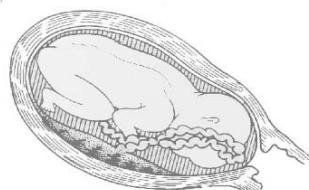


Fig.28 Cord presentation

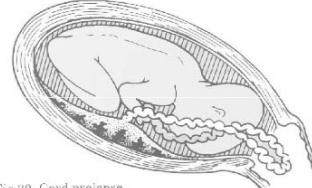


Fig.29 Cord prolapse

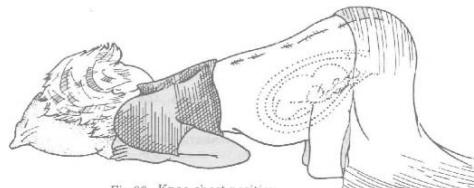


Fig.30 Knee-chest position

لوحه کلینیکی

شاید که:

- ۱) اعتلالن معیوبه .
- ۲) عدم تناسب .
- ۳) پولی هیدرامنیوس .
- ۴) حمل های چندگانه .
- ۵) تظاهرات کلینیکی زجرت جنینی .

• زجرت جنینی یا Feotal Distress

- ۱) تزايد حرکات از اثر Anoxia (کم رسانی O_2) که حرکات طفل را سریع و بیشتر میسازد .
- ۲) تاکی کاردنی جنین (حرکات قلبی بندرت از ۱۶۰ فی دقیقه بلندتر میگردد) و یا برادری کاردنی (حرکات قلب کمتر از ۱۲۰ فی دقیقه).
- ۳) ضربانات غیر منظم قلب جنین .
- ۴) عبور میکونیوم از سبب Anoxia از اثر تزايد حرکات معانی و استرخاء معصره مقداری.

معاینه مهبلی

اعتلال حبل سروی بسیار کم معمول است ، ضجرت جنینی تا تمزق جیب بمالحظه نمیرسد .

- ۱) عضو معتلنہ بخوبی ثبت نشده است .
- ۲) قرار غیر طبیعی دریافت میگردد .
- ۳) طناب حبل سروی ممکن است در عنق رحم و یا مهبل نبضانی جس گردد .
- ۴) نبضان در اوعیه Cord جس شده میتواند . فعالیت قلب جنین ممکن هنوز هم با وجودیکه نبضان Cord از اثر فشار واردہ بالای اوعیه جس نگردد ، موجود باشد .

هنگامیکه اعتلال و یا پرولابس حبل سروی تشخیص شد . درجه توسع عنق رحم بدرستی مشخص و علت سببی سقوط حبل سروی واضح گردد . مثلاً دو گانگی ، تضییق حوصله ، اعتلال Breech ، ابرو و وجهه و یا قرار مستعرض وغیره.

هرگاه حبل سروی توسط عضو معتلنہ زیر فشار قرار گیرد ، نبضان قلب جنین نامنظم میگردد . سقوط حبل سروی وضعیت شدیداً عاجل و تهدید کننده را برای جنین ایجاد می کند (حتی اگر تحت فشار هم نباشد) . Cord مقابل تنبهات خارجی خیلی حساس بوده و اوعیه آن معروض به اسپزم میگردند ، که باعث ضجرت جنینی و حتی مرگ آن میگردد .

تشخیص

اعتلال Cord بطور اتفاقی تشخیص میگردد و خیلی کمتر از سقوط حبل سروی بملاحظه میرسد. حبل سروی از ورای جیب سالم به شکل نبضان دار جس میگردد. نبضان در Vesa Previa (اویه مقدماتی) که در آن توضع Vellamentosa حبل سروی موجود است. تصالب قسمت Vellamentosa در محلی که جیب فوهه عنق رحم را پوشانده است ممکن است جس شود. اگر حبل سروی عضو معتله باشد بطائق حرکات قلبی جنین هنگامیکه رأس در Brim حوصله تیله میگردد، به ملاحظه میرسد. لakin این بطائق شاید در Vasa previa، پلاستنا پریویا و حتی عدم موجودیت هیچ نوع ابنارمیتی از نتیجه فشار بالای Cord توسط رأس جنین مشاهده رسد.

تمام مریضان بصورت روتین بعد از تمیز جیب بمقصد تشخیص یا رد پرولابس حبل سروی معاینه گردند، تشخیص مقدم حفاظت کننده طفل از خطر خواهد بود.

تدا이یر و اهتمامات

اگر طفل زنده باشد یگانه تداوی ولادت عاجل مریض است.

اهتمامات مربوط است به:

- ۱) آیا طفل زنده است یا مرده.
- ۲) درجه توسع عنق رحم.
- ۳) عنق ناتام و طفل مرده.
- ۴) عنق ناتام و طفل زنده.
- ۵) عنق ناتام چه طفل زنده باشد و چه مرده.

• عنق ناتام و طفل زنده

-I سوارین سکشن فوری و عاجل

در وقایعیکه حبل سروی یا عضو معتله بوده و یا سقوط نموده و عنق مکملان توسع نکرده است. بهترین چانس برای زنده گی طفل C.S عاجل و فوری است. حتی ثانیه ها درین وقایع با ارزش و پر بها است، اگر جیب سالم باشد تمام جد و جهد بکار برده شده که جیب سالم نگاه داشته شده تا از فشار احتمالی بالای حبل سروی جلوگیری گردد. اگر حبل سروی پرولابس شده از مهبل بیرون نه شده باشد، تمام اهتمامات بکار برده شود که در داخل با گرمی مهبل ذریعه گذاشتن یک Pad در دهلیز حفظ شده و از معروض شدن به سردی که باعث اسپیزم اویه و در نتیجه زجرت و مرگ جنینی را سبب میشود، جلوگیری گردد. اگر نبضان در حبل سروی جس نگردید، قلب جنین بدقت شنیده شود، زیرا ممکن است جنین حتی تا ۵ - ۱۰ دقیقه بعد از فشار بالای طناب حبل سروی هم زنده مانده بتواند. فشار واردہ بالای حبل سروی را میتوان با وضعیت دادن خانم به حالت سجده (Chest Knee Position) که عضو معتله را در حوصله نگه

میدارد ، برطرف نمود . این یک وضعیت ناراحت کننده برای مریضه است و بیشتر از ۱۰ دقیقه این وضعیت را تحمل کرده نمیتواند و ترجیحاً وضعیت Sim's Position Trendlenburg یا شدید یافته بالای میز عملیات داده شود . ساده ترین میتود در اثر داخل کردن انگشت در مهبل و بلند نگه داشتن عضو معتلنہ از Brim حوصله میباشد که باست دیگر عضو معتلنہ از بالای ارتقاق عانه به داخل بطن تیله و نگه شود . قسمت پایانی بستر باید بلند برده شده تا به حفظ این وضعیت کمک کند . اینها تنها هنگامیکه مریضه برای آماده میگردد و نبضان کورد هم موجود است باید اجرا گردد . هرگاه قبل از عملیات ، قلب جنین بالای میز عملیات شنیده شود ، باید از C.S و طفل مرده در هراس بود .

(جابجا کردن حبل سروی) Replacment of the Cord -II

این میتود صرف هنگامیکه تسهیلات سازارین سکشن در دسترس نبوده و عنق رحم هم توسع تام نکرده باشد توصیه میشود . حبل سروی بسیار به ملایمت توسط گاز معقم پوشانیده شده و به نرمی به طرف علوی عضو معتلنہ تیله گردد . به این میتود انداز طفل خوب نیست ، زیرا سقوط دوباره حبل سروی و یا اسپزیم او عیه آن متصور است . این معمولاً در حالاتیکه زنده بودن جنین مشکوک باشد ، عملی میگردد .

• توسع نا تام عنق و طفل مرد

هیچ مداخله تنظیم نگردد ، مگر با تجویز سیداتیف ها اجازه پیشرفت ولادت داده شده و با قطرات Oxytocin عملیه ولادت تسریع گردد .

۱) عنق کاملاً تام:- ولادت مهبلی عاجلاً بدون توجه به جابجا ساختن حبل سروی انجام گردد . ولادت با فورسپس در وقایعی که عضو معتلنہ رأس باشد ، نسبت به Vacuum که وقت بیشتری را در بر میگیرد ، ترجیح داده میشود .

۲) در حالاتیکه اعتلان Breech Extraction باشد . نزد مریضه Breech Extraction انجام شود .

۳) در اعتلان شانه تدور داخلی و Breech Extraction به نمایش گذاشته شود .

۴) اگر رحم متقلص بود ، خطر تمزق موجود است ، اجرا گردد .

۵) اگر رأس بلند است ، فوراً بعد از تمزق جیب Breech Extraction تداوی انتخابی است .

اگر عنق رحم توسع تام نموده باشد ، ولادت عاجل انجام شود ، زیرا با وجود نبودن نبضان در حبل سروی ، چانس زنده بودن طفل موجود است . طفل عاجلاً همراه Endotrachial Tube و اکسیجن احیاء مجدد گردد .

انذار

انذار برای طفل خیلی بد است . در حدود ۲۰٪ واقعات Stillbirth و مرگ نوزادی را همراه دارد . هنگامیکه عضو معتله رأس باشد ، نسبت به Breech و شانه عواقب خیلی خراب تر است ، زیرا احتمال فشار بالای Cord بیشتر است . امکان لغزش Cord از زیر فشار وارد هم موجود است . در سالهای اخیر انذار طفل از اثر C.S آزاد در سقوط حبل سروی اصلاح گردیده و خوبتر میباشد . انذار مادری باستثنای تداوی اختلاطات ناشی از آن مانند: دو گانگی ها ، اعتلالات معیوبه ، تضيق حوصله که ایجاب C.S ، Breech Extraction ، یا ولادت با فورسپس را مینماید ، آنقدرها بد نمیباشد .

ولادت قبل الميعاد (Prematurity)

تعريف

تولد قبل از هفته ۳۷ جنین را (کمتر از ۲۵۹ روز) با محاسبه از اولین روز آخرین عادت ماهوار و یا وزن پائینتر از ۲.۵ کیلوگرام (۵.۵ پوند) بنام ولادت قبل الميعاد یا پریماچور گویند.

وقوعات

بین ۵-۱۰٪ وقوعات را بساس وضعیت اقتصادی، اجتماعی مادران تشکیل میدهد.

أسباب

-مادری A

- ۱) قامت کوتاه:- قد کمتر از ۵Feet (۵ فوت)، سوء تغذیه ، کار شاقه و خسته کننده ، وزن نگرفتن در جریان حاملگی و کشیدن سیگرت در جریان بارداری از فکتورهای مساعد کننده به شمار می روند .
- ۲) فرط فشار خون ناشی از حاملگی و اکلامپسیا :- میومتر بصورت بنفسه در هر دو حالت ، هم فرط فشار خون ناشی از حاملگی و هم اکلامپسیا بمقابل Oxytocin زیاد حساس است.
- ۳) خونریزی های قبل از ولادت :- در وقایع انفالسال پلاستتا بری جلوگیری از عدم کفایه Cougulation به حمل باید خاتمه داده شود و نیز هنگامیکه پلاستتا پریویا موجود باشد . بمنظور جلوگیری از تشديد خونریزی و یا وقوع دردهای ولادی قبل از وقت باید به حمل خاتمه داده شود.
- ۴) دیابت شکری:- ترازید وقوعات پریماچوریتی در دیابت شکری شاید از رشد افزایش سوء اشکال ولادی، بکتریوریا ، پولی هیدراتنیوس ، فرط فشارخون ناشی از حاملگی و مرگ داخل رحمی جنین باشد .
- ۵) امراض قلبی:- در امراض قلبی مخصوصاً عدم کفایه احتقانی قلب (C.H.F) که سبب احتقان رحم با خونی که O_2 کمتر دارد ، میگردد . پریماچوریتی زیادتر رخ میدهد.
- ۶) حمل و فیروم:- پریماچوریتی در حمل های که رحم فیروم دارد ، مخصوصاً فیروم های متعدد و بزرگ از سبب اینکه ترازید حجم رحم همگام با رشد جنین بمشکل مواجه میگردد زیادتر بمالحظه رسیده میتواند .

۷) عدم کفایه عنق رحم: - عدم کفایه ولادی و یا کسی عنق رحم سبب سقط و یا ولادت پریماچور میگردد.

۸) سوء اشکال ولادی رحم: - در این وقایع طفل قادر نیست که جای مناسب را برای رسیدن به ترم بیابد، لذا واقعات پریماچوریتی بلند میباشد.

۹) انتانات حاد: - از اثر تپ بلندی که تولید می شود باعث تنیه سس Hypothalamus-Pituitary-Adrenal Axis گردیده که منجر به افزایش تحریک پذیری رحم میگردد.

۱۰) شاک های روحی: - در خانم های که روحًا حساس و هیجانی اند، در تمام اوقات میتواند سبب ولادت زود هنگام گردد.

۱۱) عملیات جراحی بطنی: - از سبب انسترزی عمومی ممکن ولادت قبل الميعاد رخ دهد.

۱۲) هایپرتنشن اساسی: - ممکن سبب پریماچوریتی از اثر تأخیر رشد جنینی و یا مرگ جنین گردد. باید به حمل خاتمه داده شود، زیرا خطر تأخیر رشد جنینی و یا مرگ داخل رحمی موجود است.

۱۳) وضعیت اقتصادی اجتماعی خراب: - سوء تغذیه و یا کار زیاد سبب پریماچوریتی میگردد.

۱۴) فکتورهای جنتیکی: - اینها در یک تعداد خانم های که ولادت های مکرر پریماچور داشته اند، مسئول شمرده میشوند.

۱۵) در خانم های اول باری کمتر از سن ۲۰ سالگی.

۱۶) ترضیضات: - ولادت ممکن است بعد از ترضیض مستقیم بالای رحم انجام شود و ندرتاً هم ترضیضات در عملیه تدور خارجی سبب پریماچوریتی میگردد.

۱۷) توبرکلوز: - از سبب انیمی ناشی از توبرکلوز، پریماچوریتی و دیسمماچوریتی بوجود آمده میتواند.

۱۸) سفلیس: - سبب مرگ داخل رحمی و یا پریماچوریتی شده میتواند.

B- جنینی

۱) حمل های چند گانه: - پریماچوریتی در حاملگی های چند گانه امر معمولی است و در حدود بیشتر از ۵۰٪ دو گانگی ها قبل از هفته ۳۸ ولادت میگردد.

۲) پولی هیدرامنیوس: - تأثیرات میخانیکی ناشی از توسع بیش از حد رحم ممکن به علت افزایش تولید پروستاگنلین ها سبب پریماچوریتی گردد.

۳) ابشار ملیتی جنینی: - کنترول دقیق و بموضع دوران حاملگی در انانسیفل ها مربوط به محور Potter's Pituitary Adrenal میباشد، پریماچوریتی در سندروم معمول است.

۴) عدم توافق فکتور Rh یا Rhesus Iso Immunization: - درین ویشه ولادت قبل از وقت تحریک میگردد و تغییرات حاصله از ذغالبات کوریون ممکن سبب ختم حمل قبل از میعاد گردد.

- ۵) اعتلالات معیوبه :- ممکن سبب تمزق قبل از وقت جیب و ولادت قبل الميعاد گردد.
- ۶) تأخیر رشد جنینی در داخل رحم:- ماندن طفل در رحم بمدت طولانی تر از ميعاد متوقع بیشتر خطر تأخیر رشد جنینی و مرگ داخل رحمی را قابل دارد ، لذا حمل به صورت صنعتی باید قبل از رسیدن به ترم خاتمه داده شود.

C- پلاستنائی

سوء اشکال پلاستنا مانند پلاستنای Battledore Circumvallata و دخول جبل سروی به شکل سروی سبب عارضه شده میتواند .

D- اسباب نامعلوم

تشخیص

تشخیص ولادت پریماچور به اساس موجودیت تاریخچه تقبضات دردناک قابل اعتماد نبوده و همچنان معاینه مهبلی جهت دریافت توسع عنق به نسبت خطر مداخله انتانات توصیه نمیگردد.

تشخیص تمزق جیب که ولادت پریماچور را در قبال دارد با مشاهده لیکاژ مایع امنیوتیک در مهبل گذاشته میشود و همچنین باید که لیکاژ مایع امنیوتیک از ادرار، افزارات وافر عنق رحم و اکزوودات انتانی تغیریق شده و عنق رحم با اسپیکولوم معقم جهت دیدن لیکاژ مایع امنیوتیک معاینه گردد.

تحقیق و جستجو (Investigation)

۱) Nitrazin Paper Test :-
با اساس اندازه گیری PH مایع مهبلی عیار شده است. PH مایع مهبلی در حاملگی بین ۵.۴-۵.۵ بوده در حالیکه PH مایع امنیوتیک از ۷-۷.۵ فرق میکند .

۲) Nileblue Sulfate Test :-
این تست به اساس اینکه مواد لپیدی در حجرات جنینی در دوران Nileblue Sulfate های مختلف پختنگی ظاهر میگردند عیار شده است ، این حجرات وقتیکه با ۰.۱٪ معامله گردند ، رنگ نارنجی را به خود میگیرند . این تست قبل از هفته ۳۲ حاملگی غیر قابل اعتماد است و در سن ۳۶ هفتگی در حدود ۱۰٪ حجرات رنگ نارنجی را اختیار نموده و در سن ۳۸-۴۰ هفتگی یک تزايد سریع و شدید در آن بمالحظه رسیده و ۵۰٪ حجرات میتوانند رنگ نارنجی را بگیرند .

لوحه گلینیکی

- ۱) وزن طفل کمتر از ۲.۵ کیلوگرام و سن حاملگی کمتر از ۳۷ هفته باشد .
- ۲) طول سر تا پاشنه پا (Crown Heel Length) کمتر از ۴۷ سانتیمتر و محیط Frontal کمتر از ۳۳ سانتیمتر باشد.

- ۳) چربی تحت الجلدی تنک و پراکنده ، منظره جلد را سرخ رنگ ساخته ، جلد نازک بوده ، باسانی چملک شده و لاغر جس میشود .
- ۴) شستت پا و انگشتان از حد معمول درازتر اند .
- ۵) اشعار نفیس Lanogu به مقدار فراوان خصوصاً در سطوح باسطه موجود اند .
- ۶) اشعار نفیس Vernix Caseusa که ترکیبی از مواد Sebaceus میباشد بمالحظه نرسیده و یا کم دیده میشود .
- ۷) عظام قحفی ضعیف ، فانتل های بزرگ و درزهای قحفی متبارز اند . رأس منظره بزرگتر از جسم یا تنہ را دارد .
- ۸) گوش ها نرم ، کوچک و به رأس چسبیده اند .
- ۹) خصیه ها ممکن به سفن نزول نکرده باشند .
- ۱۰) شفه های صغیره از اثر رشد خفیف شفتان کبیرتان که شحم کمتر دارند ، متبارز تر معلوم میشوند .
- ۱۱) ادرار بمقدار کم افراغ شده و حتی در سه روز اول ممکن هیچ نباشد .
- ۱۲) گریه طفل خفیف و عاجزانه است .
- ۱۳) ریفلکس های چوشیدن و بلعیدن از سبب انکشاف ناقص عضلات ضعیف اند .
- ۱۴) از سبب کلیرانس بطی محصولات تصبغی ، زردی ممکن بصورت مقدم و عمیق انکشاف نماید .
- ۱۵) تمام حرکات و وظائف بطی ، آسمته و کند اند .
- ۱۶) حرارت عضویت Subnormal ، پائین تر از حد طبیعی و شاید غیر منظم باشند .
- ۱۷) تنفس سریع با حملات Apnea شاید به ملاحظه برسد .
- ۱۸) نوع وضعیت طفل خیلی وصفی است . رانها وسیعاً متبعده بوده و مفاصل زانو و قدم به حالت قبض اند

۱۹) ریفلکس Moro شدیداً وضاحت دارد .

۲۰) رادیوگرافی ممکن است مرکز Ossification اطراف سفلی ، فخذ و عظام مکعبی یا Cuboid را نشان داده نتواند .

تدابیر و اهتمامات (Management)

A- وقایه از ولادت پریماچور

- ۱) مراقبت خوب دوران بارداری .

(۲) تمام واقعات تهدیدی که شاید به ولادت پریماچور و یا ختم حاملگی بیانجامند، بصورت مناسب تداوی گردند. مانند: پولی هیبارامبیوس، دوگانگی ها، فرط فشار خون اساسی، امراض کلیوی، فرط فشار خون ناشی از حاملگی و عدم کفایه عنق رحم.

(۳) با تجویز استرخاء دهنده های عضلات ملساً کوشش گردد که پروسه ولادت (تجویز ادویه سمپاتومیمتیک) متوقف ساخته شود.

(a) Sulbutamol بمقدار ۵ میلی گرم (۱ میلی لیتر در ۵۰۰ سی سی سیستروز ۵٪) با ۱۰ قطره فی دقیقه شروع و بتدريج هر ۵-۱۰ دقیقه، ۵ قطره با آن اضافه ساخته شود، تا هنگامیکه تقلصات قطع گردد و یا اينکه به ۵۰ قطره فی دقیقه برسد. اين مقدار هم در هر ۲۰ دقیقه میتواند تا ۸۰ قطره فی دقیقه بلند برد شود. اگر تقلصات توقف نکرد و با عوارض جانبی مانند سقوط فشار خون، تاکی کاردی، Palpitation و رعشه بمالحظه رسید، مقدار باید کاهش داده شود. از تابلیت ۴-۲ میلی گرم سولبوتامول هم از طریق فمی استفاده شده میتواند.

(b) Ritodrine Hydrochloride: بمقدار ۱۰۰ میلی گرام در ۵۰۰ میلی لیتر گلوکوز ۵٪ علاوه شده و بمقدار ۴ قطره فی دقیقه بصورت انفوزیون وریدی داده شود. در هر ۱۵ دقیقه ۴ قطره علاوه شده تا وقتیکه تقلصات رحمی توقف نماید و یا اینکه حرکات قلب مادر به ۱۳۰ ضربان در دقیقه برسد. این دوا از طریق فمی بمقدار ۲۰-۱۰ میلی گرام هر ۶-۲ ساعت نیز تجویز شده میتواند. Orciprenaline و Retadrine میکانیزم تأثیر مشابه دارند.

(c) Dilatol (Buphenine Hydrochloride):- بمقدار ۵ میلی گرام در ۵۰۰ سی سی مایع دکستروز ۵٪ بصورت انفوزیون وریدی تطبیق گردد. این دوا با غلظت ۵-۹٪ بصورت I.V مستقیماً نیز تجویز شده میتواند.

(d) Anti Prostaglandine: نهی کننده های پروستاگلندین ها نیز موثر اند. ولی سبب بسته شدن مقدم Ductus Arteriosus نزد جنین میگردند. این ادویه تا حال تجربی بوده و توصیه نمیگردد.

(e) استراحت.

(۵) سیداتیف ها:- مورفين نباید تجویز گردد، زیرا باعث انحطاط تنفسی میگردد و ترجیحاً داده شده میتواند Pathedin.

۶) زرق داخل عضلانی Vit K : ۱ ملی گرام برای طفل نوزاد و ۱۰ ملی گرام برای مادر بمقصد وقایه از تشوشات خون دهنده .

۷) زرق عضلی ۱۲ میلی گرام بیتاماتازون و تکرر آن بعد از ۱۲ ساعت ، ولادت باید حداقل ۱۲ ساعت بعد از آخرین زرق انجام شود . گفته میشود که این عملیه باعث تولید محصولات Surfactant بمقدار زیادتر گردیده و سبب اصلاح تناسب Sphingomyalin بر Licithin میگردد و فیصدی وفیات طفل را از سبب Hyelin Membrane Disease کاهش میدهد.

B-اجراهای عملیه و ولادت

۱) مریضه به حالت استراحت در تمام دوران ولادتش بالای بستر قرار داشته باشد . در غیر آن خطر Precipitated Labour مطرح بحث است .

۲) اگر ولادت با توسع عنق شروع شده باشد ، اماله تطبیق گردد .

۳) معاینه مهبلی معقم هر چه زودتر بعد از تمزق جیب برای رد سقوط حبل سروی انجام گردد .

۴) از تمزق صنعتی جیب و تجویز Oxytocin اجتناب گردد .

۵) حد اصغری انالجیزیک ها تجویز شده میتواند .

۶) اگر ولادت به طرف طولانی شدن برود انتی بیوتیک و قایوی تجویز گردد .

۷) بعد از زرق ۱۰-۲۰ میلی گرام لیگنو کاین ۱٪ ایپیزیوتومی اجرا گردد .

۸) Wergly's Froceps برای وقایه و حفظ رأس از خونریزی داخل قحفی باید انجام شود .

۹) در طفل بربیج بریماچور ، C.S توصیه میگردد .

اهتمامات طفل پریماچور

۱) حفظ حرارت وجود : - اگر طفل پوشانده باشد حرارت باید ۳۰ درجه سانتیگراد (۸۶ F) باشد و اگر در داخل انکوباتور عریان گذاشته میشود ، درجه حرارت باید ۳۵ درجه سانتیگراد (۹۵ F) و حرارت اتاق ۳۰ درجه سانتیگراد باشد .

۲) نم یا رطوبت هوا بین ۷۰-۸۰٪ حفظ شود .

۳) از طریق آب گرم ۱۴٪ اکسیجن داده شود .

۴) نقل و انتقال طفل توسط دستها به حداقل رسانده شود .

۵) انتی بیوتیک جهت وقایه انتان تجویز گردد .

۶) از گرد و غبار خشک برای جلوگیری از انتانات مولده از این نوع هوا جلوگیری گردد .

۷) بعد از نقل و انتقال هر طفل ، دستها باید شسته شوند .

۸) غذا باید با ظرف پاک ، قبل از تبدیل لته های طفل ، نه بعد از آن داده شود .

۹) تغذی :

۱- شیر مادر : - طفلی که قدرت مکیدن قوی دارد فوراً حتی قبل از خروج پلاستتا به سینه مادر انداخته شود . در ظرف ۲۴ ساعت اول برای جلوگیری از انتفاخ و توسع معده غذا بسیار کم و مکرراً داده شود . مقدار باید روزانه ۳۰ میلی لیتر بلند برده شود تا به ۱۸۰ میلی لیتر در روز برسد .

فاصله بین زمان تغذیه به تدریج زیاد شده تا وقتیکه وزن طفل به ۳ کیلوگرام برسد ، به هر ۳ ساعت تنظیم شود و بعداً به هر ۴ ساعت رژیم غذایی عیار گردد .

۲- Bottle Feeding : - باید جداً به هر قیمتیکه شده ، اجتناب گردد .

۳- Nasogastric Tube Feeding : - در صورتیکه طفل قادر به مکیدن نباشد ، N.G.T تطبيق گردیده و از طریق آن شیر مادر ترجیحاً به نوزاد داده شود . تغذیه به زودترین فرصت ممکن بعد از ولادت شروع شده و بمقدار ۱۵۰-۶۰ میلی لیتر در هر کیلوگرام وزن طفل در هر ۲۴ ساعت عیار گردد .

۴- Intra Venous Feeding : - اگر طفل نتواند از سینه مادر ، بوتل و یا N.G.T تغذیه شود ،

تغذی وریدی شروع گردد .

پرابلم های اطفال قبل الولاد

۱) سندروم انحطاط تنفسی (Hvalein Membrane Disease)

۲) اپنه های راجعه (Recurrent Apnea)

۳) هیپوترمی .

۴) هیپوگلایسیمی و هیپوکلسیمی (شکر و کلسیم خون پائین می آید) .

۵) هایپریلی روینیمی و Kernicterus .

۶) به انتانات بکتریائی بسیار مساعد اند .

۷) انوکسی دماغی و خونریزی داخل قحفی .

۸) فیروپلازی Retrolenta با انشاق مقادیر بیش از حد اوکسیجن .

Necrotising Enterocolitis ۹

۱۰) علقة منتشر داخل وعائی (D.I.C)

۱۱) انسیما یا کم خونی قبل الولاد گی .

Postmaturity

تعریف

این اصطلاح به حالتی گفته میشود که دوام حاملگی از ميعاد متوقع ولادت (۲۸۰ روز) به مدت ۱۴ روز اضافه تر گردد.

وقوعات

ولادت در ۲۰٪ خانم ها در هفته ۴۰، ۲۵٪ در هفته ۴۲، ۱۲٪ در هفته ۴۳، ۳٪ در هفته ۴۴ و ۱٪ بعد از هفتة ۴۴ به انجام میرسد. در خانم های اول باری نسبت به کثیرالولاده ها معمولتر است.

اسباب

- (۱) وضعیت اقتصادی اجتماعی مناسب.
- (۲) دیابت.
- (۳) فکتورهای ارشی : Postmaturity تمایل به وقوع در عین خانم داشته و یا به شکل فامیلی انتقال میکند.
- (۴) تزايد پروجسترون.
- (۵) تحریک تبیض.
- (۶) انومالی های ولادی جنینی ، مانند انانسیفل و غیره.
- (۷) بعضًا با وجود حمل طولانی باز هم دلایل مشخص و معنی دریافت شده نمی تواند.

پتوفیولوژی

A- تأثیرات بالای وظائف پلاستائی

پلاستتا مانند دیگر اعضا یک سیکل معین زندگی دارد . در بسیاری از وقایع در قابلیت وظیفوی پلاستا یک تنزل سریع بعد از گذشت ترم حمل بوجود می آید . این و تیره از اثر تنقیص جریان دموی پلاستایی که بعلت اسپزیم او عیه دموی در بستر وعائی پلاستتا میگردد ، تظاهر مینماید ، که در نتیجه باعث تنقیص انتقال مواد غذایی از طریق پلاستتا و کاهش مایع امینوتیک می شود . خون حبل سروی در هفتة ۳۰ حاملگی در حدود ۷۰٪ مشبوع از اکسیجن بوده ، در حالیکه در هفتة ۴۳ این فیصدی به ۳۰٪ تقلیل می یابد. این تغییر به علت پیشرفت سن حمل ، احتشای پلاستتا ، کلسفیکاسیون و عدم کفایه پلاستتا بیان آمده که طفل را به خطر مرگ داخل رحمی مواجه ساخته میتواند .

B- تأثیرات بالای طفل

ضایع شدن قبل از ولادت جنین ۳-۲ مرتبه به اساس اسباب ذیل افزایش می‌یابد:

- ۱) مشبوعیت خون جنینی توسط O_2 تنقیص می‌یابد، که مربوط به تنقیص هموگلوبین جنینی است. (Fatel Hb). این عارضه سبب رعشه و فلنج دماغی گردیده که در نتیجه ضجرت جنینی ۴ مرتبه در اطفال Postmatur بیشتر به ملاحظه میرسد.
- ۲) اطفال Postmatur معمولاً مایع امنیوتیک میکوئیوم دار از سبب انحطاط تنفسی دارند، که با بلع آن توسط جنین زمینه اتلکتاژی، پنومونیا، اسفکسی و هیپوکسی مساعدتر میگردد.
- ۳) از اثر تزايد Ossification در عظام رأس طفل، ولادت مشکل و ترضیضی شاید سبب هیموراژی داخل قحفی گردد.

C- تأثیرات بالای مادر

- ۱) وقوعات ولادت طولانی زیاد میشود که یا مربوط به انرشیای رحمی، Dystocia عنق رحم و یا Oligohydramnios میباشد.
- ۲) تعداد ولادت های عملیاتی افزایش می‌یابد.
- ۳) چانس خونریزیهای بعد از ولادت مخصوصاً نزد خانم های اول باری از سبب طفل بزرگ و پلاستا زیادتر میگردد.
- ۴) از سبب مصرف فکتورهای تحتری خون، چانس هیپوفیرینوجینینی و خونریزی بعد از ولادت زیاد میشود.
- ۵) درجه حرارت بدن مادر در جریان ولادت و معوبیت های دوره نفاسی تزايد می‌یابد.

لوحة كلينيكي

- ۱) باختن وزن و تناقض قطر کمر بعد از ترم نزد بعضی خانم ها دیده میشود. اما یک امر معمولی نیست.
- ۲) مقدار مایع امنیوتیک بعد از هفته ۳۷ بشکل صعودی رو به تناقض میگذارد.
- ۳) تأسیس Ossification سبب تولید یک رأس بزرگ و سخت میگردد.
- ۴) ولادت انسدادی از سبب Moulding ضعیف، رأس بزرگ و دیستوسیای رحمی میباشد.
- ۵) بعد از ولادت طول جنین بیشتر از ۵۴ سانتیمتر میباشد.
- ۶) وزن طفل بیشتر از ۴ کیلوگرام است.
- ۷) بسته شدن فانتنل خلفی علائم مختلف نشان میدهد.

تشخیص

- ۱) تاریخچه دقیق عادت ماهوار درباره ریتم و نظم آن گرفته شود.
- ۲) اگر صرفاً خانم یک دفعه مناسبات جنسی داشته است ، تاریخچه دقیق آن مشخص گردد ، که شاید سبب تنبیه تخمگذاری و حمل شده باشد.
- ۳) اولین معاینه Antenatal به مجردیکه خانم احساس حاملگی میکند ، برای اندازه گیری ، رحم در هفته های مقدم حمل باید اجرا شود .
- ۴) وقت دقیق اولین حرکت جنین باید پرسان شود ، که در خانم های کثیرالولاده در هفته ۱۶ و در اول باری ها در هفته ۱۸ رخ میدهد .
- ۵) ثبت ارتفاع غور رحم خصوصاً قبل از تریمیستر سوم بسیار قابل اعتماد و دقیق است ، ارتفاع غور رحم معمولاً در مریضان Post Term از اثر کم شدن مایع امنیوتیک کم میگردد.
- ۶) توقف تزايد وزن مادر در حمل های به ترم بمالحظه میرسد.
- ۷) در معاینه مهبلی ، رأس عمیقاً ثبیت شده و عنق Effacement نموده و نازک شده ، Postmaturity را طرح میکند.
- ۸) در معاینه X-Ray : مراکز تعظیمی نهایت سفلی فخذ در هفته های ۳۶ و نهایت علوی Tibia و عظام Cuboid نزدیک ترم بمشاهده می رستند .
- ۹) در Cephalometry که توسط اولتراسونو گرافی هفته وار اجرا میگردد ، تزايد قطر Biparietal (۱۷/۰ سانتیمتر فی هفتة) در چند هفته اخیر حاملگی بمالحظه میرسد. قطر Biparietal معادل به ۹.۸ سانتیمتر پختگی طفل و قطر ۱۰.۱ سانتیمتر با بزرگتر از آن Postmaturity را وانمود میسازد .
- ۱۰) امنیوستیزیز:- تناسب Sphingomyeline و Licithin بیشتر از ۱:۲.۵ پختگی طفل را وانمود میکند. سویه کریاتینین پختگی کلیه ها را نشان میدهد که 2mg/100ml مشعر پختگی طفل است .
- (a) Shake Test : یک تخنیک ساده و سریع برای پیش بینی پختگی شش های طفل میباشد. با امنیوستن از ورای جدار بطن مایع امنیوتیک تازه گرفته میشود ، به مقدار ۵ سی آن در تست تیوب انداخته شده و بهمین مقدار میتاپل الکل ۹۵٪ با آن علاوه و تیوب شدیداً با قوت تکان داده میشود . موجودیت یا ظهور حلقه از حیبات در Meniscus دلالت به مثبت بودن تست Shake مینماید . این نشان میدهد که موجودی مواد Surfactant در مایع با موجودیت ایتانول سبب تولید حبابات قف دار گردیده است .
- (b) Nile Blue Sulfate Test : مایع امنیوتیک بعد از اجرای امنیوستیز با Nile Blue رنگ نارنجی را به خود میگیرد . در هفته های ۳۶ حجرات نارنجی ۱۰٪ و یا کمتر ، بین هفته های ۴۰-۳۸ این

حجرات به ۵۰٪ میرسند . این تست به اساس مواد لیپیدی در حجرات جنینی که در دوره معینی از پختگی ظهور می نمایند استوار است .

Syntocinon Stress Test (۱۱)- با تجویز ۰.۱ الی ۰.۰۱ یونت اوکسی توسین از طریق I.V به

شکل رقیق شده میتوان قدرت تخرشیت رحم و امکان وقوع ولادت طفل را ارزیابی نمود .

(۱۲) امنیوسکوپی : هرگاه مایع شفاف همراه با تکه پاره های Vernix در بین Fore Water با امنیوسکوپ دیده شود ، نشان دهنده آنست که ضجرت جنینی موجود نیست .

(۱۳) مطالعه هورمونی بشکل متواتر یا Serial مانند هورمون های پرآگناندیول و استریول در پلازما و ادرار نشان دهنده تنقیص وظائف پلاستنائی اند . تعیین سویه Estriol ادرار ۲۴ ساعته ، ممکن است وظائف جنینی مادری پلاستنائی را مشخص سازد .

سویه هورمون Estriol در پلازما و ادرار در جریان نیمه دوم حاملگی تا ترم بصورت پیشرونده تزايد می یابد . در حمل به ترم اندازه آن در پلازما به ۵ الی ۴۰ میلی گرام و در ادرار به ۴۰ میلی گرام فی ۲۴ ساعت میرسد . تست باید به شکل سریال ادامه یابد ، زیرا یک معاینه واحد از سبب تغییرات سویه ستروجن در اخیر حاملگی قابل اعتماد نیست . یک تنقیص دوامدار و طولانی ناگهانی در سویه هورمون ستروجن در سریال های متوالی دلالت به مردن طفل میکند و نزول بطی آن نشان دهنده خطر برای جنین است . پائین بودن سویه Estriol ادرار از ۴ میلی گرام فی ۲۴ ساعت مشعر عدم کفاية پلاستنائی بوده و قریب الوقوع بودن مرگ طفل را وانمود میکند .

از نظر طب حقوقی (Medicolegal Aspect)

چون مدت معینه زمان حمل توسط دادگاه مشخص نگردیده است . بناءً پوست ماجوریتی پرابلم های عدیده طبی و اخلاقی را خلق میکند . لذا هنگامیکه شوهر در جریان مدت زمان معینی که معمولاً برای حاملگی قابل قبول است از خانم خود دور بوده باشد . مشروعیت طفل زیر سؤال قرار میگیرد . یک حمل ۳۴۶ روزه هم باساس قضاویت هیئت قضائی انگلستان و یک حمل ۳۵۵ روزه هم باساس قضاویت دادگاه عالی نیویورک ، قانونی و مشروع شمرده شده است . به یک حمل انانسیفل توسط عملیه C.S یکسال و ۲۴ روز بعد از آخرین عادت ماهوار خانم خاتمه داده شده است .

تدابیر و اهتمامات

A- توقعات (Expectant) :- وقتیکه تشخیص نامعین باشد ، تدبیر متوقع انجام شود . تأیید بیشتر

بوسیله اجراءات ذیل بدست میآید :

۱) تعیین فعالیت جنینی .

۲) اندازه گیری Effacement و توسع عنق رحم .

- ۳) امنیوسکوپی برای مشخص ساختن میکونیوم در مایع امنیوتیک .
 ۴) تعیین سویه Estriol پلاسمای شکل سریال یا متواتر.

Active -B

- ۱) به تمام مریضان که با تاریخچه هایپرتانسیون ناشی از حاملگی ، هایپرتانسیون اساسی ، تهدید سقط و اول باری های مسن بلندتر از ۳۰ ساله اند ، نباید اجازه داده شود که حمل شان به Postmaturity بینجامد ، زیرا خطر Anoxia جنین موجود است .
- ۲) اعتلالان Postmaturity و Breech استطباب C.S دارد .
- ۳) در صورتیکه باختن وزن مادر و یا خورد شدن محیط شکم آن ، کم شدن حرکات جنینی از ۱۰ الی ۱۲ فی ساعت و یا تفیض حجم مایع امنیوتیک بمالحظه بررسی ، به حمل باید خاتمه داده شود. کم بودن اندازه قطر عمودی Pool از ۲۰ میلی متر توسط سونوگرافی ارزش تشخیصی دارد .
- ۴) هنگامیکه تصمیم به ختم حمل گرفته شد ، اهتمامات و تدابیر به دریافت های کلینیکی مربوط است. مریضه بسیار با احتیاط معاینه گردد که آیا عدم تناسب رأس و حوصله موجود است. رأس در حوصله ثابت شده است . این پروسه باید با معاینه مهبلی تعقیب شود ، اندازه حوصله ، تناسب رأس و حوصله و وضعیت عنق مشخص گردد .
- ۵) در بعضی خانم های اول باری خصوصاً آنهائی که از سن ۳۰ سالگی به بالا و یا با تاریخچه عقامت قبلی و یا خانم های سابقه هایپرتنشن ناشی از حاملگی داشته اند و هم چنین کسانیکه عنق رحم ناپخته (Unripe) دارند ، سزارین سکشن بهترین طریقه ولادت است.
- ۶) در دیگر خانمها ولادت با اجرای عملیه Amniotomy باید تحریک گردد ، مشروط بر اینکه مریضان سابقه C.S نداشته باشند.
- ۷) پسارهای مهبلی ۲-۳ میلی گرام پروستاگلندین E_2 معمولاً برای تحریک کافی اند.
- ۸) تمزق جراحی Amniotomy (Fore Water) شاید انجام شود . اگر مایع کم و حاوی میکونیوم بود ، سزارین سکشن عاجل و فوری برای اجتناب از خطر زجرت جنینی اجرا گردد .
- ۹) Oxytocin وریدی بعد از امنیوتومی فوراً میتواند شروع شود و یا داکتر ولادی نسائی شاید ترجیحاً ۵-۶ ساعت را برای شروع دردهای بنفسه انتظار ببرد .
- ۱۰) در این مدت قلب جنین و تقلصات رحمی دقیقاً با Cardio Tocography برای تشخیص زجرت جنین محاسبه و ثبت گردد .
- ۱۱) با ظهر ضجرت جنینی در صفحه دوم استطباب فورسپس و یا Vacuum گذاشته میشود .

۱۲) اگر تطبيق Syntoicnon در تولید تقلصات موثر در ظرف ۶ ساعت به ناکامی انجامید ، استطباب دارد .

۱۳) دیستوسيای شانه و یا ولادت انسدادی شانه ، از اثر بزرگی طفل: دیستوسيای شانه بعد از ولادت رأس شاید رخ دهد . مريضه به وضعیت Lithotomy آورده شود ، با استفاده از فشار بالای غور رحم رأس به طرف پائین و به عقب مطابق به محور حوصلی کشیده شود . شانه قدامی شاید با انگشتان به زیر ارتفاق عانه برای ولادت تدور داده شود . اگر ناموفق بود انسترزی عمومی توصیه و تدور شانه انجام گردد و شانه خلفی قدامی ساخته شده و ولادت داده شود .

Dysmaturity

تعريف

این بدان معنی است که پلاستتا در تهیه مواد غذائی و O_2 لازمه جنین که رشد انرا به حالت نارمل حفظ کند عدم کفايه نشان میدهد ، در نتيجه منجر به تأخير رشد جنین داخل رحمی (Small for dat) و یا Desmaturity جنین میگردد.

اسباب

- ۱) در یک تعداد وقایع خاصیت عود کننده دارد .
- ۲) در Postmaturity .
- ۳) ابنارمیلی جنینی .
- ۴) فرط فشار خون ناشی از حاملگی .
- ۵) فرط فشار خون اساسی .
- ۶) در خونریزی های مکرر دوره حاملگی .
- ۷) امراض مزمن کلیوی .
- ۸) امراض قلبی .
- ۹) دیابت شکری .
- ۱۰) عدم تطابق Rh فکتور (Mادر Rh^ϕ باشد) .
- ۱۱) امراضیکه قوای جسمانی مادر را به تحلیل می برند (ضعیف کننده) .
- ۱۲) انومالی های اروانی پلاستنائی .
- ۱۳) مادران سیگرت کش (دود کش) .
- ۱۴) ادویه مانند: methotrixate&Trimetoprim , Warfarin soudium .
- ۱۵) حمل های چند گانه .
- ۱۶) اسباب نا معلوم .

پتوفزیولوژی

سوء تغذیه مواد چربی اساسی ترین نفیصه متابولیک نزد اطفال Small for date میباشد. طفل ذخیره ناکافی هر دو نوع چربی سفید و نصواری را دارد. این شاید از اثر ناکافی بودن انتقال مواد کاربوهیدرات و اسیدهای شحمی در نتیجه خرابی وظیفی پلاستنا باشد. درینجا ممکن است عدم کفایه افزار انسولین جنبی و یا عدم کفایه ذخیره گلوکوز داخل حجری که برای سنتیز و ذخیره تراوی گلیسریدها ضروری اند موجود باشد. و هم شاید تولید و یا فعالیت افزایی های که مسئول ذخیره تراوی گلیسریدها هستند، معروض به عدم کفایه باشند. بنابراین دلایل، چربی جنبی (هردو نوع نصواری و سفید) تنقیص نموده و ذخیره گلایکوژن در کبد و عضلات قلبی کمتر از اطفال قبل الولاده که عین وزن تولد را دارند میباشد.

همچنین در اطفال دیسمچور نسبتاً فعالیت متابولیکی نسجی بیشتر است. تقاضا و مصرف O_2 شان در هر واحد وزن ترازید میابد، که این ایجاب یک صفحه انتقالی بین ولادت و برقرار سازی تغذی طفل را مینماید که امریست پر مخاطره. درین صفحه تاسیس هیپوگلایسیمی، اسیدوز متابولیک و هیپوترومی معمول اند. از نظر کلینیکی هیپوگلایسیمی عمدت ترین نفیصه متابولیکی میباشد، که این از اثر فقدان ذخیره گلایکوژن جنبی بوده که شاید با Apathy، بیحاله گی، بیحالی، تخرشیت و اختلالات مترافق باشد. که این قابل وقایه است. علاوه‌تا خونریزی داخلی استانش شش ها یک خطر دیگر است. عدم کفایه اندازه طحال، کبد، غدوات ادرنیال و تیموس متناقص بوده، ولی اندازه قلب و مغز بصورت غیر متناسب بزرگ تراند. لذا اطفال Small for date رأس بزرگ دارند، این یک حقیقت را بر اینکه اعضای حیاتی معروض به سوء تغذی داخلی رحمی شده اند آشکار میسازد.

لوحه کلینیکی

- ۱) در معاینه بطنی عدم کفایه رشد نارمل رحمی قابل دریافت است.
- ۲) Oligohydramnus موجود است.
- ۳) در جریان حاملگی مادر وزن می بازد و یا اینکه تنها چند کیلو گرام وزن محدود میگیرد.
- ۴) Gravidogram: در اندازه گیری ارتفاع غور رحم از حذای ارتفاق عانه و محیط شکم مادر در سویه سر، بصورت هفتنه وار نه تنها ترازید بعمل نیامده، بلکه شاید تناقص هم دیده شود.
- ۵) ثبیت و اندازه گیری محیط شکم به شکل سریال معلومات زیادی را بدسترس میگذارد و معلومات بیشتری با اندازه گیری محیط بطن به شکل متواتر (Serial) در زمینه بدست آورده میشود.

تشخیص

- ۱) علائم ضجرت جنبی با .Cardio Tocography

۲) بررسی و اندازه گیری متواتر قطر Bipartal ، لakan نسبت به قدرت ذخیره ورشد غیر متناسب دماغ نسبت به بدن کمتر میتواند مفید واقع شود.

۳) سویه افراغ ستروجن و پروجسترون در ادرار تدریجاً کم شده میروند.

۴) با اجرای تست Nile blur sulfate که فصیل حجرات نارنجی رنگ نسبت به سن حاملگی را نشان میدهد ، دیسمماچوریتی بخوبی مشخص میشود.

اختلاطات موءخر

در ارتفاع غور رحم با محاسبه سویه سره نه تنها تزايد ، بلکه شاید تناقض هم بمالحظه رسد.

بعد از ولادت

از نظر کلینیکی تشخیص اطفال Small for date با اطفال قبل الميعاد همیشه آسان نیست . لakan نقاط ذیل لوحه را مشخص میسازند و وزن وجود کمتر از ۲۵۰۰ گرام و یا کمتر از ۱۰٪ وزن مروجه همان مردم است .

۱) نرم بودن Vernix caseose

۲) جلد شفاف و نازک ، ترک دار ، چین خورده و متفلس ، با شحم تحت الجلدی جزئی از سبب سوء تغذیه (تعذی ناکافی) دریافت شده و هم جلد ناحیه اطراف ران ها و سرین نرم و شل است.

۳) جلد حبل سروی و جیب از سبب موجودیت میکونیم که از اثر Anoxia در داخل مایع امینوتیک عبور نموده است طلائی رنگ معلوم می شوند .

۴) موها و ناخن ها درازترند و در کف دست ها و پاهای طفل چملکی های مشابه به دست رختشوی ها دیده میشود .

۵) ضجرت شدید سیستم تنفسی ممکن انکشاف کند .

۶) پلاستتا اکثراً حجمًا کوچک بوده و شاید نقاط احتشائی کوچک هم در آن بمالحظه رسد .

۷) هیپوگلایسیمی ممکن سریعاً تأسیس کند .

۸) اطفال Small for date بسیار چست ، زیر کک (سرزنه) بانشاط و نآرام بوده و نسبت به اطفال Preterm پاسخگوئی بهتر به ریفلکس ها دارند .

• اختلاطات مقدم

۱) عدم کفایه شش ها که زمینه اتلکتازی و سندرم ضجرت تنفسی میباشد .

۲) انشاق میکونیم .

۳) حملات سیانوتیک .

۴) انتسانات .

۵) زردی یا یرقان .

- ۶) هیپوگلایسیمی .
- ۷) هیپوکلریمی .
- ۸) هیپوترمی .

• اختلالات مخمر

- ۱) اعراض نیورولوژیکی ، مانند تأخیر عقلی ، هیمی پلیجی ، دیر بحروف امدن و عادت های پائین تراز سن طبیعی .
- ۲) هیموراژی داخل قحفی در بسیاری اطفال سویه Thrombo test پائین تراز ۱۰٪ نارمل است .

اهتمامات

A- در جریان حامله داری

- ۱) مراقبت جدی و خوب Antenatal .
- ۲) تشخیص مقدم و اخذ اهتمامات لازمه فکتورهای سببی .
- ۳) بستر نمودن و مراقبت جدی وضعیت طفل و پلاستا .

B- در جریان ولادت

- ۱) هنگامیکه تشخیص تأیید شد ولادت تحریک گردد .
- ۲) مشاهده نزدیک و صمیمی از قلب جنین ترجیحاً با Cardiotocography انجام شود .
- ۳) اجرای C.S با مشاهده هیپوکسی عملی شود .
- ۴) از ولادت های ترضیضی باید اجتناب گردد .

C- مراقبت طفل Dismature

- ۱) در صورت خطر (Aspiration) و انشاق میکونیوم ، نزد طفل به صورت مستقیم تخلیه مایع امینوتیک بالرنگوسکوپ اجرا گردد .
- ۲) حرارت بدن طفل حفظ شود . اکسیجن و رطوبت عیار گردد ، اطفال برنه در انکوباتور گذاشته شوند و درجه حرارت انکوباتور به سطحیکه حرارت طفل را بلندتر از ۳۶ درجه سانتی گرید و رطوبت را به ۶۵-۷۰٪ حفظ کند ، عیار ساخته شود . اکسیجن به غلظت کم ، بدفعات و بمدت کوتاه داده شود . از هیپوترمی طفل ، با خشک کردن عاجل آن بعد از ولادت و پوشانیدن یک حوله گرم و خشک جلوگیری شده میتواند . سقوط حرارت عضویت طفل بیشتر از چند درجه محدود زمینه معیوبیت و وفیات را بلند میبرد .
- ۳) تغذی

- a) تغذیه از سینه مادر فوراً بعد از ولادت شروع شود . طفل که ریفلکس چوشیدن دارد ، بعد از احیای مقدم به سینه انداخته شود . تغذیه با شیر مادر بمقدار کم ولی بدفعات متعدد تشویق گردد .

(b) تغذیه با سند Nasogastric :- یک تیوب تغذی نرم از طریق بینی به داخل معده جایجا شود . بهر ۱-۲ ساعت تغذیه شروع و فاصله بین دفعات تغذی تراوید یافته تا به ۳ ساعت برسد . شیر رقیق داده شود . اگر این امکان موجود نبود از گلوکوز ۵٪ استفاده شده میتواند . قبل از هر شیردادن باید خود را از خالی بودن معده طفل مطمئن ساخت .

(c) تغذی از راه دهن :- اطفال ۳۴ هفته و یا بلندتر از آن که معروض به پرابلم های تنفسی و عصبی نباشند می توانند تغذی از شیر مادر را بزودی بعد از ولادت شروع نمایند .

(d) تغذی وریدی اگر طفل قادر به بلع و چوشیدن نباشد شروع گردد . محلولات گلوکوز ۱۰٪ و الکترولیت ها داده میشوند .

(۴) Hypoglycaemia :- بحالی اطلاق میگردد که شکر خون طفل با وزن کمتر از حد نارمل پائین تر از ۲۵٪ میلی گرام باشد و در اطفال که در وقت تولد وزن طبیعی دارند پائین تر از ۳۵٪ میلی گرام و در سه روز اول بعد از تولد کمتر از ۴۵٪ بدون در نظر داشت وزن شان در هنگام ولادت باشد . هیپوگلایسیمی اکثراً نزد اطفال small for date ، اطفال مادران دیابتیک ، اریتروblastozوفیتالیس ، اطفال مصاب به اسفکسی ، انتانات شدید و سندروم انحطاط تنفسی دیده شده میتواند .

این پروسه با تعیین سویه شکر خون در هر ۲ ساعت یکمرتبه مشخص شده میتواند ، در صورت ظهور هیپوگلایسیمی ابتدا ۲۰۰ میلی گرام فی کیلو گرام وزن بدن (۲ میلی لتر فی کیلو گرام) از گلوکوز ۱۰٪ به یک دوز واحد وریدی تطبيق و به تعقیب آن با تطبيق گلوکوز ۱۰٪ به شکل قطرات به ۴-۸ میلی گرام در هر کیلو گرام وزن بدن در فی دقیقه برای ۴۸-۲۴ ساعت عیار گردد .

(۵) هیپوکلسیمیا:- به حالت که سویه کلسیم در سرمه خون طفل پائین تر از ۸٪ میلی گرام در روز اول و ویا کمتر از ۷.۵٪ میلی گرام در روزهای بعدی باشد گفته میشود . تداوی آن شامل تجویز کلسیم گلوکونات ۱۰٪ به مقدار ۲ میلی لتر فی کیلو گرام (۱۸ میلی لتر فی کیلو گرام از Elemental calcium) به داخل اورده محیطی در ظرف ۱۰ دقیقه توأم با کترول حرکات قلبی می باشد . این تداوی با تجویز دوامدار وریدی Elemental calcium به مقدار ۷۵ میلی گرام فی کیلو وزن در ۲۴ ساعت و یا تجویز کلسیم کلوراید فمی بمقدار ۱-۴ میلی گرام فی روز در هر ۶ ساعت و یا کلسیم لکتات بمقدار ۲-۳mg/day در هر شش ساعت) در محلول ۱۰٪ شروع و تا سه روز بعد از نارمل شدن سویه کلسیم خون طفل باید دوام داده شود .

(۶) بمواد اضافی دیگر مانند ویتامین های D و A و آهن ندرتاً در ظرف سه ماه اول ضرورت احساس و بمقدار 1mg ویتامین K در وقت ولادت تطبيق شود . در ظرف ۲ هفته اول مرکبات ویتامین های دیگر همراه با غذا داده میشود .

مقدار مورد ضرورت روزانه عبارت اند از:

Vit D	400 I.u
Vit A	1500-500 I.u
Vit C	30-35 mg
Thiamin	0.5-1.5 mg
Riboflovin	0.5-1.5mg

(۷) هایپریلی روینیمیا:- تدابیر و تداوی نظر به وسعت هایپریلی روینیمیا فرق میکند . در طفل

مبتلائیکه قبل المیعاد ولادت شده اگر سویه بیلی روین ۱۱ میلی گرام باشد و هم طفل پخته ایکه سویه پیلی روین آن از ۱۷.۵mg/100ml بلندتر باشد ایجاب Exchange transfusion را میکند . در وقایع خفیف تر Photo therapy اجرا گردد و اگر سویه بیلی روین دوباره به بلند رفتن شروع کند .

Bright illumination nurseries استطباب دارد فوتوتراپی ممکن در Exchange transfusion و یا با استفاده از اشعه آبی میتواند انجام شود . از جریان پروتون light emite که بیلی روین اوکسیدایز شده جلد و اوعیه شعر را به شکل بیلیوردین بی ضرر و دیگر مواد قابل حل در آب تبدیل میکند ، نیز استفاده شده میتواند . فوتوتراپی با شعاع سفید (در حدود 500 Foot candles) از اشعه Blue مصئون تر است ولی هر دو ممکن است تخریبات شبکیه را سبب گردند . (مگر اینکه چشم ها پوشانده شوند) و دیها برای رشتن از سبب ضیاع آب بصورت غیر محسوس نیز بیان آمده میتواند . فوتوتراپی در هایپریلی روینیمی در اطفال پریماچور و امراض هیمولیک ارزش خاص خود را دارد.

(۸) سندروم انحطاط تنفسی:- بیشتر در اطفال پریماچور ، اطفال مادران دیابتیک و اطفال ولادت شده با عملیه سزارین سکشن معمول است . ندرتاً شاید بالای اطفال Small for date و اطفال به ترم اثر کند .

لوحه کلینیکی

(۱) اطفال در هنگام ولادت طبیعتاً گریه نموده و تنفس دارند . اسفکسی زمان ولادت شدت مریضی را زیاد میسازد .

(۲) در ظرف ۱-۲ ساعت علائم انحطاط تنفسی تظاهر می نماید ، مثلاً سرعت اندازه تنفس به دقیقه (۶۰ مرتبه) بلند می رود . تنفس خرناکی گردیده و ضعف عضلات بین الصلعی و ذیل خنجری (قصی) بوقوع می رسد . تنفس بطی است و با بلند رفتن جدار بطن عظم ذیل خنجری به طرف داخل پائین کشیده میشود .

(۳) سیانوز مرکزی توقف تنفسی بصورت مرحله ای بمالحظه می رسد .

(۴) در معاينه رال های نازک باشهيق عميق دریافت میشود .

در X.Ray صدر تظاهرات گرانولر ظریف ، کوچک و باریک (Graund Glass) در ظرف 48h مشاهده شده میتواند و احیاء مریض معمولاً ۱۰-۷ روز را در بر میگیرد . سندروم انحطاط تنفسی ممکن است بسیار سریع انکشاف نموده و در ظرف چند ساعت محدود مرگ را باز آورد ، اندار آن به اطفال پریماچور Small for date خراب تر است .

تداوی

۱- اوکسیجن توسط Airway با فشار دو امداد مثبت و یا تهویه با فشار مثبت متقطع برای طفل داده شود .

۲- اسیدوز شدید و تنقیص Base ممکن است از اثر ناکافی بودن حرکات تنفسی بوجود آید . اسیدوز با تجویز سودیم بیکاربونات با ساس معاینه PH خون اصلاح گردد .

۳- مایعات ، الکترولیت ها و تغذی طفل با تجویز دکستروز ۱۰٪ بشکل پروفوژیون وریدی بمقدار مجموعی در ظرف ۲۴ ساعت اصلاح گردند .

ازدادر

اگر چه واقعات ولادت اطفال کم وزن چه دیسما چور و چه قبل الميعاد ، کمتر از ۱۰٪ مجموعی ولادت ها را میسازد . حدود ۷۰٪ این اطفال در ظرف هفتنه اول معروض به مرگ میگردند . طفل خوردنتر ولادت شده کمتر چانس زندگی دارد . ۷۰٪ شان در ظرف 48 h اول زندگی پدرود حیات میگویند . اگر طفل در ظرف این دو روز بحرانی زنده مانده بتواند . چانس خوبتر برای زنده ماندن دارد و از سبب پخته شدن بیشتر اطفال دیسما چور دوران حاملگی اندار، بهتری نسبت به اطفال قبل الولاده که بعین وزن باشند دارند .

تعريف

ادويه اوکسيتوسين Oxytocics

ادويه که سبب تحریک تقلصات رحمی گردد و در نتیجه تولد طفل سریع می گردد، بنام **یاد میگردنداشکال مختلف ادویه Oxytocics** وجود دارد مانند: **Oxytocin** و **Ergometrine** (PGS) و **Prostaglandins**.

Oxytocin -A

یک Octapeptide (8 امینو سید) بوده بصورت تجاری بشکل Syntocine و به صورت طبیعی از فص خلفی غده نخامية بشکل Pitocin افزای می گردد. این ادویه از طریق فمی موثر نبوده و به صورت IM و IV و یا از طریق زیر زبانی داده می توانیم. نیمه عمر آن در صورتیکه IV داده شود 3Minut میباشد، زیرا Oxytocinase بسرعت توسط انزایم Oxytocin تحریب می گردد. زرق IM و S.C (تحت جلدی) آن کمتر قابل استفاده و یا غیر قابل استفاده است.

میکانیزم عمل آن: عمل آن بالای ارگانهای مختلف قرار ذیل است:

۱- سبب تولید تقلصات ریتمیک رحم بوسیله افزایش قابلیت نفوذیه دیوار حجروی به Ca می گردد، که در نتیجه حساسیت عضله به تقلص زیاد می گردد. در ماه های اول حاملگی جواب به Oxitocin خفیف است ولی در Late pregnancy یا اواخر حاملگی پاسخ فزیولوژیکی به شکل تقلصات ریتمیک رحم بمقابل Oxytocin موجود است. دوزهای زیاد آن بصورت غیر نارمل میتواند سبب تقلصات دوامدار شود، که در نتیجه سبب توقف جریان خون پلاستائی و بالاخره منجر به مرگ جنین می گردد.

۲- Oxytocin سبب تقلص حجرات میوپیتیل ثدیه شده، که در نتیجه سبب ترشح شیر می گردد. در پاسخ به مکیدن شیر و یا گریه طفل تنهایات به فص خلفی غده نخامية رسیده سبب تحریک و ازاد شدن نوسانی Oxytocin بداخل جریان خون می شود، این حادثه سبب تقلص حجرات میوپیتیل و افزای شیر به طرف قنات ها می گردد که این حادثه بنام Let down reflex یاد میشود.

۳- ممکن سبب کاهش خفیف جریان پلاسمما کلیه از اثر تقلص شریان نچه ها Afferent گردد.

۴- سیستم قلبی وعایی: در دوزهای کتلولی (Buluse) سبب تنزیل فشار خون می گردد، بعداً خفیفاً فشار خون را بلند میبرد. لیکن بعد از نیم ساعت فشار خون نورمال می گردد.

۵- تاثیر Antiduritic: که بعلت جذب محدود آب ساده ایجاد می گردد. در یک خانم در حال ولادت با گرفتن مقدار زیاد محلول Dextrose همراه Syntocinon جریان ادرار کاهش می یابد و

مسومیت با آب ایجاد می گردد . این خاصیت Antidiuritic آن چند دقیقه بعد از قطع دوا رفع می گردد

• طرق تجویز

میتواند بصورت IM ، IV و یاتحت الجلدی (S.C) Buecal Spray یا دهانی و انفی به وسیله Snuff مثل نصوار یعنی استفاده گردد .

• Observation یا نظارت : نظارت دقیق باید انجام شود .

(۱) هر ربع ساعت باید قلب جنین به منظور دریافت زجرت شنیده شود .

(۲) دوام، فریکونسی و قدرت تقلصات رحمی باید یا داشت گردد .

(۳) فاصله بین تقلصات رحمی باید مدنظر باشد .

(۴) (Infusion rate) تعداد قطرات مایع وریدی باید به احتیاط نظارت گردد .

(۵) مراقبت دقیق بر زجرت جنین و مادر باید صورت گیرد .

• موارد استعمال

I. برای تحریک ولادت در حمل اضافه تر از ۳۸ هفته یا بیشتر از آن نیز موثر است مانند واقعات Postmature .

II. در واقعات ولادت های غیر فعال برای تقویه پروسه ولادت .

III. برای وقايه و تداوي خونریزی بعد از ولادت .

IV. برای تراوش شیر در زمان شیردهی .

V. در سقط Therapeutic .

تجویز

IV-A (وریدی) :- از پمپ انفوژیون به منظور دادن Syntocinon باید استفاده گردد . یک میلی لیتر آن ، که حاوی 5 unit اوکسی توسین است به 1000ml سیروم dextrose 5% علاوه گردد ، که بدین صورت در 1 ml محلول گلوکوز Oxytocic 5 mili unit موجود میباشد .

دو بوتل گلوکوز یکی حاوی Oxytocin و دیگر شبدون Oxytocin بوسیله یک اتصال Z به تیوب ولادت متصل گردد ، این سهولت چنین معنی میدهد که شروع با محلول Oxytocic صورت گیرد در صورت بروز حساسیت به ساده گی میتواند تعویض گردد . ابتدا 15 drop/min شروع گردد که بدین ترتیب 1 ml/mi (که حاوی Oxytocin 5 mili umit) در یک ملی لیتر می باشد ، ۱۵ قطره هر نیم ساعت افزایش باید تا به حد اکثر ۶۰ قطره فی دقیقه (20 mili unit فی دقیقه) برسد . اندازه آن طوری تنظیم گردد که فاصله تقلصات بعد از هر یک نیم تا دو دقیقه تکرار شود و برای یک دقیقه دوام می کند .

B- زرق تحت الجلدی و عضلی:- این طرق خطر ناک می باشد بخاطر اینکه اندازه تخریب و جذب آن غیر قابل پیش بینی است.

C- تابلیت های Buccal tablets تحت اللسانی :- تابلیت های unite ۱۰۰ آن وجود دارد.

یک تابلت هر نیم ساعت داده می شود . تابلت ها در زیر زبان گذاشته می شود و بتدریج مقدار کم Oxytocin جذب می گردد ، ۰.۱٪ از دوز تجویز شده به رحم می رسد . تجویز فمی آن غیر قابل استفاده میباشد ، زیرا که دوا در معده تخریب می گردد .

مضاد استطبابات

• مطلق

(C.P.D) عدم تناسب راس و حوصله

۲) قرار غیر نورمال و اعتلالات معیوبه مانند Oblique قرار متغیر و اعتلان Brow.

۳) پتانلوژی های عنق مانند ندبات ناشی از عملیات های سابق تمیم ان.

• نسبی

Grand multiparity (۱)

C.S قبلی (۲)

Poly hydramnios (۳)

Placenta praevia (۴)

Prematurity (۵)

حاملگی همراه دیابت از سبب خطراتیکه حاضراً جنین را تهدید می کند . (۶)

• خطرات

۱) تمزق رحم .

۲) تنبیه زیاد که باعث زجرت جنین و مرگ داخل رحمی آن می گردد .

۳) احتباس مایعات که منجره تسمم با آب می گردد .

۴) Neonatal hyperbilirubinemia که از سبب پندیده گی او سمومیک کریوات سرخ خون که منجره کاهش خصوصیت الاستیستی آنها شده بنابرآسانی هیمولیز می گردند .

تست های حساسیت

0.05 یونت Syntocinon stress test در ۵ ملی لیتر آب مقطر بمقدار ۱ ملی

لیتر فی دقیقه زرق گردد(0.01 یونت در یک دقیقه) . زرق هنگامیکه تقلصات رحمی شروع و یا وقیکه ۵ ملی لیتر از محلول زرق گردید توقف داده شود ، اگر در ظرف ۵ دقیقه تقلصات رحمی شروع شد تست مثبت است .

(Prostaglandins - پروستاگلاندین ها) B

یک گروپ از Fatty acid های حلقوی اند همراه با اثرات بیولوژیکی متفاوت . که تقریباً تمام ارگان ها و سیستم ها را در بر میگیرد . اینها عبارتند از مشتقات Arachidonic acid که سبب تقلصات رحمی میگردند . این مشتقات در معده تخریب نمیگردند و میتوانند فمی هم استعمال گردند . اساساً در مایع منوی (Siminal) یافت میگردند لکن حالا تقریباً در تمام انساج عضویت یافت میگردند . فرآورده های مصنوعی آن نیز در دسترس هستند . اینها برای تحریک ولادت بخصوص در هفته های ابتدائی حمل میتوانند بکار روند . این مشتقات اثر Anti duritic ندارند . انواع زیاد پروستاگلاندین ها وجود دارد ولی در کلینیک صرف دو نوع آن استعمال میگردد .

(PGE2) Prostaglandin E2 (a)

(PGF2 α) Prostaglandin F2 α (b)

PGE2 ، ۵ مرتبه قوی تر نسبت به PGF2 α میباشد و به صورت موافقانه در تحریک ولادت و سقط استفاده میشود . اختلالات مادری و جنینی و همچنان قیمت بودن آن باعث شده که بصورت عادی و مروج استفاده نشود . این نوع نسبت به PGF2 α کمتر سمیت دارد و بنام Prostine E2 در دسترس میباشد .

• طرق تجویز

۱) زرقی

(a) IM (زرق عضلي):- این طریقه ندرتاً استفاده میگردد . PGE2 با دوز ۰.۲۵ ملی گرام داده شده و هر ۲-۱ ساعت تکرار میگردد . با استفاده از این دوا در ظرف ۱۶-۲۴ ساعت سقط صورت میگیرد .

(b) IV (زرق وريدي):- بشکل رقيق شده استعمال میگردد . محلول رقيق شده آن با علاوه کردن ۵ ملی گرام PGF2 α در ۱۰۰۰ سی سی نارمل سالین بدست می آيد . این شکل رقيق شده با غلظت ۵ میکرو گرام در ملی لیتر میباشد .

مقدار ابتدائي انفورزن تجویز شده حدود ۰.۵ میکرو گرام فی دقیقه ممکن باشد ، از سبب عوارض جانبی جدی آن استعمال این شکل معمول نیست .

(c) SC (تحت الجلدی):- پروستاگلاندین ها از این طرق هم استعمال شده میتوانند .

۲) تابلت های مهبلی Pesaries و يا Vaginal tablets :- ضرورت به تجویز مقدار

زیاد است . دوز Passary با مقدار ۳ ملی گرام ممکن است به صورت موضعی استعمال گردد . در قسمت بالائی فورنکس خلفی گذاشته می شود و اگر ولادت صورت نگرفت در سه ساعت بعدی ممکن است تکرار شود .

Intra Amniotic (۳)

این طریقه برای تحریک سقط در ترایمستر دوم و یا هفته های مقدم حاملگی به کار میروند. یک سوزن نخاعی با سوراخ پهن را از جدار بطن (Trans Abdominally) در جوف امینون داخل و بمقدار ۴۰ ملی گرام PGF2a در آن زرق میگردد. اگر پروسه سقط در جریان ۲۴ ساعت بوقوع نپیوست، یک دوز دیگر بمقدار ۱۰ تا ۴۰ گرام داده شود.

Extra Amniotic (۴)

Internal OSS قرار گرفته و بعداً با آب مقطر Bag گردد. یک کتروریدی نایلونی به نهایت Distal کتر جا داده شود، محلول PGE2 که حاوی ۱۰۰ میکرو گرام فی ملی لیتر است، آماده گردد. ۱ ملی لیتر این محلول به صورت ابتدائی مستقیماً از طریق کتر داده شود و سپس مقدار آن تدریجی به اندازه ۳ ملی لیتر فی ساعت تنظیم میگردد. زیادتر از ۹۰٪ مریضان در جریان ۴۸-۲۴ ساعت سقط می کنند.

طریقه های intra Amniotic و Extra Amniotic بخاطر جلوگیری از عوارض جانبی سیستمیک بکار برده میشوند.

Oral (۵)- شکل فمی چون سبب تقلصات قوى میومتر یوم میگردد. بناءً در موارد ذیل استعمال

میگردد:

- (a) تحریک سقط .
- (b) تحریک ولادت .
- (c) عقامت در مردان به علت oligospermia .

عوارض جانبی

- ۱- دلبذی، استفراغ و اسهال .
- ۲- فلیبت دردناک به علت زرق IV .
- ۳- اگر دوزهای بلند استعمال گردد Hypotension .
- ۴- تقبض وعائی محیطی اگر به مقدار زیاد انفوژیون صورت گیرد منجر به Gangrene میگردد .

مضاد استطبابات

- (۱) Hypertonic uterine inertia (انرشی رحمی به شکل هیپرتونیک آن) .

- (۲) انسداد یا تضییق میخانیکی طرق ولادی .

- (۳) Placenta Praevia .

- (۴) زجرت جنینی .

ترکیب Prostaglandin و Syntocinon

اگر ولادت با پروستاگلاندین‌ها به تنهایی صورت نگرفت . میتوان Prostaglandin را با آن ضمیمه کرد . اینکه کدام بهتر است مورد بحث است . اگر Prostaglandin با مقدار زیادتر از ۲ یونت استفاده شود ، یرقان نوزادی بمالحظه میرسد در حالیکه با استفاده از پروستاگلاندین‌ها به ملاحظه نمی‌رسد .

Ergometrine –C

ارگومترین از ازارگوت خام (Crude ergote) بدست می‌آید . ماده ایست که سبب تقلص عضله رحم و افزایش فشار خون همراه با تقبض وعائی خفیف می‌گردد . شکل IV ارگومترین با مقدار ۵ . ملی گرام در ۵- کمتر از یک دقیقه (۴۰ ثانیه) تأثیر میکند و دوام تأثیر آن حدود ۳۰ تا ۴۰ دقیقه می‌باشد . زرق آن در مدت ۷ دقیقه بعد اثر میکند . شکل IM که در حدود ۰.۵ ملی گرام ارگومترین با ۵ یونت اوکسی توسین دارد در مدت ۲ دقیقه اثر میکند .

موارد استعمال

- ۱) وقایه ، پیشگیری و تداوی خونریزی بعد از ولادت .
- ۲) سقط .
- ۳) C.S
- ۴) ضایعات زیاد خون در دوره نفاسی (Many Loss in Puerperum)

زمان دادن زرق بسیار مهم است ، یا باید هنگامیکه سر نمایان می‌گردد (یعنی قطر رأس بوسیله فرج احاطه شده باشد) و یا هنگام ولادت شانه قدامی داده شود . اگر طفل تولد می‌شود و تزریق صورت نگرفته باشد ، باید بعد از ولادت بلافصله زرق صورت گیرد . زیرا اگر قبل از ولادت پلاستنا داده شود دفعت‌تقلص رحم را سبب شده و باعث احتباس پلاستنا می‌گردد . دوز ارگومترین ۰.۵mg/ml اده می‌شود .

میزان شیوع خونریزی‌های بعد از ولادت ۱۰ مرتبه در واقعات که جلوگیری و وقايه از H.P.P. ارگومترین نگرفته اند بیشتر است . این دوا نباید در زمانیکه جنین هنوز داخل رحم است استفاده شود ، زیرا ممکن است سبب تقلص دوامدار (Tonic) رحم و زحرت جنین گردیده و هم تمزق رحمی را بوجود آورد .

مضاد استطبابات

- ۱ در واقعات قلبی .
- ۲ در دوگانگی‌ها ، اگر جنین دوم هنوز در داخل رحم است .
- ۳ در فشار بلند ، فشار بلند ناشی از حاملگی و Eclampsia .
- ۴ در صفحات اول و دوم ولادت بخاطر خطر سیزم و توقف جریان خون پلاستنا و هم جنین تمزق رحمی .

فرآورده جدید

یک (RU486) Antiprogestine در حال ساختن است که میتواند برای تحریک ولادت و سقط بکار رود این دوا تا فعلاً به صورت تجاری در دسترس قرار ندارد.

تحریک ولادت

Induction of Labour

تحریک ولادت به معنی خاتمه بخشیدن به حاملگی به صورت مصنوعی بعد از هفته ۲۸ بخاطر تأمین ولادت مهبلی میباشد . قبل از این وقت نوزاد قابلیت حیاتیت مستقل را بخارج از رحم ندراد. انذار برای طفل از هفته ۳۶ حاملگی به بعد نسبتاً خوب است ، زیرا ریه های طفل به پختگی رسیده و خطر سندروم زجرت تنفسی کاهش می باید .

وقوعات

ووقعات ان بین ۵-۵۰% نظر باستطبابات مختلف که تجویز میگردد تفاوت نشان میدهد .

استطبابات

تحریک نباید انجام شود تا وقتیکه کدام استطباب ولادی منطقی و درست مطرح نباشد .

استطبابات عبارتند از:

A - مادری

۱) فرط فشار ناشی از حاملگی و eclampsia : - در فرط فشار خفیف ناشی از حاملگی که به تداوی جواب نداده باشد درینصورت در هفته ۳۸ تحریک صورت گیرد . در حالت Eclampsia تحریک ولادت بعد از کنترول حمله اختلالی صورت گیرد .

۲) امراض مزمن کلیه و فرط فشار خون اساسی که تحریک ولادت قبل از ترم بمقصص جلوگیری از خطر عدم کفایه پلاستی استطباب دارد.

۳) polyhydramnious :- با بر جسته شدن اعراض فشاری تحریک ولادت در نزدیک ترم استطباب دارد در مراحل مقدم حاملگی مقداری از مایع توسط یک سوزن lumber puncture گروزی وجود داشته باشد ، کشیده شده در صورتیکه اعراض بر جسته فشاری و یا انomalی های gross کشیده شود .

۴) Diabets mellitus :- در صورتیکه حاملگی از هر نگاه نورمال باشد و دیابت بخوبی تحت کنترول باشد . تحریک ولادت در جریان هفته های ۳۸-۳۷ صورت میگیرد .

۵) امراض مزمن کلیه از قبیل recurrent pyelitis ، chronic nephritis (التهاب عود کننده حويضه): حاملگی کدام اثر مضر بالای کلیه های صحتمند ایجاد نمیکند وقتیکه وظیفه کلیه تقریبا

مختل میگردد، تاثیرات حاملگی ممکن است از بد تا بدترین بالای ان باشد . تداوم حاملگی موجودیت پتانلوژی های ذکر شده را سنگین تر میکند . بناءً تحریک ولادت در هفته های بعدتر باید انجام شود .

۶ Essential hypertension

- ۷) استفرادات زیاد همراه با عالیم ketosis که در حاملگی موءخر ظاهر میگردد .
احتمال شناخت و تشخیص بسیاری از فاکتورها قبل از حاملگی مانند ، ظهور اولین اعراض فرط فشار خون ناشی از حاملگی ، اندازه پیشرفت مرض ، سن و تعداد ولادت ها ، جواب به تداوی ، اعراض و مشکلاتیکه در موجودیت فرط فشار ناشی از حاملگی علاوه میگرددن ، بخوبی استطباب تحریک ولادت را مشخص میسانند . از یک طرف خطر Prematurity در طفل مطرح بحث بوده واز طرف دیگر مرگ داخل رحمی جنین از اثر فشار بلند دوام آن در طول زنده گی بعدی خانم میباشد ، لذا اگر تحریک ولادت به خاطر مفاد به طفل و مادر باشد ، بهتر است که انجام شود .
- ۸) یرقان همراه با حاملگی ممکن یک علامه از Toximia حاملگی بوده و اندار خراب را وانمود میکند .

- ۹) Chorea gravidarum در هفته های اخیر حاملگی شاید نیازمند بتحریک باشد
۱۰) درجه خفیف عدم تناسب: بهترین اختصاص آن Multipare هالند ، زیرا نزد آنها خطر اترشیای رحمی کم بوده . و قابلیت ولادی شان را ثابت کرده اند .
۱۱) تاریخچه خونریزی در حاملگی های مقدم ، زیرا اگر تخریب در پلاستا ایجاد گردد این حالت غیر قابل برگشت است .

B-جنینی

حمل طولانی (Postmaturity) :- اگر تاریخ ولادت مطمئن باشد ، تحریک ولادت بعد از هفته ۴۲ صورت میگیرد .

- ۱) Antepartum Haemorrhage :- تحریک ولادت در هفته های ۳۸ در صورتیکه خونریزی قبل از ولادت موجود است ، بعد از معاینه تحت انتزی بخاطر رد اشکال Placenta- II-III & IV Preavia باید صورت گیرد و از طرف دیگر تحریک ولادت در واقعاتیکه خونریزی Accidental وجود دارد ، میتواند انجام شود .

- ۲) امراض هیمولیتیک :- تحریک ولادت در حالاتیکه سابقه طفل مصاب داشته و یا زمانیکه انتی بادی های مادر در معاینات افزایش نشان میدهد و یا اینکه معاینه مایع امنیوتیک احتمال متاثر شدن جنین را نشان بدهد ، توصیه میگردد . در وقایع متوسط و شدید مصایبت جنین ، باید تحریک ولادت

هنگامیکه سن حاملگی به ۳۴ هفتگی رسید صورت گیرد و Exchange Transfusion میتواند بعد از تولد انجام شود.

۳) سو اشکال جنین: در واقعات Anencephali و Monsters Hydrocephal (ناقص الخلقه) بخصوص اگر همراه Polyhydramnious باشد، تحریک باید بعد از تشییت تشخیص صورت گیرد.

۴) Intra uterine foetal death: یک استطباب نسبی برای تحریک ولادت است. ولادت بنفسه معمولاً بالاخره بوقوع می پیوندد، تحریک دوائی مسئون بوده اگرچه میتوود دوائی نمیتواند قویاً رد گردد، اندکشن باید برای جلوگیری از ترضیض روحی و روانی به مادر و هم برای رفع خطر DIC انجام گردد. این یک استطباب نسبی است و ولادت نورمال همیشه در جریان چند روز صورت میگیرد.

۵) IUGR (تأخر رشد داخل رحمی)، Dysmaturity، تاریخچه قبلی اطفال اضافه وزن یا اطفال بزرگ طوریکه با تحت نظر گرفتن حاملگی دیده شود که حمل بعدی هم تمایل به تزايد وزن دارد.

۶) سابقه خراب ولادی خاصتاً تکرار واقعات مرگ داخل رحمی.

• میتودهای تحریک

(۱) طبی (Medical)

-روغن costor: یک Laxative بوده که فکر میگردد باعث شروع شدن رفلکس تقلصات رحم از سبب حرکت امعای غلیظه گردد و برای شروع شدن پروسه ولادت داده میشود و ممکن است وقتی ولادت قریب الوقوع نباشد تأثیر نکند.

Oxytocin -II

Prostaglandine -III

Intra amniotic hypertonic saline 20% -IV

Intra amniotic hypertonic urea(80mg in 120 ml) -V

(۲) جراحی (Surgical)

.Sweeping of membran -I

Forewaters -II

Hind water -IV

-ترکیبی از هر دو .V

• میتودهای جراحی

۱) Sweeping of membran :- یک میتد ساده و مصنون میباشد و زمانی ممکن انجام شود که عنق رحم باز باشد ، غشاء از سگمنت سفلی رحم توسط یک انگشت جدا میشود . این عملیه سبب افزای پروستاگلاندین شده که باعث شروع شدن پروسه ولادت میگردد . خصوصاً زمانیکه حمل به ترم بوده و سر در قسمت پائین حوصله قرار گرفته باشد .

۲) تمزق مصنوعی جیب امنیوتیک یا امنیوتومی :- امنیو تومی با یک تکنیک کاملاً Aseptic انجام میشود . مریض به وضعیت Lithotomy قرار داده میشود . غشاء که در سگمنت سفلی رحم بیرون شده توسط فورسپس Kocher و یا چنگک مخصوص امنیون (amnio hook) تمزق داده میشود . مایع به آهستگی با تیله کردن رأس به علوی خارج گردیده و مقدار ورنگ آن یاداشت می گردد . صدای قلب جنین بعد از تمزق جیب باید شنیده شده و کنترول گردد و سقوط حبل سروی باید رد گردد ، زیرا ممکن است حبل سروی سقوط کند .

خصوصاً اگر سر بلند بوده و مترافقاً با Polyhhdramnios اشتراک داشته باشد که در این حالات میتوان تمزق را در قسمت Hind water انجام داد . اگر عنق مناسب باشد پروسه ولادت در جریان ۶ ساعت بعد از پاره شدن غشاء در ۲/۳ واقيعات شاید شروع گردد . اگر جنین نشد قطرات Syntocinon باشد شروع شود . اگر عنق آماده نباشد باید از پروستاگلاندین ها برای آماده کردن عنق استفاده شود . فاصله بین تحریک و شروع شدن ولادت وابسته به پختگی جنین ، حالت عنق ، Engagement عضو معتلن ، مقدار مایع خارج شده ، استطباب و میتد تحریک ولادت میباشد .

تحریک ولادت در صورتیکه عنق ۳ سانتی متر بازیوده و Effacement هم داشته باشد ، تمزق Forewater انجام ، عضو معتلن تثیت و مقدار بیشتر مایع خارج گردیده باشد ، خیلی موثر میباشد . احتمال موفقیت یا عدم موفقیت تحریک ولادت از جدول Bishop پیش بینی کرده میشود .

Bishop score				
Score	۰	۱	۲	۳
توسع عنق به سانتی متر	بسته	۱-۲	۳-۴	۵+
طول عنق به سانتی متر	۳	۲	۱	۰
وضعیت یا موقعیت عنق	خلفی	مرکزی	قدمامی	-
استحکام یا قوام عنق	سخت و محکم	متواتر	نرم	-
موقعیت عضو معتلن به سانتی متر بالاتر از شوک ها	-۳	-۲	-۱	۰

اگر نمره کمتر از ۵ باشد ، جنین پیش بینی میشود که ولادت احتمالاً بدون پختگی قبلی عنق شروع شود ، ولی اگر نمره ۷ باشد ، نشاندهنده اینست که ولادت به ساده گی شروع خواهد شد .

۳ - پاره گی Hind waters در واقعات Drew symthe برای کنترول خروج مایع و جلوگیری از شاک در اثر پائین آمدن آنی فشار صورت Polyhydramnios میگیرد.

ارزیابی عنق توسط Bishop score انجام میگردد، عبارت از توسع، طول، قوام و موقعیت عنق و عضو مעתله میباشد.

طوریکه در جدول دیده میشود بیشترین نمره عدد ۱۳ است، که نشاندهنده شروع ولادت به صورت بنفسه میباشد. داکتر باید معتقد باشد که ولادت بصورت موفقانه و مصئون صورت میگیرد. در صورتیکه نمره (۹) با ارزیابی جدول بدست آید.

اختلالات

۱- عدم موفقیت تحریک، ولادت.

۲- انتان.

۳- اسفکسی جنین از سبب انقباض ناحیه پلاستا.

Prematurity -۴

۵- امبولی مایع امنیوتیک.

۶- انفصال قسمی پلاستا.

۷- ازدیاد تعداد ولادتهای Operative

انومالی فعالیت رحمی یا عملکرد غیر نورمال رحم

تفاوت های وسیع در ولادت های منحصر به فرد وجود دارد . در بعضی از خانم ها دردهای ولادت قوی ، متناوب و با در نظر داشت دوام زیاد (انرشیای هیپرتونیک رحم) میباشد . در حالیکه در تعدادی دیگر به صورت ضعیف ، غیر متناوب و با دوام کوتاه (انرشیای هایپوترونیک رحم) میباشد . در یک ولادت نارمل یک فاز مخفی وجود دارد که چندین ساعت را دربرمیگیرد ، که در آن توسع عنق بسیار به تأخیر صورت گرفته و با فاز فعال که توسع عنق به سرعت صورت میگیرد تعقیب میگردد . بی نظمی رحمی یا اختلال در عملکرد رحم (Uterin inertia) بمدت طولانی شدن هر یک از این دو فاز ایجاد میگردد. انرشیای مقدم رحم به دوامدار شدن فاز مخفی ولادت و انرشیای ثانوی رحم به غیر نورمال شدن صفحه فعال ولادت ارتباط میگیرد .

اسباب

اسباب اختلال در عملکرد رحم ممکن است :

-مادری A

- ۱- موجودیت معایب در تقلصات رحمی .
- ۲- اختلال در عملکرد عضلات جدار بطن .
- ۳- اندازه و شکل استخوان های حوصله .
- ۴- تومور عضلات ملساء .
- ۵- الاستیستی عنق .
- ۶- الاستیستی مهبل .
- ۷- مقاومت زمین حوصله .
- ۸- سایکولوژیک .
- ۹- چاقی .
- ۱۰- عدم تعامل هورمونی .
- ۱۱- اختلالات رشد .
- ۱۲- مشانه پر .
- ۱۳- ریکتم پر .
- ۱۴- grand multiparity کثیرالولاده بودن .

۱۵- Primi gravida (خانم های اول باری).

۱۶- معمولاً نزد خانم های با سن بلند.

۱۷- استعمال ادویه مقوی بصورت غیر معقولانه.

- جنینی -B

۱- اندازه جنین.

۲- سوء اعتلالات و قرارهای معیوبه جنین.

۳- Postmaturity.

۴- بزرگ شدن و توسع بیش از حد رحم در حالاتی مانند پولی هایدرامنیوس، حاملگی دو قلو و غیره.

- ناشناخته -C

ممکن است کدام سبب موجود باشد.

• اشکال انوشیا رحمی

Hypotonic inertia (۱)

a- انرشیا ابتدائی رحم: درین حالت شکل، طرز العمل و انتشار موجه های تقلصی رحم نورمال

است، ولی تقلصات ضعیف و کوتاه بوده و کمتر تکرار می شوند.

b- انرشیا ثانوی رحم.

Hypertonic inertia (۲)

a- اگر کدام تضییقی موجود نباشد نتیجه آن ولادت سریع می باشد.

b- ولادت انسدادی.

(۳) طرز العمل نامنظم رحم

a- عدم هماهنگی در عملکرد رحم:

I- Hypertonic بودن سگمنت سفلی.

II- تقلصات تونیک موضوعی.

III- تقلصات تونیک عمومی و منتشر.

Dystocia -b عنق و یا شخی از سبب:

I- توسع بیش از حد رحم.

II- نفوذ و یا تأثیرات روحی روانی.

III- نقصان در رشد و انکشاف.

IV- عدم تطابق و اعتلالات معیوبه.

V- سن و تعداد ولادت ها.

VI- پخته گی جنین .

• انوشیای Hypotonic

این حالت یکی از معمول ترین حالات انوشیای رحمی است ، کمتر جدی و خطر آفرین از تمام اشکال آن بوده و منجر به ولادت طولانی میشود . تقلصات از غور رحم شروع شده به طرف عنق میروند . صفحه استرخاء مکمل است ، رحم در اوج تقلص قابل جس است . در این حالت تشوش در جریان خون پلاستتا و جنین صورت نمیگیرد و زجرت مادری هم ایجاد نمی شود . بعد از آغاز تقلص درد احساس شده و قبل از فروکش کردن تقلص مانند ولادت نورمال تسکین و یا رحم در فاصله بین تقلصات نرم است و جنین به آسانی جس میگردد و کدام حساسیت بالای رحم احساس نمیگردد .

• انوشیای Hypertonic

درد پیش از شروع شدن تقلصات احساس و بعد از فروکش کردن تقلص هم ادامه می یابد . فعالیت فوق العاده رحم ، مریض را وادر میسازد تا درد شدید را در کمرش احساس کند . حتی در فاصله بین تقلصات رحم ، فشار داخل رحم طوری افزایش می یابد که در قدمه احساس درد قرار دارد و هم جریان خون بین رحم و پلاستتا کاهش می یابد . که نشاندهنده انذار خراب برای جنین میباشد ، زیرا Asphexia داخل رحمی را سازماندهی میکند . در جس رحم حساس است و بوسیله تقلصات دردناک عکس العمل نشان میدهد . و مریض طوری معلوم میشود که از درد دوامدار بدون صفحه استرخاء رنج میبرد . Constriction ring درین سگمنت سفلی و علوی رحم در جریان صفحه اول و یا دوم ولادت فقط بعد از تمزق جیب ایجاد میگردد . Constriction ring تنها میتواند بوسیله معاينه مهبلی و یا اجرای CS تشخیص گردد و نباید با Bandl ring در ولادت انسدادی مغالطه گردد . خطر پاره گی رحم در این حالت در صورتی که سگمنت سفلی رحم نازک نشده باشد ، موجود نیست .

• عنق Dystocia

-A اکتسابی : - به تعقیب کوتربیزیشن (سوختاندن یا Freezing) ، Amputation و یا Cone-biopsy عنق قادر به توسع نمی باشد .
بعد از عمل

-B ارشی : - عنق به صورت ناقص تشكیل کرده و به مقدار زیاد نسج فبروتیک در آن به ملاحظه میرسد ، که از قابلیت توسع عنق می کاهد و یا قادر به توسع نیست . انسداد میخانیکی که در فوهه خارجی ایجاد می گردد و رشد می یابد ، سبب عدم هماهنگی عملکرد رحم میگردد .
عنق به صورت سخت ، چرمی و کنارهای آن بصورت غیر قابل توسع ، توسط انگشتان جس میگردند

تداوی

a- عمومی

- ۱- معاينه بطنی و مهبلی به منظور یافتن علت انرشیا و تداوی آن .
- ۲- معاينه منظم و متناوب کلینیکی مریض و جنین از نظر نیض مادر ، درجه حرارت ، درجه حرارت ، فشار خون ، شنیدن صدای قلب جنین اجرا و یادداشت کردن .
- ۳- آرام کردن اضطراب و ناراحتی مریض بوسیله دادن آرام بخش ها و دواهای خواب آور.
- ۴- به منظور تسکین درد Morphin یا Pethidine داده شود .
- ۵- زجرت مادر بوسیله یادداشت افزایش نبض ، درجه حرارت ، دیهایدریشن ، استفراغ ، عرق کردن و شخصی کلونیک تحت نظر باشد و به شکل IV قطرات Dextrose 5% salin مقدار زیاد ممکن است داده شود .
- ۶- احتیاط از متن شدن مریض بوسیله اجتناب از معاينات مهبلی و در حالاتیکه معاينه ضرور است از بسته های معقم و بکار بردن تکنیک های کاملاً aseptic استفاده گردد . در صورت تمزق غشا باید انتی بیوتیک برای مدتی شروع گردد .
- ۷- به صورت رقیق شده برای تحریک رحم در حالاتی مانند انرشیای هایپوتونیک در صورت که کدام انسداد میخانیکی موجود نباشد ، باید استفاده گردد .

b- ولادت با عمل جراحی

هر نوع مداخله در جریان صفحه اول ولادت باید به تأخیر انداخته شود . مگر اینکه کدام استطباب قوی مانند زجرت مادری و یا جنینی موجود باشد .

طرز العمل های که در دسترس است :

- در صفحه اول ولادت

.Vacuum extraction -a

C.S -b

- در صفحه دوم ولادت

(Forseps delivery -a - ولادت با فورسپس)

(Vacuum extraction -b - ولادت با واکیوم)

- ولادت با عملیات تخریبی جنین (Destructive operation)

ولادت طولانی

Prolonged labour

تعريف

هر گاه صفحات ولادت بیشتر از 18h بطول انجامد ، اصطلاح ولادت طولانی مطرح بحث است . درین تعریف پر ابلم در آنجاست که مریضه در وارد ولادی با صفحات مختلف ولادتی بستر می گردد ، بدون اینکه دقیقاً بدانیم چه وقت تقلصات شروع شده و چه مدت است که خانم در پروسه ولادت داخل گردیده است و یا اینکه وقت دخول در صفحه ولادت غلط تعبیر گردیده و نمیدانیم که او در صفحه ولادت بوده است یا خیر.

با در نظر داشت این مشکل در پر کنیس عصری امروز، ولادت ذریعه یک Partogram که یک ریکارڈ گرافیک و حاوی تمام و قایعیکه در پروسه پیشرفت ولادت رخ میدهنند میباشد ، تنظیم میشود .

وقوعات

ولادت طولانی ۴ مرتبه بیشتر در اول باری ها نسبت به خانم های کثیرالولاده رخ میدهد . فیصلی وقوعات بساس بلند بودن سن خصوصاً در خانم های اول باری بلندتر از ۳۰ سال ، ترا آید می یابد . پیشرفت ولادت:- بساس توسع عنق و نزول راس طفل و تیره و لادت تعقیب و کنترول میگردد .

اسباب

با در نظر داشت اسباب طولانی شدن ولادت ، ۵ فکتور مختلف ذیل باید رنظر گرفته شوند .

• **قصور در مسافر یا عوامل مربوط به جنین.**

شاید مربوط باشد به:

۱- وضعیت غیر طبیعی عضو معتنله مانند وضعیت Occiput-post و توقف راس به وضعیت عرضانی (D.T.A).

۲- اعتلالات معیوبه و غیر طبیعی مانند : اعتلال حوصلی ، ابرو ، و جهی ، شانه و اعتلال مرکب(راس همراه یک طرف) .

۳- اندازه طفل مانند : Macrosomia (بلندتر از 4.5kg).

۴- انومالی های ولادی مبارز نزد طفل مانند هیدروسیفال، جبن و یا تومورهای بطنی ، دوگانگی های بهم پیوسته ، هیدرопس فیتالیس و غیره .

- ابنار ملیتی در اندازه و شکل حوصله مادر و یا خرابی در راه قرار ذیل تصنیف شده اند:
 - انکشاف ابنار ملیتی در عظام حوصلی مانند:
 - 1- حوصله اندرؤید یا مردانه Brim: حوصلی زاویه دار است، که معمولاً تاثیر مخالف یا معکوس بالای ولادت دارد.
 - 2- حوصله Anhrropoid: که بنام high assimilation pelvis از اثر موجودیت فقره شیشم عجزی نیز یاد میشود
 - 3- حوصله Platypelloid: Brim با هموار.
 - حوصله Naegl's: یک طرف ala Sacral یا بال حرقه انکشاف نکرده و ilium بصورت مستقیم ارتباط دارد.
 - 5- حوصله Robert's: که هر دو طرف بال حرقه معدوم است.
- _B_ امراض و جروحات عظام حوصله:
 - 1- مرض Rickers' که سبب نرمی استخوان ها در دوران طفولیت میگردد.
 - 2- مرض Osteomalacia مانند مرض Riket's است با در نظر داشت اینکه در کاهلان دیده میشود.
 - 3- در Achondroplasia که حوصله معمولاً کوچک است.
 - 4- تومورهای عظام حوصلی.
 - 5-كسور عظام حوصلی که به شکل درست و طبی جایجا نه شده باشد.
- C- انومالی های ستون فقرات و اطراف سفلی:
 - 1- کیفوزیز، Scoliosis و Spandylo listhesis که در هر کدام از این حالات فقره پنجم قطنی به قدم لغزیده فوهره let. in حوصله را تنگ و مسدود میسازد.
 - 2- خلع ولادی مفصل Hip و پولیوپلیت.
- خرابی در قدرت و توان عضلات رحمی- بطئی ((Faults in the power of the pelvic muscles))
 - I- هیپوتونی رحمی (انرشیای رحمی)
 - ابتدائی. a
 - ثانوی . b
 - 2- عدم نظم و هماهنگی در تقلصات رحمی.
 - 3- تاسن بندل رینگ یا رینگ تنتنسی که پتولوژیک است.

۴- دیستوسیای عنق رحم .

● پرکتیس خراب یا عملکرد اشتباه Failts in the practic

I - تحریک غیر عملی و غیر معقولانه ولادت:

تحریک ولادت در صورتیکه Bishop بین ۳-۰ باشد صفحه خفای ولادت را طولانی ساخته و منجر به طولانی شدن ولادت میگردد . باساس تجربه ثابت شده است که ۳۰-۴۰٪ مریضانیکه بهس Bishop score کمتر از ۳ تحریک شده اند ، به سزارین سکشن سوق داده شده اند .

II - ناتوانی در تشخیص ولادت های Dysfunctional

III - ناتوانی در تداوی ولادت های Dysfunctional

● عیب و تقصیر در حالت روانی مریضه Fauts in the patient

psychology

تزاید زجرت ، بیم و هراس مادر سبب آزاد شدن کتکول امین ها ، نارادرینالین میگردد ، که آن بنویه خود باعث خرابی فعالیت رحمی گردیده که تقلصات عوض منشاء گرفتن از غور رحم ، بر خلاف از قسمت سفلی رحم منشاء می گیرند . این تقلصات شدیداً درد آور بوده ولی سبب بازشدن عنق رحم نمیگرددن (بدلیل فوق) که این سبب یک سیکل معیوبه گردیده که بنام سندروم Pain fear anxiety یاد می گردد .

سه نوع ابنار میلتی ولادتی مشخص گردیده اند:

● طولانی بودن صفحه مخفی ولادت (P.L.P)

دوره مخفی یعنی مدتیکه از تقلصات حقیقی ولادی یاداصل شدن در صفحه اول ولادت تا توسع عنق رحم به اندازه 3cm را در بر میگیرد . معمولاً برای مشخص ساختن صفحه خفا باید پس منظر مریضه در نظر گرفته شود . صفحه خفا در اول باری ها ۶ ساعت و در کثیر اولولاده ها ۴ ساعت طور متوسط محاسبه شده است .

اسباب

- ۱) بدون علت یا Idiopathic در بسیاری از وقایع کدام علت مشخصیکه بتواند دلیل طولانی شدن صفحه مخفی ولادت را توضیح دهد و جود ندارد .
- ۲) تحریک غیر عاقلانه ولادت : در مریضانیکه Bishop scor پائین است ، مثلاً عنق نامطلوب و ناپخته شده از نظر ولادت و یا بلند بودن عضو معتله .
- ۳) تشخیص غلط صفحه ولادت : دردهای کاذب تعییر غلط از دردهای قبل الولاده هنگامیکه خانم از تقلصات دردناک حکایه دارد ، که این تقلصات بالای عنق رحم تاثیر وارد نمیکنند . معمولاً این تقلصات رحمی بعداز چند ساعت محدود ، معالم میگردد . عمدتاً این تقلصات بدون ضرر بوده و بصورت محافظظوی تداوی شده میتوانند ، ولی مداخله برای تمزق جیب بصورت صنعتی سبب خواهد شد که مریضه به طرف طولانی شدن صفحه خفای ولادت برود .
- ۴) تمزق قبل از وقت جیب (P R O M) : این اصطلاح به حالتی که جیب قبل از شروع فعالیت های رحمی در یک حمل به ترم تمزق نموده باشد ، گفته . در حال حاضر اهتمامات اینست که نزد مریضه در ظرف ۱۲h با تجویز اوکسی توسین وریدی ولادت تحریک شود ، ولی این پروسه اکثرآ سبب طولانی شدن دوره خفای ولادت گردیده و در حدود ۲۰٪ این مریضان به سزارین سکشن از اثر عدم موفقیت در ولادت سوق داده میشوند .
- ۵) دیستوسيای عنق رحم : این اصطلاح به عنقیکه با وجود تقلصات رحمی مناسب و تجویز با ندازه کافی معروض به اتساع نگردد ، اطلاق می گردد . این یک حالت بسیار نادر است معمولاً نزد خانم های که بالای عنق رحم شان عملیات ها جراحی انجام شده از خود ندبه به جاگذاشته است اتفاق میافتد ، بطور مثال بعداز Cone biopsy و یا ماندن خیاطه بمدت دو امداد در عنق . در بعضی از وقایع بدون دلیل هم بمشاهده رسیده میتواند .

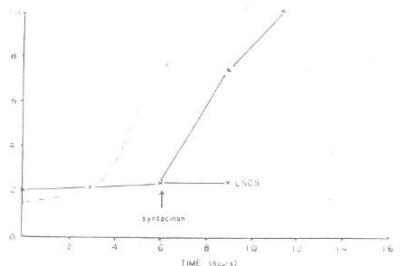


Fig.31 Prolonged latent phase. The dotted line indicates the line of expected progress. The patient's progress is marked by the solid line. The possible outcomes following the administration of syntocinon are indicated.

تداوی

A - وقایوی

۱- تشخیص مقدم و تداوی اسبابیکه باعث ولادت طولانی میشوند .

۲- اندازه گیری حوصله در هفته ۳۶ حاملگی و رد عدم تناسب راس و حوصله .

B - معالجوی

۱- شروع ولادت باید دقیقاً تشخیص گردد . بمریضی گفته میتوانیم که وارد صفحه ولادت گردیده که تقلصات منظم، پریودیک درد ناک داشته و با توسع عنق و تاسیس Effacement همراه باشد . در مریضیکه با تقلصات رحمی که شاید در پروسه ولادت داخل شده و یا شاید هم نه شده باشد (باستثنای مونیتورینگ قلب جنین) تا وقتیکه راس جنین بصورت تام ثبت نشده ، Effacement عنق کاملاً تاسیس نکرده واقعاً توسع آن به 3cm نرسیده باشد نباید مداخله صورت گیرد . با تماسک باین باید جداً از پرابلم طولانی شدن دوره مخفی ولادت اجتناب نمود .

۲- در یک تعداد کمی از این مریضان که دردهای شدید یا تقلصات دردناک دارند ، اگر تغیرات جزئی هم در عنق آمده باشد ، باید Pathedin 100/im داده شود . این تداوی میتواند در حدود نیمی از وقایع سبب قطع شدن تقلصات رحمی گردیده مخصوصاً آنهاییکه در صفحه مقدم ولادت قرار دارند با وجود پیشرفت و تیره ولادت اختلالات بصورت نسبی کمتر بمالحظه برسد .

۳- دلداری و اطمینان به مریض و تجویز سید اتفاف ها .

۴- در صورتیکه تقلصات رحمی باعث Effacement خوب و بازشدن کم عنق شده باشد ، Oxytocin تجویز شده میتواند .

۵- در بسیاری از مریضان دوره فعال صفحه اول ولادت بخوبی پیش می رود ، ولی در حدود ۱۵% آن ها شاید به سزارین سکشن ضرورت پیدا کنند ، این کار وقتی انجام شود که با تجویز مقدار اعظمی اوکسی توسین 40ml unit/min در ظرف ۶ ساعت نتیجه مطلوب حاصل نشود .

۶- دیهیدراتشن و کیتواسیدوز مریضه با تجویز دکستروز ۵٪ از طریق وریدی با سرعت مناسب اصلاح گردد .

۷- اندازه گیری حوصله بدرستی انجام شود . اگر قطر قدمای خلفی حوصله کمتر از 9cm بوده و جنین وزن در حدود طبیعی داشت ، سزارین سکشن انتخابی اجرا گردد .

۸- اگر علائم موجودیت انتان مطرح بود ، انتی بیوتیک تجویز وصواب جهت کلچر و انتی بیو گرام از مهبل گرفته شود .

۹- اگر عدم تناسب راس و حوصله بدرجه زیاد محسوس نبود ، ولادت مهبلی اجازه داده شود .

۱۰- پارتوگرام قطعاً تعقیب گردد.

توقف ثانوی توسع عنق (S.A.C.D) •

يا توقف ثانوي توسيع عنق، وقتی گفته ميشود که دوره فعال ولادت در صفحه اول بصورت معمول پيشرفه ولی توسيع عنق در حداي 5-6cm توقف نموده است و اين در حدود ۲ مرتبه در اول بارهای نسبت به كثیر الالاده ها بيشتر دیده ميشود.

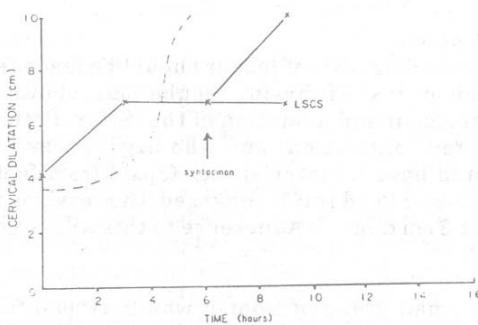


Fig.32 Secondary arrest of cervical dilatation. The possible outcomes following the administration of syntocinon are illustrated.

أسباب

- ۱- وضعیت معیوبه و یا قبض ضعیف و ناقص راس معمولترین سبب عارضه است.
- ۲- عدم تناسب راس و حوصله (C.P.D).
- ۳- اعتلالات معیوبه مانند: اعتلال وجهی، ابرو و اعتلال مرکب (Compound presentation)

تداوی

- ۱- با معاینه مهبلی اعتلالات معیوبه و عدم تناسب راس و حوصله رد گرددند.
- ۲- در خانم های اول باری در صورتیکه زجرت جنینی موجود نباشد، برای کمک جهت تولید تقلصات قوی رحمی Oxytocin توصیه گردد، تا زمینه قبض و تدور را در راسیکه به حالت Occiput post deflex قرار دارد فراهم سازد.

در خانم های کثیرالولاده احتیاط جدی در مورد تجویز مقدار زیاد Oxytocin مد نظر باشد، زیرا در اکثر وقایع توقف توسيع ثانوي عنق رحم، بعلت عدم تناسب راس و حوصله نزد شان مطرح می گردد.

(Primary Dysfunctional Labour) تشوشات وظیفوی در مراحل مقدم ولادت

این معمولترین شکل ولادت های غیر طبی است ، این بدانمعنی است که اندازه توسع عنق رحم در مرحله فعال و لادت کمتر از 1cm فی ساعت میباشد . این پرابلم در حدود 25% نزد اول باری ها و ۱۰٪ نزد کثیر الولاده ها بوقوع رسیده میتواند . این تشوش بدترین انذار را در هردو گروپ داشته و فیضی سزارین سکشن که با زجرت طفل همراه میباشد بلند تر است .

اسباب

- ۱- عملکرد غیر موثر رحمی:- که با تقلصات مزدوج و هیپرتون همراه است . این تقلصات شدیداً در دنارک بوده ولی توسع عنق را در قبال ندارد .
- ۲- عدم تناسب راس و حوصله .
- ۳- وضعیت post Occiput .

تداوی

- ۱- وضعیت معیوبه با معاینه مهبلی مشخص شده ورد گردد .
- ۲- جیب تمزق داده شده با قطرات Oxytocin تحريك گردد .
- ۳- Hypnotic وسید اتیف برای رفع زجرب و نآرامی مادر داده شود .
- ۴- مقدار کافی ولازمه انالجیزیک ها داده شود .
- ۵- معاینه مهبلی هر ۴-۳ ساعت اجرا گردد .

نتیجه: تجویز Oxytocin با قطرات مناسب ، سبب باز شدن عنق رحم در بیشتر از ۸۰٪ وقایع گردیده و ولادت مهبلی اکثراً نزد آنها انجام میگردد . اگر تجویز Oxytocin سبب اصلاح اندازه توسع عنق نگردد ، در ۸۰٪ موارد خانم ها به سزارین سکشن معروض میگرددند که در بسیاری اینموارد دلیل سزارین ، زجرت جنینی میباشد . در تمام خانم هاییکه با تجویز Oxytocin ولادت کرده اند خطر خونریزی بعد از ولادت به علت اثر شیای رحم زیاد میباشد . از این شکل با تجویز و قایوی Oxytocin بمقدار $\frac{40un}{500m}$ در محلول Hartman's به اندازه ۸۰/min قطره ، تا ۲ ساعت بعد از ولادت جلوگیری شده میتواند .

عدم تناسب راس و حوصله

تعریف

ناکامی در عبور راس طفل از حوصله مادر از سبب اینکه یا حوصله مادر بسیار خورد و یا راس طفل بسیار کلان می باشد ، بنام عدم تناسب راس و حوصله یاد میگردد . این یک تشخیص وظیفوی است ، بدون از یک تعداد واقعات و یا بعضی حالات بسیار استثنائی ، اندازه گیری جنین و شکل حوصله مادر را قبل از شروع صفحات ولادت نمیتوان قطعی حدس زد .

تشخیص

در خانم های قامت کوتاه مشکوکیت به عدم تناسب راس و حوصله بیشتر میباشد (قد کمتر از ۱۵۰ و اندازه کفیش کمتر از ۵ نمبر) .

دormحله قبل از ولادت یا Antenatal •

- ۱ راس بلندیکه در نزدیکی های ولادت باندازه ۴/۵ و ۵/۵ (در جس بطئی) در حوصله ثبیت شده نتواند .

-۲ معاینه کلینیکی و X.Ray کاهش ابعاد حوصلی را ثبیت و تائید کند .

در موجله ولادت •

عدم موفقیت پروسه ولادت در نزول راس به حوصله و توسع عنق ، بمالحظه رسیده لاکن Caput تشکل کرده و قویاً Moulding بیان میآید .

اهتمامات

سازارین سکشن انتخابی در خانم های اول باری بندرت ضرورت می افتاد، مگر در واقعات ذیل:

- ۱- موجودیت دیگر عوارض نا مطلوب و ناموافق .
- ۲- موجودیت اعتلال معيوبه .

۳- کمتر از 9cm True conjugata . در غیر آن ولادت مهبلی سازمان دهی گردد .

ولادت امتحانی تنظیم گردد (Trial of labour): یک ولادت خوب نزد مریض با حوصله کوچک ، توام بامشاهده تقلصات خوب رحمی که همرا باقبض ، تدور ، مولدینگ مصوئن برای طفل بوده و منجر به ولادت مهبلی یک طفل صحت مند گردد بنام Trial of labour یاد میشود .

در یک Trial of labour در صورتیکه پیشرفت و تیره ولادت به میان آید، به مریض اجازه ولادت داده میشود. در پیشرفت و تیره ولادت partogram بهترین معیار است و قلب جنین هم منظما شنیده شده وارزیابی گردد . اگر خانم با وجود تقلصات منظم رحمی در ظرف ۱۲ ساعت ولادت نکرد تلاش بیفاایده است و تحریک باید قطع گردد . این نوع Trial of labour در مریضان کثیر الولاده و یا اعتلالات حوصلی نباید انجام شود .

ولادت انسدادی

Obstructed labour

تعریف

عبارت از وضعیتی است که با وجود تقلصات قوی رحمی ، بیشافت در و تپره ولادت دیده نمیشود واین بامشاهده عدم موفقیت در توسع عنق رحم و عدم نزول راس جنین در قنات ولادی ، تشییت میشود . این یک وضعیت بسیار خطر آفرین برای هردو یعنی طفل و مادر ، اگر مداخله به موقع انجام نشود میباشد . به ولادت انسدادی نباید اجازه انکشاپ داده شود .

اسباب

حالات مختلفیکه باعث ولادت انسدادی میگردند عبارتند از:

• مادری

۱- تضیيق حوصله .

۲- تومورهای عظام حوصله .

۳- تومورهای میتضی و رحمی .

۴- تضیيق عنق رحم .

۵- تومورهای رکتم و مثانه .

۶- تضیيق مهبل .

۷- ساکولیشن . Sacculation .

۸- تشکیل حلقه پتولوژیک (Contraction ring) در حذای سگمنت سفلی رحم .

۹- انسداد توسط یک قرن رحم ، در حالات که دور رحم وجود دارد .

۱۰- توضع کلیه در حوصله (یا اختفاء کلیه در حوصله)

• جنینی

۱- طفل بزرگ و محجم .

۲- وضعیت معیوبه مانند وضعیت ثابت Occuput post ، توقف مستعرض راس در عمق حوصله

. Mento-posterior (D.T.A) و وضعیت

۳- اعتلالات معیوبه : مانند Breech و جهی ، ابرو ، شانه و اعتلال مرکب (راس و یکی از اطراف) .

۴- ابنار ملیتی ولادی جنینی مانند: هیدروسفیل ، طفل های دو گانه بهم چسبیده ، انانسیفلی و طفل حین دار.

۵- هیدروپس فیتالیس (مادر RH منفی)

لوحة کلینکی

کشف و تشخیص ولادت انسدادی در صفحات مقدم ولادت بسیار مهم است و این یک حقیقت است که عوامل مسئول عارضه ممکن باعث مرگ طفل گردیده و هم حیات مادر را به مخاطره میاندازد .

۱- خانم ولادت کننده باید جداً زیر مراقبت باشد و اولین اقدام بررسی وضعیت عمومی وی میباشد .

۲- خانم خسته مضطرب و ناراحت بوده و حتی در صفحه استرخاء هم قادر به استراحت نیست .

۳- یک تزايد در سرعت نبض ، تنفس و درجه حرارت بینان آمده و زبان خشک است .

۴- در خانم های اول باری ولادت انسدادی باعث خستگی گردیده که اترشی رحمی را در ۲-۳ روز بعدی بصورت ثانوی سبب میگردد س.

۵- در خانم های کثیر الولاده ، هر چند که ولادت انسدادی در ظرف ۲۴ ساعت بینان آمده ، با پیشرفت نازک شدن سگمنت سفلی و تمزق رحمی همراه میباشد .

۶- تقلصات رحمی توقف میکند .

۷- از سبب خشک شدن و یادریناز مایعات ، محل غرس پلاستائی معروف به کشش (Retraction) می گردد .

۸- ضجرت شدید جنینی (بطنی شدن صریح حرکات قلبی ، میکونیوم غلیظ در مایع امنوتیک ، طفل را به طرف مرگ از اثر هیپوکسی می برد .

لوحة کلینکی تمزق رحمی

۱- معدوم شدن تقلصات رحمی .

۲- غائب شدن عضو معتلن از مهبل .

۳- شاید خونریزی مهبلی موجود باشد .

۴- شاید مريضه به طرف Shock برود .

• معاینه بطئی

۱- در تمام حالات رحم حساس و سخت جس شده و طفل به وضع مناسب جس نمی گردد .

۲- رحم مانند شکل طفل Moulding شده و استرخاؤ بین دو تقلص وجود ندارد .

۳- قلب جنین شنیده نمی شود .

۴- بندل رینگ Bandal's Ring مانند یک شیار منحرفه و یا مستعرضه در سویه سره و یا بلند تر از آن جس می گردد .

۵- یک ویاهر دو ریاط مدور، بصورت محکم کش شده در سگمنت سفلی وسعت یافته ، دریافت می شوند. بصورت نارمل قسمت علوی رحم در جریان ولادت فعال بوده و هرقدر که پروسه ولادت پیش می رود منقبض تر و جمع تر میگردد . سگمنت سفلی به حالت غیر فعال قرار داشته ، متوجه و منسبط میگردد . سرحدجایی بین این دو قسمت علوی و سفلی یک حلقه که بنام حلقه فیزیولوژیک Phyislogical retraction Ring یادمیگردد میباشد، که بعضی اوقات مانند یک شیار سطحی و هموار بلندتر از ارتفاع عانه جس شده میتواند . در ولادت انسدادی این تغیرات شدت کسب نموده و حلقه Retraction و اضحاً بر جسته و وسیع تر میشود که حتی میتواند تا حدای سره و یا بالاتر از آن برسد . که در ینصورت بنام pathological retraction ring یا Banadl's ring یاد میکنند. جدار سگمنت سفلی شدیداً ضعیف و نازک گردیده که شاید رپچر رحمی را زمینه سازی کند .

۶- فاصله بین تقلصات هنگامیکه تقلصات Tonic و یا تشنجات تیتانیک بمیان میآیند کوتاه تر میگردد.

• معانیه مهبلی

۱- مهبل و دهلیز از اثر عدم موجود یت افزایات مهبلی خشک ، گرم و اذیماتی میگرددند .
۲- عضومعتنه ثبیت نا شده ، تمزق مقدم جیب ، توسع عنق با هستگی پیشرفت نموده و مانند یک پرده آویزان جس میگردد .

۳- Caput Moulding بزرگ تشكیل نموده ، پیشرفت صورت گرفته و راس در حوصله بصورت محکم ثبیت شده است .

تشخیص تفریقی

از خونریزی انصال مخفی پلاستائی:- درینجا یک رحم ، حساس ، بزرگتر از Sise متوقع حاملگی مترافق با اعراض و علائم شاک بمالحظه می رسد . ممکن است خونریزی مهبلی هم قسماً موجود باشد .

تداوی

A _ وقایوی

۱- به ولادت انسدادی نباید اجازه پیشرفت داده شود . مانند دیگر انبار ملیتی ها میتواند تشخیص گردیده و اهتمامات مناسب در وقت ولادت گرفته شود .

۲- پارتوگرام باید برای کشف عدم موفقیت به پیشرفت پرسه و لادت بررسی و تعقیب گردد . توسع مقدم عنق رحم شاید حالت پیشرونده داشته اگر چه میتواند در ولادت های نار مل هم بشکل بطی رشد و پیشرفت نماید .

۳- معاینه مهبلی و بطی با دقیقتام ، هنگامیکه پیشرفت پرسه و لادت معروض به عدم کفایه میگردد، جهت دریافت انواعی های تشخیص ناشه مانند عدم تناسب راس و حوصله و یا اعتلالات معیوبه اجرا گردد .

B- معالجوی

۱- هنگامیکه Bandl's ring انکشاف کرد ، بهدف ولادت دادن هر چه زودتر و مصئون تر نزد مریضه اقدام گردد .

۲- مانیپولشن داخل رحمی به احتمال قوی سبب ریپر رحم میگردد ، لذا مصاد استطباب است .

۳- تدور و ولادت با فورسپس هم نباید اجرا گردد ، زیرا خطر ناک است .

۴- از دو پروسیجر ذیل یکی انتخاب گردد .

I_ سزارین سکشن .

II عمليات تخربی (destructive operation)

هر دو پروسیجر خطر دارند . لakin سزارین سکشن نسبتاً مصون تر است . اصلاح تخنیک های سزارین سکشن ، انتی بیوتیک ها، انتقال خون و انسیزی مناسب ، پروسیجر را نسبتاً مصون تر و بیخطر تر ساخته است.

عملیات تخربی: این عملیات خصوصاً توسط افراد غیر ماهر یک عمل خطر ناک است .

۱- اجرای کرانیوتومی تحت انسیزی جنرال .

۲- Decapitation در وقایعیکه ولادت انسدادی شانه مطرح باشد .

۳- امپریوتومی اگر طفل انواعی داشته باشد .

اگر تضییق پیشرفته حوصلی و یاتومورهای بزرگ حوصلی مطرح باشد ، سزارین سکشن مصون ترین است . حتی اگر بعد از کرانیوتومی تثیت شد ، که ولادت مهبلی امکان ندارد ، مریض به C.S سوق داده شود . بسیار خطر ناک است ، اگر مریضه در صفحه ولادت بمدت طولانی گذاشته شده حتی اگر ولادت مهبلی نزد وی موردنظر باشد .

توصیضات و جروحات طرق تناسلی

Trouumatic lesions at genital tract

این آفات قرار ذیل تصیف شده اند:

- پاره شدن قنات ولادی و عجان.
- تمزق رحم.
- انقلات حاد رحمی.

A-پاره گی قنات ولادی و عجان

۱-پاره گی عنق رحم

اسباب

- ولادت سریع.
- استفاده از فورسپس در عنق ناتام.
- سرعت در ولادت راس به تعقیب آمده ، دراعتلان حوصلی اگر عنق ناتام باشد .

اعراض و علائم

یک خونریزی دوام دار مهبلی در حالیکه رحم بخوبی تخلص نموده است، جریان دارد. در معاینه پاره شدگی عنق رحم در یک یا هر دو طرف بمالحظه میرسد .

تداوی

تحت انستری عمومی خیاط گزاری ناحیه پاره شده انجام شود. بعد از تطبيق سپیکولوم لبه قدامی و خلفی عنق با فورسپس Sponge باپنس حلقه گرفته شده پیشین کش گرددوبا کوک های متقطع که از نواحی ضخیم عنق عبور داده میشود ،ترمیم گردد.

2-پاره گی مهبل و عجان

- پاره گی درجه یک عجان:- این پاره گی جدار خلفی مهبل و یا جدار قدامی حوصله را در بر میگیرد بعد از دور ساختن شفه ها، دھلیز باید ملاحظه گردد که پاره گی موجود است و بایگسام عجانی نارمل و سالم اند.
- پاره گی درجه دوم:- اجسام عجانی با متداد جدار خلفی معروض به تمزق میگردند .

- پاره گی درجه سوم:- علاوه بر آنها عضله معصره خارجی مقعد تخریب گردیده و کانال Anal یا فوته مقعدی ظاهر میگردد .

اسباب

- | | |
|------|--|
| -I | خورد بودن یا کوچک بودن قوس عانه . |
| -II | ولادت که وجه طفل به قدام زیر قوس عانه قرار گیرد . |
| -III | ولادت حوصلی یا بریچ . |
| -IV | بی احتیاطی در هنگام ولادت راس و یا شانه خلفی طفل . |
| -V | طفل بزرگ . |
| -VI | ولادت در وضعیت جنبی چپ . |

تداوی

• وقایه

- اجرای اپیز یوتومی بعد از تجویزانستیتیک های موضعی در صورتیکه تهدید رپور عجان مطرح باشد .
- I ولادت دادن راس در بین تقاضات .
 - II اهتمامات جدی در ولادت شانه خلفی .

• ترمیم

فوراً بعد از ولادت تحت انستری موضعی به ترمیم اقدام گردد . نور کافی و ساحة عاری از خون با گذاشتن Pad در مهبل آمده گردد . زروه پاره شدگی مهبلی دریافت گردیده و توسط تارکت گوت کرومیک نمبر I بصورت دو اندار ترمیم گردد . به مقصدم تامین هیموستاز و جلوگیری از خونریزی بیشتر یاتجمع و نشر خون در عمق جرحه خیاطه ها بخوبی محکم گردند . خیاطه ها باید بلندتر از زروه پاره شده گی مهبل شروع ، برای بسته شدن او عیه که تمایل به خونریزی داشته و ممکن سبب ایجاد هماتوم گردد ، گذاشته شوند .

اجسام عجانتی توسط خیاطه های متقطع با Cat Gut ترمیم گردد . برای محافظت رکتوم باید انگشت اشاره یکدست (چپ یا راست) در فوته مقعدی داخل گردیده و به طرف پایین و عقب رانده شود ، نا سوزن دوخت از یک طرف به طرف دیگر مستقیماً رهنمائی گردد . خیاطه ها بهم نزدیک ولی نباید آنقدر ها محکم گردند زیرا زمینه ترمیم جرحه را به تاخیر می آندازد . عضلات و جلد هم با Cat Gut بصورت خیاطه های متقطع یا دوامدار خیاط گذاری گردد . در جلد از خیاطه های Subcuticular استفاده شده میتواند . معیوبیت کوک های جلدی آنست که اگر انتان مداخله کند از دریناژ جلوگیری میکند . از تارسیلک و نایلون نسبت اینکه برای مریضه زحمت ده بوده و هم کشیدن دوباره را ایجاب میکند ، نباید استفاده گردد .

تداوی پاره گی های درجه سوم عجان

ترمیم و خیاطه گذاری آن باید همیشه با انستری عمومی یا اپیدورال و در اطاق عملیات انجام گردد. در وحله اول مقعد و رکتم ترمیم گردند، که از بالابه طرف پائین با کوک های متقطع ذریعه Cat Gut نازک ظریف باید شروع گردد. بعد از ترمیم کانال انل یاقات مقعدی، نهایت پاره شده معصره دریافت گردیده و با ۱- خیاطه متقطع، توسط تار Cat Gut دوخته شود. در هنگام خیاط گذاری قنات مقعدی ترمیم، طوری اجرا گردد که خیاط از التوا آت غشای مخاطی دورتر نگه داشته شده و محکم گردد. باین ترتیب پاره گی درجه سوم به پاره گی درجه دوم تبدیل شده و سپس مانند آن ترمیم ادامه داده شود.

۳ - هیماتوم دهلیزی و مهبلی

این یک اختلاط نادر است و ممکن از اثر تمزق Varicose vein و یا شاید هم هیچ نوع ابتار ملیتی وریدی قبلی موجود نبوده، در صفحه دوم ولادت از سبب ناکافی بودن مقدار خیاطه ها در پاره گی عجان باشد رخ دهد.

لوحه کلینیکی

- ۱- درد ناحیه مأثوفه.
- ۲- وضعیت شاک مانند.
- ۳- پندیدگی حساس و درد ناک بر نگار غوانی، که معمولاً تمایل به کسب و سعب به طرف پائین و یا ندرتاً بطرف بالا میکند.
- ۴- اگر انتان مداخله کند ابسه تشکل میکند.

تداوی

تداوی با ساس اندازه و فشار ناشی از تورم ارتباط دارد ، ناحیه باید شق شده و علقات خون درین اثر گردند . اگر نقاط فعال خوند هنده مشاهده شد Ligate گردد ، بوسیله پانسمان و بندazer یک فشار نسبتاً محکم تر بالای ناحیه آورده شود . اگر هیماتوم موجود بود ، فشار محکم بالای آن اعمال شود ، خون احتمالاً در نهایت جذب خواهد شد .

تعقیب

- I پاک نگهداشتن موضعی با شستن مکرر با دیتول .

- II Pad معقم بصورت مکرر استفاده و تعویض شود .

- III انا لجزیک باید داده شود .

- IV در پاره گی ها درجه سوم و در صورت مشکوکیت به انتان در پاره گی های درجه دوم هم ، باید انتی بیوتیک تجویز گردد .

- ۱) ندبه ضعیف C.S و معمولاً شکل کلاسیک آن ، هستروتومی و یا میومکتومی .
- ۲) ضربات مستقیم .
- ۳) جروحات نافذه .

II-در جریان ولادت

- ۱) ولادت انسدادی از اثر عدم تناسب راس و حوصله ، اعتلالات معیوبه ، تومورهای حوصلی و تضییق عنق رحم .
- ۲) مداخله داخل رحمی با دست مانند: تدور داخلی ، خروج پلاستای چسبیده با دست ، توسع دادن عنق با فشار و ندرتاً هم تمزقات عنق رحم در ولادت های نارمل تا حدای جسم رحم انکشاف پیدا می کنند .
- ۳) استفاده نا معقولانه و غیر خردمندانه Oxytocin و میترجين .
- ۴) اسکاریاندبه ضعیفه بعد از اجرای C.S میومکتومی، هستراتومی تمزق رحم باکورت وغیره.
- ۵) خونریزی مخفی انفصال قبل از وقت پلاستا .
- ۶) رحم های متمایل به خلف (Retroflexion) .
- ۷) حمل در قرن Rhdemantair رحم و یا حمل در زاویه رحمی .
- ۸) در کثیر والواده ها از سبب استحاله نسج عضلی رحم .
- ۹) ولادت با سامان خصوصاً اگر عنق توسع تام نکرده باشد .
- ۱۰) تطبيق فورسپس را Killind,s بمقصد تدور و کش کردن طفل .
- ۱۱) عملیات تخریبی بالای طفل مانند کرانیوتومی و Decapitation .
- ۱۲) تدور خارجی بمقصد راسی ساختن عضو معتله .
- ۱۳) عملیات نسائی که قبل انجام شده باشد مانند: کوتیرایزیشن ، بیوپسی ، امپوشن عنق رحم ، عملیات مانچستر و بسیار به ندرت بعضی نقائص ولادی .

لوحة کلینیکی

- ۱) درد .
- ۲) تاسیس بندل رینگ که در ظرف ۲۰ دقیقه تظاهر نموده و از بالای جدار بطن مریض قابل مشاهده است .
- ۳) حساسیت موضعی در ناحیه Scar موجود است .

۴) فواصل بین تقلصات کوتاه می شود تا وقتیکه نزد مریض تقلصات قوی گردیده و زمینه را برای تمزق رحمی مساعد می سازند . درین حالت باید ولادت هرچه زودتر به طریق ساده و مصئون آن انجام یابد .

۵) خونریزی مهبلی .

۶) در ابتدا نبض سریع گردیده و بعداً فشار خون سقوط میکند .

تشخیص

۱) در واقع حاد :- دردهای ولادت متوقف شده و دردهای دو امدادار یکه مریضه را به طرف شاک می برد ظهور میکند .

۲) عضو معتله از موقعیت قبلی خود بیجا می گردد .

۳) اعضای جنین باسانی از سبب خروج آن در جوف بطن جس می گردند .

۴) طفل معمولاً مرده و قلب آن شنیده نمی شود .

۵) در شکل تمزق تام رحم خالی دریک طرف برجسته و مبارز جس می گردد .

۶) اگر رپچر بعد از ختم صفحه دوم ولادت بیان اید کوتاهی در طول جبل سروی ایجاد میشود .

۷) بعضی اوقات بعد از ختم صفحه سوم ولادت ممکن است مریض به Collaps معروض شده و بطرف شاک ناشی از تمزق رحم برود . درجات پیشرفته شاک نامعلوم بعد از ولادت ، ایجاب تفییش کردن رحم را می کند .

۸) مریضیکه بعد از C.S قبلی ولادت میکند رحmesh فوراً بعد از ولادت بمقصود رد کردن تمزق آن باید تفییش گردد .

تداوی

- وقایوی A

۱) تشخیص مقدم عدم تناسب .

۲) قرار منحرفه را مقدماً اصلاح باید کرد .

۳) عنق رحم بافشار توسع داده نشود .

۴) تمام خانمهای حامله ایکه سابقه C.S و یامیومکتومی دارند در شفاخانه باید ولادت داده شوند .

۵) در سزارین سکشن کلاسیک ، در حمل بعدی قبل از ترم ، باید مجدداً سزارین انجام شود .

B- معالجوی

(a) تداوی محافظه‌کاری: احیاء مجدد نزد مریضه انجام شود، نقل الدم گردیده و سورفین داده شود. اگر پاره‌گی در رباط عریض است با Packing، خونریزی توقف داده شده میتواند

(b) تداوی عملیاتی: لاپراتومی باید اجرا شود و لبه‌های قطع شده جرحه بعد از تازه ساختن خیاطه گذاری گردند. در بسیاری از تمزفات رحم که در جریان ولادت‌های انسدادی و یا بعد از مداخله داخل رحمی با دست بوجود می‌آیند، هسترکتومی بهترین تداوی است. بهر صورت بیشتر واقعات مربوط به وضعیت جرحه رحمی و تعداد ولادت مریضان می‌شود. انتی بیوتیک‌های وسیع الساحه داده شده و پارالیتیک الیوس «فلج حرکات معانی» مدنظر بوده و با تجویز مایعات داخل وریدی تداوی گردد و اسپریشن محتویات معدوی تا وقتیکه صدای حرکات پریستالتیک امعاً دوباره شنید می‌شوند، باید ادامه یابد.

اختلاطات

پرولابس امعاً، هیپوفیرینوجینیمیا، امبولی مایع امنیوتیک و انتانات.

تشخیص تفریقی

با تمام حالات دیگریکه باعث بطن حاد می‌گردد مانند:

- 1) انفصال پلاستتا در شکل مخفی آن یا Concealed form.
- 2) با اعتلال شانه در حالیکه رأس در حفره حرقفی باشد.
- 3) با دیگر حالاتیکه بعد از ولادت باعث Collaps می‌گردد.

5 - انقلاب رحمی حاد**تعریف**

برگشتن وجه داخلی رحم بصورت قسمی و یا تام قبل و یا بعد از ولادت پلاستتا می‌باشد، این یک واقعه نادر ولی خطرناک و عاجل ولادی است، که شاید سبب شاک بعد از ولادت گردد.

وقوعات

۱/۲۰۰۰۰۰ تا ۱/۲۰۰۰۰ واقعات را می‌سازد.

درجه و یا مراحل انقلاب رحمی

- 1) صفحه اول یا مرحله اول: غور رحم در داخل جوف رحم چه یا معکوس گردیده ولی در سویه فوهه داخلی عنق قرار دارد.

۲) مرحله دوم: غور رحم از عنق آن خارج شده داخل مهبل قرار دارد. کنارهای عنق رحم، به اطراف رحم منقلب شده جنس می‌گردد.

۳) مرحله سوم: تمام رحم و عنق بصورت مکملی معروض به انقلاب شده و از فوهه دهليز به طرف بیرون آویزان است. قسمت علوی مهبل هم شاید معکوس شده باشد.

اسباب انقلاب رحمی

۱) اهتمامات و تدابیر غلط صفحه سوم ولادت عمدت ترین علت را می‌سازد.

۲) غرس غور رحمی پلاستنا.

۳) اتونی رحم.

۴) کش کردن حبل سروی قبل از جدا شدن پلاستنا.

۵) فشار بالای غور رحم بمقصد خروج علقات خون داخل رحمی.

۶) فیرم ذنب دار تحت المخاطی غور رحم.

۷) سرفه‌ها یا عطسه‌های شدید وزور زدن سبب پائین آمدن می‌گردد.

۸) پاره شد عنق رحم.

۹) حبل سروی کوتاه و یا تاب خوردن حبل سروی چندین مرتبه دور گردن طفل.

۱۰) انقلاب بنفسه رحم.

۱۱) ولادت سریع در وضعیت ایستاده.

۱۲) هرگاه با میتوود Crede's پلاستنا به فشار ولادت داده شود.

در معاینه

۱) در معاینه بطی با جس، رحم از محل خود غایب شده است.

۲) فرورفتگی حجاب مانند و غیر منظم در سطح علوی.

۳) در معاینه مهبلی: یک کتله بزرگ اسفنجی ارغوانی رنگ که از عنق رحم به جلو برآمده و یا در داخل و خارج مهبل و دهليز در شکل درجه II و III بمالحظه می‌رسد.

تداوی

۱) جابجا ساختن رحم: - این مسله در ظرف چند ثانیه با فشار عادی و ساده بالای رحم به طرف عقب انجام شده می‌تواند، اگر جابجائی به تاخیر افتاد حلقه تقلصی سگمنت سفلی و عنق رحم ازیما نگردد و سبب مشکلات در جابجائی می‌گردد و قسمت که آخرتر برآمده است باید اول تر جابجا شود.

۲) **تداوی شاک:**- مریضه گرم نگاه شده و پاهای آن بلند ساخته شود . قبل از آنکه خون برای نقل الدم آماده گردد باید برای مریضه ۱۵-۲۰m g مورفين زرق گردیده و پلازما یا سیرم فزیولوژیک I.V نزدش شروع گردد .

اگر مریضه خارج شفاخانه باشد . قبل از انتقال به طرف شفاخانه تداوی مناسب شاک انجام ، امبولانس مجهز با وسایل ترجیح‌آمده شود و مركبات oxytocin و میترجن نباید تجویز گردد . توجه باید صورت گیرد که انقلاب درجه سوم به انقلاب درجه دوم تعویض گردد . پاهای مریضه باید بلند تر نگهداشته شده تا رحم در داخل مهبل حفظ شود . این وضعیت Trendelenbourg شاک و اذیمای عنق را کم می کند . دهیز یا فوهه مهبل با pad ستریل پوشانیده شود .

۳) **جابجایی رحم تحت انسٹری عمومی:**- اگر در جابجایی رحم مشکلات موجود بود ، انسٹری عمومی عمیق بهدف ارجاع رحم ، بعد از تداوی کردن شاک مریضه و یا به عبارت دیگر احیائی مجلد مریضه ، داده شود . قسمتیکه آخرتر بر آمده با اجرای عمل Milking از دیگر قسمت ها مقدم تر جابجا گردد . مؤلف جابجایی موافقیت آمیز رحم مکملًا منقلب شده را ، بعد از ۲۴ ساعت تحت انسٹری عمومی را پور داده است .

۴) **مینود O'sullivan** یا فشار هیدرولیک داخل مهبل:- سیروم نمکی گرم با محلولات انتی سپتیک بمقصد دوش مهبل استعمال گردد ، که اینها در فضای فورونکس خلفی عبور نموده منبع دوش میتواند بلند تر از یک متر از مهبل قرار داشته باشد . شفتان دورا دور دهیز توسط یک اسستانت بسته گردد و در حدود ۴-۸ لیتر سیرم سالین می تواند زرق گردد .

۵) اگر تدابیر فوق مفید ثابت نه گردیدند . فشار ثابت همراه با Aveling Repositore باید اجرا گردد .

خونریزی های بعد از ولادت (P.P.H)

تعریف

عبارة از خونریزی طرق تناслی بعد از ولادت طفل بمقدار بیشتر از 500ml می باشد . ضیاع خون بصورت نارمل در حدود 300ml تخمین زده شده است . این مهمترین اختلاط غیر پیش بینی شده ایست که در ظرف چند دقیقه اگر تداوی نشود میتواند مصیبت بار و خطرناک باشد .
تعداد و فیات درین حادثه بیشتر از تمام واقعاتی است که در صفحه اول و دوم ولادت بصورت مجموعی رخ می دهد .

وقوعات

خونریزی بعد از ولادت در حدود 2-3% واقعات ولادتی را دربر میگیرد . این واقعه 20% مرگ و میر مادران را در احصایه ۱۹۸۹-۱۹۹۲ در فیصل آباد پاکستان نشان داده است

أنواع

- ۱) خونریزی ابتدائی یافوری: -اگر خونریزی در ظرف 24 h اول ولادت رخ دهد .
- ۲) خونریزی ثانوی یاد دوران نفاسی: -اگر خونریزی بعد از 24 h اول در ظرف ۶ هفته بعد از ولادت رخ دهد باین نام یاد میگردد.

خونریزی ابتدائی

اسباب

فکتورهای مساعد کننده

- ۱) توسع بیش از حد رحم از اثر حملهای دوگانه ، پولی هیدرامینوس و طفل بزرگ که زمینه توسع بیش از حد عضلات رحمی را مساعد کرده اند بعد از ولادت نسبت عدم قدرت تقلص کافی ، خونریزی رخ می دهد .
- ۲) انر شیای رحمی در یک ولادت طولانی:- که معمولاً از اثر تقلص ناکافی عضلات رحم که نمیتواند رحم وضعیت تقبضی خود را بدست آورد خونریزی بعد از ولادت رخ میدهد .
- ۳) انستزی عمیق عمومی:- استرخای رحمی از تحت این نوع انستزی مریضه را به خونریزی بعد از ولادت سوق میدهد .

۴) کثیر الولاده گی:- نزد کثیر الولاده ها احتمال بیشتر خونریزی بعد از ولادت به نسبتیکه بعضی از الیاف عضلی رحم توسط نسج فیروز در جریان هر حاملگی تعویض می گردند ، ممکن است باعث اتونی رحم گردیده و خونریز رخ دهد .

۵) خونریزی های قبل الولاده :- خونریزی های پیش از ولادت معمولترین علت مرگ خونریزی های بعد از ولادت را تشکیل میدهند ، زیرا مریضیکه قبل از مصاب کم خونی شده ، اگر مقدار کم خون هم بعداز ولادت ضایع نماید ، کافی خواهد بود (مریضی را که از اثر خونریزی قبل از ولادت ضعیف شده) در خونریزی بعد از ولادت محکوم بمرگ نماید .

در پلاستنا پریویا که پلاستنا در سگمنت سفلی که قدرت کشش تقلصی و تقبضی ضعیف و کم دارد غرس شده است ، لذا در انسداد او عیه رحمی بعد از ولادت ناکام بوده و خونریزی های بعد از ولادت را سازماندهی می کند . در انفال قبل از وقت پلاستناهم که با هیوپیرونیجینیما و عدم کفایه تقلصات رحم همراه است ، زمینه را برای خونریزی بعد از ولادت مساعدمی سازد . علاوه‌تا در انفال مکمل پلاستنا که تمام رحم از اثر انتشار خون در بین عضلات رحم و آزاد شدن نهی کننده‌های دورانی عضلات رحم ، که شاید تقلصات و کشش عضلات رحمی را برای کنترول ضایع خون از او عیه معروض به عدم کفایه گرداند ، خونریزی بعد از ولادت بوجود آمده می تواند .

۶) سابقه خونریزی در ولادت های قبلی:- این مریضان زمینه مساعد باین نوع خونریزی نظر به سابقه خوددارند .

۷) کم خونی ها که میتواند سبب تقلصات و تقبضات ناکافی گردد .

۸) تجویز مقدار زیاد نارکوتیک ها و یا انستزی عمومی طولانی و عمیق ، شاید سبب خونریزی بعد از ولادت از اثر استرخاء عضلات رحمی گردد .

۹) فیروم های رحمی خصوصاً نوع تحت المخاطی و داخل عضلی آن ، مریض را از اثر کمبود عکس العمل دیسیدوائی و عدم موثریت فعالیت تقلصی عضلات رحمی ، به طرف خونریزی های بعد از ولادت پیش می برد .

۱۰) انومالی های رحمی ، سزارین سکش قلبی و میومکتونی زمینه ساز عارضه شده می توانند .

اسباب

متداولترین اسباب عبارت اند:

۱) اتونی رحمی:- در هنگام جدا شدن و خروج پلاستنا از خونریزی با کشش و تقبض عضلات رحمی جلوگیری می گردد . وقتیکه رحم تقبض می کند باعث تنگ ساختن مجرای او عیه نافذه جدار رحم و در نتیجه کنترول خونریزی از آنها میگردد و بعداً ترومبوуз سینوس های و ریدی سبب توقف

- خونریزی می گرددند. هر عاملیکه بالای تقبض کشش عضلات رحم مداخله و آنرا مختلط کند ، سبب خونریزی بعد از ولادت شده می تواند .
- ۲) پاره شده گی قنات ولادی .
 - ۳) باقیماندن پارچه های از پلاستتا و یا جیب در رحم .
 - ۴) تداوی های نادرست و غلط صفحه سوم ولادت .
 - ۵) انقلاب رحمی .
 - ۶) تمزق رحمی .
 - ۷) کواگولوپاتی منتشر داخل وعائی (D.I.C):- که شاید از اثر فرط فشار خون ناشی از حاملگی ، اکلامپسی ، امبولی مایع امینو تیک و انفصال قبل از وقت پلاستتا بوجود بیاید .
 - ۸) تمزق واریکوزهای مهبلی و دهليزی .
 - ۹) توقف ناکافی هيموستاز از ناحيه که اپيز يو تومي ترميم شده است ، ضياع نارمل خون در يك اپيز يو تومي در حدود 150ml می باشد .
 - ۱۰) تشوشات خون مانند ترومبوسيتونيا .
 - ۱۱) ابنارمليتي پلاستائي مانند: پلاستتا ، acreta ، Increta .

علاوه‌تاً در انفصال قبل از وقت پلاستتا (accidental heamorrhagea) که رحم از اثر خونریزی داخل عضلی و یا نهی کننده های دورانی میومتریوم ، شاید بصورت کافی کشش عضلی و تقبض لازمه که خونریزی را کنترول کرده بتواند ، نمیتواند ایجاد کند ، خونریزی بعد از ولادت ممکن بوجود آید .

فیزیولوژی صفحه سوم ولادت

بعد از ولادت طفل ، رحم به يك صفحه استراحت داخل می گردد . بعد از چند دقیقه تقلصات و تقبضات رحمی شروع گردیده ، سبب جمع شدن رحم به شکل يك پروسه تدریجی میشود . تقلصات و تقبضات متاوب ادامه میابند و رحم در ظرف حد اقل ۱۰ دقیقه شاید با دست قابل جس نباشد .

• میتودهای جدا شدن پلاستتا

- ۱) میکانیزم Schultz : درین میتود ابتدا قسمت مرکزی پلاستتا جدا گردیده ، ساقه جدا شده بصورت متعدد المرکز بزرگ شده میروند . طوریکه بر آمد گی پلاستتا در مرکز وجه جنینی آن بمالحظه میرسد . پلاستتا مانند يك چتری معکوس شده خارج می گردد این به خونریزی خلف پلاستائي مربوط نیست .

۲) میکانیزم Duncan، Mathew : - پلاستنا بطور مکمل از جدار رحم جدا گردیده و ابتدای ظهور یا خروج از کنار سفلی میباشد ، دلیل جدا شدن پلاستنا ینست که بصورت میخانیکی ساحه ارتكاز پلاستنا تفیص نموده و به قطر ۱۰ سانتی متر و حتی کمتر از آن از اثر تکمیل میرسد لذا حجم بزرگ پلاستنا نمیتواند با این تناقض حجم داخل رحمی توافق نماید .

علائم جدا شدن پلاستنا

- ۱) دراز شدن پلاستنا .
- ۲) خونریزی تازه و روشن شاید بوجود آید .
- ۳) جس پلاستنا در مهبل .
- ۴) کروی شدن غور رحم .
- ۵) رحم متحرک جس می شود .
- ۶) سویه غور رحم بلند تار میرود .
- ۷) باتیله کردن رحم به علوی حبل سروی هم بخوبی به بالا کش میشود و این نباید به حیث علامه جدا شدن پلاستنا به شمار آید .

اهتمامات و تدابیر صفحه سوم ولادت

در این صفحه مریض باید به اصطلاح ظهری قرار داده شده تا اینکه رحم بتواند تفتیش و خون بتواند با گذاشتن یک تربیو گرده ای در حدای عبحان در آن جمع گردد . معمولاً پلاستنا در جریان ولادت طفل جدا گردیده ولی علت خروج مؤخر آن قطع مؤقت تقلصات رحمی میباشد .

تداوی

A-وقایوی

مراقبت خوب دوران بارداری:

- (a) تداوی کم خونی ها .
- (b) خونریزی بعد از ولادت در حمل قبلی جدا در نظر گرفته شود . مریضه در شفایخانه جهت ولادت ثبت گردیده و T.S- T.C تعیین شود .
- (c) در وقایع مرگ داخل رحمی ، انفال شکل مخفی پلاستنا و سقط گم شده (Missed Abartion) (Concentrated) فیرینوجن خون تعین گردد . در همچو وقایع پلازمای غلیظ شده (plasma) ، فیرینوجن و خون مطابق گروپ و فکتور Rh مریضه ، برایش آماده گردد .

d) خون مریضه از نظر گروپ و فکتور RH در صورتیکه سابقه هیموراژی بعد از ولادت قبلی، خونریزی در دوران حاملگی فعلی، سابقه ندبه سزارین، طفل مرده و زجرت جنینی داشته باشد تعین گردد.

e) ولادت در شفاخانه برای خانم های کثیرالولاده، حمل های چند گانه، خونریزی های دوره حاملگی، سابقه خونریزی بعد از ولادت های قبلی، سن کمتر از ۲۰ و یا بیش از ۳۵ ساله، سازماندهی گردد زیرا زمینه مساعد به خونریزی بعد از ولادت داندو یا Hight risk است.

f) با رهبری یک ولادت مناسب، از خونریزی بعد از ولادت میتوان جلوگیری نمود مثلا:

۱) اگر ولادت با هستگی پیش می رود، سیداتیف برای وقایه از زجرت ما در تجویز گردد.

۲) اگر صفحه دوم ولادت به تأخیر میانجامید، با استفاده از سامانه ولوازم (فورسپس، واکیوم آنرا خاتمه باید داد.

۳) رهبری واداره مناسب صفحه سوم ولادت فکتور عمدی و اساسی بوده وارگومترین باید بموضع داده شود.

B- معالجوي

I. عمومي

۱) امبولانس عاجل ولادی (obs.F.S) خواسته شود.

۲) توقف دادن خونریزی.

۳) ذخیره خون یا تهیه خون برای نقل الدم :- تداوی اساسی اینست که محتویات داخل رحم (ویا هردو علقات خون و پلاستن) مکملًا تخلیه و پاک گردیده، خونریزی در اثر تقلص رحمی وقتیکه جوف آن خوب تخلیه شده باشد توقف خواهد کرد. نقل الدم و سیداتیف ها مانند مورفین داده شود، اطراف سفلی بلند گردانیده شده و مریضه گرم نگاه شود.

II. خصوصي

I. خونریزی بعد از ولادت پلاستنا:- این نوع خونریزی مربوط به اینست که پلاستنا ولادت شده یا خیر؟ اگر خونریزی بعد از ولادت پلاستنا رخ دهد، ماساژ تند و محکم، سریع و مناسب بالای رحم بمقصد تولید تقلصات رحمی که در نتیجه سبب خروج علقات خون می گردد، اجرا گردد. به استثنای فشار، رحم نباید هیچگاه بداخل حوصله تیله گردد. در غیر آن باعث احتقان و خونریزی بیشتر می گردد.

فشار بالای رحم با یکدست در حالیکه دست دیگر در حذای سگمنت سفلی بالای ارتفاق عانه از جدار بطن قرار دارد آورده شود. پلاستنا از نظر اینکه مکمل خارج شده است معانیه گردد. اگر یک کاتلیدون و یالوب پلاستنائی خارج نه شده باشد در کنار آن ناحیه اویه متمزقه بمالحظه می رسنند. استطباب

تفییش داخل رحمی گذاشته شود . ارگو مترين باید وریدی و یا عضلی نظر به ضرورت تطبیق گردد . اگر خونریزی توقف نکرد ، برای بوجود آمدن تقلص رحمی بعد از زرق ارگومترین باز هم ماساژ رحمی انجام شود و اگر خونریزی باز هم دوام کرد پاره گی های مهبل و عنق رحم و یا انقلاب رحمی بدرجہ خفیف مدد نظر باشد .

- تست های تشوشات تحشری خون اجرا شود . اگر هیووفیرینوجینیما ثبیت شد ، برای مریض *پلاسمای concentrate* شده ، فیربنجن و یاخون تازه داده شود .
- (a) خیاط گذاری پاره گی های عجانی واپزیوتومی اجرا گردد .
 - (b) انقلاب رحمی اصلاح گردد .
 - (c) در صورت تمزق رحمی اجرای لاپراتومی و ترمیم ، یا برداشتن رحم انجام شود .
 - (d) هستركتومی ، در صورتیکه تمام اهتمامات نتوانند خونریزی را کنترول کنند اجرا شود .
 - (e) دوش سالین گرم بی فائد است (Hot salin douches) .

خونریزی قبل از خروج پلاستنا

تداوی مربوط به آنست که مریض تحت انستری عمومی قرار دارد یا خیر؟ اگر در انستری باشد ، پلاستنا با دست خارج گردانیده شود و در غیر آن برای خروج پلاستنا با دست ، انستری عمومی داده شود . میتوود *s' Crede* برای خروج پلاستنا: در این میتوود انگشتان در غور و وجه خلفی جسم رحم عبور داده شده و شصت در قدام و سفلی رحم بالای ارتفاق عانه قرار گرفته و بالای پلاستنا فشار آورده میشود . از این میتوود نباید استفاده گردد ، زیرا سبب شاک نزد مریضه و خونریزی بیشتر از سبب جدا شدن قسمی پلاستنا میگردد ، ارگوترين وریدی باید داده شود .

خروج پلاستنا با دست تحت انستری عمومی: - پلاستنا تحت انستری عمومی توسط دست خارج ساخته میشود دست چپ بالای بطن برای تشییت غور رحم و دست راست با رهنمائی حبل سروی داخل رحم می گردد . کنار پلاستنا مشخص گردیده و از جدار رحم توسط انگشتان جدا می گردد . پلاستنا بوسیله کش کردن حبل سروی خارج وجوف رحم تفییش گردد . ارگوترين وریدی داده شده و ماساژ رحم اجرا گردد .

خطرات خونریزی های بعد از ولادت

A. خطرات عاجل و فوری

- (a) مرگ آنی : اگر مقدار ضیاع خون بیشتر از حدی باشد که مریضه توان تحمل آنرا دارد و نقل الدم بصورت عاجل و سریع اجرا نگردد ، ممکن است مریضه از سبب خونریزی شدید محکوم بمرگ

گردد . خونریزی های بعد از ولادت سومین علل شایع مرگ و میر مریضان حامله را تشکیل میدهند

(b) انیوری (Anuria) یا ادرارنکردن مریضه از سبب نکروز توبولهای کلیوی: اگر فشار خون پائینتر از 80 mm Hg در ظرف چند ساعت دوام کند ، زمینه را به نکروز توبولها کلیوی مساعد ساخته و نزد مریضه (Anuria) انکشاف می کند . تمام فلتريشن کلیوی و قیکه فشار پائین باشد ، قطع می شود . مریضه باید جداً ظرف چند روز آینده از سبب Oliguria زیر نظر قرار داده شود .

B. اختلالات مؤخر

(۱) اینمیای کمبود آهن به شکل مزمن (Ch.I.D.A):- 48h بعد از ولادت هیمو گلوبین تعیین گردد. اگر کمتر از ۵۵% باشد نقل الدم اجرا گردد . در کمترین وقایع شدید شاید به تداوی با مرکبات آهن ضرورت افتد. در ظرف شش هفته دوره نفاسی باید لوحه کلینیکی خون مریضه نارمل گردد .

(۲) عدم کفايه در تاسیس شیردهی:- در خونریزی های شدید بعد از ولادت از اثر کمبود و یا عدم موجودیت هورمون لکتوژنیک ، عدم اقتدار خانم برای شیر دادن یا تولید شیر امر معمولی و عادی است .

(۳) انقلاب ناتام مزمن رحم (Chronie Sub involution of the uterus):- از سبب به تحلیل بردن و خراب کردن وضعیت صحی نسائی خانم در طول سال های متتمادی عرض اندام می کند .

(۴) انتانات دوره نفاسی:- ضیاع خون نزد مریضه زمینه را برای انتانات و حتی ترومبوز اورده عمیقه مساعد میسازد .

(۵) نکروز فص قدامی غده نخامیه (Sheehan syndrome):- خونریزی شدید بعد از ولادت که زمینه ساز شاک نزد مریضه شود ، سبب اسکیمی و نکروز فص قدامی غده نخامیه می گردد . در این حالت اویه ایکه خون را برای فص قدامی غده تهیه می کند معروض به ترومبوز گردیده و نکروز مکمل لوب مذکور ، به استثنای حاشیه انساجیکه در سطح لوب قرار دارند میتواند زنده بمانند ، بوقوع می رسد . تمام فعالیت های اندوکرینی فص قدامی خراب میشود . عدم موجودیت هورمون T.S.H سبب کسالت و خواب آلدگی مریضه میگردد . خانم در مقابل هوای سرد بشکل غیر طبیعی حساس می گردد ، معمولاً وزن میباشد ، میتابولزم اساسی (B.M.R) پائین آمده و تولیرانس تحمل گلوکوز بلند می رود . عدم موجویت هورمون های کورتیکوتروپیک سبب عدم اقتدار یا Asthenia ، فشار سقوطی ، مقاومت پائین مقابل انتانات و اینمی نزد مریضه می گردد .

نقیصه در هورمون های گونادو تروپین سبب اترووفی اور گانهای تناسلی ، امینوره و اترووفی ثدیان می گردد .

تداوى

A. وقايوى

تداوى مقدم و مناسب شاک امری است ضروری ، زیرا دوام شاک خیلی کشنده تر است نسبت به درجهء شاک . مریضیکه همیوراژی بعد از ولادت نزدش انکشاف می کند ، باید برای ۱۰-۱۵ سال زیر نظر باشند .

B. معالجوي

- (۱) Thyroxin و کورتیکوستروئیدها داده شود .
- (۲) حمل گرفتن بعدی شاید سبب شفای مریضه از اثر هیپرپلازی غده هیپوفز ، که در جربان بارداری بوقوع میپوندد گردد .
- (۳) اnimی مریضه تداوى گردد .

انذار

- (۱) مریوط به سرعت ضیاع خون میباشد .
- (۲) به وضعیت قبل از خونریزی مریضه ارتباط دارد .
- (۳) به دلیل خونریزی ارتباط می گیرد .

با در نظر داشت تزايد حجم خون در دوران حاملگی ، خانم ها ضیاع خون را خوبتر تحمل کرده میتوانند . اگر آنها قبلا از اثر خونریزی دوره حاملگی به بیحالی و کسالت مصاب شده باشند ، تحمل خونریزی را نداشته واز آن انطباع بد داشته و می ترسند . خونریزی شدید ممکن است منجر به نکروز غده نخامیه گردد .

خونریزیهای ثانوی یاموئخر بعد از ولادت

این نوع خونریزی ها معمولاً ۲۴h بعد از ولادت بظهور رسیده ، لکن معمولاً در روزهای ۵-۱۰ بوقوع می پیوندد .

اسباب

- (۱) احتباس توته از پلاستتا ، جیب و یا علقه خون در داخل رحم .
- (۲) انتانات داخل رحمی .

(۳) جدا شدن و پاشیدن تکه های منتن که در پارگی های عنق رحم ، پاره گی های مهبل و جروحتات سگمنت سفلی رحم تشکل کرده اند .

(۴) منتن شدن ، جدا شدن و پاشیدن فیبروم های تحت المخاطی نادر است .

اعراض و علائم

- معاينه عمومی

در معاينه کلينيکي شايد اعراض و علائم انتان بمالحظه برستند .

- معاينه بطني

رحم واضحًا بزرگ ، شل و نرم از اثر عدم تجمع يا ارجاع ناقص جس می گردد .

- معاينه مهبلی

ممکن عنق رحم باز بوده و در داخل رحم محتويات حمل جس گرددند .

تداوى

(۱) تحت انستری عمومی با انگشتان و پنس حلقه محتويات پلاستتا تخلیه گردد .

(۲) اگر انتان موجود بود سمیر از عنق و يا داخل رحم گرفته شده ، کشت و انتى بيوس گرام

گردیده و با ساس ان انتى بيوتیک مناسب شروع شود .

تب نفاسی (Puerperal Pyrexia) (Puerperal Fever Or Chilbed Fever) Puerperal Sepsis

تعريف

ترفع درجه حرارت به ۳۸ درجه سانتی گراد (۱۰۰.۴ در. ظرف ۱۴ روز بعد از ولادت یا سقط ، چه منشأ تناسلي داشته و یا نداشه باشد و چه دوامدار بوده و یا اينكه در ظرف ۲۴ ساعت عود نماید ، گفته ميشود . اين تعريف مورد قبول آنچنانی نیست ، زيرا مريضه ميتواند متن شده باشد بدون اينكه تب ظهور کند و هم عدم موفقیت تشخيص بين اينكه مريضه از طرق تناسلي انتان را گرفته و یا بصورت اتفاقی و ضمنی معروض به انتان دوره نفاسی گردیده است ، مطرح ميشود .

تب نفاسی يکی از سه Prime کشنده ولادی بعد از خونریزی و اکلامپسیا میباشد . این حادثه سبب معمولی مرگ و میر مادران در پاکستان و دیگر ممالک رو به انکشاف میباشد . لوحه های مختلف از انتانات دوره نفاسی مانند: سیلولیت ناحیه عجان یا مهبل ، اندومتریت ، پارامتریت ، سلپنگو اوفوریت ، ترومبوفلیبیت حوصلی ، پریتونیت ، امبولی سپتیک ، شاک سپتیک ، هماتوم متن شده وابسه های جروحات را میتوان مشاهده نمود .

اسباب

A-انتانات طرق تناسلي

۱) التهاب مهبلی:- اين وثيره از اثر پاره گی مهبل در جريان ولادت رخ می دهد . عرض عمده آن افزایت چركی زياد و فراوان مهبلی میباشد .

۲) التهاب عنق رحم:- جروحات ولادتی سبب تخريبات اندوسرویکس گردیده که دخول انتانات را از طريق دهانه باز عقدات عنق رحم ، زمينه سازی می کند . عنق احتقانی ، بزرگ و حساس است ، افرازات چركی از عنق رحم جريان دارد (بيرون ریخته ميشود) .

۳) اندومتریت:- اندومتریت بيشترین واقعات را میسازد . ولی معمولاً خفيف ترین شکل انتانات طرق تناسلي است . عمدهاً اندومتر و بعضًا هم ميومنتر مصاب انتان می گردند .

لوحه كلينكى اندومتریت:- علامت كلاسيك آن عبارتند از :

- (a) تب .
- (b) نبض بلندتر از ۱۰۰ الى ۱۲۰ فى دقيقة .

c) از ارتفاع غور رحم کم شده نمی رود (Poor involution).

d) لوخیا یا افرازات مهبلی خون آلوده و متعفن اند.

۴) پارامتریت (سیلویت): - شاید انتانات از رحم ، تمزقات عنق رحم یا حتی از ترومبوفلیت ، پریتونیت و یا حجرات منضم سست زمینه پارامتریت را فراهم سازند .

انتان به شکل Retroperitoneal به جهات مختلف و عموماً بین دو وریقه رباط عربیض ، اطراف مهبل و رکتم و حتی بطرف کمر انتشار می یابد . بعضی اوقات انتان بطول رباط مدور انتشار نموده و بعداً بالآخر از نقطه حلقه مغبنی در کشله ران تبارز نشان میدهد .

لوجه کلینیکی پارامتریت:- عارضه دیرتر از اندو متريت و معمولاً در هفته دوم شروع شده و با تب ولزره همراه میباشد .

معاینه حوصلی: با معاینه مهبلی یک کتلہ بزرگ و اکثرآ بسیار سخت با افرازات سرخرنگ و بمقدار وافر بمالحظه میرسد . درد شاید کمتر از حد انتظار باشد .

۵) پریتونیت و سلپنجیت:

I- پریتون حوصلی بعین ترتیب از راه تیوب ها مآثوف می گردد .

II- پریتونیت جنرالیزه یا منتشر هم شاید انکشاف کند که با پارالیک الیوس (فلج معائی) همراه است .

در وقایع بسیار نادر انتان آنقدر حاد و صاعقوی است که شاید نزد مریضه شاک سپتیک و یا شاک غیر قابل ارجاع را بیان آورد . در یک تعداد وقایع رد کردن اپاندیست حاد بدون باز کردن استکشافی بطن امکان ندارد .

B - اسباب خارج تناسلی

I- ثدیتان

(۱) Engorgement of breast (تراکم خون در ثدیه ها)

هنگامیکه سویه ستروجن خون سقوط کند ، فص قدامی غده نخامیه افزای پرولالکتین را زیاد میسازد ، اگر افزای شیر از مصرف آن بیشتر باشد ، ثدیه ها خیلی پر شده و درینماز اویعه دموی و لمفاوی معروض به انسداد میگردند و ثدیه ها اذیمانی ، متورم ، دردناک و بسیار حساس شده که حتی اجزاء فشاردادن برای شیر دادن را بمشکل مواجه میسازد .

پری ثدیه ها (Engorgement) شاید هم از سبب بلاک قنات های بوسیله کلسسترم غلیظ و یا مواد

افرازی از غدوات Sebaceus در جریان حاملگی باشد .

(۲) مستیت حاد و تشکل ابسه ثدیتان

یک التهاب حادثیه ها است . انتان از طریق خراشیدگی ها و یا ترک های حلیمه ثدیه داخل میشود و سبب التهاب موضعی نسج پرانشیمیل ثدیه (استافیلوکوک طلائی بحیث عامل) و نسج Inter stitial گردیده و تولید ابسه را بیان میآورد .

لوحة كلينيكي

- ۱) تب یا ترفع درجه حرارت .
- ۲) ناحیه با جس دردناک است (دردناحیه باجس) .
- ۳) گرمی و سرخی در ثدیه ها که معمولا به شکل شعاعی منظره دارند ، بمالحظه می رسد .
- ۴) حساسیت بمالحظه میرسد . انتان حاد ثدیه ها هنگام گرفتن طفل از شیر هم ممکن است دیده شود درین وقایع انتان معمولا موجود بوده لذا وقتیکه عملیه شیردادن توقف داده میشود عکس العمل آن ظاهر می گردد .

Galactocoele - C

عبارة عن تجمّع در يك فص ثدیه ايکه قنات آن معروض به بلاک شده است میباشد . باید بطور عادي گذاشته شده و مداخله نگردد ، مگر اینکه ناراحتی شدید را باعث شود .

II.انتنان طرق بولی

لوحة سريري

- ۱) تكرار ادرار .
- ۲) فوريت ادرار (Urgency) .
- ۳) احساس درد در هنگام تبول .
- ۴) تزايد حجم باقيمانده (Residul Vulum) .

III.سيستم تنفسى

انتنان طرق تنفسی از اثر انستزی عمومی ، انفلوانزا و ریزش میتواند بوجود آید .

IV.ترومبوفليت سطحي و يا ترومبو Mizoboz اورده عميق

الف) لوحة كلينيكي ترومبو فليت سطحي

اورده سطحي سرخ و حساس که با يك سache التهابي و اذيمائي احاطه شده است ، بمالحظه ميرسنده و ممکن است با يك ترفع خفيف درجه حرارت همراه باشند . تاوقتيکه آفت همينطور سطحي باقی بماند خطر ترومبوامبولی مطرح نیست .

ب) لوحة كلينيكي ترومبوز اووعية عميق

- ۱) باجس نرمی ساق پا ، حساسیت و اذیما بمالحظه می رسد .

۲) پای مائوفه در وجه عقبی خود گرمترا احساس میشود.

۳) Homan's sign:- انقباض قدم به طرف قدام و علوی با حرکت منفعله توسط شخص هنگامیکه مفصل زانو در حالت بسط باشد ، بخوبی حساسیت در ماهیچه پا را وانمود میسازد . درد در هنگامیکه عضلات به حالت استرخا قرار دارند ، حتی با فشار نرم هم ممکن است احساس نشود .

۴) Moses' sign :- هر گاه با فشار دادن عضلات ساق پا در یک طرف ، به طرف دیگر درد احساس شود ، این علامه مثبت است .

۵) اندازه گیری دقیق پا ممکن است تورم طرف را نسبت به طرف دیگر مشخص سازد .

۶) اورده فخلی در حذای کشاله ران باید جس گردند . آنها شاید به وضعیتی که بنام Phlegmonia Alba Dolen یاد میشود ، جس شوند .

اور گانیزم‌های سببی

A- آنهاییکه منشأ داخلی دارند (Endogenous) : مانند استرپتوکوک‌های غیر هوایی ،

استرپتوکوک‌های Faecalis ، ایشیریشیاکولی و کلستروم ولشی .

B- آنهاییکه منشأ خارجی دارند (Exogeneous) : استافیلوکوک‌های طلائی ، استافیلوکوک پیوجنیک ، استرپتوکوک همولیک گروپ A و گونوگوک‌ها .

منبع افたان

۱- ساحتات زخمی ایکه از محل جدا شدن پلاستتا در جدار رحم بوجود میآیند .

۲- جروحات در کانال ولادی .

۳- پاره‌گی‌های عنق رحم .

۴- طرق معده معائی .

۵- خون .

۶- گرد و خاک و کثافت شفاخانه (Ward) .

۷- پاره‌گی عجان .

۸- در صورتیکه مریضه و یا همراهان وی به گلودردی و ریزش مصاب باشد .

پتولوژی

مربوط به شدت ویرولانس میکرواور گانیزم ، مقاومت مریضه ، مقدار نسیج معروض به ترضیض و

مؤثریت شیمیوتراپی میباشد .

ویرولانس مکروب

۱) استرپتوکوک همولیتیک نوع A: این میکرواورگانیزم اعراض موضعی کمتر تولید نموده ، بلکه

بیشتر سبب پریتونیت شدید می گردد ، این شاید منجر به فلچ معائی ، سیلویت Massive و

سپتی سیمیا گردد. بلند و فتن تعداد نبض ، نسبت به درجه حرارت بسیار برجسته تر است و با

سرعت نبض نسبت بدرجۀ حرارت بسیار زیادتر است. اگر عکس العمل مقابله انتان کم باشد ،

ترفع درجه حرارت شاید به حالت Sub normal موجود باشد .

۲) استرپتوکوک های غیر هوازی: اینها در انساج مرده می رویند ، انتشار تدریجی دارند و معمولاً

سبب ترموبوفیلیت موضعی می گردند . عکس العمل التهابی آن منجر به تولید لوخیای

(Lochia) متغرن و سخت شدن انساج حجری حوصله می گردد.

۳) E.coli: عکس العمل موضعی آن بمراتب واضح تر بوده و سبب تشکل ابسه‌های بزرگ می

گردد ، افزایش چرکی ، رقیق و بسیار بدبوی است .

۴) استافیلولوک پیوجینوس: سبب ابسه‌های متعدد و کوچک گردیده که چرک غلیظ و زرد

رنگ دارند .

۵) کلستروم ویلشی (Cl Welchi): شاید سبب تولید هیمولیز و تشکل گاز و شاید هم سبب

کولابس ، زردی و هیموگلوبین یوریا گردد .

اگر انتان محدود و موضعی گردد ، توکسیمی خفیف و یا متوسط از اثر جذب توکسین از محل مائوفه

تظاهر می کند. سپتیسیمیای جنراال یا عمومی از اثر دخول اور گانیزم در جریان دموی و انتشار یا پخش آن به

قسمت‌های مختلف بدن مانند: شش‌ها ، پلورا ، پریکارد و غیره بظهور رسیده میتواند .

انتشار انتان

۱) با انتشار مستقیم از قنات ولادی ، عضلات رحمی ، تیوب‌ها و پریتوان .

۲) جریان خون .

۳) سیستم لمفاوی .

سیلویت حوصلی ، پریتونیت حوصلی و ابسه‌های بعده نیز میتواند بوجود آید .

تشخیص

۱) درتب و یا ترفع درجه حرارت که به تعقیب ولادت ظاهر شده و بیشتر از ۲۴ ساعت دوام کند

، التهاب طرق تناسلی را باید در نظر داشت .

۲) هر جرحة جراحی باید برای ظهور مداخله انتان معاینه گردد ، این مسئله خصوصاً بعد از عمل سزارین سکشن مهم است . انتان جرحوی با ظهور سرخی و حساسیت عمیق ساحة جرحة که با یک سفتی احاطه شده است ، مشخص میگردد .

۳) پاهای اطراف سفلی اگر تب نفاسی موجود باشد ، برای بررسی ترومبوفیلیت و ترومبوز اورده عمیق باید تفتیش گرددند .

Homan's sign-I مثبت است .

Veinography-II لازم است اجرا گردد .

III-مطالعه Isotop به تشخیص کمک می کند .

۴) ژدیه ها از نظر پیری یا Engorgement ، ابسه ، مستیت حاد و گلکتوسل باید مورد معاینه قرار داده شوند .

۵) بایک سپیکولوم عمق ، صواب از قسمت علوی مهبل و عنق رحم گرفته شود . اگر تشخیص نامعین است ، یک صواب گلو و نمونه از ادرار (Mid stream) هم گرفته و فرستاده شود .

۶) Mid Stream urin جهت معاینه میکروسکوپیک ، کلچر و تعیین حساسیت (انتی بیوگرام) میکروب گرفته شود .

۷) خون جهت کلچر و انتی بیوگرام گرفته شود .

۸) لپراتومی استکشافی :

- در یک تعداد وقایع برای رد اپاندیسیت حاد لازم است اجرا شود .

- عکس العمل ضعیف به مقابله انتی بیوتیک (جواب ندادن به انتی بیوتیکها) باحتمال ابسه - های تحت حجاب حاجزی .

تماوی

-A وقایوی

: Antenatal (a)

- مراقبت خوب حامله گی بسیار مهم است .

- وقایه از مداخله انتانات بیرونی در هنگام حامله داری وقت ولادت .

در جریان ولادت: (b)

۱-معاینه مهبلی باید با دستکش های عمق انجام شود . اگر جیب تمزق نموده باشد معاینه بعد از

اسکرب (پاک کردن با انتی سپتیک) ناحیه مهبلی انجام گردد .

۲-معاینه مهبلی در جریان ولادت به حداقل تقلیل داده شود .

۳- از ولادت کمکی باید اجتناب نمود . مگر اینکه قطعاً ضرور باشد ، زیرا چانس مداخله انتان را بیشتر میسازد .

۴- انساج رخوة مادر باید از ترضیض محافظه گرددند .

۵- خون برای مریضه ذخیره شود .

۶- از دستکش معقم ، لباس بلند و ماسک در هنگام ولادت استفاده گردد .

۷- مریضان متن تحرید گرددند .

۸- ستاف طبی و قابله ها باید مکروبوی نباشند .

۹- پاک کاری ساحه بوسیله Vacuum ، بجائی جارو کردن زباله های خشک اجرا گردد . یا برای جارو کردن زباله ها و آشغال های خشک از Vacuum (جاروبرقی) استفاده گردد .

۱۰- کوتکس معقم در دهليز مهبل گذاشته شود .

۱۱- از کشیدن پلاستتا بادست باید اجتناب گردد .

۱۲- ملافة بستر و روجائی ها باید معقم باشند .

B - تداوی معالجوی

۱) تحرید مریض .

۲) تجویز مقدار کافی و وافر مایعات وریدی .

۳) قبل از اجرای C.S ، انتی بیوتیک های وسیع الساحه باید شروع گردد . سیفالوسپورین همراه با مترونیدازول بصورت مشترک برای تداوی انتانات غیر هوایی داده شود .

مدت دوام تداوی: تداوی حداقل برای ۵ روز در اندومتریت باید دوام یابد . در وقایع پارامتریت دو و یا بیشتر از دو هفته تا وقتیکه حوصله نارمل جس میگردد ، ادامه یابد .

۴) اگر تجمع قیحی بمالحظه رسید ، باید دریناز گردد .

D+C - I کولپوتومی .

II - لاپراتومی .

۵) خیاطه های اپزیوتومی متن شده ، گرفته شوند .

۶) در خیاطه های متن C.S : تداوی به وسعت و شدت انتان ارتباط دارد . اگر انتان به خوبی محصور شده و محدود باشد ، ممکن است بصورت بنفسه Discharge انجام گردد و با محلول انتی سپتیک H_2O_2 ناحیه Irregation گردد .

انتنان توسعه یافته یا پیشرفت: - اگر انتان بسیار پیشرفته باشد ، یک صواب یا نمونه از جرحه متن گرفته شده ، و برای کشت و انتی بیوگرام ارسال گردد و ضمناً انتی بیوتیک وسیع الساحه شروع گردد .

ابسه‌های عمیق: ضرورت است که ابسه در یناژ شده و جرحة متن بعد از رفع انتان ترمیم گردد، ولی معمولاً در بسیاری از وقایع جرجه از عمق خود بصورت بنفسه در اثر تشکل گرانولشن ترمیم شده می‌شود.

۷) تداوی در وقایع ذیل:

(a) انگورجمت ثدیه‌ها (پرشدن ثدیه‌ها)

۱- استراحت ثدیه‌ها، محافظت آنها با پستان بند سخت و یا باندهای مشابه آن.

۲- بمحض رفع حساسیت و درد برای خروج شیر فشار داده شوند.

۳- ضرورت به تجویز آنا لجزیک ها شاید احساس گردد.

۴- محدود ساختن مایعات و تجویز دیورتیک ها، تاثیر جانبی مطلوب دارند.

۵- در حالات پیشرفته از نهی کننده‌های پرولاکتین داده شود.

(b) مستیت حاد

۱- انتی بیوتیک:

Cloxaciel بمقدار 250-500mg هر ۶ ساعت بعد.

Flucloxacillin بمقدار 250-600mg در هر ۶ ساعت.

(c) ابسه ثدیه‌ها

اگر تمواج نداشت (Fluctuation)، یک Kaolin Poultice و یا دیگر منابع حرارتی برای یک روز بالای آن گذاشته شود. تحت انتزی عمومی یک شق شعاعی بالای ثدیه اجرا و تمام کیسه‌های چرکین و متنی باز گردند، یک درن برای سه روز گذاشته شده و چرک برای کشت وانتی بیوگرام فرستاده شود.

و قایه

اگر اهتمامات مناسب و درست ثدیه‌ها و حلیمه آنها در هنگام حاملگی در یک کلینیک Antenatal گرفته شده و اگر در دوره مقدم نفاسی از Engorgement آنها جلوگیری بعمل آمده باشد، انتانات ثدیه در هنگام شیردهی به حداقل خود تقلیل می‌یابند. اگر مریضه تصمیم دارد که شیرندهد و یا با شیر دادن مخالفت داشت (IUD یا طفل مرده) شیردهی باید از همان آوان نهی گردد.

۸) ترمبوز اورده عمیقه:

۱- وقایه: مریضه که مبتلا به Varicose Vein باشد باید اطراف سفلی آن توسط بندازها و یا جورابهای الاستیکی به صورت محکم بسته گردیده، از استراحت بستر قبل و بعد از ولادت منع گردد و به تمام این مریضان در دوره نفاسی باید فیزیوتراپی تجویز گردد.

۲- انفوزیون Dextran:- دکستران تأثیرات انتی ترومبوتیک داشته و وقوعات ترومبوز را پائین می‌آورد . نیم لیتر دکستران ۴۰٪ به شکل انفوزیون در جریان عملیات C.S تجویز شده و نیم لیتر دیگر ۴۸ ساعت بعد تر (مخصوصاً بمریضان high risk) باید داده شود .

تداوی

اهداف

- جلوگیری از توسعه آفت ترومبوز .
- تنقیص دادن خطر امبولی .
در صفحه حاد:
- هیپارین بمقدار ۴۰۰۰۰ یونت بشکل I.V تا وقتیکه اعراض کلینیکی بر طرف می‌گردند ، تجویز گردد .
- تداوی تعقیبی با زرق تحت الجلدی هیپارین ادامه باید .
- سودیم Warfarin دوای انتخابی برای تداوی دوامدار ترومبوز اوعیه در دوره نفاسی میباشد .

سايكوز دوره نفاسي Puerperal Psychosis

تشوش روحی در مراحل مقدم نفاسی یک امر معمولی است . ۲ الی ۳ روز بعد از ولادت اکثر خانم‌ها به یک لوحه کوتاه انحطاطی داخل می‌شوند . که بنام جریان روز چهارم (Fourth day blue) یاد می‌شود . آمادگی روحی و تغییر آنی در حالت و وضعیت خانم احتمالاً غیر متوقع بوده و یک زنگ خطر هم برای خود مريضه و هم برای شوهری می‌باشد . سایکوز عضوی حاد در مراحل مقدم دوره نفاسی ، حالا از واقعات نادرست ، که به پیشرفت پروسه حاملگی ارتباط می‌گيرد . سایکوز وظیفوی در مراحل مقدم دوره نفاسی ۵ مراتبه نسبت به دوران حاملگی ييشتر تصادف می‌گردد .

هر دو هم انحطاط و هم شیزوفرینیا در دوران نفاسی بملاحظه رسیده ولی مانیاک از جمله نادرات است . در انحطاط و شیزوفرینی که مربوط به طفل است در وقایع شدید انحطاطی روحیه کشن طفل توسط مادر ، مطرح بحث است (Infanticid). دوران نفاسی ممکن است نزد مريضانی که فکتورهای مساعد داردند بروز سایکوز را تحریک کند .

سايكوز دوره نفاسی با سایکوز دیگر اوقات فرق دارد و شاید هم باحتمال قوى به شکل حاد شروع کند . وقت شروع آن از روز اول الی هفته ششم بعد از ولادت ، هر وقت امکان دارد . لakin معمولاً از روز ۳-۵ نزد خانم‌های که قبلًاً کاملاً شاد بودند ، شروع می‌گردد .

وقوعات

در ۱/۱۰۰۰ واقعه ولادت ، سایکوز شدید دوره نفاسی ایجاب می‌نماید ، که مريضه در یک یونت عقلی عصبی بستر گردد . خطر عود مرض ۲۰٪ است . شاید بعد از ختم حمل هم واقع گردد .

أسباب

(۱) اسباب نامعلوم:- حاملگی فشار روحی (Stress) بزرگی را در زندگی یک خانم بوجود می‌آورد و هم چنین انجام وظایف بیولوژیکی سیستم تولیدی ، توافق فزیولوژیکی ، میتابولیکی ، تغییرات روحی در هنگام حاملگی کاملاً به ثبات دماغی روحی خانم ارتباط دارد . عکس العمل به حاملگی یا حامله دار شدن حتی در خانمی که قبلًاً از نظر فزیکی و روحی کاملاً صحبتمند بوده ، شاید یکی از Stress ها باشد .

(۲) در یک تعداد کمی از وقایع احساس عدم امنیت درباره بدست گرفتن طفل ، تغذی و حمام دادن طفل ، شاید خانم را به انحطاط دوره نفاسی بکشاند .

- ۳) فکتورهای مساعد کننده بطور مثال عدم ثبات روحی قبل از حاملگی ، داشتن سابقه امراض عقلی عصبی در فامیل ، شاید زمینه مساعد برای خانم باشند .
- ۴) هورمونل :- تغیرات قابل ملاحظه ای که در تولید هورمونهای استروئیدی بوجود می آید ، سبب تشوشات حالت روحی روانی مریض گردیده و بیشتر نزد خانم های اول باری و خانم هاییکه سابقه Primenstrual Tension داشته اند ، رخ میدهد .
- ۵) ولادت طفل و تغییرات فزیکی و روحی که به تعقیب آن نزد مریض رونما میشود ، شاید اعراض عصبی را نزد خانم هاییکه زمینه مساعد دارند ، تحریک کند .
- ۶) فکتورهای محیطی ممکن خانم های راکه از نظر روحی غیر ثابت اند ، تحت تاثیر قرار دهد .
- ۷) شخصیت:- خانمی که زندگی پر از مشقت دارد ، ممکن است به فکر اینکه چطور بعد از ولادت با مشکلات دست و پنجه نرم نماید . او را به این پروسه مساعد سازد .
- ۸) انتانات دوره نفاسی .
- ۹) اینمی پیش رفته که سبب خستگی زیاد و بیحالی مریضه می گردند ، باید بواسیله تحقیقات رد گردد .

لوحه کلینیکی

- ۱-سابقه امراض روحی در فامیل و خصوصاً مادر مریضه .
- ۲-سابقه پسیکوز در حمل قبلی .
- ۳-داشتن نیوروز در تریمستر اول ، هیجانات روحی دماغی در جریان حاملگی و مشکو کیت در حامله دار شدن و ولادت کردن ، معمولاً با خطر بلند نیوروز و پسیکوز دوران نفاسی همراه است .
- ۴-شروع معمولاً بسیار حاد و در ظرف یک هفته اول بعد از ولادت بیان میآید و ندرتاً بصورت مؤخر ۴-۲ هفته بعد از ولادت رخ می دهد .
- ۵-ضجرت تشوش شدید در هنگام شب بسیار تبارز دارد ، بیدار خوابی و هذیان شاید اولین اعراض پسیکوز عضوی باشند .
- ۶-عادات غیر قابل پیش بینی شده نزد خانم ، طوریکه بسیار سریع حالت و وضعیت آن از Depression یا انحطاط به Mania تغییر می کند ، بخلافه می رسد .
- ۷-نیوروز ، Hallucination و خیالات باطل شاید موجود باشند .
- ۸-تبارز اضطراب و بیقراری و خیالات و افکار واهمی نشانده هنده اینست که وضعیت مریضه بزودی بدتر و خراب تر شده می رود .
- ۹-احساس اینکه او شاید طفل خود را مجروح و زخمی بسازد و شاید هم انطباع اینکه طفل از خودش نیست ، نزدش موجود است .

۱۰- تمایل به خودکشی و یا کشتن طفل خود دارد.

۱۱- عادات، حرکات و سکنات مرضیه باید مد نظر باشد. بطور مثال ضعیفی عضسلی، فلنج و خرابی تکلم وی.

۱۲- فشار خون، نبض و درجه حرارت وی برای رد کردن اسباب فریکی باید چک گردد.

تداوی

تداوی پسیکوز در زمان حاملگی و دوره نفاسی از هم فرقی ندارد.

۱- در خانم‌های معروض به خطر، مراقبت جدی در دوران حاملگی، دوران نفاسی، تشخیص مقدم و تدابیر در حل پرابلم‌های آن‌ها امر ضروری است. مانند سابقه پسیکوز در حمل قبلی، سابقه فامیلی انحطاط روحی، سابقه ازدواج نامطلوب و نایاب و یا هر واقعه ضیجرا افزای دیگر.

۲- در جریان دوره حامله داری یا Antenatal ترجیحاً خانم توسط پرسونل طبی فنی لازم است دیده شود. انحطاط بعد از ولادت به تجویز Vit B6 100mg/day، یکماه قبل از آن جلوگیری گردیده و یکماه هم بعد از ولادت، ادامه داده شود.

۳- استراحت بیشتر و کمک فامیلی برای اجتناب از انداختن مسئولیت‌های بیشتر بالای مرضیه ضروری است.

۴- برای مرضیه توضیح گردد که حاملگی یک پروسه طبیعی است، نه مرض.

۵- مرضیه هنگام ولادت تنها نباید گذاشته شود، موجودیت یک نرس همکار و یا شوهر مرضیه ضروری است که با وی همراه باشند.

۶- اطمینان بخشیدن بمرضیه و همنوایی با وی از اهمیت خاصی برخوردار است. وقایع خفیف افسردگی ممکن است در خانه تداوی گردد و لی در وقایع شدید توام باشیزوفرینی مرضیه باید در شفा�خانه بستر گردد. زیرا خطر خودکشی و یا کشتن طفل، در وی متصور است.

۷- وقایع شدید افسردگی و شیزوفرینی توسط داکتر روانشناس بهتر تداوی شده میتواند. مادر و بچه اش هر دو بستر گرددند.

۸- برای استراحت و رفع زجرت از سیداتیف‌ها و ترانکولایزرها استفاده گردد.

۹- از ادویه Antidpressant در واقعه افسردگی میتوان استفاده کرد.

۱۰- جواب به شاک برقی (E.C.T) (Electric convulsive therapy) در بسیاری وقایع جواب معجزه آسا و دراماتیک دارد.

- ۱۱- باسas ضرورت مریضه مواد غذائی ساده و مایعات به اندازه کافی آماده گردد . برای نگهداری الکتروولیت ها و شکر خون بحالت طبیعی ، اگر مریضه از خوردن غذا ابا می ورزد ، باید مایعات وریدی ضروری تجویز گردیده ، یک دوست و یا رفیق و یا اقوام دلخواه مریضه ، باید همراهش باشند .
- ۱۲- سروصدahای اضافی معده گردند ، مریضه دریک اطاق تنها بی که کلین های آن حفاظ شده از داخل و پرده دار باشند ، بستر گردد .
- ۱۳- او باید از ضرر رساندن به خود و دیگران محافظت گردد .
- ۱۴- نکنائی ، رسیمان ، سیم و دیگر اشیای تیز ، نوک دار و سخت و یا اجسام سخت قابل انتقال در اطاق گذاشته نشوند .
- ۱۵- ویزیت های دوامدار و مکرر با شوهر شاید زجوت او را بر طرف سازد .
- ۱۶- از اعمال قوه و فشار باید اجتناب گردد .
- ۱۷- هر خانم که تازه مادر شده است ، باید در حمام کردن و مراقبت طفل قبل از ترک شفاخانه تحت مشاهده قرار داشته باشد .
- ۱۸- ادویه ضد حاملگی مؤثر و یا بعضاً ستیرلایزیشن (بستن تیوب ها) باید برای مادرانیکه از تشوشات مربوط به ولادت رنج می برنند ، توصیه گردد .
- ۱۹- مریضه باید تا جائیکه ممکن است به دیدن طفلش ادامه بدهد .

بررسی قلب جنین (Fetal Monitoring)

برای تعیین میعاد متوقع ولات گرفتن تاریخچه دقیق سیکل عادت ماهوار ، نظم عادت ماهوار ، اولین روز آخرین عادت ماهوار و موئیتورینگ قلب جنین در هفته‌های اخیر ، امر مهمی است . در خانم های کثیرالولاده در هفته‌های شانزده و در اول باریها در هفته‌های ۱۸ ، حرکات جنین برای مادر قابل درک می گردد .

۱- رشد رحم

- برای تعیین اندازه رحم در هفته‌های اول یک معاینه مهبلی اجرا گردد . a
- معاینات مکرر کلینیکی از طریق جس بطئی صورت گیرد . b

۲- گراف حاملگی (Gravido Gram)

فاصله بین ارتفاق عانه و غور رحم هر هفته در جریان نیمه دوم حاملگی اندازه گردیده و روی یک گراف نارمل ثبت گردد . معمولاً بصورت نارمل هفتة ۱cm تزايد می یابد . اگر چه فاصله بین سره ، ارتفاق عانه و ذیل خنجری عمدتاً به قد و قامت و چاقی مریضه ارتباط دارد . فاصله بین ارتفاق عانه و غور رحم در یک حمل به ترم ، در حدود ۳۵ سانتیمتر میباشد . قطر شکم در سویه سره هم باید اندازه گیری گردیده در یک گراف ثبت گردد . تزايد آن در هر هفته ۱cm و در حمل به ترم به ۱۰۰cm می رسد .

۳- وزن گرفتن مادر

بصورت تقریبی در جریان حاملگی خانم در حدود kg 10 وزن میگیرد ، که از آنجمله $\frac{1}{3}$ وزن را در بیست هفته اول حاملگی ، $\frac{1}{3}$ را در ۱۰ هفته سوم (۲۰-۳۰ هفتگی) و $\frac{1}{3}$ متباقی را در ۱۰ هفته اخیر حاملگی بدست میآورد .

۴- حرکات جنین

ثبت حرکات روزانه جنین به تعداد ۱۰ حرکت و یا بیشتر از آن روی ten chart (Cardiff Count to 12 ساعت نشاندهنده خوب بودن طفل در تریمیستر آخر حاملگی می باشد . فعالیت جنین بصورت قدامی در ظرف چند روز کاهش یافته و ۱۲ الی ۴۸ ساعت قبل از توقف قلب طفل ، متوقف می گردد .

۵- اندازه گیری هورمونها

تعداد زیادی از هورمونها اند که طفل بصورت مستقیم و یا غیر مستقیم در تولید و افزای آنها رول دارد . لذا از اندازه گیری های متواتر آنها ، برای خوب بودن وضع طفل استفاده کرده میشود .

(a) هورمون های گونادوتروفین ذغابوی (H.C.G)

تعیین سویه (H.C.G) برای تست حاملگی (خانم حامله است یا خیر) وسیعاً مورد استفاده است و همچنین تعیین این هورمون در نزد خانم های که تحت تداوی مول هیداتیفورم قرار دارند ، ارزش خاصی دارد . هر چند که سویه بلند این هورمون بین روزهای ۶۰-۷۰ حاملگی بوده از آن به بعد تدریجاً سقوط نموده در روزهای ۱۳۰-۱۰۰ حاملگی به یک سویه ثابت می رسد . لذا دریافت آن از نظر کلینیکی ارزش خاص آنچنانی در بررسی معاینات روتین طفل ندارد . سویه آن در خانم مصاب Mole Hydatidiforme (حمل ذغابوی) ، چند گانگی ها و عدم تناسب RH Factor Incompatibility ، بصورت غیر طبیعی بلند است .

(b) تعیین ستریول خون (Steriol Determination)

این هورمون در عمل Monetoring برای خوب بودن جنین بسیار مهم است . بیوسنتز این هورمون مربوط به سالم بودن Feto-Placental Maternal Unit میباشد . تنها در نیمة دوم حاملگی معاینات مکرر این هورمون ما را به هدف رسانده میتواند . این اندازه گیری از طریق سیروم خون و ادرار مادر اجرا شده میتواند .

نارمل بودن سویه این هورمون نمایانگر آنست که طفل در حال حاضر مواجه به خطر نیست ، لاتن سویه پائین و یا تنقیص قابل ملاحظه در افزای آن همراه با خرابی و بدتر شدن وضع جنین بوده و آن را به شرف مرگ نشان میدهد . پائین بودن و یا تنقیص سویه سترایول ادرار در مراحل اخیر حاملگی معمولاً با اپنه های نوزادی ، سیانوز و ابتار ملیتی نیورولوژیکی جنین همراه خواهد بود . افزای استرایول (Oestriole) در مراحل آخر حاملگی بمقدار 40-40mg/24h در ادرار مريضه دیده میشود . اگر سویه آن از 4mg/24h پائین تر آید ، نشان دهنده معروض شدن جنین به خطرات بوده و یا حتی مرگ او را وامود میسازد .

تعیین سویه هورمون استرایول در پلازمای خون در هفته های ۳۰-۴۰ حاملگی ارزش مهم داشته و باید بین 5-40mg/ml باشد . برای تعیین سویه پلازمائی استرایول باید چندین نمونه در عین وقت روز برای رد تغیرات روزانه این هورمون در خون گرفته شود . پائین بودن و یا تنقیص قابل ملاحظه در افزای آن هورمون در حدود ۴۰٪ کمتر از مقدار نارمل آن دلالت به خرابی وضع طفل نموده و یا حتی طفل را مشرف به مرگ وانمود می کند .

(c) هورمون پلاستتائی (Human placental lactogen H.P.L)

وضعیت خوب طفل با نارمل بودن سویه H.P.L انعکاس یافته می تواند . سویه این هورمون به وزن پلاستنا ارتباط دارد . تغییرات در مقدار تولید و سویه آن در سیروم مادر و هم چنین در مایع امینو تیک میتواند به حیث یک مشعر حساس در وظائف پلاستنی باشد . اگر سویه پلازمائی این هورمون کمتر از 4mg/ml باشد ، نزد مریضه تحریک با Oxytocin انجام گردد .

۶- معاینات مکرر اولتراسوند

یکی از اساسی ترین علائم خوبی جنین در مراحل مؤخر حاملگی اندازه گیری دوام رشد وی ، با اجرای سونوگرافی های مکرر میباشد ، که اندازه رشد بطن مادر ، طول عظم فخذ و قطر Biparietal با اجرای سونوگرافی های مکرر (به شکل Serial) معین میگردد . از مراحل مقدم حاملگی تا تریمستر سوم حاملگی باسas رشد بالای آنها مطالعه صورت می گیرد . این میتواند مونیتورینگ رشد طفل ، بسیار حساس و دقیق است .

مطالعه Doppler: باسas پرانسیپ Doppler جریان خون شبعت قوسی شرائین رحمی ، در بسترهای پلاستنی از جانب مادر و در شرائین سروی از طرف جنین ، اندازه گیری گردیده میتواند .

امواج اولتراسوند مانند یک شاهین ترازو در انعکاس Echo تغییرات وسیع جریان خون ، عمل میکند . این میتواند هنوز هم عمدتاً بمرحله تحقیقی خود قرار دارد . لکن نمونه تعییر ان نشانده نه آنست که یک پروسه مفید کلینیکی شروع شده است . تشکل امواج غیر طبیعی در شرائین قوسی برای پیش بینی اینکه کدام خانم بطرف یک هایپر تشن شدید حاملگی می رود ، مفید است . اگر جنین در اندازه گیری با اولتراسونوگرافی خودتر نشان داده شود ، مطالعه امواج متشكله از شرائین حبل سروی پتولوژی حقیقی کوچکی جنین را مشخص میسازد .

- عدم موجودیت و یا معکوس شدن جریان خون در شرائین حبل سروی در جریان دیاستول در ۴۰٪ - ۲۵ وقایع به مرگ طفل میانجامد . و بیشتر از ۱/۴ این اطفال که زنده مانده اند ، معیوبیت های دائمی دارند . بر عکس اطفال کوچک که امواج متشكله شرائین حبل سروی نارمل دارند ، انذار خوبی را پیش رو دارند .

۷- شنیدن قلب جنین بلندتر از ۱۶۰ و پائین تر از ۱۲۰ فپی دقیقه ایجاب مونیتورینگ با وسائل الکترونیکی را مینماید .

۸- کاردیو توکوگرافی جنین (F.C.T.G)

این میتواندیست که با گذاشتن الکترود بالای بطن مادر (Indirect C.T.G) و یا بالای رأس طفل از طریق عنق رحم (Direct C.T.G) ، اندازه ضربانات قلب جنین و تقلصات رحمی بالای کاغذ ثبت میگردد . خصوصیات یک C.T.G نارمل عبارتند: از اندازه حرکات قلب جنین mg/160-120 و تراوید حرکات

قلبی جنین ۲۰ ضربه فی دقیقه با حرکت طفل و یا تقلص رحم میباشد و هم چنین نباید در حرکات قلب جنین تنقیص و یا تفاوت بیشتر از ۱۵-۵ ضربه فی دقیقه بمشاهده رسد.

تغییرات حرکات قلبی با بیلانس بین فعالیت سیستم اعصاب سمپاتیک و پاراسمپاتیک، شیموریسپتورهای شریان ابهر و غلاظت سویه ادرنالین و اسیتیل کولین ارتباط میگیرد. تنقیص تغییرات طوریکه Trace هموار باشد، علامه عدم جواب قلب به تحریکات میباشد و مربوط است به جمع شدن کتابولیت‌های تخربی (محصولات حاصل از کتابولیزم) و یا اینکه طفل خواب است. آسانترین راه تشخیص این دو و تیره بیدار ساختن طفل است. طوریکه از مادر خواسته شود که حرکت نموده و قدم بزند و یک ساعت بعدتر تست دوباره انجام گردد.

حالت انحطاطی مادر هم سبب ثبت ریکارد غیر طبیعی جنینی می‌گردد و تجویز سیداتیف‌ها میتواند عارضه را بوجود آورند. یک طفل مصاب هایپوکسی، بسیار سریع و یا بسیار باهستگی تنقیص در حرکات قلبش همزمان با تقلص رحمی ثبت می‌گردد.

تزاید حرکات قلبی جنین با تقلصات رحمی علامه صحت مندی طفل است. لakin در صفحات پیشرفته ولادت، عدم موجودیت آن یک علامه خراب را وامود نمیکند.

ابنار ملیتی در اساسات

تنقیص اساسات تغییرات (Reduce Baseline Variability): این عارضه نشانده‌نده آن است که طفل معروض به اسیدوزیز بوده و APGAR Scoring آن پائین است. علت آن هایپوکسی جنین، ادویه مانند (الکول، پتیدین، مورفین، دیازیپم)، خواب طفل و ابنار ملیتی سیستم عصبی مرکزی (انانسیفل، میکروسیفل) میباشد.

ابنار ملیتی قاعدوی

۱) Tachycardia قاعدوی: هنگامیکه قلب جنین بین ۱۶۰-۱۸۰ ضربه فی دقیقه بماند، بنام تاکی کاردیای متوسط و اگر از ۱۸۰ ضربه فی دقیقه بلند برود، تاکی کاردی شدید گفته می‌شود. علت تاکی کاردی متوسط طفل شاید مربوط به تاکی کاردی مادر از سبب عکس العمل مقابل انتانات، عدم کفایه قلبی، تایروتونکسیکوز و پریماچوریتی پیشرفه طفل باشد و در صورتیکه تاکی کاردی شدید طفل مطرح باشد با هایپوکسی خود طفل همراه است.

انتنانات مادری و جنینی و توصیه ادویه به مادر (سمپاتیکومیمیتیک) نوع بیتا (β) مانند (هیدرالازین، ادرنالین، اتروپین، کلورپرومازین و غیره) بوجود آمده میتواند.

۲) برادی کاردی Baseline: وقتیکه اندازه حرکات قلب جنینی بین $100-120 \text{ bit/min}$ باشد، برادی کاردی متوسط گفته می شود و اگر کمتر از 100 bit/min باشد بنام برادی کاردی شدید یاد میگردد.

علت برادی کاردی شدید در جنین، خراب بودن ریتم قلبی خود او، انومالی های قلبی جنینی، خونریزی ها جنینی، هیپوکسی جنینی و تجویز ادویه مانند (ادویه انستری، مورفين، دیجوكسین و غیره) نزد مادر میباشد.

Deceleration Single Deceleration (1)

این عارضه به تعقیب تمزق جیب با هیپوتنشن در حالت ایستاده، اصطجاج ظهری Supin (Hypotention) شاید بوقوع بیوند. بعداً به حالت عادی برگشت نموده کدام عمل خاصی را به کار ندارد.

Persistent Deceleration (2)

(a) دیسی لیریشن مقدم Type- 1 dip) باین معنی است که دیسی لیریشن در جریان تقلصات بوجود آمده و بعد از برطرف شدن تقلص، رفع میگردد. این معمولاً به شکل V میباشد و از اثر تنیه عصب vagus با فشاریکه توسط رأس بالای آن ایجاد می شود، بمیان میآید. دیسی لیریشن عود کننده عمیق ممکن است با اسیدوز طفل خصوصاً در اطفال پریماچور همراه باشد.

(b) دیسی لیریشن موخر Type II dip) :- باین معنی است که دیسی لیریشن بعد از شروع تقلصات رحمی شروع شده و بعد از ختم تقلصات رحمی هم ختم میگردد. این نوع دیسی لیریشن معمولاً با اشتراک هیپوکسی میکارد قلب جنین از باعث اسیدوز بوجود آمده میتواند.

(c) دیسی لیریشن متغیر: این نوع دیسی لیریشن ارتباط به تقلصات رحمی ندارد و اکثر اشکال و امپلیتوهدای متنوع را نشان میدهد. این شاید از اثر تحت فشار قرار گرفتن حبل سروی جنین باشد، اما شکل متداوم و موخر آن سبب هیپوکسی جنین میگردد.

(d) بصورت طبی اختلاف از یک ضربه تا ضربه دیگر موجود بوده ولی نباید این اختلاف از 30 مرتبه فی دقیقه بیشتر باشد. در صورت که کاهش اختلاف یک ضربه تا ضربه دیگر کمتر از ۵ و یا تعداد مجموعی ضربات در فی دقیقه کم باشد، هیپوکسی را وامود میکند که میتواند به تعقیب تجویز Valiun تأسیس کند.

(e) اتحاد هر یک از تمام اینار ملیتی های قلبی که فوق ذکر داده شد. سبب اختلالات مغلق بیشتر می گردند، مانند تنقیص تغییرات Baseline (خط قاعده‌ی) همراه با تاکی کاردی شدید. این شکل از هر نوع اینار ملیتی مجرد شوم تر بوده و عواقب بدتر دارد.

یک کلیشه غیرطبی شدید ایجاب مداخله را نموده ولی موجودیت یک کلیشه واضح و طبی ، نباید ما را اغفال کند . با در دست داشتن C.T.G Trace و با در نظر داشت معلومات لازمه دیگر حاملگی برای تحریک ولادت اقدام شده میتواند .

۳- تست استرس با Syntocinon

بمقدار unit 0.1 اوکسی توسین در ۱۰ ml آب مقطر انداخته و بسیار با آهستگی داخل ورید بمقصد بمیان آمدن تقلصات رحمی زرق می گردد ، تغییرات در جواب به تقلص رحمی در قلب جنین ، نشاندهنده ضعیف بودن قدرت ذخیره پلاستی بوده و این طفل قدرت مقاومت و ایستاده گی در مقابل stress های ولادی در هنگام ولادت را ندارد .

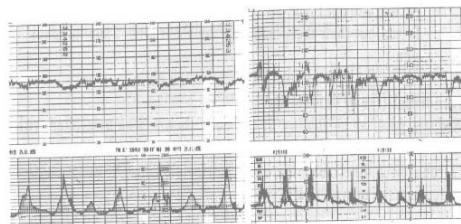


Fig.35 Normal trace (Scar ruptured)

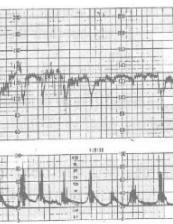


Fig.36 Variable decelerations
(Normal second stage)

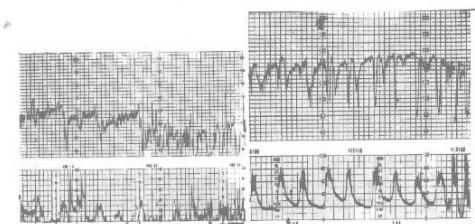


Fig.37 Prolonged bradycardia
(Abnormal second stage)

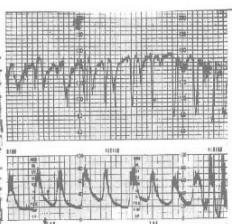


Fig.38 Additional late decelerations
(Abnormal second stage)

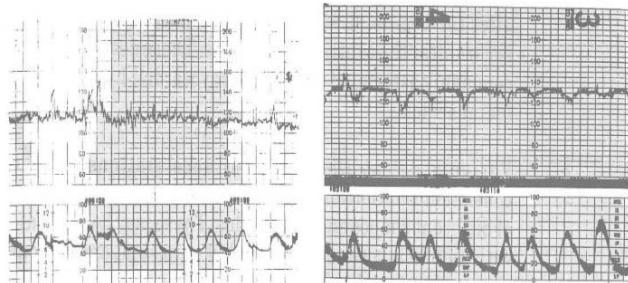


Fig.39 Baseline bradycardia (112 bpm)

Fig.40 Early decelerations (Type I dip)

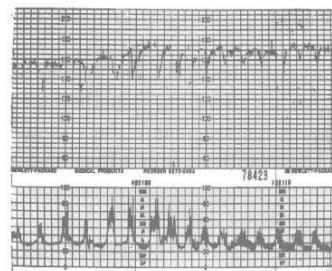


Fig.41 Developing tachycardia (Abnormal second stage)

۴- امنیوسکوپی

عبارةت از دیدن مایع امنیوتیک توسط امنیوسکوپ میباشد . سخن قدیمی است که (مرگ بدون تخلیه وجود ندارد) حقیقت غیر قابل تغییر است ، لاکن مشاهده مایع شفاف که حاوی تکه های سفید Vernex Caseosa است ، مجدداً اطمینان میدهد که همه چیز خوب است . مایع مغضوب به میکونیوم معمولاً مترافق با اسفلکسی جنین است . اگر انگشت بتواند داخل عنق گردد ، امنیوسکوپ مخروطی Saling's هم میتواند

داخل عنق شده و مایع امنیوتیک را نیز میتوان مشاهده نمود . مایع امنیوتیک شفاف اطمینان آنرا میدهد که ولادت در همین وقت بدون مضایقه ، بدون اختلاط و خطر است .

۵-امنیوستیز

در این معاینه مایع امنیوتیک از طریق مداخله جدار بطن بیرون آورده میشود . اجزاء مختلف تشکیل دهنده آن مانند فوسفولیپیدها ، کریاتینین ، شکر ، امینواسیدها و بیلریوین برای پخته شدن طفل و خوب بودن آن میتوانند مورد معاینه قرار گیرند . حجرات جنینی در مایع جهت پختگی طفل Sex.Chromatine میتوانند معاینه شوند . قبل از اقدام به امنیوستیز ضرور است که موقعیت پلاستنا توسط اولتراسونو گرافی تعیین گردیده ، زیرا در پلاستنای قدامی احتمال سوراخ شدن پلاستنا میرود .

۶-اسیدوز جنینی

این حادثه میتواند در جریان ولادت بعد از آنکه جیب تمزق نمود هر وقت اندازه گیری گردد . از طریق عنق رحم یک امیوسکوپ داخل گردیده و خون طفل از حذای رأس بایک شق کوچک توسط یک کارد محافظتی که بیشتر از 2mm از دسته محافظه آن بدر آمده نمیتواند ، گرفته میشود . اسیدوز جنینی به دو شکل میتابولیک و تنفسی میتواند بوجود آید . شکل اولی بیشتر معمول بوده و زیادتر خطر ناک است و به اسیدوز مادر ارتباط دارد . PH خون جنینی تعیین گردد در صورتی که اسیدوز جنینی ثبت شد ، جنینی قریب الوقوع است . اسیدوز مادری و جنینی با تطبیق سودیم بای کاربونات میتواند تدقیص یابد . پائین تر بودن PH خون جنینی از ۷.۲ مشعر اسفلکسی جنینی و پائین تر از ۷.۱ از خطر بزرگ برای طفل نماینده گی میکند . لذا استطباب C.S نزدش گذاشته شود

Cordocentesis -۷

خون از ورید حبل سروی نزدیک به طفل گرفته شده و از نظر اسید ، قلوی و غلظت اوکسیجن مورد مطالعه قرار داده میشود . لakin در این پروسیجر در حدود ۱-۲٪ خطر مرگ طفل موجود است .

احیاء و معاینه طفل نوزاد

به مجردیکه حبل سروی کلمپ گردید ، طفل در یک تراالی به وضعیت که سر نسبت به جذع بمقصد دریناز مایع از دهن و بینی یک طرفه و قدری پائینتر از جذع قرار داشته باشد ، گذاشته میشود . برای جلوگیری از تخریبات در غشاء مخاطی دهن نباید با گاز آنرا پاک نمود ، دهن و بلعوم فمی باید از تمام افزایات پاک گرددن ، برای این مقصد از سکشن Nosopharynx یا کش کننده های یکبار مصرف مخاط و یا دستگاه سکشن ضعیف که فشار بیشتر از ۳۰ میلی متر آب تولید کرده تواند استفاده گردد . بسیار مهم است که با نهایت ملایمت انجام سکشن خارج ساخته شود . زیرا شدت در عملیه سبب تنبیه فرنگس گردیده و ریفلکس اپنه و برادی کارديا را در قبال دارد . باید معدہ طفل خصوصاً اگر با عملیه C.S ولادت داده شده باشد ، با عبور یک سند نرم ، بسیار به آهستگی از طریق مری به معده سکشن گردد . بمجرد پاک شدن بلعوم عادتاً طفل نفس گرفته ، گریه نموده و عملیه تنفس شروع میشود و رنگ جلد آن گلابی می گردد . سیانورز دست و پا ممکن برای مدتی دوام کند و کدام ارزش پتانژیک ندارد .

معمولأ نزد اطفال پخته و صحت مند ، تنفس بدون هیچ کوششی فوراً بعد از ولادت شروع میشود و با قلب بلند تراز ۱۰۰ ضربه فی دقیقه فعالیت آغاز می گردد .

یک طفل باید صحت مند و بقدر کافی قوی باشد تا قادر به عملیه تنفس ابتدائی گردد و اولین تنفس همیشه از اهمیت بلند و با ارزشی برخوردار است . تنفس جهدی نه تنها باعث باز شدن اسناخ شش ها بصورت مستقیم گردیده ، بلکه خون را به سیستم و عائی ریوی اورده که این سبب معکوس شدن شنت (Shunt) راست به چپ قبلی از طریق فوهه Oval و Ductus Arteriosus میگردد . طفل خشک گردیده ، پوشانیده شود و در محلی که وجودش حرارت خود را حفظ کرده تواند گذاشته شود . درجه حرارت طفل بعد از ولادت در حدود ۳.۱ درجه سانتیگراد سقوط میکند . لذا حرارت مناسب محیط خارجی باید برایش آماده گردد . مرکز تنظیم حروری طفل فوراً بعد از ولادت فعل گردیده و سبب تزايد فعالیت میتابولیزم و مصرف اوکسیجن برای ثابت نگه داشتن حرارت بدن وی بصورت دوام دار می گردد .

تغییرات سیستم دورانی طفل بعد از ولادت

اولین تنفس طفل سبب توسع شش ها و باز شدن اسناخ ریوی و همچنین سقوط فشار شریان ریوی میگردد . این و تیره خون را به سیستم دورانی شش ها جاییکه آنرا اوکسیجن دار میسازد ، میکشاند . به تعقیب آن تقبض Ductous Artiosus و شرایین سروی عاجلاً انجام میشود . هنگامیکه حبل سروی کلمپ گردید ، در نزد طفل مقاومت پائین سیستم پلاستیک به مقاومت بلند سیستم دورانی محیطی نعویض می گردد و

فشار سیستمیک شرائین بلند می‌رود . از طرف دیگر فشار شرائین ریوی پائین می‌آید که همزمان با آن فشار به Ductous Artiosus نیز کاهش کسب می‌کند . همراه با کاهش مقاومت او عیه ریوی ، فشار در بطین راست سقوط نموده در نتیجه سبب تزايد مقاومت سیستمیک که این به نوبه خود ، باعث بلند رفتن فشار قلب چپ می‌گردد ، می‌شود .

این دو تغییر همراه با تزايد عودت خون در اورده ریوی سبب بلند رفتن فشار دهلیز چپ گردیده ، که با بسته شدن وظیفوی فوهه Oval همراه می‌باشد . بعد از چندین روز یا هفته فوهه Ductous Artiosus با عملیه Endarteritis بسته گردیده و در نهایت سیستم دورانی طفل به سیستم دورانی کاهلان تغییر می‌خورد . جبل سروی خشک و جدا می‌گردد و ناحیه مجروحه با گرانولشن التیام می‌یابد . او عیه سروی با ترومبوز اسپیک بسته می‌گردد و بحیث یک رباط مدور باقی می‌مانند (Lig Teres Hepatium) . شرائین سروی با یک بسته شدن به شکل ریتروگراد تا ناحیه شرائین هیپوگستریک پیش آمده و بحیث یک نسج سکلروتیک باقی می‌مانند .

اهتمامات عمومی در یک طفل نوزاد

بعد از چک و ارزیابی APGAR scor طفل در دقیقه اول و پنجم و حاصل کردن اطمینان از شروع شدن تنفس ، طفل به پهلوی مادر جهت شیردادن گذاشته شود . بعد از تغذیه ترجیحاً به پهلوی مادرش در بستر آن قرار داده شده و یا داخل رختخواب خودش ، طوریکه رویش مایل به طرف مادرش باشد ، گذاشته شود .

احیای طفل نوزاد

اگر طفل بعد از اسپریشن بینی و بلعوم ، شروع به تنفس بنفسه نکرد ، اهتمامات عاجل احیای مجدد گرفته شود . APGAR Scor رهنماخ خوبی در این مرحله است . ۵ APGAR = ۵ و یا بلند تر از آن نشاندهنده اینست که طفل در وضعیت خوبی قرار دارد ، تنفس بصورت بنفسه در ظرف یک دقیقه بعد از پاک کردن طرق هوایی شروع خواهد کرد . طفل خشک نگاه شود ، حفظ درجه حرارت و تجویز اوکسیژن ادامه یابد . اگر تنفس در ختم دقیقه اول شروع نشد و یا حرکات قلب جنین به طرف نزولی سیر میکرد ، بلعوم و حنجزه (larynx) باید با کترنرم اسپریسیون گردند .

اگر تنفس منظم نشده و سرعت حرکات قلبی اصلاح نگردیدند ، بلعوم و ترخیا بصورت مستقیم جهت دریافت افزایات معاینه گردیده و توسط سکشن برداشته شوند . اوکسیژن توسط ماسک و جهی داده شود ، که با وزش اوکسیژن در روی طفل به اصلاح وضعیت آن کمک خواهد کرد . اگر باز هم اصلاح بیان نیامد از وسایلی که اوکسیژن را بفشار داخل میکنند به شکل درست و مناسب ثبیت گردیده و از Ambu Bag جهت احیای مجدد کار گرفته شود .

پف یا دمیدن اولی باید برای ۳ ثانیه دوام کند و سپس در هر دقیقه ۴۰-۳۰ پف عیار گردد ، تا وقتیکه تنفس طفل شروع می شود ، ادامه داده شود . اگر تمام اهتمامات فوق بی نتیجه ماند ، بوسیله لرنگوسکوب اندوترخیال تیوب در داخل ترخیا جابجا گردیده و اکسیجن با پف یادمیدن های کوتاه از طریق T-tube که به مانومتر وصل گردیده و فشار اوکسیجن را پائینتر از ۳۰cm ستون آب حفظ میکند ، دوام داده شود . تنفس بنفسه بعد از مدت کوتاه که اوکسیجنیشن اصلاح گردید ، شروع خواهد شد . تیوب اندوتراخیال بعد از تأسیس تنفس بنفسه خارج ساخته شده و ماسک اوکسیجن تا وقتیکه وضعیت طفل کاملاً مطلوب می گردد ، ادامه داده شود .

تطیق دوا در احیای مجدد تنفس نوزاد با استثنای اینکه مادر در ظرف یک ساعت قبل از ولادت پتیدین یا مورفین گرفته باشد ، دردی را دوانمیکند و مؤثریتی ندارد . هرگاه مادر پتیدین و یا مورفین گرفته باشد از Naloxan Hydrochlorid به مقدار ۱۰mg فی کیلو گرام وزن بدن میتوان استفاده کرد . ندرتاً هنگامیکه APGAR ابتدائی طفل پائین بوده و یا طفل نارکوتایزر گردیده باشد ، تنفس کمکی یا مصنوعی با تیوب اندوتراخیال برای مدت طولانی ادامه داده شود .

تنفس مصنوعی یا تنفس از طریق دهن با دمیدن کوتاه ، اگر تسهیلات لازمه و یا مهارت در تطیق تیوب اندوتراخیال موجود نبود ، میتواند مورد استفاده قرار داده شود .

در سفکسی پیشرفتی که طفل بطرف اسیدوزمی رود ، بمقدار ۲-۴ml محلول سودیم بی کاربونات در داخل ورید سروی و یا او عیه محیطی به آهستگی زرق گردد . از محلول گلوكوز ۲۰٪ بمقدار ۱۰ml از عین طریق نیز استفاده شده میتواند . در واقعات شدید و پیشرفتی سفکسی ، طفل در بین انکوباتور تحت مراقبت جدی الی احیای تام و تمام گذاشته شود .

معاینه عمومی طفل نوزاد

یک معاینه مکمل فزیکی طفل نوزاد از سر تا بقدم در اولین فرصت مناسب بعد از ولادت با نورکافی باید اجرا گردد . APGAR Scoring در ظرف یک دقیقه و ۵ دقیقه بعد از ولادت ، با ارزیابی حرکات قلب جنین ، جهد تنفسی ، تون عضلی ، عکس العمل ریفلکس ها و رنگ جلد انجام داده شود . معاینه در یک اطاق گرم اجرا گردد .

• قبه رأس (Skull)

رأس جس شده و وسعت میزابه ها یادداشت گردد ، محیط رأس باید اندازه گیری شود (نارمل ۳۴cm) . اندازه Caput و Moulding ثبت شده که این در ولادت بعدی معلومات خوبی را بدست خواهد داد ، درزها یا میزابه ها ، برآمدگی فانتنل قدامی و ترازید محیط رأسی شاید در هیدرو سیفل و هماتوم

دریافت گردد ، که اینها بصورت مقدم قابل تداوی اند ، ساحت نرم و یا Sub dural Encephalocoele شاید دریافت گردد

• دهان (Mouth)

ویا لب چاک در دهن شاید بمالحظه برسد ، دندانهای طفویلیت شاید موجود باشند .

• اطراف (Limbs)

اطراف برای رد هر نوع شکستگی ، خلع و یا فلنج حرکت داده شوند . انگشتان برای رد انگشت علاوه‌گی شماره گردند . با اجرای Ortolani sign خلع ولاپی مفصل hip رد گردد . برای اجرای این عمل (Ortolani sign) طفل به تخت پشت خوابنیده شود ، زانوها به حالت قبض تام و مفصل hip بزاویه راست قبض گردد . ران های طفل به هر دو دست به شکلی که انگشت متوسط در هر طرف بالای وجه خارجی یا وحشی تروکانتر و شصت بالای وجه انسی یا داخلی تروکانتر گذاشته شوند ، گرفته شوند . ران ها بعداً از هم دور و انگشت متوسط دست معاینه کننده بالای تروکانتر کبیر به طرف جلو فشار وارد کند . در صورتیکه خلع ولاپی موجود باشد ، رأس فخذ بطور ناگهانی بطرف قدام اسیتابولوم توأم با یک صدا (Click) بیجا میشود . در صورتیکه فشار به طرف بیرون آورده شود ، طوریکه انگشتان کلان دست ها به سطح انسی ران تماس داشته باشد ، در اینصورت مجدداً رأس فخذ به طرف بیرون یعنی خلف اسیتابولوم می‌لغزد .

انجام ندادن این عمل ساده معنی این را میدهد که واقعه در طرف ۱-۲ سال آینده تشخیص ناشده باقی مانده و منجر به لنگ شدن دائمی میگردد .

پاها و انگشتان از نظر موجودیت Club foot، Telepes equino virus و چسپندگی انگشتان

به مدیگر مورد ارزیابی قرار گیرند .

• صدر (Chest)

معاینه قلب برای دریافت دکستر کارdia و یا سوپل با ید انجام شود ، اهمیت و نوعیت هرنوع سوپل ممکن است در طی چندین معاینه در روزهای مختلف مشخص گردد . اسغاے صدر برای دریافت هرنوع صدای غیر طبیعی انجام شود . امراض قلبی ولاپی با مشاهده سیانوز که در هنگام گریه طفل بدتر می شوند ، پالیده شوند .

قطر قدامی خلفی صدر معادل قطر عرضانی آن میباشد ، نبض فخذی یا فیمورال جهت رد کوارکتیشن ابخر جس گردد .

• بطن (Abdomen)

اگر پولی هیدرامنیوس موجود بوده باشد ، یک تیوب معدی معائی باید از طریق مری برای رد اتریزی مری گذشتانده یا عبور داده شود . با عبور یک کتر رادیو اپیک در معده و گرفتن X-Ray فستولهای معدی شزنی رد گردند ، که در آن حالت شاید به خوبی در سویه تشبع تراخیا ، یک نهایت کور و مدور در مری بمالحظه برسد . کبد در حدود ۲.۵۰ پائین تر از کنار ضلع راست بصورت نارمل جس می گردد . طحال شاید بدون کدام پتوولوزی خاصی قابل جس باشد . در بطن که خوب به حالت استرخاء قرار دارد ، ممکن است قطب سفلی کلیه ها نیز بدون موجودیت پتوولوزی جس گردد .

• درازی یا طول قد (Length)

قد و یا طول یک طلف نارمل در حدود ۵۰ الی ۵۵ سانتیمتر است ، قد یک کریتریای قابل اعتماد برای تعیین سن حاملگی نظر به وزن میباشد . حد متوسط وزن ولادت در حدود (3kg) است . اطفال بچه نسبت به دختر وزین تر بوده و وزن طلف با ارتباط تعداد ولادت ها نیز زیاد شده میرود .

• جبل سروی

عدم موجودیت یکی از شرائین سروی در داخل جبل سروی ، در حدود ۳۰٪ تشوشات ولادی جنینی را تشکیل میدهد . جبل سروی در ظرف چند ساعت شروع به خشک شدن کرده و ممکن است در ظرف ۷-۱۰ روز بیفتد . ستون فقرات طفل برای رد Spina Bifida ، مینتگومیا لوسل و مینتگوسل معاینه گردد . در صورت موجودیت این وقایع ، از دوکتور جراح و متخصص اطفال کمک خواسته شود ، در غیر آن احتمالاً اگر طفل زنده بماند معیوبیت نزدش در طول عمر دوام خواهد یافت .

در وقایعی که مینتگوسل باز توانم با کانال عصبی برآمده موجود باشد ، گازهای معقم و مغطوس با محلول Salin بالای آن گذاشته شده و طفل به سرویس و یا سنتر مجهز اطفال هرچه عاجلتر انتقال گردد .

• اورگانهای تناسلی

در طفل پخته پسر خصیه ها کاملاً در سفن نزول کرده اند و در دخترها شفتان کبیره ، شفتان صغیره و کلیتوریس را به خوبی پوشانیده است . در اثنای چند روز محدود بعد از ولادت افزایات مخاطی مهبلی خوندار ممکن است موجود باشد که قطعاً بی ضرر بوده و در ظرف چند روز محدود رفع می گردد (تفلس اندومنتریکه تحت تأثیر هورمونهای جنسی مادری رشد کرده است) .

• کافال افل یا قنات مقعدی

مقویت قنات مقعدی چک گردد ، حرارت مقعدی به خصوص اگر میکونیوم خارج نشده باشد ، گرفته شود .

• بینی (Nose)

انومالی‌های ولادی اکثراً با انومالی‌های شکل و فورم بینی همراه می‌باشد. افزایشات بینی و یا انسداد تام طرق تنفسی شاید موجود باشد.

• گوش‌ها (Ears)

اندازه، شکل و محل گوش‌ها ممکن‌آمتحان گرددند، توضع پائینی گوش‌ها و یا گوش‌های دور اغلياً با سایر انومالی‌های ولادی همراه بوده میتواند.

• گردن (Neck)

شکل و درازی گردن مشخص گردد، گردن پرده دار سندروم تورنر را تائید می‌کند. بزرگ شدن غده تیروئید شاید در اطفال جدید الولاده دیده شود.

• درجه حرارت

اطفال در هنگام ولادت حرارت نوسانی دارند یا Thermo labil اند. شاید درجه حرارت از حدود ۳۶c پائین تر بیاید. اطفال با تطبیق البسه گرم و یا حرارت عاجلاً عکس العمل نشان میدهند. در ظرف چند ساعت شاید درجه حرارت تنظیم و تثیت گردد. نوسانات نارمل حرارت طفل بینظ ۳۶-۳۷ درجه سانتیگراد میباشد.

• وزن طفل

ضیاع وزن در ظرف چند روز اول واقع می‌شود، که طفل ۱۰٪ وزن ولادت خود را میبازد. با شروع تغذی در ظرف ۷-۱۰ روز دوباره وزن ولادت خود را بدست می‌آورد.

• مواد غایطه

عبور میکونیوم در ظرف چند ساعت بعد از ولادت بظهور میرسد و شاید هم تا ۱۲ الی ۲۴ ساعت بعد از ولادت به تأخیر افتد. طفل بعد از چند روز محدود، روزانه چندین مرتبه میکونیوم خارج میکند که غلیظ، چسبناک، بدون بوی و داری رنگ سیاه مایل به سبز میباشد. در مقارن روزهای ختم هفته اول مواد غایطه شیری را خارج می‌کند.

• ادرار (Micturition)

ادرار بمدت کوتاهی بعد از ولادت دفع میشود. لakin ممکن است برای ۲۴ ساعت هم به تأخیر بیفتند. مثانه ممکن است قابل جس گردیده که با فشار از بالای بطن اکثراً ادرار کردن طفل شروع میشود. ادرار شاید در ابتدا سیاه رنگ بوده ولی بعداً بدون رنگ میگردد. رنگ زرد کاهی ادرار از اثر ذخیره یورات‌ها شاید در یکی دو روز اول و دوم بمالحظه برسد.

• ریفلکس‌های نارمل

بعضی ریفلکس‌های معین برای اطمینان اینکه طفل به تحریکات حساس بوده و نارمل است میتوانند تحری گردند.

۱. ریفلکس Moro: ریفلکس Startle با صدا در آوردن میزیکه طفل بالای آن دراز کشیده است و یا با قبض رأس وی بالای جذع تحری شده میتواند. تبعد و انبساط بازوها منجر به تقریب بازوها و انبساط پاهای میشود. این ریفلکس معمولاً متناظر بوده و نشاندهنده نارمل بودن وظائف Neuromuscular میباشد. جواب یا عکس العمل غیر طبی در فلجه عصبی، کسر عظم ترقوه و عظام طویله و یا تخریبات داخل عضلات بمالحظه می‌رسد.
۲. ریفلکس Rooting: اگر در اطراف دهن طفل تماس شود، رأس طفل به آن طرف تمايل کرده و کوشش به باز کردن دهان نموده و می‌چوشد.
۳. ریفلکس Suckling: این ریفلکس، ریفلکس Rooting را تعقیب میکند، به ترتیبی که طفل را قادر میسازد تا حلیمه ثدیه را بداخل دهن کشیده و با ماساژ سینوس‌های شیری توسط بیره ها در پائینتر از هاله ثدیه خروج و تخلیه شیر را تنبیه میگردد.
۴. ریفلکس Grasp: این ریفلکس هنگامیکه باکف دست و یا باکف پا تماس شود، بمالحظه می‌رسد و در اطفال جدید الولاده موجود است.

انومالی های ولادی (Congenetal Malformation)

عبارت از نقص بر جسته و مبارز ساختمانی در طفل هنگام ولادت میباشد . در سرویهای جهانی و قواعات انومالی های ولادی بصورت مقایسوی در حدود ۲۰ میلیون ولادت می رسد ، احتمالاً در حدود ۲-۳٪ تمام اطفال زنده ولادت شده یک و یا بیشتر از آن ، انومالی ولادی را تا اخیر یک سال نشان میدهند . این عدد دو چند میشود ، اگر انومالی های تشخیص ناشده کشف و با آن علاوه گرددند .

فکتورهای محیطی

در حال حاضر در حدود ۱۰٪ از سوء اشکال شناخته شده ، اسیاب محیطی را مسئول میدانند و در ۱۰٪ دیگر فکتورهای جنتیکی و کروموزومی مسئول بوده و ۸۰٪ مبتداً تاثیرات متقابل فکتورهای مغلق و پیچیده جنتیکی و محیطی تشکیل میدهند .

عوامل انتانی

Rubella• (عامل سرخکان):- این عامل میتواند سبب Cataract (آب مروارید) ، Microphthalmia (چشم های کوچک) ، شنت شریانی یا Patent Dudus Arteriosous (P.A.D) بازماندن حجاب بین البطینی (V.S.D) ، تأخیر عقلی و وزن کم در وقت تولد (I.U.G.R) گردد .
Cytomegalovirus • : عمدۀ ترین چیزیکه درین آفت انتانی دریافت می گردد میکروسیفالیا ، کلیوفیکاسیون دماغی ، کوری ، Chorioretinitis و هیپاتوسپلینومیگالی میباشد .

Hepes simplex virus • :- این آفت معمولاً نزدیک به وقت ولادت انتقال میکند و انومالی های آن عبارتند از: میکروسیفالی ، میکروفالتموس ، دیسپلازی شبکیه ، هیپاتوسپلینومیگالی و تأخیر عقلی .
Toxoplasmosis• :- اطفال مصاب ممکن است کلیوفیکاسیون ، تکلس دماغی ، میکروفلتیما و نقائص عینی داشته باشند .

Syphilis• :- ممکن سبب کری مادرزادی و تأخیر عقلی گردد .

Radiation **تشعشع:** -شعاع X سبب میکروسیفالیا ، نقصان تشکل عظام رأسی ، Spina bifida ، کوری ، کام چاک و نقصان اطراف شده میتواند .

مواد کیمیاوی

نام مواد کیمیاوی	انومالی مولده
Thalidomid	Meromelia ، Ameliac
Phynetion	شکاف وجهی ، لب چاکی و انومالی های قلبی
Trimethadione	گوش های غیرطبیعی ، لب چاکی و نقصان قلبی
Potassuim Iodide	جاجور و تأخیر عقلی
Streptomycine	کری
Asperine	
Vit K	
Amphetamine	زردی Kernicterus
Tetracycline	دهن چاکی
Warfarin	نقصان اطراف و انومالی عظام دندان ها
Quinin	کاندرو دیسپلازیا ، تشوشت خونی و IUD
Smokers	IUD و تأخیر رشد داخل رحمی جنینی
Barbiturat	تخربیات کبدی
Vit D	هیپر کلسیمیای کتلولی
Cycloserine	میکروسیفالی
Pathedin ، Morphin and diazepam	انحطاط مرکز تنفسی
Propanalol & Atenolol	انحطاط سیستم دورانی
Chloramphenicol	کولاپس بعد از ولادت و هیپوترمی

هورمون‌ها (Hormones)

۱- محصولات اندروجنیک:- مردنمایی (Masculinization) طرق تناسی در جنین مونث .

۲- Diethyl Stilbesteron در صورتیکه جنس طفل دختر باشد انومالی رحم ، نفیرها و علوي مهبل

و در صورت پسر بودن سوء شکل خصیه ها شاید رخ دهد .

۳- کورتیزون:- سبب کام چاکی می گردد .

فکتورهای کروموزومی و جنتیکی

حجرات جسمی یک انسان نارمل دارای ۴۶ کروموزوم است . هر نوع تغییر در این عدد بنام ابنارمیتی عددی یاد گردیده است . اگر یک کروموزوم اضافی موجود باشد ، سه عدد کروموزوم بدون جوره نارمل تشکیل میگردد . این وضعیت بنام Trisomy شناخته شده است و سه نوع این ابنارمیتی موجود است .

Trisomy 21 : این نوع آفت در حجرات جسمی (Somatic) دریافت گردیده و مریضی آنرا به نام Mongoloid Defectives Down's Syndrom کروموزوم در مرحله انقسام میوز رخ میدهد .

Trisomy 17-18-II : مریض مبتلا به این آفت یا ابنارمیتی تأخیر عقلی ، ناقاص ولادی قلبی ، توضیع گوش ها پائین تر از محل طبیعی و انقباض انگشتان و دست ها دارد .

Trisomy 13-15-III : ابنارمیتی مبتلا باین سندروم تأخیر عقلی ، ناقاص ولادی قلبی ، کری ، لب چاکی ، کام چاکی و نقیصه عینی دارد .

ابنارمیتی کروموزوم های جنسی

- سندروم Klinefilter : در این سندروم تعداد کروموزوم ها ۴۷ عدد است . مجموعه کروموزوم های جنسی به شکل XY بوده و ندرتاً هم مریضان مبتلا در این نقیصه دارای ۴۸ کروموزوم میباشند . یعنی ۴۴ کروموزوم جسمی و ۴ کروموزوم جنسی بشکل XXXY .

لوجه کلینیکی این سندروم ، عقامت تام ، اتروفی خصیه ها ، استحاله تیوب های سیمینی فیروس و Gynecomastia (پستاندار بودن) این سندروم تنها نزد مرد ها دیده میشود .

- سندروم تورنر Turnser's syns : این سندروم تنها در خانم ها یافت شده که ظاهری مونث (از نظر فریبکی) دارند و متصف است به عدم موجودیت تخمدان ها ، گردن پرده دار ، اذیمای لمفاوی اطراف ، ناقایص اسکلیتی و تأخیر عقلی .

ابنارمیتی ژنها

از بسیار قدیم ها دانسته شده است که بسیاری سوء اشکال ولادی نزد انسان ها ارشی هستند و بعضی از اشکال آن نمونه ارثیت Mendelian دارند .

تغذی طفل

Infant Feeding

تغذی بعد از ولادت بسیار مهم است ، طوریکه رشد جنین در طول شش ماه اول بعد از ولادت بسیار بیشتر از دیگر صفحات زندگی آن میباشد . در سن پنج ماهگی وزن نارمل طفل دوچند وزن تولد می گردد . در ظرف یک و دو سال اول وزن آن به سه و چهار برابر بالاترتب بلند میرود ، کیفیت تغذی باید متناسب با سرعت رشد طفل همگام باشد .

در هنگام ولادت سیستم هضمی یا معده مغایی جهت انجام وظایف نارمل خود بمشکل مواجه اند . در جریان هفته اول طفل شاید وزن بیازد و یا شاید فقط وزن خود را حفظ کند . بعد از شش ماه اول ضرورت عضویت طفل بیشتر بلند میرود ، لذا برای او باید پروتئین ها ، ویتامین ها ، منزال ها ، شحمیات و کاربوهیدرات ها به شکل غذای مایع تهیه گردد . این مواد در شیر انسان و گاو موجود است . کدام طریقه و روش خاصی برای تغذی تمام اطفال که دارای وزن مختلف و عادات مختلف اند ، وجود ندارد . باید اساساً مطابق ضرورت شان روش ، مشخص گردد . ضرورت مایعات در ظرف ۲۴ ساعت بمقدار ۱۵۰ml/kg وزن بدن شان میباشد .

• کالوری:- بمقدار ۱۱۰ cal/kg وزن بدن در ۲۴ ساعت داده شود . اطفالی که به صورت متوسط وزن کم تر از ۲. 3kg (هفت پوند) دارند ، به مایعات و کالوری بیشتری احتیاج دارند . شیر مادر غذای مکمل در ظرف ۴ ماه اول ولادت میباشد .

• Colostrum:- اولین افزار زرد رنگ و القلی است که شاید در ماههای اخیر حاملگی ۲-۳ روز بعد از ولادت موجود باشد . بعد از آن شیر انتقالی تولید میشود ، سپس این شیر توسط شیر مکمل در روزهای پنجم تعویض میگردد .

کولستروم از مواد بسیار مفید ، غنی میباشد . محتویات پروتئین و IgA آن بلند است و این مواد طفل نوزاد را از انتان حفاظت می کند . IgA در حذای امعاً توضع داشته و از جذب عوامل انتانی و ذرات مواد خارجی (اجسام اجنبي) ممانعت می کند . A Immunoglobuline ۲-۳ روز بعد از اینها در ظرف E.Coli و لادت جذب می گردد . کلستروم ، جک یا فله حاوی انتی بادی های مخصوص ضد Rotavirus میباشد . این ویروس ها سبب دیاریا (اسهال) اطفال می گردد . همچنین انتی بادهای ضد توبرکلوز و پولیو یا فلچ اطفال در کولستروم ثبت شده است ، بنابر آن کلستروم برای اطفال از باعث اینکه

سیستم معافتی شان به خوبی انکشاف نکرده است ، کاملاً مفید است ، که این مربوط به موجودیت پروتئین ها و انتی بادی های آن می باشد و طفل را میتواند از انتانات محفوظ نگاه کند .

• **یاچربی:**- در شیر انسانی بمقدار وافر اسیدهای شحمی غیر مشبوع و مقدار بلند کلسترول موجود است . هر دوی این مواد برای رشد دماغی طفل بسیار مهم است .

• **کاربوهیدرات ها:**- بیشترین کاربوهیدرات شیرانسانی را لکتوز تشکیل میدهد . لکتوز برای تشکل گلکتولیپید (Galacto lipid) مورد ضرورت است و این گلکتولیپید جزء مهم ساختمانی نسج دماغی است . علاوه تاً هم جذب کلسیم را زیادتر میسازد .

• **پروتئین ها:**- پروتئین های اساسی انسان کازئین (Casein) ، Alphalactalbumin ، لکتوفیرین ، ایمونو گلوبولین A ، Lysozym و الیومین را میسازند .

• **انزایم ها:**- شیر انسان حاوی انزایم های مختلف بوده که این انزایم ها در هضم شیر مادری نزد طفل کمک می نمایند مانند: امیلاز ، کتلاز ، پروکسیداز ، لیاز ، زانتین اوکسیداز (Xanthine oxidase) و اسید فوسفتاز .

• **منزال ها:**- آهن معمولاً به مقدار ناکافی در شیر مادر موجود است و از طرف دیگر طفل هم در هنگام ولادت بمقدار کم آهن در کبد خود ذخیره دارد . در روزهای اول دوران رشد سریع طفل که با یک تراوید تطابقی تعداد مجموعی کریوات سرخ همراه است ، آهن ذخیره شده در تشکل هیمو گلوبولین بمصرف رسیده ، لذا اگر مقدار کافی آهن بظفال داده نشود ، کم خونی هیپو کرومیک نزد وی بوقوع خواهد رسید . هیچگاه شیر مادر و هم شیر گاو مقدار کافی آهن را برای این مقصد دارا نمیباشدند ، لذا باید در ترکیب غذای تهیه شده بعد از ماه چهارم و در اطفال پریماچور مقدمتی ، آهن اضافی علاوه شود . شیر انسانی روزانه در حدود 1 mg آهن را تهیه کرده میتواند . دیگر منزال های مورد ضرورت طفل عبارتند از: کلسیم فلوراید ، مس ، جست (Zinc) و غیره .

مقدار احتیاج طفل عبارت است از: ۵ میلی گرام فیرس سولفات ، روز دو مرتبه و یا یک میلی گرام فیرس گلوکونات روز دو مرتبه .

• **ویتامین ها:**- شیر مادر نسبت به شیر گاو حاوی مقدار کافی ویتامین ها است . زیرا شیر گاو یک مقدار ویتامین خود را هنگام حرارت دادن از دست می دهد .

مقدار ضرورت روز انه عبارت است از :

Vit-C 50mg/day
Vit-D 400unit

Tوسط شیر تهیه میگرددند .

Vit-D باید از یک ماهگی داده شود . بتدریج مقدار آن از چند قطره محدود ترازید یافته تا دوز مکمل ۵ml/day رسانیده شود ، ویتامین های منحل در شحم طبعی با اخذ روغن جگر ماهی (Adexoline 1/2ml) و روغن جگر ماهی Halibut به مقدار ۱/۲cc تأمین شده میتواند .

از Juice Vit.C نارنج رقیق شده با آب و شکر تهیه گردیده (جوس غلیظ شده ۵ml) و یا نیمی از پرتقال داده شود .

تغذی با شیر مادر

تغذی با شیر مادر بهترین میتوود است ، زیرا همیشه ممکن و میسرشدنی است . دیگر استطباب برای دادن شیر بوتلی با سنتنای اینکه مادر فوت نموده باشد وجود ندارد . در اینصورت از شیرگاو استفاده گردد . اگر شیرگاو بد سترس نبوده و یا مناسب طفل نباشد ، پیشنهاد می گردد که در تهیه شیر تناسب درست در نظر گرفته شود . زیرا در ممالکی مانند ما ، که در آنجا فیصدی وفات اطفال از اثر انتانات بسیار بلند است ، این مسئله از اهمیت ویژه برخوردار میباشد .

آناتومی و فیزیولوژی شیردهی

غدوات ثدیه به گروپ غدوات اگزوکرین دسته بندی شده و در جریان حاملگی و فوراً بعد از ولادت معروض به تغییرات آناتوموفیزیولوژیکی می گردد . رول آنها تهیه مواد غذائی و انتقال انتی مادر به طفل میباشد . ثدیه از جمله غدوات چندین فصی (Multilobulaire) است که از ۲۰ سگمنت که بصورت شعاعی از حلیمه ثدیه تنظیم شده اند ، تشکیل گردیده است .

انساج غدوی و افزایی اساساً در قسمت محیطی توضع دارند . شبعت مانند سیستم های قناتی از هر سگمنت برای اینکه یک قنات واحدی بسازند در یک نقطه با هم جمع شده در حذای حلیمه ثدیه بازمی شوند .

فوراً قبل از بازشدن در حلیمه ثدیه ، هر قنات دارای یک توسع میباشد که بنام Sinus lactefereus یاد میشود . این سینوس ها در نزدیکی حلیمه ثدیه با جدار نازک قناتی یا کانالی خود قرار دارند ، که قادر به توسع توسط شیر بمقدار نیم الی یک سی سی میباشند . استاخ توسط میزوپیتیل نسج منقبض کننده احاطه شده اند ، که اطراف قنات ها را نیز پوشانیده اند . در آنجا انساج منظم ، چربی یا شحم و اوغیه دموی نیز موجود است . **تغییرات ثدیه در جریان عادت ماهوار**

در هر دو جنس مرد و زن ثدیه در هنگام ولادت مانند هم بوده از سیستم قنات های رودیمانتر ، حلیمه هموار و نسج کم غدوی تشکیل شده است .

در دوره شروع بلوغت در خانم ها تغییرات قابل ملاحظه ای باذخیره شحم و تبارز حلیمه ها بمبان میآید و در سیکل های متوالی ، استروژن بالای رشد قنات ها و پروجسترون بالای رشد استاخ تاثیر میگذارد .

در نیمه اول حاملگی ، پرولیفیریشن حجرات اپیتیل استاخ ، تشكل قنوات جدید و انکشاف ساختمان های lobulaire فضیصی صورت می گیرد. در مراحل بعدی حاملگی پرولیفیریشن تنقیص نسوده و اپیتیم برای فعالیت افزایی متمايز میگردد ، در آخر حاملگی هر ثدیه در حدود 400gr وزن می گیرند .
فکتور های رشد کننده و فراهم آورنده ترازید اندازه غدوات ثدیه عبارت اند از: هایپرتروفی اویه دموی و حجرات میواپیتل یا اپیتل عضلی ، ترازید نسج منظم ، ذخیره شحم ، احتباس آب و الکترولیت ها میباشند .

جريان خون در ثدیتان در دوران حاملگی دو برابر میگردد . از ما چهارم به بعد ثدیتان قادر به افزایش بوده و در هفته های آخر حاملگی کلستروم از آن ها افزایش می گردد .

فیزیولوژی شیردهی

افراز شیر تغییر شکلی از امینواسیدها ، منزال ها ، گلوکوز و لیپیدهای موجود در پلازما است که بشكل Lactalbumin Caseinogen ، چربی شیر و لكتوز در استاخ یافت میشود . اما این و تیره به صورت کامل دانسته نشده است . هورمون پرولاکتین مسئول افزایش شیر است . تولید این هورمون به سویه ستروجن خون ارتباط داشته که اگر کم باشد غده هیپوفیبر مقدار کمتر پرولاکتین تولید میکند که در نتیجه شیر کم تولید میشود . دیگر مواد که در تولید شیر ملاحظه دارند نیز توسط این غده افزایش میگردند .

در هفته های اخیر حاملگی ، ثدیه ها برای شیردهی آمادگی دارند ، ولی شیر از اثر بعضی مواد نهی کننده که پلاستتا تولید می کند ، خارج نمی شود . از این سبب است که بعد از ولادت ، شیر افزایش می گردد .

تکنیک شیردهی از سینه

طفل هر قدر عاجل تر قبل از خروج پلاستتا و حتی در وقایع اکلامپسی بزودترین فرصت ممکنه بعد از ولادت به سینه مادر انداخته شود . این عملیه از دو طریق کمک می کند

۱- چوشیدن سینه منجر به آزاد شدن اوکسی توسین بصورت ریفلکسی از فص خلفی غده نخامی گردیده ، که در ولادت پلاستتا کمک می کند .

۲- برای رد این اعتقاد سنتی که شیر ۳ روز بعد از ولادت نزد مادر افزایش میشود ، نیز کمک می کند .

در حقیقت ثدیه ها در ظرف این مدت سه روز Engorgement نسوده و طفل حلیمه نرم ثدیه را از نتیجه شیرندادن مادر از داده و مادر از اثر درد شدید از نتیجه پرسی و تورم ثدیه و طفل از اثر از دادن حلیمه نرم و دلخواه از خوردن شیر سینه منحرف می گردد (صرف نظر می کند) و این پروسه منجر به ناکامی شیر دهی میشود . کلستروم برای طفل نوزاد فوق العاده خوب است . مادر باید ترجیحاً مطابق به تقاضای طفل و یا حداقل هر ۲-۳ ساعت بعد و یا در ظرف ۲۴ ساعت اقلأ ۸ مرتبه برای طفل شیر بدهد . مادر تشویق گردد ، که در هر شیردادن برای طفل از یک سینه استفاده کند . مدت شیردهی حداقل ۱۰-۱۵ دقیقه بطول انجامد .

مادر تشویق گردد که طفل برای شش ماه اول در شیرش منحصر بماند . از آب ، عسل و یا- Imfant شیر چوشک ، چوشک یا سرپستانک ، قاشق ، پیاله و گیلاس درین مدت نباید استفاده گردد . لذا طفل از اسهال استفراغ و دیهای دریشن که اسباب معمولی و عادی مرگ و میر اطفال در ممالک رو با نکشاف میباشند ، حفظ شده میتواند .

تولید شیر و رول هورمون های شیردهی

شیر توسط حجرات اپیتیل غدوی موجود در ثدیه تولید شده و در خوشه های کوچک خلا دار بنام Canaliculi که با حجرات میواپیتل (اپیتل عضلی) احاطه شده اند ، ذخیره میگردد . تولید مقدار کافی شیر مربوط به دوفکتور میباشد .

a- پرولاکتین که از فص قدامی غده نخاميه افزار گردیده و باعث تحریک ساختن شیر میشود و اوکسی توسمین که از فص خلفی غده نخاميه افزار و سبب تقبض حجرات میواپیتل می گردد . شیر بعداً در ۱۰-۱۵ عدد سینوس های شیری (Lactoferus sinus) که در عقب حلیمه ثدیه قرار دارند ، جریان می یابد . لذا حذف یا خروج شیر با فشار های جهدی منظمیکه توسط زبان طفل صورت میگیرد ، انجام میشود . سویه پرولاکتین در خون مادری بصورت یکنواخت در جریان حاملگی بلند میرود . لکن تولید شیر نمیتواند تا وقتیکه هورمون های سترونیدی پلاستنا (سترون و پروجسترون) تا بعد از ولادت آن کاهش نیابد ، شروع گردد . چوشیدن سبب تحریک افزار اوکسی توسمین از غده هیپوفیز در خون دورانی مادر گردیده که این منجر به تقبض رحم (دردهای بعدی) که همزمان با اولین شیردهی مادر است ، میگردد . هنگامیکه پروسه شیردهی تأسیس کرد مؤقتی آن از یکطرف مربوط به تخلیه کامل شیر از کيسه های اسناخ و از جانب دیگر به سویه بلند هورمون پرولاکتین می باشد .

اگر برای ثدیه فرصت Engorgement داده شود بالای تولید و خروج کامل شیر از ثدیه تاثیرات معکوس میتواند داشته باشد .

b- آزاد شدن شیر و چوشیدن طفل: انتقال شیر از مادر به طفل با عملکرد دو پروسه انجام می یابد . خروج فعال شیر توسط مادر مربوط به Let Down ریفلکس مادر و خروج فعال آن توسط طفل میباشد ، این و تیره میتواند با تشویق مادر برای شیردهی ، جهد و کوشش وی و خلق اعتماد در قدرت شیردهی برای مادر ایجاد گردد .

این تبیه ریفلکس چوشیدن از سبب گرفتن نسخ ثدیه توسط فک سفلی طفل فعال می گردد . تخلیه برای خروج باید با گرفتن مکمل حلیمه ثدیه بخوبی در دهان طفل و فشار آوردن دوره ای شیر از یک سینه در عین وقت باید داده شود و سینه بعدی در شیردادن بعدی از قبلی متفاوت باشد . شیر بعدی حاوی چربی زیاد است . اگر طفل تنها سینه قبلی را بچوشد ، سویه چربی شیر کم بوده و مدت ترازنیت معدودی سریع

شده و منجر به کوتاه شدن فاصله بین دو غذا میگردد . فاصله بین دو تغذی طفل ، تعداد گرفتن غذای طفل را در ظرف ۲۴ ساعت تعیین می کند و کدام روش خاصی برای تعداد دفعات و یا تکرار غذائی طفل وجود ندارد .

شیردهی با ساس تقاضای طفل و تهیه شیر تنظیم میشود . بسیار محتمل است که تقاضای طفل برای شیر ، تهیه شیر را سازماندهی کند ، مثلاً مادریکه صاحب دو طفل است میتواند دو چند مادریکه یک طفل دارد شیر تولید کند . زیرا تقاضا نزد آن دو چند است .

مقایسه ترکیبی شیرهای مختلف

نوع	آب	پروتئین	شکر	چربی
شیر انسان	۸۹%	۱%	۷%	۴%
شیر گاو میش	۸۵%	۴%	۴%	۷%
شیر گاو	۸۷%	۳%	۴%	۷%
شیر بز	۸۵%	۴%	۵%	۸%
شیر گوسفند	۷۹%	۷%	۴%	۹%

انتقال یا عبور ادویه و توکسین ها در شیر مادر

بعضی از ادویه جات بمقدار کم یا زیاد از طریق شیر افزای می گردند ، لذا بالای طفل تاثیر وارد می کنند .

a - ادویه ایکه بمقدار کم از شیر عبور میکنند .

ادویه مخدره یا Opiates (الکول ، نیکوتین ، میپی پریدین (پتیدین) کنین ، هیوسین ، اتروپین ، سلفامید ها ، پنسیلین ، لکزاتیف ها و Vitamin C اگر به مقدار زیاد گرفته شود .

b - ادویه که بمقدار زیاد افزای میگردد .

سالیسلات ها ، آیوداید ها ، مشتقات تبویوراسیل ، باریتورات ها ، بروماید ها ، ارگوت و کاسکارا .

c - ادویه ایکه به تولید شیر مداخله میکنند .

کانتراسپتیف های فمی که تابلت حاوی ستروجن و پروستروجن باشد ، تولید شیر را نهی میکنند .

(استفراغات حاملگی) (Vomiting in Pregnancy)

به دلبدی واستفراغات در صبح وقت (Morning Sickness) نزد خانم، که معمولاً بعد از تیرشدن از وقت اولین عادت ماهوار (P.Missed) رخ میدهد گفته میشود. یک تشوش تراپیستر اول حاملگی بوده و در ۵۰٪ خانم ها شاید بمالحظه بر سر و شاید هم بحیث اولین مشعر حاملگی عرض اندام کند. معمولاً بعد از برخاستن از خواب در هنگام صبح بدتر و یا شدیدتر میباشد و اکثر بشکل احساس دلبدی تا اینکه حقیقت استفراغ کند، قابل درک است. عادتاً بعد از تراپیستر اول بدون اینکه تاثیرات مضره بالای صحت مادر و یا حمل وی داشته باشد، بصورت بنفسه رفع میگردد.

اسباب

- ۱) فکتور های روحی میتوانند به حیث عامل سببی دخالت داشته باشند. لakin این یک واقعیت ثابت و بجا است که خانم دلبدی و استفراغ حتی قبل از اینکه خودش بداند که حامله است دارد.
- ۲) استفراغات نزد خانم هایکه Mole hydrodiform و حمل دو گانه دارند بیشتر به ملاحظه می رسد بواسطه اینکه نزد آنها سویه بلند هورمون گونادوتropin موجود است و این می رساند که احتمال مداخله این هورمون در اتیولوژی استفراغات مطرح باشد.
- ۳) توسع معصره فوهه کاردياک معده سبب Rigurgitation (بازگشت مواد غذائي) شده که به تاثیرات پروجسترون بالاي عضلات ملسا ارتباط میگيرد.
- ۴) بعضًا رول ستروجن را در ایجاد استفراغات بحیث عامل سببی دانسته اند.
- ۵) امراض دیگر اور گانیک یا عضوی مانند اپنديسیت، گستروانتریت، انسداد امعاء، قرحة معده، تدور کیست میبینی، التهاب حويصه ها و گرده ها، هیپرتنسن حاد حاملگی، تومورهای دماغی، هیپاتیت انتانی، فتق حجاب حاجزی، کولی سیستیت، پولی هیدراتامنیوس حاد، استحاله سرخ فیبروم های رحم و یوریمیا سبب استفراغات میگردد.
- ۶) دلیل اصلی و دقیق دلبدی واستفراغات حاملگی شناخته نشده است.



هیپرایمیزیز گراویدارم

تعريف

اگر استفراغات آنقدر شدید باشد که مانع حرکات و فعالیت های عادی مریضه گردیده و ایجاب بستر شفاخانه را کند اصطلاح Hyperemesis gravidarum با آن اطلاق میگردد.

تغيرات بیوشیمیکی

استفراغات دوامدار سبب خرابی فعالیت های بیوشیمیکی مادر و جنین شده میتواند، که این تغیرات به صورت ثانوی مربوط باستفراغات، فقر غذائی (Starvation) و کمبود ویتامین هامیباشد. ضیاع مایعات و نمک ها منجر به کم شدن مایع خارج حجم روی (دورانی) و تنقیص سودیم و کلور پلاسمای میگردد. یوری خون از اثر عدم توازن بلانس نایتروجن بلند گردیده و ketosis وجود میآید. از اثر تراید افراغ پتانسیم در کلیه ها و ضیاع سریع آن در استفراغات، کمبود پتانسیم انکشاف و بیشرفت میکند. هیپو کلسیمیا شاید و تیره استفراغات را بیشتر دامن زند و باین ترتیب یک سیکل معیوبه شاید تاسیس نماید.

لوحه کلینیکی

- ۱) باختن وزن.
- ۲) علائم دیهیدریشن با جلد خشک.
- ۳) زبان خشک و باردار است.
- ۴) تزايد نبض.
- ۵) سقوط فشار خون.
- ۶) تنفس بوی اسیتون میدهد.
- ۷) حساسیت ناحیه شر صوفی.
- ۸) درجه حرارت شاید به بلند شدن شروع کند.
- ۹) زردی.
- ۱۰) استفراغات خوندار (هماتیمیزیز).
- ۱۱) خواب آلودگی و گیچی.
- ۱۲) کلاج، دویینی، نیستگموس و خونریزی شبکیه.
- ۱۳) حساسیت و ناراحتی در پاهای بادرجه های مختلف فلنج و علائم نیوریت محیطی.
- ۱۴) انسیفلوپاتی شدیداً انکشاف نموده و مریضه ممکن است به کوما داخل شده و بمراگ محکوم گردد.

بررسی و تحقیقات (Investigation)

- ۱- بررسی و تحقیقات یا (Investigation) امبلانس الکتروولیت ها بمالحظه رسیده و خصوصاً تنقیض سودیم ، پتاسیم ، و کلورپلازما ثبت میگردد .
- ۲- یوریای خون بلند است .
- ۳- تغییظ ادرارو oligurea دیده می شود .
- ۴- ادرار حاوی اسیتون ، الومین و صباغات صفرایی بوده و کلوراید ها کم و یا معدوم اند .

تداوی

- ۱) برای مریضه توضیح گردیده و اطمینان داده شود .
- ۲) در مراحل مقدم عارضه کنترول رژیم غذائی بمنصه اجرا گذاشته شده و امتحان گردد .
- ۳) قبضیت باید اصلاح گردد .
- ۴) مقدار کم کاربوهیدرات ها در فواصل کوتاه گرفته شود .
- ۵) از گرفتن غذای چرب اجتناب شود .
- ۶) در morning sickness بعضی چیزها مانند نان سوخاری و بسکویت قبل از آنکه ازبستر برخیزد داده شود .

در بستر شفاخانه

- ۱) تمام ویزیت کننده ها حتی شوهر مریضه محدود گردنده که شاید بصورت ناگهانی.....
- ۲) سمتی ستاب نرنگ با مریضه کمک بزرگی خواهد کرد ، شاید اصلاح و بهبودی دراماتیک را خصوصاً اگر واقع سایکالوژیک باشد بوجود آورد .
- ۳) Mole hydatidiforme باید رد گردد .
- ۴) اسباب احتمالی دیگر مانند فرط فشارخون حاملگی ، پیلونفریت ، گستروانتریت ، قرحت معدی معائی ، انسداد معائی ، اپندیسیت ، هیپاتیت انتانی ، تدور کیست مبیض ، تومورهای دماغی ، و یوریمیا رد گردنده و تداوی مستقیماً باساس علت و سبب عارضه سازماندهی گردد .
- ۵) چارت مایعات تنظیم و دوام داده شود ، نارمل شدن دفع ادرار و دوباره وزن گرفتن مریض علامه خوبی برای احیای وی می باشد .
- ۶) از انتی هستامینیک هاییکه ترا توجن نیستند بهیث ادویه ضد تهوع استفاده گردد مانند meclozine meclozine ۲۵ mg ، promethazine ۵۰ mg ، cyclizine ۵۰ mg . اگر ادویه ضد تهوع فمی موثر نباشند از شکل زرقی آنها استفاده گردد .
- ۷) فشار خون اقلأً روز دوهفته کنترول گردد .

- ۸) مایعات دکستروز ۴.۳ فیصد در ۰.۱۸ بشکل پروفوزیون داده شده و تابه مقدار ۳ لیتر در روزهای ابتدا استفاده گردیده میتواند .
- ۹) بمقدار ۱۰ یونت انسولین در هر نیم لیتر مایع ، بمقصد تشویق شفت آبیون پتاسیم بداخل حجره و تزايد ذخیره گلایکوژن علاوه گردد .
- ۱۰) یوری خون و بلانس الکترولیت ها معاینه و چک گردیده و عدم توازن آنها اصلاح گردد .
- ۱۱) تغذی از طریق دهن هنگام که استفراغات توقف کرد شروع گردیده ، دیهایدریشن و کیتوز مریضه اصلاح گردد ، در ابتداء خوردن غذای مایع شروع بعداً به غذای نیمه جامد و در اخیر به غذای مکمل مریض را آماده سازیم
- ۱۲) سیداتیف ها به مقدار کافی برای استراحت مطمئن بمریضه تجویز گردد .
- ۱۳) بمقصد درست حفظ الصحه ، دهن مریضه بعد از غذا شسته شود .
- ۱۴) از نیوروپاتی باتجویز (Vitamin B1 (thiamin) و مقدار ۱۰۰ میلی گرم ویتامین B6 در هر روز جلوگیری گردد .

سقوط به مقصد تداوی (Therapeutic Abortion)

اگر اهتمامات متذکره فوق به ناکامی انجامیدند و استفراغ مریضه کنترول شده نتوانست ، احتمال سقط به مقصد تداوی مریضه در نظر گرفته شود . استطبابات تراپوتیک ابورشن عبارتند از : زردی ، دوام پروتینوری ، علایم نیروولوژیک ، نبض سریع و دوامدار ، درجه حرارت و شروع شدن حالت روانی نزد مریضه .

اگر تصمیم برای تراپوتیک ابورشن خلی ناوقت و موخر گرفته شده و اختلالات هم روبه تزايد ، این پروسیجر هم غیر قابل استفاده است و فائدۀ ندارد .

هیپرایمیزیز کنترول ناشده سبب باختن زیادوزن ، هیپوتینشن و واولیگوری میگردد .
تشوشتات نیروولوژیک از اثر کمبود ویتامین های گروپ B وزردی از اثر نکروز کبد بوجود آمده میتواند .

کم خونی همراه حاملگی

Anemia with pregnancy

تعريف

هنگامیکه سویه غلظت هیموگلوبین درخون پائینتر از حد نارمل (10 gr/dl) باشد ، گفته میشود .
انیمیا یا کم خونی میتواند از کمبود تولید و یا تزايد تخریب کریوات سرخ و یا هردو پروسه یکجا باهم ایجاد گردد . احتمال ضیاع خون بحیث یگانه اتیولوژی و یا فکتورهای اشتراکی دیگر باید مد نظر گرفته شود .
سویه نارمل کریوات سرخ خون در ممالک روبرو به اکشاف پائینتر است ، لذا انیمیا درین ممالک در جریان حاملگی معمولتر میباشد . اکثر انیمیاهای دریافت شده معمولی در جریان حاملگی در پاکستان ، از نوع کم خونی کمبود آهن میباشد .

(تصنیف کم خونی ها به اساس اندازه حجرات)

Microcytic -I (حجرات کوچک)

- کمبود آهن .

. (Thalassemia) -B

- انیمی در امراض مزمن .

. (Macrocytosis) -II

- میگالوبلاستیک : a

۱- کمبود ویتامین ب ۱۲ .

. (Folate) ۲- کمبود فولیک اسید .

- غیر میگالوبلاستیک (Non Megaloblastic) b

۱- هیمولیتیک

- میلودیسپلازیا . a

- شیموتراپی . b

- امراض جگر . c

۲- تزايد ریتیکولوسیت ها میکرودم

Normocytic -III

اسباب زیاد دارد

انیمی کمبود آهن

جذب آهن: از ۱۰ الی ۲۰ میلی گرم آهنی که در غذاي روزانه موجود است، در حدود ۱۰ فیصد آن توسط یک خانم غیر حامله جذب میگردد. جذب آهن در اثناشر و قسمت بالاتی ژیزنوم بكمک اسید معدوى و بخوبى هرچه تمام تر توسط سیترات و اسکاربات انجام میشود. موجودیت بعضی مرکبات مانند Tannates در چای، نبات وفوسفات بصورت واضح جذب آهن را ممانعت میکند. تزايد آهن در عضویت Apoferritin است. که آهن را به صورت فیرس گرفته، بعد از اکسیداز نمودن به شکل Ferric در ذخیره گاه، ذخیره میکند.

سترن Apoferritin توسط آهن تنیه میشود، اندازه Ferritin در سیروم خون به مقدار کم میباشد. دریک وضعیت نارمل یک رابطه تنگاتنگ و نزدیک بین غلظت فیریتن سیروم خون و ذخیره آهن وجود دارد. (یک میلی گرم فیریتن سیروم معادل به ۱۰ میلی گرم آهن ذخیره است).

بصورت نارمل روزانه ۱ الی ۲ میلی گرم آهن از اثر پاشیدگی حجرات، ضایع میگردد که باید تعویض گردد. در جریان حاملگی که تقاضای عضویت به آهن بلند می رود قدرت جذب آهن هم در حدود ۲۰ فیصد تزايد میابد. وقتیکه کمبود آهن موجود باشد، این پروسه جذب شاید تا حدود ۳۰ الی ۴۰ فیصد از آهن بلع شده هم بلند برود. اطفال مادران مبتلا به انیمی آهن ندرتاً انیمیک اند. لakin ذخیره آهن عضویت آنها که برای رشد سریع وزن شان بعد از ولادت لازم است، کم می باشد.

تفصیرات فزیولوژیکی در جریان حاملگی

در حدود ۳۰ فیصد تزايد در حجم خون مادر حامله بعمل میآید، تمام محتويات خون مانند: پلازما (۲۵ فیصد) اریتروسیت ها و لوکوسیت ها تزايد میابند. ولی تزايد حجم پلازما با مقایسه تزايد کریوات نسبتاً بیشتر میباشد. معاینه عادی خون شاید انیمی را نشان دهد که صریحاً از حقیقت به دور است. که این به نام Physiological Hydramia of Pregnancy یاد میشود.

این پروسه ابتدا در هفته های ۱۲ به ملاحظه رسیده و در هفته های ۳۲ به اوج خود می رسد و ۴ هفته بعد از ولادت از بین میرود.

مقدار ضرورت آهن در حاملگی

در حدود ۹۰۰ ملی گرم است. که از آنجلمه ۵۰۰ الی ۶۰۰ ملی گرام آن به رحم و ۳۷۵ ملی گرام به جنین بمصرف می رسد. در جریان یک ولادت بصورت متوسط مقدار ۱۵۰-۲۰۰ ملی گرم آهن ضایع شده و به عین مقدار در جریان دوره شیردهی برای مادر ضرورت است. واژطرف دیگر مقدار ۲۲۵ ملی گرام آهن در جریان ۹ ماه حاملگی از اثر امینوره تزدختنم ذخیره شده است. بناء بمقدار ۶۰۰ الی ۷۰۰ ملی گرام آهن اضافی که باید از طریق تغذی خوب و مناسب در مدت درازی تهیه گردد، ضرورت است.

وقوعات

وقوعات آن از ۱۰-۷۵ فیصد متغیر است . در ممالک انکشاف نیافته یک امر معمولی میباشد .

اسباب

- ۱- مقدار ناکافی آهن در غذا .
- ۲- جذب خراب آهن .
- ۳- خونریزی های زیاد غیر طبیعی (Polymeanorrhagea) .
- ۴- ولادت های زیاد .
- ۵- کرم های جهاز هضمی (Worm infestation) .
- ۶- پروتین یوریا (موجودیت پروتین در ادرار) .

لوحه سریری

- ۱- در واقعیخ خفیف کدام شکایت موجود نیست .
- ۲- در شکل شدید خسافت جلد و غشای مخاطی موجود است .
- ۳- خستگی و سستی موجود است .
- ۴- تزايد نفس کوتاهی ، تسرع حرکات قلبی ، ضعفیت و سردردی .

این تغییرات دورانی وقتی که فیصی هیمو گلوبین از ۶.۵ گرام پائیتر باید ، با یک تزايد out قلبی ، بلند رفتن فشار قلب راست و پائین آمدن کتلہ حجرات سرخ ، به ملاحظه میرسند . اینها تغییرات جبرانی یا معاوضوی برای تكافوی Oxygenation انساج می باشند .

- ۵- سقوط اشتها و بهم خوردن سیستم هاضمه .
- ۶- اذیمای عمومی موجود است .
- ۷- اسکیمی میوکارد و کاردیومیگالی .

۸- در مراحل اخیر حاملگی اینمی پیشرفت و شدید ، وقتیکه با تداوی همراه آهن جواب نداد ، باید به هیدرامنیوس ، دوگانگی ها و هایپرتنشن حاملگی مشکوک شد .

تشخیص

-I تعیین هیمو گلوبین

این معاینه برای تشخیص درجه اینمی اجرا و در جریان حاملگی تعقیب گردد . هیمو گلوبین باید در اولین ویزیت در هفته های ۳۲ الی ۳۶ معاینه گردیده و یا هر وقتیکه اعراض و علایم کم خونی شدید تظاهر نمود ، تعیین گردد .

-II- سلاید خون (Blood Film)

- ۱- در معاینه میکروسکوپیک بخوبی کم خونی نوع میکروسیتک و هیپوکرومیک حجرات (حجرات کوچک و خاسف) همراه با An Isocytosis (تغییرات در اندازه حجرات) بمالحظه رسیده میتواند .
- ۲- کم خونی تناقض شدید آهن بخوبی سبب تولید یک فلم خون محیطی غیر مأنس با حجرات شدیداً هیپوکرومیک ، حجرات Target و حجرات هیپوکرومیک بشکل پسل مانند میگردد .
- ۳- حجرات ترومبوسیت (Platelite) ها در اینمی خفیف ، نارمل بوده ولی در واقعات شدید به شکل برجسته و مشخص بلندتر می روند .
- ۴- ریتیکولوسیتوزیز در دوران دموی بشکل آزاد شدن عکس العملی در اثر تزايد تعداد حجرات جوان از مخ عظم ، شاید دریافت گردد که نمایندگی از تزايد فعالیت اریتروپویزیز میکند .
- ۵- پارازیت ملاриا در معاینات خون مریضانیکه Anisocytosis پیش فته (تغییرات در اندازه حجرات) و یا Poikilocytosis دارند(تغییرات در شکل حجرات) ، برای دریافت معلومات بیشتر باید جستجو گردد .

-III- ارزش خون (Blood Values)

-۱- (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration)MCHC

تنقیص میابد. (نارمل ۳۲ الی ۳۴ گرام فی دیسی لیتر).

-۲- (Mean Corpuscular Volume)MCV

(پائین میابد (نارمل ۹۴-۳۷۸) کم میشود (نارمل ۳۹-۴۰ فیصد).

-۳- (Packed Cell Volume)PCV

(Mean Corpuscular Heamoglobin)MCH (پائین است (نارمل ۲۸-۳۲) .

-۴- (ug/100ml ۱۲۰-۶۰)

. آهن مجموعی سیروم خون کم است (نارمل ۳۰-۶۰) .

-۵- (ug/dl ۲۵۰-۳۵۰)

. ظرفیت اتحاد آهن بلند می رود (نارمل ۲۵۰-۳۵۰) .

-۶- (ug/l ۳۰)

. فیریتین سیروم پائین است (نارمل ۳۰-۳۲) .

-IV- بیوپسی مخ عظم

HbA2 تنقیص نموده است . در بیوپسی گرفته شده از Crista Iliaca ثیت کمبود و یا عدم موجودیت ذخیره آهن ، تشخیص اینمی کمبود آهن را وضع میکند .

-V- اندازه فیریتین تناقض یافته است .

-VI- معاینه مواد غایله

معاینه مواد غایله مریضه از نظر موجودیت خون یک امر ضروری و واجب است که در تمام مریضان اینمیک ارزش خاص خود را دارد . این معاینه برای دریافت کرم های چنگک دار (Hook) و دیگر کرم های معدی معائی هم باید انجام گردد .

VII-ادرار : برای دریافت هیماچوری و انتانات مزمن معاینه گردد.

VIII-تداوی تجربی تجویز آهن از طریق دهن ، شاید تشخیص را تشیت کند.

تشخیص تفریقی

دیگر اشکال کم خونی میکروستیک و یا انیمی امراض مزمنه و تالاسیمی رد گردد . انیمی مربوط به امراض مزمنه با نارمل بودن و یا تراید ذخایر آهن در بیوپسی مخ عظم و نارمل بودن سویه فیریتین در خون ، مشخص و تأیید میگردد . ظرفیت مجموعی Iron Binding پائین و یا پائین است . تالاسیمی بصورت بسیار وصفی سبب تولید بلندترین درجه میکروستیوز نسبت به تمام MCV (پائین) انواع دیگر انیمی ها و بخصوص انیمی کمبود آهن میگردد .

مورفولوژی حجرات سرخ در خون محیطی مقدمتاً غیر طبیعی گردیده و کم خونی به شکل تدریجی تأسیس میکند و پارامترهای آهن نارمل اند .

تداوی

تداوی مربوط است به:

۱-شدت کم خونی .

۲-نوع کم خونی .

۳-مدت زمانیکه از تشخیص تا ولادت مریضه ، بدسترس قرار دارد .

I-آهن از طریق فمی:-اگر ده هفته قبل از ولادت وقت داشته باشیم ، بمقدار کافی آهن از طریق فمی داده شود . مقدار معمولی باید دو چند گردد .

۱-تابلت Ferrus Sulfate بمقدار ۴۰۰ ملی گرام سه دفعه در روز با معده خالی .

۲-تابلت Ferrus Gluconate بمقدار ۶۰۰ ملی گرام روز سه دفعه .

۳-تابلت Ferrus Fumerate بمقدار ۶۰۰ ملی گرام روز سه مرتبه .

از دوزهای فوق ، مقدار ۲۰۰ ملی گرام عنصر آهن به دسترس غشای مخاطی اثناعشر قرار میگیرد ، که در نهایت به مقدار ۲۰ ملی گرام شاید جذب گردد . جواب نتیجه تداوی آهن فمی در ظرف ۲۱ روز ، وقتیکه سویه هموگلوبین خون به نصف نارمل بلند برود ، مشاهده می گردد . رویه مرغ فمی سویه هیموگلوبین خون در ظرف دو ماه تداوی با آهن فمی ، نارمل گردیده ، ولی تداوی هنوز هم برای ایجاد ذخیره آهن ضرور است که ادامه یابد .

II-آهن زرقی:-اگر جوابی به تداوی فمی آهن حاصل نشده باشد و یا مدت کمی مثل ۴ هفته قبل از ولادت کشف شد و یا عدم تحمل بمقابل آهن فمی موجود بود ، از مرکبات زرقی آهن داده شود .

۱-مرکب (Imferon 100mg) Iron Dextron

A-زرق عضلی Imferon سبب تخریش ، بهم خوردن رنگ جلد (Discolouration) و احتمالاً تغییرات سارکوماتوز در محل زرق میگردد . یک امپول Imferon حاوی ۵۰ ملی گرام آهن در ۲ ملی لیتر میباشد .

B-ترجیحاً میتواند دوز مجموعی باسas درجه کم خونی و وزن مریضه ، بصورت انفوژیون داده شود

فورمول محاسباتی عبارت از:

(دوز مجموعی آهن به ملی گرام= وزن به مریض پوند \times فیصلی کمبود هموگلوبین \times ۰.۳)
این مقدار آهن در محلول دکستروز ۵٪ علاوه شده ، با ده قطره فی دقیقه شروع شده ، تا مدت ۱۵ دقیقه ادامه یابد و بعد از آن به ۴۵dro/min بلند برد شود . در ابتدا باید تست شود ، زیرا عکس العمل شدید در استفاده از آن راپور داده شده است .

(Jectofer) Iron Sorbital Citric Acid Complex -۲

روز یکمرتبه زرق عضلی عمیق در ناحیه گلوتیال داده شود . امپول های 2ml که هرملی لیتر آن حاوی 50mg آهن است ، موجود است . باسas سویه غلاظت هیموگلوبین ۲۰٪ زرق تجویز گردد ، مالیکول های Jectofer Iron Dextron کوچکترند . لذا زودتر جذب میشوند ، رنگ جلد را تغییر نداده و خوب قابل تحمل اند .

Saccharated Iron Oxide (Ferrivenin) -۳

این دوا از طریق وریدی تجویز شده و امپول های 10mg/5ml موجود است . در ابتدا باید بمقدار 1ml حتماً عمل تست انجام شود . دلبدی ، استفراغات ، نفس تنگی ، سرجرخی یاسر گیچگی ، کمردردی و بعضی اوقات خطر Collaps راپور داده شده است . زرق قبلی سبب تخریش موضعی و درد می گردد . در واقعه Achlorhydria از محلول رقیق شده هیدروکلوریک اسید بمقدار 15minum روزانه سه دفعه داده شود .

اگر انسیمی شدید در مراحل اخیر حاملگی موجود بود ، مریضه در شفاخانه باید بستر گردیده و نقل الدم بطی با تجویز مقدار ۴۰-۸۰ ملی گرام lasix برای تولید دیوریز همزمان با آن ، بمقصد جلوگیری از Over load شدن سیستم دورانی ، داده شود . اگر خطر عدم کفایه قلبی موجود بود . Packed Cell و یا ترانسفوزیون قسمی به شکل Exchange (خون کشیده شده و داده شود) داده شود . درینحالت ۱.۵ لیتر حجرات سرخ تغییظ شده داده شده ، همزمان با آن یک حجم از خون 100-200ml از ورید فخاذی طرف مقابل کشیده شود . درینصورت مریضه با حجم کم خون بیشترین ظرفیت انتقالی اوکسیجن را دارا بوده و بهبودی بزرگی در وضعیت آن بمیان میاید .

• انيمي ميگالوبلاستيک

حجرات سرخ خون برای پخته شدن نارمل خود به Vit B12 و اسید فولیک ضرورت دارد . در جریان حاملگی و قیچیک طفل رشد می کند به اسید فولیک اضافی نیازمند است و اگر تجویز نگردد کمبود فولیک اسید بعیان می آید . در فقدان فولیک اسید تعداد زیاد میگالوبلاستها در مخ عظم موجود بوده ، ولی تعداد حجرات سرخ پخته در سیستم دورانی تنقیص می یابند . خون دورانی حاوی حجرات مکروسویتیک و تعداد حجرات سرخ هسته دار میباشد .

وقوعات

در حدود ۲-۴٪ و در ممالک گرمسیر معمول است .

اسباب

۱- مترافق با انيمي کمبود آهن از اثر هيموليز در مرض ملاريا .

۲- کمبود Vit B12 .

۳- کمبود فولیک اسید که شاید مربوط به کمبود آن در غذا و یا جذب خراب آن باشد .

۴- در دوگانگی ها ، پولی هیدرامنیوس و فرط فشار خون ناشی از حاملگی .

تشخیص

۱- سویه Folate در سیرم خون پائین است (نارمل بلندتر از 6ng/ml) .

۲- سویه Vit B12 خون نارمل و یا پائین است .

۳- سویه Folate کریوات سرخ ، کمبود Folate را در خون تشخیص می گذارد (نارمل 150ng/ml) .

۴- در بیوپسی مخ عظم از بال حرقه (Crista iliace) میگالوبلاست ها بدرستی مشخص میگردند .

۵- در سلاید یا فلم خون محیطی ، میکروسیت ها واضح‌اً دیده شده (حجرات بزرگ بیضوی) و هسته نوترو فیلها دارای چندین سگمنت بوده (۵ و یا بیشتر سگمنت) که نشانه تأیید Hypersegmentation است ، بمالحظه می رسد .

۶- تست Figlu : این تست بالای بلند بودن سویه افراغی Formiminic Glutamic acid (Figlu) در ادرار استوار است . اگر یک دوز فمی هیستیدین برای مریضان مبتلا به کمبود فولیک اسید داده شود ، میتابولزم آن در مرحله Formiminic Glutamic acid توقف نموده و سطح افراغی آن در ادرار بمقدار زیاد و غیر طبیعی بلند میرود .

Mean Corpuscular Vulum-۷ MCV ترايد نشان میدهد .

لوحه سریری

این عارضه در مراحل اخیر حاملگی رو نماشده و یا در مرحله دوره نفاسی ظاهر می‌گردد . به تداوی آهن جواب نمیدهد . با پولی هیدرامنیوس ، فرط فشار خون حاملگی ، ولادت قبل از وقت ، اذیما ، بروتینوریا و هایپر تشن شاید همراه باشد .

تشخیص تفریقی

کمخونی فقر آهن از کمخونی فولیک اسید باید تشخیص تفریقی گردد . اسباب دیگر اینمی میگابلاستیک با دریافت سویه پائین Vit B12 در خون و یک تنقیص در سویه Folate سیروم و حجرات سرخ ، تشخیص شده میتواند .

تداوی

a- فولیک اسید برای تمام خانم های حامله از تابلیت های $300\ \mu\text{g}$ آن ، جهت وقايه روزانه یک دانه داده شود .

b- از فولیک اسید بمقصد تداوی روزانه $1\ \text{mg}$ تجویز گردد .

• اینمی کمبود •

معمولًا بیشترین واقعات کمبود Vit B12 بصورت مشترک با Pernicious Anemia که یک تشوش ارشی اوتو ایمونیک است ، بمالحظه میرسد . در اینمی پرنیشیوس یک تعداد پایین های کلینیکی دیگری علاوه بر لوحه سریری کمبود ویتامین B12 ، قابل دریافت است . از قبیل Atrophic Glossitis ، التهاب معده همراه با اعراض بر جسته معدی معاند : بی اشتہائی ، اسهال و غیره . در ابتدا اعصاب محیطی متاثر گردیده و مریضان معمولًا از Paresthesia مشکلات در توازن وجود دار و قایع پیشرفته از سفاهت ، حتی قبل از آنکه تغییرات هماتولوژیک به مشاهده رسد ، شاکی میباشند . با معاینه فزیکی مریضه خاسف بوده و خفیفًا Icteric میباشد . معاینه نیورولوژیکی یک کاهش حسیت و کرختی را مشخص می سازد .

تشخیص

۱- سویه Vit B12 در سیروم پائین است (نارمل $150\text{-}350\text{pg/ml}$) .

۲- MCV-۲ صریحاً ترايد نشان میدهد (بین $110\text{-}140\text{ fL}$) .

۳- نیوتروفیل هیپرسگمنت د ر فلم خون محیطی موجود است (بیشتر از ۴ لوب) .

۴- تنقیص تعداد ریتیکولوسیت ها .

۵- Pan cytopoenia در قایع پیشرفته که کمبود Vit B12 تمام حجرات هیموپویتیک را متأثر ساخته باشد ، بمالحظه می رسد .

تداوى

زرق عضلى Vit B12 برای مدت یک هفته ، بمقدار 48 μg در روز و بعداً بمدت یکماه هفته وار و سپس ماهانه یکمرتبه در تمام طول عمر نزد مریض مبتلا به انیمی Pernicious است ، که VitB12 را از طریق فمی جذب کرده نمیتواند ، ادامه داد ه شود..

- انیمی که مربوط به التهابات مزمن ، ملاریا ، امراض جگر و مکرودم باشد .

انیمی امراض مزمنه

نزد میریضیکه تشوشات التهابی سیمیک مزمن برای مدت یکماه و یا بیشتر دوام کند ، معمولاً انیمی خفیف یا متوسط انکشاف می کند . وسعت اندازه انیمی مستقیماً متناسب به دوام و شدت پروسه التهابی می باشد . التهابات مزمن حوصلی (PID) ، پیلونفریت و تویر کلوز از جمله اسباب معمول اند .

تشخیص

- ۱-فلم خون بخوبی یک لوحه نورموکرومیک و نورموسیتیک را نشان میدهد .
- ۲-سویه آهن سیروم خون وظرفیت مجموعی Iron Binding پائین است .
- ۳-مخ عظم نارمل است .
- ۴-فیریتین خون نارمل و یا زیاد است .
- ۵-سویه کراتینین شاید بلند باشد .
- ۶-تسه های و ظیفوی کبد شاید غیر طبی باشند .
- ۷-پاراژیت ملاریا ممکن در فلم خون محیطی دریافت گردد .
- ۸-انالیز ادرار شاید انتان مزمن را وانمود کند .

تداوى

تداوى سبیی و اصلاح کمبود آهن انجام گردد .

• هیمو گلوبینوپاتی (Hemoglobinopathy)

هیمو گلوبین یک پروتین کانجوگه شده است ، که دارای گلوبین و مالیکول Haeme میباشد .

هیمو گلوبینوپاتی یک تشوش در زنجیر پولی پپتیدی فرکشن گلوبین که دارای ۴ زنجیر است می باشد .

I - زنجیر الفا .

II - زنجیر بیتا .

III - زنجیر گاما .

IV - زنجیر دلتا .

اکثر همو گلوبین نزد افراد کاهل نارمل و دارای یک زنجیر جوره ای الفا و بیتا بوده که بنام HbA2

β_2 میشود .

در ۳٪ وقایع هموگلوبین دارای دو زنجیر دلتا به عوض دو زنجیر بیتا است ، که بنام (HbA2) $\delta_2 \infty$ شناخته شده است .

هموگلوبین جنینی دارای دوزنجیر الفا و دو زنجیر گاما است (HbF) $\delta_2 \infty$ و در حدود ۸۰٪ خون حبل سريري طفل به ترم را تشکيل ميدهد . هيموگلوبين جيني بصورت تدريجي در ظرف يكساal اول زندگى به هيموگلوبين نارمل (Adulte) كاهلان تعويض مى گردد و (HbF) به كمتر از ۱٪ تناقض مى يابد . اگر ابنار مليتي در تشكيل هموگلوبين موجود باشد ، انواع مختلف هيموگلوبينپاتي ميتوانند ديلده شوند که عبارتند از :

سندرم Thalaceamia

يك تاريخچه فاميلي مثبت و يا تاريخچه دوامدار ميكروسيتيك انيميما نزد مرريضه موجود است .

- قالا سيمى بيتا

درین عارضه يك تشوش در سنتز زنجير β موجود بوده که منجر به پائين آمدن غلظت نارمل HbA $\beta_2 \infty$ گردیده و مقايسه $(Hb_2A_2 \infty_2 \delta_2)$ تزايد مى يابد .

كمبود خفيف آهن ممکن است با تظاهرات كلينيكي تالاسيميای مأجور و يا مينور مغالطه گردد .

تشخيص

I- در شكل خفيف تالاسيمي کوچک بودن کريوات حمرا بسيار واضحتر از هيبوكرومياي آن ميباشد و تناسبًا MCHC نيز نارمل بوده Mean Corpuscular Vulum(MCV) بمقاييسه تمام انواع انيميما پائينتر است .

II- جسامت حجرات سرخ بمقاييسه کم خونی فقر آهن بيشتر يكسان است .

III- اشكال غير طبيعي حجرات سرخ از قبيل ميكروسييت ها ، اکانتوسیت ها و حجرات Target معمولاً بسيار متبازن تر از کم خونی فقر آهن ميباشد .

IV- سوية HbA2 معمولاً بلند مى رود ، اما اگر مرريض تالاسيمي بطور همزمان مصاب به کم خونی فقر آهن گردد ، سوية HbA2 شايد به حد نارمل سقوط کند .

V- آهن سيروم يا طبعي و يا بلند است .

VI- ترانس فيرين سيروم نارمل است .

b- قالاسیمی الفا

یک واقعه نادر است و مریض حاوی ژن α^2 Globulin میباشد از اثر خرابی در ترکیب زنجیر الفا بوجود می آید ، بالای اطفال نتوولد که $HbF \delta_2 \infty$ دارند تاثیر می کند . در الکتروفوریز تزايد فیصدی $HbA2F$ و عدم موجودیت HbH بلاحظه می رسد . معمولاً در تشخیص تفریقی مدنظر باشد .

c- امراض هیمو گلوبین

این مریضان اینیمی هیمولیتیک شدید بصورت متغیر دارند ، فلم خون محیطی واضحانه غیر طبیعی میباشد ، که با هیپوکرومیا ، میکروسیتوز ، Povikilocytosis ، Target Cell مترافق است . شمارش ریتیکولوسیت ها بلند می رود . در الکتروفوریز هیمو گلوبین بخوبی مهاجرت سریع هیمو گلوبین HbH نشان داده میشود ، که دارای ۱۰-۴۰٪ Hb میباشد . در فلم خون محیطی میتواند موجودیت HbH نشان داده شود . تالاسیمی بینا ، تهدید بزرگی در زندگی شخص مبتلا به شمار می آید .

تداوی

- آهن داده شود .

- Folate برای مریضانیکه مرض هیمو گلوبین H دارند توصیه گردد .

- نقل الدم در جریان حاملگی و حالات Stress اجرا گردد .

- پیوند (Trans Plantation) مخ عظم مد نظر باشد .

Sickle cell Anaemia •

تاریخچه سابقه فامیلی مثبت ، تاریخچه طولانی اینیمی هیمولیتیک و دردهای مکرر از سبب انسداد حاد اوییه ، نزد مریضه دریافت میگردد . عارضه از اثر تولید همو گلوبین غیر طبیعی که در نتیجه تعویض و جابجائی امینو اسید ها در زنجیر پولی پپتید صورت گرفته است ، بوجود می آید . مالیکول HbA بصورت قسمی یا مکمل به هیمو گلوبین پتولژیک تعویض میگردد . تمام امینو اسیدها باستثنای اینکه امینو اسید های Valine و Glutamic acid در HbS و HbC در Lysine تعویض میگردند ، بجای خود قرار دارند . HbS در نزد مردم افریقائی یافت می شود . از آنجائیکه این نوع همو گلوبین Hb چارچ برقی مختلف دارد ، لذا با عمل الکتروفوریز تشخیص داده شده می تواند .

تشخیص

- با اجرای Sickling Test در لابرانتوار تشخیص شده میتواند .

- همو گلوبین غیر طبیعی (HbS) با الکتروفوریز میتواند مشخص گردد .

- با اسپریشن Bon Marrow مشخصاً تزايد اریتروپویزیز و هیموزیدروزیز مشاهده شده میتواند .

تداوى

- ۱- از اجرای نقل الدم اجتناب گردد و Exchange Transfusion با Packed cell انجام گردد . یک Pint خون کشیده شده یک پاینت Paceked ceel داده شود .
- ۲- فولیک اسید تجویز گردد .
- ۳- تداوى با آهن در این وقایع مضر است .

• انيمی اپلاستی

یک مرض غیر معمول و کم است ، لاتن یک وضعیت جدی بوده که از اثر عدم کفاية مخ عظم و ندرتاً هم شاید ارثی باشد ، بوجود می آید . انيمی اپلاستیک همراه حمل انذار شدیداً بد داشته و در ۹۰٪ وقایع منجر به مرگ میگردد . نزد مریض شاید انيمی شدید ، خونریزی ، انتانات ، ایکیموز ، خونریزی از لیشه ها و بینی (رعاف) و انتانات جوف فم دیده شود .

تشخیص

- ۱- Pancytopenia: یک تناقص در حجرات سرخ ، گرانولوسیت ها و صفحات دمویه موجود است .
- ۲- در فلم خون محیطی حجرات غیر طبیعی دریافت نمیگردند .
- ۳- کمی حجرات و یا عدم حجرات در مخ عظم موجود است ، بعباره دیگر یا تعداد حجرات کم و یا قطعاً حجره موجود نیست .

تداوى

- ۱- عملت و سبب اپلاستیک انيمیا بر طرف گردد .
- ۲- نقل الدم (حجرات سرخ و یا ترومبوسیت ها) نظر به ضرورت اجرا گردد .
- ۳- در سابق ، اندر و جن ها استعمال می شدند ولی جواب بسیار پائین است .
- ۴- پیوند مخ عظم .
- ۵- در تداوى انتانات از انتی بیوتیک ها استفاده گردد .

امراض قلبی و حاملگی

Heart Disease With Pregnancy

امراض قلبی مهمترین آفات غیر حاملگی اند که سبب ناتوانی و مرگ و میر خانم های حامله میگردند. هدف از اهتمامات و تداوی باید این باشد که حمل و ولادت محدودیت در پروسه مرض قلبی خانم ایجاد نکند. این آفات یکی از اسباب عمومی و معمول مرگ و میر خانم های حامله است. اگر چه بسیاری از این مريضان بدون کدام خطر جریان حاملگی و ولادت را سپری میکنند، بازهم وسایل کنترول مرض را در جریان حاملگی و ولادت بصورت مناسب و درست باید آماده ساخت.

وقوعات

در حدود ۲-۳٪ تمام خانم های حامله را تشکیل میدهد و در ۷۰٪ وقایع تب روماتیزم مسئول سببی بوده و در ۳۰٪ وقایع دیگر، امراض قلبی ولادی مطرح بحث است.

تغییرات فزیولوژیک در جریان حاملگی نارمل

۱-بلند رفتن حرکات قلبی از هفته های ۱۰-۸ حاملگی شروع میشود.

در هفته های ۳۴ الی ۳۶ حاملگی در حرکات قلبی یک تراید ۱۰ beats/min ایجاد شده و در هنگام ترم به حالت نارمل خود بر میگردد. قلب به علوی و چپ در اثر بلند رفتن دیافراگم (حجاب حاجز) تیله گردیده که یک منظره بزرگ بودن قلب از حالت طبیعی را تمثیل می کند.

۲-فشار خون در تریمستر دوم حاملگی تمايل به نزول دارد، ولی در تریمستر سوم دوباره به حد نارمل خود بر میگردد. این تنقيص هیچگاه در خانم های که فشار نارمل داشته اند از 10 mm Hg تجاوز نمیکند. مريضان مبتلا به فرط فشار خون اساسی در مراحل مقدم حاملگی میتوانند تنقيص قابل ملاحظه ای در فشار خود داشته باشند، لakin ترايد چشمگيری در فشارشان بعدتر ببيان می آيد. سقوط غير متناسب فشار دیاستولیک سبب تولید نبضان در او عیه شعریوی میگردد.

۳- مقاومت او عیه محیطی در تریمستر اول کم میشود، در هفته های ۱۴ الی ۲۴ بعد اصغری خود میرسد و تدریجی تا رسیدن حمل به ترم سیر صعودی را اختیار نموده و به حد اعظمی نارمل خود میرسد.

۴- ترايد حجم خون از هفته های دهم شروع شده و تا ۴۵٪ بلند تر از حد طبیعی خود در جریان هفته های ۳۲ الی ۳۴ رسیده و تا وقت ولادت به همان حد باقی می ماند. ترايد حجرات سرخ خون نصف سویه فوق بوده لذا این پروسه منجر به رفاقت خون میگردد.

- ۵- غلاظت خون (Blood Viscosity) پائین شده و در هفته های ۳۲ الی ۳۶ به پائین ترین حد خود برای جبران کردن کار اضافی قلب میرسد.
- ۶- دهانه قلبی در هفته دهم شروع به تزايد نموده و تا هفته ۳۲ حاملگی ادامه میابد. اگر چه در هشت هفته اخیر قدری تناقض پیدا میکند. حد اعظمی این تزايد در حدود ۳۰ الی ۴۰٪ با مقایسه یک خانم غیر حامله نارمل میباشد.
- ۷- سرعت ترسب کریوات حمرا (ESR) از هفته دهم شروع به تزايد نموده و تا رسیدن حمل به ترم ادامه میابد. تزايد نارمل آن بعد از یک ساعت اول در حدود ۳۰ بوده که این مربوط به تغییرات لوحه خون خصوصاً فیبرینوژن و گلوبولین میباشد.
- ۸- تعداد لکوسیت ها و عملتاً نوتوفیل ها وسیعاً در هفته هشتم شروع به تزايد نموده و تا رسیدن حمل به ترم ادامه می یابند. یک شمارش ۱۰۰۰۰-۱۵۰۰۰/cubic mm معمولاً در تریمستر دوم و سوم بمالحظه میرسد، تعداد ترومبوسیت های هم تزايد می یابند.
- ۹- مصر ف اکسیجن از ماه دوم حاملگی بصورت تدریجی بلند رفته و در روز آخر حاملگی به ۲۰٪- ۱۰ بیشتر از حد نارمل میرسد.
- ۱۰- اوعیه دموی از اثر تنقیص در تون عضلات ملسا Vasodilatation عمومی بیان آمده که سبب تزايد جریان خون در اوعیه محیطی میگردد و این عامل وقوعات بواسیر و Varicose vein را زیادتر میسازد.
- ۱۱- آوازهای قلبی معمولاً در جریان حاملگی شدت کسب میکنند و در محراق شریان ریوی یک سوفل کوتاه سیستولیک (Ejection Systolic Murmur) شنیده میشود که از اثر تزايد حجم و جریان خون در قلب، تولید میگردد. سوفل فزیولوژیک بوده در هفته ۱۲ ظاهر و در ظرف هفته اول بعد از ولادت از بین میرود.
- ۱۲- محور قلبی در مراحل اخیر حاملگی تدور نموده (تغییر خورده) و انتباہ غلط بزرگ شدن قلب را وانمود میسازد، در الکتروکاردیوگرافی هم تیله شدن محور برقی قلب بطرف چپ که با ظهور موجه Q در لید III مترافق است، بمالحظه میرسد.
- ۱۳- در اندازه سرعت تنفس تزايد رونما شده و نفس تنگی حتی با فعالیت های اندک در مراحل اخیر حاملگی بک امر نارمل و طبیعی است.
- ۱۴- بعضی تحفیفات جزئی در سرعت جریان خون، بمالحظه میرسد.
- ۱۵- در اندازه نبض تزايد بیان می آید.

اسباب یا عوامل سببی (Etiology)

I- امراض قلبی روماتیزلم.

۱- تضییق دسام مترا (ممولترین است).

۲- عدم کفایه دسام مترا.

۳- عدم کفایه دسام ابهر.

۴- تضییق دسام ابهر (نادر است)

II- امراض قلبی ولادی

۱- نقیصه یا دیفیکت فوهات بین الأذینی و بین البطینی (VSD, ASD).

۲- (PDA) Patent Ductus Arteriosus

۳- کوارکشن ابهر.

۴- تضییق شریان ربوی.

III- تایروتوکسیوکوزیز

IV- امراض قلبی سفلیتیک

V- اندوکاردیت بکتریال: ممکن است بحیث اختلاط امراض روماتزم و یا قلبی ولادی بروز کند.

VI- عدم کفایه قلب (C.H.F) یک اختلالات نادر فرط فشار شدید و حاد خون میباشد. (مثال در

اکلامپسی)

VII- کارديوميوباتی دوره نفاسی: علت نادر عدم کفایه میوکارد بوده که در مراحل اخیر حاملگی و یا دوره نفاسی بوقوع میرسد و بعضی اوقات در حمل های بی در بی نیز واقع میشود. در اینصورت نزد مریضه تاکی کارדי، ریتم گالوپ، و توسع قابل ارجاع قلب دیده میشود. پتولژی دقیق آن مشخص نیست.

درجه بندی آفت قلبی

• گراد I: درین حالت علائم امراض قلبی بدون اعراض دیده میشوند و محدودیت فعالیت های فزیکی مطرح نیست.

• گراد II: اعراض و علائم مرض قلبی موجود است، یک محدودیت خفیف در انجام فعالیت های فزیکی و اوضاع بوده و نفس تنگی بعد از جهد شدید بیان می آید و ندرتاً هم علائم عدم کفایه قلبی موجود میباشد.

• گراد III: علائم و اعراض مرض قلبی با محدودیت های پیشرفته و شدید فعالیت های فزیکی موجود است، نزد مریضه نفس تنگی، دردهای قرب القلبی، تزايد حرکات قلبی یا تپش قلب در کارهای عادی و روتین موجود است.

• گراد IV: علاوه بر گراد III نفس تنگی حتی در حالت استراحت موجود بوده و مريضه به عدم کفايه احتقاني قلب (C.H.F) قرار دارد. اعراض عدم کفايه اوعيه اکليلي و درد صدر (Angina) نزدش موجود است

تشخيص

۱- سابقه تب روماتيزمل:

دانستن تاریخچه تب روماتيزمل و تولید سوفل در وقت انتان که از سبب کاردیت حاصل شده است، توسع قلب و پریکارد و ندرتاً هم عدم کفايه احتقاني قلب، شاید تشخيص را وضع کند. ارتیت هایی که از یک مفصل به مفصل دیگر مهاجرت می کنند و سابقه واقعی Chorea اکثراً ما را به تشخيص رهنمائي می کنند. دریافت نودول ها تحت الجلدی خصوصاً دروجه باسطه مفصل مرفق، زانو، یا مفصل بند پا، ناحیه قفوی، تبارزات شوک های فقرات، شاید بمشاهده بررسد که در تشخيص کمک خواهد کرد. در روماتزم مفصلي حاد (Rheumatic Fever) شاید دردهای مفصلي، حساسیت (Tenderness) و یا محدودیت وظيفوی بدون دریافت دلایل مشخص دیده شوند.

۲- سابقه تداوى امراض قلبی شاید موجود باشد.

۳- ممکن سابقه هیموپتیزی از اثر احتقان ریوی نزد مريضه دریافت گردد.

تحقیقات لابراتواری:

۴- ایکو کارديو گرافی بهترین میتوان برای تحقیق و تشخيص امراض قلبی نزد خانم حامله است .

X.Ray-۵ بصورت روتین نباید استفاده گردد. لakin اگر برای بررسی احتقان ریوی ضرور باشد طفل

از معروض شدن به شعاع X با گذاشتن یک شیت یا روپوش سربی بالای بطن مادر باید حفظ گردد.

۶- در الکترو کارديو گرافی طویل شدن فاصله موجه P-R بمالحظه میرسد.

۷- یک تزايد در سرعت ترسب کریوات حمرا و تعداد لوکوسیت ها بدون کدام دلیل مشخص دیده میشود. سوفل دیاستولیک یا سوفل خشن سیستولیک که بطرف جوف ابط انتشار دارند، آفت اور گانیک قلب را تأیید میکند.

معاینه فزیکی

۱- موجودیت هر نوع ابنار ملیتی که در قد، وزن ، ساختمان بدن، روی، انگشتان و عظام اسکلت که مرض قلبی ولادی را تأیید می کنند، باید یادداشت گردد.

صدر جهت دریافت بمبه شدن پریکارد (Pericardial Bulging) یا Heave یا Thril بطن چپ

یا راست معاینه گردیده و ریتم قلب باید محاسبه گردد.

۲- سیانوز شاید دیده شود.

۳- فیبریشن یا اهتزاز شاید دریافت گردد.

۴- رال های مرطوب در قاعده ریه ها ممکن است ثبیت گردند.

تدایر و اهتمامات

A- در جریان حاملگی

در تریمستر اول حاملگی درجه بندی آفت قلبی انجام شود و اهتمامات تداوی باسas گراد آفت قلبی از طریق معاینات کلینیکی توسط داکتر معالج در اولین ویزیت مریضه عیار گردد.

۱- استراحت: استراحت زیاد برای مریضه توصیه گردد (۱۰ ساعت در شب و ۲ ساعت بعد از ظهر)، صرف به فعالیت ها و جهدیکه سبب نفس تنگی مریضه نشوند، باید اجازه داده شود که انجام دهد.

۲- عاجلاً انتانات در هر جایی از وجود که توضع دارند، مثلاً: دندان ها، گلو، طرق بولی، جلد و غیره با پنسیلین تداوی گردد.

۳- ویزیت های متعدد Antenatal با در نظر داشتن جهد در هنگام ویزیت، اجرا گردد.

۴- از گرفتن وزن زیاد با کنترول تغذی و محدود کردن نمک جلوگیری گردد.

۵- مریضان مبتلا به گراد III و گراد IV باید بدون در نظر داشت سن حمل، عاجلاً در شفاخانه در تمام دوران حاملگی با استراحت مطلق، بستر گردد.

۶- اینمیا باید بصورت مقدم تشخیص و با آهن و فولیک اسید جداً و شدیداً زیر تداوی قرار داده شود.

۷- مریضان گراد I و II باید با ویزیت های مکرر در کلینیک های Antenatal تحت مشاهده بسیار نزدیک داکتر قرار داشته باشند.

۸- دوباره گراد قلبی در هفته های ۲۸ الی ۳۲ اندازه گیری و بررسی گردد.

۹- فرط فشار خون ناشی از حاملگی بصورت مقدم باید تشخیص گردیده، بزودی برای جلوگیری و اجتناب از Over Load شدن قلب تحت تداوی قرار داده شود.

۱۰- اگر مریضه به طرف عدم کفایه قلبی می رود، باید در شفاخانه مانند یک واقعه عاجل بستر گردیده و اهتمامات ذیل برایش در نظر گرفته شود.

۱- گرفتن مایعات محدود گردد.

۲- استراحت مطلق بستر.

۳- سیداتیف ها داده شود.

۴- مریضه دیجیتلایز گردد..

۵- اگر فیبریلاسیون اذینی موجود بود دیجیتال، انتی کواگولانت ها ترجیحاً هیپارین داده شود.

۶- دیوریتیک ها یا ادویه مدرر Furasemid 40-80mg داده شده و در صورت ضرورت بعد از ۶ ساعت تکرار گردد.

۱۱- در صورت تضیق مترال والووتومی در تریمستر اول می تواند انجام گردد.

۱۲- تداوی ولادی:

- مریضه اقلالً دو هفته قبل از ولادت باید بستر گردد.

- سقط تراپوتیک اگر نزد مریضه، مریضی پیشرفته قلبی، قلب بزرگ و یا فبریلاسیون اذینی موجود باشد، در نظر گرفته شود، نادرأ استطباب ختم حمل گذاشته میشود. زیرا بسیاری از مریضان حتی با داشتن امراض قلبی شدید، میتوانند حمل را بخوبی تحمل کنند.

- ولادت تحریکی مضاد استطباب است. باستثنای وقایعی که با فرط فشار خون حاملگی همراه باشد. زیرا از سبب زجرت مادری و مداخله انتانات میتواند برای ما در مضر تمام شود.

B- در جریان ولادت

۱- صفحه اول ولادت

I- باید انتظار برده شود که ولادت نارمل انجام شود. ضمناً باید عدم تناسب رأس و حوصله و اعلانات معیوبه رد گردند. معمولاً در بسیاری از وقایع ولادت باسانی انجام میشود.

II- بصورت وقایوی بمقدار نیم میلیون پنسیلین طور عادی برای اجتناب از انتانات و جلوگیری از انکشاف اندوکاردیت تحت الحاد بکتریائی زرق گردد.

III- از سیداتیف ها بمقدار کافی جهت جلوگیری از Tention مریضه و تصور اینکه مبادا نزد وی تاکی کارداری و نفس تنگی ایجاد شود، تعجیز گردد. مورفین نسبت به دیگر ادویه ترجیح داده میشود.

IV- در وقایع گراد I و II مریضه در بستر قرار داده شده و بسیار هوشیارانه و ذکاوتمندانه (گوش بزنگ) تحت مراقبت باشد، در وقایع گراد III و IV ولادت با تعجیز دیجیتال و اوکسیجن جلو برده شود. نبض بلند از 110/min و تنفس سریعتر از 24/min استطباب دیجیتالیزیشن دارد.

۲- صفحه دوم ولادت

I- از جهد زیاد و ایجاد خستگی نزد مادر باید جداً پرهیز گردد، لذا باجرای اپزیوتومی با پودیندل بلاک، فورسیس نزدش تطبیق و ولادت انجام شود.

II- Vacuum Extractore : یک بدیل خوب فورسیس بوده، هم سبب اذیت کمتر مریضه گردیده و هم میتواند بدون اینکه مریضه به اصطلاح ظهری قرار داده شود، تطبیق گردد.

۳- صفحه سوم ولادت

I- از دادن ارگومترین اجتناب شود، مگر اینکه مریضه تحت تداوی انتی کواگولانت ها قرار داشته باشد، زیرا کار قلبی را تزايد می بخشنند.

II- از دادن انستری عمومی باید پرهیز گردد.

III- اگر در جریان ولادت ضیاع خون موجود نبود (خونریزی نکرد) شاید ضرورت به فصد در صورتیکه مریضه به طرف Over Load و اذیمای ریوی برود، احساس شود.

IV- بعد از ولادت باید مریضه به وضعیت نیمه نشسته قرار داده شود.

V- اوکسیجن باید داده شود.

VI- مورفین شاید استفاده شود (در صورت ضرورت).

C- دوره نفاسی

۱- انتی بیوتیک باید داده شود.

۲- مریضه در شفاخانه برای دو هفته نگاه شود.

۳- تیوب هایش باید پنج روز بعد از ولادت بسته گردد.

انداز

انداز مادر: مربوط به درجه آفت قلبی، اهتمامات و تداوی دوره حاملگی، جریان ولادت و دوره نفاسی وی میباشد.

حاملگی سبب تولید تخریبات خطرناک و مضر بالای قلب معیوب نگردیده، ولی درجه آفت قلبی را اگر در جریان حاملگی و ولادت بدرستی تداوی نشده باشد، یک درجه بلند میبرد.

فیصدی وفات از ۱ الی ۵٪ متفاوت بوده و بیشترین آن در جریان گراد IV رخ میدهد که با وقایه از تأسیس عدم کفایه شدید قلب، میتوان از آن اجتناب نمود. انداز مرض باید بین هفته های ۲۸ الی ۳۲ بررسی گردد، زیرا قلب در حد اعظمی فعالیت خود قرار داشته میباشد. هرگاه وضعیت مریضه رضایت بخش بود، عواقب آن خوب میباشد.

انداز طفل: وفات نوزادی از اثر پریماچوریتی بلندتر است. انداز طفل در عدم کفایه قلبی، هنگامیکه سیانوز خراب یا پیشرفته بعد از روماتیزم موجود باشد، خوب نیست. در صورت موجودیت امراض ولادی قلب در نزد مادر فیصدی وقوع امراض ولادی قلبی نزد طفل بلندتر است و هم انداز طفل خراب و تشوش قلبی شدید است.

عدم کفایه احتقانی قلب به علت احتقان رحمی و کاهش سویه نارمل اوکسیجن یک فاکتور مساعد کننده برای ولادت قبل المیعاد بشمار میرود.

دیابت همراه حمل Diabetes With Pregnancy

تعریف

یک تشویش مزمن میتابولیزم کاربوهیدرات‌ها از سبب عدم کفایه و یا فقدان انسولین و یا عدم حساسیت نسج بمقابل آن، جهت برقرار ساختن سویه نارمل گلوکوز در خون با ذخایر کافی کاربوهیدرات‌ها در عضویت می‌باشد.

حاملگی با تغیرات عمدۀ میتابولیکی، تحت تأثیرات مستقیم هورمون‌های پلاستتا، همراه می‌باشد. پروجستررون، استروجن، هورمون لکتوژن پلاستتائی و تزايد مرکبات کورتیزول سبب تولید یک مقاومت نسجی نسبی گردیده که بنوبه خود با ضرورت تزايد ۲ الى ۳ چند تولید انسولین مترافق است. افزایش بالقوه نیاز به انسولین در خانم‌های که نوع دیابت وابسته به انسولین (Insuline-Dependent) دارند مشاهده می‌رسد. عدم تحمل گلوکوزو یا حتی دیابت آشکار در خانم‌های حامله مترافق با تشویش وظیفوی حجرات بیتای لانگرهانس می‌باشد.

وقوعات

با اساس محاسبه بین ۱ الى ۳ فی هزار خانم در سینین باروری، دیابت دارند. ۱۵-۲۵/۱۰۰۰ شان در جریان حاملگی معروض به دیابت می‌گردد (دیابت حاملگی).

اسباب

تا حال بدروستی شناخته نشده است.

۱- انسولین از حجرات β جزیرات پانکراس در پاسخ به مقابل هیپرگلایسیمی و هیپرامینو اسیدیمی افزای می‌گردد. در وقایع کمتر شدید جواب انسولین بطی و موخر بوده و تنها با پیشرفت سن، چاقی، اکرومیگالی و حاملگی تظاهر می‌نماید. در جریان حاملگی سویه هورمونهای کورتیزول، لکتوژن پلاستتائی انسانی (H.P.L)، پروجستررون، گلوکورتیکوئید و گلوکاگون افزایش می‌یابند. تمام این هورمونها تأثیر ضد فعالیت انسولین دارند.

۲- در حال حاضر عقیده بر این است که مرض مربوط به نقیصه ولادی بوده که توانائی حجرات β پانکراس را در ترکیب انسولین و یا آزاد شدن آن متأثر می‌سازد.

این نقیصه در نوع اول دیابت (I.D.D.M) به مقایسه نوع دوم (in I.D.D.M) شدیدتر سیر می‌کند. این نقیصه ولادی اساساً یک حالت Autoimmune است که مربوط به تبارز جن‌های جسمی می‌باشد.

۳- اسباب دیگر آن تخریبات حجرات β پانکراس از اثر الهتاب پانکراس توسط انتانات ویروسی و یا کانسر میباشد.

۴- اسباب نا معلوم.

تصنیف

۱- دیابت قبل از حاملگی: بحیث مرض دیابت شناخته است.

۲- دیابت حاملگی: (GDM) در حقیقت گفته میشود که در G.D.M که عدم تحمل کاربوهیدرات ها در جریان حاملگی بلند رفته و بعد از ختم حمل از بین میرود. لآکن این تعریف با دلایل ذیل ارزش پراکتیکی کمتری دارد.

I- بسیار کم ممکن است که خانم قبل از حاملگی اش دیابت ناشناخته شده (کشف ناشده) نداشته باشد.

II- بسیاری از خانم هایی که دیابت حاملگی را نشان میدهند بعد از حاملگی هم تست عدم تحمل گلوکوز (G.T.T) نزدشان غیر طبیعی است.

III- نهایتاً تصنیف بنده مربوط به جنین نبوده ، در حالیکه تمام شواهد دال بر این است که نزد مادر تحمل گلوکوز غیر طبیعی است.

۳- دیابت شکری مخفی یا زمینه مساعد به دیابت: موجودیت یک تعداد تظاهرات معین در بین اعضای فامیل از قبیل سابقه یک تعداد امراض داخله و یا تاریخچه، ولادی که مترافق با وقوعات بلند عدم تحمل گلوکوز بوده اند ، دریافت میگردد.

دیابت مخفی

نزد مریضه سابقه فامیلی لوحات معین کلینیکی که با امراض داخله و یا حمل مترافق با فیصدی وقوعات بلند دیابت بوده اند ، دریافت میگردد که عبارتند از:

۱- موجودیت دیابت در مربوطین درجه اول مانند : مادر، پدر، برادر و خواهر.

۲- سابقه تست عدم تحمل گلوکوز (G.T.T) بصورت غیر طبیعی .

۳- مادر چاق(بلندتر از ۹۰ کیلوگرام) .

۴- تثیت گلوکوز یوری در دو معاینه مختلف .

۵- سابقه ولادت طفل کلان (بیشتر از ۴ کیلوگرام) .

۶- سابقه ولادت طفل مردہ بدون دلیل .

۷- سابقه حاملگی همراه اطفال مترافق با ابنار ملیتی ولادی .

. Poly Hydramnios -۸

در این گروپ خانم ها باید در هفته های ۲۴-۲۸ حاملگی نزدشان گلوکوز تولیرانس تست انتخابی اجرا گردد.

اختلالات دیابت حاملگی

• تأثیر حمل بالای دیابت

هورمون های حاملگی کنترول دیابت را مشکل مواجه ساخته و هم چنین تقاضای انسولین را بلند میبرند، تقاضای انسولین به اساس پیشرفت سن حاملگی تزايد می یابد. در حاملگی میتابولیزم کاربوهیدرات ها تغییر می یابند و تأخیر در تبادله گلوکوز بین خون و انساج ایجاد میشود. دریافت غلظت بلند گلوکوز در خون مربوط است به :

۱. هورمون لکتوژینیک پلاستای انسانی (H.P.L.) : این هورمون اسیدهای شحمی آزاد را بسیج کرده، مقاومت مقابل انسولین را بلند برده و هم چنین سبب تزايد عبور کاربوهیدرات برای طفل میگردد.

۲. عده ترین تغییرات قابل ملاحظه حاملگی تزايد فعالیت های سیستم اندوکرین است. در حاملگی نارمل تزايد مقاومت مقابل انسولین در اثر تزايد افزای انسولین جبران می شود. با وجود آن هم خانم که نقیصه جنتیکی داشته باشد، پانقراس وی نمیتواند به تزايد تقاضای انسولین جوابگویی نماید.

۳. افزاییم انسولیناز مترشحه از پلاستا سبب تخریب انسولین میگردد.

۴. تناقض حساسیت آخذه های انسولین در جریان حاملگی حتی با موجودیت انسولین به میان می آید.

۵. تولید زیاد و معتبره هورمون های حاملگی سبب پائین آمدن قدممه کلیوی گلوکوز گردیده و منجر به گلوکوزیوریا میگردد. ازین سبب است که تست ادرار حاملگی از نظر گلوکوز بمقصد تشخیص و یا کنترول دیابت توصیه نمیگردد و اهمیت ندارد.

۶. نفروپاتی و نیوروپاتی دیابتیک شاید در حاملگی بدتر و خرابتر گردد.

• تأثیر دیابت بالای طفل:

اگر پلاستا مأثور نباشد سویه بلند گلوکوز خون مادر باعث انتقال مقادیر بیشتر گلوکوز به جنین می شود و جنین وابسته به گلوکوز میگردد که با هایپرتروفی حجرات بیتای پانقراس که مقدار زیاد انسولین را برای نگهداشت بیلاتس شکر خون آزاد میکند بین هایپر گلاسیمی جواب میدهد. هایپر گلاسیمی تأثیرات ذیل را خصوصاً بعد از هفته ۳۰ حاملگی بالای جنین میگذارد.

-سبب تحریک بیشتر فعالیت هورمون های Adrinocortical شده که میتواند نزد مادران دیابتیک اطفال با لوحه مشابه به مرض کوشینگ (Cushingoid) ولادت گردد.

II- هم چنین سبب تحریک رشد فزیکی اور گانهای جنین و ذخیره شحم و پروتئین در انساج عضویت وی میگردد و این دلیل کلان بودن غیر طبیعی اطفال میباشد. از سبب اختلالات وعائی در حدود ۲۰٪ این اطفال دارای وزن کمتر از طبیعی و یا طبیعتاً (L.B.W) میتوانند باشند.

• تأثیرات دیابت بالای حاملگی

تأثیرات دیابت بالای حمل مربوطه به کنترول دیابت میباشد.

I- تزایدی در وقوعات سقط ، اگر دیابت کنترول گردد ، بمالحظه نمیرسد.

II- وقوعات انتانات طرق بولی تناسلی خصوصاً Vulvovaginitis در نیمه اول حاملگی زیادتر است.

III- وقوعات هایپرتنسن ناشی از حاملگی در نیمه اخیر حاملگی در خانم های بدون دیابت ۱۰٪ و در خانم های دیابتیک ۲۵٪ تزاید می یابد.

IV- تکرر پولی هیدرامنیوس در حدود ۲۵-۳۰٪ فیصد است .

V- وفيات طفل در مرحله Perenatal (قبل از ولادت) چهار مرتبه بلند میرود ، اکثر وفيات داخل رحمی بعد از هفته ۳۵ حاملگی رخ میدهد. بعضًا در هنگام ولادت و بسیار محدود و کم هم ، در دوره نوزادی.

VI- بکتریوریا در خانم های دیابتیک حامله نسبت به غیر دیابتیک دو مرتبه بیشتر واقع میشود.

VII- وقتیکه اختلالات وعائی یا کلیوی دیابت تأسیس نمایند ، تزايد فشار خون و تأخیر رشد جنینی امر معمولی است . اگر سویه گلایسیمی در هنگام حاملگی نارمل گردد ، ظهور این اختلالات به حد اصغری تقلیل خواهد یافت.

VIII- معیوبیت های ولادی در اطفال در حدود ۸٪ میباشد.

IX- ولادت انسدادی ممکن است از اثر کلانی اندازه طفل بوقوع رسیده و شاید با Dystocia شانه مترافق باشد.

تشخیص دیابت حاملگی

اقلًا ۳۰٪ مریضان دیابت حاملگی ، تاریخچه دیابت مخفی کشف ناشده را دارند . برای این منظور نزد تمام خانم های حامله باید بمقابل میتابولیزم غیر طبیعی کاربوهیدراتها ، تستهای ارزیابی و تشخیصی اجرا گردد. یک تست مشخص ارزیابی ثابت برای کشف تمام وقایع دیابت حاملگی توصیه نه شده است. گروپ کاری امریکائی درباره دیابت (A.D.W.G) پیشنهاد کردند که Screening Test در تعیین گلوکوز پلازما در حالت گرسنگی و عادی(Random) باید اجرا گردد. سویه شکر پلازما در حالت گرسنگی

و یا بلندتر از آن و در صورتی که بعد از نهار (اقلًاً دو ساعت بعد از غذا) 120mg\% و یا بلندتر از آن باشد ، نزد مريضه قطعاً اجرای گلوکوز تولیرانس تست بصورت مکمل استطباب قطعی دارد.

O.Sullivan's Screening Test

برای تمام خانم های حامله با تعیین گلوکوز پلاسمایک ساعت بعد از آن بمقدار 140 mg\% گرام فی صد و یا بلندتر از آن گلوکوز تولیرانس مثبت فمی را تصدیق میکند ، که 75 mg\% شکر از طریق فمی توسط WHO بطور متداول توصیه گردیده است که نتایج از اینقرار است.

دو ساعت بعد از تجویز گلوکوز	سویه گلوکوز خون وریدی در حالت گرسنگی	
معادل یا بیشتر از 200 mg\% .	معادل و یا بیشتر از 145 mg\% .	۱- دیابت
معادل یا کمتر از $145 - 200$ ملی گرام.	کمتر از 145 mg\% فیصله.	۲- گلوکوز تولیرانس تست خراب
کمتر از 145 mg\% فیصله.	کمتر از 116 mg\% فیصله.	۳- نارمل

افالیز ادرار: معاینه ادرار رهنما ضعیف است ، فقط عدم موجودیت گلوکوز یوری تنها دلالت به این میکند ، که گلوکوز خون کمتر از 20 mg\% گرام فی دی سی لیتر میباشد. عباره دیگر شاید گلوکوز یوری شدید از اثر پائین آمدن قدمه کلیوی گلوکوز نیز باشد.

Benedict's Test

ادرار به مدت دو دقیقه جوشانیده شود . رنگ مواد مترسبه دیده شده و به اساس آن به موجودیت فیصلی شکر قرار ذیل پی برده میتوانیم.

رنگ سبز روشن: $0.1 - 0.5\%$.

سبز: $0.5 - 1.0\%$.

زرد: $1.0 - 1.5\%$.

نارنجی: $1.5 - 2.0\%$.

سرخ: 2.0% و یا بیشتر از آن.

Clini Test

اگر تست بنیدیکت مثبت است با کاغذ های Clinistix بمقصود ثبت موجودیت

گلوکوز استفاده گردد. Clin Test منفی از موجودیت لاکتوز نمایندگی می کند.

(HbA)-Glycosylated Haemoglobin شده Glycosylated هیمو گلوبینیکه

نشان دهنده اینست که سویه گلوکوز خون ۴ هفته قبل بلند شده است و هم Glycosylated haemoglobin سن متوسط زندگی طولانی نیمه عمر طولانی (half life) دارد. لذا هیمو گلوبین A معکس دهنده منظره گلوکوز خون میباشد.

اگر همو گلوبین A بصورت غیر طبیعی بلندتر از ۶۰٪ گلوکوز نارمل خون باشد . مریضه باید برای اجرای معاینات متعدده گلوکوز خون پذیرفته شده و بستر گردد.

تشخیص دیابت قبل از حاملگی

تاریخچه

- ۱- تاریخچه فامیلی دیابت خصوصاً در مربوطات نزدیک.
 - ۲- سابقه تشنجی ، پرخوری و ادرار زیاد یا ضیاع وزن و یا نگرفتن وزن .
 - ۳- سابقه غیر قابل توضیح اطفال مرده در هنگام ولادت و یا دوران حاملگی.
 - ۴- سابقه ولادت های طفل بزرگ و بلندتر از ۵ کیلو گرام.
 - ۵- چاقی قابل ملاحظه .
 - ۶- گلوکوز یوری واضح مثلاً در نمونه دوم ادرار بعد از گرسنگی ثبت میگردد.
 - ۷- خارش مهبلی نزد خانم موجود است .
- موجودیت شکر در ادرار شاید مربوط است به:
- ۱- دیابت شکری.
 - ۲- قدمه پائین کلیوی گلوکوز.
 - ۳- لکتوزیوری در حمل به ترم و جریان شیردهی.

اهتمامات و تدابیر

اهتمامات برای بدست آوردن نتیجه موقانه تداوی بالای رابطه بسیار نزدیک بین مادر مبتلا به دیابت ، داکتر ولادی نسائي و داکتر داخله متخصص دیابت یک اصل اساسی است ، که باید برقرار باشد . یک کلینیکی که وسائل مورد ضرورت مرض دیابت را بصورت Antenatal آماده کرده ، بهترین محل بررسی و اتصال مریض به آن میباشد.

داکتر اطفال نوزاد ، نفر نمبر سومی است که باید باین تیم رابطه بسیار نزدیک در مورد تصمیم گیری ، تداوی و اهتمامات خانم حامله خصوصاً در مراحل اخیر حاملگی و در جریان ولادت داشته باشد.

A- تداوی طبی**۱- تغذی :**

توصیه وزن گرفتن در جریان حاملگی در خانم دیابتیک و غیر دیابتیک معادل هم میباشد .

- تریمستر اول: ۲-۲ کیلو گرام.
- تریمستر دوم و سوم : ۴۰۰-۳۵۰ گرام در هفته.
- وزن مجموعی ۱۲-۱۰ کیلو گرام در طول مدت حاملگی.
- تقاضای غذائی روزانه خانم دیابتیک در جریان حاملگی قرار ذیل است .
- کالوری : ۳۵-۴۰ kcal/kg وزن بدن و یا بمقدار بیشتر از ۳۰۰ kcl نظر به خانم غیر حامله فی روز .
- کاربوهیدارت ها: به مقدار ۲۰۰g روزانه ۴۵٪ کالوری را تهیه میکند).
- پروتئین: بمقدار ۱-۲g/kg وزن بدن (۲۰٪ کالوری) .
- چربی: بمقدار ۴۰g فی روز(۳۵٪ کالوری) .
- آهن: بمقدار ۱۸mg فی روز .
- فولیک اسید: بمقدار ۸۰۰mg فی روز .
- کلسیم: بمقدار ۱۲۰۰mg فی روز .

در بسیاری از مریضان ۱۰٪ کالوری باید در غذای صبحانه به مصرف برسد . ۳۰٪ در نان چاشت ، ۳۰٪ در نان شب و ۳۰٪ متباقی کالوری در فواصل بین غذائی به مقدار جزئی و یا غذائی کم توزیع و صرف شود .
خصوصاً در وقت خواب برای جلوگیری از هیپو گلایسیمی شبانه . خانم های حامله دیابتیک چاق ، نباید غذای زیاد در هنگام حمل بگیرند ، ولی نباید هم وزن اضافی بیازند . در مریضان کم وزن و یا مریضانیکه به مقدار کافی وزن نمیگیرند ، با تزايد خطر انکشاف اختلالاتی مانند خونریزی های دوران حاملگی ، فرط فشار خون ناشی از حاملگی و اطفال کم وزن مواجه اند . اگر گرفتن وزن خصوصاً در تریمستر سوم ناکافی باشد ، ضرور است تا مریضه برای اطمینان از گرفتن رژیم غذائی مناسب و کافی در شفاخانه بستر گردد .

۲- تداوی با انسولین

وقتیکه غلظت گلوکوز خون با تغذی مناسب تحت کنترول نیامد ، انسولین کار دارد . بسیاری از مولفین را عقیده بر این است که هرگاه بیشتر از یک دفعه گلوکوز خون در گرسنگی (FBS) از ۱۱۰mg% بیشتر باشد ، انسولین نزد مریضه شروع گردد .

از طریق فمی نباید مواد Hypoglycemic هیچگاه به مقدار وافر استعمال گردد . زیرا این مواد نه تنها تأثیرات تیراتوجینیک دارند بلکه سبب هایپر انسولینیمیا نزد جنین نیز میگردند .

در خانم های دیابتیک ناشی از حاملگی غلظت گلوکوز نسبت به خانم های که مرض دیابت قبلی داشته و حمل گرفته اند تمواجات کمتر روز به روز نشان میدهد . بنابراین تداوی با انسولین نزد آنها مختلف بوده (خانم های که بعد از حمل دیابت دارند) و مونیتورینگ کمتر خون هم معمولاً کار دارند .

اگر گلوکوز پلازمای خون در حالت گرسنگی (FBS) بیشتر از dl 120mg/dl و یا ۲ ساعت بعد از غذا بیشتر از 200mg/dl نباشد ، انسولینوتروپی با یک زرق شام (Evening) از نوع Inter Mediate (NPH) Action Insulin به مقدار ۰.۳-۰.۴ دارند . یونت فی کیلوگرام وزن بدن شروع و تا ۰.۵-۰.۷ یونت فی کیلوگرام وزن بدن در مريضان چاق بلندبرده می شود . اين مقدار كفايت ميکند که گلايسيمى را در طول روز در حدود نارمل نگاه کند . هدف از زرق یک دوز واحد (NPH) در هنگام خواب (Bed Time) ، پائين آوردن غلظت گلوکوز خون در هنگام گرسنگی (Fasting) به سويه نارمل نزد خانم حامله مي باشد .

در خانم های دیابتیک ناشی از حاملگی اين رژيم تداوی معمولاً اجازه میدهد که با انسولین تولیدي خویش ، بلند رفتن غلظت پلازمائي گلوکوز را بعد از غذا گرفتن کنترول نمایند . هنگامیکه موفق به کنترول گلوکوز شده ، مریضه هفته وار دیده شود . FBS و گلوکوز خون بعد از غذا در هر هفته دو مراتبه مورد معاینه قرار گيرد .

اگر سويه گلوکوز خون در گرسنگی dl 120mg/dl و بعداز غذا 200mg/dl باشد ، مریضه باید روزانه با دو دوز زرقی انسولین که تأثیرات قصیرالمدت (Regular) و طویل المدت (N.P.H) دارند ، تداوی گردد .

در مريضان Insulin Dependent تقاضای انسولین نه تنها از یک مریضه تا مریضه دیگر بلکه در عین مریضه به مراحل مختلف حاملگی تغیيرات مختلف را نشان میدهد . عموماً تقاضای انسولین بصورت ثابت در جريان حاملگی ، بلند میرود و بطور معمولی به غلظت تقریباً ۱ unit/kg وزن میرسد .

در اینجا بیشتر از یک راه برای محاسبه مقدار انسولین نزد خانم های دیابتیک وجود دارد . یکی ازین راه ها با تجویز مقدار مجموعه ۰.۷ un/kg بدن در شروع میباشد ، که بصورت دو دوز $\frac{2}{3}$ در صبح و $\frac{1}{3}$ در شام تقسیم شده ، تطبيق میگردد و دوز صحبانه نیز به توبه خود به دو دوز $\frac{2}{3}$ از انسولین Inter Mediate و $\frac{1}{3}$ از انسولین عادي باید عیار شده باشد .

دوز شبانه به دو دوز مساوی نیمی از انسولین Inter Mediate و نیمی از انسولین عادي تنظیم گردد . در بسیاری از خانم ها نتیجه مطلوب تر و بهتر از به تأخیر انداختن رزق انسولین Inter Mediate شام به ساعت ۱۰ PM بdst است آمده میتواند .

۳- مونیتورینگ مادر (تعقیب مادر)

غلظت گلوکوز خون همه روزه در خانه برای رسیدن به هدف تداوی مطلوب و موثر تعقیب گردد. برای مريضانيکه دوزهای متعدد انسولین ميگيرند چهار مرتبه تعين غلظت گلوکوز يك دفعه پيش از هر غذا و يکدفعه در هنگام خواب ضروري است. برای مريضاني يك دوز واحد ميگيرند ، هفته اي دو مرتبه تعين سويه انسولين در حالت گرستگي و بعد از غذا باید انجام گردد . هدف از کنترول خوب و موثر دیابت ناشی از حاملگي ، باید این باشد که :

گلوکوز پلازمای (mg/%)	صبح قبل از غذا
۹۰-۶۰	قبل از نهار
۱۰۵-۶۰	یک ساعت بعد از نهار
۱۴۰	دو ساعت بعد از نهار
۱۲۰	
۶۰	ساعت ۲ تا ۴ بعد از نیمه شب (2-4Am)

هموگلوبین Glycosylate باید هر ۸-۶ هفته تعیین گردد . (HbA) و غلظت آن انعکاس دهنده کنترول دیابت در ۳-۲ ماه گذشته میباشد . به این طریق بالای نتیجه تعیین گلوکوز خون درخانه مهر صحت گذاشته شده و اعتبار داده میشود.

۴- اهتمامات چشم

تمام مريضان دیابت وابسته به انسولین برای معاینات چشم ، در مراحل مقدم حاملگي به داکتر چشم رجعت داده شوند . اگر ریتینوپاتی واضح مشخص موجود است ، استطباب تداوی گذاشته شده و حتماً دستور تعقیب تنگاتنگ و بسیار نزدیک برای کشف خرابی و یا بدتر شدن داده شود .

B- اهتمامات ولادی

خانم های حامله دیابتیک ، باید در يك کلینیک Antenatal ثبت گردند و بصورت مقدم يك اولتراسونو گرافی برای تعیین دقیق سن حمل ، وقت ولادت و هم برای رد انومالی های جنینی ، نزدشان اجرا گردد. هر دو هفته يك مرتبه تا هفته های ۳۲ و بعداً هفته اي يك مرتبه تا ختم حاملگي ، متواتر چك گردنند . مطلوب تر آنست که مريضه در هر ویزیت توسط داکتر ولادی و داخله دیابت ، معاینه گردد .

I- مونیتورینگ وضعیت طفل در دوران قبل از ولادت یا حاملگی

یک میتود واحد برای بررسی وضعیت جنین در نزد خانم های حامله دیابتیک که بکلی قابل اعتماد باشد ، ارائه نشده است. رشد جنینی با اندازه گیری کلینیکی غور رحم از ارتفاق عانه و اندازه گیری متواتر محیط رأس و بطن آن در اولتراسونو گرافی طی ویزیت های متناوب ، باید تعقیب گردد . با این عمل همچنان پولی هیدرامنیوس ، تصدیق حرکت جنین توسط مادر، منظم بودن قلب جنین در دوره Prenatal را میتوانیم منظماً ، تحت نظر داشته باشیم.

نzd مريضان فهميده و با تجربه ، به طور سرپائی ديا بت به شكل مناسب و عالي کنترول شده ميتواند .
چنانچه کنترول ديا بت نzd مريضان ولادي داخل بستر که حاملگي غير اختلاطی دارند ، برتری قابل ملاحظه
ای را نشان داده است . بستر نمودن همه مريضان ديا بتیک در سه ماه آخر حاملگی ضروري نیست .

II- درهنگام ولادت

ولادت عادي و روتين در نzd تمام خانم های ديا بتیک قبل از هفته ۳۸ حاملگی بسيار مشکل است ،
که عيار گردد . بواسطه اينکه وقوفات سندروم انحطاط تنفسی نzd اطفال نوزاد شان بسيار زياد است . خصوصاً
اگر با عمل سزارين سکشن ولادت انجام شود . براي به حداقل رساندن اين خطر باید مایع امنيوتيک را از نظر
Surfactants (ليسيتين و فوسفيتيديل گليسروول) در هفته های ۳۷-۳۸ بدفعات متواتر اندازه گيری گرديده ،
تا از پخنه شدن شش هاي طفل قبل از اقدام به ولادت انتخابي اطميان حاصل کرده باشيم . هر چند اگر
ديابت به صورت درست کنترول شده و کدام اختلاط ولادي مطرح نباشد ، ميتوان دوام حمل تا هفته هاي
۴۰-۴۹ ، هنگامیکه سندروم انحطاط تنفسی کمتر امكان بروز دارد و امنيوسترن هم ضرورت نیست و ولادت
بنفسه هم اکثراً انجام می شود ، نيز اجازه داد .

ولادت باید از طریق مهبل انجام شود ، مگر اینکه مضاد استطباب آن موجود باشد . در جریان ولادت
یک انفوژیون دکستروز ۱۰٪ (یک لیتر در ۱۲ ساعت) وسویه گلوکوز به حدود ۱۱۰-۷۰ ملی گرام فيصد
حفظ و از طریق پمپ سروم ، انسولین وریدی لازمه تجویز گردد .

معمولًاً مقدار ۰.۵ الی ۲ یونت انسولین باید برای جلوگیری از بلندرفتن سویه گلوکوز عیار داده شده و
ساعت وار توسط B M Sticks یا گلوکومتر اندازه گلوکوز خون تعیین گردد .

اندازه گيری سرعت قلب جنبين بصورت متواتر تعقيب گرديده و در صورت ضرورت استطباب تعیین
PH از خون رأس طفل گذاشته شود . ضرورت به انسولین ، عاجلاً بعد از ولادت پلاستنا تنقيص می يابد و
مقدار انسولین وریدی باید به نصف تقليل يابد .

پروفوزيون وریدی تا غذای اساسی بعدی مريضه باید اダメه يابد و هم دوز انسولین که در هنگام قبل از
حامله دار شدن داده ميشد ، باید تطبيق گردد . بعضی مريضان ديا بتیک حاملگی ممکن بعداً به انسولين
ضرورت نداشته باشند .

III- اهتمامات بعد از حاملگی

تقاضا به انسولین فوراً بعد از ولادت کم ميگردد و مقدار انسولین باید به ۱/۳ اندازه اينکه در دوران
حامله گی داده ميشد ، پائين آورده شود .

C - اهتمامات طفل

- I- طفل باید فوراً توسط نیوناتولوگ جهت وقايه و اهتمامات لازمه از اختلالات نوزادی دیابت معاینه گردد . اگر همه مسایل خوب بودند ، طفل نزد مادر گذاشته شود و برای مادر طور فوق العاده اجازه صرف غذای کاربوهیدرات تا ۵۰۰ میلی گرام داده شود و جهت شیردادن برای طفل تشویق گردد .
- II- نرس مخصوص جهت کنترول اهتمامات دیابت نزد طفل در ۲۴ ساعت آمده گردد .
- III- گلوکوز خون در زمان ولادت و در هر سه ساعت بعد از آن ، برای ۱۲ ساعت تعیین گردد . اگر سویه گلوکوز به ۳۰ میلی گرام فی دیسی لیتر تنقیص یافتد ، مقدار ۶۵ ملی گرام فی کیلو گرام وزن بدن گلوکوز ۰.۲۵٪ با نارمل سالین بشکل بسیار آهسته ، وریدی تطبیق گردد .
- IV- در وقایعی که رعشه و حرکات اختلاجی موجود باشد ، هیپوکلسمی با تعیین سویه کلسیم خون مشخص گردیده و با تجویز ۵ ملی لیتر کلسیم گلوکونات ۱۰٪ تداوی گردد .
- V- ۱ ملی گرام ویتامین K عضلي تطبیق گردد .
- VI- طفل برای اجتناب از هیپوترمی ، گرم پوشانیده شود .
- VII- اوکسیجن به غلظت ۳۰-۴۰٪ تجویز شده و رطوبت در حدود ۵۵٪ حفظ گردد و حرارت بین ۸۵-۸۰ درجه فارنهایت ۲۹.۴۴ الی ۲۶.۶۶ درجه سانتیگراد تنظیم گردد .
- VIII- تنفس آن معاینه گردیده و طفل مکرراً به پهلو دور داده شود .
- IX- اگر علائم انحطاط تنفسی انکشاف کرد ، انتی بیوتیک وسیع الساحه تجویز گردیده و تغذی فمی قطع و سیروم Mix نزدش شروع گردد .
- وسائل ضد حاملگی**
- تابلت های ضد حاملگی مرکب نه تنها کنترول دیابت را مداخله میکنند، بلکه شیردهی را هم نهی می کنند. ادویه ئی صرف پروجسترون دار انتخاب خوب هست، ولی پرایلم عدم کفايه در کنترول حمل و غیر منظم شدن عادت ماهوار موجود است. IUD میتود خوبیست، اگر میتودهای هورمونی قابل استفاده نباشند. در واقعات نفروپاتی و پرولیفراتیف ریتینوپاتی برای مريضه هوشدار جدی باید داده شود و عمل ستربالایزیشن (نزد خانم) و یا Vasectomy (نزد مرد) انجام گردد.

توبرکلوز همراه با حمل

Tuberculosis With Pregnancy

تعريف

توبرکلوز یک انتان مزمن بکتریائی است که توسط مایکروبکتریوم توبرکلوزیز ایجاد میشود و متصف با تشکل نسج گرانولوماتوز در انساج مائزوفه توسط Florid Cell و فرط حساسیت حجره وساطتی Florid میباشد. این آفت معمولاً شش ها را مصاب ساخته، ولی میتواند دیگر انساج عضویت را هم مصاب سازد.

وقوعات

توبرکلوز طرق تناسلی همیشه بصورت ثانوی از یک محراق ابتدائی دیگر عضویت مانند ششها امعاء و غیره بوجود می آید. توبرکلوز یک مرض و سیعاً شایع، حتی علیرغم شیموتراپی مدرن و عصری امروزه در جهان است. موجودیت مرض در ممالک جهان غرب مانند ممالک انکشاف نیافته هنوز هم دوام دارد. در جاییکه وقوعات آن بلندتر است مربوط به وضع اقتصادی اجتماعی پائین و تغذی ناکافی آن ها میباشد. مرض معمولاً طرق تناسلی را در دوران نوجوانی و در مراحل مقدم سن باروری بیشتر مائزوف ساخته میتواند.

بکتریولوژی

میکروبکتریوم توبرکلوز (نوع انسانی) مسئول انتان است. ندرتاً نوع گاوی آفت را تولید نموده که بیشتر در امعا جایگزین می گردد.

انتقال (Transmission)

میکروبکتریوم توبرکلوز از یک شخص به شخص دیگر از طریق هوا هنگام سرفه کردن، عطسه زدن و تلفظ کردن انتقال میکند. در صورتیکه توسط میزان حساس تعداد کمی از این میکروبها انشاق گردند، انتان انتقال می یابد. انتقال نوع گاوی با صرف شیر غیر پاستوریزه گاو صورت میگیرد، ولی امروزه این نوع انتقال نادرست.

تأثيرات توبرکلوز بالای حاملگی

تداوی عصری و مراقبت کافی توبرکلوز تأثیر مخالف بالای جریان حاملگی ندارد. طفل به صورت ثابت مکملانکه ایفته بدون کدام علائم توبرکلوز ولادت میشود. ندرتاً بعضی استطباب برای ختم حاملگی گذاشته میشود. توبرکلوز برای دوام حمل هم ضرر ندارد. بدون اینکه کمی فیصلی وقوعات سقط،

ولادت های قبل المیعاد و دیسمماچوریتی را از اثر موجودیت اینمی مریضه بلند میبرد. جنین در داخل رحم متین نمیگردد.

تأثیر حمل بالای توبرکلوز

اگر توبرکلوز به صورت درست و مناسب کنترول گردد، حمل هیچ تأثیر مضری بالای آن ندارد. قانوناً مرض در هنگام حاملگی بصورت دلخواه با تداوی جواب می گوید. ولی در واقع نادر ممکن به طرف یک توبرکلوز حاد جاورسی (Milliary) پیشرفت کند. تمایل توبرکلوز به خاموش شدن در جریان حاملگی و عود آن در جریان نفاسی میتواند با توضیحات ذیل مشخص گردد:

- رحم محمول بزرگ سبب بلند شدن حجاب حاجز و در نتیجه فشار بالای شش ها سبب تغییر موقعیت آن ها به جهت عمودی گردیده که بصورت موقت خلاها را بسته میکند. این عمل به عین ترتیب با فشار حجاب حاجز و یا پنوموپریتوان ایجاد میگردد. این فکتور فوراً بعد از ولادت برطرف میگردد.
- تغذی خوب، استراحت کافی و مراقبت های متداوم خانم حامله.

لوحة کلینیکی

سرفه های مزمن همراه با خلط، لرزه ، باختن وزن ، عرق شبانه و تزايد درجه حرارت در سر شب شاید موجود باشند. هیموپتیزی شاید در واقع پیشرفته مرض عرض اندام کند.

- ۱- ممکن سابقه تماس در دوران کودکی یا طفولیت موجود باشد.
- ۲- تاریخچه تداوی توبرکلوز و یا تاریخچه مرض توبرکلوز نزدش شاید دریافت گردد.

تحقیقات

Mantoux - تست

پنج یونت واکسن توبرکولین به شکل داخل جلدی، با تکییک چندین زرقی (Multiple) زرق میگردد. اندفاع یا سختی تا حدود ۱۰ ملی متر غیر مشخص، تا حدود ۲۰ ملی متر احتمال داشتن توبرکلوز قبلی یا میکوباکتریال انفکشن و بلندتر از ۲۰ ملی متر مشعری است برای تکمیل معاینات پیشرفته تر توبرکلوز، که باید انجام گرددند.

II- معاینات خون

- ۱- سلاید خون یک اینمی نوع نورموکرومیک و نورموسیتیک را نشان میدهد.
- ۲- لمفوستیوز به عوض لوکوسیتیوز دریافت میگردد.
- ۳- E.S.R یا سرعت ترسب حجرات سرخ بلند است.

صدر X-Ray-III

شاید تکاثف (Consolidation)، تمیح (Liquefaction)، تخلخل (Cavitation)، ندب (Scare) و کلسیفیکاسیون به مشاهده برسد.

- معاینه بلغم: IV

اگر ساحت مائقه تخریب شده در شش باز شده باشند، موجودیت باسیل توبرکلوز در بلغم مشاهده میگردد.

تدایر و اهتمامات

A- در مرحله Antenatal یا بارداری

توبرکلوز تأثیرات مضره بالای حاملگی، ولادت و دوره نفاسی در صورتیکه تداوی مناسب و نظارت درست از آن صورت گرفته باشد، ندارد. استطباب برای ختم حاملگی وجود ندارد.

۱- توصیه استراحت بیشتر در تمام دوران حاملگی برای مبارزه با تزايد فعالیت های میتابولیکی و اجتناب از ولادت های قبل الميعاد.

۲- تغذی مناسب برای اصلاح حالت صحی مريضه عيار گردد.

۳- آنيما معمولاً موجود است که موجب پائین آمدن مقاومت عضويت گردیده، باید دریافت شده و تداوی گردد.

۴- از نظر اقتصادي اجتماعی حالاتی مانند: کارهای شاقه، ازدحام، مشغله زياد و سوء تغذی باید جستجو شده و تداوی گرددند.

۵- اگر مريضه توبرکلوز فعال داشته باشد، ادویه انتی توبرکلوزیک مناسبین تداوی است که باید شروع گردد. از تداوی در ظرف سه ماه اول حاملگی از سبب تأثیرات تراتونجيک دوا باید اجتناب گردد.

tedavi

a. شکل تركيبي از (INH)، (Pyrzinamid) و (Refampicin).

b. تركيبي از اتحاد Refampicin INH و Myambutol شاید مورد آزمایش قرار گيرد.

INH به مقدار ۳۰۰ ملی گرام فی روز. اين دوا مصون ترین دوا در دروغ حاملگی است. لakin تا هنوز هم سبب تشوش سیستم عصبی مرکزی بشکل تخریشی و یا نیوریت های محیطی میگرددند.

Refampicin به مقدار ۴۵۰ ملی گرام فی روز. عوارض جانبی آن شامل هیپاتیت، سندروم مشابه به انفلونزا و ترمبوسايتوپینیا میباشد.

Myambotal ۱۵ میلی گرام فی کیلو وزن بدن داده میشود. يك دواي بكتريوستاتيك است، که

ندرتاً نیوریت عصب Optic را سبب میشود. اين دوا برای شش ماه همراه دو دواي فوق میتواند داده شود.

Pyrazinamide به مقدار ۱.۵ الی ۲ گرام فی روز داده میشود. اعراض جانبی آن هایپریوریمی و هیپاتیت میباشد. هر سه دوای ضد باکتریائی برای دو ماه داده شده و بعداً INH و Rifampin برای چهار ماه بعدی ادامه داده میشود.

۶- مریضه حتی با داشتن استطباب جزئی ولادی هم باید در شفاخانه بستر گردد.

۷- قابل توصیه است که مریضه دو هفته قبل از ولادت برای اطمینان به استراحت و تحت نظر قرار داشتن بستر گردد.

۸- جراحی کبیره: مانند برداشتن شش در تریمستر اول محدود گردد و یا حتی بهتر خواهد بود بعد از ولادت انجام شود و بیشتر بالای تداوی دوائی در هنگام حمل و دوره نفاسی اعتماد گردد.

B- در جریان ولادت

۱- ترجیحاً ولادت در شفاخانه ها انجام گردد.

۲- مقدار کافی انالیجیزیک ها داده شود.

۳- اگر زجرت تنفسی موجود بود، مریضه در حالت نیمه نشسته بلند نگه داشته شود.

۴- اوکسیجن انشاقی داده شود.

۵- از زور زدن زیاد در هنگام صفحه دوم ولادت ، باید اجتناب گردد و مریضه با فورسپس و یا وکیوم ، تحت انتزی Pudendal block و یا انتزی Caudal ولادت داده شود.

C- در صفحه نفاسی

مادر

۱- استراحت مناسب دستور داده شود.

۲- غذای مناسب و خوب توصیه گردد.

۳- تداوی انتی تویر کلوزیک برای جلوگیری از خطر فعال شدن دوباره مرض ، ادامه داده شود.

طفل

۱- اگر نقشع مادر از نگاه میکروب منفی است ، طفل میتواند همراه مادرش باشد . ولی G نزدش اجرا گردد.

۲- اگر مادر در صفحه فعال مرض قرار داشت ، طفل باید از آن دور نگهداری شده و واکسن در ظرف هفته اول نزدش اجرا گردد . اقلًا مدت ۶ هفته را تا انکشاف و اعمار مقاومت به مقابل انتان که بعد از زرق واکسن در برخواهد گرفت ، از مادر جدا باشد.

۳- تداوی با INH دو هفته بعد از ولادت شروع و برای مدت سه ماه دوام داده شود. بعداً طفل به پهلوی مادرش میتواند برده شود.

۴- اگر جدائی طفل از مادر ممکن نباشد، یک مادر ذکری میتواند طفلش را از مرض، با پوشاندن ماسک هنگامیکه به طفل دست میزند، حفاظت کند.

۵- مادر به شیردادن تشویق گردد، که این کار مضاد استطباب در مادران تویر کلوزیک نیست. تغذی با بوتل و یا شیر پودری خیلی ها مضرتر است، لذا مادر از اقدام به آن اجتناب کند. مادر توسط افراد مت念佛 و توانمند انگیزه داده شده و معلومات علمی برایش داده شود تا برای دادن شیر از ثدیه برای طفلش تنبیه گردیده و آماده شود.

D- حمل بعدی

برای مریضه بهتر است که اقلالاً تا مدت دو سال بعد از خاموش شدن مرض، حامله دار نگردد. اندازه تعداد فامیلی باید محدود گردد که مربوط به تقاضای زوجین و وضعیت اقتصادی اجتماعی آنها میباشد.

E- تعقیب مریضه

تعقیب دوامدار برای اطمینان از اینکه کورس تداوی توصیه شده مکمل گردیده و عود مرض بمالحظه نرسیده است، مهم میباشد و هم اصلاح تغذی و وضعیت زندگی مریضه بهمین اندازه اهمیت دارد.

انتانات ویروسی در حاملگی Viral Infection in Pregnancy

انتانات ویروسی در دوران حاملگی می روند که یک پرایلم مرموز و اسرار آمیزی را برای دوکتوران و همچنین مریضان بیار آورند. اگر چه حاملگی کدام اثری بالای سیر مرض ندارد. ولی تا شرایط امراض بالای طفل، بسیار جدی است.

ویروس های که شاید سبب انتانات حاملگی گردند، عبارت اند از:

- . Rubella -۱
- . Toxoplasmosis -۲
- . Coxakie virus -۳
- . Herpes virus -۴
- . Poliomyelitis -۵
- . Varicella ya Chicken pox -۶

(سرخکان جرمنی یا Rubella • German Measles)

طفل مستقیماً از طریق پلاستنا از مادر منتن میگردد. سن حاملگی در وقت گرفتن انتان یک فکتور مشخص کننده در تولید آفت میباشد که با تخریبات ، معیوبیت ها ، سقط، ولادت های قبل الميعاد، ولادت طفل کم وزن ، طفل مرد ، ولادت طفل با رویلایی فعال، تقایص موخر ولادی و در وقایع نادر بدون کدام تخریبات همراه میباشد ، که از نتیجه این انتان بیان می آید. تعداد ، شدت و ویرولانس یا قابلیت مولدالمرضی ویروس و مرحله حاملگی به خوبی در تخریبات واردہ بالای طفل تأثیر واضح دارند . در مراحل مقدم حاملگی که اورگانوجنیزیز سریع است تخریبات خیلی شدیدتر اند و به احتمال قوی یک عضو ساختمانی بدن را انتخاب می نماید . هنگامیکه تمایز اورگانها تنظیم و جابجا گردید (بعد از تریمستر اول)، عدم تشکل یک عضو از سبب انتان رویلای محتمل بنظر میرسد . شدت آفت هر چند که انتان مادری به شکل سب کلینیکی باشد ، احتمالاً بالای طفل اثر گذار بوده و ویروس شاید در انساج طفل تکثیر نموده و دوام یابد. تولید تقایص ولادی همچنین با ساس مرحله حاملگی بسیار متغیر است . مثلاً انتان در ماه اول و دوم حاملگی شاید سبب تولید Cataract یا امراض دسامی قلبی و در ماه سوم منجر به کری گردد. ولی از این مرحله به بعد تخریبات نادر است . خطر ابتار ملیتی ولادی در ۴ هفته اول ۸۰٪ و از هفته ۱۶ حاملگی به بعد به کمتر از ۵٪ تقلیل می یابد .

لوحه کلینیکی

لرزه ، تب و درد نزدیک زاویه مفصل فکی که با تورم ، حساسیت و دردناکی یک یا هر دو خدهء پروتید تعقیب می شوند ، بمشاهده می رسد. غدوات لعابیه تحت الفکی شاید با آفت اشتراک نمایند . آرتربیت خصوصاً در مفاصل بعيده اختلاط معمول مرض است. راش ها و یا داغ های جلدی بشکل ماکول گلابی در ابتدا در وجه ظهری گوش ها و در حذای جین تظاهر میکنند. در ۵۰٪ وقایع ممکن این داغ ها بمالحظه بررسند . ممکن است همچنین منجر به التهاب منضممه ها ، انسیفلومیلیت و ترومبوساپتوپنی گردد . دوره تفريخ آن ۱۱-۱۴ روز است . خانم های متمن در هفته اول مریضی انتان را از عنق رحم انتشار ميدهند.

تشخيص

از نظر کلینیکی تشخيص روپیلا بسیار مشکل بوده و صرف در حدود ۲۰٪ وقایع امکان دارد . عدم موجودیت انتی بادی بعد از معروض شدن به انتان نشاندهنده قابلیت مصاب شدن به انتان و موجودیت آن، انتان سابقه و یا معافیت موجوده را خاطر نشان میسازد، که این پروسه توسط تست ایمونولوژیکی (HAI Titer Test) Heamagglutination Inhibition Test به زودی بعد از معروض شدن مریض بانتان در ظرف ۶-۱۲ روز بعد اعظمی تتر خود می رسد. تتر ۱/۱۶ و یا بلندتر از آن ، از نظر ایمونیتی مشکوک و مورد مناقشه است . ولی تتر ۱/۸ آن مثبت بوده و اما ضرورت به تکرار دارد.

در وقایع مشکوک سیروم مریض برای انتی بادی های مخصوص روپیلا بنام IgM باید معاینه گردد و موجودیت این انتی بادی یک مدرک قوی ظهور انتان ابتدائی در همین نزدیکی ها را وانمود میکند.

تداوی

تداوی مربوط است به وضعیت مادر، که آیا مادر به روپیلا معافیت دارد یا حساس است ، بمرحله حاملگی که با انتان مواجه شده و نوع تماس (طلولانی یا کوتاه بوده) میباشد. اگر مواجه شدن به انتان مدت کوتاه و یا اتفاقی باشد، احتمال انتقال انتان خیلی کم است و اگر مواجه شدن به انتان در خانه ، طولانی و با تماس نزدیک باشد، چانس متمن شدن زیاد است. خانمهایی که حساس اند باید هر چه زودتر، قبل از ختم دوره حاملگی واکسن گرددند. اگر خانم در تریمستر اول مصاب آفت شده باشد، به حاملگی وی باید خاتمه داده شود. بهتر است اجرای واکسیناسیون نزد دخترهای ۱۱ الی ۱۴ ساله عملی شود تمام خانم های سیروم منفی (معافیت نزدیکی تویید نشده باشد) خصوصاً نرس قابله ها و معلمین که بیشتر معروض به خطر اند، باید واکسیناسیون گرددند. اگر خانم بزودی بعد از واکسیناسیون حامله دار گردد، خطر کم برای متمن شدن طفل وجود دارد و از تماس در واقعه روپیلا باید اجتناب نماید.

• توکسوپلازموزیز

توکسوپلازموزیز یک مرض انتانی جهانی است که توسط پارازیت توکسوپلازمما گاندی که در روده های پشک یافت می شود، بینان می آید. انتقال آفت از یک مادری که در جریان حاملگی متن گردیده، به جنین در ۵۰٪ وقایع رخ داده و سبب توکسوپلازموزیز ولادی میگردد.

لوحه کلینیکی

ممکن کدام اعراضی را نشان ندهد و شاید هم لمف ادینوباتی با و یا بدون خستگی و تب نزد خانم حامله موجود باشد. اساساً بیشترین تأثیرات این انتان ولادی بالای دماغ یا مغز میباشد، که در این حالت شاید هیدروسیفل یا میکروسیفل همراه با اختلالات، رعشه و یا پارالیز (فلج) به ملاحظه برسد. انتان میتواند از مادر به جنین از طریق پلامستا انتقال کند. انتان مادری در تریمستر اول معمولاً جنین را از سبب اینکه پلامستا بصورت مکمل تشکیل نگردیده، مصاب نمیسازد. ولی ممکن است سقط انجام شود. انتان مادری در تریمستر دوم حاملگی بیشترین خطر را داشته و همراه با انومالی های پیشرفته توکسوپلازموز ولادی، طفل مرده و پریماچوریتی باشد. متن شدن مادر در تریمستر سوم ممکن است با تخریبات دماغی در طفل نوزاد با Choriodoretinitis و Encephalomyelitis همراه باشد.

تشخیص

تصورت مقدم بعد از ده روز از ابتلا به انتان، انتی بادی مربوطه میتواند با معاینات سیر و لوحیک مشخص و دریافت گردد. تست های لابراتواری جدید تزايد صریح انتی بادی مخصوص IgM را که در Immunoglobulin بوجود آمده به خوبی مشخص میسازند.

تداوی

انتان معمولاً بصورت بنفسه معده گردیده و لذا ضرورت به تداوی ندارد. اطفالی که با نحطاط سیستم ایمنی و یا همراه با آفات عینی ولادت شده اند ضرورت به تداوی دارند. از اتحاد ادویه سلفامیدها بمقدار ۱ گرم هر ۶ ساعت پیریمیتامین (Pyrimethamine) در ابتدای یک دوز واحد ۷۵ ملی گرام و بعداً بمقدار ۲۵ ملی گرام فی روز، برای مدت چهار هفته بصورت یکجایی همراه با ۱۰ ملی گرام فولیک اسید روزانه استفاده گردد. اگر انتان در تریمستر اول حاملگی رخ داده باشد باید به حمل خاتمه داده شود.

Cyto Megalo Virus Infection (C.M.V) •

در بین اعضای گروپ ویروس های Herpes بوده و در نزد بسیاری از حیوانات قابل دریافت است. یک انتان کسبی بوده و بسیاری از اطفال در مراحل مقدم زندگی خود از اثر تماس با آن انتی بادی مربوطه را در وجود خود دارند.

لوحه کلینیکی

لوحه کلینیکی آن بی نهایت متغیر است ، انتان ممکن است بدون اعراض و یا اعراض مشابه تب غدوی داشته باشد. سایتو میگالو ویروس یکی از مهمترین عوامل پتوجن بوده ، در مریضانیکه معروض به انحطاط معافیت هستند، سبب معموبیت های عمدۀ و مرگ و میر میگردد . این یک مسئله نادر ولی بسیار مهم است که انتانات کسبی ولادی در زمان حاملگی شاید سبب مردن داخل رحمی جنین، کم وزن بودن آن در وقت تولد و یا پریماچوریتی جنینی گردد. نزد طفل Hepatosplenomegaly، زردی و راش های جلدی شاید موجود باشد.

تشخیص

تشخیص توسط Radio Immuno Assay و Complement Fixation Test برای اندازه گیری انتی بادی های مخصوص IgM گذاشته میشود. در کلچر ادرار مريض منتن ممکن ویروس تحری گردد. بیوپسی از نسج مأوف ممکن است تشخیص را تأیید کند. تداوی موثر یا وقایه خاصی ندارد. ختم حاملگی توصیه نمیگردد. یک تعداد زیاد جنین ها از تأثیرات آفت مرضی در امان میمانند.

Herpes infection •

Herpes Simplex اکثرآ عامل یک تعداد امراض غیر وصفی که غیر مشخص میباشد، میگردد. از این سبب است که تعداد زیادی از مردم در مقابل این انتان انتی بادی دارند . این یک واقعیت مهم است که یک انتان بسیار جدی بوده و بعضی اوقات تأثیرات کشنده دارد . دو نمونه یا نوع ، Type I و Type II آن وجود دارد ، که تیپ دومی آن اساساً مسئول انتقال انتانات طرق تناسلی میباشد.

لوحه کلینیکی

لرزه با تب و لمف ادینوپاتی مغبنی شاید دریافت گردد. Vulvovaginitis، قرحات سطحی و یا عمیق در دهیز و عنق رحم ممکن است موجود باشد . استوماتیت تقرحی ، کیراتیت ، انتانات انگشتان و انسفلیت در اطفال معمول است . بیشترین انتانات دوره نوزادی از نوع Type II آن میباشد . اطفال ممکن است انتان را هنگام عبور از قنات ولادی مادر منتن، بگیرند . در هفته اول زندگی اندفاعات جلدی آبدار یا در روی جلد ظاهر مینمایند. هر چند این عارضه در ۵۰٪ وقایع دیده نمیشود. Vesicular سقط و انتار ملستی های ولادی که توسط این ویروس به مان آمده متواشند، شناخته شده اند.

تشخیص

ویروس را از کلچر انساج تخریب شده میتوان تحری نمود. بلند رفتن تر انتی بادی تشخیص را صحة میگذارد.

تداوی

از آنجائیکه انتقال ویروس از طریق تناسلی است ، لذا C.S بهترین انتخاب برای ولادت میباشد. اگر چه حقیقتاً واضح نشده است که عملیه C.S سبب پائین آوردن چانس منتن بودن طفل میگردد و همچنین موثریت Immunoglubuline در کنترول امراض ثابت نشده است. مواد انتی ویرل مانند Iodouridine که یک انتاگونست تیامین است ، هنوز هم تحت تجربه قرار دارد.

Poliomyelitis •

انتان توسط یکی از سه نوع ویروس پولیو بیان می آید. اگر چه از توسعه وقوعات به تعقیب واکسن فمی وسیعاً کاسته شده ، لاکن هنوز هم یک پرابلم عمدۀ ممالک در حال انکشاف میباشد. ویروس قادر است که نسخ خاکستری طناب نخاعی ، قاعده دماغ ، قشر دماغ ، خصوصاً حجرات قرن قدامی آن را مصاب ساخته و سبب فلج اعصاب محركه سفلی گردد .

لوحه کلینیکی

تب خفیف و سردردی که بعد از چند روز محدود شفایاب میگردد ، بملاحظه میرسد و بعد از یک هفته ، تب و سردردی که با شخی گردن و علائم تخریش سحايا مترافق است ، دوباره ظهور میکند. فلج (Paralysis) ممکن است بعداً رخ دهد ، که وسعت خیلی متفاوت دارد. عدم کفايه تنفسی ممکن است از سبب فلح عضلات بین الضلعی بیان آید . ضعیفی عضلات درآخر هفتاه اویل بحد اعظمی خود رسیده و بعداً بصورت تدریجی شاید در ظرف چندین ماه دوباره احیاء گردد. عدم اقدار دائمی تا ظرف شش ماه نمیتواند پیش بینی گردد.

تشخیص

مایع نخاعی شوکی یک Lymphocytic Pleocytosis نشان داده ، سویه پروتئین آن بلند و شکر آن نارمل است .

تداوی

وقایه را با تطبيق واکسن مربوطه (دادن معافیت کسی) میتوان ایجاد کرد. در مرحله اول انتان ، استراحت بستر اساسی است . در وقایع مشکلات تنفسی تراکیوستومی و تجویز اکسیجن یا ته ویه با فشار مثبت بصورت متقطع ضرور است، انجام گردد. و تداوی های تعقیبی با فریوتراپی و ارتوپیدی بمقصد ریانیماسیون یا احیای مجدد اجرا شود .

Chiken pox •

طفل مبتلا به انتان شاید با اندفاعات جلدی ولادت شود ، هیچ نوع انواع انسانی ولادی در مبتلایان باین مرض ویروسی را پور داده نشده است .

زردی با حمل (Jaundice with pregnancy)

تعریف

زردی یک عارضه کلینیکی است، که با تغییرات زرد رنگ جلدی، صلبیه چشم و غشای مخاطی از سبب تراوید سویه بیلی روین خون مترافق است. سطح تظاهرات کلینیکی زردی متغیر بوده، ولی معمولاً هنگامیکه سویه مجموعی بیلی روین خون، بلندتر از ۲ ملی گرام فیصد برسد، تظاهرات کلینیکی آن آشکار می شود. زردی در حاملگی یک حالت بسیار زجرت آور بوده و تزايد اندازه آن جدی و مخاطره آمیز است. علاوه‌تاً مشکلات در تشخیص را هم در قبال دارد.

میتابولیزم بیلی روین

منع اساسی بیلی روین از تخریبات حجرات سرخ است و این عملیه مستول حدوداً ۸۰-۸۵٪ بیلی روین که روزانه بصورت نارمل تولید میشود، میباشد. هنگامیکه حجرات سرخ خون دورانی به پایان عمر ۱۲۰ روزه خود میرسد، در سیستم ریتیکولواندوتیلیل مخصوصاً کبد، طحال و مخ عظم تحریب میگردد. هموگلوبین شکسته شده سبب تولید گلوبولین و هماتین میگردد. هماتین یک مرکب آهن دار بوده هنگامیکه آهن از آن جدا گردد، محتوى باقی مانده عبارت از Protoporphyrine که بعداً به اثر عملیه Oxidize به بیلی وردین تبدیل (رنگ متایل به سبز) و سپس بیلی وردین به بیلی روین (رنگ زرد ماند) تحول نموده که این اخیرالذکر بحیث یک محصول زائد و یا غیر قابل استفاده شده باقی می ماند. آهن در کبد ذخیره شده و گلوبین برای تشکیل هموگلوبین بدنسترس قرار داده میشود. تخریبات روزانه کربیوات سرخ در حدود ۱٪ است، که سبب تولید ۷.۵ گرام هموگلوبین و از آتجمله در نزد یک حانم کاهلیکه ۵ لیتر خون و ۱۵gr/100ml هموگلوبین داشته باشد، مقدار ۲۵۰ ملی گرام بیلی روین را تولید میکند.

از سیستم ریتیکولواندوتیلیل، بیلی روین عمدتاً متحدد با البومن و یا ممکن قسماً با الفا گلوبولین به کبد میرسد. در کبد بیلی روین غیر مزدوج (Unconjugated) از یک محلول تصبغی منحل در شحم، به یک محلول تصبغی منحل در آب (Conjugated) یا بیلی روین مستقیم عمل کننده تحول می نماید، که در اثر تعامل با Diazotizid sulphamic acid به رنگ سرخ در می آید. بیلی روین مزدوج در افزایش صفرایی و سیروم مریضی که یرقان انسدادی دارد، یافت میشود.

بیلی روین غیر مزدوج در سیروم مریضیکه برقان همولیتیک دارد ، در یافت می گردد. این یافته می تواند با یکجا کردن الکل قبل از عکس العمل ایجاد شود. از این سبب است که آنرا بنام Indirect Reacting bilirubin شناخته اند .

چون بیلی روین مستقیم ، میتواند از فلتریشن گلومیرولی عبور کند ، از این سبب در ادرار اطراف میشود. لذا بیلی روین در ادرار در زردی های انسدادی موجود بوده ، در حالیکه در زردی همولیتیک بمالحظه نمی رسد.

تغییرات فزیولوژیکی

در جریان حاملگی طبیعی بعضی تغییرات در وظائف کبدی ، مخصوصاً در تریمستر آخر حاملگی، رونما می گردد . یک تزايد خفیف در الکلین فاسفاتاز که بیشتر منشاء پلاستائی دارد ، تا منشأ کبدی، به ملاحظه میرسد .

سویه بیلی روین معمولاً در حدود نارمل باقی می ماند. در یک تعداد کمی از خانم ها یک کولیستاز داخل کبدی ممکن است در تریمستر سوم ، بوجود آید و شاید هم در هر وقت از حاملگی بتواند انکشاف کند . تزايد تولید پرجسترون در جریان حاملگی ، مسئول استرخاء عضلات ملساً ، کم شدن قدرت عضلات کیسه صفراء و ستاز مواد صفراء میباشد. بعضی اوقات از اثر تجمع نمک های صفراءی ، خارش ها نزد خانم ممکن است ، بوجود بیاید .

سیروم یا نارمل و یا خفیفاً بند است . از اثر تزايد سنتیز گلوبولین تناسب البومن بر گلوبولین به پائین تراز حد نارمل سقوط می کند. درجات مختلف کلستاز بمالحظه رسیده ولی تغییرات پرانشیمی حجرات بسیار محدود است. در تریمستر اخیر معمولاً عکس العمل غیر طبیعی Cholestatic بالای ستروئید ها که در جریان حاملگی تولید میگردد ، بمالحظه می رسد . عین تغییرات در مریضانیکه ادویه ضد حاملگی فمی را استفاده میکنند ، نیز دیده میشود و این طوری فکر شده ، که شاید مربوط به نقایص انزایمیک باشد .

هیپر بیلی روینیمیا شاید:

۱. Prehepatic: در اثر همولیز شدید و تولید زیادیلی روین باشد .

۲. Hepatic: تزايد بیلی روین سیروم شاید مربوط باشد به :

- تنقیض (Up take) در گرفتن یا جذب بیلی روین توسط حجرات کبدی .

- خرابی پروتئین اتحاد کننده داخل سلولی یا Conjugation .

- خرابی افراغ بیلی روین در قنیوات صفراءی .

۳. Post hepatic: قنات های صفراءی داخل یا خارج کبدی معروض به انسداد میباشند. هرگاه این انسداد از اثر دو سبب اولی باشد، بیلی روین آزاد (Unconjugated) در سیروم خون تراوید می یابد. ولی در وقایع انسدادی طرق صفراءی، بیلی روین Glucoronide به شکل معکوس Conjugated Bilirubin (Regurgitation) داخل جریان خون گردیده و در نتیجه سویه خون بلند می رود.

وقوعات

در حدود 1/1500 واقعه حاملگی در اروپا می باشد.

اسباب

I- هیپاتیت های ویروسی

- هیپاتیت انتانی.

• زردی سیروم (Homologous).

II- زردی کولستاتیک داخل کبدی (زردی عود کننده در حاملگی).

III- اتروفی حاد شحمی کبد.

IV- اکلامپسیا و پره اکلامپسیا.

V- هیرایمز گراویداروم که در تداوی آن غفلت و مسامحه شده باشد.

VI- ادویه مانند سلفان امیدها، انتی توبرکلوزیک، کلورپرومازین، سالسیلات ها، ادویه ضد اختلال، کلوروفورم، تراسایکلین، فینوتیازین، استروئیدهای انابولیک، ناووبیوسبین (Navobiocin) و کلور پروپامید.

VII- سنگ های کیسه صفراء.

VIII- انتان Mononucleosis

IX- Achloric

X- سیروز، که در حاملگی خیلی نادر است.

اسباب عمومی زردی در حاملگی

- چربی حاد کبدی.

• زردی عود کننده حاملگی.

• حمل اختلاطی که باعث فرط فشارخون ناشی از حاملگی و اکلامپسیا گردد.

هیپاتیت ویروسی یا Viral hepatitis

هیپاتیت یا التهاب کبدی ، توسط بسیاری از ادویه جات ، مواد توکسیک و یک تعداد ویروس ها ، میتواند بوجود آید . اعراض کلینیکی همه آنها با هم بسیار مشابه اند.

انواع معمولی ویروس های که میتوانند باعث تولید آفت کبدی گردد عبارتند از :

۱. ویروس هیپاتیت A.
۲. ویروس هیپاتیت B.
۳. ویروس هیپاتیت C (نه A و نه B) اکثرآ بعد از نقل الدم.
۴. ویروس هیپاتیت D (Delta).
۵. ویروس هیپاتیت E.

Hepatitis A (H.A.V)

یک انتان ویروسی کبد است که شاید بصورت سپورودیک و یا اپیدیمیک شیوع یابد. مصایبت کبد یک قسمت از آفت عمومی است ، لakin لوحه کلینیکی مبارز دارد . اگر چه انتقال ویروس معمولاً توسط سوزن های منتزن که با مواد غایطه و یا از طریق دهن ملوث شده باشند ، صورت میگیرد.

اطراح ویروس هیپاتیت A در مواد غایطه دو هفته قبل از ظهور علائم کلینیکی مرض قابل مشاهده است .

ویروس ندرتاً در مواد غایطه بعد از هفته اول مریضی دیده شده میتواند و طرز انتقال ویروس شناخته نشده است . دوره تفریخ کوتاه دارد . خون و مواد غایطه در دوره مقدم مریضی یعنی ۴-۲ هفته دوره تفریخ منتزن اند . اگر چه اندازه وفیات در هیپاتیت A پائین است ، ولی شاید باعث امراض حاد و صاعقوی گردد. انتی بادی در هیپاتیت A بصورت مقدم در سیر مریضی ظهور نموده و بصورت دوامدار در سیروم خون باقی می ماند. هر دو نوع انتی بادی IgG و IgM بعد از شروع مرض بزودی مثبت و بعد از یک ماه به حد اعظمی خود رسیده و سالها دوام میکنند. تراناتی بادی IgM در ظرف هفته اول ظهور اعراض کلینیکی ، بحد اعظمی خود میرسد و معمولاً در ظرف هشت هفته از بین میرود. بناءً اندازه گیری این انتی بادی ها ، تست بسیار عالی و خوب برای توضیح صفحه حاد انتان هیپاتیت A میباشد. مثبت بودن تست Anti-A ممکن است ، مشعر معروض شدن قبلی مریض به ویروس A Hepatite-A باشد .

Hepatite- B(H.B.V)

هیپاتیت B یک انتان ویروسی کبد است ، که معمولاً از اثر تلقیح خون و یا محصولات خونی منتزن و ندرتاً از طریق فمی و یا مناسبات جنسی انتقال میکند .

شیوع هیپاتیت B نزد افراد Homo Sexual معتادین رزقی وریدی ، سناف و کارگران لابراتوارها و بانک خون بینند است . در حدود ۵-۱۰٪ افراد منتزن بحیث ناقلين بوده ، ۴-۷٪ اطفال متولد شده از

مادرانیکه HBsAg مثبت دارند ، ممکن است انتی ژن هیپاتیت B در جریان خون شان وجود داشته و انکشاف نماید .

انتقال فمی غایطی ویروس B هم ، ثبیت شده است. دوره تفریخ هیپاتیت B از ۶ هفته تا ۸ ماه میباشد . لوحه کلینیکی نوع هیپاتیت A و B با هم مشابه اند . هر چند که شروع هیپاتیت تیپ B خیلی ها تدریجی و فریبنده است.

عامل نوع دلتا یک نقیصه از جینوزوم RNA ویروس میباشد ، که تنها با هیپاتیت تیپ B ظهور میکند . این عامل دلتا اعراض کلینیکی هیپاتیت B را شدیدتر میسازد . امراض کبدی قبلی را که از اثر هیپاتیت B به میان آمده ثقلی تر و بدتر میسازد و یا اینکه مرض جدید و نوی را با ناقلين بدون اعراض (ناقل سالم) بوجود می آورد . وقتیکه Agent دلتا با انتان ویروسی حاد HBV توافق کند ، سیر انتان بسیار شدید میشود دلتا در این اوخر در حدود ۵۰٪ در واقعات هیپاتیت صاعقوی نوع B (HBV) دریافت گردیده است. در شکل هیپاتیت مزمن فعل تیپ B ، موجودیت Agent دلتا انذار بسیار بد را وامود میسازد .

Hepatitis C (HCV)

در این اوخر از امکانات بدست آمده نشان داده شده که یک نماینده ای که نه A (Non A) و نه B (Non B) هم است ، مسئول بسیاری از هیپاتیت هایی که بعد از انتقال خون بوجود می آیند ، میباشد . غالباً در ۸۰٪ هیپاتیت های ناشی شده بعد از انتقال خون ، هیپاتیت تیپ C (HCV) مسئول شناخته شده است . ظهور Anti HCV بسیار موخر بوده و در حدود ۲۲ هفته بعد از معرض شدن ۱۴-۱۶ هفته بعد از شروع هیپاتیت) بافت ، به ملاحظه می رسد و اقلأ برای مدت ده سال دوام می کند .

اسباب مختلفه دیگر

ویروس های دیگریکه کمتر سبب هیپاتیت می گردند، تب زرد یا Coxsackie، Yellow Fever ، Herpes simplex و ویروس Cyto Megalo virus،virus Echo ، Spirochetes میباشند.

لوحه کلینیکی

لوحه کلینیکی هیپاتیت های ویروسی نهایت مختلف است . از یک انتان بدون اعراض و زردی (معمولأ در تیپ Non A و Non B بعد از نقل الدم) تا یک مرض صاعقوی که در ظرف چند روز بمرگ مریض میانجامد ، فرق میکند.

- اعراض A

-صفحه مخبره: I

سرعت شروع اعراض متغیر است ، از شکل سریع و ناگهانی تا حالت تدریجی و خاموشانه آن فرق میکند .

۱. لرزه عمومی، دردهای عضلات و اعراض مفصلی.
۲. بی اشتہائی شدید بدون تنا سب بدرجه مریضی .
۳. دلبدی و استفراغات زیاد است و ممکن اسهالات و قبضیت هم بمشاهده رسد.
۴. اعراض طرق تنفسی علوی موجود است .
۵. تب معمولاً موجود است ولی ندرتاً بلندتر از ۳۹ درجه سانتیگراد میرود ، در بعضی وقایع خاص هیپاتیت A افسردگی و لرزه و یا احساس سرما، حاد شدن مرض را واضح سازد .
۶. درد بطنی معمولاً به شکل خفیف و ثابت در ربع علوی راست و یا ناحیه شرصفوفی که اکثراً با جهد و تکان خوردن شدت کسب می نماید، بمالحظه میرسد .

II-صفحه برقانی:

يرقان کلينيکي بعد از روزهای ۱۰-۵ ظهرور نموده ، لارن شايد هم که همزمان با شروع اولين اعراض کلينيکي باشد . بعضی مريضان هيچگاه صفحه يرقان کلينيکي نزدشان انکشاف نکرده و برملا نميگردد . همراه با شروع يرقان اکثراً اعراض مخبره کسب شدت نموده که تدریجاً با بهبودی کلينيکي تعقیب ميشود .

III-Convalescent phase

يک ترايد احساس بهبودی ، افزایش اشتها ، معده شدن يرقان ، حساسیت و درد بطنی و خستگی ، نزد مريض دیده ميشود .

IV-سیر و اختلالات مرض:

صفحه حاد مرض معمولاً به سرعت در طرف مدت ۳-۲ هفته خاموش گردیده و اعراض کلينيکي و لا برآتوري بصورت مکمل، در نوع هیپاتیت A مدت ۹ هفته و در نوع B و نوع C در ظرف ۶ هفته اصلاح ميگرددند . در ۵-۱۵٪ وقایع سیر مرض بسیار طولانی و در کمتر از ۱-۳٪ وقایع ، ممکن است سیر صاعقوی را به خود بگیرد .

علائم

- هیپاتو میگالی (ندرتاً بر جسته) در بیشتر از نصف وقایع موجود است ، که با حساسیت کبدی معمولاً همراه است .
- سپلینو میگالی در ۱۵٪ وقایع را پور داده شده است .
- غدوات لمفاوی نرم و بزرگ مخصوصاً در حذای عنق و بالای (Epitrochlear) ممکن است دیده شوند (علائم توکسیمی عمومی از شکل خفیف الی شدید فرق میکند) .
- کيسه صفراء ممکن است قبل جسم باشد .
- برجستگی و پری اورده جدار بطن ، شايد بمالحظه برسند .

زردی راجع در حاملگی

زردی که در حاملگی های متواتر بروز کند، از شکل انسدادی همراه با کلستاز داخل کبدی میباشد و یک حالت فامیلی دارد.

۱) خارش عمومی عرض بر جسته کلینیکی آن بوده و ممکن است که ۲-۳ هفته قبل از ظهور زردی بوجود آید.

۲) ولادت قبل الميعاد شاید بوقوع پیوند.

۳) خونریزی بعد از ولادت از سبب کمبود ویتامین K یک اختلاط احتمالی است، ولی معمولاً درینحالات وفيات طفلی و مادری موجود نیست.

۴) سویه ترانس امیناز نارمل است. مرض بعد از هر حاملگی با نارمل بودن تظاهرات کلائزیوگرافی و اضحاً از بین می رود. دلیل اصلی و دقیق اختلاط بدروستی دانسته نشده، لاتن فکر می شود که عکس العمل غیر طبیعی سیستم کولستاتیک به مقابل محصولات و یا هورمون های ستروئیدی حاملگی و نقیصه مخفی ازایمیتک شاید مسئول عارضه باشند. ادرار تیره و مواد غایطه خاسفت است. مرض در ۴ ماه اخیر حاملگی معمولاً خراب تر میباشد. زردی و خارش ممکن است عاجلاً در دوره نفاسی قبل از بهبودی و شفا بدتر و شدیدتر گردد.

اتروفی شحمی حاد (Acute Fatty Atrophy)

این عارضه معمولاً در تریمستر اخیر واقع شده و انذار جدی و خطرناکی برای طفل و مادر دارد.

لوحه کلینیکی

۱) نزد مریضه شاید استفراغات و هیماتومیزیز به ملاحظه برسد.

۲) درد شدید ناحیه شر صوفی شاید موجود باشد.

۳) خانم خواب آلود بوده، به طرف کما پیش می رود و در ظرف چند روز بعد از ولادت بمراگ محکوم می گردد.

۴) سردردی شدید در حدود ۵۰٪ و قایع موجود است.

۵) زردی و کوما در ظرف دو هفته به شکل ناگهانی و سریع تا سس می نماید.

۶) ازو تیمیا (Azotaemia) دارد.

۷) هیپروریسیمیا (Hyperuricaemia) یا تراید یوری خون، بمالحظه می رسد.

۸) اسیدوزیز بظهور می رسد.

علت دانسته نشده است، لاتن تکمیش کبدی (Shrinkage) بمالحظه می رسد. ارتراح شحمی در حجوات کبدی (Infiltrated) به میان آمده و شحم در ساحت قیوات مرکزی (Centri lobular) و بن

حجرات کبدی از سبب نکروز شحمی کتلوبی که ممکن است ، وزن آن به ۸۰۰-۸۵۰ گرام برسد (نارمل ۱۲۰۰-۱۵۰۰ گرام) تمرکز می نماید.

سیتوپلازم کبدی منظره کف دار یا لعاب دار را داشته و توسط چربی تعویض شده است . ترانس امیناز و الکلین فوسفتاز سیروم خفیفاً بلند اند و بر خلاف هیپاتیت ویرال ، پروتروموین تایم نیز (P.T.T) طولانی است. سویه بیلی روین سیروم و E.S.R (سرعت سیدیمانشنسن) بلندتر است. حجرات سفید تراوید می یابند ، سویه البوین سیروم پائین است ، همراه با نکروز نفرون ها ، حجرات توبول های کلیوی توسط شحم تعویض شده و عدم کفایه کلیوی شاید بیان آید . سویه یوریای خون و کریاتینین آن بلند می رود. اکثراً پانکراتیت موجود است. ندرتاً امبولی شحمی در شش ها شاید بظهور رسیده و درمیض های Cyst های هیموراژیک تا سس نمایند.

در واقعات خفیف امکان زنده ماندن ، یا احیا مکمل وظائف کبدی بعد از دوره نفاسی می رود .

فرط فشار خون ناشی از حاملگی و اکلامپسی

در واقعی شدید فرط فشار خون ناشی از حاملگی شاید یرقان انکشاف نماید و در یک تعداد وقایع اکلامپسیا ، شاید حقیقتاً زردی موجود باشد. در این حالت ترانس امیناز و الکلین فوسفتاز سیرم معمولاً بلند می روند. لکن امکان ظهور یرقان کمتر است . اما وقتیکه یرقان تظاهر نماید ، از نوع همولیتیک بوده و معمولاً صفحه نهائی را وانمود می کند. این حادثه مربوط به خونریزی کبدی است.

تشخیص

- ۱- امینوره، تب و باختن اشتها .
- ۲- سابقه انتفاخ گازات ، سوء هاضمه ، هماتیمیزیز ، بواصیر و درد کوادرانت علوي راست که بطرف شانه انتشار داشته است ، دریافت میشود .
- ۳- سابقه زردی و خارش در حمل قبلی .
- ۴- سابقه استفاده از دوا ، خصوصاً تابلت های ضد حاملگی .
- ۵- معروض شدن به هیپاتیت ویروسی .
- ۶- تاریخچه نقل الدم و یا تطبیق سیروم موجود است .
- ۷- سابقه عملیات جراحی بالای طرق صفوای و یا حملات کولیک های صفوای .
- ۸- تاریخچه زرد رنگ شدن ادرار ، دریافت می گردد .

الکلین فوسفتاز	ترانس امیناز سیرم	بیلیروین سیرم	مرض
خفیف بلند میروند.	بسیار زیاد بلند	تراوید می یابد.	هیپاتیت ویروسی

میرود.			
تزايد میباشد.	نارمل و ندرتاً بلند.	تزايد بیلر و بین - کانجوگه شده.	زردی راجعه کلستاتیک.
- تصورت متوسط بلند می رود.	تصورت متوسط بلند می رود.	تزايد می يابد.	کبد شحمی حاد.
خفیفاً بلند میرود.	تزايد می يابد.	تزايد می يابد.	PIH و اکلامپسیا.
تزايد می يابد	نارمل.	تزايد بیلر و بین - کانجوگه شده.	سنگ کیسه صفراء.

بررسی و تحقیق (Investigation)

- ۱- هر دو شکل مزدوج و غیر مزدوج بیلی رو بین سیروم بلند می رود . یرقان به 2mg\% و Kernicterus به 20 mg\% ظاهر کلینیکی می نماید . بیلی رو بین غیر مزدوج منحل در شحم میتواند به غلاف لیف عصبی (Nerve sheath) نفوذ کرده و سبب Kernicterus گردد .
- ۲- ادرار: یورو بیلینوژن ، نمک های صفراآی و صباغات صفراآی بلند می روند .
- ۳- مواد غایطه: یورو بیلینوژن و سترکو بیلینوژن (Stercobilinogen) بلند می رود .
- ۴- سویهء انزایم هایی مانند: الکلین فاسفتاز ، S.O.T و S.G.P.T تزايد می يابد .
- ۵- پروتین های پلازما باید معاینه گردد . الومین تنقیص نموده و تناسب Al/GI معکوس میگردد .
- ۶- فیروینوژن و پروترومین به افالاس معروف می گردد .
- ۷- زمان خونریزی (T.S) و زمان علقه شدن خون (T.C) تزايد می يابند .
- ۸- معاینات سیرولوچیک برای هپاتیت ویروسی انجام شود .
- ۹- انتی جن انتی بادی استرالیائی (Australian Antigen Antibody) چک گردد .
- ۱۰- اجرای سونو گرافی بعمل آید .
- ۱۱- کولیسیستو گرافی نزد مریضه اجرا گردد .

تداوی

(General) - عمومی یا A

- ۱- در شروع صفحه حاد مرض وقتیکه اعراض شدید اند از مریضه خواسته شود ، که استراحت تام بستر کند . استراحت بستر بعد از سپری شدن صفحه حاد توصیه نمی گردد . هر چند که رجعت به فعالیت های نارمل در صفحه احیا و شفایابی بی ، به تدریج باید صورت گیرد .
- ۲- اگر دلبده و استفراغات پر ابلم عمدہ و برجسته بودند و یا اگر تغذیه فمی ناکافی باشد ، زرق گلوکوز ۱۰٪ وریدی ، برای مریضه توصیه گردد .
- ۳- اگر مریض علائم مشرف به کوما را نشان می داد ، دادن پروتین مؤقتاً قطع و بعداً تدریج دوباره شروع و با اساس اصلاح وضعیت کلینیکی وی بلند برده شود .
- ۴- اهتمامات غذائی شامل دادن غذا بمقدار کم و بدفعات ، نظر به تحمل مریضه و با اجتناب از فرط تغذیه میباشد . باید غذای غنی از کاربوهیدرات (۸۰٪) ، پروتین (۱۵٪) و شحم (۵٪) داده شود .
- ۵- تجرید مریضه خصوصاً در هیپاتیت نوع B با ترمومتر و سرنج جداگانه ، مدنظر باشد .
- ۶- مایع دکستروز ۱۰٪ بمقدار سه الی چهار لیتر میتواند بشکل پرفوزیون داده شود .
- ۷- از دادن هپنوتیک ها و سیداتیف ها ، پرهیز گردد .
- ۸- Vit C و Vit B complex
- ۹- نیومایسین جهت تعقیم ساختن روده ها بمقدار ۰.۵-۱g/6h بمدت ۷-۵ روز داده شود .
- ۱۰- در صورت موجودیت هیپوپرتوموبینیمیا ، در واقعات ولادت های پریماچور Vit k تطبيق گردد
- ۱۱- برای خارش مریضه Cholysteramin لازم است ، داده شود . این یک تغییردهنده آیونی بوده که با اتحاد همراه نمک های صفرایی در امعاء ، جذب دوباره آنها را مختلف می سازد .

B- تداوی بالخاصه

- ۱- بصورت وقاریوی گاما Globulin ، در خانم حامله که به تماس مریض آمده باشد ، داده شود .
- ۲- در هیپاتیت B ، دادن هیپرایمونو گلوبولین (Hyperimmunoglobulin) در ظرف ۷ روز بعد از مواجه شدن به انتان تاثیر محافظتی داشته و بعداً در روز ۳۰ تکرار گردد .
- ۳- در وقایع که انتی جن استرالیائی مثبت باشد ، اهتمامات بسیار اختصاصی و جدی ، باید برای جلوگیری از انتشار آن به طفل و همراهان مریض گرفته شود .
- ۴- به طفل متولد شده ایمونو گلوبولین هیپاتیت B و در صورت امکان واکسین مربوط آن داده شود .
- ۵- شیر دادن از سینه توقف داده شود .

C- تداوی ولادی

موجودیت یرقان کدام تداخل با اهتمامات ولادی ندارد ، خطر خونریزی بعد از ولادت از سبب نقیصه فکتورهای تحیری خون زیاد است و باید با نگهداشت خون تازه قا بل دسترس ، از این پرابلم جلوگیری گردد.

ختم حاملگی استطباب ندارد ، زیرا خطرات مربوط به خود را میداشته باشد.

اختلاطات

مادر

۱- سقط.

۲- ولادت Post Mature خصوصاً در خانم مصاب سُؤتفنده .

۳- خونریزی بعد از ولادت از اثر نقیصه ویتامین K ، ممکن است رخ دهد .

طفل

انتقال مرض انجام نمی شود (عارضه انتقال نمیکند) ، ضرورت به تجویز واکسن های محافظه ای نه تنها مربوط به موجودیت انتی جن سطحی هیپاتیت B بوده (Hepatitis B Surface Antigen) بلکه همچنین با موجودیت دیگر یافته های سیرولوجیک نیز میباشد . شدت انتان ، معافیت و مقاومت طفل نیز در زمینه رول عمدۀ دارد .

عدم توافق (Rh) فکتور (Rhesus isoimmunisation)

تعريف

این یک عدم توافق گروپ خون مادر و طفل بوده که منجر به یکی از سه اختلاط که به شدت مرض ارتباط دارد می‌گردد.

۱) اینمی هیمولیتک.

۲) یرقان شدید دوره نوزادی.

۳) هیدروپس فیتالیس و یا مرگ داخل رحمی جنینی.

این عارضه بنام های Disease of newborn Erythroblastosis fetalis و یا Haemolytic Disease of the newborn مرض هیمولیتک نوزادی هم یاد شده است.

وقوعات

در 1/100 واقعه حاملگی ها دیده میشود.

Iso immunisation

این یک پدیده ایست که در آن انتی بادی معافیتی در یک فرد یا شخص بصورت عکس العملی از اثر زرق انتی جن از شخص دیگر از عین نوع یا جنس تولید می‌گردد. ممکن است از چهار طریق Iso immunisation بوجود آید.

۱- بانقل الدم خون ناموافق عکس العمل گروپ ABO بسیار فوری است، لاکن در وقایع RH فکتور معافیت کسبی فعال حاصل میشود.

۲- بازرق عضلی خون ناموافق.

۳- حملیکه مادر Rh منفی، طفل Rh مثبت را بار دار است.

حجرات Rh+ که از طفل بمادر می‌گذرند، مانند یک انتی جن عمل نموده و منجر به تشکل انتی بادی می‌گردند، که این انتی بادی داخل عضویت جنین شده باعث همولیز کریوات سرخ آن می‌گردد.

۴- این هم نشانداده شده است که ترا نسفوزیون مادری جنی شاید بوقوع پیوند، بواسطه اینکه انتی بادی D دریشوراز ۲۰٪ اطفال Rh منفی ایکه از مادران Rh+ ولادت شده اند، تحری گردیده است.

ایزوایمونایزیشن Rh کمتر امکان دارد نظر به ABO -incompatibility موجود در بین حجرات خون طفل و مادر که میتواند منجر به تخریب آنی خون گردد .

Landsteiner و Weiner در سال 1940 ثابت کردند ، که حجرات سرخ خون ۸۵٪ انسان ها حاوی یک ماده که آنها آنرا بنام Rhesus Factor (Rh) نامیده اند ، میباشد . زیرا مشابه این انتی جن در خون شادی نوع Rhesus یافت می شود . انهائیکه این انتی جن را در خون خود انتقال می دهنده ، Rh مثبت و متناظر را Rh منفی گفتند . نقل الدم خون Rh+ برای مادر Rh منفی سبب میشود که گیرنده خون باعث تبیه تولید اگلوتینین در سیروم خون خود بنام انتی Rh انتی بادی گردد و اگر مرتبه دوم خون Rh مثبت برای فرد حساس شده داده شود هیمولیز حجرات سرخ خون انتقال شده بمیان میآید . عکس العمل مقابله این نوع نقل الدم شدید بوده و شاید منجر به مرگ گردد . ۱۵٪ جنین های Rh مثبت ، اگر اهتمامات وقایوی نزدشان در نظر گرفته نشده باشد ، معافیت حاصل نموده که این را به نام Frequency of Immunization می نامند .

اگر بصورت و قایوی مقابله فکتور Rhesus در مرحله قبل از ولادت (در هفته ۲۸ حاملگی) و بعد از ولادت اهتمامات لازمه گرفته شود ، تنها ۱٪ خانم ha Immunized یا حساس می گردد . اما اگر این عمل صرف به تعقیب ولادت انجام شود ۱.۵٪ خانم ha حساس میشوند و انتی بادی هائیکه از قبل موجود اند ، ازبین نمی روند .

انتی جن Rhesus

۶ نوع انتی جن c.d.e C.D.E مربوط به سیستم Rhesus دریافت گردیده است . بعضی از اینها بسیار نادر اند مؤلف فیشر (Fesher) فرض کرده که یکی از این شش انتی جن توسط یک ژن واحد (Singl gen) حمل گردیده و این جن ها در گروپ سه گانه به کروموزم واحد انتقال می یابند . از آنجاییکه کروموزوم ها جوره ئی اند لذا هر جوره کروموزوم ۶ جن وابسته به هم را درسه جوره انتقال خواهند کرد .

جن های بنام های C.D.E و c.d.e تنظیم شده و هر کروموزوم ناقل C یا c، D یا d و E یا e می باشد .

این گروپ یا دسته بصورت ارثی یک جین واحد نزد هر والد میباشد . D جن متبارز بوده وقتیکه در یک یا هر دو لنگ کروموزوم (دو لنگ) جوره ئی دریافت گردد ، فرد را Rh مثبت و موجودیت d فرد را Rh منفی میسازد . اگر D در یک یا هر دو لنگ کروموزوم جوره ئی شخص دریافت گردد + است و اگر به هیچکدام نباشد ، شخص Rh منفی میباشد .

Geno-typings

این معاینه جهت دریافت اینکه آیا شوهر دارای جن هوموزاییگوس (DD) و یا جن هیتروزاییگوس (Dd) است اجرا میشود . پدر هوموزاییگوس Rh+ ، انتقال جن D را در تمام نسل های بعدی دارد . در حالیکه در پدر هیتروزاییگوس + Rh چانس مساوی که طفل Rh+ و یا Rh منفی از مادر Rh منفی بوجود آید ، موجود است .

ترانسفوزیون جنینی مادری

مقدار بسیار کمی از حجرات سرخ خون جنینی در جریان حاملگی ، سقط و یا جریان ولادت پلاستتا ، بمادر عبور می کنند. این مسئله بعد از ماه پنجم بیشتر عمومیت دارد . این کار در خونریزی های قبل از ولادت ، تهدید سقط ، برداشتن پلاستتا با مداخله دست ، سزارین سکشن بعد از ختم حاملگی و اگر پلاستتا در جریان عملیه امنیوسینتر وحده گردد ، نیز صورت گرفته می تواند .

تشخیص

۱- گروپ خون و فکتور Rh در تمام خانم ها ، بخصوص اول باری ها باید تعیین گردد .

۲- تعیین گروپ خون شوهر، اگر خانم Rh منفی باشد انجام شود .

۳- اگر شوهر گروپ خون مثبت دارد ، از نظر جینوتیپ معاینه انجام شود که آیا هوموزاییگوس است و یا هیتروزاییگوس می باشد .

۴- تاریخچه سابقه مرضیه :

a- از انتقال خون غیر موافق پرسان گردد .

b- نتیجه و لادت قبلی یادداشت شود .

c- RH فکتور طفل قبلی انجام شود .

d- شدت هیمولیز اندازه گیری گردد .

e- سن طفل مرده داخل رحمی پرسان گردد .

f- تترانتی بادی مادر در هفته های ۲۸، ۳۲ و ۳۶ اجرا گردد .

g- امنیوسینتر ، سپکتروفو تو متري ، انالیزیز و تعیین اندازه بیلی رویین در مایع امنیوتیک اجرا گردد .

تحری انتی بادی ها

انتی بادی ها در سیروم شخص iso Immunized شده به ترها مختلف دریافت شده میتوانند و Anti-D Antibody بدو شکل است .

Salin Antibodies-۱ : این ها بخوبی حجرات منحل در محلول نمکی (Salin) را اگلوتینید

کرده میتوانند . این حجرات از مانعه پلاستتا عبور کرده نتوانسته ، لذا کمترین انذار خراب را دارند ، اینها هم



چنین بنام انتی بادی های IgM یاد می گرددند . این انتی بادی ها جسامت بزرگ داشته و بصورت مقدم ظاهر می کنند .

Albumin Antibodies-۲: این ها به خوبی حجرات D را اگر در ۲۰٪ البومن منحل باشند ، اگلوتنیزید می نمایند. این ها انتی بادی های نامکمل اند. موجودیت انتی بادیهای البومن به حالات پیشرفته مرض دلالت می کند. این انتی بادی ها مانع پلاستنا را عبور کرده و موجودیت آنها نشاندهنده انذار خراب تر نسبت به Salin Antibodies میباشد . هم چنین به انها انتی بادی های IgG گفته شده و معمولاً بعد از ماه چهارم حاملگی ظهور می کنند .

Kleihauer Test

حجرات سرخ جنینی حاوی هیموگلوبینی که بسیار مقاومتر نسبت به کاهلان در مواجه شدن به اسیدهای خنثی ناشده (Denaturation with acid) میباشند ، هستند .

اگر یک سلاید از خون مادری که با الکول تثبیت شده همراه با اسید معامله گردد، تعداد حجرات سرخ خون جنینی را که در خون دورانی مادر داخل گردیده اند، بخوبی میتوان مشخص و حساب نمود .

امنیو سنتیزیز

هرگاه سویهه انتی بادی ها به تناسب ۱/۸ بلند بروند ، یا تاریخچه جنین شدیداً مصاب شده ، یا طفل مرده و یا طفیلیکه exchange transfusion نزدش انجام شده است موجود باشد ، امنیو سنتز لازم است اجرا گردد . در امنیو سنتز بخوبی سویهه بیلی روین و مواد بیلریوینیزید در مایع تعیین شده میتواند . سویهه بیلریوین مایع ، انعکاس دهنده درجه مرض هیمولیتیک و هم چنین درجه انیمی جنین میباشد . تزايد سویهه همولیز حجرات سرخ جنین ، منجر به تشکل مقدار زیاد بیلی روین می گردد . بیلی روین دورانی جنین به شکل متحدد همراه البومن می باشد. مراحل سیر و سر نوشت آن قرار ذیل است:

I- مقدار زیاد آن از طریق پلاستنا به داخل سیستم دورانی مادر افزایش می گردد .

II- مقدار کمی از بیلی روین بطرف مزدوج شدن رفته که در کبد جنین همراه گلو کورونیک یکجا می گردد. این بیلی روین کانجو گه شده منحل در آب است که توسط کلیه ها در داخل مایع امینوتیک طرح می گردد .

III- مقدار کمی از بیلی روین توسط غشای مخاطی طرق بولی طرح میشود . سویهه مقداری بیلی روین در مایع امینوتیک میتواند با سپکترو فوتومتری اندازه گیری شود.

پروسیجر یا طرز العمل

امنیو سنتیز میتواند بصورت مقدم در هفته های ۲۴-۲۲ حاملگی اجرا گردد . جلد ناحیه فوق العانی آماده گردد (Prep). موقعیت پلاستنا توسط سونو گرافی تعیین گردیده و ترجیحاً تمام پروسیجر کاری باید با اولتراسوند مونیتورینگ ، تعقیب گردد . جلد با انفلتراسیون لیگنو کائین ۱٪ بیحس گردیده بمقدار 20cc

مایع امنیوتیک گرفته شده و رنگ ان تفتیش گردد . مایع باید در داخل یک بوتل شیشه ای تاریک برای محافظت از شعاع قوی جمع گردد . نمونه به 4000RPM سنتریفور گردیده و به طور فوق العاده جهت معاینه یا Scanning سپکتروفوتومتریک گرفته شود .

بیلی روین یکجا شده با البومن باعث جذب اعظمی در ۴۵۰ ملی مایکرون گردیده ، درجه تغییر در تکدر ظاهری سویه محتویات بیلی روین را نشان میدهد .

وقتیکه بیلی روین در مایع موجود باشد، منحنی جذب ، یک انحنا نشان میدهد . ارتفاع انحنا در ۴۵۰ ملی مایکرون بنام Density Optical Peak یا Pigment Peak یاد می گردد .

اگر طفل مصاب به آفت نشده باشد با پیشرفت حاملگی این Optical Density تمایل به پائین ماندن دارد .

مؤلف Liley در نیوزرلند در ابتدا هفته های حاملگی را به مقابله تکدر ظاهری (OD) مایع امنیوتیک طراحی نموده و در نتیجه سه زون را توضیح داده است .

Zone I یا پائین ترین ناحیه Zone II یا ناحیه متوسط و Zone III یا ناحیه بلند .
High zone -۱: سویه Peak به زون بلند است . این اطفال شدیداً مصاب آفت بوده و شاید در ظرف چند روز محدود در داخل رحم تلف گردد . اگر حمل به ۳۵ هفته رسیده باشد و لادت باید تحریک Exchange Intra Utetin Transfusion را ایجاد می کند ، انذار مطلوب صرف٪ ۲۰ است .

Middla Zone -۲: این بتوء خود بد و قسمت (Upper II.Zone) بالائی و پائینی (Lower II.Zone) تقسیم شده است . اگر سویه یا Peak در Zone متوسط باشد ، امنیوستتر ۳-۲ هفته بعد تر بمقصد تعیین دوباره مقدار بیلی روین اجرا گردد . اگر تمایل به طرف بالا بوده و به Upper zone رفته بود با ساس سن حاملگی ، ولادت و یا ترانسفوزیون داخل رحمی سازماند هی گردد و اگر گرایش به طرف (Lower Zone) یا پائین بود نشاند هنده مأثوفیت خفیف یا متوسط طفل است . دوباره مقدار بیشتر مایع در هفته ۳۴ گرفته شود . اگر قله را در زون متوسط نشان داد و لادت به هفته های ۳۵-۳۸ سازماندهی گردد . انذار مطلوب٪ ۸۰ است .

Lower Zone -۳: وقتیکه قله Optical Density در زون پائین قرار داشته باشد ، بذل در هر ۲-۳ هفته یکبار تکرار می گردد . این نشان دهنده آنست که طفل غیر مصاب آفت بوده و یا هیمولیز نزد آن خفیف است . حمل تابه حدترم ادامه یابد و انذار٪ ۹۵ خوب است .

اختلاطات

۱-ترانسفوزیون طفلی مادری: Rhesus Anti-D گاما گلوبین ۱۰۰-۵۰ میلی گرام داده شود .

۲- انفال پلاستا.

۳- ولادت قبل از وقت.

۴- انتانات.

ارزیابی طفل در هنگام ولادت

۱- Direct Coomb's Test بمقدار ۰.۵ ملی لیتر از خون جbel سروی طفل همراه Rh انتی بادی سطحی حجری با سیروم Rabbit Anti Human globulin مخلوط گردد. اگر حجرات انتی بادی داشته باشند آگلوتیناسن صورت می گیرد.

۲- سلاید خون محیطی ، حجرات سرخ خام هسته دار را نشان میدهد.

۳- گروپ خون و فکتور Rh طفل اجرا گردد.

۴- تعیین اندازه گیری بیلی رویین اگر بر قان در وقت ولادت موجود باشد ، انجام شود.

تمدوی

مقدار Anti-D Gama globulin 200-300mg به شکل زرقی عضلی و یا وریدی فوراً بعد از جداسدن پلاستا و یا سقط ، بعد از اجرای تست حساسیت زرق گردد. زرق وریدی دیرتر از ۸۴h و زرق عضلی دیرتر از ۷۲h نباید داده شود.

تحریک ولادت پریماچور

از انجائیکه ماندن بیشتر طفل در رحم خطرات را زیادتر بلند میبرد ، لذا ولادت باید قبل از ترم تحریک گردد. وقت تحریک مربوط است به اندازه و نتیجه قضاوت باسas تاریخچه ولادی طفل قبلی نزد مریض.

Exchange transfusion

• استطبابات

۱- سابقه Kernicterus یا اریتروپلاستوز قبلی.

۲- همو گلوبین جbel سروی کمتر از ۱۲ گرام فیصله باشد.

۳- بیلی رویین در خون جbel سروی بلند تر از ۵mg٪ باشد.

۴- سویه بیلی رویین خون بیشتر از ۱۵mg٪ باشد.

۵- در وقایع پریماچوریتی که تست Coomb's مثبت دارند ، بدون در نظر داشت سویه همو گلوبین؛ زیرا قابلیت ترازید بطرف Kernikterus دارد.

۶- در تمام وقایعیکه سابقه مصابیت شدید طفل موجود بوده و تست Coomb's مثبت باشد.

۷- ریتیکولوسیت ها بیشتر از ۲۰٪ باشند.

(Requirement of Exchange Transfusion)

نقل الدم Rh منفی ترجیحاً عین گروپ های خون ABO بمنظور اجتناب از امکان موجودیت اگلوتینین Anti-A ، Anti-B در نزد طفل انجام شود. خون پیشآپیش گرفته شده و با سیروم مادر Cross match گردد . مدت زمان خون ذخیره برای نقل الدم نباید از ۵ روز تجاوز کند یا کهنه تر باشد. مقدار خون لازمه ۸۰ml فی پوند وزن وجود طفل میباشد. جهت انجام عملیه در حدود point ۲ خون باید بدسترس باشد .

وسائل مورد ضرورت

- ۱- دو عدد سرینگ ۲۰ml
- ۲- کانول سه راهه که به سیستم وصل می گردد .
- ۳- کتر نمبر ۶ سروی .
- ۴- هیمارین منحل در سیروم فیزیولوژیک که یک ملی لیتر آن به ۱۰۰ml محلول نمکی انداخته میشود .

. Saline Manometre -۵

تکنیک

قبل از انکه خون داخل گردد ، بمقدار ۳۰-۴۰ ملی لیتر خون بیرون کشیده میشود. طفل در یک کمپل برقی در حالیکه بصورت مکمل شرائط اسیسی در نظر گرفته شود ، گذاشته می شود . Sucker یا پیستون باید بدسترس باشد . حبل سروی با فاصله ۱cm از جلد بطن قطع گردد . خونریزی منتشر دلالت به فرط فشار وریدی حبل سروی می نماید . زیراشرائین آن ندرتاً خون دهنده اند . کتر سروی در حدود ۷cm داخل ورید گردیده و به مانومتر Saline وصل گردد . فشار نارمل وریدی ۴-۲ سانتی متر سالین میباشد . تمام سامان و وسائل همراه Saline هیمارینایز شده شسته شوند . در ظرف ۲.۵ دقیقه بمقدار ۲۰ml خون طفل کشیده و بهمین مقدار (20ml) خون دونور به آن داده شود . نبض ، تنفس و حرکات طفل محاطانه و دقیق کنترول گرددند .

خون تازه از سبب سویه پتانسیم بلند آن در سیروم ترجیحا استفاده گردد . خون دونور بعلت اینکه در محلول دکستروز Acid citrate محفوظه می شود ، دارای PH پایین ۶.۵ بوده لذا خطر اسیدوزیز میرود . بناءً بمقدار ۱m equ ۱ سودیم بیکار بونات ۱ ml کلسیم گلوکونات در هر ۱۰۰ml خونیکه ترانسفوزیون می گردد به طفل داده شود . باین ترتیب ۸۰-۹۰٪ خون تعویض می گردد .

تعداد کمی از واقعات شاید ضرورت به (Exchange Transfusion) دوباره گردد . سویه بیلی رویین سیروم همه روزه برای چندین روز تعیین گردد . اگر سویه آن از ۲۰mg٪ بلند تر برود ضرورت به Exchange transfusion احساس می گردد .

انتقال داخل رحمی خون (Intrauterin transfusion)

اگر جنین قبل از هفته ۳۴ حاملگی شدید مصاب آفت شده باشد، ولادت ممکن است با مرگ جنین در هنگام ولادت و یا مرگ داخل رحمی آن همراه باشد. درین وقایع ضرورت به Intrauterin transfusion احساس می شود. این عملیه در جوف بربیتوان طفل انجام میشود. معاینه و مشاهده سویه انتی بادی در مراحل مختلف حاملگی و اندازه نمودن سویه بیلی رو بین در مایع امینوتیک بسیار بخوبی شدت مرض را وانمود کرده میتواند

یک سوزن طولانی تحت Screen اولتراسوند از جوف بطن مادر عبور داده میشود. خون تازه Rh منفی با حجرات قسماً خالص آهستگی داده میشود. اکثرآ تکرار ترانسفوژن ضرورت می شود. خطر انتانات وخیم، عدم کفايه قلب جنین و ولادت های پریماچور موجود است.

انذار

چانس ازدواج بین خانم های Rh مثبت ۱۰% است. با ترانسفوژون غلط که خون Rh+ به خانم Rh منفی تطبیق شده باشد در حدود ۵۰٪ خانم ها حساس می گردند. طفل اول در صورتیکه سابقه ترانسفوژون یا سقط، مطرح نباشد خیلی ها بمشکل شاید مائقوف گردد، یا بعباره دیگر چانس مائقوفیت خیلی کم دارد. نزد طفل دوم در حدود ۱-۵٪ وقایع در حمل بعدی چانس مصادیت به آفت موجود است. نتیجه خراب است مگر اینکه شوهر هیتروزا یا گوس باشد.

امراض هیمولیک مربوط بدیگر فکتورها غیر از D

Heamolytic disease du to Factors other than D

Iso immunisation نزد مادرانیکه گروپ خون O دارند بمقابل گروپ A یا B طفليکه از پدر بارث برده است، نيز معمول است. اين نوع مرض هیمولیک در حمل اول بيشتر بمحاظه ميرسد و اين مسئله ارتباطی به ترانسفوژن خون بین طفل و مادر ندارد.

Kernicterus

درینجا معیوبیت از اثر تاثیرات بیلی رو بین بالای عقدات قاعده‌ی (Basal ganglia) دماغ بوده که علائم آن به شکل تخرشات دماغی Retraction سر (بسط رأس) انقباض و شخی عضلات بدن مشهود است و این تظاهرات نشان دهنده شکل شدید Icterus gravis neonaturum میباشد.

وقایه Rhesus Isoimmunization

۱- به تمام خانم های Rh منفی حساس ناشده باید بمقدار $100\text{ }\mu\text{g}$ Rhesus (RhoGam) در هفته ۲۸ حاملگی زرق گردد. اگر شوهرش Anti D γ globulin زرق نیست.

- ۲- تمام خانم های Rh منفی ایکه طفل Rh مثبت ولادت می کنند در ظرف ۷۲ ساعت باید زرق گردند. (RhoGam)Anti-D immunoglobulin
- ۳- بعد از سقط و امینوستیز بمقدار ۵۰-۱۰۰ μ g از Anti-D زرق گردد.
- ۴- در خونریزی کثیف قبل الولاده بمقدار ۱۰۰۰ μ g Anti-D زرق شود.
- ۵- طفل های دختر Rh منفی طور وقایوی برای جلوگیری از حساس شدن ، بصورت مقدم (پریماچور) مقابله باشد ، باید Anti-D زرق گردند .

نقل الدم و تشوشات تحثی خون

Blood Transfusion & Coagulation disorders

اهمیت انتقال خون در طبابت ولادی وا بسته باین حقیقت است که شاید عکس العمل هیمولیتیک نزد مادر و همچنین طفل از سبب تغیرات سیستم دورانی در جریان حاملگی ، بوجود آید . اولین انتقال خون در مريض ولادي در ۱۸۲۰ توسط Blundell نزد يك مريض مصاب به خونریزی بعد از ولادت (P.P.H) ، انجام گردید . نقل الدم سبب اعاده و ثبات حجم دورانی ، تامین ظرفیت انتقال اکسیجن خون ، تعویض فیبرینوجن خون ، پروتین های پلازما و صفتیحات دمویه می گردد .

استطبابات

۱- سقط ها .

۲- پلاستتا پریویا .

۳- خونریزی های شدید انفصال پلاستتا .

۴- حمل های خارج رحمی .

۵- خونریزی شدید بعد از ولادت .

۶- انیمیا .

۷- تمزق رحم .

۸- انقلاب حاد رحم (چه شدن رحم) .

۹- تشوشات تحثی خون .

۱۰- هیپوفیبرینوجنیمیا .

۱۱- ولادت ترضیضی .

اگر فشار خون سقوط کند ، تهیه O_2 برای انساج حیاتی معرض به خطر گردیده و این بسیار مهم است که با اجرای ترانسفوزیون ، مرکبات پلازما و دیگر مایعات که منبع اروائی اور گانهای حیاتی اند ، اعاده Obstetric می گردد . وفيات مادران از اثر هیمورازی ، اگر وسائل Mobile Obstetric unit و یا flying squad موجود باشد ، تنقیص می یابد . جهت حفظ و دوام منبع اروائی و اوکسیجن لازمه برای اور گانهای حیاتی مقدار کافی حجم خون باید در دوران ، موجود باشد .

مقدار خون نقل الدم

حجم خون دورانی با زرق RBC هایکه با مواد رادیواکتیو فوسفورس P^{32} یا Chromium Cr^{51} و حجم پلازما خون با زرق رنگی بنام Evan's blue یا رادیواکتیو I^{132} در جریان دوران دموی اندازه و تعیین شده میتواند ، اگر هیماتوکریت اورده معلوم باشد (قبل مشخص شده باشد) حجم پلازما و حجرات سرخ میتواند اندازه گیری گردد . بصورت متوسط خانم غیر حامله ایکه وزن 55kg دارد (120 پوند) ، دارای حجم خون عمومی 4000ml و هیماتوکریت اورده 41% میباشد . در خانم های حامله در هفته های ۳۸-۳۳ در حجم دورانی خون ۲۵٪ افزایش بعمل آمده ، ولی چون اساساً و عمدتاً این افزایش مربوط به حجم پلازمائیست ، لذا سویه هیمو گلوبین خون سقوط می کند . در مراحل اخیر حاملگی حجم مجموعی خون به 5000ml می رسد . یک خانم حامله توانای ضیاع 1000ml خون را که با تقبض او عیه محیطی جبران می گردد ، میتواند داشته باشد . ضیاع خون در حدود ۱۵۰٪ اگر عاجلاً تداوی نگردد ، کشنده است . سرعت خونریزی نیز مهم است و ضیاع خون آنی خطرناک تر از شکل مزمن و تدریجی آن می باشد .

لوحة کلینیکی خونریزی

لوحة کلینیکی خونریزی مربوط به مقدار ، سرعت ضیاع خون ، وضعیت مریض قبل از خونریزی و اختلالات ناشی از ضیاع خون میباشد .

۱- مریضه Collapse نموده ، نا آرام ، سرد و مرطوب است .

۲- فشار خون سقوطی است .

۳- نبض ضعیف ، خیطی و سریع است .

۴- مریض احساس کمود هوا میکند و یا عسرت تنفس شدید دارد .

۵- تنقیص حجم خون سبب پائین آمدن فشار وریدی گردیده ، دهانه قلبی پائین و فشار ورید مرکزی کم است .

عوارض جانبی نقل الدم

۱- عکس العمل هیمولیتیک : این مسئله معمولاً در جریان نقل الدم رخ میدهد . از نظر کلینیکی باتب ، لرزه ، احساس گرگرفتگی (داعی) ، دلبدی ، استفراغ ، نفس کوتاهی و درد در ساحة flank (گرده ها) عکس العمل نشان میدهد .

۲- Over load یا اضافه باری سیستم دورانی : از نظر کلینیکی با اضغاء صدر و یا تعیین فشار ورید مرکزی میتوان به آن پی برد . اگر فشار ورید مرکزی بیشتر از 12cm آب باشد ، Overhydration (زیادی آب) موجود است . برای مریضه فوراً سیمید باید داده شده ، رأس و صدر مریضه بلند تر گردد .

. Febril Illness -۳

۴-حساسیت یا الرجی .

۵-سپتیسیمیا یا مکروبی شدن خون .

۶-یرقان هیمولیتک ممکن است ، در خونی که کهنه باشد ، بمالحظه برسد . دوره زندگی در حجرات سرخ خون ذخیره شده پائین می‌آید. از این جهت ترازید هیموگلوبین آزاد از سبب هیمولیز و بعداً بیلی روینیمیا بمبایان خواهد آمد .

۷-تروموبوفلیست .

۸-امبولی هوایی در حیوانات تجربی بمقدار ۷.۵ میلی لیتر هوا فی کیلوگرام وزن بدن کشته بوده ، ولی یک شخص کاهل نارمل تا حدود 200ml را تحمل کرده میتواند .

. Rh.iso immunization-۹

۱۰-سمسم سترات .

عوض خون در وقایع عاجل از مایعاتی مانند پلازما ، Dextran 70 ، پروتین پلاسمائی پاستوریزه و سیروم فیزیولوژی استفاده کرده میتوانیم .

خطرات

۱-انتقال خون بعضاً سبب عکس العمل کشته می‌گردد .

. Iso immunization-۲

۳-هیاتیت ویروسی .

۴-انتقال انثانات مثلًاً مalaria و غیره .

۵-زردی .

. AIDS-۶

تخنیک نقل الدم

نzed تمام خانم های حامله باید گروپ خون ABO و فکتور RH آنها در مراحل مقدم حاملگی تعیین گردد. در واقعات بی نهایت عاجل گروپ Rh.ABO موافق بدون Cross matching باید تطبیق گردد. اگر گروپ خون مشخص نباشد ، گروپ خون O منفی باید داده شود. خانم هایی که سابقه نقل الدم داشته اند و یا اطفال احتمالاً مصاب به مرض هیمولیتیک تولد کرده اند ، نقل الدم برای شان از سبب اینکه شاید انتی بادی در خون انها موجوده بوده و با انتی جن خون منتقله تعامل نماید ، خطر ناک میباشد . اهتمامات اضافی در Cross Matching این مریضان به منظور دریافت انتی بادی هاییکه احتمالاً عکس Cross Matching را ایجاد خواهند کرد ، در نظر گرفته شود . خون مریض جهت اجرای العمل کشته را ایجاد خواهد کرد ، در نظر گرفته شود . خون مریض جهت اجرای

قبل از دادن دکستران گرفته شود ، زیرا تطبيق دکستران سبب تشکل Rouleux گردیده ، که با مداخله خود ، نتیجه Crass Mathing را تغیر می دهد .

انتخاب مایعات در نقل الدم

خون: خون مکمل ، بهترین است و خون تازه و موافق به گروپ دلخواه ترین و مطلوبترین می باشد . بیشترین ارجحیت آن از دیگر مایعات اینست که مدت دوامدارتر در داخل دوران باقی مانده و ظرفیت انتقال O2 خون را ، بلند می برد . در خون ذخیره شده فیصدی حجرات هیمولیز شده ، معادل به سن شان در روز های هیمولیز میباشد .

پلاسمما: خطر زردی در سیروم هومولوگوس ۱/۲۰۰ و خطر هیپاتیت ویروسی ۱٪ نظر به پلازمای ذخیره شده می باشد .

دکستران: یک زنجیر طولانی مالیکول پولی سکراید بوده وزن مالیکولی آن ۱۲۰۰۰۰ است و در حدود ۱/۳ آن در ظرف ۲۴ ساعت اول از خون دورانی خارج شده ، و متناسب آن تا یک هفته از دوران خون طرح می گردد .

pheamacrodex: وزن مالیکولی آن ۴۰۰۰۰ است ، بشکل محلول ۱۰٪ داده شده و تقریباً نیم آن در ظرف سه ساعت از طریق ادرار طرح می گردد . Drawbacks: سبب تشکل عکس العمل های الرژیک و طولانی شدن Bleeding Time می گردد . خطر سندروم Defibrillation تزايد می يابد .

تشوشتات تحتری خون

خونریزی ممکن است زندگی خانم حامله را از سبب عدم کفایه تحتری خون ، ترومبوز داخل وعائی موضعی یا منتشر به مخاطره بیاندازد . تخریبات اندوتیلیل او عیه ممکن منجر به تجمع صفیحات دمویه و فیبرین گردد ، که زمینه ساز تشکل علقه شده و از خونریزی بیشتر جلوگیری می کند . هنگامیکه فبرین ذخیره شده باین هدف توسط فیبرینولایز ازبین می رود . عدم کفایه سیستم فیبرینولیتیک بخوبی منجر به تشکل علقات بیشتر داخل وعائی گردیده ، در صورتیکه عدم کفایه تحتری خون ، منجر به طولانی شدن خونریزی میگردد . اگر هر دو سیستم به عدم کفایه معروض گردد ، خونریزی با وجود ترانسفوزیون هم ادامه خواهد یافت .

تحتر خون

تحتر اساساً با تشکل فیبرین ، که توسط فعال شدن فیبرینوجن تولید میگردد ، عملی میشود . این فعالیت با اتحاد عمل کلسیم و ترومیین که بعداً از اثر فعالیت و عمل ترومبوپلاستین بالای پروترومیین بمیان میابد ، سازماندهی میگردد . وقتیکه او عیه توسط علقه بسته شدند باید کتله علقه شده منحل گردد .

فیرینولیزیز ، یک و تیره فیزیولوژیک نارمل بوده ، که توسط فکتورهای موجود در کتله علقوی و انساج تخریب شده ، تحریک میگردد . کواگولیشن موضعی و محدود همیشه با عمل فیرینولیزیز تعقیب میشود . دو پروسه مجزا و اساسی جهت باز نگه داشتن بستر وعائی فعالیت میکنند . عملیه کواگولیشن رخنه های ایجاد شده را با فیرین بسته مینماید ، که این و تیره با فیرینولیزیز رفع میگردد .

تخریبات موجود در او عیه کوچک و او عیه شعریه زمینه آزاد شدن هیستامین و 5-hydroxy tryptamine (serotonin) را مساعد میسازد که اینها سبب تقبض شدید او عیه شعریوی و ارتیول ها گردیده و منجر به توقف خونریزی میگردند . عملکرد قوی میومتریوم رحم ، سبب تقبض سینوس های بزرگ بوسیله تقاطع الیاف عضلی میگردد . در وقایعیکه عدم کفایه تحثی مطرح باشد . هیموراژی باسانی با خون و یا فیرینوجن تداوی شده میتواند . بعارة دیگر اگر کواگولیشن منتشر داخل وعائی واقع شد نه تنها کمبود فیرینوجن ، هیموراژی را دامن می زند ، بلکه در آنجا سندروم مشابه به شاک (shock like) از اثر بندش یا بلوکاژ دوران ریوی توسط ترومبو Zah های کوچک و متعدد نیز دخیل میباشد . در این نوع انسداد دوران ریوی تخریب فعال علقات کوچک بسیار اساسی اند .

فیرینولایزین

پلازمینوجن موجوده پلازمای خون فعال گردیده ، به پلازمین تبدیل میگردد . که این به خوبی فیرین رابه محصولات خودتر آن ، تجزیه میکند . این تبدیل شدن پلازمینوجن به پلازمین توسط بیلاتس فعال کننده ها و نهی کننده های خون دورانی کترول میگردد . در وقت تشکل علقه ، پلازمینوجن به فیرین التصادم مینماید . رحم یک منبع غنی از فعال کننده های پلازمینوجن است . پلازمین میتواند انواع بروتئین ها ، به شمول فیرینوجن را بلع و هضم کند . لakin پلازمین که داخل دوران گردیده توسط انتی پلازمین نهی میگردد . Strasylol (EACA) و caproic acid Epsilon amino . آنتی کووالانت های ذرقی فیرینولیزیز بوده و سترپتوکیناز فعال کننده آن میباشد .

• آنتی کووالانت های ذرقی

Heparin :- هیارین با نهی عمل ترومین بالای فیرینوجن مانع تشکل علقه می شود . مقدار آن ۱۰۰۰ واحد بین المللی در هر ۶ ساعت می باشد . آنتی دوت (تأثیر ضد دارد) هیارین بنام protamin sulfat بوده ، که هر ۱۵mg آن هزاریونت هیارین را خنثی میکند . فعالیت آنتی گوالولانت های فمی بعد از ۲۴-۳۶ ساعت شروع میشود . مقدار تجویزی آنها باسas پروتروموین تایم (P.T.T) که در حدود سه مرتبه نظر به حالت نارمل بلند می رود ، عیار میگردد .

• انتی گوالانت های فمی

:Dindivan

مقدار روزانه آن 200-300 mg میباشد و دوز تعقیبیه آن 25-200 mg فی روز است .

: warfarin sodium

دوز روزانه آن 50-50 mg و دوز تعقیبیه 5-10 mg/day میباشد .

تغییرات سیستم تحثیری خون در حمل نارمل

فیبرینوجن پلازمائی 300-500 mg تزايد می نماید و در فعل کننده های پلازمنینوجن خون تنقيص بعمل میآید. در ظرف ده روز بعد از ولادت در دوره نفاسی در حدود ۳۰٪ در تعداد صفيحات دمویه مقایسه مقدار نارمل آن ، تزايد رخ میدهد. نتیجه این تغییرات این است که فعالیت تحثیری با تشکل علقه بلند رفته و بر خلاف فعالیت تخریباتی آن پائین می آید. این یک میکانزم محافظتی برای جلوگیری از خونریزی بعد از جدا شدن پلاستنا می باشد . لاکن خطر اینجا است که چانس ترومبوسور داخل وعائی در جریان حاملگی ، تزايد می یابد و سبب افزایش وقوعات ترومبوز اورده عمیقه در اطراف سفلی میگردد. پلاستنا حاوی مقدار زیاد ترومبوپلاستین است ، که ممکن در هنگام انفال قبل از وقت پلاستنا داخل سیستم دورانی گرددند .

فکتور های تحثیری خون

۱. فیبرینوجن .

۲. پروتروموین .

۳. رومبوپلاستین .

۴. کلسیم .

۵. فکتورهای متغیر حرارت (proaxelerin) .

۶. هیچکدام .

۷. فکتورهای ثابت حرارت (proconvertin) .

۸. فکتور ضد هیموفیلیا .

۹. فکتور Christmas .

۱۰. فکتور های stuart prower .

۱۱. پیشقدم های ترومبوپلاستین پلازما (plasma thromboplastin Antecedent) .

۱۲. فکتور Hageman .

۱۳. فکتور های تثیت کننده فیبرین (fibrin stabilizing factor) .

عوامل تشوشات تحثی خون در حاملگی و ولادت

۱- انفصال پلاستنا

از اثر انفصال پلاستنا و تخریبات دیسیدوا ئی پلاستایی ترومبوپلاستین در دوران خون آزاد می شود. این عامل سبب تحول فیبرینوجن به فیبرین گردیده ، که در نتیجه گروکولیشن منتشر داخل وعا ئی عمده ایجاد میشود . فیبرین در علقات خلف پلاستنائی و او عیه ذخیره گردیده و سیستم فیبرینولیک بصورت ثانوی تحریک میگردد . در غیر آن ترومبوزهای کشنده در شش ها و کلیه ها بیان خواهد آمد . مصرف زیاد فیبرین منجر به تزايد محصولات تخریب شده فیبرین گردیده که در نتیجه سبب تداخل در تبدیل فیبرینوجن به فیبرین و همچنین باعث تزايد چسبندگی صفحیات دمویه میگردد . این مستله مریض را به طرف خونریزی غیر قابل کنترول و مرگ رهمنایی میکند. صفحیات دموی تنقیص می یابند زیرا همراه علقه یکجا میگردند . سویه فیبرینوجن تناقص کسب نموده و علقات کوچک متعدد در او عیه شعریه ریوی تشکیل شده و باعث انسداد دورانی گردیده و سندروم مشابه shock syndrome را تمثیل می کند . که این بام shock lungs اتفاق نداشت . تجمع کتلات کوچک فیبرینی در او عیه گلومیرولی کلیوی سبب عدم کفایه حد کلیوی و بعضًا هم عدم کفایه غده ادرینال میگردد . که این شاید از اثر بسته شدن او عیه غده ادرینال باشد .

۲- احتباس و یا باقیماندن طفل مرد در رحم

این عارضه کدام خللی ایجاد نمیکند ، مگر اینکه طفل مرد برای سه هفته و یا بیشتر در داخل رحم بماند . از آنجاییکه توسط پلاستنا و طفل مرد ترومبوپلاستین آزاد میگردد ، که این سبب کاهش فیبرینوجن پلاستنا می گردد . فیبرینولا یزیر داخل عمل گردیده محصولات فیبرین را تخریب و از بین برده و در نتیجه در تشکل فیبرین عدم کفایه به وجود می آید . این پروسه سبب تناقص تخریب صفحیات دمویه گردیده که این بنویه خود خونریزی شدید را در قبال دارد و تداوی آن نقل الدم است .

۳- امبولی مایع امینوتیک

امبولی مایع امینوتیک بعد از ولادت و یا بعد از سزارین سکشن رخ داده و معمولاً کشنده است . ممکن است این عارضه در نیمه و یا آخر حاملگی هم در حالات امینوستیز رخ دهد . دخول مایع امینوتیک به سیستم دورانی سبب تشکل علقه منتشر داخل وعائی که با ترومبوز او عیه شش ها مترافق است ، میگردد . تداوی آن تجویز خون و فیبرینوجن میباشد .

۴- سقط های متتن و یا انتانات داخل رحمی

این وقایع منجر به تشوشات تحتری شدید گردیده که با ترومبوساپتوپینیا، فیبرینولاژیزی و خونریزی همراه میباشد. شاک عمیق همراه با تب و یا حرارت غیر طبیعی مترافق با خونریزی خفیف رحمی بمالحظه رسیده میتواند.

تداوی

۱. انتی بیوتیک ها.

۲. خون تازه همراه فیبرینوجن.

۳. تطبیق هیپارین بصورت مقدم.

۴. سزارین سکشن و سزارین همراه هستریکتونمی:

این عملیات ندرتاً سبب سندروم fibrillation میگردد. وقوع آنها مربوط به آزاد شدن ترومبوپلاستین می باشد. تداوی آن شامل نقل الدم، فیبرینوجن و epsilon Amino caproic acid میباشد.

هیپوفیبرینوجنمیا

تشخیص

۱. دوام خونریزی اکثراً شدید است.

۲. قدرت علقه شدن خون باهستگی و پائین است. بعضی اوقات دقتیه را در برابر می گیرد. اگر ۵ ml خون در تست تیوب گرفته شود علقه ممکن است قطعاً تشكّل نکند، که نمایانگر هیپوفیبرینوجنمی شدید است.

۳. هنگامی که علقه تشكّل کرد، اکثراً بعد از دورهٔ تفریخ معین در ظرف نیم ساعت به حرارت 37 درجه سانتیگراد تمیع می نماید.

۴. تست ترومبین:

بمقدار ۰.۰ میلی لیتر خون سترات دار همراه محلول ترومبین بداخل یک تست تیوب انداخته می شود. بصورت نارمل علقه شدن در ظرف ده ثانیه شروع و به ظرف یک دقیقه تشكّل آن تمام میگردد. اگر شروع علقه شدن بیشتر از ۲۰ ثانیه و یا علقه بعد از یک دقیقه تمیع نمود، نمایندگی از هیپوفیبرینومیا شدید میکند

۵. سویه فیبرینوجن:

سویه نارمل فیبرینوجن پلازما 450 mg/100ml میباشد (حد متوسط 300-700/100ml). اگر سویه آن پایین تر از 100 mg/100ml برسد، نمایندگی از هیپوفیبرینومیا شدید نموده و خون

قدرت علقه شدن خود را از دست می دهد.

۶. شمارش صفحات دمویه یائین میآید.

۷. محصولات تولیدی فیرینوجن تزاید می یابند.

۸. سقوط در سویهء فکتور های VII و VIII مربوط به تشکل مقدار زیاد فیرین است.

تداوی

۱. نقل الدم خون تازه.

۲. پلازما منجمد تازه (frozen) (۲-۳ و یا ۴ مرتبه قویتر است).

۳. Plasma expanders یا افزایش دهنده های پلازما.

۴. فیرینوجن خالص بمقدار 3-4g داخل وریدی.

مرض ایدز و حاملگی

Acquired ImmunoDeficiency Syndrome(AIDS)

تعريف

یک مریضی است که از اثر ویروس پائین آورنده معافیت انسانی (HIV) بینان می‌آید. در وقایع پیش‌رفته مرض همیشه کشنده است. اصطلاح AIDS تنها در صفحه نهائی و کشنده انتان HIV استعمال می‌گردد.

وقوعات

بلندترین وقوعات قربانی AIDS بین مردان homosexual در U.S.A. می‌باشد، و شمار آن بین خانم‌ها هم بصورت دوامدار و یکنواخت بلند می‌رود. در ممالک غربی مردم بیشتر از طریق مناسبات جنسی با جنس مخالف در مقایسه با اعتیاد، بمرض دچار می‌گردند. در U.S.A بین ۱۸-۲۰ فیصد خانم‌ها مبتلا به مرض، مردان شان HIV مثبت (seropositive) می‌باشند. موجودیت امراض مقاربی، خصوصاً تقرحات طرق تناسلی وقوعات را بلند می‌برد. در ممالک که فحشا جنبه قانونی دارد، انتقال از خانم‌ها به خانم‌ها هم را پور داده شده است.

انتقال آفت

طفل ولادت نشده توسط مادر متن میتواند به انتان مصاب گردد. مطالعات قبلی نشان داده که خطرا مصايبت جنین بانتان بین 20 - 25 فیصد می‌باشد. ولی مطالعات فعلی انتقال ویروس HIV را از مادر متن به طفل یا نسل‌های بعدی، بین 50-30% حاملگی‌ها وانمود کرده است.

بلند رفتن سویه ولادت‌های قبل المیعاد، وزن کم در وقت تولد، مرگ داخل رحمی جنینی و دوره نوزادی، ولادت طفل مرده (S.B) و پنومونیا بملاحظه رسیده است. هرقدر که مرض در جریان حاملگی پیش برود، نتیجه آن برای طفل خرابتر می‌باشد. رشد و انکشاف AIDS نزد اطفال مصاب و مرگ آنها، خیلی سریعتر نسبت به رشد و انکشاف مرض نزد کاهلان می‌باشد. ویروس از یک فرد به فرد دیگر تنها از طریق منفذ‌های طرق تناسلی با تماس مناسبات جنسی مانند مهبل، مقعد، دهن، استفاده از سوزن‌های غیر معقم مستعمل از شخص مبتلا به آفت به شخص دیگر، از طریق بریدگیها، جروحات، پیوند اعضا، نقل الدم خون ملوث و یا شیر سینه میتواند انتقال و یا عبور کند. شیر دادن مادر از سبب خطر انتقال آفت به طفل قطعاً مضاد استطباب است.

لوحه کلینیکی

مرض یا انتان در ابتدا در جلد ، شش ها ، سیستم هضمی ، اعصاب و دماغ جایجا می شود . شخص مصاب و متن بمدت دوامدار و طولانی از مریضی رنج می برد . بعضی افراد در ظرف چند هفته محدود بطرف seroconversion illness که شاید امراض مشابه انفلونزا یا انفکشیوزمونونوکلیوزوز را تمیل کنند ، انکشاف میکنند . این مرحله با ادینوپاتی عمومی و دوامدار که در آن عقدات لمفاوی ابطنی بزرگ میگرددند ، تعقیب میگردد . این حالت ممکن است با تب ، عرق شبانه ، باختن وزن و انتان فنگسی جوف فم همراه باشد . ظهور برفک (thrush) و کاندیدیاز مهبلی خرابی وضع مریض را پیشگوئی میکند .

از آنجاییکه HIV تخریبات وسیعی را در سیستم معافتی ایجاد می کند ، شاید بسیاری از امراض اتنانی دیگر هم علاوه گردند . اعراض این صفحه علاوه از اعراض و علائم فوق عبارت از: خستگی ، اسهالات دوامدار در بیشتر از یکماه و طحال بزرگ می باشد ، که نزد مریضه دیده می شوند . در صفحه بعدی یا صفحه مصیبت بار AIDS سیستم ایمونیتی کاملاً کولا پس نموده و انتانات عمده و بزرگ خطر آفرین ، عضویت را اشغال می نماید .

کتگوری

مرض AIDS در جریان حاملگی به سه کته گوری تقسیم شده است .

۱. بدون اعراض : مریضه از نظر کلینیکی اعراض و علائم ندارد ، ولی HIV مثبت است .
۲. AIDS related complex or AIDS: این مریضان دارای اعراض بوده و شاید تمام اعراض و علائم متذکره قبلی را دارا باشند .
۳. صفحه آخری یا نهانی مرض : مریضه میمیرد و کار زیادی را برای بقای وی نمیتوان انجام داد .

میکانیزم

سیستم معافت دارای حجرت مختلف شامل T Lymphocyte و حجرات کشنه (killer celle) (k.C) نمیتواند وظیفه خود را تکمیل نمایند ، مگر اینکه توسط حجرات مخصوص سیستم T Lymphocyte که بنام حجرات کمک کشنه (CD4 helper cells) T4 یاد میگرددند جهت داده شوند . هر دو نوع این حجرات برای حجرات کشنه کمک میکند که بین حجرات سالم وجود و اورگانیزم مرضی یا اورگانیزم مائوف تفرق گذاشته و با مختل شدن وظیفه آنها ، قدرت فعالیت وظیفوی حجرات killer نیز پاتین می آید . HIV استعداد و توانانی خاصی نظر به سایر انتانات برای تشخیص و کشتن حجرات کمک کشنه T4 از خود نشان میدهد . لذا شکستن و جدائی در هماهنگی و تنظیم سیستم معا فتی را ایجاد می کند ، که بیشرفت این و تیره باعث عدم اقتدار قدرت دفاعی وجود بمقابل انتان میگردد . در نتیجه نزد یک فردیکه مبتلا به HIV باشد ، قابلیت آفت پذیری و زخم برداری بمقابل هر

نوع انتان تو سط دیگر ویروسها ، مکروبها ، فنگسها ، پارازیت ها ، و موادی که به حالت طبیعی به یک فردی که سیستم معافیتی آن سالم است بی ضرر می باشند ، روبراید میگذرد .

تشخیص

تشخیص به اساس دریافت انتی بادی های ویروس در سیروم خون وضع میگردد . لذا مریض نشانده موجو دیت ویروس در عضویت در تمام دوران زندگی بوده و مریضانی که انتی بادی HIV مثبت دارند ، منحیث متن شمرده میشوند .

- شمارش CD4 marker Lymphocyte و میکرو گلوبین باید اجرا گردد .
- لمف ادینو پاتی و یرقان (امراض نقل الدم) باید برای کاندیدیاز ، توبرکلوز ، هر پس ، هیپاتیت ، کلامید یا توکسوپلازموزیز جستجو گردیده با معاینات تائید و یا رد گردند .
- Pap smear باید اجرا گردیده و مکرراً معاینه گردد .
- در ویزیت های بعدی در جریان حاملگی پیشرفت مرض باید تعقیب و یادداشت گردد . هر ۴ ماه ، باید شمارش CD4 لمفو سیت ها اجرا گردد .
- معاینه مکمل خون بشمول صفحات دمویه و کلچر خون باید انجام گردد .
- کریاتینین و تست های وظیفوی کبد لازم است تعیین گردند .
- اولترا سونو گرافی برای دیدن هیدرопس فیتالیس باید اجرا شود .

وقایه

وقایه از انتقال مرض مربوط است به :

I – اصلاح و تعدیل در مناسبات جنسی خصوصاً از بی بندوباری های جنسی و ناشناخته و مناسبات جنسی مقعدی جداً پرهیز گردد .

II – معاینات خون اهدانی و دیگر محصولات خونی از نظر HIV انجام گردد .

III – برای مریضی که HIV مثبت دریافت می شود مشوره های لازم داده شود .

در جریان حاملگی

وضعیت عمومی مریضه و همچنان پرابلمهای قبلی موجوده نزد آن مانند: استما ، امراض معدی معانی یا pop سمیر غیر طبیعی باید مکرراً بررسی گردند . بمیرضه توصیه گردد که از هر نوع اعراض جدیده مانند انتانات ، خستگی زیاد و عدم کفایه در گرفتن وزن ، آگاه بوده و مراقب خود باشد .

در جریان ولادت

شرایط بسیار سخت اسیبی باید تعقیب گردد و تمام ستاف طبی باید با داشتن وسائل محافظه‌ای از تماس با مایعات منتن عضویت توسط دستکش‌های معقم و وسائل محافظه‌ای چشم‌ها، در تمام مدت ولادت محافظه گردیده. با سکشن دیوارهای اطراف ولادت نیز پاک گردد.

کاربرد ضد حاملگی‌ها و HIV مثبت

افراد مبتلا به HIV و زوج یا شریک جنسی آن‌ها ضرور است که به وسائل ضد حاملگی مناسب دسترسی داشته باشند.

• مشوره

معلومات مربوط به واقعه باید بشکل اصطلاحات بسیار شفاف و روشن آن برای افراد HIV مثبت و زوج‌های نیکه در نظر دارند حامله گردند بدسترس گذاشته شود. این معلومات شامل امکان آلودگی این نوع حاملگی‌ها، آینده صحت مادر، و امکان انتقال آفت به جنین و هم‌چنین نزد طفلیکه از این نوع حاملگی بوجود می‌آید میباشد.

این معلومات باید نقاط ذیل را پوشش دهند

I- اگر خانم مصاب به HIV بوده اعراض مرض را نشان میدهد، حاملگی ممکن سیر مرض را تسریع نماید هر چند، اگر خانم بدون اعراض هم باشد تا ثییر معمکوس در پیشرفت بعدی مرض بمشاهده نمی‌رسد.
II- با مناسبات جنسی که به صورت درست سیستم محافظه‌ای در آن در نظر گرفته نشده باشد، خطر انتقال مرض به شریک جنسی موجود است.

III- تقریباً در حدود ۱/۳ اطفالیکه از مادران منتن HIV+ ولادت می‌شوند، منتن می‌گردد. مرگ و میر طفل مصاب به آفت غیر قابل جلوگیری بوده و اکثر آن طرف دو سال به وقوع خواهد رسید. طفل غیر منتن مسلماً از اثر ترضیضات مريضي و يا مرگ يكى از والدين به آفت مصاب خواهد گردید.

• میتود

- عدم مقاربت جنسی قطعی ترین و موثر ترین راه برای وقایه از انتقال انتان HIV با مناسبات جنسی و جلوگیری از حمل می‌باشد.
- با در نظر داشت اینکه عدم اجرای مقاربت جنسی اکثراً عملی نبوده و یا قابل قبول نیست، استفاده از کاندوم مناسب، مطلوب ترین و موثر ترین استراتئی برای جلوگیری از انتقال انتان HIV میباشد. چیزیکه عمدتاً باید مد نظر باشد این است، که تنظیم باطل ساختن کاندوم‌های استفاده شده که محتوى مواد مکروبی میباشند صورت گیرد.
- استفاده از سپرما توسيدها همراه با کاندوم يك و سيله جلوگيری از حاملگی است و شاید تاثير ضد وiroسي هم داشته باشد، تنها باید با سپرما توسيدها عملیه پيش برده شود.

۴. میتود های موثر دیگر جلوگیری عبارتند از: جراحی ، گذاشتن norplant و استفاده از هورمونهای ضد حاملگی .

۵. تطبیق IUCD نزد مريضان HIV مثبت نباید دستور داده شود . زیرا انتانات طرق تناسلی با موجودیت IUCD ممکن است رخ دهند. اگر خانم که IUCD HIV مثبت میگردد، باید برایش توصیه گردد که آنرا بردارد . اگر خانم HIV مثبت حامله گردید ، عمل سقط تحت شرایط بسیار جدی باید نزدش انجام شود .

تداوی

تداوی خاصی برای AIDS وجود ندارد یک واکسن AIDS در حال انکشاف و ساختن است این واکسن دارای ویروس کشته شده AIDS بوده بلکه توسط زنجیر های جنتیکی تولید گردیده است ، که می تواند سبب ترازید تعداد حجرات T که شکل مخصوص از حجرات دفاعی در این سندروم هستند گردد . این طور معلوم می شود که قدرت اعمار مجدد سیستم کولا پس شده معافیتی را می دهد . این هم تائید و تثیت شده است که رشد و تکثیر ویروس AIDS در خون مريض به اين تداوی قوياً به تاخیر اندخته شده است . تنها سرخی و تورم موضعی در محل زرق شده از عوارض آن راپور داده است . هر چند که اين واکسن هم در صفحه امتحانی خود میباشد . بعضی ادویه ضد ویروسی مانند zidovudine بخوبی ویروس را معروض به انحطاط می سازند . هر چند که اهتمامات و تداوی مرض AIDS به اساس لوحه کلینیکی آن به سه که گوری تقسیم شده است :

۱. HIV مثبت بدون اعراض : واکسین pneumovax در یک تعداد ممالک شاید قابل دسترس باشد و لازم است برای تحریک سیستم معافیتی داده شود .

۲. AIDS related complex or AIDS: برای مريض مشوره آشکار و صریح درباره دوام و ختم حاملگی آن داده شود . تداوی همراه ادویه ضد سرطان مانند Azothioprine در نظر گرفته شود . اگر اینیمی موجود باشد اصلاح گردد . به مريضان که هيموگلوبین پائینتر از 10mg دارند ، خون تازه داده شود . تداوی اضافی اگر انتانات فرصل طلب در صحنه موجود بودند انجام گردد .

۳. مريضان صفحه آخری (terminally ill patient) : اين مريضان معروض بمريگ بوده با مشوره بين اعضای فاميل مريض ، ستاف طبي و كارمندان اجتماعي باید سير مرض را بطرف اشراف مريض به محکوم بودن به مرگ توضیح داد . تغذی وريدي با گلوكوز ۵٪ و محلول فiziولوژيک اجرا گردد . تنفس مصنوعی داده شود . ادویه ضد فنگسی سیستمیک همراه با ادویه ضد ویروسی مانند ZOVIROX میتوان استفاده نمود . امکانات ولادت سزارین بعد از مرگ مريض هم در نظر گرفته شود .

تعقیب

مادر: از روش ضد حاملگی مانعه (barrier) در صورتیکه امکانات قطع مناسبات جنسی نباشد، استفاده گردد.

طفل: هر ماه شمارش انتی بادی ها برای دریافت HIV انجام شده و هر سه ماه توصیه کشت ویروسی و دریافت انتی جن اجرا شود.

مرگ داخل رحمی Intra Uterin Death (I.U.D)

تعريف

مرگ جنین ، بعد از هفته‌های ۲۸ حیات داخل رحمی را بنام مرگ داخل رحمی مینامند. اگر طفل قبل از هفته ۲۸ حاملگی در داخل رحم بمیرد ، اصطلاح Missed Abortion به کار می رود.

اسباب

اسباب ممکنه عبارتند از :

A. مادری

۱. در فرط فشار خون حاملگی واکلامپسیا که او عیه معروض به سیزم گردیده ، لذا رسیدن خون و O_2 به طفل تنقیص می یابد.
۲. هیپرتنسن خون اساسی (به میکانیزم فوق).
۳. نفریت مزمن .
۴. ترفع درجه حرارت اگر از 39.4°C درجه سانتیگراد بلندتر برود .
۵. دیابت کنترول ناشده اکثرًا در ۴ هفته اخیر سبب مرگ طفل میگردد .
۶. خونریزیهای قبل الولاده .
۷. پوست ماچوریتی .
۸. سفلیس .
۹. انتانات داخل رحمی مانند ویروسها ، بکتریها و پارازیت ها .
۱۰. اسفکسی مادر .
۱۱. ولادت های طولانی و انسدادی .
۱۲. امراض ضعیف کننده و سوء تغذی مادر .

B. جنینی - پلاستنائی

- ۱- مرض همولیتیک .
- ۲- سوء اشکال ولادی طفل که با زندگی توافق کرده نتواند .
- ۳- جبل سروی کوتاه و گره دار واقعی .
- ۴- عدم کفایه پلاستنا .

- ۵- حلقه شدن حبل سروی به گردن جنین .
- ۶- استفاده غیر معقولانه محصولات غده نخامیه .
- ۷- پرولاپس حبل سروی .
- ۸- ترضیضات هنگام ولادت .

C. اسباب نادانسته

تا هنوز هم اسباب نامعلوم وجود دارند .

لوحه کلینیکی

۱. مادر تاریخچه از بین رفتن حرکات جنین را حکایه می کند .
 ۲. اعراض و علائم حاملگی معده می گردد . تناقض حجم ثدیه ها بیان آمده دلبدي و استفراغات اگر موجود بوده باشد ، شاید توقف کند و ممکن است در مریضان فشار بلند ، فشار خون نیز سقوط نماید .
 ۳. در معاینه بطنی حجم رحم نظر به تناسب زمان امینوره مریضه ، شاید خوردتر دریافت گردد .
 ۴. از اثر از بین رفتن مقویت عضلانی ، اطراف جنین نمی توانند به صورت مبارز موقعیت بگیرند . بنابر آن جنین مانند یک کتله متجا نس احساس میشود . رحم به استرخاء تمام قرار داشته باجس و مانیپولشن نرم بوده و تقلصات تحیریک نمیگردد و حرکت طفل احساس نمی شود .
 ۵. با معاینه عمومی عوامل سببی مانند فرط فشار خون ، دیابت شکری ، انتانات و خونریزی ها قبل از ولادت شاید کشف گرددن .
 ۶. قلب جنین حتی با سونوکت قابل شنیدن نیست .
 ۷. با معاینه مهبلی over lapping (روی هم قرار گرفتن) عظام قحف شاید جس شده و افزایش نصواری رنگ موجود است .
 ۸. در سونوگرافی قلب جنین کار نکرده و فعالیت جنینی موجود نیست .
 ۹. اگر مریضه در ظرف یکماه هفته ای یک مرتبه معاینه گردد ، نتیجه بسیار موثق و قابل اعتماد بدست می آید . زیرا از سبب جذب مایع امینوتیک نه تنها در حجم رحم تزايد به عمل نیامده بلکه حجم رحم رو به تناقض می گذارد .
 ۱۰. X-ray بطن ۷-۲ روز بعد از مرگ جنین علائم نشان می دهد .
- Over lap: spalding sign . A حجم مغز از اثر جذب آب آن) بمالحظه میرسد .
- Robert's sign:B : موجودیت گاز در قلب جنین ، ابخر و ورید اجوف علوی ثبت می شود .

تون عضلات در داخل رحم موقعیت گیرد .
C: Ball's sign : بسط تام ستون فقرات سبب میگردد که جنین مشابه یک لوله از اثر معدوم شدن

D: دو کلیشه X-Ray گرفته شود . دومی چند ساعت بعد از کلیشه اول با عین وضعیت قبلی . اگر هردو تصویر روی هم قرار داده شوند ، عدم تحریکیت طفل را تعیین میکند.

تغییرات جنینی

بعد از مرگ داخل رحمی ، معمولاً جنین چندین روز در رحم باقی میماند و توسط مایع امنیوتیک معقم احاطه شده و وارد یک پروسه تحلیل قوا رفتن در بین آب (Maceration) میگردد . اپیدرم نرم ، اذیمایی و متورم گردیده و آبله هایی که مایع مکدر دارند در تحت جلد بملاحظه میرسند . جلد به شکل وصله یا پینه که در تحت آن ساحتات سرخ تاریک بملاحظه میرسد ، پوست میدهد . طفل کاملاً متورم بوده و رنگ سرخ تیره دارد . Over lap شدن عظام راس از اثر تمیع نسج دماغی بمبان آمده و احشاء جامد از اثر اوتولیز نرم شده و تمیع مینمایند . اجوف اضویت حاوی مایعات سرخ رنگ و مکدر اند . جبل سروی متورم و رنگ شده است . تغییرات متذکره اساساً مربوط به مدت مرگ و احتباس جنین در داخل رحم میباشد . پوست دادن جلد ۲۴ ساعت بعد از مرگ جنین شروع شده در حالیکه دیگر تغییرات احشاء جامد چندین روز را دربر میگیرد .

تدا이یر و اهتمامات

هنگامیکه مرگ جنین ثبت شد اهتمامات ذیل اتخاذ گردد :

I. ولادت مقدم یا بدون تأخیر:

با وجود اینکه ولادت دادن بدون تاخیر توصیه میشود ، باز هم وضعیت مادر در نظر گرفته شود . در صورت تمیز جیب هم زمان با موجودیت جنین مرده احتباسی در داخل رحم بحیث یک محراق Sepsis داخل رحمی مورد توجه قرار گیرد . اگر مادر مصاب Sepsis باشد ، انفصال شدید قبل از وقت پلاستتا میتواند توام با افزایش خطر شروع مقدم کواگولوپاتی باشد . درینحالات ولادت مقدم نظر به دلچسبی مادر استطباب دارد .

تداوی مرگ داخل رحمی

تداوی های مطلوب عبارتند از :

Oxytocin- ۱

میومتر رحم بمقابل او کسی توسین در مراحل مقدم نظر به حاملگی به ترم کمتر حساس است . ولی درجه حساسیت آن نظر به سن حاملگی ویشرفت آن زیاد شده می رود . لذا از Oxytocin اگر عنق طور مطلوب آماده باشد ، (Bishop Score > ۴) بهتر است برای تحریک استفاده گردد . بادوز نسبتاً باند

(unit/litre) ۲۰۰-۱۰۰ در مراحل مقدم حاملگی (نیمه اول حاملگی) در عنق نامطلوب نیز استفاده شده میتواند.

PGE₂ و PGF_{2α} (PG) ها Prostaglandine -۲ استفاده شده میتواند، لکن خیلی قیمت اند.

میومتریوم در تمام دوران حاملگی به مقابله PG حساس است و این حساسیت با پیشرفت سن حمل تزايد می یابد و معمولاً PGE₂ استفاده می گردد. طرق تطبیق عبارتند از: فمی، مهبلی، داخل عنق، داخل مایع امینوتیک و خارج مایع امینوتیک. تعجیز همزمان Oxytocin و PG شاید منجر به تخریبات بدون علت رحم و عنق گردد، که باید توجه گردد.

اختلالات

تشوشت تحیری خون و مداخله انتنات اختلالات عمدی باشند. هیپوفیزینوجنیمیا ۳-۴ هفته بعد از مردن و احتباس جنین انکشاف می یابد.

آزاد شدن تدریجی ترومبوپلاستین سبب معدوم شدن فیبرینوجن خون و صفحات دمویه گردیده که منجر به تحسر داخل و عائی منتشر (DIVC) میگردد.

D.I.V.C به عکس العمل شروع می نماید و سبب تزايد سریع محصولات پائین آمده فیبرین گردیده و تحول فیبرینوجن به فیبرین را سازماندهی میکند.

۳- انتظار و مراقبت (To wait & watch):

تاوقیکه مریض بطرف ولادت بنفسه میرود، خطرات مشخص و معین کواگولوپاتی بعد از سن ۱۶ هفتگی اگر جنین مرده، بیشتر از ۴ هفته در رحم احتباس نموده باشد، رخ میدهد. اگر چه معمولاً در سویه فیبرینوجن پلازما بصورت تدریجی تنقیص بعمل میآید، لakin تغیرات ناگهانی در ظرف چند روز محدود هم راپور داده شده است. درینحالات احتمالاً محصولات فیبرینوجن پلازما افزایش یافته و تعداد صفحات دمویه تنقیص می یابند. در حالیکه P.T.T و P.T.M ممکن است بلند دریافت کردد. عدم کفاية تحیری خون از نتیجه تحلیل رفت فیبرینوجن به تعقیب آزاد شدن ترومبوپلاستین از جنین مرده مدنظر باشد. شاید فیبرینولایزیز هم بحیث عامل ثانوی در تشید پروسه خونریزی در زمینه اشتراک نماید، که این اختلال اختصاصی جنین مرده احتباس شده، ضرورت تخلیه رحم را در بسیاری از وقایع بعد از هفته چهارم قطعی میسازد. ولادت بنفسه در حدود ۸۰٪ وقایع در ظرف دوهفته واقع شده و صرف ۱۰٪ وقایع بعد از هفته سوم بدون ولادت باقی می مانند. وقیکه برای رسیدن به یک تداوی محافظتی اهتمامات لازمه اتخاذ می شوند، سویه فیبرینوجن و صفحات دمویه هفته وار اندازه گیری گردیده و استطباب ولادت حد اعظمی بعد از هفته چهارم گذاشته شود. ترضیضات روحی مریضه هنگامیکه تصمیم تداوی مناسب و متقاضی گرفته میشود، مدد

نظر باشد . همچنین پرابلم عمدہ و قوی دیگر خطر مداخله انتانات است ، اگر چه در عدم تمزق جیب ، کمتر مشاهده رسیده میتواند .

Place of C.S & Factual destruction

اهتمامات تداوی مربوط به تجربه جراح است . سزارین سکشن بهترین انتخاب و علاقه مندی مادر بوده در صورت اجبار بولادت تخریبی به مقصد تسریع پروسه ولادت شاید خوب ترین آن پروسیجر کرانیوتومی ، باشد . درینجا پروفوراتور یا سوراخ کننده Simpson در عظام رأس داخل و محتويات داخلی قحفی تخریب میگردد . ترکش همراه کلمپ های متعدد بالای عظام رأس منجر به تخلیه محتويات داخل آن شده و در نتیجه سبب خورد شدن قطر عضو معتلنہ و خروج آن می شود . از ترضیضات و جروحات کوبنده بالای رأس و قاعده آن بطور عمومی خود داری شود ، زیرا اکثرًا باعث ترضیضات مادری میگردد .

در صورتیکه در یک ولادت انسدادی عضو معتلنہ رأس بوده و بلند باشد ، کرانیوتومی مضاد استطباب است . در اعتلان حوصلی بالای رأس به تعقیب آمده ، عملیه کرانیوتومی با اجرای پروفوریشن در ناحیه Occiput شاید بتواند موثر باشد . اگر قرار طفل مستعرض بوده و جیب سالم باشد ، تدور داخلی تحت استتری عمومی ترجیح داده میشود . لکن اگر با سعی به عملیه تدور به یک قرار مستعرض جمع شده و بهم بسته و به اعتلان شانه همراه با جیب تمزقه مواجه شدیم ، تمزق رحمی جدی ترین خطر اقدام به این عمل میباشد .

استطبابات سزارین در موجودیت جنین موده

I- استطبابات مطلق

۱. پلاستتا پریویا درجه پیشرفته .
۲. عدم تناسب شدید رأس و حوصلة که رأس جنین در قسمت های علوی حوصله قرار داشته باشد .
۳. سزارین سکشنی که شق کلاسیک شده باشد .
۴. دو و یا زیادتر از دو دفعه سزارین سکشن شده باشد .
۵. ولادت های انسدادی که از اثر مسامحه و غفلت ، تمزق رحمی در شرف وقوع باشد .
۶. موجودیت تمزق رحمی .

II- استطبابات نسبی

اعتلال مستعرض و یا شانه در طفل نزدیک به ترم در صفحات پیشرفته ولادت با تمزق جیب ، به حیث یک التراتیف عوض عملیه decapitation که در طبابت مدرن امروز کمتر مورد استعمال دارد ، میباشد .

بررسی دلائل مرگ جنین

دریافت علت مرگ جنین به منظور وقایه و تداوی حمل های بعدی از اهمیت ویژه برخوردار است .
منبع معلومات مادر ، طفل و پلاستتا می باشد.

باید برای بررسی و تحقیق اسباب مرگ جنین ملحوظات ذیل را در نظر گرفت:

۱. فتووگراف:- اجرای این عمل برای کشف انومالی های فیزیکی جنینی امر لازمی است. با معلوماتیکه بعداً با اجرای X-Ray و اوتوپسی به دست می آید عوامل نسبتاً مشخص میگردد .
۲. رادیولوژی:- در موجودیت سوء اشکال خارجی یا dwarfism کار ضروری است که باید انجام شود .

۳. مطالعه کروموزومی:- اگر طفل در کمتر از ۸ ساعت فوت شده باشد ، خون آن برای کلچر لمفوسیت ها گرفته شود . اگر طفل در ظرف ۴۸ ساعت گذشته در رحم فوت کرده است ، کلچر فیروپلاست بسیار می تواند موقعانه باشد . جلد و یا گونادهای طفل در یک ظرف معقم بدون علاوه کردن چیزی جهت اجرای معاینات لابراتواری ارسال گردد . این تنها در صورتی امکان دارد که طفل تازه فوت شده باشد . در طفل مردہ دیر مانده معاینه Karyo type زوج معلومات بیشتر رامی تواند ارائه دهد .

۴. معاینه اوتوپسی:- در صورت موجودیت و یا عدم موجودیت ابنارمیتی ولادی ، هیپوکسی مزمن جنینی با تاخر رشد جنینی تظاهر مینماید .

بررسی مادر

باید با اجرای معاینات ، دیابت شکری و انتانات مادری مانند امراض ویروسی TORCH ، لستیریوز وغیره رد گردد.

دو معاینه دیگریکه بعد از هر جنین مردہ داخل رحمی باید اجرا گردد عبارتنداز: Batke Test و Keihauer Test برای دریافت حجرات ت سرخ جنینی طفل در دوران مادری و اندازه گیری انتی گواگلانت های Lpus .

تربیه‌دهی های محلی

Traditional Birth Attendant (TBA)

تعريف

به خانم هایی که در هنگام ولادت بمادران کمک می کنند و مهارتهای ضروری ابتدایی خود را یا از طریق کار کردن با دایه های دیگر یا توسط خودشان کسب کرده اند گفته می شود . این خانم ها در تمام سنین هستند . ممکن با سواد یا بیسواد باشند . آنها متقاضیان را در خانه های شان ویزیت نموده و وجه نقدی ، یا چیزی مشابه در عوض کار خود دریافت می کنند . درباره اهتمامات قبل از ولادت یا دوره حاملگی از سطح اینکه یا هیچ نوع کاری انجام نداده ، تا ارتباط بسیار صمیمی و دوامدار با مریضه وسعت کاری شان فرق می کند . در وقت ولادت شاید آنها رول فعالی برای ولادت مادر و مراقبت های طفل نوزاد بازی کنند . دایه ها ممکن است ویزیت خانگی مریض بعد از ولادت ، تداوی اختلالات خفیفه ، کمک به تأسیس شیر دهی توسط مادر و مشوره دادن به مادر در مورد مراقبت طفلش ادامه دهند . بعضی دایه ها ممکن است سرویس خدمات ضد حاملگی را هم انجام دهند.

ظهور TBAs (در پاکستان مردم معمولاً به نام دایه می شناسند) در اثر تحول تدریجی کلچر به مقابل ضرورت های حیاتی اجتماع سازماندهی شده است . در مناطق دوردست و دهاتی تقریباً تمام ولادت ها توسط دایه ها انجام می گردند . حتی در مناطق محدود شهری در حدود بیشتر از ۸۵٪ ولادت ها توسط آنها انجام می شود . پرسونل طبی مسلکی و تخصصی نسبت به آنها نظر نامناسب داشته و می گویند که TBAs رول خود را جاهلانه انجام می دهند . آنها بصورت دوامدار بالای رول آنها انتقاد نموده و ادعا می کنند که وقایعیکه توسط دایه ها مراقبت و همراهی می گردند ، اکثراً به اختلاط خاتمه می پذیرد . لذا قسماً پرایبلم مادر و عموماً پرایبلم طفل تزايد می یابد ، ولی هیچ راه حل قابل قبول و عملی توسط آنها ارائه نمی شود . ما هیچگاه نمی توانیم رابطه عمیق و ریشه ای TBAs و ارتباط نزدیک فامیلی آنها را در اجتماع نادیده بگیریم . در ممالک رو به انکشاف مانند پاکستان ، ما توان آن را نداریم که برای تمام خانم های ولادت کننده ، ستاف ماهر طبی را تهیه نموده و اینطور معلوم می شود که به آسانی غیر ممکن است در آینده های دور هم این همه پرایبلم ها برطرف ساخته شوند . لذا مجبور هستیم که باین دایه ها ارتباط داشته باشیم . وقتیکه تمام عوامل مربوط به مادر ، طفل و فامیلی پلانگ بصورت دقیق تحلیل می گردد . نتایج آن بصورت صریح این خواهد بود که TBAs ستون فقرات اجتماع اند . با درک اهمیت و روشنی که آنها در مراقبت صحی مادر ، طفل و فامیلی بلانینگ دارند ، تصمیم گرفته شد که شناسائی گردیده ، پرکتس موجوده آنها اصلاح و مهارت مسلکی آنها بلند برده شود (Upgrade) ، تا باین هدف برسیم . بعد از داشتن کار پنجساله در

انگلستان وقتیکه من در سال ۱۹۷۲ به پاکستان بازگشتم، زجرت آورترین پرایمیکه یافتم و فیات بسیار بلند مادران بود (شاید بلند ترین در جهان). من شروع به جستجوی علل و اسباب آن نمودم. مهمترین اسباب و عوامل عبارت بودند از: سوء تغذی، بیسوسادی، فقدان فهم و درک، فقدان همکاری، اهتمامات نامناسب دوران حاملگی، تداوی های خودسرانه و نامعقول، عدم کفایه و ناتوانی در بدست آوردن کمک حتی به قیمت حیات یک مریض، بلند بودن وفیات طفل، بلند بودن اندازه و لادت ها و بلند بودن سقط های تحریکی. قبل از تجربه می شد که TBAs تربیه ناشده مقصص بیشترین وفیات مادران باشد. من کوشش کردم که راه حل بیرون رفت را با داشتن میتینگ ها یا مجالس همراه مسئول طبی شهرداری، ویزیتورهای صحی، خانم ها، TBAs و دیگر مسئولین خدمات مادری پیدا کنم، ولی هیچ نوع نتیجه ای بدست آمده نتوانست.

در سال ۱۹۷۷ در یک کورسیکه برای دوکتوران ولادی نسائی در ممالک رو بانکشاف در سنگاپور تحت نظرت WHO دائز شده بود اشتراک نمودم. من پرایم وقوفات بلند مرگ و میر مادران را توضیح دادم و دریافتیم که اگر ما خواهان پایین آوردن مرگ و میر مادران در این عرصه باشیم، چاره ای بجز از اصلاح مهارت های مسلکی کسانیکه با این جمع در معامله و یا تماس اند مانند TBAs نداریم. در حقیقت ما در یک شفاخانه در مالازیا که در آنجا ۲۰ خانم TBAs به مدت ۱۵ روز برای اصلاح اهتمامات نزد مادر و طفل تحت تربیه بودند، رفیم.

بعد از آمدن دوباره به پاکستان من شروع به پژوهه تجدید کورس ها (Refresher Course) در ساحات شهری و روستائی نمودم. من یک کتاب برای تجدید کورس تربیه TBAs نوشتم. چارت ها و (kit) ها یا وسائل و اسباب لازم ولادی را آماده ساختم.

دروازه به دروازه خانه، سروی نمونه ای واقعات گذشته (Retrospective) تا آخر سال ۱۹۷۷ در مناطق شهری و دهاتی ساحه لیالپور (فیصل آباد امروز) برای دریافت تصویر حقیقی وفیات مادر انجام گردید. وفیات مادری ۱۰.۱/۱۰۰۰ بود. کورس های تجدید معلومات (Refreshment) برای TBAs هر یک سال در میان در ساحات شهری و دهاتی تنظیم گردید. یک تنقیص در وفیات مادران در شفاخانه DHQ لیالپور به مشاهده رسیده و به همین ترتیب در سویه بسته کردن نفیرها در شفاخانه ها همه ساله بلند رفته بود.

در ۱۶ مارچ ۱۹۷۸ در یک پروگرام تجدید کورس (Refresher Course) که توسط مسئول TBAs شفاخانه DHQ در شهر لیالپور تنظیم گردیده بود، شهر لیالپور به مقصد ترینیگ به ۱۶ ناحیه تقسیم، جریان کورس در هفته ای سه روز به مدت ۱۶ هفته عیار گردیده بود. TBAs توسط L.H.Vs (رضما کاران صحی محلی)، رسانه های گروهی، مسئولین صحی شهر و مردمان با نفوذ محل انگیزه داده شده و تقویه

گردیدند. کورس های تجدید کننده در بر گیرنده اهتمامات دوره حاملگی (Antenatal) ، رهبری و تنظیم ولادت ، اهتمامات بعد از ولادت و تشخیص وقایعیکه ضرورت به بستر شدن در شفایخانه به مقصد جلوگیری و حفظ از مرگ را می کند ، بود. بالای اسباب عمومی مرگ و میر مادران و اطفال بحث شده و به اهمیت فامیلی پلینینگ تاکید صورت گرفت. تعقیم سازی و طرز استفاده از وسائل و سامان ولادت (kit) (Mother and Child) ساعت های کاری ، سفر خرجی و هم کیت های ولادی از طرف M.C.W.A Welfar Association تحت ترین شده داده شد.

به خانم های TBAs ترین ناشده و یا جدید جذب شده فرصت داده شد تا ۱۰ ولادت را تحت نظر L.A.Vs رهبری نموده و بعداً برای شان کیت ولادی هم داده شد. در این کورس های تجدید قوا (Refreshment) ، ۵۵۲ نفر ترین شده قبلی و ۱۶۸ خانم ترین ناشده یا تازه کار حصه گرفته بودند. دوام کورس تربیوی از مارچ الی جولای ۱۹۷۸ به طول انجامید. رنگ های مختلف برای Registration ، سبز برای ولادت، زرد برای اطفال مرده و گلابی برای مادران فوت شده) انتخاب گردیده بود. آنها با وجودیکه اکثرآبی سواد هم بودند، قدرت تشخیص اشکال مختلف را داشتند. بالای این هم تاکید شد که ثبت و نام نویسی ولادتها ، اطفال و مادران مرده فقط مسئولیت آنها می باشد.

کورس تجدید قوا در مناطق روستایی در مارچ ۱۹۷۹ شروع و مدت آن ۱۹ هفتة بود . مشکل تجمع TBAs پرایلم عمدہ و اساسی بود که با همکاری رهبران محلی از میان برداشته شد. کورس ها در ۱۹ مرکز صحی در ساحت مختلف لیا چور گرفته شده بود و تنها روز جمعه تمامًا کورس ها تعطیل بودند ، به تعداد مجموعی ۱۲۵۰ TBAs در این کورس های تجدیدی حصه گرفته که از آن جمله به تعداد ۷۰۷ نفر ترین شده و ۵۴۳ نفر ترین ناشده بودند . در جریان این پروگرام تکرار کورس تجدید کننده قوا در هر سال به صورت متناوب ، یک سال در میان تنظیم گردیده بود. در حدود ۵۵۰۰ TBAs در این کورس ها پیوستند. اشتراک کنندگان کورس ها برای تنظیم و رهبری ولادت نارمل، کشف وقایع غیر طبیعی و رجعت آنها به شفایخانه در وقت معین تحت ترین گرفته شده بودند. آنها همچنین به متود های اسپسی و تعقیم کردن ، اهتمامات قبل از ولادت یا دوران حاملگی ، اهتمامات احیای مجدد طفل نوزاد و فامیلی پلینینگ آشنا گردیدند. بعد از گذشت ۱۰ سال از این پروگرام یک سروی وفیات مادری در سال ۱۹۸۷ در عین ساحت تنظیم و دوباره اجرا گردید. هدف از این مطالعه موجود این بود که تاثیرات این کورس های تجدید کننده قوا را بالای مرگ و میر مادران در ساحتی که TBAs ترین شده کار کرده بودند مطالعه نمایند .

نتیجه

در سروی که در سال ۱۹۷۷ به شکل مطالعه رتوسپکتیف دروازه به دروازه خانه در ساحت شهری و روستایی لیاپور راه اندازی و تنظیم شده بود در حدود ۵۰۰ واقعه مرگ و میر نسبت به ۵ سال قبل بیشتر دریافت گردیده بود . ویات مادران ۱۰.۱ بر هر هزار نفر به شمول سقط ها بود . ۱۰ سال بعد از کورس های تجدید کننده (Refresher) برای TABs به صورت متناوب یکسال در میان در ساحت شهری و روستایی عین سروی در همان مناطق تنظیم و اجرا گردید . حالا نتیجه به ۱۸۶/۱۰۰۰ تنزیل یافته بود . این نتایج ما را تشویق نمود تا به جمع آوری معلومات (Data Collection) راجع به کارمندان TBAs شهری در سال ۱۹۸۸ پردازیم . آنها به تعداد ۱۰۰۰ نفر که از آن جمله ۶۵۰ نفر ترین شده و ۳۵۰ نفر دیگر ترین ناشده بودند . TBAs ترین شده به دو کورس تجدید کننده معلومات سالی دو مرتبه در ۴۱ مرکز MCH شهری شرکت کرد ه بودند . در این کورس ها خدمات پرائیکی یا عملی برای خانم های حامله و فامیلی پلینینگ به صورت اشتراکی پیش برد ه می شدند . برای این TABs های شامل کورس های Refresher درخت کیت های ولادی رایگان توزیع گردید . از TBAs ترین ناشده تقاضا به عمل آمد که برای مدت سه ماه در نزدیک ترین سرویس صحی (در تمام ۴۱ مرکزی که به حیث مرکز ترینینگ اعلام شده بود) تحت ترین قرار گیرند . درخت ترینینگ یک امتحان توسط آمرین مرکزی صحی فیصل آباد به جریان انداخته شد . برای کاندیدای موفق سرتیفیکت همراه کیت های ولادی رایگان داده شد . تمام TABs نا ترین شده در جریان ۳ سال و به مراحل مختلف ترین گردیدند و ما به جرأت میگوییم که فعلاً در شهر فیصل آباد هیچ دایه ترین ناشده ای کار نمی کند . و عین کورس های تجدید کننده یا پروگرام ترینینگ در قسمتهای مختلف دیگر فصل آباد توسعه یافته است .

سروی مرگ های ولادی داخل خانگی

در اوایل سال ۱۹۸۸ کوشش به عمل آمد که مرگ و میر مادران در شفاخانه های دولتی ، شخصی ، مرکزی صحی و خانه ها توسط شاروالی فیصل آباد جمع آوری گردد . در این تحقیقات برای تعقیب علل مرگ ها در اجتماع ، بررسی عوامل ، اسباب و فکتورهای قابل اجتناب توجه خاص به عمل آمد . این سروی نشان داد که مرگ مادران در جامعه شهری فیصل آباد در سال ۱۹۸۹ ، ۰.۸۶/۱۰۰۰ ، در سال ۱۹۹۰ ، ۰.۹۴/۱۰۰۰ ، در سال ۱۹۹۱ ، ۰.۷۳/۱۰۰۰ و در سال ۱۹۹۲ ، ۰.۶۸/۱۰۰۰ خانم ولادت کننده بود . این با مقایسه تخمینی ویات ولادت ۶-۸/۱۰۰۰ ، در کل پاکستان نتیجه بسیار مطلوب و دلخواه را ارائه می کند . علاوه تأ در وقایه انتنانات دوره نفاسی سقط های متزا ، تمزق رحم ، ولادتهای انسدادی و اکلامپسی در شهر فیصل آباد تدقیص قابل ملاحظه ای دیده می شد . تعداد مرگ های داخل خانه هم در ظرف ۴ سال اخیر از ۱۶

سال ۱۹۸۹ به ۱۳ در سال ۱۹۹۲ تقلیل یافته است. TABs مسئول مرگ‌ها و مصیبت‌ها فراخوانده شده، مجازات گردیده و وادر به ترین دوباره گردیدند.

شیر سینه: TABs برای انگیزه دادن مادر به شیر دهی از سینه عملکرد موافقانه ای داشتند. لهذا وفیات طفل را پایین آوردنند. آنها به تبلیغات شروع مقدم شیر دهی و منحصرًا شیر مادر کمک قابل ملاحظه ای نمودند. بدون شیر مادر هیچ چیزی به طفل داده نشد.

(Exclusive Breast Feeding) تنها شیر مادر =

فamilی پلانینگ: برخلاف باور و اعتقاد رسمی TABs یک رول عمدۀ را در معرفی و پیشبرد تکنیک‌های فamilی، فamilی پلانینگ، در اجتماع بازی نمودند. آنها به حیث محركین و عاملین این پروژه هستند و کدرهای اجتماعی را حتی با توقف به درب خانه‌های شان آگاهی بخشیده و تربیه می‌کنند. آنها تهیه کننده‌های کانتراپیتیف‌های قراردادی هستند. TBAs همچنین مراجعین خود را به مرکز صحی یا شفاخانه‌ها در بعضی وقایع همراهی می‌نمایند. TBAs به حیث منابع عمدۀ معلومات راجع به فamilی پلانینگ در سرویس‌های تنظیم شده در Faisal Abad City Slum در سالهای ۱۹۹۰ و ۱۹۹۱ تلقی گردیده‌اند.

امبولانس سیار ولادی Obstetric Flying Squad (OFS)

تعريف

O.F.S یک آمبولانس عاجل ولادی کاملاً مجهز با وسایل، ادویه و ستاف ماهر طبی می باشد که می تواند در وقایع اختلالات عاجل در جریان حاملگی، ولادت و دوره نفاسی در خانه مريض در پرکتیس های خانگی خواسته شود.

حتی در گرفتن خوب ترین اهتمامات دوره حاملگی، اختلالات غیر قابل پیش بینی یا ناخواسته در خانه می تواند ظهور نماید. از این سبب مريضه برای ولادت در شفاخانه ثبت گردد. خونریزی های قبل و بعد از ولادت، احتیاض پلاستا، ولادت های پریماچور، ولادت های سریع و یا طولانی، سقط ها، خونریزی ها و حالت های عاجل در حمل خارج رحمی می توانند به صورت ناگهانی و بدون اخبار بوجود آیند.

تیم OFS عاجل ولادی به خانه مريض رسیده بعد از اهتمامات ابتدائی و احیای مريضه آن را جهت اهتمامات و تداوی بیشتر به شفاخانه نقل می دهد.

معرفی

ولادت و حاملگی یکی از خطر آفرین (High Risk) دوره زندگی خانم ها می باشد. یک تعداد وقایع جدی غیر قابل قبول، غیر مطلوب و غیرمنتظره می تواند به وقوع بیرونند، که اساساً به مشاهده ماهرانه، ترانسپورشن مصیون در انتقال به شفاخانه و استفاده از وسائلی که در همچو وقایع عاجل به دسترس قرار دارند، ارتباط می گیرد. مفکرته ایجاد OFS به اساس این ضرورت ها به میان آمد در این سرویس خدماتی متخصصین ولادی، اطفال و انسیزی برای کمک عاجل به محل واقعه رفته و تحت مراقبت شان مريضه تا انتقال به شفاخانه مناسب همراهی میشود.

مفیدیت و موثریت OFS در ظرف ۴۰ سال اخیر در Newcastel مربوط به Tyne انگلستان ثابت گردیده است.

خانم های مما لک جهان سوم پرایلم های متعدد و اضافی دارند. تاثیرات اختلالات ناشی از حاملگی باز پتانسیل سببی و عدم موجودیت تسهیلات لازمه، کافی خرابتر شده میروند. اگرچه تأخیر در اخذ تصمیم نهایی جهت ارائه خدمات طبی و کمبود وسائل ترانسپورتی که با فاصله طولانی راه توأم باشد می تواند سبب تأخیر مخاطره آمیز در بستر شدن مريضه در شفاخانه گردد.

اهداف (Objective)

سرویس F.S با پرسونل مجرب می تواند در تنقیص وقوعات معیوبیت و مرگ میر مادران و اطفال که در ممالک روبانکشاف اختیاراب آور و نگران کننده است ، رول عمله را بازی نماید . معمولترین عوامل تاثیر گذار درین وقایع عبارتند از: عدم موجودیت مراقبت های قبل الولاده ، قضاوت غلط ، گرفتن تصمیم نادرست در ولادت های خانگی ، نادانی و جهالت در باره شدت اختلالات بروز نموده ، تاخیر طولانی برای جستجوی کمک های طبی (دیر جنیدن) ، نوع ترانسپورت نامناسب ، عدم آماده گی مریضه برای مسافت و در نهایت بستر شدن به شفایخانه حتی وقتیکه مریض مشرف به مرگ است . احصائیه ها در ممالک روبانکشاف نشان میدهند که عوامل سببی عمدۀ مرگ و میر مادران، خونریزی های قبل و بعد از ولادت ، اکلامپسیا ، ولادت های انسدادی همراه با سپتی سیمی میباشد . اکلامپسی و خونریزی های قبل و بعد از ولادت ، عامل و جوهره اصلی این مرگ و میر بوده در حالیکه معیوبیت و وفیات مادران با مراقبت ها و مداخلات مقدم میتواند به حد اعظمی تنقیص یابد .

در پاکستان تقریباً تمام خانم ها در این اواخر زیر نظر TBA در جریان حاملگی و ولادت قرار دارند و بیشتر از ۹۰٪ ولادت ها در خانه تحت نظر آنها انجام می شود . حتی وقتیکه بمريض بعضی مشکلات ناخواسته در خانه پیدا می شود ، جهت ولادت به شفایخانه معرفی می گرددن . F.S ولادی در مارچ ۱۹۸۸ در جمله پروگرام های عملیاتی مراقبت های مادری- طفلی(مراقبت های مادری مصون) که از سال ۱۹۷۸ در فیصل آباد جریان داشت نیز علاوه گردید . پروگرام همراه با کورس های Refresher و ترینیتگ برای TBA شروع شد . بعدها تاکید بالای شناخت فکتورهای خطر و اختلالات صورت گرفت . یک واحد سیار ولادی هم بمقصد خدمات Antenatal و فامیلی پلاتنگ برای شناسائی و آشنائی بیشتر مردم با خدمات صحی و قابل دسترس قرار گرفتن این نوع خدمات شروع بکار نمود .

• کارمندان (Staff)

شامل یک راجستر کننده ولادت ، یک داکتر ولادی نسائی پائین رتبه یا محصل طب ، یک انسټریولوگ ، یک قابله یا نرس ، یک پارامیدیکل ، یک کمک کننده و یک درایور می باشد .

• سامان و وسایل

حاوی یک Kit احیای مجدد و وسایل کمک های ابتدائی معالجوی می باشد که مشتمل اند بر :

Box A -۱

ادویه ضروری یا Emergency مانند سیروم گلوکوز ۵٪ همراه است سیروم ، پلازما و یا معادل آن ، سرنج ، انجکش های Solucortef ، ادرينالین ، میترجين ، اوکسی توسین ، فینوباریتین ، سودیم بای کاربونات ، امینوفلین ، کلسیم گلوکونات ، زیسلوکا ثین ، اتروپین ، میتاپل کول ، پخته ، زبان گیر ، بنداز ، چسب پلاستر و Air Way میباشد .

Box B -۲

این بکس حاوی یک ست سامان ولادت نارمل مهبلی ، فورسپس ، یک ست Cat down و یک بالون کوچک O_2 میباشد (Venesection).

اهتمامات

اساساً O.F.S برای احیای مریضه در خانه و انتقال مصیون آن به شفاخانه جهت اجرای اهتمامات و تداوی بیشتر بکار برده میشود . در خانه بعد از گرفتن تاریخچه و معاینه فیزیکی بصورت عاجل عملیه احیا و اهتمامات لازمه دیگر مثلًا در واقعات ولادت طولانی ، پروفیزیون گلوکوز جهت اصلاح دیهیدرشن ، در واقعی خونریزی پروفیزیون پلازما و معادل آن ، در واقعات اکلامپسی زرق فینوربایتین ها داده شده با تطبیق Air Way وسکشن کردن افزایات زائد ، قبل از اینکه مریضه به شفاخانه انتقال داده شود ، انجام داده شده میتواند .

استطبابات

۱- خونریزی های قبل الولاده .

۲- خونریزی های بعد از ولادت .

۳- احتباس پلاستتا با ویا بدون خونریزی .

۴- سقط همراه خونریزی شدید .

۵- ولادت های طولانی .

۶- اکلامپسیا .

چطور OFS خواسته شود؟

اولین چیزیکه برای OFS ضروری است اینست که کمک های ماهرانه مسلکی را همراه با اهتمامات و تسهیلات ضروری بمقدار لازمه بصورت عاجل و اضطراری در اسرع وقت ممکنه به اختیار مریض قرار داده بتواند . نوکریوالی ۲۴ ساعته O.F.S برای پرسونل و کارمندان Resident از تاخیر جلوگیری می کند OFS معمولاً بوسیله تلفیون و یا ارسال پیغام خواسته میشود . تمام تلفون ها به سرویس ولادی و در وارد ولادی ، جائیکه داکتر نوکریوال تقاضا را دریافت می کند ، نام مریض و آدرس را ثبت (جزئیات نشانی

برای دریافت موقعیت خانه) پرسان گردد . مکان های مهم شناخت محل را پرسان و نقطه مشخص ملاقات FS را تعیین می کند و سپس رفتن FS را به محل مورد نظر، تنظیم می کند . داکتر بعد از پرسان کردن و یادداشت وضعیت مریض هدایات لازم ضروری را در مورد مریض برای شخصیکه تقاضای ارسال F.S درخانه نموده است ، تا رسیدن کمک FS به آنجا میدهد . هنگامیکه راجستر کننده جزئیات را میگیرد ، نرس و قابله موظف سامان و وسائل عاجل را از الماری مربوط به دروازه شفاخانه انتقال میدهند . در نتیجه تیم F.S آماده حرکت کردن بطرف مریض و رسیدن با آن در طرف ۱۰-۵ دقیقه بعد از دریافت تلیفون یا تقاضای کمک میباشد .

مشکلاتیکه با آن مواجه شدیم

OFS در مارچ ۱۹۸۸ بایک تشریفات عمومی و اشتهر لازم باز گشائی شد و در شفاخانه Allied فیصل آباد شروع به کار نمود . با کمال تاسف تقریباً نزدیک به ۱۰ ماه هیچ نوع تقاضای کمک از ایشان خواسته نشد .

این واقعیت مربوط است به این که در میتگ های متواتر تعلیمی که شروع شد بحث گردید که : اهتماماتیکه منجر به اصلاح حاملگی مادر، تغذی طفل ، ایموناپیزیشن ، گرفتن اهتمامات قبل از ولادت ، مشخص ساختن اسباب احتمالی مرگ و میر نوزادان ، فامیلی پلانگ و هم چنین موجویت استفاده معین از OFS میباشد . ابتدا TBAs و پرسونل طبی (خانم ویزیتور صحی و نرس قابله) و مقاضیان کمک آنها خانم های حامله و آهایکه مسئولیت سپرستی آنها را دارند و خانمهای مسن جامعه طلبیده شدند . عین پروگرام تعلیمی همراه با مردم با اقتدار و با نفوذ جامعه مانند: رهبران مذهبی ، سیاسی ، مشاورین شهری ، مسئولین مؤسسات خیریه ، معلمین ، دوکتوران وغیره و در نهایت کارگران فابریکات و مؤسسات عام المنفعه و هم چنین مردم عامه راه اندازی شد . این میتگ ها با اشتراک تیم سیار ولادی و با ارائه توصیه های عملی بصورت همزمان برای پایوازهای مریضان برگذار گردید . بعد از این همه کوشش ها اولین تقاضای کمک از FS در جنوری ۱۹۸۹ از یک ساحة که در عین روز در آنجا میتگ آموزشی گرفته بودیم ، بعمل آمد .

پروسیجرهای ممکنه ایکه در خانه میتوان گرفت

ولادت دادن (اگر در شرف و قوع باشد) ، خیاطه گذاری پاره شده گی ها ، ماساژ همراه دست (Bimanual) ، دور کردن توته های پلاستتا و یا اغشیه و کشیدن پلاستتا احتباس شده با دست ، اگر انسټریست همراه باشد .

توضیح و تحلیل واقعات در خواستی

نوع آفت	۱۹۹۲	۱۹۹۱	۱۹۹۰	۱۹۸۹
درد های ولادت	۲۷	۳۰	۴۷	۱۲
سقط ها	۲۱	۲۴	۱۱	۸
اکلامپسی	۲	۳	۲	۱
فرط فشار خون حاملگی	۲۲	۲۴	۶	۱
خون ریزی قبل الولاده	۱۱	۱۰	۱۸	۱۰
ولادت های انسدادی	۶	۷	۹	۱۹
حمل خارج رحمی	۲	۰	۲	۰
تمزق رحم	۰	۰	۱	۰
خونریزی بعد از ولادت و احتیاس پلاستا	۱۲	۶	۵	۲۰
انتنات دوره نفاسی	۰	۰	۶	۱
مسائل متفرقه دیگر	۰	۱	۶	۱
مجموع	۱۰۳	۱۰۵	۱۱۳	۷۳

افراد یکه این سیستم را فراخوانده اند

شخص	۱۹۹۲	۱۹۹۱	۱۹۹۰	۱۹۸۹
اقارب مریض	۳۴	۳۵	۴۰	۲۴
TBAs	۲۵	۲۷	۲۶	۱۵
L.H.V (رضاکاران صحی محلی)	۲۰	۱۹	۱۵	۱۳
دوسکوران	۱۴	۱۸	۲۲	۱۶
دیگران	۱۰	۶	۱۰	۵
مجموع	۱۰۳	۱۰۵	۱۱۳	۷۳

نتایج

باتطبیق پروگرام صحت مادری و طفل به تنزیل قابل ملاحظه و عمداء وفیات مادری دست یافته ام (تریننگ TBA کورس های تجدید قوا یا Rfresher ، کمپ های فامیلی پلاتنگ ، سروی مرگ های ولادی خانگی ، سرویس مجانی در شفاخانه Allied فیصل آباد ، افتتاح تعداد زیاد مراکز مراقبت های صحت مادری و طفل و مراکز فامیلی پلاتنگ در شهر Slum (City Slum) و نواحی قصبات و روستاهای با F.S که یک مجموعه مکمل در شهر فیصل آباد میباشد .

نتیجه گیری (Conclusion)

یکی از سرویس های کمک کننده بهدف پائین آوردن معیوبیت ها و وفیات دوره حاملگی OFS نزد مادران می باشد . خدمات ضروری را تهیه می نماید ، در عین زمان اعتماد سیستم صحی را تزايد می بخشد . اميد به آنست که نهایتاً منجر بافزایش استفاده آن در دوره Antenatal ، جریان ولادت و تنظیم فامیلی پلاتنگ توسط سیستم صحی گردد . TBAs یک رول عمدی را در جلب اعتماد خانم های حامله دارند .

با توجه به نتیجه عالی بدست آمده از فیصل آباد ، این پژوهه باید در دیگر شهرهای پاکستان هم شروع گردد . ادارات و مؤسسات دولتی و غیر دولتی باید در تاسیس این سرویس کمک کنند .

P.I.H = فرط فشار حاملگی = فشار بلند ناشی از حاملگی .

A.P.H = خونریزی های قبل الولاده .

P.P.H = خونریزی های بعد از ولادت .

عملیات های ولادی

Obstetrics Operation

- ۱-اپیزیوتومی .
- ۲-ولادت با فورسپس .
- ۳-استخراج یا کشش با Vacuum extractor .
- ۴-سزارین سکشن .
- ۵-تندور .
- ۶-کرانیوتومی .
- ۷-گردن زنی یا Decapitation .

• اپیزیوتومی (Episiotomy)

تعريف

عبارة از اجرای یک شق با احتیاط و سر وقت در ناحیه عجان ، بمقصد کلان ساختن فوهه مهبلی توسط قیچی مخصوص اپیزیوتومی که نهایات کند دارد ، میباشد . شق از خط متوسط شروع و به یک طرف یا طرف دیگر جهت داده میشود .

أنواع

- ۱-در سرخط متوسط (Median in midline)
- ۲-انسی وحشی چپ (Left mediolateral)
- ۳-انسی وحشی راست (Right Mediolateral)

ایپیزیوتومی Mediolateral راست معمولترین نوع شق اپیزیوتومی است که انجام می شود . شق Median یا متوسط از سبب خطر تمزق درجه III استفاده نمیگردد . اپیزیوتومی دو طرفه هم نباید از سبب خطر تخریبات در جریان دموی قسمت متوسط استفاده گردد .

استطبابات

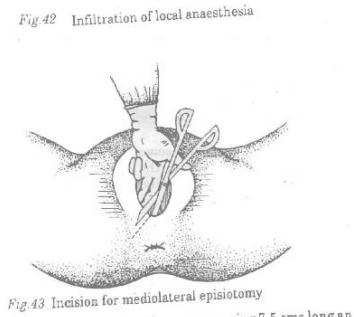
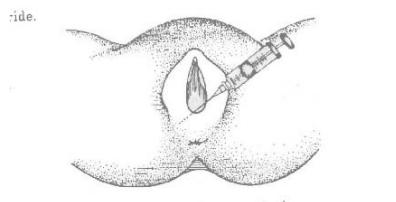
- ۱-اگر عجان تهدید به تمزق باشد .
- ۲-عجان سخت یا Rigid .
- ۳-برای تسريع صفحه دوم ولادت در زجرت جنینی و سقوط حبل سروی .

- ۴- برای اجتناب از جهد زائد مادر در وقایع امراض قلبی، شش و اکلامپسی .
- ۵- در اطفال قبل الولاده .
- ۶- در عملیات های قبلی مانند ترمیم پاره گی های درجه سوم ، کولپورافی ، کولپوپرینورافی ، ترمیم های زجرتی و فستول های مهبلی مثانی . Incontinence
- ۷- وضعیت خلفی عظم قفوی (Occiput Post) که وجه در هنگام ولادت بطرف ارتفاق عانه قرار دارد و اعتلال وجہی .
- ۸- تضییق فوهه خروجی حوصله .
- ۹- تأخیر در صفحه دوم ولادت بیشتر از یک ساعت در اول باری ها و نیم ساعت در کثیر الولاده ها .

تخنیک

وقت اجرای اپیزیوتومی هنگامیست که عجان در ۱ و ۲ صفحه تقلصی رحم توسط عضو معتلن توسع پیدا کند .

قبل از اقدام به اپیزیوتومی انفلتریشن یا بیحسی موضعی ، عجان توسط ۱۰-۲۰ml لیگنوکاین هیدروکلوراید ۱٪ اجرا گردد . عجان به طریقه Fan like Manner با استفاده از سوزنیکه دارای ۲۲ gauge و طول ۷.۵cm باشد با اساس قرار دادن فورشیت خلفی انفلتره گردد . سه خط ارتضاحی هر قدر دورتر از معصره مقعدی یکی در سر خط متوسط ، داخل غشای مخاطی بین مهبل و جلد و دوی دیگر بزواای ۴۵ درجه بمقصد بلاک Ischio Tuberosity انجام گردد . انفلتریشن ، عجان را با کمترین ناراحتی قادر به اپیزیوتومی و ولادت میسازد .



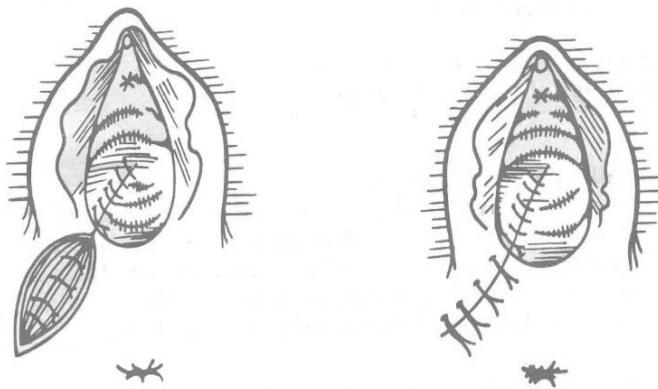


Fig.44

شق از خط متوسط فورشت خلفی شروع بزاویه ۴۵-۳۵ درجه مستقیماً به طرف عقب یا خلف با یک قیچی ایپزیوتومی اجرا گردد.

شق باید تنها تا سویه عضله Levator ani ادامه یابد. در غیر آن شاید حفره ischio rectal سوراخ کند. انساج شق شده عبارت اند از: غشای مخاطی مهبل، جلد ناحیه عجان، عضله Spongiosus Bulbo، صفاق و عضله مستعرضه سطحی عجان، عضله مستعرضه عمیقه عجان (D.T.P.P.M) و دیافراگم Urogenital.

بعد از ولادت طفل و پلاستیک ناحیه ایپزیوتومی به سه پلان ترمیم گردد. نور روشن و کافی و ساحة بدون خونریزی باید موجود باشد. زروهه ایپزیوتومی در داخل مهبل بخوبی مشخص گردیده و توسط تار نمبر صفر Cat gut بصورت دوامدار خیاطه گذاری و ترمیم گردد. بعداً عضلات عجان با کنگوت نمبر یک بصورت متقطع خیاطه گذاری و با فشار بالای رکتم راه خروج سوزن رهمنائی گردد. جلد شاید به شکل تحت الجلدی و ترجیحاً هم بصورت متقطع باکت گوت نمبر ۱ خیاطه گذاری گردد.

خطرات

۱- تاثیرات توکسیک لگنوکائین در مریضان حساس شاید سبب خواب آلودگی، انحطاط دماغی و اختلال شعوری- دماغی گردد. این حادثه ممکن است با انقباض عضلات و اختلالات همراه با عدم کفایه قلبی تنفسی تعقیب گردد. تداوی آن اوکسیجین دوامدار و اگر اختلال واقع شد، بازرق Thiopentone Sodium وریدی کنترول گردیده و بعد از انتوپاسیون تهویه مریضه تنظیم گردد.

۲-خونریزی .

۳-هیماتوم .

۴-مداخله انتان یا منتן شدن .

۵-باز شدن جرمه .

۶-مجامعت دردناک .

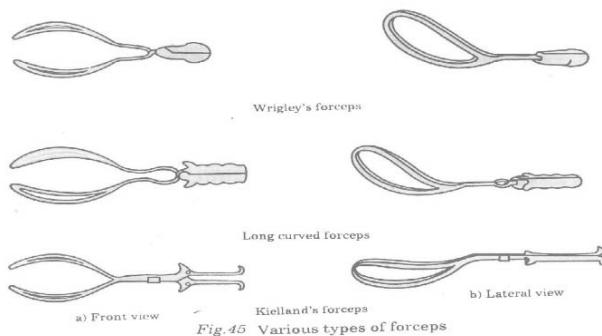
• ولادت با فورسپس یا Forceps Dilevery

تعريف

فورسپس ولادی یک سامان طراحی شده برای خروج راس طفل میباشد. این وسیله یا برای سرعت بخشیدن به ولادت و یا برای اصلاح و از بین بردن بعضی از ابنار ملیتی ها در ولادت هایی که عدم تناسب راس و حوصله مطرح باشد بکار برده میشود.

وقوعات

در حدود ۱۰٪ ولادت های شفاخانه را تشکیل میدهد.



أنواع فورسپس

۱-فورسپس out let (Low forceps)

در اینحال فورسپس وقتی استفاده میشود که قطر بزرگ عضو مولته راس طفل پائینتر از سویه شوک های عظم ischi قرار داشته و رأس سبب توسع ناحیه عجان می گردد. از فورسپس Wrigleys استفاده می گردد. این فورسپس دارای منحنی کم و ساقه کوتاه بوده، سبک و ظرفی است. طول فورسپس 28cm و طول ساقه آن 2.5 cm میباشد.

۲- فورسپس جوف حوصله یا حوصله متوسط (Long curve forceps)

این نوع فورسپس هنگامیکه رأس ثبیت شده باشد ، بکار برده میشود . مثلاً عضو معتلنہ در سویه شوک های عظم ischi Neville Barn's قرار دارد . از فورسپس استفاده میشود . این فورسپس دارای طول و ساقه 6.5 cm بوده و سنگین است .

۳- فورسپس تدوری (Kielland's FR)

از این فورسپس هنگامیکه راس به وضعیت Deep Transverse Arrest و یا Occiput post دوام کند ، استفاده می گردد . فورسپس راست بوده و دارای lock میباشد که اجازه لغزش یک تیغه فورسپس را بالای تیغه دیگر آن میدهد . انحنای حوصله مخصوصی و مشخص بوده ، در ابتدا بطرف خلف و بعداً بطرف قدام جهت دارد .

قسمت های فورسپس

۱- دسته: که توسط دکتر ولادی گرفته می شود .

۲- که برای lock کردن استفاده می گردد .

۳- ساقه: قسمت بین دسته و تیغه است .

۴- تیغه ها و نهایات بعیده تیغه ها: که بنام راس یا نوک تیغه یاد میشود ، متناسب بر اس جنین میباشد .

۵- منحنی راسی که بالای عظام جداری رأس ثبیت می گردد .

۶- منحنی حوصله که بطرف جوف حوصله مادر وضعیت می گیرد .

وظائف فورسپس

۱- کش کردن .

۲- تدور .

۳- قبض یا بسط دادن .

۴- فشار آوردن .

۵- حفاظت راس .

استطبابات فورسپس

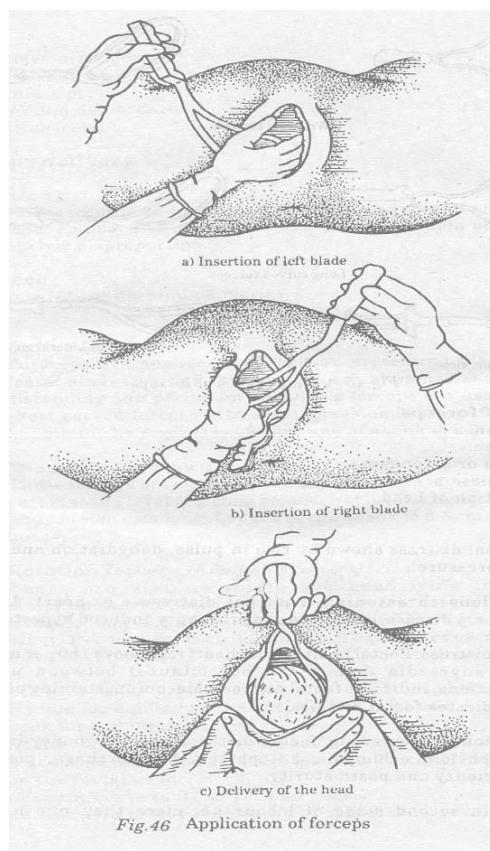
۱- زجرت مادری: - که با بلند رفتن نبض دیهیدرشن و سقوط فشار خون نشان داده میشود .

۲- وضعیت های تهدید کننده زجرت مادری مانند امراض قلبی ، امراض شش ، اکلامپسی و حاملگی که باعث فرط فشار خون شده باشد .

۳- زجرت جنینی: تاکی کاردی جنین (که سرعت قلب بلند تر از 160/min) و برادی کاردیا (که سرعت قلب کمتر از 120/min) درین تقلصات رحمی باشد نشاندهنده زجرت جنینی اند و علاوه‌اً موجودیت میکونیوم همراه با مایع امنیوتیک نیز نشاندهنده زجرت جنینی میباشد .



٤- وضعیت های تهدید کننده زجرت جنینی مانند فرط فشار خون حاملگی ، اکلامپسی ، خونریزی های قبل الولاده ، عدم کفایه پلاستتا و پوست ما چوریتی طفل.



٥- تاخیر در صفحه دوم ولادت مثلاً بیشتر از یک ساعت در اول باری ها و بیشتر از نیم ساعت در کثیر الولاده ها .

٦- خرابی وظائف رحمی وقتیکه عدم کفایه در پیشرفت سیر ولادت از اثر ضعیف بودن تقلصات رحمی باشد .

٧- عجان Rigid و تنگ .

٨- سقوط حبل سروی با عنق تام .

٩- راس به تعقیب آمده در اعتلال حوصلی .

١٠- امافال قبل الولاده یا پریماچر .

۱۱- درجه خفیف تضییق فوهه خروجی حوصله.

حالاتیکه قبل از اجرای فورسپس باید مکمل باشند

۱- عنق باید کاملاً تام باشد.

۲- جیب باید تمیز کرده باشد.

۳- وضعیت راس باید قابل دسترس باشد. (Occipitu ant).

۴- رحم باید صفحات تقلصی و استرخائی داشته باشد.

۵- راس باید تثیت شده باشد.

۶- هیچ نوع عدم تناسب راس و حوصله نباید موجود باشد.

۷- مثانه و رکتوم باید خالی باشند.

۸- از استری مناسب موضعی و یا Pudendal باید استفاده گردد.

میتود استفاده از فورسپس فوهه خروج (Out let) و جوف حوصله

تیغه ها باید در مقابل مريضيکه به وضعیت Lithotomy قرار دارد ، بهم آورده شوند . تیغه چپ و سفلی ابتدا توسط (lubricant) چرب گردیده و بصورت موازی با رباط مغبنی راست گرفته میشود . دو انگشت چرب شده دست راست با مواد لوبریکانت داخل مهبل گردیده (بین جدار وحشی دیوار حوصله و راس طفل) دسته تیغه چپ فورسپس توسط دست چپ بین شصت و انگشتان گرفته میشوند ، به نرمی داخل حوصله عبور داده میشود . دست مقابل با عین تخفیک تیغه دیگررا استعمال میکند و تیغه ها باید به آسانی لاک گرددن . اگر تطبیق و بکاربردن فورسپس وضعیت راس طفل و تیغه ها صحیح باشد ، تیغه ها به خوبی بالای تبارزات عظم جداری بهم متصل و نزدیک می گرددن . فورسپس به طرف پائین و خلف کشیده شده و راس به این جهت انحنای حوصلی را تعقیب نموده و عملیه ولادت انجام میشود .

استطبابات برای فورسپس قدوری (Kielland's FR)

- توقف راس در جوف حوصله .

- دوام وضعیت Occiput post .

- وضعیت Mento Posterior در اعتلان وجهی .

- اعتلال ابرو .

طرز تطبیق

فرق تمام این میتود ها صرف در تطبیق تیغه قدامی میباشد .

۱- میتود Kielland's - و میتود کلاسیک

این میتود کاملاً متروک و منسوخ شده است . ابتدا تیغه قدامی فورسپس بین راس جنین و ارتفاق عانه

در حالیکه مقتربت منحنی راسی آن (Cephalic curve) بظرف بالا باشد تطبیق بی گردد . تضمیم برای

تطبیق شاخه قدامی ... تیغه قدامی به زاویه 180° درجه تدور داده شده لذا انحنای راسی بالای عظم جداری ثابت می‌گردد و تیغه خلفی مستقیماً مورد کاربرد قرار داده می‌شود.

۲- میتود Wandering

این میتود بیشترین استفاده را دارد. تیغه قدامی مستقیماً بالای وجه طفل تطبیق و با رهنمایی توسط دو انگشت به نرمی و آهستگی بزاویه 90° درجه بقدم تدور داده می‌شود و تیغه خلفی مستقیماً تطبیق می‌گردد.

۳- میتود مستقیم

این میتود وقتی که راس بسیار پائین باشد، استفاده می‌گردد. هردو تیغه فورسپس مستقیماً بکار برده می‌شوند. تدور بعد از کاربرد دقیق تیغه‌ها بدون صرف قوه انجام می‌شود. ترکشن به امتداد خط دسته فورسپس با استفاده صرف قوه دو انگشت اعمال می‌شود.

اختلاطات

الف- مادری

- پارگی مهبل و عنق رحم.
- خونریزی بعد از ولادت از اثر پاره شدگی‌ها و اتونی رحم.
- انتانات طرق تناسلی.

ب- جنینی

- هیماتوم راسی.
- خونریزی داخل قحفی.
- فلچ و جبهی.
- صدمه، آسیب و تخریشات در وجه طفل.

Vacuum extractor (ventouse)

اساسات Malmstro's Vacuum اینست که یک کپ (کلاهک) ترکش فلزی بالای راس تطبیق و در اثر اعمال فشار منفی بالای رأس (یک برآمدگی در پشت سر طفل بنام کپوت succedanum مصنوعی) ایجاد می‌شود. ترکش از طریق لوله سکشن تیوب صورت می‌گیرد. یابعباره دیگر تراکشن از طریق سکشن تیوب سکشن توسط نجیر اتصالی بالای راس طفل اعمال می‌شود

قسمتهای واکیوم اکسٹراکتور

واکیوم اکسٹراکتور یک کلاهک فلزی است، که بوسیله یک زنجیر پوش شده توسط یک تیوب رابری که یک طرف آن به یک دسته فلزی و طرف دیگر آن به جوف کلاهک وصل بوده و مجهز به فشار سنج و وکیوم پمپ دستی می‌باشد **Vacuum cup** یا **کلاهک واکیوم**

چهار اندازه کلاهک بقطر های ۳۰، ۴۰، ۵۰ و ۶۰ ملی متر برای استفاده در دسترس قرار دارند. این ها با توسع عنق با ندازه های مختلف بدون انتظار بردن برای توسع تمام عنق کار برده شده میتوانند. کپ سکشن بمقصد تنبیه تقویه تقبض راس طفل استعمال می گردد.

تیوب رابری

این تیوب نگهداری و دوام صفحه تماس کلاهک را بالای راس حفظ نموده و توسط یک ساختمان سنjac مانند آن وصل شده است. تیوب حاوی یک Chain فلزی بوده که به یک دسته ترکش ختم و با یک تیوب رابری داخل یک بوتل شیشه ای که حاوی فشار سنج و پمپ می باشد، تثبیت می شود.

بوتل سکشن

این همراه با یک فشار سنج، یک پمپ خوب تثبیت شده و مناسب و یک والو آزاد کننده خلامی باشد.

محاسن واکیوم اکستراکتور

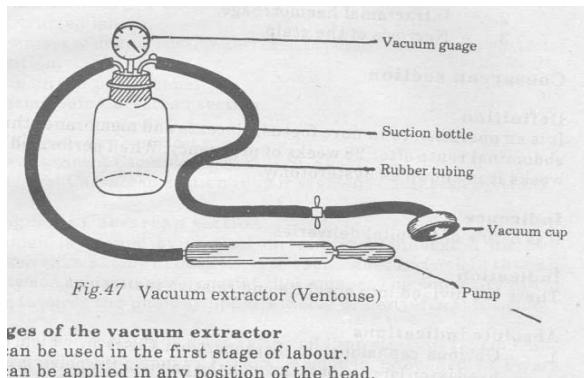
۱-در صفحه اول ولادت میتواند استعمال گردد.

۲-در هر وضعیت راس از آن استفاده بعمل آمده میتواند.

۳-با آن میتوان تدور و ولادت راس را انجام داد.

۴-فضای اضافی را در داخل مهبل اشغال نمی کند.

۵-یک میتود بسیار فزیولوژیک ولادت بوده راس بطریقیکه بخواهد ولادت میشود.



استطبابات

استطبابات آن مانند فورسپس است.

طرز تطبیق

در مورد انسنتری مانند فورسپس عمل میشود. کلاهک داخل مهبل گردیده و بالای راس طفل تطبیق می گردد. کوشش بعمل آید که عنق رحم و یا جدار مهبل بین آن و سر طفل قرار نگیرد. در اثر عمل و

کار کرد یک اسیستانت در حذای پمپ ، خلا ایجاد میشود که از ۰.۲ kg فی سانتی متر مربع شروع و بصورت تدریجی فشار منفی با اندازه ۰.۱ kg دره ر دو دقیقه بلند برد شده و تا به حد اعظمی ۰.۸ kg فی سانتی متر مربع رسانیده می شود .

فشار منفی بالای Scalp سبب تولید Caput Succedaneum مصنوعی یا Chignon در داخل کلاهک می شود . ترکش در هر تقلص رحمی بشکل عمودی اعمال می گردد . کلاهک فوراً بعد از ولادت با هستگی برداشته شده و دور گردد و Chignon با سرعت از حجم خود می کاهد .

خطرات

-مادری A

امکان جروحات در عنق رحم و جدار مهبل موجود است .

-جنینی B

۱- سیفالوهماتونم .

۲- خونریزی داخل قحفی .

۳- نکروز Scalp .

Ceasarean Section •

تعريف

عبارت از عملیاتی است که به مقصد برداشتن و دور کردن طفل ، پلاستا و اغشیه از طریق بطن ، بعد از هفته های ۲۸ حاملگی انجام میشود . هرگاه این عمل قبل از هفته های ۲۸ حاملگی انجام شود ، بنام هستراتومی یاد می گردد .

وقوعات

در حدود ۵-۱۰٪ ولادت های شفاخانه ای را تشکیل میدهد .

استطبابات

بدو گروپ استطبابات مطلق و نسبی تقسیم شده است .

A- استطبابات مطلق

- ۱- عدم تناسب راس و حوصله و واضح و مشخص: درین قایع یا راس طفل در عبور از حوصله فوق العاده بزرگ است و یا حوصله مادر متضيق است.
- ۲- پلاستتا پریویا تیپ II خلفی و تیپ های III و IV.
- ۳- سقوط جبل سروی با طفل زنده و عنق ناتام.
- ۴- دو سزارین سکشن قبلی (عقاید درین حالت مختلف است).
- ۵- قرار مستعرض.
- ۶- دو گانگی ها ، اگر طفل اول قرار مستعرض یا هر دو طفل قرار مستعرض و یا هر دو اعتلال بریچ داشته باشند .
- ۷- پریماچوریتی با اعتلال حوصلی .

استطبابات نسبی

- ۱- اظهار زجرت جنینی در صفحه اول ولادت .
- ۲- ناکامی در عمل تحریک .
- ۳- انرشی رحمی (تكلصات نامنظم اند) .
- ۴- خانم های مسن اول باری با اعتلال حوصلی .
- ۵- اعتلالات ابرو و یک تعداد کمی از واقعات اعتلالات وجهی .
- ۶- تومورهای میباضی اگر به طرف بالائی حوصله تیله شده نتواند .
- ۷- فیروئید های جمع شده در حوصله یا متوضع حوصله باشند .
- ۸- در تعداد کمی از وقایع اکلامپسی و حاملگی هایی که باعث فرط فشار شدید خون شده باشند ، اگر تحریک برای ختم ولادت عاجل نا موفق بود ، تصمیم به C.S گرفته شود .
- ۹- سابقه خراب ولادی .
- ۱۰- در عملیات های قبلی انجام شده نسائی مانند: ترمیم فستول های مهبلی مثانی ، ترمیم فیستول های مهبلی غایطی (Recto vaginal) ، عملیات های Stress incontinence ، تعداد کمی از عملیات مانچستر ، امپوشن عنق رحم ، ترمیم پاره گی های درجه III عجان ، عملیات های Vagino plasty و غیره.
- ۱۱- تعداد کمی از واقعات دیابت شکری .
- ۱۲- سرطان عنق رحم که در مراحل اخیر حاملگی کشف شود .
- ۱۳- در انفصال پلاستتا اگر طفل زنده بوده و در طرف ۶-۴ ساعت ولادت انجام نشود .
- ۱۴- ولادت انسدادی .

۱۵- تعداد کمی از توقف عمیق مستعرض راس (D.T.A) و دوام کردن حالت Occiput-Post راس .

۱۶- تو مورهای عظام حوصلی .

۱۷- سزارین سکشن بعد از مرگ مادر .

انواع سزارین سکشن

۱- سزارین سکشن (شق سگمنت سفلی) .

۲- سزارین سکشن کلاسیک (شق سگمنت علوی) .

• سزارین سکشن سگمنت سفلی

بطن در سر خط متوسط بصورت طولانی و یا به شکل شق مستعرض Pfennenstein (مانند دسته دلو چاه) عبارت از یک شق نصف هلالی در چین خورده‌گی یا التوای جلدی بین دو فینشتیل (مانند دسته دلو چاه) می‌باشد. پریتوان حشوی رحم (Perimetrium) باشکن مستعرض باز دو قدامی علوی بوده ، طوریکه محدودیت آن به طرف ارتفاق عانه می‌باشد . بعضی مولفین شق عمودی را ترجیح میدهند .

یک شق عمودی بفاصله های ۱-۲ سانتیمتر پائین تر از سره از سر خط متوسط شروع و به ارتفاق عانه امتداد می‌ابد. طبقات بطن بر ترتیب باز می‌شوند. پریتوان حشوی رحم (Perimetrium) باشکن مستعرض باز گردیده و با تماس نرم مثانه بطرف پائین تیله گردد . سگمنت سفلی به شکل مستعرض شق و رأس طفل به وسیله دست یا فورسپس ولادت داده می‌شود .

دهن طفل از مخاط پاک گردد. طفل کشیده شده و سر آن بطرف پائین گرفته شود ، جبل سروی کلمپ و قطع گردد . و پلاستتا ولادت داده شود. کناره های رحم با پنس Green Armytage یا فورسپس نسجی Allis (پنس حلقه) گرفته شده و بدو طبقه همراه کت گوت بصورت دوامدار بدون طبقه اندومتریوم خیاطه گذاری گردد . پریتوان بسته گردیده و بطن هم طبقه به طبقه خیاطه گذاری و بسته گردد .

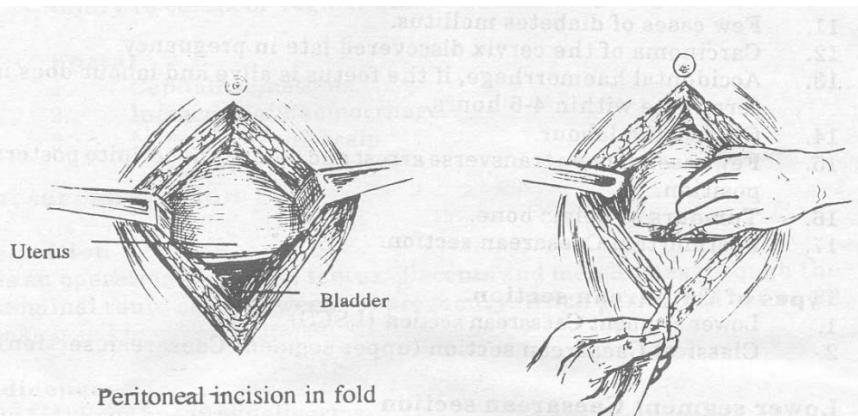
• سزارین سکشن کلاسیک

بطن با یک شق در سر خط متوسط باز می‌شود . سگمنت علوی رحم هم با شق طولانی باز می‌گردد .

این شکل عملیات به دلایل ذیل فعلاً مورد استفاده زیاد ندارد :

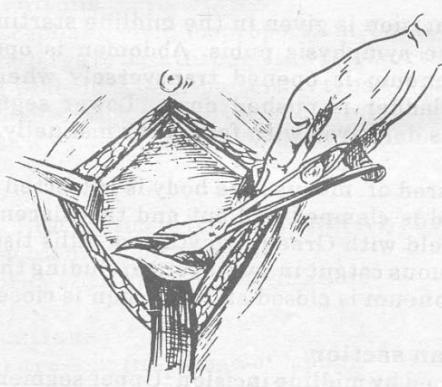
۱. خطر تمزق رحم در حمل بعدی ۵ مراتبه نسبت به شق سگمنت سفلی از اثر تشکل سکار یا ندبه ضعیف ، بیشتر است .

۲. خونریزی مربوط است به ضخامت بیشتر عضله رحم در سگمنت علوی .

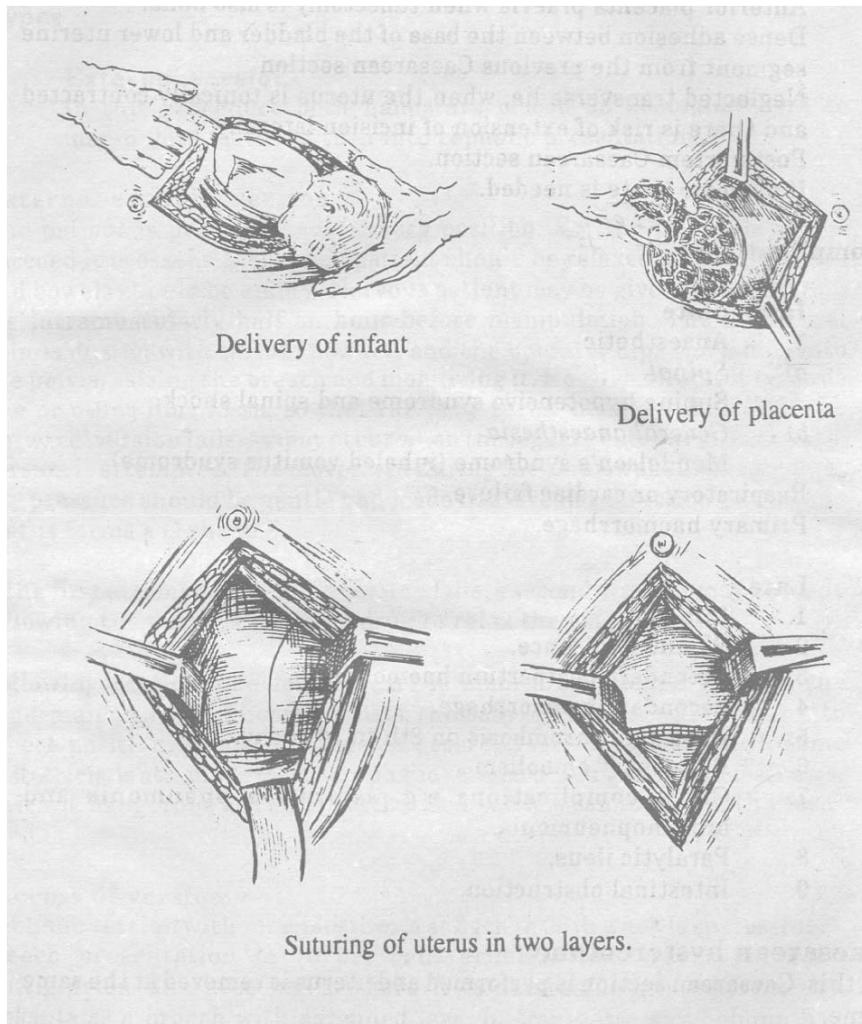


Peritoneal incision in fold
between Uterus and bladder

Blunt dissection of peritoneum
and bladder from anterior surface



Enlargement of Scalpal nick into uterus.



۳. خطر تشكيل التصاق بعد از عمليات و انسداد امعا از سبب معروض بودن به خياته های رحمی بلند است.

۴. اگر جرحه باز گردد سبب انتان بطني و پريتونيت جنراليزه ميشود.

استطبابات برای اجرای سزارین سکشن کلاسیک

۱. در قرار مستعرض اگر توبکتومی (بستن نفیرها) هم انجام شود.
۲. پلاستتا پریویای قدامی اگر توبکتومی هم انجام شود.
۳. التصاقات زیاد و پیشرفته بین قاعده مثانه و سگمنت سفلی رحم از اثر عملیات های سزارین قبلی.
۴. قرار مستقرض از نظر مانده یا مسامحه شده، وقتیکه رحم تقلصات Tonic دارد و خطر توسعه شق به طرف جدارهای وحشی رحم موجود است.
۵. سزارین سکشن بعد از فوت مادر.
۶. اگر بی نهایت به شتاب و عجله ضرورت باشد.

اختلالات

A-اختلالات عاجل

۱- در انستزی

- . Spinal anesthesia -a : سندروم تغیریط فشار در وضعیت Supin و شاک Spinal anesthesia .
- b: سندروم General anesthesia :Mendelson's (سندروم انشافی استفراغات).
- ۲- عدم کفایه تنفسی یا قلبی .
- ۳- خونریزی های مقدم .

B-اختلالات موقت

۱- انتانات .

۲- باز شدن جرجه .

۳- خونریزی های ثانوی دوره نفاسی .

۴- خونریزی ثانوی .

۵- ترومبوز اورده عمیقه در ظرف ۸-۱۰ روز .

۶- امبولی شش ها .

۷- اختلالات در شش مانند اسپایرشن پنومونیا و برانکوپنومونیا .

۸- فلچ معائی (Paralytic ileus) .

۹- انسداد امعائی .

سزارین و هسترکتومی

در این حالت بعد از اجرای سزارین در عین زمان رحم برداشته میشود.

استطبابات

- تمزق رحمی ایکه قابل ترمیم نباشد .
- رحم های مولتی پل فیروم .
- کارسینوم عنق رحم .
- پلاستنا اکریتا و انکریتا .
- **دور یا Version**

تعریف

عبارت از دور دادن جنین در داخل رحم وقتیکه به اعتلان غیر طبیعی قرار داشته باشد .

انواع

۱. تدور خارجی

در این پروسیجر هر دو دست بالای بطن مادر قرار داده شده با اجرای مانیپولشن طفل به اعتلان ورتکس دور داده میشود .

الف) تدور خارجی رأسی

مریضه در وضعیت Trendelenburg قرار داده می شود ، برای موفقیت آمیز بودن مانیپولشن ضروریست که مریضه باید کاملاً Relax بوده ، مثانه و رکتوم تخالیه شده باشند . برای مریضان عصبی و حساس باید بمقدار ۱۰۰ میلی گرام پتدين نیم ساعت قبل از اجرای مانیپولشن در یک زرق داده شود . جلد بطن با پودر تالک مالش داده شود . عمل کننده دستان خود را در عمق حوصله مادر از بالای بطن داخل و حوصله طفل را بالا آورده و به حالت تعليق در آورد . بعداً آنرا بطرف یک حفره حرقفي و یا دیگر آن رهنماei کند . لذا طفل دور می خورد (سر به جای پا) . اگر عملیه پیشبرد تدور ، به ناکامی انجامید ، شاید پاها به حالت بسط قرار داشته باشد . به تدور به طرف عقب یا خلف اقدام گردد(Back Ward) . حرکت در جریان تدور باید ملایم و یکنواخت بوده و با فشار نرم و به جهت دائره اجرا گردد . مسیر حرکت تدوری طفل شکل C را تمثیل می نماید . اگر سعی و کوشش اولی برای تدور رأسی به ناکامی انجامید ، مرتبه دوم هم سعی شود . با تجویز Tocolytic ها و استرخاء رحم عملیه تکرار گردد . به تعقیب تدور ، قلب جنین برای یکساعت منظم مونیتور گردد . اگر اینارمیتی قلب جنین دوام کرد ، طفل دوباره به حالت آورده شود و در یک تعداد وقایع سزارین سکشن انجام گردد . بعضی دوکتوران ولادی نسائی Breech اقدام به عمل Version تحت انتزی عمومی می نمایند که این عمل خطرناک است . چون که مریض بیهوش شده بمقابل قوای وارده از خون متواءست نشان داده نمیتواند .

موفقیت تدور

تدور رأسی بدون انستری عمومی در هفته های ۳۶-۳۴ حاملگی در اعتلال حوصلی نزد خانم های اول باری ۷۰٪ و در نزد خانم های کثیرالولاده ۸۰٪ با موفقیت همراه است و

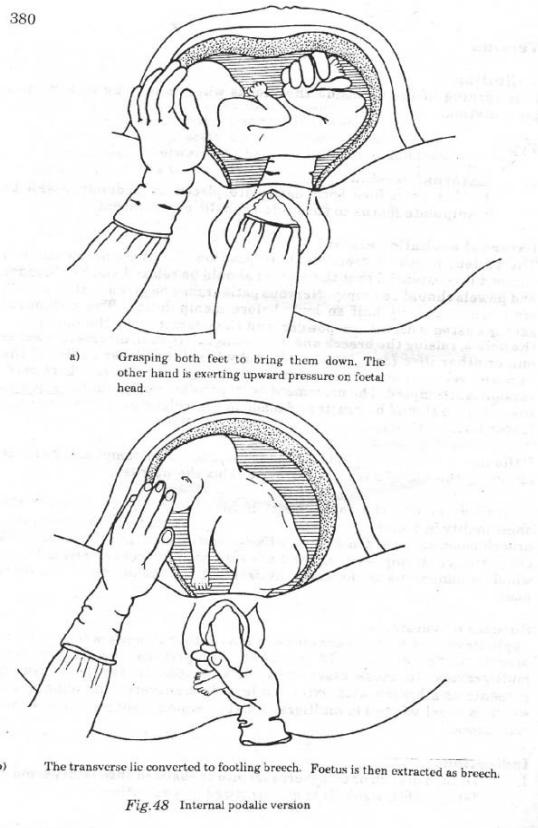


Fig. 48 Internal podalic version

در واقعی موفقیت آمیز است که طفل معمولاً با اعتلال حوصله همراه بسط پاهای قرار داشته باشد. در قرار های مستعرض و مایل که معمولاً نزد کثیرالولاده ها دیده میشوند، عملیه تدور در حدود ۹۰٪ وقایع بطور مطلوب انجام میشود.

استطبابات

- ۱- برای تدور از اعتلان مستعرض و مایل به اعتلان رأسی طفليکه در هفته ۳۶-۳۴ جنینی خود قرار دارد (ولی من آنرا عملی نکرده ام).
- ۲- در دوگانگی ها ، برای ولادت طفل دومی که قرار مستعرض داشته و جیب هم سالم باشد ، تدور رأسی و ترجیحاً ذنبی انجام گردد .

مضاد استطبابات تدور خارجی

۱. حمل های دو گانه .
۲. پولی هیدرامنیوس .
۳. Rh-iso-immunization (عدم توافق فكتور Rh) .
۴. موجودیت ندبه ساقه سازارین و میومکتومی .
۵. تشوهات امراض داخله با حمل مثلاً فرط فشار خون ، دیابت و امراض قلبی .
۶. پلاستتا پریویا .
۷. تأخیر داخل رحمی جنین .

اختلاطات

۱. خونریزی های انفصال پلاستائی .
۲. عدم موفقیت در تدور رأسی خارجی (E.C.V) .
۳. تمزق قبل از وقت جیب و ولادت قبل الميعاد .
۴. زجرت جنینی .
۵. پیچ خوردن حبل سروی در یکی از اطراف طفل .

• تدور داخلی

این عمل در جریان ولادت اجرا و حوصله پائین آورده میشود.

استطبابات

- در اعتلال مستعرض با عنق کاملاً تام که همیشه تدور ذنبی می باشد (حوصله پائین آورده میشود) .
- بعد از ولادت طفل اول در دوگانگی ها ، اگر طفل دوم مستعرض باشد .

پروسیجر یا عملیه کاری

- بمریضه انستری عمیق به وضعیت لیتوتومی داده شود .
- دست راست داخل ، یک یا هر دو بای طفل جنگ زده و بیرون آورده شود

-۳ با مانیپولشن از بالای بطن رأس طفل با دست چپ از پهلو یا جنب رحم به طرف غور رحم رهنمائی گردیده و به قرار طولای دور داده و آورده شود.

-۴ Breech extraction در حالیکه وجه ظهری طفل به طرف قدام آورده شود عملی گردد.

-۵ مانیپولشن باید خیلی نرم و آرام بوده و هنگام تقلص رحمی توقف داده شود. **خطوات**

۱- تمزق رحم .

۲- جروحات جنینی .

Craniotomy •

عبارةت از تشقیب عظام رأس توسط پروفوراتور (سوراخ کننده) رأسی (Old ham's perforator) میباشد.

استطبابات

۱- هیدروسیفل .

۲- طفل مرد با تضییق حوصله (در ولادی عصری این عمل انجام نمی شود) .

۳- طفل مرد با اعتلالات ابرو و وجهی به هم فشرده شده (impacted).

(فعلاً به آن عمل نمیشود یا آنرا انجام نمی‌هند)

پروسیجر

نوک تیز پروفوراتور در اعتلال رأسی از حدای عظم جداری ، در اعتلال وجهی از طریق جوف حجاج و سقف دهن و در اعتلال ناحیه حوصلی از Sub occipute در رأس بدنیال آمده ، داخل قحف میگردد. اهتمامات جدی برای حفظ انساج نرم مادری باید گرفته شود .

Decapitation •

عبارةت از عملیه قطع رأس جنین از جزء آن میباشد (سر بریدن).

استطبابات

۱. شانه های بهم فشرده شده یا جمع شده (در طبیعت مدرن امروزی ترجیح نمیدهند)

۲. دو گانگی های لاک شده .

Pudendal Nerve block

بلاک شرمگاهی در سویه Spina Schial بمقصید تولید بی حسی در جلد دهیلیز ، مهبل و عجان انجام میشود . از پودنداشک در هنگامیکه مانیپولشن مهبلی پیش بینی می شود ، استفاده بعمل می آید . اعصاب Pudendal از ضفیره عصبی Sacral (S_{2,3,4}) منشا گرفته از سوراخ بزرگ Schiatic عبور نموده ، داخل کانال Alcock's شده و Schial Spine را دور می زند.

تمام دهیز و عجان باستثنای قسمت قدامی بشمول کلیتوریس که توسط لیف های کمی از عصب تعصیب میگردد، ذریعه عصب Pudendal تعصیب میگردد. دو طریقه بلاک عصب Ilion inguinal Pudendal موجود است.

I- بلاک عصب از طریق عجان (Transperineal Pudendal Block)

مریضه به وضعیت لیتو تومی قرار داده شده و برای ولادت Prep و Drap میگردد. یک سوزن guage ۲۰ به طول ۱۵ سانتیمتر بصورت عرضانی (Horizontal) از طریق وخذه (Weal) به یک طرف، به نقطه ایکه فقط پائین و عقب Schial spin قرارداد عبور داده میشود. برای بلاک عصب Internal Pudendal بمقدار ۱۰ میلی لیتر محلول لیگنوکائین ۱٪ زرق میگردد. سوزن با هستگی تا نزدیک جلد بیرون آورده شده بعداً با هدایت به طرف وحشی به سوی ischial Tubrositus پیش رفته و مقدار ۵ سی سی از محلول مذکور زرق میگردد و سوزن دویاره تا نزدیک جلد بیرون آورده شده و در شفتان عین طرف زرق انجام میشود. عین پروسیجر در طرف دیگر هم اجرا میگردد. در اینجا یک استرخاء عضلات عجانی و انستری جلد عجان در ظرف چند دقیقه محدود بمبیان می آید.

I. بلاک عصب از طریق مهبلی Pudendal

جدار وحشی مهبل به سویه Schial spin توسط سوزن یک بار مصرف 's Kobeck (قسمت نهائی سوزن توسط یک تیوب مدور کوچک محافظت گردیده) سوراخ میگردد. نهایت سوزن در هنگام دخول در مهبل توسط انگشتان اشاره رهنمائی و محافظت میگردد. سوزن با سوراخ نمودن اریطه فقط بلندتر از Schial spin داخل انساج نرم حلقوی، جاییکه مقاومت پستان تنقیص نموده میشود و عبور مایع با آسانی صورت میگیرد. بعد از اسپایریشن به منظور اطمینان از زرق داخل و عائی ۱۰ml محلول لیگنوکائین ۱٪ دراین ساحه زرق میگردد.

احصایه های حیاتی

Vital Statistic

تعريفات

۱- معیوبیت مادری (Maternal Morbidity)

عبارت از اختلالات مقدم و یا موخریکه در جریان حاملگی، ولادت و ۶ هفته بعد از ولادت رخ می‌هد.

۲- فیضی ولادت های خام یا Crude birth rate

عبارت از تعداد ولادت های زنده در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در یکسال می‌باشد.

۳- ولادت مرده (Stillbirth)

هرگاه طفل وقت ولادت نفس نکشد Stillbirth گفته می‌شود.

۴- اندازه اطفال مرده (Stillbirth rate)

عبارت از تعداد اطفال B در ظرف یکسال در هر ۱۰۰۰ ولادت (زنده و مرده) می‌باشد. این مهم است بدانیم که آیا B تازه است یا Macerated شده، زیرا اسباب آن معمولاً متفاوت است.

۵- اندازه وفیات طفل در دوره نوزادی (Perinatal mortality rate)

عبارت از تعداد S.B و مرگ و میر اطفال در یک هفته اول بعد از ولادت در هر ۱۰۰۰ ولادت (زنده و مرده) در ظرف یکسال می‌باشد.

۶- اندازه وفیات اطفال نوزاد (Neonatal mortality rate): عبارت از اندازه وفیات اطفال در ظرف یکسال اول زندگی در فی هزار ولادت می‌باشد.

۷- وفیات مادران (Maternal mortality rate): وفیات مادری این طور تعریف شده است که عبارت از تعداد مادرانیکه در هنگام بارداری تا شش هفته (۴۲ روز) بعد از ولادت بدون توجه به مدت حمل و محل حاملگی، از هر سببیکه ارتباط به حمل داشته و یا توسط حمل تشدید یافته و یا تداوی شده (لاکن واقعات مرگ های تصادفی را شامل نمی‌شود)، فوت نموده اند، می‌باشد.

مرگ و میر مادران را در ظرف ۹۰ روز C.D.C (Center of Disease Control) یا ACOG (American College of Obstetric & Gynecology) در تعریف خود

ظرف یکسال وارد این کته گوری نموده است.

تعريف هم چنین شاید از یک مملکت تا مملکت دیگر فرق کند. طوریکه سقط ها که یکی از اسباب عمدہ مرگ و میر مادران اند . شامل احصائیه ملی تمام آنها نمیباشد . در بسیاری ممالک (انگلستان) احصائیه شامل مرگ های بعد از سقط و حمل های خارج رحمی هم میباشد . در حالیکه در بعضی ممالک اینطور نیست .

در تعريف وفیات مادری یک منبع دیگر غلطی هم شامل است که تنها شاید ولادت های زنده در بعضی ممالک و در بعضی ممالک دیگر ولادت های زنده و مرده و شاید هم در بعضی ممالک حاملگی هایی که هفته ۲۸ خود را ختم نکرده شامل ثبت و راجستر نگردد.

دو اندازه گیری مختلف قابل استفاده اند . تناسب وفیات مادری (عموماً کلمه اندازه به کار برده میشود) عبارت از تقسیم تعداد مادران فوت شده در یکسال بر تعداد ولادت های زنده در عین سال ضرب در ۱۰۰۰ یا ۱۰۰۰۰ یا ۱۰۰۰۰۰ میباشد . این اندازه گیری تنها ریسک و خطر ولادی را وامود میسازد .

در حالیکه اندازه مرگ و میر مادران عبارت از تعداد مادران فوت شده در ظرف یکسال بر تعداد خانم هایی که در سن باروری (۴۴-۱۵ ساله) در عین سال قرار دارند و ضرب در عدد ۱۰۰۰ ، ۱۰۰۰۰ و ۱۰۰۰۰۰ میگردد ، میباشد . این اندازه گیری هر دو کته گوری وقوع حامله گی ها و خطر وفیات آنرا هنگامیکه خانم حامله میشود ، در بر میگیرد . درین اواخر وقوع خطرات احتمالی در هنگام ولادت بیشتر شده است .

این معیارها خطر مرگ ناشی از اسباب مادری را در سنین باروری نشان میدهد، خصوصاً اگر خانم شکل معمول تولید مثل را باساس فرهنگ و عننته خود تعقیب نماید ، مواجه به خطرات بالخاصه ولادی میگردد .

احصائیه های جهانی درباره مرگ و میر مادران در حال حاضر آسانست و بطور مقایسوی در ممالک مختلف نتایج مختلف را ارائه میدهد. رویه‌مرفت وفیات مادری یک مشعر مراقبت های طبی و قابله گی و احصائیوی هستند. که به اساس آنها تعییرات مفیده لازمه را برای بهبود وضع موجوده میتوانیم عیار سازیم . هم چنین برای وفیات مادری از نظر احصائیوی ارزش دارند . مثلاً در ۳ میلیون جمعیت ۱۲۷۰۰۰ ولادت محاسبه شده است که باید بواقع بیرونند.

اسباب معیوبیت های مادری

امراض نسائي (که مسئول تزايد معیوبیت های مادری هستند) ، میتوانند با اهتمامات خوب ولادی مراقبت و کنترول گرددن . اينها قرار ذيل اند:

۱. انتانات طرق تناسلی در دهیز، مهبل، عنق رحم، اندومتریوم، تیوب، تخمدان ها و پریتووان حوصلی سبب ولوبیت، و جینیت، سرویسیت، اندومتریت، سلپنجیت، اوفریت، سلپنگو اوفریت، پلوی پریتوینیت و ابسه های حوصلی میگردند.
 ۲. پاره گی عجان (درجه I، II و III)، پاره گی های مهبل و عنق رحم و تمزق رحم اگر پاره گی عنق رحم به بالا ادامه بیابد.
 ۳. فیستول ها مانند فیستول مهبلی مثانی (V.V.F)، حالبی مهبلی (U.V.F) تنها در سزارین سکشن و سزارین هیسترکتومی و فیستول غائطی مهبلی (R.V.F).
 ۴. سقوط رحم، جدار مثانه (Cystocoele) و رکتم (Rectocoele).
 ۵. انقلاب یا چه شدن رحم.
 ۶. ریتروورشن رحم.
 ۷. عقامت ثانوی از اثر انسداد تیوب ها.
 ۸. امراض التهابی مزمن حوصلی (Ch.P.I.D).
 ۹. عدم اقتدار در کنترول ادرار.
 ۱۰. انتانات احیلی، مثانی و کلیوی، که سبب Pyelonephritis و Cystitis، Urethritis میگردند.
 ۱۱. سندروم Sheehan's (از اثر نکروز غذه نخامیه بعد از ولادت)
 ۱۲. سقط عادتی از اثر تخریبات در فوهه داخلی عنق رحم.
- ### اسباب مرگ مادری
- فکتورهای شرکت کننده در بلند بودن سویه مرگ و میر مادران در پاکستان عبارتند از: سوء تغذی، بیسواندی، جهالت، عدم درک و همکاری، اهتمامات نامناسب دوره بارداری، تدا이یر و اهتمامات نامناسب و غلط در جریان ولادت، دسترسی ناکافی در دریافت کمک ها حتی به قیمت جان مریضه، TBA ناترن شده، بلند بودن وفات طفل، بلند بودن اندازه ولادت ها و بلند بودن اندازه سقط های تحریکی.
۱. مرگ های مستقیم ولادی که به خود حاملگی مربوط است مانند خونریزی ها (قبل و بعد از ولادت و همچنین در سقط ها)، انتانات Sepsis (دوره نفاسی و سقط های منتن)، پره اکلامپسی و اکلامپسی، انقلاب رحم، شاک ولادی، حمل خارج رحمی و امبولی مایع امنیوتیک.
 ۲. مرگ های غیر مستقیم ولادی، از اثر امراض داخله اشتر اکی با حاملگی مثلاً: آئیمی، دیابت، توبرکلوز، امراض قلبی، امبولی ریوی و عدم کفایه کبدی بوجود آمده میتوانند.

۳. اسباب تصادفی و اتفاقی عبارتند از مرگ های اند که از سبب انسانی ، عکس العمل انتقال خون و خودکشی رخ میدهد .

سطح وفیات مادری در بسیاری از ممالک رو به انکشاف داشته نشده و سطح بلند شناخته شده آن شاید پائینتر از سطحی باشد که باید شناخته میشد . بسیاری از ممالک رو به انکشاف فاقد ثبت سیستم احصائی‌یابی جیاتی اند .

وقتیکه این پرسوه هم موجود باشد حالت حاملگی در راپورها ثبت نگردیده و منجر به عدم ثیت و راپوردهی وفیات مادری بصورت عینی آن میگردد .

در فیصل آباد وفیات مادری در سال ۱۹۷۷، ۱۰۰۷/۱۰۰۰ در مناطق معین ، انتخاب شده شهری و روستائی بود . که این رقم به ۱۸/۱۰۰ در سال ۱۹۸۷ در عین ساحت بعد از تکرار کورس های T.B.A برای مدت ده سال تقلیل پیدا نموده است .

چطور وفیات و معیوبیت های مادری تقلیل میباشد

۱- تعلیمات کنلوی

بسیاری از امراض مادری حتی مرگ آنها در پاکستان مربوط به جهالت ، ضعف اقتصاد و بی سوادی است . این میتواند بوسیله تعلیم دادن مردم از طریق اطلاعات جمعی مختلف ، تغییر عادات خرافاتی و موہومی ، اصلاح و بهبود زندگی استندرد ، حذف سوء تغذی و امراض انتانی تا اندازه ای وقایه گردد .

۲- تهیه خدمات شفاخانه ای رایگان در مناطق شهری و دهاتی .

۳- آماده ساختن یونت ولادی سیار مانند ویزیت تیم تخصصی برای دیدن مریضان در ساحت روستائی ، اجرای Check up خانم های حامله ، توزیع ادویه مجانی و ارائه خدمات فامیلی پلاتینیگ بصورت مجانی .

۴- در آنجا باید خدمات امبولانس O.F.S ، تلفون های عمومی ، وسایل انتقالاتی مناسب و خوب و ایجاد شبکه ارتباطی بین شهر و ساحت روستائی تأمین گردد .

O.F.S یک تیم متشكل از پرسونل مختلف طبی بوده که میتواند به خانه مریضه خواسته شده و به مشکلات مختلفه مریضه از نظر ولادی عاجلاً رسیدگی کند (برای معلومات بیشتر جزئیات فصل O.F.S مطالعه گردد) . آنها مقدمتر از همه یک تیم احیای مجدد اند که وظیفه دارند وضعیت خانم را ثیت و برای رفتن به شفاخانه او را آماده بسازند . هم چنان برای احیای مجدد خونریزی های قبل الولاده و بعد از ولادت و در سقط ها وظیفه انجام میدهند . آنها همچنان بمریضان اکلامپسیا کمک کرده میتوانند . ستاف O.F.S شامل یک داکتر ولادی با تجربه یک انسانیست ، یک اسیستانت و یک نرس میباشد . و مقدار کافی لوازم و اسباب همراه محصولات پلازمائی خون در دسترس آنها قرار دارد .

۵- کورس‌های Refresher: برای پراکتیشرهای عمومی این کورسها باید وقتاً فوقتاً گرفته شوند و تأکید بالای فکتورهای خطر آفرین و رجعت دادن اینگونه مريضان به شفاخانه در وقت مناسب صورت گیرد . هر خانم حامله باید ثبت شده باشد .

۶- از تعلیم دادن ستاف پارامیدیکل و کتله بزرگی که در ترنینیگ T.B.A مصروف اند استثناءً نتیجه خوبی بدست آمده میتواند .

احصائیه حیاتی شهر فیصل آباد

۱۹۹۲	۱۹۹۱	۱۹۹۰	۱۹۸۹	
۲۱۶۹۳۸۴	۲۱۱۳۶۷۲	۲۰۵۷۹۶۰	۲۰۰۰۰۰	نفوس مجموعی
۵۳۹۷۵	۵۵۷۱۲	۵۷۹۶۰	۵۵۵۶۰	مجموع ولادتها
۳۷	۴۱	۵۵	۴۸	مجموع مرگ میر مادران
۰.۶۸	۰.۷۳	۰.۹۴	۰.۸۶	فیصدی مرگ و میر مادران
۲.۲۶	۲.۴۰	۲.۸۱	۲.۵۰	فیصدی تزايد جمعیت (+)
				پاکستان
۸-۶	۸-۶	۸-۶	۸-۶	وفیات مادران فی هزار
۳.۲۸	۳.۲۰	۳.۲۰	۳.۵۰	اندازه تزايد نفوس

Abstract

This book is one of the best obstetric books according to the references. It is written by the Pakistani Professors Drs Altaf Bashir and updated book according to the books which are written or translated after 2000.

Most of the diseases and titles brought to this book extremely directly relates to the pathology of the regional countries and Afghanistan.

Another advantage of this book is discussing the delivery Control System under the topic in the name of Mobile Ambulance. This can reduce the percentage of maternal mortality and morbidity during delivery and also increases the awareness of health personnel in health service.

More interesting topics on this book are : Normal Development of Embryo, Prenatal Period ,prenatal care , Normal Pregnancy, Normal Delivery, High Risk Pregnancy (Ante-Partum Hemorrhage, Post-Partum Hemorrhage, hypertension during pregnancy..... els), Cesarean Section, Complication of Delivery , general & metabolic diseases with Pregnancy as like as : diabetes , uterin fibroma so & so...which are essential issues for pregnancy, continues of Normal Pregnancy and Normal Delivery ...els . I recommend to dear doctors especially the doctors who are working in the district hospital and medical students.to studing this book .the topics of this book around 55 and very practical valuble.

thank you from your attention

Dr Mhd Hassan Farid

سوانح مؤلف



پوهندوی الحاج دوکتور محمد حسن (فرید) در سال ۱۳۳۱ در یک خانواده متدين و روشنفکر در یکی از قریه های ولسوالی انجلیل ولایت هرات چشم به جهان گشود. دوره تعلیمات ابتدائی را در مکتب ابوالولید (رح) سپری نموده و در سال ۱۳۴۵ شامل دارالملعمنین هرات گردیده است.

وی در سال ۱۳۵۰ دارالملعمنین را به پایان رسانیده و نظر به لیاقت و پشتکاری که داشت بعد از اشتراک در کانکور سال ۱۳۵۲ با نمره عالی موفق به آغاز تحصیل در رشته طب در پوهنه طب پوهنتون کابل شد. این شخص سخت کوش با تلاش وافر خویش، در سال ۱۳۵۸ به درجه عالی از پوهنه طب پوهنتون کابل بدرجۀ ماستری فارغ التحصیل شده و شامل کدر علمی انسیتوت دولتی طب کابل گردید. قابل ذکر است که او در عین زمانیکه عضو کدر علمی دیپارتمنٔ ولادی نسائي بود در شفاخانه ملالی ژیزنون کار پراکتیکي و عملی نموده و تخصص خود را نیز در بخش ولادی نسائي اخذ نموده است.

این شخص پر تلاش برای خدمات بیشتر بشردوستانه در راستاي ايجاد تغيير مثبت در ساحه صحت و سلامتى از ماه قوس سال ۱۳۶۶ الى ۱۳۷۱ بحث رئيس صحت عامه حوزه زون غرب در شفاخانه حوزه هرات با حفظ حقوق کدر علمي مقرر و با کمال صداقت و ايمانداری ايفا وظيفه نموده است. و با درک تاثير مثبت علم و دانش در صحبتمندی و رفاه جامعه و با همکاري مقامات ذيصلاح هرات و کابل در سال ۱۳۶۹ موفق به تاسيس پوهنه طب هرات گردید و نیز برای رشد علمي این پوهنه مشغول تدریس مضامین مختلف و اختصاصاً ولادی نسائي در آن شد و تا اکنون بحث استاد و معاون آن پوهنه ايفا وظيفه ميکند.

وی در حال حاضر در کثار خدمات بی دریغane مسلکي خود در صحنه علمي و عملی و نظر به علاقه فراوانی که به مردم خود دارد عضو بعضی از نهاد های مدنی و اجتماعی نیز هست. تعلق زیادی که وی نسبت به جامعه افغانی دارد او را واداشت تا برای ايجاد نهادهای مختلف مدنی و اجتماعی اقدام نماید.

او در دوران کاری و تحصیلی خود مقالات تحقیقی علمی و کتابهای فراوانی را به رشته تحریر درآورده است که از آن جمله طور مثال می توان از مقالات وزن طفل در وقت ولادت، تاثیرات گروپ خون و فکتور RH، خون ریزی های غیر طبیعی دستگاه تناسلی، عقامت، انواع کانتراسپیووها و تاثیرات آن نام برد. قابل تذکر است که او نویسنده و مترجم کتابهای علمی تحقیقی دیگری چون سزارین سکشن (C.S) در زايشگاه هرات و کتاب ولادی هذا نیز هست.

درادبيات دری مهارت خوبی داشته و در ساحه شعرهم توانائي بالخاصه دارد. دانش بلند مسلکي و روحیه اجتماعی و همگرانی اور از افراد با نفوذ جامعه ساخته است.

Book Name A Text Book of Obstetrics
Author Dr. M. Hassan Farid
Publisher Herat Medical Faculty
Website www.hu.edu.af
Number 1000
Published 2011
Download www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**) with funds from the German Federal Government.

The technical and administrative affairs of this publication have been supported by Umbrella Association of Afghan Medical Personal in German speaking countries (**DAMF e.V.**) and **Afghanic.org** in Afghanistan.

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
Mobile: 0706320844
Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936400627

Printed in Afghanistan. 2011