طب پوهنځی

امیندواري او زیږون

سي ډي سره

پوهنوال دوکتورس حفیظه سهاک

پلورل منع دی

۱۴۰۱

امیندواري او زیږون

پوهنوال دوکتورس حفیظه سهاک

Afghanic

Faculty of Medicine

Associate Prof Drs Hafiza Sahak

Pregnancy & Delivery

with CD

ISBN 978-9936-633-94-0

Not for Sale

2022

اميندواري او زېږون

پوهنوال دوکتورس حفیظه سهاک

Faculty of Medicine
طب پوهنځی

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

Pashto PDF
2022

افغانیک
Afghanic

Pregnancy & Delivery

Associate Prof Drs Hafiza Sahak

Download:
www.ecampus-afghanistan.org

اقرأ باسم ربك الذي خلق

امېندواري او زېږون

پوهنوال دوکتورس حفيظه سهاک

لومړی چاپ

دغه کتاب په پي ډي ايف فارمټ کې په مله سي ډي کې هم لوستلی شئ:

د کتاب نوم	امېندواري او زېږون
لیکوال	پوهنوال دوکتورس حفیظه سهاک
خپرندوی	ننگرهار پوهنتون، طب پوهنځی
وېب پاڼه	www.nu.edu.af
د چاپ کال	۱۴۰۱، لومړی چاپ
چاپ شمېر	۱۰۰۰
مسلسل نمبر	۳۶۰
ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېټې، په جرمني کې د Eroes کورنۍ یوې خیریه ټولنې لخوا تمویل شوی دی.
اداري او تخنیکي چارې یې د افغانیک لخوا ترسره شوي دي.
د کتاب د محتوا او لیکنې مسوولیت د کتاب په لیکوال او اړوند پوهنځي پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق کوونکي ټولنې په دې اړه مسوولیت نه لري.

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړیکه ونیسئ:
ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کارته ۴، کابل
موبایل ۰۷۸۰۲۳۲۳۱۰، ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴
ایمېل info@ecampus-afghanistan.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان ۹۷۸-۹۹۳۶-۶۳۳-۹۴-۰

د درسي کتابونو چاپول

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلینو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لویو ستونزو څخه ګڼل کېږي. یو زیات شمېر استادان او محصلین نویو معلوماتو ته لاسرسی نه لري، په زاړه میتود تدریس کوي او له هغو کتابونو او چپترونو نه ګټه اخلي چې زاړه دي او په بازار کې په ټیټ کیفیت فوتوکاپي کېږي.

موږ تر اوسه پورې د ننګرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ، البیروني، کابل پوهنتون، د کابل طبي پوهنتون او د کابل پولي تخنیک پوهنتون لپاره ۳۶۵ عنوانه مختلف درسي کتابونه د طب، ساینس، انجنیري، اقتصاد، ژورنالېزم او کرهنې پوهنځیو لپاره چاپ کړي دي.

د یادونې وړ ده، چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هېواد ټولو اړوندو پوهنتونونو او یو زیات شمېر ادارو او موسساتو ته په وړیا توګه وېشل شوي دي. ټول چاپ شوي کتابونه له www.ecampus-afghanistan.org ویب پاڼې څخه ډانلوډولی شئ.

دا کړنې په داسې حال کې ترسره کېږي چې د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د (۲۰۱۰-۲۰۱۴) کلونو په ملي ستراتیژیک پلان کې راغلي دي چې:

"د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کیفیت او زده کوونکو ته د نویو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده، چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د لیکلو فرصت برابر شي، د تعلیمي نصاب د ریفورم لپاره له انګریزي ژبې نه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او درسي موادو ژباړل اړین دي، له دغو امکاناتو پرته د پوهنتونونو محصلین او استادان عصري، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاسرسی نه شي پیدا کولای."

موږ غواړو چې د درسي کتابونو په برابرولو سره د هېواد له پوهنتونونو سره مرسته وکړو او د چپټر او لکچرنوټ دوران ته د پای ټکی کېږدو. د دې لپاره اړینه ده چې د افغانستان پوهنتونونو لپاره هر کال لږ تر لږه ۱۰۰ عنوانه درسي کتابونه چاپ شي.

له ټولو درنو استادانو نه هيله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه وليکي، وپي ژباړي او يا هم خپل پخواني ليکل شوي کتابونه، لکچرنوټونه او چپټرونه ایډېټ او د چاپ لپاره تيار کړي، زموږ په واک کې يې راکړي چې په ښه کیفیت چاپ او وروسته يې د اړوند پوهنځيو، استادانو او محصلينو ته په واک کې ورکړو. همدارنګه د یادو ټکو په اړه خپل وړانديزونه او نظريات له موږ سره شريک کړي، چې په ګډه په دې برخه کې اغېزمن ګامونه پورته کړو.

د ليکوالانو او خپرونکو له خوا پوره زيار ايستل شوی، چې د کتابونو محتويات د نړيوالو علمي معيارونو پر اساس برابر شي، خو بيا هم کېدای شي د کتاب په محتوا کې ځينې تېروتنې او ستونزې وليدل شي، نو له درنو لوستونکو نه هيله لرو چې خپل نظريات او نيوکې ليکوال او يا موږ ته په ليکلې بڼه راوليږي، چې په راتلونکي چاپ کې اصلاح شي.

د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېټې او د هغې له مشر ډاکتر ایروس نه ډېره مننه کوو چې د دغه کتاب د چاپ لګښت يې ورکړی دی. دوی تر دې مهاله د ننګرهار پوهنتون د ۲۳۰ عنوانه طبي او غير طبي کتابونو د چاپ لګښت پر غاړه اخیستی دی.

د پوهنتونونو رييسانو، د پوهنځيو رييسانو او استادانو نه مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ يې هڅولې او مرسته يې ورسره کړې ده. د دغه کتاب له ليکوال نه ډېر منندوی يم او ستاينه يې کوم، چې خپل د کلونو - کلونو زيار يې په وړيا توګه ګرانو محصلينو ته وړاندې کړ.

همدارنګه د دفتر له همکارانو هر یو؛ ښاغلي حکمت الله عزيز او ښاغلي فهيم حبيبي نه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې يې نه ستړې کېدونکې هلې ځلې کړې دي.

ډاکتر يحيی وردک

د لوړو زده کړو وزارت، کابل، مې، ۲۰۲۲

د دفتر ټيليفون: ۰۷۸۰۲۳۲۳۱۰، ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: info@ecampus-afghanistan.org

د پیل خبرې

الله پاک د خپلو ټولو مخلوقاتو له منځه انسان ته د ځمکې پر مخ غوره والی ورکړی او اشرف المخلوقات یې ګرځولی دی الله پاک انسان د خپل عبادت لپاره پیداکړی دنیا زمونږ اړتیا ده او آخرت زمونږ مقصد دی د دنیا لپاره هغومره کار وکړو څومره چې په دنیا کې زمونږ اوسېدل دي او د آخرت لپاره هغومره کار وکړو څومره چې په آخرت کې زمونږ اوسېدل دي خو بیا هم الله پاک دا دنیا د اسبابو سره تړلې ده د آخرت په څنګ کې به د خپل وطن او د راتلونکې ځوان نسل د طب محصلینو او د طب پوهنځي قدرمنو هم مسلکانو لپاره به هم د خپل توان او وړتیا مطابق کار وکړم چې د هغې له جملې څخه یو هم د طب پوهنځي د نسایي ولادي څانګې د څلورم ټولګي محصلینو لپاره د امېندوارۍ او زېږون تر عنوان لاندې درسي کتاب تالیف دی چې د نوي کریکولم مطابق ټول درسي موضوعات په کې ځای پر ځای شوي دي او نسایي ولادي څانګه ور ته اړتیا لري نو ځکه د څانګې لخوا دنده راکړل شوه تر څو نوموړی درسي کتاب تالیف کړم. څرنګه چې انسان کامل نه وي، نو زه هم انسان یم که د کتاب په لیکلو کې نیمګړتیا وي، زمونږ سره په دغه برښنا لیک اړیکه ونیسئ، hafiza.sahak8@gmail.com ، په ځای ده چې د اناتومي څانګې استاد محترم پوهندوی دوکتور توریالي سهاک څخه د زړه له کومې مننه وکړم چې د کتاب په لیکلو او تصحیح کې یې زما سره مرسته کړې د لوی څښتن تعالی څخه ور ته ښه صحت اوږد او ښه ژوند د دنیا او آخرت غواړم.

په درنښت

پوهنوال دکتورس حفیظه سهاک

لیکلړ

سرلیک **مخگڼه**

سریزه ۱

لومړی څپرکی

د امېندوارۍ پېژندنه او د مورني فیزیولوژیکو بدلونونو سره تطابق

د زده‌کړې موخې.. ۴
دامېندوارۍ فرضی شواهد.. ۴
دامېندوارۍ دتشخیص احتمالی علایم ۶
دامېندوارۍ دتشخیص یقینی یا مثبت علایم.. ۸
د جنین د ژوند او مړینې پېژندنه.. ۸
د نورمالې امېندوارۍ فزیولوژي.. ۹
دامېندوارۍ د معیاد معلومول ۹
دانسان امبریو لوژی.. ۱۱
د پلاسنتا جوړېدل.. ۱۱
د وینی جریان په با معیاده پلاسنتا کی او دپلاسنتا د لیږدولو دنده ۱۲
د جنین فزیو لوژی.. ۱۳
دپلاسنتا هورمونونه.. ۱۵
دجنین د ادرینال غده.. ۱۶
دامېندوارۍ کی داستروجن افراز.. ۱۶
مورنی تطابق په امېدوارۍ کې.. ۱۷
دمور اوجنین نښلونکی سیستم مورنی انساج.. ۱۷
دبطن جدار اوپوستکی ۱۸
میتابولیک بدلونونه ۱۹
هیماتولوژیک بدلونونه ۲۰

دزړه او رگونوسیستم بدلونونه................................. ۲۰
تنفسی سیستم بدلونونه.. ۲۱
بولی سیستم بدلونونه... ۲۱
معدی معایی سیستم بدلونونه................................... ۲۱
څیگر او تریخی بدلونونه...................................... ۲۲
د اندوکراین غدوبدلونونه..................................... ۲۲
عضلی اسکلیتی سیستم بدلونونه................................ ۲۳
مخکې د زېږون څخه څارني اود دامېندوارۍ دمعمولوگیلو اداره کول......... ۲۳
مخکې دزېږون څخه د څارنو جوړښت.............................. ۲۳
تغذیوی مشوره.. ۲۶
د وزن اخیستلو سپارښتنې..................................... ۲۶
د دامېندوارۍ دمهال اندیښنی.................................. ۲۸
دامېندوارۍ گیلی او د هغی اداره کول.......................... ۳۰
لنډیز.. ۳۳
پوښتنې.. ۳۴
ماخذونه... ۳۶

دویم څپرکی

د جنین ارزونه مخکې د زېږون او دزیږون پرمهال

د زده کړې موخې.. ۳۹
دجنین حرکت.. ۴۰
Contraction Stress Test ۴۱
د جنین تنفس... ۴۱
Non Stress Test.. ۴۳
Acoustic Stimulation Test...................................... ۴۴

Biophysical Profile ۴۵
Amniotic Fluid volume ۴۶
Umbilical artery Doppler and Velocimetry ۴۷
له زیږون څخه مخکې تشخیص اود امېندوارۍ دلپاره ازموینې.................. ۴۷
د جنیتیک اوولادی انومالی گانو لپاره په لوړ خطر کی جنینونه.............. ۴۸
د دودیزوولادی ابنارملتیگانو د پیژندو لپاره ازموینی ۴۹
لنډیز.. ۵۴
پوښتنې.. ۵۵
ماخذونه.. ۵۸

درېیم څپرکی

نورمال لېبر اودهغی څخه وروسته څارنې

د زده‌کړې موخې.. ۶۱
د لیبر میخانیکیت ۶۲
د نورمال لیبرڅانگړتیاوی ۶۵
دلیبر اوزیږون اداره کول.. ۶۶
دلیبر داداره کولو پروتوکول ۶۸
د لېبر فعاله اداره ۶۹
د زیږون پر مهال څارنی ۶۹
د جنین الیکترونیکي څارنه.. ۶۹
جنیني زجرت ۷۲
تشخیص اود جنین د ارزونی دپاره نور میتودونه ۷۲
د زیږون پر مهال د رحم دفعالیت څارنه.................................... ۷۴
درحم د فشار داخلي اوبهرنی څارنه اودرحم دفعالیتونو ارزول.................... ۷۴
د نوي زیږېدلي ماشوم څارنې.. ۷۵

د هوا په واسطه د تنفس پیل کیدل ۷٦
د نوي زېږېدلي حالت د ارزيابی کولو میتودونه apgar score ۷٦
ثروی حبل او Acid – base مطالعه کول ۷۷
د نوي زېږېدلي ماشوم وقايوی او روتين څارنې ۷۸
دنفاس دوره اودهغی اختلاطات ۸۲
د نفاس ددوری کلینیکی او فزیولوژیکی منظره.............................. ۸۳
Mammary غدوات ۸۴
د نفاس په دوره کی د مور څارنې... ۸٦
د نفاسی پړاو انتانات ۸۷
لنډيز ۸۸
پوښتنې ۸۹
ماخذونه ۹۲

څلورم څپرکی

ولادی التراسوند او د لومړی ترایمستر اختلاطات

د زده‌کړې موخې ۹٦
ولادی التراسوند ۹٦
د جنین نورماله او غیر نورماله اناتومی ۹۷
Doppler velocimetry ۹۹
M-mode echocardiography ۱۰۰
د امېندواری پر مهال د تروفوبلاست ناروغی................................... ۱۰۰
مولر امېندواری.. ۱۰۱
Gestational trophoblastic neoplasia ۱۰۱
لاملونه ۱۰۲
پتالوژی ۱۰۲

کلینیکی نښې ۱۰۳
تشخیص ۱۰۳
درملنه ۱۰۴
انزار ۱۰۶
د تروفوبلاسټیک ناروغیو څخه وروسته امېندواري ۱۰۶
Ectopic امېندواري ۱۰۷
عمومیات ۱۰۷
د Ectopic امېندواری پتوجنزیس ۱۰۸
کلینیکی ځانګړتیاوی ۱۰۹
تشخیص ۱۰۹
درملنه ۱۱۰
درحم دغاړی ،بطنی اودتخمدانونو امېندواري ۱۱۲
سقطونه ۱۱۲
بنفسهي سقطو نه ۱۱۲
قصدي سقط ۱۱۵
د ټاکلی سقط پایلی د میندو پر مړینه اوراتلونکی امېندواری باندی ۱۱۷
سپټیک سقط ۱۱۸
لنډیز ۱۱۹
پوښتنې ۱۲۰
ماخذونه ۱۲۳

پنځم څپرکی

د زیږون مخکې او وروسته اختلاطات او ستونزمن زیږون

د زده‌کړې موخې ۱۲۶
مخکې له زیږون څخه وینه بهیدنه ۱۲۶

وروسته له زېږون څخه وينه بهيدنه.. ۱۳۱
هايپووالیمیک هیموراژ ۱۳۴
تخريبی کواگولوپتی ۱۳۴
بريچ اعتلان او زېږون.. ۱۳۴
د بريچ اعتلان اتيولوژي.. ۱۳۵
اختلاطات.. ۱۳۶
تشخيص ۱۳۶
انزار ۱۳۶
په بريچ اعتلان کی دجنين مهبلی ځرخول.. ۱۳۹
په بريچ اعتلان کی معيوبيت او ماؤفيت ۱۳۹
ستونزمن زېږون ۱۴۰
دجنين دباندې راويستلوقووابنارملتي ګانې.. ۱۴۱
Cephaalopelvic Disproportion ۱۴۳
عملياتي زيږون او مهبلي مرستندويه زېږونونه.. ۱۴۹
سيزارين زيږون ۱۴۹
دسيزارين په دوران کې Hysterectomy.. ۱۵۱
د فورسپس پواسطه زېږون.. ۱۵۲
د واکيوم پواسطه د ماشوم راويستل.. ۱۵۳
د فورسپس او واکيوم زېږون په مرسته دزيږون پرتله ۱۵۴
لنډيز.. ۱۵۵
پوښتنې.. ۱۵۶
ماخذونه.. ۱۵۹

شپږم څپرکی

د امیندواری اختلاطات

د زده‌کړې موخې.. ۱۶۴
د بی مودې زېږون لاملونه.. ۱۶۵

په خپل سر بې مودی زېږون کوونکو میرمنو پیژندنه.......................... ۱٦٦
د امنیو تیک پردی بي مودی څیرې کېدل او د زېږون اهتمامات................... ۱٦٦
د مودي څخه اوښتې امېندواري.. ۱۷۰
د امېندواری د مودی اټکل د تحیض د نیټی پراساس............................ ۱۷۰
پېښې او د جنین مړینه.. ۱۷۱
پتوفیزیولوژي او اداره کول.. ۱۷۲
څو گونې امېندواري ۱۷۵
د څوګونی امېندواریولاملونه.. ۱۷۵
تشخیص.. ۱۷٦
مورنی تطابق... ۱۷۷
د امېندواري پایلې... ۱۷۷
اختلاطات ۱۷۷
د غبرگونو جنینونومهبلي او سیزارین زېږون................................. ۱۷۹
د لوړ فشار گډوډی ۱۸۰
ترمینولوژي اوډلبندي ۱۸۱
دپری اکلامپسیاتشخیص... ۱۸۱
لاملونه ۱۸۲
پتو جنیزس... ۱۸۳
مقدم تشخیص ۱۸۴
امېندواری ته پای ورکول ۱۸۴
د فشار ضد درمل.. ۱۸۵
په شدیده پری اکلامپسیا کی دزېږون څنډول ۱۸۵
Glucocorticoid ۱۸٦
اکلامپسیا ۱۸٦
لنډیز... ۱۸۹

پوښتنې ۱۹۰
ماخذونه ۱۹۳

اوم څپرکی

امېندواري او ناروغۍ

د زده کړې موخې ۱۹۶
ددیابت ډلبندي ۱۹۶
د امېندوارۍ په مهال د شکر ډلبندی ۱۹۶
pregestational diabetes ۱۹۸
دشکرې اغېزې پر نوی زیږېدلي ماشوم باندې ۱۹۸
مورنۍ اغېزې ۲۰۰
د امېندوارۍ په مهال کې د Diabetes درملنه ۲۰۰
دامېندوارۍ تر منځ د واټن ورکولو غوره میتود ۲۰۲
د وینې دسیستم ګډوډي ۲۰۲
د اوسپینی د کمښت انیمیا ۲۰۳
د بېړنۍ وینې بهېدنې له کبله رامنځ ته شوې انیمیا ۲۰۴
د وینې کمښت د ځنډنی ناروغیو له کبله ۲۰۴
Megaloblastic anemia ۲۰۴
Accquired hemolytic anemia ۲۰۵
Sickle cell Hemoglobino pathies ۲۰۵
Thlassemia syndrome ۲۰۶
Polycythemia ۲۰۶
Paltelet ګډ وډی ۲۰۷
د Rh منفي ښځو امېندواري ۲۰۷
عمومیات ۲۰۷
پتوجنیزس ۲۰۸

د غیر حساسو میندو اداره کول.. ۲۱۰
په حساسو ښځو کې د امېندوارۍ ارزول ۲۱۰
دجنین د ودې ګډوډۍ او رحمي مړینه.. ۲۱۳
نورماله وده ۲۱۳
د جنینی ودې محدودیت.. ۲۱۴
Fetal Macrosomia ۲۱٦
جنیني مړینه ۲۱۷
د زېږون په مهال د مړ ماشوم آرزونه.. ۲۱۸
سایکولوژیکه منظره ۲۱۹
د امېندوارۍ په دوران کې انتاني ناروغۍ.. ۲۱۹
د امېندوارۍ په وخت کې معافیتي بدلونونه.. ۲۲۰
وایروسي انتانات ۲۲۰
بکتریایی انتانات ۲۲۲
پروتوزوایی انتانات ۲۲۳
مایکوتیک انتانات ۲۲۵
لنډیز.. ۲۲۷
پوښتنې ۲۲۸
ماخذونه.. ۲۳۱

اتم څپرکی

د زېږون دپروسې تحریکول او د پلاسنتا ابنارملیټیګانی

د زده کړې موخې.. ۲۳۳
پېژندنه ۲۳۴
دزېږون د تحریک استطبابات ۲۳۴
دزېږون د تحریک کولو مضاد استطبابات.. ۲۳۴

د انډکشن څخه مخکې د رحم د غاړې اماده کول ۲۳۴
میخانیکي اوفارماکولوژیک تخنیک ۲۳۶
د اوکسیتوسین وریدي کارول ۲۳۸
د پلاسنتا ،حبل ثروی اوپردی ابنارملتي ګانې.. ۲۳۹
د پلاسنتا ابنارملتی ګانې ۲۴۰
دثروی حبل ابنارملتي ګانې ۲۴۶
د ممبران ابنارملتي ګانې ۲۴۹
لنډیز ۱۵۱
پوښتنې ۲۵۲
ماخذونه ۲۵۵

نهم څپرکی

په امېندوارۍ کې انلجیزیا او انستیزي،تیراتوجن درمل اود ولادي خطرناکو پېښو څارنه

د زده کړې موخې ۲۵۷
عمومي اساسات ۲۵۸
دزېږون پرمهال ددرد ارامونکې درمل او انستیزیا ۲۵۸
دساحوي انالجیزیا ۲۶۰
عمومي انستیزي ۲۶۱
انډکشن ،انتوبیشن او د تیوب ایستل ۲۶۱
Gas Ansthesia او Aspiration ۲۶۲
Teratogenic drugs and other medications ۲۶۲
د تیراتولوژي جنیتیکی او فزیولوژیک میخانیکیت.. ۲۶۳
د تیراتوجن سره د مخامخ کېدونکو مېرمنو ته مشوره ورکول ۲۶۴
معلوم شوي او ممکنه تیراتوجن.. ۲۶۴

د امېندوارۍ په دوران کې ددرملوکارول	۲۷۰
Obstetrics Critical Care	۲۷۲
Pulmonary artery catheterization	۲۷۲
Obstetric shock	۲۷۲
Hypovolemic shock	۲۷۳
Septic shock	۲۷۴
دامنيوتيک مايع امبوليزم	۲۷۶
دسږوترومبوامبوليزم	۲۷۷
DIC	۲۷۸
ARDS	۲۷۹
Cardio pulmonary resucitation	۲۸۰
لنډيز	۲۸۲
پوښتنې	۲۸۳
ماخذونه	۲۸۶
مخففات يا لنډ ټکي	۲۸۹
اصطلاحات	۲۹۵
انډکس	۲۹۷

د انځورونو لیست

۱- ۱- انځور: په رحم کې نورماله پلاسنتا لیدل کېږي.................................. ۱۲

۱- ۲- انځور: د جنین تنفس سره د صدر Paradoxical حرکت ۴۲

۲- ۲- انځور: Reactive Nonstress test ۴۴

۲- ۳- انځور: امنیوسنتیزس. د امنیوسنتیزس ستنه په ښي علوي خوا کې لیدل کېږي ۵۲

۲- ۴- انځور: د رحم دغاړی له لارې د کوریونیک ویلای نمونې اخیستل ۵۳

۳- ۱- انځور: طولاني موقعیت، cephalic اعتلان. vertex (A) ۶۵

(B) سینسیپوټ, (Brow) (C), face (D)

۴- ۱- انځور: M-mode یا Motion-mode په ۱۲مه اونۍ کې د جنین د زړه ضربان معلومولو لپاره استعمالېږي ۱۰۰

۴- ۲- انځور: (A) بشپړ هایډاتیډیفورم مول (B) نیمګړی هایډاتیډیفورم مول... ۱۰۳

۴- ۳- انځور: مولټي سیستیک پلاسنتا ۱۰۴

۵- ۱- a انځور: Frank بریچ b انځور: بشپړ بریچ ۱۳۵

c انځور: نیمګړی (Incomplete) بریچ

۵- ۲- انځور: په بریچ اعتلان کې کوناټي د عجان له لارې خارجېږي. د کوناټیو قدامي برخه عموماً لومړی زیږېږي. ۱۳۸

۵- ۳- انځور: Face presentation ۱۴۵

۵- ۴- انځور: د Face presentation د زیږون مېخانیکیت ۱۴۶

۵- ۵- انځور: د جنین عرضاني اعتلان ۱۴۷

۵- ٦- انځور: Compound presentation ۱۴۷

۵- ۷- انځور: سمپسن او Luikart فورسپس او د هغې برخې.......................... ۱۵۲

۵- ۸- انځور: فورسپس زیږون.. ۱۵۳

۵- ۹- انځور: واکیوم زیږون سیستم.. ۱۵۴

٦- ۱- انځور: د مونوزایګوټ غبرګونونو ممکنه پایلې ۱۷۸

٦- ۲- انځور: Conjoined غبرګونونه ډولونه.. ۱۷۹

۷- ۱- انځـور: د شـکرې لرونکـې مـور ځخـه نـوې زېـږېدلې ماشـومه چـې Macrosomia دی. ۱۹۹

۷- ۲- انځور: د اوسپنې کمښت انيميا لرونکې امېندواري ښځو د محيطي وينې سمپل ۲۰۳

۷- ۳- انځور: دنوی زېږيدلی ماشوم هيموليتيک ناروغی ۲۰۹

۸- ۱- انځورA: Succenturiate lobe... ۲۴۱

۸- ۲- Bد ډاپلر التراساونډ پواسطه ښودل شوی ۲۴۱

۸- ۳- انځور: په پورته انځورونو کې د Extrachorial placentation د دواړو ډولونـو Circum marginate (چـپ) او Circumvallate (ښـي) بـدلونو نـه ښودل شوي دي. ۲۴۲

۸- ۴- انځـور: د پلاسـنتا د دوران اخـتلال اړونـده د پلاسـنتا مـورنی او جنينـي برخې. ۲۴۳

۸- ۵- انځور: د پلاسنتا Chorioangioma ۲۴۶

۸- ٦- انځور: د Velamentous حبل ارتکاز... ۲۴۸

د جدولونو لیست

۱- ۱- جدول: د سونوګرافي پواسطه د امېندوارۍ مېعاد معلومو................ ۱۰
۱- ۲- جدول: د پلاسنتا هورمونونه ۱۵
۱- ۳- جدول: د امېندوارو او تي ورکوونکو مېندو له پاره دورځنۍ غذا اړتیا ۲۷
۱- ۴- جدول: د امېندوارۍ په دوران کې د وزن اخیستلو اندازه............... ۲۸
۲- ۱- جدول: د Biophysical profile برخې او درجې............................ ۴۵
۳- ۱- جدول: د شلو دقیقو اپګار سکور.. ۷۷
۴- ۱- جدول: په ترایمسترونو کې د سټنډرډ الټراساونډ پواسطه معاینه کېدونکې برخې ۹۷
۵- ۱- جدول: د غیر اغېزمن زېږون معمولې کلینیکي موندنې.................... ۱۴۰
۵- ۲- جدول: د غیر نورمال زېږون نمونې، تشخیصیه کریټیریاوې او د درملنې میتود ۱۴۲
٦- ۱- جدول: مخکې له وخته د ممبران ریچر اهتمامات.......................... ۱٦۸
٦- ۲- جدول: د غزیدلی امېندواري له کبله مورني او Perinatal جانبي عوارض ۱۷۱
٦- ۳- جدول: د لوړ فشار ډولونه او تشخیص....................................... ۱۸۲
۷- ۱- جدول: د White طبقه بندي چې د ۱۹۸٦ څخه تر ۱۹۹۴ پورې د اختلاطي کوونکي شکر درملنې لپاره استعمالېده ۱۹۷
۷- ۲- جدول د اوږدې او لنډې مودې انسولین.................................... ۲۰۰
۷- ۳- جدول: د وینې دګلوکوز داندازه کولو په خپله څارنه.................... ۲۰۱
۷-۴- جدول: د امېندوارۍ په دوران کې د انیمیا لاملونه ۲۰۲
۸- ۱- جدول: هغه معمول رژیمونه د انډکشن څخه مخکې د رحم غاړې دپخوالي یا Labor induction لپاره استعمالېږي ۲۳۵
۸- ۲- جدول: د Induction ارزونې لپاره د Bishop سکور سیستم........ ۲۳٦

۸- ۳- جـدول: د زېـږون انډکشـن لپـاره د اوکسيټوسـين ټيـټ او لـوړ ډوز رژيمونه ۲۳۹

۸- ۴- جدول: د پلاسنتا د پتالوژيکي معاينې ځينې استطبابات................ ۲۵۰

۹- ۱- جدول: د زېږون د دردونو لپاره ځينې زرقي انلجزيک درمل.......... ۲۵۹

۹- ۲- جدول: په ولادي کې معمول استعمالېدونکي موضعي انستيزي مواد ۲۶۰

۹- ۳- جدول د درملو لپاره د FDA کټګورياني.................................... ۲۷۱

سریزه

الله پاک د انسان په خاطر په قران پاک کې په څلورو څېزونو قسم فرمایلی(ترجمه) انځر، زیتون، د طور غر او د مکې په پاکه خاوره چې انسان مې په ښایسته بڼه پیدا کړی او د دې ښایسته انسان لپاره یې د کایناتو نظام (لمر، سپوږمی، غرونه، سمندرونه، اوبه، اکسیجن او نور) تابع کړي،نو دغه انسان یې هم د یو لوی مقصد لپاره پیدا کړی، چې خپله په قران پاک کې الله پاک فرمایي (ترجمه): ما انسانان او پیریان نه دي پیدا کړي بلکې د خپل عبادت لپاره مې پیدا کړي زه هم یو انسان یم لومړی د خپل رب شکر ادا کوم چې انسان یې پیدا کړې یم او په انسانانو کې یې مسلمانه پیدا کړې یم او بیا یې د دې توفیق را کړ چې د طب کارکوونکو او گرانو محصلینو لپاره د امېندوارۍ او زېږون تر سرلیک لاندې درسي کتاب چې ورته اړتیا ده له بلې خوا کریکولم هم نوی شوی نو ځکه د نسایي ولادي ځانگې له خوا دنده راکړل شوه چې څلورم کال اول سمستر محصلینو ته درسي کتاب ولیکم کتاب مې د خپل توان له مخې په ساده او روانه پښتو ژبه لیکلی تر ډېره بریده مې هڅه کړې چې کتاب په بشپړ ډول پښتو ولیکم خو هغه لاتین او انگلیسي کلمې چې عامې دي او هر محصل پرې پوهېږي په خپلو نومونو مې پرې ایښي او له ژباړې یې تېره شوې یم. کتاب نهه (۹) څپرکي او (۲۹۸) مخونه لري چې په لومړي څپرکي کې د امېندوارۍ تشخیص، د نورمالې امېندوارۍ فزیولوژي، مورني تطابق په امېندوارۍ کې او مخکې له زېږون څخه څارنې، په دویم څپرکي کې له زېږون څخه مخکې د جنین ارزونه او مخکې له زېږون څخه تشخیص، په دریېم څپرکي کې لېبر او زېږون، د زېږون د وخت څارنې، د نوي زېږېدلي ماشوم څارنې، د نفاس دوره او د هغې اختلاطات. په څلورم څپرکي کې

ولادي التراساوند، د امېندوارۍ پر مهال د تروفوبلاسټ ناروغۍ، Ectopic امېندواري او سقطونه. په پنځم څپرکي کې ولادي وينه بهيدنه (مخکې او وروسته له زېږون څخه)، بريچ اعتلان او زېږون، ستونزمن زېږون، عملياتي زېږون او مهبلي مرستندويه زېږون. په شپږم څپرکي کې مخکې له مودې زېږون او مخکې له زېږون څخه د پردې څېرې کېدل او له مودې څخه اوښتې امېندواري. په اووم څپرکي کې څو گونې امېندوارۍ، د لوړ فشار گډوډي، د امېندواري شکره، د وينې گډوډي، د Rh منفي ښځو امېندواري، د جنين د ودې گډوډي او رحمي مړينه او د امېندوارۍ په دوران کې انتاني ناروغۍ. په اتم څپرکي د زېږون د پروسې تحريکول، د پلاسنتا، حبل ثروي او پردې ابنارملتيگانې. په نهم څپرکي کې په امېندوارۍ کې انلجيزيا او انستيزي، تيراتوجنيک درمل او نور درمل او د خطرناکو ولادي پيښو څارنه گډون لري.

درنښت

پوهنوال دکتورس حفيظه سهاک

لومړی څپرکی

د امېندوارۍ پېژندنه او له فیزیولوژیکو بدلونونو سره ئي مورنی تطابق

د امېنـدوارۍ د تشـخیص لپـاره یـوازې د میاشـتني عـادت ورکېـدل د امېنـدوارۍ ځانګړتیا نه شمېرل کېږي، ځکه چې میاشتنی عادت په ځینو نورو حـالتونو کـې هـم ورک کېږي. ځینې نورې نښې؛ لکه زړه بدوالی، کانګې، د ثدیو او ګېډې لویوالی، پر مخ د ځینو تورو داغونو منځته راتګ، leukorrhea، د بدن د تودوخې درجې لوړوالی کـولای شي د ځینو علایمو په ملتیا سره مونږ د امېندوارۍ تشخیص ته نږدې کړي.

امیندواري یوه فزیولوژیکه پروسه ده، چې په ترڅ کې یـې د مېرمنـې د بـدن شـکاره جوړښت او میتابولیکي پروسه بدلون مـومي. د امېنـدوارۍ د وخـت معلومولـو لپـاره پخـوا یوازې د مېرمنې د ګېډې له معاینې څخه ګټه اخیسـتل کېـده، خـو التراسـونوګرافي دا کـار آسانه کړی. منل شوې خبره ده، چې په امیندوارۍ مېرمن کې د ښکاره بڼې او میتـابولیکي بدلونونو سره د مېرمنې بدن د امېندوارۍ په دوران کې پوره تطـابق ښـيي. کلـه چـې ماشـوم وزېږول شي زیاتره دا بدلونونه بېرته د نفاس دورې تر پایه پورې یو په بل پسې خپل لومړي حالت ته راګرځي.

مخکې له زېږون څخه ځارنې چې له حمل اخیستلو څخه مخکې پیـل او لـه زېـږون څخه وروسته پړاو پورې ادامه مومي د دې ځارنو په مرسته د میندو مړینه پنځه ځلـه راټیټـه شوې ده. په تېره بیا مخکې له وخته زېږون او Stillbirth .(Cunningham, 2018)

د زده‌کړې موخې

- د امېندوارۍ پېژندنه
- د نورمالې امېندوارۍ فزیولوژي
- مورنی تطابق په امېندوارۍ کې
- مخکې له زېږون څخه څارنې او د امېندوارۍ د معمولو ګیلو اداره کول

د امېندوارۍ تشخیص

یواځې د میاشتني عادت ورکېدل د امېندوارۍ د تشخیص لپاره ځانګړتیا نه شمېرل کېږي، ځکه چې میاشتنی عادت په ځینو نورو حالتونو کې هم ورک کېږي؛ لکه حوصلي تومورونه، د ځینو ولادي پېښو د اختلاط په توګه؛ لکه (asherman syndrome) او داسې نور. ځینې نورې نښې؛ لکه زړه بدوالی، کانګې، د ثدیو او ګېډې لویوالی، پر مخ د ځینو تورو داغونو منځته راتګ، لوکوریا، د بدن د تودوخې د درجې لوړوالی کولای شي د ځینو نښو په ملتیا سره مونږ د امېندوارۍ تشخیص ته نږدې کړي.

۱. د امېندوارۍ فرضي شواهد : د امېندوارۍ ځینې کلینیکي نښې په لاندې ډول دي:

أ. *د میاشتني عادت بندېدل:* د میاشتني عادت بندیدل د هورمونو (استروجن او پروجسترون) بدلونونو له کبله د ژېړ جسم په مرسته رامنځته کېږي. که چېرې د یوې ځوانې روغې ښځې میاشتنی عادت بند شي، په داسې حال کې چې مخکې د میاشتني عادت نورمال سایکل ولري امېندوارۍ ته ډېر فکر کېږي.(Cunningham, 2018)

ب. *زړه بدوالی او کانګې:* په ٪ ۵۰ امېندواریو کې تر ټولو دودیزه نښه ده، چې د امېندوارۍ په دویمه اوونۍ کې په مقدم ډول پیلېږي او د امېندوارۍ ۱۳ – ۱٦ اوونۍ کې له منځه ځي. د زړه بدوالي او کانګو زیاتوالی که د ډیهایډریشن، د وزن د لاسه ورکولو او Keton uria سره مل وي د Hyperemises gravidarium په نوم یادېږي، چې په زیاترو حالتونو کې بستر کېدو، وریدي درملنې، د کانګو ضد درملو او وریدي تغذیې ته اړتیا پیدا کوي. غیراختلاطي زړه بدوالی او کانګې د لږو متکررو او وچو خوړو د خوړلو په مرسته اصلاح کېږي.

ت. *د ثدیو بدلونونه*: په لاندې ځلورو برخو وېشل شوي.

- Mastodynia: د ثدیو قناتونو او Alveolar سیستم باندې د هورموني اغېزو له کبله د ثديي حساسیت او درد رامنځته کېږي.
- د ثدیو غټوالی: د ثدیو غټوالی او د Areola شاوخوا وریدونو بارز کېدل د امېندوارۍ په اولو وختونو کې په ځانګړې ډول په اول باري ښځو کې لیدل کېږي. Montgomery's ټوبرکلونه د Areolar غدواتو یوه برخه ده چې د پوستکي د سطحې دپاسه لیدل کېږي. د امېندوارۍ ٦ – ٨ اوونیو کې د هورموني بدلونونو له کبله ډېر بارز کېږي.
- دکولسټروم افراز: د امېندوارۍ په ١٦ اوونۍ کې د پروټین او انتيباډي تولید رامنځته کېږي.(Cunningham, 2018)
- د ثدیود د دویمي نسج وده: د تیونو د څوکو شاوخوا د ثديي دویمي نسج پرمختګ کوي.

ث. *د جنین خوځېدل*: اول‌ځلي ښځې د امېندوارۍ په ١٨ – ٢٠ اوونیو کې د جنین لومړنی خوځېده احساسوي په داسې حال کې چې څوم باري ښځې بیا د امېندوارۍ په ١۴ اوونۍ کې دا خوځېدنه احساسوي. د مور له خوا د دې حرکتونو پوهېدو ته Quickening وايي، خو دا د امېندوارۍ باوري نښه نه ګڼل کېږي.

ج. *د بدن د تودوخې د درجې لوړوالی*: د پروجسترون هورمون د بدن تودوخه د فارنهایت د نیمې درجې په اندازه لوړوي، چې د تحیض له بندېدو څخه وروسته په دوامدار ډول شتون لري. د تودوخې د درجې لوړوالی د تحیضي سایکل په luteal پړاو کې هم رامنځته کېږي.

ح. *د پوستکي بدلونونه*

Chloasma: د امېندوارۍ له کبله د تندي، د پزې د Bridge او د غومبورو د هډوکي په پوستکي کې تور داغونه پیدا کېږي، چې عموماً د امېندوارۍ په ١٦مه اوونۍ کې لیدل کېږي او د لمر وړانګو سره د مخامخ کېدو سره زیاتېږي.

- Linea nigra: د میلانوسایټ تنبه کوونکي هورمون د زیاتوالي له کبله د تیونو څوکې او نامه څخه ترعجان پورې د منځنۍ خط توروالی رامنځته کېږي، چې له زېږون څخه وروسته له منځه ځي. یعنې linea Alba په

linea Negra بدلېږي. لامل يې د Melanophorese زيات تنبه كېدل دي. چې د Melano Somatotrope Hormone د لوړوالي په واسطه منځته راځي.

- Striae: په ثديو او بطن كې غيرمنظم سكار ليدل كېږي، چې د striae په نوم يادېږي. Striae د امېندوارۍ په وروستيو وختونو كې د كولاجن د جلاوالي له كبله رامنځته كېږي.(Picard, 2015)

٢. د امېندوارۍ دتشخيص احتمالي علايم: په لاندې ډول تشريح شوي

أ. د حوصلي غړو بدلونونه

- Chadwick's sign: د حوصلې رګونو د احتقان له كبله مهبل او د رحم عنق ابي رنګ غوره كوي، چې د امېندوارۍ احتمالي نښه ګڼل كېږي.(Rosai, 2015)

- Hegar's sign: د رحم د Isthmus يا جسم پراخوالى او هوارېدو ته ويل كېږي، چې د امېندوارۍ په ٦ – ٨ اوونيو كې رامنځته كېږي. استروجن او پروجسترون د رحم عنق د بهرني فوحې د پراخوالي لامل كېږي.
- leukorrhea: د هورموني بدلونونو له كبله په دويمي ډول مهبلي افرازات چې د اپيتلي حجرو او د رحم غاړې مخاطو لرونكى وي زياتېږي.

ب. *حوصلي ليګامنټونه*: د امېندوارۍ په دوران كې Sacroiliac او symphysis pubis په برخه كې استرخا رامنځته كېږي.

ت. *د بطن لويېدل*: د امېندوارۍ په دوران كې د رحم نمو سره بطن لويېږي. د امېندوارۍ ١٨-٣٦ اوونۍ پورې د رحم دغور (Fundus) اندازه په cm او د امېندوارۍ موده په اوونيوښودل كېږي، چې د دوى ترمنځ ښه اړيكه شتون لري د امېندوارۍ د ١٢ اوونۍ څخه وروسته رحم په يو بطني غړي بدلېږي او د امېندوارۍ تر پاى پورې د رحم غور سرحدتر Xyphoid proces پورې رسېږي. د رحم د سايز لويوالى په اولباري ښځو كې د څوم باري ښځو په پرتله ډېر ښكاره وي. ځكه چې په څومباري ښځو كې د عضلاتو مقويت له منځه تلو له كبله بطن ځوړنده بڼه غوره كوي، چې د pendulous

بطن په نوم يادېږي. د امېندوارۍ له کبله د رحم وزن تر ۱۰۰۰ گرامه پورې زياتېږي او سايز يې پنځه ځلې (له امېندوارۍ پرته وخت څخه) زياتېږي. د يادولو وړ ده چې د بطن لويوالی يواځې د امېندوارۍ علامه نه ده. ځينې نور لاملونه هم؛ لکه تومورونه، Ascites او داسې نور هم د بطن د پراخېدو لامل گرځي.

ث. *Ballottement*: د امېندوارۍ په منځنۍ برخه کې د امينوتيک مايع حجم د جنين په پرتله زيات وي؛ نو ځکه د رحم دپاسه د فشار واردولو سره جنين په رحم کې ډوب شي او بېرته بيا د بطن جدار ته ځان را رسوي چې د Ballottement نښې په نوم يادېږي.(Cunningham, 2018)

ج. *Uterine suffle*: وروسته د شپاړلسمې اوونۍ نه د symphysis pubic دواړو خواوو ته برجسته نبضان مونډل کېږي، چې د وينې د جريان زياتېدو له کبله په رحمي شريان(Uteren artery) کې منځته راځي.

ح. *Cervical change*: په عادي حالت کې د رحم غاړه د پزې د غضروف په شان قوام لري، خو په امېندوارۍ کې دغه جوړښت نرموالی مومي، چې د Goodell's Sign په نوم يادېږي.

خ. *د رحم د غاړې مخاط*: چې د عنق له غدواتو څخه افرازېږي. په امېندوارۍ کې د هورمونو تر اغېز لاندې زياتوالی مومي. يو دا چې د امېندوارۍ ښځې د رحم عنق د باکترياوو له مداخلې څخه ساتل کېږي، بل دا چې د رحم عنق د امېندوارۍ په دوران کې ډېر نرمېږي. دا حالت په هغو ښځو کې چې امېندوارې نه وي او د امېندوارۍ ضد درمل کاروي هم منځته راتلای شي. همدارنگه د امېندوارۍ له پرمختگ سره د رحم عنق هم نرم قوام ځان ته غوره کوي او د دوه لاسي معاينې په واسطه د رحم عنق او د رحم جسم د دوو بېلو برخو په شان جس کېږي، چې د Hegar sign په نوم يادېږي.

د. *د رحم تقلصات*: د رحم بې‌درده تقلصات (Braxton Hick's) د فشار په ډول حس کېږي، چې عموماً په ۲۸ اوونۍ کې شروع کېږي او په منظم ډول د امېندوارۍ د مودې له پرمختگ سره زياتېږي. نوموړي تقلصات له قدم وهلو او تمرين سره له منځه ځي، خو د حقيقي زېږون تقلصات ډېر شديد وي او له منځه نه ځي.(Govindan, 2015)

۳. د امېندوارۍ د تشخیص یقیني یا مثبت علایم : په لاندې ډول تشریح شوي

أ. د جنین د زړه اوازونه

د جنین د زړه ټون د Handheld ډاپلر په واسطه (د امېندوارۍ لسمې اوونۍ څخه وروسته) یا د فیټوسکوپ په واسطه (د امېندوارۍ ۱۸ – ۲۰ اوونۍ څخه وروسته) اوریدل کېږي.

ب. رحم سایز او د جنین جس کېدل

ت. د امېندوارۍ په وروستیو وختونو کې رحم لویېږي او د امېندوارۍ ۲۲مې اوونۍ څخه وروسته د مور ګېډې د دېوال له لارې جنین جس کېږي.

ث. تصویري ازموینې

د امېندوارۍ د تشخیص لپاره التراساونډ تر ټولو ګټوره ازموینه ده. د مهبلي التراساونډ په واسطه په ۵ – ٦ اوونیو کې د زړه فعالیت او په ۷ – ۸ اوونیو کې د ګوتو او اطرافو حرکتونه معلومېږي.

ج. د امېندوارۍ ازموینې

د امېندوارۍ لومړنی تشخیص د hCG اندازې معلومولو په واسطه ترسره کېږي، چې په درې ډوله دي:

- د امېندوارۍ لپاره کورنۍ معاینه: په دې معاینه کې د ښځې د سهار په لومړیو تشو متیازو کې د hCG اندازه معلومېږي. د رنګ په بدلولو سره نوموړې معاینه مثبت کېږي.
- د تشو متیازو معاینه: د امېندوارۍ د تشخیص لپاره لومړنۍ لابراتواري ازموینه ده، چې د بیتا hCG سب یونټ معلومولو له مخې امېندواري تشخیصېږي. د امېندوارۍ د تشخیص لپاره تر ټولو دودیز میتود دی.
- د سیروم معاینه: له القاح څخه ۷ ورځې وروسته د وینې په سیروم کې بیتا hCG تشخیصېږي. (Braunstein, 2014)

۴. د جنین د ژوند او مړینې پېژندنه: د جنین د ژوند او عمر معلومولو لپاره د Naegele's قانون او کلینیکي پارامترونو څخه کار اخیستل کېږي.

أ. د امېندوارۍ کالیزه

په نورمال ډول که یوه ښځه ۲۸ ورځې تحیضي سایکل ولري؛ نو امېندواري یې د وروستي تحیض څخه وروسته تر ۲۸۰ ورځو یا ۴۰ اوونیو پورې دوام کوي. په داسې حال

کې چې د وروستي تبیض (Ovulation) څخه بیا ۲٦٦ ورځې یا ۳۸ اوونۍ دوام مومي. د نیګل قانون له مخې له وروستي تحیضي سایکل څخه ۳ میاشتې منفي کېږي او ۷ ورځې ور سره جمع کېږي. (Decherney, 2013)

ب. کلینیکي پارامترونه

- الټراساونډ: چې په روټین ډول د امېندوارۍ عمر تخمینولو، د Aneuploidy ازموینو، د جنیني اناټومي او ښه‌والي معلومولو لپاره کارول کېږي.
- د ماشوم خوځېدل
- د جنیني زړه اوازونه

ت. د جنین د مړینې معلومول

د جنین د مړینې معلومول په مقدم ډول د الټراساونډ په واسطه تشخیصېږي. په دې حالت کې د جنین د زړه فعالیت شتون نه لري. د لابراتواري معایناتو له نظره بیتا hCG سویه نه لوړېږي. د امېندوارۍ په وروستیو وختونو کې د جنین د حرکت نشتوالی د جنین د مړینې لومړنۍ نښه ګڼل کېږي.(Decherney, 2013)

د نورمالې امېندوارۍ فزیولوژي

امېندواري یو فیزیولوژیک بدلون دی، چې پر مهال یې د امیندوارې مېرمنې د بدن ظاهري جوړښت او میتابولیکي پروسې په خپل حال نه پاتې کېږي د امېندوارۍ د وخت معلومولو لپاره یوازې د مېرمنې د ګېډې معاینه بسنه نه کوي، پلاسنتا چې یو لنډمهاله اندوکرایني غده ده د امېندوارۍ په لومړیو ۲ – ۴ اوونیو کې د پلاستا په مرسته hCG افراز لوړېږي، تر څو د مورني ژېړ جسم څخه د استراډیول افراز برقرار وساتي. د امېندوارۍ په اوومه اوونۍ کې له مورني تخمدانونو څخه د پروجسټرون او استروجن افراز کې د پام وړ کموالی راځي.

۱- د امېندوارۍ مودې معلومول: Menstraul age عبارت له هغه میعاد څخه دی، چې د اخري حیض لومړۍ ورځې نه پیل تر هغه چې زېږون صورت نیسي- ادامه لري. د امېندوارۍ موده د ۱۰ قمري او یا ۹ هجري شمسي میاشتو، ۳ ترایمستره، ۴۰ اوونیو او ۲۸۰

ورځو سره برابره ده. يعنې په تخميني توګه د لاندې فورمول په واسطه کولای شو د زېږون احتمالي نېټه معلومه کړو:

((د وروستي حيض لومړۍ ورځ + ۷ ورځې + ۱۲ مياشتې – ۳ مياشتې = د زېږون اټکلي نېټه))

عا لمانو د اسانتيا په موخه د امېندوارۍ يوه بشپړه دوره په درېيو ترايمسترونو وېشلې ده چې په لاندې ډول ده:

۱. لومړی ترايمستر: له حمل اخيستلو څخه د امېندوارۍ تر ۱۴ اوونۍ پورې.

۲. دويم ترايمستر: د امېندوارۍ له ۱۴ اوونۍ څخه تر ۲۸ اوونۍ پورې.

۳. درېيم ترايمستر: د امېندوارۍ له ۲۸ اوونۍ څخه تر ۴۲ اوونۍ پورې.

هر ترايمستر خپلې ځانګړتياوې او ولادي اختلاطات لري. د بېلګې په توګه زياتره په خپل سر سقطونه په لومړي ترايمستر کې رامنځته کېږي او يا د وينې لوړ فشار ګډوډي معمولاً په دويم ترايمستر کې ښکاره کېږي.(Cunningham, 2018)

په سم ډول د امېندوارۍ د ميعاد معلومولو لپاره سونوګرافي ترسره کېږي. د يـوې ښـځې د اميد د مودې او د زېږون اټکلي وخت اټکلو لپاره ځانګړې ځانګړتياوې شتون لري، چـې د سونوګرافي په واسطه معلومېږي؛ لکه څنګه چې په (۱-۱- جدول) کې ښودل شوي دي.

۱-۱- جدول: د سونوګرافي په واسطه د امېندوارۍ د ميعاد معلومول

د امېندوارۍ ميعاد	پارامترونه
د ۹ اوونيو څخه کم	CRL
د ۹ او ۱۴ اوونيو ترمنځ	CRL
د ۱۴ او ۱٦ اوونيو ترمنځ	BPD, HC, AC, FL
د ۱٦ او ۲۲ اوونيو ترمنځ	BPD, HC, AC, FL
د ۲۲ او ۲۸ اوونيو ترمنځ	BPD, HC, AC, FL
۲۸ مه اوونۍ او له هغه څخه زيات	BPD, HC, AC, FL

(Cunningham، ۴۱۸)

د CRL ميتود د ټولو ميتودونو په پرتله د امېندوارۍ ميعاد معلومولو يقيني ميتـود دی، چې تر ۱۳ اوونۍ پورې کارول کېږي. CRL په Midsagittal پلان کې چې رشيم يا جنـين

په قبض حالت کې نه وي اخیستل کېږي وروسته له ۱۴ اوونۍ څخه د امېندوارۍ میعاد د BPD، HC یا AC او FL په مرسته معلومېږي. په دویم ترایمستر کې BPD تر ټولو غوره میتود دی، چې ۷ – ۱۰ ورځو پورې توپیر په کې شتون لري.(Cunningham, 2018).

۲- د انسان امبریولوژي: د امبریولوژي له نظره د انسانانو وده په دوه دورو وېشل کېږي.

- Prenatal
- Postnatal

Prenatal Period: د القاح څخه پیل او د زېږون پورې غځیږي، چې د لاندې مرحلو درلودنکي ده.

الف. رشیمي مرحله: چې له القاح څخه پیل او په ۵٦ ورځ پای ته رسیږي.

ب. جنیني مرحله: چې له ۹ اوونۍ څخه پیل بیا د ماشوم تر زیږېدو پورې غځیږي په دې مرحله کې سیستومونه جوړیږي او په پایله کې نومووړی موجود د یو پرمختللي انسان بڼه ځان ته غوره کوي.

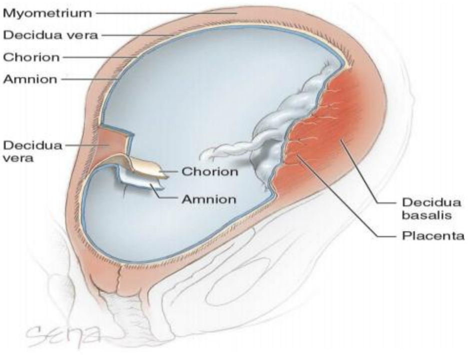
Postnatal Period: دا دوره له زېږون څخه وروسته پیل بیا د ژوند تر پایه پورې غځیږي او د لاندې مرحلو لرونکې ده.

- Infant Period
- Child Hood Period
- Adolescence
- Adulth Hood
- Senescence

۳. د پلاسنتا جوړېدل: د امېندوارۍ په لومړیو وختونو کې د کوریونیک غشاء محیطي برخو باندې Villi تقسیم کېږي. کله چې blastocyte او د هغې شاوخواtrophoblast وده وکړي او Decidua ته خپور شي؛ نو یو قطب یې د اندومتر جوف ته مخامخ کېږي او د بل قطب څخه یې پلاسنتا جوړیږي. په لومړي ترایمستر کې د پلاسنتا وده د جنین په نسبت ډېره چټکه وي. د امېندوارۍ په ۱۷ اوونۍ کې د پلاسنتا او جنین وزن یو برابر وي په داسې

حال کې چې په پوره مودې کې بيا د جنين د وزن شپږمه برخه جوړوي. د پلاسنتا په مورنۍ مخ کې ځينې راوتلې محدبې جوړښتونه ليدل کېږي، چې د لوب په نوم يادېږي چې شمېر يې د ۱۰ – ۳۸ پورې توپير کوي. لوبونه د نيمګړو چقوريو په واسطه بېل شوي دي. د ظاهري منظرې له نظره ښکارېدونکي لوبونه د کوټايليډون په نوم يادېږي. کوټايليډون د پلاسنتا وظيفوي واحد دی، چې د اساسيStem villi په واسطه اروا کېږي. (Cunningham, 2018)

۴. د وينې جريان په پوره مودې پلاسنتا کې او د پلاسنتا د لېږدولو دنده : د ظاهري اناټومي منظرې له نظره د پلاسنتا جنيني سطحه د شفاف امنيون په واسطه راګېره شوې، چې د دې لاندې کوريونيک رګونه سير کوي. د پلاسنتا په يوه مقطع کې امنيون، کوريون، کوريونيک ويلای، د ويلای ترمنځ مسافه، ډيسيوډوال پليټ او مايومتريوم شتون لري (۱- ۱-انځور).



۱-۱- انځور: په رحم کې نورماله پلاسنتا ليدل کېږي. (Cunningham، ۲۲۷)

د جنيني دوران په اساس د جنين ناپاکه وينه د دوو ثروي شريانونو په واسطه پلاسنتا ته ځي. کله چې حبل له پلاسنتا سره يوځای شي؛ نو ثروي اوعيې د امنيون لاندې په څانګو وېشل کېږي او له کوريونيک پليټ څخه تېرېږي. په ويلای کې نوموړې څانګې په نورو کوچنيو څانګو وېشل کېږي او د ويلای په نهايي څانګو کې شعريې جالونه جوړوي.

دا په داسې حال کې ده، چې له پلاسنتا څخه پاکه وینه یا زیات اکسیجن لرونکې وینه یواځې د یو ثروي ورید په واسطه جنین ته وړل کېږي.

د امېندوارۍ له دېرشمې اوونۍ څخه وروسته د قاعدوي ډیسیډوا او مایومتریوم ترمنځ وریدي شبکه تاسیس کوي، چې له زېږون څخه وروسته د پلاسنتا په جلاوالي کې مرسته کوي.

۵. د جنین فزیولوژي: د عصبي ټیوب قحفي نهایت له وروستي تحیض څخه وروسته په ۳۸ ورځ او Caudal نهایت یې په ۴۰ ورځ بندېږي؛ نو د فولیک اسید د ورکړې لپاره بایـد دا ټکی په یاد وساتو. د دماغو ودې د دې وخت څخه پیل او د ۳ – ۵ میاشتو په ترڅ کې وروستي حد ته رسېږي په داسې حال کې چې میالینایزیشن بیا له زېږون څخه وروسته هم غځېږي. د عصبي تیوب ۲/۳ پورتنۍ برخې څخه دماغ او ۱/۳ ښکتنۍ برخې څخه یې شوکي نخاع سرچینه اخلي. د سکروم Ossification په ۲۱ اوونۍ کې په الټراساونډ کې ښکاري. د شوکي نخاع میالینایزیشن د امېندوارۍ منځنۍ مودې څخه پیل او له زېږون څخه وروسته تر یو کال پورې دوام مومي.

د جنین د وینې دوران د جوړښت او دندې له نظره د کاهلانو سره توپیر لري. جنیني وینه د پاکوالي لپاره سږو ته د ورتلو اړتیا نه لري؛ له دې کبله وینه د ښي بطین څخه پرته لـه دې چې سږو ته لاړه شي چپ بطین ته انتقالېږي. اکسیجن او نور غذایي مواد چې جنین ورته اړتیا لري مستقیماً له پلاسنتا څخه د یو ثروي ورید په واسطه اخلي. د رشیمي دورې په لومړیو وختونو کې وینه لومړی د yolk sac بیا د ځیګر او په اخر کې د توري او هډوکو مغزو په واسطه جوړېږي. په جنیني دوره کې د سږو پوخوالی اړین دی، ځکه د سږو خاموالی له زېږون څخه وروسته د تنفسي زجرت سنډروم د رامنځته کېدو لامل کېږي. دا چې تنفسي عضلات ډېر ژر پرمختګ کوي؛ نو په ۱۱ اوونۍ کې د جنین د سینې حرکات د الټراساونډ په واسطه لیدل کېږي. جنین د ۱۰ – ۱۲ اوونیو کې بلع شروع کوي. د جنین په معده او کوچنیو کولمو کې په کمه اندازه هضمي انزایمونه او هایدروکلوریک اسید شتون لري. په ۱۱ اوونۍ کې انټرنسک فکتور او په ۱۶ اوونۍ کې پیپسینوجن د معلومولو وړ وي. Maconiam د جنین د کولمو محتوی ده چې د بدن مختلفو افرازاتو او محصولاتو

لرونکې ده؛ لکه Glycero phospholipids، Debery from amniotic fluid، Sculp hair او Biliverdine pigment دي چې بيليوردين همدې موادو ته توربخن شين رنګ ورکوي. دغه مواد د جنين د هايپوکسيا په وخت کې له جنين څخه په رحمي ژوند کې خارجېږي. چې دغه حادثه د Arginine vasopressine د ازادېدو له امله منځته راځي. نوموړې ماده چې د جنين له نخاميه غدې څخه ازادېږي د کولمو د ملسا عضلاتو د تقلص لامل ګرځي. په پايله کې جنين تغوط کوي. همدارنګه د ۱۰-۱۲ اوونيو پورې په جنين کې د بلع کولو وړتيا پيدا کېږي. په عين وخت کې په وړو کولمو کې استداري حرکات هم پيلېږي او هم د اوبو او ګلوکوز جذب له امنيوتيک مايع څخه پيل کېږي. خو که دغه مواد د جذب وړ نه وي غټو کولمو ته لېږدول کېږي. دا چې بلع ولې په جنين کې تنبه کېږي تر اوسه ښکاره نه ده، خو داسې ويل کېږي چې يو شمېر فکتورونه د دې کړنې د تنبه لامل کېږي؛ لکه د جنين د معدې تشوالی، د امنيوتيک مايع په جوړښت کې بدلون او داسې نور.(Cunningham, 2018)

د جنين بلع د امېندوارۍ په پيل کې د امنيوتيک مايع پر حجم ډېره اغېزه لري، خو د امېندوارۍ په وروستيو وختونو کې دغه کړنه د امنيوتيک مايع د حجم د تنظيموونکي په توګه دنده ترسره کوي. د امنيوتيک مايع د حجم زياتوالي ته Hydroamniosis ويل کېږي. د پوره مودې نورمال جنين د ورځې ۲۰۰ – ۷۵۰ ملي ليټره امينوتيک مايع بلع کوي. HCL او ځينې نور انزايمونه په لسمه اوونۍ کې په فعاليت پيل کوي. د امنيوتيک مايع په حجم کې نور عوامل هم اغېزه لري؛ لکه په Aancephalous کې سره له دې چې د بلع عمل محدود دی، خو بيا هم د امنيوتيک مايع اندازه نورماله نه وي. يو شمېر ولادي انومالي ګانې کولای شي د جنين هضمي سيستم اغېزمن کړي؛ لکه Megalocytic megacolon، Duodenal atresia، Imperforated anus او داسې نور.

په ۱۴ اوونۍ کې پښتورګي خپله دنده اجراء کولای شي په داسې حال کې چې تر ۳٦مې اوونۍ پورې د نويو نفرونو جوړېدنه دوام مومي. Surfactant يوه Glycero phospholipid ماده ده چې د سږو Type 2 pneumocyte په واسطه توليدېږي، چې په حقيقت کې د اسناخو د سطحي کشش د کمولو له لارې د هوايي کڅوړو يو پر بل باندې د نښلېدو مخنيوی کوي او د جنين د سږو په پوخوالي کې مهم رول لري. که چېرې سږي پاخه نه وي؛ امکان لري په جنين کې Respiratory Distress Syndrom منځته راشي د سينې تنفسي حرکتونه د

امنيوتيک مايع د دننه کېدو او بېرته بهر کېدو لامل کېږي او د امېندوارۍ په يوولسمه اوونۍ کې دا کار پيل کېږي. Surfactant يوه داسې ماده ده چې د glucocorticoid په توصيه کولو سره د دې مادي جوړېدل تنبه کېږي. Betametazone او Dexametazone هغه درمل دي چې په دې موخه کارول کېږي ورووسته له زېږون څخه تنفسي سيستم اړ دی، چې اکسيجن تهيه او کاربن ډاي اکسايد له بدن څخه اطراح کړي. د جنين صدري حرکات چې له يوولسمې اوونۍ را په دې خوا په جنين کې شتون لري يعنې امنيوتيک مايع د صدري عضلاتو د حرکاتو په واسطه دننه او بهر کېږي او دغه د صدر عضلاتو حرکتونه د تنفسي حرکتونو په نوم يادېږي. د امېندوارۍ په ۴ مياشت کې د التراساوند په واسطه تشخيص کېږي. (Cunningham, 2018)

٦. پلاسنتا هورمونونه: د پلاسنتا په واسطه ځينې پروټيني او پيپټايډي هورمونونه افرازېږي چې په ۱-۲ جدول کې ياد شوي دي.

۱- ۲- جدول: د پلاسنتا هورمونونه

هورمونونه	ورته نور هورمونونه	دندې
(hCG)	TSH ،FSH ،LH	• د کارپس لوټيم دندې برقرار ساتي. • د جنين د خصيو د ټسټسټرون افراز تنظيموي. • مورنی تايرايډ تنبه کوي.
(PL)	GH، پرولکټين	د جنيني انرژي د اړتياوو پوره کولو لپاره په مورني تطابق کې مرسته کوي.
Growth hormone variant (hCG-V)	GH variant په نخاميه غده کې نه پيدا کېږي	د امېندوارۍ انسولين پر وړاندې پوټنشيالي مقاومت رامنځته کوي.
پروجسټرون	--	--
استروجن	--	--

(Cunningham، ۲۳۸)

۷. د جنین اډرینال غده: د جنین اډرینال غده وتلې جوړښت او دندې لري. په میعاد کې د جنین د اډرینال غدې وزن د ځوان د اډرینال غدې په اندازه وي. له ۸۵٪ څخه زیاته برخه یې د جنیني زون څخه جوړه شوې ده، چې د سټیرویډ زیات جوړېدو وړتیا لري. میعاد ته نږدې په ورځ کې د ۱۰۰ – ۲۰۰ گرامه پورې سټیرویډ تولیدوي. جنیني زون یې د ژوند په لومړي کال کې له منځه ځي او په کهولت کې شتون نه لري. د ACTH ترشنگ د جنین اډرینال غده د پلاسنتا څخه افراز شویو فکتورونو په واسطه هم وده کوي؛ نو له دې کبله د امېندوارۍ په ټول وخت کې د اډرینال غدې وده بشپړېږي. (Cunningham, 2018)

۸. په امېندوارۍ کې د استروجن افراز: د امېندوارۍ په لومړیو ۲ – ۴ اوونیو کې د hCG سویه لوړېږي ترڅو له مورني ژېړ جسم څخه د استراډیول تولید برقرار وساتي. د امېندوارۍ په اوومه اوونۍ کې له مورني تخمدانونو څخه د پروجسټرون او استروجن افراز کې د پام وړ کموالی راځي. د اوومې اوونۍ په دوران کې تر نیمایي زیات استروجن چې مورنۍ وینې ته ننوځي د پلاسنتا په واسطه افراز شوی وي. د امېندوارۍ تر پایه پورې پلاسنتا استروجن تولیدوي. میعاد ته نږدې د استروجن سویه ډېره لوړېږي، ځکه چې syncytiotrophoblast د تخمدانونو په اندازه استروجن تولیدوي. دغه هایپراستروجنیک حالت د پلاسنتا له زېږون څخه وروسته له منځه ځي.

هغه جنیني حالتونه چې د استروجن افراز اغېزمنوي عبارت دي له جنیني مړینه، Anencephalic، د جنین د اډرینال غدې هایپوپلازیا، د جنیني پلاسنتا sulfatase کمښت، د جنیني پلاسنتا اروماتیز کمښت، Down syndrome ، جنیني اریتروبلاسټوسس او Addison ناروغي.

هغه مورني حالتونه چې د استروجن تولید اغېزمنوي عبارت دي له گلوکورټیکویډ په مرسته درملنه، اندروجن افرازونکي تومورونه او بشپړ هایداتیدیفورم مول.

مورنی تطابق په امېندوارۍ کې

د امېندوارۍ په فیزیولوژیکه پروسه کې هغه یو شمېر بدلونو چې د مېرمنې په بـدن کې منځته راځي او د امېندوارۍ ښځې وجود ورسره پـوره تطابق ښـيي، کله چې ماشـوم وزېږي اکثره دا بدلونو بېرته له زېږون څخه وروسته د نفاس په دوره کې چې شپږ اوونۍ ده یو په بل پسې خپل لومړي حالت ته راګرځي. که چېرې دغه بېرتـه راګرځيدنـه وځنـډيږي؛ نو خامخا کومه ګډوډي شته، چې باید ولټول شي او درملنه یې وشي.

۱. د مور او جنین نښلونکي سیستم مورني انساج: په لاندې ډول سره تشریح شوی دی رحم *decidua*: د امېندوارۍ په دوران کې د رحم دېوال نری کېږي تر څو د جنین پلاسـنتا او امنیوټیک مایع لپاره ځای رامنځته شي. د امېندوارۍ په اخـره کـې د رحـم ظرفیـت ۵۰۰ ۱۰۰۰ چنده زیاتېږي، چې په پوره موده کې یې وزن ۱۱۰۰ ګرامو ته رسېږي. همدارنګـه د رحم د جسم غټوالی د لاندې درې فکتورونو تر اغېز لاندې رامنځته کېږي:

- عضلاتو کې بدلون
- د عضلي فایبرونو تنظیم او ترتیب
- وعایي سیستم

د رحم غټوالی د عضلي طبقې د حجراتو د Hyperplasia، Hypertrophy له کبله رامنځته کېږي. د رحم Hypertrophy د امېندوارۍ په لومړیو مرحلو کې د استروجن او پروجسترون په واسطه رامنځته کېږي د امېندوارۍ په اولو څو اوونیو کې رحم خپل لومړنی جوړښت یعني ناک په څېر بڼه ساتلې وي، مګر هر څومره چې امیندواري پرمختګ کوي د رحم غور او جسم برخې مدوره بڼه غوره کوي او د امېندوارۍ په ۱۲ اوونۍ کې نږدې کروي بڼه غوره کوي. له شلمې اوونۍ څخه وروسته عضلي الیاف اوږدېږي. د هغه فشار له کبله چې د ودې په حال کې جنین له خوا د رحم په جدارونو راځي په دې وخت کې د امېندوارۍ نه لرونکو مېرمنو په پرتله رحم نرم او دېوالونه یې نري وي. د رحم عضلي الیاف د سیر له نظره په درې ډوله پراته دي، چې د بهرنۍ برخې الیاف اوږده، دننه برخې الیاف یې ګرد او منځنۍ برخې الیاف یې د نورو برخو په پرتله ډبل دي. څرنګه چې رحمي اوعیې د عضلي طبقې د کړو الیافو په منځ کې تېرېږي؛ نو د دې عضلي

الیافو د تقلص سره د رحمي اوعیو خوله تړل کېږي او د وینې بهېدنې د ودریدو لامل کېږي. همدا لامل دی چې په استرخایي یااتون رحم کې وینه بهیدنه نه ودرېږي.

د رحم تقلصات د امېندوارۍ په لومړیو وختونو کې غیرمنظم وي چې ممکن خفیف دردونه رامنځته کړي.(Cunningham, 2018)

أ. د رحم عنق: له حمل اخیستلو څخه یوه میاشت وروسته د رحم عنق هموارېږي. د رحم د عنق د غدواتو د هایپرپلازیا او هایپرټروفي او په کولاجن شبکې کې د بدلونونو له کبله د رحم عنق وعایي او اذیمایي ښکاره کېږي.(Peralta, 2015)

ب. تخمدانونه: د امېندوارۍ په دوران کې تخمدانونه خپل فعالیت ودروي او د نویو فولیکلونو پخېدنه شاته غورځېږي. یواځې یو ژېړ جسم د امېندوارۍ تر ٦ – ٧ اوونۍ پورې لیدل کېږي. Corpus luteum په امیندواره مور کې ٦- ٧ اوونیو پورې په کمه اندازه د پروجسترون افرازوي. که چېرې د امېندوارۍ د اوومې اوونۍ څخه مخکې کومه جراحي عملیه ترسره شي د پروجسترون د کمښت له کبله خپل سري سقط رامنځته کېدای شي د اړتیا په صورت کې باید نور پروجسترون ښځې ته ورکړل شي.

ت. نفیرونه :د دې قناتونو عضلي برخه د امېندوارۍ په دوران کې هایپرټروفي کوي. اپیتلي برخه یې هموارېږي. د ډیسیډوا حجرې ممکن د قناتونو داخلې برخې سټروما ته نفوذ وکړي. (Macedo, 2017)

ث. مهبل او عجان :د امېندوارۍ په دوران کې د Vulva او عجان د پوستکي او عضلاتو اوعیې زیاتېږي او هایپریمیا رامنځته کېږي. د اوعیود زیاتوالي اغېزې په مهبل او د رحم غاړه باندې بارزې وي، چې بنفشه‌یي رنګ ور کوي او د Chadwick نښې په نوم یادېږي. د امېندوارۍ په جریان کې په مهبل کې د رحم د عنق افرازات زیاتېږي، چې PH یې اسیدي [6 - 3,5] وي. (Aguin, 2015)

ج. ثديې: د امېندوارۍ په لومړیو وختونو کې د ثدیو درد او پراستیزیا رامنځته کېږي. په دویمه میاشت کې ثدیې غټېږي او وریدونه یې د پوستکي لاندې ښکاره کېږي. د تیونو څوکې غټې، ډېرې تورې او بارزې کېږي، وروسته له څو میاشتو څخه د تیونو له څوکو څخه د معمولي مساژ له کبله د کولسټروم په نوم مایع راوځي.(Rezai, 2015)

۲. د بطن جدار او پوستکی: د امېندوارۍ په منځنې وخت کې سور رنګه، لرې ژورې کرښې د بطن پوستکي کې رامنځته کېږي، ځینې وخت د ثدیو او ورنونو په پوستکي کې هم رامنځته کېږي، چې د Striae gravid arum په نوم یادېږي. په ٪۹۰ ښځو کې د

پوستکي رنګه خطونه د بطن قدامي دېوال په منځنۍ کرښه رامنځته کېږي، چې وروسته تور نصواري رنګ اخلي او د Linea nigra په نوم يادېږي. ځينې وخت غيرمنظم نصواري خالونه په مخ او غاړه کې راښکاره کېږي، چې د Cholasma يا Melasma gravidarum په نوم يادېږي. د امېندوارۍ په دوران کې وېښته د Anagen پړاو کې وي يعنې وېښتانو وده تېزېږي.(Picard, 2015)

۳. ميتابوليک بدلونونه: د جنين او پلاسنتا د چټکې ودې له امله په امېندوارو ميندو کې ځينې ميتابوليک بدلونونه رامنځته کېږي. په درېيم ترايمستر کې د امېندوارو ښځو ٪۲۰ د بدن ميتابوليک اندازه زياتېږي.(Berggren, 2015)

أ. *د وزن اخيستل*: د رحم او د هغې محتوى د زياتوالي، تيونو، د وينې زياتوالي او د خارج الحجروي مايعاتو د حجم زياتوالي له کبله د امېندورای په دوران کې په نورمال ډول وزن زياتېږي. يوه ښځه په منځني ډول په امېندوارۍ کې تقريباً ۱۲.۵ کيلوګرامه وزن اخلي چې ممکن تر ډېره وخته پاتې شي.(Jebeile, 2016)

ب. *د اوبو ميتابوليزم*: د امېندوارۍ په دوران کې په نورمال ډول د اوبو زيات احتباس رامنځته کېږي. په پوره ميعاد کې د جنين، پلاسنتا او د امنيوتيک مايع د اوبو محتوى تقريباً ۳.۵ ليټره وي.

ت. *پروټين ميتابوليزم*: د امينواسيدونو غلظت په جنين کې د مور په پرتله زيات وي چې د پلاسنتا له لارې مور څخه جنين ته لېږدول کېږي. دغه لوړ غلظت بيا د پلاسنتا له لارې د نامعلومو پروسو په واسطه منظمېږي.(Cunningham, 2018)

ث. *کاربوهايډريټ ميتابوليزم*: په نورمالې امېندوارۍ کې د لوږې په حالت کې خفيفه هايپوګلايسيميا، له غذا خوړلو څخه وروسته هايپرګلايسيميا او هايپرانسولينيميا شتون لري. له ګلوکوز خوړلو څخه وروسته دوامداره هايپرګلايسيميا او هايپرانسولينيميا رامنځته کېږي په او ګلوکاګون سويه ښکته کېږي. د حمل په دوران کې دوه لاملونه د دې لامل کېږي، چې يو حمل لرونکې مور کې د کاربوهايډريټ ميتابوليزم خراب شي او مور په GDM اخته شي. يو دا چې په محيطي انساجو کې د انسولين په مقابل کې ټينګار پيدا کېږي يا دا چې په امېندوارۍ کې د انسولين حساسيت د

غیرامیندوارې مور په پرتله کمېږي، چې د دې په پایله کې په وینه کې د ګلوکوز سویه لوړېږي او مېرمن په GDM اخته کېږي او په زیاته اندازه ګلوکوز له مور څخه ماشوم ته د پلاسنتا له لارې انتقالېږي. دا چې په امېندوارۍ کې د انسولین حساسیت ولې کمېږي متعدد فکتورونه د دې په منځته راتګ کې رول لري.(Lowe, 2014)

ج. *د شحمو میتابولیزم:* د امېندوارۍ په دوران کې د شحمو، لایپوپروټینو او اپولایپوپروټینو غلظت په پلازما کې زیاتېږي. د امېندوارۍ په دوران کې د انسولین پر وړاندې د مقاومت زیاتوالی او د استروجن تنبه د مورنۍ هایپرلیپیډیمیا لامل کېږي.(Herrera, 2014)

۴. هیماتولوژیک بدلونونه: د غیرامیندوارو ښځو په نسبت د نورمالې امېندوارۍ په دوران کې په منځنۍ توګه ۴۰ - ۴۵٪ د ۳۲ - ۳۴ اوونۍ څخه وروسته هایپرولیمیا رامنځته کېږي.

د پلازما د زیاتوالي له کبله د HB او HCT اندازه ښکته کېږي. د نورمالې امېندوارۍ لپاره ۱۰۰۰ ملي ګرامه اوسپنې ته اړتیا ده. ۳۰۰ ملي ګرامه په فعاله توګه جنین او پلاسنتا ته تېرېږي. ۲۰۰ ملي ګرامه د نورمالو اطراحي لارو په واسطه ضایع کېږي. د امېندوارۍ په دوران کې معافیتي سیستم کمزوری او د Leukocytes اندازه لوړېږي، چې په مایکرولیټر کې ۱۵۰۰۰ ته رسېږي. کواګولیشن او فایبرینولایزس هم زیاتېږي، خو د هیموسټازس ثابت ساتلو لپاره یې توازن برابرېږي. (Cunningham, 2018)

۵. د زړه او رګونو د سیستم بدلونونه: د امېندوارۍ په لومړیو اتو اوونیو کې د زړه د دندې بدلونونه ښکاره وي. په لومړیو پنځه اوونیو کې د زړه دهانه زیاتېږي او په عکسوي ډول سیستمیک وعایي مقاومت کمېږي د لاندې فکتورونو له کبله قلبي دهانه زیاتوالی مومي:

۱- د جنین د ودې لپاره چې زیات مقدار O_2 ته اړتیا لري.

۲- د رحم او ثدیو ضخاموي زیاتوالي لپاره O_2 ته اړتیا شته.

۳- د مورني عضلاتو فعالیت د زیاتوالي له کبله.

د وینې حجم زیاتوالی د مور په واسطه منځته راځي، ترڅو د هغه ضایع شوې وینې ځای وونیسي، چې له مهبلي زېږون څخه وروسته ضایع کېږي او د زړه ضربان زیاتېږي. د امېندوارۍ په دوران کې د زړه درېیم اواز په اسانۍ اورېدل

کېږي. او وعايي ټون، د وينې فشار او د سوديم موازنې د کنټرول لپاره د پروستاگلانډين توليد زياتېږي.(Mahendru, 2012)

٦. د تنفسي سيستم بدلونونه: د امېندوارۍ په دوران کې ډايافراگم ۴ سانتي مترو په اندازه اوچتېږي. د ښېتيو لاندېنۍ زاويې د پراخوالي له کبله د سينې صندوقچې پلن قطر ۲ سانتي متره په اندازه زياتېږي. د امېندوارۍ پر مهال کې د ديافراگم حرکات تېزېږي او د مخاطي غشا اوعيي زياتېږي؛ نو په زياته اندازه مخاط افرازوي چې له دې کبله په دې مرحله کې د غوږ، پزې او ستوني ستونزې زياتېږي.(Cunningham, 2018)

۷. دبولي سيستم بدلونونه: د امېندوارۍ په دوران کې د پښتورگو سايز يو سانتي متر غټېږي. د گلوميرول فلټريشن اندازه او د پښتورگو پلازما بهېدنه د امېندوارۍ په لومړيو وختونو کې زياتېږي. د گلوميرول فلټريشن اندازه په لومړيو وختونو کې۲۵ ٪ او دويم ترايمستر په پيل کې ۵۰ ٪ لوړېږي. که د پښتورگو دندې معاينه شي؛ نو په سيروم کې د کرياټينين اندازه د ۰.۷ څخه ۰.۵ ته ټيټېږي. گلوکوزيوريا نورماله او د پروټين اطراح د ۱۵۰ mg/dl څخه زياته وي. کله چې رحم په بشپړ ډول له حوصلې څخه بهر شي؛ نو په حالبونو فشار راوړي او د حوصلې څنډې ته بې ځايه کېږي او تر فشار لاندې راځي. د امېندوارۍ له ۱۲ اوونۍ څخه مخکې په مثانه کې ښکاره اناټوميک بدلونونه رامنځته کېږي. د مثانې فشار په اول باري ښځو کې له ۸ سانتي متره اوبو څخه تر ۲۰ سانتي متره اوبو پورې په پوره مودې امېندوارۍ کې لوړېږي.(Frederice, 2013)

۸. معدې معايي سيستم بدلونونه: د رحم غټوالي له کبله معده او کولمې پورته او اپنډيکس هم پورته او کله وحشي خوا ته بې ځايه کېږي. د امېندوارۍ په دوران کې د مرۍ ښکتنۍ برخې ته د معدې اسيدي افرازاتو د بيا راگرځېدنې له کبله عموماً زړه سوی رامنځته کېږي. د مرۍ ښکتنۍ معصرې ټون کمېږي. د دې ترڅنگ د امېندوارۍ پر مهال کې د مرۍ داخلي فشار کم او د معدې داخلي فشار لوړېږي. په ټولو ترايمسترونو کې د معدې تخليه کېدو وخت کې کوم بدلون نه راځي. د امېندوارۍ په دوران کې هيموروېډ يا

بواسير عموماً د قبضيت او د مقعدي وريدونو فشار د لوړوالي له کبله رامنځته کېږي.(Shin, 2015)

۹. د ځيګر او تريخي بدلونونه: د امېندوارۍ په دوران کې د ځيګر سايز نه زياتېږي، خو د ځيګر شريان او باب وريدي وينه جريان زياتېږي. د لابراتواري معايناتو له نظره د امېندوارۍ په دوران کې د ځيګر دندې بدلون مومي. د الکالين فاسفتيز فعاليت دوه چنده زياتېږي. د سيروم AST، الانين ټرانس امانيز، ګاما ګلوتاميل ټرانس پيپټيډيز او بيلروبين اندازې کمېږي. همدارنګه د امېندوارۍ په دوران کې د سيروم البومين اندازه هم کمېږي، چې د امېندوارۍ په وروستيو وختونو کې د البومين اندازه ۳ ګرامه په ډيسي ليټر کې وي، چې په غيرامېندوارو ښځو کې دا اندازه ۴.۳ ګرامه په يو ډيسي-ليټر کې وي.(Cunningham, 2018)

د امېندوارۍ په دوران کې د تريخي تقلصيت لږېږي اود زېرمه کېدو ظرفيت يې لوړېږي. پروجسټرون د کولي سيسټوکانين افراز نهي کولو په واسطه د تريخي تقلص خرابوي. د تريخي د تخليې خرابوالي، او په صفرا کې رکودت د کوليسټرول مشبوعيت د زياتوالي له کبله په ځوم باري ښځو کې د تريخي د کوليسټرولي تيږو پېښو د زياتوالي لامل کېږي.

۱۰. د اندوکرايني غدواتو بدلونونه: د امېندوارۍ پر مهال کې نخاميه غده لويېږي. دغه لويوالی د استروجن له کبله رامنځته کېږي. د پرولکټين اندازه له سايز سره موازي وي. ګوناډوټروپين کمېږي او corticotrope او thyrotrope ثابت پاته کېږي. په لومړي ترايمستر کې له مورنۍ نخاميه غدې څخه د ودې هورمون په ښکاره ډول افرازېږي، چې غلظت يې په سيروم او امنيوتيک مايع کې زياتېږي (۷.۵ng/mL). د مور د پلازما د پرولکټين اندازه په څرګند ډول زياتېږي، چې غلظت يې په پوره مودې کې ۱۵۰ ng/mL وي. که تايروټروپين ازادوونکی هورمون له پلاسنتا څخه تېر شي؛ نو د جنين نخاميه غده په شديد ډول تنبه کوي او د TSH د افراز لامل کېږي. د امېندوارۍ پر مهال کې د TSH نورمال

ښکته کېدل د هايپرتايرايډيزم سره غلطېږي. د امېندوارۍ په دوران کې د ايوډين اړتيا زياتېږي او د کورتيزول سويه لوړېږي. د اندروجن فعاليت هم زياتېږي.(Newbern, 2011)

۱۱. اسکليټي عضلي سيستم بدلونونه: په نورمالې امېندوارۍ کې د غټ شوي رحم قدامي وضعيت اختيارولو له کبله په معاوضوي ډول لورډوزس (Lordosis)رامنځته کېږي. د، Sacrococcegeal ،SacroIliac او Pubis بندونو خوځېدنه زياتېږي. څرنګه چې د امېندوارۍ په دوران کې بندونه سستېږي؛ نو نارامي رامنځته کېږي. د امېندوارۍ په لومړۍ نيمايي کې استرخا رامنځته کېږي؛ د وضعيت په بدلون سره د ملا ښکتنۍ برخې درد رامنځته کېږي. همدارنګه سمفيزيل بېل والی د درد لامل کېږي. په علوي طرف کې درد، بې‌حسي او کمزوري احساسېږي.(Cunningham, 2018)

مخکې له زېږون څخه څارنې او د امېندوارۍ د معمولو ګیلو اداره کول

مخکې له زېږون څخه څارنه چې د اميد اخيستلو څخه مخکې پيل او د امېندوارۍ او له زېږون څخه وروسته پړاو پورې ادامه مومي ددې څارنو په مرسته د ميندو مړينه پنځه ځله د هغو ميندو په پرتله چې مخکې له زېږون څخه يې څارنه نه ده شوې کمه راپور ورکول شوی دی. په تېره بيا مخکې له وخته زېږون، Stillbirth، د نوي زېږېدلي مقدمه او وروستۍ مړينه او د دې څارنو په مرسته د جنين مړينه د پېژندنې او په ځينو حالتونو کې مخکې له منځته راتلو څخه د درملنې وړ وي.

۱. مخکې له زېږون څخه څارنو عموميات: د Prenatal care له کبله د ميندو مړينه پنځه ځله کمه ده. په هغو ښځو کې چې دغه څارنې نه ترسره کېږي، يو شمېر زيانونه په تېره بيا مخکې له وخته زېږون، Stillbirth، د نوي زېږېدلي لومړنۍ او وروستۍ مړينه او د جنين مړينه يې پايله کېدای شي.(Cunningham, 2018)

د امیندواری تشخیص عموماً هغه وخت وضع کېږي، چې ښځه د ځینو نښو لرونکې شي او یا په کور کې د امېندواری لپاره د تشومتیازو ازموینه یې مثبته وي. د امېندواری د تشخیص په خاطر د hCG اندازه کولو لپاره د تشومتیازو او وینې له سیروم څخه ګټه اخیستل کېږي سونوګرافي څخه هغه وخت ګټه اخلو چې کله Miscarriage یا Ectopic pregnancy رامنځته شي.(Cunningham, 2018)

۲. د مخکې له زېږون څارنو جوړښت: په لاندې ډول دي

مخکې له زېږون څخه ابتدایي ارزیابي: د Prenatal care موخې عبارت دي له د مور او جنین روغتیا معلومول، د امېندواری‌د مودې معلومول او د زېږون د څارنې لپاره پلان جوړول. د Prenatal care ځانګړې برخې په لاندې ډول دي:

۱. تاریخچه اخیستل: په لومړي ځل پوره تاریخچه اخیستل او په نورو کتنو کې د زړې تاریخچې نوي کول.

۲. فزیکي معاینه: په لومړي ملاقات کې بشپړ فزیکي معاینات ترسره کول. بیا په هره کتنه کې د ناروغ د وینې فشار معاینه کول، د مور وزن معلومول، حوصلي معاینه ترسره کول، رحم د غور لوړوالی او د جنین د زړه ضربان او د هغې وضعیت معلومول ترسره کېږي.

۳. لابراتواري ازموینې: په لومړۍ کتنه کې HCT او Hb، د وینې ګروپ او Rh فکتور او د روبیلا او سفلیس معاینات ترسره کول اړین دي. بیا په نورو کتنو کې د اړتیا په موخه باید تازه کړی شي.

۴. د نورمالې امېندوارۍ موده: د امېندواری نورماله موده چې د وروستني نورمال تحیض څخه محاسبه شي ۲۸۰ ورځې یا ۴۰ اوونۍ ده، چې ۱۳ ورځې مخکې یا وروسته کیدای شي. د امېندواری د مودې معلومولو لپاره د Neagle قانون څخه کار اخیستل کېږي، خو د لومړي ترایمستر د امېندواری معلومه شوې موده د سونوګرافي په واسطه تر ټولو دقیقه لار ده. بې‌ځایه به نه وي چې ووایو پوهانو ټوله امیندواري په درې ترایمسترونو وېشلې ده:

أ. لومړی ترايمستر: د امېندوارۍ څخه پيل تر ۱۴ اونې پورې غځېږي.
ب. دويم ترايمستر: د امېندوارۍ ۱۴ اوونۍ څخه تر ۲۸ اوونۍ پورې غځېږي.
ت. درېيم ترايمستر: د امېندوارۍ ۲۸ اوونۍ څخه تر ۴۲ اوونۍ پورې رسېږي (Dyryea, 2015)

۵. د امېندوارۍ راتلونکي کتنې: يوه مېرمنه د امېندوارۍ په دوران کې بايد هر څلور اوونۍ وروسته تر ۲۸ اوونۍ پورې، هر دوه اوونۍ وروسته تر ۳۶ اوونۍ پورې او له دې څخه وروسته په اوونۍ کې يو ځل بايد خپل معالج ډاکتر ته مراجعه وکړي. هغه مېرمنې چې د اختلاطي امېندوارۍ (دوه گوني يا ډيابيتيک امېندوارۍ) لرونکي وي د ۱ – ۲ اونيو په دوران کې بايد خپل معالج ډاکترۍ سره مشوره وکړي. (Power, 2013)
د امېندوارۍ راتلونکو کتنو کې هم لومړي کتنو ته ورته د جنين زړه ضربان، د جنين وده او فعاليت او د امنيوتيک مايع اندازه کول، د مور وينې فشار او د هغې وزن معلومول. له ۲۰ اوونۍ څخه وروسته د رحم معاينه ترسره کېږي او د هغې اندازه د symphysis څخه د رحم تر غوره پورې معلومېږي. د امېندوارۍ په وروستيو وختونو کې مهبلي معاينه د Presenting برخې، د حوصلې ظرفيت، د امنيوتيک مايع حجم او د رحم غاړه پراخوالی معلوملو لپاره ترسره کېږي.

۶. Fundal height: د ۲۰ او ۳۴ اوونۍ ترمنځ د رحم د غور لوړوالی په سانتي متر اندازه کېږي، چې له امېندوارۍ ميعاد سره برابروالی لري. د دې اندازه کول د جنين وده او امنيوتيک مايع اندازه مونږ ته ښيي چې د بطني دېوال په امتداد د Symphysis pubis څخه تر Fundus پورې اندازه کېږي.(Cunningham, 2018)

۷. د جنين د زړه اوازونه: د جنين د زړه حرکت معلوملو لپاره د ځينو سامان الاتو او له ډاپلر التراساونډ څخه گټه اخيستل کېږي. د چاغوالي په نشتوالي

کې د زړه اوازونه په ۱۰ اوونۍ کې د دغه سامان الاتو په واسطه معلومېږي. د جنين زړه ضربان په يوه دقيقه کې د ۱۱۰ – ۱٦۰ په حدودو کې دی.(Cunningham, 2018)

۸. سونوګرافي: سونوګرافي د جنين اناټومي، ودې او د هغې د ښهوالي په اړه مونږ ته بشپړ معلومات را کوي. يوه ښځه د امېندوارۍ پر مهال کې يو ځل بايد حتماً سونوګرافي ازموينه وکړي.

لابراتواري ازموينې: HCT ،Hb، د سفليس سيرولوژيک ازموينې بايد د امېندوارۍ په ۲۸ – ۳۲ اوونيو کې تکرار شي. د ۳۵ – ۳۷ اوونيو په دوران کې بايد مهبلي او مقعدي انتان او ټولې مېرمنې د Diabetes Mellitus لپاره معاينه شي. د امېندوارۍ د ۱۵ – ۲۰ اوونيو کې د مېرمنې سيروم د عصبي تيوب نيمګړتياوو او د امېندوارۍ د ۱۱ – ۱۴ اوونيو يا ۱۵ – ۲۰ اوونيو کې يې جنيتکي ازموينې ترسره شي.(Hollier, 2003)

۳. تغذيوي مشوره: يوه مېرمنه بايد د امېندوارۍ او شيدو ورکولو پر مهال کې پوره غذايي مواد واخلي د دوی لپاره وړانديز شوي غذايي مواد په (۱-۳-جدول) کې خلاصه شوي دي. ځينې ويټاميني او منرالي مواد تر ډېره بريده اخيستلای شي، مګر د ځينو موادو زيات اخيستل د امېندوارۍ پر مهال کې د ټوکسيسيتي لامل کېږي؛ لکه اوسپنه، Zinc، سلينيوم او ويټامين Vit C and D ،Vit B6 ،A.

کالورۍ: امېندوارې ښځې بايد د امېندوارۍ په وروستيو ۲۰ اوونيو کې ۸۰،۰۰۰ کيلو کالوري څخه زياته واخلي. يعنې د امېندوارۍ په دوران کې مېرمنې بايد ۱۰۰ – ۳۰۰ کيلو کالوري په ورځ کې زياته واخلي.(Jebeile, 2015)

۴. د وزن اخيستلو سپارښتنې: طبي انسټيټيوټ او د تحقيق ملي کونسل په ۲۰۰۹ کال کې د امېندوارې ښځې د وزن اخيستلو لارښود تکراراً ولوستلو او د وزن اخيستل يې د پخوانۍ امېندوارۍ د BMI په اساس وړانديز کړل، چې په (۱-۴جدول) کې ترې يادونه شوې ده.(Cunningham, 2018)

۱-۳- جدول: د امېندوارو او تي ور کوونکو مېندو لپاره ورځنۍ غذا اړتیا

غذا	امېندواري	لکتېشن
په شحمو کې منحل ویټامینونه		
ویټامین A	۷۷۰ مایکرو گرامه	۱۳۰۰ مایکروگرامه
ویټامین D	۱۵ مایکروگرامه	۱۵ مایکروگرامه
ویټامین E	۱۵ مایکروگرامه	۱۹ مایکروگرامه
ویټامین K	۹۰ مایکروگرامه	۹۰ مایکروگرامه
په اوبو کې منحل ویټامینونه		
ویټامین C	۸۵ ملي گرامه	۱۲۰ ملي گرامه
تیامین	۱.۴ ملي گرامه	۱.۴ ملي گرامه
رایبوفلاوین	۱.۴ ملي گرامه	۱.٦ ملي گرامه
نیاسین	۱۸ ملي گرامه	۱۷ ملي گرامه
ویټامین B6	۱.۹ ملي گرامه	۲ ملي گرامه
فولیټ	٦۰۰ مایکروگرامه	۵۰۰ مایکروگرامه
ویټامین B12	۲.٦ مایکروگرامه	۲.۸ مایکروگرامه
منرالونه		
کلسیم	۱۰۰۰ ملي گرامه	۱۰۰۰ ملي گرامه
سوډیم	۱.۵ گرامه	۱.۵ گرامه
پوټاشیم	۴.۷ گرامه	۵.۱ گرامه
اوسپنه	۲۷ ملي گرامه	۹ ملي گرامه
زینک	۱۱ ملي گرامه	۱۲ ملي گرامه
ایوډین	۲۲۰ مایکروگرامه	۲۹۰ مایکروگرامه
سلینیوم	٦۰ مایکروگرامه	۷۰ مایکروگرامه
نور		
پروټین	۷۱ گرامه	۷۱ گرامه
کاربوهایډریټ	۱۷۵ گرامه	۲۱۰ گرامه
فایبر	۲۸ گرامه	۲۹ گرامه

(Cunningham، ۳۸۷)

۱-۴- جدول: د امېندوارۍ په دوران کې د وزن اخيستلو اندازه

کټګوري (BMI)	د وزن اخيستلو مجموعي حد (lb)	په دوهم او درېيم ترايمستر کې د وزن اخيستلو مينځنۍ کچه (lb/wk)
کم وزن لرونکي (۱۸.۵>)	۲۸ – ۴۰	۱ (۱ – ۱.۳)
نورمال وزن (۱۸.۵ – ۲۴.۹)	۲۵ – ۳۵	۱ (۰.۸ – ۱)
زيات وزن لرونکی (۲۵.۰ – ۲۹.۰)	۱۵ – ۲۵	۰.٦ (۰.۵ – ۰.۷)
چاغی (≤ ۳۰.۰)	۱۱ – ۲۰	۰.۵ (۰.۴ – ۰.٦)

(Cunningham، ۳۸۴)

۵. د امېندوارۍ د مهال اندېښنې: په لاندې ډول تشريح شوې

أ. *فزيکي فعاليت*: فزيکي فعاليت د مور او جنين دواړو لپاره ګټور دی پرته له لاندې حالتونو څخه؛ لکه د رحم د عنق عدم کفايه، پرمختللې انيميا، د زړه او تنفسي سيستم پرمختللې ناروغي.

ب. *د امېندوارو مېرمنو دنده ترسره کول*: د امريکا په متحده ايالاتو کې يوه امېندواره مېرمن او مور کولای شي له کور څخه د باندې دنده ترسره کړي، د دندې ترسره کول د امېندوارۍ پر مهال د مېرمنې لپاره محفوظ شمېرل کېږي پرته له هغو شځو څخه چې خطرناکې دندې ولري او يا هم د امېندوارۍ له نظره په لوړ خطر کې وي.

ت. *سفر کول*: څرنګه چې د امېندوارۍ له ۳٦ مې اوونۍ څخه وروسته د زېږون د پروسې د پيل کېدو امکانات شته نو اکثره هوايي سفرونه وروسته له ۳٦ مې اوونۍ څخه جواز نه لري په ځوګونې امېندوارۍ کې وروسته له ۳۲مې اوونۍ څخه بايد سفر احتياطاً ترسره نه شي.

ث. *حمام کول او جامې*: په امېندوارۍ کې حمام کول او جامې د مېرمنې پر اميدوارۍ کومه ناوړه اغېزه نه لري، يواځې هڅه دې وشي د لمبا پر مهال له ډېرو تودو اوبو څخه کار وانخيستل شي، ځکه د جنين د وينې د جريان د کميدو لامل کېږي تر زياته بريده اميندواره مېرمن هڅه وکړي پراخې جامې واغوندي.

ج. *Bowel habit* : د پروجسترون تر تاثير لاندې د کولمو حرکات په امېندوارۍ کې کمېږي او د لوی شوي رحم په واسطه د کولمو بې ځايه کېدل د قبضيت لامل کېږي

او درملنه یې د ډېرو مایعاتو څښل او ترکاریو او میوه‌جاتو څخه کار اخیستل دي، که بې اغېزه وه؛ نو luxtive درمل ورکول کېږي.

ح. *جنسي اړیکه په امېندوارۍ کې:* جنسي اړیکه په امېندوارۍ کې کوم خنډ نه ده، یواځې په هغه حالت کې چې مېرمن د سقط، مخکې له زېږون څخه وینه بهېدنه او یا د بې مودې ماشوم د زېږون په خطر کې وي؛ باید جنسي اړیکې محدودې شي.

خ. *Dentation* : د امېندوارۍ پر مهال اکثره مېرمنې د اورۍ او د غاښونو د خرابوالي په ناروغۍ اخته کېږي، چې لامل یې هورموني اغېزې دي، د ورځې دوه ځله برس کول د فلوراید لرونکو د غاښونوکریم په واسطه او د ستونزو په صورت کې خپل د معالج ډاکتر سره لیدنه کول د غاښونو او اوریو د ستونزو د کمېدو لامل کېږي.

د. *Immunization* : د هندوستان په هېواد کې د ملي معافیت په اساس هره امیندواره ښځه د تیاتوس یا TT دوه دوزه واکسین د امیندوارۍ په دوران کې واخلي لومړی دوز کله چې امېندواري تشخیص شوه او دویم دوز څلور اونۍ د لومړی دوز له زرق څخه وروسته ورکول کېږي.

ذ. *Caffeine and medication*: یوه امیندواره مور کولای شي د ورځې تر ۲۰۰mg کافین وکاروي، خو که له دغه اندازې څخه د کافین مقدار زیات شي؛ ممکن د جنین په خوب ناوړه اغېزه ولري. زیاتره میندې چې سګرټ کاروي یا ډېرې څوانې وي یا د زده‌کړې کچه یې ټیټه وي، ممکنه ده لږ وزن لرونکي یا بې‌مودې ماشومان نړۍ ته راوړي او د امېندوارۍ پر مهال د پلاسنتا مخکې له وخته بېلېدو او د پلاسنتا بې‌ځایه ښخېدو لامل هم ګرځېدای شي.

ر. *medication* : په لومړي ترایمستر کې چې معمولاً د جنین غړي جوړیږي؛ په کار ده چې مېرمن د درملو په کارولو کې ډېره محتاطه واوسي، خو ځینې داسې ناروغۍ دي، چې د امېندوارۍ پر مهال درملنې ته اړتیا لري، چې باید د ډاکتر په مشورې سره یې درملنه صورت وشي.

٦. د امېندوارۍ ګيلې او د هغې اداره کول: په لاندې ډول تشريح شوي

الف - Nausea and Vomiting: زړه بدوالی او ګانګي چې ورته morning sickness هم ويل کېږي. اکثره وختونه کله چې ښځه سهار له خوبه راپاڅېږي شتون لري. په ځينو ښځو کې د ماښام له خوا موجود وي دا د امېندوارۍ د عامو ګيلو له ډلې څخه دي، چې ۱۴-۱٦ اونۍ پورې دوام کوي علت يې د HCG هورمون سويې لوړوالی دی. د زړه سوزيدل هم په امېندوارۍ کې منځته راتلای شي، چې علت يې د پروجسترون هورمون تاثير پر lower esophageal sphincter باندې د قطر زياتوالي له امله دی، چې د معدوي موادو د Reflux لامل کېږي. درملنه يې د سپکو خواړو او انتي‌اسيد کارول دي.

ب. Joint pain, Backache & Pelvic pressure: په غيرحامله ښځو کې د Sacroiliac او Symphysis مفاصل حرکت نه لري، خو په حامله ښځو کې دغه مفاصل د اندوکرايني افرازاتو له کبله استرخايي حالت پيدا کوي او د تحرکيت لامل يې کېږي، درد يې له ارام کولو سره ارامېږي.

ج. Varicose Vein and Hemorrhoids : لوی شوی رحم د امېندوارۍ پر مهال په ميخانيکي توګه د وينې د بشپړ بيا راګرځېدو لپاره خنډ کېږي او د Varicose Vein د منځته راتګ سبب کېږي، چې د Elastic Bandage او leg elevation په واسطه کمېږي.

د. Hemorrhoid : د رکتوم د وريدونو varicosities دی چې په امېندوارۍ کې د حوصلي د وريدونو د فشار له کبله منځته راځي. همدارنګه د ګرمو تطبيقاتو او غايطه موادو د نرمونکو موادو په واسطه درملنه ترسره کېږي او په ځينو حالاتو کې بايد Hemorrhidectomy ورته اجراء شي.

ه. د خولې د خوند خرابوالی: د امېندوارو ښځو يو عامه ګيله ده، چې د Belladona په واسطه 8 – 15 mg د ورځې څلور ځلې د خولې له لارې اصلاح کېږي.

و. *Pica*: د بې‌ارزښته غیرغذایي موادو خوړل؛ لکه د سر خاوره. د تیږو سکاره، سبوس، د چای شمه. خامې وریجې او داسې نور.

ز. *Fatigue* : د امېندوارۍ په پیل کې زیاتره ښځې له خستګي څخه ګیلې کوي او دوامداره خوب کوي، چې دغه حالت تر څلورو اوونیو پورې دوام کوي.

ح. *Headach*: که چېرې بل مرضي لامل و نه‌لري ممکنه ده Acetaminophen سره اصلاح کېږي.

ط. *Leukorrhea* : د دې علت وعایي احتقان او د عنق د افرازي غدواتو د فعالیت زیاتیدل دي په امېندوارۍ کې مهبلي افرازات زیاتېږي کوم چې د افرازتو د زیاتوالي لامل یې د استروجن هورمون زیاتوالي شمېرل کېږي، چې درملنې ته اړتیا نه لري. مګر د مهبلي افرازاتو د رنګ بدلون او بوی پیدا کول او ورسره مهبلي خارښت او dysuria یوځای کېدو په صورت کې سیستیمیک انتي‌بیوتیک او موضعي درملنې ورکول اړین دي. د امېندوارۍ پر مهال د رحم د عنق د انتاناتو د تشخیص لپاره باید Speculum examination ، Pap smear او نورې ازموینې ترسره شي.

ي. *Bacterial vaginosis*: د مهبل یو التهابي حالت دی هر کله چې په مهبل کې د نورمالو باکتریاګانو توازن زیانمن شي منځته راځي. په پایله کې ممکنه ده د لږ وزن لرونکي ماشوم او یا بې‌مودې ماشوم زېږون رامنځته شي او په غیرامیندوارو مېرمنو کې بیا د حوصلي التهابي حالت را منځته کوي، چې د امید اخیستلو د ځنډېدو او یا د نورو STDs ناروغیو لامل کېږي. نښې یې عبارت دي په ماوفه برخه کې د سوزېدو احساس، د ماهي د بوی په څېر مهبلي افرازاتو سره د مهبل خارښت دی، چې د Metronidazole، Clindamycine سره درملنه ښه ځواب ور کوي. د ناروغۍ د درملنې په موده کې باید له جنسي اړیکې څخه ډډه وشي. Bacterial vaginosis په لاندې ډولونو لیدل کېږي.

۱. Trichomonasis چې په دې مېرمنو کې د ۲۰-۳۰٪ شتون لري او لامل یې Trichomonas Vaginalis دی او د STDs له عامو ناروغیو څخه ده. مهبلي

افرازات ممکنه ده ژېړ او یا شین رنګ ولري، د سوزېدو او خارښت احساس په مهبل کې، د ټکي په شان وینه بهیدنه، د تناسلي برخې پړسوب او سوروالی، دردناکه تبول، تغوط او جنسي اړیکه د دې ناروغۍ نښې دي. د تشخیص لپاره مهمې ازموینې عبارت دي له د مایکروسکوپ لاندې له مهبل څخه د اخیستل شویو افرازاتو نمونې لیدل دي او ټاکلی درمل یې Metronidazole دی.(Cunningham, 2018)

۲. Candidiasis چې یو فنګسی ناروغي ده. په امېندوارۍ کې د استروجن د لوړوالي له کبله منځته راځي، خو له نېکه‌مرغه د امیندوارې ښځې جنین نه اغېزمنوي. د سپین رنګه مهبلي افرازاتو شتون، خارښت او د سوزیدو احساس په مهبل کې د ناروغۍ نښې دي. ټاکلی درمل یې Nystatin او یا Mycostatin دي.

لنډيز

کله چې یوه ښځه د امېندوارۍ معمولې نښې ولري او یا هم د امېندوارۍ لپاره د تشو متیازو ازموینه یې مثبته وي؛ نو امېندواري تشخیصېږي په ځانګړي ډول په وینه او تشومتیازو کې د hCG هورمون د معاینه کولو په واسطه امېندواري تشخیصېږي. که چېرته دې ښځو ته نورې ازموینې ترسره شي؛ نو د امېندوارۍ نورې نښې او تشخیصیه موندنې تر لاسه کېږي. د امېندوارۍ یقیني تشخیص لپاره الټراساونډ ترسره کېږي.

د امېندوارۍ پر مهال د تناسلي سیستم په بېلابېلو برخو او د مېرمنې د بدن په نورو سیستمونو کې؛ لکه زړه او رګونو، تنفسي، معدي معایي، اندوکرایني سیستم او غدوات عضلي اسکلیتي سیستمونو کې هم بدلونونه را منځته کېږي، چې دا ټول شپږ اوونۍ وروسته له زېږون څخه دا بدلونونه بېرته خپل لومړني حالت ته راګرځي.

د ټولو میتودونو په پرتله د امېندوارۍ د مودې د معلومولو یقیني میتود د سونوګرافی تر ۱۳ اوونۍ پورې CRL دی. CRL په Midsagittal پلان کې په داسې حال کې چې رشیم یا جنین په قبض حالت کې نه وي اندازه کېږي. له ۱۴مې اوونۍ څخه وروسته د امېندوارۍ میعاد د BPD، HC یا AC او FL په واسطه معلومېږي. په دویم ترایمستر کې BPD تر ټولو غوره میتود دی.

مخکې له زېږون څارنو په موخه د امیندوارو ښځو څخه په لومړي ځل کتنه کې بشپړه تاریخچه اخیستل کېږي او په نورو لیدونو کې د زړې تاریخچې نوې کول اړین دي همدارنګه په لومړۍ کتنه کې بشپړې فزیکي ازموینې ترسره کول دي. د لابراتواري ازموینو په هکله باید ووایو چې په لومړۍ کتنه کې HCT او Hb، د وینې ګروپ او Rh فکتور او د روبیلا او سفلیس او سونوګرافي ترسره کول اړین برېښي.

پوښتنې

څلور ځوابه پوښتنې

په لاندې پوښتنو کې یواځې یو سم ځواب په نښه کړئ.

۱. د رحم عنق د امېندوارۍ په دوران کې څه ډول ښکاري

الف- وعايي　　ج-التهابي

ب- اذيمايي　　د –وعايي او اذيمايي

۲. chadwick singnعبارت دی له :

الف- د مهبل اوعجان ابي ښکاريدل　　ج- د مهبل اوعجان بېرنگه ښکاريدل

ب - دمهبل اوعجان سپين ښکاريدل　　د- د مهبل اوعجان سور ښکاريدل

۳. melasma gravidarum عبارت دی

الف –نصواري خالونو پر مخ او غاړه باندې　　ج- تور رنگه خالونه په بطن

ب-تور خالونه په ورنو کې　　د- نصواري خالونه پر ثديو باندې

۴: د استروجن افراز د پلاسنتاپه واسطه د امېندوارۍ تر کومه وخته پورې دوام مومي

الف- تر څوارلسمې اوونۍ پورې　　ج- تر شلمې اوونۍ پورې

ب- تر اتلسمې اوونۍ پورې　　د- د امېندوارۍ تر پایه پورې

۵: جنيني زون د جنين په ادرينال غده کې کله له منځه ځي

الف. يوکال وروسته له زېږون څخه　　ج- شپږ مياشتې وروسته له زېږون څخه

ب - سمدلاسه وروسته له زېږون څخه　　د- شپږ ورځې وروسته له زېږون څخه

٦ : مخکې له زېږون څارنو اصلي موخه عبارت ده له

الف- د مور او جنين صحت معلومول　　ج- د زېږون لپاره پلان جوړول

ب - د امېندوارۍ مودې معلومول　　د- ټول ځوابونه سم دي

۷: HCT ،Hb، د سفليس سيرولوژيکې ازموينې بايد د امېندوارۍ په:

الف- ۲۸ – ۳۲ اوونيو کې بيا وشي　　ب- ۲۰ – ۱۸ اوونيو کې بيا وشي

ج- ۲۲ –۲۱ اوونيو کې بيا وشي　　د--۳۰-۲۸ اوونيو کې بيا وشي

۸ : د ويټامين A اړتيا په امېندوارو ښځو کې عبارت ده له:

الف- ۷۹۰ µg   ج- ۷۷۰ µg

ب- ۷۸۰ µg   د- ۷۷۵ µg

۹ : د کومو ازموينې په مرسته تر ټولو مخکې د امېندوارۍ تشخيص کولای شو

الف- د HCG معلومول په سيروم   ج- MRI کې او يا تشومتيازو کې

ب- سونوګرافي معاينې په واسطه   د-X-Ray

۱۰ : د امېندوارۍ پر مهال کانګي اوزړه بدوالی تر کومې اوونۍ پورې دوام مومی:

الف- ۱۲-۱۸   ج-۲۴-۲۸

ب-۱۲-۲۴   د-۱۳-۱۶

تشريحي پوښتنې

۱: د جنين د عمر د معلوموﻟﻮ لپاره د نيګل قانون تشريح کړئ؟

۲ : د جنين د مړينې نښې د امېندوارۍ په لومړيو وختونو کې کومې دي؟

۳ : hegars signڅه ته وايي؟

۴ : د پلاسنتا وظيفوي واحد په هکله لنډ معلومات ورکړئ؟

۵ : ميکونيم د کومو موادو لرونکي دي؟

٦ : هغه جنيني فکتورونه چې د استروجن افراز اغېزمن کوي کوم دي؟

۷ : په امېندوارۍ کې د رحم د غور د جګوالي د اندازه کولو په هکله څه معلومات لري؟

۸ : له زيږون څخه د مخکې کتنو اساسي موخې څه دي؟

۹ : دhCG هورمون د پلاسنتا له کومې برخې څخه او کله افرازيږي؟

۱۰ : د امېندوارې ښځې په فزيکي معاينه کې کوم شيان بايد وکتل شي؟

ماخذونه

Aguin TJ & Sobel JD. (2015) *Vulvovaginal candidiasis in pregnancy*. Curr Infect Dis Rep 17:462.

Berggren EK & Presley L & Amini SB, et al. (2015) *Are the metabolic changes of pregnancy reversible in the first year postpartum?* Diabetologia 58:1561.

Braunstein GD. (2014) *The long gestation of the modern home pregnancy test*. Clin Chem 60(1):18.

Cunningham F.Gary & Leveno Kenneth J, et al. (2018) *Williams Obstetrics*, 25th edition, United State: McGraw-Hill Education, Pp: 98, 367, 370.

Decherney Alan H & Nathan Lauren, et al. (2013) *Current Diagnosis and Treatment Obstetrics and Gynecology*, 11th edition, United State: McGraw-Hill Complanies, Pp: 289, 292.

Duryea EL & McIntire DD & Leveno KJ. (2015) *The rate of preterm birth in the United States is affected by the method of gestational age assignment*. Am J Obstet Gynecol 213:331.

Frederice CP & Amaral E & Ferreira Nde O. (2013) *Urinary symptoms and pelvic floor muscle function during the third trimester of pregnancy in nulliparous women*. J Obstet Gynaecol Res 39:188.

Govindan RB & Siegel E & Mckelvey S, et al (2015) *Tracking the changes in synchrony of the electrophysiological activity as the uterus approaches labor using magnetomyographic technique*. Reprod Sci 22:595.

Herrera E & Ortega-Senovilla H. (2014) *Lipid metabolism during pregnancy and its implications for fetal growth*. Curr Pharm Biotechnol 15:24.

Hollier LM & Hill J & Sheffield JS, et al. (2013) *State laws regarding prenatal syphilis screening in the United States*. Am J Obstet Gynecol 189:1178.

Jebeile H & Mijatovic J & Louie JC, et al. (2015, 2016) *A systematic review and meta-analysis of energy intake and weight gain in pregnancy*. Am J Obstet Gynecol 214(4):465.

Lowe WL & Karban J. (2014) *Genetics, genomics and metabolomics: new insights into maternal metabolism during pregnancy*. Diabet Med 31:254.

Macedo M & Kim B & Khoury R, et al. (2017) *A rare case of right lower quadrant abdominal pain*. Am J Emerg Med 35(4):668.e1.

Mahendru AA, et al. (2012) *Maternal cardiovascular changes from pre-pregnancy to very early pregnancy*. J Hypertens 30 (11):2168.

Newbern D & Freemark M. (2011) *Placental hormones and the control of maternal metabolism and fetal growth*. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes 18:409.

Peralta L & Rus G & Bochud N, et al. (2015) *Mechanical assessment of cervical remodeling in pregnancy: insight from a synthetic model*. J Biomech 48:1557.

Picard D & Sellier S & Houivet E, et al (2015) *Incidence and risk factors for striae gravidarum*. J Am Acad Dermatol 273:699.

Power ML & Wilson EK & Hogan SO, et al. (2013) *Patterns of preconception, prenatal and postnatal care for diabetic women by obstetrician-gynecologists*. J Reprod Med 58(1–2):7.

Rezai S & Nakagawa JT & Tedesco J, et al. (2015) *Gestational gigantomastia complicating pregnancy: a case report and review of the literature*. Case Rep Obstet Gynecol 2015:892369.

Rosai J & Young RH (2015) *Javier Arias-Stella and his famous reaction*. Int J Gynecol Pathol 34:314.

Shin GH & Toto EL & Schey R. (2015) *Pregnancy and postpartum bowel changes: constipation and fecal incontinence*. Am J Gastroenterol 110:521.

دویم څپرکی

د جنین ارزونه مخکې له زېږون او د زېږون پر مهال

د دې لپاره چې د امیندوارو ښځو د بې‌ځایه لاسوهنو څخه مو ډډه کړې وي په داسې حال کې چې لا ماشوم نړۍ ته نه وي راغلی، اړینه ده د هغوی د زړه او تنفسي حرکتونو او د امنیوتیک مایع د اندازې په هکله پوره معلومات ولرو تر څو مو د اړتیا په وخت کې په ځای کړنې تر سره کړې وي.

نږدې ۳٪ نوي زېږېدلي ماشومان د ولادي انومالي‌ګانو سره نړۍ ته راځي. هغه جوړې چې شخصي یا فامیلي جنیتیکي ګډوډۍ ولري باید جنیتیکي مشورې واخلي. دوی ته باید د خپل خطر لاندې ماشوم په اړه اړین معلومات ورکړل شي. داکار د هغو ازموینو په مرسته چې مخکې له زېږون څخه د جنیتیکي معلوماتو لپاره ترسره کېږي ممکن دی.

د زده‌کړې موخې

- د جنین ارزونه مخکې له زېږون څخه
- له زېږون څخه مخکې تشخیص او د امېندوارۍ لپاره ازموینې

د جنین ارزونه مخکې له زېږون څخه

له زېږون څخه مخکې د جنین ارزونې لپاره داخل‌الرحمي ژوند پر دوه برخو ویشل کېږي. لومړۍ او دویمه نیمایي ده. په لومړۍ نیمایي کې یوه نورماله امېندوارۍ یواځې د التراساونډ سره معلومېږي، خو په دویم ترایمستر کې د جنین حالت ښه‌والی د ځینو ازموینو سره معلومېږي. دا ازموینې په دوه ډوله دي:

أ. Screening tests
ب. Specific tests

الف. Screening tests: هغه معاینې ته وایي چې په ډېرو کسانو کې اجراء کېږي تر څو لوړ خطر لرونکې پېښې معلومې کړي او لوړ خطر لرونکو مېرمنو ته بیا ځانګړې ازموینې ترسره کېږي او په لاندې ډول دي:

۱- د جنین حرکت: د فزیولوژي له نظره د امېندوارۍ په اومه اوونۍ کې د جنین غیر فعال حرکات پیلېږي او د امېندوارۍ په وروستی پړاو کې ډېر منظم او بشپړېږي. (Sajapala, 2017)

د امېندوارۍ د ۲۰ او ۳۰ اوونیو په منځ کې د جنین د بدن ټول حرکتونه منظمېږي د ۳۶ اوونۍ په پای ته رسېدو سره بشپړېږي. د Nijhuis او ملګرو له خوا د جنین حالت په رحم کې د 4F په واسطه تشریح شوی دی.

1F: په دې حالت د زړه ضربان کم یعنې جنین په ویده حالت کې وي.

2F: په دې حالت کې د بدن خوځیده په سترګو نښکاري، د سترګو خوځیده موجود او د زړه ضربان زیات شوي وي.

3F: په دې حالت کې د بدن حرکتونو په نه شتون کې د سترګو دوامداره حرکات شتون لري او د زړه ضربان موجود وي.

4F: په دې حالت کې د بدن قوي حرکتونه او د سترګو دوامداره حرکت او د زړه تېز ضربان شتون لري. (Cunningham, 2018)

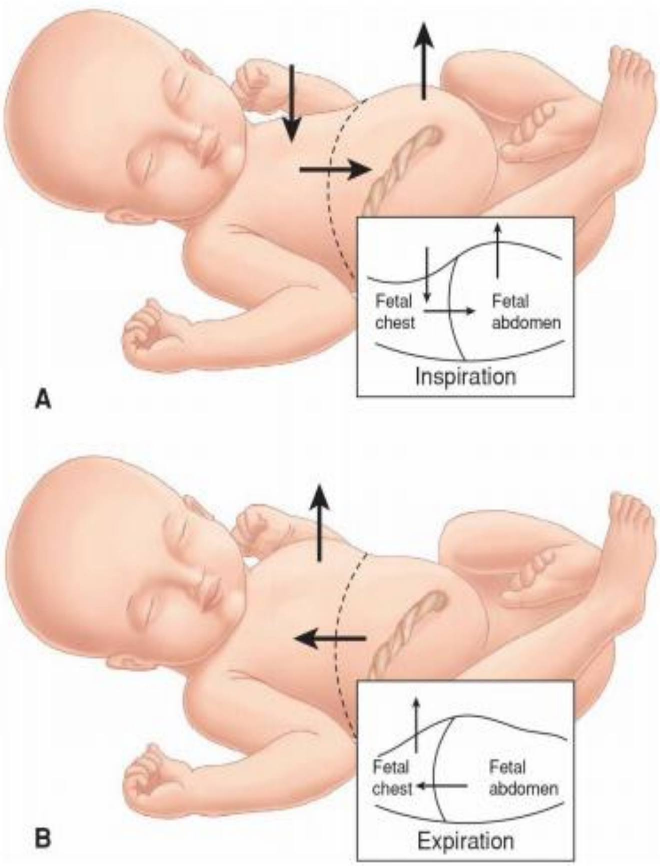
جنین د ژوند زیاتره وخت نږدې ٪۷۵ په 1F او 2F حالت کې تېروي. د جنین فعالیت د ویده او وېښ حالتونو ترمنځ توپیر کوي. د جنین د خوب سایکل د ۲۰-۷۵ دقیقو ترمنځ وي.

۲. *کلينيکي ارزښت*: له زېږون د مخه د جنين حرکتونه د الټراساونډ، Uterine contraction tocodynamometer په واسطه معلومېږي او همدارنگه مور هم پخپله د جنين خوځيده حس کولای شي. دا په داسې حال کې دی، چې مينډې يواځې ۱۶٪ د جنين د بدن په حرکتونو پوهېږي. (Ho, 2017)

ب: Specific tests: په لاندې دول دي

۱ - *Contraction StressTest* : د امنيوتيک مايع فشار د رحم تقلصات زياتوي او د مايومتريوم فشار زياتوالي له کبله د رحم د عضلاتو ترمنځ تېرېدونکو اوعيې کولپس کوي، چې په نتيجه کې Intervillous space ته د وينې جريان کمېږي او د اکسيجن کمښت له کبله د رحم او پلاسنتا پتالوژي رامنځته کېږي او د زړه ضربان کمېږي. د معاينې د ترسره کولو لپاره د جنين د زړه ضربان او د رحم تقلصات د بهرني مونيټور په واسطه په يو وخت کې ثبتېږي. که په لسو دقيقو کې په هرو ۴۰ ثانيو کې د رحم درې خپلسري تقلصات شتون ولري؛ نو د رحم تنبه کولو ته اړتيا نشته. که د رحم تقلصات کم وي؛ نو د Oxytocin او د تيونو د څوکو د تنبه کولو په واسطه د رحم تقلصات تنبه کېږي.(Cunningham, 2018)

۲- د *جنين تنفس*: د جنين تنفس وقفوي صدري تنفس دی، چې له زېږون څخه وروسته صدري تنفس سره توپير لري يعنې د جنين تنفس Paradoxical Chest wall movement تنفس دی.(۱-۲ انځور)



۲ – ۱ انځور: د جنین تنفس سره د صدر Paradoxical حرکت (Cunningham، ۷۵۰)

په نوي زیږیدلي ماشوم کې د Paradoxical تنفس سره ټوخی پیدا کېږي او د امنیوتیک مایع debris تخلیه کوي. دوه ډوله تنفس پېژندل شوی دی یو یې Gasp یا Sighs تنفس دی د جنین تنفسي حرکات د سونوګرافي په واسطه تشخیص کېږي. د Hypoxia په ګډون یو شمېر فکتورونه د جنین تنفسي حرکات اغېزمن کوي؛ لکه Hypoglycemia، د سګرټ څکول، Amniocentesis، د حمل موده، د جنین د زړه ضربان، مخکې له وخته زېږون او زېږون خو د جنین د فعالیت معلومولو لپاره غوره لار د مور په واسطه د جنین حرکتونو احساسول دي، چې په نورمال ډول په ۲ ساعتونو کې باید د لسو حرکتونو څخه لږ نه وي، خو په ۳٦ اوونۍ کې مور یواځې ۱٦٪ دا حرکتونه احساسوي او دا په دې دلیل هغه حرکتونه چې له ۲۰ ثانیو څخه لږ وخت په بر کې نیسي د مور په

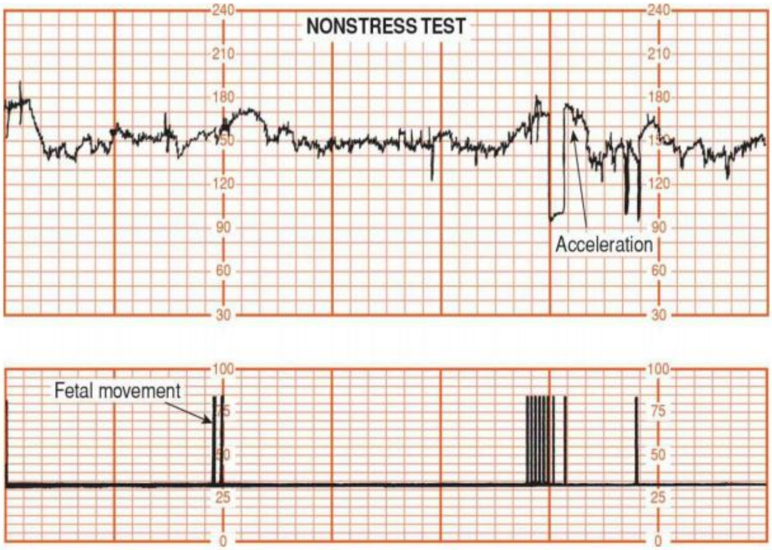
واسطه نه احساسيږي. زياتره پوهان په دې نظر دي، چې د جنين د حرکتونو ازموينه په ۲۸ اونۍ کې بايد پيل شي ځکه له حرکت سره نه يواځې د جنين ژوند معلوميږي، بلکې دIUGR پېښې، د پلاسنتا پتالوژيک حالت؛ لکه د پلاسنتا انفارکشن هم معلوميږي او د حرکت د څارلو سره کولای شو د زيږون په وخت د asphyxia پېښې کمې کړو. د جنين تنفسي حرکتونه وقفوي دي او د جنين د سلامتيا ښودنه کوي او د تنفس نه شتون يې د جنين خراب حالت ښودونکی دی.(Cunningham, 2018)

۳- Non Stress Test

Freeman Lee او ملګرو يې د جنين د روغتيا معلومولو په خاطر د زړه ضربان معلومولو لپاره Nonstress test وړانديز کړی دی. په دې معاينه کې د Doppler په واسطه د جنين د زړه ضربان زياتوالی معلومول او ورسره همزمان د مور په واسطه د جنين د حرکتونو حس کولو څخه ګټه اخيستل کيږي. په اوس وخت کې هم نوموړې معاينه په پراخه ډول د ابتدايي معاينې په ډول کارول کيږي.

الف. د جنين د زړه ضربان زياتوالی: د زړه ضربان د اتونوميک اعصابو د سمپاتيک او پاراسمپاتيک سياليو په واسطه کمېږي او زياتيږي. نبض په نبض توپير هم د اتونوميک عصبي سيستم په واسطه کنټروليږي. د زړه ضربان کموالی عموماً د خوب سايکل سره يوځای وي او همدارنګه د درملو او سګرټ څکولو په واسطه د مرکزي عصبي سيستم د ډيپريشن له کبله هم رامنځته کيږي.(Jansson, 2005)

ب. Normal Nonstress Tests: د Normal nonstress test پايلې معلومولو لپاره بېلابېلې کريټيرياوې شته دي، چې په کې شمېر، امپليتيود، د زياتوالي موده او د معاينې موده شمېرل کيږي. نوموړې معاينه د امريکايي کالج د نسايي ولادي متخصصينو په واسطه داسې تعريف شوې، چې په دې کې د زړه ضربان دوه او يا له دوه څخه زيات زياتيږي چې د 15bpm څخه لوړ، د ۱۵ ثانيو لپاره دوام وکړي او دا ټول په ۲۰ دقيقو کې ترسره شي Nonstress test بلل کيږي (۲-۲-انځور). (Cunningham, 2018)



۲-۲- انځور: Reactive Nonstress test: په پورته چوکاټ کې ښودل شوي چې د جنین له حرکاتو وروسته د جنین د زړه ضربان له 15bpm څخه تر ۱۵ ثانیو د زیات وخت لپاره زیات شوي. د جنین د زړه ضربان زیاتوالي نورمال شمېر او امپلیټیود د جنین د روغتیا ښودونکی دی په داسې حال کې چې د دې نشتوالی د جنین د مړینې ښودونکی نه دی. څکه چې روغ جنین ممکن د ۷۵ دقیقو لپاره کوم حرکت و نه کړي. (Cunningham، ۷۵۵)

په NSTکې باید څنډ ډېر لږ وي ژر ژر ازموینه ترسره کول له مودې څخه وروسته امېندواری، څوګونو امېندواری، د امېندواری پر مهال شکر، د جنیني ودې محدودیت او یا د امېندواری پر مهال د وینې لوړ فشار لرونکو ښځو کې ګټور دی.(ACOG, 2016)

د جنین حرکت عموماً د زړه ضربان کموي. د NST معاینې په دوران کې تر ۳۰ ثانیو لږ وخت لپاره د زړه ضربان کموالی د جنین د ناروغتیا علامه نه ده، بلکې که د زړه ضربان تکراري کموالی یعنې په ۲۰ دقیقو کې که درې ځله د زړه ضربان کموالی رامنځته شي د جنین Distress له کبله د عملیاتي زېږون خطر زیاتوي.(Cunningham, 2018)

Acoustic Stimulation Test-۴ : په ASTکې د اواز تنبه کوونکې اله چې د مور د ګېډې دپاسه ایښودل کېږي او ۱ څخه ۲ ثانیو لپاره کارول کېږي. د دې تنبه پر وړاندې د جنین مثبت ځواب او د زړه د ضربان زیاتوالی د جنین روغتیا ښودونکی دی.(Perez-Delboy, 2002)

Biophysical Profile-٥ : د جنین د روغتیا د ارزیابي لپاره په Biophysical profile کې د پنځو پارامترونو کارول پر پرتله له یو پارامتر څخه ډېر گټور دی. نوموړې ازموینه د معاینه کوونکي ۳۰ – ٦۰ دقیقو پورې وخت نیسي. (۲- ۱- جدول)

۲- ۱- جدول: د Biophysical profile برخې او درجې

برخه	۲ درجې	صفر (۰) درجه
Nonstress test	د ۲۰ – ۴۰ دقیقو کې د ۱۵ ثانیو یا زیات وخت لپاره دوه ځلې د 15bpm یا له دې څخه زیات د زړه ضربان زیاتوالی (≥2accelerations of ≥15beats/min for ≥15sec within 20-40min)	په ۲۰ – ۴۰ دقیقو کې یو یا صفر ځل د زړه ضربان زیاتوالی
د جنین تنفس	په ۳۰ دقیقو کې یوځل یا زیات د تنفس د ریتم مرحله چې ۳۰ ثانیې او یه له دې څخه زیات دوام وکړي (≥1episode of rhythmic breathing lasting ≥30sec within 30min)	په ۳۰ دقیقو کې د ۳۰ ثانیو څخه د تنفس کموالی
د جنین حرکت	په ۳۰ دقیقو کې ۳ ځل یا زیات د جنین د بدن یا اطرفو په حرکت پوهېدل	له ۳ ځل څخه کم حرکات
د جنین ټون	یو ځل یا زیات د اطرافو تقبض او توسع	د تقبض او توسع نه شتون
د امنیوتیک مایع حجم	د امنیوتیک مایع د جیب اندازه کم تر کمه ۲ سانتي متره په دوه پلانونو کې وي	یو لوی عمودي جیب چې اندازه یې د ۲ cm څخه زیاته وي

(Cunningham، ۷٦۱)

د Biophysical profile برخې په لاندې ډول دي:

د زړه ضربان زياتوالى، تنفس، حرکات، ټون، د امنيوتيک مايع حجم چې د نورمال حالت لپاره ۲ نمرې او د غيرنورمال حالت لپاره بيا ۱ نمره ورکړل شوې ده. په يو نورمال جنين کې د Biophysical profile نمرى ۱۰ پورې وي. د مور په واسطه د ځينو درملو اخيستل؛ لکه Narcotics او Sedatives د دې نمرو د کموالي لامل کېږي. د Biophysical profile معاينه بايد د شپې ناوخته ۸:۰۰ نه تر ۱۰:۰۰ پورې ترسره شي ځکه چې په دې وخت کې دغه نمرې د سهار په پرتله لوړېږي. که د Biophysical profile سکور ۱۰ وي نو جنين نورمال او کومې درملنې ته اړتيا نه ليدل کېږي.

که ۸ وي نوجنين نورمال دى بيا هم کومه درملنه نه ترسره کېږي، خو د پروتوکول مطابق تکراري معاينات اجراء کېږي، که ٦ وي نو د جنين د اسفيکسيا امکان شته خو زېږون ترسره کېږي، که ۴ وي نو د جنين د اسفيکسيا امکان نور هم زياتېږي، تکراري معاينات ترسره کېږي ترڅو نمرې ٦ شي او زېږون ورکول کېږي، که ۰ – ۲ پورې وي نو اسفيکسيا يقيني کېږي، خو زېږون ترسره کېږي.(Kopecky, 2000)

٦- *Amniotic Fluid volume* : د امنيوتيک مايع حجم معلومولو لپاره امنيوتيک مايع پر څو پلانونو وېشل کېږي ترڅو د جنين روغتيا ارزونه وکړای شي. د Uteroplacental پرفيوژن کموالي له کبله د جنين پښتورګي ته د وينې جريان او د تشومتيازو توليد کمېږي او Oligohydramniosis رامنځته کېږي. د امنيوتيک مايع حجم د اندازه کولو لپاره تر ټولو ژور د امنيوتيک مايع عمودي پاکټ اندازه کېږي، چې د امنيوتيک مايع د حجم اندازه کولو ازموينه د جنين حالت د ارزولو لپاره ترسره کېږي، د دې مايع حجم معلومولو لپاره د مېرمنې ګېډه پر څلورو برخو وېشل کېږي، چې د امنيوتيک مايع تر ټولو لوی پاکټ ټاکل کېږي او په عمودي ډول د الټراساونډ په ذريعه انداره کېږي. بيا د ټولو پاکټونو د عمودي اندازې څخه لاسته راغلي عددونه جمع کېږي. په نورمال ډول بايد ۸ - ۲۴ سانتي متره پورې وي، چې همدا AFI بلل کېږي. که چېرې دا اندازه تر ۵ سانتي مترو څخه کمه وي، جنين له خطر سره مخ او لاسوهنې ته اړتيا شته. د امنيوتيک مايع حجم له نورمال څخه کمېدو ته Oligohydramniosis وايي او پېښې ۴٪ دي چې پايله يې سقط، Still

birth او د جنین ولادي زیانونه دي او د امنیوتیک مایع له نورمال څخه د اندازې زیاتوالي ته Hydramniosis ویل کېږي. Hydramniosis چې په ټولو امېندواریو کې یې پېښې ۰.۲-۱.٦ ٪ دي. دا لاندی اختلاطات یې له امله کېدای شي رامنځته شي؛ لکه د جنین ناسم اعتلان، د ثروي حبل سقوط، د مور تنفسي ستونزې، PTL ، PPH. د امنیوتیک مایع زیاتوالی ممکن د څوګوني امیدواریو، په معدي معایي سیستم کې د جنین ولادي زیانونو، DM باندې اخته مور او انتاناتو له کبله وي.(Kopecky, 2000)

۷- *Umbilical artery Doppler and Velocimetry:* د وینې جریان سرعت (velocity) د Doppler ultrasound په واسطه اندازه کېږي. د جنین د ودې محدودیت معلومولو لپاره د Umbilical artery، Middle cerebral artery او Ductus venosus ارزول کېږي. (Alanne, 2017)

که د حمل موده له ۳٦ اونۍ څخه زیات وي یا د ډیاستولیک جریان موجود نه وي یا یې په شاتګ کړی وي؛ نو د Umbilical artery سیستولیک او ډیاستولیک نسبت غیرنورمال وي. د ډیاستولیک جریان نه شتون او شاتګ Umbilical artery ته د وینې جریان څخه مخنیوی کوي. د جنین د ودې محدودیت په زیاترو پېښو کې د پلاسنتا Villi اروا کمه وي. د ډیاستولیک جریان په نه شتون کې له زېږون د مخه (Perinatal) د جنیني مړینې اندازه ۱۰ سلنه په داسې حال کې چې د ډیاستولیک جریان شاتګ پېښو کې بیا نږدې ۳۳ سلنه ده.(Cunningham, 2018).

له زېږون څخه مخکې تشخیص او د امیندواری پرمهال ازموینې

د امېندواری پر مهال د انومالي‌ګانو د معلومولو لپاره جنین تر څارنې لاندې نیول کېږي. تر څو هغه جنینونه چې د کروموزومي، جنیتکي او یا هم د جوړښتي انومالوګانو تر خطر لاندې وي تشخیص شي. مخکې له زېږون څخه یې تشخیص لاندې ګټې لري.

هغه حملونو ته پای ورکول چې په لوړه درجه اختلاطي شوي وي. د ځینو غیرنارمل حالتونو ممکنه درملنه، ځینې جنیني ابنارملتي له زېږون څخه وروسته د درملنې وړ وي او یا هم لږ تر لږه مور ته معلومات ورکول، چې په یو مجهز روغتون کې زېږون ترسره کړي.

۱. د جنیتیک او ولادي انومالي‌ګانو لپاره په لوړ خطر کې جنینونه: تقریبا ۳٪ نوي زېږېدلي ماشومان د ولادي انومالیګانو سره نړۍ ته راځي، چې زیاتره جنیتکي فکتورونه د دې انومالي‌ګانو لامل دي او کروموزومي انومالي‌ګانې په لومړي ترایمستر کې ډېرې زیاتې وي او ۵ ٪ د Still birth لامل کېږي.

د انومالي‌ګانو لاملونه: په لاندې ډول دي

أ. غیرنارمل کروموزومونه (په شمېر اویا جوړښت کې ستونزه)

ب. د یو جین بې نظمي (cystic fibroma)

ت. Polygenic او یا هم د څو جینونو بې نظمي.

ث. Teratogenic د جین بې نظمي له درملو سره د مخامخ کېدو له کبله.

د امېندوارۍ پر مهال ددې انومالي‌ګانو د معلومولو لپاره جنین تر څارنې لاندې نیول کېږي، تر څو هغه جنینونه چې د کروموزومي، جنیتکي او یا هم د جوړښتي انومالي‌ګانو تر خطر لاندې وي وپېژندل شي.(Bromley, 2002)

مخکې له زېږون څخه یې تشخیص لاندې ګټې لري:

۱- هغه امېندوارۍ چې په لوړه درجه اختلاطي او د جنین ژوند پکې مختل شوی وي خاتمه ورکول کېږي.

۲- د ځینو غیرنارمل حالتونو درملنه په داخل‌الرحمي ژوند کې ممکنه وي.

۳- ځینو حالتونو کې ابنارملتي له زېږون څخه وروسته د درملنې وړ وي او یا هم حد اقل مور ته دا معلومات ورکول کېږي، چې په یو مجهز روغتون کې زېږون ترسره کړي.

۴- ځینو وختونو کې کورنۍ نه غواړي، چې حمل ته خاتمه ورکړي؛ نو لږ تر لږه د هغوی ذهنیت د یو معیوب ماشوم نړۍ ته راتګ لپاره اماده کېږي.(Nyberg, 2003)

هغه جوړې چې شخصي یا فامیلي جنیتیکي ګډوډۍ لرونکې وي باید جنیتیکي مشورې واخلي. دوی ته باید د هغوی د خطر لاندې ماشوم په اړه خبر ورکړل شي. هغه

ازمویښې چې مخکې له زېږون څخه د جنیټیکي معلوماتو لپاره ترسره کېږي د هغوی د ګټو او زیانونو په اړه معلومات ورکړل شي.(ACOG, 2017)

ځینې اتوزومل ریسیسیف ګډوډۍ په ځانګړي نژاد لرونکو ښځو کې رامنځته کېږي. که د یو نادر جین پېښې په یو معمول نفوس کې زیاتې شي؛ نو د فامیل په یو شخص یا په یو کوچني ګروپ کې تشخیصېږي، چې د Founder effect په نوم یادېږي.(Cunningham, 2018)

۲- د دودیزو ولادي ابنارملیټیګانو د پېژندو لپاره ازموینې: په لاندې ډول دي.

الف. سیستیک فایبروزس: دا ګډوډي د CFTR جین د میوټیشن له کبله کوم چې د ۷ کروموزوم په اوږد بازو باندې ځای لري رامنځته کېږي. سیستیک فایبروزس د CFTR جین میوټیشن د هوموزایګوسټي یا مرکب هیټروزایګوسټي له کبله هم رامنځته کېږي. د سیستیک فایبروزس پېښې د نژاد له نظره په امریکایانو کې زیاتې دي. د امریکا نسایي ولادي کالج (۲۰۱۱) کال کې د سیستیک فایبروزس انتقالوونکو سکرینګ په اړه لاندې لارښوونې کړي دي:

۱. سکرینګ به د ښځې او خاوند دواړو لپاره وي، چې د حمل اخیستو د مخه سلا مشورې او د زېږون د مخه څارنه پکې ګډون لري.

۲. که دواړه ښځه او خاوند د لوړ خطر لرونکي نژاد څخه وي؛ نو د حمل اخیستلو د مخه یا د امېندوارۍ په لومړیو وختونو کې ازموینې ترسره کېږي.

۳. دا ډېره ستونزمنه ده چې ځانګړي نژاد والا دې وټاکل شي؛ نو له دې کبله دا غوره ده چې د ټول ناروغۍ لرونکو نژادونو ته د سیستیک فایبروزس لېږدونکې ازموینې ترسره شي.

۴. که يو کس د سيستيک فايبروزس کورنۍ يا شخص تاريخچه ولري؛ نو د CFTR جين بشپړ ازمويني که مخکې څخه ترسره شوي نه وي ترسره کېږي.(Cutting, 2005)

ب. *(Sickle hemoglbinopathies):* په دې گروپ ناروغيو کې سيکل سيل انيميا، سيکل سيل هيموگلوبين سي ناروغۍ او سيکل سيل بېتا تلاسيميا گډون لري. د امريکا په متحده ايالاتو کې Sickle Cell Anemia تر ټولو معموله ارثي ناروغي ده، چې کوچنيان پرې اخته کېږي. د يو نورمال کاهل کس هيموگلوبين دوه ځنځيره لري. الفا او بېتا ځنځيرونه. په بېتا ځنځير کې ځاى پر ځاى شوي جين کې د ميوټيشن له کبله هيموگلوبين ايس (Hemoglobin S) رامنځته کېږي. هيټروزايگس د دواړو هيموگلوبين (A & S) يوه کاپي له ځان سره لري، چې د (Hemoglobin AS) يا سيکل سيل ټريټ په نوم يادېږي. هوموزايگس د مور او پلار څخه يواځې يوه کاپي د ايس هيموگلوبين په ميراث سره اخلي، چې (Hemoglobin SS) يا Sickle cell anemia رامنځته کوي. هيموگلوبين C هم په ورته ډول چې يوه کاپي د S او يوه کاپي د C په ميراث سره اخلي. افريقايي او امريکايي ناروغان د هيموگلوبين S او نورو هيموگلوبينوپتي لپاره په زيات خطر کې دي؛ نو دوی ته د اميد اخيستلو او زېږون د مخه ازمويني ترسره کېږي، چې ناروغانو ته د Chorionic villi sympaling يا Amnio Centhesis په واسطه د زېږون د مخه تشخيص وړاندېز کړی دی.(Davies, 2000)

ج. *Thalassemia :* دا سندرومونه په نړۍواله توگه د يو جين گډوډيانو له ډلې څخه تر ټولو دوديز (Common) سندرومونه دي. نږدې ۲۰۰ ميليونه خلک د دې هيموگلوپتي جين ناقلين دي. په ځينو ناروغانو کې د هيموگلوبين د الفا او بېتا ځنځيرونو د کم جوړېدو له کبله په دويمي ډول Micro cytic anemia رامنځته کېږي. که چېرې الفا گلوبين ختم او يا پکې ميوټيشن رامنځته شي؛ نو الفا تلاسيميا او که بېتا گلوبين کې ميوټيشن رامنځته شي؛ بېتا تلاسيميا رامنځته کېږي.

الفا تلاسيميا: الفا تلاسيميا په افريقايانو، مديترانيانو، منځني ختيځ، لوديز هندوستان او د اسيا په جنوب ختيځ هېوادونو کې دوديزه ده، چې د خفيفې کم‌خونۍ لامل کېږي. د کلينيک له نظره که مور او پلار دواړه cis-deletion وي؛ نو بچيان يې د الفا هيموګلوبين نه شتون لپاره تر ډېر خطر لاندې دي، چې د هيموګلوبين Barts ناروغۍ په نوم يادېږي کوم چې د Hydrops او جنين د ضايع کېدو لامل کېږي. دې ډول ناروغانو ته د الفا تلاسيميا د تشخيص لپاره ماليکولي جنيتيک ازموينې ترسره کېږي او د هيموګلوبين اليکټروفوريزس په واسطه نه تشخيص کېږي.(ACOG, 2015)

بېټا تلاسيميا: په بېټا ګلوبين کې د ميوټيشن له کبله د بېټا ګلوبين ځنځيرونو توليد کم يا له منځه ځي. که ميوټيشن يو جين اغېزمن کړی وي؛ نو کوچنۍ (Minor) بېټا تلاسيميا او که دواړه کاپي‌ګانې يې اغېزمنې کړې وي؛ لويه (Major) بېټا تلاسيميا رامنځته کېږي. د کوچنۍ بېټا تلاسيميا پېښې په افريقايانو، مديترانيانو د اسيا جنوب ختيځ خلکو کې زياتې دي.

Tay-Sachs ناروغی: د لايزوزوم ذخيروي Autosomal recesiv ناروغي ده، چې د Hexous aminidas A enzyme په نه شتون ځانګړې ده. د دې ناروغۍ په پايله کې په مرکزي عصبي سيستم کې GM2 ګنګيوسايډونو جوړېدنه، د عصب پرمختللې استحاله او د کوچنيوالي په لومړيو وختونو کې مړينه رامنځته کېږي. که ښځه او خاوند د دې ناروغۍ کورنۍ تاريخچه ولري؛ بايد مخکې له حمل اخيستلو څخه سکريننګ ترسره شي.(Kaback, 1993)

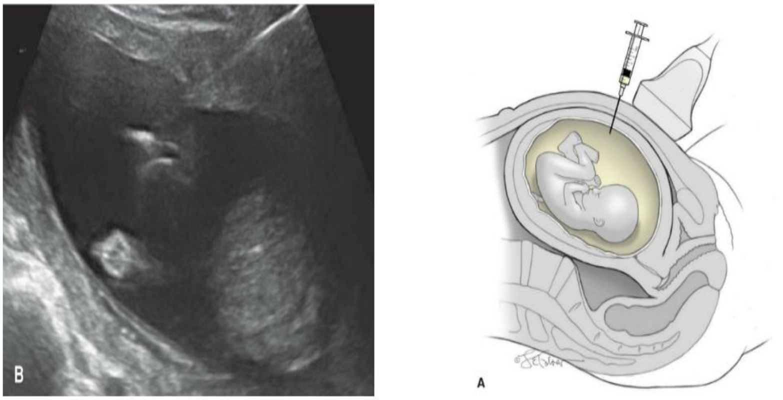
۳. د معمولو ولادي انوماليګانو ازموينې: له زېږون د مخه تشخيص لپاره ځينې تهاجمي پروسيجرونه شته؛ لکه aminocethesis، کوريونيک ويلس سمپلنګ او د fetal blood samplaing. د امبريو غرس کېدو د مخه تشخيص لپاره بيا د غرس د مخه جنيټيکي تشخيص ترسره کېږي، چې پورتنيو معاينو سره ورته پايله لري.(de Wit, 2014)

الف. Aminocentesis: د انيوپلايډي او نورو جنيټيکي حالتونو د تشخيص لپاره د بطن له لارې د امنيوتيک مايع اخيستل تر اوسه د يو دوديز پروسيجر په ډول پاتې ده، چې عموماً د امېندوارۍ ۱۵ – ۲۰ اوونيو ترمنځ او وروسته هم ترسره کېږي. د جنين کيراټوټايپ معلومولو لپاره ترسره کېږي. څرنګه چې کيراټوټايپ معلومول ۷ – ۱۰ ورځې وخت نيسي؛

نو د امنیوسایټونو کلچر مخکې د کیراټوټایپ معلومولو څخه ترسره کېږي. د جنیټیکي تحلیل سربېره ځینې د Hydramniosis درملنې په خاطر هم امنیوتیک مایع ایستل کېږي.
تخنیک: امنیوسنتیزس د معقمو شرایطو مراعتولو څخه د التراساونډ د رهنما لاندې د ۲۰ – ۲۲ ګیج نخاعي ستنې په کارولو سره ترسره کېږي. (۱-٦ انځور).

ستنه مستقیماً د امنیوتیک مایع جېب ته ننکته کېږي پرته له دې چې جنین، حبل ثروي او پلاسنتا څخه تېره شي. د جنین کروموزومي تحلیل لپاره ۲۰ ملي لیتره په اندازه باندې مایع ته اړتیا ده. د پروسیجر ترسره کولو څخه وروسته د جنین زړه حرکت د التراساونډ په واسطه معلومېږي. که ناروغ Rh منفي وي؛ نو د پروسیجر اجراء کولو څخه وروسته انتي D امیونوګلوبولین تطبیقېږي.(Mujezinovic, 2011)

دجنین ضیاع یې تر ټولو دودیز(عام) اختلاط دی. که چېرې په منځني ترایمستر کې اجراء شي؛ نو د جنین ضیاع رامنځته کېږي. په هغو ښځو کې چې درېیم کلاس چاغوالی لري چانس یې دوه چنده کېږي. ځینې وخت د جنین ضیاع پروسیجر پورې اړه نه لري، بلکې د پلاسنتا غیر نورمال غرس کېدنې، د پلاسنتا بېلېدنې، د رحم ابنارملتۍ ګانو او د جنیني انومالیو له کبله وي. نور اختلاطات یې عبارت دي له: د امنیوتیک مایع لیکاژ، کوریوامنیونایټس، د ستنې په واسطه د جنین زخمي کېدنه (نادره ده).(Borgida, 2000).



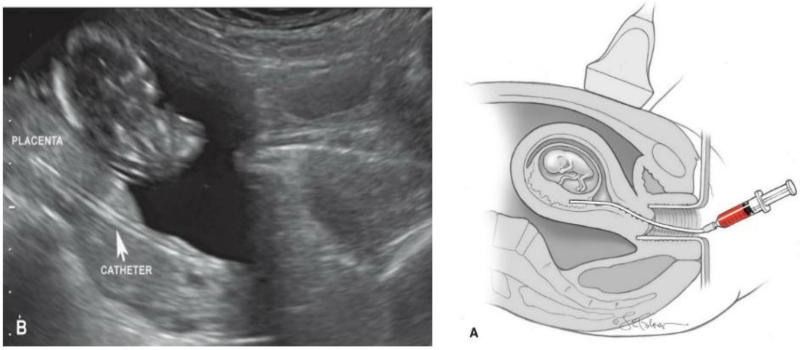
۲- ۳- انځور: امنیوسنتیزس. د امنیوسنتیزس ستنه په ښي علوي خوا کې لیدل کېږي. (Cunningham، ٦٦١)

ب. کوریونیک ویلس نمونې اخیستل: د کوریونیک ویلای بیوپسي د امېندوارۍ ۱۰ – ۱۳ اوونیو ترمنځ د جنیني کیریوټایپ معلومولو لپاره ترسره کېږي. ګټه یې دا ده چې پایله یې د امېندوارۍ په لومړیو وختونو کې معلومېږي.

کوریونیک ویلای وروسته د معقمو شرایطو څخه په دوه طریقو (د رحم عنق او د بطني له لارې) اخیستل کېږي، چې دواړه کړنلارې یو ډول خوندیتوب او اغېزې لري. د رحم د عنق له لارې د نمونې اخیستلو لپاره جلا د پولي اتیلین قات کېدونکی کتیټر جوړ شوی دی.(۲- ۴- انځور).

د بطن له لارې نمونې اخیستلو لپاره د ۱۸یا ۲۰ گیج لرونکې نخاعي ستنه کارول کېږي. دواړه پروسیجرونه د بطني التراساونډ لارښوونې لاندې ترسره کېږي.

د جنین ضیاع، که د امېندوارۍ په اولو وختونو کې ترسره شي؛ نو د اطرافو نیمگړتیا رامنځته کېږي، مهبلي نقطوي وینه بهېدنه نادر ده.(Wijnberger, 2003)



۲-۴ انځور: د رحم د عنق له لارې د کوریونیک ویلای نمونې اخیستل. (Cunningham، ٦٦٥)

ج. د *جنیني وینې نمونه اخیستل:* نوموړی پروسیجر د (Chordo synthesis) یا د پوستکي له لارې د حبل ثروي وینې نمونه اخیستل (PUBS) په نومونو هم یادېږي. لومړي ځل لپاره د جنیني انیمیا د تداوي لپاره جنین ته د وینې سرو حجراتو ټرانسفیوژن لپاره تشریح شو. جنیني انیمیا د دې لپاره تر ټولو معمول استطباب گڼل کېږي. د جنیني وینې نمونه اخیستل د platlet alloimmunization ارزیابي او درملنې او د جنیني کاریوټایپ معلومولو لپاره هم ترسره کېږي. گټه یې دا ده چې پایله یې ۲۴ – ۴۸ ساعتونه وخت نیسي.

اختلاطات یې عبارت دي له : د جنین ضیاع، د ثروي اوعیو وینه بهېدنه، جنیني مورنۍ وینه بهېدنه او جنیني براډي کارډیا. زیاتره اختلاطات د وخت تېرېدو سره په بشپړه توگه ښه کېږي، خو په ځینو کې بیا د جنین ضایع کېدل رامنځته کېږي.(Tongsong, 2001).

لنډيز

د جنين حرکات په نورماله توګه په اوومه اوونۍ کې په غيرفعاله توګه پيلېږي، بيا وروسته له شلمې اوونۍ څخه منظم ډول ځانته غوره کوي. همدارنګه دا چې د جنين حرکات په کوم ميکانيزم سره د زړه ضربان د کمېدو لامل کېږي توضيح شوی دی، د جنين تنفس حرکتونو دننه په رحم کې په وقفه‌يي ډول وي د دغو حرکاتو نه شتون د جنين په خراب حالت باندې دلالت کوي او د Acustic stmulation test په کارولو سره دا موضوع چې ايا جنين د لوړ غږ په مقابل کې غبرګون ښيي او د زړه ضربان يې زياتيږي او که نه روښانه شوې. Biophysic profile په کارولو سره دقيق معلومات د جنيني هايپوکسيا د شتون او نه شتون په هکله وروسته له ۲۸مې اوونۍ څخه ترلاسه کولای شو.

نږدې ۳ ٪ نوي زېږېدلي ماشومان د congenital انومالي‌ګانو سره نړۍ ته راځي، چې زياتره جنيتيکي فکتورونه ددې انومالي‌ګانو لامل دي او کروموزومي انومالي‌ګانې په لومړي ترايمستر کې ډېرې زياتې وي او د ۵٪ Still birth لامل کېږي. د امېندوارۍ پر مهال ددې انومالي‌ګانو د معلومولو لپاره جنين تر ارزيابي لاندې نيول کېږي، تر څو هغه جنينونه چې د کروموزومي، جنيتيکي او يا هم د جوړښتي انومالي تر خطر لاندې وي وپېژندل شي. مخکې له زېږون څخه تشخيص لاندې ګټې لري، هغه حملونو ته چې په لوړه درجه اختلاطي او د جنين ژوند پکې مختل شوی وي، خاتمه ورکول کېږي. د ځينو غيرنارمل حالتونو درملنه په رحمي دننه ژوند کې ممکن وي.

پوښتنې

څلور ځوابه پوښتنې

په لاندې پوښتنو کې یو سم ځواب په نښه کړئ

۱: د رحمي ژوند په کومه اوونۍ کې د جنین غیر فعال حرکتونه پیلیږي؟

الف- له شپږمې اوونې څخه مخکې
ب- په نهمه اوونۍ کې
ج- مخکې له اومې اوونۍ څخه
د- مخکـې لـه اتمـې اوونـۍ څخـه

۲ : د نورمال جنین د خوب سایکل دوام څومره وي.

الف-۲۰-۷۵ دقیقو پورې
ب-۳۰-۸۵ دقیقو پورې
ج-۱۰-۲۰ دقیقو پورې
د- ۵ -۱۰دقیقوپورې

۳: د رحمـــي پلاســـنتايي پرفیـــوژن خرابـــوالی پـــه کـــوم میخانیکیـــت بانـــدې د Oligohydromniosis لامل گرځي.

الف- دجنین دکلیود اروا د خرابـوالي له لارې
ب- د جنین د سږو د اروا د خرابوالي له لارې
ج- د جنین د دماغ د اروا د خرابوالي له لارې
د- د جنین د ځگر د اروا د خرابـوالي له لارې

۴- :د لاندې لاملونو څخه کوم یو يې د جنین د زړه ضربان د کموالي لامل نه گرځي.

الف- سگرت څکول
ب- د جنین خوب
ج- د اعصابو انحطاط
د- د انلجیزیکو درملو کارول

۵- Chordo synthesis عبارت دی له:

الف - د پوستکي له لارې له حبل ثروي څخه د وینې اخیستل
ب- د پوستکي له لارې د جنین له بطن څخه د وینې اخیستل
ج- د پوستکي له لارې له پلاسنتا څخه د وینې اخیستل

د- د پوستکي له لارې د جنين د پريتوان له جوف څخه د وينې اخيستل

٦ : دلاندې ګټو څخه کومه ګټه له زيږون څخه د مخکې د تشخيصي ازموينو په ګټو کې برخه نه لري

الف - د ځينو ابنارمليټيو ګانو درملنه په امېندوارۍ کې

ب -د لوړې کچې اختلاطي جنين حمل ته پای ورکول

ج – په سمبال روغتون کې مېرمن ته د زيږون لپاره مشوره ورکول

د- د امېندوارۍ دو ويزټونو تر منځ د واټن کمېدل

٧ : که چېرې يوه ښځه او خاوند دواړه د يوه نژاد څخه وي د مخکې له زيږون د تشخيص په موخه ازموينې کله تر سره شي:

الف – مخکې د اميد اخيستلو.

ب- د امېندوارۍ په پيل کې.

ج- مخکې د اميدو اخيستلو او يا د امېندوارۍ لومړيو وختونو کې.

د- امېندوارۍ په پای کی

٨- کومه ازموينه له زيږون څخه د مخکې تشخيصي ازموينو له ډلې څخه نه ده.

الف – amniocethesis

ب – chorionic villi sampling

ج – fetal blood sampling

د - obstetrical sonography

تشریحي پوښتنې

۱: د رحم تقلص څنګه د جنین د زړه د حرکاتو د کمېدو لامل ګرځي؟

۲: جنیني تنفس د ماشوم د تنفس سره وروسته له زېږون څخه څه توپیر لري؟

۳: د کومو اعصابو تر تاثیر لاندې د جنین د زړه حرکات اداره کېږي؟

۴: نورمال NSTڅه ته وایي؟

۵: دBPP د پارامترونو نومونه واخلئ؟

۶:که د BPP د نمبرو مجموعه له ۴ څخه ټيټه وي؛ نو د مېرمن سره باید څه وشي؟

۷: د جنیني وینې د نمونې اخیستلو خطرونه کوم دي؟

۸: د کوریونیک سمپلنګ په واسطه کوم معاینات ترسره کېږي او کله باید ترسره شي؟

۹: د امینوسنتیزس پروسیجر څه ډول ترسره کېږي؟

۱۰: بیتا تلاسمیا څه ډول ناروغي ده؟

ماخذونه

Alanne L & Hoffren J & Haapsamo M, et al. (2017) *Effect of sildenafil citrate on fetal central hemodynamics and placental volume blood flow during hypoxemia in a chronic sheep model*. January 23–28, 2017.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015) *Hemoglobinopathies in pregnancy*. Practice Bulletin No. 78.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017) *Prenatal diagnostic testing for genetic disorders*. Practice Bulletin No. 162.

Borgida AF & Mills AA & Feldman DM, et al. (2000) *Outcome of pregnancies complicated by ruptured membranes after genetic amniocentesis*. Am J Obstet Gynecol 183(4):937.

Bromley B & Lieberman E & Shipp TD, et al. (2002) *The genetic sonogram, a method for risk assessment for Down syndrome in the mid trimester*. J Ultrasound Med 21(10):1087.

Cunningham F.Gary & Leveno Kenneth J, et al. (2018) *Williams Obstetrics,* 25th edition, United State: McGraw-Hill Education, Pp: 653, 750.

Cutting GR: Modifier genetics. (2005) *cystic fibrosis*. Annu Rev Genomics Hum Genet 6:237.

Davies SC & Cronin E & Gill M, et al. (2000) *Screening for sickle cell disease and thalassemia*: a systematic review with supplementary research. Heath Technol Assess 4(3):1.

de Wit MC & Srebniak MI & Govaerts LC, et al. (2014) *Additional value of prenatal genomic array testing in fetuses with isolated structural ultrasound abnormalities and a normal karyotype*: a systematic review of the literature. Ultrasound Obstet Gynecol 43(2):139.

Ho D & Wang J & Homann Y, et al. (2017) *Use of the myocardial performance index in decreased fetal movement assessment:* a case-control study. Fetal Diagn Ther June 15, 2017.

Jansson LM & DiPietro J & Elko A. (2005) *Fetal response to maternal methadone administration*. Am J Obstet Gynecol 193:611.

Kaback M & Lim-Steele J & Dabholkar D, et al. (1993) *Tay Sachs disease: carrier screening, prenatal diagnosis, and the molecular era*. JAMA 270:2307.

Kopecky EA & Ryan ML, et al. (2000) *Fetal response to maternally administered morphine*. Am J Obstet Gynecol 183:424, 2000

Mujezinovic F & Alfirevic Z. (2011) *Analgesia for amniocentesis or chorionic villus sampling*. Cochrane Database Syst Rev 11:CD008580.

Nyberg DA & Souter VL. (2003) *Use of genetic sonography for adjusting the risk for fetal Down syndrome*. Semin Perinatol 27(2):130.

Perez-Delboy A & Weiss J, et al. (2002) *A randomized trial of vibroacoustic stimulation for antenatal fetal testing*. Am J Obstet Gynecol 187:S146.

Sajapala S & AboEllail MA & Kanenshi K, et al. (2017) *4D ultrasound study of fetal movement early in the second trimester of pregnancy*. J Perinat Med 45(6):737.

Tongsong T & Wanapirak C & Kunavikatikul C, et al. (2001) *Fetal loss rate associated with cordocentesis at midgestation*. Am J Obstet Gynecol 184(4):719.

Wijnberger LD & van der Schouw YT & Christiaens GC. (2003) *Learning in medicine: chorionic villus sampling*. Prenat Diagn 20(3):241.

دریم څپرکی

نورمال لېبر او له هغې څخه وروسته څارنې

Labor یوه داسې فزیولوژیکه پروسه ده، چې د رحم د منظمو تقلصاتو پیل کېدو سره پیل او د جنین د زېږېدو او د پلاسنتا په خارجېدو سره پای ته رسېږي. د Labor او زېږون ښه اداره کولو لپاره دا په یاد وساتو سره د دې، چې زېږون یوه فزیولوژیکه پروسه ده او په زیاترو ښځو کې پرته له کوم اختلاط څخه ترسره کېږي، خو ممکن د زېږون پر مهال ډېر ژر اختلاطات رامنځته شي، چې اړین اهتمامات باید ورته ونیول شي. د دغه ډول څارنو موخې د جنیني هایپوکسیمیا پېژندنه او د اړینو کړنو ترسره کول دي. له زېږېدلو څخه وروسته سمدلاسه د غازاتو د بدلولو دنده له پلاسنتا څخه سږو ته لېږدول کېږي. د سږو اروا ډېر ژر زیاتېږي او د جنین وعایي شنټونه بندېږي تر څو سیستمیک دوران د سږو دوران څخه جلا کړي.

Puerperium د دوه لاتیني کلمو څخه اخیستل شوی، چې Puer د ماشوم په معنی او Parus مخکې زېږول شوي په معنی دی. نفاس دوره چې له زېږون وروسته پیل او تر دې چې ښځه په بشپړ فزیولوژیک او اناټومیک ډول لومړي حالت ته را وګرځي د ۴ – ٦ اوونیو پورې غځېږي.

د زده‌کړې موخې

- لېبر او زېږون
- د زېږون د مهال څارنې
- د نوي زېږېدلي ماشوم څارنې
- نفاس دوره او د هغې اختلاطات

لیبر او زېږون

لېبر او زېږون د ښه اداره کولو لپاره يې بايد لاندې ټکی هېر نه شي، يو دا چې زېږون په زياترو ښځو کې پرته له کوم اختلاط څخه ترسره کېږي، دويم دا چې د زېږون پر مهال پرته له انتظاره ډېر ژر اختلاطات رامنځته کېږي، چې ممکنه ده د ښځې او ماشوم ژوند په خطر کې واچوي، چې بايد دغه اختلاطات مخکې وپېژندل شي او اړينې کړنې ترسره شي.

۱- د لیبر میخانیکیت: لیبر يوه فزيولوژيکه پروسه ده او د رحم دردناکه تقلصاتو سره يوځای وي، چې پايله يې د رحم د عنق پراخوالی، نرموالی او لنډوالی دی او جنين ته له ولادي کانال څخه د تېرېدو زمينه برابروي. په عمومي ډول لیبر او زېږون کې لاندې درې ټکي ډېر د اهميت لرونکی دی:

أ. *Power*: عبارت دی د رحم دردناکه تقلصاتو څخه چې د لیبر او زېږون په دويمه صفحه کې د مور د Expulsive قوې سره يوځای کېږي.

ب. *Passage way*: د مور د حوصلې نرم انساج او هډوکينی حوصلې څخه عبارت ده.

ت. *Passenger*: جنين د هغه مسافر په شان دی، چې د مور د ولادي کانال څخه بايد تېر شي.

څرنگه چې د مور د هډوکينی حوصلې قدامي خلفي او عرضاني قطرونه يو له بل سره توپير لري؛ نو د حوصلې لاندې ډولونه په مېرمن کې پېژندل شوي دي، چې د مورنی حوصلې ډول د زېږون د پروسې د پرمختگ سره نږدې اړيکه لري.

أ. Gynecoid

ب. Android

ت. Anthropoid

ث. Platypeloid

د يادولو وړ ده چې ووايو Gynecoid ډول حوصله د نورمال لیبر او زېږون لپاره تر ټولو غوره حوصله پېژندل شوې ده.

که څه هم د زېږون پروسې میخانیکیت ډېر روښانه هم نه دی، خو يو شمېر نظريات شتون لري، چې دلته ترې لنډه يادونه کوو. دا چې د پروجسترون لوړه سويه د اوکسي توسين فعاليت تر انحطاط لاندې راولي يعنې د زېږون مخه نيسي، خو استروجن هورمون

بیا رحمي فعالیت زیاتوي او د بلې خوا Dehydro Epiudrosterone Sulphate چې د امېندوارۍ په وروستۍ موده کې د ماشوم ادرينال غدې له خوا افراز او د پلاسنتا په واسطه په استروجن بدلېږي او منځته راغلی استروجن بیا په خپل وار د رحم تقلصاتو د تنبه لامل ګرځي او د رحم د ډیسدوا طبقې په واسطه افراز شوی پروستګلاندین هم د لېبر په پروسه باندې بې اغېزې نه دی، خو د زېږون په منځته راتلو او پرمختګ کې د مور د نخامیه غدې د خلفي فص په واسطه د اوکسي توسین هورمون افراز زیات مهم رول لري. همدارنګه د کلسیم زیاتوالی د Actine او Myosine د یوځای کېدو لامل کېږي، چې په ټولو غیرارادي تقلصاتو کې مهمه ونډه اخلي هم هېر نه شي.

د جنین د سر په نورمال اعتلان کې د زېږون مېخانیکیت: په لاندې ډول لنډېږي

- Engagement: د مور په حوصله کې د جنین سر تثبیت کېدل دي، چې د جنین سر په مستعرض ډول په حوصله کې تثبیتېږي. دا پروسه د لومړي ځل لپاره ماشوم زېږونکو ښځو کې دوه اونۍ مخکې له زېږون څخه او د ځوم ځل لپاره ماشوم زېږونکو ښځو کې ممکنه ده، د زېږون د دردونو له پیل سره سم ترسره شي. د جنین سر غواړي، چې د مور د Inlet pelvic په عرضاني محور کې ځای ونیسي، خو ځینې وختونه ممکنه ده د ماشوم Satura sagittal د مور حوصلې عرضاني محور سره موازې پاتې نه شي او د Symphysis pubic او د Promontory sacral په منځنۍ برخه کې ځای ونه نیسي؛ نو دې ته Asynclitism وايي.
- Descent: عبارت د جنین د معتلنه غړي ښکته کېدل د مور حوصلې ته دي. دغه پروسه په کرار ډول پایښت مومي. ځینې عوامل؛ لکه د مور د هډوکینې حوصلې بڼه، د جنین د معتلنې غړي وضعیت، د رحمي تقلصاتو شدت او د حوصلې مقاومت زیاتوالی کولای شي دا پروسه تر اغېزې لاندې ونیسي.
- Flexion: د جنین د بدن قبض حالت دی، چې د جنین تثبیت او ښکته کېدو لپاره اړین میخانیکیت شمېرل کېږي.
- Internal rotation: هغه وخت ترسره کېږي کله چې معتلنه غړی د حوصلې منځنۍ برخې یعنې د هډوکینې حوصلې د Ischial بارزو برخې ته ورسېږي د جنین دننه څرخېدل ترسره کېږي او د جنین د سر Sagittal suture په قدامي

خلفي قطر کې ځای نیسي. په هغه صورت کې چې د ماشوم سر قفوي قدامي وضعیت ولري؛ نو ۴۵ درجې څرخیدو ته اړتیا شته او که د ماشوم سر قفوي خلفي وضعیت ولري؛ ۱۳۵ درجې څرخیدو ته اړتیا شته تر څو سر د حوصلې قوس څخه لاندې تېر شي.

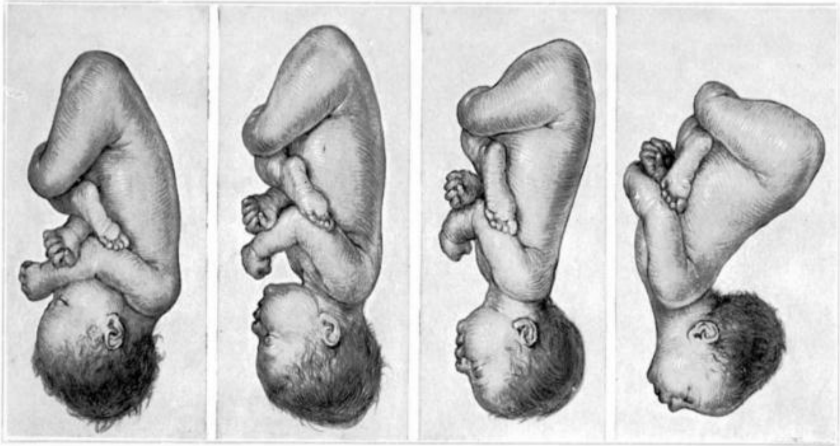
- Extension: کله چې د جنین سر فرج ته ورسېږي Extension تر سره کېږي، چې په پایله کې د جنین د قفوي هډوکي قاعده د مور د عانه هډوکي د ښکتنۍ څنډې تر لاندېنۍ او زنه یې د مور د مقعد خوا ته ځای پر ځای کېږي.
- External rotation: د دې ډول حرکت سره ماشوم بېرته هغه حالت غوره کوي کوم چې د زېږون په پیل کې د مور حوصلې ته دننه شوی و. یعنې Occipito transvers او قدامي اوږه د ارتفاق عانې لاندې په قدامي خلفي قطر کې قرار نیسي.
- Expulsion: وروسته د بهرني څرخیدو څخه قدامي اوږه د مور د عانې هډوکي لاندې ځای نیسي او د مور د Expulsive قوې په مرسته ماشوم په بشپړه توګه دباندې راوځي.

د لېبر د واضح کولو لپاره د لاندې اصطلاحاتو پېژندنه اړینه ده:

الف. د حوصلې د څمکې بدلونونه: هیاتوس د حوصلې د فرش عضلاتو کې U ډوله فوحه ده چې احلیل، مهبل او ریکتوم ور څخه تېرېږي. د امېندوارۍ په ۳۷مه اوونۍ کې نوموړې ساحه د پام وړ لویوالی ښايي.(Nygaard, 2015)

ب. د جنین ځای (Fetal lie): د مور او جنین د اوږد محور ترمنځ اړیکو ته د جنین ځای ویل کېږي، چې یا به طولاني او یا به عرضاني وي. ځینې وخت د مور او جنین محورونه په ۴۵ درجو کې یو بل قطع کوي، چې د مایل ځای په نوم یادېږي. په پوره میعاد کې زیاتره د جنین ځای طولاني وي.

ج. د جنین اعتلان (featal presentation): د جنین د بدن هغه برخه چې ولادي کانال ته تر ټولو نږدې وي د معتلنې غړې په نوم یادېږي، چې په مهبلي معاینه کې د رحم غاړې لـه لارې جس کېږي. په طولاني موقعیت کې معتلنه غړی د جنین سر یا ښکتنی خوا وي او په عرضاني موقعیت کې اوږې وي. د سیفالیک اعتلان ډولونـه پـه (۳-۱ انځـور) کـې ښـودل شوي دي. بریچ اعتلان په درې ډوله دی.(Cunningham, 2018)



۳- ۱- انځور: طولاني موقعیت، cephalicاعتلان. (A) vertex (B) سینسیپوټ (C) (Brow) (D) (Face).
(Cunningham، ۹۴٦)

۲. د نورمال لېبر ځانګړتیاوې: په لېبر کې د رحم تقلصات څرګند نرموالی، لنډوالی او د رحم غاړې پراخوالی رامنځته کوي د لېبر پیل معلوملو لپـاره بېلابېلـې لارې شـته لـري. د رحم دردناکه منظمو تقلصاتو پیلېدو سره لېبر پیلېږي.(Laughon, 2012)

الف. د لېبر لومړی صفحه: د دوه برخو لرونکی دی

مخفي پړاو: دا پړاو لومړنی صفحې پورې اړه لري او د رحـم منظمـو تقلصـاتو سره پیل او د رحم غاړې ۳ – ۵ سانتي متره پراختیا پورې غځېږي. که چېرې دا پـړاو پـه Nulliparaکـې د ۲۰ سـاعتونو او multipara کـې د ۱۴ سـاعتونو څخـه زیـات وخت ونیسي؛ نو د دې پړاو اوږدوالي معنی ورکوي.

فعاله پړاو: دا پړاو هم د ليبر لومړۍ صفحې د رحم غاړه ی د پراخوالي برخې پورې اړه لري. که د رحم غاړې پراخوالی ۳ - ٦ سانتي متره او یا له دې څخه زیاته وي په داسې حال کې چې د رحم تقلصات شتون ولري د فعالې مرحلې په نوم یادېږي. په nullipara ښځو کې ۵ -۱۱.۵ ساعته وخت نیسي.

ب. د لېبر دویمه صفحه: نوموړی پړاو د رحم غاړې بشپړ پراخیدو څخه پیل او د جنین زېږون پورې دوام مومي. د دې مرحلې منځنی اوږدوالی په Nullipara کې ۵۰ دقیقې او په Multiparaکې ۲۰ دقیقې دی. (Cunningham, 2018)
د لېبر موده په نولي پارا کې د ۹ - ۱۸.۵ ساعتونو او په ملټي پارا کې د ٦ - ۱۳.۵ ساعتونو پورې وخت نیسي.

۳. د لېبر او زېږون اداره کول: د رښتیني او کاذب labor تر منځ توپیر ستونزمن دی. د دې تشخیص د تقلصاتو فریکونسي، شدت او د عنق پراخوالی په بنسټ صورت نیسي. د ناروغ د وینې فشار، تودوخې درجه، نبض او تنفس اندازه کتل کېږي او همدارنګه د جنین د زړه ضربان اوریدل کېږي. که ناروغه له زېږون څخه د مخه خارنو کې کومې ستونزې سره مخامخ شوي وي باید یادداشت شي.(Cunningham, 2018)
د غشا څېرې کېدنه د درې ټکو له نظره مهمه ده.

۱. که معتلنه غړی په حوصله کې تثبیت شوی نه وي؛ نو حبل ثروي پرولپس کوي او تر فشار لاندې راځي.
۲. که امېندواري په موده وي یا نه وي له دې څخه وروسته زېږون ژر پیل کېږي.
۳. د رحم دننه او د نوي زېږېدلي ماشوم د انتان چانس زیاتوي.

د رحم غاړه د لنډوالي اونرموالي، پراخوالي د جنین موقعیت او د جنین حالت معلومولو لپاره معاینه کېږي. د لېبر لپاره له بستر کېدو څخه وروسته ځینې لابراتواري ازمویني؛ لکه د HCT یا HB ، Blood gruop ، HBS او HIV ازمویني ترسره شي. که ناروغه د زېږون د مخه خارنه کې د سفلیس لپاره تر خطر لاندې وه نو باید ازموینه وشي.(Herbst, 2007)

د لېبر د لومړۍ مرحلې اداره کول: که کومه ابنارملټي موجوده وي؛ په لومړي ګام کې د جنین د زړه حرکتونه له هر تقلص څخه وروسته په هرو ۳۰ دقیقو کې او د خطر د شتون په صورت کې په هرو ۱۵ دقیقو کې اوریدل کېږي. بیا په دویمه مرحله کې په هرو ۱۵ دقیقو کې او د خطر په شتون په صورت کې په هرو ۵ دقیقو کې اوریدل کېږي.

د مور د تودوخې درجه، نبض او د وینې فشار په هرو ۴ ساعتو کې یو ځل معاینه شي. د دې ترڅنګ رحمي تقلصات د برقي ماشین په واسطه څارل کېږي تر څو د هغه څرنګوالی او شمېره معلومه شي. د رحم غاړه بدلونونو معلومولو لپاره مهبلي معاینه ترسره کېږي. که ممبران له مخکې څخه څېرې شوی وي نو د حبل پرولپس د ردولو لپاره مهبلي معاینه ترسره کېږي.

د فعال زېږون پر مهال کې د خولې له لارې خواړه مایعات او نور ځانګړي مواد بندېږي، ځکه کله چې لېبر پیل شي؛ د معدې تخلیې وخت اوږدېږي او دغه مواد او درمل په معده کې پاتې او جذب شوي نه وي؛ نو ممکن کانګې او یا هم د دې موادو اسپایریشن رامنځته شي. د سیزارین زېږون لپاره مایعات ۲ ساعته او کلک مواد ۶ – ۸ ساعته مخکې له عملیات څخه بندېږي.(Cahill, 2012)

که څه هم د لېبر په مقدمو مرحلو کې په روټین ډول وریدي انفیوژن ناروغ ته تطبیقېږي، خو نورمالې امیندوارې ښځې ته د دې اړتیا محدوده ده. د وریدي لارې خلاصولو ګټور دي. په اوږد زېږون کې د ډیهایډریشن او اسیدوزس مخنیوي په موخه په ساعت کې ۶۰ – ۱۲۰ ملي لیتره ګلوکوز، سودیم او اوبه ور کول کېږي.

که چېرې پرده څېرې شوې نه وي؛ نو amniotomy ترسره کېږي. په هغه صورت کې چې د پردې د ریچر موده له ۱۸ ساعتو څخه زیات وخت ونیسي؛ د ګروپ GBS انتاناتو د مخنیوي په موخه وقایوي انتي بیوتیک ور کول کېږي.

ښځه باید وهڅول شي تر څو مثانه تخلیه کړي. که ناروغه د دې وړ نه وي، چې تشناب ته انتقال شي باید کتیتر واچول شي.(Cunningham, 2018)

د لېبر دویمې مرحلې اداره کول: د لېبر دویم پړاو د عنق بشپړې پراخېدو څخه پیلېږي. کله چې معتلنه غړی را ښکته شي؛ نو ښځه هڅول کېږي تر څو زېږون ترسره کړي. په دې

مرحله کې د جنین د زړه ضربان؛ لکه مخکې چې وویل شول څارل کېږي د اغېزمن فشار لپاره د هغې پښې نیمایي قبض کېږي. د رحم تقلص په وخت کې مېرمن هڅول کېږي چې ښکته زور ووهي.(Tuuli, 2012)

۴. د لېبر د اداره کولو پروټوکول: WHO د لېبر منجمنټ ځینې پروټوکولونه وړاندې کړي دي. د لېبر منجمنټ اساسي پروټوکول سخت زېږون لپاره د سیزارین زېږون شمېر کم کړی دی. په ۱۹۷۰ – ۱۹۸۰ پورې له سیزارین څخه کار اخیستل کېده. په اوس وخت کې د زېږون فعال منجمنټ ته غورەوالی ورکول کېږي. د WHO له خوا یو پارټوگراف ترتیب شوی دی، چې په پرمختللو هېوادونو کې کارول کېږي. د nulliparous, multiparous پارټوگراف یو ډول دی لومړی د مېرمنې لنډه پېژندنه د نېټې او بسترېدو د وخت په ګډون لیکل کېږي، وروسته بیا FHR په ۳۰ دقیقو کې ارزول کېږي. د امنیوتیک پردې حالت که نورمال وي په (I) که پرده څېرې شوې او مایع شفافه وي په (C) او که مایع میکونیم لرونکې وي د (M) په حروفو د ګراف پر مخ لیکل کېږي. اوکه امنیوتیک مایع هیڅ شتون ونه لری په A ښودل کیږی د رحم عنق پراخوالی پهx او د ماشوم د معتلنه غړي ټیټېدل حوصلې ته په (0)ښودل کیږی هر څلور ساعته وروسته ارزول کېږي او د ګراف پر مخ نښه کېږي د رحم تقلصاتو شمېره او شدت، هغه درمل او وریدي مایعات چې مېرمنې ته ورکول کېږي هم ثبتېږي. د مېرمنې د وینې فشار هر دوه ساعته وروسته او نبض هر نیم ساعت وروسته او د ګراف په وروستۍ برخه کې د ادرار د معایناتو د پایلې او د بدن د تودوخې درجې په هکله تر لاسه شوي معلومات هم په ځانګړي ځای کې ثبتېږي. څرنګه چې د پارټوګراف له ګټو څخه یوه هم د مور او ماشوم د زېږون ستونزو وختي پېژندنه او پر وخت لازم اجراءات کول دي؛ نو کارول یې د زېږون پر مهال د مینډو او ماشومانو د مړینې کچه راټیټوي. که چېرې د زېږون د پرمختګ پروسه هغه کرښې ته چې Alert line نومېږي ورسېږي؛ د پروسې اوږدوالی ښیي مداخلې ته اړتیا شته.(Althabe, 2008)

۵. د لېبر فعاله اداره: د لېبر فعال اداره دوه برخې لري، یو امنیوټومي او بل اوکسي ټوسین دی، چې په پراخه ډول کارول کېږي. د دې پروټوکول له مخې کله چې دردناکه تقلصات، د رحم غاړه بشپړ Effacement، د وینې ظاهریدل یا د ممبران څېرې کېدل شتون ولري لېبر تشخیص کېږي. د دې موندنو لرونکې ښځې په ۱۲ ساعتونو کې زېږون ترسره کوي. حوصلي معاینه هر ساعت کې تر ۳ ساعتونو پورې ترسره کېږي بیا له هغې څخه وروسته ۲ ساعته واټن ور کول کېږي. که د رحم غاړې پراخیده په یو ساعت کې د ۱ cm څخه زیاته نه شي امنیوټومي ترسره کېږي او که پر رحمي تقلصاتو یې پایله ښکاره نه شوه، بیا په لوړ ډوز اوکسي ټوسین د انفیوژن په توګه پیل کېږي، تر دې چې د عنق پراخېدل په یو ساعت کې د یو سانتي متر په اندازه رامنځته شي. د لېبر فعال منجمنټ سره د سیزارین پېښې ډېرې کمې شوي دي.

د زېږون پر مهال څارنې

له دې ډول څارنې څخه موخه دا ده، چې له زېږون څخه مخکې د جنین حالت وارزول شي، د جنیني هایپوکیسیا په شتون کې اړینې کړنې ترسره شي، د جنین لومړنی درملنه د جنیني هایپوکسیا شدت پورې اړه لري، که چېرې هایپوکسیا له جنیني میتابولیک اسیدوزس سره یوځای وي نو پایله یې د جنین د غړو تخریب دی، د حلزوني (Spiral) شریانو د لومن دننه فشار ۸۵ mmHg او د میومتریم شریانو د لومن دننه فشار ۱۱۰ mmHg دی، د دوی ترمنځ توپیر د دې لامل کېږي تر څو د رحم او پلاسنتا ترمنځ د وینې جریان ثابت وساتل شي. د رحمي تقلصاتو پر مهال د میومتریوم فشار د لنډ مهال لپاره د پلاسنتا پرفیوژن خرابوي، چې دغه پېښه د رحمي تقلصاتو شدت او دوام پورې اړه لري. (DC Dutta)

د جنین الیکترونیکي څارنه

د جنین الیکترونیکي څارنې لپاره د لاندې میتودونو څخه ګټه اخیستل کېږي:

1) **داخلي (مستقیمه) الیکترونیکي څارنه:** څرنګه چې دا یوه تهاجمي معاینه ده چې د مور یا جنین زیانمن کېدو چانس په کې زیات دی نو له دې کبله

نـن سـبا پـه روټـين ډول نـه كـارول كېـږي.(Nunes, 2014) د دې ازمـوينې پواســطه د جنــين زړه ضربــان انــدازه كېــږي پــه دې ډول چــې د جنــين د زړه ضربـان مسـتقيمې څـارنې لپـاره دوه قطبـي حلـزوني (Spiral) اليكټـروډ د جنـين سره مســتقيم نښــلول كېـږي. مـزى لرونكـى (Wire) اليكټـروډ د جنـين پـه سر ځـاى پـر ځـاى كېـږي او دوهـم قطـب يـې فلـزي وزر (Metal wing) دى چـې پـه اليكټـروډ كـې شـتون لـري او د مـور پـه بطـن بانـدې اېښـودل كېـږي. د جنـين د زړه برقـــي ســـيګنالونه د P موجـــه، QRS complex او د T موجـــه ده. د دې اليكترونيكـــي څـــارنې پواســـطه د جنـــين د زړه ضربـــان انـــدازه كېـــږي. (Cunningham, 2018)

2) **بهرنـــۍ (غـــير مســـتقيمه) اليكترونيكـــي څارنـــه**: دا ډول څارنـــه د CTG (Cardiotocography) ماشـين پواسـطه چـې ممـبران څـيري كېـدو تـه اړتيـا نـه لـري تـرسره كېـږي. بهرنـۍ څارنـه د داخـلي څـارنې پـه څېـر د جنـين د زړه ضربـان پـه اړه معلومـات نـه شي ور كـولاى. پـه ځينـو (چـاغو) مېرمنـو كـې بهرنـۍ يـا غيرمسـتقيمه اليكترونيكـي څارنـه سـتونزمنه ده. پـه دې څارنـه كـې د جنــين د زړه ضربــان د مــور د بطنــي دېــوال لــه لارې د ډاپلــر الټراســاونډ كارولو پواسطه معلومېږي. (Brocato, 2017)

د زېږون پر مهال د څارنې نور تخنيکونه

1) **پـه كلينيكـي ډول**: پـه دې ډول جنينـي څـارنو كـې د جنـين د زړه ضربـان د Statoscope hand held Doppler او Fetoscope پواسـطه شـمېرل كېـږي. د Doppler پواسطه يواځې د زړه ضربان نه بلكې د جنيني حركـاتو نظـم هـم څـارل كېږي. د زېږون په لومړۍ مرحله كې د نيم ساعت په واټـن او د زېـږون پـه دويمـه مرحله كې د پنځو دقيقو په واټن اوريدل كېږي، اصغا بايد د رحمي تقلـص څخـه ٦٠ ثانيې مخكې او وروسته له ترسره شي.(Stiller, 2002)

2) **د جنین د سر څخه د وینې نمونې اخیستل**: د سر د کپیلریو د وینې PH معلومول د جنیني زجرت د شدت په معلومولو کې مرسته کوي. په اوس وخت کې د دې میتود څخه ډېره کمه ګټه اخیستل کېږي، تر دې چې اوس مهال په زیاترو روغتونو کې شتون نه لري. د دې معاینې د ترسره کولو لپاره یو رڼا لرونکی انډوسکوپ د رحم د عنق له لارې داخلېږي او د ممبران رپچر کولو څخه وروسته د جنین سر دپاسه ثابت ساتل کېږي، د جنین سر د مالوچ پواسطه چې د سلیکون جیل پواسطه لړل شوي وچېږي او د ځانګړي بلیډ پواسطه د جنین سر د ۲ ملي مترو په اندازه شق کېږي. د وینې PH معلومولو لپاره په کپیلري تیوب کې وینه راخیستل کېږي. (Cunningham, 2018)

3) **د جنین سر تنبه کول**: په اوس وخت کې د جنین د سر څخه د نمونې اخیستلو په ځای کارول کېږي، د دې معاینې پواسطه کتل کېږي چې د جنین د سر تنبه کولو سره د جنین د زړه ضربان زیاتېږي یا نه؟

4) **د جنین نبض اندازه کول**: د جنین د نبض اندازه کولو آله د لویانو د نبض اندازه کولو آلې سره ورته ده. د دې آلې پواسطه هغه مهال د جنیني وینې د هیموګلوبین غلظت اندازه کېږي کله چې ممبران رپچر کړی وي.

5) **د جنین الیکتروکارډیوګرافي**: د جنیني هایپوکسیا له کبله د جنین د زړه په برقي ګراف کې بدلونونه رامنځته کېږي. د بېلګې په ډول د هایپوکسیمیا رامنځته کېدو سره ST سګمنټ لوړېږي او T موجه کې هم یو څه اندازه لوړوالی راځي. د مایوکارډ نسج د هایپوکسیا له کبله په ST سګمنټ کې بدلونونه رامنځته کېږي.

6) **د زېږون پر مهال ډاپلر Velocimetry**: د جنین د ځارنې لپاره د Umbilical شریان د ډاپلر پواسطه معاینه کېږي څو د حبل ثروي او پلاسنتا د اوعیو ترمنځ پتالوژي وښیي.

جنيني زجرت (Fetal Distress)

جنيني زجرت لـه زېـږون څخـه مخکـې او د زېـږون پـر مهـال جنينـي نـادر اختلاط دی چې د جنين انساجو ته د پوره اکسيجن نه رسېدلو له کبله رامنځته کېږي او د جنين لپاره د ښه حالت ښکارندوی نـه دی. يـا هغـه سـنډروم دی چـې د جنـين ژوند په خطر کې اچوي، په CTG کې Variability شـتون نـه لـري يـا Baseline د ۱۱۰ b/m څخه کم او د ۵ ثانيو لپـاره دوام وکـړي. د جنينـي زجـرت پايلـه عمليـاتي زېږون يا جنيني اسيدوزس دی. پـه اوس وخـت کـې دوه نـور اصـطلاحات چـې د جنينــي حالــت معلومولــو لپــاره کــارول کېــږي. (۱) Reassuring او (۲) Non-reassuring. که د جنين روغتيـا حالـت نورمـال او د بـاور وړ حالـت تـه راوګرځـي Reassuring او Non-reassuring شکمن حالت تـه ويـل کېـږي. نومـوړي دواړه حالتونه د زېږون په دوران کې د بـدلون وړ دي. د جنـين Non-reassuring حالـت پــــه Tachycardia، Bradycardia، د جنــــين د زړه ضربــــان Variability او Deceleration کموالی او د Acceleration نه شـتون بانـدې ځـانګړی شـوی دی. (Dutta DC, 2016)

لاملونـه: د جنـين تنفســي ســتونزې، مخکــې لـه وختـه د پلاسـنتا بېلېـدل، د رحـم ريچـر، ځـوم بـاري مېرمنـې، د زېـږون پـر مهـال د اوږې بندېـدل، د ثـروي حبـل سقوط يا د جنين د غاړې شاوخوا د هغې تاوېدل.

مهمــــې نښــــې: د جنــين د زړه ضربــان غيرنورمــالوالی، د جنــين خوځېــدو کموالی، د ميکونيم شتون، غيرنورمال CTG او جنيني اسيدوزس.

تشخيص او دجنين دارزونی لپاره نورميتودونه :

جنيني زجرت معلومولو لپاره د زړه ضربان Three-tier سيستم څخـه ګټـه اخيسـتل کېږي چې په لاندې ډول دی:

- **لمړۍ کټګوري: نورمال** (base line اندازه يې ۱۱۰ – ۱۶۰ bpm، د زړه ضربان بدلون وړتيا يې په منځنۍ کچه، Deceleration او Acceleration په کې شتون لري يا نه). د جنين دې حالت ته Reassuring هم وايي.
- **دوهمه کټګوري: مبهم (Indeterminate)**: په دې کټګوري کې د زړه ضربان baseline اندازه او نور معلومات د ثبت وړ نه وي.
- **دريمه کټګوري: غير نورمال** (په دې کې د زړه ضربان د بدلون وړتيا شتون نه لري، په دې کې Bradycardia شتون لري. (Dutta DC, 2016)

درملنه: د جنيني زجرت د دوهمې او دريمې کټګورۍ لپاره درملنه ترسره کېږي چې په لاندې ډول ده:

- که Bradycardia يا د د زړه ضربان Variability شتون ونه لري يا کم وي نو د درملنې لپاره لومړی مور ته Lateral decubitus وضعيت ، د اکسيجن تطبيق، داخل وريدي مايعات او د رحم تقلصات کمېږي.
- که په دوهمه او دريمه کټګورۍ کې Tachysystole شتون ولري نو اکسيجن او پروسټاګلانډين بندېږي او په ځای يې ناروغې ته ټوکولايزس (Terbutaline او Magnesium sulfate) ورکول کېږي.
- که تکراري د بدلون وړ (Variable) Deceleration يا Prolonged deceleration يا Bradycardia شتون ولري نو د درملنې لپاره يې مور ته دوباره وضعيت ور کول کېږي، Amnioinfusion، د حبل پرولپس او د معتلنې عضوې اوچتول ترسره کېږي.

په اليکترونيکي ډول د جنين د زړه ضربان څارنې ګټې

- د رحمي تقلصاتو درسته څارنه.
- د زېږون په دوران کې د مړينې کچې درې چنده کموالی.
- د هايپوکسيا وختي تشخيص، د هغې لامل او ځانګړې درملنې معلومول.
- د طبي قانوني موخو لپاره د اړينو ثبتونو ترسره کول. (Dutta DC, 2016)

د زېږون پر مهال د رحم دفعالیت څارنه

د رحــم فعالیــت پخــوا د لاس جــس، بهــرني Tocodynamometer او Intra amniotic pressure کتیــتر پواســطه انــدازه کېــده خــو پــه اوس وختونــو کــې Intramyometrial مـایکرو بـالون د رحـم فشـار معلومولـو لپـاره کـارول کېـږي. پـه الیکترونیکي ډول د زېږون پر مهال د رحم فعالیت څارنه د رحـم د تقلصـاتو انـدازې او د زېږون پایلو ترمنځ اړیکه راښیي. د رحمي عضلاتو اغېزمنتیا څو زېږون تـرسره کـړي تـوپیر کوي. نو له دې کبله د حقیقي زېږون د تشخیص څخه مخکې باید لـه احتیـاط څخـه کـار واخیستل شي.

د داخل الرحمي فشار څارنه: د رحمي تقلصاتو په داخلي څارنه کې د تقلصاتو تـرمنځ او د تقلصاتو په دوران کې د امنیوتیک مایع فشار اندازه کوي. پخـوا بـه د مـایع پواسـطه ډک شوی پلاستیکي کتیتر چې Distal څوکه به یـې د معتلنـې عضـوې دپاسـه ځـای پـه ځـای شوې وه کارول کېده. د کتیتر هغه څوکه چې په رحم کې ځای په ځای شوې د فشار حس کوونکې آلې سره نښلول کېږي. د مایع پواسطه تولیـدوونکي فشـار لـه کبلـه د فشـار حـس کوونکې آله کې الیکترونیکي سیګنالونه تولیدېږي او د رحم فعالیت معلومولـو ترڅنـګ د جنین د زړه ضربان هم ثبتوي. په اوس وخت کـې د داخـل الرحمـي فشـار معلومولـو هغـه کتیتر کارول کېږي چې د فشار حس کوونکې آله د کتیتر پـه څوکـه کـې شـتون لـري او د مایع کالم ته کومه اړتیا نه لري. (Cunningham, 2018)

بهرنـۍ څارنـه: د رحمـي تقلصـاتو پـه بهرنـۍ څارنـه کـې د مـور بطنـي جـدار بانـدې يـو ټرانسډیوسر چې د یوې بټنـې یـا Plunger لرونکـی وي ایښـودل کېـږي. کلـه چـې رحـم تقلص وکړي نو نوموړې بټن د تقلص د فشار له کبله حرکت کوي، د بټن نوموړی حرکـت په الیکترونیکي سیګنالونو بدلېږي کوم چې د تقلصاتو نسبي شدت ښیي.

د رحمي تقلصاتو شدت او فشار معلومولو لپاره داخلي څارنه دقیقه او منل شوی میتود دی.

د رحم دفعالیت کچه: د امېندوارۍ په لومړیو ۳۰ اوونیو کـې د رحـم فعالیـت پـه پرتلیـزه توګه کم او د نشت برابر وي. په دې وخت کې د رحـم تقلصـات ډېـر کـم د ۲۰ مـلي مـتره

ستون سيماب څخه زياتېږي. د امېندوارۍ د ۳۰مې اوونۍ څخه وروسته د رحم فعاليت په تدريجي ډول زياتېږي چې د تقلصاتو شدت او شمېر ور سره هم زياتېږي او د Braxton Hicks تقلصاتو په نوم يادېږي. د امېندوارۍ په وروستۍ اوونۍ کې چې د رحم عنق پخېدل (Ripen) ور سره مل وي د رحم فعاليت نور هم زياتېږي .

د زېږون په لومړۍ مرحله کې د رحمي تقلصاتو شدت زياتېږي چې د ۲۵ ملي متره ستون سيماب څخه پيل او په ۵۰ ملي متره ستون سيماب باندې پای مومي. د دې ترځنګ د تقلصاتو شمېر په هرو ۱۰ دقيقو کې د ۳ – ۵ پورې توپير کوي. د زېږون په دوهمه مرحله کې د رحمي تقلصاتو شدت او شمېر نور هم زياتېږي چې د ۸۰ – ۱۰۰ ملي متره ستون سيماب پورې توپير کوي او په هرو ۱۰ دقيقو کې ۵ – ٦ تقلصات شتون لري.

د جنين اليکترونيکي څارنې اختلاطات

- د پلاسنتايي اوعيو څيري کېدنه
- د پلاسنتا يا رحم څيري کېدو له کبله وينه بهېدنه او ابرېشن
- د حبل فشار لاندې راتلل
- د اليکترود پواسطه د جنين د سر زخمي کېدنه چې ممکن شديد وي.
- د اليکترو پواسطه ممکن د جنين نورې برخې لکه مخ او سترګې شديدې زخمي شي.
  انتان (د مور او جنين دواړو لپاره) (Cunningham, 2018)

د نوي زېږېدلي ماشوم څارنې

يو سکورنګ سيستم دی، چې د ډاکتر ورجينيا اپګار په واسطه په ۱۹۵۳ کې تشريح شو، چې اوس هم له زېږون څخه وروسته د نوي زېږېدلي ماشوم صحي حالت او د احياء مجدد اهتماماتو د اغېزو معلومولو لپاره ګټور دی، چې عملاً کارول کېږي. په اپګار سکور کې پنځه ځانګړتياوو؛ لکه د زړه ضربان، تنفسي حالت، عضلي ټون، عکسوي تخريش او پوستکي رنګ معلومېږي. د نوي زېږېدلي ماشوم ميتابوليکي حالت

معلومولو لپاره د حبل ثروي اوعيو څخه د اسيدبيز حالت تعينولو لپاره د وينې نمونه اخيستل کېږي، چې د نوي زېږېدلي ماشوم څارنې په لاندې ډول صورت نيسي.

۱. د هوا په واسطه د تنفس پيل کېدل: له زېږېدلو څخه وروسته سمدلاسه د غازاتو تبادله له پلاسنتا څخه سږو ته لېږدول کېږي. دننه په رحم کې د جنين سږي د امنيوټيک مايع په واسطه ډک وي، له زېږېدو څخه وروسته د هوا تنفس کولو لپاره بايد ژر پاک شي. د دې پاکول په بېلابېلو ميتودونو ترسره کېږي، چې د امېندوارۍ مودې او د زېږون طريقې پورې اړه لري.

۱. د لېبر په وروستي پړاو کې د جنين اډرينالين افراز ډېر زياتېږي، د سږو اپيتل تنبه کوي تر څو افرازات بند کړي او په ځای يې سږو کې پرته مايع جذب کړي.

۲. د لېبر په دوران کې ميخانيکي قوې د سږو د مايع په تشيدو کې مرسته کوي. کله چې جنين له ولادي کانال څخه تېرېږي د هغې پر سينه او بطن باندې فشار راتلو له امله د سږو مايع بهر را وځي.

۳. له زېږون څخه وروسته په لومړيو څو ساه‌ګانو کې د سږو مايع زياته اندازه پاکېږي. ددې ميتود له لارې د شهيق په دوران کې مايع حرکت کوي او بين‌الخلالي نسجونو ته داخلېږي او په تدريجي ډول سږي پاکېږي.

۴. surfactant چې د دويم ټايپ نيوموسايټونو څخه افرازېږي د اسناخو د سطحې فشار ټيټوي او د هغې له کولپس څخه مخنيوی کوي. په بې‌مودې نوي زېږېدلو ماشومانو کې د سرفکټانټ اندازې د کموالي له کبله تنفسي زجرت سنډروم رامنځته کېږي.

(Cunningham, 2018)

۲. د نوي زېږېدلي ماشوم حالت د ارزيابي کولو ميتودونه (Apgar score): يو سکورينګ سيستم دی چې د ډاکتر ورجينيا اپګار په واسطه په ۱۹۵۳ کې تشريح شو، چې اوس هم له زېږون څخه وروسته د نوي زېږېدلي ماشوم صحي حالت لپاره او د احياء مجدد اهتماماتو د اغېزو معلومولو لپاره ګټور او کارول کېږي. په اپګار سکور کې پنځه

ځانګړنې؛ لکه د زړه ضربان، تنفسي حالت، عضلي ټون، عکسوي تخریش او رنګ معلومېږي؛ لکه څنګه چې په لاندې ۳- ۱- جدول کې ښودل شوي دي.

۳- ۱- جدول: د شلو دقیقو اپګار سکور

نښه	صفر نمره	۱ نمره	۲ نمرې	۱ دقیقه	۵مه دقیقه	۱۰مه دقیقه	۱۵مه دقیقه	۲۰مه دقیقه
رنګ	ابي يا خاسف	سیانوټیک	بشپړ ګلابي					
د زړه ضربان	نه شته	په دقیقه کې د ۱۰۰ څخه کم دي	په دقیقه کې د ۱۰۰ څخه زیات دي					
عکسوي تخریش	ځواب نه شته	د تندي تریو کېدل (Grimace)	ژړا او فعال غبرګون					
عضلي ټون	نرم (هیڅ غبرګون نه وي)	ځینې تقلصات	فعال حرکت					
تنفس	نه شته	کمزوري ژړا، هایپو وینټیلیشن	ښه، ژړېدنه					
			مجموعه					

(Cunningham، ۱۳۷۷)

د اپګار سکور معلومولو له مخې د نوي زیږېدلي ماشوم د ژوند او مړینې اټکل کېږي. د یوې څېړنې له مخې چې په لومړیو ۵ دقیقو کې یې اپګار سکور معلوموو. که د اپګار سکور ۷ – ۱۰ پورې و، نو په ۵۰۰۰ نوي زیږېدلو کې ۱ نوی زیږېدلی به په لومړیو ۲۸ورځو کې مړ کېده. که د اپګار سکور ۳او یا له دې څخه ټیټ و؛ نو دغه مړینه۲۵ ٪ وه. د دې ترڅنګ د اپګار سکور له مخې د نوي زیږېدلي ماشوم عصبي ستونزې هم معلومېږي.(Martin, 2012)

۳. ثروي حبل او Acid- Base مطالعه کول: د نوي زیږېدلي ماشوم میټابولیکي حالت معلومولو لپاره د حبل ثروي رګونو څخه د acid base حالت د ټاکلو لپاره کار اخیستل کېږي. له زیږون څخه وروسته سمدلاسه د حبل ۱۰ – ۲۰ سانتي متره برخه انتخابېږي او نوي

زېږېدلي ماشوم ته نږدې د دوو کلمپونو په واسطه کلمپ کېږي او دوه نور کلمپونه پلاسنتا ته نږدې ځای پر ځای کېږي. حبل د دوو نږدې (Proximal) کلمپونو تر منځ قطع او بیا د دوو لېرې کلمپونو تر منځ قطع کېږي. شریاني وینه د حبل بېلې شوې برخې څخه د ۱ – ۲ ملي لیتر په اندازه د هغه پلاستیکي سرنج په واسطه چې د هیپارین محلول لرونکی وي اخیستل کېږي. کله چې نمونه واخیستل شي د سرنج ستنه پوښ کېږي او لابراتوار ته په یخ کې وړل کېږي.(Cunningham, 2018)

جنین دواړه کاربونیک او عضوي اسیدونه تولیدوي. کاربونیک اسید د کاربن ډای اکسایډ اکسیداتیف میتابولیزم په واسطه جوړېږي. جنین عموماً کاربن ډای اکسایډ د پلاسنتایي دوران له لارې اطراح کوي.

که د کاربن ډای اکسایډ اطراح کمه شوه؛ نو د کاربونیک اسید اندازه لوړېږي. کله چې د جنین په وینه کې د کاربونیک اسید اندازه لوړه شي؛ نو Respiratory Acidosis رامنځته کېږي. عضوي اسیدونه په کرار ډول له جنیني وینې څخه وځي، خو د هر لامل له کبله که په وینه کې تجمع وکړي؛ نو میتابولیکه اسیدیمیا رامنځته کېږي. کله چې د دواړو کاربونیک اسید او عضوي اسیدونو سویه په وینه کې لوړه شي؛ نو مختلطه تنفسي میتابولیکه اسیدیمیا رامنځته کېږي.

که د یو نوي زېږېدلي ماشوم دلومړنیو ۵ دقیقو اپګار سکور نورمال، خو د حبل شریاني وینې pH یې له ۷ څخه کم وي؛ نو د ناروغۍ په لوړ خطر کې دی؛ لکه تنفسي زجرت، د نوي زېږېدلو ماشومانو ICU کې بستر کېدل او Sepsis.(Yeh, 2012)

۴. د نوي زېږېدلي ماشوم وقایوي او روټین څارنې: په لاندې ډول دي

الف. د امېندوارۍ د عمر تخمینول: له زېږون څخه وروسته د امېندوارۍ عمر ډېر ژر تخمینېږي. د امېندوارۍ عمر او نوي زېږېدلي ماشوم وزن تر منځ اړیکې په واسطه په نوي زېږېدلي ماشوم کې د اختلاطاتو رامنځته کېدو خطر معلومېږي؛ لکه هغه نوي زېږېدلی ماشوم چې د امېندوارۍ عمر په پرتله کوچنی یا لوی وي د هایپوګلایسیمیا او پولي سایتمیا د لوړ خطر سره

مـخ دی. پـه دوی کـې د وینـې ګلوکـوز او HB سـویې انـدازه کـول اسـتطباب لري.

ب. د پوستکي او حبل ثروي څارنه: لـه زېـږون څخـه وروسـته (Vernix)، وینـه او میکـونیم وچېـږي او نـوی زېږېـدلی ماشـوم تـود سـاتل کېـږي. کـه کـوم ورنکـس پـاتې شي؛ نـو پـه ۲۴ سـاعتونو کـې خپلـه جـذبېږي. تـر دې چـې د نـوي زېږېـدلي ماشـوم تـودوخې درجـه ثابتـه شـوې نـه وي لـه لـومړنی لمبـا څخـه يـې مخنيـوی کېـږي. اسـیپتیک شرایـط پـه پـام کـې نیـول کېـږي او د حبـل ښـې څـارنې لپـاره حبـل وچ سـاتل کېـږي. لـه زېـږون څخـه وروسـته د حبـل ثـروي لـه لارې اوبـه ضـایع کېـږي. د ۲۴ سـاعتونو پـر مهـال کـې حبـل ثـروي لـومړی ابي سـپین او بیـا وچ او تـور رنـګ غـوره کـوي. وروسـته لـه څـو ورځـو تېرېـدو څخـه یـو کـوچنی ګرانولیشـن زخـم پـاتې کېـږي، کـوم چـې د حبـل ثـروي لـه رغېـدو څخـه وروسـته رامنځتـه کېـږي. د حبـل ثـروي بېلېدنـه عمومـاً پـه لومړيـو دوو اوونیـو کـې رامنځتـه کېـږي، خـو انـدازه یـې د ۳ – ۴۵ ورځـو پـورې ده. کلـه چـې حبـل ثـروي هـوا سره مخامخ شي؛ نـو ژر وچېـږي او بېلېدنـه یـې اسـانه کېـږي؛ لـه دې کبله نه پانسمان کېږي.
پـه غریبـو هېوادونـو کـې موضـعي انتـي بیوتیـک پـه وقـایوي ډول کـارول کېـږي. د کالونايزيشـن او اکـزودات جوړېـدو د مخنيـوي لپـاره د ٪۴ کلورهیکزیـډین پـه واسـطه پـاکېږي. لـه ټولـو وقـایوي اهتمامـاتو سره ځینـې وخـت (Omphalitis) رامنځتـه کېـږي، چـې ډېـر معمـول اورګانیزمونـه یـې Staphylococcus، E-Coli او BGS دي.(Salam, 2014).

ج. تغذیه او وزن کمېدل: غـوره دا ده چـې تـر لومړيـو ٦ میاشـتو پـورې ماشـوم د مـور سـینې لـه لارې تغذیـه شي، چـې د سـینې تغذیـه یـې پـه روغتـون کـې لـه زېـږون اطـاق څخـه پیلېـږي. ښـه تغذیـه هغـه ده چـې ماشـوم د ورځـې ۸ – ۱۲

ځله چې هر ځل تر ۱۵ دقیقو پورې دوام ومومي تغذیه شي. بې‌مودې او کم وزنه ماشوم ژر ژر تغذیې ته اړتیا لري.
څرنګه چې نوی زېږېدلی ماشوم په خپلو لومړیو ۳ – ۴ ورځو کې لږ غذایي مواد اخلي؛ نو تر هغې چې مورنۍ شیدې په بشپړه اندازه واخلي وزن یې کمېږي. بې‌مودې نوی زېږېدلی ماشوم وزن ډېر ژر ضایع کوي او بېرته وزن ډېر په کراره اخلي.(Cunningham, 2018)

د- *ډکې او تشې بولې*: له زېږون څخه وروسته په لومړنیو ۲ – ۳ ورځو کې د نوي زېږېدلي ماشوم کولون د نرم نصواري شین میکونیم لرونکی وي، چې په دې کې د کولمو لارې تخریب شوي اپیتلیل حجرې، مخاط، اپیډرم حجرې او جنیني وېښتان کوم چې د امنیوټیک مایع سره یوځای بلع شوي وي ګډون لري. ځانګړی رنګ یې د صفرا پګمنټونو په واسطه رامنځته کېږي. په جنیني ژوند او له زېږون څخه وروسته تر څو ساعتونو پورې د کولمو محتوی معقمه وي، خو ډېر ژر پکې بکتریا کالوني جوړوي. په ۹۰٪ پېښو کې میکونیم په لومړیو ۲۴ ساعتونو کې دفع کېږي. ځینې نوي زېږېدلي ماشومان له زېږون څخه وروسته ډېر لنډ او ځینې یې په دویمه ورځ تغوط کوي. میکونیم او تشو بولو تېرېدنه د معدې معایې او تشومتیازو د لارې خلاصوالی ښیي. که نوی زېږېدلی ماشوم ډکې او یا تشې بولې ونه کړي؛ نو د ولادي نیمګړتیاوو ښودونکی دی؛ لکه Hirschprung ناروغی، Imperforat Anus.

ه- *Neonatal hyperbilibironimia*: له زېږون څخه وروسته د ۲ – ۵ ورځو په دوران کې ۱/۳ برخه په نویو زېږېدلو ماشومانو کې فزیولوژیک ژېړی رامنځته کېږي. د لارښوونو مطابق د فوټوتراپي او د هغې څارنه او درملنه د امېندوارۍ مودې، د ژوند تېرولو ساعت او خطري فکتورونو له مخې ترسره کېږي.(Cunningham, 2018)

و - Rooming in او لـه روغتـون څخـه وتـل: پـه شـفاخانه کـې Rooming in هغه ځايونـه دي، چـې نـوی زېږېـدلی ماشـوم او مـور يـې يـکـې پـاتې کېږي. پـه دې خونـه کـې د مـور او نـوي زېږېـدلي تـرمنځ اړيکـه جـوړېږي. پـه ۲۴ سـاعتونو کـې مـور پـه بشـپړ ډول ګرځېـدلی شي؛ نـو لـه دې کبلـه پـه Rooming in کـې مـور د خپـل ځـان او د خپـل نـوي زېږېـدلي ماشـوم دقيقـه ځارنـه کـولای شي. کـه نـوي زېږېـدلي ماشـوم او مـور کـې يـې کومـه سـتونزه نـه وي؛ نـو د ۲۴ سـاعتونو تېرېدو څخه وروسته له روغتون څخه رخصت کېږي.(Whyte, 2012)

ز. د نـوي زېږېـدلي ماشـوم د سـترګو ځارنـه: د نـوي زېږېـدلي ماشـوم سـترګې د جـلا جـلا نـم لرونکـي سـواب پـه واسـطه پـاکې شي او د نقـرې نايتريـت او يـا پنسـيلين ځـاڅکي دې پـه دواړو سـترګو کـې وڅڅـول شي، خـو لـه زېـږون څخـه يـو سـاعت وروسـته دا کړنـه تـرسره شي. پـه لـومړي سـاعت کـې دې ماشـوم تـه چـانس ورکـړل شي تـر څـو د خپلـې مـور سره سـترګو پـه سـترګو اړيکـه وسـاتي او داسې نه چې د سترګو د ځاڅکې اچول دې کار ته خنډ جوړ نه شي.

ح. د نـوي زېږېـدلي ماشـوم د تـودوخې درجـې سـاتل: د نـوي زېږېـدلي ماشـوم د بـدن تـودوخې درجـه پـه ريکټـوم کـې ۳۶.۵ -۵ .۳۷ پـورې نورمـال ده او پـه تخرګـي د تـودوخې درجـه ۳٦ - ۳۷ سـانتي ګريـډ وي کلـه چـې ماشـوم وزېـږول شي؛ نـو داسـې ښـکاري لکـه چـې د يـو ډېـر تـود چاپېريـال څخـه يـو يـخ چاپېريـال تـه راغلـی وي او ډېـر امکـان لـري خپـل د بـدن تودوخـه وبـايلي. څرنګـه چـې د بـدن تـودوخې دلاسـه ورکـول ډېـره برخـه د ماشـوم د سر لـه لارې تـر سره کېـږي؛ نـو يکـار ده چـې د ماشـوم سر اوبـدن لـومړی وچ او بيـا دې پـه يوه پاکه ټوټه کې تاو شي.

ط. نـوي زېږېـدلي ماشـوم تـه حـمام ورکـول: د دې لپـاره چـې Vernix مـاده د ماشـوم د پوسـتکي لپـاره د سـاتونکي دنـده پـه غـاړه لـري؛ نـو پـه لومړيـو ۴ - ٦

ســاعتونو کــې د دې مــادې د لېــږې کولــو هڅــه و نــه‌شي؛ نــو ځکــه د نــوي زېږېدلي ماشوم لمبا دې څو ساعته وروسته له زېږون څخه ترسره شي.

ي. *د مـور د شـیدو پـه واسـطه نـوي زېږېـدلي ماشـوم د تغـذيې پيـل کـول*: پــه لـومړي ســاعت کــې د مــور شــیدې ماشــوم تــه ورکــړل شي تــر څــو د مــور او د ماشوم ترمنځ د عاطفي اړیکې منځته راتلو لامل شي.

ک. *واکسیناســیون*: ماشــوم تــه دې Hepatitis B واکســین سمدلاســه او BCG، Polioواکســین مخکــې کــور تــه لــه تــګ څخــه وکــړل شي. د نــوي زېږېــدلي ماشـوم لـومړنۍ معاينـه دې د زېـږون پـه خونـه کـې تـر سره شي. لانـدې ټکـي دې په پام کې ونیول شي:

- ځان ډاډه کول چې ماشوم د زېږېدو په وخت کې ژوبل شوی نه دی.
- د هغه ماشوم ببلول کوم چې بېړنۍ درملنې ته اړتیا لري.
- د بدن اوږدوالی، وزن، د سینې او سر د قطرونو اندازه کول.
- د تودوخې درجې اندازه او ثبتول.
- له سر څخه تر پښو پورې د تناسلي غړو په ګډون دې ټول بدن وکتل شي.

د نفاس دوره او د هغې اختلاطات

Puerperium د دوه لاتیني کلمو څخه اخیستل شوی چې Puer یعنې ماشـوم او Parus یعنې مخکې زېږول شوي په معنی ده. نفاس دوره چې له زېـږون وروسـته پیـل او تـر دې چې ښځه په بشپړ فزیولوژیک او اناټومیک ډول د امېندوارۍ څخه مخکې حالت تـه را وګرځي یعنې د ۴ – ۶ اوونیو پورې دوام کوي. د ولادي کانال انساج له زېږون څخه وروسته ډېر ژر خپل عادي حالت تـه پـه راګرځېـدو پیـل کـوي. د مهبل بهرنـۍ فـوحې انـدازه پـه تدريجي ډول کمېږي ځرنګه چې د امېنـدوارۍ پـه دوران کـې رحـم تـه د وینـې جریـان زیـاتیږي. لـه زېـږون څخـه وروسـته پـه لومړیـو ورځـو کـې د رحـم غـاړه فوحـه ډېـر ژر راغونډېږي، چې د لومړۍ اوونۍ په ختمېدو سره نوموړې فوحه ډېره کوچنۍ لیدل کېږي.

۱. د نفاس دورې کلينيکي او فزيولوژيکي منظره: نفاس دوره له هغه وخت څخه عبارت ده، چې له زېږون څخه وروسته پيل او تر دې چې په ښځه کې په بشپړه توګه فزيولوژيک او اناټوميک ډول د امېندوارۍ دمخه حالت رامنځته شي دوام مومي. دقيقه موده يې معلومه نه ده، خو زياتره د ۴ – ٦ اوونيو پورې دوام کوي.

د ولادي کانال انساج له زېږون څخه وروسته ډېر ژر خپل عادي حالت ته په راګرځېدو پيل کوي. د مهبل او د هغه د بهرنۍ فوحې اندازه په تدريجي ډول کمېږي، څرنګه چې د امېندوارۍ پر مهال رحم ته د وينې جريان زياتېږي چې له زېږون څخه وروسته پکې په تدريجي ډول بدلون راځي او د امېندوارۍ د مخه حالت ته راګرځي. له زېږون څخه وروسته د رحم غټ رګونه د هيالين بدلونونو په واسطه بندېږي، چې په تدريجي ډول جذب او په کوچنيو رګونو بدلېږي او په لومړيو ورځو کې ډېر ژر د رحم د عنق فوحه راغونډېږي، چې د لومړۍ اوونۍ په ختمېدو کې نوموړې فوحه ډېره کوچنۍ، د رحم غاړه پېړ او Endo cervical canalدوباره جوړېږي. بهرنۍ فوحه يې پراخه وي.(Cunningham, 2018)

کلينيکي بڼې

وروستي دردونه: په اولباري ښځو کې له زېږون څخه وروسته رحم د تقلصي حالت کې پاتې کېدو له کبله دردناکه وي. په څومباري ښځو کې رحم په زور سره تقلص کوي، چې د شديد درد لامل کېږي.(Cunningham, 2018)

Lochia: د نفاس په لومړيو وختونو کې د Decidua انساج د مهبلي افرازاتو په ډول راوځي، چې د lochia په نوم يادېږي او د اريتروسايټ، د ډيسيډوا ريښې، اپيتلي حجرو او بکټريا لرونکي وي. له زېږون څخه وروسته په لومړيو څو ورځو کې lochia وينه لرونکې وي او د Lochia rubra په نوم يادېږي. د ۳ يا ۴ ورځو وروسته lochia خاکستري رنګ غوره کوي او د Lochia serosa په نوم يادېږي.(Fletchcer, 2012)

که له زېږون څخه ۲۴ ساعته وروسته تر ۱۲ اوونيو پورې وينه بهېدنه رامنځته شي د Secondary postpartum hemorrhage په نوم يادېږي چې په ۱ ٪ ښځو کې رامنځته کېږي. نوموړې وينه بهېدنه د پلاسنټا د بشپړ نه خارجېدو له کبله د غرس په ساحه کې او يا

هم د پلاسنتا د ځینو کوچنیو ټوټو د پاتې کېدو له کبله رامنځته کېږي. دغه د پلاسنتا پارچې د وخت په تېرېدو سره د نکروز په پایله کې فبریني الیاف پکې منځته راځي، چې د Placental polyp په نوم یادېږي. کله کله یې ویستل د ډېرې وینې بهېدنې لامل ګرځیدای شي. هغه مېرمنې چې عمومي حالت یې ښه وي کولای شو د هغوی درملنه د Oxytocine، Methergine، Prostaglandine anlog په مرسته تر سره شي. که چېرې د مکروبونو د شتون شواهد موجود وي، بیا انتي بیوتیک ورکول کېږي. که التراسونوګرافي د غټو علقاتو شتون دننه د رحم په جوف کې وښیي؛ نو په کار ده چې Section curettage ترسره شي.

د امېندوارۍ پر مهال د ګلومیرول فلټریشن زیاتوالی له زېږون څخه وروسته په ۲ اوونیو کې نورمالې اندازې ته راګرځي. د حالب او د پښتورګو حویضو پراخېدل د ۲ – ۸ اوونیو په موده خپل اصلي حالت ته راګرځي. Broad او Round لېګامنټونه یو څه وخت ته اړتیا لري تر څو عادي حالت ته را وګرځي. د امېندوارۍ په دوران کې د بطني دېوال د الاستیک الیافو د څېرې کېدو او د هغې دوامداره پراخېدو له کبله بطني دېوال اوار او نرم پاتې کېږي. همدارنګه وروسته له زېږون څخه د Depression بېلې درجې منځته راځي، چې د Post Patume Blue په نوم یادېږي، چې یو شمېر لاملونه یې په رامنځته کېدو کې رول لوبوي، د امېندوارۍ د مهال ستونزې او بدلونونه، د نفاسي دورې ستونزې؛ لکه بې‌خوبي، ستوماني، د نوي زېږېدلي ماشوم د روزنې په هکله اندېښنې ممکنه دوه، درې ورځې او یا حتی تر لسو ورځو پورې دوام وکړي. که چېرې دغه نښې د ډېر وخت لپاره دوام ومومي بیا ځانګړو ازموینو ته اړتیا شته.(Iraha, 2017)

د نفاس په لومړیو څو ورځو کې د HB او HCT غلظت ډېر ژر توپیر کوي. که وینه ډېره ضایع شوې وي؛ نو غلظت یې زیات کمېږي. د امېندوارۍ هایپروالیمیا له زېږون څخه وروسته وینې بهېدنې له امله ډېر ژر نورمال حالت ته راګرځي.

۲. Mammary غدوات: هره Mammary غده یا ثدیه د ۱۵ – ۲۵ لوبونو څخه جوړه شوې ده، چې په شعاعي ډول ترتیب او له یو بل څخه د یو اندازه شحم په واسطه جلا شوي دي. هر لوب د څو لوبیولونو لرونکی دی، چې له یو شمېر اسناخو څخه جوړ شوي

دي. هره الويولای د کوچني قنات لرونکی دی. هر کوچنی قنات له يو بل سره يوځای کېږي او د هر لوب لپاره يو لوی قنات جوړوي او د Lactiferous قنات په نوم يادېږي. هر قنات د تي په څوکه يا Nipple کې په جلا ډول خلاصېږي. د الويولای افرازي اپيتل د شيدو جوړولو دنده پر غاړه لري. له زېږون څخه وروسته ثديې کولسترم افرازوي چې ژېړ رنګه مايع ده او له زېږون څخه وروسته په دويمه ورځ د تي له څوکو څخه راوځي. که شيدو سره پرتله شي؛ نو کولسترم د ايميونولوژيکي موادو، د ځينو منرالونو او امينواسيدونو او پروټين په ځانګړي ډول ګلوبين لرونکی دی. د Sugar او شحم اندازه يې کمه ده. افراز يې له ۵ ورځو څخه تر ۲ اوونيو پورې دوام کوي، چې وروسته بيا په پخو شيدو بدلېږي.(Ballard, 2013)

د مور شيدې د يو شمېر لاندې ګټو لرونکي دي:

أ. د مور او ماشوم ترمنځ د عاطفي اړيکه زياتېږي.
ب. د اوکسي ټوسين د افراز له کبله د رحم تقلص او د رحمي وينې بهېدنې د ودريدو لامل کېږي.
ت. د ثديې کانسر د منځته راتلو چانس د شيدو په واسطه د تغذيې په صورت کې لږ وي.
ث. د امېندواريو تر منځ يو ښه او بې‌ضرره واټن ورکولو ميتود شمېرل کېږي.

د مور شيدو په واسطه د تغذيې عمده ستونزې:

پخې شيدې د ځينو بيولوژيکي موادو مرکب دی، چې د شحم، پروټينونو، کاربوهايډريټونو، بايواکټيف فکتورونه، منرالونه، ويټامينونه، هورمونونه او ځينو حجروي توليداتو لرونکې دي. د شيدو غلظت او محتوی له نظر د مور غذايي رژيم، د نوي زېږېدلي ماشوم عمر، روغتيا او د شيدو اړتيا ته توپير کوي. يوه ښځه د ورځې ۶۰۰ ملي ليټره شيدې توليدوي. هغه هورمونونه چې د مور له تيونو څخه د شيدو په افراز کې دنده ترسره کوي، برسېره د پرولکتين هورمون چې اساسي هورمون د مور د شيدو د افراز لپاره دی، نور هورمونونه؛ لکه استروجن، پروجسترون، کورتيزول، LPH او انسولين د پرولکتين سره مرسته کوي. ماشوم لپاره د مور د شيدو په واسطه تغذيه د لاندې فکتورونو له مخې اړينه ده: تغذيه، ايميونولوژيکو ځانګړتيا، وده او نمو، اقتصاد او دا چې د ماشوم په حادو

او ځنډنيو ناروغيو کمښت کې رول لري. په لاندې حالتونو کې ماشوم د مور د شيدو په واسطه نه تغذيه کېږي:

۱ .که مور الکول استعمالوي
۲. که ماشوم ګلکتوسيميا لري
۳. که مور په HIV اخته وي
۴. که مور په فعال توبرکلوزس اخته وي
۵. که مور د سينې د سرطان د درملنې لاندې وي
۶. Hepatitis B.

څرنګه چې هيپاټايټس C انتان د شيدو له لارې نه اطراح کېږي؛ مضاد استطباب نه دی.(Cunningham, 2018)

۳. د نفاس په دوره کې د مور څارنې: له زېږون څخه وروسته د وينې فشار هر ۱۵ دقيقې وروسته او تبه هر ۴ ساعته وروسته اندازه کېږي. د مهبلي وينې بهېدنې اندازه بايد وڅارل شي. د رحم غور لوړوالی بايد جس شي، که استرخا شتون ولري؛ نو د بطني دېوال له لارې رحم ته مساژ ور کول کېږي، تر څو رحم متقلص پاتې شي او Uterotonic درمل هم ورکول کېږي. که مور ته ساحوي انلجيزيا يا عمومي انستيزي ور کړل شي؛ نو تر بشپړې ريکورۍ پورې بايد تر څارنې لاندې ونيول شي. له غيراختلاطي مهبلي زېږون څخه ۲ ساعته وروسته مور ته د خوراک اجازه ور کول کېږي، له زېږون څخه وروسته ميندو ته تر ۳ مياشتو پورې بايد اوسپنه ور کړل شي. که مور د نيم‌سري لرونکې وي؛ نو بايد نخاعي سردردۍ يا د لوړ فشار اختلاطاتو ترمنځ توپير وشي.

له زېږون څخه وروسته جماع د Episitomy شق يا څېرې کېدنې پورې اړه لري. دردناکه جماع په هغو ښځو کې چې C/S شوې وي دوديزه ده. عموماً دوه اوونۍ وروسته جماع کولای شي (په هغه صورت کې چې مهبلی وينه بهيدنه بنده شي) . په ميندو کې له زېږون څخه وروسته په لومړيو ۸ اوونيو کې لاندې ناروغۍ رامنځته کېدای شي: (۱).

سترتیا ٪۶۵. - (۲). د تیونو ستونزې۳۶ ٪. - (۳). انیمیا ۲۵٪. - (۴). د ملا درد ٪۲۴.- (۵). بواسیر ٪۲۳. - (۶). سردردي ٪۲۲. - (۷). قبضیت ٪۲۰. - (۸) .مهبلي ډیسچارج۱۵ ٪.

د غیراختلاطي مهبلي زېږون په صورت کې له روغتون څخه تـر رخصـتیدو وروسـته نسخه کولای شي، چې د ژوند عادي کارونه ترسره کړي او تـر دوه اوونیـو وروسـته کـولای شي بشپړ کارونه ترسره کړي.(Cunningham, 2018)

۴. د نفاسي پړاو انتانات : د نفاسي دورې انتانات له زېږون څخه وروسـته د تناسـلي لارې د بکتریایي انتاناتو ښودنه کوي. نوموړي انتانات، پري اکلمپسیا او د زېږون پـه وخـت کـې وینه بهېدنه د مورنۍ مړینې درې فکتورونه جوړوي. له نېکه‌مرغه د اغېزمنو انتي بیوتیکو له توصیې څخه وروسته د دې انتاناتو له امله د مړینې پېښې کمې شوي دي.

ځینې انتاني او غیرانتاني فکتورونه د نفاسي دورې د تبې لامـل کېـږي، خـو لـه زېـږون څخه وروسته دوامداره تبه زیاتره د تناسلي لارې د انتاناتو لـه کبلـه وي. د نفـاسي دورې تبـې نور لاملونه عبارت دي له: Breast engorgment (٪۱۵)، د بولي لارې انتانات، اپیزیټومي، د بطني شق انتانات او له سیزارین څخه وروسته تنفسي اختلاطات.(Cunningham, 2018)

له زېږون څخه وروسته د رحم منتن کېـدل د Endometritis، Endomyometritis او Endoparametritis په نومونو یادېږي، چې د ډیسـیډوا څخـه سربېـره د مـایومتریوم او پارامتریوم انساج هم اخته وي. سببي لامل یې ګروپ A بیتـا هیمولایتیـک سـټرپټوکوکس دی، چې ټوکسیک شاک ته ورتـه ژونـد تحدیـدونکی حالـت رامنځتـه کـوي. پـه خفیـف حالت کې د خولې له لارې او یا عضلي انتي بیوتیکو په واسطه یې درملنـه کېـږي، خـو پـه منځنۍ او شدید حالت کې بیا د ورید له لارې پراخه اغېزې لرونکي انتي بیوتیـک ور کـول کېږي. Metritis د ۴۸ – ۷۲ ساعتونو په دوران کـې ځـواب وایـي. پـه ځینـو حـالتونو کـې ممکن اخـتلاطـات ور کـړي؛ لکـه Phlegmons او د حوصـلې ترمبوفلیبـایټس، چـې د دې اختلاطاتو شـدت د عملیـات دمخـه د وقـایوي انتـي بیوتیکـو ورکـړې سره کـم شـوی دی.(Grobman, 2015)

د نفاسي دورې نـور انتانـات عبـارت دي لـه: Necrotizing fasciitis، د بطنـي شـق انتانات، Adnexal abscess، Peritonitis، Parametrial Phlegmon، د عجان د نـاحیې انتانات، ټوکسیک شاک سنډروم، د تیونو انتاناتو او د تیونو ابسې.

لنډيز

لېبر يوه داسې فيزيولوژيکه پروسه ده، چې د رحم د منظمو تقلصاتو پيلېدو سره پيل، د جنين په زېږېدو او د پلاسنتا په خارجېدو سره پای ته رسېږي. د لېبر لومړۍ صفحه دوه پړاوونه لري، يو مخفي پړاو چې د رحم منظمو تقلصاتو سره پيل او د رحم غاړه ۳ – ۵ cm پراخېدو پورې پای ته رسېږي. که دا پړاو په نولي پارا کې تر ۲۰ ساعتونو او ملتيي پارا کې تر ۱۴ ساعتونو څخه زيات وخت ونيسي؛ نو د دې پړاو اوږدوالي معنی ورکوي. بل فعاله پړاو دی چې د رحم غاړې په پراخوالي برخې پورې اړه لري. که د رحم غاړې پراخوالی ۳ – ٦ cm او يا له دې څخه زياته وي په داسې حال کې چې د رحم تقلصات شتون ولري د لېبر فعال پړاو شمېرل کېږي.

له زېږېدلو څخه وروسته سمدلاسه د غازاتو تبادله له پلاسنتا څخه په سږو بدلېږي. د سږو ارروا ډېر ژر زياتېږي او د جنين وعايي شنټونه بندېږي تر څو سيستميک دوران له پلمونري دوران څخه جلا کړي. په رحم کې د جنين سږي د امنيوټيک مايع په مرسته ډک وي له زېږېدو څخه وروسته د هوا تنفس کولو لپاره بايد ژر پاک شي، نوي زېږېدلي ماشوم د حالت له ارزيابي کولو ميتودونه څخه يو هم Apgar score دی، چې د نمرو ورکولو يو سيستم دی. اوس هم له زېږون څخه وروسته د نوي زېږېدلي ماشوم صحي حالت لپاره او د احياء مجدد اهتماماتو د اغېزو معلومولو لپاره ګټور او کارول کېږي.

نفاس دوره چې له زېږون وروسته پيل او تر دې چې ښځه په بشپړ فزيولوژيک او اناټوميک ډول د امېندوارۍ څخه مخکې حالت ته را وګرځي او د ۴ – ٦ اوونيو پورې دوام کوي. د ولادي کانال انساج له زېږون څخه وروسته ډېر ژر خپل عادي حالت ته په راګرځېدو پيل کوي. د نفاس په لومړيو وختونو کې د رحم ډيسيډوا انساج د مهبلي ډيسچارج په ډول د باندې وځي، چې د lochia په نوم يادېږي.

پوښتنې

څلور ځوابه پوښتنې

۱: د مور او جنين اوږد محورونو اړيکي ته کومه اصطلاح کارول کيږي

الف – Fetal Lie　　ج- Fetal Presenting Part

ب- Fetal Presentation　　د- Fetal Station

۲: که د جنين او مور اوږد محور تر منځ زاويه ۴۵ درجې وي؛ نو دې حالت ته کومه اصطلاح کارول کيږي.

الف - Trasves Lie　　ج – Longitodinal Lie

ب - Oblique Lie　　د – Non of them

۳: کوم بدلونه د رحم پر عنق باندې د رحمي تقلصاتو د پايلې له ډلې څخه نه شمېرل کيږي

الف – د رحم عنق لنډوالی　　ب – د رحم عنق پوخوالی

ج - د رحم غاړې نرموالی　　د – د رحم غاړې سوروالی

۴ : د لېبر په لومړۍ صفحه کې د جنين د زړه اوازونو د اوريدو تر منځ څومره واټن وي

الف – ۳۰ دقيقې　　ج-۵۰ دقيقې

ب -۴۰ دقيقې　　د-٦۰ دقيقې

۵: وينه لرونکی lochia د نفاس په دوره کې د څه په نوم يادېږي

الف -lochia rubra　　ج-lochia latum

ب-lochia alba　　د- lochia searosa

٦: د مېرمنو تيونه د اناتومي له نظره له څو لوبو څخه جوړ شوي دي

الف- ۵-۱۰　　ج-۱۰ -۱۵

ب-۱-۵　　د- ۱۵-۲۵

۷: Sufactant چې د سږو د Type 2 Pneumocyte په واسطه افرازېږي.

الف– د سږو له کولپس څخه مخنيوی کوي　　ب – د ماشوم په سږوکی د اسناخو سطحې فشار کموي

ج- په نوي زېږېدلي ماشوم کې د تنفسي زجرت د سنډروم لامل کېږي
د –الف او ب ځوابونه سم دي

۸: که چېرې د نوي زېږېدلي ماشوم Apgar Score د نمرو مجموعه د ۷-۱۰ وي، په راتلونکو ۲۸ ورځو کې:

الف–د مړينې چانس به ډېر لږ وي
ب- د مړينې چانس ډېر زيات وي
ج- د ماشوم په مړينه هيڅ اثر نه لري .
د- په اولو شيبو کې د مړينې لامل کېږي.

۹ :که چېرې په اولو ۵ دقيقو کې د ماشوم Apgar score نورمال وي او د وينې PH يې له ۷ څخه کم وي:

الف –ماشوم په ICU کې بستر شي.
ب–ماشوم بايد د Neo natal ward کې بستر شي.
ج- ماشوم بايد رخصت شي.
د –داسې ماشومانو سره بايد د OPD ناروغانو په شان چلند وشي.

تشريحي پوښتنې

۱: د يوې اولباري امېندوارۍ ښځې مخفي پړاو ....او د څومباري امېندوارۍ ښځې همدا صفحه به............ وخت په بر کې نيسي.

۲: وروسته له زېږون څخه د decidua د انساجو وتل د مهبل له لارې................ په نوم يادېږي.

۳: کلينکي Labor هغه وخت پيلېږي چې رحمي تقلصات .... montevideo unit ته ورسېږي، چې نږدې .... تقلص 40mmhg په لس .... کې ښيي.

۴: د وقايوي انتي بيوتيک د ورکړې ارزښت د پردې په څېرې کيدنه کې توضيح کړئ.

۵: د لېبر فعال منجمنت څه گټه لري؟

۶: د زېږون په دويمه صفحه کې د اغېزمن زور وهولو لپاره کوم وضيعتونه مېرمن تـه غـوره دي؟

۷: د لېبر پر مهال د مېرمنې وريد خلاصول څه گټه لري؟

۸ : که چېرې د رحم د عنق پراخوالی په يوساعت کې له cm۱ څخه لږ وي؛ نو لومړنی کړنه به څه وي؟

۹: Rooming in څه ته وايي؟

۱۰: مکونيم له کومو اجزاوو څخه جوړ شوی دی؟

۱۱: وروسته له زېږون څخـه د مېرمنـې د حيـاتي علايمـو او بطنـي معـاينې د څرنگـوالي او ارزښت په هکله معلومات ورکړئ.

۱۲: له زېږون څخه وروسته د درد لرونکي کوروالي او د لومړي ځل د کـوروالي د پيـل پـه هکله خپل معلومات ووایاست.

ماخذونه

Althabe F & Buekens P & Bergel E, et al. (2008) *A behavioral intervention to improve obstetrical care*. N Engl J Med 358:1929.

Ballard O & Morrow AL. (2013) *Human milk composition: nutrients and bioactive factors*. Pediatr Clin North Am 60(1):49.

Becker JH & Bax L & Amer-Wåhlin I, et al. (2012) *ST analysis of the fetal electrocardiogram in intrapartum fetal monitoring*. Obstet Gynecol 119:145.

Belfort MA & Saade GR & Thom E, et al. (2015) *A randomized trial of intrapartum fetal ECG ST-segment analysis*. N Engl J Med 373(7):632.

Brocato B & Lewis D & Mulekar M, et al. (2017) *Obesity's impact on intrapartum electronic fetal monitoring*. J Matern Fetal Neonatal Med August 30, 2017.

Cahill AG & Duffy CR & Odibo AO, et al. (2012) *Number of cervical examinations and risk of intrapartum maternal fever*. Obstet Gynecol 119(6):1096.

Cunningham F.Gary & Leveno Kenneth J, et al. (2018) *Williams Obstetrics*, 25th edition, United State: McGraw-Hill Education, Pp: 647 - 649.

Fletcher S & Grotegut CA & James AH. (2012) *Lochia patterns among normal women: a systematic review*. J Womens Health (Larchmt) 21(12):1290.

Grobman WA & Bailit JL & Rice MM, et al. (2015) *Racial and ethnic disparities in maternal morbidity and obstetric care*. Obstet Gynecol 125(6):1460.

Herbst A & Källén K. (2007) *Time between membrane rupture and delivery and septicemia in term neonates*. Obstet Gynecol 110:612.

Iraha Y & Okada M & Toguchi M, et al. (2017) *Multimodality imaging in secondary postpartum or postabortion hemorrhage: retained products of conception and related conditions*. Jpn J Radiol October 19, 2017.

Laughon SK & Branch W & Beaver J, et al. (2012) *Changes in labor patterns over 50 years*. Am J Obstet Gynecol 206:419.e1.9.

Martin JA & Hamilton BE & Ventura SJ, et al. (2012) *Births: final data for 2010*. Natl Vital Stat Rep 61(1).

Neilson DR Jr & Freeman RK & Mangan S. (2008) *Signal ambiguity resulting in unexpected outcome with external fetal heart rate monitoring*. Am J Obstet Gynecol 198:717.

Nunes I & Ayres-de-Campos D & Costa-Santos C, et al. (2014) *Differences between external and internal fetal heart rate monitoring during the second stage of labor: a prospective observational study*. J Perinat Med 42(4):493.

Nygaard I. (2015) *Pelvic floor recovery after childbirth*. Obstet Gynecol 125(3):529.

Salam RA & Mansoor T & Mallick D, et al. (2014) *Essential childbirth and postnatal interventions for improved maternal and neonatal health*. Reprod Health 11 Suppl 1:S3.

Tuuli MG & Frey HA & Odibo AO, et al. (2012) *Immediate compared with delayed pushing in the second stage of labor*. Obstet Gynecol 120:660.

Whyte RK. (2012) *Neonatal management and safe discharge of late and moderate preterm infants*. Semin Fetal Neonatal Med 17(3):153.

Yeh P & Emary K & Impey L. (2012) *The relationship between umbilical cord arterial pH and serious adverse neonatal outcome*: analysis of 51,519 consecutive validated samples. BJOG 119(7):824.

څلورم څپرکی

ولادي التراسوند او د امېندوارۍ د لومړي ترایمستر اختلاطات

څرنګه چې التراساونډ صوتي امواج تولیدوي؛ نو جنین ته کوم زیان نه رسوي، خو بیا هم یواځې د طبي استطباب په صورت کې باید وکارول شي. د التراساونډ معاینې ترسره کولو له کبله ځینې تروماګانې او عضلي اسکلیټي ناراحتي رامنځته کېږي. د امېندوارۍ پر مهال ولادي التراساونډ د امېندوارۍ موده، د جنین شمېره، ژوند، مړینې او د پلاسنتا دقیق ځای د معلومولو لپاره کارول کېږي.

د امېندوارۍ ټروفوبلاسټ ناروغۍ GTD چې د تروفوبلاسټ انساجو غیرنورمال تکثر له کبله رامنځته کېدونکو تومورونو لپاره کارول کېږي. د GTD تشخیص، درملنې او څارنې لپاره د (hCG) اندازه کولو څخه چې د ټروفوبلاسټ حجرو په واسطه افرازېږي ګټه اخیستل کېږي.

له رحم څخه دباندې غرس کېدنې پېښې ۰.۵ – ۱.۵ د ټولو امېندواریو سلنه په لومړي ترایمستر کې جوړوي، چې د مقدم تشخیص په پایله کې د مور د مړینې کچه پکې را کمه شوې ده.

مخکې له دې چې جنین د ژوندي پاتې کېدو توان ومومي په خپل‌سر یا په قصدي ډول امېندوارۍ ته پای ورکول او یا د هغې ضایع کېدل سقط بلل کېږي. ځینې بیا د امېندوارۍ په خپل‌سر ضایع کېدو ته Miscarriage او په قصدي ډول د امېندوارۍ ضایع کولو ته Abortion وایي. د حقیقي سقطونو لاملونه ښه نه دي پېژندل شوي، خو بېلابېل طبي تشوشات، محیطي فکتورونه او انکشافي ابنارملتي‌ګانې د لاملونو په توګه ښودل شوي دي.

د زده‌کړې موخې

- ولادي التراسوند
- د امېندوارۍ پر مهال تروفوبلاسټ ناروغي
- Ectopic امېندوارۍ
- سقطونه

ولادي التراسوند

د امېندوارۍ پر مهال ولادي الټراساونډ د امېندوارۍ موده، د جنین شمېره، ژوند، مړینه او د پلاسنتا دقیق ځای معلومولو لپاره کارول کېږي او همدارنګه د جنین ځینو ابنارملیټي‌ګانو په معلومولو کې مرسته کوي. Doppler vilocimetry د ډاپلر په واسطه په رګونو کې د وینې جریان کتلو ته ویل کېږي. د ډاپلر الټراساونډ په واسطه Ductus arteriosus، رحمي شریان، ثروي شریان په هکله معلومات تر لاسه کولای شو. M- موډ ایکوکارډیوګرافي د جنین د زړه د جوړښت او دندې معلومولو تخصصي معاینه ده، چې د زړه ابنارملیټي‌ګانو په تشخیص کې مرسته کوي.

۱. **ولادي الټراسونوګرافي:** د امېندوارۍ پر مهال الټراساونډ د نورو معلوماتو سربېره د جنین ځینو ابنارملټي‌ګانو په معلومولو کې هم مرسته کوي. انومالي‌ګانې زیاتره په لومړي ترایمستر کې معلومېږي. د ډاپلر په مرسته کولای شو د انیمیا له کبله اختلاطي شویو امیندوارو ښځو لپاره لازم اهتمامات ونیسو. د الټراساونډ معاینې ترسره کولو له کبله په ۷۰٪ پېښو کې ځیني ټروماګانې او عضلي اسکلیټي ناراحتي رامنځته کېږي. د تروما رامنځته کېدو خطري فکتورونه عبارت دي له: د ناروغ ناسم وضعیت، دوامداره فشار واردول او Transducer ته پرته له مهارت څخه مانورې ورکول.(Cunningham, 2018)

لاندې لارښوونې تروما څخه مخنیوی کوي:

۱. د معاینې پر مېز باندې ناروغ باید معاینه کوونکې ته نږدې وي.

۲. د مېز او چوکۍ اوچتوالی باید برابر وي.

۳. د معاینه کوونکې چوکۍ باید د شا تخته ولري، پښې به قوي کړي او زنګنونه به خپل حالت ته پرېږدي.

۴. د معاینې په دوران کې د کږېدو او تاوېدو څخه مخنیوی کوي.

هغه برخې چې په لومړي، دویم او درېیم ترایمستر کې د الټراساونډ په واسطه معاینه کېږي په لاندې ۴- ۱- جدول کې ښودل شوي دي.

۴- ۱- جدول: په ترایمسترونو کې د سټنډرډ الټراساونډ په واسطه معاینه کېدونکې برخې

لومړی ترایمستر	دویم او درېیم ترایمستر
د امېندوارۍ کڅوړې سایز، ځای او شمېر	د جنین شمېر، د متعددو جنینونو امنیوسیټي او کوریونیسیټي
د رشیم او Yolk sac معلومول	د جنین د زړه فعالیت
Crown-rump اوږدوالی	د جنین اعتلان
د جنین شمېر، د متعددو جنینونو امنیوسیټي او کوریونیسیټي	د پلاسنتا بیلیدنه، منظره او د رحم غاړه داخلي فوحې سره د هغې اړیکه
د رشیم/ دجنین د زړه فعالیت	د امنیوتیک مایع حجم
د لومړي ترایمستر اړونده د رشیم/جنین اناټومي ارزیابي	د جنیني وزن تخمین
د موروني رحم، adenexa او Cul-de-sac ارزول	د جنیني اناټومي ارزول
	د موروني رحم، adenexa او Cul-de-sac ارزیابي

(Cunningham، ۴۲۳)

۲- د جنین نورماله او غیر نورماله اناټومي : په لاندې ډول دي:

الف. دماغ او نخاع: د جنین د دماغ د ارزولو لپاره له درې افقي منظرو څخه ګټه اخیستل کېږي، (Transthalamic، Transventricular او Transcerebellar view). ټرانس تلامیک منظره کې BPD او HC اندازه کېږي. د Transventricular منظرې له لارې وحشي بطینات کتل کېږي او په Transcerebellar منظره کې خلفي ژوروالی معاینه کېږي. د نخاع په معاینه کې رقبي، صدري، قطني او عجزي ناحیې معاینه کېږي. د نخاعي

انومالي معلومولو لپاره افقي پلان تر ټولو حساس دی، چې دقیق تشخیص وضع کوي. په عرضاني مقطع کې درې تعظمي مرکزونه لیدل کېږي. قدامي تعظمي مرکز د فقرې جسم او خلفي تعظمي مرکزونه د فقراتو لمینا او پیډیکل ښودونکي دي. (Cunningham, 2018)

ب. *د عصبي تیوب نیمګړتیاوې*: د رشیمي ژوند ۲۶ – ۲۸ ورځو کې د عصبي تیوب بشپړ نه بندېدو له کبله ځینې ابنارملټي‌ګانې رامنځته کېږي؛ لکه Anencephaly، Cephalocele Myelomeningocele (Spina bifida)، او د نخاع التصاق .

ج. *مخ او غاړه*: الټراساونډ د مخ او غاړې انومالیو په تشخیص کې مرسته کوي. په مخ او غاړه کې لاندې انومالي رامینځ ته کېږي:

(۱). Micrognathia (په غیر نورمال ډول کوچنۍ ژامه).

(۲). Facial celfts (Cleft lip او پلیټ، Isolated cleft palate او Median cleft lip)

(۳) . Cystic hygroma.

د. *صدر*: سږي په متجانس ډول چې زړه یې را ګېر کړی وي لیدل کېږي. سږي ۲/۳ برخه د صدر اشغال کړې او پاتې درېیمه برخه یې زړه جوړوي. د زړه څلور چمبرونو منظره کې د صدر محیط په عرضاني پلان کې د پوستکي دپاسه اندازه کېږي. په سونوګرافي کې ځینې ابنارملټي‌ګانې لیدل کېږي؛ لکه ولادي ډیافراګماتیک فتق، د سږو هوایي لارو ولادي نیمګړتیاوې، د سږو او برانکسونو بېلېدنه، د پورتنیو هوایي لارو ولادي بندېدنه او د زړه ولادي انومالي‌ګانې.(Cunningham, 2018)

ه. *بطني دېوال*: د الټراساونډ په واسطه بطني دېوال د حبل په ارتکازي نقطه کې ارزیابي کېږي. د قدامي دېوال نیمګړتیاوې یې عبارت دي له: Gastroschisis، Omphalocele او د بدن انومالي یا Cyllosma.

و. *معدي معایي لاره*: معده د امېندوارۍ ۱۴ اونۍ څخه وروسته لیدل کېږي. په Oligohydramnios، د مرۍ اتریزیا، Craniofacial انومالي، د مرکزي عصبي سیستم یا عضلي اسکلیټي ابنارملټي‌ګانو له کبله معده نه لیدل کېږي. په دویم او درېیم ترایمستر کې

کولمې، ځيګر، صفراوي کڅوړه او تورې تشخيصېږي. د جنين پوخوالي سره د کولمو منظره بدلون مومي. انومالي ګانې يې عبارت دي له: معدي معايي ولادي اټريزيا (د مرۍ اټريزيا، د ډوډينوم اټريزيا).(Pedersen, 2012)

ز. *پښتورګي او بولي لاره*: پښتورګي د اميندوارۍ په ۱۸ اوونۍ کې نخاع ته نږدې ليدل کېږي. انومالي يې عبارت دي له: (۱). د حويضې توسع، (۲) . د حالب حويضي يوځاى کېدو نقطې بندښت، (۳). د پښتورګو راټولېدونکي سيستم ډبلېدل، (۴). د پښتورګو ولادي نشتوالى، (۵). ,Multicystic dysplastic kidney ,(۶). Polycystic kidney disease. (۷) . د مثانې خارجي فوحې بندښت.

ح. *اسکليټي ابنارملټي ګانې*: اسکليټي انومالي ګانې په ولادي ابنارمليټي ګانو، فينوټايپيک او راډيوګرافيک ځانګړتياوو متصفه ده. اسکليټي Dysplasia (Osteochondrodysplasia او Dysostoses) . Clubfoot ، Limb-reduction زيانونه.

۳. **Doppler velocimetry** : د ډاپلر په واسطه په رګونو کې د وينې جريان کنټرول کېږي. په اوس وخت کې د ډاپلر دوه ډوله په کلينيک کې کارول کېږي.

الف . Continuous-wave: په دې ډاپلر کې د کريسټلونو دوه جلا ډولونه شتون لري، د يو په واسطه لوړ فريکونسي لرونکي اوازونه انتقالېږي او د بل کريسټل په واسطه په دوامداره توګه عکسونه اخيستل کېږي.

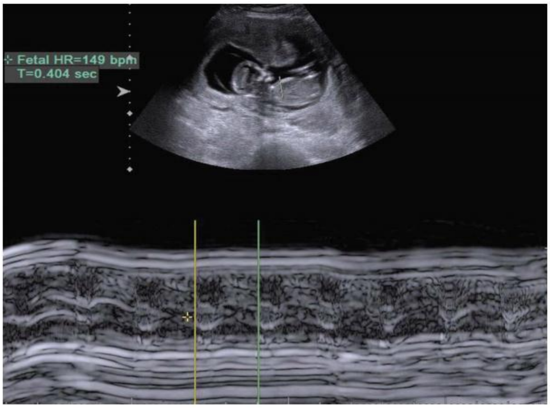
ب. *Pulsed-wave Doppler*: په دې ډاپلر کې يواځې يو کريسټل شتون لري، چې په دې کې يو سيګنل انتقالېږي تر څو چې هغه بېرته راګرځېدلى نه وي؛ بل سيګنل نه لېږدول کېږي. د دې په واسطه د وينې هغه جريان چې ټرانسډيوسر خوا ته وي په سور او هغه جريان چې د ټرانسډيوسر څخه لېرې خوا ته ځي په ابي رنګ سره ليدل کېږي.(Cunningham, 2018)

د ډاپلر الټراساونډ په مرسته Umbilical Art ،Ductus arteriosus. دماغي منځنى شريان ، رحمي شريان Ductus venosus حالت ارزول کېږي.

۴. M- موډ ایکوکارډیوګرافي: ایکوکارډیوګرافي د جنین د زړه جوړښت او دندو معاینه ده، چې د زړه ابنارملیټي ګانو په تشخیص کې مرسته کوي. استطبابات یې عبارت دي له د جنیني زړه انومالي، Extracardiac انومالي یا کروموزومل ابنارملټي، جنیني اریتمیا او هایډروپس.

د ایکوکارډیوګرافي په واسطه د بطیناتو ترمنځ د پردې نقیصې، د اذین او بطین ترمنځ د پردې نیمګړتیاوې، د چپ زړه هایپوپلاستیک سنډروم، Tetralogy of Fallot، Cardiac Rhabdomyoma انومالي ګانې تشخیصېږي.(Paladini, 2017)

M-Mode یا Motion mode د جنین د زړه د سایکل خطي ښودنه ده، چې په Y محور حرکت کوي. زیاتره د جنین د زړه ضربان او نظم د ابنارملټیو د تشخیص لپاره کارول کېږي. د M-Mode معاینې په واسطه اذینات او بطینات په جلا ډول معاینه کېږي؛ نو له دې کبله د اریتمیا د وصف په معلومولو او د هغې درملنې ځواب معلومولو لپاره ګټوره ده. د M-Mode په واسطه همدارنګه د بطیناتو دندې او د اذین او بطین دهانه معلومېږي.



۴ – ۱- انځور: M-mode یا Motion-mode په ۱۲مه اوونۍ کې د جنین د زړه ضربان معلومولو لپاره کارول کېږي. (Cunningham، ۴۶۷)

د امېندوارۍ پر مهال د ټروفوبلاست ناروغۍ

د امېندوارۍ ټروفوبلاسټ ناروغۍ GTD (Gastation Trophoblastic Disease) چې د تروفوبلاسټ انساجو غیر نورمال تکثر له کبله رامنځته کېدونکي ناروغیو لپاره کارول

کېږي. د GTD تشخيص، درملنې او څارنې لپاره (hCG) هورمون له اندازه کولو څخه چې د ټروفوبلاسټ حجرو په واسطه افرازېږي ګټه اخيستل کېږي او د لاندې ډولونو لرونکی دی:

أ. Mole hydatidiform or Molar

ب. Placental Site Trophoblastic Tumor،

ت. Epitheloid Trophoblastic Tumor

ث. Malignant Invasive Mole

د GTD خطري فکتورونه په لاندې ډول دي:

- له ۲۰ څخه کم او تر ۳۵ څخه زيات عمر لرونکو مېرمنو کې ليدل کېږي.
- د مولر امېندوارۍ پخوانۍ تاريخچې شتون.
- د مولر امېندوارۍ د کورنۍ تاريخچې شتون.
- هغه کسان چې د A او AB د وينې ګروپونو لرونکې وي.
- هغه کسان چې د Vitamine A ،Protine ،Folic acid د کمبود سره مخامخ وي.

۱. **Molar pregnancy:** د هستولوژي له نظره په مولر امېندوارۍ کې د ټروفوبلاسټ تکثر او د ويلای او (Stroma) پړسوب ليدل کېږي هايداتيديفورم مول. د هستولوژيکو بدلونونو د درجې، کيريوټايپيک توپيرونو او د رشيمي عناصرو د شتون او نه شتون له نظره پر دوه ډولونو چې (بشپړ او نيمګړی) دي وېشل شوی دی. GTN د بشپړ هايډاتيديفورم مول څخه وروسته ډېر ژر رامنځته کېږي. بشپړ مول غير نورمال کوريونيک ويلای لري، چې د کتلې په ډول ليدل کېږي چې بېلا بېلې اندازې لري او له نرۍ لکۍ څخه ځوړند وي. (Hassadia, 2012).

۲. **د امېندوارۍ په دوران کې ټروفوبلاسټيک نيوپلازيا:** لکه مخکې چې يادونه وشوه په دې ګروپ کې تهاجمي مول، کوريوکارسينوما، د پلاسنتايي ناحيې ټروفوبلاسټ تومورونه او د ټروفوبلاسټ اپيتلي تومورونه ګډون لري. نيمايي پېښې يې د هايداتيديفورم مول په تعقيب، څلورمه برخه يې د سقط يا تيوبل امېندوارۍ په تعقيب او بله څلورمه برخه پېښې يې

د بې‌مودې یا د مودې امېندوارۍ څخه وروسته رامنځته کېږي او عموماً په سیروم کې د βhCG اندازې د لوړوالي په واسطه تشخیصېږي.(Goldstein, 2012)

۳. لاملونه: پېښې په اسیایي، هسپانوي او امریکایي هندوانو کې زیاتې دي، عمر او پخواني هایډاتیډیفورم مول تاریخچې درلودل د هایډاتیډیفورم مول په رامنځته کېدو کې رول لري.(Cunningham, 2018)

وروستني دواړه یې قوي خطري فکتورونه ګڼل کېږي. ځوانې او ۳٦ - ۴۰ کلنې ښځې دوه ځله او تر ۴۰ کلو څخه زیات عمر لرونکې ښځې بیا لس ځلې د اخته کېدو په خطر کې دي.(Eagles, 2015)

۴. پتالوژي: مولر امېندواري د کروموزوم له نظره د غیر نورمال القاح په پایله کې رامنځته کېږي، چې د پتالوژي له نظره لاندې بدلونونه پکې د لیدلو وړ وي:

- Hydropic villi
- Absence of fetal blood vessel
- Hyperplasia of trophoblastic tissue

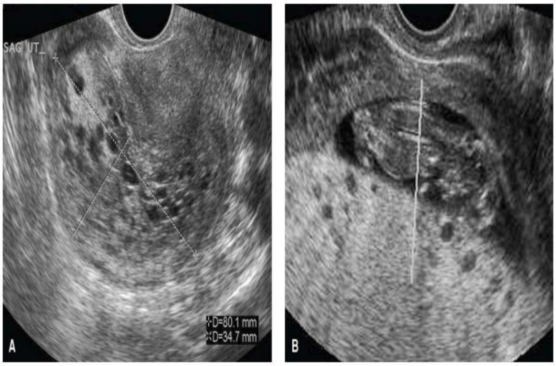
بشپړ مول زیاتره Diploid کروموزومي جوړښت لري او عموماً 46XX وي، چې د Androgenesis په پایله کې رامنځته کېږي، یعنې د کورموزوم دواړه سیټونه یې له پلار څخه سرچینه اخلي، د تخمې کروموزومونه کېدای شي شتون و نه‌لري او یا غیرفعال وي. په نیمګړي مول کې کېدای شي چې جنین شتون ولري او د پلاسنتا په برخه کې ابنارملتي منځته راغلي وي، چې دا ابنارملتي وروسته د جنین د مړینې لامل کېږي. کېدای شي دا ابنارملتي په ټوله پلاسنتا کې شتون و نه‌لري، هایپرپلازیا یوازې په Syncytio trophoblast حجرو کې منځته راغلي وي، چې د پلاسنتا ابنارمل برخه کې Villi پړسیدلي او ویزیکلونه پکې منځته راغلي وي. نیمګړی مول بیا Triploid کاریوټایپ (69XXX، 69XXY یا 69XYY) لرونکی وي. په غبرګوني امېندوارۍ کې زیاتره یو نورمال جنین د بشپړ Diploid مولر امېندوارۍ سره یوځای وي. که چېرې د غیر نورمال جنین سره یوځای وي؛ نو باید د یوګوني نیمګړي مولر امېندوارۍ سره یې توپیر وشي. په دې حالت کې د

تشـــخيص د تاييـــد لپـــاره امنيوســـنتيزس او جنينـــي کاريوټايپنـــګ ترســـره کېږي.(Cunningham, 2018)

۵. کلينيکي نښې : زياتره يې د امېندوارۍ په نهمه اونۍ کې تشخيصېږي؛ نو کلينيک او اختلاطات يې ډېر ښکاره نه وي. هغه مولر امېنـدوارۍ چې درملنـه يـې و نـه‌شي د رحمـي وينې بهېدنې لامل کېږي، چې د ټکي په ډول له وينې بهيـدنې څخـه نيـولې بيـا تـر زيـاتې وينې بهېدنې پورې بدلون مومي. که رحم پټه وينه بهېدنه ولري؛ نو په ناروغه کې د اوسپنې کمښت انيميا، زړه بدوالی او کانګې هم رامنځته کېږي. په فزيکي معاينه کې د رحم وده له نورمالې ودې څخه زياته او قوام يې نرم وي. په بشپړ مول کې د جنين زړه حرکت شتون نه لري او تخمدانونه د سيسټونو څخه ډک وي.(Cunningham, 2018)

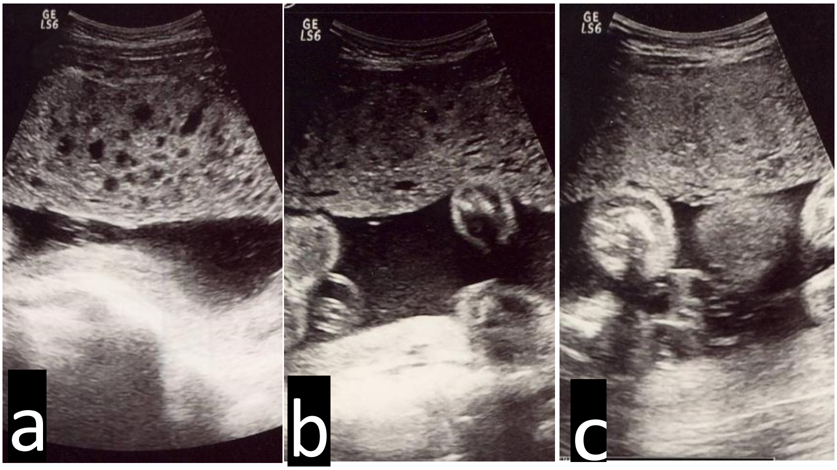
٦. تشخيص: په لاندې ډول دی

د سيروم β-hCG اندازه کول: زياتره ښځې د امېندوارۍ په لومړيو وختونو کې غيرمنظمه وينه بهېدنه لري، چې د ازموينو او سونوګرافي په واسطه امېندواري تشخيصېږي. پـه بشـپړه مولر امېندوارۍ کې د سيروم بيتا hCG اندازه د امېندوارۍ پر مهال د متوقع انـدازې څخـه لـوړه وي. کـه مـول پرمختللی وي؛ نـو دا ازموينـه سـمه پايلـه نـه ور کـوي، بلکـې False-negative راځـــي. پـــه نيمګـــړي مـــول کـــې هـــم د ســـيروم بيتـــا hCG انـــدازه لـوړېږي.(Cormano, 2016)



۴-۲- انځور: (A) بشپړ هايډاتيديفورم مول (B) نيمګړی هايډاتيديفورم مول. (Cunningham، ۸۷۷)

سونوګرافي: د تشخیص اساسي ازموینه ده. بشپړ مول کې رحم د ایکوجنیکي کتلې په ډول ښکاري، چې یو شمېر Anechoic سیستیکې مسافې چې د Snowstorm په نوم یادېږي د لیدلو وړ وي. په نیمګړي مول کې د جنین په امتداد پنډه او Multicystic پلاسنتا شتون لري.(۴-۳-انځور).



۴-۳- انځور مولتی سیستیک پلاسنتا. (Cunningham، ۸۷۷)

۷. درملنه: له درملنې څخه وړاندې د اختلاطاتو (پري اکلمپسیا، هایپرتایرایډیزم، انیمیا، د زیاتو کانګو له کبله د الکترولایتونو ګډوډي او میتاستاتیک ناروغۍ) معلومولو په موخه د ناروغۍ ارزونه کېږي. د سکشن کیورتاژ دمخه د ناروغۍ سیروم بیتا hCG، کریاټینین، الکترولایت او د ځیګر امانیوټرانسفریز اندازه، د تایرایډ تنبه کوونکي هورمونو اندازه، د وینې ګروپ او Rh او د سینې راډیوګرافي د سږو افتونود معلومولو لپاره ترسره کېږي.(Cunningham, 2018).

مولر امېندوارۍ ته پای ورکول: که د رحم سایز په نظر کې و نه نیول شي؛ نو د سکشن کیورتاژ په واسطه د مولر تخلیه یې بهترینه درملنه ده. په غټ مول کې باید پوره انستیزي، ورید ته لاسرسی او د وینې په بانک کې باید وینه تیاره موجوده وي. د وینې بهېدنې محدودولو لپاره د پروسیجر پر مهال اوکسي ټوسین انفیوژن په ډول ور کول کېږي. د رحم جوف بشپړې تخلیې معلومولو په موخه

سونوګرافي ترسره کېږي. کــه وینــه بهېدنــه د رحــم بشـپړې تخلیــې او اوکســي ټوسین کــارولو څخــه وروســته بیــا هــم شــتون ولــري، پــه دې صــورت کــې جراحــي درملنــې تــه اړتیا لیــدل کېږي. د مولر امېندواری تخلیــې پــه وخــت کــې ځینــې تروفوبلاســټ انســاج د حوصلې وریــدي سیستم تــه ازادېږي. کــه انــدازه یــې زیاتــه شي؛ نــو د تنفســي عــدم کفــایې، سږو اذیمــا او د امبــولیزم لامــل کېږي. کــه ناروغــه Rh D-negative وي؛ نــو لــه کیورتــاژ څخــه وروســته ور تــه Rhogam ورکــول کېږي، ځکــه چې لــه نیمګــړي مــول سره د جنینــي انســاجو سره حجــرې چــې د D-Antigen لرونکــي وي شــتون لـري. د بشپړ مول لرونکې هغه ښځې چې عمرونه یې د ۴۰ – ۴۹ کلونو ترمنځ وي او پوره انــدازه ماشــومان یــې راوړي وي، د هغــوی لپــاره (Hystrectomy) چــې تخمــدان بایــد وســاتل شي غــوره ګڼــل کېږي. کــه د هیســټریکټومي پــه وخــت کــې Theca-Lutein سیســټونه ولیــدل شي؛ نــو هغــه نــه لیــرې کېــږي ځکــه چــې لــه هیسټریکټومي څخه وروسته هغه پخپله له منځه ځي.(Elias, 2012)

د GTN د پېژندلو ځانګړتیاوې: په لاندې ډول دي

- β HCG د لوړې سویې پایښت پرته له کوم بدلون څخه د ۳ اوونیو په موده کې.
- له رحم تخلیې څخه وروسته تر شپږو میاشتو پورې د β HCG سویې لوړ پاتې کېدل.
- مهبلي دوامداره وینه بهېدنه.

د رحم له تخلیه کېدو څخه وروسته د مولر ناروغانو څارنه: په وینه کې β HCG په لانـدې ډول اندازه کېږي:

أ. د رحم له تخلیه کولو څخه ۴۸ ساعته وروسته
ب. د هرو دوه اوونیو په واټن تر دوه میاشتو پورې
ت. وروسته له دوه میاشتو څخه بیا د ٦ او یا ۱۲ میاشتو په واټن سره وکتل شي
ث. د امېندواری د واټن ورکولو په موخه یو ښه میتود معرفي کول
ج. د هغو مېرمنو پېژندنه کومې چې وروسته له مولر امېندواری څخه د خباثت په خطر کې وي.

اختلاطات او توپيري تشخيص: مولر امېندواري بايد د دې ناروغيو سره توپيري تشخيص شي، د تهديدوونکي سقط، څو ګوني امېندوارۍ او رحم فبروما سره چې التراسونوګرافي په دې برخه کې مرستندويه معاينه ده.
تروفوبلاستيک ناروغۍ د لاندې خطرونو لرونکې ده:

1. Hemorrhage and schock
2. Sepsis
3. Perforation of uterus
4. Coagulation failuer
5. Acute pulmonary insufeciency

۸. انزار: که مولر امېندواري په وخت تشخيص او تخليه شي او لـه تخليـې څخـه وروسـته يې د GTN لپاره په سمه توګه څارنه وشي؛ نو مړينه پکې نادره ده. د GTN انزارو معلومولو لپاره WHO خپل سکورينګ سيستم لري، که سکور يې ۰ -٦ وي؛ نو انزار يې ښه دي او که سکور يې ۷ او يا له دې څخه زيات شي؛ انزار يې خراب دي.

۹. له تروفوبلاستيک ناروغيو څخه وروسته امېندواري: هايډاتيډيفورم مـول عمومـاً پـه Fertility باندې کومه اغېـزه نـه لـري او د دوی د امېنـدوارۍ پـايلې نورمـالې وي. د ځينـو څېړنو په اساس يواځې ۲ ٪ د امېندوارۍ خطر ښودل شـوی دی. هغـه ښـځې چـې د GTN کيموتراپي يې بشپړه کړې وي، هغوی ته د ۱۲ مياشتو لپـاره د امېنـدوارۍ د وروسـته کېـدو لارښوونه کېږي. Fertility او د امېندوارۍ پايلې نورمالې وي. لـه GTN امېنـدوارۍ څخـه وروسته امېندوارۍ کې وروسته له زېږون څخه يا د پلاسنتا محتوی پتـالوژيکي ازموينـو تـه لېږل کېږي. له زېږون څخـه وروسـته تـر ٦ مياشـتو پـورې د سـيروم بيتـا hCG انـدازه کنټـل کېږي.(Joneborg, 2014).

درحم څخه دباندی امېندواري

له رحم څخه د باندې غرس کېدنې پېښې ۰.۵ – ۱.۵ سلنه د ټولو امېندواریو په لومړي ترايمستر کې را منځته کېږي. په نورمال ډول له القاح او نفيرونو تېرېدو څخه وروسته بلاستوسيسټ د رحم جوف په اندومتريوم کې غرس کېږي. له اکټوپيک امېندواريو څخه د ځای له نظره د نفيرونو امېندواري تر ټولو زياتو پېښو کې رامنځته کېږي، په طبي درملنه کې يې انتي ميتابوليت درمل ميتوټريکزيټ (MTX) برخه لري. دا درمل فوليک اسيد انټاګونسټ دي او په جراحي درملنه کې د نفيرونو پرې کول او يا يواځې د حمل محتوی لرې کول او د نفيرو ساتل شامل دي.

۱. عموميات: له رحم څخه د باندې غرس کېدنې پېښې ۰.۵ – ۱.۵ د ټولو امېندواريو سلنه په لومړي ترايمستر کې جوړوي، چې د مقدم تشخيص په پايله کې د مور د مړينې کچه پکې را کمه شوې په نورمال ډول له القاح او نفيرونو تېرېدو څخه وروسته بلاستوسيسټ د رحم جوف په اندومتريوم کې غرس کېږي. له اکټوپيک امېندواريو څخه د ځای له نظره د نفيرونو امېندواري تر ټولو زياته نږدې ۹۵ سلنه پېښو کې رامنځته کېږي؛ نو کلاسيک درې تشخيصي فکتورونه يې عبارت دي له ورک شوي تحيض، درد او مهبلي وينه بهېدنه. له ربچر څخه وروسته د بطن ښکتنی برخې او حوصلي شديد درد چې تېره او سوری کوونکی وصف لري رامنځته کېږي. له رحم څخه د باندې امېندواری کې په لاندې برخو کې د Blastocyt غرس کېدنه رامنځته کېږي.(Cunningham, 2018)

۱. د نفيرونو امېندواري
۲. بين الخلالي امېندواري يا Cornual امېندواري
۳. د پخواني سيزارين زېږون سکار په مايومتريوم کې بلاستوسيسټ غرس کېږي
۴. د عنق امېندواري
۵. بطني امېندواري
٦. د تخمدان امېندواري
۷. broad لېګامنټ امېندواري

لـه اکټوپيـک امېنـدواريو څخـه د نفيرونـو امېنـدواري تـر ټولـو زياتـه نـږدې ۹۵٪ پيښـو کـې رامنځتـه کېـږي، چـې غـرس کېدنـه د نفـير پـه بـېلا بېلـو سـگمنټونو کـې رامنځتــه کېــږي. امپــولا کـــې ۷۰ ٪، Isthmus کـــې ۱۲ ٪، Fimbriae کـــې ۱۱ ٪ او Interstitial tubal ۲ ٪کـې رامنځتـه کېـږي. پـاتې ۵ ٪ پېښـو کـې د نفيرونـو سربېـره په نـورو ځـايونو کـې؛ لکـه تخمـدان، پريتـوان جـوف، د رحـم غـاړه يـا پخـوانی سـزارين سکار هم رامنځته کېږي.(Cunningham, 2018)

د نفيرونو غير نورماله اناټومي، د تېرې نفيري امېندواري تاريخچه او د شنډوالي لپـاره نفيري عملياتونه، د جنسـي زهروي ناروغيو يا د نفيرونـو انتانـاتو تاريخچـه چـې د نفيرونـو نورماله اناټومي تخريبوي، د نفيرونو امېندوارۍ چانس زياتوي. د نفيرونو التهاب نـږدې ٪۹ د نفيرونو امېندوارۍ چانس زياتوي. همدارنګه د استروجن او پروجستورن د اندازې بدلون په وينه کې د نفيرونو حرکت د کموالي لامل کېږي، چې لاندې حالتونو کې له رحم څخـه د باندې امېندواريو د پېښو زياتوالي لامل کېږي.(Bhattacharya, 2012)

أ. د IUCD کارول

ب. د امېندوارۍ ضد د پروجسترون لرونکو ټابليټونو کارول

ت. د استروجن کارول

ث. د Ovulation پروسې تنبه کول

ج. د امېندوارۍ پر مهال سګرت څکول

۲. د Ectopic امېندوارۍ پتوجنيزس: د نفيرونو د تحت مخاطي طبقې د نه لرلو له کبلـه القاح شوی Ovum د اپيتليوم په واسطه سورۍ کېږي. زايګوټ عضـلي طبقـې سره نـږدې کېږي او د Proliferative ټروفوبلاسټ پـه واسـطه نيـول کېـږي. د اکټوپيـک امېنـدواريو رشيم يا جنين زياتره شتون نه‌لري. د اکټوپيک امېنـدواريو پـه پايلـه کـې د نفيرونـو څېـرې کېدنه، د نفيرونو سقط يـا د امېنـدوارۍ عـدم کفايـه رامنځتـه کېـږي. د نفيرونـو امېنـدواري زياتره دجنسـي جماع او د Bimanual معاينې وروسته ريچر کوي. د وخت په تېرېدو سره وينه بهېدنه کمه او اعراض له منځه ځي. په ځينو پېښو کې بيا وينه بهېدنه دوام پيـدا کـوي،

که Fimbriae بند وي؛ نو وينه په نفيرونو کې را ټولېږي او Hematosalpinx جوړوي يا د Fimbriae له لارې د پريتوان جوف ته تويېږي. په نادرو حالاتو کې سقط شوی جنين د پريتوان په سطحه کې غرس کېږي او بطني اميندواري رامنځته کوي. په ځينو پېښو کې اکټوپيک امېندواري ناکامېږي او پخپله دوباره جذبېږي.

۳. کلينيکي ځانګړتياوې: که مخکې له رپچر څخه تشخيص شي؛ نو د اکټوپيک امېندواري کوم کلينيکي اعراض او علايم نه رامنځته کېږي او مېرمن په دې عقيده وي، چې نورماله امېندواري لري او يا هم سقط منځته راغلی دی. که وروسته تشخيص شي؛ نو کلاسيک درې فکتورونه يې عبارت دي له: مؤخر تحيض، درد او مهبلي وينه بهېدنه. له رپچر څخه وروسته د بطن ښکتنۍ برخې او حوصلي شديد درد چې تېره او سوري کوونکی وصف لري رامنځته کېږي. بطن په جس سره حساس وي او د حوصلې دوه لاسي معاينې په واسطه درد زياتېږي. مهبلي خلفي فورنکس د وينې له کبله په Recto-uterine cul-de-sac کې راوتلی وي يا د رحم په خلف کې يوه حساسه کتله جس کېږي. د هورموني تنبه له کبله رحم هم په کمه اندازه لوی شوی وي. د ډيافراګم تخريش له کبله د غاړې يا اوږې درد شتون لري. د مهبلي وينې زياتوالی د نيمګړي سقط ښودنه کوي، چې زياتره په نفيري امېندوارۍ کې ليدل کېږي. د داخل بطني وينې بهېدنې رامنځته کېدو په صورت کې حياتي علايمو کې کوم بدلون نه رامنځته کېږي، يواځې په کمه اندازه فشار لوړوالی يا د Vasovagal ځواب په پايله کې براډي کارډيا او هايپوټېنشن رامنځته کېږي. فشار ښکته کېدنه او د نبضان زياتوالی هغه وخت کې را منځته کېږي، چې وينه بهېدنه دوامداره او هايپووالیميا رامنځته شي.(Cunningham, 2018)

۴. تشخيص: د اکټوپيک امېندوارۍ تشخيص لپاره له مختلفو ميتودونو څخه کار اخيستل کېږي، چې ډېر مهم يې په لاندې ډول دي: فزيکي معاينات، د مهبل له لارې سونوګرافي، د سيروم β-hCG اندازه کول او په تشخيصيه جراحي کې يې D&C، لپراسکوپي او په ځينو حالتونو کې لپراټومي شامله ده. هر کله چې د پروجسترون اندازه په وينه کې له ۵ mg/ml څخه ټيټه وي د جنين د ژوند په نه شتون دلالت کوي. که چېرې په پورتنۍ

تشخیصیه ازموینو باندې ونه توانیدو، چې وروستني تشخیص ته ورسېږو؛ نو له لپراسکوپي څخه ګټه اخلو. لپراسکوپي د لاندې ګټو لرونکې ده:

أ. له رحم څخه بهر امېندوارۍ وروستنی تشخیص
ب. له رحم څخه بهر امېندوارۍ درملنه که رپچر شوي نه وي
ت. د درملو زرق کول دننه په اکتوپیک کتله کې

لپراسکوپي په لاندې حالتونو کې ستونزمنه ده:
ث. په ګېډه کې دننه فعاله وینه بهیدنه
ج. د حوصلې پرمختللی انتان
ح. هغه اکتوپیک امیندواري چې لا رپچر شوي نه وي.(Cunningham, 2018)

توپيري تشخيص: له رحم څخه بهر امېندواري له لاندې حالتونو سره باید توپيري تشخیص شي:

أ. Acute & Chronic Salphingitis
ب. Threatened abortion
ت. Intra abdominal hemorrhage
ث. Torsion ovarian cyst
ج. Gastroenteritis
ح. Appendicitis

۵. درملنه: په لاندې ډول ده

الف: طبي درملنه

د رژیم انتخاب: په طبي درملنه کې يې انتي میتابولیت میتوټریکزیټ (MTX) شامل دي. دا درمل فولیک اسید انټاګونسټ دي، د Dihydrofolate reductase سره په قوي ډول یوځای کیږي او په Tetrahydrofolate باندې بدلېدو مخنیوی کوي کوم چې د فولیک اسید فعال شکل دی. په پایله کې د de novo purine او Pyrimidine جوړېدل نهي کوي، چې د DNA، RNA او پروټین جوړېدو مانع ګرځي.(Briggs, 2015)

د ناروغ انتخابول: د طبي درملنې لپاره پرته له اعراضو مېرمنې چې رضایت ولري او لاندې حالتونه شتون ولري؛ (۱) د سیروم بیټا hCG اندازه کمه وي، (۲) د اکټوپیک امېندوارۍ سایز کوچنی وي، (۳) د جنین زړه فعالیت شتون ونه لري تاکل کېږي.(Cunningham, 2018)

د درملنې جانبي عوارض: د ځیګر اخته کېدنه، Stomatitis او Gastroenteritis دي. له MTX درملنې څخه وروسته د لومړیو ٦ میاشتو امېندوارۍ کې کوم بدلونونه نه رامنځته کېږي.(Uyar, 2013)

ب. *جراحي درملنه :* لېپراټومي د لپراسکوپي په پرتله غوره جراحي ده.
Salpingostomy : د کوچنۍ امیندورای لېږې کولو لپاره چې رپچر یې نه وي ور کړی کارول کېږي. له پروسیجر څخه وروسته د سیروم بیټا hCG اندازه ډېر ژر ښکته راځي او بیا تر ۲۰ ورځو پورې په تدریجي ډول نورمال حالت ته را ګرځي.(Al-Sunaidi, 2007)

Salpingectomy: د ټیوبونو قطع کول د دواړو څېرې شوي او نه څېرې شوي اکټوپیک امېندواریو لپاره استعمالېږي. د دوباره رامنځته کېدو د مخنیوي لپاره نفیر بشپړ قطع کېږي.

د طبي او جراحي درملنې پرتله: د ځینو څېړنو په واسطه د MTX او لپراسکوپیک درملنې ترمنځ کوم توپیر نه دی لیدل شوی، مګر د ځینو مطالعاتو په واسطه لیدل شوي، چې درد، له درملنې څخه وروسته ډیپریشن په سیستمیک(MTX Methotrexate) کې نسبت لپراسکوپي ته کم وي. ځینو څېړنو ښودلې، چې د طبي درملنې متعدد دوزونه نسبت جراحي ته ښه ده، دا په داسې حال کې ده چې د طبي درملنې واحد دوز د لپراسکوپیکې درملنې په پرتله کمه اغېزمنه ده.(Cunningham, 2018)
بین الخلالي امېندواري: مقدم تشخیص په صورت کې طبي درملنې ته غوره والی ور کول کېږي، د جراحي درملنې لپاره د لپراسکوپي یا لپراټومي په واسطه Cornual resection یا Cornuostomy ترسره کېږي.

سیزارین سکار امېندواري: Hysterectomy یې ښه انتخاب دی.

٦. د رحم غاړه امېندواري: د طبي یا جراحي درملنې په واسطه تداوي کېږي. په جراحي تداوي کې یې سکشن کورتاژ یا هیسترېکتومي ترسره کېږي.

۷. بطني امېندواري: د دې درملنې د تشخیص په وخت کې د امېندوارۍ په عمر پورې اړه لري. ساتندویه درملنې سره یې د وینې بهېدنې چانس زیاتېږي. د جراحي تداوي هدف دا دی، چې جنین وزېږول شي او د پلاسنتا غرس شوې ساحې د وینې بهېدنې څخه مخنیوی وشي.

۸. د تخمدان امېندواري: که افت وړوکی وي؛ نو د تخمدان ځینې برخه قطع کېږي او که افت لوی وي؛ Oophorectomy ترسره کېږي.

Hetrotopic pregnancy : له رحم څخه د بهر امېندوارۍ هغه ډول دی، چې په عین وخت کې ور سره د رحم دننه امیند شتون ولري. پېښې په ۷۰۰۰ کې یوه پېښه ثبت شوې ده. د دې ډول امېندوارۍ پېژندنه لړه ستونزمنه ده.

سقطونه

د امیندوارۍ له ۲۰ اوونۍ څخه مخکې په داسې حال کې د جنین وزن د ۵۰۰ گرامو څخه لږ وي د حمل پای ته رسیدل سقط بلل کېږي. ځینې بیا د امېندوارۍ خپلسري ضایع کېدو ته Miscarriage او په قصدي ډول د امېندوارۍ ضایع کولوته Abortion وایي. د حقیقي سقطونو لاملونه ښه نه دي پېژندل شوي، خو بېلا بېل طبي تشوشات، محیطي فکتورونه او د ودې ابنارملتۍ گانې ښودل شوي دي. د کروموزومي ابنارملتۍ گانو لرونکي سقطونه د امېندوارۍ په اتمه اوونۍ کې رامنځته کېږي.

۱. بنفسهي سقط: ۸۰ سلنه څخه زیات خپلسري سقطونه د امېندوارۍ له ۱۲ اوونیو څخه د مخه رامنځته کېږي. مړینه زیاتره عموماً د Decidua Basalis کې د وینې بهېدنې له امله رامنځته کېږي، چې وروسته یې د مجاورو انساجو نکروزس د رحم تقلصات تنبه کوي. د رشیمي سقط محتوی په سم ډول نه پېژندل کېږي. په ۱۱ -۲۲ ٪ پېښو کې د امېندوارۍ په

لومړیو اوونیو کې رامنځته کېږي. ۲/۳ پېښو کې دغه ضایع کېدنې د کلینیک له نظره خاموشې وي.(Ammon Avalos, 2012)

أ. *دسقط جنیني فکتورونه:* د کورموزومي ابنارملټیو لرونکي سقطونه د امېندوارۍ په اتمه اوونۍ کې رامنځته کېږي. هغه کروموزومي ابنارملټي‌گانې چې د سقط لامل کېږي عبارت دي له: Trisomy (۵۰ -٪۶۰)، MonosomyX (۹ - ۱۳ ٪)او Triploidy (۱۱ – ۱۲ ٪) . (Jenderny, 2014)

ب. *د سقط مورني فکتورونه*: د رښتینو سقطونو لاملونه په ښکاره توګه نه دي پېژندل شوي، خو بېلا بېل طبي تشوشات، محیطي فکتورونه او انکشافي ابنارملټي‌گانې ښودل شوي دي.

ت. *انتانات*: ځینې عمومي وایرسونه، بکتریا او پرازیتونه چې نورمال انسان اخته کولای شي امکان لري د پلاسنتا جنیني برخه منتنه کړي او د سقط لامل شي.

ث. *طبي ګډوډي:* ځینې طبي ګډوډیانې د امېندوارۍ د ضایع کېدو د لوړې اندازې سره اړیکه لري؛ لکه Diabetes Mellitus، Obesity، Systemic lupus erythemtosus Tyroid Disease .

ج. *کنسر*: د کنسرونو د درملنې لپاره وړانګې د سقط لامل کېږي. د وړانګو هغه دوز چې د سقط لامل کېږي په درست ډول معلوم نه دی. هغه ښځې چې د بطني حوصلي کنسرونو لپاره یې کیموتراپي یا راډیوتراپي اخیستي وي د سقط د زیات خطر سره مخ دي.

ح. *جراحي پروسیجرونه*: د جراحي له امله د سقط رامنځته کېدل روښانه شوي نه دي. هغه غیر اختلاطي جراحي پروسیجرونه، چې د امېندوارۍ په لومړیو وختونو کې ترسره شوي وي د سقط خطر زیاتوي. که د امېندوارۍ له ۱۰مې اوونۍ څخه مخکې Carpus luteum یا تخمدان لېرې کړای شي؛ نو اضافي پروجسترون باید ناروغ ته ور کړل شي.

خ. *تغذیه*: داسې نه ښکاري چې غذايي کمښت د سقط خطر زيات کړي، خو د ميوه‌جاتو، سبزيجاتو، د نباتي تېلو او ماهيانو څخه زياته استفاده کول ممکن د سقط خطر کم کړي.

د. *تولنيز او عادتي فکتورونه*: د الکولو او سګرټو استعمالوونکو کې د سقط خطر زياتېږي. د دې ترڅنګ ځينې وظيفوي او د چاپيريال فکتورونه هم د سقط په رامنځته کېدو کې رول لري.

ذ. *پلرني فکتورونه*: د پلار عمر زياتوالی د سقط خطر زياتوي. له ۲۵ کلونو څخه کم د سقط خطر لږ وي او هرو ۵ کلونو زياتېدو سره نوموړی خطر هم زياتېږي. لامل يې په درست ډول مطالعه شوی نه دی، خو ممکن د سپرماتوزوا کروموزومي ابنارملټي‌ګانو له کبله سقط رامنځته شي.

ر. *Antiphospholipid Syndrome*: دا چې يو اتو اميون سنډروم دی. دا سنډروم د انتي فاسفوليپيد انتي باډي په شتون باندې ځانګړی دی، چې د رګونو اندوتيليل طبقه زيانمنه کوي او د پروستاګلاندين د افراز خنډ لامل کېږي. پايله يې د پلاسنتا د رګونو عدم کفايه او ترومبوزس دی، چې په پای کې د جنين د مړينې لامل کېږی. د دې ډول سنډروم په درملنه کې Aspirine ،Heparine برخه لري.

ز. *Incompetent cervix*: که چېرې د رحم عنق اوږدوالی له ۲۰-۲۵ ملي متره څخه کم وي؛ نو ممکنه ده چې د امېندوارۍ په دويم ترايمستر کې پخپل‌سر پراخه شي او د سقط لامل شي. دا حالت هم په ولادي او هم په کسبي ډول د رحم عنق اخته کولای شي. لاندې عوامل د رحم د عنق د عدم کفايې لامل کېږي:

أ. د کورتاژ په وخت کې د رحم د عنق تروما

ب. څوګونې امېندواري

ت. د پروجسترون هورمون کموالی او د Relaxine هورمون زياتوالی.

د دې ډول زيان شتون په د رحم غاړه کې د پرله‌پسې خپل سري سقطونو لامل کېږي، چې د درملنې په موخه د هغې جراحي عمليې څخه چې cervical Circulage نومېږي ګټه اخيستل کېږي.(Cunningham, 2018)

د بنفسهي سقط کلينيکي ډولونه: په لاندې ډول دي:

أ. ژوند تهديدوونکی سقط: که چېرې د امېندوارۍ لومړنيو ۲۰ اوونيو پـر مهـال وينـه لرونکـی مهـبلي ډيسـچارج رامنځتـه شي تشخيصـېږي. د امېنـدوارۍ پـه لومړيـو وختونو کې وينه بهيدنه بايد د غرس کېدو له کبله له وينې بهېدنې څخه توپير شي، چې زياتره د متوقع حيض په وخت کې رامنځته کېږي. که د امېندوارۍ په لومړيـو وختونو کې وينه بهېدنه د څو ورځو يا اوونيو لپاره دوام وکړي او د عاني نـاراحتي، خفيف دردونه، حوصلي فشار يا د ملا ښکتنۍ برخې دوامـداره درد سره مـل وي د سقط ښودونکی دی.(Cunningham, 2018)

ب. نيمګـړی سـقط(in complet abortion): د سـقط پـر مهـال د وينـې بهېـدنې وروسته د پلاسنتا نيمګړې يا بشپړه جلا کېدنه او د رحـم د عنـق فـوحې پراخـوالی رامنځته کېږي. د امېندوارۍ لسمې اوونۍ څخـه مخکـې پلاسـنتا او جنـين ډېـر ژر يوځای خارجېږي، خو د امېنـدوارۍ پـه وروسـتيو وختونـو کـې جـلا جـلا زېـږون کوي؛ نو له دې کبله انساج ممکن په رحم کې پاتې شي.(Nadarajah, 2014)

ت. بشپړ سقط(Complet abortion): په دې حالـت د امېنـدوارۍ ټولـه محتـوی پـه بشپړ ډول خارجېږي او د رحم غاړه فوحه بندېږي. په دې حالت کې د زياتې وينې بهېدنې، کوليکی دردونه او د انساجو خارجېـدو تاريخچـه پـه وصـفي ډول شـتون لري.

ث. Missed abortion: په دې حالت کې د القاح مړه محتوی د رحم پـه دننـه کـې د څو ورځو يا اوونيو لپاره په داسې حال کې چې د رحم غاړه بنده وي پـاتې کېږي. مهبلي سونوګرافي يې په مقدم ډول تشخيصوي.

۲. قصـدي سـقط (Induced abortion): د جنـين لـه ژونـدي کېـدو څخـه د مخـه د طبـي او يـا جراحـي درملنـې پـه واسـطه د امېنـدوارۍ پـای ورکولـو تـه قصـدي سـقط وايي.(Jones, 2017)

د قصدي سقط ډولونه: پر لاندې دوه ډوله وېشل شوی دی.

۱. درملیزه سقط: هغه سقط دی، چې د طبي استطباب درلودلو په صورت کې امېندوارۍ ته پای ورکول کېږي.

- رواني ناروغۍ
- جنیني زیانونه
- طبي استطبابات چې له لاندې حالتونو څخه عبارت دي:
  - أ. د زړه عدم کفایه
  - ب. د ګردو عدم کفایه
  - ت. کانسري پرمختللي افتونه

۲. انتخابي سقط: په دې حالت کې د جنین د ژوندي کېدو د مخه د مېرمنې په غوښتنه پرته له دې چې طبي استطباب شتون ولري امېندوارۍ ته پای ورکول کېږي.

د سقط د درملنې میتودونه: په لاندې ډول دي

جراحي سقط: جراحي سقط د مهبل له لارې چې د رحم غاړه ښه پراخه شوې وي، ترسره کېږي. د رحم غاړې د پراخوالي لپاره ځینې وخت د Hygroscopic پراخوونکې آلې کارول کېږي، چې د رحم غاړې پراخېدو څخه وروسته واکیوم اسپایریشن ترسره کېږي. واکیوم اسپایریشن په واسطه د رحم غاړه له لارې جراحي سقط ترسره کېږي. په دویم ترایمستر کې د سقط په موخه له D&E څخه استفاده کېږي د رحم غاړې له پراخوالي وروسته کیورېټاژ (D&C) ترسره کېږي.(Webber, 2015)

اختلاطات: د رحم سوری کېدل، د ښکتنۍ تناسلي لارې ځېږې کېدنه asherman syndrome، وینه بهېدنه، له پروسیجر څخه وروسته انتان او د امېندوارۍ نیمګړې لېرې کېدل دي.(White, 2015)

طبي سقط په لومړي ترايمستر کې : په لاندې دول دي

أ. ميفيپريستون ۲۰۰ – ٦۰۰ ملي گرامه د خولې له لارې بيا ۲۴ – ۴۸ ساعتو کې د مېزوپروستول ۲۰۰ – ٦۰۰ مايکروگرامه د خولې له لارې يا ۴۰۰ – ۸۰۰ مايکروگرامه د مهبل له لارې يا د ژبې لاندې درملنې په واسطه تعقيبېږي.

ب. يواځې ميزوپروستول ۸۰۰ مايکروگرامه د مهبل له لارې يا د ژبې لاندې هر درې ساعته وروسته درې دوزونه.

ت. ميتوټريکزيټ ۵۰ mg/m^2 عضلي او يا هم د خولې له لارې او ۳ – ۷ ورځو کې د ميزوپروستول په واسطه تعقيبېږي.

د طبي سقط درملنه په دويم ترايمستر کې : په لاندې ډول دي

۱.ميفيپريستون ۲۰۰ – ٦۰۰ ملي گرامه د خولې له لارې بيا ۲۴ – ۴۸ ساعتو کې د مېزوپروستول ۲۰۰ – ٦۰۰ مايکروگرامه د خولې له لارې يا ۴۰۰ – ۸۰۰ مايکروگرامه د مهبل له لارې يا د ژبې لاندې تر ۳ ساعته ۵ دوزونو پورې تعقيبېږي.

۲. يواځې ميزوپروستول: ٦۰۰ – ۸۰۰ مايکروگرامه د مهبل له لارې بيا ۴۰۰ مايکروگرامه مهبلي يا د ژبې لاندې هر درې ساعته وروسته پنځه دوزونو پورې.

۳. ډينوپروستون: ۲۰ ملي گرامه مهبلي.

۴.غليظ شوي اوکسي ټوسين: ۵۰ واحده په ۵۰۰ ملي ليټره نارمل سلاين کې د ۳ ساعتونو په دوران کې دانفيوژن په ډول ور کول کېږي.(Cunningham, 2018)

۳. د ټاکلي سقط پايلې د ميندو پر مړينه او راتلونکې امېندوارۍ باندې : د ټاکلي سقط له کبله د مړينې اندازه کمه ده، چې نږدې ۱ په ۱۰۰،۰۰۰ پروسيجرونو کې ښودل شوې. څومره چې د امېندوارۍ ميعاد زياتېږي، د مړينې اندازه يې زياتېږي. له سقط څخه وروسته انتانات او له جراحي سقط څخه وروسته د مخکې له وخته زېږون چانس ۱۵ ځلې زياتېږي.(Lemmers, 2016)

۴. سپټیک سقط: دغه ډول سقط د میندو د مړینې لامل جوړوي. بنفسهي او تاکلی سقط زیاتره د انتاناتو په واسطه اختلاطي کېږي. په دې صورت کې د پراخې اغېزې لرونکي انتي بیوتیکونو ورکول په روغتون کې د درملنې اصلي موخه جوړوي. په پرمختللو حالتونو کې DIC او Septic shock لامل هم کېږي؛ لکه څنګه چې مو مخکې وویل پخوا د جنایي سپتیک سقطونو سره د مورنۍ مړینې او د انتاناتو چانس ډېر زیات و، خو اوس وخت کې د دې چانس کم شوی دی. پخپل سر او قصدي سقط څخه وروسته ممکن اورګانیزمونه د مایومتریوم پر انساجو برید وکړي او Peritonitis، Parametritis او Septicemia رامنځته کړي. هغه بکتریا چې د سپتیک سقط لامل کېږي، زیاتره یې د مهبل نورماله فلورا ده. په داسې حال کې چې شدید نکروټایزینګ انتان او ټوکسیک شاک سنډروم بیا د GAS (S Pyogenes) په واسطه رامنځته کېږي، چې د مړینې لامل کېدای شي. د سپټک سقط نښې عبارت دي له بدبوی لرونکي مهبلي افرازات، سیستمیکې نښې نښانې؛ لکه تبه، بې‌حالي، د اشتها کموالی، زړه بدوالی، کانګې او د ګېډې په ښکتنۍ برخه کې د درد شتون. د درملنې لپاره پراخه اغېزه لرونکي انتي بیوتیک ور کول کېږي. که د امېندوارۍ محتوی پاتې شوې وي؛ نو دویم ځلې سکشن کیورتاژ ترسره کېږي، تر څو د Sepsis، DIC څخه مخنیوی وشي.(Cunningham, 2018)

لنډيز

Doppler vilocimetry د ډاپلر په واسطه په رګونو کې د وينې جريان کتل کېږي. د جنين دماغ د ارزولو لپاره له درې افقي منظرو څخه ګټه اخيستل کېږي (Transthalamic، Transventricular او Transcerebellar view). د ډاپلر دواړه ډولونه Continuous-wave، Pulsed-wave Doppler په عملي برخه کې کارول کېږي. د pulsed wave doppler په واسطه Ductus arteriosus، رحمي شريان، ثروي شريان په هکله معلومات تر لاسه کولای شو. M- موډ د جنين د زړه جوړښت او دندو تخصصي معاينه ده چې د زړه ابنارمليټي ګانو په تشخيص کې مرسته کوي.

په بشپړ مولر امېندوارۍ کې د سيروم بيټا hCG اندازه د امېندوارۍ په وخت کې د متوقع اندازې څخه لوړه وي. سونوګرافي د ټروفوبلاسټ ناروغيو د تشخيص لپاره اساسي ازموينه ده. په بشپړ مول کې رحم د ايکوجنيکې کتلې په ډول ښکاري چې يو شمېر Anechoic سيسټيکې مسافې، چې جنين او امنيوټيک کڅوړه پکې شتون نه لري ليدل کېږي، چې دغه منظره د Snowstorm په نوم يادېږي. په نيمګړي مول کې د جنين سره Multicystic او پنډه پلاسنټا شتون لري له اکټوپيک امېندواريو څخه د نفيرونو امېندواري تر ټولو زياته نږدې ۹۵ سلنه پېښو کې رامنځته کېږي، چې امپولا کې (۷۰ سلنه)، Isthmus کې (۱۲ سلنه)، Fimbriae کې (۱۱ سلنه) او Interstitial tubal کې (۲٪) رامنځته کيږي.

د جنين له ژوندي کېدو څخه وړاندې بنفسهي يا په قصدي ډول امېندوارۍ ته پای ورکول سقط بلل کېږي. له ۸۰ سلنه څخه زيات پخپل سر سقطونه د امېندوارۍ له لومړيو ۱۲ اوونيو څخه وړاندې رامنځته کېږي، سقط مختلف کلينيکي ډولونه لري؛ لکه نيمګړی سقط، بشپړ سقط، ورک شوی سقط، منتن سقط، عادتي سقط، تحديدي سقط، چې په تشخيص کې تر ډېره بريده حوصلې معاينه سونوګرافي او لابراتواري ازموينې برخه لري.

پوښتنې

څلور ځوابه پوښتنې

لاندې پوښتنې ولولئ او یو سم ځواب په نښه کړئ

۱ : د جنین د دماغ د لیدلو لپاره د الټراساونډ له نظره کومه منظره شامله نه ده

الف Transthalamic
ب-Trans ventric
ج- Trans cerebellar view
د- Trans pons view

۲ :په رحمي ژوند کې له لاندې نیمګړتیاوو څخه کوم یو یې د عصبي تیوب په نـه بندیـدو تړاو نه لري.

الف – Myelomeningocele
ب - Cephalocel E
ج- Anencephalay
د - Cystic Hygroma

۳ : د Dextracardiac تشخیص د کومې معاینې په مرسته کېږي.

الف – M- Mode
ب- Sonography
ج ـ Continuous-wave
د ـ Pulsed-wave Doppler

۴ : له لاندې ډولونو څخه کوم یو یې د GTN کې ګډون نه لري

الف –choriocarcinoma
ب –تروفوبلاسټ تومور
ج- تروفوبلاسټ اپیتلي تومور
د – بشپړ مول

۵ : که چېرې په بشپړ مول اخته ښځې عمر له ۴۰ څخه لوړ او کـورنۍ یـې پـوره وي، غـوره درملنه یې عبارت ده له:

الف – Hystrectomy
ب - Hysterectomy + Oophorectomy
ج- Oophrectomy
د - Section Curettage

٦- مولر امېندوارۍ په کوم نژاد کې زیاته لیدل کېږي

الف - هسپانوي
ب – روسي

ج –افریقایي　　　　　　د –استرلیایي

۷:د بین الخلالي Ectopic pregnancy د پاره کومه اصطلاح کارول کېږي.

الف – Cervical Pregnancy　　　　ج- Ligamental Pregnancy

ب –Ovarian Pregnancy　　　　د- Cornual Pregnancry

۸ : د Ectopic Pregnancy د رحم په کومه برخه کې زیاتره رامنځته کېږي.

الف- Fimberia　　　　ج- ampula

ب- isthmus　　　　د- interstitial

۹ : د لاندېني کروموزومي ابنارملیتي‌گانو څخه کوم یو یې په سقط پورې تړاو نه لري.

الف- Trisomy　　　　ج- Triploid

ب- Monosomy　　　　د- Down Syndrome

۱۰ : که چېرې له لسمې اوونۍ څخه مخکې پر تخمدانونو باندې جراحي عملیه تر سره کېږي نو باید:

الف- له عملیات څخه وروسته پروجسترون ورکړل شي　　　　ج- له عملیات وروسته دې استروجن ورکړل شي

ب- له عملیات وروسته پروجسترون ورکړې ته اړتیا شته .　　　　د- له عملیات وروسته د استروجن ورکړې ته اړتیا نه شته

تشریحي پوښتنې

۱ : M mode د جنین د بدن د کومو برخو په هکله معلومات راکوي؟

۲:د continuous mode څه ډول یو mode دی؟

۳: په ماشوم کې د اسکلیتي ابنارملیتي‌گانو نومونه واخلئ.

۴- د سکشن کیورتاژ پر مهال کوم اهتمامات په پام کې ونیول شي؟

۵ - د سقط جراحي درملنه توضیح کړئ.

۶: د Ectopic Pregnancy د تشخیص لپاره د ....او........................... اندازه کول مرستندویه ازموینې دي.

۷ : په بطني ربچر شوي Ectopc Pregnancy کې د درملنې موخې څه دي؟

۸ : د Overian Ectopic په هکله خپل معلومات ولیکئ.

۹ :د سیزارین سکار **Ectopic Pregnancy** په هکله خپل معلومات ورکړئ.

۱۰ : Salpingeostomy څه ته وایی؟

.

ماخذونه

Al-Sunaidi M & Tulandi T. (2017) *Surgical treatment of ectopic pregnancy*. Semin Reprod Med 25(2):117.

Ammon Avalos L & Galindo C & Li DK. (2012) *A systematic review to calculate background miscarriage rates using life table analysis*. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 94(6):417.

Bhattacharya S & McLernon DJ & Lee AJ, et al. (2012) *Reproductive outcomes following ectopic pregnancy: register-based retrospective cohort study*. PLoS Med 9(6):e1001243.

Briggs GG & Freeman RK (eds). (2015) *Drugs in Pregnancy and Lactation*. Philadelphia, Wolters Kluwer.

Cormano J & Mackay G & Holschneider C. (2015) *Gestational trophoblastic disease diagnosis delayed by the hook effect*. Obstet Gynecol 126(4):811.

Cunningham F.Gary & Leveno Kenneth J, et al. (2018) *Williams Obstetrics*, 25th edition, United State: McGraw-Hill Education, Pp: 488, 834, 875.

Elias KM & Shoni M & Bernstein M, et al. (2012) *Complete hydatidiform mole in women aged 40 to 49 years*. J Reprod Med 57(5–6):254.

Goldstein DP & Berkowitz RS. (2012) *Current management of gestational trophoblastic neoplasia*. Hematol Oncol Clin North Am 26(1):111.

Hassadia A & Kew FM & Tidy JA, et al. (2012) *Ectopic gestational trophoblastic disease: a case series review*. J Reprod Med 57(7–8):297.

Jenderny J. (2014) *Chromosome aberrations in a large series of spontaneous miscarriages in the German population and review of the literature*. Mol Cytogenet 7:38.

Joneborg U & Eloranta S & Johansson AL, et al. (2014) *Hydatidiform mole and subsequent pregnancy outcome: a population-based cohort study*. Am J Obstet Gynecol 211(6):681.

Jones RK & Jerman J. (2017) *Abortion incidence and service availability in the United States*. Perspect Sex Reprod Health 49(1):17.

Lemmers M & Verschoor MA & Hooker AB, et al. (2016) *Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: a systematic review and meta-analysis*. Hum Reprod 31(1):34.

Nadarajah R & Quek YS & Kuppannan K, et al. (2014) *A randomised controlled trial of expectant management versus surgical evacuation of early pregnancy loss*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 178:35.

Paladini D & Alfirevic Z & Carvalho JS, et al. *(2017) ISUOG consensus statement on current understanding of the association of neurodevelopmental delay and congenital heart disease: impact on prenatal counseling.* Ultrasound Obstet Gynecol 49(2):287.

Pedersen RN & Calzolari E & Husby S, et al. (2012) *Oesophageal atresia: prevalence, prenatal diagnosis and associated anomalies in 23 European regions*. Arch Dis Child 97:227.

Uyar I & Yucel OU & Gezer C, et al. (2013) *Effect of single-dose methotrexate on ovarian reserve in women with ectopic pregnancy*. Fertil Steril 100(5):1310.

Webber K & Grivell RM. (2015) *Cervical ripening before first trimester surgical evacuation for non-viable pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev 11:CD009954.

White K & Carroll E & Grossman D. (2015) *Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature*. Contraception 92(5):422.

پنځم څپرکی

د امېندوارۍ پر مهال، وروسته له زېږون څخه اختلاطات او ستونزمن زېږون

وروسته له زيږون څخه وينه بهيدنه د لوړ فشار او انتاناتو ترڅنګ يو د هغو درې لاملونو څخه ده، چې د ميندو د مړينې لامل کېږي، چې د ځارنې په بېړنۍ خونه کې د ميندو د بستر کېدو مخکښ لامل ګڼل کېږي. په ټوله نړۍ کې له زېږون څخه وروسته وينه بهېدنه يا PPH د ميندو د مړينې ډېر مهم لامل ګڼل کېږي.(Oladapo, 2016)

بريچ اعتلان د ټولو اختلاطي امېندواريو ۳ - ۴٪ جوړوي. هغه وخت رامنځته کېږي، چې کله د جنين حوصله يا ښکتني اطراف د مور د حوصلې داخلي فوحه کې ځای ونيسي. د بريچ اعتلان په رامنځته کېدو کې يو شمېر فکتورونه رول لري.

زېږون چې فيزيولوژيکه پروسه ده ستونزمن زېږون معنی غير نورمال او په کراره پرمختلونکي زېږون څخه دی. Dystocia د درې غير نورمالو لاملونو په پايله کې رامنځته کېږي د رحم کمزوري تقلصات، چې د رحم د عنق د پراخوالي لپاره پوره نه وي (Uterine dysfunction)، او يا د زېږون په دويمه مرحله کې ممکن د مور ارادي عضلاتو فعاليت اغېزمن نه وي او ممکنه ده د جنين اعتلان، وضعيت يا اناتوميکو ابنارملټيګانو له کبله د زېږون پروسه په کراره شوې وي.

له لپراتومي او رحمي شق څخه وروسته د جنين او امېندوارۍ محتوی زېږولو ته وروسته له ۲۴ اوونۍ څخه سيزارين زېږون وايي، خو د بطني جوف څخه د جنين راويستلو لپاره نومووړې اصطلاح نه کارول کېږي. هغه

هيسټريکټومي (Hysterectomy) چې له سيزارين زېږون وروسته ترسره شي د سيزارين هيسټريکټومي په نوم يادېږي.

د زده‌کړې موخې

- له امېندوارۍ مخکې او وروسته له زېږون څخه وينه بهېدنه
- بريچ اعتلان او زېږون
- ستونزمن زېږون
- عملياتي زېږون او مهبلي مرستندويه زېږونونه

د امېندوارۍ پرمهال او وروسته له زېږون څخه وينه بهېدنه

د لوړ فشار او انتاناتو ترڅنګ يو له هغو درې لاملونو څخه دی، چې د ميندو د مړينې لامل کېږي. په ټوله نړۍ کې وينه بهېدنه شته، د زېږون په فعاله صفحه کې لږه وينه بهېدنه دوديزه ده، خو رحمي وينه بهېدنه چې له عنق څخه پورته وي مهمه ده ځکه چې کېدای شي د Placenta previa له يوې څنډې څخه چې په عنق کې غرس شوي وي مينځته راشي او يا د Placenta abruption له کبله وي او ممکنه ده د رحم له څېرې کېدنې څخه رامنځته شوي وي.

د ولادي وينې بهېدنې لاملونه: Abruption placenta،Placenta Previa ، غير نارمل پلاسنتا، د ولادي کانال زخمي کېدنه، د رحم اتوني او د وينې د تحثري سيستم ګډوډي.

مخکې له زېږون څخه وينه بهېدنه

په نادرو حالاتو کې دا د پلاسنتا په يوه څنډه کې د حبل ثروي داخليدو او د عنق په برخه کې د پلاسنتا رګونو د شلېدو (Vasa previa) له امله وي، چې په دې حالت کې د غشا د څېرې کېدو په وخت کې د اوعيو شکېدل د جنيني وينې بهېدنه لامل کېږي. په ځينو ښځو کې چې ميعاد ته نږدې وي د وينې بهېدنې لامل يې هيڅ نه څرګندېږي او غيرعرضي وينه بهېدنه چې کوم اناتوميک لامل يې روښانه نه وي رامنځته کېږي او په

زیاتو پېښو کې وینه بهېدنه د پلاسنتا د څنډې له بېلېدو څخه وي. په هر حال د هرې امېندوارۍ له زېږون څخه مخکې وینه بهېدنه د ډېرو خرابو انزارو درلودونکي وي که څه هم وینه بهیدنه ودرېږي.(Swank, 2016)

۱. مخکې له وخت څخه د پلاسنتا بېلېدنه: له زېږون څخه مخکې د پلاسنتا د غرس شوې ساحې څخه د پلاسنتا د یوې برخې یا بشپړې بېلېدنې ته Abruption placentae ویل کېږي. په لنډه توګه دا اصطلاح مخکې له وخته د پلاسنتا هغه بېلېدو لپاره چې په خپل نورمال ځای کې موقیعت ولري کارول کېږي.placenta د خونریزي له نظره پر دوه ډولونو وېشل کېږي، یوه بهرنۍ وینه بهېدنه ده، چې ٪۸۰ واقع کېږي چې پکې وینه بهېدنه د Membrane او Uterus په منځ کې واقع کېږي او د مهبل له لارې باندې وځي، بله پټه وینه بهېدنه ده، چې ۲۰ ٪منځته راځي په دې بڼو کې کې وینه بهېدنه د رحم له عنق څخه باندې نه را وځي او د پلاسنتا او رحم ترمنځ ایسارېږي، چې د جنین د مړینې فیصدې پکې لوړه ده.(Cunningham, 2018)

کلنیکي لوحه: Abruptio placenta سریري اعراض مستقیماً متناسب دي د پلاسنتا د انفصال په درجې پورې، خو په دې موضوع باید ډېر تاکید وشي، چې پلاسنتا انفصال اعراض او علایم له یو بل سره ډېر توپیر لري.

اتیوپتوجنیزس: Decidua Basalis ته د وینې بهېدنې له کبله د پلاسنتا بېلېدنه پیلېږي. بیا decidua بېلېږي او یواځې یوه نرۍ طبقه د مایومتریم بند پاتې کېږي، په پایله کې د ډسیډوا هیماتوم جوړېږي، چې دا هم د پلاسنتا بېلېدو لامل کېږي. د ډېرو پېښو لامل معلوم نه دی که څه هم ډېرې نظریې شته، خو دا فرضیه هم شته، چې په پري اکلمپسیا کې د پلاسنتا د بېلېدو لامل د ټروفوبلاسټ د تهاجم ګډوډي او اتیروسکلروزس دی، التهاب او انتان ورسره مرسته کوونکي فکتورونه دي. پلاسنتا بېلېدنه د ډسیډوا د شریانونو له شکېدنې سره پیلېږي چې د پلاسنتا په شا کې د هیماتوم جوړېدو لامل کېږي. دا بیا د نورو اوعیو بېلېدو او د پلاسنتا د لا بېلېدو لامل کېږي.

څنډنۍ بېلېدنه: د پلاسنتا څنډنۍ بېلېدنه کله کله د امېندوارۍ په پيل کې پېښېږي. د لومړي او دويم ترايمستر وينې بهېدنې او د درېيم ترايمستر پلاسنتا بېلېدنې ترمنځ اړيکه شته ده. په ځينو پېښو کې څنډنۍ بېلېدنه د اوليگوهايدرامنيوز لامل کېږي. په دې ښځو کې د سيروم الفا فيتوپروټين اندازه په غير نارمل ډول لوړه وي.(Miura, 2016)

ترضيضي بېلېدنه: بهرنی ترضيض عموماً د ګاډو ترضيض او يا هم وهل او ټکول د پلاسنتا بېلېدو لامل ګرځي. د دې ډول بېلېدو کلينيکي اعراض او علايم له نورو سره توپير لري د مثال په توګه په دې ډول بېلېدلو کې جنيني مورنۍ وينه بهېدنه رامنځته کېږي، ځکه چې پلاسنتا څېرې کېږي. مهمه خبره دا ده، چې په ځينو پېښو کې بيا د جنين د زړه ضربان د ډاډ وړ نه وي.(Cunningham, 2018)

مساعد کوونکي فکتورونه: ډيموګرافيک فکتورونه؛ لکه عمر، نژاد او ارثيت، لوړ فشار او پري اکلمپسيا، مخکې له وخته د پردې څېرې کېدل، سګرټ څکول، مخدره موادو کارول او د رحم سليم تومورونه د رحم له نورمالې اندازې څخه زيات پراخه کېدل؛ لکه څو ګونې اميدواري او يا Hydramniosis، لنډ ثروي حبل، د O ګروپ وينې لرونکې ميندې، رحمي فايبروما شتون، ترضيضات پلاسنتا د مخکې له وخت څخه بېلېدنې لپاره زمينه برابرولای شي.

کلينيکي موندنې او تشخيص: په ډېرو ښځو کې کله چې پلاسنتا بېلېدل پېښ شي؛ نو بطني درد، مهبلي وينه بهېدنه (توررنګه، د علقاتو په ډول، له درد سره يوځای وي) رحمي حساسيت او پرله‌پسې تقلصات را منځته کېږي. د بېلېدنې اعراض او نښې لږې متغيرې وي؛ لکه په ځينو ښځو کې مهبلي وينه بهېدنه ډېره او په ځينو نورو کې مهبلي وينه بهېدنه هيڅ نه وي، خو شديده بېلېدنه شته وي، تر دې چې د جنين د مړينې لامل وګرځي. په ٪۶۰ پېښو کې د جنين زجرت، ٪۲۲ بې‌مودې زېږون، ٪۱۵ د جنين مړينې راپور ورکړل شوی دی. د مېرمنې تاريخچه، د ځانګړو نښو نښانو شتون، سونوګرافيکي او لابراتواري ازموينې د پلاسنتا مخکې له وخت څخه د بېلېدو په تشخيص کې مرسته کوي.(Cunningham, 2018)

درملنه : داسې مېرمنې دې په روغتون کې داخل او بستر شي. ورید دې خلاص شي. حیاتي علایم، FHR دې په منظم ډول وڅارل شي او لابراتواري ازموینې؛ لکه BUN، Creatinine، BT، CT، Platelet count توصیه شي.

په لاندې حالتونو کې ساتندویه درملنه ترسره کوو:

أ. جنین ژوندی، خو بې‌مودې وي
ب. جنیني زجرت شتون ونه لري
ت. مورنۍ زیاته وینه بهېدنه شتون و نه لري
ث. تقلصات پیل شوي نه وي

بنسټیزه درملنه او اختلاطات: که چېرې د امېندوارۍ موده له ۳۷مې اوونۍ ښځه پورته وه، ژر تر ژره دې د زېږون لپاره اقدام وشي. که د رحم عنق برابر نه و، بیا دې عملیاتي زېږون ته رجوع وشي، خو پوهان په دې نظر دي، چې د پلاسنتا مخکې له وخت بېلېدنې په شتون کې د زېږون غوره لار د مهبلي زېږون لار ده.

اختلاطات یې عبارت دي له:

أ. DIC
ب. Couvelaire syndrome
ت. Hypovolemic shock
ث. Renal failure
ج. Cor pulmonale

۲. پلاسنتا پریویا (Placenta previa): په اصطلاح کې د Previa معنی مخکې تلل دي، په دې حالت کې پلاسنتا په ولادي کانال کې له جنین ښځه مخکې تللې وي، مګر په ولادي کې پلاسنتا پریویا هغه حالت ته ویل کېږي، چې پلاسنتا د رحم په ښکتني سګمنټ، د رحم عنق داخلي فوحې دپاسه یا هغې ته نږدې غرس شوی وي.

د Placenta previa ډولونه : په لاندې ډول دي.

۱. بشپړ پلاسنتا پریویا: په دې حالت کې د رحم د غاړې داخلي فوحه بشپړه یا نیمګړې د پلاسنتا په واسطه پوښل شوې وي، چې بیا د بشپړې یا نیمګړې پریویا په نوم یادېږي.

۲. Low lying پلاسنتا: په دې حالت کې پلاسنتا د رحم په ښکتني سګمنټ کې غرس شوې وي، چې د رحم د غاړې داخلي فوحه د پلاسنتا د څنډو په واسطه پوښل شوې نه وي، چې د Marginal پلاسنتا په نوم هم یادېږي. په هرو ۳۰۰ - ۴۰۰ پېښو کې یواځې ۱ پېښه رامنځته کېږي. ځینې فکتورونه د پلاسنتا پریویا د پېښو زیاتوالي ته زمینه برابروي؛ لکه:

أ. د مور عمر لوړوالی او زیات زېږونونه
ب. سګرټ څکول
ت. پخواني سیزارین زېږونونه
ث. د مورني سیروم الفا فیتوپروټین اندازې لوړوالی
ج. د تناسلي سیستم مرستندویه ټکنالوژي.(Kollmann, 2016)

د کلینیک له نظره په پلاسنتا پریویا کې زیاتره بې‌درده وینه بهېدنه موجوده وي. د پلاسنتا پریویا له کبله د پلاسنتا معیوبوونکی التصاق او کواګولیشن ګډوډۍ د پلاسنتا پریویا له اختلاطاتو څخه شمېرل کېږي. تشخیص یې د کلینیکي معاینې، سونوګرافي او MRI په واسطه ترسره کېږي. درملنه یې د جنین عمر او پوخوالي، زېږون او د وینې بهېدنې شدت پورې اړه لري. په ۴۳٪ پېښو کې بېړنی زېږون او له نیمايي نه زیاتو پېښو کې بې‌مودې زېږون ترسره کېږي. زېږون یې په ټولو ښځو کې د سیزارین په واسطه ترسره کېږي. که وینه بهېدنه ادامه ولري؛ نو Hysterectomy ترسره کېږي. د درملنې په موخه په هغه حالت کې چې وینه بهېدنه لږه او د مور عمومي حالت د قناعت وړ وي او ماشوم بې‌مودې وي؛ نو ساتندویه درملنه تر سره کوو. د درملنې اصلي موخه د حمل مودې غځول دي تر څو د ماشوم ژوندي پاتې کېدو چانس زیات شي. مور ته استراحت توصیه کېږي او که د امېندوارۍ موده ۲۴-۳۴ اوونۍ وي؛ نو کورتیکوتراپي ور ته د ماشوم د سږو پوخوالي په

موخه پیلېږي. وروسته بیا زېږون پلان کېږي او د مېرمنې د کمخونۍ په شتون کې تازه وینه ورکول کېږي.

د مهبل د لارې زېږون په placenta previa marginal, placenta low lying ډولونو کې په با میعاده امېندوارۍ کې چې د سر اعتلان وي او د مور د هډوکینې حوصلې تنګوالی هم رد شوی وي، د رحم عنق د زېږون لپاره اماده او د Labor پروسه جریان ولري ترسره کېدای شي.

Cesarean section: په Placenta Previa Total and Partial ډولونو کې او د Placenta Previa هغه ټولو حالتونو کې چې فعاله وینه بهېدنه شتون ولري پرته د جنین د عمر په نظر کې نیولو سره په بېړنۍ توګه ترسره کېږي.

د توپیري تشخیص لپاره لاندې ناروغۍ باید په پام کې ونیسو:

- Placenta circumvallate
- د پلاسنتا مخکې له وخت څخه بېلېدل
- د رحم څېرې کېدل
- مهبلي وینه بهېدنه

اختلاطات یې عبارت دي له شاک، PPH، انتان، مخکې له وخت څخه زېږون، د جراحي پروسیجر ترضیض او Placent Accreta د پلاسنتا پریویا مهم اختلاطات جوړوي.

درملنه: د درملنې ډول د وینې بهېدنې اندازه، د ناروغ وضعیت، د حمل موده، د جنین حالت او د Placenta previa په ډول پورې اړه لري.(Cunningham, 2018)

۳. له زېږون څخه وروسته وینه بهېدنه(PPH): د هغې وینې بهېدنې څخه عبارت دی، چې د زېږون له دویمې مرحلې څخه وروسته منځته راشي او اندازه یې له ۵۰۰ سي‌سي څخه زیاته وي، البته د سیزارین په وخت کې باید دغه د وینې ضیاع له ۱۰۰۰ سي‌سي څخه زیاته نه وي او د میندو د مړینې ۲۵٪ لامل جوړوي او په نورمالو زېږونونو کې ۲-۸٪ منځته راتلای شي. PPH پر دوه ډوله وېشل کېږي:

أ. *Primary یا Early PPH*: دا ډول وینه بهېدنه د ماشوم له زېږېدو څخه وروسته په لومړیو ۲۴ ساعتونو کې منځته راځي.

ب. *Secondary یا Late PPH*: دا ډول وینه بهېدنه چې ۲٤ساعته وروسته له زېږون څخه بیا تر ٦ اوونیو پورې منځته راتلای شي.

په نورماله توګه وروسته له زېږون څخه وینه بهېدنه د لاندې میخانیکیت په واسطه ودرېږي، د رحم د عضلې طبقې تقلص کول، چې د رحم د رګونو د خولې د بندیدو لامل کېږي او په څنګ کې یې د رحم د ډیسلهوا په برخه کې د تحثري سیستم فعالیت دی.

له زېږون څخه وروسته د وینې بهېدنې لامل بایـد واضـح شي، پـه ٪۷۰ پېښـو کـې د PPH لامل رحمي اتوني ده، چې وینه بهېدنه د پلاسنتا د غرس شـوې برخـې څخـه وي، د ولادي کانال ترضیض کېدای شي د رحمي وینې بهېدنې بل لامل وي او یـا خـو د پلاسـنتا پاتې شوې پارچې، تحثري سیستم کې زیان او له زېږون څخه وروسته د رحـم چپـه کېـدل هم د PPH په لاملونو کې راځي، چې د PPH د رحم اتـوني لامـل چـې ډېـر عـام دی پـه تفصیلي ډول تشریح کېږي.

د رحم له اندازې څخه زیات پراخېدل د رحم اتوني او وروسته له زېږون څخه وینې بهېدنې لپاره زمینه برابروي؛ نو په هغو میندو کې چې جنین یې غټ وي، څوګونې امېندواری ولري او هم د امنیوتیک مایع مقدار یې زیات وي د رحمي عضلې د زیاتې پراخېدو لامل کېږي، چې په پایله کې یې د رحم عضله خپل تقلصي توان له لاسه ورکوي او وینه بهېدنه منځته راځي.

همدارنګه د زېږونونو د شمېرې په زیاتوالي سره له یوې خوا څخه فایبروتیک نسجونه په مایومیتریوم کې زیاتېږي او له بلې خوا د رحم اروا زیاتېږي، چې دغه دواړه فکتورونه د رحم داتوني او د وینې بهېدنې لامل کېږي.

د رحم فعالیت د غیر منظم والي له کبله دې ته اړتیا پېښېږي، چې اوکسـي توسـین پـه لوړ ډوز وکارول شي. په دې ډول ښځو کې هغه تعقیبي ډوز ۱۰ IU د اوکسـي توسین چـې د زېږون په درېیمه صفحه کې د درېیمې صفحې د ښه اداره کولو لپاره د عضلې له لارې کارول کېږي. په رحمي عضله کمزورې اغېزه لرې او د رحم اتوني او PPH لامل کېږي.

ځیني انستیتیک درمل؛ لکه هلوتان، توکولایتیک درمل؛ لکه مګنیزیم سلفیت، بیتا سمپاتومميتیک او نفديپين د رحمي عضلې د استرخا او رخاوت لامل ګرځي، چې وروسته له زېږون څخه رحمي اتوني او وينه بهېدنه را منځته کولای شي.

له زېږون څخه وروسته وينه بهېدنه زياتره په څرګند ډول وي، خو کله کله استثناءً دننه رحمي او مهبلي وينه بهېدنه او يا هم داخل پريتواني وينې بهېدنې سره يو ځای وي. لومړنۍ ارزونه کې بايد دا واضح شي، چې وينه بهېدنه له رحمي اتوني څخه او يا هم د تناسلي لارې شکېدنې څخه ده. د رحم د اتوني په شتون کې په دوه لاسي معاينه کې يو لوی او نرم رحم جس کېږي او د رحم په مساژ کولو سره د وينې د غټې علقې خارجېدل او وينه بهېدنه شتون لري.

د يو ښه متقلص رحم سره دوامداره وينه بهېدنه دا ښيي، چې وينه بهېدنه د تناسلي لارې شکېدنې Laceration څخه ده. د شکېدنې معلومولو لپاره د مهبل، عنق او رحم په غور سره بايد وکتل شي. کله کله د وينې بهېدنې لامل دواړه اتوني او ترضيض يوځای وي که په ښکتنۍ تناسلي برخه کې څه ستونزه موجود نه وي او رحم هم متقلص وي، خو وينه بهېدنه دوامداره د رحم له عنق څخه پورته برخه کې شته وي؛ نو د لاس په واسطه د رحم معاينه بايد ترسره شي تر څو د رحم څيرې کېدنه ښکاره شي. د رحم اتوني طبي درملنې لپاره ۲۰ unit اوکسيتوسين په يو ليتر رينګر سيروم کې د پرفيوژن په ډول drop /min ۶۰ ورکول کېږي وروسته بيا په يو ليتر رينګر سيروم کې ۱۰ Unit اوکسيتوسين پرفيوژن ۴۰ drop/min ته دوام ورکول کېږي. برسېره له اوکسيتوسين څخه Ergomethrine ۰.۲mg په کراره وريدي يا عضلي ورکول کېږي. نوموړی دوز له ۱۵ دقيقو څخه وروسته بيا ورکولای شو. لوړ دوز يې بايد تر يو ملي ګرام څخه زيات نه شي. کولای شو د پروستاګلاندين د بېلو مستحضراتو څخه هم په سيستيميک ډول (د خولې له لارې، د ژبې لاندې، مهبلي او ريکټوم له لارو څخه) ګټه واخلو. د درملنې د مثبت ځواب د نه تر لاسه کولو په صورت کې د رحمي شريانو تړل، B-lynch suture او Hysterectomy څخه ګټه اخيستل کېږي. د PPH درملنه د لاملونو پر بنسټ تر سره کېږي. که د ولادي کانال څيرې کېدنې له کبله وي بايد وګنډل شي او که د PPH لامل د پلاسنتا پارچو پاتې کېدل وي؛ نو سکشن کيورتاژ ترسره شي او که پلاسنتا غير نورماله ښخېدنه او يا د رحم څيرې کېدنه وي؛ لېراتومي ته اړتيا شته.(Kaplanglu, 2016)

۴. **Hypovolemic Hemmorrahge**: د پلاسنتا بېلېدنه يو له هغه ولادي اختلاطاتو څخه دی، چې د کتلوي او زياتې وينې بهېدنې لامل کېږي. هايپووالیمیک شاک د مورنۍ وينې بهېدنې له کبله را منځته کېږي. مهمه خبره دا ده چې شاک او کتلوي وينه بهېدنه زياتره په مخفي د پلاسنتا بېلېدنې کې رامنځته کېږي. د کريستالويد او وينې د ورکړې په واسطه له دې بېړنۍ درملنې سره د ژوند علايم نورمال او د پښتورګو د وينې جريان نارمل کولو له کبله د اوليګويوريا مخنيوی کېږي. پخوا وختونو کې د پلاسنتا بېلېدنه د پښتورګو د بېړنۍ عدم کفايې او ډياليزس يو ډېر عام لامل و.

۵. **تخريبي کواګولوپتي**: ولادي پېښې په ځانګړې توګه abruption او د امنيوتيک مايع امبوليزم د ډيفايبرينيشن سنډروم لامل کېږي، چې نن سبا همدا حالت د تخريبي کواګولوپتي چې د دننه د رګونو خپور تخثر په نوم هم يادېږي. د ټولو نه لوی ميخانيکيت چې د پرو کواګولانټ تخريب لامل کېږي، هغه دننه په رګونو کې د علقه کېدو سيستم فعالېدل دي. د تخريبي کواګولوپتي تر ټولو عمده کلينيکي لامل د پلاسنتا مخکې له وخت څخه بېلېدل دي. د داخل وعايي تخثر بل مهم لامل پر پلازمين باندې د پلازمينوجن فعالېدل دي، چې د فيبرين مايکرو امبولي حلوي تر څو مايکرو سرکوليشن خلاص وساتي. که د پلاسنتا بېلېدنه ډېره وخيمه وي، چې د جنين د مړينې لامل شي؛ نو د مور په سيروم کې په پتالوژيک ډول د فايبرينوجن -فيبرين اندازه او D-dimers ډېر زيات وي. په مخفي abruption کې تخريبي کواګولوپتي زياته پېښېږي او لامل يې دا دی، چې داخل رحمي فشار ډېر لوړ وي نو له ډېر فشار سره زياته اندازه ترمبوپلاستين هغه لويو وريدونو ته چې د غرس ساحه تخليه کوي ننوځي.(Levi, 2013)

بريچ اعتلان او زېږون

د ټولو اختلاطي امېندواريو ۳ – ۴٪ جوړوي. هغه وخت رامنځته کېږي، چې کله د جنين حوصله يا ښکتني اطراف د مور د حوصلې داخلي فوحه کې ځای ونيسي. يو شمېر جنيني او مورني خطرونه لري، چې د دغو خطرونو د مخنيوي په خاطر تاکلی سيزارين زېږون غوره دی.

Breach Presentation او زېږون: لاندې درې ډولونه لري:

۱. کـه چېـرې د جنـین شـکتنی خـواوې پـه کونـاټیو کـې قـبض او پـه زنگونـو کـې غځېـدلې وي او پښـې لـه سر سره نـږدې وي د Frank breech پـه نـوم یادېږي(۵ -۱ -الف انځور).

۲. که دواړه کونـاټي قـبض او ور سره یـو یـا دواړه زنگونونـه هـم قـبض وي؛ نـو د Complete breech په نوم یادېږي(۵ - ۱- ب انځور).

۳. که یو یا دواړه کوناټي غځېدلي یا بسط حالت کې وي؛ نو پـه پایلـه کـې یـوه یـا دواړه پښې یا زنگونونه په ولادي کـانـال کې تر ټولو ښـخـه لاندې ځـای نیسي (۵- ۱- ج انځور). (Cunningham, 2018; Decherney, 2013)

۵- ۱- الف انځور : Frank بریچ ۵- ۱- ب انځور: بشپړ بریچ ۵- ۱- ج انځور: نیمګړی (Incomplete) بریچ (Cunningham، ۱۲۱۷)

۱. د اعتلان بریچ اتیولوژي : د بریچ اعتلان په رامنځته کېدو کـې لانـدې فکتورونـه رول لري؛ د امېندوارۍ لومړي وختونه، د امنیوتیک مایع د حجم زیاتوالی، څوګوني امېندواري، Hydrocephaly، Anencephaly، د رحـم جوړښـتي ابنـارملټي ګـانې، پلاسـنتا پریویـا، د حوصلې تومورونه او د بریچ اعتلان تاریخچه. که یوه مېرمن د یـو بـریچ اعـتلان تاریخچـه ولري؛ نو په دویمه امېندوارۍ کې ۱۰٪ بریچ اعتلان او پـه درېیمـه کـې۲۸ ٪ بـریچ اعـتلان رامنځته کېږي.(Cunningham, 2018)

۲. **اختلاطات:** په لاندې ډول دي

Birth anoxia .۱

۲. *Birth injury*: د بريچ اعتلان په مهبلي زېږون کې د تروما له کبله لاندې اختلاطات رامنځته کېږي: د Tentorium cerebellum څېرې کېدنه، Cephaloheamtoma، د Spinal cord تخريب، Brachial palsy، د اوږدو هډوکو ماتېدنه او د Sternocleidomastoid عضلاتو څېرى کېدنه. د بريچ اعتلان مهبلي زېږون د جنين اډرينل غدو، ځيگر، Anus، تناسلي اعضاء، نخاع، Hip joint، Sciatic عصب او د لاسونو، پښو او شا د عضلاتو د تروما اساسي او عمده لامل دی. هغه فکتورونه چې په بريچ اعتلان کې مهبلي زېږون ستونزمن کوي عبارت دي له؛ د رحم غاړه نيمگړې پراخه کېدل، يو طرفه يا دوه طرفه Nuchal arms او د سر ډېر بسط (Hyperextension يا Deflexion). (Decherney, 2013)

۳. **تشخيص:** Leopold مانوره چې د جنين اعتلان په دقيقه توگه معلوموي ترسره کېږي. له Engagement څخه وروسته څلورمه مانوره مونږ ته ښيي، چې بريچ له Symphysis څخه لاندې موقعيت لري. د دې جس پايلې سره توپير لري؛ نو له دې کبله له نورو اعتلانو څخه د بريچ اعتلان تشخيص لپاره سونوگرافي استطباب لري.(Cunningham, 2018)

د مهبلي معاينې پر مهال که معتلنه غړی د جس وړ وي؛ نو په بريچ اعتلان کې به اواره او غيرمنظمه معتلنه غړی جس کېږي او که معتلنه غړی د جس وړ نه وي؛ نور معاينات اړين دي. يو هم التراساونډ دی، چې په واسطه يې د جنين د اسکليتي او رخوه انساجو سوء تشکلات هم تشخيصېږي.(Decherney, 2013)

۴. **انزار:** د بريچ اعتلان د زېږون لپاره د C/S کچه مخ په زياتېدو ده. څېړنو ښودلې چې د پلان شوي C/S په پايله کې ومونډل شوه، چې په C/S زېږونونو کې ماشوم د مړينې يا خطرناکو معيوبيتونو څخه ژغورل کېږي. له دې کبله د نسايي ولادي امريکنې کالج ډاکترانو د بريچ اعتلان په پوره موډې امېندوارۍ کې د C/S وړانديز کوي.(Behbehani, 2016)

۵. مهبلي زېږون: د بريچ مهبلي زېږون په لاندې درې ميتودونو ترسره کېږي:
۱ *Spontaneous breech delivery*: په دې حالت کې جنين پرته له کومې هڅې او مداخلې څخه خارجېږي. يواځې د جنين استناد او تقويې ته اړتيا ليدل کېږي.
۲ *Partial breech extraction*: په دې حالت کې جنين د ثرې پورې خارجېږي، خو پاتې برخه يې د کشش او نورو مرستندويه مانورو په واسطه زېږېږي.
۳ *Total breech extraction*: د جنين ټول بدن د مرسته کوونکي د مرستې پهواسطه راوځي.

د زېږون په خونه کې د جنين د زړه ضربان او رحمي تقلصاتو پيلېدل تر څارنې لاندې نيول کېږي. د زېږون لپاره لاندې کارکوونکو شتون ته اړتيا ليدل کېږي:

۱. يو ډاکتر چې د بريچ اعتلان په زېږون کې بشپړ مهارت ولري.
۲. يوه قابله چې په زېږون کې ور سره مرسته وکړي.
۳. يو انستيزي لوګ چې د اړتيا پر وخت ناروغې ته انستيزي يا مناسب انلجزيک ور کړي.
۴. يو ډاکتر چې د نوي زېږېدلي ماشوم په احياء مجدد کې مهارت ولري.(Cunningham, 2018)

Spontaneous breech delivery: Vertex زېږون سره ورته دی. کله چې معتلنه غړی په حوصله کې ځای ونيسي او Engagement ترسره شي، د کوناټي قدامي برخه د خلفي په پرتله ژر ښکته کېږي، کله چې د حوصلې د ځمکې له مقاومت سره مخ شي؛ نو ۴۵ درجې داخلي تدور کوي او د کوناټي قدامي برخه Pubic arch خوا ته ځي، تر څو د حوصلې له Bitrochanteric قطر څخه تېر او د حوصلې د خارجې فوحې قدامي خلفي قطر کې ځای ونيسي. له تدور څخه وروسته دغه ښکته کېدنه ادامه مومي تر دې چې عجان ښه پراخه شي او د کوناټي قدامي برخه په Vulva کې ښکاره شي. د جنين بدن د وحشي-قبض په واسطه د کوناټي خلفي برخه د عجان دپاسه فشار راوړي او د جنين کوناټيو د کشش لامل کېږي، چې په پايله کې جنين مستقيماً خارجېږي. په ځينو پېښو کې

بیا له بریچ څخه وروسته پخپل‌سر زېږون کوي او یا هم مرستې ته اړتیا لیدل کېږي.(۵- ۲- انځور)

۵- ۲- انځور: په بریچ اعتلان کې کوناټي د عجان له لارې خارجېږي. د کوناټیو قدامي برخه عموماً لومړی زېږېږي. (Cunningham، ۱۲۲۵)

د بریچ له زېږون څخه وروسته په کمه اندازه خارجي څرخیدنه ترسره کېږي او شا قدام ته تاوېږي، تر څو اوږې د حوصلې په مایل قطر کې ځای ونیسي. اوږې ژر ښکته کېږي او داخلي څرخیدنه کوي او ډېر ژر اوږې او سر کوم چې په نورمال ډول په صدر باندې قبض وي حوصلې ته د هغې په مایل قطر کې داخلېږي، بیا څرخیدنه کوي تر څو د غاړې خلفي برخه Symphysis pubis هډوکي لاندې ځای ونیسي. بیا سر په قبض حالت کې زېږون کوي.(Jernait, 2017)

Partial breech extraction: د بریچ اعتلان په زېږون کې هغه برخې چې غټې او ډېر تر فشار لاندې نه وي پخپله زېږون کوي. په بریچ مهبلي زېږون کې جنین تر نامه پورې پخپله زېږون کوي. په دې حالت کې عموماً د کوناټي خلفي برخه د ٦ بجو په وضعیت کې له مناسب فشار سره زېږون کوي بیا د خارجي تدور وروسته د کوناټي قدامي برخه زېږون کوي. په دې وخت کې مور باید وهڅول شي، چې زور وکړي تر څو د جنین پښې ښکاره شي، ډاکتر د خپلو لاسونو په مرسته پښو ته زېږون ور کوي. د پښو له زېږون څخه وروسته

د جنين حوصله پـه دواړو لاسـونو نيـول کېـږي، نـورې گـوتې Anterior superior iliac spin او غټه گوته پر سکروم بانـدې پرتـې وي، تـر څـو د جنـين د بطنـي رخـوه انسـاجو د زيانمن کېدو مخنيوی وشي. مور هڅول کېږي، چې مناسب فشار وارد کړي تر څو زېـږون صورت ونيسـي. د اوږو او لاسونو د زېږون لپاره دوه مانورې شته دي. پـه اولـه مـانوره کـې کله چې سکپولا هډوکی ښکاره شي؛ نو تنې ته د ساعت د ستنې مطابق يا مخالف څرخول ترسره کېږي، تر څو د اوږې او لاس قدامي برخـه ښـکاره شي. بيـا د جنـين جسـم تـه ۱۸۰ درجې په مخالف استقامت تدور ور کول کېـږي، تـر څـو بلـه اوږه او لاس د زېـږون لپـاره وضعيت ونيسـي. بل ميتود څخه هغه وخت استفاده کېږي، چې د تنې څرخـول بـې پـايلې شي. په دې مانوره کې لومړی د اوږې خلفي برخه زېږون کوي، د دې لپـاره ښـې پـه يـوه لاس کې نيول کېږي او د مور د ورون داخلې برخې دپاسه پورته خوا ته کش کېـږي او بـل لاس د جنين د اوږو دپاسه د عضد هډوکي د اوږد محور موازې داخلېږي او د جنـين لاس پورته خوا ته کش کېږي. کله چې دواړه اوږې زېږون وکړي؛ نو د جنـين شـا Symphysis خوا ته پخپله تـدور کـوي او سر د دوه مـانورو (Mauriceau maneuver او Modified prague maneuver) په واسطه زېږون کوي.(Cunningham, 2018).

۶. بريچ اعتلان کې mortality &morbity او د جنين مهبلي څرخول: دا چې نومـوړې پروسيجر په زياته اندازه د جنيني او مورنۍ معيوبيت او مړينې لامل کېږي؛ په اوس وخت کې ترې استفاده نه کېږي، خو په ځينو حالاتو کې ژوند ژغورونکی پروسيجر هم گڼل شوی دی. په ځانگړي ډول د دوه‌گوني په زېږون کې چې دويم ماشوم زېږېږي او اعتلان يـې سـيفاليک نه وي، په هغـه وخـت کـې تـرسره کېـږي کلـه چـې External Cephalic Version پروسـه ناکامه شي او د C/S امکانات نه وي او ورسره ژوند تهديدوونکی حالت شتون لـري؛ نـو IPV اجراء کېږي. د IPV اجراء لپاره بايد د رحـم غـاړه پراخـه، پـرده روغـه او يـو تجربـه لرونکـی متخصص بايد موجود وي. که ممبران ريچر کـړی وي، (Oligo hydroamniosis) شـتون ولري او د رحم غاړه نيمگړې پراخه شوې وي؛ نو IPV استطباب نه لري. د IPV له کبلـه مـور او جنين دواړه له تروما سره معروضېږي. په مور کې د رحـم ريچـر او وينـې بهېدنـه او پـه ۵ ٪ پېښو کې مړينه هم رامنځته کېږي. د جنين د تروما له کبلـه د اوږدو هـډوکو ماتېدنـه، خلـع، د اپـي فيـز جـلا کېدنـه او د مـرکـــــزي عصبي سيسـتم نيمگړتيـاوې رامنځتـه کېـږي. د دې اختلاطاتو له کبله په اوس وخت کې نه ترسره کېږي او پر ځای يې C/S اجراء کېږي. د دې د اجـراء لپـاره بايـد وينـه موجـوده وي، انسـتيزي بايـد ور کـړل شي تـر څـو رحـم اسـترخا وکړي.(Decherney, 2013).

ستونزمن زېږون

ستونزمن زېږون یعنې غیر نورمال او په کراره پرمختلونکی زېږون دی. Dystocia د درې غیر نورمالو لاملونو په پایله کې رامنځته کېږي؛ د رحم کمزوري تقلصات چې د رحم د عنق د پراخوالي لپاره پوره نه وي(Uterine dysfunction)، د زېږون په دویمه مرحله کې ممکن د مور ارادي عضلاتو فعالیت اغېزمن نه وي او یا د جنین د اعتلان، وضعیت یا اناتومیکو ابنارملتيګانو له کبله ممکن د زېږون پروسه په کراره شوې وي

یا په بل عبارت .Dystocia of labor د درې غیر نورمالو کټګوریو په پایله کې رامنځته کېږي، چې عبارت دي له: Passenger، Passage، Power . (Cunningham, 2018)

د زېږون ابنارملتيګانې: زیاتره یواځې او یا هم دوه یا درې ابنارملتيګانې په یوځایي ډول د غیر وظیفوي زېږون پروسې په پایله کې رامنځته کېږي. ځینې عام اصطلاحات؛ لکه Cephalo pelvic disproportion او د زېږون ناکامېدل د غیر اغېزمن زېږونونو لپاره هم کارول کېږي. دا ډول د تناسب نشتون په اوس وخت کې ډېر نادر دی او زیاتره پېښې یې د جنین د سر غیرنورمال وضعیت او د رحم غیر اغېزمنو تقلصاتو په پایله کې رامنځته کېږي.

۵- ۱- جدول: د غیر اغېزمن زېږون معمولې کلینیکي موندنې

د رحم غاړې ناکافي پراخوالی یا د جنین ناکافي ښکته کېدنه	Protracted labor ---- (د زېږون په کراره پرمختګ)
	Arrested labor ---- (د زېږون بندېدل)
	Inadequate expulsive effort ---- (غیر اغېزمن Pushing)
Fetopelvic Disproportion	د جنین سایز زیاتوالی
	د حوصلې ظرفیت کموالی
	د جنین د وضعیت خرابوالی او Malpresentation
	د جنین غیر نورماله اناټومي
د زېږون پرته د ممبران څېرې کېدل	

(Cunningham، ۹۹۰)

د Dystocia میخانیکیت: د امېندوارۍ په پای کې د جنین سر اړوند د رحم ښکتنی پیږ سګمنټ او غیر پراخه شوې د رحم غاړې سره مخامخ کېږي. د زېږون په پیل کې ځینې فکتورونه (لکه د رحم تقلصات، د رحم غاړې مقاومت او هغه فشار چې د جنین پر ځینو برخو باندې وارديږي) زېږون پرمخ وړي. د رحم غاړې پوره پراخېدو څخه وروسته د جنین د سر سایز، وضعیت او د حوصلې ظرفیت ترمنځ یوه میخانیکي اړیکه رامنځته کېږي، چې د Fetopelvic proportion په نوم یادېږي او د جنین ته په حوصله کې د ښکته کېدو اجازه ور کوي. د رحم عضلې د دندې خرابوالی د رحم زیاتې توسع، د Obstructed labor او یا د دواړو په پایله کې رامنځته کېږي؛ نو له دې کبله غیر اغېزمن زېږون د Fetopelvic disproportion لپاره د خطر نښه ده.(Cunningham, 2018)

۱. د جنین د باندې را ویستلو قوو ابنارملتي ګانې: د رحم د عنق پراخوالی او د جنین بهر راوتل د رحم تقصلاتو په پایله کې رامنځته کېږي، د زېږون د دویمې مرحلې پر مهال د رحم تقلصات د بطني دېوال د ارادي یا غیرارادي عضلاتو د کړنو په واسطه قوي کېږي.

لاندې کړنې د Uterine dysfunction په درملنه کې مرسته کوي:

- په دې پوهېدل چې له اړتیا پرته د زېږون اوږدوالی ممکن د مور او جنین د مړینې او معیوبیت سره یوځای وي.
- په وریدي انفیوژن کې د رقیق اوکسيټوسین زرق کول.
- د Oxytocin ناکامېدو په صورت کې عملیاتي زېږون ترسره کول.

د *Uterine dysfunction ډولونه:* دوه فزیولوژیک ډولونه پېژندل شوي دي:

۱. Hypotonic Uterine dysfunction: په دې کې قاعدوي ټون لوړوالی (Hypertonus) نشته او د رحم تقصلات نورمال وي، خو د تقلصاتو په دوران کې فشار د رحم دعنق د پراخولو لپاره پوره نه وي.

۲. Hypertonic uterine dysfunction یا Incoordinate uterine dysfunction: په دې حالت کې قاعدوي ټون لوړ وي او په ډېر لوړ فشار تقلص چې کېدای شي د یو cornu او یا هم له دواړو څخه په جلا وختونو کې پیل شي او د غیر منظم تقلص لامل شي او همدرنګه د تقلصاتو فشار بدلون مونډلی وي او همغږي نه وي، پایله یې رحمي dysfunction دی.

د زېږون ګډوډي: په لاندې ډول ده

د Latent پړاو اوږدېدل: د مخفي پړاو اوږديدل په Nullipara کې له ۲۰ ساعتونو او Multipara کې له ۱۴ ساعتونو څخه د مخفي پړاو اوږدېدلو ته وايي، چې زياتره د Oxytocin ورکړې په واسطه يې درملنه کېږي.

د فعال پړاو ګډوډي: د فعال زېږون ګډوډي پر دوه ډوله دي، يو هغه چې د زېږون پروسه له نورمالې پروسې څخه په کراره پرمختګ کوي د Protraction disorder بل هغه چې د زېږون پروسه پکې په بشپړ ډول ودرېږي د Arrest disorder په نوم يادېږي (۵- ۲-جدول). (Cunningham, 2018)

۵- ۲- جدول: د غير نورمال زېږون نمونې، تشخيصيه کريتيرياوې او د درملنې ميتود

د زېږون نمونه	تشخيصيه کريتيريا		غوره درمله	استثنايي درمله
	Nulliparas	Multiparas		
د اوږدېدو (Prolongation) ګډودي				
د Latent پړاو اوږدېدل	>20 hr	>14 hr	د بستر استراحت	د عاجلې ستونزې د حلولو په موخه Oxytocin يا C/S
Protraction ګډودی				
د فعال پړاو د پراخېدو Protraction	<12 cm/hr	1.5 cm/hr	د زېږون تقويه کول	د CPD په صورت کې C/S
د جنين د ښکته کېدو Protraction	<1 cm/hr	<2 cm/hr		
د بندېدو (Arrest) تشوشات				
د Deceleration مرحلې اوږدېدل	>3 hr	>1 hr	د CPD لپاره د ناروغ ارزيابي: CPD: Cesarean No CPD: Oxytocin	که C/S ترسره شي ناروغ ته استراحت ور کول
د توسع دويمې بندېدنه	>2 hr	>2 hr		
د جنين ښکته کېدو بندېدل	>1 hr	>1 hr		
د جنين ښکته کېدو ناکامېدل	په دويمه يا Deceleration مرحله کې د جنين ښکته کېدنه صورت نه نيسي			

(Cunningham، ۹۹۲)

د زېږون دويم پړاو يا د جنين د ښکته کېدو ګډودي: د رحم غاړه بشپړې توسع څخه وروسته جنين ښکته کېږي. که د زېږون په دويمه مرحله کې هغه اساسي حرکتونه چې ولادي کانال ته د جنين د داخلېدو لامل کېږي سره همغږي نه شي؛ نو د دويم پړاو په دوران کې د جنين او حوصلې عدم تناسب رامنځته کېږي. د زېږون د لومړي پړاو په شان د دويم پړاو محدودېدل پر مور او جنين بدې اغېزې کموي. په nulliparas ښځو کې د دويمې مرحلې وخت له ساحوي انستيزي سره ۲ ساعته دی، چې تر ۳ ساعتونو هم غځېدلی شي او په Multiparas ښځو کې له ساحوي انستيزي سره ۱ ساعت دی، چې تر ۲ ساعتونو غځېدلی شي.(Leveno, 2016)

د زېږون په پيل کې د جنين Station : د مور د حوصلې Ischial spine ته د جنين presenting برخې ښکته کېدل د Engagement په نوم يادېږي. د زېږون په پيل کې د جنين لوړ موقعيت د راتلونکې dystocia ښودونکې ده.(Cunningham, 2018)

د Uterine dysfunction خطري فکتورونه: بېلابېل ولادي فکتورونه د Uterine dysfunction لامل کېږي. Neuraxial analgesia زېږون په کراره کوي او د زېږون لومړی او دويم پړاو اوږدوي او Chorioamnionitis هم له Prolonged labor سره يوځای وي.

۲. **Cephalopelvic Disproportion:** د حوصلې ظرفيت کمېدل د جنين غير نورمالې اندازې او اعتلان پورې اړه لري، چې يا د سر اندازه زياته وي او يا هم د حوصلې ظرفيت لږ وي او يا هم په دواړو کې ستونزه موجوده وي، همدې ته CPD وايي.

د حوصلې ظرفيت: C.P.D ، د حوصلې د ظرفيت کموالي، د جنين غيرنورمال سايز يا غيرنورمال Presentation او يا عموماً د دواړو په پايله کې رامنځته کېږي.
د حوصلې په اقطارو کې بدلون چې د حوصلې ظرفيت کموي، د زېږون په جريان کې Dystocia رامنځته کوي. د ښځو هډوکينه حوصلې رښتنيې برخه پر درې فوحو وېشل شوې ده، چې عبارت ده له:

الف. Inlet cavity

ب. Midlet cavity

ج. Out let cavity

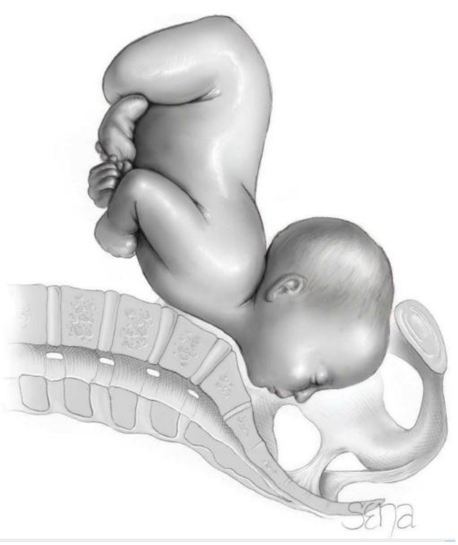
د حوصلې د داخلي فوحې تنګوالی (contracted inlet): دا اړینه ده چې د حوصلې تر ټولو لنډ قدامي خلفي قطر وپېژندل شي، له کوم څخه چې جنین تېرېږي. له زېږون څخه مخکې د جنین Biparietal diameter (BPD) له ۹.۵ څخه تر ۹.۸ سانتي مترو پورې وي. که د حوصلې د داخلي فوحې قدامي خلفي قطر له ۱۰cm څخه کم وي؛ نو د جنین وتل به ترې ستونزمن او یا هم ناممکن وي.(Cunningham, 2018)

د حوصلې د منځنی برخې تنګوالی: د جنین سر د عرضاني بندېدو لامل کېږي کوم چې ستونزمن Midforceps operation یا عملیاتي زېږون ته زمینه برابروي. د Midpelvis منځنی اندازې په لاندې ډول دي:

- عرضاني قطر یا د Ischial spinous تر منځ اندازه ۱۰.۵ cm
- قدامي خلفي قطر د Symphysis pubis له ښکتنی څنډې څخه تر څلورمې او پنځمې عجزي فقراتو د یوځای کېدو نقطې پورې ۱۱.۵ cm.
- خلفي قطر sagittal(د Interspinous خط منځنی نقطې څخه د سکروم هډوکي همدې نقطې ته ورته ناحیې پورې ۵ cm.

د حوصلې د بهرنی فوحې تنګوالی: که د Ischial tuberous تر منځ قطر ۸ cm او یا له دې څخه کم شي Contracted outlet بلل کېږي. د حوصلې تنګه بهرنی فوحه د Dystocia لامل او زیاتره د Midpelvis contraction سره یوځای وي.(Cunningham, 2018)

د جنین جسم او د سر اندازه : د جنین سایز څینې وخت د زېږون په ناکامېدو کې پړ ګڼل کېږي. له دومره ټکنالوژی سره اوس هم د جنین سایز د CPD لامل کېږي. ۲/۳ هغه نوي زېږېدلی چې وزن یې له ۳۷۰۰ ګرامو څخه زیات وي، د فورسپس زېږون د ناکامېدو وروسته د عملیاتي زېږون په واسطه زېږول کېږي. نور فکتورونه؛ لکه Asynclitism، Occiput posterior position او Face یا Brow presentation هم د CPD لامل کېږي.(Korhonen, 2015)



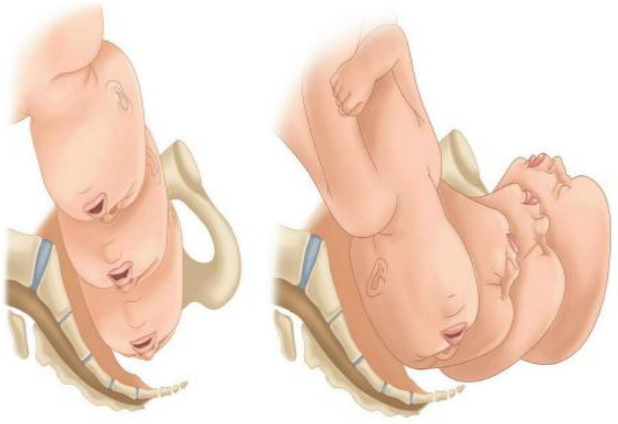
۵-۳- انځور: Face presentation. (Cunningham، ۲۰۱۱)

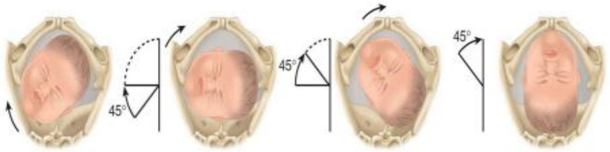
Face presentation: په دې حالت کې غاړه ډېره پراخه وي، چې Occiput د جنین شا سره نښتې وي او زنه یې Presenting part وي (۱-۱۷انځور). د جنین مخ د زنې سره ممکن په قدامي او یا خلفي ډول واقع شي. که د زنې خلفي موقعیت پاینښت ومومي؛ نو ممکن د زېږون په وروستي پړاو کې پخپله قدام ته راشي.(Cunningham, 2018)

Face presentation د مهبلي معاینې په واسطه تشخیص کېږي.د Breech سره ممکن مغالطه شي، لاملونه یې عبارت دي Fetal malformation, Anencephalic fetuses, Preterm fetuses Hydramnios د پراخه شوې غاړې وضعیتونه او زیات زېږونونه.(Cunningham, 2018)

د تندي اعتلان: دا یو نادر اعتلان دی، هغه وخت تشخیص کېږي کله چې د جنین سر د تندي برخه او قدامي Fontanel د حوصلې په دخولي فوحه کې ځــــای نیولی وي.(۵- ۴- انځور) په دې اعتلان کې د جنین سر نه پوره بسط او نه پوره قبض حالت کې وي. لاملونه یې Face presentation ته ورته دي. تشخیص یې د بطني جس په واسطه ترسره کېږي، خو عموماً مهبلي معاینې ته اړتیا لیدل کېږي. Frontal sutures ، لوی قدامي

Fontanel، د سترګې جوف او د پزې قاعده په مهبلي معاینه کې جس کېږي. که جنین کوچنی او حوصله لویه وي؛ نو زېږون عموماً اسان وي، خو په داسې حال کې که جنین لوی وي؛ زېږون يې ستونزمن وي.(Cunningham, 2018)



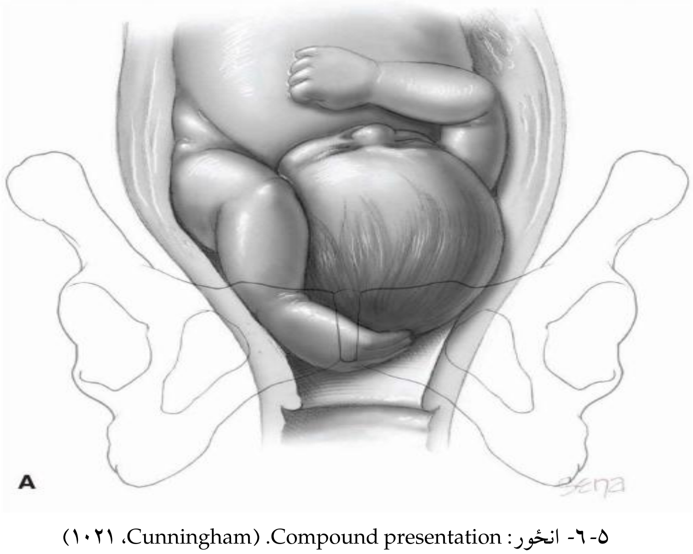


۵-۴- انځور: د Face presentation د زېږون میخانیکیت. (Cunningham، ۱۰۱۳)

د جنین عرضاني اعتلان: په دې حالت کې د جنین اوږد محور د مور اوږد محور سره په عمودي ډول واقع کېږي. په عرضاني قرار کې اوږه عموماً د حوصلې دخولي فوحې دپاسه ځای غوره کوي. نوموړی حالت په تفتیش سره تشخیص کېږي، چې په دې حالت کې بطن عموماً پراخه وي. او د رحم Fundus د Umbilicus پورې غځېدلی وي. په Fundus کې د جنین کوم قطب نه جس کېږي. د Transverse lie په رامنځته کېدو کې ډېر فکتورونه رول لري؛ لکه د بطني دېوال استرخا، Preterm fetus، Placenta previa، د رحم غیرنورماله اناتومي، Hydramniosis او تنګه حوصله. که امېندواري پرمختللي وي؛ نو مهبلي زېږون يې ناممکن دی، په داسې حال کې که جنین کوچنی (وزن يې له ۸۰۰ ګرامو څخه کم وي) او حوصله يې لويه وي؛ نو پخپل‌سري زېږون ممکن ترسره شي.(Cunningham, 2018)

۵-۵- انځور: د جنین عرضاني اعتلان. (Cunningham، ۱۰۱۷)

Compound presentation: په دې حالت کې د جنین طرفونه د راښکته شوې برخې په امتداد راپرېوځي او دواړه په یو وخت په حوصله کې موقعیت غوره کوي(۵-٦-انځور) Compound presentation مخکې له مودې زېږون کې رامنځته کېږي.(Kwok, 2015)



۵-٦- انځور: Compound presentation. (Cunningham، ۱۰۲۱)

۳- پر مور او ماشوم باندې د dystocia اغېزې: په لاندې ډول دي

مورنۍ اغېزې: په لاندې ډول تشریح شوې

۱. انتان: د ډېرې مهبلي معاینې له کبله او د غشاء څېرې کېدو له کبله د زېږون پر وخت او له زېږون څخه وروسته د انتاناتو لامل ګرځي.

۲. exhaustion: د ډېر دوامداره درد له کبله وي.

۳. Metabolic acidosis: د لکتیک اسید او کیتون زیاتوالي له کبله.

۴. د ولادي کانال د زخمي کېدو او د رحم څېرې کېدنه چې دا کېدای شي خپله واقع شي او یا هم د سامانونو د کارولو له کبله د زېږون لپاره را منځته شي.

۵. PPH چې د رحم د اتوني او د رحم د څېرې کېدو له کبله.

٦. د ولادي فیستولا جوړېدل.

۷. Pelvic floor زخمي کېدل.

۸. د مور مړینه د رحم رپچر، شاک او sepsis له کبله.

۹. Secondary amenorrhea یا دویمي امینوریا، وروسته د رحم له ایستلو څخه د جراحي عملیات په واسطه او یا د Sheehans syndrome د نخامیه غدې د نکروز له کبله چې وروسته له شدید PPH څخه منځته راځي راتلای شي.

۱۰. Asphyxia :چې د پرله‌پسې رحمي تقلصاتو له کبله او د prolapse of cord، shoulder presentation له کبله.

۱۱. Sepsis چانس ډېر زیاتېږي.

۱۲. Intra cranial haemorrhage: د ترضیضاتو له کبله او د caput succedaneum, moulding، cephalohematoma چانس زیاتېږي.

۱۳. اسیدوزس: د جنین د اسفکسیا او مورني اسیدوزس له کبله.

د ستونزمن زېږون د مخنیوي لپاره لاندې کړنې اغېزمنې دي:

۱. د antenatal په دوره خطري فکتورونه موندل او د بې‌خطره زېږون لپاره پلان جوړول.

۲. د زېږون پر مهال partograph کارول.

عملياتي زېږون او مهبلي مرستندويه زېږونونه

سيزارين زېږون د مهبلي زېږون په پرتله لوړ موږني خطرونه لري. په نوي زېږېدلي ماشوم کې د سيزارين زېږون په مرسته د زېږون تروما او Still birth کچه کمېږي، خو لومړنۍ تنفسي ستونزې يکې زياتې وي. د موږنۍ مړينې اندازه يې کمه ده، تقريباً ۲.۲ په ۱۰۰،۰۰۰ سيزارين زېږونو کې ښودل شوې. د سيزارين له کبله اختلاطاتو خطر؛ لکه انتان، وينه بهېدنه او ترمبوامبوليزم او د انستيزي اختلاطات ممکن دي، خو له سيزارين زېږون څخه وروسته د مهبلي زېږون په پرتله د تشومتيازو عدم اقتدار او د حوصلې عضوې پرولپس او د نوي زېږېدلی ماشوم تروماګانو پېښې لږې دي.

۱. **سيزارين زېږون:** د امېندوارۍ له ۲۰مې اوونۍ وروسته د لېراتومي په واسطه د جنين او امېندوارۍ محتوی زېږولو ته سيزارين زېږون وايي، خو له بطني جوف څخه د جنين را ويستلو لپاره نوموړي اصطلاح نه کارول کېږي. هغه هيسټرېکټومي (Hysterectomy) چې له سيزارين زېږون وروسته ترسره شي د سيزارين هيسټرېکټومي په نوم يادېږي، که چېرې يوه مېرمن د لومړي ځل لپاره عمليات کېږي د Primary cesarean section او که له يوې څخه زياتو امېندواريو کې عمليات کېږي د Repetead ceasarean section په نوم يادېږي. په سيزارين کې د موږنۍ مړينې اندازه کمه ده، تقريباً ۲.۲ په ۱۰۰،۰۰۰ سيزارين زېږونو کې ښودل شوې، چې معمول لاملونه يې پر درې ګروپونو وېشل شوي دي، عبارت دي له:

الف. indication Mathernal

ب. Fetomaternal indication

ج. Fetal indication

د سيزارين له کبله ځينو اختلاطاتو خطر زياتېږي؛ لکه انتان، وينه بهېدنه او ترمبوامبوليزم او د انستيزي اختلاطات. هغه مېرمنې چې سيزارين شوې وي، ډېر ميلان لري چې راتلونکو امېندواريو کې هم سيزارين ترسره شي. په سيزارين زېږون کې د مهبلي زېږون په پرتله د تشومتيازو عدم اقتدار او د حوصلې عضوې پرولپس پېښې کمې دي. په

نويو زېږېدلو ماشومانو کې د سيزارين له کبله د پوستکي ځېرې کېدنه، سفالوهيماتوما، د Clavicle هډوکي ماتېدنه، د سر ماتېدنه او د وجهي عصب فلج رامنځته کېږي. هغه سيزارين چې د ناکامه مهبلي زېږون په تعقيب ترسره شوی وي؛ د اختلاطاتو اندازه يې لوړه ده.(Cunningham, 2018)

د عمليات له پلان کېدو څخه وروسته او له عمليات څخه مخکې د شپې له خوا درد ارامـوونکي درمل ور کـول کېږي. لـه عمليات څخه ٦ – ٨ ساعته مخکې د جامدو خواړو اخيستل بندېږي. غير اختلاطي ناروغ له عمليات څخه ۲ ساعته مخکې پوري مايعات اخيستلی شي. د سيزارين زېږون لپاره ساحوي انستيزي غوره ګڼل کېږي. له انستيزي وړاندې ناروغې ته انتي اسيد ورکول کېږي او کتيتر تطبيقېږي.(ASA, 2016; Ljungqvist, 2017)

څېړنو جوته کړې، چې د سيزارين زېږون پر وخت يو ډوز انتي بيوتيک ورکول د انتان په کمېدو کې رول لوبوي، چې Cephazoline يو ګرام وريدي تطبيقېږي.(Smaill, 2014)

د سيزارين زېږون تخنيک: ددې جراحي عمل لپاره دوه ډوله شقونو ته ضرورت دی، لومړی بايد لاپراتومي ترسره شي، د لاپراتومي لپاره شق يو vertical incision او بل شکل يې transverse incision دی، چې د pfannenstiel او يا د maylard په نوم هم يادېږي او معمولاً د ۱۲-۱۵cm پورې وي، بل Hysterotomy يا رحمي شق د سيزارين پر وخت د ماشوم او امېندوارۍ د نورو محتوی د را ويستلو په موخه هم په درې ډوله ترسره کېږي، چې عبارت دي له:

- Lower uterine segment transverse incision
- Lower segment vertical incision
- Classic incision

کلاسيک شق د رحم هغه شق ته وايي، چې په عمودي ډول د رحم په علوي سګمنټ کې اجراء کېږي او د رحم تر غور پورې غځېږي. کلاسيک شق څخه په ځينو ځانګړو حالتونو کې کار اخيستل کېږي، چې عبارت دي له:

- د رحم په سفلي سګمنټ کې د التصاقاتو شتون.
- وروسته د مور له مړینې څخه د ماشوم بېړني راويستلو لپاره.
- د ماشوم عرضاني قرار چې اوږه يې په ولادي کانال کې پرته وي.
- د پلاسنتا غيرنورمال غرس کېدل د رحم په سفلی سګمنټ کې.
- د رحم په ښکتني سګمنټ کې د مايوما او د کانسر شتون.

په ولادي کې د لپراټومي لپاره د عانې دپاسه عرضاني او پر منځني خط باندې عمودي شق ترسره کېږي، چې زياتره Pfannenstiel شق انتخابېږي. له شق څخه وروسته د پوستکي لاندې طبقه تسليخېږي، تر څو صفاق ته ورسېږي. صفاق پر منځني خط باندې شق اجراء کېږي. صفاقي پرده د لاندې Rectus abdominis عضلې څخه جلا کېږي. صفاقي جلا کېدنې د پورته او وحشي خوا ته ادامه ور کول کېږي، بيا پريتوان شق کېږي. د پريتوان له شق کېدو څخه وروسته رحم ښکاره کېږي. د رحم ښکتنی سګمنټ په عرضاني ډول شق کېږي او جنين ته زېږون ور کول کېږي او په تعقيب يې پلاسنتا زېږول کېږي. د پلاسنتا له زېږون څخه وروسته لومړی رحم، پريتوان او بيا بطني پوستکی طبقه په طبقه ترميمېږي.(Smid, 2016)

۲. د سيزارين په دوران کې Hysterectomy: د رحم په اتوني او د پلاسنتا غيرنورمال جوړښت کې د وينې بهېدنې د مخنيوي په موخه ترسره کېږي، چې ممکنه ده جنين نارمل مهبلي زېږون او يا سيزارين سکشن شوی وي. که چېرې د رحم د ويستلو موخه د پلاسنتا غير نورمال غرس وي؛ نو که وينه يې نه ور کوله؛ پلاسنتا دې په خپل ځای کې وي او پروسيجر دې پيل شي. پېښې يې نادرې دي، نږدې ۱.۷ په ۱۰۰۰ زېږونو کې ده. د زېږون په دوران کې هيستريکټومي له کبله د زياتې وينې ضياع او د بولي لارې تخريب د اختلاط په ډول رامنځته کېږي. په ټاکلي سيزارين کې د وينې ضياع او د بولي لارې د اختلاطاتو کچه کمه ده.

۳- forceps : چې د زېږون د دويمې صفحې لنډولو په موخه کارول کېږي جنيني استطبابات يې عبارت دي له:

- Cord prolapse
- Prematur separation of placenta
- Fetal distress

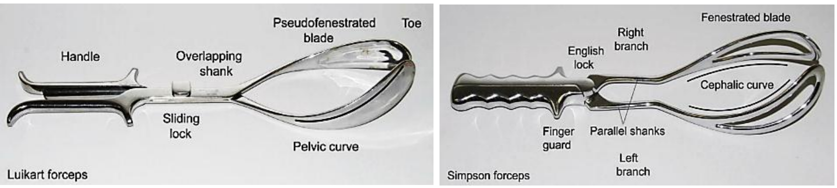
مورني استطبابات يې عبارت دي له:

- Pulmonary disease
- Heart disease
- Intra partum infection
- Certain Neurologic condition (Owolabi, 2013)

د فورسپس په واسطه زېږون: فورسپس هغه جوړه سامان الاتو ته وايي،د دو ځانګوځځه جوړ شوی دی. چې ځانګې يې په دوه ډوله (ښي او چپ) ترتيب شوي دي.(۵ -۷- انځور).

هر برانچ يې څلور برخې لري: بليډ، ميله (Shank)، لاک (Lock) او لاستی (Handle).

هر بليډ بيا يوه تېره څوکه، پونده (Heel) او دوه انحناوې لري. بهرنۍ سيفاليک انحنا يې د جنين ګرد سر ته اچول کېږي. ځينې بليډونه بيا سوري لري يا ژوروالی لري، چې د Fenestrated يا Pseudofenestrated په نوم يادېږي.

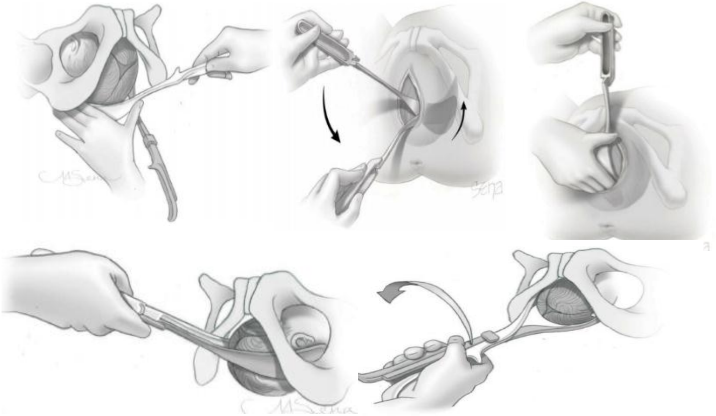


۵ -۷- انځور: سمپسن او Luikart فورسپس او د هغې برخې. (Cunningham، ۱۲۵۷)

د فورسپس بليډونو د جنين سر وضعيت مطابق تطبيق کېږي او سر پکې نيول کېږي. که سر په اوکسيپټ قدامي وضعيت کې وي؛ نو د ښي لاس دوه يا زياتې ګوتې د Vulva چپې خلفي برخې له لارې د جنين سره په خلف کې مهبل ته دننه کېږي. د چپ برانچ لاستی د چپ لاس د غټې ګوتې او دوه نورو ګوتو تر منځ نيول کېږي. بيا د بليډ څوکه مهبل ته د جنين سر او د ښي لاس د ورغوي سطحې تر منځ تېرېږي. د ښي بليډ د

تطبيق لپاره د چپ لاس دوه يا څو گوتې د مهبل ښي خلفي برخې ته د ښي بليډ لپاره د لارښود په ډول ننويستل کېږي. بليډ په ښي لاس نيول کېږي او مهبل ته داخلېږي. هر بليډ کې غټه گوته د پوندې(Heel) شا ته ايښودل کېږي او د دې گوتې په واسطه تر ټولو زياته ارتکازي قوه واردېږي. که سر په چپ اوکسيپټ قدامي يا ښي اوکسيپټ قدامي وضعيت کې وي؛ بيا د دوو بليډونو ښکتنی برخې لومړی ځای په ځای کېږي. له وضعيت ورکولو څخه وروسته ځانگې يو بل سره مفصل کېږي. بيا بليډونو ته تقبض ور کول کېږي، تر څو د جنين سر له دواړو خواوو څخه ونيسي. که جنين په اوکسيپټ قدامي وضعيت کې وي، بيا د بليډونو مقعر قوس سجيټل درز ته متوجه کېږي. که جنين په اوکسيپټ خلفي وضعيت کې وي؛ نو بيا مقعر قوس د مخ منځني خط ته متوجه کېږي.(Cunningham, 2018)

پر بليډونو په درست ډول ځای په ځای کېدو څخه وروسته مناسب ټرکشن واردېږي تر څو زېږون ترسره شي.(۵-۸- انځور)

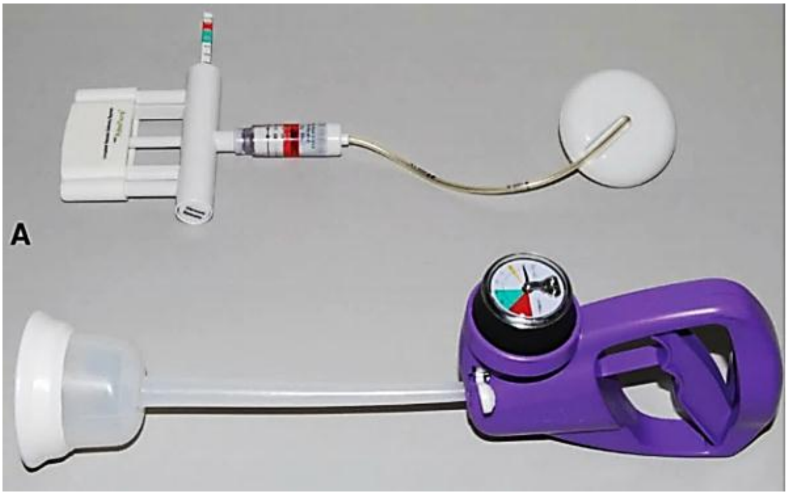


۵-۸- انځور: فورسپز زېږون. (Cunningham، ۱۲۶۲)

۴. Vacum extraction : واکيوم زېږون کې په هغه Cup کې چې د جنين په سر باندې ځای پر ځای شوی دی سکشن ترسره کېږي او په پايله کې د جنين سر کش او زېږون ترسره کېږي؛ نو ويلای شو چې واکيوم هغه آله ده، چې د ماشوم سر او واکيوم د کپ تر منځ پيښېدونکي منفي فشار په مرسته د ماشوم د رأس په ويستلو کې مرسته کوي او په پايله کې د زېږون دويمه صفحه لنډېږي. واکيوم د Cup، تنې، لاستي او واکيوم جنراتور لرونکی وي. واکيوم کپ ممکن فلزي يا سخت او يا نرم پلاستيک وي. د سايز او شکل له نظره سره توپير لري. دوه ډوله واکيوم شته دي؛ يو يې نرم کپ او بل يې سخت کپ لرونکي دي. د سخت کپ

لرونکي نسبت نرم ته د ټرکشن قوه زیاته ده. په هموار کپ کې د سر څېرې کېدنې اندازه زیاته ده. واکیوم کپ له خلفي فونتنیل څخه ۳ سانتي متره قدام خوا ته پر Satura sagittal باندې او یا له قدامي فانتونیل څخه ٦ سانتي متره په اندازه د خلف خوا ته ځای پر ځای کېږي. وروسته باید ځان ډاډه کړو، چې د مور رخوه انساج مو په Cup کې نه دي نیولي. فشار دې ۰.۲ kg/cm^2 په هرو دوه دقیقو کې زیات شي تر څو چې ۰.۸ Kg/cm^2 پورې ورسیږي، بیا د ښي لاس په واسطه ترکشن ترسره شي او له بل لاس څخه د کپ د ساتلو لپاره په خپل غوره ځای کې کار واخیستل شي او یواځې د رحم د تقلص پر مهال دې کشش تر سره شي او د رحم د استرخا پر وخت کشش جواز نه لري. د رحم د استرخا پر وخت د ماشوم د زړه ضربان واورېدل شي او هم وکتل شي، چې د جنین سر راښکته شوی دی او که نه؟ هغه وخت د واکیوم د ناکامېدو اصطلاح کارولای شو، چې له درې ځلې کشش سره سره بیا هم د ماشوم زېږون ترسره نه شي.

د واکیوم په واسطه ویستلو کې تر ټولو مهمه پړاو دا دی، چې کپ د قبضېدونکي نقطې دپاسه په درست ډول ځای پر ځای شي، کله چې سر زېږون وکړي د واکیوم فشار کمېږي او کپ لېرې کېږي.(۵- ۹- انځور). (Cunningham, 2018)



۵- ۹- انځور: واکیوم زېږون سیستم. (Cunningham، ۱۲۷۰)

۵. د فورسپس او واکیوم په مرسته د زېږون پرتله: واکیوم زېږون د فورسپس په نسبت گټور دی. واکیوم د جنین پر سر باندې په اسانۍ ځای پر ځای کېږي، په مهبل کې ځای نه نیسي؛ نو له دې کبله د مورنۍ تروما مخنیوی کوي. د واکیوم د کامیابۍ اندازه لوړه ده، د جنین د سر زخمي کېدنه او عجاني تروما پکې کمه ده.(O'Mahony, 2010)

لنډيز

Placenta Previa، Abruption placenta، غیـرنارمـل پلاسـنتا، د ولادي کانـال زخمي کېدنه، د رحم اتـوني او د وينـې د تحثري سيسـتم گـډوډي، ممکنـه ده مخکـې او وروسته له زېږون د وينـې بهېـدنې لاملنـو لـه ډلـې څخـه وي، د بـريچ اعـتلان هغـه وخـت رامنځته کېږي، چې د جنين حوصله يا ښکتنۍ خوا او د مور د حوصلې داخلي فوحـه کـې ځای ونيسي. درې ډولونه لري: Frank breech. Complete breech Footling breach، د بريچ مهبلي زېـږون پـه لانـدې درې ميتودونـو تـرسره کېـږي: Spontaneous breech delivery په دې حالت کې جنين پرته له کوم کشش او مداخلې څخه خارجېږي. يـواځې د جنين استناد او تقويې ته اړتيا ليدل کېـږي. Partial breech extraction پـه دې حالـت کې جنين د ثرې پورې بېرون را وځي، خـو پـاتې برخـه يـې د کشـش او نـورو مرسـتندويه مانورو په واسـطه زېـږول کېـږي، Total breech extraction د جنـين ټـول بـدن د مرسـته کوونکې مانورو په واسطه زېږول کېږي.

د زېږون په دويمه مرحله کې ممکن د مور ارادي عضلاتو فعاليت يواځې اغېزمن نـه وي او د جنين د Presentation، وضعيت يا اناتوميکو ابنارملتيګانو له کبله ممکـن د زېـږون پروسه په کراره شوې وي، Pasaege مطلب هډوکينه حوصله ده عظمی سؤ تشکلاتو د رخوه انساجو ابنارمليتيګانې؛ لکه د رحم غاړې غيـرنورمـال‌والـی کـولای شي د زېـږون پروسـه لـه نورمال حالت څخه وباسي او بالاخره هغه مسـافر (pasenger) چـې بايـد دغـه لار د رحـم د تقلصي قوې لاندې تېره کړي، عبارت له جنين څخه دی، چې د هغې سايز، سؤ اعتلانـات او ولادي غيرنورمال‌والی هم کولای شي د زېږون پروسه له نورمال حالت څخه وباسي.

رحمي بطنـي شـق پـه مرسـته وروسـته لـه ۲۰ اوونـۍ څخـه د جنـين او امېنـدوارۍ محتوی زېږولو ته عملياتي زېږون وايي. هغه هيستېريکتومي چې له سيزارين زېږون وروسته ترسره شي، د سيزارين هيسټريکټومي په نوم يـادېږي. همدارنګـه د زېـږون د دويـم پـړاو د لنډولو لپاره کله نا کله له واکيوم او فورسپس څخه ګټه اخيستل کېږي، که څه هم دا ډول د سامان آلاتو په مرسته زېږون د مور او ماشوم دواړو لپاره له خطر څخه خالي نه دی.

پو ښتنې

څلور ځوابه پو ښتنې

لاندی پوښتنې ولولئ او يو سم ځواب په نښه کړئ

۱: کوم يو لامل د PPH له لاملونو څخه نه دی

الف - مخکې له وخت څخه زېږون
ب – د پلاسنتا د پارچو پاتې کېدل
ج - د رحم تقلص نه کول
د- د تحثر په سيستم کې ګډوډي

۲: له زېږون څخه مخکې د پلاسنتا د يوې برخې او يا بشپړې پلاسنتا بېلېدل عبارت دی له:

الف – Abruption of Placenta
ب- Placenta Previa
ج- Vasoprevia
د- Acreta Placenta

۳: په هغو مېرمنو کې چې د پلاسنتا ځنډنی بېلېدنه شتون ولري.

الف - د الفا پروتين سويه به پورته وي
ب- د الفا پروتين سويه به ټيټه وي
ج- د الفا پروتين سويه به نورماله وي
د - د الفا پروتين سويه به ډېره اندازه پورته وي

۴ : کوم عرض د پلاسنتا مخکې له وخت څخه بېلېدو پورې تړاو لري.

الف - د رحم حساسيت
ب – پرته له درده وينه بهيدنه
ج – دردناکه روښانه سره وينه بهيدنه
د – د رحم نرموالی

۵ :IPV کله استطباب نه لري

الف –غټ جنين
ب- دECV د ناکامېدو په صورت کې
ج - د پلاسنتا مخکې له وخت بېلېدل
د – جنيني زجرت

٦ : د بريچ اعتلان د زېږون پر مهال په روټين ډول د کوم ماهر شتون ته اړتيا نه شته

الف- د ولادي ماهر
ب- د اطفالو ماهر
ج د انستيزي ماهر
د – د داخلې ماهر

۷: کوم دلایل د واکیوم غوره‌والی پر فورسپس ښیي

الف –اسانه ځای پر ځای کېدل
ج- د بریالیتوب زیات چانس
ب- لږې مورنی تروماګانې
د - ټول ځوابونه سم

۸: په لاندې کوم حالت کې سیزارین هستریکټومي نه تر سره کېږي

الف – د رحم اتوني
ج – د پلاسنتا غیر نورمال خښېدل
ب - د پلاسنتا مخکې له وخت څخه بېلېدنه
د – ښه متقلصه رحم

۹ : د زېږون د دویم پړاو دوام په اول‌باري ښځو کې څومره دی.

الف- ۲ ساعته پرته له انستیزي څخه
ج- ۴ ساعته پرته له انستیزي څخه
ب- ٦ساعت وروسته له انستیزي څخه
د-۸ ساعته پرته له انستیزی څخه

۱۰: که څېرې د دوو Ischial spine تر منځ واټن cm۸ او یا ورڅخه لږ وي عبارت دی

الف – Contracted Outlet
ج- Contracted Inlet
ب- Contracted Midpelvic
د- Flat Plvic

تشریحي پوښتنې

۱. د PPH د خطرونو له ډلې څخه د هایپووالیمیک شاک په هکله معلومات ووایئ.

۲. Previa معنی............ مګر په ولادي کې پلاسنتا پریویا هغه حالت ته ویل کېږي، چې پلاسنتا د رحم .... د رحم عنق داخلي فوحې.........یا هغې ته ....غرس شوي وي.

۳. د پلاسنتا پریویا تشخیص څه ډول تر سره کېږي؟

۴. پر مور باندې د ستونزمن زېږون اغېزې څه دي؟

۵. پر جنین باندې د ستونزمن زېږون اغېزې څه دي؟

٦. Fetopelvic proportion څه ته وایي؟

۷. د بریچ اختلاطات په جنین کې توضیح کړئ.

۸. کوم فکتورونو برېچ اعتلان اختلاطي کوي؟
۹. په برېچ اعتلان کې Fetal anoxia څه ډول منځته راځي؟
۱۰. واکیوم استطبابات کوم دي؟

ماخذونه

American Society of Anesthesiologists. (2016) *Task Force on Obstetrical Anesthesia: practice guidelines for obstetrical anesthesia*. Anesthesiology 124:270.

Behbehani S & Patenaude V & Abenhaim HA. (2016) *Maternal risk factors and outcomes of umbilical cord prolapse: a population-based study*. J Obstet Gynaecol Can 38(1):23.

Cunningham F.Gary & Leveno Kenneth J, et al. (2018) *Williams Obstetrics,* 25th edition, United State: McGraw-Hill Education, Pp: 990 – 993, 1213, 1223 – 1225, 1256 – 1295, 1270, 1271, 1749.

Decherney Alan H & Nathan Lauren, et al. (2013) *Current Diagnosis and Treatment Obstetrics and Gynecology*, 11th edition, United State: McGraw-Hill Complanies, Pp: 592, 595, 596.

Jarniat A & Eluard V & Martz O, et al. (2017) *Induced labour at term and breech presentation: Experience of a level IIB French maternity*. J Gynecol Obstet Hum Reprod 46(7):597.

Kaplanoglu M & Kaplanoglu D & Bulbul M, et al. (2016) *Inner myometrial laceration—an unusual presentation of antepartum and postpartum hemorrhage: case reports and review of the literature*. J Matern Fetal Neonatal Med 29(16):2621.

Kollmann M & Gaulhofer J & Lang U, et al. (2016) *Placenta previa: incidence, risk factors and outcome*. J Matern Fetal Neonatal Med 29(9):1395.

Korhonen U & Taipale P & Heinonen S. (2015) *Fetal pelvic index to predict cephalopelvic disproportion-a retrospective clinical cohort study*. Acta Obstet Gynecol Scand 94(6):615.

Kwok CS & Judkins CL & Sherratt M. (2015) *Forearm injury associated with compound presentation and prolonged labour*. J Neonatal Surg 4(3):40.

Leveno KJ & Nelson DB & McIntire DD. (2016) *Second-stage labor: how long is too long?* Am J Obstet Gynecol 214(4):484.

Levi M. (2013) *Pathogenesis and management of peripartum coagulopathic calamities (disseminated intravascular coagulation and amniotic fluid embolism).* Thromb Res 131(Suppl 1):S32.

Ljungqvist O & Scott M & Fearon KC. (2017) *Enhanced recovery after surgery: a review*. JAMA Surg 152(3):292.

Miura K & Higashijima A & Murakami Y, et al. (2016) *Circulating levels of pregnancy-associated, placenta-specific microRNAs in pregnant women with placental abruption*. Reprod Sci June 13.

O'Brien B & Smoleneic J. (2013) *Cervical varicosities and placenta praevia.* Aust N Z J Obstet Gynaecol 53(5):451.

O'Mahony F & Hofmeyr GJ & Menon V. (2010) *Choice of instruments for assisted vaginal delivery*. Cochrane Database Syst Rev 11:CD005455.

Oladapo OT & Adetoro OO & Ekele BA, et al. (2016) *When getting there is not enough: a nationwide cross-sectional study of 998*

maternal deaths and 1451 near-misses in public tertiary hospitals in a low-income country. BJOG 123(6):928.

Owolabi MS & Blake RE & Mayor MT, et al. (2013) *Incidence and determinants of peripartum hysterectomy in the metropolitan area of the District of Columbia*. J Reprod Med 58(3–4):167.

Smaill FM & Grivell RM. (2014) *Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section*. Cochrane Database Syst Rev 10:CD007482.

Smid MC & Smiley SG & Schulkin J, et al. (2016) *The problem of the pannus: physician preference survey and a review of the literature on cesarean skin incision in morbidly obese women*. Am J Perinatol 33(5):463.

Swank ML & Garite TJ & Maurel K, et al. (2016) *Vasa previa: diagnosis and management.* Am J Obstet Gynecol 215(2):223.

شپږم څپرکی

د امېندوارۍ وروستی اختلاطات

د ممبران مخکې له وخته څیرې کېدل(PROM) د ۳۷مې اوونۍ بشپړېدو او د زیږون له پیل څخه وړاندې د جنیني پردې پخپل‌سر څیرې کېدلو ته ویل کېږي.

یواځې په ۰.۴ ٪ پېښو کې د امېندوارۍ موده ۴۲ اوونۍ او یا له هغې څخه وروسته دوام مومي. هره امېندواري له وخت څخه نه غځېږي، بلکې ځینې وخت د امېندوارۍ مودې اټکل د غلطو تحیضي معلوماتو له امله غلط حسابېږي. دوه حالتونه دي، چې امېندواري له مودې څخه اوړي، یو دا چې له القاح څخه وروسته یې ۴۰ اوونۍ په حقیقي ډول تېرې شوې وي، بل چې د امېندوارۍ موده غلطه محاسبه شوې وي.

څوګونې امېندواري د دوو یا څو تخمو د القاح په پایله کې یا هم له القاح څخه وروسته د القاح شوې تخمې د وېشلو په واسطه منځته راځي، ولادي سوء اشکال او اختلاطات یې او د میندو د مړینې او معیوبیت کچه په څوګونې امېندوارۍ کې زیاته وي.(Cunningham, 2018)

څرنګه چې د میندو د مړینې یو مهم لامل د امېندوارۍ پر مهال د لوړ فشار ګډوډي جوړوي، د لوړ فشار ناروغي په څلور ډوله ده؛ د امېندوارۍ له کبله لوړ فشار چې د پري‌اکلمپسیا سنډروم شواهد ورسره یوځای نه وي او له زیږون څخه ۱۲ اوونۍ وروسته ښه کېږي. پري اکلمپسیا او اکلمپسیا سنډروم، ځنډنی لوړ فشار، د ځنډني لوړ فشار له کبله د پري‌اکلمپسیا رامنځته کېدل. Super imposed څخه عبارت دی.

د زده‌کړې موخې

- مخکې له مودې زېږون او بې‌وخته د امنیوتیک پردې څېرې کېدل
- له مودې څخه اوښتې امېندواري
- څوګوني امېندوارۍ
- د لوړ فشار ګډوډۍ

مخکې له مودې زېږون او بې‌وخته د امنیوتیک پردې څېرې کېدل

مخکې له مودې زېږون هغه حالت ته ویل کېږي، چې نوی زېږېدلی ماشوم ډېر وختي وزېږېږي. د سایز له نظره د جنین وده نورماله وي، چې د امېندوارۍ میعاد سره مناسب (Appropriate for gestational age)، که سایز یې کوچنی وي؛ نو Small for gestational age او که وده یې له نورمال حالت څخه زیاته وي؛ نو Large for gestational age بلل کېږي، د زېږون له پیل څخه مخکې د جنیني پردې بنفسهي څېرې کېدلو ته PPROM ویل کېږي.

۱. **پېژندنه:** مخکې له مودې زېږون چې پېښې یې ۱۰٪ دي، هغه حالت ته ویل کېږي چې نوی زېږېدلی ماشوم ډېر وختي وزېږول شي. که چېرې د امېندوارۍ د ۲۰مې او ۳۷مې اوونیو ترمنځ د رحم خپل سري تقلصاتو په پایله کې د رحم عنق پراخه او نرم شي او لېبر پیل شي، د PTL په نوم یادېږي. د سایز له نظره ممکن د جنین وده نظر د امېندوارۍ میعاد ته نورماله وي، چې د امېندوارۍ میعاد سره مناسب اصطلاح ورته کارول کېږي، که دجنین سایز په پرتله د امېندوارۍ میعاد ته کوچني وي؛ نو Small for gestational age او که وده یې له نورمال حالت څخه زیاته وي؛ Large for gestational age بلل کېږي.

د پتوفزیولوژي له نظره څرنګه چې د امېندوارۍ پر مهال یو شمېر فکتورونه د رحم په استرخایي حالت کې رول لري؛ لکه پروجسترون او پروستاګلاندین. د مثال په توګه په پولي هایدرامنیوزس کې د رحم عضلاتو د زیات کشش له امله او روحي فشار د سټرس هورمون د افراز له لارې، انتان د التهابي سایتوکین د افراز په واسطه د بې‌مودې زېږون لامل کېږي. کله چې سټرس شتون ولري؛ نو کتیکول امین افرازېږي، چې پر رګونو باندې تقبض

ورکوونکې اغېزې لري او د پلاسنتا پرفیوژن د خرابېدو لامل کېږي او د پروستاګلاندین د افراز تحریکوي چې پایله یې بې‌مودې زېږون دی.

۲. د بې‌مودې زېږون لاملونه: په لاندې ډول دي.

أ. پخپل‌سر مخکې له مودې زېږون د روغې پردې سره

ب. د ممبران مخکې له مودې پرې مچور اډیوپیتیک رپچر

ت. د مورني یا جنیني استطباباتو له امله زېږون

ث. د رحم ولادي د انومالیګانو مختلف ډولونه

ج. د مور عمر ۱۸> او ۳۵< وي

ح. روحي فشارونه او ټیټ اقتصادي حالت

خ. ډېر پراخه شوی رحم

د. د امېندوارۍ ترمنځ واټن له ۱۸ میاشتو نه لږ او ۵۹ میاشتو نه زیا ت وي.

ذ. دوه ګونې یا څوګونې امېندواري

ر. د رحم غاړې عدم کفایه

ز. د سګرټو څکول

س. مورني انتانات

ځینې نور فکتورونه؛ لکه اقتصادي او اجتماعي حالت کمزوري، د بدن کتلې انډکس زیاتوالی، غذایي کمښت او سګرټ څکول د PROM سره یوځای وي.(Dutta, 2016)

د څوګونو جنینونو امېندواري په ٪۳ پېښو کې د بې‌مودې زېږون لامل کېږي. د ګڼ شمېر جنینو امېندواریو کې بې‌مودې زېږون له امله د مړینې او معیوبیت کچه زیاتېږي.(Martin, 2017)

همدارنګه دغه فکتورونه؛ لکه د ژوند طرز العمل، جنیټیکي فکتورونه، د اوریو ناروغۍ او د بې‌مودې زېږون تاریخچه بې‌مودې زېږون ته زمینه برابره وي.(Cunningham, 2018)

۳. پخپل‌سر بې مودې زېږون کوونکو مېرمنو پېژندنه : له دې ښځو څخه برسېره د امېندوارۍ میعاد او اختلاطاتو څخه یوه ښه تاریخچه د پردې د مخکې وخت د څېرې کېدو د اعراضو په هکله واخیستل شي، له ۳۷مې اوونۍ څخه مخکې د منظمو رحمي تقلصاتو شتون په منظم واټن کې چې پایله یې د رحم غاړې پراخېدل د ۲ سانتي مترو په اندازه او د هغې نرموالی او لنډوالی دی. حوصلي فشار، تحیض ته ورته دردونه، مهبلي اوبلن ډیسچارج اویا وینه لرونکي مهبلي افرازات د بې‌مودې زېږون سره یوځای وي. د جنین عمر د الټراساونډ د معاینې له مخې چې ممکنه ده ۲۰ - ۳۷ اوونیو ترمنځ وي و ارزول شي. د امېندوارۍ له نیمایي څخه وروسته د رحم غاړې غیرعرضي پراخوالی د بې‌مودې زېږون لپاره خطري فکتور ګڼل کېږي. دې مېرمنو ته دې څېنې اړینې ازموینې؛ لکه CBC، Amniosynthesis، Urinalysis، culture Cervical باید ترسره شي. (Cunningham, 2018)

د رحم ګرځنده څارنه: یو بهرنی Tocodynamometer د بطن شاوخوا تړل کېږي او د برقي ثبتوونکې آلې سره وصل کېږي، تر څو په ګرځنده ډول د رحم فعالیت ثبت کړي.

جنیني فایبرونیکټین: جنیني فایبرونیکټین د غرس کېدو په دوران کې د داخل‌الحجروي التصاقاتو په رامنځته کېدو کې رول لري او د رحم ډیسیډوا سره د پلاسنتا نښلېدل په دوامداره ساتلو کې رول لري. د پردې ریچر د مخه د رحم غاړې او مهبلي افرازاتو کې د جنیني فایبرونیکټین تشخیص د بې‌مودې زېږون ښودونکی دی.

د رحم غاړې د اوږدوالي اندازه کول: د رحم غاړې اوږدوالی د مهبلي سونوګرافي په واسطه ترسره کېږي. په دوامدار ډول د سونوګرافي په واسطه د رحم غاړې کانال لنډوالی زیاتره د بې‌مودې زېږون سره یوځای وي.

۴. د امینوتیک پردې بې مودې څېرې کېدل او د زېږون اهتمامات: مخکې د لېبر له پیل کېدو څخه د امینوتیک غشاء پخپلسر څېرې کېدو ته PROM ویل کېږي. که چېرې دغه څېرې کېدنه د ۳۷ اوونۍ په شاوخوا کې د لېبر له پیل څخه مخکې منځته راشي د Term PROM په نوم یادېږي او که له ۳۷ اوونۍ څخه مخکې رامنځته شي د Preterm

Prom یا PPROM په نوم یادیږي او که لـه لیـبر څخـه ۲۴ سـاعته مخکـې رامنځتـه شي د Prolonged Rupture of Membran پـه نـوم یـادیږي. ٪۱۰ د ټولـو امیـندواریو پیښـې جوړوي. داخل‌الرحمي انتانات او د اوکسیډاتیف فشار له کبلـه د DNA تخریـب یـې لـوړ خطري فکتورونه دي.

مخکې له مـودې د ممـبران څیـرې کیـدل د سـونوگرافي پـه واسـطه تشخیصـیږي او بنستیزه پیژندنه یې د امنیوتیک مایع د ډریناژ له مهبلي قنات څخه او راټولیدل یـې د مهبـل په خلفي فورنکس کې دي، چې باید د تشومتیازو لـه عـدم کفـایې سره تـوپیري تشـخیص شي. په دې موخه لاندې ازموینې مرستندویه دي:

سپیکولم ازموینه: په واضح ډول د امنیوتیک مایع بهیدل د رحم عنق څخه په سترګو ښکاري.

Nitrozin test: پـه دې ازموینه کې یو ځانګړی کاغذ د مهبـل پـه خلفـي فـورنکس کـې د راټـولې شـوې مـایع سره تمـاس ورکـول کیـږي. کـه چیـرې دې کاغـذ خپـل ژیـړ رنـګ د امنیوتیک مایع د قلوي PH له کبله په آبي رنګ بدل کړ په PROM باندې دلالت کوي.

Ferning test: د عنق افرازات د سلاید دپاسه اچول کیږي او د مایکروسکوپ لاندې کتل کیږي. (Cunningham, 2018)

د درملنې لارښود یې په (٦- ١- جدول) کې ښودل شوی دی.

٦-۱- جدول: مخکې له وخته د ممبران ربچر اهتمامات

د امېندوارۍ میعاد	درملنه
۳۴ اونۍ یا له دې څخه زیات	پلان زېږون: که مضاد استطباب نه وي زېږون تحریک
	د ګروپ B سټرپټوکوکل مخنیوی
	تر ۳٦مې اونۍ پورې کورټیکوسټیرایډ یواځینی کورس
۳۲ – ۳۳ بشپړې شوې اونۍ	متوقع اهتمامات
	د ګروپ B سټرپټوکوکل مخنیوی
	د کورټیکوسټیرایډ یواځینې کورس
	انتي مایکروبیل درمل
۲۴ – ۳۱ بشپړې شوې اونۍ	متوقع اهتمامات
	د ګروپ B سټرپټوکوکل مخنیوی
	د کورټیکوسټیرایډ یواځینې کورس
	ټوکولایټیک
	انتي مایکروبیل درمل
د ۲۴ اونیو څخه کم	متوقع اهتمامات یا د زېږون تحریک
	د ګروپ B سټرپټوکوکل مخنیوی وړاندیز نه دی شوی
	د کورټیکوسټیرایډ یواځینې کورس
	ټوکولایټیک
	انتي مایکروبیل درمل

(Cunningham، ۱۸۴۸)

له هغو مېرمنو څخه چې امنیوتیک پرده یې بې‌مودې څېرې شوې وي، له تاریخچې اخیستلو او تشخیص څخه وروسته مېرمن بستربږي. په دې صورت کې د sepsis د مخنیوي په موخه زېږون تحریکېږي د ګوتو په واسطه د رحم غاړې معاینې له کبله د ۳ ورځو په دوران کې زېږون پیل کېږي. مخکې له مودې د پردې څېرې کېدو له کبله په ځینو مېرمنو کې کوریوامنیونایټس، په ځینو نویو زېږېدلو ماشومانو کې sepsis رامنځته کېږي او که امېندواري له ۷ ورځو څخه زیات دوام وکړي. انتي مایکروبیل درملنې لپاره

وریدي Ampicillin او Erythromycin هر ٦ ساعته وروسته د ۴۸ ساعتونو لپاره، بیا د خولې له لارې Amoxacillin, Erythromycinهر ۸ ساعته وروسته د ۵ ورځو لپاره ورکول کېږي.

۵. د بې‌مودې زېږون درملنه چې پرده سالمه وي: د بې‌مودې زېږون درملنه چې پرده سالمه وي درملنه یې له PPROM درملنې سره ورته ده. که امکان وي؛ نو د امېندوارۍ ۳۴مې اوونۍ څخه مخکې زېږون دې وروسته شي. هغه اهتمامات چې نیول کېږي په لاندې ډول دي.

۱. د انتان د معلومولو لپاره امنیوسنتیزس ترسره کېږي.
گلوکوکورټیکوستیرایډ د سږو پوخوالي کې اغېزمن تمام شوي دي.(Cunningham, 2018)

۲. Mgso : هغه مېرمنې چې دMgso$_4$ په واسطه یې درملنه شوې وي، د هغوی نوی زېږېدلی ماشوم چې لږ وزنه وي په راتلونکي کې ۳ کلونو کې د دماغي فلج پېښې پکې لږ لیدل کېږي.
۳. Antimicrobial agents: په وقایوي توگه د میکروب ضد درمل ورکول د انتان د پېښو کموالی لامل کېږي.
۴. د بستر استراحت، د سلیکان Pessary حلقې کارول په هغو مېرمنو کې چې د رحم غاړه یې لنډه وي وړاندیز شوي دي.
۵. Tocolysis یا د بې مودې زېږون درملنه: mgso$_4$ ،beta adrenergic agonist ،indometacin calcium chenal blacker وړاندې شوي ټوکولایټیک درمل دي، چې د لنډ وخت لپاره کارول کېږي.

زېږون: د PTL مخنیوی په داسې حال کې چې د رحم غاړه پراخه شوې وي ممکن نه دی ځکه کله چې د رحم اصلي تقلصات یو ځل پیل شي بیا نه ودرېږي خو د درملنې موخه دا ده چې تر اته څلویښت ساعتو پورې د لېبر پروسه وځنډول شي، تر څو د جنین د سږو پوخوالی د کورتیکوتراپي په واسطه منځته را شي. یواځې په هغه حالت کې چې د مور ژوند تر تهدید لاندې وي، د بې‌مودې لېبر د پروسې مخنیوی استطباب نه لري. که ټوکولایټیک درمل وکارول شي او یا مېرمن د labour په حالت کې راشي؛ نو په دې

حالت کې باید هر ډول هڅې د خوندي زېږون لپاره وشي. مهبلي زېږون یوه منل شوې لاره ده، د مهبل د بهرنۍ فوحې د تنګوالي په شتون کې Episiotomy د جنین د دماغي ترضیضاتو او وینې بهېدنې د مخنیوي په خاطر خامخا ترسره شي. د واکیوم کارول په بې‌مودې ماشومانو کې استطباب نه لري، خو c/s یوه خوندي لاره ده په ځانګړې توګه په هغه بې‌مودې جنین کې چې وزن یې له ۱۵۰۰ ګرامو څخه کم او یا معیوبه اعتلان ولري او په هغه غبرګوني کې چې لومړی جنین یې په سر نه وي.

که چېرې د غشاء څېرې کېدل نږدې منځته را شي زیات خطر لري باید د ۲۴ ساعتونو په ترخ کې زېږون تر سره شي، خو که چېرې پرده بې‌مودې څېرې شوي وي؛ نو د لاندې اختلاطاتو لامل کېدای شي:

- Chorioamnionitis
- Abruption of placenta
- Oligohydrominiosis
- Cord prolapsed
- Newborn sepsis Prematurity
- Preterm labor

له مودې څخه اوښتې امېندواري

که چېرې د امېندوارۍ موده تر ۴۲ اونۍ یا ۲۹۴ ورځو پورې وغځېږي دا اصطلاح ورته کارول کېږي، چې ددغه ټرم کارونه د هغو امیندوارو ښځو لپاره پر ځای ده، چې د امېندوارۍ مودې یې په سمه توګه د امېندواري په پیل کې د الټرسونوګرافي په واسطه ښکاره شوې وي.

۱. د امېندوارۍ د مودې اټکل د تحیض د نېټې پر بنسټ: یوازې په ۰.۴ ٪ پېښو کې د امېندوارۍ موده ۴۲ اونۍ او یا ورځخه وروسته دوام مومي. هره امېندوارۍ له وخت څخه نه غځېږي، بلکې ځینې وخت د امېندوارۍ مودې اټکل د غلطو تحیضي معلوماتو له امله وي. د اوسني تعریف په اساس د امېندوارۍ موده د وروستني حیض (پرته له دوه اوونیو کومې چې د تبیض څخه وړاندې وي) څخه وروسته حسابېږي. تولې امېندوارۍ له وخت

ځخه اوښتې نه وي، بلکې ځینې وخت د امېندوارۍ مودې تخمین د غلطو تحیضي معلوماتو یا د تبیض د وروسته کېدو له امله ناسم حسابېږي. د امریکا نسایي ولادي کالج په اوس وخت کې د امېندوارۍ دقیقې مودې معلومولو لپاره په اول ترایمستر کې سونوګرافي وړاندیز کړې ده.

۲. پېښې: پېښې یواځې په ۰.۴ ٪ پېښو کې د امېندوارۍ موده ۴۲ اوونۍ او یا ورځخه وروسته کېږي. خطري فکتورونه یې له نورمال ځخه لوړ BMI ، Nulliparity او جنیتکي لاملونه، جنین او پلاسنتا فکتورونه؛ لکه Anencephaly، Adrenal hypoplasia او X-linked placental sulfatase کمښت. (Martin, 2017; Ayyavoo, 2014)

۳. د جنین مړینه: که امېندواري له اټکلي وخت ځخه واوړي؛ نو د Stillbirth، او نوي زیږېدلي ماشوم مړینې او معیوبیت پېښې زیاتېږي. غځېدلي امېندوارۍ خـطـرونه په ٦- ۲- جدول کې ښودل شوي دي. د جنین د مړینې لاملونه عبارت دي له؛ د امېندوارۍ لوړ فشار، اوږد زیږون چې CPD ورسره یوځای وي، birth injuries او Hypoxic-ischemic encephalopathy. په ځینو پېښو کې له زیږون ځخه وروسته په ٦.۵ کلنۍ کې د ماشوم د IQ کموالی هم لیدل شوی دی.(Cunningham, 2018)

٦- ۲- جدول: د غځېدلې امېندوارۍ له کبله مورني او Perinatal جانبي عوارض

مورني	Perinatal
Fetal macrosomia	Stillbirth
Oligohydramniosis	Post-maturity syndrome
Pre-eclampsia	په NICU کې بسترېدل
Cesarean Delivery 1. Dystocia 2. Fetal distress	د میکونیم انشاق د نوي زیږېدلي ماشوم اختلاجات Hypoxic-ischemic encephalopathy
Shoulder dystocia	د زیږون پر وخت ژوبلېدنه
PPH	د ماشومتوب چاغوالی
د عجان څیرې کېدنه	

(Cunningham، ۱۸۸۴)

که امېندواري ۴۲ اوونۍ ته ورسېږي؛ نو د نوي زېږېدلي ماشوم اختلاطاتو او د مړينې خطر دوه ځله زياتېږي.

۴. پتوفزيولوژي او اداره کول : په لاندې ډول تشريح شوې
Post-maturity syndrome: وروسته له مودې څخه زېږون نادر دی، چې ځانګړتياوې يې عبارت دي له: ګونځې لرونکی (چې په ورغوو او د پښو تلو کې بارز وي)، Patchy او سپين پوستکی، اوږد او نری بدن، اوږده نوکان او خلاصې سترګې، ظاهراً بوډا او تشويش‌ناک ښکاري. نوموړی سنډروم د امېندوارۍ په ۴۱، ۴۲ او ۴۳ اوونۍ کې رامنځته کېږي، دقيقې پېښې يې معلومې نه دي، خو د امېندوارۍ ۴۲ مې اوونۍ پوره کېدو څخه وروسته په ۱۰ – ۲۰ ٪ پېښو کې امېندواري اختلاطي کوي.(Cunningham, 2018)
Post maturity سنډروم د پلاسنتا د عدم کفايې پايله ده، چې د پلاسنتا زړېدو له کبله منځته راځي. يو شمېر نور فکتورونه هم په Post Maturity باندې د پتوفزيولوژي له نظره اغېزې لري چې عبارت دي له:

د پلاسنتا عدم کفايه : له مودې څخه وروسته امېندواري يو غيرنارمل حالت دی، چې د پلاسنتا ظرفيت محدود او د Syncytio trophoblast په عدم کفايې ځانګړې ده، د پلاسنتا Apoptosis په هغو ښځو کې چې ۴۱ – ۴۲ اوونۍ کې وي په پرتله هغو ښځو ته چې ۳۶ – ۳۹ اوونۍ يې تېرې کړې وي زياته ده. په دې ماشومانو کې د اکسيجن قسمي کمښت له کبله د اريتروپويټين توليد تنبه کېږي.

جنيني زجرت او Oligohydramnios: له زېږون مخکې او د زېږون پر مهال کې جنيني زجرت په حبل ثروي باندې د فشار له کبله چې د Oligohydramnios سره يوځای وي رامنځته کېږي.
د جنيني ودې محدوديت: Still birth په هغو نويو زېږېدلو ماشومانو کې چې وده يې محدوده او له ۴۲مې اوونۍ څخه وروسته زېږېږي ډېر عام دی؛ نو له دې کبله په اوس وخت کې په ۴۲مې اوونۍ کې د زېږون تحريک عام شوی دی. له مودې څخه وروسته امېندوارۍ اختلاطات عبارت دي له: Oligohydramniosis او Macrosomia . (Cunningham, 2018)

د اوږده شوي لېبر اختلاطات: که امېندواري له خپلې نورمالې مودې څخه وغځېږي؛ نو له لاندې خطرونو سره د مخامخ کېدو امکان شته دی:

- د پلاسنتا عدم کفایه: د هغې د عمر له کبله چې ځانګړتیاوې یې عبارت دي د پلاسنتا ارتشاح او تکلس دی، چې د التراسونوګرافي په واسطه پېژندل کېږي.
- د جنین هایپوکسیا: له زېږون څخه مخکې چې د پلاسنتا دندې اختلال له امله منځته راځي Meconium, Stained liquor Oligohydrmniosis.
- Postterm syndrome: د زېږون پر مهال د لاندې اختلاطاتو لامل ګرځي:
  - Fetal hypoxia
  - Meconium aspiration
  - Cord compretion
  - shoulder dystocia

مخکې له زېږون څخه اهتمامات: د اوږدې شوې امیندواری درملنې لپاره ځینو مداخلو ته اړتیا لیدل کېږي، خو زیاتره میتودونه او وخت سره توپیر کوي. د درملنې تصمیم نیول په دوه فکتورونو پورې اړه لري:

أ. د زېږون تحریک انتخاب

ب. د جنین د ښې خارنې لپاره متوقع اهتمامات نیول.

د انډکشن فکتورونه: په لاندې ډول دي

۱. Unfavorable cervix

۲. که Bishop score له ۷ څخه کم شي Unfavorable cervix بلل کېږي.
په ۴۲ مې اوونۍ کې یې پېښې ۹۲٪ ته رسېږي.

۳. هغه د رحم غاړه چې پراخه شوې نه وي

۴. که د رحم غاړې اوږدوالی ۳ سانتي متره یا له دې څخه کم وي زېږون تحریک کېږي.

۵. د ممبران څېرې کېدنه: د ممبران په خپل وخت (۳۸ – ۴۰ اوونۍ) څېرې کېدنه له مودې څخه وروسته امیندواریو مخنیوی کوي.

۶. په حوصله کې د جنین سر نښتل: له مودی څخه وروسته امیندواري د زېږون تحریک لپاره بل فکتور ګڼل کېږي.

انډکشن او د جنين معاينه کول: زياتره ماهرين د ۴۱مې اوونۍ پوره کېدو سره د جنين ازموينو ته په انډکشن غوره‌والی ور کوي. د جنين د څارنې په موخه بايد:

۱. هره ورځ د ۲ ساعتونو لپاره د جنين حرکات اندازه کول.

۲. د Non stress معاينه ترسره کول.

۳. د امنيوتيک مايع حجم اندازه کول، په ۴۲مې اوونۍ کې د زېږون تحريکول د C/S چانس زياتوي.(Willams, 2018)

د درملنې ستراتيژي: د ۴۲مې اوونۍ له بشپړېدو څخه وروسته بيا د انډکشن اهتمامات نيول کېږي. هغه مېرمنې چې د امېندوارۍ رښتينې موده يې معلومه وي؛ نو د ۴۲مې اوونۍ بشپړېدو سره يې زېږون تحريک کېږي. په ۹۰٪ مېرمنو کې د ۲ ورځو پر مهال زېږون پيلېږي که د اول انډکشن سره زېږون پيل نه شو؛ نو په درېيمه ورځ بيا زېږون تحريک کېږي. د زېږون د نه پيلېدو په صورت کې د درېيم ځل لپاره د انډکشن يا د C/S تصميم نيول کېږي. که چېرې د امېندوارۍ موده په سم ډول معلومه نه وي؛ د جنين اوونيز Non stress ازموينه او امنيوتيک مايع حجم معلومول ترسره کېږي، که د امنيوتيک مايع حجم ۵ cm > د جنين حرکات لږ وي؛ زېږون تحريک کېږي.(Cunningham, 2018)

۵. د زېږون د وخت اهتمامات: هغه ښځې چې له مودې څخه واوړي؛ نو د زېږون لپاره بايد ژر تر ژره روغتون ته ولاړې شي، تر څو د فعال زېږون لپاره و ارزول شي. په لاندې حالتونو کې بايد حمل ته اجازه ور نه کړل شي، چې له نورمالې مودې څخه وروسته دوام وکړي.

- Hypertension
- Pre eclampsia
- Growth Retardation
- gestational Diabet
- Multiple pregnancy

د جنين د زړه ضربان او د رحم تقلصات وڅارل شي. د زېږون پر مهال امنيوتومي ترسره کول يوه ستونزه ده، چې ممکنه د امنيوتيک مايع د حجم کمېدو له کبله ثروي حبل تر فشار لاندې راشي؛ نو له دې کبله د پردې له رپچر څخه وروسته د سر الکترود او د رحم داخلي فشار معلوموونکی کتيتر ځای پر ځای کېږي، تر څو د جنين د زړه ضربان او

د رحم تقلصاتو په اړه سم معلومات را کړي. امنیوټومي د غلیظ میکونیم پـه معلومولـو کـې هم مرسته کوي. ټینګ میکونیم اسپایریشن د سږو شدیدې عدم کفایې او د نوي زیږېـدلي مړینې لامل کېـږي؛ نـو لـه دې کبلـه د زېـږون پـر مهـال Amnioinfusion تـرسره کېـږي. همدارنګه په لاندې حالاتو کې C/S ته غورهوالی ور کول کېږي:

أ. اولباري ښځې چې ټینګ میکونیم ور سره مل وي
ب. د امنیوتیک مایع رنګ د میکونیم په واسطه بدل شوی وي
ت. CPD
ث. د زیږون عدم کفایې شتون: په دې حالتونو کې باید د Oxytocin له ورکړې څخه مخنیوی وشي.(Wenstrom, 1989; Cunningham, 2018)

څوګونې امېندوارۍ

څوګونې امېندوارۍ د دوو یا څو بیضو د القاح یا د بیضې له القاح څخه وروسته د زایګوټ د وېشلو او یا هم د دواړو په پایله کې رامنځته کېږي. څوګونې امېندوارۍ د دواړو مور او جنین لپاره له خطر څخه ډکه وي. څوګونې امېندوارۍ اندازه د مخکې له وخته زیږون سره مستقیمه اړیکه لري. ولادي سوء اشکال او د هغې اختلاطات او د میندو د مړینې او معیوبیت کچه په څوګونې امیندواریو کې زیاته وي.

۱. د څوګونې امېندوارۍ لاملونه: څوګونې امېندوارۍ د دواړو مور او جنین لپاره له خطر څخه ډکه وي. ولادي سوء اشکال او د هغې اختلاطـات او د میـنـدو د مړینـې او معیوبیـت کچه په څوګونې امېندوارۍ کې زیاته وي، دغه فکتورونه غبرګـونې امېـندوارۍ اغېزمنـوي، ډیموګرافیـک فکتورونـه د مـور عمـر، د زیږونونـو زیـاتوالی، ارثیـت، تغذیـه، انـدواکرین ګډوډي، د شنډوالي لپاره درملنه. د څوګونې امیندوارو مېرمنـو د سـیروم بیتـا hCG سـویه د یوګونې امېندوارۍ په پرتله ډېره لوړېږي.(Cunningham, 2018)

دوه جنینـه زیـاتره د دوه جـلا Ovum لـه القـاح کېـدو څخـه رامنځتـه کېـږي او د Dizygotic twin په نوم یادېږي، چې کېدای شي دواړه تخمې په یو وخت کې القـاح شـوې نه وي، دا ډول غبرګونې زیاتره د بېلو امنیون او کوریون او بېل جنسیت لرونکې وي پـه نـادرو حالتونو کـې یـوه القـاح شـوې Ovum پـر دوه برخـو وېشـل کېـږي او د Monozygotic یـا

Identical twin په نوم يادېږي، که چېرې د القاح شوې تخمې وېش د ۷۲ ساعتونو په ترڅ وشي پايله Monozygot، Dichorion، Diamnion چې د بېلې پلاسنتا او يا سره نښتې پلاسنتا لرونکې به وي او که چېرې دغه وېش د القاح له اتمې ورځې څخه وروسته منځته راشي؛ نو پايله به يې Monozygot، Monochorion، Monoamnion غبرګونې به وي ۲/۳ برخې غبرګونې Dizygotic twin دي.(Cunningham, 2018)

لاندې فکتورونه غبرګونې امېندوارۍ اغېزمنوي:

۱ . *ډيموګرافيک*: د غبرګونې اندازه په هسپانوي، اسيايي او امريکايي ښځو کې د سپين پوستکو ښځو په پرتله کمه وي.(Abel, 2012)

۲ . *مورنۍ عمر*: په ۱۵ – ۳۷ کاله عمر لرونکو مېرمنو کې د Dizygotic غبرګونو فريکونسي څلور ځله زياته ده.(Cunningham, 2018)

۳. *د زېږونونو زياتوالی*: د Parity زياتوالي سره د غبرګونې اندازه لوړېږي.

۴. *ارثيت*: مورنۍ فاميلي تاريخچې په پرتله د پلرنۍ تاريخچې ته زيات اهميت لري.

۵. *اندواکرين*: هغه مېرمنې چې د خولې له لارې د امېندوارۍ ضد درملو د بندولو څخه يوه مياشت وروسته امېندوارې شوي په هغوی کې د Dizygotic غبرګونو اندازه لوړه ده.

٦ .*د شنډتوب درملنه*: د تبيض په موخه د FSH او hCG يا کلوموفين سيټريټ ورکړه او په IVF کې د غبرګونې او څوګونې امېندواريو چانس زياتېږي.

۲. تشخيص: په لاندې ډول تشريح شوې

۱ -*کلينيکي ارزونه:* په څوګونې امېندواريو کې د رحم اندازه په دويم ترايمستر کې د يوګونې امېندوارۍ په پرتله زياته وي. د رحم په بېلابېلو برخو کې د دوه جنينو سرونو جس کول غبرګوني تاييدوي.

۲ - *سونوګرافي:* د سونوګرافي په واسطه د غبرګوني لومړنی تشخيص ډېر دوديز دی. سونوګرافي د جنين شمېر، د امېندوارۍ عمر تخمينول، کوريونيسټي او امنيونيسټي معلومولو لپاره کارول کېږي. د دقيقې معاينې په واسطه د غبرګونې امېندورای په

لومړیـــو وختونـــو کـــې د امېنـــدوارۍ جـــلا کڅـــوړې پـــه مرســـته هـــم تشخیصېږي.(Cunningham, 2018)

۳. مورنی تطابق: د لومړي ترایمستر په پیل کې د څوګوني امېندواریو مېرمنو د سیروم بیتا hCG سویه ډېره لوړېږي؛ نو په دوی کې ډېر زیات زړه بدوالی او کانګې په پرتله د یوګونې امېندوارۍ موجودې وي. د دوی د وینې مقدار ډېر لوړ چې ۵۰ – ۶۰ ٪ په پرتله د یوګونې امېندوارۍ ته چې یواځې ۴۰ – ۵۰ ٪ د وینې مقدار پکې لوړېږي. دوی د امېندوارۍ په دوران کې اوسپنې او فولیټ ته زیاته اړتیا لري. په څوګونې امېندوارۍ کې د رحم زیات پراخوالی او د امنیوتیک مایع د حجم زیاتوالي له کبله د مور بطني احشا او سږي له خپل ځای څخه بې ځایه کېږي او د اعراضو د رامنځته کېدو لامل کېږي. که هایدرامنیوز پیدا شي؛ د مور د اطراحي سیستم په دندو کې بې نظمي منځته راځي. په دې مېرمنو کې د لوړ فشار پېښې په پرتله د یوګونې امیندوارو ښځو ۵ - ۱۰ ځلې لوړ دی. د امېندوارۍ محتوی زیات وزن او د فشار له کبله د رحم پر غاړه باندې کېدای شي دا مېرمنې بې مودې ماشومان وزیږوي، له بلې خوا له یو څخه زیاتو ماشومانو د روزنې او پالنې اندېښنه په دوی کې د Depression لامل ګڼل کېږي.(Ghi, 2015)

۴. د امېندوارۍ پایلې: د څوګوني امېندوارۍ له کبله د امېندوارۍ پایلې یې عبارت دي له:
خپل سري سقط، ولادي غیرنورمال شکلونه ،کم وزنه ماشومان، لوړ فشار، پري‌اکلمپسیا او بې مودې زیږون.(Joo, 2012)

۵. اختلاطات: هغه اختلاطات چې په جنین کې رامنځته کېږي په لاندې ډول دي:

۱. *Monoamnionic* غبرګــوني: د مونوزایګوټیـــک غبرګونـــو پـــه ۱ ســـلنه پېښـــو کـــې د امنیونیـــک کڅـــوړه شریکـــه وي او نـــردې ۱ پـــه ۲۰ مونوکوریونیـــک غبرګـــوني مونوامنیونیـــک وي. ۱۸ –۲۸ ٪ پېښـــو کـــې ولادي انومـــالي‌ګـــانې پکـــې رامنځتـــه کېـــږي. پخـــوا د مړینـــې انـــدازه پـــه مونوامنیونیـــک غبرګونـــو کـــې ۷۰ ٪ وه چـــې پـــه اوس وخـــت کـــې پـــه دغـــه ســـلنه کـــې د پـــام وړ کمـــوالی راغلـــی دی. د مونوزایګـــوټ غبرګونـــو د امېنـــدوارۍ پـــایلې پـــه (۶-۱ انځـــور) کـــې ښـــودل شـــوي دي. Conjoined غبرګـــوني د

مونوامنیونیک غبرګونو یو اختلاط دی، چې ډولونه یې په (21-2 انځور) کې ښودل شوي دي او په لاندې ډولونو لیدل کېږي.(Lewi, 2013)

- Thoracopagus (هغه د سینې په صندوق کې سره نښتي وي)
- Pyopagus (هغه غبرګوني چې د ثرې په برخه کې نښتي وي)
- Craniopagus (هغه غبرګوني چې د سر په برخه کې نښتي وي)
- Ischiopagus (هغه غبرګوني چې د حوصلې په برخه کې نښتي وي)

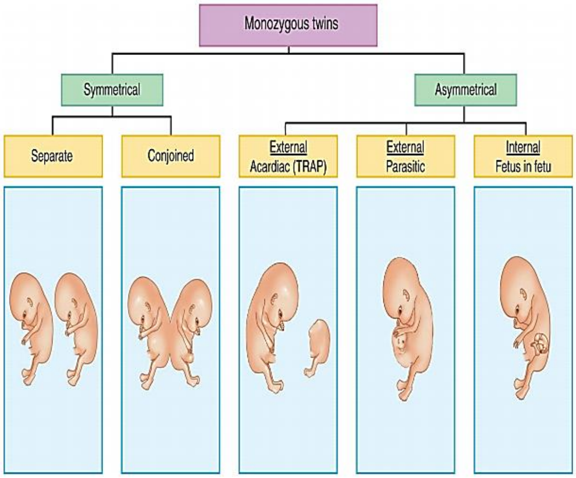
۲. *مونوکوریونیک غبرګوني او وعايي انستموزس*: مونوکوریونیک غبرګوني کې د وعايي انستموزس له کبله لاندې اختلاطات رامنځته کېږي:

الف. Twin-Twin ترانسفیوژن سنډروم: په دې حالت کې په جنین کې لاندې دماغي ابنارملتي ګانې رامنځته کېږي: Cerebral palsy، مایکروسفالي، Porencephaly او Multicystic encephalomalacia. (SMFM, 2013)

ب. په غبرګونو کې د انیمیا یا پولي سایتیمیا رامنځته کېدل.

ج. د غبرګونو شرياني اروا د خرابېدو په پایله کې Acardiac غبرګوني رامنځته کېږي.

د. له نورمال زېږون سره hytidiform mole رامنځته کېدل.

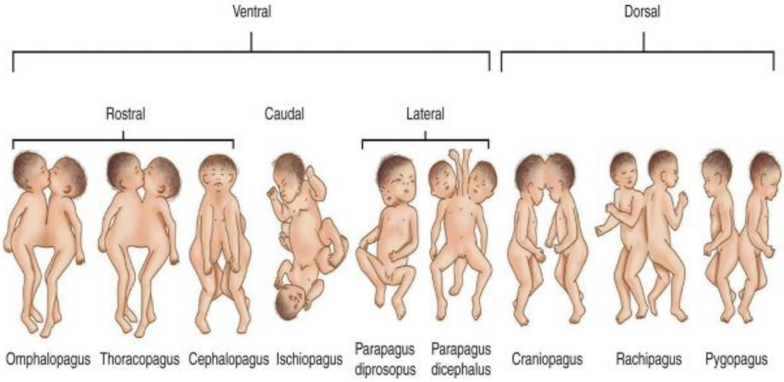


٦-۱-انځور: د مونوزایګوتیک غبرګونو ممکنه پایلې. (Cunningham، ۱۹۷۴)

٦. د غبرګونو جنینونو (مهبلي او سیزارین) زېږون: په لاندې ډول دي

د ناروغ تیارول: دا ډول مېرمنې باید مخکې تیارې شي. د ولادي متخصص شتون، د اړتیا په صورت کې د ټرانسفیوژن لپاره وینه باید اماده وي، سونوګرافي ماشین شتون او د انستیزي ټیم شتون که اړتیا وي باید په بېړنی ډول سیزارین ترسره شي.(Cunningham, 2018)

د زېږون وخت: ځینې فکتورونه د زېږون وخت اغېزمنوي؛ لکه د امېندوارۍ موده، د جنین وده، د سرو پوخوالی او د مورنې اختلاطاتو شتون. په عمومي ډول د غیر اختلاطي څوګوني امېندوارۍ لپاره په ۳۸مې اوونۍ کې د زېږون وړاندیز شوی دی.



٦-٢- انځور: Conjoined غبرګونو ډولونه. (Cunningham، ۱۹۷۵)

د زېږون انلهکشن: یواځې هغه مېرمنې چې د مهبلي زېږون ټینګ هوډ لري د امنیوټومي په واسطه انډکشن ترسره کېږي.(Cunningham, 2018)

د زېږون لاره: که دواړه Cephalic اعتلان ولري؛ نو خپل سري یا فورسپس سره زېږون کوي، که لومړی په سر او دویم جنین د رأس اعتلان ونه لري؛ نو غوره انتخاب سیزارین دی، که مهبلي زېږون ترسره کېږي؛ پر دویم جنین باندې د سفالیک څرخولو مانوره ترسره کېږي.

که لومړی جنین د بریچ اعتلان لرونکی وي؛ نو سیزارین ته غوره‌والی ور کول کېږي. ځکه په مهبلي زیږون کې د Interlacking خطر ماشومان تهدیدوي. په لاندې حالتونو کې که لومړی ماشوم زېږون کړی وي د دویم ماشوم د زېږون لپاره C/S اړین دی؛ لکه د ماشوم هغه معیوبه اعتلان چې څرخول یې امکان و نه لري.

- که چېرې دویم ماشوم د اول ماشوم په پرتله غټ وي.
- جنین د ژوند له خطر سره مخامخ وي

- وروسته د اول ماشوم له زېږون څخه د رحم غاړه ځان را ټول کړي او دوباره تقلص ونه کړي.

د دوه‌گوني میندو د جنینونو زېږون ته په لاندې حالتونو کې C/S ته اړتیا ده:

- لوړ فشار لرونکې میندې
- دیابیتیک میندې
- لومړی ماشوم ناسم اعتلان ولري
- د یو له بل سره نښتي غبرگوني
- د عملیاتي زېږون مخکینۍ تاریخچې درلودل
- مخکې له زیږون څخه د وینې بهېدنې شتون

په دې مېرمنو کې وروسته له زېږون څخه د رحم له نورمال حد څخه زیات پراخېدو له کبله د PPH خطر هېر نه شي.(Smith, 2007)

په رحم کې د مړ شوي جنین پاتې کېدو سنډروم: که چېرې د جنین د مړینې پېښه د امېندوارۍ له ۱۲مې اوونۍ څخه مخکې منځته راغلې وي؛ مړ شوی جنین د مور د بدن له خوا له رشف سره مخامخ کېږي او که چېرې جنین په منځني ترایمستر کې له منځه تللی وي. له منځه تللی جنین یوې کاغذي ورقې ته ورته، چې پر پلاسنتا باندې نښتی وي له رحم څخه خارجېږي.

د لوړ فشار گډوډۍ

د امېندوارۍ له کبله لوړ فشار Gestational hypertension، چې د پرې‌اکلمپسیا سنډروم شواهد ورسره یوځای نه وي او له زېږون څخه ۱۲ اوونۍ وروسته ښه‌والی ومومي. د ځندني لوړ فشار له کبله د پرې‌اکلمپسیا رامنځته کېدل. د Super imposed په نوم یادېږي د امېندوارۍ پر مهال د لوړ فشار درملنې لپاره ځینې درمل شته، چې خطرناک لوړ فشار په اني توگه ټیټوي. د پرې‌اکلمپسیا اختلاطي کېدل چې ټونیک-کلونیک اختلاجات ورسره مل وي د اکلمپسیا په نوم یادېږي.

۱. **ترمینولوژي او ډلبندي:** د لوړ فشار ناروغي په څلور ډوله ده:

۱. د امېندوارۍ لـه کبلـه لـوړ فشـار (Gestational hypertension): چـې د پـري اکلمپسـیا سـنډروم شـواهد ورسره یوځـای نـه وي او لـه زېـږون څخـه ۱۲ اوونـۍ وروسته ښه‌والی ومومي.

۲. پري اکلمپسیا او اکلمپسیا سنډروم.

۳. ځنډنی لوړ فشار.

۴. د ځنـډني لـوړ فشـار لـه کبلـه د پـري اکلمپسـیا رامنځتـه کېـدل. Super immposed

Mild pre eclampsia: پـه دې ډول کـې د وینــې فشـار 160/110mm-Hg څخـه ښـکته یـا مسـاوي وي. پـروټین یوریـا لـه 300 mgr څخـه لـږ وي پړسـوب ممکـن پـه لاسونو، پښو، مخ او د بطن په مخکیني دېوال کې ولیدل شي.

Severe pre eclampsia: پـه دې ډول کـې پـروټین یوریـا یـې مثبـت وي. د وینـې د فشـار انـدازه 160/110mm-hg او یـا لـه هغـې څخـه لـوړ وي، خـو ناروغـه لـه شـدیدې سردردي څخـه چـې زیـاتره پـه Frontal یـا Occipitla برخـه کـې ځـای لـري شـکایت کـوي، سربېـره بـې‌خـوبي، زړه بـدوالي، کـانګي، د لیـدلو ګـډوډي؛ لکـه دوه بینـي او یـا هم د سترګو جال جال کېدو څخه هم شکایات لري.

۲. **دپـری اکلمپسـیا تشـخیص:** کـه چېـرې سیسـټولیک فشـار ۱۴۰ مـلي مـتره سـیماب څخـه او ډیاسـټولیک فشـار د ۹۰ مـلي مـتره سـیماب څخـه لـوړ شي، د لـوړ فشـار تشـخیص ایښـودل کېـږي. پخـوا داسـې نظـر موجـود و کـه سیسـتولیک فشـار ۳۰ مـلي مـتره سـیماب څخـه او ډیاسـتولیک فشـار ۱۵ مـلي مـتره سـیماب څخـه د امېنـدوارۍ پـه منځني وخت کې لوړ شي لوړ فشار ګڼل کېږي.(Cunningham, 2018)

٦-۳- جدول: د لوړ فشار ډولونه او تشخیص

حالت	اړین معیارونه
د امېندوارۍ په وخت کې لوړ فشار	په پخوانیو Normotensive ښځو کې له ۲۰مې اوونۍ څخه وروسته د ۱۴۰/۹۰ ملي متره سیماب څخه د فشار لوړوالی
پری اکلمپسیا او لوړ فشار	
پروټین یوریا	د پروټین یوریا اندازه د ۳۰۰ ملي گرامه/۲۴ ساعتونو څخه زیاته یا د پروټین او کریاټنین نسبت د ۰.۳ څخه زیات وي
ترومبوسایتوپینیا	د platelet اندازه په یو مایکرو لیټر کې له ۱۰۰۰۰۰ څخه کم وي
د پښتورگي عدم کفایه	کریاټنین په یو ډیسي لیټر کې له ۱.۱ ملي گرامه څخه کم وي یا بیز لاین دوه چنده کېدل
د ځیگر اخته کېدل	د سیروم Trans aminase اندازې دوه ځلې د نارمل څخه زیاتېدل
د دماغ نښې	سردردي، د لېدلو گډوډي، اختلاجات
د سږو پړسوب	--

(Cunningham، ۱٦۰۵)

۳. لاملونه: د امېندوارۍ په وخت کې د لوړ فشار په لاملونو کې لاندې فکتورونه رول لري:

- د اول ځل لپاره کوریونیک ویلای سره مخامخ شوي وي.
- د ډېرو کوریونیک ویلای سره مخامخ کېدنه؛ لکه څوگوني امېندواري یا هیداتیفورم مول کې.
- شکر ناروغي، پښتورگي او د زړه او رگونو ناروغیو د پخوانۍ تاریخچې درلودل.
- په امېندوارۍ کې جنیټیکي برابروالی د لوړ فشار رامنځته کېدو لپاره.
- د تروفوبلاستیک انساجو غیرنورمال اشغال د رحمي اوعیو له خوا.
- د مور، پلار (پلاسنتا) او جنیني انساجو تر منځ ایمیونولوژیکي تطابق نه شتون.

- د نارمل امېندوارۍ پر مهال د التهابي او د زړه او رګونو توپیرونو سره د مور تطابق نه کول.
- جنتیکي فکتورونه. (Worley, 2008; Cunningham, 2018)

نښې: د امیندوارۍ ښځې فشار 140/90mm-Hg سره برابر او یا له هغه څخه زیات وي حتی امکان لري، چې د 220/140mm-hg ته هم ورسیږي؛ لکه څنګه چې وویل شو چې په نورمال حالت کې پړسوب په لاندېنیو طرفونو کې په کمه اندازه منځته راځي .که چېرې په یوه اوونۍ کې مور د0.75kg/week څخه زیات وزن واخلي؛ pre eclampsia ته دې فکر وشي دا پړسوب معمولاً ښکتنی خواوو کې، قدم، د خیټې مخکینی دېوال، لاسونو، مخ او فرج کې تبارز کوي. لامل یې هم د کلیوي ګلومیرولونو تخریب دی، ځینې نورې نښې د ناروغۍ په شدت باندې دلالت کوي؛ لکه سردردي د سترګو په دید کې ځینې بدلونونه؛ لکه جال جال کېدل او یا هم Scotoma یا د لېدلو په وخت کې تور رنګه خیالونو شتون، د ایپي ګاستریک د ناحیې درد چې د کبدي ګلایسون د کپسول د کشش له کبله منځته راځي او یا د کبدي انزایمونو لوړوالی، د Platlet count د سویې ټیټوالی، IUGR،Thrombocytopenia له هغه نښونښانو څخه دي، چې د ناروغۍ په شدت دلالت کوي.(Roos, 2012)

۴. پتوجنیزس: که څه هم په دې برخه کې واضحه تیوري نشته، خو ویلای شو چې Pre-eclampsia یو سنډروم دی، چې د مور د بدن بېلابېل اورګانونه اغېزمنوي چې پایله یې د مور او ماشوم لپاره له خطر څخه ډکه ده. کېدای شي ټول دغه بدلونونه د وعایي سیستم د اندوتیلیل وظیفوي ګډوډیو په پایله کې چې د اوعیو د تقبض او اسکیمیا لامل کېږي منځته راشي. د امېندوارۍ پر مهال د لوړ فشار په پتوجنیزس او د رګونو په تقبض کې لاندې فکتورونه رول لري:

- د اندوتیلیل حجرو زیانمن کېدل
- د Pressor غبرګون زیاتېدل
- انجیوجنیک او انتي انجیوجنیک پروټینونو بدلون.(Cunningham, 2018)

۵. اداره کول: هغه امېندوارۍ چې له لوړ فشار سره اختلاطي شوي وي، د هغوی اهتمامات نیول د امېندوارۍ مودې، د پري اکلمپسیا شتون او شدت پورې اړه لري. هغه امیندواره ښځه چې د لوړ فشار په واسطه اختلاطي شوي وي د درملنې بنسټ یې امېندوارۍ ته پای ورکول دي ټینګار کېږي، چې د داسې مېرمنو زېږون باید په داسې مرکز کې وشي، چې د جنین د ساتلو او د مور بیا رغونې لپاره بشپړ امکانات ولري.(Cunningham, 2018)

٦. مقدم تشخیص: عموماً په درېیم ترایمستر کې له زېږون څخه مخکې د ویزیتونو شمېره زیاتېږي. دې ویزیتونو سره کولای شو، چې د لوړ فشار زیاتې پېښې په مقدم ډول تشخیص کړو پرته له هغو ښځو چې له پخوا څخه یې لوړ فشار درلود.

تر هغه پورې چې یوه ناروغه د لوړ فشار، پروټین یوریا، سردردي، د دید ګډوډي او یا هم د اپي ګاسټریک ناحیې درد ونه ولري، له بستر څخه بهر ناروغان په شان ویزیت کېږي خو که د ښځې فشار د اول ځل له پاره لوړ شوی وي، چې ډیاسټولیک ۹۰ ملي متره او یا له دې څخه زیات او سیسټولیک فشار ۱۴۰ ملي متره او یا له دې څخه زیات وي بستر کېږي، تر څو معلوم شي چې ایا پري‌اکلمپسیا ده او یا نه؟ که پري اکلامپسیا وي؛ د هغه شدت معلوموي. هغه ښځې چې شدیده او دوامداره ناروغي لري، امېندوارۍ ته یې پای ورکول کېږي او هغه ښځې چې خفیفه ستونزه لري د (OPD) په څانګه کې یې درملنه کېږي، خو که د لومړي ځل لپاره امیندوارې ښځې اخته وي په ځانګړې توګه که پروټین یوریا هم ولري، باید جدي څارنه یې وشي.(William, 2018)

۷. امېندوارۍ ته پای ور کول: امېندوارۍ ته پای ورکول د پري اکلمپسیا یواځېنۍ درملنه ده. سر درد، د لېدلو ګډوډي او د اپي‌ګاسټریک برخې درد، د اختلاج رامنځته کېدل او اولیګویوریا د پري‌اکلمپسیا ښودونکې ده. په شدیده پري اکلمپسیا کې لومړی د اختلاج ضد درمل او بیا لوړ فشار درمل ور کول کېږي او بیا زېږون تر سره کېږي. د دې درملنه د اکلمپسیا په ډول کېږي او د دې درملنې اصلي موخه دا ده چې د اختلاج او د هغو

اختلاطاتو؛ لکه داخل قحفي خونرېزي او د نورو غړو ترضیضاتو څخه مخنیوی وشـــي او یــو روغ رمــټ ماشـوم نـړۍ ته راشـي.(Tajik, 2012)

که جنین له مودې څخه مخکې وي؛ نو هڅه وشي چې یو څو اوونۍ نور هم په رحم کې پاتې شي تر څو د جنین د مړینې او نورو خطراتو مخنیوی وشي.

۸. د فشار ضد درمل: د امېندوارۍ پر مهال د لوړ فشار درمل عبارت دي Hydralazin، Labetalol، Nifidipin. (Cunningham, 2005)

Hydralazin : هایډرلازین اوس هم د هغو درملو له ډلې څخه دی، چې د امریکا په متحده ایالاتو کې د امېندوارۍ پر مهال د لوړ فشار درملنې لپاره ډېر زیات کارول کېږي. hydralazine د ورید له لارې ۵ mg په ابتدایي ډوز شروع او په ۱۵ - ۲۰ دقیقو کې په ۵ - ۱۰ mg ډوز سره تر هغه پورې چې د قناعت وړ پایله تر لاسه شي تکرارېږي.(Cunningham, 2018)

Labetalol: الفا ۱ او غیر انتخابي بېټا بلاکر چې د لوړ فشار ضد وریدي اغېزمن درمل دي. ځینې یې د لږو جانبي عوارضو له کبله د hydralazin په پرتله ور ته غوره‌والی ور کوي. د امریکا نسایي ولادي کالج داسې وړاندیز کړی، چې باید ۲۰ mg پیل شي او د فشار نه ښکته کېدو په صورت کې لس دقیقې وروسته ۴۰ ملي گرام ته لوړ او وروسته ۸۰ ملي گرامه هر لس دقیقې وروسته زیاتېږي، خو د هرې درملنې په دوره کې باید له ۲۲۰ ملي گرامه څخه زیات نه شي.

Nifidipin: دا یو کلسیم چینل بلاکر درمل چې د امېندوارۍ پر مهال د بېړني لوړ فشار په کنټرول کې گټور دي. لومړی ۱۰ mg د خولې له لارې پیل بیا ۳۰ دقیقې وروسته که اړتیا وي باید تکرار شي.(Shekhar, 2016)

۹. په شدیده پري اکلمپسیا کې د زېږون ځنډول: په وروستیو ۲۵ کلونو کې یوه تگلاره چې په پري ترم (Pre term) شدیدی پرې‌اکلمپسیا کې عملي کېږي. د دې تگلارې پر اساس ژر زېږون ته اقدام ونه شي، چې دې ته ساتندویه درملنه هم وایي. د دې موخه دا ده چې جنیني پایله ښه او د مور ژوند هم له خطر سره مخ نه شي. په دې ډول خارنو کې د مور او جنین ورځنۍ او تکراري څارنه گټورون لري.(Cunningham, 2018)

۱۰. ګلوکو کورټيکويد: د سږي پوخوالي لپاره ګلوکو کورټيکويد درمل هغو ښځو ته ورکول کېږي، چې له مودې څخه مخکې امېندواري او شديده پري‌اکلمپسيا ولري. دا درملنه له يوې خوا د لوړ فشار د خرابوالي لامل نه کېږي او له بلې خوا څخه تنفسي زجرت کموي او د جنين د ژوندي پاتې کېدو چانس زياتوي.(Alexandar, 2015)

۱۱. اکلمپسيا: د پري‌اکلمپسيا اختلاطي کېدل چې ټونيک او کلونيک اختلاجات ورسره مل وي د اکلمپسيا په نوم يادېږي، چې مور او جنين ته اټکل شوي خطرونه نور هم زياتوي. په مورني لويو اختلاطاتو کې يې ۱۰ ٪د پلاسنتا جلاوالی، ٪۷ عصبي ستونزې، ٪۵ د سږي اذيما ٪ ۴د زړه او سږو عدم کفايه،۴ ٪ د پښتورګو ببړني عدم کفايه او۱ ٪ مورنۍ مړينه شامله ده.

هغه امېندوارې ښځې چې د پري‌اکلمپسيا اعراض لري او ورسره سردردي، د ايپي ګاستريک ناحيې درد او د لېدلو ګډوډي؛ لکه د سترګو جال جال کېدل او حتی موقتي ړوندوالی، زړه بدوالی او کانګې، د ورځني ادرار د اندازې کمېدل، د خوب ګډوډي ولري؛ نو دا ښځه د اکلمپسيا په خطر کې ده، چې دې حالت ته Imminent eclampsia ويل کېږي. مخکې له دې نه چې اختلاجي حمله ښکاره شي؛ نو د اختلاج ضد درملو په واسطه دې ورته درملنه پيل شي. د اکلمپسيا اختلاجي ځانګړې حمله د څلورو مرحلو درلودونکې ده، چې عبارت ده له:

مخبره مرحله، Tonic stage، Clonic stage، څلورمه مرحله چې د څو دقيقو نه تر ساعتونو پورې دوام کولای شي. په دې مرحله کې د ښځې اعراض له يوې خفيفې کوما نه تر يوې ژورې کوما پورې توپير کوي. که چېرې د اختلاج حملې تکرار شي Status eclampsia نومېږي. زياتره وروسته له کوما منځه تللو څخه ناروغي يو مغشوش حالت درلودلی شي، چې د تېرو شويو پېښو څخه څه په ياد نه لري او کله چې بيا کوما د څو ساعتونو لپاره دوام کوي؛ نو د خرابو انذارو ښکارندوی ده. د اکلمپسيا اختلاج وژونکی دی بايد ښځه ورځخه وژغورل شي، په ځانګړې توګه تنفسي لارې بايد خلاصه وساتل شي. مګنيزيم سلفيټ په پري اکلمپسيا کې د اختلاج مخنيوي لپاره او په اکلمپسيا کې د اختلاج درولو لپاره کارول کېږي. د اکلمپسيا د درملنې رژيم په متحده ايالاتو کې عبارت دی له:

۱. د اختلاج کنټرول لپاره د مګنیزیم سلفیټ لومړني دوز وریدي تطبیقیږي، چې د وریدي دوامداره (Maintenance) دوز په واسطه تعقیبیږي.

۲. که فشار ډېر لوړ وي؛ نو په متناوب ډول د لوړ فشار ضد درمل کارول کېږي.

۳. که د سږي اذیما موجود نه وي؛ نو د ډیوریټیک ورکړې څخه مخنیوی کېږي.

۴. د اکلمپسیا له خطراتو څخه د ژغورلو لپاره باید جنین ته زېږون ور کړل شي. د اختلاج د کنټرول لپاره $MgSO_4$ څخه ګټه اخیستل کېږي، چې وریدي کارول یې د عضلي کارولو په پرتله غوره ګڼل کېږي، ځکه بېدرده دي او کنټرول یې اسانه دی. لومړنی ډوز یې۴ ګرامه وریدي د ۱۵-۲۰ دقیقو په موده کې بیا ۲ ګرامه په یو ساعت کې د انفیوژن په ډول ورکول کېږي. پاتې دې نه وي، چې هر څلور ساعته وروسته دې د مګنیزیم د تسمم نښې (د تنفس شمېره، کلیوي Out put او عصبي ریفلکسونه) دې وکتل شي. که چېرې غیرنورمال وو، مګنیزیم ورکړه دې ودرول شي. د مګنیزیم سلفیت په واسطه درملنه دې ۲۴ ساعته وروسته د لومړۍ حملې څخه وغځول شي. د مګنیزیم انتي ډوټ Calcium gluconat ۱۰٪ ۱۰ – ۲۰سيسي په کراره د ورید له لارې دی.(Cunningham, 2018)

توپیري تشخیص او اختلاطات: له لاندې ناروغیو سره پکار ده چې د Eclampsia توپیري تشخیص وشي؛ لکه:

أ. Epilepsy

ب. Cerberal Vascular Accident

ت. Cerberal Thrombosis

ث. Meningitis

ج. Encephalitis

ح. Hysteria

خ. Cerbral Maleria

همدارنګه Eclampsia څخه رامنځته کېدونکې ستونزې په لاندې ډول دي: اختلاجات، د زړه د کین بطین، کلیو او سږو عدم کفایه، سینه بغل، ریوي امبولي، د پلاسنتا مخکې له وخت څخه بېلېدل، ځیګر او سترګو ګډوډی، IUGR، DIC، IUFD. په ۱-۳٪ پېښو کې Gravidarum Retinopaty منځته راځي، چې د ګذري ړوندوالي لامل کېدای شي. لامل یې د شبکیې مخکې له وخت څخه نیمګړې یا بشپړ ډول بېلېدنه او ترومبوز وي او په ورته وخت کې شبکیه هم پړسوب سره مخامخ کېږي.

لنډيز

د امېندوارۍ د مودې له نظره نوی زېږېدلی ماشوم بې‌مودې، پوره مودې او یا وروسته له مودې وي. د ممبران مخکې له وخته څېرې کېدل(PPROM) د ۳۷مې اوونۍ بشپړېدو او د زېږون له پیل څخه د مخه د جنیني پردې پخپل‌سر څېرې کېدنې ته ویل کېږي.

Post-maturity syndrome ځانګړتیاوې یې عبارت دي له ګونځې لرونکی، غوټه مانندە او سپین پوستکی، اوږد او نری بدن، اوږده نوکان او د نوي زېږېدلی ماشوم پوخوالی یعنې خلاصې سترګې، ظاهراً بوډا او تشویش‌ناک ښکاري.

څوګونې امېندوارۍ د دوه یا څو تخمو له القاح او یا له القاح څخه وروسته د زایګوټ د وېشلو په پایله کې رامنځته کېږي.

د امېندوارۍ پر مهال د وینې لوړ فشار چې یو Multi organs syndrome دی که چېرې سیستولیک فشار ۱۴۰ ملي‌متره سیماب څخه او ډیاستولیک فشار له ۹۰ ملي متره سیماب څخه لوړ شي د لوړ فشار تشخیص ایښودل کېږي. څرنګه چې د اکلمپسیا اختلاج وژونکی دی، باید ښځه ور څخه وژغورل شي، مګنیزیم سلفیټ په پرې اکلمپسیا کې د اختلاج مخنیوي لپاره او په اکلمپسیا کې د اختلاج د ودرولو لپاره کارول کېږي.

پوښتنې

څلور ځوابه پوښتنې

لاندې پوښتنې ولولئ او سم ځواب په نښه کړئ

۱. د glycocorticoid د درملنې موخه په بې‌مودې زېږون کې عبارت ده له:

الف - د سږو پوخوالی　　ج - د ځګير د دندو ښه‌والی

ب - د پښتورګو د دندو ښه‌والی　　د - د دماغ د دندو ښه‌والی

۲. هغه امیندوارې ښځې چې د امېندوارۍ پر مهال $mgso_4$ اخيستی وي.

الف - په نوي زېږېدلي ماشوم کې د دماغي فلج چانس لږ وي

ب - په ماشومانو کې د دماغي فلج چانس زيات وي

ج - په نوي زېږېدلي ماشوم کې د دماغي فلج باندې اغېزه نه لري

د - په ماشومانو کې شته دماغي فلج ناروغي نوره هم زياتوي

۳. هغه مېرمنې چې د امېندوارۍ مودې د ۲۳ – ۳۴ اوونيو ترمنځ وي او په راتلونکو ۷ ورځو کې د زېږون خطر شتون ولري بايد

الف - کورتيکوتراپي ترسره شي　　ج- کورتيکوتراپي دې نه ترسره کېږي

ب - کورتيکوتراپي دې بنده شي　　د- انتي بيوتيک تراپي دې ترسره شي

۴. له مودې څخه وروسته اميندواريو اختلاطات عبارت دي

الف- Oligohydramniosis

ب – Macrosomia

ج- الف او ب ځوابونه دواړه سم دي

د- الف او ب ځوابونه دواړه غلط دي

۵. په ۹۰ ٪مېرمنو کې د ۴۲مې اوونۍ بشپړېدو سره د زېږون له تحريک څخه وروسته

ج په ۲اوونيو کې زېږون پيلېږی　　الف په ۲ ورځو کې زېږون پيلېږي

د- په ۳ اوونيو کې زېږون پيلېږي　　ب- په يوه اوونۍ کې زېږون پيلېږي

۶. د ۴۱ مې اوونۍ پوره کېدو سره د جنین د څارنو لپاره کومه څارنه اړینه نه ده؟

الف - هره ورځ د ۲ ساعتونو لپاره د جنین حرکات اندازه کول.

ب - د Non stress معاینه ترسره کول

ج - د امنیوتیک مایع حجم اندازه کول.

د - یو ځل التراسونوګرافي تر سره کول

۷. د PPROM په شتون کې د کوم انتي بیوتیک ورکول حتمي دي

الف Ampicilline

ب - Amoxacilline

ج Ciprofloxacine

د-Gentamycine

۸ . د بې اختلاطه څوګونې امېندوارۍ د زېږون لپاره کومه اوونۍ وړاندیز شوې ده:

الف – ۳۸مه اوونۍ

ب – ۳۹مه اوونۍ

ج-۴۰مه اوونۍ

د -۴۱مه اوونۍ

۹. په څوګونې امېندوارۍ کې د زېږون د تحریکولو په موخه:

الف- د میزوپروستول په واسطه اندکشن غوره دی.

ب- د میفیپروستون په واسطه اندکشن غوره دی.

ج - د اوکسي ټوسین د لوړ دوز په واسطه اندکشن غوره دی.

د –امینوټومي غوره دی.

۱۰. په لاندې کومو حالتونو کې امېندوارۍ ته اجازه نه ورکول کېږي، چې له نورمالې مودې څخه واوړي:

ب-Pre eclampsia

الف- low birth weight

د-Molar pregnancy

ج-Growth Retardation

تشریحي پوښتنې

۱. د وروسته له وخت څخه امېندوارۍ کې د جنیني ودې محدویت توضیح کړئ.

۲. fetal desstress په غځېدلې امېندوارۍ کې توضیح کړئ.

۳ . Post date syndrome څه ته وايي؟

۴. Still birth په هغو ....ماشومانو کې چې .... او له .... اوونۍ څخه وروسته زېږېږي ډېر عام دی.

۵. د جنين د مړينې لاملونه په غځېدلې امېندوارۍ کې عبارت دي له د امېندوارۍ .... فشار، اوږد زېږون چې .... ورسره يوځای و.

۶. د مور عمر او زيات زېږونونه تړاو د څوګونې امېندوارۍ سره څه دي؟

۷. د سونوګرافي په واسطه د څوګونې امېندوارۍ تشخيص څه ډول کېږي؟

۸. ايا اوس مهال د غبرګوني جنين د څرخولو لپاره د EPVمانوره کارول کېږي؟

۹. د PPH لامل په څوګونو امېندواريو کې روښانه کړئ.

۱۰. د لوړ فشار ګډوډيانې پر څو ډولونو وېشل کېږي؟

ماخذونه

Abel EL & Kruger ML. (2012) *Maternal and paternal age and twinning in the United States, 2004–2008*. J Perinat Med 40:237.

Alexander JM & Cunningham FG. (2015) *Management. In Taylor RN, Roberts JM, Cunningham FG (eds): Chesley's Hypertensive Disorders in Pregnancy,* 4th ed. Amsterdam, Academic Press.

Ayyavoo A & Derraik JG & Hofman PL, et al. (2014) *Postterm births: are prolonged pregnancies too long?* J Pediatr 164(3):647.

Cunningham F.Gary & Leveno Kenneth J, et al. (2018) *Williams Obstetrics*, 25th edition, United State: McGraw-Hill Education, Pp: 1610, 1614. 1615, 1643, 1649, 1833, 1834, 1894, 1896, 1952, 1961, 2000, 2001.

Cunningham FG. (2005) *Severe preeclampsia and eclampsia: systolic hypertension is also important*. Obstet Gynecol 105(2):237.

Dutta EH & Behnia F & Boldogh I, et al. (2016) *Oxidative stress damage-associated molecular signaling pathways differentiate spontaneous preterm birth and preterm premature rupture of the membranes*. Mol Hum Reprod 22(2):143.

Ghi T & degli Esposti D & Montaguti E, et al. (2015) *Maternal cardiac evaluation during uncomplicated twin pregnancy with emphasis on the diastolic function*. Am J Obstet Gynecol 213(3):376.

Joó JG & Csaba Á & Szigeti Z, et al. (2012) *Spontaneous abortion in multiple pregnancy: focus on fetal pathology*. Pathol Res Pract 208(8):458.

Lewi L & Deprest J & Hecher K. (2013) *The vascular anastomoses in monochorionic twin pregnancies and their clinical consequences*. Am J Obstet Gynecol 208(1):19.

Martin JA & Hamilton BE & Osterman MJ. (2017) *Births: final data for 2015*. Natl Vital Stat Rep 66(1):1.

Roos NM & Wiegman MJ & Jansonius NM, et al. (2012) *Visual disturbance in (pre) eclampsia.* Obstet Gynecol Surv 67(4):242.

Shekhar S & Gupta N & Kirubakaran R, et al. (2016) *Oral nifedipine versus intravenous labetalol for severe hypertension during pregnancy: a systematic review and meta-analysis*. BJOG 123(1):40.

Smith GC & Fleming KM & White IR. (2007) *Birth order of twins and risk of perinatal death related to delivery in England, Northern Ireland, and Wales, 1994–2003: retrospective cohort study.* BMJ 334(7593):576.

Society for Maternal-Fetal Medicine & Simpson LL. (2013) *Twin-twin transfusion syndrome*. Am J Obstet Gynecol 208(1):3.

Tajik P & van der Tuuk K & Koopmans CM, et al. (2012) *Should cervical favourability play a role in the decision for labour induction in gestational hypertension or mild preeclampsia at term? An exploratory analysis of the HYPITAT trial.* BJOG 119(9):1123.

Wenstrom KD & Parsons MT. (1989) *The prevention of meconium aspiration in labor using amnioinfusion*. Obstet Gynecol 73:647

Worley LC & Hnat MD & Cunningham FG. (2008) *Advanced extrauterine pregnancy: diagnostic and therapeutic challenges*. Am J Obstet Gynecol 198(3):297.

اووم څپرکی

امېندواري او ناروغۍ

په ښخوا وختونو کې DM يوه داسې ناروغي وه، چې د اختلاطي امېنـدوارۍ او د مـور او جنين له معيوبيت او مړينې سره يو ځای وه.

پـه کـال (1998) Centers for control and prevention disease انيميـا داسـې تعريفوي هغه اميندواره ښځه په دې ګروپ کې راځي، په لومړي او دريم ترايمسترونو کې د هغوی د هيموګلوبين اندازه 11g/dl او په دويم ترايمستر کې يې اندازه 10.5g/dl وي.

Rh انتـي جـن يـو لايپـوپروټين دی، چـې د سرو حجـرو پـه حجـروي غشـاء کـې ځـای لـري. Rh انتـي جنونــه عبــارت دي لــه: D، C، c، E، e او G. تــر ټولــو غــټ انتي جن هغه D انتي جن (Rh factor) دی.

هغـه نـوي زېږېـدلي ماشـومان چـې وزن يـې لـه امېنـدوارۍ مـودې څخـه ۱۰ سـلنه کـم وي Small for gestational age بلـل کېـږي او Macrosomia يـوه اصطلاح ده، چې په پتالوژيک ډول د جنين زياته وده او نشونما تعريفوي.

انتـان پــه دوه ډولــه انتقــالېږي Horizontal transmission چــې پــه دې کــې انتـان لـه يـو څخـه بـل تـه پـه بېـل ډول خپرېـږي. Vertical transmission پـه دې حالت کې انتان لـه مـور څخـه ماشـوم تـه د پلاسـنتا، د زېـږون پـر مهـال يـا د مـور شـيدو ور کولو په واسطه انتقالېږي.

د زده‌کړې موخې

- دامېندوارۍ پر مهال شکره
- د وینې ګډوډي
- د Rh منفي ښځو امېندواري
- دجنین د ودې ګډوډۍ او رحمي مړینه
- د امېندوارۍ په دوران کې انتاني ناروغۍ

د امېندوارۍ پر مهال شکره

پخوا وختونو کې DM یوه داسې ناروغي وه، چې د اختلاطي امېندوارۍ او د مور او جنین له معیوبیت او مړینې سره یو ځای وه، چې د انسولین له کشف سره په دې کې په زیاته اندازه کموالی راغلی، په داسې حال کې چې Gestational Diabetes اوس هم د امېندوارۍ د اختلاطي کېدو لامل کېږي، جنیني اغېزې عبارت دي له: بنفسهي سقط، سوء تشکلات چې د زړه، اسکلیتي عضلي، بولي سیستم، مرکزي عصبي سیستم، هضمي او نورې انومالي‌ګانې پکې برخه لري.

د دیابت ډلبندي

په غیر امیندوارو ښځو کې شکر په دوه ډوله دی.

۱. هغه ډول یې چې په هغې کې د انسولین فقدان د اوتوامیون له کبله وي د Type1 diabetes په نوم یادېږي.

۲. هغه ډول شکر چې پکې د انسولین پر وړاندې مقاومت شتون ولري او د ګلوکوز تولید زیات شوی وي د Type 2 diabetes په نوم یادېږي.

(Cunningham, 2018)

۱- د امېندوارۍ پر مهال د شکر ډلبندي: دیابت د امېندوارۍ تر ټولو لوی طبي اختلاط دی، چې پر دوه ډوله ډلبندي کېږي.

۱. که یوه ښځه له حمل اخیستلو مخکې شکر ولري د Pregestational یا Overt Diabetes په نوم یادېږي.

۲. که چېرې شکر د امېندوارۍ په جریان کې تشخیص شي د Gestational diabetes په نوم یادېږي.

د White له نظره په امېندوارۍ کې د شکر ډلبندي: تر ۱۹۹۰ کال پورې د Priscilla White ډلبندي د درملنې اصل جوړاوه چې په اوس وخت کې ډېر نه کارول کېږي. په (۷- ۱- جدول) کې ښودل شوی.(Cunningham, 2018)

۷- ۱- جدول: د White طبقه‌بندي چې له ۱۹۸۶ څخه تر ۱۹۹۴ پورې د اختلاطي کوونکي شکر درملنې لپاره استعمالېده

کلاس	پیل	د پلازما د گلوکوز اندازه		درملنه
		په نهاره	غذا څخه ۲ ساعته وروسته	
A_1	Gestational	<105mg/dL	<120mg/dL	پرهېز (Diet)
A_2	Gestational	>105mg/dL	>120mg/dL	انسولین
کلاس	د پیل کېدو عمر (کال)	دوام (کال)	وعایي ناروغۍ	درملنه
B	له ۲۰ زیات	<۱۰	هیڅ نه	انسولین
C	۱۰ – ۱۹	۱۰ – ۱۹	هیڅ نه	انسولین
D	له ۱۰ مخکې	>۲۰	Benign retinopathy	انسولین
F	هر یو	هر یو	Nephropathy	انسولین
R	هر یو	هر یو	Proliferative retinopathy	انسولین
H	هر یو	هر یو	Heart	انسولین

(Cunningham، ۲۴۶۴)

۲. د امېندوارۍ شکر: Gestational diabetes یا د امېندوارۍ شکره پـه ۵ ٪ پېښـو کـې رامنځته کېږي، پېښې يې نظر نژاد، عمر او د بدن جوړښـت تـه تـوپير کـوي. د امېنـدوارۍ شکره هغـې شـکرې تـه وايـي، چـې د امېنـدوارۍ لـه املـه د کاربوهايـډريټ پـر وړانـدې مقاومت په نتيجه کې رامنځته کېږي. ډېره مهمه يـې دا ده، چـې د جنـين د ودې زيـاتوالي لامل کېږي، چې د زېږون پر مهال د مـور او ماشـوم د ترومـا لامـل کېـږي. Gestational diabetes د Fetal macrosomia، Neonatal hypoglycemia، Maternal obesity لامل کېږي. د درملنې لپاره غوره د خوړو رژيـم، ورزش، د ګلوکـوز څارنـه او د انسـولين درملنه توصيه کېږي.(Cunningham, 2018)

۳. Gestationaldiabets *Pre*: په امېندوارۍ کـې د Type II Diabetes پېښـو زيـاتوالي له کبله د اغېزمن شويو امېندوارۍ په شمېر کې هم زياتوالی راغلی دی. هغه ښځې چې په Pre-Gestational Diabetes اخته وي ۵ – ۱۰ ٪ پېښو کې لـه امېنـدوارۍ څخـه وروسـته ډېر ژر په شکر اخته کېږي.(Cunningham, 2018) هغه ښځې چـې د هغـوی پـه پلازمـا کې د ګلوکوز اندازه لوړه، glucosuria او Ketoacidosis ولري نور تشخيص تـه اړتيـا نـه لري. هغه ښځې چې د هغوی RBS د 200mg/dL څخه لوړ او د شکر اساسي نښـې؛ لکـه Polydipsia، Polyuria او د وزن ضـياع شـتون ولـري د WHO د تعريـف پـه اســـاس Diabetes تشخيصېږي.(Cunningham, 2018)

د Diabetes په واسطه په مور، جنين او نـوي زېږېـدلي ماشـوم کـې رامنځتـه شـوي اختلاطات په لاندې ډول دي:

۴. جنيني اغېزې: خپل سـري سقط، مخکې له وخته زېږون، سوء تشکلات چې په ۱۱ ٪پېښو کې د Type I diabetes سره تړون لري، چې د زړه، اسکليتي عضلي، هضمي، بولي، مرکزي عصبي سيستم او نورې انومالي‌ګانې پکې برخه لري. د جنيني د ودې وروسته‌والی ممکن د ولادي نيمګړتياوو له کبله رامنځته شي، په داسې حال کې چې Overgrowth په pre-gestational diabetes کې زيات رامنځته کېږي. مورنۍ Hyperglycemia د جنيني Hyperinsulinemia لامل کېږي، چې په پايله کې يې د جنين بدن وده زياته تنبه کېږي(۷- ۱- انځور)

۷- ۱- انځور: د شکرې لرونکې مور څخه نوې زیږېدلې ماشومه چې Macrosomia ده.(Cunningham، ۲۴۷۰)

۱. د *جنین نامعلومه مړینه:* په Pre-Gestational Diabetes کې د جنیني مړینې خطر ۳-۴ ځلې زیات دی.

۲. *Hydroamnios*: شکرې لرونکې امېندوارۍ زیاتره د امنیوتیک مایع زیاتوالي په‌واسطه اختلاطي کیږي.(Cunningham, 2018)

د شکرې اغېزې پر نوي زیږېدلي ماشوم باندې: شکرې باندی اخته امیندوارو مېرمنو کې مخکې له دې چې د جنین روغتیا زیانمنه شي او یا امېندوارۍ مودې ته ورسېږي، زېږون ترسره کیږي تر څو د نامعلوم Still birth څخه مخنیوی وشي.(Cunningham, 2018)

لاندی اغیزی پر نوی زیږیدلی ماشوم درلودلای شی .

۱. Respiratory distress syndrome
۲. Hypoglycemia
۳. Polycythemia & Hyperbilirubinemia
۴. Cardiomyopathy

۵. د Diabetes ارثیت: که مور او پلار په T_1 DM باندې اخته وي؛ نو اولاد یې ۳-۵٪ د اخته کېدو چانس لري، په داسې حال کې که مور او پلار په T_2 DM اخته وي؛ اولاد یې ۴۰ ٪ د اخته کېدو چانس لري.

۴. **مورنۍ اغېزې:** د Diabetes په واسطه امېندوارې مېرمنې په لاندې ستونزو اخته کېدای شي:

Pre-eclampsia ،Diabetic Nephropathy ،Diabetic Retinopathy ،Diabetic neuropathy ،Diabetic Ketoacidosis ،Infection .

۵- د امېندوارۍ پر مهال د Diabetes درملنه: *په لاندې ډول ده*

له حمل اخيستلو مخکې څارنه: څرنګه چې د مور ګلايسميک کنټرول او د امېندوارۍ اختلاطاتو تر منځ نږدې اړيکي شته دي؛ نو اړينه ده د دې لپاره چې د حمل وختي ضياع او د نوي زېږېدلي ماشوم ولادي انومالۍ اندازه کمه کړی شي؛ نو له حمل اخيستلو څخه مخکې ضروري طبي څارنه او پوهاوی اړين دی. له حمل اخيستلو مخکې انسولين کارول کېږي، د Retinopathy يا Nephropathy او عصبي تيوب د زيانونو د خطر د کمولو په موخه Folate 400µg/day ورکول کېږي. که د امېندوارۍ په لومړيو وختونو کې Diabetes تشخيص شي؛ نو ناروغه بستر کېږي او د ګلوکوز د کنټرول پروګرام او پوهاوی پيل کېږي.

د انسولين درملنه: د امېندوارۍ په لومړي ترايمستر کې د Diabetes ښه درملنه انسولين دي (۷- ۲- جدول) په داسې حال کې چې د خولې له لارې هايپوګلايسميک درمل هم اغېزمن تماميږي، چې په اوس وخت کې نه توصيه کېږي. حامله ښځې بايد د Glucometer په واسطه د ګلوکوز اندازه خپله معاينه کړي.(Cunningham, 2018)

۷- ۲- جدول: د اوږدې او لنډې مودې انسولين

د انسولين ډول	شروع	پيک (Peak) (ساعت)	دوام (ساعت)
د لنډې مودې اغېزه کوونکي انسولين (تحت الجلدي)			
Lispro	۱۵ دقيقې >	۰،۵ – ۱،۵	۳ – ۴
Glulisine	۱۵ دقيقې >	۰،۵ – ۱،۵	۳ – ۴
Aspart	۱۵ دقيقې >	۰،۵ – ۱،۵	۳ – ۴
Regular	۳۰ – ۶۰ دقيقې	۲ – ۳	۴ – ۶
د اوږدې مودې اغېزه کوونکي انسولين (تحت الجلدي)			
Detemir	۱ – ۴ ساعته	کمه اندازه (Minimal)	تر ۲۴ ساعتونو پورې
Glargine	۱ – ۴ ساعته	کمه اندازه (Minimal)	تر ۲۴ ساعتونو پورې
NPH	۱ – ۴ ساعته	۶ – ۱۰	۱۰ – ۱۶

(Cunningham، ۲۴۸۰)

۷-۳- جدول: د وينې د ګلوکوز د اندازه کولو پخپله څارنه

Specimen	اندازه (mg/dL)
Fasting	≤ ۹۵
له غذا څخه مخکې Premeal	≤ ۱۰۰
له غذا څخه ۱ ساعت وروسته	≤ ۱۴۰
له غذا څخه ۲ ساعته وروسته	≤ ۱۲۰
۰۲۰۰ – ۰۶۰۰	≥ ۶۰
Mean (اوسط)	۱۰۰
Hemoglobin A_{1c}	≤ ٪۶

(Cunningham، ۲۴۸۱)

د خوارړو رژيم: دغو مېرمنو ته ۱۷۵ gr کاربوهايډريټ په ورځ کې ورکول کېږي، چې يو غوره د خوارړو رژيم يې عبارت دی له: ۵۵ ٪ کاربوهايډريټ،۲۰ ٪ پروټين او ۲۵ ٪ شحم چې مشبوع شحم به يې له ٪۱۰ څخه کم وي.(Cunningham, 2018)

هايپوګلايسيميا: په لومړي ترايمستر کې د هايپوګلايسميا پېښې اوج ته رسېږي، چې د وينې ګلوکوز اندازه يې د 40 mg/dL څخه هم کمېږي.

دويم ترايمستر : د امېندوارۍ له ۱۶مې تر ۲۰مې اوونۍ پورې د عصبي تيوب د نيمګړتياوو د معلومولو لپاره د مور د سيروم Alpha Fetoprotein اندازه او سونوګرافيک ازموينې ترسره کېږي. څرنګه چې د Diabetes ميندو په ماشومانو کې د زړه ولادي انومالیو پېښې پنځه ځلې زياتې دي؛ نو په دويم ترايمستر کې د جنين U/S , ECG ترسره شي په همدې وخت کې د ګلايسيميا د کنټرول لپاره خپل ځاني څارنه اړينه ده، چې ممکن د انسولين زيات مقدار اخيستلو ته اړتيا ولیدل شي.

درېيم ترايمستر او زېږون: د تېرو څو لسيزو په دوران کې په Diabetes اخته امېندوارو ميندو کې د Still birth مخنيوي لپاره به يې د يو پروټوکول له مخې د زېږون پروسه هڅوله، په اوس وخت کې که جنين ډېر زيات غټ نه وي او د رحم غاړه د زېږون لپاره

مناسب وي؛ نو زېږون هڅول کېږي. C/S د غټ ماشوم له تروماتيک زېږون څخه د مخنيوي په موخه ترسره کېږي. په پرمختلليDiabetes کې د C/S کچه لوړه ده. د زېږون په ورځ کې د اوږدې مودې اغېزه کوونکي انسولين ور کول کېږي. د زېږون په دوران کې Regular انسولين ور کول کېږي، د نفاس دوره کې د انتان د شتون په صورت کې انتان په نښه او درملنه وشي.(Little, 2015; Cunningham, 2018)

٦. د امیندوارتر منځ د واټن ورکولو غوره میتود: هغه Contraceptive کارول چې Steroid ولري د ديابت وعايي سيستم اختلاطات تشديدوي، خو مناسب ميتود دوی ته , Barrier Methode Only Progesterone Pill Sterillization ,IUCD دی دا ښځې په ځانګړې توګه خپلځاني حفظالصحې ته د اميون سيستم د کمزورتيا له کبله ځانګړې پاملرنه وکړي.

د وينې سيستم ګډوډي

په کال (CDC(1998 انيميا داسې تعريفوي: هغه امېندواره ښځه چې اوسپنه په امېندوارۍ کې اخلي په لومړي او درېيم ترايمسترونو کې د هغوی د هيموګلوبين اندازه 11g/dl او په دويم ترايمستر کې يې اندازه 10.5g/dl وي، په دې ډله کې برخه لري. د امېندوارۍ پر مهال د پلازما او سرو کروياتو د حجم زياتېدو له کبله د HB او HCT اندازې په سطحې ډول کمېږي.(CDCP, 1998; Cunningham, 2018)

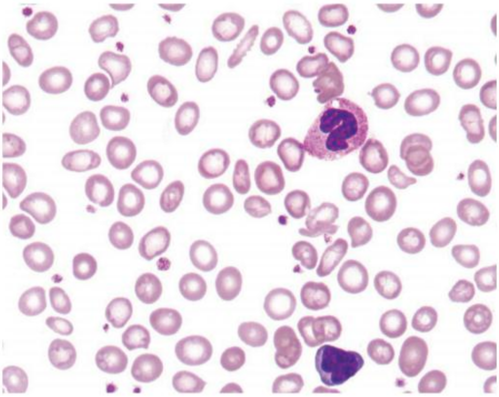
۷-۴- جدول: د امېدوارۍ په دوران کې د انيميا لاملونه

کسبي	ارثي
د اوسپنې کمښت انيميا	تلاسيميا
د وينې حادې ضياع له کبله رامنځته شوې انيميا	سيکل سيل هيموګلوبينوپتي
د التهاب يا خباثت له کبله انيميا	نورې هيموګلوبينوپتي ګانې
ميګالوبلاستيک انيميا	ارثي هيمولايتيک انيميا
کسبي هيمولايتيک انيميا	
اپلاستيک يا هايپوپلاستيک انيميا	

(Cunningham، ۲۴۱٦)

۱. **د اوسپنې د کمښت انیمیا:** د امېندوارۍ او نفاس په موده کې د انیمیا تر ټولو دودیز لاملونه د اوسپنې کمښت او د وینې بېړنۍ ضیاع څخه عبارت دي. په یوه‌ګوني امېندوارۍ کې د مور لپاره په اوسط ډول ۱۰۰۰ mg اوسپنې ته اړتیا پېښېږي، په داسې حال کې چې د ګڼ شمېر جنینو امېندوارۍ ښځې له ۱۰۰۰ mg څخه زیاته اړتیا لري. د دې اندازې په اخیستلو سره د اوسپنې زېرمې پوره کېږي او د اوسپنې کمښت د انیمیا مخنیوی کوي.(Ru, 2016)

د اوسپنې کمښت انیمیا عموماً د هیموګلوبین غلظت کې کموالی رامنځته کوي. په درېیم ترایمستر کې اضافي اوسپنې ته اړتیا پېښېږي، تر څو د مور هیموګلوبین زیات او جنین ته ولېږدول شي. څکه چې د نورمالو او د اوسپنې کمښت لرونکو میندو څخه یو شان اوسپنه جنین ته لېږدول کېږي. ددې ډول انیمیا بنسټیز مورفولوژیکې نښې د سرو حجرو هایپوکرومیا او مایکروسایتوزس څخه دي. د سیروم فیریتین کچه ټیټه وي.(Cunningham, 2018)



۷-۲- انځور: د اوسپنې کمښت انیمیا لرونکو امیندوارو ښځو د محیطي وینې سمپل. (Cunningham، ۲۴۱۸)

د WHO د سپارښتنو پر اساس امېندوارې ښځې باید د ورځې په روټین ډول ۳۰ – ۶۰ mg اوسپنه او ۱۰۰ مایکرو ګرامه فولیک اسید واخلي. د اوسپنې کمښت انیمیا لپاره ساده Iron salts تر ۲۰۰ mg پورې د ورځې له خوا واخیستل شي، چې په دې کې gluconate , fumarate, ferrous sulfate برخه لري.

۲. د بېړنۍ وينې بهېدنې له کبله رامنځته شوې انيميا : د امېندوارۍ په لومړيو وختونو کې انيميا د بېړنۍ وينې بهېدنې له کبله چې د سقط، Ectopic pregnancy او Hydatidiform mole سره يوځای وي رامنځته کېږي.

له زېږون څخه وروسته انيميا د زېږون پر مهال د وينې بهېدنې له امله وي. که د هيموګلوبين اندازه تر 7g/dl وي؛ نو د هيموډاناميک له نظره ښځه Stable ده.(Cunningham, 2018)

۳. د وينې کمښت د ځنډنۍ ناروغۍ له کبله: په نړۍوال کچه ځنډنۍ ناروغۍ تر ټولو زيات د انيميا دويم دوديز لامل دی. په لاملونو کې يې د پښتورګو عدم کفايه، د کولمو التهابي ناروغۍ، د منظم نسج ګډوډي ګرانولوماتوس انتانات، خبيث نيوپلازمونه، روماتويد ارترايتس او مزمن تقيحي حالتونه ګډون لري. د پښتورګو ځنډنۍ عدم کفايه د امېندوارۍ پر مهال د انيميا تر ټولو دوديز لامل دی. Recombinant د مزمنو ناروغيو او د پښتورګو ځنډنۍ عدم کفايې له کبله انيميا کې کارول کېږي، په ځانګړې توګه که HCT ۲۰٪ وي.

۴. Megaloblastic Anemia : دا انيمياوې د DNA synthesis د نيمګړتياوو په پايله کې رامنځته شوې د وينې او د هډوکو مغز په ګډوډيانو ځانګړې دي، چې په پايله کې د وينې غټې حجرات چې هسته يې پخه شوې وي او سايتوپلازم يې نورمال وي.(Cunningham, 2018)

Folic Acid Deficiency: ميګالوبلاستيک انيميا د امېندوارۍ په جريان د فوليک اسيد د کمښت په پايله کې رامنځته کېږي. پخوا دې حالت ته د امېندوارۍ pernicious انيميا ويل کېده.(Cunningham, 2018)

پرته له امېندوارۍ څخه د فوليک اسيد اړتيا ۵۰ – ۱۰۰mcg/ dl ده په داسې حال کې چې د امېندوارۍ پر مهال نوموړې اړتيا ۴۰۰mcg ته رسېږي. د درملنې لپاره يې د فوليک اسيد سره اوسپنه يوځای ورکول کېږي د Folate کمښت په پايله کې د عصبي تيوب جوړښت ګډوډي رامنځته کېږي. ډاکټرن ټولو هغو ښځو ته چې په فعال جنسي- عمر کې وي د فوليک اسيد ۴۰۰µ g هره ورځ اخيستل توصيه کوي.

Vitamin B12 Deficiency د امېندوارۍ پر مهال د ويټامين بي ۱۲ کچه د غيرامېندوارو ښځو په نسبت ټيټه وي، چې لامل يې د binding پروټين کچې کموالی دی، چې د Transcobalamin په نوم يادېږي. د VIT B $_{12}$ هره ورځ اړتيا 2µg ده او د امېندوارۍ په دوران کې دغه اړتيا بيا 3µg ته لوړېږي. د Vit B $_{12}$ د کموالي لاملونه عبارت دي له: Crohn's disease، Gastritis، Gastrectomy، Ileal bypass، Drugs.

کومې نښې نښانې چې د Vit B $_{12}$ د کمښت له کبله رامنځته کېږي، د پوستکي خسافت، د اشتها کمېدل، زړه بدوالی، کانګې، تبه او اسهالاتو څخه عبارت دي. په فزيکي معاينه کې د لوی شوي ځيګر او طحال جس کول د امېندوارۍ د شتون له کبله ستونزمن وي. په لابرتواري ازموينو کې Hb د 4-6gr/dl او فوليک اسيد او Vit B12 سويه هم په سيروم کې ښکته وي. د درملنې په موخه Vit B$_{12}$ ۱۰۰۰ مايکروګرامه يو عضلي زرق په مياشت کې ورکول کېږي.(Cunningham, 2018)

۵. Acquired haemolytic anemi : عبارت دي له Hemolytic Anemi Autoimmune Hemolysis Drug induced Hemolysis، Pregnancy Induced Hemolysis، Bacterial Toxins Associate hemolysis. (Happe, 2016)

۶. Sickle cell Hemoglobinopathies: يوه ارثي ناروغي ده، چې په دوم کروموزوم کې د Beta globin په جين کې Mutation موجود وي، څرنګه چې ددې ناروغۍ په جريان کې نور غړي په اسکيميا او انفارکشن اخته کېږي؛ نو د کلينيکي منظرې له نظره لاندې اعراض ورکوي. د سږو لوړ فشار او احتشا، د پښتورګو تخريب، د humerus او femor د هډوکو عظمي نکروزس، Cerebrovascular accident . د درملنې لپاره Hydroxurea يا Hemopoitic cell transplantation ترسره کېږي. امېندوارو ميندو ته 4mg/day په Antenatal دوره کې فوليک اسيد او د لېبر په وخت کې داخل وريدي مايعات، د سرو کرويواتو Transfusion او اکسيجن ورکړه ورته اجراء شي.(Cunningham, 2018)

۷. Thalassemia syndrome : دا هم د وينې يو ارثي ناروغي ده، چې د ګلوبين د ځنځير د ترکيب اندازه پکې کمه وي Thalassemiaد هيموګلوبين د معيوب ځنځير په اساس پر دوه ډولونو وېشل شوي.

- *Alpha Thalassemia:* څرنګه چې څلور جينونه Alfa ځنځير جوړوي، که چېرته له دې څلور جينونو څخه يو جين کې Mutation موجود وي؛ نو کومه کلينيکي او لابراتواري نيمګړتيا نه لري. که چېرې mutation په دوه جينونو کې وي Thalassemia minor په امېندوارۍ کې ښه تحمل کېږي.(Cunningham, 2018)
که چېرې mutation په درې جينونو کې وي(Hemoglobin H Disease) دغه ميندې به د امېندوارۍ په جريان کې Haemolytic انيميا ولري. که چېرته Mutation په څلور واړو جينونو کې وي(Thalassemia major) په نوم يادېږي، چې ډېر عمده سبب دnon immune Fetal hydrops او مخکې له زېږون مړينه جوړوي.

- *Beta thalassemia*: دا ډول تلاسميا د beta ځنځير د ګلوبين په توليد کې د نيمګړتيا له کبله يا د Alfa ځنځير د بې‌ثباتۍ له امله پېښېږي، په دې کې د beta ځنځيرونو جوړېدل کمېږي او په Beta thalassemia minor باندې اخته ناروغان انيميا نه لري او له خفيفې څخه تر منځنۍ اندازې Hypochromia او Microcytosis سره ځانګړې کېږي او Beta Thalassemia major کې Haemolysis او شديده انيميا شتون لري، چې دغه ناروغان متکرر Blood transfusion ته اړتيا پيدا کوي او دوی کې لاندې اعراض منځته راځي. .Prograssive Congestive cardic failure .Hepatospleenomegaly (Cunningham, 2018)

۸.Polycythemia : په لاندې ډول تشريح شوی
دويمي پولي سايتيميا: د امېندوارۍ په دوران کې پرمختللې پولي سايتميا د مور د زړه ولادي ناروغيو يا د سږو ځنډنۍ ګډوډيانو پر وړاندې د ځنډنۍ هايپوکسيا له امله رامنځته کېږي، چې د سګرټ ډېر څکول هم د پولي سايتميا لامل کېږي.

پولي سايتيميا ويرا

د ابتـدايي هيموپويتيـک Stem-cell تشـوش دی، چـې د اريترويـډ، مايلويـډ او ميګاکاريوسايټ پېش قدمو موادو په زيات جوړېدو ځانګړی دی، د امېنـدوارۍ پـايلې د اسپرين درملنې سره ښه کېږي.(Spivak, 2015)

۹. Platelet Disorders: Thrombocytopnia دا هغـه حالـت تـه وايـي، چـې کلـه د Platelet انـدازه لـه 150000/mm3 څخـه کمـه شي Gastational Thrombocytopenia, Preeclampsia ,HEILLP Syndrom ولادي د تحـثر ګـډوډي purpura ،Immuno Thrombocytopenia, انتانـات او خباثـت کـې منځتـه راتـلای شي. د درملنـې موخـه يـې دا ده چـې Platlet انـدازې موازنـه وسـاتل شي، بايـد لـه ۵۰۰۰۰ څخـه ټيـټ نـه شي. کـه چېـرې دې انـدازې تـه ورسـېدل، کـولای شـو لـه ميتايـل پريـدنيزولون څخـه ګټـه واخلـو. يـواځې هغـه وخـت چـې انـدازه لـه ۵۰۰۰۰ څخه ټيټه شي ورکول کېږي.(Cunningham, 2018)

د Rh منفي ښځو امېندواري

نن سبا کې د وينې ټرانسفيوژن د ټولنې له خوا د وينې ۳۳ بېلابېل ګروپونه او ۳۳۹ د سرو حجرو انټي‌جنونه وړاندې شوي دي، کوم شخص چې هغه د سرو حجرو ځانګړی انټي‌جن ولري او له هغې سره مخامخ شي؛ نو بدن يې په مقابل کې انټي‌بادي جوړوي، چې دغه ډول انټي‌بادي ممکن د عضويت لپاره زيان رسوونکې وي، په ځانګړي ډول هغه حالت کې چې د بل ګروپ وينه ناروغ ته ورکړل شي؛ نو له دې امله د وينې بانکونه په روټين ډول د اريتروسايټ انټي‌جنونو سکرينينګ کوي. دغه ډول انټي‌باديانې ممکن د امېندوارۍ په دوران کې جنين ته هم ضرر ورسوي. که د مور عضويت د جنين د اريتروسايټ انټي‌جن په مقابل کې انټي‌بادي جوړه کړي او هغه له پلاسنتا څخه تېره شي؛ نو په جنين کې د Hemolysis او انيميا لامل کېږي.

۱. عموميات: Rh انټي‌جن يو لايپوپروټين دی، چې د سرو حجرو په حجروي غشاء کې موقعيت لري. Rh انټي‌جنونه عبارت دي له: D، C، c، E، e او G. تر ټولو غټ انټي‌جن هغه

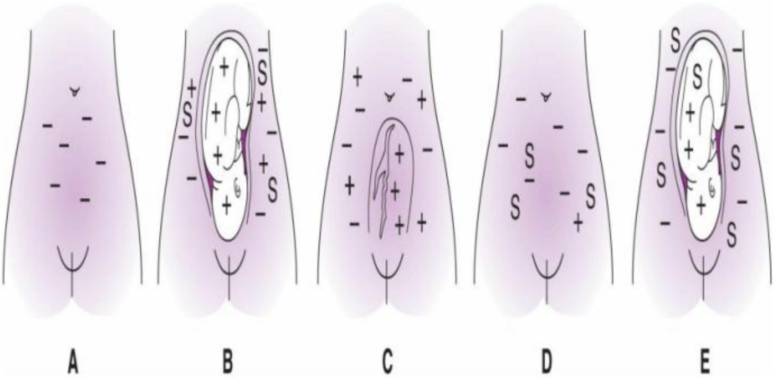
D انټي‌جن (Rh factor) دی، چې ځانګړی ځای لري. يوه Rh D نه لرونکې ښځه (د Rh منفي ښځو په نوم هم يادېږي) ممکن Rh مثبت جنين وزېږوي، په دې حالت کې جنين D انټي‌جن له پلاره اخلي. که د جنين د وينې سرې حجرې په پوره اندازه د پلاسنټا له لارې د مور وينې دوران ته تېرې شي؛ نو مورنۍ IgG انټي‌بادي د D انټي‌جن پر وړاندې توليدېږي، د پلاسنټا له لارې تېرېږي او د جنين د وينې حجرو هيمولايزس رامنځته کېږي نن سبا کې اساساً يو جنين کم تر کمه يو د سرې حجرې انټي‌جن له پلار څخه اخلي، چې هغه په مور کې نه وي؛ نو له دې کبله که په زياته اندازه د جنين اريتروسايټ د مور دوران ته ورسېږي؛ معافيتي غبرګون رامنځته او مور حساسه کېږي. د لاندې دليلونو په بنسټ په لومړۍ امېندواري کې د هيمولايزس پېښه نادراً منځته راځي.

- زېږون ته نږدې وخت کې د جنين يوه اندازه وينه مور ته لېږدول کېږي؛ نو مور پوره وخت د انټي‌بادي د منځته راوړولو لپاره نه لري.
- يواځې په ٥٠٪ امېندواريو کې د جنين يوه اندازه وينه مور ته لېږدول کېږي.
- د امېندوارو ښځو د D انټي‌بادي د منځته راوړلو اندازه له يو بل سره توپير لري.(Cunningham, 2018)

۲. پېښې: د زياترو مطالعاتو په واسطه ښودل شوې، چې دا پېښې يې د ټولو امېندواريو۱ ٪ جوړوي. هغه ميندې چې په وقايوي ډول يې Anti D ايميونوګلوبولين نه وي اخيستي د Alloimmunization اندازه يې د Rh مثبت دوه ماشومانو زېږولو وروسته١٦ ٪ ده. د دې له ډلې څخه ۱.۵ – ۲ سلنه غبرګونونه له زېږون څخه مخکې،۷ ٪ له زېږون څخه وروسته تر شپږ مياشتو پورې او پاتې۷ ٪ يې په راتلونکې امېندوارۍ کې رامنځته کېږي.(Decherney, 2013)

۳. پتوجنيزس: د يو جنين جنيتيکي برخې نيمايي له مور او نيمايي له پلاره جوړېږي؛ نو د دې امکان لري د جنين د وينې د سرو حجراتو انټي‌جنونه د مور د انټي‌جنوسره توپير وکړي. د وينې ځينې ګروپونه د بل شخص لپاره چې ورته ګروپ و نه لري د انټي‌جن په ډول کړنه کوي. که د جنين زيات شمېر حجرې مورنۍ وينې ته تېرې شي؛ نو په مور کې انټي‌بادي رامنځته کېږي. که مورنۍ انټي‌باديانې له پلاسنټا څخه تېرې شي د جنين دوران ته داخلېږي او د جنين اريتروسايټ ويجاړوي او د هيمولايټيک انيميا لامل کېږي.

(۲-۷ انځور). د جنین بدن د وینې دسرو حجرو د ماتېدو په مقابل کې ځواب وايي، چې د Erythroblastosis fetalis یا جنیني هایدروپس په نوم یادېږي. د وینې بېلابېل گروپونه د جنین لپاره خطري دي، خو هغه چې Rh لرونکي وي په زیاتو پېښو کې د Erythroblastosis fetalis لامل کېږي. له دې کبله د Rh گروپ د بېلگې په ډول کارول کېږي.(Current, 2013)



۷-۳- انځور: (A) Rh منفي ښځې مخکې له امېندوارۍ څخه. (B) د Rh مثبت جنین لرونکې امېندواري رامنځته شوې. (C) د پلاسنتا جلا کېدل. (D) له زېږون څخه وروسته Rh alloimmunization رامنځته شوی دی. (E) Rh مثبت جنین لرونکې راتلونکې امېندواري. (Decherney، ۴۹۳)

Rh انتي‌جن یو لایپوپروټین دی، چې د سرو حجرو په حجروي غشاء کې موقعیت لري. Rh انتي‌جنونه عبارت دي له: D، C، c، E، e او G. تر ټول غټ انتي‌جن هغه D انتي‌جن (Rh factor) دی (۷-۳ انځور). په نوي زېږېدلي کې هیمولایتیک ناروغۍ رامنځته کېږي، چې شدید ډول یې جنیني مړینه رامنځته کوي. مورنی Rh alloimmunization یو د لاندې دوه میخانیکیتونو په واسطه رامنځته کېږي:

۱. د وینې بدل گروپ انتقالولو څخه وروسته.

۲. د مور او جنین تر منځ (Fetomaternal) وینې بهېدنې څخه وروسته چې د جنین او مور وینه په خپلو کې توپیر ولري.(Decherney, 2013)

۴. د غیر حساسو میندو اداره کول: د Alloimmunization په واسطه اختلاطي شوې امېندوارۍ درملنه په دوه فکتورونو پورې اړه لري؛ یو دا چې ایا ناروغه په تېره امېندوارۍ کې د اغېزمن شوي جنین تاریخچه لري؟ بل د مورنۍ انټي‌بادي ټایټر.

که چېرې یوه ښځه د Rh alloimunization له کبله د اغېزمن ماشوم تاریخچه و نه‌لري؛ نو په دوی کې هر کله چې د Alloimmunization لپاره د انټي‌بادي سکرین مثبت شو؛ نو باید انټي‌بادي ټایټر معلومولو لپاره د امېندوارۍ په ۲۰مه اوونۍ او بیا هرو

۲ – ۴ اوونیو کې تعقیب کړی شي. که د انټي‌بادي ټایټر له تهدیدوونکې اندازې (۱:۳۲) څخه ښکته وي؛ نو کومې درملنې ته اړتیا نه لیدل کېږي. که چېرې ټایټر د ۱:۳۲ ته ورسېږي؛ باید مېرمنه تر څارنې لاندې ونیول شي، ځکه چې د انټي‌بادي نوموړی ټایټر د جنیني هایډروپس رامنځته کوي او د ۳۷مې اوونۍ څخه مخکې د جنین د مړینې لامل کېږي. د جنیني انیمیا شدت معلومولو لپاره ډاپلر الټراساونډ ترسره کېږي او د هرو ۲ اوونیو په موده کې باید تکرار شي.(Decherney, 2013)

۵. په حساسو ښځو کې د امېندوارۍ ارزول: د مور په سیروم کې Unbound انټي‌بادي د Indirect coombs test په واسطه تشخیصېږي. که پایله یې مثبته وه؛ ځانګړې انټي‌بادي معلومېږي. د دې د ایمیونوګلوبولین د ډولونو (لکهIgG یا IgM) ټایټر ټاکل کېږي. یواځې IgG انټي‌بادي په نظر کې نیول کېږي، ځکه IgM انټي‌بادي له پلاسنتا څخه نه تېرېږي. د انټي‌بادي هغه ټایټر چې د جنیني انیمیا لامل کېږي، د خطرناک ټایټر په نوم یادېږي، چې عموماً اندازه یې د ۱:۸ او ۱:۳۲ ترمنځ وي.(Cunningham, 2018)

په حساسو میندو کې د امېندوارۍ اهتمامات: نږدې ۲۵ – ۳۰ ٪ د D-alloimmunized امېندواریو جنین له خفیف څخه تر منځنۍ اندازې هیمولایتیک انیمیا لري، که بې درملنې پاتې شي؛ نو تر۲۵ ٪ پورې جنیني هایډروپس رامنځته کېږي. که Alloimmunization تشخیص شي او ټایټر یې تر خطرناکې اندازې څخه کم وي؛ نو د امېندوارۍ په موده کې

په هرو ۴ اوونیو کې تکرارېږي. که چېرې پخوانۍ امېندواري یې د Alloimmunization په واسطه اختلاطي شوې وي؛ نو بیا تکراري ټایټر معلومول استطباب نه لري او امېندواري خطرناکه ګڼل کېږي. په دې حالت کې که ټایټر کم هم شي؛ نو د ناروغ څارنه اړینه ده.(Cunningham, 2018)

د جنین خطر معلومول: ۴۰ ٪ هغه ښځې چې D انتي‌جن نه لري D لرونکي ماشومام زېږوي. که یوه ښځه په تېرې امېندوارۍ کې حساسه شوې وي؛ په اوسنۍ امېندوارۍ کې د انتي‌بادي ټایټر ډېر لوړېږي، که جنین یې D منفي هم وي (د Amnestic response له کبله). د جنین D انتي‌جن معلومولو لپاره د امنیوسنتیزس او د امنیوسایټونو لپاره له PCR ازموینې څخه ګټه اخیستل کېږي. د جنین معاینه د نورو انتي‌جنونو لپاره (لکه C/c ،E/e، Duffy ،Kell ،Kidd او M/N) هم د دې میتودونو څخه ګټه اخیستل کېږي. د مور او جنین ترمنځ د وینې بهېدنې د زیات خطر له کبله د Chorionic villus نمونې نه اخیستل کېږي. د جنین D جینوټایپ معلومولو لپاره د مورنۍ پلازما Cell-free DNA (cfDNA) چې یوه Non invasive ازموینه ده ترسره کېږي او حساسیت یې له ۹۹٪ څخه زیات دی. cfDNA معاینه D منفي ښځو د دوو لاملونو له کبله نه ترسره کېږي:

۱. هغه ښځې چې D alloimmunized وي د هغوی جنین معلوموي که جنین یې D منفي وي؛ نو د انیمیا څارنه اړینه نه ده.

۲. که ښځه D alloimmunized نه وي؛ نو د Anti D امیونوګلوبولین ورکړې څخه ډډه کېږي، که څه هم جنین D منفي وي. د امریکا نسایي ولادي کالج نوموړې معاینه په روټین ډول وړاندیز کړې نه ده، ځکه چې زیات لګښت لري.(Johnson, 2017)

د جنین د انیمیا معلومولو لپاره د جنین د Middle cerebral شریان ډاپلر معاینه ترسره کېږي. په انیمیا کې د زړه دهانې د زیاتوالي او د وینې لزوجیت د کموالي له کبله د وینې جریان سرعت زیاتېږي.(Cunningham, 2018)

جنین ته د وینې انتقال: که چېرته د جنین د شدیدې انیمیا نښې یا د جنیني هایډروپس رامنځته کېدو نښې شته وي؛ نو درملنه یې د امېندوارۍ میعاد له مخې ترسره کېږي. د جنین د

وينې نمونه اخيستل او داخل رحمي ټرانسفيوژن عموماً له ۳۴ – ۳۵ اوونيو څخه مخکې ترسره کېږي. د الټراساونډ رهنما لاندې د Umbilical ورید له لارې د وینې ټرانسفیوژن یو غوره میتود دی. د جنین پریتوان جوف ته ټرانسفیوژن په ځینو حالتونو کې ترسره کېږي، کله چې هیمولایتیک ناروغی شدیدې وي او د امېندوارۍ دویم ترایمستر کې په مقدم ډول پیل شوي وي او یا Umbilical ورید ډېر نری وي. په جنین هایډروپس کې پریتواني جذب خرابېږي؛ نو د ورید له لارې ټرانسفیوژن ترسره کېږي. ټرانسفیوژن هغه وخت ترسره کېږي کله چې د جنین هیماتوکریت له ۳۰ ٪ څخه ښکته وي. په هایډروپس کې د هیماتوکریت اندازه ۱۵ ٪ یا له دې څخه هم ښکته وي. د وینې د ورکړې اندازې معلومولو لپاره د هر ۱۰ ٪ هیماتوکریت لوړولو لپاره د جنین وزن د ۰.۰۲ سره ضربېږي او تطبیقېږي. که جنین شدید انیمیک وي او د امېندوارۍ عمر د ۱۸ – ۲۴ اوونیو تر منځ وي؛ نو لومړی کمه وینه تطبیقېږي، بیا دوه ورځې وروسته د نورې وینې د تطبیق پلان نیول کېږي. د وینې نوره ورکړه د هیماتوکریت په اساس په هرو ۲ – ۴ اوونیو کې تطبیقېږي.

د D alloimmunization مخنیوي لپاره انتي D ایمیونوګلوبولین ور کول کېږي. که له زېږون څخه وروسته تر ۷۲ ساعتو پورې تطبیق شي؛ نو د Alloimmunization چانس ٪۹۰ کموي. که د امېندوارۍ په ۲۸ اوونۍ کې تطبیق شي؛ په درېیم ترایمستر کې یې د Alloimmunization کمولو اندازه ۰.۱ – ۲ سلنه پورې ده.(Cunningham, 2018)

په *Rh- ښځو کې امېندوارۍ ته پاې ورکول:* لاندې-Rh امیندوارې ښځې باید زېږون وکړي:

أ. هغه امیندوارې ښځې چې د جنین سږي پاخه وي
ب. جنیني زجرت شتون ولري
ت. PUBS کې زیان شتون ولري
ث. د امېندوارۍ موده د ۳۵- ۳۷ اوونیو تر منځ وي

بې ځایه به نه وي که ووایو، چې که مور او جنین دواړه – Rh وي د جنین لپاره هېڅ زیان نه لري، بله دا چې دغه ډلې ښځې د حمل اخیستلو په صورت کې سمدلاسه له ډاکتر

سره ليدنه وکړي که څه هم لومړۍ امېندواري يې وي، ځکه د لومړۍ امېندوارۍ سم اداره کول ممکنه ده، د دويمې امېندوارۍ اختلاطات راکم کړي.

Rh- مېرمنې په لاندې حالتونو کې د Rh+ وينې سره د تماس راتلو په دليل بايد Rhogum امپول واخلي:

أ. له رحم څخه د باندې امېندوارۍ په صورت کې
ب. جنيني سقط
ت. مولر امېندواري
ث. امنيوسنتيزس
ج. د امېندوارۍ پر مهال هر ډول وينه بهېدنه
ح. د ګېډې تروما
خ. د امېندوارۍ پر مهال د ماشوم ځرخول

د جنين د ودې ګډوډۍ او رحمي مړينه

د انسان جنيني وده د نسجونو او غړو په پرله‌پسې وده او پوخوالي ځانګړې ده. جنيني وده پر درې مرحلو وېشل کېږي: اولنۍ ۱٦ هفتې د هايپرپلازيا ابتدايي مرحله ده، چې په دې مرحله کې د حجرو شمېر په تېزۍ سره زياتېږي. دويم پړاو چې د ميعاد ۳۲مې اوونۍ پورې غځېږي، چې د حجرو هايپرپلازيا او هايپرټروفي پکې رامنځته کېږي. له ۳۲مې هفتې څخه وروسته د حجراتو هايپرپلازيا څخه وروسته جنيني کتله رامنځته کېږي.

۱. د جنين نورماله وده: هغه نوي زېږېدلي ماشومان چې وزن يې له امېندوارۍ مودې څخه ۱۰ سلنه کم وي Small for gestational age بلل کېږي او Macrosomia يوه اصطلاح ده، چې په پتالوژيک ډول د جنين زياته وده او نشونما تعريفوي، که جنين له زېږېدو څخه مخکې خپل ژوند له لاسه ور کړي او مړ شي د Fetal death په نوم يادېږي.

جنيني وده په جلا پړاونو وېشل کېږي، په دې پړاوونو کې د جنين د ودې اندازه په لاندې ډول ده:

۱- په پنځلسمه اوونۍ کې ۵ ګرامه په ورځ کې

۲- په څلورويشتمه اوونۍ کې ۱۵ – ۲۰ ګرامه په ورځ کې

۳ - په ۳۴مه اوونۍ کې ۳۰ – ۳۵ ګرامه په ورځ کې.(Cunningham, 2018)

د جنين نورماله او غيرنورماله وده د زېږون پر مهال د نوي زېږېدلي ماشوم د وزن پر بنسټ معلومېږي، خو دا يوه شکمنه طريقه ده، ځکه د زېږون پر مهال وزن د جنين د ودې اندازه نه شي معلومولی. داسې ناروغۍ او حالتونه شته، چې د جنين نورماله وده اغېزمنوي کوم چې د کلينيک له نظره د جنين ودې محدوديت له کم وزنه جنين څخه بېلوي.

۲. د جنيني ودې محدوديت: هغه نوي زېږېدلي ماشومان چې وزن يې له امېندوارۍ مودې څخه ۱۰ سلنه کم وي Small for gestational age بلل کېږي. چې د داسې نويو زېږېدلو ماشومانو د مړينې خطر زيات دی. ځينې نوي زېږېدلي ماشومان چې د زېږون پر وخت يې وزن له ۱۰ سلنه څخه کم وي؛ ممکن چې د دوی وزن په پټالوژيک ډول محدود شوی نه وي، ممکن دوی د نورمالو بيولوژيکي فکتورونو لرونکي وي، چې ٪۷۰ يې نورمال ژوند تېروي.(Cunningham, 2018)

د الټراساونډ په واسطه د سر او بطن Circumference تر منځ نسبت د جنين ودې محدوديت لپاره کارول کېږي. که د دوی تر منځ نسبت کوچنی وي؛ نوموړی جنين متناظر او که د دوی تر منځ نسبت زيات وي؛ د نوموړي جنين وده غيرمتناظره بلل کېږي. په متناظر ډول د ودې محدوديت د حجراتو شمېر او سايز د کموالي په پايله کې را منځته کېږي؛ لکه هغه جنين چې له کېمياوي توکو او وايروسي انتاناتو سره مخامخ شوی وي. په غيرمتناظر ډول د ودې محدوديت د امېندوارۍ په وروستيو وختونو کې د لوړ فشار له کبله د پلاسنتا عدم کفايې په پايله کې رامنځته کېږي، چې پکې د حجراتو شمېره عادي، خو د حجرو سايز وړوکی وي. د IUGR لاملونه په لاندې ډول توضيح کېږي:

الف- مورني لاملونه: په لاندې ډول دي

۱. Nulliparity, Muliparity, History of IUGR

۲. Maternal disease (Hypertension، Renal disease، Autoimmion، hypertyroidese، Diabets mellitus).

۳. Toxins (Alcohol, Smooking, Cocaian, Heroian)

۴. Thrombophilia

۵. Undernutrient women

ب- *جنيني لاملونه:* په لاندې ډول دي

۱. Chromosomal disorders

۲. Infection

۳. Structural anomalies

۴. Drugs

ج. *پلاسنتايي لاملونه:* پلاسنتا هغه غړی دی چې اکسيجن او خواړه جنين ته لېږدوي؛ د پلاسنتا هر ډول زيانونه ممکن چې د جنين د ودې د ځنډ لامل شي؛ لکه د پلاسنتا بې‌وخته جلا کېدل، پلاسنتا پريويا، غيرنورماله پلاسنتا او داسې نور.

د جسمي ودې محدوديت په پايله کې دماغ ته خواړه او اکسيجن له بديلو لارو څخه رسېږي، چې په پايله کې د سر او دماغو وده عادي وي، چې د Brain sparing په نوم يادېږي.(Cunningham, 2018)

د جنيني ودې محدوديت يو سنډروم دی، چې په رامنځته کېدو کې يې دواړه وعايي او ايمونولوجيک فکتورونه رول لري، هغه نوی زېږېدلی ماشوم چې وزن يې له ۵ ٪ څخه لږ وي د ټيټ Apgar Score ، RDS، enterocolitis Necrotizing او Sepsis خطر لرونکی دی.(Cunningham, 2018)

په لنډ ډول ويلای شو، چې د جنين د ودې محدوديت د ځينو مورني، جنيني او پلاسنتا فکتورونو له کبله؛ لکه د امېندوارۍ پر مهال کم وزن اخيستل، خرابه تغذيه، د خواړو ګډوډي ځينې درمل د مور طبي ګډوډي، د جنيني سوء تشکلات، انتانات او د پلاسنتا او حبل ابنارملتي‌ګانو له کبله منځته راځي. که چېرې په IUGR لرونکو ميندو کې امېندواري مودې ته نږدې وي، يا جنيني زجرت شته وي، FHR غيرنورمال او يا اسيدوزس منځته راغلي وي، زېږون يې يواځينۍ غوره درملنه ده. که د سيزارين استطباب نه وي بيا د اوکسي ټوسين انفيوژن په واسطه زېږون تحريک شي. څرنګه چې په IUGR اخته نوی

زېږېــدلی ماشــوم د هایپوترمیــا زیــات ګــواښ لانــدې وي، دا نــوی زېږېــدلی ماشــوم منظمو ځارنو ته اړتیا لري.(Cunningham, 2018)

د *IUGR اختلاطات:* په لاندې ډول دي.

۱- مورني اختلاطات: HTN, C/S PPH, ,PTL Truma Birth Canal.

۲- جنینــي اختلاطــات: Stillbirth, Fetal hypoxia, Fetal malformation, Acidosis

۳- د نوي زېږېدلي ماشوم اختلاطات: Hypothermia, Hypocalcimia, Low Apgar score, Meconium aspiration, Polycythemia, Jaundice, Malformation.

۴- اوږدمهاله اختلاطاتو په لړ کې امکان لري دغه ماشومان د زده‌کــړې او تعلـیم په برخه کې ستونزې ولري او د ذهني وروسته‌والي سره غڅ شي.

۳. Fetal Macrosomia: Macrosomia چې پــه پتالوژیــک ډول د جنــین زیاتــه وده او نشونما باندې ځانګړی دی، چې د جنین وزن له حقیقي سلنې څخه زیات وي. که چېرې د نوي زېږېدلي ماشوم وزن د ور کړل شوې حمل مودې څخــه لــه ۹۰ ٪څخــه زیــات وي Macrosomia بلل کېږي.(Cunningham, 2018)

د Fetal macrosomia خطري فکتورونــه عبــارت دي لــه: چــاغوالی، شــکر، Post term gestation Multiparity ، د مور د عمر زیاتوالی، پخوانی Macrosomic ماشــوم او نژاد. هغه ماشومان چې وزن یې له ۴۰۰۰ ګرامــو څخــه زیــات وي د C/S کچــه لــه ٪۵۰ څخه زیاته ده. د زیات وزن لرونکي ماشوم له کبله په میندو کې د وروسته له زېږون څخه د وینــې بهېــدنې، د عجــان څېـــرې کېـــدنې او د مـورنـــي انتــــان خطــرات زیــات دي.(Wang, 2017)

جنینـــي Marcosomia د زېـږون پـــورې پـــه ســـم ډول نـــه تشخیصـــېږي، Labor induction او C/S وړاندایز کېـږي، تـر څـو د سـتونزمن زېـږون او Shoulder dystocia څخه مخنیوی وشي. هغه میندې چې دیابت لري، د هغو درملنه د انسولین په واسـطه او د هغوی د شکر کنټرول په سم ډول د جنین وزن کموي.(Cunningham, 2018)

۴. جنیني مړینه : که جنین له زیږېدو څخه مخکې خپل ژوند د لاسه ورکړي او مړ شوی وي د Fetal death په نوم یادېږي او دا چې له زیږېدو څخه وروسته جنین ساه وا نخلي یا د ژوند شواهد ونه موندل شي؛ لکه د زړه ضربان، د حبل ثروي نبضان او د ارادي عضلاتو د حرکت نه شتون، د جنین مړینه تثبیتېږي، یا په بل عبارت Fetal Death هغه جنیني مړینې ته وايي، چې د جنین وزن یې ۵۰۰ گرامه او یا له هغه څخه زیات وي او د امېندوارۍ او یا د لېبر پر مهال پکې مړینه منځته راغلې وي. که د جنین وزن ۵۰۰ گرامه څخه کم وي او له ۲۰مې اوونۍ څخه مخکې مړینه رامنځته شي د Abortion په نوم یادېږي.

د جنین مړینه د لېبر په جریان کې د Fresh still born جنین د زېږون لامل کېږي او Antepartum death یا د امېندوارۍ په جریان کې د جنین مړینه د Macerated جنین د زیږون لامل کېږي.(Cunningham, 2018)

۵. د جنیني مړینې لاملونه: په لاندې ډول تشریح شوې

۱. ولادي اختلاطات (۲۹٪)؛ لکه د پلاسنتا جلاوالی، څوگونې امېندوارۍ، د ۲۰ – ۲۴ هفتو کې د ممبران څېرې کېدل.

۲. د پلاسنتا انومالي‌گانې (۲۴٪)؛ لکه Uteroplacental insufficiency او مورنۍ وعايي ناروغۍ.

۳. د جنین سوء تشکلات (۱۴٪)؛ لکه لویې جوړښتي ابنارملتي‌گانې یا جنیتکي ابنارملتي‌گانې.

۴. انتان (۱۳٪)؛ چې کله جنین یا پلاسنتا اخته کړي.

۵. د حبل ثروي ابنارملتي‌گانې (۱۰٪)؛ لکه Stricture ،Prolapse، Thrombosis.

۶. Hypertensive disorder (۹٪)؛ لکه Pre-eclampsia او ځنډنی د وینې لوړ فشار

۷. طبي اختلاطات (۸٪)؛ لکه شکر او Antiphospholipid antibody syndrome.

۸. په ۲۴٪ پېښو کې یې لامل معلوم نه وي.

خطري فکتورونه: عبارت دي له؛ د مور د عمر زیاتوالی، نژاد، سګرټ څکول، له اړتیا پرته د درملو کارول، د مور ځنډنۍ ناروغۍ Nulliparity، چاغوالی، مخکې لـه وخـت څخـه زېـږون تاریخچـه، د پښـتورګو او د تایرایـډ نـاروغۍ، د IUGR او د Still birth پخـوانۍ تاریخچه درلوردل.

٦. د Still birth ارزیابي: د جنین د مړینې د لامل معلومول، د مور مقاومت زیاتوي او همدارنګه په راتلونکو امېندواریو کې د جنیني مړینې د مخنیوی لپاره په درملنه کې مرسته کوي.(Cunningham, 2018)

کلینیکي معاینه: د Still birth تشخیص لپـاره تـر ټولـو اړینـې ازمـوینې د نـوي زېږېـدلي ماشـوم اتوپسيـ، د کروموزومونـو ارزول او د پلاسـنتا، حبـل او Chorioamnionic membranes معاینې څخه عبارت دي، چې له دې ډلې څخه د پلاسنتا پتالوژي معلومول او د جنین اتوپسـي کول تر ټولو ګټورې ازمـوینې دي. کـه والـدین د جنـین autopsy تـه اجازه نه ور کوي؛ نو د جنین Postnatal MRI یا سونوګرافي ترسره شي، تر څو د جنینـي اناټومي په هکله معلومات را ټول شي.(Shruthi, 2017)

لابراتواري ازموینې: د جنینونو Karyotyping ازموینه چې په اوس وخت کـې پـه CMA باندې بدله شوې. د جنیني مړینې په هکله ګټور معلومات ارایه کوي. له مـوافقې اخیسـتلو څخه وروسته د جنین د نسج او مایع نمونه د اسپایریشن ستنې په واسطه اخیستل کېـږي او د جنیتکي معلوماتو د لاسته راوړلو لپاره د CMA ازمـوینې لپـاره اسـتول کېـږي. د نمـونې اخیستنه باید په لاندې ډول وي:

که یواځې د Karyotyping اسانتیاوې موجودې وي او مړینه په نږدې وخـت کـې پېښه شوې وي؛ نو د امنیوسنتیزس په واسطه باید د امنیوتیک مـایع نمونـه واخیسـتل شي. مورنۍ وینه د انتي فاسفولیپیډ انتيبـادي، Lupus انتـي کواګولانـت او د سـیروم ګلوکـوز معلومولو لپاره اخیستل کېږي.(Cunningham, 2018)

Autopsy : له اټوپسي څخه وروسته باید مور او پلار سره د جنین د مړینې لامل، د هغې د بیا رامنځته کېدو د خطر او د دوباره رامنځته کېدو د مخنیوی په اړه سلا مشورې وشي.(Cunningham, 2018)

۷. سایکلوژیکه منظره: د جنین مړینه د میندو او د هغې کورنۍ لپاره یوه سایکلوژیکه تروما ده. د دې ترڅنګ د جنین مړینې تشخیص چې له ۲۴ ساعتو څخه زیات وخت نیسي، د زیات وخت لپاره د ماشوم نه لیدل د میندو اندیښنه زیاتوي. هغه ښځې چې Still birth او Miscarriage سره مخامخ کېږي، په هغوی کې د Depression خطر زیات دی.

۸. امېندواري وروسته د پخوانۍ Still birth: که د Still birth خطري فکتورونه د بدلون وړ وي؛ لکه HTN یا شکر باید له هغې څخه مخنیوی وشي. چاغوالی چې د Still birth لپاره یو خطري فکتور دی، باید تر امېندوارۍ وړاندې اصلاح شي. که د پخواني Still birth لامل د پلاسنتا عدم کفایه وي؛ نو د راتلونکو امېندواریو د خرابو پایلو خطر یې نور هم زیاتېږي. په امېندوارۍ کې د Vitamin C او Vitamin E استعمال د جنیني مړینې خطر کموي. په راتلونکو امېندواریو کې دې زېږون په ۳۹مه اونۍ کې ترسره شي. Labor induction د دوی لپاره غوره دی، که ممکن نه وي نو C/S ترسره کېږي.(Cunningham, 2018)

د امېندوارۍ په دوران کې انتاني ناروغۍ

له ډېرې مودې راهیسې په نړۍواله کچ د مور او ماشوم د مړینې او معیوبیت ستر لامل انتانات ګڼل کېږي. د امېندوارۍ په دوران کې د CD4+ T حجرو شمېر له نورمال حالت څخه زیاتوالی مومي کوم چې دنده یې د Th2-type cytokines ؛ لکه انټرلیوکینونه افرازول دي. د دې ترڅنګ Th1-type cytokines ؛ لکه ګاما انټرفیرون او انټرلیوکین ۲ افرازېږي او د امېندوارۍ پر مهال د داخل‌الحجروي پتوجن له منځه وړي، خو بیا هم ځینې وختونه بېل انتانات دواړه مور او ماشوم زیانمن کولای شي.

۱. د امېندوارۍ په وخت کې معافيتي بدلونونه: پرته له انتان Horizontal transmission چې په دې کې انتان له يو ځخه بل ته په بېل ډول خپرېږي. بل ډول د انتان خپرېدل عبارت دي له Vertica transmission ځخه چې په دې حالت کې انتان له مور ځخه ماشوم ته د پلاسنتا له لارې، د زېږون په دوران کې او د شيدو ور کولو په واسطه انتقالېږي.

ډېرې مودې راهيسې په نړيواله کچه د مور او ماشوم د مړينې او معيوبيت ستر لامل انتانات ګڼل کېږي. د امېندوارۍ په دوران کې د CD4+ T حجرو شمېر زياتېږي کوم چې Th2-type cytokines؛ لکه انټرليوکينونه افرازوي. د دې ترڅنګ Th1-type cytokines؛ لکه ګاما انټرفيرون او انټرليوکين ۲ افرازېږي او د امېندوارۍ په دوران کې د داخل‌الحجروي پتوجن له منځه وړي.(Cunningham, 2018)

۲. ويروسي انتانات Cytomegalovirus: په پرمختللې نړۍ کې د زېږون دمخه دورې يو معمول انتان دی، چې ۰.۲ - ۲.۲ ٪پېښو کې په نويو زېږېدلو ماشومانو کې موندل کېږي. نوموړی ويروس د عضويت په ټولو مايعاتو Saliva، Semen، Urine، وينه، د پزې بلعوم او د رحم د عنق په افرازاتو کې افرازېږي او کولای شي، چې د مستقيم تماس له کبله له يو کس ځخه بل کس ته ولېږدول شي. نوي زېږېدلی ماشوم ته د پلاسنتا له لارې، د زېږون په وخت کې او يا هم د شيدو ور کولو په دوران کې لېږدول کېږي.(Cunningham, 2018)

هغه مېندې چې له امېندوارۍ مخکې يې CMV منفي وي او د امېندوارۍ پر مهال په CMV اخته شي د دوی د جنين د اخته کېدو خطر زيات دی. امېندواري د CMV شدت نه زياتوي، زياتره انتانات پرته له عرضه وي. په ۱۰ – ۱۵ ٪پېښو کې منتن کاهلان Mononucleosis ته ورته سنډروم لري، چې په تبه، Pharyngitis، Polyarthritis Lymphadenopathy ځانګړې دی. په معافيت ځپلو ميندو کې Myocarditis، Pneumonitis، Hepatitis، Retinitis، Gastroenteritis يا Meningoencephalitis رامنځته کېږي.(Picone, 2017)

جنيني انتان: د جنين ولادي انتان يو سنډروم وي، چې د ودې محدودېدل، مايکروسيفالي، دننه په قحفي کې Calcification، Chorioretinitis، دماغـي تـاخـر، حسـي عصـبي ګډوډۍ، Hepatosplenomegaly، ژېړی، هيمولايتيک انيميا او ترمبوسايټوپينيک پرپورا پکې شامل دي.

له زېږون مخکې تشخيص: امېندوارې مېندې بايد د CMV لپاره معاينه شي. که مثبت وو او په جنين کې ابنارمل سونوګرافيکي موندنې ومونډل شوې؛ ولادي انتان تشخيص کېږي. د CMV له کبله د رامنځته شويو انوماليو د تشخيص لپاره سونوګرافي، CT يـا MRI تـرسره کېږي. سونوګرافيک مونـدنې يـې عبـارت دي لـه: مايکروسـفالي، Ventriculomegaly، دمـــــــاغي کلسيفيکيشـــــــن، Ascites، Hepatomegaly، Splenomegaly او Oligohydramnios. د دقيق تشخيص لپاره امنيوتيک مايع معاينه کېږي، چې يوه Gold standard معاينـه ده چې ۷۰ – ۹۹٪ حساسـه ده او د CMV NAAT (CMV Nucleic acid Amplification Test) په نوم يادېږي.

په اوس وخـت کـې د دې لپـاره کـوم ځـانګړي درمـل نـه دي تاييـد شـوي او کـوم واکسين هم نشته. د مخنيوي لپاره يې اړينه ده، چې مېرمن په لومړني انتان اخته نه شي.

الف. Varicella – Zoster Virus: د Varicella ابتدايي انتان د مستقيم تمـاس او د تـنفس له لارې له يو کس څخه بل کس ته لېږدول کېږي. که مور د امېندوارۍ پـه لـومړۍ نيمايـې کې په Varicella اخته وي؛ نو په جنين کې ممکن Congenital Varicella syndrome را منځتـه شي، چـې پـه Chorioretinitis، Microphthalmia، Cerebral cortical atrophy د ودې محدوديت، هايدرونفووزس او د اطرافـو پـه هايپوپلازيـا ځـانګړی دی. مورنی انتان يې د ويزيکلونو د مايع د NAAT په واسطه او ولادي Varicella د امنيوتيک مايع د NAAT انالايزس په واسطه تشخيص کېږي.(Cunningham, 2018)

اخته مېرمن په Varicella له نورو امېندوارو ښځو څخه جلا او تجريـد شي. د بسـتر شويو مېرمنو لپاره Acyclovir ۱۰ – ۱۵ ملي ګرامه په هر کيلوګرام هر اته ساعته وروسـته د وريد له لارې ور کول کېږي.(CDCP, 2012)

ب. *HIV& Hepatitis B:* د امیندوارۍ مور په سیروم د HBS Ag د B انتي‌جن د اندازه کولو په واسطه د Hepatitis پېژندنه ترسره کېږي. اصلي موخه د ناروغۍ وختي تشخیص مخکې د ماشوم له زېږون څخه دی، په دې ترتیب ټول نوي زېږېدلي ماشومان د Hepatitis B مور څخه د فعال او غیرفعال واکسین تر درملنې لاندې راځي ۵۰٪ نوي زېږېدلي ماشومان ممکن له ولادي ویروس سره وزېږول شي، چې ممکن دا ماشومان د ځیګر سیروز، ځیګر کارسینوما په خطر کې وي.

د امېندوارۍ په پیل کې د HIV د پېژندنې په موخه باید اړینې ازموینې ترسره شي، تر څو د مناسبې درملنې په مرسته د ویروس د لېږدونې کچه جنین ته ټیټه شي. د درملنې په پلان کې د سیزارین په واسطه د زېږون عملي کول او وروسته له زېږون څخه د مور د شیدو په واسطه د نوي زېږېدلي ماشوم نه تغذیه کول برخه لري.

***۳-بکتریايي انتانات** :چې په لاندې ډول تشریح شوي*

ګروپ A سټرپټوکوکس: تر ټولو مهم یې Streptococccus pyogenes دی، چې امیندوارۍ مینډې اخته کوي او د حاد (Pharyngitis) لامل کېږي، چې ممکن د سیستمیک او یا پوستکی انتانات ورسره یوځای وي او د پنسلین په واسطه یې درملنه کېږي. د دې ترڅنګ S. Pyogenes له زېږون څخه وروسته Streptococcal toxic shock syndrome را منځته کوي، چې د Clindamycin او پنسلین په واسطه یې درملنه کېږي.

ګروپ B سټرپټوکوکس: Streptococcus agalactiae د ګروپ B یو اورګانیزم دی، چې په ۱۰ -۲۵٪ پېښو کې د امیندوارو مینډو معدې معایي او بولي تناسلي لارې اخته کوي. د دې تر څنګ Group B Streptococcus (GBS) هم امیندوارۍ مینډې اخته کوي.(Kwatra, 2016)

مورنۍ او Perinatal انتان: GBS ممکن غیرعرضي وي او یا Septicemia په مور او جنین کې را منځته کړي. په داسې حال کې چې د S. Agalactiae په واسطه Preterm labor، مخکې له وخته د ممبران څیرې کېدل، Chorioamnionitis او جنیني انتانات رامنځته کېږي. همدارنګه د GBS د مورنۍ Bacteriuria، Pyelonephritis،

Osteomyelitis، mastitis Postpartum او Puerperal infection لامـــــــل کېږي.(Cunningham, 2018)

مخنيوی يې په دوه ډوله دی؛ يو Culture-based او بل يې Risk-based مخنيوی دی.

د امېندوارۍ پر مهـال پنسـلين G ۵ مليونـه يونټـه وريـدي ابتـدايي ډوز، بيـا ۲.۵ – ۳ مليونه يونټه iv په هرو ۴ ساعتونو کې تر زېږون پورې، چې Alternative يې امپيسـيلين ۲ گرامه وريدي ابتدايي ډوز، بيا ۱ گرام وريـدي هـرو څلـورو سـاعتو کـې يـا ۲ گرامـه هـر ۶ ساعته وروسته تر زېږون پورې. که له پنسلين سره الرجي ولري ؛بيا Cefazolin ۲ گرامه iv ابتدايي ډوز، بيا ۱ گرام هر ۸ ساعته وروسته تر زېږون پورې.

Methicillin-resistant Staphylococcus aureus : Staphylococcus aureus په ۱۰ – ۲۵٪ پېښو کې په ولادي ناروغانو کې را منځته کېږي، چې په امېندوارو ميندو کې په عمومي ډول د پوستکي او رخوه انساجو انتاناتو په ډول ليدل کېږي. په ځينو پېښو کې د ثديو التهاب(Mastitis) او د ثديو ابسـيگانې راپور هم ور کړل شوی دی. غيراختلاطي پېښې يې د ډريناژ او موضعي زخمونو د څارنې او غوره انتي‌بيوتيک په واسطه يې درملنه کېږي.(Cunningham, 2018)

۴. پروتـوزوايي انتانـات : Toxoplasmosis لامـل يـې Toxoplasma gandii دی. پـه امېندوارو ميندو کې نوموړی انتان په بېړنۍ مرحله کې کوم کلينيک نه رامنځته کوي او د زېـږون دمخه يا د نـوي زېږېـدلي ماشـوم د سـيرولوژيک سـکرينينگ پـه وخـت کـې پـه ناڅـاپي ډول تشخيص کېږي. په ځينو پېښو کې اعراض ور کوي، چې په امېندوارو ميندو کـې يـې کلينيـک عبـارت دی لـه: سـتړتيا، تبـه، سردردی، عضـلي درد، Maculopapular rash او خلفـي رقبـي لمـف اډينـوپتي. د مـور د اختـه کېـدو لـه کبلـه د بې‌مـودې زېـږون چـانس څلـور ځلـه زياتېږي.(Kim, 2015)

هغه نوی زېږېدلي ماشومان چې له منتنو ميندو څخه زېږېږي د دغـو نـاروغيو لرونکـي وي: د (LBW)، Hepatosplenomegaly، زېـــــړی، انيميـــــا او مايکروســــــفالي يـــــا هايدروسفالي.(Cunningham, 2018)

د درملنې رژيم يې په دې ډول دی؛ Spiromycin 1gr هر اته ساعته وروسته د درې اوونيو لپاره او يا Sulfadiazine 3gr په دوه يا درې کسري دوزونو له ۵۰ mgr Pyremethamin سره يوځای ورکول کېږي.

درملنه يې د دوه رژيمونو په واسطه ترسره کېږي. Spiramycin يواځې او يا Pyrimethamine sulfonamide له folinic acid سره يوځای ور کول کېږي. دغه دواړه رژيمونه په پرلهپسې ډول يو بل پسې کارول کيږي.(Cunningham, 2018)

ملاريا: د Plasmodium پرازيت په واسطه رامنځته کېږي، چې کلينيکي موندنې يې عبارت دي له: تبه، لړزه، زکام ته ورته اعراض؛ لکه د سردرد، عضلاتو درد او ستړيا نوموړي اعراض په وقفوي ډول را منځته کېږي، چې د بيا رامنځته کېدو په صورت کې يې شدت زياتېږي. ممکن انيميا او زېړی هم ور سره يوځای وي. فلسيپارم ملاريا يې د پښتورگو د عدم کفايې، کوما او مړينې لامل هم کېږي. د ملاريا له کبله لاندې ناخوالې را منځته کېږي: Stillbirth، Preterm birth، LBW او مورنۍ انيميا. د درملنې زياتره رژيمونه يې په امېندوارۍ کې مضاد استطباب نه دي. غيراختلاطي PV ملاريا د Chloroquine يا Hydroxychloroquine په واسطه تداوي کېږي. کلوروکين 600mg bas د خولې له لارې لومړی دوز ٦ساعته وروسته 300mgr بيا په دويمه او درېيمه ورځ 300mgr د کاهل لپاره ورکول کېږي. که له Chloroquine سره مقاومت موجود وي؛ نو د Mefloquine په واسطه تداوي کېږي، بيا له زېږون څخه وروسته د Premaquine په واسطه تعقيبېږي.

(Artem) Artemeter په دويم ترايمستر کې د Vivax ملاريا په درملنه کې ډېره مؤثر درمل دي، چې زرقي ډول يې د يو کاهل لپاره 3.2mg/kgr په اول زرق او وروسته د څلورو نورو ورځو لپاره يو امپول 80mgr او يا 1.6mgr/kgr ورکول کېږي.

Falciform ملاريا د تداوۍ لپاره Quinn او clindamycin د حاملگۍ په لومړي ترايسمتر کې ورکول کېږي، څرنگه چې clindamycin ډېر مروج نه دی؛ نو ځکه کنين ته ترجيح ورکول کېږي. د ملاريا مخنيوی په Chemoprophylaxis ولاړ دی، په هغه صورت کې ترسره کېږي، چې کله يو کس د ملاريا انډيميکو ساحو ته سفر کوي.(Mace, 2017)

امیبیازس: امیبیک ډیزنټري ممکن د امېندوارۍ پر مهال تبې، بطني درد او وینه لرونکو غایطه موادو سره رامنځته شي. که اختلاطي شوی وي او د ځیګر ابسې یې جوړې کړي د تهاجمي انتان لپاره Metronidazole ۷۵۰ mgr د ورځې درې ځلې له ۵ څخه تر ۷ ورځو پورې او یا Tinidazole ۲gr روزانه د درې ورځو لپاره په دویم ترایسمتر کې ورکول کیږي . غیر تهاجمي انتانات د Iodoquinol یا Paromomycin په واسطه یې درملنه کیږي.(Andrade, 2015)

۵. **مایکوتیک انتانات:** فنګسي انتانات (په ځانګړي ډول Pneumonitis) د امېندوارۍ په دوران کې ډېر دودیز نه دي. هغه فنګس انتانات چې د امېندوارۍ پر مهال Pneumonitis رامنځته کوي په دې ډول دي: Coccidiomycosis، Blastomycosis، Cryptococcosis یا Histoplasmosis.

Brucellosis : یوه زونوتیکه ناروغي ده، چې د منتن څارویو له محصولاتو څخه؛ لکه په انتان اخته څاروي غیر اېشول شوې شیدو خوړل او یا د هغه له پنیر څخه ګټه اخیستل یې لامل جوړوي، بروسیلوزس د سببي لامل پر اساس مختلف ډولونه لري، خو مهمترین ډول یې د Brucella melitensis په نوم یادیږي، چې د اخته پسونو له لارې ښځه په ناروغي اخته کوي Brucella abortus یې بل ډول دی، کوربه یې غواګاني دي، خو انسانان هم ناروغ کولای شي او په brucella sius کې کوربه خنځیر دی، چې د منتن خنځیر د غوښې کارول د ناروغۍ لامل بلل شوی دی، چې په امېندواري کې دا لاندې خطرونو رامنځته کولای شي.Preterme labor ، Miscarriage، Fetal death. که چېرې د IgA, IgM, IgG اندازه په سیرولوژیک تست کې ۱:۱۶۰ د سریري اعراضو په ملتیا شتون ولري؛ نو په بروسیلوزس دلالت کوي د brucellosis په درملنه کې دوه ډول رژیمونه عملي کیږي؛

الف: په لاندې دوه ډوله دی

۱- Doxycycline 100mg /12h for =6 weeks

۲-Streptomycine im 1g/24 hfor 14-21days

ب: - Doxycycline 100mg /12h for six weeks+ Rifampine 600mg -900 mg /24 h orally for six weeks

چې د دغو درملو له ډلې څخه Tetracycline , Streptomysin تیراتوجنیک اغېزې لري؛ نو په امېندوارۍ کې Rifampine 900 mg /24h + Cotrimxazol 5 mg /12h/ -kg/- د یوې میاشتې لپاره ښه تاثیرات لري.

لنډيز

د شکرې اغېزې د امېندوارۍ پر مهال پر نوي زېږېدلي ماشوم باندې عبارت دي له Respiratory Distress Syndrome, Hypoglycemia Hyperbilirubinemia ، Polycythemia, Cardiomyopathy. او پر مور باندې يې اغېزې عبارت دي له Nephropathy, Pre eclampsia, Retinopathy Neuropathy, infections, .Ketoacidosis.

په ولادي کې له رحم څخه بهر امېندواري، سقط او مولر امېندواري چې د بېړنۍ وينې بهېدنې له کبله د انميا لامل کېږي او ځنډنۍ انيميا چې د ځينو ځنډنيو ناروغيو له کبله؛ لکه د پښتورگو عدم کفايه، سرطان، شيموتراپي، HIV انتان او د ځنډني التهاب په پايله کې منځته راځي.

په دې برخه کې د RH incompibality په تفصيلي توگه توضيح شوې ده، که چېرې مور دغه انتي‌جنونونه ولري او خاوند يې دا انتي‌جن ونه لري؛ نو ممکنه ده راتلونکی ماشوم هم د پلار په شان Rh^+ وي، چې د امېندوارې مور د حساسه کېدو لامل کېدای شي.

که جنين مخکې له زېږېدو څخه خپل ژوند له لاسه ور کړي او مړ شي د Fetal death په نوم يادېږي. که جنين له زېږېدو څخه وروسته ساه وانخلي يا د ژوند کوم شواهد ونه مونډل شي؛ لکه د زړه ضربان، د حبل ثروي نبضان او د ارادي عضلاتو د حرکت نه شتون د ماشوم مړينه تاييدېږي.

د امېندوارۍ پر مهال د انتاناتو په برخه کې د امېندواري ويروسي، باکترياېي واو پروتوزواېي انتانات تشريح شوي، له ويروسي انتناتو څخه CMV چې د ولادي مهمو ابنارملتيگانو لامل شمېرل کېږي تشريح شوي دي.

پوښتنې

۱. له لاندې فکتورونو څخه کوم یو یې د Gestational diabetes سره تړاو نه لري.

الف - IUGR　　ج- Neonatal hypoglycemia

ب-Maternal obesity　　د- Fetal macrosomia

۲. په لومړي ترایسمتر کې د هایپوګلایسمیا په صورت کې د ګلوکوز اندازه عبارت ده له:

الف- < 40 mg/dL　　ج- 40 mg/dL.سره برابره وی

ب- > 40 mg/dL　　د- < 50 mg/dl

۳. جنین ته په رحمي ژوند کې د وینې د لېږدونې اندازې د معلومولو لپاره له کوم فورمول څخه استفاده کوو؟

الف-week of gestation -20x1　　ج- weeks of gestation-19x1

ب-week of gestion -2X 1　　د- weeks of gestation x20-1

۴. وروسته د پوره مودې ماشوم له زیږون څخه انتي D په کوم دوز ورکول کیږي.

الف - µg۵۰　　ج- µg۲۰۰۰

ب -µg۱۰۰　　د- µg۳۰۰

۵ . د امېندوارۍ پر مهال په کومو اوونیو کې باید Indirect coombs test اجراء شي.

الف- په ۱۲، ۲۰، ۲۸،۳۶ اوونۍ کې　　ج- په ۲۲،۳۲ اوونۍ کې

ب- په ۱۰،۱۳،۲۸،۳۶ اوونۍ کې　　د - په ۲۹،۳۱ اوونۍ کې

٦. په امېندوارۍ کې د فولیک اسید اړتیا په ورځ کې څومره ده.

الف – ۲۰۰mcg/dl　　ج- ۴۰۰ mcg/dl

ب- ۳۰۰ mcg/dl   د- ۵۰۰ mcg/dl

۷. نورمال جنيني هيموگلوبين د کوموځنځيرونو لرونکې دی.

الف- دوه الفا ځنځير   ج- دوه الفا دوه بيتا ځنځيرونه

ب- دوه بيتا ځنځير   د- دوه الفا دوه گاما ځنځيرونه

۸. د جنيني ودې دويم پړاو ځانگړی دی په:

الف- هايپرپلازی   ج- هايپرپلازی او هايپرتروفي

ب- هايپرتروفي   د- ميتا پلازی

۹. له لاندې اختلاطاتو څخه کوم اختلاط د جنين د وزن په کموالي پورې تړاو نه لري.

الف- High Apgarscor   ج- Sepsis

ب- Fetal disstress   د- Enterocolitis

۱۰. له لاندې اختلاطاتو څخه کوم خطر په ملاريا کی د امېندوارۍ په دوران پورې تړاو نه لري.

الف- Preterm Labor   ج- Still Bith

ب- Low Birth Weight   د- Prolong Pregnancy

۱۱. له لاندی درملو څخه کوم يو د فنگسي افاتو لپاره انتخابي درمل دی.

الف- امفوتريسين B   ج- Sulfadizol

ب- Cotrimexazol   د- Mebedazol

تشریحي پوښتنې

۱. په دیابیتیک حمل لرونکو ښځو کې د خواړو رژیم په هکله معلومات ورکړئ؟

۲. د یوې دیابیتیکې مېرمن لپاره تر ټولو غوره لار د امېندوارۍ تر منځ واټن ورکولو لپاره کومه ده؟

۳. دیابیت پر مور باندې څه اغېزې لري؟

۴. هیموګلوبین یو ....Conjugate دی، چې د ګلوبین برخه یې د .... پولي پپتاید ځنځیرونو څخه چې عبارت دي له...Delta,...........Alfa,........... څخه جوړه شوې ده.

۵. هغه خلک چې ....یې ترسره کړي وي تر .... مایکروګرام پورې ویتامین بي ۱۲ ته اړتیا لري، چې په هره .... کې عضلي زرق کېږي؟

۶. Thrombocytopnia تعریف کړئ او لاملونه یې توضیح کړئ؟

۷. د مور په سیروم کې .... انتي‌باډي د test ....Indirect په واسطه تشخیصېږي. که پایله یې .... وه؛ نو ځانګړې انتي‌باډي معلومېږي.

۸. د جنین D انتي‌جن معلومولو لپاره له کومو ازموینو څخه استفاده کېږي؟

۹. نن سبا د وینې ټرانسفیوژن د ټولنې له خوا د وینې څومره ګروپونو او څومره د سرو حجرو انتي‌جنونه وړاندې شوي دي؟

۱۰. د Fetal macrosomia خطري فکتورونو نومونه واخلئ؟

۱۱. د Brain sparing اصطلاح تعریف کړئ؟

۱۲. امیبیک ډیزنټري ممکن د امېندوارۍ په دوران کې له ....، بطني درد او .... غایطه موادو سره یوځای وي.

۱۳. د ملاریا له کبله لاندې ناخوالې؛ لکه .... ، ....birth ، LBW او مورنۍ ....رامنځته کېږي.

ماخذونه

Andrade RM & Reed SL. (2015) *Amebiasis and infection with free-living amebas*. In Kasper DL & Fauci AS & Hauser SL, et al (eds): *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 19th ed. New York, McGraw-Hill.

Benz EJ. (2015) *Disorders of hemoglobin*. In: Kasper DL & Fauci AS & Hauser SL, et al (eds): *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 19th ed. New York, McGraw-Hill Education.

Centers for Disease Control and Prevention. (1998) *Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States*. MMWR 47:1.

Centers for Disease Control and Prevention. (2012) *FDA approval of an extended period for administering VariZIG for postexposure prophylaxis of varicella*. MMWR 61(12):212.

Cunningham F.Gary & Leveno Kenneth J, et al. (2018) *Williams Obstetrics*, 25th edition, United State: McGraw-Hill Education, Pp: 680, 681, 1910, 1931, 2420, 2464, 2483, 2490 - 2492.

Decherney Alan H & Nathan Lauren, et al. (2013) *Current Diagnosis and Treatment Obstetrics and Gynecology*, 11th edition, United State: McGraw-Hill Complanies, Pp: 493, 496.

Happe SK & Zofkie AC & Nelson DB. (2016) *Microangiopathic hemolytic anemia due to malignancy in pregnancy*. Obstet Gynecol 128:1437.

Johnson JA & MacDonald K & Clarke G, et al. (2017) *No. 343—Routine non-invasive prenatal prediction of fetal*

RHD genotype in Canada: the time is here. J Obstet Gynaecol Can 39(5):366.

Kim K & Kasper LH. *Toxoplasma infections*. In Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, et al (eds). (2015) *Harrison's Principles of Internal Medicine,* 19th ed. New York, McGraw-Hill.

Kwatra G & Cunnington MC & Merrall E, et al. (2016) *Prevalence of maternal colonization with group B streptococcus*: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis 16(9):1076.

Little SE & Zara CA & Clapp MA, et al. (2015) *A multi-state analysis of early-term delivery trends and the association with term stillbirth.* Obstet Gynecol 126(6):1138.

Mace KE & Arguin PM. (2017) *Malaria Surveillance—United States*. MMWR 66(12):1.

Picone O & Grangeot-Keros L & Senat M, et al. (2017) *Cytomegalovirus non-primary infection during pregnancy. Can serology help with diagnosis?* J Matern Fetal Neonatal Med 30(2):224.

Shruthi M & Gupta N & Jana M, et al. (2017) *Comparative study of conventional and virtual autopsy using postmortem MRI in the phenotypic characterization of stillbirths and malformed fetuses*. Ultrasound Obstet Gynecol March 13.

Spivak JL. (2015) *Polycythemia vera and other myeloproliferative neoplasms*. In: Kasper DL & Fauci AS & Hauser SL, et al (eds): *Harrison's Principles of Internal Medicine,* 19th ed. New York, McGraw-Hill Education.

Wang D & Hong Y & Zhu L, et al. (2017) *Risk factors and outcomes of macrosomia in China: a multicentric survey based on birth data*. J Matern Fetal Neonatal Med 30:623.

اتم څپرکی

د زېږون پروسې تحریکول او د پلاسنتا ابنارملیتي ګانې

د جراحي یا طبي میتود یا هم له دواړو میتودونو څخه پکار اخیستلو سره د مهبلي زېږون په موخه د رحم تقلصاتو تنبه کول د Induction of labor څخه عبارت دی. که چېرې د شته تقلصات ناکافي‌والی مونږ دې ته اړ باسي تر څو د زېږون د جراحي اویا طبي کړنلاې څخه ګټه واخلو؛ نو د Augmentation اصطلاح کارول ورته غوره شمېرل کېږي. باید مېرمن او د هغې کورنۍ د دې پروسې د ګټې، اختلاطاتو او د C/S امکان درلودلو په اړه خبر اوسي د بریالي Induction لپاره د رحم عنق حالت ډېر مهم دی.

د پلاسنتا ځیني افات د تفتیش او یا د التراساونډ په واسطه تشخیص کېږي، مګر ځیني ابنارملتي‌ګانو د تشخیص لپاره هستولوژیکو معایناتو ته اړتیا لري. د پلاسنتا معاینه د یو ولادي متخصص په واسطه له موافقې څخه وروسته ترسره کېږي، پلاسنتا او Cord باید د ولادت په خونه کې تفتیش کړای شي او له هغې څخه وروسته د پتالوژي په شتون کې د پتالوژیکو معایناتو تصمیم نیول کېږي.

د زده‌کړې موخې

- د زېږون پروسې تحریکول
- د پلاسنتا، حبل ثروي او پردې ابنارملتي‌ګانې

د زېږون پروسې تحریکول

د انډکشن او اګمنټیشن اساسي هدف دا دی، چې رحم فعالیت پیل کړي او د رحم عنق کې بدلون رامنځته شي او ماشوم زېږون وکړي. اوکسي‌ټوسین جریان په هغه وخت کې درول کیږی کله چې د رحم تقلصات په ۱۰ دقیقو کې له ۵ څخه زیات او یا په ۱۵ دقیقو کې له ۷

تقلصاتو څخه زيات شي. د اوکسي‌ټوسين د درولو سره غلظت يې په پلازما کې ژر کمېږي، څکه نيمايي ژوند يې ۳-۵ دقيقو پورې دی.

۱. **پېژندنه:** د مهبلي زېږون په موخه د رحم تقلصاتو تنبه کول د جراحي يا طبي ميتود يا هم د دواړو ميتودونو په واسطه عبارت دی، له Induction of labor څخه. که د شته تقلصاتو ناکافي‌والی لپاره د زېږون د پروسې تحريک وکارول شي؛ نو ورته Augmentation ويل کېږي.(Martin, 2017)

۲. **دزېږون د تحريک استطبابات** : که چېرې د حمل ادامه د مور او جنين دواړو لپاره زيانمنه وي او زېږون د دواړو لپاره ګټور وي؛ لکه Premature rupture of membrane، Oliogohydramnios Gestational hypertension ، او يا که د جنين حالت ډاډمن نه وي، له مودې څخه وروسته امېندواري، د مورنی څنډنيو ناروغيو شتون، Abruption of placenta، IUGR د جنين داخل‌الرحمي مړينه.(ACOG, 2016; Dutta, 2015)

۳. **مضاد استطبابات:** په لاندې حالتونو کې Induction of labor مضاد استطباب دی

د کلاسيک شق په پخواني سيزارين کې د حوصلې تنګوالی د پلاسنتا غيرنورمال ډول غرس کېدل، Active genital herpes infection ، د رحم عنق کنسر، د جنين Macrosomia ، شديد Hydrocephalus د جنين غيرنورمال اعتلان.

۴. **له انډکشن څخه مخکې د رحم غاړې اماده کول** : د کامياب Induction لپاره د رحم غاړې حالت مهم دی، د فارمکولوژيکي او ميخانيکي ميتودونو په مرسته د رحم غاړې پوخوالی را منځته کېدای شي، چې دا حالت له انډکشن څخه مخکې د رحم غاړې پخوالي په نوم يادېږي، څينې دا تخنيکونه که د Oxytocin induction سره پرتله شي، ګټور دي او څينې يې بيا د زېږون د پيل لپاره استعمالېږي. د دې تخنيکونو په استعمال سره د C/S او د مور او ماشوم د معيوبيت کچه په پرتله د هغو ښځو چې پکې دا تخنيکونه نوي کارول شوي لږ دي.(Feltovich, 2017)

۸- ۱- جدول: هغه معمول رژیمونه له انډکشن څخه مخکې د رحم د عنق دپخوالي یا Labor induction لپاره استعمالیږي

تخنیک	Agent (عامل)	لاره/ډوز	تبصره
فارمکولوژیک			
Prostaglandin E_2	Dinoprostone gel, 0.5 mg (Prepidil) Dinoprostone insert, 10 mg (Cervidil)	د رحم غاړه 0.5 mg، هر شپږ ساعته وروسته تر درې دوزونو پورې خلفي فورنیکس /10 mg	1. که د اوکسي‌توسین انفیوژن سره یوځای وکارول شي؛ نو د انډکشن او زېږون تر منځ وخت (I-D time) د اوکسي‌توسین ځان ته استعمال په پرتله کمېږي. 2. Insert یې د Gel په پرتله د انډکشن او زېږون تر منځ وخت (I-D time) کموي. 3. د وروستي Oxytocin انفیوژن څخه باید ۶ – ۱۲ ساعته مسافه ولري.
Prostaglandin E_1	Misoprostol ګولۍ ۱۰۰یا ۲۰۰ مایکروګرام (Cytotec)	مهبلي: ۲۵ مایکروګرامه، د اړتیا په صورت کې ۳ – ۶ ساعتو کې تکرارېږي. د خولې له لارې: ۵۰ – ۱۰۰ مایکروګرامه، د اړتیا په صورت کې ۳ – ۶ ساعتو کې تکرارېږي.	1. د ۳۰ – ۶۰ دقیقو تر منځ تقلصات 2. په میعاد کې د ممبران رپچر یا د پوخ د رحم غاړه لپاره د Oxytocin ورکړې په پرتله پایله یې ښه ده. 3. که مهبلي دوز یې د ۲۵ مایکروګرامه څخه لوړ شي؛ نو Tachysystole په عام ډول رامنځته کېږي.
میخانیکي			
د رحم غاړه له لارې 36F فولي	۳۰ ملي لیتره بالون		1. د Bishop سکور ډېر ژر لوړوي.

کتيتر			2. ۸۰ملي ليتره بالون يې ډېر اغېزمن دی.
Hygroscopic Dilator		Laminaria, hydrogel	1. د Bishop سکور ډېر ژر لوړوي. 2. ممکن د اوکسي‌توسين سره I-D وخت لنډ نه کړي.

(Cunningham، ۱۱۸۳)

د Induction د ارزونې لپاره له bishop score څخه استفاده کېږي، چې په (۸- ۲- جدول) کې ښودل شوي دي، که Bishop score خلور او يا له خلورو څخه ښکته وي؛ د رحم غاړې پوخوالی استطباب لري او که Bishop سکور ۹ وي؛ نو د Induction پايلې ښې دي.(Cunningham, 2018)

۸- ۲- جدول: د Induction ارزونې لپاره د Bishop سکور سيستم

سکور	د رحم غاړه فکتور				
	توسع (Cm)	Effacement (%)	Station (-3 to +2)	مقاومت	وضعيت (Position)
۰	تړل شوی (Closed)	۰ – ۳۰	-۳	کلک	خلفي
۱	۱ – ۲	۴۰ – ۵۰	-۲	متوسط	منحنی وضعيت (Midposition)
۲	۳ – ۴	٦۰ – ۷۰	-۱	نرم	قدامي
۳	≥ ۵	≥ ۸۰	+۱، +۲	--	--

(Cunningham، ۱۱۳۹)

۵. ميخانيکي او فارمکولوژيک تخنيک: ميخانيکي ميتودونه چې د زېږون د تحريک په موخه ترې کار اخيستل کېږي عبارت دي له:

- Amniotomy
- Trans Cervical Balloon Catheter
- Mechanical Dilation (Laminaria)
- Stripping The Membrane

له بدهمرغه په ځینو مېرمنو کې چې Induction استطباب لري، خو د رحم غاړه د Induction لپاره اماده نه وي. د رحم غاړې پوخوالي لپاره بېلابېل تخنیکونه شته، چې تقلصات تنبه کوي او د زېږون په Induction یا Augmentation کې مرسته کوي. هغه میتودونه چې په دودیز ډول د رحم غاړې د پوخوالي او Induction لپاره کارول کېږي د پروستاګلاندین انالوګ څخه عبارت دي.

Prostaglandin E2: Dinoprostone د پروستاګلاندین E_2 یو جوړ شوی انالوګ دی، چې د Gel او time release vaginal insert په شکلونو پیدا کېږي. د Gel او Time release vaginal insert فارمولې یې یواځې له Labor induction څخه مخکې د رحم غاړې پوخوالي لپاره استطباب لري. د Dinoprostone د 20-mg suppository په ډول هم موندل کېږي، چې د ۱۲ او ۲۰ اوونیو ترمنځ د امېندوارۍ د ختمېدو په موخه کارول کېږي.
جانبي عوارض: د رحم Tachysystole (که رحم په ۱۰ دقیقو کې له ۵ څخه زیات تقلصات وکړي).

مضاد استطبابات: Dinoprostone hypersensitivity، CPD، نامعلومه مهبلي وینه بهېدنه، هغه مېرمنې چې Oxytocin یې تازه اخیستي وي، هغه مېرمنې چې مهبلي ولادت پکې استطباب نه لري.(ACOG, 2017)

Prostaglandin E1 : Misoprostol د پروستاګلاندین E_1 جوړ شوی انالوګ دی، چې د ۱۰۰ – ۲۰۰ مایکروګرامه د Peptic ulcer د مخنیوي په موخه کارول کېږي. Misoprostol د Induction دمخه د رحم غاړې د پوخوالي په موخه مهبلي یا د خولې له لارې کارول کېږي. Misoprostol کارول د Induction او یا د سقط په موخه تر اوسه منل شوي نه دي.(Wagner, 2005)

مهبلي استعمال: د Misoprostol تابلیتونو کارول د رحم غاړې پوخوالي او یا Labor induction په موخه د PGE_2 سره ورته او یا هم له دې څخه ښه اغېزه لري. مهبلي Misoprostol په واسطه د نورو مهبلي درملو په پرتله په ۲۴ ساعتونو کې د مهبلي زېږون

اندازه لوړه ده. د Dinoprostone په پرتله پکې د Induction لپاره د Oxytocin تـه اړتیـا پکې کمه ده. د لوړ ډوز Misoprostol له کبله د Oxytocin اړتیا کمېږي، خو د Uterine tachysystole چانس پکې زیـاتېږي. مهـبلي دوز یـې ۲۵ مایکروگرامـه دی، چـې د ۱۰۰ مایکروگرامه گولۍ څلورمه برخه کېږي.(Hofmeyr, 2010)

د خولې له لارې استعمال: PGE1 گولۍ کـه د خـولې لـه لارې وکـارول شي، هـم اغېـزمن ثابتېږي. د خولې له لارې د Misoprostol کارولو سره د نورو درملو په پرتله د C/S انـدازه د پام وړ کمه شوې ده.(Alfirevic, 2014)

د Oxytocin په واسطه Induction او Augmentation د رحم غاړې پوخوالی هم زېږون تنبه کوي، که تنبه نه شي؛ نو د زېـږون انډکشـن او اگمنټیشـن تـه د اوکســيټوسـین محلول په واسطه چې د انفیوژن په ډول تطبیقېږي ادامه ور کول کېـږي. د اوکســيټوسـین کارول د Augmentation لپاره د زېږون د فعالې درملنې یـوه مهمـه برخـه گڼـل کېـږي. د Oxytocin له ورکړې څخه وروسته باید د جنین زړه ضربان او د رحـم تقلصـات پـه دقیـق ډول و ارزول شي.(ACOG, 2016)

٦. د اوکسيټوسین وریدي کارول: د انډکشن او اگمنټیشن اساسي موخه دا ده، چې رحم فعالیت پیل کړي، د رحم په غاړه کې بدلون رامنځته شي او ماشوم وزېږول شي. اوکسيټوسین په هغه وخت کې ودرول کېږي کله چې د رحم تقلصات په ۱۰ دقیقو کې تر ۵ زیات او یا په ۱۵ دقیقو کې تر ۷ تقلصاتو څخه زیات شي. د اوکسيټوسین درولو سره غلظت یې په پلازما کې ژر کمېږي، ځکه نیمایي ژوند یې ۳ – ۵ دقیقو پورې دی.

د اوکسيټوسین دوز: د اوکسيټوسین ۱ ملي لیتر امپول ۱۰ یونټه اوکسيټوسین لـري، چـې د ۱۰۰۰ ملي لیتره کریسټالوئید محلول کې dilute کېږي او د انفیوژن په ډول تطبیقېږي.

د اوکسي توسین رژیم: د اوکسيټوسین ټیـټ او لـوړ ډوز چـې د نسـایي ولادي امریکـایي کالج له خوا وړاندیز شوي، په جدول کې ښودل شوي دي.(ACOG, 2016)

۸-۳- جدول: د زېږون انډکشن لپاره د اوکسیتوسین ټیټ او لوړ ډوز رژیمونه

رژیم	د پیل ډوز (mU/min)	Interval (min)
ټیټ ډوز	۰.۵ – ۱.۵	۱۵ – ۴۰
	۲	۱۵
لوړ ډوز	۴	۱۵
	۴.۵	۱۵ – ۳۰
	۶	۲۰ – ۴۰

(Cunningham، ۱۱۴۷)

د اوکسي توسين تر ټولو لوړ ډوز: که چېرې تقلصات د مهبلي زېږون لپاره بسنه و نه کړي او یا زېږون بند شوی وي؛ نو د اوکسي‌ټوسين انفيوژن دوز تر 48mU/min پورې لوړېږي، چې کوم خطر نه رامنځته کوي.(Cunningham, 2018)

انتخابي امنيوټومي زياتره د زېږون د چټکېدو په موخه ترسره کېږي. د امنيوټومي په مرسته له يو څخه تر يو نيم ساعت پورې ۵ سانتي متره پراخوالی رامنځته کېږي، تر څو د زېږون پروسه چټکه کړي. مهمه دا ده چې د Amniotomy سره د اوکسي‌ټوسين اړتيا کمه او د C/S اندازه هم کمېږي او د دې ترڅنګ پر جنين باندې کوم جانبي عرض هم نه لري. د Labor induction په موخه ممبران رپچر کېږي، چې د Surgical induction په نوم هم يادېږي، تر څو زېږون ترسره شي. د امنيوټومي په يواځې ډول ترسره کولو نقصان دا دی، چې ممکن زېږون ډېر وخت وروسته پيل شي. امنيوټومي سره د Cord prolapse خطر يوځای وي د دې خطر د کمولو لپاره د امنيوټومي پر مهال Fundal يا Suprapubic يا د دواړو فشار مرسته کوي.(Cunningham, 2018)

د پلاسنتا، حبل ثروي او پردې ابنارملټي ګانې :پلاسنتا يو جوړښت دی، چې د مور او جنين تر منځ يې اړيکه جوړه کړې ده، نورماله پلاسنتا د امېندوارۍ په وروستيو وختونو کې ۴۷۰ ګرامه وزن ، شکل يې دايروي څخه تر بيضوي پورې توپير کوي.

قطر یې ۲۲ سانتي متره دی، چې د مرکزي برخې ضخامت یې ۲.۵ سانتي متره دی. پلاسنتا د Placental disc، Extraplacental membrane او درې حبل ثروي اوعیو څخه جوړه شوې ده. د Disc سطحه چې د رحمي دېوال مقابل کې واقع ده، چې د Basal Plate په نوم یادېږي او د Cotyledons جوړه شوې ده. Fetal سطحه یې د Chorionic plate په نوم یادېږي په کوم کې چې حبل ثروي ارتکاز کوي. د پلاسنتا ځینو افاتو د معلومولو لپاره د تفتیش او یا له الټراساونډ څخه کار اخیستل کېږي، خو د ځینو ابنارملټي‌ګانو د تشخیص لپاره هستولوژیکو ازموینو ته اړتیا لري.

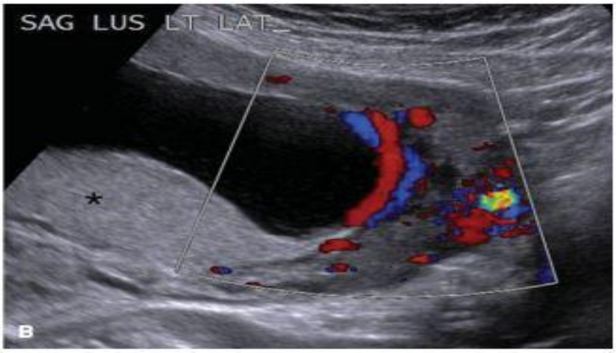
۱- Placental abnormalities: په لاندې ډول دي

د بڼې او سایز بدلونونه: د پلاسنتا معاینه د یو ولادي متخصص په واسطه له موافقې څخه وروسته ترسره کېږي، پلاسنتا او Cord باید د ولادت په خونه کې تفتیش کړای شي او بیا د پتالوژیو په شتون کې د پتالوژیکو معایناتو تصمیم نیول کېږي.

په ځینو حالتونو کې پلاسنتا د دوه لوبونو لرونکې وي، چې د سایز له نظره مساوي وي او د Bilobate placenta یا Bipartite placenta او یا د Placenta duplex په نومونو یادېږي. په دې حالت کې حبل د پلاسنتا لوبونو ترمنځ ارتکاز کړی وي. ممکنه ده نادراً پلاسنتا د درې یا زیاتو مساوي لوبونو لرونکې وي، چې د Multilobate په نوم یادېږي. په ځینو حالتونو کې یو یا زیات کوچني اضافه (Accessory) لوبونه هم موجود وي، چې ممکن له پلاسنتا څخه لېرې په یوه غشاء کې انکشاف وکړي او د Succenturiate lobes په نوم یادېږي.(۸- ۱ انځور) نوموړي لوبونه د اوعیو لرونکي دي، چې له ممبران څخه تېرېږي. د کلینیک له نظره اهمیت یې په دې کې دی، که نوموړې اوعیې د رحم غاړې دپاسه ځای ونیسي او Vasa previa رامنځته شي؛ نو د اوعیو له شلېدو څخه وروسته جنیني وینه بهېدنه (Fetal hemorrhage) رامنځته کېږي. له زېږون څخه وروسته ممکن د پلاسنتا یو اضافي لوب په رحم کې پاتې شي، چې له زېږون څخه وروسته د رحم اتوني، وینه بهېدنه یا د مؤخر Endometritis لامل کېږي.(Pereira, 2013)

د پلاسنتا سطحه د بدلون په صورت Placenta membranacea او یا Villi چې نږدې د رحم ټول جوف یې پوښلی وي په نادر ډول واقع کېږي. په دې حالاتو کې ځینې وخت شدیده وینه بهېدنه چې د Placenta previa یا Accreta ورسره مل وي رامنځته کېږي.(Faye-Peterson, 2006)

۸- ۱ انځور A: Succenturiate lobe. (Cunningham، ۲۷۰)



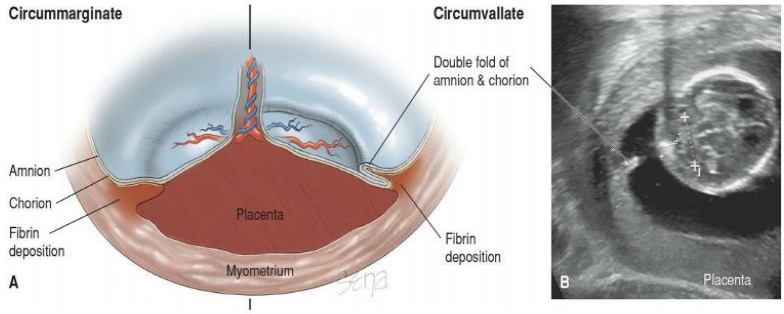
۸- B۲ انځور: د ډاپلر الټراساونډ په واسطه ښودل شوی، چې د پلاسنتا اساسي ډیسک په خلف کې غرس شوی دی او Succenturiate لوب د رحم په قدامي دېوال کې موقعیت لري. (Cunningham، ۲۷۰)

Ring-shaped پلاسنتا یا د ګوتمې په ډول پلاسنتا چې د Placenta membranacea یو ډول دی او ممکن د نیمه یا د بشپړې ګوتمې په ډول د پلاسنتا نسج شتون ولري. نوموړې انومالي ګانې زیاتره د Antepartum او Postpartum وینې بهېدنې او د جنین د ودې محدودیت سره مل وي. په Placenta fenestrate کې د پلاسنتا ډیسک

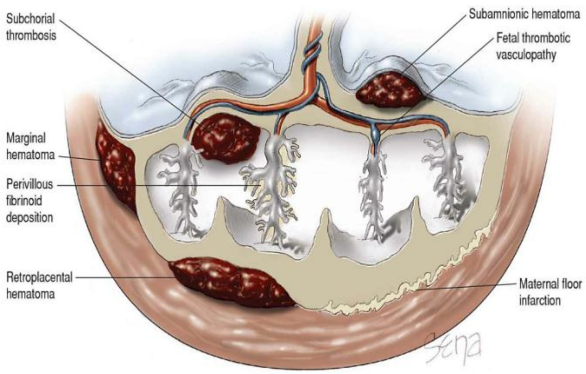
مرکزي برخه نه وي او یا ممکن په پلاسنتا کې یو سوری موجود وي. په زیاترو پېښو کې افت په Villous انساجو کې وي او Chorionic plate نورمال وي.

که د پلاسنتا ضخامت له ۴۰ ملي مترو څخه زیات شي د Placentomegaly په نوم یادېږي، چې د Villous enlargement لامل کېږي. د پلاسنتا لوی‌والی په دویمي ډول د مورني ډیابیټ یا د مورنۍ شدیدې انیمیا له کبله او یا هم د جنین Hydrops، انیمیا یا د Syphilis، Toxoplasmosis، Parvovirus یا Cytomegalovirus انتان له کبله رامنځته کېږي.(Cunningham, 2018)

Extrachorial placentation: Chorionic plate په نورمال ډول د پلاسنتا محیطي برخې پورې غځېدلی دی، چې قطر یې د Basal plate هومره دی. په Extrachorial placentation کې Chorionic plate د پلاسنتا محیطي برخې پورې نه وي غځېدلی او قطر یې د Basal plate څخه کوچنی وي.(۸- ۳ انځور). دوه ډولونه لري یو یې Circummarginate Placenta او بل یې Circumvallate placenta ډول دی. د څېړنو له مخې Circumvallate placenta د مخکې له وخت زېږون، د پلاسنتا مخکې له وخت څخه بېلېدل، د جنین د مړینې خطر زیاتوي.(Taniguchi, 2014)
په عمومي ډول ویلای شو، چې د Extrachorial placentation په دواړو ډولونو کې حمل غیراختلاطي او د حمل پایلې ښې وي.



۸- ۳- انځور: په پورته انځورونو کې د Extrachorial placentation د دواړو ډولونو Circummarginate (چپ) او Circumvallate (ښي) بدلونونه ښودل شوي دي. (Cunningham، ۲۷۲)



۸-۴- انځور: د پلاسنتا د دوران اختلال اړونده د پلاسنتا مورنۍ او جنيني برخې. (Cunningham، ۲۷۴)

د دوران مختل کېدل: د پلاسنتا د پرفيوژن ګډوډي په دوه ګروپونو وېشل شوي دي: (Fox, 2007)

- په لومړي ګروپ کې په Intervillous space کې د مورنۍ وينې جريان مختل کېږي.
- په دويم ګروپ کې د villi له لارې د جنيني وينې جريان اختلال شتون لري.

د مورني (Maternal) جريان مختل کېدل: د مورني جريان مختل کېدل د لاندې حالتونو له امله رامنځته کېږي.

۱. د Chorion لاندې د فايبرين ځای پر ځای کېدنه: په Intervillous space کې د مورنۍ وينې په کراره جريان له کبله د chorion لاندې د فايبرين د تجمع لامل کېږي.

۲. د Villous شاوخوا د فايبرين ځای پر ځای کېدنه: د Villus شاوخوا د مورنۍ وينې جريان رکودت د فايبرين ځای پر ځای کېدو لامل کېږي، چې په پايله کې د Villous اکسيجنيشن کم او د Syncytiotrophoblast نکروزس رامنځته کېږي.

۳. Maternal floor infarction: د villous شاوخوا د فايبرين ځای پر ځای کېدل، چې په غلط ډول ورته د Infarction اصطلاح کارول کېږي. په حقيقت کې Maternal floor infarction يوه ضخيمه، ژېړ يا سپين رنګه، کلکه ګونځې لرونکې سطحه لري، چې Intervillous space ته د مور وينې د نورمال جريان

مخنيوی کوي. په ځانګړو حالتونو کې د Basal plate شاوخوا غځېدلی وي، چې villi او Intervillous space تــه د نورمــال جريــان مخنيــوی کــوي. اغېزمنــې امېندواري ممکنه د خپل سـري سقط، د جنيني ودې محدوديت، مخکې له مودې څخه زېږون او د مړ ماشوم زېږون سره يوځای وي.(Cunningham, 2018)

۴. Intervillous thrombus: د مورنۍ علقه شوې وينې تجمع ده، چې په نورمال ډول په Intervillous مسافه کې مونـدل کېـږي. د ظـاهري منظـرې لـه نظـره دغـه تجمع په بيضوي يا ګرد ډول، چې تر څو سانتي مترو پـورې انـدازه يـې وي ليـدل کېږي. که تازه وي سور او که پخوانۍ وي؛ نو سپين ژېړ رنګه ښکاري.

۵. (Infarction): Chorionic villi اکسـيجن لـه مـورني دوران څخـه اخـلي او intervillous مسافې ته يې رسوي. په هرې Uteroplacental ناروغۍ کې چې د Chorionic villi اروا خرابـوي پـه پايلـه کـې د يـو ځـانګړي Villus انفارکشـن رامنځته کېږي. په Mature پلاسنتاګانو کې عام منځته راځي.

٦. Hematoma: د مورنۍ او پلاسنتا جنينـي وينـې تـرمنځ بېلابېلـې هيماتوماګـانې رامنځته کېږي؛ لکه په ۸-۵- انځور کې چې په لاندې ډول دي.(Fung, 2010)

دغه hematoma په لاندې ډولونو شته دي او عبارت دي له Marginal hematoma

Massive sub chorionic hematoma ، Retro placental hematoma

Subamnionic hematoma: د سونوګرافي له نظره د وينې بهېدنې په لومړۍ اوونۍ کې هيماتوم Hyperechoic يا Isoechoic، له يوې نه دوه اوونيو کې Hypoechoic او په پای کې له دوه اونيو څخه وروسته Anechoic وي.(Tuuli, 2011)

د جنيني جريان مختل کېدل: د جنيني جريان مختل کېدل د لاندې حالتونو له امله رامنځته کېږي؛

۱. Fetal thrombotic vasculopathy: د جنين ناپاکه يا اکسيجن نه لرونکې وينـه د دوه Umbilical شريانونو په واسطه د Chorionic plate شريـانونو تـه راځي او د پلاسنتا په سطحه کې په نورو څانګو وېشل کېږي، چې Stem villi اروا کوي. د دې

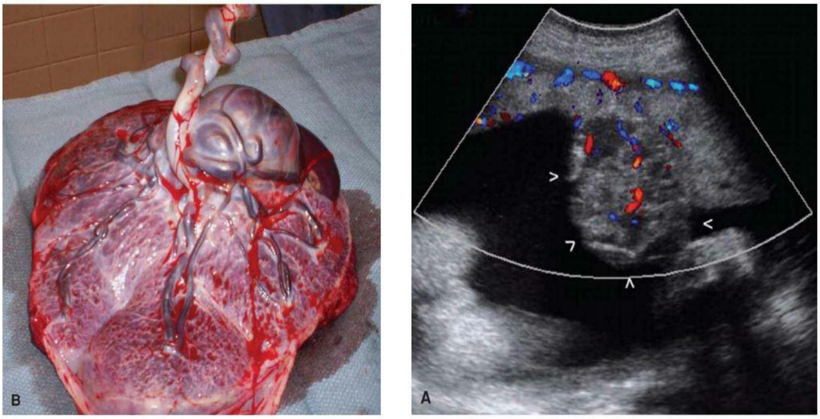
شریانونو ترومبوزس د جنیني وینې بهېدنې د بندښت لامل کېږي؛ نو جنین ممکن د ودې محدودیت یا Still birth څخه وځورېږي.(Chisholm, 2015)

۲. د Villous وعایي افاتوته: په دې کې د Villous شعریو ځینې افاتونه شته دي؛ لکه Chorangiosis. په دې حالت د نهایي Villi د کپیلریو شمېر زیات شوی وي. که هایپوپرفیوژن یا Hypoxia دوامداره شي؛ نو کلینیک رامنځته کوي، چې زیاتره وخت له DM سره یوځای وي.(Cunningham, 2018)

۳.Subanmionic hematoma : دغه هیماتوماګانې د Chorionic plate او Amnion تر منځ موقعیت لري، چې د حبل کش کېدو په وخت کې د حبل ثروي د ارتکازي برخې ته نږدې د اوعیو رېچر له کبله په حاد ډول رامنځته کېږي. ممکنه افات یې د جنیني - مورنۍ وینې بهېدنې یا د جنیني ودې محدودیت دی.(Cunningham, 2018)

۴. (Placental Calcification): کلسیمي مالګې د پلاسنتا په سطحه په ځانګړي ډول دBasal plate دپاسه ځای پر ځای کېږي. د حمل په پرمختللو حالاتو کې کلسیفکیشن رامنځته کېږي، چې په زیاته اندازه کلسیفیکیشن د سګرټ څښلو او د مور د سیروم کلسیم اندازې لوړوالي سره یوځای وي.(Chen, 2015)

د پلاسنتا تومورونه: Chorioangioma د پلاسنتا سلیم تومورونه دي، چې د جوړښت له نظره د وینې اوعیو او د Chorionic villus ستروما سره ورته‌والی لري، د Chorangiomas په نوم هم یادېږي، چې په ۱٪ پېښو کې رامنځته کېږي. په ځینو حالتونو کې د مور د سیروم د الفا فیتوپروټین اندازه لوړېږي. د سونوګرافي له نظره د ښه احاطه شوي، دایروي او Hypoechoic افت په ډول چې Chorionic plate ته نږدې او Amnionic cavity ته یې نفوذ کړی وي لیدل کېږي.(انځو۸-۵)



۸-۵- انځور: د پلاسنتا Chorioangioma. (Cunningham، ۲۷۴)

کوچنی Chorioangiomas غیرعرضي وي، په داسې حال کې غټ یې بیا په ځانګړي ډول چې سایز یې له ۴ سانتي مترو څخه زیات وي، له پلاسنتا سره Arteriovenous شنټ جوړوي، چې د Heart failure، Hydrops او د جنیني مړینې لامل کېږي. همدارنګه د توموري د فشار له کبله هیمولایزس د جنیني Microangiopathic انیمیا، Hydramniosis، مخکې له مودې څخه زېږون او د جنین د ودې ځنډني کېدل هم رامنځته کېدای شي.(Cunningham, 2018)

میټاستاتیک تومورونه: مورني خبیث تومورونه په نادر ډول پلاسنتا ته میتاستاز کوي، چې د دې له ډلې څخه Melanomas، Leukemias، Lymphoma او د سینې کنسر یې ډېر عام دي. جنیني خبیث تومورونو له ډلې څخه Fetal neuroectodermal تومورونه شامل دي.(Cunningham, 2018)

۲. دحبل ثروي ابنارملټي ګانې: په لاندې ډول تشریح شوې

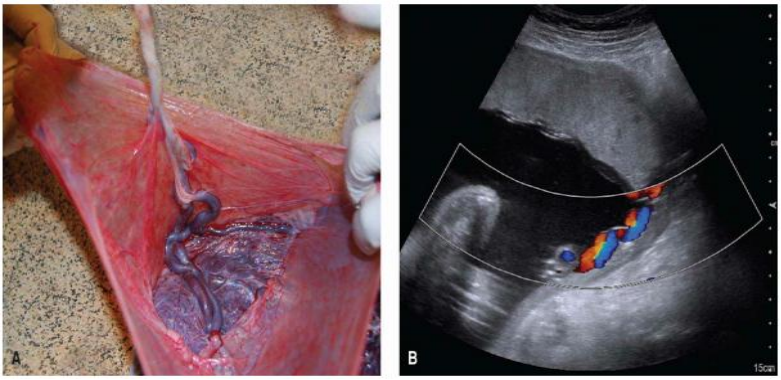
ثروي حبل (Umbilical cord): د حبل ثروي بقایاوې او سیستونه د جنین د ودې په دوران کې کله چې حبل ثروي په عرضاني مقطع کې ولیدل شي؛ نو په حبل کې ځینې بقایاوې لیدل کېږي، چې دغه بقایاوې د Vitelline duct،

Allantoic duct او د Embryonic اوعیو دي او په جنین کې کومه انومالي نه رامنځته کوي. هغه سیستونه چې د حبل په امتداد لیدل کېږي د منشاء له نظره په لاندې ډولو وېشل شوي دي.(Hannaford, 2013)

True cysts: د اپیتل په واسطه پوښل شوې د Allantoic یا Vitelline قناتونو بقایاوې دي، چې د جنیني ارتکازي برخې سره نږدې موقعیت لري، چې تر ټولو زیات واقع کېږي.

Pseudocysts: د Wharton jelly د موضعي استحالې له کبله د حبل د ټول امتداد په هر ځای کې رامنځته کېدای شي.

ارتکاز: حبل ثروي په نورمال ډول د پلاسنتا ډیسک په مرکزي برخه ارتکاز کوي، مګر په ځینو حالتونو کې یې ارتکاز بدلون مومي؛ لکه Eccentric، Marginal یا Velamentous ارتکاز. د دوی له ډلې څخه Eccentric ارتکاز یې په عمومي ډول کوم جنیني خطر نه رامنځته کوي. Marginal ارتکاز یې په عام ډول رامنځته کېږي، چې د Battledore placenta په نوم هم یادېږي، په دې حالت کې حبل ثروي د پلاسنتا څنډو باندې ارتکاز کړی وي. Marginal ارتکاز یې په نادر ډول ستونزې رامنځته کوي. په Velamentous ارتکاز د حبل ثروي اوعیې مخکې له دې څخه چې د پلاسنتا څنډو ته ورسېږي، د ممبران په داخل کې سیر کوي(۲۹-٦ انځور). Velamentous ارتکاز تقریباً ۱٪ واقع کېږي، خو په دوه‌ګوني کې یې واقعات ٦٪ ته رسېږي، چې عموماً له Placenta previa سره یوځای لیدل کېږي. د زېږون دمخه یې تشخیص د سونوګرافي په واسطه ترسره کېږي. د کلینیک له نظره دا چې اوعیې تر فشار لاندې راځي؛ نو د جنین د Hypoperfusion او Acidemia لامل کېږي، چې زیاتره د Low apgar score، مړ جنین، مخکې له مودې زېږون او د Gestational age له کموالي سره یوځای وي.(Ebbing, 2013)



۸-٦-انځور: د Velamentous حبل ارتکاز. (Cunningham، ۲۸۴)

Vasa previa: د وقوعاتو له نظره ډېر عام نه پېښېږي او په ۱۰۰۰۰۰ حملونو کې ۲ - ٦ پېښو کې رامنځته کېږي. Vasa previa پر دوه ډوله ده: په Type 1 کې اوعیې د Velamentous ارتکاز یوه برخه وي. او Type 2 کې هغه اوعیې چې د دوه لوبونو (Bilobate) د برخو ترمنځ یا Succenturiate placenta کې موقعیت لري اخته کېږي. In vitro fertilization او په دویم ترایسمتر کې Placenta previa یې دوه نور خطري فکتورونه دي. که د زېږون دمخه تشخیص شي؛ نو د جنین د ژوندي پاتې کېدو چانس زیاتېږي. اغېزمنه معاینه یې سونوګرافي ده، په متوقع پېښو کې مهبلي سونوګرافي هم کله کله ترسره کېږي، تر څو د حبل ارتکازي برخه ولیدل شي. د Preterm delivery د مخنیوي په موخه د ۲۸ - ۳۲ اوونۍ په دوران کې کورټیکوستیرایډ ورکړل شي او د ۳۰ - ۳۴ اوونۍ پر مهال د ښه مراقبت په موخه باید په شفاخانه کې بستر شي. د دې ناروغانو زېږون لپاره C/S ته ترجیح ور کول کېږي.(Cunningham, 2018)

د حبل غوټه کېدل، راغونډېدل: د حبل شروي ځینې میخانیکي ابنارملټي ګانې د وینې جریان مخه نیسي او د جنین زیانمنېدو لامل کېږي. د دې له ډلې څخه حقیقي غوټې تقریباً یو سلنه پېښو کې واقع کېږي او د جنین د حرکت، د امنیوتیک مایع د حجم د زیاتوالي او دیابت له کبله رامنځته کېږي. د حبل غوټې عموماً پېښېږي، مګر په هغه دوه‌ګوني امېندوارۍ کې (Monoamnionic) وي د Stillbirth خطر یې ۱۰ چنده

زیاتېږي. د حبل غوټې د زېږون دمخه د سونوګرافي په واسطه تشخیص چې Hanging noose منظره ور کوي. مهبلي زېږون يې مناسبه لاره ده.(Cunningham, 2018)

کاذبې غوټې يې د حبل موضعي زیاتوالي او د حبل شروي اوعیې د قات کېدو له کبله رامنځته کېږي، چې کوم کلینیکي ارزښت نه لري. د حبل راغونډېدل(Cord stricture) هغه وخت رامنځته کېږي کله چې حبل ثروي د جنین له ځینو برخو څخه د جنین د حرکاتو په وخت کې تاو شي، تر ټولو معمول ډول يې هغه دی، چې حبل له غاړې څخه تاو شي(Nuchal cord) چې مهبلي زېږون پکې صورت نیولی شي، که حبل ثروي د زېږون په دوران کې معتلنه برخه وي، د Funic presentation په نوم يادېږي، چې په ډېر نادر ډول منځته راځي او د جنین له سوء اعتلان سره یوځای وي. له دې کبله که د میعاد په وخت کې تشخیص شي C/S اجراء کېږي.(Cunningham, 2018)

۳. **د ممبران ابنارملټي ګانې:** Chorioamnionitis د تناسلي جهاز نورماله فلورا ممکن کالونی جوړې کړي او امنیوتیک ممبران، حبل ثروي او جنین منتن کړي. بکتریا معمولاً د زېږون په دوران کې وروسته د امنیوتیک د پردې د اوږدمهاله څېرې کېدو څخه صعود کوي، چې اورګانیزمونه په پیل کې Chorion او د Decidua هغه برخې چې Internal OS يې احاطه کړې دی منتنوي، چې وروسته د ممبران ټول ضخامت اغېزمنوي، چې د Chorioamnionitis په نوم يادېږي. اورګانیزمونه د Chorioamnionic سطحې په امتداد خپرېږي او امنیوتیک مایع منتنوي او د Chorionic plate او حبل ثروي التهاب لامل کېږي چې د Funistitis په نوم يادېږي.

Amnion nodosum: په دې حالت کې د امنیون دپاسه څو کوچني نوډیولونه شته دي. که د جنین سطحې ته خپور شي د شدیدې Oligohydramnios لامل کېږي.

Amnionic band sequence: د اناتومیکي ماتېدنو په پایله کې رامنځته کېږي، چې په دې کې د امنیون کړی د جنیني برخو د لنډوالي او پرې کېدو لامل کېږي. د امنیون باندونه عموماً د طرف لنډوالي، Facial celfts یا Encephalocele لامل کېږي. د نخاع یا قدامي دېوال زیات تخریب چې د Amnionic bands سره یوځای وي د Limb-body wall complex په نوم يادېږي.

۴. د پلاسنتا پتالوژيکه معاينه کول: په (۸- ۴ - جدول) کې د Parkland Hospital له خوا د پلاسنتا اناټوميکي او هستولوژيکي معايناتو استطبابات ښودل شوي دي.

۸- ۴- جدول: د پلاسنتا د پتالوژيکې معاينې ځينې استطبابات

مورني استطبابات	جنيني يا د نوي زېږېدلي ماشوم استطبابات	د پلاسنتا استطبابات
Abruption	په Acute care nursery کې بسترېدل	Gross lesions
د جنيني خطر سره يوځای Antepartum infection	د ولادت په وخت کې يې وزن ≥10th يا Percentile ≤95th وي	د حبل ثروي Marginal يا Velamentous ارتکاز
Ant-CDE Alloimmunization	جنيني انيميا	په انتخابي ډول د پلاسنتا غير نورماله بڼه او سايز
Cesarean hysterectomy	Fetal or Neonatal compromise	التصاقي پلاسنتا
Oligohydramnios يا Hydramnios	Neonatal seizures	د حبل ثروي افات
Perpartum fever يا انتان	Hydrops fetalis	د cord اوږدوالی >100cm يا <32cm
Preterm delivery	انتان يا Sepsis	
Post term delivery	لويې انومالي‌گانې يا غيرنورمال Karyotype	
شديده تروما	Multifetal gestation	
د پلاسنتا زخمي کېدنه	Still birth يا Neonatal death	
سيستميک تشوشات		
Thick يا Viscid ميکونيم		

(Cunningham، ۲٦۸)

لنډیز

د زیږون د پروسې چټکوالی د لاندې مورني او جنیني استطباباتو لپاره کارول کېږي؛ لکه Gestational hypertension،Oliogohydramnios, PROM, که د جنین حالت ډاډمن نه وي، له میعاد څخه وروسته امېندواری، د مورځنډنیو ناروغیو شتون د پلاسنتا مخکې له وخت څخه بېلېدل، IUGR او د جنین داخل‌الرحمي مړینه ده.

پلاسنتا هغه جوړښت دی، چې د مور او جنین تر منځ یې اړیکه جوړه کړې ده. د پلاسنتا معاینه د یو ولادي متخصص په واسطه له موافقې څخه وروسته ترسره کېږي. پلاسنتا، ممبران او Cord باید د زیږون په خونه کې تفتیش شي.

Feto nuroectodermal هغه جنیني تومور دی، چې پلاسنتا ته میتاستاز ورکوي، Chorioamnionitis هغه حالت ته ویل کېږي، چې د تناسلي جهاز نورماله فلورا امنیوتیک ممبران، حبل ثروي او جنین منتن کړي. بکتریا معمولاً د زیږون په دوران کې او یا وروسته د اوږدمهاله ممبران څیرې کېدنې څخه صعود کوي، چې اورګانیزمونه په پیل کې Chorion او د Decidua هغه برخې چې Internal OS یې احاطه کړې دي منتنوي، چې وروسته د ممبران ټول ضخامت اغېزمنوي، چې د Chorioamnionitis په نوم یادېږي.

پوښتنې

لاندې څلور ځوابه پوښتنې ولولئ او یو سم ځواب په نښه کړئ

۱. په Ring shape پلاسنتا کې د کومو ولادي خطرونو امکان شته.

الف - Abortion　　ج- Obstracted labor

ب- Antepatum and PPH　　د- Preterm Labor

۲. د placental megalie اصطلاح کله پلاسنتا د پاره کارولای شو .

الف- چې پېړوالی له ۴۰ mm <شي　　ج- چې پېړوالی له ۳۰ mm <شي

ب- چې پېړوالی له ۴۰ mm >شي　　د- چې پېړوالی له ۳۰ mm >شي

۳. پر vasoprevia باندې اخته امیندوارو ښځو لپاره کوم ډول زېږون غوره دی.

الف –عملیاتي زېږون　　ج- د فورسپس په واسطه زېږون

ب- مهبلي زېږون　　د- د واکیوم په واسطه زېږون

۴. لاندې کوم استطباب د پلاسنتا د پتالوژیکي معاینې له مورنې استطباباتو څخه نه دی

الف Antepartum infection-　　ج – hydramniosis

ب- سیزارین هستریکتومي　　د –څوګونې امېندواري

۵. که حبل ثروي د زېږون په دوران کې معتلنه برخه وي څه نومېږي.

الف ـ د Funic Presentation　　ج - Umbilical Cord around the Neck

ب ـ Nuchal Cord　　د - Umbilical Cord around the Chest

۶. د اوکسيټوسین انفیوژن په هغه وخت کې درول کېږي کله چې:

الف- د رحم تقلصات په ۱۰ دقیقو کې له ۵ څخه زیات شي.

ب- د رحم تقلصات په ۱۵ دقیقو کې له ۷ څخه زیات شي.

ج- الف او ب ځوابونه دواړه سم دي　　د- الف او ب ځوابونه دواړه نا سم دي

۷. لاندې استطباباتو څخه کوم يو يې د انډکشن له استطباباتو څخه نه دی.

الف - له مودې څخه وروسته امېندواری ج- د پلاسنتا مخکې له وخت بېلېدل

ب- مورنی ځنډنی ناروغي د- نورماله امېندواری په ۳۴مې اوونی کې

۸. Misoprostol عبارت دی له:

الف - Prostaglandie E 1 Antagonist ب- Prostaglandin E2

ج-Prostaglandin F2 antagonist د- Prostaglandin E1 Analog

۹. د زېږون د چټکتيا په موخه دا وکسي‌توسين لوړ دوز څومره دی.

الف –48mU/min ج- 28mU/min

ب- 38mU/min د- 18mU

تشريحي او خانه خالي پوښتنې

۱. د پروستګلاندين د جانبي عوارضو څخه يو هم د رحم .... دی که رحم په .... دقيقو کې له .... څخه زيات .... وکړي دی.

۲. Misoprostole چې مهبلي دوز يې .... مايکروګرامه دی چې د .... مايکروګرامه ګولی .... برخه کېږي د رحم غاړې د پوخوالي لپاره کارول کېږي.

۳. امينوتومي د ترسره کولو په وخت کې د حبل ثروي د راپريوتو د مخنيوي لپاره څه بايد وشي؟

۴. د زېږون د انډکشن په موخه د اوکسي‌توسين دوز څومره دی؟

۵. د زېږون د پروسې تحريکولو جراحي لاره توضيح کړئ.

٦. د پلاسنتا د تومورونو په هکله خپل اړين معلومات ووايئ.

۷. د حبل ثروي د ابنارملیټي‌ګانو له ډلې څخه حقيقي غوټې تقريباً .... سلنه پېښو کې رامنځته او د جنين د ....، د امنيوتيک مايع د حجم .... او ديابت له کبله رامنځته کېږي.

۸. د حبل ثروي عرضاني مقطع کې وليدل شي؛ نو په حبل کې ځينې بقاياوې ليدل کېږي چې عبارت دي له ....، Allantoic duct او د .... اوعيو دي.

۹. placental calcification توضيح کړئ.

۱۰. د پلاسنتا د پتالوژيکي معاينې استطبابات په لنډ ډول توضيح کړئ.

ماخذونه

Alfirevic Z & Aflaifel N & Weeks A. (2014) *Oral misoprostol for induction of labour*. Cochrane Database Syst Rev 6:CD001338.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016) *Induction of labor*. Practice Bulletin No. 107.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017) *Guidelines for Perinatal Care*, 8th ed. Elk Grove Village, AAP.

Chen KH & Chen LR & Lee YH. (2011) *Exploring the relationship between preterm placental calcification and adverse maternal and fetal outcome*. Ultrasound Obstet Gynecol 37(3):328.

Chisholm KM & Heerema-McKenney A. (2015) *Fetal thrombotic vasculopathy: significance in live born children using proposed society for pediatric pathology diagnostic criteria*. Am J Surg Pathol 39(2):274.

Cunningham F.Gary & Leveno Kenneth J, et al. (2018) *Williams Obstetrics*, 25th edition, United State: McGraw-Hill Education, Pp: 265 – 285, 1151.

Dutta DC & Konar Hiralal. (2015) *Textbook of Obstetrics including perinatology and contraceptiton*, 8th edition, India: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd, P: 598.

Ebbing C & Kiserud T & Johnsen SL, et al. (2013) *Prevalence, risk factors and outcomes of velamentous and marginal cord insertions: a population-based study of 634,741 pregnancies*. PLoS One 8(7):e70380.

Faye-Petersen OM & Heller DS & Joshi VV. (2006) *Handbook of Placental Pathology*, 2nd ed. London, Taylor & Francis, Pp 27, 83

Feltovich H. (2017) *Cervical evaluation. From ancient medicine to precision medicine*. Obstet Gynecol 130:51.

Fox H & Sebire NJ. (2007) *Pathology of the Placenta*, 3rd ed. Philadelphia, Saunders, pp 99, 133, 484.

Fung TY & To KF & Sahota DS, et al. (2010) *Massive subchorionic thrombohematoma: a series of 10 cases*. Acta Obstet Gynecol Scand 89(10):1357.

Hannaford K & Reeves S & Wegner E. (2013) *Umbilical cord cysts in the first trimester: are they associated with pregnancy complications?* J Ultrasound Med 32(5):801.

Hofmeyr GJ & Gülmezoglu AM & Pileggi C. (2010) *Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour*. Cochrane Database Syst Rev 10:CD000941.

Martin JA & Hamilton BE & Osterman MJ, et al. (2017) *Births: final data for 2015*. Natl Vital Stat Rep 66(1):1.

Pereira N & Yao R & Guilfoil DS, et al. (2013) *Placenta membranacea with placenta accreta: radiologic diagnosis and clinical implications*. Prenat Diagn 33(13):1293.

Society for Maternal-Fetal (SMFM) Publications Committee, Sinkey RG & Odibo AO, et al. (2015) *Diagnosis and management of vasa previa*. Am J Obstet Gynecol 213(5):615.

Taniguchi H & Aoki S & Sakamaki K, et al. (2014) *Circumvallate placenta: associated clinical manifestations and complications — a retrospective study*. Obstet Gynecol Int 2014:986230.

Tuuli MG & Norman SM & Odibo AO, et al. (2011) *Perinatal outcomes in women with subchorionic hematoma: a systematic review and meta-analysis*. Obstet Gynecol 117(5):1205.

Wagner M. (2005) *Off-label use of misoprostol in obstetrics: a cautionary tale*. BJOG 112: 266.

نهم څپرکی

په امېندوارۍ کې انلجیزیا او انستیزیا، تیراتوجن درمل او د ولادي خطرناکو پېښوڅارنه

د زېږون په دوران کې د نارکوټیک کارول د نوي زېږېدلي ماشوم تنفسي- سیستم باندې اغېزه کوي، مړینه پکې د اسپايريشن، نیمګړې تهويې او د ډوز د زیاتوالي له کبله رامنځته کېږي. د زېږون پر مهال د درد ارامولو لپاره ځینې اعصاب؛ لکه Pudendal او Paracervical د نخاعي یا Epidural او یا د دواړو لارو په واسطه بلاک کېږي. Teratogen عبارت له هغه توکي څخه دي، چې د رشیمي یا جنیني ودې پر مهال کې کړنې ترسره کوي او د جنین او یا رشیم د بڼې او دندې د تلپاتې بدلون لامل کېږي.

ځینې ولادي خطرناکې پېښې؛ لکه Hypovolemic Shock، Septic Shock په امیندوارو مېرمنو کې روښانه لاملونه لري، چې له بیارغونې وروسته یې لامل څرګند او درملنه وشي، خو ځینې خطرناکې ولادي پېښې؛ لکه Amniotic Fluid Embolism، Pulmonary Thromboembolism چې په ناڅاپي توګه رامنځته کېږي.

د زده‌کړې موخې

- دزېږون پرمهال ددرد ارامونکې درمل او انستیزیا
- تیراتوجنیک او نور درمل
- د ولادي خطرناکو پېښو څارنې

دزېــږون پرمهال ددرد اراموونکې درمل او انستيزيا

که چېرې يوه مېرمن غواړي چې د زيږون پروسه پرته له درد څخه تېره کړي انستيزي لپاره يو ولادي استطباب همدا دی. د زېږون په دوران کې د نارکوټيک تطبيق د نوي زېږېدلي ماشوم تنفسي سيستم اغېزمن کوي، مړينه پکې د اسپايريشن، نيمګړې تهـويې او د ډوز د زيـاتولي لـه کبله رامنځته کېږي.

۱. **عمومي اساسات:** د امريکا نسايي ولادي کالج او د امريکا د انستيزيلوګانو ټولنې د ولادي انستيزي لپاره ځينې اصول ټاکلي، چې په لاندې ډول دي.(ACOG, 2017; ASA, 2016)

۱. د تجربه لرونکي انستيزي‌لـوګ چې پـه عاجـل زېـږون کـې مېـرمن تـه انسـتيزي ورکړي او حياتي علايم ثابت وساتي.

۲. د سيزارين زېږون پر مهال د انستيزي‌لوګ شتون.

۳. د عاجل سيزارين زېږون پر وخت بايد ډېر ژر انستيزي‌لوګ حاضر شي.

۴. د ټولـو انسـتيتيک توکـو د تطبيـق پـه موخـه بايـد لـه يـو مـاهر انسـتيزي‌لـوګ سره سلا مشوره وشي.

۵. د يو تجربه لرونکي داخله ډاکتر شتون.

٦. د ټولو اړينو سامان آلاتو او اسانتياوو موجوديت.

۷. کـه د نـوي زېږېـدلي ماشـوم حالـت خـراب وي؛ نـو د احيـاء مجـدد ټـيم بايـد ژر حاضر شي.

۲. **د زېږون پر مهال د درد اراموونکي درمل:** که رحم تقلصات او د رحم غاړې پراخوالی د ناراحتۍ لامل کېږي؛ نو درد اراموونکي درمل کارول کېږي. که عصبي انلجزيک مضاد استطباب يا شتون ونه لري؛ نو نارکوټيک او ترانکولايزر د کانګو ضد درمل؛ لکه پروميتازين ور کول کېږي.

Breach Delivery: Epidural anesthesia څخه په Breech زېږونونو کې بايد کار واخيستل شي، چې دا کړنه تر ډېره بريده د عمومي انستيزي د کارولو مخنيوی کوي. که چېرې د Breach زېږون پر مهال Epidural anesthesia نه وي ورکړل شوي. د جنين د سر احتباس په صورت کې Endothracheal تيوب تطبيق او عمومي انستيزي دې پيل

شي. مور او ماشوم ته د اختلاطاتو د مخنيوي لپاره بايد د ولادي ډاکټر او انستيزي‌لوگ تر منځ نږدې اړيکې موجودې وي، په بېړني سيزارين سکشن کې عمومي انستيزي ښه مناسبه انستيزي ده. Endothracheal ټيوب بايد د Aspiration مخنيوي په موخه وکارول شي. لاندې ټکي دې د انستيزي پر مهال په پام کې ونيول شي:

۱. ۱۵ دقيقې له انستيزي څخه مخکې ۳۰ سي‌سي Antiacid مېرمنې ته ورکړل شي.

۲. Oxygen د ماسک له لارې ورکړل شي.

۳. (۱۰۰ – ۲۰۰) ملي گرامه succynilecholine د وريد له لارې ورکړل شي.

۴. Vena cava د بندش مخنيوي لپاره اميندواره مېرمن د عملياتي مېز چپ خوا ته تاو شي.(Cunningham, 2018)

د ولادي دردونو لپاره زرقي انلجزيک: په لاندې ډول تشريح شوی (۹- ۱ جدول)

۹- ۱- جدول: د زېږون دردونو لپاره ځينې زرقي انلجزيک درمل

درمل	عمومي ډوز	فريکونسي	پيل	نوي زېږېدلي ماشوم کې نيمايي ژوند
Meperidine	۲۵ – ۵۰ ملي گرامه (وريدي)	هر ۱ – ۲ ساعتو کې	۵ دقيقې (وريدي)	~۱۸ – ۲۰ دقيقې
	۵۰ – ۱۰۰ ملي گرامه (عضلي)	هر ۲ – ۴ ساعتو کې	۳۰ – ۴۵ دقيقې (عضلي)	~ ۶۰ ساعته
Fentanyl	۵۰ – ۱۰۰ مايکروگرامه (وريدي)	هر ۱ ساعت کې	يوه دقيقه	~ ۵ ساعته
Morphine	۲ – ۵ ملي گرامه (وريدي)	هر ۴ ساعته	۵ دقيقې (وريدي)	~ ۷ ساعته
	۱۰ ملي گرامه (عضلي)		۳۰ – ۴۰ دقيقې (عضلي)	

(Cunningham، ۱۱۰۰)

د زرقي درملو اغېزې او خونديتوب: د زېږون په دوران کې د نارکوتيک تطبيق د نوي زېږېدلي ماشوم تنفسي سيستم اغېزمن کوي، مړينه پکې د اسپايريشن، نيمگړې تهويې او د دوز د زياتولي له کبله رامنځته کېږي. نايترس اکسايډ د وقفوي تقلصاتو په دوران کې د درد ارامولو لپاره په انشعاقي ډول ور کول کېږي.(Cunningham, 2018)

۳. ساحوي انلجيزيا: د زېږون په دوران کې د درد ارامولو لپاره ځينې اعصاب؛ لکه Pudendal او Paracervical د نخاعي يا Epidural او يا د دواړو لارو په واسطه بلاک کېږي.

د انستيزي مواد: عموماً د عصب بلاک لپاره کارول کېږي، چې غلظت، ډوز او د اغېزو موده يې په (۹ – ۲- جدول) کې په لنډ ډول ترې يادونه شوې ده.(Liu, 2009)

۹- ۲- جدول: په ولادي کې معمول استعمالېدونکي موضعي انستيزي مواد

انستيزي مواد	معمول غلظت (٪)	معمول حجم (mL)	پيل	منځنۍ موده (دقيقې)	لوړ ترين ډوز (mg)	کلينيکي استعمال
امينواستيريز						
۲-Chloroprocaine	۲	۱۰ – ۲۰	ژر	۳۰ – ٦۰	۸۰۰	موضعي ارتشاح يا Pudendal بلاک
	۳	۱۰ – ۲۰		۳۰ – ٦۰		Epidural يواځې د سيزارين لپاره
اماينواماېډونه						
Bupivacaine	۰.۰٦۲۵ – ۰.۱۲۵	۱۰ – ۱۵	په کرار	٦۰ – ۹۰	۱۷۵	د زېږون لپاره Epidural
	۰.۷۵	۱.۵ – ۲		٦۰ – ۱۲۰		د سيزارين لپاره نخاعي
Lidocaine	۱ – ۱.۵	۱۰ – ۲۰	ژر	۳۰ – ٦۰	۳۰۰	موضعي ارتشاح يا Pudendal بلاک
	۱.۵ – ۲	۵ – ۲۰		٦۰ – ۹۰		د زېږون يا سزارين لپاره Epidural
	۵	۱.۵ – ۲		۴۵ – ٦۰		د Puerperal tubal يا D&C لپاره نخاعي
Ropivacaine	۰.۰۸ – ۰.۲	۵ – ۱۰	په کرار	٦۰ – ۹۰	۲۰۰	د زېږون لپاره Epidural
	۰.۵ – ۱	۱۰ – ۳۰		۹۰ – ۱۵۰	۲۵۰	د سزارين لپاره Epidural

(Cunningham، ۱۱۰۳)

له تطبيق څخه وروسته يې ځينې ټوکسيسيټي را منځته کېږي؛ لکه د مرکزي عصبي سيستم او د زړه او رګونو ټوکسيسيټي.

دوامـداره قطنـي اپـي ډورل بـلاک: مهـبلي زېـږون پـه دوران کـې د درد ارامولـو لپـاره بشـپړه انلجیزیـا د T10 – S5 پـورې بـلاک تـرسره کېږي، پـه داسـې حـال کـې چـې د سـیزارین لپـاره بیـا دغـه بـلاک د T4 – S1 پـورې غځېـږي. هایپوټنشـن، مـورنۍ تبـه، د مـلا درد، متفرقـه اختلاطـات؛ لکـه نخـاعي یـا اپـي ډورل هیماتومـا او اپـي ډورل ابسـي یې اختلاطات دي.(Cunningham, 2018)

په زېږون یې اغېزه: د اپي ډورل انلجیزیا د کارولو له کبله زېږون وخت اوږدېږي او د اوکسي ټوسین کارولوته اړتیا زیاتوي.

مضاد استطبابات: ترمبوسایټوپینیا، انتي کواګولیشن او شدیده پري اکلمپسیا، اکلمپسیاکی مضاد استطباب دی.

۴. عمومي انستیزي: د ناروغ تیارول د عمومي انستیزي ورکولو دمخه د اختلاطاتو د خطر کمولو په موخه باید لاندې پړاو عملي شي.(ASA, 2016)

د انستیزي ور کولو دمخه د انتي اسید ورکړه، رحم باید یو اړخ ته بې ځایه شي د انستیزي دمخه باید ناروغ ته اکسیجن تطبیق شي، ځکه امېندواره مېرمنه د اپنیا په پړاو کې ډېر ژر هایپوکسیمیک کېږي. د عمومي انستیزي په پرتله موضعي انستیزي زیاته خطرناکه ده. د مړینې لامل چې په هرو ۲۵۰ امېندوارو ښځو کې یوه ښځه ده غلط Intubation دی؛ نو پکار ده، چې مخکې له انستیزي څخه د Tub fibrotic intubation شتون اړین دی؛ په همدې وجه د Neuroaxial analgesia ته غوره‌والی ورکول کېږي. Latral uterus displacement په Aorta & IVC باندې د فشار د کموالي په موخه ترسره کېږي.(McClelland, 2009)

۵. انډکشن، انټیوبیشن او د ټیوب ایستل: وریدي پروپوفول یـا Etomidate پـه پراخـه توګه کارول کېږي، چې د نرم او ژر انډکشـن لامـل کېـږي. پروپوفـول د عـمـومي انسـتیزي انډکشن لپاره د لومړنیو درملو په توګه کارول کېږي، چې پیل او ریکـوري ډېـره سریـع او د زړه بـدوالي او کـانګو پېښـې پکـې کمـې دي. Etomidate د هغـو مېرمنـو لپـاره چـې د هیموډاینامیک له نظره ثابتې نه وي، ښه انتخاب دی. کیټامین هم کارول کېـدای شي، خـو په لوړ فشار لرونکو مېرمنو کې نه کارول کېږي. د عضلاتو استرخا لپاره Succinylcholine چې پیل یې چټک او اغېزه یې د لږ وخت لپاره ده کـارول کېـږي. کـه Succinylcholine مضاد استطباب اویا شتون ونه لري؛ Rocuronium یې ښه بـدیل دی. دا چـې د دې اغېـزه

اوږده ده؛ اغېزې يې د Sugammadex (Bridion) په واسطه له منځه وړل کېږي. د مور او جنين د ښو پايلو په خاطر د سيزارين سکشن لپاره د انستيزي انډکشن په دوران کې Remifentanil چې لنډ اغېزې لرونکي نارکوټيک دي، هم کارول کېږي. د دې لپاره چې د معدې محتوی له راګرځېدو څخه مخنيوی وشي؛ د انډکشن او انټيوبيشن په دوران کې د اسيسټانټ په واسطه په Cricoid غضروف فشار راوړل کېږي، تر څو مری بنده کړي، چې د Sellick مانورې په نوم يادېږي.(Heesen, 2013)

د انټيوبيشن پاتې والی د انستيزي اړونده مورنۍ مړينې ستر لامل دی. په هغه حالت کې چې انټيوبيشن ناکامېږي، ښه لاره دا ده چې انټيوبيشن څخه مخنيوی وشي او ساحوي انلجيزيا تطبيق شي. له بلې خواه مېرمن د ماسک په واسطه تهويه کېږي او په Cricoid فشار راوړل کېږي، تر څو د اسپايريشن خطر کم شي. اندوتراخيل ټيوب په هغه وخت کې و ايستل شي، چې مېرمن شعور پيدا او د دې وړتيا ولري، چې امرونه پر ځای کړي، تر څو د بنفسهي تنفس په واسطه د اکسيجن مشبوعيت برقرار وساتي.

٦. Gas anesthesia : هغه ګازات دي چې د انشاق کولو د لارې په لومړنۍ توګه د انستيزي د منځته راتلو لامل کېږي او د انستيزي د دوام لپاره د وريدي انستيتيکو درملو؛ لکه Midazolam، Propofol څخه ګټه اخيستل کېږي.

۷. Aspiration: دا د عمومي انستيزي يو اختلاط دی، په ځانګړې توګه کله چې د مېرمنې معده د خواړو په واسطه ډکه وي. دغه مواد د خولې له لارې سږو ته ننوځي، ځکه چې په انستيزي کې د انسانانو د هوايي لارو د ساتلو توان کمېږي.

تيراتو جنيک او نور درمل

د ولادي زيانونو او د هغوی د لاملونو مطالعې ته Teratology وايي. د Teratogen کلمه د يوناني کلمې Teratos څخه اخيستل شوې ده، چې د Monster يا غټې بلا په معنی سره دی. Teratogen په عملي ډول داسې تعريف کېږي، هغه توکي چې د رشيمي يا جنيني ودې په دوران کې کړنې ترسره کوي او د جنين او يا ريشم د بڼې او دندې د تلپاتې بدلون لامل کېږي. Teratogen شايي درمل يا نور کېمياوي توکي، فزيکي يا چاپېريال اړوند فکتور؛ لکه تودوخه يا

وړانګـو، مـورني ميتابوليـت يـا شـکر، جنيتکـي ابنـارملتي يـا انتـان؛ لکـه CMV او چاغوالی وي.

۱. د تيراتولوژي جنيتکي او فزيولوژيک ميخانيکيت: تيراتوجن د ځانګړو فزيولوژيکو مختلفو عمليو کوم چې د حجرو غيرنورمال Differentiation لامل کېږي، د انساجو د ودې بدلون يا د حجرو مړينې په واسطه خپلې کړنې ترسره کوي. ځکه چې د حجرو او نسجونو پـه بېلابېلو ډولونو کې پتوفزيولوژيکې عمليې رامنځته کېږي، له تيراتوجن سره مخـامخ کېـدو پـه پايله کې بېلې اغېزې رامنځته کېږي، ځکه چې بېلابېل تيراتـوجن ورتـه عمليـې ګـډوډوي او ورته Phenotypic ابنارملېټي‌ګانې رامنځته کوي، مګر زياتره قـوي تيراتـوجن ولادي نقيصـې يواځې د مخامخ شوي رشيم د ماتېدنې په ډول رامنځته کوي. سره له دې چې ډېـر فکتورونـه شته چې رشيم يا جنين ور سره مخامخ کېږي، خو د دې احـتمال شـته، چـې تيراتوجينونـه پـه يواځې ډول ولادي نقيصې رامنځته کړي، دا چې ولې ځينې کوچنيان اغېزمن او ځينې يـې بيـا روغ پاته کېږي لامل يې معلوم نه دی.(Cunningham, 2018)

Fetal genome: په ځينو پېښو کې جنيتکي جوړښت د ځينو درملو تيراتوجنيک اغېزو د حساسيت سره اړيکه لري. د مثال په توګه هغه جنين چې د Hydantoin سره مخامخ شوی وي ډېر لرې نه دی، چې د ودې ابنارملېټي‌ګانې ولري، چې په دوی کې د Homozygous جين ميوټيشن له کبله په غيرنورمال ډول د Epoxide hydrolase سويه کمه وي. که د Epoxid hydrolase فعاليت کم شي؛ نو Hydantoin، Carbamazepine او Phenobarbital د جنين په انساجو کې را ټولېږي. نوموړي ازاد اوکسايډ راډيکلونه Carcinogenic، Mutagenic او نورې زهري اغېزې لري، چې دوز يې د ګڼ شمېر درملو درملنې سره زياتېږي.(Cunningham, 2018)

د *Folic acid* د *ميتابوليزم خرابېدل*: د جنين (Neural tube) نيمګړتياوې، د زړه نيمګړتيـا او Oral clefts د فوليـک اسـيد ميتابوليـک پتـوي د ګډوډېـدو لـه املـه رامنځتـه کېـږي، Folates د Methionine توليد لپاره اړين دي کوم چې د جين د ميتايليشن په پايلـه کـې د پروټين، ليپيـډونو او Myelin توليـدوي. ځينـې د اخـتلاج ضـد درمـل؛ لکـه Phenytoin، Carbamazapine، Valporic acid او Phenobarbital د فوليک اسيد جـذب خرابـوي

او يا د فوليک انټاګونيسټ په ډول کړنې ترسره کوي. په پايله کې ويلای شو د امېندوارۍ دمخه د فوليک اسيد ټيټه سويه د Epilepsy سره د جنين د سوء تشکلاتو لامل کېږي.(FDA, 2017)

د پلار مخامخ کېدنه: په ځينو پېښو کې د درملو او چاپېريال فکتورونو سره د پلار مخامخ کېدنه، چې ښايي د جين ميوټيشن يا په سپرم کې د کروموزومي ابنارملټيو له کبله وي د جنين سوء تشکلاتو د زياتيدو لامل کېږي. د القاح دمخه د دوه مياشتو په موده کې له درملو سره مخامخ کېدنه ښايي، چې د جين ميوټيشن لامل شي. د بلې نظريې په اساس د کوروالي په وخت کې نمو کوونکي رشيم ښايي چې په منوي مايع کې له Teratogenic موادو سره مخامخ شي. په انسانانو کې د پلار مخامخ کېدنه له چاپېريالي فکتورونو سره؛ لکه mercury، Lead، Solvents، Pesticides، Anesthetic gas يا Hydrocarbons د امېندوارۍ د وختي ضايع کېدو لامل کېږي.(Grimes, 2012)

۲. تيراتوجن سره مخامخ کېدونکو مېرمنو ته مشوره ورکول: د ټولو مشروع او نا مشروعو درملو په اړه پوښتنې بايد د مخکې له زيږون د څارنو يوه مهمه برخه وي. هغه مېرمنې چې له هغوی څخه د Prenatal درملو سره د مخامخ کېدو په اړه پوښتل کېږي، زياتره د درملو د خطر په اړه غلط معلومات له ځانه سره لري. د بېلګې په ډول دوی د ولادي نقيصو خطرونو ته په کمه سترګه ګوري او هغه خطرونه، چې د درملو سره د مخامخ کېدو له کبله رامنځته کېږي غټ ګڼي. د يوې څېړنې له مخې چې ځلور مېرمنې د Nonteratogenic درملو سره مخامخ شوې وي ۲۵٪ په هغوی کې د جنين انوماليګانې رامنځته شوې وې. غلط معلومات د دوی خطرونه لا پسې هم زياتوي په داسې حال کې چې علمي مشوره د هغوی Anxiety ختموي او همدارنګه د امېندوارۍ د پای ته رسولو مخنيوی هم کوي.(Feldkamp, 2017)

۳. معلوم شوي او ممکنه Teratogens: هغه درمل او نور توکي چې د انسانانو لپاره Teratogens ثابت شوي ډېر کم دي. هره کلينيکي ستونزه له معلوم Teratogens سره

درملنې ته اړتيا لري، چې د خونديتوب په خاطر متبادل درمل هم استعمالېدای شي، ځکه په اميندوارو ښځو کې د زياتو درملو استعمال په هکله ښې کنټرول شوې مطالعې نشته دي او همدارنگه په څارويو ترسره شوې څېړنې تل په انسانانو کې صدق نه کوي، له دې کبله د امېندوارۍ پر مهال که قوي استطباب ونه لري بايد درمل ونه کارول شي. که په رشيمي دوران کې له قوي تيراتوجن سره د مخامخ کېدو تاريخچه موجوده وي؛ نو Targeted Sonography استطباب لري.

الکهول: ايتايل الکهول يو قوي تيراتوجن دی. په متحده ايالاتو کې الکهول د Mental retardation لپاره يو غير جنيتکي تکرارېدونکی فکتور دی په داسې حال کې د مخنيوي وړ ولادي نيمگړتياوو لپاره يو مهم فکتور دی. د CDC د راپور له مخې ٪۸ ښځې د امېندوارۍ په دوران کې د الکهولو د کارولو له کبله په جنين کې Fetal alcohol syndrome رامنځته کېږي، چې په زياترو کې Neurobehavioral نيمگړتياوې شتون لري.(CDCP, 2012)

Fetal Alcohol syndrome ځانگړې کريټيرياوې لري (چې په ۳۱-۱- جدول کې ښودل شوي دي) چې په دې کې Dysmorphic facial features، د زېږون دمخه يا وروسته د ودې گډوډي او د مرکزي عصبي سيستم ابنارمليټي‌گانې چې کېدای شي جوړښتي، عصبي او يا د دندې له نظره وي پکې گډون لري. د الکهول اړونده وړو او غټو ولادي نقيصو کې د زړه او پښتورگي انومالي، د هډوکو ستونزې او د سترگو او غوږونو ابنارمليټي‌گانې گډون لري.(Hoyme, 2016)

دا لا معلومه نه ده چې د الکهولو څومره لږه اندازه په جنين کې د ناوړو اغېزو د رامنځته کولو لپاره اړين ده، خو داسې باور شته، چې الکهول ولادي نقيصې را منځته کوي او د Still birth خطر زياتوي.(CDC, 2012)

د اختلاج ضد درمل : د اختلاج ضد درملو کې داسې کوم درمل نشته، چې په امېندوارۍ کې يقيناً خوندي وي، ځکه زياتره هغه درمل چې د Epilepsy په درملنه کې کارول کېږي

د Fetal malformation خطر زیاتوي. هغه ښځې چې د Valporic acid سره تداوي شوي د دوی د Malformation خطر په څرګند ډول زیات شوی دی.(Bromley, 2014)

د اختلاج ضد درملو کارولو له کبله Orofacial clefts، د زړه سوء تشکلات او د عصبي تیوب نیمګړتیاوې شاملې دي.

ACE-Inhibitors او د انجیوټینسین اخذو بلاک کوونکي درمل: ACE-inhibitors درمل Fetotoxic دي چې ACE inhibitors fetopathy رامنځته کوي. د پښتورګو نورمال وده د جنین Renal-angiotensin سیستم پورې اړه لري. ACE-inhibitors درمل د جنین فشار کموي چې په نتیجه کې د پښتورګي اروا کمېږي، چې د اسکیمیا او Anuria لامل کېږي. د اروا د کموالي له کبله د جنین وده محدوده وي او د Calvarium maldevelopment لامل کېږي، په داسې حال کې چې د Oligohydramnios د سږو هایپرپلازیا او د لاس او پښو د لنډوالي لامل کېږي. ځینو څېړنو جوته کړې ده، چې د ACE-inhibitors له کبله د نوي زېږېدلي ماشوم د زړه او مرکزي عصبي سیستم ابنارملیټي ګانې زیاتې دي ACE-inhibitors درمل باید په امېندوارۍ کې استعمال نه شي.(Cunningham, 2018)

د فنګس ضد درمل: د دې ګروپ له درملو څخه یواځې fluconazole یې د Antley-Bixler syndrome ته ورته ولادي سوء تشکلاتو سره یوځای وي. په دې ابنارملټیو کې Oral clefts، غیرنورمال مخ، د زړه، Skull، اوږدو هډوکو او بندونو ابنارملیټي ګانې شتون لري، چې زیاتره په لومړي ترایمستر کې د لوړ ډوز (۴۰۰ – ۸۰۰ ملي ګرامه د ورځې) درملنې په واسطه رامنځته کېږي. په لومړي ترایمستر کې د فنګس ضد درمل په کم ډوز (۱۵۰ – ۳۰۰ ملي ګرامه) کارولو سره ولادي نقیصې کمې، خو د زړه انومالي ګانې زیاتې رامنځته کېږي.(Alsaad, 2015)

(NSAIDs) Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: په دې ګروپ کې Aspirin او نور NSAIDs لکه Ibuprofen او Indomethacin شامل دي، چې د

پروستاګلانډين جوړېدل نهي کوي. د NBDPS راپور په اساس نږدې ٪۲۰ امېندوارې مېرمنې په اول ترايمستر کې NSAIDs په ځانګړي ډول Ibuprofen او Aspirin استعمالوي، چې دا د ولادي نقيصو لپاره کوم لوی خطر نه ګڼل کېږي. که انډوميتاسين د امېندوارۍ په وروستيو وختونو کې په ځانګړي ډول د امېندوارۍ په درېيم ترايمستر کې چې له ۷۲ ساعتونو څخه زيات وخت لپاره وکارول شي؛ نو د جنين د Ductus arteriosus د تقبض او د سږو د هايپرټنشن لامل کېږي او همدارنګه د جنين د ادرار توليد او د امنيوتيک مايع حجم کمېږي او تقريباً په ٪۵۰ پېښو کې د برانکوپلمونري Dysplasia، د شديدې داخل بطني وينې بهېدنې او Necrotizing enterocolitis خطر زياتوي. د اسپيرين کم ډوز ۱۰۰ ملي ګرامه د ورځې کوم خطر نه لري، خو بيا هم د نورو NSAIDs په شان په لوړ ډوز په ځانګړي ډول په درېيم ترايمستر کې بايد ونه کارول شي.(Cunningham, 2018)

Leflunomide: يو Pyrimidine-synthesis نهي کوونکی دی، چې د Rheumatoid arthritis درملنې لپاره استعمالېږي، خو په امېندوارۍ کې مضاد استطباب دی.

د ميکروب ضد درمل: هغه درمل چې انتاناتو د درملنې لپاره په غيرحامله ښځو کې کارول کېږي زياتره يې د امېندوارۍ پر مهال هم کارول کېږي. د کلونو راهيسې تجربه ښيي، چې زياتره يې خوندي دي، خو ځينې استثناءات پکې شته. د ميکروب ضد زياتره هغه درمل دي، چې عموماً د رشيم يا جنين لپاره خوندي دي او کوم جانبي عرض نه لري.

Aminoglycosides: د Gentamicin او Streptomycin په واسطه درملنه د Preterm ماشوم د Nephrotoxicity او Ototoxicity خطر يې نور هم زياتېږي. سره له دې چې د تيوري له نظره کوم جانبي عرض يې نه دی توضيح شوی او په امېندوارۍ کې د مخامخ کېدو له کبله يې کومې ولادي نقيصې نه دي تشخيص شوي.

Chloramphenicol: دا درمل تيراتوجن نه دي او په متحده ايالاتو کې په روټين ډول کارول کېږي. ۵۰ کاله پخوا د دې درملو د کارولو له کبله په نويو زېږېدلو ماشومانو کې Gray baby syndrome توضيح شوی. بې‌مودې ماشوم د دې درملو د Conjugate او

اطراح وړتیا نه لري؛ نو د بطني پراخوالي، تنفسي ابنارملتیو، خاکستري رنګ او کولپس رګونو لامل کېږي. د تیوري له نظره Chloramphenicol باید د امېندوارۍ په وروستي پړاو کې ونه کارول شي.

Nitrofurantoin : که په لومړي ترایمستر کې وکارول شي؛ نو څلور څلې د Hypoplastic left heart syndrome او Microphthalmia یا Anaophthalmia خطر او دوه څلې د Clefts او Atrial septal defects خطر زیاتوي. څرنګه چې Nitrofurantoin د بولي انتاناتو د درملنې د لومړي خط درمل دي؛ نو له دې کبله ACOG نوموړي درمل په لومړي ترایمستر کې مناسب ګڼلي دي، کله چې متبادل اغېزمن درمل یې پیدا نه شي.(ACOG, 2017)

Sulfonamide: نوموړي درمل که په اول ترایمستر کې وکارول شي؛ نو درې څلې د Anencephaly او د چپ بطین د Outflow لارې د بندښت، اته څلې د Choanal atresia او دوه څلې د Diaphragmatic hernia خطر زیاتوي. د ACOG له خوا د امېندوارۍ په لومړي ترایمستر کې یې کارول مناسب دي، په هغه صورت کې چې متبادل اغېزمن درمل یې نه وي.(Hensen, 2016)

Tetracyclines : په عمومي ډول دا درمل په امېندوارۍ کې نه کارول کېږي.

Anti-neoplastic agents : د امېندوارۍ په دوران کې د کنسر درملنه د Chemotherapy په ګډون په رشیم، جنین یا دواړو باندې زهري اغېزې لري. هغه درمل چې په امېندوارۍ کې تجربه شوي دي په لاندې ډول دي.

Cyclophosphamide: په امېندوارۍ کې د دې درملو استعمال حجروي مړینه، د حمل ضایع کېدل او ځینې سوء تشکلات؛ لکه اسکلیټي او د اطرافو زیانونه، Cleft palate او د سترګو ابنارملیټي ګانې رامنځته کولای شي.

Methotrexate: دا درمل فولیک اسید انټاګونیسټ او یو قوي تیراتوجن دی. د امېندوارۍ په دوران کې که وکارول شي؛ نو د یو شمېر نیمګړتیاوو لامل کېږي، چې مجموعاً د Fetal methotrexate aminopterin syndrome په نوم یادېږي. په دې سنډروم کې

Craniosynostosis، د Skull سوء تشکل، د پزې پراخه پل د غوږونو ښکته واقع کېدل، Micrognathia او د اطرافونو ابنارملتې پکې شاملې دي.(Dawson, 2014)

Tamoxifen: دا درمل Non-Steroidal Selective Estrogen-receptor modulator دي، چې د سینې د سرطان د درملنې لپاره استعمالېږي. د دې درملو کارولو له کبله کومې ولادي نیمګړتیاوې نه دي توضیح شوي. په موږکانو کې Tamoxifen د Diethylstilbestrol (DES) ته ورته سوء تشکلات د Vaginal adenosis په ګډون رامنځته کړي وو.

Trastuzumab: دا درمل هم د سینې سرطان د درملنې لپاره کارول کېږي. د دې درملو استعمال له کبله کوم سوء تشکلات نه دي لیدل شوي، خو د Oligohydramniosis په حالتونو کې د سږو هایپرپلازیا د پېښتورګو کار پرېښودل، اسکلیټي ابنارملیټي ګانې او د نوي زېږېدلي ماشوم د مړینې لامل کېږي.(Genenthech, 2017)

Anti-viral agents : Ribavirin یو نیوکلیوسایډ انالوګ دی، چې د Hepatitis C درملنې لپاره کارول کېږي. په عادي ډوز سره په څارویو کې د ولادي نقیصو لامل کېږي، چې پکې د Skull، Palate، Eye، Skeleton سوء تشکلات او معدې معایي انومالي ګانې پکې شاملې دي.

جنسي هورمونونه (Sex hormones): Testosterone او انابولیک سټیرویډ چې د مؤنث جنین د مخامخ کېدو له کبله په بېلابېلو درجو Virilization او Ambiguous genitalia رامنځته کېږي څېړنو ښودلې ده، چې په اول ترایمستر کې د Labioscrotal fusion او په وروستیو وختونو کې د Phallic enlargement لامل کېږي. Danazol د Ethinyl testosterone مشتقات دي، چې په کمه اندازه Androgenic کړنې لري. که مؤنث جنین ورسره مخامخ شي؛ نو د Virilization Clitoromegaly، Fused labia او Urogenital sinus سوء تشکلاتو لامل هم کېږي، چې د درملو له ډوز سره اړیکه لري.

Diethylstilbestrol: د دې درملو په استعمال سره د Vaginal clear cell Neoplasm adenocarcinoma چې له ډوز سره کومه اړیکه نه لري. تقریباً په ۱۰۰۰ پېښو کې د یوې پېښې خطر شتون لري، خو Vaginal او Cervical intraepithelial neoplasia زیات خطر لري.(Cunningham, 2018)

د DES مخامخ کېدو له کبله په دواړو جنسونو کې د تناسلي لارې ابنارملټیانې رامنځته کېږي. ښځې یې ممکن Hypoplastic او T ډوله Uterine cavity ولري په داسې حال کې چې په نارینه‌وو کې ممکن Microphallus، Epididymal cysts، Hypospadias، Cryptorchidism او hypoplasia Testicular رامنځته شي.

Immunosuppressant: ځینې معافیتي دندې د امېندوارۍ د پایښت لپاره اړینې دي. د دې درملو په کارولو سره ممکن امېندواري اغېزمن شي.

Corticosteroids په ډله کې Glucocorticoids او Mineralocorticoids ګډون لري، چې د التهاب ضد او Immunosuppressive اغېزې لري، چې د استما او اتوایمیون ناروغیو د درملنې لپاره کارول کېږي. پر خاروي باندې مطالعاتو کې ښودل شوې، چې د Clefts لامل کېږي. د یوې څېړنې له مخې د Clefts پېښې یې درې ځلې زیاتې ښودل شوې، په داسې حال کې چې په ځینو څېړنو کې د لوی تیراتوجینیک په ډول نه دي وړاندیز شوي. نور Corticosteroids لکه Prednisolone چې د پلاسنتا انزایم (11β-hydroxysteroid dehydrogenase 2) په واسطه غیر فعالېږي او په جنین کومه اغېزه نه لري.(Cunningham, 2018)

۴. د امېندوارۍ په دوران کې د درملو کارول: په لاندې ډول تشریح شوي

د FDA دډلبندۍ سیستم: نوموړی سیستم په امېندوارۍ کې د درملو د خوندیتوب د ارزونې لپاره په ۱۹۷۹ کال کې طرح شوی و. دا سیستم د دې لپاره ترتیب شوی تر څو د دې پنځو کټګوریو (A، B، C، D یا X) په کارولوسره د درملنې لارښود په ډول تړې ګټه اخیستل کېږي، چې په جدول ۹-۳- ښودل شوي دي، تر څو د هغو د ګټو او زیان په اړه معلومات ساده شي. په اوس وخت کې دا سیستم اړین محدودیتونه لري او د FDA له خوا منل شوی دی. یو دا چې هغه درمل چې په D او X کټګورۍ کې او ځینې بیا په C کټګورۍ کې دي ښایي، چې ورته خطرونه ولري، خو په بېلابېلو کټګوریو کې دي، ځکه چې د دې درملو بېلابېل خطرونه او ګټې په نظر کې نیول شوي دي.(FDA, 1979)

FDA د دې سیستم پر ځای نوی سیستم وړاندیز کړی دی، چې د Evidence based rating system په نوم یادېږي. په دې سیستم کې یې د هجا کټګوري یې په شمارې بدلې کړي دي:

1. د جنین خطر
2. د کلینکي قضاوت برخه

۳. د امیندوارو او شیدې ورکوونکو مېرمنو لپاره د نسخه لیکنې برخه
۴. د انساني او د څارویو په هکله د ډاټا تفصیلي بحث

۹-۳- جدول: د درملو لپاره د FDA کټګورياني

A کټګوري	که د حامله‌ګۍ په ټولو ترايمسترونو کې تطبيق شي؛ نو په اميندوارو ښځو کې يې د جنين ابنارملټيو لپاره کوم خطر نه دی ليدل شوی. له ٪۱ نه کم درمل په دې کټګورۍ کې شامل دي؛ لکه Levothyroxine، Potassium بشپړوونکي او ويټامينونه چې په مناسب ډوز ور کړل شي.
B کټګوري	په څارويو کې څېړل شوي، چې د هغو په جنين کې ناوړه اغېزې نه دي ليدل شوي، د نسخه ليکنې په وخت کې بايد د څارويو ډول مشخص او ډوز يې د انسان ډوز سره پرتله شي. يا د څارويو په څېړنو کې اړخيزې اغېزې ليدل شوي، خو په اميندوارو ښځو کې ښه کنټرول شوې څېړنه نه ده توانيدلې، چې د امېندوارۍ په لومړي ترايمستر کې پر جنين اغېزې واضح کړې په داسې حال کې چې په وروستيو ترايمسترونو کې د خطر کومې نښې شتون نه لري. په دې کټګوري کې ځينې انتي بيوتيکونه شامل دي؛ لکه Penicillins، زياتره Cephalosporins او Macrolides.
C کټګوري	هغه څېړنې چې پر څارويو ترسره شوې دي، جوته شوې چې نوموړي درمل Teratogenic دي (د رشيم وژونکي يا نورو اړخيزو اغېزو لرونکي) او په دې اړه په اميندوارو مېرمنو کې ښه کنټرول شوې څېړنه شتون نه لري. په دې کټګورۍ کې هغه درمل ګډون لري، چې يواځې ژوند تهديدوونکي حالت کې اميندوارې ښځې ته ورکول کېږي. په دې کټګورۍ کې تقريباً ۲/۳ برخې د ټولو درملو شامل دي؛ لکه Albuterol، Zidovudine او Calcium channel blockers.
D کټګوري	نوموړي درمل که اميندوارې ښځې ته ورکړل شي، ممکن جنين ته زيان ورسوي، که نوموړي درمل د امېندوارۍ پر وخت وکارول شي او يا هم د دې درملو د کارولو په وخت کې مېرمن اميندواره شي، بايد مېرمنه د دې درملو په اغېزو باندې خبره کړی شي. په دې کټګورۍ کې هم هغه درمل شامل دي، چې ژوند تهديدوونکو

	نــــاروغیو د درملنــــې لپــــاره کــــارول کېــــږي؛ لکــــه Corticosteroid، Azathioprine، Carbamazepine او لیتیم.
X کټګوري	د دې ګروپ درمل هغو مېرمنو ته چې امیندواره وي او یا هم غواړي، چې امیندواره شي مضاد استطباب دي، چې د جنین لپاره زیان رسوونکي دي، که نوموړي درمل د امېندوارۍ پر وخت کارول کېږي او یا هم د دې درملو د کارولو په وخت کې ناروغه حامله شي باید د دې درملو د ناوړو اغېزو څخه خبره شي. په دې کټګورۍ کې څو درمل شامل دي که څه هم د دې درملو زیان پر جنین نه دی لیدل شوی، خو باید امیدوارو مېرمنې ته ور نه کړل شي؛ لکه د Rubella واکسین.

(Cunningham، ۵۴۳)

ولادي خطرناکو پېښو څارنې

ځینې خطرناکه ولادي پېښې؛ لکه DIC ، Pulmonary Thromboembolis، ARDS ، Amniotic Fluid Embolism،چې په ناڅاپي توګه منځته راځي پایلې یې دومره ښې نه دي؛ نو ځکه وړاندیز کېږي، چې ټولې امیندوارې ښځې باید چې یو ښه په لوړه کچه سمبال روغتیایي مرکز کې زېږون پلان او ترسره کړي، تر څو د پېښو واقع کېدو په وخت کې اړینې کړنې تر سره شي.

۱. Pulmonary artery catheterization

ددغه Procedure په واسطه یو کتتر د سږو د شریان له لارې ښي زړه ته رسول کېږي دا یوه تشخیصي ازموینه ده، چې د زړه د عدم کفایې، sepsis او د درملو د اغېزو د څارلو لپاره ترسره کېږي.

۲. Obstetric Shock: شـاک د اکسیجن د اړتیـاوو او رسـولو تـر منـځ غـیرمتـوازن حالـت څخـه عبـارت دی، اساساً نیمګړتیـاوې یـې د ناکـافي پرفیـوژن لـه املـه دي، چې بېلو انساجو تـه د اکسیجن لرونکـې وینـې د نـه رسـیدلو لـه کبلـه رامنځتـه شـوي وي. پـه ولادي کـې دغـه کمښـت عمومـاً د وینـې بهیـدنې، Sepsis یـا pump failure لامـل

کېږي. د فزیولوژیکې معاوضې لـه مخې پـه ټولـو شـاک‌لرونکـو حـالاتو کـې تکـي کاردیـا او د محیطـي اوعیـو تقـبض شـامل دی، چـې دمـاغي او قلبـي پرفیـوژن د سـمپاتیک عصـبي سیسـتم لـه لارې صـورت نیسـي. کاردیوجنیـک شـاک پـه حاملـه ښـځو کـې د زړه بـې‌نظمـي، د زړه ولادي نـاروغۍ، peripartum کاردیومـایوپتي او د زړه احتقاني عدم کفایې سره لیدل کېږي.(ACOG, 2006)

۳. Hypovolemic Shock: د بېړنـۍ وینـې بهېـدنې پـه جریـان کـې د حجـم ضـیاع د مخنیوي په موخه بدن د هیمودینامیک، حجم تـوپیر او هورمـوني میکـانیزمونو پـه واسـطه ځواب وايي.

منظم هیمودینامیک د سیمپاتیک عصبي سیستم فعالېدو په پایله کې رامنځته کېږي، چې په دې بدلونونو کې د مقاومو شریاني رګونو تقبض، د وریدي ظرفیـت لرونکـو رګونـو تقبض او له محیطي غړو څخه لرې د وینې جریان بیا وېشـل تـر څـو د دمـاغ او زړه وینـې جریان په مناسبه اندازه کې وساتل شي.(Decherney, 2013)

د هیموراژیک شاک کلینیکي منظره د وینې حجم د کمـوالي انـدازې او مقـدار پـورې اړه لري. اعراض او علایـم یـې د امېنـدوارۍ د Hypovolemia لـه کبلـه رامنځتـه کېږي، پـه ځانګړي ډول هغه حالت کې چې د وینې بهېدنې سرچینه معلومـه نـه وي. سره د دې چې امیندوارې ښځې عموما ځوانې او تندرستې وي او د وینې ضیاع د زغملـو وړتیـا لـري. کـه هایپوتنشن او ټکي کاردیا له خارجي وینې بهېدنې سره یوځای ولیدل شي د شاک احتمال نور هم زیاتېږي.

د سیستم په مختلفـو غـړو کـې پـه ځـانګړي ډول پـه زړه، دمـاغ، پښـتورګي، سـږو او پوستکي په انساجو کې د کم شـوي پرفیـوژن لـه املـه بدلونونـه رامنځتـه کېـږي. د دمـاغي حالـت بـدلون، ګنګسـیت، Clammy ،Diaphores او یـخ نهایـات د Hemorrhagic shock معمولې فزیکي موندنې دي.

Hypovolemic shock د شاک لـه نـورو سـنډرومونو سره چـې د Sepsis یـا د زړه عدم کفایې په پایله کې رامنځته شوي وي، توپیري تشخیص کېږي. په Septic شـاک کـې ناروغان Febrile ته مساعد وي. له دې سره د وینې سپینو حجرو شمېر به غیـرنورمـال ډول وي او د انتان کلینیکي شواهد موجود وي.

په کارديوجنيک شاک کې کلينيکي او راديوګرافيک شواهد د پلمونري congestion او يا د زړه پخوانيو ناروغيو ښکارندوی وي، چې د الکترولايت د توازن خرابوالی، اسيدوزس، حاد تيوبولر نکروزس او Stress چې د معدې زخم له کبله وي شتون لري، پلمونري اذيما او ARDS يې عام اختلاطات دي، په داسې حال کې چې myocardial infartion د Hemorrhagic shock نادر اختلاط دی.(Cunningham, 2018)

د هيموراژيک شاک درملنه په مستقيم ډول د وينې حجم بېرته پوره کول او د زړه فعاليت نورمال ته راوستل او د وينې بهېدنې سرچينې کنټرول دی. د رحم اتوني چې د مساژ په مقابل کې ځواب نه وايي د دې لپاره Oxytocin د Methylergonovine په پرتله اغېزمن دي. د دوامداره وينې بهېدنې لپاره بايد د رحم شريان وتړل شي او يا caesarean hysterectomy ترسره شي. چې لومړی په چټکۍ سره کرستالوئيد محلول وريدي توصيه کول اړين دي او همدارنګه د انساجو هايپوکسيا او جنيني اسيدوزس د کمولو لپاره ناروغې ته اکسيجن ور کړل شي. د Oliguria لپاره وريدي ډوپامين په کم ډوز د پښتورګو د پرفيوژن اصلاح لپاره بايد ورکړل شي، چې دوز يې ۲-۵ Microgram/min/kg دی. Diuretic لکه bumetanide 0.5-1mg وريدي چې د 10mg/day څخه زيات نه شي د اوږدمهاله oliguria لپاره توصيه کېږي. د انزارو له نظره که چېرې وينه بهېدنه کنټرول او داخل وريدي حجم بېرته په مناسب وخت اعاده شي، د اختلاطاتو په نه شتون کې يې انزار ښه دي.

۴. Septic Shock : د پتوجنيزيس له نظره Septic شاک ژوند ګواښوونکې ګڼوډې ده، چې په دويمي توګه د بکتريميا له کبله رامنځته کېږي. ګرام منفي باکتريا عموماً د داسې انتاناتو لپاره ډېر مسؤل ګڼل کېږي.Septic شاک له نورو باکترياوو، فنګس او ويروسونو سره هم رامنځته کېږي، په ولادي کې Septic shock کې تر ټولو عام لامل post-operative endometritis دی. نور عام لاملونه يې د Antepartum،pyelonephritis ، Septic abortion او chorioamnioitis دی.

د نښو او علايمو له نظره Septic شاک په درې مراحلو وېشل شوی: په pre shock کې ناروغان Tachypnea لري او تنفس يې قلوي وي. يو متوسط هايپرډيناميک حالت دی،

چې په لوړې قلبي دهانې، SVR کموالی او د وينې په نورمال فشار ځانګړی دی. Early Shock ډېر هايپو ډاينامیک حالت دی، چې د وينې فشار، SVR په دراماتيک ډول ښکته کېږي. په دې حالت کې د دماغي حالت تغير، د تودوخې غير ثابته درجه او د شرياني وينې په فشار کې Sinusoidal Fluctuation ليدل کېږي. دا چې دا حالت late shock ته نږدې‌والی کوي؛ نو د سمپاتيک عصبي سيستم فعاليت سره Cathecolamin ازادېږي، چې په شدت سره رګونه تقبض کوي او د وينې جريان له محيطي انساجو څخه زړه او دماغ ته Shunt کوي. په Uteroplacental بدلونونو کې يې د هايپوکسيا، اسيدوزس placental abruption، Intracranial هيموراژ او د جنين مړينه برخه لري.

Laboratory Findings: CBC، Serum electrolytes، Arterial blood gases، Chest x-ray، Urinalysis او کواګوليشن profile ترسره شي.

Septic shock بايد د Hypovolemic او کارديوجنيک شاک سنډرومونو سره توپيري تشخيص شي. په نورو لاملونو کې يې د امنيوتيک مايع امبوليزم، پلمونري ترومبو امبوليزم کارډيک تمپوناد، Aortic dissection او ديابيتيک کيتو اسيدوزس شامل دي. تاريخچه، فزيکي معاينات او لابراتواري معاينات د تشخيص لپاره کافي دي.(Cunningham, 2018)

له Septic shock سره ډېر اختلاطات نظر د نظر وړ غړو په اخته کېدو واقع کېږي. د ARDS، Congestive heart failure ، زړه بې نظمي، سيستميک هايپوټنشن.

درملنه: د ولادي سيپتيک شاک درملنه په وختي تشخيص، د ناروغ د ثابت ساتلو، د Sepsis لامل له منځه وړلو، پراخه اغېزې لرونکو انتي بيوتيک او په اختلاطاتو پورې اړه لري، چې د هيموډاينامیک ثابت ساتلو لپاره د حجم اعاده کول او هيموستازس، د ډوپامين سره Inotropic درملنه د Afterload ثابت ساتلو لپاره محيطي Vasoconstrictor؛ لکه Phenylephrine او Norepinehrine توصيه کېږي.

عمومي اهتمامات د امېندوارۍ په موده کې د سيپتيک شاک درملنه د پراخې اغېزې لرونکي انتي بيوتيک رژيم (لکه Ampicilline، Gentamicin او Clindamycin) په

واسطه ترسره کېږي. نوي انتي بيوتيک؛ لکه Imipenem، Cilastatin، Vancomycin او پراخه اغېزې لرونکي پنسلين يې هم په درملنه کې اغېزمن رول لري.

د تبې لپاره انتي پايريتيک، هايپوترميک او سړوونکي کمپلې، د مور اسيدوزس، هايپوکسيا او سيستميک هايپوتنشن له منځه وړلو لپاره ترسره کېږي، تر څو د جنين د زړه په غير نورمالو حالاتو کې ښهوالى رامنځته شي. د مېرمنې د مايوکارديوم تقلصاتو د ښهوالي لپاره بايد Inotropic درمل؛ لکه ډوپامين، ډوبيوټامين يا Isoproterenol، همدارنګه Digoxin هم د مايوکارديوم تقلصاتو د ښهوالي لپاره کارول کېږي، چې د ECG نظارت لاندې تطبيق شي، مجموعي ډول په Septic shock کې د مور د مړينې کچه په اټکلي ډول 50% ده، انزار يې د ARDS او يا نورو طبي ستونزو شتون سره خراب دي.

۵. Amniotic Fluid Embolism: پتوجنيزس د امنيوتيک مايع امبوليزم د امېندوارۍ نادر او يو ناوړه اختلاط دی. د دې ناروغۍ اساسي ميخانيکيت په تنفسي، زړه، اوعيو او Coagulation سيستمونو پورې اړه لري. د امنيوتيک مايع کمه اندازه (1-2ml) د يو نورمال زېږون په دوران کې د مور دوراني سيستم ته انتقالېږي.

أ. *نښې او نښانې*: د دې ناروغانو په اساسي کلينکي لوحه کې تنفسي ډيسترس، سيانوزس، هايپوتنشن او له دې سره اختلاجات، Dyspnea او د جنين برديکارديا شامل دي او په نورو نښو کې يې ټکي پنيا، محيطي سيانوزس، برانکوسپزم او د سينې درد شامل دي.(Decherney, 2013)

ب. *Laboratory findings*: د شرياني وينې اکسيجن فشار په وصفي ډول په شديدې مورنۍ هايپوکسيميادلالت کوي، دا Hypoxemia د Ventilation نا منظم پرفيوژن په پايله کې د Atelectasis او ور سره پلمونري اذيما رامنځته کېږي.

مهم تشخيص يې د coagulopathy څرګندېدل دي چې د Microangiopathic هيمولايزس، Hypofibrinogenmia او اوږد مهاله clotting time، اوږدمهاله bleeding time او لوړ شوي fibrin splite له مخې پېژندل کېږي.(Cunningham, 2018)

پلمونري ترومبوامبوليزم د شديدې Hypoxemia او پلمونري اذيما په پايله کې رامنځته کېږي. د Amniotic fluid embolism په نسبت د صدر درد عموماً زيات ليدل کېږي.

د Amniotic fluid embolism پـر مهـال د مايعـاتو Overload يـا د زړه پخوانيـو ناروغيو د شتون له کبله Congestive heart failure رامنځته کېږي. نور توپيري تشخيص يې د air embolism، MI، Anaphylaxis، placental abruption، اکلمپسيا، uterine rupture، د ترانسفيوژن غبرگون او د موضعي انستيزي مسموميت سره کېږي.

درملنه: د امنيوتيک مـايع امبـوليزم چـې د مخنيـوی وړ نـه ده، درملنـه يـې مرسـتندويه او د اکسيجن په واسطه د Hypoxemia مخنيـوی کـول دي او همدارنگـه د وينـې فشـار ثابـت ساتل او د Coagulopathy اهتمامات نيول دي، د انزارو له نظره د مورنۍ مړينې کچه يـې ۶۰-۸۰٪ ده.

٦. د سږو ترومبو امبوليزم : د پتوجنيزس له نظره پلمونري ترومبو امبوليزم د امېندوارۍ يو نادر اختلاط دی، چې د مورني معيوبيت او مړينې لـه مهمـو لاملونـو څخـه دی. پلمـونري امبوليزم په Postpartum دوره کې ډېر واقع کېږي. مساعد کوونکـو فکتورونـو کـې يـې د مور عمر زياتوالی، چاغوالی، تروماتيـک ولادت، بطنـي ولادت، Thrombophlebitis او Endometritis شامل دي. هغه ښځې چې د ولادي يا کسـبي Thrombophilia لرونکـې وي د ترومبوزس خطر پکې زيات دی.(Cunningham, 2018)

کلينيکي موندنې: ناروغه د بېړني Syncop، تنفسـي زجرت او شاک په لوحـه کـې مراجعـه کوي په داسې حال کې چې کوچنۍ امبولي کومه ځانگړې کلينکي بڼه نه ور کوي.

د پلمونري امبولي د تشخيص لپاره خاص روټين معاينـات نشـته. د شريـاني وينـې د گاز اندازه کول زياتره د هايپوکسيميا ښودونکي وي. ECG کـې ناڅرگنـده ټکـي کارديـا د Cor pulmonale سره ممکن وليـدل شي او پـه ۳۰٪ ناروغـانو کـې Chest x ray نورمـال وي، Ventilation scanning د تشخيص لپاره مهم دی.

د امېنـدوارۍ پـر مهـال هـر هغـه حالـت چـې د کـارډيوپلمونري نـاروغيو سره اړيکـه لـری بايـد تـوپيري تشـخيص شي، چـې پـه دې کـې Amniotic fluid او Air emboli، بنفســهي pneumothorax، ســپتيک شــاک او د زړه پخــوانی نــاروغي شاملې دي.(Decherney, 2013).

درملنه: په لاندې ډول ده

Preventive Treatment: د DVT لوړ خطر لرونکو ناروغانو میخانیکي مانورا اجراء شي. انټي‌کواګولانت تحت‌الجلدي ۲-۳ ځلې په ورځ کې توصیه شي.

Treatment of Documented Pulmonary Embolism: د اکسیجن توصیه کېدل او د هیپارین یو loading دوز (U۱۰۰۰۰-۵۰۰۰) په متواتر داخل وریدي انفیوژن او Maintenance تعقیبي ډوز یې تر U/h ۱۰۰۰ وشي. له زېږون څخه وروسته تر ۳ میاشتو پورې انټي‌کواګولیشن ته ادامه ور کول کېږي.

Complication of Treatment: د انټي‌کواګولانت درملنې اختلاط مورنۍ او جنیني وینه بهېدنه ده، هیپارین د خپل لوړ مالیکولي وزن له کبله له پلاسنتا څخه نه تېرېږي، مګر د مورنۍ Thrombocytopenia او Osteoporosis سره یوځای وي.

انزار: که چېرې د پلمونري امبولي درملنه نه وي ترسره شوي، د مړینې کچه یې ۱۲-۱۵ ٪ پورې ده.

۷. Disseminated Intravascular Coagulation(DIC): DIC د پتوجنیزس له نظره یو پتالوژیک حالت دی، چې د کواګولیشن او Fibrinolytic سیستمونو نامناسب فعالېدنې سره یوځای وي. (Cunningham, 2018)

لاندې ولادي حالتونو کې؛ لکه داخل رحمي جنیني مړینه، امنیوتیک مایع امبولیزم، پري اکلمپسیا، اکلمپسیا، HELLP، placenta previa او placental abruption. Abortion Saline-induced رامنځته کېدای شي.

Symptoms and Signs: د DIC په حاده کلینیکي منظره کې عمومي وینه بهېدنه، موضعي هیموراژ، Purpura، Petechial او ترومبو امبولیزم شتون لري.

لابراتواري موندنې: د کواګولوپتي کلینیکي ارزونه مناسبه معاینه ده.

۱. Platelet په ۹۰٪ واقعاتو کې تر (100000/mL>) پورې را کمېږي.

۲. پروترومبین وخت: په ۵۰ – ۷۵٪ واقعاتو کې اوږدېږي.

۳. Partial thromboplastin time: په ۴۰ – ۵۰٪ واقعاتو کې نورمال وي؛ نو د تشخیص لپاره د ارزښت وړ نه ده.

۴. Thrombin time: په ۸۰٪ واقعاتو کې لوړېږي.

۵. فايبرينوجن عموماً کمېږي.
٦. Fibrin split production: په DIC کې د 40µg/mL څخه لوړېږي.
۷. د علقه کېدو وخت او Clot retraction.
۸. Peripheral blood smear
۹. Bleeding time: څرنګه چې د Platelet شمېر کمېږي؛ نو د وينې بهېدنې وخت اوږدېږي.
۱۰. نوي ټيستونه: D-Dimer، Antithrombin III Level او Fibrinopeptide-A.

توپيري تشخيص : Idiopathic thrombocytopenia purpura، هيموفيليک او von willie brand ناروغۍ سره تر سره شي.(Decherney, 2013)

Complication: په پراخه کچه د فايبرين بې ځايه کېدل د سيستم پر غړو غړو باندې اغېزه کوي؛ لکه د ځيګر عدم کفايه، تيوبولر نکروزس او سږي هايپوکسيا.

درملنه : تر ټولو مهم د DIC لامل تداوي کول دي، په ډېرو حالتونو کې د امېندوارۍ له منځه وړلو ته اړتيا پېښېږي. په کمه او منځنۍ درجه DIC کې د زياتې وينې بهېدنې کلينيک نه رامنځته کېږي؛ نو زياتره ناروغ له نږدې څخه تر څارنې لاندې نيول کېږي او کومې درملنې ته اړتيا نه لري. Supportive تداوي بايد د Shock، اسيدوزس، او انساجو د اسکيميا اصلاح لپاره بايد ترسره شي. په کارديوپلمونري Support کې Inotropic درملنه، د وينې ور کول او کومکي تهويه ناروغ ته تطبيقېږي. که چېرې Sepsis باندې مشکوک وي بايد انتي بيوتيک توصيه شي.(Cunningham, 2018)

انزار : د DIC لرونکې ولادي حالتونه د جنين زېږون او د رحم د (Evacuation) سره اصلاح کېږي، د مور او جنين انزار له شته ولادي حالتونو سره اړيکه لري.

۸. **Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS):** د پتوجنيزس له نظره ARDS د سږو له شديدو ناروغيو څخه ده، چې په حاد ډول رامنځته کېږي او په chest x

ray کې پـه Bilateral infiltration متصـف وي او د داخـل وريـدي حجـم Overload شواهد پکې نشته او همدارنگه د اکسيجن نقيصه پکې شتون لري.(Levy, 2015)

ARDS عموماً پـه ولادي ناروغـانو کـې نسـبت عـامو وگـړو تـه ډېـر ځرگنـدېږي. د ARDS ډېر لاملونه لري، چې د معـدې Aspiration، امنيوتيـک مـايع امبـوليزم، Sepsis، کواگولوپتي او په زياته اندازه د وينې انتقال او همدارنگه شاک پکې شامل دي.

د ARDS اساسي پتالوژي د سږي زخمي کېدنه ده، چې د پلمونري اپيتيليم او اندوتيليل انساجو تخريب په نتيجه کې رامنځته کېږي.

Symptoms and Signs: تنفســي ډيســترس، ټکـي پنيـا، Intercostal retraction او سيانوزس چې د هايپوکسيميا درجې پورې اړه لري.(Cunningham, 2018)

Laboratory finding: د وينې د شرياني گازونو تعينول د هايپوکسـيميا درجـه (متوسـط څخه تر شديدې پورې) چې د اکسيجن په واسطه درملنه شوي وي معلوموي.

تـوپيري تشـخيص : ARDS د انتـاني Pneumonitis او د زړه لـه املـه رامنځتـه شـوې پلمونري اذيما سره توپيري تشخيص کېږي

درملنه: يې د Hypoxemia مخنيوی، د Acid base انومالي‌گانو اصلاح، د فکتورونـو لـرې کول او د معلومو هيموډايناميک لاملونو له منځه وړل دي. Endotracheal intubation د ميخانيکي تهويې سره د تل لپاره اړين وي. د Sedation او د درد ضـد درمـل بايـد توصـيه شي، ترڅو د اکسيجن د اخيستلو په کمښت کې مرسته وشي د ARDS پـه تـداوي کـې د ستروئيد گټه نه ده ښودل شوې.

انزار هغه زاړه ناروغان چې د ARDS لرونکي وي د مړينې کچه يې په مسلسل ډول ۵۰-۶۰٪ ښودل شوې ده.(Decherney, 2013)

۹. Cordio Pulmonary Resuscitation : عاجله او فوري تداوي د هغه مريضانو لپاره چې Cardiac او Respiratory Arrest ورته واقع شوي وي بايد عاجل ۲-۳ دقيقو

کې اجراء شي . که چېرې د درې دقیقو څخه زیات وخت لپاره اکسیجن لرونکې وینه حیاتي اعضاوو ته ونه رسېږي دغه اعضا د دایمي تخریب سره مخامخ کېږي.

Cardiac Arrest: هغه حالت ته وایي چې دفعتاً قلب خپله وظیفه دلاسه ورکړي.

Respiratory arrest: دغه حالت کې تنفس توقف کوي، چې د قلبي arrest په تعقیب منځته راځي.

Basic Life Support: لومړي بایـد تشـخیص وشي، چې ښـځه مـړه ده او کـه ژونـدي، شعوري حالت لري او که نه، حیاتي علایم یې مختل شوي او که نه

۱. مریض ته ټکان ورکړ شي (Shoke + Shout)

۲. Puls او قلب باید و ارزول شي

۳. مېرمن باید مناسب Position او ځای کې واچول شي

۴. له primary ABCD او Secondary ABCD سیستمونو کار واخیستل شي

(Current 11th edition)

لنډیز

د مهبلي زېږون په دوران کې د درد ارامولو لپاره بشپړه انلجیزیا د S5 – T10 پورې بلاک ترسره کېږي، په داسې حال کې چې د سیزارین لپاره بیا دغه بلاک د S1 – T4 پورې غځېږي. اختلاطات یې هایپوټنشن، مورنۍ تبه، د ملا درد، متفرقه اختلاطات؛ لکه نخاعي یا اپي ډورل هیماتوما او اپي ډورل ابسې کېدای شي. پر زېږون باندې اغېزه دا ده، چې د اپي ډورل انلجیزیا د کارولو له کبله د زېږون وخت اوږدېږي او د اوکسي توسین کارولو ته اړتیا زیاتوي.

په دې څپرکي کې د درملو د تیراتوجیک اغېزو په هکله اړونده معلومات ورکړل شوي دي، تر څو ولادي متخصصین تر ممکن حده د هغو درملو له ورکړې څخه ډډه وکړي، کوم چې په رحمي ژوند په بېلو پړاوونو کې د ریشم او یا جنین وده اغېزمنه کوي.

په دې څپرکي کې د شاک د مختلفو ډولونو خاصتاً hemorrhagic shock ، Septic shock چې په ولادي ناروغانو کې معمولاً وروسته له Post oprative Endometritis ,Septic Abortion,Chorioamniotis ,Antepatume Pyelonephritisڅخه واقع کېږي ۱۵-۱۷٪ پېښو کې د مړینې لامل pulmonary thromboembolism ذکر شوي دي. د زېږون پر مهال د ۱-۲ملي لیتره د امنیوتیک مایع نوتل دوراني سیستم ته د Amniotic fluid embolism تر سرلیک لاندې په تفصیل سره ذکر شوی. ARDS د سږو له شدیدو ناروغیو څخه ده، چې په بېړني ډول رامنځته کېږي او په chest x ray کې په Bilateral infiltration ځانګړی دی او د داخل وریدي حجم Overload نښې پکې نشته او همدارنګه د اکسیجن نیمګړتیا پکې شتون لري.

پوښتنې

لاندې څلور ځوابه پوښتنې ولولئ او يو سم ځواب په نښه کړئ

۱: له عمومي انستيزي څخه وروسته کله بايد د مېرمنې اندو تراخيل تيوب وايستل شي.

الف - کله چې ستاسې اوامر پرځای کړي.

ب - کله چې ستاسې اوامر پرځای نه کړي.

ج- چې د تنبه پر وړاندې غبرگون ونه ښيي.

د - چې د تنبه پر وړاندې غبرگون ونه ښيي.

۲ : . اکثرا د عضلاتو استرخا لپاره Succinylcholine کارول کېږي ځکه چې

الف - پيل يې چټک او لنډه اغېزه لری

ب - پيل يې ورو او لنډه اغېزه لری

ج – پيل چټک او اوږده اغېزه لری

د- ورو پيل او اوږده اغېزه لری

۳ : د Sellick مانوره عبارت ده له:

الف- پر Cricoid غضروف فشار راوړل تر څو مری بنده کړي.

ب- پر Cricoid غضروف فشار راوړل تر څو مری خلاصه کړي.

ج- پر Cricoid غضروف فشار نه راوړل تر څو مری بنده نه شي.

د - پر Cricoid غضروف فشار راوړل تر څو مری بنده نه کړي.

۴ : رحم بايد يو اړخ ته بې ځايه شي، ځکه چې پر ظهری استجاع باندې ملاسته په:

الف –VCI او ابهر باندې فشار راوړي.

ب- VCS او ابهر باندې فشار راوړي

ج- VCI باندې فشار راوړي

. د- VCI او ابهر باندې هيڅ فشار نه راځي

۵ : Trophogen هغه ماده ده چې

الف – د غړي پر نورمال ودې بې اغېزه ده

ب- د غړي د ودې بدلوي

ج- د غړي وده ودروي

د- د غړي وده چټکه کوي

۶: gray baby syndrome د کومو درملو د کارولو په پايله کې رامنځته کېږي

الف- Chloramphnicol

ب - Ampicillin

ج- Gentamycin   د- Streptomycine

۷. هغه درمل چې په ښاروي کې خېږل شوي، چې د هغو په جنين کې ناوړه اغېزې نه دي ليدل شوي عبارت دی له :

الف – Bگروپ   ب- Cگروپ

ج- Dگروپ   د- Xگروپ

۸. hemorrhagic shock په کوموسيتمونو کې د بدلون لامل نه کېږي

الف- زړه   ج - دماغ

ب – سږی او د پوستکي انساج   د- دواړه طرفونه

۹. د امېندواری پر مهال د Septic shock په درملنه کې کوم درمل ورکول کېږي.

الف-Ampicillin   ب-Gentamycin

ج-Clindamycin   د- ټول ځوابونو سم دی

۱۰. د ARDS توپيري تشخيص له کومو حالاتو سره بايد وشي

الف –Pnumonitis   ب-Pulmunary Embolisem

ج-Pulmonary Obstraction   د- Pulmonary Atelectas

تشريحي او خالي ځای لرونکې پوښتنې

۱. د زېږون په دوران کې د درد ارامولو لپاره ځينې اعصاب لکه ....او ....د نخاعي يا ....او يا د دواړو لارو په واسطه بلاک کېږي.

۲. د Meperidine او Promethazine ولادي دردونو د ارامولو لپاره د کارولو په هکله خپل معلومات ووایاست؟

۳. د امريکا نسايي ولادي کالج او د امريکا د انستيزيلوګانو ټولنې د ولادي انستيزي لپاره کوم اصول ټاکلي دي؟

۴. Danazol د Ethinyl testosterone مشتقات دي که مؤنث جنين ورسره مخامخ شي د .... لامل کېږي. نوموړي درمل د ....او Fused labia او .... لامل هم کېږي.

۵. د Gentamicin او Streptomycin په واسطه درملنه د Preterm ماشوم د .... او .... خطر يې نور هم زياتېږي.

۶. FDA له خوا نوی وړانديز شوی سيستم د Evidence based rating system څه ډول يو سيستم دی؟

۷. د Septic Shock ولادی لاملونه کوم دی؟

۸. د هيموراژيک شاک فيزيکي موندنې تشريح کړئ.

۹. د امنيوتيک مايع د امبوليزم نښې روښانه کړئ.

۱۰. د DIC اختلاطات کوم دي؟

۱۱. د DVT لوړ خطر لرونکو ناروغيو د مخنيوي لپاره د هغه وريدي Stasis چې څخه چې د ....په جوړېدو کې رول لري مخنيوی وشي او .... مانورا اجراء شي. انتي کواګولانت .... ۲-۳ ځلې په ورځ کې توصيه شي.

ماخذونه

Alsaad AM & Kaplan YC & Koren G. (2015) *Exposure to fluconazole and risk of congenital malformations in the offspring: a systematic review and meta-analysis*. Reprod Toxicol 52:78.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017) *Obstetric analgesia and anesthesia*. Practice Bulletin 177.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017) *Sulfonamides, nitrofurantoin, and risk of birth defects*. Committee Opinion No. 717.

American Society of Anesthesiologists. (2016) *Task Force on Obstetrical Anesthesia: practice guidelines for obstetrical anesthesia*. Anesthesiology 124:270.

Bromley R & Weston J & Adab N, et al. (2014) *Treatment for epilepsy in pregnancy: neurodevelopmental outcomes in the child*. Cochrane Database Syst Rev 10:CD010236.

Centers for Disease Control and Prevention. (2012) *Alcohol use and binge drinking among women of childbearing age—United States, 2006–2010.* MMWR 61(28):534.

Cunningham F.Gary & Leveno Kenneth J & et al. (2018) *Williams Obstetrics*, 25th edition, United State: McGraw-Hill Education, Pp: 540 – 560, 1100 – 1120.

Dawson AL & Riehle-Colarusso T & Reefhuis J, et al. (2014) *Maternal exposure to methotrexate and birth defects: a population-based study*. Am J Med Genet 164A(9):2212.

Decherney Alan H & Nathan Lauren, et al. (2013) *Current Diagnosis and Treatment Obstetrics and Gynecology,* 11th edition, United State: McGraw-Hill Complanies, Pp: 727 - 756.

Feldkamp ML & Carey JC & Byrne JL, et al. (2017) *Etiology and clinical presentation of birth defects: population based study*. BMJ 357:j2249.

Food and Drug Administration. (1979) *Content and format of labeling for human prescription drug and biological products; requirements for pregnancy and lactation labeling.* Final rule. Fed Regist 79(233):72036.

Food and Drug Administration. (2017) *Advice about eating fish, from the Environmental Protection Agency and Food and Drug Administration; revised fish advice; availability.* Federal Register 82(12):6571.

Genentech. (2017) *Herceptin (Trastuzumab) prescribing information*.

Grimes DA & Schulz KF. (2012) *False alarms and pseudo-epidemics: the limitations of observational epidemiology.* Obstet Gynecol 120(4):920.

Hansen C & Andrade SE & Freiman H, et al. (2016) *Trimethoprim-sulfonamide use during the first trimester of pregnancy and the risk of congenital anomalies.* Pharmacoepidemiol Drug Saf 25(2):170.

Heesen M & Klöhr S & Hofmann T, et al. (2013) *Maternal and foetal effects of remifentanil for general anaesthesia in parturients undergoing caesarean section: a systematic*

review and meta-analysis. Acta Anaesthesiol Scand 57(1):29.

Hoyme HE & Kalberg WO & Elliott AJ, et al. (2016) *Updated clinical guidelines for diagnosing fetal alcohol spectrum disorders*. Pediatrics 138(2) e20154256.

Levy BD & Choi AMK. (2015) *Acute respiratory distress syndrome*. In Kasper DL & Fauci AS & Hauser SL, et al (eds): *Harrison's Principles of Internal Medicine,* 19th ed. New York, McGraw-Hill, 2015, p 173.

Liu SS & Lin Y. (2009) *Local Anesthesics.* In Barash P & Cullen B & Stoeling R, et al (eds): *Clinical Anesthesia*, 6th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wikins.

McClelland SH & Bogod DG & Hardman JG. (2009) *Pre-oxygenation and apnoea in pregnancy: changes during labour and with obstetric morbidity in a computational simulation*. Anaesthesia 64(4):371.

مخففات یا لنډ ټکي

لغوي معنی او یا اصطلاحي تعریف	بشپړه کلمه اویا جمله	لنډټکی
د الټراساونډ پـه واسـطه د جنـین د خیټې د محیط اندازه کول	Abdominal circumference	AC
	Angiotensin converting enzyme	ACE
د نخامیه د قدامي برخې هورمون	Adrenocorticotropic hormone	ACTH
د امېندوارۍ پر مهال څارنې	Ante natal care	ANC
	Appearance, Pulse, Grimace, Activity Respiration	APGAR
له زیږون څخه مخکې وینه بهېدنه	Ante partum hemorrhage	APH
د ځیگر د انزایمونو له ډلې یو انزایم دی	Aspartate amino transferase	AST
د مهبـل یـو ډول التهـابي حالـت دباکتریاگانو له امله دی	Bacterial vaginosis	BC
د چـــاغوالي د معلومولـــو مهـــم شاخص	Body mass index	BMI

BPD	Biparietal diameter	د جنین له یو جداري هډوکی څخه تر بل پورې اندازې ته ویل کېږي
BPP	biophysical profile	د جنین د حالت د ارزولو ازموینه
C/S	Caesarean section	د رحمي بطني قصدي شق په واسطه د امېندواری محتوی راویستل
CBC	Complete blood count	د وینې په دوران کې د حجرو محاسبه کول
CMV	Cytomegalo virus	هغه ویروس چې په امېندواره مېرمن کې د جنیني اختلاطاتو لامل کېږي
CPD	Cephalo pelvic disproportion	د جنین د سر او د مور د حوصلي تر منځ د تناسب نه شتون
CRL	Crown rump length	دامبر یو اندازه له سر څخه تر پایه پورې
CST	Contraction stress test	د رحم د تقلصاتوپه وخت کې د جنین ارزول
CTG	Cardio topography	د گراف د کاغذ پر مخ د جنین د زړه ضربان او د رحم د تقلصاتو ثبتول
D & C	Dilatation and curettage	د حمل له محتوی څخه د پراخه شوي عنق له لارې د رحم تشول او

		دېوالونه يې توږل
DES	Diethyl stilbestrol	يو ډول صنعي استروجن هورمون دی
DM	Diabetes mellitus	د نورمال انسولين په مقابل کې د حساسيت کمښت
E& C	Evacuation and curettage	مخکې پراخه شوي عنق له لارې د امېندوارۍ محتوی را ويستل او رحم د ديوالونو توږل
ECG	Electro cardiography	د کاغذ پر مخ د زړه برقي ګراف ثبتول
E-coli	Escherichia coli	د انسان د بدن د کولمو نورماله فلورا E
EPV	External podalic version	د بطن له لارې د امېندوارۍ په وروستيو وختونو کې د ماشوم خرخول
FD	Fetal death	د مور په رحم کې د جنين مړينه
FHRA	Fetal heart rate acceleration	په يوه دقيقه کې زياتېدل چې ۱۵ ثانيو پورې وغځيږي bpm د جنين د زړه ضربان ۱۵
FHS	Fetal heart sound	د جنين د زړه اواز اوريدل په يوه دقيقه کې
FL	Femur length	د جنين د femur هډوکي

		اوږدوالي اندازه کول
GBS	Group B Streptococcus	يو ډول باکترياوې دي
GH	Growth hormone	د ودې هورمون
GTD	Gestation trophoblastic disease	دتروفوبلاستيک انساجو ناروغي
GTN	Gestation trophoblastic neoplasm	د تروفوبلاستيک انساجو نيوپلازم
Hb	Hemoglobin	د سرو کروياتو هغه برخه ده، چې د اکسيجن د لېږد دنده لري
HC	Head circumference	په رحمي ژوند کې د الټراسونډ په واسطه د جنين د سر د چارچاپېر اندازې ته ويل کېږي
HCT	Hematocrit	په وينه کې د سرو کروياتو د حجم سلنه
HELLP	elevated Hemolysis low liver enzyme platelet	د امېندوارو مېرمنو د وينې د لوړ فشار يو اختلاط دی
HIV	Human immunodeficiency viruses	ويروس د انسان د معافيتي سيستم کمزوری کوونکی

IPV	Internal podalic version	د زېږون پر مهال دننه په رحم کې د ماشوم څرخول
IUCD	Intra uterine contraceptive device	د امېندوارۍ تر منځ د واټن راوړلو موقتي آله
IUGR	Intra uterine growth restriction	په رحم کې د جنین د ودې ځنډېدل
LBW	Low birth weight	د نورمال وزن په پرتله ټیټ وزن لرونکی ماشوم
M. Mode	Motion mode	دالتراسونوګرافي په مرسته د زړه په هکله اغېزمن معلومات تر لاسه کول
NSAID	Non-steroidal anti-inflammatory drugs	پرته له ستیراید څخه د درد ارامولو درمل
PL	Placental lactogen hormone	هورمون ته ورته دیgrowth هغه پلاسنتایي هورمون
PPH	Post-partum hemorrhage	له زېږون څخه وروسته له نورمال څخه زیاته وینه بهېدنه
PPROM	Pre mature rupture of membrane	مخکې د زېږون له پیل څخه د پردې څیرې کېدل
PROM	Preterm premature rupture of membrane	د امېندوارۍ له۳۷مې اوونۍ څخه مخکې د پردې څیرې کېدل

د ثـــروي حبـــل د رګونـــو د وينـــې ازموينه	Percutaneous umbilical blood sampling	PUBS
د تنفسي سيستم د زجرت سنډروم	Respiratory distress syndrome	RDS
په سرو کروياتو کې د وينې يو ډول انتي جن	Rhesus	Rh
هغه هورمون چې د انرژي مصرفولو تنظيم کوونکی دی	Thyroid stimulating hormone	TSH
	Twin to twine transfusion syndrome	TTTS
ښکتنی اجوف وريد	Vena cava inferior	VCI
پورتنی اجوف وريد	Vena cava superior	VCS
نړېوال صحي سازمان	World health organization	WHO

اصطلاحات

اصطلاح	تشریح
Asherman syndrome	د رحــم پــه جــوف یــا عنــق کــې د ســکار رامــنـځـتـه کېدل
Abruption of placenta	د پلاسنتا مخکې له وخت څخه بېلېدل
Braxton hicks contraction	د رحــم بــېدرد تقلصــات چــې عنــق نــه پراخوي
Breach presentation	د حوصلي په جوف کې د جنین کوناتې او یا پښو ځای نیول
Corneal resection	د جـــراحـي په واسطه د رحمCornu برخه پرې کول
Cephalic presentation	د حوصلي په جوف کې د جنین د سر ځای نیول
Internal Podalic version	د breach جنین داخلي ځرخول
External Podalic version	د breach جنین بهرني ځرخول
Leucorrhea	مهبلي افزازات
Lochia	له زېږون وروسته مهبلي افرازات
diabetes Type 1	هغې دیابـت چـې د انسـولین د نشـتوالي لـه کبله رامنځته کيږي
diabetes Type 2	دا دیابت د انسولین په وړاندې د مقاومت له امله مینځ ته راځی
Overt Diabetes یا Pregestational	لـه حمـل اخیسـتلو څخـه مخکـې د شـکر درلودل
Gestational diabetes	د امېندوارۍ پر مهال د دیابت منځته راتلل
Placenta Low lying	د رحم په ښـکتني سـگمنټ کـې د پلاسـنتا غرس چې د عنق خوله یې پوښلې نه وي
Hematosalpinx	په نفیرونو کې د وینې راټولیدل
Hysterectomy	د جراحي پروسیجر په واسطه د رحم ایستل
Hydramniosis	له نورمال حـدودو څخـه د امنیوتیـک مـایع

	اندازې زیاتېدل
Miscarriage	مخکې له ۲۰ اونۍ څخه د حمل خپلسري ضایع کېدل
Oligohydramniosis	د امینوتیک مایع اندازه د نورمال څخه کمیدل
Snow storm	د مولر امېندوارۍ سونوګرافیکه منظره
Thalassemia syndrome	ارثي ناروغي چې د ګلوبین ځنځیر د ترکیب اندازه پکې کمه وي
Small for gestational age	هغه نوی زیږېدلی ماشوم چې وزن یې د امېندوارۍ مودې څخه ۱۰ سلنه کم وي
Puerperium	له زیږون څخه وروسته تر شپږمې اونۍ تر پای پورې
Salpingectomy	د جراحي عملیې په جریان کې نفیرونه پرې کول
Recto uterine putch	هغه جوف چې رحم او ریکتم سره جلا کوي

انډکس

T

Tachypnea · 372

ا

القاع 15 ·

امنيوتيک مايع امبوليزم 373, 374, 376, 378 ·

ت

تصويري ازموينې 6 ·

تيونو خوکې 5 ·

ر

رحم, 5, 6, 8, 9, 16, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 38, 39, 42, 43, 44, 53, 59, 61, 68, 69, 70, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 89, 94, 102, 107, 111, 112, 114, 115, 117, 119, 123, 133, 134, 136, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 152, 153, 154, 155, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 171, 172, 173, 177, 183, 184, 185, 187, 191, 192, 193, 194, 195, 200, 201, 205, 210, 211, 212, 213, 215, 220, 221, 225, 228, 229, 242, 258, 272, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 319, 320, 321, 324, 325, 342, 345, 348, 371, 378, 389, 390 ·

A

Asherman syndrome, Post dilatation &curettage · 3

D

Decedua · 25

Down syndrome · 19, 74, 75

H

Hyperemises gravidarium · 4

P

Post oprative Endometritis · 381

pulmunary · 383

R

Respiratory · 104, 255, 260, 378, 380

S

syncytiotrophblast · 13

ن

ناروغان 379 ,372 ,371 ,270 ,245 ,241 ,66 ·

ه

هایپوکسیا 378 ,270 ,91 ,89 ·
هایپوکسیمیا 379 ,375 ,89 ·

ز

زېږون 15 ·

س

سږي 379 ,378 ,244 ,243 ,229 ,124 ,107 ,102 ·
سیروم 3 ·

دپوهنوال دکتورس حفیظه سهاک لنډه پیژندنه

دکتورس حفیظه سهاک د عبدالغففور لور چی په ۱۳۴۸ لمریزکال کی د ننگرهارولایت ،بهسودو ولسوالي د زنگوی په کلی کی زیږیدلی خپلی ابتدائی زده کړی یی د کابل ولایت د سیدنورمحمد شاه مینی په لومړنی ښونځی کی سرته رسولی په ۱۳۶۲ لمریز کال کی د خیرخانی مینی د مریم د عالی لیسی څخه په اعلی درجه فارغه شوی او په ۱۳۶۲ لمریز کال کی دکانکوردازموینی له لاری د کابل معالجوی طب په پوهنځی کی شامله شوی چی له نوموړی پوهنځی څخه په ۱۳۶۸ لمریز کال کی فارغه شوی . د پوهنځي له فراغت څخه وروسته له ۱۳۶۹-۱۳۷۰لمریزکلونو پوری د کابل انتانی روغتون د ښخینه وارد ریاست د مرستیال په توگه دنده ترسره کړی ده.

وروسته ئي گاونډی هیواد پاکستان ته هجرت کړی چی په ۱۳۷۲- ۱۳۷۵لمریز کالونوکی د سیدجمال الدین افغان پوهنتون د طب په پوهنځی کی د استادی او دزنانه ؤ ځانگی د تدریسی مدیری په توگه دنده ترسره کړی، د۱۳۷۶ -۱۳۷۷لمریزکالونوکی دهیواد پوهنتون طب پوهنځی کی داستادی په توگه او د ۱۳۷۸-۱۳۸۱ لمریز کالونو کی د افغان پوهنتون طب پوهنځی کی د استاد ی په توگه کی دندی تر سره کړی دی. چی وروسته خپل گران هیوادوته د راستنیدو څخه لومړی په ۱۳۸۲-۱۳۸۴لمریز کالونوکی د(IMC) International medical corpsموسسی په شرقی زون کی د ماستر ترینر وروسته بیا په ۱۳۸۳-۱۳۸۴ لمریز کالونو کی په نوموړی موسسه کی د Training coordinatorپه توگه او په ۱۳۸۵-۱۳۸۶ لمریز کالونو کی د IMC قابلگی په روزنیز پروگرام کی د Project officer په توگه دندي ترسره کړی دي.

په ۱۳۸۷ لمریز کال کی د پوهنیار په علمی رتبه د ننگرهار طب پوهنځی کی کدر ته شامله شوی او۱۳۹۲ لمریز کال کی دپوهنمل علمی رتبی ته اوپه ۱۳۹۶ لمریز کال کی دپوهندوی علمی رتبی او ۱۴۰۰ لمریز کال کی د پوهنوال علمی رتبی ته ارتقا کړی ده ،اغلی استادی دخپل علمی فعالیتونه په لړ کی د سیزارین سکشن لاملونو د پیښوسلنی او د اوکسیی توسین د اختلاطاتو تر سرلیک لاندی څیړنی کړی داغلی نورفرعی اثار په بین المللی ژونالونو، دننگرهار پوهنتون اوطب پوهنځی په طبی پوهه مجله کی هم چاپ شوی . دطب پوهنځی د اووم سمسترلپاره دامېندواری اوزېږون سرلیک لاندی دغه درسی کتاب تالیف کړی دی. اغلی دننگرهار طب پوهنځی دنسایی ولادی څانگی برحاله استاده اود څانگی امره ده چی دننگرهار پوهنتون روغتون نسائی اوولادی په څانگه کی خپلی دندی ته دوام ورکوی.

والسلام

Abstract

This textbook, entitled Pregnancy and delivery , has writen by Associate Professor Drs Hafiza Sahak, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Nangarhar University, as a textbook for 7th semester students. Providing up-to-date information based on curriculum and organized information in standard authorial effect. Therefor we played an effective role to reduce the outcome of maternal mortality rate. On the other hand, the main purpose of writing textbook, which is to obtain, store and spread informations to others, has taken into consideration.

On behalf of my best ability I have written this textbook in a simple and fluent Pashto language and tried a lot to write the book in full Pashto.The common Latin and English words which every student understand them has placed on their own names from the translation.

This book consists of 9 chapters in which the first chapter describes all the hypothetical, probable and certain signs of pregnancy, as well as important physiological changes during pregnancy, under the name of Pregnancy Recognition and Adaptation to Maternal Physiological Changes. In Chapter 2, Fetal assessment is prenatal and postnatal care are performed to determine the best outcome during childbirth. And also the care which help to diagnose prenatal birth defects are explained here. in Chapter 3 Normal labor and postnatal care are described in detail ,in Chapter 4 then describes the use of

obstetric ultrasound to identify normal and abnormal birth defects during pregnancy. However, complications of the first trimester, such as trophoblastic disease, ectopic pregnancy, and abortion, are also noted. in chapter 5 ante partume hemorrhage , post partum hemorrhage and difficult labor are discribed ,in chapter 6 preterm and post terrme pregnancy, in Chapter 7 Multiple pregnancies, high blood pressure during pregnancy are important topics explained, Pregnancy and Diseases such as Diabetes during pregnancy, blood disorder ,Rh-negative women and Pregnancy. Infectious disease has been described during pregnancy.in Chapter 8 covers the induction of the labor process and placental abnormalities. In Chapter 9 includes analgesia and anesthesia during pregnancy, and care of spcial casese of obstetrical are include .

Thanks

Associat professor Drs.Hafiza Sahak

د افغانستان د ۹ پوهنتونونو د چاپ شويو طبي درسي کتابونو لست

(کابل، کابل طبي پوهنتون، کابل پولی تخنيک، ننگرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ او کاپيسا) ۲۰۱۰ ـ ۲۰۲۱

شمېره	د کتاب نوم	ليکوال	پوهنتون	شمېره	د کتاب نوم	ليکوال	پوهنتون
۱	فارمکولوژي	پوهندوی سيد قمبر علي حيدري	ننگرهار	۲	کتاب ولادی	پوهندوی داکتر حسن فريد	هرات
۳	انتاني ناروغۍ	پوهنوال ډاکتر عبدالناصر جبارخېل	ننگرهار	۴	د سترگو ناروغۍ	پوهنمل ډاکتر خالد يار	ننگرهار
۵	زېږون	پوهنمل ډاکتر مريم اکرم معصوم	ننگرهار	۶	د کوچنيانو د وينې ناروغۍ	پوهندوی ډاکتر منصور اسلمزی	ننگرهار
۷	تنفسي او د زړه د دسامونو روماتيزمل ناروغۍ	پوهاند ډاکتر طيب نشاط	ننگرهار	۸	د سرطاني ناروغيو اساسات	پوهاند ډاکتر ظاهر ظفرزی	ننگرهار
۹	توبرکلوز	پوهندوی ډاکتر سيد انعام سيدي	ننگرهار	۱۰	اندوکراينولوژي او روماتولوژي	پوهاند ډاکتر محمد طيب نشاط	ننگرهار
۱۱	بيوفزيک	پوهاند مير محمد ظاهر حيدري	بلخ	۱۲	د ماشومانو کلينيکي معاينه	پوهنوال ډاکتر ناصر خان کاموال	ننگرهار
۱۳	فزيک نور	پوهاند مير محمد ظاهر حيدري	بلخ	۱۴	د پرازيتولوژي اساسات	ډاکتر محمد صابر	ننگرهار
۱۵	د سينې ناروغۍ او توبرکلوز	ډاکتر ناصر محمد شينواری	کندهار	۱۶	د کولمو بندش او د پريطوان جراحي ناروغۍ	پوهاند ډاکتر عبدالرؤف حسان	ننگرهار
۱۷	کلينيکي راډيولوژي	پوهنوال ډاکتر غلام سخي رحمانزی	ننگرهار	۱۸	د کوچنيانو د درملنې لارښود (انگليسي)	پوهندوی ډاکتر منصور اسلمزی	ننگرهار
۱۹	د پښتورگو ناروغۍ	پوهاند ډاکتر محمد ظاهر ظفرزی	ننگرهار	۲۰	د هضمي جهاز او پښتورگو ناروغۍ	پوهنوال ډاکتر عبدالواحد وثيق	کندهار
۲۱	د هضمي جهاز ناروغۍ	پوهاند ډاکتر محمد ظاهر ظفرزی	ننگرهار	۲۲	جراحی بطن و ملحقات آن	پوهاند ډاکتر محمد معصوم عزيزی	کابل طبی پوهنتون
۲۳	د وينې ناروغۍ	پوهاند ډاکتر محمد ظاهر ظفرزی	ننگرهار	۲۴	روش‌های ارزيابی کلينيکی اطفال	پوهندوی ډاکتر فاروق حميدي	کابل طبی پوهنتون
۲۵	د ځيگر ناروغۍ	پوهاند ډاکتر محمد ظاهر ظفرزی	ننگرهار	۲۶	عمومي هستولوژي	پوهندوی ډاکتر فضل الهی رحماني	کندهار
۲۷	تشخيصي راديولوژي	پوهنوال ډاکتر غلام سخي رحمانزی	ننگرهار	۲۸	پتالوژی عمومی	دوکتورس زهرا فروغ	هرات
۲۹	د وينې سرطان	پوهنوال ډاکتر نظر محمد سلطانزی	ننگرهار	۳۰	بيولوژي ماليکولی حجره، بخش اول	پوهنوال علي يوسف پور	کابل طبی پوهنتون
۳۱	اطفال	پوهنوال ډاکتر محمد رسول فضلي	ننگرهار	۳۲	بيولوژي ماليکولي حجره، بخش دوم	پوهنوال علي يوسف پور	کابل طبی پوهنتون
۳۳	تغذيه او روغتيا	پوهيالی ډاکتر محمد هارون	ننگرهار	۳۴	د توبرکلوز ناروغۍ	ډاکتر محمد ناصر ناصري	کندهار
۳۵	ډيموگرافي او کورنۍ تنظيم	پوهيالی ډاکتر محمد ابراهيم شيرزی	ننگرهار	۳۶	امراض ساری اطفال	پوهاند ډاکتر سلطان محمد صافی	کابل طبی پوهنتون
۳۷	د عمومي جراحۍ اساسات	پوهندوی ډاکتر بادشاه زار عبدالي	خوست	۳۸	د کوچنيانو ناروغۍ	پوهاند ډاکتر سلطان محمد صافی	کابل طبی پوهنتون
۳۹	جراحي، د کلينيکي معايناتو سيستم	پوهندوی ډاکتر بادشاه زار عبدالي	خوست	۴۰	امراض جراحی بطن و ملحقات ان	پوهندوی ډاکتر عبدالخالق دوست	کندهار

۴۱	عمومي پتالوژي	پوهنوال ډاکتر خليل احمد بهسودوال	ننگرهار	۴۲	هستولوژي	پوهاند ډاکتر بری صديقي	کابل طبی پوهنتون
۴۳	د ساري ناروغيو کنټرول	پوهندوی ډاکتر محمد عظيم منگل	ننگرهار	۴۴	د وينې فزيولوژي	پوهنمل ډاکتر ولي محمد وياړ	کندهار
۴۵	طبي هستولوژي	پوهنوال ډاکتر خليل احمد بهسودوال	ننگرهار	۴۶	طبي بيوشمي	پوهاند دوکتور خان محمد احمدزی	کابل طبی پوهنتون
۴۷	يورولوژي	پوهنوال ډاکتر عبدالاحد حميد	ننگرهار	۴۸	فزيک اوپتيک	پوهنوال غلام قادر دهگان	هرات
۴۹	اخلاق طبابت	پوهاند ډاکتر عبدالغفور همدل صديقی	بلخ	۵۰	اورتوپيدي او کسرونه	پوهنمل ډاکتر محمد همايون مصطفی	کندهار
۵۱	فزيکل ډياگنوزس	پوهنوال ډاکتر حفيظ الله اپريدی	ننگرهار	۵۲	بطن حاد و مزمن	پوهنوال ډاکتر عبدالغفور ارصاد	هرات
۵۳	د زړه او رگونو ناروغی	پوهندوی ډاکتر دل آقا دل	ننگرهار	۵۴	اساسات جراحی	پوهاند ډاکتر نجيب الله امرخيل	کابل طبی پوهنتون
۵۵	د چاپېريال او ډنديزه روغتيا	پوهنوال ډاکتر محمد عارف رحماني	ننگرهار	۵۶	اناتومی	پوهنمل ډاکتر حفيظ الله سهار	کابل طبی پوهنتون
۵۷	د هضمي سيستم او پښتوروگو ناروغی	پوهندوی ډاکتر سيف الله هادی	ننگرهار	۵۸	التراساونډ تشخيصيه	پوهندوی ډاکتر محمد نواب کمال	کابل طبی پوهنتون
۵۹	د کوچنيانو تغذيه	پوهنمل ډاکتر نجيب الله امين	ننگرهار	۶۰	د قندونو هضم، جذب او استقلاب	دوکتور يحيی فهيم پوهيالی	ننگرهار
۶۱	د کوچنيانو ناروغی، اول جلد	پوهنوال دوکتور عبدالستار نيازی	ننگرهار	۶۲	د غوږ ، پزې او ستونی ناروغی	پوهنمل دوکتور مير محمد اسحاق خاورين	ننگرهار
۶۳	د کوچنيانو ناروغی، دوهم جلد	پوهنوال دوکتور عبدالستار نيازی	ننگرهار	۶۴	د پوستکي ناروغی	پوهندوی دوکتور اسدالله شينواری	ننگرهار
۶۵	هيماتولوژي، ايمينولوژي او د ويټامينونو کموالي ناروغی	پوهندوی دوکتور ايمل شيرزی	ننگرهار	۶۶	د خولې او هضمي سيستم ناروغی	پوهاند دوکتور ظاهر ظفرزی	ننگرهار`
۶۷	رهنمای تدريس طب	پوهاند دوکتور نادر احمد اکسير	کابل طبی پوهنتون	۶۸	جراحي بطن	پوهاند دوکتور محمد معصوم عزيزی	کابل طبی پوهنتون
۶۹	امراض اطفال	پوهاند دوکتور سلطان محمد صافی	کابل طبی پوهنتون	۷۰	جراحی عصبی	پوهنوال دوکتور عبدالغفور ارصاد	هرات
۷۱	مايکروبيولوژی	پوهاند محمد جمعه حنيف	هرات	۷۲	اساسات پرازيتولوژی طبی	پوهنمل دوکتور محمد يوسف مبارک	کابل طبی پوهنتون
۷۳	امراض جراحی سيستم هضمی و ملحقات آن	پوهاند ډوکتور عبدالوهاب نورا	کابل طبی پوهنتون	۷۴	امراض جهاز هضمی و کبد	دوکتور محمد يونس فخری	بلخ
۷۵	فزيک طبی بخش ميخانيک	پوهاند مير محمد ظاهر حيدری	بلخ	۷۶	فزيک طبی بخش حرارت	پوهاند مير محمد ظاهر حيدری	بلخ
۷۷	توضيح اساسات فزيک، و سايل تشخيصيه طبی	پوهاند مير محمد ظاهر حيدری	بلخ	۷۸	انالیز رياضی	سيد يوسف مانووال	بلخ
۷۹	نور و فزيک جديد	پوهنوال غلام قادر دهگان	هرات	۸۰	حرارت و ترموديناميک	پوهنوال غلام قادر دهگان	هرات
۸۱	عمومي جراحي، لومړی ټوک	پوهندوی ډاکتر بادشاه زار عبدالي	خوست	۸۲	عمومي جراحي، دوهم ټوک	پوهندوی ډاکتر بادشاه زار عبدالي	خوست
۸۳	اناتومی و فزيولوژی انسان، جلد اول	پوهندوی محمد طاهر نسيمی	بلخ	۸۴	اناتومی و فزيولوژی انسان، جلد دوم	پوهندوی محمد طاهر نسيمی	بلخ
۸۵	رواني رنځپوهنه	پوهندوی ډاکتر جهان شاه تنی	خوست	۸۶	تعذيه او سؤ تغذيه	پوهنوال ډاکتر عبدالواحد وثيق	قندهار
۸۷	امراض روانی، جلد اول	پوهندوی دوکتور عبدالعزيز نادری	کابل طبی پوهنتون	۸۸	امراض روانی، جلد دوم	پوهندوی دوکتور عبدالعزيز نادری	کابل طبی پوهنتون
۸۹	انتاني ناروغی (انگليسی)	پوهنمل ډاکتر محمد ذکريا اميرزاده	کندهار	۹۰	بيړنی طبي پيښې	پوهنوال ډاکتر عبدالواحد وثيق	قندهار

۹۱	پرازیتولوژی طبی	پوهاند دوکتور عبیدالله عبید	کابل طبی پوهنتون	۹۲	ولادي جراحي، لومړی ټوک	ډاکتر عجب گل مومند	قندهار
۹۳	مایکرو بیولوژی طبی، جلد اول	پوهاند دوکتور عبیدالله عبید	کابل طبی پوهنتون	۹۴	ولادي جراحي، دوهم ټوک	ډاکتر عجب گل مومند	قندهار
۹۵	مایکرو بیولوژی طبی، جلد دوم	پوهاند دوکتور عبیدالله عبید	کابل طبی پوهنتون	۹۶	د غوږ، پزې او ستوني ناروغۍ	ډاکتر عزیز الله فقیر	کندهار
۹۷	رهنمود PBL در افغانستان	پوهاند دوکتور محمد فرید برنایار	کاپیسا	۹۸	مایکروبیولوژی عمومی	دوکتور شعیب احمد شاخص	هرات
۹۹	تروماتولوژی	پوهنوال دوکتور عبدالغفور ارصاد	هرات	۱۰۰	د زړه او سږو د ناروغیو تشخیصیه راډیولوژي	پوهنیار ډاکتر شاه محمد رنځورمل	خوست
۱۰۱	نرسنگ عملیاتخانه	پوهاند دوکتور نجیب الله امرخیل	کابل طبی پوهنتون	۱۰۲	گیاهان طبی مستعمله در تداوی امراض قلبی و وعایی	پوهنوال محمد عثمان بابری	کابل پوهنتون
۱۰۳	امبریولوژی طبی	پوهندوی داکتر بشیر نورمل	کابل طبی پوهنتون	۱۰۴	بیړنی درملنې	ډاکتر عبدالولی رنځمل وردک	خوست
۱۰۵	د احصایی اساسات	پوهنیار محمد اغا ضیاء	کندهار	۱۰۶	د کوچنیانو ساری ناروغۍ	پوهاند دوکتور سلطان محمد صافی	خوست
۱۰۷	امبریولوژی عمومی انسان	پوهندوی داکتر بشیر نورمل	کابل طبی پوهنتون	۱۰۸	امراض یورولوژی	پوهندوی دوکتور غلام سخی حسنی	کابل طبی پوهنتون
۱۰۹	کمک‌های اولیه	پوهاند دوکتور نجیب الله امرخېل	کابل طبی پوهنتون	۱۱۰	امراض نسایی	پوهندوی ډاکتر محمد حسن فرید	هرات
۱۱۱	طبي هستالوژي	پوهاند ډاکتر بری صدیقي	خوست	۱۱۲	امبریولوژي	پوهاند دوکتور بری صدیقی	خوست
۱۱۳	رهنمای انستیزی برای کشورهای رو به انکشاف، جلد اول	دانیل دی موس	کابل طبی پوهنتون	۱۱۴	عمومي جراحي	ډاکتر گل سیما ابراهیم خېل قادري	خوست
۱۱۵	رهنمای انستیزی برای کشورهای رو به انکشاف، جلد دوم	دانیل دی موس	کابل طبی پوهنتون	۱۱۶	عضوي کیمیا، د الیفاتیک برخه	پوهندوی دوکتور گل حسن ولیزی	خوست
۱۱۷	احصاییه	پوهاند محمد بشیر دودیال	ننگرهار	۱۱۸	د کوچنیانو خوارځواکي	پوهندوی ډاکتر سمیع الله حیات	ننگرهار
۱۱۹	کلاسیک او مالکیولي جنیتیک	دوکتور محمد صابر	ننگرهار	۱۲۰	تصویري یا تر سیمي راډیو گرافي	پوهنوال ډاکتر غلام سخي رحمانزی	ننگرهار
۱۲۱	د داخلي بیړنی پېښې او د بحران څارنه	پوهنوال ډاکتر حفیظ الله اپریدی	ننگرهار	۱۲۲	اورتوپیدي	پوهندوی ډاکتر سید شال سیدی	ننگرهار
۱۲۳	د عامې روغتیا اساسات او اداره	پوهنمل ډاکتر محمد عارف رحماني	ننگرهار	۱۲۴	طبي ترمینالوژي	دوکتور گل سیما ابراهیم خیل قادری	ننگرهار
۱۲۵	هلمنتولوژي	پوهاند ډاکتر سید رفیع الله حلیم	ننگرهار	۱۲۶	وراثت او ډسمورفولوژي	پوهنمل ډاکتر مسیح الله مسیح	ننگرهار
۱۲۷	د بیړنیو پیښو د درملنې لارښود (انگلیسی)	پوهنوال ډاکتر اېمل شیرزی	ننگرهار	۱۲۸	د نوبو زېږېدلو ماشومانو د ستونزو اهتمامات	پوهندوی ډاکتر ناصر خان کاموال	ننگرهار
۱۲۹	د سیستمونو پتالوژي	پوهنوال ډاکتر خلیل احمد بهسودوال	ننگرهار	۱۳۰	په ماشومانو کې نری رنځ	پوهنمل ډاکتر حقیق الله چاردیوال	ننگرهار
۱۳۱	د اتونوم او مرکزي عصبي سیستمونو فارمکولوژي	ډاکتر غلام ربي بهسودوال	ننگرهار	۱۳۲	د ننگرهار طب پوهنځی نصاب او درسي مفردات (انگلیسي)	ننگرهار طب پوهنځی	ننگرهار
۱۳۳	د درملو د استعمال عملی لارښود (انگلیسي/ پښتو)	ډاکتر مالتې ایل وان بلومرودر	ننگرهار	۱۳۴	عمومي کیمیا	پوهاند دوکتور خیر محمد ماموند	ننگرهار
۱۳۵	اناټومي I(هډوکې، مفاصل او عضلات)	پوهنمل ډاکتر محمد ناصر نصرتي	ننگرهار	۱۳۶	فارمکولوژي، دوهم ټوک	پوهنوال ډاکتر سید قمبر علي حیدري	ننگرهار
۱۳۷	حاد اپندیسا یتیس، تشخیص، اختلاطات او تداوي	پرفیسور دوکتور محمد شریف سروري	خوست	۱۳۸	د جهازاتو اناتومي	پوهنوال ډاکتر محمد حسین یار	ننگرهار

۱۳۹	امبریولوژي	پوهنوال ډاکتر محمد حسین یار	ننگرهار	۱۴۰	اناټومي دریم جلد عصبي سیستم، حواس او انډوکراین غدوات	پوهنمل ډاکتر محمد ناصر نصرتي	ننگرهار
۱۴۱	طبي امبریولوژي	پوهنمل داکتر محمد ناصر نصرتي	ننگرهار	۱۴۲	د ماشومانو د ناروغیو عملي لارښود (انگلیسي)	ډاکتر مالتې ال-وان بلومرودر	ننگرهار
۱۴۳	د طبي عامو ستونځو عملي لارښود (انگلیسي)	ډاکتر مالتې ال-وان بلومرودر	ننگرهار	۱۴۴	د رواني روغتیایي ستونځو عملي لارښود (انگلیسي)	سیان نیکولاس	ننگرهار
۱۴۵	نشه ئي توکي او اړونده ناروغۍ	ډاکتر محمد سمین ستانکزی	ننگرهار	۱۴۶	د شحمیاتو استقلاب	دوکتور محمد عظیم عظیمي	ننگرهار
۱۴۷	عصبي جراحي	پوهندوی داکتر عبدالبصیر منگل	ننگرهار	۱۴۸	سرطان او د چاپیریال رادیو اکتیویتي	پوهنوال ډاکتر نظر محمد سلطانزی ځدران	ننگرهار
۱۴۹	بېړنی طبي درملنې	ډاکتر سید ملیار سادات	ننگرهار	۱۵۰	د تنفسي سیستم فزیولوژي	دوکتور احسان الله احسان	ننگرهار
۱۵۱	نیونتولوژي	پوهنوال ډاکتر عبدالستار نیازی	ننگرهار	۱۵۲	عصبي ناروغۍ	پوهنمل ډاکتر بلال پاینده	ننگرهار
۱۵۳	د زړه برقي گراف (ECG)	رنځورپوال ډاکتر سید عبدالله سادات	ننگرهار	۱۵۴	التراسونډ	ډاکتر محمد یونس سلطاني	ننگرهار
۱۵۵	د شکرې ناروغي	ډاکتر محمد نعیم همدرد	ننگرهار	۱۵۶	فزیکي تشخیص	ډاکتر عبدالناصر جبارخېل	ننگرهار
۱۵۷	تلویزیوني آزموینې	پوهندوی ډاکتر نجیب الله خلیلي	ننگرهار	۱۵۸	د هضمي سیستم اناتومي	پوهنمل دکتور محمد ناصر نصرتي	ننگرهار
۱۵۹	د بولي تناسلي سیستمو اناتومي	پوهنمل دکتور محمد ناصر نصرتي	ننگرهار	۱۶۰	د زړه او د وینې د رگونو اناټومي	پوهنمل دکتور محمد ناصر نصرتي	ننگرهار
۱۶۱	عصبي جراحي	پوهندوی دوکتور فضل الرحیم شگیوال	ننگرهار	۱۶۲	بیوفیزیک	پوهنیار پښتنه بنایي	ننگرهار
۱۶۳	د کوچنیانو نارغي د پنځم ټولگي د لومړی سمېستر لپاره	پوهاند ډاکتر عبدالستار نیازی	ننگرهار	۱۶۴	د کوچنیانو د جهازاتو معمولي ناروغی I	پوهاند ډاکتر عبدالستار نیازی	ننگرهار
۱۶۵	د کوچنیانو د جهازاتو معمولي ناروغیII	پوهاند ډاکتر عبدالستار نیازی	ننگرهار	۱۶۶	انتاني ناروغۍ	پوهنوال ډاکتر حفیظ الله اپریدی	ننگرهار
۱۶۷	د اندوکراین، زړه، رگونو او پښتورگو فزیوژي	پوهنوال ډاکتر احسان الله احسان	ننگرهار	۱۶۸	د جراحی انکال	رنځوریار ډاکتر عجب گل مومند	ننگرهار
۱۶۹	د ځیگر ویروسی التهاب (طبی تشخیص او درملنه)	دوکتور محمد اسحاق شریفي	ننگرهار	۱۷۰	ملاریا	دوکتور محمد اسحاق شریفي	ننگرهار
۱۷۱	طبي پرازیتولوژي	پوهنوال دوکتور غلام جیلاني ولي	ننگرهار	۱۷۲	وراثت	پوهنوال دوکتور گل سالم شرافت	ننگرهار
۱۷۳	د کوچنیانو ناروغۍ لومړی ټوک	پوهاند دوکتور احمد سیر احمدي	ننگرهار	۱۷۴	د کوچنیانو ناروغۍ دوهم ټوک	پوهاند دوکتور احمد سیر احمدی	ننگرهار
۱۷۵	عقلي ناروغۍ	داکتر بلال پاینده	ننگرهار	۱۷۶	فزیکي کیمیا دوهم جلد، ترمودینامیک	حبیب الله نوابزاده	ننگرهار
۱۷۷	کسرونه او خلعې	پوهندوی سید بها کریمي	ننگرهار	۱۷۸	د کوچنیانو ساري ناروغۍ	پوهندوی دوکتور نجیب الله امین	ننگرهار
۱۷۹	نسایي ناروغۍ	پوهندوی دوکتورس توریپکۍ اپریدی	ننگرهار	۱۸۰	د گیډې د ملحقاتو د جراحي ناروغي	پوهنوال دوکتور بادشاه زار عبدالی	خوست
۱۸۱	د ماشومانو د معدې معایي سیستم او ینې ناروغۍ	پوهنمل ډاکتر ولی گل مخلص	خوست	۱۸۲	د سیستمونو پتالوژی دیمه برخه	پوهاند دوکتور خلیل احمد بهسودوال	ننگرهار
۱۸۳	د سیستمونو هستالوژي	پوهاند دوکتور خلیل احمد بهسودوال	ننگرهار	۱۸۴	د پوستکي ناروغۍ	پوهنوال ډاکتر سید انور اکبري	ننگرهار
۱۸۵	د ټټر اناتومي	پوهنیار دوکتور یما صدیقي	ننگرهار	۱۸۶	رهنمای عملی مشکلات عام طبی (دری)	ډاکتر مالتې ایل وان بلومرودر	بلخ
۱۸۷	عمومي هستالوژي	پوهاند دوکتور خلیل احمد بهسودوال	ننگرهار	۱۸۸	راډیولوژي ازموینې او ناروغتیاوې	پوهنوال داکتر غلام سخي رحمانزی	ننگرهار
۱۸۹	د نیونتالوژی او کوچنیانو د ناروغیو کلینیکی هنډبوک	پوهنوال دوکتور منصور اسلم زی	ننگرهار	۱۹۰	د طبابت لنډ تاریخ	پوهاند عبدالحی مومني	ننگرهار
۱۹۱	میخانیک او د نور فزیک	پوهنیار هدایت الله	ننگرهار	۱۹۲	د برق فزیک	پوهنیار هدایت الله	ننگرهار

۱۹۳	عمومي بیولوژي	پوهنمل جماعت خان همت	ننگرهار	۱۹۴	د تنفسي سیستم او د زړه روماتیزمل ناروغی	پوهاند دوکتور سیف الله هادي	ننگرهار
۱۹۵	فارمکولوژي، دریېم ټوک	پوهنوال سید قمبر علي حیدري	ننگرهار	۱۹۶	عمومي پتالوژي	پوهندوی دوکتور محمد آصف	ننگرهار
۱۹۷	طبي فزیولوژي	پوهاند شریف الله نعمان	ننگرهار	۱۹۸	د پلاستیک جراحي اساسات او تخنیکونه	ډاکتر الفت هاشمي	ننگرهار
۱۹۹	عمومي بیولوژي	پوهندوی الفت شیرزی	ننگرهار	۲۰۰	د عصبي سیستم اناټومي	پوهنیار دوکتور یما صدیقي	ننگرهار
۲۰۱	د سینې سرطان، پېژندنه، درملنه او مخنیوی	پوهنوال ډاکتر نظر محمد سلطانزی څدران	ننگرهار	۲۰۲	د وینې حجرو، تنفي جهاز، هضمي جهاز، او نوو زېږېدلو فزیولوژي	پوهنوال دوکتور جنت میر مومند	ننگرهار
۲۰۳	د سینې بطن او حوصلې اناټومي	پوهندوی ډاکتر حمیدالله حامد	خوست	۲۰۴	فزیکي تشخیص او د تاریخچې اخیستنه	پوهاند ډاکتر شریف الله	ننگرهار
۲۰۵	د ځانګړو حسیتونو، پوستکي، اوتونومیک او مرکزي سستم فزیولوژي	پوهنوال دوکتور محب الله شینواري	ننگرهار	۲۰۶	د درملو بدې اغېزې	پوهنوال سید قمبر علي حیدري	ننگرهار
۲۰۷	جراحی عمومی اطفال	پوهنیار داکتر توریالی حکیمی	کابل طبی پوهنتون	۲۰۸	معاینات کلینیکی اطفال بطور ساده	پوهندوی دوکتور سید نجم الدین جلال	کابل طبی پوهنتون
۲۰۹	۱۴۰ طبي کتابونه په دي وي دي کې (پښتو، دري او انګلیسي)	بېلا بېل مؤلفین	ټول پوهنتونونه	۲۱۰	۲۱۴ طبي کتابونه په دي وي دي کې (پښتو، دري او انګلیسی)	بېلا بېل مؤلفین	ټول پوهنتونونه
۲۱۱	عصبي معاینات او سلوکپوهنه	پوهنوال ډاکتر جهان شاه تنی	خوست	۲۱۲	عصبي جراحي	پوهاند دوکتور بادشاه زار عبدالي	خوست
۲۱۳	د عامو کسرونو تړلې درملنه	پوهندوی دوکتور ظاهر گل منگل	خوست	۲۱۴	د وینې ناروغی	ډاکتر حیات الله احمدزی	ننگرهار
۲۱۵	د داخله ناروغیو تفریقي تشخیص لومړۍ برخه	پوهاند دوکتور سیف الله هادي	ننگرهار	۲۱۶	د داخله ناروغیو تفریقی تشخیص دوهمه برخه	پوهاند دوکتور سیف الله هادي	ننگرهار
۲۱۷	امینو فارمکولوژي	پوهنوال دوکتور غلام ربي بهسودوال	ننگرهار	۲۱۸	د ماشومانو تنفسي، زړه، وینې او پښتورگو ناروغی	پوهاند ډاکتر نجیب الله امین	ننگرهار
۲۱۹	تشخیصیه راډیولوژي، دوهمه برخه، سینه یا صدر	دوکتور نور محمد شینواري	ننگرهار	۲۲۰	طبي فزیک	پوهنیار هدایت الله مهمند	ننگرهار
۲۲۱	راډیولوژي	پوهنوال ډاکتر سید عارف ویاړ	ننگرهار	۲۲۲	اندوکراینولوژي او روماتولوژي	پوهاند دوکتور سیف الله هادي	ننگرهار
۲۲۳	د کوچنیانو جراحي	پوهاند ډاکتر فضل الرحیم شګیوال	ننگرهار	۲۲۴	د سترگې کلینیکي ناروغی	پوهنوال ډاکتر عبدالبصیر صافی	ننگرهار
۲۲۵	بیوفزیک	پوهنیار گل احمد سهیل	ننگرهار	۲۲۶	مالیکولي بیولوژي	پوهندوی جماعت خان همت	ننگرهار
۲۲۷	د ماشومانو انتاني ناروغی	پوهاند دوکتور عبدالستار نیازی	ننگرهار	۲۲۸	د ماشومانو اساسات، هضمي، اندوکراین او عصبي ناروغی	پوهاند سمیع الله حیات	ننگرهار
۲۲۹	تنفسی او د زړه روماتیزمل ناروغی	پوهندوی ډاکتر سلام جان شمس	ننگرهار	۲۳۰	یورولوژي	ډاکتر غازی جمال عبدالناصر	ننگرهار
۲۳۱	طبي جنیتیک	پوهندوی الفت شېرزی	ننگرهار	۲۳۲	د انسان عمومي کلینیکي امبریولوژي	ډاکتر عبدالله جان شینواری	ننگرهار
۲۳۳	انگلیسي-پښتو طبي قاموس (لومړی ټوک)	رنځورمل دوکتور عجب گل مومند	ننگرهار	۲۳۴	انگلیسي- پښتو طبي قاموس (دوهم ټوک)	رنځورمل دوکتور عجب گل مومند	ننگرهار
۲۳۵	د نور فزیک	پوهنیار هدایت الله مهمند	ننگرهار	۲۳۶	فارمکولوژي (دریېم کال، دوهم سمستر لپاره)	پوهنوال دوکتور غلام ربي بهسودوال	ننگرهار
۲۳۷	د هډوکو اناټومي	پوهندوی حمیدالله حامد	خوست	۲۳۸	د قلبي وعایي، وینې، تنفسي او هضمي جهاز پتالوژي	پوهاند دوکتور خلیل احمد بهسودوال	ننگرهار
۲۳۹	روانشناسی عمومی	پوهاند ماریا صاعد سلطانی	بلخ	۲۴۰	په معاصر طب کې د فزیک پیژندنه	گل احمد سهیل	ننگرهار
۲۴۱	د حجرې بیولوژي	پوهندوی جماعت خان همت	ننگرهار	۲۴۲	سارس – ۲ او کووید- ۱۹	پروفیسور دوکتور محمد شریف سروري	ټول پوهنتونونه

۲۴۳	د سر او غاړې اناتومي درسي کتاب (لومړی ټوک)	پوهندوی دوکتور یما صدیقي	ننگرهار	۲۴۴	د ثديي ناروغی	پروفيسور دوکتور محمد شریف سروري	ټول پوهنتونونه
۲۴۵	د طب محصلینو درسي کتابونه	ډاکتر یحیی وردک	ټول پوهنتونونه	۲۴۶	د سر او غاړې اناتومي درسي کتاب (دوهم ټوک)	پوهندوی دوکتور یما صدیقي	ننگرهار
۲۴۷	طبي کیمیا	پوهنوال امرالله آصفی	خوست	۲۴۸	د صدر ترضیضات	پروفيسور دوکتور محمد شریف سروري	ټول پوهنتونونه
۲۴۹	فزيکي تشخيص (هادي کلینیکل میتود)	پوهاند ډاکتر سیف الله هادي	ټول پوهنتونونه	۲۵۰	رهنمای کلینیکی برای داکتران دندان	داکتر سید معروف سیرت	ټول پوهنتونونه
۲۵۱	امیندواری او زېږون	پوهنوال دوکتورس حفیظه سهاک	ننگرهار	۲۵۲	مالیکولي ایمینولوژي	پوهاند ډاکتر خلیل احمد بهسودوال	ننگرهار
۲۵۳	د سرطاني ناروغیو رادیو تېراپي	پوهنوال ډاکتر نظر محمد سلطانزی څدران	خوست				

تطبیق کوونکی: ډاکتر یحیی وردگ، د لوړو زده کړو وزارت، څلورمه کارته، کابل افغانستان، مارچ ۲۰۲۲

موبایل: ۰۷۸۰۲۳۲۳۱۰، ۰۷۰۷۳۲۰۸۴۴، ایمیل: info@ecampus-afghanistan.org, www.mohe.gov.af

ټول کتابونه له دې ویبپاڼو څخه ډونلوډولای شئ: www.ecampus-afghanistan.org

Publishing Textbooks

Honorable lecturers and dear students!

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging students and teachers alike. To tackle this issue, we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine .

For this reason, we have published 365 different textbooks of Medicine, Engineering, Science, Economics, Journalism, and Agriculture from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh, Al-Beroni, Kabul, Kabul Polytechnic, and Kabul Medical universities. The book you are holding in your hands is a sample of a printed textbook. It should be mentioned that all these books have been distributed among all Afghan universities and many other institutions and organizations for free. All the published textbooks can be downloaded from www.ecampus-afghanistan.org .

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-2014) states: "*Funds will be made available to encourage the writing and publication of textbooks in Dari and Pashto. Especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state–of–the–art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this facility it would not be possible for university students and faculty to access modern developments as knowledge in all disciplines accumulates at a rapid and exponential pace, in particular this is a huge obstacle for establishing a research culture. The Ministry of Higher Education together with the universities will examine strategies to overcome this deficit* ".

We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of higher education institutions, there is the need to publish about 100 different textbooks each year.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We will ensure quality composition, printing and distribution to Afghan universities free of charge. I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

It is worth mentioning that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards, but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or the authors in order to be corrected for future revised editions.

We are very thankful to Kinderhilfe-Afghanistan (German Aid for Afghan Children) and its director Dr. Eroes, who has provided fund for this book. We would also like to mention that he has provided funds for 230 medical and non-medical textbooks so far.
I would like to cordially thank Chancellor of Universities, Deans of faculties, and lecturers for their continuous cooperation and support for this project .
I am also thankful to all those lecturers who encouraged us and gave us all these books to be published and distributed all over Afghanistan. Finally, I would like to express my appreciation for the efforts of my colleagues Hekmatullah Aziz and Fahim Habibi in the office for publishing and distributing the textbooks.

Dr. Yahya Wardak
Ministry of Higher Education, Kabul, Afghanistan, May, 2022
Mobile: 0706320844, 0780232310
Email: info@ecampus-afghanistan.org

Book Name Pregnancy & Delivery
Author Associate Prof Drs Hafiza Sahak
Publisher Nangarhar University, Faculty of Medicine
Website www.nu.edu.af
Published 2022, First Edition
Copies 1000
Serial No 360
Download www.ecampus-afghanistan.org

This publication was financed by **Kinderhilfe-Afghanistan** (German Aid for Afghan Children) a private initiative of the Eroes family in Germany.

Administrative and technical support by Afghanic.

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 textbooks, please contact us:
Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Karte – 4, Kabul
Office 0780232310, 0706320844
Email info@ecampus-afghanistan.org

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2022

ISBN 978-9936-633-94-0