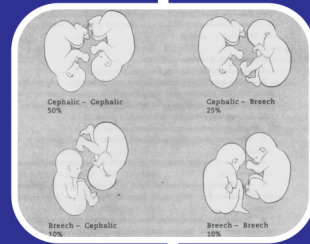
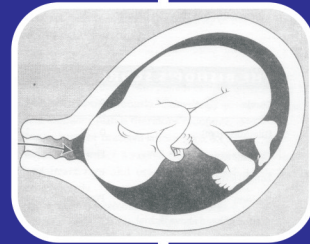
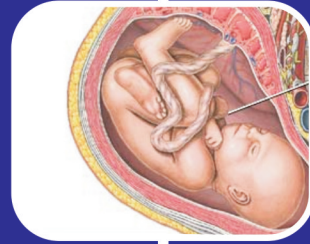
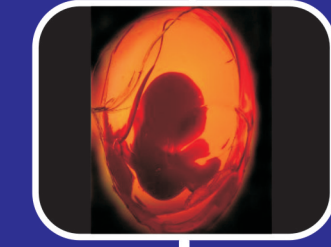




لیکوال: جیو فری چمبرلین
ژباړونکې: پوهنمل دوکتورس مریم (اکرم معصوم)

زېږون



زېږون

لیکوال: جیو فری چمبرلین

ژباړونکې: پوهنمل دوکتورس مریم (اکرم معصوم)

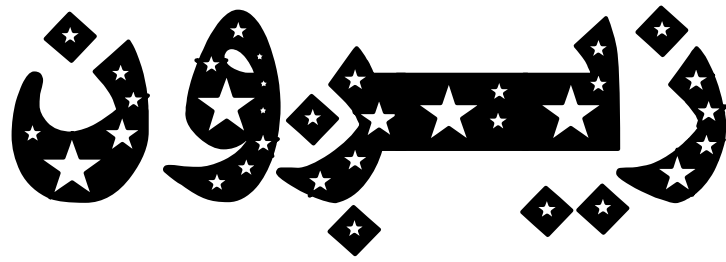


۱۳۸۸ ل





نگرهار پوهنتون
طب پوهنځی



لیکوال : جیو فري چمبرلین
ژباړونکې: پوهنمل دوکتورس مریم (اکرم معصوم)
لارښود استاد: الحاج پوهاند دکتور عبدالروف (حسان)
کال: ۱۳۸۵ ل

د کتاب ځانگړنې:

د کتاب نوم: زېږون
ليکوال: جيو فري چمبرلين
ژباړنکې: پوهنمل دوکتورس مريم (اکرم معصوم)
خپرنډوی: په المان کې د افغان طبي پرسونل عمومي ټولنه (DAMF e.V.)
چاپ ځای: صميم نېټ ورک، کابل - افغانستان
چاپ شمېر: ۱۰۰۰ ټوکه
چاپنېټه: لومړۍ چاپ ۱۳۸۸ ل، ۲۰۰۹ ز
ډاونلوډ: www.nangarharuniversity.org او www.nu.edu.af

د چاپ حقوق له مولف سره خوندي دي.

ای اس بی این: 1 - 22 - 400 - 9936 - 978 ISBN:

لړلیک

سرلیک

مخ

د ژباړونکې سریزه الف

لومړې خپرکې

نورمال اناتومي او فزيالوژي ۱ - ۳۷

دوهم خپرکې

مخکې له زيږيدنې څخه مراقبت او درحم په داخل کې ۳۷ - ۷۹

درېيم خپرکې

د اميدواري په وخت کې غير نورمال حالت ۷۹ - ۱۳۳

څلورم خپرکې

اميدواري او ناروغی ۱۳۳ - ۱۹۷

پنځم خپرکې

د نارمل زيږيدنې فزيالوژي او تدابير ۱۹۷ - ۲۴۳

شپږم خپرکې

د غير نورمال زيږيدنو پتالوژي او دهغه تدابير ۲۴۳ - ۳۲۲

اووم خپرکې

څوگونې اميدواري او زيږونې ۳۲۲ - ۳۳۳

اتم خپرکې

نورمال نفاس ۳۳۳ - ۳۵۱

نهم خپرکې

غير نورمال نفاس ۳۵۱ - ۳۷۶

ماخذونه ۳۷۸

سريزه

خوبنه يم چې دلمرې حل لپاره د پښتو په ملي ژبه د زيرون په نوم کتاب ژباړم تاسوته پته ده چې دننگرهارپوهنتون طب پوهنځي کې د زيرون کتاب تراوسه پورې په پښتو ژبه ژباړل شوې نه دې نو ځکه لازم وليدل شو چې د زيرون په نوم کتاب اوماډيشن چې مولف ئي جيو فرې چمبرلين دې په پښتو ژبه وژباړم چې د څلورم ټولگې دلمرې سمستر او دوهم سمستر درسي کريکولم سره برابر دې او د طب پوهنځي په څلورم ټولگې کې تدريس کيږي ترڅو ديوې خوا محصلينو ته او د بلې خوا دنسايي ولادې داکترانو لپاره يوبنه لارښود شي بايد يادونه وکړم چې هر علم ځانته ژبه لري او دخپلې ژبې په وسيله مفهوم افاده کوي نو دنوموړې کتاب په ځينو ځايونو کې د جملې جوړولو په ضمن کې د عربي اودرې کليمو څخه استفاده شوې ځکه چې د ځينو اصطلاحاتو لپاره په پښتو ژبه کې ټکي نشته ، ددې کتاب په ژباړه کې مې ترخپلې وسي زيار ايستلې چې د ورځني ساده او روانو کليمو او جملو څخه استفاده وکړم ترڅو لوستونکې ورڅخه زياته گټه واخلي ، څرنگه چې ديو کتاب په ليکلو او ژباړه کې بياهم څه نيم گرتياوې ليدل کيداې شي نودگرانو لوتونکو څخه هيله کوم چې د طب پوهنځي دنسايي ولادې څانگې سره په تماس کې شي .

په پاې کې د محترم استاد الحاج پوهاند دکتور عبدالروف (حسان) دجراحي څانگې شف او لارښود استاد ، په پښتو انشايي او املا کې د محترم پوهاند زيور احمد (زيور) د پښتو ادبياتو مشر استاد او دکمپيوتر په چارو کې محترم سيد شرف الدين (پاچا) چې له ماسره ئي مرسته کړې ډيره زياته مننه کوم .

په درنښت

پوهنمل دوکتورس مريم (اکرم معصوم)

نورمال اناتومي او فزيا لوژي

ریدنه : ۱. **Reproduction**: ژوند هغه وخت ادامه پیدا کوي. کله چې یوه تخمه د یو سپرم پواسطه القاح شي. تخمه د تخمدان څخه دمیاشتنی عادت په نیمايي کې هغه وخت ازادېږي. کله چې د نفیر یو **fimbria** لرونکی نهایت چې احتمالاً **Chemotaxis** پواسطه تحریک شوي وي وتړل شي او تخمدان لکه د یو **rugby** توپ په شکل چې چا په لاس کې نیولی وي ونیسی. په حقیقت کې تخمه پریتوان ته د تیریدلو لار نلري.

د جنسی مقاربت په وخت کې میلیونونه سپرمونه په مهبل کې ځای پر ځای کېږي، هغوی په مختلفو لورو حرکت کوي. ځینې د عنق د لارې چیرته چې د عادت ماهوار په نیمايي کې د عنق او مخاطی غشاء مالیکولونه خپل رینه مانده شکل لري آزادوی. تر څو د مستقیم خطونو په شکل بنکاره شي یواځې یو څو سپرمونه نفیرونو ته رسېږي او په هغه ځای کې لامبو وهي. لومړی سپرم د جنسی مقاربت څخه ۳۰ دقیقې وروسته تخمه ته رسېږي. او یوازې یو سپرم د تخمې د **Zona Pellucida** برخه دخپل **Hyaluronidase** پواسطه سوری کوي او لکۍ قطع کېږي او د سپرم د غاړې څخه **Centrosome** جوړېږي او د سر څخه یې **Male Pronucleas** منځته راځي کوم چې په راتلونکې کې جنین ته د نیم ارثی خاصیت د انتقال قدرت لري.

القاح عموماً د تخمه د تولید څخه وروسته د ۱۲- ۲۴ ساعتو په مده کې د نفیر د **Ampullary** نهایت په برخه کې صورت نیسی. وروسته بیا القاح شوې تخمه د تیوب په اوږدو کې چې د لاندې ساختمانو پواسطه کش کېږي حرکت کوي.

▪ د نفیر د عضلې برخې استداري حرکات.

▪ د نفیر د مایع جریان چې د **Cilia** پواسطه انجام مومی.

په دې مرحله کې د **Glandular** حجراتو څخه چې کومه مایع افرازېږي د تخمې د تغذیې لپاره استعمالېږي. تخمه ۴- ۵ ورځې وروسته رحم ته

رسپېري او د ۲ نه تر ۳ ورځو لپاره د رحم په جوف کې پاتې کېږي وروسته ،
بيا په ضخيم اندومتريم کې غرسپېري البته دا د مياشتني عادت افرازي
مرحله (Secretory Phase) ده ، چې د مياشتني عادت د دوه ويشتمې
ورځې سره سمون خوري .

په دې مرحله کې Blastocyte د Pseudopodia په جوړولو پيل
کوي نو له دې امله هغه ساحه چې د Maternofetal تبادلاتو لپاره
ضروري ده پراخېږي . په دې مرحله کې ټول تبادلات (Exchanges) د
Osmosis او Diffusion پواسطه سرته رسېږي .

د ماشوم ابتدايي وده :

د Fetus وده د انسان په شمول په نورو تي لرونکو حيواناتو کې ښه
پوهېدل شوي ده .

خرنگه چې زياتې ښځې د هغه جماع وخت چې القاح په کې صورت
نيولی نه شي ويلى نو ښه به داوی چې اميدواری د وروستني تحيضي
سايکل د لومړۍ ورځې څخه د اونیو په شکل حساب شي . (LNMP) د
اميدواری د کلينيکې وخت ټاکنې او بيالوژيکي (Biologic) عمر تر
مينځ توپير را دمخه ښکاره حقيقت دې چې هېڅ يوه ښځه د تحيض
سايکل (دوران) تر نيمايي پورې نه حامله کېږي . له دې کبله د
L.N.M.P لومړۍ ۱۴ ورځې د اميدواری د عمر په ټاکلو کې نه
حسابېږي . البته د اميدواری د وخت په ټاکنه کې د قانون په حساب
لاندي ټکي په خاص ډول ډېر مهم دي :

Four weeks (from LNMP) or 14 days biological life

- Sac 2-3 mm
 - اکتودرم
 - ميزودرم
 - اندودرم
- جوړېږي {

▪ **Yolk sac** جوړیږي

شپږ اونۍ د میاشتني عادت LNMP له لمړې ورځې څخه :
(کیدای شي په التراسوند کې ۱۰ ملی متره رشیم کڅوړه (۲۰-۲۵ ملی
متره په اندازه ولیدل شي)

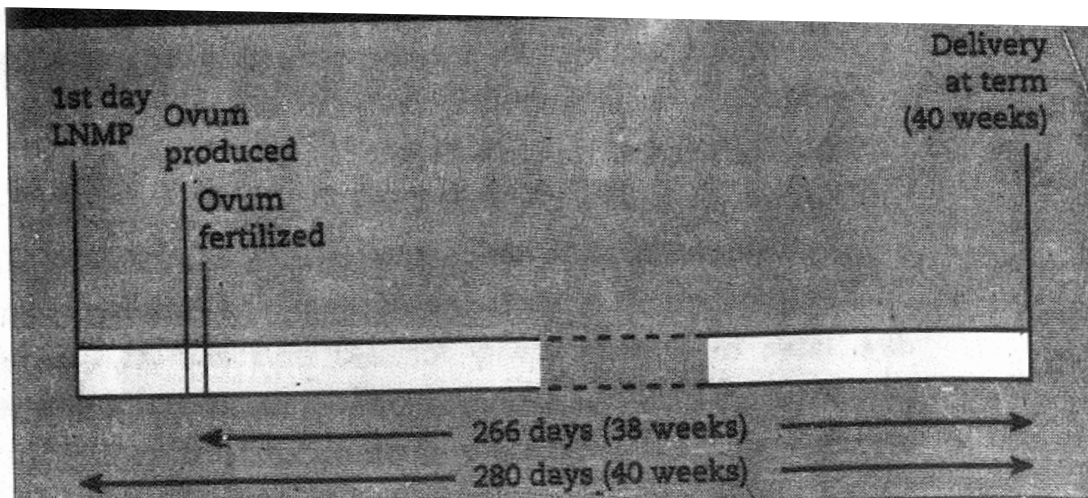
▪ یو **Cylinder** چې یو سر لري او د لکۍ په شکل ختم شوي وي.

▪ د قلبی تیوب نبضان .

▪ د جسم ساقه جوړېدل (نامه حبل)

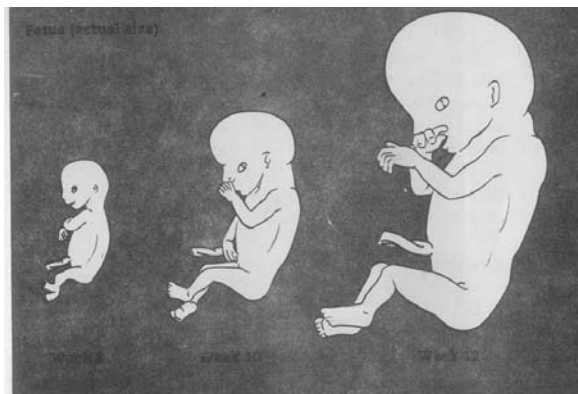
▪ په **Cytotrophoblast** کې د **Villi** بنکاره کیدل .

حقیقی امیدواری او حسابی امیدواری



(۱- تصوي) : د امیدواری د **actual length** او **calculated length** تر منځ تفریقي ، تشخیص د آخرنې
تحیض د لومړنۍ ورځې څخه را بنایي .

د جنین د ودی پړاونه



(۲-۱) تصویر د جنین د ودی مختلف پړاونه او Actual size د جنین په اتمه ، لسمه او دولسمه اونۍ کې راښایي .

اته اونۍ وروسته له LNMP څخه:

- کڅوړه ۳۰-۵۰ ملي متره
 - جنین ۲۵ ملي متره (۲۰۱) (شکل)
 - د جنسي عقدا تو بېلوالی
 - د اطرافو جوړښت او د پښو او لاسو د گوتو شتون
 - د تعظم مرکز ونو منح ته راتلل .
- دولس اونۍ د (وروستنې طبعې میاشتنې عادت څخه وروسته
- کڅوړه ۱۰۰ ملي متره جنین ۹۰ ملي متره
 - د ټولو سیستمونو د غړو لمړنۍ پرمخ تگ .
 - د لاسو او د پښو په گوتو کې د نوکانو شتون .

۱- ۳ شکل د پلاستا مقدم انکشاف (Early Placenta Development) :

۱- پلاستا دلاندې برخو څخه جوړه شوې ده :

Decidua basalis او **Chorion** چې دواړه د **Amnion** پواسطه پوښل

شویدي .

Villi د کوریون د **Plate** څخه نیش وهی . په لومړۍ مرحله کې هغوی یوازې **Cytotrophoblasts** انساجو څخه جوړ شوي وي ، میزودرم په **Insitu** کې د هری **villi** په مرکزي نقطه کې تظاهر کوي . او په دې **Mesodermal** مرکز کې د **Angioblastic** الیاف جوړېږي .

هغه حجرات چې ددوی په څنډو کې واقع وي د دموی اوعیو **Endothelium** وړ څخه جوړېږي او هغه حجرات چې په مرکز کې یې قرار لري **R.B.C** وړ څخه جوړېږي .

b - د جنين د ودی مختلف پړاونه اوڼۍ کې

c - د التراسونډ پواسطه په اتمه د التراسونډ پواسطه په اتمه

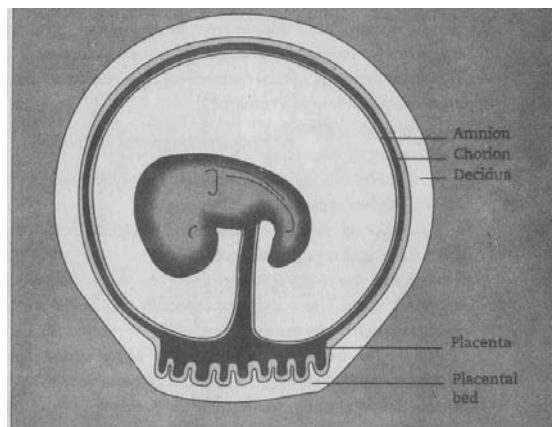


ج یا (c)



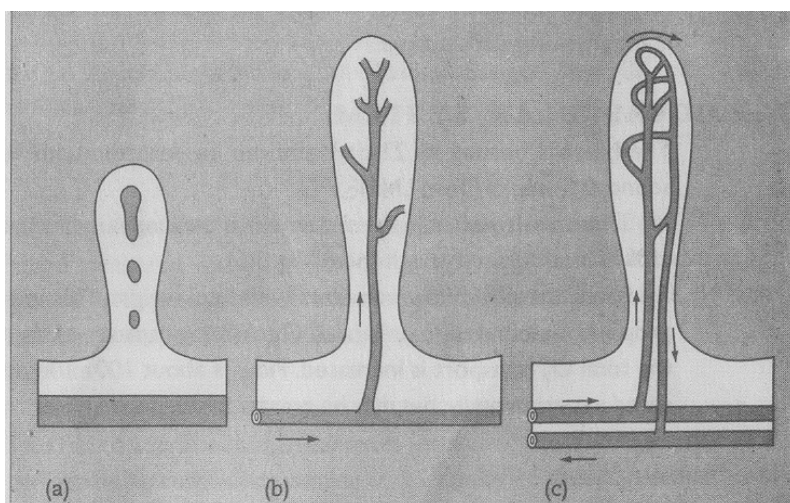
ب یا (b)

د پلاستنا جوړښت



(۱-۳) تصویر: د پلاستنا جوړښت او دهغی اړیکې د جنين او جنيني پردې سره اړیکې

د وینې د اوعیو او ذغابو وده



(۱- ۴) تصویر : د وینې د اوښو نشونما په ذغابو کې a- د میزودرم ظاهریدل د ذغابی په Core کې د تروفوبلاستیک حجراتو په افرازي مرحله کې b- د وینې د اوښو جوړښت او یوځای کیدل د میزودرم طبقې سره c- شعریه اوښی د شریانی وینې جریان له خوا بیرته وریدی د جریان خواته ۰

د ذغاباتو اوښی هغه اوښی سره یو ځای کوي چې په Mesoderm کې جوړې شوي وي په ۲۲ ورځو کې د جنین زړه وینه پمپ کوي او یو وظیفوی دوران مینځته راځي .
په ۸ اونيو کې ذغابات ۲۰۰ میکرومتر قطر او یو ښه جوړ شوی دورانی سیستم او یوه double طبقه د Epithelium لري (Cytotrophoblast) یا د Longhan`s طبقه چې د یو حجروي Syncytiotrophoblast پواسطه پوښ شوي (۵).

د جنین دمیتابولیزم زیاتېدونکی غوښتنی وې د پلاستا چټکو تبادلاتو ته اړتیا لري او دا تبادلات د لاندې پدیدو په نتیجه کې مینځته راځي :

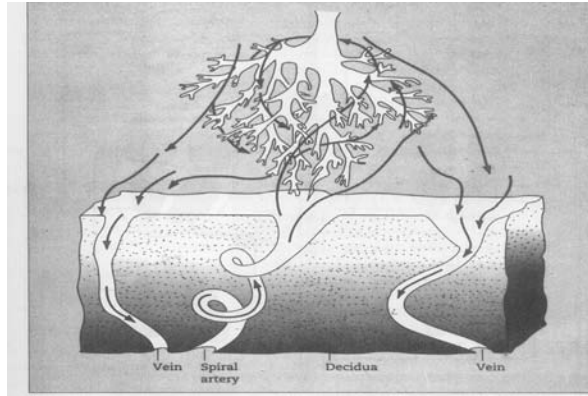
۱. اوښې او لوی ذغابی
۲. د ذغابو تشعب

۳. د Longhan`s د طبقې جذب چې له دې کبله Syncytiotrophoblast په مستقیم ډول د شعریه اوښو سره په تماس راځي .

۴. SyncytialTrophoblast نری کېږي او هسته یې د هغه برخو څخه په کوم کې چې په رښتونی ډول تبادله صورت نیسي کله کوي.

۵. په ذغابونو کې په موضعی ډول د گنبدی په شان پرسوب پیدا او هغو تشویرخو ته خورپرېچه د ذغابونو تر مینځ شتون لری ۰ په خاص ډول دغه برخې د یو نری پوښ لرونکی دی او په احتمالی ډول د گازاتو د تبادلې اساسی ځای دی .

ذغابات د بحری ستوري د شاخو په ډول د اوبو لاندې وي (۱ - ۵ شکل) او د مورنۍ وینې جریان د هغوی په شاوخوا د وارن کوي .
د مورنۍ وینې جریان



(۱-۵) تصویر: یو **anchoring villus** په شاوخوا کې د مور د وینې جریان د هغی تبادلې په Villi کې رانښي :

څرنګه چې پلاستنا وده کوي د جنین جسامت ته په هغه ساحې پورې نسبت ورکول کېږي چې د تبادلې لپاره ګټور وي . د ساقوي ذغاباتو شمېر د دولسمې اوونۍ څخه وروسته نور نه زیاتېږي .

له دی کبله چې د لوبونو شمیر نور پوره شوي دی نوره وده د **Proliferation** یا تکثیر او محیطی ضغاباتو د ودی پواسطه صورت نیسی .

د جنین فزیالوژی :

په دې برخه کې یوازې هغه اساسي ټکی تکرارېږي چې د کاهلانو د فزیالوژی سره توپیر لري .

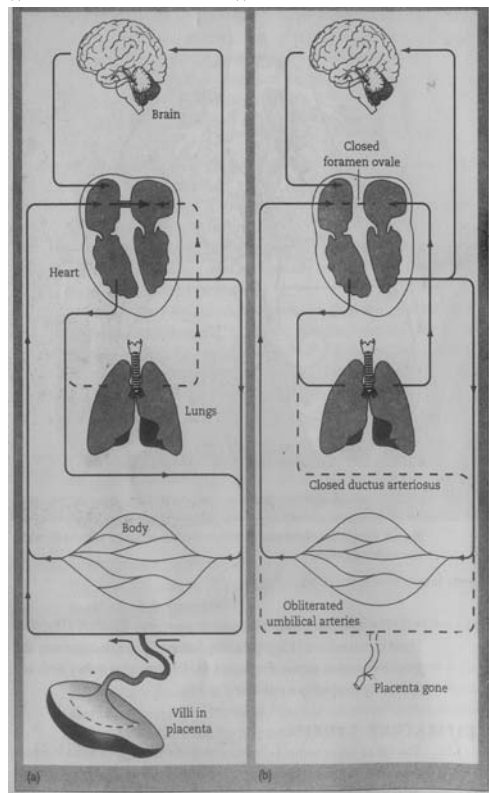
قلبی وعايي سیستم C.V.S: زړه په ۲۲ ورځو کې په ضربان پیل کوي او په ۵ اونيو کې په التراسوند معلومېږي (البته د LNMP څخه) .

په دې سیستم کې **Bypasses** یا لاری موجودې وي ځکه چې سږي **collapse** وي او د ۱۰٪ څخه لږه وینه د هغی د لارونه تیرېږي . د سروې برخې د وینې اندازه د جنین د وزن د زیاتوالی سره سمه زیاتېږي . دغه

زیاتوالې غیر نسبتې دي لاکن د جنین د وینې د اکسیجن د انتقال د قدرت د زیاتوالي سره د اکسیجن ټولنیز لیږد زیاتېږي . د وینې جریان سل ملي سره فی کیلو وزن د بدن په یوه دقیقه کې (100 ml/kg/min) په تجربوی شکل اندازه شوی دی . خوکیدای شی چه په بدن کې ددې څخه هم زیات وي .

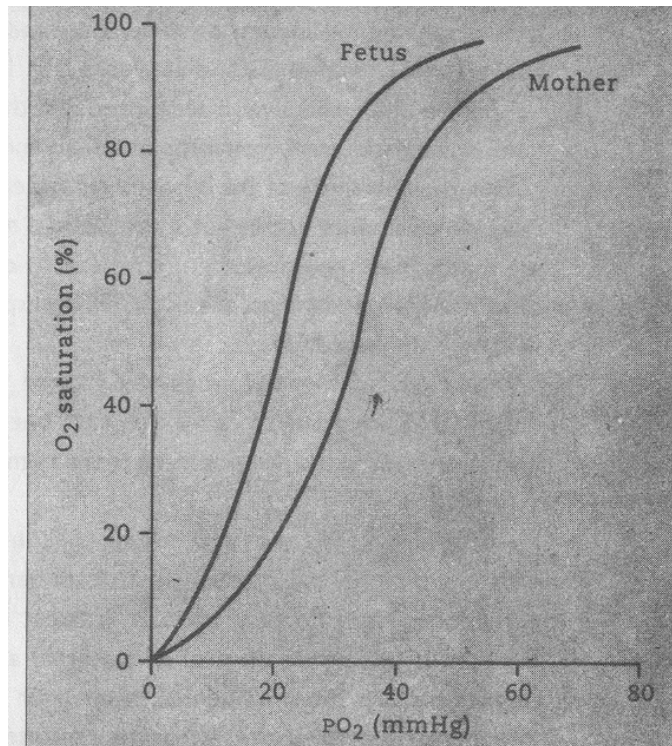
جیني هیموگلوبین : **HbA** (یا د لویانو هیموگلوبین) د کوچنیانو د هیموگلوبین (**HbF**) څخه د ۲۵ % امینواسید راډیکلونو د تفاوت پواسطه توپیر لري که د (O_2) قسمي فشار هر څومره وي د **HbF** د O_2 جلا والي نحن د **HbA** په چپه خوا کې ځای نیسي (داچه **HbF** د **HbA** په پرتله د O_2 سره ډیره علاقه لری ددی لامل شویچی جنین د کاهل په پرتله غلظت **HS** ولری (18 gr/dl compared with 13 gr/dl) چې دغه کار د پلاسنتا څخه زیات مقدار O_2 داخیستلو او په زیاته پیمانته په انساجو کې دازادولو سبب کېږي . د **HbF** د تولید اندازه د زیږیدنه څخه مخکې اندازه پیدا کوي او د یو کال په موده کې توقف کوي .

د جنین او نوي زیږیدلي ماشوم د وینې دروان :



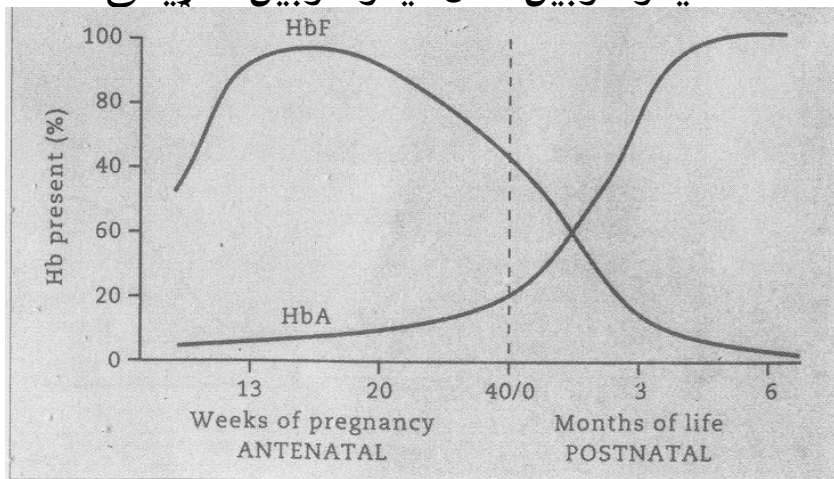
- a - د جنين د وينې دوران
 b - د نوي زيږيدلي ماشوم د وينې دوران
 نوټ: نږدې by passes وروسته د زيږيدنې څخه

د اوکسی هیموگلوبین د وسپشن منحنی



(۷-۱) تصویر : Oxyhaemoglobin dissociation منحنی د مور او ماشوم د وينې لپاره چې pH 7.4 او 37c حرارت را ښيي :

د هیموگلوبین A او هیموگلوبین F اړیکې



(۱-۸) تصویر : د HbF او HbA اړیکې په مختلفو مرحلو کې په امیدواری او Postnatal ژوند کې ښيي .

تنفسي سیستم : تنفسي سیستم باید چې په ۱-۲ دقیقو کې د داخل رحمي او آزاد ژوند ترمینځ مرحله کې شي . د امیدواری په ۱۸ اونيو کې وعایې لوبونه په سرېو کې جوړېږي . اسناخ په ۲۲ اونيو کې تکامل کوي . د اسناخو د Epithelium سطحي فشار د (Lipoproteins) Surfactant پواسطه ښکته کېږي دا چې په Premature ماشومانو کې دا نه وي نو له دې کبله که چیرې هغوی دوخت نه مخکې وزیږهوی نو دا به ورته گرانه وي چې د هغوی سرې واز شي له دې کبله په خپله دتنفسي زجرت سندروم منخته راځي . (Surfactant 0 (Respiratory Syndrome) د حمل د ۳۴ اونيو څخه وروسته زیاتېږي ، چې دا خبره خاصاً په Sphingomyelin کې نسبت Lecithin ته ډېر صدق کوي او له دې کبله ددوی تر منځ توپیر خصوصاً د ۳۲ او ۳۶ اونيو تر منځ په چټک ډول تغیر کوي .

د زیږیدنه څخه دمخه اسناخ تړلی وي او شرن د سرېو مایعاتو څخه ډک وي ، چې په Amniotic مایع څخه توپیر لري او دا مایع د Glandular حجراتو پواسطه افرازیږي چې د Bronchiolar سیستم کې قرار لري . کوچنی بنفسي حرکت منخته راځي لکن که چیرې جنین Hypoxic ساتل شوي وي لوی لوی کوبښونه سرته رسېږي . وروسته امینوتیک مایع شرن ته کشېږي .

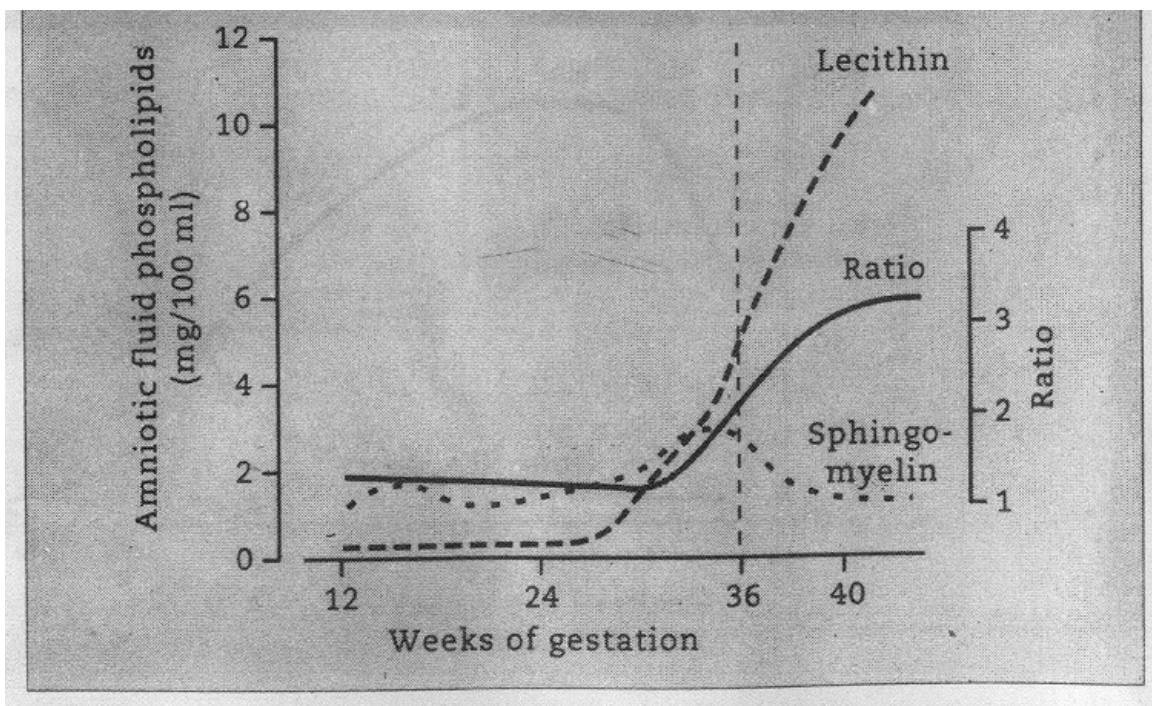
زیاتره Non Stress ماشومان په داسې حال کې زیږېږي ، چې تنفسي سیستم یې د سرېو د مایعاتو څخه ډک وي نه د امینوتیک مایع څخه د جنین تکامل زیاتره د ودې په حال کې وي

زیاتره ولادي نقيصې چې پیدا کیدونکي وي د لس اوونيو په شاوخوا کې تبارز کوي . بحراني وختونه يا صفحې چې په يو انسانی رشيم کې واقع کېږي په ۱۱-۱ تصوير کې بنودل شوي دي .

د يوې حجرې څخه د شپږ ميليونه (Six Million) حجراتو د جوړښت لپاره د حجراتو Organization ته په يو وظيفوی سيستم کې اړتيا ده ، ځکه چې په دې حالت کې ټولې حجرې د يو نهايي حالت لاندې استقلابي و تيره طي کوي. د ودی درجه په لومړيو اونيو کې زياته وي . د حجراتو زياتوالی د مورنۍ او Fetal يا جنين هرمونونه تر کنترول لاندې وي . په لومړی مرحله کې ودهد استروجن تر اغيزلاندی وی خو وروسته بيا انسولين ډوله فکتورونه د وينې جريان د پلاستتا د بستر لپاره د تنظيم لاندې نيسي .

د اميدواری له نيمايي څخه وروسته وده د پلاستتا د انتقال پواسطه محدودېږي او ممکن لاملونه يې لاندې شيان وي :

د لستين او سپينگو مايلين توليد بدل :



(۱-۹) تصویر : **Lecithin** او **Sphingomyelin** تولیدیدل د امیدواری په دوران کې او دهغوی اړیکې یو د بل سره نښي .

د مور پواسطه د محیطی درلود کم تهیه کول یا رسول :

۱. د لاندې موادو کم محیطی تهیه د مور پواسطه :

a. اکسیجن : چې یوازې په وروستیو اونیو کې د هغې کموالی اغیزه

کوي لکه په لوړه

ارتفاع کې اوسیدل .

b. تغذي : یوازې د ډیری زیاتې لوړې په حالت کې نښی ښکاره کېږي .

۲. د **Syncytiotrophoblast** د غشاء څخه د تبادلاتو نقيصه: که چیرې

دغه تبادلې کمه شي یو کم وزنه ماشوم به پیدا شی لکه په **Pre eclampsia** کې.

۳. د پلاستنا بسترته وینې د جریان کموالی : دغه پېښه هغه وخت منځته

راځي چې **Arcuate** شریان په ۲۲ اونیو کې د **Trophoblast** پواسطه په

نارمل ډول سوری نه شي چه د **Doppler Ultrasound** پواسطه تشخیص کیدای شی .

په پای کی وده د لاندې پدیدو پواسطه محدودېږي :

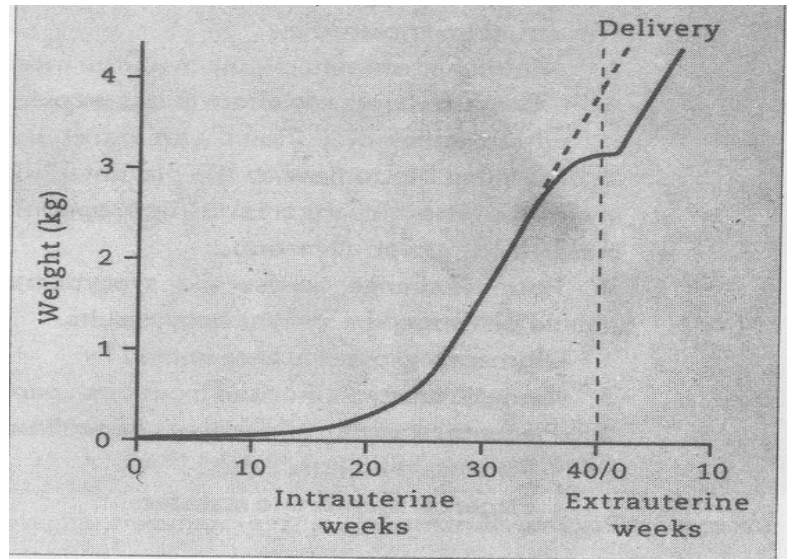
۱. ارثي فکتورونه چې د مور او پلار څخه په میراث ورل کېږي .

۲. د پلاستنا و لارې د موادو انتقال په لاندې حالاتو پورې اړه لري .

a. د پلاستنا د بستریا **Bed** ته د جریان اندازه .

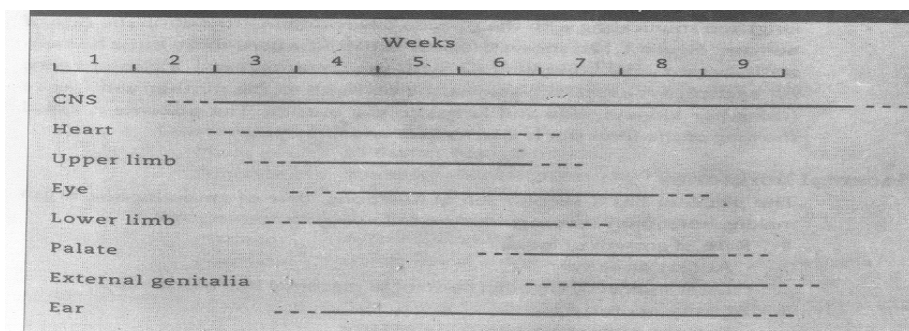
b. د پلاستنا د غشاء له لارې انتقال .

د جنين او نوي زيږيدلي ماشوم وزن اخيستنه :



د جنين او نوي زيږيدلي ماشوم وزن اخستل دا په ډاگه کوي چه د اميدواري په څو وروستيو اونيو کې د ودې يوتوپير مينځ ته راځي نوته: که د جنين د وزن بايلل سمدلاسه مينځ ته راشي نو د نوي زيږيدلي ماشوم وده لکه د داخل رحمي ودې په شان ادامه مومي .

د جنين نشونما



(۱-۱۱) تصوير : دانساني امبريود ودې بحراني دورې په دې حساس دوران کې د جنين سو شکل مينځ ته راځي که چيرې خارجي العاده اغيزي په دې انساجو کې موجود وي.

د پلاستنا فزیولوژی :

تبادلہ (Exchange) : پلاستنا د جنین د تبادلې تم ځای یا **Station** دی . ددې لپاره (a . ۱۲ . ۱ تصویر د b . ۱۲ . ۱ تصویر) سره پرتله کړئ . a . ۱۲ . ۱ تصویر د یو کاهل شخص دی چې د **Haemostasis** اعضا لري (**Lungs , Skin , kidney**) چې د بهرني محیط (هوا) سره په ارتباط کې دی . خود b - ۱۲ شکل بیا یو جنین ښی چې په هغه کې دغه **Haemostatic** اعضاء په داسې حالت کې چه یوازې د امینوتیک کیسې یا sac سره چې یوه تړلې حفره ده ارتباط لري او ټول تبادلات یې د پلاستنا دلارې مور ته صورت نیسی .

پلاستنا چه د جنین د سږو په نوم هم یادېږي ، خو علاوه له دې څخه پلاستنا د جنین کبد او پښتورگي هم دی .
د پلاستنا هورمونونه (**Placenta Hormones**) : پلاستنا یوه دویمه ډله دندی هم لري ، چې د یو اندوکرایني عضوی په حیث یو شمیر هورمونونه جوړوي چې لاندې وظایف تنظیموي .

۱ . د جنین دودې اندازه :

a . په لومړۍ مرحله کې مستقیم .
b . په وروستۍ مرحله کې په غیر مستقیم ډول د پلاستنا د **Bed** یا بستر د وینې د جریان د اندازې پواسطه .

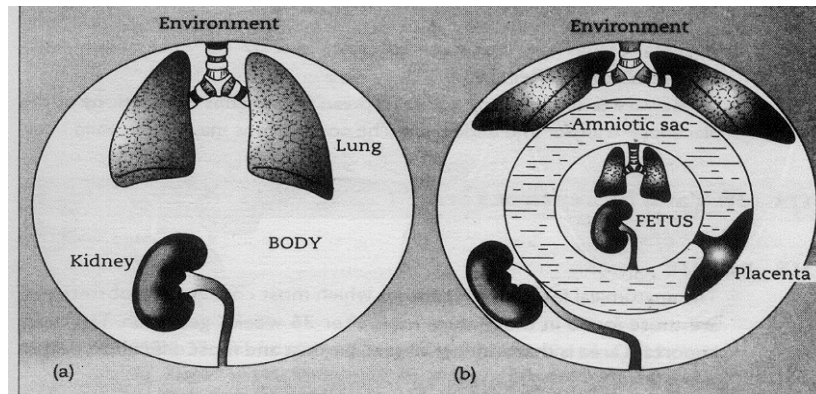
۲ . د رحم فعالیت تنظیموي چې :

a . د جنین د وخت نه دمخه زیږیدو څخه مخنیوی وکړي .
b . زیږیدنه په درست وخت کې وهڅوي .

۳ . د نورو اعضاءو فعالیت :

a . **Breast** یا ثدیه (تیونه) .

د جنين احاطه :



(۱-۱۲) تصوير a: احاطوی موقعیت په غیر حامله ښځو کې ، b - احاطوی موقعیت د جنین په حامله ښځو کې

b- د حوصلې اړ بطنی دامیدواری په وخت کې:

هغه هورمونونه چې د پلاستنا پواسطه جوړېږي په لاندې ډول دي :

۱- Chorionic Gonadotrophin چې په Longhans حجراتو کې جوړېږي

وظیفه : د اصفر جسم یا Corpus leutum په ابتدا کې ممکن د پروجسترون میتابولیزم کنترول کړي (په وروستی مرحله کې) .

۲- استروجن :

چې د پلاستنا په ټولو انساجو کې جوړېږي . دنده درحم د ودی تنبه کول دی .

۳- پروجسترون :

چې په Cytotrophoblast کې جوړېږي . دنده یا فزیالوژی یې د رحم د داخلي فعالیتونو کموالی دی ، چې ددې په واسطه د پلاستنا بستر

محافظه کوي . همدارنگه ممکن د جنس مدافعه د Cortisol د لورې شوي مقدار په مقابل کې وکړي (د پوتاشيم احتباس) .

۳ - Human Placental Lactogen :

چې په Syncytiotrophoblast کې جوړېږي . دنده د Insulin او Glucose استقلال ته تغير ورکول دی . ممکن Lactation پيل کړي .

د پلاسنټایي انساجو عمر : اعظمي موثریت يې ۳۷ - ۳۸ اونيو پورې وي . زياتی وظيفی ددې همدې څخه وروسته خورېږي . بايد پوه شو چې پلاسنټا دوه وظيفي لري يعنی Transfer يا تبادلې او Endocrine چې ددوی تر منځ رابطه ممکن دومره اهميت ونلري .

پوخ يا د پوره مدی جنين او پلاسنټا (The Fetus and Placenta at Term) :

جنين : د جنين اناتوميک لوحه چې د ولادي ډاکټرانو زياتې نگرانی لامل شوي وي . د جنين باميعاده لوحه ده ، چې د ۳۶ اونيو څخه وروسته منځ ته راځي . مهمترينه برخه چې لويه ، کلکه د زيږيدنه لپاره ترټولو گرانه او سخته ده سر دی .

سر : بعضی ټاکلی اندازی بايد په ياد راوړل شي .

دغه قطرونه په مورنی حوصله کې په مختلفو درجو د ماشوم د سر دقبض کيدو يا Flexion لامل او بيا دا حالت په سحایا د فشار دراوړو د لاری د قحف په داخل کې دوينی بهيدنی لامل گرځی ، ۱۰ - ۱۴ تصوير کې) . ځکه چې د فشار لاندې ممکن دا تخريب شي او داخل قحفي خونريزی سبب وشي .

جسم (تنه) : د باقي قسمت تقرب تل هغه خواته چې سر تيرېږي دا هم سير اختياروي . د اوږو ددوه Biacromial قطرونو تر منځ ۱۰ cm دی .

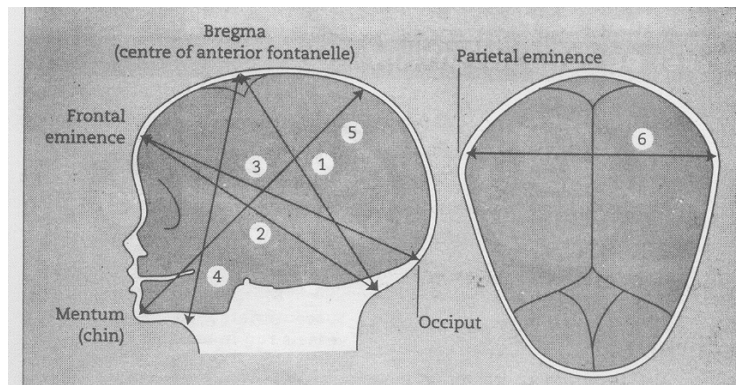
پلا سنټا : يو Discoid ده چې د ۱۵ - ۲۰ فسونو څخه جوړه شوی .

جنيني وجه : چې د امنيون پواسطه پوښ شوي وي (نه د Chorion پواسطه چې د څنډو سره نښتی دي) . جنيني او عیبي (چې شرايين يې د وریدونو څخه خاسف وي) د هر فص د پاسه او دننه په فص کې د او عیو په نهایت کې ختمیږي

مورني وجه : د فشاري د ضغاباتو فسونه (لکه بحری ستوري چې د اوبو څخه بهروي) چې یو د بل څخه د جری گانو پواسطه پیل شوي وي .

د Cord د داخلیدو انواع : د Cord د داخلیدو لپاره ۱- ۱۵ تصویر وگورئ

د ماشوم د سر قطرونه

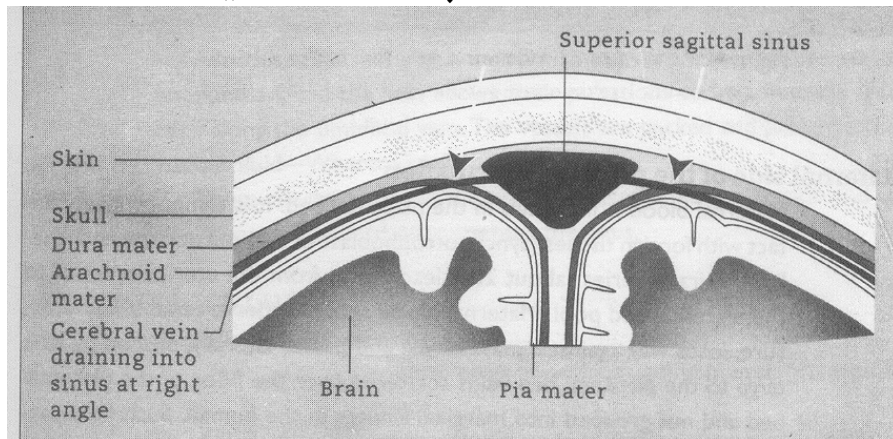


- 1. Suboccipitobregmatic 10cm
- 2. suboccipitofrontal 11cm
- 3. occipitofrontal 12cm
- 4. Submentobregmatic 10cm
- 5. Mentoverical 13cm
- 6. Biparietal 10cm

Flexion

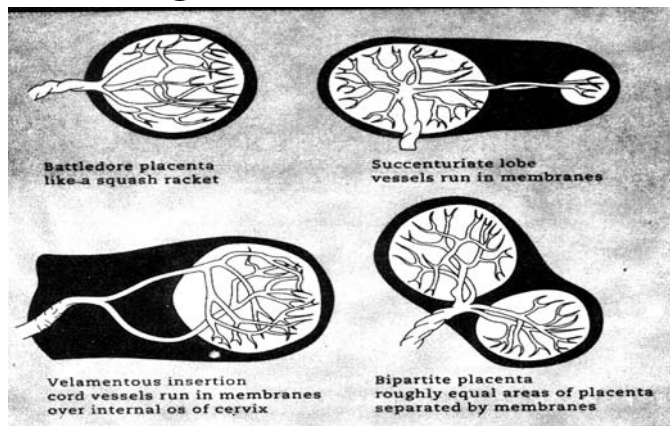
جسم (تنه) : په هغه لوری چې سر تللی وی تنه هم ځی چې د دواړو اوږو ترمینځ مسافه 10cm ده .

په سحایاو کې د دماغ او عیبي :



(۱-۱۴) تصویر : په دې تصویر کې د **Meninges** جوړښت ترتیب ښودل شوي چې **Cerebral** وريدونه څنگه پراخېږي او د دماغ داخل ته حرکت کوي ، **Arachnoid** په دماغ کې څنگه حرکت کوي او **DURA** د قشر سره موقعیت نيسي او څرنگه وريدونه کولی شي چې دهغی شاوخوا کې داخل شي .

د حبل سروی د داخلیدو انواع :



(۱-۱۵۰) تصویر : په دې تصویر کې د حبل سروی نفوذ یا داخلیدل په پلاستنا کې راښيي . د پلاستنا د دوران مورني لوري يا اړخ : مورني وينه د پلاستنا د بستر په اوښو کې ده ، دا وينه په موقتي ډول د خارجي انساجو سره په تماس کې ده **Syncytiotrophoblast villi** کوم چې د اندیتلوم څخه بهر دی (۲۰۰) په حدودو کې کاربه واړه حلزوني شرايين وينه د رحمي شريان څخه د پلاستناد وينې د جهيل د بستر خواته رسوی .

مورنی- وینه چې د شریانی فشار لاندې جوړیږي او د ضغاباتو د کتلې په مقابل کې خپل تگلوری بدلوی او وحشي خواته ځي د **vis a tergo** پواسطه د پلاستا د بستر وریدونو ته چې د پلاستا د بستر د سطحې د پاسه خپاره شوی دی او د ځنډو جیبونو ته نه دی راټول شوی ټیله کېږي دغه ډول جریان کیدای شي د **Cine- Angioradiography** پواسطه وښودل شي .

د پلاستا بستر ته دوینې د جریان اندازه کول ډیر گران کار دی ، ځکه چې دا کار په حیواناتو کې په مستقیم ډول اندازه کېږي (په غیر فزیالوژیک ډول) او یا په غیر مستقیم ډول د **Electromagnetic** عملي پواسطه په انسانانو کې تر سره کېږي (غیر صحیح ډول) په اوس وخت کې **Doppler Ultrasound** پواسطه غیر مستقیم اندازه کونه ډیره ساده او د غیر خطري جریان اندازه په انسانانو کې ښی .

د مورنی- وینې جریان رحم ته د امیدواری په اخرو وختونو کې **100-150 cc/kg/minute** دی ، چې ددې جملې څخه **۸۰-۸۵٪** یې پلاستا ته ځي .

غیر نورمال غرس کیدل (**Abnormal Implantation**) :

که د غابات یواځې د دسیدوا او د رحم عضلي طبقه سورۍ کوی او له دې امله یې په جلاوالي کې ستونزی پیدا کېږي .

Placenta Increta : په دې صورت کې ضغابات نور هم په

Myometrium کې ژور غرسېږي ، چې جلاوالی نور هم گرانېږي .

Placenta Percreta : د غابات د **Myometrium** څخه پریتوان ته

تیرېږي ، چې جلاوالی یا **Separation** یې غیر ممکن وي .

پورتنی درې حالات د کلینیک له نظره تفریق کیدای نه شی . دا پتالوژیک حالات دي او هغه وخت پوهېدل کېږي ، چې وروسته د ویستلو څخه د ټول رحم نه **Section** واخستل شي .

Placenta Praevia: په دې صورت کې د پلاستا غرس د رحم په سفلی یا لاندې سگمنت کې صورت نیولی وي.

سروی حبل (Umbilical Cord) :

په پخه موده کې ۵۰ سانتي متر اوږد او ۲ سانتي متر قطر لري . دوه شراين او يو وريد لري کوم چې د رشيم چپ سروی وريد څخه مشتق شوی دی (معمولاً نبي خواته معلومېږي) شراين کاره واړه وي او د رسی يا حبل په څېر منظره غوره کوي . احتمالاً د هغوی داسې جوړښت چې د يو وريد په شاوخوا تاو شوی وي او نبضان کوي ددوی سره مرسته کوي چې وينه د وريد له لارې خلف ته ولاړه شی . دغه او عیې ديوي لزوجی مایع پواسطه چې Wharton`s Jelly نومېږي محافظه او پوښ شوی دی .

په حبل يا پلاستا کې کوم عصب وجود نلري نو د سروی حبل تړل او غوڅول کول ماشوم نه په عذابوی يعنې په درد يې نه اخته کوي .

امينوتیک مایع (Amniotic Fluid) :

چې جنين احاطه کوي او په ابتدايي اميدواری کې له امينون څخه جوړه شوې ده . چې د پلاستا او کیسی د پاسه قرار لري . او په وروستی مرحله د حمل کې د جنين د تشومتيازو يا Urine څخه هم جوړېږي .

حجم: حجم يې د ۵۰۰ - ۱۵۰۰ سی سی پورې دي چې تر ۲۸ اونيوپورې

زیاتېږي.

Osmolality: د حمل په وروستیو کې کمېږي.

کریاتینین: د حمل په اوخرو کې زیاتېږي.

اسید ، قلوئ: په نارمل ډول د کاربن دای اکساید (CO₂) تجمع او کافي اسید د PH د خفیف کموالي سبب کېږي . (۷ ، ۱۵ - ۲۰ ، ۷)
Amniotic مایع د Amniocentesis پواسطه ویستل کېږي او د تشخیص په منظور استعمالېږي ، ترڅو چې یو مقدار فکتورونه پکې وکتل شی .

(۱- جدول): ۱-۱ باکس تشخیصی استعمال د امینوتیک مایع په هکله
نښي:

۱. د α Fetoprotein اندازه د C.N.S د خلاصو وریدونو د اېنارملتی لپاره .
۲. د جنین جلدی حجرو د کروموزوم د امینو سایتونو محتویات په ارثیت پورې محدود ناروغیو لپاره .
۳. د Rhesus تاثیرات چې د Bilirubin د پارچه کېدو د محصولاتو د اندازې پواسطه ؟.
۴. د جنین استقلابی نیمګړتیاوې .
۵. د امینوتیک جوف انتان د غشاء د Premature خپرې کېدو په حالت کې .
۶. د تنفسی سیستم پېښېدل د Lecithin او Sphingomyelin د اندازې د توپیر پواسطه ؟.

(۱) جدول: ۱-۱ د امینوتیک مایع د ارزیابی تشخیصی استعمال

مورنی-اناتومی د حمل په وخت کې :

رحم :

رحم یو دیوال ډوله سوری لرونکی عضلي عضوه ده ، چې په حوصله کې موقعیت لري او د هر نفیر سره ارتباط لري او د عنق د لارې د مهبل سره ارتباط لري . مخکې د حمل څخه $3 \times 5 \times 7$ cm او یا 40 ګرامه وي . د پخې مدی حمل کې $20 \times 25 \times 30$ cm یا 1000 ګرامه وي .

جوړښت : درې عضلي طبقې دي چې په منځ کې یې وعایی تفمم موجود

وي .

1. بهرنی : نری ، طولانی او د اربطو سره یو ځای وي .
2. منځنی : ډیره ضخیمه استوانی عضلي الیاف ، چې د موی او عیبی په مینځ کې لري .

3. دننۍ : نری ، مایله چې په هر **Cornu** کې او په علوی او سفلی برخو د عنق رحم کانال ؟

کې تکاثف شوي وي (معصری) . د رحم د جسامت دغټوالی د حمل په وخت کې د ډېرو زیاتو حجراتو د جسامت دغټوالي (**Hypertrophy**) له کبله وي نه د حجراتو د شمیر زیاتوالي له کبله . تغیرات یې د **Estrogen** او تدریجی کشش پواسطه تنبیه کېږي (دپخی مدیپه صورت کې اعظمی کشش او پراخوالی مومی) .

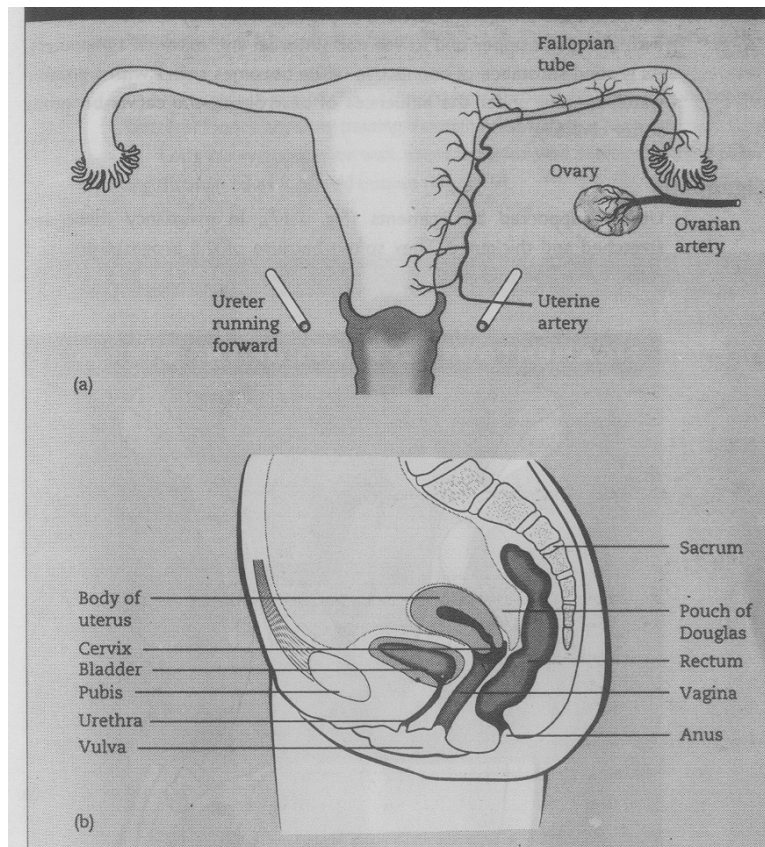
د ویني جریان :

د رحمی او مبیضي شراینو څخه اروا صورت نیسی . لاکن زیاتره د رحم څخه چې د وینې؟ ضخامه یې کړي وي نو ځکه په اخرو وختو کې یو لیتر وینه د رحم په اوعیو کې ممکن موجوده وي. د څانگو جسامت ، شمیر او قطر د رحم په هر لوری کې زیاتېږي .

پلاستایي قسمت یې په ترجیحي شکل اروا کېږي . تشعب کوونکی یا **Penetrating** شعبات د **Myometrium** څخه تیرېږي . **Decidua** د سطحې لاندې هغوی په **Spiral** یا حلزونی شراینو بدلېږي او بیا د **Deciduas** طبقه سوری کوي. د حمل په ابتدایي مرحلو کې د هغوی وتل پلاستا یې بستري حوض ته نری وي لاکن د **Trophoblast** داخلېدل چې د ۱۶ اونيو څخه وروسته صورت نیسی په نارمل ډول هغوی د **Delta** په شکل عریض وي نو په دې لحاظ د مقاومت د بنکته کېدو او جریان د بهبودې سبب کېږي . که چیرې دغه مداخله ناکافی وي اروا محدودېږي نو :

- د حمل په اخرو کې جنین د وده لپاره ډېر لږ غذايي مواد اخیستلی شي .
- د زیږیدنه په وخت کې جنین ډېر لږ (**O₂**) تر لاسه کوي نو له دې کبله جنینی زجرت یا **Distress** ډېر ژر منځته راځي .

د رحم اړیکي:



(۱-۱۶) تصویر: په دې تصویر کې د رحم اړیکي ښودل شوي

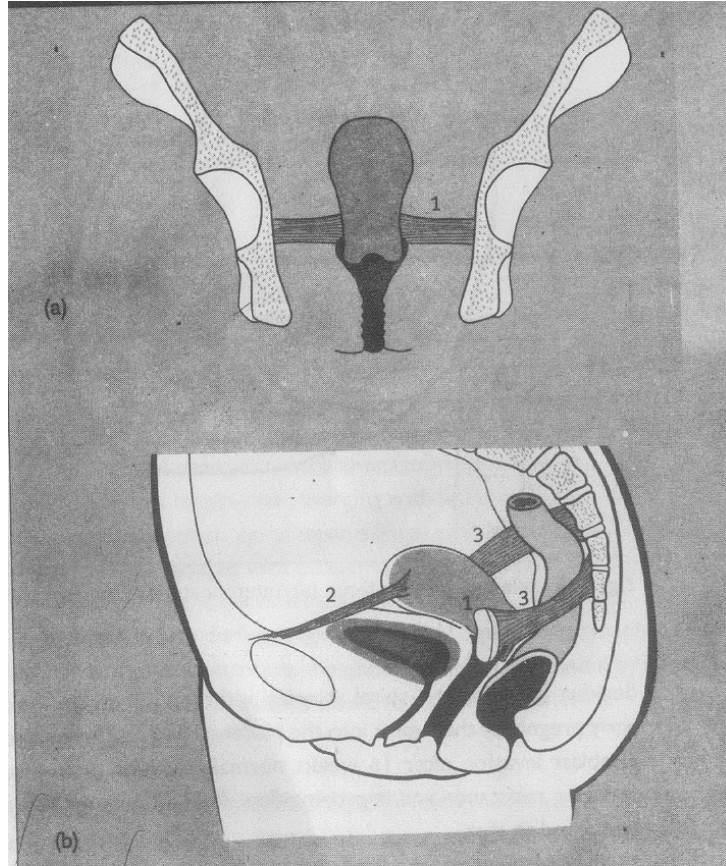
a. قدامی خلفی نما

b. جنبی نما

د رحم عنق (Cervix) : بیړل ډوله کانال چې د رحم په لاندني برخه کې قرار لري او زیاتره د منضم نسج څخه چې عضلات یې په پورتنی او لاندني نهایت کې موجود دی جوړ شوی دی (داخلي او خارجي معصرې). د منضم نسج میده مواد چې د اوبو لرونکي دي د استروجن د هورمون تراغیز لاندې نرم حالت غوره کوي او د کلینک له نظره د رحم عنق نور هم نرمیږي.

اړبټی (Ligaments) : رحم د اړبټو پواسطه ساتل کېږي . دغه اړبټی د حمل په وخت کې کش شوی او ضخیم شوی وي . هغوی د پروجسترون او Relaxin د اغیزو له کبله نرمی وي .

د رحم استنادي اړبڼي

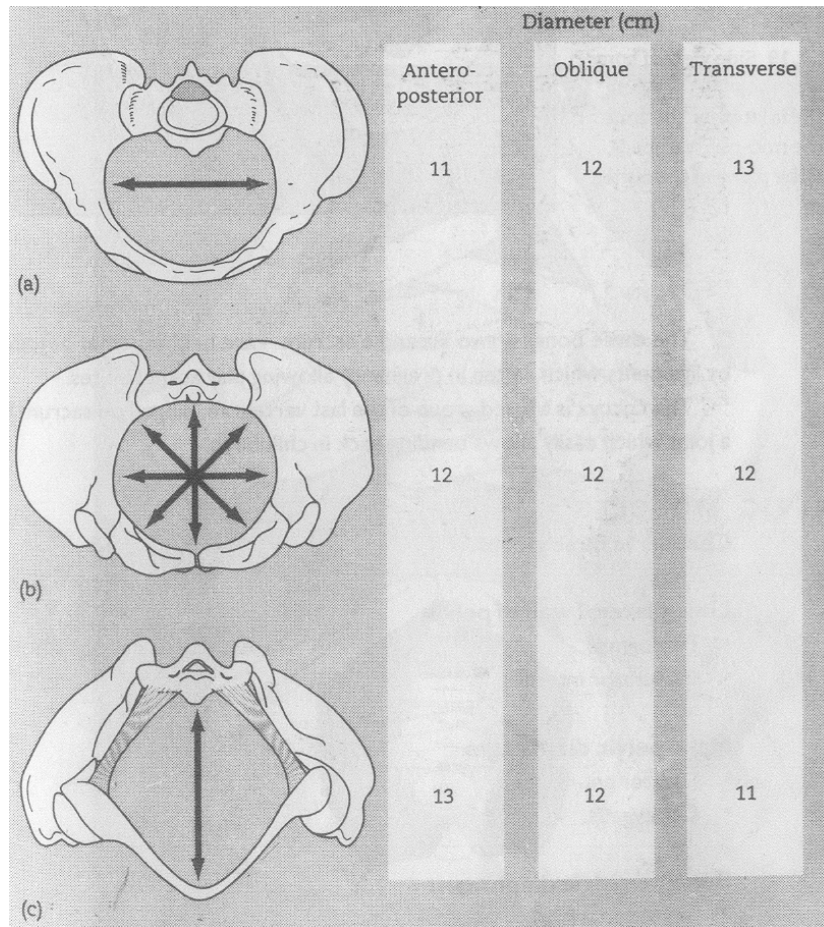


(۱-۱۷) تصویر: د رحم تقويه کيدل د اړبڼو پواسطه بنښی :

- a.
- b. مخامخ نما ۱- عريض رباط ۳- رحمي عجزی رباط
- c. جنبی نما ۲- مدور رباط

هډوکنی حوصله (Bony pelvis) : کاذبه حوصله په حقیقی حوصله کې داسې واقع ده لکه یو یوه پیاله چی نعلکی کی وي . حقیقی حوصله نسبت کاذبې ته د ولادی له نظره ډېره اهمیت لري . قطرونه یې په (۱- ۱۸ تصویر) کې بنودل شویدی .

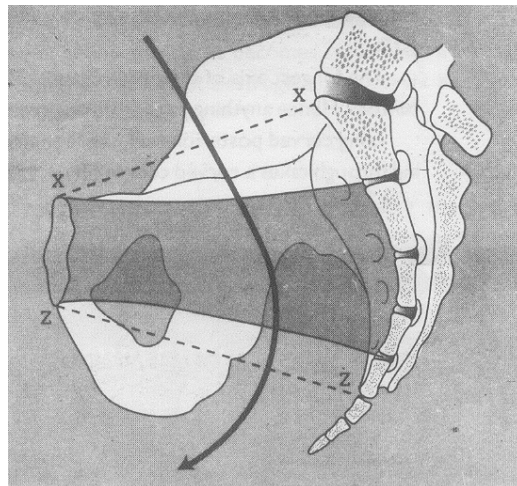
هډو کني حوصله



(۱-۱۸) تصویر: په دې تصویر کې هډو کني حوصله ښودل شوې ده:

- a. د دخول فوچه: طولاني قطر يې مستعرض دی (لوبيا شکله)
- b. متوسطه برخه: ټول قطرونه يې سره مساوي دي (دايروی شکله).
- c. د خروج فوچه: طولاني قطر يې قدامي خلفي دی يعنی (الماس شکله)؟

دهډو کني حوصلی اړخه (جنبي) نما



(۱-۱۹) تصویر: دهلوکنې حوصلې جانبي نما د دخولي فوحي پلان په (X-X) د متوسطې برخې د يو تور رنگې سوري په شکل او خروجي فوحي د (Z-Z) په واسطه بنودل شوي .

طولاني محور د حوصلي ۹۰ درجي پوري توپير پيدا کوي دپورته لوري څخه لاندې لوري ته نو ځکه هر څه چې ور څخه تيرېږي حتماً بايد تدور وکړي . اوږد خلفي قوسي او لنډ قدامي جدارونو څخه هر څه چې تيرېږي قوسي سير ځانته نيسي . درې هډوکي يعنې دوه اليوم او يو سکروم چې د اربطو پواسطه يو د بل سره نښتي دی د حمل په وخت کې نرميږي ترڅو چې حوصله خپل رول ولوبوي .

Coccyx اخرنی Fused شوی فقره ده چې سکروم پورې د يو بڼه پواسطه نښتي ده کوم چې د زيږيدنه په وخت کې په آساني سره شاو ته ټيله کېږي .

د حوصلي عضلات : په درې گروپونو کې څيرل کېږي :

A – هغه چې د حوصلي وحشي جدار يې فرش کړيدی :

Pyramiformis ▪

Obturator Internus ▪

B – هغه عضلات چې د حوصلي حجاب يې جوړ کړی دی .

Levatorani ▪

Coccygeus ▪

C – د حوصلي د حجاب څخه لاندې

1. قدامي مثلث :

Deep Transversperinei, Compressor Urethrae: Deep ▪
Perineal

Bulbocavernosus , Ischeocavernosus :Superficial ▪
Perineal او

Superficial Transverse Perinie

2. خلفي مثلث :

Sphincter ani ▪

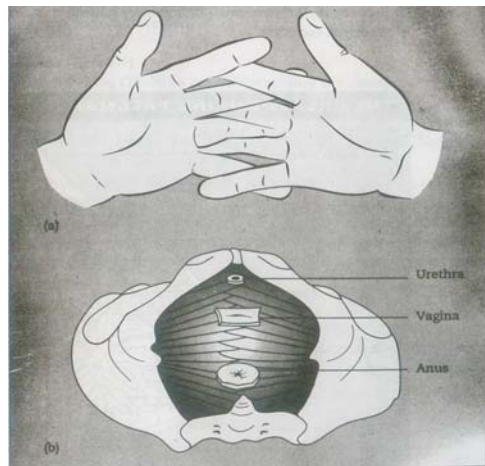
د حوصلې د عضلاتو اساسات :

۱. د **Pyriformis** عضلات د رحم د علوی او متوسط اجوافو د پروت قطر گټه کموی ، نو له دی کبله ماشوم مخ په وړاندې ټیله کوي .

۲. د حوصلې حجاب او صفاق داسې شکل لري لکه د دواړو لاسونو گوتې چې یو په

بل کې ننوځي او خفیف قدام خواته قات شوی وي (۲۰ . ۱ تصویر) او عضلي الیاف د یو لاس څخه بل ته وغزېږي او له دې کبله د درې تیوبونو په شاوخوا کې عریض شي ، چې عبارت دی له **Rectum** ، مهبل او احلیل څخه چې دغه درې برخې د حوصلې حجاب ضعیفه کوي . د عضلاتو دغه میزابې یا بندازونه چې هر یو یې کولی شي ، دغه درې تیوبونه بڼه کش کړي ترڅو یو ارادی خارجی معصرومی میکانیزم منځته راوړي .

د حوصلې د حجاب عضلات :



(۲۰-۱) تصویر: a. دنوتو گوتو په شکل

b. په دې شکل کې د حوصلې دیا فراگم عضلي الیاف بنودل شوی دی

۳. د **Episiotomy** یا متوسط ولادي جراحي څیړي کول ، عجان او د حوصلې حجاب نادراً په بر کې نیسي ، عجاني جسم او عجاني عضلات ، چې په دې کې داخل شوي وي معمولاً صدمه مومي او یا غوڅیږی لاکن هغه جوړښتونه چې پورته واقع شوي کومه صدمه نه مومي .

تیونه یا ثدیه یا سینې : هره ثدیه د ۱۵ - ۲۰ پورې د **Racemose** غدوات (غدي) لري ، چې د یو قنات د لارې **Nipple** یا د تی خوکی ته افراغات کوي.

د حمل په وخت کې په ثدیه کې تغیرات : دغه غدي غتېږي ، چې علت یې :

▪ د غدو د محتویاتو زیاتوالی دی. چې د پروجسترون د تاثیر له کبله منخته راضي.

▪ د غدو د کتلو تر منځ د شحم زیاتوالی دی ، چې د استروجن د تاثیر له کبله وي.

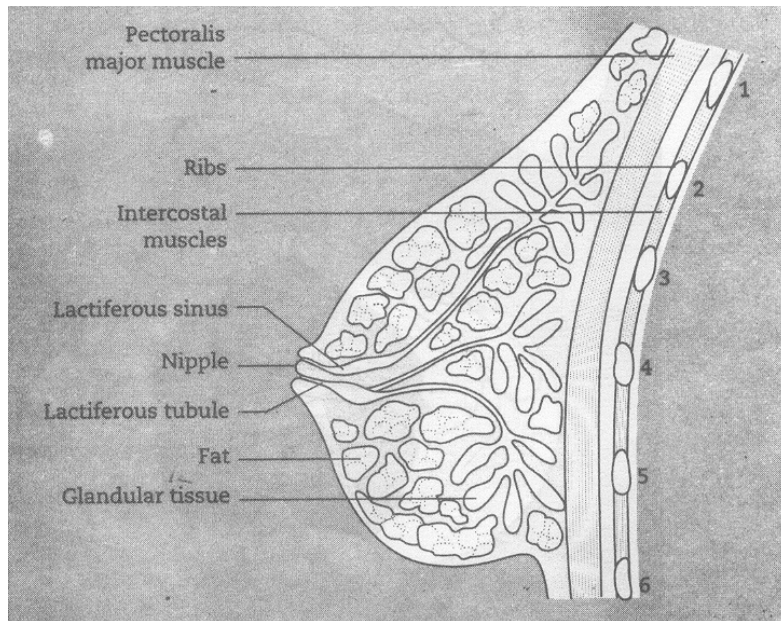
▪ د **Areola** د جلد مکدروالیدی، چې د **M.S.H** (**Melanocyte Stimulating Hormone**)

له کبله چې د نخامیه غدي څخه افرازېږي منخته راضي .

▪ **Nipple** زیات تیریزی چې علت یې د **Progestrone** په منظم نسج باندې اغیزه ده .

▪ **Sebaceous** یا شحمي غدي زیاتېږي (**Montgomery Tubercles**) چې علت یې ممکن د استروجن افرازوي .

تیونہ د امیدواری په دوران کې :



(۱ - ۲۱) تصویر : په امیدواری کی د ثدی طبقات رانی .

مورنی فزیالوژی:

حاملګي یوازې دمور په حوصلې او بطن کې نه بلکې په ټول بدن کې تغیرات منځته راوړي . دمختلفو سیستمونو په وظایفو کې توافق منځته راځي . ترڅو هغه فشار چې؟ منځته راغلی وي ، تاثیرات یې کم شي . دغه تاثیرات یو د بل سره ارتباط لري او ددې په نتیجه کې د ارګانیزم وظایف خرابېږي . ؟ کله چې هر طبعي سیستم د حرکي مساوات (**Dynamic Equilibrium**) د فشار لاندې راشي نو دغه سیستم ددې فشار لاندې درې عمله کوي ترڅو دغه فشار له ځانه لرې کړي . په یوه صحتمنده امیدواری کې دغه فشار نه یوازې دا چې تنها جنین وي بلکې هغه تاثیرات هم دي ، چې په مورنی فزیالوژی باندې د جنین او پلاستت له کبله واردېږي .

استقلاب:

استقلاب لوړ ځی تر څو چې دلاندې پدیدو لپاره مواد برابر کړي .

- د جنین او پلاستا د ودی زیاتوالی .
- داروند اعضا و د ودی ډیرنبت .
- دمحافظوي سیستم د نمو زیاتوالی .
- د شیدو ورکولو لپاره تیاری نیول .

د وزن زیاتوالی: معمولاً په ټوله حاملگي کې ۱۰ - ۱۴ کیلوگرامه یا

۲۲-۳۰ پونډه وزن زیاتیري د ساری په ډول:

۰ - ۱۴ اونیو پورې: ممکن ۲kg یا ۴,۵ پونډه د کانگوله کبله ضایعات

ورکړی .

۱۳- ۲۸ اونیو پورې: ممکن ۵kg یا ۱۱ پونډه زیات شي .

۲۸- ۴۰ اونیو پورې: ممکن ۵kg یا ۱۱ پونډه د امینوتیک مایع د

ضایع کېدو د کبله په اخري ۲- ۳ اونیو کې وي .

د حمل په وخت کې د ځینو اعضاوو اټکل غټوالی په لاندې جدول کې

ښودل شوي .

(۲) جدول:

3.50kg	جنین	۱
0.50kg	پلاستا	۲
1.50kg	امینوتیک مایع	۳
1.00kg	رحم	۴
1.50kg	دویني زیاتوالي	۵
1.00kg	تیونه	۶
9.00kg	مجموعه	

نوری یې د خارج الحجروي مایعاتو او پروتین زیرمی دی چې 4kg دي .
د حمل په اخیښو وختونو کې د مور د وزن چټک زیاتوالی ممکن د اوبو
احتباس او یا **Pre eclampsia** ته اشاره کوي .

د وزن کمیدنه خصوصاً که چیرې دوامداره وي ممکن چې د جنین خرابی
ودی ته اشاره وکړي او ممکن پوره پاملرنې ته اړتیا ولري که څه هم ددې په
دقیق والی کې ډېر لږ شواهد شته او ډېر ولادي ډاکتران دا یوه مهمه نقطه نه
ګڼي .

پروتین: د حمل په لومړۍ نیمایي کې جنین ډیر لږ پروتین ته اړتیا لري
او یو منفي تعادل موجود وي یعنی هغه پروتین چې په اخیښو ۱۲ اونیو کې
لاسته راوړل کېږي (نیمایي د هغې په اخیښو ۴ اونیو کې لاسته راځي) .
همدارنگه د مور د رحم او ثدی د انساجو لپاره زیات پروتین ته اړتیا ده
او ذیرمه د **Lactation** په مقابل کې واقع کېږي . په تخمینی ډول په ورځ
کې ۱۲ ګرامه نایتروجن ته د مورنی اعضاو او د جنین د انکشاف لپاره
اړتیا شته .

کاربوهایدریتونه: حاملګي یو **Diabetogenic** تاثیر لري (مثلاً
انسولین په مقابل کې مقاومت زیاتېږي) او د کالورۍ لپاره تقاضا په
لږاندازه زیاتېږي .

شحم: جنین په اخیښو وختو کې شحمی محتویات زیاتوی یعنی په ۳۲
اونۍ کې ۲٪ شحم د پخی مدی په وخت کې د شحم زیاتوالي ۱۲٪ شحم
ته رسیږي . دغه حالت د مور په واسطه د شحم د زیات جذب او د مور په
دوران کې د شحم د مقدار د زیاتوالي په تعقیب منخته راځي .

کلسیم: په اخیښو وختو کې جنین کلسیم استعمالوي او دغه کلسیم دمور
د اوږدو هډوکو د **Trabeculae** څخه اخلی . که چیرې په دې وخت کې د
مور د کلسیم ذیرمی کمی وي نو جنین بیا هم د کلسیم څخه کار واخلی . په

پایله کې په مور کې **Osteomalacia** منځته راځي، چې ددې سره سره د مورد سیروم دکلسیم سویه ثابتته پاتې کېږي.

اوسپنه: اوسپنه زیاتره د حمل په اخرو اونیو کې جنین ته تیرېږي. هغه چې په کېد او نورو وینه جوړوونکو اعضاوو کې ذیرمه کېږي ددې وخت څخه وروسته مور ممکن د اوسپنې ډېر کم ذخایر ولري چې لاملونه یې :-

- ممکن په غذایی رژیم کې د ډېری کمې اوسپنې شتون وي نو ځکه

اضافي

اوسپنه باید ورکړل شي.

- ډېر خراب جذب نو له دې کبله پر دې باندې باید یقیني شو چې په کافی اندازه به؟

اوسپنه کې موجود وي چې د اړتیا په وخت کې جذب شي.

قلبي وعايي سیستم: بار (Load) څرنگه چې امیندواري یو اضافی سر باري ده نو ځکه زړه باید زیات کار وکړي.

- د جنین د انساجو نمو چې زیات اکسیجن ته اړتیا لري.

- ضخامه کړی رحم او ثدی زیات مقدار اکسیجن ته اړتیا لري.

- د مورني عضلاتو فعالیت زیاتوالی چې د ۱۰-۱۴ گرامه وزن د زیاتوالي په مقابل

کې یې کوي.

- د حمل په اخرو اونیو کې ممکن د پلاستا بستر د یو شریانی وریدي

Fistula رول

ولوبوی. نو له دې کبله ډېر کار ته اړتیا ده تر څو چې ددې **Shunt** مخه ونیول شي. قلبي دهانه: د قلبي دهانې د زیاتوالي سره ضرورتونه هم زیاتېږي.

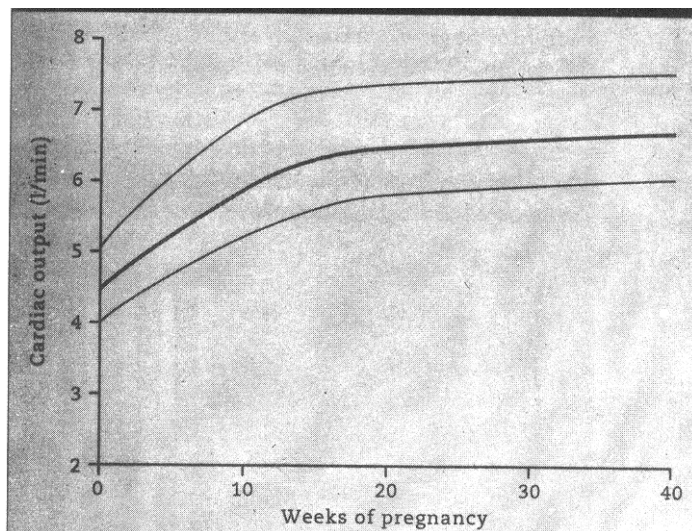
قلبي دهانه = **Stroke Volume x Pulse Rate(H.R)**

دامیدواری په وخت کې د نبض شمېر زیاتېږي او نور . دا زیاتوالی د Strokeiv د ډیروالی له کبله کوم چې د قلبي اجوافو او قلبي عضلاتو د ضخامي له کبله وي منخته راځي .

قلبي دهانه په لومړي Trimester کې ۴۰٪ زیاتېږي او تر ۳۰-۳۲ اونیو پورې نور نه لوړېږي . له پخوا راهیسې غلطه عقیده موجوده وه او د دهانې د اندازې لپاره غلط سامان استعمالېده ۱-۲۲ تصویر دې وکتل شي .

د زیږون په وخت کې د رحمي تقلصاتو له کبله $21 / \text{minute}$ قلبي دهانه نوره هم زیاتېږي . Systolic فشار د حمل په وخت کې په کمه اندازه ټیټېږي لاکن Diastole فشار د حمل په لومړۍ او مقدمه نیمایي کې ډېر ټیټېږي او په اخري Trimester کې لوړېږي . محیطي مقاومت کمېږي او څرنګه چې قلبي دهانه لوړېږي Pulse Pressure هم زیاتېږي .

قلبي دهانه د حاملګي په وخت کې :



(۱-۲۲) تصویر : په نورمالو امیندوارو بنځو کې د زړه دهانه بنودل شوی د او په ګراف کې د بنودل شوو خطونو معنی $2SD \pm$ ده .

د وینې حجم: زړه ته د وینې راتګ د وینې د حجم د زیاتوالي پواسطه ثابت ساتل کېږي . د پلازما حجم نسبت د R.B.C مقدار ته ډېر زیاتېږي نو ځکه یو نسبتی Hemodilution منخته راځي . دغه حالت چې د فزیالوژیک

کمونې (Anaemia) په نوم یادېږي یو نوم دی حکه چې هېڅ یوه پتالوژیک پروسه فزیالوژیکه غلط پروسه نشي کیدای . دغه Hemodilutions ممکن د امیدواری په لومړي او متوسط وختونو کې د زیاتې ستړیا یو لوی لامل وي.

قلبي تغیرات:

خرنگه چې حاملګي یو Hyperkinetik یا فرط استقلابي وتېره ده نوزره .:

▪ لوئیري

▪ پورته خواته تپله کېږي

▪ په ابهر باندې د زړه د فشار کموالی .

دغه تغیرات د E.C.G او X.Ray د تغیراتو د پیدا کېدو سبب کېږي چې د امیدواری لپاره نارمل وي، خوکه د دامیدواری په اړه ناخبره اوسو کیدای شی چی غلط شو . کله کله داسې کېږي ، چې اضافي مرمرونه په زړه کې موجود وي، کوم چې نارمل اوازونه دي چې د ویني د حجم د زیاتوالي له کبله پیدا شوي دي او عبارت دي له :

۱ . Systolic Ejection Murmur

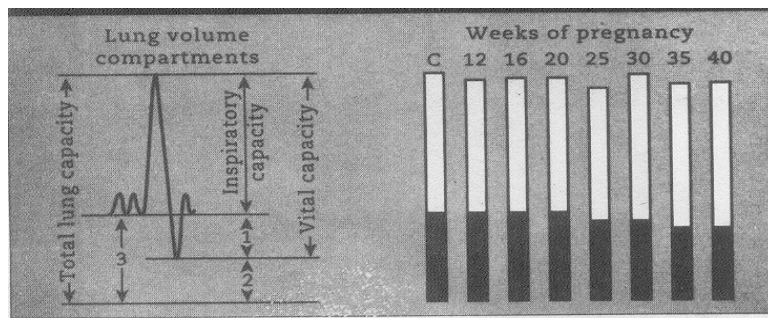
۲ . د زړه دریم آواز .

۳ . د داخلی ثدیوي شریان مرمړ چې د قص هډوکي د ځنډو په اوږدو کې

سیر کوي اوریدل کیږي .

تنفسی سیستم: د غټېدونکی رحم فشار په حجاب حاجز او لاندې پښتییو باندې واردیږي او د دوی د پورته کېدو سبب کېږي . لاکن د حمل په اخرو وختو کې حیاتي ظرفیت Vital Capacity نه کمېږي . خرنگه چې د حمل په وخت کې د مخاطي غشاء او عیبی زیاتېږي نو په زیاته اندازه مخاط افرازی، له دې کبله په دې مرحله کې د غوږو ، پزې او ستوني مشکلات نادراً زیاتېږي.

تنفسي وظائف د امیدواری په دوران کي



۲۳،۱ تصویر: د تنفسي سیستم هغه وظیفوي تغیرات چې د امیدواری په وخت کې منع ته راځي رانسی:

- ۱- د هوا د خارجیدو ذخیروی حجم یعنی (Expiratory reserve volume)
- ۲- د هوا د پاتې شوې برخې حجم (Residual volume)
- ۳- د هوا د پاتې شوې برخې وظیفوي حجم (Functional residual Capacity(FRC))

بولي سیستم:

کلیوي دندی (Renal Function) :

- پښتورگي يي د پلازما جریان ۳۰-۵۰٪ زیاتېږي .
- G.F.R تقریباً ۳۰-۵۰٪ زیاتېږي .
- د تیوبونو په واسطه دوباره جذب ۳۰-۵۰٪ زیاتېږي .
- په منتشر یا نقطوي شکل د گلومیرول Leakage یا خڅېدل واقع کېږي (مثلاً گلوکوز) .

سفلی بولي طرق :

- مثانه د نمو کوونکی رحم پواسطه د تيله کېدو له کبله زیاته تخریشېږي .

حالب :

1. اوږدېږي ، پلنېږي او قوت یې کمېږي دا ټول د پروجسترون د اغیزو له کبله وي .
2. په حالب او د پښتورگي په حویضه کې رکودت د انتان سبب کېږي .

هضمي سیستم :

- **Hyperosmia**
- دلعبو زیاتوالی چې ممکن دغه حالات دیو عجیبه غذایی عادت سبب شي (Pica) .
- غاښونه زیاتره منتشر **Caries** او د اوریو التهاب (**Gingivitis**) ته مساعدوي چې علت یې د **Cortison** د سویې لوړوالی دی .
- د زړه بدوالی او کانگې .
- د کولمو د حرکاتو کموالی ممکن د قبضیت سبب شي .
- **HypochloHyderia** چې علت یې د القلي **Chyle** دوباره گرځیدنې وي د کولمو څخه معدې ته .
- د صفاوی کڅوړې ورو یا سست تخلیه کېدل .

مخکې له زیږیدني څخه مراقبت او په داخل د رحم کې د روغتیا ساتل

د مراقبت مقصد دا دی چې مور او ماشوم په برابر شوو ممکنه شرایطو کې زیږیدنه وکړي چې په لاندې ډول دي :

1. د معاینې یوه عمومي پروسه باید په ټولو امیدوارو ښځو باندې تر سره شي تر څو هغه **Sub-group** کوم کې چې د امیدواری د احتلاطاتو د خطر لاندې ده په ګوته شي

2. د مراقبت تشخیصه طریقي تر څو چې معلوم شي چې مور په رښتیا په خطر کې ده .

3. د زیات خطر لاندې حاملګیو لپاره اهتمات نیول .

4. د ښځو لپاره د کوچني د زیږیدني په اړه زده کړه په کار ده .

د امیدواری تشخیص :

اعراض :

Amenorrhea یا د میاشتنی عادت بندېدل: **Endometrium** میاشتنی رژیدل د اصفر جسم تعند په واسطه چې **Progestron** افرازوي بندېږي. که څه هم **Conception** یا د حمل محتوی تر څوارلسمې ورځې پورې نه پېښېږي خو حاملګي د **L.N.M.P** د لومړۍ ورځې څخه حسابېږي. د **LNMP** څخه وروسته هر قسم وینه بهیدل باید غیر نورمال وګڼل شي .

د زړه بدوالی او کانګې : تخمیناً ۲/۳ برخه **Nulipara** او نیمایي **Multipare** ښځې په بېلابیلو درجو د زړه بدوالی او کانګو څخه ګیله کوي د ډیرو ښځو لپاره دغه د امیدواری لومړی ښه کیدای شي ، که څه هم دا عرض مخکې د لومړي **Period** د قطع کیدو څخه وي . دغه کانګې اکثراً د حمل په (۱۶) اونۍ کې کاملاً له منځه ځي او په (۱۲) اونۍ کې کمېږي .

که څه هم زیاتې بنځې د سهر لخوا په دې تکلیف اخته وي لکن دا غیر معمول خبره نه ده چې د ورځې په نورو وختو کې پیدا شي . په عام شکل بسکیت یا چکلیت ورکول د زړه بدوالي په مخنیوي کې مرسته کوي . اکثراً کوم استقلابي ستونځه نه پیدا کېږي . بنځې په دې ټول وخت کې د ناروغۍ احساس نه کوي او نادراً د هغوی د ورځني فعالیت د متاثر کیدو سبب کېږي .

ثدیه اعراض : د ثدیه غټوالی چې د سینو څوکې (Nipples) د چوځیدو د احساس سره یو ځای وي ممکن د لومړنۍ Missed شوي Period څخه وروسته پیل شي . Montgomery tubercle د ۶-۸ اونيو پورې وده کوي او ممکن د حمل په ۱۲ اونۍ کې د Nipple څخه Colostrum (واگه) افراز شي .

بولي اعراض : د شپږو اونيو څخه وروسته ډیرې بنځې د زیات ادرار (متیازو) کولو ته مایل کېږي چې علت یې :

- په مقدمه مرحله کې د پښتورگو د وینې د جریان زیاتوالی .
- په اړخنیو مرحلو کې پر مثانه باندي د غټیدونکي رحم فشار .

نښې:

رحم: د رحم نرموالی مخ پر زیاتیدو وي او داسې احساس پیدا کېږي چې رحم Cystic دی . دغه حالت یې ۶-۸ اونيو پورې پیدا کېږي .

- د رحم د جسامت غټوالی کولای شو د اتمې اونۍ څخه څخه وروسته د دوه لاسي مهبلې معاینې په واسطه تشخیص کړو .

ثدیه :

- جسامت یې غټیږي او تودی احساسېږي .
- Areolae کثافت زیاتېږي او تیاره کېږي .
- Montgomery / tubercle وده کوي .
- د پوستکی کاره واړه وریدونه پراخېږي .

خپرنی:

د امیدواری تست: د حیواناتو د امیدواری تستونه او مقدم غیر پرمخ تللی معافیتی معاینې په اوس وخت کې د دقیقو او حساسو معاینو په واسطه معاوضه شوی دی چې د **Monoclonal Anti body** په بر کې نیسی.

Human Chorionic Gonadotropin : Test for β -Sub-Unit h.C.G

(**h.C.G**) یو گلایکوپروټینی هارمون دی چې دوه کاربوهایدریتی ځنځیرونه لري چې د α او β څخه عبارت دي. د **α -sub-unit** د **Folioed Atmalating** او **(L-H) Latinizing Hormone Hormone)F.SH** او **(Thyrotropin)T.S.H** سره مشابه دي.

β -sub unit د معافیت له نظره وصفی دی. **h.C.G** د القاح شوي بیضی د **Trophoblast** حجراتو په واسطه په لومړۍ مرحله کې افرازېږي او په وروستی مرحله کې په غوڅ ډول د پلاستنا په واسطه افرازېږي.

عصری یا **Modern** معاینې کولای شي چې د میاشتنی ناروغۍ د ورکیدو څخه دمخه د **hc.G** سویه وټاکي. دغه معاینې کیدای شي په دوو دقیقو کې تر سره شي او له بله پلوه دوی د **Protenurea** ، **Bacterurea** او **Hematurea** په واسطه نه متاثره کېږي.

: Monoclonal Anti body Tests for hCG and β -Sub-Unit hCG

د امیدواری د معایناتو لپاره حساسیت او وصفی والی هغه وخت لاپسی ښه کیدای شي چې دوه **Anti body** گانې یو ځای استعمال شي. چې یوه کې د ټول **hCG** لپاره وصفی وي

(α او β واحدونه) او بله یې یواځې **β -Unit-hCG** لپاره وصفی وي. **hCG** د دوه انتي بادی گانو ترمنځ واقع کېږي نوځکه د **Agglutination** سبب گرځي او د ډیرزیات دقیقوالی سبب کېږي.

: (ELISA) Enzyme Linked Immunosorbent assay

د Elisa معاینه د hCG په ډېره لږه سویه یا Level کې مثبتته نتیجه ورکوي نو ځکه د امیدواری په ډېرو مقدمو وختونو کې مثبت وي . یعنی یوه نښه کولای شي چې د تخمگذاری څخه ۱۰ ورځې وروسته پوهه شي چې هغه حامله ده د مثال په ډول مخکې له Missed period څخه .

او میخانیکیت یې په لاندې ډول دی :

1. Standard phase antibody او Enzyme linked antibody د hCG

2. هغه ادرار چې د h.C.G لرونکي وي په هغه تیوب باندې علاوه کېږي چه د سانډویچ بڼه لري او د مخه د Double Anti body په واسطه پوښل شوي وي .

3. اتصال د انزایم سره واقع کېږي او دغه انزایم چې یو Alkaline phosphate linked Anti body ورسره علاوه کېږي . او دا د هغه h.C.G سره یو ځای کېږي چې د مخه انتقال شوي وي .

4. یو دوهمی مایع د انزایم د سویې د پاسه علاوه کېږي او دغه مایع د انزایمونو د یو ځای کیدو له کبله ماتېږي او د یو آبی رنگ د منځته راتلو سبب کېږي .

5. یو مثبت امیدواری معاینه آبی رنگ وي .

په اوس وخت کې د زیاتو تجارتي معاینو اساس دغه معاینه یا رنگ جوړوي . دا په دې پورې اړه نلري چې اجزاوې رسوب وکړي بلکې د رنگ په تغیر پورې چې نښې ته تل اسانه ده چې په نښه یې کړي .

بعضي تجارتي معاینې ددې تستونو لپاره مواد لري ترڅو پورې چې نښې ته اجازه ورکړي چې یو دوهمې چک وکړي چې البته د ۱-۲ ورځې وروسته ترسره کېږي ترڅو د لومړۍ معاینې تائید وکړي .

التراسونډ :

حقیقی وخت ښودونکی د التراسونډ ماشین ممکن یو داخل رحمی د امیدواری کیسه د Amenorrhea څخه پنځه اونۍ وروسته معلومه کړي . او د جنین قلبی فعالیت په شپږمه اونۍ کې د لیدلو وړ وي او جنین قطب په اوومه اونۍ کې د لیدلو وړ وي .

د مهبلی لارې څخه د Probe استعمال کولای شي چې یوه اونۍ دمخه تشخیص وضع کړي .

مخکې د زیږیدني نه کتنه : دروان زیږیدني نه دمه څار ۸۰ کاله دمخه تاسیس شوي او په راتلونکې پنځه کالو کې به د تغیر سره مخ شي . په خاص ډول د امیدواری په مقدمو مرحلو کې به د ملاقات اندازه یا تعداد لږ شي .

په اوس وخت کې بنځه میاشت کې یو ځل د مقدم ملاقات څخه تر ۲۸ اونۍ پورې **Conventionally** لیدل کېږي . او بیا تر ۳۶ اونیو پورې ، دوه اونیو کې یو ځل لیدل کېږي او ددې څخه وروسته به په هره اونۍ کې تر زیږیدنېه پورې لیدل کېږي .

ددغه ملاقاتونو هدف دا دی چې هغه اشخاص چې د لږ خطر لاندې وي معلوم کړي او دا کار د تاریخچې فزیکي معاینې او تحقیقاتو په واسطه سرته رسېږي . او له دې څخه وروسته یو **Antenatal Care** د لوړ خطر لاندې خلکو (**High Risk**) لپاره ممکن په ډیر مکرر ډول تر سره شي .

لاندې پلان د هغه بنځو لپاره چې ډېر روښانه د خطر فکتورونه پکې نه وي په پام کې نیول کېږي .

لومړۍ لیدنه: په اصطلاحي ډول **Reserve** شوي لیدنه د حمل په ۸- ۱۰ اونۍ کې وي . په ډېرو پیښو کې پدی وخت کې د حامله بنځې تاریخچه د هغې په کور کې د یو قابله (**Midwife**) په واسطه اخستل کېږي .

تاریخچه: د مورنې ناروغیو تاریخچه لکه توبرکلوز ، شکر ، **Hypertension** .

1. فامیلی تاریخچه مثلاً **Hypertension ,Tuberculosis , Diabetes**

Multiple pregnancy Mellitus او یا په ولادی ډول د یو غیر نارمل ماشوم تولد .

2. باید د **L.N.M.P** درستوالی معلوم شي یعنی (۱- ۲ جدول) .

▪ آیا بنځه د ورځو له نظره ډاډه وه (د وخت د نظره) .

▪ آیا میاشتنی ناروغی منظمه وه .

▪ آیا بنځې دوه میاشتي مخکې له دې څخه چې حامله شي **Oral**

Contraceptive پیل کړي وه .

▪ آیا د حمل په لومړیو مرحلو کې خونریزی موجوده وه .

د پورتنې حالاتو څخه په هر یو کې تغیر د **L.N.M.P** غیر نارملوالی ښایي او په دې وخت کې التراسونډ ضروري وي البته ددې لپاره چې وخت معلوم شي .

4. پخوانی ولادی تاریخچه : دغه تاریخچه ټولی امیدواری له نظره چې لاندیتکی هم ورسره په پام کی ونیول شی لست کول .
 د زیږیدني تحمینی نیټه :

مثال	
۲۱ سپتمبر ۱۹۹۶	د آخري تحیض لومړنې ورځ
۲۱ جون ۱۹۹۷	درې میاشتي کم کړي او یو کال ورسره اضافه کړي
۲۸ جون ۱۹۹۷	۷ ورځي ورسره جمعه کړي
	دا عبارت د EDD څخه دی
	سې بې مه استعمالوي که چیرې :
	تاریخ ټاکلی نه وي
	تحیضی سایکل منظم نه وي (د ۲۴-۳۵ ورځو څخه اضافه نه شي)
	د دوو میاشتنو لپاره فمی کانتراسپتيف استعمال نه کړي

(۱- ۲) باکس : د زیږدني د تخمین ورځي تعینول د آخري تحیض د لومړنې ورځي څخه

I - سقط او Miscarriages :

- په لومړی **Trimester** (د ۱۲ اونيو څخه لږ) او یا دوهم **Trimester** .
 که چیرې دوهم **Trimester** وي نو هغوی :
- a. په نسبتی شکل بي درده ، د غشاء د مقدم **Rapture** سره ملگري وي د عنق عدم کفایه په گوته کوي .
- b. که چیرې د خونریزې او درد سره یو ځای وي د پلاسنټا په مخکې د وخت جلاوالی یا **Premature Placenta Separation** باندې دلالت کوي .
- c. که چیرې یو مړ او خوار ماشوم تولد شي په دې دلالت کوي چې په داخل د رحم کې د کوم علت د کبله مړ شوي وي .

- ټول معالجوی سقطونه باید لست شي ، همدارنگه د هغوی علت ، د حمل موده او د هغه میتود چې دهغه په واسطه سقط صورت نیولای وی لست باید هم شي .

II- زیریدنی:

- نتیجه (ژوندي یا مړه) .
 - د تولد په وخت کې وزن ، جنسیت او نوم .
 - د حمل عمر (یعنی په کوم اونۍ کې پیدا شوي) .
 - د حمل په وخت کې ستونځی .
 - د زیریدنه په وخت کې ستونځی .
 - د زیریدنه طریقه یا میتود .
 - د نفاس د مرحلې ستونځی .
 - د نوي زیریدني ماشوم ستونځی .
- که چیرې اړتیا وي دغه پېښې پخوانې طبي کارکوونکو ته د لیکلو په واسطه چک کړي . ؟
5. د ولادی تاریخچه : ټولی هغه دواگانې نوټ کړي چې د حمل په وخت کې خوړل شوي وي .
 6. الرجی یا حساسیت : ټول الرجی گانې چې د دوا غذا او یا بندازونو په مقابل کې لکه **Elastoplast** پیدا کړي یاداشت کړي .
 7. اجتماعي تاریخچه:
- د بنځې د **Tobacco** او الکهل استعمال اندازه شرح کړي او لازمه توصیه ورته وکړي .
 - د بنځې مدنی تاریخچه ، دهغې وظیفه او دهغې د میړه وظیفه .
 - د ژوند شرایط او دا چې کور ته د وظیفی څخه د راستنیدو په وخت کې د هغې سره څه مرسته کيږي .

معاینه: که چیرې اړونده تاریخچه موجوده نه وي په معمول شکل د التراسونډ
څخه استفاده کیږي . نو په دې صورت کې ډېر لږ اړتیا پیدا کیږي چې امیدواره
بنځه معاینه شي ، مگر بیا هم زیات ډاکټران ممکن لاندې معاینات تر سره کړي .
1. ز

په بې شي او Bp چک کول پکې شامل دی .

2. ت
نفسی سیستم .

3. ث

دیه چې د لاندې مقاصدو لپاره چکېږي :

▪ کتلات یا Lumps .

▪ سرچپه Nipple کوم چې ممکن Breast feeding لپاره توصیه
ته اړتیا ولري.؟

4. نخاع د Kephosis یا Scoliosis لپاره .

5. بطن چې پکې Scar یا ندبه ، کتلات او په هغه صورت کې چې حمل
په کامله اندازه پرمخ تللی وي درحم جسامت هم باید معلوم شي .

6. پنبې باید د Varicose vein لپاره وکتل شي .

7. مهبلې معاینه که چیرې په مقدمو مرحلو کې اړتیا نه وي مگر وروسته
ممکن چې هغه وخت کې تر سره کیږي چې :

▪ د یو smear اخستل په هغه صورت کې چې تیر شوي درې کالو کې
کوم سمیرور څخه نه وي اخستل شوي .

▪ ددې لپاره چې امیدواری تصدیق کړي د رحم جسامت اندازه کړي .
که چیری التراسونډ میسر نه وي . .

▪ تر څو چې رحمی یا تخمدانی کتلات رد شي .

خپرنی:

ادرار:

1. پروتین یوریا د پښتورگي په ناروغۍ کې
2. گلوکوز د شکرې په ناروغۍ کې
3. سپین کرویات په بسیل یوریا کې

وینه:

1. هموگلوبین .
2. **R.B.C** اندازه خصوصاً **Mean Corpuscular volume** (M.C.V) .

3. **A.B.O** او **Rh** گروپ ټاکل .
4. د غیر وصفی **Anti body** موجودیت .
5. **Sickle cell** تظاهرات په هغه ناروغانو کې چې د افریقا او امریکا څخه وي .

6. **Hemoglobin Electrophoresis** : په آسیایي او مدیترانی خلکو کې د **Thalassaemia** د نظره باید معاینه شي .

7. د سفلس لپاره سکرین تست (اکثراً د زهروي امراضو تست په تحقیقاتی مرکزونو کې اجراء شي) که مثبت وي نو دې نور خصوصي تستونه وشي .

8. د استرالین انتی جن لپاره تست .
9. د **Rubella** د انتی بادی لپاره تست .

10. **H.I.V Test** : لاندې اشخاص د زیات خطر لاندې دی او وروسته دمناسبې مشورې څخه باید **H.I.V anti body** تست ورته توصیه شي .

▪ د **Sub-Saharal** افریقا بڼځې .

- هغه ښځې چې ميرونه يې د Sub-saharal افريقا څخه وي .
- هغه ښځې چې د درملو سره معتادې وي د هغوی ميرونه معتاد وي .
- هغه ښځې چې ميرونه يې Bisexual وي (يعنی هم ښځې او هم نر ته جنسی ميلان ولري .

- هغه ښځې چې ميره يې Hemophilia وي .
- هغه ښځې چې Over seas يا ليری مناطقوکې Blood Transfusion کړي وي .

11. Down (hcG) α Fetoprotein and oestrodiol) triple test د (سندروم دپاره).

د صدر راديو گرافي

يو اڅې هغه ښځو ته توصيه کېږي چې يا د توبرکلوز فامیلی تاريخچه ولري او يا د لرې مناطقو څخه په کومو کې چې TB يوه Endemic ناروغې وی راغلی وي . او اکثراً د حمل د ۱۴ اونيو څخه وروسته ترسره کېږي .
درملنه :

1. د حامله ښځې او Antenatal کلينیک د Staff تر منځ بايدد صميميت يوه فضا شتون ولری .

2. ښځې ته دا وښايي چې هغه چېرته کولای شي د خپل حمل او زيږيدنه په هکله معلومات لاسته راوړی لکه :

- هغه کتابونه چې په لاس کې لرو .
 - د Mother craft يا مور کيدو کورسونه يا ټولگی .
 - د استرخا يا استراحت صفونه
3. هغه موضوع گانې ورسره مطرح کړي چې د عامه صحت لپاره گټور وي .

۴. طبي ټولنيزو کارکوونکو ته هدايت ورکړي تر څو د ښځې ستونځی مثلاً د نورو ماشومانو ساتل او يا نور کورنې ستونځی ولري معلوم يې کړي .

۵. بنځې ته توصیه وکړي چې د غاښونو د ډاکټر سره مشوره او لیدنه وکړي ځکه د حمل پوخت کې د غاښونو مراقبت مفت وي .

۶. غذايي توصیې باید د بنځې لپاره وشي . دا توصیه ممکن یوه ساده توصیه وي ځکه چې په (United Kingdom) U.K لکه لندن کې اکثرًا خلک د یو مناسب غذايي رژیم څخه ډېر قوی غذايي رژیم لري . دغه نظریه چې بنځه (حامله) ده د دوه نفرو په اندازه خوراک وکړي باید نهی شي ځکه چې حامله بنځه یواځې ۵۰۰ kcal اضافی انرژي ته ددې لپاره چې د جنین نارمل وده صورت ونیسي اړتیا لري .

Vegan یا نبات پرست (یعنی هغه څوک چې نه حیوانی محصولات خوری او نه یې اغوندي) خلک ممکن خاصو توصیهو ته چې د یو غذايي ماهر لخوا ورکول کېږي اړتیا ولري .

خصوصاً د یو مناسب غذايي رژیم د برابرولو لپاره د حمل په ټوله موده کې چې په هغه کې ځینې ضروري امینو اسیدونه شامل دي .

په عین ترتیب ځنې اسیایي نژاده بنځې چې په شمالي نیمه کره کې ژوند کوي هم ممکن یو تعداد غذايي توصیهو ته ددې لپاره چې اضافی ویتامین D د همدې ویتامین د فقدان د منځته راتلو څخه مخنیوی وکړي اړتیا لري .

۷. د اوسپنې د اضافی مقدار د ورکولو په هکله هم باید غور وشي . په عادی حالت کې حامله بنځو ته د اوسپنې د مستحضراتو ورکول دمباحثی لاندې دی . زیاتره ولادی ډاکټران یواځې عادی مقدار اوسپنه د هغه بنځو لپاره چې Hb یې د ۵، ۱۲ g/dl څخه کم وي او یا هغه بنځې چې M.C.V کې د ۴۸ fl څخه کم وي توصیه کوي . نور دلایل چې د هغې له مخې باید اوسپنه توصیه شي عبارت دی له Multiple Pregnancy او یا آخرنی حمل او اوسنی حمل تر منځ دوکاله نه مصافه کمه وي .

د ډېرو بنځو د هموگلوبین سویه ممکن ۱ gr/dl د هغه Hemodilation له کبله لږ شي چې د حمل په وخت کې پیدا کېږي .

که چیرې اوسپنه توصیه کپړې نو باید د غذا سره توصیه شي ځکه چې اوسپنه Ferrous په شکل ښه جذبېږي او دغه شکل د ویتامین C په موجودیت کې په بهترین شکل سرته رسېږي .

په غیر امیدوارو ښځو کې فکر کپړې چې یواځې ۱۰% اوسپنه جذبېږي او دغه اندازه فکر کپړې چې د حمل په وخت کې دوه چنډ کیږي . کله چې اضافی مقدار توصیه کوي باید کونښن وکړي چې ۱۰۰ ملی گرامه په ورځ کې توصیه کړي . (۱-۲) جدول د عادی اوسپنی تابلیتونو لست شته .

8. ویتامیني مستحضرات : دغه مستحضرات اکثراً د هغه ښځو لپاره ضرور نه دی چې مناسب غذایی رژیم ولري . په دې ځای کې یواځې یوه استثنا د Folic acid موجوده ده چې دغه ویتامین په ډیرو غذایی رژیمونو کې یواځې کافی (یعنی هیڅ اضافه نه وي) وي . د حمل په وخت کې دې ویتامین ته د ۵۰ Micg/day څخه تر ۳۰۰ Micg/day ته اړتیا زیاتېږي . نو په دې لحاظ ډیرو ښځو ته په وقایوی شکل هغه Ferrous مستحضرات ورکول کېږي چې Folic Acid هم لري (۵۰۰ mg/day) .

د اوسپني د تابلیتونو محتوي

	Dose (mg)	Ferrous iron content (mg)
Ferrous sulphate (dried)	200	60
Ferrous sulphate	300	60
Ferrous fumarate	200	65
Ferrous gluconate	300	35
Ferrous succinate	100	35

(۱-۲) جدول : په عام ډول د اوسپني د تابلیتونو دوز او محتوی په نسخه کې راښی

خاصې لیدنې:

۱۶ اونۍ : (α - Fetoprotein) : د عصبی یا Neural تیوب نقیصی NTD په England او wales کې د ولادې اښارملیتو ۵۰% تشکیلوی . ځینې

روغتونونه دارزیابی یو پروگرام د مورپه سیروم کې **Fetoprotein - α** د موجودیت دنظره پشنهاد کوي. دغه تست د امیدواری د مودې سره ډېر حساس دی او په بهتر شکل په ۱۶ اونۍ کې چک شى ددې تست مثبت نتیجه دا معنی لري چې حامله بنځه باید ډېر درست التراسونډ ته ولیږل شي. او که چېرې داممکنه نه وي نو په دې صورت کې د **Amniocentesis** یا امینوتیک مایع ویستل ددې لپاره ترسره شي. چې په دې مایع کې د **Fetoprotein - α** سویه وټاکل شي. که چېرې دا لوړ وي په دې صورت کې حمل ته خاتمه ورکول توصیه کیږي او په **Alternative** ډول د **Fetoprotein - α** سویه کموالی چې په **Downsynd** دلالت کوي. نو باید د **Oestriol** او **hCG** سویه د ۲۱ - **Trisomy** لپاره معاینه شي.

د ۱۶ - ۲۰ اونیو پورې د التراسونډ معاینات: په اوس وخت کې د **Uk** تقریباً زیاتره روغتونونه په ۱۶ - ۲۰ اونیو کې التراسونډ توصیه کول چې هدف یې دا دی:

- تر څو د حمل موده په درست شکل معلومه کړی.
 - چې د جنین لوی ساختمانې سوی تشکلات معلوم کړي.
 - **Multiple pregnancy** معلومه کړی.
 - د **Down synd** لپاره معاینات (**Nuchal pad**).
 - د مور او ماشوم ترمنځ د توافق زیاتوالی.
- التراسونډ هغه اواز استعمالوی چې انسان ددې **Frequency** د اوریدلو توان نلري.

تخمینی اندازه دهغه صوتونو څخه جوړېږي کوم چې د التراسونډ د امواجو د منعکس کیدو څخه چې دانساجو د حدوداتو یا د انساجوپه منځ کې دنامنظمو برخو د موجودیت د کبله واقع کېږي. د التراسونډ یو کوچنی سیاله د نسج داخل ته لیږدول کېږي او په عین برخه کې **Recorder** کړي چې **Transducer** صوت لټوی یا تحقیق کوي. یو ډیر قوی کمپیوتر دغه

اصوات دوباره د یو تلویزیون په پرده باندې سموی تر څو د همدې نسج یو تخمینی عکس وښایي . د انساجو د سرحد او التراسوند ماشین تر منځ فاصله کولای شو د هغه وخت د تفاوت په واسطه معلومه کړو چې دهر اواز د انعکاس په وخت کې په مصرف رسېږي .

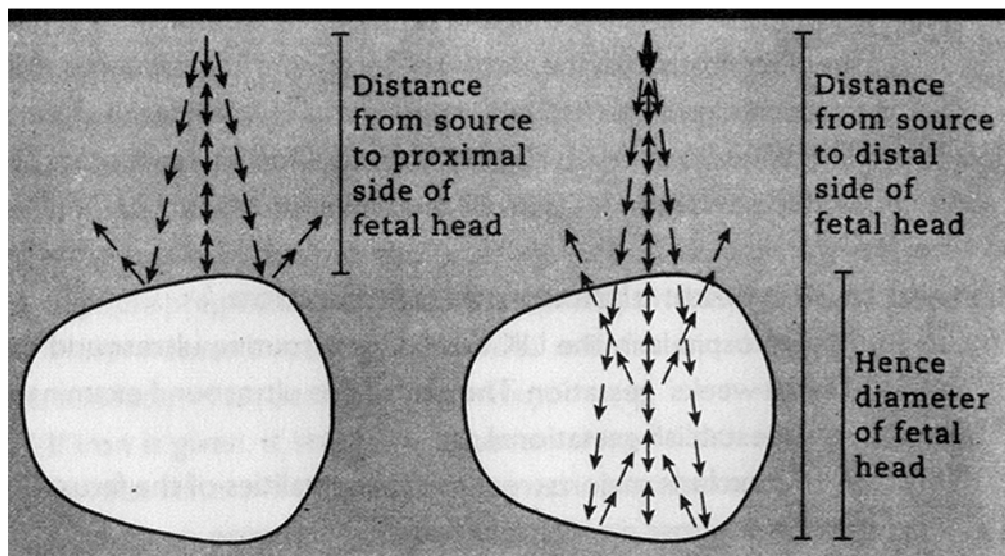
په ۱۶- ۲۰ اونیو د معمول التراسوند لیدنې په وخت کې لاندې شیان ارزیابی کېږي :

▪ د جنین فخذ اوږدوالی **fetal femurlength (FL)** او ددوه جداری هډوکو تر منځ قطر **Biparietal diameter (BPD)** اندازه کېږي دغه اندازه کېږي . ددې لپاره اخستل کېږي چې د ماشوم دقیق عمر معلوم کړي .

▪ ددې لپاره چې **Multiple Pregnancy** تشخیص شي .
▪ پلاستا موقعیت معلوم شي . په دې مرحله کې تقریباً ۵ % ښځې داسې پلاستا لري چې د رحم په لاندې برخه کې موقعیت لري . د زیږیدنه په وخت کې ممکن یواځې د ۵ ، ۰ % ښځې **Placenta Praevia** ولري .
▪ دغه نوعه ښځو ته باید په ۳۴ اونیو کې یو دوباره معاینه توصیه شي .

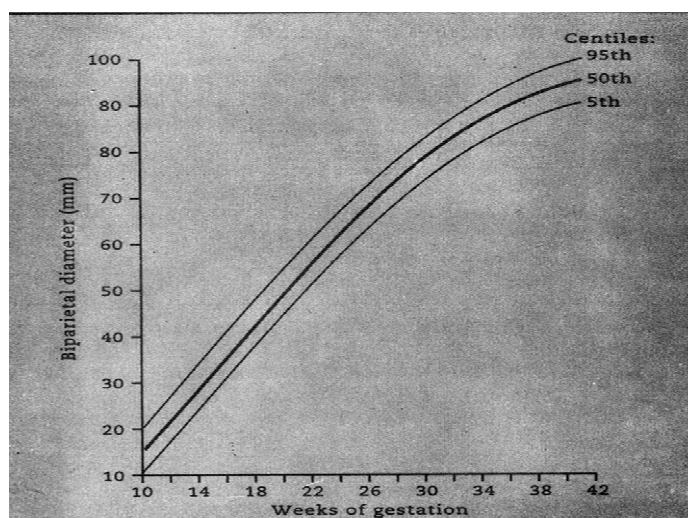
▪ ددې لپاره چې لوی جنینی اېنارملټی د لاندې عواملو په واسطه رد شي .

جنين د سر اندازه کونه د التراسونډ په واسطه



(۱- ۲) تصوير : په دې تصوير کې د مشترکو منابعو او پيدا کوونکو منابعو څخه د Transducer په واسطه د التراسونډ موجي د مستقيمو خطونو په واسطه بنیې ، یواځې هغه موجي چې په ۹۰ درجو باندې وارد شوي وي بیرته په خپل سیر انعکاس کوي ، نو د ماشوم د سر د پورتنې او بنکتنې برخې ترمنځ فاصله اندازه کېږي چې دا فاصله د یو ملی متر پورې توپیر وکړي حساس دی . ؟

د Biparietal قطر



(۲- ۲) تصوير : د Biparietal قطر اندازه کېږي چې د امیندواری د عمر ودي رابنې :

الف . د هغو کتلو یا Cystic خلاگانو مستقیم پیژندل چې د جنین په داخل کې وي او یا

د هغه سره تماس ولري .

ب .

د جنین د معدوم قسمتونو پیژندل لکه د ماشوم د سر نشتوالی د **Anencephaly** په پېښو کې .

ت . د هغو ساختمانونو د تغیراتو پیژندل چې د اېنارملټی سره نژدوالی لري مثلاً متوسع معده او اثنا عشر (**double bubble**) چې د اثنا عشر په **Atrisia** کې لیدل کېږي .

ث . د ودې د غیر نارمل اقسامو د پیژندنې لپاره مثلاً د طرفو لنډوالی د **Dwarfism** په پېښو کې .

ج . **Nuchalfat pad** په سکرین باندې ضخیم ښکاره شي د **Down synd rome**

ماشومانو لپاره چې غیر نارمل نه جوړیدونکی ساختمان لري خاص دی .

د . دا خبره هم باید ذکر شي چې ډیرې ښځې غواړي او تلوسه لري چې التراسونډ پخپله وگوري او مینه لري چې خپل ماشوم د زیږیدو څخه مخکې وگوري

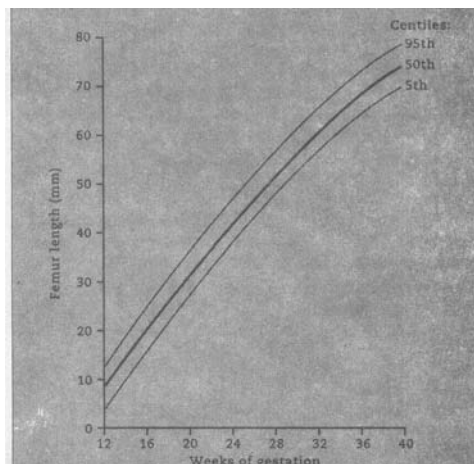
..

وروستی لیدنې: که چیرې د ریزرف شویو لیدنو څخه نیولای تر التراسونډ پورې

ټول نارمل وي په دې صورت کې ښځه اکثراً په لاندې ډول معاینه کېږي:

▪ میاشت په میاشت په ۲۰ ، ۲۴ ، ۲۸ او ۳۲ اونیو کې .

د جنین د فیمور د اندازه کولو وده



(۲-۳) تصویر: د جنین د فخذ د هډوکي د اوږدوالي اندازه کول د امیدواری د عمر د تعیین رابنۍ

- دوه اونۍ وروسته په ۳۴ او ۳۶ اونۍ کې .
- هره اونۍ د ۳۷ اونۍ څخه تر زیږیدنه پورې .
- په ټولو لیدنو کې : ۱. د وروستیو پیښو تاریخچه ارزیابي کړي او په وروستیو لیدنو کې په دې باندې ځان متیقن کړي چې جنین حرکت کوي .
- ۲. معاینه وروستی وزن دا یوه شفاهی بڼه لري او زیاتره د مور په گټه وي که څه هم د وزن زیاتیدل د حمل په اوخرو کې ناپیژندل شوي ازیما باندې دلالت کوي .
- د شحم زیاتوالی د حمل په وخت کې مشکل دی چې کم شي .
- د وینې فشار .
- د رحم او دهغې د محتویاتو وده .
- ادرار باید د پروتین او گلوکوز د نظره معاینه شي . دا هم یوه رواجی خبره ده او د فرط فشار **Hypertension** په عدم موجودیت کې د پروتین د موجودیت لپاره د تست کول د کم ارزښت لرونکی وي .
- په اضافی شکل په ۲۸ اونيو کې معاینه کول :
- **Hb** باید چک شي .
- که چیرې د بنځې **Rh** منفی وي په دې صورت کې دې باید د **Rh Antibody** له نظره بنځه چک شي .
- په اوس وخت کې ډېر ډاکټران د حمل د وخت **Diabet** لپاره معاینات کوي او دا د مړښت په وخت کې د وینې د گلوکوز په واسطه په ۲۸ او ۳۴ اونيو کې سرته رسوی .
- په ۳۲ اونۍ کې او دهغې څخه وروسته : په دې صورت کې جنین قرار یا **lie** او اعتلان یا **Presentation** چک کړي .
- په اضافی شکل په ۳۶ اونيو کې :
- د **Hb** سویه چک کړي .

- که چیرې ناروغ Rh منفی وي په دې صورت کې د Anti body موجودیت چک کړي .
- که اعتلان Cephalic وي آیا راس Engage شوي دی

۴۱- ۴۲ اونۍ تر منځ :

د رحم عنق معاینه کول مرسته کوي ترڅو د کامیاب Induction چانس شته که ورته ضرورت شي .

میندو ته هدایت یا توصیه :

پرتله د غذایی او اجتماعي صحي معلوماتو څخه چې باید د ریزرف په وخت کې بنځې ته قابل د استفادی وي ورکړل شي . د لاندنیو حالاتو په هکله باید په خاص ډول خبری وشي .

سگرت خنبل: عاداتي زیات خنبل د سگرت دکوچنې وزن لرونکې ماشوم زیږیدنه سره اړیکې لري همدارنگه د کوچنی ماشوم د پیداکیدو سبب کېږي . همدارنگه ددې شواهد شته چې هغه ماشومان چې د ډیر زیات سگرت څښونکو میندو څخه پیدا شوي وي په خپل راتلونکي ژوند کې د ډیر کم ذکاوت خاوندان وي . حامله بنځې باید تشویق شي چې په ورځ کې د خپلو سگرتو تعداد پنځو دانو ته لږ کړي او یا ډیر ترجیحی شکل یې کاملاً پریردي . همدارنگه باید ووايو چې د حد څخه زیات فشار هم باید پرې رانه وستل شي ځکه چې زیات اضطراب Anxiety هم ممکن خطرناک وي .

جماع کول: د حمل په وخت کې جماع تر هغه وخته پورې منع نه ده ترڅو چې بنځه مهبلې خونریزي پیدا نه کړي . ممکن د حمل په اواخرو کې میخانیکي ستونځی منځته راشي ، نو په دې لحاظ د جماع په وخت کې داوضعت او حالت یو ضروری کارشي مثلاً باید د میږه د پاسه قرار ونیسی .

الکول: الکول یو حجروي مسموم کوونکی دی او تاثیرات یې په دوز پورې اړه لري. نوموړې ماده د پلاستنا څخه په اسانۍ تیریرې او په دې لحاظ د لویانو په شان جنین هم متاثر کولای شي.

د حمل په وخت کې ډیر څښکل **Fetal Alcohol syndrome** د منځته راتلو سبب کېږي چې متصف دی؟ په لنډیزه د بارزه یا **Bridge** یې ټیټ وي کوچنۍ سترګې د یو نری جفنی **fissure** سر یو ځای او دماغی تاخو ورسره وي.

د الکول د نسبتاً کم مقدار د څښکلو له کبله په ماشوم کې د منځني **Trimester** د سقط واقعات زیاتیري د ماشوم ذکاوت متاثره او د ودې د تاخر سبب کېږي.

استراحت او تمرین: حتی په نارمل حمل کې هم هغه اضافي وزن چې د بنځې په واسطه انتقالېږي ممکن د هغه د سترتیا احساس زیات کړي. قابل احساس تمرینونه لکه قدم وهل یا لامبل او یا منظم تمرینات چې بنځه ورسره عادت وي لکه آس زغلوونه (**Aerobics**) ممکن د حمل په وخت کې ورته اجازه ورکړل شي.

په عین وخت کې بنځې ته باید توصیه وشي چې باید با احساسه وي او خپل ځان ته خاصه پاملرنه وکړي. خصوصاً په هغه وخت کې استراحت وکړي چې سترې وي.

ډیر ډاکټران د ماسپینین له خوا لږ تر لږه د یو ساعت لپاره استراحت د حمل په دوهمې نیمایي کې توصیه کوي.

سفر کول: بنځه باید یوازې تر هغه مصافې پورې سفر وکړي چې هغه هوسا او مسترح وي. د اوږدو واټن لپاره هوايي سفر نسبت ځمکنی سفر ته بهتر دی. لاکن هوايي کرښی کولای شي د هغو بنځو سفر چې حمل یې د ۳۴ اونيو څخه زیات وي د بین المللی سفر دپاره ونه مني او که د ۳۶ اونيو څخه زیات وي نو د ځمکې سفر ته هم اجازه ور نکړي. (د نهايي تصمیم نیوونکو کار دی نه د **Travel Agent**.) ؟

د موټر په واسطه د اوږدو سفرونو په وخت کې باید هر دوه ساعته وروسته بريك ونيول شي او بنځه باید یوې لنډې مصافې پورې قدم ووهی.

کالی: بنځو ته باید توصیه وشي چې بنکلی بنایسته کالی واغوندي چې وجود یې په کې آرام وي .

سینه بند اکثراً د حمل تر اخرو وختونو پورې ضرور نه وي لاکن بنځو ته باید توصیه وشي چې کله پوهې شي چې د دوی اوسنی سینه بند د ثدیه د محافظی لپاره کافی نه دی بیا ژر یو بل سینه بند چې د ثدیه د Support دپاره کافی وی واغوندي .

د حمل په وخت کې باید داسې بوتان توصیه شي چې هموار تلی ولري ځکه لوړ تلی لرونکې بوتان د ملا د رابطو د زیات کشش او د زیاتیدونکی Lardosis سبب کېږي . بطني کمربندونه پخوانی جوړ شوي مواد دي چې ثابت شوي ارزښت په امیدواری کې نلري .

حمام کول: هر کله چې ضروری وي یا د بنځې علاقه وي کولای شي حمام وکړي لاکن مهبلې دوش باید استعمال نکړي .

امعا: امیدواری د بنځې د قبض سبب کېږي چې علت یې د پروجسترون د تاثیراتو له کبله چې د ملسا عضلاتو د استراخت سبب کېږي . او دا حالت د مایعاتو د زیات څښلو په واسطه په ښه شکل تداوی کېږي همدارنگه تازه میوې او هغه خواړه چې زیات الیاف یا Fiber لري هم ډېر موثر دي . Laxative باید تر هغه پورې استعمال نه شي ترڅو چې قبضیت عرضی شوي نه وي .

د زیریدنه پیل کیدل یا پینیدل : ډېر لومړی ځلی یا (اول باری) بنځې د داسې کوی خاصې پینې طمه نلري ، (۱۰%) څخه زیاتې بنځې د درد د کبله مراجعه کوي مگر وروسته ثابتېږي چې د زیریدنه درد نلري بنځو ته توصیه وکړی چې د زیریدنه درد د لاندنیو حالاتو څخه دیوه سره ملگری وي .

1. منظم دردناکه تقلصات چې د نری ملا څخه پیل او د بطن بنکتني برخې ته خپرېږي چې په دې حالت کې لومړی ځلی بنځې ته اکثراً توصیه کېږي، که چیرې دا ډول دردونه او تقلصات په هر ۲۰ دقیقو کې پیدا شول باید روغتون ته مراجعه وکړي .

2. یو نرزی یا مخاطی منظره چې دا یوه ضروري علامه د زیږیدنه نده ، که چیرې دغه علامه د رحمی تقلصاتو سره یو ځای وي بنځې ته باید توصیه وشي چې په کور کې پاتې نه شي .

3. د غشاءگانو خیری کیدل چې د امینوتیک مایع د یو سریع جریان سره ملگری وي چې په دې حالت کې باید بنځې ته توصیه وشي چې ډېر ژر روغتون ته مراجعه وکړي ځکه چې په دې حالت کې د حبل ، Prolaps خطر موجود وي . په دې خبره باید تاءکید وشي چې که چیرې بنځه فکر کوي چې زیږیدنه کوي نو بهتره به دا وي چې روغتون ته مراجعه وکړي . حتی که د زیږیدنه په صفحه کې هم نه وي بیا هم د رحمی درد ډیر سببونه خطرناکه او جدی وي چې باید د زیږیدنه وارډ کې ارزیابی شي .

روانی یا روحی تیاری نیول :

امیدواری او زیږیدنه د ډېرو بنځو لپاره یو خفگان دی معمولاً د لاندني حالاتو څخه ویره موجوده وي .

- نامعلوم .
- داسې ویره چې ممکن یو غیر نورمال ماشوم پیدا شي ، یا وزیرېږي .
- یو مړ ماشوم تولد شي .
- د هغه درد له کبله چې د زیږیدنه سره ملگری وي .
- د ډیرو بنځو ویره ممکن د مناسب قبل الولادي (Antenatal) احتمالاتو او همدانگه د هغې څخه دخواهش کولو په واسطه چې په Antenatal کلینیک کې کومې پوښتنې چې لري وکړي چې ددې دوو کارونو په واسطه د ډیرو بنځو ویره لرې کیدای شي بنځې او د هغوی میرونه باید تشویق شي چې د خپل راتلونکي اولاد په هکله بحث وکړي همدارنگه د زیږیدنه په هکله هم خبرې وکړي . دایو حقیقت دی چې Antenatal Clinic یو مشغول ځای دی لاکن ډاکتران او قابلې باید دې خبرې ته متوجه وي چې بنځې پرینودل شي خپله ویره او نور ستونځی په تفصیل سره بیان کړي او اجازه ورکړي شي چې پوښتنې وکړي .

روانې وقایه: ددې خبرې مقصد دا دی چې دغه انعکاس او ویره له منځه یوسی هغه چې وایي ټول زیږیدنېونه دردناکه وي . په غیر ثبوت شوي شکل نوي انعکاسات تدریس کېږي او زاړه انعکاساتو ته تغیر ورکول کېږي . ددې تدریساتو مقصد دا دی چې که د یوې بڼې د درد قدمه لوړه شي . دغه تخنیک د لاندنیو پدیدو په واسطه کوښښ کوي چې درد کم کړي .

1. بڼه دې ټکي ته چمتو او تربیه کړي چې د زیږون په وخت کې په هغه باندې څه پېښېږي .

2. بڼې ته تمرین ښودل ترڅو چې دماغی فعالیت یې کم شي .

▪ په لومړۍ مرحله کې : د تقلصاتو تر منځ مصافحه کې بطني تنفس کول او د تقلصاتو په وخت کې سطحی او سریع تنفس کول .

▪ په انتقالی مرحله او د دوهمې مرحلې په ابتدایي وختونو کې باید په دې مرحله کې **Distraction therapy** وشي داسې تداوي چې د بڼې توجه د یوه اواز یا منظري په واسطه بلې خواته وگرځول شي ، مثلاً ممکن هغوی ته که یو شعر یا سرود وښودل شي او بیا ددې شعر د نظم سره هغه بڼه خپل لاسونه خپله سینه وټپوي (د ډهل په شان) او یا د بل چا د لاسونو سره وټپوي .

▪ په دوهمه مرحله کې بڼې ته فشاري تنفس ورکول ښودل کېږي ، چې د حجاب حاجز او د بطن د پورتنۍ برخې نیول قبص کول هم پکې شامل دي . ددې لپاره چې رواني وقایه په ښه شکل سرته ورسېږي لاندې کارونه ضروري دي .

▪ په مناسب شکل تربیه شوي بڼې .

▪ په مناسب شکل تربیه شوي ډاکټران او قابله گانې ، چې د بڼې یا بڼو په ضرورتونو او هغو میتودونو باندې پوهې وي چې ضروري وي . همدارنگه د زیږیدنې کوونکې بڼې سره علاقمندی وي .

خطر ونه:

▪ که چیرې دغه میتود ناکام شي او بنځې حقیقی Analgesia ته خواهش وکړي . ممکن هغه یو قابل ملاحظه د ناکامی احساس وکړي .

▪ د CO2 سویه بنکته کېږي ، ممکن دغه Over Breathing یا د حد څخه زیات تنفس کول د مخ تیتانی (Facial Tetany) سبب شي که څه هم دغه حالت په کاغذی حلقه کی د تنفس کولو په واسطه له مینځه ځي .

د خوب په واسطه تداوي کول : د زیریدنه د درد د مخنیوي لپاره د خوب څخه استفاده کول د بنځې سره په Antenetal مرحله کې زیات زیار ایستلو ته اړتیا لري او په بنځو کې د حد څخه زیات گټور کیدای شي چې پېښ شي . حتی هغه بنځې چې ډیر عمیق خوب د توافق شوي Standard میتودونو په واسطه حاصلوی هم ممکن د زیریدنه په وخت کې Analgesia حاصله نه کړي . په لنډه توگه دغه تخنیک لاندنیو شیانو ته اړتیا لري

• یو ماهر خوب راوړونکی Hypnotist هغه څوک چې په Antenetal کې بنځه تربیه او چمتو کوي او ممکن د هغه موجودیت د زیریدنه په وخت کې لازم وي .

• یو مساعد ناروغ داسې تخمین شوي دی ممکن ۹۰ % بنځې ددې طریقې په واسطه ویدې یا Hypnotized شي خو یوازې له دې جملې څخه ۵۰ % یې د هر ډول خوب راوړونکي لپاره مساعد وی .

Analgesia چې د یوې کامیابې Hypnotherapy په واسطه منځ ته راغلي وي ممکن اکثراً د ملاحظې وړ وي او ددې ډېر راپورونه تر لاسه شوي دي ، چې یواځې د Hypnotherapy په واسطه Cesarean section عملیه تر سره شوېده .

د جنین د ښه والي ارزیابی (Assessment of fetal well-being) :
ولادی ډاکتره د زیریدنه په وخت کې د دوه تنو د صحت او روغتیا د مراقبت

مسئوله ده . چې يو يې جنين دى . دغه غايب ناروغ د لاندې موانعو په واسطه ساتل کيږي .

• **Anatomical** : چې کولای شو تر يوې اندازې په دغه مانع د التراسونډ په واسطه لری کړو .

• **Physiological** دغه حالت په يو لړ هغه متقابلو (پوهيدلوته اړتيا لری) عملونو باندې چې د مور او ماشوم د فزيالوژي تر منځ موجود دی .

د اندازه کولو میتودونه (Methods of Measurement) :

کلنيکی :

د رحم وده : د حمل په لومړنيو اونيو کې دا وده د دوه لاسي معاینې په واسطه سرته رسيږي د ۱۲ اونيو څخه وروسته دغه اندازه د رحم د **Funds** د ودی د تخمین په واسطه چې د يو فيټې په واسطه سرته رسيږي اجرا کيږي .

په منطقی شکل دغه پورتنې دواړه حالتونه باید د يوه شخص په واسطه سرته ورسېږي .

د جنين وده : کله چې د لومړي ځل لپاره په ۲۶-۲۸ اونيو کې جنين په واضح ډول احساس شي . لاندې شيان د سریري له نظره ارزيايي کيږي .

• د جنين جسامت

• د رحم جسامت

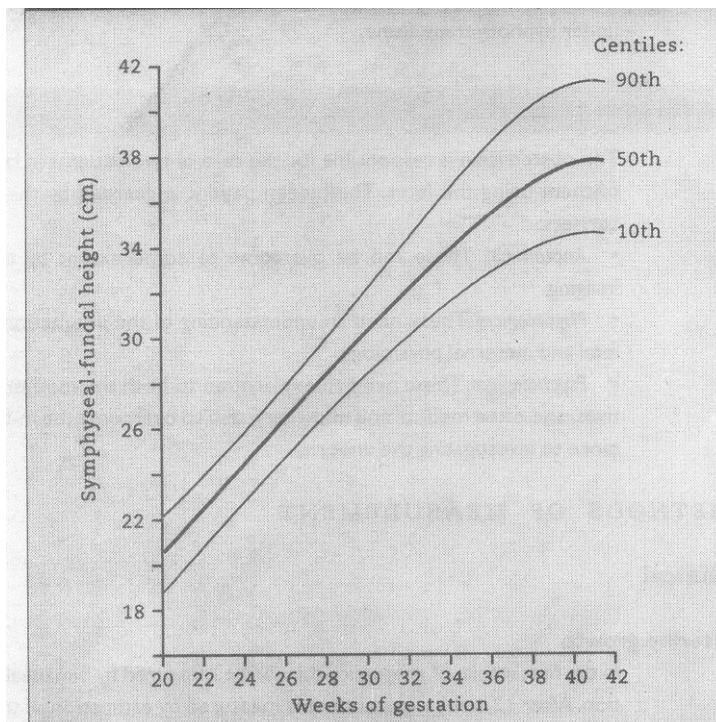
• د امنيوتیک مايع مقدار

کلنيکي ارزيايي ډېره ضروري خبره ده . حتی په ډېرو ماهرو لاسونو کې يوازې ۴۰% کوچني ماشومان ممکن تشخيص شي د هغو ماشومانو له جملې څخه چې کوچنی ثابت شوی ۶۰% ممکن د زيږيدنه په وخت کې کوچني نه وي .

د عانی د رحم د غور لوروالې اندازه کول:

د فیتې استعمالول ددې لپاره چې د رحم غور د لوړوالي په سلسلوي شکل معلوم شي دا ثابت شوي ده چې دغه کار نسبت مستقیم کلینیکي جس کولو ته چې د کوچني ماشوم د تشخیص کولو لپاره تر سره کېږي ډیر صحیح وي .

د عاني او د رحم د غور لوړوالی



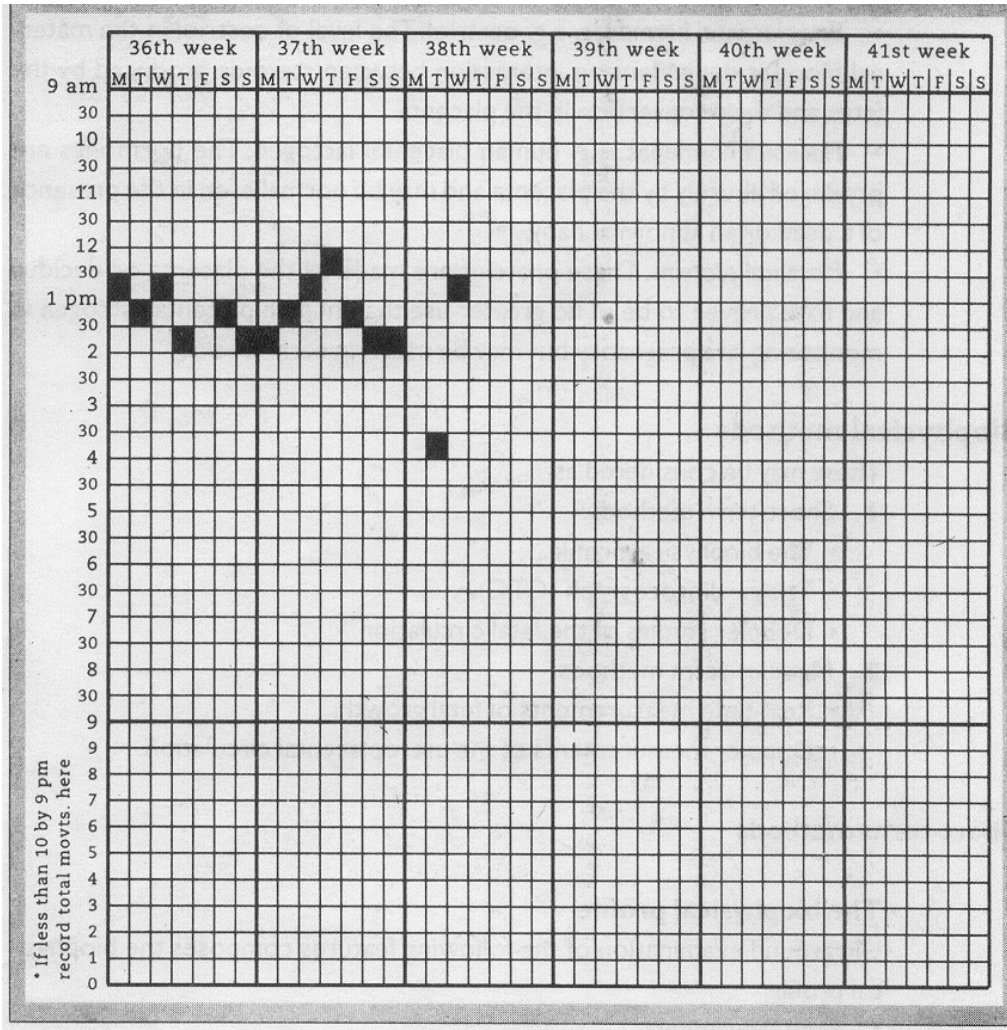
(۲-۴) تصویر د نارملې امیدواری په وخت کې د عانی د غور څخه د ودې زیاتوالی رانېسي: دغه اندازه کونه باید په پرله پسې یا سلسلوی شکل تر سره شي او هغه بنځې چې اندازه یې د نارمل څخه کوچنې وي باید التراسونډ ته ولیږل شي . د نورو میتودونو په شان دا میتود هم نشی کولای چې لوی یا غټ ماشومان معلوم کړي

دمورارزیابی کول د جنین د حرکاتو د نظره: دغه کار ممکن په لاندې

ډول ترسره شي:

- مور باید لس جنیني حرکات حساب کړي او په یوه چارت کې یې درج کړي له هغې څخه هیله کېږي چې دغه حرکات د سهار له نهو بجو څخه ثبت کړي او بیا هغه وخت هم یاداشت کړي چې لسم آواز یې په کې اوریدلی وي که چیرې لسم آواز د

Cardiff Count په لسم چارت



(۲-۵) تصویر: په Cardiff Count کې د ماشوم د لسو حرکاتو د فعالیت چارت راښی، شپې له نهو بجو څخه وروسته او وریدل شي په دې صورت کې د ښځې څخه غوښتنه کېږي چې روغتون ته ولاړه شي او پرمختللی معاینې وکړي چې اکثراً (C.T.G) یا Cardiotocograph توصیه کېږي.

د

ساعتونو مشخص حسابول: د ښځې څخه هیله کېږي چې دوړځي یو مناسب وخت معلوم کړي او بیاد ماشوم حرکات چې د یو ساعت په موده کې واقع کېږي حساب کړي او همدا ساعت دې هره ورځ تکراروي. که چېرې د ماشوم د حرکاتو په تعداد کې کموالی منځ ته راغلی وي، باید روغتون ته اطلاع ورکړل شي. اوسنی کتنی دا خبره پیشنهاد کوي، د مور تشویقول چې د ماشوم حرکات

حساب کړي په هغه امیدواریو کې د اهمیت وړ وي چې د لوړ خطر لاندې وي، لاکن دوی په هغه امیدواری کې چې د کم خطر سره مخامخ وي د مړ ماشوم د زیرېدنې څخه مخنیوی نشی کولای .

بیوشمیک تستونه: دغه تستونه په زیاتې اندازې د حیاتي فزیکي (Biophysical) په واسطه معاوضه شوي دي ترڅو د جنین صحت پرې د لاندې پدیدو په واسطه ارزیابي شي .

- د نارمل حدودو یو وسیع سلسله چې د حمل په وخت کې اخستل شوې وي .

- په لابراتواري اندازو کې غلطې گانې .

- په ډېرو پېښو کې پرله پسې تست کولو ته د ضرورت پیدا کیدل .

دغه تستونه په عمومي صورت په لاندې ډول طبقه بندي شوي .

- **Feto Placental Hormone** هورمونونه : لکه **Oestriol** د

Oestriol سویه د

مور په وینه کې د هغه **Interaction** یا متقابل عمل لپاره اړه لري چې په جنین کې د **Steriol** په جوړیدو او په پلاستنا کې د همدې **Steroids** د تبدیلیدو تر منځ موجود دی .

- پلاستنايي هورمونونه (**Placental Hormones**) لکه **Human**

Placental

Lactogen دغه هورمونونه په بشپړ ډول د پلاستنا په واسطه تولیدېږي او حتی هغه وخت چې یو مړ یا غیر نارمل ماشوم هم موجود وي وجود لري .

- **Placental Protein**: دغه پروتینونه د پلاستنا په واسطه

جوړېږي او دا ثابت شوي ده چې دوی نور زیات د استعمال وړ نه دي اوله دوی څخه **Human Placental Lactogen** د حمل داخلي دورې د نظارت لپاره بهتره گڼل شوي دي . خو کیدای شي په رومبنيو اونیو کې زیات استعمال شي .

حیاتي فزیکي میتود : دوی ممکن په دې لاندې دوو گروپونو کې

خلاصه شي :

hort Term Methods

- حیاتي فزيکي يا **Biophysical** منظره
- **C.T.G** يا **Cardiotocograph**
- د جنيني دوران په هکله د **Doppler** څيړنې
- متوسط وخت لرونکي میتودونه :
- په يقيني توگه د ماشوم د ودې اندازه
- د رحم او پلاستا د دوران په هکله د **Doppler** په واسطه اندازه

:Short Term Method

حیاتي فزيکي منظره : د لاندې منظرو التراسونډ معاینه فزيکي منظره جوړه وی .

- جنيني حرکات
- د جنين تنفسي حرکات
- د جنين قوام يا **Tone**
- د امنيوتیک مايع مقدار يا حجم
- **C.T.G**
- د پورتنیو ټولو تستونو ۲۰ % غلطه مثبتہ (**False Positive**) نتیجه ورکوي که
- چپرې دا تستونه په يو ځای شکل (**Combination**) استعمال شي د غلطې پائيلي سلنه کمېږي .

حیاتي فزيکی منظره يا **Biophysical Profile** ددې د بشپړوالي سره تراوسه په (**U.K**) کې عامه شوې نه ده لاکن دا مناظر استعمالیږي چې ددې جملې څخه **C.T.G** په معمولترین شکل استعمالیږي . علاوه له دې څخه د التراسونډ په واسطه د امنيوتیک مايع اندازه کول په هغه وخت کې تر سره کېږي چې دا ثابتہ شي چې ماشوم د نارمل څخه کوچنی دی .

C.T.G : Doppler Ultrasound په واسطه په قبل الولادي ډول د جنين د زړه ضربان تعداد تثبیتېږي . بر علاوه له دې څخه د جنين حرکات او رحمي فعالیت هم تثبیتېږي البته دغه تثبیت د یو خارجي فشاري Transducer په واسطه سرته رسېږي . د Antenetal مرحلې د C.T.G اهمیت د بحث لاندې دی .
د C.T.G اساسي لوحې عبارت دي له :

۱- د زړه ضربانو شمیر : چې $110 - 160$ beat/minutes وي ددې څخه زیات یا کم اندازه زیږیدنه له مخه کاملاً نادر وي .

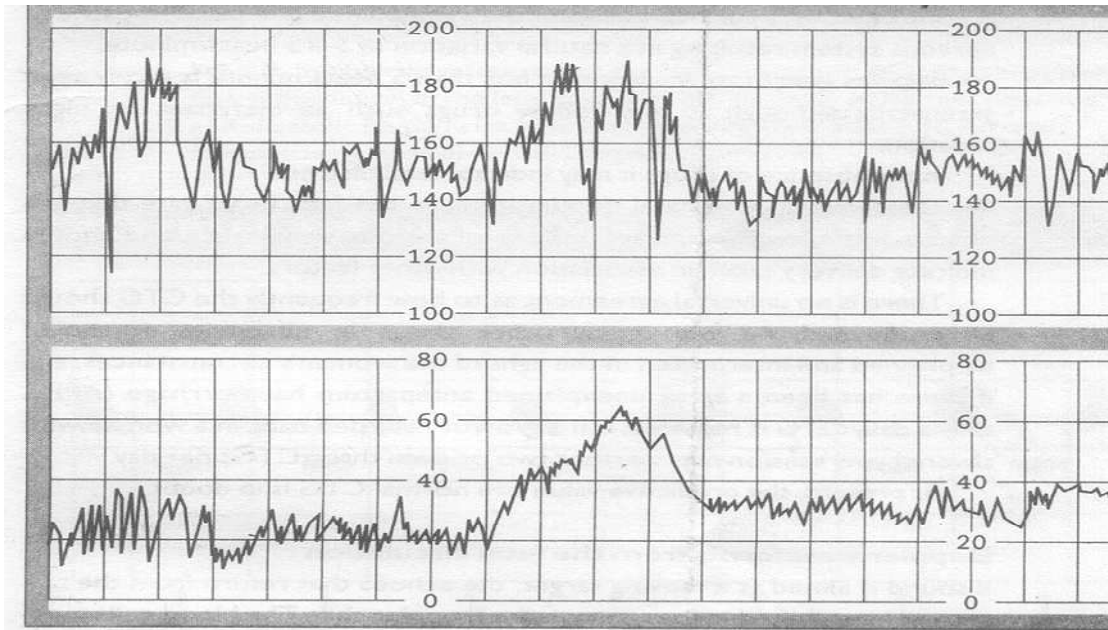
- **Base line bardy cardia** اکثراً د زړه ولادي ناروغې پیشنهاد .
- جنيني **Tachycardia** په ټولو هغو حالاتو کې د لیدلو وړ وي چې د مور د نبض د شمیر د زیاتوالي سبب کېږي، مثلاً د مور **Pyrexia** . که چیرې کوم مورنی سبب ورته معلوم نه شي نو جنيني **Fetal Tachycardia** باید د جنيني **Distress** یا زجرت د یوې علامې په حیث وپېژنی .

R

2.

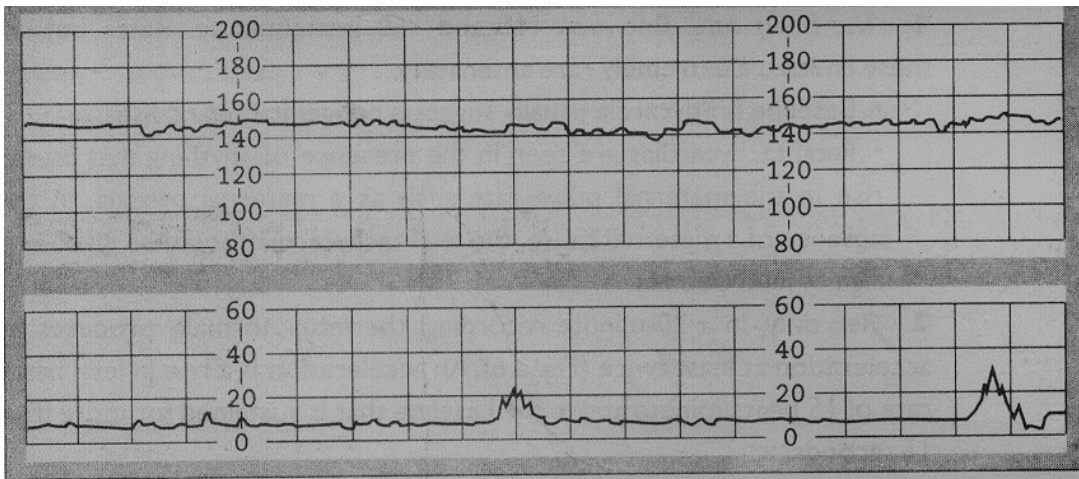
eactivity دوباره فعالیت بنودل یا عکس العمل بنودل **Acceleration** بنایي دشلو دقیقو په موده کې ثبت جنين په نارمل ډول تقریباً دوه چنده څخه کم وي (۲-
۶ تصویر) **Acceleration** تزايد هغه حالت دی چې د جنين د زړه ضربان ۱۵ ضربې په یوه دقیقه کې زیات شي. البته دا د هغې اندازې څخه پورته دی چې کوم د ۱۵ ثانیو څخه د زیات وخت لپاره په تعویق اچول کېږي .
جنين تقریباً تل ویده وي او صرف د ټول وخت ۲% موده کې وینس پاتې کېږي . د جنين د زړه ضربان زیاتوالی یوازې د خوب (**Rapid eye movement (R.E.M)** (د سترگو د سریع رپولو صفحه) کې واقع کېږي . د عمیق خوب موده باید په جنين کې د ۴۰ دقیقو څخه زیات وخت ونه نیسی .

د جنين د زړه سرعت د رحم د تقلصاتو سره



(۶-۲) تصویر: پورتنی گراف د جنين د زړه چټکتيا او لاندني گراف د رحم تقلصات را بنیي

د Baseline د تغيراتو له لاسه ورکول



(۷-۲) تصویر: د Antenatal په دوره کې د CTG د Baseline د تغيراتو د لاسه ورکول را بنیي
 يو C.T.G چې په ۲۰ دقیقو کې دوه يا زيات تزايدونه ولري **Reactive** شمېرل
 کېږي. غير فعال يا **Non Reactive** شواهد بايد د ۴۰ دقیقو څخه زيات وخت
 په دريم **Trimester** کې ونه نیسي.

3. د Base line د توپیر له منځه تلل : د حمل د ۲۶ اونيو څخه وروسته د جنین

د زړه ضربان د Sympathics او Para sympathics اعصابو تر منځ د یوې موازنې په واسطه کنټرولېږي چې په نتیجه کې د یو طبیعي توپیر یعنی (۵- ۱۵ ضربه په یوه دقیقه کې) سبب کېږي .

د Baseline زړه په Rate کې توپیر له په ۵ beat/m څخه کم وي نادراً د زیږیدنه څخه دمخه لیدل کېږي . که څه هم ممکن دغه حادثه د یو مقدار درملو په واسطه تعقیب شي لکه Diazepam او یا د شپي له خوا تسکین .

که چیرې درمل استعمال شوي نه وي او بیا هم یې توپیر له ۵ beat/m څخه کم وي په جنیني زجرت دلالت کوي .

4. کموالی (Deceleration) : د زیږیدنی دمخه د ماشوم د زړه په ضربان

کې کموالی چې د رحمي تقلصاتو سره یو ځای نه وي باید په جدي ډول اهمیت ورکړل شي ځکه چې اول زیږیدنه موثر یا (اشاره کوونکی) دی . داسې کومه نړیواله موافقه نشته چې وایي C.T.G مجموعاً څو ځلې تر سره شي .

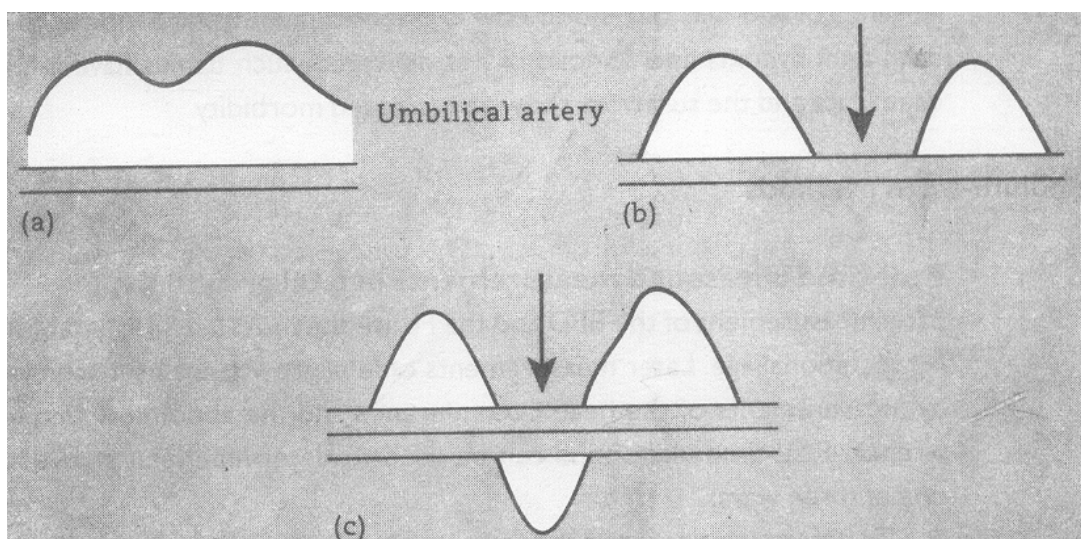
خو دا هم باید د نورو ولادی پېښو په شان وشمېرل شي یعنی د نسڅې د عمومي وضعې په نظر کې نیولو سره دې ورته اقدام وشي مثلاً که چېرې ډېر کم مقدار مخکې د زیږیدنه (Ante partum) خونریزی موجوده وي صرف یو ځل په ورځ کې دې C.T.G تر سره شي .

لاکن په هغه نسڅو کې چې وخیم Hypertension د ماشوم د ودې د تاخر سره موجود وي ممکن په ورځ کې دوه حتی درې ځلې C.T.G ته اړتیا پیدا شي . په اوس وخت کې د نارمل C.T.G تعبیری ارزښت په شک کې دی .

د دوپلر موخپي د ماشوم د وينې د جريان څخه : که چېرې اواز يو متحرك هدف ته متوجه شي . نو هغه صوتي انعکاسات چې د نوموړي جسم څخه بيرته راگرځي په تعداد يا Frequency کې پرې يو تغير Shift پيدا شي چې د (Doppler Shift) په نوم يادېږي ، د وينې حجرات چې په سروی شريان کې سير کوي کيداې شي ممکن د مخکې څخه د Doppler Ultrasound په واسطه کشف شي او په نارملو حاملگيو کې د الف ۸ ، ۲ تصوير په شان منظره غوره کړي .

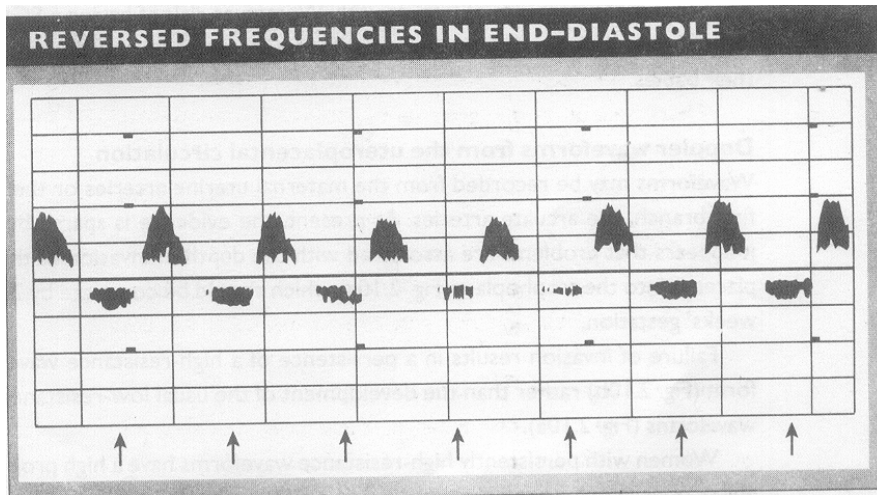
که چېرې پلاستتا کې مقاومت زياتېږي د Doppler تغير شوي Frequency د Diastol په آخری برخه يا صفحه کې د Record وړ نه دی .
ب ۸ ، ۲ تصوير دغه Phenomenon واضح کوي .

د دوپلر موخپي



(۲-۸) تصوير : هغه ونیه چې چېرې حبل سروی د شریانونو څخه جنیني او عیبي چې پلاستتا ته تیرېږي د دوپلر موخپه یې د یو مقاومت سره مخامخ کېږي . a- نورمال b - د دیاستول په اخر کې چې فریکونسي له لاسه ورکوي د زیات مقاومت سره مخامخ کېږي . c- د فریکونسي په بېرته راتگ کې د ډېر زیات مقاومت سره مخامخ کېږي .

د دياستول په آخر کې د فریکونسی بيا منځ ته راتگ



(۲، ۹) تصویر: په دې تصویر کې د دياستول په آخر کې د فریکونسی دوباره منځ ته راتگ رانښيي .

په يو څو کوچنيانو کې ممکن دامواجو په تعداد کې يو برعکس عمل منځ ته راشي يعنی د Diastol په اخرنۍ صفحه کې ، هغه وينه چې بايد O_2 او نورو غذايي تبادلاتو لپاره پلاستتا ته تيره شي بېرته د ماشوم په لور راځي او دا په دې مانا ده چې ماشوم به ډېر ژر مړ شي .

د Doppler موخپي کرښې ساده او په آسانی سره لاسته راځي د پنځه کلونو راهيسی ډيرې مروجې شوي دي . که څه هم په التراسونډ کې يو کوچنی ماشوم وښودل شي او د Doppler معاینات يې (Waveform) نارمل وي په دې صورت کې يې نتيجه ښه وي .

(Doppler) موجي جوړښتونه داسې ښکاري چې د يوې اونۍ دمخه پيشبني کولای شي د مثال په ډول ددې احتمال ډېر کم وي چې د Doppler د يوې اونۍ دمخه معاینه نارمل اوسي او ماشوم يوه اونۍ وروسته مړ شي . د Distol په اخرنۍ برخه کې داسې جريان د دواړو حالاتو وقوعات يعنی Hypoxia او

Acidosis سره ملگري وي . که چېرې دغه ماشومان تولد نه شي ددوی د مرگ فیصدي ډیره زیاته ده او که مړه هم نه شي نود معیوبیت اندازه یې ډیره وي .

د متوسط وخت میتودونه (Medium Term Methods) :
په حقیقی وخت کې د التراسونډ له نظره د جنین وده :

د حمل د مودې په معلومولو کې **BPD** او **FL** اندازه کول داسې بنکاري چې ډېر گټور وي . د جنین د نشونمو اندازه د سرد احاطوی محیط او همدارنگه بطن د احاطوی محیط د اندازه کولو په واسطه په هر شکل لاسته راځي . د حقیقی وخت التراسونډ ممکن د لاندنیو دريو طریقو څخه د یوې په معلومولو کې گټور وي .

1. په هغه وخت کې چې له کلینیک د نظره د یو کوچني ماشوم د موجودیت اشتباه موجوده وي .

۲. په اوس وخت کې ډېر روغتونونه د کوچنیو ماشومانو د تشخیص لپاره په دیرشو او څلویښتو اونیو کې د دوهم ځل لپاره التراسونډ توصیه کوي . چې دا په ساده ډول د جنین د بطن د احاطوي محیط د اندازه کولو لپاره استعمالیږي . که چېرې په یوه وخت کې دغه اندازه کمه نه وي نو د زیږیدنه په وخت کې صرف ۱۰% چانس شته چې نوموړی ماشوم دې (**Small for gestational age**) **S.G.A** اوسی .

۳. د جنین د ودی سلسله او اندازه : هغه بنځې چې د کوچني ماشوم د زیږیدلو د خطر لاندې وي باید پرله پسې توگه التراسونډ وکړي خو چې د هغوي د ماشوم د نمو سرعت معلوم شي .

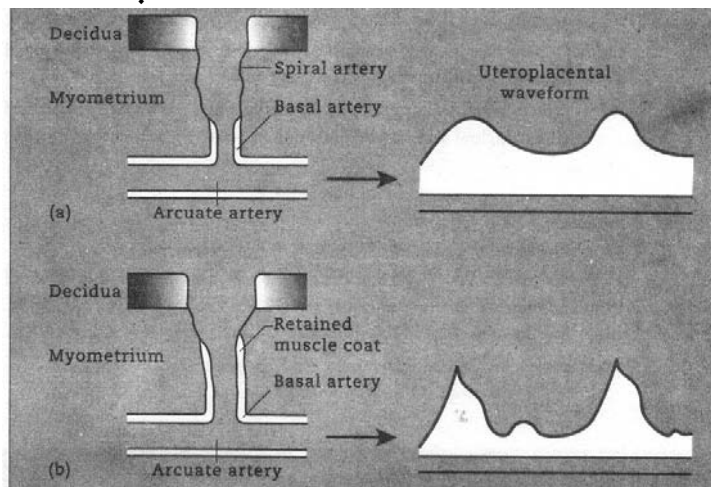
د Doppler موخپي جوړښتونه چې د رحمي پلاستيبي دوران له کبله منع ته راځي:

موخپيز جوړښتونه چې د مورني رحمي شراينو اويا د هغوی د شعبو يعني 'Arcuate' شراينو څخه ثبتيږي. په اوس وخت کې که څه هم شواهد روښانه دي لاکن داسې ښکاري چې ستونځي د پلاستيا د غرس کيدو په اندازې پورې په داخل د تروفوپلاست کې اړه لري کوم چې بايد د حمل په ۲۲ اونۍ کې بشپړ شي.

د غرس کيدو عدم کفايه د لوړ مقاومت کوونکو موجي جوړښتونو دمنځه راتلو سبب کېږي په داسې حال کې چې په نارمل حالت کې دغه موجي جوړښتونه د کم مقاومت لرونکي وي.

هغه ښځې چې په معند ډول يو لوړ مقاومت لرونکی موجی جوړښتونه په التراسونډ کې ولري نو په يو زيات احتمال Pre-eclampsia اوپه غير متناظر شکل د يو S.G.A ماشوم د تولد امکان شته. که څه هم دغه تست تر اوسه پورې يو تحقيقي تست دی، خو داسې ښکاري چې صحيح معلومات ورکوي.

د پلاستيا نفوذ په تروفو بلاست کې



(۲-۱۰) تصویر: د دوپلرد موجي په مطابق د تروفوبلاست د نفوذ عمیق تهاجم په پلاستنا کې نسيي . a- نورمال امیدواری b- پری ایکلمپسیا

د نوم ایښودنی تعریف: په ولادي ادبیاتو کې د هغه پیژندنه په هکله چې یو کوچني ماشوم ته ویل کېږي ډیر مغشوش کونکې حالات شته: دغه نامگذاری عبارت دي له:

Low Birth Weight (L.B.W): داټکی د هغو ماشومانو لپاره په کارورل کېږي چې د زیږیدنه په وخت کې 5 kg ، 2 وزن ولري . دغه اصطلاح هغه وخت ډېره گټوره ده چې د حمل موده د زیږیدنه په وخت کې معلومه نه وي دا واضح خبره ده چې کوم ماشوم د زیږیدنی په وخت کې 5 kg ، 2 وي ممکن مخکې د مودی وي یا کوچني وي او یا دواړه ذکر شوي حالات . د نویو زیږیدلیو ماشومانو ډاکټرانو دغه تصنیف ته په دوه نورو نومونو پراختیا ورکړی ده .

Very Low Birth Weight (VLBW) هغه ماشومان چې د زیږیدنه په وخت کې د هغوی وزن 1500 گرامه وي. او **Extremely Low Birth Weight (ELBW)** هغه کوچنيان چې د زیږیدنه په وخت کې (1000 گرامه) څخه کم وزن ولري .

په داخل رحم کې د ودی تاخر (**Intrauterin Growth Retardations IUGR**) دغه اصطلاح اوس کوم گټور تعریف نلري .

(**IUGR**) په غوره توګه داسې تعریفېږي چې د هغه پتالوژي شتون ته وايي چې د جنین د ودې د لنډ سبب کېږي. که چیرې لرې شي نو د ماشوم دوباره نارمل والي ته به اجازه ورکړي . داسې کوم شواهد په **Antenetal** یا **Postnetal** دوره کې نشته چې دا وښايي چې ماشوم **IUGR** باندي اخته دی .

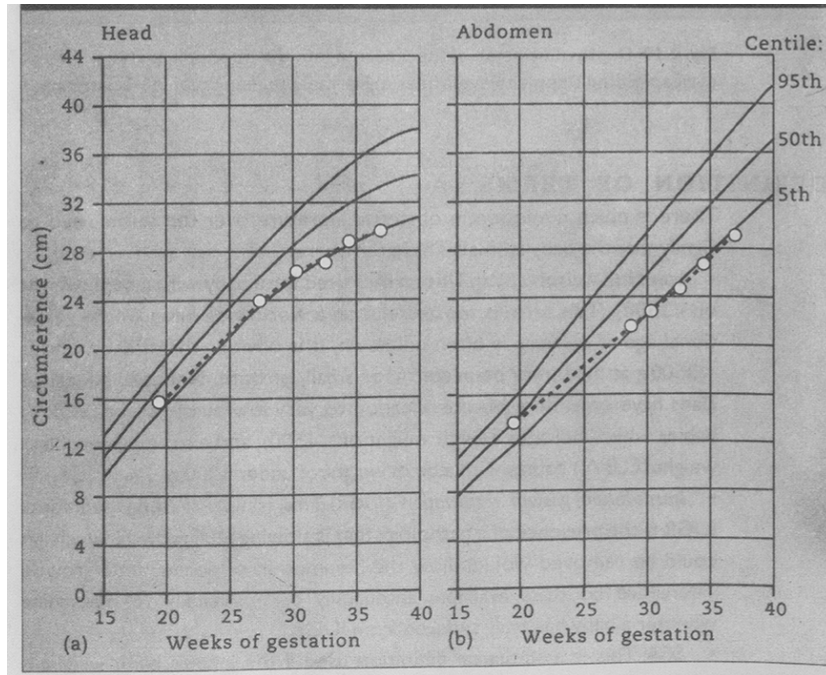
S.G.A: دا یو احصایوی تعریف دی او هغه وخت استعمالیږي چې د ماشوم وزن د نارمل Standard څخه چې د پخی مدی په ماشوم کې کم وي . کوم Standard چې په ټوله نړۍ کې پرې موافقه شوي وي نشته . اوداسې لږ حدودات لکه لسم Centile ، پنځم Centile Standard انحرافات د اساس څخه او دریم Centile ټول استعمالیږي . څرنگه چې دغه تعریف احصایوی بڼه لري داسې توقع وشي چې مثلاً که د کوچنیانود؟ نارمل نفوس ۱۰% د زیږیدنه په وخت کې د لسم Centile څخه کم وزن لري . ددې لپاره چې د زیږیدنه د وخت وزن تخمین شي باید د چارټونه چې د یوې سیمې د نفوسو شمیر څخه لاس ته راغلي وي ولرو .

د S.G.A اصطلاح هغه وخت استعمالیږي چې یو جنین د جسامت او ودې د نظره د هغه چارټونو له مخې چې د نفوسو د چارټونو څخه مشتق شوي وي کم وي .

د SGA ماشوم : په صحیح ډول د جنین د ودې تاخر ممکن لاندیني شیان وي :

- متناظر Symetrial S.G.A : په دې حالت کې د ماشوم د سر او بطن احوطی محیطونه په مساوی ډول واړه وي . په دې حالت کې ممکن ماشوم د یوې کوچنۍ مجسمې په شان ښکاري . ددې ماشومانو زیات شمېر د بیالوژی له نظره دنارمل څخه د کم حد ودی څخه نمایندگي کوي ، متناظر S.G.A اسباب په ۲، ۲ جدول کې ښودل شوي دي .

د متناظر SGA اندازه کونه



(۱۱-۲) تصویر: د متناظر SGA اندازه کول، a- د جنین د سر محیط b- د جنین د بطن محیط رابښي.

د SGA لاملونه

غیر متناظر SGA (۴۰)	متناظر SGA (۶۰ %)
د مور ضعیف عکس العمل د امیدواری په پری ایکلمپسیا د تروفوبلاست ضعیف نفوذ	(سپین < تور > او آسیایي س (هلکان < انجونې رنی- سایز کسینونه الکول سگرت هیروین

بتادون
دی انتانات (کانجینیتل انتان)
پاروویروس
روبیلا
سفلیس
وکسوپلازموسس
بی تغذیې

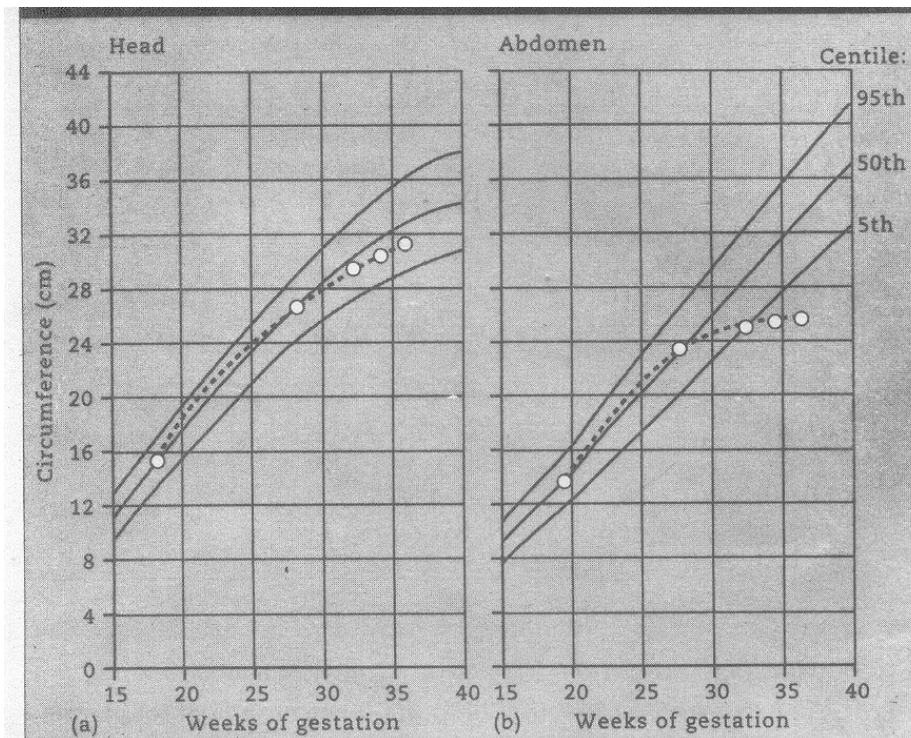
(۲-۲) باکس: د متناظر ودیء د تاخر لاملونه راښی.

غیر متناظر SGA: دا د جنین د ودې د تاخړیو نادر شکل دی چې اسباب یې په (۲-۲) باکس کې ښودل شوي دي. په ډېرو پېښو کې د غیر نارمل ودې علت په Diastolic اخرنۍ صفحې کې د وینې د جریان نشتوالی په سروی دوران کې دی. چې دغه ډول ماشومان د Antenatal hypoxia له خطر سره مخامخ وي، چې ددې په نتیجه کې ممکن Still birth یا د نوزاد مړینه او یا لوی دماغی معیوبیت پیدا شي په دغه ډول کوچنیانو کې د ودې مختلفې نمونې د جنین دوران د دوباره پیل کیدلو له کبله وي په بین ذالضغابوي مصافو کې د وینې د دوران د کموالي له کبله په جنیني دوران کې د مقاومت زیاتوالی پیدا کېږي. دا په دې مانا چې هغه وینه چې د پلاستا څخه جنین خپلې لارې ته تغیر ورکوي او د جنین دماغ اکللی شراین او فوق الکلی غډو ته له دې لپارې ځي چې په دې کې ساحوی مقاومت کم وي. که چېرې دغه کار د کم وخت لپاره وي د ماشوم په گټه دی، لکن که زیات دوام وکړي، نو د جنین امعاء پښتورگي، او ځگر د Ischemia سره مخ کېږي او د غیر متناظر S.G.A د برجسته اختلاطاتو د منځته راتلو سبب کېږي چې عبارت دي له Necrotizing Enterocolitis د پښتورگو عدم کفایه اود پرندکیدو عدم کفایه له دې کبله چې Coagulation Factors په کافي اندازه کېد په واسطه نه جوړېږي، منځته راځي.

د S.G.A لپاره احتمالات :

متناظر SGA : زیاتره په S.G.A اخته نسبت نارمل اندازی ته کمه بیولوژیکی لوحه بنی او یواځی په پرلپسی ډول باید د التراسونډ د نظره د هغوی وده اندازه شي او دا کار باید په هر ۱۵ ورځو کې یو ځل تر سره شي . که چېرې ماشوم نارمل وده ولري نو نورو دقیقو معایناتو ته کومه اړتیا نشته .

د غیر متناظر SGA اندازه کونه



(۲-۱۲) تصویر: د غیر متناظر SGA اندازه کول (a). د جنین د سر محیط او (b). د جنین د بطن محیط را ښيي .

یوازینی ستونزه چې ولادي ډاکټران ور سره مخ دي دا د چې دوی نشی کولای چې هغه یو څو کوچنیان چې په ولادی ډول غیر نارمل وي یا منتن وي معلوم کړي نو ددې لپاره لاندې کړنه وړاندیز کیږی :

• د مور وینه باید د هغه اتاناتو د موجودیت له نظره معاینه شي کوم چې فکر

کېږي د پلاسټا څخه د تیریدو توان لري لکه (Syphilis ,Toxoplasmosis , Rubella Parvovirus او Cystomegalovirus .

• د جنین التراسونډ دې په دقیق ډول د هغه ښودنې ترسره شي چې

د کروموزوم د انبارلټی څخه نمایندګي کوي . اوکه چېرې دا موجود وي ماشوم دې Karyotype شي البته دا په دې شکل چې د ماشوم یا جنین د سروی حبل څخه د Coldocentesis عملیې په واسطه د وینې نمونه اخستل کېږي . دغه عملیه حتی په دریم Trimester کې هم د اهمیت وړ ده ځکه چې دا خبره معلومه ده چې د هغه جنین چې په Trisomy گانو اخته وي د زیږیدنه په وخت کې جنین زجرت Fetal Distress ته زیات مساعد وي ، اوس که چېرې نوموړی Trisomy وژونکی وي نو ممکن Caesarean توصیه نه شي ځکه چې زجرت زیاتېږي .

غیر متناظر S.G.A :

• ټول جنینونه د حمل په اواخرو کې په خپله وده کې یو کمښت راوړي . په ځینو

ماشومانو کې د بطن د ودې تاخر د سرد ودې د تاخر څخه دمخه واقع کېږي او که چېرې دغه قسم ماشومان په دوامداره ډول یو نارمل دوران ونسي ، دوی د مزمن Asphyxia د خطر څخه بچ دی .

لاندې احتمالات باید ونيول شي :

- هر دوه اونۍ وروسته يو ځل التراسونډ د بطن او سرد ودې د اندازه کولو لپاره د امپيوټيک مايع حجم بايد د عمودي لوي ستون د ارتفاع له مخې معلوم شي . په نارمل حالت کې د ۲- ۸ سانتي مترو پورې وي او که د ۲ سانتي مترو څخه کم شي د جنين د خطر د زياتوالي سبب کېږي .
- د سروی دوران څخه د Doppler موخپي جوړښت : که چيرې نارمل وي نو په اونۍ کې يو ځل دې تکرار شي په هغه صورت کې چې د سروی شراينو نارمل طبي امواج وي نو زيږيدنه استطباب نلري .
- **End Diastol** جريان عدم موجوديت په داسې يو جنين کې چې فکر کېږي ژوندي به وي د زيږيدنې استطباب ږدی په دې شرط د ۲۸ اونيو څخه زيات وخت تير شوي وي (د اميدواری).
- د Doppler موخپي جوړښت په عدم موجوديت کې په عاجل ډول بايد د جنين ښه والي ارزيايي شي او دا کار د ورځني C.T.G او د مور په واسطه د جنين د حرکاتو د شمير په واسطه تر سره کېږي . زيږيدنه د جنين د ودې لپاره چې د څلورو اونيو څخه زيات وخت يې نيولای وي او يا د C.T.G د غير نارمل والي په صورت کې استطباب لري .

دریم خپرکی

امیدواری په وخت کې غیر نارمل حالات

کانګي او زړه بدوالی په امیدواری کې

Rhesus Incompatibility پولی هایدر و امینوز

پری ایکلمپسیا د تناسلی جهاز وینه بهیدنه د اولیگو هایدر و امیدواری په لومړیو مراحلو کې امینوز

ایکلمپسیا د تناسلی جهاز وینه بهیدنه په دامیدواری وروستیو مراحلو کې

د امیدواری په وخت کې زړه بدوالی او کانګي :

مقدم : زړه بدوالی په ۸۰% Nlliparaus او ۶۰% په Multiparans
نسخو کې پیښیږی چې ددی شمیر په نیمايي پیښو کې کانګي هم پیدا کیږی .
زړه بدوالی د لومړنی Missed Period په وخت کې پیل او د ۴-۶ اونیو
دپاره زور اخلی او زیاتره د ۱۴-۱۶ اونیو کې له منځه ځي .
لاملونه :

عکسوي : د مخ پر ودې رحم د پاسه د پریټوان کشش .
هورمونی : د hcG یا Oestrogen په سویه کې چټک زیاتوالی .
معافیتي : د جنینی انساجو په مقابل کې د مور عکس العمل .
روحي : چې ارزونه ډیرگرانه او په وخیم حالت کې ډیره مهمه ده .

میخانیکیت : **Chemosensitive Trigger Zone** په واسطه چې په خپل نوبت سره : د کانگو د مرکز د تنبه لامل گرځي ، نوله دې کبله لامل یې **Motion sickness** د اسبابو سره توپیر لري او درملنه یې هم توپیر لري .

سریری لوجه :

- اکثرأ پینبو کې زړه بدوالی د یوې اوږدې دورې سره ملگری نه وي .
- کومه بنیادي نقیصه مینخ ته نه راځي .
- ددې پینبې تقریباً ۱/۳ دسهار له خوا نه لیدل کیږي .

اهتمامات :

- وصفي لاملونه باید له منځه لاړ شي مثلاً **UTI** یا د اوسنیې د مستحضراتو په مقابل کې عکس العملونه .

- استراحت که چیری **Morning sickness** موجود وي تر هغه وخته پوری په بستر کې استراحت وکړي ترڅو ډوډی و خوری .

- پرلپسی ، لږاوسپورخواره په کمو فاصلو کې واخلي .

درمل :

- **Anti histamine** لکه **Anthisan , Promethazin , phenergan**

ښه درملونه دي

لاکن د ښځې د خوب وړلو لامل کېږي نو که ښځه وظیفه لري باید توصیه نشي .

- **Dopamin Antogonist** لکه **Meto chlorpropamid**

- **Trangulizers** : لکه **Prochlorperazin** چې پنځه ملي گرامه ورځ

کې درې ځلې

ورکول کیږي

• داسې توصیه ورته وکړي چې دغه حالت په پخپله بڼه کیدونکی یا (Self limiting) موخه : کله نا کله په آخرنیو اونیو کې کانګې پیدا کېږي ، چې لامل یې :

1. په بطن کې د کتلې موجودیت چې معده پورته خواته تپله کوي .
2. کوچنی Hiatus hernia یا د مری بازگشت Esophageal reflux چې کیدای

شي په لاندې ډول یې درملنه و شي .

- a. Antacid او د معدې پوښ کوونکی درمل .
 - b. د وضعیت توصیه کول خو چې د Reflux څخه مخنیوی و شي .
- د زیریدنی په وخت کې : د لاندنیو لاملونو له کبله ډیر معمول دي :

1. فشاري فکتورونه چې پورته ذکر شول .
 2. د زیریدنی کار
 3. هغه درمل چې د درد د آرامولو لپاره ورکول کېږي .
- ۲۵% بنځې د مورفین د ورکولو څخه وروسته ممکن کانګې وکړي .
 - ۱۵% بنځې ممکن د Pethadin د ورکولو له کبله کانګې وکړي .
- له دې کبله باید تل د درد د آراموونکو درملو سره Anti histamine ورکړل شي .
مثلاً :

25mg Phenegan +100mg Pethadin

(لاکن ددې درملو یو ځای کول د hypotensive اغیزه لري چې باید پری

پوه ووسو)

:Hyperemesis Gravidarum

پېښی : ۱۰۰۰ : ۱ امیدواری په UK کې او په Endogenous نفوس

کې یونادر حالت دی .

لاملونه : کټ مټ د مقدمې مرحلې د زړه بدوالي او کانګې په شان دي
لاکن په دې کې ډیر تاکید په روحي فکتورونو باندې کېږي . لکه د وظیفې
د لاسه ورکولو ویره ، زیږیدنې ویره ، امیدواری ردول یا نه قبلول .
پرمختګ : کیدای شي لانديني حالتونه پرمختګ وکړي :

- **Dehydration**
- **Hypo volumia**
- د الکترولايتونو کموالي
- د ویتامینونو فقدان خصوصاً **Thiamin**
- بالاخره مړینه چې د ځيګرد عدم کفایې او یا پورتنیو پېښو په
پرمختللی حالت کې
منځ ته راځي .
لوحه یا :

- نشی کولی غذا یا مایعات په خپله معده کې ذخیره کړي .
- د وزن ضیاع ځکه چې د بدن مایعات ضایع کېږي او ذخیره شوی شحم
په استقلال
رسیږي .

- د وینې ټینګیدل **Hemoconcentratin** او د اسید او بیس (**Acid**
base) د

موازنې خرابوالی یا غیر ثابتوالی .

• **Ketosis**

اهتمامات :

1. نورې ناروغۍ باید رد شي .

• **UTI**

• **Hiatus hernia** او د صفراوی کڅوړی ناروغی

• د کولمو انسدادی ناروغی .

• د مرکزي عصبي سیستم وسیع تشوشات

2. ولادي اسباب بايد رد شي :

 - **Multiple Pregnancy**
 - **Mole Hydati deform**
 - د ځيگر حاد ژيره **Atropy**

3. مايعاتو او الکتروليتو موازنه بايد د وريد د لاری اصلاح شي .
4. په وريدي شکل ویتامينونه خصوصاً **B** گروپ ورکونه .
5. مخصوصاً د کانگو ضد درمل لکه **Maxolon** يا **Ancoloxin** .
6. رواني درملنه : اکثراً د پيشنهاده سره ځواب ورکوي که چيري ونه شي
نورسمي يا
- مروجه **Psycho therapy** تر سره شي .
7. **Therapeutic Abortoin** چې ډيره کمه ورته اړتيا پېښېږي .

پری اکلمپسیا :

په امیدواری پورې مربوط د فشار لوړوالی :
دغه د لوړ فشار تشوش په امیدواری پورې وصفی دی دغه حالت دواړو
موراو ماشوم ته د خطر لامل کیږي چې عبارت دي له :

۱- مورته :

- **C.V.A** دماغي وعایي تصادم
 - د پښتورگي عدم کفایه
 - د زړه عدم کفایه
 - د پرندیدو عدم کفایه
 - د کبد عدم کفایه
 - د فوق الکلیه عدم کفایه
 - **Eclampsia** چې د صرعي په شان یو عمومي اختلاحي تشوش دی ،
لاکن دایوازي په امیدواری پوری اړه لري .
- ۲- جنین ته :

- په غیر متناظر شکل د ودې تاخر

- د پلاستنا انفصال

- په Iatrogenic یا روحي شکل مخکې د مودی زیریدنه

تعریفونه: په روان وخت کې کوم تعریفونه چې په نړیوال ډول د هغه فشار د لوړوالي په هکله چې دامیدواری سره ارتباط لري قبول شوي ، ولی په اهتماماتو او انزارو کې د کم استعمال وړ دي چې په لاندې ډول دي :

- **P.I.H) Pregnancy Induced hypertension**: د فشار هغه

لوړوالی چې د لومړي ځل لپاره دامیدواری په ۲۰ اونۍ کې منځته راځي.

- **P.A.H) Pregnancy associated hypertension**: د فشار هغه

لوړوالی چې دامیدواری څخه دمخه یا د لومړنیو ۲۰ اونیو په جریان کې منع ته راغلی وي .

- **PAH With Super Imposed**

- دامیدواری په وخت کې **Hypertension** د لاندنیو ډولونو

څخه په هر قسم تعریفیږي **140/90 mm/Hg** فشار په تصادفاتو

کې چې فاصله یې څلور ساعته وي . په **Systolic** فشار باندې د **30**

mm/Hg په اندازه زیاتوالی منځته راتلل ..

- په **Diastolic** پخواني فشار باندې **20 mm/Hg** فشار نور زیاتوالی .

PIH ممکن په لاندې ډول تصنیف شي:

- خفیف: په دې حالت کې د وینې فشار **160/110** څخه زیات وي

لاکن **Protein**

urea موجوده نه وي .

- متوسط: د وینې فشار په دې حالت کې د **160/110** څخه ښکته وي

لاکن **Protein urea** ور

سره موجوده وي .

• شدید: دوینی فشار د ۱۶۰/۱۱۰ څخه پورته وي او Protein urea هم موجوده وي.

د امیدواری په وخت کې Protein urea په لاندې ډول تعریفېږي: په ۲۴ ساعته ادرار کې د ۳۰۰ mg/lit څخه زیات وي. زیاتره زاړه ولادي کتابونه Preeclampsia د لاندې دريو اعراضو څخه د دوو په درلودلو سره تصنیف کوي.

- Hypertension
- Protein urea
- Oedema

چې پورته خبرې د څو دلایلو له مخې د ډاډ وړ نه دي. اذیما د ټولو امیدواری ګیو د ۴۰% څخه په زیاتو حالاتو کې واقع کیږي د لوړ فشار په نشت کې ازیما د لږ زیات دروند (Heavier) ماشومانو د موجودیت سره اړیکې لري.

د Protein urea او ازیما موجودیت د Hypertention په عدم موجودیت کې زیاتره لامل یې کلیوي ناروغي پشنهاد کوي. همدارنګه په اوسني وخت کې ازیما دومره اهمیت نلري او نه هم د وزن ډیر زیاتوالی د وخامت درجه ټاکلی شي.

Prevalence: وقایه په نفوسو کې توپیر کوي لکن په UK کې ۱۰-۱۵% هغه بنځې چې لومړی ځلې امیندواری وي د Hypertention په یوه نوع اخته کیږي چې له دې ډلې څخه ۶% یې داسې فکر کیږي چې د Preclampsia induced hypertention (PIH) څخه ځورېږي او دوه فیصده یې ممکن یو ډیر وخیم شکل چې د Protein urea سره ملګری وي اختیار کړي PIH تقریباً په کلي یا عمومي ډول د اول ځلو بنځو مرض دی یوازي هغه Multipora بنځو کې پیدا کیږي چې لاندې حالات پکې موجود وي.

• هغه بنځې چې په لومړي امیدواری کې ددې ناروغۍ په وخیم شکل اخته شوي وي.

• هغه بنځې چې د امیدواريو تر منځ مصافو کې يې خپل زوج **Partner** بدل کړی وي .

• هغه امیدواريو نه چې **Hydatid from mole** په واسطه اختلاطي شوي وي .

Multiple pregnancies•

لاملونه: که څه هم خاص لامل يې نه دی څرگند ، لاکن لاندې نظريې ډيرې بڼې پيژندل شوي دي :

• هغه بنځې چې په **Pre eclampsia** اخته کېږي د تروفوپلاستيک نفوذ د دوهم ځل موجي يا څپه په عدم کفايه مبتلا وي .

• دغه عدم کفايه احتمالات **Prostacyclin** او **thromboxan** د تناسب موضعی تغیر ته زمينه مساعدوی دغه دواړه **Prostacyclin** او **Thromboxan** د تروفوبلاست په واسطه توليدېږي چې دواړه مضرې اغيزې منځ ته راوړي .

• په **PIH** کې ددې تناسب موازنه **Thromboxane** خواته زیاته وي چې دغه کار

موضعي **Vaso constriction** او **Platelite agglutination** ته په پخواني متضرر شوي او عيو کې زمينه برابروي .

• د پورتنیو دوو فکتورونو يو ځای کيدل دمحيطي مقاومت سقوط، عدم کفايي سره تړاو لري

او له دې کبله د وينې فشار د امیدواری په متوسطو وختونو کې ثابت ساتل کېږي کوم چې په نورمال حالت کې يو قابل د ملاحظی وړ پکې ليدل کېږي . چې وروسته د غیر نارمل او عيو نری کيدل او یا لخته کيدل دمحيطي مقاومت د لازياتوالي لامل کېږي او بالاخره **Hypertention** منځ ته راځي .

• د دموي او عيو د نري کيدو له کبله بين الذغابوی مسافو ته د وينې د جريان کموالی هم منځته راځي او له دې کبله د يو غیر متناظر **S.G.A** جنين د پيدا کيدو لامل کېږي .

• د ناروغی په پرمخ تللی حالت کې د **Immune complex** هم انکشاف کوي ، چې د پښتورگي په قاعدوي غشاء کې قرار نیسی د **PIH** میکانیزم په (۱- ۲) تصویر کې خلاصه شوي دی تر اوسه پورې دا واضح شوې نه ده چې د **Trophoblastic invasion** دوهمه خپه (موج) په ځینو بڼو کې ناکامیږي .
سریري لوجه :

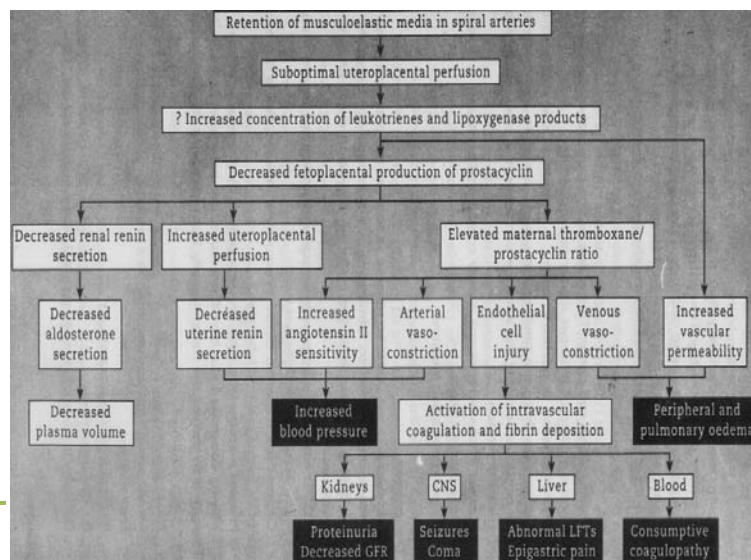
جدي يا وخيمه ناروغي : وخيم والی دې ته وایي چې دوینی فشار لوړ شي په داسې حال کې چې پېښیدونکي **Eclampsia** اعراض او نښې ور سره وي . دا حالت د ولادي یوه عاجله پېښه ده او په دې وخت کې که په بېره درملنه ونه شي ممکن د **Eclampsia** او یا د مور د **C.V.A** لامل شي .
اعراض :

جبهی او بعضاً قحفوی درد چې د دماغی ازیما له کبله پیدا کیږي نوموړی درد د کش کولو یا نبضاني وصف لري . او هغه وخت کې زیاتیري چې ناروغ ستونی ستاخ پروت وي . نوموړی درد په وصفي شکل د سهار له خوا پیل کیږي . او په هغه صورت کې چې ناروغ گرځی راگرځی وي د ورځې له خوا کمیږي .

• د رویت تشوشات چې د **Retina optic nerve** د ازیما له کبله د رویت په ساحه کې د تورو سوریو (**Black holes**) په شکل معلومیږي او د **Scotomas** نومیږي .

شر سوفي درد یا : چې علت یې د کبدی محفظي یا **Capsul** کشش دی .

د پری ایکلمپسیا مودل



(۳-۱) تصویر: د Pre-eclampsia کلینیکي اعراضو تشریح په نمونه بې ډول رانښيي.

۱- مرکزی عصبی سیستم (CNS) (glomerular filtration (GFR)، د حجرو وظیفوی تست.

نښې:

1. **Hyper reflexia and clonus**: چې د دماغی ازیما له کبله منع ته راځي او د د علوی حرکتی عصب د آفت په شان منظره ورکوي. په ولادي کې **Hyper reflexia** هغه حالت ته ویل کیږي چې عکسه په غیرله دې چې په وتر باندې ضربه وارده شي، پیداشي مثلاً د دې په عوض چې عکسه د **Intra patellar** وتر باندې د ضربی له کبله پیدا شي د **Tibia** د هډوکي د قدامي برخي د پاسه د ضربی د وارد کولو له کبله هم **Reflex** پیدا کیږي. **Clonus** په ولادي اصطلاح کې یوازې هغه وخت وخیم فکر کیږي چې د ۶ څخه زیاتو نبضاتو یا ضربو لپاره معطل شي.

2. دوینی په فشار کې یو چټک لوړوالی.

درملنه: د ناروغی پروسه په هغه وخت کې چې پلاسنتا خارجه شي په کمیدو پیل کوي. نو له همدې کبله د وخیم **Preeclampsia** درملنه امیدواری ته خاتمه ورکول دي. مخکې له دې څخه چې دغه حالت رامنځ ته شي باید د مورد حالت له خرابیدو څخه مخنیوی وشي.

• د مورد دوینی فشار کنترول شي چې په اوس وخت کې د وریدي **Hydralazin** او **Labetalol** په واسطه تر سره کیږي او یا سپرین د **Preeclampsia** د شدت د کموالي او یا په وقایوی شکل د **Preeclampsia** د وقایي لپاره ورکول کیږي، ولې اوس نه ورکول کیږي.

• د مورد صرعی د مخنیوي لپاره د وریدي **Diazepam** یاد

Magnesium sulfate

څخه گټه اخیستل کیږي . په داسې حالت کې چې دوینی لوړ فشار کنترول شوي وي باید ماشوم وزیږیږي . د درملنې مقصد دا دی چې ماشوم د مهبل د لارې تولد شي ځکه چې دغه کار د ناروغ سره په دې کې مرسته کوي چې د ناروغي څخه ژر بڼه شي .

د سیزارین سکشن لپاره استطببات په لاندې ډول وي :

• د عنق عدم توسع

• د جنین یو غیر نارمل وضعیت لکه **Breach presentation**

• جنیني زجرت

• پلاستنا انفصال

• کله چې د **induction** یا تنبه سره ځواب ونه وایي

• د مورد فشار د کنترولولو مشکلات

متوسط ناروغي: ټولې هغه اول باري بنځې چې په دوامدار ډول ۹۰ /

۱۴۰ دوینی فشار ولري او یا د دې څخه زیات وي باید بستر شي ځکه چې د

ناروغي راتلونکی حالت څوک نشي تعینولی .

د وځیم لوړ فشار په نه موجودیت کې لاندې اهتمامات ترسره کیږي :

مورني :

۱- دوینی فشار باید هر ۴ ساعته وروسته چک شي . داسې کوم شواهد

نشته ، که چیري د مورد وینې فشار د فشار د ضد درمل په واسطه کنترول

شي د **Pre eclampsia** لوحې ته یا سیرته تغیر ورکوي . او یا د جنین د

انزارو د بڼه والې لامل کیږي بلکې درملنه هغه وخت استطببات لري چې

مورني دوران ته خطر متوجه وي .

نو دوامداره لوړ فشار ۱۱۰ / ۱۶۰ د درملنې استطببات هغه وخت ایښودل

کیږي چې زیږیدنه پېښیدونکی نه وي چې انتخابي درملنه یې فمی

Methyldopa یا **Labetalol** دی ، ولې بڼه او اغیزمنه درمل **Mg s** ده .

۲- د مورد پښتورگي د دندو ارزيايي کول :

د بستر کیدو په وخت کې ټول ناروغان باید لاندې معاینات تر سره کړي

- a) د Urea او الکترولايت تخمین
- b) د پلازما د Urate کچه یا اندازه
- c) په اونی کې دوه ځلې د Creatinin clearance تخمین او د ادرار د مجموعي پروتین د ضیاع اندازه .

په Creatinin clearance کې یو وځیم نزول $10 / 1$ ml/m او یا Urate په اندازه کې

یو زیاتوالی امکان لري چه د زیریدنه ورکولو لپاره یو استطباب دي .
د جنین بڼه والی : د حقیقی وخت ټاکل د التراسوند په واسطه او د جنین د جسامت ارزیابي که چیرې دغه معاینه یو غیر متناظر S.G.A وښایي لاندې حالات باید تر سره شي :

- a) هره ورځ کې دوه ځلې CT Gs
- b) اونی کې یو ځل د ثروی دوران معاینه د Doppler Ultrasound په واسطه تر سره کیږي .

• د Doppler موجي جوړښتونه چې د رحمي پلاستایي دوران څخه لاسته راځي .

- په متوسطه اندازه مرض کې زیریدنه لاندې حالاتو لپاره استطباب لري .

- Fulmination یا وضاحت
- د مورنۍ کلیوي دوران کموالی
- جنینی زجرت کوم چې زیاتره په غیر نارمل C.T.G باندې او یا د ډیاستول د اخري

صفحي جريان په نه موجوديت دلالت کوي ، چې د Doppler په واسطه په Umbilical دوران کې اندازه کېږي.

• د پلاستنا انفصال

د پورتنی حالاتو په عدم موجودیت کې ډیر ولادي ډاکټران فکر کوي چې که امیدواری د

۳۴ اونيو څخه زیات وي ادامه ورکړل شي په دې شرط چې عنق ښه وي او جنینی استتیاوی په کافی اندازه موجود وي .

خفیفه ناروغي : هغه ښځې چې خفیف P.I.H لري باید د روغتون څخه رخصت شي او Out Patient په څیر ورسره معامله وشي په دې شرط چې :

• که دوینی فشار یې د ۱۰۰ / ۱۴۰ څخه په دوامداره ډول ښکته پاتې شي .

• قابل ملاحظه Protein Urea موجوده نه وي .

• جنین د غیر متناظر S.G.A شواهد ښکاره نه کړي .

• د مور دوینی فشار باید په اونۍ کې دوه ځلې وکتل شي او د جنین وده باید هر ۱۵ ورځې وروسته د التراسونډ په واسطه اندازه شي که چیرې د جنین وضعیت مخ په خرابیدو نه وي نومشکله خبره ده چې امیدواری ته خاتمی ورکولو په هکله قضاوت وشي ممکن ډیر کم ولادي ډاکټران ښځوته اجازه ورکړي ترڅو ۴۰ اونۍ د امیدواری موده پوره کړي .

انزار:

مورنې : د Eclampsia په نشتوالي کې مورنۍ مړینه کمه وي لاکن باید په یاد ولري چې P.I.H د مور د مړینې لپاره زمينه برابروي او دا کار حتی په پر مخ تللي هیوادونو کې هم صورت نیسی . د مور معیوبیت د غیر موثرې Fluid Therapy له کبله ممکن په وروستیو وختونو کې پیدا شي .

که چیرې د زیږیدنه په ۴۸ ساعتو کې بنځه پرته د کوم غټ زیان څخه په امن کې وساتل شي ، په دې صورت کې ناروغ ډیر ژر په بڼه کیدو پیل کوي ، چې ددې کار لومړۍ نښه د Diurases یا د ادرار زیاتوالی دی او په دې حالت کې د اوږده وخت لپاره د کلیوي او عیو تخریب چې په P.I.H اخته وي .

جنین:

جنیني Prenatal mortality rate (PNMR) د ناروغۍ د وضاحت

سره سم زیاتیرې، لکن کیدای شي په لاندې ډول خلاصه شي :

- خفیف : په PNMR کې کوم تغیر موجود نه وي .
- متوسط : چې خفیف شکل لور وي او په دې پورې اړه لري چې د امیدواری په څوومه اونۍ کې زیږیدنه شوي وي .
- شدید : مخکې له وخت څخه د مړینې اندازه دوه چنده کوي. شدید PIH چې د PAH په واسطه وخیم شوي وي . مخکې له زیږیدنه څخه د مړینې اندازه درې چنده زیاتوي . د جنین د معیوبیت اندازه په دې خاطر مشکله وی، ځکه چې دا په دې پورې اړه لري چې د زیږیدنه وخت کې ماشوم د څومره مودې وو او جنین جسامت څومره وي .

ایکلمپسیا :

Eclampsia د صرعه ډوله اختلاجاتو په واسطه چې د متوسط څخه تر

وخیم حده پورې د فشار لوړوالی ورسره ضمیمه وي مکس کیږي په U.k کې یوه نادره پېښه ده او ۱:۳۰۰۰ د زیږیدنې منځ ته راځي په ټوله نړۍ کې په ډیرو پېښو کې دغه ناروغي د Pre eclamsia په تعقیب منځ ته راځي لکن په اوس وخت کې په U.K کې د وخت څخه مخکې د مراقبت له کبله ۳۱۴ برخې بنځې په داسې حال کې په Eclampsia اخته وي چې د مخه د فشار د لوړوالي کوم شواهد ونلري .

وقایه : په U.K کې ناروغي د لاندې حالاتو له کبله نادره ده :

- 1) مخکې له وخته ډېره بڼه پاملرنه او څارنه کوم چې په لومړي مرحلو کې **Preeclampsia** معلومولای شي .
 - 2) د **Pre eclampsia** ډیره جدي درملنه چې د راتلونکي **Eclampsia** د منځ ته راتلو خطر يې کم کړی دی .
- د **Eclampsia** اندازه يا **Rate** بايد د **Ante natal Care** يا مخکې له وخت د څارنې لپاره د يو لارښود په حيث وپيژندل شي ، البته د دې د اغيومنتوب د استعمال او څرنګوالي لپاره .
 - د يو فيصد څخه کمې ميندې په **U.K** کې چې په وخيم **PIH** اخته وي ممکن بالاخره **Eclampsia** منځ ته راوړي .
- لاملونه :
- دماغي ازيما
 - د دماغي او عيو تقبض
 - دماغي هايپو کيميا
- چې دغه حالات د دماغي **Ischemia** او بالاخره د صرعی لامل کيږي .
- سريري لوحه : په اوسني وخت کې په **U.K** کې تقريباً ۲۵% بسځې چې په **Eclampsia** باندې اخته وي ممکن د زيږيدنې څخه دمخه په **Fits** يا صرعه اخته شي او زياتره دا امکان لري چې وروسته د زيږيدنه څخه وروسته مور په **Fits** اخته شي ددې **Fits** يا اميدواريو وصف د صرعی داميدواری يا **Fits** سره ډير شباهت لري چې وصفي مرګي ډوله اميدواری ي چې لاندې حالات ورسره موجود وي منځ ته راځي په لاندې توګه دي :
- **Twiching** يا ناڅاپی چټک عضلي حرکت چې ۳۰ ثانيې دوام کوي
 - تقلص يا **Tonic** صفحه چې ۳۰ ثانيې دوام کوي .

- **Clonic phase** چې دوه د قيقې دوام کوي.
 - **Coma**: کوما ۱۰-۳۰ دقيقې دوام کوي.
- دغه نوع اميدواری ممکن بيا، بيا منع ته راشي
درملنه:

موخې:

- بنځه بايد د اميدواریو په وخت کې وينه وساتل شي
- د ډيروزياتو اميدواریو څخه مخنيوی وشي
- اميدواری ته خاتمه ورکړل شي.

مخنيوی:

- مگنيزم د صرعي يا اميدواریو پيښې او شدت کموي. چې په پراخه توگه په U.S.A کې استعمال لري مگر په U.K کې تر اوسه نه استعمالیږي.

د اميدواریاتو تر منع وخت کې يعنی په جريان کې:

- بنځه په يو اړخ واوړي
 - هوايي لاره خلاصه وساتي
 - اميدواری د وريدي ياهم دمگنيزم سلفايد په ورکولو سره ودروي.
- وروسته د اميدواری څخه:

- د ډيروزياتو اميدواریو مخنيوی وکړي. او دا په دې توگه سرته رسيدې چې په پرله پسې ډول **Infusion Diazepam** په شکل بنځې ته تطبيق شي او يا داخل عضلې مگنيزم سلفايد ورکړل شي.
- که چيرې بنځه په روغتون کې نه وي، په دې صورت کې يو بيړنی انتقال ته زمينه مساعده کړي او مناسب اختلاجی ضد درمل ورکړي، تر څو د ناروغ انتقال مستريح وي.
- دوینی فشار د وريدي **Hydralazin** يا **Labetalol** په ورکولو سره کم کړي.

- ماشوم تولد کړي . لکه د وخیم PIH په شان بهترینه خبره به وي چې دغه قسم ماشومان دمهبلم د لارې تولد شي ځکه چې دا حالت د شفا پروسه چټکه کوي.

- د سيزارين لپاره استتباب د وخیم PIH په برخه کې ذکر شوي .

انزار:

مورنې مړينه: په U.K کې د Eclampsia د کبله مړينه نادره ده په هغه بنځو کې امکان لري چې د لوړ فشار د اغيزو له کبله په دماغی دوران کې لري اود C.V.A لامل کيږي نادر دی .

جنینی مړينه: د جنینی مړینې فیصدي د Eclampsia د حملی په وخت کې ۱۰۰۰ / ۳۰۰ ده . په مجموعي توگه قبل المعیاد مړينه د Eclampsia له کبله ۱۵۰ / ۱۰۰۰ ولادتونو کې دی چې ډیرزیات لامل یې داخل الرحمی مړينه دی . چې د Hypoxia او یا هم د Pre maturity له کبله وي .

: Rhesus Incompatibility

Rh Genes: د Rh جینونه د یوه جوړه کروموزمونو په واسطه لیږدول کيږي شپږ ډوله Rh Antigens موجود دی (C,D,E,c,d,e) چې له دې جملې څخه D (Capital) او d ډیر مهم دي ځکه چې ددوی د موجودیت په واسطه کولای شو ووايو چې ددې کس Rh مثبت او یا Rh منفي دی .

په هر کروموزوم باندې درې اړونده محراقونه قرار لري چې هر یو یې کیدای شي د E یا e ، D یا d او یا C په واسطه انتقال شي که چیرې یو ددې محراقونو کې D موجود وي . نوموړی کس Rh مثبت دی توپیر نه کوي چې په نورو پنځو محراقونو کې کوم جینونه واقع شوي دي . ځکه چې D یو غالب یا Dominant جین دی .

که چیرې په دواړه جوړه کروموزمونو کې غالب جینونه موجود وي ، نو کله چې دوی ، Meiosis د عملیې په واسطه جلا کيږي ټول گامیتونه چې منځ ته راځي یو غالب جین به ولري او ټول به Rh مثبت اولاده تولد شي چې

دغه کسان **Homozygous** دی ځکه چې ټول گامیتونه یو شان دي . که چیری یو د کروموزمونو له جملې څخه مغلوب یا **Recessive** جینونه ولري (c.d.e) البته د **Meiosis** څخه وروسته . نو دغه گامیت به په دې شرط سره ددې توان ولري چې یو **Rh** منفي اولاد منځ ته راوړي ، چې د یو بل گامیت سره چې هغه هم مغلوب جینونه ولري یو ځای شي .
 په دې صورت کې که چیرې ټول گامیتونه یو شان جینونه ونه لري یعنی څه **c.d.e** او څه **C.D.E** وي په دې حالت کې کس **heterozygous** دی . او که ټول گامیتونه **c.d.e** وي کس **homozygous** دی ، نو په دې لحاظ :

$$\left. \begin{array}{l} c c \\ d d \\ e e \end{array} \right\} \text{د یو } Rh \text{ منفي کس جوړښت دی}$$

$$\left. \begin{array}{l} C C \\ d D \\ e e \end{array} \right\} \text{یا} \left. \begin{array}{l} C C \\ d D \\ e e \end{array} \right\} \text{د یو } Rh \text{ مثبت کس دی کوم چې } Heterozygous \text{ دی}$$

$$\left. \begin{array}{l} C C \\ D D \\ e e \end{array} \right\} \text{یا} \left. \begin{array}{l} c C \\ D D \\ E e \end{array} \right\} \text{د یو } Rh \text{ مثبت کس دی } Homozygous \text{ دی}$$

که چیرې ښځه **Rh** مثبت وي او میړه یې **Rh** منفي وي نو هیڅ مشکل نه پیدا کیږي . که چیرې ښځه **Homozygous** وي ټول ماشومان به **Rh** مثبت منځ ته راشي ، که چیرې **Heterozygous** وي ممکن ښځه یو **Rh** منفي ماشوم ولري کوم چې روان امیدواری ته هیڅ سحتی نه پیدا کیږي .

که چیرې ښځه **Rh** منفي وي او د هغې میړه **Rh** مثبت **Homozygous** وي (۳۵% دنارینه و نفوس تشکیلوی) په داسې حال کې به هغه تل خپلې ښځې ته یو **Rh** مثبت ماشوم ورکوي . که چیرې میړه **Rh** مثبت

Heterozygous کس وي (۶۵ % د ټول نارینه نفوس) نو ځینی گامیتونه به **Rh** مثبت او ځینی به **Rh** منفي وي ، یعنی په مساوي اندازه . پدې صورت کې هغه خپل **Rh** منفي بنځې په مساوي اندازه **Rh** مثبت او **Rh** منفي ماشومان ورکوي .
یعنی وروسته د زیږیدنېڅخه **Gene type** په نفوسو کې په مساوي اندازه تقسیمېږي .

په **U.K** کې معمولاً ۸۵ فیصده د نفوس **Rh** مثبت دي :

$\begin{matrix} C & C \\ d & D \\ e & e \end{matrix}$	% ۳۰	$\begin{matrix} C & c \\ D & D \\ e & e \end{matrix}$	% ۲۰	$\begin{matrix} C & C \\ D & D \\ e & e \end{matrix}$	% ۱۰	$\begin{matrix} C & c \\ d & D \\ e & E \end{matrix}$	% ۱۰
---	------	---	------	---	------	---	------

(**D** په ټول معمول **Genotype** کې موجود وي)

او
 $\begin{matrix} C & c \\ d & d \\ e & e \end{matrix}$ **Rh** % ۱۵ منفي

معافیت : یو **Rh** مثبت بنځه د **Rh** فکتور په مقابل کې نه شي **Immunized** کیدای او همدغه پېښه هغې او د هغې ماشوم ته کوم پرابلم نه دی . یو **Rh** منفي بنځه کیدای شي د **Rh** مثبت وینې د اخستلو په واسطه متاثره شي د **Rh** گروپ انټی جینونه د یو **Anti body response** د بیداریدلو لامل کیږي د **Rh** گروپ په مقابل کې **Anti body** (چې زیاتره **Dantigen** په مقابل کې وي) د مور په **R.E.S** یا **Reticule endothelial system** کې جوړیږي . د امیدواری په وخت کې یو ډیر کم مقدار جنیني وینه د مور دوران ته داخلېږي . که چیرې دغه وینه **Rh** مثبت وي نو ۵ % اول بارې بنځې یو خفیف **Anti body response** بڼیې . په یو **Rh** منفي بنځه کې د لاندې حالاتو په وخت کې **Rh** مثبت وینه داخلېږي .

1. د یو ناتام (**Cross match (Incomplete)** نقل الدم په تعقیب یا

Blood Transfusion په تعقیب .

2. د یو **Trans placental passage** په وخت کې چې د یو **Rh** مثبت

جنین څخه صورت

نیسی وروستی پېښه ډیره معمولي ده او یو لوی جنینی مورنی نرف (**A.P.H**) بنفسي او **Therapeutic** سقط د **Amnio centosis** وروسته اود **External Cephalic version (E.C.V)** او یا په ډیر معمول شکل د **Trans placental passage** زیږیدنه په وخت کې کله چې د سرو حجرو **Trans placental passage** صورت ونیسی یعنی هغه وخت کې چې پلاستنا د رحم د **massage** په واسطه شپیرل کیږي .

په ډیرو زیاتو **Rh** منفي مساعد **Incompatible** امیدواريو کې تر هغه وخته پورې **Anti body** نه جوړیږي تر څو چې د لومړني زیږیدنه په دریمه صفحه کې د پلاستنا څخه وینه د مور دوران ته داخله شي اوله دې کبله لومړنی زیږیدنه او ماشوم نه متاثره کیږي .

په وروستي امیدواريو کې که چېرې جنین **Rh** مثبت وي د جنین څخه مور ته د ډیرې کمې وینې د تیریدو په صورت کې د یو ډیر لوی ثانوی **Anti body** عکس العمل لامل کیږي په دې صورت کې د (**IgG**) انتی بادی یو ډیر لوی مقدار د پلاستنا څخه تیريږي او کولای شي چې په زیاتوونکي ډول د وځیم **Rh** ناروغیو لامل شي البته په هغه صورت کې چې جنین **Rh** مثبت وي .

دغه **Anti body (IgG)** د جنین د سرو حجراتو د تخریب لامل کیږي ، چې بالاخره په توری کې تخریبیږي .

لاندې حالات د سرو حجراتو د تخریب د درجې او سرعت په مطابق لاندې حالات رامنځ ته کیږي .

1. جنین وینه لږی

2. **Hyper bilirobenemia** چې د **Hb** د چټک تخریب له کبله منع ته

راځی د رحم په

داخل کې زیات مقدار **Bilirubin** د پلاستنا د لارې خارجېزي د مور وینې ته لاکن د زیریدنې څخه وروسته جمع کېږي او ماشوم په ژیرې اخته کېږي .

3. اذیما

سریري لوحه :

سریري لوحه ممکن متغیره وي یعنی :

1. که چیرې **Anemia** په کافی اندازه پرمخ تللی وي . جنین د رحم په داخل کې مړ کېږي .

2. ممکن ماشوم د شدیدې کمخونۍ او ازیما سره تولد شي چې

Hepato

Splenomagaly او **Hydrops fetalis** ورسره یو ځای وي .

د زیریدنه څخه وروسته د **Billrobin** په سویه کې یو چټک زیاتوالی منع ته راځي ، دا ځکه چې دامیدواری په داخل کې زیات مقدار یې د پلاستنا د لارې د مور دوران ته خارجوی ژیرې د ژوند لومړنیو ۲۴ ساعتونو کې ښکاره کېږي .

3. کیدای شي چې جنین کمخونه شي او کیدای شي د سرو حجاتو د تخریب پروسه همدا سې پکې دوام وکړي . مورنې **Rh** انتی بادي گانې لا تر اوسه پورې د ماشوم په وینه کې دوران کوي . نو له دې کبله کیدای شي لا زیات **Anemic** او **Jaundicad** ښيي په **Postnatal** دوران کې .

لاری چاری :

وقایه کړي :

1. هرې **Rh** منفی ښځې ته **Anti -D-Immuno gulobolin** ۵۰۰ IU/L

ورکړي . د ۲۸-۳۶ اونيو امیدواری پورې ورکړي او یا په انتخابي

ډول **Anti-D** ۲۵۰ IU باید ورکړل شي .

• وروسته د تیرامیونیک سقط څخه

• وروسته د **Spantenious abortion** څخه

- د **Amnio centisis** څخه وروسته
- **500 IU** واحد
- وروسته له **ECV** څخه
- وورسته د يو **Rh** مثبت ماشوم د زيريدنی څخه وروسته خصوصاً چې ماشوم **A.B.O Compatible** وي يا مساعد وي دغه اندازه گيری د **Rh** ناروغيو اغيزې په غربي ټولنه کې کم کړي .
- د **Kleihaueis** تست استعمال کړي کوم چې په وځيم ډول متاثر شوی حالت

- بښي (او **Anti - D** دوهم دوز ته اړتيا پيدا کوي) .
- د خطر سره مخامخ ماشوم پلان کړئ يا پلټنه وکړی :
- د مورد **Rh** معاینه کول د **Anti-D antibody titer** لپاره
- په دوامدار ډول د التراسونډ معاینات د ماشوم ازیما لپاره
- **Amnio centisis** او مایعاتو د اعظمي کثافت
- د **Cord** وینه **check** کړي

تاریخچه :

1. د تاریخچې لپاره لاندې پوښتنې وکړئ :
 - د پخوانۍ **Transfusion**
 - په ژبيري اخته شوی ماشوم
 - **Exchange transfusion**
 - **Hydrops**
 - **Neonatal death** يا **Still birth**
2. ټولي **Rh** منفي اميدوارې ښځې بايد د **Antibody** د نظره چک شي که چيرې

مثبت وي

يعنی **Iu/Litt 20** څخه لوړ شي بايد چې يو غيری مستقيم **Coomb`s test** دې تر سره شي چې دغه تست د **Albumin Ab** معلوموی .

چك كړي :

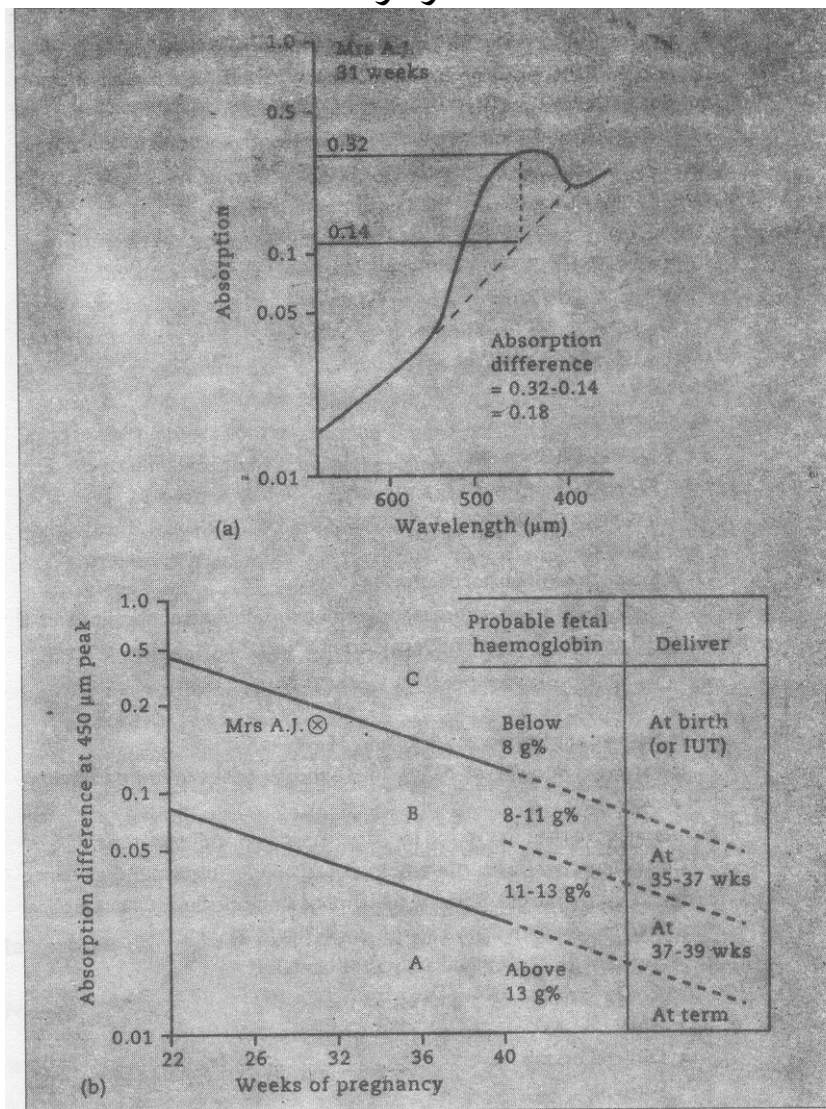
- د Booking په وخت کې
- که چیرې د Booking (یا وخت نیولو) په وخت کې به ۲۴ ، ۲۸ او ۳۴ اونۍ کې منفی وی
- که چیرې د Booking په وخت کې مثبت وي ۲۰ ، ۲۴ ، ۲۸ ، ۳۲ او ۳۶ اونيو کې مثبت وی او یا په مکرر ډول چك شى په هغه صورت کې چې سرعت يې لوړیږي .
- که چیرې د انتی بادی Titer په ۲۰ اونيو کې د ۸ : ۱ څخه لوړ شي په دې صورت کې Amniocentesis تر سره کړي ددې لپاره چې خطرات کم وي . باید Amniocent د التراسونډ د رهنمایۍ لاندې په داسې حال کې چې Gauge ۲۰ ستنه استعمال شي تر سره شي . او ۵- ۱۰ سی سی پورې امنیوتیک مایع دې وویستل شي د هغه اعظمي کثافت چك کړي او د Lilley's at risk graph سره يې پرتله کړي .
- 3. د زیریدنی څخه وروسته ژرد Cord وینه د لاندې مقاصدو لپاره چك شي .

- د A.B.O گروپ او Rh گروپ لپاره
- هیموگلوبین
- Direct coomb`s test لپاره
- بیلروبین لپاره

تداوی کړي :

- داخل رحمي Transfusion
- د زیریدنی لپاره وخت وټاکي
- د زیریدنی څخه وروسته Exchange Transfusion
- د زیریدنی څخه وروسته Phototherapy
- Top up transfusion

د خطر گراف



(۲-۳) تصویر کې د خطر گراف بنودل شوي . a- په Hemolytic نا روغیو کې د امینوتیک مایع د جذبیدو قوس یا گراف بنودل شوي چې Peak کې ۴۵۰ مایکرو لیتره اندازه شوي چې د اتصال د نقطې نه پیل او گراف یا قوس یې تر آخره پورې دی ، چې په دې کې د بیلوین جذب مختلف دی او یو مقدار تولید یې کمیږي . b- د خطر چارت د امیدواری په مختلفو پړاونو کې د بیلوین تلون لوړه نقطه په امینوتیک مایع کې بنودل شوي دی . د C زون شدید اخته کیدل د B زون متوسطه او د A زون خفیفه اخته کیدل نسیي . IUT داخل الرحمي ترافیوژن بنایي .

داخل الرحمي ترانسفيوژن :

د **Rh** په ډېرو وځيمو ناروغانو کې جنين د کم خونۍ او **Hydops** له کبله ماشوم مخکې د زيږيدنهڅخه مری. د داخل الرحمی ترانسفوژن په واسطه د جنين ژوند په داخل د رحم کې دوام مومي او په **Rh** ناروغانو کې دې ډول **Prematurity** (مخکې له وخت څخه زيږيدنه) اندازه په تخمينی ډول کميږي ، او دا کولای شو چې په لاندې ډول تر سره کړو .

۱. داخل پريتواني ترانسفوژن .

۲. د التراسونډ د لارښود لاندې د حبل سروی د وريد له ليارې ترانسفيوژن **Rh** منفی وينه.

د التراسونډ تر لارښودنی لاندې د جنين پريتوان جوف ته او يا د حبل سروی په وريد کې داخلېږي . که دوباره ورکولو ته ضرورت شي نو دا د امينوتیک مايع په کثافت پورې اړه لري او يا د ماشوم د همياتوکريت پورې . چې داخل وريدي ميتود عموميت يې زيات او ښه ميتود دی .

د تحریک کولو د وخت ټاکنه او د زيږيدنې د ښه ميتود انتخاب :

Prematurity (چې ژر منځ ته راځي) او **Rh** ناروغ بحراني حالت ترمينځ د خطراتو **Balance** (موخر مينځ ته راځی) وشي . د مهبلی زيږيدنې د خطراتو د مشاهدې له کبله ناروغه د سفلی سگمنت سيزارين سکشن ته بايد چمتو شي او بايد د ماشومانو ټيم د نږدې له دوی سره موجود وي د ماشومانو متخصص د تازه **Rh** منفی وينې سره يو ځای حاضر وي

احيائي مجدد او Exchange Transfusion:

ښه احیائي مجدد يا **Resusaitation** د **Anemic** او **Premature** ماشومانو لپاره اساسي برخه ده . د سږي ناروغي معمولاً مينځ ته راځي او دا له دې کبله دي :

• مخکې د وخت یا ډېر مقدم زیږېدنه کې د **Surtactant** عدم کفایه موجود وي .

• د سږي اذیما د کم خونۍ او **Hypoproteinaemia** له کبله وي .

• **Hypoplastic** سږي په ثانوی ډول د (**Pleural Effusion**) لامل ګرځي .

په شدید **Rh hoemtytic** نوي زیږېدلو ماشومانو کې د حبل سروی شریانی کتیتر هر څومره ژر تطبیق شي تر څو **PH** او **PaO₂** فشار کنترول شي .

• مرکزي وریدی فشار باید اندازه شي .

• په **Pleural effusion** او **Ascites** کې داحیاء مجدد لپاره **Drian** کینودل شي .

د وینې د تبادلې لپاره استطباب)

مقدم :

د حبل سروی **Hb** باندې اساسی فیصله وشي (د پخواني متاثر شوي ماشوم تاریخچې ته پاملرنه یا ملاحظه شي) .

۱. ډی سی لیتر / ۱۲ ګرام < د حبل هیموګلوبین

۲. په قوی احتمال سره د **Coombs'** تست مثبت والی .

۳. $85 \mu\text{mol/L}$ > د حبل بیلوربین .

موخر : **Hyperbillirubinaemia** دپاره دې تل معاینات تر سره شي د زیږېدنې نه وروسته په هر ۴ ساعتونو کې په سیروم کې د بیلروبین سویه اندازه شي او د بیلروبین د سریع زیاتوالي ته متوجه اوسو او د **exchange** ترانسفیوژن **level** یا سویه اندازه کړو چې دا د حاملګۍ او د ماشوم په حالت پورې اړه لري .

په یو ګراف کې په تخمینی ډول د بیلروبین سویه اندازه شي تر څو بیلروبین کله او کوم وخت یقیني یا نارمل سویي ته ګرځي چې په $1/\text{kg}$

صحت مند ماشوم کې $200 \mu\text{mol/L}$ او یا 3kg صحت منده ماشوم کې $350 \mu\text{mol/L}$.

د **Exchange** ترانسفیوژن کې د بیلروبین سویه فقط د نارمل سویې څخه لږ ښکته وي .

هدف نیول : انیمیا دې درملنه شي .

- خالص **IgG** انتی بادی دې لاسته راوړل شي **Washed out** .

- د **Hemo lysis** درجه دې کم کړای شي .

- بیلروبین دې خارج کړل شي .

- **Keriniteros** دې وقایه شي .

دوامداره فوتوتراپی : د هغه ژپړی لپاره چې د زیږیدنې نه مینځ ته

راغلي وي ترڅو د بیلروبین سویه ښکته شي فوتوتراپی تطبیق شي . .

Top –up transfusion: که په موخر ډول وینه لږی او هیموگلوبین

د ۷ گرامه فی ډی سی لیتر وي نو **to up transfusion** اجراء شي او د

وقایې لپاره د خولې له لپارې **Folate** ورکړل شي .

امیدواری په لومړیو کې د تناسلی جهاز څخه د وینې بهیدل :

زیان:

د مږ جنین خارجیدل مخکې له ۲۴ اونیو د امیدواری څخه ، او په عام

ډول سره دا لغت استعمالیږي . زیاتره سقطونه په بنفسهی ډول وي . چې د

Abortion په عوض دا به ښه وي یا **Miscorriage** لغت استعمال

شي .

د ناروغي عمومیت : د کلینیک له نظره ۲۵ % سقطونه د ۱۲ اونیو

څخه مخکې مینځ ته راځي .

تهدید د سقط:

بي درده وينه بهيدنه د اميدواری په لومړنيو مرحلو کې مينځ ته راځي او د معاینې سره .

• د رحم عنق داخلي فوچه زیاتره ترلی وي .

• رحم د اميدواری د عمر سره برابر وي .

درملنه :

د التراسونډ په واسطه ژوندي جنين بنودل کيږي چې د اميدواری د دوام لپاره ښه سند (خبر) دی . که جنين د حادی وينه بهيدنه په جريان کې ژوندي وي د ژوندي پاتې کيدو چانس يې ۸۵ % دی .

دا ددې ثبوت نه دی چې ښځه يا ناروغه په روغتون کې داخل او يا استراحت وکړي دوی کولای شي چې کور ته لاړ شي او ممکن دې ناروغانو ته توصيه شي چې د جماع څخه پرهيز وکړي که څه هم کوم قاعده يا اساس ددې لپاره نشته .

حتمی سقط : متصف دی په درد او وينه بهيدنه چې کله کله د علقاتو

په شکل وي خارجيږي چې د اميدواری له کبله وي او د معاینې سره عنق رحم داخلي فوچه خلاصه وي او دا ښايي چې ضايع شوی جنين خارجيږي يا لويږي او په لاندې ډول ډلبندی بندي شوي وي :

تام يا مکمل : د اميدواری ټول محتوی خارجيږي چې دا حالت د اميدواری په ۱۶ اونۍ کې مينځ ته راځي . ولی کله کله مخکې له هغې څخه هم .

ناتام ډول : د اميدواری د محتوی ټوله او يا يې يوه برخه په رحم کې پاتې کېږي او د دوامدارې وينه بهيدنه چې د خطر لامل کيږي مينځ ته راځي .

درملنه : خطريې عبارت دی له :

- دوامدارې وينه بهيدنه

- Syn tometrine ورکول

- انتان

تر عمومي بي هوشي لاندې هر خومره ژر چې امکان ولري د اميدواري د پاتې شوي برخې **Evacuation** يا خارجول اجراي شي که بنځه **RH منفی وي، نو 250IU Anti Dimmunoglobulin** ورته زرق شي.

ورك شوي سقط:

کله کله ددې او تهديد سقط تر مينځ تفريقي تشخيص مشکل وي . خصوصاً کله چې رحم سايز له **L.N.M** اندازه سره برابروي د التراسونډ په واسطه بنودل کېږي چې جنين د اميدواري په لومړيو مراحلو کې له مينځه تللي يا مړ شوي وي .

درملنه :

زياتره د اميدواري د پاتې شوې برخې پرې کول **Evacuation** ضروري دي . د وينې د علقې (لخته کيدو) خطر شته او دا نادراً په هغه حالت کې منع ته راځي چې سقط د جنين له ۳- ۴ اونيو لپاره په رحم کې پاتې شي او دا د حاملگۍ په لومړي ترايمستر کې په پراکتیک کې کوم پرابلم نشته.

منتن سقط:

په ناروغه کې سستمیک اعراض موجود وي د تبې سره او عموماً نارامي موجوده وي . له معاینې سره رحم حساس او بوی ناک افزات لري .

درملنه : په بیره د اميدواري د محتوی پاتې شوې برخې لیری کول د انتي بیوتیک تر تاثیر لاندې چې ضرورت ورته شته.

زیاتره ولادي متخصصین په دې ډول عمل کوي :

• په سمدستي ډول په لوړ دوز سره وسیع الساحة انتی بیوتیک (**I.V**)

مخکې له

عملیاتو څخه ورکوی. تر څو د **Bacterimia** مخه ونیسي او په هغې پسې د اميدواري د محتوي پاتې شوې برخې لیرې کېږي . د اميدواري د محتوی

پاتې شوې برخې ليرې کول (ERPC) بايد ولادي متخصص له خوا تر سره شي کله چې رحم محمول منتن وي نو په اسانۍ سره سوري کېږي .

- ناروغه دې په احتياط سره تعقيب شي او هر ۴ ساعته وروسته دې نبض او د حرارت درجه وټاکل شي .
- که چيرې بنځه تر ۴۸ ساعتو پورې بيا هم تبه ولري مناسب انټي بيوتيک دې ورکړل شي او وروسته د هغې سره دې اکثراً داخل وريدي هپارين ورکړل شي شايد د ناروغې په حوصلې او عيو کې **Septic emboly** موجود وي .
- **Septic Shock** لپاره دې څيرنې وشي .

تدابير :

هغه بنځې چې د اميدواری په لومړيو مراحلو کې وينه بهيدنه ولري . د سپيکولم په واسطه د رحم عنق چک شي ، که د رحم عنق خلاص وي ، نو حاملگي له مينځه تللې اود التراسونډ د معاینې لپاره لږ ضرورت شته . که د رحم عنق تړلی وي ، نو ژر تر ژره دې د التراسونډ معاینه اجراء شي . د التراسونډ معاینې ارزښت د هغه وينه بهيدنه لپاره چې په ابتدايي اميدواری کې صورت نیسی :

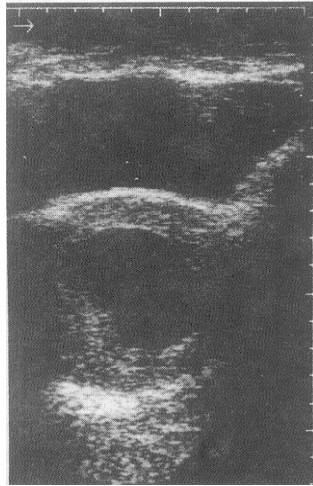
- که د اميدواری عمر له ۶- ۷ اونۍ څخه زيات وي نو جنين د زړه حرکات او فعاليت او جنين **Pole** د ليدو وړ دی .

- په ناتام سقط کې د نارمل اميدواری کومه اغيزه نه ليدل کېږي او يوازې يو څو پارچې د پاتې شوې برخې يا د اميدواری رحم په جوف کې وي .

- **Missed** شوې جنين د بطن **Scan** په واسطه ۷ اونۍ حاملگي کې تشخيص کېږي چې په دې عمر کې يو تش **Sac** ليدل کېږي چې د جنين کومې نښانې په کې نه وي . د التراسونډ با تجربه متخصص

کولای شي چې اولنی معاینې سره تشخیص وضع وکړي که شکمن اوسې یوه اونۍ وروسته واضح کېږي .

د وړک شوي سقط تصویر



۳-۳ تصویر : د التراسونډ په واسطه د وړک شوي سقط تصویر بنودل کېږي، وروسته له ۷ اونۍ څخه رابڼی :

په نارمل امیدواری کې که د **Gestation Sac** امیدواری کڅوړې اندازه د هغه د سایز دوه برابره وي نو جنین د لیدلو وړ وي :

- التراسونډ که څه هم په نادر ډول په مقدم امیدواری کې د وینه بهیدنه لامل تشخیصولی شي لکه **Mole Hydatidiform** .

متکرر بنفسي سقط:

دارنگه تعريف کېږي که چیرې امیدواری د شلمې اونۍ څخه مخکې درې ځلې سر په سر ضایع شي په دې نوم یادېږي او دا عموماً په لاندې ډول ډلبندی شوي .

۱. ابتدایي : که درې یا زیات سقطونه (زیانونه) په پرله پسې ډول ضایع شي پرته له دې چې امیدواری معیاد ته ورسېږي .

۲. ثانوي : درې یا ددېڅخه زیات سقطونه پرله پسې ډول وروسته د یو بامعیاد امیدواری څخه واقع شي .

۱ % prevalence یا د ناروغۍ عمومیت :

په یو فیصد بنځو کې مینځ ته راځي او کله کله دا په تصادفي ډول مینځ ته راځي .

انزار : با معیاد او بنه امیدواری مینځ ته راتگ چانس وروسته ددرې ځلې سقط څخه ۶۰% دی . دا رقم د ډېرو ولادمتحصینو سوالونو ته چې هرډول تداوی د منلو وړ دي که څه هم زیاتره جوړو (بنځه او میړه) ته د منلو وړ نه دی .

یوازینی مهم سندد سقط د بنځې پخوانۍ ولادي تاریخچه ده . بنځې چې یا معیاد د امیدواری تاریخچه ولري نادراً سقط پدوی کې منځ ته راځي .

لاملونه : د کروموزومونو انتقال د مور او پلار څخه (Translocation)

- مورنی شکر (Diabetes mellitus) ناروغی

- مورنی تایروید ناروغی

- سیستمیک لوپوس ناروغي lupas erythematosas

- هغه بنځې چې Poly Cystic Ovaries لري

- هغه بنځې چې Sub Septated uferus یا arcuate لري .

لږ شواهد موجود دي چې Immunological فکتورونه د عادي سقطونو

لامل گرځي . ، چې دا تیوری د پاملرنې وړ ده .

ولې بیا هم د مور Immonization کولو په واسطه با معیاده امیدواری

لاسته نه راځي چې د کلینیکي آزمایشتونو په واسطه تجربه شوي دي چې دا

معافیت د پلارنی Levcoyte Lymphocayt او یا د Trophoblastic

Extract په واسطه کولی شو .

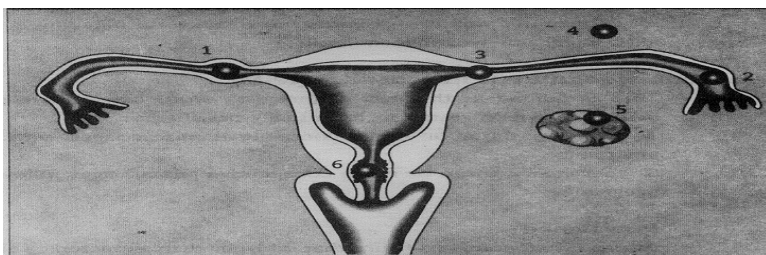
خارج الرحمي امیدواری :

د هغه امیدواری څخه عبارت دی چې امیدواری خارج له رحم څخه غرس

کېږي .

هغه بنځې چې د خطر سره مخامخ دي د لاندې فکتورونو سره یو ځای وي .

خارج الرحمي اميدواری ځايونه



(٣ ، ٤) تصوير د خارج الرحمي اميدواری ځايونه بنودل شوي دي . ١

. نفيری تيوب - مضيق ٢. نفيری تيوب - 3 Ampulla . 4 Cornual . بطني

. ٥. تخمدان ٦. د رحم عنق

- پخوانی **Salpingitis**

- پخوانی خارج الرحمي تاريخچه

- هغه بنځې چې تخمگذاری سايكل په آخر کې مينځ ته راځي .

- مخکينی جراحي عمليه پر نفير باندې .

- يوازي د پروجسترون تابليتونو اخيستل د کانترابشن لپاره .

- د IUD استعمال .

پيښې :

د نفوسو پورې اړه لري په UK کې 1:200 اميدواری نږدې ټول يې په

نفيرونو کې مينځ ته راځي .

مضيق :

د نفير (٢ / ٣) منځنی برخه کې چې توسع کولای نه شي او په مقدم ډول

تمزق کوي (د اميدواری په ٤ - ٨ اونۍ کې)

اعراض (گيلې) :

سم له واره د گيډې د لاندینۍ برخې بيرنی (حاد) درد . مخکې له دې چې

د امينوريا يادونه شوي وي مينځ ته راځي

نښې (علايم) :

- شاک

- حساس دردناك گېډه

- ډېر حساس رحم بايد په پوره پاملرنې او وضاحت سره معاینه شي .

درملنه : رسوم يا قوانين :

د فوري وينې د تجويز او جراحي عملياتو په واسطه ناروغه ژوندي پاتې کېږي . هيڅکله تاسې **Hypovolemia** د اصلاح کولو لپاره انتظار ونه باسئ او د جراحي عملیه تر سره کړئ . وينه درکونکې ساحې **Clamp** او وترئ .

په قسمي توگه نفير و باسئ د **Ampullay** برخې آخرنې نهايت دوباره **Anastomosis** لپاره که امکان ولري پريږئ . يا مکمل نفير و باسئ په واقعه کې کونښن وکړئ چې د تخمدان نسج وساتل شي .

Laparoscopy: ځيني د **Laparoscopy** متخصصين د خارج رحمی امیدواری عملیاتونو کې د وينې د ودريدو لپاره د **Laparoscopy** او **Endoscopy** څخه گټه واخلي چې د **Coagulation** او **Loop ligature** په واسطه نفير تړل کېږي چې دا يوازې په خاصو عملیاتونو کې تر سره کېږي .
Ampullary : د نفير وحشي خواته دريمه برخه چې دتوسع زیاته وړتيا د عضلي ديوال سره لري په موخر ډول اعراض ورکوي. د امیدواری د ۸-۱۲ اونيو پورې دوام کوي . څرنګه چې وحشي فوچه نفير ته نژدې دی نو وينه د ليکاژ په ډول د لږ فشار سره پريبتوان جوف کې لويږي .

گېلې (اعراض) : متقطع دروند (**Dull**) او (مبهم) درد د **Hypogastric** په سيمه کې وي چې د ډېرو ورځو لپاره دوام کوي .

نښې : رحم حساس وي او د وگلاس جوف ډک او په ملحقاتو کې کتله موجوده وي .

تدايیر: تشخيص کړي:

1. **HCG** سويه لوړه وي.

۲. د التراسونډ معاینه .

-تش رحم

-پیر Decidua

-د دوگلاس په جوف کې مایع

-شاید خارج الرحمی امیدواری کیسه ولیدل شي (ولی نه مکس کپري) .

۳. Laparoscopy

درملنه د Laparoscopy په واسطه

۱. Fetotoxic مواد په Unruptured خارجي الرحمي امیدواری کیسه کې زرق کپري .

لکه Methotrexat

۲. د امیدواری محتوی خارج خواته د نفیر آخري نهایت لخوا ویستل شي

۳. په نفیر باندي د ۲ سانتي مترو په اندازه شق اجرا شي او Anti mesenteric border د هغې له پاسه راوړلکیري . د امیدواری محتوي ویستل کپري او دوباره نفیر د Prolene تار په واسطه گنډل کپري .

۴. په قسمي ډول نفیر ویستل کپري او تخمدان دی محافظه شي که څه هم نفیر په قسمي یا مکمل ډول ویستل کپري چې دا اساسي درملنه ده . ولي نن ورځ Laparoscopy زیاته استعمالیږي .

مول هایدراتی دی فورم :

د تروفوپلاست سلیم تومورونه دي چې حیثیت ته زیات میلان لری چې د Choriocarcinoma په نامه یادیري .

پېښې :

۲۰۰۰ : ۱ امیدواریو کی په لویدیخ کې او ددی نه زیات په لیرې ختیخ کې واقع کپري .

لاملونه :

د وینې د مرکزي او عیو نه موجودیت په ذغابو کې نو د Exchange یا تبادلې مخه نیول کېږي او جنین مری . او ذغابې چې جوړ یا ژوندي وي نو پرسیدلی د مایع څخه ډک او متوسع او د انگورو د وږي په څېر لیدل کېږي .

زیاتره **Hydatidiform** ، **Homozygous** دي د **XX Karyo Type** ۴۶ سره یو ځای وي چې شاید د ا د القاح شوي **Oocyte** په تعقیب رامینځ ته شوي وي چې **Haploid** په دوو برخو کې د سپرم په واسطه القاح شوي وي یا **Part henogenesis** .

تاریخچه وړاند کول :

- بي درده وینه بهیدنه د امیدواری په لومړنۍ اونۍ کې موجوده وي .
- د ښه والي احساس نه کوي
- د ډېر زیات زړه بدوالی
- د ډېر کوچني **Vesical** یا انگورو وږی چې د یو سانتی متر څخه کوچني جسامت د رحم د عنق څخه وتل یا خارجیدل چې دا ډېر عام نه دی .

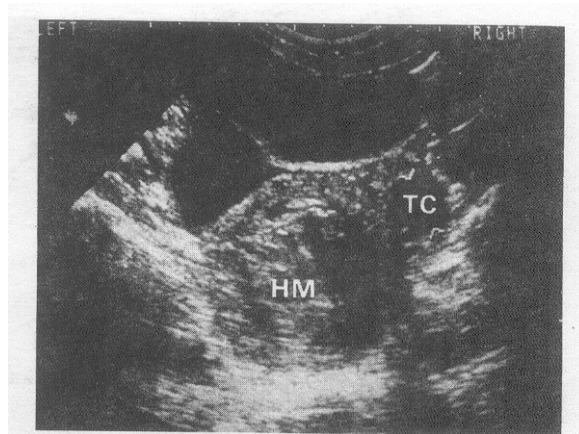
- معاینه : رحم د امیدواری د عمر څخه زیات لوي وي ، که امیدواری د ۱۴ اونيو څخه زیاته نه وي او له بلی خوا څخه د رحم سایز د تحمینی اندازې په حدود کې وي او یا د هغه څخه کوچني وي .
- ۲- که چېرې رحم په کافی اندازه لوی جس شي ، نو د نرم ښویه او اسفنجی بوجي په ډول احساس کېږي .
 ۳. د جنین د زړه اواز نه اوریدل کېږي او د جنین غږي د امیدواریو په لومړیو مرحلو کې نه جس کېږي .

۴. دویني د فشار لوړوالی شاید موجود وي (حُکَه چې د مقدم Pre eclampsic لپاره لازم دی.

۵. دوه طرفه Ovarian luteal cyst شاید موجود وي .

خپرنې : د التراسونډ په معاینه کې د جنین نښه یا Echo موجوده نه وي ، بلکې منتشر Cystic لکه گروپ په شان روښانه روښنایي د صابون د حُگ په شان لیدل کیږي.

په نارمله امیدواری کې د hCG سویه په سیروم او اد رار کې تر ۱۶ اونیو پورې لوړه وي او په Hydrotidiform کې ددې هارمون سویه ډېره زیاته لوړه وي او دا زیاتوالی په چټک ډول وي .



(۳-۵) تصویر: د التراسونډ په واسطه د Mole hydatidiform د Theca luteal cyst سره ښودل شوی دی .

تدابیر: په دې کې شديده وینه بهیدنه موجوده وي ، نو لومړی باید د هغې مخه ونیول شي او یا وینه بهیدنه کمه شي .

۱- ناروغه روغتون کې بستر شي که وینه بهیدنه موجوده وي نو Syntocinon دې ورکړل شي .

۲- I.V د لیاري Oxytocin ورکړل شي ترڅو د رحم تقلص مینځ ته راشي .

۳- د لاسه ورکړل شوي وینه اصلاح شي (وینه ورکړل شي) .

۴- د انستيزي تراغيزي لاندې ويزيکول **Vacum Extraction** په واسطه د عنق رحم د لياري وويستل شي نادراً د عنق رحم توسع ته ضرورت شته او مواد د **Choriocarcinoma** د ردولو لپاره لابراتوار ته وليږل شي .

۵- د زيږيدنه يا تخليه کيدو څخه وروسته وينه بهيدنه بايد وکتل شي او د **Oxytocin** د لوړوالي په واسطه کنترول شي .

۶- د سيمه ايز **Trophoblastic disease** مرکز سره اړيکې ونيول شي او تعقيب شي (**Charing cross hospital , London jessop**)

Hospital Sheffield or Ninewellis Hospital Aberdeen

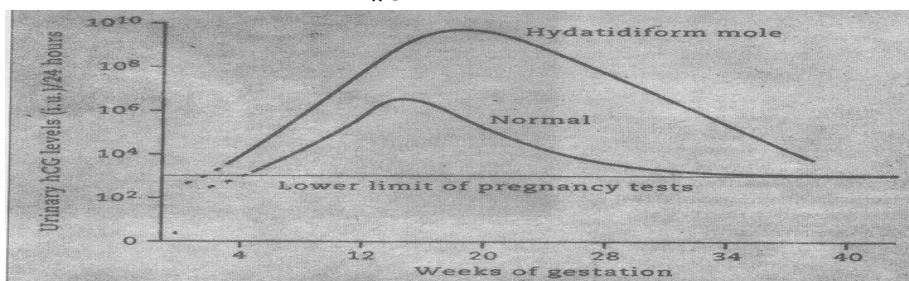
۷- ضد اميدواري درملونه د اميدواري د مخنيوي لپاره تر يو کال پورې توصيه شي .

انزار : هميشه بڼه وي په ۱۰ % پيښو (**Choriocarcinoma**)

Trophoblastic Malignancy مينځ ته راځي ، ټولې هغه بڼې چې **Hydatidiform Mole** ولري د دوو کالو لپاره بايد تعقيب شي خصوصاً د **hCG** هر مياشت کې د ۶ مياشتو لپاره او هر درې مياشتې وروسته د دوو کالو لپاره د ۶ اونيو لپاره د **hCG** سويه بنکته نه شي نو د **Methotrexat** يا **Actinomycin D** ناروغې ته ورکړل شي .

هغه بڼه چې سلیم **Hydatiform** ولري ۱- ۴ % د **Mole** دوباره مينځ ته راتگ يا عود چانس شته نو په راتلونکي اميدواري کې په لومړيو مراحلو کې التراسونډ وکړئ.

HCG سويه



(۳-۶) تصوير: د **hCG** سويه په بڼو کې په نارمل اميدواري او **Mole hydatidiform** کې ښودل شوي .

د موضعی لاملونو وینه بهیدل :

- کله ډېر زیات انتان (په ځانگړي ډول **Coundida**).

- د لاملونو درملنه

د رحم د عنق پولیپ: لږه اندازه وینه بهیدنه د سپیکولم د معاینې په واسطه لیدلای شو باید درملنه یې د امیدواری پر مهال پرینسودل شي که اړتیا پیدا شوه نو وروسته دی درملنه تر سره شی .

د رحم د عنق ایروژن :

- نقطوي خونري یوازي د سپیکولم په واسطه لیدلای شو درملنه یې د امیدواری په وخت کې پرینسودل شي که اړتیا وي نو وروسته دی درملنه تر سره شي .

د مهبل وایریکوزایتز : - متوسطه اندازه وینه بهیدنه په مینځني ترايمستر کې مینځ ته راځي . درملنه یې په فرج باندې د فشار واردولو په واسطه کیږي . که چېرې اړتیا وي نو د جراحي عملې په واسطه اوعیې تړل کیږي .

د رحم د عنق کانسر : نادراً مینځ ته راځي ولي مهم دی . غیر منظم وینه بهیدنه ورکوي او **Discharge** موجود وي د بایوپسی په واسطه تشخیص تاییدېږي .

که د ۲۸ اونيو څخه مخکې د **Hystertomy** او فوراً ور سره یو ځای **Wertheim Hysterctomy** اجراء شي او په تعقیب یې شعاعي تداوي تر سره شي .

که له ۲۸ اونيو نه وروسته وي نو د ۳۲-۳۴ اونيو پورې باید منتظر پاتې شو وروسته یا **Caesarian Wertheim histectomy** اجرا شي او په تعقیب شعاعي تداوي اجرا شي کله کله د بولي سیستم او مقعد وینه بهیدنه د مهبلی وینه بهیدنه په ډول راپور ورکوي .

لاملونه يې نه پيدا کېږي : په يو شمېر لږو ، ناروغانو کې وي کوم چې د موخرا مېدواری پشان وينه بهيدنه لري .

د مقدمې مرحلې امیدواری وينه بهيدنه ناروغان نظر موخري دورې امیدواری وينه بهيدنه ته کمه وي . ځيني ابتدايي وينه بهيدنه گانې موجودې وي چې په سترگو نه ليدل کېږي او د تهديدې سقط لامل گرځي ، نو تشخيص شوي وي او دا ندرتاً ثابتېږي . په دې توگه د تهديدې سقط تشخيص له منځه ځي ، نوزياتې بنځې خپل تهديدې ماشوم زيان کوي .

د امیدواری په آخر کې د تناسلي جهاز وينې بهيدل:

Ante Partum Hemorrhage د اسې تعريفو د تناسلي جهاز وينه

بهيدنه وورسته له ۲۴ اونيو امیدواری څخه او مخکې د زيږيدنې د پيل څخه.

پيښې : ۵% په ټولو امیدواریو کې .

لاملونه :

I – مورني:

- پلا سنتا پريويا ۳۰%
- انفصال د پلا سنتا ۳۵%
- د مهبل او د رحم عنق موضعی اسباب ۵%
- د وينې د تحتر تشو شات ۱% <
- هغه وينې بهيدنې چې لامل يې معلوم نه دی ۳۰%

II – جنين:

- **Vaso previa** ۱% <

پلا سنتا پريويا :

کله چې پلا سنتا د رحم سفلي سگمنت کې ځان ونيسي يا سفلي سگمنت

ته تېره شي داسې تعريف وو چې د رحمي ديوال يوه برخه ده کوم چې :

- د زیږیدني په وخت کې تقلص نه کوي او پراخوالي پیدا کوي او د تقلص په مقابل کې ځواب عکس العمل ښکاره کوي . .
- چې د امیدواری څخه مخکې د Isthmus په نامه یادېږي .
- د وسیع پریتوان لاندې قرار لري چې (مثاني په خدا کې دوباره پورته خواته منعکس (Reflect) کېږي .
- چې په قدام کې د متوسع مثاني په واسطه پوښل شوي وي .
- چې د معیاد په وخت کې د رحم د عنق داخلي فوچه د ۸ سانتې مترو اندازې ته رسېږي .
- دلبندي (طبقه بندي) : په ۱- ۳ باکس کې طبقه بندي یې د کلاسیک ، معاصر او التراسونډ له مخې شوي ده او ۳- ۷ تصویر کې د پلاستنا پریویا د شدت مراحل ښودل شوي دي .
- لاملونه : پلاستنا پریویا د امبریو د Low Implantation یا د سفلی غرس کیدني په تعقیب مینځ ته راځي چې کومکي فکتورونه یې عبارت دي له :

- Multiparty کثیرالودود .
- څو غبرګوني امیدواریونه
- جنین تمایل لري چې سفلی سگمنت کې پخوانی C-S نلری باندې غرس شي .
- لوحه: دا مهال زیاتره Low lying placenta پلاستنا پویویا د التراسونډ په واسطه تشخیص کیږي .
- متکرر پرته له درد څخه روښانه مهبلې وینه بهیدنه .
- (Persistent) مبرم معیوبه اعتلان او یا د سر لوړ موقعیت د امیدواری په اخرو میاشتو کې

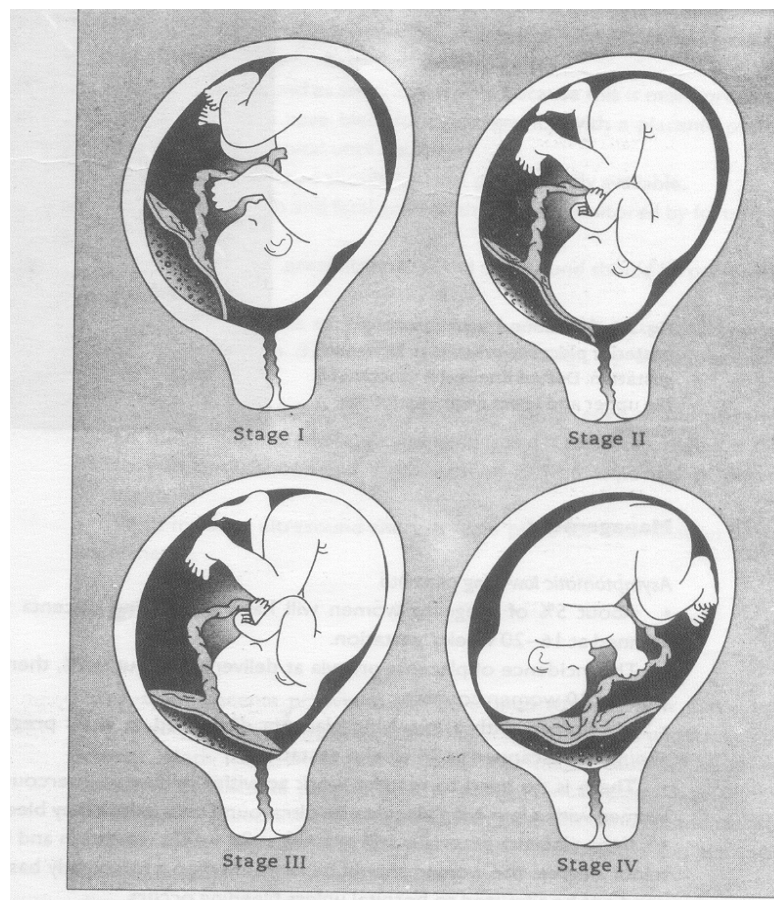
د پلاستنا پریویا درجه :

- ۱- پلاسنټا په سفلی سگمنت کې ځای نیسی او د رحم تر عنق پورې نه رسیږي .
- ۲- پلاسنټا تر عنق پورې رسیږي او ټول عنق نه پوښوی .
- ۳- پلاسنټا عنق پوښوي مخکې د توسع څخه کله چې توسع صورت ونيو نور عنق څخه لیري کېږي .
- ۴- پلاسنټا کاملاً د رحم عنق پوښ وي کله چې توسع صورت نیسی .

التراسونډ	معاصر	کلاسیک
Minor کوچنی	Marginal حاشوی	Type I Type II
Mojoړ غټ	Central مرکزی	Type III Type IV

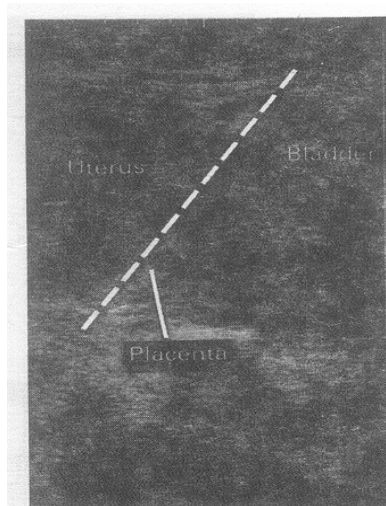
۱- ۳ باکس : د پلاسنټا پریویا د درجې او شدت طبقه بندي ښودل شوي .

پلاسنټا پریویا



(۷-۳) تصویر: په دې تصویر کې د پلاسنټا پریویا شدت او (Stage) موقعیت ښودل شوی دی.

التراسونډ: تشخیص د التراسونډ معاینې په واسطه د پلاسنټا وضعیت د رحم په داخل کې روښانه ښایي. که چېرې پلاسنټا د رحم په قدامي جدار کې قرار ونیسي او که قدامی جدار د مثانی تر حده پورې ورسیرې نو دا د **Low lying** پلاسنټا په نامه یادیري (مخکې له ۲۴ اونيو څخه او او د ۲۴ اونيو څخه وروسته **Placenta Previa** په نامه یادیري).



(۸-۳) تصویر: په ۳۲ اونيو کې د التراسونډ په واسطه د پلاسنټا پریویا خلفی موقعیت ښودل شوی او د متقطع لین په واسطه د علوی سگمنت او سفلي سگمنت اړیکې ښودل شوي. تدابیر:

بې عرضه **Low lying** پلاسنټا:

- تقریباً ۵% امیدواری ښخې شاید **Low lying** پلاسنټا ولري کله چې د التراسونډ معاینه د امیدواری په ۱۶-۲۰ اونيو کې اجرا شي.
- د پلاسنټا پریویا پېښې تقریباً ۵، ۰% د زیږیدنې په وخت کې وي. ددې لپاره چې په هرو لسو ښځو کې نهه یې پلاسنټا پریویا نه دي.

- ټولې هغه بنځې چې د امیدواری په لومړیو مراحلو کې **Low lying** پلاسنتا تشخیص شوي وي ، د امیدواری په ۳۴ اونۍ کې دوباره التراسونډه اجرا شي .
- هغه بنځې چې **Low lying** پلاسنتا ولري دوی باید له درندو کارونو او جماع څخه پرهیز نه شي پرته له هغې چې وینه بهیدنه ولري .
- که پلاسنتا پریویا تر ۳۴ اونیو پورې موجود او په **Minor** کوچنې درجه کې وي نو د انبایي چې څلور اونۍ وروسته دوباره بیا التراسونډه شي او ددې ضرورت نشته چې دې په روغتون کې بستر شي یوازې هغه وخت چې خونریزي ولري .
- په اوس وخت کې ولادي متخصصین په دې موافق شوي نه دي . هغه بنځې چې (**Major**) درجې د پلاسنتا پریویالوی یې ولري کوم چې بي عرضه وي دوی باید په روغتون کې بستر شي دا یو احتیاطي طریقه ده .

پلاسنتا پریویا له وینې بهیدنی سره :

- په روغتون کې بستر شي .
- یو لوی **I.V** کنول په واسطه ورید وساتل شي او د **Normalsalin** مایعات دې ورکړل شي .
- **Hb** او د وینې د ګروپ او **Rh** فکتور لپاره باید وینه واخستل شي .
- د وینې اخستل د **Hb** او د وینې د ګروپ د معلومولو لپاره .
- په ګوتو د مهبل د معاینې څخه پرهیز وشي د نسایي **Bivalv** سپیکولوم په واسطه معاینه کولو اجازه ورکول کیږي هغه بنځو ته د عنق رحم څخه وینه بهیدنه جریان ولري . خصوصاً که چېرې پلاسنتا پریویا باندې شکمن ووسو او نه تشخیص یې د تعریف له مخې قطعي نه دی .

- د التراسوند معاینه هر څومره ژر چې امکان ولري اجراشي ددې لپاره چې دا معاینه دقیقه وي .
 - ټولې هغه بنځې چې د امیدواری په دوران کې وینه بهیدنه د پلا سنتا پریویا له کبله ولري باید تر زیږیدنې پورې په روغتون کې بستر شي .
 - **Crossmatch** شوي وینې باید په دایمی یا همیشه ډول په دسترس کې ولرو او وساتو .
 - د پلا سنتا وضعیت او د جنین وده په هرو ۴ اونيو کې د التراسوند معاینې په واسطه ارزیايي شي .
 - د ۳۶-۳۷ اونيو په اخر کې التراسوند د اعتلان د معلومولو لپاره اجرا شي . لکه چې پورته ذکر شول .
 - a. که **Major** پلا سنتا پریویا وي نو د سیزارین عملیه د ۳۷-۳۸ اونيو ترمینځ د مجرب ولادي ډاکټر په واسطه اجازه دی چې اجراء شي .
 - b. که اعتلان د پلا سنتا د څنډې څخه بنکته موقعیت ولري او پلا سنتا پریویا **Minor** وي (قدامی I او II) دا بې خطر ده چې تر زیږیدنې پورې انتظار وباسو چې دا بنځه کولای شي چې نارمل مهبلی زیږیدنې کړي .
- د عصری التراسوند د درلودلو له امله ډېر کم معاینه کولو ته اجازه ورکول کېږي چې د انستیزی لاندې په احتیاط سره مهبلی معاینه اجراء شي .
- انزار :
- مورني : مړینه د پلا سنتا پریویا له کبله مخ پر وده هیوادونو کې ډېر کمه لیدل کېږي . که چېرې بنځه په روغتون کې وي نو د سیزارین سکشن د عملیې په واسطه کولای شو چې د زیاتې وینه بهیدنه څخه چې د مړینې لامل کېږي مخه ونیسو .
- د مړینې د لوی لامل په پلا سنتا پریویا کې اوس د زیږیدنې نه وروسته وینه بهیدنه (**PPH**) عموماً ددې کبله مینځ ته راځي چې سفلي سگمنت تقلص

او **Retraction** نشي کولای لکه د علوي سگمنت پشان ، مورنی او عی د پلا سنتا د بستر ناحیې کې وروسته د زیریدنه خخه په پرله پسې ډول وینه ورکوي .

جنین : په پلا سنتا پریویا کې د وینه بهیدنه اصلي سرچینه مور ده . جنین خطر د امیدواری د عمر پورې اړه لري چې آیا اړتیا د ماشوم زیریدنه شته او که څنگه ؟

د پلا سنتا انفصال :

دا وینه بهیدنه د پلا سنتا د بستر خخه وي چې پلا سنتا په خپل نارمل موقعیت کې غرس وي چې دا پېښه د **Ante partum** او **Intra partum** وینه بهیدنه په نامه یادېږي .

طبقه بندی :

لوي: په **Major** ډول کې د کلینیکي مشاهدې له مخې د جنین مړینه مینځ ته راځي . د مور د ژوند خطر هم موجود وي او دا همیشه هغه وخت مینځ ته راځي چې د پلا سنتا ۱/۳ برخې خخه زیاته جلا شوي وي .

ماینور: د پلا سنتا کوچنۍ ټوټې مخکې له وخته جلا کیدل چې د پلا سنتا د انفارکشن له امله وي چې کله کله د التراسونډ معاینې په واسطه لیدل کېږي چې دا کوچنۍ ساحې د **Abruption** پرمختګ کوي او لوی یې ساحې د پلا سنتا له ځایه بیلېږي . زیات مقدار وینه بهیدنه چې د پلا سنتا د بېلېدو خخه مینځ ته راځي د مهبل د لیارې نه خارجېږي چې دا ډول یې د **Concealed** وینه بهیدنه په نامه یادېږي . وینه بهیدنه کله چې په کلینیکي مشاهداتو کې ولیدل شي د **Revealed** وینه بهیدنه په نامه یادېږي . زیاتره دا وینه بهیدنه گاني **Mixed** وي (یعنی ډولو مخلوط د دواړو وي) .

لاملونه یې : د پلا سنتا مخکې له وخت خخه بېلېدل دي چې لاملونه یې لا تر اوسه معلوم نه دي . لاندیني فکتورونه ورسره یو ځای وي :

• د وینې لوړ فشار چې د **Protein urea** سره یو ځای وي .

- زیاتې زیږونې : څلورم ځل امیدواری څلور چنده د امیدواری خطر زیاتوي نظر لومړنې امیدواری ته .
 - ضربه : **External Cephalic** تدور چې د جروحاتو لامل گرځي .
 - د رحم ډېر زیات توسع **Over Stretched uterus** : چې د پلاستنا مخکې له وخت څخه بیلیدل هغه وخت مینځ ته راځي چې غشاء څپري شي .
 - **Abruption** پلاستنا مخکنۍ تاریخچه : چې دا حالت د پلاستنا انفصال خطر ۲-۳ چنده زیاتوي .
 - په مور کې د سیروم **α Fetoprotein** لوړوالي (**Risk ۶ %**) .
 - لوحه یا بنودنه : **Major** په ناروغه بنځه کې د بطن درد او پرمخ تللې درجه د شاک موجود وي هغه مقدار وینه چې ضایع کېږي د لیدو وړ وي **Reavealed** وینه بهیدنه چې زیاتره د شاک د درجې څخه زیاته وي . د معاینې سره رحم کلک او د لرګي په څېر وي چې د **Tonic** تقلصاتو له کبله وي . د جنین غړي د جس ورڼه وي ، جنین یا ماشوم شاید مړ وي .
 - **Minor** : د پلاستنا د کوچنۍ ساحې بیلیدل تر زیږیدنو وروسته پورې نه تشخیص کېږي او دې سره شاید لاندیني ټکي یو ځای وي :
 - مینځنۍ اندازه بطني درد چې **Preterm** زیږیدنیتهدیدوي .
 - غیر واضح **APH**
 - یوازي د رحم په یوه برخه کې حساسیت موجود وي .
- اختلاطات:
- وخیم د پلاستنا انفصال لاندې نتایج مینځ ته راوړي .
 - شاک د وینې ضایع کیدو له کبله مینځ ته راځي چې د پلاستنا د خلف هماتوم او علقی له کبله وي چې ځیني وخت پته وینه بهیدنه (**Concealed**) مینځ ته راوړي .
 - **Consumptive Coagulopathy**

- **Hypovolaemic** له کبله **Anuria** یا **Oligoumia** د پلاسنتا انفصال کوچنی درجه لاسته راوړنه د ماشوم وده متضرره کوي.
- لاری چاری (چمتوالي) : **Major** انفصال د پلاسنتا کې د مور او ماشوم دواړو ژوند خطر سره مخامخ کوي که چېرې ماشوم تر دې وخته ژوندی وي نو په لاندې ډول دې عمل وشي .
- ۱- د دوو لویو **I.V** کنولونو په واسطه د نارمل سلین محلول ورکول .
- ۲- ۲۰ سی سی وینې د **Crossmatch** لپاره په څلور یونت کې (**Hb**) او د وینې تحشر د مطالعې لپاره ولیږل شي .
- ۳- په سمدستي ډول سیزارین شکن اجراء شي تر څو د ماشوم ژوند وژغورل شي .
- ۴- یقینې شي چې پوره اندازه مایعات وروسته د سیزارین شکن څخه ناروغ ته ورکړل شي .
- ۵- یو کتیتر په بولي لارې کې تطبیق شي تر څو د ادرار **Output** وکتل شي . که چېرې ماشوم مړ وي نو ناروغې ته د مهبلی زیریدنیا اجازه ورکړل شي . زیاتره ژر پیښېږي (۴- ۶ ساعتو کې) ځکه چې انفصال د پلاسنتا زیریدنه هڅوي . که ناروغه په **Labour** کې نه وي نو غشاء وڅیرل شي تر څو ژر زیریدنه صورت ونیسی او مهم ټکي د زیریدنید چمتوالي لپاره عبارت دي له :
 - ۱- دوه لوي **I.V** کنول تطبیق شي او نارمل سالین ناروغ ته ورکړل شي .
 - ۲- ۲۰ cc وینه د **Crossmatch** لپاره په څلورو یونتو کې د **Hb** او د وینې د تحشر د مطالعې لپاره ولیږل شي .
 - ۳- **Epidural** انلجیزیک ورکول استطباب نه لري ، ځکه چې د **Coagulopathy** خطریات وي .
 - ۴- که د وینې لخته کیدو نیمگړتیا په ناروغه ښځه کې پیل شوي وي نو ناروغې ته په لاندې ډول تدابیر و نیول شي :

د همتولوژي **Consultant** سره اړیکې ونيول شي که د وينې لخته کيدو مطالعات په لاس کې نه وي د وينې د لخته کيدو عدم کفايه به مينځ ته راشي که اخستل شوې وينه زياتره پرنده شوي نه وي نو لاندیني تدابیرتوصیه کېږي.

a. ۴ واحد تازہ **Frozen Plasma** دې ورکړل شي .

b. د وينې بانک ته خبر ورکړل شي چې ۶ يونټ **Platelet** تيار کړي .

c. د همتولوژي **Consultant** په واسطه **Platelet. Cryoprecipital** يا فايبرينوجن دې ورکړل شي د وينې عدم تحشر که پيل شوي وي نو په فوري ډول د رحم د تخليه کيدو د هغې د محتوی څخه صورت ونیسی .

که د پلاستنا خارجيدل په ۴- ۶ ساعتو کې صورت ونیسی نو هغه اېنارمل زياتوالي چې د وينې په تحشر کې مينځ ته راغلي دی اصلاح کېږي .
موضعی لاملونه:

به د اميدواری په لومړۍ مرحله د مهبل وينه بهيدنه کې دا موضوع تشریح شوې ده .

Blood Dyscrasias: ډير زيات نادر وي د لاندنيو حالاتو په تعقيب

وينه بهيدنه مينځ ته راځي .

• **Von willebrand Diseases**

• **Leukemia**

• **Hodgkin Diseases**

• **Idiopathic thrombocytopenia**

تدابیر: دا حالت هميشه مخکې د اميدواری څخه پيژندل شوي وي ، نو د ښه تدابیرلپاره بايد د همتولوژي او **Consultant , Oncologist** سره اړیکې وساتل شي .

لاملونه چې پيدا شوي نه دي :

همدارنگه کله کله د وینه بهیدنه د پیل کیدو لاملونه نشو معین کولای نو په احتیاط سره د پلاستنا پتالوژیک معاینات اجراء شي . کیدای شي یو د لاندنیو ټکو څخه یوه یې وي .

۱- د **Mariginal Sinus** څېري کیدل .

دا یو لوي ورید دی چې د پلاستنا شاوخوا څنډو کې ځای لري او د زیاترو د بي درد د وینه بهیدنه یو واحد برخه مینځ ته راولي چې پلاستنا پریویا په څېر وي .

۲- **Placenta Circumvallata** : دا یو غیر معمول حالت دی . د پلاستنا د سطحې په استقامت په لږه فاصلی سره غشاء کې ننوځي چې دغه برخه د پلاستنا د غشاء په واسطه نه احاطه کیږي چې وروسته دغه ساحه ځان د رحم څخه بیلوي او د متکرر بی درده وینه بهیدنه لامل گرځي او یا شاید پلاستنا پریویا وي .

دا یو استثنايي حالت د پلاستنا دی چې پیژندل شوی او د ماشوم د ودې د تاخر لامل گرځي او د غیر واضح شوي **APH** یو علت دی . چې باید متکرر **Serial** الټراسونډ د ماشوم د وده د مانیتورینگ لپاره اجراشي .

۳- د رحم د عنق د مخاط د لاسه ورکول .

ددې گروپ اختلاطات کم دی خصوصاً چې د جنین وده نورمال وی . که څه هم زیاتره ولادي متخصصین دا ناروغان چې با معیاد امیدواری ولري او هغه **APH** چې لامل یې معلوم نه وي **Induce** کوي یا تحریک کوي .

جنیني وینې بهیدل :

دغه حالت د **Vasa praevia** د څیری کیدل له کبله په هغه وخت کې چې په ډېره پراخه اندازه د (**Cord**) حبل سر وي د اوغیو او هغه اوغیو چې د رحم د عنق څخه تېریږي یا یې قطع کوي .

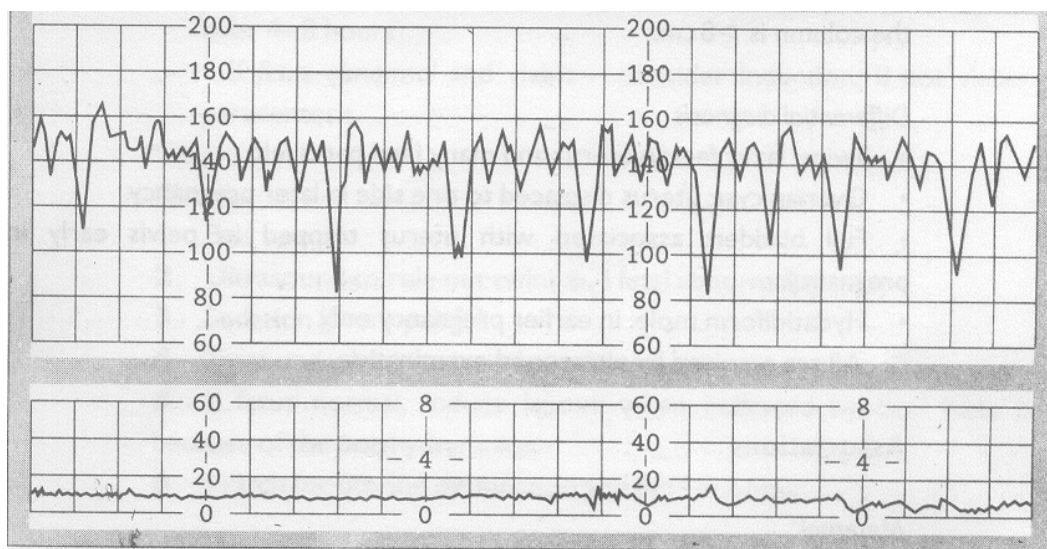
تشخیص :

دغه حالت زیاتره د غشاء دخیری کیدو په وخت کې د کمې اندازې نذف د موجودیت په شکل تظاهر کوي . ممکن دغه حالت د جنین د زړه د اوازونو د تغیراتو سره یو ځای وي ، چې په نتیجه کې په یو Sinusoidal شکل غوره کړي .

تصدیق: که چېرې وخت ولري نو د وینې ضیاع باید د جنین د Hb لپاره په دې شکل معاینه کړي چې د Hb مقاومت Alkalinization په مقابل کې چک کړي او یا په تعویضي ډول په دغه حالت باید هغه وخت مشکوک شي چې په التراسونډ کې د پلاستا د داخلي فوحي مقابل طرف ته د یو Succenturiate لوب یا فص موجودیت ښکاره شي .

درملنه : هر څومره زر چې امکان ولري زیږیدنهور کړي او کوچني د نقل الدم یا Transfusion لپاره چمتو یا تیار کړي .

د Sinusoidal نمونه



(۳- ۹) تصویر : د مقدم Deceleration نمونه یا شکل د CTG په واسطه ښودل شوي او له هغې سره یو ځای Sinusoidal نمونه هم ښودل شوې او د Deceleration حالت او اړیکې د رحم د تقلصاتو سره چې تقلصات په کې لیکل شوي نه دي یا راجستر شوي نه دي .

پولی هایدر و امنیوز :

ډېر بڼه تعريف د امنیوتیک مایع زیاتوالی چې د سریري له نظره د تشخیص وړ وي د نارمل حجم اندازه ډېره زیاته متفاوته ده او د امیدواری د مودې له نظره توپیر کوي .

متوسطه اندازه یې د امیدواری په مختلفو دورو کې په لاندې ډول ده :

۱- په ۱۲ اونیو کې ۵۰ ملي لیتره .

۲- څلورویشتمه اونۍ کې ۵۰۰ ملي لیتره

۳- شپږدیرشمه اونۍ کې ۱۰۰۰ ملي لیتره

لاکن په یوه واحده امیدواری کې د نارمل حجم اندازه ډېره متفاوته ده یعنی ۵۰۰-۱۵۰۰ سي سي پورې رسیري .

تشخیص :

دا کیدای شي د کلینیک له نظره او یا د ساده التراسونډ په واسطه تشخیص شي . د امنیوتیک مایع د اندازه کولو نور میتودونه ډېر پیچلي او زیاتره د اتکاء وړ هم نه دي .

تاریخچه :

• د بطن حساسیت

• ناروغ ددې وړتیا نلري چې په هیڅ وضعیت آرام احساس کړي

• عسرت تنفس ، سو هضم ، بواسیری کتلې او Varicose veins

معاینه: د رحم غور جگ وي ، رحم ډېر حساس Cystic نظر معیاد حالت

ته ډېر لوي وي لکه چې یو بالون د اوبو څخه ډکه وي دا مشکله وي چې

د جنین غړي جس او یا د لاس په واسطه ونیول شي .

پلټنې :

التراسونډ : د مایع حجم د مایعاتو دخورا ډېر اوږد ستون په واسطه چې

د جنین د سطحې څخه تر د رحم تر داخلي دیوال پورې رسیري بنودل کېږي

چې په **Poly Hydromnios** کې دغه ستون حجم د ۸ سانتي مترو څخه زيات وي .

تفريقي تشخيص :

غبرگوني يا **Twins** : د رحم او کوچني د ډېرو برخو يو **Laxer** احساس موجود وي .

- مبيضي (**Cyst**) : په دې حالت کې د اميدواری په اخرو وختو کې رحم يو طرف ته تيله شوي وي .
- ډکه مثانه: که چېرې د هغه رحم سره چې په حوصله کې بند وي البته د اميدواری په شروع کې .
- **Hydatidiform Mole**: صرف د اميدواری په لومړيو وختو کې .
- ټول پورتنې حالات د التراسونډ په واسطه ردیږي .

اړيکې:

• مورنۍ

- شکره ناروغه

• جنيني

- ولادي اېنارملتي : **Meiningomyelocoele** , **Anecephaly** او

معايي اتريزيا يا **Bowel Atrisia** .

- **Twins** (خصوصاً **Monovular**)

سريري دوره يا کورس :

حاد:

• دردناکه او حساس بطن او د بطن ازميايي ديوال

• لومړۍ ځلې اميدواری بنځې يا **Primiparous**

• **Pre eclampsia**

• زياتره مقدم وي يا (۲۲ - ۳۲ اونيو اميدواری)

مزمّن:

- شروع يې بطني وي .
- د درد په ځای ناراحتی موجوده وي .
- د امیدواری وروستی اونی کې منع ته راځي .

تدابیر:

حاد:

- ۱- د بستر استراحت
 - ۲- التراسونډ دې وشي تر څو غبرگونکي اویا بله ابناړملتي رد شي .
 - ۳- د رحم څخه دې مایع ویستل شي .
- که چېرې جنین نارمل وي : نو د بطن د جدار له لارې د یوه کوچني

Bore لرونکې

ستني په واسطه ددې محلول څخه مایع په ورو ډول تر هغه وباسی تر څو ناروغ د آرامی احساس وکړي (یعنی ۵۰۰ - ۱۰۰۰ سي سي پورې د ۴ - ۸ ساعتونو په موده کې) .

- که چېرې ماشوم غیر نارمل لاکن ژوندی وي : په دې صورت کې

Induction یا

قصدی زیږیدنهورکړي .

- او که چېرې ماشوم مړ وي په دې صورت کې Paracentesis وکړي .

مزمین:

- ۱- د بستر استراحت
- ۲- التراسونډ تر څو چې غبرگونکي او یا د جنین ابناړملتي رد کړدي .
- ۳- تسکین په هغه صورت کې چې ډېر دردناکه وي .
- ۴- مورنی لاملې فکتورونه تداوی کړي .
- ۵- که چېرې نارمل وي په دې صورت کې د ماشوم د حالت په نظر کې نیولو سره زیږیدنهورکړي نه دا چې Poly hydrtion له کبله .

٦- د رحم غير وظيفوي حالت **Dys function** او **P.P.H** د زيږيدنه په وخت کې په نظر کې ونيسي .
 اوليگوهايډروامينوز :
 د امنيوتیک مايع فقدان چې يو ډېر نادر حالت دی .
 تشخيص :

- رحم د اميدواری په لومړيو وختو کې **Small for dates** دی
- رحم د اميدواری په وروستيو کې د ماشوم څخه ډک احساسیږي .
- التراسونډ کوچنی ستون بنايي چې د 2cm څخه کم وي .

جنيني اړيکی :

- د جنين د پوستکي التصاقات د **Amnion** سره
- د پښتورگي نه جوړيدل
- **I.U.G.R** داخل الرحمي تاخروده

سريري کورس :

- زيږيدنه زياتره مخکې له وخته وي .
- د جنين د مړينې يو لوړ تناسب موجود وي .
- د جنين د اېنارمليتي يو لوړ تناسب لکه د **Hips** او د **Talipes** خلع موجوده وي .

خلورم خپرکی

په امیدواری کې ناروغي

۱. د امیدواری پر مهال کې د بولي لارو ناروغي.
۲. د وینې کموالی .
۳. د زړه ناروغي .
۴. د تنفسي سیستم ناروغي .
۵. د اندوکراین ناروغي .
۶. بطني دردونه .
۷. د امیدواری په دوران کې انتانات .
۸. د امیدواری په دوران کې د رحم حالت .
۹. د حوصلي تومورونه .

د امیدواری په دوران کې د بولي لارو ناروغي : د امیدواری په دوران کې حالونو پراخ او ماریچې شکل غوره کړي وي ، ځکه چې :

۱. د امیدواری په دوران کې د پروجسترون سویه لوړه وي نو ځکه ملساء عضلات د استرخاء په حالت کې وي .

۲. د امیدواری په آخرو کې خفیف بندښت د حالونو په سفلي برخه کې منځته راځي او ددې له کبله :

الف: د ادرارو رکودت منځته راځي .

ب: د منتن ادرار بیرته گرځیدل د پښتورگو خواته صورت نیسی او

پیلونفرایت ته زمینه مساعدیږي .

بي عرضه باکٽريوريا : عبارت له هغه حالت څخه دی چې د ادرار په هر ملی لیتر کې (10^5) باکټریاوې موجودې وي اما اعراض موجود نه وي

پېښې : ۵٪ امیدواره بنځې پرې اخته کېږي او دغه حالت د عمر او د موروالی دشمېر په زیاتوالی سره زیاتېږي .

اهمیت : بی عرضه باکٽريوريا د لاندې خطراتو (گوانبونو) له امله اهمیت لري .

۱. د امیدواری په جریان کې حاد پیلونفریت (۳۰٪) .

۲. په بولي سیستم کې ساختماني تغیرات یا انومالي گانې (۳-۵٪)

پلټنې : د امیدواری په اوایلو کې ټولې امیدواره بنځې باید ادرار معاینه کړي :

۱. د سپینو کرویاتو موجودیت لپاره .

۲. د بکټریاوو د کلچر لپاره .

درملنه : هغه اورگانیزم چې نشو نما یې زیات عمومیت لري عبارت

دی له :

۱. *Escherichia Coli* .

۲. *Inter Proteus Mirabilis* .

دغه اورگانیزمونه عموماً د *Trimethoprin* ، *Amocyclclin* یا *Nitrofurantion* په مقابل کې حساس دی . ۱۴ ورځې Course د هغه انتی بیوتیک په واسطه چې انتان د هغه په مقابل کې حساس دي اجراء شي . ددې درملنې په واسطه د ۸۵٪ بنځو علاج کېږي اما وروسته د یوې اونۍ درملنې ادرار باید دوباره کلچر شي . درې میاشتی وروسته د زیږون څخه باید کلیوی التراسوند او وریدې یوروگرام اجراء شي ترڅو د بولي سیستم ساختماني تغیرات معلوم شي .

عرضي انتانات:

پيښې : ۱- ۲٪ اول باري ښځو کې عموميت لري .

اعراض (گېلې) : د ادرار سوزش (د احليل د التهاب له کبله ، د فريکونسي زياتوالي (Trigonitis له کبله) ، د پيلونفرايټس له کبله د ملا درد ، د بندونو درد ، د شپې لخوا خوله کيدل او لرزه ، همدارنگه د تېې له کبله سردرد ي ، کانگه او عضلي خارښت موجود وي .

معاینات : ناروغه عموماً تبه لري ، که چيرې پښتورگي منتن شوي وي زياتره واقعاتو کې تبه ۵ ، ۶۰ درجې د سانتی گراد وي . که چيرې ښځه پيلونفرايټس ولري نو د پښتورگو زاويې به يې حساسي وي .

پلټنې : د ادرار د جريان له منځ څخه يا (Mid Stream Urine =

MSU) څخه سمپل بايد د لاندې مقصدونو لپاره واخستل شي :

۱. د سپينو کروياتو د مايکروسکوپي معاینې لپاره .
۲. کلچر د مسئول اورگانيزم د پيژندلو لپاره .
۳. د اورگانيزم د حساسيت معلومولو لپاره د انتی بیوتیک په مقابل

کې .

اهتمامات : ټولې هغه ښځې چې د پښتورگو د زاويې حساسيت او تبه لري بايد چې په روغتون کې بستر شي .
ځکه چې پدغو حالاتو کې مخکې له وخت څخه د زيږون خطر موجود وي .
اهتماماتو کې لاندې گامونه شامل دي :

۱. د بستر استراحت .
۲. کافي مايعات ورکړل شي (لږ تر لږه هره ورځ ۳ ليتره) که کانگي او زړه بدوالی موجود وي نو د وريد له لارې دې مايعات ورکړل شي .
۳. وسيع الساحه انتی بیوتیک لکه Amoxycillin دې د وريد له لارې ورکړل شي او وروسته د کلچر له نتيجې څخه بايد تبديل شي .

۴. که چیرې بنځه پیلونفرايټس ولري نو وروسته له ښه کیدو څخه باید کلیوی التراسوند اجراء شي.

۵. ناروغه باید تر هغه وخته پورې په روغتون کې وساتل شي تر څو چې د پښتورگو د زاویې حساسیت یې له منځه لاړ شي.

۶. کله چې تبه له منځه لاړه شي انتی بیوتیک دې دخولی له لارې ورکړل شي ، لږ تر لږه د ۷ ورځو لپاره دې درملنې ته ادامه ورکړل شي .
دانتی بیوتیک د آخري دوز څخه ۲ ورځې وروسته باید ادرار دوهم ځلي کلچر شي .

د پښتورگو مزمنې ناروغۍ : په نورمال ا میدواری کې د پښتورگو بدلونونه :

۱. د پښتورگو د وینې جریان زیاتیري .

۲. **Glomerular Filtration Rate** یا **GFR** لوړیږي .

۳. د یوریا او کریاتینین غلظت په پلازما کې ښکته کیږي .

۴. د بدن د اوبو مجموعی مقدار زیاتیري چې په نتیجه کې د بدن د سوډیم مقدار هم زیاتیري او د پلازما **Osmolality** ښکته کیږي .

۵. په اولو ۶ میاشتو (۲ ترايمسترو) کې د بدن یوريك اسيد سويه ۲۵

% پوری لوړیږي اما په دریم ترايمستر کې دغه سويه د امیدواری مخکنی حالت ته بېرته گرځي .

انزار :

د امیدواری انزار لاندې عواملو پورې اړه لري : ۱. ایا ښځې

مخکې له امیدواری څخه لوړ فشار لري ؟

۲. ایا ښځې مخکې له امیدواری څخه پروتین یوریا درلوده ؟

۳. د پښتورگو د ناروغیو ډول.

امیدواری د پښتورگو پر ناروغیو باندې د اوږدې مودې لپاره خرابه اغېزه لري .

جنینی انزار : هغه ښځې چې نورمال فشار لري او د پښتورگو مزمونو ناروغیو باندې اخته وي ۲- ۳ چنده زیات ددې خطر شته دی چې په Pre-eclampsia یا PIH باندې اخته شي . د PIH په نشتوالی کې د Prenatal مرینو اندازه نه زیاتیري . که چیرې PIH پیدا کیږي د ماشوم د مریني خطر مستقیماً دامیدواری په مودې او زیږون پورې اړه لري .

هغه ښځې چې د پښتورگو په شدیدو ناروغیو باندې اخته وي هغوی کې زیات وقوعات د دواړو PIH او هم د جنین ناقصه وده لیدل کیږي . همدارنگه هغه ښځې چې مخکې له میندواری څخه هایپر تنشن او پروتین یوریا ولري په هغوی کې د Prenatal د مریني اندازه تر ۳۰٪ پورې رسیږي . د مرگ لاملونه یې مخکې له وخته زیږون او هغه اختلاطات چې SGA سره یو ځای وي تشکیلوی .

هغه ښځې چې هیموډیالا سیز لاندې وي : - هغه ښځې چې په منظم ډول هیموډیالاسیز په هغوی اجراء کیږي شنډې نه وي بلکې زیات یې نورمال تخم گذاری کوي .

- په دغو ښځو کې مخکې له وخت څخه زیږونونه زیات لیدل کیږي .
- عموماً مخکې له وخت څخه د زیږون دردونه سم له واره وروسته یا په جریان د ډیالاسیز کې پیل کیږي .

- هغه ښځې چې ډیالاسیز پری اجراء کیږي باید مناسب Contraceptive واخلي او امیدواري تر Transplantation د عملیې پورې وځنډول شي .

امیدواری وروسته د کلیوی پیوند څخه : هغه ښځې چې د پښتورگي مزمون ناروغي ولري د بریالي څخه ۶ میاشتي وروسته د Transplantation څخه تحیض سایکل دوباره منځ ته راځی بریالی توب دی ، چې ښځې کولای شي په نورمال ډول امیدواره شي . که چیرې یقینی

شو چې امیدواری صورت ندی نیولی باید **Contraception** باید پیل شي.

داسې کوم شواهد نه دي لیدل شوي چې امیدواري د پښتورگي د ناروغې وقوعات د دوباره عود سبب کېږي ، وروسته د پښتورگو د **Transplantation** څخه پروتین یوریا او هایپرشن ۳- ۴ چنده زیات واقع کېږي . تقریباً ۴۰٪ واقعاتو جنین مخکې له وخت زیږېږي . د ماشوم ژوندی پاتې کیدل د امیدواری په عمر او زیږون پورې اړه لري . همدارنگه لږ شواهد په دې هکله تر لاسه شوي چې معافیت بنکته کوونکی درمل او ستيروئید د ولادي نیمگرتیاو وء د زیاتوالي لامل گرځي .

د امیدواری په دوران کې د پښتورگو حاده عدم کفایه :

۱ - ممکن **Tubular Necrosis** له امله وي چې یو غیر نه رجعی حالت دی .

۲- **Cortical necrosis** دارنگه ناروغان د اوږدې مودې **Dialysis** او یا **Transplantation** ته اړتیا لري .

نبودنه : د ادرار کموالی (۲۰ ملی لیتره په ساعت کې یا ۵۰۰٪ ملي لیتره په ورځ کې) چې د **Catabolites** د خارجولو لپاره نوموړي مقدار ادرار کمترین مایع ده .

- د ادرار نشتوالی

لاملونه یې د ولادي له نظره :

۱- هایپووالیمیا :

- وخیم **Pre-eclampsia**

- زیان

- د پلاستا بیلیدل مخکې له وخت څخه

- وورسته د زیږون څخه وینه بهیدنه یا **Post Partum Hemorrhage** (PPH)

- په امیدواری کې خوابدی یا زړه بدوالی .
- ۲- گرام منفی شاک : دا ممکن د لاندینو حالاتو نتیجه وي :

- انتاني سقط

- پیلونفرایتس

- کلوریو امینونایز

- **Puerperal Infection**

په زیاتو حالاتو کې عامل یې **E.Coli** وي اما کیدای شي کلوسټریډیوم هم مداخله وکړي .

۳- نیفروتو کسینونه : په نویو ولادي څیړنو کې دغه حالت ډیر کم لیدل کیږي . غیر قانوني سقطونه ممکن د انتان لامل شي چې دا انتان بیا د هیمولایزس او د پښتورگو د عدم کفایې په واسطه تعقیب کیږي .

۴- د پښتورگو حاده عدم کفایه د امیدواری د دوران د **Fatty Liver** سره یو ځای ډیر کم پیښیږي اما ډېر ځله وژونکي وي .

۵- هغه کانګې چې د امیدواری په اخیښو وختونو کې لیدل کیږي او ژیري ورسره یو ځای وي دغه ناروغي ممکن په زیاتو سیستمونو کې پېښه شي . همدارنگه د پښتورگو عدم کفایه، د پانکراس التهاب او **Colitis** کې هم پېښیدای شي .

اهتمامات : درې پرله پسې پړاونه لري :

۱- د ادرار کموالی : د څو ورځو څخه تر څو اونیو پورې دوام کوي . په حاد **Tubular Necrosis** کې مکمل د ادرار ورکیدل لږ لیدل کیږي . پوره د ادرار ورکیدل په حاد **Cortical Necrosis** یا هم بنډیدو باندې دلالت کوي .

۲- د ادرار زیاتوالی : په ښکاره توګه د ادرار واندازه زیات شوي وي ممکن تر دوه اونیو پورې دوام وکړي . ادرار ډیر رقیق او اضافي تولید شوي میتابولیتونه په سمه توګه نه خارجیږي . په پلازما کې د یوریا او

کریاتینین مقدار ممکن تر شو ورځو پوری زیاتوالی ومومي . وروسته له دې څخه چې د ادرارو Output زیات شي . چې په همدې مرحله کې امکان لري د بدن د عمیقو برخو مایعات او الکترولایتونه هم ضایع شي .

ښه کیدل: د ادرار حجم بیرته عادي حالت ته راگرځي او د پښتورگو دندې نورمال کیږي .

عمومي اهتمامات :

۱- اصلي لامل باید روښانه شي .

۲- یو بولي کتیتر باید واچول شي او د مایعاتو د بیلانس په خاطر باید یو مناسب جدول جوړ کړای شي .

۳- ښایي چې مرکزي وریدي فشار اندازه شي .

دامیدواری په دوران کې مرکزي وریدی فشار باید $\text{cm/H}_2\text{O}$ د مثبت څلور نه تر مثبت لس سانتی متره د اوبو کې . که چیرې له دغه اندازې څخه ښکته وي ، نو دا معنی لري چې د پښتورگو د عدم کفایي لامل هایپووالیمیا ده . ځکه نو د ناروغ د مایعاتو پوره کولو له پاره باید ناروغ ته تر ۲ لیټرو پورې نورمال سلاین او بیا وروسته د Plasma Expander یا پلازما زیاتونکي ورکړل شي . د یو ساعت مایع ورکولو څخه وروسته د ادرار مقدار باید په یو ساعت کې د ۳۰ ملي لیټره څخه زیات وي .

۴- لابراتوار ته باید عادي معاینات ولیږل شي چې په دې جمله کې د یوریا مقدار ، الکترولایتونه ، د ځیگر وظیفوي ټیسټ ، د سیروم د امایلین اندازه ، د پلازما پروتین اندازه ، د وینې د پرن کیدو لپاره معاینات اجراء شي او د اړتیا په صورت کې د شریان څخه د وینې نمونه واخستل شي او د اسیدبیلانس ترسره شي .

۵- که چیرې ناروغ هایپووالیمیک نه وي یا د مایعاتو ورکولو سره ځواب ورنکړي نو لاندې معاوضوی درملنه دې اجراء شي :

محافظوي درملنه :

ناروغ ته د هغه دادرار يا **Output** اندازه جمع ۵۰۰ ملي ليتره اضافي مایع ورکړل شي . د ناروغ الکترولايتونه بايد تعقيب او وليدل شي . که چيرې ناروغ يوريمیک او يا **Hypercatabolic** وي بايد ډياليزس عمليه تر سره شي .

جدي اهتمام د **Vasodilator** د استعمال په واسطه :

په دې حالت کې يو ريوی شريان کتيتر بايد داخل شي او قلبي دهانه اندازه شي ، بيا ناروغ ته **Vasodilator** درمل ورکړل شي او مایعات ورته پيل شي .

۶- په لومړيو مرحلو کې بايد د سم لاسي (عاجلو) پيښو ډاکټران اود پښتورگو متخصصين بايد راوغوښتل شي .

د وينې کمی : وروسته له لاندې حالاتو څخه منځته راتلای شي :

۱- د وينې د جوړيدو کموالی

۲- د وينې د تخريب زياتوالی

۳- د وينې ضیاع او بهيدنه

دا ميدوارۍ په جريان کې زياتره انيميا د **Hematopoietic** تشوش له

کبله منځ ته راځی او ددې لامل ممکن لاندې حالات وي :

۱- د اوسپنې کموالی چې د اوسپنې لږوالي (کمی) د کمخونۍ لامل

کيږي .

۲- د فولیک اسيد کموالی چې د **Megaloblastic** کمخونۍ لامل کيږي

۳- د پروتين کموالی چې د اوسپنې د کمېدو يا فقدان د کمخونۍ لامل

کيږي .

دا ميدوارۍ په دوران کې د وينې نورمال معياريات په لاندې جدول کې ذکر

شوي دي :

اندازه	وینه
۴۰۰۰ - ۶۰۰۰ ملی لیتره	- د وینې مجموعي حجم
۱۵۰۰ - ۱۸۰۰ ملی لیتره	- د سرو کرویاتو حجم
۴ - ۵	- د سرو کرویاتو تعداد (10^{12} فی لیتر)
۸ - ۱۸	- د سپینو کرویاتو تعداد (10^9 فی لیتر)
۵، ۱۰ - ۱۳، ۵	- د هیموگلوبین اندازه (۹ گرام فی دیسی لیتر)
۱۰ - ۶۰	- د سرو کرویاتو د رسوب اندازه (په ملي متر په اول ساعت کې)
۸۰ - ۹۵	- د کرویاتو Mean حجم (f1)
۳۲ - ۳۶	- د کرویاتو Mean هیموگلوبین (مایکروگرام)
۱۱ - ۲۵	- د سیروم اوسپنه (مایکرو مول فی لیتر)
۱۰ - ۲۰۰	- د سیروم فیرتین (مایکروگرام فی لیتر)
۶ - ۹	- د سیروم فولیت (مایکروگرام فی لیتر)
۴۰ - ۷۰	- د اوسپنې دیو خای کیدو توان (مایکرومول فی لیتر)

باکس : ۱، ۴ د امیدواری په جریان کې نورمال **Hematological** معیارونه رابنډی

د اوسپنې کمی کمخوني :

لاملونه یې :

۱. **Poor Intake** د اوسپنې کم اخیستننه (له هغه خواړو څخه ګټه

اخیستل چې اوسپنه ونه لري).

۲. د اوسپنې د جذب خرابوالی :

- د امیدواری په جریان کې کانګې چې په جذب باندې تاثیر اچوي .

- د معدې د عصاري د PH زیاتوالی .

- هضمي سيستم کې د فيرس ايون په عوض د فيريك ايونونو زياتوالی .
- د ويتامين سي کمي .
- ۳. د اوسپنې د مصرف زياتوالی :
- په بدن کې د مجموعي اوسپنې مقدار ۳۵۰۰ ملي گرامه دی ، اما په امیدواری کې په لاندې ځايونو کې زياتوالی مومي :
- رحم او جنين کې (۵۰۰ ملي گرام) .
- د مورد ويني حجم کې زياتوالی (۵۰۰ ملي گرام) .
- همدارنگه حجم کې نور هم زياتوالی منځته راځي که چيرې :
- د څوگوني امیدواری موجوديت .
- زيات زيرون
- بنځه ژر ژر امیدواره شوې وي (د دوو ميندواريو تر منځ يې فاصله کمه وي) .
- تشخيص : - د کلينیک له نظره تر هغه وخته پورې نه تشخيص کيږي چې ناروغه زياته اغيزمنه شوې نه وي .
- ممکن ستوماتيا او اذيما موجوده وي .
- ممکن د **Conjunctiva** خثافت موجود وي .
- د داخلي په وخت د ټولو ميندوارو بنځو هيموگلوبين بايد اندازه شي او وروسته بايد دوه ځلې نور په ۲۸ او ۳۴ اونیو کې اجراء شي .
- که چيرې د هيموگلوبين سويه د ۱۰ گرام في دي سي لیتر څخه بنکته وي نو بايد دانيميا تشخيص کينودل شي او د لامل لپاره دې پلټنه وشي
- هيماتولوژي : (۲- ۴) بکس
- د اوسپنې د کمي په انيميا کې د ويني په معاینه کې ممکن لاندې شيان وليدل شي :
- په سرو کروياتو کې لاندې بدلونونه ليدل کيږي :

- a- ممکن سره کرویات وړوکی وي **Microcytic**
- b- د سره کرویاتو په جسامت کې تغیر **Anisocytic**
- c- د سرو کرویاتو په شکل کې تغیر **Poikilocytosis**
- د هیموگلوبین سویه بنکته وي
- د سیروم اوسپنه د ۷۰ مایکروگرام فی دیسی لیتر څخه کمه وي
- **Reticulocytes** مخ عظم د تداوي په واسطه تنبه کړي او ځواب وايي
- د وینې د کمی کمخوني

د وینې فلم
سره کرویات

- نارمل سایز یا **Microcytic**

- هایپو کرومیک

- انی سائتوسزس

- پوکلي سائتوزس

هیماټولوژي معیارونه :

د هیموگلوبین سویه بنکته وي

د سرو کرویاتو **Mean** حجم کم وي

د کرویاتو **Mean** هیموگلوبین بنکته وي

د کرویاتو **Mean** هیموگلوبین **G** بنکته وي

د سیروم اوسپنه کمه وي

د سیروم فیرتین اندازه کمه وي

(۲-۴) باکس: د اوسپنې د کمخوني **indices** رابڼی

درملنه :

مخنیوی: په خوړو کې باید اوسپنه لرونکي غذايي مواد شامل شي . د اړتیا په صورت

کې د اوسپنې تابلیتونه باید ورکړل شي . ورځنۍ اړتیا د اوسپنې ۱۰۰ ملي
گرامه او ۳۰۰ میکروگرام د فولیک اسید دی . (Book ۴ : ۳)

ودې کتل شي چې بنځه د اوسپنې تابلیتونه لري او که نه ؟ که لازم وي په
کلینیک کې دې ورکړل شي .

ودې کتل شي چې بنځه تابلیتونه اخلي او که نه ؟ خو ځله یې اخلي ودې
پوښتل شي .

ودې کتل شي چې د اوسپنې تابلیتونه اغیزه لري او که نه ؟ د
هیموگلوبین اندازه دې وکتل شي .

جذري درملنه : لاندې شیانو پورې اړه لري :

۱. د کمخونۍ درجه .

۲. د میدواری دوام .

۳. د اوسپنې د کمي اسباب

- متوسط کمخوني (کله چې د هیموگلوبین اندازه ۱۰ گرام فی دیسی
لیتروي) .

- پرمخ تللی کمخوني (کله چې د هیموگلوبین اندازه ۸ گرام فی دیسی
لیتر څخه کم وي) .

متوسطه کمخوني :

۱. باید وکتل شي چې ناروغې اوسپنه اخیستې او که اوس یې اخلي .

۲. که اوسپنه اخلي نو باید سویه یې پورته کړل شي او یا کوم بل
مستحضر دې ورته پیل شي .

۳. که چیرې اخیستې یې نه وي نو بل مستحضر باید استعمال کړای شي

۴. که تابلیتونه تیرولی نه شي نو باید مایع مستحضر ورکړل شي .

۵. که دخولې له لارې درملنې سره ښه والی رامنځته نه شي نو باید داخل
عضلي او یا داخل وریدی اوسپنه ورکړل شي .

۶. داخل وریدی ټول دوز په ۱۰۰۰ ملي لیتر سلاين کې د ترانسفیوژن په شکل ورکول کیږي . همدارنگه د معاوضې په شکل ۲۵۰ ملي گرامه Iron dextron تقریباً یو گرام فی دیسی لیتر د هیموگلوبین د سویې د جگوالي لامل کیږي . باید پاتی نور شپږ دوزونه په Alternative ورځو کې د داخل عضلې په شکل ورکړل شي اما مخکې له دې څخه یو وړوکی دوز په ازمینېتي شکل د Anaphylaxis د تست کولو په خاطر ورکړل شي .
اوسپنی څخه غني خواړه

- | |
|--|
| <p>۱. هغه چې حیوانی منشاء لري :</p> <ul style="list-style-type: none"> - سره غوښه : په دې کې اوسپنه د هیموگلوبین او مایوگلوبین په شکل وي . - سپینه غوښه او ماهی : په دې کې اوسپنه د مایوگلوبین په شکل وي . <p>۲. هغه چې نباتي منشاء لري :</p> <ul style="list-style-type: none"> - عدس یا Lentils - هغه سبزي چې تیزې شنې پانې ولري - مټر پلي <p>په متوسطه اندازه اوسپنه لري
زیاته اندازه Falates لري.</p> |
|--|

(۳ - ۴) باکس : د اوسپنې څخه غني خواړه

شدیده او سم لاسي کمخونی :

۱. ناروغه روغتون کې باید بستر او معاینه شي چې آیا انیمیا یوازې د اوسپنې د نشتوالی له امله ده که نه ؟ ددې لپاره لاندې معاینات باید وشي :
 - د وینې فلم واخستل شي .
 - د سیروم د اوسپنې اندازه .
 - د مجموعی اوسپنې د یو ځای کیدو توان .
 - د سیروم فییریتین سویه .
 - د سیروم د فولیت سویه .
۲. د داخلي عضلې او یا داخلي وریدی لارو درملنه تر سره شي .

۳. و دې کتل شي چې پروتين او ويتامين په کافي مقدار اخستل کيږي که نه؟

۴. دې ته بايد پام وي چې بنه والی د اميدواری، نوری مودې لپاره هم وساتل شي.

شديده او ناوخته کمخونی :

۱. تر ۳۶ اونيو پورې دا به ډيره ناوخته وي چې د بدن په Hematopoisis باندې تکیه وکړو ، چې بايد په دغه وخت کې يوازې خالص سره کروييات ترانسفيوژن شي .

۲. که چيرې هيموگلوبين د ۴ گرام پر ډيسي ليتر څخه کم شي نو Exchange Transfusion بايد اجراء شي .

۳. دنفاس د وخت لپاره بايد د داخلي عضلې له لارې اوسپنه ذخيره شي .

د فولیک اسيد د کمي کمخوني :

لاملونه يې : د بدن ټول کروييات د DNA د جوړولو لپاره فولیک اسيد ته اړتيا لري ، نو ځکه هغه وخت چې د جنين کروييات په جوړيدو پيل کوي ، نو د فولیک اسيد ضرورت هم زياتيږي .

۱. د فولیک اسيد کمه اخستنه

د هغو خواړو استعمال چې د فوليت مقدار يې کم وي .

- د اميدواری په دوران کې کانگې .

۲. د اړتيا زياتوالی .

- د اميدواری اړتيا

- د جنين پلاستا او رحمي انساجو چټکه وده .

- ډير زيات خراب دی که چيرې :

الف: څوگونی اميدواری موجود وي .

ب: Grand Multiparity زيات زيږول .

ج: د جنين خونريزي (د Rh فکتور له کبله) .

د: انتان

په هغه هیوادونو کې چې وروسته پاتې وي زیات عمومیت لري او د خوارځوکی د نورو ډولونو سره یو ځای وي .

تشخیص: کله د کلینیک له مخې تشخیص وضع کیږي .

- ناروغه ممکن سترې وي ، ساه لنډې او ازیما ولري .

- ممکن د خوارځواکی نورې نښې هم ولري .

د Megaloblastic کمخوني

۱. د وینې په فلم کې :

- سره کرویات

- ممکن سره کرویات نورمال یا غټ وي (Macrocytic) .

- د سرو کرویاتو رنگ نورمال وي (Normochromic)

- د سرو کرویاتو په جسامت کې تغیر (Anisocytosis) .

- د سرو کرویاتو په شکل کې تغیر (Poikilocytosis) .

- ممکن هسته لرونکې سپین کرویات موجود وي .

- سپین کرویات کم وي ، کله کله متعدد سگمنتونه لري .

- Platelets

- ترومبوسایت کله کله کم وي .

۲. Hematological معیارات :

- دهیموگلوبین سویه ښکته وي .

- د کرویاتو Mean هیموگلوبین لوړ وي یا مساوي وي .

- د کرویاتو Mean هیموگلوبین G لوړوي .

- د سیروم د اوسپنې اندازه زیاته وي .

- د سیروم فولیت اندازه ښکته وي .

- مخ عظم

- Megaloblast لوروالی .

(۴ - ۴) باکس : Megaloblastic انیمیا ته رجوع وشي .

درملنه :

۱. وقایوی : د فولیک اسید مستحضرات په وروستنیو ۲۰ اونبو کې توصیه کیږي (۳۰۰ مایکروگرامه په ورځ کې) . د تیوری له نظره دغه کار د خبیثه انیمیا او د نخاع د تحت الحاد مشترکه degeneration پېښه یا Sub-acute Combined degeneration شوکی نخاع (SCD) پوښد . په داسې حال کې چې په پراکتیک کې خبیثه انیمیا په هغه خلکو کې چې عمر یې ۳۵ کالو څخه کم وي ډیر لږ لیدل کیږي او د SCD پېښې د امیدواری په سن کې بالکل پیژندل شوی نه دي .
۲. جذری درملنه : - په خفیفه یا متوسطه کمخونی کې : د خولې له لارې هره ورځ ۵-۱۰ ملي گرامه فولیک اسید ورکول کیږي .
- په شدید کمخونی کې : داخل عضلي ۵-۱۰ ملي گرام فولیک اسید ورکول کیږي .
باید د خولې له لارې اوسپنه او د وینې ترانسفیوژن په احتیاط سره تر سره شي .

د وینې د تخریب کمخونی :

دا کیدی شي مخکې له ا میندواری څخه د معاینې په واسطه تشخیص شي .

تلسیمیا :

لاملونه یې : د هیموگلوبین په یو طرف زنځیر کې نقصان موجود وي

چې دغه

- زنځير الفا او يا بيتا وي . بيا دا كيداى شي چې :
- هوموزايگوس يا تلسيميا ماجور چې عموماً وژونكى وي او ولادى ډاكتر ته كوم مشكل نه پيښوى .
 - هيتروزايگوس يا تلسيميا ماینور: چې خورا ډير عموميت لري . بيتا تلسيميا ماینور خطرناك دى، خصوصاً كه د كوم بل غير نورمال هيموگلوبين سره لكه S او C سره يو ځاى وي .
- تشخيص : پخوا ډيري پېښې يې د مديترانې په ښځو كې ليدل كيدې خو اوس په منځني او لري ختيځ كې يې هم پېښې ليدل كيږي . ښځه عموماً په دې باندې پوهيږي او په تاريخچه كې يې يادونه كوي .
- كولاى شو چې د وينې اليكتروفوريسس په واسطه يې وپيژنو .
 - ځينو پېښو كې خفيفه كمخوني موجوده وي .
 - د توري غتوالى موجود وي .
 - ژيږې موجود وي .
 - د هډوكو د اروا د بندش سردرد توليديږي او د ژوند په اخرنۍ برخه كې د پښو زخمونه رامنځته كوي .
- هيماتولوجى : - سره كرويات ډير نازك وي .
- د هيموگلوبين سويه ښكته وي .
 - د سيروم د اوسپنې اندازه لوړه وي .
- درملنه : يوازې د اوسپنې وركړه كومه گټه نه لري ، ځكه چې د اوسپنې زيرمې زياتې وي خو فوليت گټور تماميږي .
- د وينې د ضياع پېښې بايد د ترانسفيوژن په واسطه په پام سره درملنه شي .
 - د امكان په صورت كې د Stress څخه مخنيوى وشي لكه هپوكسيا .
 - انتان بايد په لومړي قدم كې درملنه شي .
 - لاندې حالاتو ته بايد پاملرنه وشي :

ملاريا ، د **Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase** يا **G6PD** نشتوالي ، نور غير نورمال هيموگلوبينونه .

- ناروغې ته په بحراني حالت کې زيږون ورکړل شي .

په هيموگلوبين پورې تړلي ناخوالي يا
: Hemoglobinopathies

لاملونه يې :

۱- ناقص جين چې د هغې له کبله د هيموگلوبين متغير زنجير موجود وي .

۲. سره کرويات د داسې هيموگلوبين لرونکې وي چې نسبت نورمال حالت ته ډير ژر ماتيري .

۳. غير نورمال هيموگلوبينونه .

- هيموگلوبين **S** : ډير زيات په منځني ختيځ ، افريقا ، امريکا او جنوبي اروپا کې معمول دی .

- هيموگلوبين **C** : په گانا کې ډير معمول دی .

- هيموگلوبين **E** : په جنوب ختيځه آسيا کې معمول دی .

- هيموگلوبين **D** : په پنجاب کې ډير معمول دی .

تشخيص :

۱. هغه وخيم حالت چې د انساجو دا احتشاء له کبله منخته راځي .

- د سينې درد .

- ناخاپي د بطن يا سر درد .

۲. د مخ عظم ستريا .

هيما تولوجي :

۱. د هيموگلوبين د سويې نشتوالي .

۲. د وینې په فلم کې د Target کرویاتو او Sickle شته والی .
 ۳. د الیکتروفورسیس د عملیې په واسطه د هیموگلوبین د ناروغه ډولونو په گوته کول .
 ۴. د C- Crystal موجودیت .
- درملنه :

۱. په خپل وخت سره تشخیص .
۲. د وقایې په منظور ناروغې ته په ورځ کې ۱- ۲ ملی گرام فولیک اسید ورکړل شي .
۳. ناروغې ته خالص سره کرویات ورکړل شي او په عین وخت کې یو د تشو متیازو زیاتوونکی درمل (Diuretic) هم ورکړل شي .
۴. بنایي چې د لاندې حالاتو نه ناروغ وساتل شي :
 - هیپوگسیا
 - ډیهایډریشن
 - تروما
 - ځینو لپاره Asplenectomy

sickle cell Anemia

Blood فلم
سره کرویات
Polychromatophilia
Sickle cells
د سرو کرویات په جسامت کې تغیر
د سرو کرویاتو په شکل کې تغیر
Howell –jollp bodies
سپین کرویات

د سرو کرویاتو زیاتوالي
Platelet
Thromblyosis
چک شي
Hemoglobin electrophoresis

(۴ - ۵) باکس : Sickle cell انیمیا ته رجوع وشي

۵. که چیرې شدید حالت یا Crisis موجود وي :
- د هیموگلوبین سویه باید هر ۴ ساعته وروسته معاینه شي .
- ناروغ باید Heparinize شي یعنی هیپارین ورکړل شي .
- Exchange Transfusion باید په پام کې وي .
- که چیرې د وینې فشار جگړې باید زیږون سم لاسي صورت ونیسي .

د وینې د ضیاع کمخوني :

په گرمو موسمونو کې کم لیدل کیږي . د هضمي لارو مزمن او راگرځیدونکي وینه بهیدنه (بواسیر ، د معدې زخم) . هغه چې په گرمو منطقو کې عمومیت لري .

- راگرځیدونکي مزمنه وینه بهیدنه (فیته یې او چنگک لرونکې چینجیان) .

درملنه :

۱. لامل یې درملنه کړئ .

۲. کمخوني یې باید لېږې شي لکه چې پورته یې یادونه وشوه .

د زړه ناروغی :

په دغه هیواد کې (UK) د امیدواری په دوران کې د زړه ناروغیو شدت

او فریکونسی ورځ په ورځ کمیږي ځکه چې :

۱. په نوموړي عمر کې زیاتره د زړه ناروغی د Rheumatic fever څخه

سرچینه اخلی .

۲. Rheumatic fever په Child hold کې د بڼه خانه دارې (Housing) او تغذي له کبله ډیر لږ لیدل کیږي .

۳. د Rheumatic تبه د کوچنیوالي په دوران کې د Chemotherapy په واسطه ډیر بڼه درملنه کیږي .
لاملونه :

۱. ۸۰٪ پېښې Rheumatic تبه له امله وي چې Mitral دسام ۸۵٪ او Aortic دسام ۱۰٪ او دواړه یې ۵٪ وي . .

۲. ۱۵٪ پېښې ولادي وي چې حجابی نقیصه او رجعی شنت وي . .
۳. پاتې ۵٪ یې د Thyrotoxic ، Ischamic او Syphilitic له امله وي .

پتو فزیولوژي : څرنګه چې امیدواری یو Hyper kenitic حالت دی نو ځکه په زړه باندې هم اضافی بار موجود وي که چیرې زړه نقصاني وي نو باید نور اضافي بار څخه پرې مخنیوی وشي .
۱. انیمیا : رقیق وینه اغیزمنه نه وي .

۲. Pre- Eclampsia : د لوړ فشار موجودیت اود اذیما شتوالي په صورت کې کار مشکل وي .

۳. اریتمیا : Fibrilation دا حالت د وینې د لیږدولو لپاره غیر موثر حالت دی .

۴. Flare – up of Rheumatic fever : دومره عمومیت نه لري ، مګر تر نظر لاندې باید وي او که پیدا شي نو بنایي درملنه یې وشي .

۵. د حاد بکتریا بیاندوکارډایکسس خطر زیات وي ځکه چې د زړه په سطح او دسامونو باندې غیر نورمال Epithelium موجود وي نو ځکه جراحي عملیې او Dentistry د انتی بیوتیک په واسطه وقایه شي .
د امیدواری په دوران کې د زړه اختلاطات :

1. د منرال تضيق:

- ریوی اذیما : خصوصاً هغه وخت رامنځ ته کیږي چې دسام ډیر تنگ اوزره وړوکی وي . دغه حادثه عموماً د امیدواری په وروستیو کې او یا فوراً وروسته له زیږون څخه منځ ته راځي .
- د بني زړه اختقانی عدم کفایه : خصوصاً په هغه بنځو کې چې (CCF)

Congestive Cardiac Failure عدم کفایه ولري ، امیدواری کې **de,novo** نادراً پیل کیږي .

۲. د ابهر تنگوالي په حالت کې : د چپ طرف احتقانی عدم کفایه نادراً ا میندواری په وخت کې **De,novo** حالت منځ ته راولي .

۳. **Eisenmenger`s syndrome** هغه صورت کې چې **Right to left shunt** موجود وي یا دوطرفه موجود وي نود ریوی فرط فشار زیات خطر موجود دی .

۴. **Fallot`s of tetralogy** د value - ریوی دسام په حذا کم مقاومت موجود وي همدارنگه نسی بطین په مقابل کې مقاومت کم وي. د **Failure** یا عدم کفایې کم خطر موجود وي . که چیرې **Right to left shunt** موجود وي نود عدم کفایې خطر زیات وي .

۵. **Coarctation of aorta**: د امیدواری په عمر کې عمومیت لري اما د خیری کیدل خطر یې د امیدواری په اخر او یا زیږون په وخت کې موجود وي .

عموماً مخکې ترمیم کیږي که چیرې ښه ترمیم شوي وي نود خطر زیاتوالی موجود نه وي .

تدابیر: - د امیدواری په دوران کې :

۱. بنایي لومړی تشخیص شي :

- تاریخچه (**History**)

• معاینات (Examination)

۲. شدت یې باید په مقدمه توگه اندازه شي . ښه به دا وي چې قلبي متخصص او ولادي ډاکټر دواړه یو ځای ښځه په Ante natal کلینیک کې معاینه کړي .

• پلټنې

• ECG د زړه گراف

• Chest –x-Ray

• Echo cardiography

شاید چې :

a . د Catheter مطالعات (فشار او وینې گازات) .

b . ۲۴ ساعته ECG

• فکتورونه :

a . عمر

b . د وظيفوی دافت شدت

c . غیر وظيفوی

۳. وخت اخستل د روغتون زیږون او تیاري لپاره د بستر استراحت

په روغتون کې

۴. اضافي استراحت په کور کې

۵. ضد تحثریا Anticoagulant باید جاري وساتل شي، که چیرې

ناروغه یې اخلي تحت الجلدی هپارین ته باید د oral ضد تحثری

فکتورونو په پرتله برتري ورکړل شي تر هغه وخته پورې چې مصنوعي دسام

یې نه وي اچول شوی . د دوی لپاره Warfarin پیل کړی شي .

۶. باید یو با تجربه قلبي متخصص ، anesthetist او ولادي ډاکټره

درې واړه په گډه زیږون لپاره plan جوړ کړي او د روغتون په Record کې

یې ولیکي . همدارنگه با تجربه غړي هر یو د دوی څخه باید د زیږون پر مهال موجود اوسي .

زیږون په وخت کې : ۱. اضافي کار باید کم کړای شي ، ښه Analgesia خصوصاً Epidural تر څو Anti coagulated عملیه اجراء شي .

۲. Nurse head up : د ناروغ بستریا بالنبت باید پورته وي .

۳. ناروغې ته Anti biotic ورکړل شي خصوصاً که د زړه ولادي ناروغۍ موجودې وي .

۴. د زیږون دویمه صفحه باید لنډه کړل شي چې دغه مقصد کولی شو د Forceps یا Vacuum داستعمال په واسطه پوره کړو .

۵. که چیرې د PPH خطر موجود وي نو باید Syntometrin ورکړل شي که چیرې خطر موجود نه وي ضرورت نشته .

۶. په هغه صورت کې چې ریوی اذیما تاسس کړی وي باید درملنه شي .

• د ناروغی سر باید ۳۵ درجو په اندازه پورته وي

• اکسیجن

• 0.5g . I.V امینوفلین د ورید له لاری

• مورفین 15 ملی گرامه

• که Arrhythmia او یا Tachycardia موجوده وي ناروغې ته

Digitalis توصیه شي .

• مدرري یا diuretic لکه Frusemide .

د نفاس په دوران کې :

۱. استراحت .

• ناروغه د اوږدې مودې لپاره باید روغتون کې وساتل شي .

• د کور شرایط او حالت وکتل شي ، چې مناسب دی یا خیر د امکان

په صورت کې

د زینې مقدار کم وساتل شي .

۲. ناروغې پښو ته فزیوتراپی ورکړل شي همدارنگه سپک تمرینات

توصیه شي .

۳. **Breast feeding** ته یې هغه وخت اجازه نه ورکول کیږي چې

امیدواری کې قلبی حالت خرابوالي خواته لاړ شي. دا یو مشکل کار دی د
یو شخص لپاره خصوصاً د شپې له خوا .

انزار :

مورنی ۱. مړینې : د مړینې اندازه زیاته (۹ %) ده چې په انگلستان

کې ټولې مورنۍ مړینې د زړه امراضو سره یو ځای وی .

۲. **Morbidity**: د زړه د حالت د خرابوالي خطر موجود وي دغه حالت

حتمي منع ته راځي اما که مناسب احتیاط وشي ممکن چې مخنیوی ترې
وشي .

جنین : که دمور روغتیا ښه وي نو کم خطر موجود وي ، هغه وخت

جنین خطراتو ته متوجه ووسو کله چې **Anti coagulant** استعمالیږي .

د سږي توبرکلوز

پېښې : **U.K** کې له ۱ / ۱۰۰۰ څخه یې پېښې کمې دي . هم نژاد

نفوس کې کم لیدل کیږي اما په مهاجرینو کې زیات لیدل کیږي مثلاً هغه

خلک چې هندوستان کې زیږیدلې په هغوی کې ۶ - ۱۰ چنده زیات لیدل

کیږي نسبت هغه خلکو ته چې برطانیه کې زیږیدلې وي .

ښودنه :

• د ناروغې تاریخچه او درملنه عموماً ښځو ته معلومه وي .

• عادي **X-Ray** په واسطه معلومیدی شي .

• نادراً د کلینیک له نظره د فزیکي معاینې په واسطه تشخیص کیږي

تدابیر: ۱. د هرې نوې پیښې د پیداکیدو سم له واره باید سیمه ائیز متخصص عامې روغتیا ته خبر ورکړي .

۲. لاندې **Anti Tuberclosic** درمل په **Combination** شکل پیل شي

• **INH (Isonicotinic hydrazide) Streptomycin**

• **Ethambutol**

• *** Rifampicin**

• ددغو درملو **Teratogenic** اغیزې چې لومړي **Trimester** کې

زیات دي باید ورته پاملرنه وکړو . .

۳. د بستر استراحت .

۴. د ضرورت په صورت کې جراحي درملنه د امیدواری لومړی ۱۴ اونيو

کې او آخرنی ۱۰ هفتو کې جراحي درملنه تر سره کیږي .

۵. د کورنۍ څارنه .

زیربون : زیربون باید د ډیر عادي او بیړنۍ ليارې صورت ونیسي)

ممکن ماشوم نورمال حالت نه لوی وي)

مور:

۱. **Breast feeding** ته باید اجازه ورکړل شي په هغه صورت کې چې

بلغم دبکتريالوجي له مخې د یو کال راهیسې منفی (-) وي او په **X-Ray**

کې په دې آخريو کې د بکتريا فعالیت ونه لیدل شي .

۲. د ټولو درملو درملنې ته ادامه ورکړل شي .

۳. **Lactation** ته په هغه صورت کې چې ماشوم جلا کیږي خاتمه ورکړل

شي .

۴. د روغتون استراحت باید دوامداره وي .

۵. د ټولني حالت وکتل شي ترڅو مور ته په لویه کچه زجر ونه رسیږي .

۶. په هغه صورت کې چې ناروغ د T.B له کبله زیات نقصان لیدلی وي نو منظم تعقیبه یا Follow-up د ناروغ لپاره په صدری کلینیک کې ترتیب شي .

ماشوم :

۱. که د مور په بلغم کې بکتريا د يو کال څخه کمه موده کې موجوده وي نو ماشوم د زیریدنی څخه وروسته دمور څخه جلا شي . د امیدواری په دوران کې مور باید په دې خبرې باندې پوه کړای شي چې له نومورې څخه د هغې ماشوم جلا کيږي که په صحیح توگه تشریح شي نو ممکن مور په دې وپوهيږي چې دا صحیح قدم دی .

۲. ماشوم ته mg Isoniazid –resistant BCG ۰۵ ، ۰ د ۷ ورځو لپاره ورکړل شي (Unless premature) (+) Mantoux تست ته انتظار ویستل شي مخکې له دې چې ماشوم دوباره مور ته سپارل کيږي (6- weeks)

استما :

د امیدواری په دوران : عموماً روحی فکتورونه پکې رول لري نو ممکن استما ډیره وخیمه شي او په هغه حالت کې ، که چیرې امیدواری ناخوښه وي .

په دې حالت کې ټول هغه درمل چې مخکې له امیدواری څخه ناروغ اخستې باید دوام ورکړل شي . اما نوي پیل کیدونکي درملو ته باید پاملرنه وشي . لکه Budsonide ځېنې Species (جنسونو) لپاره کیدای شي Teratogenic وي اما دا نه ده پیژندل شوې چې انسانانو کې هم داسې ده او که نه ؟ نو ځکه باید بنسټیز درمل توصیه شي لکه :

- Bronchial anti spasmodics
- Anti biotics

زیاتره **Asthmatics** خلك د امیدواری په جریان کې نه خرابیږي اما ممکن د نفاس په دوران کې سخت شي چې د هورموني تغیراتو سره کوم واضیح اړیکې نه لري .

زیږون په وخت کې :

۱. که چیرې د مور تنفسي حالت اضغري نقطه کې وي امیدواری ته باید خاتمه ورکړل شي .

۲. ممکن زیږون وخت کې اضافی **Anti spasmodic** ته ضرورت پېښ شي

۳. که چیرې ناروغه **Steroid** اخلي نو **Hydrocortison** دزیږون په وخت کې باید ورکړل شي

۴. که د استما کنترول ناکافی یا ضعیف وي نو ممکن **Small for date** ماشوم به وزیږیږي .

اندوکراین ناروغي :

تایروید ناروغي : امیدواری له **Hyper dynamic** حالت څخه عبارت دی . چې د **Oestrogen** د سویې لوړوالی د **Thyroid** دغډې د لویوالي سبب کیږي او په دې ترتیب زیات مقدار **Thyroid** هارومون وینی جریان ته ازادیږي .

څرنګه چې ددې هارمون زیات مقدار د **Protein bound thyroxin** په شکل وي او فعال جزیې نه زیاتیږي نو ځکه دغه ناروغان حقیقتاً **Hyper thyroid** په حالت کې نه وي .

هایپرتائیروډیزم :

- په امیدواری کې یې د لومړي ځل لپاره تشخیص ګران دی .
- که چیرې مخکې له امیدواری څخه تشخیص شوی وي نو درملنې ته دوام ورکول کیږي

عموماً Carbimazole توصیه کيږي مگر کونښن دې وشي چې **dose** تر
اضغری حده وساتل شي .

• په هغه حالت کې چې ناروغي د کنترول څخه خارج يا ورځ په ورځ
شدید کيږي نو د

جراحی لپاره (**Thyroidectomy**) دې پلان جوړ شي . ځکه چې عملیات یو
مصنونه طریقه ده . دامیدواری په دوران کې دې **Radio active** ایودین
ورنکړل شي ، ځکه چې د جنین د **Thyroid** غده زیات مقدار ایودین اخلي
او بیا هملته ذخیره کيږي او د **Retention** لامل کيږي . هغه **IgG** چې
مورنی **Thyriod** غده تنبه کوي ، کولی شي چې **Placenta** څخه تیر شي
او د جنین **Thyroid** غده هم تنبه کيږي . ځینو وختونو کې په کافي مقدار
موجود وي تر څو د **Neonatal thyrotoxicosis** لامل شي . دغه حالت یو
غیر معمول حالت دی خو د امیدواری په اخرو کې د مورنی او عیو څخه
IgG په تثبیت کولو سره دا حالت هم پیشنهاد کیدای شي .

هایپوتائیرودیزیم :

• که ناروغه درمل نشي نادراً امیدواری اخلي .
• که چیرې درملنه شوي وي . درملنې ته دوام ورکړل شي او د ضرورت
په وخت کې دې **dose** لوړ کړای شي .

د ادرینال ناروغی : دامیدواری دوران په نورمال حالت کې **Cortisol**

کچه لوړه وي ځکه چې :

• د **Adrenal cortex** افرازات زیات شوي وي .
• د **Steroids** استقلال سویه ښکته وي .
• ۹۰٪ دوراني **Cortisol** د گلوبولین سره **Bound** شوي وي او غیر فعال وي

ادیسون ناروغی یا هایپو ادرینالیزم :

- عموماً د معاوضوي Cortison په واسطه د بڼه Balance په حالت کې وي .
- بايد د دوز لوړوالي لپاره چمتو او په ځانگړي ډول دکانگو په وخت يا زيږون په وخت کې .
- د نفاس دوری Diuresis ممکن سوډيم ضايع کړي .
Hyperadrenalism (Cushing's syndrome) :
- په نوموړې ناروغۍ کې بڼه نادراً اميدواره کېږي . ځکه هغه بڼه چې په دې ناروغۍ اخته وي لږ هگۍ اچونه (Ovulation) په کې صورت نيسي .
- که چيرې د Cortisol سويه لوړه وي نو ناروغې ته بايد Aldestron) Metyrapon inhibitors (ورکړل شي .
- د ناروغې Hyper tension ته متوجه شو .
- Preterm زيږون معمول وي .
- په جنين باندې Androgenic تاثيرات تر څيرنې لاندې دي .
د نخامي غدې ناروغی :
- Prolactinoma : هغه بڼه چې د اوږدې مودې لپاره Bromocriptin استعمالوی په دوې کې اميدواری مينځ ته راځي .
- دا ميندواری دورې Oestrogen تنبه کيدنه لامل کېږي چې تومور لوي شي .
- که چيرې Optic chiasma باندې فشار زيات شي نو د ليدلو قوه يې د تهديد لاندې راځي .
- C.T sca په واسطه معاينه شي . Prolactin سويه لوړه مگر مختلف (متغير) وي .

- ځینی نومورونه چې لوی شوي وي درملنې ته ضرورت لري .
: Acromegaly

- دغه بنځې نادراً امیدواری اخلي
- درملنه یې باید Prolactinoma په شان سرته ورسېږي
- ماشوم عموماً نورمال وي (ځکه چې Growth hormon له پلاستناخه نه تیرېږي) .

- Hypopituitarism : زیاتره د نفاس په دوران کې پیل کېږي د PPH څخه وروسته چې د Pituitary vein ترمبوزس پېښ شوی وي .
- د Pituitary هر یو وظیفې څپړنه وشي ، جلا شي او بیا فقدان درملنه شي .

- که د مور درملنه شوي وي ماشوم به ښه وي .

د شکر ناروغی :

یو ه یا استقلابي ناروغي ده چې د پانقراض په واسطه Insulin کم تولیدېږي چې په نتیجه کې دکاربوهایدریت ، شحم او پروتین په استقلال کې تشوش را منځ ته کېږي او بیا د وینې د گلوکوز سویه په دوامداره شکل لوړېږي. د امیدواری په دوران کې Diabet کیدای شي لاندې شکلونه ولري :

- مخکې د امیدواری څخه Diabet موجود وي چې عموماً Insulin dependent وي .

- Diabet یا متاثر شوی Glucose tolerance test چې لومړي ځل لپاره امیدواری دوران کې پېښ شوي وي (Gestational diabetes) .
د گلوکوز Homeostasis دامیدواری په دوران کې : نورمال امیدواری کې F.B.S (Fasting blood glucose) سویه ۵-۴ mmol/L په حدودو کې ساتل کېږي .

ددې لپاره چې د گلوکوزو سوويه وساتل شي په داسې حال کې چې د لومړي

Trimester له آخر څخه تر دريم **Trimester** پورې د **Insulin** په افزااتو کې دوه چنده زياتوالی منځ ته راځي په نظر کې وي . د اميدواری دوران کې نسبي **Insulin Resistant** حالت ليدل کېږي .

د **Insulin Resistance** دليل دا دی چې د اميدواری په دوران کې له **Placenta** څخه

استروجن پروجسترون او **Humman placental lactogen** يو ځای افزايزې چې ددې له کبله د **Insulin** په محيطي اخذو کې تغير رامنځ ته کېږي .

Glucos د مور څخه **Placenta** له لارې د **Facilitated diffusion** په واسطه تيريزې

نو ځکه **Fetus** له مور څخه کم گلوکوز لري (تقريباً **1mmol/lit**) .

د **Facilited diffusion** عمليه هغه وخت مشوع کېږي ، چې د مورنۍ وينې گلوکوز

سويه **mmol/Lit** ۱۱-۱۲ ته ورسېږي ، ځکه د **Fetus** د گلوکوز سويه هېڅ کله هم **mmol/Lit** ۱۱ څخه نه لوړېږي .

تشبيت شوی **Diabetes Mellitus**: اميدواری بنځو کې ۱- ۲ % پورې پېښېږي .

د اميدواری اغيزې په **Diabet** باندې :

• **Insulin** اړتيا د اميدواری په دوران کې لوړېږي او وروسته داميدواری زيرون څخه پخوانۍ سويې ته بيرته را بنځته کېږي .

Proleferative diabetic retinopathy د اميدواری په واسطه

نشرېږي چې ددې له

امله ممکن **Vitreous Hemorrhage** پېښ شي او د ږوندوالي سبب شي .

پخوا به **Proleferative Retinopathy** د اميدواری په لومړيو کې د

Termination يوه نښه وه مگر اوس د **Laser therapy** په واسطه تر

کنترول لاندې کیدای شي . خو ښه به دا وي چې **Retinopathy** هر یو قسم باید مخکې له امیدواری څخه درملنه شي .

هغه ښځې چې **Diabetic Nephropathy** لري زیاتره په **Pre eclampsia**

باندې اخته کیږي او دا په موقتي ډول سره د امیدواری په دوران کې د پښتورگو د وظیفوي خرابوالي لامل کیږي .

د **IUGR** پېښې او مخکې له وخت نه زیږون زیات لیدل کیږي .

داسې کوم ثبوت نشته چې امیدواری د پښتورگو په وظیفې باندې د اوږدې مودې لپاره اغیزی راولي .

هغه ښځې چې د مور کېدو په عمر کې وي (یعنی د ماشوم زیږولو قدرت لري) په دوی کې **Diabetic neuropathy** او وعایي ناروغی نادراً لیدل کیږي .

د **Diabet** اغیزی پرا امیدواری :

هغه ښځې چې **Diabet** یې په صحیح توګه کنترول شوي نه وي نو وروسته یې

Sub-Fertile حالت کې وي چې د **Diabet** ښه والی د **Fertility** خاصیت هم زیاتیري .

په لومړي **Trimester** کې **Miscarriage** پېښې زیاتې وي .

په دوهم **Trimester** کې **Miscarriage** پېښې زیاتې وي چې ډېرې

یې **Fetus** د مړینې سره یو ځای وي .

ولادي انومالي ګانې زیاتې لیدل کیږي چې تقریباً درې چنده وي تقریباً ۶ %

تقسیمات یې په **Diabet** کې د باقی مانده نفوس په شان وي (**50% Neural**

Diabetic ناروغان زیات **30% Cardiac abnormalities**) .

میلان لري چې د یو په ځای څو انومالي ګانې وښایي او **Caudal**

regression syndrome چې یو غیر عادي انومالي ده په انحصاري ډول

Diabetic په ناروغانو کې پیدا کیږي .

د امیدواری **Induced hypertension** پېښې زیاتې مینځ ته راځي .

د **Preterm** وقوعات زیات وي .

Poly hydroamnios پېښو زیاتوالی را منځ ته کیږي .

ددې خطر زیات موجود وي چې د امیدواری په اخیښو څلورو اونیو کې ناخپه جنین مړ شي . دغه حالت په هغو ماشومانو کې زیات وي کوم چې **Macrosomic** وي .

د **Macrosomic** ماشومانو په پېښو کې زیاتوالی منځ ته راځي چې په

زیږون کې

ستونزې پیدا کوي خصوصاً **Shoulder dystocia** مینځ ته راولي .

د ټول نفوس څخه د وخت **Prinatal mortality** د ۲-۳ چنده زیات وی

خو د ښې

پاملرنې په واسطه کولی شو دغه کچه کمه کړو .

د شکرې ناروغۍ تاثیرات پر ماشوم باندې :

• **Macrosomia** ، د ماشوم وزن د **Gestational** عمر څخه د ۹۰ ایم

centile څخه تېری کوي .

د **Birth Ttruma** پېښې زیاتې دي ، ځکه چې **Shoulder dystocia**

موجوده وي .

د زیږون په وخت کې د **Asphyxia** خطر زیات وي .

د هغو ماشومانو په مقایسه چې عین **Gestational** عمر ولري هغه

ماشومان چې **Diabetic** میندو څخه پیدا کیږي (**RDS**) یادتنفسي

سیستم زجرت سندروم پېښې زیاتې وي .

څرنګه چې د ماشوم پانقراض څخه زیات مقدار **Insulin** افزایږي

او همدا راز د

امیدواری په دوران کې د **placenta** له لیاری زیات **Glucose** جنین ته

تیرېږي نو هغه وخت چې جنین وزیږېږي د **Glucose** منبع پر ماشوم قطع

کیرې ، اما د پانقراض څخه د **Insulin** جوړیدل نه کمیرې ، نو ځکه هغه ماشومان چې **Diabetic** میندو څخه پیدا کیرې وروسته له زیږون څخه په **Hypoglycemia** باندې اخته کیرې .

Hypercalcemia : په وینه کې د **ca** زیاتوالی .

Hypothermia : هغه ماشومان چې له **Diabetic** میندو څخه پیدا کیرې ، د بدن سطح یې (**Body surface**) یې زیات دی نو ځکه زیات مقدار حرارت ضایع کوي . سره له دې چې دغه ډول ماشومان زیات مقدار شحم هم لري ، خو دا خبره باید ذکر شي چې دغه شحم **Yellow Fat** دي چې حرارت نشي ذخیره کولی . هغه شحم چې حرارت ذخیره کوي د **Brown Fat** په نوم یادیرې .

Hyperbilirubinaemia : هغه ماشومان چې له **Diabetic** میندو څخه پیدا کیرې د **Polycytemia** له کبله **Plethoric** وي . او کله چې دغه ماشومان وزیرېږي نو د **R.B.C** د زیات مقدار تخریب له امله په زیږې اخته کیرې .

تدابیر : داسې ډیر شواهد وجود لري چې د دیابت د ډیر بڼه کنترول د امیدواری په پیل کې د لومړۍ اونۍ نه وروسته د ولادې انومالی او **Miscarriage** په پېښو کې کموالی راولي . د دیابت بڼه کنترول د میندواری په ټول دوران کې د ډیرو اختلاطاتو څخه مخنیوی کوي اما په **Macrosomia** باندې کوم خاص اغیز نه لري (تقریباً ۳۰٪)

مخکې له میدواری څخه اهتمامات :

هغه ټولې بڼې چې **Insulin dependant** شکر ناروغي لري او هم د تولد و تناسل

په عمر کې وي نو باید د **Contraceptives** وړ مقدار تر هغه وخته پوری استعمال کړي تر څو چې د امیدواری لپاره آماده شي .

مخکې له امیندواری، څخه د امیدواری، لپاره په پلان گذاری، او په مشوره
ډیر فشار
واچول شي.

که چیرې دوی **Oral hypoglycemic agent** استعمالوي، نو باید دغه
درمل یې پر **Insulin** بدل شي.

د امیدواری لپاره د **Insulin** اضغری مقدار د تامیدواری وړ رژیم عبارت
دي د ورځی ۲ ځلی

روزانه دوز څخه. د **Diabet** د بڼه کنترول لپاره بڼه طریقه دا ده چې **Long acting Insulin**
دوز د شپې لخوا ناروغ ته ورکړل شي او بیا وروسته له
هرې غذا څخه په مناسب مقدار **Short acting** انسولین ورکړل شي ترڅو
گلوکوز سویه کنترول شي.

بڼځو ته باید ونښودل شي چې څنگه کولیشي د **BM-Stix** یا **Dextorstix**
په واسطه

خپله د وینې گلوکوز معلوم کړي. دغه د وینې د گلوکوز اندازه کول په بڼه
ډول د برقي **Glucose meter** په واسطه د **Sticks** سره یو ځای هم کیدی
شي.

د وینې گلوکوز سویه باید د سهار لخوا، له هرې غذا څخه یو ساعت
مخکې او بلاخره د ډیرې زیاتې غذا خوړلو څخه یو ساعت وروسته اندازه
شي.

e- هدف دادی چې د وینې گلوکوز سویه $9 - 4$ mmol په حدودو کې
وساتل شي.

په پورته رژیم باندې **HbA** ناروغان باید وروسته له ۶ اونيو اندازه شي او
بنايي چې له ۸% څخه زیات نه شي.
د امیدواری اهتمامات:

• بنځه بايد يو داسې كلينيك کې معاينه شي چېرته چې **Diabetic** ډاکټر او ولادي ډاکټر دواړه وي .

• اصلي هدف دا دی چې د وينې گلوکوز سويه نورمال حد کې وساتل شي . د اميدواری په ټول دوران کې ددغه عمل په واسطه ممکن **Hypoglycemic** حملی زیاتې شي اما دا جنين ته کوم نقصان نه رسوي .

• د جنين دمرگ کچه په **Hyperglycemic** کوما کې ۲۵% ده .

• د اميدواری په ټول دوران کې بنځه بايد هر دوه اونۍ وروسته معاينه شي .

• کولی شو چې بنځه په کور کې په منظمه توگه داميدواری په دوران کې کنترول کړو په دې

توگه چې يو با تجربه نرس موجود وي او بنځې ته په تيليفون مشوره ورکړي او يا بنځه په کور کې **visit** کړي .

• په هر يو **Antenatal** معاينه کې لاندې شيان معاينه شي :

a د بنځې د **Diabetic** هغه ريکارډ چې کور کې يې شکره کنترول کړی ده بايد وکتل شي .

b د بنځې د وينې فشار بايد وکتل شي .

c دانتانی اعراضو شواهدپالخصوص دبولي سيستم انتان په نظر کې وي .

d د ماشوم وده د كلينيك او د **Ultrasound** له مخې ارزيايي شي

د **Insulin** اړتيا د اميدواری په دوران کې زياتيږي په لومړي **Trimester** کې عموماً دا ثابت حالت لري اما بيا يې تر ۳۴ اونيو پورې ضرورت زياتيږي ، چې وروسته له دې څخه ممکن پايدار حالت غوره کړي . بنځو ته بايد درس ورکړل شي چې څنگه کولی شي **Insulin** دوز ته پخپله تغير ورکړي .

د التراسونډ معاينه :

• د امیدواری په ۷ اونیو کې باید تر سره شي . ددې لپاره چې د Fetus ژوند تصدیق شي او یا هم داونیو تعداد معلوم شي .

د ۱۶- ۲۰ اونیو کې یو مشرحه معاینه ددې لپاره تر سره شي چې د Fetus انومالی گانې معلومې شي .

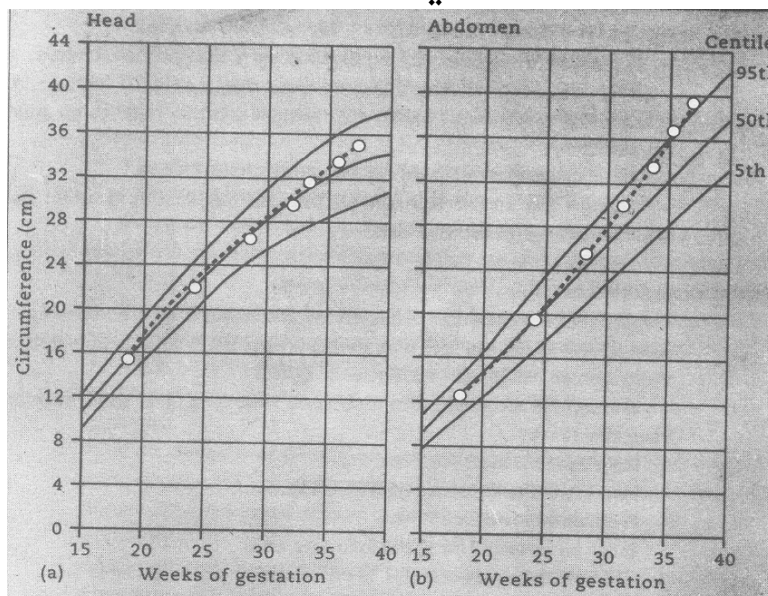
د امیدواری ۲۲- ۲۴ اونیو کې دا معاینه ځکه کیږي تر څو د زړه انبارملتي معلومه شي .

Insulin dependant diabetes په انفرادي توگه د karyotyping لپاره رهنما لارښود کیدی نه شي .

هره میاشت باید د Fetus وده او د امینوتیک مایع اندازه معلومه شي . (۱- ۴)

تصویر یو ډول وده بنایي کوم چې په هغه کې مطالعه شوي چې Macrosomic گنل شوی.

جنیني مکروزومیا



(۱- ۴) تصویر : د التراسوند په واسطه دوده ترتیب شوی چارت دی چې د Fetal Macrosimia بنوونکی دی : a- د سر محیط b- د بطن محیط

زیریدنه :

• عموماً ۳۸-۴۱ اونيو په منع کې جبري **Induced** زیرون تر سره کیږي . سیزارین سکشن باید هغه وخت تر سره شي چې ولادي له نظره استطباب ایښودل شوی وي .

زیرون په وخت کې ، د شکر د ناروغۍ کنترول په دې ډول تر سره کیږي چې

I. V –

Infusion Insulin د وریدي **Glucose** سره یوځای ناروغې ته ورکول کیږي . د بنځې د وینې **Glucose** سویه هر ساعت وروسته د **BM-Stix** په واسطه اندازه شي او باید **4-10mmol/l** په حدودو کې وي .

ناروغه باید تشویق شي چې **Epidural** واخلي ځکه ویره او درد (**pain**) هغه

فکتورونه دي چې **Catecholaminas** افرازوي او وروستی ماده خپله بیا **Gluconeogenic** تاثیرات لري .

زیرون ته د **Syntocinon** په واسطه هغه وخت سرعت ورکول کیږي که چیرې د

Partograph بڼې طرف څیړنې د ۲ ساعتو څخه زیات وخت وښایي . (پنځم فصل دې ولیدل شي)

د زیرون په وخت کې باید یوه با تجربه ولادي ډاکټره موجوده وي ، ځکه چې د **Shoulder dystocia** خطر موجود وي .

هغه بنځې چې **Insulin dependent** دیابت لري په هغوی کې د سیزارین سکشن

خطر ۲-۳ چنده نسبت نورمال نفوس ته زیات وي ځکه چې :

a : د **Induction** ناکامیدنه

b : د زیرون په لومړیو وختونو کې **Fetal distress** پېښیدنه

c : **Cephalo pelvic disproportion**

d : **An abnormal lie**

زیږون نه وروسته فوري اهتمامات د ماشوم لپاره : هغه میندې چې
Insulin dependent diabetes باندې اخته وي او زیږون کوي نو ددوی
زیږون په وخت کې باید د ماشومانو یو ډاکټر موجود وي . لاندې خبرې په
دې کې مهمې دي :

ماشوم د اړتیا په وخت کې باید **Resuscitate** شي .

ماشوم وچ کړی شي او تود وساتل شي .

د ماشوم په پوندې کې یو ورکوتی سوری د وینې لپاره جوړ شي او د

BM-stix

په واسطه د وینې گلوکوز سویه ۳۰ دقیقې وروسته ، یو ساعت وروسته
، څلور ساعته وروسته ، ۱۲ ساعته وروسته او بالاخره ۲۴ ساعته وروسته
اندازه شي .

د **Hypoglycemia** دمخنیوي په منظور ماشوم باید د گلوکوز په واسطه

تغذي شي .

که د **Glucose** سویه وینه کې بنسخته وي (**1mmol/Lit**) نو ناروغ

ماشوم د

I.V Infusion گلوکوز په واسطه درمل شي . ځینې ماشومان ممکن

مقاوم وي او **I.m Glucagon** ته اړتیا ولري .

ماشوم د ولادي انومالي گانو لپاره په احتیاط سره معاینه شي .

د زیږدینې په دویمه ورځ د وینې د **Bilurubine** سویه وټاکل شي ، ځکه

چې همدغه

وخت کې **Hyper bilirubenemia** پیل کېږي .

امیدواری او د شکري ناروغي : دغه حالت له **Diabet** پیل څخه

عبارت دی یا عبارت دی له غیر نورمال **Glucose tolerance** معاینې څخه

چې لومړي ځل باندې د امیدواری په دوران کې ولیدل شي ددغه ډول

Diabetes ناروغان وروسته له امیدواری څخه ډیر کم شمېر یې پر اصلی

Diabetes اخته کيږي . همدارنگه د Gestational Diabet ناروغانو په ماشومانو کې Congenital abnormalities نه ليدل کيږي مهم تاثيرات يې عبارت دي له:

د Ploy hydro amnios تشکل

Preterm زيږونونو په تعداد کې زياتوالي

د Macrosomia توليد

دغه قسم ناروغان د لاندې طريقو په واسطه تر نظر لاندې ساتل کيږي :
د GTT په واسطه په هغو بنځو کې چې په لوړ خطر کې واقع وي (۱-۴) جدول .

د خولې له لارې ناروغې ته زيات مقدار Glucose ورکول کيږي او بيا وروسته له ۲ ساعتو څخه د وينې Glucose سويه ټاکل کيږي .
د اميدواری په ۲۸ اونيو کې Random Blood Sugar کتل کيږي کوم چې د آخرنۍ خوړل شوي غذا سره رابطه لري . هغه بنځو کې چې د وينې Glucose سويه لوړه وي، بيا ورته Glucose tolerance Test(G.T.T) توصيه کيږي .

د گلوکوز تولرانس تست :

۷۵ گرامه گلوکوز په يوه ذايقه لرونکې مشروب کې دخولې له لارې ناروغ ته ورکول کيږي . که چيرې د لوړې په حالت کې د وينې د Glucose سويه ۵،۸mmol/Lit څخه يا ۲ ساعته وروسته د Glucose خوړلو څخه ۷،۸mmol/Lit څخه لوړه وي نو نور معاینات توصيه کيږي .

د GTT استتباتات

مورنې وزن < gothcentile (< ۱۰۰ kg)

پخوانی لوي ماشوم تولد شوی وي (< ۵، ۴ kg)

د Diabetes ناروغ لومړی درجه خپلوان وي

Glycosuria موجود وي

يو ځلی مخکې له ۲۰ اونيو څخه

دوه ځلې وروسته له ۲۰ اونيو څخه
 پخواني غير واضيخ شوي **Stillbirth** يا **Neonatal** مړينه
Poly hydroamias
 د التراسوند معاينې په واسطه جيني **Macrosomia**
 موجوديت .

(۴-۱) جدول: د اميدواري په دوران کې د غيرنورمال GTT لپاره **High Risk** خصوصيات .

درملنه: ټولو علماوو دا خبره تائيد کړې ده چې **Oral hypoglycemic** مستحضرات مضا د استطباب مگر لاندې ټکي په نظر کې وي :

کور کې بايد د **B M . Stix** په واسطه يا د **Electronic Glucose Monitor** د وينې د **Glucose** مقدار وټاکل شي .

په اونۍ کې دوه ځلې د غذا څخه مخکې او يا يوساعت وروسته له غذا څخه د وينې گلوکوز دې اندازه شي .

که چيرې د لوړې په حالت کې د وينې د گلوکوز سويه له **5,5mm/L** څخه ټيټه وي او **Post Prandial** حالت کې **9mmo/Lit** څخه ښکته وي نو کومې درملنې ته اړتيا نه لري .

که چيرې سويه يې له دې څخه پورته وي نو ناروغې ته بايد پرته له **Carbohydrate** څخه غذا پيل شي . بر علاوه له دې څخه چې د ناروغ وينه په اونۍ کې ۲ ځلې معاينه شي د ادرار د **Ketone** لپاره هم معاينه شي .

که چيرې د ساده غذايي رژيم په واسطه مقصد حاصل نه شي نو د انسولين **Short acting** او **Medium acting** رژيم په واسطه دې په ورځ کې دوه ځلې درملنه پيل شي .

که چيرې **Ketosis** پيښ شي نو غذايي رژيم دې کم شي او **Insulin** پيل شي .

د **Fetal** وده او د **amniotic** مايع اندازه د التراسوند په واسطه لږ تر لږه مياشت کې يو ځل تر سره شي .

که چیرې د جنین د چټکۍ ودی شواهد موجود نه وي ، نو کولی شو چې بنفسه زېږون ته تر ۴۲ اونيو د اميدواری پوری انتظار وباسو . هغه بنسټې چې د **Ultrasound** په واسطه پکې **Macrosomic** ماشوم تائید شي نو د اميدواری په ۳۸-۳۹ اونپو کې جبري زېږون ورکړل شي .

د زېږون په دوران کې د وينې د شکرې کنترولول ضروري خبره ده . هغه کسان چې **Insulin** اخلي لکه د نورو **Insulin dependant diabetes** په شان . مخکې له زېږون څخه يا اميدواری دوران کې هم باید **I.V** گلوکوز او **Insulin** رژیمونه واخلي .

د پلاستاد جوړې د غورځیدو نه وروسته د **Insulin** اړتیا له منځه ځي . داسې شواهد تر لاسه شوي ، چې هغه بنسټې چې **Gestational diabetes** لري په ۴۰ %

پېښو کې په دايمي يا اوږدې مودې پر **Diabetes** باندې اخته کېږي او په همدې ترتيب دغه خطر هغه وخت دوچنده کېږي چې بنسټه **Obese** وي . په وروستيو مراحلو کې کله

چې بنسټه شيدې ورکولو ته توقف ورکړي نو بنسټې باندې باید غذايي محدودیتونه ولگول شي او وزن يې کم شي .

• **Gestational** ديابت په نورو اميدواریو کې هم تکرارېږي، اما دا حتمی خبره نده .

د گیدې درد په اميدواری کې :

تشخيص زیاتره د تاریخچه او معایناتو په واسطه ایښودل کېږي په داسې حال کې چې پلټنې ډیر کم کومک کوي .

مقدم اميدواری کې : **Plevic causes** حوصلی اسباب

Miscarriage .1

بنفسه درد د تقلص سره

Induced : درد له انتان سره

۲. د رحم **Retroversion** او **Impaction** : په دې حالت کې درد د نښتې مثانې اود ادرار احتباس له کبله وي .
۳. **Ovarian cyst** : په دې حالت کې درد د کیست د تمزق ، تدور یا **twisting** او په داخل د سست کې دخونريزي له کبله منځ ته راځي .
۴. **Fibroids**: درد زیاتره په **Red generation** متوسطه **Trimester** کې موجودوي .
۵. **Ectopic Pregnancy**: درد له دمتوسع نفیر د **Ostium** برخی د **Leak** کیدلو یا تمزق له امله پیدا کیږي .
۶. درد د مدور رباط د کشش او هیماتوم د شدت له کبله وي ؟
خارجی حوصلی اسباب :
۱. د امیدواری په جریان کې کانگې : درد د بطني جدار د عضلاتو د زیات کشش له امله پیدا کیږي .
۲. د بولی طرق اتانات: د مثانې د تخریش او پر کلیې باندي د فشار له کبله درد پیدا کیږي .
۳. اپندسایتس (۴- ۷ باکس)
- د (پریطوان د تخریش) **Peritonitis** او تمزق له امله درد رامنځ ته کیږي .
- د امیدواری په اوخرو کې :
حوصلی اسباب :
- ۱- **Labour** : درد د رحمی عضلاتو د تقبض له امله وي .
- ۲- **Hydramnios** : درد د کشش له امله وي .
- ۳- **Abruption placenta** : : درد د رحمی عضلاتو د کشش او تخریب له سببه وي .
- ۴- خیریشوی رحم : د عضلاتو د تخریب یا د پریطوان د اخته کیدو له امله رامنځ ته کیږي .

اپنڊيساٽيس په اميدواری کې
• نه تشخيص کيږي ، ځکه چې دې خواته فکر نه کيږي
• درملنه يې نه کيږي، ځکه داميدواری په دوران کې د بطن د جدار عمليات ويره موجود وي
• Appendix د Right iliac fossa (RIF) څخه بلې خواته ټيله کيږي نو د بطن د عمومي غړو برخه گرځي .
• د Cortisol د لوړې سويي له کبله التهابي عکسل العمل ضعيف وي .
• Omentum د التهابي اعضاوو څخه ديوال نه تاووي.

(۷-۴) باکس: هغه دليلونه چې د اميدواری په جريان کې **Appendicitis** ولی ډير خطرناک دي.

خارجي حوصلې لاملونه

۱- **Rectus Hematoma** :

د عضلي کشش له کبله او انساجو تخريشيت له امله چې وينې څخه پيدا کيږي ، درد موجود وي .

۲- **Fulminating Pre-eclampsia** :

د پرسيدلي ځيگر د پاسه د پريطوان کش کيدو له سببه درد موجود وي .

۳- **Cholecystitis** : د صفراوي کڅورې د التهاب او کشش له امله

درد موجود وي .

۴- **Peptic Ulcer** : د مربوطه **Gastritis** او د اسيد له کبله **Sub**

Mucosal انساجو تخريش له امله درد منح ته راځي .

۵- اپنڊيساٽيس : مخکې ذکر شو .

۶- **Pyelonephritis** : د **Pelvis** يا پښتورگي د التهاب له کبله درد .

۷- حالبې تیرې: دغه درد ادرار بندش له امله وي چې **Renal colic** څخه عبارت دي.

د گېډي د درد اهمات :

- مناسب تشخیص د تاریخچې او معاینې په واسطه کینودل کیري او باید ډیر ژر اقدام وشي خو **Morbidity** څخه مخنیوی وشي .
 - التراسوند دې د مهبلې **Prob** سره یو ځایي استعمال کړای شي .
 - د **Laprasope** استعمال لپاره خصوصاً په لو مړنیو وختونو د امیدواری کې چمتو اوسپرو .
 - **Lapratomy** د امیدواری په جریان کې له نظره ونه غورځول شي .
 - د یوې بنځې امیدواری چې داخل بطنی التهاب ولري د مناسبې جراحي درملنې په واسطه نه متضرر کیري که چیرې درست او په وخت درملنه ونه شي نو ډیر خطر ددې شته چې ماشوم ته نقصان ورسیري .
- انتانات په امیدواری کې :
- هر هغه انتان چې د تبې سبب کیري ممکن د سقط او اخکی له وخته زیریدنو سبب شي. د امیدواری په جریان کې دوه گروپه انتان ډیر مهم دي .
- ۱- د تناسلی لاری انتان .
 - ۲- هغه انتانات کوم چې له **Placenta** څخه تیریري .
- د تناسلی قنات انتان :
- سفلیس: ټولې بنځې تر اوسه پورې د امیدواری په جریان کې د سفلیس لپاره کتل کیري . سره له دې چې نوموړې ناروغي نادره ده ، بیا هم بڼه درملنه د ولادي د سفلیس څخه بڼه وقایه کیدی شي **Treponemas** د ۱۰ اونیو څخه مخکې د **Placenta** څخه تیریري .

سيروولوجيكل معاينات : په دوه گروپو ويشل كيږي .

۱- غيروصفي تستونه:

- (WR) The Wesserman Reaction
 - (VDRL) The Venereal Diseases Research Laboratory
 - The Rapid Plasma Reagin (RPR) Card Test
- په مزمن التهابي حالاتو کې ممکن کارې مثبت نتيجه وليدل شي .
همدارنگه په

لاندي حالاتو کې هم Fals positive حالات ليدل كيږي :

مزمن التهابي ناروغي او اميدواري

۲- خصوصي معاينات :

- The trepanoma palidum haemoagglutatin test (TPHA)
- The fluroscent treponema antibody test (FTA)

دغه دوه تستونه د *Treponema palidum* لپاره مخصوص دي او وروسته له دوه اونيو څخه کله چې ابتدايي انتان عضويت ته دننه شي ، نو دغه تستونه مثبت كيږي . کله چې يو ځل انتان عضويت لومړنی ته دننه شي نو دغه تستونه د هميشه لپاره مثبت پاتې كيږي او Fals (+) نه بښي .

پر جنين اغيزې:

۱- غير تداوي شوي ابتدايي سفليس ، ۵۰ ، ۰ % د Neonatal مړينه يا

Stillbirth سبب كيږي .

۲- ولادي سفليس په دايمي عصبي او اسکليتي تخريب باندي منجر

كيږي .

اهتمامات : • *Trep . Palidum* د *Pencillin* په مقابل کې ډير

حساس دی وړ درملنه د مثبت اميدواري په ابتداء کې ماشوم محفوظ کوي حتی که چيرته انتان د اميدواري په وروستيو وختونو کې هم کشف شوي وي بياهم بايد درملنه تر سره شي .

- 1.2 mega units- penicillin د ۱۰ ورځو لپاره .

- هغه بنسټې چې امیدواری لري اود **Pencillin** سره حساسیت لري نو دغه بنسټ ته
- Erythromycin** ۵۰۰ ملي گرامه د خولې له لارې هر ۶ ساعته وروسته د ۱۵ ورځو لپاره ورکول کیږي.
- بنسټه باید د **Genitourinary** ډاکټر له خواترخارنې لاندې وي اودهغه **Sexual partner** سره هم باید اړیکې وساتل شي .
گونوریا:
- عامل یې له **Nisseria gonorrhoea** څخه عبارت دی چې گرام مثبت داخل الحجروي . **Diplococal** باکټریا ده .
خپریدل :
- **Gonorrhoea** زیاتره **Endocervix urethra** او یا ممکن مقعد متاثر کړي
- سره له دې چې **Gonorrhea** د **Placenta** څخه نه تیریري خو که **Cervix** ملوث وي
نود **Ophthalmia neonatrum** سبب کیږي .
تشخیص :
- په مشکوکو پېښو کې **Swab** له **Endocervix** او **Urethra** څخه اخستل کیږي .
- په یو مناسب وسط کې لکه **Stuart`s medium** باید لابراتوار ته ولیږل شي .
درملنه:
- ۳ گرامه **Ampencillin** د یو گرام **Probenecid** سره یو ځای د واحد **dose** په شکل دخولې له لارې ورکول کیږي .

• هغه بنځې چې د **Ampencillin** په مقابل کې حساسې دي او يا د **Gonorrhoea** په

مقاوم شکل اخته وي نو ۲۵۰ ملی گرامه **Ceftrixon** د عضلي لارې ورکول کيږي .

تری کوموناز:

عامل يې فلاجيل لرونکي ارگانيزم څخه عبارت دی چې شديد خارښت لرونکی شين رنگه، ځگ لرونکي افرازات ځيني وخت له وينې سره ملگري وي، موجود وي.

تشخيص : **Salin** د په واسطه د مايکروسکوپ لاندې قمچين لرونکي ارگانيزم ليدل کيږي چې تيز حرکت کوي .

درملنه: **Metronidazole** - ۲۰۰ ملی گرامه درې ځلې د ورځې د ۷ ورځو لپاره همدارنگه د بنځې مقابل جنس ته هم بايد توصيه شي .

• ممکن **Metronidazole** له کبله **Antabuse like** اغيزې رامنځ ته شي نو ځکه

ناروغې ته بايد توصيه وشي چې الکھول ونه څښي .

• د **Trichomonas** په موجوديت کې **Fetus** ډير کم متاثره کيږي .

کانديازيس:

Candidia Ablican د زياترو خلکو په خوله او کولمو کې ليدل کيږي . تقريباً ۱۰% غير اميدواری بنځې او ۴۰% اميدواری بنځې په خپل مهبل کې غير عرضی **Colonization** لري .

اعراض: ممکن د شديد **Vulval** او مهبلې خارښت او افرازاتو يا نذف سبب شي .

تشخيص : د ضخيم سپين ، نښتی **Plaques** سبب کيږي چې په مهبلې او **Cervical** اپتيلم باندې موجود وي . همدارنگه د **Culture** لپاره بايد **Swab** هم واخستل شي .

درملنه : په ۵۰۰ ملي گرامه د **Pessary Canesten** د واحد دوز په شکل زیاتره بنځې درمل کیږي .
 په مقاومو حالاتو کې ممکن میخانیکي **Douching** ته اړتیا پېښه شي خو چې عضوي مواد لري شي او بیا وروسته **Chemotherapy** تر سره شي .
 هیرپیس جینیتالیز:

Herpes simplex یو لوی **DNA** وایرس دی . دغه وایرس د **Mucocytaneos** سطحی په حذا دننه کیږي او بیا وروسته د اعصابو په سیر مهاجرت کوي . ممکن یو مخفی دورې ته داخل شي چې د هغې له امله په **Ganglion** کې مقاوم شکل غوره کړي .
 اعراض:

- لومړۍ امیدواریه د **Herpes simplex** عمیقاً اولومړنی امیدواریه په حاد شکل سره دردناکه وي.
- وزیکلونه چوی او په **Cervix , Labia** ، عجان او نورو برخو د عجان کې سطحی
 قرحي جوړوي .
- همدارنگه د مغبني ناحیې **Lymphadenopathy** را منځ ته کیږي .
- رجعی امیدواریات یې دومره شدید نه وي زیاتره یوه اخطاري علامه ده چې د **Tingling** احساس په شکل وي چې په اغیزمن ځای کې مینځ ته رايي .

تشخیص:

- **Lesson** عموماً د **Clinic** له مخې ښکاره وي .
- قرحات باید **Scrap** شي او لابراتوار ته د وایرس د پیژندلو لپاره ولیږل شي .

پر نوي زیږیدلي ماشوم یې اغیزې:

• **Herpes Neonatrum** ممکن ۵۰ % د هغو ماشومانو څخه چې په

Encephalitis

اخته وي مړه کړي، مگر دغه پېښې نادراً لیدل کیږي. دریمه برخه د هغو کسانو چې ژوندي پاتې کیږي په یو دایمي عصبي تخریب به اخته شي.

• انتان د زیږون پروسې په جریان کې کسبي وي یا که چیرې د غشاء خیرکیدل د څلورو

ساعتو څخه زیات وخت لپاره موجود وي نو انتان د **Ascending** په شکل منع ته راځي.

درملنه: • د امیدواری په اخرو کې او یا د زیږون په جریان کې که فعال انتان موجود وي، نو زیږون باید د سیزارین سکشن په واسطه خاتمه پیدا کړي خو **Herpes neonatrum** څخه مخنیوی وشي.

• **Acyclovir** د امیدواری په جریان کې ډیر په احتیاط استعمالیږي، همدارنګه په مور کې د **Herpes genitalis** اعراضو امیدواری په عرضي شکل درملنه کیږي.

• همدارنګه په **Infants** کې د **Herpes** انتان په پراخ ډول د **Acyclovir** په واسطه

درمل کیږي.

د مهبل سترپتوکاکس انتانات:

د **β -Hemolytic streptococcal** انتان له کبله ممکن لاندې حالات

رامنځ ته شي.

۱. د غشاء مخکې له وخته تمزق او مخکې له وخته زیږون.

۲. شدید **Post partum** انتان خصوصاً د **Caesarean section**

څخه وروسته.

۳. شدید **Neonatal** انتان چې ممکن د مړینې سبب شي.

• تقریباً ۵: ۱ بنځې یو منتن ماشوم زیږوي او له هغه څخه دریمه برخه یې د شدید انتان له امله مړه کیږي .

- د ټولو بنځو کتنه د انتان لپاره دومره معمول نه ده .
- ټولې هغه بنځې چې د غشاء تمزق کوي مخکې له وخت څخه باید د هغوی د

امینویک مایع څخه یو Sample واخستل شي او د انتان د نوعې د پیژندلو لپاره معاینه شي . که چیرې انتان موجود وي، نو باید ژر تر ژره زیږون صورت ونیسي .

- هغه بنځې ته چې په مخکنی زیږون کې یې د شدید انتان له کبله ماشوم مړ شوي وي باید د زیږون په جریان کې I.V Ampencillin ورکړل شي .

لستروزیس: تقریباً ۱- ۵ % امیدواری بنځې په خپل مقعد کې د **Listeria Monocytogens** انتان لري . همدارنگه امکان لري چې ددغه ارگانیزم نور اضافي مقدار د امیدواری په دوران کې د **Pasturized** شوي پنیر او کمې پخې شوې غوښې څخه علاوه شي . ددې څخه ممکن لاندې اعراض پیدا شي :

- مورنۍ نس ناسته چې د تبې سره یوځای وي .
 - **Premature** زیږیدنې .
- د **Preterm** ماشومانو **Listeriosis Septecemia** کوم چې د زیږون په وخت کې ماشوم ته نقل شوي وي ، ډیر ژر وژونکي وي او ممکن مور ډیر کم اعراض ولري .

درملنه :

I.V- Ampencillin

هغه انتانات چې د پلاستنا څخه تیریري :

هغه انتانات چې د **Placenta** څخه تیریریږي خپله **Placenta** د یوې موثرې مانع په حیث د انتاناتو په مقابل کې اجراء کوي لاندې انتانات چې په امیدواری بنځو کې عمومیت لري او اکثراً د **Placenta** څخه تیریریږي او په ماشوم کې د خطرناکو عواقبو سبب کیږي:

- **Syphilis** (مخکې ذکر شوی)
- **Rubella**
- **Cytomegalovirus**
- **Toxoplasmosis**
- **Human immunodeficiency virus (HIV)**
- **Parvovirus**

روبیلا: ددې پالیسی په بناء باندې چې ډیر زیات د مکتب نجونې واکسین کیږي او همدارنگه نور خلک هم واکسین کیږي نو د **German measles** یا **Rubella** پیښې لږې شوي دي. ټولې بنځې چې امیدواری لري په **Antenatal** کلینیکونو کې د **Rubella** د انتی بادی لپاره معاینه کیږي که چیرې دوی **Seronegative** وي نو د نفاس په دوره کې واکسین کیږي. **Rubella** په چټکۍ سره د **Placenta** څخه تیریریږي او لاندې حالاتو سبب کیږي:

- **Microcephaly** او دماغی تاخر
- **Cataract**
- د زړه ولادی ناروغۍ
- کونوالی
- که چیرې مورمنتنه وي دامیدواری په وروستی نیمایي برخې کې د **Hepatosplenomegaly** لامل کیږي چې د **Thrombocytopenia** سره یوځای وي.

هغه بنځې چې د کسبي **Rubella** لپاره مشکوکې وي نو د امیدواری په لومړیو وختونو کې د **Rubella** د مخصوص **IgM** انتی بادی لپاره معاینه شي که چیرې مثبت وي نو بیا لاندنیو اختیاراتو څخه یو پیل شي:

۱- امیدواری ته خاتمه ورکول ، خصوصاً هغه وخت کې چې د امیدواری موده ۱۰ اونيو څخه کمه وي ځکه چې دنیمایي څخه زیات ماشومان به اغیزمن وي .

۲- د **Chronic Villus** څخه باید **Sample** واخستل شي :

الکترون مایکروسکوپ او نويو **Immune** طریقو په واسطه کولی شو چې معلوم کړو ، آیا وایرس له **Placenta** څخه تیر شوی او که نه ؟ دغه **Test** باید دامیدواری ۸- ۱۱ اونيو ترمنځ ترسره شي .

۳- د امیدواری ۱۸- ۲۰ اونيو په منځ کې د جنین د وینې یو **Sample** د **Cordocentesis** په طریقه واخستل شي چې په دې طریقه سره بنودلی شو چې ایا جنین **IgM** انتي باډي لپاره مثبت دی او که نه؟ که چیرې مثبت وي نو پر دې خبرې دلالت کوي چې جنین هم په **Rubella** باندې منتن شوی مگر ددې خبرې شاهد نه دی چې متاثره شوی هم دي زیاتره په دې ازموینې سره د امیدواری خاتمه غواړي . که چیرې دغه معاینه منفي وي نو ناروغ باید مطمین شي چې جنین نه دی منتن شوي .

سایتو میگالو وایرس :

اوسني وخت کې **CMV** په دواړو **U.K** او **U.S.A** کې د **Perinatal** دورې تر ټولو معمول انتان څخه عبارت دی .
ډیر زیات عام او شدید **Manifestation** چې ابتدایي انتان له امله را منځ ته کیږي عبارت دي له :

- **Still Birth**
- **Hepato Spleenomegaly and Jaundice**
- **Microcephaly**
- **Chorioretinitis**

CMV ممکن کسبي وي په لاندې حالاتو کې :

- په ماشومانو کې له یو ماشوم څخه بل ماشوم ته د اوبنکو ، لیاړو ، ادرارو او

غایطه موادو په واسطه تېریږي .

- په کاهلانو کې د جنسي تماس په واسطه او یا وینې کولو په واسطه تېریږي .

- په **Perinatal** مرحله کې د **Placenta** څخه مستقیماً تېریږي . تر هغه وخت چې امیدواری پېښیږي ۷۵% ښځې د **CMV** په مقابل کې معافیت حاصل کړی وي . هغه ښځې چې د امیدواری په دوران کې په **CMV** باندې اخته کیږي تقریباً ۵۰% یې شدید متاثره شوي ماشومان لري . د **Rubella** برخلاف ددې ناروغې لپاره کوم واکسین وجود نه لري .

که چیرې په ناروغې باندې مشکوک شو د **IgM** په واسطه کولی شو چې ناروغي وڅارو . د وایرس تیریدنه د **Placenta** له لپارې حتمي نه ده او کولی شو چې وایرس په جنین کې د جنین د وینې د نمونې په واسطه یا د **Chronic Villus** نمونې په واسطه ارزیابي کړو .

توکسو پلازموزس:

Toxoplasmos Gonadi د هغه **Parasites** څخه چې د پیشو په کولمو کې اوسېږي رامنځ ته کیږي . انسانان هغه وخت پرې اخته کیږي چې هغه ناپاخه شوي غوښې وڅوري چې انساج او یا **Cysts** ولري او یا هغه خواړه وڅوري چې د منتني پیشو د غایطه موادو سره په تماس کې شوي وي . انتان په اسانې سره د **Placenta** څخه تېریږي .

مور ممکن بي عرضه وي او یا **Glandular** تبه لکه **Glandular like illness** را منځ ته کړي . کله چې د **Placenta** څخه انتان تیر شي نود لاندې حالاتو سبب کیږي .

- **Microcephally** یا **Hydrocephally**

- ممکن دماغي **Calcification** رامنځ ته شي چې د هغې له امله **Epilipsy** او

دماغی تخریبات پیدا کیږي .

• Chorioretinitis

دا ناروغی په میندو کې هغه وخت موندل کیږي چې **IgM** انتي باډي د **Toxoplasmosis** لپاره مخصوص په وینې کې ولیدل شي . په دې حالت کې کولی شو چې د **Spiromycin** په واسطه درملنه وکړو ترڅو د انتان نوره اضافي برخه د **Placenta** له لیاری جنین ته تېره نه شي . په جنین کې انتان هغه وخت تشخیص کیږي چې د جنین د وینې نمونه د مخصوص **IgM** انتي باډي لپاره وښودل شي . د جنین لپاره چې منتن شوی وي درملنه وجود لري اما بیا هم میندو ته ویل کیږي چې امیدواری ته خاتمه ورکړي .

د ایدز وایروس (H.I.V)

تاریخچه: **H.I.V** یو **Retrovirus** څخه عبارت دی ، چې په ۱۹۸۰ کلونو کې کشف شوی دی . نوموړی وایرس کولی شي چې انسان هم اخته کړي او په ځینو حالاتو کې د **Acquired immunodeficiency** (**AIDS**) syndrome (لامل کیږي . زیاتره د **T** لمفوسایتونو په **Helper-T** حجراتو باندې امیدواری کوي . همدارنگه نورو حجراتو باندې چې په وینې **Alveols** ، او دماغ کې وجود لري هم امیدواری کوي .

په اروپا کې د انتان د سرایت ډیره مهمه لار د **Anal Intercourse** څخه عبارت دی . همدارنگه د مشترک ستنې استعمال خصوصاً هغه خلک چې درملو سره اعتیاد لري دوی هم وایرس له یو شخص څخه بل شخص ته نقل کوي . همداراز وینه ورکونه هم د وایرس د انتقال لامل کیږي . مگر په **U.K** کې ټول وینه ورکونکي اشخاص د **H.I.V** لپاره معاینه کیږي . مگر دغه طریقې په نورو هیوادونو کې مروجې نه ده داسې شواهد شته دي چې په برطانیه کې د **Hetrosexual** له لارې د وایرس انتقال مخ پر زیاتیدو ده .

پراخه معاینات چې په Antenatal کلینیکونو کې تر سره شوی بنایې چې ۲۰۰:۱ بنسټو کې H.I.V مثبت ده مگر په لویو بناړو کې دغه کچه ډیره ټیټه ده ، پرته له London او Edinburgh بناړونو څخه .

د امیدواری په جریان کې : امیدواری ممکن د T-cell د معافیت یو څه اندازه د Supress کولو سبب شي چې ددې له امله د Theory له مخې دا خطر موجود دی چې د H.I.V تشدید کیدل یا Exacerbation په امیدواری کې صورت ونیسی چې دغه په کلینیکي تجارو کې نه دي لیدل شوي . ممکن جنین هغه وخت منتن شي چې د Placenta څخه وایرس تیر شي . تقریباً ۱۵ % د هغه ماشومانو چې د H.I.V مثبت میندو څخه پیدا کیږي تر ۶ میاشتني عمر پورې د H.I.V مثبت وي . داسې اټکل شوي دي چې ۵۰ % ددغه ماشومانو څخه تر دوه کلنۍ عمر ، پورې د AIDS له کبله مړه شي .

- هغه بنسټي چې وروسته له مناسبې لارښوونې څخه په High Risk گروپ کې وشمیرل شي نو باید ورته H.I.V لپاره معاینات توصیه شي .

- H.I.V کولي شو د عنق رحم له افرازاتو څخه تجرید کړو نو ځکه ماشومان کیدی

شي د زیږیدو په وخت کې منتن شي . څرنګه چې په Antenatel وخت کې انتان ډیر سرایت کوي نو د زیږون طریقی یا میتود په تغیر ورکولو سره نه شو کولی چې د انتان څخه مخنیوی وکړو . همدارنګه H.I.V کیدای شي د شیدو په واسطه هم سرایت وکړي اما دغه خبره شکمنه ده .

- پر دې خبره ډیر کم شواهد وجود لري ، چې په بي عرضه H.I.V مثبتو بنسټو کې د

امیدواری اختلالات لیدل کیږي یا د اوږدې مودې نتایج په هغو بنسټو کې چې H.I.V مثبت وي ولیدل شي .

- هغه بنځې چې **H.I.V** مثبت وي نو **Antenatal** کلینیک کې ، د زیږون په دوران کې ، او د نفاس دوران کې خصوصي پاملرنې ته اړتیا لري خصوصاً دغه بنځې ډیر زیات رواني او ټولنیز مشکلات لري .
 - **H.I.V – Positive** بنځې که د **Zidovudine (Retrovir)** په واسطه درملل شي نو له اهمیت څخه به خالی نه وي ځکه چې دا د **Placenta** څخه تیریري او په نوي زیږیدلي ماشومانو کې د **H.I.V** خطر کموي .
 - صحي کارکوونکو کې خطر هغه وخت ډیر کم وي چې اضافي وقایوی اقدام وشي .
 - د هغو ماشومانو **H.I.V** حالت چې لوړ **Risk** لرونکي میندو څخه زیږیدلي وي ځکه ډیر مهم دي چې ددوی د واکسین کولو لپاره مناسب اقدام وشي ترڅو چې د نورو انتاناتو څخه وساتل شي دغه ناروغان باید د **Live Attenuated** واکسین په واسطه واکسین نه شي .
- تور زیری:

د **Hepatitis-B** وایرس وروسته د ککړې وینې او د هغه د اجزاوو په واسطه، ځینې وخت د جنسي نږدیوالي له لارې هم سرایت کوي . په اروپایانو کې د **Transplacental** له لارې د وایرس انتقال کم لیدل کیږي (۵ % څخه کم) اما د آسیا په خلکو کې دغه فیصدي لوړه ده (۴۰ - ۵۰ %) ماشوم وروسته له زیږون څخه ممکن نورمال وي اما کیدای شي په وروستیو وختونو کې مشکلات پیدا شي دغه کچه د فعال معافیت په واسطه (**Hepatitis-B-Vaccins**) او د **Passive** معافیت (**Hepatitis B-IgG-Ab**) په واسطه کولی شو بنسټه کړو . زیږون کیدی شي موجوده طبي پرسونل ته ستونزه پېښه کړی . ځکه چې د مور په وینه او د هغه په عضویت

کې ممکن ژوندی واکسین موجود وي نو ځکه باید اضافي احتیاطي تدابیر ونيول شي .

د رحم حالت په امیدواری کې

د رحم خلفي موقعیت : په ۲۰% خلکو کې درحم Retroversion

نورمال گڼل

کیري . که چیرې Retroverted رحم کې امیدواری پینس شي نو لاندې حالات

رامنځ ته کیري

- کله چې لویږي نو عموماً Upright حالت کې لویږي .
- که چیرې د پخواني التصاقاتو په واسطه چې په Douglas کې نښتی وي

نو

ممکن د قدامي Sacculation په واسطه لوی شي .

- که رحم تړل شوی وي نو ممکن لاندې خواته د لویدو په واسطه د

Sacrum هډوکي

Promontory برخه اغیزمنه کړي او وده د لنډې مودې لپاره ادامه کوي او ډیر

ژر لاندې حالات را منځ ته کیري:

* که د Sacral پریطوان باندې فشار وارد شي نو ملا درد پیدا کیري .

* د Urethra د کش کیدو له کبله د تشو متیازو احتباس را منځ ته کیري

چې له امله

مثانه بطن خواته بي ځایه کیري . تر څو چې دغه حالت لیرې کیري نو امیدواری

به abortion یا سقط وکړي .

اهتمامات:

1. د بستر استراحت : باید ناروغه زیات وخت داسې استراحت وکړي چې په

خپل

ستوني ستاخ (گیدی په منځ) څملي .

2. ناروغې ته Catheter واچول شي او مثانه باید په پرله پسې ډول مسلسل دریناژ

شي .

3. رحم زیاتره گېډې ته خوږېږي که یو ځل پورته شي نو بیرته حوصلی ته داخلیدای نشی . نو ځکه Passary ته کومه اړتیا نه لیدل کیږي .

د رحم ولادی سویي اشکال :

هغه تناسلي لاره چې له دوه Mullerian Tube د یو ځای والي څخه جوړیږي (مجاوردیوالونه سفلی خواته یوه لاره لری ۴- 2a تصویر) . مهبل ، عنق رحم او رحم ته یو جوف یا Lumen جوړوي اما په پورته برخه کې دوه نفیرونه دي وجود لری . (۴- 2b تصویر)

غیر نورمال جوړښت لاندې اسباب لري :

- د یو Mullerian duct موجودیت چې Uterus Unicollis جوړوی .
- هغه ابنا رمل اشکال چې دمشترك دیوال دناقص والی د بېلابېلو درجو په واسطه

تشکل کوي . دغه پورتنې دواړه حالتونه لاندې نتیجې لري :

1. عقامت یا شنډوالی
2. سقط یا زیان
3. مقاوم شوی تظاهر (Presistent Presentation) خصوصاً (Transverse lie) .
4. د Myometrium وظیفوی تشوش چې دهغې له کبله د رحم وظیفه خرابیږي .
5. انسدادی زیرون (Obstructed Labour) کله نا کله لیدل کیږي .
6. PPH .

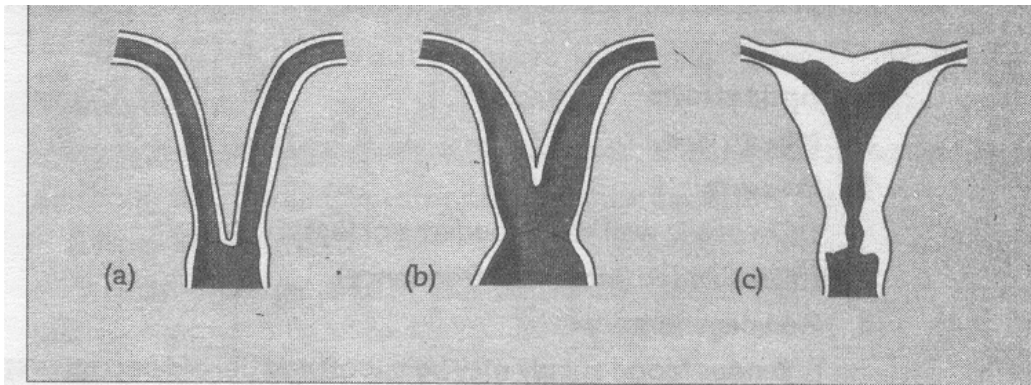
اهتمامات :

پرتله له نورمال زیرون څخه ، زیاتره نور وختونه نیمایي برخه د نامحمول رحم پورته خواته ځی . د امیدواری په اخیښتو مرحلو کې کومه ستره ستونزه نه جوړوي .

1. که مقاوم سوئ تظاهر موجود وي نو سیزارین سکشن باید تر سره شي دابه لانه

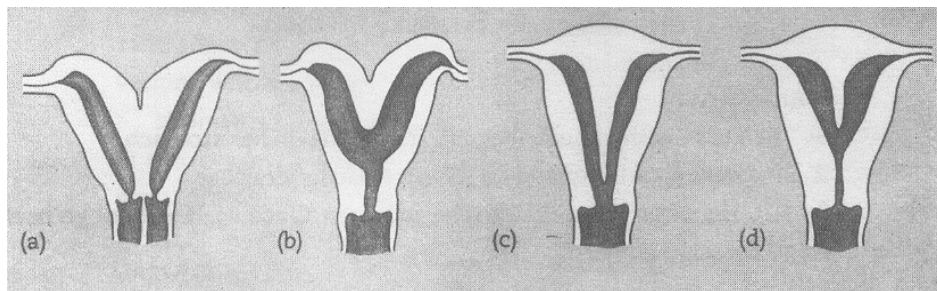
وي چې په Classic طريقي باندې مخکې لار شو د سفلی برخې سيزارین سکشن نه چې په اخرو وختو د عمليات کې عمليات کوونکي ته معلومات ورکوي چې د جنین کومه برخه په کوم ځای کې ده کوم چې زیږون کوي .

مولورین تیوب



(۴-۲) تصویر: د تناسلی جهاز له لارې Congenital وده د دوو Mullerian قناتونو څخه رابښی .

د معمول دیوالونو ناقص جذب



(۴-۳) تصویر: د مولورین تیوب ناقص جذب په مختلفو سټروټو موجودیت رابښی .

a- دوه عنق د رحم او دوه مهبلې قنات b- دوه رحم او یو عنق c- Septed

لرونکی رحم d- Sub septed لرونکی رحم

۳. که د مهبل جدار Septum د تظاهري برخې څخه مخکې پېښ شوي

وي نو د زیږون دوهم Stage پورې باید انتظار وویستل شي . که Septum وي

یا جدار په اعظمي توګه د تظاهري نزولي برخې په واسطه کش شوي وي نو باید

Clamp واچول شي او د موضعي بي هوشۍ لاندې قطع شي . د عملیاتو دغه

طریقه ډیره آسانه او د توقع څخه کم خونريزي ورکوي .

د حوصلې نومورونه :

فایبروئید : په هغو تورپوستو بنځو کې چې د امیدواری په عمر کې وي عموماً لیدل کیږي .

تشخیص: عموماً د امیدواری په لومړیو کې رحم یو پرسیدلی (غوټه شوی) (**Bosselated**) لیدل کیږي او وروسته نرمیږي چې په سختی سره موقعیت (غوټه شوی) ټاکل کیږي . عموماً د التراسوند په واسطه تشخیص کیږي .

اختلاطات :

1. زیان
2. فشاري اعراض
- د حوصلې د جدار په وریدونو باندې (د پښو ازیما)
- پر مټانې باندې (فریکونسی زیاتوالی)
۳. سور استحال
- ممکن وریدي جریان قطع شي او **Fibriod** د وینې په واسطه ډک شي او

د

موضوعي درد او حساسیت ناروغ ته پیدا شي .

- که صحیح یا درست تشخیص تر سره شوي وي ، نو **Analgesia** او د بستر

استراحت د روغوالي بڼه لاره ده .

- که تشخیص مشکوک وي نو **Laprotomy** باید تر سره شي . که چیرې **Red**

generation ولیدل شي نو پرته له تماس څخه پرینودل شي . دامیدواری په جریان کې **Myomectomy** تر سره کول ډیره زیاته وینه ورکوي .

۴. **Malpresentation**: مایل او یا **Transverse** تظاهر ممکن د **Fibriod** موقعیت له کبله دوامداره پاتې شي .

۵. **Obstruction Labour**: ډیر لږ لیدل کیږي ځکه چې هغه **Fibriod** چې د رحم په سفلی برخه کې وي عموماً پورته ځي . کوم وخت چې سفلی سگمنت جوړ شي . که د رحم د غنق **Fibriod** د زیږیدنې د انسداد

سبب شي نو سيزارين سکشن حتماً تر سره شي او په عين وخت کې دې
Myomectomy تر سره نه شي ځکه چې زیاته وینه ورکوي .

۶. **Dysfunction**: د فیبروزی انساجو کتلې د رحم د ملساء عضلاتو د
تقلصی سیالو د انحطاط سبب کیږي . بنځه دې دامیدواری څخه شپږ
میاشتی وروسته له سره معاینه شي .

Fibriod ممکن زیات وړوکی شوی وي چې جراحی مداخلې ته اړتیا نه لیدل
کېږي .

د تخمدان سست :

د امیدواری په جریان کې :

- ۷۰% پېښو کې **Corpus Luteal Cyst** موجود وي .
- ۲۰% پېښو کې سلیم مخاطی یا سیروزی **Cystadenoma** موجود وي .
- ۵% پېښو کې **Dermoid Cyst** موجود وي .
- ۱% پېښه د حبیثو کتلو وي .

تشخیص: د رحم په خوا یوه متحرکه کتله عموماً رحم یوې خواته تیله
کوي چې ابتدایي امیدواری کې موجود وي . عموماً التراسوند تشخیص سره
مرسته کوي .

اختلاطات :

- د **Cyst** تمزق
- د **Cyst** تدور
- د **Cyst** په داخل کې نذف
- انسدادی زیریدنه لږ پېښیږي .

اهتمامات: که چیرې یو **Cyst** د ۱۰ سانتي مترو څخه لوی وي نو باید لږې
کړای شي . او کونسنش و شي چې دغه عملیه د امیدواری په مینځني **Trimester**
کې تر سره شي ځکه چې :

- کیدای شي خبیث وي .
- ممکن امیدواری یا د نفاس دوران د پورتنیو اختلاطاتو څخه یو ورکړی .

پنځم څپرکی

د نارمل زیږیدني فزیولوژی او تدابیر

- د نورمالې زیږونې تدابیر
- د زیږون په اوږدو کې د درد آرامول
- جنین د زیږون په اوږدو کې
- نوی زیږیدلی کوچنی وروسته له زیږیدني څخه
- په کور کې زیږول :

د Labour کلیمه د لاتینې ژبې څخه اخستل شوی چې معنی یې کار دی. Labour د رحم څخه د جنین او Placenta د خروج (وتنې) له عملیې څخه عبارت دی. او په رواجی شکل په دريو پرله پسې عملیو یا مرحلو باندې ویشل شوی دی، چې دغه مرحلې د اوږدوالي یا وخت له نظره برابر نه دي.

مرحلی:

The Dilatation Stage (لومړۍ مرحله): دغه مرحله د زیږون له پیل څخه نیولی تر هغه وخته پورې دوام کوي تر څو عنق په مکمل ډول سره Dilate شي. په اوسني وخت کې دغه مرحله په دوو نورو صفحو باندې ویشل شوې ده.:

1. The Latent Phase : په دې صفحه کې د عنق Effacement

صورت نیسي .

2. The Active Phase : په دې صفحه کې د عنق رحم Dilatation په

فعال شکل صورت نیسي .

The Expulsive Stage (دوهمه مرحله): د رحم د عنق (له تام

استرخا څخه نیولی تر مکمل (وتلو) د ماشوم پورې دوام کوي.

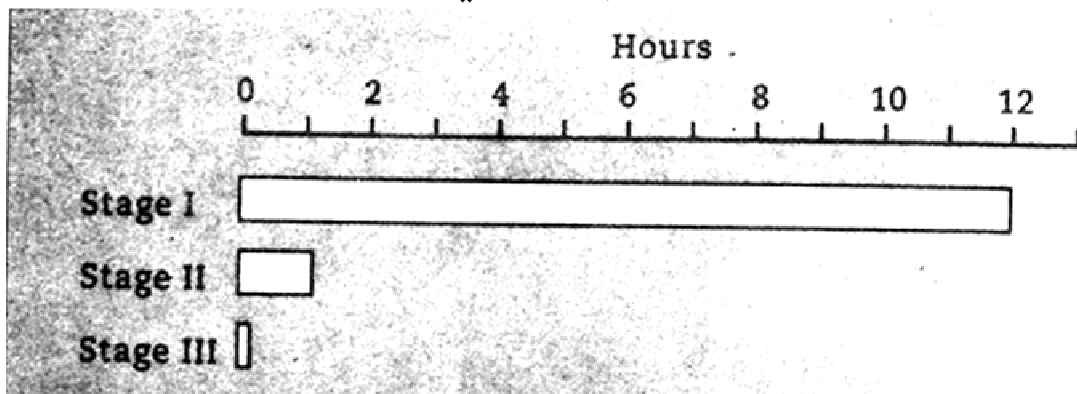
The Placental Stage (دریمه مرحله): د ماشوم د مکمل خروج

(وتلو) څخه پیل کیږي او تر هغه وخته پورې دوام کوي تر څو چې **Placenta** او غشاء یې بهر شي.

د حوصلې او غړو تغیرات د زیږیدني په وخت کې: ۱. عنق په مکمل او پوره شکل سره **Effacement** کوي او په تام شکل سره استرخا کوي.

2. مهبل او رحم د یو اوږد تیوب بڼه غوره کوي.
3. د حوصلې د چت عضلات او د عجان عضلات شاته یا خلف خواته کش کیږي.
4. مثانه پورته خواته کش کیږي او بطني عضوه جوړیږي او احلیل اوږدیږي.
5. کولمې تر فشار لاندې راځي.

د زیږون مرحلې:



(۱-۵) انځور د زیږیدني منځني درجه په یو **Nulpara** بڼه کې:

د رحم عمل:

جنین د رحمي عضلاتو یا **Myometrium** په واسطه لاندې خواته د ولادي قنات په لور تپله کیږي. د یو نورمال رحم فعالیت د **Fundus** په حذا

کې قوي وي نو ځکه تقلصات د **Coruna** ناحیې څخه د رحم لاندینی برخې خواته تیریري .

د زیږون په جریان کې د تقلصاتو شدت او قوت زیاتیري . تقلصات دردناکه وي او نشو کولی چې د بدن د نورو عضلاتو د فزیالوجیک تقلصاتو سره یې پرتله کړو . چې دلایل یې ممکن په لاندې ډول وي .

• عضلی تقلصات سخت او اوږده وي چې ددې له امله **Hypoxia** را

منځ ته کیږي او د

درد لامل کیږي .

• په همدې ترتیب په **Myometrium** کې د عصبي حجراتو نهایت تر

فشارلاندې راځي .

• د رحم د عنق کش کیدنه او پراخه کیدنه داسې فکر کیږي چې د

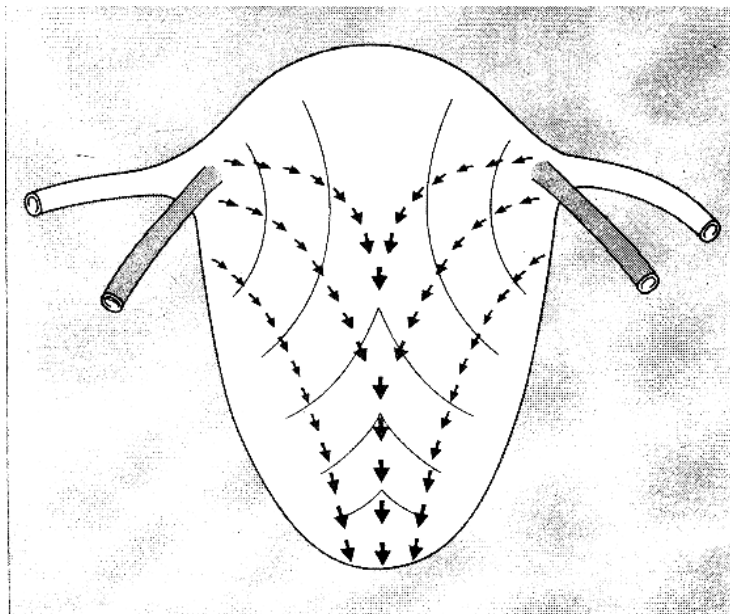
تقلصاتو د پیل لپاره **Pacemakers** وجود لري کوم چې په هر یو

Cornu کې موقعیت لري . دغه **Pacemakers** د زړه **Sinuatrial**

node په څېر نه وي . او مورږ نشو کولای چې دهستولوژی له مخې د

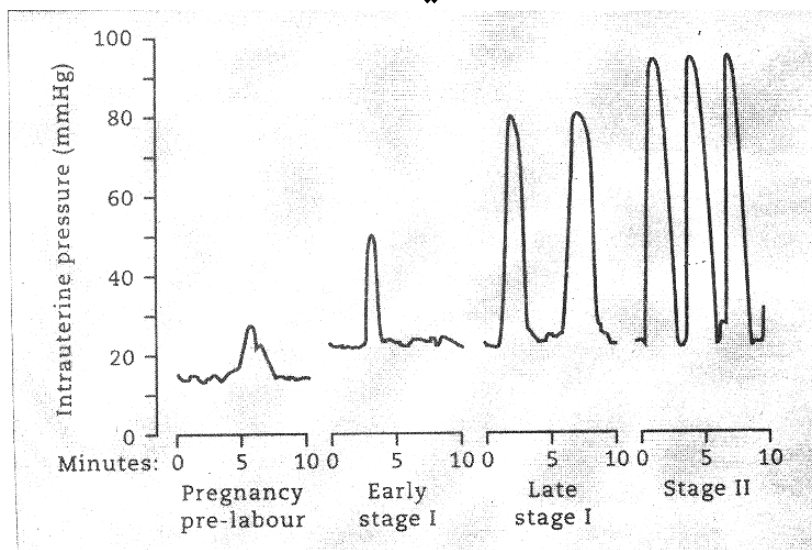
رحم د نورو **Mymometrium** عضلاتو څخه یې بیل کړو .

د رحم د تقلصاتو سیالي



(۲-۵) تصویر: د رحم د تقلصاتو سیالی بیولوژیکی نمونه رانښی.

په پورته تصویر کې د رحم د تقلصاتو فعالیت ښودل شوی نورمال زیږون کې رحمي تقلصات وروسته له هر ۲۰ دقیقو څخه تر سره کیږي. او تعداد یې په هر ۳ دقیقو کې یو تقلص ته رسیږي. پورتنۍ برخه د رحم تقلص کوي او تنگیږي (Retracts). په همدې ډول لاندې برخه هم تنگیږي او وروسته Cervix د ماشوم په سرباندې راکش کیږي لکه Polo Neck Sweater په شان یعنی یو جاکت چې سر او غاړه په کې نوځی. د داخل الرحمي فشار نمونه



(۳-۵) تصویر: د داخل رحمي غشاء نمونه د نارمل زیږون په وخت کې رانښی.

د زیږون میکانیزم:

په انسانانو کې د زیږون اصلي میکانیزم نه دی پیژندل شوی. لاندې حقایق دمنلو وړ دي:

- استروجن (Oestrogens) د رحمي عضلاتو فعالیت زیاتوي اما Progesterone یې کموي.
- د امیدواری په اخرو کې د جنین ادرینال غدواتو څخه په زیات مقدار کې Dehydro

Placenta دغه ماده د **(DHEAS) Epiandrosteron sulphate** افرازيږي په واسطه په **Oestrogen** تبديليږي او بيا په خپل وارد رحم تقلصات تنبه کوي.

• د **Decidua** څخه پروستاگلاندين (**Prostaglandin**) افرازيږي .

داسې فکر کيږي

چې د **Decidua** هايپوکسيا (**Hypoxia**) زيږون پيل کيدو لامل گرځي .
افراز شوي **Prostaglandin** عبارت له **PGE₂** او **PGF_{2α}** څخه عبارت دي .
دغه ډولونه د **Prostaglandins** ډير لږ تقلص رحم ته ورکوي نو ځکه نور هم د **Decidua** د **Hypoxia** سبب کيږي او **Vicious Circle** (يا ناخوشگوار دوران) پيل کيږي .

• آخرنۍ عامه **Pathway** د تقلص لپاره عبارت ده له هغه

Calcium د زياتوالي

څخه چې **Cytosol** ونلري دغه قسم د **Calcium** د **Actin** او **Myosin** د يو ځای والي لامل کيږي چې ټولو غير ارادي عضلاتو تقلص لپاره عام حالت دی .

• هغه **Oxytocin** چې د نخامي غدي د خلفي برخې څخه افرازيږي

دنورمال زيږون په

لومړنيو مراحلو کې په وينه کې نه تثبتيږي . د **Oxytocin** آزاديدنه **Monosynptic Reflex** پورې اړه لري دغه **Reflex** **Monosynptic** هغه وخت تنبه کيږي کوم وخت چې تظاهر کوونکې برخه د جنين د حوصلي په ځمکه باندې فشار وارد کړی .

رحم په لومړنۍ مرحله کې:

۱. رحمي عضلي فايبرونه تقلص کوي او ځان راټولوي نو ځکه وروسته

له تقلص څخه خپل اصلي اوږدوالي ته راگرځي او لنډ پاتې کيږي .

۲ پورتنی برخه د رحم سستیږي ، پنډوالی پکې منع ته راځي او لاندنی برخه یې کش

کیري او په پنډوالی کې یې کموالی منع ته راځي .

2. **Cervix** یا د رحم عنق پورته کش کیري او په کانال کې **Effacement**

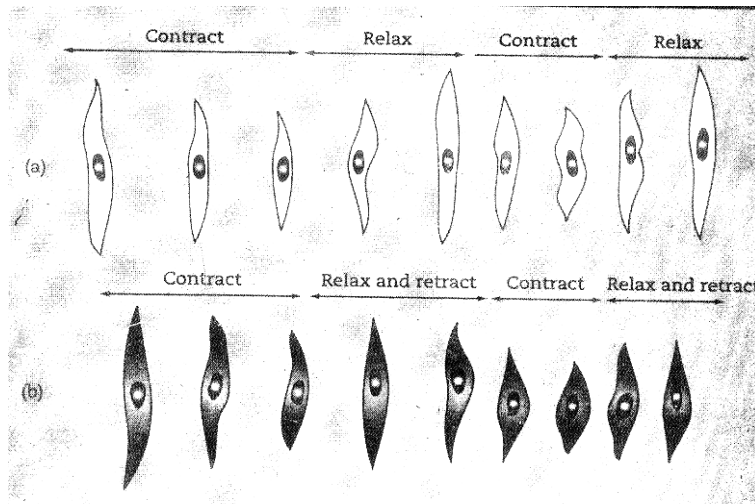
لیدل کیري او

اوږدوالی یې لنډیږي .

3. د وروستي یانورو تقلصاتو په واسطه د **Cervix** خوله خلاصیږي او عنق

رحم متوسع کیري .

سوماتیک او رحمي عضلاتو حجرات



(۴ - ۵) تصویر :

a . د **Somatic** عضلي حجراتو تقلص او استراحت

b . د رحمي عضلي حجراتو تقلص او کش کېدنه .

دغه تغیرات عموماً د امیدواری په اخرو کې د یو قسم بی درده تقلص په واسطه چې **Braxton hicky** تقلص په نوم یادیري منع ته راځي ، نو ځکه د زیږون په پیل کې زیاتره مخکې له مخکې عنق کې قسماً **Effacement** او توسع لیدل کیري . دغه حالت زیاتره په **Multiparous** بنځو کې لیدل کیري

رحم په دوهمه مرحله کې:

۱. د رحم طول زیاتېږي او په قدامي خلفي او جنبي قطرونو کې کموالی

منځ ته راځي ځکه چې:

- لاندنی سگمنت یې پورته خواته کش کېږي.

- د جنین خارج کیدنه (بهر کیدنه) یا مستقیم کیدنه.

۲. د جنین د سر (Head) پورتنۍ برخې مهبل ته تپله کېږي چې په دغه

وخت کې مهبل د رحم او مکمل Efface شوي عنق سره یو مشترک تیوب

بڼه غوره کړی وي.

۳. د رحم د تقلصاتو څخه سربیره د جنین د وتلو لپاره د مور په واسطه

هم کونښنونه د لاندې حالاتو سره سرته رسېږي:

- د بطني جدار عضلات

- حجاب حاجز کوم چې په دغه وخت کې تثبیت شوی حالت د

حجاب حاجز او

داخل بطني فشار د لوړیدو او د ساه اخیستلو په واسطه منځ ته راځي.

۴. کومکي کونښنونه د Paraplegic بنځو لپاره ضروري نه ده او هغه

بنځې چې Epidural بي هوشي يې اخستي وي کولای شي نورمال زیږون

وکړي مگر نورمال حالت دې بنځو لپاره زیات د اطمینان وړ دی او زیږون

سره مرسته کوي.

رحم په دریمه مرحله د زیږون کې:

۱. رحمي عضلات تقلص کوي او د نوموړو او عیو د تقبض لامل کېږي

کوم چې د فایبرونو په منځ کې تیرې شوې وي نو ځکه د نرف څخه

مخنیوی کېږي.

۲. Placenta د ماشوم د زیږون په وخت کې جلا کېږي. په دې وخت کې

رحم په چټکۍ سره تقلص کوي د امیدواری په مهال کې او د

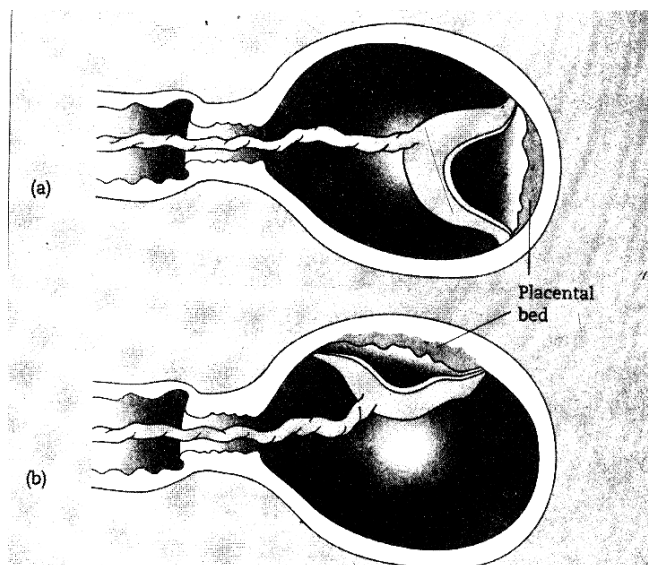
زیږون په وخت کې یو Placenta او د هغې بستریو ډول

(Placenta Bed) یو قسم size لري اما هغه وخت چې جنین لیري کیږي د Placenta د بستر حجم نسبت Placenta ته په نیمایي اندازه کمیږي. نو ځکه Placenta خریيل (Sheared) کیږي او بلاخره د هغه رحمي تقلصاتو په واسطه چې له علوي څخه سفلي خواته صورت نیسي Placenta د رحم څخه جلا کیږي او سفلي سگمنت ته لویږي هغه نښې چې د هغې په واسطه معلومیږي چې Placenta لاندې خواته سفلي سگمنت ته روانه ده یا نزول کوي په لاندې ډول دی:

- رحم کلکیږي
 - ثروي حبل طولانی کیږي
 - وینه را څرگندیږي
- د نورمال زیږون لپاره تدابیر:
- د زیږون تشخیص:

د زیږون پیل داسې تعریف کیږي چې دا له منظمو دردناکو رحمي تقلصاتو څخه عبارت دی چې د رحم د عنق د تغیراتو لامل کیږي. ددغه تعریف په واسطه زیاتره Retrospective تشخیص لامل کیږي.

د پلاستنا بیلیدل:



(۵-۵) تصویر:

a- معمولترین میخانیکیت د پلاستتا د بیلیدو کله چې د یو ارگان
څخه جلا کیږي، لکه د یو بالون په شکل چې د رحم د جوف د سطحې څخه
جلا کیږي نیسي.

b- هغه میخانیکیت چې لږ واقع کیږي دا دی چې د پلاستتان د یوې
څنډې څخه جلا کیږي او د رحم د تقلصاتو په واسطه د بیلیدو ساحه کوچنۍ
کیږي.

داخله:

۱. په برطانیه کې ۹۷% بنځې په روغتون یا **General Practicerun Unit** کې زیږیدنه کوي.

۲. بنځې باید لاندې وختونو کې روغتون ته مراجعه وکړي:

• کله چې رحمي تقلصات وروسته له هر ۱۰ دقیقو صورت
ونیسي.

• هغه وخت چې غشاء خیرې شي او **Amniotic** مایع خارج شي.

۳. فکر کیږي چې بنځې بشپړ **Antenatal** تدابیر اخستي دي او

Admission په وخت کې لاندې حالات وکتل شي.

• لنډه تاریخچه باید واخستل شي (ولادي تاریخچه)

• بشپړه معاینه تر سره کیږي د لاندنیو حالاتو سره:

a. د وینې فشار باید ارزیابي شي.

b. د جنین وضعیت او تظاهر باید معاینه او معلوم کړای شي

c. دا باید معلومه شي چې تظاهري برخه یې څومره **Engagment**
کړی ده.

d. مهبلې معاینه ددې لپاره ترسره شي چې د عنق پراخیدل
او **Effacemat** معلوم شي

• بنځې ته باید د تودو اوبو (غسل کولو) بلنه ورکړای شي.

• بنځې ته بايد د تعوط يو چانس ورکړ شي که داستونزمنه وي نو بايد

Suppositories ورته ورکړل شي. **Enema** له دې وخت څخه وروسته نه ورکول کېږي.
د زيږيدنې لومړنۍ مرحله :

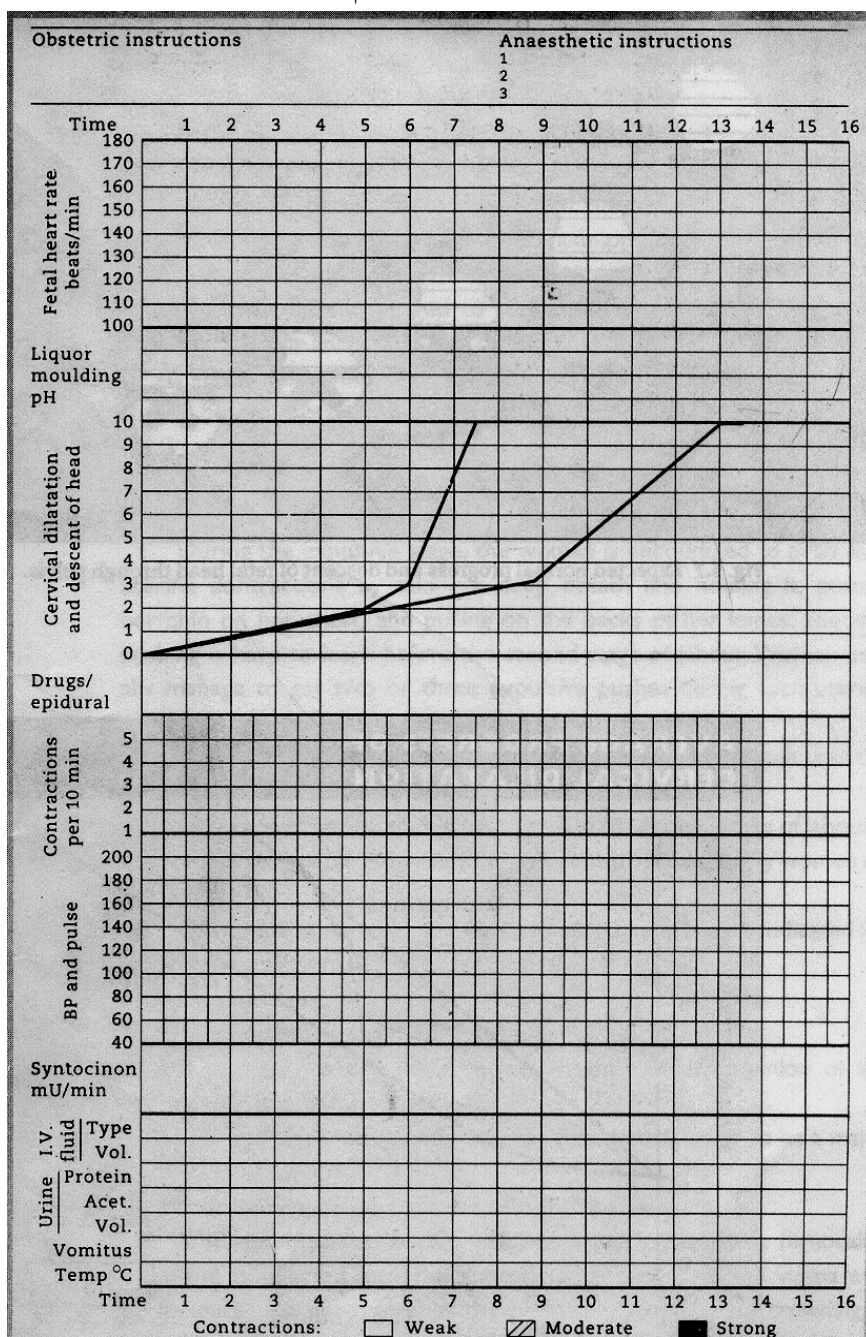
د زيږون د پروسې پرمختگ د ماشوم د سر ښکته کيدو او د عنق رحم د پراخيدو په واسطه ارزيايي کېږي. د عنق پراخېدنه که ډيره کمه يا بالکل نه ښکاره کيده نو بايد بنځه په ولادي وارد کې واچول شي او د بستر کيدو سره يو ځای **Partographe** پيل شي. په زياترو **Maternity Units** کې **Partographe** يو آسانه گرافیکه طريقه ده چې د هغې په واسطه د زيږون پرمختگ ارزيايي کېږي. همدارنگه دغه طريقه د **Midwives** او ډاکټرانو لپاره د مرستې يوه وسيله ده. په دې کې لاندې معلومات دي.

۱. هغه عت حطری فکتورونه چې **Antenatal** په وخت کې پېژندل شوي وي د هغې لپاره يو يادښت وي چې دغه ممکن ولادي وي ممکن **Pediatric** وي او يا هم ممکن **Anesthetic** وي.

۲. د جنين د زړه د ضربان د شمېر لپاره يو ريکارډ دی هغه بنځې چې په **High Risk** بنځو کې گڼل کېږي د هغوی د جنين د زړه د ضربان اندازه د مسلسل (**Electronic Heart Rate Monitoring**) (**EFM**) په واسطه ارزيايي کېږي چې دا د **Cardiographie** په واسطه کېږي. مگر هغه بنځې چې **Low Risk** کې وي د هغوی د جنين د زړه د ضربان اندازه د (**Pinard's Stethoscope**) په واسطه په دې ډول اندازه کېږي چې وروسته له هر ۱۵ دقيقو څخه سمدستي د رحم تقلص څخه اوريدل کېږي. دغه اندازه شوی د زړه ضربان بيا وروسته **Partographe** ته رسول کېږي او ثبت کېږي.

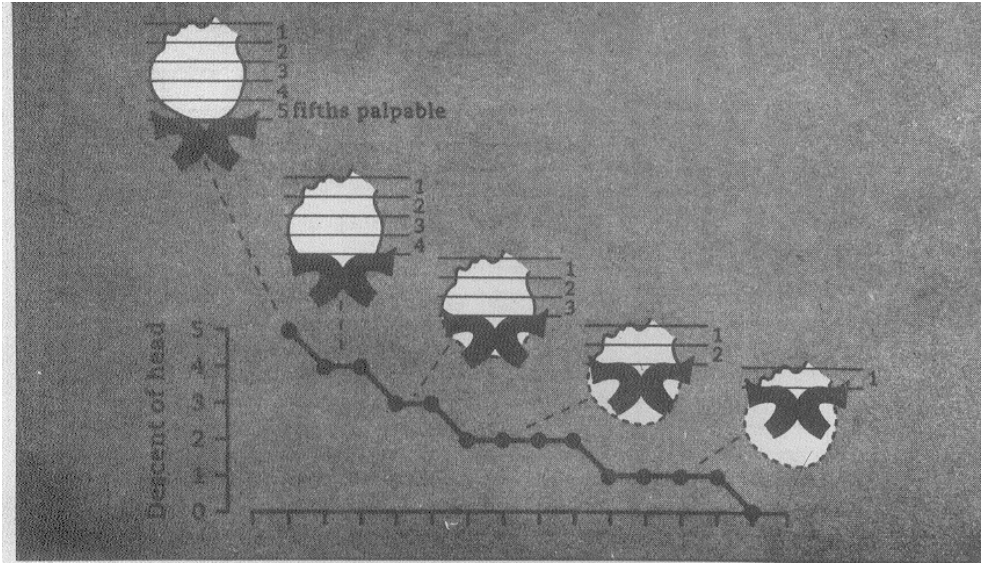
۳. Cervicogram عبارت له گرافیکې ارزیابی چې د جنین د سر د بنکته کیدو او ورسره یو ځای د عنق د پراخیدو د اندازې څخه دی .
۴. فریکونسي ، اوږدوالی او شدت د رحمی تقلصاتو اندازه کیږي .
۵. د غشاء حالت چې ایا خپرې شوی او که نه ؟ همدارنگه د Amniotic مایع رنگ .
۶. د مور د تشو متیازو اندازه چې پیدا شوي وي . هر یو Specimen باید د Ketons ، پروتین او گلوکوز لپاره معاینه شي .
۷. د هغو درملو ریکارډ چې ورکړل شوي وي په ځانگړي ډول Analgesics .
۸. د مورنۍ وینې فشار ، Pulse او د حرارت درجه اندازه کیږي او وروسته د لومړنۍ معاینې څخه لاندې شیان باید ثبت شي :
۱. د جنین سرچې د بطن له لارې Fifth کلیمې په واسطه چې حس کیږي او بنکته کیدو درجه بنایي چې (۵-۷) تصویر د Fifth سیستم بنوونکی دی
۲. د رحم د عنق پراخوالی په (۵-۸) تصویر کې .
۳. Partogram باید په ډیر احتیاط تعقیب شي چې ممکن دا یو قوسي انحناء او یاد مستقیم کرني په شکل چې 1cm په 1hr کې پراخیږي ثبت شي .
- د تظاهري برخې د بنکته کیدو Level باید وکتل یا (Check) شي او وروسته له هر ساعت څخه ثبت پداسې حال کې چې مهبلې معاینه پس له هر ۳-۴ ساعتونو کې تر سره کیږي . تر هغه وخته پوری چې د عنق توسع په دوام کې وي یا د Nomogram په چپ طرف کې وي نو د زیږون جریان نورمال گنل کیږي .

پارتو گرام



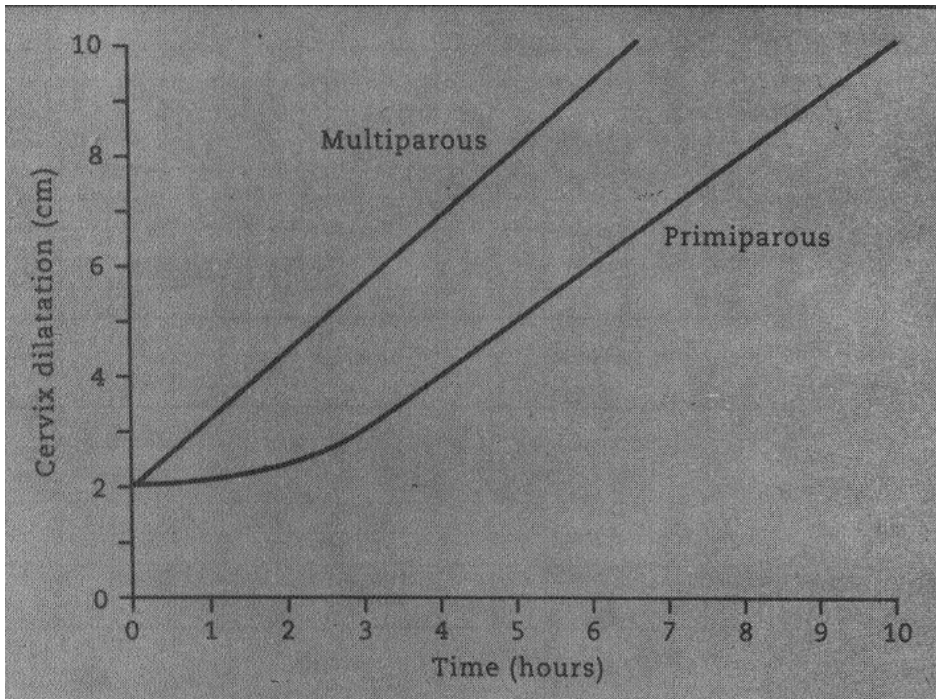
(۵-۶) تصویر: پارتو گراف چي د زيرون د پرمختگ لپاره کومک کوونکی دی د رحم د عنق توسع د هغه خط په واسطه په تخميني ډول بنودل کېږي. په Nalipara او Primiparal زيږيدني کې

د جنين د سر بنکته کيدل :



(7-5) تصوير : په دې تصوير کې په حوصله کې د ماشوم د سر بنکته کيدل او پرمختگ په نارمل ډول را ښيي .

په اوسط ډول د رحم د عنق د پراخوالي پرمختگ :



(8-5) تصوير : د رحم د عنق پراخوالی پرمختگ په Multiparous او Primiparous ښځو کې را ښيي .

د ناروغې سره پام:

- زیږون په وخت کې بنځه باید یوازې پرېنېسودل شي . ښه خبره دا ده چې یوه دایي (Midwife) باید د زیږون په ټول جریان کې د بنځې سره موجوده اوسې. همدارنگه ځینې بنځې غواړي چې له هغې سره د ژوند ملگری، یا خپلوان ووسی.

- ناروغې ته Analgesic ورکړل شي کوم چې د بنځې اړتیا لپاره ښه ده

- ناروغه باید وهڅول شي چې ادرار وکړي . که چیرې مثانه قابل د جس شي او بنځه

نه شي کولی چې خالی یې کړی نو باید چې کتیترو رته تېر شي .

- لکه څرنگه چې د معدې د خالی کولو وخت د زیږون په دوران کې

زیاتیري یعنی

معدده د زیږون په جریان کې ورو ورو تخلیه کېږي نوځکه هغه وخت چې ولادی تقلصات پیل شي نو ناروغې ته باید سخت خواړه ورنکړل شي اما کولای شو چې نرم خواړه ، Soup یا یخ مایعات ورکړو په دې شرط چې ناروغه یې وغواړي .

د زیږیدني دوهمه مرحله :

۱. د خروج (وتنې) د مرحلې په جریان کې بنځه دې ته هڅول کېږي چې د رحمې تقلصاتو ته قوت ورکړي په دې ډول چې ژوره ساه واخلي او بیا دې ساه بنده کړي . ناروغه دې خپله زنه (Chin) په خپلې سینې باندې کېږدي اود زنگانه په خلف باندې دې فشار راولي . موءثره تیله کونه مشکله ده چې ددوهمې مرحلې له پیل څخه مخکې ناروغه پرې پوهه شي . عموماً بنځې دهر تقلص په دوران کې په دوه یا درې تیلو باندې بریالی کېږي چې ترسره یې کړي .

۲. د دوهمې مرحلې د پرمختګ ارزیابي تر هغه وخته پورې مشکله وي چې تظاهري برخه بنکاره شوي نه وي .

۳. بنځې ته که اړتیا وروسته احساس شي نو Analgesic په دوهمه مرحله کې د Inhalation په شکل ورکړل شي . اما یو منظم تیله کولو په واسطه زیاتره بنځې درد ارامولو ته اړتیا نه احساسوی .

۴. په اوسني وخت کې Episiotomy په هر زیږون کې نه تر سره کیږي خو لاندې حالاتو کې توصیه کیږي :

• Fetal Distress

- زیاتره عملیاتي مهبلې زیږونونو کې
- د سخت عجان شته والی چې د قابلې په نظر د زیږون وخت اوږدوي .
- که چیرې یوه با تجربه قابله داسې فکر کوي چې زیږون لامل د یوې لویې عجاني

درز (Fear) لامل کیږي . کوچنیدرز ترمیم ته زیاتره وخت اړتیا نه حس کیږي او خپله شفایاب کیږي .

۵. که چیرې Episiotomy تر سره کیږي نو (Local) موضعي Anesthetic (Lignocain 1% plain) د مهبل او عجان په تحت الجلدی برخه کې هغه وخت زرق کیږي کله چې د سر په واسطه عجان پراخ شوي وي ، یوازې مخکې له Crowning څخه عموماً Mediolatral بني خواته Episiotomy تر سره کیږي چې د سر بنکته کیدو سره د Episiotomy وسعت نه زیاتیري .

۶. هغه وخت چې سر وزیږي نو اجازه ورکول کیږي چې تدور (Restitute) وکړي او بیا جنبي Traction د مور د مقعد په سیر تطبیق کیږي کوم چې د جنین د قدامي اوږې زیږون ته اجازه ورکوي .

۷. په همدې مرحله کې ۵ ، ۰ ملي گرامه Syntometrin د مور په ورون کې I.m زرق کیږي چې دا د Placenta د زیږون سره مرسته کوي .

۸. وروسته ماشوم د مور د بطن خواته پورته کيږي او ماشوم خلفي اوبه هم د عجان څخه خارجيږي چې ورپسې په ترتيب سره بشپړ ماشوم دباندې بنويږي .

۹. لومړی د ماشوم خوله او بيا پزه د مخاطي افرازاتو څخه د مخانيکي پاکونکي يا **Extractor** په واسطه پاکيږي . د ماشوم خوله بايد لومړی پاکه شي ځکه د پزې پاکولو په وخت کې ممکن د خولې افرازات د ماشوم په واسطه انشاق شي .

۱۰. اوس ثروي حبل په دوو ځايونو کې غوټه کيږي او نوموړی غوټه په منځ کې ويشل کيږي . دا مهال په پرمختللو هيوادونو کې **Disposable Plastic Umbilical Clamps** استعماليږي .

۱۱. عموماً ماشوم يو دقيقه وروسته د زيرون څخه تنفس پيل کوي يا ساه اخلي . که چيرې مور وغواړي نو سمدستي بايد ماشوم ورته غيږ کې واچول شي اما مخکې له دې څخه ماشوم بايد په يوه توده شوي کمپله کې تاوو کړای شي .

د زيږيدنې دريمه مرحله:

۱. فعال تدابير د دريمې مرحلې لپاره وروسته د قدامی اوږې د زيرون څخه د **Syntometrin** زرق په واسطه پيل کيږي . دغه **Syntometrin** يو مخلوط د ۵، ۰ ملي گرامه **Ergometrin** او **Syntocinon 5 IU** څخه عبارت دی . وروسته د ازمويل شوي **Cord Traction** څخه د **Placenta** د جلا کيدو نښې پيل کيږي .

۲. د **Operator** کس چپ لاس په **Symphysis pubis** باندې ايښودل کيږي او د رحم د غور قدامي ديوال محافظه کيږي ترڅو رحمي **Inversion** صورت ونه نيسي .

۳. **Operator** ، **Umbilical Cord** شخص په بني لاس سره نيسي او مناسب قوت يا **Traction** ور باندې اچوي ترڅو **Placenta** لاندې مهبل

خواته آزاده شي. اوس **Kidney dish** د ناروغې دعجان لاندې اېنډول کيږي چې د شخص په چپ لاس کې وي او بيا **Placenta** بشپړ په لوبښې کې اچول کيږي .

۴. غشاء عموماً **Placenta** تعقيبوی او کولای شو چې د لږ تدور په واسطه يې لږې کړو دا اجازه ورکوي چې رحم (**Peel off**) يا د پوستکې څخه پاک شي.

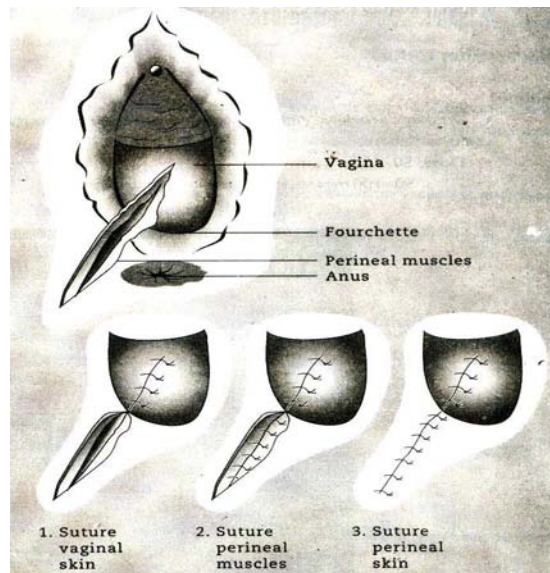
۵. اوس وکتل شي چې غشاء او **Placenta** بشپړ دي او که نه ؟

۶. د وينې ضياع بايد اندازه شي عموماً ۱۰۰ - ۳۰۰ سي سي پورې

وي.

۷. که چيرې کوم ځيری کيدل يا **Episiotomy** موجوده وي نود جذب وړ خياطه لکه **Vicryl** په واسطه د موضوعي بې هوشۍ لاندې په احتياط سره ترميم شي .

د اېپيزيوتومی ترميم



(۵-۹) تصوير : د **Episiotomy** ترميم مراحل را ښيي

د زیږون په جریان کې د درد آرامول: زیږون په عمومي توګه دردناکه وي. دا به ښه وي چې ښځې ته **Analgesia** د درد د احساس څخه مخکې له دې نه چې تقلص پیل شي ورکړل شي.

• د **Analgesia** لپاره ښه وخت همدومره اهمیت لري څومره چې د

Analgesia

دوز اهمیت لري.

اندجیزیا : د قشر درد او د حساسیت کمولو په واسطه کیږي.

انشاقی دوايي :

نایتريس اوکساید : دغه درمل کولای شي چې خپله ناروغه استعمال کړي. مخکې نه ۵۰ فیصده اوکسیجن په واسطه مخلوط شوي وي. عموماً په سپین او ابی **Quartered Cylinders** کې راځي او د **Entonox** ماشین په واسطه استعمالیږي.

Nitrous Oxide او د هوا مخلوط د استعمال وړ وسایلو په واسطه ورکول کیږي. باید چې د د اوکسیجن مقدار پکې کم نه وي. ددې درملو **Inhalation** هغه وخت پیل کیږي چې اړیکې پیل شي او مخکې له دې نه ښځه د درد احساس وکړي. (۵- ۱۰ تصویر) ځکه چې ددې درملو اغیزه وروسته د څو ثانیو څخه پیل کیږي.

د درمل اخستل د نورو لارو څخه :

: **Pethidine**

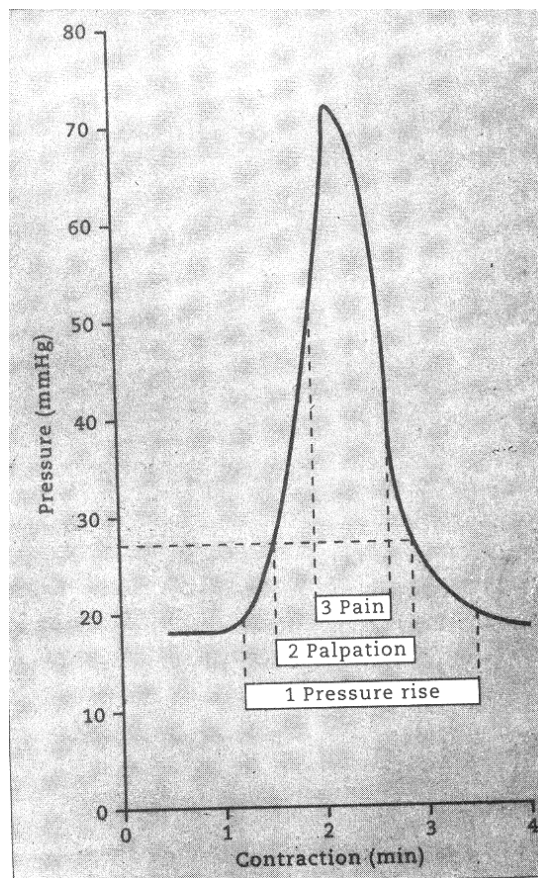
یو مصنوعي د درد ضد درمل دي چې ملساء عضلاتو باندې ضد تشنجی اغیزه لري د زیږون لپاره ډیره اغیزمنه ده.

• دوز یې ۵۰ - ۱۵۰ ملي ګرامه عضلي

• ۵۰ - ۱۰۰ ملي ګرامه وریدي په ورو ډول ځکه چې د زړه بدوالي

لامل کیږي.

- په لومړۍ مرحله کې باید استعمال شي . که امکان ولري نو باید د زیږون څخه ۲ ساعته مخکې ورنکړای شي ځکه د Neonatal د تنفس د انحطاط لامل کېږي .
- کیدای شي دمور د وینې فشار رابنکته کړي خصوصاً هغه وخت چې Antiemetic سره یو ځای ناروغې ته ورکړل شي . د تقلصاتو ثبتول د زیږیدنې په اخر کې



(۵-۱۰) تصویر: په دې تصویر د رحم د تقلصاتو د فشار اندازه په اخر Labour کې راښيي:

- ۱- د توکوگرافیک فشار فعالیت ښودنه په دوه دقیقو کې .
- ۲- د کلنیکي بطني معاینې په واسطه د رحم د تقلصاتو تشخیص او ښودنه په یوه دقیقه کې .
- ۳- درد د ۴۵ دقیقو پورې د ښځې په واسطه احساسیږي .

مورفين :

• د **Opium** يو الكليد څخه عبارت دی چې ډيرقوي د درد ضد اغيزه لري اما **Antispasmodic** اغيزه نه لري . د هغه **Dull** دردونو لپاره چې **Occipito posterior** وضعيت څخه منشه اخلي يا اوږدو زيږونونو کې زيات اغيزمن دي .

• دوز يې ۱۰ ملي گرامه عضلي دي

• **Morphine** هم د ماشوم تنفسي مرکز انحطاط لامل کيږي نو ځکه د امکان په

صورت کې دوه ساعته مخکې له زيږون څخه ورنکړل شي .

• کيدای شي چې مور يې کانگې پيدا کړي (تقريباً ۱۵ %) نو بايد

Antiemetic سره

يوځای ورکړل شي (مثالونه ۵ ملي گرامه **Fentazin** يا ۲۵ ملي گرامه **Phenergan**)

هيروئين

• ډيرزيات قوي **Opiate** څخه عبارت دی د **Anxious** مېندو او اوږدو زيږونونو لپاره اغيزمنه ده .

• دوز يې ۵-۱۰ ملي گرامه عضلي زرق څخه عبارت دی .

• که چيرې زيږون څخه ۳-۴ ساعتونو پورې مخکې ورکړل شي د

ماشوم د تنفسي

سيستم انحطاط لامل کيږي .

• تر اوسه په پراخه اندازه په **Scotland** او شمالي انگليستان کې

استعمال کيږي .

ميتازينول :

• ډيرقوي د درد ضد درمل دی او په تنفسي مرکز باندې لږ انحطاطي

اغيزه لري .

- دوزیې ۱۰۰ - ۱۵۰ ملي گرامه تر ۲ ساعتو پورې .
اسپرین :

- **Salicylates** یو خفیف درد ضد درمل څخه عبارت دی کله ناکله په لومړنیو وختونو د زیږون کې استعمالیږي .
- دوزیې ۳۰۰ - ۶۰۰ ملي گرامه د خولې له ليارې .
- کیدای شي **Haematemesis** لامل شي مگر ډیر نه وي .

یادونه : **Barbiturates ، Tranquillizers** او **Sedatives** چې زیږون په جریان کې ورکول کیږي . د درد ضد درمل اغیزه نه لري بلکې د درد ضد درملو اغیزه تقویه کوي او د زیږون عملیه خپلو ځانگړتیاوو له مخې تقویه کوي .

پرتله له درملو څخه د درد درملنه:

که چیرې د بنځو په شمېر کې زیاتوالی راوستل شي نو دا به ددې لامل شي چې د بنځو دردونه پرتله له درملو څخه آرام شي . درد یو داسې **Subjective** گېلې څخه عبارت دی چې له بنځې سره مرسته کوي او هر هغه څه چې بنځه او د هغې **Fetus** په لوی خطر کې نه غورځوی چې باید چې ولټول شي . ممکن دغه میتودونه لامل شي چې **Endorphins** آزاد شي او د **Analgesia** اړتیا وځنډیږي . دا ددې لامل کیږي چې په ټول دوز کې کموالی راشي او بنځې ته په ځان د باور احساس ورکوي .

هیپونوزس : که دواړه (بنځه او پیواز) په ښه صورت سره تربیه شي ممکن تر ډیره حده پورې آرام شي . په اوس وخت کې ډیر قیمت ته تمامیږي او یوازې مناسبو بنځو ته گټه کوي که چیرې دغه پروسه کامیابه شي ، نو ماشوم ته ډېر گټور تمامېږي .

: **Transcutaneous Nerve Stimulations**

Transcutaneous Nerve Stimulations د ملا د ښکتنۍ برخې

عضلاتو ته په کمه اندازه **Puls** د برقي اهتزازاتو په واسطه برابروي چې د

چلیدونکي لاسی بطری څخه لاس ته راځي . دغه عملیه تخریبي درملنه برابروي او ځینې بنځو ته د زیږون په لومړیو وختونو کې ډیر گټور تمامېږي . سره ددې چې د زیږون د ټول سیر لپاره کار نه کوي اما د ډېر قوي او انحطاط راوړونکي **Analgesia** په ورکړه کې وروستوالي سبب کېږي ، نو ځکه که بنځه وغواړي باید چې ورکړل شي . همدارنگه د ولادي وارد پرسونل ددې ماشینونو په استعمال باندې باید پوه وي او د استعمال په وخت کې ډېر احتیاط وکړي .

بي هوشي:

په دې حالت کې محیطی یا مرکزی اعصابو ته انحطاط ورکول کېږي ترڅو د دردناکه سیالو انتقال او اخذ ونه شي .

عمومي:

عمومي بي هوشي د زرق له ليارې (**e.g pentothal**) او بيا وروسته د **Inhalation** په واسطه تعقيب شي لکه (**Nitrousoxid** يا **Cyclopropan**) . د **Anaesthetist's** تر کنترول لاندې ناروغ ته بشپړه بي هوشي ورکوي . د زیږون په جریان کې یو لوی خطر ددې هم موجود وي چې معدوي اسید او محتوی سږو ته لاره شي او د **Aspiration Pneumonia** لامل شي چې د سندروم په نوم یادېږي . ددې خطر د مخنیوي لپاره باید لاندې تدابیر ونيول شي .

- د زیږون په جریان کې معده باید خالي وي او هغه غذاگانې چې نه هضمېږي ونه خوړل شي .
- که چیرته خوړو ته ډېره اړتیا وي نود زیږون په وخت کې معده تخلیه شي یو تیوب داخل شي .

• د معدې د اسیدي محتوی په خاطر ناروغ ته ۳۰ ملی ګرامه Sodium Citrate یا H2 Blockers لکه Ranitidine ورکړل

شي .

• ناروغ ته Cuffed Endotrachial تیوب واچول شي .
• سر باید د Intubation لپاره پورته وساتل شي او Cricoid فشار استعمال شي .

• د زیږون په جریان کې باید یو Senior با تجربه انستیزیلوګ بی هوشي ورکړي، عمومي Anesthesia د زیږون په جریان کې د عملیاتو لپاره ګټور تمامېږي لکه عاجل Caesarean Section لپاره چې تیزوالي پکې مهم وي .
ساحوي:

عصبي ریشې په هغه ځای کې بلاک کېږي د کوم ځای څخه چې سرچینه اخلي .

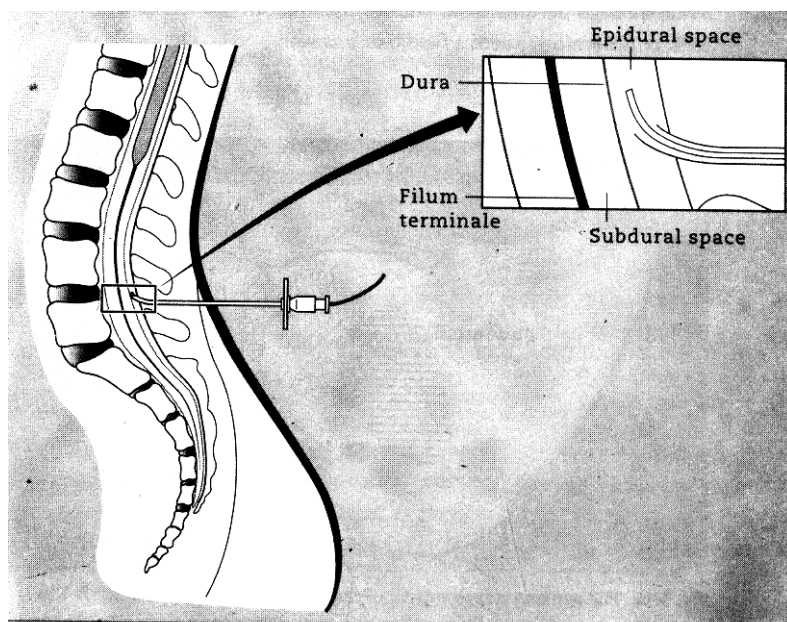
نخاعي انستیزی : زیات Nupercain په Sub Arachnoid مسافه کې .

• د ۳-۴ L په هدا ورکول شي د بنځې پنبې باید پورته وي .
• T11-S1 پورې بلاک شي .
• پخوا به یوازې عملیاتی اړتیاوو لپاره استعمالیده .
• ښه انستیزی زیاتره په انگلستان کې د Forcep د جرا کولو په وخت کې استعمالیږي .
Epidural Block:

۱ % Xylocain یا 0.25-0.5% Marcain دیوی Canula په واسطه Peridural fat یا شحم کې داخلېږي . عصبي ریشې اغیزمنې کوي . T11-S4

- ډیر ژر درد آرامیږي او ۲-۳ ساعتو پورې دوام کوي .
- کولای شو چې دوهم دوز یې هم استعمال کړو نو ځکه زیږون کې استعمالیږي .
- یو تکړه Anesthetist ته اړتیا لري خو په سم ځای کې ستنه ووهي .

ایډی دورل قطع کول



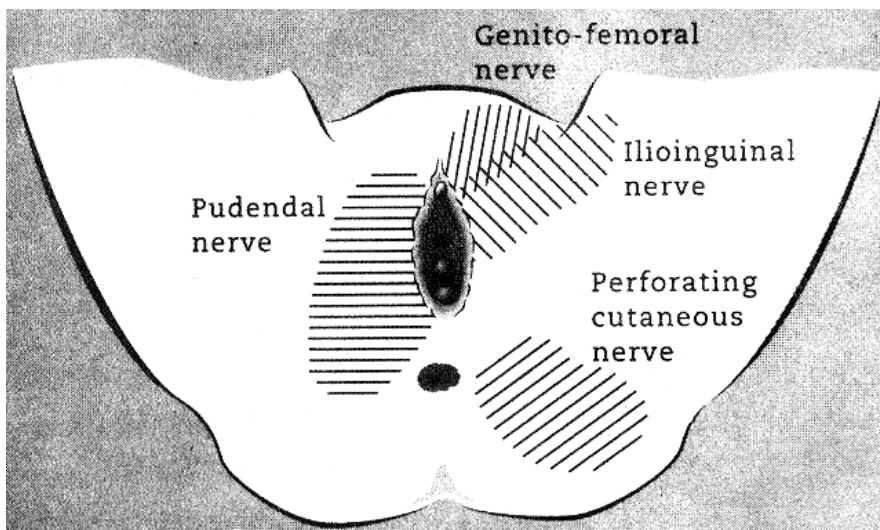
(۵-۱۱) تصویر: د Epidural قطع کول یا Block کول رابښيي.

- د رحم د مکمل حس د ختمېدنې معنی به دا وي چې ښځه په دوهمه مرحله کې مرستې ته اړتیا لري تر څو رحمي تقلصاتو باندې پوه شي .
احتلاطات :

د Epidural Block ډېر وځيم اختلاط دا دی چې Dura سوری شي او د توقع خلاف به Spinal بي هوشي را مينځ ته شي .
 دا ممکن د عصبي Blockage سبب شي او په هغه صورت کې چې د بې هوشي مواد پورته صدري ناحیې ته لاړ شي لامل د تنفسي توقف کېږي .
 ددغه اخطلات مخنيوي لپاره بايد تجربه لرونکي شخص په واسطه عملیه تر سره شي .

• د Dural tap په ۵۰۰ : ۱ پېښو کې د C.S.F د مايع ليکاژ لامل شوي .

• نادر اختلاط يې انتان هم کيدای شي چې د پوستکي څخه Peridural ناحیې ته داخل شي .
 د عجان د اعصابو سيستم



(۵- ۱۲) تصویر : د عجان د عصب سيستم ښيي چې حسي اعصاب د عجان پوستکي تعصیبي او Pudendal عصاب په پراخه پیمانہ دغه ساحه تعصیبي نو د انستیزپ په وخت کې نور عصبي سيستم ته په موضعی ډول انستيزي ضروري وي .

:Caudal Block

• د عجزی Hiatus په واسطه موضعي Epidural .

- د عملیاتی زیرونونو لپاره بڼه بی هوشی ورکوي او یوازی ۸۰ % گټور وي .

:Paracervical Block

- د مهبل د جنبي Fornices څخه پیچکاری د Cardinal Ligament په قاعده کې داخلېږي . Xylocain یا Marcain پرته له رحم څخه په زیاترو عصبي ریشو باندې اغیزه کوي . چې له ۲ یا ۴ ساعتو وروسته له سره هم استعمال کړو هغه وخت چې درد بیا پیل شي .
- د لومړۍ مرحلې وروستی برخو لپاره بڼه Anesthetic دی .

:موضعی:

- Pudental : Pudental عصب باید د (۵، ۰ % یا ۱ %) Xylocain په واسطه بلاک شي دا عصب هغه وخت چې د Ischial Spine څخه چاپېره کېږي . په دريو برخو باندې ویشل کېږي . کولای شو چې Xylocain د Vagina یا عجان پوستکي له لپارې ورکړو . لکه څنګه چې په (Fig 5.12) کې ښودل شوی دغه ځایونه بی حسه (Numbs) کوي نو ځکه Field Block ته هم اړتیا لیدل کېږي .

- د زیږون په دوهمه مرحله کې د خروجي فوجې Manipulation لپاره استعمالېږي .
- لکه آسانه Forceps د زیږون لپاره .

: Field Block

- په Vulva او Labia کې د عصبي نهایت موضعی انفلتریشن دي :
- په Episiotomy یا د هغې په جوړونه کې دې عملیې ته برتري ورکول کېږي .
- هغه اضافي انستیزی چې د Pudental block پواسطه ساحه بی حسه شوي نه وي ورکول کېږي .

مناسب **Analgesia** او **Anesthesia** هغه وخت سمه او اغيزمنه وي چې بنځه او مېړه داميدواری په دوران کې پرې مشوره کړی وي او د عمليې لپاره يو څه معلومات کله کله پرې مشوره کړي وي . او د عملی په باره کې يې يو څه معلومات لاسته راوړي وي دغه بنځه کولای شي د هغې بنځې څخه معلومات ترلاسه کړي کوم چې د **Analgesia** گټي ورته معلومې وي .

جنين د زيرون په جريان کې:

د زيرون په جريان کې جنين بنځته راځي او له ولادي کانال څخه بهر وځي دغه مرحله په آسانی سره د ميخانیکتونو يو لړۍ ته دننه کيږي ، چې لاندې ترې يادونه شوې ده . دغه ميخانیکتونه يو دبل سره اړيکی لري او نشو کولای چې يو له بل څخه يې جلا کړو .

تقبض :

رحمي تقلصات په **Fundus** کې بارزوي د قوی جهت د جنين د **Spine** استقامت وي چې په لومړيو کې د جنين د سرد قبض سبب کېږي په زیاترو پېښو کې قبض هغه وخت صورت نیسي کوم وخت چې مخکې له زيرون څخه **Braxton Hick's** تقلصات صورت نیسي . د قبض په تعقيب سر **Engage** کېږي کله چې تظاهري برخه د حوصلې **Brim** څخه تیرېږي . په زیاترو حالاتو کې سر **Occipito transvers** په شکل **Engage** کېږي . او په زیاترو پېښو کې يې بني **Occipito Transverses** حالت وي .

نزول :

نورد رحم حرکات ددې لامل کېږي چې د جنين سر د حوصلې **Brim** څخه **Mid Cavity** ته بنځته کړي .

داخلي تدور:

د **Inclination** زاويې له کبله چې **Lumber spine** او حوصلې په مينځ کې قرار لري (تقريباً ۱۳۵ درجې) د جنين سر په حوصلې کې د يوې **Parital Eminence** په واسطه **Engage** کېږي . (**Asyntclitism**) بيا

مخکې **Parital Eminence** د رحمې تقلصاتو په واسطه حوصلې ځمکې خواته تپله کېږي . هغه وخت چې رحم د استراحت په حالت کې وي د حوصلې د ځمکې عضلات د جنین د تدور لامل کېږي او سرد **Asynclitism** حالت څخه وباسي . سر په **Engagement** کې له بني **Occipitoransverse** حالت څخه مستقیم **Occipito anterior** حالت ته تدور کوي .

اضافي تقبض:

اضافي تقبض : نوره بنکته کېدنه د حوصلې څخه د رحمې تقلصاتو په واسطه ددې لامل کېږي چې د جنین زنه د هغې د سینې سره تینګه ونښلي.

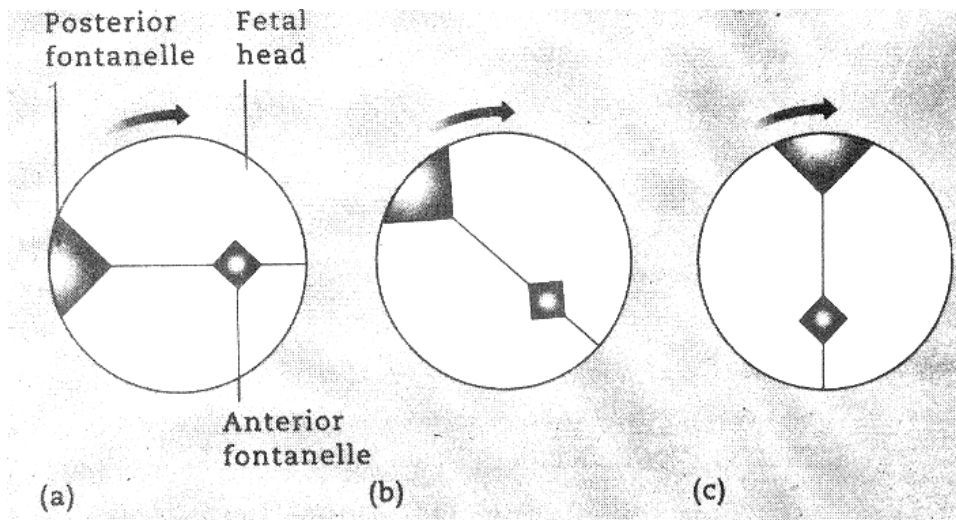
په دې وخت کې د جنین **Occipat** د مور په **Symphysis pubis** باندې موقعیت نیسي او زنه د ولادی کانال بنکتنی برخې ته درومی . بسط:

نور بنکته کیدنه د جنین سر بنکته تپله کوي. او د جنین د سرد بسط سبب کېږي او عجان برجسته کېږي. د اضافي بسط سره د سر اعظمي قطر د **Ulvaintroitus (crowning)** څخه تیرېږي او ورسته د جنین د غاړې بسط سره سر را وځي .

داخلي تدور: هغه وخت چې سر تولد شي نو اوږې دمور د حوصلې په دخولي فوچه کې لوي ترين قطر (مستعرض قطر) ته داخلېږي. او د بنکته کیدو په جریان کې (**Inclination**) زاویې له کبله یوه اوږه نسبت بلي ته په ولادي کانال کې مخکې روان وي دغه سبب ددې کېږي چې اوږې تدور وکړي لکه څنګه چې سر په داخلي تدور کې تدور کوي او کله چې دوي دغه عمل اجرا کوي نو سرد نوي درجي په اندازه تدور کوي او هغه وخت چې اوږې د مور

حوصلې په قدامي خلفي قطر کې **Symphysispubis** شا ته ځاي ونيسي نو سر هم داوړو سره خپل عادي حالت ته دراتگ لپاره تدور کوي لکه څنگه چې سر په دې وخت کې (**Vulva**) څخه دباندې وي ، نو ځکه دغه خارجي تدور بلل کېږي.

د ماشوم د سر تدور



(۵-۱۳) تصویر : د ماشوم داخلي تدور رانې :

a. د دخول په فوچه کې **Right Occipitotransverse Position** وضعیت

b. متوسط برخه **Right Occipitoanterior Position** وضعیت

c. خروجی فوچه یا **Direct Occipitoanterior Position** وضعیت

: Delivery of the Body

د جنین د سر جنبي **Flexion** په واسطه بڼې اوږه د **Pubis** څخه لاندې بنوږي او تولد کېږي . خلفي اوږه او باقي بدن عموماً ډېر په آساني سره تولد کېږي.

د هر رحمي تقلص په واسطه مورنۍ وینه **Intervillous** مسافې ته ډېره زیاته کمېږي او عموماً قطع کېږي دا حادثه ددې لامل کېږي چې جنین ته د اوکسیجن توزیع لږه شي او د اضافي موادو تبادلې ته هم ډیر کم وخت پاتې

کېږي . زیاتره نورمال جینونه د متوسط Hypoxia په مقابل کې مقاوم وي
 اما هغه جنین چې Preterm وي یا SGA حالت کې وي ممکن په دغه
 صفحه خطرناک حالت ته داخل شي . نو په نتیجه کې جنین په دغه حالت کې
 محتاطانه Monitoring ته اړتیا لري .

د جنین ارزیايي د زیږون په دوران کې:

پر دې خبره اتفاق دی چې د زیږون په دوران کې Electronic Fetal
 Monitoring (E.F.M) زیات اهمیت لري . خوددې حتمي ثبوت نشته
 چې د E.F.M مسلسل استعمال پر تیت Risk امیدواری باندې دې اهمیت
 ولري . نوموړې ښځې باید په ولادی وارډ کې د بستر کېدو په وخت د لنډې
 مودې له پاره ۲۰ دقیقې Cardiotocograph له ځانه سره ولري او له هغې
 وروسته باید هر ۱۵ دقیقې وروسته د جنین زړه اوازونه د
 Pinard په واسطه واورېدل شي . لاندې فکتورونو باید د زیږون په
 جریان کې د Hypoxia لپاره اوچت Risk وگڼل شي او باید E.F.M پیل
 شي .

- Preterm ماشومان د ۳۷ اونیو څخه لږ .
- هغه جنین چې SGA وي یا د SGA شک پرې وشي .
- Multiple Pregnancies متعدد امیدوارونه .
- Breech Presentation
- هغه ښځې چې د زیږون لپاره یې Epidural Anaesthetis اخیستی
 وي .
- هغه ښځې چې زیږون یې د Syntocinin په واسطه تقویه شوي وي .
- هغه ښځې چې د وینې لوړ فشار ولري .
- هغه ښځې چې لوی طبی مشکل ولري د دیابت په شمول .
- هغه ښځې چې Amniotic مایع یې د میکونیم په واسطه رنګ شوي
 وي .

- هغه بنسټي چې رحمي Scar ولري او د زيرون د سير لاندې وي .
 - که چيرې د **Pinard Stethoscope** په واسطه د جنين د زړه کوم اېنار ملتي ريکارډ شي .
- د جنين د زړه پرله پسې برقي ارزيايي:
په ټولو نويو ولادې و اردونو کې دغه کار د لاندې دوو وسايلو په واسطه کېږي:.

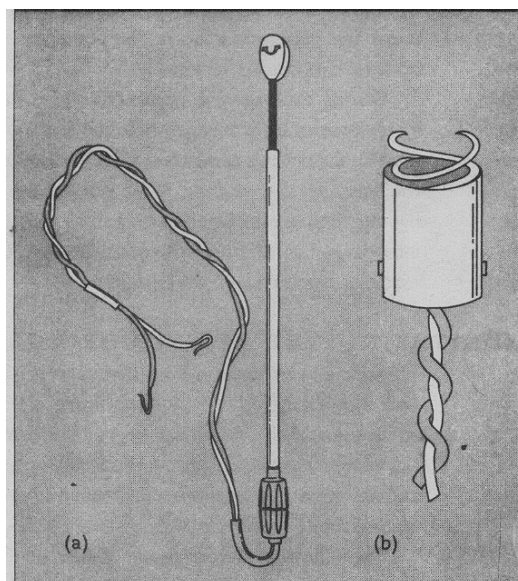
♦ د **Doppler Ultrasound** په واسطه د جنين د زړه د ضربان خارجي ارزيايي چې د هغه

سره بايد د جنين د زړه د ديوال حرکات د سامونه هم ارزيايي شي

♦ يو **Electrode** د جنين په سر باندې اېښودل کېږي او د جنين د زړه ضربان رانيسی چې **ECG** څخه اخيستل شوي وي .

پورته دواړه د جنين د زړه د ضربان اندازه معلوموي او په يو پرله پسې **Trace** باندې بايد ثبت شي . په نورمال زيرون کې دغه د **110-160 Beat/min** دی . **EFM** امتحاني استعمالېږي تر څو چې هغه ماشومان ميتابوليك اسيدوزس خواته روان وي معلوم شي . دا تشخيصه تست د **Fetal Scalp** سمپل سره کېږي چې د وينې **PH** اندازه کېږي . د جنين د زړه ضربان کې تغيرات په دوه گروپونو ويشل کېږي.

د ماشوم د **Scalp** الکتروډ



(۵- ۱۴) تصویر: د ماشوم Scalp الکتروود: a. Clipping .b د جنین د راس متعلنه عضوی په پوستکي کې داخلېږي په دې شرط چې د برق سره نښتی وي .

د زړه په قاعدوي ضربان کې بدلون :

۱. Fetal Tachycardia: (۵- ۱۵) تصویر د جنیني زړه د Tachycardia ښودونکې ده، چې تقریباً 170 Beat/ min دی ددې لامل ممکن لاندې وي

a. مورنې Tachycardia د تې، درد، وېرې او Dehydration له کبله وي .

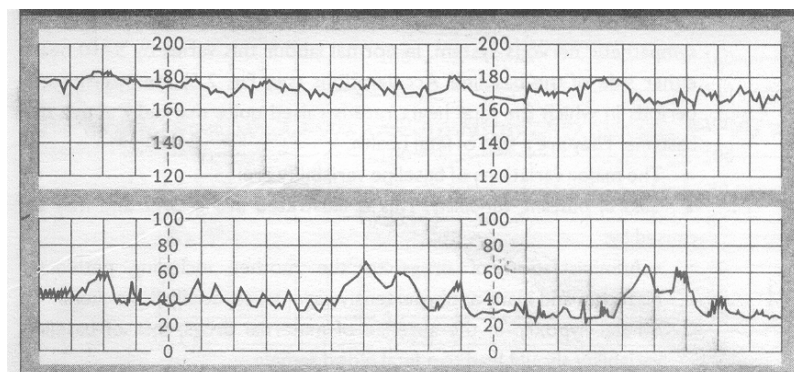
b. Fetal Hypoxia

درملنه یې دا ده چې مورنې سبب لرې یا اصلاح شي . که چیرې Tachycardia دوامداره پاتې شي نو د جنین د وینې Sample باید معاینه شي .

۲. قاعدوي یا Baseline Bardycardia: دغه حالت زیات عمومیت نه لري تقریباً $110-120 \text{ beats/mint}$ په اندازه وي په دې حالت کې قاعدوي تغیرات یا Baseline Variability موجود وي او دومره د اهمیت وړ نه وي

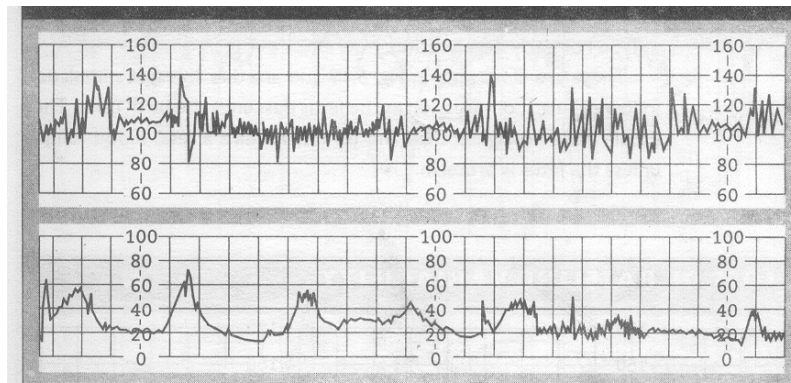
هغه Bardycardia چې 110 beat/mint څخه کم وي زیاتره د ولادي Heart Block له امله وي .

. قاعدوی Tachycarida



(۱۵-۵) تصویر : د یو CTG څخه عبارت دی چې د غیر اختلاطي ، متوسطي قاعدوي Tachycardia بنودونکي دي . قاعدوي Tachycardia عبارت له 170Beat / min دی چې را بنکته کېدنه د راتلونکي Tachycardia بنکارندوی دی . دغه حالت د مورنۍ تېې له امله را منځ ته شوی چې مور UTI درلوده .

قاعدوي Bradycardia



(۱۶-۵) تصویر : د متوسط قاعدوي Bradycardia بنودونکې دی چې 100 beat/min دی چې ددې اصلي عامل پیدا شوی نه دی .

قاعدوي ویر بیلیتې :

په کومه اندازه سره چې ماشینونه په دې برخه کې د زړه ضربان اندازه کوي نو په دې لحاظ په دې برخه کې Terminology مشکله ده .

زیاتره خارجي Doppler ماشینونه په اوسط توگه هر 3beat نه وروسته د معیاد په وخت کې د beat to beat تغیرات لیدل کېږي ، چې د ماشوم د زړه اندازه (Rate) د گراف په واسطه ترسیم او د fetal scalp الکترو د په واسطه لاسته راځي .

د جنین د زړه ضربان په اندازه کې تغیرات له یو ضربان څخه بل ضربان پورې (Baseline Variability) د Sympathetic او Para Sympathetic اعصابو په منځ کې د توازن له کبله وي په نورمال زیږون کې د دواړو خواوو

Baseline له ۵ - ۱۰ ضربانه پورې تغیر کوي ځینې متوسط پریودونه دي چې په کوم کې د جنین د زړه ضربان په واضح توګه لوړېږي او د **Baseline** څخه پورته وي . چې دا د جنین د روغتیانښه ده . د **Baseline** بدلونونه عبارت دي له :

۱. **Loss of Baseline Variability** : دا په **Fig 5.17** کې ښودل شوي او ممکن د لاندې حالاتو له امله دي .

a. مور ته د د درملو تطبیق په شمول د **Diazepam , Pethidin** او د

Hypertension درمل بالخصوص **β. Blockers**.

b. جنیني **Hypoxia** : د مورنۍ درملو په عدم موجودیت کې د **Baseline** بدلونونه د جنین د وینې **sample** په واسطه ارزیابي شي .

۲. په **Baseline Variability** کې زیاتوالي (**sinusoidal ryhtm**) دا

حالت په لاندې توګه دی : a. جنیني **Asphaxia** جنیني **Anaemia** لکه د

R h incompatibility له امله .

۳. **Deceleration** (په قراره تګ) :

مینځني بدلونونه د **Baseline** څخه عبارت دی او په څلورو کتګوریو باندې ویشل کېږي.

a. **Type-I** یا لومړنی **Deceleration** : په ۵ - ۱۹ تصویر کې ښودل شوي

دي . دغه حالت هغه وخت لیدل کېږي کوم چې د جنین سر په ولادي کانال

کې ښکته کېږي . په دې وخت کې د واګوس عصب تنبه د فشار له امله

صورت نیسي په عادي حالا تو کې چندان ارزښت نه لري او تر هغه وخت

پورې د جنین د وینې **Sample** ته اړتیا نه لیدل کېږي تر څو چې جنین

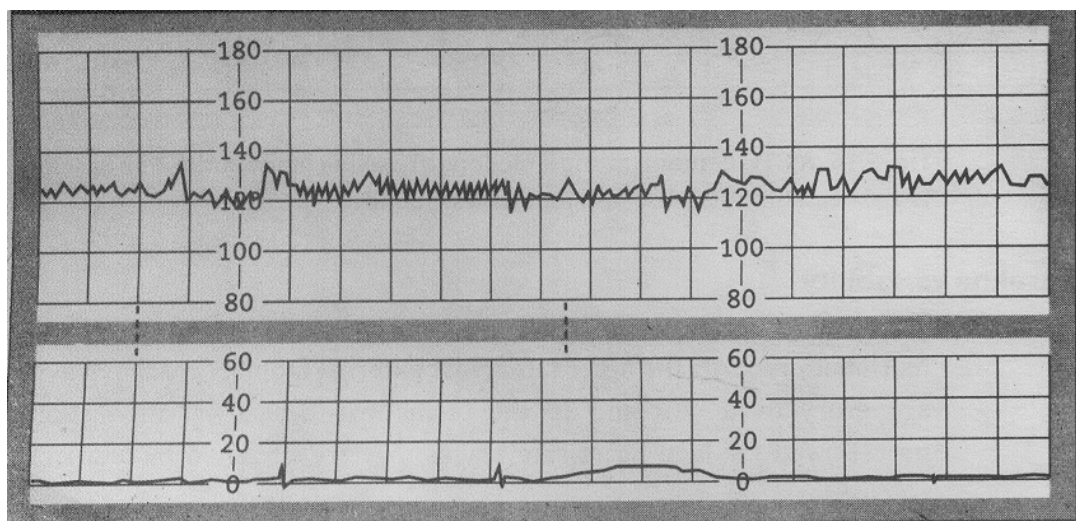
Preterm نه وي . (۵-۱۷ ، ۵-۱۸ ، ۵-۱۹ تصویرونه)

b. **Type-II** یا وروستی **Deceleration** : په **Fig 5. 20** کې ښودل شوی .

له **Type-I**

څخه په دې ډول تفریق کېږي ، چې نوموړی U-Shape وي . او د رحمې تقلصاتو د پیل کېدو څخه ۳۰ ثانیې وروسته منځ ته راځي او د تقلص له ختمېدو څخه وروسته هم دوام کوي . داسې فکر کېږي ، چې دا طبعي او Metabolic حالت دی او همپشه باید جنیني وینې Sample واخیستل شي

د قاعدوي تغیراتو د لاسه ورکول



(۵-۱۷) تصویر: CTG د قاعدوي ویربیلیتي د لاسه ورکولو ښودونکی دی .

c . Variable Decelerations د ابیا په دوه ډوله دي:

i . Isolated Variable Decelerations: په Fig 5.21 کې ښودل شوي.

عموماً په زیږون

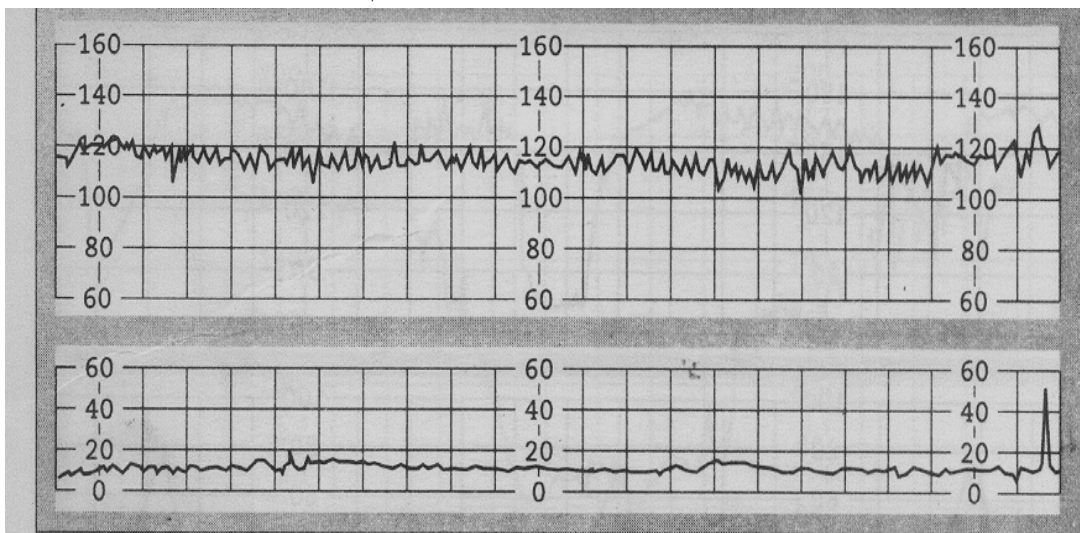
کې وروسته د Bed pan استعمال او Epidural top up څخه لیدل کېږي . ممکن د جېل ثروي د Compression له کبله هم منځ ته راشي او بیرته عموماً هغه وخت ورکېږي چې ښځه په بل اړخ باندې ځملي . نود جنین د زړه د ضربان اندازه نورمال حالت ته رانشي . وروسته د Deceleration څخه نوچې جنین به نه زندی کېږي او جنیني وینې Sample ته هم اړتیا نه پېښېږي .

ii. Recurrent Variable Deceleration: په Fig 5.22 کې ښودل

شوی. په دې ډول

Deceleration کې مهمه او د نوټ کولو خبره داده ، چې **Deceleration** کې تغیر هم د تقلص سره د اړیکو له مخې توپیر موجود وي او هم د شکل له پلوه توپیر کوي. ډېر عام لامل یې د حبل تر فشار لاندې راتلنه ده. کیدای شي چې **Cord** د تظاهري برخې او حوصلې دیوال په منځ کې تر فشار لاندې راشي او یا هم کیدای شي چې **Cord** د غاړې په اطرافو کې یا د یو طرف یا طرف څخه تاوو شوي وي. په عادي حالت کې جنیني وینې نمونې ته اړتیا نه لیدل کیږي لکن که **Meconium** سره یو ځای وي یا هم د جنین د زړه د ضربان د اندازې **Baseline** بدلون موجود وي نو باید تر سره شي.

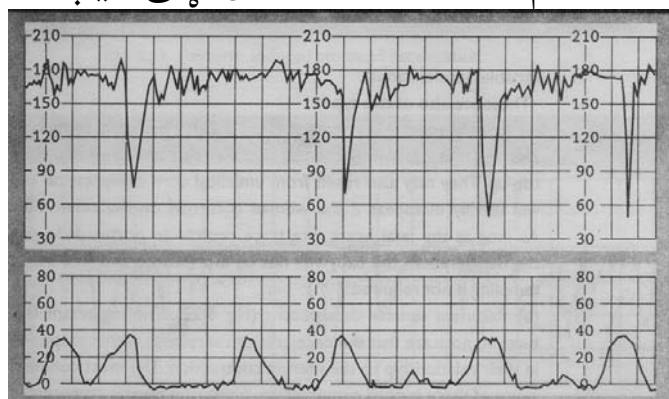
سینو سیدل ریتم



صویر: یو ECG څخه عبارت دی نوچنی Sinusoidal

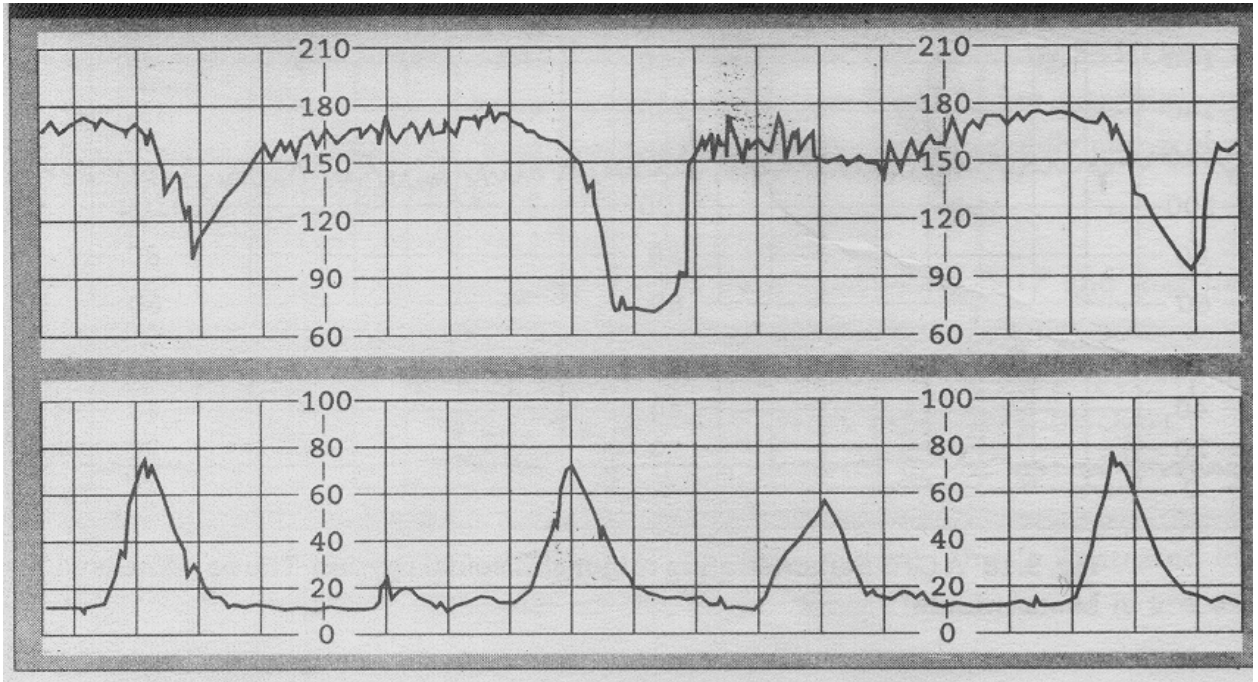
Rhythm را په گوته کوي. **Baseline** یې ۱۰ دقیقه دی.

مقدم **Deceleration** (لومړنی تایپ)



(۱۹-۵) تصویر یو Type-I یا لومړنی Deceleration رانښيي.

موخر Deceleration (دوهم تایپ)

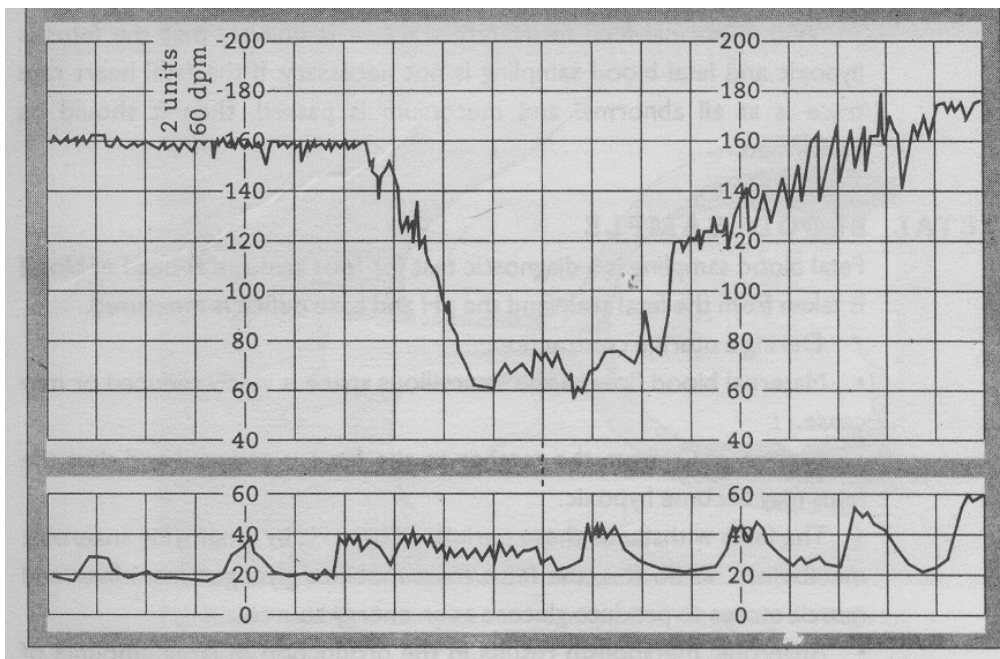


(۲۰-۵) تصویر: یو Type-II یا وروستی Deceleration رانښيي.

د میکونیم وتل :

د دننه په رحم کې (In utero) د واگوس عصب تنبه ددې لامل کېدای شي چې د جنین کولمی تقلص وکړي ، مقعدي معصره استراحيې شي . Meconium د هغو حجراتو مجموعه ده چې د امیدواری په اخیرو کې د جنین په واسطه خوړل شوي او یا د جنین د هاضمې سیستم څخه جلا شوي وي چې ټول یې د صفرا په واسطه تلوین شوي وي. که چیرې د جنین د زړه ضربان اندازه نورمال وي نو دا به لرې خبره وي چې جنین Hypoxic شي نو ځکه د جنیني وینې نمونې ته اړتیا نشته . او برعکس که چیرته Meconium بهر شوي وي او د جنین د زړه ضربان اېنارمل وي نو باید د جنیني وینې نمونه واخیستل شي .

د تطبیق شوي Oxytocin ژور Deceleration



(۲۱-۵) تصویر: د تطبیق شو Oxytocin ژور Deceleration را بڼیې.

متغیر Decelerations



(۲۲-۵) تصویر: Variable Deceleration را په ګوته کوي.

د جنين ويني ازموينه:

دا يوه تشخيصه **Test** دی د جنيني اسيدوزس لپاره . يوه اندازه وینه
د جنين د سر څخه اخيستل کېږي **P.H** او قاعدوي ضياع اندازه
کېږي.

د رحمې تقلصاتو په جريان کې :

➤ مورنې ويني جريان **Intervillous** مسافې ته کمېږي يا ودرېږي .
➤ د اوکسيجن تېرېدنه له مور څخه جنين ته کمېږي نو ځکه ممکن جنين
Hypoxic شي.

➤ جنين ددغه **Hypoxic** اميدواری اتو په جريان کې **Anaerobic**
ميتابوليزم باندې اکتفا

کوي . ددې کار لپاره جنين بايد حتمی **Glycogen** له ځگر او عضلي
ذخايرو څخه په دوران کې واچوي تر څو **Glucose** د انرژي د منبع په حيث
واړوي .

➤ د **Anaerobic** ميتابوليزم په نتيجه کې په زيات مقدار **Lactic acid**
توليدېږي او

د شرياني کاربن دای اوکسايډ په مقدار کې زياتوالی راځي . په نورمالو
شرایطو کې د شرياني کاربن دای اوکسايډ د جنين د **Hb** په واسطه
Buffer کېږي .

➤ د رحمې تقلصاتو په جريان کې **Lactic acid** او **Buffer** شوي
کاربن دای اوکسايډ

دوهم ځلی مورته تيرېږي . مور بيا دغه مواد د تنفسي تعداد زياتوالي سره
اطراح کوي چې دا بيا د تنفسي **Alkalosis** سبب کېږي .

➤ که د **Glycogen** ذخاير کم وي لکه په هغو کې چې **Preterm** وي او
يا هغه چې **SGA** وي نو يوه بله سرچينه د انرژي د **Anaerobic**

میتابولیزم لپاره ضروري وي ، چې ددې په واسطه د **Lactic acid** او **CO₂** ډېر زیات مقدار تولیدېږي او په نتیجه کې جنیني **Buffering** سیستم خرابېږي او په تدریج سره **P.H** سقوط کوي او جنین د میتابولیک اسیدوزس لوجه نیسي.

که چیرې رحمې تقلصات ډېر ژور یا دوامداره وي نو دا به په جنین باندې وینه د یو اوږدې مودې لپاره قطع کړي او یو ځل بیا هم جنین میتابولیک اسیدوزس ته داخلېږي .

(۲۳-۵) تصویر : دا رابښې چې په کوم میتود باندې د جنین د سر څخه د جنین دوینې نمونه واخیستل شي د جنین سر د **Guarded Blade** په واسطه سوری کېږي او وینه **Capillary** تیوب ته داخلېږي . د **P.H** نتایج په لاندې توگه لوستل کېږي .

➤ نورمال **P.H > 7.25**

➤ لومړنی اسفکسیا : **P.H 7.20 - 7.25**

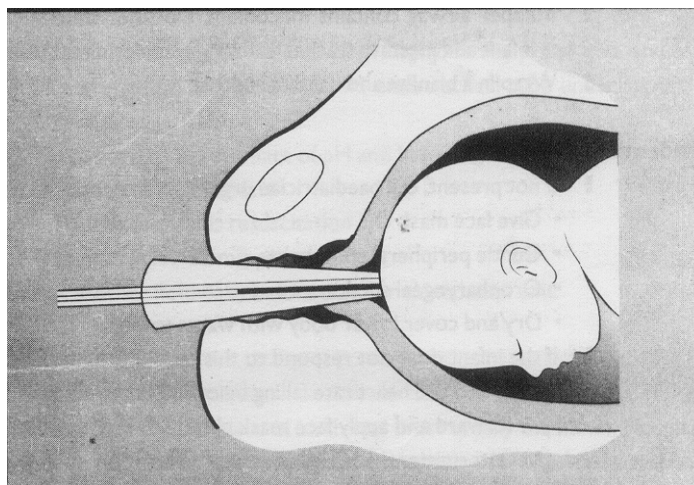
➤ اسفکسیا : **P.H < 7.2**

➤ نورمال : **Base Defecit < 6.0 meq/l**

➤ پري اسفکسیا : **Base Defecit 6.1-7.9 meq /l**

➤ اسفکسیا : **Base Defecit > 8.0 meq /l**

د امینوسکوپ په واسطه د ماشوم د وینې سمپل



(۲۳-۵) تصویر : د **Amnioscope** په واسطه د جنین د سر څخه د وینې اخستلو سمپل نیسي. په ولادي برخه کې **Asphaxia** اصطلاح ډېره استعمالېږي اما حقيقي معنی یې میتابولیک اسیدوزس څخه عبارت ده . هر هغه جنین چې وینې **P.H** یې (۲۰ ، ۷ < PH) ، ۷ څخه لږ وي او **Base Defecit** یې $\text{meq} < ۰$ ، ۸ څخه پورته وي باید فوراً د یو مناسب لیاري څخه جنین ته تولد ورکړل شي . هغه جنین چې **Preasphaxic** حالت کې وي او د زیږون په دوهم **Stage** کې قرار ولري په هغه صورت کې چې زیږون ژر صورت نیسي نو باید نورمال زیږون ته اجازه ورکړل شي . د سر **P.H** یوازې د جنین حالت د نمونې اخيستلو وخت کې بیانوي . **Base Deficit** یو ورو تغییر رانیسي ځکه د اوږد وخت بدلون را پیژني . که د جنین د زړه د ضربان اندازه په دوامداره توګه اېنارمل پاتې شي نو د جنین د وینې اندازه باید یو ساعت وروسته تکراراً واخیستل شي یا هغه وخت واخیستل شي کوم وخت چې جنین وزیږول شي .

نوی پیدا شوی ماشوم وروسته له زیږیدني څخه :

که چیرې یو **Preterm** یا هغه ماشوم چې په لوړ خطر یا **High Risk** کې وي نو باید یو با تجربه کار او ماهر ډاکټر د کوچنیانو موجود وي ترڅو احیاء مجدد تر سره کړي . وروسته له دې چې ماشوم وزېږېده څومره ژر چې ممکن وي حالت یې باید تقویه شي . بشپړه تجزیه د **Apgar** جدول په واسطه معلومېږي .

درې مهم حالتونه یې په لاندې ډول دي :

- **Healthy**: ګلابي ، اغیزمن منظم تنفس.
- **Inadequate breathing**: غیر منظم سطحی یا **gasping** تنفس.
- **Terminal apnoea**: سپین ، سست او د تنفس کونښن نه کوي .

روغوالي :

۱. تر هغه وخت پورې **Suckout** نه شي ترڅو اړتیا نه وي .

۲ که پورتنی- تنفسي لياره **Meconium** يا مخاط او وينه ولري نو دغه ماشومانو ته بايد **Laryngoscope** واچول شي او د مستقيمي کتنې لاندې **Trachea** او **Larynx** پاک شي .

۳. په کمپله کې بايد تاوو شي او مور ته ورکړل شي .

نا مناسب تنفس:

a. که چيرې تنفس موجود نه وي د ماشومانو ډاکټر بايد فوراً وغوښتل شي او لاندې کړنې پری تر سره شي .

a. دمخ د ماسک په واسطه اوکسيجن ورکړل شي .

b. په احتياط سره بايد چاپيريال تنبه شي .

c. **Oropharyngeal** ناحيه بايد **suction** شي .

d. د بدن لاندې برخې وچ کړای شي او تود **towel** په واسطه وپوښول شي .

۲. که ماشوم د دې په واسطه خواب ونه وايي ۱- ۵ دقيقو پورې)

تنفس يې پيل نه شي

او زړه ضربان يې **80beat/mint** څخه ښکته وي) غاړه بايد **Extend** يا قات شي **Face** ماسک بايد خولې ته نور هم نږدې او لاس په واسطه د خولې په لور تيله شي او **Intermittent Positive Pressure Ventilation (IPPV)** ناروغ ته ورکړل شي . تقريباً ۳۰ تنفسه په هره دقيقه کې ورکړل شي او اوکسيجن بايد ۱۰۰% وي .

۳. که ماشوم بيا هم نامناسب تنفس درلود اورنگ يې ابی (**Blue**) وو

او زړه ضربان

يې هر ۲- ۵، ۲ دقيقې وورسته لوېده يا غورځېده **Laryngoscope** دننه کړای شي . که مخاط يا **Meconium** موجود وي پاک شي ، ماشوم ته **Tube** واچول شي او ماشوم ته **IPPV** په فشار د اوبو يا **Maximum** د اوبو ۳۰ سانتې متره په اندازه ۳۰ تنفسه په يو دقيقه کې ورکړل شي زياتره

ماشومان په دې سره ځواب وايي . بايد چې ډاډ حاصل شي چې **Meconium** مخکې له **IPPV** ورکولو څخه په بشپړ ډول پاک شوي وي .

۴. که د پورتنیو میتودونو په واسطه ماشوم ځواب ورکړي (زړه ضربان

د

140beat/mint څخه زیات شي ، خو د بخوده تنفس پیدا شي او ماشوم رنګ ګلابي شوي وي) **Endotrachial** تیوب لري شي او تنفس ته وکتل شي چې شته او که نه ؟

۵. ځینې **Analgesics** لکه **Pethedin** یا **Morphine** چې د زیږون په

وروستیو کې مور ته ورکړل شوي وي ماشومانو کې د تنفس انحطاط را منځ ته کوي .

که تنفس پیل شوی وي خو صحیح او درست نه وي ، نو ماشومانو ته **Naloxan ۱۰ mg/kg** په اندازه (وزن تخمینې) **I.M** یا **I.V** ورکولی شو .

که یو ماشوم له هغه مور څخه زیږېدلی وي چې درملو سره اعتیاد لري که **Naloxan** ورکړل شي نو د **With drawal fits** او مړینې لامل کیدای شي

۶. د **Birth asphaxia** په درملنه کې **Analeptic** درمل شامل دي .

۷. **Preterm** ماشومان نسبت **Term** ماشومانو ته ژر **Intubation** ته

اړتیا لري .

۸. په ډېرو کوچنیو ماشومانو باندې **IPPV** د ماسک سره یو ځای

نه استعمالیږي .

Terminal Apnoea :

۰۱. که ماشوم خاسف ، شل ، **Apnoeic** او زړه ضربان

یې د ۱۰۰ څخه کم وي نو په دې مرحله کې باید احیاء مجدد ته خاتمه ورنکړل شي .

۲. که موجود نه وي د کوچنیانو ډاکټر باید فوراً را وغوښتل شي .

۳ . **laryngoscopy** تطبیق شي او د مستقیمې لیدنې لاندې موادو
۲۰ - ۳۰ سانتي متره د اوبو په فشار وویستل شي او **Intubation** تر
سره شي. ماشوم ته **IPPV** په **30/mint** په **Rate** ۱۰۰ % اوکسیجن
سره ورکړل شي .

۴. دغه ماشومانو ممکن په :

a. ۲-۳ دقیقو کې خواب ورکړي .

b. **Naxolan** ته اړتیا احساس کړي ترڅو بنفسي تنفس پیل شي .

c. که **Apnae** بیا پاتې وي او **Birth asphyxia** دوام ولري او ناروغ ته

تیوب له ليارې **Adrenalin** او د **I.V** له ليارې **Bicarbonate** د کوچنیانو
ډاکټر په مشوره یا هدایت ورکړل شي .

۵. د جمل څخه وینه واخیستل شي ، **P.H** او **Base deficit** اندازه شي

۶. په دې صورت کې **Neonatal** وارډ کې بستر کېږي که :

a. د احیاء مجدد په واسطه خواب کمزوری وي .

b. **Basic Deficit** $< 15\text{mEq/l}$ وي .

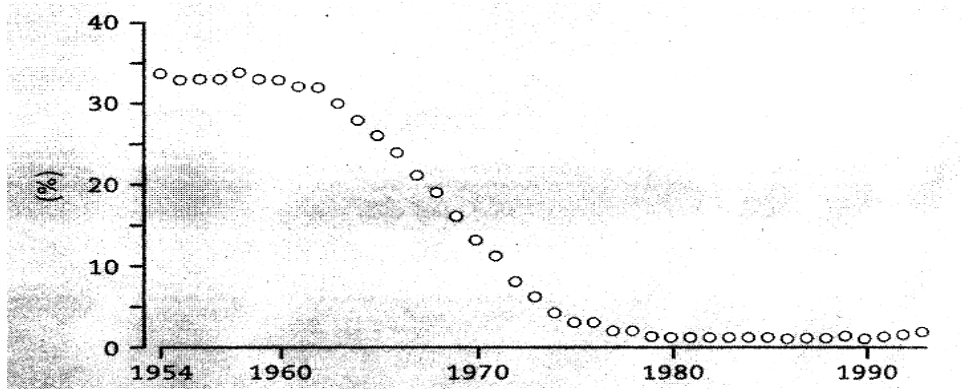
۷. مور ته باید اجازه ورکړل شي چې ماشوم ونیسی مخکې له دې چې

نوزادانو وارډ ته یوړل شي .

کورني زیږونونه:

تر دې پېړۍ پورې هم کور د زیږون لپاره عادی ځای و . د روغتون
زیږونونه د ۱۸ پېړۍ په منځ کې د ثواب په خاطر هغو بنځو لپاره پیل شو ، چې
په کور کې شرایط ورنه وو او یا هغه بنځو لپاره چې واده شوي نه وي . په ۱۹
پېړۍ کې دغه فیصدي ۲ % ته لوړه شوه او په ۱۹۹۰ م کال کې دغه فیصدي
۹۸ % وه . د کور زیږونونه تر ۱۹۸۶ م کال پورې ۱ % بنکته شوي وو اما په دې
اخرنۍ لسيزه په ۱۹۹۴ م کال کې تر ۲ % پورې دوباره پورته شوي . ۵ - ۲۴
تصویر دې وکتل شي .

کورني زيرونونه



(٢٤-٥) تصوير: په کور کې د زيرونونو فيصدي (England and Wales) ٩٣-١٩٥٤ کې.

په روغتونو کې بستر کول هغه وخت زيات شو چې :

- د فيشن په خاطر چې روغتون به د طبي مسايلو لپاره استعمالېده .
- د احتياط په خاطر ځکه چې کور کې د لاندني حالاتو (Emergency)

ستونزه وه ،

چې کنترول شي :

➤ PpH

➤ د ماشوم وروسته تنفس پيل کېدنه.

ددې برعکس د کور زيرونونو گټه دا ده چې:

- بنځې ته چاپيريال اشنا وي .
- بنځه د کور د باور له امله ډېره ډاډه وي .
- هغه قابله چې کومک کوي ، بنځه هغه پېژني .
- د کور زياتره غړي کولای شي چې د زيرون په وخت کې موجوداوسي او هغه وخت چې بيرنۍ وي

په کورني زيرونونو لږ زياتوالی دا مانا لري چې ټولنيز خدمات بايد دوام پيدا کړي . د هغو بنځو لپاره چې Midwives دي او بايد په هره پيښه کې موجود وي او نوموړې نسبت هغوی ته چې روغتون کې کار کوي زيات مهارت لري . کولای شي چې General Emergency Practitioner په بيرني وخت کې راوغواړي که اړتيا وليدل شي چې بنځه بايد روغتون ته يوړل شي نو داسې

Ambulance چې طبي وسايل او ماهر متخصص چې په احياء مجدد کې مهارت ولري پکې موجود وي .

د روغتون راتلونکي په دې ډول لاسته راوړي شو چې :

➤ په روغتون کې زيږن-تون يا د زيږون کوټه جوړه شي چې له اصلي ولادې وارډ څخه په

فاصله کې وي . په دغه کوټه کې کورنۍ قابله کولای شي چې بنځه د هغې د ميره سره يو ځای راولي . که چېرته زيږون نورمال وي او هر څه درست صورت نيولی وي

کولای شي چې څو ساعته وروسته د زيږون څخه بېرته کور ته لاړه شي په دې توگه ویلی شو چې بنځه روغتون ته نده داخله شوې .

➤ د روغتون **Regimentation** کم کړای شي .

➤ په وارډ کې آواز يا شورماشور کم وي .

➤ پاک يا د صفا وارډ , **Linen** او تشنابونه اسانتياوي بايد موجودې وي .

➤ بنځه بايد په لومړي يا دويمه ورځ بېرته کورته لاړه شي .

➤ بايد رسمي **DOMINO** خدماتو څخه گټواخيستل وشي .

➤ بايد د زيږون کوټې څخه گټه واخيستل شي .

شپږم خپرکی

د غیر نورمال زېږېدونو پتالوژي او د هغه تدابیر

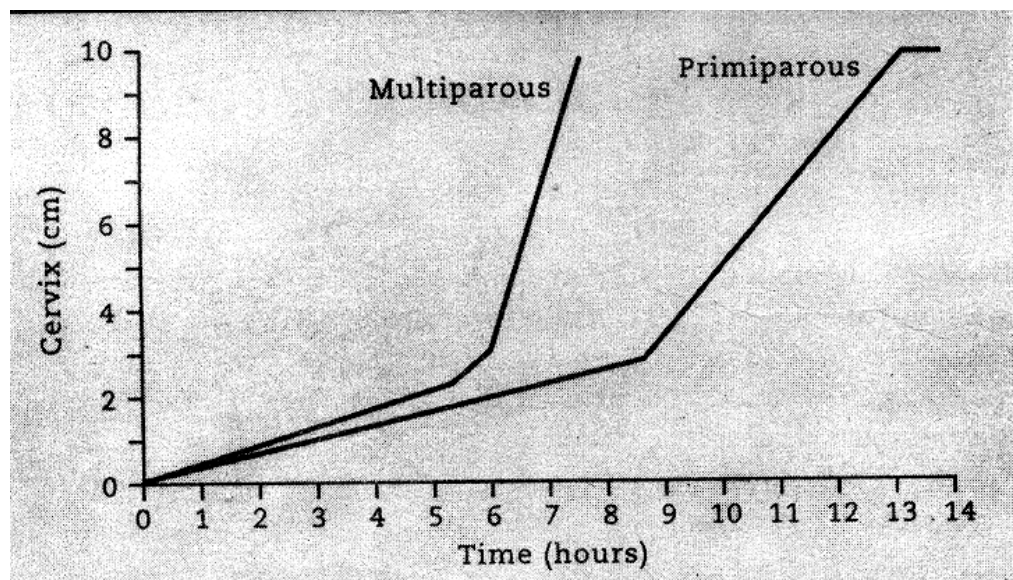
- د رحم غیر وظیفوي عمل
 - د راس عدم تطابق د حوصلې سره
 - معیوبه اعتلانونه او وضعیتونه
 - د زیږېدنې تحریکې ډول
 - مخکې له وخت څخه زیږېدنه
 - اعتلان او د حبل ثروي د پرولپس سره
 - د زیږېدنې څخه وروسته د وینې بهیدل
 - جراحي زیږېدنې
 - آلتونکې ولادی تیمونه
- د غیر وظیفوي رحم عمل :

د اوږدو زیږونونو لامل نادراً خپله د رحم بلکې دا د بشپړ یا نسبي د **Cephalopelvic Disproportion (CPD)** له امله هم وي . د زیږون پرمختګ باید په **Partogram** باندې ارزیابي شي . **Fig 6.1** په یو نورمال زیږون کې د عنق د پراخوالي اندازه د زیږون له لومړیو څخه رانښيي . په یو **Primiparous** نسخه کې په لومړي اتو ساعتونو کې د عنق ډېر کم پراخوالی را منځ ته کېږي اما **Effacement** صورت نیسی **The latent phase** یا پته مرحله د عنق **Effacement** دوام پیدا کوي او په تدریج سره لاندینی برخې سره سرحد پیدا کوي او په آخره کې عنقي کانال (**Cervical canal**) مسافه نه پاتې کېږي . ممکن د زیږون درې اېنار ملتی گانې پیژندل شوي .

اوردده پته دوره: يو نادر ابناړ ملتي ده او تقريباً يوازې په
Primigravidae بنځو کې ليدل کېږي. لاملې فکتورونه يې عبارت دي
 له:

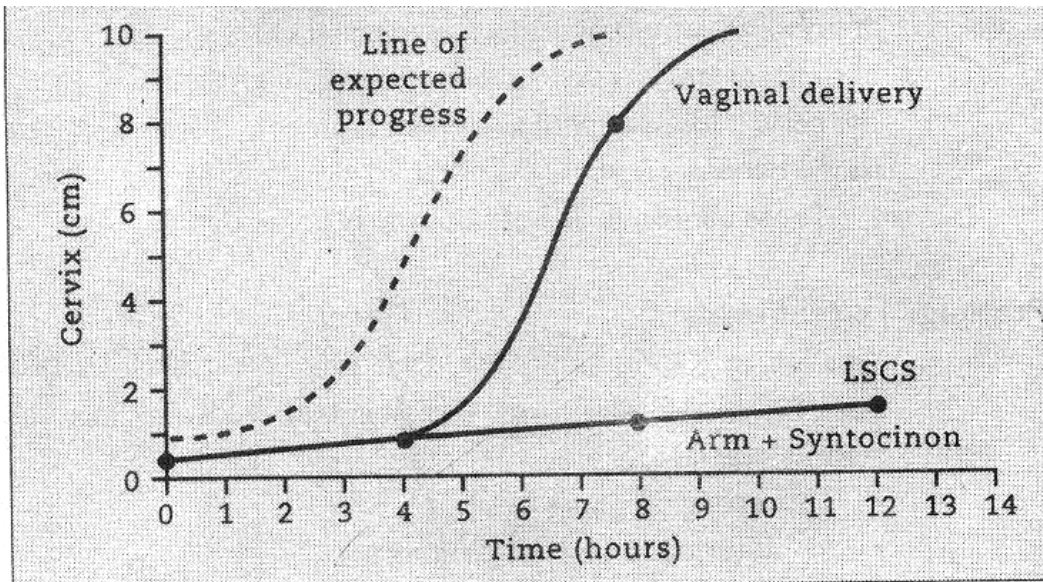
- د زيږون غلط تشخيص
 - غير نورمال يا لوړ تظاهري برخه
 - دغشاء **Premature** خپرې کېدل
 - **Cervical dystocia :Idiopathic**
 - **Primary** يا لومړنۍ : په **Cervix** کې د ځمکنۍ مادې يا **Ground substance** نشتوالی چې په اخرو برخو د زيږون کې نرمېږي.
 - **Secondary** يا دويمې : پر عنق رحم باندې عمليات چې د **Fibrosis** لامل کېږي.
- تدابیر:

۱. هغه بنځې چې منظم رحمي وظيفې څرگندلری دوی بايد د
Bimenual مهبلۍ معاینې په واسطه ارزياښی شي. که عنق اوږد او بند وي
 دا به لومړنۍ وخت يا کاذب زيږونونه وي. يوه لنډه **Cardiotocography** په
 واسطه د جنين بڼه والی معلوم شي او رحم بايد په احتياط سره جس شي.
 د عنق رحم توسع



(٦-١) تصویر: په دې تصویر کې په متوسطه اندازه د رحم د عنق توسع Multiparous او Primiparous بنځو کې راښيي.

د اوږدې Latent صفحې موجودیت په زیږیدنه کې



(٦-٢) تصویر: د latent phase اوږدیدل په زیږیدنه کې او ممکنه لاسته راوړنې راښيي.

٢. بنځې ته اجازه ورکړل شي چې وگرځي او يا آرام کيښي . که تقلصاتو دوام وکړل بنځه به څلور ساعته وروسته بيا مهبلې معاینه شي .

i. که زیږون دریدلی وي یا ختم شوي وي نو بنځه باید کور ته لاره شي

ii. که زیږون دوام پیدا کړی او درد آرامولو ته اړتیا وي نو باید درد

بې آرام شي .

iii. که د عنق Effacement دوام پیدا کړي اما پراختیا موجوده نه وي

او پرمختگ د

Partogram ښي خوا ته د ٢ ساعتو څخه زیات وخت لپاره دوام کوي نو په

دې حالت کې د غشاء دڅپرې کیدو لپاره یوه هڅه وشي او زیږون د

Syntocinon په واسطه تنبه شي .

iv. په ۸۵٪ پېښو کې به زيږون په ډېرې چټکۍ سره مخکې لاړ شي او نورمالی فعال مرحلې ته به ورسېږي .

v. په ۱۵٪ پېښو کې درحم تقلصات کفايت نه کوي چې عنق ته

پراخوالی ورکړي

که د Syntocinon د تطبيق څخه ۴- ۸ ساعتونو وروسته بيا هم عنق پراخوالی ونکړي نو بايد سيزارين سکشن تر سره شي . **Prolonged Latent Phase** د **Primigraveda** ښځو لپاره لومړی ناروغی ده اما په **Multiparous** ښځو کې د عنق پراخوالی او **Effacement** په عين وخت کې صورت نيسي .

د عنق د پراخوالي دويمې ودریدنه: ښځه د زيږون فعالې مرحلې ته داخلېږي درحم عنق پراخوالي ۵- ۷ ساتی مترو رسېږي او بيا عنق خپل پراخوالی ودروي . رحمي تقلصات ډېر کمېږي حتی بالکل ختمېږي .

• د جنين سر **Occipitotransverse** حالت کې **engage** کېږي . که ښه

Flexed ښه صورتونيسي .

Asynclitic منځ ته راشی نو په منځنی حوصلی جوف کې به **Rotation** وکړي او مستقيم **Occipito Anterior** حالت کې منځ ته راځی که **Flexion** ښه صورت نه وي نيولی نو په **Mid cavity** يا مينځني حوصلی جوف کې **Rotation** يا تدور صورت نه نيسي او يو د **Occipito transverse** حالت را منځ ته کېږي .

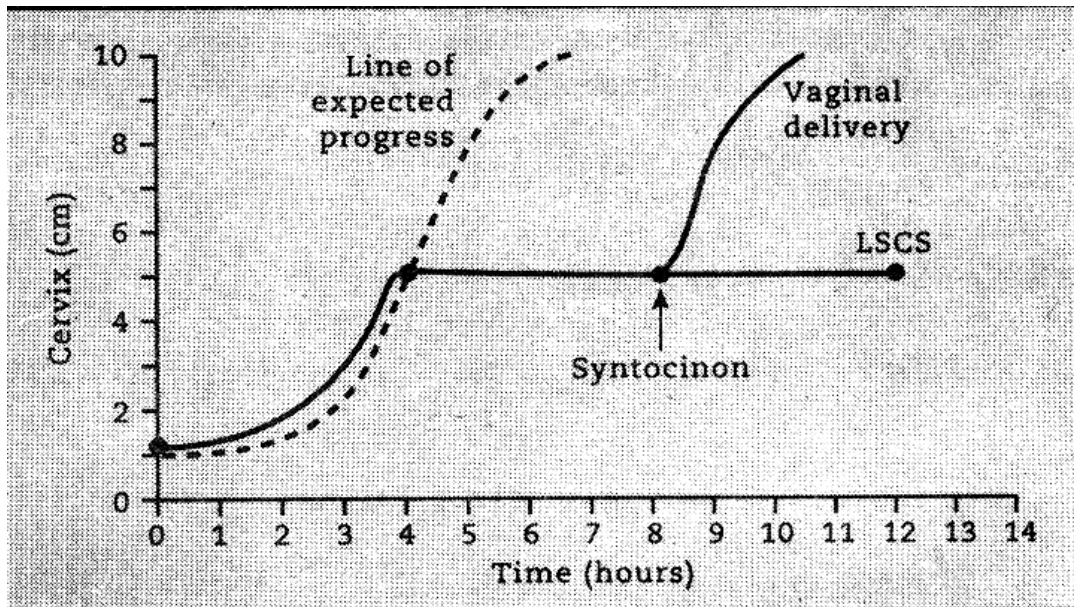
• **I.V Syntocinon** ددې لامل کېږي ، چې رحمي تقلصات منظم او

هماهنگ کړی ، چې همدا حالت د جنين دسر د **Flexion** کيدو لامل

گرځی . او په (۸۵٪) پېښو کې د جنين سر تدور کوی او بنفسهی مهبلی

زيږون صورت نيسي .

دوهم ځل توقف يا دريدل



(۶-۳) تصویر: د عنق دویم ځل ودریدل او د هغه نتایج رابښي:

- که په یو **Multigravida** بنځه کې ۴ ساعته او **Primigravida** بنځه کې تر ۸ ساعتونو پورې د **Syntocinon** په واسطه د عنق اضافي پراخوالی منع ته رانشی نو باید **CPD** په خاطر سیرازین سکشن تر سره شي. دغه حالت تقریباً ۱۵٪ لیدل کېږي.
 - د جنین د حالت له مخې دغه یو سلیم حالت دی او ډېر نادراً د جنیني **Distress** لامل کېږي.
- لو مړني غیر وظیفوي زیږون (Primary Dysfunction Labour) : د زیږون د ډېرو خطرناکو اېنارملي ګانو څخه دی ځکه چې لاندې حالاتو ته ځي :

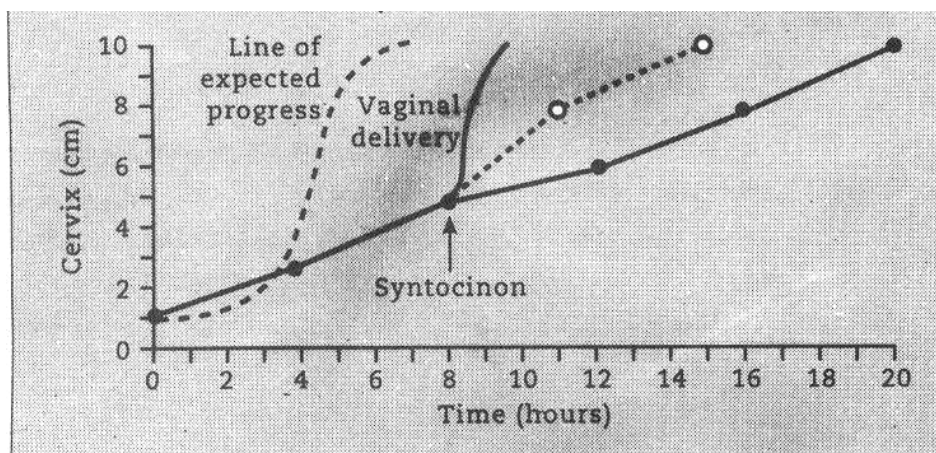
- جنیني **Distress** په هغه ماشوم کې چې ښه وده ولری .
- اوږده زیږیدنه چې د مورد ویرې او **Anxiety** لامل کېږي .
- غیر هماهنگ رحمي تقلصات چې د مورنۍ درد لامل کېږي .
- مورنۍ **Dehydration** چې د مورنۍ اسیدوزس لامل کېږي .

د **Catecholeamines** افراز د رحمي تقلصاتو دزياتوالي لامل کېږي ، چې له بنسکتني برخې څخه پورته کېږي . دا په دې مانا دی چې **Fundus** او بنسکتني برخه د رحم د يو بل پر خلاف تقلص کوي نو ځکه **Cervix** نه شي کولای چې ډېر لږ پراخوالي وکړي .

مورني **Dehydration** او اسيدوزس دهايډروجن ايونونو زياتوالي را منځ ته کوي او بيا دغه هايډروجن ايونونه د **Ca** سره يو ځاي کېږي او بالاخره د ملسا عضلاتو تقلص نور هم ضعيف کوي او په راتلونکي کې د رحم د فعاليت غير وظيفوي حالت زياتوی .
(٤ - ٦) تصوير : يو وصفی پېښه بيانوي . لاملونه يې عبارت دي له

- سوی تظاهر لکه **Brow**
- **Occipito Posterior** وضیعت
- نسبي **Cephalopelvic disproportion** : دا په دې مانا دی چې جنين د حوصلې څخه تيرېدلو لپاره په کافي اندازه کوچنې دی اما که ټول شيان درست صورت ونیسی نو کامیابه او که قبض او يا تدمه ضعيف صورت ونیسی نو د زيرون اوږدوالي زياتېږي .

ابتدایي غير وظيفوي زېږېدنه



(٤-٦) تصویر: ابتدایی غیر وظیفوی زبرپدنه رابنی

داغیر وظیفوی حالت چی تشخیص شو نو Syntocinon په واسطه درملنه کېږي. په نادرو حالاتو کې د عنق دپراخوالي Rate نورمال حالت ته گرځي، مگر زیاتره کیدای شی، چې د عنق دپراخوالي Rate زیات کېږي نتیجې یې عبارت دي له:

- بنفسه مهېلی زیږون (١٥٪)
- سیزارین سکشن جنینی distress لپاره (٥٠٪)
- د یوې الې سره زیږون (٣٥٪) بنایي پاملرنه وشي ځکه سره له دې چې عنق

بشپړ پراخ شوي وي خو بیا هم کیدای شي چې جنین په حوصله کې د Mid cavity څخه پورته وي، تدور په سحتی سره د Forcop پواسطه صورت نیسی

د ماشوم د راس عدم تطابق د حوصلې سره:

په کلاسیک ډول (CPD) په لاندې ډول تقسیمبندی شوی:

1. Absolute: په دې حالت کې دمهبلی زیږون هیڅ امکان نشته سره له

دې چې د

زیږون میخانیکیت بشپړ سم دی. په لویدیځو هیوادونو کې دغه حالت ډېر زیات کم دی چې ممکن لاملونه یې په لاندې ډول وي.

- جنینی Hydrocephalous
- ولادي غیر نورمال حوصله لکه Rober`s یا Naegele`s حوصلې چې په دې حالاتو

کې د (Sacral) د هډوکي یو یا دواړه ala موجود نه وي او د حوصلې د خول فوچه د نارمل حالت څخه تنگ وی.

- هغه حوصله چې عموماً په ځوانو پېغلو کې د ترافیکی پیښې له کبله تخریب شوي وي.

• هغه حوصله چې د **Osteomalacia** په واسطه زیاته اغیزمنه شوي وي.

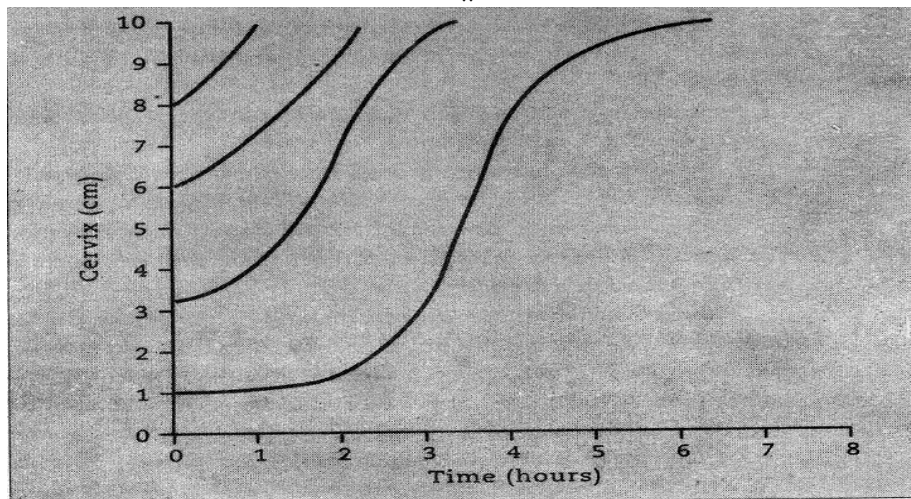
2. **Relative** یا نسبي **CPD**: دا په دې مانا چې جنین به د حوصلې څخه تېر شي. په هغه صورت کې چې د زیږون میخانیکیت درست وي. او که چیرې سر **Flexed** نشي یا **Rotation** په منځنۍ حوصله کې صورت ونیسي نو غیر نورمال اوږد زیږون به منځ ته راځي. پورتنی تعریفاتو کې د جنین وزن او د حوصلې اندازه **X-ray** په واسطه شامل نه دی. **CDP** هغه وخت دقیق تشخیص کېږي چې زیږون صورت ونیسي. دا دا مانا لري چې په خپل سر زیږون ته انتظار وویستل شي که زیږون اوږد شي او غیر نورمال وي نو لکه څنګه چې پورته بیان شو د **Syntocinon** په واسطه تنبه شي.

CPD په هغو بنځو کې چې د ۲، ۵ فوټه (۵۸ m، ۱) څخه کم قد ولري **Antenatal** دوران کې هم وړاندوینه کیدای شي ددغو بنځو زیږون لپاره حوصلې کوچنۍ وي، مګر دوی عموماً کوچني ماشومان زیږوي. په **Cephalic** تظاهر کې د **X-ray pelvimetry** یا **CT Scan** په واسطه ډیر کم شواهد لاس ته راځي چې څنګه تدابیر ورته ونيول شي. بنځې ته باید اجازه ورکړل شي چې زیږون پروسه مخکې یوسي او په زیاتو پېښو کې زیږون باید مهېلی وي.

ټولې هغه بنځې چې د **Term** په وخت کې یې سر پورته وي ممکن یو لامل ولري چې د التراساوند معاینې په واسطه باید رد شي. دا ممکن پلاستنا پریوی، **Ovarian Cyst** یا **Uterine Fibroma** د لامل په ډول وپېژندل شي. ددې اسبابو په غیاب باید شخص **CPD** خواته فکر وکړي.

X-Ray Pelvimetry او **Head fitting test** د **CPD** په درملنه کې ډېر لږ رول لري ځکه چې درملل یې همدا دی چې زیږون پروسې ته اجازه ورکړل شي.

Trail of Labour: دا يوه پخوانې اصطلاح ده چې د ولادي وارډ پرسونل ته خبر ورکوي چې CPD امکان شته . دا نورمال حالت دی چې په خپل سر زيږيدنې ته انتظار وويستل شي . داسې فکر کېږي چې دابه نسبت Induced ته اغيزمنه وي . څرنگه چې بنځه د سيزارين سکشن د خطر لاندې وي ، نو بايد I.V-Caula او د خولې ليارې Ranitidine ورکړ شي . که د عنق د پراخوالي اندازه د عنق په Portograme کې ښي خواته لاړ شي زيږون د Syntocinon په واسطه تنظيميږي .
تخميني پرمختگ



۵-۶ تصویر د پار توگرام متوقع پرمختگ چارت در رحم د عنق د توسع څخه پیل کېږي که چیرې نارمله بنځه په روغتون کې بسترشې راښی .

معيوبه اعتلان او معيوبه وضعيت :

Breech Presentation (حوصلې تظاهر)

پېښې : مخکې له وخت زيږونو کې ۲-۳ % عام دی .

لاملونه :

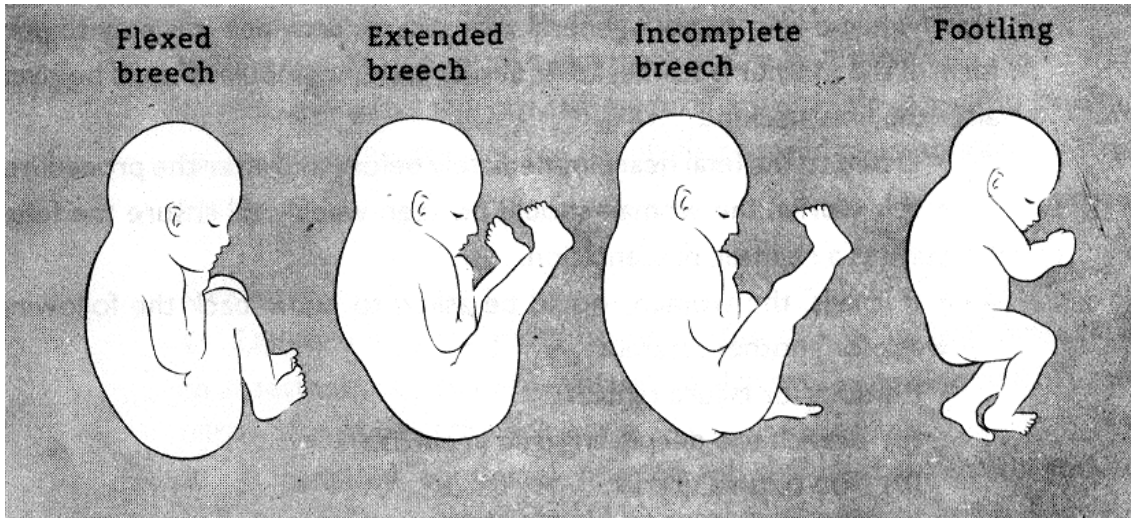
• د Aminiotic مايع حجم نسبت د جنين اندازې ته زيات وي نو ددې له

امله د جنين حرکتونه آزادانه صورت نیسی . لکه Poly Hydroamnious

او مخکې له ۳۲ اونۍ څخه .

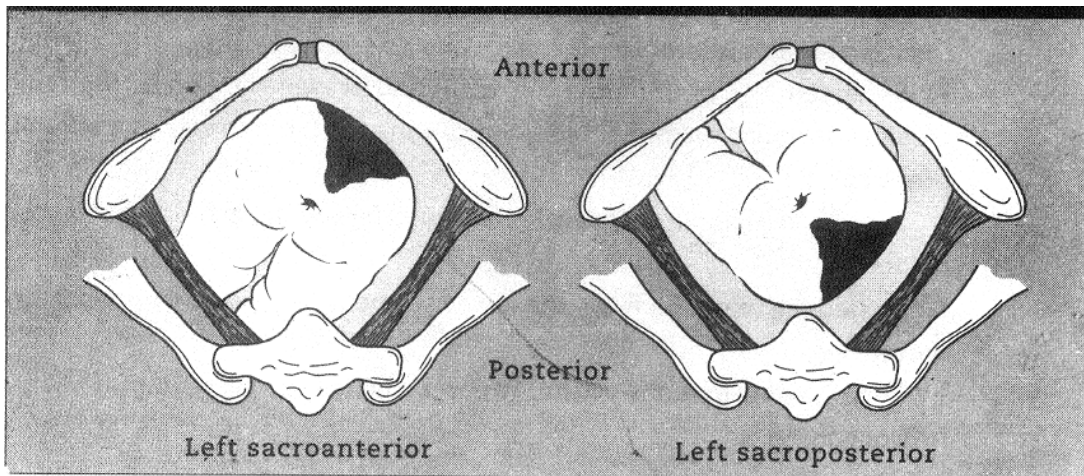
- که د جنین پښې **Extended** حالت کې وي نو کولای شو چې د تنې د **Flexion** او د اضافی تاویدو څخه مخنیوی وکړي او لامل ددې شي چې جنین **Breech** اعتلان کې پاتې شي .
 - که د مور په گیده کې څو گونی امیدواريجینونه یو د بل حرکتو څخه مخنیوی کوي .
 - ممکن ځینې شیان درحم لاندې برخه ډکه کړي وي لکه **Placenta** یا **Fibroids** یا **Previa**.
 - جنیني **Male Formation** ممکن د **Cephalic Presentation** څخه مخنیوی وکړي لکه **Hydrocephaly** .
ډولونه :
- قبض شوي یا بسط شوي زنگانه مفاصل : ۱ . مکمل قبض شوي جنین د دواړه قبض شوي زنگونونو سره یو بشپړ یا پوره **Breech** .
- ۲ . د زنگانه یو مفصل هم د قبض حالت کې نه وي نو ځکه دواړه پښې بسط حالت لري د **Frank Breech** یا هغه **Breech** چې پښې پکې بسط حالت کې وي چې دا یو عام اعتلان دی .
- ۳ . یوه پښه قبض حالت او بله یې بسط حالت کې وي چې دا یو نابشپړ **Breech** څخه عبارت دی .
- ۴ . دواړه کوناتي (**Hips**) بسط حالت ولري (**Footling**) یوازې په هغو ماشومانو کې لیدل کېږي چې ډېر کوچني وي .
- مهبلې معاینه کې بریج اعتلان د زیږون په وخت کې د جنین **Sacrum** د مورد حوصلې په حساب سره کتل کېږي .

د بريچ د اعتلان ډولونه



(٦-٦) تصوير: د بريچ د اعتلان ډولونه راښيي.

د بريچ اعتلان د وضعيتونو څرگندول



(٧-٦) تصوير: د جنين Sacrum د Denominator په څېر استعمالېږي او حوصلې تظاهر راښيي.

تشخيص:

د گېډې معاینه: په سفلي برخه کې سر نه جس کېږي او د رحم په پورتنۍ برخه کې یو سخت، مدور او لامبوو هونکې غوټه جس کېږي.
 مهلبې معاینه: دا خبره یقیني کوي چې حوصلې کې هیش سر وجود نه لري.

تحقیقات : د التراسوند په واسطه موقعیت یقینی کېږي .

د زیږون په جریان کې د حوصلې تظاهر لپاره تدابیر :

۱. د ۳۳ اونیو څخه پورته باید **External Cephalic Version**

(E.C.V) اجرا شي بي له عمومي انستيزي څخه چې دا کار آسانه دی .

که مور **Rh** منفي وي او وروسته د لومړي کونښن څخه **Anti - D**

Immunoglobulin ورکړل شي

• وروسته او مخکې د عمليې څخه باید د جنین د زړه ضربان واوریدل

شي .

که ښځه کار کوي نو باید هره اونۍ وکتل شي ترڅو جنین راس اعتلان

کې پاتې شي .

• که عملیه ناکامه شي نو ښځې ته ویل په کار دی ، چې بلې اونۍ ته د

بل کونښن

لپاره راشي .

هغه لاملونه چې **E.C.V** د ناکامۍ سره مخامخ کوي :

a. **Breech** ډېر ژور د حوصلې سره **Engage** شوي وي .

b. رحم ډېر شخ او کلک وي .

c. د گیدې دیوال ډېر شخ او کلک وي .

d. جنیني ابنار ملتي موجوده وي .

e. غیر تشخیص شوی **Twins** موجود وي نو ځکه التراسوند باید

وشي .

د **E.C.U** لپاره مضاد استطباب حالات عبارت دی له :

i. د سیزارین سکشن پخوانی **Scar** یا ندبه د رحم په نسج کې

موجود وي .

ii. مورد وینې لوړ فشار ولري .

iii. که د هره لامله زیږون د سیزارین سکشن په واسطه پلان شوي وي

iv. د غشاء خپرې کیدل وجود ولري .

v. خوګونی امیدواری

vi. مخکې له زیږیدني څخه د وینې بهیدنه .

2. که د ۳۶-۳۸ اونيو پورې **Version** صورت ونه نیسی نو په کار دی

چې د **Breech** زیږون لپاره تیاری و نیول شي.

3. د ولاړې په حالت کې د حوصلې جنبي **X-ray** د ټولو **Primiparous**

بنځو لپاره تر سره شي او همدارنگه هغو بنځو لپاره هم تر سره شي چې

پخوا یې ۵ ، ۳ کیلو ګرامه څخه زیات وزن لرونکي ماشومان زیږولي

وي. په **Breech** زیږون کې سر (د جنیني ډبر سخته او ډبر لویه برخه)

تر ټولو آخر خارجېږي او دا به ډبر ناوخته وي چې هغه وخت وکتل شي

چې ایا سر د حوصلې سره تطابق لري او که نه ؟

4. دا به ډیره بڼه وي چې بریج اعتلان ته په ۴۱ اونيو کې زیږون ورکړل

شي

که مخکې له دې وخت څخه بنځه په خپل سر زیږون ته لاره نه شي نو باید

Induced زیږون یاخوښ شوي سیزارین سکشن تر سره شي .

5. که له نورمال حالت څخه څه بدلون موجود وي نو زیاتره ولادی

ډاکټران دا غوره گڼي چې په ۳۸ – ۳۹ اونيو کې سیزارین سکشن تر

سره کړي .

د زیږون په جریان کې د **Breech Presentation** لپاره تدابیر

۱. لومړنۍ مرحله (**First Stage**) : د غشاءمقدم خپرې مخکې د وخت څخه داخطرزياتوی کله چې مهېلی معاینه تر سره کېږي نو باید د حبل د **Prolaps** امکان هم رد شي .
۲. د رحم عمل یا فعالیت ممکن **Hypotonic** وي او د **Oxytocin** اړتیا ممکن د رحم تنبه لپاره پیدا شي .
۳. د عملیاتي زیږون او عمومي بې هوشي د زیات امکان له امله بنځې ته باید کمه غذا ورکړل شي او **I.V** مایعات ورکړل شي .
۴. د عین وجوهاتو له امله د درد آرامولو لپاره **Epidural Anaesthesia** بنه میتود دی ، ځکه امکان لري چې د زیږیدني په وخت کې دې ته اړتیا ولیدل شي چې عملیات تر سره شي .

دویمه مرحله:

۱. زیږون باید د ډیرې باتجربه ولادی ډاکټری یا قابلې له خوا تر سره شي . همدارنگه **Anesthetist** د ولادي وارډ تر څنګ موجود وي تر څو د اړتیا په صورت کې ژر حاضر شي. په همدې ترتیب د ماشومانو ماهر ډاکټر هم موجود وي .
۲. د مور چمتو کیدل ظهري حالت ته ډېر آسانه دی . د زیږون چپرکت باید ددې وړتیا ولري چې په منع کې مات شي تر څو د ماشوم د بدن د زیږون څخه وروسته مور نسایي حالت غوره کړي .
۳. کوناتي په ولادي کانال کې پرمختګ کوي او کله چې **Corwning** نقطې ته ورسېږي نو باید یو پراخه **Episiotomy** تر سره شي .
۴. ماشوم عموماً د مور زیږونه کونکې قوي په واسطه تر نوم پورې زیږون کوي پښې لاندې خواته کش کېږي خصوصاً که بسط حالت کې وي .
۵. عموماً لاسونه پر سيني باندې د قبض په حالت کې وي ، څو زیږون د بل تقلص سره وشي .
۶. که لاسونه بسط حالت ولري نو باید مانور سره سم شي .

۷. وروسته د تنې زیږون څخه ددې اجازه شته چې څوړند شي او یوه اندازه **Traction** یا کشش هم تر سره شي تر هغه وخته پورې چې **Sub Occipital** ساحه د ماشوم دمور **Pubis** لاندې څخه ظاهر شي .

۸. سرته د **Forceps** په واسطه زیږون ورکول کېږي . د فورسپس د ماشوم په دواړو رخسارو باندې لگول کېږي او بدن یا کنه د ماشوم د **Assistant** په واسطه پورته نیول کېږي ، چې ددې په واسطه د ماشوم د سر **Traction** ډېر په کنترول سره تر سره کېږي . مخ ته د مور عجان یا **Preneum** څخه زیږون ورکول او د ماشوم پزه او خوله د مخاط او د مایع څخه پاکېږي تر څو د ماشوم تنفس پیل شي . باقي پاتې سر ته ډېر په احتیاط سره زیږون ورکول کېږي او باید د تیزی او ناگهاني کش کولو څخه ډډه وشي ځکه چې داخل قحفي فشار تغیر کوي ، او د وریدونو دیوالونه څیږي او د وینې بهیدلو لامل کېږي . د سر زیږون لپاره نورې طریقې هم شته او هغه وخت استعمالېږي چې شخص د **Forceps** استعمال په برخه کې مهارت ونلري .

دریمه مرحله:

۱. د سر د تولد څخه وروسته **Syntometrine** ورکول کېږي ځکه چې **pH** زیات خطر موجود وي .

۲. **Placenta** ته د نورمال زیږون په شکل زیږون ورکول کېږي .

Breech Extraction: ددې پر ځای چې په خپل سر زیږون ته د **Breech Present** په حالت کې اجازه ورکړل شي باید زیږون ته تیزوالی ورکړل شي ځکه چې :

- د جنیني **Distress** خطر له امله .
- مورنی **Distress** له امله
- په دوهمه مرحله کې د پرمختګ کمېدو له امله

همدغه حالات د Forceps زيږون لپاره په لاسي اعتلانونوكې هم استطباب شته . همدارنگه Breech Extraction بايد د Senior يا با تجربه ستياف له خوا تر سره شي .

سيزارين سكشن : دا هغه وخت تر سره كېږي چې مهبلې زيږون د لاندي دلايلو له امله ډېر خطرناك وگڼل شي .

- مينځني حوصلي تقلصات
- كله چې جنين د زيږون ۲۴-۳۲ اونيو په جريان كې ۱.۵ كيلوگرامه څخه كم وي .
- كله چې جنين د ۵، ۳ كيلوگرامه څخه زيات وي .
- جنين ناخوښ وضعيت ولري .
- څوگونى اميدواري .
- نور احتلاطات يا Complications لکه Pre Eclampsia يا

Diabetes

- په زيږيدنه كې د كوناټيو نزول
- هغه خطرات چې ماشوم ته د بريچ په اعتلان كې منح ته راځي :
د بريچ اعتلان په حالت كې Perinatal مړينې نسبت راس اعتلان ته دوه برابره يا درې برابره زياتې وي ، چې زياتره Premature زيږونونه ۲۰-۲۶ اونيو پورې تشكيلوى .

Mature Breech زيږونونه په ۳۶ اونيو كې په مجهزو مراکزو كې نسبت **Cephalic Presentation** ته زيات خطر نه لري . د مړينو لاملونه عبارت دي له :

- مخكې له وخت څخه زيږيدنه
- داخل قحفي (Intracranial) تخريب : په دې حالت كې Subdural او intracranial

خونريزي له امله چې د سر چټک زيربون له امله منع ته راځي مړينې ليدل کېږي.

- نادراً Hypoxia دا ممکن دی :
- مخکې له زيربون څخه (د Cord سقوط) .
- د سر زيربون په وخت کې (د سر ډبرو زيربون ورکول)

مستعرض يا د اوږې اعتلان

پېښې : د ټولو زيربونونو ۳، ۰، % تشکيلوی .
لاملونه : نظر نورو معيوبه اعتلانونو ته ډېر مينځ ته راځي
۱. Poly Hydroamnios چې جنين ته د امينيوټيک مايع Ratio زياتوي .

۲. هغه شيان چې سر نه پرېږدي چې په حوصلې کې Engage شي .

Placenta Previa .a

Fibroids .b

Contracted pelvice يا تعين يا

۳. د رحم غير نورمال اشکال (Arcuate رحم يا Subseptate رحم).

۴. دوهم غبرگوني (Second Twin)

تشخيص :

۱. گېډې معاینه : سر په يو flank کې او Buttocks په بل flank کې موجود وي . عموماً جنين ډېر په آسانی سره راس اعتلان ته اړولی شو لاکن بېرته متعرضی قرار ته ځي .

۲. مهبلي معاینه : حوصله د تظاهري برخې څخه تشه وي .

۳. تحقيق : التراسوند تشخيص يقيني کوي .

د Tranverse Lie لپاره د زيربون او زيربون په دوران کې تدابير :

۱. مخکې له ۳۶ اونيو څخه کولای شو چې ECV تر سره کړو او ناروغه بیرته کلینیک ته د تعقیبولو لپاره بوځو اما دا حالت عموماً خپله رغیږي .

۲. هغه بنځې چې multiparous وي د ۳۷ اونيو څخه وروسته او هغه بنځې چې Nuliparous وي د ۳۸ اونيو څخه وروسته وي نو باید په روغتون کې بستر شي او هره ورځ دې ورته ECV تر سره کېږي .

۳. بنځه که Transverse حالت سره معیاد پوری ورسېږي نو باید لاندي تدابیر ورته ونيول شي :

a. **Stabilizing induction**: په ولادی وارډ کې ECV تر سره کېږي .

د جنین سر د

مورد حوصلی د پاسه نیول کېږي او د **Drew Smythe Catheter** په واسطه غشاء څیرې کرل شي او **Amniotic** مایع خارجېږي ، سر عموماً حوصلې کې ډوبیږي او زیږون په نورمال او طبیعي ډول سرته رسېږي .

b. تعیین شوي سیزارین سکشن : په لویدیځ هیوادونو کې دا یوه ډیره محفوظه

طریقه ده ځکه چې ددې طریقي په واسطه زیږون په جریان کې د **Cord** د سقوط خطر کمېږي. اما د راتلونکي زیږون لپاره په رحم کې **Scare** پاتی کېږي .

۴. په ځینو پېښو کې بنځه په مینځني یا وروستي زیږون کې په **Transverse** حالت کې **Admit** کېږي . دا ممکن په **Impact** یا **Shoulder Position** ته لار شي . په دې حالت کې جنین قات شوي حالت کې وي او دې پوری اړه لري چې څومره حوصلی ته ښکته شوی . درملنه یې فوري سزارین سکشن څخه عبارت ده لا که جنین مړ هم وي .

خلفي قفوي وضعیت:

د جنین سر عموماً د حوصلې په **Brim** کې په **Occipito Transverse** حالت کې **Engage** کېږي (اوږد محور د سر لوی قطر د لوبیا ډوله حوصلی

Brim کې ځای په ځای کېږي. کله چې زیږون پیل کېږي سر د ولادي کانال څخه لاندې تیله کېږي او تدور کوي.

(۶-۸) تصویر:

1. ۸۰٪ پېښې یې د ۹۰ درجو په اندازه قدام (**Occipito Anterior**)

حالت ته تدور

کوي.

2. ۱۵٪ پېښو کې ۲۷۰ درجو په اندازه داخلي اوږد تدور کوي او

Occipitoanterior

حالت غوره کوي..

3. ۳٪ پېښې یې خلف ته د ۹۰ درجو په اندازه تدور کوي او

Occipitoposterior

حالت غوره کوي. په دوهم گروپ هېڅ کله اوږد تدور نه بشپړوي.

4. ۲٪ پېښې یې په **Transverse** حالت کې پاتیاو په همدې حالت کې

ښکته کېږي.

لږ شمېر ممکن په عجان کې تدور وکړي اما زیاتره یې په **Transverse**

Arrest باندې ختمېږي.

پېښې:

د زیږون په وخت پورې اړه لري هغه وخت چې ښځه مهبلې معاینه شي

اوداچې سر په کوم سیت کې تدور کوی زیاتره په یو تېریدونکي **Occipito**

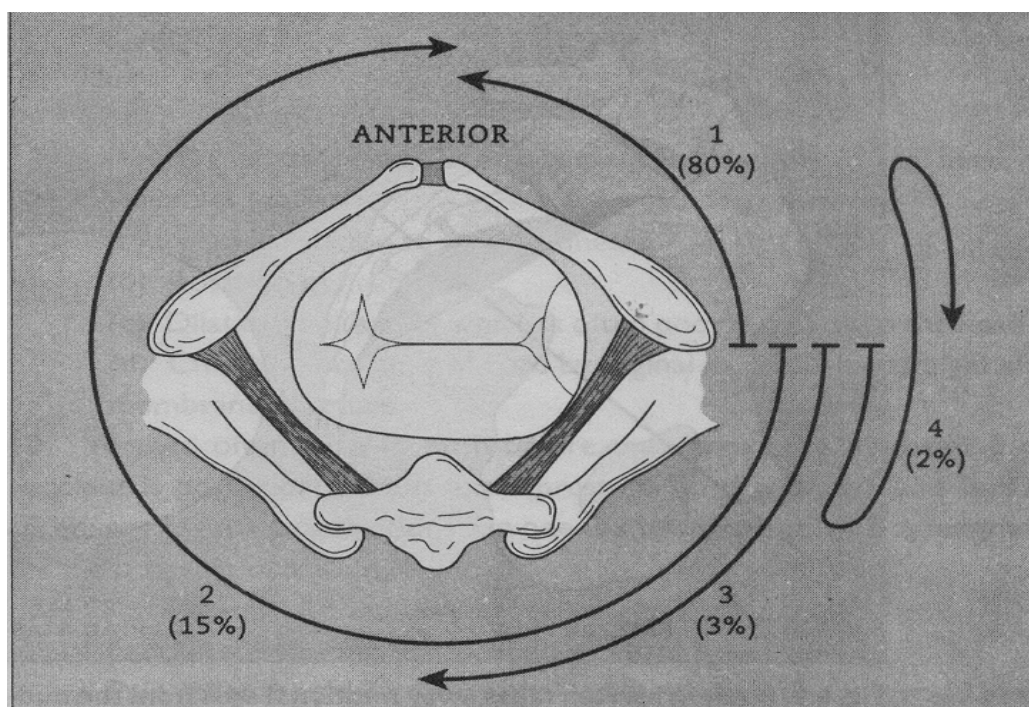
Posterior حالت کې وي. تقریباً نیمایي برخه یې د تدور په واسطه له دې

حالت څخه وځي په پلاستنا (۲) پاتې ۱/۴ برخه یې مستقیماً **Occipitor**

Posterior حالت ته ځي (۳) باقي پاتې ۱/۴ برخه یې **Transverse** حالت

کې پاتې کېږي.

د ماشوم د سر تدور



(٦-٨) تصویر: د ماشوم د راس تدور په (Occipitolateral) سره او نزول يې په ولادي کانال کې رانښي.

لاملونه:

حوصلې: که **Sacrum** هموار وي او حوصلې انحنا يې سسته وي او د تدور لپاره پراخه وي.

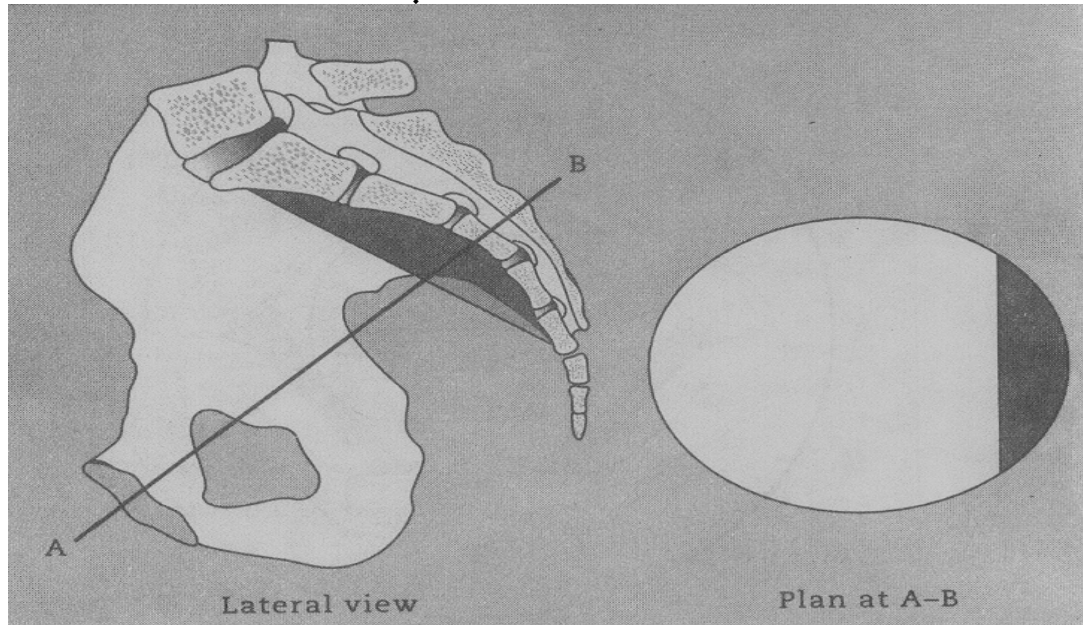
رحم: ناکافي او غير منظم رحمي تقلصات د جنين سر لاندې خوا ته تپيله کوي نو ځکه تدور لپاره هم محرکه قوه موجوده نه وي.

سر:

د لويو قطرونو له امله **Flexion** ضعيف وي لکه (Suboccipito frontal – 10.5cm)
د درد درمل:

Epidural اندلجيزيا د حوصلی دمخکی د استراحا کېدو لامل کېږي . دا **Levator ani** عضلاتو استراحا لامل کېږي نو ځکه **Occipital** قدام خواته رهنمايي کوي چې د جنين د سر د نامکمل تدور سره يو ځای وي .

تدوري ساحې



(۶-۹) تصویر : مستقیم **Sacrum** کې د **Mid-Cavity** په حذا کې تدور کوي او **Sacrum** خلف څخه ليرې کېږي را بنسبي .

تشخيص :

اميدواری په وخت : کله نا کله د بطن جس په وخت کې هغه وخت چې راس اعتلان موجود وي د د جنين ملا په **Flank** کې نه جس کېږي ، اما د جنين اطراف د رحم په ټوله قدامي برخه کې جس کېږي . سر عموماً تر هغه وخته پورې چې بايد **Engage** شوي وي نه **Engage** کېږي .

زيريد ني کی :

گېډې جس لکه پورته په شان

➤ مهبلې معاینې په واسطه **Sutures** او **Fontanelle** جس کېږي دواړه قدامي او خلفي

Fonatanella امکان لري جس شي . (Deflexion) او د په شکل خلفي Fonatanella د حوصلې په قدامي څلورمه کې جس کېږي .

د زيږون په دوارن کې تدابير : بايد ورسره غرض ونه شي .

د زيږيدنې په جريان کې تدابير : Laissez Faire ته بايد انتظار وويستل شي ، ځکه زياتره په خپل سر تدور کوي . د اوږده زيږون لپاره تياري ونيول شي ځکه چې :

➤ حوصله ممکن په کمه اندازه Contracted وي يا Sacrum ممکن هموار وي .

➤ ناهمانگرحمي تقلصات

➤ د جنين سر ممکن Deflexed وي

نو ځکه :

1. پرمختگ د دواړو (بطني ، مهيلي) په واسطه مشاهده شي .

➤ بطني همکاري لپاره د سر Engagement اود سرنښکته کيدنه .

➤ مهيلي همکاري .

a. د سر تناسب يا اړېکې د Ischial spines سره .

b. د سر تدور

c. د عنق پراخوالي کوم چې زياتره په سر باندې ضعيفې سره تطبيق کېږي .

d. وروسته دغشاء دڅېرې کېدو څخه وروسته فوراً بايد مهيلي معاينې په واسطه معلوم شي چې

Cord سقوط نه وي کړي .

2. بنځه زياتره مخکې د عنق پراخوالي څخه غواړي چې تيله وکړي . که

Occipital

خلفي وي نو يو اضافي فشار په **Sacrum** او **Rectum** باندې وي . دمهبلي معاینې اړتیا ددې لپاره وي چې زیږون پرمختګ لپاره مناسب او په زړه پورې کومک وشي .

3. مورنی حالت باید ارزیابي شي خصوصاً په خاطر کې ولري چې :

a. زیږون به اوږد وي نو ځکه مورال باید د لاسه ورنکړل شي .

b. درد آرامول باید جریان ولري . په دې حالت کې **Epidural** بي هوشي غوره ده که

ساحوي بي هوشي د بنځې لپاره قابل د منلو وړ وي . زیاتره دې مسئلې لپاره **Morphine** او **Diamorphine** استعمالوي .

c. د خولې له ليارې باید غذا ورنکړل شي او په لږه اندازه مایعات د خو لې له ليارې

ورکړل شي (ممکن عمومي بي هوشي ته اړتیا پيښه شي) همدارنگه بنځې ته **I.V** مایعات ورکړل شي .

4. که سر مستقیماً **Occipito Posterior** حالت کې پاتې شي نو ولا د ت په خپل سر

صورت نیسي ، څرنگه چې لوی قطرونه د ولادي کانال څخه تېرېږي نومور باید زیات کونښن وکړي ممکن پراخه **Episiotomy** ته اړتیا پیدا شي . مخ **Pubis** خواته زیږون به صورت ونیسی .

5. که سر **Occipito Transverse** حالت کې وي او زیږون ممکن په خپل سر صورت

ونه نیسی نو باید زیږون لپاره تدور تر سره شي چې دا به ښه **Analgesia** ته اړتیا ولري . ممکن **Epidural** او یا عمومي بي هوشي وي . تدور او زیږون ممکن لاندې وسیلو په واسطه صورت ونیسی .

a. لاس په واسطه تدور **Occipito transverse** حالت ته او وروسته بیا

د **Forceps**

په واسطه زیږون ورکول کیږي .

b. د مستقیم **Kiellan`s** حوصلی فورسپس په واسطه تدور او وروسته

زیږون ورکړل

شي دا **Forceps** حوصلی انحنانه لري .

c. **Vacuum Extraction** ددې په واسطه یوازې یو خطي کشش د

جنین په سر باندي

واردېږي ، چې په نتیجه کې هر قسم تدور صورت نیولای شي لکه څنگه چې د حوصلی په عضلاتو او هډوکو کې یادونه شوي وه .

6. د سر **Crowning** په وخت کې وریدي **Syntometrin** ورکړل شي

ځکه چې د **PPH**

خطر ډېر زیات وي . ژر وروسته له دې څخه چې ماشوم پیدا شي پلاستنا ته باید ژر زیږون ورکړل شي .

7. د لوی **Episiotomy** ترمیم باید ژر تر ژره ترسره شي .

8. د هغو ستونزو پر بنسټ چې د هغه جنین له کبله چې **Occipito**

Transverse حالت کې وي په مهبل باندي واردېږي زیاتره ولادي

ډاکټران یوه لنډه دوره د رحمي تقلصاتو تنه د **Syntometrin** په

واسطه غوره گڼي . که دا پروسه د ۴- ۶ ساعتونو پورې بریالی نه

شي نو سیزارین سکشن ترسره کېږي .

نتیجه:

مور: د عملیاتي زیږون او لویې **Episiotomy** څخه وروسته مهبلې

او فرجي اذیما او **Hematoma** مینځ ته راتلای شي .

ماشوم: د اوږده زیږون او زیات چانس عملیاتي زیږونونو له امله

Perinatal مړینې او **Morbidity** زیات لېدل کېږي. د مړینوو لوړه

کچه د **Hypoxia** او ولادي **Truma** له امله وي . همدارنگه

Morbidity هم د همدې امله او د داخلي قخفي وينه بهيدنې له كبله وي .

د مخ اعتلان :

هغه وخت چې د جنين سر د ولادي كانال په سير بنكته كېږي د سر قدامي برخه ممكن بسط حالت غوره كړي . (۶- ۱۰) تصوير چې د Face to Pubis (مخ په لور) زيرون صورت نيسي .

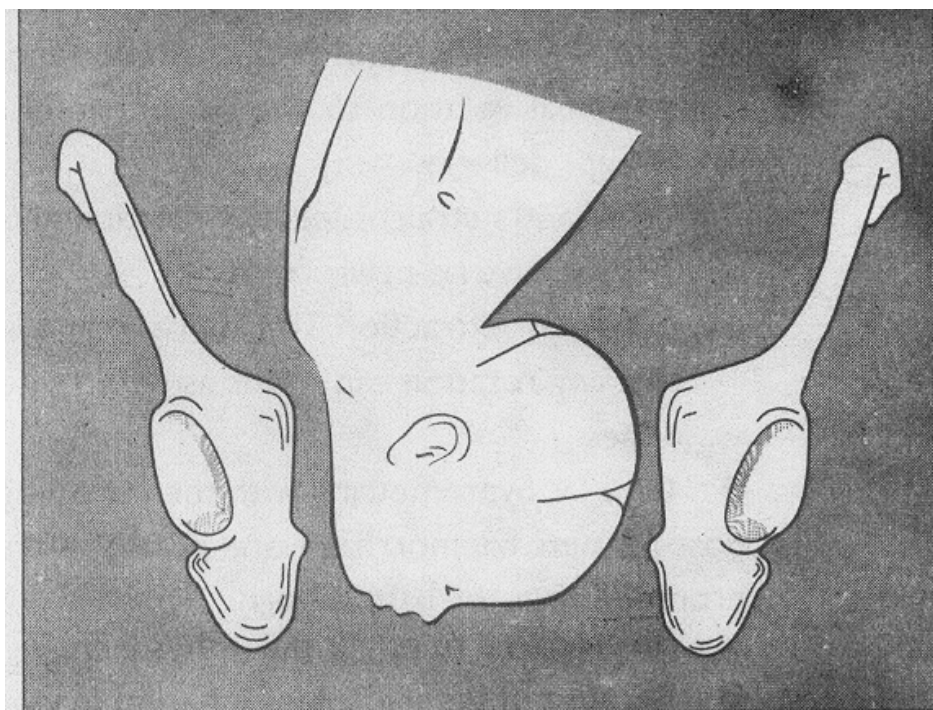
پېښې :

د ټولو زيرونونو ۳ ، ۰ % برخه جوړوي .

لاملونه :

1. غير منظم رحم ، متعدد اميدواری ، Poly Hydroamnios
2. د ماشوم راس

د مخ اعتلان



(٦-١٠) تصویر: کله چې **Mentolateral د face presentaion** وضعیت سره **Engage** کپري راښيي .

3. د جنين د سر شکل

a. اوږد سر (**Dolichocephalic**) .

b. بي سره (**Anencephalic**) يا (**No Cranium**)

میخانیکیت : سر د مخ په تعقیب روان وي یا ښکته کپري . زنه یا (**Mentum**) د **Denominator** له ارزښت څخه ډک ټکي په حیث استعمالپري تر څو تدور څرگند کړي . ٨٥٪ پینبو کې **Engagement** د **Mentotransverse** په شکل وي (**Submentobregmatic** قطر ١٠ سانتی متره) . نزول کوي زیاتره **Mento Antrior** په شکل تدور د حوصلې په ځمکه باندې صورت نیسي چې په دې حالت کې د جنين زنه دمور **Symphisis Pubis** خلف ته راځي . د اضافي نزول څخه وروسته زنه د **Pubis** د ښکتنې برخې څخه تیرپري او وروسته سر د **Flexion** په واسطه د **Vulva** څخه زیږون کوي .

تر دې نقطې پورې د جنين د سر بسط او قبض میخانیکیت د **Vertex** د حالت معکوس دی. وروسته د سر د زیږون څخه په داسې حال کې چې خارجي تدور یو شان وي ، د جنين اوږو ته اجازه ورکوي چې حوصلې سره تماس وکړي .

په یوتعداد **Face Presentation** له **Transverse** حالت څخه **Mentoposterior** حالت ته تدور کوي نو په نتیجه کې د جنين زنه یا **Chin** د مور د **Sacrum** په انحنا کې واقع کپري . د جنين **Occiput** او **Pubic** د هډوکي تر شاه تصادم کوي .

اضافي نزول غیر معمول دی د سر لپاره ځکه چې سر اضافي بسط نه شي کولای او په نتیجه کې مخکې د ولادي کانال د انحنا سره تماس نه شي کولای او سیزارین سکشن ته اړتیا پېښپري .

تشخيص : مخکې له زيږون څخه نادراً تر سره کېږي او ډېر کم اهميت لري.

د گيډي معاینه : طولانی Lie (وضعیت) موجود وي او body يا تنه د رحم مينځني محور سره نږدې وي .

➤ زياتره سر په عين طرف لکه د ملا په شان حس کېږي .

مهېلی معاینه : بايد ددې هيله ونشي چې مخ به د نوي تولد شوي ماشوم د مخ په شان وي د اذیما له کبله مخ تل ناڅرگنده وي .

➤ Supraorbital بارزه د پزې د بارزې په شان حس کېږي.

➤ خوله کې سختې ژامې موجودې وي او ممکن د معاینه کونکې گوته وزېږېدل شي .

تدابیر :

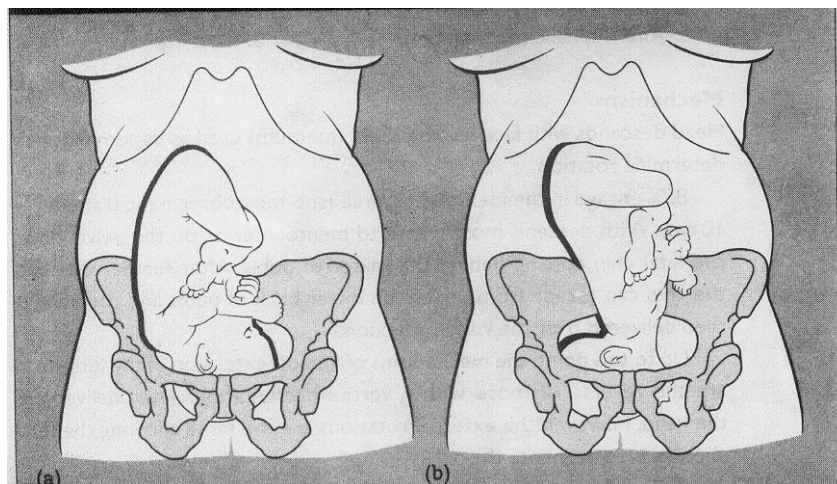
په امیدواری کيانتظار وويستل شي .

➤ غشاء ممکن مخکې خیرې شي (د مهېلی معاینې په واسطه د Cord سقوط معلوم شي) .

➤ وکتل شي چې حوصله مناسبه ده او هم وکتل شي چې جنین خو لوی نه دی که هر یوه

ته فکر کېده نو انتخابي سيزارين سکشن د مخ اعتلان لپاره بڼه دی او مهېلي زيږون لوړ خطر لري .

د مخ اعتلان او د سر بڼه قبض کيدل



(٦-١١) تصویر: د بطني جس په واسطه کله چې راس Flexed شوي وي را بنیې:

a. د ماشوم شا نسبت سفلي خواته جس کېږي. البته د مورنۍ حوصلې تر خدا پورې او د راس زیاتره برخه په مقابل لورې کې جس کېږي د مخ د اعتلان سره.

b. په دې تصویر کې د ماشوم شا جس کېږي مگر د ماشوم اوږه نه جس کېږي او راس د ماشوم هم په عین لوري کې جس کېږي.

➤ التراسوند په واسطه وکتل شي چې جنین Anencephalic نه وي که وي تدايپرو ته
تغیرو وړکول کېږي.

د زیږیدني په وخت کې:

- که قدامي تدور **Mento Anterior** صورت ونیسی نو یواوږد زیږون لاکن بنفسه زیږون صورت نیسی (٩٠٪).
- که سر **Mento Transverse** پاتې کېږي نو دواړه د لاس سره وضعیت ته تدور وړکړي او **Mento anterior** وضعیت ونیسی نو **Forceps Extraction** یا **Kielandi Forceps** په واسطه تدور او **Extraction** تر سره کېږي.
- که مخ خلفي تدور کوي مهېلي زیږون نا ممکن وي نو ځکه سیزارین سکشن باید تر سره شي.

نتایج:

مور (**Mother**): لوږه **Morbidity** د عملیاتي زیږون سره یو ځای وي.
ماشوم (**Baby**): زیاتي مړینې لري.

- ابنارملتي چې ژوند سره هماهنگ نه وي لکه **Anencephaly**
- که نورمال دی **Hypoxia** او دماغي احتقان د جنین ژوند تهیده وی.

د تندي اعتلان: د سر يو ډېر کمزوری Flexion ممکن د قحف ډېر لوي قطر حاضر کړي چې Mentovortex دی او ۱۳ سانتي متره قطر لري

پېښې: د ټولو زيرونو ۱، ۰٪ برخه جوړوي.

تشخيص: مخکې له زيرون نه نادراً ترسره کېږي او ډېر کم د اهميت وړ

دی

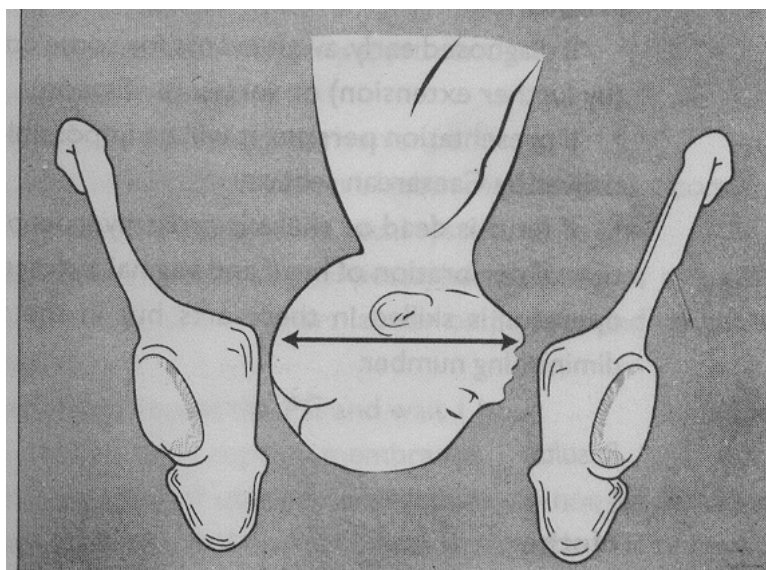
گېډه:

- سر لوی جس کېږي
- بڼه نه Engage کېږي.
- منځ د Occipit او ملا ميزابه کې وي او د جنين د سر دواړو خواوو کې جس کېږي.

مهبل:

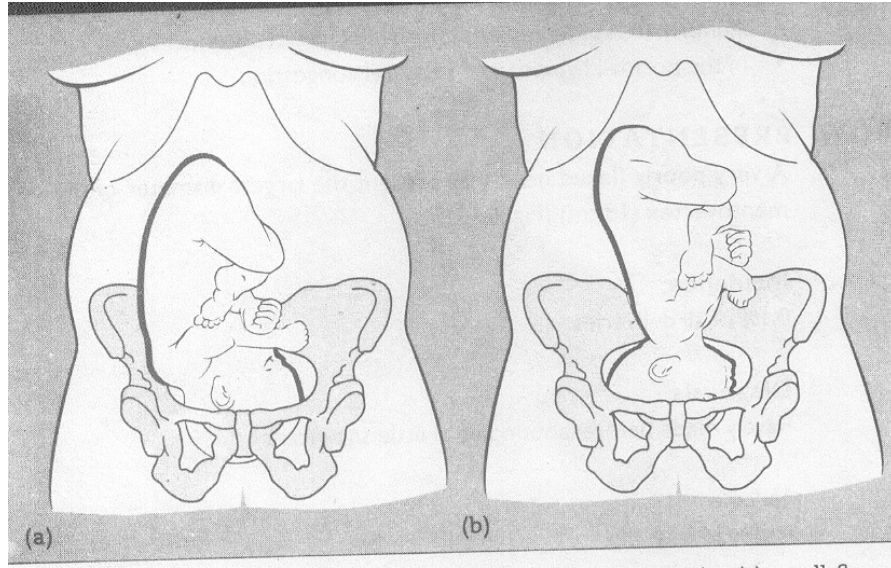
- قدامي Fontanele موجود وي.
- د ساحې په څنگ کې Supra orbital بارزه او د پزې قاعده جس کېږي.

د تندي اعتلان



(۱۲-۶) تصویر : یو **Brow Presentation** د **Mentovortex** قطر سره را بنیبي .

د سر او تندي اعتلان بنه قبض کیدل



(۱۳-۶) تصویر : بطني جس د **Brow Presentation** (a) بنه قبض شوي سر (b) کمزوری قبض شوی سر را بنیبي .

تدابیر :

د امیدواری په دوران کې : پیښو ته انتظار وویستل شي . هېڅ یوه لاره وجود نه لري چې په زړه پورې **Presentation** مینځ ته راشي .

▪ غشاء ممکن مخکې خپري (مهبلې معاینه د حبل د سقوط لپاره تر سره شي) .

د زیږیدني په وخت کې : که چیرته ژر تشخیص شي نو باید دې ته انتظار وویستل شي چې بنفسه ی وجه یا **Vertex** حالت ته لاړ شي .

▪ که **Presentation** مقاوم پاتی شي نو مهبلې زیږون نا ممکن وي . نو **Caesarean section** باید تر سره شي .

▪ که جنین مړ وي او یا **Gross Hydrocephaly** وجود ولري نو تخریبي سوری کول د سر او **Veginal Extraction** په ډول سوری شوی سر ته زیږون ورکول کېږي لکن په لویدیځو هېوادونو کې دا شمېر کم تر سره کېږي .

نتایج :

مور (Mother) : لور Morbidity د عملیاتی زیرون سره وي
ماشوم (Baby) : دا چې سیزارین سکشن عملیات زیات اجراء کېږي
نو ځکه په ماشومانو کې Mobidity او Mortality کمه وي .
د زیږیدني تحریکول :

تعریف : په پلان شوي طریقو په زیرون کې بیره کول یا د زیرون شروع
کول.

پېښې : د نفوس په لحاظ او ولادی پېښو په نسبت توپیر کوي . په
U.K کې ۵-۲۵٪ په مینځ کې وي .
استطباب :

۱. مورنی ناروغی .

مخکې له زیرون څخه موجودې ناروغی لکه Diabetes

د زیرون د دوران ناروغی لکه Pre Eclampsia

۲. جنینی ناروغی لکه Rh. Disease

۳. هغه جنین چې د پلاسنتا د کم Perfusion له امله په خطر کې وي لکه

. SGA

په برطانیه کې ډېر معمول Indications عبارت دي له :

▪ Post Maturity یا More Strictly post dates

▪ SGA

▪ مورنی ناروغی

▪ Rh- Incompatibility

▪ د جنینی مړینه یا اېنارملتي .

همدارنگه ځینې نور نسبي Indication هم شته چې ولادي ډاکټران یې

پرتله له ساینسي قانون څخه تر سره کوي چې عبارت دي له :

▪ پخوانی ناقصه ولادي تاریخچه .

- هغه زيرون چې د شنډتوب د درملنې له امله منځ ته راغلې وي .
 - عور کونکې غير واضح ApH
 - د بنځې يا د هغه Partner د آرامې يا سهولت لپاره
- په انگليستان کې عام مانا د زيرون Induction عبارت له طبي او جراحي زيرون د يو ځای والی څخه دی . عادی سيستم يې عبارت دی له :
۱. Prostaglandin د مهلي Pessaries (E₂-2mg) او gel (1-2mg) د
 - (E₂) په شکل ورکولی شي . تقريباً ۴۰٪ پينسو کې دا زيرون پخپله پيل کوي او کوم اضافي قدم ته اړتيا نه لري .
 ۲. که صورت ونه نيسي نو ۴ ساعته وروسته PG دوباره تکرار شي او يو ساعت لپاره انتظار وويستل شي .
 ۳. که يو ساعت وروسته کومه نتيجه ورنکړي نو غشاء څيرې کړل شي .
 ۴. که رحمي تفصلات نږدې نه واقع کېدل يا زيرون اوږد او غير نورمال شي او د عنق د پراخوالي اندازه د Partogram نسبي طرف کې وي نو په دغو حالاتو کې Sytocinon تطبيق شي .
- پروستا گلندين : د يو داسې شحمي اسيد څخه عبارت دی چې هر چرته موجود دی . زياتره د بدن په مايعاتو کې پيدا کېږي . لومړي ځل لپاره Seminal Plasma کې پيدا شوي نو ځکه په دې نوم نومول شوي . Prostaglandin ، E او F رحمي تفصلات تنبه کوي او د زيرون عمل ته چټکتيا ورکوي .
- د عمل کولو طريقه: مستقيماً د عضلاتو په حجراتو باندې تاثير کوي او دويمي اغيزه يې دا ده چې هغه رحم په لومړيو کې Prostaglandin په واسطه تنبه شوي نو د I.V Syntcinon مقابل کې ډېر ښه ځواب وايي .
- ليارې :

۱. داخل وریدی : ممکن نس ناسته ، کانگې او معدی معایې Colic جانبي عوارض پیدا کړي. ولادي Induction لپاره دغه نه استعمالېږي .

۲. عضلي : دغه هېڅکله هم د زیږون تنبه لپاره نه دی استعمال شوی اما مستقیم د رحم په Myometrium کې زرق کول هغه وخت چې بنځه سلیدی په شان اتونیک PPH ولري ژوند ته نجات ورکونکی ثابت کېږي .

۳. خولې له ليارې : د معدې معایې Colic او نس ناسته جانبي عوارضو له امله په عام شکل سره نه استعمالېږي .

۴. Extra amniotic: یوه باریکه Catheter د عنق له ليارې تیرېږي اود رحم د جنبي دیوال او غشاء په منځ کې قرار ورکول کېږي بیا د Catheter له ليارې Prostaglandin زرق کېږي. دا یو غیر ضروري اختلاطي طریقې ده . په ځینو حالاتو کې ممکن غشاء تمزق وکړي. دغه طریقې په زیاتره Units یا مراکزو کې بنده شوې ده.

۵. Intra Amniotic: مستقیماً زرق کونه د Prostaglandin په Amniotic کڅوړه کې د Theuraptic Abortion لپاره استعمالېږي اما د Induced زیږون لپاره نه استعمالېږي.

۶. Intravaginal داخل مهبلې : دواړه Pessary او Gel کولای شو د Vagina په منځ کې کېږدو .

د استعمال ځایونه :

۱. د عنق د خلاصیدو لپاره : که عنق اوږد او بندوي، نو ۲ ملي گر امه د Prostaglandin د Pessary په شکل د عنق د خلاصیدو لامل کېږي . په دې کار کې ددې خطر شته دی چې ځینې بنځې زیږون صفحې

ته داخل شي او په دغه قسم پېښو کې خصوصاً که د عنق خلاصېدنه د شپې له خوا صورت ونيسي نو جنين پرته له تدابيرو څخه زيرپېري .

۲. د زيريدنی لپاره : د PGE_2 ، 2mg په اندازه Gel يا Pessary دمهبېل په پورتنۍ برخه کې ايسنودل کېږي . که زيربون صورت ونه نيسي او عنق ۳-۴ ساعتونو پورې پراخ نه شي نو د PGE_2 دوز دوباره تکرار شي . ۴ ساعته وروسته بايد په مصنوعي شکل سره غشاء څيری کړای شي (ARM) او که اړتيا احساس شي نو I.V Syntocinon هم علاوه شي .

سنتوسينون : دا يو مصنوعي توليد شوی Oxytocin څخه عبارت دی چې د بدن د توليد شوي Oxytocin وظيفه تر سره کوي . په نورمال زيربون کې Oxytocin تر هغه وخته پورې چې عنق ۷ سانتي متره پورې پراخوالی نه وی کړی نه مېنډل کېږي . نن ورځ زيربون يوازي د Oxytocin په واسطه نه Induced کېږي . بلکې لاندې حالاتو کې :

- هغه وخت چې Prostaglandin د Pressary په شکل او (ARM) په دې ونه

توانېږي چې رحمی تقلصات او فعال عنق پراخوالی را منځ ته کړي .

- د غير نورمال زيربون تقويه کول هغه وخت چې د عنق پراخوالی Rate د

Portograme بڼې خوا ته لويدلی وي .

د غشاء مصنوعي تمزق (A.R.M) : دا عمل د زيربون Induction يا سرعت لپاره استعمالېږي چې غشاء ته د Amniohook يا يوه جوړه د Kocher's Forceps په واسطه تمزق ورکول کېږي . لاندې حالات بايد مخکې د ARM څخه موجود وي .

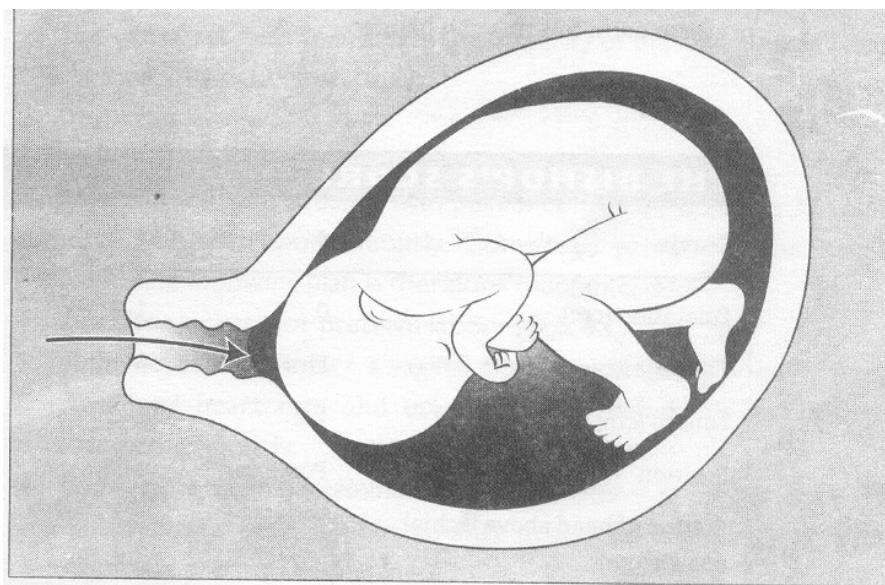
▪ د جنين سر يا **Presenting** برخه بايد په دقيق شکل سره **Engage** شوي وي .

▪ بنځه بايد د عمليې او د هغه لامل څخه خبر کړای شي او شفاهي اجازه واخيستل شي .

د **Induced** زيرون برياليتوب :

سره له دې چې د غير معياري عنق د **Prostaglandin** استعمال **ARM** او **Syntocinon** څخه ناکامي اندازه ۵٪ څخه نه زياتېږي . د هغه بنځې درملنه چې **Induction** يې ناکامي سره مخامخ شوی دی د ولادي ډاکټر نظريې پورې اړه لري لاندنيو څخه يو کيدای شي :

د غشاء مصنوعي څېري کول



(۶-۱۴) تصوير: د غشاء مصنوعي تمزق رانښيي .

1. د **Induction** استطباب د زيرون لپاره وي نو د **Induction** ناکامي

څخه وروسته

سيزارين سکشن تر سره کېږي .

2. د **Induction** استطباب يو سرحدي لين څخه عبارت دی نو ځکه دا

مسئول گنل

کېږي چې **Induction** عملیه ودرول شي او په بله ورځ ورباندې بیا کونښن وشي. دا یوازې هغه وخت تر سره کېږي چې غشاء تمزق کړي نه وي.

د عنق حالات: (۱-۶) جدول **Bishop's Score** څرگندوی یو دروند ارزیابي دا مانا ورکوي چې بنځه څومره مناسبه ده، چې زیږون ورکړي. هغه بنځه چې **Bishop's** نمبر یې > 6 وي معیاري گڼل کېږي د **Induction** د ناکامۍ اندازه عموماً د ۱٪ څخه لږ وي.

د تحریک کولو خطرات:

- د رحم زیات تنبه کېدنه **Fetal distress** لامل کېږي او بیا د سیزارین سکشن لامل کېږي.

- اورډ تمزق د غشاء ممکن د داخل رحمي انتان چانس زیات کړي.
- اورډ زیږون ممکن سیزارین سکشن لامل شي.
- د هغو بنځو چې زیږونونه یې **Induced** وي په هغوی کې د سیزارین سکشن ډېري

پېښې لیدل کېږي. (درې چنده). زیاتره دا د **Induction** له امله دي لکه یو **SGA** ماشوم اما زیاتره پېښو کې لامل یې اورډ زیږون وي.

- په دې وختونو کې د زیږون په جریان کې د ا لتراتسونډ د پراخو معایناتو په واسطه دا

مشکل حل شوی چې **Preterm** ماشوم **Induced** شي اما امکان لري چې دا هم پېښ شي.

The Bishop's Score

2	1	0	د رحم عنق
3-4	1-2	0	توسع
Soft	Medium	Firm	Consistency
<1	Mid 1-2	>2	اوږدوالی (cm)
Ante	Mid	Post	وضعیت

1	2		Station of Head about Ischial
	1	3	شوڪ (cm)

د (۱-۶) جدول : **The Bishop`s Score** رابنسی ۰

▪ د زیږون تیزول . هغه بنځه چې مخکې نه ډېر زیات ماشومان لري باید ډېر په

احتیاط سره **Induce** شي ځکه کیدای شي **Prostaglandin** د ۱-۲ ساعتونو کې زیږون لامل شي چې دا بیا په خپل نوبت د دماغی تخریب لامل کېږي .

مخکې د معیاد څخه زېږېدنه :

تعریف : د ۳۷ اونيو کم زیږون څخه عبارت دی .

پېښې : ۶٪ پېښې يې مخکې له ۳۷ اونيو څخه وي .

۲٪ پېښې يې ۳۴ اونيو څخه مخکې وي .

انزار : لاندې حالاتو پورې اړه لري :

* **Neonatal Intensive Care unit** موجودیت ټول هغه شودو

خوړونکې ماشومان

چې ۳۰ اونيو څخه مخکې زیږېدلې دي که وخت مور او جنین حالت اجازه ورکوي نو باید روغتون **Neonatal Care Unit** ته یوړل شي .

* د زیږون عمر، د پیدایښت په وخت کې وزن . یو **perinatal** ټیم په یو

ولادی

او **Pediatric** مشترک **Unit** کې عموماً ۵۰٪ بریالیتوب په هغو ماشومانو کې چې عمر يې د زیږون ۲۶ اونۍ کې دي حاصلوي .

* د ماشوم حالات د زیږون په وخت کې : هغه ماشومان چې **Asphaxia**

مرحلې ته دننه

شوي وي ، په وروستیو مراحلو کې د **RDS** له کبله زیات مړه کېږي .

* ژر Neonatal تدابیر ، (۶- ۱۵) تصویر هغه فکتورونه ذکر کوي کوم

چې RDS په

تعقيب د Surfactant فقدان نور هم خرابوي .

* د جنين د سرود پوخوالي لپاره Steroid استعمال هغه جنين کې

چې عمريې د

زيرون ۳۴ اونيو څخه لږوي .

تشخيص :

نيمایي تعداد د هغو بنځو چې مخکې له ۳۷ اونيو د زيرون څخه دردناکه تقلصات ولري زيرون په دوی کې بنفسه ډول توقف کوي . برعکس Preterm زيرون ممکن Insidious (په پټه سره خطرناکه) وي ... لاندني تدابیر توصیه کېږي .

1. د Preterm زيرون اسباب ولټول شي .

2. که غشاء موجوده وي مهبلې معاینه باید تر سره شي .

3. د جنين د زړه ضربان او رحم فعالیت باید پرله پسې Electronically

ارزیابي شي .

4. مهبلې معاینه ۲ ساعته وروسته تکرار شي که هر ۱۰ دقيقې وروسته

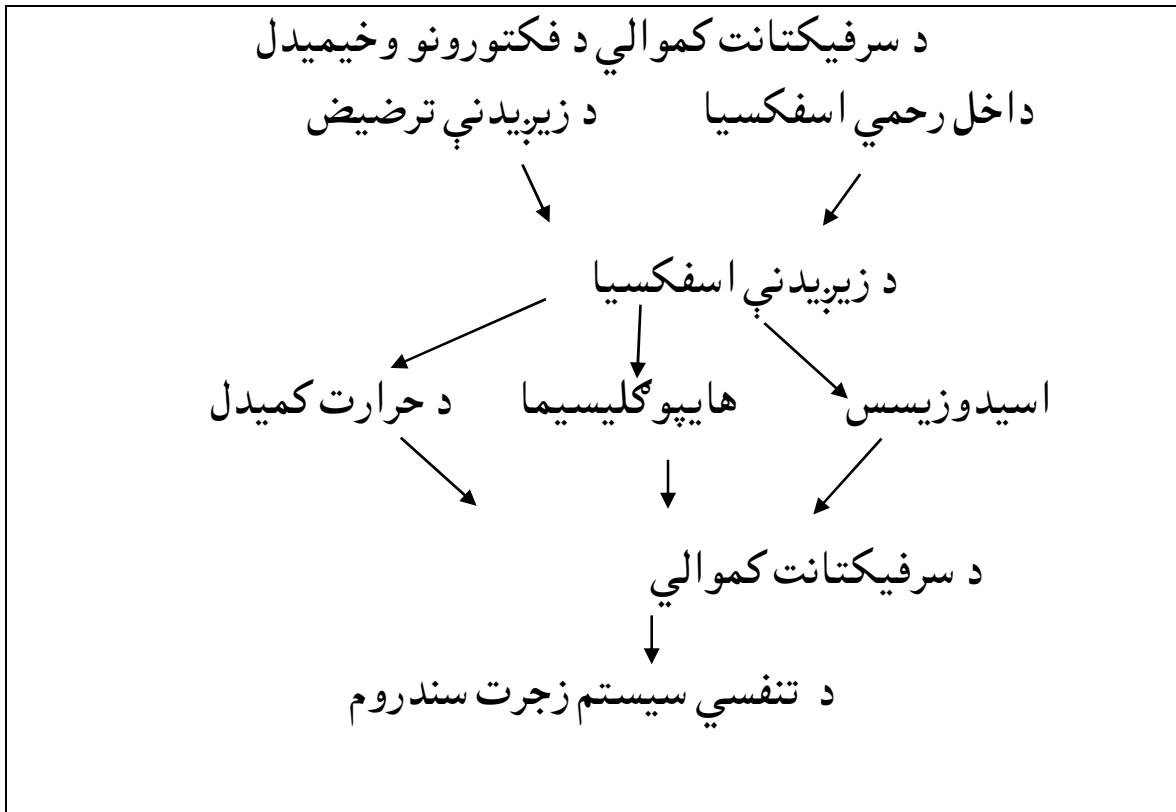
۲ تقلصات

وجود ولري د عنق په Effacement او پراخوالي کې تغير راتلل په

Preterm زيرون باندې دلالت کوي .

۵. د عنق په مایعاتو کې باید Fibronectin اندازه ارزیابي شي

زیاتوالی ممکن د ژر زيرون لپاره استطباب دی .



(۶-۱۵) تصویر: هغه فکتورونه کوم چی د Surfactant فقدان تنبه کوي .

د Preterm زیرون اسباب :

- د معیاد نه مخکې د امنیوتیک غشاء څیرې کیدل مخکې له وخت څخه
- د رحم د عنق عدم کفایه
- څوگانگي زیرونونه
- پولې هایدر و امنیوسس
- مخکې د زیرېدني څخه د وینې بهیدنه
- مړ ماشوم
- مورنۍ تبه
- د رحم سوی اشکال

(۱-۶) صندوق: د Preterm زیرون اسباب را ښيي .

د روان زیرون د تدابیرو اساسات : په هغه حالت کې چې غشاء سالمه وي .

1. مکمل برقي ارزیابي حتمي خبره ده .

2. د **In-utero** نقل يا **Transfer** ترتيبات ونيول شي که د **Neonatal**

جدي مراقبت

مرکز سهوليات موجود نه وي .

3. **Tocolytics** تراپي ته چمتو شي .

4. که زيرون حتمي وي نو **Epidural** بي هوشي بهتره ده .

5. که د زيرون عمر ۳۴ اونيو څخه کم او **Breech Presentation** موجود

وي ، زيرون بايد سيزارين سکشن په واسطه خاتمه ومومي .

Tocolysis: په دې باره کې داسې کوم باوري ثبوت نشته چې

Tocolytic مواد په اغيزمن ډول سره زيرون اوږد کړي. اما د **cm ۴** څخه کم

توسعي حالت ممکن زيرون تر ۷۲ ساعتونو پورې وځنډوي ترڅو **Steroid**

تراپي لپاره وخت پيدا شي او يا يوه بنځه هغه ځای ته نقل شي چې

Neonatal جدي مراقبت مرکز ته نږدی وي .

مضاد استطباب :

مطلق :

▪ تائيرويد ناروغی

▪ قلبی ناروغی

▪ **160/110mmHg<Sever Hypertension**

▪ **Sickle Cell Disease**

▪ **Chorioamnionitis**

▪ داخل الرحمي مړينه

نسبی :

▪ د پرمختللي زيرون عنق د **cm ۴** څخه زيات پراخوالی کړي وي .

▪ **APH**

▪ مورني دشکری ناروغی

د استروئید په واسطه درملنه :

- د Steroid په واسطه ۲۶-۳۴ اونۍ حاملگی درملنه د RDS په واسطه د مړینې د کموالی منځ ته راتلو لامل ګرځي .
- مضاد استطباب :

▪ د Chorioamnionitis شواهد موجود وي .

▪ پرمخ تللی لوړ فشار

▪ مورنۍ قلبی ناروغۍ

▪ **Asymmetrical Growth Retardation**

د Preterm زېږېدنې ليارې :

▪ د جنين د زړه برقی ارزيايی صورت ونیسی .

▪ يوه پخوانۍ او باتجربه ولادي ډاکټره بايد موجوده وي .

▪ يو ماهر Neonatal ډاکټر بايد موجود وي .

▪ يو خوښ کرل شوي Episiotomy عموماً توصیه کېږي .

مخکې د وخت نه د غشاء تمزق:

د PROM اصطلاح د غشاء څيرې کيدل مخکې د زيږون د پيل څخه

عبارت دی. د زيږون ۳۷ اونيو څخه مخکې دغه اصطلاح Preterm

Premature Rupture of Membrane (PPROM) په نوم يادېږي .

ستونزې : د Preterm زيږون مهم خطر د داخلي رحمي انتان خطرات

دي.

د تشخيص تصديق :

▪ دمهبېل د گوتو معاینې څخه مخنیوی وشي .

▪ يو معقم Speculum په واسطه معاینه تر سره شي .

▪ که ولېدل شي چې Amniotic مايع د عنق له ليارې روانه ده دا مانا

لري چې

غشاء خیرې شوې ده .

▪ د Amniotic مایع بوي وصفې دي .

▪ مثبت Nitrazin stick test (pH تغیر) بڼه مناسبه مرسته کوي .

تدابیر : وروسته د ۳۴ اونيو څخه د PPROM تدابیر د

Controversial حالت لري او د لاندني دوو څخه یو تعقیبوي .

▪ ژر زیږون د داخل الرحمي انتان د مخنیوی لپاره : که څه هم

Perinatal مړینې د

Imaturity له امله کټ مټ د Term په شان وي ، اما دغه ماشومان

لور Morbidity لري .

▪ Amniocentesis باید تر سره شي ، تر څو د انتان خطر لري شي که

انتان موجود نه

وي نو بڼې ته باید محافظوي تدابیر و نیول شي .

PPROM مخکې له ۳۴ اونيو د زیږون څخه:

انفرادي احتیاط باید وشي اما لاندني خطوط د تدابیر مناسب دي :

▪ Inutero وړل یو داسې روغتون ته چې د Neonatal جدي څارنې

مرکز ولري ټولې

هغه بڼې چې زیږون یې ۳۴ اونيو څخه کم وي .

▪ Amniocentesis تر سره کړي که انتان موجود وي نو په داخل

الرحمي انتان دلالت

کوي او بڼې ته باید زیږون ورکړل شي .

▪ د Amniocentesis په غیاب کې بڼې ته باید تقویوي تدابیر و نیول

شي په دې

حالت کې لاندې لاملونو له امله بڼه باید زیږون وکړي :

▪ د Chorioamnionitis شواهد .

▪ Maturity

- د زیږون په خپل سر پیل
 - کوریو آمینو نایتز : د لاندې یو یا زیاتو په واسطه تشخیص کېږي :
 - مورنی Temperature او Tachycardia
 - حساس رحم
 - بدبویه مهبلې افرازات
 - جنیني Tachycardia
 - د مورد W.B.C سویې لوړوالی
 - په Amniotic مایع کې د Organism شته والی .
- تدابیر :

۱. د مهبل د پورتنۍ برخې Swab ، یو MSU او وینې کلچر تر سره شي.

۲. زیږون ورکړل شي ، Caesarean Section تر سره شي ځکه چې مور د انتان د خطر سره مخامخ دی بلکې لاندې حالاتو کې استطباب لري .

a. جنیني زجرت

b. مخکې له وخته Breech یا نور غیر نورمال استقامت

c. یو ناکام شوی Induction

۳. اوسنی فلسفه داسې وایي چې د زیږون تر ختمیدو پورې Antibiotic باید ورکړل شي وروسته مور او ماشوم دواړو ته I.V وسع الساحه انتي بیوتیک پیل شي لکه Cephradine او Metronidazole دغه نظریې ممکن بدلون ومومی .

اعتلان او د حبل سروی سقوط :

د حبل Presentation یا تظاهر : د زیږون په جریان د حبل عروات د Presenting برخې په قد ام کې جس کېږي . که غشاء سالمه وي نو دا خطرناکه نه ده . حبل هغه وخت چې تظاهري برخه بنکته راځي ، یوې خواته بسویري . اما که په یو ژوندي جنین کې د حبل تظاهر په وخت د غشاء

مصنوعي څيري والی که ضرورت شي نو دا به بهتره وي چې دغه عمليه د يو ساعت لپاره وځنډول شي .

د حبل سقوط :

که غشاء څيري شي او تظاهري برخه په حوصله کې په درست ډول سره برابره نه شي ، نو امکان لري چې حبل د Amniotic مايع جريان په واسطه Cervix څخه بهر شي .

ملحقه فکتورونه : د تظاهري برخې برابريدنه په ناقص شکل سره :

▪ Occipito Posterior وضعيت

▪ Breech

▪ د تندي او مخ اعتلان

▪ مستعرض قرار

▪ جگ سر

➤ بی مودې څخه مخکې زيږون

➤ کوچنی ماشوم

➤ Multi Parity

وقوعات :

د ټولو زيږونونو ۱/۳۰۰ دی .

نسبي : د حبل عروات ممکن :

▪ د عنق څخه تېر شي او مهبل کې پاتې شي .

▪ د فرج څخه بهر شي .

خطرات :

په دې حالت کې جنين په خطر کې وي چې د وينې ارواء پرې قطع نه شي

▪ د نوم د شريانو Spasm د :

➤ يخ کيدنه (Cooling)

➤ وچپدنه (Drying)

➤ PH کي تغیر (Altered PH)

➤ نیول کیدنه (Handling)

▪ په میخانیکي شکل د تظاهري برخې او مورنۍ حوصلې هډوکي په منځ کې تر فشار لاندې راځي.

تشخیص:

۱. وروسته له دې چې غشاء خیرې شي د جنین د زړه ضربان او نظم ممکن تغیر وکړي.

۲. د حبل عرواټ ممکن په فرج کې را بنکاره شي او یا مهلبلي معاینې په وخت کې جس

شي. حبل باید زیات ونه نیول شي یوازې باید ارزیابي شي چې اوعی نبضان لري او که نه؟

تدابیر: که جنین Mature او ژوندی وي.

1. زر باید زیرون ورکړل شي.

a. که عنق ۹cm څخه کم پراخه وي سیزارین سکشن ترسره شي.

b. که عنق له ۹cm څخه زیات پراخوالی وي او Cephalic تظاهر موجود وي او بنځه هم

Multiparous وي نو Vacuum Extraction ترسره کېږي.

c. که عنق په پوره ډول سره پراخه شوي وي Forceps یا Breech Extraction ترسره

کېږي.

2. که ژر زیرون نا ممکن وي او د حبل سقوط د یو مجهز ولادي مرکز

څخه دباندي

صورت نیولی وي نو:

a. حبل باید تود او مرطوب وساتل شي ، حبل باید لاس کي ونه نیول شي که د فرج

خخه بهر شوي وي دوباره باید مهبل ته دننه شي .

b. په حبل باندي د فشار خخه د تظاهري برخي او هډوکنی حوصلې په منخ کي

مخنيوي وشي . مور باید وحشی وضعیت کي واچول شي او حوصله يې د بالنت په واسطه پورته وساتل شي . بنکاره برخه باید د گوتی په واسطه دننه په مهبل کي وساتل شي . دغه احتیاطي تدابير تر هغه وخته پوری تر سره شي تر خو زیرون لپاره شرایط چمتو شي که مور د Ambulance په واسطه سفر کوي نو ډاکتر یا قابله دي هم ور سره سفر وکړي او په لاره کي دي مهبل معاینه تر سره کوي تر خو تظاهري برخه پورته وساتل شي . په دي باندي باید وخت ضایع نه شي ، کونسنس وکړي چې حبل پورته دتظاهري برخي خخه په رحم کي واچول شي ځکه د هر ځل کونسنس سره اضافي عروات د حبل لاندي سقوط کوي او لاس وهنه حبل کي د Spasm زیاتېدو لامل کېږي .

که جنین مړ وي : په دي کي د هخه کولو بیړنی اړتیا نشته ، ځکه چې مور ته کوم خطر نه لري . پرینبودل شي چې زیرون پرمختگ وکړي او حبل د زیرون د بندیز لامل نه کېږي

انزار : د عملیاتی درملني له امله مور يې Morbidity زیات وي .

جنیني : په دي باندي متکی ده چې بنخه چپرته موقعیت لري حبل سقوط کله صورت نیولی دی او د زیرون کومه صفحه ده که مور روغتون کي وي او سقوط په دوهمه مرحله کي صورت ونیسی نو د جنین ضایع کېدنه له ۳٪ خخه کمه ده . که بنخه کور کي وي او حبل سقوط هم په لومړۍ مرحله کي صورت ونیسی نو دغه کچه ۷۰٪ خخه لوړېږي .

وروسته د زېږېدنې خخه د وینې بهیدل (PPH) :

وروسته د جنین د تولد څخه د مهبل د وینې بهیدنې څخه عبارت دی .
ابتدایي PPH : تقریباً ۵۰۰ سی سی څخه د زیاتې وینې ضیاع
وروسته د جنین زیږون څخه وروسته په ۲۴ ساعتونو کې د PPH څخه
عبارت دی .

وقوعات : د Oxytocin استعمال له امله توپیر کوي ۱- ۸ % د ټولو
زیږونونو
وي
لامل :

۱. رحم تقلص نه کوي نو ځکه د Placenta د غرس ساحې نرف څخه
مخنیوی نه کیږي . هیموستازس عموماً وروسته له زیږون څخه په
میخانیکي شکل وي چې د عضلي الیافو د وینې د اوعیود مارپیچ کیدو
لامل کېږي . (۶-۱۶) تصویر

۲. ناقصه بیله شوې Placenta : رحم په سم ډول سره تقلص نه شي
کولی ، نو ځکه د Placenta له بستر څخه وینه راځي .

۳. د جلا شوي Placenta احتباس لاندنۍ برخې د رحم تقلص کوي او
Placenta بندېږي او نه خارجېږي .

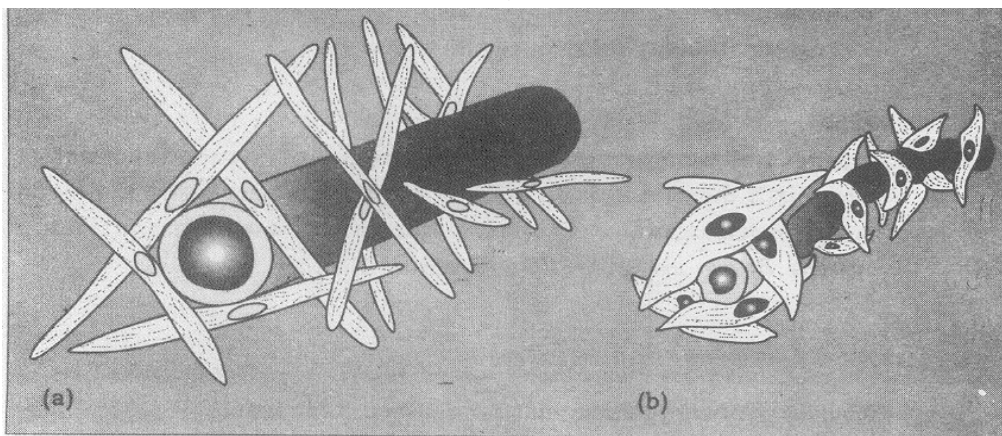
۴. د رحم ، د رحم عنق ، مهبل او عجان څپرې کیدل .

۵. د وینې د علقه کیدو تشوشات .

مهیا کوونکې فکتورونه:

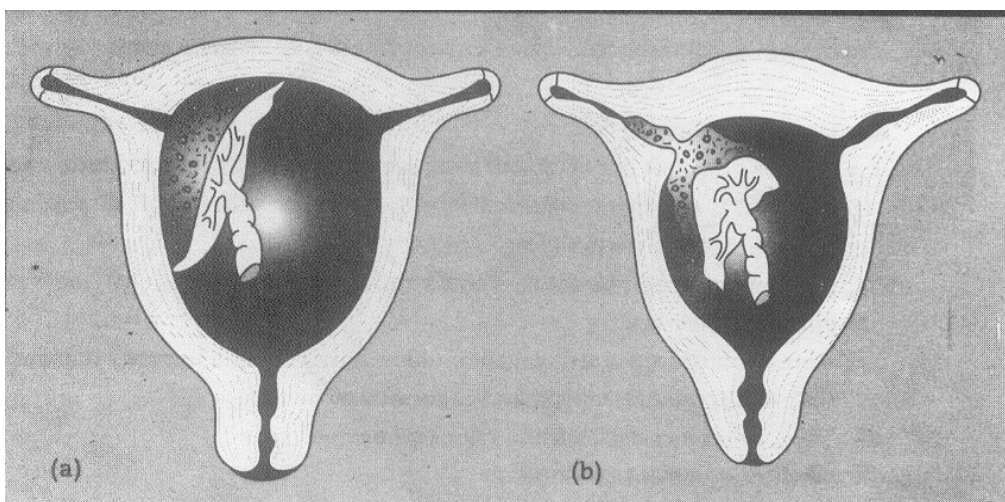
- د رحم زیات کش کیدل : Polyhydroamnios, twins
- اوږد زیږون
- ژور anesthesia یا Halothane استعمال
- په رحم کې د پخواني عملیاتو ندبه
- Morbid Penetration of Placenta
- Cervical تقلصات وروسته د Oxytoein درملو څخه
- Corneal Pockets

د رحم د وینې د اوښو تنگیدل



(۶-۱۶) تصویر: د رحم د وینې او عیبي هغه وخت تنگ کېږي کله چې عضلات تقلص وکړي .

د پلانستا غرس کیدل د Cronual په فوڅه کې



(۶-۱۷) تصویر: a . د تصادف له مخې د پلانستا غرس کیدل په کورنیل فوڅه کې b . که د مایومتیریم په برخه کې هایپر تروفیک وي کله چې رحمي عضلات وروسته د زیږیدنې څخه تقلص کوي ، ممکن یوه برخه د پلانستا په کورنیل پکت کې یا د ایورتیج کې بند پاتې شي .
مهبلې عملیاتي زیږون خصوصاً هغه وخت چې عنق په بشپړ ډول نه وي پراخه

شوی.

▪ وروسته له **Placenta Abruptio** څخه

Hypofibrinogenemia

▪ **(D I C) Disseminated Intravascular Coagulation**

تشخيص:

لکه څنگه چې د PPH تعريف کې د وينې ضياع ۵۰۰ سي سي بنودل شوي ده که وروسته له زيږون څخه د وينې د ضياع د اندازه کولو کوبنسوشي نوډا نادراً درست او دقيق نه وي ځکه چې:

۱. ټوله ضايع شوې وينه نه را جمع کېږي .

a. ځيني يې په روجايي گانو او فرش باندې تللي وي .

b. لږمقداريې لا تراوسه هم په رحم کې وي (اما داخل داوعیې څخه ضايع شوي وي) .

۲. اضافي نور مايعات تصادفاً ورسره يو ځای کېږي .

a. ادرار

b. Amniotic مايع

c. پاکوونکي مايعات

د ضايع شوې وينې تقريبي اندازه تر سره کېږي او دامقدار عموماً هغه وينې څخه چې ضايع شوي وي مقدار کم وي حتی ځيني وخت ۵۰ % پورې توپير د ضايع شوې وينې مقدار او را جمع شوې وينې مقدار تر منځ موجود وي . نو ځکه درملنه هم د وينې په ضايع بنسکتني- بنودونو باندې تر سره کېږي او وروسته بيا جراحي تداوي اجراء کېږي .
درملنه:

وقايه : د ماشوم تولد سره **Oxytocic** درمل ورکړل شي لکه

Syntometrin (5 I. U Oxtocin او **Ergometrin** 0.5mg

نوموړې طريقه د PPH د وقايې لپاره بهترينه طريقه ده. ممکن د Placenta د يوې برخې پاتې کيدو خطر موجود وي اما دا dose د ppH دوز باندې اغيزه نه لري.

جذري درملنه :

۱. د Oxytocic يو بل دوز ورکړل شي ممکن د Ergometrin 0.5mg-IV سره يوځای.

۲. د Cross Matching لپاره وينه واخيستل شي او د Hartman`s مايع I.V-قطري له ليارې ورکړل شي.

۳. بنځې ته وينه په هغه صورت کې ورکول کېږي چې د وينې ضايع شوې مقدار د ۱۰۰۰ ml څخه زيات وي او يا بنځه د زيږون په جريان کې کم خونه وي.

۴. لاملونه يې ولټول شي.

a. که Placenta بيرون وي نو بايد ارزيايې شي چې بشپړ وتلې شوي او که څنگه ؟

b. که Placenta تر اوسه زيږون نه وي کړي نو بايد د Placenta د لري کولو لپاره تيارې ونيول شي.

د رحم اتوني :

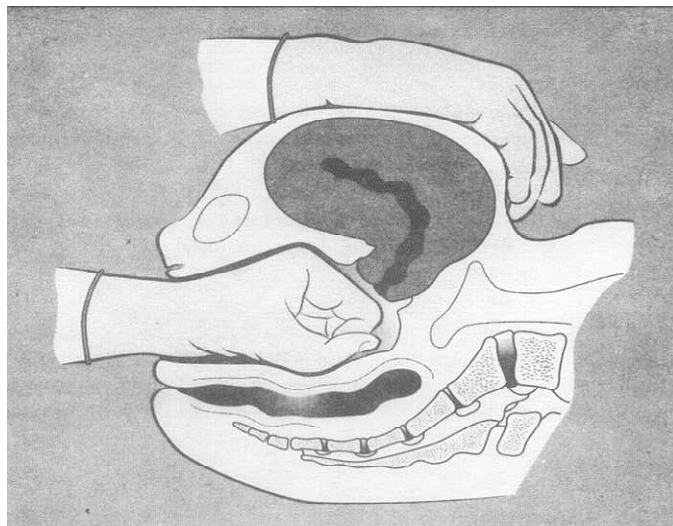
▪ رحم ته مساژ ورکړل شي تر څو تقلصات تنبه شي .
▪ Syntocinon د وريدله لارې د پرله پسې څاڅکو په واسطه ۱۰ IU په ۵۰۰ سي سي مايع کې

▪ پر رحم د دواړو لاسونو په واسطه فشار راوړل شي (Bi manually).

▪ د PGE2 او يا Carboprost زرق کول مستقيماً رحمي عضله کې

▪ درحم ویستل د جراحی عملی په واسطه

د دواړو لاسونو په واسطه په رحم باندې د فشار واردول



(۶.۱۸ تصویر): د رحم **Bimanual Compress** او په مهبل کې په کلک **Clench** کې تر فشار لاندې راوستل کېږي.

د **Oxytocic** درملو وسیع استعمال له امله آخري درې میتودونه په **Atony** کې نادراً استعمالېږي او آخري ۵ میتوده یې باکل نادر دی.

جزی جلا شوي:

۱. رحم عموماً ښه متقبض وي.

۲. د جبل د **Traction** د کنترول کونښن وشي. او احتیاط وشي چې **Cord** ونه شلیږي.

۳. د **Hartmans Solution** وریدې **Drip** تیار کینودل شي په داسې حال کې چې وینه هم تیاره وي. که وینې ضیاع 1000ml څخه زیات وي او یا ښځه د زیږون په جریان کې **Aneamic** وي وینه ورکړل شي.

۴. که د ماشوم د تولد څخه تر ۲۰ دقیقو پورې بیا هم **Placenta** تولد شوي نه وي پرېونځي نو په لاس سره باید لرې شي او په احتیاط سره یو معقم مهلبلي معاینه وشي. پلاسنتا ممکن د عنق د بندیدو سره نښتې وي، ځینې وخت یوه څوکه ممکن لاندې کش شي او **Placenta** آزاده شي.

۵. که **Epidural Anesthesia** مخکې ورکړل شوي وي او اغيزې يې لا تر اوسه هم دومداره وي ، نو د همدې څخه بايد گټه واخيستل شي او که نه نو بيا عمومي بيهوشۍ ته اړتيا پيدا کېږي .
- مخکې له دې څخه چې د بې هوشۍ اغيزه ختمه شي يو ځل بيا د جېل لري کول د
- کنترول د **Traction** په واسطه کونښن وشي کله کله په همدې وخت کې جلا کېږي .
- دناروغې مثانه د **Catheter** په واسطه خالي شي .
 - نوتونکي لاس او مړوند بايد **Antiseptic** کريم په واسطه وپوښول شي .
 - لاس دې د عنق په حذا دننه شي او که اړتيا وي نو د گوتو د مخروط په واسطه دې عنق متوسع شي .
 - جېل تعقيب شي او **Placenta** دې درحم د جدار څخه دگوتوپه واسطه جلا شي .
 - د هغه لاس په واسطه چې بهر کې دی درحم د گيډې جدار له لارې هغه لاس خواته چې دننه دی مانور ورکړل شي .
 - کله چې **Placenta** جلا شي نو د **Traction** په واسطه لري شي او وکتل شي چې بشپړ ده او که نه ؟
 - د رحم جوف دې دگوتوپه واسطه وکتل شي چې کومه بله اضافي پارچه پاتې نه وي .
 - له دې څخه وروسته دي **Syntocinon** او **Antibiotic** دوقايي په منظور ورکړل شي .

6. که د پلاسنټا احتباس پرته له P.P.H څخه وي بيا هم همدغه عمليه تر سره کېږي.

7. په نادرو حالاتو کې Placenta ممکن په غير نورمال شکل سره نښتی وي :

➤ **Placenta Accreta** – ذعابه يوازې Myometrium کې نفوذ کړي وي.

➤ **Placenta Increta** – ذعابه عمیقاً Myometrium کې نفوذ کړي وي.

➤ **Placenta Percreta**- ذعابه پريتوان کې نفوذ کړي وي. عموماً دا امکان نه لري چې مخکې له زيږون نه تشخيص وضع شي . که د جلاکيدو Plan موجود نه وي (عموماً لږه خونريزی د جلاکيدو په وخت کې موجوده وي) .

د **Placenta Increta, Placenta Accreta** او **Precreta** په هکله بايد فکر وشي . که ناروغه د نورو اولادونو هيله ونه لري نو **Hysterectomy** يې محفوظه طريقه ده . که دا امکان ونه لري نو د **Piecemeal** لږې کول ډېر خطرناک دي او دا به بهتره وي چې **Placenta** همداسې پرېښودل شي ترڅو د انتان کنترول د انتي بيوتیک په واسطه **Placenta** هم اتروفي وکړي . نوټ : دا يو نادر تشخيص دی او ډېر لږ او هغه وخت تر سره کېږي چې شخص تجربه لرونکې وي .

د تناسلي قنات څېړي کيدنې : سره له دې چې څيری کيدو رحم ښه متقلص وي او **Placenta** هم بشپړه جلا شوي وي ، بيا هم امکان لري د عنق له **Laceration** څخه زياته وينه راشي .

1. دا به ستونزمنه وي چې په ريښتني ډول تشخيص تر سره شي او اړتيا په لاندې

توگه وي .

a. وړ او عمومي Anaesthesia وروسته له Epidural Anaesthesia د ختمیدو څخه.

b. بنځه په یو تثبیت شوي بستر باندې په نسایي حالت کې .

c. بڼه رڼا او بڼه اسیستانت.

d. متعدد حلقوي Forceps او Retractors (مهبل او عنق وروسته د زیږون څخه نرم

وي او نسجي مورې د کتلو څخه ممانعت کوي .

۲. عنق Systematically معاینه شي او په دې معاینه کې درې جوړې د

Ring

فورسپس استعمال شي که چېرته شلیدل موجود وي .

• وکتل شي چې د رحم پورې رسیدلی او که نه ؟ خصوصاً په او ۳ د ۹ بجو په موقعیت کې .

• د Polyglycol د جذب وړ تار په واسطه Suture شي .

۳. د عنق له لارې د رحم سفلي سگمنت د گوتو په واسطه ارزیابي شي او که تمزق

موجود وي ترمیم د بطني شق له لارې صورت نیسي او یا هم Hystrectomy تر سره شي .

۴. د Episiotomy پورتنۍ برخه یا د تمزق پورتنۍ برخه وکتل شي چې خلف یا جنبي

Fornix پورې امتدادونه لري.

۵. وکتل شي چې په Episiotomy یا تمزق کې فعاله خونريزي موجوده نه وي . باید په

جلا ډول وترل شي .

د وینې پرند تشوش:

۱. وکتل شي چې د مت له ورید څخه اخیستل شوې وینه تحترکېږي او

که څنگه ؟

۲. وکتل شي :

a. دمويه صفيحات Platelets

b. د پرند کېدو څېړنه وشي .

۳. په سم ډول د تازه وينې په واسطه درملنه تر سره شي .

Fibrinogen a

۴. په ياد ولړئ چې دغه قسم حالات د Myometrium د ثانوي Atony لامل هم کېدی شي ، نو ځکه په دې باندې هم د نرف د لامل په ډول نظر واچول شي .

د ابتدايي PPH اغيزې : شديد ضياع د وينې د Hypoalbumic

shock لامل کېږي

که په خپل وخت اصلاح نشي نو امکان لري چې :

۱. مړينه: د ۸ % ميندو مړينه وروسته له PPH څخه وي ، چې نيمايي

يې کولای شو

وژغورو . .

۲. د پښتورگو وظيفوي ضياع او په اخره نتيجه کې Anuria .

۳. Pituitary Portal جريان کې تخريب چې د Necrosis لامل کېږي او

په نتيجه کې Shehan`s syndrome رامنځ ته کېږي.

۴. Post Partum کمخوني او مزمنه خرابه روغتيا .

ثانوي PPH : که د زيرون په تعقيب وروسته له ۲۴ ساعتو څخه نرف را

منځ ته شي نو پر دې نوم يادېږي . د حجم له رويه کوم تعريف وجود نه لري او

بسځې زياتره په لاندې ډول راځي چې :

➤ د پرند وينې Passage لري .

➤ ۷-۱۰ ورځو وروسته د مهبل څخه د تازه وينې راتگ .

اسباب:

1. د Placenta پاتې شوي برخې .
2. د غشاء پاتې شوي برخې .
3. د پرنډه وينې پاتې شوني .
4. د باقي پاتې Decidua انتان .

کلينيکي تظاهرات :

➤ تازه مهبلې وينه او علقات .

➤ لوی رحم

➤ حساس رحم

➤ خلاصه داخلي عنقي فوحه

خطرات :

▪ ربنتنی (Substantial) نذف

▪ انتان

➤ Toxaemia

➤ بند شوي نفيرونه

درملنه :

1. بستر کېدل (Admitt to Hospital) .
2. د هغو توليداتو ويستل چې فکر کېږي په رحم کې پاتې دي دغه عملیه بايد د يو باتجربه ولادي ډاکټر په واسطه تر سره شي ځکه چې په دې حالت کې د ډير نرم رحم د سوري کېدو خطر موجود وي .
3. ناروغ ته بايد وسيع الساحه انټي بيوتیک د ورید له لارې يو ساعت مخکې له

جراحی نه د **Pre operative** په شکل پیل شي او تر پنځو ورځو پورې دوام ورکړل شي . دا د هغه بکتریمیا په مقابل کې مجادله کوي چې ممکن وروسته رامنځته شي او همدارنگه تیوبونو خطر (**Damage**) هم کموي .

د وینې کتلوي ضایع کېدنه: په نادرو حالاتو کې په ناڅاپي ډول د زیږون په وخت کې د ۲ - ۳ لیټرو پورې وینه ضایع کېږي . د بنځې ژوند په یوه ښه تربیه شوي **Team** پورې اړه لري .

تدابیر: د وینې کتلوي ضایع د بنځې د وینې جریان څخه ۲ - ۳ لیټرو په اندازه په څو دقیقو کې په عمل کې داسې فکر وکړي چې یوه ښځه ۲ یونته وینې ته ډېر عاجل اړتیا پیدا کړي وي . د وینې ضایع د خطر یا امکان له مخې د ټولو بنځو په معمول ډول د وینې **Crossmatch** تر سره شي او د هغې د وینې **Antibodies** په **Antenatal** کلینیکونو کې معلوم شي همدارنگه هغو بنځو ته چې په راتلونکي کې نطف ته کاندید وي نو پر هغوی باندې هم باید د وینې **Cross match** تر سره شي .

عمل: ۱. دوه لوی سوري لرونکې (**I.V canula (16 gage)**)

۲. که ولادي ډاکټر او **Aneasthetisist** موجود نه وي نو خامخا دې راوغوښتل شي .

همدارنگه ولادي **Consultant** ډاکټر هم باید راوغوښتل شي .

۳. یو لاندني مایعاتو څخه استعمال کړي .

a. تر ۲ لیټره پورې **Hartsman Solution**

b. تر ۵، ۱ پورې **Galfusin**

c. هغه وینه چې د بنځې د گروپ سره ورته اما **Crossmatch** پرې نه وي تر سره شوي

اجرا شوي .

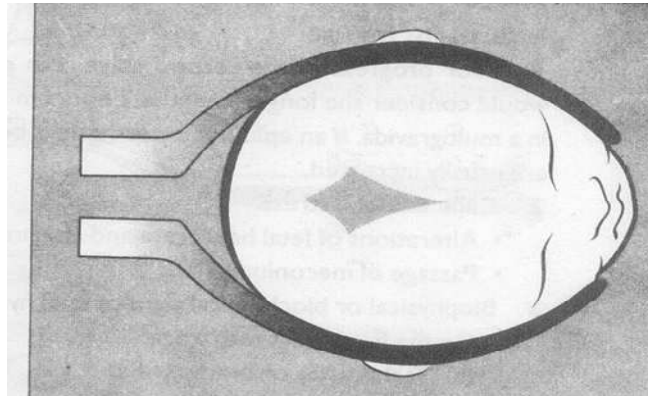
d. **Rh** منفي صفر گروپ وینه د آخري منبع په حیث استعمال کړي .

- e. په عاجلو پېښو کې د وينې فلتر او وينه گرموونکي وسايلو ته کومه خاصه اړتيا نه لېدل کېږي. په دې حالت کې **Pressurized Infusion bags** بايد استعمال شي.
- f. ذخيره شوې وينه د **Platelates** او علقوي فکتورنو په فقدان اخته وي. د وينې هر ۶ يونټو لپاره يو يونټ **Fresh Frozen Plasma (FFP)** ورکړل شي. يو **Haematologis** به د **Platelets** په معاوضې باندې فشار واچوي.
- g. که چېرته وينه مستقيماً له پريټوان جوف څخه په يو **Hyparin** لرونکې خلطې اخيستل شوي وي نو وروسته د حجراتو جلا کولو څخه کولای شو چې ښځې ته يې بيرته ورکړو.
۴. که نرف له رحم څخه وي بايد ودرول شي.
- a. ۵، ۰ ملي گرامه **Ergometrin** ناروغ ته د ورید **I.V** له لارې ورکړل شي او بيا ۴۰ يونټه **Syntocinon** په يو ليتر **Hartman`s Solution** واچول شي او **40drop/mint** ناروغې ته تطبيق شي.
- b. د رحم مساژ په دواړو لاسونو سره تر سره شي که **Turma** وي نو رحم ترميم شي.
۵. د وينې بانک سره رابطه وشي. لږ تر لږه **۲۰ ml** وينه د وينې بانک ته د **Cross Match** لپاره ولېږل شي. او د وينې بانک څخه ۶ يونټه **Crossmatched** شوې وينه وغوښتل شي.
۶. نوکريوال **Hamatologist** بايد د کلينيکي پېښې، د وينې د ضايع کېدو سرعت، او د لخته کيدو له مسايلو څخه خبر اوسي.
۷. د مايعاتو د اعادې لپاره مرکزي وریدی فشار (**C.V.P**) ارزيايي شي.
۸. يو کس بايد د ليکلو لپاره وگومارل شي او لاندې شيان ريكارډ کړي:

- a. نبض Puls
- b. وینې فشار (B.P)
- c. د مور د زړه ضربان اندازه شي بڼه به دا وي چې د ECG له مخې اندازه شي .
- d. مرکزي وريدي فشار
- e. د تشو متيازو Out Put
- f. دهغه مایعاتو مقدار او نوعه چې بڼه یې اخلي .
- g. درمل چې بڼه یې اخیستی .
۹. که مناسب وي عملیات خانې ته تیاریې و نیول شي .
۱۰. مخکې له دې چې Hystrectomy تر سره شي لاندې شیانو خواته فکرو شي .
۱۱. مستقیماً لوخ شوی رحم کې ۵، ۰ ملی گرامه د I.M PGE₂ زرق کول .
۱۲. د Broad Lig خلاصول او دواړو خواوو کې د رحمې شریان غوټه کول .
۱۳. د Internal iliac شریان غوټه کول
- عملیاتی زیرونونه :
- فورسپس: وظیفه یې دا ده چې مدور جسم (د جنین سر) پرې و نیول شي او Traction تر سره شي . عموماً د زیرون د سرعت زیاتوالي لپاره استعمالېږي . اما د زیرون نزل د کنترول لپاره هم استعمالېږي لکه په Breach زیرون کې چې سر وروسته راځي .
- استعمال : د ولادي ډاکټر موجودیت پورې اړه لري، په برطانیه کې د ۵- ۱۵% پورې ټولو زیرونو کې استعمالېږي .
- میخانیکیت : Forceps ډېر ډولونه لري . په عمومي توګه لاندې برخې لري :
۱. انحنالرونکي Blades چې د جنین سر احاطه کوي . (۶ - ۱۹ تصویر)

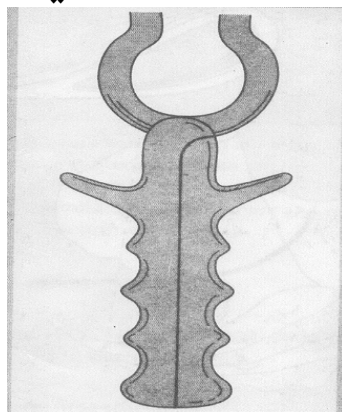
۲. لاستی (Handels) د Traction اچولو په خاطر (۶ - ۲۰ تصویر) ځینې نور بیا لاندې برخې هم لري .

د فورسپس راء سي انحنا



(۶-۱۹) تصویر: د فورسپس راسي انحنا د ماشوم د سرد نیولو لپاره رانی .

د فوسپس لاستي



(۶-۲۰) تصویر: د یوې جوړې فورسپس لاستي د کش کولو لپاره رانی .

ځینې نور لرونکي د لاندنیو برخو دي :

۱. د لاستي انحنا د حوصلې د انحنا په خاطر . (۶ - ۲۱ تصویر)

۲ . که حوصلې انحنا ونه لري نو ممکن لاستې یې مستقیم وي تر څو

تدوري مانورو ته اجازه ورکړي . (۲۲ . ۶ تصویر)

۳. ځینې یې خوییدونکي قید لري تر څو غیر متناظر سر ته اجازه ورکړي .

بالاخره دوه عمومي ډولونه وجود لري . ټول انحنا لرونکې Blades لري او د

Traction لپاره لاستی لري، په شمول ددې :

a. فورسپس د تراکشن لپاره (۱)

b. فورسپس د تدور او تراکشن لپاره (۱-۲) او عموماً (۳)

د استعمال استطباب: ۱. کمزوری پرمختګ د زیرون په دوهمه صفحه کې داسې کوم دقیق وخت ورته نه دې معلوم شوی. لاکن زیاتره د Primigravida لپاره دوه ساعته Multigravida لپاره نیمایي ددې وخت گڼل کېږي. که Epidural بی هوشي استعمالېږي نو دغه وخت اوږدېږي.

۲. د کلینیک له مخې د جنین distress شواهد:

a. د جنین د زړه ضربان او په نظم کې تغیرات.

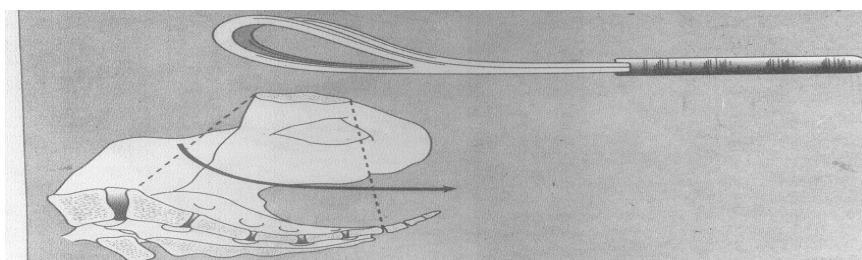
b. د Meconium بهر کېدنه.

۳. د Biophysics او Biochemical له مخې جنیني Hypoxia.

a. د جنین د زړه د ضربان شمېر په Trace کې:

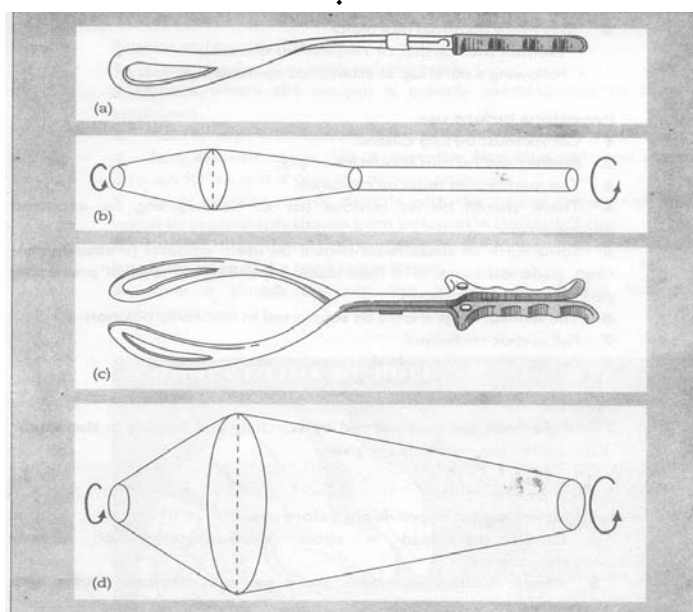
i. Bradycardia یا Tachycarida

د فورسپس حوصلې انحناء



(۶-۲۱) تصویر: په دې تصویر کې فورسپس او حوصلې انحناء چې ماشوم د هغې نه تېرېږي د حوصلې جدار په امتداد کې ښودل شوي.

د فورسپس د حوصلې انحناء مختلف ډولونه



(٦ - ٢٢) تصویر : فورسپس چې مستقیم لاسټې لري . a . د طولاني محور په استقامت تدور ورکول کېږي . b . د حوصلې انحنا نظر د ماشوم راس ته لوي نه وي . c . مشابه تدور اجراء کوي . d . شاید لوي جروحات په مورنۍ انساجو کې منع ته راولي ، لکه مثانه او مقعد کې .

ii **Loss of base line variability** د قاعدوی کربنې د تغیراتو ضیاع .

iii **Deceleration** ناوخته یا موخر

b . که د جنین د وینې نمونه د **Scalp** څخه واخیستل شي قاعدوي **Deficit** به

10meq/l څخه زیاته او pH به په دوهمه مرحله کې ١٥ ، ٧ څخه کم وي .

٤ . مورنۍ **Distress** :

a . ستومانه مور وروسته د لومړنۍ اوږد صفحي څخه .

b . هغه کس چې وېره لري چې په صحیح شکل یې **Analgesia** نه وي اخستي .

٥ . د جنیني معیوبیت یا **Morbidity** وقایي لپاره :

a . زیات بی موده ماشومان

b . د **Breech Presentatoin** په حالت کې د سر زیږون .

٦ . د مورنۍ معیوبیت کموالي په خاطر :

c . هغه چې تنفسي یا زړه ناروغۍ ورسره وي

d . د **dural tap** څخه وروسته د **Epidural** زرق کول د کونښن په

جریان کې .

د استعمال څخه دمخه شرایط :

➤ عنق باید بشپړ پراخوالي کړي وي .

➤ مثانه او مقعد باید تش شي .

➤ غشاء باید تمزق کړي وي .

- دزیرون لپاره بایدکوم بل خنډ موجودنه وي لکه د **Disproportion** خطر نه وي.
- یو قسم د **Anaesthesia** باید استعمال شي **Epidural** (که مخکې نه وي ورکړل
- شوي) **Pudendal block** او یا **Field block** تظاهری برخی په **Level** باندې متکي وي او د تدور اړتیا پورې اړه لري .
- د بنځې پنبې د **Lithotomy** حالت په واسطه تقویه شوي یا استناد ورکړل شي .
- تخنیک باید بشپړ معقم وي .
- د **Episiotomy** اړتیا تقریباً هر وخت موجوده وي .
- میتود : دغه میتودونه دکتلو په واسطه او همدارنگه ولادي وارد کې د مرستې کولو په واسطه بڼه یادیږي . دلته یوازې د مهمو میتودونو څخه یادونه کوو .
- فورسپس ترکشن :
- ۱. د استعمال څخه دمخه باید د استعمال شرایط وکتل شي .
- ۲. وکتل شي چې هر یو **Occipito Anterior** یا مستقیماً **Occipito Posterior** وي .
- ۳. باید چې د فورسپس **Blades** جوړه وي . او د **Antiseptic** کریم په واسطه بنویه شي .
- ۴. دوه گوتې باید د جنین د سر په لور په مهبل کې دننه شي او مهبلې نسج لرې کړای شي اوځان باوري کړی چې دعنق کومه مورچه یا برجسته برخه پاتې نه وي .
- ۵. چپ **Blades** د **forceps** د گوتو د **Palmar** برخی په لور دننه کړل شي او د حوصلې انحنامو باید په یاد کې وي او همدارنگه لاستی یې

باید د استعمال په وخت کې عموماً پورته وي (تقریباً مورنی Pubis د پاسه) .

۶. اوس باید د Fourchete په هذا کې د فورسپس لاستی بنکته راوړل شي چې دې عمل په واسطه blades د جنین راس Parital eminence د پاسه قرار نیسي .

۷. د چپ لاس گوتې د جنین د سر بل طرف لخوا دننه کړي او د Forceps Blades سم ځای ته سوق کړئ .

۸. دواړه Blades وترئ او ځان باوري کړئ چې دواړه په درست ډول سره یو ځای شوي دي کنه ؟ که په درست ډول سره یو ځای نه شي نو داسې فکر وکړئ چې Blades په خپل اصلي موقعیت کې قرار نه لري . Blades لري کړئ او عملیه بیا له سره پیل کړئ .

۹. هغه وخت چې سر Crown حالت کې شي نو Episiotomy تر سره کړئ .

۱۰. Traction تر سره کړئ . په دې ډول سر پورته کش کړئ چې سر ولادي کانال سره اړیکې ولري .

د فورسپس تراکشن او تدور :

۱. مخکې له استعمال څخه د استعمال شرایط دی وکتل شي .

۲. وکتل شي چې Occiput چېرته موقعیت لري . (عموماً که تدور تر سره کېږي جنبي موقعیت ولري) .

۳. Forceps باید د Occiput پر لور د لارښوونې دلاستې یا غوتې په واسطه و نیول شي .

۴. قدامي Blades ونیسئ . د جنین د مخ د پاسه یې تیر کړئ او بیا ۹۰ درجو په اندازه تدور ورکړئ په دې شکل چې Parital Eminenc د پاسه جفت شي .

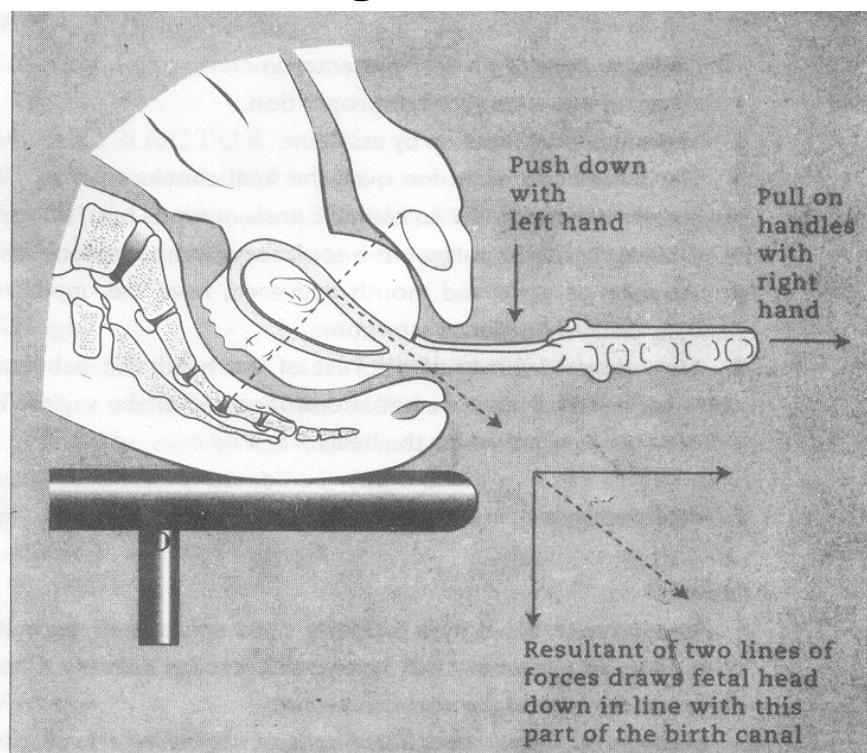
۵. خلفی Blade مستقیماً د گوتو د رهنمایی په مرسته پورته مهبل کې تطبیق شي ترڅو مهبلې انساج د Blade په واسطه له منځه ولاړ شي یاد Blade په واسطه ونه نیول کړی.

۶. لاستی بند (Lock) کړئ د سر وحشي تدور په وخت کې اوږد Plane کې زیاتره Asymmetry لیدل کېږي (Asynclitism).

۷. غټه گوته د Blades په منځ کې کېښودل شي ترڅو د جنین سر د Compression

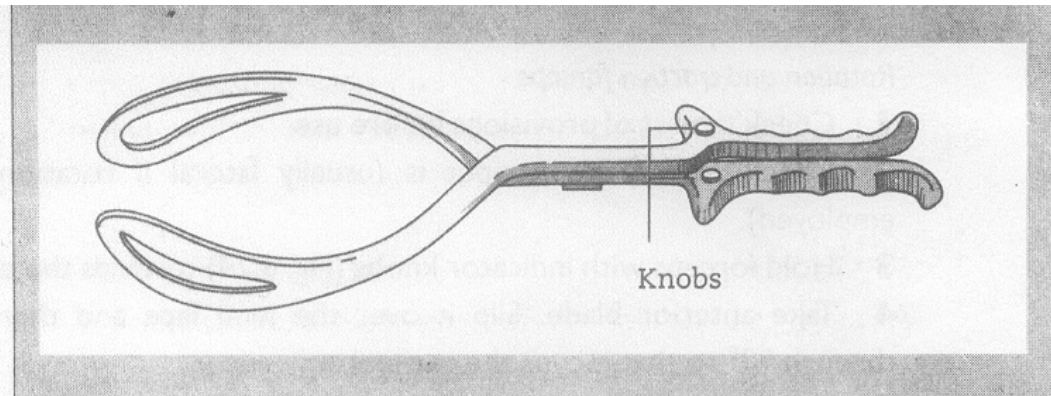
یا فشار څخه مخنیوی وشي یا د فشار څخه مخنیوی وشي .

د کش کولو صحیح خط



(۶-۲۳ تصویر) : د کش کولو درست خط یا مسیر د دوو لاسونو یو ځای استعمال په واسطه لاس ته راځي نو ځکه د محوري Traction جوړې څخه کار ډیر په آسانی سره کېږي.

Kielland's فورسپ



(۶.۲۴ تصویر): عبارت له **Kielland's forceps** څخه دی چې لارښوونکې غوټه په لاستي کې رابښي.

۸. په احتیاط سره **Asynclitism** اصلاح کړئ هغه وخت چې تدور او **Traction** تر سره کېږي عموماً درې واړه حرکات یو ځای پرمختګ کوي.
۹. په دې شکل **Traction** تر سره کړئ چې سر ولادي کانال په سیر کې وي.

په هغه سر باندي د فورسپس استعمال چې **Breech Presentation** کې وي:

۱. وکتل شي چې کوم **Gross Disproportion** وجود ونلري.
۲. د اسیستانت په واسطه د جنین تنه پورته وساتل شي.
۳. یو **Blade** په یو وخت کې په دې شکل وښویول شي چې د جنین رخسار څخه تیر او

Parital Eminence د پاسه جفت شي (عیناً د **Cephalic Presentation** په شان اما ۱۸۰ درجې معکوس).

۴. مخ ته د عجان له پاسه زیږون ورکړئ. باید چې **Episotomy** له مخکې نه تر سره

شوي وي.

۵. هر څومره ژر چې خوله او پزه زيږون وکړي نو د پورتنۍ تنفسي لارې به له مخاطې افرازاتو څخه پاکه وي .

۶. د سر پاکی پاتې زيږون بايد په احتياط سره وشي . جنين هغه وخت چې پزه او خوله يې د مهبل څخه دباندي وي کله چې وغواړي ساه اخيستی شي . کوبنښ وکړئ دسر Crowing ۲-۳ دقيقې ونيسئ .

اختلاطات :

مورني :

➤ د عجاني څيرې کيدنه : بايد په مناسب وخت او په مناسب لور کې د مناسب

Episiotomy په واسطه وقايه شي . عموماً د Forceps زيږون په وخت کې Episiotomy ته پراختيا وکړي تل ددې په خاطر د Episiotomy په زروه کې شق تر سره شي .

➤ مهبلې تخريب : عموماً د مهبل څپرې کيدنه هغه وخت ليدل کيږي چې مهبل کې

نزولي سر Ischial spines په حذا کې ونيول (گير) شي.

➤ د ادارار احتباس : امکان لري د مثاني دغاړي داډيما له امله وي . چې دغه اډيما د

مسلسل دريناژ نتيجه ده .

جنيني : Bruising to Head : ممکن د Cephalo Hematoma خواته

لار شي .

➤ Facial Palsy : چه د جنين عصب د غور قدامی برخه کې وی غير

محفوظ وی ممکن د فورسپس د Blades په واسطه فشار لاندې

راشي عموماً يوازي موءقتي اغيزې لري.

➤ (Intracranial) نذف: که Blades په سمه توگه تطبیق شوي نه وي
يا زيات Traction تر سره شوي وي.

ناکامه فورسپس :

Forceps په واسطه د زيرون کونښن کېږي کوم چې بريالی نه وي.
دلایل :

۱. عنق بشپړ پراخوالي نه وي کړی .

۲. د سرد حالت غلط تشخيص ، شخص داسې فکر وکړي چې سر

Occipito Anterior

دی په داسې حالت کې چې سر **Occipito Transvers** يا **Occipito Posterior** وي .

۳. غير متوقع **Disproportion** .

درملنه : بايد با تجربه کس له روغتون نه وغوښتل شي او بيا :

۱. که مور او جنين دواړو حالت ښه وي دبشپړ پراخوالي انتظار دې
ويستل شي .

۲. د سرد تدور په واسطه زيرون ورکړئ .

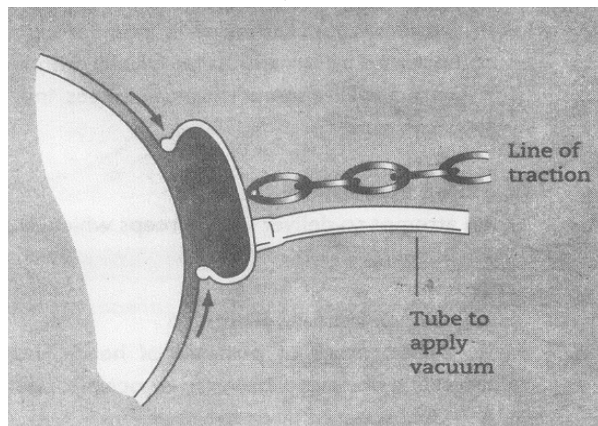
۳. سيزاين سکشن

واکيوم اکسترکشن :

دغه آله د جنين د سرد نرمو نيولو لپاره استعمالېږي او کش کول يا
Traction ترسره کېږي. د **Suction** کپ د راس نرمه انساج ځنډوکی تطبیق

کيږی او ځنډيورنه خواته کش کيږی .

واکيوم کپ



(٦-٢٥) تصویر: Suction د سرد نرمو انساجو د راوتلو برخو د پورته کولو لپاره استعمالېږي .
 استعمال : په اروپا کې په پراخه پیمانہ استعمالېږي . په برطانیہ کې لږ
 استعمالېږي او په U.S.A کې ډېر لږ استعمالېږي .
 په هغه هیوادونو کې چې په روغتیایي پرمختیایي حالت کې وي ډېر
 گټور دي لکه افریقا ځکه چې نسبت فورسپس ته د ډېرې کمې تجربې والا
 شخص په واسطه هم استعمالیدی شي . د با تجربه ډاکټرانو په واسطه او
Symphysiotomy په شمول د هغه حوصلې څخه چې ډېر کوچنی **Outlet**
 ولري ماشوم زیږیدی شي .
 لومړني صفحه:

١. جنیني **Distress** هغه وخت چې عنق ٨ سانتي متره پراخه وي (خصوصاً که بنځه **Multiparous** وي) .

٢. د پرمختگ فقدان وروسته له دې چې عنق ٨ سانتي متره پراخ وي
 (خصوصاً که بنځه **Multiparous** وي) .

(دوهمه صفحه) :

١. د پرمختگ فقدان :

د **Occipitor Posterior** یا **Transverse Position** سره په عام ډول د **Epidural** یو ځای وي .

a. مور به ډېره ستړې وي .

٢. **Compound Presentation** وروسته د تظاهري لاس د تعویض څخه

٣. اوچت (**High**) سرد دویم غبرگونکي جنین

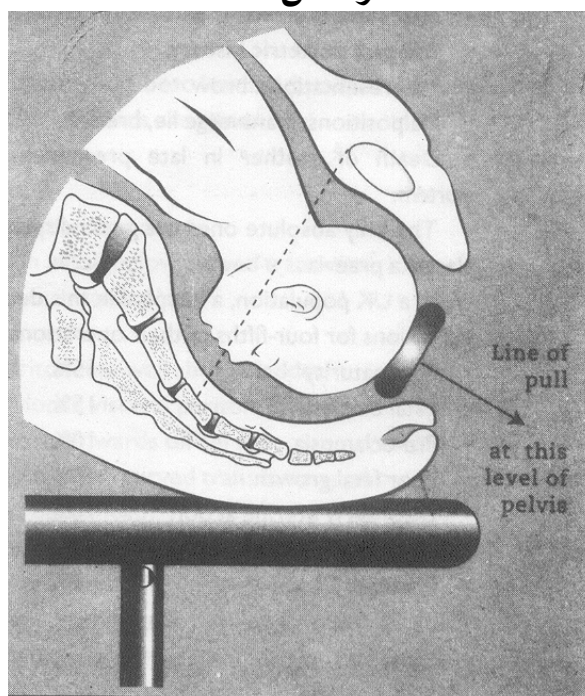
په جنیني **Distress** کې لږ استعمالېږي ځکه چې فورسپس نسبت دې ته نرم وي اما که

شخص بي تجربې وي نو **Vaccum extra** نسبتاً محفوظه لاره ده .

مضاد استطباب :

- **Disproportion**
- **Mal Presentation** (خصوصاً منخ)
- **Immature** ماشومان
- میتودونه : په ولادي وارډ کې د کتلو او مرستې کولو په واسطه ډېر
ښه یادېږي . دلته یوازې څو مهمو ټکو څخه یادونه کوو .
- ډېر لوی **Vaccum Cap** باید د عنق څخه تېر شي که امکان ولري ۶۰
ملی متره قطر لری .
- **Cap** هموار د جنین پر سر باندې ونیول شي او **Vaccum** اچولو
باندې پیل وکړي .
- یوازې دومره **Vaccum** تر سره شي چې **Cap** له سر سره ونښلي .
بیا د بشپړې
احاطې معاینه وشي تر څو مورني نرم انساج پکې نه وي نیول شوي .
- **Vaccum** تر 0.4kg/cm^2 پورې وزن یې لوړ شي او یو ځل بیا یې محیط
ارزیابي شي .
- **Vaccum** تر $0,6\text{ kg/cm}^2$ پورې لوړ شي او محیط یې بیا وکتل شي
➤ تر 0.8kg/cm^2 پورې لوړ شي او محیط بیا وکتل شي .
- لاستی یې کش کړل شي او په درست مسیر د حوصلې په انحنای کې
ښي زاویې خواته
- د جنین پر سر باندې **Traction** وارد کړئ .
- که د جنین په سر باندې په فشار کېښودل شي او ترکشن په ښي خوا
زاویه باندې د
بل لاس په واسطه فشار وارد شي .
- مخکې له دې چې سر عجان ته ښکته شي **Episiotomy** تر سره شي
تر څو خلفي
کش یا **Pull** ته اجازه ورکړي .
- د **Vaccum Suction** کمولو په واسطه **Cap** لرې کړئ .

- بر علاوه د فلزي Caps څخه رابري Caps Silastic هم وجود لري کوم چې د جنين په سرباندي لږ ترضيض يا Abrasion وارد وي .
- اختلاطات :
- مورنی :
- د عنق تخریب
- مهبلې ديوال تخریب که د Cap تطبيق اود Vacuum د زياتولو په وخت کې احتياط وشي نو دغه تخریب کمېږي .
- امکان لري چې وروسته د ادارار احتباس را منع ته شي .
- د ترکشن خط :



(۶.۲۶ تصویر) : د Vacuum Extraction په واسطه د درست Traction مسيرنښي:

جنيني :

- Cehpalo Hematoma
- جلدي يا ترضيض
- دواړه تقريباً لږوي .

سیزارین سکشن:

د جنین زیږون د بطن د جدارد جراحی په واسطه عبارت دی .

استعمال : د ولادي ډاکټرانو سهولت پورې او د هغه نفوس پورې چې ترې گټه اخلي اړه لري . په برطانیه کې د ټولو زیږونونو ۵- ۱۵ % سیزارین تشکیلوی .

استطباب : نسبت ناروغ ته ، ولادي ډاکټر او ولادي چاپیریال ته ځینې یې مطلق اما ډېر زیات یې نسبی وي . په عمومي توگه په هر حالت کې که د مهبلی زیږون خطر نسبت د بطن جراحی ته مور او جنین دواړو زیات وي نو سیزارین سکشن (CS) تر سره کېږي .

➤ د ماشوم د راس عدم تطابق د حوصلې سره

➤ د زیږون په لومړۍ صفحه کې جنیني distress یا سقوط شوی نوم (حبل) .

➤ د زیږون د پرمختگ ناکامېدنه سره له وړ تنبه سره .

➤ د زیږون په جریان کې جنین له Hypoxia څخه ژغورل . پري اکلمپسیا او داخل الرحمي ودهء تاخر .

➤ **Abruptio Placenta, Placenta Pervia**

➤ پخوانۍ خرابه ولادي تاریخچه .

➤ معیوبه اعتلان (تندي)

➤ معیوبه وضعیت (مستعرض قرار او بریچ)

➤ د زیږون په اخر کې د مورد مړینې وروسته او د ژوندي جنین لاسته راوړل د **Post Martom** څخه .

➤ هغه وخت چې مطلق **Indications** عبارت دی له : **Gross**

Disproportion او د

پلاستا پریویا ډېره لوړه درجه .

د برطانیې په یوه روغتون کې په دې لسیزو کې لاندې **Indications** باید
۴/۵ برخې د نفوس کې دا عملیات استطباب لري .

➤ **15% Post Maturity**

➤ جنیني زجرت 15%

➤ پري اکلپسیا 10%

➤ ناقصه جنیني وده ۱۰%

➤ غیر منظم رحمي وظیفه ۱۰%

➤ **Breech, Face and Brow 15%**

➤ سیزارین پخوانی ۱۰%

د عملیاتو ډولونه :

۱. د سفلي سگمنت عملیاتونه : په سفلي سگمنت کې مستعرض
عملیات چې . په برطانیه کې د ۹۹% څخه زیات عملیات په دې ډول
ترسره کېږي ځکه چې :

a. جرحه خارج پریطواني وي او د پریطوان د انتان خطر لږ وي .

b. وروسته له عملیاتو څخه لږ اختلاطات لیدل شوي .

c. د ندبي د نسج جوړیدل ژر صورت نیسي ځکه چې سفلي برخه د نفاس
په دوران کې نسبتاً آرامه وي .

d. په **Subsequent Pregnancies** کې د تمزق خطر لږ وي .

2. **Classic** عملیاتونه : په علوي سگمنت کې عمودي عملیات ترسره
کېږي :

a. که سفلي سگمنت کې عملیات ترسره نشي لکه **Fibroid** ولري یا
پخوا دوه یا درې **CS** ترسره شوي وي .

b. که **Transverse lie** موجود وي .

c. که ماشوم ډېر کوچنی وي د ۲۴-۲۸ اونيو پورې وی سفلی عمودي
شق یا **Delee's Incision** اجرا کېږي .

بي هوشي : عمليات Anaesthesia ته اړتيا لري ، Alternatives يې عبارت دی له :

۱. عمومي بي هوشي

۲. Epidural Block

۳. Infiltration يا موضعي بي هوشي مواد .

جراحي تخنيک : جراحي عمليات يې په عمليات خانه کې دکتلو او مرستې کولو په واسطه بڼه يادېږي . دلته يوازې د څو مهمو ټکو څخه يادونه کوو .

د سفلي سگمنت عملياتونه : د سفلي سگمنت عملياتونو لپاره اساسات :

- يو Pfannenstiel جلدي شق ، سفلي منځني مستعرض .
- د Rectus عضلي Sheath په عين Plane کې خلاصېږي .
- جداري پريټوان دمټانې څخه بايد پورته خلاص شي .
- په سفلي سگمنت کې سست پريټوان بايد خلاص او واخيستل شي .
- مټانه بايد د عنق څخه سفلي برخو خواته تېرله شي . سفلي سگمنت بايد د يو

منځني مستعرض عمليات په واسطه خلاص شي . د جنين تظاهري برخې وکتل شي کوم چې لاندې بندې دي .

- تظاهري برخې خلاصې کړای شي ، پام وکړی شي چې داوږې په واسطه رحمي شق نور پراخه نه شي يا زيات نه شي .

- جبل تقسيم شي او جنين Pediatric Care مرکز ته يوړل شي (که اړتيا وي نو احيای مجدد او Aspiration تر سره شي) .

- پنځه يونټه وريدي Syntocinon ورکړل شي .

- **Placenta** او غشاء لري کړای شي .
 - رحمي شق يا جرحه په دوه پلانونو کې وگنډل شي .
 - حشوی پریطوان وتړل شي .
 - د بطن جدار طبقه په طبقه ترمیم شي .
- کلاسیک عملیاتونه :
- یو پورتنی **Periumblical , Paramedian** جلدي شق .
 - **Rectus** عضلي جلا کړئ.
 - د منځني خط یوې خواته پریطوان خلاص کړي .
 - رحمي تدور وگورئ عموماً د بني طرف ته دې باید د لاس په واسطه اصلاح شي .
 - د رحم په پورتنی عضلي ضخیمه برخه کې د متوسط خط شق په واسطه خلاص کړئ .
 - راوتلی غشاگانې شق کړئ او د جنین پنبې بهر کړئ باقي پاتې بدن یې د جراحي له لارې بهر کړئ .
 - ماشوم جلا کړئ او د ماشومانو مرکز ته یې ولېږئ .
 - پنځه یونته وریدی **Syntocinon** ورکړئ .
 - **Placenta** او غشاء لري کړئ.
 - رحم په دريو طبقو کې وگنډل شي باید په احتیاط سره مړه انساج لري کړل شي .
 - د بطن جدار طبقه په طبقه وگنډل شي .
- اختلاطات :
۱. نذف:
- a. که د مستعرض رحمي شق زاویې رحمي او عیو ته وسعت پیدا کړي زیاته خونریزی

منځ ته راځي .

b. بايد تل دوه يونټه **Cross Match** وینه موجود وي .

2. انتان :

a. د **Sepsis** او **Antisepsis** شرايط مراعات شي .

b. وقايوي **Antibiotic** ټولو بنځو ته ورکړل شي .

3. بطني پراخوالي :

a. د يوې ورځې يا زياتو لپاره ډېر معمول دي .

b. وخت ته انتظار وويستل شي .

4. Ileus :

a. متوسط ساحوي **Ileus** ممکن ۲۴ ساعتو لپاره رامنځ ته شي .

b. د وخت انتظار وويستل شي او بايد کولمې ډکې نه شي . (ناروغې

ته بايد ۲۴

ساعتو لپاره وريدي مایعات ورکړل شي) .

اوږد **Ileus** ممکن هغه وخت رامنځ ته شي کله چې په کولمو کې ډېر

لاس ووهل شي او يا د کولمو **Packing** زيات صورت ونيسي د معدې

تخليه کولو او د وريد مایعاتو د ورکولو په واسطه بايد درملنه و شي .

ريوي امبوليزم :

➤ وروسته د **CS** څخه نسبت مهېلی زيرون ته خطر زيات وي .

➤ د پنبو دمقدمو حرکت او تمريناتو په واسطه د **Thrombosis** څخه

مخنيويکيدی شي .

➤ پنبو او حوصلې **Ebolism** علايم بايد ډېر په دقت تر نظارت لاندې

ونیول شي او د

مقدم **Anticoagulant** په واسطه مخنيوي و شي .

➤ د وقايوي **Anticoagulation** په واسطه د **Thrombosis** څخه

مخنيوی کولی شو

(Sub Cutaneous heparine) خصوصاً هغه بنځې چې خطر لاندې دي :

▪ چې عمر يې ۳۵ کالو څخه زيات وي.

▪ چاغوالي

▪ پخوانۍ د Thrombosis تاريخچه ولري خصوصاً که Oestrogen

سره اړيکې ولري

(لکه Oral Contraceptive) .

▪ کم حونۍ

انزار : مورنۍ مړينې : ۱ / ۳۰۰۰ میندې د CS څخه د پورتنیو

اختلاطاتو له امله مړې کېږي .

معیوبیت : د هغو بنځو له جملې څخه چې CS تر سره کړي یوازې

پنځمه برخه یې Subsequent زیږون اخیستی او له دې جملې څخه :

1. که چیرې غیر رجعي استطباب ولري لکه Fetal distress دوه یا درې

مهلبې زیږونونه

کولی شي .

2. که رجعي استطباب موجود وي لکه Disproportion نو یوازې ۱ / ۸

برخه یې مهلبې

زیږون کوي .

بر سیره له پورته څخه هغه بنځې چې CS پرې تر سره شوي وي باید

ټولې امیدواری یې په روغتون کې تر مناسب نظارت لاندې صورت ونیسي

. د بل ځل لپاره د زیږون په اوخرو کې رحمي ندبي نسج لري کېدو یا خوشې

کېدو ته باید متوجه اوسو .

همدارنگه که د Oxytocin په واسطه تنبه صورت نیسي نو ډېره زیاته

پاملرنه باید ورته وشي .

جنیني :

مړينې : د استطباب پوری اړه لري . Cs خطر کموی اما که پرله پسې حالاتو لپاره تر سره شوي وي . دا ممکن یوازې په هغو بنځو کې استطباب لري چې خرابترینې درجې ولري ، نو ځکه جنیني انزار د عملیاتو له امله نه بلکې د هغه حالت له امله چې CS تر سره شوي خراب وي .

معیوبیت : که CS مخکې له ۳۲ اونيو څخه تر سره شوي وي . ددې خطر شته دي چې سږو کې مایع پاتې شي .

الوتونکې ولادی تیمونه: د برطانیې په زیاترو روغتونونو کې کوم چې ولادي کارونه کوي ولادی ډاکټر او قابله وجود لري کوم چې د اړتیا په وخت مرستې هغو سیمو ته چې روغتون نه لیرې وي ورسول شي . په ځینو تیمونو کې چې پراخه سیمه تر کنترول لاندې لري یو Anaesthetist هم اضافه شوي . او دا ټیم غواړي چې Domicilling او GP Unit تر منځ ارتباط وساتي ، په (۳- ۶) جدول کې ښودل شوی چې د مختلفو دلایلو له امله په عاجل ډول ولادي تیمونه غوښتل کېږي . زیاتره ددوی کارونه فعلاً داحیاء مجدد دي چې بنځې په محفوظ شکل داسې ځای ته نقل کړي چېرته چې یې سمه او دقیقه درملنه وشي .

د ولادي الوتونکې تیمونو د غوښتنو لپاره دلیلونه :

شماره	د غوښتنې لپاره دلیلونه	1975 (%)	1989(%)	1996
1	زیان	15	20	د الوتونکو ولادي تیمونو نه موجودیت
2	مخکې د زېږېدنې نه د وینې بهیدل	15	5	
3	د زېږېدنې ستونزي	30	3	
4	نورمال زېږېدنې	0	70	
5	د دریمې صفحي ستونزي	40	2	

		او د زېږېدنې نه وروسته د وینې بهیدل	
--	--	--	--

۶۳ جدول: د St. George's روغتون کې د الوتونکې ولادي ټیمونو غوښتل شوي لاملونه رابښی.

په اوسني وخت کې د زیږون مسایلو لپاره Calls کم شوي دي او ټیمونه په غیر ضروري شکل راغوښتل شوي ۱ / ۴ برخه ناروغانو ته وریدي مایعات ورکړل شوي او که د یو فیصد څخه کمو ته غیر Crossmathch وینه ورکړل شوي زیاتره کار د هغو ښځو لپاره دی چې نسبتاً نورمال دي او اوس اوس یې زیږون کړی وي. د دغه قسم ښځو لپاره الوتونکې ټیمونه ضرورت نشته، بلکې یوازې د یو امبولانس اړتیا دی چې یوازې قابله او صحي کارکوونکې ته انتقال ورکړي. الوتونکې ټیمونه د جامعي د اعتراض لاندې و او دغه ولادي یونټ دې حالت سره مخامخ شو چې باید د آخرنې لسیزې بریالی او ستندرد پرکتسونو څخه استفاده وکړي. پخوا به چې شخصي ترانسپورتي وسایل کم و، تیلیفون غیر معمول و، روغتون ته تگ گران و، نو د الوتونکې ولادي ټیمونو اړتیا هم زیات و. اوس چې دغه وسایل زیات شوي نو د ولادي الوتونکو ټیمونو ضرورت هم کم شوي. کله چې یو ټیم ولادي ډاکټر، قابله او انستیزې لوگ په کې وجود ولري د روغتون څخه خارجېږي، نو د روغتون داخل بستر ناروغان یې سرنوخته پاتې کېږي. په اوس وخت کې صحي کارکوونکې په امبولانس کې د احیايي مجدد لپاره تربیه کېږي. همدغه خلک بیا کورونو ته ځي او ښځې روغتون ته راولي. ځیني الوتونکې ولادي ټیمونه په قبایلي سیمو کې تر اوسه هم پاتې دي. مگر په ۱۹۹۶ کې زیاتره یې تړل شوي وو او دا بهتره ده چې دغه تجربې د صحي کارکوونکو په واسطه تر سره شي نه د یوې قابلې یا ولادي ډاکټر له خوا.

اووم خپرکی

خو کونې امیدواري او زېږونې

غبرگوني

ډولونه

د غبرگوني تشخيص

غبرگوني لپاره تدابير

درې گوني

په انسانانو کې ډير عام زېږونې د شمېر له نظره د يو کوچني زېږول دی . خو گوني زېږول لږ او نادر دي . (۱-۷) جدول . او نژادي خصوصياتو له مخې توپير کوي (د مثال په توگه په غربي افريقا کې نسبت اروپا ته ډير زيات ليدل کيږي) .

د نظر او حقيقت تر منځ توپير د زېږونو تعداد کموالي او همدارنگه کم زېږونونه په زړو نسخو کې او هغو کې چې لوره Parity ولري له امله وي همدغه دواړه د Multiple اميدوايو Rate زياتوالي لاملونه گڼل کيږي .

غبرگوني :

ډولونه :

يو تخمه يي غبرگوني : Monovular غبرگوني د يوې تخمې څخه چې د يو Sperm په واسطه القاح شوي وي رامنځ ته کيږي وروسته د Two-cell تقسيماتو څخه ددې په عوض چې Four -cell مرحلې ته داخل شي Blastomers په دوه بېلابېلو Cell bodies باندې تقسيميږي چې دوه جنينه بيا ترې جوړيږي . نو ځکه عام Chromatin material وجود لري ، جنس او فزيکي خواص به يې يو شان وي او Identical غبرگوني توليد يږي .

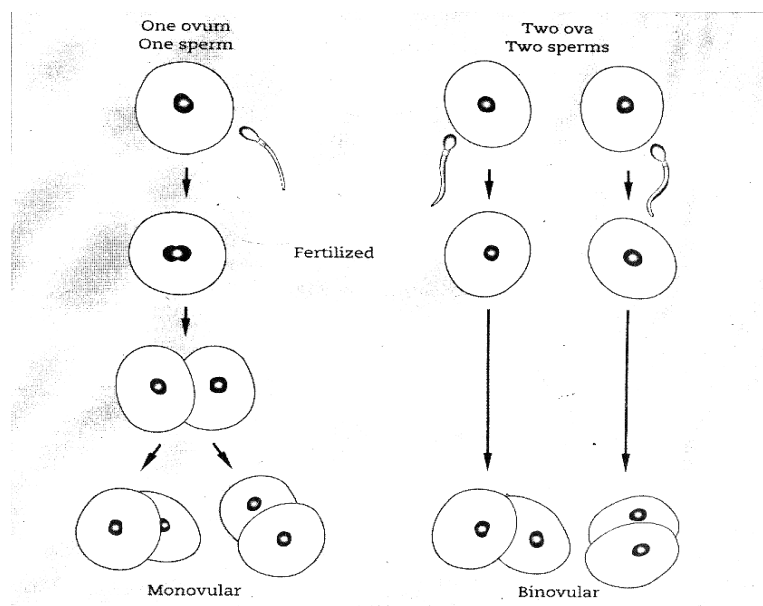
دوه تخمه يي غبرگوني : دوه تخمه يي غبرگوني هغه وخت جوړيږي چې دوه جلا تخمې د دوو جلا جلا سپرمونو په واسطه القاح شي دغه تخمې په يو تحيض سايکل کې ازاديږي او ډير امکان لري چې په واحد Intercourse کې القاح هم شي سره ددې چې په جلا وختونو کې وي . دواړه Blastomers په جلا

ډول وده کوي او جلا Chromatin material لري . دا ممکن دوه جلا جينونه (Sex) وي او فزيکي خواصوله مخې عيناً د فاميلي غړو په شان وي . دوی Non identical غبرگونې وي او مقدم التراسونډ په تفریق کې مرسته کوي .
د څوگونې اميدوايو اندازه

نقلوی	حقیقی	
12.5 (1 : 80)	10.8	دوه گونې
0.16 (1 : 80 ²)	0.24	درې گونې
0.02 (1 : 80 ³)	0.02	څلورگونې او نور زیات

(۷-۱) جدول : د Multiple اميدوايو اندازه په هر ۱۰۰۰ زيرونو کې په England او Wales په (۱۹۸۹) کې د بيالوجيکي Rate يا شرح لري مقایسه شوي .

يو تخمه يي او تخمه يي دوه گونې



(۷-۱) تصویر : بيالوجيکي توپيرونه په منع د Monozygular او Binovular twins کې رانښی .

پېښې : Monozygular غبرگونې ۱/۱۰۰۰ / ۳-۴ دی او ډير لږ واضح يا ښکاره ورته والی وجود لري . Binovular غبرگونې ممکن مور لخوا نه کورنی .

تاریخچه ولري. همدغه حالت دی چې نژادی او مورنی عمر توپیر مهم گنل کیږي
Binovular غبرگوني نسبت Monovular غبرگونو ته ډیر عام دی (۱ : ۴)

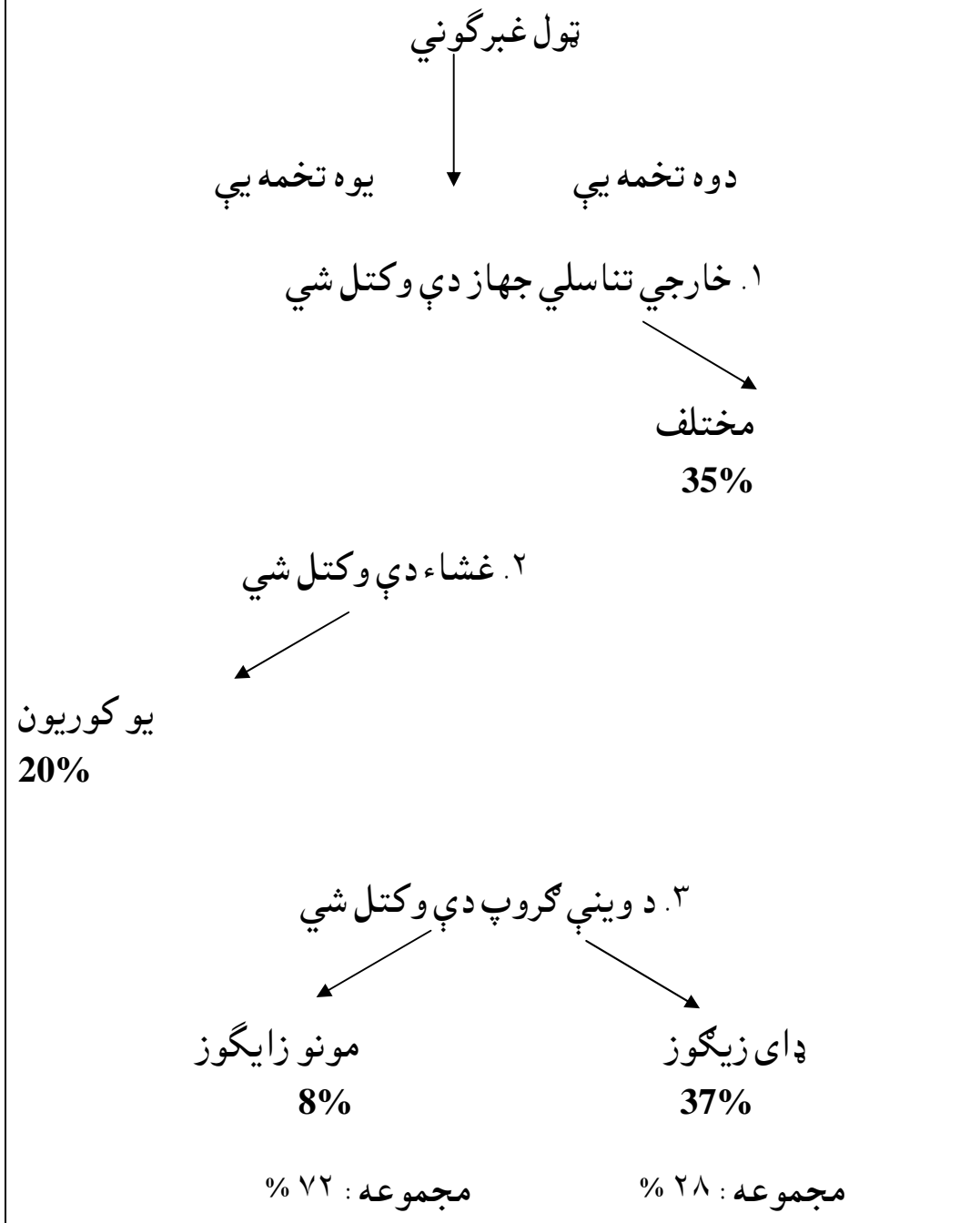
Binovular غبرگوني هغه وخت عام وي چې:

- د Non identical twins مورنی فامیلی تاریخچه وجود ولري.
- ۳۵ کالو څخه پورته
- وروسته د تبادلې کولو د درې یا زیاتو القاح شوي تخمونه په Invitro القاح کې یا Gamete intra fallopian transfer .

د غبرگوني تفریق :

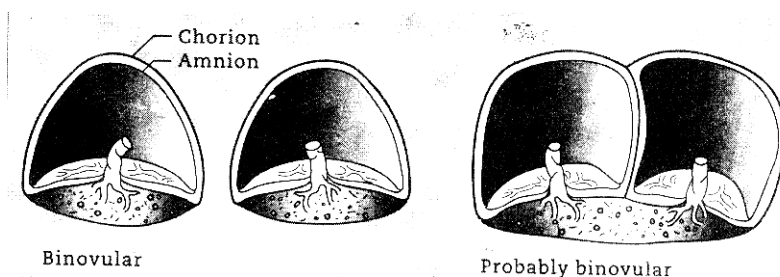
- 1) جنس (Sex) : که جنس یې مختلف وي نو Binovular غبرگوني به وي او که sex یې یو شان وي نو دواړو امکان شته .
- 2) Placenta : که دوه جلا Placenta موجودی وي Binovular دی که یوه Placenta ولري نو دواړه امکان لري په (۳-۷) تصویر د کڅوړو په منځ کې حجاب یا Septum کې وکتل شي. (۲-۷) جدول :
- 3) د وینې گروپ: که Diachronic ډولوکې شک موجود وي نو , ABO, RH Duffy Kell او MNS معاینه شي .
- 4) Finger Prints : که مختلف وي نو Binovular وي .
- 5) DNA Finger Printing د Probes په واسطه تقریباً ۶۰ نوع بي ځایه شوي او متغیر سایز انومالي گاني لیدل کېږي .

د غبرگوني اقسامو پېژندنه :



(۷-۲) تصوير: د غبرگونو ډولونو پېژندل رانېسي

د پلاستنا ډولونه په دوه گونو اميدواريو کې



(۷-۳) تصویر : په غبرگونو کې د Placenta انواع زیاتره غشاگانې
 ابتدایي امیدواری کې U/S په واسطه لیدل کیدای شي او د غبرگونې نوع تفریق
 کیدای شي .

دوه گونو تفریقي تشخیص

د دوه گونو نوع	د پلاستا نوع	غشاء
یو تخمه یې	Monoamniotic Monochromic	موجوده نه ده
یو تخمه یې	Diamniotic Monochromic	یوازې امنیون
یو تخمه یې	Diamniotic Dichorionic	کوربون او امنیون

(۷-۲) جدول : د Placenta د معاینې په واسطه د غبرگونې تفریق :

د غبرگونې تشخیص :

تاریخچه :

- په فامیلی تاریخچه باندې مشکوک کیدنه خصوصاً مورنی Non identical غبرگونې
- د غبرگونې پخوانۍ ولادي تاریخچې موجودیت
- په لمړنی امیدواری کې د ډیرو زیاتو کانگو موجودیت

معاینات : د ۲۰ اونيو څخه پورته معاینات رحم نسبت عادی حالت ته ډیر لوي ښکاره کیږي . لومړي ډیرزیات اطراف جس کیږي اما اخروکې دوه جلا قطبونه موجودوي د ۳۰-۳۲ اونيو پورې لکه (دوه سرونه او یو Breech)

تحقیقات : ۶-۷ اونيو کې د التراسونډ په واسطه دوه جلا کڅوړې لیدل کیږي په همدغه کڅوړو کې ریشم د ۷-۸ اونيو په جریان کې د لیدو وړ وي . د **Monovular** او **Binovular** تر منځ توپیر دماهر شخص په واسطه د غشاء گانو په منځ کې د حجاب موجودیت څخه کیدای شي . عموماً هغه **Twins** چې په لومړي کې تشخیص شوي وي د هغوی څخه یو یې وده نه کوي او جذب کیږي چې دغه حالت د **Vanishing Twin Syndrome** په نوم یادېږي .

پرته له التراسونډ څخه غبرگونې ممکن تر زیږون پورې تشخیص نه شي اما پرته له نادر حالاتو څخه . په داسې حال کې چې موجوده خلکو لپاره ستونځمن تمامېږي اما دې سره دوهم **Twin** نه متاثر کیږي تر هغه وخته پورې چې **Syntometrin** د لومړني **Twin** په زیږون کې ور نکړل شي دا ممکن د دوهم **Twin** لپاره د اوکسیجن **Supply** په خطر کې واچوي نو ځکه ددې زیږون ته باید سرعت ورکړل شي .

د غبرگونې لپاره تدابیر:

د امیدواری په جریان کې اختلاطات :

1. سقط ډیر عمومیت لري .
2. مخکې له وخت څخه زیږون عام وي (۵۰ % پیښو کې مخکې له ۳۷ اونيو څخه)
3. **Pre eclampsia** عام وي (درې چنده)
4. د کمخونۍ خطر زیاتېږي .
 - اوسپني فقدان
 - **Folic acid** فقدان
5. **Poly hydro amnios** عام وي (لس چنده پرته له **Uniovular** غبرگونې څخه)

6. د APH خطر زیاتیري

- د پلاسنتا مخکی له وخته جلا کیدل
- پلاسنتا پریویا

د امیدواری په جریان کې تدابیر :

1) مقدم تشخیص او باید په ذهن کې وساتل شي (یوازې همغه شخص تشخیص وضع کولی شي چې په دې هکله فکر کوي . عموماً التراسونډ مخکی له کلینیکي تشخیص څخه پیدا کوي .

2) اضافي اوسپنه او Folic acid بنځې ته ورکړل شي او وکتل شي چې بنځه یې خوري یا نه ؟

- د دې مقصد لپاره بیاد د وینې تکراری معاینه د Hb لپاره وشي .

3) د استراحت زیاتوالی

- ممکن Pre eclampsia څخه وقایه وکړي

- ممکن Pre term زیرون څخه مخنیوی وکړي .

که چیرې د پورتنیو څخه د یوه نښې هم ښکاره شي بنځه باید روغتون کې وساتل شي او یا هغه بنځې چې کور کې استراحت نه شي کولای (لکه په کور کې د نورو ماشومانو موجودیت)

په زیرون کې اختلاطات :

- د حبل سقوط ډیر عام دي .

• میخانیکي تصادم دمخکینی برخو (Locking) کله چې حوصلې ته د داخلیدو کونښن کوي دا یو نادر حالت دی .

- د دوهم Twin زیرون کې تاءخیر چې ډیر زیات وفيات لري .

- PPH ډیر عمومیت لري .

د زیرون په جریان کې تدابیر :

1) په روغتون کې د زیرون لپاره پلان جوړ کړای شي .

2) ځان باید باوري کړو چې لومړنی Twin طولانی (Long) وضعیت لري

مشترک تظاهر د دواړو رانښيي چې دواړه طولانی Lie لري (۹۰%) او

لومرني Twin به Cephalic Presentation حالت کي وي (۸۰ %) .
Non cephalic تظاهر هغه وخت کي عموميت لري چې مقدم Preterm
زېږون صورت ونيسي. که لومرني Twin transverse حالت ولري بايد
سيزارين سکشن تر سره شي .

3) هغه وخت چې غشاء تمزق وکړي نو حبل سقوط ته بايد پاملرنه وکړي (عموماً زېږون کي ژر صورت نيسي) .

4) پرمختگ يې عموماً د پيښو څخه ډک وي . د دواړو جينونو د زېږونو
ضربان بايد ارزيايي شي او I.V مایع جريان ولري .

5) Epidural بي هوشي عموماً مناسب او مفيد گڼل کيږي ځکه د دوهم
Twin زېږون لپاره ژر بي هوشي ورکوي ترڅو د لاس په واسطه مانور
وشي .

6) لومرني Twin ته بايد په مناسب شکل زېږون ورکړي . بايد يو انستيزي
لوگ او د کوچنيانو متخصص په وارد کي موجود وي . ممکن جنين
کوچني وي ، ممکن Episiotomy ته اړتيا را پيښ شي . په دې خبره بايد
پوه شو چې مور ته هيڅ څوک Syntometrin ورنکړي .

7) د لومرني Twin حبل ته Clamp واچوي او تقسيم يې کړي . ماشوم
Assistant او ياکه احياء مجدد ته اړتيا لري ، اطفالو ډاکټر ته وسپارل
شي .

8) سمدلاسه بايد د دوهم Twin وضعيت وکتل شي که طولاني Lie لري
نوبايد تظاهري برخه وکتل شي . که مایل يا مستعرض وي بايد طولاني
شي .

• External Version: عموماً اسانه وي ځکه چې رحم Lax يا نرم حالت
لري يا .

• دواړه External او Internal version : غشاء ته تمزق ورکړي او د
جنين يوه پښه د

عنق څخه خارج کړي چې ددې په واسطه یونا مکمله Breech presentation
حاصلیږي ، اما دا نسبتاً طولاني وضعيت کي دی .

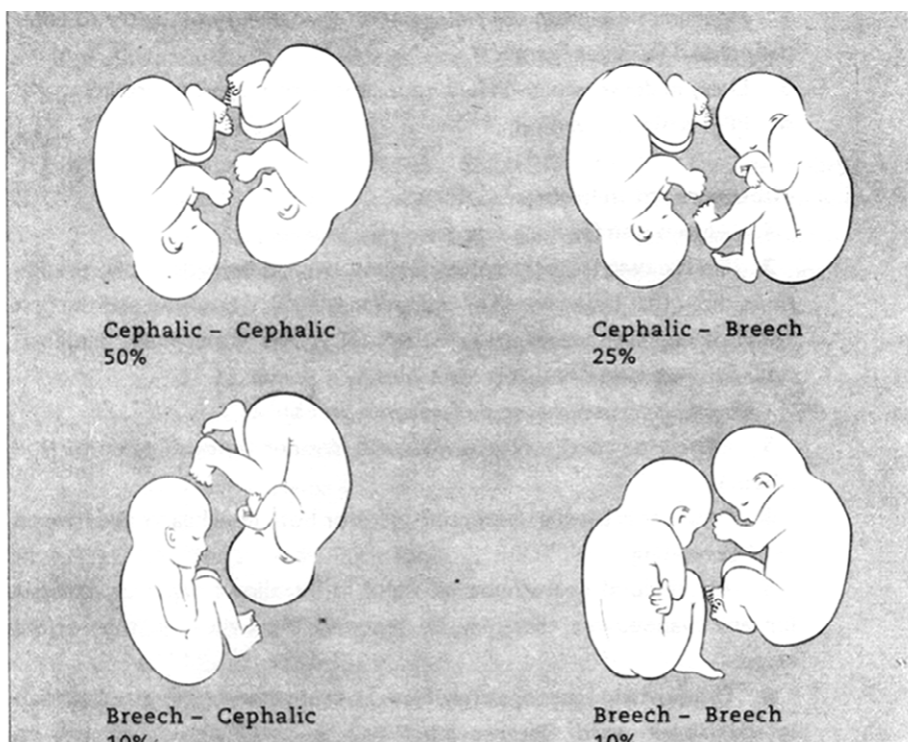
9) دوهم Twin د لومړني Twin څخه وروسته په ۲۰ دقیقو کې دننه ډیر
 نښه زیږون کوي. عموماً د لومړني Twin زیږون څخه رحم ۵ دقیقې
 وروسته بیرته په تقلصاتو پیل کوي. که پیل نه کړي نو وریډي
 Oxytocin په واسطه یې تقویه کړي. ډیر کم مقدار ته اړتیا وي. د
 دوهمې کڅوړې غشاء ته تمزق ورکړي او ماشوم ته په مناسبه توګه زیږون
 ورکړي.

10) وروسته د دوهم جنین زیږون څخه Syntometrin ورکړي او وریډي
 Oxytocin ته

یو بل ساعت لپاره ادامه ورکړي.

11) وروسته له دې چې رحم تقلص وکړي څومره ژر چې کیدای شي باید
 Placenta ته زیږون ورکړي ځکه چې احتساس پلاستنا زیات عمومیت لري.

د زېږېدنې په وخت کې د دوه ګونو اعتلان



(۷-۴) تصویر: د غیرگونو تظاهر د Mature زیږون په وخت کې (وروسته د ۳۶ اونيو څخه راپسې،

لاسته راوړنې:

مورنۍ

لوړ خطرات

• د امیدواری اختلالات لکه Pre eclampsia

• د زیږون اختلالات لکه بي هوشۍ او PPH

جینیني:

• نسبت د یو ماشوم زیږون ته په Twin کې د لومړني ماشوم خطرات دوه

ځلې

زیات او د دویم ماشوم خطرات درې ځلې زیات وي.

د مړینې لاملونه:

Immaturity (a)

Hypoxia (b)

(c) د عملیاتي زیږون خطرات خصوصاً دوهم Twin کې.

- دنوزاد خطرات د ژيږي او کمخونۍ څخه عبارت دي چې وروسته د وينې بنديدو څخه په Placenta کې داخل رحمي څخه منع ته راځي چې سبب Twin-to-twin ترانسفيوژن کيږي .
- Fetus papryceus : که د اميدواری په اخرو کې يو د غبرگونې څخه مړ شي نو د بل Twin د وده په واسطه د مړ شوي Twin جسم Dehydrated او زبيخل کيږي چې دا سبب د Pressed flower mini-fetus کيږي .
- ځنې وخت د واحد جنين په غشاء کې ميندل کيږي .
- درې گونې : نادراً ليدل کيږي ځکه چې Tri ovular twins نادراً منع ته راځي .
- عموماً Binovular twins د يوې القاح شوي تخمې په دوه جداگانه تخمونو باندې ويشل کيږي .
- عموماً په ډير Immature حالت کې زيږون صورت نيسي نو د همدې له کبله د غبرگونې خطرات دوه ځلې کوي .
- اختلاطات او تدابير يې د غبرگونې په شان وي څرنگه چې د جنين Immaturity
- زيات دی نو زيږون عموماً سيزارين سکشن په واسطه کيږي .

اتم خپرکی

نورمال نفاس

- فزیالوجیک تغیرات په تناسلی جهاز کې
- د لومړي اونۍ تدا بیر
- ماشوم
- د زېږېدنې ارزیابي
- معاینات
- فوري تدا بیر
- د ثدي په واسطه تغذي
- وروسته د زېږېدنې نه کتنه

نفاس هغه دوره ده چې مور خپل لومړنی **Pre pregnant state**

حالت ته راگرځي. د بېلابېلو غړو لپاره د برگشت بېلابېل وختونه وجود لري اما عموماً دغه ټول شپږ اونۍ وخت په برکې نیسی. په دغه وخت کې باید لاندې ټکو ته پاملرنه وشي.

- مورنۍ روغتیا اعاده او ناروغيو څخه وقایه.
- ماشوم روغتیا وساتل شي او ناروغي وقایه شي.
- د ماشوم تغذي منظم کړای شي.
- مور ته د ماشوم او د هغې خپل راتلونکې روغتیا په اړه کې تعلیم او روزنه

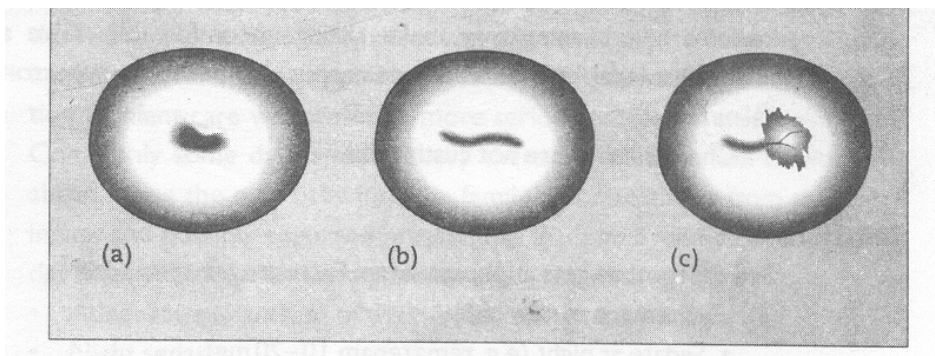
ورکړل شي.

فزیولوژیک تغیرات په تناسلی جهاز کې

رحم : د **Involution** په واسطه رحمی حجم کمېږي . ژر **Atrophy** وروسته د **Oestrogen** د مقدار سویه د لویدو یا بنکته کیدو څخه صورت نیسی . نو ځکه ۱۰-۱۲ ورځو په موده کې د **Pubis** څخه بنکته کېږي .

- د وینې د اوعیو **Thrombosis**
- د رحمي عضلاتو حجروي **Cytoplasm** , بنفسهی هضم
- د اندومتريم **Regeneration** د ۲-۶ اونيو په دننه .
- رحم هيڅ کله **Nuliparous** اندازې ته نه رسيږي اما ورته نږدې کېږي
- عنق بيرته نورمال حالت ته کش کېږي اود رحم عنق يې وروسته د زيږون څخه تغير شکل کوي .

د رحم عنق



- (۱-۸) تصویر : (a) په **Nuliparous** بنځو کې (b) د زېږېدنې څخه وروسته درحم عنق د **Splitting** په حالت پاتې کېږي . (c) وروسته د ډېر شديد څېرې کيدنو څخه د **Ectorpion** سره يو ځاي وي .
- فرج : وروسته د زيږون څخه کش شوي انساج بيرته خپل مخکني حالت ته ورگرځي اما لاندې توپيرونه پاتې کېږي .
- په **Labia** کې لږ شحمی انساج پاتې کېږي .

• **Hymen** پراگنده کېږي يوازې د پوستکي اجزاء پاتې کېږي .
(**Carunculae myrtiformes**)

• د **Episiotomy** يا خیرکيدنې نذبه پاتې کېږي .

د لومړۍ اونۍ لپاره تدابیر :

مشاهدات : تودوخي درجه : د تبې لپاره وکتل شي .

• **Puls Rate** : گذری **Tachycardia** ته متوجه اوسپړي چې د

Thrombosis سره يو ځای وي .

• د وينې فشار : په هغه صورت کې وکتل شي که د امیندواری په

جریان کې **Pre- eclampsia** منځ ته راغلي وي .

• رحم اندازه : باید هره ورځ د کم کیدو شرح وکتل شي .

• **Lochia** : په لومړنۍ ورځ کې مهبلې افرازات د **Decidua** ضیاع څخه

عبارت دي .

د تازه وينې سره پیل کېږي اما دوه اونيو په جریان کې خاسف کېږي او
بلاخره زیر او سپین رنگ غوره کوي چې دا ممکن تر اونيو پورې دوام
ولري .

• د ادرار **Output** : نورمال **Diuresis** په ۲۴ ساعتو کې پیل کېږي او

تر ۳ ورځو پورې دوام کوي .

• **Bowels** : عموماً قبضیت موجود وي باید د اوږدې مودې فاصلې څخه

وقایه وشي ځکه چې کلک غایطه مواد ډېر دردناکه وي . باید د

لومړنۍ ورځې څخه بنځې ته **Fibbers** ورکړل شي ترڅو د غایطه

موادو حجم زیات کړي .

• هیموگلوبین : په دوهمه ورځ سره له دې چې نذف کم هم وي **Hb** وکتل

شي . که **Hb** سویه **۱۱ g/dc** څخه کم وي د خولې له لیارې اوسپنه

توصیه شي . دوباره توصیه یې د غذا په شکل وي .

د درد آرامول :

رحمي تقلصات : وروسته له رحمې تقلصاتو درد څخه تقلصات عموماً دردناکه دي او Analgesics ته اړتيا ليدل کېږي .

• بنځې ته خبردارۍ ورکړې شي چې دغه دردونه راتلونکي دي ترڅو بنځه ورته تياره شي .

• نسبت لومړني زيږون ته اکثراً **Multigravida** بنځو کې زيات ليدل کېږي .

عجان : وروسته له موضعي **Anaesthesia** تاءثيرات ختم شي نو **Episiotomy** ممکن درد پيل کړي او وروسته د ازيما او سوي له امله کيښناستنه ممکن سخته شي . ناروغې ته **Air Ring , Analgesics** ، موضوعي تودوخه او که ازيمايي وي **Ice packs Hypertonic (3N) saline** ورکړي .

• وکتل شي چې **Sutures** خوندي خلاص شوي .

Sedation: وکتل شي چې د مور خوب کافي دی او که نه ؟ د بې خوبۍ اسباب عبارت دي له :

۱- د نوي تولد شوي ماشوم تهيج .

• د شپې لخوا **Diazepam** ۱۰- ۲۰ ملي گرامه ورکړل شي .

۲- د وارد شور ماشور

• بايد کم کړای شي .

۳- د ماشومانو شور ماشور

• که مور موافقه وکړي ماشوم يې **Nursery** ته يوړل شي .

۴- درد يا **Pain**

• د پورته په شان يې تداوی کړي .

د بستر استراحت : ناروغه بايد په مناسب ډول استراحت وکړي ، ځکه چې وورسته د زيږون څخه بڼه سترې او خسته شوي وي او زيات استراحت د **Deep Ven Thrombosis** لامل کېږي. عموماً د بڼې خپله خوبه رهنمايي کوي .

ورزش يا تمرين : د بستر استراحت سره يو ځای تمرين کول لامل ددې کېږي چې عضلې مقويت بيرته لاس ته راشي خصوصاً هغه نواحيو کې چې کشش لاندې وي همدارنگه تمرين لامل ددې کېږي چې اطراف او حوصلې ته د وينې جريان زيات شي .

تشریح شوي رژیمونه له يو روغتون څخه بل ته توپير کوي عموماً د تمرين مقصد د بدن څلورو حصو ته متوجه وي .

۱- تنفسي تمرين

۲- پښو ته تر څو وينې دريدنه په اوښو کې صورت ونه نیسی .

۳. د بطن جدار ته تر څو د **Rectus** عضله خپل قوت تر لاسه کړي .

۴. حوصلې فرش ته تر څو **Levatorani** عضله اعاده شي .

دغه تمرين د يو فزيوتراپست په واسطه ډېر بڼه صورت نیسی کوم چې هره ورځ بڼه **Visit** کوي او وروسته بڼه کوي چې وروسته د روغتون پرېښودلو څخه څه وکړي . ۱۵ دقيقې په ورځ کې دوه ځلې اړتيا لري او ناروغه بايد وهڅول شي چې دغه تمرينات په کور کې هم تر سره کړي .

تغذیه : مناسب غذايي مواد که **Breast feeding** موجود وي په زيات مقدار مایعات ورکړل شي .

رواني تقويه : د ماشوم زيږونه ممکن يو رواني **Stress** وي .مختلفې بڼې د مختلفو جذباتي پس منظر سره په مختلف شکل ځواب ورکوي . زياتره بڼې د يوې خوا خوشحالتيا د زيږون اود بلې خوا د راتلونکې مسئوليټونو څخه ويرې په منځ کې يو تعادل ساتلو کې بريالی کېږي .

خېنې يې د دوهم مشکل څخه وارخطا کېږي که په وخت تسلی ورکړل شي او د ماشوم ساتلو کې مرسته وشي د لوی مشکل څخه مخنيوي کېږي .
 عموماً يو څو ورځي وروسته له زيږون څخه د يو څو وارخطايي گانو مجموعه ليدل کېږي په دې شکل چې ماشوم به څنگه فاميل کې **Fit** شي او عجان ناحيه کې ناراحتی او همدارنگه برجسته شدي يې چې دا باعث د خفيف **Depression** کېږي ، تر پنځو ورځو پورې دغه حالت بايد تر څارنې لاندې وي او په لاندې ډول وقايع شي :

- مناسب تشریح په واسطه د هغه څه په هکله چې ماشوم ته کېږي .
- د شپې له خوا **Sedation**
- درد آرامونه
- کورته ژرورتگ

کورته تگ : وروسته له زيږون څخه په روغتون کې پاتې کيدنه اجتماعي ، انساني قوت او طبي فکتورونو پورې اړه لري . په روغتون کې پاتې کيدو موده کمېږي ځکه معاشرتي خدماتو اداره د هغو کسانو په برخه کې چې لږ ساتنې او څارنې ته خاصه اړتيا لري زيات رول لوبوي .
 زياتره صحي مراکز اوس په وخت رخصت غوره گڼي او د هغې پلانونه تياروي .

(**Domino :- Domestic IN and out**) چېرته چې يوه بنځه د خپل معاشرتي قابلي سره راځي زيږون ورکوي او وروسته له څو ساعتو څخه بيرته کور ته ځي . اوس د زيږون کوټې (**Birth room**) څخه استفاده کېږي چې د روغتون يوه برخه نه ده اما د زيږون پرسونل او روغتون ته نږدې وي . دلته بنځې کولی شي چې د خپل قابلو سره په کوم روغتونې چاپيريال کې زيږون ورکړي او که کومه پيښه وړاندې کېږي . ولادي ډاکټر ، د کوچنيانو متخصص او انستيزي لوگ سمدستي رسېږي . ۵۰% بنځې

اوس په دوهمه ورځ روغتون څخه رخصت کېږي . هغه چې غیر اختلاطی سیزارین سکشن ولري په ۳- ۵ ورځو کې کور ته ځي .

د مقدم یا وختي کور ته تللو گټې :

۱- اطمینان : که بنځه وختی کور ته لاړه شي نو هغه ډېره خوشحاله وي او د زیږون د جدی خطر په وخت کې دوباره روغتون ته راځي .

۲- د بسترزیات استراحت مهیا کېږي .

• اوسنی وخت کې دا نظریه ورکړل شوی چې یوازې یو معین برخه د بنځو څخه زیږون لپاره بستری شي کوم چې اوچت خطر لرونکي فکتورونه لري . مشکل تل په دې کې وو چې د نسبی خطراتو لاندې په کرنسې باندې رسم ویستل شي .

• **Antenatal Complications** ددې لپاره چې ډېریا اضافی جدی مراقبت هغه ماشومانو ته چې **Small for date** دي متوجه شي او یا هغو بنځو ته چې **Pre eclampsia** ولري .

۳- د روغتون د انتان خطر کمول . په برطانیه کې په چټکې سره بنکته کیدونکي فکتورونه دي **Gastroenteritis** او **Haemolytic streptococcus** پینې تر اوسه هم واقع کېږي چېرته چې ماشومان یو ځای کېږي .

کورته دوختی تگ نیمگړتیاوی :

۱- د استراحت کموالی ، د کورمسئولیت په غاړه کیدنه خصوصاً په کور کې نور ماشومان هم وي نو هغوی هم د توجه اخستلو کوبنس کوي په داسې حال کې چې بنځه ددې کار زغم نه لري او ډېر ژر په مور باندې تاءثیر اچوی .

۲- د کور خراب چاپیریال ، که چېرته بنځه کور کې تقویه نه شي یا خراب اقتصادی حالت ولري نو دا به بڼه وي چې نسبتاً اوږدې مودې لپاره په

روغتون کې وساتل شي . ځکه چې په کور کې سهوليات دومره وي لکه (bath او تشناب) . دغه حالت په برطانيه کې مخ په ختمیدو دی اما يوازې (۵- ۱۰%) کورونه اوس هم شته دي چې مور اخستلو لپاره تيار نه دي .

۳- طبي مسایل ، وروسته د زيرون نه ممکن تشخيص نه شي . دا غير معمول هم ده مناسب معاشرتي خدمات تر سره شي . نو ځکه هغه بنځې چې کور ته ځي نو د منظم Visit پروگرام ورته ونيول شي . هغه مسایل چې په دې دوره کې پيدا کېږي د معاشرتي مرسته کوونکو په واسطه په آسانې سره تشخيص کېږي . نو درملنه يې هملته تر سره کېږي او که مناسب وليدل شي نو دوباره روغتون ته مراجعه وکړي .

يوازې ۲% د هغه خلکو څخه چې مخکې له روغتون څخه رخصت شوي دي دوباره روغتون ته مراجعه کوي .

ماشوم :

د پيدايښت په وخت کې ارزيابي :

ډېره مشهوره ارزيابي د Apgar score ده (۱ - ۸ جدول) بنودل شوي . هغه ماشومان چې ښه حالت ولري نو ۹ نمرې اخلي . په دې Score کې دوه ډېر مهم مشاهدات شامل دي (Heart rate او Respiration) او درې مهم مشاهدات نور هم لري .

Apgar Score بايد د انزار معلومولو لپاره استعمال نه شي بلکې د ماشوم حالت معلومولو د پيدايښت په وخت کې او د احياء مجدد نتيجه په توگه استعمال شي .

د اپگر نمبرونه

Score -2	Score - 1	Score - 0	نښې
>100	<100	Absent	د زړه سرعت
Good. Crying	Irregular	Absent	تنفسي سيستم سرعت

Active	Some Limb Tone	Flaccid	عضلی تون
Vigorous Cry	Cry Or Grimace	None	عکسوي تخرشیت
Pink	Blue	White	رنگ

(۱- ۸) جدول : اپگر نمبرونه را بنیي .

د لومړني تنفس په وخت کې باید هم یاداشت شي که امکان ولري د Cord څخه د وینې یوه نمونه واخستل شي او PH او قاعدوي Deficit معلوم شي .

معاینات : ټول نوي زیږیدلي ماشومان باید وروسته له زیږون څخه معاینه شي او د ژوند په لومړني ۲۴ ساعتونو کې یو تفصیل یا بشپړه معاینه تر سره شي . لومړنۍ معاینه باید د ډاکټر یا قابلې په واسطه تر سره شي .

۱- چې ولادی اېنارملټی گانې تشخیص شي .

۲- چې Antenatal ناروغي یا Intrapartum محیط معلوم شي لکه د زېږېدنې تر ضیض ، داخل الرحمي انتان او د زېږېدنې زجرت .

۳- وزن ، طول او د سر محیط اندازه کړي .

۴- ماشوم د مور سره وڅیړي .

عمومي مشاهده :

- د تنفس ډول ولیدل شي . تنفسي 60/minute/rate دی او که نه ؟
- عصبي یا Neurological روش ، ژړا او حرکات معلوم کړي .
- جلد د ختافت (Pallor) Cyanosis او جلدي Blemishes لپاره معاینه شي .

سر :

- قدامي Fontanelle ، جسامت او کشش یې ارزیابي شي .
- غوږونه : شکل او حالت یې

▪ سترگي : **Epicanthic folds** او **Sub conjunctival** نذف معاینه شي .

▪ شونډې او **Palate** : د **Cleft** لپاره چک شي .

▪ خوله : د **Natal** غاښونه او محاطي سست لپاره چک شي .

▪ **Upper Limbs** علوی اطراف

▪ د گوتو تعداد او د گوتو په منځ کې **Web** ولیدل شي .

▪ **Palmar Crease**

صدر :

▪ **Breasts** ثديې ، د ثديو لويوالي عام او بي ضرره وي .

▪ لاندې حالاتو لپاره اضغاء تر سره کړي .

a. تنسفي او اzone

b. د زړه آوازونو لپاره ، يو خفيف مرمر اوريدنه په ابتداء کې کوم

ارزښت

نه لري . که مرمر واوريدل شي هره ورځ بايد واوريدل شي . هغه مرمرونه چې

مقاوم وي يا نورو علایمو سره يو ځای وي بايد د هغوی لپاره پلټنه تر سره

شي .

بطن :

▪ نوم **Umbilicus** : دوه شريانه او يو وريد معاینه شي . د نوم چاره

معاینه شي .

▪ بطن د ځگر او نورو کتلانو لپاره جس شي .

▪ **Grions**

a. فحذی نبضانونه

b. **Hernia**

▪ **Anus** : نوع يې وکتل شي .

تناسلي آلې :

▪ **Female**: د Clitoris اندازه وليدل شي (شنډی يې بايد يوبل څخه جلا نه شي).

▪ **Male**: د Hypostasis لپاره وکتل شي همدارنگه **Undecided** خصیې او **Hydromel** لپاره معاینه شي .
ملا :

▪ **Myelomeningocele**

▪ متوسط خط د پوښتیو یا (**Hariy**) خط . **Sacralplit** یا **Naevus** د **Spinabifida occulta** باندې دلالت کوي .

▪ سیده یا مستقیم **Spine**: آیا کوم **Kyphosis** یا **Scoliaosis** شته ؟
سفلي اطراف :

▪ په پښو کې د گوتو تعداد .

▪ د پښې **Talipes** سوئ شکل .

▪ **Hips** د ولادي خلع لپاره معاینه شي .
د بدن جسامت اندازه کول :

▪ د بدن وزن

▪ د سر **Occipito frontal** محیط اندازه

▪ **Crown heel** طول.

▪ پورتنی باید په یو **Chart** کې ورسول شي چې امیدواری عمر ارزښتونو سره هماهنگ وي .

فوري تدابیر :

د حرارت درجه :

۱. نوزاد ماشومان ډیر ژر تودوخه دلاسه ورکوي او باید تاوده وساتل شي .

۲. ماشوم وچ کړئ او په یو معقم ، تود مالوچي کمپل کې په سست شکل تاو شي .

۳. ماشوم د ولېږې څخه وژغورل شي .

۴. د کوټې تودوخي درجه وروسته د زيږون څخه ۲۷ درجې د سانتي گراد کې وساتل شي اما اکثراً ۲۵ درجې وي .

انتان : ټول ماشومان د انتان تر جدي خطر لاندې وي .

▪ ماشوم وروسته له زيږون څخه د Vernix وينې او Me conium څخه پاک شي .

▪ که د ماشوم حرارت درجه ثابت وي نو وروسته د دوهمې او دريمې ورځې څخه ماشوم بايد هره ورځ ولمبول شي .

▪ سترگې د مقدم انتان علايمو لپاره وکتل شي .

▪ جلدي Flexures د رطوبت لپاره وکتل شي ممکن جلد Excoriated شي .

د جيل ساتنه :

• د Umbilicus څخه د ۲-۳ سانتي مترو پورې د پلاستيکي

Clamps په واسطه بايد دوباره Clamp شي او ۵ سانتي متره)

Trim) يا محافظه شي .

• وروسته د وينځلو وچ وساتل شي .

• جيل کوچنی او موميایي کېږي .

• پانسما ته اړتيا نشته که باقي پاتې برخه يې آزادي هوا ته مخامخ و ي ژر وچېږي .

• په ۸-۱۰مه ورځ باندې جلا شي .

د وينې گلوکوز : هغه ماشومان چې Preterm , Small for date او

Diabetic ميندو څخه زيږيدلي وي ژر Hypoglycaemia ته ځي . په

دغو ماشومانو کې دې B.M Stick په منظم شکل معاینه شي . که

2mmol/L يا درې څخه ښکته وي د کوچنيانو ډاکټر ته بايد خبر ورکړل

شي .

سکرين ټسټ :

- لومړنۍ معاینې ۲۴ ساعته وروسته د کوچنیانو ډاکټر یا ولادي ډاکټر په واسطه بیا دې د ماشوم معاینه تر سره شي (په ولادې او د کوچنیانو وارډ کې).
 - هغه ماشومان چې د Rh منفي میندو څخه زیږېږي باید زیږون په وخت کې د Umbilical Cord څخه وینه واخستل شي لاندني معاینات تر سره شي. د وینې گروپ، هیموگلوبین، Coomb's Test او Billirubin.
 - Guthrie test په شپږمه ورځ د ماشوم د پوندې څخه وینه اخستل کېږي. د Phenylelamin اعظمي یا لوړه سویه ټاکل کېږي چې Pheny Keton یې نښه ده، یوه قطره وینه په فلتر کاغذ کارډ باندې اچول کېږي.
 - دوهم څاڅکې د وینې د TSH د Assay لپاره استعمالېږي. که سویه د TSH پورته وي په Hypo Thyroidism باندې دلالت کوي. که هر یو یې مثبت وي د کوچنیانو ډاکټر سره دې مشوره وشي.
 - ځینو مرکزونو کې په فلتر کاغذ کارډ باندې د Serum Trypsin لوړه سویه هم معلومېږي. که د Serum trypsin سویه په وینه کې لوړه وي په Cystic Fibrosis باندې دلالت کوي.
 - هغه ماشومان چې لوړ خطر کې وي د ارثي تشوشاتو فامیلی تاریخچه ولري باید د کوچنیانو ډاکټر له خوا دې مقدمه معاینه شي او د اړتیا وړ درملنه دې وشي لکه Cystic Fibrosis، علقې تشوشات او د میتابولیزم پیدا شوي نواقص.
- د شیدو په واسطه تغذیه : میندې باید دې ته وهڅول شي چې ماشوم خپل یو ثديي ته د څو دقیقو لپاره واچوي. دا کولی شو چې ولادې وارډ کې یا د زیږون ۴ ساعته تر سره کړو.
۱. په ابتداء Infant ممکن یو کم مقدار د Colostrums د رودلو په وخت کې وڅکي چې ددې په محتویاتو کې ضد انتان اجراء شامل وي. د

رودلو په واسطه ماشوم د **Colostrums** او بیا شیدو زیات مقدار تنبه کوي .

۲. د تغذیې زیاته برخه ۲-۳ دقیقو پورې رسیږي د هغه وخت څخه چې ماشوم ثدیې روي ، دا مانا لري چې همغه اندازه شیدې به یې هم رودلي وي .

۳. ماشوم د ثدیو **Nipple** د خولې منح ته وړی یوازې په **Gums** کې یې نه نیسي .

۴. ډېره بڼه طریقه د تغذیې لپاره دا ده چې د غوښتنې په وخت کې ورکړل شي . ماشومان لومړیو څو اونیو کې وروسته ۲-۳ ساعتو څخه تغذی کيږي او دغه فریکونسی د **Lactation** د تنبه لامل کېږي. باید ماشوم دې ته ونه هڅول شي چې زیات مقدار خوراک وکړي . هغه ماشوم چې د خپلي خوښې مطابق شیدې وخورى څو اونیو کې دننه یو منظم وخت لاندې بیا شیدو رودلو هیله کوي . په عمومي توگه هغه ماشومان چې وږي شوي وي نو ژړا کوي او دا به مشکله وي چې مور ماشوم ته زیاتې شیدې ورکړای شي .

۵. که **Lactation** کافي نه وي په لومړیو څو ورځو کې نو تغذیې ته باید توقف ورنکړل شي . په دې برخه کې دې مور ته لارښوونه او مرسته وشي ځکه چې اکثراً تر هغه وخته پورې چې ماشوم او مور کور ته نه وي تللی او د دوهمې اونۍ تر آخره پورې **Breast Feeding** درست صورت نه نیسي .

هغه فکتورونه چې **Breast Feeding** کې مرسته کوي:

- هڅونه : باید په **Antenatal** دوران کې تشویق شي .
- مناسب **Brassier** چې ثدیې پورته ونیسي .
- مخکې له تغذیې څخه **Nappy** یا نیکر بدل شي .
- ماشوم وینس وي مور مطمئینه وي .
- صحي پرسونل یا قابلې باید ډېر زیات وخت په دې باندې و لږوي تر څو د ماشوم خولې کې **Nipple** مناسب او برابر راشي .

- د مور په غذا کې باید مناسب او کافی مایعات شامل شي .
- هغه فکتورونه چې **Breast Feeding** په تعویق یا ځنډ غورځوي .:
- اصلاً مور خپله نه غواړي چې ماشوم ته تی (سینه) ورکړي .
- د **Inverted** یا **Retracted** نیپل (**Nipple**) موجودیت .
- د **Mixed** تغذیې له امله نا مناسب تنبه د **Lactation**
- د **Nipple** ناقص **Fixation** په خوله کې .
- هغه ماشوم چې په **Palate** ژبه او یا شونډو کې **Deformity** ولري .
- د ثدیې په واسطه د تغذیې گټې : ۱. د ثدیو د شیدو پروتین ، شحم او **Solute** محتوی د ماشومانو لپاره مختص دي .
- ۲. د ماشوم او مور تر منځ رابطه یا محبت زیاتوي .
- ۳. ضد انتاني محتوی لري ، فعال ، **IgG , IgA Macrophages** ، **W.B.C Lactoferrin** لري .
- ۴. د ملوث بوتل د شیدو په پرتله د انتان خطري کم دي .
- ۵. ارزانه یا بې بیه وي .
- د لومړنۍ اونۍ مسائل :
- برجسته ثدیې ۵- ۶ ورځې کله چې **Breast Feeding** نا راحته وي .
- چوډیدلې یا **Nipples Cracked** (حلیمې) .
- د لومړني سهار تغذیې په وخت کې زیاته اندازه هوا تیروي د شیدو سریع جریان له امله .
- د بوتل شیدې:
- په برطانیه کې د ټولو غواگانو شیدې د **Solutes** له نظره غني نه دي . د
- سودیم او پروتین غلظت د انساني شیدو په شان په کې وي او زیاتره یې
- اضافي ویتامین لري . یوازې همدغه تهیه شوي شیدې په **Infants** کې
- استعمال شي .

- ۱- یو نورمال **Full term** ماشوم په لومړۍ ورځ د بوتل د شیدو تقریباً **60ml/kg** واخلي د لومړۍ اونۍ په پای کې دغه سویه باید **150mg/kg/day** ته لوړه شي .
- دغه مقدار **6feeds/24h** باندې تقسیم شي لکه د یو ماشوم لپاره چې ۳ کیلوگرامه وزن لري هم تغذیه **75ml** ورکړل شي .
۲. تغذیې باید د لارښوونې سره مناسب تیار شي . که غذا د ۲۴ ساعتو لپاره تیاره شوي وي باید په یخچال کې کېښودل شي .
۳. بوتل یې و مینځل شي او د رقیق **Hypo chloride** محلول په واسطه تعقیم شي .
۴. کله چې تغذیې بشپړه تیاره شي نو بوتل د گرمو او بو په لوبښې کې کېښودل شي او شیدې په مناسب مقدار سره تودې شي ترڅو د لاس شاتنۍ برخې باندې گرم ونه لگیږي همدارنگه د کوتې تودوخه په تغذیې باندې کوم خاص تاءثیر نه لري .
۵. د څلورو میاشتو څخه وروسته جامده غذا باید پیل شي یا که ماشوم یې خوري مخکې پیل شي .

ستونزې :

- ۱- د پروتین شحم او **Solute** مقدار د انسان د شیدو په شان وي .
- ۲- نسبت **Breast milk** ته ضد انتان خصوصیات پکې کم وي .
- ۳- د بوتل سوری ممکن ډېر لوي وي (زیات مقدار شیدې ور څخه راشی او ماشوم باندې بار راوړي) یا ممکن ډېر کوچنی وي (کم مقدار شیدې ماشوم ته ورځي) .
- ۴- ناپاک بوتل ممکن د انتان لامل شي .
- ۵- قیمتته وي

د زېږېدنې نه وروسته کتنه :

په آرام سره نفاس دوره ۶ اونيوپورې دوام کوي چې تردې مودې پورې زياتره اعضاء نورمال حالت ته رسيدلي وي او د ماشوم د تغذيي نوع پيژندل شوي وي. زياتره مرکزونه بنځو ته وايي چې په همدې وخت کې بيا OPD ته تشریف راوړي. د بنځو بيرته راتگ روغتون ته دې پورې اړه لري چې په روغتون کې د هغې سره د زيږون په دوران کې څنگه برخورد شوي و. د بنځو بيرته راتگ روغتون ته چې په روغتون کې زيږون کړي وي ۲۰-۷۰% دی. ځېني روغتونونه **Postnatal** بند کړي او دغه ستونزي يې په لاندې مراکزو تقسيم کړي :

۱- مورنۍ طبي ستونزې ، نسايي کلينيکونو کې .

۲- ماشومانو طبي ستونزې ، د ماشومانو په کلينیک کې .

۳- **Contraception** په **Family Planning Clinic** کې

ټولې بنځې آخرنې مادې لپاره **Appointment** لري . همدارنگه ۹۰% بنځې اولې دواړو ته هم کومه اړتيا نه لري مگر دريم ته لري .

که چېرته **Postnatal Clinic** وجود ونلري نو بايد په ۶ اونيو کې خپل فاميلي ډاکټر سره د معاینې لپاره وگوري ترڅو د خپلې روغتيا څخه ډاډه شي . په **Postnatal Clinic** کې زياته پاملرنه بايد د مور او ماشوم روغتيا او همدارنگه **Contraception** ته وشي .

مورنۍ روغتيا :

- د درد يا د مهبل له لارې د وينې راتگ تاريخچه .
- وزن چې د اميدواری څخه مخکې **Level** سره مقایسه شوي وي .
- وينې فشار : خصوصاً که د اميدواری په جريان کې لوړ شوي وي .
- ثديي **Breast** د کتلاتو لپاره معاینه تر سره شي . که بنځه **Breast**

Feeding ولري

نو د بڼه مراقبت لپاره وکتل شي .

• د بطن د جدار **Tone** : وکتل شي چې آیا بنځه وروسته له زیږون څخه تمرین کوي ؟

حوصلې غړي :

a) وکتل شي چې **Episiotomy** په سمه توګه سره ترمیم شوي ، باید چې **Fourchette** کې کوم حساسیت وجود ونلري ترڅو درد څخه محفوظ **Intercourse** تر سره شي .

b) **Position** : که چېرته رحم **Retroverted** وي نو بنځه باید په دې باندې پرېشانه نه شي چې رحم یې شاته تللی ځکه چې ممکن دا د همیشه لپاره همداسې وي .

c) د عنق حالت : عموماً یو **Ectropion** میندل کېږي که کوم **Discharge** وجود ونلري نو د ۸ نورو اونيو لپاره پرېبنودل شي . که بیا هم موجود وي نو د **OPD** په کوم یو طریقه دې درملنه وشي لکه **Cryosurgery** .

d) عنق څخه **Cytology, Smear** لپاره په هغه صورت کې واخستل شي چې د تېرو دوو کلنو لپاره نه وي تر سره شوي .
د نوزاد روغتیا :

• د تغذیې تاریخچه

• وزن: بڼه طریقه دا ده چې ماشوم په کلینیک کې هره اونۍ وزن شي شي او تر

شپږمې اونۍ پورې پرېبنودل شي .

• د نوم ترمیم وکتل شي او وکتل شي چې ماشوم ختنه شوي او که نه ؟

• د عصبي سیستم نشونما

• د **Perinatal Trauma** ترمیم لکه **Cephalo Hematoma**

کانتراسپشن : دا ډېره مهمه ده نسبت نورو ته او په **Post natal clinic** کې باید د هرې بنځې سره مباحثه وشي . اضافي معلومات په نسایي کتاب کې ورکړل شوي .

نهم خپرکی

غير نورمال نفاس

- روانې مسائیل
 - وروسته له زیږون څخه تبه
 - ریوی امبولیزم
 - ثانوی P.P.H
 - پخوانۍ ناروغي چې نفاس دورې ته ادامه ورکوي .
 - مورنۍ مړینې
 - زیږون ته نږدې مړینې او د معیوبیتونو تدابیر
- تقریباً د نیمایي څخه زیات مورنۍ مړینې چې د امیدواری او زیږون سره اړیکې ولري وروسته له زیږون څخه په څو ورځو کې صورت نیسی سره له دې چې نادر حالت دی ځرنگه چې خطر یې موجود وي نو ځکه بنځې باید وروسته له ولادت څخه هره ورځ د یو مستند ډاکټر یا قابلې په واسطه معاینه شي .

رواني ستونزې :

د ماشوم ډپریشن: زیاتره بنځې وروسته له زیږون څخه د ۳- ۵ ورځو پورې مایوس او Depress وي مگر دغه حالت ډېر ژر له منځه ځي . هغه فکتورونه چې Baby blues ته طول ورکوي په لاندې ډول دي :

- د زیږېدنې څخه وروسته د تې پیدا کیدل
- هغه Anaemia چې 8 g /dl څخه کم وي
- نا مناسب یا نا کافی خوب
- د Episiotomy یا سیزارین سکشن د زخم ناوخته جوړیدل
- د Breast feeding غیر منظم والي

- وروسته له زیږون څخه د ملگرو یا دوستانو له خوا د ترحم ، مبارکۍ او پاملرنې کموالي .

Depression : Baby blues ممکن پرته له کومې خاصې نښې څخه د

شدید **Depression** سره یو ځای شي شواهد داسې نښې چې د **Depression** کوم خاص قسم وجود نه لري چې په یوازې توگه په امیدواری او زیږون کې ولیدل شي . هغه فکتورونه چې **Depression** تنبه کوي عبارت دي له :

- د ماشوم د زیږیدو په وخت کې هورموني بدلونو کې نوسان چې په **Depression** باندې تنبه کونکې وي .

- په نوي پیدا شوي ماشوم کې یو غیر شعوري تنازعه لیدل کېږي .

- ملامتیا

- زجرت

- تخیلات یا خیالونه

- یو پس منظر لپاره د **Predisposition** د پخوانۍ تاریخچې یا فامیلی تاریخچې له امله .

درملنه :

- یو **Psychiatrist** باید را وغوښتل شي .

- که رواني **Delusions** موجود نه وي نو د **Out Patient** په شکل درملنه شي .

- د خولې له لارې **Anti Depressant**

- **Refractory** پېښې یې باید وصفی درملنه شي لکه **Electrocon** **Vulsive** تداوي.

د زیږون نه وروسته روحي ستونزې : دا یو نادر حالت دی چې ۲۰۰۰ / ۱ ښځو کې لیدل کېږي چې دا یو قوي ژوند تهدیدونکی فکتور د مور او ماشوم لپاره دی .

اعراض :

• د ماشوم نه قبلونه

• **Delusion**

• **Confusion**

تدابیر :

۱. مور او ماشوم باید روانې وارډ کې په خصوصي یونټ کې بستر شي .

۲. حتماً یې باید ۲۴ ساعته مراقبت وشي .

۳. مناسب **Psycho Therapy** درمل ورکړل شي .

Post Partum Psychosis تقریباً ۲۰% پېښو کې را گرځیدونکی وي

مگر که **Pregnancies** په منځ کې فاصله ۲ کاله یا زیاته وي نو چانس

یې کمېږي .

وروسته له زیږون څخه تبه :

د ۳۸ درجې د سانتي گراد څخه زیات حرارت چې دوه ځلې را

منځ ته شي او ۴ ساعتونو لپاره دوام وکړي تبه بلل کېږي . لاملونه

یې عبارت دي له :

۱. د تناسلي قنات نتان

۲. د بولي لارې انتان (**UTI**)

۳. دفوحي انتان

۴. **Thromboemolic Episodes**

د تناسلي جهاز انتانات : یو صعودی انتان چې په زیاته اندازه د

Placenta بستر احتواء کوي د **Pelvic Inflammatory**

Disease څخه برعکس دا د رحم له لارې مستقیماً **Promethium**

انساجو ته نشت کوي هغه **Organism** چې د انتان لپاره مسئول

گڼل کېږي عبارت دي له :

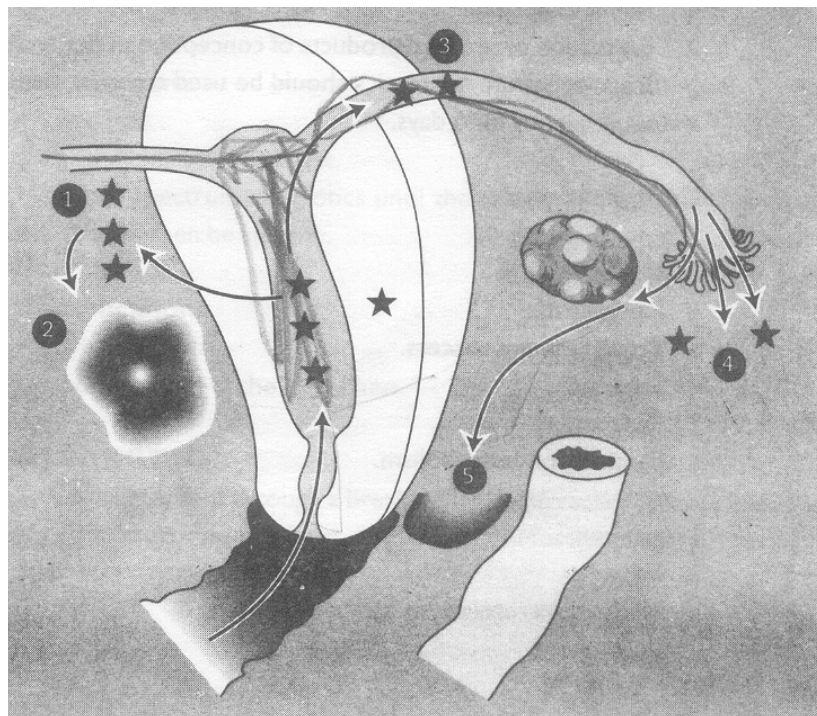
▪ **E-coli**

- Streptococcus Faecalis
- Staphylococcus
- Anaerobes
- Group B Haemolytic Strep to Coccus

تشخيص :

تاريخچه :

- نفاس دوران کې تبه
 - په زيات مقدار سره بويناک افرازات
 - سفلي بطني درد
 - د Clots خارجيدنه او د Lochia بيرته سور کيدنه
 - Systemic ناروغي چې د حرارت درجې سره يو ځاي وي.
- د انتان ليارې



(۹-۱) تصوير: د انتان د انتشار ليارې: ۱- مسقيم انتشار
 Parametrium ته خصوصاً Post Part endometritis ، ۲- د

حوصلي اېسي جوړېدل ، ۳- داخل جوفي انتشار لکه **Salpingitis** ،
۴- **Sub ovarian abscess** ، ۵- بالاخره د دوگلاس جوف ته
انتشار کوي چې **PID** سبب کېږي او بالاخره په راتلونکي کې
اميدواری صورت نه نیسی .

معينات :

- حرارت لوړه درجه او سريع نبض
- لوي رحم
- حساس رحم
- ډېرزيات د **Lochia** افرازات (عموماً د وينې او علقاتو سره يو
ځای وي) .
- د رحم د عنق خارجي فوهه خلاص وي .

تحقيقات :

- **Hb** ممکن ښکته وي
 - د **WBC** زياتوالي **Neutrophillia** ښيي .
 - د مهبل د پورته برخې **Swab** ممکن د اورگانيزم وده وښيي .
- تدايير :

۱. ناروغه په روغتون کې بستري شي .
۲. د پاتې شوي موادو و تخليه د **Antibiotic** ورکول بايد
ناروغي ته **Broad**
Spectrum انتی بیوتیک د ۵ ورځو لپاره ورکړل شي ترڅو د
Bacteraemia څخه مخنيوی وشي .

اختلاطات :

- حاد (۱ - ۹) تصوير دې وکتل شي
- **Parametritis**
 - د **Broad Ligament** اېسي

• د نفرونو التهاب

• پريتونيت

• **Septic Thromboembolism**

د اوږدې مودې :

• عقامت

• د تحييض بي نظمي او د حوصلې درد .

بولي طرق : په نفاس کې يو عام حالت دی ځکه چې :

۱. د موقتي عصبي تخريب له امله د ادرار احتباس .

۲. د مثاني د قاعدې ازيما

۳. د مثاني حسيت يا تنبه كيدنې كموالی

۴. د زيږون وخت کې د کتير تطبيقول

عام انتان په دې حالت کې **E Coli** او **Proteus** وي .

تشخيص :

تاريخچه :

• **Dysuria**

• د تبول **Frequency** زياتېږي

• د **Pyelonephritis** علاوه كيدو له امله د **Lion** ناحې درد .

• **Systemic** ناروغي لکه تبه او **Tachycardia**

• ممکن بي عرضه وي او په تصادفي شکل په ناروغه کې ليدل شي

چې **MSU** په ټولو هغو بنځو کې بايد تر سره شي چې زيږون جريان کې

Catheterize شوي وي کشف شي .

معاینات :

• حرارت درجه لوړه وي .

• **Renal angle** او **Supra Pubic** ناحیه حساسه وي .

• ممکن هيڅ کومه نښه ونلري .

تحقیقات :

- MSU
- W.B.C شمېرنه

تدابیر :

- د بستر استراحت
- زیات مایعات ، خفیف جامد غذایی مواد
- ناروغې ته Broad Spectrum انټی بیوتیک تر هغه ورکړشي ترڅو

چې د Culture

نتیجه راشي او نتیجې څخه وروسته انټی بیوتیک وصفی (Specific) شي .

اختلاطات :

- Pyelonephritis
- د Baby blues تشدید کیدنه

د ثدي انتانات :

عموماً د پوستکي د چاود څخه داخلېږي (Cracked Nipple) . عموماً د ثديي څلورمې برخې پورې محدود وي چې زیاتره د Staphylococcus aureus له امله دي .

تشخیص:

تاریخچه:

د یوې ثديي یوه برخه دردناکه وي .

معاینات :

- د تودوخي درجه لوړه وي
- د ثديي یو سگمنت سور وي (Erythematous)
- که اوسې موجود وي خړرنگه پرسوب یا حتی تموج موجود وي .

تحقیقات :

د متاثره برخې څخه شیدې په فشار سره خارج شي او **Bacterio** logical معایناتو لپاره واستول شي .

تدابیر:

د اېسی نه بغير:

۱. تقویوی سیننه بند .

۲. **Breast feeding** ته ادامه ورکړل شي ثديه بايد د ثديي **Pump** په واسطه تخلیه شي .

۳. ناروغې ته **Anti staphylococcal anti biotic** ورکړي لکه **Flucloxacillin** .

که اېسی موجوده وي :

۱. د عمومي بي هوشۍ لاندې شق شي .

• **Circumareola Incision**

• **Lochia** تخلیه او ناحیه کې درن (**Drin**) کینبودل شي.

۲. مناسبه حمایوی سیننه بند

۳. مناسب انتي بیوتیک

ترومبو امبولیزم : په امیدواری کې **Post Partum** ډېره عامه دوره ده

د ترومبو امبولیزم لپاره ځکه په دې وخت کې نفاس د **Virchow`s Triad**

ټول **Criteria** پوره کوي .

۱. د علقی زیاتوالی : سره له دې چې د زیرون څخه وروسته د **Plasma**

حجم نورمال حالت ته په څو ساعتونو کې راگرځي، مگر د علقی فکتورونه

د امیدواری په شان زیات وي .

۲. رکودت (Stasis) : زیاتې بنځې د زیږون په جریان کې او وروسته له نفاس څخه غیر متحرکه وي .

۳. د وريدونو د اندتيلم تخريب :

- رحمی اوریدی : کله چې Placenta جلا کېږي .
- د پښو ژور وريدونه : هغه وخت چې د پښو وزن د پښو په وريدونو فشار راوړي کله چې بنځه غیر متحرکه پاتې شي .

تشخيص :

تاريخچه :

• Calf Pain

• د پښي يو طرفه ازيما

معاینات :

• خفیفه اندازه تبه وروسته له زیږونې څخه

• غیر واضح مورنی Tachycardia

• د Calf په برخه کې د عمیقو برخو حساسیت موجود وي .

• د Holman's sign مثبت دی (د پښې Dorsiflexion) ورکړل شي

نو Calf برخه دردناکه وي) .

تحقیقات :

Doppler Ultrasound : ساده پرله پسې امواج د Doppler

Ultrasound په دې نه توانیږي چې وینې جریان په فخذی وريد کې وښيي .

همدارنگه Doppler ممکن په وريد کې علقه را ښکاره کړي .

وینو گرافي :

• دایوه وصفی معاینه ده او باید هغه وخت تر سره شي کله چې د

کلینیک له مخې تشخیص یې مشکوک وي په دې حالت کې Image

Intensifier او کم غلظت لرونکي مختلف محیط استعمالیږي .

• **Radio isotope scanning** دا په Antenatal حالت کې مضاد استطباب لري مگر نفاس کې استعماليدای شي .

تدابیر:

وقایه : ۱. لومړنی تحریک : ټولې هغه بنځې چې اوس يې زیږون کړي وي باید چې پورته شي او څومره ژر چې يې هیله وي باید وگرځي .
۲. استروجن د اورېدې مودې لپاره ور نکړل شي ، ځکه چې شیدې کموي .
۳. وقایوی درمل یوازې هغو بنځو ته ورکول کېږي چې د **Thrombosis** پخوانۍ تاریخچه ولري .

• د زیږون او یا هم د CS په وخت کې بنځې باید **Stockings** (یو ډول لباس دی چې پښې کلکې نیسي) واغوندي .
• تحت جلدی هیپارین
• وریدي **Dextran**

درملنه : ۱. **Anti Coagulant** سمدلاسه باید د بشپړ دوز وریدي هیپارین د پرله پسې **Infusion pump** په شکل ورکړل شي . دا د اضافي وریدي **Thrombosis** څخه مخنیوی کوي چې ، د ریوي **Thrombosis** خطر په کې موجود وي .

۲. د اورېدې مودې **Anti coagulant** د **Warfarin** سره د ۱۲ اونيو لپاره ورکړل شي . د ۱۰ ورځو لپاره وریدي هیپارین د لاندې دلایلو له امله ټاکل کېږي :

• د نفاس دوران کې د **Warfarin** په واسطه درملنه په مشکل سره کنترولېږي .
• داسې شواهد وجود لري چې هیپارین په واسطه په وریدي **Clott** کې په مقدم شکل سره **Recanalization** صورت نیسي .
د سږو امبولیزم :

د حوصلې اوریدې او یا Soleal ورید څخه خطا شوي Embolus ډېر خطرناک ځای عبارت له ریوی دوران څخه دی .

۱. خفیفې پیښې یې وروسته له Micremboli څخه منع ته راځي چې Dyspnoea ، لږ او کمزوری شکل باندې د Pleural درد . دغه حالت په څو محدودو ورځو کې رشف کېږي او کومې ځانگړي درملنې ته اړتیا نه لیدل کېږي .

۲. شدید حالات د لاندني برخو د علقاتو څخه پورته کېږي :

• Soleal Veins : علقه Populiteal ورید ته خپرېږي او ۳۰% پیښو کې ماتېږي .

• رحمي او Ovarian وریدونه : Friable د Thrombophelebitis علقی سره یو ځای په ۲۰% حالاتو کې وروسته د حوصلې Sepsis څخه منع ته راځي . په ۵۰% پیښو کې مخکې له ریوي Embolism څخه کومه کلینیکي نښه موجوده نه وي .

تشخیص :

تاریخچه : یوازې نیمايي پیښو کې د مخکې نه د عمیقو اوریدو Thrombosis موجود وي

په لومړي کې :

• حاد عسرت تنفس

• Faintness

وروسته :

• سینې درد

• Haemoptysis

معاینه : په لومړي کې :

• علاوه له عسرت تنفس څخه بله نښه موجوده نه وي .

وروسته :

- ممکن Cyanosis ولیدل شي .
- موضوعي نښې د هغه سږي چې ارواء لاندې دی .
- د زړه د نښې خوا عدم کفایه وروسته بیا هم :
- Pleural نښې
- د سږي د یوه لوب کولپس

تحقیقات : په شروع کې مثبتہ عمومي کومه نښه نه لیدل کېږي .

۱. اکسري

- په ماوف اړخ کې حجاب حاجز پورته وي .
- د سږي Consolidation او Infiltration

۲. ECG د نظم تشوش

• S, Lead-I – موجي Inversion نښي

• Lead-III د T موجي Inversion او عمیق Q موجہ نښي

• ۱، ۲، ۳، ۴ Lead V کې د T موجي Inversion نښي .

• قلبي احتشاء ردوي .

3. Radio Active Albumin په واسطه د سږو Scan ترڅو Ischemic

برخه معلومه شي .

۴. د علقي معلومولو لپاره د سږو Angiography

۵. د فشار معکوس کیدني د معلومولو لپاره د زړه د نښې او چپ خوا

.Catheterization

اخرنی درې معاینې د سږو په خصوصي مرکزونو کې اجراء کېږي .

تدابیر:

۲/۳ برخه د هغو کسانو چې مړه کېږي ابتدايي ۲ ساعتو کې مړي نو ځکه مشکوک کسانو باندې باید د بېرې څخه کار واخیستل شي اود ډېرو مغلقو معایناتو څخه ډډه وشي حتی که ډېره مهیا یا آسانه هم وي

د ضرورت په صورت کې احیاء مجدد :

۱. خارجي قلبی مساژ

۲. د Intubation په واسطه که ضرورت وي نو د اوکسیجن مثبت فشار

ورکول.

۳. د ورځې 40000units هپارین په ورید کې ورکړل شي.

۴. Emergency embolectomy یوازې په هغو روغتونو کې چې خپل

صدری مرکزونه ولري او د By pass سهولیت موجود وي .

وصفي درملنه : که احیاء مجدد کامیاب وي نولاندې شیان ورکړي .

۱. Anticoagulant (اضافي وریدی هپارین)

• 25000units فوري یا عاجل

• 25000untis هر ۶ ساعته وروسته د ۲۴ ساعتو لپاره.

دا به اضافي emboli څخه مخنیوی وکړي .

د Warfar تداوي د خولې له لارې په دې شرط چې Prothrombin

time په واسطه کنترول شي.

۲. Streptokinase) Thrombolytics (په فعال شکل دشته علقې

تجزیې ته سرعت ورکوي.

• 500000units عاجل شکل .

• 100000units هر ساعت وروسته د ۷۲ ساعتو لپاره.

۳. Embolectomy (وفیاتو اندازه ۲۵%) گټور ثابتیږي که:

• صدری Unit په همدغه روغتون کې موجود وي .

• که Streptokinase په مقابل کې ځواب موجود نه وي .

• دناروغ روغتیا Streptokinase ایجاب نه کړي .

• د Streptokinase مضاد استتباب موجود وي لکه آخرنی جراحي،

Hypertension peptic ulcer .

د هپارين او Streptokinase دواړو لوړ دوزونه دوینې دبهیدو لامل کېږي . تر هغه وخته پورې چې Emboli ژوند تهدیدونکی ثابت نه شي دواړه استتباب نه لري که ناروغي پیل شي په ۲-۳ ورځو کې باید محافظوی دوز ته سویه بنکته شي او ۴-۶ اونيو پورې ادامه ورکړل شي .

ثانوي PPH یادزېږېدنې څخه وروسته دوینې بهیدل د دوهم حل اچاره:

که د نفاس دوارن کې وروسته له زیږون څخه ۲۴ ساعته بعد تازه وینه ولیدل شي چې دغه په Chapter 6 کې تشریح شوي .

پخوانی ناروغي چې د نفاس دورې ته ادامه ورکوي :
اکلمپسیا او پري اکلمپسیا :

کله چې د امیدواری په جریان کې دغه پینس شي نهایی درملنه یې د ماشوم زیږون دی . عموماً وروسته د Placenta تولد څخه بنځه بهبود حاصلوي او نورمال Diuresis لامل ددې کېږي چې د اوبو او مالگو Overload کم شي .

یو شمېر بنځې وروسته له زیږون څخه هم د نفاس په دوره کې لومړني څو ورځو لپاره خراب حالت لري . درملنه عیناً د امیدواری جریان په شان تر سره کېږي . هغه Eclampsia چې Postpartum کې صورت نیولي وي لوړ وفيات لري .

د شکرې ناروغي :

زیږون ممکن عملیاتي وي او وروسته ژر د یوې ورځې لپاره باید وریدی درملنه تر سره شي . په یاد ولری چې د انسولین اړتیا وروسته له زیږون څخه په سریع توګه کمیري نو ځکه زیاتره Diabetic ناروغان د نفاس په دوهمه

ورخ **Pre pregnancy** حالت ته گرځي. ډېر امکان لري چې د يو زخم انتان رامنځ ته شي. او په **Breast feeding** کې د کاربوهايډریت غیر منظم خارجيدل صورت ونیسی چې د **Insulin** کنترول نور هم مشکل کوي.

د زړه ناروغي :

لمړنی ۲۴ ساعته د نفاس ډېر خطرناک وي. ځکه چې د رحم وينې **Shunting** ممکن د **Pulmonary** ازیما سبب شي او همدارنگه امکان لري د زړه بڼې خوا عدم کفایه ورکړي وروسته له دې چې خطر کم شي. نفاسی انتان ممکن باکتریا آزاد کړي او ممکن د زړه اندوتیلیم باندې نصب او تخریب رامنځ ته کړي (**Acute Bacterial Endocarditis**). مینځ ته راځي. دا حالت نسبت **Rheumatic** حالت ته زړه په ولادي ناروغيو کې زیات لیدل کېږي. مگر د **Antibiotic** په واسطه دواړه بڼه **cover** کېږي.

د تخمدان تومورونه :

ډېر امکان لري چې د نفاس په جریان کې **Torsion** خواته لاړ شي ځکه چې د بطن جدار **Lax** حالت کې وي او د رحم حجم د کمیدو په حالت کې وي. که یو **Ovarian Cyst** د ۱۰ سانتي مترو څخه زیات قطر ولري نو جراحي توصیه کېږي.

مورنی مړینې :

تعریف : د یوې بڼې مړینه چې د امیدواری یا د ماشوم سره ملگرې وي، او دا د ۴۲ ورځو په اوږدو کې وي.

لاملونه : مورنی مړینه مستقیماً وروسته له یو سببه وي لکه (**Massive PPH**) لاکن د هغو په شان چې مستقیماً د ولادي اختلاطونتیجه وي یا د امیدواری په جریان کې، یا د هغې د درملنې په وخت کې. همدارنگه هغه هم شته چې په غیر مستقیم ډول امیدواری سره اړیکه لري. پخوانی ناروغی چې د امیدواری په جریان کې بدتر کېږي.

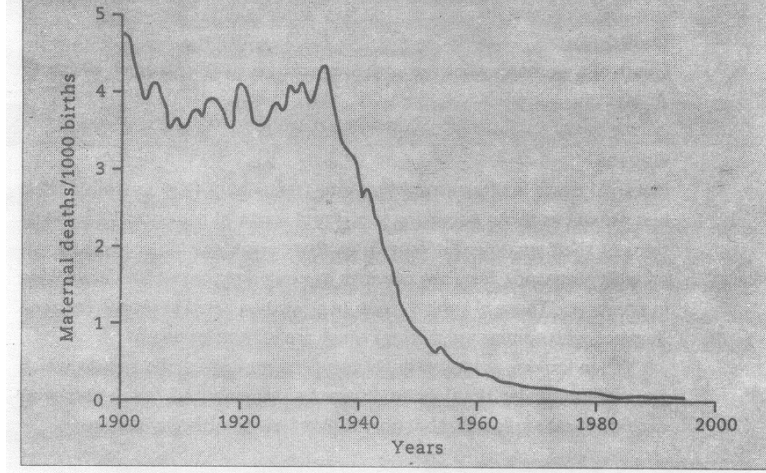
همدارنگه دريم گروپ بنځي هم شته چې ترافيکي حادثي دمړينې لامل گڼل کېږي . د مثال په توگه هغه بنځه چې د موټر (Car) ټکر په پيښه کې مړه شوي يا يې ځان وژلې وي . که د نړۍ مقاييسوي اعدادو ته وکتل شي نو هغه چې تعريف کې شامل دي نو بايد په ياد کې وساتل شي . ځينې هيوادونه د مورني مړينو نتيجه چې څخه هغه مړينې چې د **Abortion** يا سقط له امله وي خارج کړي .

پرمختگ : په تيرو ۳۰ کلونو کې په نړيواله سطحه د ميندو د مړينې اندازه کمه شوې په برتانيه کې دغه اندازه اوس $9.8/100.000$ زېږېدنه دی . دا مونږ کولی شو چې 0.0098% وليکو مگر څرنگه چې مشکل دی ذهن ته راوړل شي نو ځکه ښه به دا وي چې **Per – 100000 birth** شکل واضح شي . دا ددې له امله چې ممکن په راتلونکې څو کلونو کې تر ميليون پورې ورسېږي . بيا به **Per 9.8/1000 000 birth rate** وي . 9.3 تصوير رانښيي چې د مورني مړينو اندازه د نفاس **Sepsis** له امله را کمه شوې . کموالي يې ممکن لاندې عوامل ولري .

۱. د نفوس روغتيا کې ښه والی
 - يو ډېر قوي او صحتمنده مورد کموناروغيو سره .
 - ۲. د زيږيدو په نوع کې بدلونونه
 - کوچني فاميلونه چې **Parity** ښکته وي .
 - د کم عمر و ميندو کموالي .
 - په پاڅه عمر کې د زېږونې کمېدنه .
 - ۳. د ميندو ښه ښوونه او روزنه
 - د طبي څارنې ته زياته پاملرنه .
 - ۴. د طبي علوم د پوهې زياتوالی
 - اميدواری او زيږون کې د فارمکالوجي او فزيالوجي ښه پيژندنه او د هغې ښه تطبيق

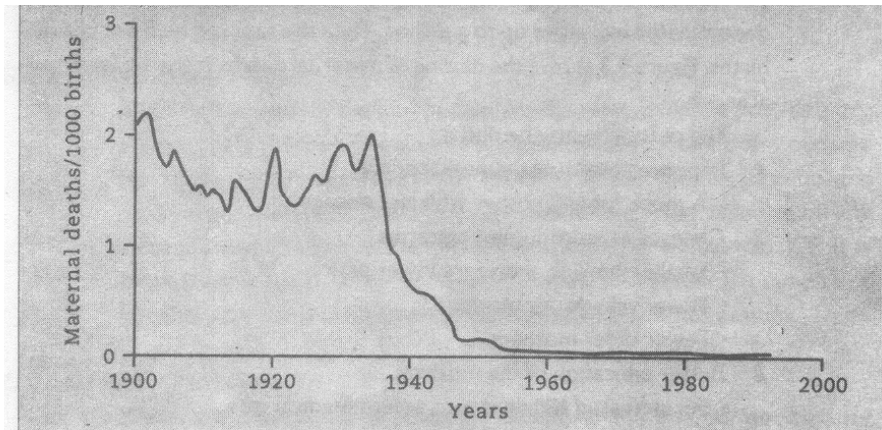
۵. **Antenatal** او د ولادي خدماتو لارښوونې والي .
- په ولادي مرکزونو کې اضافي بنه تربيه شوي ډاکټران او قابلې .

مورنۍ مړينې



۹-۲) تصوير: په **England** او **Wales** کې مورنۍ مړينې په ۱۹۰۰-۱۹۹۴ پورې رانښيي :

مورنۍ مړينې په غير نورمال نفاس کې



۹-۳) تصوير: د نفاس دوران **Sepsis** له امله مورنۍ مړينې په برطانيه او **Wales** کې د ۱۹۰۰-۱۹۹۳ پورې رانښيي .

د مورنۍ مړينو غټ لاملونه :

پري اکلمپسيا او اکلمپسيا : اکلمپسيا نادره حالت غوره کړي کله چې په اميدواری کې مقدم پېښ شي نو بدترين عواقب لري (مخکې له ۲۸

- اونيو څخه) مړينه زياتره د **Intracranial** خونريزي اود پښتورگو د عدم کفایي له امله دي .
- د مړينې د کموالي په خاطر :
- د امیدواری په جریان کې د وینې فشار باید معاینه شي .
 - هغه چې لومړۍ نښې د **Pre eclampsia** وښيي باید د بسترزیات استراحت وکړي.
- دا ممکن په کور کې په ښه شان نه وي نسبت روغتون ته .
- د سپرو امبولیزم :
۱. ۱/۳ برخه یې **Antenatal** کې وي او ۲/۳ برخه یې وروسته د زیږون څخه وي د وروستي دریمه برخه یې وروسته د **Cs** څخه منع ته راځي .
 ۲. هغه ناروغان چې په زیات خطر کې راځي .
 - د ۳۵ کالو څخه لوړ عمر ولري .
 - چاقې یا **Obes** ښځې .
 - عملیاتي زیږونونه .
 - پخواني **Thrombosis**
 ۳. نیمایي د مړینو د پخواني **Thrombotic** خبر ورکوي .
- د مړینې کمولو په خاطر :
- هغه ښځې چې ډېره خطرې کې وي په وقایوي ډول **Anticoagulant** ورکړل شي .
 - جدي درملنه په مشکو کو کسانو کې .
- سقط :
۱. عموماً وروسته د **Procure** (جنسی خواهش پوره کولو په خاطر) او غیر قانونی مداخلې له امله رامنځ ته کېږي .
 ۲. ناروغانې عموماً د نذف **Sepsis** او **Renal Failure** له امله مري .

د مړینې کمولو په خاطر :

- په پراخه اندازه قانوني **Therapeutic** سقط باید اجراء شي .
- بنه **Contraceptions** څخه استفاده وشي .

نذف یا دوینې بهیدل :

Abruptio Placenta: شدید **Hypovolemia** د شاک او وروسته په

Renal Failure باندې ختمیږي.

د مړینې کمولو په خاطر :

- مرکزي وریډي فشار ارزیاښی شي .
- د وینې مناسب او فوري تبادلہ .

پلاسنټا پریویا : پرله پسې او زیاتیدونکې دوینې بهیدل د امیدواری په لومړي **Trimester** کې وي . شدید درجې باید د سیزارین سکشن په واسطه درملنه شي کوم چې د تخنیک له پلوه ستونزمن عملیات دي .

د مړینې کمولو په خاطر :

- باید زیاته پاملرنه وشي خو چې بنځه د امیدواری په جریان کې د خونریزی څخه خبره شي .
- په روغتون کې باید د سیزارین سکشن لپاره **Consultant** موجود وي .

د زېږېدنې نه وروسته د وینې بهیدل :

عموماً د رحم **Atonia** له امله وي مگر کیدای شي د عنق **Trauma** څخه وروسته هم منځ ته راشي .
د مړینې د کمولو په خاطر :

- **Oxytocin** باید په روتین شکل وروسته له زیږون څخه ورکړل شي .

▪ بنځې بايد هغه روغتونونو کې زيږون وکړي چېرته چې وينه موجوده وي .

▪ بايد ژر عمل وشي او يو پلان شوي پروتوکول باندې عمل وشي .
خارج الرحمي اميدواري :

د نذف د نورو اقسامو د کموالي له امله دغه قسم نسبتاً مهم شوي .
د مړينې د کمولو په خاطر :

▪ مشکوک اعراض لرونکې ناروغانې بايد بستري شي .
▪ هغه ناروغان چې حتمي اعراض لري بايد ژر عمل اجراء شي .
▪ بايد مشکوک ناروغان Laprascopy شي او يوازې التراسونډ باندې تکيه ونه شي .

انستيزي :

په انگليستان کې د هغه مړينې شرح چې د عمومي بي هوشۍ له امله منع ته راځي مخ په کميدو دی د معدې اسيدې محتوی Inhalation د عمومي بي هوشۍ په وخت لامل د Mendelssohn's سندروم کېږي .

د مړينې کمولو په خاطر :

▪ په پراخه توگه Regional بي هوشي (Epidural) استعمال شي .
▪ عمومي بي هوشي ضروري وي نو بايد د با تجربه Anaesthetist په واسطه ورکړل شي . او د Cuff تيوب سره Intubation تر سره شي .

نور لاملونه :

نور ټول لاملونه مړينه کموي انتان چې په يو وخت کې به زيږون ورکوونکو بنځو څخه ۱۰ : ۱ به يې وژلو اوس ډېر کم شوي (ددی سره چې اوس هم هر کال د ځينې مړينې لامل کېږي چې زياتره يې وروسته د سيزارين سکشن څخه چې اوږدې مودې لپاره د غشاء تمزق سره يو ځاي وي منع ته

راخي). د زړه ناروغي د يو لامل په توگه اوس کمپري حکه چې
Rheumatic تبه په کوچنيټوب کې ښه تشخيص او درملنه کېږي .

ناکافي احتياط :

په انگليستان کې هريوه مورنۍ مړينه د **Distric Medical Officer**
په واسطه مرکزي کميټي ته خبر ورکول کېږي چې د هغه اطمینانی موازني
هر درې کاله وروسته چاپوي . دا يو عدالتی تحقیق نه دی او نه په چا باندې
کوم قسم ملامتیا ده . دا يو طبي کار دی . چيرته مسلکی خلک په خپل کار
باندې نظر ساتي او کونښن کوي چې خپلو غلطيو نه زده کړي .

کميټه کونښن کوي که کوم قابل شنوالی خبره وي ارزيايي شي . په
اوسني راپور کې داسې څرگنده شوې چې ۴۵% مړينې چې مستقيماً د
اميدواری او زيږون له امله وې د ژغورلو وړ وې . دا هغه ناروغان وو چې په
يوازي توگه يې اميدواری مخکې وړي چې نه به **Antenatal** روغتون ته
تلل او نه به کوم مشوری باندې يې عمل کول . په ولادی روغتونونو کې
ډاکټران او **Anaesthetist** د ډېرزيات بي پاملرنې ناروغانو سره مخامخ
شول . دغه زياتره له دې کبله وو چې يا به يې د ډاکټر خبرو ته پاملرنه نه
کوله او يا به په روغتون کې ډاکټران نه وو . د ډاکټرانو او سهوليتو
نشتوالی اوسنيو راپورونو کې بيان شوي . ناکافي پاملرنه د **General**
Practitioners او قابلو له خوا کم ليدل شوي .

د مورنۍ مړينو کمولو ښې طريقې عبارت دي له :

۱ . په سمه توگه د ناروغ روزنه .

۲ . په **Delivery unit** کې د ښه **Consultant** موجوديت .

۳ . په سمه توگه د **Antenatal** مراقبت کول .

زيږون ته نږدې وخت کې مړينې (P.M.R) :

زيږون ته نږدې وخت کې د مړينو اندازه د **Still birth** او په لومړۍ
اونۍ کې د هغه نوزادو ماشومانو مړينه چې هر ۱۰۰۰ مړينه کې دی د

مجموعي څخه عبارت دی . په **England** او **Wales** کې ۱۰۰۰ / ۷۸ مړینه په ۱۹۹۴ کې وه .

هغه فکتورونه چې **PMR** باندې اغېزه کوي :

۱. د مور روغتیا .

۲. مور :

▪ د اوسیدو ځای

▪ پخوانۍ تغذي او ناروغي

▪ بنسټونه

▪ اجتماعي او ټولنيز حيثيت يا مقام

۳. د مور عمر او **Parity**

۴. يو اغيزمن روغتيايي خدمت .

۵. **Still birth** او **Neonatal** مړينې تعريف : په انگليستان کې په

۱۹۹۱ کې دغه تعريف له پخواني ۲۸ اونيو څخه وروسته په ۲۴ اونيو د

اميدواري څخه مړينې ته تبديل شو . د هغه وخت راهيسې يو کوچنی قابل

ملاحظه زياتوالي د يوې لنډې مودې لپاره را ښکاره شو .

(۴-۱۱) تصوير: د **PMR** پرله پسې کموالی په دې ۵۰ کلونو کې

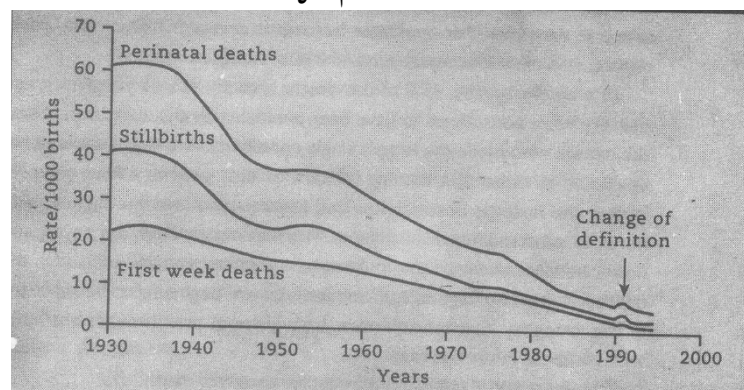
څرگندوي :

د **Perinatal** مړينو لاملونه : اصلي لامل يې عموماً د **Autopsy**

کموالي له امله ، د معلوماتو د کموالی له امله او يا په واحد او لومړني

لامل د مړينې باندې اکتفاء له امله غلطېږي .

د ماشوم مړينه



(۴-۹) تصویر: زیبرون ته نږدې د ماشوم مړینه، د زیبرون په وخت کې او د زیبرون په لومړنۍ اونی کې د ماشوم مړینه په (انګلیستان) او (والس) کې په ۱۹۳۰ کال کې راښيي.

د پري نیتل مړینو لاملونو طبقه بندي:

۱. **Macerated Still Births** پرته له سوئ شکل څخه.

۲. ولادي سوی شکل په هر یو **Still birth** یا نوزاد مړینو کې.

۳. **Intra partum perinatal** مړینې په ثانوی شکل د **Asphaxia**,

Trauma یا دواړو له امله.

۴. د نویو زېږېدلو ماشومانو مړینه د **Immaturity** له سببه.

۵. نور خصوصي لاملونه لکه **Rh. Haemolytic** ناروغي.

:SGA

۲/۳ برخه نوزادانو مړینه د **SGA** سره یوځای وي. د **Hyaline**

membrane ناروغي او **Intraventricular** نذف لوړ وځوات میندل

شوي.

ولادي سوی شکل:

د **Still birth** لسمه برخه او د نوزادانو د مړینې دریمه برخه یو ولادی

انومالی لري. د **CNS** او قلبي و عایوي انومالی گانې ډیرې معمولې دي.

اسفکسیا:

د **Postmortem** شواهدو څخه داسې معلومیږي چې د **Still birth**

دریمه برخه او د نوزادانو د مړینې لسمه برخه د **Asphaxia** له امله وي. دا

د دې له امله وي چې مخکې له زیبرون څخه:

۱. **Abruption Placenta**

۲. د پلاستنا عدم کفایه

▪ **Pre eclampsia**

▪ **Hypertension**

▪ **Post maturity**

▪ د شکرې ناروغي

زیږون وخت کې :

۱. اوږد زیږون

۲. د حبل سقوط

زیږون جریان کې :

▪ بند پاتې شوې اوږې .

▪ د ساه اخیستو ناوخته پیل کیدنه

د زیږون جروحات :

د Neonatal مړینه د لسمې برخې څخه کم

لاندني سره یو ځای وي :

۱. زیږون ډیر سریع وي .

▪ شدید زیږون د Immature ماشوم سره .

▪ په Breech Presentation کې د سر Molding لپاره کم وخت .

۲. زیږون ډېر مشکل وي .

▪ عدم تطابق

▪ په خراب شکل اجراء شوي عملیاتي زیږون خصوصاً Forceps

انتان :

۱. Intra uterine .

۲. Neonatal .

زیږون ته نږدې وخت کې د مړینې تدابیر : کله چې امیدواری د

جنین او یا نوزاد په ضیاع سره خاتمه ومومي نو خصوصي تدابیر د

جوړې لپاره چې په کې دخیل دی ونیول شي . دا یو مشکل حالت دی نه

یوازې مور او پلار لپاره بلکې خپلوانو لپاره هم همدارنگه د طبي او

Nursing پرسونل لپاره هم یو مشکل وخت وي . د غم په عکس العمل

کې لاندې مراحل شامل دي .

۱. ابتداء کې هغه څه چې پېښ شوي وي ردوي .

۲. هغوی کونسنس کوي چې ملامتیا خپل ځان باندې واچوي .
۳. بیا هغوی کونسنس کوي چې ملامتیا په ډاکټرانو او قابلو باندې
واچوي .

۴. بلاخره هغه څه چې د لاسه ورکوي هغه نقصان قبلوي چې ممکن دا
حالت میاشتي غواړي .

هغه طبي مسایل چې داخل الرحمي مړینې سره یو ځای وي :

- که جنین د څو اونیو لپاره پاتې شي نو DIC باید منخته راشي .
- داخل الرحمي انتان
- رواني او ممکن رواني پاتې شوني ولري .

د زیږون لپاره تدابیر :

۱. د داخل الرحمي مړینې باوري کولو لپاره باید په وخت سره د
التراسوند معاینه وشي .

۲. مور او پلار ته وخت ورکړل شي ترڅو خپل ضایعه شوي ماشوم لپاره
وخت وټاکي .

۳. د زیږون لپاره هغه وخت **Induction** وشي چې مور لپاره مناسب وي
خو تر **Induction** وخته پورې قابله د محافظي لپاره خامخا ور سره وي .

۴. باید د **Partner** لپاره موقع مساعده شي چې **Induction** په وخت
کې حضور ولري .

تحقیق :

۱. **Hb** او **Serum** باید محافظه شي .

۲. **Kleihaur** معاینه وشي .

۳. د علقی لپاره معاینات

تدابیر :

۱. زیږون باید د **Prostaglandin Pressaries** په واسطه تحریک شي

او هر درې ساعته وروسته ورکړل شي .

۲. غشاء ته تر هغه وخته پورې تمزق ورنکړل شي ترهغه چې بنځه زيږون واټ کې داخل شوي نه وي او عنق ۴ سانتي مترو څخه زياته پراخه شوې نه وي .

۳. د مايعاتو Balance وساتل شي .

۴. زيږون کوونکي ته Analgesia ورکړي . که بنځه Epidural ته خواهش وکړي نو بايد دا خبره يقيني شي چې د علقې فکتورونه نورمال دي .

۵. په دې باندې مباحثه وشي چې ايا مور او پلار وروسته له زيږون څخه د ماشوم ليدل غواړي او که نه ؟ مور او پلار بايد دې کار لپاره تشويق شي اما فشار پرې وانه چول شي .

▪ ماشوم بايد Photographed شي ، کالي ورته واغوستل شي او د امکان تر حده

کوښښ وشي چې ماشوم نورمال ښکاره شي . دغه تصاویر بايد هغه وخت لپاره وساتل شي چې کله مور او پلار وروسته وغواړي ځينې وخت يو کال وروسته مطالبه کوي . .

د زيږون نه وروسته پاملرنه :

په Antenatal دوره کې بايد بنځه د هغې قابلې له خوا وکتل شي چې ورسره بلده وي . په روغتون کې پاتې کيدنه طبي مسایلو پورې اړه نه لري ، بلکې د مور او پلار خواهش پورې اړه لري . هغه ممکن هر څومره چې ژر وغواړي کور ته لاړې شي مگر دا احساس بايد ورسره نه وي چې د روغتون څخه خارج شوي .

د هغه Midwives ، معاشرتی خادمه او General Practitioner بايد د هغه څه په هکله چې بنځه باندې تير شوي د ټيليفون له لارې خبر شي .

۱. په کور کې بايد د متخصصې قابلې Visit بندوبست وشي هغه قابله چې د هغو ميندو په هکله چې ماشومان يې مړه شوي وي تخصص ولري .

۲. د بنځې څخه پوښتنه وشي چې دخپل ماشوم په تجهيز او خښولو کې برخه اخيستل غواړي او که نه؟ که غواړي نو د روغتون اصولو کې ورته موقع ورکړل شي .

۳. د **Post partum** لپاره د مور څخه اجازه واخستل شي او که مور دا ونه غواړي نو لاندې **Procedure** باندې استعمال شي .

(a) د زړه وينې **Sample** بايد د **Viral** مطالعاتو او **Karyotyping** لپاره واخستل شي .

(b) د ماشوم دوه **Polaride** تصويرونه واخيستل شي يو د نږدې څخه چې د ماشوم مخ په کې ښکاره شي او بل عمومي ماشوم پکې وي .

(c) د ماشوم **X-Ray** واخيستل شي .

۴. **Consultant** بايد د مور او پلار سره مصاحبه وکړي مخکې له دې چې مور له روغتون څخه لاره شي .

۵. وروسته د ۴-۶ اونيو څخه د مور او پلار سره ليدنه او کتنه وشي او ټول هغه شواهد چې لاسته راغلي ورکول کيږي .

۶. مور او پلار بايد يو قسم **Society** سره په تماس کې شي مثلاً :

(SANDS) Still birth , Abortion and Neonatal Death Society
سره يا هغه مور او پلار سره ملاقات وکړي چې همدغه پېښې پرې تېرې شوي وي .

۷. **Lactation** بايد جفت سينه بند په واسطه تر فشار لاندې ونيول شي که دا گټور ثابت نه شي نو **Bromocriptin** ورکړل شي .

۸. هغه بنځې چې سيزارين سکشن شوي وي يا د **Twin** له جملې څخه يو يې ژوندی پاتې وي نو مهارتي **Psychotheraps** مرستې ته اړتيا لري .

و من الله توفيق

ماخذونه

Element C: Grays, Anatomy of the Human body 30th ed Lippincott Williams & Wilkins 1985 Donnelly JK: Living Anatomy 2nd Auman Kinetcs 1990 Harrison RJ Navarainam V ceditors: Progress in anatomy Vd 3. Cambridge University press 1998 Gibbs CP Mafernal Physiology Clin obstet Gynecol 198124:525

Gessen JA, Zlantiik Fj: Monnoamnothic Twinx: Aretrospecfve Controlled stuy obstet Gynecal 1991:77:832. Harbort GM JC: Assessment of Utern Contractitiy & Activity. Clin obstet Gyncol 19992:35:546. Laifer SA: Oral intake doing Lobor, clin consult obstet Gynecol1982:60:137

Marfin JN JR, Morrison JC, and Wiser WL: Vaginal birth afer cesarean section tha demise of utine repeat abdominal delivery obstet Gynecol clin No th Am988:15:719.

Owen J, Hauthy JC: oxy tocin for the induction or augmentation of labor clin obstet Gynecol. 19992:35464

Besinger RE: The effect of photolytic use in the management of symptomatic placentu previa. Am j pbstet bynecol 1999517:1770?

Daby MJ carits SN, Shen S chwartz S: placenta abruption in preteim is lation: An association with chorioamniosih; obstet Gynecol 1989:7488

Weisbeh sm, O, Leary 7A compound presentation of the ftos, obstet Geneco 1973:41:60

(DAMF e. V.)

(DAAD)

()

.

.

.

(DAMF e.V.)

(DAAD)

.

.

Abstract

Obstrics

Geoffrey chamber lain

Seventh edition

The book under the title of (obsterics) has been written by assoiociate professor Dr maryam Akram Masoom I ma happy to translate the obstrics book to pashto language in the first time.

This book should teached for 4th year students of the medical faculty . which is approved by the publication board of ministry of higher education

This book consist nine chapter the important chapter of this book is pothograph of delivery and also this book is good guide line for doctor.

د ژباړونکې لنډه پېژندنه:



محترمه پوهنمل دوکتورس مریم اکرم
معصوم د بناغلي پاينده محمد لور د
ننگرهار ولايت د جلال آباد ښار کې په

۱۹۶۲ کال کې زېږېدلې ده او په ۱۹۷۴ کال کې د
ننگرهار د الهي عالي لېسې نه فارغه شوې ده. په ۱۹۷۵
کال د طب پوهنځي ته کاميابه شوه او په ۱۹۸۲ کال ترې
فارغه شوه.

له ۱۹۸۳ کال را په دې خوا د ننگرهار پوهنتون د طب
پوهنځي د نسايي ولادي په ديارتمنت کې دنده پرمخ
بيايي، په ۱۳۸۸ لمريز کال کې يې د پروفيسرۍ علمي
رتبې ته د لوړتيا په منظور د زېږون په نامه کتاب د اهل
طب مينوالو ته وژباړه.