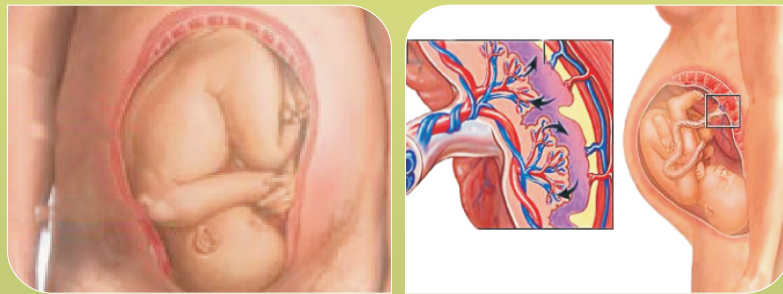




پوهنځی طب هرات

کتاب ولادی

کتاب ولادی



دوکتور محمد حسن فرید

۱۳۹۰

دوکتور محمد حسن فرید



Herat Medical Faculty

AFGHANIC

Dr. M. Hassan Farid

A Text Book of Obstetrics

Funded by:

DAAD

Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service



ISBN 978-9936-400-62-7



9 789936 400627 >

Printed in Afghanistan

2011

کتاب ولادی

دوکتور محمد حسن فرید

AFGHANIC



Herat Medical Faculty

پوهنځی طب هرات



In Dari PDF
2011

A Text Book of Obstetrics

Dr. M. Hassan Farid

Download: www.ecampus-afghanistan.org

Funded by:
DAAD
Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

کتاب ولادی

A Text Book of Obstetrics

پوهندوی دوکتور محمد حسن فرید

سال ۱۳۹۰

نام کتاب	کتاب ولادی
مؤلف	دوکتور محمد حسن فرید
ناشر	پوهنځی طب هرات
وب سایت	www.hu.edu.af
چاپ	مطبعه سهر ، کابل، افغانستان
تعداد نشر	۱۰۰۰
سال	۱۳۹۰
دوندلود	www.ecampus-afghanistan.org

کتاب هذا توسط انجمن همکاریهای اکادمیک آلمان (DAAD) از بودیجه دولت فدرالی آلمان تمویل شده است. امور تخنیکي و اداري کتاب توسط انجمن عمومي پرسونل طبي در کشور آلمان (DAMF e.V.) و موسسه افغانیک (Afghanic.org) انجام یافته است. مسؤولیت محتوا و نوشتن کتاب مربوط نویسنده و پوهنځی مربوطه می باشد. ارگان های کمک کننده و تطبیق کننده مسؤل نمی باشند.

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

داکتر یحیی وردک ، وزارت تحصیلات عالی، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

ای اس بی ان: ISBN: 9789936400627

تمام حقوق نشر و چاپ پیش نویسنده محفوظ است.

پیغام وزارت تحصیلات عالی

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

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

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

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

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

با احترام

قانونپوه سرور دانش

سرپرست وزارت تحصیلات عالی، کابل، ۱۳۹۰

چاپ کتب درسی و پروگرام بهبود پوهنځی های طب

استادان گرامی و محصلین عزیز!

کمیسیون و نبود کتب درسی در پوهنتون های افغانستان از مشکلات عمده به شمار می رود. محصلین و استادان با مشکلات زیاد روبرو هستند، آنها اکثراً به معلومات جدید دسترسی ندارند، از کتاب ها و چیپتر هایی استفاده مینمایند که کهنه و در بازار به کیفیت پایین فوتوکاپی میگردد.

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

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

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

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

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

اینکه مملکت ما به دوکتوران ورزیده و مسلکی ضرورت دارد، باید به پوهنځی های طب توجه زیاده تر شود.

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

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

۲. تدریس با میتود جدید و وسایل پیشرفته: در سال ۲۰۰۹ پوهنخی های طب بلخ و ننگرهار دارای یک پایه پروجیکتور بود و زیادتراستادان به شکل تیوریکی تدریس می دادند. در جریان سال ۲۰۱۰ توانیستیم در تمام صنوف درسی پوهنخی های طب بلخ، هرات، ننگرهار، خوست و کندهار پروجیکتورها را نصب نمایم.

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

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

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

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

۷. شفاخانه های کدري: هر پوهنخی طب کشور باید دارای شفاخانه کدري باشد و یا در یک شفاخانه شرایط برای ترینینگ عملی محصلین طب آماده گردند.

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

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

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

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

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

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

داکتر یحیی وردگ، وزارت تحصیلات عالی

کابل، ۲۰۱۱ م، دسامبر

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

فهرست مطالب کتاب ولادی

صفحه

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

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

راجع به مولف

پروفسور خانم الطاف یک داکتر لائق ، کاملاً فعال، خستگی ناپذیر و ایثارگر بوده. که همیشه سعی نموده است تا دانش مسلکی خویش را وقف اصلاح و بهینه سازی در عرصه خدمات صحتی برای مادران نماید. تلاش های ممتد وی، پیشرفت های غیر قابل تصور و خیالی را به واقعیت مبدل گردانیده است. وی در رابطه به تدابیر و 6 قایوی ولادی بین جامعه اناث، تلاش های قابل قدری انجام داده است. برای رسیدن باین هدف، موصوف در یکی از مناطق دور افتاده و تجرید شده با شرائط حفظ الصحوی فوق العاده پائین و نامطلوب بنام فیصل آباد داخل اقدام شده و بکمک دانش مسلکی و همکاری نزدیکش با موجودیت منابع و امکانات نا چیز و محدود در دوره گذشته تغییر قابل ملاحظه و برجسته ای را بوجود آورده است. بطور مثال در مسکونین ناحیه Sulum که وفیات مادری همیشه در بلند ترین سطح بوده است در اثر توجه وی و همکاریانش جهت پائین آوردن سطح معیوبیتها و وفیات به موفقیت های شگرفی نائل شده است. نامبرده دوره های آموزشی T.B.A (دایه های تربیه شده) را ایجاد نموده، که این عمل در ابتدا حتی برای هم مسلکانش مضحک به نظر می رسید و بطور کنایه امیزی این عمل وی را غیر ممکن و غیر موثر تلقی می کردند.

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

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

یکی از رویا های وی زمانی است که دیگر مادری از سبب حمل و ولادت نمیرد و امید است که روزی این رویا هایش به حقیقت پیوندد.

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

مقدمه چاپ دوم مؤلف

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

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

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

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

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

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

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

هم چنان از شوهرم داکتر بشیر احمد که مانند همیشه عمده ترین پشتیبان و مشوق من بوده و از اطفالم که یکبار دیگر با صبر بی شائبه شان مرا در تکمیل این پروژه کمک نموده اند، جها نی را ابراز امتنان نمایم.

این قضاوت را به خوانندگان محترم میگذارم که تاچه اندازه در رسیدن به هدف تکمیل یک Text book قابل فهم مفید و جامع ولادی موفق بوده ام. بهر صورت انتقادات سالم و مثبت و پیشنهادات دوکتوران و محصلین عزیز طب را استقبال می نمایم.

پروفسور خانم الطاف بشیر مارچ ۲۰۰۱

مقدمه مترجم

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

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

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

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

۴- مطالب آن Up date بوده و بمعیارات علمی کاملاً هم خوانی دارد.

۵ ارزش و اهمیت علمی آن توسط ده نفر پروفسور معروف و نامدار پاکستان تأیید و تمجید شده است
با در نظر داشت این واقعیت ها تصمیم ترجمه آنرا گرفتم، که خوشبختانه با واقع بینی اعضای شورا های علمی پوهنهی طب و پوهنتون هرات تأیید و بعد از تأییدی پوهنتون طبی وقت پوهنتون کابل اقدام به این عمل نمودم. که تشکرات عمیق خود را از این فرزانگان دارم.

من در ترجمه این کتاب سعی کامل بعمل آوردم که جملات و متون آن با منتهای امانت داری، به شکل قابل فهم، بلسان دری مروج در طبابت افغانستان عزیز ترجمه مناسب نموده، خوانا بودن، حفظ معانی و درک مطالب را از وظائف اولی و مقدم خویش دانستم، کتاب مذکور حاوی تمامی موضوعاتی است که در پراکتس ولادی ارزش علمی و عملی دارند که در مقدمه موء لف بحث شده است و ضرورت به توضیح بیشتر ندارد. این کتاب سالهای متمادی میتواند جوابگوی سوالات که در بخش ولادی طرح میشوند باشد. از خدای توانا استدعا دارم که استعداد، ظرفیت و توانائی علمی دست اندر کاران و آموزگاران ساحه تدریس رابحدی توانائی به بخشد، که بتوانیم در همچو ساحات مصدر خدمتی شده و آثار علمی دست اول را بجهانیان پیشکش نمایم

دراخیر وظیفه خود میدانم تا از استاد گرانمایه و بزرگوار پروفسور چراغ که مشعل راه من بودند ابراز سپاس و امتنان نمایم و در زمینه جا دارد تا از هیئت محترم رهبری پوهنتون هرات که در راه گسترش دانش علمی از هیچگونه سعی و تلاش دریغ نورزیده و نمیورزند و همچنین هیئت محترم رهبری وزارت محترم تحصیلات عالی و بویژه آمریت محترم نشرات و بخصوص محترم متخصص صاحب یحی وردک که در طبع و نشر کتاب هذا همکاری بیشا ئه نموده اند اظهار قدر دانی نمایم

پوهندوی الحاج دوکتور محمد حسن (فرید) .

بآرزوی افغانستان

آزادوسربلند .



القاح و غرس بیضه ملقحه

Fertilization and Embedding of Ovum

القاح عبارت از یکجا شدن Spermatozoid با Ovum در قسمت Ampullas تیوب می باشد . بعد از تبیض (Ovulation) تخمه یا Ovum توسط حرکات Ciliary فمبیریا از فوهه بطنی بداخل تیوب می رسد، نهایتا Fimbria در زمان تبیض به تخمدان تقرب کرده و از طرف دیگر منی یا Semen در وقت مقاربت در مهبل می ریزد. اسپرم ها از طریق رحم به داخل تیوب ها حرکت می کنند. مدت زمانی که سپرم میتواند در طرق تناسلی زن زنده باقی بماند ۲۴ ساعت میباشد و Oocyte نیز در ظرف ۱۲-۲۴ ساعت بعد از تبیض اگر القاح صورت نگیرد از بین میرود. در هر مقاربت مقدار ۳۰۰-۲۰۰ میلیون اسپرم به طرق تناسلی زن میریزد، که از آنجمله تنها ۵۰۰-۳۰۰ عدد به ناحیه Fertilization می رسد و تنها یک اسپرم برای القاح کفایت می کند، دیگر اسپرم ها در عملیه القاح و نفوذ اسپرم القاح کننده از اولین مانعه محافظوی تخمه، عملکرد خود طبقه Corona به سپرم و انزایم های طبقه مخاطی نفیرها رول دارند. ابتدا سپرم با Zona pellocida تماس قائم نموده و آنرا فوراً سوراخ می کند. قابلیت نفوذیه Zona pellocida در اثر تماس رأس اسپرم با Oocyte تغییر میکند. بنابراین اسپرم های دیگر نمی توانند آنرا سوراخ کنند. بزودترین فرصتی که اسپرم به تماس غشای Oocyte آمد هر دو Plasma membran به همدیگر آمیخته یا یکجا شده و هسته Segmented را میسازد. حجره بدست آمده بنام زایگوت (Zygot) یاد شده که دارای ۴۶ کروموزم میباشد. بعد از شکل segmented Nucleus، زایگوت شروع به تقسیمات نموده و یک کتله سخت از حجرات را میسازد که بنام Morula یاد میشود. با پیشرفت و تیره رشد، در بین Morula جوفی بوجود آمده که آنرا Blastocyst می نامند. تا این مرحله از تکامل زایگوت هنوز هم در بین تیوب قرار دارد، تا رسیدن زایگوت بداخل رحم مدت ۵ روز را در بر میگیرد. حجرات خارجی Blastocyst، تروفوبلاست ها را میسازند، که وظیفه آن غرس Ovum بداخل Decidua رحمی میباشد. تروفوبلاست ها اپیتل Decidua را تخریب و هضم نموده و زایگوت در ضخامت Decidua غرس میشود و در استرومای بین غدوات اندومتریل که توسط تخمه در حال رشد به یکطرف رانده شده مدفون میگردد.

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



سریع انکشاف یافته و Embryo را احاطه می کند ولی Yolk sac فشرده شده و احتمالاً آتروفی میکند. غشای آمنیوتیک با کوریون تماس نموده و بآن میچسبد. Yolk sac تا انکشاف تروفوبلاست ها وظیفه تغذی جنین را به عهده دارد. تروفوبلاست ها بعد از غرس در اثر پرولیفراتیف Pruliferative به دو طبقه یکی طبقه ضخیم خارجی یا Syncytiotrophoblast که هسته ها در کتله سائتوپلازم پراکنده بوده و بدون سرحد حجروی میباشند و دیگر طبقه داخلی Longhans که مشتمل بر یک طبقه حجرات مدور است متمایز میشود. بعد از غرس، حجرات Syncytial بداخل سترومای رحم پیشرفته و اندوتیل Capillar های مادری را تخریب می کند. این Capillar ها احتقانی و متوسع بوده و بنام Sinusoid ها یاد میشوند. خون مادر از طریق سیستم تروفوبلاستیک جریان نموده بناء Uteroplacental Circulation تأسس می کند. در ضمن سائوتروفوبلاست ها ستون های حجرات را ساخته که بداخل رخنه کرده و توسط Syncytium احاطه میگردد که این ستون ها عبارت از ذغابات اولیه میباشد.

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

Decidua

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

ساحه از Decidua که در محل غرس Blastocyst قرار دارد بنام Decidua Basalis، قسمت از Decidua که سطح تخمه القاح شده را پوشانیده بنام Decidua Capsularis و قسمت دیگر Decidua که متباقی سطح جوف رحم را پوشانیده بنام Decidua vera یا decidua paritalis یاد میشود و پلاستتا متشکل از Decidua Basalis میباشد.

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

2

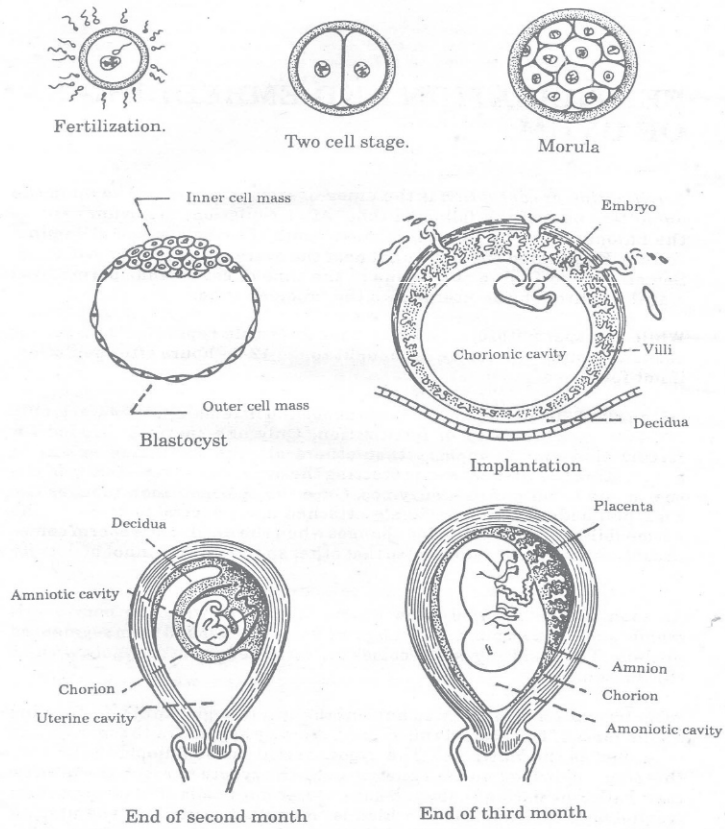


Fig.1 Various stages of embryonic development.



انکشاف و تکامل پلاستتا، حبل سروی واغشیه

تکامل پلاستتا

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



. Syncytiotrophoblast-a

. cyto trophoblast-b

. Mesoderm-c

. Capillary -d جدار

از هفته های 12- ۲۰ وزن پلاستتا به اندازه وزن جنین می باشد، زیرا پلاستتا درینوقت در پروسه های میتابولیک تغذی جنین رسیده گی می کند و هم چنین ارگان های جنین بخوبی تکامل نکرده اند. در هفته های بعدی، بعضی از اعضای جنین مانند کبد به فعالیت آغاز نموده و سایتوتروفوبلاست و Syncytiotrophoblast هم بتدریج معروض به استحاله می گردند.

پلاستتا در وقت ترم: در زمان ترم پلاستتا یک کتله دائروی Circular و مسطح بوده که دارای 20cm قطر و 2.5cm ضخامت در قسمت مرکزی خود می باشد، که بطرف محیطی خود نازکتر شده میرود. وزن آن در حدود 500g که تقریباً 1/6 وزن جنین در زمان ترم است. پلاستتا متشکل از ذغابات کوریونیک و اوویه که دارای خون جنین است می باشد و دارای دو سطح مادری و جنینی می باشد.

سطح جنینی یا Foetal face: توسط یک سطح نرم، سفید و شفاف امینون پوشیده شده که در تحت آن کوریون قرار دارد، در تحت غشاهای مذکور اوویه قرار دارند، که از محیط پلاستتا بطرف مرکز بشکل شعاعی امتداد داشته و بداخل حبل سروی خاتمه می یابند. بند ناف یا حبل سروی از قسمت متوسط پلاستتا داخل پلاستتا شده و دارای دو شریان و یک ورید سروی می باشد.

سطح مادری: این یک سطح اسفنجی درشت و ناهموار بوده و از ذغابات کوریونیک که به Lobe یا Cotyledon ها تنظیم شده تشکیل گردیده و لوب ها توسط (Shallow groove) شیارهایی سطحی و کم عمق از هم جدا شده اند. کاتلیدون ها محدب بوده و دارای رنگ سرخ کبود می باشند و تعداد آن ها به ۱۵- ۲۰ عدد میرسد. سطح آن توسط یک طبقه نازک خاکستری پوشیده شده که عبارت از طبقه دبسیدوای قاعدوی بوده که از پلاستتا خارج گردیده اند. نقاط کوچک خاکستری رنگ اکثراً در یک پلاستتای به ترم از سبب تراکم کلسیم در ساحات استحاله شده (degenerated) دیده شده میتواند. این نقاط در ذغابات موجود نبوده و نیز در Circulation مادری مداخله ندارند. کوریون نیز از کنار های پلاستتا منتشر شده و طبقه خارجی را، از دو غشای که جنین و مایع امنیوتیک را احاطه می کند، می سازد.

وظایف پلاستتا

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

۲-تغذی Nutration.

۳-ارگان دفع کننده CO_2 و مواد زائده جنین.

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

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

اغشیه جنینی

غشاهای جنین عبارتند از Chorion و Amnion.

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

مایع امنیوتیک

از هفته های اول حاملگی مایع امنیوتیک درین کیسه امنیوتیک (Amniotic sac) بوجود می آید و عبارت از مایع آب مانند، شفاف و خاسف بوده که در آن جنین حرکت می کند. حجم مایع مذکور از ابتدای حاملگی رو به افزایش بوده تا اینکه در زمان ترم در حدود 500-1000ml می رسد مایع مذکور قلوئی بوده کثافت آن 1010 میباشد که 99% آن آب و دارای مقداری پروتین، گلوکوز، کلوراید، سودیم، پتاشیم، Ca و یوری میباشد و همچنین دارای موی های lanugo، vernex- caseosa، حجرات اپیتل امنیوتیک و حجرات اپیدرمل نیز میباشد. اگر درین آن Meconium دفع شود رنگ سبز رابخود می گیرد. مهمترین منبع مایع امنیوتیک اپتلیوم سطح جنینی پلاستنا، کورد و ادرار جنین میباشد.

وظایف مایع امنیوتیک

- ۱- اساساً وظیفه محافظوی دارد
- ۲- اجازه حرکات آزاد را به جنین میدهد
- ۳- حرارت را ثابت نگه میدارد
- ۴- رول یک Buffer را در مقابل صدمات و فشارهای خارجی باز می کند

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

حبل سروی (Umbilical cord)

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



ابنار ملیتی های پلاستا و حبل سروی

پلاستا

پلاستای طبیعی در یک حمل به ترم یک عضو دائروی دیسک مانند بوده که دارای ۱۵-۲۰ سانتیمتر قطر، ۲.۵-۳ سانتیمتر ضخامت و از مرکز به محیط ضخامت آن کم شدمی‌رود. این عضو دارای ۴۰۰-۶۰۰ گرام وزن و ۱/۶ وزن طفل و از ۱/۴-۱/۵ ساحه جدار جوف رحم را اشغال میکند و دارای دو وجه می باشد. I- وجه مادری که به تماس دیسیدوای قاعدوی رحم میباشد.

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

پلاستا از هر دو انساج مادری و جنینی تشکیل شده است. قسمت مادری پلاستا متشکل از دو لایه از دیسیدوای قاعدوی ، بقایای جدار اوعیه و دیسیدوای سطحی حاشیوی (Margin spongy dicidual) است. شیارها یا شکاف های غیر منظم این وجه را به کاتلیدون هاتقسیم کرده است.

و جه مادری در هنگام ولادت از جدار رحم جدا شده ناهموار، سرخرنگ، و سفنجی میباشد. قسمت های جنینی پلاستا از ذغابات کوریونیک که واحدهای وظیفوی اند تشکیل شده است. اینها شعبات نهایی سیستم دورانی طفل بوده و محصولات میتابولیکی را انتقال میدهند.

اشکال غیر طبیعی پلاستا

۱- پلاستا Bipartite Tripartite

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

۲- پلاستا Circumvallata

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

۳- پلاستا Increta و Acreta



چسبیدن غیر نارمل پلاستا به میومتریم از اثر عدم کفایه عکس العمل دیسدوائی رخ میدهد. این انومالی ممکن است در پلاستا پریویا، سزارین سکشن قبلی، D+C، اِنار ملیتی ولادی رحمی و کثیرالولاده ها، بمیان بیاید.

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

۴- پلاستا Membranacea

سطح داخلی Ovum توسط ذغابات وظیفوی ستر گردیده است. این اِنار ملیتی وقتی که Ovum بسیار عمیق غرس گردد بوجود می آید. دیسیدای کپسولر بخوبی وعائی گردیده و کوریون Laeve معروض به اتروفی نشده و ذغابات باقی می مانند. تزايد سطح پلاستایی ممکن است سبب توسعه آن تا دهانه عنق رحم گردد.

۵- پلاستا Succentoriata

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

۶- پلاستای Battledore (دخول کورد از کنار پلاستا)

در اینصورت جبل سروی از کنار پلاستا داخل آن شده است.

۷- پلاستا پریویا : در فصل مربوط اش مطالعه شود.

دیگر اِنار ملیتی های پلاستا

۱- پولیپ پلاستائی

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



۲- انتانات پلاستتانی

انتانات پلاستتانی معمولاً از اثر کوریو آمینیوت بوجود میآیند. منظره شیری یا شیر مانند غشاء مربوط به موجودیت حجرات التهابی و اکزودات می باشد که صفت مشخصه کوریو آمینیوت و پلاستتیت است. این عارضه معمولاً به Sepsis دوران نفاسی انجامیده که عمدتاً سبب معیوبیت ها و وفیات مادران را تشکیل میدهد. برانکو پنومونی طفل و ولادت های قبل الميعاد از جمله اختلالات جدی اند که با کوریو آمینیوت اشتراک دارند.

۳- احتشای پلاستا

ساحات سخت خاسفیکه حاوی ذغابات استحالوی شده و فیبرین اند کاملاً بطور معمول در پلاستا از نتیجهء ملاحظهء سیستم اروائی مادری دیده میشوند.

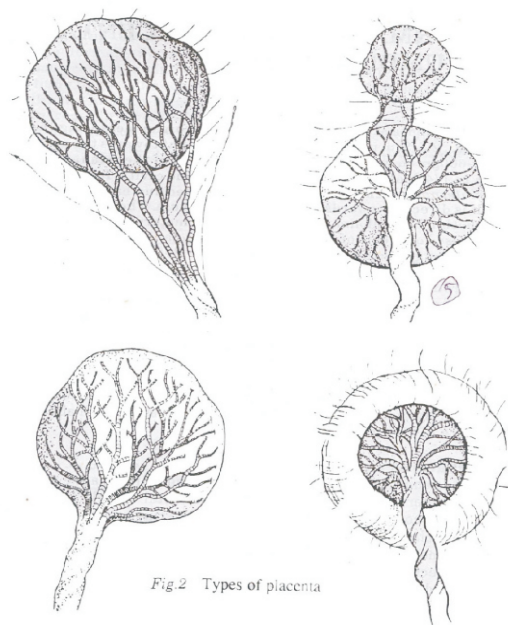


Fig.2 Types of placenta

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



۴-تومورهای پلاستائی کوریوانژ یوما یک تومور نادر و ساده و عائی بوده معمولاً یک دانه است و متباقی پلاستتا نارمل است. این حاوی کتلای از ذغابات کوریونی همراه با اوعیهء خونی هیپرتروفی شده میباشد و این ممکن است ندرتاً سبب هیدرامنیوس گردد. کوریوکارسینوما یک تومور خبیثه پلاستتا است و بسیار به ندرت از اثر میتاستاز کارسینومای مادری و یا میلانو ما که شاید در پلاستتا جایگزین شده باشد بوجود میآید.

حبل سروی

حبل سروی یک ساختمان، نرم، خاکستری کبود رنگ و حلقوی بوده که جنین را به پلاستتا ربط میدهد. طول متوسط آن در حدود 50cm و قطر آن بین 1-2.5cm میباشد. سطح خارجی آن باغشای آمنیوتیک مناسب دارد. بصورت نارمل حبل سروی حاوی دو شریان سروی و یک ورید سروی میباشد. فضای باقیمانده توسط مواد موکونید که بنام Warton's jelly مسمی است پرگردیده است.

اشکال غیر طبیعی حبل سروی

۱-تغییرات در طول حبل سروی

طول متوسط حبل سروی 50cm است. حبل سروی بلند تر از 70cm و کوتاه تر از 30cm طول غیر طبیعی شناخته شده اند. طول زیاد زمینه مساعد کننده نزول حبل سروی در پائین تر از عضو معتلنه بوده و سقوط آنرا آماده می سازد. تشکل لوب حبل سروی در اطراف بعضی از اعضای طفل هم شاید باعث مرگ داخل رحمی جنین گردد.

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

۲-گره ها در حبل سروی

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

۳-تدور حبل سروی

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

۴-دخول غیر طبیعی حبل سروی

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

اغشیه از فاصله های دورتر قبل از اینکه به کنار پلاستتا برسند جریان می یابد ، که این بنام Velamentous insertion of the cord یاد میشود . این برای جنین می تواند خطر آفرین باشد . اگر اوعیه بشکل صلیبی از قسمت کوریونیکه در پائین عضو معتلنه قرار دارد ، عبور نموده باشند بنام Vasa previa مسمی است . شعبات و عائی شاید هنگام تمزق جیب پاره گردیده و سبب ضیاع خون نزد جنین شود .

۵-عدم وجود شریان حبل سروی

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

۶-التهابات حبل سروی (Omphalitis)

این عارضه در وقایع تمزق قبل از وقت و یا طولانی شدن وقت تمزق جیب و کوریو امینیوت دیده میشود درینحال ممکن است Septicemia جنینی و مرگ آن در داخل رحم و یا دوران نوزادی رخ دهد.

۷-تومورها، واریس ها و اذیمای حبل سروی

واریس ها در حبل سروی معمول اند، همتوم ندرتاً تصادف می گردد. نیوپلازم های حقیقی مانند تومورهای تراتوجنیک بسیار نادر بوقوع می رسند. اذیمای حبل سروی معمولاً با احتباس غیر طبعی مایعات در عضویت طفل مانند اریتروپلاستوز فیتالیس دیده شده میتواند .

تغیرات فزیولوژیک در جریان حاملگی

تغیرات مذکور در جریان حاملگی در سیستم های مختلف از قبیل: طرق تناسلی ، ندیه ها و دیگر سیستم های ارتباطی بوجود می آید و تمام این تغییرات از اثر هورمون های تولید شده از نسج کوریونیک ایجاد میشود.

Uterus

برای تطابق رحم با پلاستا و جنین ، وزن و حجم آن زیاد میشود و هم چنین رحم خود را برای پروسه ولادت و خروج طفل آماده می سازد. وزن رحم قبل از حاملگی ۶۰ گرام ، اندازه آن $7 \times 5 \times 2/5 \text{ cm}$ میباشد. اما در زمان ترم وزن آن به 1kg و اندازه آن به $30 \times 23 \times 20$ سانتی متر می رسد و ظرفیت رحم ۵۰۰ مراتبه زیاد میشود. تمام انساج رحم از قبیل طبقه سیروز عضلی ، مخاطی ، اوعیه ، اعصاب و سیستم لمفاوی در این نشوونما شریک می باشند .

یک تزايد در الیاف عضلات رحمی و هاپیر تروفی رخ داده و فیبرهای عضلی ده مراتبه به طول و ۵ مراتبه به ضخامت خود میافزایند. در هفته ۱۲ رحم بحيث یک عضو حوصلی باقی نمانده ، بلکه در بطن بلند رفته و بالای Symphysis pubis جس می شود. در هفته ۱۶ غور رحم در خط وسط بین سره و symphysis pubis جس میگردد. و در هفته ۲۲ در سویه سره و در ۳۰ هفتگی در خط وسط بین سره و ذیل خنجری و در ۳۶ هفتگی در سویه ذیل خنجری و در هفته چهل و یا چهار هفته اخیر غور رحم در صورتی که راس Engaged شده باشد ، در سطح پائینتر از ذیل خنجری جس میشود ، که بنام Lightening یاد میشود. بعد از هفته بیستم رشد متوسط رحم تقریباً 1cm/week میباشد. رشد رحم تحت تاثیر دو فکتور صورت می گیرد. یکی فکتور هورمونی که عبارت از استروجن و پرو جسترون بوده که در هفته های ابتدائی رول عمده دارد و دیگری Distension رحم که در هفته های موخر حاملگی رول دارد.

پائین ترین قسمت حجم رحم که بالا تر از فوهه داخلی رحم قرار دارد، از یک کانال خیلی باریک بنام Isthmus تشکیل شده است، این قسمت در وقتی که حاملگی بوقوع می پیوندد وسعت کسب نموده و قسمتی از جنین نیز در آن قرار می گیرد و همین Isthmus است که سگمنت سفلی را می سازد، سگمنت سفلی در اثنای ولادت توسط تقلصات قوی سگمنت علوی رحمی کش شده و وسعت می یابد، ممکن است که سگمنت سفلی قبل از شروع تقلصات در چند هفته اخیر حاملگی نیز شکل کند. که یک ساحه در حدود ۱-۲cm را از فوهه داخلی عنق احتوا می کند. رحم محمول خفیفاً در محور طولانی خود تدور می کند، بنابراین سطح قدیمی طوری معلوم میشود که غور رحم کمی بطرف راست دور خورده است. بیشترین وسعت

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

Cervix

در انساج عنق رحم Hypertrophy ایجاد شده و تغییرات برجسته عبارت از: ازدیاد در Vascularity آن میباشد، که سبب نرمی پیشرونده عنق و ازدیاد افرازات غدوی آن میشود. در اثر ازدیاد فعالیت Columner Epithelium و ازدیاد افرازات مخاطی اپیتیل Stratified squamous عنق به Columner تبدیل شده و یکنوع Erosion حاملگی بوجود آمده که در زمان نفاسی از بین میرود و اوعیه رحمی طویل گردیده و خط السیر مستقیم یا راست را می گیرند.

Ovaries

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

Vagina and vulva

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

مفاصل حوصلی (Pelvic joints)

پروجسترون سبب نرم شدن و استرخاء بیشتر رابطه حوصلی می گردد و مفاصل Sacro-coccygeal، Sacroiliac، symphysis pubis- متاثر شده خفیفاً ازدیاد در تحرکیت آن ها بوجود میآید.

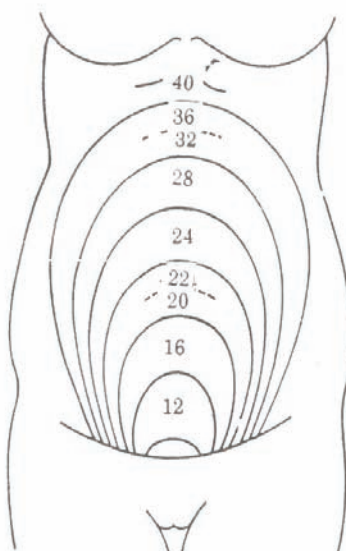


Fig.5 Fundal height during pregnancy

Pelvic floor

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

ثدیه ها (Breasts)

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

کلوستروم دارای آب، چربی، البومین، نمک و Colostrum corpuscles (حجرات دفع شده غدوات acini مملو از قطرات شحم) میباشد.

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

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

Abdminal wall

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

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

Face

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

Circulatory system

درین سیستم دو تغییر مهم بوقوع می رسد.

یکی از دیاد output قلبی وازدیاد حجم مجموعی خون که از هفته 16 Output قلبی به اندازه 30٪ ازدیاد می یابد و در هفته ۳۰ به حد maximum رسیده و تا اخیر حاملگی به همین مقدار باقی می ماند. یکعده از خانم ها شاید از ضعفیت در صورت استراحت بحالت اصطجاع ظهیری یا supine در اواخر حاملگی شاکی باشند (Supine hypotenisve syndrum). علت آن اینست که رحم بزرگ مانع بازگشت خون وریدی میشود. فشار خون در اواسط حاملگی خفیفاً پائین می آید، اما نبض نورمال باقی

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

Blood

ازدیاد کریوات سرخ در مقایسه با حجم پلازما کم تر بوده که در نتیجه رقاقت خون (Haemodilution) ایجاد شده وسبب پائین آمدن Hb و مقدار کریوات سرخ می شود. اندازه گیری Hb، ۱۵-۱۰٪ تنقیص را نشان میدهد، که این عبارت از یک hydraemia فزیولوژیک حاملگی میباشد. مقدارمجموعی کریوات سرخ در حدود ۲۰٪ و پلازما در حدود ۴۰٪ ازدیاد نشان داده و Erythrocyte-sedimentation rate به اندازه 100mm بعد از یکساعت بدون کدام پتالوژی از دیاد می یابد. ظرفیت فبرینوجن و صفيحات دمويه بلند میرود.

سیستم تنفسی

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

جهاز هضمی

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

طرق بولی

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

استخوان ها

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

Nervus System

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

میتابولزم عمومی (General metabolism)

ازدیاد وزن Weight gain:

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

طفل - 3.5kg

پلاستنا - 0.5kg

رحم - 1 kg

ثدیه ها - 1 kg

مجموعاً = 6 kg

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

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



تشخیص حاملگی Diagnosis of pregnancy

تشخیص حاملگی برای هر داکتر امر مهمی است زیرا:

۱- حاملگی یک لحظه خوشی را برای خانم های که infertility دارند و یا اولباری هستند، ایجاد می کند.

۲- اکثر خانم ها مخصوصاً خانم های که کار می کنند پلان خود را مطابق به تاریخ متوقع ولادت خود عیار میسازند.

۳- بعضی اوقات اکثر خانم ها می خواهند بین ولادت هایشان فاصله باشد و علاقمند حمل نا خواسته نمیباشند. بنابراین دلائل داکتر معالج باید در تشخیص حاملگی هوشیار باشد.

تظاهرات حاملگی (Manifestation of pregnancy)

• تظاهرات Presumptive یا اعراض وعلائم اشتباهی حمل

Symptoms-A

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

۲- تغییرات در ثدیه ها (Mastodynia): خانم از یک احساس سوزنک زدن و خارش حتی تا درد در ثدیه ها شاکی است. استروجن بالای قنیوات ثدیه ها (Mememory ducts) و پروجسترون بالای سیستم اسناخ (Alveolar) تاثیر دارند. در هفته ششم ثدیه ها بزرگ شده و حساس می شوند، ثدیه ها نیز در اثر ازدیاد وزن بدن به رشد خود تا حدود (۴۸۰ گرم) در جریان حاملگی ادامه میدهند.

۳- Morning sickness: در حدود ۵۰٪ خانم های حامله در بین هفته های ۴ - ۱۴

دارای Morning sickness میباشد که از دلبدی و یا استفراغ در هنگام صبح شاکی اند.



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

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

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

B- Signs یا علائم

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

۱-BBT

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

۲-تغییرات پستان ها

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

۳-بزرگی بطن

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

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

۴-تغییرات حوصله

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

Chadwick sign -I عبارت از رنگ شدن مخاط مهبل به رنگ آبی یا بادنجان از سبب **Congestion** حوصلی میباشد و قبل از هفته هشتم ایجاد میشود. بعضی متخصصین آنرا **Jacquemier sign** نیز می نامند.

II-همراه با تأسس حاملگی بسیاری از خانم ها از افزایشات (**Discharge**) مهبل شاکمی اند ، که شامل افزایشات مخاط عنق رحم، حجات اپتیل مهبل میباشد. رنگ افزایشات سفید یا خفیفاً خاکستری میباشد. خانم از خارش و سوزش شاکمی نیست.

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

IV - Hegar's sign عبارت از نرمی **Isthmus** رحم میباشد وزمانی تثبیت می گردد که با معاینه **Bimanual** انگشتان یکدست را داخل مهبل در **Fornex** خلفی مهبل قرار دهیم و توسط انگشتان دست دیگر از جدار قدامی بطن فشار بدهیم انگشتان هردو دست بهم ملاقی میشود زیرا نرمی زیاد در ناحیه **Isthmus** موجود است. **H.S.** در خانم های **Multipar** در هفته ششم و در اولباری ها در هفته هشتم بوجود آمده و تا هفته ۱۶ قابل جس است.

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

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

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

• تظاهرات احتمالی حاملگی (Probable)

۱-Symptoms

عین اعراض **Presmptive** یا فرضی بوده گرچه آن ها تشخیصی نیستند.

۲-Signs

علائم احتمالی عبارتند از:

1-بزرگی بطن: بزرگی بطن و رحم موجود بوده و رحم بصورت تدریجی پیشرونده از هفته ۷ - 28 حاملگی بزرگ میشود. در حدود هفته ۱۶ در اولباری ها رحم یک عضو بطنی می گردد. این تغییرات در کسانیکه عضلات بطنی قوی دارند کمتر برجسته میباشد.

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

3-Baloot ment: این علامه شاید از هفته 16 به بعد با معاینه بطنی دریافت شود. Baloutment خارجی در اثر حرکت دادن راس طفل در بین دو دست میتواند دریافت گردد. در معاینه مهبلی Balootment داخلی توسط جس جنین از طریق فورنکس قدامی می تواند تثبیت گردد. یعنی هرگاه توسط انگشتان، جنین بطرف بالاتیله شود احساس میشود که بطرف بالا حرکت نموده و دوباره پائین آمده و بانگشتان اصابت می کند.

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

• تظاهرات یقینی

۱-تظاهرات کلینیکی

a-آواز قلب جنین: آواز قلب جنین بصورت عمومی بعد از هفته ۱۷-۱۸ حاملگی در حالیکه مریض بحالت Supin و یا افتیده به یک پهلو باشد، بخوبی شنیده میشود. تعداد ضربان قلب جنین در حدود 120-160/min و آواز آن مثل آواز تک تک ساعت در زیر بالش است. صدای قلب طفل در هفته هشتم توسط Doppler شنیده شده میتواند.

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

۲-Ultrasound

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

۳-X-Ray

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

4-Electrocardiography

این میتود در هفته ۱۲ کمک کننده است.

5- تست های حاملگی

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

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

I- تست Aschein zendek: از ادرار Detoxicate شده به اندازه 0.5ml دوبار در روز، برای سه روز، در ۴ موش مونث Imature زرق می گردد. طبیعتاً موش ها باید به اندازه ای جوان باشند که Ovulation نداشته باشند. مگر موجودیت HCG در ادرار تبیض را نزد شان تحریک می کند. وقتی موش ها در روز پنجم کشته شوند تخمدان های آن بخوبی دیده میشود که شدیداً انکشاف نموده اند. این به معنی تست مثبت است.

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

III-Hogben test: بعوض A.Z.Test استفاده میشود. 2.4 ملی لیتر از ادرار خانم را در جنس مونث Xenopus laevis toad افریقای شمالی زرق نموده، اگر خانم حامله باشد حیوان تبیض داشته و تخمه ها در قسمت تحتانی Glass vessel بعد از

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

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

Hormonal test-V: از مرکبات اشتراکی استروجن و پروجسترون بصورت فمی یا زرقی برای مریض داده میشود. اگر در ظرف ۲-3 روز خونریزی قطع دوائی Withdrawal عاید گردید، خانم حامله نیست.

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

تشخیص تفریقی حاملگی

۱. Ovarein cyst: عبارت از یک کتله نرم کیستیک بوده که شاید در یکی از حفرات حرقنی یک طرف یا طرف دیگر جدا از رحم جس گردد.
۲. رحم های فیروماتوز: در فیبرم، رحم بصورت غیر منظم بزرگ شده با سابقه خونریزی ها وقاعده گی غیر منظم همراه بوده و سابقه امینوری ندارد.
۳. مئانه متوسع: سابقه درد Suprapubic و عدم اقتدار طغیانی موجود بوده و در معائنه مهبلی یک کتله با قوام کیستیک در قدام رحم جس می گردد و تطبیق Catheter مثانی تشخیص را قطعی میسازد.
۴. Pseudocyesis یا حمل کاذب: در آن یک سابقه طولانی Infertility موجود بوده و خانم فکر می کند که حامله است اعراض وعلائم حاملگی موجود بوده اما رحم با معاینه بزرگ نیست.



تاریخچه و معاینات کلینیکی History and clinical Examination

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

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

Menstrual history

a- شامل تاریخچه اولین عادت ماهوار یعنی Menarche

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

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

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

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

زمان متوقع ولادت Expected date of Delivery و یا expected date of confinement

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

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

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

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

• Gravida: عبارت از تعداد حاملگی ها بدون در نظر داشت مدت و موقعیت آن میباشد و شامل حمل های داخل رحمی، سقط ها و Ectopic میباشد.

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

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

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

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

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

• Gestational age: مطابق WHO مدت حاملگی از اولین روز آخرین عادت ماهوار حساب میشود و به روز ها و هفته های مکمل نشان داده میشود. به کمتر از ۳۷ هفته مکمل یا ۲۵۹ روز preterm گفته میشود. بعد از هفته ۳۷ تا کمتر از ۴۲ هفته مکمل، term گفته میشود، که -259-۲۹۳ روز میشود و post term به حمل ۴۲ هفته یا بیشتر از ۲۹۴ روز گفته میشود.

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

• Parturition: عبارت از پروسه زایمان میباشد.

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

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



• **Stillbirth**: طفلی است که از مادر بعد از هفته ۲۸ حاملگی تولد شده و بعد از تولد بصورت غیر مکمل از مادر کدام علامه حیات از قبیل تنفس و دیگر علایم حیاتی را نداشته باشد. Stillbirth ممکن است تازه و یا Macerated شده باشد. اگر تازه نباشد علت آن مربوط به جریان حاملگی است، از قبیل فرط فشار خون ناشی از حاملگی، Hypertention، eclampsia، عدم کفایه پلاستنا، خونریزیهای دوران حاملگی، Post maturity، RH.Factor، و دیابت شکر (Diabetes mellitu). اگر تازه باشد علت مرگ مربوط به جریان ولادت است که شاید علت آن Prolong labor، ولادت با سامان، زرقیات محصولات غده نخامیه و ولادت سریع باشد.

وزن طفل S.B نیز مهم می باشد. طفل خیلی وزین نشانه Diabet و طفل کوچک نظر به سن حمل از سبب فرط فشار خون ناشی از حاملگی، خونریزی های قبل از ولادت و عدم کفایه پلاستنا میباشد. اگر طفل بعد از ولادت می میرد باید اسباب ممکنه مرگ در این سن نزد مذکور تحقیق شود.

• **Abortion**: عبارت از خروج مکمل یا قسمی محصولات حاملگی یعنی قسمتی از پلاستنا، اغشه بدون مشخص بودن جنین یا اینکه جنین زنده یا مرده که وزن آن کمتر از 500g باشد، می باشد. مدت سن حاملگی که در آن سقط صورت گرفته یاد داشت شود. زیرا اسباب سقط ها در ترایمستر اول و دوم مختلف است و هم دانسته شود که سقط بنفسهی تحریکی Induced و یا Missed بوده آیا نیاز به D&C داشته و یا با کدام اختلاط همراه بوده است یا خیر.

Obstetric History

تاریخچه ولادی با یک نظم خاص بترتیب زمان گرفته میشود و از اولین حاملگی شروع میشود. سالی که طفل تولد شده، جنسیت و وزن طفل، دوام حاملگی، طول Labour، شکل ولادت، جائیکه در آنجا ولادت صورت گرفته (شفاخانه یا خانه) توسط دایه اداره شده یا داکتر، شکل انستیزی و هم نوع اختلاطیکه در جریان حاملگی و ولادت اگر رخ داده باشد. در صورت ولادت Primature، مدت حاملگی و هر اختلاط که تاسس نموده مثل Hypertension، A.P.H، حملیکه سبب فشار بلند شده باشد، امراض کلیوی و عدم کفایه پلاستنا، وزن و سرنوشت طفل تولد شده یاد داشت شود.



Inspection: Arms at sides.



Inspection: Arms above the head.



Palpation of four quadrants.



Compression of nipple to elicit discharge

Fig. 6 . Examination of breasts.

تاریخچه امراض طبی (Medical History)

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

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

Surgical history

سابقه عملیات های کبیره و یا صغیره به ترتیب زمانی با اختلاطات Post operation و انستیزی یادداشت گردد. در صورت سابقه C.S ، استطباق دقیق آن در پلان حاملگی بعدی کمک کننده است.

Family history

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

Marital history

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

Social history

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

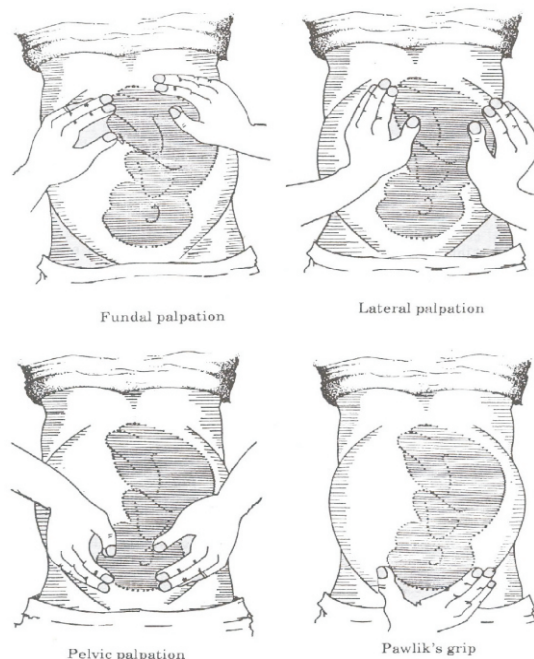


Fig. 7'. Palpation of abdomen

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

تاریخچه حمل فعلی

مدت Ameanorrhea استفسار گردیده و هر پرابلم دیگری که در جریان حاملگی ایجاد شده، از قبیل استفراغ و خونریزی باید پرسیده شود.

معاینه کلینیکی (Clinical examination)

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

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

۳- معاینه ثدیتان: هر دو ثدیتان برای دریافت تورم و پندیده گی، inversion حلیمه و افرازات از حلیمه معاینه شوند. حساسیت در ثدیه ها معمول بوده وریدهای سطحی مخصوصاً در اطراف هاله ثدیه ها برجسته گردیده و غدوات Sebaceous هاپیروتروفی نموده در Areola توپرکول های Montgomery رامیسازند. هاله ثدیه ها صباغی شده و وسعت می یابند و هاله تالی (Secondry areola) را میسازند. اندازه حلیمه ها زیاد شده و برجسته تر می شوند.

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

معاینه بطنی

i-تفتیش بطن

تفتیش شامل اندازه و شکل بطن، (Striae) خطوط حاملگی، Linea nigra خط صباغی از سره تا ارتفاع عانه، Scar بطنی، Varicosevein میباشد. در قرار Transvers رحم برعکس همیشه در قسمت سفلی خود عریض بوده و ارتفاع غور رحم پائین میباشد.

ii-جس

a-جس غور رحم: جس سیستماتیک توسط کف یکدست (دست هموار) در حالیکه دست دیگر رحم را ثابت نگه میدارد صورت میگیرد. ارتفاع غور توسط جس با کنار Radial یا Ulnare دست چپ طوریکه بطرف راست مریض ایستاده هستیم ارزیابی می گردد (در وقت تقلص باید جس توقف داده شود). بصورت نورمال سرین یا حوصله قسمت غور رحم را اشغال نموده وبشکل یک قسمت غیر منظم، غیر متحرک و نرم که به پشت جنین ادامه دارد جس می گردد. این قسمت متحرک (Ballotable) نبوده یعنی اگر توسط شصت تیله شود حرکت نمی کند و دوباره به انگشتان تماس نمی کند.

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

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

C- معاینه حوصلی: معاینه حوصلی بدو میتود انجام میشود. وجه معاینه کننده بطرف پای مریض و هر دو دست بدو طرف قطب تحتانی رحم قرار گرفته و راس جنین جس میشود. که بشکل یک ساختمان سخت، متحدالشکل، متحرک و شناور (balotable) میباشد. position، تثبیت و عدم تثبیت (unengagement) راس نیز ارزیابی گردد. تثبیت یا engagement وقتی صورت میگیرد که بزرگترین قطر عرضانی راس جنین (biparital) به فوهه علوی حوصله داخل شده باشد. ارتباط بین سر طفل و حوصله مادر نیز تشریح شود. نزول راس توسط قانون 5/5 اندازه میشود که ۵ به آن قسمت از سر جنین که هنوز بالاتر از کنار علوی حوصله قرار دارد عطف میگردد. یعنی راسی که بطور آزاد (floating) در داخل بطن شناور باشد ۵/۵. راسیکه شروع بداخل شدن بکنار علوی حوصله نموده باشد ۴/۵ و انیکه قسمت اعظم آن داخل حوصله شده ۳/۵، و وقتی که عریضترین قطر از مدخل حوصله عبور کند ۲/۵ گفته میشود و در Engagement عمیق راس در حوصله ۱/۵ استعمال میشود.

Auscultation -iii

اکثراً قلب جنین بالای وجه خلفی صدر آن بهتر شنیده میشود و این در خطی که بالای بطن مادر از Spina iliaca. ant. sup به سره کشیده میشود در اتصال ۲/۳ وحشی و ۱/۳ انسی شنیده میشود. در وضعیت Occipitoposterior قلب جنینی بالاتر از سره در طرفیکه پشت جنین قرار دارد شنیده می شود. تعداد نورمال ضربان قلب جنین بین 120-160/min می باشد.

معاینه مهبل

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

شکل، موقعیت، پاره گی ها و Consistency معاینه شود. جسم رحم از نظر شکل، اندازه، وضعیت و منظمی پالیده شود و هر دو Adnex یا ملحقات برای دریافت هر نوع ایتار ملیتی دقیقاً معاینه گردند.

معاینه مهبل در جریان Labor برای از زبابی حوصله: دو انگشت مغطوس شده با ماده Lubricant با هستگی داخل مهبل نموده و پیش برده میشود تا به promontorium برسد و از خرشوم تاکنار سفلی ارتفاق عانه اندازه گیری میشود. بصورت نارمل در خانم که انسستیزی نگرفته باشد اکثرآ promontorium قابل جس نیست. این فاصله بنام Conjugata diagonali یاد میشود. قطر قدامی خلفی فوهه Inlet که بنام Obstetric conjugata یا true conjugata یاد میشود باکم کردن 1.5cm از قطر C.D بدست می آید. Ischial spina هم باید بخاطر برجستگی یا تبارز آن جس شود. که آنها باید زیاد برجسته نباشند. Sacrospinous lig. با حرکت دادن انگشت از خارهای شوکی (I.s) بطرف Sacrum اندازه میشود. سه انگشت باید به آسانی در قسمت این Lig جای شود. یکی دیگر عبارت از اندازه نمودن مسافه بین دو خار شوکی Interspinous میباشد که بوسیله کش کردن و یا راست کردن انگشتان به عرض حوصله متوسط بین دو Spina ischi اندازه می شود، که باید بیشتر از 10cm باشد. انگشتان معاینه کننده بطرف پائین و جدارهای جنبی مهبل حرکت نموده تا دریابد که آیا آن ها راست و مستقیم، متقارب و یا متباعد میباشند. سطح قدامی سکروم جس شود، که باید مقعر باشد و برجسته گی و تبارز نداشته باشد. حرکت مفصل Coccy باید معلوم گردد. اگر عصص با عجز تثبیت یا Fix شده باشد، قطر قدامی خلفی فوهه Outlet حوصله از نوک عصص تا سطح سفلی symphysis pubis اندازه شود. در غیر آن این قطر از نوک سکروم تا سطح سفلی Symphysis pubis اندازه می شود. اندازه گیری توسط گذاشتن انگشت وسط در مفصل Sacrococcygial و نشانی کردن قسمتی از دست که به کنار سفلی ارتفاق عانه پایین Sympsis مطابقت می کند، صورت می گیرد.

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

Interspinose diamter=10.5سانتیمتر میباشد.

Obstitric conjugata =11-11.5 سانتیمتر میباشد.

onjugata diagonal=12.5 سانتیمتر میباشد.

Inter tuberous=10.5 سانتیمتر میباشد. و قطر



بعداً عنق رحم از نظر توسع، position، effacement، قوام یا consistency و تطابق آن با presenting part یا عضو معتلنه معاینه شود.

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

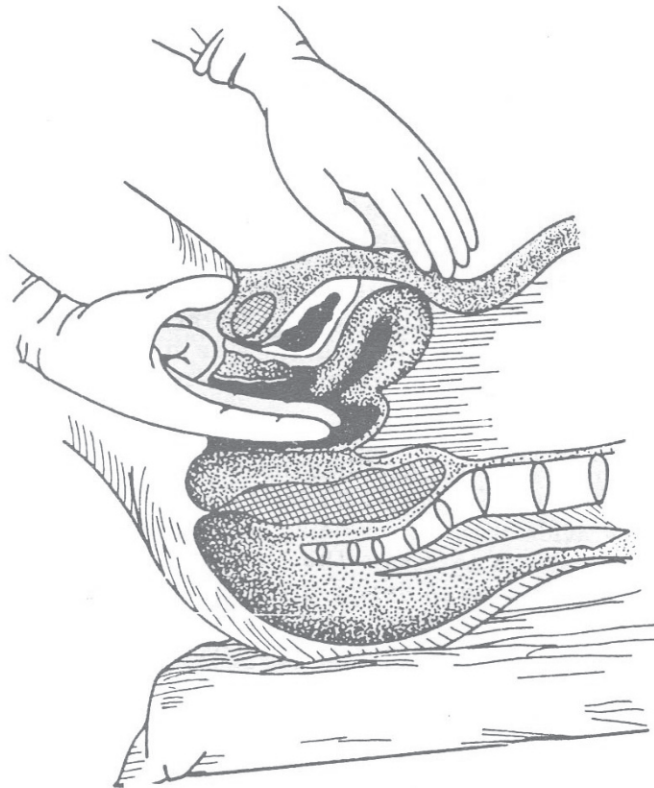


Fig.8 Bimanual examination.

اهتمامات دوران حاملگی

Antenatal care

تعریف

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

ظهور نظریات (emergence of idia)

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

اهداف اهتمامات قبل الولاده ای

- ۱- برای وقایه و تداوی هر نوع مریضی یا اختلالاتی که در جریان حاملگی رخ میدهند و همچنین حمایت از صحت روانی و فیزیکی خانم.
- ۲- برای آماده گئی گرفتن و تعلیم دادن خانم راجع به ولادت (اختلالات ممکنه و جریاناتیکه باید خانم به آن آمادگی داشته باشد). شیردهی (بصورت مقدم و تنها شیر سینه) و مراقبت طفل.
- ۳- برای اطمینان از صحت مندی طفل بوسیله نظارت نزدیک از رشد طفل.
- ۴- برای کم کردن معلولیت ها و معیوبیت ها نزد طفل نوزاد و مادر.

تاریخچه عادت ماهوار

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

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

Medical history

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

Surgical history

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

Family history

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

First Antenatal Visit (اولین ویزت)

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

General physical examination

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

Breast examination

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

Abdominal EX معاینه بطنی

۱-معاینه بطنی بخاطر تعیین اندازه رحم و مقایسه آن باسن حاملگی و دریافت هر نوع حادثه غیر نورمال اجرا گردد.

۲-صباغات جلدی، خطوط حاملگی و هر نوع کتله بطنی، Scar و فتق یادداشت شود.

۳-اگر حاملگی بیشتر از 24week باشد باید قلب جنین شنیده شود.

Vaginal Examination

۱-مشاهده جهاز تناسلی خارجی بخاطر موجودیت کدام زخم سابقه، Varicose، امراض جلدی و یا افرازات مهبلی صورت گیرد.

۲-رحم و Adnex ها با معاینه Bimanual برای دیدن اندازه، موقعیت (Anteverted، retroverted) قوام و منظم بودن رحم جس گردد.

۳-حالات غیر نورمال مثل تومورهای میضی و فیبروم رحمی میتوانند دریافت گردند.

۴-سمیر عنق باید بخاطر معاینه Cytologic گرفته شود.

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

آزمایشات Investigations

۱-Complete blood count: اگر کدام ابنا رملتی دیده شود تحقیقات بیشتر لازم است

۲-Blood grouping: تعیین گروپ ABO و فاکتور RH خون در خانم های اولباری باید اجرا

گردد و جهت تائید در Multipara ها نیز انجام شود.



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

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

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

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

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

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

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

مشورت به مادر Advice to mother

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

حد متوسط رژیم غذایی روزانه باید:

- ۱- یک پیمانه شیر .
- ۲- گوشت یکبار در روز .
- ۳- تخم یکدانه .
- ۴- میوه تازه .
- ۵- سبزیجات (ترکاری).
- ۶- میوه جات یکبار در روز.
- ۷- شحم به اندازه متوسط .

۸- مقدار کافی آب.

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

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

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

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

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

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

• **ادویه جات**: تمام ادویه جات باید به مشوره داکتر گرفته شود . اگر ممکن باشد در فاز تشکل اعضا یا Organogenesis یعنی ترایمستر اول حاملگی تجویزدوا باستثنائی واقعات که ضروری باشند اجتناب گردد و تنها از ادویه که مصئون شناخته شده در صورتیکه گرفتن ادویه ضروری باشد بامشوره فارمیست باید هدایت داده شود.

• رخصتی مادر: نظریه قبلی رخصتی مادر حالا تغییر نموده و زیاده‌تر بر رخصتی در زمان بعد از ولادت مشورت داده می‌شود. که با استفاده از این ایام مادر بخوبی می‌تواند طفل را تغذیه نماید و چنین پیشنهاد می‌شود که رخصتی ۶ هفته قبل از ولادت باید کم ساخته شده و به عوض ۶ هفته بر رخصتی بعد از ولادت اضافه گردد، تا مجموعاً ۱۲ هفته رخصتی بعد از ولادت باشد.

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

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

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

• کلاس‌های Antenatal: این کلاس‌ها از جمله مواد مهم تعلیم و تربیه برای مادر حامله و اقوام همراه آن می‌باشد. خانم‌ها به سن‌ها و گروپ‌های مختلف اشتراک می‌کنند و در کلینیک‌های Antenatal تدریس می‌شوند. معلومات علمی و اساسی را جمع به حاملگی، ولادت و دوره نفاسی به شکل قابل فهم و خیلی آسان بر ایشان تدریس می‌گردد. همچنین برای آن‌ها راجع به اختلالات مختلفه ممکنه که در جریان ولادت یا حاملگی رخ می‌دهد و گام‌های که در زمینه باید بردارند تدریس گردد. علاوتاً به ضرورت‌ها استتباب و میتودهای که جهت احضار نیروهای مجهز ولادی یا O.F.S آشنا ساخته شوند. از تخنیک‌های مختلف از قبیل نشان دادن چارت‌های که صفحات مختلف حاملگی و ولادت را نشان می‌دهد، ویدیو فلم‌ها با عناوین مختلف و سوال جواب از جلسات اخیر که گرفته شده کمک گرفته می‌شود. مادر همچنین برای شیردهی از پستان تشویق و تنبیه شده، راجع به مزایای شیردهی مقدم و تنها شیرمادر و اضرار Mix feeding و شیر بوتلی بحث صورت می‌گیرد. جدول زمانی واکسن ضد تیتانوس نیز باید داده شود.

TT1- قبل یا بعد از ازدواج و یا حاملگی.

TT2- یک ماه بعد از زرق اول.

TT3- شش ماه بعد از زرق دوم.

TT4- یکسال بعد از زرق سوم.

TT5- یکسال بعد از زرق چهارم.

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

- دلبدی و استفراغ: دلبدی و استفراغ یکی از معمولترین شکایات حاملگی است میکانیزم واقعی اصلی آن تا حال شناخته نشده مگر گفته شده که فکتور های عاطفی ، احساسی و اندو کرینی در آن زیدخل اند. استفراغات شدید (Hyperemesis gravidarume) سبب تغیر بیلانس الکترولیت ها میشود و برای تداوی مناسب باید مریض بستر شود. عادت غذا خوردن باید تغیر یابد، خوردن بسکویت و Toast قبل از برخاستن از بستر صبح وقت و غذای خشک باید متواتراً گرفته شود. محدود ساختن غذای چرب ، دلبدی صبحانه را خوبتر میسازد.

- Pyrosis (heartburn): در حاملگی حرکات اشتداری امعا کند یا اهسته شده تحت تاثیر هورمون ها ،عضلات معدی معائی معروض به استرخاء گردیده و سبب Heartburn می شود . محتویات معده از اثر استرخا معصره بواب یا Cardia به قسمت پائینی مری برگشت می نمایند.(Regurgitate) سوزش معده بیشتر عمومیت دارد وقتیکه مریضه دراز بکشد و یا خودراخم کند. انتی اسیدها از قبیل مگنیزیوم هایدوکساید و المونیوم هاید روکساید خیلی ها در Heartburn موثر اند از تجویز سودیم بی کاربونات باید اجتناب نمود.

- Constipation: قبضیت از سبب فعالیت کم امعا میباشد، با مشورت دادن به صرف مایعات زیاد و مواد ملین یا غذای ملین ، میوه جات و یا ملینات مثل Dioctoyl sodium sulfasuccinat میتواند وقایه شود، روغن Castor (روغن کرچک) مضاد استطباب است، زیرا سبب تحریک ولادت میشود. روغن Mineral هیچگاه استفاده نشود، زیرا که ویتامین های منحل در شحم را از طرق معدی معائی جذب میکند در نتیجه فقدان ویا کمبود ویتامین k را سبب شده و امکان خونریزی ها در نزد جدید الولاده زیاد میشود.

- Excessive Micturation: تکرر و تشدید در خانم های حامله معمول بوده Engurgement و عائی حوصله و تغیرات هورمونی مسول اصلی این شکایت اند. فریکونسی ادرار در اثر بزرگ شدن راس جنین زیاد میشود، زیرا راس بالای مثانه فشار وارد نموده و ظرفیت آنرا کم می کند ، ولی dysurea,Haematuria باید تشخیص و تداوی شوند.

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

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

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

4 بار در روز باید امتحان شود.

• **Headache**: اکثراً از سبب تشوشات روحی و یا سینوزیت میباشد. مگر سردردی دوامدار و

شدید از سبب Toxaemia است. جریان و عائی مخاط انف از سبب هورمون های حاملگی زیاد شده و انف حالت الرژیک و یا التهابی را نشان میدهد احتقان در سینوس ها و یا سینوزیت انکشاف می نماید. اگر از ادویه ضد احتقانی انفی Nasal decongestant استفاده شود نتیجه خوبی میدهد.

• **Hameorrhoids**: هیموروئید از سبب Varicose آورده کنار مقعد میباشد که در آن

پنیدیده گی مقعد درد و خونریزی وجود دارد. حاملگی هیموروئید را تسریع میبخشد. اجتناب از قبضیت و استعمال بعضی مسکنات و پماد های هیموروئید در اشکال خفیف آن موثر است. شیاف ها نیز میتوانند امتحان شوند. کامپرس سرد میتواند استفاده شود. در بعضی واقعات دوش آب گرم که به آب کریستال مگنیزیم سلفت اضافه شده باشد میتواند از بزرگ شدن آن بکاهد. هیموروئید باید چرب گردیده و کوشش شود که به آرامی و ملایمیت Replace یا جابجا شود.

• **Odema**: اذیما یک شکایت جدی وابسته بمراحل آخر حاملگی است. اذیمای عمومی در

دست ها و وجه شاید از سبب توکیسمی باشد. اذیما در حاملگی از سبب تاثیر عمل تخمدان ها، پلاستا و هورمون های ستروئید میباشد. دیورتیک ها از قبیل تیازید ها یا Ethacrynic-acids در حاملگی مضاد استطباب اند. محدود کردن اخذ سودیم شاید سبب کم کردن اذیما شود. پاها برای اصلاح جریان دمو (Circulation) باید بلند تر قرار داده شوند.

• **Back ache**: درد خفیف کمر همیشه از سبب وضعیت معیوبه نزد خانم ها موجود است. ازدیاد

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

• **درد بطن**: درد بطن از سبب هر مرض سستمیک دیگری که باشد باید رد گردد. تقلصات در

دناک Braxton Hicks در ترایمستر سوم موجود است. استراحت و تغیر وضعیت برای خانم توصیه گردید ه و انلجریک نیز داده شود.

• **Leucorrhoea**: از سبب فعالیت زیاد و هایپر تروفی عنق رحم افرازات مهبل زیاد میشود. به مریض باید اطمینان داده شده و گرفتن Pads برای وی توصیه گردد. اگر **leucorrhea** همراه با خارش و یا تغییر رنگ افرازات است، شاید از سبب انتان باشد و نیازمند تداوی اختصاصی است.

Infection و انتان از سبب **Trichomoniasis** و کاندیدا البیکانس **Candidiasis** میباشد.

Trichomoniasis-a: افرازات کف دار یا سبزرنگ و شاید **Petechia** های سرخ رنگ در غشای مخاطی عنق و یا مهبل دیده شود. مترو نیدازول در حاملگی از اثر تخریبات جنینی آن مضاد استتباب است. آدویه ضد تریکومونیاز داده شود.

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

High-risk pregnancies

حاملگی های خطر آفرین از سبب فقر، جهل وبی اطلاعی، حمل نا خواسته، پرابلم های صحن و خیم، تشوشات ولادی و یا مشکلات یولوژیکی بمیان میایند.

• سن مادر

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

• تاریخچه ولادی قبلی

- ۱- دو یا زیاده سقط قبلی.
- ۲- سابقه ولادت طفل **Still birth** و یا مرده (**D.F**).
- ۳- ولادت **Premature** از سبب غیر نورمال بودن طرق تناسلی از قبیل: سوء تشکلات عنق، عدم کفایه عنق و یا سوء تشکلات رحم.
- ۴- **Low birthweight** یا **Small for dates**.
- ۵- **Large for dates** در مادران دیابتیک.
- ۶- **Leiomyoma** رحمی به قطر ۵ سانتی یا بیشتر از آن.
- ۷- سایتولوژی غیر نورمال عنق.
- ۸- تومورهای تخمدان.
- ۹- **Grand multiparities** زیادتر از ۵.
- ۱۰- **Rhesus isoimmunization** و **Incompatibility** در طفل.

۱۱- Hypertention از سبب حاملگی و eclampsia.

۱۲- معیوبیت ها و معلولیت های Genetic.

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

۱۴- Operative delivery یا ولادت های عملیاتی.

۱۵- ولادت سریع و ولادت طولانی.

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

۱۷- Primigravida یا خانم اول باری.

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

• Medical problems

۱- Chronic hypertension یا فرط فشار مزمن.

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

۴- تشوشات غده تیروئید هردوشکل Hyper- thyroidism، Hypothyroidism.

۵- امراض ریه ها مخصوصاً TB.

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

فشار ریوی. ۷- آفات خبیثه یا Malignancy در مادر، از قبیل Leukemia و مرض Hodgkin.

۸- Sickle-cell trait و یا مرض Sickle-cell.

۹- امراض معدی معائی و کبدی.

۱۰- epilepsy.

۱۱- انیمی شدید.

۱۲- امراض و یا جروحات قبلی که بالای حوصلهء عظمی تاثیر نموده باشند، تشوشات نسج

منضم (conective tissue) و تشوشات شدید تغذیوی.



کاربرد سونوگرافی در حاملگی

Ultrasound in Obstetrics

تعریف

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

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

انواع اولتراسوند

Scan - A - 1

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

۲- B-Scan (brightness)

تصویر دو بعدی است که به صورت ساحه روشن در تیوپ تولید کننده اشعه بمیان می آید. تصاویر از سبب نوسانات، درجه تیره گی و ولتاژ امپلیتود به نمایش در می آیند. امواج برگشت کننده از انساج نظر به موقعیت ترانسدیوسر تبدیل به ولتاژ برقی شده که بعداً به صورت یک تصویر خاکستری در صفحه نمایش بملاحظه می رسند.

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

۳- Real Time Scanning

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

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

۴- M-Mode (Monitor Mode) یا

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



Doppler – ۵

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

موارد استعمال

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

Color Doppler – ۶

این میتود امکان مطالعه عینی جهت جریان گردابی و برگشت کننده را میدهد. جریان هایکه به ترانسدوسر نزدیک میشوند به رنگ سرخ و انهایکه دور میشوند به رنگ آبی دیده میشوند. این را بنام پدیده BART نیز یاد میکنند.

انواع ترانسدیوسر

Linear Array-1

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

Convex Probes: - یک شکل پیشرفته و انکشاف یافتهء پروپ Liner Array بوده، تمامی تسهیلات LA را دارا می باشد. همچنان بعضی قابلیت های سکتور پروپ از قبیل تصویر وسیع و ساحه تماس کودک را نیز با خود دارد. علاوهً تصویری عینی ساختمان های سطحی نیز متأثر نمی شود.

Sector Scan -۲

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

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



۳- سونوگرافی Transvaginal

یکی از معاینات انکشاف یافته است که قادر به اجرای معاینات حتی با جزئیات بیشتر در ترایمستر اول حاملگی و از اورگانهای حوصلی میباشد.

مصنوعیت اولتراسوند:

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

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

استطبابت اولتراسوند

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

در ترایمستر اول:

۱- تشخیص حاملگی.

۲- تهدید سقط.

۳- مشکوکیت به حمل خارج رحمی.

۴- تاریخ های نامعین حاملگی.

۵- اختلافات و مغایرت اندازه رحم با سن حمل

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

۷- مول هیداتیدیفورم.

واقعات کمتر معمول:

۱-اندازه گیری و بررسی موفقیت در تحریک تخمگذاری.

۲-بررسی حاملگی های چند گانه.

۳-رهنمائی برای بررسی نمونه های ذغابات کوریونی.

۴-باقیماندن لوپ یا IUCD در رحم.

۵-بررسی و ارزیابی کتلات حوصلی درا وایل حاملگی.

۱-تشخیص حاملگی

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

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

اندازه گیری سن حاملگی

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

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

با استفاده از تخنیک مئانه پر، تشخیص حاملگی در ۵ هفته اول بعد از قطع عادت ماهوار بادیکن کیسهء حاملگی شاید گذاشته شده بتواند. ساختمان دیسک مانند همراه رشیم در داخل جوف امنیون در هفته ششم میتواند بملاحظه برسد.

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

۲-سقط ها

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

۳- حمل خارج رحمی

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

۴- Mole hydatidiform

ایکوهای (echo) متعدد با اندازه های یکسان در داخل رحم مانند خالها یا لکه ها که معمولاً به خانه زنبور عمل، یا منظره فوقانی برف تشبیه شده بملاحظه میرسند. تشخیص بصورت معین و دقیق در هفته های اول حمل گذاشته میشود

۵- حمل باتومورهای حوصلی

فیروم و تومورهای میبضی در مراحل مقدم حاملگی تفریق شده میتوانند.

۶- اِبنارملیتی ولادی

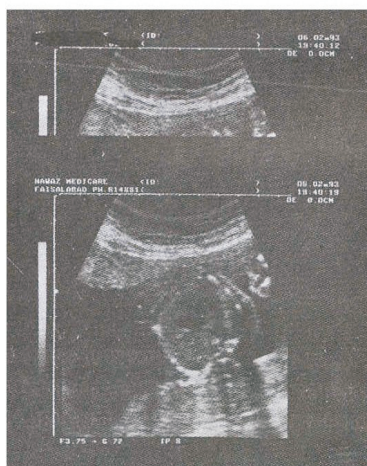
تشخیص اِبنارملیتی جنینی توسط اولتراسوند بالای فهم و درک اناتومی نارمل طفل از نظر صوتی استوار است. رویهمرفته وقت ترین زمانیکه طفل از نظر انومالی های ساختمانی میتواند مورد مطالعه قرار گیرد، هفته های ۱۶-۱۸ میباشد. هرچند که مطالعه اناتومی نارمل جنینی در هفته های ۲۰-۲۶ آسان است. اولتراسوند که برای رد و یا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



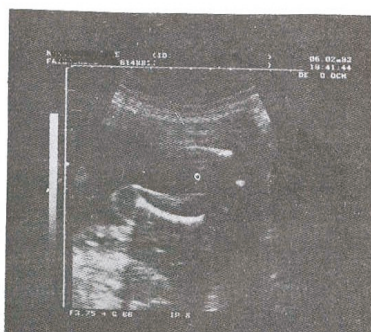
BPD



Abdominal circumference

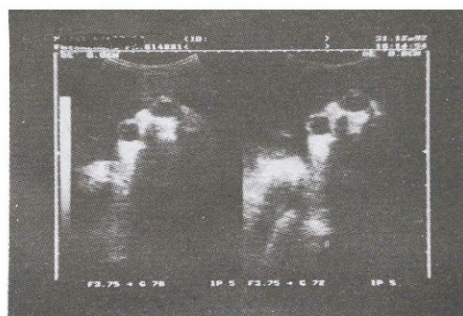


Four chamber view of foetal heart

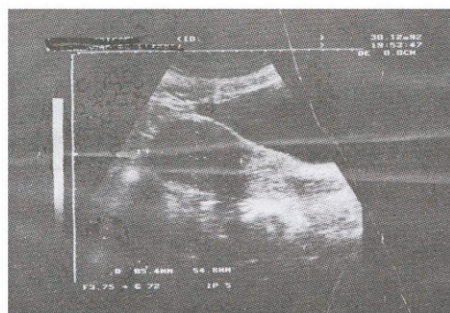




Cerebellum



Anencephaly



Fibroid uterus (at the fundus)

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

۱-نقائص راسی و Spinal

- I. انانسیفل
- II. سپینایفیدا
- III. هیدروسیفل
- IV. انسيفلوسیفل
- V. میکروسیفل
- VI. هیدرو انسيفلی
- VII. هولوپروزینسيفلی
- VIII. سوء اشکال Dandy Walker
- IX. سوء اشکال Arnold Chiari

۲-تشوشت معدی معائی

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

II او مفلوسل یا Gastroschisis

III-فتق حجاب حاجز معمولاً زیاد است.

۳-ابنار میلیتی های طرق بولی

I -امراض کیستیک ولادی کلیتان

a -کلیه های پولی کیستیک طفلی.

b -کلیه های مولتی کیستیک.

II-یوروپاتی انسدادی.

۴-ابنار ملتی اسکلیتی

I-عدم موجودیت اطراف.

II-کوتاه بودن عظام طویل.

III-نقائص منرالیزیشن عظام.

۵-انومالی های قلبی

۶-تومورهای جنینی

I. هگرومای سیستیک (C.H)

II. ترا توماها (Teratomas)

۷-رشد جنینی (F.G)

اندازه گیری طول راس تادم (C.R.L) رشم ، مشعرو رهنمائی بسیار خوبی برای تعیین سن حاملگی در هفته های ۶-۱۲ میباشد. قطر Biparietal (B.P.D) مجموعه جنین رهنمای خوبی برای رشد آن در ترایمستر دوم حاملگی هنگامیکه رشد سریع جمجمه آن مترافق با تغییرات بسیار کم در اندازه راس میباشد، بشمار می رود و در ترایمستر سوم سرعت رشد پائین آمده و قطر Biparietal تغییرات بیشتری با پیشرفت سن حاملگی نشان میدهد. BPD کلانترین قطر عرضانی راس بوده و ممکن است در اندازه گیری این قطر خصوصاً اگر راس در حوصله عمیقاً جابجا شده باشد، پرابلم ایجاد شود. با وجود اشتباهات در این منابع قطر B.P.D (9.5 cm در حمل به ترم) تا هنوز هم نشانه خوب برای تعیین سن حاملگی و میعاد متوقع ولادت میباشد. اندازه گیری طول فخذ (از تروکانتر کبیر تا کاندیل وحشی) ارتباط مناسب و خوبی با سن حاملگی دارد و در حمل به ترم 7.5cm است. این ممکن است هنگامیکه در تعیین قطر B.P مشکل موجود باشد، با اتحاد به قطر Bp شاید تعیین سن دقیق حاملگی عیار و اصلاح گردد. هر چند که تصویر شفافی از عظام همیشه در دست نیست و اندازه گیری آن نظر به قطر B.P.D کمتر قابل تجدید است .

۸- حجم مایع امنیوتیک

باخیالات اولتر سونوگرافی ابنارملیتی مایع امنیوتیک که آیا اولیگوهیدرامنیوس و یا پولی هیدرامنیوس است میتواند ارزیابی گردد. معمولاً اولین کلید رهنمای تشوشات مادری و جنینی است که قرار ذیل بآن مواجه خواهند شد:

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

- انومالی های جنینی .
- تاخر رشد جنینی در داخل رحم (I.U.G.R).
- حاملگی های پوستماچور یا از وقت گذشته.
- تمزق قبل از وقت جیب.

II - Polyhydramnios: همچنین پولی هیدرامنیوس با تغییرات زیاد حالات مادری و جنینی

همراه است. انو مالی عمدۀ جنینی که اکثراً با پولی هیدرامنیوس اشتراک دارند، احتمالاً بیکی از کته گوری های ذیل ارتباط می گیرند:

- تشوشات سیستم عصبی مرکزی.
- تشوشات سیستم معدی معائی.
- هیدروپس فیتالیس.
- تشوشات اسکلتی (S.D).
- تشوشات کلیوی.

III اسبابی که کمتر معمول اند:

• خرابی وظائف پلاستتائی (P.D).

• تداوی با ادویه مانند اندو میتاسین.

۹- حمل های چند گانه

دو Sac حاملگی جداگانه قبل از هفته های دهم حاملگی دیده شده میتواند. از این تاریخ به بعد رأس و جسم هر جنین در هر کیسه مشخص شده میتواند. بیشتر از دو جنین میتواند پرابلم ایجاد کنند و در هفته های بعدی اعتلالات تائید و تثبیت شده میتواند.

۱۰- اعتلالات معیوبه

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

۱۱- توضع پلاستتا

پلاستتوگرافی در تمام واقعات خونریزی های قبل الولاده، تعیین موقعیت پلاستتا در وقایعیکه قرار غیر ثابت است و قبل از امنیوسنتیز باید اجرا گردد. در تشخیص پلاستتا پریویا نکته عمده اینست که پلاستتای که در سگمنت سفلی در مراحل مقدم حاملگی حضور داشت، شاید از سگمنت سفلی به طرف بالا به مهاجرت شروع کرده در آخر حاملگی از وضعیت پلاستتا پریویا بیرون شده باشد و احتمالاً هم بلندتر از سگمنت سفلی موقعیت بگیرد. همچنان ساختمان پلاستتا خصوصاً به ارتباط مرض هیمولیز از اثر Rh فکتور (پلاستتای بزرگ، ضخیم و بسیار متکاثف)، دیابت و هر حالتی که احتمالاً بالای ساختمان، اندازه و رشد پلاستتا اثر میگذارد، میتواند مورد مطالعه قرار گیرد.

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

۱۲- مرگ داخل رحمی جنینی I.U.D

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

۱۳- برای رهنمائی عملیات های تهاجمی

عملیات های تهاجمی مانند امنیوسنتیز، بیوپسی ذغابات کوریون و نمونه گیری از خون جنینی، بسیاری از حالات جنینیکی در دوران حاملگی با ثر آنالیز نمونه های گرفته شده از جنین در وقت مناسب و درست، با استفاده از Prob اولتراسوند برای رهنمائی سوزن و یا فورسپس بیوپسی میتواند تشخیص گردند.



۱۴-انداز گیری تاخر رشد جنینی داخل رحمی

تاخر رشد یا از کمبود مواد غذایی عمومی (سوء تغذی) مادر و یا از تنقیص سیستم اروائی پلاستا بوجو میآید. اروای ناکافی پلاستا باعث تاخر رشد بصورت متناظر گردیده که بطور کلاسیک توام با فرط فشارخون ناشی از حاملگی بملاحظه رسیده می تواند.

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

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

۱۵-دوره نفاسی

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

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

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

۴-ترومبوزهای اورده عمیق (D.V.T).

۵-احتباس ادرار میتواند تشخیص شود.

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

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

تنفس جنینی و دیگر حرکات آن با Scanning بوقت معین و درست میتواند مشاهده گردد و هم جریان خون به جنین با خیالات Doppler مطالعه شده میتواند. رویهمرفته حرکات و جریان خون خوب و مناسب نشاندهنده اینست که جنین با عوامل و تاثیرات خارجی خود را عیار کرده میتواند. بطور مثال در هپوکسیا تنفس جنین آهسته پائین میآید. لاکن وقتیکه گلو کوز خون مادر بلند برود تنبیه می گردد.



مشاوره های جنیتیکی Genetic Counseling

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

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

انومالی های کروموزومی شدید از نظر تعداد و مورفولوژی در 1/200 واقعه ولادت زنده دریافت شده است. این اِنبارملیتی های کروموزومی در تعداد کمی از ولادت های زنده بملاحظه رسیده میتوانند، زیرا اکثراً کشنده بوده و منجر به مرگ جنین در رحم و یا سقط میگرددند. در بیشتر از ۵۰٪ وقایع سقط های بنفسه انومالی های کروموزومی قابل دریافت اند.

انومالی های کروموزومی را بدو کته گوری، آنها ئیکه آفت در کروموزوم های جسمی دارند و انها ئیکه آفت در کروموزوم های جنسی دارند، میتوان تقسیم نمود. در تقسیمات بعدی میتوان به اِنبارملیتی، در تعداد و در ساختمان کروموزوم ها توجه گردد.

مشوره های جنیتیکی برای وقایه تشوشات قبل از حاملگی و دورهء حاملگی کمک خوب کرد میتوانند.

اِنبارملیتی های تعدادی کروموزوم ها

• اِنبارملیتی کروموزوم های جسمی

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

ترازومی ۱۸ کم و بیش تکرار میشود و معمولاً منجر به مرگ در دوران طفولیت می گردد. اگر اوتوزوم از اثر non disjunction تحت تاثیر آمده باشد، جوره که یکی را ازدست داده معروض به سقط میشود و تصرف کننده اوتوزوم اضافی، توانائی حیات را با یک انومالی طفلی دارد.

• اِبنار میلیتی های کروموزوم های جنسی

اِبنار ملتی تعدادی کروموزوم های جنسی نسبت به کروموزوم های جسمی بیشتر معمول است و رویهمرفته اثرات کمتر شدیدی را تولید میکنند. مانند سندروم تورنر که از اثر ضیاع یک کروموزوم X که در نتیجه فورمول کروموزومی به $45x0$ تنقیص می یابد و در نزد خانم ها دیده میشود، می باشد. در حالیکه سندروم Kalinefelter's که جنس مرد را مائوف میسازد، یک کروموزوم اضافی X دارد و نمبر کروموزومی به $45xxy$ تحول می کند. از دست دادن کروموزوم جنسی منجر به سقط شده اگر چه تعداد کمی از اطفال ولادت شده همراه با Dysgenesis گونادها دیده شده میتوانند. تصرف کروموزوم جنسی اضافی احتمالاً سبب سقط در Zygote میشود. هر چند که ترازومی کروموزوم های جنسی با رشد نارمل دماغی و جسمی سازگار بوده و حتی قدرت تولید و تناسل رانیز دارند پ.

• اِبنار میلیتی ساختمانی کروموزومی

اِبنار میلیتی های ساختمانی کروموزومی بدو گروپ تقسیم شده میتوانند که عبارتند از:

۱- حذف کروموزوم ها : شکستن کروموزوم ها در جریان انقسام واقع میشود ، ممکن کروموزوم تنها یک قسمت خود را از دست بدهد که در نتیجه این عمل، نقیصه در بازوی طویل و یا کوتاه کروموزوم بمیان خواهد آمد. لوحه کلینیکی که با کروموزوم جنسی غیر طبیعی همراه است معمولاً شباهت به انهاییکه Gonadal dysgenesis دارند میباشد.

۲- تغییر موقعیت کروموزومی: این شاید به دو شکل توضیح گردد.

a- دو کروموزوم با همدیگر اتصال دارند نمبر واقعی ۴۵ خواهد بود ولی یک کروموزوم از دو کروموزمیکه بهم اتصال کرده اند نمایندگی میکند.

b- یک کروموزوم با یک قسمت از کروموزوم دیگر تعویض شده لذا دو کروموزوم غیر طبیعی موجود است، اگر چه تعداد همان ۴۶ میباشد.

وراثت

تشوشت وراثتی مربوط به کروموزیکه ژن غیر طبیعی Mutant در آن واقع است و هم چنین صفات مشخصه طبیعت خودش میباشد. خصوصیات ارثی کروموزوم های جسمی درجن های متوضعه بالای اوتوزوم هانتقال میگردند، که شاید هم چنین مخفی و یا متباز و صفات مشخصه جوره جنسی درجن های متوضعه بالای کروموزوم های جنسی ، که شاید هم چنین مخفی و یا متباز باشند. در تبارز صفات مشخصه

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

در حالات مصابیت کروموزم های جسمی متبارز، اگر یک فرد ماثوف با یک شخص طبعی ازدواج کند نیمی از اطفال آینده آنها بطور اوسط چانس مصابیت دارند.

صفات مشخصه مخفی کروموزومهای جسمی تنها در حالات Homozygous تظاهر نموده و بهردو جنس مرد وزن تاثیر گزارند. افرادی که دو جن جهنده تاثیر گذار دارند، بفرد دو چند جن جهنده عبور داده میشود. در کمترین امراض مخفی نزد والدین فرد مصاب اکثر ارتباطاتی یافت میشود، زیرا این افراد با احتمال قوی وارث عین جن جهشی از یکی از اجداد خود که رویهمرفته داشته اند، میباشند. چانس اینکه اولین کاکازاده، ماما زاده خاله زاده و عمه زاده انتقال عین جن مخفی را بدهند به $1/8$ می رسد. ولیکن چانس اینکه دو فرد غیر وابسته بهم، عین جن مخفی را انتقال بدهند، بسیار کمتر بوده و مربوط به مشخصات و فریکونسی جن در جامعه است. این نشان داده شده است که در اخلاف ازدواج های هم خون وصلبی وقوعات سقط، وفیات طفل، ابلهناز، ملیتی های ولادی و تاخر عقلی تزايد مییابد.

وراثت کروموزوم های جنسی

امراض مولده توسط جن هائیکه بالای هر یک از کروموزوم های جنسی توضع دارند، بنام میراث صفات مشخصه جوهره جنسی یاد می گردد. چنینکه کروموزم X آنرا نقل میدهد بنام جوهره X (پیوست X) و چنینکه کروموزوم Y آنرا نقل میدهد، بنام جوهره Y یاد می گردد. تشوشات جن واحد در انسان یافت نمیشود. تمام حالاتیکه بنام جوهره جنسی X (Six linked) یاد می گردند مربوط به کروموزومهای X میباشند.

این وضعیت نیز شاید مخفی و یا متبارز باشد. حالات عملکرد تبارز جوهره X در هردو جنس، خانم هائیکه دارای جن جهشی هتروزایگوس اند و مردانیکه عملکرد تبارز جن جهشی را در کروموزوم واحد X خود انتقال میدهند تظاهر می کند. اگر چه یک خانم مبتلا، صفات مشخصه خود را به نیمی از اولادان در هر دو جنس انتقال داده و یکمرد مبتلا، صفات مشخصه خود را صرف به دختران، نه به پسران، انتقال میدهد. حالات مخفی جوهره X توسط جن هائیکه در کروموزوم X اند انتقال می یابند، تنها هنگامیکه جن به حالت هومو زایگوس قرار دارد، صرف به دختران فرصت تبارز مییابد.

مردان بصورت متبارز مبتلا به امراض ارثی می گردند. هیموفیلیا بهترین مثال صفات مشخصه جوهره X به شکل مخفی مییابد و صفات مشخصه جوهره X هیچگاه از پدر به پسر انتقال نمیکند.

وقایه از امراض جنیتی

کدام تدای مؤثر برای جلوگیری امراض جنیتی وجود ندارد. بیشترین تأکید بر آن است که با مشوره های جنیتی این تشوشات وقایه گردند.

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

مشوره های جنیتی

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

وضع کروموزمی شاید از چندین راه مطالعه گردد، مانند:

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

body یا جسم Flourescence

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

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

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

کلچر فیروبلاست

انساج زیادی از وجود مانند جلد، مایع امینوتیک گوناوها و پوش عضلات Rectus ممکن در کلچر و آنالیز کروموزومی مورد استفاده قرار گیرند. تحلیل و تجزیه در ظرف ۲-۳ هفته و حتی طولانی تر از آن بوده و زودتر امکان ندارد. از کلچر فیروبلاست در حالات مشکوکیت وقایع موزائیسیم Mosaicism که نتواند توسط کلچر لمفوسیت ها و خون محیطی و مایع امینوتیک برای تشخیص اِنبار ملیتی در جریان حاملگی تأیید گردد، استفاده بعمل می آید.

تشخیص در دوره حاملگی

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

اگر تشخیص در جریان حاملگی گذاشته شود سقط انتخابی جنین معیوب یگانه راه توصیه برای والدین است، که به زوجین باید پیشنهاد شود. این پروسه ممکن با مطالعه حجروی در مایع امینوتیک اجرا شود و مایع یا بصورت بنفسه بعد از تمزق جیب و یا اینکه از طریق جدار بطن Trans abdominal با عملیه امینو سنتیز و بمقدار ۵-۱۰ میلی لیتر مایع امینوتیک در هفته های ۱۶ حاملگی بیرون کشیده شود. این کار بعد از تثبیت موقعیت پلاستتا بوسیله اولترا سونوگرافی برای جلوگیری از تخریبات اجرا گردد. نمونه سانتریفیوژ گردد و مایع برای اندازه گیری الفافیتوپروتین که در جنین انانسیفل و سپینا بیفیدای باز ازدیاد مییابد، مورد استفاده قرار گیرد. این حجرات جنینی هم چنان میتوانند کلچر گردیده و برای معاینات بیوشیمی، Cytogenetic و مطالعه DNA بکار برده شوند. بسیاری از خطاهای میتابولیک را میتوان با معاینه انزایم ها و مطالعات دیگر بالای حجرات مایع امینوتیک کلچر شده انجام داد. تشخیص سایتوجنتیک سندروم Down's را با این مطالعه میتوان گذاشت.

اخیراً بیوپسی نسج ذغابات کوریون را که از طریق عنق رحم میتوان گرفت برای مطالعات بیوشیمیک، سایتوجنتیک و D.N.A بصورت مقدم در هفته های ۸ حاملگی انجام میدهند. این کارختم حاملگی رادر صفحات مقدم آن نهائی میسازد و خطر ترضیضات کمتر بوده و عملیه برای مادر بیشتر قابل قبول است.

آناتومی حوصله

Anatomy of the pelvis

فهمیدن آناتومی حوصله زن بخاطر دانستن میکانیسم ولادت مهم است. حوصله از نظر شکل به سه قسمت از قبیل Outlet، Pelvic cavity و Inlet تقسیم شده است چهارنوع حوصله موجود است.

۱- Gynaecoid یا حوصله زنانه.

۲- Android یا حوصله مردانه یا حوصله قلب مانند.

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

۴- Platypelloid یا حوصله هموار پهن Flat.

شماره		حوصله زنانه	حوصله مردانه	حوصله میمون نما	حوصله بیضوی
۱	شکل حوصله داخلی	مدور	قفل مانند	طولانی قدامی خلفی	هموار
۲	قطر قدامی خلفی فوچه Inlet	۱۱.۰ سانتی متر	۱۱.۰ سانتی متر	بیشتر از ۱۲ سانتی متر	۱۰.۰ سانتی متر
۳	عریض ترین قطر فوچه داخلی	۱۲.۰ سانتی متر	۱۲.۰ سانتی متر	کمتر از ۱۲ سانتی متر	۱۲.۰ سانتی متر
۴	جدار حوصلی	هموار	مقعر	باریک	وسیع
۵	حوصله قدامی	وسیع	باریک	وسیع	مستقیم
۶	خارهای شوکی مدورند	متبارز و برجسته نیست	برجسته است	متبارز و برجسته نیست	برجسته نیست
۷	Sacrosciatic notch	متوسط	باریک	متمايل به خلف	متمايل به قدام
۸	انحنای عظم عجز	مقعر	متمايل به قدام	خلفاً وسیع	متمايل به قدام (باریک)
۹	قوس عانی	وسیع	باریک	متوسط	وسیع
۱۰	قطر مستعرض فوچه خروج	۱۰.۰ سانتی متر	کمتر از ۱۰ سانتی متر	۱۰ سانتی متر	۱۰.۰ سانتی متر
۱۱	جوف حوصله	دایروی	مثلی	بیضوی	کلیه مانند
۱۲	ساختمان عظمی	متوسط و ضعیف	سنگین و خشن	متوسط	متوسط
۱۳	وقوعات	٪۴۵	٪۱۵	٪۳۵	٪۵



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

استخوان های حوصله

استخوان های حوصله ۴ عدد اند.

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

b- عظام سکروم و Coccyx در خلف.

A- استخوان Innominate متشکل از سه قسمت Pubis، ischiu، ileum است.

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

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

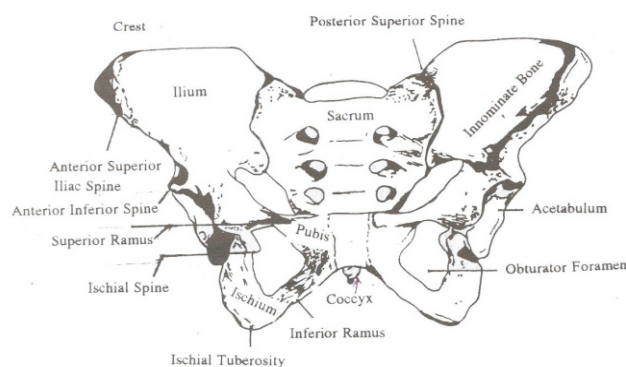


Fig.9 Pelvis

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

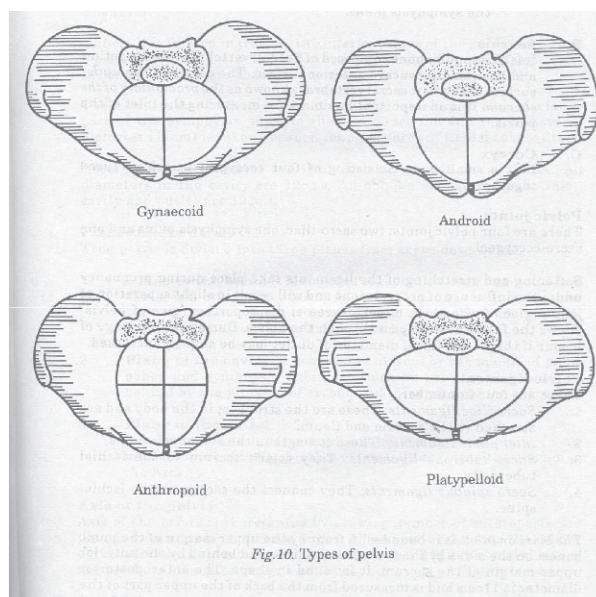
قدم با هم یکجا شده و قوس عانی Pubic را تشکیل داده است.

در قسمت اتصال **Superior rami** با ایلیم یک ناحیه ناموازی است، که بنام **iliopectineal eminence** یاد میشود و دو استخوان **pubis** در حذای قوس عانی با هم یکجا میشوند.

Sacrum یک استخوان مثلثی است که از ۵ فقره **sacral** که با هم جوش خورده اند، تشکیل گردیده و یک سطح قدامی خفیفاً مقعر دارد. مرکز سطح علوی اولین فقره سکروم بنام **Promontory** سکروم یاد می شود و یک نقطه متبازر رهتما برای تعیین اندازه فوهه **Inlet** حوصله میباشد.

Coccy یک استخوان کوچک است از چهار استخوان چسپیده باهم تشکیل یافته است.

Pelvic joints: چهار مفصل حوصلی وجود دارد دو عدد **sacro iliac**، یکی **symphysis pubis** و یک عدد دیگر **Sacro coccygeal**.



میباشد. نرمی و کشش ارتباطه یا **ligament** ها در زمان حاملگی تحت تاثیر هورمون پروجسترون ایجاد شده که این پروسه بخوبی زمینه جدائی خفیف مضاصل را از همدیگر مهیا میسازد (give of pelvis). در حالتیکه خفیفاً عدم تناسب راس با حوصله مطرح باشد این give of pelvis اجازه عبور راس جنین را از حوصله می دهد در اثنای صفحه دوم ولادت، اگر ران ها تثبیت (fixed) اند، قطر outlet حوصله نیز خفیفاً زیاد میشود.

Pelvic ligaments

ارتباطه حوصلی چهار عدد اند.

۱- **Sacro iliac ligament** قوی ترین و محکم ترین مفصل بدن انسان بوده که از اتصال عظم سکروم با **ilium** بمیان میآید.

۲- Inter pubic .lig سبب تقویت symphysis pubis می‌گردد.

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

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

فوهه یا inlet Brim

در قدام با کنار فوقانی استخوان pubis در اطراف با خط ilio pectineal و در خلف توسط کنار فوقانی قدامی عظم سکروم احاطه شده است. شکل مدور داشته و قطر قدامی خلفی آن 11cm است که از خلف قسمت فوقانی symphysis pubis تا promontorium اندازه میشود و قطر عرضی آن 13.5cm بوده و عریضترین قطر در این سطح میباشد.

جوف حوصله (Cavity)

جوف حوصله متشکل است دو عظم Pubis در قدام، استخوان های ischi و iliac در جوانب و سطح قدامی سکروم در خلف آن قرار دارد و شکل غیر منظم دارد. قطر قدامی خلفی آن 12cm بوده که از قسمت خلف و متوسط symphysis تا ۱/۳ عظم سکروم اندازه میشود. قطر مستعرض آن نیز 12cm بوده و عریض ترین قطر درین سطح است.

فوحه خروج (Out let)

در قدام از کنار سفلی عظم Pubis و عظام Ischial، در جوانب از Ischial tuberosity و در خلف از قطعه پنجم عظم Sacrum و رباط Sacro tuberosus تشکیل شده است. شکل الماس را دارد و قطر قدامی خلفی آن ۱۳.5 سانتی بوده که از قسمت پائین ترین Symphysis تا ختم Sacrum و قطر مستعرض آن ۱۱ سانتی متر که فاصله بین دو سطح داخلی Ischial tuberosities میباشد. محاسبه میشود. قطر قدامی خلفی (۱۳.۵ سانتی متر) در حذای in let در فوهه خروجی حوصله یا out let معکوس می شود تمام اقطار در جوف حوصله (Cavity) ۱۲ سانتی متر اند و هم چنین تمام قطرهای Oblique یا مایل در هر سه قسمت یعنی In let، Cavity و Out let مساوی ۱۲ سانتی متر میباشد.

Planes of Pelvis سطوح حوصلی

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

- سطح In let یا Brim :- یک سطح مدور به استثنای تبارز و برآمدگی خرشوم در حذای خلفی میباشد. که در قدام توسط کنار بالائی Rami Pubis و Symphysis Pubis در جوانب توسط خط Ileopecteneal و در عقب توسط سکروم احاطه شده است.
- سطح Cavity :- در قدام خود توسط قسمت متوسط استخوان Pubis و Sumphysis، در جوانب توسط استخوان های Ischieal و در خلف توسط اتصال فقره سوم و دوم سکروم احاطه شده است.

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

محور حوصله

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

انحنای حوصلی (Inclinatiaon)

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

ارزیابی کلینیکی حوصلی

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

• Out let

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

• Brim

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

• Cavity

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



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

X-Ray Pelvimetry

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

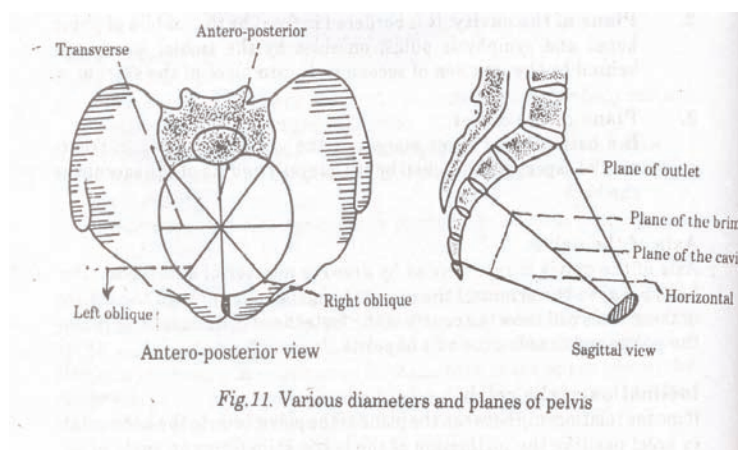
۱- فلم جنبی:- منظره مهم عبارت از جنبی مستقیم یا ایستاده بوده که معلومات خوبی را از نظر شکل و اندازه حوصله بدست می دهد میباشد و همچنین راجع به وضعیت و سویه عضو معتلنه معلومات می دهد. و قطر قدامی خلفی Cavity, In let و Out let میتواند اندازه شود و درجه Flexion و Extension رأس جنین دیده شده و انحنا ی سکروم ارزیابی شده میتواند.

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

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

۴- فلم In let:- (Thoms view) از این پروسه بخاطر ریسک یا خطر تشعشع به گونادهای جنینی

اجتناب شود



اناتومی قحف جنین

Anatomy of Foetal skull

دانستن آناتومی قحف جنین برای پیشبرد میکانیسم های ولادت ضروری بوده. رأس جنین نسبت به جرع آن بسیار بزرگتر و مهمتر میباشد. قحف متشکل از استخوان ها، Suture ها و fontanelae ها میباشد. که به سه قسمت وجه-قاعده قحف- و قبه قحف تقسیم شده است. استخوان های وجه و قاعده قحف مکمل با هم متحد و تثبیت شده اند. مگر استخوان های قبه قحف تنها توسط یک غشای غیر عظمی در suture ها بهم وصل شده اند. استخوان های قبه قحف در جریان ولادت میتوانند به mulding معروف شوند. که نتیجه از اثر رویهم قرار گرفتن (overriding) آنها در بعضی از اقطار راس جنین تنقیص بعمل میاید. قبه قحف از عظام parietal, occipital, frontal و temporal ساخته شده است.

استخوان ها

استخوان های مهم ولادی عبارتند از:

۱- دو استخوان parietal

۲- دو استخوان frontal

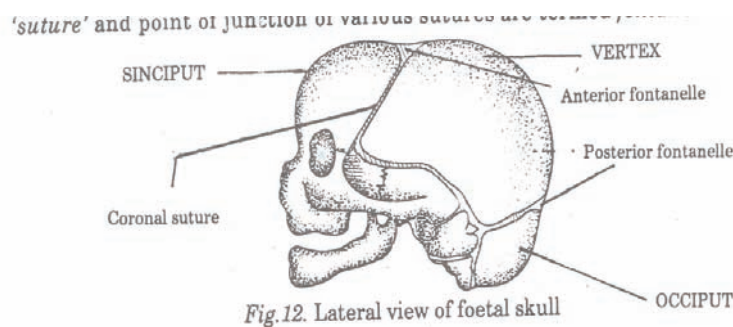
۳- یک استخوان occipital

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

• قسمت های مختلف قحف:

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

شده است.



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

Coronal محدود شده است.

۳- Vertex : در بین دو فانتال قدامی و خلفی و تبارزات عظام جداری قرار دارد.

• **Suture های با اهمیت ولادی عبارتند از :**

Sugittal : در بین دو استخوان Parietal.

Lambdoid : در بین استخوان Parietal و occipital.

Coronal : در بین استخوان های frontal و Parietal.

Frontal : در بین دو استخوان Frontal.

• **Fontanelles**

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

1- Fontanelle قدامی یا bregma

عبارت از یک ساحه بزرگ که بادامی شکل بوده که در نقطه اتصال چهار درز (suture) یعنی (sagital) ، Frontal و دو coronal قرار دارد. از دو Fontane دیگر بزرگتر بوده و همیشه در زمان تولد باز است و تقریباً در حدود ۲۰ ماه بعد بسته میشود.

2- Fontanelle خلفی

یک ساحه مثلثی کوچک بوده و در نقطه اتصال درز Sagital و دو درز lambdoid قرار دارد. در بسیاری از وقایع حتی در هنگام ولادت بحیث یک فضای خالی جس نمیگردد. و یا بزودی بعد از ولادت بسته میشود.

• **Vertex**

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

• **Moulding**

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

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

• Caput succedaneum

عبارت از پندیده گی در قبه قحف از اثر اذیما و تجمع مایع در تحت طبقه subcutaneous جلد راس می باشد. که از اثر فشار عنق متوسع بالای راس بوجود می آید. پندیده گی در امتداد suture های قحف قرار گرفته و بزودی در چند روز محدود بعد از ولادت از بین میرود.

• اقطار رأس جنین

در حدود نارمل این اقطار تغییرات قابل ملاحظه ای وجود داشته و معمولاً بچه ها راس بزرگتر، نسبت به دخترها دارند. اندازه گیری محیط های راس در اطراف suboccipito bregmatic و قطر Occipitu-frontal- بصورت متوسط محاسبه گردیده که ۳۱ و ۳۴ سانتی متر می باشد.

۱- در رأس خوب قبض شده قطر یکه در حوصله اعتلان میکند و یابه نمایش گذاشته میشود، عبارت از قطر suboccipito brigmatic که از ناحیه Suboccipital تا عقب قسمت مرکزی Fontanel قدامی یا Brigma امتداد داشته و اندازه آن ۹.5 cm می باشد.

۲- اگر رأس خفیفاً به حالت بسط قرار داشته باشد. قسمت نمایش یا Present قطر Suboccipto Frontal بوده. که از ناحیه Suboccipital تا بر آمده گی پیشانی اندازه شده و 10cm است.

۳- بابسط پیشرفته رأس قطر Occipito frontal، قطر نمایش بوده که از جذر انف تا fontanel خلفی امتداد داشته و اندازه آن ۱۱.۵cm است.

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

۵- در رأس خوب بسط شده قطرمعتلنه Submento bregmatic است، که از ناحیه Submental تا Fontanel قدامی می باشد و اندازه آن ۹.5 cm می باشد. این قطر در حالت Face presentation دیده میشود.

۶- قطر مستعرض یا Biparietal به اندازه ۹.5 cm بوده که از تبارز یک عظم Parietal تا بر جستگی عظم جداری طرف دیگر را احتوا میکند و این عبارت از قطر Engagement می باشد. یعنی وقتی رأس engaged میشود که قطر biparietal آن وارد فوهه داخلی یا Inlete حوصله شده باشد (2/5th).

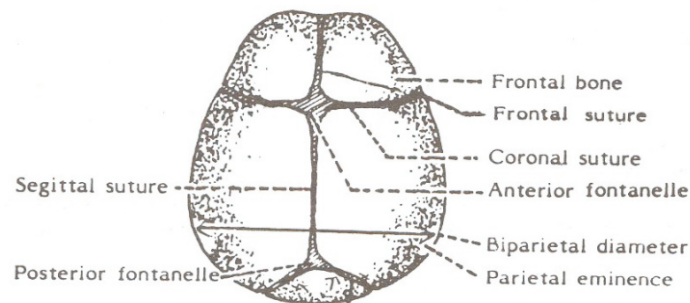


Fig.13. Superior view of foetal skull

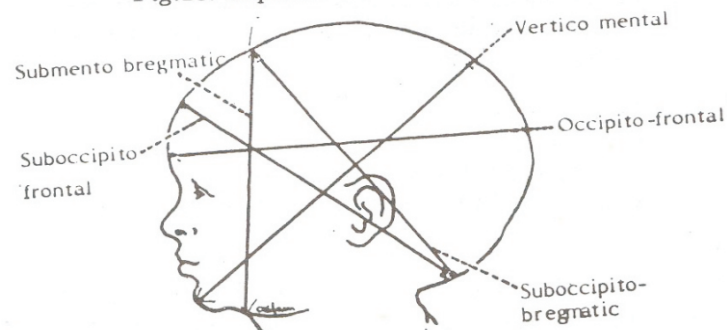


Fig.14. Diameters of foetal skull

1 well flexed head, diameter which presents in the pelvis is

• Foetal position

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

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

• Lie یا قرار

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

• Presentation

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

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

۹۶.8%	Cephalic – I
2.5%	Breech –II
۰.4%	Soulder –III
۰.2%	Face–IV
0.1%	Brow –V

• Position

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

که نقاط مختلف شاخص عبارتند از :

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

هشت position تشریح شده میتواند:

Left occipito anterior L.O.A •

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

Right Occipito-Anterior یا R.O.A •

Occiput نزدیک به بارزه iliopectineal راست و sinsiput در مفصل sacro -iliac چپ و sutura sugital در قطر مایل چپ Brim حوصله قرار دارد.

R ight-occipito-posterior R-O-P •

Occiput در نزدیک مفصل sacro- iliac راست و Sinciput در بارزه چپ Pecteneal از چپ و راست قرار دارد.

L.O.P •

Occiput نزدیک مفصل Sucroilial چپ و sincipnt در بارزه راست iliopectineal و sugital suture در قطر مایل چپ قرار دارد.

:L.O.T •

Occiput در قطر مستعرض فوهه Inlet و بطرف چپ قرار دارد.

R.O.T •

Occiput به قطر مستعرض فوهه inlet و بطرف راست قرار دارد. occiput اکثراً به وضعیت مستعرض در شروع ولادت قرار داشته و بداخل حوصله نزول میکند.

Directly anterior •

Directly posterior •

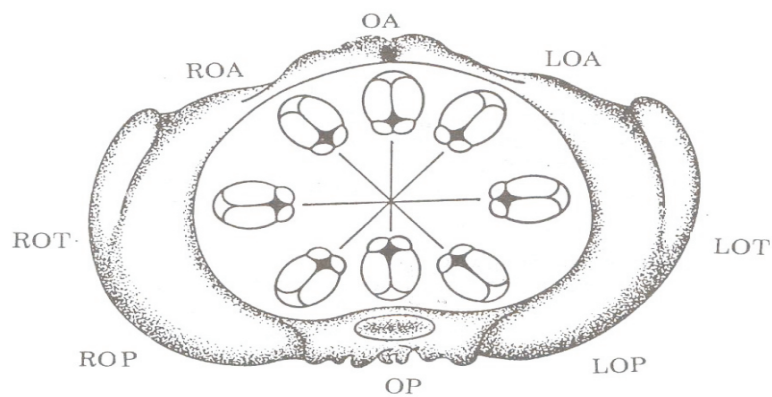


Fig.15. Various positions in cephalic presentation

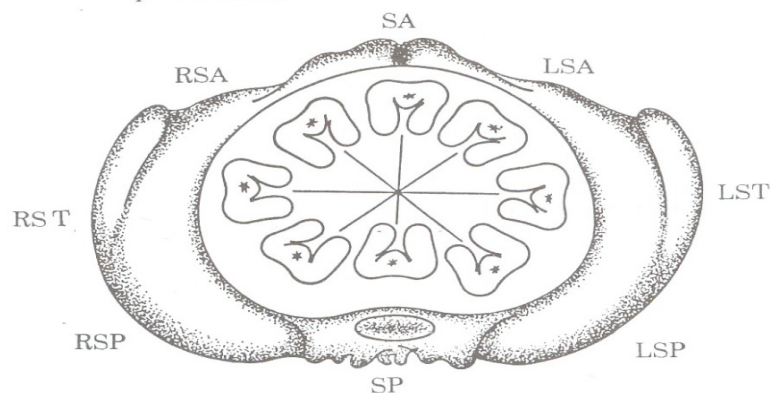


Fig.16. Various positions in breech presentation.

I. تشخیص وضعیت LOA

A : معاینه بطنی

- پشت جنین در چپ در پیشرو جس میشود.
- اطراف بطرف راست جس میشود.
- سرین در غور رحم جس میشود.
- رأس در حوصله جس میشود.
- Sinciput متباززترین قسمت بوده و بطرف راست جس میشود.

B- معاینه مهبل

- فانتال قدامی در عقب و راست قرار داشته و در رأس که بحالت قبض تام باشد. چون خیلی بلند

است جس نمیشود.

- فانتال خلقی به جلو بطرف چپ قرار دارد.
- Sagital suture به قطر مایل راست حوصله قرار دارند.

II. تشخیص وضعیت ROA

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

III. تشخیص وضعیت ROP

A: معاینه بطنی

- اطراف جنین همه در قدام بطن جس میشود .
 - پشت جنین به عقب و راست مادر دریافت می گردد.
 - یک خلای وصفی و واضح در بین رأس و اطراف جس میشود .
 - سرین یا حوصله در غور رحم جس میشود .
 - رأس در فوهه دخول حوصله جس شده واکثراً بلندتر از وضعیت anterior قرار دارد.
 - آواز قلب جنین در تحت و بطرف راست سره شنیده شده و طوری معلوم میشود که از یک فاصله دور بگوش برسد.
- رأس به حالت بسط (deflex) بوده و پهناور جس میشود و هر دو Sinciput و occipute به عین سویه قرار دارند.

B- معاینه مهبلی

۱. Fontanell خلفی به عقب و راست قرار دارد.
۲. Fontanell قدامی صریحا در قدام یا جلو و بطرف چپ جس میشود.
۳. (Sagital suture) یا درز سهمی بقطر مایل راست حوصله قرار دارد.

IV. تشخیص وضعیت L.O.P.

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

ولادت نورمال و میکانزم ولادت

تعریف

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

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

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

A- فکتورهای هورمونی

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

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

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

۴-Prostaglandins: در ولادت های قبل از وقت غلظت پروستا گلاندین ها و میتابولیت های آن مخصوصاً PGF₂ و میتابولیت های آن در مایع آمنیوتیک بصورت سریع بلند می رود. پروستا گلاندین ها در اواخر حاملگی در Ducidua و ممبران ها موجود اند. همچنین ولادت توسط پروستا گلاندین ها و محصولات آن ها به تعقیب تمزق جیب شروع میشود. گذاشتن یک Pessary پروستا گلاندین در قبه مهبل می تواند ولادت را تحریک نموده مخصوصاً اگر حاملگی نزد یک به ترم باشد.

۵-Corticosteroids: کورتیکواستروئید های جنین یک رول مهم و با ارزش در پروسه ولادت دارند. طوریکه مقدار کورتیکواستروئید ها در پلازمای حبل سروی، در ولادت بنفسهی نسبت به ولادت تحریک شده بلند تر است. مشابهاً یک جنین anencephaleic یک دیفکت یا نقص در کورتکس ادرینال

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

B- فکتورهای میخانیکی

۱- Uterin growth

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

۲- کشش عنق رحم

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

C- فکتورهای عصبی

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

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

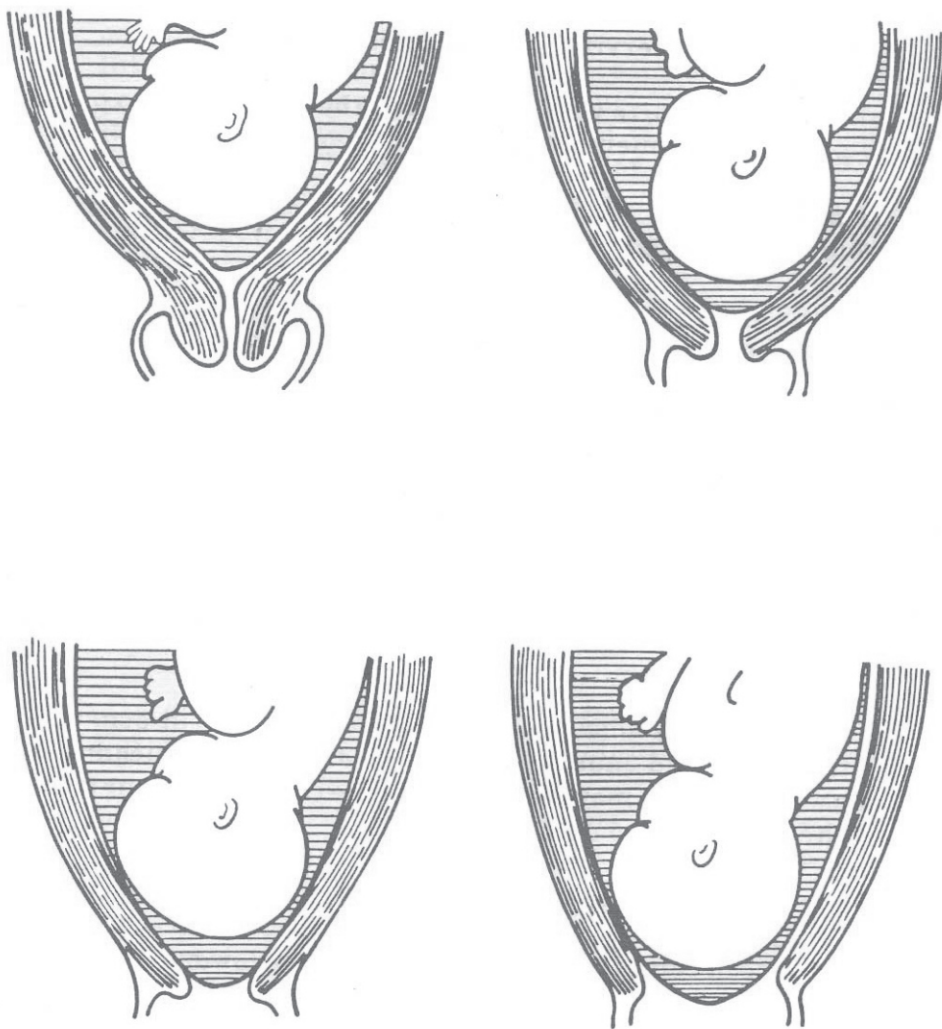


Fig.17 Effacement of cervix



صفحات ولادت

ولادت دارای سه صفحه است

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

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

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

دوام ولادت

دوام ولادت مختلف است اما بصورت متوسط عبارت است از:

دراولباری ها

صفحه اول ولادت: ۸-۱۲ ساعت و ندرتاً زیادتراً از 18h .

صفحه دوم ولادت: نیم تا یک ساعت.

صفحه سوم: یک بر چهارم ساعت .

در کثیرالولاده ها

صفحه اول: ۴-۸ ساعت .

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

صفحه سوم: $\frac{1}{4}$ ساعت .

فاز ولادت

دو صفحه یا فاز واضح ولادت وجود دارد.

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

دوام می نماید. دوام آن مختلف بوده و توسع عنق آهسته می باشد .

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

ختم میشود.

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

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

میشود.

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

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

Resting tone یا قدرت استرخائی رحمی در بین تقلصات، در شروع ولادت 10mmHg میباشد. فشار داخل رحمی که در آن تقلصات احساس می شود 20mmHg و خانم وقتی احساس درد می کند که فشار حدود ۲۵ mmHg باشد. در جریان تقلصات مرحله اول ولادت فشار به 50 mmHg و در صفحه دوم بلند تر از 75 mmHg میرسد.

قنات ولادی (Birth Canal)

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

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

Mechanism of labour یا میکانیزم ولادت

میکانیزم ولادت شامل یک سلسله تغییرات پی در پی مؤفقیت آمیز نزد جنین در اثنای نزول آن از طریق قنات ولادی میباشد.

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

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

A-شکل رأس (Shape of the head)

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

Head lever-B

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

۱-بازوی کوتاه بطرف Occiput

۲-بازوی طویل بطرف Sinciput

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

Internal rotation-1

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

Occiput در حذای فوهه فانتال خلفی در جلو و پائینتر از symphysis و sinciput و فانتال قدامی در خالیگاه یا فروورفتگی عظم sacrum موقعیت می گیرند.

Extension-2

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

Restitution-3 (باز گرداندن وجبران)

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

External rotation-4

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

Management of normal labour

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

۱-در معاینه بطنی

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

۲-در معاینه مهبل

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

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

Partogram-3

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

دو فاز جداگانه ولادت توسط faridman تشریح شده است.

۱ - latent phase عبارت از فاز است که از شروع مدارهای ولادت تا توسع عنق به اندازه 3cm دوام نموده مدت دوام آن 6h در اولباری ها میباشد.

2 - Active-phase توسع عنق از 3-10cm و بسیار سریع بوده حدود 6h (در Multifpm ها کمتر) را در بر گرفته و دامنه گراف درین فاز تندتر است.

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

انلجریک ها و سیدانیف ها که در زمان ولادت داده میشود، همراه با دوز و زمان تطبیق باید در پارتوگراف ثبت شود.

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

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



Cervicogram آن قسمت از پارتو گرام است که نشاندهنده توسعه عنق به cm در مقابل هر ساعت می باشد و معمولاً از شروع ولادت و یا تمزق جیب محاسبه میشود.

در پارتو گرام استاندارد قلب جنین با مونیتورینگ دوامدار ثبت گردیده و جزئیات مایع آمنیوتیک نوت می گردد. تست pH خون پوست سر جنین در حالی که ضرورت احساس شود استطبایب دارد.

در معاینه حوصلی station, position رأس جنین بامعیار قرار دادن sutarasagital و فانتال ها تثبیت میگردد. Effecemat عنق و درجه توسعه عنق به cm از 0-10cm یادداشت شود.

شدت ، فریکونسی و دوام تقلصات ، مقدار syntocinon و یا Prostaglandin ها به mili unit/min وزمان تطبیق انلجریک ها ثبت میگردد. BP ، نبض و مقدار مایع داده شده باید در پارتو گرام یاد داشت شود.

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

PARTOGRAM

Name _____ Gravida _____ Para _____ Hospital No _____

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

LIQUOR MOLDING

CERVIX (cm)

DESCENT OF HEAD PLOT ●

TIME

CONTRACTIONS PER 10 MIN

OXYTOCIN U/L DROPS/MIN

DRUGS GIVEN AND C.V. FLUIDS

PULSE AND B.P.

TEMP

URINE

PROT ACET VOL



PARTOGRAM

Name _____ Gravida _____ Para _____ Hospital No. _____

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

180 170 160 150 140 130 120 110 100																								
* LIQUOR MOULDING																								
10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0																								
(cm) CERVIX PLOT X DESCENT OF HEAD PLOT - ●																								
TIME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
(HOURS)																								
5 4 3 2 1																								
CONTRACTIONS PER 10 MNT																								
OXYTOCIN U/L DROPS/MNT																								
DRUGS GIVEN AND C.V. FLUIDS																								
180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60																								
● - PULSE AND B.P.																								
TEMP																								
URINE { PROT ACET VOL																								

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

۷- Iv line: 5% dextrose شروع شود.

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

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

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

۱۰- معاینه مهبل بخاطر تائید توسع تام عنق انجام شود. زیرا تمایل به تیل به push کردن به طرف پائین در بعضی از posiyion یا وضعیت های غیر نورمال مثل Occipul post position قبل از توسع تام عنق نیز بملاحظه رسیده میتواند.

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

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

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

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

پلاستتا در صفحه سوم توسط میتود brandt-hndrews ولادت داده میشود. دست چپ بالای رحم از حدای بطن قرار داده شده تا هم تقلص رحم را ارزیابی نموده و هم فشار بطرف علوی و خلف از طریق

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

دوره نفاسی نورمال

تعریف

دوره نفاسی مدت ۶ هفته به تعقیب ولادت بوده که در جریان آن اعضای حوصلی به حالت قبل از حاملگی رجعت می کند. در بعضی از واقعات نزد اولباری ها تغییرات نارمل دوره حاملگی و ولادت بمیان نمیاید. دوره Post partum به دو شکل تقسیم میشود .

۱- دوره نفاسی مقدم که تاختم هفته اول بعد از ولادت میباشد.

۲- دوره نفاسی مؤخر که از هفته دوم تا ششم دوام می کند.

تدابیر و اهتمامات

در دوره نفاسی صحت دماغی و فیزیکی مادر و طفل مراقبت می گردد. مشاهدات تعقیبیه در زمان نفاسی نورمال برای کشف هر گونه انحراف از حالت فیزیولوژیک صورت گرفته و دیده می شود که دوره نفاسی پتالوژیک نگردد.

۱- حالت عمومی مریض

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

• درجه حرارت : بصورت نورمال شاید به اندازه $37/33^{\circ}C (100^{\circ}F)$ در 24h اول بلند برود. این یک ترفع عکس العملی میباشد. هر ترفع درجه حرارت زیادتز از این و یا در یک مدت طولانی تر نشاندهنده انتان است.

• نبض: نبض شاید در 24h اول بعد از ولادت بلند برود و باید دوباره به حد نورمال در روز دوم برسد. ازدیاد نبض باید جدی گرفته شود و شاید نشاندهنده انتان طرق تناسلی، طرق بولی، ثدیه ها انیمی شدید و ترمبوز آورده عمیق باشد.

• Blood pressure: بلند رفتن فشار خون نشاندهنده Post partum elclampsia و افتادن فشار نمایانگر شاک است.

۲- Involution رحم یا بازگشت رحم بحالت اول

غور رحم بعد از ولادت در سویه سره می باشد. ارتفاع غور رحم روزانه به اندازه ۱.۵ سانتی متر و یا یک انگشت (عرض انگشت) در چند روز محدود اول کم شده میرود. بعداً به آهستگی رحم خورد ترشده رفته و بعد از روز دهم ازبالای عانه جس نمی شود. قطر قدامی خلقی، طولی و عرضی رحم کم میشود. یعنی از $15 \times 11 \times 9 \text{ cm}$ به $7.5 \times 5 \times 2.5 \text{ cm}$ تناقص میابد. در اخیر هفته اول وزن رحم تقریباً 500g بوده ودر



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

Lochia - ۳

عبارت از افرازات رحمی در ۳-۴ هفته بعد از ولادت میباشد که طبقات نکروتیک decidua به شکل Lochia خارج می گردد. کمیت آن در حدود نورمال اختلاف دارد. در خانم هایی که عادت ماهوار شدید داشته و هم در خانم های که شیر نمی دهند مقداراً زیادتر است.

سه شکل مختلف lochia وجود دارد.

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

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

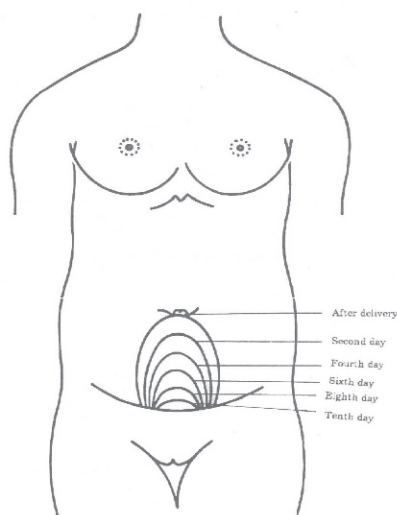


Fig.18 Involution of uterus during puerperium

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

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

Lactation -4

ثدیه ها بعد از تولد طفل فعال می شود. تغذیه با شیر مادر هر قدر زودتر که ممکن است باید شروع شود. حتی ترجیحاً پیش از ولادت. پلاستنا کولسترده در ۲-۳ روز اول بعد از ولادت افزاز شده و غلیظ میباشد. زیرا دارای مقدار زیاد پروتین و حشرات متفصله اندوتیلل میباشد. شیر دادن باید هر ۴-۶h در روز اول و دوم و هر ۳-۴h از روز سوم به بعد صورت گیرد. شیر باید از یک ثدیه کامل داده شود. ابتدای شیر و اخیر شیر باید به طفل داده شود. Engorgement در روز سوم و یا چهارم بوجود آمده و سبب مشکلات در شیر دادن از سبب درد و نا آرامی مزاج می شود. حقیقتاً انداختن طفل به ثدیه مادر، فوراً بعد از clamp کردن حبل سروی در ولادت پلاستنا از طریق افزاز Oxytocin در اثر عکسه مکیدن کمک می کند و از Engorgment جلوگیری میکند. شروع کردن مقدم شیردهی فقط شیردادن انحصاری از ثدیه ها عبارت از علامت اساسی شیردهی مفید می باشد. کدام مایعات دیگر (آب و یا شیر) نباید به جز شیرمادر به طفل داده شود (در ۶ ماه اول). زیرا شیر مادر یک غذای مکمل درین شش ماه میباشد.

Urine-5

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

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

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

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

۶- Bowels امعاء

قبضیت اکثراً از سبب حالات ذیل بوجود می آید:

1-Dehydration در زمان ولادت

۲-پاره گی عجان

۳-خند غذای غیر منظم

۴-نیاز شدید ثدیه ها به مایعات

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

۷-Diet

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

۸- Rest and sleep

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

۹- بخیه ها یا Stitches

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

۱۰- Post Natal Exercises

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

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

Post Natal Examination – 11

- این معاینات در ختم هفته ششم اجرا شده که شامل معاینات عمومی و سیستمیک میباشد.
- پرسیدن راجع به هر نوع شکایت: کمر دردی مهمترین شکایت دوره نفاسی است. دراکتر واقعات درد ناحیه قطنی از سبب وضعیت ضعیف و یا Fatigue و یا خستگی است که احیاء مجدد بصورت بنفسهی میان میآید. اگر درد کمر شدید شود ایجاب تحقیقات و تداوی بیشتر را می کند.
- غشای مخاطی بخاطر کمخونی معاینه گردد.
- عضلات بطنی از نظر مقویت آن ها دیده شود.
- بازگشت رحم بحالت اول دیده شده و یا جس شود.
- معاینه حوصلی: عجان بخاطر الیتام معاینه شده ، به خانم گفته شود که به پائین فشار بیاورد و یا زور بزنند که prolapsus رحم دیده شود.
- معاینه مهبلی: برای بررسی موقعیت، سائز و تثبیت (Fixity) رحم اجرا شده اگر رحم Retroverted دریافت شد ولی به مریض کدام پرابلم یا عارضه ای را بوجود نیاورد، ضرورت بتداوی ندارد.
- مهبل و عنق رحم از نظر موجودیت افرازات و تخریشات (Erosion و Discharge) تفتیش گردد. Erosion عنق معمولاً موجود بوده و اکثراً پیش از هفته ۱۲ الیتام می یابد.
- سمیر عنق رحم برای تحری Carcinoma گرفته میشود. اگر Erosion بعد از ۱۲ هفته بیشتر دوام کند و سبب مشکلات و Discharge شود، باید تداوی گردد.

Family planning – ۱۲

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

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

خونریزیهای دوران حاملگی Antepartum haemorrhagea

تعریف

خونریزی از هر قسمت طرق تناسلی بعد از هفته ۲۸ و قبل از ولادت طفل بنام APH یاد می‌گردد. ۲۸ هفته من حیث یک پرئود Viability گرفته شده و خونریزی مهبل قبل از این مدت بنام Abortion یاد می‌شود.

Incidence وقوعات

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

تصنيف

- ۱- Accidental Heamorrhagea و یا Abruptio placenta: عبارت از خونریزی از اثر جدا شدن قسمی یا تام پلاستنا از موقعیت نورمال آن می‌باشد.
- 2- Placenta previa: عبارت از خونریزی از پلاستنا که بصورت غیر نورمال در سگمنت سفلی رحم توضع نموده است که یک حالت اجتناب ناپذیر و غیر قابل جلوگیری است.
- 3- Incidental cause: اسباب ضمنی، ارتباط به پلاستنا ندارد. از قبیل Carcinoma، cervical erosion ، polyp infection ، varicose viens و Show شدید.
- 4- Vasa praevia: درین حالت یکی از اوغیه پلاستنا پائینتر از عضو معتلنه عبور کرده تا به پلاستنا داخل شود و شاید تمزق نموده و خونریزی بدهد. درین واقعه خونریزی از طرف جنین می‌باشد.
- 5- Placenta Villamentosa: درین شکل جیل سروی به اغشیه تماس دارد.
- 6- Placenta circumvallata: و قتیکه کنار Decidua کنار پلاستنا را Overlap نموده و دربین اغشیه و ماده اصلی پلاستنا داخل شود، بنام Circumvalata یاد میشود.
- 7- اسباب شناخته نشده.

تعریف سگمنت سفلی رحم

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

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

• Placenta Praevia

تعریف

وقتی که پلاستنتا بصورت قسمی یا تام در سگمنت سفلی رحم در داخل منطقه Effacement و یا توسع عنق موقعیت داشته باشد Placenta Praevia گفته میشود. در اینصورت هنگام شروع دردهای ولادت، خونریزی غیر قابل جلوگیری است.

وقوعات

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

Placenta Praevia درجه یا انواع

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

چهار شکل placenta praevia وجود دارد.

I- Type I یا lateral: پلاستنتا به سگمنت سفلی تجاوز نموده اما نه به اندازه ای که به فوهه داخلی آن برسد.

II- Type II یا Marginal: پلاستنتا به فوهه داخلی تجاوز نموده اما آنرا نپوشیده است.

III- Type III: پلاستنتا فوهه داخلی عنق را پوشیده مگر در صورت توسع عنق، عنق را کاملاً نمی پوشاند.

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

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

اتیولوژی

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

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

۲- Subinvolution رحمی.

۳- Scar اندومتر از اثر اندومتريت مزمن.

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

۵- Grand multiparity یا کثیرالولادگی.

۶- کمبود رسانیدن و تهیه خون به پلاستنا.

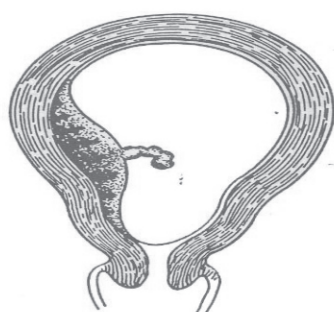
۷- بعضاً پلاستنا Praevia یکجا با Placenta accreta ، Incereta و Percreta میباشد .

۸- پلاستنای بزرگ مثل پلاستنا membranacea .

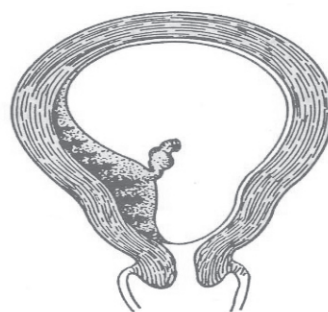
۹- شناخته نشده: امکان موجودیت P.Praevia بر علاوه علل فوق نیز وجود دارد.

Pathology

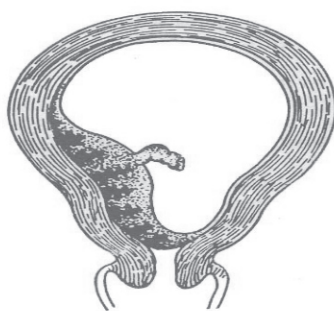
پلاستنا از نظر شکل غیر منظم و از نظر قوام و ضخامت متغیر بوده و یک ساحت وسیع را نسبت به حالت نورمال پوشانیده است و اکثراً بصورت پتالوژیک در بعضی حصص چسپندگی دارد. این از سبب فقر نسبی خون رسانی در سگمت سفلی میباشد. پلاستنا بزرگتر و نازکتر بوده و به آسانی معروض به پاره گئی می شود. خونریزی از او عیه مادر بوده که در سگمت سفلی قرار دارند که در اثر جدا شدن پلاستنا باز می شوند.



Type I



Type II



Type III



Type IV

Fig. 19 Types of placenta praevia



لوحه کلینیکی

- ۱-تارخچه خونریزی در هفته های اول حاملگی موجود بوده و بعضاً هم اولین خونریزی خیلی شدید میباشد.
- ۲-خونریزی های بدون درد، بدون علت، متکرر و غیر قابل جلوگیری در ترایمستر اخیر حاملگی موجود است.
- ۳-خونریزی اکثراً نصف شب آغاز شده و شاید تاربخچه مقاربت موجود باشد.
- ۴-در بعضی واقعات اولین خونریزی ممکن است با شروع دردهای ولادت و قتیکه عنق رحم باز می شود، آغاز شود.
- ۵-آواز قلب و حرکات جنین نورمال بوده و جنین به آسانی جس می شود.
- ۶-علائم و اعراض خونریزی شدید و شاک متناسب به مقدار و سرعت از دست دادن خون میباشد.
- ۷-در معاینه بطنی رحم نرم جس شده و جنین اعتلان یا قرار Oblique یا متغیر داشته راس بلند یا اعتلان Breech موجود است.
- ۸-در جس بطنی حساسیت (Tenderness) و سختی (Rigidity) جس نمیشود.
- ۹-معاینه مهبلی هیچگاه انجام نشود. به استثنای اینکه در اتاق عملیات در حالیکه تمام سهولت های لازم برای C.S عاجل آماده شده باشد. یک کتله اسفنجی در یکی از فورنکس ها ممکن است جس شود.
- ۱۰-معاینه اولتراسوند موقعیت، ضخامت و ارتباط پلاستنا را با عنق نشان میدهد.

تشخیص

- ۱- تاربخچه و معاینات.
- ۲- رادیوگرافی انساج نرم بعد از هفته های ۳۴ انجام شود.
- نکات قابل یادآوری عبارتند از:
- a-radio opacity پلاستنا بامایع امینوتیک و جدار رحم متفاوت است.
- b-calcification پلاستنا شاید دیده شود.
- c-Displacement با پس زدن رأس از ارتفاع عانه یا خرشوم شاید تثبیت گردد.
- 3-Radio isotope localization: ایزوتوب رادیو اکتیف مثل ^{99}Tc , ^{81}Cr labelled RBC از دونور و یا مریض شاید استفاده شود. irradiation به اندازه زیاد (maximum) در قسمت پایین بطن نشاندهنده placenta praevia است.
- 4-Ultrasound localization: التراسونوگرافی موقعیت پلاستنا را نشان داده و همچنان ضخامت و ارتباط آنرا با عنق رحم مشخص میسازد. از سونر sonar برای تعیین موقعیت پلاستنا ممکن است استفاده

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

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

Aortography-5: مواد رادیو اوپک میدیوم (Radio opaque medium) از طریق شریان Fimoral با عبور یک کانول به ابحر بطنی زرق شده، موقعیت پلاستتا در اثر تغلیظ حد اعظمی مواد رنگه، بخوبی معین میشود.

6-Thermography: در گذشته از میتود مذکور استفاده میشد، مگر امروز استفاده نمی شود.

تداوی

Active: ارتباط دارد به .

۱-مقدار خون ضایع شده.

۲-وضعیت عمومی خانم.

۳-آیا خانم به صفحه ولادت هست یا خیر؟

۴-جواب به تدار.

۵-مدت سن حمل.

۶-آیا طفل زنده است یا مرده.

۷-محلّی که مریض در آنجا دیده شده است.

A- اگر خانم در خانه دیده شده باشد.

۱-O.F.S ولادی برای کمک خواسته شود.

۲-پارچه هایی که مملو از خون است باید برای اندازه گیری مقدار خونریزی دیده شود.

۳-فشار خون و نبض چک شود.

۴-معاینه بطنی صورت گیرد.

۵- $\frac{1}{2} gr$ مورفین داده شود.

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

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

دلایل برای بستر نمودن: تمام واقعات خونریزی Ante partum باید به حیث Placenta praevic فکر شود و ازعود خونریزی بیشتر جلوگیری گردد. زیرا اندازه و شدت آن پیش بینی شده نمی تواند. تعیین Hb و Crossmatch خون انجام شود. در واقعات شدید تطبیق خون صورت گیرد و اگر خونریزی شدید است و یا مریض به Labor است، اتمامات فوری عاجل به مانند معاینه مریض در اتاق عملیات انجام شود. اگر پلاستنا پریویا نوع IV و III و II باشد، C.S انجام شود. اگر شکل I باشد جیب تمزق داده شده و با Oxytocin تحریک گردد.

میتود های دیگر تداوی

1- Vacuum extraction در صفحه اول ولادت استفاده گردد .

۲- فورسپس در صفحه دوم ولادت بکار برده شود.

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

۴- گذاشتن Tampon در مهبل برای کنترل خونریزی.

۵- در صورت اعتلان Breech کش کردن پای های طفل در صورتیکه عنق درحدور 5cm باز باشد.

سه میتود اخیر غیر قابل استفاده بوده و فعلاً مورد استعمال ندارد.

تداوی امید وار کننده Expectant treatment انتظار کشیدن:

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

۲- حاملگی کمتر از ۳۸ هفته باشد.

۳- طفل زنده باشد.

۴- خانم داخل ولادت نشده باشد.

در هفته ۳۸ معاینه تحت استیزی و C.S در شکل IV ، III ، II انجام می شود. در شکل I مخصوصاً اگر پلاستنا موقعیت قدامی داشته باشد، جیب تمزق داده شده و تحریک با Syntocinon شروع میشود. این عملیه عضو معتله را اجازه نزول داده و کنار سفلی پلاستنا را تحت فشار قرار می دهد و باعث کنترل خونریزی می شود. وقتیکه خانم در شفاخانه است، اگر خونریزی شدید شروع شود C.S عاجل بدون تعیین موقعیت پلاستنا توسط معاینه مهبلی ترجیح داده میشود. در واقعات خونریزی در جریان ولادت تداوی انتظاری قطع گردیده و C.S صورت گیرد. و هم S،C عاجل در صورتیکه به خونریزی شدید در جریان معاینه مواجه شدیم صورت گیرد.

اگر پلاستا توضع قدامی داشته باشد، C.S در سگمنت علوی جهت جلوگیری از خونریزی شدید از اوئیۀ بزرگ سگمنت سفلی و از پلاستا در اثنای شق C.S بالای سگمنت سفلی اجرا گردد. جیب در اثنای معاینه اگر پلاستا دریافت نگردد، تمزق داده شود. زیرا خونریزی همیشه ریسک برای طفل است. بعد از تولد، خونریزی بعد از ولادت (PPH) باید توسط تجویز Oxytocine، hot salin packs و در نهایت hystrectomy در صورتیکه خونریزی توقف نکند، کنترل شود.

انذار (Prognosis)

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

مرگ جنین (Foetal Mortality):

در حدود ۱۰٪ بوده و از سبب Asphyxia و Hypoxia از اثر جدا شدن پلاستا، Prematurity و Abnormality جنینی میباشد. جنینی در پلاستای سرراهی دوبار زیادتز از واقعات نورمال است.

• انفصال قبل از وقت پلاستا

(Abroptio placenta or Accidental haemorrhage)

تعریف

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

وقوعات

در حدود ۲٪ تمام حاملگی ها میباشد.

• Varieties (اشکال)

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

B-Concealed یا مخفی: خون در عقب جوف رحم محبوس مانده و خونریزی خارجی وجود ندارد، شک درین واقعات غیر متناسب با مقدار خون ظاهراً ضایع شده میباشد.

اسباب

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

پتالوژی

Hypertensive spasm در اوغیه تامین کننده جریان خون پلاستائی سبب anoxia شده و قتیکه spasm رفع شود capillirهای متضرر شده قادر نیستند تا از عهده رعش خون و ازدیاد آن برآیند، بنآء پاره شده و سبب خونریزی میگردد. و در حالات شدید خون به انساج دیوار رحم نفوذ نموده و شاید در تحت پریتون دیده شود (couvellair uterus) ، این حالت در تقلص رحمی تداخل نموده یعنی تقلص رحمی را ممانعت میکند و سبب خونریزی بعد از ولادت طفل و پلاستا میگردد.

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

خونریزی شدید انفصال پلاستا در نوع مخفی سبب spasm آرتریول های کلیوی شده که این باعث نکرور cortical کلیه و anuria میگردد.

لوحه کلینکی

• نوع آشکار

- ۱- خونریزی مهبلی وجود دارد.
- ۲- درد و یا ناآرامی خفیف بطن و اگر درد وجود نداشته باشد، شاید واقعه placenta praevia را تمثیل کند.
- ۳- حساسیت موضعی بالای بطن بوجود میآید.
- ۴- رحم نرم و اعضای جنین به آسانی جس میشود.
- ۵- اندازه رحم مطابق به سن حاملگی است.
- ۶- وضعیت عمومی مریض مطابق به مقدار خون ضایع شده میباشد.
- ۷- در صورت انفصال قسمت کوچک از پلاستا وقوع stillbirth مطرح بحث نیست.

• شکل مخفی

- ۱- درد دوامدار شدید و فوری بطنی موجود است.
- ۲- خونریزی مهبلی خفیف یا معدوم میباشد و رنگ خون تیره است.
- ۳- معدوم شدن حرکات جنین شاید همراه با خونریزی شدید توام باشد.
- ۴- سائز رحم بزرگتر از سن حاملگی است.
- ۵- حساسیت تمام بطن موجود است.
- ۶- رحم سخت و شخ (rigid) بوده و اعضای جنین جس نمیشود.
- ۷- قلب جنین اکثرآ شنیده نمیشود.
- ۸- وضعیت عمومی مریض مطابق به مقدار خونریزی نیست و در حالت شک است.
- ۹- وقوع stillbirth از سبب جدا شدن قسمت زیاد پلاستا بالا میباشد.

تشخیص تفریقی

- 1- حمل خارج رحمی پیشرفته.
- ۲- ریچر بنفسهی رحم.
- ۳- Acut polihydramnios.
- ۴- تدور سویق کیست میضی.
- ۵- انسداد امعا.
- ۶- peritonitis.
- 7- Acut pyelitis.
- ۸- اپندیسیت حاد.

۹-هماتوم خلف پریثون در رباط عریض رحمی.

۱۰-هماتوم در عضله مستقیمه بطنی(rectus)

تداوی

A- وقایوی

۱-مراقبت خوب از دوران حاملگی.

۲-وقایه از انیمی.

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

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

۵-جلوگیری از ترضیض.

۶-از decompression آنی ویا کم ساختن فشار آنی جلوگیری بعمل آید.

B- معالجوی

۱-بستر کردن فوری مریضه در شفاخانه یعنی جائیکه تطبیق خون و عملیاتخانه موجود باشد.

۲-اگر خانم به کلینک میاید و یا در خانه است، در صورت امکان باید فوراً توسط OFS به شفاخانه

انتقال داده شود.

• تطبیق خون باید آزادانه ویا سخاوتمندانه بدون توجه به وضعیت عمومی مادر، با وجودیکه فشارخون بصورت نورمال از سبب vasospasm که جوابگوی انفصال است باشد، صورت گیرد. از فشارورید مرکزی برای رهنمائی بهتر به این مقصد استفاده میشود. خون تازه مطلوب ترین بوده fresh frozen plasma شاید برای تهیه فکتورهای علقه و تطبیق concentrate platelet در واقعات thrombo cytopenia شدید صورت میگیرد.

• زرق g 1/4 مورفین باید صورت گیرد.

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

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

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

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

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

• بعد از ولادت

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

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

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

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

۵-اگر خونریزی توقف نکند hysterectomy ترجیحا اجرا گردد.

Accidental haemorrhage	شماره	Placenta praevia	شماره
تاریخچه خونریزی شاید موجود نباشد.	1	تاریخچه خونریزی خارجی همیشه موجود است	1
اولین خونریزی اکثر اشدید است.	۲	خونریزی خفیف در شروع	۲
رنگ خون سرخ تیره است.	۳	رنگ خون سرخ روشن است.	۳
تاریخچه درد بطن وجود دارد.	۴	تاریخچه درد بطن وجود ندارد.	۴
تاریخچه ترضیض.	۵	خونریزی بدون سبب و بدون درد موجود است.	۵
بطن سخت، حساس و بزرگتر از اندازه امینوری است.	۷	بطن نرم و مطابق به مدت امینوری است.	۷
شاک به مقدار ضیاع خون متناسب نیست.	۶	شاک به مقدار ضیاع خون متناسب است.	۶
اعضای جنین به آسانی جس نشده و قلب آن شاید معمولاً شنیده نشود.	۸	اعضای جنین به آسانی جس شده و قلب آن معمولاً شنیده میشود.	۸



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

اختلاطات

۱-شاک سبب عدم کفایه حاد کلیه میشود.

۲- prematurity.

۳-مرگ داخل رحمی جنین.

۴-Hypofibrinogenemia.

۵-Anemia.

۶-Post partum haemorrhage.

۷-Sheehans syndrum.

۸-Transfusion hepatitis.

انذار

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

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

پولی هیدرامنیوس و اولیگو هیدرامنیوس Polyhydramnios & oligohydramnios

تعریف

پولی هیدرامنیوس یا هیدرامنیوس عبارت از تجمع مقدار زیاد مایع آمنیوتیک (بیشتر از 2000 ml) میباشد. مقدار مایع آمنیوتیک در یک حمل طبیعی نظر به مراحل دوره حاملگی متغیر است، در هفته دهم 30ml، در هفته 20 مقدار 250ml و در هفته 40 حاملگی 300-1500ml میباشد. اصطلاح excessive نمیتواند صریحاً و کاملاً دقیق از سبب تغییرات زیادیکه مقدار نارمل مایع آمنیوتیک در یک حاملگی به ترم دارد تعریف گردد، در یک حد متوسط 600ml بحیث نارمل گرفته شده و مقدار بلند تر از ۲ لیتر را بحیث پولی هیدرامنیوس قبول نموده اند. این تزیاید شاید تا 27 lit هم برسد. درجات خفیف تزیاید معمول است، ولی در جات پیشرفته آن نادر میباشد. همیشه این مسئله در نیمه دوم حاملگی واقع می شود.

وقوعات

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

اسباب

در شرائط نارمل تولید و جذب مایع آمنیوتیک نارمل است. پولی هیدرامنیوس ممکن از اثر تولید زیاد و یا تناقص در جذب آن ایجاد شود. اپتیلوم آمنیوتیک کدام تغییرات هستولوژیکی در پولی هیدرامنیوس نشان نداده و هم چنین تغییرات در ترکیب مایع آمنیوتیک نیز بملاحظه نمی رسد در بسیاری وقایع جنین، پلاستا و مادر تماماً سالم اند. اگر چه دلیل دقیق و درست سببی در پولی هیدرامنیوس تا هنوز ناشناخته مانده است، ولی یک تعداد فکتورها اشتراکی معین با پولی هیدرامنیوس دیده شده است.

A- فکتورهای جنینی

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

۲- اِبنار ملیتی جنینی:

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

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

درینحالت اِبنار ملیتی ولادی موجود بوده شاید با پولی هیدرامنیوس مترافق باشد.	{	c- اتریزی اثنا عشر
		d- استینوز پیلور
این اِبنار ملیتی های کوچک جنینی هم چنین با پولی هیدرامنیوس اشتراک دارند.	{	e- سپینایفیدا
		f- منینگونسل
		g- هیدروسفیل
که این اکثراً با پولی هیدرامنیوس مترافق است.		h- هیدروپس فیتالیس}
اینها امراضی اند که شاید با مقدار زیاد مایع مترافق باشند.	{	i- امراض قلبی جنینی
		j- سیروز کبدی

B - فکتورهای مادری

- a- امراض قلبی: این آفت معمولاً با عدم کفایه قلبی احتقانی همراه است.
- b- امراض کلیوی:
- c- دیابت شکر: در آنجا هیپرگلاسمیا که طور ضمنی ایجاد میشود، منجر به پولی یوری و پولی هیدرامنیوس نزد طفل میشود در حدود تقریباً ۵۰٪ مریضان د یا بتیک پولی هیدرامنیوس موجود است.
- d- فرط فشار خون حاملگی (PIH): در حدود ۴-۵ مرتبه نزد خانم هائیکه فرط فشار خون حاملگی دارند، بیشتر دیده میشود.
- e- کثیرالولاده گی: پولی هیدرامنیوس نزد کثیر الولاده ها نسبت به اول باری ها معمول تر است.
- f- Rh Iso-immunisation یک اشتراک پولی هیدرامنیوس با مریضان که عدم توافق Rh.factor دارند بملاحظه میرسد.

C- فکتورهای پلاستائی

- a-Chorioangioma در پلاستئا یک تومور بسیار نادر بوده و با پولی هیدرامنیوس اشتراک دارد.
- b- ~~تشکیل و چلنگی~~ جیل سروی نادر است، این وضعیت شاید با پولی هیدرامنیوس همراه باشد.

D- اسباب ناشناخته شده

انواع: دو نوع حاد و مزمن آن موجود است.

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

B-شکل مزمن

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

لوحه سیری

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

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

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

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

۵- عضلات بطنی شاید کش شده، سفت و محکم و بطن متوسع باشد.

۶- در معاینه طفل بآ سانی قابل جس نیست تنها حرکت عمیق و Ballot mentn قسمت های از جنین درك و استنباط می گردد.

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

۸- اعتلان معمولاً غیر طبعی است.

۹- اندازه رحم بدون تناسب از مدت امینوره کلاتر است، کانتور طرح بطن کروی و محیط آن قبل از ترم بیشتر از 100cm در سویه سره میباشد.

۱۰- جلد بطن در خشنده و اذیمائی است.

۱۱- عنق قبل از ترم توسع می کند.

۱۲- واریس و اذیمای پاها موجود است.

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

۱۴- ولادت قبل المیعاد و سقط ها معمول اند.

تشخیص

۱- به اساس تاریخچه و لوحه کلینیکی.

۲- x.Ray بطن باید جهت رد انومالی های جنینی و دیدن اعتلالات معیوبه اجرا گردد. اگر هیچ اینار ملیتی قابل توجیه از نظر رادیولوجی موجود نبود سونوگرافی بعد از تمزق جیب اجرا گردد. اگر اینارملیتی

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

۳- با سونوگرافی یک ساحة وسیع سیاه واضح که نمایندگی از مایع آمنیوتیک می کند موجود است.

تشخیص تفریقی

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

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

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

کیست میبضی رحم را بیجا و عنق رحم را به طرف پائین تپله می کند در صورتیکه در پولی هیدرامنیوس عنق رحم به طرف بالا کش میشود.

۴- مثانه پرومتوسع:- مثانه پر با پولی هیدرامنیوس کم است با آنهم کتیر آیزشن مثانی تشخیص را وضع میکند.

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

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

اهتمامات

A- در جریان حامله داری

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

۲- سیدیشن: دیازپیم و فینوباریتون برای رفع ضجرت و ناراحتی مریضه استعمال شده میتوانند.

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

۴- درجه خفیف پولی هیدرامنیوس بدون اعراض کدام تداوی را کارندارد، تنها مطمئن ساختن مریضه کفایت می کند.

۵- از مریضه خواسته شود که برای کم ساختن فشار بالای ورید اجوف سفلی به پهلو دراز بکشد.

۶- اگر اعراض فشاری عمیق سبب مشکلات قلبی و تنفسی گردد، امپنوتومی با استفاده از سوزن در صورتیکه محل غرس پلاست با سونوگرافی تعیین شده باشد از طریق جدار بطن اجرا گردد. مایع بآهستگی برای جلوگیری از شاک دریناژ شود و در یکدفعه ۴-۲ لیتر کشیده شود. این پروسیجر میتواند در صورت تجمع عاجل مایع تکرار گردد.

۷- اگر اولتراسونوگرافی و یا X-Ray انومالی های پیشرفته و شدید را نشان میداد، ولادت با تمزق جیب تحریک گردد (Hind water) آزاد شدن و یا جریان مایع باید بآهستگی برای جلوگیری از حوادث اتفاقی مانند انفصال پلاست و سقوط جیل سروی صورت گیرد این پروسه باید به تمزق Fore-waters تعقیب شود.

B-در جریان ولادت

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

اختلاطات

- ۱- عدم کفایه قلبی تنفسی.
- ۲- اعتلالات معیوبه.
- ۳- ولادت های قبل الميعاد.
- ۴- خونریزی های قبل از ولادت یا دوران حاملگی (A.P.H)
- ۵- پرولاپس جیل سروی.
- ۶- پرولاپس دست.
- ۷- انرشیای رحمی.

۸- خونریزی بعد از ولادت (P.P.H)

ختم حاملگی

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

• Oligohydramnios

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

حمل های چند گانه Multiple pregnancy

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

وقوعات

در حدود ۳۰٪ واقعات مونوزایگوتیک و ۷۰٪ دیگر دای زایگوتیک اند.

دو گانگی ها $(80^1) 1/80$ -Twins

سه گانگی $(80^2) 1/600$ -Triplets

چهار گانگی $(80^3) 1/500000$ -Quadruplets

شش گانگی $1/3-4$ million -Quintuplets

اسباب

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

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

۳- تنبیه صناعی تخمگذاری با گونادو تروپین های انسانی و یا کلومیفین سترات شاید منجر به دو گانگی خصوصاً وقتی که سویه و مقدارهور مونها کنترول نه شده باشد گردد، اینها معمولاً دای زایگوتیک اند.

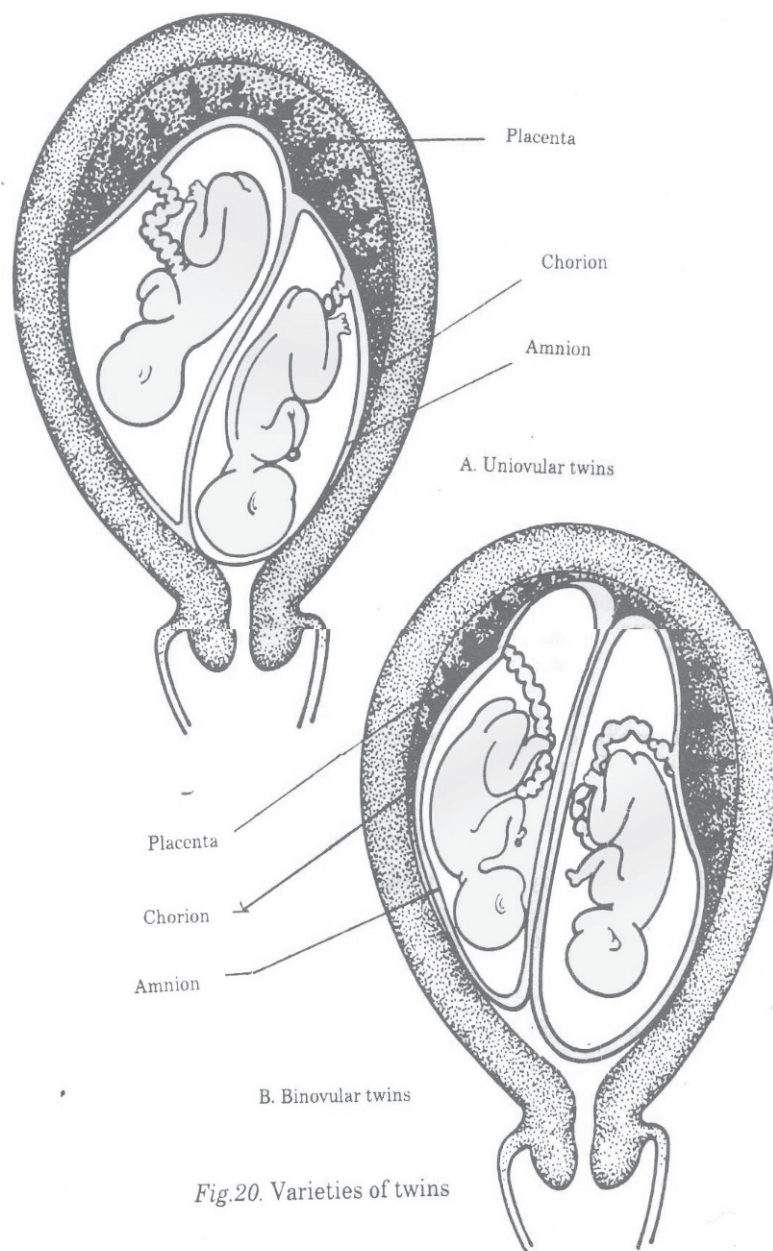
۴- دو گانگی های Binovular یادای زایگوتیک یادای کوریونیک (Di chorionic) ۵-۶ مرتبه نسبت به دو گانگی های مونوزایگوتیک یا Mono ovular معمولتر اند.

۵- نژاد: این پروسه در نگرها بیشتر معمول است و کمترین واقعات در ممالک شرقی و سفید پوستان شرق میانه است.

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

- ۷- دو گانگی های دایزایگوتیک نزد خانم هائیکه فوراً بعد از قطع استفاده طولانی از ضد حاملگی فمی حامله می گردند بسیار معمول است، هم چنین در خانم هائیکه بزودی و اسانی، در اولین ماه بعد از ازدواج حامله می گردند، احتمال داشتن دو گانگی بیشتر است.
- ۸- داشتن قدرت بلند حاصلخیزی fertility با چند گانگی همراه است .
- تشخیص بین دو گانگی های مونوزایگوتیک و دای زایگوتیک

دای زایگوتیک یا Binovular	مونوزایگوتیک یا Uniovular
۱ - ۵ - ۶ مرتبه نسبت به مونوزایگوتیک ها بیشتر اند.	۱ - کمتر معمول اند.
۲ - انکشاف از دو Ovum و دو سپرم جدا گانه دارند.	۲ - دو تخمه آزاد شده از یک کیسه یا غلاف، از یک Ovum و یک سپرم انکشاف می کند.
۳ - شاید از عین جنس یا جنس های مخالف باشند لاکن ترکیب جنتیکی مختلف دارند.	۳ - اطفال از عین جنس و عین ساختمان جنتیکی ساخته شده اند.
۴ - دو پلاستای جدا گانه داشته و هر طفل امنیون و کوریون مربوط به خود را دارد. لذا از چهار طبقه وقتیکه آنها بهم تماس داشته باشند تشکیل شده است (دو امنیون و دو کوریون).	۴ - یک پلاستای دو امنیون.
۵ - پولی هیدرامنیوس آنقدر ها عام نیست.	۳/۱ دو گانگی های مونوزایگوتیک دو کوریون و دو امنیون دارند در حالیکه ۳/۲ آنها دارای یک کوریون و دو امنیون اند لذا تا یک طفل ممکن است در مراحل مقدم حاملگی فوت کند در داخل رحم احتباس نموده فشرده و یا Mummified گردد (Foetus compressus or foetus papyraceus).
۶ - وقوع انبار میلیتی پائین است.	۵ - پولی هیدرامنیوس معمولتر است زیرا دوران پلاستائی مشترک دارند.
۷ - گروپ خون شاید مختلف باشد.	۶ - وقوع انبار ملیتی اطفال بلند تر است مثلاً اتصال دو گانگی ها.
۸ - فکتورهای زمینه ساز فامیلی و نژادی موجود است.	۷ - گروپ خون شان مشابه است.
	۸ - زمینه های مساعد فامیلی و نژادی مطرح نیست .



لوحه کلینی

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

تشخیص

- بداشتن سابقه فامیلی دو گانگی، چانس دو گانگی ها زیادتر است.
- معاینه بطنی
- ۱- تفتیش: ارتفاع غور رحم بلندتر از مدت امینوره مریضه است بطن بسیار منبسط و بزرگ بوده و شاید آورده برجسته باشند.
 - ۲- اقلاسه قطب قبل از گذاشتن تشخیص باید جس گردد.
 - ۳- جس: دو رأس و دو حوصله شاید جس شود و اطراف متعدد میتوانند جس گردند قرار غیر طبیعی، وضعیت غیر طبیعی Malposition و اعتلان غیر طبیعی شاید موجود باشد.
 - ۴- اصغاً: دو قلب جدا گانه، دردو محل جدا گانه، باحد تفاوت 10/min شنیده میشود.
 - ۵- اولترا سونوگرافی تشخیص را می گذارد.
 - ۶- اندازه گیری هورمونها.

a- سویه هورمون لکتوجن پلاستای انسانی (H.P.L Hormon) قبل از هفته های ۲۵، بیشتر از ۳۰۰ $\mu\text{g/ml}$ قبل از هفته های ۳۰، بیشتر از ۴۰۰ $\mu\text{g/ml}$ بعد از هفته های ۳۰ حاملگی بیشتر از ۸۰۰ $\mu\text{g/ml}$ می باشد.

b- سویه کوریونیک گو نادوتروفین های انسانی بلند است.

c- اوسترادیول و پرگناند یول نیز بلند اند.

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

تشخیص تفریقی

۱- با اشتباه تاریخ حامله دار شدن.

۲- با پولی هید رامنوس.

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

۴- با مول هیداتید یفورم.

۵- با مثانه بزرگ شده از تجمع ادرار.

اعتلالات در دو گانگی ها

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

تدابیر و اهتمامات

• در جریان حاملگی

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

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

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

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

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

• در هنگام ولادت

صفحه اول

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

۲- آنالیزیک ها بصورت صرفه جویا نه داده شوند، بواسطه اینکه اطفال معمولاً پریماچور و کم وزن میباشند.

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

صفحه دوم

یک آنستزیست و داکتر اطفال هنگام ولادت باید حاضر باشند. اپیزوتومی خصوصاً اگر پریماچوریتی و اعتلان غیر طبعی طفل دوم دو گانگی مطرح باشد باید اجرا گردد.

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

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

۳- ندرتاً سزارین سکشن در واقعه ایکه طفل دوم دو گانگی به اعتلان مستعرض و یا حوصلی است، اگر وزن تخمینی آن ۱/۵kg و یا بلند تر از ۴kg حدس زده شود، قابل توصیه است.

۴- برای مریضانی که طفل اول آنها با عتلا مستعرض است و یا هرد و طفل مستعرض اند و یا با اعتلان حوصلی اند سزارین سکشن در هنگام ترم توصیه می گردد.

صفحه سوم

در این صفحه باید فعالانه اهتمامات گرفته شود ، زیرا که خطر خونریزی بعد از ولادت موجود است. پلاستا به میتود Brandt Anddrew's ولادت داده شده و به مقدار ۰.۵mg ارگومترین داده شود. جهت تقبض رحم و جلوگیری از خونریزی بعد از ولادت پلاستا ، رحم مساز داده شود.

اختلاطات

• مادری

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

۱- مریضی صبحانه (Morning sickness)

۲- ولادت های قبل الميعاد : ۱۰٪ خانم های مولتیل پرگناسی قبل از هفته ۳۴ به ولادت پریمیا چور داخل گردیده و ۲۵٪ آن ها قبل از هفته ۳۶ حاملگی ولادت می کنند.

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

۴- پلاستا پریویانزد شان شایع است، که مسئول خونریزی های قبل الولاده ، اعتلانات معیوبه و عدم تثبیت جنین اولی میباشد.

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

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

۷- در حمل های چند گانه، ۲- ۳ مرتبه انیمی هیپوکرومیک و نورموسیتیک بیشتر معمول است .

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

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

۱۰- مداخلات عملیاتی بیشتر عمومیت دارد.

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

• جنینی

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



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

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

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

۵-جنین پارازیتیک (parasitic foetus)

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

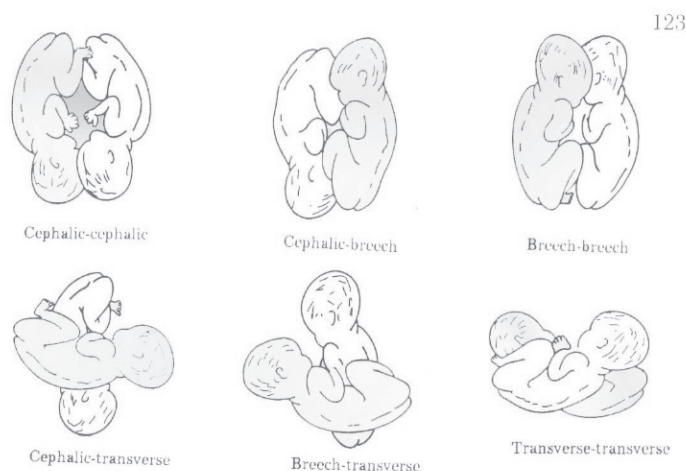


Fig 21. Twin pregnancy

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

۷-پرولاپس جمل سروی در خانم های که حمل های چند گانه دارند ، پنج مرتبه بیشتر نظر به خانم های که حمل یگانه دارند بملاحظه می رسد.

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

Locking of twins

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

اهتمامات

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

دوگانگی های بهم پیوسته

در اینجا انکشاف نا مطلوب و خراب دو گانگی های مونوزایگوتیک مطرح است. معمولاً به شکل صدری یا Thoracic، Sacral یا ذنبی راسی و یا تماماً سر تاسری میباشد. اینها باید تنها با عملیه سزارین سکشن ولادت داده شوند به استثنای اینکه بسیار خورد باشند.

استطبابات سزارین سکشن دردوگانگی ها

تمام استطبابات دیگر سزارین سکشن مطرح است. لاکن دلایلیکه اساساً به دوگانگی ارتباط دارد عبارتند از

I-اعتلالات معیوبه مانند:

a-هردو طفل مستعرض باشند.

b-طفل اول مستعرض باشد.

c-هردو طفل بریچ باشند.

d-طفل اول بریچ و پریمچور باشد.

II-طفل های بهم پیوسته.

III-طفل های لاک شده

فرط فشار خون ناشی از حاملگی Pregnancy induced Hypertension

• Preeclampsia

تعریف

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

۱- افزایش وزن پیش رونده و یا اذیما

۲- فشار بلند.

۳- موجودیت پروتین در ادرار.

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

اشکال Hypertention ناشی از حاملگی

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

اول و یا قبل از حاملگی دریافت می گردد

۲- خفیف (Mild):- درین حالت فشار دیا ستولیک در حدود 90-99mmHg و فشار سیتولیک

در حدود 140mmHg است و از یمانی وجود دارد.

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

فشار سیتولیک 140-170mmHg می باشد. در این حالت اذیما نیز موجود میباشد و سطح پروتین در ادرار در حدود 30-300mg/100ml میباشد.

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

از 170mmHg که در این حالت اذیمای شدید و پروتین یوریا بلندتر از 300mg/100ml تاسس می نماید.

وقوعات

۱۰٪ تمام خانم های حامله مصاب فرط فشار خون می گردند. 75٪ آن ها از فرط فشار ناشی از حاملگی و ۲۵٪ دیگر شان از فرط فشار اساسی و امراض مزمن کلیوی رنج میبرند، ۱۰٪-۵٪ واقعات فرط فشار ناشی از حاملگی به Eclampsia تحول نموده و فیصدی مرگ و میر خانم ها از سبب حملات eclampsia 20-25٪ میباشد.

• اسباب

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

فکتورهای مستعد کننده

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

۲- در نزد خانم های Multiple pregnancy یا حامل های چند گانگی، polyhydramnios، Diabetes mellitu امراض هیمولتیک و امراض و عائی معمول است.

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

۴- hereditary (جنتیک)

۵- سوء تغذی مخصوصاً کاهش در گرفتن پروتین ممکن است، در ایجاد آن رول داشته باشد.

تیوری های زیادی در رابطه به فرط فشار ناشی از حاملگی وجود دارد:

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

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

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

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

• پتالوژی

ویژه گی های اساسی فشار بلند ناشی از حاملگی عبارتند از Spasm و عائی همراه احتباس آب و نمک.

۱-رحم:- میومتریم بیشتر حساس به تحریک زایمان می گردد.

۲-پلاستا: در پلاستا سپرم و عائی باعث عدم کفایه پلاستا و کاهش تامین تغذیه جنین شده، که در نتیجه سبب اطفال Small for date می گردد.

۳-کلیه ها: در نتیجه تغییرات وارد شده در کلیه ها جریان خون کلیوی کم گشته، که منجر به تنقیص فلتريشن Na از طریق گلو میرو ل های متورم گردیده و سبب افزایش احتباس آب و Na می گردد. درین حالت تورم در حجرات که تحت غشای قاعدوی و گلو میرو ل قرار دارند صورت می گیرد. و ساحاتی از قطعات سرخ و زرد به ملاحظه می رسد که ساحات سرخ رنگ ناشی از خونریزی بوده و زرد آن نشاندهنده نکروز است.

۴-مغز:- اذیمای محراقی و خونریزی های متعدد کوچک ساحاتی را در قشر دماغ، بصله و دماغ متوسط اشغال می کند و نکروز حاصله درین ساحات سبب ایجاد ترمبوز و عائی گردیده که در نتیجه سبب تمزق اوعیه، خونریزی و اختلاج می گردد، که این خونریزی در بعضی قسمت های دماغ ممکن سبب مرگ مریض گردد.

۵-کبد (Liver): نواحی زرد رنگ و سرخ رنگ، سریعاً در تحت کپسول کبدی بملاحظه می رسند، که ساحات سرخ رنگ ناشی از خونریزی و ساحات زرد رنگ ناشی از نکروز میباشد.

۶-شبکیه (Retina): در شبکیه اذیمای و خونریزی بملاحظه میرسد.

۷-Arterioles:- از سبب ازدیاد تون عضلات، افزایش در جریان خون محیطی بمیان می آید.

در واقعات شدید از سبب جایگزینی مواد Exudat در جدارهای شری یا نچه ها سبب اذیمای، رسوب مواد فبرینی و نکروز گشته، که در نتیجه ترومبوز را در طبقه متوسط اوعیه کوچک بوجود آورده، که منجر به پاره گی و خونریزی می گردد.

DIC (Disseminated intravascular coagulation) ممکن است تاسس کند، که همراه

با ترومبوز شریانیچه ها سبب بمیان آمدن اسیکمی، نکروز و خونریزی گردد.

لوحه کلینیکی

۱-افزایش وزن: دریک حاملگی نارمل یک خانم ممکن 10-12kg وزن بگیرد بصورت متوسط

افزایش وزن در حدود 2kg در هرماه و یا 1/2 kg در هر هفته در نیمه آخر حاملگی میباشد.

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

۲-اذیما:

- i. در اول در قسمت (Ankles) بجلک پا دیده میشود.
 - ii. بعداً در اطراف چشم ها، مخصوصاً هنگام بیدار شدن از خواب در صبح بملاحظه می رسد.
 - iii. اذیما در پوش عصب متوسط (Median nerve) سبب Parasthesia (مور مور کردن، کرختی) انگشتان می گردد.
 - iv. در هر حاملگی احتباس مایعات و افزایش مایعات خارج حجروی بملاحظه می رسد که 2500ml در جریان یک دوره حاملگی میباشد.
- ۳- Prutienurea: روزانه ممکن در حدود 1-10mg پروتین اطرار گردد . یک نمونه از وسط ادرار گرفته شده و معاینه گردد ، زیرا افزایشات مهبلی شاید دارای پروتین باشند.
- ۴- Hypertension: فشار دیاستولیک 90mmHg ویا بالاتر و یا یک افزایش 15 mmHg بالاتر از فشار ترایمستر اول حاملگی غیر نورمال قبول شده در صورتیکه دو مرتبه در فاصله ۶ ساعت گرفته شده باشد و تغییری نکرده باشد .
- ۵- رحم ممکن است Small For dates باشد.
- ۶- اعراضی که معمولاً دیرتر ظاهر میگردند عبارتنداز: سردردی، سرچرخی، تخریشیت، اختلاج و کوما.
- ۷- دلبدی، استفراغ، درد ناحیه شریصوفی (Epigaster)، بزرگی کبد و حساسیت آن نیز بملاحظه میرسد.
- ۸- تیره گی رویت، جرقه زدن روشنی به مقابل چشم ها، دویینی (Diplopia) نزد مریضه موجود است.
- ۹- انقباض عضلات هم موجود است.
- ۱۰- Fundoscopy: خونریزی شبکیه، انفصال شبکیه، بار یک شدن یا تضیق اوویه، اذیمای شفاف شبکیه که حاکی از اذیمای دماغی و اختلاج است بملاحظه می رسد.

تشخیص تفریقی

- ۱- Essential hypertension: فشار خون د یا ستولیک در حدود 90 mmHg در ترایمستر اول حاملگی حتی پیش از حاملگیدریافت شده و ادرار هم پاک میباشد.
- در معاینه Ophtalmoscopy ، خونریزی و Exudate به مشاهده میرسد . سویه یوریا خون و کریاتین پلازما ممکن افزایش یافته باشد.

۲-Chronic nephritis: بلند رفتن فشار خون در ترایمستیر اول یکجا با پروتین یوریا، افزایش کریاتنین پلازما و یوریک خون، از سبب کاهش GFR (glomerular filtration rate) بملاحظه می رسد.

3-Pheochromocytoma: یک تومور غده ادرنیال است و تشخیص آن بر اساس سابقه فرط فشار Paroxysmal همراه با Multiple neuro fibromatosis تاسس می یابد. در آن سویه Catecholamine و یا میتابولیت های آن مانند Normetanephrin, metanephrine در ادرار و پلازما، افزایش می یابد.

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

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

تداوی واهتمامات (Management)

• A - وقایوی

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

• B - طبی

- مریض برای استراحت، مشاهده و مونیتورنگ Foeto-placental در شفاخانه بستر گردد.
۱. Rest یا استراحت: فوائد آن عبارتند از:
 - سبب تنزیل Ouput قلب از طریق کاهش ضربان نبض و افتیدن حجم ضربوی (Stroke volium) می شود.

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

۲. sadatives یا آرام بخش ها:

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

۳. Diuretics

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

۴. ادویه ضد فشار خون

(a) Methyldopa (Aldomet): دوی منتخب است. این دوا در انتهای عصب Post ganglionic با انتقال عصبی کیمیاوی مداخله نموده، در نتیجه مقاومت شریا نچه های محیطی را کاهش می دهد. حالا فکر می شود که Methyldopa اثر Hypotensive خود را از طریق C.N.S بوسیله قابلیت تغیر شکل آن به Alpha methyl norepinephrine که یک اگونیست ادرنرجیک قوی است اعمال می کند، که این بنوبه خود سبب کاهش جریان خروجی sympathetic از مرکز می شود. فشار خون (دیا ستولیک و سیتولیک هر دو) در وضعیت های ایستاده و دراز کشیده کاهش می یابند. عوارض جانبی عمده آن عبارتند از Hypotension وضعیتی - آرامش یا Sadation - سردردی خفیف - Bradycardia - انیمی هیمولتیک و افسرده گی. این دوا جریان خون پلاستتائی را کاهش داده و سبب آهسته شدن ضربان قلب جنین میشود، مقدار توصیه آن ۰.5-5gr بوده ولی نظر به شدت میتواند مقدار آن فرق کند.

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

سیستماتیک گردد. جریان خون به اوعیه دماغی، اکلیل، کلیه ها و رحم مترافق با افزایش Out Put قلبی تزايد می یابد. دوز آن 25-50mg سه دفعه در روز میباشد.

(c) 100-200mg (Trandate)labetolol سه دفعه در روز.

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

۵. خاتمه بخشیدن به حمل (Termination)

در تصمیم گیری تظاهرات ذیل مدنظر گرفته میشود.

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

• Obstetric- C یا ولادی

تنظیم ولادت ارتباط می گیرد به شدت مرض، جوابدهی به تداوی، Stage حاملگی، سابقه ولادی و وضعیت و حالت عنق رحم.

First stage

- (۱) تحریک ولادت بوسیله پاره کردن غشاء.
- (۲) Induction با قطرات Syntocinon اگر تأخیری به ملاحظه برسد.
- (۳) Pethidine بمقدار 100mg ممکن است از طریق IV و یا IM تطبیق گردد. وابسته به حالت مریض است یا اینکه Pethidini بمقدار 200-400mg در 5%Dextrose و با قطرات 20-40drop/min داده میشود.

Second Stage

- (۱) در صفحه دوم ولادت، ولادت بوسیله Forceps صورت گرفته تا که از حمله Eclampsia در جریان ولادت وقایه گردد.
- (۲) بعد از ولادت طفل، ممکن است به احیای مجدد وی ضرورت احساس شود.

Third Stage

- (۱) تطبیق Methergin منع بوده زیرا ممکن سبب ادامه تقویت سپزم وعائی گردیده و فشار خون را بلندتر ببرد.
- (۲) از دادن بیش از حد مایعات باید جلوگیری گردد.

اختلالات (Complication)**A - مادری**

- (۱) Eclampsia.
- (۲) عدم کفایه کبدی.
- (۳) Anuria و عدم کفایه کلیوی.
- (۴) (D.I.C) کواگولوپاتی منتشر داخل وعائی.
- (۵) Hyperpyrexia (افزایش درجه حرارت بدن).
- (۶) خونریزی داخل مغزی یا Intra cranial haemorrhage.

B - جنینی

جدا شدن پلاستا که منجر به Fetal distress یعنی زجرت جنینی و مرگ آن از سبب عدم کفایه پلاستا می گردد.

اکلامپسی Eclampsia

اکلامپسی به معنی (برق زدن، ناگهان شعله ور شدن) می باشد که یک اختلاط نهایت خطر ناک شکل شدید فشار بلند ناشی از حاملگی می باشد این حالت با فشار بلند و اختلاج توصیف می گردد، که با یک حالت ضیاع شعور تعقیب می شود. اکلامپسی شاید قبل، در جریان و یا بزودی بعد از ولادت و یا یک هفته بعد از ولادت ایجاد شود.

میزان وقوعات

میزان شیوع اکلامپسی در حدود ۱٪ می باشد در مریضان ما ۵۰٪ اختلاجات در جریان حاملگی، ۳۵٪ در جریان ولادت و ۱۵٪ در جریان ۲۴-۴۸h بعد از ولادت میزان شیوع در اولباری های جوان زیاد تر است.

لوحه کلینکی

اکلامپسی مشرف بوقوع و یا اکلامپسی تهدیدی با بروز اعراض ذیل مشخص می گردد:
۱- سردرد شدید.

۲- تشوشات رویت مانند تاری دید، جرقه های روشنی در مقابل چشم ها، Diplopia و در معاینه فوندو سکریبی نقاط واضح اذیمائی در شبکیه و در حالات شدید اگزودت هیموراژیک، Papill odema و انفصال شبکیه آشکار می گردد.

۳- ناراحتی ناحیه شریصوفی (Epigaster) دلبدی و استفراغ.

۴- oligouria.

۵- اذیمای کتلوی و پیشرفته در وجه- دست ها- جدار بطن و پاها.

۶- Protenuria شدید.

۷- اضطراب و نا آرامی.

۸- tachypnea و Acidosis.

۹- افزایش درجه حرارت اکثرا بملاحظه میرسد.

۱۰- پروتین پوریا، Oliguria و یا حتی Anurea ممکن در وقایع شدید اتفاق بیفتد و هم در حالات

شدید Haemoglobinurea و اطراح Cast ها نیز بملاحظه میرسد.

۱۱- حملات اختلاجی و کوما:

درین حالت قبل از بروز کوما اعراض مخبره و خطرناک در وجه و اطراف به وصف اختلاجات تونیک و کلونیک که با کوما تعقیب می گردد بملاحظه میرسد. حملات اختلاجی مشابه به حملات صرعه Grand male میباشد، ولی صفحات تپیک صرعه از قبیل Aura، گریه کردن و چیغ زدن و صفحات وصفی Tonic و Clonic را ندارد.

در جریان فاز تونیک تمام عضلات منقبض اند و سبزم عضلات تنفسی باعث سیانوز و هایپوکسی می گردد. حملات معمولاً در فواصل نا منظم اتفاق می افتد، ولی در حالات شدید ممکن است به صورت یک رشته حملات سریع بملاحظه برسند

تحقیق یا معاینات (Investigation)

- ۱) یوری خون.
- ۲) تعیین مقدار Hb در معاینه Blood Film.
- ۳) Uric acid سیروم.
- ۴) Createnin سیروم.
- ۵) برای تشخیص اسید ویز تعیین الکترویت های سیروم باید روزانه انجام شود
- ۶) شمارش. Platlet ها و سویه Fibrinogen خون باید در نزد میضانی که تمایل زیاد به خونریزی زیاد دارند صورت بگیرد.
- ۷) اتالیز مکمل ادرار انجام شود.
- ۸) Swab قبه مهبل برای کلچر و تعیین حساسیت گرفته شود.
- ۹) تست های وظیفوی کبد اجرا گردد.

اهتمامات و تدابیر (Management)

اهتمامات و تدابیر جهت اهداف ذیل گرفته شوند:

- ۱) وقایه از اختلاج.
- ۲) برطرف کردن سبزم عمومی و عائی و افزایش جریان دموئ کلیه، مغز و رحم.
- ۳) جهت کاهش حساسیت مغز به مقابل تنهات خارجی.
- ۴) جهت تنزیل فشار خون مریض به سطح نارمل.
- ۵) کمک به اطراح، مایعات اجتناس شده و الکترولیت ها.
- ۶) ولادت به موقع جنین.
- ۷) وقایه از اختلاطات.

• A-وقایوی

اکلامپسی میتواند وقایه شود در صورتیکه:

- ۱) موجودیت کلینیک های مراقبت های قبل از ولادت همراه با پرسونل مناسب در ساحه ایکه مریض زنده گی می کند.
- ۲) به خانم های حامله دار توصیه گردد تا به کلینیک های متذکره از مراحل ابتدائی حاملگی منظمأ مراجعه کنند.
- ۳) تشخیص مقدم و تداوی کافی از شروع نخستین علامات فرط فشار ناشی از حاملگی .
- ۴) بسترهای کافی باید در دسترس باشد تا تداوی به موقع صورت گیرد.

• B- معالجوی

- a- تدابیر و اهتمامات در جریان حملات: اگر مریض در خانه یا کلینیک است باید آرام ساخته شود و هر چه زودتر به شفاخانه توسط یک تیم ولادی سیار انتقال گردد.
- ۱) مراقبت کردن خوب: مریض باید در یک اتاق آرام، با تهویه خوب و تاریک بیشتر گردد. و از تنبهاصوتی و نوری به مغز که سبب ساز حمله میباشند جلوگیری گردد.
 - ۲) یک مراقبت کننده صحی باید بصورت دائمی در اتاق اکلامپسی برای تحقیق و ارزیابی هر نوع تغییرات وضعیت مریض حضور داشته باشد، تا بدین وسیله از برگشت وقوع اختلاج وقایه کرده شود و همچنان مریض از صدمات وارده در اثنای حمله محافظت گردد.
 - ۳) یک Air way پاک که بوسیله یک Gag دهنی داخل دهن می گردد و در داخل دهن بخصوص در جریان حمله اختلاجی با قرار دادن زبان به جلونگهداشته شود.
 - ۴) Oxygen نیز در جریان و بعد از حمله توصیه گردد.
 - ۵) ثبت علائم حیاتی مثل فشار خون- تعداد نبض ، تعداد نفس و درجه حرارت و ریفلکس ها باید چک گردند.
 - ۶) مریض به پهلو خوابانیده شده مراقبت گردد ، سر و شانه ها بزایوه حدود 30° بلند قرار داده شود، تا فشار وریدی داخل قحفی به حداقل برسد.
 - ۷) Suction مخصوص بعد از حمله و یا استفراغ بخاطر پاک کردن بینی و بلعوم از افرازات کف دار باید صورت گیرد.
 - ۸) یک کتتر داخل مثانی برای جلوگیری از فشار و تحریک مثانه که منجر به توسع آن می گردد و هم تعیین پروتین ادرار تطبیق گردد .
 - ۹) مایعات گرفته شده و Out Put ادرار یا اخذ و دفع مایعات بوسیله یک چارت به منظور نظارت بر Anuria و Oligurea باید صورت گیرد.

۱۰) انتی بیوتیک ها مانند Ampicillin بمقدار 500mg هر 8h بعد ، به منظور جلوگیری از انتانات باید تجویز گردد.

۱۱) در حالات که تب موجود باشد. ادویه Antipyretic داده شود .

۱۲) Anticonvulsants (ادویه ضد اختلاج)

i. **Phenobarbitone**: یک دواى منتخب در Eclampsia میباشد که آرام بخش، خواب آور و ضد اختلاج است . تنزیل فکتورهای Coagulation وابسته به ویتامین k در بعضی جنین ها دیده میشود. در وقایه از یرقان نوزادان از طریق Induction زدوتر سیستم انزایم های کبدی ، که برای Conjugation بیرویین ضروری است ، کمک کننده میباشد دوز آن 200mg وریدی و بعداً نظر به وضعیت مریض تعیین می گردد، ممکن هر 4-6h تکرار شود.

ii. **Diazepam**: این دوا از گروه Benzodiazepine ها میباشد و یک دواى دفع کننده ضجرت (Anxiolytic) آرامبخش بوده و خفیفاً تاثیر antihypertensive یا ضد فشار، ضد اختلاج و استرخا دهنده عضلى را نیز دارا میباشد ، این دوا بسرعت از پلاستما می گذرد و ممکن سبب Hypotonia ، یرقان Apenoea ، و آسیب در Thermogenesis نزد نوزادان گردد. وقتیکه به صورت IV داده شود، ممکن است سبب انحطاط تنفسی ، کاهش Output قلبی و فشار شریانی گردد. تداوی دراز مدت با این دوا تاثیرات ناشی از ذخیره شدن دوا را بالای مادر دارد . دوز آن 20-40mg وریدی و بعداً مطابق وضعیت مادر تعیین می گردد و به مقدار 10mg هر 4-6h ممکن تکرار گردد.

iii. **Rivotril**: این دوا یک Benzodiazepine است که دارای خواص ضد اختلاج برجسته می باشد. این دوا در واقعات که قابل کنترل نیستند باندوز 1 mg (1 ml) بشکل Iv باهستگی استفاده می گردد . دوز آن میتواند هر موقع که ضرور باشد تکرار گردد.

iv. **Pentothal**: یا انستیزی عمومی همراه بارخاوت دهنده های عضلى و تنفس مصنوعی در اختلاجات غیر قابل کنترل ممکن است استفاده شود . کمال مطلوب آنست که حمله اختلاجی نباید بعد از دخول مریض به شفا خانه نزدش ایجاد گردد.

v. **Magnesium sulphate (Mgso₄)**: این دوا بصورت انفوژیون وریدی ، آهسته 4-5g در مدت اضافه تر از ۲۰ دقیقه و 1g/h و یا 10gr از محلول 50% آن بصورت IM هر 4h داده میشود. تاثیرات Mgso₄ علاوه بر اثر آرام کننده آن، اثر کاهش اذیمای دماغی و بهمین ترتیب کاهش تخرشیت سیستم عصبی مرکزی را دارد. چون تفاوت میان دوز معالجوی و دوز Toxic آن کم است فلهاذا نظارت مکرر عکسات عمیق زانو، مقدار ادرار و تعداد تنفس ضروری است.

تاثیرات جانبی آن بالای مادر عبارتند از انحطاط میومتریم، و فعالیت قلبی ریوی .

vi. Paraldehyde: 5-10ml از این دوا به صورت زرق عضلی عمیق بعضاً بصورت وریدی داده میشود. انحطاط تنفسی ممکن بملاحظه برسد. این دوا میتواند مستقیماً از راه مقعدی بمقدار 5ml از محلول ۱۰٪ فی kg وزن بدن تا حد اعظمی 300ml داده شود. این دوا معمولاً در سرنج های پلاستیکی داده میشود. این طریق معمولاً غیر ثابت و مبهم است.

vii. Lytic cocktail ترکیب آن عبارت است از:

(Chlorpromazin 25mg. promethazin 50mg. pethidin 100mg) یک ترکیب قدیمی و به اثبات رسیده بوده، که با یک دوز سنگین (Loading dose) به صورت IV و تعقیب آن با قطرات وریدی داده میشود.

تداوی فشار خون بلند

دوای پائین آورنده فشار خون خطر خونریزی دماغی و انفصال پلاستنا را کاهش خواهند داد. پائین آمدن تدریجی فشار خون جریان خون پلاستنا وارگان های حیاتی مریض را تامین می کند.

I - ادویه ایکه بالای سیستم عصبی مرکزی اثر میکنند

1- Cloindine (Catapres)

سبب تحریک ریسپتورهای الفا ادرنرجیک در depressor center (مرکز فشار) بصله می گردد، فلهاذا فعالیت سمپانیک به قلب و مقاومت محیطی کاهش می یابد. دوز آن 150ug میکروگرام در یک ملی لیتر امپول IM یا IV آهسته و رقیق شده در Salin 10ml یا فزیولوژیک است، دوا در جریان ۱۰ دقیقه زرق گردد و میتواند هر 6h اگر ضرورت باشد تکرار گردد. اثرات جانبی آن عبارت از آرامش، خشکی دهن و افسرده گی میباشد.

2- Reserpine

0.1-0.5mg روزانه به دوزاژ منقسم میتوانیم تطبیق نمائیم این دوا انحطاط دهنده C.N.S و آرامبخش خفیف میباشد اثرات جانبی آن عبارتند از: گرفتگی بینی، افزایش اسید معده، احتباس Na و خفیف افسرده گی.

3- Methyl dopa (Aldomet)

250-1000mg (5-20ml به 100ml دکستروز ۵٪ علاوه شود) و به صورت انفوزن در مدت ۳۰-60 دقیقه داده شود.

II- ادویهء بلاک کننده گیرنده های ادرینرجیک

این بلاک هردو رسپتورهای β, ∞ ادرینرجیک رادر برگرفته و سبب کاهش فشار سیستولیک و دیا ستولیک بدون Hypotension وضعیتی می گردد. استفاده این دواها در بیماران استما ممکن باعث تشدید

سپزم برونش ها گردد. و همچنان سبب کاهش فشار و فریکونسی تقلصات میوکارد که در نتیجه باعث کاهش برون ده قلبی می گردد می شوند.

(Trandate) Labetalol (۱)

بمقدار 200mg رقیق شده در 200ملی لیتر Dextrose 5%، مایعات باید مطابق فشار خون داده شود. این دوا بلاک کننده مشترک β, ∞ میباشد و باعث کاهش مقاومت محیطی می گردد و همچنان سبب به پختگی رسیدن ریه ها جنین می گردد.

(Inderal) Propranolol (۲)

بمقدار 20-40mg تا به 4g تحت کنترل E.C.G به صورت IV آهسته داده میشود. این دوا یک عامل بلاک کننده آخذ ه های بیتا ادر ینرجیک بوده و ممکن است در بیماران استما سبب اسپزم برونش ها گردد.

III-ادویه بالای جدار اوعیه اثر میکنند

(Apresoline) Hydrallazine (۱)

(۲) بمقدار 10-20mg بصورت IV و بعداً 2-20mg/h مطابق به فشار خون مریض داده میشود.

(Nipride) Sodium nitroprusside (۳)

بسیار سریع سبب کاهش فشار خون می گردد بناءً باید احتیاط گردد، زیرا ممکن است سبب اسکیمی دایمی دماغی و تخریبات مانند کوری و بعضاً هم تسریع عدم کفایه اوعیه کروئر و کلیه گردد. این دوا یکی از بهترین دواهای موثر در کاهش فشار خون در حالات عاجل است. انفوژن IV این دوا با مقدار 8-50mg در دقیقه و تحت نظارت دقیق صورت گیرد.

IV-Diuretics یا ادویه مدرر

(۱) Frusemid: این دوا در توبول های کلیه جذب مجدد را در قطعۀ دوم قوس Henli نمی کند و بتدریج هیپوکالیمی تاسس مینماید، در نتیجه حالات چون عدم کفایه قلبی، اذیمای ریه و کلیه و بلند رفتن فشار داخل قحف بصورت روتین این دوا در حالیکه هیپوکالیمی (Hypokalamia) و سپزم وعائی موجود است نباید داده شود، زیرا سبب تشدید این حالت می گردد و همچنان این دوا بیلانس الکترولیت های سیروم را بهم میزند و دوز آن 20-80mg دو بار در روز است.

(۲) Mannitol (20%) انفوژن: بهترین اسموتیک دیورتیک بوده که باید در حالیکه فشار داخل قحف بلند می رود برای تنزیل آن 500ml به صورت انفوژن سریع داده شود.

(۳) Dexamethazone: این دوا در جریان 24h اول جهت کاهش اذیمای ریوی، کلیوی و دماغی داده میشود. سبب بلاک صفحات نخستین پروسه های التهابی بخصوص در حالیکه التهاب شروع به تاسس نموده باشد و هم به تحلیل رفتن سریع آن می گردد. سبب تنزیل قابلیت نفوذیه

Capilaire های که از کاهش پلازما در انساج جلوگیری می کند می شود و همچنان از مهاجرت حجرات سفید خون به ناحیه التهابی نیز جلوگیری می کند . دوز آن 12mg در یک فاصله زمانی حدود 12h در هر 24h میباشد.

Analgesics -v

(۱) Pethidine : یک آرامبخش و ضد درد قوی بوده که ترجیحاً به مقدار 200-400mg در دکستروز ۵٪ با قطرات 20-40drop/min به صورت IV داده میشود. عقیده یا مفکوره تطبیق IV پتیدین در اینست که در لحظاتی که قطرات قطع گردد ، تکاثف این دوا در خون تنزیل می نماید.

(۲) Morphine : این دوا به صورت روتین استفاده نمی گردد ، بخاطریکه مرکز تنفس را نهی می کند.

(۳) Lumbar : یک دوا ضد درد Epidural است. این دوا تاثیر ضد درد قوی ناحیوی بدون تاثیر انحطاطی بالای مرکز تنفس دارد. همچنین این دوا تاثیر ضد فشار قوی دارد ، که تاثیر انحطاطی بالای جنین ندارد. از تجویز این دوا با Anticonvulsant ها با دوز بلند همراه با نرکوتیکها جلوگیری گردد.

C-تداوی ولادی

اصولاً این تداوی به فریکونسی و تعداد حملات و حالت عنق تعلق دارد. بعد از کنترل حملات، خاتمه دادن به حمل هر چه زودتر باید انجام شود ، زیرا مریض از حملات بعدی ، تازمانیکه ولادت کند مصون نیست . Hypostatic Pneumunia یک دلیل دیگر برای ولادت عاجل و فوری است. پروسه ولادت باید سریع و آسان ساخته شود. C.S در حالتیکه ولادت قبل از 34 هفته لازم باشد و یا اینکه عنق آماده نباشد و یا تأخیر در صفحات ولادت وجود داشته باشد اجرا گردد.

نکات ذیل در نظر باشد:

شروع دردهای ولادت بانا آرامی و بیقراری مریضه حتی اگر تحت Sedation سنگین هم قرار داشته باشد مشاهده شده و تقلصات رحمی جس میگردد. Sedation در زمان ولادت باید افزایش یابد ، زیرا درد های ولادت شاید سبب بوجود آمدن حملات اختلاجی میگردد و همچنان انلجریک داده شود . این مریض ها باید در اتاق مراقبت های جدی (ICU) تحت Sedation عمیق و تهویه با فشار مثبت بمقصد کاهش خونریزی دماغی مراقبت گردند.

جنین دومین رول را در تصمیم گیری درباره شکل و زمان ولادت دارد .

(a) اگر عنق آماده باشد تمزق غشای امنیوتیک انجام شود.

(b) صفحه دوم ولادت همراه Vacuum یا Forceps با اجرای Episiotomy تسریع گردد.

- (c) Methergine در صفحه سوم ولادت برای اینکه از افزایش سیستم دورانی (Cerculation over loud) جلوگیری شود نباید داده شود.
- (d) مایعات ترجیحا تحت کنترل فشار وریدی داده شود.
- (e) اگر عنق آماده نباشد، CS تحت انستیزی عمومی یا موضعی انجام شود.
- (f) Multipare بعد از بهبود، باید متقاعد به Tubectomy گردند.

تشخیص تفریقی

- (۱) Epilepsy: این مرض به حملات اختلاجی تونیک و کلونیک، از دست دادن شعور، عدم اقتدار ادرار و مواد غایبه مشخص می گردد. سابقه فامیلی یا سابقه قبلی میتواند در تشخیص کمک کننده باشد. درین حالت علامات فشار بلند ناشی از حاملگی بملاحظه نمیرسد.
- (۲) Hysteria: این حالت در موجودیت اشخاص دیگر که حضور داشته باشند اتفاق می افتد. زبان زخمی نگردیده عدم اقتدار تبول و مواد غایبه دیده نمی شود و درین حالت Planter flexion دیده میشود.
- (۳) Uraemia: این حالت با دیهایدرشن، عسرت تنفس، فشار بلند خون، Retino pathy ناشی از هایپرتنشن و موجودیت پروتین در ادرار مشخص می گردد. Specific gravity ادرار معمولاً در حدود ۱۰۱۰ و یوریا خون بسیار بلند است.
- (۴) Hypoglycemia و Hyperglycemia: هیپوگلاسیمی با کولاپس، فشار خون پائین، عرق و پائین بودن سطح قند خون مشخص می گردد. اینحالت ممکن در اثر گرفتن مقدار زیاد انسولین و یا نگرفتن غذا بملاحظه برسد.
- شکر خون، شکر ادرار و اجسام کیتونی ممکن در تشخیص کمک کند. در کومای دیابت مریض دیهاید ریشن و کولاپس دارد، تنفس بوی استیون میدهد و در ادرار شکر و کیتون ها بملاحظه می رسد.
- (۱) مسمومیت: هر شکلی از مسمومیت می تواند سبب کوما و اختلاج گردد، از قبیل مسمومیت گیاهی، دوائی، Strychnine و کاربن مونو اکساید.
- (۲) خونریزی تحت عنکبوتیه: درین حالت از دست دادن شعور و یا مختل شدن آن و علائم تخرشیت سحایا، فلج ناقص یک طرف بدن و فلج دماغی بملاحظه می رسد. در فوند و سکوپ خونریزی عنکبوتیه و خون در مایع C.S.F بملاحظه می رسد.
- (۳) ترضیض قحفی: کبودی، کوفتگی و فشار ممکن در قحف بملاحظه برسد و لیکاز مایع Spinal ازبینی و گوش هم ممکن بملاحظه برسد. خونریزی تحت منضمه یا Snbconjunctival معمولاً



- دلالته به کسر Cranial Fossa قدامی و یا متوسط می کند ، مشاهدات رادیولوژیک کسره‌های قحف را تأیید نموده و تشخیص را حتمی میسازد.
- ۴) Meningitis: تب بلند، سردردی، دلبدی و استفراغ همراه شخی گردن به صورت قوی نشاندهنده Meningitis میباشد. در مایع C.S.F لوکوسیت هاو Micro.orgnism ها بملاحظه می رسند.
- ۵) Cerebral tumor: درین حالت سابقه قبلی سردردی، دلبدی و استفراغ فورانی موجود است اختلاج در موجودیت Papil odema و بلند رفتن فشار Cerebrospinal دلالته بر تومور مغزی می کند. موقعیت کتله با Scan مغز مشخص میباشد.
- ۶) Cerebral Malaria موجودیت تب، کوما، اختلاج در ممالک Tropical یا حاره دلالته بر مالاریا دماغی می کند. موجودیت Parasite ها در Blood film تهیه شده از خون محیطی تشخیص کننده میباشد.
- ۷) Hypo calcemia: درین حالت یک سپزم تونیک اشتدادی در دست ها و پاها به ملاحظه میرسد. دست ها حالت مخروطی یا (Conical) را همراه با بسط انگشتان با مفاصل Inter phalangeal اختیار می کند. انگشت Thumb-تبعده یا Abduction می کند و کف دست قات میشود و یا بعباره دیگر خلادار می گردد. انگشتان پا بطرف کف پا قبض می شوند و پاها به جهت ستون فقرات کج می گردند (Invert می گردد).
- ۸) Tetanus: در حالاتی که سابقه سقط، عملیات ها و یا زخم جلدی مطرح است باید مد نظر باشد. مقدم ترین علامه آن سپزم تونیک عضلات مضغیه (جویدن) میباشد، که با سپزم تیتانیک عضلات دیگر تعقیب می گردد و بالاخره Episthotonus و -Risus Sardonius را بوجود می آورد. در فاصله بین سپزم تیتانیک، عضلات بحالت شخ یا Rigid قرار دارد.
- ۹) Hepatic diseases: درین حالت سابقه طولانی مریضی و زردی موجود است. در صفحه قبل از کوما Psychosis یکجا با Flapping tremor لرزش که ناشی از انقباض گروهی از عضلات ممکن است دیده شود و هم سایر تظاهرات آفت کبدی نیز بملاحظه میرسد.

Prognosis

یک مرض شدید بوده سویه مرگ و میر مادر و طفل در پاکستان و دیگر کشورهای روبه انکشاف بلند است. شیوع واقعات فرط فشار ناشی از حاملگی و اکلامپسی بوسیله بهبود تغذی، مراقبت خوب قبل از ولادت، تشخیص به موقع، اهتمامات و رسیدگی خوب کاهش می یابد.

میزان مرگ مادران در اثر مبتلا شدن به Eclampsia به صورت قابل ملاحظه در Allied hospital فیصل آباد از ۲۲٪ در سال ۱۹۸۶ به ۱۰٪ در سال ۱۹۸۷ کاهش یافته است، که احتمالاً از اثر استفاده از مانیتول، Dexamethasone، بلند کردن سر و شانه به یک زاویه 30° و استفاده قابل ملاحظه از C.S (liberal use of CS) می باشد.

اسباب مرگ

- (۱) خونریزی دماغی.
- (۲) نکروز قشر کلیه.
- (۳) عدم کفایه تنفسی.
- (۴) عدم کفایه کبدی.

ابنارملیتی اعضای حوصلی با حمل

فیبروم و حمل

فیبروم رحمی در ۲۰٪ وقایع نزد خانم هایی که Necropsy شده اند، بملاحظه رسیده است. اشتراک آفت با حمل در پرکتیس شفاخانه ای کمتر از ۱٪-۰.۵ بملاحظه میرسد (به دلایل اینکه سن خانم ها در مرحله باروری به سطح پائینتر از انکشاف و رشد فیبروم قرار دارد). شیوع آفت در خانم های سیاه پوست (Negra) بیشتر دیده میشود.

تأثیرات فیبروم بالای فرتیلیتی، حمل، ولادت و دوره نفاسی

۱- در حدود ۳۰٪ خانم های عقیم مصاب فیبروم رحمی هستند که تقریباً ۱۰٪ جمعیت را تشکیل میدهند، همچنان Subfertility هم معمول است. خانم ممکن است تنها یکمرتبه حامله شده باشد.

۲- فیبروم ممکن است سبب سقط گردد. خصوصاً اگر توضع تحت المخاطی داشته باشد.

۳- معمولاً ولادتهای قبل از وقت در مولتی پل فیبروم های بزرگ (تعداد زیاد فیبروم) رخ میدهد و محدودیت رشد اندازهء رحم، دوام حمل را تا رسیدن به ترم غیر ممکن میسازد.

۴- تروروشن های رحم محمول به صورت میکانیکی دوام حمل را مشکل میسازد.

۵- معمولاً انفصال پلاستا با فیبروم بملاحظه رسیده میتواند و تشخیص تفریقی را بین دیجینریشن Cyst و خونریزی های تصادفی (Accidental heamoragy) از نظر اعراض سریری بمشکل مواجه میسازد.

۶- ممکن است از اثر فیبروم عنق که در حوصله توضع داشته باشد و از Engagement رأس جلوگیری کند، اعتلان معیوبه بظهور برسد.

۷- طولانی شدن صفحه اول ولادت از اثر موجودیت فیبروم ممکن با مداخله بالای تقلصات رحمی که سبب انرشای رحم گردد بوجود آید.

۸- ولادت انسدادی از سبب فیبروم متوضع در عنق و یا وجه خلفی رحم ممکن است عرض اندام کند. این وتیره در فیبروم های متوضع در جدار قدامی رحم کم و نادر است، زیرا که تمایل به خروج بطرف جوف بطن دارند. فیبروم های جدار خلفی رحم که تمایل بیشتر به محبوسیت در داخل حوصله را دارند، سبب انسداد میگرددند. لذا از محل توضع فیبروم حدس زده شده میتواند که آیا بطرف انسداد پیش میرود یا خیر؟

- ۹- خونریزی بعد از ولادت خصوصاً در فیروم های تحت المخاطی میتواند بوجود آید.
- ۱۰- احتباس پلاستا ممکن است رخ دهد که از اثر نقیصه عکس العمل دیسیدوایی در محل غرس پلاستا در ناحیه فیروم به میان می آید.
- ۱۱- انولوشن یا برگشت رحمی به تأخیر افتاده و Lochia (افرازات بعد از ولادت) بمقدار وافر جریان پیدا میکند.
- ۱۲- ممکن است خونریزی ثانوی بعد از ولادت بمیان آید، که از اثر مداخله انتان در فیروم های تحت المخاطی در هنگام ولادت و یا جدا شدن اقسام نکروتیک تومور میباشد.
- ۱۳- ریسک یا خطر منتن شدن تزايد می یابد خصوصاً در شکل تحت المخاطی آن، بویژه اگر پلاستا سطح مخاط اندومتر را در ناحیه تومور اشغال نموده باشد.
- ۱۴- چپه شدن رحم ندرتاً از اثر فیروم متوضع در غور رحم میتواند بوجود آید.
- ۱۵- دیجنریشن فیروم یک تب دوام دار را بدرجه پائین میتواند، بمیان آورد.

تغییرات فیروم از اثر حاملگی

حمل سبب تغییرات ذیل در فیروم میگردد

- (۱) هیپرتروفی فیروم:- این وتیره از اثر تزايد در ساینز فیروم، اذیما و هیپرتروفی الیاف عضلی تومور و بقایای رحم به میان می آید. این اذیما مربوط به تزايد اوغیه بوده لذا فیروم در جریان حامله داری بزرگتر و نرمتر میگردد، که مربوط به دیجنریشن و نکروز قسمی فیروم است. ترمبوز اوغیه Afferent (مرسله) کپسول فیروم بملاحظه رسید میتواند، که مقطع آن یک رنگ سرخ ارغوانی داشته و بوی ماهی گنده شده را میدهد. فیروم های بزرگ برای استحالۀ حاد مساعدتر اند.
- (۲) نکروبیوز یا استحالۀ سرخ معمولاً در نیمه دوم حاملگی و یا در دوران نفاسی در فیروم های بزرگ رخ داده میتواند.
- (۳) تدور فیروم های ذنب دار تحت المصلی و هم چنین تدور خود رحم ممکن است توسط فیروم، تحریک و سازماندهی شود.
- (۴) اتروفی ساده و عادی معمولاً در دوره نفاسی رخ داده میتواند. طوریکه ساینز فیروم در چند هفته محدود بعد از ولادت کوچک و خورد میگردد.
- (۵) استحالۀ Cystic در فیروم کمتر معمول است.

تشخیص

- (۱) تشخیص آسان نیست مگر اینکه تومور مجزا و دور از حمل باشد.

- ۲) رحم از نظر شکل خود غیر منظم است.
- ۳) خونریزی ممکن است مربوط به تهدید سقط بملاحظه رسد.
- ۴) قوام رحم ممکن است سخت تر از قوام رحم معمول باشد.
- ۵) تست های ایمونولوجیک حاملگی مثبت است و فیروم هیچگاه باعث امینوره نمیشود.
- ۶) در اولتراسونوگرافی خیال کیسه حاملگی حاوی طفل و فیروم مشخصاً بملاحظه میرسد.

تشخیص تفریقی

- ۱) با رحم معمول Retroversion کرده شده.
- ۲) حمل دو گانگی.
- ۳) حمل خارج رحمی مترافق با هیماتوسل.
- ۴) نیمه غیر معمول رحم در رحم های دو گانه.

تداوی

خانم حامله فیروم دار باید در شفاخانه ولادت نماید و عمدتاً هم ولادت مهیلی. اگر فیروم سبب انسداد طرق ولادی و یا اعتلان معیوبه شده باشد، سزارین سکشن باید اجرا گردد. درین عملیات فیروم نباید برداشته شود، مگر اینکه ذنب دار باشد. میومکتومی بعد از سه ماه انجام گردد. از اجرای میومکتومی در هنگام سزارین سکشن باید اجتناب شود. زیرا خونریزی از جوف کپسول بعد از برداشتن آن شدید و خطرناک بوده و اندازه فیروم هم تا حد زیادی بعد از ولادت کوچک شده میرود. اگر خانم از نظر فامیلی مکمل باشد، و مولتی پل فیروم بزرگ هم داشته باشد. سزارین سکشن و هسترکتومی انجام گردد. اگر استیباب میومکتومی و هسترکتومی گذاشته میشود. ترجیحاً اجرای عملیه در حدود سه ماه به تعویق انداخته شود.

نکروبیوزیز و استحاله سرخ

این عارضه مربوط به استحاله و نکروز قسمی تومور می باشد.

اعراض سریری

- ۱) ترفع درجه حرارت.
- ۲) احساس لرزه.
- ۳) دلبدی و استفراغات.
- ۴) تزاید اندازه نبض.
- ۵) زبان خشک معلوم میشود.
- ۶) یک تب خفیف دوامدار در دوره نفاسی موجود است.

۷) درد و حساسیت خفیف یا متوسط و دوامدار در قسمت سفلی بطن احساس میشود.

تداوی

تداوی خاصی ندارد، توصیه استراحت، سیداتیف ها و تحت نظر قرار دادن مریضه در شفاخانه. اعراض ممکن است در ظرف یک هفته و یا بیشتر از آن معمولاً خاموش گردد. تدور فیبروم ذنب دار تحت المصلی سبب درد شدید و استفراغات شده که ضرورت است به لاپراتومی و برداشتن آن اقدام شود.

تومورهای مبیضی با حمل

تومورهای مبیضی در تمام دوران باروری زندگی معمول هستند. عمدتاً در مراحل مقدماتی زندگی از نوع سلیم میباشند. معمول ترین نوع تومور مترافق با حمل کیست های ساده سیروسی Simple Serous (Cyste)، Psaudomucinous Cyste و Dermoid Cyste میباشند. اشتراک تومورهای مبیضی با حمل کمتر معمول است ولی اختلالات کیست های مبیضی در جریان حاملگی امریست عادی.

• وقوعات

در حدود ۱/۱۰۰۰ واقعه است.

• تأثیرات حمل بالای تومور مبیضی

تدور ذنب تومور در ۲۹٪ وقایع در زمان حاملگی امکان دارد. در حالیکه در خانم های غیر حامله در حدود ۲٪ میباشد. تمزق کیست های مبیضی، خونریزی داخل کیست، انتانی شدن و نکروز بسیار کم رخ میدهد. تدور در صفحه نفاسی اگر واقع شود از اثر تنقیص حجم بطن و رخاوت جدار بطن میباشد.

• تأثیرات تومور مبیضی بالای حمل

معمولاً حمل بدون مزاحمت تومور ادامه مییابد مگر اینکه اختلاطی رخ بدهد. از اثر مداخله با رشد رحم، ممکن است سقط انجام شود، Engageme (فکس شدن عضو معتله در حوصله) شاید صورت نگیرد. از اثر توضع تومور در حوصله اعتلانات معیوبه و ولادت انسدادی بوجود آمده میتواند.

• تشخیص

باید از مثانه پر با تطبیق کتتر مثانی تشخیص تفریقی گردد. در مراحل مقدماتی حاملگی، کیست مدور متورم که یا در خلف رحم و یا در جنب آن موقعیت دارد با معاینه Bimanual باآسانی قابل تفریق است. اگر تومور مبیضی به بالا به طرف بطن تپله گردد، عنق رحم همراه آن به بالا حرکت نمیکند. تقلصات و استرخاء در رحم محمول میتواند مشخصاً دریافت گردد.

تشخیص تفریقی

۱) با رحم محمول رتروورشن شده: عنق رحم با قدام و جسم رحم به جوف دو گلاس جس میگردد.

- ۲) با حمل خارج رحمی: شاید مشکل باشد ولی تداوی هر دو لاپراتومی است و اولتراسونوگرافی میتواند تشخیص را وضع کند.
- ۳) با حمل دو گانه: دو طفل قابل جس اند و سونوگرافی تصمیم قاطع را میگذارد، علاوئاً رحم بزرگتر از سن حمل است.
- ۴) فیروم همراه حمل: قبلاً تشریح شد.
- ۵) مثانه پر یا متوسع: تطبیق کتر مثانه پر را مشخص میسازد.
- ۶) پولی هیدروامنیوس: رحم متحد الشکل کلان است، اولتراسونوگرافی تشخیص را به خوبی وضع مینماید.
- ۷) رحم دو قرنه: تشخیص مشکل است. تاریخچه مریض و اولتراسوند شاید کمک نماید.
- ۸) دو رحم (Double Uterus): - یک انومالی ولادی است ممکن است حمل و فیروم را تمیل کند.

تداوی

- ۱) بهترین وقت عملیات هنگام کشف و یا تشخیص است (باستثنای ۱۲ هفته اول بعد از ولادت)، زیرا خطر اختلالانی مانند تدور، تمزق، خونریزی و انتان وجود دارد، هر چند که احتمال خباثت هم رد شده نمیتواند.
- ۲) عملیات انتخابی بهتر است از عملیات عاجل، وقت دلخواه و مطلوب برای عملیات و جلوگیری از خطر سقط سن -۱۶-۱۸ هفته حاملگی است.
- ۳) اگر تومور مبیضی در ۵ هفته اخیر حاملگی کشف شد و حق انتخاب برای برداشتن آن در همان موقع و یا بعداً داشتیم، ترجیح داده میشود، تا ولادت بنفسه نزد مریضه صورت گرفته بعداً در زمینه تصمیم گرفته شود و یا اینکه حمل به ترم رسیده، سزارین سکشن همراه Cystectomy اجرا شود.
- ۴) اگر در دوران نفاسی کشف و تشخیص شد، عملیات هر چه زودتر باید انجام گردد.
- ۵) اگر تومور در حوصله بوده و احتمال ولادت انسدادی برود بهتر است C.S همراه با برداشتن تومور انجام شود.

کانسر غیر مهاجم (Carcinoma Insitu)

انکشاف کانسر غیر مهاجم (نیوپلازم داخل اپیتلیوم عنق) در حاملگی دلچسب و وسیعاً مورد بحث و مناظره است که آیا این تخریبات در جریان حمل سیر نزولی پیدا میکند، هنوز واضح نشده است. بسیار زیاد دیده شده که کارسینومای مهاجم نزد مریضانی تثبیت گردیده که سالها کارسینومای غیر مهاجم داشته اند. سمیر عنق در اولین ویزیت Ante Natal باید گرفته شود. اگر حجرات غیر طبیعی دریافت شدند، معاینه با

سپیکولوم بسیار محتاطانه برای رد کارسینومای مهاجم انجام شود. کولپوسکوپی شاید ساحه حجرات غیر طبیعی عنق را مشخص سازد و بیوپسی هم گرفته شود. اگر تشخیص Displasy عنق گذاشته شد تداوی تا ختم حاملگی معوق قرار داده شود.

• کارسینومای مهاجم عنق با حمل

وقوعات: از ۱/۲۰۰۰ تا ۱/۵۰۰۰ فرق میکند.

در دوران حاملگی نادر است، زیرا از جمله امراض دوران پیری است. انداز آن نسبتاً poor (خراب) است. زیرا مریضه جوان بوده و هم تزاید اوعیه و هورمون ها در جریان حاملگی در رحم برای رشد و انتشار آفت مطلوب اند.

• تشخیص

خونریزی خفیف عنق بعد از مجامعت و یا با معاینه مهبل قابل توجه میباشد، علاوتاً خونریزی وافر و افرازاات چرکین از حذای تخریبات شکننده زخمی عنق بملاحظه رسیده میتواند. ولی تشخیص قاطع را بصورت مقدم سمیر عنق رحم تثبیت کرده میتواند.

• تداوی

ترجیحاً خطوط اساسی تداوی قرار ذیل اند:

- 1-ولادت همراه با هسترکتومی و به تعقیب آن رادیوتراپی و عملیات Wertheim's بعد از 3-4 هفته ، انتی بیوتیک باید بعد از ختم حاملگی داده شود.
- 2-عملیات Wertheim's همراه با هسترکتومی و برداشتن طفل در عین زمان یا همزمان با هم، لاکن اکثراً خونریزی وسیع را در قبال دارد.
- 3-رادیوتراپی بدون در نظر داشت حاملگی توسط رادیوم و یا شعاع خارجی که این سبب مرگ طفل و معمولاً سقط بنفسه میگردد، شروع شود. بعداً تداوی مکمل انجام شود.
- 4-اگر حمل پیشرفته باشد باید انتظار برد که طفل قدرت حیاتیت پیدا کند، سپس در عین زمان C.S کلاسیک همراه هسترکتومی و عملیه Wertheim's اجرا گردد.

• رحم محمول که بخلف بیجا شده است (Retroverted gravid uterus)

- حمل و رحم Retroverted شده اکثراً واقعه غیر متوقع بوده و رحم اکثراً بعد از هفته ۱۲ حاملگی از جوف حوصله بیرون میگردد. در یک تعداد کمی از واقعات رحم محمول به بیرون شدن در جوف بطن عدم کفایه نشان میدهد و کاملاً جوف حوصله را پر میکند ، عنق رحم مستقیماً در قدام و حقیقاً به علوی جابجا میشود که اینحالت را رحم محبوس شده گویند. اعراض آن باساز تأثیر رحم محبوس شده بالای مثانه که از اثر Elongation احلیل ، متوسع میگردد، تظاهر میکند.

در کوتاه مدت تکرار ادرار مریضه را به طرف Dysurea میرسد ، بعداً عدم اقتدار در کنترل ادرار و بالاخره احتباس حاد ادرار را سبب می‌گردد.

تشخیص

ممکن یک تورم نرم کستیک با جس بطن مشخص گردد، با معاینه بایمانوال مهبلی ممکن است رحم مانند یک جسم برجسته نبض دار و نرم در جوف دو گلاس جس شود و ممکن با کیست مبیضی مغالطه گردد. بسیار مهم است که تشخیص تفریقی بین این دو با معاینه تحت انستزی عمومی گذاشته شود. زیرا که کیست مبیض عملیات جراحی را ایجاب میکند.

فیبروم های جدار خلفی رحم هم ممکن است با رحم محمول محبوس مغالطه گردند ، ولی آنها قوام سختتر دارند . هیماتوسل حوصلی که از اثر حمل خارج رحمی بمیان می آید با معاینه مهبلی و تحریک عنق بسیار حساس است.

تداوی

A. وقایوی

- (۱) اگر رحم متوضع در خلف (Retroverted) بصورت تصادفی در جریان حاملگی مشخص شد. به مریضه توصیه گردد تا مکرراً ادرار خود را تخلیه نموده و از مجامعت پرهیز کند.
- (۲) غور رحم Retroverted شده تا هفته های ۱۲ از سر بطن جس گردد. اگر جس نگردید مریضه مکرراً باید دیده شود و اعراض رحم محبوس شده نزدش جستجو گردد.

B. معالجوی

- (۱) کتتر تخلیوی باید فوراً برای کم ساختن فشار مثانی تطبیق گردد. در بسیاری از وقایع رحم بصورت بنفسه بطرف اصلاح در ظرف ۴۸ ساعت میرود.
- (۲) بمریضه توصیه دراز کشیدن به اصطجاع Semiprone و یا وضعیت Sim's به شکل پیشرفته گردد ، که بصورت بنفسه اصلاح را تشویق و سازماندهی خواهد کرد.
- (۳) تا وقتی که کتتر نزد مریضه موجود است، آنتی بیوتیک تجویز گردد .
- (۴) اگر اصلاح انجام نشد ، مجبوراً باید Manipulation تحت انستیزی عمومی انجام شود.
- (۵) اگر التصاقات مسئول ریتروورشن باشند. لاپراتومی برای برداشتن آنها باید انجام گردد.

پرولابس رحم در حاملگی

پرولابس های شدید، ندرتاً از اختلالات حاملگی بمیان میآیند. در حالیکه پرولابس های خفیف امر معمولی حاملگی اند. همانطوری که رحم رشد نموده از حوصله خارج میگردد، عنق رحم به طرف بالا کشیده شده و سبب ناراحتی مریضه میگردد. اگر عنق رحم بلندتر از فوهه دخولی مهبل قرار گیرد. ممکن است اذیمائی گردیده و در جریان پروسه ولادت، نتواند توسع نماید.

تداوی

- ۱) درجه خفیف تقویه با حلقه Passary را در هفته های مقدم حاملگی ایجاب مینماید. ولی بعداً که رحم به طرف جوف حوصله پیشرفت نمود، عنق رحم به طرف بالا کشیده میشود.
- ۲) مریضه باید چند روز قبل از ولادت استراحت بستر داشته باشد. بواسطه اینکه عنق رحم داخل مهبل و اذیمای آن کم گردد.
- ۳) اگر بعد از ترمیم پرولابس حاملگی بوقوع پیوندد C.S یک میتود ترجیحی است نزد مریضه.
- ۴) اگر زجرت عدم اقتدار مؤفقانه اصلاح گردید، ولادت با عملیه C.S توصیه میگردد.



وضعیت های معیوبه رأس طفل Malposition of Foetal Head

وضعیت Occiput posterior

این بیشترین وضعیت معیوبه رأس طفل است و معمول ترین علت بلند بودن رأس طفل در یک حمل به ترم رامیسازد.

وقوعات

در حدود ۱۰٪ تمام حاملگی های Occiput در سگمنت خلفی حوصله در شروع ولادت قرار دارد. از آنجمله در ۶۵٪ این وقایع Occiput بقدام تدور نموده، در ۲۰٪ به حالت عرضانی (Transverse) و در ۱۵٪ وقایع به حالت خود باقی میمانند (Occiput post). وضعیت Occiput در راست و خلف (R-O-P) نسبت به اندازه Occiput در چپ و خلف (L-O-P) معمولتر است و این احتمالاً از اثر فضای بیشتر در طرف راست حوصله میباشد. زیرا موجودیت کولون فضای چپ حوصله را کمتر میکند. از اثر وضعیت Occ.post زمان ولادت ۳.۵ ساعت در اول باری ها و ۱.۷۵ ساعت در مولتی پارها طولانی تر میگردد.

اسباب

- در حوصله Forepelvis: Android (حوصله قدامی) درین نوع حوصله تنگ است و برای وضعیت Occiput post مطلوب نیست.
- در حوصله Anthropoid: در این شکل فوهه in let حوصله (حوصله داخلی) بصورت قدامی - خلفی طولانی است و حوصله قدامی باریک و تنگ است، رأس به آسانی تدور کرده نمیتواند.
- در حوصله هموار: همراه با Occiput در جنب رحم بصورت منحرف یا Oblique زمینه را برای عدم انقباض رأس یا (deflexion) سازماندهی و تشویق میکند.
- ابنارملیتی جنین (Branchycephaly): درینحالت کوتاهی در طول اهرم ناحیه Frontal تا محل اتصال فقره اطلس با عظم Occiput مطرح بوده که این عملیه قبض را در رأس جنین ممانعت میکند.
- بطن نرم، آویزان و پاندولر: فضای بیشتری درخلف برای جابجائی وجه ظهری جنین ایجاد کرده، لذا وضعیت occiput post را برای راس آماده میسازد
- قبض ناقص رأس در شروع ولادت منجر به تراید قطر عضو معتلنه در فوهه علوی حوصله میگردد.
- در غرس قدامی پلاستنا تمایل وجه طفل به طرف پلاستنا در داخل رحم بیشتر میباشد.

- موقعیت خلفی شانه جنین که بصورت نا مطلوب و غلط در جنب ستون فقرات مادر تثبیت شده باشد ، مانع تدور داخلی گردیده و منجر به تولید O.P.Position و یا وضعیت خلفی رأس می گردد.
- در اکثریت وقایع دلایل خاصی ندارد و غیر قابل توجه است.

تشخیص

در جریان حاملگی

۱- در جس بطنی:- در حمل به ترم رأس تثبیت نشده جس میشود و علاوئاً اطراف طفل در قدام رحم قابل جس میباشند. وجه ظهري ممکن است در یکی از Flank ها جس گردد و هم چنین بطن در پائینتر از سره هموار میباشد.

قلب جنین به خوبی در طرف بطن شنیده شده و از فاصله دور بگوش میرسد. بعضی اوقات آواز قلب به طرف صدر انتقال و در خط متوسط به بهترین وجه قابل شنیدن است. رأس بلند بوده و معمولاً در جریان ولادت نزول میکند. اما نزول آن آهسته و بطی بوده که از اثر قبض ناقص و تزیاید بیشتر قطر عضو معتلنه میباشد. تمزق مقدم جیب ممکن است از اثر تثبیت ضعیف و ناقص عضو معتلنه رخ بدهد. رأس ضعیف تثبیت شده و یا قبض ناقص رأس بحیث عضو معتلنه، به رأس ساختمان بیضوی شکل را در سگمنت سفلی میدهد، تا یک ساختمان کروی شکل. بناءً تمایل به تثبیت نامکمل داشته که از اثر این تثبیت نامکمل رأس، تحریکات و تقلصات ناقص و غیر مؤثر سازماندهی میشود ، که کمترین تأثیر را در توسع عنق میداشته باشند و با تقلصات شدید و دردناک تشنجی رحمی همراه است ، که صفحه ولادت را طولانی میسازد. وضعیت Occiput-post ممکن است محور رحمی را تغییر دهد ، که با اجرای X-Ray بخوبی نشان داده خواهد شد ، که رأس برخلاف در عقب ارتفاق عانه به طرف پائین تپله شده است و در بالای عانه یک خالیگاه وسیع قابل جس است. شانه های جنین از خط متوسط دورتر جس میگردد.

۲- در معاینه مهبل:- عنق رحم ممکن است بین رأس جنین و عانه زیر فشار قرار گیرد ، که منجر به اذیمای پیشرونده لبه قدامی عنق میگردد. به عضو معتلنه رسیدن کار مشکلی است و جیب تمایل به تمزق قبل از وقت دارد. فانتل قدامی در خلف عانه به آسانی قابل جس است که نمایندگی از Deflexion رأس میکند. جس فانتل خلفی معنی قبض مکمل را میدهد و رأس به احتمال قوی آماده تدور است. وجه خلفی گوش میتواند بعد از تمزق جیب و توسع تام عنق رحم جس گردد.

میکانیزم ولادت

Occiput معمولاً در شروع ولادت خلفی است ، تقلصات رحمی باعث انقباض رأس و دخول آن در Brim حوصله به وضعیتی که درز سهمی (Sutura Sagitalis) به قطر مستعرض حوصله باشد میگردد. تقلصات سبب انقباض بیشتر رأس گردیده و عظم Occiput پائین ترین قسمت را که ابتدا در سطح حوصله رسیده است میسازد، و بخوبی بطرف قدام تدور میکند .

اگر تقلصات خوب کافی نباشند رأس ممکن است واضحاً به حالت Deflexion داخل Brim حوصله به وضعیت Occiput post گردیده که درینحالت قطر Occipito Frontal ۱۱.۵ سانتیمتر عوض قطر Sub Occipito bragmatic که ۹.۵ سانتیمتر میباشد، جابجا شده است. در قبض نامکمل رأس قطر Sub Occipito Frontal ۱۰ سانتیمتر بوده، این بدان معنی است که رأس با بزرگترین قطرش در حال دخول به حوصله است که ممکن سبب تأخیر در پائین شدن آن در حوصله گردد و علاوه بر قبض ناقص رأس سبب تثبیت ناقص آن در سگمنت سفلی رحم گردد.

تقلصات به اندازه مناسب تحریک نشده و Molding رأس برای دخول در حوصله بصورت آشکار بملاحظه میرسد که بعداً سبب تشکل Caput میگردد. اگر وسعت یا گشادی حوصله با اندازه کافی بوده با تقلصات رحمی خوب و مناسب همراه باشد، رأس منقبض شده در سطح حوصله رسیده و بزایوه ۱۳۵ درجه تدور نموده و وضعیت Occipito ant را به خود بگیرد در نتیجه ولادت طفل بصورت نارمل انجام میشود. رأس ممکن یک تدور در خالگاه عظم سکروم بزایوه کوتاه ۴۵ درجه نموده و به وضعیت Occiput post در آمده، به ترتیبی که وجه طفل در خلف ارتفاق عانه و نزدیک به آن قرار گرفته، ولادت گردد. عظم Occiput از اثر فشار میخانیکی زیادی که در خلف بالای رکتوم وارد میکند... قبل از توسع تام صفحه دوم ولادت ممکن است مقدماً تشخیص گردد.

تدابیر و اہتمامات

ولادت معمولاً طولانی تر از حد طبیعی است، امکان بوجود آمدن یک ولادت انسدادی از اثر Flexion ناقص رأس که همراه با یک حوصله سوء شکل دار مثل حوصله اندروئید باشد، بلندتر است. در حدود ۷۰٪ وقایع تدور بنفسه به وضعیت قدامی انجام شده و مشکل بیشتری در ولادت ایجاد نمیشود. در ۱۰٪ وقایع تدور کوتاه به طرف قدام نموده و ولادت به وضعیت Occiput post انجام میشود (وجه به طرف ارتفاق عانه) در متباقی وقایع کمک و همکاری ولادت دهنده ضرور است اجرا گردد.

۱- وضعیت عمومی مریضه تثبیت گردد.

۲- فریکونسی و شدت تقلصات رحمی یادداشت گردد.

۳- قلب جنین شنیده شود.

۴- معاینه مهبلی برای آگاهی از پیشرفت پروسه ولادت مانند توسع عنق، نزول رأس، درجه

Moulding، درجه فلکشن رأس و تشکل Caput انجام گردد.

۵- انلجریک مناسب و به مقدار کافی داده شود. اپیدورال انلجریا بیشتر کمک کننده است.

۶- هایدریشن مادر با تجویر گلوکوز ۵٪ بصورت I.V حفظ شود.

۷- تقلصات منظم و خوب رحمی ممکن با تجویر Oxytocin و ریدی سازماندهی گردد.

- ۸- به مونیترینگ قلب جنین و تفتیش مایع امینوتیک ضرورت است که توجه گردد.
- ۹- معمولاً احتباس ادرار بمیان می آید لذا کمتر مثانی تطبیق شود.
- ۱۰- اگر پیشرفت توسع عنق در ظرف چند ساعت محدود توقف نموده و منجر به ضجرت جنین گردد، عملیه C.S انجام شود و اجازه داده نشود که ولادت بیشتر از ۲۴ ساعت ادامه یابد.
- ۱۱- استفاده از Vacuum extractor راه دیگری برای ولادت مهلبی می باشد، که میتواند توسع تام عنق و تدور رأس را سازماندهی کند. ولی باید گفت: که هیچگاه به عنق کمتر از ۵ سانتیمتر یا بعبارہ دیگر قبل از آنکه بیشتر از نصف توسع نکرده باشد، نباید استعمال گردد.
- ۱۲- تشخیص توسع تام عنق و تثبیت رأس بسیار مهم است و مریضه ممکن است شروع به زور زدن قبل از توسع تام عنق نماید که در نتیجه سبب درد دائمی کمر از اثر فشار بالای عظم سکروم میگردد.
- تشخیص Engagment هم چنین امر مهمی است، زیرا ممکن است Caput در حذای Vulva ظاهر شود در صورتیکه قسمت اساسی رأس هنوز هم در Brim حوصله قرار دارد و از سر بطن جس میشود.
- تشخیص نادرست و تداوی غلط در ولادت سبب خستگی مادر و تزاید اندازه وفیات (Mortality rate) و معیوبیت ها در جنین و هم ترضیضات شدید مادری از سبب استفاده از وسایل و سامانی که برای ولادت طفل بکار برده میشود، میگردد.
- ۱۳- اگر توسع تام عنق بمیان آمد و رأس با وجود تقلصات خوب رحمی تدور نکرد (نیم ساعت در مولتی پارها و یک ساعت در اول باری ها)، از نتیجه وضعیت Occiput post بوده و رأس باید به وضعیت Occiput ant تدور داده شود.
- ۱- تدور با دست و ولادت با فورسپس خیلی ها خوب است.
- ۲- با تطبیق Kielland's forceps تدور انجام گیرد.
- ۳- Vacuum extraction.
- ۴- تدور با دست و گذاشتن مریضه که خودش بنفسه ولادت کند، عملی نیست.
- ۱۴- خطر خونریزی بعد از ولادت زیاد است که از سبب ولادت طولانی و یا ولادت مشکل است. ارگومترین وریدی داده شود.
- ۱۵- اگر طفل مرده باشد Craniotomy با سوراخ کردن از عظم Occiput انجام گردد.
- تدور با دست: عملیه تحت انستزی پودندال بلاک و یا انستزی عمومی، اگر انگلیزیای پودندال استفاده شده نتواند، اجرا گردد. بعد از اجرای اپیزوتومی رأس خفیفاً به وضعیت Occiput ant توسط انگشت ها و شصت تدور داده شود، با اعمال یک فشار قوی بطرفیکه عمدتاً تمایل به تدور دارد، باید تدور داده شود. بعد از تدور که Occiput ant جابجا شد، از فورسپس در حالیکه بانگشتان دست وضعیت ایجاد

شده حفظ گردد ، استفاده شود. عدم موفقیت در لاک شدن فورسپس نشاندهنده آنست که عملیه تدور به وضعیت Occiput ant ناقص بوده و اگر توجه نشود تیغه های فورسپس جروحات را بار خواهند آورد ، از بیجا کردن رأس به طرف بالا جداً خودداری شود ، زیرا تطبیق بعدی فورسپس را مشکل تر میسازد. این مهم است که همزمان با تدور رأس، شانه طفل هم با دست از خارج تدور داده شود. در غیر آن رأس با وجود تدور، دوباره به وضعیت Occiput Post و یا حتی مستعرض قرار میگیرد.

Deep Transvers Arrest

رأس در حالیکه درز سهمی بصورت عرضانی وارد حوصله شده در حوصله توقف میکند. عظم Occiput در یک طرف و Sinciput در طرف دیگر قرار دارد. عنق کاملاً تام (در کثیرالولاده ها نیم ساعت و در اول باری ها یک ساعت) و رأس در حذا و یا حتی پایانتز از عظم Ischy قرار گرفته است . رأس به این وضعیت ولادت داده شده نمیتواند مگر اینکه اصلاحی در وضعیت معیوبه اجرا گردد. رأس ممکن است در وضعیت عرضانی قبل از ولادت قرار داشته باشد و شاید هم به این وضعیت از حالت Posterior position تغییر خورده باشد ، و قیتکه تدور قدامی معروض به Arrest گردیده است.

اسباب

- ۱- وضعیت خلفی Occiput (O.P.P).
- ۲- تبارز زاید و نا مناسب عظم Ischy.
- ۳- هموار بودن سطح قدامی عظم سکروم (کم بودن انحنای حوصلی).
- ۴- حوصله اندروئید یا مردانه.
- ۵- بدون علت.

تشخیص

- تشخیص در صفحه دوم ولادت با اجرای معاینه مهلی گذاشته میشود و با دریافت های ذیل:
- ۱- توقف در سویه Schial Spine .
 - ۲- موجودیت درز سهمی به صورت عرضانی.
 - ۳- شاید با سانی عظم Schial Spine جس گردد.
 - ۴- هر دو فانتل (قدامی - خلفی) به عین سویه روی یک خط جس میگردند.
 - ۵- تشکل Caput و Overlap شدن عظام رأس جس میشود.
 - ۶- ممکن است Caput و یا Scalp با دور کردن فرجه دهلیزی در حذای فوهه مهلی در واقعاتی که ولادت طولانی شده باشد ، بملاحظه برسند.
 - ۷- در واقعات مشکوک X-Ray تشخیص را قطعی میسازد.

اهتمامات و تداوی (Management)

- ۱- تدور با دست همراه با اپیزیوتومی و فورسپس.
- ۲- با تطبیق Kielland's فورسپس رأس تدور داده شده و ولادت با اپیزیوتومی انجام گردد.
- ۳- ولادت با تطبیق Vacuum extraction بعد از اپیزیوتومی اجرا گردد.
- ۴- کرانیوتومی اگر طفل مرده باشد.
- ۵- سزارین شکسن اگر طفل زنده باشد و شخص مهارت تطبیق فورسپس Kielland's و یا مانیپولیشن را برای تدور نداشته باشد.

اعتلان حوصلی Breech Presentation

تعریف

عبارت از موجودیت ذنب و یا قطب سفلی طفل در سگمنت سفلی رحم بحدیث عضو معتلنه میباشد.

وقوعات

تقریباً در حدود ۳٪ واقعات به ترم را تشکیل میدهد تا هفته ۲۰ در حدود ۴۰٪ وقایع جنین به اعتلان Breech و در هفته های ۲۸ و ۳۴ به ترتیب تا حدود ۱۵٪ و ۶٪ به این اعتلان قراردارند.

اسباب

اسباب شاید مادری ، جنینی و یا غیر مشخص باشد.

• اسباب مادری

- (۱) کثیرالولاده ها: - جدار بطن شل، یک زمینه خوب برای این وضعیت است.
- (۲) پولی هیدرامنیوس و اولیگوهایدرامنیوس: - حرکات آزاد طفل در پولی هیدرامنیوس و محدود بودن حرکات در اولیگوهایدرامنیوس ممکن است این اعتلان را سازماندهی کنند.
- (۳) جفت مقدم یا Placenta Previa: - رأس از سبب پلاستنتای سرراهی نمیتواند بخوبی تثبیت گردد.
- (۴) رحم حجاب دار یا رحم های دو گانه: - اگر حمل در یکی از قرن های رحم دو قرنه صورت گیرد ، این اعتلان ممکن است بمیان آید ، زیرا قسمت وسیع رحم در علوی قراردارد.
- (۵) تومورهای حوصلی: - فضای اشغالی توسط این تومور از دخول عضو معتلنه در حوصله جلوگیری میکند.
- (۶) تضیق حوصله: - اینکه تضیق حوصله باعث اعتلان حوصلی طفل گردد مشکوک است ولی در منجمنت این پروسه شاید مداخله داشته باشد.
- (۷) غرس پلاستنتا در قرن رحم.

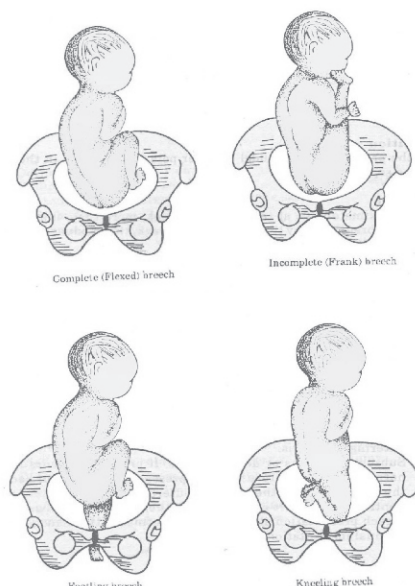


Fig.22 Types of breech presentation

اسباب جنینی

قطب بزرگ جنینی همیشه باید در جای وسیع قرار گیرد. از آنجائیکه رأس تا هفته های ۲۸ حاملگی نسبت به حوصله بزرگتر است لذا در غور رحم قرار میگیرد (در حدود ۲۵٪ وقایع) اسباب معمولی و عادی در اعتلان حوصلی عبارتند از:

- ۱) تولد قبل از وقت:- در حدود ۲۵٪ اطفال پریماچور به اعتلان بریچ اند .
- ۲) قدم باز(انحنا در طرف سفلی نداشته باشد): حرکات لگد زنی غیر موثر از اثر بسط اطراف سفلی و یا Frank Breech تثبیت شده ، در Brim حوصله بخوبی منجر به اعتلان حوصلی میگردد.
- ۳) حمل های چندگانه:- در حمل دو گانه تدور بنفسه توسط اعتلان جنین دیگر ممانعت میشود .
- ۴) اینارملیتی های جنین:- مانند هیدروسیفلوس و انانسیفلوس، پولی هیدروسیفلوس ممکن است از دخول رأس در حوصله ممانعت کنند.
- ۵) جنین مرده در داخل رحم.
- ۶) اینارملیتی مورفولوژیکی و یا نیورولوژیکی جنین.

اسباب نامشخص

در بسیاری وقایع بصورت تصادفی اعتلان Breech بوجود می آید و کدام دلایل و یا اینارملیتی جنینی دیده نمیشود.

انواع Breech

اعتلان بریچ به سه تیپ دسته بندی شده است:

I - Complete or Flexed Breech: پاها از مفصل Hip و زانو مکماً قات شده میباشند.
II - Frank Breech (Extended Breech or Incomplete Breech): هر دو پا در حذای مفصل Hip قات شده و در حذای مفصل زانو مکماً به بسط تام قرار دارند ، لذا پاهادر وجه ظهري رانها قرار می گیرند . قسمت معتلنه غیر منظم است. احتمال Engagement ضعیف بوده و سقوط حبل سروی با مقایسه Complete Breech معمولتر است. پاها در داخل رحم و بلند قراردارند و با جس نرم و به خوبی تثبیت شده اند.

این وضعیت تدور خارجی رأس را مشکل میسازد. تثبیت درست و مناسب عضو معتلنه چانس پرولاپس حبل سروی را کم میسازد. مشکل ولادت رأسی که موخراً میآید نسبت به Footling Breech کمتر است.

III - اعتلانات زانو و پاها: هنگامیکه پاها بالترتیب از مفصل زانو قبض تام و از مفصل Hip بسط کامل داشته (سر زانوهای نشستن) و یا پاها در حذای مفصل زانو بسط تام و در حذای مفصل Hip قبض تام داشته باشند، گفته میشود این نوع اعتلان نادر است.

• وضعیت (Position)

عظم سکروم بحیث مشعر یا مخرج و قطر عظام فخذ (Bitrochanter) به پلان مایل در حوصله تثبیت میگردند و شاید بوضعیت های ذیل درآید.

(۱) سکروم قدامی چپ L.S.A (Left Sacro Antetorior)

(۲) سکروم خلفی چپ L.S.P (Left Sacro Posterior)

(۳) سکروم قدامی راست R.S.A (Right Sacro Anterior)

(۴) سکروم خلفی راست R.S.P (Right Sacro Posterior)

تشخیص

A- در جریان حاملگی

I- با معاینه بطنی

- a) با تفتیش: کدام مشخصات معینی در معاینه بطنی دریافت نمیشود.
- b) با جس: رأس در غور رحم به شکل مدور، سخت و شناور جس میگردد. مریضه از ناراحتی ناحیه شکایت دارد، وجه ظهري جنین در یک طرف و اجزای کوچک (دست و پا) در طرف مقابل جس میگردند. حوصله جنین نرم، غیر منظم و متحرک در بالای Brim حوصله مادر به شکل غیر شناور جس میگردد. قلب جنین در حذای خط متوسط و یا خفیفاً بلندتر از آن در یک طرف سره بلندتر از سویه اعتلان رأسی قابل سمع است.

- II- معاینه مهبل: - در عوض رأس مدور و سخت با فانتل ها و درز سهمی، یک کتله نرم، غیر منظم با تبارزات و فرو رفتگی ها جس میگردد. مشخص ساختن Sacrum وضعیت Breech را معین میسازد.
- III- با اولتراسونوگرافی اگر اجرا شود اعتلان Breech مشخص میگردد.
- IV- X-Ray بخوبی تشخیص را تأیید میکند.

B- در هنگام ولادت

معاینه مهبل اعتلان Breech را مشخص میسازد، مانند: سرین ها یا کفل و چین خورده گیهای بین آنها با تبارزات عظام در هر نهایت، عظم سکروم، خصیه ها یا مهبل. اگر Extended Breech مطرح باشد، ممکن است انطباع رأس چنین را بدهد، لکن سختی عظام قطعاً موجود نبوده و درزها هم قابل جس نیستند. اگر اعتلان Breech تا رسیدن به ترم ادامه یابد در تمام وقایع ولادت یابد در شفاخانه و زیر نظر داکتر ولادی نسائی مجرب انجام شود.

تشخیص تفریقی

- (a) اعتلان Breech با اعتلان وجهی: - اگر یک انگشت داخل مقعد گردد. توسط معصره مقعدی محکم گرفته میشود و ممکن با میکونیوم آلوده گردد. مشخصات رخسارها، زرخ، کنار ابروها و بینی اعتلان وجه را بخوبی نشان داده میتوانند.
- (b) اعتلان حوصلی با اعتلان شانه: - جوف ابط بسته و اضلاع، اعتلان شانه را مشخص میسازند. تشخیص تفریقی بین پا و دست با ساس کوچک بودن اندازه پنجه ها، موجودیت کوری پا و شصت پا که نمیتواند به حالت تبعد آورده شود، صورت میگردد.
- (c) اعتلان طفل انانسیفل میتواند با اعتلان حوصلی مغالطه شود، که درینحالت یک گنبد نرم و غیر منظم با اشتراک پولی هیدرامنیوس تشخیص را وضع میکند.

تدابیر و اهتمامات

• در دوران حاملگی

معمولاً اهتمامات عادی دوران حاملگی تا هفته ۳۴ به امید اینکه تدور بنفسه انجام شود در نظر باشد.

• تدور خارجی رأسی (External Cephalic Vertion)

طفل تا هفته های ۳۴ حاملگی تمایل دارد که به تدور معروض گردد، اگر به ناکامی مواجه گردید به تدور خارجی رأسی توجه شود. بدین معنی که با دستکاری (Manipulation) از سر بطن برای تغییر اعتلان اقدام شود. اصلاح اعتلان نباید خطر حیایت طفل را بلند ببرد.

• پروسیجر یا میکانیزم اجرای عمل

(۱) به اندازه گیری دقیق وضعیت جنین توجه گردد.

(۲) قلب جنین شنیده شود.

- ۳) ضجرت مادری با تشریح و اطمینان دادن بوی برطرف گردد.
- ۴) زانوها خفیفاً به حالت قبض برای استرخای بیشتر بطن درآورده شوند.
- ۵) حوصله جنین را از حوصله مادر بیرون آورده و توسط یک دست محکم گرفته و با دست دیگر رأس جنین فشار داده شود تا وضعیت قبض، بیشتر تزايد یابد. فشار ثابت، منظم و دوامدار لازم است تا رأس جنین بالای Brim حوصله آورده شود. حفظ حالت Flexion طفل ادامه یابد.
- ۶) قلب جنین بعد از تدور شنیده شود.
- ۷) خونریزی مهیلی چک گردد.

مضاد استطببات

- ۱) فرط فشار قلبی و یا فرط فشار ناشی از حاملگی.
- ۲) ندبه سزارین قلبی.
- ۳) ابنارمیلیتی ولادی طفل مانند هیدروسیفیل و غیره.
- ۴) خونریزی دوران حاملگی.
- ۵) تضیق حوصله.
- ۶) اولیگو هیدرامنیوس و پولی هیدرامنیوس.
- ۷) حمل های چند گانه.
- ۸) طفل طوری معلوم شود که جوف رحم را پر کرده است.
- ۹) چاقی زیاد.
- ۱۰) خانم های مسن اول باری.
- ۱۱) تأخر در رشد داخل رحمی جنین (رشد جنین از سن حاملگی کمتر باشد).
- ۱۲) جیب تمزق نموده باشد.
- ۱۳) مادرهای Rh منفی.
- ۱۴) وقتی که ولادت با عمل C.S نظر به اسباب اشتراکی دیگر پلان شده باشد.

خطرات

- ۱) شروع ولادت قبل از وقت.
- ۲) تمزق قبل از وقت جیب با پرولاپس حبل سروی.
- ۳) انفصال پلاستنا.
- ۴) تدور حبل سروی، انوکسی و مرگ داخل رحمی جنین.
- ۵) ندرتاً تمزق رحم.

- ۶) خونریزی های Trans Placental که با حساس شدن Rhesus همراه است.
 انسستری عمومی نباید داده شود، زیرا ریسک مادر و جنین را زیاد میسازد.
 a) استعمال قوه زیاد برای تدور تحت انسستری اختلاطات را فوق العاده بلند میبرد.
 b) انسستری زجرت مریضه را زیاد میسازد.
 c) انسستری عمومی مورتالیتی مربوط به خود را دارد.

مکانیزم ولادت

قطر Bitrochanteric به قطر منحرفه حوصله مادر در حالیکه وجه ظهري آن به قدام و یا قدامی وحشی قرار دارد تثبیت میشود. حوصله طفل وارد حوصلهء مادر گردیده و تند و در داخلی انجام می یابد. قطر Bitrochanteric طفل به شکل سهمی یا قدامی خلفی در جوف حوصله مادر قرار میگیرد. درین اعتلان قبض وحشی جذع جنین انجام میشود و کفل قدامی آن ابتداء ظهور میکند. این حرکت قبض وحشی از اثر انحنای قنات ولادی سازماندهی میشود

اهتمامات و تدابیر ولادت

مریضانی که اعتلان Breech دارند، باید همیشه در شفاخانه ولادت نمایند.

• صفحه اول ولادت

- ۱) استطباب سزارین سکشن با موجودیت استطبابات جزئی دیگر آزادانه گذاشته شود. مانند: درجه خفیف عدم تطابق رأس و حوصله، پریماچوریتی، فرط فشار خون، پلاستا پریویای درجه یک، سابقه ولادی خراب، حمل اول باری مسن، سابقه عقامت، دیابت شکر، عدم نظم در فعالیت رحم، طولانی شدن صفحہ اول ولادت و یا ناکامی در پائین شدن حوصله طفل در صفحہ دوم ولادت و غیره.
- ۲) ابنارملیتی در جنین و یا حوصله مادر باید رد گردد.
- ۳) تدابیر و اهتمامات صفحہ اول ولادت مانند اعتلان رأسی در نظر گرفته شود.
- ۴) به مجرد تمزق جیب معاینه مهبل برای رد پرو لابس سروی انجام گردد.
- ۵) مریضه به حالت دراز کشیده در بستر برای محافظت از تمزق قبل از وقت جیب قرار داده شود.
- ۶) تجویز مسکنات آزادانه انجام شود.
- ۷) از طریق دهن، غذا و مایعات داده نشود.
- ۸) ولادت بسیار زیرکانه تحت نظر و مراقبت قرار داشته، هر نوع عدم پیشرفت و ظهور ضجرت نزد مادر و جنین مورد توجه باشد.



• صفحه دوم ولادت

- ۱) صفحه دوم ولادت با ظهور حوصله صرف هنگامیکه سرین قدامی در Vulva ظاهر شود بمیان می آید. اما شاید ظهور حوصله در Vulva قبل از توسع تام عنق بملاحظه رسد، که این ولادت رأس را بعداً به مشکل مواجه میسازد.
- ۲) معاینه مهبل برای اطمینان از توسع تام عنق باید اجرا گردد و احساس ترس مریضه قبل از توسع تام عنق باید پائین آورده شود.
- ۳) در هنگام ولادت یک انستزیست و یک داکتر اطفال باید موجود باشد.
- ۴) مریضه به وضعیت Lithotomy هنگامیکه مقعد و یا سرین خلفی نمودار شد جابجا شود.
- ۵) بعد از تطبیق انستزی لوکال باید اپیزوتومی هنگامیکه سرین قدامی ناحیه عجان را متبارز میسازد، اجرا گردد. چون انستزی Pudendal block تسهیلات بیشتری را اگر به مانپولیشن ضرورت افتد، فراهم میآورد، لذا ترجیح داده میشود.

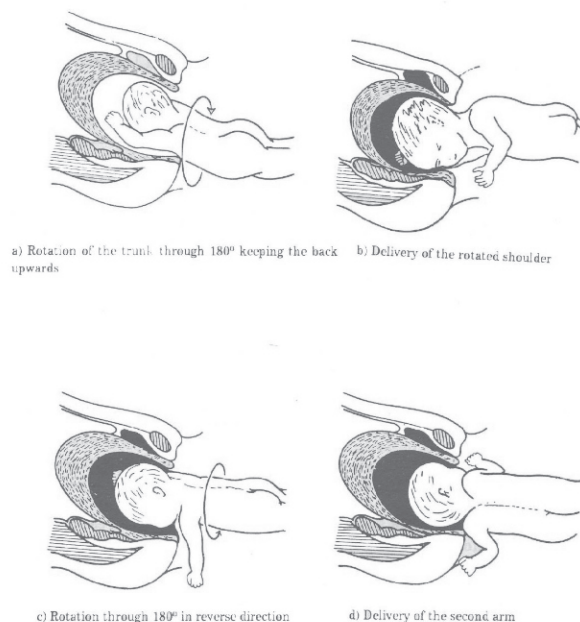


Fig.23. Lovset's manoeuvre

- ۶) تا ظهور سره، بالای جنین هیچگونه مداخله و تماسی نباید انجام شود. اگر پاها به حالت بسط (Frank Breech) باشند، باید به پروسه ولادت توسط زور زدن مادر و تقلصات رحمی بدون کمک اجازه پیشرفت داده شود.

در Frank Breech به عدم تثبیت (desengagmente) ضرورت احساس میشود و در Complete Breech ممکن خروج بآسانی صورت گرفته و نبضان حبل سروی مشاهده گردد. ندرتاً فشار جدارهای حوصله بالای Cord شاید سبب تولید Spasm در او عیه آن گردیده و باعث معدوم شدن نبضان حبل سروی گردد که مداخله عاجل را ایجاب میکند.

۷) حلقه (Loop) حبل سروی به طرف پایان کش گردد.

۸) وجه ظهري جنين هميشه بايد قدامی نگاه شود.

۹) يك اسيستانت بايد دست خود را بالای غور رحم بمقصد احساس تقلصات نگه داشته و نزول رأس را تعقيب کند.

۱۰) هنگامیکه زاویه سفلی عظم کتف نمایان شد، بازوها دریافت کردند و اگر آنها قات خورده بالای صدر باشند، میتوانند هموار ساخته شوند.

۱۱) اگر بازوها به حالت بسط باشند به مانوره Lovest's ولادت داده شوند. بدین معنی که جنین در حذای حوصله توسط دو دست محکم گرفته شود (شصت ها به طرف سکروم و انگشتان به طرف علوی) به زاویه ۱۸۰ درجه با ترکشن متوسط دور داده شده و وجه ظهري آن بطرف علوی حفظ شود. با این مانوره شانه خلفی جنین به قدام در زیر ارتفاق عانه آورده میشود. شانه قدامی که از Brim حوصله بیرون بود، داخل جوف حوصله میگردد. جنین کاملاً به زاویه ۱۸۰ درجه به جهت مخالف و وجه ظهري آن قداماً تثبیت گردیده و شانه بآسانی ولادت داده شده میتواند. میتود قدیمی برای ولادت این نوع Position دخول دست در مهبل است ولی چون این مداخله در داخل انجام میشود، خالی از ترضیضات و جروحات نمیشود.

۱۲) دخول رأس در داخل حوصله ممکن است سبب فشار بالای حبل سروی گردد، که ایجاب می نماید هر چه زودتر تا ظرف کمتر از ۱۰ دقیقه بعد از دخول رأس به حوصله ولادت قطعاً انجام گیرد.

۱۳) به طفل اجازه داده شود که بصورت آویزان با وزن خودش بمقصد يك Traction خفیف در جهت محور حوصلی برای تشویق بیشتر Flexion رأس تا زمانیکه موی ها آشکار شود باقی مانده و بعداً با فشار نرمی که از بالای ارتفاق عانه، بالای رأس وارد میگردد، ولادت رأس کنترل گردد.

۱۴) پاهای طفل به طرف علوی باندازه کافی بمقصد تطبیق فورسپس گرفته شود. از اسيستانت خواسته شود که پاها را بلند بگیرد و از Wrigley's (Out let) فورسپس استفاده گردد. این وتیره فشار بالای رأس طفل را رفع نموده و ولادت رأس را کنترل میکند.

۱۵) اگر ضرورت به تطبیق انستری گردد، انالجزیک انتقالی مانند Epidural Analgesia ترجیح داده میشود.

میتود دومی برای ولادت رأس عبارت از مانوره Marshal میباشد. در این میتود برای طفل اجازه داده میشود، تا به حالت آویزان به وزن خود به مقصد تشویق قبض قرار گیرد. پاهای طفل بسیار بملاصحت بدون اعمال قوه گرفته شده طفل به طرف عظم عانه مادر به شکل قوسی آورده میشود. رأس طفل با حرکت انقباضی ولادت داده میشود. دست چپ به مقصد جلوگیری از پارگی عجان و خروج آنی رأس در ناحیه عجان قرارداده میشود. دهن و بینی طفل هر چه زودتر باید سکشن و از افرازا پاک گردند.

از میتود سومی هنگامیکه رأس به قطر عرضانی خود در Brim حوصله قرار گیرد استفاده میشود، که بنام Mauriceau Smellie & Veit Manoeuvre (قبض مفصل و ترکشن شانه) یاد میشود. درین میتود، دست چپ داخل مهبل در عقب صدر گردیده و انگشت سبابه داخل دهن طفل به مقصد تولید قبض میگردد و جسم طفل بالای بازو قرارداده میشود و دست راست بالای وجه خلفی طفل تا حدای شانه بحدیکه دو انگشت شصت و سبابه در ناحیه عنق بدو طرف به شکل منحنی آورده شود که بتواند Traction ترکشن را اعمال کند، پیش برده میشود. قبض رأس باید تا پائین آمدن رأس در حوصله حفظ شده و بعداً تدور داده شود، تا اینکه عنق در زیر ارتفاع عانه قرار گیرد. با گذاشتن طفل بالای بطن مادر ولادت مکمل می گردد.

Breech Extraction

جنین بدون هیچگونه کمک از مادر تولد میشود. عنق باید توسع تام داشته و مایع فراوان برای مانیولیشن داخل رحمی باید موجود باشد، رحم باید کاملاً استرخاء داشته و عملیه تحت انستزی عمومی انجام شود. Breech.Extraction در اطفال وزنین و بزرگ نباید انجام شود. بعباره دیگر در طفلی که وزن زیاد دارد ازیمن و تیره کار گرفته نشود و هم در موجودیت Scar رحمی هیچگاه نباید Breech.Extraction انجام شود، خصوصاً در کثیرالولاده ها، از سبب خطر تمزق رحمی و هم در اطفال کم وزن Small For Date و پریماتور از سبب خطر ترضیضات بالای Occiput و تخریبات داخل دماغی نباید Breech.Extraction اجرا گردد. حوصله باید توسع کافی داشته، مثانه حتماً تخلیه شده و عنق توسع کاملاً تام داشته باشد. استطباب آن برای طفل دومی دو گانگی ها، ضجرت جنینی، ضجرت مادری، پرولابس حبل سروی و Impact Breech هنگامیکه تقاضای ولادت فوری در نظر باشد گذاشته شده، اپیزوتومی وسیع انجام گردد. تمام دست داخل مهبل گردیده، حوصله طفل را از جوف حوصله مادر بطرف بالا بیجا گردانیده و پای قدامی ابتدا با فشار بالای Fossa Poplitea و دور ساختن ران ها پائین آورده شود

Pinard's Manoeuvre

با فشار بالای Fossa Poplitea زانورا قبض و پای را پائین آورده میتوانیم. پای خلفی هم به عین شکل میتواند پائین آورده شود. نبضان کورد باید مد نظر باشد، زیرا فشار بالای کورد سبب اسپرم اوعیه آن

میگردد. بازوها جس گردند اگر بالای صدر قات شده باشند، باید ولادت داده شوند، جسم بطرف پائین به حالت آویزان برای ایجاد کشش بیشتر به محور حوصلی گذاشته شود. رأس با مانوره Burns Marshall ولادت داده شود.

به هر صورت اگر ولادت Breech در ظرف ۱۸ ساعت خاتمه نیابد C.S اجرا گردد و هم در واقعات پلاستتا پریویا و پرولاپس حبل سروی در عنق ناتام همراه با اعتلان Breech باشد، اجرای C.Section امر حتمی است. ارگومترین هنگامیکه رأس در حال ولادت است هر چه زودتر بصورت I.V، جهت جلوگیری از خونریزی باید داده شود.

انذار

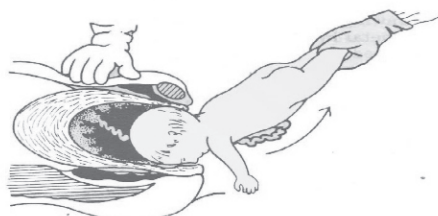
• نزد طفل

- در اعتلان حوصلی مورتالیتی و موربیدیتی جنین نظر به ولادت اعتلان رأسی بلندتر است. در یک ولادت به ترم غیر اختلاطی Breech، فیصدی وفيات طفل به ۳٪ میرسد، که مربوط است به:
- (۱) جروحات داخل قحفی مانند، پاره شدن خیمه (Tentorial)، هموراجی داخل قحفی، جروحات وارده بالای رأس آخر ولادت شده، که از اثر فشار آنی، سریع و قبض خراب رأس و کم بودن مدت لازمه برای Moulding آن و غیره بمیان می آیند.
 - (۲) Hypoxia و اسیدوز، یا از اثر فشار بالای حبل سروی و یا از اثر کشش رحمی که سبب انفصال پلاستتا قبل از تولد رأس جنین میگردد، بمیان می آید.
 - (۳) پرولاپس حبل سروی ممکن است سبب Asphexia گردد.
 - (۴) دیگر جروحات عبارتند از شکستن عظم قص، فخذ و عظام قحفی.
 - (۵) ترضیضات و جروحات به احشای بطنی مانند کبد و طحال.
 - (۶) تدور خارجی رأسی هم ممکن است خطر حیاتیات جنین را بلند ببرد.

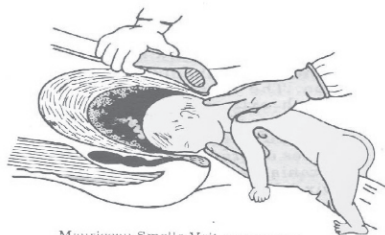
• نزد مادر

وفیات و معیوبیت نزد مادر هم تزايد می یابد بدلائل ذیل:

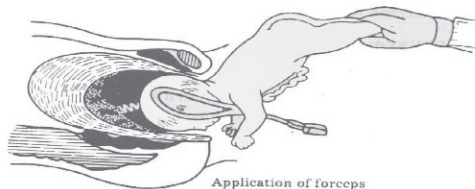
- (۱) مداخلات.
- (۲) خونریزی ها.
- (۳) Shook.
- (۴) انستزی.
- (۵) انتانات مؤخر.
- (۶) پاره گی های کانال ولادی.



Burns-Marshall manoeuvre



Mauriceau-Smelle-Veit manoeuvre



Application of forceps

Fig.24 Various methods for delivery of
aftercoming head



قرارهای مستعرض و منحرفه (Transvers & Oblique Lie)

اعتلان شانه (Shoulder Presentation)

تعریف

هنگامیکه طفل با محور طولانی اش به شکل منحرفه و یا عرضانی به محور طولانی رحم قرار گیرد، گفته می شود که اعتلان منحرفه و یا عرضانی است و شانه عضو معتلنه است. توضیح و تشریح درست قرار منحرفه به این معنی است که محور طولانی طفل بصورت مستقیم با محور عرضانی رحم قرار ندارد. ندرتاً وجه ظهري و یا بطن طفل عضو معتلنه را میسازند. اعتلان های منحرفه و مستعرض بیشترین خطرات را در اعتلانات معیوبه برای جنین بار می آورند.

وقوعات

در حدود 1/250 واقعه حاملگی تصادف شده و به خانم های اول باری معمول نیست.

اسباب

اسباب شاید مادری، جنینی و یا غیر مشخص باشد

• مادری

- ۱) در کثیرالولاده ها از اثر رحم و جدار بطن شل و نرم، اگر رحم بزرگ و کم تون (Poor tone) بوده و یا شدیداً متوسع باشد، قرار مستعرض امر مطلوب و دلخواه آن است.
- ۲) تضیق حوصله .
- ۳) دو گانگی ها.
- ۴) پلاستنا پریویا در حدود ۵٪ وقایع مسئول عارضه است . بعضی اوقات غرس پلاستنا در غور رحم هم باعث قرار مستعرض میگردد.
- ۵) پولی هیدرامنیوس .
- ۶) تومورهای حوصلی خصوصاً فیبروم های که در عنق و یا سگمنت سفلی توضع دارند.
- ۷) انومالی های رحمی مانند رحم حجاب دار و غیره.

• جنینی

- ۱) اِنارملیتی جنینی.

۲) پریماجوریتی.

۳) مرگ داخل رحمی جنین.

۴) نقایص Spina یا ستون فقرات مانند Scoliosis و غیره.

• Unknown یا اسباب نامعلوم

در یک تعداد از وقایع سبب مشخصی دریافت نمیگردد.

وضعیت (Position)

رأس طفل در یکی از حفرات Iliac جس میشود. وجه ظهری به شکل منحرفه در Brim حوصله بالاتر و یا پائین تر از سره قرار میگیرد و حوصله جنین بعضاً از سویه سره آن بلندتر جابجا شده است.

۱) Dorso-Anterior:- معمولترین شکل آن میباشد که قرار وجه ظهری جنین به تماس جدار بطن

مادر است.

۲) Dorso-Posterior:- وجه ظهری جنین به تماس جدار خلفی بطن مادر است.

۳) Dorsa Superior: قرار وجه ظهری جنین بلندتر از سره است.

۴) Dorsa Inferior: وجه ظهری جنین پائین تر از سره قرار میگیرد.

تشخیص

A- در جریان حاملگی

۱- با تفتیش:- رحم مستعرضاً وسیعتر و پهناتر نظر به حالت نارمل قابل مشاهده است ، ارتفاع

غور رحم کمتر از سن امینوره مریضه است.

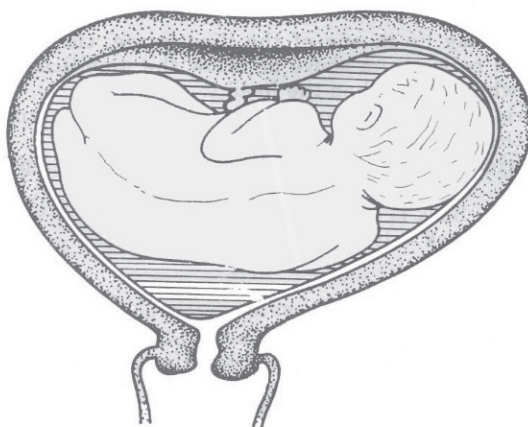


Fig.25 Transverse lie

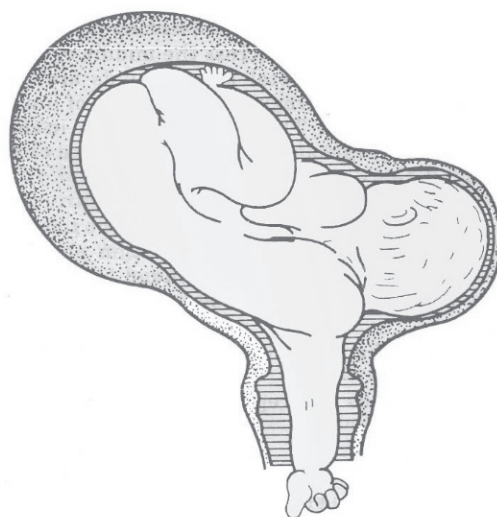


Fig.26 Neglected transverse lie

۲- با جس:- رأس مدور بخوبی در یک حفرهء حرقفی و حوصله نرم و غیر منظم در حفرهء حرقفی طرف مقابل جس میگردد(بعضی اوقات به سویه بلند تر از سره). عدم موجودیت عضو معتلنه در Brim حوصله واضح بوده و در وضعیت Dorso Anterior وجه ظهری جنین با قسمت متوسط بطن مادر یک اتصال را نشان میدهد. صدای قلب جنین معمولاً از سره به پائین شنیده شده و تبارزات نامنظم اطراف جنین ممکن است در این وضعیت جس گردد. هیچ قطب جنینی در غور رحم جس نشده و فوهه in let حوصله ممکن خالی و یا تبارزات شانه و عظم عضد در آن احساس شود.

- ۳- در معاینه مهبل عضو معتلنه ممکن است آنقدرها بلند باشد که آن را جس کرده نتوانیم. از معاینه مهبل تا وقتی که با اجرای سونوگرافی پلاستتا پریویا رد نشده باشد، جداً باید احتراز گردد. تضییق حوصلی و تومورهای حوصلی تا حد ممکن جستجو گردند.
- ۴- با اجرای سونوگرافی، جنین به حالت Oblique دیده شده میتواند.
- ۵- با X-Ray بعد از هفته های ۳۶ حاملگی، جنین بصورت Oblique بخوبی نشان داده میشود.

B- در جریان ولادت

با معاینه مهبل جیب پر و طولانی که متمایل به تمزق مقدم دارد، بخوبی جس میگردد. قبل از تمزق جیب ممکن است یک عضو یا شانه در داخل جیب جس گردد و بعد از تمزق جیب سقوط یک دست یا شانه و یا حبل سروی شاید به وقوع پیوندد. تشخیص اعتلان شانه با دریافت تبارزات Acromion، عظم کتف، جوف ابط، عظم قص و اضلاع مشخص میگردد.

شانه سقوط کرده ممکن است با پا، از اثر متبازتر (Shaper) بودن مفصل شانه نسبت به زانو، تشخیص تفریقی گردد. عدم موجودیت کوره پا، تبعد شصت و طول انگشتان بخوبی تشخیص دست را با پا معین میسازد.

میکانیزم ولادت

اعتلان مستعرض و منحرفه از طریق مهبل بصورت طبیعی ولادت شده نمیتواند. در واقعات استثنائی ممکن است به اعتلان رأسی و یا نادراً Breech اگر طفل خیلی خورد و یا Masseret شده باشد، بصورت بنفسه اصلاح گردد. لاکن بعد از پرولابس شانه این کار انجام شده نمیتواند. ولادت بنفسه در همچو وقایع از اثر دو قات شدن جنین نادراً انجام یافته میتواند.

تداوی

• در جریان حاملگی

- (۱) علت سببی اعتلان مستعرض دریافت گردیده و باساز آن تداوی گردد. C.S در واقعات اختلاطی مانند تومورهای حوصلی، پلاستتا پریویا، تضییق حوصله و غیره امراض اشتراکی با این اعتلان به اجرا گذاشته شود.
- (۲) در وقایعی که سر، بلند تر از سره و سرین پائین تر از آن قرار دارد، نگرانی وجود ندارد. شاید به اعتلان Breech ولادت انجام شود. ولی در وقایعی که سر، پائین تر از سره و بحالت قبض جنبی قرار دارد، پرابلم در ولادت پیش بینی می شود.



- ۳) تدور خارجی رأسی در حدود هفته های ۳۴ حاملگی در صورت که حمل دو گانه، انومالی جنینی، پلاستتا پریویا، تضیق حوصله و پولی هیدرامنیوس با سونوگرافی و یا رادیوگرافی رد شده باشند، میتواند اجرا گردد.
- ۴) برای مریضه توصیه گردد که بمجرد احساس تقلصات و یا تمزق جیب به شفاخانه مراجعه کند. عاجلاً به تدور خارجی رأس مبادرت ورزیده که این عمل شاید با تثبیت شدن رأس تعقیب شود.
- ۵) اگر تدور خارجی رأس به ناکامی انجامید، مریضه تا رسیدن به هفته ۳۸ حاملگی بستر گردیده زیر نظر باشد، تا وقتی که به صفحه ولادت داخل میشود. قرار یا Lie اصلاح گردیده Oxytocin I.V با قطرات تنظیم و بعد از تمزق جیب شروع شود. بدلیل اینکه اگر خانم در خانه به صفحه ولادت داخل شده و یا تمزق قبل از وقت جیب تأسس کرد خطر سقوط جمل سروی زیاد است.
- ۶) اگر امکان آوردن طفل به قرار طولانی میسر نگردد، C.S اقدام بجا است.
- ۷) بعضی متخصصین ولادی به تدور خارجی در هفته های ۳۸ بعد از پاره کردن جیب اقدام نموده با قطرات Oxytocin تحریک را شروع میکنند.

• در صفحه ولادت

- ۱) اگر قرار منحرفه در مراحل مقدماتی ولادت با جیب سالم مشخص شد، بعد از تمزق جیب مبادرت به تدور خارجی رأس نموده، که با شروع تقلصات رحمی وضعیت یا قرار طولانی طفل معمولاً حفظ خواهد گردید.
- ۲) اگر عنق کاملاً توسع نموده و جیب سالم باشد، تحت انستری عمومی بعد از تمزق دادن جیب اقدام به تدور داخلی به شکل Podalic نموده، Breech Extraction اجرا گردد. تدور داخلی هم مورتالیتی و موربیدیتی بلندی برای مادر و جنین دارد.
- ۳) ب تمزق نموده ولی رحم قویاً بالای جنین به حالت تقلص قرار نداشته باشد، به تدور داخلی Podalic اقدام و جنین به اعتلان Breech Extraction تحت انستری عمومی ولادت داده شود.

قرار غیر ثابت

در این حالت عضو معتلنه مریضه در هر دفعه که معاینه میشود، تغییری خورد. اسباب آن شاید Grand Multipareity، پلاستتا پریویا، پولی هیدرامنیوس، تومورهای حوصلی، اینارملیتی ساختمانی رحم و تضیق حوصله باشد.

با اجرای سونوگرافی و رادیوگرافی انومالی های اشتراکی با این اعتلان رد گردند . وضعیت معیوبه هر دفعه با تدور خارجی در کلینیک های Antenatal اصلاح گردد ، خصوصاً اگر با پولی هیدرامنیوس همراه باشد.

تداوی

- (۱) بمریضه اخطار گردد که به مجرد تمزق جیب و یا هر علائم دیگری که به شروع دردها دلالت کند ، فوراً به شفاخانه مراجعه نماید .
 - (۲) در هفته ۳۸ مریضه به شفاخانه بستر و شروع صفحات ولادت به صورت بنفسه به امید اینکه حالت غیر ثابت و اعتلان معیوبه طفل اصلاح گردد ، انتظار برده شود.
 - (۳) تحریک تنظیم شده: خانم باید به بخش ولادی بعد از هفته ۳۸ بستر گردد . تدور خارجی رأسی انجام و اوکسی توسین به شکل انفوزیون شروع شود، تا اینکه تقلصات رحمی بخوبی تأسس کند. معاینه مهبلی اجرا گردد در صورتیکه جیب کش شده بوده و موجودیت Hind water مطرح باشد ، باید با کمتر تمزق داده شود.
 - (۴) سزارین در صورتیکه بعد از تمزق جیب سقوط حبل سروی انجام شد اجرا گردد.
 - (۵) قرار مستعرض مسامحه شده (غفلت شده): رحم از نظر تونوسیتی خویش متقلص است ، جیب بیشتر از ۲۴ ساعت قبل تمزق نموده و طفل مرده است. درینجا بزرگترین خطر ، تمزق در قسمت نازک شده و سفلی رحم با اقدام به هر نوع تدور میباشد . Decapitation تحت انستزی عمومی انجام شود. اول جسم طفل و بعداً رأس آن با گذاشتن انگشتها در دهان وی ولادت داده شود.
 - (۶) اگر قرار مستعرض جنین تا توسع تام عنق دوام نمود ، سزارین سکشن مصئون ترین راه نظر به تدور داخلی Podalic و Breech Extraction که پروسیجرهای شاید خطرناک باشند، میباشد. با دستان غیر ماهر سزارین سکشن حتی با طفل مرده ، نظر به Decapitation ، که یک پروسیجر مشکل بوده و خطرات بلند معیوبیت مادری را در قبال دارد، مصئون تر می باشد . مانیپولیشن داخل رحمی شاید تمزق رحمی را سبب شود ، اگر داکتر نسائی ولادی تجارب کافی نداشت ، سزارین سکشن اجرا گردد. در همچو وقایع به تدور داخلی و Breech Extraction اقدام نگردد.
- طفل مرده: با اجرای Decapitation تحت انستزی عمومی به تعقیب ولادت رأس، جزع ولادت داده شود.

اختلاطات

- ۱) پرولاپس حبل سروی.
- ۲) ولادت انسدادی .
- ۳) انتانات .
- ۴) خونریزی بعد از ولادت (دوره نفاسی).
- ۵) تمزق رحم.

اعتلان وجهی و ابرو

Face and Brow Presentation

تعریف

درینجا رأس بحالت بسط تام و قطر ۹.5 Suboccipito Bragmatic سانتیمتر میباشد. زنج بحیث مشعر یا مخرج قبول شده است.

وقوعات

در ۴۰۰/۱ - ۵۰۰/۱ واقعه اتفاق می افتد.

انواع و اشکال

(۱) ابتدائی:- طفل قبل از شروع دردها با اعتلان وجهی قرار دارد که این خیلی ها کم است.

(۲) رأس در جریان ولادت به بسط کاملاً تام معروض میگردد که این معمولترین است.

اسباب

A- مادری

I- عدم تناسب رأس و حوصله ، حوصله کوچک ، طفل بزرگ و یا حوصله هموار ، معمولاً به وضعیت Occiput post انقباض نشده می انجامد.

هنگامیکه تقلصات رحمی زمینه Deflexion رأس را سازماندهی و تشویق کند ، Occiput نمیتواند در حوصله نزول کند. این معمولاً در حوصله های هموار واقع میشود. خصوصاً اگر وجه ظهري جنین در طرف راست که رحم هم انحناي معمولی طرف راست دارد ، باشد. بسط بیشتر رأس ، منجر به فشار بالای تبارزات عظم Pareital میگردد. وقتیکه رأس موقعیت قدامي دارد وجه و ابروی طفل به عین میکانیزم معروض به بسط ، در هنگامیکه عدم تناسب به بزرگی طفل و همواری حوصله ارتباط داشته باشد ، میگردد.

II- در کثیر الولاده ها از اثر شل بودن بطن این وضعیت بمیان می آید.

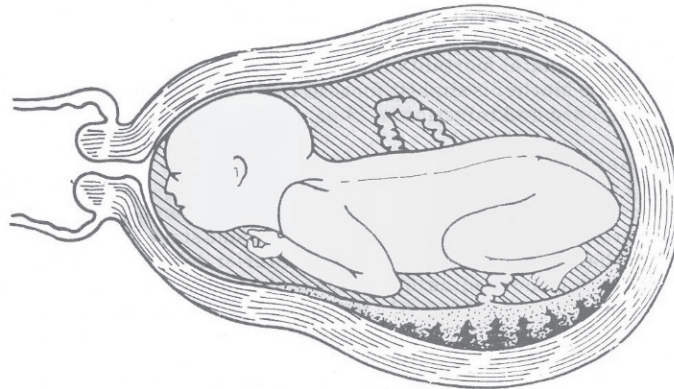


Fig.27 Face presentation

B- جنینی

- (۱) پریماچوریتی .
- (۲) تزايد تون عضلات باسطة طفل عمومي ترين دليل است ، شايد از اثر خرابي توازن بين تون عضلات قابضه و باسطة Spine باشد . تزايد تون عضلات باسطة سبب بسط Spine و رأس گردیده که شايد چندین روز بعد از ولادت هم ادامه یابد .
- (۳) حلقه شدن حبل سروی به گردن طفل.
- (۴) ولادت های زیاد یا کثیرالولاده ها.
- (۵) اناسیفلی (Anencephaly) و تومورهای ولادی عتق جنین .
- (۶) تورم عقدات Thyroid ممکن سبب بسط رأس و اعتلان وجهی گردد.
- (۷) مرگ داخل رحمی جنین .

وضعیّت

زنخ بحیث نقطه شاخص قبول شده و ۴ وضعیّت وجود دارد:

- (۱) Right Mento Post
- (۲) Right Mento Ant
- (۳) Left Mento Post
- (۴) Left Mento Ant

وضعیّت قدامی زنخ بسیار رخ میدهد ، بعبارۀ دیگر این وضعیّت بیشترین وقوعات را میسازد و از وضعیّت Occiput post منشاء میگیرد.

تشخیص

A- در جریان حامله داری

• معاینه بطنی

- ۱) بطن بزرگ معلوم میشود و عظم Occiput از Sinciput بلندتر است .
- ۲) یک خلا یا فاصله بین عضو معتلنه و وجه ظهري طفل بمشاهده میرسد .
- ۳) رأس بلند و فوهه in ILet حوصله خالی معلوم می شود .
- ۴) حوصله طفل متبازر است .
- ۵) تعیین محل شنیدن آواز قلب جنین مشکل است و معمولاً در صدر عین طرف و یا در طرف مقابل Occiput شنیده میشود .
- ۶) اولترا سونوگرافی تشخیص را به خوبی مشخص میسازد .
- ۷) در X-Ray ممکن آخرین درجه بسط عنق را مشاهده و تماس Occiput با وجه ظهري طفل را بینیم .

B- در جریان ولادت

• معاینه مهبل

- ۱) به مشکل ممکن است به عضو معتلنه رسیده بتوانیم، جیب طولانی بوده و تمایل به تمزق مقدم دارد.
 - ۲) رأس، کنار حلقوی دهن، تبارز بینی، چشم ها، مفصل فکی، و کنار علوی جوف حجاج میتوانند مشخص گردند . جس باید به نرمی برای جلوگیری از ترخیصات در چشم ها انجام شود . هرگاه Caput Saccadaneum تأسس کرده باشد، تشخیص اعتلان وجهی با حوصلی مشکل میباشد .
- مشخصات وجه: وجه با فرو رفتگی ها و برجستگی هایش سطح غیر منظم دارد، در حالات مشکوک انگشت برای دریافت گوش ها به علوی پیش برده شود . محیط مقعد ممکن است انگشت را محکم نگاه کند، در حالیکه در کناره لب ها انگشت آزاد است. در Beck's sign فوهه مقعد و تبارزات Ischi در یک خط مستقیم قرار دارند، در حالیکه دهن با عظام عذاری یک مثلث را تشکیل میدهند . باینطریق تشخیص تفریقی وجه و حوصله گذاشته میشود.

انذار

- جنینی: در حدود ۱۰٪ وفیات در دوره Perinatal دارد.
- مادری: مادران خفیفاً بیشتر نظر به حالت نارمل معروض به خطر از سبب مداخلات در ولادت و انتانات میباشند.

میکانیزم ولادت

بسیاری از اعتلالات وجهی، عادی ولادت میکنند. بشرطیکه اسباب و موانع اساسی برای ولادت موجود نباشد. قطر معروض به Engagment عبارت از قطر Sub Mento Bragmatic است (زنخ تا فنتانل قدامی). که از قطر Sub Occipito bragmatic بزرگتر نیست. لکن صفحه دوم ولادت طولانی است. بیشتر از نیم وقایع Mento Anterior بصورت نارمل ولادت میشود و معمولاً ولادت از سببی که Moulding عظام وجه به آسانی صورت نمیگیرد، طولانی تر است. وجه تأثیرات کمی بالای باز شدن عنق دارد، زیرا Moulding مانند عظم Occiput در اعتلان وجهی اجرا نمیشود. تثبیت و نزول رأس با بست زیاد انجام میشود، وقتی که زنخ به سطح حوصله رسید به تدور داخلی بزایه ۱/۸ دایره (زایه ۴۵ درجه) معروض گردیده و ناحیه Sub Mental در زیر قوس عانه جابجا میشود. رأس بعداً با یک حرکت Flexion ولادت میشود. بعد از وقوع برگشت یا Restitution که با تدور خارجی رأسی تعقیب و به اعتلان ورتکس یا رأسی می انجامد.

در وضعیت Mento Posterior به عین میکانیزم ولادت انجام میشود، باستثنای اینکه زنخ در تدور داخلی خود زایه ۳/۸ دایره را (زایه ۱۳۵ درجه) را میپیماید. تدور بنفسه در این وضعیت مشکل بوده و در مراحل اخیر صفحه دوم ولادت انجام میشود. از این سبب وضعیت Mento Posterior ولادت انسدادی را مطرح میکند. این از سببی است که رأس قبلاً معروض به بست کاملاً تام گردیده و بسط بیشتری برای ولادت رأس غیر ممکن است. رأس و صدر در داخل حوصله به شکل سفت و محکم جابجا شده و مداخله بیشتری را برای ولادت ایجاب مینماید، تا با Killand's فورسپس تدور وجه به جلو انجام یابد. اگر اجرای تداوی ناموفق است باید C.S اجرا گردد.

تدابیر و اهتمامات

۱) اگر ولادت به تأخیر افتاد مداخله استطبیب دارد. اگر این تأخیر در صفحه اول ولادت با وجود دردهای مناسب رخ دهد، احتمالاً از سبب وضعیت Mento post است، که تداوی آن C.S میباشد.

۲) اگر قبل از شروع ولادت تشخیص شده باشد، دلایل آن دریافت و به اساس آنها تداوی شود. مثلاً در تضیق حوصله، C.S و برای اطفال معیوب، ولادت مهبلی پیشنهاد میشود.

۳) اگر هیچ انومالی دریافت نشد، پیش برد ولادت مهبلی تحت مراقبت جدی اجازه داده شود. در اعتلان وجهی Mento ant باستثنای اینکه صفحه دوم ولادت طولانی تر است، ولادت نارمل صورت گرفته میتواند. اگر چه تثبیت (Engagment) قطر Sub Mento Bregmatic نظر به اینکه Moulding عظام وجه به تناسب Occiput واقع نمیشود، آسان نیست. C.S انتخابی باید نزد خانم های اول باری مسن و یا حمل های پریها و هزینه بردار صورت گرفته است، اجرا گردد.

- ۴) وضعیت Mento post آنقدر دلخواه و مطلوب نیست، لکن تدور قدامی به تعقیب ولادت بنفسه معمولاً انجام می یابد. ناکامی در تدور سبب دوام دار شدن وضعیت Mento Posterior شده و منجر به ولادت انسدادی میگردد، که باید با فورسپس Kielland's در تدور آن اقدام گردد.
- ۵) بسیاری از وقایع ممکن است در صفحه دوم ولادت مراجعه کنند. ولادت نارمل و یا فورسپس انجام میشود (زنج در قدام قرار دارد).
- ۶) تدور (با دست یا با Kielland's فورسپس) در حدود ۴۰-۳۰٪ وقوعات Mento post تدور بنفسه نمیکند و ضرورت به اجرای مانیپولیشن یا فورسپس Killand's برای تدور قدامی زنج احساس میشود.
- ۷) Rectification یا اصلاح: اگر تدور امکان نداشت، عملیه اصلاح سازی تحت انستزی عمومی طوریکه عضو معتلنه به طرف بالا در Brim حوصله تیل و با دست بیرونی یا خارجی بالای رأس برای تغییر رأس از اعتلان وجهی، به اعتلان رأسی قبض ایجاد گردد. Thorn's Manoeuvre به اجرا گذاشته شده و بعداً و تیره ولادت با فورسپس خاتمه یابد. اگر تجارب لازم در اجرای عملیه موجود نبود و یا اینکه عملیه اصلاح موفق نگردید، بهتر است C.S اجرا گردد.
- ۸) در وقایعی که از اثر غفلت و مسامحه وضعیت Mento Post دوام نموده و رأس در عمق حوصله فشرده شده و طفل مرده است، از طریق جوف حجاج عملیه پرفوریشن و تخلیه انجام شود.

اعتلان ابرو (Brow Presentation)

تعریف

رأس بین قبض و بسط قرار دارد، بعبارۀ دیگر در یک حالت بین البینی بین قبض و بسط میباشد. طولانی ترین قطر آن Mento Vertical بوده ۱۳.۵ سانتیمتر میباشد. این وضعیت نامطلوب ترین شکل ولادت رأسی بوده و امکان ولادت مهملی قطعاً موجود نیست.

وقوعات

در ۱/۱۵۰۰ ولادت امکان دارد.

اسباب

اسباب آن شامل آنهائی است که اعتلان وجهی را سبب میشوند، ولی دلیل بسط قسمی رأس مشخص نیست. بسط رأس قبل از ولادت را بنام Primary و در جریان ولادت را بنام Secondary میگویند. دو شکل بسط ثانوی یا Secondary Extention وجود دارد. یکی در سویۀ Brim علوی حوصله و دیگری در سویۀ سفلی حوصلی (داخل حوصله). اگر Brim حوصلی متضیق باشد، نزول قطر بزرگ

Bipareital در آن غیر ممکن است و قسمت های تنگ یا باریک قدامی رأس ممکن است در داخل حوصله کمی نزول کنند. لذا رأس قسمی حالت انبساطی را به خود میگیرد. همچنین مشابه به آن در یک تعداد وقایع وضعیت Occiput post قسمت وسیع و بزرگ نهایت رأس ممکن است توسط Sacral bay متوقف گردد. در حالیکه Sinciput نزول کرده و بسط رأس در جوف حوصله انجام شده است. این پروسه تنها در اطفال کوچک واقع شده می تواند و بس.

دوام اعتلان ابرو خوشبختانه نادر است. اگر رأس جنین اندازه نارمل داشته باشد، به طویل ترین قطر خود ۱۳ سانتیمتر میتواند Brim حوصله نارمل را عبور کند، ولی تثبیت شده نمیتواند. در یک جنینی که اندازه متوسط وزن را داشته باشد، این تیره منتج به ولادت انسدادی می شود. هر چند هنگامیکه رأس به تناسب حوصله کوچک باشد، ممکن بطرف پائین به داخل جوف حوصله رانده شده و به شکل اعتلان ابرو (Brow) ولادت شود. در اعتلان ابرو، رأس در اثر فشار قطر Mento Vertical و افزایش قطر Occiputofrontal شدیداً به Moulding معروض میگردد.

تشخیص

A- در جریان حاملگی

- ۱) در معاینه بطنی رأس غیر تثبیت شده با قطر بزرگش مشخص میگردد.
- ۲) اولتراسونوگرافی اعتلان ابرو را مشخص میسازد.
- ۳) X-Ray تشخیص را وضع میکند و هم اندازه جنین و سوء اشکال آنرا نیز معین میسازد.

B- در جریان ولادت

وقتیکه تشخیص معین شد باید تضیق حوصله رد گردد. در بسیاری از وقایع تا شروع دردهای ولادت تشخیص صورت نمیگیرد و در بسیاری از واقعات هم تا انجام ولادت تشخیص نمی شود.

تدابیر و اهتمامات

- ۱) اگر قبل از شروع دردهای ولادت تشخیص گذاشته شد، ولادت نارمل اجازه داده شود. رأس ممکن بعد از شروع تقلصات معروض به قبض یا بسط گردد و ولادت به صورت نارمل با اعتلان وجهی و یا Vertex انجام یابد.
- ۲) مانوره Thorns بمقصد اصلاح Vertex همراه با شصت دست بر خلاف عظم Occiput میباشد که فشار باید بالای قسمت قدامی آن بمقصد قبض تام وارد کرده شود.
- ۳) اگر بعد از شروع دردها و یا تمزق جیب تشخیص صورت گرفت، تداوی آن عبارت از C.S عاجل مریضه است.

۴) اگر عنق کاملاً تام و یا نزدیک به تام باشد، از اصلاح کردن رأس با دست به اعتلان وجهی و یا قحفی هر کدام که آسانتر باشد، استفاده نموده و بعد از دخول رأس به حوصله ولادت با فورسپس خاتمه یابد.

۵) اگر طفل مرده باشد، پرفوریشن در نظر گرفته شود ولی میتواند خطر آفرین باشد.

۶) اگر رأس بلندتر از Brim حوصله قرار داشته باشد C.S مصئون ترین راه است، حتی اگر طفل مرده باشد.

انذار

عواقب خطرناک برای مادر و طفل داشته و بیشتر به نوع مداخله ارتباط دارد.

اعتلان های حبل سروی و پرولاپس حبل سروی Cord Presentation Cord prolapse

تعریف

اعتلان کورد :- نزول و یا همسویه بودن حبل سروی را با عضو معتلنه در جیب سالم گویند.
پرولاپس حبل سروی:- هرگاه بعد از تمزق جیب حبل سروی پائین تر و یا همسویه با عضو معتلنه قرار گیرد. این اصطلاح بکار برده میشود.
Occult Cord Prolapse (پرولاپس حبل سروی مخفی):- هرگاه حبل سروی در پهلوی رأس طوری قرار گیرد ، که با معاینه مهملی دریافت شده نتواند گفته میشود و این زمینه ضجرت جنینی را فراهم میآورد.

وقوعات

از -۴۰۰ / ۱ - ۳۰۰ / ۱ ولادت ها.

اسباب

A- مادری

- ۱) هر عاملیکه بتواند از تثبیت صمیمانه عضو معتلنه در قسمت سگمنت سفلی رحم جلوگیری نموده و در نتیجه قطع Fore Water گردد . سبب پرولاپس حبل سروی شده میتواند . در خانم های کثیرالولاده نسبت به اول باری ها بیشتر دیده میشود .
- ۲) تضیق حوصله :- چون عضو معتلنه در Brim حوصله قرار دارد. در صورت تمزق جیب ممکن است حبل سروی سقوط کند.
- ۳) پولی هیدرامنیوس سبب اعتلان معیوبه از باعث مقدار زیاد آب شده میتواند و با تمزق جیب طناب حبل سروی (Loop) شاید سقوط کند .
- ۴) در پلاستنا پریویا درجه یک و دو از سبب پائین بودن حبل سروی چانس سقوط آن بیشتر است .
- ۵) پلاستنای Batteldore و یا شکل Veallamentosous که حبل سروی از قطب سفلی داخل پلاستنا شده است ، نیز زمینه مساعد برای سقوط دارد .
- ۶) تمزق صناعی جیب در نزد خانم های کثیرالولاده که رأس بلند است.



B- اسباب جنینی

I - تمام اعتلالات و وضعیت های معیوبه مانند:

- ۱) قرار منحرفه و مستعرض در حدود ۲۵٪ وقایع ، با پرولابس کورد همراه اند.
- ۲) اعتلان Breech به خصوص شکل Foot Ling و Compleat آن در ۵٪ وقایع با پرولابس Cord اشتراک دارند . ولی شکل Incompleat Breech معمولاً از سبب که در سگمنت سفلی به خوبی تثبیت شده است ، کمتر سبب پرولابس حبل سروی شده میتواند.
- ۳) در اعتلان ابرو کمتر پرولابس حبل سروی بمشاهده میرسد.
- ۴) در اعتلان وجه مانند همه اعتلالات معیوبه چانس سقوط حبل سروی زیاد است.
- ۵) وضعیت Occiput post اگر رأس به حالت آزاد در Brim حوصله باشد ، تمزق مقدم جیب شاید سبب پرولابس حبل سروی گردد.

II- حمل های چند گانه:- بخصوص اگر طفل اول اعتلان غیر طبیعی داشته باشد .

III- پریماچوریتی و طفل های کم وزن و خورد برای سقوط حبل سروی مساعداند .

IV- حبل سروی طویل و نامناسب بعد از تمزق جیب سبب سقوط شده میتواند .

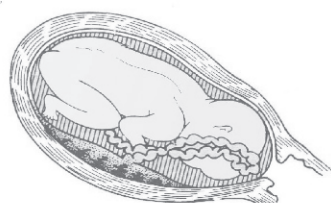


Fig.28 Cord presentation

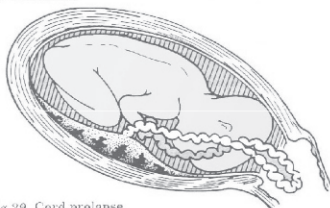


Fig.29 Cord prolapse

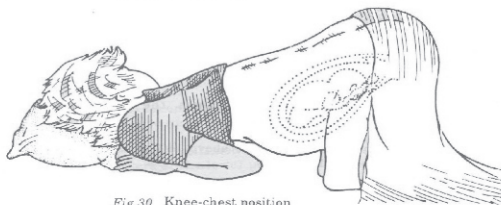


Fig.30 Knee-chest position

لوحه کلینیکی

شاید که:

- (۱) اعتلان معیوبه .
- (۲) عدم تناسب .
- (۳) پولی هیدرامنیوس .
- (۴) حمل های چندگانه .
- (۵) تظاهرات کلینیکی زجرت جنینی .

• زجرت جنینی یا Feotal Distress

- (۱) تزايد حرکات از اثر Anoxia (کم رسی O_2) که حرکات طفل را سریع و بیشتر میسازد .
- (۲) تاکی کاردی جنین (حرکات قلبی بندرت از ۱۶۰ فی دقیقه بلندتر میگردد) و یا برادی کاردی (حرکات قلب کمتر از ۱۲۰ فی دقیقه).
- (۳) ضربانات غیر منظم قلب جنین.
- (۴) عبور میکونیوم از سبب Anoxia از اثر تزايد حرکات معائی و استرخاء معصره مقعدی.

معاینه مهبلی

- اعتلان حبل سروی بسیار کم معمول است ، ضجرت جنینی تا تمزق جیب بملاحظه نمیرسد .
- (۱) عضو معتلنه بخوبی تثبیت نشده است .
 - (۲) قرار غیر طبیعی دریافت میگردد .
 - (۳) طناب حبل سروی ممکن است در عنق رحم و یا مهبل نبضانی جس گردد.
 - (۴) نبضان در اوعیه Cord جس شده میتواند . فعالیت قلب جنین ممکن هنوز هم با وجودیکه نبضان Cord از اثر فشار وارده بالای اوعیه جس نگیرد ، موجود باشد.
- هنگامیکه اعتلان و یا پرولابس حبل سروی تشخیص شد. درجه توسع عنق رحم بدرستی مشخص و علت سببی سقوط حبل سروی واضح گردد . مثلاً دوگانگی ، تضیق حوصله ، اعتلان Breech ، ابرو و وجه و یا قرار مستعرض و غیره.
- هرگاه حبل سروی توسط عضو معتلنه زیر فشار قرار گیرد ، نبضان قلب جنین نامنظم میگردد. سقوط حبل سروی وضعیت شدیداً عاجل و تهدید کننده را برای جنین ایجاد می کند(حتی اگر تحت فشار هم نباشد) . Cord مقابل تنبهاات خارجی خیلی حساس بوده و اوعیه آن معروض به اسپزم میگردد ، که باعث ضجرت جنینی و حتی مرگ آن میگردد.

تشخیص

اعتلان Cord بطور اتفاقی تشخیص می‌گردد و خیلی کمتر از سقوط حبل سروی بملاحظه می‌رسد. حبل سروی از ورای جیب سالم به شکل نبضان دار جس می‌گردد. نبضان در Vesa Previa (اوعیه مقدماتی) که در آن توضع Vellamentosa حبل سروی موجود است، تصالب قسمت Vellamentosa در محلی که جیب فوهه عنق رحم را پوشانده است ممکن است جس شود. اگر حبل سروی عضو معتلنه باشد بطاقت حرکات قلبی جنین هنگامیکه رأس در Brim حوصله تیله می‌گردد، به ملاحظه می‌رسد. لکن این بطاقت شاید در Vasa previa، پلاستا پریویا و حتی عدم موجودیت هیچ نوع انبارملیتی از نتیجه فشار بالای Cord توسط رأس جنین بمشاهده رسد. تمام مریضان بصورت روتین بعد از تمزق جیب بمقصد تشخیص یا رد پرولابس حبل سروی معاینه گردند، تشخیص مقدم حفاظت کننده طفل از خطر خواهد بود.

تدابیر و اهتمامات

اگر طفل زنده باشد یگانه تداوی ولادت عاجل مریض است.

اهتمامات مربوط است به:

- ۱) آیا طفل زنده است یا مرده.
- ۲) درجه توسع عنق رحم.
- ۳) عنق نا تام و طفل مرده.
- ۴) عنق نا تام و طفل زنده.
- ۵) عنق تام چه طفل زنده باشد و چه مرده.

• عنق نا تام و طفل زنده

I- سزارین سکشن فوری و عاجل

در وقایعیکه حبل سروی یا عضو معتلنه بوده و یا سقوط نموده و عنق مکملا توسع نکرده است. بهترین چانس برای زنده گی طفل C.S عاجل و فوری است. حتی ثانیه ها درین وقایع با ارزش و پربها است، اگر جیب سالم باشد تمام جد و جهد بکار برده شده که جیب سالم نگاه داشته شده تا از فشار احتمالی بالای حبل سروی جلوگیری گردد. اگر حبل سروی پرولابس شده از مهبل بیرون نه شده باشد، تمام اهتمامات بکار برده شود که در داخل با گرمی مهبل ذریعه گذاشتن یک Pad در دهلیز حفظ شده و از معروض شدن به سردی که باعث اسپزم اوعیه و در نتیجه زجرت و مرگ جنینی را سبب میشود، جلوگیری گردد. اگر نبضان در حبل سروی جس نگردید، قلب جنین بدقت شنیده شود، زیرا ممکن است جنین حتی تا ۵ - ۱۰ دقیقه بعد از فشار بالای طناب حبل سروی هم زنده مانده بتواند. فشار وارده بالای حبل سروی را میتوان با وضعیت دادن خانم به حالت سجده (Chest Knee Position) که عضو معتلنه را در حوصله نگه

میدارد، برطرف نمود. این یک وضعیت ناراحت کننده برای مریضه است و بیشتر از ۱۰ دقیقه این وضعیت را تحمل کرده نمیتواند و ترجیحاً وضعیت Trendlenburg یا Sim's Position تشدید یافته بالای میز عملیات داده شود. ساده ترین میتود در اثر داخل کردن انگشت در مهبل و بلند نگه داشتن عضو معتلنه از Brim حوصله میباشد که بادرست دیگر عضو معتلنه از بالای ارتفاع عانه به داخل بطن تپله و نگه شود. قسمت پایانی بستر باید بلند برده شده تا به حفظ این وضعیت کمک کند. اینها تنها هنگامیکه مریضه برای C.S آماده میگردد و نبضان کورد هم موجود است باید اجرا گردند. هرگاه قبل از عملیات، قلب جنین بالای میز عملیات شنیده شود، نباید از C.S و طفل مرده در هراس بود.

II- Replacment of the Cord (جابجا کردن حبل سروی)

این میتود صرف هنگامیکه تسهیلات سزارین سکشن در دسترس نبوده و عنق رحم هم توسع تام نکرده باشد توصیه میشود. حبل سروی بسیار به ملایمت توسط گاز معقم پوشانیده شده و به نرمی به طرف علوی عضو معتلنه تپله گردد. به این میتود انداز طفل خوب نیست، زیرا سقوط دوباره حبل سروی و یا اسپرم اوعیه آن متصور است. این معمولاً در حالاتیکه زنده بودن جنین مشکوک باشد، عملی میگردد.

• توسع نا تام عنق و طفل مرده

هیچ مداخله تنظیم نگردد، مگر با تجویز سیداتیف ها اجازه پیشرفت ولادت داده شده و با قطرات Oxytocin عملیه ولادت تسریع گردد.

۱) عنق کاملاً تام:- ولادت مهبل عاجلاً بدون توجه به جابجا ساختن حبل سروی انجام گردد. ولادت با فورسپس در وقایعی که عضو معتلنه رأس باشد، نسبت به Vacuum که وقت بیشتری را در بر میگیرد، ترجیح داده میشود.

۲) در حالتیکه اعتلان Breech باشد. نزد مریضه Breech Extraction انجام شود.

۳) در اعتلان شانه تدور داخلی و Breech Extraction به نمایش گذاشته شود.

۴) اگر رحم متقلص بود، خطر تمزق موجود است، C.S اجرا گردد.

۵) اگر رأس بلند است، فوراً بعد از تمزق جیب Breech Extraction تداوی انتخابی است.

اگر عنق رحم توسع تام نموده باشد، ولادت عاجل انجام شود، زیرا با وجود نبودن نبضان در حبل سروی، چانس زنده بودن طفل موجود است. طفل عاجلاً همراه Endotrachial Tube و اکسیجن احیاء مجدد گردد.

انذار

انذار برای طفل خیلی بد است . در حدود ۲۰٪/ واقعات Stillbirth و مرگ نوزادی را همراه دارد . هنگامیکه عضو معتلنه رأس باشد ، نسبت به Breech و شانه عواقب خیلی خراب تر است ، زیرا احتمال فشار بالای Cord بیشتر است . امکان لغزش Cord از زیر فشار وارده هم موجود است . در سالهای اخیر انذار طفل از اثر C.S آزاد در سقوط حبل سروی اصلاح گردیده و خوبتر می باشد . انذار مادری باستثنای تداوی اختلالات ناشی از آن مانند: دوگانگی ها ، اعتلالات معیوبه ، تضیق حوصله که ایجاب C.S ، Breech Extraction و یا ولادت با فورسپس را مینماید ، آنقدرها بد نمی باشد .

ولادت قبل الميعاد (Prematurity)

تعريف

تولد قبل از هفته ۳۷ جنین را (کمتر از ۲۵۹ روز) با محاسبه از اولین روز آخرین عادت ماهوار و یا وزن پائینتر از ۲.۵ کیلوگرام (۵.۵ پوند) بنام ولادت قبل الميعاد یا پريماچور گویند.

وقوعات

بین ۵-۱۰٪ واقعات را باساز وضعیت اقتصادی، اجتماعی مادران تشکیل میدهد.

اسباب

A-مادری

- ۱) قامت کوتاه:- قد کمتر از 5Feet (۵ فوت)، سوء تغذیه، کار شاقه و خسته کننده، وزن نگرفتن در جریان حاملگی و کشیدن سیگرت در جریان بارداری از فکتورهای مساعد کننده به شمار می روند.
- ۲) فرط فشار خون ناشی از حاملگی و اکلامپسیا :- میومتر بصورت بنفسه در هر دو حالت، هم فرط فشار خون ناشی از حاملگی و هم اکلامپسیا بمقابل Oxytocin زیاد حساس است.
- ۳) خونریزی های قبل از ولادت :- در وقایع انفصال پلاستتا بری جلوگیری از عدم کفایه Cougulation به حمل باید خاتمه داده شود و نیز هنگامیکه پلاستتا پریویا موجود باشد. بمنظور جلوگیری از تشدید خونریزی و یا وقوع دردهای ولادی قبل از وقت باید به حمل خاتمه داده شود.
- ۴) دیابت شکری:- تراید وقوعات پريماچوریتی در دیابت شکری شاید از رشد افزایش سوء اشکال ولادی، بکتیریوریا، پولی هیدرامنیوس، فرط فشارخون ناشی از حاملگی و مرگ داخل رحمی جنین باشد.
- ۵) امراض قلبی:- در امراض قلبی مخصوصاً عدم کفایه احتقانی قلب (C.H.F) که سبب احتقان رحم با خونی که O_2 کمتر دارد، میگردد. پريماچوریتی زیادتیر رخ میدهد.
- ۶) حمل و فیروم:- پريماچوریتی در حمل های که رحم فیروم دارد، خصوصاً فیروم های متعدد و بزرگ از سبب اینکه تراید حجم رحم همگام با رشد جنین بمشکل مواجه میگردد زیادتیر بملاحظه رسیده میتواند.

۷) عدم کفایه عنق رحم:- عدم کفایه ولادی و یا کسبی عنق رحم سبب سقط و یا ولادت پریماچور میگردد.

۸) سوء اشکال ولادی رحم:- در این وقایع طفل قادر نیست که جای مناسب را برای رسیدن به ترم بیابد، لذا واقعات پریماچوریتی بلند مییابد.

۹) انتانات حاد:- از اثر تب بلندی که تولید می شود باعث تنبیه سس Hypothalamus-Pituitary-Adrenal Axis گردیده که منجر به افزایش تحریک پذیری رحم میگردد.

۱۰) شاگ های روحی:- در خانم های که روحاً حساس و هیجانی اند، در تمام اوقات میتواند سبب ولادت زود هنگام گردد.

۱۱) عملیات جراحی بطنی:- از سبب انستزی عمومی ممکن ولادت قبل الميعاد رخ دهد.

۱۲) هایپر تنشن اساسی:- ممکن سبب پریماچوریتی از اثر تأخر رشد جنینی و یا مرگ جنین گردد. باید به حمل خاتمه داده شود، زیرا خطر تأخر رشد جنینی و یا مرگ داخل رحمی موجود است.

۱۳) وضعیت اقتصادی اجتماعی خراب:- سوء تغذیه و یا کار زیاد سبب پریماچوریتی میگردد.

۱۴) فکتورهای جنتیکی:- اینها در یک تعداد خانم های که ولادت های مکرر پریماچور داشته اند، مسئول شمرده میشوند.

۱۵) در خانم های اول باری کمتر از سن ۲۰ سالگی.

۱۶) ترضیضات:- ولادت ممکن است بعد از ترضیض مستقیم بالای رحم انجام شود و ندرتاً هم ترضیضات در عملیه تدور خارجی سبب پریماچوریتی میگردد.

۱۷) توپر کلوز:- از سبب انیمی ناشی از توپر کلوز، پریماچوریتی و دیسماچوریتی بوجود آمده میتواند.

۱۸) سفلیس:- سبب مرگ داخل رحمی و یا پریماچوریتی شده میتواند.

B- جنینی

۱) حمل های چند گانه:- پریماچوریتی در حاملگی های چند گانه امر معمولی است و در حدود بیشتر از ۵۰٪ دو گانگی ها قبل از هفته ۳۸ ولادت میگردند.

۲) پولی هیدرامنیوس:- تأثیرات میخانیکی ناشی از توسع بیش از حد رحم ممکن به علت افزایش تولید پروستاگلندین ها سبب پریماچوریتی گردد.

۳) اینارملیتی جنینی:- کنترول دقیق و بموقع دوران حاملگی در انانسیفل ها مربوط به محور Pituitary Adrenal مییابد، پریماچوریتی در سندروم Potter's معمول است.

۴) عدم توافق فکتور Rh یا Rhesus Iso Immunization:- درین وتیره ولادت قبل از وقت تحریک میگردد و تغییرات حاصله از ذغابات کوریون ممکن سبب ختم حمل قبل از میعاد گردند.

۵) اعتلالات معیوبه :- ممکن سبب تمزق قبل از وقت جیب و ولادت قبل الميعاد گردد.
۶) تأخر رشد جنینی در داخل رحم:- ماندن طفل در رحم بمدت طولانی تر از ميعاد متوقع بیشتر خطر تأخر رشد جنینی و مرگ داخل رحمی را قبال دارد ، لذا حمل به صورت صناعی باید قبل از رسیدن به ترم خاتمه داده شود.

C- پلاستائی

سوء اشکال پلاستئا مانند پلاستئی Circumvallata و دخول حبل سروی به شکل Battledore سبب عارضه شده میتواند .

D- اسباب نامعلوم

تشخیص

تشخیص ولادت پریماتور به اساس موجودیت تاریخچهٔ تقبضات دردناک قابل اعتماد نبوده و همچنان معاینه مهبل جهت دریافت توسع عنق به نسبت خطر مداخله اتانات توصیه نمیگردد.
تشخیص تمزق جیب که ولادت پریماتور را در قبال دارد با مشاهده لیکاز مایع امنیوتیک در مهبل گذاشته میشود و همچنین باید که لیکاز مایع امنیوتیک از ادرار، افرازات وافر عنق رحم و اکزودات انتانی تفریق شده و عنق رحم با اسپیکولوم معقم جهت دیدن لیکاز مایع امنیوتیک معاینه گردد.

تحقیق و جستجو (Investigation)

۱) Nitrazin Paper Test :- باساس اندازه گیری PH مایع مهبل عیار شده است. PH مایع مهبل

در حاملگی بین ۵.۵- 5.4 بوده در حالیکه PH مایع امنیوتیک از ۷.۵-۷ فرق میکند .

۲) Nileblue Sulfate Test :- این تست به اساس اینکه مواد لپیدی در حجرات جنینی در دوران

های مختلف پختگی ظاهر میگردند عیار شده است ، این حجرات وقتیکه با Nileblue Sulfate

0.1% معامله گردند ، رنگ نارنجی را به خود میگیرند . این تست قبل از هفته ۳۲ حاملگی غیر

قابل اعتماد است و در سن ۳۶ هفتگی در حدود ۱۰٪ حجرات رنگ نارنجی را اختیار نموده و در

سن 38- ۴۰ هفتگی یک تراید سریع و شدید در آن بملاحظه رسیده و ۵۰٪ حجرات میتوانند رنگ

نارنجی را بگیرند .

لوحه کلینیکی

۱) وزن طفل کمتر از ۲.۵ کیلوگرام و سن حاملگی کمتر از ۳۷ هفته باشد .

۲) طول سر تپاشنهء پا (Crown Heel Length) کمتر از ۴۷ سانتیمتر و محیط Occipato

Frontal کمتر از ۳۳ سانتیمتر باشد.



- ۳) چربی تحت الجلدی تنک و پراکنده ، منظره جلد را سرخ رنگ ساخته ، جلد نازک بوده ، بآسانی چمלק شده و لاغر جس میشود .
- ۴) شصت پا و انگشتان از حد معمول درازتر اند .
- ۵) اشعار نفیس Lanogu به مقدار فراوان خصوصاً در سطوح باسطه موجود اند .
- ۶) Vernix Caseusa که ترکیبی از مواد Sebaceus میباشد بملاحظه نرسیده و یا کم دیده میشود .
- ۷) عظام قحفی ضعیف ، فانتل های بزرگ و درزهای قحفی متبازر اند . رأس منظره بزرگتر از جسم یا تنه را دارد .
- ۸) گوش ها نرم ، کوچک و به رأس چسبیده اند .
- ۹) خصیه ها ممکن به سفن نزول نکرده باشند .
- ۱۰) شفه های صغیره از اثر رشد خفیف شفتان کبیرتان که شحم کمتر دارند، متبازرتر معلوم میشوند .
- ۱۱) ادرار بمقدار کم افراغ شده و حتی در سه روز اول ممکن هیچ نباشد .
- ۱۲) گریهء طفل خفیف و عاجزانه است .
- ۱۳) ریفلکس های جوشیدن و بلعیدن از سبب انکشاف ناقص عضلات ضعیف اند .
- ۱۴) از سبب کلیرانس بطی محصولات تصبغی ، زردی ممکن بصورت مقدم و عمیق انکشاف نماید .
- ۱۵) تمام حرکات و وظائف بطی ، آهسته و کند اند .
- ۱۶) حرارت عضویت Subnormal ، پائین تر از حد طبیعی و شاید غیر منظم باشند .
- ۱۷) تنفس سریع با حملات Apnea شاید به ملاحظه برسد .
- ۱۸) نوع وضعیت طفل خیلی وصفی است . رانها وسیعاً متباعد بوده و مفاصل زانو و قدم به حالت قبض اند .
- ۱۹) ریفلکس Moro شدیداً وضاحت دارد .
- ۲۰) رادیوگرافی ممکن است مرکز Ossification اطراف سفلی ، فخذ و عظام مکعبی یا Cuboid را نشان داده نتواند .

تدابیر و اهتمامات (Management)

A- وقایه از ولادت پریماتور

- ۱) مراقبت خوب دوران بارداری.

۲) تمام واقعات تهدیدی که شاید به ولادت پریماچور و یا ختم حاملگی بیانجامند، بصورت مناسب تداوی گردند. مانند: پولی هیدرامنیوس، دوگانگی ها، فرط فشار خون اساسی، امراض کلیوی، فرط فشار خون ناشی از حاملگی و عدم کفایه عنق رحم.

۳) با تجویز استرخاء دهنده های عضلات ملساً کوشش گردد که پروسه ولادت (تجویز ادویه سمپاتومیمیتیک) متوقف ساخته شود.

(a) Sulbutamol بمقدار ۵ میلی گرم (۱ میلی لیتر در ۵۰۰ سی سی سیروم دکستروز ۵٪)

با ۱۰ قطره فی دقیقه شروع و بتدریج هر ۱۰-۵ دقیقه، ۵ قطره با آن اضافه ساخته شود، تا هنگامیکه تقلصات قطع گردد و یا اینکه به ۵۰ قطره فی دقیقه برسد. این مقدار هم در هر ۲۰ دقیقه میتواند تا ۸۰ قطره فی دقیقه بلند برده شود. اگر تقلصات توقف نکرد و یا عوارض جانبی مانند سقوط فشار خون، تاکی کاردی، Palpitation و رعشه بملاحظه رسید، مقدار باید کاهش داده شود. از تابلیت ۲-۴ میلی گرم سولبوتامول هم از طریق فمی استفاده شده میتواند.

(b) Ritodrine Hydrochloride: بمقدار ۱۰۰ میلی گرام در ۵۰۰ میلی لیتر گلوکوز

۵٪ علاوه شده و بمقدار ۴ قطره فی دقیقه بصورت انفوزیون وریدی داده شود. در هر ۱۵ دقیقه ۴ قطره علاوه شده تا و قتیکه تقلصات رحمی توقف نماید و یا اینکه حرکات قلب مادر به ۱۳۰ ضربان در دقیقه برسد. این دوا از طریق فمی بمقدار ۱۰-۲۰ میلی گرام هر ۲-۶ ساعت نیز تجویز شده میتواند. Retadrine و Orciprenaline میکانیزم تأثیر مشابه دارند.

(c) Dilatol (Buphenine Hydrochloride): بمقدار ۵ میلی گرام در ۵۰۰ سی سی

مایع دکستروز ۵٪ بصورت انفوزیون وریدی تطبیق گردد. این دوا با غلظت ۹-۵ بصورت I.V مستقیماً نیز تجویز شده میتواند.

(d) Anti Prostaglandine: نهی کننده های پروستاگلندین ها نیز موثر اند. ولی سبب

بسته شدن مقدم Ductus Arteriosus نزد جنین میگردند. این ادویه تا حال تجربوی بوده و توصیه نمیگردند.

۴) استراحت.

۵) سیداتیف ها: - مورفین نباید تجویز گردد، زیرا باعث انحطاط تنفسی میگردد و ترجیحاً

Pathedin داده شده میتواند.

۶) زرق داخل عضلانی Vit K : ۱ ملی گرام برای طفل نوزاد و ۱۰ میلی گرام برای مادر بمقصد وقایه از تشوشات خون دهنده .

۷) زرق عضلی ۱۲ میلی گرام بیتامتازون و تکرر آن بعد از ۱۲ ساعت ، ولادت باید حداقل ۱۲ ساعت بعد از آخرین زرق انجام شود . گفته میشود که این عملیه باعث تولید محصولات Surfactent بمقدار زیادتر گردیده و سبب اصلاح تناسب Licithin بر Sphingomyalin میگردد و فیصدی وفیات طفل را از سبب Hyelin Membrane Disease کاهش میدهد.

B- اجرای عملیه ولادت

۱) مریضه به حالت استراحت در تمام دوران ولادتش بالای بستر قرار داشته باشد . در غیر آن خطر Precipitated Labour مطرح بحث است .

۲) اگر ولادت با توسع عنق شروع شده باشد ، اماله تطبیق گردد .

۳) معاینه مهبل معقم هر چه زودتر بعد از تمزق جیب برای رد سقوط حبل سروی انجام گردد.

۴) از تمزق صناعی جیب و تجویز Oxytocin اجتناب گردد.

۵) حد اصغری انالجزیک ها تجویز شده میتواند.

۶) اگر ولادت به طرف طولانی شدن برود انتی بیوتیک وقایوی تجویز گردد.

۷) بعد از زرق ۱۰-۲۰ میلی گرام لیگنوکاین ۱٪ اپیزوتومی اجرا گردد.

۸) Wergly's Froceps برای وقایه و حفظ رأس از خونریزی داخل قحفی باید انجام شود.

۹) در طفل بریج پریمچور، C.S توصیه میگردد.

اهتمامات طفل پریمچور

۱) حفظ حرارت وجود :- اگر طفل پوشانده باشد حرارت باید ۳۰ درجه سانتیگراد (۸۶ F) باشد و اگر در داخل انکوباتور عریان گذاشته میشود، درجه حرارت باید ۳۵ درجه سانتیگراد (۹۵ F) و حرارت اتاق ۳۰ درجه سانتیگراد باشد.

۲) نم یا رطوبت هوا بین ۷۰-۸۰٪ حفظ شود.

۳) از طریق آب گرم ۴۰٪ اکسیجن داده شود.

۴) نقل و انتقال طفل توسط دستها به حداقل رسانده شود.

۵) انتی بیوتیک جهت وقایه انتان تجویز گردد.

۶) از گرد و غبار خشک برای جلوگیری از انتانات مولده از این نوع هوا جلوگیری گردد.

۷) بعد از نقل و انتقال هر طفل ، دستها باید شسته شوند.

۸) غذا باید با ظرف پاک ، قبل از تبدیل لته های طفل ، نه بعد از آن داده شود.

۹) تغذی:

- ۱- شیر مادر :- طفلی که قدرت مکیدن قوی دارد فوراً حتی قبل از خروج پلاستتا به سینه مادر انداخته شود . در ظرف ۲۴ ساعت اول برای جلوگیری از انتفاخ و توسع معده غذا بسیار کم و مکرراً داده شود . مقدار باید روزانه ۳۰ میلی لیتر بلند برده شود تا به ۱۸۰ میلی لیتر در روز برسد .
- فاصله بین زمان تغذیه به تدریج زیاد شده تا وقتی که وزن طفل به ۳ کیلوگرام برسد ، به هر ۳ ساعت تنظیم شود و بعداً به هر ۴ ساعت رژیم غذایی عیار گردد .
- ۲- Bottle Feeding :- باید جداً به هر قیمتی که شده ، اجتناب گردد .
- ۳- Nasogastric Tube Feeding :- در صورتیکه طفل قادر به مکیدن نباشد ، N.G.T تطبیق گردیده و از طریق آن شیر مادر ترجیحاً به نوزاد داده شود . تغذیه به زودترین فرصت ممکن بعد از ولادت شروع شده و بمقدار ۶۰-۱۵۰ میلی لیتر در هر کیلوگرام وزن طفل در هر ۲۴ ساعت عیار گردد .
- ۴- Intra Venous Feeding :- اگر طفل نتواند از سینه مادر ، بوتل و یا N.G.T تغذیه شود ، تغذی وریدی شروع گردد .

پرابلم های اطفال قبل الولاده

- ۱) سندروم انحطاط تنفسی (Hvalein Membran Disease).
- ۲) اپنه های راجعه (Recurrent Apnea).
- ۳) هیپوترمی.
- ۴) هیپوگلاسیمی و هیپوکلسمی (شکر و کلسیم خون پائین می آید).
- ۵) هایپربیلی روبینیمی و Kernicterus.
- ۶) به انتانات بکتریائی بسیار مساعد اند .
- ۷) انوکسی دماغی و خونریزی داخل قحفی .
- ۸) فیبروپلازی Retrolenta با انشاق مقادیر بیش از حد اوکسیجن .
- ۹) Necrotising Enterocolitis
- ۱۰) علقه منتشر داخل وعائی (D.I.C).
- ۱۱) انیمیا یا کم خونی قبل الولاده گی.

Postmaturity

تعریف

این اصطلاح به حالتی گفته میشود که دوام حاملگی از ميعاد متوقع ولادت (۲۸۰ روز) به مدت ۱۴ روز اضافه تر گردد.

وقوعات

ولادت در ۲۰٪ خانم ها در هفته ۴۰ ، ۲۵٪ در هفته ۴۲، ۱۲٪ در هفته ۴۳، ۳٪ در هفته ۴۴ و ۱٪ بعد از هفته ۴۴ به انجام میرسد. Postmaturity در خانم های اول باری نسبت به کثیرالولاده ها معمولتر است.

اسباب

- (۱) وضعیت اقتصادی اجتماعی مناسب .
- (۲) دیابت .
- (۳) فکتورهای ارثی : Postmaturity تمایل به وقوع در عین خانم داشته و یا به شکل فامیلی انتقال میکند .
- (۴) تزاید پروجسترون .
- (۵) تحریک تبیض .
- (۶) انومالی های ولادی جنینی ، مانند انانسیفل و غیره.
- (۷) بعضاً با وجود حمل طولانی بازهم دلایل مشخص و معینی دریافت شده نمی تواند.

پتوفزیولوژی

A- تأثیرات بالای وظائف پلاستائی

پلاستا مانند دیگر اعضا یک سیکل معین زندگی دارد . در بسیاری از وقایع در قابلیت وظیفوی پلاستا یک تنزل سریع بعد از گذشت ترم حمل بوجود می آید . این وتیره از اثر تنقیص جریان دموی پلاستایی که بعلت اسپرم اوعیه دموی در بستر وعائی پلاستا میگردد ، تظاهر مینماید ، که در نتیجه باعث تنقیض انتقال مواد غذایی از طریق پلاستا و کاهش مایع امنیوتیک می شود . خون حبل سروی در هفته ۳۰ حاملگی در حدود ۷۰٪ مشبوع از اکسیجن بوده ، در حالیکه در هفته ۴۳ این فیصدی به ۳۰٪ تقلیل می یابد. این تغییر به علت پیشرفت سن حمل ، احتشای پلاستا ، کلسفیکاسیون و عدم کفایه پلاستا بمیان آمده که طفل را به خطر مرگ داخل رحمی مواجه ساخته میتواند .

B- تأثیرات بالای طفل

ضایع شدن قبل از ولادت جنین ۲-۳ مرتبه به اساس اسباب ذیل افزایش می یابد:

- (۱) مشبوعیت خون جنینی توسط O_2 تنقیص می یابد، که مربوط به تنقیص هموگلوبین جنینی است. (Fetel Hb). این عارضه سبب رعشه و فلج دماغی گردیده که در نتیجه ضجرت جنینی ۴ مرتبه در اطفال Postmatur بیشتر به ملاحظه میرسد.
- (۲) اطفال Postmatur معمولاً مایع امنیوتیک میکونیوم دار از سبب انحطاط تنفسی دارند، که با بلع آن توسط جنین زمینه اتلکتازی، پنومونیا، اسفکسی و هیپوکسی مساعدتر میگردد.
- (۳) از اثر تزاید Ossification در عظام رأس طفل، ولادت مشکل و ترضیعی شاید سبب هیموراژی داخل قحفی گردد.

C- تأثیرات بالای مادر

- (۱) وقوعات ولادت طولانی زیاد میشود که یا مربوط به انرشای رحمی، Dystocia عنق رحم و یا Oligohydramnious میباشد.
- (۲) تعداد ولادت های عملیاتی افزایش می یابد.
- (۳) چانس خونریزیهای بعد از ولادت مخصوصاً نزد خانم های اول باری از سبب طفل بزرگ و پلاستتا زیادتر میگردد.
- (۴) از سبب مصرف فکتورهای تحتری خون، چانس هیپوفیرینوجینی و خونریزی بعد از ولادت زیاد میشود.
- (۵) درجه حرارت بدن مادر در جریان ولادت و معیوبیت های دوره نفاسی تزاید می یابد.

لوحه کلینیکی

- (۱) باختن وزن و تناقص قطر کمر بعد از ترم نزد بعضی خانم ها دیده میشود. اما یک امر معمولی نیست.
- (۲) مقدار مایع امنیوتیک بعد از هفته ۳۷ بشکل صعودی رو به تناقص میگذازد.
- (۳) تأسس Ossification سبب تولید یک رأس بزرگ و سخت میگردد.
- (۴) ولادت انسدادی از سبب Moulding ضعیف، رأس بزرگ و دیستوسیای رحمی میباشد.
- (۵) بعد از ولادت طول جنین بیشتر از ۵۴ سانتیمتر میباشد.
- (۶) وزن طفل بیشتر از ۴ کیلوگرام است.
- (۷) بسته شدن فانتل خلفی علائم مختلف نشان میدهد.

تشخیص

- (۱) تاریخچه دقیق عادت ماهوار دربارهٔ ریتم و نظم آن گرفته شود.
- (۲) اگر صرفاً خانم یک دفعه مناسبات جنسی داشته است، تاریخچهٔ دقیق آن مشخص گردد، که شاید سبب تنبیه تخمگذاری و حمل شده باشد.
- (۳) اولین معاینه Antenatal به مجردیکه خانم احساس حاملگی میکند، برای اندازه گیری، Size رحم در هفته های مقدم حمل باید اجرا شود.
- (۴) وقت دقیق اولین حرکت جنین باید پرسان شود، که در خانم های کثیرالولاده در هفته ۱۶ و در اول باری ها در هفته ۱۸ رخ میدهد.
- (۵) ثبت ارتفاع غور رحم خصوصاً قبل از تریمستر سوم بسیار قابل اعتماد و دقیق است، ارتفاع غور رحم معمولاً در مریضان Post Term از اثر کم شدن مایع آمنیوتیک کم میگردد.
- (۶) توقف تزايد وزن مادر در حمل های به ترم بملاحظه میرسد.
- (۷) در معاینه مهبل، رأس عمیقاً تثبیت شده و عنق Effacement نموده و نازک شده، Postmaturity را طرح میکند.
- (۸) X-Ray: در معاینه X-Ray مراکز تعظمی نهایت سفلی فخذ در هفته های ۳۶ و نهایت علوی Tibia و عظام Cuboid نزدیک ترم بمشاهده می رسند.
- (۹) در Cephalometry که توسط اولتراسونوگرافی هفته وار اجرا میگردد، تزايد قطر Biparietal (۱۷/۰ سانتیمتر فی هفته) در چند هفتهٔ اخیر حاملگی بملاحظه میرسد. قطر Biparietal معادل به ۹.۸ سانتیمتر پختگی طفل و قطر ۱۰.۱ سانتیمتر یا بزرگتر از آن Postmaturity را وانمود میسازد.
- (۱۰) امیوسنتیزیز: - تناسب Licithin و Sphingomyeline بیشتر از ۱:۲.۵ پختگی طفل را وانمود میکند. سویه کریاتنین پختگی کلیه ها را نشان میدهد که 2mg/100ml مشعر پختگی طفل است.
- (a) Shake Test: یک تخنیک ساده و سریع برای پیش بینی پختگی شش های طفل میباشد. با امیوسنتیز از ورای جدار بطن مایع آمنیوتیک تازه گرفته میشود، به مقدار ۵ سی سی آن در تست تیوب انداخته شده و بهمین مقدار میتایل الکل ۹۵٪ با آن علاوه و تیوب شدیداً با قوت تکان داده میشود. موجودیت یا ظهور حلقه از حبیبیات در Meniscus دلالت به مثبت بودن تست Shake مینماید. این نشان میدهد که موجودی مواد Surfactent در مایع با موجودیت ایتانول سبب تولید جبابات قف دار گردیده است.
- (b) Nile Blue Sulfate Test: مایع آمنیوتیک بعد از اجرای امیوسنتیز با Nile Blue رنگ نارنجی را به خود میگیرد. در هفته های ۳۶ حجرات نارنجی ۱۰٪ و یا کمتر، بین هفته های ۳۸-۴۰ این

حجرات به ۵۰٪ میرسند. این تست به اساس مواد لیپیدی در حجرات جنینی که در دوره معینی از پختگی ظهور می نمایند استوار است.

(۱) Syntocinon Stress Test: - با تجویز ۰.۱ الی ۰.۱ یونت اوکسی توسین از طریق I.V به

شکل رقیق شده میتوان قدرت تخرشیت رحم و امکان وقوع ولادت طفل را ارزیابی نمود.

(۱۲) امنیوسکوپي: هرگاه مایع شفاف همراه با تکه پاره های Vernix در بین Fore Water با

امنیوسکوپ دیده شود، نشان دهنده آنست که ضجرت جنینی موجود نیست.

(۱۳) مطالعه هورمونی بشکل متواتر یا Serial مانند هورمون های پراگنندیول و استریول در پلازما و

ادرار نشان دهنده تنقیص وظائف پلاستتائی اند. تعیین سویه Estriol ادرار ۲۴ ساعته، ممکن است

وظائف جنینی مادری پلاستتایی را مشخص سازد.

سویه هورمون Estriol در پلازما و ادرار در جریان نیمه دوم حاملگی تا ترم بصورت پیشرونده تزايد

می یابد. در حمل به ترم اندازه آن در پلازما به ۵ الی ۴۰ میلی گرام و در ادرار به ۴۰ میلی گرام فی ۲۴

ساعت میرسد. تست باید به شکل سریال ادامه یابد، زیرا یک معاینه واحد از سبب تغییرات سویه ستروجن

در اخیر حاملگی قابل اعتماد نیست. یک تنقیص دوامدار و طولانی ناگهانی در سویه هورمون ستروجن در

سریال های متوالی دلالت به مردن طفل میکند و نزول بطنی آن نشان دهنده خطر برای جنین است. پائین بودن

سویه Estriol ادرار از ۴ میلی گرام فی ۲۴ ساعت مشعر عدم کفایه پلاستتای بوده و قریب الوقوع بودن مرگ

طفل را وانمود میکند.

از نظر طب حقوقی (Medicolegal Aspect)

چون مدت معینه زمان حمل توسط دادگاه مشخص نگردیده است. بناءً پوست ماچوریتی پرایلم های

عديده طبي و اخلاقی را خلق میکند. لذا هنگامیکه شوهر در جریان مدت زمان معینی که معمولاً برای

حاملگی قابل قبول است از خانم خود دور بوده باشد. مشروعیت طفل زیر سؤال قرار میگیرد. یک حمل ۳۴۶

روزه هم باساس قضاوت هیئت قضائی انگلستان و یک حمل ۳۵۵ روزه هم باساس قضاوت دادگاه عالی

نیویورک، قانونی و مشروع شمرده شده است. به یک حمل انانسیفل توسط عملیه C.S یکسال و ۲۴ روز بعد

از آخرین عادت ماهوار خانم خاتمه داده شده است.

تدابیر و اهتمامات

A- توقعات (Expectant): - و قتیکه تشخیص نامعین باشد، تدابیر متوقع انجام شود. تأیید بیشتر

بوسیله اجزأت ذیل بدست میآید:

(۱) تعیین فعالیت جنینی.

(۲) اندازه گیری Effacement و توسع عنق رحم.

۳) امنیوسکوپی برای مشخص ساختن میکونیوم در مایع امنیوتیک .

۴) تعیین سویه Estriol پلاسما به شکل سریال یا متواتر.

Active -B

۱) به تمام مریضان که با تاریخچه هایپر تانسیون ناشی از حاملگی ، هایپر تانسیون اساسی ، تهدید سقط و اول باری های مسن بلندتر از ۳۰ ساله اند ، نباید اجازه داده شود که حمل شان به Postmaturity

بینجامد ، زیرا خطر Anoxia جنین موجود است .

۲) اعتلان Breech و Postmaturity استطباب C.S دارد .

۳) در صورتیکه باختن وزن مادر و یا خورد شدن محیط شکم آن ، کم شدن حرکات جنینی از ۱۰ الی ۱۲ فی ساعت و یا تنقیض حجم مایع امنیوتیک بملاحظه برسد ، به حمل باید خاتمه داده شود. کم بودن اندازه قطر عمودی Pool از ۲۰ میلی متر توسط سونوگرافی ارزش تشخیصی دارد .

۴) هنگامیکه تصمیم به ختم حمل گرفته شد ، اهتمامات و تدابیر به دریافت های کلینیکی مربوط است. مریضه بسیار با احتیاط معاینه گردد که آیا عدم تناسب رأس و حوصله موجود است. رأس در حوصله تثبیت شده است . این پروسه باید با معاینه مهبلی تعقیب شود ، اندازه حوصله ، تناسب رأس و حوصله و وضعیت عنق مشخص گردد.

۵) در بعضی خانم های اول باری خصوصاً آنهایی که از سن ۳۰ سالگی به بالا و یا با تاریخچه عقامت قبلی و یا خانم های سابقه هایپر تانسیون ناشی از حاملگی داشته اند و هم چنین کسانی که عنق رحم ناپخته (Unripe) دارند ، سزارین سکشن بهترین طریقه ولادت است.

۶) در دیگر خانمها ولادت با اجرای عملیه Amniotomy باید تحریک گردد ، مشروط بر اینکه مریضان سابقه C.S نداشته باشند.

۷) پسارهای مهبلی ۳-۲ میلی گرام پروستاگلندین E_2 معمولاً برای تحریک کافی اند.

۸) Amniotomy (تمزق جراحی Fore Water) شاید انجام شود . اگر مایع کم و حاوی میکونیوم بود ، سزارین سکشن عاجل و فوری برای اجتناب از خطر زجرت جنینی اجرا گردد.

۹) Oxytocin وریدی بعد از امنیوتومی فوراً میتواند شروع شود و یا داکتر ولادی نسائی شاید ترجیحاً ۵-۶ ساعت را برای شروع دردهای بنفسه انتظار ببرد.

۱۰) در این مدت قلب جنین و تقلصات رحمی دقیقاً با Cardio Tocography برای تشخیص زجرت جنین محاسبه و ثبت گردد .

۱۱) با ظهور ضجرت جنینی در صفحه دوم استطباب فورسپس و یا Vacuum گذاشته میشود .

۱۲) اگر تطبیق Syntoicnon در تولید تقلصات موثر در ظرف ۶ ساعت به ناکامی انجامید ، C.S استطبیب دارد .

۱۳) دیستوسای شانه و یا ولادت انسدادی شانه ، از اثر بزرگی طفل:

دیستوسای شانه بعد از ولادت رأس شاید رخ دهد . مریضه به وضعیت Lithotomy آورده شود ، با استفاده از فشار بالای غور رحم رأس به طرف پائین و به عقب مطابق به محور حوصلی کشیده شود . شانه قدامی شاید با انگشتان به زیر ارتفاق عانه برای ولادت تدور داده شود . اگر ناموفق بود انستزی عمومی توصیه و تدور شانه انجام گردد و شانه خلفی قدامی ساخته شده و ولادت داده شود.



Dysmaturity

تعریف

این بدان معنی است که پلاستتا در تهیه مواد غذائی و O_2 لازمه جنین که رشد انرا به حالت نارمل حفظ کند عدم کفایه نشان میدهد ، در نتیجه منجر به تأخر رشد جنین داخل رحمی (Small for dat) و یا Desmaturity جنین میگردد.

اسباب

- (۱) در یک تعداد وقایع خاصیت عود کننده دارد .
- (۲) در Postmaturity .
- (۳) اِنارملیتی جنینی .
- (۴) فرط فشار خون ناشی از حاملگی .
- (۵) فرط فشار خون اساسی.
- (۶) در خونریزی های مکرر دوره حاملگی.
- (۷) امراض مزمن کلیوی .
- (۸) امراض قلبی.
- (۹) دیابت شکری.
- (۱۰) عدم تطابق Rh فکتور (مادر ϕ rh باشد).
- (۱۱) امراضیکه قوای جسمانی مادر را به تحلیل می برند (ضعیف کننده).
- (۱۲) انومالی های اروانی پلاستتائی.
- (۱۳) مادران سیگرت کش (دود کش).
- (۱۴) ادویه مانند: methotrixate&Trimetoprim ، Warfarin soudium .
- (۱۵) حمل های چند گانه .
- (۱۶) اسباب نا معلوم.

پتوفزیولوژی

سوء تغذیه مواد چربی اساسی ترین نقیصه متابولیک نزد اطفال Small for date میباشد. طفل ذخیره ناکافی هر دو نوع چربی سفید و نصواری را دارد. این شاید از اثر ناکافی بودن انتقال مواد کاربوهیدرات و اسیدهای شحمی در نتیجه خرابی وظیفوی پلاستنا باشد. درینجا ممکن است عدم کفایه افراز انسولین جنینی و یا عدم کفایه ذخیره گلوکوز داخل حجروی که برای سنتیز و ذخیره برای گلیسریدها ضروری اند موجود باشد. و هم شاید تولید و یا فعالیت انزایم های که مسئول ذخیره ترای گلیسریدها هستند، معروض به عدم کفایه باشند. بنابراین دلایل، چربی جنینی (هر دو نوع نصواری و سفید) تنقیص نموده و ذخیره گلایکوجن در کبد و عضلات قلبی کمتر از اطفال قبل الولاده که عین وزن تولد را دارند میباشد.

همچنین در اطفال دیسمچور نسبتاً فعالیت متابولیکی نسجی بیشتر است. تقاضا و مصرف O_2 شان در هر واحد وزن تزايد میابد، که این ایجاب یک صفحه انتقالی بین ولادت و برقرار سازی تغذی طفل را مینماید که امریست پر مخاطره. درین صفحه تاسس هیپوگلاسیسمی، اسیددوز متابولیک و هیپوترومی معمول اند. از نظر کلینیکی هیپوگلاسیسمی عمده ترین نقیصه متابولیکی میباشد، که این از اثر فقدان ذخیره گلایکوجن جنینی بوده که شاید با Apathy، بیعلاقه گی، بیحالی، تخرشیت و اختلاجات مترافق باشد. که این قابل وقایه است. علاوه تاً خونریزی داخلی اسناخ شش ها یک خطر دیگر است. عدم کفایه Couagulation منجر به شکل Microcouagulation که تخریبات را در دماغ بار میآورد میگردد. اندازه طحال، کبد، غدوات ادرنیال و تیموس متناقص بوده، ولی اندازه قلب و مغز بصورت غیر متناسب بزرگ تراند. لذا اطفال Small for date رأس بزرگ دارند، این یک حقیقت را بر اینکه اعضای حیاتی معروض به سوء تغذی داخل رحمی شده اند آشکار میسازد.

لوحه کلینیکی

- (۱) در معاینه بطنی عدم کفایه رشد نارمل رحمی قابل دریافت است.
- (۲) Oligohydramnious موجود است.
- (۳) در جریان حاملگی مادر وزن می باز و یا اینکه تنها چند کیلو گرام وزن محدود میگردد.
- (۴) Gravidoqram: در اندازه گیری ارتفاع غور رحم از حذای ارتفاق عانه و محیط شکم مادر در سویه سره، بصورت هفته وار نه تنها تزايد بعمل نیامده، بلکه شاید تناقص هم دیده شود.
- (۵) تثبیت و اندازه گیری محیط شکم به شکل سریال معلومات زیادی را بدسترس میگذارد و معلومات بیشتری با اندازه گیری محیط بطن به شکل متواتر (Serial) در زمینه بدست آورده میشود.

تشخیص

- (۱) علائم ضجرت جنینی با Cardio Tocography.

- ۲) بررسی و اندازه گیری متواتر قطر Biparital ، لاکن نسبت به قدرت ذخیره ورشد غیر متناسب دماغ نسبت به بدن کمتر میتواند مفید واقع شود.
- ۳) سویه افراغ ستروجن و پروجسترون در ادرار تدریجاً کم شده میرود.
- ۴) با اجرای تست Nile blur sulfate که فیصدی حجرات نارنجی رنگ نسبت به سن حاملگی را نشان میدهد ، دیسماچوریتی بخوبی مشخص میشود.

اختلالات موءخر

در ارتفاع غور رحم با محاسبه سویهء سره نه تنها تزاید ، بلکه شاید تناقص هم بملاحظه رسد.

بعد از ولادت

از نظر کلینیکی تشخیص اطفال Small for date با اطفال قبل الميعاد همیشه آسان نیست . لاکن نقاط ذیل لوحه را مشخص میسازند □ وزن وجود کمتر از ۲۵۰۰ گرام و یا کمتر از ۱۰٪ وزن مروجه همان مردم است .

- ۱) نرم بودن Vernix caseose.
- ۲) جلد شفاف و نازک ، ترک دار ، چین خورده و متفلس ، با شحم تحت الجلدی جزئی از سبب سوء تغذیه (تغذی ناکافی) دریافت شده و هم جلد ناحیه اطراف ران ها و سرین نرم و شل است.
- ۳) جلد حبل سروی و جیب از سبب موجودیت میکونیوم که از اثر Anoxia در داخل مایع امینوتیک عبور نموده است طلائی رنگ معلوم می شوند .
- ۴) موها و ناخن ها درازترند و در کف دست ها و پاهای طفل چمکی های مشابه به دست رختشوی ها دیده میشود .
- ۵) ضجرت شدید سیستم تنفسی ممکن انکشاف کند .
- ۶) پلاستنا اکثراً حجماً کوچک بوده و شاید نقاط احتشائی کوچک هم در آن بملاحظه رسد .
- ۷) هیپوگلاسیمی ممکن سریعاً تأسس کند.
- ۸) اطفال Small for date بسیار چست ، زیرک (سرزنده) بانشاط و ناآرام بوده و نسبت به اطفال Preterm پاسخگوئی بهتر به ریفلکس ها دارند.

• اختلالات مقدم

- ۱) عدم کفایه شش ها که زمینه اتلکتازی وسندرم ضجرت تنفسی میباشد .
- ۲) انشاق میکونیم .
- ۳) حملات سیا نوتیک .
- ۴) انتانات .
- ۵) زردی یا یرقان .

(۶) هیپوگلاسیمی .

(۷) هیپوکلسمی .

(۸) هیپوترمی .

• اختلالات موخر

(۱) اعراض نیورولوژیکی ، مانند تأخر عقلی ، هیمی پلیجی ، دیر بحرف آمدن و عادت های پائین تر از سن طبیعی .

(۲) هیموراژی داخل قحفی در بسیاری اطفال سویه Thrombo test پائین تر از ۱۰٪ نارمل است .

اهتمامات

A- در جریان حامله داری

(۱) مراقبت جدی و خوب Antenatal .

(۲) تشخیص مقدم و اخذ اهتمامات لازمه فکتورهای سببی .

(۳) بستر نمودن و مراقبت جدی وضعیت طفل و پلاستا .

B- در جریان ولادت

(۱) هنگامیکه تشخیص تأیید شد ولادت تحریک گردد .

(۲) مشاهده نزدیک و صمیمی از قلب جنین ترجیحاً با Cardiotocography انجام شود .

(۳) اجرای C.S با مشاهده هیپوکسی عملی شود .

(۴) از ولادت های ترضیعی باید اجتناب گردد .

C- مراقبت طفل Dismature

(۱) در صورت خطر (Aspiration) و انشاق میکونیوم ، نزد طفل به صورت مستقیم تخلیه مایع

امینوتیک با لرنگوسکوپ اجرا گردد .

(۲) حرارت بدن طفل حفظ شود . اکسیجن و رطوبت عیار گردد ، اطفال برهنه در انکوباتور گذاشته

شوند و درجه حرارت انکوباتور به سطحیکه حرارت طفل را بلندتر از ۳۶ درجه سانتی گرید و رطوبت را به

۶۵-۷۰٪ حفظ کند ، عیار ساخته شود . اکسیجن به غلظت کم ، بدفعات و بمدت کوتاه داده شود . از

هیپوترمی طفل ، با خشک کردن عاجل آن بعد از ولادت و پوشانیدن یک حوله گرم و خشک جلوگیری

شده میتواند . سقوط حرارت عضویت طفل بیشتر از چند درجه محدود زمینه معیوبیت و وفیات را بلند میبرد .

(۳) تغذی

a) تغذیه ازسینه مادر فوراً بعد از ولادت شروع شود . طفل که ریفلکس چوشیدن دارد ، بعداز

احیای مقدم به سینه انداخته شود . تغذیه با شیر مادر بمقدار کم ولی بدفعات متعدد تشویق

گردد .

(b) تغذیه با سند Nasogastric :- یک تیوب تغذی نرم از طریق بینی به داخل معده جابجا شود . بهر ۱-۲- ساعت تغذیه شروع و فاصله بین دفعات تغذی تزاید یافته تا به ۳ ساعت برسد . شیر رقیق داده شود . اگر این امکان موجود نبود از گلوکوز ۵٪ استفاده شده میتواند . قبل از هر شیردادن باید خود را از خالی بودن معده طفل مطمئن ساخت .

(c) تغذی از راه دهن :- اطفال ۳۴ هفته و یا بلندتر از آن که معروض به پرابلم های تنفسی و عصبی نباشند می توانند تغذی از شیر مادر را بزودی بعد از ولادت شروع نمایند .
(d) تغذی وریدی اگر طفل قادر به بلع و چوشیدن نباشد شروع گردد . محلولات گلوکوز ۱۰٪ و الکترولیت ها داده میشوند .

(۴) Hypoglycaemia :- بحالتی اطلاق میگردد که شکر خون طفل با وزن کمتر از حد نارمل پائین تر از ۲۵٪ میلی گرام باشد و در اطفال که در وقت تولد وزن طبیعی دارند پائین تر از ۳۵٪ میلی گرام و در سه روز اول بعد از تولد کمتر از ۴۵٪ بدون در نظر داشت وزن شان در هنگام ولادت باشد . هیپوگلایسیمی اکثراً نزد اطفال small for date ، اطفال مادران دیابتیک ، اریتروبلاستوز فیتالیس ، اطفال مصاب به اسفکسی ، انتانات شدید و سندروم انعطاط تنفسی دیده شده میتواند .

این پروسه با تعیین سویه شکر خون در هر ۲ ساعت یکمرا تبه مشخص شده میتواند، در صورت ظهور هیپوگلایسیمی ابتدا ۲۰۰ میلی گرام فی کیلوگرم وزن بدن (۲ میلی لتر فی کیلو گرام) از گلوکوز ۱۰٪ به یک دوز واحد وریدی تطبیق و به تعقیب آن با تطبیق گلوکوز ۱۰٪ به شکل قطرات به ۴-۸ میلی گرام در هر کیلو گرام وزن بدن در فی دقیقه برای ۲۴-۴۸ ساعت عیار گردد .

(۵) هیپوکلسمیا :- به حالت که سویه کلسیم در سروم خون طفل پائین تر از ۸٪ میلی گرام در روز اول و یا کمتر از ۷.۵٪ میلی گرام در روزهای بعدی باشد گفته میشود . تداوی آن شامل تجویز کلسیم گلوکونات ۱۰٪ به مقدار ۲ میلی لتر فی کیلو گرام (۱۸ میلی لتر فی کیلو گرام از Elemental calcium) به داخل آورده محیطی در ظرف ۱۰ دقیقه توأم با کنترل حرکات قلبی می باشد . این تداوی با تجویز دوامدار وریدی Elemental calcium به مقدار ۷۵ میلی گرام فی کیلو وزن در ۲۴ ساعت و یا تجویز کلسیم کلوراید فمی بمقدار ۱-۴ میلی گرام فی روز در هر ۶ ساعت و یا کلسیم لکنات بمقدار 2-3mg/day (در هر شش ساعت) در محلول ۱۰٪ شروع و تا سه روز بعد از نارمل شدن سویه کلسیم خون طفل باید دوام داده شود .

(۶) بمواد اضافی دیگر مانند ویتامین های D و A و آهن ندرتاً در ظرف سه ماه اول ضرورت احساس و بمقدار 1mg ویتامین K در وقت ولادت تطبیق شود . در ظرف ۲ هفته اول مرکبات ویتامین های دیگر همراه با غذا داده میشود .



مقدار مورد ضرورت روزانه عبارت اند از:

Vit D	400 I.u
Vit A	1500-500 I.u
Vit C	30-35 mg
Thiamin	0.5-1.5 mg
Riboflovin	0.5-1.5mg

(۷) هیپر بیلی روبینیمیا: - تدابیر و تدایوی نظر به وسعت هیپر بیلی روبینیمیا فرق میکند. در طفل مبتلای که قبل الميعاد ولادت شده اگر سویه بیلی روبین ۵٪. ۱۱ میلی گرام باشد و هم طفل پخته ای که سویه بیلی روبین آن از ۱۷.۵mg/100ml بلندتر باشد ایجاب Exchange transfusion را میکند. در وقایع خفیف تر Photo therapy اجرا گردد و اگر سویه بیلی روبین دوباره به بلند رفتن شروع کند. Exchange transfusion استطباب دارد فوتوتراپی ممکن در Bright illumination nurseries و یا با استفاده از اشعه آبی میتواند انجام شود. از جریان پروتون light emite که بیلی روبین اوکسید این شده جلد و اوعیه شعر را به شکل بلیوردین بی ضرر و دیگر مواد قابل حل در آب تبدیل میکند، نیز استفاده شده میتواند. فوتوتراپی با شعاع سفید (در حدود 500 Foot candles) از اشعه Blue مصئون تر است ولی هر دو ممکن است تخریبات شبکیه را سبب گردند. (مگر اینکه چشم ها پوشانده شوند) و دیهایدریشن از سبب ضیاع آب بصورت غیر محسوس نیز بمیان آمده میتواند. فوتوتراپی در هایپر بیلی روبینیمی در اطفال پریمچور و امراض هیمولتیک ارزش خاص خود را دارد.

(۸) سندروم انحطاط تنفسی: - بیشتر در اطفال پریمچور، اطفال مادران دیابتیک و اطفال ولادت شده با عملیه سزارین سکشن معمول است. ندرتاً شاید بالای اطفال Small for date و اطفال به ترم اثر کند.

لوحة کلینیکی

(۱) اطفال در هنگام ولادت طبیعتاً گریه نموده و تنفس دارند. اسفکسی زمان ولادت شدت مریضی را زیاد میسازد.

(۲) در ظرف ۱-۲ ساعت علائم انحطاط تنفسی تظاهر می نماید، مثلاً سرعت اندازه تنفس به دقیقه (۶۰ مرتبه) بلند می رود. تنفس خرناسی گردیده و ضعف عضلات بین الضلعی و ذیل خنجر (قصی) بوقوع می رسد. تنفس بطنی است و با بلند رفتن جدار بطن عظم ذیل خنجر به طرف داخل پائین کشیده میشود.

(۳) سیانوز مرکزی توقف تنفسی بصورت مرحله ای بملاحظه می رسد.

(۴) در معاینه رال های نازک باشهقی عمیق دریافت میشود.

در X-Ray صدر تظاهرات گرانولرظریف، کوچک و باریک (Graund Glass) در ظرف 48h مشاهده شده میتواند و احیاء مریض معمولاً ۷-۱۰ روز را در بر میگیرد. سندروم انحطاط تنفسی ممکن است بسیار سریع انکشاف نموده و در ظرف چند ساعت محدود مرگ را بار آورد، انذار آن به اطفال پریماچور Small for date خراب تر است.

تداوی

- ۱- اوکسیجن توسط Airway با فشار دو امدار مثبت و یا تهویه با فشار مثبت متقطع برای طفل داده شود.
- ۲- اسیدوز شدید و تنقیص Base ممکن است از اثر ناکافی بودن حرکات تنفسی بوجود آید. اسیدوز با تجویز سودیم بیکاربونات با ساس معاینه PH خون اصلاح گردد.
- ۳- مایعات، الکترولیت ها و تغذی طفل با تجویز دکستروز ۱۰٪ بشکل پرفوزیون وریدی بمقدار مجموعی در ظرف ۲۴ ساعت اصلاح گردند.

انذار

اگر چه واقعات ولادت اطفال کم وزن چه دیسماچور و چه قبل الميعاد، کمتر از ۱۰٪ مجموعی ولادت ها را میسازد. حدود ۷۰٪ این اطفال در ظرف هفته اول معروض به مرگ میگردند. طفل خوردرتر ولادت شده کمتر چانس زندگی دارد. ۷۰٪ شان در ظرف 48 h اول زندگی پدرود حیات میگویند. اگر طفل در ظرف این دو روز بحرانی زنده مانده بتواند. چانس خوبتر برای زنده ماندن دارد و از سبب پخته شدن بیشتر اطفال دیسماچور دوران حاملگی انذار، بهتری نسبت به اطفال قبل الولاده که بعین وزن باشند دارند.

ادویه اوکسیتوسین Oxytocics

تعریف

ادویه که سبب تحریک تقلصات رحمی گردیده و در نتیجه تولد طفل سریع می گردد، بنام Oxytocics یاد میگردند و اشکال مختلف ادویه Oxytocics وجود دارد مانند: Oxytocin، Ergometrine و Prostaglandins (PGS).

Oxytocin – A

یک Octapeptide (۸ آمینوسید) بوده بصورت تجارتي بشکل Syntocine و به صورت طبیعی از فص خلفی غده نخامیه بشکل Pitocin افزای می گردد. این ادویه از طریق فمی موثر نبوده و به صورت IM و IV و یا از طریق زیر زبانی داده می توانیم. نیمه عمر آن در صورتیکه IV داده شود 3 Minut میباشد، زیرا Oxytocin بسرعت توسط انزایم Oxytocinase تخریب می گردد. زرق IM و S.C تحت (جلدی) آن کمتر قابل استفاده و یا غیر قابل استفاده است.

میکانیزم عمل آن: عمل آن بالای ارگانهای مختلف قرار ذیل است:

۱- Uterus: - سبب تولید تقلصات ریمیک رحم بوسیله افزایش قابلیت نفوذیه دیوار حجروی به Ca می گردد، که در نتیجه حساسیت عضله به تقلص زیاد می گردد. در ماه های اول حاملگی جواب به Oxytocin خفیف است ولی در Late pregnancy یا اواخر حاملگی پاسخ فزیولوژیکی به شکل تقلصات ریمیک رحم بمقابل Oxytocin موجود است. دوزهای زیاد آن بصورت غیر نارمل میتواند سبب تقلصات دوامدار شود، که در نتیجه سبب توقف جریان خون پلاستائی و بالاخره منجر به مرگ جنین می گردد.

۲- Breast: - Oxytocin سبب تقلص حجرات میوآپیتیل ثدیه شده، که در نتیجه سبب ترشح شیر می گردد. در پاسخ به مکیدن شیر و یا گریه طفل تنبهاات به فص خلفی غده نخامیه رسیده سبب تحریک و ازاد شدن نوسانی Oxytocin بداخل جریان خون می شود، این حادثه سبب تقلص حجرات میوآپیتل و افزای شیر به طرف قنات ها می گردد که این حادثه بنام Let down reflex یاد میشود.

۳- Kidneys: - ممکن سبب کاهش خفیف جریان پلاسما کلیه از اثر تقلص شریانه ها ی Afferent گردد.

۴- سیستم قلبی وعائی: - در دوزهای کتلوی (Buluse) سبب تنزیل فشار خون می گردد، بعداً خفیفاً فشار خون را بلند میبرد. لیکن بعد از نیم ساعت فشار خون نورمال می گردد.

۵- Antiduritic: - که بعلت جذب محدود آب ساده ایجاد می گردد. در یک خانم در حال ولادت با گرفتن مقدار زیاد محلول Dextrose همراه Syntocinon جریان ادرار کاهش می یابد و

مسمومیت با آب ایجاد می گردد. این خاصیت Antidiuritic آن چند دقیقه بعد از قطع دوا رفع می گردد

• طرق تجویز

میتواند بصورت IV، IM و یا تحت الجلدی (S.C)، Buecal، یا دهانی و انفی به وسیله Spray و یا بصورت Snuft مثل نصور بینی استفاده گردد.

• Observation یا نظارت: نظارت دقیق باید انجام شود.

- (۱) هر ربع ساعت باید قلب جنین به منظور دریافت زجرت شنیده شود.
- (۲) دوام، فریکونسی و قدرت تقلصات رحمی باید یا داشت گردد.
- (۳) فاصله بین تقلصات رحمی باید مدنظر باشد.
- (۴) (Infusion rate) تعداد قطرات مایع وریدی باید به احتیاط نظارت گردد.
- (۵) مراقبت دقیق بر زجرت جنین و مادر باید صورت گیرد.

• موارد استعمال

I. برای تحریک ولادت در حمل اضافه تر از ۳۸ هفته یا بیشتر از آن نیز موثر است مانند واقعات Postmature.

II. در واقعات ولادت های غیر فعال برای تقویه پروسه ولادت.

III. برای وقایه و تداوی خونریزی بعد از ولادت.

IV. برای تراوش شیر در زمان شیردهی.

V. در سقط Therapeutic.

تجویز

IV-A (وریدی):- از پمپ انفوزیون به منظور دادن Syntocinon باید استفاده گردد. یک میلی لیتر آن، که حاوی 5unit اوكسی توسین است به 1000ml سیروم 5% dextrose علاوه گردد، که بدین صورت در 1 ml محلول گلوکوز Oxytocic 5mili unit موجود میباشد.

دو بوتل گلوکوز یکی حاوی Oxytocin و دیگرش بدون Oxytocin بوسیله یک اتصال Y به تیوب ولادت متصل گردد، این سهولت چنین معنی میدهد که شروع با محلول Oxytocic صورت گیرد در صورت بروز حساسیت به ساده گی میتواند تعویض گردد. ابتدا 15drop/min شروع گردد که بدین ترتیب 1 ml/mi (که حاوی Oxytocin 5mili umit) در یک ملی لیتر می باشد، ۱۵ قطره هر نیم ساعت افزایش یابد تا به حداکثر ۶۰ قطره فی دقیقه (20mili unit فی دقیقه) برسد. اندازه آن طوری تنظیم گردد که فاصله تقلصات بعد از هر یک ونیم تا دو دقیقه تکرار شود و برای یک دقیقه دوام می کند.

B- زرق تحت الجلدی و عضلی:- این طرق خطر ناک می باشد بخاطر اینکه اندازه تخریب و جذب آن غیر قابل پیش بینی است .

C- تابلیت های Buccal tablets تحت اللسانی :- تابلیت های 100 unite آن وجود دارد . یک تابلت هر نیم ساعت داده می شود . تابلت ها در زیر زبان گذاشته می شود و بتدریج مقدار کم Oxytocin جذب می گردد ، 0.1% از دوز تجویز شده به رحم می رسد . تجویز فمی آن غیر قابل استفاده میباشد ، زیرا که دوا در معده تخریب می گردد .

مضاد استطببات

• مطلق

- (۱) عدم تناسب راس و حوصله (C.P.D)
- (۲) قرار غیر نورمال و اعتلالات معیوبه مانند Oblique قرار متغیر و اعتلان Brow.
- (۳) پتالوژی های عنق مانند ندبات ناشی از عملیات های سابق تمیم ان.

• نسبی

- (۱) Grand multiparity
- (۲) C.S قبلی
- (۳) Poly hydramnious
- (۴) Placenta praevia
- (۵) Prematurity
- (۶) حاملگی همراه دیابت از سبب خطرات تیکه حاضرآ جنین را تهدید می کند .

• خطرات

- (۱) تمزق رحم .
- (۲) تنبیه زیاد که باعث زجرت جنین و مرگ داخل رحمی آن می گردد .
- (۳) احتباس مایعات که منجر به تسمم با آب می گردد .
- (۴) Neonatal hyperbilirubinemia که از سبب پندیده گی او سموتیک کریوات سرخ خون که منجر به کاهش خصوصیت الاستیستی آنها شده بناً به آسانی هیمولیز می گردند .

تست های حساسیت

Syntocinon stress test :- 0.05 یونت Syntocinon در ۵ ملی لیتر آب مقطر بمقدار ۱ ملی لیتر فی دقیقه زرق گردد (0.01 یونت در یک دقیقه) . زرق هنگامیکه تقلصات رحمی شروع و یا وقتیکه ۵ ملی لیتر از محلول زرق گردید توقف داده شود ، اگر در ظرف ۵ دقیقه تقلصات رحمی شروع شد تست مثبت است .



B- پروستاگلندین ها (Prostaglandins)

یک گروه از Fatty acid های حلقوی اند همراه با اثرات بیولوژیکی متفاوت . که تقریباً تمام ارگان ها و سیستم ها را در بر میگیرد . اینها عبارتند از مشتقات Arachidonic acid که سبب تقلصات رحمی میگردند . این مشتقات در معده تخریب نمیگردند و میتوانند فمی هم استعمال گردند . اساساً در مایع منوی (Siminal) یافت میگردند لکن حالا تقریباً در تمام انساج عضویت یافت میگردند . فرآورده های مصنوعی آن نیز در دسترس هستند . اینها برای تحریک ولادت بخصوص در هفته های ابتدائی حمل میتوانند بکار روند . این مشتقات اثر Anti duritic ندارند . انواع زیاد پروستاگلندین ها وجود دارد ولی در کلینیک صرف دو نوع آن استعمال میگردد .

(a) Prostaglandin E2 (PGE2)

(b) Prostaglandin F2α (PGF2α)

PGE2 ، ۵ مرتبه قوی تر نسبت به PGF2α میباشد و به صورت موفقانه در تحریک ولادت و سقط استفاده میشود . اختلالات مادری و جنینی و همچنان قمیت بودن آن باعث شده که بصورت عادی و مروج استفاده نشود . این نوع نسبت به PGF2α کمتر سمیت دارد و بنام Prostine E2 در دسترس میباشد .

• طرق تجویز

(۱) ذرقی

(a) IM (ذرق عضلی) :- این طریقه ندرتاً استفاده میگردد . PGE2 با دوز ۰.۲۵ میلی گرام داده شده و هر ۱-۲ ساعت تکرار میگردد . با استفاده از این دوا در ظرف ۱۶-۲۴ ساعت سقط صورت میگیرد .

(b) IV (ذرق وریدی) :- بشکل رقیق شده استعمال میگردد . محلول رقیق شده آن با علاوه کردن ۵ میلی گرام PGF2α در ۱۰۰۰ سی سی نارمل سالین بدست می آید . این شکل رقیق شده با غلظت ۵ میکرو گرام در ملی لیتر میباشد .

مقدار ابتدایی انفوزن تجویز شده حدود ۲.۵ میکرو گرام فی دقیقه ممکن باشد ، از سبب عوارض جانبی جدی آن استعمال این شکل معمول نیست .

(c) SC (تحت الجلدی) :- پروستاگلندین ها از این طرق هم استعمال شده میتوانند .

(۲) تابلت های مهبلی Vaginal tablets و یا Pesaries :- ضرورت به تجویز مقدار

زیاد است . دوز Passary با مقدار ۳ میلی گرام ممکن است به صورت موضعی استعمال گردد . در قسمت بالائی فورنکس خلفی گذاشته می شود و اگر ولادت صورت نگرفت در سه ساعت بعدی ممکن است تکرار شود .

۳) **Intra Amniotic**:- در حالیکه عنق نامناسب ، غیر آماده و ناپخته باشد استعمال میگردد . این طریقه برای تحریک سقط در ترایمستر دوم و یا هفته های مقدم حاملگی به کار میرود. یک سوزن نخاعی با سوراخ پهن را از جدار بطن (Trans Abdominally) در جوف امنیون داخل و بمقدار ۴۰ میلی گرام PGF2a در آن زرق میگردد . اگر پروسه سقط در جریان ۲۴ ساعت بوقوع نیوست ، یک دوز دیگر بمقدار ۱۰ تا ۴۰ گرام داده شود .

۴) **Extra Amniotic**:- یک فولی کتیر سایز ۱۲-۱۴ داخل سرویکس شده و بالای سطح Internal OSS قرار گرفته و بعداً با آب مقطر Bag گردد . یک کتتر وریدی نایلونی به نهایت Distal کتتر جا داده شود ، محلول PGE2 که حاوی ۱۰۰ میکرو گرام فی ملی لیتر PGE2 است ، آماده گردد . ۱ ملی لیتر این محلول به صورت ابتدائی مستقیماً از طریق کتتر داده شود و سپس مقدار آن تدریجاً به اندازه ۳ ملی لیتر فی ساعت تنظیم میگردد. زیادتراً ۹۰٪ مریضان در جریان ۲۴-۴۸ ساعت سقط می کنند. طریقه های Extra Amniotic و intra Amniotic بخاطر جلوگیری از عوارض جانبی سیستمیک بکار برده میشوند.

۵) **Oral**:- شکل فمی چون سبب تقلصات قوی میومتر یوم میگرددند . بناءً در موارد ذیل استعمال میگرددند:

- a) تحریک سقط .
- b) تحریک ولادت .
- c) عقامت در مردان به علت oligospermia.

عوارض جانبی

- ۱- دلبدی، استفراغ و اسهال .
- ۲- فلیت دردناک به علت زرق IV .
- ۳- Hypotension اگر دوزهای بلند استعمال گردد .
- ۴- تقبض وعائی محیطی اگر به مقدار زیاد انفوزیون صورت گیرد منجر به Gangrene میگردد .

مضاد استطبایات

- ۱) Hypertonic uterine inertia (ارشی رحمی به شکل هیپرتونیک آن) .
- ۲) انسداد یا تضیق میخانیکی طرق ولادی .
- ۳) Placenta Praevia .
- ۴) زجرت جنینی .

ترکیب Syntocinon و Prostaglandin

اگر ولادت با پروستاگلاندین ها به تنهایی صورت نگیرد . میتوان Syntocinon را با آن ضمیمه کرد . اینکه کدام بهتر است مورد بحث است . اگر Syntocinon با مقدار زیادتر از ۲ یونت استفاده شود ، یرقان نوزادی بملاحظه میرسد در حالیکه با استفاده از پروستاگلاندین ها به ملاحظه نمی رسد .

Ergometrine - C

ارگومترین ازارگوت خام (Crude ergote) بدست میآید . ماده ایست که سبب تقلص عضله رحم و افزایش فشار خون همراه با تقبض وعائی خفیف میگردد . شکل IV ارگومترین با مقدار ۰.۵ ملی گرام در کمتر از یک دقیقه (۴۰ ثانیه) تأثیر میکند و دوام تأثیر آن حدود ۳۰ تا ۴۰ دقیقه میباشد . زرق آن در مدت ۵-۷ دقیقه بعد اثر میکند . شکل IM ، Syntometrine ، که در حدود ۰.۵ ملی گرام ارگومترین با ۵ یونت اوکسی توسین دارد در مدت ۲ دقیقه اثر میکند .

موارد استعمال

- ۱) وقایه ، پیشگیری و تداوی خونریزی بعد از ولادت .
 - ۲) سقط .
 - ۳) C.S .
 - ۴) ضایعات زیاد خون در دوره نفاسی (Many Loss in Puerperum)
- زمان دادن زرق بسیار مهم است ، یا باید هنگامیکه سر نمایان میگردد (یعنی قطر رأس بوسیله فرج احاطه شده باشد) و یا هنگام ولادت شانه قدامی داده شود . اگر طفل تولد میشود و تزریق صورت نگرفته باشد ، باید بعد از ولادت بلافاصله زرق صورت گیرد . زیرا اگر قبل از ولادت پلاستنا داده شود دفعات تقلص رحم را سبب شده و باعث احتباس پلاستنا میگردد . دوز ارگومترین 0.5mg/ml اده میشود .
- میزان شیوع خونریزی های بعد از ولادت ۱۰ مرتبه در واقعات که جلوگیری و وقایه از P.P.H. ارگومترین نگرفته اند بیشتر است . این دوا نباید در زمانیکه جنین هنوز داخل رحم است استفاده شود ، زیرا ممکن است سبب تقلص دوامدار (Tonic) رحم و زجرت جنین گردیده و هم تمزق رحمی را بوجود آورد .

مضاد استطبابات

- ۱- در واقعات قلبی .
- ۲- در دوگانگی ها ، اگر جنین دوم هنوز در داخل رحم است .
- ۳- در فشار بلند ، فشار بلند ناشی از حاملگی و Eclampsia .
- ۴- در صفحات اول و دوم ولادت بخاطر خطر سپزم و توقف جریان خون پلاستنا و هم چنین تمزق رحمی .



فرآورده جدید

یک Antiprogesterone (RU486): در حال ساختن است که میتواند برای تحریک ولادت و سقط بکار رود این دوا تا فعلاً به صورت تجارتي در دسترس قرار ندارد.



تحریک ولادت Induction of Labour

تحریک ولادت به معنی خاتمه بخشیدن به حاملگی به صورت مصنوعی بعد از هفته ۲۸ بخاطر تأمین ولادت مهملی میباشد. قبل از این وقت نوزاد قابلیت حیاتی مستقل را بخارج از رحم ندارد. انداز برای طفل از هفته ۳۶ حاملگی به بعد نسبتاً خوب است، زیرا ریه های طفل به پختگی رسیده و خطر سندروم زجرت تنفسی کاهش می یابد.

وقوعات

وقوعات ان بین 5-50% نظر باستطبابات مختلف که تجویز میگردد تفاوت نشان میدهد.

استطبابات

تحریک نباید انجام شود تا وقتی که کدام استطباب ولادی منطقی و درست مطرح نباشد.

استطبابات عبارتند از:

A – مادری

(۱) فرط فشار ناشی از حاملگی و eclampsia: - در فرط فشار خفیف ناشی از حاملگی که به تداوی جواب نداده باشد درینصورت در هفته ۳۸ تحریک صورت گیرد. در حالت Eclampsia تحریک ولادت بعد از کنترل حمله اختلاقی صورت گیرد.

(۲) امراض مزمن کلیه و فرط فشار خون اساسی که تحریک ولادت قبل از ترم بمقصد جلوگیری از خطر عدم کفایه پلاسنتا استطباب دارد.

(۳) polyhydramnious: - با برجسته شدن اعراض فشاری تحریک ولادت در نزدیک ترم استطباب دارد در مراحل مقدم حاملگی مقداری از مایع توسط یک سوزن lumber puncture کشیده شده در صورتیکه اعراض برجسته فشاری و یا انومالی های gross جنین وجود داشته باشد، کشیده شود.

(۴) Diabets mellitus: - در صورتیکه حاملگی از هر نگاه نورمال باشد و دیابت بخوبی تحت کنترل باشد. تحریک ولادت در جریان هفته های ۳۷-۳۸ صورت میگردد.

(۵) امراض مزمن کلیه از قبیل chronic nephritis، recurrent pyelitis (التهاب عود کننده حویضه): حاملگی کدام اثر مضر بالای کلیه های صحتمند ایجاد نمیکند و قتیکه وظیفه کلیه تقریباً

مختل می‌گردد، تاثیرات حاملگی ممکن است از بد تا بدترین بالای آن باشد. تداوم حاملگی موجودیت پتالوژی های ذکر شده را سنگین تر میکند. بناً تحریک ولادت در هفته های بعدتر باید انجام شود.

۶) Essential hypertension

۷) استفرافات زیاد همراه با علایم ketosis که در حاملگی موءخر ظاهر می‌گردد. احتمال شناخت و تشخیص بسیاری از فاکتورها قبل از حاملگی مانند، ظهور اولین اعراض فرط فشار خون ناشی از حاملگی، اندازه پیشرفت مرض، سن و تعداد ولادت ها، جواب به تداوی، اعراض و مشکلاتیکه در موجودیت فرط فشار ناشی از حاملگی علاوه می‌گردند، بخوبی استطبای تحریک ولادت را مشخص می‌سازند. ازیک طرف خطر Prematurity در طفل مطرح بحث بوده و از طرف دیگر مرگ داخل رحمی جنین از اثر فشار بلند و دوام آن در طول زنده گی بعدی خانم میباشد، لذا اگر تحریک ولادت به خاطر مفاد به طفل و مادر باشد، بهتر است که انجام شود.

۸) یرقان همراه با حاملگی ممکن یک علامه از Toximia حاملگی بوده و انداز خراب را وانمود میکند.

۹) Chorea gravidarum در هفته های اخیر حاملگی شاید نیازمند به تحریک باشد

۱۰) درجه خفیف عدم تناسب: بهترین اختصاص آن Multipare هاند، زیرا نزد آنها خطر انرشیای رحمی کم بوده. و قابلیت ولادی شان را ثابت کرده اند.

۱۱) تاریخچه خونریزی در حاملگی های مقدم، زیرا اگر تخریب در پلاستا ایجاد گردد این حالت غیر قابل برگشت است.

B- جنینی

حمل طولانی (Postmaturity): - اگر تاریخ ولادت مطمئن باشد، تحریک ولادت بعد از هفته ۴۲ صورت می‌گیرد.

۱) Antepartum Haemorrhage: - تحریک ولادت در هفته های ۳۸ در صورتیکه خونریزی قبل از ولادت موجود است، بعد از معاینه تحت انستری بخاطر رد اشکال Placenta- II-III & IV Preavia باید صورت گیرد و از طرف دیگر تحریک ولادت در واقعاتیکه خونریزی Accidental وجود دارد، میتواند انجام شود.

۲) امراض هیمولیتیک: - تحریک ولادت در حالاتیکه سابقه طفل مصاب داشته و یا زمانیکه انتی بادی های مادر در معاینات افزایش نشان میدهد و یا اینکه معاینه مایع امنیوتیک احتمال متاثر شدن جنین را نشان بدهد، توصیه می‌گردد. در وقایع متوسط و شدید مصابیت جنین، باید تحریک ولادت

هنگامیکه سن حاملگی به ۳۴ هفتگی رسید صورت گیرد و Exchange Transfusion میتواند بعد از تولد انجام شود .

۳) سو اشکال جنین :- در واقعات Hydrocephal ، Anencephali و یا Monsters (ناقص الخلقه) بخصوص اگر همراه Polyhydramnious باشد ، تحریک باید بعد از تثبیت تشخیص صورت گیرد .

۴) Intra uterine foetal death :- یک استطباب نسبی برای تحریک ولادت است . ولادت بنفسه معمولاً بالاخره بوقوع می پیوندد ، تحریک دوائی مصئون بوده اگر چه میتود دوائی نمیتواند قویاً رد گردد ، اندکشن باید برای جلوگیری از ترضیض روحی و روانی به مادر و هم برای رفع خطر DIC انجام گردد . این یک استطباب نسبی است و ولادت نورمال همیشه در جریان چند روز صورت میگیرد .

۵) IUGR (تأخیر رشد داخل رحمی) ، Dysmaturity ، تاریخچه قبلی اطفال اضافه وزن یا اطفال بزرگ طوریکه با تحت نظر گرفتن حاملگی دیده شود که حمل بعدی هم تمایل به تزايد وزن دارد .
۶) سابقه خراب ولادی خاصتاً تکرار واقعات مرگ داخل رحمی .

• میتودهای تحریک

۱) (Medical) طبی

I - روغن costor :- یک Laxative بوده که فکر میگردد باعث شروع شدن رفلکس تقلصات رحم از سبب حرکت امعای غلیظه گردد و برای شروع شدن پروسه ولادت داده میشود و ممکن است وقتی ولادت قریب الوقوع نباشد تأثیر نکند .

II - Oxytocin .

III - Prostaglandine .

IV - 20% Intra amniotic hypertonic saline .

V - 80mg in 120 ml Intra amniotic hypertonic urea .

۲) (Surgical) جراحی

I - Sweeping of membran .

II - Forewaters پاره کردن مصنوعی

IV - Hind water پاره کردن مصنوعی

V - ترکیبی از هر دو .

• میتودهای جراحی

(۱) Sweeping of membran :- یک میتود ساده و مصئون میباشد و زمانی ممکن انجام شود که عنق رحم باز باشد ، غشاء از سگمنت سفلی رحم توسط یک انگشت جدا میشود . این عملیه سبب افراز پروستاگلاندین شده که باعث شروع شدن پروسه ولادت میگردد . خصوصاً زمانی که حمل به ترم بوده و سر در قسمت پائین حوصله قرار گرفته باشد .

(۲) تمزق مصنوعی جیب امنیوتیک یا امنیوتومی :- امنیوتومی با یک تکنیک کاملاً Aseptic انجام میشود . مریض به وضعیت Lithotomy قرار داده میشود . غشاء که در سگمنت سفلی رحم بیرون شده توسط فورسپس Kocher و یا چنگک مخصوص امنیون (amnio hook) تمزق داده میشود . مایع به آهستگی با تیله کردن رأس به علوی خارج گردیده و مقدار و رنگ آن یادداشت می گردد . صدای قلب جنین بعد از تمزق جیب باید شنیده شده و کنترل گردد و سقوط حبل سروی باید رد گردد ، زیرا ممکن است حبل سروی سقوط کند .

خصوصاً اگر سر بلند بوده و مترافقا با Polyhydramnios اشتراک داشته باشد که در این حالات میتوان تمزق را در قسمت Hind water انجام داد . اگر عنق مناسب باشد پروسه ولادت در جریان ۶ ساعت بعد از پاره شدن غشاء در ۲/۳ واقعات شاید شروع گردد . اگر چنین نشد قطرات Syntocinon باید شروع شود . اگر عنق آماده نباشد باید از پروستاگلاندین ها برای آماده کردن عنق استفاده شود . فاصله بین تحریک و شروع شدن ولادت وابسته به پختگی جنین ، حالت عنق ، Engagement عضو معتلنه ، مقدار مایع خارج شده ، استطباب و میتود تحریک ولادت میباشد .

تحریک ولادت در صورتیکه عنق ۳ سانتی متر باز بوده و Effacement هم داشته باشد ، تمزق Forewater انجام ، عضو معتلنه تثبیت و مقدار بیشتر مایع خارج گردیده باشد ، خیلی موثر میباشد . احتمال موفقیت یا عدم موفقیت تحریک ولادت از جدول Bishop پیش بینی کرده میشود .

Bishop score				
Score	۰	۱	۲	۳
توسع عنق به سانتی متر	بسته	۱-۲	۳-۴	۵+
طول عنق به سانتی متر	۳	۲	۱	۰
وضعیت یا موقعیت عنق	خلفی	مرکزی	قدامی	-
استحکام یا قوام عنق	سخت و محکم	متوسط	نرم	-
موقعیت عضو معتلنه به سانتی متر بالاتر از شوک ها	-۳	-۲	-۱	۰

اگر نمره کمتر از ۵ باشد ، چنین پیش بینی میشود که ولادت احتمالاً بدون پختگی قبلی عنق شروع شود ، ولی اگر نمره ۷ باشد ، نشاندهنده اینست که ولادت به ساده گی شروع خواهد شد .

3 - پاره گي Hind waters :- توسط کتتر Drew symthe در واقعات Polyhydramnios برای کنترل خروج مایع و جلوگیری از شاک در اثر پائین آمدن آنی فشار صورت میگیرد .

ارزیابی عنق توسط Bishop score انجام میگردد ، عبارت از توسع ، طول ، قوام و موقعیت عنق و Station عضو معتله میباشد .

طوریکه در جدول دیده میشود بیشترین نمره عدد ۱۳ است ، که نشاندهنده شروع ولادت به صورت بنفسه میباشد . داکتر باید معتقد باشد که ولادت بصورت موفقانه و مصئون صورت میگیرد . در صورتیکه نمره (۹) با ارزیابی جدول بدست آید .

اختلاطات

۱- عدم موفقیت تحریک ولادت .

۲- انتان .

۳- اسفکسی جنین از سبب انقباض ناحیه پلاستا .

۴- Prematurity .

۵- امبولی مایع امنیوتیک .

۶- انفصال قسمی پلاستا .

۷- ازدیاد تعداد ولادتهای Operative .



انومالی فعالیت رحمی یا عملکرد غیر نورمال رحم

تفاوت های وسیع در ولادت های منحصر به فرد وجود دارد. در بعضی از خانم ها دردهای ولادت قوی، متناوب و با در نظر داشت دوام زیاد (انرشای هیپرتونیک رحم) میباشد. در حالیکه در تعدادی دیگر به صورت ضعیف، غیر متناوب و با دوام کوتاه (انرشای هایپوتونیک رحم) میباشد. در یک ولادت نارمل یک فاز مخفی وجود دارد که چندین ساعت رادربرمیگیرد، که در آن توسع عنق بسیار به تأخیر صورت گرفته و با فاز فعال که توسع عنق به سرعت صورت میگیرد تعقیب میگردد. بی نظمی رحمی یا اختلال در عملکرد رحم (Uterin inertia) بمدت طولانی شدن هریک از این دو فاز ایجاد میگردد. انرشای مقدم رحم به دوامدار شدن فاز مخفی ولادت و انرشای ثانوی رحم به غیر نورمال شدن صفحه فعال ولادت ارتباط میگیرد.

اسباب

اسباب اختلال در عملکرد رحم ممکن است:

A- مادر

- ۱- موجودیت معایب در تقلصات رحمی.
- ۲- اختلال در عملکرد عضلات جدار بطن.
- ۳- اندازه و شکل استخوان های حوصله.
- ۴- تومور عضلات ملساء.
- ۵- الاستیستی عنق.
- ۶- الاستیستی مهبل.
- ۷- مقاومت زمین حوصله.
- ۸- سایکولوژیک.
- ۹- چاقی.
- ۱۰- عدم تعامل هورمونی.
- ۱۱- اختلالات رشد.
- ۱۲- مشانه پر.
- ۱۳- ریکتم پر.
- ۱۴- grand multiparity کثیرالولاده بودن.

۱۵- Primi gravida (خانم های اول باری) .

۱۶- معمولاً نزد خانم های با سن بلند .

۱۷- استعمال ادویه مقوی بصورت غیر معقولانه .

B- جنینی

۱- اندازه جنین .

۲- سوء اعتلالات و قرارهای معیوبه جنین .

۳- Postmaturity .

۴- بزرگ شدن و توسع بیش از حد رحم در حالاتی مانند پولی هایدرامنیوس ، حاملگی دوقلو و غیره

C- ناشناخته .

ممکن است کدام سببی موجود باشد .

• اشکال انرشیای رحمی

(۱) Hypotonic inertia

a- انرشیای ابتدائی رحم:- درین حالت شکل ، طرز العمل و انتشار موجه های تقلصی رحم نورمال

است ، ولی تقلصات ضعیف و کوتاه بوده و کمتر تکرار میشوند .

b- انرشیای ثانوی رحم .

(۲) Hypertonic inertia یک حالت غیر طبیعی در عملکرد قوی رحم میباشد .

a- اگر کدام تضییقی موجود نباشد نتیجه آن ولادت سریع میباشد .

b- ولادت انسدادی .

(۳) طرز العمل نامنظم رحم

a- عدم هماهنگی در عملکرد رحم :

I- Hypertonic بودن سگمنت سفلی .

II- تقلصات تونیک موضعی .

III- تقلصات تونیک عمومی و منتشر .

b- Dystocia -I -توسع بیش از حد رحم :

I -توسع بیش از حد رحم .

II- نفوذ و یا تأثیرات روحی روانی .

III- نقائص در رشد و انکشاف .

IV- عدم تطابق و اعتلالات معیوبه .

V - سن و تعداد ولادت ها .

VI- پخته گی جنین .

• انرشای Hypotonic

این حالت یکی از معمول ترین حالات انرشای رحمی است ، کمتر جدی و خطر آفرین از تمام اشکال آن بوده و منجر به ولادت طولانی میشود . تقلصات از غور رحم شروع شده به طرف عنق میرود . صفحه استرخاء مکمل است ، رحم در اوج تقلص قابل جس است . در این حالت تشوش در جریان خون پلاستنا و جنین صورت نمیگیرد و زجرت مادری هم ایجاد نمی شود . بعد از آغاز تقلص درد احساس شده و قبل از فروکش کردن تقلص مانند ولادت نورمال تسکین و یا رحم در فاصله بین تقلصات نرم است و جنین به آسانی جس میگردد و کدام حساسیت بالای رحم احساس نمیگردد .

• انرشای Hypertonic

درد پیش از شروع شدن تقلصات احساس و بعد از فروکش کردن تقلص هم ادامه می یابد . فعالیت فوق العاده رحم ، مریض را وادار میسازد تا درد شدید را در کمرش احساس کند . حتی در فاصله بین تقلصات رحم ، فشار داخل رحم طوری افزایش می یابد که در قدمه احساس درد قرار دارد و هم جریان خون بین رحم و پلاستنا کاهش می یابد . که نشاندهنده انداز خراب برای جنین میباشد ، زیرا Asphexia داخل رحمی را سازماندهی میکند . در جس رحم حساس است و بوسیله تقلصات دردناک عکس العمل نشان میدهد . و مریض طوری معلوم میشود که از درد دوامدار بدون صفحه استرخاء رنج میبرد . Contraction ring در بین سگمنت سفلی و علوی رحم در جریان صفحه اول و یا دوم ولادت فقط بعد از تمزق جیب ایجاد میگردد . Contraction ring تنها میتواند بوسیله معاینه مهبل و یا اجرای CS تشخیص گردد و نباید با Bandl ring در ولادت انسدادی مغالطه گردد . خطر پاره گی رحم در این حالت در صورتی که سگمنت سفلی رحم نازک نشده باشد ، موجود نیست .

• Dystocia عنق

- A- اکتسابی :- به تعقیب کوتریزیشن (سوختاندن یا Freez کردن) ، Amputation و یا بعد از عمل Cone-biopsy عنق قادر به توسع نمی باشد .
- B- ارثی :- عنق به صورت ناقص شکل کرده و به مقدار زیاد نسج فیروتیک در آن به ملاحظه میرسد ، که از قابلیت توسع عنق می کاهد و یا قادر به توسع نیست . انسداد میخانیکی که در فوهه خارجی ایجاد می گردد و رشد می یابد ، سبب عدم هماهنگی عملکرد رحم میگردد .
- عنق به صورت سخت ، چرمی و کنارهای آن بصورت غیر قابل توسع ، توسط انگشتان جس میگردند

تداوی

a-عمومی

- ۱- معاینه بطنی و مهیلی به منظور یافتن علت انرشیا و تداوی آن .
- ۲- معاینه منظم و متناوب کلینیکی مریض و جنین از نظر نبض مادر ، درجه حرارت ، فشار خون ، شنیدن صدای قلب جنین اجرا و یادداشت کردن .
- ۳- آرام کردن اضطراب و ناراحتی مریض بوسیله دادن آرام بخش ها و دواهای خواب آور.
- ۴- به منظور تسکین درد Pethidine یا Morphin داده شود .
- ۵- زجرت مادر بوسیله یادداشت افزایش نبض ، درجه حرارت ، دیهایدریشن ، استفراغ ، عرق کردن و شخی کلونیک تحت نظر باشد و به شکل IV قطرات Dextrose و 5% salin به مقدار زیاد ممکن است داده شود .
- ۶- احتیاط از متن شدن مریض بوسیله اجتناب از معاینات مهیلی و در حالاتیکه معاینه ضرور است از بسته های معقم و بکار بردن تکنیک های کاملاً aseptic استفاده گردد . در صورت تمزق غشا باید انتی بیوتیک برای مدتی شروع گردد .
- ۷- I . V Oxytocin :- به صورت رقیق شده برای تحریک رحم در حالاتی مانند انرشیا ی هایپوتونیک در صورت که کدام انسداد میخانیکی موجود نباشد ، باید استفاده گردد .

b-ولادت با عمل جراحی

هر نوع مداخله در جریان صفحه اول ولادت باید به تأخیر انداخته شود . مگر اینکه کدام استتباب قوی مانند زجرت مادری و یا جنینی موجود باشد .

طرز العمل های که در دسترس است :

• در صفحه اول ولادت

a-Vacuum extraction.

b-C.S

• در صفحه دوم ولادت

a - ولادت با فورسپس (Forseps delivery)

b - ولادت با واکيوم (Vacuum extraction)

• ولادت با عملیات تخریبی جنین (Destructive operation)

ولادت طولانی Prolonged labour

تعریف

هرگاه صفحات ولادت بیشتر از 18h بطول انجامد، اصطلاح ولادت طولانی مطرح بحث است. درین تعریف پرابلم در آنجاست که مریضه در وارد ولادی با صفحات مختلف ولادتی بستر می گردد، بدون اینکه دقیقاً بدانیم چه وقت تقلصات شروع شده و چه مدت است که خانم در پروسه ولادت داخل گردیده است و یا اینکه وقت دخول در صفحه ولادت غلط تعبیر گردیده و نمیدانیم که او در صفحه ولادت بوده است یا خیر.

با در نظر داشت این مشکل در پرکتیس عصری امروز، ولادت ذریعه یک Partogam که یک ریکارد گرافیک و حاوی تمام و قایعیکه در پروسه پیشرفت ولادت رخ میدهند میباشد، تنظیم میشود.

وقوعات

ولادت طولانی ۴ مرتبه بیشتر در اول باری ها نسبت به خانم های کثیرالولاده رخ میدهد. فیصدی وقوعات باساز بلند بودن سن خصوصاً در خانم های اول باری بلندتر از ۳۰ سال، تزآید می یابد. پیشرفت ولادت:- باساز توسع عنق و نزول راس طفل و تیرهء ولادت تعقیب و کنترل میگردد.

اسباب

با در نظر داشت اسباب طولانی شدن ولادت، ۵ فکتور مختلف ذیل باید در نظر گرفته شوند.

• Passangre قصور در مسافر یا عوامل مربوط به جنین.

شاید مربوط باشد به:

۱- وضعیت غیر طبیعی عضو معتلنه مانند وضعیت Occiput-post و توقف راس به وضعیت عرضانی (D.T.A).

۲- اعتلالات معیوبه و غیر طبیعی مانند: اعتلان حوصلی، ابرو، و جهی، شانه و اعتلان مرکب(راس همراه یک طرف).

۳- اندازه طفل مانند: Macrosomia (بلندتر از 4.5kg).

۴- انومالی های ولادی متباز نزد طفل مانند هیدروسیفال، حین و یا تومورهای بطنی، دوگانگی های بهم پیوسته، هیدروپس فیتالیس و غیره.

- ابنار ملیتی در اندازه و شکل حوصلهء مادر و یا خرابی در راه قرار ذیل تصنیف شده اند:
 - A - انکشاف ابنارملیتی در عظام حوصلی مانند:
 - 1- حوصله اندروئید یا مردانه :- Brim حوصلی زاویه داراست ، که معمولاً تاثیر مخالف یا معکوس بالای ولادت دارد .
 - ۲ - حوصله Anhrropoid :- که بنام high assimilation pelvis از اثر موجودیت فقرهء شیشم عجزی نیز یاد میشود
 - ۳- حوصله Platypelloid با Brim هموار.
 - ۴- حوصله Naegl's :- یک طرف Sacral ala یا بال حرقفه انکشاف نکرده و ilium بصورت مستقیم ارتباط دارد .
 - ۵- حوصله Robert's که هر دو طرف بال حرقفه معدم است .
 - B_ امراض و جروحات عظام حوصله :
 - ۱- مرض 'Rickers' که سبب نرمی استخوان ها در دوران طفولیت میگردد .
 - ۲- مرض Osteomalacia مانند مرض Riket's است با در نظر داشت اینکه در کاهلان دیده میشود .
 - ۳- در Achondroplastia که حوصله معمولاً کوچک است.
 - ۴- تومورهای عظام حوصلی .
 - ۵- کسور عظام حوصلی که به شکل درست وطبی جابجا نه شده باشند .
 - C -انومالی های ستون فقرات و اطراف سفلی:
 - ۱- کیفوزیز ، Scoliosis و Spandylo listhesis که در هر کدام از اینحالات فقرهء پنجم قطنی به قدام لغزیده فوههء in.let حوصله را تنگ و مسدود میسازد .
 - ۲- خلع ولادی مفصل Hip و پولیومیالیت.
- خرابی در قدرت و توان عضلات رحمی - بطنی (Faults in the power)
 - I هیپوتونی رحمی (انرشیای رحمی)
 - a - ابتدائی .
 - b- ثانوی .
 - ۲-عدم نظم و هماهنگی در تقلصات رحمی .
 - ۳ تاسس بندل رینگ یا رنک تقلصی که پتولوژیک است .

۴- دیستوسیای عنق رحم .

• **Faults in the practice** یا عملکرد اشتباه

I - تحریک غیر عملی و غیر معقولانه ولادت:

تحریک ولادت در صورتیکه Bishop بین ۳-۰ باشد صفحه خفای ولادت را طولانی ساخته و منجر به طولانی شدن ولادت میگردد . باساس تجربه ثابت شده است که ۴۰-۳۰٪ مریضانیکه بهس Bishop score کمتر از ۳ تحریک شده اند ، به سزارین سکشن سوق داده شده اند .

II - ناتوانی در تشخیص ولادت های Dysfunctional.

III - ناتوانی در تداوی ولادت های Dysfunctional.

• **Faults in the patient** عیب و نقص در حالت روانی مریضه

psychology

تزاید زجرت ، بیم و هراس مادر سبب آزاد شدن کتکول امین ها ، نارادرینالین میگردد ، که آن بنوبه خود باعث خرابی فعالیت رحمی گردیده که تقلصات عوض منشاء گرفتن از غور رحم ، بر خلاف از قسمت سفلی رحم منشاء می گیرند . این تقلصات شدیداً درد آور بوده ولی سبب بازشدن عنق رحم نمیگردند (بدلیل فوق) که این سبب بروز یک سیکل معیوبه گردیده که بنام سندرم Pain fear anxiety یاد می گردد .

سه نوع ابنار میلیتی ولادتی مشخص گردیده اند:

• **(P.L.P)** طولانی بودن صفحهء مخفی ولادت

دورهء مخفی یعنی مدتی که از تقلصات حقیقی ولادی یاداخل شدن در صفحهء اول ولادت تا توسع عنق رحم به اندازه 3cm را در بر میگیرد . معمولاً برای مشخص ساختن صفحهء خفا باید پس منظر مریضه در نظر گرفته شود . صفحهء خفا در اول باری ها ۶ ساعت و در کثیر اولولاده ها ۴ ساعت طور متوسط محاسبه شده است .



اسباب

- (۱) بدون علت یا Idiopathic در بسیاری از وقایع کدام علت مشخصیکه بتواند دلیل طولانی شدن صفحه مخفی ولادت را توضیح دهد وجود ندارد.
- (۲) تحریک غیر عاقلانه ولادت :- در مریضانی که Bishop scor پائین است، مثلاً عنق نامطلوب و ناپخته شده از نظر ولادت و یا بلند بودن عضو معتلنه.
- (۳) تشخیص غلط صفحه ولادت :- دردهای کاذب تعبیر غلط از دردهای قبل الولاده هنگامیکه خانم از تقلصات دردناک حکایه دارد، که این تقلصات بالای عنق رحم تاثیر وارد نمیکند. معمولاً این تقلصات رحمی بعد از چند ساعت محدود، معدوم میگرددند. عمدتاً این تقلصات بدون ضرر بوده و بصورت محافظوی تداوی شده میتوانند، ولی مداخله برای تمزق جیب بصورت صناعی سبب خواهد شد که مریضه به طرف طولانی شدن صفحه خفای ولادت برود.
- (۴) تمزق قبل از وقت جیب (P R O M) :- این اصطلاح به حالتی که جیب قبل از شروع فعالیت های رحمی در یک حمل به ترم تمزق نموده باشد، گفته. در حال حاضر اتمامات اینست که نزد مریضه در ظرف 12h با تجویز اوکسی توسین وریدی ولادت تحریک شود، ولی این پروسه اکثراً سبب طولانی شدن دوره خفای ولادت گردیده و در حدود ۲۰٪ این مریضان به سزارین سکشن از اثر عدم موفقیت در ولادت سوق داده میشوند.
- (۵) دیستوسیای عنق رحم :- این اصطلاح به عنقیکه با وجود تقلصات رحمی مناسب و تجویز Oxtocin با اندازه کافی معروض به اتساع نگردد، اطلاق می گردد. این یک حالت بسیار نادر است معمولاً نزد خانم های که بالای عنق رحم شان عملیات ها جراحی انجام شده از خود ندبه به جا گذاشته است اتفاق می افتد، بطور مثال بعد از Cone biopsy و یا ماندن خیاطه بمدت دو امدار در عنق. در بعضی از وقایع بدون دلیل هم بمشاهده رسیده میتواند.

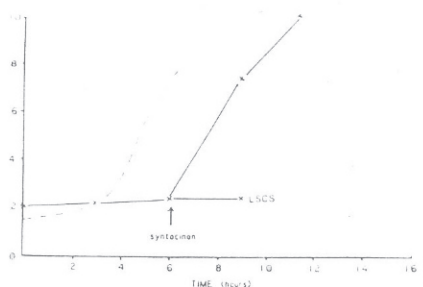


Fig.31 Prolonged latent phase. The dotted line indicates the line of expected progress. The patient's progress is marked by the solid line. The possible outcomes following the administration of syntocinon are indicated.

تداوی

A - وقایوی

- ۱- تشخیص مقدم و تداوی اسبابیکه باعث ولادت طولانی میشوند .
- ۲- اندازه گیری حوصلی در هفته ۳۶ حاملگی و رد عدم تناسب راس و حوصله .

B- معالجوی

- ۱- شروع ولادت باید دقیقاً تشخیص گردد . بمریضی گفته میتوانیم که وارد صفحه ولادت گردیده که تقلصات منظم، پرودییک درد ناک داشته و با توسع عنق و تاسس Effacement همراه باشد . در مریضیکه با تقلصات رحمی که شاید در پروسه ولادت داخل شده و یا شاید هم نه شده باشد (باستثنای مونیتورینگ قلب جنین) تا وقتی که راس جنین بصورت تام تثبیت نشده ، Effacement عنق کاملاً تاسس نکرده واقعاً توسع آن به 3cm نرسیده باشد نباید مداخله صورت گیرد . با تمسک باین باید جداً از پرابلم طولانی شدن دوره مخفی ولادت اجتناب نمود .
- ۲- در یک تعداد کمی از این مریضان که دردهای شدید یا تقلصات دردناک دارند ، اگر تغییرات جزئی هم در عنق آمده باشد ، باید Pathedin 100/im داده شود . این تداوی میتواند در حدود نیمی از وقایع سبب قطع شدن تقلصات رحمی گردیده مخصوصاً آنهاییکه در صفحه مقدم ولادت قرار دارند با وجود پیشرفت و تیره ولادت اختلالات بصورت نسبی کمتر بملاحظه برسد .
- ۳- دلداری و اطمینان به مریض و تجویز سید اتیف ها .
- ۴- در صورتیکه تقلصات رحمی باعث Effacement خوب و بازشدن کم عنق شده باشد ، Oxytocin تجویز شده میتواند .
- ۵- در بسیاری از مریضان دوره فعال صفحه اول ولادت بخوبی پیش می رود ، ولی در حدود ۱۵٪ آن ها شاید به سزارین سکشن ضرورت پیدا کنند ، این کار وقتی انجام شود که با تجویز مقدار اعظمی اوکسی توسین 40ml unit/min در ظرف ۶ ساعت نتیجه مطلوب حاصل نشود .
- ۶- دیهیدراتشن و کیتواسیدوز مریضه با تجویز دکستروز ۵٪ از طریق وریدی با سرعت مناسب اصلاح گردد .
- ۷- اندازه گیری حوصله بدرستی انجام شود . اگر قطر قدامی خلفی حوصله کمتر از 9cm بوده و جنین وزن در حدود طبعی داشت ، سزارین سکشن انتخابی اجرا گردد .
- ۸- اگر علائم موجودیت انتان مطرح بود ، انتی بیوتیک تجویز و صواب جهت کلچر و انتی بیوگرام از مهبل گرفته شود .
- ۹- اگر عدم تناسب راس و حوصله بدرجه زیاد محسوس نبود ، ولادت مهبل اجازه داده شود .



۱۰- پارتوگرام قطعا تعقیب گردد.

• توقف ثانوی توسع عنق (S.A.C.D)

S. arrest یا توقف ثانوی توسع عنق، وقتی گفته میشود که دوره فعال ولادت در صفحه اول بصورت معمول پیشرفته ولی توسع عنق در حذای 5-6cm توقف نموده است و این در حدود ۲ مرتبه در اول بارهای نسبت به کثیر الولاده ها بیشتر دیده میشود.

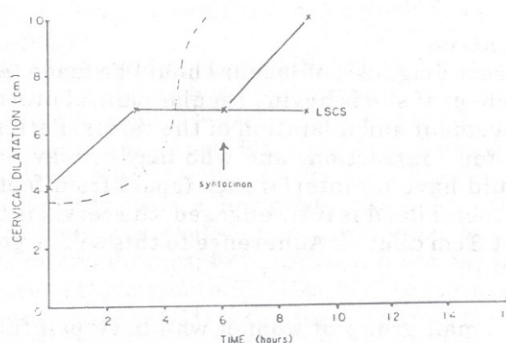


Fig. 32 Secondary arrest of cervical dilatation. The possible outcomes following the administration of syntocinon are illustrated.

اسباب

- ۱- وضعیت معیوبه و یا قبض ضعیف و ناقص راس معمولترین سبب عارضه است.
- ۲- عدم تناسب راس و حوصله (C.P.D).
- ۳- اعتلالات معیوبه مانند: اعتلان وجهی، ابرو و اعتلان مرکب (Compound presentation)

تداوی

- ۱- با معاینه مهبلی اعتلالات معیوبه و عدم تناسب راس و حوصله رد گردند.
- ۲- در خانم های اول باری در صورتیکه زجرت جنینی موجود نباشد، برای کمک جهت تولید تقلصات قوی رحمی Oxytocin توصیه گردد، تا زمینه قبض و تدور را در راسیکه به حالت deflex و Occipnt post قرار دارد فراهم سازد.
- در خانم های کثیرالولاده احتیاط جدی در مورد تجویز مقدار زیاد Oxytocin مد نظر باشد، زیرا در اکثر وقایع توقف توسع ثانوی عنق رحم، بعلت عدم تناسب راس و حوصله نزدشان مطرح می گردد.
- تشوشات وظیفوی در مراحل مقدم ولادت (Primary Dysfunctional Labour)

این معمولترین شکل ولادت های غیر طبیعی است ، این بدانمعنی است که اندازه توسع عنق رحم در مرحله فعال و ولادت کمتر از 1cm فی ساعت میباشد . این پرابلم در حدود 25% نزد اول باری ها و ۱۰% نزد کثیر الولاده ها بوقوع رسیده میتواند . این تشوش بدترین انذار را در هردوگروپ داشته و فیصدی سزارین سکشن که با زجرت طفل همراه میباشد بلند تر است .

اسباب

- ۱- عملکرد غیر موثر رحمی:- که با تقلصات مزدوج و هیپرتون همراه است . این تقلصات شدیداً دردناک بوده ولی توسع عنق را در قبال ندارد .
- ۲- عدم تناسب راس و حوصله .
- ۳- وضعیت Occiput post .

تداوی

- ۱- وضعیت معیوبه با معاینه مهبلی مشخص شده ورد گردد .
 - ۲- جیب تمزق داده شده با قطرات Oxytocin تحریک گردد .
 - ۳- Hypnotic وسید اتیف برای رفع زجرب و نا آرامی مادر داده شود .
 - ۴- مقدار کافی ولایزه انالجزیک ها داده شود .
 - ۵- معاینه مهلی هر ۳-۴ ساعت اجرا گردد .
- نتیجه:- تجویز Oxytocin با قطرات مناسب ، سبب باز شدن عنق رحم در بیشتر از ۸۰% وقایع گردیده و ولادت مهبلی اکثرأ نرد آنها انجام میگردد . اگر تجویز Oxytocin سبب اصلاح اندازه توسع عنق نگردد ، در ۸۰% مواردخانم ها به سزارین سکشن معروض میگردند که در بسیاری اینموارد دلیل سزارین ، زجرت جنینی میباشد . در تمام خانم هائیکه با تجویز Oxytocin ولادت کرده اند خطر خونریزی بعد از ولادت به علت انرشیای رحم زیاد میباشد . از این شکل با تجویز و قایوی Oxytocin بمقدار $\frac{40un}{500m}$ در محلول Hartman's به اندازه 80/min قطره ، تا ۲ ساعت بعد از ولادت جلوگیری شده میتواند .

عدم تناسب راس و حوصله

تعریف

ناکامی در عبور راس طفل از حوصله مادر از سبب اینکه یا حوصله مادر بسیار خورد و یا راس طفل بسیار کلان می باشد ، بنام عدم تناسب راس و حوصله یاد میگردد . این یک تشخیص وظیفوی است ، بدون از یک تعداد واقعات و یابعضی حالات بسیار استثنائی ، اندازه گیری جنین و شکل حوصله مادررا قبل از شروع صفحات ولادت نمیتوان قطعی حدس زد .

تشخیص

در خانم های قامت کوتاه مشکوکیت به عدم تناسب راس و حوصله بیشتر میباشد (قد کمتر از ۱۵۰ و اندازه کفش کمتر از ۵ نمبر) .

• **در مرحله قبل از ولادت یا Antenatal**

۱- راس بلندیکه در نزدیکی های ولادت باندازه ۴/۵ و ۵/۵ (در جس بطنی) در حوصله تثبیت شده نتواند .

۲- معاینه کلینیکی و X.Ray کاهش ابعاد حوصلی را تثبیت و تأیید کند .

• **در مرحله ولادت**

عدم موفقیت پروسه ولادت در نزول راس به حوصله و توسع عنق ، بملاحظه رسیده لاکن Caput تشکل کرده و قویاً Moulding بمیان میآید .

اهتمامات

سزارین سکشن انتخابی در خانم های اول باری بندرت ضرورت می افتد، مگر در واقعات ذیل:

۱- موجودیت دیگر عوارض نا مطلوب و ناموافق .

۲- موجودیت اعتلان معیوبه .

۳- True cojugata کمتر از 9cm باشد . در غیر آن ولادت مهیلی سازمان دهی گردد .

ولادت امتحانی تنظیم گردد (Trial of labour) : یک ولادت خوب نزد مریض با حوصله کوچک ، توام بامشاهده تقلصات خوب رحمی که همراه باقبض ، تدور ، ومولدینگ مصئون برای طفل بوده ومنجر به ولادت مهیلی یک طفل صحت مند گردد بنام Trial of labour یاد میشود .

در یک Trial of labour در صورتیکه پیشرفت وتیره ولادت به میان آید، به مریض اجازه ولادت داده میشود. در پیشرفت وتیره ولادت partogram بهترین معیار است وقلب جنین هم منظم شنیده شده وارزیابی گردد . اگر خانم باوجود تقلصات منظم رحمی در ظرف ۱۲ ساعت ولادت نکرد تلاش بیفایده است وتحریک باید قطع گردد . این نوع Trial of labour در مریضان کثیرالولاده و یا اعتلالات حوصلی نباید انجام شود .

ولادت انسدادی Obstructed labour

تعریف

عبارت از وضعیتی است که باوجود تقلصات قوی رحمی، پیشرفت در وتیره ولادت دیده نمیشود و این بامشاهده عدم موفقیت در توسع عنق رحم و عدم نزول راس جنین در قنات ولادی، تثبیت میشود. این یک وضعیت بسیار خطر آفرین برای هردو یعنی طفل و مادر، اگر مداخله به موقع انجام نشود میباشد. به ولادت انسدادی نباید اجازه انکشاف داده شود.

اسباب

حالات مختلفی که باعث ولادت انسدادی میگردند عبارتند از:

• مادی

- ۱- تضیق حوصله.
- ۲- تومورهای عظام حوصله.
- ۳- تومورهای مبیضی و رحمی.
- ۴- تضیق عنق رحم.
- ۵- تومورهای رکتوم و مثانه.
- ۶- تضیق مهبل.
- ۷- Sacculation رحم.
- ۸- تشکیل حلقه پتولوژیک (Contraction ring) در حذای سگمنت سفلی رحم.
- ۹- انسداد توسط یک قرن رحم، در حالات که دورحم وجود دارد.
- ۱۰- توضع کلیه در حوصله (یا اختفاء کلیه در حوصله)

• جنینی

- ۱- طفل بزرگ و محجم.
- ۲- وضعیت معیوبه مانند وضعیت ثابت Occuput post، توقف مستعرض راس در عمق حوصله (D.T.A) و وضعیت Mento-posterio.
- ۳- اعتلالات معیوبه: مانند Breech و جهی، ابرو، شانه و اعتلان مرکب (راس و یکی از اطراف).

۴- اِبنار ملیتی ولادی جنینی مانند: هیدروسفیل ، طفل های دو گانه بهم چسپیده ، انانسیفلی و طفل جن

دار.

۵- هیدروپس فیتالیس (مادر RH منفی)

لوحة کلینکی

کشف و تشخیص ولادت انسدادی در صفحات مقدم ولادت بسیار مهم است و این یک حقیقت است که عوامل مسئول عارضه ممکن باعث مرگ طفل گردیده و هم حیات مادر را به مخاطره میاندازد .

۱- خانم ولادت کننده باید جداً زیر مراقبت باشد و اولین اقدام بررسی وضعیت عمومی وی میباشد .

۲- خانم خسته مضطرب و ناراحت بوده و حتی در صفحهء استرخاء هم قادر به استراحت نیست .

۳- یک تزايد در سرعت نبض ، تنفس و درجه حرارت بمیان آمده و زبان خشک است .

۴- در خانم های اول باری ولادت انسدادی باعث خستگی گردیده که انرشی رحمی را در ۲-۳ روز بعدی بصورت ثانوی سبب میگردد س.

۵- در خانم های کثیر الولاده ، هر چند که ولادت انسدادی در ظرف ۲۴ ساعت بمیان آمده ، با پیشرفت نازک شدن سگمنت سفلی و و تمزق رحمی همراه میباشد .

۶- تقلصات رحمی توقف میکند .

۷- از سبب خشک شدن و یادریناژ مایعات ، محل غرس پلاستتائی معروض به کشش (Retraction) می گردد .

۸- ضجرت شدید جنینی (بطنی شدن صریح حرکات قلبی ، میکونیوم غلیظ در مایع امنوتیک ، طفل را به طرف مرگ از اثر هیپوکسی می برد .

لوحة کلینکی تمزق رحمی

۱- معدوم شدن تقلصات رحمی .

۲- غائب شدن عضومعتلنه از مهبل .

۳- شاید خونریزی مهبلی موجود باشد .

۴- شاید مریضه به طرف Shock برود .

• معاینه بطنی

۱- در تمام حالات رحم حساس و سخت جس شده و طفل به وضع مناسب جس نمی گردد .

۲- رحم مانند شکل طفل Moulding شده و استرخا بین دو تقلص وجود ندارد .

۳- قلب جنین شنیده نمی شود .

۴- بندل رینگ Bandal's Ring مانند یک شیار منحرفه و یا مستعرضه در سویه سره و یا بلند تر از آن جس می گردد .

۵- یک ویا هر دو رباط مدور، بصورت محکم کش شده در سگمنت سفلی وسعت یافته ، دریافت می شوند. بصورت نارمل قسمت علوی رحم در جریان ولادت فعال بوده و هر قدر که پروسه ولادت پیش می رود منقبض تر و جمع تر میگردد . سگمنت سفلی به حالت غیر فعال قرار داشته ، متوسع و منسبط میگردد . سرحدجائی بین این دو قسمت علوی و سفلی یک حلقه که بنام حلقه فیزیولوژیک (Physiological) retraction Ring یاد میگردد میباشد ، که بعضی اوقات مانند یک شیار سطحی و هموار بلندتر از ارتفاع عانه جس شده میتواند . در ولادت انسدادی این تغییرات شدت کسب نموده و حلقه Retraction و اضحاً بر جسته و وسیع تر میشود که حتی میتواند تا حذای سره و یا بالاتر از آن برسد . که در ینصورت بنام Pathological retraction ring یا Banadl's ring یاد میکنند . جدار سگمنت سفلی شدیداً ضعیف و نازک گردیده که شاید ریچر رحمی را زمینه سازی کند .

۶- فاصله بین تقلصات هنگامیکه تقلصات Tonic و یا تشنجات تیتانیک بمیان میآیند کوتاه تر میگردد.

• معاینه مهبل

- ۱- مهبل و دهلیز از اثر عدم موجودیت افزایشات مهبل خشک ، گرم و اذیمائی میگردد .
- ۲- عضومعتلنه تثبیت نا شده ، تمزق مقدم جیب ، توسع عنق با هستگی پیشرفت نموده و مانند یک پرده آویزان جس میگردد .
- ۳- Caput بزرگ تشکل نموده ، Moulding پیشرفته صورت گرفته و راس در حوصله بصورت محکم تثبیت شده است .

تشخیص تفریقی

از خونریزی انقصال مخفی پلاستائی:- درینجا یک رحم ، حساس ، بزرگتر از Sise متوقع حاملگی مترافق با اعراض و علائم شاک بملاحظه می رسد . ممکن است خونریزی مهبل هم قسماً موجود باشد .

تداوی

A_ وقایوی

- ۱- به ولادت انسدادی نباید اجازه پیشرفت داده شود . مانند دیگر انبار ملیتی ها میتواند تشخیص گردیده و اهمات مناسب در وقت ولادت گرفته شود .

۲- پارتوگرام باید برای کشف عدم موفقیت به پیشرفت پروسه ولادت بررسی و تعقیب گردد. توسع
مقدم عنق رحم شاید حالت پیشرونده داشته اگر چه میتواند در ولادت های نارمل هم بشکل بطی
رشد و پیشرفت نماید.

۳- معاینه مهبل و بطنی با دقت تام، هنگامیکه پیشرفت پروسه ولادت معروض به عدم کفایه میگردد،
جهت دریافت انومالی های تشخیص ناشده مانند عدم تناسب راس و حوصله و یا اعتلالات معیوبه
اجرا گردد.

B- معالجوی

۱- هنگامیکه Bandl's ring انکشاف کرد، بهدفع ولادت دادن هر چه زودتر و مصئون تر نزد
مریضه اقدام گردد.

۲- مانیپولشن داخل رحمی به احتمال قوی سبب ریپر رحم میگردد، لذا مضاد استطباب است.

۳- تدور و ولادت با فورسپس هم نباید اجرا گردد، زیرا خطر ناک است.

۴- از دو پروسیجر ذیل یکی انتخاب گردد.

I_ سزارین سکشن.

II عملیات تخریبی (destructive operation)

هر دو پروسیجر خطر دارند. لاکن سزارین سکشن نسبتاً مصون تر است. اصلاح تخنیک های سزارین
سکشن، انتی بیوتیک ها، انتقال خون و انستیزی مناسب، پروسیجر را نسبتاً مصون تر و بیخطر تر ساخته
است.

عملیات تخریبی: این عملیات خصوصاً توسط افراد غیر ماهر یک عمل خطر ناک است.

۱- اجرای کرانیوتومی تحت انستیزی جنرال.

۲- Decapitation در وقایعیکه ولادت انسدادی شانه مطرح باشد.

۳- امبریوتومی اگر طفل انومالی داشته باشد.

اگر تضییق پیشرفته حوصلی و یا تومورهای بزرگ حوصلی مطرح باشد، سزارین سکشن مصون ترین
است. حتی اگر بعد از کرانیوتومی تثبیت شد، که ولادت مهبل امکان ندارد، مریض به C.S. سوق داده شود.
بسیار خطر ناک است، اگر مریضه در صفحه ولادت بمدت طولانی گذاشته شده حتی اگر ولادت مهبل
نزد وی مورد نظر باشد.

ترضیضات و جروحات طرق تناسلی Traumatic lesions at genital tract

این آفات قرار ذیل تضییف شده اند:

A- پاره شدن قنات ولادی و عجان.

B- تمزق رحم.

C- انقلاط حاد رحمی.

A- پاره گی قنات ولادی و عجان

۱- پاره گی عنق رحم

اسباب

- _ ولادت سریع .
- _ استفاده از فورسپس در عنق ناتام .
- - سرعت در ولادت راس به تعقیب آمده ، دراعتلان حوصلی اگر عنق ناتام باشد .

اعراض و علائم

یک خونریزی دوام دار مهبلی در حالیکه رحم بخوبی تقلص نموده است، جریان دارد. درمعاینه پاره شدگی عنق رحم در یک یا هر دو طرف بملاحظه میرسد .

تداوی

تحت انستزی عمومی خیاط گزاری ناحیه پاره شده انجام شود .بعد از تطبیق سپیکولوم لبه قدامی و خلفی عنق با فورسپس Sponge باپنس حلقه گرفته شده بیاین کش گرددوبا کوک های متقطع که از نواحی ضخیم عنق عبور داده میشود ،ترمیم گردد.

2- پاره گی مهبل و عجان

- پاره گی درجه یک عجان:- این پاره گی جدار خلفی مهبل و یا جدار قدامی حوصله را در بر میگیرد بعد از دور ساختن شفه ها، دهلیز باید ملاحظه گردد که پاره گی موجود است ویا اجسام عجانی نارمل و سالم اند.
- پاره گی درجه دوم:- اجسام عجانی با متداد جدار خلفی معروض به تمزق میگردند .

- پاره گی درجه سوم:- علاوه بر آنها عضله معصره خارجی مقعد تخریب گردیده و کانال Anal یا فوهه مقعدی ظاهر میگردد .

اسباب

- I- خورد بودن یا کوچک بودن قوس عانه .
- II- ولادت که وجه طفل به قدام زیر قوس عانه قرار گیرد .
- III- ولادت حوصلی یا بریچ .
- IV- بی احتیاطی در هنگام ولادت راس و یا شانه خلفی طفل .
- V- طفل بزرگ .
- VI- ولادت در وضعیت جنبی چپ .

تداوی

• وقایه

- اجرای اپیز یوتومی بعد از تجویز آنستتیک های موضعی در صورتیکه تهدید ریچر عجان مطرح باشد .
- I- ولادت دادن راس در بین تقلصات .
- II- اهتمامات جدی در ولادت شانه خلفی .

• ترمیم

فوراً بعد از ولادت تحت انستزی موضعی به ترمیم اقدام گردد . نور کافی و ساحه عاری از خون با گذاشتن Pad در مهبل آماده گردد . زروه پاره شدگی مهبل دریافت گردیده و توسط تارکت گوت کرومیک نمبر I بصورت دو امدار ترمیم گردد . به مقصد تامین هیموستاز و جلوگیری از خونریزی بیشتر یا تجمع و نشر خون در عمق جرحه خیاطه ها بخوبی محکم گردند . خیاطه ها باید بلندتر از زروه پاره شده گی مهبل شروع ، برای بسته شدن او عیه که تمایل به خونریزی داشته و ممکن سبب ایجاد هماتوم گردند ، گذاشته شوند .

اجسام عجانی توسط خیاط های متقطع با Cat Gut ترمیم گردند . برای محافظت رکتوم باید انگشت اشاره یکدست (چپ یا راست) در فوهه مقعدی داخل گردیده و به طرف پایین و عقب رانده شود ، تا سوزن دوخت از یک طرف به طرف دیگر مستقیماً رهنمائی گردد . خیاطه ها بهم نزدیک ولی نباید آنقدر ها محکم گردند زیرا زمینه ترمیم جرحه را به تاخیر میاندازد . عضلات و جلد هم با Cat Gut بصورت خیاطه های متقطع یا دو امدار خیاط گذاری گردند . در جلد از خیاطه های Subcuticular استفاده شده میتواند . معیوبیت کوک های جلدی آنست که اگر انتان مداخله کند از دریناژ جلوگیری میکند . از تارسیلیک و نایلون نسبت اینکه برای مریضه زحمت ده بوده و هم کشیدن دوباره را ایجاب میکند ، نباید استفاده گردد .

تداوی پاره گی های درجه سوم عجان

ترمیم و خیاطه گذاری آن باید همیشه با انستزی عمومی یا اپیدورال و در اطاق عملیات انجام گردد. در وحله اول مقعد و رکتیم ترمیم گردند، که از بالای طرف پائین با کوک های متقطع ذریعه Cat Gut نازک ظریف باید شروع گردد. بعد از ترمیم کانال انل یا قنات مقعدی، نهایت پاره شده معصره دریافت گردیده و با ۱-۲ خیاطه متقطع، توسط تار Cat Gut دوخته شود. در هنگام خیاط گذاری قنات مقعدی ترمیم، طوری اجرا گردد که خیاط از التواءات غشای مخاطی دورتر نگه داشته شده و محکم گردند. باین ترتیب پاره گی درجه سوم به پاره گی درجه دوم تبدیل شده و سپس مانند آن ترمیم ادامه داده شود.

3 - هیما توم دهلیزی و مهبلی

این یک اختلاط نادر است و ممکن از اثر تمزق Varicose vein و یاشاید هم هیچ نوع ابنار ملیتی وریدی قبلی موجود نبوده، در صفحه دوم ولادت از سبب ناکافی بودن مقدار خیاطه ها در پاره گی عجان باشد رخ دهد

لوحه کلینیکی

- ۱- درد ناحیه ماثوفه.
- ۲- وضعیت شاک مانند.
- ۳- پندیدگی حساس و درد ناک برنگ ارغوانی، که معمولاً تمایل به کسب وسع به طرف پائین و یا ندرتاً بطرف بالا میکند.
- ۴- اگر انتان مداخله کند ا بسه تشکل میکند.

تداوی

تداوی با ساس اندازه و فشار ناشی از تورم ارتباط دارد ، ناحیه باید شق شده و علقات خون در یناژ گردند . اگر نقاط فعال خوند هنده مشاهده شد Ligate گردد ، بوسیله پانسمان و بنداژ یک فشار نسبتاً محکم تر بالای ناحیه آورده شود . اگر هیما توم کوچک بدون Tention موجود بود ، فشار محکم بالای آن اعمال شود ، خون احتمالاً در نهایت جذب خواهد شد .

تعقیب

- I- پاک نگهداشتن موضعی با شستن مکرر با دیتول .
- II- Pad معقم بصورت مکرر استفاده و تعویض شود .
- III- انا لجزیک باید داده شود .
- IV- در پاره گی ها درجه سوم و در صورت مشکوکیت به انتان در پاره گی های درجه دوم هم ، باید انتی بیوتیک تجویز گردد .

- (۱) ندبه ضعیف C.S و معمولاً شکل کلاسیک آن ، هستروتومی و یا میومکتومی .
- (۲) ضربات مستقیم .
- (۳) جروحات نافذه .

II- در جریان ولادت

- (۱) ولادت انسدادی از اثر عدم تناسب راس و حوصله ، اعتلالات معیوبه ، تومورهای حوصلی و تضیق عرق رحم .
- (۲) مداخله داخل رحمی بادرست مانند: تدور داخلی ، خروج پلاستتای چسپیده با دست ، توسع دادن عرق با فشار و ندرتاً هم تمزقات عرق رحم در ولادت های نارمل تا حدای جسم رحم انکشاف پیدا می کنند .
- (۳) استفاده نا معقولانه و غیر خردمندانه Oxytocin و میترجین .
- (۴) اسکاریانده ضعیفه بعد از اجرای C.S میومکتومی، هستراتومی تمزق رحم با کورت وغیره .
- (۵) خونریزی مخفی انفصال قبل از وقت پلاستا .
- (۶) رحم های متمایل به خلف (Retroflexion) .
- (۷) حمل در قرن Rhdemantair رحم و یا حمل در زاویه رحمی .
- (۸) در کثیر والوده ها از سبب استحاله نسج عضلی رحم .
- (۹) ولادت با سامان خصوصاً اگر عرق توسع تام نکرده باشد .
- (۱۰) تطبیق فورسپس را Killind,s بمقصد تدور و کش کردن طفل .
- (۱۱) عملیات تخریبی بالای طفل مانند کرانیوتومی و Decapitation .
- (۱۲) تدور خارجی بمقصد راسی ساختن عضو معتلنه .
- (۱۳) عملیات نسائی که قبلاً انجام شده باشند مانند: کوتیرایزیشن ، بیوپسی ، امپوتشن عرق رحم ، عملیات مانچستر و بسیار به ندرت بعضی نقائص ولادی .

لوحه کلینکی

- (۱) درد .
- (۲) تاسس بندل رینگ که در ظرف ۲۰ دقیقه تظاهر نموده و از بالای جداربطن مریض قابل مشاهده است .
- (۳) حساسیت موضعی در ناحیه Scar موجود است .

۴) فواصل بین تقلصات کوتاه می شود تا وقتی که نزد مریض تقلصات قوی گردیده و زمینه را برای تمزق رحمی مساعد می سازند. درین حالت باید ولادت هرچه زودتر به طریق ساده و مصئون آن انجام یابد.

۵) خونریزی مهیلی.

۶) در ابتدا نبض سریع گردیده و بعداً فشار خون سقوط میکند.

تشخیص

۱) در وقایع حاد:- دردهای ولادت متوقف شده و دردهای دو امدار یکه مریضه را به طرف شاک می برد ظهور میکند.

۲) عضو معتله از موقعیت قبلی خود بیجا می گردد.

۳) اعضای جنین بآسانی از سبب خروج آن در جوف بطن جس می گردند.

۴) طفل معمولاً مرده و قلب آن شنیده نمی شود.

۵) در شکل تمزق تام رحم خالی در یک طرف برجسته و متبازر جس می گردد.

۶) اگر ریچر بعد از ختم صفحه دوم ولادت بمیان آید کوتاهی در طول حبل سروی ایجاد میشود.

۷) بعضی اوقات بعد از ختم صفحه سوم ولادت ممکن است مریض به Collaps معروض شده و بطرف شاک ناشی از تمزق رحم برود. درجات پیشرفته شاک نامعلوم بعد از ولادت، ایجاب تفتیش کردن رحم را می کند.

۸) مریضیکه بعد از C.S. قبلی ولادت میکند رحمش فوراً بعد از ولادت بمقصد رد کردن تمزق آن باید تفتیش گردد.

تداوی

A-وقایوی

۱) تشخیص مقدم عدم تناسب.

۲) قرار منحرفه را مقدماً اصلاح باید کرد.

۳) عنق رحم با فشار توسع داده نشود.

۴) تمام خانم های حامله ای که سابقه C.S. و یامیومکتومی دارند در شفاخانه باید ولادت داده شوند.

۵) در سزارین سکشن کلاسیک، در حمل بعدی قبل از ترم، باید مجدداً سزارین انجام شود.

B- معالجوی

(a) تداوی محافظوی:- احیاء مجدد نزد مریضه انجام شود ، نقل الدم گردیده و مورفین داده شود . اگر پاره گی در رباط عریض است با Packing ، خونریزی توقف داده شده میتواند .

(b) تداوی عملیاتی:- لاپراتومی باید اجرا شود ولبه های قطع شده جرحه بعد از تازه ساختن خیاطه گذاری گردند . در بسیاری از تمزفات رحم که در جریان ولادت های انسدادی و یا بعد از مداخله داخل رحمی با دست بوجود می آیند ، هسترکتومی بهترین تداوی است . بهر صورت بیشتر واقعات مربوط به وضعیت جرحه رحمی و تعداد ولادت مریضان می شود .
انتی بیوتیک های وسیع الساحه داده شده و پارالیتیک الیوس ﴿فلج حرکات معائی﴾ مدنظر بوده و با تجویز مایعات داخل وریدی تداوی گردد و اسپریشن محتویات معدوی تا وقتی که صدای حرکات پرستالتیک امعاً دوباره شنید میشوند ، باید ادامه یابد .

اختلاطات

پرولاپس امعاً ، هیپوفیرینوجینیمیا ، امبولی مایع امینوتیک وانتانات .

تشخیص تفریقی

با تمام حالات دیگریکه باعث بطن حاد میگردند مانند:

- (۱) انفصال پلاستتا در شکل مخفی آن یا Concealed form .
- (۲) با اعتلان شانه در حالیکه رأس در حفره حرقفی باشد .
- (۳) با دیگر حالاتیکه بعد از ولادت باعث Collaps می گردند.

5 - انقلاب رحمی حاد**تعریف**

برگشتن وجه داخلی رحم بصورت قسمی و یا تام قبل و یا بعد از ولادت پلاستتا می باشد ، این یک واقعه نادر ولی خطرناک و عاجل ولادی است ، که شاید سبب شاک بعد از ولادت گردد .

وقوعات

۱/۲۰۰۰۰ تا ۱/۲۰۰۰۰۰ واقعات را می سازد .

درجه و یا مراحل انقلاب رحمی

- (۱) صفحه اول یا مرحله اول: غور رحم در داخل جوف رحم چپه یا معکوس گردیده ولی در سویه فوهه داخلی عنق قرار دارد .

- ۲) مرحله دوم: غور رحم از عنق آن خارج شده داخل مهبل قرار دارد. کنارهای عنق رحم، به اطراف رحم منقلب شده جس می گردند.
- ۳) مرحله سوم: تمام رحم و عنق بصورت مکملی معروض به انقلاب شده و از فوهه دهلیز به طرف بیرون آویزان است. قسمت علوی مهبل هم شاید معکوس شده باشد.

اسباب انقلاب رحمی

- ۱) اهتمامات و تدابیر غلط صفحه سوم ولادت عمده ترین علت را میسازد.
- ۲) غرس غور رحمی پلاستنا.
- ۳) اتونی رحم.
- ۴) کش کردن جبل سروی قبل از جدا شدن پلاستنا.
- ۵) فشار بالای غور رحم بمقصد خروج علقات خون داخل رحمی.
- ۶) فیبرم ذنب دار تحت المخاطی غور رحم.
- ۷) سرفه‌ها یا عطسه‌های شدید وزور زدن سبب پائین آمدن می گردند.
- ۸) پاره شد عنق رحم.
- ۹) جبل سروی کوتاه و یا تاب خوردن جبل سروی چندین مرتبه دور گردن طفل.
- ۱۰) انقلاب بنفسه رحم.
- ۱۱) ولادت سریع در وضعیت ایستاده.
- ۱۲) هرگاه با میتود Crede's پلاستنا به فشار ولادت داده شود.

در معاینه

- ۱) در معاینه بطنی با جس، رحم از محل خود غایب شده است.
- ۲) فرورفتگی حجاب مانند و غیر منظم در سطح علوی.
- ۳) در معاینه مهبل: یک کتله بزرگ اسفنجی ارغوانی رنگ که از عنق رحم به جلو بر آمده و یا در داخل و خارج مهبل و دهلیز در شکل درجه II و III بملاحظه می رسد.

تداوی

- ۱) جابجا ساختن رحم: - این مسله در ظرف چند ثانیه با فشار عادی و ساده بالای رحم به طرف عقب انجام شده میتواند، اگر جابجائی به تاخیر افتاد حلقه تقلصی سگمنت سفلی و عنق رحم ازیمائی گردیده و سبب مشکلات در جابجائی می گردند و قسمت که آخرتر بر آمده است باید اول تر جابجا شود.

۲) **تداوی شاک:** - مریضه گرم نگاه شده و پاهای آن بلند ساخته شود. قبل از آنکه خون برای نقل الدم آماده گردد باید برای مریضه 15-20m g مورفین زرق گردیده و پلازما یا سیرم فزیولوژیک I.V نزدش شروع گردد.

اگر مریضه خارج شفاخانه باشد. قبل از انتقال به طرف شفاخانه تداوی مناسب شاک انجام، امبولانس مجهز با وسایل ترجیحاً خواسته شود و مرکبات oxytocin و میترجن نباید تجویز گردند. توجه باید صورت گیرد که انقلاب درجه سوم به انقلاب درجه دوم تعویض گردد. پاهای مریضه باید بلند تر نگهداشته شده تا رحم در داخل مهبل حفظ شود. این وضعیت Trendelenburg شاک و اذیمای عنق را کم می کند. دهلیز یا فوهه مهبل با pad استریل پوشانیده شود.

۳) **جابجائی رحم تحت انستزی عمومی:** - اگر در جابجائی رحم مشکلات موجود بود، انستزی عمومی عمیق به هدف ارجاع رحم، بعد از تداوی کردن شاک مریضه و یا به عبارت دیگر احیای مجدد مریضه، داده شود. قسمتی که آخرتر بر آمده با اجرای عمل Milking از دیگر قسمت ها مقدم تر جابجا گردد. مؤلف جابجائی موفقیت آمیز رحم مکماً منقلب شده را، بعد از ۲۴ ساعت تحت انستزی عمومی را پور داده است.

۴) **میتود O'sullivan یا فشار هیدرولیک داخل مهبل:** - سیروم نمکی گرم با محلولات انتی سپتیک بمقصد دوش مهبل استعمال گردد، که اینها در فضای فورنکس خلفی عبور نموده منبع دوش میتواند بلند تر از یک متر از مهبل قرار داشته باشد. شفتان دورا دور دهلیز توسط یک اسستانت بسته گردند و در حدود ۸-۴ لیتر سیرم سالین می تواند زرق گردد.

۵) اگر تدابیر فوق مفید ثابت نه گردیدند. فشار ثابت همراه با Aveling Repositore باید اجرا گردد.

خونریزی های بعد از ولادت (P.P.H)

تعریف

عبارت از خونریزی طرق تناسلی بعد از ولادت طفل بمقدار بیشتر از 500ml می باشد . ضیاع خون بصورت نارمل در حدود 300ml تخمین زده شده است . این مهمترین اختلاط غیر پیش بینی شده ایست که در ظرف چند دقیقه اگر تداوی نشود میتواند مصیبت بار و خطر ناک باشد .

تعداد وفیات درین حادثه بیشتر از تمام واقعاتی است که در صفحه اول و دوم ولادت بصورت مجموعی رخ می دهد .

وقوعات

خونریزی بعد از ولادت در حدود 2-3% واقعات ولادتی را دربر میگیرد . این واقعه 20% مرگ و میر مادران را در احصائیه ۱۹۸۹-1992 در فیصل آباد پاکستان نشان داده است

انواع

- ۱) خونریزی ابتدائی یا فوری: - اگر خونریزی در ظرف 24 h اول ولادت رخ دهد .
- ۲) خونریزی ثانوی یا در دوران نفاسی: - اگر خونریزی بعد از 24 h اول در ظرف ۶ هفته بعد از ولادت رخ دهد باین نام یاد میگردد.

خونریزی ابتدائی

اسباب

فکتورهای مساعد کننده

- ۱) توسع بیش از حد رحم از اثر حملهای دوگانه ، پولی هیدرامنیوس و طفل بزرگ که زمینه توسع بیش از حد عضلات رحمی را مساعد کرده اند بعد از ولادت نسبت عدم قدرت تقلص کافی ، خونریزی رخ می دهد .
- ۲) اثر شای رحمی در یک ولادت طولانی: - که معمولاً از اثر تقلص ناکافی عضلات رحم که نمیتواند رحم وضعیت تقبضی خود را بدست آورد خونریزی بعد از ولادت رخ میدهد .
- ۳) انستری عمیق عمومی: - استرخای رحمی از تحت این نوع انستری مریضه را به خونریزی بعد از ولادت سوق میدهد .

۴) کثیر الولاده گی:- نزد کثیرالولاده ها احتمال بیشتر خونریزی بعد از ولادت به نسبتیکه بعضی از الیف عضلی رحم توسط نسج فیروز در جریان هر حاملگی تعویض می گردند ، ممکن است باعث اتونی رحم گردیده و خونریز رخ دهد .

۵) خونریزی های قبل الولاده :- خونریزی های پیش از ولادت معمولترین علت مرگ خونریزی های بعد از ولادت را تشکیل میدهند ، زیرا مریضیکه قبلاً مصاب کم خونی شده ، اگر مقدار کم خون هم بعد از ولادت ضایع نماید ، کافی خواهد بود (مریضی را که از اثر خونریزی قبل از ولادت ضعیف شده) در خونریزی بعد از ولادت محکوم بمرگ نماید .

در پلاستا پریویا که پلاستا در سگمنت سفلی که قدرت کشش تقلصی و تقبضی ضعیف و کم دارد غرس شده است ، لذا در انسداد اوعیه رحمی بعد از ولادت ناکام بوده و خونریزی های بعد از ولادت را سازماندهی می کند . در انفصال قبل از وقت پلاستاهم که باهیپوفیرینوجینمیا و عدم کفایه تقلصات رحم همراه است ، زمینه را برای خونریزی بعد از ولادت مساعد می سازد . علاوه بر انفصال مکمل پلاستا که تمام رحم از اثر انتشار خون در بین عضلات رحم و آزاد شدن نهی کننده های دورانی عضلات رحم ، که شاید تقلصات و کشش عضلات رحمی را برای کنترل ضیاع خون از اوعیه معروض به عدم کفایه گرداند ، خونریزی بعد از ولادت بوجود آمده می تواند .

۶) سابقه خونریزی در ولادت های قبلی:- این مریضان زمینه مساعد باین نوع خونریزی نظر به سابقه خود دارند .

۷) کمخونی ها که میتواند سبب تقلصات و تقبضات ناکافی گردند .

۸) تجویز مقدار زیاد ناکوتیک ها و یا انستزی عمومی طولانی و عمیق ، شاید سبب خونریزی بعد از ولادت از اثر استرخاء عضلات رحمی گردد .

۹) فیروم های رحمی خصوصاً نوع تحت المخاطی و داخل عضلی آن ، مریض را از اثر کمبود عکس العمل دیسیدوایی وعدم موثریت فعالیت تقلصی عضلات رحمی ، به طرف خونریزی های بعد از ولادت پیش می برد .

۱۰) انومالی های رحمی ، سزارین سکش قبلی و میومکتومی زمینه ساز عارضه شده می توانند .

اسباب

متداولترین اسباب عبارت اند:

۱) اتونی رحمی:- در هنگام جدا شدن و خروج پلاستا از خونریزی با کشش و تقبض عضلات رحمی جلوگیری می گردد . وقتیکه رحم تقبض می کند باعث تنگ ساختن مجرای اوعیه نافذه جدار رحم و در نتیجه کنترل خونریزی از آنها میگردد و بعداً ترومبوز سینوس های و ریدی سبب توقف

خونریزی می گردند. هر عاملی که بالای تقبض کشش عضلات رحم مداخله و آنرا مختل کند، سبب خونریزی بعد از ولادت شده می تواند.

(۲) پاره شده گی قنات ولادی.

(۳) باقیماندن پارچه های از پلاستا و یا جیب در رحم.

(۴) تداوی های نادرست و غلط صفحه سوم ولادت.

(۵) انقلاب رحمی.

(۶) تمزق رحمی.

(۷) کواگولوپاتی منتشر داخل وعائی (D.I.C):- که شاید از اثر فرط فشار خون ناشی از حاملگی، اکلامپسی، امبولی مایع امنیوتیک و انفصال قبل از وقت پلاستا بوجود بیاید.

(۸) تمزق واریکوزهای مهبل و دهلیزی.

(۹) توقف ناکافی هیموستاز از ناحیه که اپیز یو تومی ترمیم شده است، ضیاع نارمل خون در یک اپیز یو تومی در حدود 150ml می باشد.

(۱۰) تشوشت خون مانند ترومبوسیتوپنیا.

(۱۱) انارملیتی پلاستائی مانند: پلاستا Increta, acreta.

علاوئاً در انفصال قبل از وقت پلاستا (accidental heamorrhage) که رحم از اثر خونریزی داخل عضلی و یا نهی کننده های دورانی میومتریوم، شاید بصورت کافی کشش عضلی و تقبض لازمه که خونریزی را کنترل کرده بتواند، نمیتواند ایجاد کند، خونریزی بعد از ولادت ممکن بوجود آید.

فیزیولوژی صفحه سوم ولادت

بعد از ولادت طفل، رحم به یک صفحه استراحت داخل می گردد. بعد از چند دقیقه تقلصات و تقبضات رحمی شروع گردیده، سبب جمع شدن رحم به شکل یک پروسهء تدریجی میشود. تقلصات و تقبضات متناوب ادامه میابند و رحم در ظرف حد اقل ۱۰ دقیقه شاید با دست قابل جس نباشد.

• میتوهای جدا شدن پلاستا

(۱) میکانیزم Schultz :- درین میتود ابتدا قسمت مرکزی پلاستا جدا گردیده، ساحه جدا شده بصورت متحدالمرکز بزرگ شده میرود. طوریکه بر آمدگی پلاستا در مرکز وجه جنینی آن بملاحظه میرسد. پلاستا مانند یک چتری معکوس شده خارج می گردد این به خونریزی خلف پلاستائی مربوط نیست.

۲) میکانیزم Duncan، sMathew :- پلاستا بطور مکمل از جدار رحم جدا گردیده و ابتدای ظهور یا خروج از کنار سفلی میباشد ، دلیل جدا شدن پلاستا اینست که بصورت میخانیکی ساحه ارتکاز پلاستا تنقیص نموده و به قطر ۱۰ سانتی متر وحتی کمتر از آن از اثر تکمیش میرسد
لذا حجم بزرگ پلاستا نمیتواند با این تناقص حجم داخل رحمی توافق نماید .

علائم جدا شدن پلاستا

- ۱) دراز شدن پلاستا .
- ۲) خونریزی تازه و روشن شاید بوجود آید .
- ۳) جس پلاستا در مهبل .
- ۴) کروی شدن غور رحم .
- ۵) رحم متحرک جس می شود .
- ۶) سویه غور رحم بلند تار میرود .
- ۷) باتیله کردن رحم به علوی حبل سروی هم بخوبی به بالا کش میشود و این نباید به حیث علامهء جدا شدن پلاستا به شمار آید .

اهتمامات و تدابیر صفحه سوم ولادت

دراین صفحه مریض باید به اصطجاع ظهری قرار داده شده تا اینکه رحم بتواند تفتیش و خون بتواند با گذاشتن یک تریو گرده ای در حذای عبان در آن جمع گردد . معمولاً پلاستا در جریان ولادت طفل جدا گردیده ولی علت خروج مؤخر آن قطع مؤقت تقلصات رحمی میباشد .

تداوی

A- وقایوی

مراقبت خوب دوران بارداری:

- a) تداوی کم خونی ها .
- b) خونریزی بعد از ولادت در حمل قبلی جدا در نظر گرفته شود . مریضه در شفاخانه جهت ولادت ثبت گردیده و T.C- T.S تعیین شود .
- c) در وقایع مرگ داخل رحمی ، انفصال شکل مخفی پلاستا و سقط گم شده (Missed Abartion) فیبرینوجن خون تعیین گردد . در همچو وقایع پلازما غلیظ شده (Concentrated plasma) ، فیبرینوجن و خون مطابق گروپ و فکتور Rh مریضه ، برایش آماده گردد .

(d) خون مریضه از نظر گروپ و فکتور RH در صورتیکه سابقه هیموراژی بعد از ولادت قبلی، خونریزی در دوران حاملگی فعلی، سابقه ندبه سزارین، طفل مرده و زجرت جنینی داشته باشد تعیین گردد.

(e) ولادت در شفاخانه برای خانم های کثیرالولاده، حمل های چند گانه، خونریزی های دورهء حاملگی، سابقه خونریزی بعد از ولادت های قبلی، سن کمتر از 20 و یا بلندتر از ۳۵ ساله، سازماندهی گردد زیرا زمینه مساعد به خونریزی بعد از ولادت داندو یا High risk اند.

(f) با رهبری یک ولادت مناسب، از خونریزی بعد از ولادت میتوان جلوگیری نمود مثلاً:

- (۱) اگر ولادت با هستگی پیش می رود، سیداتیف برای وقایه از زجرت ما در تجویز گردد.
- (۲) اگر صفحه دوم ولادت به تاخیر میانجامد، با استفاده از سامان ولوازم (فور سپس، واکيوم) آنرا خاتمه باید داد.

(۳) رهبری واداره مناسب صغه سوم ولادت فکتور عمده و اساسی بوده وارگومترین باید بموقع داده شود.

B- معالجوی

I. عمومی

- (۱) امبولانس عاجل ولادی (obs.F.S) خواسته شود.
- (۲) توقف دادن خونریزی.
- (۳) ذخیره خون یا تهیه خون برای نقل الدم :- تداوی اساسی اینست که محتویات داخل رحم (ویا هردو علقات خون و پلاستا) مکماً تخلیه و پاک گردیده، خونریزی در اثر تقلص رحمی وقتیکه جوف آن خوب تخلیه شده باشد توقف خواهد کرد. نقل الدم وسیداتیف ها مانند مورفین داده شود، اطراف سفلی بلند گردانیده شده و مریضه گرم نگاه شود.

II. خصوصی

I. خونریزی بعد از ولادت پلاستا:- این نوع خونریزی مربوط به اینست که پلاستا ولادت شده

یاخیر؟ اگر خونریزی بعد از ولادت پلاستا رخ دهد، ماساژ تند و محکم، سریع و مناسب بالای رحم بمقصد تولید تقلصات رحمی که در نتیجه سبب خروج علقات خون می گردد، اجرا گردد. به استثنای فشار، رحم نباید هیچگاه بداخل حوصله تپله گردد. در غیر آن باعث احتقان و خونریزی بیشتر می گردد.

فشار بالای رحم با یکدست در حالیکه دست دیگر در حذای سگمنت سفلی بالای ارتفاع عانه از جدار بطن قرار دارد آورده شود. پلاستا از نظر اینکه مکمل خارج شده است معاینه گردد. اگر یک کاتلیدون و یالوب پلاستائی خارج نه شده باشد در کنار آن ناحیه اوعیه متمزقه بملاحظه می رسند. استطباب

تفتیش داخل رحمی گذاشته شود. ارگو مترین باید وریدی و یا عضلی نظر به ضرورت تطبیق گردد. اگر خونریزی توقف نکرد، برای بوجود آمدن تقلص رحمی بعد از زرق ارگو مترین بازهم ماساژ رحمی انجام شود و اگر خونریزی بازهم دوام کرد پاره گی های مهبل و عنق رحم و یا انقلاب رحمی بدرجه خفیف مد نظر باشد.

تست های تشوشات تحثری خون اجرا شود. اگر هیپوفیرینوجینمیا تثبیت شد، برای مریض پلاسمای concentrate شده، فیبرنوجن و یاخون تازه داده شود.

(a) خیاط گذاری پاره گی های عجانی واپیزیوتومی اجرا گردد.

(b) انقلاب رحمی اصلاح گردد.

(c) در صورت تمزق رحمی اجرای لاپراتومی و ترمیم، یا برداشتن رحم انجام شود.

(d) هسترکتومی، در صورتیکه تمام اهمتامات نتوانند خونریزی را کنترل کنند اجرا شود.

(e) دوش سالین گرم بی فائده است (Hot salin douches).

خونریزی قبل از خروج پلاستا

تداوی مربوط به آنست که مریض تحت انستزی عمومی قرار دارد یا خیر؟ اگر در انستزی باشد، پلاستا با دست خارج گردانیده شود و در غیر آن برای خروج پلاستا با دست، انستزی عمومی داده شود.

میتود Crede's برای خروج پلاستا: در این میتود انگشتان در غور و وجه خلفی جسم رحم عبور داده شده و شصت در قدام و سفلی رحم بالای ارتفاع عانه قرار گرفته و بالای پلاستا فشار آورده میشود. از این میتود نباید استفاده گردد، زیرا سبب شاک نزد مریضه و خونریزی بیشتر از سبب جدا شدن قسمی پلاستا میگردد، ارگو ترین وریدی باید داده شود.

خروج پلاستا با دست تحت انستزی عمومی: - پلاستا تحت انستزی عمومی توسط دست خارج ساخته میشود دست چپ بالای بطن برای تثبیت غور رحم و دست راست با رهنمائی جبل سروی داخل رحم می گردد. کنار پلاستا مشخص گردیده و از جدار رحم توسط انگشتان جدا می گردد. پلاستا بوسیله کش کردن جبل سروی خارج وجوف رحم تفتیش گردد. ارگو ترین وریدی داده شده و ماساژ رحم اجرا گردد.

خطرات خونریزی های بعد از ولادت

A. خطرات عاجل و فوری

(a) مرگ آنی: اگر مقدار ضیاع خون بیشتر از حدی باشد که مریضه توان تحمل آنرا دارد و نقل الدم بصورت عاجل و سریع اجرا نگردد، ممکن است مریضه از سبب خونریزی شدید محکوم بمرگ

گردد. خونریزی های بعد از ولادت سومین علل شایع مرگ و میر مریضان حامله را تشکیل میدهند.

(b) انیوری (Anuria) یا ادرار نکردن مریضه از سبب نکروز توبرلهای کلیوی: اگر فشار خون پائینتر از 80 mm Hg در ظرف چند ساعت دوام کند، زمینه را به نکروز توبرلها کلیوی مساعد ساخته و نزد مریضه (Anuria) انکشاف می کند. تمام فلتريشن کلیوی وقتی که فشار پائین باشد، قطع می شود. مریضه باید جداً ظرف چند روز آینده از سبب Oliguria زیر نظر قرار داده شود.

B. اختلالات مؤخر

(۱) انیمای کمبود آهن به شکل مزمن (Ch.I.D.A): 48h بعد از ولادت هیموگلوبین تعیین گردد. اگر کمتر از 55% باشد نقل الدم اجرا گردد. در کمترین وقایع شدید شاید به تداوی با مرکبات آهن ضرورت افتد. در ظرف شش هفته دوره نفاسی باید لوحه کلینیکی خون مریضه نارمل گردد.

(۲) عدم کفایه در تاسس شیردهی: در خونریزی های شدید بعد از ولادت از اثر کمبود و یا عدم موجودیت هورمون لکتوجنیک، عدم اقتدار خانم برای شیر دادن یا تولید شیر امر معمولی و عادی است.

(۳) انقلاب ناتام مزمن رحم (Chronie Sub involution of the uterus): از سبب به تحلیل بردن و خراب کردن وضعیت صحنی نسائی خانم در طول سال های متمادی عرض اندام می کند.

(۴) انتانات دوره نفاسی: ضیاع خون نزد مریضه زمینه را برای انتانات و حتی ترومبوز آورده عمیق مساعد میسازد.

(۵) نکروز فص قدامی غده نخامیه (Sheehan's syndrome): خونریزی شدید بعد از ولادت که زمینه ساز شاک نزد مریضه شود، سبب اسکیمی و نکروز فص قدامی غده نخامیه می گردد. در این حالت اوعیه ای که خون را برای فص قدامی غده تهیه می کنند معروض به ترومبوز گردیده و نکروز مکمل لوب مذکور، به استثنای حاشیه انساجیکه در سطح لوب قرار دارند میتواند زنده بمانند، بوقوع می رسد. تمام فعالیت های اندوکرینی فص قدامی خراب میشود. عدم موجودیت هورمون T.S.H سبب کسالت و خواب آلودگی مریضه میگردد. خانم در مقابل هوای سرد بشکل غیر طبعی حساس می گردد، معمولاً وزن میبازد، متابولزم اساسی (B.M.R) پائین آمده و تولیدانس تحمل گلوکوز بلند می رود. عدم موجودیت هورمون های کورتیکوتروپیک سبب عدم اقتدار یا Asthenia، فشار سقوطی، مقاومت پائین مقابل انتانات و انیمی نزد مریضه می گردد.

نقیصه در هورمون های گونادو تروپین سبب اتروفی اورگانهای تناسلی ، امینوره و اتروفی ثدیان می گردد .

تداوی

A. وقایوی

تداوی مقدم و مناسب شاك امری است ضروری ، زیرا دوام شاك خیلی كشنده تر است نسبت به درجهء شاك . مریضیکه همیوراژی بعد از ولادت نزدش انكشاف می كند ، باید برای ۱۰-۱۵ سال زیر نظر باشند .

B. معالجوی

- ۱) Thyroxin و کورتیکواستروئیدها داده شود .
- ۲) حمل گرفتن بعدی شاید سبب شفای مریضه از اثر هیپرپلازی غده هیپوفز ، که در جربان بارداری بوقوع میبندد گردد.
- ۳) انیمی مریضه تداوی گردد .

انذار

- ۱) مربوط به سرعت ضیاع خون میباشد .
 - ۲) به وضعیت قبل از خونریزی مریضه ارتباط دارد .
 - ۳) به دلیل خونریزی ارتباط می گیرد .
- با در نظر داشت تزايد حجم خون در دوران حاملگی ، خانم ها ضیاع خون را خوبتر تحمل کرده میتوانند . اگر آنها قبلا از اثر خونریزی دورهء حاملگی به بیحالی و کسالت مصاب شده باشند ، تحمل خونریزی را نداشته واز آن انطباع بد داشته ومی ترسند . خونریزی شدید ممکن است منجر به نكروز غده نخامیه گردد .

خونریزیهای ثانوی یاموءخر بعد از ولادت

این نوع خونریزی ها معمولاً 24h بعد از ولادت بظهور رسیده ، لکن معمولاً در روزهای ۵-۱۰ بوقوع می پیوندد .

اسباب

- ۱) احتباس توته از پلاستتا ، جیب و یا علقه خون در داخل رحم .
- ۲) انتانات داخل رحمی .

- ۳) جدا شدن و پاشیدن تکه های متن که در پارگی های عنق رحم ، پاره گی های مهبل و جروحات سگمنت سفلی رحم تشکیل کرده اند .
- ۴) متن شدن ، جدا شدن و پاشیدن فیبروم های تحت المخاطی نادر است .

اعراض و علائم

- معاینهء عمومی
- در معاینه کلینکی شاید اعراض و علائم انتان بملاحظه برسند .
- معاینهء بطنی
- رحم واضحاً بزرگ ، شل و نرم از اثر عدم تجمع یا ارجاع ناقص جس می گردد .
- معاینهء مهبل
- ممکن عنق رحم باز بوده و در داخل رحم محتویات حمل جس گردند .

تداوی

- ۱) تحت انستزی عمومی با انگشتان و پنس حلقه محتویات پلاستتا تخلیه گردد .
- ۲) اگر انتان موجود بود سمیر از عنق و یا داخل رحم گرفته شده ، کشت و انتی بیوگرام گردیده و با ساس ان انتی بیوتیک مناسب شروع شود .

تب نفاسی (Puerperal Pyrexia) (Puerperal Fever Or Chilbed Fever) Puerperal Sepsis

تعریف

ترفع درجه حرارت به ۳۸ درجه سانتی گراد (۱۰۰.۴) در ظرف ۱۴ روز بعد از ولادت یا سقط ، چه منشأ تناسلی داشته و یا نداشته باشد و چه دوامدار بوده و یا اینکه در ظرف ۲۴ ساعت عود نماید ، گفته میشود . این تعریف مورد قبول آنچنانی نیست ، زیرا مریضه میتواند منتن شده باشد بدون اینکه تب ظهور کند و هم عدم موفقیت تشخیص بین اینکه مریضه از طرق تناسلی انتان را گرفته و یا بصورت اتفاقی و ضمنی معروض به انتان دوره نفاسی گردیده است ، مطرح میشود .

تب نفاسی یکی از سه Prime کشنده ولادی بعد از خونریزی و اکلامپسیا میباشد . این حادثه سبب معمولی مرگ و میر مادران در پاکستان و دیگر ممالک رو به انکشاف میباشد . لوحه های مختلف از انتانات دوره نفاسی مانند: سیلولیت ناحیه عجان یا مهبل ، اندومتريت ، پارامتریت ، سلپینگو اوفوریت ، ترومبوفلیبیت حوصلی ، پريتونیت ، امبولی سپتیک ، شاک سپتیک ، همتاوم منتن شده وابسه های جروحات را میتوان مشاهده نمود .

اسباب

A-انتانات طرق تناسلی

۱) التهاب مهبلي :- این وتیره از اثر پاره گی مهبل در جریان ولادت رخ می دهد . عرض عمده آن افزایش چرکی زیاد و فراوان مهبلي میباشد .

۲) التهاب عنق رحم :- جروجات ولادتی سبب تخریبات اندوسرویکس گردیده که دخول انتانات را از طریق دهانه باز عقدات عنق رحم ، زمینه سازی می کند . عنق احتقانی، بزرگ و حساس است ، افزایشات چرکی از عنق رحم جریان دارد (بیرون ریخته میشود) .

۳) اندومتريت :- اندومتريت بیشترین واقعات را میسازد . ولی معمولاً خفیف ترین شکل انتانات طرق تناسلی است . عمدتاً اندومتر و بعضاً هم میومتر مصاب انتان می گردند .

لوحه کلینکی اندومتريت :- علائم کلاسیک آن عبارتند از :

a) تب .

b) نبض بلندتر از ۱۰۰ الی ۱۲۰ فی دقیقه .

c) از ارتفاع غور رحم کم شده نمی رود (Poor involution).

d) لوخیا یا افرازات مهبلی خون آلوده و متعفن اند.

۴) پارامتریت (سیلولیت): - شاید انتانات از رحم، تمزقات عنق رحم یا حتی از ترومبوفلیت، پریتونیت و یا حجرات منضم سست زمینه پارامتریت را فراهم سازند.

انتان به شکل Retroperitoneal به جهات مختلف و عموماً بین دو ورینه رباط عریض، اطراف مهبل و رکتوم و حتی بطرف کمر انتشار می یابد. بعضی اوقات انتان بطول رباط مدور انتشار نموده و بعداً بالاتر از نقطه حلقه مغبنی در کشاله ران تبارز نشان میدهد.

لوحه کلینیکی پارامتریت: - عارضه دیرتر از اندومتری و معمولاً در هفته دوم شروع شده و با تب و لرزه همراه میباشد.

معاینه حوصلی: با معاینه مهبل یک کتله بزرگ و اکثراً بسیار سخت با افرازات سرخرنگ و بمقدار وافر بملاحظه میرسد. درد شاید کمتر از حد انتظار باشد.

۵) پریتونیت و سلپنجیت:

I- پریتون حوصلی بعین ترتیب از راه تیوب ها مأثوف می گردد.

II- پریتونیت جنرالیزه یا منتشر هم شاید انکشاف کند که با پارالتیک ایوس (فلج معائی) همراه است. در وقایع بسیار نادر انتان آنقدر حاد و صاعقوی است که شاید نزد مریضه شاک سپتیک و یا شاک غیر قابل ارجاع را بمیان آورد. در یک تعداد وقایع رد کردن اپاندیست حاد بدون باز کردن استکشافی بطن امکان ندارد.

B - اسباب خارج تناسلی

I- ثدیتان

۱) Engorgement of breast (تراکم خون در ثدیه ها)

هنگامیکه سویه ستروجن خون سقوط کند، فص قدامی غده نخامیه افراز پرولاکتین را زیاد میسازد، اگر افراز شیر از مصرف آن بیشتر باشد، ثدیه ها خیلی پر شده و دریناثر اوعیه دموی و لمفاوی معروض به انسداد میگرددند و ثدیه ها اذیمائی، متورم، دردناک و بسیار حساس شده که حتی اجازه فشاردادن برای شیر دادن را بمشکل مواجه میسازد.

پری ثدیه ها (Engorgement) شاید هم از سبب بلاک قنات هابوسیل کلسترم غلیظ و یا مواد افرازی از غدوات Sebaceus در جریان حاملگی باشد.

۲) مستیت حاد و تشکل اېسه ثدیتان

یک التهاب حادثیه ها است . انتان از طریق خراشیدگی ها و یا ترک های حلیمهء ثدیه داخل میشود و سبب التهاب موضعی نسج پرانشیمیل ثدیه (استافیلوکوکک طلائی بحیث عامل) و نسج Inter stitial گردیده و تولید ابسه را بمیان میآورد .

لوحه کلینیکی

- (۱) تب یا ترفع درجه حرارت .
 - (۲) ناحیه با جس دردناک است (دردناحیه باجس) .
 - (۳) گرمی و سرخی در ثدیه ها که معمولاً به شکل شعاعی منظره دارند ، بملاحظه می رسد .
 - (۴) حساسیت بملاحظه میرسد . انتان حاد ثدیه ها هنگام گرفتن طفل از شیر هم ممکن است دیده شود .
- درین وقایع انتان معمولاً موجود بوده لذا وقتیکه عملیه شیردادن توقف داده میشود عکس العمل آن ظاهر می گردد .

Galactocoele – C

عبارت از تجمع دریک فص ثدیه ایکه قنات آن معروض به بلاک شده است میباشد . باید بطور عادی گذاشته شده و مداخله نگردد ، مگر اینکه ناراحتی شدید را باعث شود .

II. انتانات طرق بولی

لوحه سریری

- (۱) تکرار ادرار .
- (۲) فوریت ادرار (Urgency) .
- (۳) احساس درد در هنگام تبول .
- (۴) تزاید حجم باقیمانده (Residul Vulum) .

III. سیستم تنفسی

انتانات طرق تنفسی از اثر انستزی عمومی ، انفلوانزا و ریزش میتواند بوجود آید .

IV. ترومبوفلیت سطحی و یا ترومبوز اورده عمیق

الف) لوحه کلینیکی ترومبوفلیت سطحی

اورده سطحی سرخ و حساس که با یک ساحه التهابی و اذیمائی احاطه شده اند ، بملاحظه میرسند و ممکن است با یک ترفع خفیف درجه حرارت همراه باشند . تاوقتیکه آفت همینطور سطحی باقی بماند خطر ترومبوامبولی مطرح نیست .

ب) لوحه کلینیکی ترومبوز اوعلیه عمیق

- (۱) باجس نرمی ساق پا ، حساسیت و اذیما بملاحظه می رسد .

- ۲) پای مائوفه در وجه عقبی خود گرمتر احساس میشود .
- ۳) Homan's sign: - انقباض قدم به طرف قدام و علوی با حرکت منفعله توسط شخص هنگامیکه مفصل زانو در حالت بسط باشد ، بخوبی حساسیت در ماهیچه پا را وانمود میسازد . درد در هنگامیکه عضلات به حالت استرخا قرار دارند ، حتی با فشار نرم هم ممکن است احساس نشود .
- ۴) Moses' sign: - هرگاه با فشار دادن عضلات ساق پا در یک طرف ، به طرف دیگر درد احساس شود ، این علامه مثبت است .
- ۵) اندازه گیری دقیق پا ممکن است تورم طرف را نسبت به طرف دیگر مشخص سازد .
- ۶) آورده فخذی در حذای کشاله ران باید جس گردند . آنها شاید به وضعیتی که بنام Phlegmonia Alba Dolen یاد میشود ، جس شوند .

اورگانیزم های سببی

- A- آنهائیکه منشأ داخلی دارند (Endogenous): مانند استرپتوکوک های غیر هوازی ، استرپتوکوک های Faecalis ، ایشیریشیا کولی و کلستروم ولشی .
- B- آنهائیکه منشأ خارجی دارند (Exogeneous): استافیلوکوک های طلائی ، استافیلوکوک پیوجنیک ، استرپتوکوک همولتیک گروپ A و گونوگوک ها .

منبع انتان

- ۱- ساحات زخمی ایکه از محل جدا شدن پلاستتا در جدار رحم بوجود میآیند .
- ۲- جروحات در کانال ولادی .
- ۳- پاره گی های عنق رحم .
- ۴- طرق معدی معائی .
- ۵- خون .
- ۶- گرد و خاک و کثافات شفاخانه (Ward) .
- ۷- پاره گی عجان .
- ۸- در صورتیکه مریضه و یا همراهان وی به گلودردی وریش مصاب باشند .

پتولوژی

مربوط به شدت ویروالانس میکرواورگانیزم ، مقاومت مریضه ، مقدار نسج معروض به ترضیض و مؤثریت شیموتراپی میباشد .

ویرو لانس مکروب

- (۱) استرپتوکوک همولتیک نوع A: این میکرواورگانیزم اعراض موضعی کمتر تولید نموده، بلکه بیشتر سبب پریتونیت شدید می گردد، این شاید منجر به فلج معائی، سیلولیت Massive و سپتی سمیا گردد. بلند رفتن تعداد نبض، نسبت به درجه حرارت بسیار برجسته تر است و با سرعت نبض نسبت بدرجه حرارت بسیار زیادتر است. اگر عکس العمل مقابل انتان کم باشد، ترفع درجه حرارت شاید به حالت Sub normal موجود باشد.
 - (۲) استرپتوکوک های غیر هوازی: اینها در انساج مرده می رویند، انتشار تدریجی دارند و معمولاً سبب ترومبوفلیبیت موضعی می گردند. عکس العمل التهابی آن منجر به تولید لوخیای (Lochia) متعفن و سخت شدن انساج حجروی حوصله می گردد.
 - (۳) E.coli: عکس العمل موضعی آن بمراتب واضح تر بوده و سبب تشکل ابسه های بزرگ می گردد، افرازات چرکی، رقیق و بسیار بدبوی است.
 - (۴) استافیلولوک پیوجینوس: سبب ابسه های متعدد و کوچک گردیده که چرک غلیظ و زرد رنگ دارند.
 - (۵) کلستروم ویلشی (Cl Welchi): شاید سبب تولید هیمولیز و تشکل گاز و شاید هم سبب کولابس، زردی و هیموگلوبین یوریا گردد.
- اگر انتان محدود و موضعی گردد، توکسیمی خفیف و یا متوسط از اثر جذب توکسین از محل مائوفه تظاهر می کند. سپتیسیمیای جنرال یا عمومی از اثر دخول اورگانیزم در جریان دموی و انتشار یا پخش آن به قسمت های مختلف بدن مانند: شش ها، پلورا، پریکارد و غیره بظهور رسیده میتواند.

انتشار انتان

- (۱) با انتشار مستقیم از قنات ولادی، عضلات رحمی، تیوب ها و پریتون.
 - (۲) جریان خون.
 - (۳) سیستم لمفاوی.
- سیلولیت حوصلی، پریتونیت حوصلی و ابسه های مبعده نیز میتواند بوجود آید.

تشخیص

- (۱) درتب و یا ترفع درجه حرارت که به تعقیب ولادت ظاهر شده و بیشتر از ۲۴ ساعت دوام کند، التهاب طرق تناسلی را باید در نظر داشت.



- ۲) هر جرحه جراحی باید برای ظهور مداخله انتان معاینه گردد ، این مسئله خصوصاً بعد از عمل سزارین سکشن مهم است . انتان جرحوی با ظهور سرخی و حساسیت عمیق ساحه جرحه که با یک سفتی احاطه شده است ، مشخص میگردد .
- ۳) پاها یا اطراف سفلی اگر تب نفاسی موجود باشد ، برای بررسی ترومبوفلیبیت و ترومبوز اورده عمیق باید تفتیش گردند .
- Homan's sign-I مثبت است .
- Veinography-II لازم است اجرا گردد .
- III-مطالعه Isotop به تشخیص کمک می کند .
- ۴) ندیه ها از نظر پری یا Engorgement ، ابسه ، مستیت حاد و گلکتوسل باید مورد معاینه قرار داده شوند .
- ۵) بایک سپیکولوم معقم ، صواب از قسمت علوی مهبل و عنق رحم گرفته شود . اگر تشخیص نامعین است ، یک صواب گلو و نمونه از ادرار (Mid stream) هم گرفته و فرستاده شود .
- ۶) Mid Stream urin جهت معاینه میکروسکوپی ، کلچر و تعیین حساسیت (انتی بیوگرام) میکروب گرفته شود .
- ۷) خون جهت کلچر و انتی بیوگرام گرفته شود .
- ۸) لاپراتومی استکشافی :
- در یک تعداد وقایع برای رد اپاندیسیت حاد لازم است اجرا شود .
- عکس العمل ضعیف به مقابل انتی بیوتیک (جواب ندادن به انتی بیوتیک ها) با احتمال ابسه - های تحت حجاب حاجزی .

تداوی

A- وقایوی

(a) Antenatal :

- مراقبت خوب حامله گی بسیار مهم است .
- وقایه از مداخله انتانات بیرونی در هنگام حامله داری و وقت ولادت .

(b) در جریان ولادت:

- ۱-معاینه مهبل باید بادستکش های معقم انجام شود . اگر جیب تمزق نموده باشد معاینه بعد از اسکرب (پاک کردن با انتی سپتیک) ناحیه مهبل انجام گردد .
- ۲-معاینه مهبل در جریان ولادت به حداقل تقلیل داده شود .

۳- از ولادت کمکی باید اجتناب نمود . مگر اینکه قطعاً ضرور باشد ، زیرا چانس مداخله انتان را بیشتر میسازد .

۴- انساج رخوه مادر باید از ترخیص محافظه گردند .

۵- خون برای مریضه ذخیره شود .

۶- از دستکش معقم ، لباس بلند و ماسک در هنگام ولادت استفاده گردد .

۷- مریضان منتن تجرید گردند .

۸- ستاف طبی و قابله‌ها باید میکروبی نباشند .

۹- پاک کاری ساحه بوسيله Vacuum ، بجای جارو کردن زباله‌های خشک اجرا گردد . یا برای

جارو کردن زباله‌ها و آشغال‌های خشک از Vacuum (جاروبرقی) استفاده گردد .

۱۰- کوتکس معقم در دهلیز مهبل گذاشته شود .

۱۱- از کشیدن پلاستنا بادست باید اجتناب گردد .

۱۲- ملافه بستر و روجائی‌ها باید معقم باشند .

B - تداوی معالجوی

۱) تجرید مریض .

۲) تجویز مقدار کافی و وافر مایعات وریدی .

۳) قبل از اجرای C.S ، انتی بیوتیک‌های وسیع الساحه باید شروع گردند . سیفالوسپورین همراه با مترونیدازول بصورت مشترک برای تداوی انتانات غیر هوازی داده شود .

مدت دوام تداوی: تداوی حداقل برای ۵ روز در اندومتريت باید دوام یابد . در وقایع پارامتریت دو و یا بیشتر از دو هفته تا وقتی که حوصله نارمل جس می‌گردد ، ادامه یابد .

۴) اگر تجمع قیچی بملاحظه رسید ، باید دریناژ گردد .

D+C -I کولپوتومی .

II-لاپراتومی .

۵) خیاطه‌های اپیزوتومی منتن شده ، گرفته شوند .

۶) در خیاطه‌های منتن C.S: تداوی به وسعت و شدت انتان ارتباط دارد . اگر انتان به خوبی

محصور شده و محدود باشد ، ممکن است بصورت بنفسه Discharge انجام گردد و با

محلول انتی سپتیک H_2O_2 ناحیه Irrigation گردد .

انتانات توسعه یافته یا پیشرفته:- اگر انتان بسیار پیشرفته باشد ، یک صواب یا نمونه از جرحه منتن

گرفته شده ، و برای کشت وانتی بیوگرام ارسال گردد و ضمناً انتی بیوتیک وسیع الساحه شروع گردد .



ابسه‌های عمیق: -ضرورت است که ابسه در یناژ شده و جرحه متنی بعد از رفع انتان ترمیم گردد ، ولی معمولاً در بسیاری از وقایع جرحه از عمق خود بصورت بنفسه در اثر تشکل گرانولشن ترمیم شده می‌رود .

(۷) تداوی در وقایع ذیل :

(a) انگورجمنت ثدیه‌ها (پرشدن ثدیه‌ها)

۱-استراحت ثدیه‌ها ، محافظت آنها با پستان بند سخت و یا باندهای مشابه آن .

۲-بمجرد رفع حساسیت و درد برای خروج شیر فشار داده شوند .

۳-ضرورت به تجویز انا لجزیک ها شاید احساس گردد .

۴-محدود ساختن مایعات و تجویز دیورتیک ها، تاثیر جانبی مطلوب دارند .

۵-در حالات پیشرفته از نهی کننده‌های پرولاکتین داده شود .

(b) مستیت حاد

۱-انتی بیوتیک:

• Cloxaciel بمقدار 250-500mg هر ۶ ساعت بعد .

• Flucloxacillin بمقدار 250-600mg در هر ۶ ساعت .

(c) ابسه ثدیه‌ها

اگر تموج نداشت (Fluctuation) ، یک Kaolin Poultice و یا دیگر منابع حرارتی برای یک روز بالای آن گذاشته شود . تحت انستزی عمومی یک شق شعاعی بالای ثدیه اجرا و تمام کیسه های چرکین و متنی باز گردند ، یک درن برای سه روز گذاشته شده و چرک برای کشت و انتی بیوگرام فرستاده شود .

و قایه

اگر اهتمامات مناسب و درست ثدیه ها و حلیمهء آنها در هنگام حاملگی در یک کلنیک Antenatal گرفته شده و اگر در دوره مقدم نفاسی از Engorgement آنها جلوگیری بعمل آمده باشد ، انتانات ثدیة در هنگام شیردهی به حداقل خود تقلیل می یابند . اگر مریضه تصمیم دارد که شیرندهد و یا با شیر دادن مخالفت داشت (IUD یا طفل مرده) شیردهی باید از همان آوان نهی گردد .

(۸) ترومبوز اورده عمیقه:

۱ -وقایه:- مریضه که مبتلا به Varicose Vein باشد باید اطراف سفلی آن توسط بنداژها و یا جورابه‌ای الاستیکی به صورت محکم بسته گردیده ، از استراحت بستر قبل و بعد از ولادت منع گردد و به تمام این مریضان در دوره نفاسی باید فیزیوتراپی تجویز گردد .

۲- انفوزیون Dextran: - دکستران تأثیرات انتی ترومبوتیک داشته و وقوعات ترومبوز را پائین می‌آورد . نیم لیتر دکستران ۴۰٪ به شکل انفوزیون در جریان عملیات C.S تجویز شده و نیم لیتر دیگر ۴۸ ساعت بعد تر (مخصوصاً بمریضان high risk) باید داده شود .

تداوی

اهداف

- جلوگیری از توسعه آفت ترومبوز .
- تنقیص دادن خطر امبولی .
- در صفحه حاد:
- هیپارین بمقدار ۴۰۰۰۰ یونت بشکل I.V تا وقتی که اعراض کلینیکی بر طرف می گردند ، تجویز گردد .
- تداوی تعقیبی با زرق تحت الجلدی هیپارین ادامه یابد .
- سودیم Warfarin دواى انتخابی برای تداوی دوامدار ترومبوز اوعیه در دوره نفاسی میباشد .

سایکوز دوره نفاسی Puerperal Psychosis

تشوش روحی در مراحل مقدم نفاسی یک امر معمولی است . ۲۰ الی ۳۰ روز بعد از ولادت اکثر خانم‌ها به یک لوحه کوتاه انحطاطی داخل می شوند . که بنام جریان روز چهارم (Fourth day blue) یاد میشود . آمادگی روحی و تغییر آنی در حالت و وضعیت خانم احتمالاً غیر متوقع بوده و یک زنگ خطر هم برای خود مریضه و هم برای شوهر وی میباشد . سایکوز عضوی حاد در مراحل مقدم دوره نفاسی ، حالا از واقعات نادرست ، که به پیشرفت پروسه حاملگی ارتباط میگیرد . سایکوز وظیفوی در مراحل مقدم دوره نفاسی ۵ مرتبه نسبت به دوران حاملگی بیشتر تصادف می گردد .

هر دو هم انحطاط و هم شیذوفرنیا در دوران نفاسی بملاحظه رسیده ولی مانیاک از جمله نادرتهای است . در انحطاط و شیذوفرنی که مربوط به طفل است در وقایع شدید انحطاطی روحیه کشتن طفل توسط مادر ، مطرح بحث است (Infanticid). دوران نفاسی ممکن است نزد مریضانی که فکتهورهای مساعد دارند بروز سایکوز را تحریک کند .

سایکوز دوره نفاسی با سایکوز دیگر اوقات فرق دارد و شاید هم با احتمال قوی به شکل حاد شروع کند . وقت شروع آن از روز اول الی هفته ششم بعد از ولادت ، هر وقت امکان دارد . لاکن معمولاً از روز ۳ - ۵ نزد خانم های که قبلاً کاملاً شاد بودند ، شروع می گردد .

وقوعات

در ۱/۱۰۰۰ واقعه ولادت ، سایکوز شدید دوره نفاسی ایجاب می نماید ، که مریضه در یک یونت عقلی عصبی بستر گردد . خطر عود مرض ۲۰٪ است . شاید بعد از ختم حمل هم واقع گردد .

اسباب

۱) اسباب نامعلوم:- حاملگی فشار روحی (Stress) بزرگی را در زندگی یک خانم بوجود میآورد و هم چنین انجام وظایف بیولوژیکی سیستم تولیدی ، توافق فزیولوژیکی ، میتابولیکی ، تغییرات روحی در هنگام حاملگی کاملاً به ثبات دماغی روحی خانم ارتباط دارد . عکس العمل به حاملگی یا حامله دار شدن حتی در خانمی که قبلاً از نظر فزیکی و روحی کاملاً صحتمند بوده ، شاید یکی از Stress ها باشد .

۲) در یک تعداد کمی از وقایع احساس عدم امنیت درباره بدست گرفتن طفل ، تغذی و حمام دادن طفل ، شاید حانم را به انحطاط دوره نفاسی بکشاند .

- ۳) فکتورهای مساعد کننده بطور مثال عدم ثبات روحی قبل از حاملگی، داشتن سابقه امراض عقلی عصبی در فامیل، شاید زمینه مساعد برای خانم باشند.
- ۴) هورمونل:- تغییرات قابل ملاحظه ای که در تولید هورمونهای استروئیدی بوجود می آید، سبب تشوشات حالت روحی روانی مریض گردیده و بیشتر نزد خانم های اول باری و خانم هاییکه سابقه Primenstrual Tension داشته اند، رخ میدهد.
- ۵) ولادت طفل و تغییرات فیزیکی و روحی که به تعقیب آن نزد مریض رونما میشود، شاید اعراض عصبی را نزد خانم هاییکه زمینه مساعد دارند، تحریک کند.
- ۶) فکتورهای محیطی ممکن خانم های را که از نظر روحی غیر ثابت اند، تحت تاثیر قرار دهد.
- ۷) شخصیت:- خانمی که زندگی پر از مشقت دارد، ممکن است به فکر اینکه چطور بعد از ولادت با مشکلات دست و پنجه نرم نماید. او را به این پروسه مساعد سازد.
- ۸) انتانات دوره نفاسی.
- ۹) انیمی پیشرفته که سبب خستگی زیاد و بیحالی مریضه می گردند، باید بوسیله تحقیقات رد گردد.

لوحة کلینیکی

- ۱- سابقه امراض روحی در فامیل و خصوصاً مادر مریضه.
- ۲- سابقه پسیکوز در حمل قبلی.
- ۳- داشتن نیوروز در تریمستر اول، هیجانان روحی دماغی در جریان حاملگی و مشکوکیت در حامله دار شدن و ولادت کردن، معمولاً با خطر بلند نیوروز و پسیکوز دوران نفاسی همراه است.
- ۴- شروع معمولاً بسیار حاد و در ظرف یک هفته اول بعد از ولادت بمیان می آید و ندرتاً بصورت مؤخر ۲-۴ هفته بعد از ولادت رخ می دهد.
- ۵- ضجرت تشوش شدید در هنگام شب بسیار تبارز دارد، بیدار خوابی و هذیان شاید اولین اعراض پسیکوز عضوی باشند.
- ۶- عادات غیر قابل پیش بینی شده نزد خانم، طوریکه بسیار سریع حالت و وضعیت آن از Depression یا انحطاط به Mania تغییر می کند، بملاحظه می رسد.
- ۷- نیوروز، Hallucination و خیالات باطل شاید موجود باشند.
- ۸- تبارز اضطراب و بیقراری و خیالات و افکار واهی نشاندهنده اینست که وضعیت مریضه بزودی بدتر و خراب تر شده می رود.
- ۹- احساس اینکه اوشاید طفل خود را مجروح و زخمی بسازد و شاید هم انطباع اینکه طفل از خودش نیست، نزدش موجود است.

- ۱۰- تمایل به خودکشی و یا کشتن طفل خود دارد .
- ۱۱- عادات ، حرکات و سکانات مریضه باید مد نظر باشد . بطور مثال ضعیفی عضلی ، فلج و خرابی تکلم وی .
- ۱۲- فشار خون ، نبض و درجه حرارت وی برای رد کردن اسباب فیزیکی باید چک گردند .

تداوی

- تداوی پسیکوز در زمان حاملگی و دوره نفاسی از هم فرقی ندارد .
- ۱- در خانم‌های معروض به خطر، مراقبت جدی در دوران حاملگی ، دوران نفاسی ، تشخیص مقدم و تدابیر در حل پرابلم‌های آن‌ها امر ضروری است . مانند سابقه پسیکوز در حمل قبلی ، سابقه فامیلی انحطاط روحی، سابقه ازدواج نامطلوب و نابرابر و یا هر واقعه ضجرت افزای دیگر .
- ۲- در جریان دوره حامله داری یا Antenatal ترجیحاً خانم توسط پرسونل طبی فنی لازم است دیده شود . انحطاط بعد از ولادت به تجویز Vit B₆ 100mg/day، یکماه قبل از آن جلوگیری گردیده و یکماه هم بعد از ولادت، ادامه داده شود .
- ۳- استراحت بیشتر و کمک فامیلی برای اجتناب از انداختن مسئولیت‌های بیشتر بالای مریضه ضروری اند .
- ۴- برای مریضه توضیح گردد که حاملگی یک پروسه طبیعی است ، نه مرض .
- ۵- مریضه هنگام ولادت تنها نباید گذاشته شود ، موجودیت یک نرس همکار و یا شوهر مریضه ضروری است که با وی همراه باشند .
- ۶- اطمینان بخشیدن بمریضه و همنوایی با وی از اهمیت خاصی برخوردار است .
- وقایع خفیف افسردگی ممکن است در خانه تداوی گردند ولی در وقایع شدید توام باشیزوفرینی مریضه باید در شفاخانه بستر گردد . زیرا خطر خودکشی و یا کشتن طفل ، در وی متصور است .
- ۷- وقایع شدید افسردگی و شیزوفرینی توسط داکتر روانشناس بهتر تداوی شده میتواند . مادر و بچه اش هر دو بستر گردند .
- ۸- برای استراحت و رفع زجرت از سیداتیف‌ها و ترانکولایزرها استفاده گردند .
- ۹- از ادویه Antidepressant در واقعه افسردگی میتوان استفاده کرد .
- ۱۰- جواب به شاک برقی (E.C.T) (Electric convulsive thearapy) در بسیاری وقایع جواب معجزه آسا و دراماتیک دارد .

- ۱۱- باساز ضرورت مریضه مواد غذائی ساده و مایعات به اندازه کافی آماده گردد . برای نگهداری الکترولیت ها و شکر خون بحالت طبعی ، اگر مریضه از خوردن غذا ابا می ورزد ، باید مایعات وریدی ضروری تجویز گردیده ، یک دوست و یا رفیق و یا اقوام دلخواه مریضه ، باید همراهش باشند .
- ۱۲- سروصدهای اضافی معدوم گردند ، مریضه دریك اطاق تنهایی که کلین های آن حفاظ شده از داخل و پرده دار باشند ، بستر گردد .
- ۱۳- او باید از ضرر رساندن به خود و دیگران محافظت گردد .
- ۱۴- نکتائی ، ریسمان ، سیم و دیگر اشیای تیز ، نوک دار و سخت و یا اجسام سخت قابل انتقال در اطاق گذاشته نشوند .
- ۱۵- ویزیت های دوامدار و مکرر با شوهر شاید زجرت او را بر طرف سازد .
- ۱۶- از اعمال قوه و فشار باید اجتناب گردد .
- ۱۷- هر خانم که تازه مادر شده است ، باید در حمام کردن و مراقبت طفل قبل از ترک شفاخانه تحت مشاهده قرار داشته باشد .
- ۱۸- ادویه ضد حاملگی مؤثر و یا بعضاً ستیرلایزیشن (بستن تیوبها) باید برای مادرانیکه از تشوشات مربوط به ولادت رنج می برند ، توصیه گردد .
- ۱۹- مریضه باید تا جائیکه ممکن است به دیدن طفلش ادامه بدهد .

بررسی قلب جنین (Fetal Monitoring)

برای تعیین میعاد متوقع ولادت گرفتن تاریخچه دقیق سیکل عادت ماهوار، نظم عادت ماهوار، اولین روز آخرین عادت ماهوار و مونیتورینگ قلب جنین در هفته‌های اخیر، امر مهمی است. در خانم‌های کثیرالولاده در هفته‌های شانزده و در اول باری‌ها در هفته‌های ۱۸، حرکات جنین برای مادر قابل درک می‌گردد.

۱- رشد رحم

a - برای تعیین اندازه رحم در هفته‌های اول یک معاینه مهبلی اجرا گردد.

b - معاینات مکرر کلینیکی از طریق جس بطنی صورت گیرد.

۲- گراف حاملگی (Gravido Gram)

فاصله بین ارتفاع عانه و غور رحم هر هفته در جریان نیمه دوم حاملگی اندازه‌گردیده و روی یک گراف نارمل ثبت گردد. معمولاً بصورت نارمل هفته 1cm تزايد می‌یابد. اگر چه فاصله بین سره، ارتفاع عانه و ذیل خنجری عمدتاً به قد و قامت و چاقی مریضه ارتباط دارد. فاصله بین ارتفاع عانه و غور رحم در یک حمل به ترم، در حدود ۳۵ سانتیمتر می‌باشد. قطر شکم در سویه سره هم باید اندازه‌گیری گردیده در یک گراف ثبت گردد. تزايد آن در هر هفته 1cm و در حمل به ترم به 100cm می‌رسد.

3- وزن گرفتن مادر

بصورت تقریبی در جریان حاملگی خانم در حدود 10 kg وزن می‌گیرد، که از آنجمله ۱/۳ وزن را در بیست هفته اول حاملگی، ۱/۳ را در ۱۰ هفته سوم (۲۰-۳۰ هفته‌گی) و ۱/۳ متباقی را در ۱۰ هفته‌ی اخیر حاملگی بدست می‌آورد.

۴- حرکات جنین

تثبیت حرکات روزانه جنین به تعداد ۱۰ حرکت و یا بیشتر از آن روی (Cardiff ten chart) Count to در ظرف ۱۲ ساعت نشاندهنده خوب بودن طفل در ترمیستر آخر حاملگی می‌باشد. فعالیت جنین بصورت قدامی در ظرف چند روز کاهش یافته و ۱۲ الی ۴۸ ساعت قبل از توقف قلب طفل، متوقف می‌گردد.



۵- اندازه گیری هورمونها

تعداد زیادی از هورمونها اند که طفل بصورت مستقیم و یا غیر مستقیم در تولید و افراز آنها رول دارد . لذا از اندازه گیری های متواتر آنها ، برای خوب بودن وضع طفل استفاده کرده میشود .

(a) هورمون های گونادوتروفین ذغابوی (H.C.G)

تعیین سویه (H.C.G) برای تست حاملگی (خانم حامله است یا خیر) وسیعاً مورد استفاده است و همچنین تعیین این هورمون در نزد خانم های که تحت مداوی مول هیداتیفورم قرار دارند ، ارزش خاصی دارد . هر چند که سویه بلند این هورمون بین روزهای ۶۰-۷۰ حاملگی بوده از آن به بعد تدریجاً سقوط نموده در روزهای ۱۰۰-۱۳۰ حاملگی به یک سویه ثابت می رسد . لذا دریافت آن از نظر کلینیکی ارزش خاص آنچنانی در بررسی معاینات روتین طفل ندارد . سویه آن در خانم مصاب Mole Hydatidiforme (حمل ذغابوی) ، چند گانگی ها و عدم تناسب RH فکتور (Rh Factor Incomptibility) ، بصورت غیر طبیعی بلند است .

(b) تعیین ستریول خون (Steriol Determination)

این هورمون در عمل Monitoring برای خوب بودن جنین بسیار مهم است . بیوستز این هورمون مربوط به سالم بودن Feto-Placental Maternal Unit میباشد . تنها در نیمه دوم حاملگی معاینات مکرر این هورمون ما را به هدف رسانده میتواند . این اندازه گیری از طریق سیروم خون و ادرار مادر اجرا شده میتواند .

نارمل بودن سویه این هورمون نمایانگر آنست که طفل در حال حاضر مواجه به خطر نیست ، لاکن سویه پائین و یا تنقیص قابل ملاحظه در افراز آن همراه با خرابی و بدتر شدن وضع جنین بوده و آن را به شرف مرگ نشان میدهد . پائین بودن و یا تنقیص سویه سترایول ادرار در مراحل اخیر حاملگی معمولاً با اینه های نوزادی ، سیانوز و اینار ملیتی نیورولوژیکی جنین همراه خواهد بود . افراز استرایول (Oestriole) در مراحل آخر حاملگی بمقدار 10-40mg/24h در ادرار مریضه دیده میشود . اگر سویه آن از 4mg/24h پائین تر آید ، نشان دهنده معروض شدن جنین به خطرات بوده و یا حتی مرگ او را وانمود میسازد .

تعیین سویه هورمون استرایول در پلازما ی خون در هفته های ۳۰-۴۰ حاملگی ارزش مهم داشته و باید بین 5-40mg/ml باشد . برای تعیین سویه پلازمائی استرایول باید چندین نمونه در عین وقت روز برای رد تغییرات روزانه این هورمون در خون گرفته شود . پائین بودن و یا تنقیص قابل ملاحظه در افراز این هورمون در حدود ۴۰٪ کمتر از مقدار نارمل آن دلالت به خرابی وضع طفل نموده و یا حتی طفل را مشرف به مرگ وانمود می کند .

(c) هورمون پلاستتائی (Human placental lactogen یا H.P.L)

وضعیت خوب طفل با نارمل بودن سویه H.P.L انعکاس یافته می تواند. سویه این هورمون به وزن پلاستا ارتباط دارد. تغییرات در مقدار تولید و سویه آن در سیروم مادر و هم چنین در مایع آمنیوتیک میتواند به حیث یک مشعر حساس در وظائف پلاستائی باشد. اگر سویه پلازمائی این هورمون کمتر از 4mg/ml باشد، نزد مریضه تحریک با Oxytocin انجام گردد.

۶- معاینات مکرر اولتراسوند

یکی از اساسی ترین علائم خوبی جنین در مراحل مؤخر حاملگی اندازه گیری دوام رشد وی، با اجرای سونوگرافی های مکرر میباشد، که اندازه رشد بطن مادر، طول عظم فخذ و قطر Biparietal با اجرای سونوگرافی های مکرر (به شکل Serial) معین میگردد. از مراحل مقدم حاملگی تا تریمستر سوم حاملگی باساز رشد بالای آنها مطالعه صورت می گیرد. این میتود مونیتورینگ رشد طفل، بسیار حساس و دقیقی است.

مطالعه Doppler: باساز پرانسیپ Doppler جریان خون شعبات قوسی شرائین رحمی، در بستر پلاستائی از جانب مادر و در شرائین سروی از طرف جنین، اندازه گیری گردیده میتواند.

امواج اولتراسوند مانند یک شاهین ترازو در انعکاس Echo تغییرات وسیع جریان خون، عمل میکند. این میتود هنوز هم عمدتاً بمرحله تحقیقی خود قرار دارد. لاکن نمونه تعبیر ان نشاندهنده آنست که یک پروسه مفید کلینیکی شروع شده است. تشکل امواج غیر طبعی در شرائین قوسی برای پیش بینی اینکه کدام خانم بطرف یک هایپرتنشن شدید حاملگی می رود، مفید است. اگر جنین در اندازه گیری با اولتراسونوگرافی خوردتر نشان داده شود، مطالعه امواج متشکله از شرائین جبل سروی پتولوژی حقیقی کوچکی جنین را مشخص میسازد.

عدم موجودیت و یا معکوس شدن جریان خون در شرائین جبل سروی در جریان دیاستول در ۴۰٪- ۲۵ وقایع به مرگ طفل میانجامد. و بیشتر از ۱/۴ این اطفال که زنده مانده اند، معیوبیت های دائمی دارند. بر عکس اطفال کوچک که امواج متشکله شرائین جبل سروی نارمل دارند، انداز خوبی را پیش رو دارند.

۷- شنیدن قلب جنین بلندتر از ۱۶۰ و پائین تر از ۱۲۰ فی دقیقه ایجاب مونیتورینگ با وسائل الکترونیکی را مینماید.

۸- کاردیو تو کو گرافی جنین (F.C.T.G)

این میتود یست که با گذاشتن الکتروود بالای بطن مادر (Indirect C.T.G) و یا بالای رأس طفل از طریق عنق رحم (Direct C.T.G)، اندازه ضربانات قلب جنین و تقلصات رحمی بالای کاغذ ثبت میگردد. خصوصیات یک C.T.G نارمل عبارتند: از اندازه حرکات قلب جنین 120-160/mg و تزیاید حرکات

قلبی جنین ۲۰ ضربه فی دقیقه با حرکت طفل و یا تقلص رحم می باشد و هم چنین نباید در حرکات قلب جنین تنقیص و یا تفاوت بیشتر از ۵-۱۵ ضربه فی دقیقه بمشاهده رسد .

تغییرات حرکات قلبی با بیلانس بین فعالیت سیستم اعصاب سمپاتیک و پاراسمپاتیک ، شیموریسپتورهای شریان ابهر و غلظت سویه ادرنالین و استیل کولین ارتباط میگیرد . تنقیص تغییرات طوریکه Trace هموار باشد ، علامه عدم جواب قلب به تحریکات می باشد و مربوط است به جمع شدن کتابولیت های تخریبی (محصولات حاصل از کتابولیزم) و یا اینکه طفل خواب است . آسانترین راه تشخیص این دو وتیره بیدار ساختن طفل است . طوریکه از مادر خواسته شود که حرکت نموده و قدم بزند و یک ساعت بعدتر تست دوباره انجام گردد .

حالت انحطاطی مادر هم سبب ثبت ریکارد غیر طبعی جنینی می گردند و تجویز سیداتیف ها میتوانند عارضه را بوجود آورند . یک طفل مصاب هایپوکسی ، بسیار سریع و یا بسیار باهستگی تنقیص در حرکات قلبش همزمان با تقلص رحمی ثبت می گردد .

تزايد حرکات قلبی جنین با تقلصات رحمی علامه صحت مندی طفل است . لاکن در صفحات پیشرفته ولادت ، عدم موجودیت آن یک علامه خراب را وانمود نمیکند .

ابنارملیتی دراساسات

تنقیص اساسات تغییرات (Reduce Baseline Variability): این عارضه نشاندهنده آن است که طفل معروض به اسیدوزیز بوده و APGAR Scor آن پائین است . علت آن هیپوکسی جنین ، ادویه مانند (الکول ، پتیدین ، مورفین ، دیازپیم) ، خواب طفل و ابنارملیتی سیستم عصبی مرکزی (انانسیفیل ، میکروسیفیل) می باشد.

ابنارملیتی قاعدوی

۱) Tachycardia قاعدوی: هنگامیکه قلب جنین بین ۱۶۰-۱۸۰ ضربه فی دقیقه بماند ، بنام تاکی کاردیای متوسط و اگر از ۱۸۰ ضربه فی دقیقه بلند برود ، تاکی کاردی شدید گفته می شود . علت تاکی کاردی متوسط طفل شاید مربوط به تاکی کاردی مادر از سبب عکس العمل مقابل انتانات ، عدم کفایه قلبی ، تایروتوکسیکوز و پریمایچوریتی پیشرفته طفل باشد و در صورتیکه تاکی کاردی شدید طفل مطرح باشد با هیپوکسی خود طفل همراه است .

انتانات مادری و جنینی و توصیه ادویه به مادر (سمپاتیکومیمیتیک) نوع بیتا (β) مانند (هیدرالازین ، ادرنالین ، اتروپین ، کلورپرومازین و غیره) بوجود آمده میتواند .



۲) برادی کاردی Baseline: وقتی که اندازه حرکات قلب جنینی بین ۱۲۰-۱۰۰ bit/min باشد، برادی کاردی متوسط گفته می شود و اگر کمتر از ۱۰۰ bit/min باشد بنام برادی کاردی شدید یاد می گردد.

علت برادی کاردی شدید در جنین، خراب بودن ریتم قلبی خود او، انومالی های قلبی جنینی، خونریزی ها جنینی، هیپوکسی جنینی و تجویز ادویه مانند (ادویه انستری، مورفین، دیجوکسین و غیره) نزد مادر می باشد.

Deceleration

Single Deceleration (1)

این عارضه به تعقیب تمزق جیب با هیپوتنشن در حالت ایستاده، اصطجاع ظهري Supin (Hypotention) شاید بوقوع پیوندد. بعداً به حالت عادی برگشت نموده کدام عمل خاصی را به کار ندارد.

Persistent Deceleration (2)

a) دیسی لیریشن مقدم (Type- 1 dip) باین معنی است که دیسی لیریشن در جریان تقلصات بوجود آمده و بعد از برطرف شدن تقلص، رفع می گردد. این معمولاً به شکل V می باشد و از اثر تنبیه عصب vagus با فشاریکه توسط رأس بالای آن ایجاد می شود، بمیان می آید. دیسی لیریشن عود کننده عمیق ممکن است با اسیدوز طفل خصوصاً در اطفال پریماچور همراه باشد.

b) دیسی لیریشن موخر (Type II dip): - باین معنی است که دیسی لیریشن بعد از شروع تقلصات رحمی شروع شده و بعد از ختم تقلصات رحمی هم ختم می گردد. این نوع دیسی لیریشن معمولاً با اشتراک هیپوکسی میوکاردا قلب جنین از با عث اسیدوز بوجود آمده می تواند.

c) دیسی لیریشن متغیر: این نوع دیسی لیریشن ارتباط به تقلصات رحمی ندارد و اکثراً اشکال و امپلیتودهای متنوع را نشان می دهد. این شاید از اثر تحت فشار قرار گرفتن حبل سروی جنین باشد، اما شکل متداوم و موخر آن سبب هیپوکسی جنین می گردد.

d) بصورت طبعی اختلاف از یک ضربه تا ضربه دیگر موجود بوده ولی نباید این اختلاف از ۳۰ مرتبه فی دقیقه بیشتر باشد. در صورت که کاهش اختلاف یک ضربه تا ضربه دیگر کمتر از ۵ و یا تعداد مجموعی ضربانات در فی دقیقه کم باشد، هیپوکسی را وانمود میکند که میتواند به تعقیب تجویز Valium تأسس کند.

e) اتحاد هر یک از تمام انارملیتی های قلبی که فوقاً تذکر داده شد. سبب اختلالات مغلق بیشتر می گردند، مانند تنقیص تغییرات Baseline (خط قاعدوی) همراه با تاکی کاردی شدید. این شکل از هر نوع انارملیتی مجرد شوم تر بوده و عواقب بدتر دارد.

یک کلیشه غیرطبعی شدید ایجاب مداخله را نموده ولی موجودیت یک کلیشه واضح و طبعی، نباید ما را اغفال کند. با در دست داشتن C.T.G Trace و با در نظر داشت معلومات لازمه دیگر حاملگی برای تحریک ولادت اقدام شده میتواند.

۳- تست استروس با Syntocinon

بمقدار 0.1 unit اوکسی توسین در ۱۰ ml آب مقطر انداخته و بسیار با آهستگی داخل ورید بمقصد بمیان آمدن تقلصات رحمی زرق می گردد، تغییرات در جواب به تقلص رحمی در قلب جنین، نشاندهنده ضعیف بودن قدرت ذخیره پلاستا بوده و این طفل قدرت مقاومت و ایستاده گی در مقابل stress های ولادی در هنگام ولادت را ندارد.

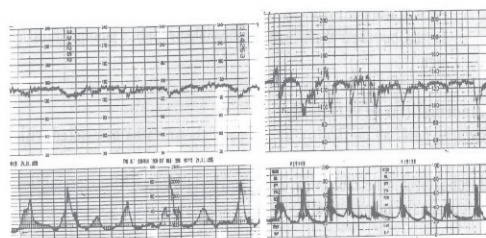


Fig.35 Normal trace (Scar ruptured)

Fig.36 Variable decelerations

(Normal second stage)

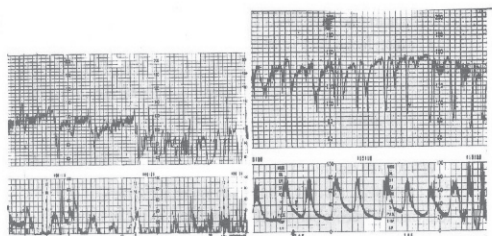


Fig.37 Prolonged bradycardia

Fig.38 Additional late decelerations

(Abnormal second stage)

(Abnormal second stage)

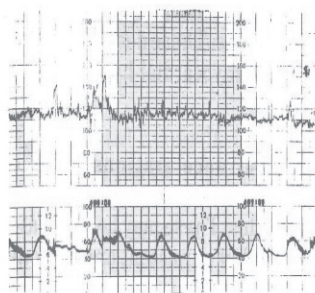


Fig.39 Baseline bradycardia (112 bpm)

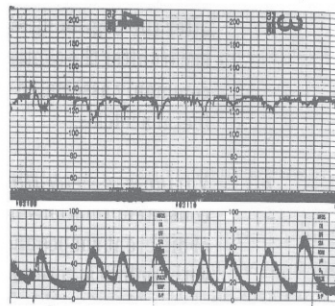


Fig.40 Early decelerations (Type I dip)

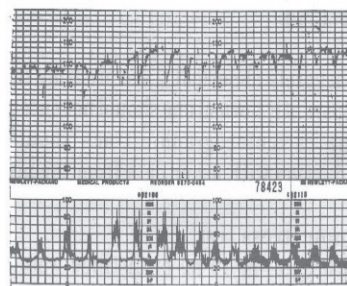


Fig.41 Developing tachycardia (Abnormal second stage)

۴- امنیوسکوپی

عبارت از دیدن مایع آمنیوتیک توسط امنیوسکوپ میباشد. سخن قدیمی است که (مرگ بدون تخلیه وجود ندارد) حقیقت غیر قابل تغییر است، لاکن مشاهده مایع شفاف که حاوی تکه‌های سفید Vernex Caseosa است، مجدداً اطمینان میدهد که همه چیز خوب است. مایع مغطوس به میکونیوم معمولاً مترافق با اسفکسی جنین است. اگر انگشت بتواند داخل عنق گردد، امنیوسکوپ مخروطی Saling's هم میتواند

داخل عنق شده و مایع آمنیوتیک را نیز میتوان مشاهده نمود. مایع آمنیوتیک شفاف اطمینان آنرا میدهد که ولادت در همین وقت بدون مضایقه، بدون اختلاط و خطر است.

۵- آمنیوسنتیز

در این معاینه مایع آمنیوتیک از طریق مداخله جدار بطن بیرون آورده میشود. اجزاء مختلف تشکیل دهنده آن مانند فوسفولیپیدها، کریاتین، شکر، امینواسیدها و بیروبین برای پخته شدن طفل و خوب بودن آن میتوانند مورد معاینه قرار گیرند. حجرات جنینی در مایع جهت پختگی طفل Sex.Chromatine نیز میتوانند معاینه شوند. قبل از اقدام به آمنیوسنتیز ضرور است که موقعیت پلاستتا توسط اولتراسونوگرافی تعیین گردیده، زیرا در پلاستتای قدامی احتمال سوراخ شدن پلاستتا میرود.

۶- اسیدوز جنینی

این حادثه میتواند در جریان ولادت بعد از آنکه جیب تمزق نمود هر وقت اندازه گیری گردد. از طریق عنق رحم یک آمنیوسکوپ داخل گردیده و خون طفل از حذای رأس بایک شق کوچک توسط یک کارد محافظوی که بیشتر از 2mm از دسته محافظه آن بدر آمده نمیتواند، گرفته میشود. اسیدوز جنینی به دو شکل متابولیک و تنفسی میتواند بوجود آید. شکل اولی بیشتر معمول بوده و زیادتر خطر ناک است و به اسیدوز مادر ارتباط دارد. PH خون جنینی تعیین گردد در صورتی که اسیدوز جنینی تثبیت شد، stress جنینی قریب الوقوع است. اسیدوز مادری و جنینی با تطبیق سودیم بای کاربونات میتواند تنقیص یابد. پائین تر بودن PH خون جنینی از ۷.۲ مشعر اسفکسی جنینی و پائین تر از ۷.۱ از خطر بزرگ برای طفل نماینده گی میکند. لذا استطباب C.S نزدش گذاشته شود

۷- Cordocentesis

خون از ورید حبل سروی نزدیک به طفل گرفته شده و از نظر اسید، قلووی و غلظت اوکسیجن مورد مطالعه قرار داده میشود. لاکن در این پروسیجر در حدود ۱-۲٪ خطر مرگ طفل موجود است.

احیاء و معاینه طفل نوزاد

به مجردیکه جیل سروی کلمپ گردید، طفل در یک ترالی به وضعیت که سر نسبت به جذع بمقصد دریناژ مایع از دهن و بینی یک طرفه و قدری پائینتر از جذع قرار داشته باشد، گذاشته میشود. برای جلوگیری از تخریبات در غشای مخاطی دهن نباید با گاز آنرا پاک نمود، دهن و بلعوم فمی باید از تمام افرازات پاک گردند، برای این مقصد از سکشن Nosopharynx یا کش کننده‌های یکبار مصرف مخاط و یا دستگاه سکشن ضعیف که فشار بیشتر از ۳۰ میلی متر آب تولید کرده نتواند استفاده گردد. بسیار مهم است که با نهایت ملایمت انجام سکشن خارج ساخته شود. زیرا شدت در عملیه سبب تنبیه فرنگس گردیده و ریفلکس اپنه و برادی کاردیا را در قبال دارد. باید معدۀ طفل خصوصاً اگر با عملیه C.S ولادت داده شده باشد، با عبور یک سند نرم، بسیار به آهستگی از طریق مری به معدۀ سکشن گردد. بمجرد پاک شدن بلعوم عادتاً طفل نفس گرفته، گریه نموده و عملیه تنفس شروع میشود و رنگ جلد آن گلابی می گردد. سیانوز دست و پا ممکن برای مدتی دوام کند و کدام ارزش پتالوژیک ندارد.

معمولاً نزد اطفال پخته و صحت مند، تنفس بدون هیچ کوششی فوراً بعد از ولادت شروع میشود و با قلب بلند تراز ۱۰۰ ضربه فی دقیقه فعالیت آغاز می گردد.

یک طفل باید صحت مند و بقدر کافی قوی باشد تا قادر به عملیه تنفس ابتدائی گردد و اولین تنفس همیشه از اهمیت بلند و با ارزشی برخوردار است. تنفس جهدی نه تنها باعث باز شدن اسناخ شش‌ها بصورت مستقیم گردیده، بلکه خون را به سیستم و عائی ریوی آورده که این سبب معکوس شدن شنت (Shunt) راست به چپ قلبی از طریق فوهه Oval و Ductus Arteriosus میگردد. طفل خشک گردیده، پوشانیده شود و در محلی که وجودش حرارت خود را حفظ کرده بتواند گذاشته شود. درجه حرارت طفل بعد از ولادت در حدود ۳۰.۱ درجه سانتیگراد سقوط میکند. لذا حرارت مناسب محیط خارجی باید برایش آماده گردد. مرکز تنظیم حروری طفل فوراً بعد از ولادت فعال گردیده و سبب تزیاید فعالیت میتابولیزم و مصرف اوکسیجن برای ثابت نگه داشتن حرارت بدن وی بصورت دوام دار می گردد.

تغییرات سیستم دورانی طفل بعد از ولادت

اولین تنفس طفل سبب توسع شش‌ها و باز شدن اسناخ ریوی و همچنین سقوط فشار شریان ریوی میگردد. این وتیره خون را به سیستم دورانی شش‌ها جائیکه آنرا اوکسیجن دار میسازد، میکشاند. به تعقیب آن تقبض Ductous Artiosus و شرایین سروی عاجلاً انجام میشود. هنگامیکه جیل سروی کلمپ گردید، در نزد طفل مقاوم پائین سیستم پلاستا به مقاوم بلند سیستم دورانی محیطی تعویض می گردد و

فشار سیستمیک شراین بلند می رود. از طرف دیگر فشار شراین ریوی پائین می آید که همزمان بآن فشار به Ductous Artiosus نیز کاهش کسب میکند. همراه با کاهش مقاومت اوعیه ریوی، فشار در بطین راست سقوط نموده در نتیجه سبب تزاید مقاومت سیستمیک که این به نوبه خود، باعث بلند رفتن فشار قلب چپ میگردد، میشود.

این دو تغییر همراه با تزاید عودت خون در اورده ریوی سبب بلند رفتن فشار دهلیز چپ گردیده، که با بسته شدن وظیفوی فوّه oval همراه میباشد. بعد از چندین روز یا هفته فوّه Ductous Artiosus با عملیه Endarthritis بسته گردیده و در نهایت سیستم دورانی طفل به سیستم دورانی کاهلان تغییر می خورد. حبل سروی خشک و جدا می گردد و ناحیه مجروح با گرانولشن التیام می یابد. اوعیه سروی با ترومبوز اسپتیک بسته می گردند و بحیث یک رباط مدور باقی می ماند (Lig Teres Hepatium). شراین سروی با یک بسته شدن به شکل ریتروگرا تا ناحیه شراین هیپوگستریک پیش آمده و بحیث یک نسج سکروتیک باقی میمانند.

اهتمامات عمومی در یک طفل نوزاد

بعد از چک و ارزیابی APGAR scor طفل در دقیقه اول و پنجم و حاصل کردن اطمینان از شروع شدن تنفس، طفل به پهلوی مادر جهت شیردادن گذاشته شود. بعد از تغذیه ترجیحاً به پهلوی مادرش در بستر آن قرار داده شده و یا داخل رختخواب خودش، طوریکه رویش مایل به طرف مادرش باشد، گذاشته شود.

احیای طفل نوزاد

اگر طفل بعد از اسپیریشن بینی و بلعوم، شروع به تنفس بنفسه نکرد، اهتمامات عاجل احیای مجدد گرفته شود. APGAR Scor رهنمای خوبی در این مرحله است. APGAR=5 و یا بلند تر از آن نشاندنده اینست که طفل در وضعیت خوبی قرار دارد، تنفس بصورت بنفسه در ظرف یک دقیقه بعد از پاک کردن طرق هوائی شروع خواهد کرد. طفل خشک نگاه شود، حفظ درجه حرارت و تجویز اوکسیجن ادامه یابد. اگر تنفس در ختم دقیقه اول شروع نشد و یا حرکات قلب جنین به طرف نزولی سیر میکرد، بلعوم و حنجره (larynx) باید با کتتر نرم اسپراسیون گردند.

اگر تنفس منظم نشده و سرعت حرکات قلبی اصلاح نگردیدند، بلعوم و ترخیا بصورت مستقیم جهت دریافت افرازات معاینه گردیده و توسط سکشن برداشته شوند. اوکسیجن توسط ماسک وجهی داده شود، که با وزش اوکسیجن در روی طفل به اصلاح وضعیت آن کمک خواهد کرد. اگر بازهم اصلاح بمیان نیامد از وسایلی که اوکسیجن را بفشار داخل میکنند به شکل درست و مناسب تثبیت گردیده و از Ambu Bag جهت احیای مجدد کار گرفته شود.

پف یا دمیدن اولی باید برای ۳ ثانیه دوام کند و سپس در هر دقیقه ۳۰-۴۰ پف عیار گردد، تا وقتی که تنفس طفل شروع می شود، ادامه داده شود. اگر تمام اهماامات فوق بی نتیجه ماند، بوسیله لرنگوسکوپ اندوتراخیال تیوب در داخل ترخیا جابجا گردیده و اکسیجن با پف یادمیدن های کوتاه از طریق T-tube که به مانومتر وصل گردیده و فشار اکسیجن را پائینتر از 30cm ستون آب حفظ میکند، دوام داده شود. تنفس بنفسه بعد از مدت کوتاه که اکسیجنیشن اصلاح گردید، شروع خواهد شد. تیوب اندوتراخیال بعد از تأسس تنفس بنفسه خارج ساخته شده و ماسک اکسیجن تا وقتی که وضعیت طفل کاملاً مطلوب می گردد، ادامه داده شود.

تطبیق دوا در احیای مجدد تنفس نوزاد با استثنای اینکه مادر در ظرف یک ساعت قبل از ولادت پتیدین یا مورفین گرفته باشد، دردی را دوا نمیکند و مؤثریتی ندارد. هرگاه مادر پتیدین و یا مورفین گرفته باشد از Naloxan Hydrochlorid به مقدار 10mg فی کیلوگرام وزن بدن میتوان استفاده کرد. ندرتاً هنگامیکه APGAR ابتدائی طفل پائین بوده و یا طفل نارکوتایز گردیده باشد، تنفس کمکی یا مصنوعی با تیوب اندوتراخیال برای مدت طولانی ادامه داده شود.

تنفس مصنوعی یا تنفس از طریق دهن با دمیدن کوتاه، اگر تسهیلات لازمه و یا مهارت در تطبیق تیوب اندوتراخیال موجود نبود، میتواند مورد استفاده قرار داده شود.

در سفکسی پیشرفته که طفل بطرف اسیدوزمی رود، بمقدار 2-4ml محلول سودیم بی کاربونات در داخل ورید سروی و یا اوعیه محیطی به آهستگی زرق گردد. از محلول گلوکوز ۲۰٪ بمقدار 10ml از عین طریق نیز استفاده شده میتواند. در واقعات شدید و پیشرفته سفکسی، طفل در بین انکوباتور تحت مراقبت جدی الی احیای تام و تمام گذاشته شود.

معاینه عمومی طفل نوزاد

یک معاینه مکمل فیزیکی طفل نوزاد از سر تا بقدم در اولین فرصت مناسب بعد از ولادت با نور کافی باید اجرا گردد. APGAR Scor در ظرف یک دقیقه و ۵ دقیقه بعد از ولادت، با ارزیابی حرکات قلب جنین، جهد تنفسی، تون عضلی، عکس العمل ریفلکس ها و رنگ جلد انجام داده شود. معاینه در یک اطاق گرم اجرا گردد.

• قبه رأس (Skull)

رأس جس شده و وسعت میزابه ها یادداشت گردند، محیط رأس باید اندازه گیری شود (نارمل 34cm). اندازه Caput و Moulding ثبت شده که این در ولادت بعدی معلومات خوبی را بدست خواهد داد، درزها یا میزابه ها، برآمدگی فانتنل قدامی و تزاید محیط رأسی شاید در هیدرو سیفل و هماتوم

Sub dural دریافت گردد ، که اینها بصورت مقدم قابل تداوی اند ، ساحات نرم و یا Encephalocoele شاید دریافت گردد

• دهان (Mouth)

Cleft Palate ویا لب چاک در دهن شاید بملاحظه برسد ، دندانهای طفولیت شاید موجود باشند .

• اطراف (Limbs)

اطراف برای رد هر نوع شکستگی ، خلع و یا فلج حرکت داده شوند . انگشتان برای رد انگشت علاوگی شماره گردند . با اجرای Ortolani sign خلع ولادی مفصل hip رد گردد . برای اجرای این عمل (Ortolani sign) طفل به تخت پشت خوابانیده شود ، زانوها به حالت قبض تام و مفصل hip بزویه راست قبض گردد . ران های طفل به هر دو دست به شکلی که انگشت متوسط در هرطرف بالای وجه خارجی یا وحشی تروکانتر و شصت بالای وجه انسی یا داخلی تروکانتر گذاشته شوند ، گرفته شوند . رانها بعداً از هم دور و انگشت متوسط دست معاینه کننده بالای تروکانتر کبیر به طرف جلو فشار وارد کند . در صورتیکه خلع ولادی موجود باشد ، رأس فخذ بطور ناگهانی بطرف قدام اسیتابولوم توأم با یک صدا (Click) بیجا میشود . در صورتیکه فشار به طرف بیرون آورده شود ، طوریکه انگشتان کلان دستها به سطح انسی ران تماس داشته باشد ، در اینصورت مجدداً رأس فخذ به طرف بیرون یعنی خلف اسیتابولوم می لغزد .

انجام ندادن این عمل ساده معنی این را میدهد که واقعه در طرف ۱-۲ سال آینده تشخیص نشده باقی مانده و منجر به لنگ شدن دائمی میگردد .

پاها و انگشتان از نظر موجودیت Telepes equino virus، Club foot وچسپندگی انگشتان بهمدیگر مورد ارزیابی قرار گیرند .

• صدر (Chest)

معاینه قلب برای دریافت دکستر کاردیا و یا سوفل با ید انجام شود ، اهمیت و نوعیت هر نوع سوفل ممکن است در طی چندین معاینه در روزهای مختلفه مشخص گردد . اصغاء صدر برای دریافت هر نوع صدای غیر طبیعی انجام شود . امراض قلبی ولادی با مشاهده سیانوز که در هنگام گریه طفل بدتر می شوند ، پالیده شوند .

قطر قدامی خلفی صدر معادل قطر عرضانی آن میباشد ، نبض فخذی یا فیموال جهت رد کوارکتیشن ابجر جس گردد .

• بطن (Abdomen)

اگر پولی هیدرامنیوس موجود بوده باشد، یک تیوب معدی معائی باید از طریق مری برای رد اتریزی مری گذشتانده یا عبور داده شود. با عبور یک کتتر رادیواپیک در معده و گرفتن X-Ray فستولهای معدی شزنی رد کردند، که در آن حالت شاید به خوبی در سویه تشعب تراخیا، یک نهایت کور و مدور در مری بملاحظه برسد. کبد در حدود 2.5C پائین تر از کنار ضلع راست بصورت نارمل جس می گردد. طحال شاید بدون کدام پتولوژی خاصی قابل جس باشد. در بطن که خوب به حالت استرخاء قرار دارد، ممکن است قطب سفلی کلیه‌ها نیز بدون موجودیت پتولوژی جس گردند.

• درازی یا طول قد (Length)

قد و یا طول یک طفل نارمل در حدود ۵۰ الی ۵۵ سانتیمتر است، قد یک کیریتریای قابل اعتماد برای تعیین سن حاملگی نظر به وزن مییابد. حد متوسط وزن ولادت در حدود (3kg) است. اطفال بچه نسبت به دختر وزین تر بوده و وزن طفل با ارتباط تعداد ولادت‌ها نیز زیاد شده می‌رود.

• حبل سروی

عدم موجودیت یکی از شرائین سروی در داخل حبل سروی، در حدود ۳۰٪ تشوشت ولادی جنینی را تشکیل می‌دهد. حبل سروی در ظرف چند ساعت شروع به خشک شدن کرده و ممکن است در ظرف ۷-۱۰ روز بیفتد. ستون فقرات طفل برای رد Spina Bifida، میننگومیا لوسل و مننگوسل معاینه گردد. در صورت موجودیت این وقایع، از دوکتور جراح و متخصص اطفال کمک خواسته شود، در غیر آن احتمالاً اگر طفل زنده بماند معیوبیت نزدش در طول عمر دوام خواهد یافت.

در وقایعی که مننگوسل باز توأم با کانال عصبی برآمده موجود باشد، گازهای معقم و مغطوس با محلول Salin بالای آن گذاشته شده و طفل به سرویس و یا سنتر مجهز اطفال هرچه عاجلتر انتقال گردد.

• اورگانهای تناسلی

در طفل پخته‌ء پسر خصیه‌ها کاملاً در سفن نزول کرده اند و در دخترها شفتان کبیره، شفتان صغیره و کلیتوریس را به خوبی پوشانیده است. در اثنای چند روز محدود بعد از ولادت افرازات مخاطی مهبلی خوندار ممکن است موجود باشد که قطعاً بی ضرر بوده و در ظرف چند روز محدود رفع می گردند (تفلس اندومتريکه تحت تأثیر هورمونهای جنسی مادری رشد کرده است).

• کانال انل یا قنات مقعدی

مقویت قنات مقعدی چک گردد، حرارت مقعدی به خصوص اگر میکونیوم خارج نشده باشد، گرفته شود.

• بینی (Nose)

انومالی‌های ولادی اکثراً با انومالی‌های شکل و فورم بینی همراه می‌باشد. افزایشات بینی و یا انسداد تام طرق تنفسی شاید موجود باشد.

• گوش‌ها (Ears)

اندازه، شکل و محل گوش‌ها مکماً امتحان گردند، توضع پائینی گوش‌ها و یا گوش‌های مدور اغلباً با سایر انومالی‌های ولادی همراه بوده می‌تواند.

• گردن (Neck)

شکل و درازی گردن مشخص گردد، گردن پرده دار سندروم تورنر را تأیید می‌کند. بزرگ شدن غده تیروئید شاید در اطفال جدید الولاده دیده شود.

• درجه حرارت

اطفال در هنگام ولادت حرارت نوسانی دارند یا Thermo labil اند. شاید درجه حرارت از حدود 36c پائین تر بیاید. اطفال با تطبیق البسه گرم و یا حرارت عاجلاً عکس العمل نشان می‌دهند. در ظرف چند ساعت شاید درجه حرارت تنظیم و تثبیت گردد. نوسانات نارمل حرارت طفل بین ۳۶-۳۷ درجه سانتیگراد می‌باشد.

• وزن طفل

ضیاع وزن در ظرف چند روز اول واقع می‌شود، که طفل ۱۰٪ وزن ولادت خود را می‌بازد. با شروع تغذی در ظرف ۷-۱۰ روز دوباره وزن ولادت خود را بدست می‌آورد.

• مواد غایطه

عبور میکونیوم در ظرف چند ساعت بعد از ولادت بظهور میرسد و شاید هم تا ۱۲ الی ۲۴ ساعت بعد از ولادت به تأخیر افتد. طفل بعد از چندروز محدود، روزانه چندین مرتبه میکونیوم خارج می‌کند که غلیظ، چسپناک، بدون بوی و داری رنگ سیاه مایل به سبز می‌باشد. در مقارن روزهای ختم هفته اول مواد غایطه شیری را خارج می‌کند.

• ادرار (Micturition)

ادرار بمدت کوتاهی بعد از ولادت دفع می‌شود. لاکن ممکن است برای ۲۴ ساعت هم به تأخیر بیفتد. مثانه ممکن است قابل جس گردیده که با فشار از بالای بطن اکثراً ادرار کردن طفل شروع می‌شود. ادرار شاید در ابتدا سیاه رنگ بوده ولی بعداً بدون رنگ می‌گردد. رنگ زرد کاهی ادرار از اثر ذخیره یورات‌ها شاید در یکی دو روز اول و دوم بملاحظه برسد.

• ریفلکس‌های نارمل

بعضی ریفلکس‌های معین برای اطمینان اینکه طفل به تحریکات حساس بوده و نارمل است می‌توانند تحری گردند.

۱. ریفلکس Moro: - ریفلکس Startle با صدا در آوردن میزیکه طفل بالای آن دراز کشیده است و یا با قبض رأس وی بالای جذع تحری شده می‌تواند. تبعد و انبساط بازوها منجر به تقرب بازوها و انبساط پاها می‌شود. این ریفلکس معمولاً متناظر بوده و نشاندهنده نارمل بودن وظائف Neuromuscular می‌باشد. جواب یا عکس العمل غیر طبعی در فلج عصبی، کسر عظم ترقوه و عظام طویله و یا تخریبات داخل عضلات بملاحظه می‌رسد.
۲. ریفلکس Rooting: - اگر در اطراف دهن طفل تماس شود، رأس طفل به آن طرف تمایل کرده و کوشش به باز کردن دهان نموده و می‌چوشد.
۳. ریفلکس Suckling: - این ریفلکس، ریفلکس Rooting را تعقیب می‌کند، به ترتیبی که طفل را قادر می‌سازد تا حلیمهٔ ثدیّه را بداخل دهن کشیده و با ماساژ سینوس‌های شیری توسط بیره‌ها در پائینتر از هالهٔ ثدیّه خروج و تخلیه شیر را تنبیه می‌گرداند.
۴. ریفلکس Grasp: - این ریفلکس هنگامیکه با کف دست و یا با کف پا تماس شود، بملاحظه می‌رسد و در اطفال جدید الولاده موجود است.

انومالی های ولادی (Congenetal Malformation)

عبارت از نقائص برجسته و متباز ساختمانی در طفل هنگام ولادت میباشد . در سرویهای جهانی و قوعات انومالی های ولادی بصورت مقایسوی در حدود ۲۰ میلیون ولادت می رسد ، احتمالاً در حدود ۳-۲٪ تمام اطفال زنده ولادت شده یک و یا بیشتر از آن ، انومالی ولادی را تا اخیر یک سال نشان میدهند . این عدد دو چند میشود ، اگر انومالی های تشخیص نشده کشف و با آن علاوه گردند .

فکتورهای محیطی

در حال حاضر در حدود ۱۰٪ از سوء اشکال شناخته شده ، اسباب محیطی را مسئول میدانند و در ۱۰٪ دیگر فکتورهای جنیتیکی و کروموزومی مسئول بوده و ۸۰٪ متباقی را تاثیرات متقابل فکتورهای مغلق و پیچیده جنیتیکی و محیطی تشکیل میدهند .

عوامل انتانی

- **Rubella (عامل سرخکان):** - این عامل میتواند سبب Cataract (آب مروارید) ، Microphthalmia (چشم های کوچک) ، شنت شریانی یا (P.A.D) Patent Dudus Arteriosous ، بازماندن حجاب بین البطینی (V.S.D) ، تأخر عقلی و وزن کم در وقت تولد (I.U.G.R) گردد .
- **Cytomegalovirus :** عمده ترین چیزیکه درین آفت انتانی دریافت می گردد میکروسیفلیا ، کلیسفیکاسیون دماغی ، کوری ، Chorioretinitis و هیپاتوسپلینومیگالی میباشد .
- **Hepes simplex virus :-** این آفت معمولاً نزدیک به وقت ولادت انتقال میکند و انومالی های آن عبارتند از: میکروسیفالی ، میکروفتالموس ، دیسپلازی شبکیه ، هیپاتوسپلینومیگالی و تأخر عقلی .
- **Toxoplasmosis:-** اطفال مصاب ممکن است کلیفیکاسیون ، تکلس دماغی ، میکروفتلمیا و نقائص عینی داشته باشند .
- **Syphilis:-** ممکن سبب کری مادر زادی و تأخر عقلی گردد .
- **Radiation تشعشع:-** شعاع X سبب میکروسیفالیا ، نقائص تشکل عظام رأسی ، Spina bifida ، کوری ، کام چاک و نقائص اطراف شده میتواند .

مواد کیمیاوی

نام مواد کیمیاوی	انومالی مولده
Thalidomid	Meromelia ، Ameliac
Phynetion	شکاف وجهی ، لب چاکی و انومالی های قلبی
Trimethadione	گوش های غیرطبعی ، لب چاکی و نقائص قلبی
Potassuim Iodide	جاغور و تأخر عقلی
Streptomycine	کری
Asperine	
Vit K	Kernicterus زردی
Amphetamine	دهن چاکی
Tetracycline	نقائص اطراف و انومالی عظام دندان ها
Warfarin	کاندرو دیسپلازیا ، تشوشات خونی و IUD
Quinin	IUD و کری
Smokers	تأخر رشد داخل رحمی جنینی
Barbiturat	تخریبات کبدی
Vit D	هیپرکلسمیای کتلوی
Cycloserine	میکروسیفالی
Pathedin ، Morphin	انحطاط مرکز تنفسی
and diazepum	
Propanalol &	انحطاط سیستم دورانی
Atenolol	
Chloramphenicol	کولاپس بعد از ولادت و هیپوترمی

هورمون ها (Hormones)

- ۱-محصولات اندروجنیک:- مردنمائی (Masculinization) طرق تناسلی در جنین مونث .
- ۲-Diethyl Stilbesterol در صورتیکه جنس طفل دختر باشد انومالی رحم ، نفیرها و علوی مهبل و در صورت پسر بودن سوء شکل خصیه ها شاید رخ دهد .
- ۳-کورتیزون:- سبب کام چاکی می گردد .

فکتورهای کروموزومی وجنتیکی

حجرات جسمی یک انسان نارمل دارای 46 کروموزوم اند. هر نوع تغییر در این عدد بنام اِبنارمیلیتی عددی یاد گردیده است. اگر یک کروموزوم اضافی موجود باشد، سه عدد کروموزوم بدون جوهره نارمل تشکیل میگردد. این وضعیت بنام Trisomy شناخته شده است و سه نوع این اِبنارمیلیتی موجود است.

I - Trisomy 21: این نوع آفت در حجرات جسمی (Somatic) دریافت گردیده و مریضی آنرا به نام Down's Syndrom (Mongoloid Defectives) یاد می کنند. این آفت از اثر عدم جدائی کروموزوم در مرحله انقسام میوز رخ میدهد.

II - Trisomy 17-18: مریض مبتلا به این آفت یا اِبنار ملیتی تأخر عقلی، نقائص ولادی قلبی، توزیع گوش ها پائین تر از محل طبعی و انقباض انگشتان و دست ها دارد.

III - Trisomy 13-15: اِبنار ملیتی مبتلا باین سندروم تأخر عقلی، نقائص ولادی قلبی، کری، لب چاکی، کام چاکی و نقیصه عینی دارد.

اِبنارمیلیتی کروموزوم های جنسی

- سندروم Klinefilter: - در این سندروم تعداد کروموزوم ها 47 عدد است. مجموعه کروموزوم های جنسی به شکل xxy بوده و ندرتاً هم مریضان مبتلا در این نقیصه دارای 48 کروموزوم میباشند. یعنی 44 کروموزوم جسمی و 4 کروموزوم جنسی بشکل xxxy.
- لوحه کلنیک این سندروم، عقامت تام، اتروفی خصیه ها، استحاله تیوب های سیمینی فیروس و Gynicomastia (پستاندار بودن) این سندروم تنها نزد مردها دیده میشود.
- سندروم تورنر Turnser's syns: - این سندروم تنها در خانم ها یافت شده که ظاهری مونث (از نظر فیزیکی) دارند و متصف است به عدم موجودیت تخمدان ها، گردن پرده دار، اذیمای لمفاوی اطراف، نقایص اسکلتی و تأخر عقلی.

اِبنارمیلیتی ژنها

از بسیار قدیم ها دانسته شده است که بسیاری سوء اشکال ولادی نزد انسان ها ارثی هستند و بعضی از اشکال آن نمونه ارثیت Mendelian دارند.

تغذی طفل

Infant Feeding

تغذی بعد از ولادت بسیار مهم است ، طوری که رشد جنین در طول شش ماه اول بعد از ولادت بسیار بیشتر از دیگر صفحات زندگی آن می باشد . در سن پنج ماهگی وزن نارمل طفل دوچند وزن تولد می گردد . در ظرف یک و دو سال اول وزن آن به سه و چهار برابر بالترتیب بلند می رود ، کیفیت تغذی باید متناسباً به سرعت رشد طفل همگام باشد .

در هنگام ولادت سیستم هضمی یا معدی معائی جهت انجام وظایف نارمل خود بمشکل مواجه اند . در جریان هفته اول طفل شاید وزن بیازد و یا شاید فقط وزن خود را حفظ کند . بعد از شش ماه اول ضرورت عضویت طفل بیشتر بلند می رود ، لذا برای او باید پروتئین ها ، ویتامین ها ، منرال ها ، شحمیات و کاربوهایدرات ها به شکل غذای مایع تهیه گردد . این مواد در شیر انسان و گاو موجود است . کدام طریقه و روش خاصی برای تغذی تمام اطفال که دارای وزن مختلف و عادات مختلف اند ، وجود ندارد . باید اساساً مطابق ضرورت شان روش ، مشخص گردد . ضرورت مایعات در ظرف ۲۴ ساعت بمقدار 150ml/kg وزن بدن شان می باشد .

• کالوری:- بمقدار 110 cal/kg وزن بدن در ۲۴ ساعت داده شود . اطفالی که به صورت متوسط وزن کم تر از 2.3kg (هفت پوند) دارند ، به مایعات و کالوری بیشتری احتیاج دارند . شیر مادر غذای مکمل در ظرف ۴ ماه اول ولادت می باشد .

• Colostrum:- اولین افراز زرد رنگ و القلی است که شاید در ماهای اخیر حاملگی 2-3 روز بعد از ولادت موجود باشد . بعد از آن شیر انتقالی تولید می شود ، سپس این شیر توسط شیر مکمل در روزهای پنجم تعویض می گردد .

کولستروم از مواد بسیار مفید ، غنی می باشد . محتویات پروتئین و IgA آن بلند است و این مواد طفل نوزاد را از انتان حفاظت می کند . IgA در حذای امعاء توضع داشته و از جذب عوامل انتانی و ذرات مواد خارجی (اجسام اجنبی) ممانعت می کند . Immunoglobuline A تنها در ظرف 2-3 روز بعد از ولادت جذب می گردد . کولستروم ، جک یا فله حاوی انتی بادی های مخصوص ضد E.Coli و Rotavirus می باشد . این ویروس ها سبب دیاریا (اسهال) اطفال می گردند . همچنین انتی بادهای ضد توبرکلوز و پولیو یا فلج اطفال در کولستروم تثبیت شده است ، بنابراین کولستروم برای اطفال از باعث اینکه

سیستم معافیتی شان به خوبی انکشاف نکرده است، کاملاً مفید است، که این مربوط به موجودیت پروتئین ها و انتی بادی های آن می باشد و طفل را میتواند از انتانات محفوظ نگاه کند.

• **Fat** یا چربی:- در شیر انسانی بمقدار وافر اسیدهای شحمی غیر مشبوع و مقدار بلند کلسترول موجود است. هر دوی این مواد برای رشد دماغی طفل بسیار مهم اند.

• کاربوهیدرات ها:- بیشترین کاربوهیدرات شیر انسانی را لکتوز تشکیل میدهد. لکتوز برای تشکل گلکتولپید (Galacto lipid) مورد ضرورت است و این گلکتولپید جزء مهم ساختمانی نسج دماغی است. علاوه تا هم جذب کلسیم را زیادتیر میسازد.

• پروتئین ها:- پروتئین های اساسی انسان کازئین (Casein)، **Alphalactalbumin**، لکتوفیرین، ایمونوگلوبولین **A**، **Lysozym** و البومین را میسازند.

• انزایم ها:- شیر انسان حاوی انزایم های مختلف بوده که این انزایم ها در هضم شیر مادری نزد طفل کمک می نمایند مانند: امیلاز، کتلاز، پروکسیداز، لیپاز، زانتین اوکسیداز (**Xanthine oxidase**) و اسید فوسفاتاز.

• منرال ها:- آهن معمولاً به مقدار ناکافی در شیر مادر موجود است و از طرف دیگر طفل هم در هنگام ولادت بمقدار کم آهن در کبد خود ذخیره دارد. در روزهای اول دوران رشد سریع طفل که با یک تزاید تطابقی تعداد مجموعی کریوات سرخ همراه است، آهن ذخیره شده در تشکل هیموگلوبین بمصرف رسیده، لذا اگر مقدار کافی آهن بطفل داده نشود، کم خونی هیپوکرومیک نزد وی بوقوع خواهد رسید. هیچگاه شیر مادر و هم شیر گاو مقدار کافی آهن را برای این مقصد دارا نمیشاند، لذا باید در ترکیب غذای تهیه شده بعد از ماه چهارم و در اطفال پریماچور مقدمتر، آهن اضافی علاوه شود. شیر انسانی روزانه در حدود **1 mg** آهن را تهیه کرده میتواند. دیگر منرال های مورد ضرورت طفل عبارتند از: کلسیم فلوراید، مس، جست (**Zine**) و غیره.

مقدار احتیاج طفل عبارت است از: ۵ میلی گرام فیرس سولفات، روز دو مرتبه و یا یک میلی گرام فیرس گلوکونات روز دو مرتبه.

• ویتامین ها:- شیر مادر نسبت به شیر گاو حاوی مقدار کافی ویتامین ها است. زیرا شیر گاو یک مقدار ویتامین خود را هنگام حرارت دادن از دست می دهد.

مقدار ضرورت روزانه عبارت است از:

Vit-C 50mg/day

Vit-D 400unit

Vit A&B توسط شیر تهیه میگردند.

Vit-D باید از یک ماهگی داده شود. بتدریج مقدار آن از چند قطره محدود تزايد یافته تا دوز مکمل 5ml/day رسانیده شود، ویتامین های منحل در شحم طبعی با اخذ روغن جگر ماهی (Adexoline 1/2ml) و روغن جگر ماهی Halibut به مقدار 1/2cc تأمین شده میتواند. Vit.C از Juice نارنج رقیق شده با آب و شکر تهیه گردیده (جوس غلیظ شده 5ml) و یا نیمی از پرتقال داده شود.

تغذی با شیر مادر

تغذی با شیر مادر بهترین میتود است، زیرا همیشه ممکن و میسرشدنی است. دیگر استنباب برای دادن شیر بوتلی با ستنای اینکه مادر فوت نموده باشد وجود ندارد. در اینصورت از شیرگاو استفاده گردد. اگر شیرگاو بد سترس نبوده و یا مناسب طفل نباشد، پیشنهاد می گردد که در تهیه شیر تناسب درست در نظر گرفته شود. زیرا در ممالکی مانند ما، که در آنجا فیصدی وفیات اطفال از اثر انتانات بسیار بلند است، این مسئله از اهمیت ویژه برخوردار میباشد.

اناتومی و فیزیولوژی شیردهی

غدد ثدیه به گروپ غددات اگزوکرین دسته بندی شده و در جریان حاملگی و فوراً بعد از ولادت معروض به تغییرات اناتوموفیزیولوژیکی می گردند. رول آنها تهیه مواد غذائی و انتقال انتی بادی از مادر به طفل میباشد. ثدیه از جمله غددات چندین فصی (Multilobulaire) است که از ۲۰ سگمنت که بصورت شعاعی از حلیمه ثدیه تنظیم شده اند، تشکیل گردیده است.

انساج غدوی و افزازی اساساً در قسمت محیطی توضع دارند. شعبات مانند سیستم های قناتی از هر سگمنت برای اینکه یک قنات واحدی بسازند در یک نقطه با هم جمع شده در حذای حلیمه ثدیه باز می شوند.

فوراً قبل از بازشدن در حلیمه ثدیه، هر قنات دارای یک توسع میباشد که بنام Sinus lactefereus یاد میشود. این سینوس ها در نزدیکی حلیمه ثدیه با جدار نازک قناتی یا کانالی خود قرار دارند، که قادر به توسع توسط شیر بمقدار نیم الی یک سی سی میباشد. اسناخ توسط میزواپیتیل نسج منقبض کننده احاطه شده اند، که اطراف قنات ها را نیز پوشانیده اند. در آنجا انساج منظم، چربی یا شحم و اوعیه دموی نیز

موجود است. تغییرات ثدیه در جریان عادت ماهوار

در هر دو جنس مرد و زن ثدیه در هنگام ولادت مانند هم بوده از سیستم قنات های رودیمانتر، حلیمه هموار و نسج کم غدوی تشکیل شده است.

در دوره شروع بلوغ در خانم ها تغییرات قابل ملاحظه ای با ذخیره شحم و تبارز حلیمه ها بمیان میآید و در سیکل های متوالی، استروژن بالای رشد قنات ها و پروجسترون بالای رشد اسناخ تاثیر میگذارند.

در نیمه اول حاملگی، پرولیفريشن حجرات اپیتیل اسناخ، تشکل قنوات جدید و انکشاف ساختمان های lobulaire فصیصی صورت می گیرد. در مراحل بعدی حاملگی پرولیفريشن تنقیص نموده و اپیتلیم برای فعالیت افزای متمایز میگردد، در آخر حاملگی هر ثدیه در حدود 400gr وزن می گیرند. فکتور های رشد کننده و فراهم آورنده تزايد اندازه غدوات ثدیه عبارت اند از: هایپرتروفی اوعیه دموی و حجرات میوآپیتیل یا اپیتیل عضلی، تزايد نسج منظم، ذخیره شحم، احتباس آب و الکترولیت ها میباشند.

جریان خون در ثدیتان در دوران حاملگی دو برابر میگردد. از ماه چهارم به بعد ثدیتان قادر به افراز شیر بوده و در هفته های آخر حاملگی کلستروم از آن ها افراز می گردد.

فیزیولوژی شیردهی

افراز شیر تغییر شکلی از امینواسیدها، منرال ها، گلوکوز و لیپیدهای موجود در پلازما است که بشکل Lactalbumin Caseinogen، چربی شیر و لکتوز در اسناخ یافت میشود. اما این وتیره به صورت کامل دانسته نشده است. هورمون پرولاکتین مسئول افراز شیر است. تولید این هورمون به سویه ستروجن خون ارتباط داشته که اگر کم باشد غده هیپوفیر مقدار کمتر پرولاکتین تولید میکند که در نتیجه شیر کم تولید میشود. دیگر مواد که در تولید شیر ملاحظه دارند نیز توسط این غده افراز میگرددند.

در هفته های اخیر حاملگی، ثدیه ها برای شیردهی آمادگی دارند، ولی شیر از اثر بعضی مواد نهی کننده که پلاستتا تولید می کند، خارج نمی شود. از این سبب است که بعد از ولادت، شیر افراز می گردد.

تکنیک شیردهی از سینه

طفل هر قدر عاجل تر قبل از خروج پلاستتا وحتى در وقایع اکلامپسی بزودترین فرصت ممکنه بعد از ولادت به سینه مادر انداخته شود. این عملیه از دو طریق کمک می کند

۱- چوشیدن سینه منجر به آزاد شدن اوکسی توسین بصورت ریفلکسی از فص خلفی غده نخامی گردیده، که در ولادت پلاستتا کمک می کند.

۲- برای رد این اعتقاد سنتی که شیر ۳ روز بعد از ولادت نزد مادر افراز میشود، نیز کمک می کند. در حقیقت ثدیه ها در ظرف این مدت سه روز Engorgement نموده و طفل حلیمه نرم ثدیه را از نتیجه شیرندادن مادر از دست داده و مادر از اثر درد شدید از نتیجه پری و تورم ثدیه و طفل از اثر از دست دادن حلیمه نرم و دلخواه از خوردن شیر سینه منحرف می گردد(صرف نظر می کند) و این پروسه منجر به ناکامی شیر دهی میشود. کلستروم برای طفل نوزاد فوق العاده خوب است. مادر باید ترجیحاً مطابق به تقاضای طفل و یا حداقل هر ۲-۳ ساعت بعد و یا در ظرف ۲۴ ساعت اقلاً ۸ مرتبه برای طفل شیر بدهد. مادر تشویق گردد، که در هر شیردادن برای طفل از یک سینه استفاده کند. مدت شیردهی حداقل ۱۰-۱۵ دقیقه بطول انجامد.

مادر تشویق گردد که طفل برای شش ماه اول در شیرش منحصر بماند. از آب، عسل و یا Infant-Formula شیر چوشک، چوشک یا سرپستانک، قاشق، پیاله و گیلان درین مدت نباید استفاده گردد. لذا طفل از اسهال استفراغ و دیهایدریشن که اسباب معمولی و عادی مرگ و میر اطفال در ممالک رو با نکشاف میباشند، حفظ شده میتواند.

تولید شیر و رول هورمون های شیردهی

شیر توسط حجرات اپیتیل غدوی موجود در ثدیه تولید شده و در خوشه های کوچک خلا دار بنام Canaliculi که با حجرات میوایتیل (اپیتیل عضلی) احاطه شده اند، ذخیره میگردد. تولید مقدار کافی شیر مربوط به دوفکتور می باشد.

a- پرولاکتین که از فص قدامی غده نخامیه افراز گردیده و باعث تحریک ساختن شیر میشود و اوکسی توسین که از فص خلفی غده نخامیه افراز و سبب تقبض حجرات میوایتیل می گردد. شیر بعداً در ۱۰-۱۵ عدد سینوس های شیری (Lactiferous sinus) که در عقب حلیمه ثدیه قرار دارند، جریان می یابد. لذا حذف یا خروج شیر با فشارهای جهدی منظمیکه توسط زبان طفل صورت میگیرد، انجام میشود. سویه پرولاکتین در خون مادری بصورت یکنواخت در جریان حاملگی بلند میرود. لاکن تولید شیر نمیتواند تا وقتی که هورمون های ستروئیدی پلاستا (ستروجن و پروجسترون) تا بعد از ولادت آن کاهش نیابند، شروع گردد. چوشیدن سبب تحریک افراز اوکسی توسین از غده هیپوفیز در خون دورانی مادر گردیده که این منجر به تقبض رحم (دردهای بعدی) که همزمان با اولین شیردهی مادر است، میگردد. هنگامیکه پروسه شیردهی تأسس کرد مؤفقت آن از یکطرف مربوط به تخلیه کامل شیر از کیسه های اسناخ و از جانب دیگر به سویه بلند هورمون پرولاکتین می باشد.

اگر برای ثدیه فرصت Engorgement داده شود بالای تولید و خروج کامل شیر از ثدیه تاثیرات معکوس میتواند داشته باشد.

b- آزاد شدن شیر و چوشیدن طفل: انتقال شیر از مادر به طفل با عملکرد دو پروسه انجام می یابد. خروج فعال شیر توسط مادر مربوط به Let Down ریفلکس مادر و خروج فعال آن توسط طفل میباشد، این وتیره میتواند با تشویق مادر برای شیردهی، جهد و کوشش وی و خلق اعتماد در قدرت شیردهی برای مادر ایجاد گردد.

این تنبیه ریفلکس چوشیدن از سبب گرفتن نسج ثدیه توسط فک سفلی طفل فعال می گردد. تخلیه برای خروج باید با گرفتن مکمل حلیمه ثدیه بخوبی در دهان طفل و فشار آوردن دوره ای شیر از یک سینه در عین وقت باید داده شود و سینه بعدی در شیردادن بعدی از قبلی متفاوت باشد. شیر بعدی حاوی چربی زیاد است. اگر طفل تنها سینه قبلی را بجوشد، سویه چربی شیر کم بوده و مدت ترانزیت معدوی سریع

شده و منجر به کوتاه شدن فاصله بین دو غذا میگردد. فاصله بین دو تغذی طفل، تعداد گرفتن غذای طفل را در ظرف ۲۴ ساعت تعیین می کند و کدام روش خاصی برای تعداد دفعات و یا تکرر غذائی طفل وجود ندارد.

شیردهی با ساس تقاضای طفل و تهیه شیر تنظیم میشود. بسیار محتمل است که تقاضای طفل برای شیر، تهیه شیر را سازماندهی کند، مثلاً مادریکه صاحب دو طفل است میتواند دو چند مادریکه یک طفل دارد شیر تولید کند. زیرا تقاضا نزد آن دو چند است.

مقایسه ترکیبی شیرهای مختلف

نوع	آب	پروتین	شکر	چربی
شیر انسان	۸۹٪	۱٪	۷٪	۴٪
شیر گاو میش	۸۵٪	۴٪	۴٪	۷٪
شیر گاو	۸۷٪	۳٪	۴٪	۷٪
شیر بز	۸۵٪	۴٪	۵٪	۸٪
شیر گوسفند	۷۹٪	۷٪	۴٪	۹٪

انتقال یا عبور ادویه و توکسین ها در شیر مادر

بعضی از ادویه جات بمقدار کم یا زیاد از طریق شیر افراز می گردند، لذا بالای طفل تاثیر وارد می کنند.

a- ادویه ایکه بمقدار کم از شیر عبور میکنند.

ادویه مخدره یا Opiates (الکول، نیکوتین، میپی پریدین (پتیدین) کنین، هیوسین، اتروپین، سلفامید ها، پنسیلین، لکزاتیف ها و Vitamin C اگر به مقدار زیاد گرفته شود.

b- ادویه که بمقدار زیاد افراز میگردند.

سالیسلات ها، آیوداید ها، مشتقات تیویوراسیل، باربیتورات ها، بروماید ها، ارگوت و کاسکارا.

c- ادویه ایکه به تولید شیر مداخله میکنند

کانتراسپتیف های فمی که تابلت حاوی ستروجن و پروستروجن باشد، تولید شیر را نهی میکنند.

(استفراغات حاملگی (Vomiting in Pregnancy)

به دلبدی واستفراغات در صبح وقت (Morning Sickness) نزد خانم ، که معمولاً بعد از تیرشدن از وقت اولین عادت ماهوار (Missed .P) رخ میدهد گفته میشود . یک تشوش ترایمستر اول حاملگی بوده و در ۵۰٪ خانم ها شاید بملاحظه برسد و شاید هم بحیث اولین مشعر حاملگی عرض اندام کند . معمولاً بعد از برخاستن از خواب در هنگام صبح بد تر و یا شدید تر میباشد و اکثراً بشکل احساس دلبدی تا اینکه حقیقتاً استفراغ کند ، قابل درک است . عادتاً بعد از ترایمستر اول بدون اینکه تأثیرات مضره بالای صحت مادر و یا حمل وی داشته باشد ، بصورت بنفسه رفع میگردد .

اسباب

- ۱) فکتور های روحی میتوانند به حیث عامل سببی دخالت داشته باشند . لاکن این یک واقعیت ثابت و بجا است که خانم دلبدی و استفراغ حتی قبل از اینکه خودش بداند که حامله است دارد .
- ۲) استفراغات نزد خانم هائیکه Mole hydrodiform و حمل دوگانه دارند بیشتر به ملاحظه می رسد بواسطه اینکه نزد آنها سویه بلند هورمون گونادوتروپین موجود است و این می رساند که احتمال مداخله این هورمون در اتیولوجی استفراغات مطرح باشد .
- ۳) توسع معصره فوههء کاردیاک معده سبب Rigurgitation (بازگشت موادغذائی) شده که به تأثیرات پروجستروجن بالای عضلات ملسا ارتباط میگيرد .
- ۴) بعضاً رول ستروجن را در ایجاد استفراغات بحیث عامل سببی دانسته اند .
- ۵) امراض دیگر اورگانیک یاعضوی مانند اپندیسیت ، گستروانتریت ، انسداد امعاء ، فرحات معده ، تدورکیست میبضی ، التهاب حویضه ها و گرده ها ، هیپرتنشن حاد حاملگی ، تومورهای دماغی ، هیپاتیت انتانی ، فتق حجاب حاجزی ، کولی سیستیت ، پولی هیدرامنیوس حاد ، استحالء سرخ فیبروم های رحم و یوریمیا سبب استفراغات میگرددند .
- ۶) دلیل اصلی ودقیق دلبدی واستفراغات حاملگی شناخته نشده است .

هیپرایمیزیز گراویدارم

تعریف

اگر استفراغات آنقدر شدید باشد که مانع حرکات و فعالیت های عادی مریضه گردیده و ایجاب بستر شفاخانه را کند اصطلاح Hyperemesis gravidarum بآن اطلاق میگردد .

تغیرات بیوشیمیکی

استفراغات دوامدار سبب خرابی فعالیت های بیوشیمیکی مادر و جنین شده میتواند ، که این تغییرات به صورت ثانوی مربوط باستفراغات ، فقرغذائی (Starvation) و کمبود ویتامین هامیباشد . ضیاع مایعات و نمک ها منجر به کم شدن مایع خارج حجروی (دورانی) و تنقیص سودیم و کلور پلاسما میگردد . یوری خون از اثر عدم توازن بلانس نایتروجن بلند گردیده و ketosis بوجود میآید . از اثر ترزاید افراغ پتاسیم در کلیه ها ضیاع سریع آن در استفراغات ، کمبود پتاسیم انکشاف و پیشرفت میکند . هیپوکلسمیا شاید وتیره استفراغات رایشتتر دامن زند و باین ترتیب یک سیکل معیوبه شاید تاسس نماید .

لوحه کلینیکی

- (۱) باختن وزن .
- (۲) علائم دیهیدریشن باجلد خشک .
- (۳) زبان خشک و باردار است .
- (۴) ترزاید نبض .
- (۵) سقوط فشار خون .
- (۶) تنفس بوی اسیتون میدهد .
- (۷) حساسیت ناحیه شریصوفی .
- (۸) درجه حرارت شاید به بلند شدن شروع کند .
- (۹) زردی .
- (۱۰) استفراغات خوندار (هماتیمیزیز) .
- (۱۱) خواب آلودگی و گیچی .
- (۱۲) کلاچ ، دوبینی ، نیستگموس و خونریزی شبکیه .
- (۱۳) حساسیت و ناراحتی در پاها با درجه های مختلف فلج و علائم نیوریت محیطی .
- (۱۴) انسیفلوپاتی شدیداً انکشاف نموده و مریضه ممکن است به کوماداخل شده و بمرگ محکوم گردد .

بررسی و تحقیقات (Investigation)

- ۱- بررسی و تحقیقات یا (Investigation) امبلانس الکترولیت ها بملاحظه رسیده و خصوصاً تنقیض سودیم ، پتاسیم ، و کلورپلازما تثبیت میگردد .
- ۲- یوریای خون بلند است .
- ۳- تغلیظ ادرار oligurea دیده می شود .
- ۴- ادرار حاوی اسیتون ، البومین وصبغات صفراوی بوده و کلوراید ها کم ویا معدوم اند .

تداوی

- ۱) برای مریضه توضیح گردیده واطمینان داده شود .
- ۲) درمراحل مقدم عارضه کنترل رژیم غذایی بمنصه اجرا گذاشته شده و امتحان گردد .
- ۳) قبضیت باید اصلاح گردد .
- ۴) مقدارکم کاربوهدرات ها درفواصل کوتاه گرفته شود .
- ۵) از گرفتن غذای چرب اجتناب شود .
- ۶) در morning sickness بعضی چیزها مانند نان سوخاری و بسکویت قبل از آنکه ازبستر برخیزد ، داده شود .

دربسترشفاخانه

- ۱) تمام ویزیت کننده ها حتی شوهرمریضه محدود گردند که شاید بصورت ناگهانی.....
- ۲) سمپتی ستاف نرسنگ با مریضه کمک بزرگی خواهد کرد ، شاید اصلاح و بهبودی دراماتیک را خصوصاً اگر واقع سایکالوژیک باشد بوجود آورد .
- ۳) Mole hydatidiforme باید رد گردد .
- ۴) اسباب احتمالی دیگرمانند فرط فشارخون حاملگی ، پیلونفریت ، گستروانتریت ، قرحات معدی معائی ، انسدادمعائی ، اپندیسیت ، هیپاتیت انتانی ، تدور کیست مبیض ، تومورهای دماغی ، ویوریمیا رد گردند و تداوی مستقیماً باساس علت وسبب عارضه سازماندهی گردد .
- ۵) چارت مایعات تنظیم ودوام داده شود ، نارمل شدن دفع ادرار ودوباره وزن گرفتن مریض علامهء خوبی برای احیای وی می باشد .
- ۶) از انتی هستامینک هائیکه تراتوجن نیستند بحیث ادویه ضد تهوع استفاده گردد مانند meclozine 25 mg ، cyclizine 50mg یا promethazine سه دفعه در روز باید تجویز گردند . اگر ادویه ضد تهوع فمی موثر نباشند از شکل زرقی آنها استفاده گردد.
- ۷) فشار خون اقلأ روز دوهفته کنترل گردد .

- ۸) مایعات دکستروز 4.3 فیصد در 0.18 فیصد سالین یا نمکی بشکل پرفوزیون داده شده و تا به مقدار ۳ لیتر در روز نهایتاً استفاده گردیده میتواند .
- ۹) بمقدار ۱۰ یونت انسولین در هر نیم لیتر مایع ، بمقصد تشویق شفت آیون پتاسیم بداخل حجره و تزاید ذخیره گلاپکوجن علاوه گردد .
- ۱۰) یوری خون و بلانس الکترولیت ها معاینه وچک گردیده وعدم توازن آنها اصلاح گردد .
- ۱۱) تغذی از طریق دهن هنگام که استفراغات توقف کرد شروع گردیده ، دیهایدریشن و کیتوز مریضه اصلاح گردد ، در ابتدا خوردن غذای مایع شروع بعداً به غذای نیمه جامد و در اخیر به غذای مکمل مریض را آماده سازیم
- ۱۲) سیداتیف ها به مقدار کافی برای استراحت مطمئن بمریضه تجویز گردد.
- ۱۳) بمقصد درست حفظ الصحه ، دهن مریضه بعد از غذا شسته شود .
- ۱۴) از نیوروپاتی باتجویز Vitamin B1 (thiamin) ومقدار ۱۰۰ میلی گرم ویتامین B6 در هر روز جلوگیری گردد .

سقط به مقصد تداوی (Therapeutic Abortion)

اگر اتمامات متذکره فوق به ناکامی انجامیدند و استفراغ مریضه کنترل شده نتوانست ، احتمال سقط به مقصد تداوی مریضه در نظر گرفته شود . استطببات تراپوتیک ابورشن عبارتند از : زردی ، دوام پروتینوری ، علایم نیورولوژیک ، نبض سریع ودوامدار ، درجه حرارت وشروع شدن روانی نزد مریضه .

اگر تصمیم برای تراپوتیک ابورشن خیلی ناوقت و موخر گرفته شده واختلالات هم روبه تزاید ، این پروسیجر هم غیر قابل استفاده است وفائده ندارد .

هیپرایمیز کنترول ناشده سبب باختن زیادوزن ، هیپوتینشن و واولیگوری میگردد .

تشوشات نیورولوژیک از اثر کمبود ویتامین های گروپ B وزردی از اثر نکروز کبد بوجود آمده میتواند .



کم خونی همراه حاملگی Anemia with pregnancy

تعریف

هنگامیکه سویه غلظت هیموگلوبین در خون پائینتر از حد نارمل (10 gr/dl) باشد، گفته میشود. انیمیا یا کم خونی میتواند از کمبود تولید و یا تزايد تخریب کریوات سرخ و یا هردو پروسه یکجا باهم ایجاد گردد. احتمال ضیاع خون بحیث یگانه اتیولوژی و یا فکتورهای اشتراکی دیگر باید مد نظر گرفته شود. سویه نارمل کریوات سرخ خون در ممالک رو به انکشاف پائینتر است، لذا انیمیا درین ممالک در جریان حاملگی معمولتر میباشد. اکثر انیمیاها در یافت شده معمولی در جریان حاملگی در پاکستان، از نوع کم خونی کمبود آهن میباشد.

(تصنیف کم خونی ها به اساس اندازه حجرات)

I - Microcytic (حجرات کوچک)

A - کمبود آهن.

B - تالاسیمی (Thalassemia).

C - انیمی در امراض مزمن.

II - انیمی میکروسایتیک (Macrocyteci).

a - میگالوبلاستیک:

۱ - کمبود ویتامین ب ۱۲.

۲ - کمبود فولیک اسید (Folate).

b - غیر میگالوبلاستیک (Non Megaloblastic)

۱ - همولیتیک

a - میلودیسلایا.

b - شیموترایی.

c - امراض جگر.

۲ - تزايد ریتیکولوسیت ها میکزودم

III - Normocytic

اسباب زیاد دارد

انیمی کمبود آهن

جذب آهن: از ۱۰ الی ۲۰ میلی گرم آهنی که در غذای روزانه موجود است، در حدود ۱۰ فیصد آن توسط یک خانم غیر حامله جذب می‌گردد. جذب آهن در اثناعشر و قسمت بالائی ژیزینوم بکمک اسید معدوی و بخوبی هرچه تمام تر توسط سیترات و اسکاربات انجام میشود. موجودیت بعضی مرکبات مانند Tannates در چای، نبات Phytates و فوسفات بصورت واضح جذب آهن را ممانعت میکند. تزايد آهن در عضویت Apoferritin است. که آهن را به صورت فیرس گرفته، بعد از اکسیداز نمودن به شکل Ferric در ذخیره گاه، ذخیره میکند.

سنتز Apoferritin توسط آهن تنبیه میشود، اندازه Ferritin در سیروم خون به مقدار کم میباشد. در یک وضعیت نارمل یک رابطه تنگاتنگ و نزدیک بین غلظت فیریتین سیروم خون و ذخیره آهن وجود دارد. (یک میلی گرم فیریتین سیروم معادل به ۱۰ میلی گرم آهن ذخیره است).

بصورت نارمل روزانه ۱ الی ۲ میلی گرم آهن از اثر پاشیدگی حجرات، ضایع می‌گردد که باید تعویض گردد. در جریان حاملگی که تقاضای عضویت به آهن بلند می رود قدرت جذب آهن هم در حدود ۲۰ فیصد تزايد میابد. و قتیکه کمبود آهن موجود باشد، این پروسه جذب شاید تا حدود ۳۰ الی ۴۰ فیصد از آهن بلع شده هم بلند برود. اطفال مادران مبتلا به انیمی آهن ندرتاً انیمیک اند. لکن ذخیره آهن عضویت آنها که برای رشد سریع وزن شان بعد از ولادت لازم است، کم می باشد.

تغییرات فزیولوژیکی در جریان حاملگی

در حدود ۳۰ فیصد تزايد در حجم خون مادر حامله بعمل می‌آید، تمام محتویات خون مانند: پلازما (۲۵ فیصد) اریتروسیت ها و لوکوسیت ها تزايد می‌ابند. ولی تزايد حجم پلازما با مقایسه تزايد کریوات نسبتاً بیشتر میباشد. معاینه عادی خون شاید انیمی را نشان دهد که صریحاً از حقیقت به دور است. که این به نام Physiological Hydraemia of Pregnancy یاد میشود.

این پروسه ابتدا در هفته های ۱۲ به ملاحظه رسیده و در هفته های ۳۲ به اوج خود می رسد و ۴ هفته بعد از ولادت از بین میرود.

مقدار ضرورت آهن در حاملگی

در حدود ۹۰۰ ملی گرم است. که از آنجمله ۵۰۰ الی ۶۰۰ ملی گرم آن به رحم و ۳۷۵ میلی گرم به جنین بمصرف می رسد. در جریان یک ولادت بصورت متوسط مقدار ۱۵۰-۲۰۰ ملی گرم آهن ضایع شده و به عین مقدار در جریان دوره شیردهی برای مادر ضرورت است. و از طرف دیگر مقدار ۲۲۵ ملی گرم آهن در جریان ۹ ماه حاملگی از اثر آمینوره نزد خانم ذخیره شده است. بناء بمقدار ۶۰۰ الی ۷۰۰ ملی گرم آهن اضافی که باید از طریق تغذی خوب و مناسب در مدت درازی تهیه گردد، ضرورت است.

وقوعات

وقوعات آن از ۱۰-۷۵ فیصد متغیر است. در ممالک انکشاف نیافته یک امر معمولی میباشد.

اسباب

- ۱- مقدار ناکافی آهن در غذا.
- ۲- جذب خراب آهن.
- ۳- خونریزی های زیاد غیر طبیعی (Polymenorrhagea).
- ۴- ولادت های زیاد.
- ۵- کرم های جهاز هضمی (Worm infestation).
- ۶- پروتین یوریا (موجودیت پروتین در ادرار).

لوحة سریری

- ۱- در وقایع خفیف کدام شکایت موجود نیست.
 - ۲- در شکل شدید خسافت جلد و غشای مخاطی موجود است.
 - ۳- خستگی و سستی موجود است.
 - ۴- تزايد نفس کوتاهی، تسرع حرکات قلبی، ضعفیت و سردردی.
- این تغییرات دورانی وقتی که فیصدی هیموگلوبین از ۶.۵ گرام پائینتر بیاید، با یک تزايد out put قلبی، بلند رفتن فشار قلب راست و پائین آمدن کتله حجرات سرخ، به ملاحظه میرسند. اینها تغییرات جبرانی یا معاوضوی برای تکافوی Oxygenation انساج می باشند.
- ۵- سقوط اشتها و بهم خوردن سیستم هاضمه.
 - ۶- اذیمای عمومی موجود است.
 - ۷- اسکیمی میو کارد و کاردیومیگالی.
 - ۸- در مراحل اخیر حاملگی انیمی پیشرفته و شدید، وقتیکه با تداوی همراه آهن جواب نداد، باید به هیدرامنیوس، دوگانگی ها و هایپر تنشن حاملگی مشکوک شد.

تشخیص

I- تعیین هیموگلوبین

این معاینه برای تشخیص درجه انیمی اجرا و در جریان حاملگی تعقیب گردد. هیموگلوبین باید در اولین ویزیت در هفته های ۳۲ الی ۳۶ معاینه گردیده و یا هر وقتیکه اعراض و علائم کم خونی شدید تظاهر نمود، تعیین گردد.

II- سلاید خون (Blood Film)

- ۱- در معاینه میکروسکوپی یک بخوبی کم خونی نوع میکروسیتیک و هیپوکرومیک (حجرات کوچک و خاسف) همراه با An Isocytosis (تغییرات در اندازه حجرات) به ملاحظه رسیده می‌تواند.
- ۲- کم خونی تناقص شدید آهن بخوبی سبب تولید یک فلم خون محیطی غیر مأنوس با حجرات شدیداً هیپوکرومیک، حجرات Target و حجرات هیپوکرومیک بشکل پنسل مانند می‌گردد.
- ۳- حجرات ترومبوسیت (Platelet) ها در انیمی خفیف، نارمل بوده ولی در واقعات شدید به شکل برجسته و مشخص بلندتر می‌روند.
- ۴- ریتیکولوسیتوزیز در دوران دمی بشکل آزاد شدن عکس العملی در اثر ترازد تعداد حجرات جوان از مخ عظم، شاید دریافت گردد که نمایندگی از ترازد فعالیت اریتروپوئیز می‌کند.
- ۵- پارازیت ملاریا در معاینات خون مریضانیکه Anisocytosis پیشرفته (تغییرات در اندازه حجرات) و یا Poikilocytosis دارند (تغییرات در شکل حجرات)، برای دریافت معلومات بیشتر باید جستجو گردد.

III- ارزش خون (Blood Values)

۱- MCHC (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration)

تنقیص میابد. (نارمل ۳۲ الی ۳۴ گرام فی دیسی لیتر).

۲- MCV (Mean Corpuscular Volume) پائین می‌آید (نارمل ۹۴-۱۰۷ u3)

۳- PCV (Packed Cell Volume) کم میشود (نارمل ۳۹-۴۰ فیصد).

۴- MCH (Mean Corpuscular Hemoglobin) پائین است (نارمل ۲۸-۳۲ pg).

۵- آهن مجموعی سیرم خون کم است (نارمل ۶۰-۱۲۰ ug/100ml).

۶- ظرفیت اتحاد آهن بلند می‌رود (نارمل ۲۵۰-۳۵۰ ug/dl).

۷- فیریتین سیروم پائین است (نارمل ۱۳۰ ug/l).

IV- بیوپسی مخ عظم

HbA2 تنقیص نموده است. در بیوپسی گرفته شده از Crista Iliaca تثبیت کمبود ویا عدم

موجودیت ذخیره آهن، تشخیص انیمی کمبود آهن را، وضع می‌کند.

V- اندازه فیریتین تناقص یافته است.

VI - معاینه مواد غایطه

معاینه مواد غایطه مریضه از نظر موجودیت خون یک امر ضروری و واجب است که در تمام مریضان انیمیک ارزش خاص خود را دارد. این معاینه برای دریافت کرم های چنگک دار (Hook) و دیگر کرمهای معدی معانی هم باید انجام گردد.

VII-ادار: برای دریافت هیماچوری و انتانات مزمن معاینه گردد.

VIII-تداوی تجربوی تجویز آهن از طریق دهن، شاید تشخیص را تثبیت کند.

تشخیص تفریقی

دیگر اشکال کم خونی میکروسیتیک و یا انیمی امراض مزمنه و تالاسیمی رد کردند. انیمی مربوط به امراض مزمنه با نارمل بودن و یا تزاید ذخایر آهن در بیوپسی مخ عظم و نارمل بودن سویه فیریتین در خون، مشخص و تأیید میگردد. ظرفیت مجموعی Iron Binding نارمل و یا پائین است. تالاسیمی بصورت بسیار وصفی سبب تولید بلندترین درجه میکروسیتوز نسبت به تمام (MCV پائین) انواع دیگر انیمی ها و بخصوص انیمی کمبود آهن میگردد.

مورفولوژی حجات سرخ در خون محیطی مقدماً غیر طبیعی گردیده و کم خونی به شکل تدریجی تأسس میکند و پارامترهای آهن نارمل اند.

تداوی

تداوی مربوط است به:

۱- شدت کم خونی.

۲- نوع کم خونی.

۳- مدت زمانیکه از تشخیص تا ولادت مریضه، بدسترس قرار دارد.

I- آهن از طریق فمی: - اگر ده هفته قبل از ولادت داشته باشیم، بمقدار کافی آهن از طریق فمی داده شود. مقدار معمولی باید دو چند گردد.

۱- تا بلت Ferrus Sulfate بمقدار ۴۰۰ ملی گرام سه دفعه در روز با معده خالی.

۲- تا بلت Ferrus Gluconate بمقدار ۶۰۰ ملی گرام روز سه دفعه.

۳- تا بلت Ferrus Fumerate بمقدار ۶۰۰ ملی گرام روز سه مرتبه.

از دوزهای فوق، مقدار ۲۰۰ ملی گرام عنصر آهن به دسترس غشای مخاطی اثناعشر قرار میگیرد، که در نهایت به مقدار ۲۰ ملی گرام شاید جذب گردد. جواب نتیجهء تداوی آهن فمی در ظرف ۲۱ روز، وقتی که سویه هموگلوبین خون به نصف نارمل بلند برود، مشاهده می گردد. رویهمرفته سویه هموگلوبین خون در ظرف دو ماه تداوی با آهن فمی، نارمل گردیده، ولی تداوی هنوز هم برای ایجاد ذخیره آهن ضرور است که ادامه یابد.

II- آهن زرقی: - اگر جوابی به تداوی فمی آهن حاصل نشده باشد و یا مدت کمی مثلاً ۴ هفته قبل

از ولادت کشف شد و یا عدم تحمل بمقابل آهن فمی موجود بود، از مرکبات زرقی آهن داده شود.

۱- مرکب (Imferon 100mg) Iron Dextron

A- زرق عضلی Imferon سبب تخریش ، بهم خوردن رنگ جلد (Discolouration) و احتمالاً تغییرات سارکوماتوز در محل زرق میگردد . یک امپول Imferon حاوی ۵۰ میلی گرام آهن در ۲ میلی لیتر میباشد .

B- ترجیحاً میتواند دوز مجموعی باساز درجه کم خونی و وزن مریضه ، بصورت انفوزیون داده شود

فورمول محاسباتی عبارت از:

(دوز مجموعی آهن به ملی گرام = وزن به مریض پوند $\times$ فیصدی کمبود هموگلوبین $\times 0.3$)

این مقدار آهن در محلول دکستروز ۵٪ علاوه شده ، با ده قطره فی دقیقه شروع شده ، تا مدت ۱۵ دقیقه ادامه یابد و بعد از آن به 45dro/min بلند برده شود . در ابتدا باید تست شود ، زیرا عکس العمل شدید در استفاده از آن راپور داده شده است .

۲- (Jectofer) Iron Sorbital Citric Acid Complex

روز یکمرتبه زرق عضلی عمیق در ناحیه گلو تپال داده شود . امپول های 2ml که هرملی لیتر آن حاوی 50mg آهن است ، موجود است . باساز سویه غلظت هموگلوبین ۱۰الی ۲۰ زرق تجویز گردد ، مالیکول های Jectofer نسبت به Iron Dextron کوچکترند . لذا زودتر جذب میشوند ، رنگ جلد را تغییر نداده و خوب قابل تحمل اند .

۳- Saccharated Iron Oxide (Ferrivenin)

این دوا از طریق وریدی تجویز شده و امپول های 10mg/5ml موجود است . در ابتدا باید بمقدار 1ml حتماً عمل تست انجام شود . دلبدی ، استفراغات ، نفس تنگی ، سرچرخ یاسرگیجگی ، کمردردی و بعضی اوقات خطر Collaps راپور داده شده است . زرق قبلی سبب تخریش موضعی و درد می گردد . در واقعه Achlorhydria از محلول رقیق شده هیدروکلوریک اسید بمقدار 15minum روزانه سه دفعه داده شود .

اگر انیمی شدید در مراحل اخیر حاملگی موجود بود ، مریضه در شفاخانه باید بستر گردیده و نقل الدم بطی با تجویز مقدار ۴۰-۸۰ ملی گرام lasix برای تولید دیوریز همزمان با آن ، بمقصد جلوگیری از Over load شدن سیستم دورانی ، داده شود . اگر خطر عدم کفایت قلبی موجود بود . Packed Cell و یا ترانسفوزیون قسمی به شکل Exchange (خون کشیده شده و داده شود) داده شود . درینحالت ۱.۵ لیتر حجرات سرخ تغلیظ شده داده شده ، همزمان با آن یک حجم از خون 100-200ml از ورید فخذی طرف مقابل کشیده شود . درینصورت مریضه با حجم کم خون بیشترین ظرفیت انتقالی اوکسیجن را دارا بوده و بهبودی بزرگی در وضعیت آن بمیان میاید .

• انیمی میگالوبلاستیک

حجرات سرخ خون برای پخته شدن نارمل خود به Vit B12 و اسید فولیک ضرورت دارند. در جریان حاملگی و قتیکه طفل رشد می کند به اسید فولیک اضافی نیازمند است و اگر تجویز نگردد کمبود فولیک اسید بمیان می آید. در فقدان فولیک اسید تعداد زیاد میگالوبلاستها در مخ عظم موجود بوده، ولی تعداد حجرات سرخ پخته در سیستم دورانی تنقیص می یابند. خون دورانی حاوی حجرات مکروسیتیک و تعداد حجرات سرخ هسته دار میباشد.

وقوعات

در حدود ۲-۴٪ و در ممالک گرمسیر معمول است.

اسباب

- ۱- مترافق با انیمی کمبود آهن از اثر هیمولیز در مرض ملاریا.
- ۲- کمبود Vit B12.
- ۳- کمبود فولیک اسید که شاید مربوط به کمبود آن در غذا و یا جذب خراب آن باشد.
- ۴- در دوگانگی ها، پولی هیدرامنیوس و فرط فشار خون ناشی از حاملگی.

تشخیص

- ۱- سوبه Folate در سیرم خون پائین است (نارمل بلندتر از 6ng/ml).
- ۲- سوبه Vit B12 خون نارمل و یا پائین است.
- ۳- سوبه Folate کریوات سرخ، کمبود Folate را در خون تشخیص می گذارد (نارمل 150ng/ml).
- ۴- در بیوپسی مخ عظم از بال حرقفه (Crista iliace) میگالوبلاست ها بدرستی مشخص میگردند.
- ۵- در سلاید یا فلم خون محیطی، میکروسیت ها واضحاً دیده شده (حجرات بزرگ بیضوی) و هسته نوترو فیلهای دارای چندین سگمنت بوده (۵ و یا بیشتر سگمنت) که نشانهء تائید Hypersegmentation است، بملاحظه می رسد.
- ۶- تست Figlu: این تست بالای بلند بودن سوبه افراغی Formiminic Glutamic acid (Figlu) در ادرار استوار است. اگر یک دوز فمی هیستیدین برای مریضان مبتلا به کمبود فولیک اسید داده شود، میتابولزم آن در مرحله Formiminic Glutamic acid توقف نموده و سطح افراغی آن در ادرار بمقدار زیاد و غیر طبیعی بلند میرود.

Mean Corpuscular Vulum یا MCV تراید نشان میدهد.

لوحه سریری

این عارضه در مراحل اخیر حاملگی رو نموده و یا در مرحله دوره نفاسی ظاهر می گردد . به تداوی آهن جواب نمیدهد . با پولی هیدرامنیوس ، فرط فشار خون حاملگی ، ولادت قبل از وقت ، اذیما ، پروتینوریا و هایپرشن شاید همراه باشد .

تشخیص تفریقی

کمخونی فقر آهن از کمخونی فولیک اسید باید تشخیص تفریقی گردد . اسباب دیگر انیمی میگابلاستیک با دریافت سویه پائین Vit B12 در خون و یک تنقیص در سویه Folate سیروم و حجرات سرخ ، تشخیص شده میتواند .

تداوی

a-فولیک اسید برای تمام خانم های حامله از تابلیت های $300 \mu g$ آن ، جهت وقایه روزانه یک دانه داده شود .

b-از فولیک اسید بمقصد تداوی روزانه 1 mg تجویز گردد .

• انیمی کمبود Vit B12

معمولاً بیشترین واقعات کمبود Vit B12 بصورت مشترک با Pernicious انیمیا که یک تشوش ارثی اوتو ایمونیک است ، بملاحظه میرسد . در انیمی پریشیوس یک تعداد پاپنت های کلینکی دیگری علاوه بر لوحه سریری کمبود ویتامین B12 ، قابل دریافت است . از قبیل Atrophic Glossitis ، التهاب معده همراه با اعراض برجسته معدی معائی مانند: بی اشتها ، اسهال و غیره . در ابتدا اعصاب محیطی متأثر گردیده و مریضان معمولاً از Paresthesia مشکلات در توازن وجود و در وقایع پیشرفته از سفاهت ، حتی قبل از آنکه تغییرات هماتولوژیک به مشاهده رسد ، شاکی میباشند . با معاینه فزیک مریضه خاسف بوده و خفیفاً Icteric میباشد . معاینه نیورولوژیک یک کاهش حسیت و کرختی را مشخص می سازد .

تشخیص

۱-سویه Vit B12 در سیروم پائین است (نارمل 150-350pg/ml) .

۲-MCV صریحاً تزايد نشان میدهد (بین 110-140 fl) .

۳-نیوتروفیل هیپرسگمنتند در فلم خون محیطی موجود است (بیشتر از ۴ لوب) .

۴-تنقیص تعداد ریتیکولوسیت ها .

۵-Pan cytopeania در وقایع پیشرفته که کمبود Vit B12 تمام حجرات هیموپویتییک را

متأثر ساخته باشد ، بملاحظه می رسد .

تداوی

زرق عضلی Vit B12 برای مدت یک هفته، بمقدار $200 \mu g$ در روز و بعداً بمدت یکماه هفته وار و سپس ماهانه یکمرتبه در تمام طول عمر نزد مریض مبتلا به انیمی Pernicious است، که VitB12 را از طریق فمی جذب کرده نمیتواند، ادامه داد ه شود..

• انیمی که مربوط به التهابات مزمن، ملاریا، امراض جگر و مکزودم باشد.

انیمی امراض مزمنه

نزد میریضیکه تشوشات التهابی سیمتیک مزمن برای مدت یکماه و یا بیشتر دوام کند، معمولاً انیمی خفیف یا متوسط انکشاف می کند. وسعت اندازه انیمی مستقیماً متناسب به دوام و شدت پروسه التهابی می باشد. التهابات مزمن حوصلی (PID)، پیلونفریت و توبرکلوز از جمله اسباب معمول اند.

تشخیص

۱-فلم خون بخوبی یک لوحه نورموکرومیک و نورموسیتیک را نشان میدهد.

۲-سویه آهن سیروم خون وظرفیت مجموعی Iron Binding پائین است.

۳-مخ عظم نارمل است.

۴-فیریتین خون نارمل و یا زیاد است.

۵-سویه کراتینین شاید بلند باشد.

۶-تست های وظیفوی کبد شاید غیرطبعی باشند.

۷-پارادیت ملاریا ممکن در فلم خون محیطی دریافت گردد.

۸-انالیز ادرار شاید انتان مزمن را وانمود کند.

تداوی

تداوی سببی و اصلاح کمبود آهن انجام گردد.

• هیموگلوبینوپاتی (Heamoglobinopathy)

هیموگلوبین یک پروتین کانبجوه شده است، که دارای گلوبین ۴ مالیکول Haeme میباشد.

هیموگلوبینوپاتی یک تشوش در زنجیر پولی پپتیدی فرکشن گلوبین که دارای ۴ زنجیر است می باشد.

I - زنجیر الفا.

II- زنجیربیتا.

III- زنجیر گاما.

IV-زنجیر دلتا.

اکثر هموگلوبین نزد افراد کاهل نارمل و دارای یک زنجیر جوهره ای الفا و بیتا بوده که بنام HbA2

β_2 یاد میشود.

در ۳٪ وقایع هموگلوبین دارای دو زنجیر دلتا به عوض دو زنجیر بیتا است، که بنام (HbA2) $\delta_2 \infty_2$ شناخته شده است.

هموگلوبین جنینی دارای دوزنجیر الفا و دو زنجیر گاما است (HbF) $\delta_2 \infty_2$ و در حدود ۸۰٪ خون حبل سروی طفل به ترم را تشکیل میدهد. هموگلوبین جنینی بصورت تدریجی در ظرف یکسال اول زندگی به هموگلوبین نارمل (Adulte) کاهلان تعویض می گردد و (HbF) به کمتر از ۱٪ تناقص می یابد. اگر اِنبار ملیتی در تشکل هموگلوبین موجود باشد، انواع مختلف هموگلوبینوپاتی می‌توانند دیده شوند که عبارتند از:

سندرم Thalaceamia

یک تاریخچهٔ فامیلی مثبت و یا تاریخچه دوامدار میکروسیتیک انیمیا نزد مریضه موجود است.

a- تالا سیمی بیتا

درین عارضه یک تشوش در سنتز زنجیر β موجود بوده که منجر به پائین آمدن غلظت نارمل HbA $\beta_2 \infty_2$ گردیده و مقایستاً HbF ($Hb_2A_2 \infty_2 \delta_2$) ترازد می یابد.

کمبود خفیف آهن ممکن است با تظاهرات کلینیکی تالاسیمیای مأجور و یا مینور مغالطه گردد.

تشخیص

I- در شکل خفیف تالاسیمی کوچک بودن کریوات حمرا بسیار واضحتر از هیپوکرومیای آن میباشد و تناسباً MCHC نیز نارمل بوده (Mean Corpuscular Volume (MCV بمقایسه تمام انواع انیمیا پائینتر است.

II- جسامت حجرات سرخ بمقایسه کم خونی فقر آهن بیشتر یکسان است.

III- اشکال غیر طبیعی حجرات سرخ از قبیل میکروسیت ها، اکانتوسیت ها و حجرات Target معمولاً بسیار متبازتر از کم خونی فقر آهن میباشد.

IV- سویهٔ HbA2 معمولاً بلند می رود، اما اگر مریض تالاسیمی بطور همزمان مصاب به کم خونی فقر آهن گردد، سویهٔ HbA2 شاید به حد نارمل سقوط کند.

V- آهن سیروم یا طبعی و یا بلند است.

VI- ترانس فیرین سیروم نارمل است.

b- تالاسیمی الفا

یک واقعه نادر است و مریض حاوی ژن 2α Globulin می باشد از اثر خرابی در ترکیب زنجیر الفا بوجود می آید ، بالای اطفال نوتولد که $HbF \delta_2 \infty$ دارند تاثیر می کند . در الکتروفوریز تزايد فیصدی HbA_{2F} و عدم موجودیت HbH بملاحظه می رسد . معمولاً در تشخیص تفریقی مد نظر باشد .

c- امراض هیموگلوبین

این مریضان انیمی همولتیک شدید بصورت متغیر دارند ، فلم خون محیطی واضحاً غیر طبیعی می باشد ، که با هیپوکرومیا ، میکروسیتوز ، $Poikilocytosis$ ، $Target\ Cell$ ، مترافق است . شمارش ریتیکولوسیت ها بلند می رود . در الکتروفوریز هیموگلوبین بخوبی مهاجرت سریع هیموگلوبین HbH نشان داده میشود ، که دارای $10-40\%$ Hb می باشد . در فلم خون محیطی میتواند موجودیت HbH نشان داده شود . تالاسیمی بیتا ، تهدید بزرگی در زندگی شخص مبتلا به شمار می آید .

تداوی

I- آهن داده شود .

II- Folate برای مریضانی که مرض هیموگلوبین H دارند توصیه گردد .

III- نقل الدم در جریان حاملگی و حالات Stress اجرا گردد .

V- پیوند (Trans Plantation) مخ عظم مد نظر باشد .

• Sick cell Anaemia

تاریخچه سابقه فامیلی مثبت ، تاریخچه طولانی انیمی همولتیک و درد های مکرر از سبب انسداد حاد اوعیه ، نزد مریضه دریافت میگردد . عارضه از اثر تولید هموگلوبین غیر طبیعی که در نتیجه تعویض و جابجائی امینو اسید ها در زنجیر پولی پپتید صورت گرفته است ، بوجود می آید . مالیکول HbA بصورت قسمی یا مکمل به هیموگلوبین پتولوژیک تعویض میگردد . تمام امینواسیدها باستثنای اینکه امینو اسید های Valine و Glutamic acid در HbS و Lysine در HbC تعویض میگردد ، بجای خود قرار دارند . HbS در نزد مردم افریقائی یافت می شود . از آنجائیکه این نوع هموگلوبین Hb چارچ برقی مختلف دارد ، لذا با عمل الکتروفوریز تشخیص داده شده می تواند .

تشخیص

۱- با اجرای Sickling Test در لایراتوار تشخیص شده میتواند .

۲- هموگلوبین غیر طبیعی (HbS) با الکتروفوریز میتواند مشخص گردد .

۴- با اسپریشن Bon Marrow مشخصاً تزايد اریتروپویز و هیموزیدرویز مشاهده شده میتواند .

تداوی

- ۱- از اجرای نقل الدم اجتناب گردد و Exchange Transfusion با Packed cell انجام گردد . یک Pint خون کشیده شده یک پاینت Packed cell داده شود .
- ۲- فولیک اسید تجویز گردد .
- ۳- تداوی با آهن در این وقایع مضر است .

• انیمی اپلاستی

یک مرض غیر معمول و کم است ، لاکن یک وضعیت جدی بوده که از اثر عدم کفایت مخ عظم و ندرتاً هم شاید ارثی باشد ، بوجود می آید . انیمی اپلاستیک همراه حمل انداز شدیداً بد داشته و در ۹۰٪ وقایع منجر به مرگ میگردد . نزد مریض شاید انیمی شدید ، خونریزی ، انتانات ، ایکموز ، خونریزی از لیشه ها و بینی (رعاف) و انتانات جوف فم دیده شود .

تشخیص

- ۱- Pancytopenia: - یک تناقص در حجرات سرخ ، گرانولوسیت ها و صفحات دمویه موجود است .
- ۲- در فلم خون محیطی حجرات غیر طبیعی دریافت نمیگردند .
- ۳- کمی حجرات و یا عدم حجرات در مخ عظم موجود است ، بعباره دیگر یا تعداد حجرات کم و یا قطعاً حجره موجود نیست .

تداوی

- ۱- علت و سبب اپلاستیک انیمیا بر طرف گردد .
- ۲- نقل الدم (حجرات سرخ و یا ترومبوسیت ها) نظر به ضرورت اجرا گردد .
- ۳- در سابق ، اندروجن ها استعمال می شدند ولی جواب بسیار پائین است .
- ۴- پیوند مخ عظم .
- ۵- در تداوی انتانات از انتی بیوتیک ها استفاده گردد .



امراض قلبی و حاملگی Heart Disease With Pregnancy

امراض قلبی مهمترین آفات غیر حاملگی اند که سبب ناتوانی و مرگ و میر خانم های حامله میگردند. هدف از اهتمامات و تدای باید این باشد که حمل و ولادت محدودیت در پروسه مرض قلبی خانم ایجاد نکند. این آفات یکی از اسباب عمومی و معمول مرگ و میر خانم های حامله است. اگر چه بسیاری از این مریضان بدون کدام خطر جریان حاملگی و ولادت را سپری میکنند، بازهم وسایل کنترول مرض را در جریان حاملگی و ولادت بصورت مناسب و درست باید آماده ساخت.

وقوعات

در حدود ۲-۳٪ تمام خانم های حامله را تشکیل میدهد و در ۷۰٪ وقایع تب روماتیزمل مسئول سببی بوده و در ۳۰٪ وقایع دیگر، امراض قلبی ولادی مطرح بحث است.

تغییرات فزیولوژیک در جریان حاملگی نارمل

- ۱- بلند رفتن حرکات قلبی از هفته های ۸-۱۰ حاملگی شروع میشود.
در هفته های ۳۴ الی ۳۶ حاملگی در حرکات قلبی یک تریاید 10 beats/min ایجاد شده و در هنگام ترم به حالت نارمل خود بر میگردد. قلب به علوی و چپ در اثر بلند رفتن دیافراگم (حجاب حاجز) تپله گردیده که یک منظره بزرگ بودن قلب از حالت طبعی را تمثیل می کند.
- ۲- فشار خون در تریمستر دوم حاملگی تمایل به نزول دارد، ولی در تریمستر سوم دوباره به حد نارمل خود بر میگردد. این تنقیص هیچگاه در خانم های که فشار نارمل داشته اند از 10 mm Hg تجاوز نمیکند. مریضان مبتلا به فرط فشار خون اساسی در مراحل مقدم حاملگی میتوانند تنقیص قابل ملاحظه ای در فشار خود داشته باشند، لکن تریاید چشمگیری در فشارشان بعدتر بمیان می آید. سقوط غیر متناسب فشار دیاستولیک سبب تولید نبضان در اوعیه شعریوی میگردد.
- ۳- مقاومت اوعیه محیطی در تریمستر اول کم میشود، در هفته های ۱۴ الی ۲۴ بحد اصغری خود میرسد و تدریجاً تا رسیدن حمل به ترم سیر صعودی را اختیار نموده و به حد اعظمی نارمل خود میرسد.
- ۴- تریاید حجم خون از هفته های دهم شروع شده و تا ۴۵٪ بلند تر از حد طبعی خود در جریان هفته های ۳۲ الی ۳۴ رسیده و تا وقت ولادت به همان حد باقی می ماند. تریاید حجرات سرخ خون نصف سویه فوق بوده لذا این پروسه منجر به رقاقت خون میگردد.

- ۵- غلظت خون (Blood Viscosity) پائین شده و در هفته های ۳۲ الی ۳۶ به پائین ترین حد خود برای جبران کردن کار اضافی قلب میرسد.
- ۶- دهانه قلبی در هفته دهم شروع به تزاید نموده و تا هفته ۳۲ حاملگی ادامه مییابد. اگر چه در هشت هفته اخیر قدری تناقص پیدا میکند. حد اعظمی این تزاید در حدود ۳۰ الی ۴۰٪ با مقایسه یک خانم غیر حامله نارمل مییابد.
- ۷- سرعت ترسب کریوات حمرا (ESR) از هفته دهم شروع به تزاید نموده و تا رسیدن حمل به ترم ادامه مییابد. تزاید نارمل آن بعد از یک ساعت اول در حدود ۳۰ بوده که این مربوط به تغییرات لوحه خون خصوصاً فیبرینوژن و گلوبولین مییابد.
- ۸- تعداد لکوسیت ها و عمدتاً نوتروفیل ها وسیعاً در هفته هشتم شروع به تزاید نموده و تا رسیدن حمل به ترم ادامه می یابند. یک شمارش 10000-15000/cubic mm معمولاً در تریمستر دوم و سوم بملاحظه میرسد، تعداد ترومبوسیت های هم تزاید می یابند.
- ۹- مصرف اکسیجن از ماه دوم حاملگی بصورت تدریجی بلند رفته و در روز آخر حاملگی به ۲۰٪-۱۰ بیشتر از حد نارمل میرسد.
- ۱۰- اوعیه دموی از اثر تنقیص در تون عضلات ملساً Vasodilatation عمومی بمیان آمده که سبب تزاید جریان خون در اوعیه محیطی میگردد و این عامل وقوعات بواسیر و Varicose vein را زیادتیر میسازد.
- ۱۱- آوازهای قلبی معمولاً در جریان حاملگی شدت کسب میکنند و در محراق شریان ریوی یک سوفل کوتاه سیستولیک (Ejection Systolic Murmur) شنیده میشود که از اثر تزاید حجم و جریان خون در قلب، تولید میگردد. سوفل فزیولوژیک بوده در هفته ۱۲ ظاهر و در ظرف هفته اول بعد از ولادت از بین میرود.
- ۱۲- محور قلبی در مراحل اخیر حاملگی تدور نموده (تغییر خورده) و ابتاه غلط بزرگ شدن قلب را وانمود میسازد، در الکتروکاردیوگرافی هم تپله شدن محور برقی قلب بطرف چپ که با ظهور موجه Q در لید III مترافق است، بملاحظه میرسد.
- ۱۳- در اندازه سرعت تنفس تزاید رونما شده و نفس تنگی حتی با فعالیت های اندک در مراحل اخیر حاملگی یک امر نارمل و طبیعی است.
- ۱۴- بعضی تخفیفات جزئی در سرعت جریان خون، بملاحظه میرسد.
- ۱۵- در اندازه نبض تزاید بمیان می آید.

اسباب یا عوامل سببی (Etiology)

I- امراض قلبی روماتیزل.

۱- تضيق دسام مترال (معمولترین است).

۲- عدم کفایه دسام مترال.

۳- عدم کفایه دسام ابجر.

۴- تضيق دسام ابجر (نادراست)

II- امراض قلبی ولادی

۱- نقيصه یا دیفیکت فوهات بین الأذینی و بین البطينی (ASD، VSD).

۲- Patent Ductus Arteriosus (PDA)

۳- کوارکشن ابجر.

۴- تضيق شریان ریوی.

III- تایروتوکسیو کوزیز

IV- امراض قلبی سفلیتیک

V- اندوکار دیت بکتریال: ممکن است بحیث اختلاط امراض روماتزمل و یا قلبی ولادی بروز کند.

VI- عدم کفایه قلب (C.H.F) یک اختلالات نادر فرط فشار شدید و حاد خون میباشند. (مثلاً در

اکلامپسی)

VII- کاردیومیوپاتی دوره نفاسی: علت نادر عدم کفایه میوکار د بوده که در مراحل اخیر حاملگی و

یا دوره نفاسی بوقوع میرسد و بعضی اوقات در حمل های پی در پی نیز واقع میشود. در اینصورت نزد مریضه تاکی کاردی، ریتم گالوپ، و توسع قابل ارجاع قلب دیده میشود. پتولوژی دقیق آن مشخص نیست.

درجه بندی آفت قلبی

• گراد I: درین حالت علائم امراض قلبی بدون اعراض دیده میشوند و محدودیت فعالیت های فیزیکی

مطرح نیست.

• گراد II: اعراض و علائم مرض قلبی موجود است، یک محدودیت خفیف در انجام فعالیت های

فیزیکی و اصرح بوده و نفس تنگی بعد از جهد شدید بمیان می آید و ندرتاً هم علائم عدم کفایه قلبی موجود میباشد.

• گراد III: علائم و اعراض مرض قلبی با محدودیت های پیشرفته و شدید فعالیت های فیزیکی

موجود است، نزد مریضه نفس تنگی، دردهای قرب القلبی، تزايد حرکات قلبی یا تپش قلب در کارهای عادی و روتین موجود است.

• گراد IV: علاوه بر گراد III نفس تنگی حتی در حالت استراحت موجود بوده و مریضه به عدم کفایه احتقانی قلب (C.H.F) قرار دارد. اعراض عدم کفایه اوعیه اکلیلی و درد صدر (Angina) نزدش موجود است

تشخیص

۱- سابقه تب روماتیزمل:

دانستن تاریخچه تب روماتیزمل و تولید سوفل در وقت انتان که از سبب کاردیت حاصل شده است، توسع قلب و پریکارد و ندرتاً هم عدم کفایه احتقانی قلب، شاید تشخیص را وضع کند. ارتريت هايي که از یک مفصل به مفصل دیگر مهاجرت می کنند و سابقه واقعی Chorea اکثراً ما را به تشخیص رهنمائی می کنند. دریافت نودول ها تحت الجلدی خصوصاً دروجه باسطه مفصل مرفق، زانو، یا مفصل بند پا، ناحیه قفوی، تبارزات شوک های فقرات، شاید بمشاهده برسند که در تشخیص کمک خواهند کرد. در روماتزم مفصلی حاد (Rheumatic Fever) شاید دردهای مفصلی، حساسیت (Tenderness) و یا محدودیت وظیفوی بدون دریافت دلایل مشخص دیده شوند.

۲- سابقه تداوی امراض قلبی شاید موجود باشد.

۳- ممکن سابقه هیموپتیزی از اثر احتقان ریوی نزد مریضه دریافت گردد.

تحقیقات لابراتواری:

۴- ایکو کاردیوگرافی بهترین میتود برای تحقیق و تشخیص امراض قلبی نزد خانم حامله است .

۵- X-Ray بصورت روتین نباید استفاده گردد. لاکن اگر برای بررسی احتقان ریوی ضرور باشد طفل

از معروض شدن به شعاع X با گذاشتن یک شیت یا روپوش سربی بالای بطن مادر باید حفظ گردد.

۶- در الکتروکاردیوگرافی طویل شدن فاصله موج P-R بملاحظه میرسد.

۷- یک تزايد در سرعت ترسب کریوات حمرا و تعداد لوکوسیت ها بدون کدام دلیل مشخص دیده

میشود. سوفل دیاستولیک یا سوفل خشن سیستولیک که بطرف جوف ابط انتشار دارند، آفت اورگانیک قلب را تأیید میکند.

معاینه فیزیکی

۱- موجودیت هر نوع ابنارملیتی که در قد، وزن، ساختمان بدن، روی، انگشتان و عظام اسکلت که

مرض قلبی ولادی را تأیید می کنند، باید یادداشت گردد.

صدر جهت دریافت بمبه شدن پریکارد (Pericardial Bulging)، Heave یا Thrill بطین چپ

یا راست معاینه گردیده و ریتم قلب باید محاسبه گردد.

۲- سیانوز شاید دیده شود.

۳- فیبریلشن یا اهتراز شاید دریافت گردد.

۴- رال های مرطوب در قاعده ریه ها ممکن است تثبیت گردند.

تدابیر و اهتمامات

A- در جریان حاملگی

در تریمستر اول حاملگی درجه بندی آفت قلبی انجام شود و اهتمامات تداوی باساس گراد آفت قلبی از طریق معاینات کلینیکی توسط داکتر معالج در اولین ویزیت مریضه عیار گردد.

۱- استراحت : استراحت زیاد برای مریضه توصیه گردد (۱۰ ساعت در شب و ۲ ساعت بعد از ظهر)، صرف به فعالیت ها و جهدیکه سبب نفس تنگی مریضه نشوند، باید اجازه داده شود که انجام دهد.

۲- عاجلاً انتانات در هر جایی از وجود که توضع دارند، مثلاً: دندان ها، گلو، طرق بولی، جلد و غیره با پنسیلین تداوی گردند.

۳- ویزیت های متعدد Antenatal با در نظر داشتن جهد در هنگام ویزیت، اجرا گردد.

۴- از گرفتن وزن زیاد با کنترول تغذی و محدود کردن نمک جلوگیری گردد.

۵- مریضان مبتلا به گراد III و گراد IV باید بدون در نظر داشت سن حمل، عاجلاً در شفاخانه در تمام دوران حاملگی با استراحت مطلق، بستر گردند.

۶- انیمیا باید بصورت مقدم تشخیص و با آهن و فولیک اسید جداً و شدیداً زیر تداوی قرار داده شود.

۷- مریضان گراد I و II باید با ویزیت های مکرر در کلینیک های Antenatal تحت مشاهده بسیار نزدیک داکتر قرار داشته باشند.

۸- دوباره گراد قلبی در هفته های ۲۸ الی ۳۲ اندازه گیری و بررسی گردد.

۹- فرط فشار خون ناشی از حاملگی بصورت مقدم باید تشخیص گردیده، بزودی برای جلوگیری و اجتناب از Over Load شدن قلب تحت تداوی قرار داده شود.

۱۰- اگر مریضه به طرف عدم کفایه قلبی می رود، باید در شفاخانه مانند یک واقعه عاجل بستر گردیده و اهتمامات ذیل برایش در نظر گرفته شود.

۱- گرفتن مایعات محدود گردد.

۲- استراحت مطلق بستر.

۳- سیداتیف ها داده شود.

۴- مریضه دیجیتالیز گردد..

۵- اگر فیبریلاسیون اذینی موجود بود دیجیتال، انتی کواگولانت ها ترجیحاً هیپارین داده شود.

۶- دیورتیک ها یا ادویه مدرر Furasemid 40-80mg داده شده و در صورت ضرورت بعد از ۶ ساعت تکرار گردد.

۱۱- در صورت تضیق مترال والوتومی در تریمستر اول می تواند انجام گردد.

۱۲- تداوی ولادی:

- مریضه اقلأ دو هفته قبل از ولادت باید بستر گردد.
- سقط تراپوتیک اگر نزد مریضه، مریضی پیشرفته قلبی، قلب بزرگ و یا فبریلسیون اذینی موجود باشد، در نظر گرفته شود، نادراً استطباب ختم حمل گذاشته میشود. زیرا بسیاری از مریضان حتی با داشتن امراض قلبی شدید، میتوانند حمل را بخوبی تحمل کنند.
- ولادت تحریکی مضاد استطباب است. باسثنای وقایعی که با فرط فشار خون حاملگی همراه باشد. زیرا از سبب زجرت مادری و مداخله انتانات میتواند برای ما در مضر تمام شود.

B- در جریان ولادت

۱- صفحه اول ولادت

- I- باید انتظار برده شود که ولادت نارمل انجام شود. ضمناً باید عدم تناسب رأس و حوصله و اعتلانات معیوبه رد گردند. معمولاً در بسیاری از وقایع ولادت باآسانی انجام میشود.
- II- بصورت وقایوی بمقدار نیم میلیون پنسلین طور عادی برای اجتناب از انتانات و جلوگیری از انکشاف اندوکاردیت تحت الحاد بکتریائی زرق گردد.
- III- از سیداتیف ها بمقدار کافی جهت جلوگیری از Tention مریضه و تصور اینکه مبادا نزد وی تاکی کاردی و نفس تنگی ایجاد شود، تجویز گردد. مورفین نسبت به دیگر ادویه ترجیح داده میشود.
- IV- در وقایع گراد I و II مریضه در بستر قرار داده شده و بسیار هوشیارانه و ذکاوتمندانه (گوش بزنگ) تحت مراقبت باشد، در وقایع گراد III و IV ولادت با تجویز دیجیتال و اوکسیجن جلو برده شود. نبض بلند از 110/min و تنفس سریعتر از 24/min استطباب دیجیتالیزیشن دارد.

۲- صفحه دوم ولادت

- I- از جهد زیاد و ایجاد خستگی نزد مادر باید جداً پرهیز گردد، لذا با اجرای اپیزوتومی با پودیندل بلاک، فورسپس نزدش تطبیق و ولادت انجام شود.
- II- Vacuum Extractore: یک بدیل خوب فورسپس بوده، هم سبب اذیت کمتر مریضه گردیده و هم میتواند بدون اینکه مریضه به اصطجاع ظهری قرار داده شود، تطبیق گردد.

۳- صفحه سوم ولادت

I- از دادن ارگومترین اجتناب شود، مگر اینکه مریضه تحت تداوی انتی کواگولانت ها قرار داشته باشد، زیرا کار قلبی را تریاید می بخشند.

II- از دادن انسٹری عمومی باید پرهیز گردد.

III- اگر در جریان ولادت ضیاع خون موجود نبود (خونریزی نکرد) شاید ضرورت به فصد (Venesection) در صورتیکه مریضه به طرف Over Load و اذیمای ریوی برود، احساس شود.

IV- بعد از ولادت باید مریضه به وضعیت نیمه نشسته قرار داده شود.

V- اوکسیجن باید داده شود.

VI- مورفین شاید استفاده شود (در صورت ضرورت).

C- دوره نفاسی

۱- انتی بیوتیک باید داده شود.

۲- مریضه در شفاخانه برای دو هفته نگاه شود.

۳- تیوب هایش باید پنج روز بعد از ولادت بسته گردند.

انذار

انذار مادر: مربوط به درجه آفت قلبی، اهتمامات و تداوی دوره حاملگی، جریان ولادت و دوره نفاسی وی میباشد.

حاملگی سبب تولید تخریبات خطرناک و مضر بالای قلب معیوب نگردیده، ولی درجه آفت قلبی را اگر در جریان حاملگی و ولادت بدرستی تداوی نشده باشد، یکدرجه بلند میبرد.

فیصدی وفیات از ۱ الی ۵٪ متفاوت بوده و بیشترین آن در جریان گراد IV رخ میدهد که با وقایه از تأسس عدم کفایه شدید قلب، میتوان از آن اجتناب نمود. انذار مرض باید بین هفته های ۲۸ الی ۳۲ بررسی گردد، زیرا قلب در حد اعظمی فعالیت خود قرار داشته میباشد. هرگاه وضعیت مریضه رضایت بخش بود، عواقب آن خوب میباشد.

انذار طفل: وفیات نوزادی از اثر پریماچوریتی بلندتر است. انذار طفل در عدم کفایه قلبی، هنگامیکه سیانوز خراب یا پیشرفته بعد از روماتیزم موجود باشد، خوب نیست. در صورت موجودیت امراض ولادی قلب در نزد مادر فیصدی وقوع امراض ولادی قلبی نزد طفل بلندتر است و هم انذار طفل خراب و تشوش قلبی شدید است.

عدم کفایه احتقانی قلب به علت احتقان رحمی و کاهش سویهء نارمل اوکسیجن یک فاکتور مساعد کننده برای ولادت قبل الميعاد بشمار میرود.



دیابت همراه حمل

Diabetes With Pregnancy

تعریف

یک تشوش مزمن متابولیزم کاربوهِیدرات ها از سبب عدم کفایه و یا فقدان انسولین و یا عدم حساسیت نسج بمقابل آن، جهت برقرار ساختن سویه نارمل گلوکوز در خون با ذخایر کافی کاربوهِیدرات ها در عضویت میباشد.

حاملگی با تغییرات عمدهٔ متابولیکی، تحت تأثیرات مستقیم هورمون های پلاستنا، همراه میباشد. پروجسترون، استروجن، هورمون لکتوجن پلاستنائی و تزاید مرکبات کورتیزول سبب تولید یک مقاومت نسبی نسبی گردیده که بنوبه خود با ضرورت تزاید ۲ الی ۳ چند تولید انسولین مترافق است. افزایش بالقوه نیاز به انسولین در خانم های که نوع دیابت وابسته به انسولین (Insuline-Dependent) دارند بمشاهده می رسد. عدم تحمل گلوکوز و یا حتی دیابت آشکار در خانم های حامله مترافق با تشوش وظیفوی حجرات بیتای لانگرهانس میباشد.

وقوعات

باساس محاسبه بین ۱ الی ۳ فی هزار خانم در سنین باروری، دیابت دارند. ۱۵-۲۵/۱۰۰۰ شان در جریان حاملگی معروض به دیابت میگردند (دیابت حاملگی).

اسباب

تا حال بدرستی شناخته نشده است.

۱- انسولین از حجرات β جزیرات پانقراس در پاسخ به مقابل هیپرگلاسیسمی و هیپرامینو اسیدیسمی افزاز می گردد. در وقایع کمتر شدید جواب انسولین بطی و موخر بوده و تنها با پیشرفت سن، چاقی، اکرومیگالی و حاملگی تظاهر می نماید. در جریان حاملگی سویه هورمونهای کورتیزول، لکتوجن پلاستنائی انسانی (H.P.L)، پروجسترون، گلوکوکورتیکوئید و گلوکاگون افزایش می یابند. تمام این هورمونها تأثیر ضد فعالیت انسولین دارند.

۲- در حال حاضر عقیده بر این است که مرض مربوط به نقیصه ولادی بوده که توانائی حجرات

β پانقراس را در ترکیب انسولین و یا آزاد شدن آن متأثر می سازد.

این نقیصه در نوع اول دیابت (I.D.D.M) به مقایسه نوع دوم (in I.D.D.M) شدیدتر سیر میکند.

این نقیصه ولادی اساساً یک حالت Autoimmune است که مربوط به تبارز جن های جسمی میباشد.

۳- اسباب دیگر آن تخریبات حجرات β پانقراس از اثر الهتاب پانقراس توسط انتانات ویروسی و یا کانسر می باشد.

۴- اسباب نا معلوم.

تصنیف

۱- دیابت قبل از حاملگی: بحیث مرض دیابت شناخته است.

۲- دیابت حاملگی: (GDM) در حقیقت گفته میشود که در G.D.M که عدم تحمل کاربوهیدرات ها در جریان حاملگی بلند رفته و بعد از ختم حمل از بین میرود. لکن این تعریف با دلایل ذیل ارزش پراکتیکی کمتری دارد.

I- بسیار کم ممکن است که خانم قبل از حاملگی اش دیابت ناشناخته شده (کشف نشده) نداشته باشد.

II- بسیاری از خانم هایی که دیابت حاملگی را نشان میدهند بعد از حاملگی هم تست عدم تحمل گلوکوز (G.T.T) نزدشان غیر طبیعی است.

III- نهایتاً تصنیف بندی مربوط به جنین نبوده، در حالیکه تمام شواهد دال بر این است که نزد مادر تحمل گلوکوز غیر طبیعی است.

۳- دیابت شکری مخفی یا زمینه مساعد به دیابت: موجودیت یک تعداد تظاهرات معین در بین اعضای فامیل از قبیل سابقه یک تعداد امراض داخله و یا تاریخیچه ولادی که مترافق با وقوعات بلند عدم تحمل گلوکوز بوده اند، دریافت میگردد.

دیابت مخفی

نزد مریضه سابقه فامیلی لوحات معین کلنیکی که با امراض داخله و یا حمل مترافق با فیصدی وقوعات بلند دیابت بوده اند، دریافت میگردد که عبارتند از:

۱- موجودیت دیابت در مربوطین درجه اول مانند: مادر، پدر، برادر و خواهر.

۲- سابقه تست عدم تحمل گلوکوز (G.T.T) بصورت غیر طبیعی.

۳- مادر چاق (بلندتر از ۹۰ کیلوگرام).

۴- تثبیت گلوکوز یوری در دو معاینه مختلف.

۵- سابقه ولادت طفل کلان (بیشتر از ۴ کیلوگرام).

۶- سابقه ولادت طفل مرده بدون دلیل.

۷- سابقه حاملگی همراه اطفال مترافق با ابنارملیتی ولادی.

۸- Poly Hydramnios.

در این گروپ خانم ها باید در هفته های ۲۴-۲۸ حاملگی نزدشان گلوکوز تولیرانس تست انتخابی اجرا گردد.

اختلالات دیابت حاملگی

• تأثیر حمل بالای دیابت

هورمون های حاملگی کنترل دیابت را بمشکل مواجه ساخته و هم چنین تقاضای انسولین را بلند میبرند ، تقاضای انسولین به اساس پیشرفت سن حاملگی تزايد می یابد . در حاملگی میتابولیزم کاربوهایدرات ها تغییر می یابند و تأخیر در تبادل گلوکوز بین خون و انساج ایجاد میشود . دریافت غلظت بلند گلوکوز در خون مربوط است به :

۱. هورمون لکتوجینیک پلاستای انسانی (H.P.L.): این هورمون اسیدهای شحمی آزاد را بسیج کرده ، مقاومت مقابل انسولین را بلند برده و هم چنین سبب تزايد عبور کاربوهایدرات برای طفل میگردد .

۲. عمده ترین تغییرات قابل ملاحظه حاملگی تزايد فعالیت های سیستم اندوکرین است . در حاملگی نارمل تزايد مقاومت مقابل انسولین در اثر تزايد افراز انسولین جبران می شود. با وجود آن هم خانم که نقیصه جنتیکی داشته باشد ، پانقراس وی نمیتواند به تزايد تقاضای انسولین جوابگویی نماید .

۳. انزایم انسولیناز مترشحه از پلاستتا سبب تخریب انسولین میگردد.

۴. تناقص حساسیت آخذه های انسولین در جریان حاملگی حتی با موجودیت انسولین به میان می آید .

۵. تولید زیاد و معتابه هورمون های حاملگی سبب پائین آمدن قدمهء کلیوی گلوکوز گردیده و منجر به گلوکوزیوریا میگردد. ازین سبب است که تست ادرار حاملگی از نظر گلوکوز بمقصد تشخیص و یا کنترل دیابت توصیه نمیگردد و اهمیت ندارد.

۶. نفروپاتی و نیوروپاتی دیابتیک شاید در حاملگی بدتر و خرابتر گردند.

• تأثیر دیابت بالای طفل: اگر پلاستتا مأثوف نباشد سویه بلند گلوکوز خون مادر باعث انتقال

مقادیر بیشتر گلوکوز به جنین می شود و جنین وابسته به گلوکوز میگردد که با هایپر تروفی حجات بیتای پانقراس که مقدار زیاد انسولین را برای نگهداشت بیلانس شکر خون آزاد میکنند باین هایپر گلاسمی جواب میدهد. هایپر گلاسمی تأثیرات ذیل را خصوصاً بعد از هفته ۳۰ حاملگی بالای جنین میگذارد.

I- سبب تحریک بیشتر فعالیت هورمون های Adrinocortical شده که میتواند نزد مادران دیابتیک اطفال با لوحه مشابه به مرض کوشینگ (Cushingoid) ولادت گردند.

II- هم چنین سبب تحریک رشد فیزیکی اورگانهای جنین و ذخیره شحم و پروتئین در انساج عضویت وی میگردد و این دلیل کلان بودن غیر طبیعی اطفال میباشد. از سبب اختلالات وعائی در حدود ۲۰٪ این اطفال دارای وزن کمتر از طبیعی و یا طبیعتاً (L.B.W) میتوانند باشند.

• تأثیرات دیابت بالای حاملگی

تأثیرات دیابت بالای حمل مربوطه به کنترل دیابت میباشد.

I- تزایدی در وقوعات سقط، اگر دیابت کنترل گردد، بملاحظه نمیرسد.
II- وقوعات انتانات طرق بولی تناسلی خصوصاً Vulvovaginitis در نیمه اول حاملگی زیادتیر است.

III- وقوعات هایپر تنشن ناشی از حاملگی در نیمهء اخیر حاملگی در خانم های بدون دیابت ۱۰٪ و در خانم های دیابتیک ۲۵٪ تزاید می یابد.

IV- تکرر پولی هیدرامنیوس در حدود ۲۵-۳۰ فیصد است.

V- وفیات طفل در مرحله Perenatal (قبل از ولادت) چهارمرتبه بلند میرود، اکثر وفیات داخل رحمی بعد از هفته ۳۵ حاملگی رخ میدهد. بعضاً در هنگام ولادت و بسیار محدود و کم هم، در دوره نوزادی.

VI- بکتریوریا در خانم های دیابتیک حامله نسبت به غیر دیابتیک دو مرتبه بیشتر واقع میشود.

VII- وقتیکه اختلالات وعائی یا کلیوی دیابت تأسس نمایند، تزاید فشار خون و تأخر رشد جنینی امر معمولی است. اگر سویه گلاسیمی در هنگام حاملگی نارمل گردد، ظهور این اختلالات به حد اصغری تقلیل خواهند یافت.

VIII- معیوبیت های ولادی در اطفال در حدود ۸٪ میباشد.

IX- ولادت انسدادی ممکن است از اثر کلانی اندازه طفل بوقوع رسیده و شاید با Dystocia شانه مترافق باشد.

تشخیص دیابت حاملگی

اقلاً ۳۰٪ مریضان دیابت حاملگی، تاریخچه دیابت مخفی کشف نشده را دارند. برای این منظور نزد تمام خانم های حامله باید بمقابل متابولیزم غیر طبیعی کاربوهیدراتها، تستهای ارزیابی و تشخیصی اجرا گردد. یک تست مشخص ارزیابی ثابت برای کشف تمام وقایع دیابت حاملگی توصیه نه شده است. گروپ کاری امریکائی درباره دیابت (A.D.W.G) پیشنهاد کردند که Screening Test در تعیین گلوکوز پلازما در حالت گرسنگی و عادی (Random) باید اجرا گردد. سویه شکر پلازما در حالت گرسنگی

105mg% و یا بلندتر از آن و در صورتیکه بعد از نهار (اقلاً دو ساعت بعد از غذا) 120mg% و یا بلندتر از آن باشد، نزد مریضه قطعاً اجرای گلوکوز تولیرانس تست بصورت مکمل استطبای قطعی دارد.

O.Sullivan's Screening Test: تجویز 50gr گلوکوز از طریق دهن، در هفته های ۲۸

برای تمام خانم های حامله با تعیین گلوکوز پلاسما یک ساعت بعد از آن بمقدار ۱۴۰ میلی گرام فی صد و یا بلندتر از آن گلوکوز تولیرانس مثبت فمی را تصدیق میکند، که ۷۵ گرام شکر از طریق فمی توسط WHO بطور متداول توصیه گردیده است که نتایج از اینقرار است.

سویه گلوکوز خون وریدی در حالت گرسنگی	دو ساعت بعد از تجویز گلوکوز	
معادل و یا بیشتر از ۱۴۵mg%.	معادل یا بیشتر از ۲۰۰mg%.	۱- دیابت
کمتر از ۱۴۵ ملیگرام فیصد.	معادل یا کمتر از ۱۴۵ - ۲۰۰ ملی گرام.	۲- گلوکوز تولیرانس تست خراب
کمتر از ۱۱۶ ملیگرام فیصد.	کمتر از ۱۴۵ ملیگرام فیصد.	۳- نارمل

انالیز ادرار: معاینه ادرار رهنمای ضعیف است، فقط عدم موجودیت گلوکوز یوری تنها دلالت

به این میکند، که گلوکوز خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرام فی دی سی لیتر میباشد. بعبارۀ دیگر شاید گلوکوز یوری شدید از اثر پائین آمدن قدمه کلیوی گلوکوز نیز باشد.

Benidict's Test: از رجینت بنیدیکت بمقدار ۵ ملی لیتر گرفته شده، با علاوه کردن ۸ قطره

ادرار به مدت دو دقیقه جوشانیده شود. رنگ مواد مترسبه دیده شده و به اساس آن به موجودیت فیصدی شکر قرار ذیل پی برده میتوانیم.

رنگ سبز روشن: ۰.۵%-۰.۱٪

سبز: ۱.۰%-۰.۵٪

زرد: ۱.۵%-۱.۰٪

نارنجی: ۲.۰%-۱.۵٪

سرخ: ۲.۰٪ و یا بیشتر از آن.

Clini Test: اگر تست بنیدیکت مثبت است با کاغذ های Clinistix بمقصد تثبیت موجودیت

گلوکوز استفاده گردد. Clini Test منفی از موجودیت لاکتوز نمایندگی می کند.

Glycosylated Haemoglobin (HbA_{1c}): - فیصدی هیموگلوبینی که Glycosylated شده

نشان دهنده اینست که سویه گلوکوز خون ۴ هفته قبل بلند شده است و هم Glycosylated haemoglobin سن متوسط زندگی طولانی نیمه عمر طولانی (half life) دارد. لذا هیموگلوبین A منعکس دهنده منظره گلوکوز خون میباشد.

اگر هموگلوبین A بصورت غیر طبیعی بلندتر از ۶٪ گلوکوز نارمل خون باشد. مریضه باید برای اجرای معاینات متعدده گلوکوز خون پذیرفته شده و بستر گردد.

تشخیص دیابت قبل از حاملگی**تاریخچه**

- ۱- تاریخچه فامیلی دیابت خصوصاً در مربوطات نزدیک.
- ۲- سابقه تشنگی، پرخوری و ادرار زیاد یا ضیاع وزن و یا نگرفتن وزن.
- ۳- سابقه غیر قابل توضیح اطفال مرده در هنگام ولادت و یا دوران حاملگی.
- ۴- سابقه ولادت های طفل بزرگ و بلندتر از ۵ کیلوگرام.
- ۵- چاقی قابل ملاحظه.
- ۶- گلوکوز یوری واضح مثلاً در نمونه دوم ادرار بعد از گرسنگی تثبیت میگردد.
- ۷- خارش مهلی نزد خانم موجود است.
- موجودیت شکر در ادرار شاید مربوط است به:
- ۱- دیابت شکر.
- ۲- قدمه پائین کلیوی گلوکوز.
- ۳- لکتوزیوری در حمل به ترم و جریان شیردهی.

اهتمامات و تدابیر

اهتمامات برای بدست آوردن نتیجه موفقانه تداوی بالای رابطه بسیار نزدیک بین مادر مبتلا به دیابت، داکتر ولادی نسائی و داکتر داخله متخصص دیابت یک اصل اساسی است، که باید برقرار باشد. یک کلینیکی که وسائل مورد ضرورت مرض دیابت را بصورت Antenatal آماده کرده، بهترین محل بررسی و اتصال مریض به آن میباشد.

داکتر اطفال نوزاد، نفر نمبر سومی است که باید باین تیم رابطه بسیار نزدیک در مورد تصمیم گیری، تداوی و اهتمامات خانم حامله خصوصاً در مراحل اخیر حاملگی و در جریان ولادت داشته باشد.



A- تداوی طبی

۱- تغذی:

- توصیه وزن گرفتن در جریان حاملگی در خانم دیابتیک و غیر دیابتیک معادل هم میباشند .
- تریمستر اول: ۱-۲ کیلو گرام.
- تریمستر دوم و سوم: ۳۵۰-۴۰۰ گرام در هفته.
- وزن مجموعی ۱۰-۱۲ کیلو گرام در طول مدت حاملگی.
- تقاضای غذائی روزانه خانم دیابتیک در جریان حاملگی قرار ذیل است .
- کالوری: ۳۵-۴۰ kcal/kg وزن بدن و یا بمقدار بیشتر از ۳۰۰ kcl نظر به خانم غیر حامله فی روز .
- کاربوهِیدرات ها: به مقدار ۲۰۰g روزانه (۴۵٪ کالوری را تهیه میکند) .
- پروتئین: بمقدار ۱-۲g/kg وزن بدن (۲۰٪ کالوری) .
- چربی: بمقدار ۴۰g فی روز (۳۵٪ کالوری) .
- آهن: بمقدار 18mg فی روز .
- فولیک اسید: بمقدار ۸۰۰mg فی روز .
- کلسیم: بمقدار ۱۲۰۰mg فی روز .

در بسیاری از مریضان ۱۰٪ کالوری باید در غذای صبحانه به مصرف برسد . ۳۰٪ در نان چاشت ، ۳۰٪ در نان شب و ۳۰٪ متباقی کالوری در فواصل بین غذائی به مقدار جزئی و یا غذای کم توزیع و صرف شود . خصوصاً در وقت خواب برای جلوگیری از هیپوگلاسیمی شبانه . خانم های حامله دیابتیک چاق ، نباید غذای زیاد در هنگام حمل بگیرند ، ولی نباید هم وزن اضافی ببازند . در مریضان کم وزن و یا مریضانی که به مقدار کافی وزن نمیگیرند ، با تزاید خطر انکشاف اختلالاتی مانند خونریزی های دوران حاملگی ، فرط فشار خون ناشی از حاملگی و اطفال کم وزن مواجه اند . اگر گرفتن وزن خصوصاً در تریمستر سوم ناکافی باشد ، ضرور است تا مریضه برای اطمینان از گرفتن رژیم غذائی مناسب و کافی در شفاخانه بستر گردد .

۲- تداوی با انسولین

وقتی که غلظت گلوکوز خون با تغذی مناسب تحت کنترل نیامد ، انسولین کار دارد . بسیاری از مولفین را عقیده بر این است که هرگاه بیشتر از یک دفعه گلوکوز خون در گرسنگی (FBS) از 110mg% بیشتر باشد ، انسولین نزد مریضه شروع گردد .

از طریق فمی نباید مواد Hypoglycemic هیچگاه به مقدار وافر استعمال گردد . زیرا این مواد نه تنها تأثیرات تیراتوجینیک دارند بلکه سبب هایپر انسولینیمیا نزد جنین نیز میگردند .



در خانم های دیابتیک ناشی از حاملگی غلظت گلوکوز نسبت به خانم های که مرض دیابت قبلی داشته و حمل گرفته اند تموجات کمتر روز به روز نشان میدهد . بنابراین تداوی با انسولین نزد آنها مختلف بوده (خانم های که بعد از حمل دیابت دارند) و مونیتورینگ کمتر خون هم معمولاً کار دارند .

اگر گلوکوز پلازمای خون در حالت گرسنگی (FBS) بیشتر از 120mg/dl و یا ۲ ساعت بعد از غذا بیشتر از 200mg/dl نباشد ، انسولینوتراپی با یک زرق شام (Evening) از نوع Inter Mediate Action Insulin (NPH) به مقدار ۰.۳-۰.۴ یونت فی کیلوگرام وزن بدن شروع و تا ۰.۵-۰.۷ یونت فی کیلوگرام وزن بدن در مریضان چاق بلندبرده می شود . این مقدار کفایت میکند که گلاسیمی را در طول روز در حدود نارمل نگاه کند . هدف از زرق یک دوز واحد (NPH) در هنگام خواب (Bed Time) ، پائین آوردن غلظت گلوکوز خون در هنگام گرسنگی (Fasting) به سویه نارمل نزد خانم حامله میباشد .

در خانم های دیابتیک ناشی از حاملگی این رژیم تداوی معمولاً اجازه میدهد که با انسولین تولیدی خویش ، بلند رفتن غلظت پلازمائی گلوکوز را بعد از غذا گرفتن کنترل نمایند . هنگامیکه موفق به کنترل گلوکوز شده ، مریضه هفته وار دیده شود . FBS و گلوکوز خون بعد از غذا در هر هفته دو مرتبه مورد معاینه قرار گیرد .

اگر سویه گلوکوز خون در گرسنگی 120mg/dl و بعداز غذا 200mg/dl باشد ، مریضه باید روزانه با دو دوز زرقی انسولین که تأثیرات قصیرالمدت (Regular) و طویل المدت (N.P.H) دارند ، تداوی گردد.

در مریضان Insulin Dependent تقاضای انسولین نه تنها از یک مریضه تا مریضه دیگر بلکه در عین مریضه به مراحل مختلف حاملگی تغییرات مختلف را نشان میدهد . عموماً تقاضای انسولین بصورت ثابت در جریان حاملگی ، بلند میرود و بطور معمولی به غلظت تقریباً 1 unit/kg وزن میرسد .

در اینجا بیشتر از یک راه برای محاسبه مقدار انسولین نزد خانم های دیابتیک وجود دارد . یکی از این راه ها با تجویز مقدار مجموعه 0.7 un/kg بدن در شروع میباشد ، که بصورت دو دوز ۲/۳ در صبح و ۱/۳ در شام تقسیم شده ، تطبیق میگردد و دوز صبحانه نیز به نوبه خود به دو دوز ۲/۳ از انسولین Inter Mediate و ۱/۳ از انسولین عادی باید عیار شده باشد .

دوز شبانه به دو دوز مساوی نیمی از انسولین Inter Mediate و نیمی از انسولین عادی تنظیم گردد . در بسیاری از خانم ها نتیجه مطلوب تر و بهتر از به تأخیر انداختن رزق انسولین Inter Mediate شام به ساعت 10 PM بدست آمده میتواند .

۳- مونیتورینگ مادر (تعقیب مادر)

غلظت گلوکوز خون همه روزه در خانه برای رسیدن به هدف تداوی مطلوب و موثر تعقیب گردد. برای مریضانی که دوزهای متعدد انسولین میگیرند چهار مرتبه تعیین غلظت گلوکوز یک دفعه پیش از هر غذا و یکدفعه در هنگام خواب ضروری است. برای مریضانی یک دوز واحد میگیرند، هفته ای دو مرتبه تعیین سویه انسولین در حالت گرسنگی و بعد از غذا باید انجام گردد. هدف از کنترل خوب و موثر دیابت ناشی از حاملگی، باید این باشد که:

گلوکوز پلازما (به mg/%)

صبح قبل از غذا	۶۰-۹۰
قبل از نهار	۶۰-۱۰۵
یک ساعت بعد از نهار	۱۴۰
دو ساعت بعد از نهار	۱۲۰
ساعت ۲ تا ۴ بعد از نیمه شب (2-4Am)	۶۰

هموگلوبین Glycosylate باید هر ۶-۸ هفته تعیین گردد. (HbA) و غلظت آن انعکاس دهنده کنترل دیابت در ۲-۳ ماه گذشته میباشد. به این طریق بالای نتیجه تعیین گلوکوز خون در خانه مهر صحت گذاشته شده و اعتبار داده میشود.

۴- اهتمامات چشم

تمام مریضان دیابت وابسته به انسولین برای معاینات چشم، در مراحل مقدم حاملگی به داکتر چشم رجعت داده شوند. اگر ریتینوپاتی واضحاً مشخص موجود است، استیپاب تداوی گذاشته شده و حتماً دستور تعقیب تنگاتنگ و بسیار نزدیک برای کشف خرابی و یا بدتر شدن داده شود.

B- اهتمامات ولادی

خانم های حامله دیابتیک، باید در یک کلینیک Antenatal ثبت گردند و بصورت مقدم یک اولتراسونوگرافی برای تعیین دقیق سن حمل، وقت ولادت و هم برای رد انومالی های جنینی، نزدشان اجرا گردد. هر دو هفته یک مرتبه تا هفته های ۳۲ و بعداً هفته ای یک مرتبه تا ختم حاملگی، متواتر چک گردند. مطلوب تر آنست که مریضه در هر ویزیت توسط داکتر ولادی و داخله دیابت، معاینه گردد.

I- مونیتورینگ وضعیت طفل در دوران قبل از ولادت یا حاملگی

یک میتود واحد برای بررسی وضعیت جنین در نزد خانم های حامله دیابتیک که بکلی قابل اعتماد باشد، ارائه نشده است. رشد جنینی با اندازه گیری کلینیکی غور رحم از ارتفاع عانه و اندازه گیری متواتر محیط رأس و بطن آن در اولتراسونوگرافی طی ویزیت های متناوب، باید تعقیب گردد. با این عمل همچنان پولی هیدرامنیوس، تصدیق حرکت جنین توسط مادر، منظم بودن قلب جنین در دوره Prenatal را میتوانیم منظم، تحت نظر داشته باشیم.

نزد مریضان فهمیده و با تجربه ، به طور سرپائی دیابت به شکل مناسب و عالی کنترل شده میتواند . چنانچه کنترل دیابت نزد مریضان ولادی داخل بستر که حاملگی غیر اختلاطی دارند ، برتری قابل ملاحظه ای را نشان داده است . بستر نمودن همه مریضان دیابتیک در سه ماه آخر حاملگی ضروری نیست .

II- در هنگام ولادت

ولادت عادی و روتین در نزد تمام خانم های دیابتیک قبل از هفته ۳۸ حاملگی بسیار مشکل است ، که عیار گردد. بواسطه اینکه وقوعات سندروم انحطاط تنفسی نزد اطفال نوزاد شان بسیار زیاد است . خصوصاً اگر با عمل سزارین سکشن ولادت انجام شود . برای به حداقل رساندن این خطر باید مایع امنیوتیک را از نظر Surfactants (لیسیتین و فوسفیتیدیل گلیسرول) در هفته های ۳۷-۳۸ بدفعات متواتر اندازه گیری گردیده ، تا از پخته شدن شش های طفل قبل از اقدام به ولادت انتخابی اطمینان حاصل کرده باشیم . هر چند اگر دیابت به صورت درست کنترل شده و کدام اختلاط ولادی مطرح نباشد ، میتوان دوام حمل تا هفته های ۳۹-۴۰ ، هنگامیکه سندروم انحطاط تنفسی کمتر امکان بروز دارد و امنیوسنتز هم ضرورت نیست و ولادت بنفسه هم اکثراً انجام می شود ، نیز اجازه داد .

ولادت باید از طریق مهبل انجام شود، مگر اینکه مضاد استطباب آن موجود باشد . در جریان ولادت یک انفوزیون دکستروز ۱۰٪ (یک لیتر در ۱۲ ساعت) و سویه گلوکوز به حدود ۷۰-۱۱۰ میلی گرام فیصد حفظ و از طریق پمپ سروم ، انسولین وریدی لازمه تجویز گردد.

معمولاً مقدار ۰.۵ الی ۲ یونیت انسولین باید برای جلوگیری از بلندرفتن سویه گلوکوز عیار داده شده و ساعت وار توسط B M Sticks یا گلوکومتر اندازه گلوکوز خون تعیین گردد.

اندازه گیری سرعت قلب جنین بصورت متواتر تعقیب گردیده و در صورت ضرورت استطباب تعیین PH از خون رأس طفل گذاشته شود . ضرورت به انسولین ، عاجلاً بعد از ولادت پلاستنا تنقیص می یابد و مقدار انسولین وریدی باید به نصف تقلیل یابد.

پرفوزیون وریدی تا غذای اساسی بعدی مریضه باید ادامه یابد و هم دوز انسولین که در هنگام قبل از حامله دار شدن داده میشد ، باید تطبیق گردد . بعضی مریضان دیابتیک حاملگی ممکن بعداً به انسولین ضرورت نداشته باشند .

III- اهتمامات بعد از حاملگی

تقاضا به انسولین فوراً بعد از ولادت کم میگردد و مقدار انسولین باید به ۱/۳ اندازه ای که در دوران حاملگی داده میشد ، پائین آورده شود.

C - اهتمامات طفل

- I- طفل باید فوراً توسط نیوناتولوگ جهت وقایه و اهتمامات لازمه از اختلالات نوزادی دیابت معاینه گردد. اگر همه مسایل خوب بودند، طفل نزد مادر گذاشته شود و برای مادر طور فوق العاده اجازه صرف غذای کاربوهدرات تا ۵۰۰ میلی گرام داده شود و جهت شیردادن برای طفل تشویق گردد.
- II- نرس مخصوص جهت کنترل اهتمامات دیابت نزد طفل در ۲۴ ساعت آماده گردد.
- III- گلوکوز خون در زمان ولادت و در هر سه ساعت بعد از آن، برای ۱۲ ساعت تعیین گردد. اگر سویه گلوکوز به ۳۰ میلی گرام فی دیسی لیتر تنقیص یافت، مقدار ۶۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن گلوکوز ۰.۲۵٪ با نارمل سالین بشکل بسیار آهسته، وریدی تطبیق گردد.
- IV- در وقایعی که رعشه و حرکات اختلاجی موجود باشد، هیپوکلسمی با تعیین سویه کلسیم خون مشخص گردیده و با تجویز ۵ میلی لیتر کلسیم گلوکونات ۱۰٪ تداوی گردد.
- V- ۱ میلی گرام ویتامین K عضلی تطبیق گردد.
- VI- طفل برای اجتناب از هیپوترمی، گرم پوشانیده شود.
- VII- اوکسیجن به غلظت ۳۰-۴۰٪ تجویز شده و رطوبت در حدود ۵۵٪ حفظ گردد و حرارت بین ۸۵-۸۰ درجه فارنهایت ۲۶.۶۶ الی ۲۹.۴۴ درجه سانتیگراد تنظیم گردد.
- VIII- تنفس آن معاینه گردیده و طفل مکرراً به پهلوی دور داده شود.
- IX- اگر علائم انحطاط تنفسی انکشاف کرد، انتی بیوتیک وسیع الساحه تجویز گردیده و تغذی فمی قطع و سیروم Mix نزدش شروع گردد.

وسائل ضد حاملگی

تابلت های ضد حاملگی مرکب نه تنها کنترل دیابت را مداخله میکنند، بلکه شیردهی را هم نهی می کنند. ادویه ئی صرف پروجسترون دار انتخاب خوب هست، ولی پرابلم عدم کفایه در کنترل حمل و غیر منظم شدن عادت ماهوار موجود است. IUD میتود خوبیست، اگر میتودهای هورمونی قابل استفاده نباشند. در واقعات نفروپاتی و پرولیفرا تیف ریتینوپاتی برای مریضه هوشدار جدی باید داده شود و عمل ستریلایزیشن (نزد خانم) و یا Vasectomy (نزد مرد) انجام گردد.

توبرکلوز همراه با حمل Tuberculosis With Pregnancy

تعریف

توبرکلوز یک انتان مزمن بکتریائی است که توسط مایکوبکتریوم توبرکلوزیز ایجاد میشود و متصف با تشکل نسج گرانولوماتوز در انساج مائوفه توسط Florid Cell و فرط حساسیت حجره وساطتی Florid میباشد. این آفت معمولاً شش ها را مصاب ساخته ، ولی میتواند دیگر انساج عضویت را هم مصاب سازد.

وقوعات

توبرکلوز طرق تناسلی همیشه بصورت ثانوی از یک محراق ابتدائی دیگر عضویت مانند ششها امعاء و غیره بوجود می آید. توبرکلوز یک مرض و سיעاً شایع، حتی علیرغم شیموترایی مدرن و عصری امروزه در جهان است. موجودیت مرض در ممالک جهان غرب مانند ممالک انکشاف نیافته هنوز هم دوام دارد. در جائیکه وقوعات آن بلندتر است مربوط به وضع اقتصادی اجتماعی پائین و تغذی ناکافی آن ها میباشد. مرض معمولاً طرق تناسلی را در دوران نوجوانی و در مراحل مقدم سن باروری بیشتر مائوف ساخته میتواند.

بکتریولوژی

میکوبکتریوم توبرکلوز (نوع انسانی) مسئول انتان است. ندرتاً نوع گاوی آفت را تولید نموده که بیشتر در امعا جایگزین می گردد.

انتقال (Transmission)

میکوبکتریوم توبرکلوز از یک شخص به شخص دیگر از طریق هوا هنگام سرفه کردن، عطسه زدن و تلفظ کردن انتقال میکند. در صورتیکه توسط میزبان حساس تعداد کمی از این میکروبها انشاق گردند، انتان انتقال می یابد. انتقال نوع گاوی با صرف شیر غیر پاستوریزه گاو صورت میگیرد، ولی امروزه این نوع انتقال نادرست.

تأثیرات توبرکلوز بالای حاملگی

تداوی عصری و مراقبت کافی توبرکلوز تأثیر مخالف بالای جریان حاملگی ندارد. طفل به صورت ثابت مکماً انکشاف یافته بدون کدام علائم توبرکلوز ولادت میشود. ندرتاً بعضی استطباب برای ختم حاملگی گذاشته میشود. توبرکلوز برای دوام حمل هم ضرر ندارد. بدون اینکه کمی فیصدی وقوعات سقط،

ولادت های قبل الميعاد و دیسماچوریتی را از اثر موجودیت انیمی مریضه بلند میبرد. جنین در داخل رحم منتن نمیگردد.

تأثیر حمل بالای توبر کلوز

اگر توبر کلوز به صورت درست و مناسب کنترل گردد، حمل هیچ تأثیر مضرى بالای آن ندارد. قانوناً مرض در هنگام حاملگی بصورت دلخواه با تداوی جواب می گوید. ولی در وقایع نادر ممکن به طرف یک توبر کلوز حاد جاورسی (Milliary) پیشرفت کند. تمایل توبر کلوز به خاموش شدن در جریان حاملگی و عود آن در جریان نفاسی میتواند با توضیحات ذیل مشخص گردد:

- ۱- رحم محمول بزرگ سبب بلند شدن حجاب حاجز و در نتیجه فشار بالای شش ها سبب تغییر موقعیت آن ها به جهت عمودی گردیده که بصورت موقت خلاها را بسته میکند. این عمل به عین ترتیب با فشار حجاب حاجز و یا پنوموپریتوان ایجاد میگردد. این فکتور فوراً بعد از ولادت برطرف میگردد.
- ۲- تغذی خوب، استراحت کافی و مراقبت های متداوم خانم حامله .

لوحه کلینیکی

- سرفه های مزمن همراه با خلط، لرزه ، باختن وزن ، عرق شبانه و تزايد درجه حرارت در سر شب شاید موجود باشند. هیموپتیزی شاید در وقایع پیشرفته مرض عرض اندام کند.
- ۱- ممکن سابقه تماس در دوران کودکی یا طفولیت موجود باشد.
 - ۲- تاریخچه تداوی توبر کلوز و یا تاریخچه مرض توبر کلوز نزدش شاید دریافت گردد .

تحقیقات

I- تست Mantoux

پنج یونت واکسن توبر کولین به شکل داخل جلدی، با تکنیک چندین زرقی (Multiple) زرق میگردد. اندفاع یا سختی تا حدود ۱۰ ملی متر غیر مشخص، تا حدود ۲۰ ملی متر احتمال داشتن توبر کلوز قبلی یا میکوباکتریال انفکشن و بلندتر از ۲۰ ملی متر مشعری است برای تکمیل معاینات پیشرفته تر توبر کلوز، که باید انجام گردند.

II- معاینات خون

- ۱- سلاید خون یک انیمی نوع نورمو کرومیک و نورموسیتیک را نشان میدهد.
- ۲- لمفوسیتوز به عوض لوکوسیتوز دریافت میگردد.
- ۳- E.S.R یا سرعت ترسب حشرات سرخ بلند است.

III-Ray-X صدر

شاید تکاثف (Consolidation)، تمیع (Liquefaction)، تخلخل (Cavitation)، ندبه (Scare) و کلسیفیکاسیون به مشاهده برسد.

IV- معاینه بلغم:

اگر ساحات مائوفه تخریب شده در شش باز شده باشند، موجودیت باسیل توبرکلوز در بلغم مشاهده میگردد.

تدابیر و اهتمامات

A- در مرحله Antenatal یا بارداری

توبرکلوز تأثیرات مضره بالای حاملگی، ولادت و دوره نفاسی در صورتیکه تداوی مناسب و نظارت درست از آن صورت گرفته باشد، ندارد. استطبای برای ختم حاملگی وجود ندارد.

۱- توصیه استراحت بیشتر در تمام دوران حاملگی برای مبارزه با تزیاید فعالیت های میتابولیکی و اجتناب از ولادت های قبل الميعاد.

۲- تغذی مناسب برای اصلاح حالت صحی مریضه عیار گردد.

۳- انیمیا معمولاً موجود است که موجب پائین آمدن مقاومت عضویت گردیده، باید دریافت شده و تداوی گردد.

۴- از نظر اقتصادی اجتماعی حالاتی مانند: کارهای شاقه، ازدحام، مشغله زیاد و سوء تغذی باید جستجو شده و تداوی گردند.

۵- اگر مریضه توبرکلوز فعال داشته باشد، ادویه انتی توبرکلوزیک مناسبترین تداوی است که باید شروع گردد. از تداوی در ظرف سه ماه اول حاملگی از سبب تأثیرات تراتوجنیک دوا باید اجتناب گردد.

تداوی

a. شکل ترکیبی از (INH)، (Pyrzinamid) و (Refampicin) استفاده گردد.

b. ترکیبی از اتحاد INH Refampicin، و Myambutol شاید مورد آزمایش قرار گیرد. INH به مقدار ۳۰۰ ملی گرام فی روز. این دوا مصئون ترین دوا در دروه حاملگی است. لاکن تا هنوز هم سبب تشوش سیستم عصبی مرکزی بشکل تخریشی و یا نیوریت های محیطی میگردند.

Refampicin به مقدار ۴۵۰ الی ۶۰۰ ملی گرام فی روز. عوارض جانبی آن شامل هیپاتیت، سندروم مشابه به انفلونزا و ترمبوسایتوپنیا میباشد.

Myambotal ۱۵ میلی گرام فی کیلو وزن بدن داده میشود. یک دواى بکتریوستاتیک است، که ندرتاً نیوریت عصب Optic را سبب میشود. این دوا برای شش ماه همراه دو دواى فوق میتواند داده شود.

Pyrazinamid به مقدار ۱.۵ الی ۲ گرم فی روز داده میشود. اعراض جانبی آن هایپروری می و هیپاتیت میباشد. هر سه دوی ضد باکتریائی برای دو ماه داده شده و بعداً INH و Rifampin برای چهار ماه بعدی ادامه داده میشود .

- ۶- مریضه حتی با داشتن استطباب جزئی ولادی هم باید در شفاخانه بستر گردد.
- ۷- قابل توصیه است که مریضه دو هفته قبل از ولادت برای اطمینان به استراحت و تحت نظر قرار داشتن بستر گردد.
- ۸- جراحی کبیره: مانند برداشتن شش در ترمستر اول محدود گردد و یا حتی بهتر خواهد بود بعد از ولادت انجام شود و بیشتر بالای تداوی دوائی در هنگام حمل و دوره نفاسی اعتماد گردد.

B- در جریان ولادت

- ۱- ترجیحاً ولادت در شفاخانه ها انجام گردد.
- ۲- مقدار کافی انالیزیک ها داده شود .
- ۳- اگر زجرت تنفسی موجود بود، مریضه در حالت نیمه نشسته بلند نگه داشته شود.
- ۴- اوکسیجن انشاقی داده شود .
- ۵- از زور زدن زیاد در هنگام صفحه دوم ولادت ، باید اجتناب گردد و مریضه با فورسپس و یا وکیوم ، تحت انستری Pudendal block و یا انستری Caudal ولادت داده شود .

C- در صفحه نفاسی

مادر

- ۱- استراحت مناسب دستور داده شود .
- ۲- غذای مناسب و خوب توصیه گردد .
- ۳ -تداوی انتی توبرکلوزیک برای جلوگیری از خطر فعال شدن دوباره مرض ، ادامه داده شود .

طفل

- ۱- اگر تقشع مادر از نگاه میکروب منفی است ، طفل میتواند همراه مادرش باشد . ولی B.C.G نزدش اجرا گردد.
- ۲- اگر مادر در صفحه فعال مرض قرار داشت ، طفل باید از آن دور نگهداری شده و واکسن B.C.G در ظرف هفته اول نزدش اجرا گردد . اقلأ مدت ۶ هفته را تا انکشاف و اعمار مقاومت به مقابل انتان که بعد از زرق واکسن در برخواهد گرفت ، از مادر جدا باشد .
- ۳- تداوی با INH دو هفته بعد از ولادت شروع و برای مدت سه ماه دوام داده شود. بعداً طفل به پهلوی مادرش میتواند برده شود.

۴- اگر جدائی طفل از مادر ممکن نباشد، یک مادر ذکی میتواند طفلش را از مرض ، با پوشاندن ماسک هنگامیکه به طفل دست میزند ، حفاظت کند .

۵- مادر به شیردادن تشویق گردد ، که این کار مضاد استطباب در مادران توپرکلوزیک نیست . تغذی با بوتل و یا شیر پودری خیلی ها مضرتر است ، لذا مادر از اقدام به آن اجتناب کند . مادر توسط افراد متنفذ و توانمند انگیزه داده شده و معلومات علمی برایش داده شود تا برای دادن شیر از ثدیه برای طفلش تنبیه گردیده و آماده شود .

D- حمل بعدی

برای مریضه بهتر است که اقلأ تا مدت دو سال بعد از خاموش شدن مرض ، حامله دار نگردد . اندازه تعداد فامیلی باید محدود گردد که مربوط به تقاضای زوجین و وضعیت اقتصادی اجتماعی آنها میباشد .

E- تعقیب مریضه

تعقیب دوامدار برای اطمینان از اینکه کورس تداوی توصیه شده مکمل گردیده و عود مرض بملاحظه نرسیده است ، مهم میباشد و هم اصلاح تغذی و وضعیت زندگی مریضه بهمین اندازه اهمیت دارد .

انتانات ویروسی در حاملگی Viral Infection in Pregnancy

انتانات ویروسی در دوران حاملگی می روند که یک پرابلم مرموز و اسرار آمیزی را برای دوکتوران و همچنین مریضان ببار آورند. اگر چه حاملگی کدام اثری بالای سیر مرض ندارد. ولی تا تیراین امراض بالای طفل، بسیار جدی است.

ویروس های که شاید سبب انتانات حاملگی گردند، عبارت اند از:

۱- Rubella .

۲-Toxoplasmosis.

۳-Coxsackie virus.

۴-Herpes virus.

۵-Poliomyelitis.

۶-Varicella یا Chicken pox.

• Rubella (سرخکان جرمنی یا German Measles)

طفل مستقیماً از طریق پلاستنا از مادر منتن میگردد. سن حاملگی در وقت گرفتن انتان یک فکتور مشخص کننده در تولید آفت میباشد که با تخریبات ، معیوبیت ها ، سقط، ولادت های قبل الميعاد، ولادت طفل کم وزن ، طفل مرده ، ولادت طفل با رویلای فعال، نقایص موخر ولادی و در وقایع نادر بدون کدام تخریبات همراه میباشد ، که از نتیجه این انتان بمیان می آید. تعداد ، شدت و ویرولانسی یا قابلیت مولدالمرضی ویروس و مرحله حاملگی به خوبی در تخریبات وارده بالای طفل تأثیر واضح دارند . در مراحل مقدم حاملگی که اورگانوجینیز سریع است تخریبات خیلی شدیدتر اند و به احتمال قوی یک عضو ساختمانی بدن را انتخاب می نماید . هنگامیکه تمایز اورگانها تنظیم و جابجا گردید (بعد از تریمستر اول)، عدم تشکل یک عضو از سبب انتان رویلا محتمل بنظر میرسد . شدت آفت هر چند که انتان مادری به شکل سب کلینیکی باشد ، احتمالاً بالای طفل اثر گذار بوده و ویروس شاید در انساج طفل تکثر نموده و دوام یابد. تولید نقایص ولادی همچنین با ساس مرحله حاملگی بسیار متغیر است . مثلاً انتان در ماه اول و دوم حاملگی شاید سبب تولید Cataract و یا امراض د سامی قلبی و در ماه سوم منجر به کری گردد. ولی از این مرحله به بعد تخریبات نادر است . خطر ابنارملیتی ولادی در ۴ هفته اول ۸۰٪ و از هفته ۱۶ حاملگی به بعد به کمتر از ۵٪ تقلیل می یابد .

لوحه کلینیکی

لرزه، تب و درد نزدیک زاویه مفصل فکی که با تورم، حساسیت و دردناکی یک یا هر دو غده پروتید تعقیب می شوند، بمشاهده می رسد. غدوات لعابیه تحت الفکی شاید با آفت اشتراک نمایند. آرتریت خصوصاً در مفاصل بعیده اختلاط معمول مرض است. راش ها و یا داغ های جلدی بشکل ماکول گلابی در ابتدا در وجه ظهري گوش ها و در حذای جبین تظاهر میکنند. در ۵۰٪ وقایع ممکن این داغ ها بملاحظه برسند. ممکن است همچنین منجر به التهاب منظمه ها، انسیفلومیلیت و ترومبوسایتوپنی گردد. دوره تفریخ آن ۱۱-۱۴ روز است. خانم های متن در هفته اول مریضی انتان را از عنق رحم انتشار میدهند.

تشخیص

از نظر کلینیکی تشخیص رویلا بسیار مشکل بوده و صرف در حدود ۲۰٪ وقایع امکان دارد. عدم موجودیت انتی بادی بعد از معروض شدن به انتان نشاندهنده قابلیت مصاب شدن به انتان و موجودیت آن، انتان سابقه و یا معافیت موجوده را خاطر نشان میسازد، که این پروسه توسط تست ایمونولوجیکی Heamagglutination Inhibition Test (HAI Titer Test) تثبیت می شود. انتی بادی نهی کننده (HAI) به زودی بعد از معروض شدن مریض بانتان در ظرف ۶-۱۲ روز بحد اعظمی تتر خود می رسد. تتر ۱/۱۶ و یا بلندتر از آن، از نظر ایمونیتی مشکوک و مورد مناقشه است. ولی تتر ۱/۸ آن مثبت بوده و اما ضرورت به تکرار دارد.

در وقایع مشکوک سیروم مریض برای انتی بادی های مخصوص رویلا بنام IgM باید معاینه گردد و موجودیت این انتی بادی یک مدرک قوی ظهور انتان ابتدائی در همین نزدیکی ها را وانمود میکند.

تداوی

تداوی مربوط است به وضعیت مادر، که آیا مادر به رویلا معافیت دارد یا حساس است، بمرحله حاملگی که با انتان مواجه شده و نوع تماس (طولانی یا کوتاه بوده) میباشد. اگر مواجه شدن به انتان مدتاً کوتاه و یا اتفاقی باشد، احتمال انتقال انتان خیلی کم است و اگر مواجه شدن به انتان در خانه، طولانی و با تماس نزدیک باشد، چانس متن شدن زیاد است. خانمهایی که حساس اند باید هر چه زودتر، قبل از ختم دوره حاملگی واکسن گردند. اگر خانم در تریمستر اول مصاب آفت شده باشد، به حاملگی وی باید خاتمه داده شود. بهتر است اجرای واکسیناسیون نزد دخترهای ۱۱ الی ۱۴ ساله عملی شود تمام خانم های سیروم منفی (معافیت نزدشان تولید نشده باشد) خصوصاً نرس قابله ها و معلمین که بیشتر معروض به خطر اند، باید واکسیناسیون گردند. اگر خانم بزودی بعد از واکسیناسیون حامله دار گردد، خطر کم برای متن شدن طفل وجود دارد و از تماس در واقعه رویلا باید اجتناب نماید.

• توکسوپلازموزیس

توکسوپلازموزیس یک مرض انتانی جهانی است که توسط پارازیت توکسوپلازما گاندی که در روده های پشک یافت می شود، بمیان می آید. انتقال آفت از یک مادری که در جریان حاملگی متن گردیده، به جنین در ۵۰٪ وقایع رخ داده و سبب توکسوپلازموزیس ولادی می گردد.

لوحه کلینیکی

ممکن کدام اعراضی را نشان ندهد و شاید هم لmf ادینوپاتی با و یا بدون خستگی و تب نزد خانم حامله موجود باشد. اساساً بیشترین تأثیرات این انتان ولادی بالای دماغ یا مغز میباشد، که در این حالت شاید هیدروسیفل یا میکروسیفل همراه با اختلالات، رعشه ویا پارالیز (فلج) به ملاحظه برسد. انتان میتواند از مادر به جنین از طریق پلاستانتقال کند. انتان مادری در تریمستر اول معمولاً جنین را از سبب اینکه پلاستانتا بصورت مکمل تشکیل نگردیده، مصاب نمیسازد. ولی ممکن است سقط انجام شود. انتان مادری در تریمستر دوم حاملگی بیشترین خطر را داشته و همراه با انومالی های پیشرفته توکسوپلازموز ولادی، طفل مرده و پریماچوریتی باشد. متن شدن مادر در تریمستر سوم ممکن است با تخریبات دماغی در طفل نوزاد با Encephalomyelitis و Chorioretinitis همراه باشد.

تشخیص

بصورت مقدم بعد از ده روز از ابتلا به انتان، انتی بادی مربوطه میتواند با معاینات سیرولوژیک مشخص و دریافت گردد. تست های لابراتواری جدید تزاید صریح انتی بادی مخصوص IgM را که در Immunoglobulin بوجود آمده به خوبی مشخص میسازند.

تداوی

انتان معمولاً بصورت بنفسه معدوم گردیده و لذا ضرورت به تداوی ندارد. اطفالی که بانحطاط سیستم ایمنی و یا همراه با آفات عینی ولادت شده اند ضرورت به تداوی دارند. از اتحاد ادویه سلفامیدها بمقدار ۱ گرم هر ۶ ساعت پیریمیتامین (Pyrimethamine) در ابتدا یک دوز واحد ۷۵ میلی گرم و بعداً بمقدار ۲۵ میلی گرم فی روز، برای مدت چهار هفته بصورت یکجائی همراه با ۱۰ میلی گرم فولیک اسید روزانه استفاده گردد. اگر انتان در تریمستر اول حاملگی رخ داده باشد باید به حمل خاتمه داده شود.

• Cyto Megalo Virus Infection (C.M.V)

C.M.V در بین اعضای گروپ ویروس های Herpes بوده و در نزد بسیاری از حیوانات قابل دریافت است. یک انتان کسبی بوده و بسیاری از اطفال در مراحل مقدم زندگی خود از اثر تماس بآن انتی بادی مربوطه را در وجود خود دارند.

لوحه کلینیکی

لوحه کلینیکی آن بی نهایت متغیر است ، انتان ممکن است بدون اعراض و یا اعراض مشابه تب غدوی داشته باشد. سایتومیگالو ویروس یکی از مهمترین عوامل پتوجن بوده ، در مریضانی که معروض به انحطاط معافیت هستند، سبب معیوبیت های عمده و مرگ و میر میگردد. این یک مسئله نادر ولی بسیار مهم است که انتانات کسبی ولادی در زمان حاملگی شاید سبب مردن داخل رحمی جنین، کم وزن بودن آن در وقت تولد و یا پریماچوریتی جنینی گردند. نزد طفل Hepatosplenomegaly، زردی و راش های جلدی شاید موجود باشد.

تشخیص

تشخیص توسط Complement Fixation Test و Radio Immuno Assay برای اندازه گیری انتی بادی های مخصوص IgM گذاشته میشود. در کلچر ادرار مریض منتن ممکن ویروس تحری گردد. بیوپسی از نسج مائوف ممکن است تشخیص را تأیید کند. تداوی موثر یا وقایه خاصی ندارد. ختم حاملگی توصیه نمیگردد. یک تعداد زیاد جنین ها از تأثیرات آفت مرضی در امان میمانند.

• Herpes infection

Herpes Simplex اکثراً عامل یک تعداد امراض غیر وصفی که غیر مشخص میباشند، میگردد. از این سبب است که تعداد زیادی از مردم در مقابل این انتان انتی بادی دارند. این یک واقعیت مهم است که یک انتان بسیار جدی بوده و بعضی اوقات تأثیرات کشندگی دارد. دو نمونه یا نوع، Type I و Type II آن وجود دارد، که تیپ دومی آن اساساً مسئول انتقال انتانات طرق تناسلی میباشد.

لوحه کلینیکی

لرزه با تب و لمف ادینوپاتی مغبنی شاید دریافت گردند. Vulvovaginitis، قرحات سطحی و یا عمیق در دهلیز و عنق رحم ممکن است موجود باشد. استوماتیت تفرحی، کیراتیت، انتانات انگشتان و انسفلیت در اطفال معمول است. بیشترین انتانات دوره نوزادی از نوع Type II آن میباشد. اطفال ممکن است انتان را هنگام عبور از قنات ولادی مادر منتن، بگیرند. در هفته اول زندگی اندفاعات جلدی آبدار یا Vesicular در روی جلد تظاهر مینمایند. هر چند این عارضه در ۵۰٪ وقایع دیده نمیشود. سقط و انارملتگی های ولادی که توسط این ویروس به میان آمده میتوانند، شناخته شده اند.

تشخیص

ویروس را از کلچر انساج تخریب شده میتوان تحری نمود. بلند رفتن تتر انتی بادی تشخیص را صحه میگذارد.

تداوی

از آنجائیکه انتقال ویروس از طریق تناسلی است ، لذا C.S بهترین انتخاب برای ولادت میباشد. اگر چه حقیقتاً واضح نشده است که عملیه C.S سبب پائین آوردن چانس منتن بودن طفل میگردد و همچنین موثریت Immunoglobuline در کنترل امراض ثابت نشده است. مواد انتی ویرل مانند Iodouridine که یک انتاگونیست تیامین است ، هنوز هم تحت تجربه قرار دارد.

• Poliomyelitis

انتان توسط یکی از سه نوع ویروس پولیو بمیان می آید. اگر چه از توسعه و قوعات به تعقیب واکسن فمی وسیعاً کاسته شده ، لاکن هنوز هم یک پرابلم عمده ممالک در حال انکشاف میباشد. ویروس قادر است که نسج خاکستری طناب نخاعی ، قاعده دماغ ، قشر دماغ ، خصوصاً حجرات قرن قدامی آن را مصاب ساخته و سبب فلج اعصاب محرکه سفلی گردد .

لوحه کلینیکی

تب خفیف و سردردی که بعد از چند روز محدود شفا یاب میگردد ، بملاحظه میرسد و بعد از یک هفته ، تب و سردردی که با شخی گردن و علائم تخرش سحایا مترافق است ، دوباره ظهور میکند. فلج (Paralysis) ممکن است بعداً رخ دهد ، که وسعت خیلی متفاوت دارد . عدم کفایه تنفسی ممکن است از سبب فلج عضلات بین الضلعی بمیان آید . ضعیفی عضلات در اخیر هفته اول بحد اعظمی خود رسیده و بعداً بصورت تدریجی شاید در ظرف چندین ماه دوباره احیاء گردند. عدم اقتدار دائمی تا ظرف شش ماه نمیتواند پیش بینی گردد.

تشخیص

مایع نخاعی شوکی یک Lymphocytic Pleocytosis نشان داده ، سویه پروتئین آن بلند و شکر آن نارمل است .

تداوی

وقایه را با تطبیق واکسن مربوطه (دادن معافیت کسبی) میتوان ایجاد کرد. در مرحله اول انتان ، استراحت بستر اساسی است . در وقایع مشکلات تنفسی تراکیوستومی و تجویز اکسیجن یا تهویه با فشار مثبت بصورت متقطع ضرور است، انجام گردد. و تداوی های تعقیبی با فزیوتراپی و اروتوپیدی بمقصد ریانیماسیون یا احیای مجدد اجرا شود .

**• Chicken pox**

طفل مبتلا به انتان شاید با اندفاعات جلدی ولادت شود ، هیچ نوع انومالی ولادی در مبتلایان باین مرض ویروسی راپور داده نشده است .



زردی با حمل (Jaundice with pregnancy)

تعریف

زردی یک عارضه کلینیکی است، که با تغییرات زرد رنگ جلدی، صلبیه چشم و غشای مخاطی از سبب ترکیدن سوبه بیلی روبین خون مترافق است. سطح تظاهرات کلینیکی زردی متغیر بوده، ولی معمولاً هنگامیکه سوبهء مجموعی بیلی روبین خون، بلندتر از ۲ ملی گرام فیصد برسد، تظاهرات کلینیکی آن آشکار می شود. زردی در حاملگی یک حالت بسیار زجرت آور بوده و ترکیدن اندازه آن جدی و مخاطره آمیز است. علاوهً مشکلات در تشخیص را هم در قبال دارد.

میتابولیزم بیلی روبین

منبع اساسی بیلی روبین از تخریبات حجرات سرخ است و این عملیه مسئول حدوداً ۸۰-۸۵٪ بیلی روبین که روزانه بصورت نارمل تولید میشود، میباشد. هنگامیکه حجرات سرخ خون دورانی به پایان عمر ۱۲۰ روزه خود میرسند، در سیستم ریتیکولواندوتیلیل مخصوصاً کبد، طحال و مخ عظم تخریب میگردد. هموگلوبین شکسته شده سبب تولید گلوبولین و همتین میگردد. همتین یک مرکب آهن دار بوده هنگامیکه آهن از آن جدا گردد، محتوی باقی مانده عبارت از Protoporphyrine که بعداً به اثر عملیه Oxidize به بیلی وردین تبدیل (رنگ متمایل به سبز) و سپس بیلی وردین به بیلی روبین (رنگ زرد مانند) تحول نموده که این اخیرالذکر بحیث یک محصول زائد و یا غیر قابل استفاده شده باقی می ماند. آهن در کبد ذخیره شده و گلوبین برای تشکیل هموگلوبین بدسترس قرار داده میشود. تخریبات روزانه کریوات سرخ در حدود ۱٪ است، که سبب تولید ۷.۵ گرام هموگلوبین و از آنجمله در نزد یک خانم کاهلیکه ۵ لیتر خون و 15gr/100 ml هموگلوبین داشته باشد، مقدار ۲۵۰ ملی گرام بیلی روبین را تولید میکند.

از سیستم ریتیکولواندوتیلیل، بیلی روبین عمدتاً متحد با البومین و یا ممکن قسماً با الفهاگلوبولین به کبد میرسد. در کبد بیلی روبین غیر مزدوج (Unconjugated) از یک محلول تصبغی منحل در شحم، به یک محلول تصبغی منحل در آب (Conjugated) یا بیلی روبین مستقیم عمل کننده تحول می نماید، که در اثر تعامل با Diazotizid sulphanilic acid به رنگ سرخ در می آید. بیلی روبین مزدوج در افزایش صفراوی و سیروم مریضی که یرقان انسدادی دارد، یافت میشود.

بیلی روبین غیر مزدوج در سیروم مریضیکه یرقان همولیتیک دارد، در یافت می گردد. این یافته می تواند با یکجا کردن الکل قبل از عکس العمل ایجاد شود. از این سبب است که آنرا بنام Indirect Reacting bilirubin شناخته اند.

چون بیلی روبین مستقیم، میتواند از فلتريشن گلو میرولی عبور کند، از این سبب در ادرار اطراح میشود. لذا بیلی روبین در ادرار در زردی های انسدادی موجود بوده، در حالیکه در زردی همولیتیک بملاحظه نمی رسد.

تغییرات فزیولوژیکی

در جریان حاملگی طبیعی بعضی تغییرات در وظائف کبدی، مخصوصاً در تریمستر آخر حاملگی، رونما می گردد. یک ترزاید خفیف در الکلین فاسفاتاز که بیشتر منشاء پلاستتائی دارد، تا منشأ کبدی، به ملاحظه میرسد.

سویه بیلی روبین معمولاً در حدود نارمل باقی می ماند. در یک تعداد کمی از خانم ها یک کولیستاز داخل کبدی ممکن است در تریمستر سوم، بوجود آید و شاید هم در هر وقت از حاملگی بتواند انکشاف کند. ترزاید تولید پرجسترون در جریان حاملگی، مسئول استرخاء عضلات ملساً، کم شدن قدرت عضلات کیسه صفرا و ستاز مواد صفراوی میباشد. بعضی اوقات از اثر تجمع نمک های صفراوی، خارش ها نزد خانم ممکن است، بوجود بیاید.

Transaminas سیروم یا نارمل و یا خفیفاً بلند است. از اثر ترزاید سنتیز گلوبولین تناسب البومین بر گلوبولین به پائین تر از حد نارمل سقوط می کند. درجات مختلف کلستاز بملاحظه رسیده ولی تغییرات پرانشیمی حجات بسیار محدود است. در تریمستر اخیر معمولاً عکس العمل غیر طبیعی Cholestatic بالای ستروئید ها که در جریان حاملگی تولید میگردند، بملاحظه می رسد. عین تغییرات در مریضانیکه ادویه ضد حاملگی فمی را استفاده میکنند، نیز دیده میشود و این طوری فکر شده، که شاید مربوط به نقایص انزایمتیک باشد.

هیپر بیلی روبینیمیا شاید:

۱. Prehepatic: در اثر همولیز شدید و تولید زیاد بیلی روبین باشد.
۲. Hepatic: ترزاید بیلی روبین سیروم شاید مربوط باشد به:
 - تنقیض (Up take) در گرفتن یا جذب بیلی روبین توسط حجات کبدی.
 - خرابی پروتئین اتحاد کننده داخل سلولی یا Conjugation.
 - خرابی افراغ بیلی روبین در قنیوات صفراوی.

۳. Post hepatic: قنات های صفراوی داخل یا خارج کبدی معروض به انسداد میباشند. هرگاه این انسداد از اثر دو سبب اولی باشد، بیلی روبین آزاد (Unconjugated) در سیروم خون تزايد می یابد. ولی در وقایع انسدادی طرق صفراوی، بیلی روبین Glucoronide به شکل معکوس (Regurgitation) داخل جریان خون گردیده و در نتیجه سویه Conjugated Bilirubin در خون بلند می رود.

وقوعات

در حدود 1/1500 واقعه حاملگی در اروپا می باشد.

اسباب

- I- هیپاتیت های ویروسی
 - هیپاتیت انتانی.
 - زردی سیروم (Homologous).
- II- زردی کولستاتیک داخل کبدی (زردی عود کننده در حاملگی).
- III- اتروفی حاد شحمی کبد.
- IV- اکلامپسیا و پره اکلامپسیا.
- V- هیپرایمز گراویداروم که در تداوی آن غفلت و مسامحه شده باشد.
- VI- ادویه مانند سلفان امیدها، انتی توبرکلوزیک، کلورپرومازین، سالیلات ها، ادویه ضد اختلاج، کلوروفورم، تتراسایکلین، فینوتیازین، استروئیدهای انابولیک، ناووبیوسین (Navobiocin) و کلور پروپامید.
- VII- سنگ های کیسهء صفرا.
- VIII- اتتان Mononucleosis.
- IX- Achloric.
- X- سیروز، که در حاملگی خیلی نادر است.

اسباب عمومی زردی در حاملگی

- چربی حاد کبدی.
- زردی عود کنندهء حاملگی.
- حمل اختلاطی که باعث فرط فشارخون ناشی از حاملگی و اکلامپسیا گردد.

هپاتیت ویروسی یا Viral hepatitis

هپاتیت یا التهاب کبدی، توسط بسیاری از ادویه جات، مواد توکسیک و یک تعداد ویروس ها، میتواند بوجود آید. اعراض کلینیکی همه آنها با هم بسیار مشابه اند.

انواع معمولی ویروس های که میتوانند باعث تولید آفت کبدی گردند عبارتند از:

۱. ویروس هپاتیت A.
۲. ویروس هپاتیت B.
۳. ویروس هپاتیت C (نه A و نه B) اکثراً بعد از نقل الدم.
۴. ویروس هپاتیت D (Delta).
۵. ویروس هپاتیت E.

Hepatitis A (H.A.V)

یک انتان ویروسی کبد است که شاید بصورت سپرودیک و یا اپیدیمیک شیوع یابد. مصابیت کبد یک قسمت از آفت عمومی است، لاکن لوحه کلینیکی متباز دارد. اگر چه انتقال ویروس معمولاً توسط سوزن های منتن که با مواد غایطه و یا از طریق دهن ملوث شده باشند، صورت میگیرد. اطراح ویروس هپاتیت A در مواد غایطه دو هفته قبل از ظهور علائم کلینیکی مرض قابل مشاهده است.

ویروس ندرتاً در مواد غایطه بعد از هفته اول مریضی دیده شده میتواند و طرز انتقال ویروس شناخته نشده است. دوره تفریخ کوتاه دارد. خون و مواد غایطه در دوره مقدم مریضی یعنی ۲-۴ هفته دوره تفریخ منتن اند. اگر چه اندازه وفیات در هپاتیت A پائین است، ولی شاید باعث امراض حاد و صاعقوی گردد. انتی بادی در هپاتیت A بصورت مقدم در سیر مریضی ظهور نموده و بصورت دوامدار در سیروم خون باقی می ماند. هر دو نوع انتی بادی IgM و IgG بعد از شروع مرض بزودی مثبت و بعد از یک ماه به حد اعظمی خود رسیده و سالها دوام میکنند. تترانتی بادی IgM در ظرف هفته اول ظهور اعراض کلینیکی، بحد اعظمی خود میرسد و معمولاً در ظرف هشت هفته از بین میرود. بناءً اندازه گیری این انتی بادی ها، تست بسیار عالی و خوب برای توضیح صفحه حاد انتان هپاتیت A میباشد. مثبت بودن تست Anti-A ممکن است، مشعر معروض شدن قبلی مریض به ویروس Hepatite-A باشد.

Hepatitis B (H.B.V)

هپاتیت B یک انتان ویروسی کبد است، که معمولاً از اثر تلقیح خون و یا محصولات خونی منتن و ندرتاً از طریق فمی و یا مناسبات جنسی انتقال میکند.

شیوع هپاتیت B نزد افراد Homo Sexual، معتادین زرقی وریدی، ستاف و کارگران لابراتوارها و بانک خون بلند است. در حدود ۵-۱۰٪ افراد منتن بحیث ناقلین بوده، ۴۰-۷۰٪ اطفال متولد شده از

مادرانیکه HBsAg مثبت دارند، ممکن است انتی ژن هیپاتیت B در جریان خون شان وجود داشته و انکشاف نماید.

انتقال فمی غایطی ویروس B هم، تثبیت شده است. دوره تفریخ هیپاتیت B از ۶ هفته تا ۸ ماه میباشد. لوحه کلینیکی نوع هیپاتیت A و B با هم مشابه اند. هر چند که شروع هیپاتیت تیپ B خیلی ها تدریجی و فرینده است.

عامل نوع دلتا یک نقیصه از جینوزوم RNA ویروس میباشد، که تنها با هیپاتیت تیپ B ظهور میکند. این عامل دلنا اعراض کلینیکی هیپاتیت B را شدیدتر میسازد. امراض کبدی قبلی را که از اثر هیپاتیت B به میان آمده ثقیل تر و بدتر میسازد و یا اینکه مرض جدید و نوی را با ناقلین بدون اعراض (ناقل سالم) بوجود می آورد. وقتیکه Agent دلتا با انتان ویروسی حاد HBV توافق کند، سیر انتان بسیار شدید میشود. Agent دلتا در این اواخر در حدود ۵۰٪ در واقعات هیپاتیت صاعقوی نوع B (HBV) دریافت گردیده است. در شکل هیپاتیت مزمن فعال تیپ B، موجودیت Agent دلتا انداز بسیار بد را وانمود میسازد.

Hepatitis C (HCV)

در این اواخر از امکانات بدست آمده نشان داده شده که یک نماینده ای که نه A (Non A) و نه B (Non B) است، مسئول بسیاری از هیپاتیت هایی که بعد از انتقال خون بوجود می آیند، میباشد. فعلاً در ۸۰٪ هیپاتیت های ناشی شده بعد از انتقال خون، هیپاتیت تیپ C (HCV) مسئول شناخته شده است. ظهور Anti HCV بسیار موخر بوده و در حدود ۲۲ هفته بعد از معروض شدن (۱۴-۱۶ هفته بعد از شروع هیپاتیت) بآفت، به ملاحظه می رسد و اقلأ برای مدت ده سال دوام می کند.

اسباب مختلفه دیگر

ویروس های دیگری که کمتر سبب هیپاتیت می گردند، تب زرد یا Coxsacki، Yollow Fever، Cyto Megalo virus، virus Echo، Spirochetes و ویروس Herpes simplex میباشد.

لوحهء کلینیکی

لوحهء کلینیکی هیپاتیت های ویروسی نهایت مختلف است. از یک انتان بدون اعراض و زردی (معمولاً در تیپ Non A و Non B بعد از نقل الدم) تا یک مرض صاعقوی که در ظرف چند روز بمرگ مریض میانجامد، فرق میکند.

A-اعراض

I- صفحه مخبره:

سرعت شروع اعراض متغیر است، از شکل سریع و ناگهانی تا حالت تدریجی و خاموشانه آن فرق میکند.

۱. لرزه عمومی، دردهای عضلات و اعراض مفصلی.
۲. بی اشتهائی شدید بدون تناسب بدرجه مریضی.
۳. دلبدی و استفراغات زیاد است و ممکن اسهالات و قبضیت هم بمشاهده رسد.
۴. اعراض طرق تنفسی علوی موجود است.
۵. تب معمولاً موجود است ولی ندرتاً بلندتر از ۳۹ درجه سانتیگراد میرود، در بعضی وقایع خاص هیپاتیت A افسردگی و لرزه و یا احساس سرما، حاد شدن مرض را واضح سازد.
۶. درد بطنی معمولاً به شکل خفیف و ثابت در ربع علوی راست و یا ناحیه شریصوفی که اکثراً با جهد و تکان خوردن شدت کسب می نماید، بملاحظه میرسد.

II- صفحه یرقانی:

یرقان کلنیکي بعد از روزهای ۵-۱۰ ظهور نموده، لاکن شاید هم که همزمان با شروع اولین اعراض کلنیکي باشد. بعضی مریضان هیچگاه صفحه یرقان کلنیکي نزدشان انکشاف نکرده و برملا نمیگردند. همراه با شروع یرقان اکثراً اعراض مخبره کسب شدت نموده که تدریجاً با بهبودی کلنیکي تعقیب میشود.

III- Convalescent phase یا صفحه نقاهت:

یک تزايد احساس بهبودی، افزایش اشتها، معدوم شدن یرقان، حساسیت و درد بطنی و خستگی، نزد مریض دیده میشود.

IV- سیر و اختلاطات مرض:

صفحه حاد مرض معمولاً به سرعت در ظرف مدت ۲-۳ هفته خاموش گردیده و اعراض کلنیکي و لابراتواری بصورت مکمل، درنوع هیپاتیت A بمدت ۹ هفته و درنوع B ونوع C در ظرف ۶ هفته اصلاح میگردند. در ۵-۱۵٪ وقایع سیر مرض بسیار طولانی و در کمتر از ۱-۳٪ وقایع، ممکن است سیر صاعقوی را به خود بگیرد.

علائم

- هیپاتو میگالی (ندرتاً برجسته) در بیشتر از نصف وقایع موجود است، که با حساسیت کبدی معمولاً همراه است.
- سپلینو میگالی در ۱۵٪ وقایع راپور داده شده است.
- غدوات لمفاوی نرم و بزرگ مخصوصاً در حذای عنق و بالای (Epitrochlear) ممکن است دیده شوند (علائم توکسیمی عمومی از شکل خفیف الی شدید فرق میکند).
- کیسه صفرا ممکن است قابل جس باشد.
- برجستگی و پری آورده جدار بطن، شاید بملاحظه برسند.

زردی راجع در حاملگی

زردی که در حاملگی های متواتر بروز کند ، از شکل انسدادی همراه با کلستاز داخل کبدی میباشد و یک حالت فامیلی دارد .

(۱) خارش عمومی عرض بر جسته کلینیکی آن بوده و ممکن است که ۲-۳ هفته قبل از ظهور زردی بوجود آید.

(۲) ولادت قبل الميعاد شاید بوقوع پیوندد.

(۳) خونریزی بعد از ولادت از سبب کمبود ویتامین K یک اختلاط احتمالی است ، ولی معمولاً درینحالت وفيات طفلی ومادری موجود نیست .

(۴) سویه ترانس آمیناز نارمل است. مرض بعد از هر حاملگی با نارمل بودن تظاهرات کلاژیوگرافی و اضحاً از بین می رود . دلیل اصلی و دقیق اختلاط بدرستی دانسته نشده ، لاکن فکر می شود که عکس العمل غیر طبعی سیستم کولستاتیک به مقابل محصولات و یاهورمون های سترئویدی حاملگی و نقیصه مخفی انزایمیتک شاید مسئول عارضه باشند . ادرار تیره و مواد غایطه خاسف است. مرض در ۴ ماه اخیر حاملگی معمولاً خراب تر میباشد . زردی و خارش ممکن است عاجلاً در دوره نفاسی قبل از بهبودی و شفا بدتر و شدیدتر گردد .

اتروپی شحمی حاد (Acute Fatty Atrophy)

این عارضه معمولاً در تریمستر اخیر واقع شده و انداز جدی و خطر ناکی برای طفل و مادر دارد.

لوحه کلینیکی

(۱) نزد مریضه شاید استفراغات و هیما تمیز به ملاحظه برسد.

(۲) درد شدید ناحیه شرفوفی شاید موجود باشد.

(۳) خانم خواب آلود بوده ، به طرف کما پیش می رود و در ظرف چند روز بعد از ولادت بمرگ محکوم می گردد.

(۴) سردردی شدید در حدود ۵۰٪ وقایع موجود است .

(۵) زردی و کوما در ظرف دو هفته به شکل ناگهانی وسریع تا سس می نماید.

(۶) ازوتیمیا (Azotaemia) دارد .

(۷) هیپریوریسمیا (Hyperuricaemia) یا تراید یوری خون ، بملاحظه می رسد .

(۸) اسیدوزیز بظهور می رسد .

علت دانسته نشده است ، لاکن تکمش کبدی (Shrinkage) بملاحظه می رسد . ارتشاح شحمی در حجرات کبدی (Infiltrated) به میان آمده و شحم در ساحات قنوات مرکزی (Centri lobular) و بین

حجرات کبدی از سبب نکروز شحمی کتلوی که ممکن است ، وزن آن به ۸۰۰-۸۵۰ گرام برسد (نارمل ۱۲۰۰-۱۵۰۰ گرام) تمرکز می نماید.

سیتوپلازم کبدی منظره کف دار یا لعاب دار را داشته و توسط چربی تعویض شده است . ترانس آمیناز و الکلین فوسفاتاز سیروم خفیفاً بلند اند و بر خلاف هیپاتیت ویرال ، پروترومبین تایم نیز (P.T.T) طولانی است. سوبه بیلی روبین سیروم و E.S.R (سرعت سیدیمانیشن) بلندتر است. حجرات سفید تزاید می یابند ، سوبه البومین سیروم پائین است ، همراه با نکروز نفرون ها ، حجرات توپول های کلیوی توسط شحم تعویض شده و عدم کفایه کلیوی شاید بمیان آید . سوبه یوریای خون و کریاتینین آن بلند می رود. اکثراً پانکراتیت موجود است. ندرتاً امبولی شحمی در شش ها شاید بظهور رسیده و درمبض ها Cyst های هیموراژیک تا سس نمایند .

در واقعات خفیف امکان زنده ماندن ، یا احیا مکمل وظائف کبدی بعد از دوره نفاسی می رود .

فرط فشار خون ناشی از حاملگی و اکلامپسی

در وقایع شدید فرط فشار خون ناشی از حاملگی شاید یرقان انکشاف نماید و در یک تعداد وقایع اکلامپسیا ، شاید حقیقتاً زردی موجود باشد. در این حالت ترانس آمیناز و الکلین فوسفاتاز سیروم معمولاً بلند می روند. لاکن امکان ظهور یرقان کمتر است . اما وقتیکه یرقان تظاهر نماید ، از نوع همولیتیک بوده و معمولاً صفحه نهائی را وانمود می کند . این حادثه مربوط به خونریزی کبدی است.

تشخیص

- ۱- امینوره، تب و باختن اشتها .
- ۲- سابقه انتفاخ گازات ، سوء هاضمه ، هماتیمیز ، بواسیر و درد کوادرنانت علوی راست که بطرف شانه انتشار داشته است ، دریافت میشود .
- ۳- سابقه زردی و خارش در حمل قبلی .
- ۴- سابقه استفاده از دوا ، خصوصاً تابلت های ضد حاملگی .
- ۵- معروض شدن به هیپاتیت ویروسی .
- ۶- تاریخچه نقل الدم و یا تطبیق سیروم موجود است .
- ۷- سابقه عملیات جراحی بالای طرق صفراوی و یا حملات کولیک های صفراوی .
- ۸- تاریخچه زرد رنگ شدن ادرار ، دریافت می گردد .

الکلین فوسفاتاز	ترانس آمیناز سیروم	بیلیروبین سیروم	مرض
خفیف بلند می رود.	بسیار زیاد بلند	تزاید می یابد.	هیپاتیت ویروسی

	می‌رود.		
تزايد می‌یابد.	نارمل و ندرتاً بلند.	تزايد بیلیروبین- کانجوگه شده.	زردی راجعه کلستاتیک.
بصورت متوسط بلند - می‌رود.	بصورت متوسط بلند می‌رود.	تزايد می‌یابد.	کبد شحمی حاد.
خفیفاً بلند می‌رود.	تزايد می‌یابد.	تزايد می‌یابد.	PIH و اکلامپسیا.
تزايد می‌یابد	نارمل.	تزايد بیلویبین کانجوگه شده.	سنگ کیسه صفرا.

بررسی و تحقیق (Investigation)

- ۱- هر دو شکل مزدوج و غیر مزدوج بیلی رویین سیروم بلند می‌رود. یرقان به $2\text{mg}\%$ و Kernicterus به $20\text{ mg}\%$ تظاهر کلینیکی می‌نماید. بیلی رویین غیر مزدوج منحل در شحم می‌تواند به غلاف لیف عصبی (Nerve sheath) نفوذ کرده و سبب Kernicterus گردد.
- ۲- ادرار: یوروبیلینوژن، نمک‌های صفراوی و صباغات صفراوی بلند می‌روند.
- ۳- مواد غایطه: یوروبیلینوژن و سترکوبیلینوژن (Stercobilinogen) بلند می‌رود.
- ۴- سویه‌های آنزیم‌هایی مانند: الکالین فوسفاتاز، S.G.O.T و S.G.P.T تزايد می‌یابد.
- ۵- پروتئین‌های پلازما باید معاینه گردند. البومین تنقیص نموده و تناسب Al/Gl معکوس می‌گردد.
- ۶- فیبرینوژن و پروترومبین به افلاس معروض می‌گردند.
- ۷- زمان خونریزی (T.S) و زمان علقه شدن خون (T.C) تزايد می‌یابند.
- ۸- معاینات سیرولوژیک برای هیپاتیت ویروسی انجام شود.
- ۹- آنتی‌جن آنتی‌بادی استرالیایی (Australian Antigen Antibody) چک گردد.
- ۱۰- اجرای سونوگرافی بعمل آید.
- ۱۱- کولیسیستوگرافی نزد مریضه اجرا گردد.

تداوی

A- عمومی یا (General)

- ۱- در شروع صفحه حاد مرض وقتیکه اعراض شدید اند از مریضه خواسته شود ، که استراحت تام بستر کند . استراحت بستر بعد از سپری شدن صفحه حاد توصیه نمی گردد . هر چند که رجعت به فعالیت های نارمل در صفحه احیا و شفایابی ، به تدریج باید صورت گیرد.
- ۲- اگر دلبدی و استفراغات پرابلم عمده و برجسته بودند و یا اگر تغذی فمی ناکافی باشد ، زرق گلوکوز ۱۰٪ وریدی ، برای مریضه توصیه گردد .
- ۳- اگر مریض علائم مشرف به کوما را نشان می داد ، دادن پروتین مؤقتاً قطع و بعداً بتدریج دوباره شروع و با اساس اصلاح وضعیت کلینیکی وی بلند برده شود .
- ۴- اهتمامات غذائی شامل دادن غذا بمقدار کم و بدفعات ، نظر به تحمل مریضه و با اجتناب از فرط تغذیه میباشد . باید غذای غنی از کاربوهِیدرات (۸۰٪) ، پروتین (۱۵٪) و شحم (۵٪) داده شود .
- ۵- تجرید مریضه خصوصاً در هیپاتیت نوع B با ترمومتر و سرنج جداگانه ، مد نظر باشد .
- ۶- مایع دکستروز ۱۰٪ بمقدار سه الی چهار لیتر میتواند بشکل پرفوزیون داده شود .
- ۷- از دادن هپنوتیک ها و سیداتیف ها ، پرهیز گردد .
- ۸- Vit B complex و Vit C باید داده شود .
- ۹- نیومایسین جهت تعقیم ساختن روده ها بمقدار 0.5-1g/6h بمدت ۵-۷ روز داده شود .
- ۱۰- در صورت موجودیت هیپوپروترومینیمیا ، در واقعات ولادت های پریماچور Vit k تطبیق گردد .
- ۱۱- برای خارش مریضه Cholysteramin لازم است ، داده شود . این یک تغییردهنده آیونی بوده (Ion exchange resin) که با اتحاد همراه نمک های صفراوی در امعاء ، جذب دوباره آنها را مختل می سازد .

B- تداوی بالخاصه

- ۱- بصورت وقایوی گاما Globulin ، در خانم حامله که به تماس مریض آمده باشد ، داده شود .
- ۲- در هیپاتیت B ، دادن هیپرایمونوگلوبولین (Hyperimmunoglobulin) در ظرف ۷ روز بعد از مواجه شدن به انتان تاثیر محافظوی داشته و بعداً در روز ۳۰ تکرار گردد .
- ۳- در وقایع که انتی جن استرالیائی مثبت باشد ، اهتمامات بسیار اختصاصی و جدی ، باید برای جلوگیری از انتشار آن به طفل و همراهان مریض گرفته شود .
- ۴- به طفل متولد شده ایمونوگلوبولین هیپاتیت B و در صورت امکان واکسین مربوط آن داده شود .
- ۵- شیر دادن از سینه توقف داده شود .

C- تداوی ولادی

موجودیت یرقان کدام تداخل با اہتمامات ولادی ندارد ، خطر خونریزی بعد از ولادت از سبب نقیصہ فکٹورہای تحثری خون زیاد است و باید با نگہداشت خون تازہ قا بل دسترس ، از این پرابلم جلو گیری گردد.

ختم حاملگی استطبیب ندارد ، زیرا خطرات مربوط بہ خود را میداشتہ باشد.

اختلاطات

مادر

۱- سقط.

۲- ولادت Post Mature خصوصاً در خانم مصاب سؤ تغذی .

۳- خونریزی بعد از ولادت از اثر نقیصہء ویتامین k ، ممکن است رخ دہد .

طفل

انتقال مرض انجام نمی شود (عارضہ انتقال نمیکنند)، ضرورت بہ تجویز واکسن های محافظوی نہ تنها مربوط بہ موجودیت انتی جن سطحی ہیپاتیت B بودہ (Hepatitis B Surface Antigen) بلکہ همچنین با موجودیت دیگر یافتہ های سیرولوجیک نیز میباشد . شدت انتان ، معافیت و مقاومت طفل نیز در زمینہ رول عمدہ دارد .



عدم توافق (Rh) فکتور (Rhesus isoimmunisation)

تعریف

این یک عدم توافق گروپ خون مادر و طفل بوده که منجر به یکی از سه اختلاط که به شدت مرض ارتباط دارد می گردد .

(۱) انیمی هیمولیتیک .

(۲) یرقان شدید دوره نوزادی .

(۳) هیدروپس فیتالیس و یا مرگ داخل رحمی جنینی .

این عارضه بنام های Erythroblastosis fetalis و یا Disease of newborn Haemolytic مرض هیمولیتیک نوزادی هم یاد شده است.

وقوعات

در 1/100 واقعه حاملگی ها دیده میشود.

Iso immunisation

این یک پدیده ایست که در آن انتی بادی معافیتی در یک فرد یا شخص بصورت عکس العملی از اثر زرق انتی جن از شخص دیگر از عین نوع یا جنس تولید می گردد . ممکن است از چهار طریق Iso immunisation بوجود آید.

۱- بانقل الدم خون ناموافق عکس العمل گروپ ABO بسیار فوری است ، لاکن در وقایع RH فکتور معافیت کسبی فعال حاصل میشود.

۲- بازرق عضلی خون ناموافق .

۳- حملیکه مادر Rh منفی، طفل Rh مثبت را بار دار است .

حجرات Rh+ که از طفل بمادر می گذرند ، مانند یک انتی جن عمل نموده و منجر به تشکل انتی بادی می گردند ، که این انتی بادی داخل عضویت جنین شده باعث همولیز کریوات سرخ آن می گردد .

۴- این هم نشان داده شده است که ترا نسفوزیون مادری جنینی شاید بوقوع پیوندد ، بواسطه اینکه انتی بادی Anti-D در بیشتر از ۲۰٪ اطفال Rh منفی ایکه از مادران Rh+ ولادت شده اند ، تحریر گردیده است .

ایزوایمونایزیشن Rh کمتر امکان دارد نظر به ABO-incompatibility موجود در بین حجرات خون طفل و مادر که میتواند منجر به تخریب آنی خون گردد.

Weiner و Landsteiner در سال 1940 ثابت کردند، که حجرات سرخ خون ۸۵٪ انسان ها حاوی یک ماده که آنها آنرا بنام Rhesus Factor یا فکتور (Rh) نامیده اند، میباشد. زیرا مشابه این انتی جن در خون شادی نوع Rhesus یافت می شود. انهاییکه این انتی جن را در خون خود انتقال می دهند، Rh مثبت و متباقی را Rh منفی گفتند. نقل الدم خون Rh+ برای مادر Rh منفی سبب میشود که گیرنده خون باعث تنبیه تولید اگلوتنین در سیروم خون خود بنام انتی Rh انتی بادی گردد و اگر مرتبه دوم خون Rh مثبت برای فرد حساس شده داده شود هیمولیز حجرات سرخ خون انتقال شده بمیان می آید. عکس العمل مقابل این نوع نقل الدم شدید بوده و شاید منجر به مرگ گردد. ۱۵٪ جنین های Rh مثبت، اگر اهماتات و قایوی نزدشان در نظر گرفته نشده باشد، معافیت حاصل نموده که این را به نام Frequency of Immunization می نامند.

اگر بصورت و قایوی مقابل فکتور Rhesus در مرحله قبل از ولادت (در هفته ۲۸ حاملگی) و بعد از ولادت اهماتات لازمه گرفته شود، تنها ۰.۱٪ خانم ها Immunized یا حساس می گردند. اما اگر این عمل صرف به تعقیب ولادت انجام شود ۱.۵٪ خانم ها حساس میشوند و انتی بادی هائیکه از قبل موجود اند، از بین نمی روند.

انتی جن Rhesus

۶ نوع انتی جن C.D.E, c.d.e مربوط به سیستم Rhesus دریافت گردیده است. بعضی از اینها بسیار نادر اند مؤلف فیشر (Fesher) فرض کرده که یکی از این شش انتی جن توسط یک ژن واحد (Singl gen) حمل گردیده و این جن ها در گروپ سه گانه به کروموزم واحد انتقال می یابند. از آنجائیکه کروموزوم ها جوهره ئی اند لذا هر جوهره کروموزوم ۶ جن وابسته به هم را درسه جوهره انتقال خواهند کرد.

جن های بنام های C.D.E و c.d.e تنظیم شده و هر کروموزوم ناقل C یا c، D یا d و E یا e می باشد.

این گروپ یا دسته بصورت ارثی یک جین واحد نزد هر والد میباشد. D جن متباز بوده و قتیکه در یک یا هر دو لینگ کروموزوم (دو لنگ) جوهره ئی دریافت گردد، فرد را Rh مثبت و موجودیت d فرد را Rh منفی میسازد. اگر D در یک و یا هر دو لنگ کروموزوم جوهره ئی شخص دریافت گردد Rh+ است و اگر به هیچکدام نباشد، شخص Rh منفی میباشد.

Geno-typings

این معاینه جهت دریافت اینکه آیا شوهر دارای جن هوموزایگوس (DD) و یا جن هیتروزایگوس (Dd) است اجرا میشود. پدر هوموزایگوس Rh+، انتقال جن D را در تمام نسل های بعدی دارد. در حالیکه در پدر هیتروزایگوس Rh+ چانس مساوی که طفل Rh+ و یا Rh منفی از مادر Rh منفی بوجود آید، موجود است.

ترانسفوزیون جنینی مادری

مقدار بسیار کمی از حجرات سرخ خون جنینی در جریان حاملگی، سقط و یا جریان ولادت پلاستنا، بمادر عبور می کنند. این مسئله بعد از ماه پنجم بیشتر عمومیت دارد. این کار در خونریزی های قبل از ولادت، تهدید سقط، برداشتن پلاستنا با مداخله دست، سزارین سکشن بعد از ختم حاملگی و اگر پلاستنا در جریان عملیهء امنیوسنتز وخته گردد، نیز صورت گرفته می تواند.

تشخیص

- ۱-گروپ خون و فکتور Rh در تمام خانم ها، بخصوص اول باری ها باید تعیین گردد.
- ۲-تعیین گروپ خون شوهر، اگر خانم Rh منفی باشد انجام شود.
- ۳-اگر شوهر گروپ خون مثبت دارد، از نظر جینوتیپ معاینه انجام شود که آیا هوموزایگوس است و یا هیتروزایگوس می باشد.
- ۴-تاریخچهء سابقهء مریضه:
- a-از انتقال خون غیر مؤافق پیرسان گردد.
- b-نتیجهء ولادت قبلی یادداشت شود.
- c- RH فکتور طفل قبلی انجام شود.
- d-شدت هیمولیز اندازه گیری گردد.
- e-سن طفل مرده داخل رحمی پیرسان گردد.
- ۵-تترانتی بادی مادر در هفته های ۲۸، ۳۲ و ۳۶ اجرا گردد.
- ۶-امنیوسنتز، سپکتروفوتومتري، انالیز و تعیین اندازه بیلی روبین در مایع آمنیوتیک اجرا گردد.

تحری انتی بادی ها

انتی بادی ها در سیروم شخص iso Immunized شده به تترهای مختلف دریافت شده میتوانند و Anti-D Antibody بدو شکل است.

- ۱-Salin Antibodies: این ها بخوبی حجرات منحل در محلول نمکی (Salin) را اگلوتینید کرده میتوانند. این حجرات از مانعهء پلاستنا عبور کرده نتوانسته، لذا کمترین انذار خراب را دارند، اینها هم

چنین بنام انتی بادی های IgM یاد می گردند . این انتی بادی ها جسامت بزرگ داشته و بصورت مقدم تظاهر می کنند .

۲-Albumin Antibodies: این ها به خوبی حشرات D را اگر در ۲۰٪ البومین منحل باشند ، اگلوتینید می نمایند. این ها انتی بادی های نامکمل اند. موجودیت انتی بادیهای البومین به حالات پیشرفته مرض دلالت می کند. این انتی بادی ها مانع پلاستا را عبور کرده و موجودیت آنها نشاندهنده انداز خراب تر نسبت به Salin Antibodies میباشد . هم چنین به انها انتی بادی های IgG گفته شده و معمولاً بعد از ماه چهارم حاملگی ظهور می کنند .

Kleihauer Test

حجرات سرخ جنینی حاوی هیموگلوبینی که بسیار مقاومتر نسبت به کاهلان در مواجه شدن به اسیدهای خنثی ناشده (Denaturation with acid) میباشد ، هستند .

اگر یک سلاید از خون مادری که با الکل تثبیت شده همراه با اسید معامله گردد، تعداد حجرات سرخ خون جنینی را که در خون دورانی مادر داخل گردیده اند ، بخوبی میتوان مشخص و حساب نمود .

امنیو سنتیز

هرگاه سویه انتی بادی ها به تناسب ۱/۸ بلند بروند ، یا تاریخچه جنین شدیداً مصاب شده ، یا طفل مرده و یا طفلیکه exchange transfusion نزدش انجام شده است موجود باشد ، امنیو ستر لازم است اجرا گردد . در امنیو ستر بخوبی سویه بیلی روین و مواد بیلروبینوید در مایع تعیین شده میتواند . سویه بیلرو بین مایع ، انعکاس دهنده درجه مرض هیمولتیک و هم چنین درجه انیمی جنین میباشد . تراید سویه همولیز حجرات سرخ جنین ، منجر به تشکل مقدار زیاد بیلی روین می گردد . بیلی روین دورانی جنین به شکل متحد همراه البومین می باشد. مراحل سیر و سر نوشت آن قرار ذیل است:

- I- مقدار زیاد آن از طریق پلاستا به داخل سیستم دورانی مادر افراز می گردد .
- II- مقدار کمی از بیلی روین بطرف مزدوج شدن رفته که در کبد جنین همراه گلو کورونیک یکجا می گردد. این بیلی روین کانجوکه شده منحل در آب است که توسط کلیه ها در داخل مایع امینوتیک طرح می گردد .

- III- مقدار کمی از بیلی روین توسط غشای مخاطی طرق بولی طرح میشود . سویه مقداری بیلی روین در مایع امینوتیک میتواند با سپکتروفوتومتري اندازه گیری شود.

پروسیجر یا طرز العمل

امنیو سنتیز میتواند بصورت مقدم در هفته های ۲۲-۲۴ حاملگی اجرا گردد . جلد ناحیه فوق العانی آماده گردد (Prep). موقعیت پلاستا توسط سونوگرافی تعیین گردیده و ترجیحاً تمام پروسیجر کاری باید با اولتراسوند مونیورینگ ، تعقیب گردد . جلد با انفلتراسیون لیگنوکائین ۱٪ بیحس گردیده بمقدار 20cc

مایع امینوتیک گرفته شده و رنگ آن تفتیش گردد. مایع باید در داخل یک بوتل شیشه ای تاریک برای محافظت از شعاع قوی جمع گردد. نمونه به 4000RPM سنتریفوژ گردیده و به طور فوق العاده جهت معاینه یا Scanning اسپکتروفتومتریک گرفته شود.

بیلی روبین یکجا شده با البومین باعث جذب اعظمی در ۴۵۰ ملی مایکرون گردیده، درجه تغییر در تکدر ظاهری سوئه محتویات بیلی روبین را نشان میدهد.

وقتی که بیلی روبین در مایع موجود باشد، منحنی جذب، یک انحنا نشان میدهد. ارتفاع انحنا در 450 ملی مایکرون بنام Density Optical یا Pigment Peak یاد می گردد.

اگر طفل مصاب به آفت نشده باشد با پیشرفت حاملگی این Optical Density تمایل به پائین ماندن دارد.

مؤلف Liley در نیوزرلند در ابتدا هفته های حاملگی را به مقابل تکدر ظاهری (OD) مایع امینوتیک طراحی نموده و در نتیجه سه زون را توضیح داده است.

Zone I یا پائین ترین ناحیه Zone II یا ناحیه متوسط و Zone III یا ناحیه بلند.

High zone - ۱: سوئه Peak به زون بلند است. این اطفال شدیداً مصاب آفت بوده و شاید در ظرف چند روز محدود در داخل رحم تلف گردند. اگر حمل به ۳۵ هفته رسیده باشد ولادت باید تحریک گردد. در وقایعی که سن حاملگی از ۳۵ هفته کمتر باشد، Exchange Intra Utetin Transfusion را ایجاب می کند، انذار مطلوب صرف ۲۰٪ است.

۲- Middla Zone: این بنوبه خود بد و قسمت (Upper II.Zone) بالائی و پایانی (Lower II zone) تقسیم شده است. اگر سوئه یا Peak در Zone متوسط باشد، امینوسنتز ۲-۳ هفته بعد تر بمقصد تعیین دوباره مقدار بیلی روبین اجرا گردد. اگر تمایل به طرف بالا بوده و به Upper zone رفته بود با ساس سن حاملگی، ولادت و یا ترانسفوزیون داخل رحمی سازماندهی گردد و اگر گرایش به طرف (Lower Zone) یا پائین بود نشاند هنده مائوفیت خفیف یا متوسط طفل است. دوباره مقدار بیشتر مایع در هفته ۳۴ گرفته شود. اگر قله را در زون متوسط نشان داد ولادت به هفته های ۳۵-۳۸ سازماندهی گردد. انذار مطلوب ۸۰٪ است.

۳- Lower Zone: وقتی که قله Optical Density در زون پائین قرار داشته باشد، بذل در هر ۲-۳ هفته یکبار تکرار می گردد. این نشان دهنده آنست که طفل غیر مصاب بافت بوده و یا هیمولیز نزد آن خفیف است. حمل تا به حد نرم ادامه یابد و انذار ۹۵٪ خوب است.

اختلاطات

۱- ترانسفوزیون طفلی مادری: Rhesus Anti-D گاماگلوبین ۵۰-۱۰۰ میلی گرام داده شود.

۲- انفصال پلاستنا .

۳- ولادت قبل از وقت .

۴- انتانات .

ارزیابی طفل در هنگام ولادت

۱- Direct Coomb's Test بمقدار ۰.۵ ملی لیتر از خون حبل سروی طفل همراه Rh انتی بادی سطحی حجروی با سیروم Rabbit Anti Human globulin مخلوط گردد. اگر حجرات انتی بادی داشته باشند آگلوتینا شن صورت می گیرد .

۲- سلاید خون محیطی ، حجرات سرخ خام هسته دار را نشان میدهد .

۳- گروپ خون و فکتور Rh طفل اجرا گردد .

۴- تعیین واندازه گیری بیلی روبین اگر یرقان در وقت ولادت موجود باشد ، انجام شود .

تداوی

مقدار Anti-D Gama globulin 200-300mg به شکل زرقی عضلی و یا وریدی فوراً بعد از جداشدن پلاستنا و یا سقط، بعد از اجرای تست حساسیت زرق گردد. زرق وریدی دیرتر از 84h وزرق عضلی دیرتر از 72h نباید داده شود.

تحریک ولادت پریماچور

از انجائیکه ماندن بیشتر طفل در رحم خطرات را زیاده تر بلند میبرد ، لذا ولادت باید قبل از ترم تحریک گردد. وقت تحریک مربوط است به اندازه و نتیجه قضاوت باساز تاریخیچه ولادی طفل قبلی نزد مریض.

Exchange transfusion

• استطبابات

۱- سابقه Kernicterus یا اربتروپلاستوز قبلی .

۲- هموگلوبین حبل سروی کمتر از ۱۲ گرام فیصد باشد .

۳- بیلی روبین در خون حبل سروی بلند تر از 5mg% باشد .

۴- سویه بیلی روبین خون بیشتر از 15mg% باشد .

۵- در وقایع پریماچوریتی که تست Coomb's مثبت دارند ، بدون در نظر داشت سویه هموگلوبین؛ زیرا قابلیت تزاید بطرف Kernikterus دارد .

۶- در تمام وقایعیکه سابقه مصابیت شدید طفل موجود بوده و تست Coomb's مثبت باشد .

۷- ریتیکولوسیت ها بیشتر از ۲۰% باشند.

(Requirement of Exchange Transfusion)

نقل الدم Rh منفی ترجیحاً عین گروپ های خون ABO بمنظور اجتناب از امکان موجودیت اگلوتنین Anti-A ، Anti-B در نزد طفل انجام شود. خون پیشاپیش گرفته شده و با سیروم مادر Cross match گردد . مدت زمان خون ذخیره برای نقل الدم نباید از ۵ روز تجاوز کند یا کهنه تر باشد. مقدار خون لازمه 80ml فی پوند وزن وجود طفل میباشد. جهت انجام عملیه در حدود 2 point خون باید بدسترس باشد .

وسائل مورد ضرورت

- ۱- دو عدد سرینگ 20ml .
- ۲- کانول سه راهه که به سیستم وصل می گردد .
- ۳- کتر نمبر ۶ سروی .
- ۴- هیپارین منحل در سیروم فیزیولوژیک که یک ملی لیتر آن به 100ml محلول نمکی انداخته میشود .

۵- Saline Manometre .

تکنیک

قبل از انکه خون داخل گردد ، بمقدار 30-۴۰ ملی لیتر خون بیرون کشیده میشود. طفل در یک کمپل برقی در حالیکه بصورت مکمل شرائط اسپسی در نظر گرفته شود ، گذاشته می شود . Sucker یا پیستون باید بدسترس باشد . حبل سروی با فاصله 1cm از جلد بطن قطع گردد . خونریزی منتشر دلالت به فرط فشار وریدی حبل سروی می نماید . زیرشرائین آن ندرتاً خون دهنده اند . کتر سروی در حدود 7cm داخل ورید گردیده و به مانومتر Saline وصل گردد . فشار نارمل وریدی ۲-۴ سانتی متر سالین میباشد . تمام سامان و وسائل همراه Saline هیپارینایز شده شسته شوند . در ظرف ۲.۵ دقیقه بمقدار 20 ml خون طفل کشیده و بهمین مقدار (20ml) خون دونور به آن داده شود . نبض، تنفس و حرکات طفل محتاطانه و دقیق کنترل گردند .

خون تازه از سبب سویه پتاسیم بلند آن در سیروم ترجیحا استفاده گردد . خون دونور بعلت اینکه در محلول دکستروز Acid citrate محافظه می شود ، دارای PH پائین ۶.۵ بوده لذا خطر اسیدوزیز میرود . بناءً بمقدار 1m equ سودیم بیکار بونات 1 ml کلسیم گلوکونات در هر 100ml خونیکه ترانسفوزیون می گردد به طفل داده شود . باین ترتیب ۸۰-۹۰٪ خون تعویض می گردد .

تعداد کمی از واقعات شاید ضرورت به (Exchange Transfusion) دوباره گردد . سویه بیلی روبین سیروم همه روزه برای چندین روز تعیین گردد . اگر سویه آن از 20mg% بلند تر برود ضرورت به Exchange transfusion احساس می گردد .



انتقال داخل رحمی خون (Intrauterin transfusion)

اگر جنین قبل از هفته ۳۴ حاملگی شدید مصاب آفت شده باشد، ولادت ممکن است با مرگ جنین در هنگام ولادت و یا مرگ داخل رحمی آن همراه باشد. درین وقایع ضرورت به Intrauterin transfusion احساس می شود. این عملیه در جوف پریتون طفل انجام میشود. معاینه و مشاهده سویه انتی بادی در مراحل مختلف حاملگی و اندازه نمودن سویه بیلی روبین در مایع آمنیوتیک بسیار بخوبی شدت مرض را وانمود کرده میتواند

یک سوزن طولانی تحت Screen اولتراسوند از جوف بطن مادر عبور داده میشود. خون تازه Rh منفی با حجرات قسماً خالص با هستگی داده میشود. اکثراً تکرار ترانسفوزن ضرورت می شود. خطر انتانات وخیم، عدم کفایه قلب جنین و ولادت های پریماچور موجود است.

انذار

چانس ازدواج بین خانم های Rh مثبت ۱۰٪ است. باترانسفوزیون غلط که خون Rh+ به خانم Rh منفی تطبیق شده باشد در حدود ۵۰٪ خانم ها حساس می گردند. طفل اول در صورتیکه سابقه ترانسفوزیون یا سقط، مطرح نباشد خیلی ها بمشکل شاید ماثوف گردد، یا بعبارہ دیگر چانس ماثوفیت خیلی کم دارد. نزد طفل دوم در حدود ۱-۵٪ وقایع در حمل بعدی چانس مصابیت به آفت موجود است. نتیجه خراب است مگر اینکه شوهر هیتروزیگوس باشد.

امراض هیمولیتیک مربوط بدیگر فکتورها غیر از D

Haemolytic disease due to Factors other than D

Iso immunisation نزد مادرانیکه گروپ خون O دارند بمقابل گروپ A یا B طفلیکه از پدر بارث برده است، نیز معمول است. این نوع مرض هیمولیتیک در حمل اول بیشتر بملاحظه میرسد و این مسئله ارتباطی به ترانسفوزن خون بین طفل و مادر ندارد.

Kernicterus

درینجا معیوبیت از اثر تاثیرات بیلی روبین بالای عقدات قاعدوی (Basal ganglia) دماغ بوده که علائم آن به شکل تخرشات دماغی Retraction سر (بسط رأس) انقباض و شخی عضلات بدن مشهود است و این تظاهرات نشان دهنده شکل شدید Icterus gravis neonaturum میباشد.

وقایه Rhesus Isoummunization

۱- به تمام خانم های Rh منفی حساس ناشده باید بمقدار ۱۰۰/μ از Rhesus (RhoGam) Anti D γ globulin در هفته ۲۸ حاملگی زرق گردد. اگر شوهرش Rh منفی باشد ضرورت به این زرق نیست.

- ۲- تمام خانم های Rh منفی ای که طفل Rh مثبت ولادت می کنند در ظرف ۷۲ ساعت باید Anti-D imminoglobulin (RhoGam) زرق گردند.
- ۳- بعد از سقط و امینوسنتیز بمقدار $50-100\mu\text{g}$ Anti-D زرق گردد .
- ۴- در خونریزی کتلوی قبل الولاده بمقدار $1000\mu\text{g}$ Anti-D زرق شود .
- ۵- طفل های دختر Rh منفی طور وقایوی برای جلوگیری از حساس شدن ، بصورت مقدم (پریماچور) مقابل Rh ، باید Anti-D زرق گردند .

نقل الدم وتشوشات تحثری خون

Blood Transfusion & Coagulation disorders

اهمیت انتقال خون در طبابت ولادی و بسته باین حقیقت است که شاید عکس العمل هیمولیتیک نزد مادر و همچنین طفل از سبب تغییرات سیستم دورانی در جریان حاملگی، بوجود آید. اولین انتقال خون در مریض ولادی در ۱۸۲۰ توسط Blundell نزد یک مریض مصاب به خونریزی بعد از ولادت (P.P.H)، انجام گردید. نقل الدم سبب اعاده و ثبات حجم دورانی، تامین ظرفیت انتقال اکسیجن خون، تعویض فیبرینوژن خون، پروتئین های پلازما و صفيحات دمويه می گردد.

استطبابات

۱-سقط ها.

۲-پلاستتا پریویا.

۳-خونریزی های شدید انفصال پلاستتا.

۴-حمل های خارج رحمی.

۵-خونریزی شدید بعد از ولادت.

۶-انیمیا.

۷-تمزق رحم.

۸-انقلاب حاد رحم (چپه شدن رحم).

۹-تشوشات تحثری خون.

۱۰-هیپوفیرینوژنیمیا.

۱۱-ولادت ترضيضی.

اگر فشار خون سقوط کند، تهیه O_2 برای انساج حیاتی معروض به خطر گردیده و این بسیار مهم است که با اجرای ترانسفوزیون، مرکبات پلازما و دیگر مایعات که منبع اروائی اورگانهای حیاتی اند، اعاده می گردد. وفيات مادران از اثر هیموراژی، اگر وسایل Mobile Obstetric unit و یا Obstetric flying squad موجود باشد، تنقیص می یابد. جهت حفظ و دوام منبع اروائی و اوکسیجن لازمه برای اورگانهای حیاتی مقدار کافی حجم خون باید در دوران، موجود باشد.

مقدار خون نقل الدم

حجم خون دورانی با زرق RBC هائیکه با مواد رادیواکتیو فسفورس P^{32} یا Chromium Cr^{51} و حجم پلازمای خون با زرق رنگی بنام Evan's blue یا رادیواکتیو I^{132} در جریان دوران دموی اندازه و تعیین شده میتواند، اگر هیماتوکریت آورده معلوم باشد (قبلاً مشخص شده باشد) حجم پلازما و حجات سرخ میتواند اندازه گیری گردد. بصورت متوسط خانم غیر حامله یک که وزن 55kg دارد (120 پوند)، دارای حجم خون عمومی 4000ml و هیماتوکریت آورده 41% میباشد. در خانم های حامله در هفته های ۳۳-۳۸ در حجم دورانی خون ۲۵% افزایش بعمل آمده، ولی چون اساساً و عمدتاً این افزایش مربوط به حجم پلازما نیست، لذا سوبه هیموگلوبین خون سقوط می کند. در مراحل اخیر حاملگی حجم مجموعی خون به 5000ml می رسد. یک خانم حامله توانائی ضیاع 1000ml خون را که با تقبض او عیه محیطی جبران می گردد، میتواند داشته باشد. ضیاع خون در حدود 50% اگر عاجلاً تداوی نگردد، کشنده است. سرعت خونریزی نیز مهم است و ضیاع خون آنی خطرناک تر از شکل مزمن و تدریجی آن می باشد.

لوحه کلینیکی خونریزی

لوحه کلینیکی خونریزی مربوط به مقدار، سرعت ضیاع خون، وضعیت مریض قبل از خونریزی و اختلالات ناشی از ضیاع خون میباشد.

- ۱- مریضه Collapse نموده، نا آرام، سرد و مرطوب است.
- ۲- فشار خون سقوطی است.
- ۳- نبض ضعیف، خیطی و سریع است.
- ۴- مریض احساس کمبود هوا میکند و یا عسرت تنفس شدید دارد.
- ۵- تنقیص حجم خون سبب پائین آمدن فشار وریدی گردیده، دهانه قلبی پائین و فشار ورید مرکزی کم است.

عوارض جانبی نقل الدم

- ۱- عکس العمل هیمولیتیک: این مسئله معمولاً در جریان نقل الدم رخ میدهد. از نظر کلینیکی باتب، لرزه، احساس گر گرفتگی (داغی)، دلبدی، استفراغ، نفس کوتاهی و درد در ساحه flank (گرده ها) عکس العمل نشان میدهد.
- ۲- Over load یا اضافه باری سیستم دورانی: از نظر کلینیکی با اصغاء صدر و یا تعیین فشار ورید مرکزی میتوان به آن پی برد. اگر فشار ورید مرکزی بیشتر از 12cm آب باشد، Overhydration (زیادی آب) موجود است. برای مریضه فوراسیمید باید داده شده، رأس و صدر مریضه بلند تر گردد.

۳- Febril Illness .

۴- حساسیت یا الرجی .

۵- سپتیسیمیا یا میکروبی شدن خون .

۶- یرقان هیمولیتیک ممکن است ، در خونی که کهنه باشد ، بملاحظه برسد . دوره زندگی در حشرات سرخ خون ذخیره شده پائین میآید. از این جهت تزاید هیموگلوبین آزاد از سبب هیمولیز و بعداً بیلی روبینیمیا بمیان خواهد آمد .

۷- ترومبوفیلیت .

۸- امبولی هوایی در حیوانات تجربوی بمقدار ۷.۵ میلی لیتر هوا فی کیلوگرام وزن بدن کشنده بوده ، ولی یک شخص کاهل نارمل تا حدود 200ml را تحمل کرده میتواند .

۹- Rh.iso immunization .

۱۰- تسمم سترات .

عوض خون در وقایع عاجل از مایعاتی مانند پلازما ، Dextran 70 ، پروتین پلاسمائی پاستوریزه و سیروم فیزیولوژی استفاده کرده میتوانیم .

خطرات

۱- انتقال خون بعضاً سبب عکس العمل کشنده می گردد .

۲- Iso immunization .

۳- هیپاتیت ویروسی .

۴- انتقال اتانات مثلاً ملاریا و غیره .

۵- زردی .

۶- AIDS .

تخنیک نقل الدم

نزد تمام خانم های حامله باید گرپ خون ABO و فکتور RH آنها در مراحل مقدم حاملگی تعیین گردد. درواقعات بی نهایت عاجل گرپ Rh.ABO موافق بدون Cross matching باید تطبیق گردد. اگر گرپ خون مشخص نباشد ، گرپ خون O منفی باید داده شود. خانم هایی که سابقه نقل الدم داشته اند و یا اطفال احتمالاً مصاب به مرض هیمولیتیک تولد کرده اند ، نقل الدم برای شان از سبب اینکه شاید انتی بادی در خون انها موجوده بوده و با انتی جن خون منتقله تعامل نماید ، خطر ناک میباشد . اهماتامات اضافی در Cross Matching این مریضان به منظور دریافت انتی بادی هائیکه احتمالاً عکس العمل کشنده را ایجاد خواهند کرد ، در نظر گرفته شود . خون مریض جهت اجرای Cross Matching

قبل از دادن دکستران گرفته شود ، زیرا تطبیق دکستران سبب تشکل Rouleux گردیده ، که با مداخله خود ، نتیجه Crass Mathing را تغییر می دهد .

انتخاب مایعات در نقل الدم

خون: خون مکمل، بهترین است و خون تازه و مؤافق به گروپ دلخواه ترین و مطلوبترین می باشد .
بیشترین ارجحیت آن از دیگر مایعات اینست که مدت دوامدارتر در داخل دوران باقی مانده و ظرفیت انتقال O2 خون را ، بلند می برد. در خون ذخیره شده فیصدی حجات هیمولیز شده ، معادل به سن شان در روز های هیمولیز میباشد .

پلاسما: خطر زردی در سیروم هومولوگوس ۱/۲۰۰ و خطر هیپاتیت ویروسی ۱٪ نظر به پلازما ی ذخیره شده می باشد.

دکستران: یک زنجیر طولانی مالیکول پولی سکراید بوده وزن مالیکولی آن ۱۲۰۰۰۰ است و در حدود ۱/۳ آن در ظرف ۲۴ ساعت اول از خون دورانی خارج شده، و متباقی آن تا یک هفته از دوران خون طرح می گردد.

pheamacrodex: وزن مالیکولی آن ۴۰۰۰۰ است ، بشکل محلول ۱۰٪ داده شده و تقریباً نیم آن در ظرف سه ساعت از طریق ادرار طرح می گردد.

Drawbacks: سبب تشکل عکس العمل های الرژیک و طولانی شدن Bleeding Time می گردد. خطر سندروم Defibrination تراید می یابد .

تشنجات تحثری خون

خونریزی ممکن است زندگی خانم حامله را از سبب عدم کفایه تحثری خون ، ترومبوز داخل وعائی موضعی یا منتشر به مخاطره بیاندازد. تخریبات اندوتیلیل اوعیه ممکن منجر به تجمع صفيحات دمويه و فیبرین گردد ، که زمینه ساز تشکل علقه شده و از خونریزی بیشتر جلوگیری می کند . هنگامیکه فبرین ذخیره شده باین هدف توسط فیبرینولایز ازبین می رود . عدم کفایه سیستم فیبرینولیتیک بخوبی منجر به تشکل علقات بیشتر داخل وعائی گردیده ، در صورتیکه عدم کفایه تحثری خون ، منجر به طولانی شدن خونریزی میگردد . اگر هر دوسیستم به عدم کفایه معروض گردند ، خونریزی با وجود ترانسفوزیون هم ادامه خواهد یافت .

تحثر خون

تحثر اساساً با تشکل فیبرین ، که توسط فعال شدن فیبرینوجن تولید میگردد ، عملی میشود . این فعالیت با اتحاد عمل کلسیم و ترومبین که بعداً از اثر فعالیت و عمل ترومبوپلاستین بالای پروترومبین بمیان میاید ، سازماندهی میگردد . وقتیکه اوعیه توسط علقه بسته شدند باید کتله علقه شده منحل گردد .

فیبرینولیز، یک تیره فیزیولوژیک نارمل بوده، که توسط فکتورهای موجود در کتله علقوی و انساج تخریب شده، تحریک می‌گردد. کواگولیشن موضعی و محدود همیشه با عمل فیبرینولیز تعقیب می‌شود. دو پروسه مجزا و اساسی جهت باز نگه داشتن بستر وعائی فعالیت می‌کنند. عملیه کواگولیشن رخنه‌های ایجاد شده را با فیرین بسته مینماید، که این تیره با فیبرینولیز رفع می‌گردد.

تخریبات موجود در اوعیه کوچک و اوعیه شعریه زمینه آزاد شدن هیستامین و 5-hydroxy tryptamine (serotonin) را مساعد می‌سازد که اینها سبب تقبض شدید اوعیه شعری و ارتریول‌ها گردیده و منجر به توقف خونریزی می‌گردند. عملکرد قوی میومتريوم رحم، سبب تقبض سینوس‌های بزرگ بوسیله تقاطع الیاف عضلی می‌گردد. در وقایعه عدم کفایه تحثری مطرح باشد. هیموراژی باسانی با خون و یا فیبرینوجن تداوی شده می‌تواند. بعبار دیگر اگر کواگولیشن منتشر داخل وعائی واقع شد نه تنها کمبود فیبرینوجن، هیموراژی را دامن می‌زند، بلکه در آنجا سندروم مشابه به شاک (shock like) از اثر بندش یا بلوکاژ دوران ریوی توسط ترومبوزهای کوچک و متعدد نیز دخیل می‌باشد. در این نوع انسداد دوران ریوی تخریب فعال علقات کوچک بسیار اساسی اند.

فیبرینولایزین

پلازمینوجن موجوده پلازمای خون فعال گردیده، به پلازمین تبدیل می‌گردد. که این به خوبی فیرین رابه محصولات خوردتر آن، تجزیه می‌کند. این تبدیل شدن پلازمینوجن به پلازمین توسط بیلانس فعال کننده‌ها و نهی کننده‌های خون دورانی کنترل می‌گردد. در وقت تشکل علقه، پلازمینوجن به فیرین التصاق مینماید. رحم یک منبع غنی از فعال کننده‌های پلازمینوجن است. پلازمین می‌تواند انواع پروتئین‌ها، به شمول فیبرینوجن را بلع و هضم کند. لاکن پلازمین که داخل دوران گردیده توسط انتی پلازمین نهی می‌گردد. Epsilon amino caproic acid (EACA) و Strasyolol از انواع نهی کننده‌های فیبرینولیز بوده و سترپتوکیناز فعال کننده آن می‌باشد.

• آنتی کواگولانت‌های زرقی

Heparin: هیپارین با نهی عمل ترومبین بالای فیبرینوجن مانع تشکل علقه می‌شود. مقدار آن ۱۰۰۰۰ واحد بین المللی در هر ۶ ساعت می‌باشد. انتی دوت (تاثیر ضد دارد) هیپارین بنام protamin sulfat بوده، که هر 15mg آن هزاریونت هیپارین را خنثی می‌کند. فعالیت انتی گوالولانت‌های فمی بعد از ۲۴-۳۶ ساعت شروع می‌شود. مقدار تجویزی آنها باساز پروترومبین تایم (P.T.T) که در حدود سه مرتبه نظر به حالت نارمل بلند می‌رود، عیار می‌گردد.

• انتی گوالانت های فمی

Dindivan:

مقدار روزانه آن 200-300 mg میباشد و دوز تعقیبی آن 25-200 mg فی روز است .

warfarin sodium :

دوز روزانه آن 30-50 mg و دوز تعقیبی 5-10 mg/day میباشد .

تغییرات سیستم تحثری خون در حمل نارمل

فیبرینوژن پلازمائی 300-500 mg تراید می نماید و در فعال کننده های پلازمینوژن خون تنقیص بعمل میاید. در ظرف ده روز بعد از ولادت در دوره نفاسی در حدود ۳۰٪ در تعداد صفیحات دمویه بمقایسه مقدار نارمل آن ، تراید رخ میدهد. نتیجه این تغییرات این است که فعالیت تحثری با تشکل علقه بلند رفته و بر خلاف فعالیت تخریباتی آن پائین می آید. این یک میکانزم محافظوی برای جلوگیری از خونریزی بعد از جدا شدن پلاستا می باشد. لاکن خطر اینجا است که چانس ترومبور داخل وعائی در جریان حاملگی ، تراید می یابد و سبب افزایش وقوعات ترومبوز اورده عمیقه در اطراف سفلی میگردد. پلاستا حاوی مقدار زیاد ترومبوپلاستین است ، که ممکن در هنگام انفصال قبل از وقت پلاستا داخل سیستم دورانی گردند .

فکتور های تحثری خون

۱. فیبرینوژن .
۲. پروترومبین .
۳. رومبوپلاستین .
۴. کلسیم .
۵. فکتورهای متغیر حرارت (proaxelerin) .
۶. هیچکدام .
۷. فکتورهای ثابت حرارت (proconvertin) .
۸. فکتور ضد هیمو فیلیا .
۹. فکتور Christmas .
۱۰. فکتور های stuart prower .
۱۱. پیشقدم های ترومبوپلاستین پلازما (plasma thrombo plastin Antecedent) .
۱۲. فکتور Hageman .
۱۳. فکتور های تثبیت کننده فیبرین (fibrin stabilizing factor) .

عوامل تشوشتات تحری خون در حاملگی و ولادت

۱- انفصال پلاستتا

از اثر انفصال پلاستتا و تخریبات دیسیدوا ئی پلاستتایی ترومبوپلاستین در دوران خون آزاد می شود. این عامل سبب تحول فیبرینوژن به فیبرین گردیده ، که در نتیجه گواکولیشن منتشر داخل و عا ئی عمدتاً ایجاد میشود . فیبرین در علقات خلف پلاستتائی و اوعیه ذخیره گردیده و سیستم فیبرینولتیک بصورت ثانوی تحریک میگردد . در غیر آن ترومبوزهای کشنده در شش ها و کلیه ها بمیان خواهد آمد . مصرف زیاد فیبرین منجر به تزايد محصولات تخریب شده فیبرین گردیده که در نتیجه سبب تداخل در تبدیل فیبرینوژن به فیبرین و همچنین باعث تزايد چسبندگی صفيحات دمويه میگردد . این مسئله مريض را به طرف خونريزي غير قابل کنترل و مرگ رهنمائی میکند. صفيحات دموی تنقیص می یابند زیرا همراه علقه یکجا میگرددند . سويه فیبرینوژن تناقص کسب نموده و علقات کوچک متعدد در اوعیه شعریه ریوی تشکیل شده و باعث انسداد دورانی گردیده و سندرم مشابه shock را تمثیل می کنند . که این بنام shock lungs syndrome شناخته شده است . تجمع کتلالت کوچک فیبرینی در اوعیه گلو میرولی کلیوی سبب عدم کفایه حاد کلیوی و بعضاً هم عدم کفایه غده ادرینال میگردد . که این شاید از اثر بسته شدن اوعیه غده ادرینال باشد .

۲- احتباس و یا باقیماندن طفل مرده در رحم

این عارضه کدام خللی ایجاد نمیکند ، مگر اینکه طفل مرده برای سه هفته و یا بیشتر در داخل رحم بماند . از آنجائیکه توسط پلاستتا و طفل مرده ترومبوپلاستین آزاد میگردد ، که این سبب کاهش فیبرینوژن پلاستتا می گردد . فیبرینولایزیز داخل عمل گردیده محصولات فیبرین را تخریب و از بین برده و در نتیجه در تشکل فیبرین عدم کفایه به وجود می آید . این پروسه سبب تناقص تخریب صفيحات دمويه گردیده که این بنوبه خود خونريزي شديد را در قبال دارد و تداوی آن تقل الدم است .

۳- امبولی مایع امینوتیک

امبولی مایع امینوتیک بعد از ولادت و یا بعد از سزارین سکشن رخ داده و معمولاً کشنده است . ممکن است این عارضه در نیمه و یا آخر حاملگی هم در حالات امنیوستیز رخ دهد . دخول مایع امینوتیک به سیستم دورانی سبب تشکل علقه منتشر داخل و عائی که با ترومبوز اوعیه شش ها مترافق است ، میگردد . تداوی آن تجویز خون و فیبرینوژن میباشد .

۴- سقط های متن و یا اثانات داخل رحمی

این وقایع منجر به تشوشات تحری شدید گردیده که با ترومبوسایتوپنیا، فیبرینولایز و خونریزی همراه می باشد. شاک عمیق همراه با تب و یا حرارت غیر طبیعی مترافق با خونریزی خفیف رحمی بملاحظه رسیده میتواند.

تداوی

۱. انتی بیوتیک ها.
 ۲. خون تازه همراه فیبرینوجن.
 ۳. تطبیق هیپارین بصورت مقدم.
 ۴. سزارین سکشن و سزارین همراه هستریکتومی:
- این عملیات ندرتاً سبب سندرم difibrination میگردد. وقوع آنها مربوط به آزاد شدن ترومبوپلاستین می باشد. تداوی آن شامل نقل الدم، فیبرینوجن و epsilon Amino caproic acid می باشد.

هیپوفیبرینوژنمیا

تشخیص

۱. دوام خونریزی اکثراً شدید است.
 ۲. قدرت علقه شدن خون بآهستگی و پائین است. بعضی اوقات ده دقیقه را در بر می گیرد. اگر 5 ml خون در تست تیوپ گرفته شود علقه ممکن است قطعاً تشکیل نکند، که نمایانگر هیپوفیبرینوژنمی شدید است.
 ۳. هنگامی که علقه تشکیل کرد، اکثراً بعد از دورهء تفریخ معین در ظرف نیم ساعت به حرارت 37 درجه سانتیگراد تمیع می نماید.
 ۴. تست ترومبین:
- بمقدار ۰.۲ میلی لیتر خون سترات دار همراه محلول ترومبین بداخل یک تست تیوپ انداخته می شود. بصورت نارمل علقه شدن در ظرف ده ثانیه شروع و به ظرف یک دقیقه تشکیل آن تام میگردد. اگر شروع علقه شدن بیشتر از ۲۰ ثانیه و یا علقه بعد از یک دقیقه تمیع نمود، نمایندگی از هیپوفیبروژنمیای شدید میکند.
۵. سویه فیبرینوجن:
- سویه نارمل فیبرینوجن پلازما 450 mg/100ml می باشد (حد متوسط 300-700/100ml). اگر سویه آن پایین تر از 100 mg/100ml برسد، نمایندگی از هیپوفیبرینوژنمیای شدید نموده و خون قدرت علقه شدن خود را از دست می دهد.
۶. شمارش صفحات دمویه یائین می آید.

۷. محصولات تولیدی فیبرینوجن تزاید می یابند .
۸. سقوط در سویهء فکتور های V و VIII مربوط به تشکل مقدار زیاد فیبرین است .

تداوی

۱. نقل الدم خون تازه .
۲. پلازمای منجمد تازه (frozen) (۲-۳) و یا ۴ مرتبه قویتر است .
۳. Plasma expanders یا افزایش دهنده های پلازما .
۴. فیبرینوجن خالص بمقدار 3-4g داخل وریدی .

مرض ایدز و حاملگی Acquired ImmunoDeficiency Syndrome(AIDS)

تعریف

یک مریضی است که از اثر ویروس پائین آورنده معافیت انسانی (HIV) بمیان میآید. در وقایع پیشرفته مرض همیشه کشنده است. اصطلاح AIDS تنها در صفحه نهائی و کشنده انتان HIV استعمال میگردد.

وقوعات

بلندترین وقوعات قربانی AIDS بین مردان homosexual در U.S.A. میاشد، و شمار آن بین خانم ها هم بصورت دوامدار و یکنواخت بلند می رود. در ممالک غربی مردم بیشتر از طریق مناسبات جنسی با جنس مخالف در مقایسه با اعتیاد، بمرض دچار میگرددند. در U.S.A بین ۸-۱۸ فیصد خانم های مبتلابمرض، مردان شان HIV مثبت (seropositive) میباشند. موجودیت امراض مقاربتی، خصوصاً تقرحات طرق تناسلی وقوعات را بلند می برد. در ممالک که فحشا جنبه قانونی دارد، انتقال از خانم ها به خانم ها هم راپور داده شده است.

انتقال آفت

طفل ولادت نشده توسط مادر منتن میتواند به انتان مصاب گردد. مطالعات قبلی نشان داده که خطر مصابیت جنین بانتان بین ۲۰ - ۲۵ فیصد میباشد. ولی مطالعات فعلی انتقال ویروس HIV را از مادر منتن به طفل یا نسل های بعدی، بین ۳۰-۵۰٪ حاملگی ها وانمود کرده است.

بلند رفتن سویه ولادت های قبل الميعاد، وزن کم در وقت تولد، مرگ داخل رحمی جنینی و دوره نوزادی، ولادت طفل مرده (S.B) و پنومونیا بملاحظه رسیده است. هر قدر که مرض در جریان حاملگی پیش برود، نتیجه آن برای طفل خرابتر میباشد. رشد و انکشاف AIDS نزد اطفال مصاب و مرگ آنها، خیلی سریعتر نسبت به رشد و انکشاف مرض نزد کاهلان می باشد. ویروس از یک فرد به فرد دیگر تنها از طریق منفذ های طرق تناسلی با تماس مناسبات جنسی مانند مهبل، مقعد، دهن، استفاده از سوزن های غیر معقم مستعمل از شخص مبتلا به آفت به شخص دیگر، از طریق بریدگیها، جروحات، پیوند اعضا، نقل الدم خون ملوث و یا شیر سینه میتواند انتقال و یا عبور کند. شیر دادن مادر از سبب خطر انتقال آفت به طفل قطعاً مضاد استطباب است.

لوحة کلینکی

مرض یا انتان در ابتدا در جلد ، شش ها ، سیستم هضمی ، اعصاب و دماغ جابجا می شود . شخص مصاب و متن بمدت دوامدار و طولانی از مریضی رنج می برد . بعضی افراد در ظرف چند هفته محدود بطرف seroconversion illness که شاید امراض مشابه انفلونزا یا انفکشیوزمونونو کلیوزوز را تمثیل کنند ، انکشاف میکنند . این مرحله با ادینوپا تی عمومی و دوامدار که در آن عقدات لمفاوی ابطی بزرگ میگردند، تعقیب میگردد . این حالت ممکن است با تب ، عرق شبانه ، باختن وزن و انتان فنگسی جوف فم همراه باشد . ظهور برفک (thrush) herpes zoster و کاندید یاز مهلی خرابی وضع مریض را پیشگوئی میکند .

از آنجائیکه HIV تخریبات وسیعی را در سیستم معافیتی ایجاد می کند ، شاید بسیاری از امراض اتنانی دیگر هم علاوه گردند . اعراض این صفحه علاوه از اعراض و علائم فوق عبارت از: خستگی ، اسهالات دوامدار در بیشتر از یکماه و طحال بزرگ می باشد ، که نزد مریضه دیده می شوند . در صفحه بعدی یا صفحه مصیبت بار AIDS سیستم ایمونیتی کاملاً کولا پس نموده و انتانات عمده و بزرگ خطر آفرین ، عضویت را اشغال می نماید .

کتگوری

مرض AIDS در جریان حاملگی به سه کته گوری تقسیم شده است .

۱. بدون اعراض : مریضه از نظر کلینکی اعراض و علائم ندارد ، ولی HIV مثبت است .
۲. AIDS related complex or AIDS: این مریضان دارای اعراض بوده و شاید تمام اعراض و علائم متذکره قبلی را دارا باشند .

۳. صفحه آخری یا نهائی مرض : مریضه میمیرد و کار زیادی را برای بقای وی نمیتوان انجام داد .

میکانیزم

سیستم معافیت دارای حجرت مختلف شامل T Lymphocyte و حجرات کشنده (killer celle) (میباشد . حجرات کشنده (k.C) نمیتوانند وظیفه خود را تکمیل نمایند ، مگر اینکه توسط حجرات مخصوص سیستم T Lymphocyte که بنام حجرات کمک کننده CD4 (T4 helper cells) یاد میگردند جهت داده شوند . هر دو نوع این حجرات برای حجرات کشنده کمک میکند که بین حجرات سالم وجود و اورگانیزم مرضی یا اورگانیزم مائوف تفریق گذاشته و با مختل شدن وظیفه آنها ، قدرت فعالیت و ظرفی حجرات killer نیز پائین می آید . HIV استعداد و توانائی خاصی نظر به سایر انتانات برای تشخیص و کشتن حجرات کمک کننده T4 از خود نشان میدهد . لذا شکستن و جدائی در هماهنگی و تنظیم سیستم معافیتی را ایجاد می کند ، که پیشرفت این وتیره باعث عدم اقتدار قدرت دفاعی وجود بمقابل انتان میگردد . در نتیجه نزد یک فردیکه مبتلا به HIV باشد ، قابلیت آفت پذیری و زخم برداری بمقابل هر

نوع انتان توسط دیگر ویروسها، میکروبها، فنگسها، پارازیت ها، و موادیکه به حالت طبیعی به یک فردیکه سیستم معافیتی آن سالم است بی ضرر می باشند، روبتزاید میگذرد.

تشخیص

تشخیص به اساس دریافت انتی بادی های ویروس در سیروم خون وضع میگردد. لذا مریض نشاندهندهء موجودیت ویروس در عضویت در تمام دوران زندگی بوده و مریضانیکه انتی بادی HIV مثبت دارند، منچیت منتن شمرده میشوند.

- شمارش CD4 marker Lymphocyte و میکرو گلوبین باید اجرا گردد.
- لمف ادینو پاتی و یرقان (امراض نقل الدم) باید برای کاند یدیار، تویر کلوز، هر پس، هیپاتیت، کلامید یا و توکسوپلازموزیز جستجو گردیده با معاینات تائید و یا رد گردند.
- Pap smear باید اجرا گردیده و مکرراً معاینه گردد.
- در ویزیت های بعدی در جریان حاملگی پیشرفت مرض باید تعقیب و یادداشت گردد. هر ۴ ماه، باید شمارش CD4 لمفوسیت ها اجرا گردد.

- معاینه مکمل خون بشمول صفیحات دمویه و کلچر خون باید انجام گردد.
- کریاتینین و تست های وظیفوی کبد لازم است تعیین گردند.
- اولترا سونوگرافی برای دیدن هیدروپس فیئالیس باید اجرا شود.

وقایه

وقایه از انتقال مرض مربوط است به:

I – اصلاح و تعدیل در مناسبات جنسی خصوصاً از بی بندوباری های جنسی و ناشناخته و مناسبات جنسی مقعدی جداً پرهیز گردد.

II – معاینات خون اهدائی و دیگر محصولات خونی از نظر HIV انجام گردد.

III – برای مریضی که HIV مثبت دریافت می شود مشوره های لازم داده شود.

در جریان حاملگی

وضعیت عمومی مریضه و همچنان پرابلمهای قبلی موجوده نزد آن مانند: استما، امراض معدی معائی یا pop سمیر غیر طبیعی باید مکرراً بررسی گردند. بمریضه توصیه گردد که از هر نوع اعراض جدیده مانند انتانات، خستگی زیاد و عدم کفایه در گرفتن وزن، آگاه بوده و مراقب خود باشد.

در جریان ولادت

شرایط بسیار سخت اسپسی باید تعقیب گردد و تمام ستاف طبی باید با داشتن وسایل محافظوی از تماس با مایعات منتن عضویت توسط دستکش های معقم و وسایل محافظوی چشم ها ، در تمام مدت ولادت محافظه گردیده . با سکشن دیوارهای اطراف ولادت نیز پاک گردد .

کاربرد ضد حاملگی ها و HIV مثبت

افراد مبتلا به HIV و زوج یا شریک جنسی آن ها ضروراست که به وسایل ضد حاملگی مناسب دسترسی داشته باشند .

• مشوره

معلومات مربوط به واقعه باید بشکل اصطلاحات بسیار شفاف و روشن آن برای افراد HIV مثبت و زوج ها نیکه در نظر دارند حامله گردند بدسترس گذاشته شود . این معلومات شامل امکان آلودگی این نوع حاملگی ها ، آینده صحت مادر ، و امکان انتقال آفت به جنین و هم چنین نزد طفلیکه از این نوع حاملگی بوجود می آید میباشند .

این معلومات باید نقاط ذیل را پوشش دهند

I- اگر خانم مصاب به HIV بوده اعراض مرض را نشان میدهد ، حاملگی ممکن سیر مرض را تسریع نماید هر چند ، اگر خانم بدون اعراض هم باشد تا ثیر معکوس در پیشرفت بعدی مرض بمشاهده نمی رسد .
II- با مناسبات جنسی که به صورت درست سیستم محافظوی در آن در نظر گرفته نشده باشد ، خطر انتقال مرض به شریک جنسی موجود است .

III- تقریباً در حدود ۱/۳ اطفالیکه از مادران منتن HIV+ ولادت می شوند ، منتن می گردند . مرگ و میر طفل مصاب به آفت غیر قابل جلوگیری بوده و اکثراً ظرف دو سال به وقوع خواهد رسید . طفل غیر منتن مسلماً از اثر ترضیضات مریضی و یا مرگ یکی از والدین به آفت مصاب خواهد گردید .

• میتود

۱. عدم مقاربت جنسی قطعی ترین و موثر ترین راه برای وقایه از انتقال انتان HIV با مناسبات جنسی و جلوگیری از حمل می باشد .
۲. با در نظر داشت اینکه عدم اجرای مقاربت جنسی اکثراً عملی نبوده و یا قابل قبول نیست ، استفاده از کاندوم مناسب ، مطلوب ترین و موثرترین استراتژی برای جلوگیری از انتقال انتان HIV میباشد . چیزیکه عمدتاً باید مد نظر باشد این است ، که تنظیم باطل ساختن کاندوم های استفاده شده که محتوی مواد مکروبی میباشند صورت گیرد .
۳. استفاده از سپرماتوسید ها همراه با کاندوم یک وسیله جلوگیری از حاملگی است و شاید تاثیرضد ویروسی هم داشته باشند ، تنها نباید با سپرماتوسیدها عملیه پیش برده شود .

۴. میتود های موثر دیگر جلوگیری عبارتند از: جراحی ، گذاشتن norplant و استفاده از هورمونهای ضد حاملگی .

۵. تطبیق IUCD نزد مریضان HIV مثبت نباید دستور داده شود . زیرا انتانات طرق تناسلی با موجودیت IUCD ممکن است رخ دهند. اگر خانم که IUCD دارد HIV مثبت میگردد، باید برایش توصیه گردد که آنرا بردارد . اگر خانم HIV مثبت حامله گردید ، عمل سقط تحت شرایط بسیار جدی باید نزدش انجام شود .

تداوی

تداوی خاصی برای AIDS وجود ندارد یک واکسن AIDS در حال انکشاف و ساختن است این واکسن دارای ویروس کشته شده AIDS نبوده بلکه توسط زنجیر های جنیتیکی تولید گردیده است ، که می تواند سبب تزیاید تعداد حجرات T که شکل مخصوص از حجرات دفاعی در این سندروم هستند گردد . این طور معلوم می شود که قدرت اعمار مجدد سیستم کولا پس شده معافیتی را می دهد . این هم تأیید و تثبیت شده است که رشد و تکثیر ویروس AIDS در خون مریض به این تداوی قویاً به تأخیر انداخته شده است . تنها سرخی و تورم موضعی در محل زرق شده از عوارض آن راپور داده شده است . هرچند که این واکسن هم در صفحه امتحانی خود می باشد . بعضی ادویه ضد ویروسی مانند zidovudine بخوبی ویروس را معروض به انحطاط می سازند . هر چند که اهمتومات و تداوی مرض AIDS به اساس لوحه کلینیکی آن به سه کته گوری تقسیم شده است :

۱. HIV مثبت بدون اعراض : واکسین pneumovax در یک تعداد ممالک شاید قابل دسترس باشد و لازم است برای تحریک سیستم معافیتی داده شود .

۲. AIDS related complex or AIDS: برای مریض مشوره آشکار و صریح درباره دوام و ختم حاملگی آن داده شود . تداوی همراه ادویه ضد سرطان مانند Azothioprime در نظر گرفته شود . اگر انیمی موجود باشد اصلاح گردد . به مریضان که هیموگلوبین پائینتر از 10mg دارند ، خون تازه داده شود . تداوی اضافی اگر انتانات فرصت طلب در صحنه موجود بودند انجام گردد .

۳. مریضان صفحه آخری (terminaly ill patient): این مریضان معروض بمرگ بوده با مشوره بین اعضای فامیل مریض ، ستاف طبی و کارمندان اجتماعی باید سیر مرض را بطرف اشراف مریض به محکوم بودن به مرگ توضیح داد . تغذی وریدی با گلوکوز ۵٪ و محلول فیزیولوژیک اجرا گردد . تنفس مصنوعی داده شود . ادویه ضد فنگسی سیستمیک همراه با ادویه ضد ویروسی مانند ZOVİROX میتوان استفاده نمود . امکانات ولادت سزارین بعد از مرگ مریض هم در نظر گرفته شود .

تعقیب

مادر: از روش ضد حاملگی مانعه (barrier) در صورتیکه امکانات قطع مناسبات جنسی نباشد ، استفاده گردد.

طفل: هر ماه شمارش انتی بادی ها برای دریافت HIV انجام شده و هر سه ماه توصیهء کشت ویروسی و دریافت انتی جن اجرا شود.

مرگ داخل رحمی Intra Uterin Death (I.U.D)

تعریف

مرگ جنین ، بعد از هفته ۲۸ حیات داخل رحمی را بنام مرگ داخل رحمی مینامند. اگر طفل قبل از هفته ۲۸ حاملگی در داخل رحم بمیرد ، اصطلاح Missed Abotion به کار می رود.

اسباب

اسباب ممکنه عبارتند از :

A. مادری

۱. در فرط فشار خون حاملگی واکلامپسیا که اوعیه معروض به سپرم گردیده ، لذا رسیدن خون و O_2 به طفل تنقیص می یابد.
۲. هیپرتنشن خون اساسی (به میکانیزم فوق).
۳. نفريت مزمن .
۴. ترفع درجه حرارت اگر از 39.4 درجه سانتیگراد بلندتر برود .
۵. دیابت کنترل نشده اکثراً در ۴ هفته اخیر سبب مرگ طفل میگردد .
۶. خونریزیهای قبل الولاده .
۷. پوست ماچوریتی .
۸. سفلیس .
۹. انتانات داخل رحمی مانند ویروسها ، بکتریها و پارازیت ها .
۱۰. اسفکسی مادر .
۱۱. ولادت های طولانی و انسدادی .
۱۲. امراض ضعیف کننده و سوء تغذی مادر .

B. جنینی - پلاستائی

- ۱- مرض همولتیک .
- ۲- سوء اشکال ولادی طفل که با زندگی توافق کرده نتواند .
- ۳- حبل سروی کوتاه و گره دار واقعی .
- ۴- عدم کفایه پلاستئا .

۵- حلقه شدن حبل سروی به گردن جنین .

۶- استفاده غیر معقولانه محصولات غده نخامیه .

۷- پرولاپس حبل سروی .

۸- ترضیضات هنگام ولادت .

C . اسباب نادانسته

تا هنوز هم اسباب نامعلوم وجود دارند .

لوحه کلینیکی

۱. مادر تاریخچه از بین رفتن حرکات جنین را حکایه می کند .
 ۲. اعراض و علائم حاملگی معدوم می گردد . تناقص حجم ثدیه ها بمیان آمده دلبدی و استفراغات اگر موجود بوده باشد ، شاید توقف کند و ممکن است در مریضان فشار بلند ، فشار خون نیز سقوط نماید .
 ۳. در معاینه بطنی حجم رحم نظر به تناسب زمان امینوره مریضه ، شاید خوردتر دریافت گردد .
 ۴. از اثر از بین رفتن مقویت عضلانی ، اطراف جنین نمی توانند به صورت متبازر موقعیت بگیرند . بنابر آن جنین مانند یک کتله متجا نس احساس میشود . رحم به استرخاء تام قرار داشته باجس و مانیپولشن نرم بوده و تقلصات تحریک نمیگردند و حرکت طفل احساس نمی شود .
 ۵. با معاینه عمومی عوامل سببی مانند فرط فشار خون ، دیابت شکر ، اتانئات و خونریزی ها قبل از ولادت شاید کشف گردند .
 ۶. قلب جنین حتی با سونوکت قابل شنیدن نیست .
 ۷. با معاینه مهلی over lapping (روی هم قرار گرفتن) عظام قحف شاید جس شده و افرازات نضواری رنگ موجود است .
 ۸. در سونوگرافی قلب جنین کار نکرده و فعالیت جنینی موجود نیست .
 ۹. اگر مریضه در ظرف یکماه هفته ای یک مرتبه معاینه گردد ، نتیجه بسیار موثق و قابل اعتماد بدست می آید . زیرا از سبب جذب مایع امینوتیک نه تنها در حجم رحم تزاید به عمل نیامده بلکه حجم رحم رو به تناقص می گذارد .
 ۱۰. X-ray بطن ۲-۷ روز بعد از مرگ جنین علائم نشان می دهد .
- A . Over lap: spalding sign شدن عظام راس از اثر از بین رفتن تکیه گاه آن ها (خورد شدن حجم مغز از اثر جذب آب آن) بملاحظه میرسد .
- Robert's sign:B : موجودیت گاز در قلب جنین ، ابحر و ورید اجوف علوی تثبیت می شود .

Ball's sign: C: بسط تام ستون فقرات سبب می‌گردد که جنین مشابه یک لوله از اثر معدوم شدن تون عضلات در داخل رحم موقعیت گیرد.

D: دو کلیشه X-Ray گرفته شود. X-Ray دومی چند ساعت بعد از کلیشه اول با عین وضعیت قبلی. اگر هر دو تصویر روی هم قرار داده شوند، عدم تحرکیت طفل را تعیین میکند.

تغییرات جنینی

بعد از مرگ داخل رحمی، معمولاً جنین چندین روز در رحم باقی میماند و توسط مایع آمنیوتیک معقم احاطه شده و وارد یک پروسه تحلیل قوا رفتن در بین آب (Maceration) می‌گردد. اپیدرم نرم، اذیمایی و متورم گردیده و آبله‌هایی که مایع مکدر دارند در تحت جلد بملاحظه می‌رسند. جلد به شکل وصله یا پینه که در تحت آن ساحات سرخ تاریک بملاحظه می‌رسد، پوست می‌دهد. طفل کاملاً متورم بوده و رنگ سرخ تیره دارد. Over lap شدن عظام راس از اثر تمیع نسج دماغی بمیان آمده و احشاء جامد از اثر اتولیز نرم شده و تمیع مینمایند. اجواف عضویت حاوی مایعات سرخ رنگ و مکدر اند. حبل سروی متورم و رنگ شده است. تغییرات متذکره اساساً مربوط به مدت مرگ و احتباس جنین در داخل رحم می‌باشد. پوست دادن جلد ۲۴ ساعت بعد از مرگ جنین شروع شده در حالیکه دیگر تغییرات احشاء جامد چندین روز را دربر می‌گیرد.

تدابیر و اهتمامات

هنگامیکه مرگ جنین تثبیت شد اهتمامات ذیل اتخاذ گردد:

I. ولادت مقدم یا بدون تاخیر:

با وجود اینکه ولادت دادن بدون تاخیر توصیه می‌شود، بازهم و وضعیت مادر در نظر گرفته شود. در صورت تمزق جیب همزمان با موجودیت جنین مرده احتباسی در داخل رحم بحیث یک محراق Sepsis داخل رحمی مورد توجه قرار گیرد. اگر مادر مصاب Sepsis باشد، انفصال شدید قبل از وقت پلاستا میتواند توام با افزایش خطر شروع مقدم کواگولوپاتی باشد. درینحالت ولادت مقدم نظر به دلچسپی مادر استطباب دارد.

تداوی مرگ داخل رحمی

تداوی های مطلوب عبارتند از:

1- Oxytocin

میومتر رحم بمقابل اوکسی توسین در مراحل مقدم نظر به حاملگی به ترم کمتر حساس است. ولی درجه حساسیت آن نظر به سن حاملگی و پیشرفت آن زیاد شده می‌رود. لذا از Oxytocin اگر عنق طور مطلوب آماده باشد، ($\text{Bishop Score} > 4$) بهتر است برای تحریک استفاده گردد. بادوز نسبتاً بلند

(100-200 unit/litre) در مراحل مقدم حاملگی (نیمه اول حاملگی) در عنق نامطلوب نیز استفاده شده میتواند.

۲- Prostaglandine ها PGE_2 و $\text{PGF}_{2\alpha}$ (PG) استفاده شده میتواند، لاکن خیلی قیمت اند.

میوتریوم در تمام دوران حاملگی به مقابل PG حساس است و این حساسیت با پیشرفت سن حمل تزايد می یابد و معمولاً PGE_2 استفاده می گردد. طرق تطبیق عبارتند از: فمی، مهبل، داخل عنق، داخل مایع آمنیوتیک و خارج مایع آمنیوتیک. تجویز همزمان PG و Oxytocin شاید منجر به تخریبات بدون علت رحم و عنق گردد، که باید توجه گردد.

اختلالات

تشوشت تحثری خون و مداخله انتانات اختلالات عمده می باشند. هیپوفیرینوجنیمیا ۳-۴ هفته بعد از مردن و احتباس جنین انکشاف می یابد.

آزاد شدن تدریجی ترومبوپلاستین سبب معدوم شدن فیبرینوجن خون و صفیحات دمویه گردیده که منجر به تحثر داخل و عائی منتشر (DIVC) میگردد.

پروسه فیبرینولیز به مقابل D.I.V.C به عکس العمل شروع می نماید و سبب تزايد سریع محصولات پائین آمده فیبرین گردیده و تحول فیبرینوجن به فیبرین را سازماندهی میکند.

۳- انتظار و مراقبت (To wait & watch):

تاوقتیکه مریض بطرف ولادت بنفسه میرود، خطرات مشخص و معین کواگولوپاتی بعد از سن ۱۶ هفتگی اگر جنین مرده، بیشتر از ۴ هفته در رحم احتباس نموده باشد، رخ میدهد. اگر چه معمولاً در سویه فیبرینوجن پلازما بصورت تدریجی تنقیص بعمل میآید، لاکن تغیرات ناگهانی در ظرف چند روز محدود هم راپور داده شده است. درینحالت احتمالاً محصولات فیبرینوجن پلازما افزایش یافته و تعداد صفیحات دمویه تنقیص می یابند. در حالیکه P.T و P.T.T ممکن است بلند دریافت کردند. عدم کفایت تحثری خون از نتیجه تحلیل رفتن فیبرینوجن به تعقیب آزاد شدن ترومبوپلاستین از جنین مرده مدنظر باشد. شاید فیبرینولایز هم بحیث عامل ثانوی در تشدید پروسه خونریزی در زمینه اشتراک نماید، که این اختلاط اختصاصی جنین مرده احتباس شده، ضرورت تخلیه رحم را در بسیاری از وقایع بعد از هفته چهارم قطعی میسازد. ولادت بنفسه در حدود ۸۰٪ وقایع در ظرف دوهفته واقع شده و صرف ۱۰٪ وقایع بعد از هفته سوم بدون ولادت باقی می مانند. وقتیکه برای رسیدن به یک تداوی محافظوی اهتمامات لازمه اتخاذ می شوند، سویه فیبرینوجن و صفیحات دمویه هفته وار اندازه گیری گردیده و استطباب ولادت حداظمی بعد از هفته چهارم گذاشته شود. ترضیضات روحی مریضه هنگامیکه تصمیم تداوی مناسب و متقاضی گرفته میشود، مد

نظر باشد. همچنین پرابلم عمده و قوی دیگر خطر مداخله انتانات است، اگر چه در عدم تمزق جیب، کمتر بمشاهده رسیده میتواند.

Place of C.S & Faetal distruction

اهتمامات تداوی مربوط به تجربه جراح است. سزارین سکشن بهترین انتخاب و علاقه مندی مادر بوده در صورت اجبار بولادت تخریبی به مقصد تسریع پروسه ولادت شاید خوب ترین آن پروسیجر کرانیوتومی، باشد. درینجا پرفوراتور یا سوراخ کننده Simpson جهت اجرای یک شق چلیپائی یا صلیبی در عظام رأس داخل و محتویات داخلی قحفی تخریب میگردند. ترکشن همراه کلمپ های متعدد بالای عظام رأس منجر به تخلیه محتویات داخل آن شده و در نتیجه سبب خورد شدن قطر عضو معتلنه و خروج آن می شود. از ترخیصات و جروحات کوبنده بالای رأس و قاعده آن بطور عمومی خود داری شود، زیرا اکثراً باعث ترخیصات مادری میگردند.

در صورتیکه در یک ولادت انسدادی عضو معتلنه رأس بوده و بلند باشد، کرانیوتومی مضاد استطبیب است. در اعتلان حوصلی بالای رأس به تعقیب آمده، عملیه کرانیوتومی با اجرای پرفوریشن در ناحیه Occiput شاید بتواند موثر باشد. اگر قرار طفل مستعرض بوده و جیب سالم باشد، تدور داخلی تحت انستری عمومی ترجیح داده میشود. لکن اگر با سعی به عملیه تدور به یک قرار مستعرض جمع شده و بهم بسته و به اعتلان شانه همراه با جیب متمزقه مواجه شدیم، تمزق رحمی جدی ترین خطر اقدام به این عمل میباشد.

استطبابات سزارین در موجودیت جنین مرده

I- استطبابات مطلق

۱. پلاستا پریویا درجهء پیشرفته.
۲. عدم تناسب شدید رأس و حوصله که رأس جنین در قسمت های علوی حوصله قرار داشته باشد.
۳. سزارین سکشنی که شق کلاسیک شده باشد.
۴. دو و یا زیادت از دو دفعه سزارین سکشن شده باشد.
۵. ولادت های انسدادی که از اثر مسامحه و غفلت، تمزق رحمی در شرف وقوع باشد.
۶. موجودیت تمزق رحمی.

II- استطبابات نسبی

اعتلان مستعرض و یا شانه در طفل نزدیک به ترم در صفحات پیشرفته ولادت با تمزق جیب، به حیث یک الترناطیف عوض عملیه decapitation که در طبابت مدرن امروز کمتر مورد استعمال دارد، میباشد.

بررسی دلایل مرگ جنین

دریافت علت مرگ جنین به منظور وقایه و تداوی حمل های بعدی از اهمیت ویژه برخوردار است . منبع معلومات مادر ، طفل و پلاستما می باشد.

باید برای بررسی و تحقیق اسباب مرگ جنین ملحوظات ذیل را در نظر گرفت:

۱. فوتوگراف:- اجرای این عمل برای کشف انومالی های فیزیکی جنینی امر لازمی است. با

معلوماتیکه بعداً با اجرای X-Ray و اتوپسی به دست می آید عوامل نسبتاً مشخص میگردد .

۲. رادیولوژی:- در موجودیت سوء اشکال خارجی یا dwarfism کار ضروری است که باید انجام شود .

۳. مطالعه کروموزومی:- اگر طفل در کمتر از ۸ ساعت فوت شده باشد ، خون آن برای کلچر لمفوسیت ها گرفته شود . اگر طفل در ظرف ۴۸ ساعت گذشته در رحم فوت کرده است ، کلچر فیروپلاست بسیار می تواند موفقانه باشد . جلد و یا گونادهای طفل در یک ظرف معقم بدون علاوه کردن چیزی جهت اجرای معاینات لابراتواری ارسال گردد . این تنها در صورتی امکان دارد که طفل تازه فوت شده باشد . در طفل مرده دیر مانده معاینه Karyo type زوج معلومات بیشتر رامی تواند ارائه دهد .

۴. معاینه اتوپسی:- در صورت موجودیت و یا عدم موجودیت ابنارملیتی ولادی ، هیپوکسی مزمن جنینی با تاخر رشد جنینی تظاهر مینماید .

بررسی مادر

باید با اجرای معاینات ، دیابت شکر و انتانات مادری مانند امراض ویروسی TORCH، لستیریوز و غیره رد گردند.

دو معاینه دیگر که بعد از هر جنین مرده داخل رحمی باید اجرا گردد عبارتند از: Batke Test و Keihauer Test برای دریافت حجرات ت سرخ جنینی طفل در دوران مادری و اندازه گیری انتی گواگلانت های Lupus .

تربیه دایه های محلی Traditional Birth Attendant (TBA)

تعریف

به خانم هایی که در هنگام ولادت بمادران کمک می کنند و مهارت های ضروری ابتدایی خود را یا از طریق کار کردن با دایه های دیگر و یا توسط خودشان کسب کرده اند گفته می شود. این خانم ها در تمام سنین هستند. ممکن با سواد و یا بیسواد باشند. آنها متقاضیان را در خانه های شان ویزیت نموده و وجه نقدی، یا چیزی مشابه در عوض کار خود دریافت می کنند. درباره اهتمامات قبل از ولادت یا دوره حاملگی از سطح اینکه یا هیچ نوع کاری انجام نداده، تا ارتباط بسیار صمیمی و دوامدار بامریضه وسعت کاری شان فرق می کند. در وقت ولادت شاید آنها رول فعالی برای ولادت مادر و مراقبت های طفل نوزاد بازی کنند. دایه ها ممکن است ویزیت خانگی مریض بعد از ولادت، تداوی اختلالات خفیفه، کمک به تأسس شیر دهی توسط مادر و مشوره دادن به مادر در مورد مراقبت طفلش ادامه دهند. بعضی دایه ها ممکن است سرویس خدمات ضد حاملگی را هم انجام دهند.

ظهور TBAs (در پاکستان مردم معمولاً به نام دایه می شناسند) در اثر تحول تدریجی کلچر به مقابل ضرورت های حیاتی اجتماع سازماندهی شده است. در مناطق دوردست و دهاتی تقریباً تمام ولادت ها توسط دایه ها انجام می گردند. حتی در مناطق محدود شهری در حدود بیشتر از ۸۵٪ ولادت ها توسط آنها انجام می شود. پرسونل طبی مسلکی و تخصصی نسبت به آنها نظر نامناسب داشته و می گویند که TBAs رول خود را جاهلانه انجام می دهند. آنها بصورت دوامدار بالای رول آنها انتقاد نموده و ادعا می کنند که وقایعیکه توسط دایه ها مراقبت و همراهی می گردند، اکثراً به اختلاط خاتمه می پذیرد. لذا قسماً پرابلم مادر و عموماً پرابلم طفل تزاید می یابد، ولی هیچ راه حل قابل قبول و عملی توسط آنها ارائه نمی شود. ما هیچگاه نمی توانیم رابطه عمیق و ریشه ای TBAs و ارتباط نزدیک فامیلی آنها را در اجتماع نادیده بگیریم. در ممالک رو به انکشاف مانند پاکستان، ما توان آن را نداریم که برای تمام خانم های ولادت کننده، ستاف ماهر طبی را تهیه نموده و اینطور معلوم می شود که به آسانی غیر ممکن است در آینده های دور هم این همه پرابلم ها برطرف ساخته شوند. لذا مجبور هستیم که باین دایه ها ارتباط داشته باشیم. وقتیکه تمام عوامل مربوط به مادر، طفل و فامیلی پلاننگ بصورت دقیق تحلیل می گردد. نتایج آن بصورت صریح این خواهد بود که TBAs ستون فقرات اجتماع اند. با درک اهمیت و روشی که آنها در مراقبت صحی مادر، طفل و فامیلی پلاننگ دارند، تصمیم گرفته شد که شناسائی گردیده، پرکتنس موجوده آنها اصلاح و مهارت مسلکی آنها بلند برده شود (Upgrade)، تا باین هدف برسیم. بعد از داشتن کار پنجساله در

انگلستان و قتیکه من در سال ۱۹۷۲ به پاکستان بازگشتم، زجرت آورترین پرابلمیکه یافتم و فیات بسیار بلند مادران بود (شاید بلند ترین در جهان). من شروع به جستجوی علل و اسباب آن نمودم.

مهمترین اسباب و عوامل عبارت بودند از: سوء تغذی، بیسوادی، فقدان فهم و درک، فقدان همکاری، اهتمامات نامناسب دوران حاملگی، تداوی های خودسرانه و نامعقول، عدم کفایه و ناتوانی در بدست آوردن کمک حتی به قیمت حیات یک مریض، بلند بودن و فیات طفل، بلند بودن اندازه ولادت ها و بلند بودن سقط های تحریکی. قبلا فکر می شد که TBAs تربیه ناشده مقصر بیشترین و فیات مادران باشند. من کوشش کردم که راه حل بیرون رفت را با داشتن میتینگ ها یا مجالس همراه مسئول طبیبی شهرداری، ویزیتورهای صحی، خانم ها، TBAs و دیگر مسئولین خدمات مادری پیدا کنم، ولی هیچ نوع نتیجه ای بدست آمده نتوانست.

در سال ۱۹۷۷ در یک کورسیکه برای دو کتوران ولادی نسائی در ممالک رو بانکشاف در سنگاپور تحت نظارت WHO دائر شده بود اشتراک نمودم. من پرابلم وقوعات بلند مرگ و میر مادران را توضیح دادم و دریافتم که اگر ما خواهان پایین آوردن مرگ و میر مادران در این عرصه باشیم، چاره ای بجز از اصلاح مهارت های مسلکی کسانیکه با این جمع در معامله و یا تماس اند مانند TBAs نداریم. در حقیقت ما در یک شفاخانه در مالایا که در آنجا ۲۰ خانم TBAs به مدت ۱۵ روز برای اصلاح اهتمامات نزد مادر و طفل تحت تربیه بودند، رفتیم.

بعد از آمدن دوباره به پاکستان من شروع به پروژه تجدید کورس ها (Refresher Course) در ساحات شهری و روستائی نمودم. من یک کتاب برای تجدید کورس تربیه TBAs نوشتم. چارت ها و (kit) ها یا وسائل و اسباب لازم ولادی را آماده ساختم.

دروازه به دروازه خانه، سروی نمونه ای واقعات گذشته (Retrospective) تا آخر سال ۱۹۷۷ در مناطق شهری و دهاتی ساحه لیالپور (فیصل آباد امروز) برای دریافت تصویر حقیقی و فیات مادر انجام گردید. و فیات مادری ۱۰۱/۱۰۰۰ بود. کورس های تجدید معلومات (Refreshment) برای TBAs هر یک سال در میان در ساحات شهری و دهاتی تنظیم گردید. یک تنقیص در و فیات مادران در شفاخانه DHQ لیالپور به مشاهده رسیده و به همین ترتیب در سویه بسته کردن نفیرها در شفاخانه ها همه ساله بلند رفته بود.

در ۱۶ مارچ ۱۹۷۸ در یک پروگرام تجدید کورس (Refresher) TBAs که توسط مسئول شفاخانه DHQ در شهر لیالپور تنظیم گردیده بود، شهر لیالپور به مقصد ترینینگ به ۱۶ ناحیه تقسیم، جریان کورس در هفته ای سه روز به مدت ۱۶ هفته عیار گردیده بود. TBAs توسط L.H.Vs (رضا کاران صحی محلی)، رسانه های گروهی، مسئولین صحی شهر و مردمان با نفوذ محل انگیزه داده شده و تقویه

گردیدند. کورس های تجدید کننده در بر گیرنده اهتمامات دوره حاملگی (Antenatal)، رهبری و تنظیم ولادت، اهتمامات بعد از ولادت و تشخیص وقایعیکه ضرورت به بستر شدن در شفاخانه به مقصد جلوگیری و حفظ از مرگ را می کند، بود. بالای اسباب عمومی مرگ و میر مادران و اطفال بحث شده و به اهمیت فامیلی پلنینگ تاکید صورت گرفت. تعقیم سازی و طرز استفاده از وسائل و سامان ولادت (kit) ولادی هم توضیح گردیده بالای ثبت ولادت ها تأکید گردید. تسهیلات لازمه که برای تحت ترین گرفته شده ها در نظر گرفته شده بود عبارت از یک تجدید قوای تازه در جریان ساعت های کاری، سفر خرجی و هم کیت های ولادی از طرف Mother and Child (M.C.W.A Welfar Association) به TBAs تحت ترین شده داده شد.

به خانم های TBAs ترین نشده و یا جدید جذب شده فرصت داده شد تا ۱۰ ولادت را تحت نظر L.A.Vs رهبری نموده و بعداً برای شان کیت ولادی هم داده شد. در این کورس های تجدید قوا (Refreshment)، ۵۵۲ نفر ترین شده قبلی و ۱۶۸ خانم ترین نشده یا تازه کار حصه گرفته بودند. دوام کورس تربیوی از مارچ الی جولای ۱۹۷۸ به طول انجامید. رنگ های مختلف برای Registration، (سبز برای ولادت، زرد برای اطفال مرده و گلابی برای مادران فوت شده) انتخاب گردیده بود. آنها با وجودیکه اکثراً بی سواد هم بودند، قدرت تشخیص اشکال مختلف را داشتند. بالای این هم تأکید شد که ثبت و نام نویسی ولادتها، اطفال و مادران مرده فقط مسئولیت آنها می باشد.

کورس تجدید قوا در مناطق روستایی در مارچ ۱۹۷۹ شروع و مدت آن ۱۹ هفته بود. مشکل تجمع TBAs پراپلم عمده و اساسی بود که با همکاری رهبران محلی از میان برداشته شد. کورس ها در ۱۹ مرکز صحتی در ساحات مختلف لیا لپور گرفته شده بود و تنها روز جمعه تماماً کورس ها تعطیل بودند، به تعداد مجموعی ۱۲۵۰ TBAs در این کورس های تجدیدی حصه گرفته که از آن جمله به تعداد ۷۰۷ نفر ترین شده و ۵۴۳ نفر ترین نشده بودند. در جریان این پروگرام تکرار کورس تجدید کننده قوا در هر سال به صورت متناوب، یک سال در میان تنظیم گردیده بود. در حدود ۵۵۰۰ TBAs در این کورس ها پیوستند. اشتراک کنندگان کورس ها برای تنظیم و رهبری ولادت نارمل، کشف وقایع غیر طبیعی و رجعت آنها به شفاخانه در وقت معین تحت ترین گرفته شده بودند. آنها همچنین به متود های اسپسی و تعقیم کردن، اهتمامات قبل از ولادت یا دوران حاملگی، اهتمامات احیای مجدد طفل نوزاد و فامیلی پلنینگ آشنا گردیدند. بعد از گذشت ۱۰ سال از این پروگرام یک سروی وفیات مادری در سال ۱۹۸۷ در عین ساحات تنظیم و دوا ره اجرا گردید. هدف از این مطالعه موجود این بود که تاثیرات این کورسهای تجدید کننده قوا را بالای مرگ و میر مادران در ساحاتی که TBAs ترین شده کار کرده بودند مطالعه نمایند.

نتیجه

در سروی که در سال ۱۹۷۷ به شکل مطالعه رتروسپکتیف دروازه به دروازه خانه در ساحات شهری و روستایی لیا لپور راه اندازی و تنظیم شده بود در حدود ۵۰۰ واقعه مرگ و میر نسبت به ۵ سال قبلی بیشتر دریافت گردیده بود. وفیات مادران ۱۰.۱ بر هر هزار نفر به شمول سقط ها بود. ۱۰ سال بعد از کورس های تجدید کننده (Refresher) برای TABs به صورت متناوب یکسال در میان در ساحات شهری و روستایی عین سروی در همان مناطق تنظیم و اجرا گردید. حالا نتیجه به ۱۸۶/۱۰۰۰ تنزیل یافته بود. این نتایج ما را تشویق نمود تا به جمع آوری معلومات (Data Collection) راجع به کارمندان TBAs شهری در سال ۱۹۸۸ پردازیم. آنها به تعداد ۱۰۰۰ نفر که از آن جمله ۶۵۰ نفر ترین شده و ۳۵۰ نفر دیگر ترین نشده بودند TBAs ترین شده به دو کورس تجدید کننده معلومات سالی دو مرتبه در ۴۱ مرکز MCH شهری شرکت کرده بودند. در این کورس ها خدمات پراکتیکی یا عملی برای خانم های حامله و فامیلی پلنینگ به صورت اشتراکی پیش برده می شدند. برای این TBAs های شامل کورس های Refresher در ختم کیت های ولادی رایگان توزیع گردید. از TBAs ترین نشده تقاضا به عمل آمد که برای مدت سه ماه در نزدیک ترین سرویس صحنی (در تمام ۴۱ مرکزی که به حیث مرکز ترینینگ اعلام شده بود) تحت ترین قرار گیرند. در ختم ترینینگ یک امتحان توسط آمرین مراکز صحنی فیصل آباد به جریان انداخته شد. برای کاندیدای موفق سرتیفیکت همراه کیت های ولادی رایگان داده شد. تمام TBAs نا ترین شده در جریان ۳ سال و به مراحل مختلف ترین گردیدند و ما به جرأت میگوییم که فعلاً در شهر فیصل آباد هیچ دایه ترین نشده ای کار نمی کند. و عین کورس های تجدید کننده یا پروگرام ترینینگ در قسمتهای مختلف دیگر فیصل آباد توسعه یافته است.

سروی مرگ های ولادی داخل خانگی

در اوایل سال ۱۹۸۸ کوشش به عمل آمد که مرگ و میر مادران در شفاخانه های دولتی، شخصی، مرکز صحنی و خانه ها توسط شاروالی فیصل آباد جمع آوری گردد. در این تحقیقات برای تعقیب علل مرگ ها در اجتماع، بررسی عوامل، اسباب و فکتورهای قابل اجتناب توجه خاص به عمل آمد. این سروی نشان داد که مرگ مادران در جامعه شهری فیصل آباد در سال ۱۹۸۹، ۰.۸۶/۱۰۰۰، در سال ۱۹۹۰، ۰.۹۴/۱۰۰۰، در سال ۱۹۹۱، ۰.۷۳/۱۰۰۰ و در سال ۱۹۹۲، ۰.۶۸/۱۰۰۰ خانم ولادت کننده بود. این با مقایسه تخمینی وفیات ولادت ۸-۶/۱۰۰۰، در کل پاکستان نتیجه بسیار مطلوب و دلخواه را ارائه می کند. علاوه بر وقایع انتانات دوره نفاسی سقط های منتن، تمزق رحم، ولادتهای انسدادی و اکلامپسی در شهر فیصل آباد تنقیص قابل ملاحظه ای دیده می شد. تعداد مرگ های داخل خانه هم در ظرف ۴ سال اخیر از ۱۶ در

سال ۱۹۸۹ به ۱۳ در سال ۱۹۹۲ تقلیل یافته است. TABs مسئول مرگ ها و مصیبت ها فرا خوانده شده ، مجازات گردیده و وادار به ترین دوباره گردیدند .

شیر سینه : TABs برای انگیزه دادن مادر به شیر دهی از سینه عملکرد موفقانه ای داشتند . لهذا وفیات طفل را پایین آوردند . آنها به تبلیغات شروع مقدم شیر دهی و منحصرأ شیر مادر کمک قابل ملاحظه ای نمودند . بدون شیر مادر هیچ چیزی به طفل داده نشود .

تنها شیر مادر = (Exclusive Breast Feeding)

فامیلی پلانینگ: بر خلاف باور و اعتقاد رسمی TABs یک رول عمده را در معرفی و پیشبرد تکنیک های فامیلی ، فامیلی پلانینگ ، در اجتماع بازی نمودند . آنها به حیث محرکین و عاملین این پروژه هستند و کدر های اجتماعی را حتی با توقف به درب خانه های شان آگاهی بخشیده و تربیه می کنند . آنها تهیه کننده های کانتراسیپتیف های قراردادی هستند . TBAs همچنین مراجعین خود را به مراکز صحتی یا شفاخانه ها در بعضی وقایع همراهی می نمایند . TBAs به حیث منابع عمده معلومات راجع به فامیلی پلانینگ در سروی های تنظیم شده در Faisal Abad City Slum در سالهای ۱۹۹۰ و ۱۹۹۱ تلقی گردیده اند.

امبولانس سیار ولادی Obstetric Flying Squad (O F S)

تعریف

O.F.S یک آمبولانس عاجل ولادی کاملاً مجهز با وسایل ، ادویه و ستاف ماهر طبی می باشد که می تواند در وقایع اختلالات عاجل در جریان حاملگی ، ولادت و دوره نفاسی در خانه مریض در پرکتیس های خانگی خواسته شود .

حتی در گرفتن خوب ترین اهتمامات دوره حاملگی ، اختلالات غیر قابل پیش بینی یا نا خواسته در خانه می تواند ظهور نماید . از این سبب مریضه برای ولادت در شفاخانه ثبت گردد .

خونریزی های قبل و بعد از ولادت ، احتباس پلاستنتا ، ولادت های پریمچور ، ولادت های سریع و یا طولانی ، سقط ها ، خونریزی ها و حالت های عاجل در حمل خارج رحمی می توانند به صورت ناگهانی و بدون اخبار بوجود آیند .

تیم F.S عاجل ولادی به خانه مریض رسیده بعد از اهتمامات ابتدائی و احیای مریضه آن را جهت اهتمامات و تداوی بیشتر به شفاخانه نقل می دهند.

معرفی

ولادت و حاملگی یکی از خطر آفرین (High Risk) دوره زندگی خانم ها می باشد . یک تعداد وقایع جدی غیر قابل قبول ، غیر مطلوب و غیر منتظره می تواند به وقوع بپیوندد ، که اساساً به مشاهده ماهرانه ، ترانسپورتشن مصئون در انتقال به شفاخانه و استفاده از وسائلی که در همچو وقایع عاجل به دسترس قرار دارند ، ارتباط می گیرد . مفکوره ایجاد OFS به اساس این ضرورت ها به میان آمد در این سرویس خدماتی متخصصین ولادی ، اطفال و انستیزی برای کمک عاجل به محل واقعه رفته و تحت مراقبت شان مریضه تا انتقال به شفاخانه مناسب همراهی میشود .

مفیدیت و موثریت OFS در ظرف ۴۰ سال اخیر در Newcastle مربوط به Tyne انگلستان تثبیت گردیده است.

خانم های مما لک جهان سوم پرابلم های متعدد و اضافی دارند . تاثیرات اختلالات ناشی از حاملگی باثر پتالوژی سببی وعدم موجودیت تسهیلات لازمه کافی خرابتر شده میرود . اگرچه تاخیر در اخذ تصمیم نهایی جهت ارائه خدمات طبی و کمبود وسائل ترانسپورتی که با فاصله طولانی راه توأم باشد می تواند سبب تأخیر مخاطره آمیز در بستر شدن مریضه در شفاخانه گردد .



اهداف (Objective)

سرویس F.S با پرسونل مجرب می تواند در تنقیص وقوعات معیوبیت و مرگ میر مادران و اطفال که در ممالک روبانکشاف اضطراب آور و نگران کننده است ، رول عمده را بازی نماید . معمولترین عوامل تاثیر گذار درین وقایع عبارتند از: عدم موجودیت مراقبت های قبل الولاده ، قضاوت غلط ، گرفتن تصمیم نادرست در ولادت های خانگی ، نادانی و جهالت در باره شدت اختلالات بروز نموده ، تاخیر طولانی برای جستجوی کمک های طبی (دیرجنیدن) ، نوع ترانسپورت نامناسب ، عدم آماده گی مریضه برای مسافرت و در نهایت بسترشدن به شفاخانه حتی وقتی که مریض مشرف به مرگ است . احصائیه ها در ممالک روبانکشاف نشان میدهند که عوامل سببی عمده مرگ و میر مادران، خونریزی های قبل و بعد از ولادت ، اکلامپسیا ، ولادت های انسدادی همراه با سیتی سیمی میباشد . اکلامپسی و خونریزی های قبل و بعد از ولادت ، عامل و جوهره اصلی این مرگ و میر بوده در حالیکه معیوبیت و وفیات مادران با مراقبت ها و مداخلات مقدم میتواند به حد اعظمی تنقیص یابد .

در پاکستان تقریباً تمام خانم ها دراین اواخر زیر نظر TBA در جریان حاملگی و ولادت قرار دارند و بیشتر از ۹۰٪ ولادت ها در خانه تحت نظر آنها انجام می شود . حتی وقتی که بمریض بعضی مشکلات ناخواسته در خانه پیدا می شود ، جهت ولادت به شفاخانه معرفی می گردند . F.S ولادی در مارچ ۱۹۸۸ در جمله پروگرام های عملیاتی مراقبت های مادری - طفلی (مراقبت های مادری مصئون) که از سال ۱۹۷۸ در فیصل آباد جریان داشت نیز علاوه گردید . پروگرام همراه با کورس های Refresher و تریننگ برای TBA شروع شد . بعدها تاکید بالای شناخت فکتورهای خطر و اختلالات صورت گرفت . یک واحد سیار ولادی هم بمقصد خدمات Antenatal و فامیلی پلانتنگ برای شناسائی و آشنائی بیشتر مردم با خدمات صبحی و قابل دسترس قرار گرفتن این نوع خدمات شروع بکار نمود.

• کارمندان (Staff)

شامل یک راجستر کننده ولادت ، یک داکتر ولادی نسائی پائین رتبه یا محصل طب ، یک انستزیولوگ ، یک قابله یا نرس ، یک پارامیدیکل ، یک کمک کننده و یک درایور می باشد .

• سامان و وسایل

حاوی یک Kit احیای مجدد و وسایل کمک های ابتدائی معالجوی می باشد که مشتمل اند بر :

Box A -۱

ادویه ضروری یا Emergency مانند سیروم گلوکوز ۵٪ همراه ست سیروم ، پلازما و یا معادل آن ، سرنج ، انجکشن های Solucortef ، ادرینالین ، میترجین ، اوکسی توسین ، فینوباریتون ، سودیم بای کاربونات ، امینوفلین ، کلسیم گلوکونات ، زیلوکائین ، اتروپین ، میتایل الکول ، پخته ، زبان گیر ، بنداز ، چسپ پلاستر و Air Way میباشد .

Box B -۲

این بکس حاوی یک ست سامان ولادت نارمل مهبل ، فورسپس ، یک ست Cat down (Venesection) و یک بالون کوچک O_2 میباشد .

اهتمامات

اساساً O.F.S برای احیای مریضه در خانه و انتقال مصئون آن به شفاخانه جهت اجرای اهتمامات و تدای بیشتر بکار برده میشود . در خانه بعد از گرفتن تاریخچه و معاینه فیزیکی بصورت عاجل عملیه احیاء و اهتمامات لازمه دیگر مثلاً درواقعات ولادت طولانی ، پرفوزیون گلوکوز جهت اصلاح دیهدرشن ، دروقایع خونریزی پرفوزیون پلازما و معادل آن ، در واقعات اکلامپسی زرق فینوربایتون ها داده شده با تطبیق Air Way وسکشن کردن افرازات زائد ، قبل از اینکه مریضه به شفاخانه انتقال داده شود ، انجام داده شده میتواند .

استطبابات

۱-خونریزی های قبل الولاده .

۲-خونریزی های بعد از ولادت .

۳-احتباس پلاستتا با ویا بدون خونریزی .

۴-سقط همراه خونریزی شدید .

۵-ولادت های طولانی .

۶-اکلامپسیا .

چطور OFS خواسته شود؟

اولین چیزیکه برای OFS ضروری است اینست که کمک های ماهرانه مسلکی را همراه با اهتمامات و تسهیلات ضروری بمقدار لازمه بصورت عاجل و اضطراری در اسرع وقت ممکنه به اختیار مریض قرار داده بتواند . نوکریوالی ۲۴ ساعته O.F.S برای پرسونل و کارمندان Resident از تاخیر جلوگیری می کند . OFS معمولاً بوسیله تلفون و یا ارسال پیغام خواسته میشود . تمام تلفون ها به سرویس ولادی و در وارد ولادی ، جائیکه داکتر نوکریوال تقاضا را دریافت می کند ، نام مریض و آدرس را ثبت (جزئیات نشانی

برای دریافت موقعیت خانه) پرسیان گردد. مکان های مهم شناخت محل را پرسیان و نقطهء مشخص ملاقات FS را تعیین می کند و سپس رفتن FS را به محل مورد نظر، تنظیم می کند. داکتر بعد از پرسیان کردن و یادداشت وضعیت مریض هدایات لازم ضروری را در مورد مریض برای شخصیکه تقاضای ارسال F.S را درخانه نموده است، تا رسیدن کمک FS به آنجا میدهد. هنگامیکه راجستر کننده جزئیات را میگیرد، نرس و قابله موظف سامان و وسائل عاجل را از الماری مربوط به دروازه شفاخانه انتقال میدهند. در نتیجه تیم F.S آماده حرکت کردن بطرف مریض و رسیدن بآن در ظرف ۵-۱۰ دقیقه بعد از دریافت تلفون یا تقاضای کمک میباشند.

مشکلاتیکه بآن مواجه شدیم

OFS در مارچ ۱۹۸۸ بایک تشریفات عمومی و اشتها لازم باز گشائی شد و در شفاخانه Allied فیصل آباد شروع به کار نمود. با کمال تأسف تقریباً نزدیک به ۱۰ ماه هیچ نوع تقاضای کمک از ایشان خواسته نشد.

این واقعیت مربوط است به این که درمیتنگ های متواتر تعلیمی که شروع شد بحث گردید که: اهتماماتیکه منجر به اصلاح حاملگی مادر، تغذی طفل، ایمنایزیشن، گرفتن اهتمامات قبل از ولادت، مشخص ساختن اسباب احتمالی مرگ و میر نوزادان، فامیلی پلاننگ و هم چنین موجویت استفاده معین از OFS میباشد. ابتدا TBAs و پرسونل طبی (خانم ویزیتورصحی و نرس قابله) و متقاضیان کمک آنها خانم های حامله و آنهائیکه مسئولیت سرپرستی آنها را دارند و خانمهای مسن جامعه طلبیده شدند. عین پروگرام تعلیمی همراه بامردم با اقتدار و با نفوذ جامعه مانند: رهبران مذهبی، سیاسی، مشاورین شهری، مسئولین مؤسسات خیریه، معلمین، دوکتوران و غیره و در نهایت کارگران فابریکات و مؤسسات عام المنفعه و هم چنین مردم عامه راه اندازی شد. این متینگ ها با اشتراک تیم سیار ولادی و با ارائه توصیه های عملی بصورت همزمان برای پایواهای مریضان برگزار گردید. بعد از این همه کوشش ها اولین تقاضای کمک از FS در جنوری ۱۹۸۹ از یک ساحه که در عین روز در آنجا متنگ آموزشی گرفته بودیم، بعمل آمد.

پروسیجهای ممکنه ایکه در خانه میتوان گرفت

ولادت دادن (اگر در شرف وقوع باشد)، خیاطه گذاری پاره شده گی ها، ماساژ همراه دست (Bimanual)، دور کردن توتیه های پلاستتا و یا اغشیه و کشیدن پلاستتای احتباس شده با دست، اگر انستریست همراه باشد.

توضیح و تحلیل وقعات در خواستی

نوع آفت	۱۹۸۹	۱۹۹۰	۱۹۹۱	۱۹۹۲
درد های ولادت	۱۲	۴۷	۳۰	۲۷
سقط ها	۸	۱۱	۲۴	۲۱
اکلامپسی	۱	۲	۳	۲
فرط فشار خون حاملگی	۱	۶	۲۴	۲۲
خون ریزی قبل الولاده	۱۰	۱۸	۱۰	۱۱
ولادت های انسدادی	۱۹	۹	۷	۶
حمل خارج رحمی	۰	۲	۰	۲
تمزق رحم	۰	۱	۰	۰
خونریزی بعد از ولادت و احتباس پلاستنا	۲۰	۵	۶	۱۲
انتانات دوره نفاسی	۱	۶	۰	۰
مسائل متفرقه دیگر	۱	۶	۱	۰
مجموع	۷۳	۱۱۳	۱۰۵	۱۰۳

افرادی که این سیستم را فراخوانده اند

شخص	۱۹۸۹	۱۹۹۰	۱۹۹۱	۱۹۹۲
اقارب مریض	۲۴	۴۰	۳۵	۳۴
TBAs	۱۵	۲۶	۲۷	۲۵
L.H.V (رضاکاران صحی محلی)	۱۳	۱۵	۱۹	۲۰
دوکتوران	۱۶	۲۲	۱۸	۱۴
دیگران	۵	۱۰	۶	۱۰
مجموع	۷۳	۱۱۳	۱۰۵	۱۰۳

نتایج

باتطبیق پروگرام صحت مادری و طفل به تنزیل قابل ملاحظه و عمده و فیات مادری دست یافتیم (تریننگ TBA کورس های تجدید قوا یا Rfresher ، کمپ های فامیلی پلاننگ ، سروی مرگ های ولادی خانگی ، سرویس مجانی در شفاخانه Allied فیصل آباد ، افتتاح تعداد زیاد مراکز مراقبت های صحت مادری و طفل و مراکز فامیلی پلاننگ در شهر Slum (City Slum) و نواحی قصبات و روستاها با F.S که یک مجموعه مکمل در شهر فیصل آباد میباشد .

نتیجه گیری (Conclusion)

OFS یکی از سرویس های کمک کننده به هدف پائین آوردن معیوبیت ها و وفیات دوره حاملگی نزد مادران می باشد . خدمات ضروری را تهیه می نماید ، در عین زمان اعتماد سیستم صحتی را تزاید می بخشد . امید به آنست که نهایتاً منجر بافزایش استفاده آن در دوره Antenatal ، جریان ولادت و تنظیم فامیلی پلاننگ توسط سیستم صحتی گردد . TBAs یک رول عمده را در جلب اعتماد خانم های حامله دارند .

با توجه به نتیجه عالی بدست آمده از فیصل آباد ، این پروژه باید در دیگر شهرهای پاکستان هم شروع گردد . ادارات و مؤسسات دولتی و غیر دولتی باید در تاسیس این سرویس کمک کنند .

P.I.H = فرط فشار حاملگی = فشار بلند ناشی از حاملگی .

A.P.H = خونریزی های قبل الولاده .

P.P.H = خونریزی های بعد از ولادت .

عملیات های ولادی Obstetrics Operation

- ۱- اپیزیوتومی .
- ۲- ولادت با فورسپس .
- ۳- استخراج یا کشش با Vacuum extractor.
- ۴- سزارین سکشن .
- ۵- تدویر .
- ۶- کرانیوتومی .
- ۷- گردن زنی یا Decapitation .

• اپیزیوتومی (Episiotomy)

تعریف

عبارت از اجرای یک شق با احتیاط و سر وقت در ناحیه عجان ، بمقصد کلان ساختن فوهه مهبل توسط قیچی مخصوص اپیزیوتومی که نهايات کند دارد ، میباشد . شق از خط متوسط شروع و به یک طرف یا طرف دیگر جهت داده میشود .

انواع

- ۱- در سر خط متوسط (Median in midline)
 - ۲- انسی وحشی چپ (Left mediolateral)
 - ۳- انسی وحشی راست (Right Mediolateral)
- اپیزیوتومی Mediolateral راست معمولترین نوع شق اپیزیوتومی است که انجام می شود . شق Median یا متوسط از سبب خطر تمزق درجه III استفاده نمیگردد . اپیزیوتومی دو طرفه هم نباید از سبب خطر تخریبات در جریان دموی قسمت متوسط استفاده گردد .

استطبابات

- ۱- اگر عجان تهدید به تمزق باشد .
- ۲- عجان سخت یا Rigid .
- ۳- برای تسریع صفحه دوم ولادت در زجرت جنینی و سقوط حبل سروی .



- ۴- برای اجتناب از جهد زائد مادر در وقایع امراض قلبی، شش و اکلامپسی .
- ۵- در اطفال قبل الولاده .
- ۶- در عملیات های قبلی مانند ترمیم پاره گی های درجه سوم ، کولپورافی ، کولپوپرینیورافی ، ترمیم Incontinence های زجرتی و فستول های مهبل میثانی .
- ۷- وضعیت خلفی عظم قفوی (Occiput Post) که وجه در هنگام ولادت بطرف ارتفاق عانه قرار دارد و اعتلان وجهی .
- ۸- تضییق فوهه خروجی حوصله .
- ۹- تأخیر در صفحه دوم ولادت بیشتر از یک ساعت در اول باری ها و نیم ساعت در کثیر الولاده ها .

تخنیک

وقت اجرای اپیزیوتومی هنگامیست که عجان در اوج صفحه تقلصی رحم توسط عضو معتلنه توسع پیدا کند .

قبل از اقدام به اپیزیوتومی انفلتریشن یا بیحسی موضعی ، عجان توسط 10-20ml لیگنوکاین هیدرو کلوراید ۱٪ اجرا گردد . عجان به طریقه Fan like Manner با استفاده از سوزنیکه دارای 22 gauge و طول 7.5cm باشد با اساس قرار دادن فورشیت خلفی انفلتره گردد .

سه خط ارتشاحی هر قدر دورتر از معصره مقعدی یکی در سر خط متوسط ، داخل غشای مخاطی بین مهبل و جلد و دوی دیگر بزوایای 45 درجه بمقصد بلاک Ischio Tuberosity انجام گردد . انفلتریشن ، عجان را با کمترین ناراحتی قادر به اپیزیوتومی و ولادت میسازد .

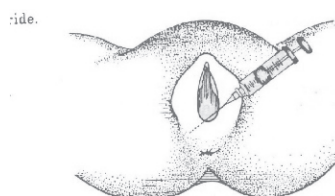


Fig.42 Infiltration of local anaesthesia

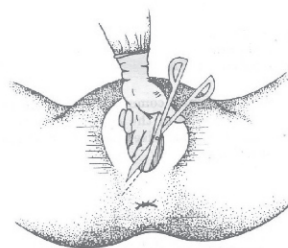


Fig.43 Incision for mediolateral episiotomy

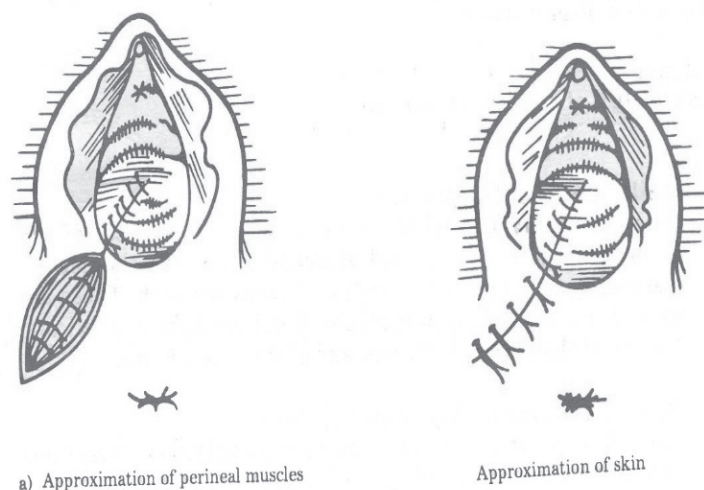


Fig.44

شق از خط متوسط فورشت خلفی شروع بزایه ۳۵-۴۵ درجه مستقیماً به طرف عقب یا خلف با یک قیچی اییزیوتومی اجرا گردد .

شق باید تنها تا سویه عضله Levator ani ادامه یابد . در غیر آن شاید حفره ishio rectal را سوراخ کند . انساج شق شده عبارت اند از: غشای مخاطی مهبل ، جلد ناحیه عجان ، عضله Spongiosus Bulbo ، صفاق و عضله مستعرضه سطحی عجان ، عضله مستعرضه عمیق عجان (D.T.P.P.M) و دیافراگم Urogenital .

بعد از ولادت طفل و پلاستنا ناحیه اییزیوتومی به سه پلان ترمیم گردد. نور روشن و کافی و ساحه بدون خونریزی باید موجود باشد . زروۀ اییزیوتومی در داخل مهبل بخوبی مشخص گردیده و توسط تار نمبر صفر Cat gut بصورت دوامدار خیاطه گذاری و ترمیم گردد . بعداً عضلات عجان با کتگوت نمبر یک بصورت متقطع خیاطه گذاری و با فشار بالای رکتوم راه خروج سوزن رهنمائی گردد . جلد شاید به شکل تحت الجلدی و ترجیحاً هم بصورت متقطع باکت گوت نمبر ۱ خیاطه گذاری گردد .

خطرات

۱- تاثیرات توکسیک لگنوکائین در مریضان حساس شاید سبب خواب آلودگی ، انحطاط دماغی و اختلال شعوری- دماغی گردد . این حادثه ممکن است با انقباض عضلات و اختلاجات همراه با عدم کفایه قلبی تنفسی تعقیب گردد . تداوی آن اوکسیجن دوامدار و اگر اختلاج واقع شد ، بازرق Thiopenton Sudium وریدی کنترل گردیده و بعد از انتوباسیون تهویه مریضه تنظیم گردد .

۲- خونریزی .

۳- هیماتوم .

۴- مداخله انتان یا متتن شدن .

۵- باز شدن جرحه .

۶- مجامعت درد ناک .

ولادت با فورسپس یا Forceps Dilevery

تعریف

فورسپس ولادی یک سامان طراحی شده برای خروج راس طفل میباشد. این وسیله یا برای سرعت بخشیدن به ولادت و یا برای اصلاح و از بین بردن بعضی از ابار ملیتی ها در ولادت هایی که عدم تناسب راس و حوصله مطرح باشد بکار برده میشود .

وقوعات

در حدود ۱۰٪ ولادت های شفاخانه را تشکیل میدهد .

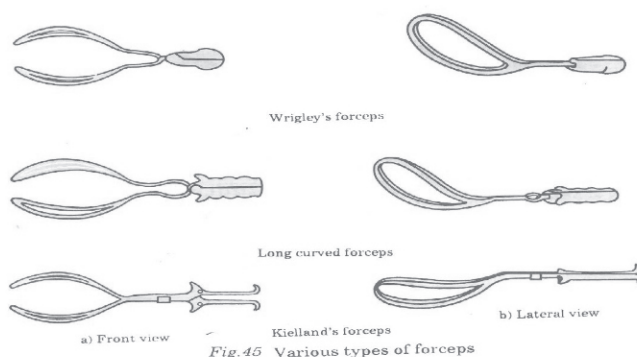


Fig. 45 Various types of forceps

انواع فورسپس

۱- فورسپس out let (Low forceps)

در اینحال فورسپس وقتی استفاده میشود که قطر بزرگ عضو معتله راس طفل پائینتر از سویه شوک های عظم ischi قرار داشته و رأس سبب توسع ناحیه عجان می گردد . از فورسپس Wrigleys استفاده می گردد . این فورسپس دارای منحنی کم و ساقه کوتاه بوده ، سبک و ظریف است . طول فورسپس 28cm و طول ساقه آن 2.5 cm میباشد .

۲- فورسپس جوف حوصله یا حوصله متوسط (Long curve forceps)

این نوع فورسپس هنگامیکه رأس تثبیت شده باشد، بکار برده میشود. مثلاً عضو معتلنه در سویه شوک های عظم ischi قرار دارد. از فورسپس Neville Barn's استفاده میشود. این فورسپس دارای 35cm طول و ساقه 6.5 cm بوده و سنگین است.

۳- فورسپس تدوری (Kielland's FR)

از این فورسپس هنگامیکه راس به وضعیت Occiput post و یا Deep Transverse Arrest دوام کند، استفاده می گردد. فورسپس راست بوده و دارای lock میباشد که اجازه لغزش یک تیغه فورسپس را بالای تیغه دیگر آن میدهد. انحنای حوصلی وصفی و مشخص بوده، در ابتدا بطرف خلف و بعداً بطرف قدام جهت دارد.

قسمت های فورسپس

- ۱- دسته: که توسط دکتر ولادی گرفته می شود.
- ۲- lock: که برای lock کردن استفاده می گردد.
- ۳- ساقه: قسمت بین دسته و تیغه است.
- ۴- تیغه ها و نهایات بعیده تیغه ها: که بنام راس یا نوک تیغه یاد میشود، متناسب براس جنین میباشد.
- ۵- منحنی راسی که بالای عظام جداری رأس تثبیت می گردد.
- ۶- منحنی حوصله که بطرف جوف حوصله مادر وضعیت می گیرد.

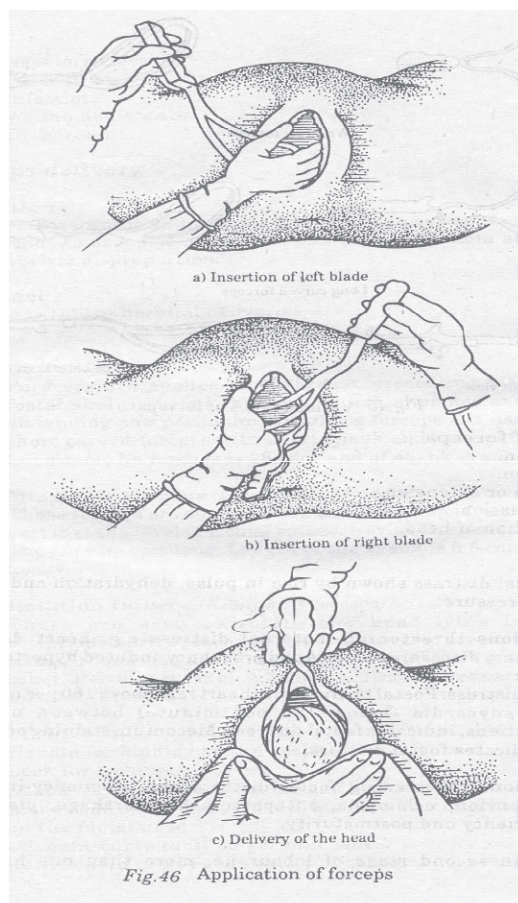
وظائف فورسپس

- ۱- کش کردن.
- ۲- تدور.
- ۳- قبض یا بسط دادن.
- ۴- فشار آوردن.
- ۵- حفاظت راس.

استطبایات فورسپس

- ۱- زجرت مادری: - که با بلند رفتن نبض دیهیدرشن و سقوط فشار خون نشان داده میشود.
- ۲- وضعیت های تهدید کننده زجرت مادری مانند امراض قلبی، امراض شش، اکلامپسی و حاملگی که باعث فرط فشار خون شده باشد.
- ۳- زجرت جنینی: تاکی کاردی جنین (که سرعت قلب بلند تر از 160/min) و برادی کاردیا (که سرعت قلب کمتر از 120/min) در بین تقلصات رحمی باشد نشاندهنده زجرت جنینی اند و علاوه بر موجودیت میکونیوم همراه با مایع امنیوتیک نیز نشاندهنده زجرت جنینی میباشد.

۴-وضعیت های تهدید کننده زجرت جنینی مانند فرط فشار خون حاملگی ، اکلامپسی ، خونریزی های قبل الولاده ، عدم کفایه پلاستا و پوست ما چوریتی طفل.



5-تاخیر در صفحه دوم ولادت مثلاً بیشتر از یک ساعت در اول باری ها و بیشتر از نیم ساعت در کثیرالولاده ها .

۶-خرابی وظائف رحمی وقتیکه عدم کفایه در پیشرفت سیر ولادت از اثر ضعیف بودن تقلصات رحمی باشد .

۷-عجان Rigid و تنگ .

۸-سقوط حبل سروی با عنق تام .

۹-راس به تعقیب آمده در اعتلان حوصلی .

۱۰-اطفال قبل الولاده یا پریمچرز .

۱۱- درجه خفیف تضیق فوهه خروجی حوصله .

حالاتیکه قبل از اجرای فورسپس باید مکمل باشند

۱- عنق باید کاملاً تام باشد .

۲- جیب باید تمزق کرده باشد .

۳- وضعیت راس باید قابل دسترس باشد (Occipitu ant) .

۴- رحم باید صفحات تقلصی و استرخائی داشته باشد .

۵- راس باید تثبیت شده باشد .

۶- هیچ نوع عدم تناسب راس و حوصله نباید موجود باشد .

۷- مثانه و رکتوم باید خالی باشند .

۸- از انستزی مناسب موضعی و یا Pudendal باید استفاده گردد .

میتود استفاده از فورسپس فوهه خروج (Out let) و جوف حوصله

تیغه ها باید در مقابل مریضیکه به وضعیت Lithotomy قرار دارد ، بهم آورده شوند . تیغه چپ و سفلی ابتدا توسط (lubricant) چرب گردیده و بصورت موازی با رباط مغبنی راست گرفته میشود . دو انگشت چرب شده دست راست با مواد لوبریکانت داخل مهبل گردیده (بین جدار وحشی دیوار حوصله و راس طفل) دسته تیغه چپ فورسپس توسط دست چپ بین شصت و انگشتان گرفته میشوند ، به نرمی داخل حوصله عبور داده میشود . دست مقابل با عین تخنیک تیغه دیگررا استعمال میکنند و تیغه ها باید به آسانی لاک گردند . اگر تطبیق و بکاربردن فورسپس وضعیت راس طفل و تیغه ها صحیح باشند ، تیغه ها به خوبی بالای تبارزات عظم جداری بهم متصل و نزدیک می گردند . فورسپس به طرف پائین و خلف کشیده شده و راس به این جهت انحنای حوصلی را تعقیب نموده و عملیه ولادت انجام میشود .

استطبابات برای فورسپس تدوری (Kielland's FR)

• توقف راس در جوف حوصله .

• دوام وضعیت Occiput post .

• وضعیت Mento Postetior در اعتلان وجهی .

• اعتلان ابرو .

طرز تطبیق

فرق تمام این میتود ها صرف در تطبیق تیغه قدامی میباشد .

۱- Kielland's و میتود کلاسیک

این میتود کاملاً متروک و منسوخ شده است . ابتدا تیغه قدامی فورسپس بین راس جنین و ارتفاق عانه در عالیکه مقعریت منحنی راسی آن (Cephalic curve) بطرف بالا باشد تطبیق نمی گردد . تصمیم برای

تطبیق شاخه قدامی ... تیغه قدامی به زاویه ۱۸۰ درجه تدور داده شده لذا انحناى راسى بالای عظم جداری تثبیت می گردد و تیغه خلفی مستقیماً مورد کاربرد قرار داده میشود .

۲- میتود Wandering

این میتود بیشترین استفاده را دارد . تیغه قدامی مستقیماً بالای وجه طفل تطبیق و با رهنمائی توسط دو انگشت به نرمی و آهستگی بزایه ۹۰ درجه بقدام تدور داده میشود و تیغه خلفی مستقیماً تطبیق می گردد .

۳- میتود مستقیم

این میتود وقتی که راس بسیار پائین باشد ، استفاده میگردد . هردو تیغه فورسپس مستقیماً بکار برده میشوند. تدور بعد از کاربرد دقیق تیغه ها بدون صرف قوه انجام میشود . ترکشن به امتداد خط دسته فورسپس با استفاده صرف قوه دو انگشت اعمال میشود .

اختلاطات

الف- مادری

- پارگی مهبل و عنق رحم .
- خونریزی بعد از ولادت از اثر پاره شدگی ها و اتونی رحم .
- اتانات طرق تناسلی .

ب- جنینی

- هیما توم راسی .
- خونریزی داخل قحفی .
- فلج وجهی .
- صدمه، آسیب و تخریشات در وجه طفل .

Vacuum extractor (ventouse) •

اساسات Malmstro's Vacuum اینست که یک کپ (کلاهک) ترکش فلزی بالای راس تطبیق و در اثر اعمال فشار منفی بالای رأس (یک برآمدگی در پشت سر طفل بنام کپوت succedaneum مصنوعی) ایجاد میشود. ترکشن از طریق لوله سکشن تیوب صورت میگيرد. یاببارهء دیگر تراکشن از طریق سکشن تیوب سکشن توسط زنجیر اتصالى بالای راس طفل اعمال میشود

قسمتهای واکيوم اکستراکتور

واکيوم اکستراکتور یک کلاهک فلزی است، که بوسیلهء یک زنجیر پوش شده توسط یک تیوب رابری که یک طرف آن به یکدستهء فلزی و طرف دیگر آن به جوف کلاهک وصل بوده و مجهز به فشار سنج و وکیوم پمپ دستی میباشد

Vacuum cup یا کلاهک واکيوم

چهار اندازه کلاهک بقطر های ۳۰، ۴۰، ۵۰ و ۶۰ میلی متر برای استفاده در دسترس قرار دارند. این ها با توسع عنق با اندازه های مختلف بدون انتظار بردن برای توسع تام عنق کار برده شده می‌توانند. کپ سکشن بمقصد تنبیه تقویه تقبض راس طفل استعمال می گردد.

تیوب رابری

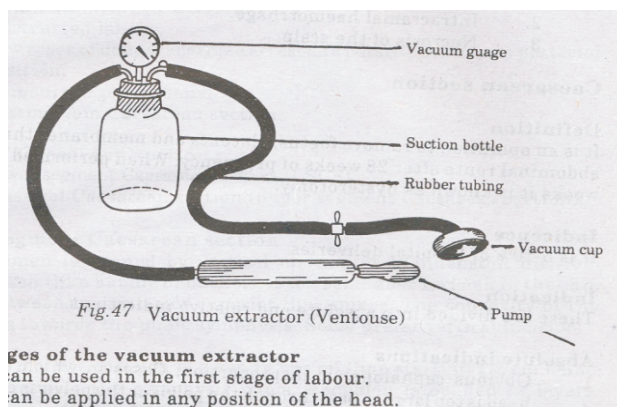
این تیوب نگهداری و دوام صفحه تماس کلاهک را بالای راس حفظ نموده و توسط یک ساختمان سنجاق مانند بآن وصل شده است. تیوب حاوی یک Chain فلزی بوده که به یک دسته ترکشن ختم و با یک تیوب رابری داخل یک بوتل شیشه ای که حاوی فشار سنج و پمپ می باشد، تثبیت می شود.

بوتل سکشن

این همراه با یک فشار سنج، یک پمپ خوب تثبیت شده و مناسب و یک والو آزاد کننده خلا می باشد.

محاسن و اکیوم اکستراکتور

- ۱- در صفحه اول ولادت می‌تواند استعمال گردد.
- ۲- در هر وضعیت راس از آن استفاده بعمل آمده می‌تواند.
- ۳- با آن می‌توان تدور و ولادت راس را انجام داد.
- ۴- فضای اضافی را در داخل مهبل اشغال نمی کند.
- ۵- یک میتود بسیار فزیولوژیک ولادت بوده راس بطریقیکه بخواهد ولادت میشود.



استطبابات

استطبابات آن مانند فورسپس است.

طرز تطبیق

در مورد انستزی مانند فورسپس عمل میشود. کلاهک داخل مهبل گردیده و بالای راس طفل تطبیق می گردد. کوشش بعمل آید که عنق رحم و یا جدار مهبل بین آن و سر طفل قرار نگیرد. در اثر عمل و

کارکرد یک اسیستانت در حذای پمپ ، خلا ایجاد میشود که از 0.2 kg فی سانتی متر مربع شروع و بصورت تدریجی فشار منفی با اندازه 0.1 kg در هر دو دقیقه بلند برده شده و تا به حد اعظمی 0.8 kg فی سانتی متر مربع رسانیده می شود .

فشار منفی بالای Scalp سبب تولید Caput Succedaneum مصنوعی یا Chignon در داخل کلاهک می شود . ترکشن در هر تقلص رحمی بشکل عمودی اعمال می گردد . کلاهک فوراً بعد از ولادت با هستگی برداشته شده و دور گردد و Chignon با سرعت از حجم خود می کاهد .

خطرات

A- مادری

امکان جروحات در عنق رحم و جدار مهبل موجود است .

B- جنینی

۱- سیفالوهماتوم .

۲- خونریزی داخل قحفی .

۳- نکروز Scalp .

• Ceasarean Section

تعریف

عبارت از عملیاتی است که بمقصد برداشتن و دور کردن طفل ، پلاستا و اغشیه از طریق بطن ، بعد از هفته های ۲۸ حاملگی انجام میشود . هرگاه این عمل قبل از هفته های ۲۸ حاملگی انجام شود ، بنام هستراتومی یاد می گردد .

وقوعات

در حدود ۵-۱۰٪ ولادت های شفاخانه ای را تشکیل میدهد .

استطبابات

بدوگروپ استطبابات مطلق و نسبی تقسیم شده است .

A- استتبابات مطلق

- ۱- عدم تناسب راس و حوصله واضح و مشخص: در ینوقایع یا راس طفل در عبور از حوصله فوق العاده بزرگ است و یا حوصله مادر متضیق است.
- ۲- پلاستا پریویا ی تیپ II خلفی و تیپ های III و IV.
- ۳- سقوط جبل سروی با طفل زنده و عنق ناتام.
- ۴- دو سزارین سکشن قبلی (عقاید درین حالت مختلف است).
- ۵- قرار مستعرض.
- ۶- دو گانگی ها ، اگر طفل اول قرار مستعرض یا هر دو طفل قرار مستعرض و یا هر دو اعتلان بریچ داشته باشند.

- ۷- پریماچوریتی با اعتلان حوصلی.

استتبابات نسبی

- ۱- اظهار زجرت جنینی در صفحه اول ولادت.
- ۲- ناکامی در عمل تحریک.
- ۳- انرشی رحمی (تقلصات نامنظم اند).
- ۴- خانم های مسن اول باری با اعتلان حوصلی.
- ۵- اعتلانات ابرو و یک تعداد کمی از واقعات اعتلانات وجهی.
- ۶- تومورهای مبیضی اگر به طرف بالائی حوصله تیله شده نتواند.
- ۷- فیبروئید های جمع شده در حوصله یا متوضع حوصله باشند.
- ۸- در تعداد کمی از وقایع اکلامپسی و حاملگی هایی که باعث فرط فشار شدید خون شده باشند ، اگر تحریک برای ختم ولادت عاجل نا موفق بود ، تصمیم به C.S گرفته شود.
- ۹- سابقه خراب ولادی.
- ۱۰- در عملیات های قبلی انجام شده نسانی مانند: ترمیم فستول های مهبلی مثانی ، ترمیم فستول های مهبلی غایطی (Recto vaginal)، عملیات های Stress incontinence ، تعداد کمی از عملیات مانچستر ، امپوتشن عنق رحم ، ترمیم پاره گی های درجه III عجان ، عملیات های Vagino plasty و غیره.
- ۱۱- تعداد کمی از واقعات دیابت شکر ی.
- ۱۲- سرطان عنق رحم که در مراحل اخیر حاملگی کشف شود.
- ۱۳- در انفصال پلاستا اگر طفل زنده بوده و در ظرف ۴-۶ ساعت ولادت انجام نشود.
- ۱۴- ولادت انسدادی.

۱۵- تعداد کمی از توقف عمیق مستعرض راس (D.T.A) و دوام کردن حالت Occiput-Post

راس .

۱۶- تو مورهای عظام حوصلی .

۱۷- سزارین سکشن بعد از مرگ مادر .

انواع سزارین سکشن

۱- سزارین سکشن (شق سگمنت سفلی) .

۲- سزارین سکشن کلاسیک (شق سگمنت علوی) .

• سزارین سکشن سگمنت سفلی

بطن در سرخط متوسط بصورت طولانی و یا به شکل شق مستعرض Pfennensteil باز میشود .
فینشتیل (مانند دسته دلو چاه) عبارت از یک شق نصف هلالی در چین خوردگی یا التوای جلدی بین دو
Spina Schiastica قدامی علوی بوده ، طوریکه محدودیت آن به طرف ارتفاع عانه میباشد . بعضی مولفین
شق عمودی را ترجیح میدهند .

یک شق عمودی بفاصله های ۱-۲ سانتیمتر پائین تر از سره از سر خط متوسط شروع و به ارتفاع عانه
امتداد میابد. طبقات بطن بترتیب باز می شوند . پریوتان حشوی رحم (Perimetrium) بشکل مستعرض باز
گردیده و با تماس نرم مثانه بطرف پائین تپله گردد . سگمنت سفلی به شکل مستعرض شق و رأس طفل به
وسیله دست یا فورسپس ولادت داده میشود .

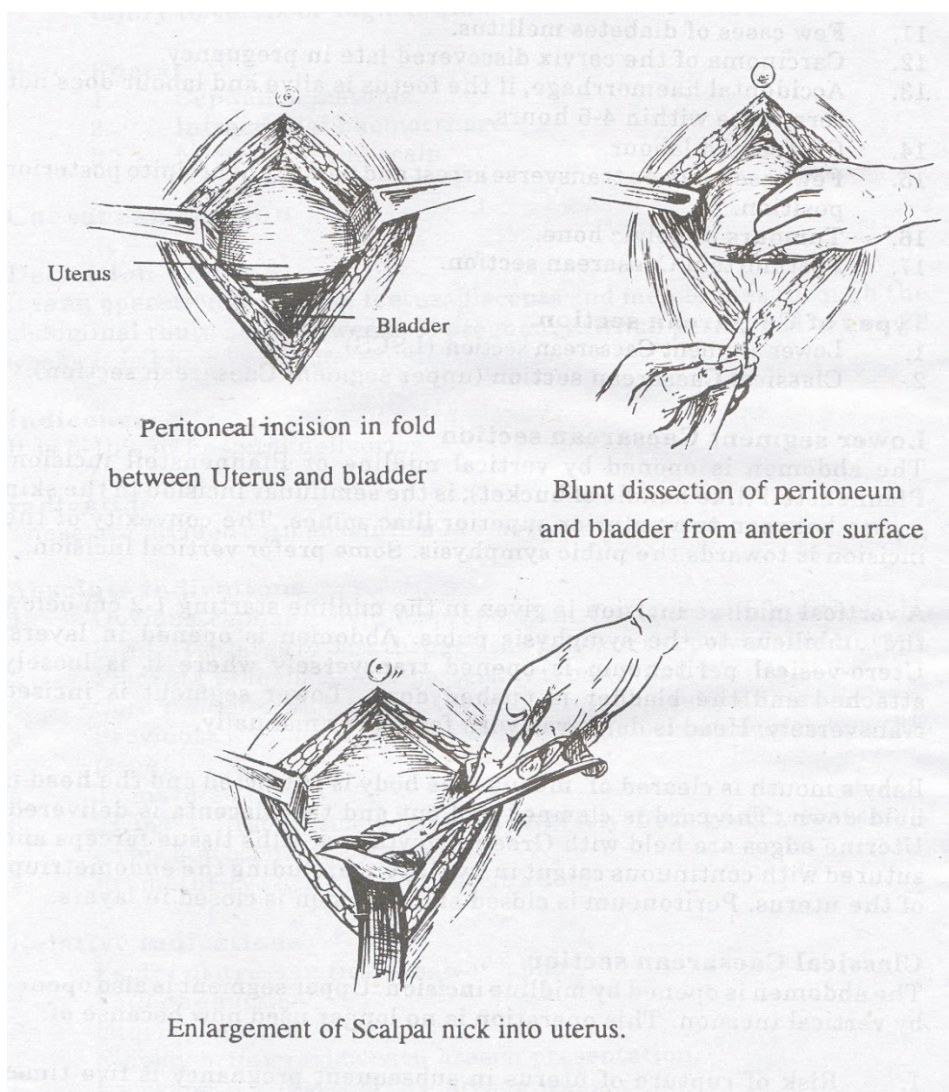
دهن طفل از مخاط پاک گردد. طفل کشیده شده و سر آن بطرف پائین گرفته شود ، جیل سروی
کلمپ و قطع گردد . و پلاستنا ولادت داده شود. کناره های رحم با پنس Green Armytage یا فورسپس
نسجی Allis (پنس حلقه) گرفته شده و بدو طبقه همراه کت گوت بصورت دوامدار بدون طبقه
اندومتریوم خیاطه گذاری گردد . پریوتان بسته گردیده و بطن هم طبقه به طبقه خیاطه گذاری و بسته گردد .

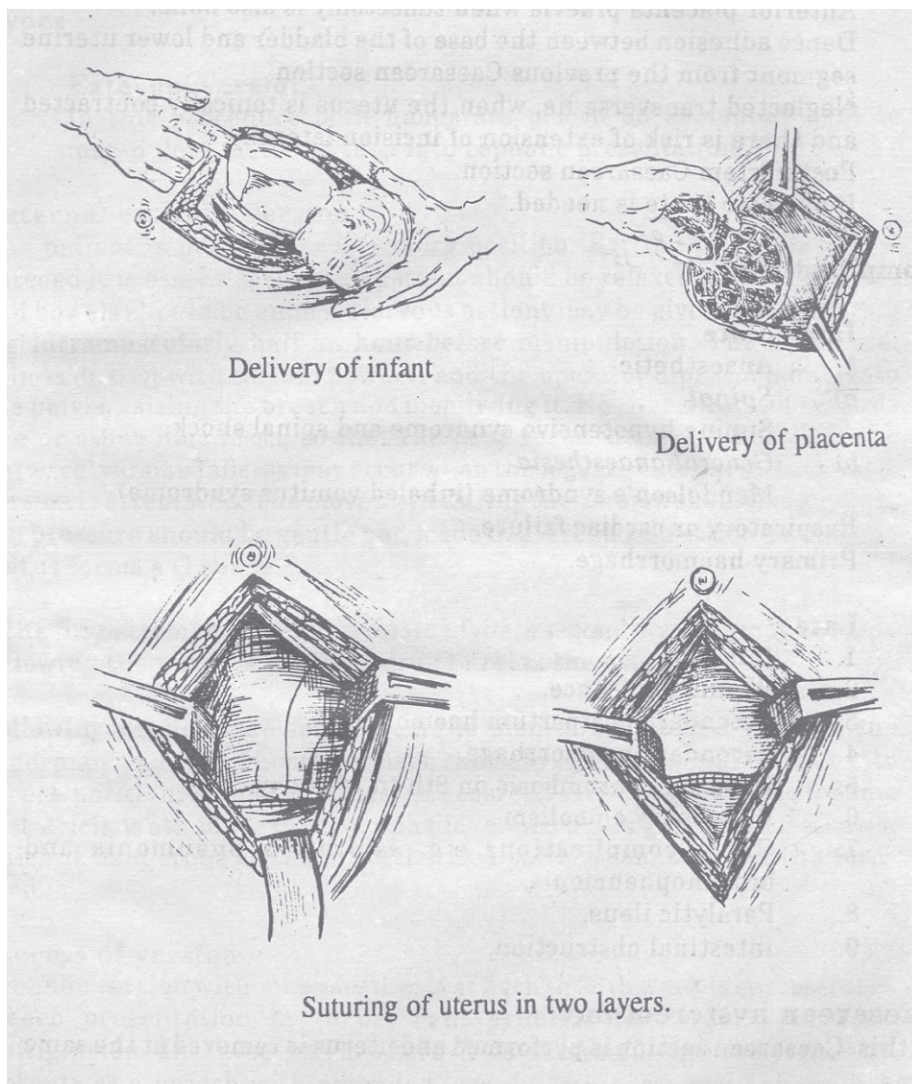
• سزارین سکشن کلاسیک

بطن با یک شق در سر خط متوسط باز میشود . سگمنت علوی رحم هم با شق طولانی باز میگردد .
این شکل عملیات به دلایل ذیل فعلاً مورد استفاده زیاد ندارد :

۱. خطر تمزق رحم در حمل بعدی ۵ مراتبه نسبت به شق سگمنت سفلی از اثر تشکل سکار یا ندبه
ضعیف ، بیشتر است .

۲. خونریزی مربوط است به ضخامت بیشتر عضله رحم در سگمنت علوی .





۳. خطر تشکل التصاق بعد از عملیات و انسداد امعا از سبب معروض بودن به خیاطه های رحمی بلند است .

۴. اگر جرحه باز گردد سبب انتان بطنی و پریتونیت جنرالیزه میشود .

استطبابات برای اجرای سزارین سکشن کلاسیک

۱. در قرار مستعرض اگر توبکتومی (بستن نفیرها) هم انجام شود .
۲. پلاستنا پریویای قدامی اگر توبکتومی هم انجام شود .
۳. التصاقات زیاد و پیشرفته بین قاعده مثانه و سگمنت سفلی رحم از اثر عملیات های سزارین قبلی .
۴. قرار مستعرض از نظر مانده یا مسامحه شده ، وقتیکه رحم تقلصات Tonic دارد و خطر توسعه شق به طرف جدارهای وحشی رحم موجود است .
۵. سزارین سکشن بعد از فوت مادر .
۶. اگر بی نهایت به شتاب و عجله ضرورت باشد .

اختلاطات

A- اختلاطات عاجل

- ۱- در انستزی
- a - Spinal anesthesia : سندروم تفریط فشار در وضعیت Supin و شاک Spinal .
- b - General anesthesia : سندروم Mendelson's (سندروم انشاقی استفراغات) .
- ۲- عدم کفایه تنفسی یا قلبی .
- ۳- خونریزی های مقدم .

B- اختلاطات موخر

- ۱- انتانات .
- ۲- باز شدن جرحه .
- ۳- خونریزی های ثانوی دوره نفاسی .
- ۴- خونریزی ثانوی .
- ۵- ترومبوز اورده عمیق در ظرف ۸-۱۰ روز .
- ۶- امبولی شش ها .
- ۷- اختلاطات در شش مانند اسپایرشن پنومونیا و برانکوپنومونیا .
- ۸- فلج معائی (Paralytic ileus) .
- ۹- انسداد امعائی .

سزارین و هسترکتومی

در این حالت بعد از اجرای سزارین در عین زمان رحم برداشته میشود.

استطببات

- تمزق رحمی ایکه قابل ترمیم نباشد .
- رحم های مولتی پل فیروم .
- کارسینوم عنق رحم.
- پلاستتا اکریتا و انکریتا .

• تدور یا Version

تعریف

عبارت از دور دادن جنین در داخل رحم وقتیکه به اعتلان غیر طبیعی قرار داشته باشد .

انواع

۱. تدور خارجی

در این پروسیجر هر دو دست بالای بطن مادر قرار داده شده با اجرای مانیولشن طفل به اعتلان ورتکس دور داده میشود .

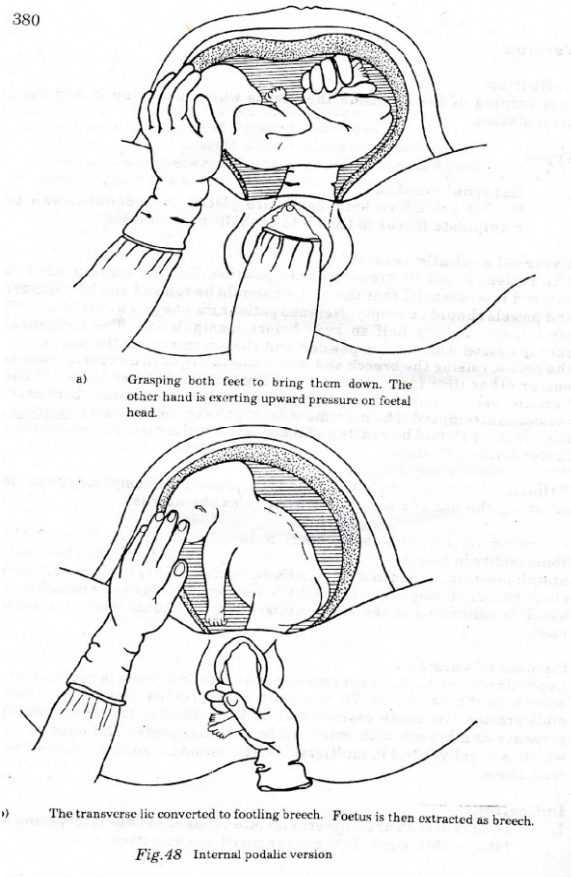
الف) تدور خارجی رأسی

مریضه در وضعیت Trendelenburg قرار داده می شود ، برای موفقیت آمیز بودن مانیولشن ضروریست که مریضه باید کاملاً Relax بوده ، مثانه و رکتوم تخلیه شده باشند . برای مریضان عصبی و حساس باید بمقدار ۱۰۰ میلی گرام پتدین نیم ساعت قبل از اجرای مانیولشن در یک زرق داده شود . جلد بطن با پودر تالک مالش داده شود . عمل کننده دستان خود را در عمق حوصله مادر از بالای بطن داخل و حوصله طفل را بالا آورده و به حالت تعلیق در آورد . بعداً آنرا بطرف یک حفره حرقفی و یا دیگر آن رهنمائی کند . لذا طفل دور می خورد (سر به جای پا). اگر عملیه پیشبرد تدور ، به ناکامی انجامید ، شاید پاها به حالت بسط قرار داشته باشد . به تدور به طرف عقب یا خلف اقدام گردد (Back Ward) . حرکت در جریان تدور باید ملایم و یکنواخت بوده و با فشار نرم و به جهت دایره اجرا گردد . مسیر حرکت تدوری طفل شکل C را تمثیل می نماید . اگر سعی و کوشش اولی برای تدور رأسی به ناکامی انجامید ، مرتبه دوم هم سعی شود . با تجویز Tocolytic ها و استرخاء رحم عملیه تکرار گردد . به تعقیب تدور ، قلب جنین برای یکساعت منظم مونیتور گردد . اگر ابتارملیتی قلب جنین دوام کرد ، طفل دوباره به حالت Breech آورده شود و در یک تعداد وقایع سزارین سکشن انجام گردد . بعضی دوکتوران ولادی نسائی اقدام به عمل Version تحت انستزی عمومی می نمایند که این عمل خطرناک است . چون که مریض بیهوش شده بمقابل قوای وارده از خود مقاومست نشان داده نمیتواند .



موفقیت تدور

تدور رأسی بدون انستزی عمومی در هفته های ۳۴-۳۶ حاملگی در اعتلان حوصلی نزد خانم های اول باری ۷۰٪ و در نزد خانم های کثیرالولاده ۸۰٪ با موفقیت همراه است و



در وقایعی موفقیت آمیز است که طفل معمولاً با اعتلان حوصله همراه بسط پاها قرار داشته باشد. در قرار های مستعرض و مایل که معمولاً نزد کثیرالولاده ها دیده میشوند ، عملیه تدور در حدود ۹۰٪ وقایع بطور مطلوب انجام میشود .

استطبابات

۱- برای تدور از اعتلان مستعرض و مایل به اعتلان رأسی طفلیکه در هفته ۳۴-۳۶ جنینی خود قرار دارد (ولی من آنرا عملی نکرده ام).

۲- در دوگانگی ها ، برای ولادت طفل دومی که قرار مستعرض داشته و جیب هم سالم باشد ، تدور رأسی و ترجیحاً ذنبی انجام گردد .

مضاد استطبابات تدور خارجی

۱. حمل های دو گانه .
۲. پولی هیدرامنیوس .
۳. Rh-iso-immunization (عدم توافق فکتور Rh) .
۴. موجودیت ندبهء سابقهء سزارین و میومکتومی .
۵. تشوشت امراض داخله با حمل مثلاً فرط فشار خون ، دیابت و امراض قلبی .
۶. پلاستتا پریویا .
۷. تأخر داخل رحمی جنین .

اختلاطات

۱. خونریزی های انفصال پلاستتائی .
۲. عدم موفقیت در تدور رأسی خارجی (E.C.V) .
۳. تمزق قبل از وقت جیب و ولادت قبل الميعاد .
۴. زجرت جنینی .
۵. پیچ خوردن جیل سروی در یکی از اطراف طفل .

• تدور داخلی

این عمل در جریان ولادت اجرا و حوصله پائین آورده میشود.

استطبابات

- در اعتلان مستعرض با عنق کاملاً تام که همیشه تدور ذنبی می باشد (حوصله پائین آورده میشود).
- بعد از ولادت طفل اول در دوگانگی ها ، اگر طفل دوم مستعرض باشد .

پروسیجر یا عملیه کاری

- ۱- بمریضه انستزی عمیق به وضعیت لیتوتومی داده شود .
- ۲- دست راست داخل ، یک یا هر دو بای طفل جنگ زده و بیرون آورده شود

۳- با مانیپولشن از بالای بطن رأس طفل با دست چپ از پهلو یا جنب رحم به طرف غور رحم رهنمائی گردیده و به قرار طولانی دور داده و آورده شود .

۴- Breech extraction در حالیکه وجه ظهری طفل به طرف قدام آورده شود عملی گردد .

۵- مانیپولشن باید خیلی نرم و آرام بوده و هنگام تقلص رحمی توقف داده شود . **خطرات**

۱- تمزق رحم .

۲- جروحات جنینی .

• Craniotomy

عبارت از تنقب عظام رأس توسط پرفوراتور (سوراخ کننده) رأسی (Old ham's perforator)

میباشد .

استطبابات

۱- هیدروسیفل .

۲- S طفل مرده با تضیق حوصله (در ولادی عصری این عمل انجام نمی شود) .

۳- طفل مرده با اعتلالات ابرو و وجهی به هم فشرده شده (impacted) .

(فعلاً به آن عمل نمیشود یا آنرا انجام نمیدهند)

پروسیجر

نوک تیز پرفوراتور در اعتلان رأسی از حذای عظم جداری ، در اعتلان وجهی از طریق جوف حجاج و سقف دهن و در اعتلان ناحیه حوصلی از Sub occipute در رأس بدنبال آمده ، داخل قحف میگردد .
اهتمامات جدی برای حفظ انساج نرم مادری باید گرفته شود .

• Decapitation

عبارت از عملیه قطع رأس جنین از جزع آن می باشد (سر بریدن) .

استطبابات

۱. شانه های بهم فشرده شده یا جمع شده (در طبابت مدرن امروزی ترجیح نمیدهند)

۲. دو گانگی های لاک شده .

Pudendal Nurve block

بلاک شرمگاهی در سویه Schial Spina بمقصد تولید بی حسی در جلد دهلیز ، مهبل و عجان انجام میشود . از پودندال بلاک در هنگامیکه مانیپولشن مهبل پیش بینی می شود ، استفاده بعمل می آید .
اعصاب Pudendal از ضفیره عصبی Sacral (S_{2,3,4}) منشأ گرفته از سوراخ بزرگ Schiatic عبور نموده ، داخل کانال Alcock's شده و Schial Spine را دور می زنند .

تمام دهلیز و عجان باستانی قسمت قدامی بشمول کلیتوریس که توسط لیف های کمی از عصب Ilium inguinal تعصب میگردد ، ذریعه عصب Pudendal تعصب میگردد. دو طریقه بلاک عصب Pudendal موجود است .

I- بلاک عصب Pudendal از طریق عجان (Transperineal Podendal Block)

مریضه به وضعیت لیتوتومی قرار داده شده و برای ولادت Drap و Prep میگردد. یک سوزن guage ۲۰ به طول ۱۵ سانتیمتر بصورت عرضانی (Horizontal) از طریق وخذه (Weal) به یک طرف ، به نقطه ایکه فقط پائین و عقب Schial spin قرار دارد عبور داده میشود . برای بلاک عصب Internal Pudendal بمقدار ۱۰ میلی لیتر محلول لیگنوکائین ۱٪ زرق میگردد . سوزن بآهستگی تا نزدیک جلد بیرون آورده شده بعداً با هدایت به طرف وحشی به سوی ischial Tuberositus پیش رفته و مقدار ۵ سی سی از محلول مذکور زرق میگردد و سوزن دوباره تا نزدیک جلد بیرون آورده شده و در شفتان عین طرف زرق انجام میشود . عین پروسیجر در طرف دیگر هم اجرا میگردد . در اینجا یک استرخاء عضلات عجانی و انستری جلد عجان در ظرف چند دقیقه محدود بمیان می آید .

I. بلاک عصب Pudendal از طریق مهبل

جدار وحشی مهبل به سویه Schial spin توسط سوزن یک بار مصرف Kobeck 's (قسمت نهائی سوزن توسط یک تیوب مدور کوچک محافظت گردیده) سوراخ میگردد . نهایت سوزن در هنگام دخول در مهبل توسط انگشتان اشاره رهنمائی و محافظت میگردد . سوزن با سوراخ نمودن اربطه Sacrospinous فقط بلندتر از Schial spin داخل انساج نرم حلقوی ، جائیکه مقاومت پستون تنقیص نموده میشود و عبور مایع بآسانی صورت میگردد.

بعد از اسپایریشن به منظور اطمینان از زرق داخل و عائی 10ml محلول لیگنوکائین ۱٪ دراین ساحه زرق میگردد.



احصایه های حیاتی Vital Statistic

تعاریفات

۱- معیوبیت مادری (Maternal Morbidity)

عبارت از اختلالات مقدم و یا موخریکه در جریان حاملگی، ولادت و ۶ هفته بعد از ولادت رخ میدهد.

۲- فیصدی ولادت های خام یا Crude birth rate

عبارت از تعداد ولادت های زنده در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در یکسال میباشد.

۳- ولادت مرده (Stillbirth)

هرگاه طفل وقت ولادت نفس نکشد Stillbirth گفته میشود.

۴- اندازه اطفال مرده (Stillbirth rate)

عبارت از تعداد اطفال S.B در ظرف یکسال در هر ۱۰۰۰ ولادت (زنده و مرده) میباشد. این مهم است بدانیم که آیا S.B تازه است یا Macerated شده، زیرا اسباب آن معمولاً متفاوت است.

۵- اندازه وفيات طفل در دوره نوزادی (Perinatal mortality rate)

عبارت از تعداد S.B و مرگ و میر اطفال در یک هفته اول بعد از ولادت در هر ۱۰۰۰ ولادت (زنده و مرده) در ظرف یکسال میباشد.

۶- اندازه وفيات اطفال نوزاد (Neonatal mortality rate): عبارت از اندازه وفيات اطفال در ظرف یکسال اول زندگی در فی هزار ولادت میباشد.

۷- وفيات مادران (Maternal mortality rate): وفيات مادری این طور تعريف شده است که عبارت از تعداد مادرانيکه در هنگام بارداری تا شش هفته (۴۲ روز) بعد از ولادت بدون توجه بمدت حمل و محل حاملگی، از هر سببیکه ارتباط به حمل داشته و یا توسط حمل تشدید یافته و یا تدای شده (لاکن و اقعاعات مرگ های تصادفی را شامل نمیشود)، فوت نموده اند، میباشد.

(American College of Obstetric & Gynecology) یا ACOG در تعريف خود

مرگ و میر مادران را در ظرف ۹۰ روز C.D.C (Center of Disease Control) مرگ و میر را در ظرف یکسال وارد این کته گوری نموده است.

تعریف هم چنین شاید از یک مملکت تا مملکت دیگر فرق کند. طوریکه سقط ها که یکی از اسباب عمده مرگ و میر مادران اند. شامل احصائیه ملی تمام آنها نمیشد. در بسیاری ممالک (انگلستان) احصائیه شامل مرگ های بعد از سقط و حمل های خارج رحمی هم می باشد. در حالیکه در بعضی ممالک اینطور نیست.

در تعریف وفیات مادری یک منبع دیگر غلطی هم شامل است که تنها شاید ولادت های زنده در بعضی ممالک و در بعضی ممالک دیگر ولادت های زنده و مرده و شاید هم در بعضی ممالک حاملگی هایی که هفته ۲۸ خود را ختم نکرده شامل ثبت و راجستر نگردند.

دو اندازه گیری مختلف قابل استفاده اند. تناسب وفیات مادری (معمولاً کلمه اندازه به کار برده میشود) عبارت از تقسیم تعداد مادران فوت شده در یکسال بر تعداد ولادت های زنده در عین سال ضرب در ۱۰۰۰ یا ۱۰۰۰۰ یا ۱۰۰۰۰۰ می باشد. این اندازه گیری تنها ریسک و خطر ولادی را وانمود میسازد.

در حالیکه اندازه مرگ و میر مادران عبارت از تعداد مادران فوت شده در ظرف یکسال بر تعداد خانم هایی که در سن باروری (۱۵-۴۴ ساله) در عین سال قرار دارند و ضرب در عدد ۱۰۰۰، ۱۰۰۰۰ و ۱۰۰۰۰۰ میگردد، می باشد. این اندازه گیری هر دو کته گوری وقوع حامله گی ها و خطر وفیات آنرا هنگامیکه خانم حامله میشود، در بر میگیرد. درین اواخر وقوع خطرات احتمالی در هنگام ولادت بیشتر شده است.

این معیارها خطر مرگ ناشی از اسباب مادری را در سنین باروری نشان میدهد، خصوصاً اگر خانم شکل معمول تولید مثل را باساس فرهنگ و عنعنه خود تعقیب نماید، مواجه به خطرات بالخاصه ولادی میگردد.

احصائیه های جهانی درباره مرگ و میر مادران در حال حاضر آسانست و بطور مقایسوی در ممالک مختلف نتایج مختلف را ارائه میدهد. رویهمرفته وفیات مادری یک مشعر مراقبت های طبی و قابله گی و احصائیوی هستند. که به اساس آنها تغییرات مفیده لازمه را برای بهبود وضع موجوده میتوانیم عیار سازیم.

هم چنین برای وفیات مادری از نظر احصائیوی ارزش دارند. مثلاً در ۳ میلیون جمعیت ۱۲۷۰۰۰ ولادت محاسبه شده است که باید بوقوع پیوندد.

اسباب معیوبیت های مادری

امراض نسائی (که مسئول تزايد معیوبیت های مادری هستند)، میتوانند با اهتمامات خوب ولادی مراقبت و کنترل گردند. اینها قرار ذیل اند:



۱. انتانات طرق تناسلی در دهلیز، مهبل، عنق رحم، اندومتریوم، تیوب، تخمدان ها و پریتون حوصلی سبب ولویت، و جینیت، سرویسیت، اندومتریت، سلپنجیت، اوفوریت، سلپنگو اوفوریت، پلوی پریتونیت و ابله های حوصلی میگردند.
۲. پاره گی عجان (درجه I، II و III)، پاره گی های مهبل و عنق رحم و تمزق رحم اگر پاره گی عنق رحم به بالا ادامه بیابد.
۳. فیستول ها مانند فیستول مهبلی مثانی (V.V.F)، حالبی مهبلی (U.V.F) تنها در سزارین سکشن و سزارین هیستریکتومی و فیستول غاطی مهبلی (R.V.F).
۴. سقوط رحم، جدار مثانه (Cystocoele) و رکت (Rectocoele).
۵. انقلاب یا چپه شدن رحم.
۶. ریتروورشن رحم.
۷. عقامت ثانوی از اثر انسداد تیوب ها.
۸. امراض التهابی مزمن حوصلی (Ch.P.I.D).
۹. عدم اقتدار در کنترل ادرار.
۱۰. انتانات احلیلی، مثانی و کلیوی، که سبب Cystitis، Urethritis و Pyelonephritis میگردند.
۱۱. سندروم Sheehan's (از اثر نكروز غده نخامیه بعد از ولادت)
۱۲. سقط عادی از اثر تخریبات در فوهه داخلی عنق رحم.

اسباب مرگ مادری

- فکتورهای شرکت کننده در بلند بودن سویه مرگ و میر مادران در پاکستان عبارتند از: سوء تغذی، بیسودی، جهالت، عدم درک و همکاری، اهتمامات نامناسب دوره بارداری، تدابیر و اهتمامات نامناسب و غلط در جریان ولادت، دسترسی ناکافی در دریافت کمک ها حتی به قیمت جان مریضه، TBA ناترن شده، بلند بودن وفیات طفل، بلند بودن اندازه ولادت ها و بلند بودن اندازه سقط های تحریکی.
۱. مرگ های مستقیم ولادی که به خود حاملگی مربوط است مانند خونریزی ها (قبل و بعد از ولادت و همچنین در سقط ها)، انتانات Sepsis (دوره نفاسی و سقط های منتن)، پره اکلامپسی و اکلامپسی، انقلاب رحم، شاک ولادی، حمل خارج رحمی و امبولی مایع امنیوتیک.
 ۲. مرگ های غیر مستقیم ولادی، از اثر امراض داخله اشتراکی با حاملگی مثلاً: انیمی، دیابت، توبرکلوز، امراض قلبی، امبولی ریوی و عدم کفایه کبدی بوجود آمده میتواند.

۳. اسباب تصادفی و اتفاقی عبارتند از مرگ های اند که از سبب انستری ، عکس العمل انتقال خون

و خودکشی رخ میدهد .

سطح وفیات مادری در بسیاری از ممالک رو به انکشاف دانسته نشده و سطح بلند شناخته شده آن شاید پائینتر از سطحی باشد که باید شناخته میشد . بسیاری از ممالک رو به انکشاف فاقد ثبت سیستم احصائیوی حیاتی اند .

وقتی که این پروسه هم موجود باشد حالت حاملگی در راپورها ثبت نگردیده و منجر به عدم تثبیت و راپوردهی وفیات مادری بصورت عینی آن میگردد .

در فیصل آباد وفیات مادری در سال ۱۹۷۷، ۱۰۰۷/۱۰۰۰ در مناطق معین ، انتخاب شده شهری و روستائی بود . که این رقم به ۱۸/۱۰۰۰ در سال ۱۹۸۷ در عین ساحات بعد از تکرار کورس های Refresher برای T.B.A برای مدت ده سال تقلیل پیدا نموده است .

چطور وفیات و معیوبیت های مادری تقلیل میابند

۱- تعلیمات کنلوی

بسیاری از امراض مادری حتی مرگ آنها در پاکستان مربوط به جهالت ، ضعف اقتصاد و بی سوادی است . این میتواند بوسیله تعلیم دادن مردم از طریق اطلاعات جمعی مختلف ، تغییر عادات خرافاتی و موهومی ، اصلاح و بهبود زندگی استندرد ، حذف سوء تغذی و امراض اتنانی تا اندازه ای وقایه گردد .

۲- تهیه خدمات شفاخانه ای رایگان در مناطق شهری و دهاتی .

۳- آماده ساختن یونت ولادی سیار مانند ویزیت تیم تخصصی برای دیدن مریضان در ساحات روستائی ، اجرای Check up خانم های حامله ، توزیع ادویه مجانی و ارائه خدمات فامیلی پلانینگ بصورت مجانی .

۴- در آنجا باید خدمات امبولانس O.F.S ، تلفون های عمومی ، وسایل انتقالاتی مناسب و خوب و ایجاد شبکه ارتباطی بین شهر و ساحات روستائی تأمین گردد .

O.F.S یک تیم متشکل از پرسونل مختلف طبی بوده که میتواند به خانهء مریضه خواسته شده و به مشکلات مختلفه مریضه از نظر ولادی عاجلاً رسیدگی کند (برای معلومات بیشتر جزئیات فصل O.F.S مطالعه گردد) . آنها مقدمتر از همه یک تیم احیای مجدد اند که وظیفه دارند وضعیت خانم را تثبیت و برای رفتن به شفاخانه او را آماده بسازند . O.F.S هم چنان برای احیای مجدد خونریزی های قبل الولاده و بعد از ولادت و در سقط ها وظیفه انجام میدهند . آنها همچنان بمریضان اکلامپسیا کمک کرده میتوانند . ستاف O.F.S شامل یک داکتر ولادی با تجربه یک انستریست ، یک اسپستانت و یک نرس میباشند . و مقدار کافی لوازم و اسباب همراه محصولات پلازمائی خون در دسترس آنها قرار دارد .

- ۵- کورسهای Refresher: برای پراکتیشنرهای عمومی این کورسها باید وقتاً فوقتاً گرفته شوند و تأکید بالای فکتورهای خطر آفرین و رجعت دادن اینگونه مریضان به شفاخانه در وقت مناسب صورت گیرد . هر خانم حامله باید ثبت شده باشد .
- ۶- از تعلیم دادن ستاف پارامدیکل و کتله بزرگی که در ترنینگ T.B.A مصروف اند استثناء نتیجه خوبی بدست آمده میتواند .

احصائیه حیاتی شهر فیصل آباد

۱۹۹۲	۱۹۹۱	۱۹۹۰	۱۹۸۹	
۲۱۶۹۳۸۴	۲۱۱۳۶۷۲	۲۰۵۷۹۶۰	۲۰۰۰۰۰۰	نفوس مجموعی
۵۳۹۷۵	۵۵۷۱۲	۵۷۹۶۰	۵۵۵۶۰	مجموع ولادتها
۳۷	۴۱	۵۵	۴۸	مجموع مرگ میر مادران
۰.۶۸	۰.۷۳	۰.۹۴	۰.۸۶	فیصدی مرگ و میر مادران
۲.۲۶	۲.۴۰	۲.۸۱	۲.۵۰	فیصدی تزايد جمعیت (+)
پاکستان				
۸-۶	۸-۶	۸-۶	۸-۶	وفیات مادران فی هزار
۳.۲۸	۳.۲۰	۳.۲۰	۳.۵۰	اندازه تزايد نفوس

Abstract

This book is one of the best obstetric books according to the references. It is written by the Pakistani Professors Drs Altaf Bashir and updated book according to the books which are written or translated after 2000.

Most of the diseases and titles brought to this book extremely directly relates to the pathology of the regional countries and Afghanistan.

Another advantage of this book is discussing the delivery Control System under the topic in the name of Mobile Ambulance. This can reduce the percentage of maternal mortality and morbidity during delivery and also increases the awareness of health personnel in health service.

More interesting topics on this book are : Normal Development of Embryo, Prenatal Period ,prenatal care , Normal Pregnancy, Normal Delivery, High Risk Pregnancy (Ante-Partum Hemorrhage, Post-Partum Hemorrhage, hypertention during pregnancy..... els), Cesarean Section, Complication of Delivery , general & metabolic diseases with Pregnancy as like as : diabetes , uterin fibroma so & so...which are essential issues for pregnancy, continues of Normal Pregnancy and Normal Delivery ...els . I recommend to dear doctors especially the doctors who are working in the district hospital and medical students.to studing this book .the topics of this book around 55 and very practical valuble.

thank you from your attention

Dr Mhd Hassan Farid



سوانح مؤلف

پوهندوی الحاج دوكتور محمد حسن (فرید) در سال ۱۳۳۱ در يك خانواده متدين و روشنفكر در يكي از قريه های ولسوالی انجيل ولايت هرات چشم به جهان گشود. دوره تعليمات ابتدائی را در مكتب ابوالوليد (رح) سپری نموده و در سال ۱۳۴۵ شامل دارالمعلمين هرات گردیده است.

وی در سال ۱۳۵۰ دارالمعلمين را به پايان رسانيده و نظر به لياقت و پشتکاري که داشت بعد از اشتراک در کانکور سال ۱۳۵۲ با نمره عالی موفق به آغاز تحصيل در رشته طب در پوهنحي طب پوهنتون کابل شد. اين شخص سخت کوش با تلاش وافر خویش، در سال ۱۳۵۸ به درجه عالی ازپوهنحي طب پوهنتون کابل بدرجه ماستري فارغ التحصيل شده و شامل کدر علمی انستيتوت دولتي طب کابل گردید. قابل ذکر است که او در عين زمانیکه عضو کدر علمی ديارتمنت ولادی نسائی بود درشفاخانه ملالی ژيژنتون کار پراکتیکی و عملی نموده و تخصص خود را نیز در بخش ولادی نسائی اخذ نموده است.

این شخص پر تلاش برای خدمات بیشتر بشردوستانه در راستای ایجاد تغيير مثبت در ساحه صحت و سلامتی ازماه قوس سال ۱۳۶۶ الی ۱۳۷۱ بحیث رئیس صحت عامه حوزوی زون غرب در شفاخانه حوزوی هرات باحفظ حقوق کدر علمی مقررو با کمال صداقت وایمانداری ایفای وظیفه نموده است. و با درک تاثیر مثبت علم و دانش در صحتمندی ورفاه جامعه و با همکاری مقامات ذیصلاح هرات وکابل در سال ۱۳۶۹ موفق به تاسیس پوهنحي طب هرات گردید و نیز برای رشد علمی این پوهنحي مشغول تدریس مضامين مختلف واختصاصاً ولادی نسائی در آن شدو تا اکنون بحیث استاد ومعاون آن پوهنحي ایفای وظیفه میکند

وی در حال حاضر در کنار خدمات بی دریغانه مسلکی خود در صحنه علمی و عملی و نظر به علاقه فراوانی که به مردم خود دارد عضو بعضی از نهاد های مدنی واجتماعی نیز هست. تعلق زیادی که وی نسبت به جامعه افغانی دارد او را واداشت تا برای ایجاد نهادهای مختلف مدنی واجتماعی اقدام نماید.

او در دوران کاری و تحصيلی خود مقالات تحقیقی علمی و کتابهای فراوانی را به رشته تحریر درآورده است که از آن جمله طور مثال می توان از مقالات وزن طفل در وقت ولادت، تاثیرات گروپ خون وفکتور RH، خون ریزی های غیر طبعی دستگاه تناسلی، عقامت، انواع کانتراسپتیوها وتاثیرات آن نام برد. قابل تذکر است که او نویسنده و مترجم کتابهای علمی تحقیقی دیگری چون سزارین سکشن (C.S) درزایشگاه هرات و کتاب ولادی هذا نیز هست.

درادبیات دری مهارت خوبی داشته ودر ساحه شعرهم توانائی بالخاصه دارد. دانش بلند مسلکی وروحیهء اجتماعی وهمگرایی اورا ازافراد با نفوذ جامعه ساخته است.

Book Name	A Text Book of Obstetrics
Author	Dr. M. Hassan Farid
Publisher	Herat Medical Faculty
Website	www.hu.edu.af
Number	1000
Published	2011
Download	www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**) with funds from the German Federal Government.

The technical and administrative affairs of this publication have been supported by Umbrella Association of Afghan Medical Personal in German speaking countries (**DAMF e.V.**) and **Afghanic.org** in Afghanistan.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office: 0756014640

Mobile: 0706320844

Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936400627

Printed in Afghanistan. 2011