



**Institut
Médical de
Kaboul**



Hôpitaux de Lyon



**Université
Claude Bernard
Lyon 1**

Premiers Pas en obstétrique

Année 2002



Docteur Jean-Charles Pasquier

Université Claude Bernard Lyon 1

Docteur Nafissa Nasser

Docteur Zoubeida Jewak

Institut Médical de Kaboul



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Avec le soutien de l'Ambassade de France à Kaboul



انتستیتوت
طب کابل



Hôpitaux de Lyon



پوهنتون
کلودبرنارد
لیون 1

گام هاي نخست، در مسیر زایمان

سال 2002



پروفیسور ژان شارل پاسکیه
پوهنتون کلودبرنارد لیون 1
داکتر نفیسه ناصري
داکتر زبیده ژواک
انتستیتوت طب کابل



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

به کمک و حمایت سفارت فرانسه در کابل

اظهار امتنان

انستیتوت طب کابل:
اظهار تشکر از مسولین محترم انستیتوت طب کابل
که جهت فراهم آوری تسهیلات باماهمکاری دایمی
داشته واز ما پذیرای نمودند.
هریک:

- پوهاند دکتور افضل انور، رییس انستیتوت طب
کابل

- دکتور محمد عثمان احسان، معاون انستیتوت
طب کابل در بخش نشرات و استاد دیپارتمنت طب وقایوی
که شاید بدون حضور فعالانه ایشان، کار پروژه هذا
به بن بست می انجامید.
سفارت فرانسه:

اظهار سپاس از سفارت فرانسه در افغانستان که
جهت فراهم سازی در تسهیلات لوژستیکی، دست یابی
و برقراری ارتباط همکاری بین فاکولته های طب لیون
وکابل، تلاش خستگی ناپذیری به خرج دادند.
هریک:

- دکتور فردریک تیسو
- دکتور شاه عبداللطیف (شبدیز - دلیری)

ریاست محترم ملالی زیژنتون:
- ابراز امتنان از محترمه رییس ملالی زیژنتون،
دکتیس فهیمه سکندری که زمینه پذیرش مارا در
شفاخانه ملالی فراهم آوردند.

دانشگاه کلود برنارد:
هریک:

- اظهار شکران از آقای رییس دانشگاه کلود
برنارد که برای ما اجازه دادند تا پروژه هذا را
به پیش ببریم.
- استاد اینجانب پروفیسور میلیه.
- وضمناً " ابراز سپاس از پروفیسور هولون که
تصاویر را در اختیارم گذاشته اند.

پروفیسور ژان شارل
پاسکیه
جولای 2002

دبیاجه

مجموعه هذا نتیجه و محصول کار گروهی و مشترکی است که در جولای 2002 توسط مؤلفین مختلف افغان و فرانسوی انجام گردید. بر اساس تقاضای محترم رییس صاحب انستیتوت طب کابل، یک توافق نامه همکاری بین پوهنچی های طب لیون و کابل، که به کمک و سهم گیری فعالانه سفارت فرانسه در افغانستان، سازمان دهی و تنظیم گردیده بود، به امضا رسید.

فصول مطرح بحث در این مجموعه، مطابق به پروگرام مضمون ولادی محصلین سال پنجم طب کابل میباشد. این فصول مطروحه مستقیماً " معلول دروسی میباشند که در سال دانشگاهی و درسی 2002 از طرف انستیتوت طب کابل پیشنهاد گردیده بودند.

پروگرام تدریس شده ابتداً تحت مناقشه جوانب مختلفه مؤلفین قرار گرفته و بعداً" برای تدریس پیشنهاد گردیده و از جانب آقای رییس صاحب انستیتوت طب کابل مورد تایید واقع شده است. نظر به موضوع پروگرام، برای هر مطلب تدریسی یک نفر مسوول تعیین گردیده تا با صلاحیت و اعتبار، موضوع انتخاب شده را تدریس نماید.

مشغله فکری دایمی این بود تا از یکطرف مفروضات اساسی طبی از نظر دور نمانده و از جانب دیگر موضوعات تایید شده عملی و پراکتیکی معمول و مروج ولادی در کابل در نظر گرفته شود. معذالک این مجموعه درسی با روش تریننگ اساسی و ابتدایی مطابقت داشته و در برخی موارد، برای محصلین معلومات کلینیکی را ارایه میدارد که قابلیت اجرایی و تطبیقی آن در شرایط افغانستان میتواند سالها متفاوت بوده و دوام یابد.

این کار گروهی و مشترک برای ما اجازه حصول مسایل ذیل را میدهد:

- 1 - تثبیت اهداف پیداکوژیک دروس
- 2 - تحقق و انجام پذیری تحقیقات اسنادی از طریق نوشتن مانیول های مضمون ولادی به زبان انگلوساکسون و فرانسوی.
- 3 - مناقشه و بحث در مورد پلان درسی و تبادلله معلومات.
- 4 - اجرای ترجمه های دروس به زبان دری به منظور ایجاد سهولت در استفاده.

تدریس دروس ولادی ابتداً در شفاخانه علی آباد، بعد تر در ملالی زیرنتون و در اخیر در انستیتوت طب کابل صورت پذیرفت. مواد درسی و پیداکوژیک مورد استفاده عبارت بودند از یک رتروپروژکتور همراه با سلاید های شفاف. هر جلسه درسی دو و نیم ساعت دوام داشت. دو و یا سه جلسه در بعد از ظهر ها ارایه گردید. در هر جلسه نظر به تقاضای استاد مدرس، دو استاد دیگر هم سهم گرفته و حاضر بودند. برای سوال و جواب با محصلین هم وقت کافی داده شده بود. کلیه دروس، قبل از ارایه به محصلین، ابتداً به زبان فرانسوی سیستماتیک به رشته تحریر در آمده و بعداً" هر مطلب درسی یا توسط محترمه ها هر یک داکتر نفیسه ناصری، و داکتر زبیده ژواک و یا هم توسط داکتر نجیب الله سیفی و داکتر شاه عبداللطیف (شبدیز دلیری) به دری ترجمه گردید. تکست های مذکور تایپ گردیده و بالاخره برای آخرین کاپی قبل از چاپ اعتبار چاپ داده شد.

این کار گروهی شاید بدون سهم گیری فعال و دایمی دوکتور نجیب الله سیفی که در واقع نه تنها منحیت یک ترجمان، بلکه منحیت یک پل ارتباطی واقعی بین مؤلفین سه گانه مجموعه هذا عمل کردند، امکان پذیر نمیبود.

نهایتاً" مجموع مطالب به طور دقیق از طرف دکتور شاه عبداللطیف (شبدیز - دلیری) مورد باز خوانی قرار گرفته است. ما شوق و علاقه محصلین را در فرا گیری دروس، در جریان جلسیات درسی به خوبی احساس کردیم. آرزو مندیم که این مجموعه کوچک بتواند برای محصلین قوت حصول و تحصیل اساسات رشته اختصاصی ولادی را اعطا نماید. اگر روزی فرا برسد که مادران مریض و اطفال نوزاد فردا،

مورد توجه، دقت و دلسوزی برحق همین محصلین امروزی ما که دوکتوران فردا میباشند، واقع شده و تداوی کردند، آنگاهست که اهداف ما برآورده شده است.

ومن الله توفیق

Remerciements

Institut médical de Kaboul

Pour leur accueil et leurs efforts permanents afin que nous puissions travailler dans de bonnes conditions

Prof. Afzal Anouar Doyen

Assistant du doyen Dr. Osman Ehssan.

Ambassade de France

Pour la qualité du support logistique proposée, la disponibilité et l'enthousiasme face à ce projet entre les deux facultés

Dr. Frédéric Tissot

Dr. Shah Abdul Latif Shabdiz-Deliri

Directrice et chefs de département Malalai pour leur accueil qui a permis une compréhension...

Université Claude Bernard

Monsieur le Président de l'université qui a permis la réalisation de ce projet

Mon maitre le Pr Mellier

Remerciements au Pr houlon pour les photos

Dr. Pasquier

Introduction

Ce document est le résultat d'un travail commun mené en juillet 2002. Une coopération entre les facultés de médecine de Lyon et de Kaboul a été relancée suite à la demande de Monsieur le Doyen de Kaboul et organisée grâce à la participation active de l'Ambassade de France.

Les chapitres abordés correspondent au programme d'obstétrique pour les étudiants de 5^{ème} année de Kaboul. Il est issu directement des cours qui ont été proposés pendant l'année universitaire 2002.

Le programme a été discuté entre les différents auteurs puis proposé et validé par le Doyen de la faculté de Kaboul. A partir du programme, un responsable a été choisi en fonction de ses compétences pour chaque cours. La préoccupation permanente a été de respecter d'une part les données de l'« evidence base medicine » et de proposer d'autre part des données conformes à la pratique obstétricale actuelle sur Kaboul. Néanmoins ce cours s'inscrivant dans une démarche de formation initiale, il a parfois été présenté aux étudiants des informations dont l'applicabilité clinique pourrait être différée de quelques années en Afghanistan.

Ce travail commun a permis :

- de fixer les objectifs pédagogiques du cours,

- de réaliser une recherche documentaire à partir de manuels d'obstétrique anglo-saxon et français,
- de discuter du plan du cours et des informations à transmettre,
- de réaliser les transparents du cours en Dari.

Les cours ont eu lieu d'abord à l'hôpital New Ali Abad puis à l'hôpital de Malalai et enfin à la faculté de médecine. Le matériel pédagogique utilisé a été un rétroprojecteur avec transparents. Les sessions duraient 2h 30. Deux ou trois thèmes ont été abordés chaque après midi.

Les deux autres enseignants étaient présents et participaient à la demande de l'orateur principal. Une place importante a été laissée à l'interactivité avec les étudiants.

Le cours a été écrit en français avant d'être proposé aux étudiants. Après chaque cours le texte a été transcrit en dari par Mesdames les Dr Nafissa Nasser, Zebaida Jewak, ou par les Dr Najibullah Saifi et Latif Deliri.

Ces textes ont été tapés puis une dernière lecture a permis la validation du document avant l'impression. L'iconographie est celle des cours.

Ce travail commun n'aurait pas pu être possible sans la participation active et permanente du Dr Najibullah Saifi qui fut bien plus qu'un traducteur, mais un véritable pont entre les différents auteurs de l'ouvrage.

L'ensemble des textes fut relu et corrigé attentivement par le Docteur Latif Deliri.

Nous avons ressenti un véritable enthousiasme de la part des étudiants lors des cours. Nous espérons que ce modeste document permettra aux étudiants de retrouver cette dynamique et d'acquérir les bases de notre spécialité. Si les patientes et les bébés de demain, soignés par nos étudiants devenus médecins rencontrent attention et compétence, alors nos objectifs seront comblés.

PLAN

Chapitre 1 :	Anatomie Obstétricale -----	1
	<i>Dr Nafissa Nässeri</i>	
Chapitre 2 :	Première consultation en obstétrique-----	5
	<i>Dr Jean Charles Pasquier</i>	
Chapitre 3 :	Le placenta-----	13
	<i>Dr Jean Charles Pasquier</i>	
Chapitre 4 :	Incompatibilité rhésus -----	20
	<i>Dr Nafissa Nässeri</i>	
Chapitre 5 :	Hypertension artérielle et grossesse-----	27
	<i>Dr Zebaida Jewak</i>	
Chapitre 6 :	Métrorragies du second et troisième trimestre ---	33
	<i>Dr Nafissa Nässeri</i>	
Chapitre 7 :	Hyperthermie et grossesse-----	43
	<i>Dr Zebaida Jewak</i>	
Chapitre 8 :	HIV et grossesse -----	51
	<i>Dr Jean Charles Pasquier</i>	
Chapitre 9 :	Pathologies de la grossesse-----	56
	<i>Dr Zebaida Jewak</i>	
Chapitre 10 :	Prématurité -----	66
	<i>Dr Jean Charles Pasquier</i>	
Chapitre 11 :	Première phase du travail-----	74

Dr Nafissa Nässeri
Chapitre 12 : Accouchement eutocique -----
85

Dr Nafissa Nässeri
Chapitre 13 : présentation dystocique-----94

Dr Zebaida Jewak
Chapitre 14 : Forceps et vacuum extractor -----101

Dr Nafissa Nässeri
Chapitre 15 : Procidence du cordon et dystocie des épaules -----105

Dr Jean Charles Pasquier
Chapitre 16 : césarienne-----110

Dr Jean Charles Pasquier
Chapitre 17 : Troisième phase du travail -----114

Dr Zebaida Jewak

Table des illustrations

Chapitre 1 Anatomie Obstétricale

- 1-1 Coupe sagittale du pelvis de la femme
- 1-2 Vulve
- 1-3 Vascularisation utérine
- 1-4 Moyens de fixité de l'utérus
- 1-5 Bassin osseux en trois dimensions
- 1-6 Diamètres du détroit supérieur

Chapitre 2 Première consultation en obstétrique

- 2-1 Mesure de la hauteur utérine
- 2-2 Photo de mesure de la hauteur utérine
- 2-3 Variation de la hauteur en fonction du terme

Chapitre 3 Le placenta

- 3-1 Echanges gazeux materno foetaux
- 3-2 Circulation placentaire et foetale (1)
- 3-3 Circulation placentaire et foetale (2)
- 3-4 Production du liquide amniotique

Chapitre 4 : Incompatibilité rhésus

- 4-1 Mécanisme de l'incompatibilité rhesus
- 4-2 Conséquence pour le foetus

Chapitre 5 Hypertension artérielle et grossesse

- 5-1 Mécanisme de la fuite des protéines et de l'œdème

Chapitre 6 Métrorragies du second et troisième trimestre

6-1 Différence entre placenta praevia et abruptio placenta

6-2 Classification placenta praevia

Chapitre 7 Hyperthermie et grossesse

7-1 Infection urinaire et grossesse

7-2 Diagnostic de l'infection urinaire

7-3 Chorioamniotite

Chapitre 9 Pathologies de la grossesse

9-1 Conséquence de la grossesse sur la physiologie cardiaque

Chapitre 11 Première phase du travail

11-1 Physiologie de la contraction

11-2 Différence de comportement du travail du col entre primipare et multipare

11-3 Toucher vaginal et dilatation

11-4 Différentes phase de la dilatation du col

11-5 Repérage de la présentation du fœtus

11-6 Réalisation de l'amniotomie

11-7 Partogramme de l'UNICEF

Chapitre 12 Accouchement eutocique

12-1 Bassin osseux en 3 dimensions

12-2 Recherche de l'engagement de la présentation foetal :
tête non engagée

12-3 Recherche de l'engagement de la présentation foetal :
tête non engagée

12-4 Hauteur de la présentation par rapport aux épines
sciatiques

12-5 Diamètres céphaliques du fœtus

12-6 Flexion du foetus

12-7 Accouchement (1)

12-8 Accouchement (2)

Chapitre 13 Présentation dystocique

13-1 Différentes présentations céphalique postérieure, siège et transverse

13-2 Accouchement du siège selon Vermelin

Chapitre 15 Procidence du cordon et dystocie des épaules

15-1 Procidence du cordon

15-2 Dystocie des épaules

Chapitre 17 Troisième phase du travail

17-1 Délivrance artificielle

17-2 Compression bi manuelle

فهرست مطالب

- فصل اول: آناتومی ولادی: 1
- فصل دوم: اولین معاینهء مریض ولادی: 5
- فصل سوم: پلاسنتا: 13
- فصل چهارم: عدم تطابق فکتور ریزوس: 20
- فصل پنجم: فرط فشار خون و حاملگی: 27
- فصل ششم: خون ریزی های تریمستر 2 و 3: 33
- فصل هفتم: هیپر ترمی و حاملگی: 43
- فصل هشتم: ایدس و حاملگی: 51
- فصل نهم: پیتولوزی حاملگی: 56
- فصل دهم: پره ماچوریتی یا ولادت قبل از میعاد: 66
- فصل یازدهم: فاز اول ولادت (ولادت نورمال): 74
- فصل دوازدهم: فاز دوم ولادت: 85
- فصل سیزدهم: ولادت های مشکل: 94
- فصل چهاردهم: فورسپس: 101
- فصل پانزدهم: پرو لاپس حبل سروی و دیستوسی شانه ها: 105
- فصل شانزدهم: سزارین: 110
- فصل هفدهم: فاز سوم ولادت: 114

فصل اول

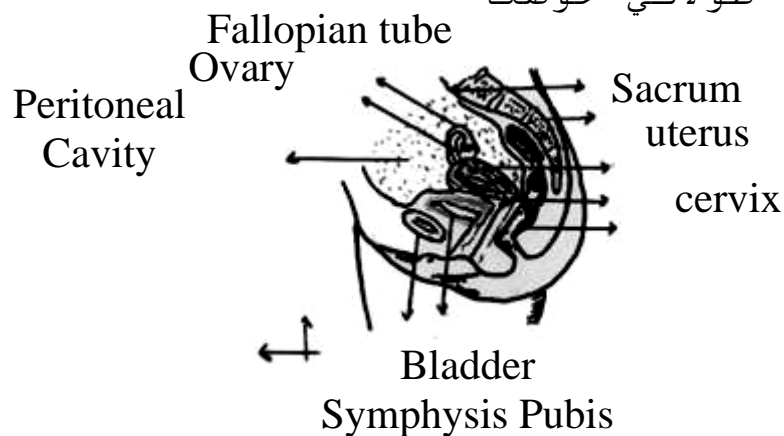
Anatomie obstétrique

اناتومي ولادي

نامزد پوهنيار داکتر
نفيسه ناصري

شناخت اعضای مختلفه اناتومي باعث آن میگردد
تا داکتر در قسمت مراقبت حمل مريض، تشخيص و
احتمالاً عملیات مريض به ساده گي کار کند.

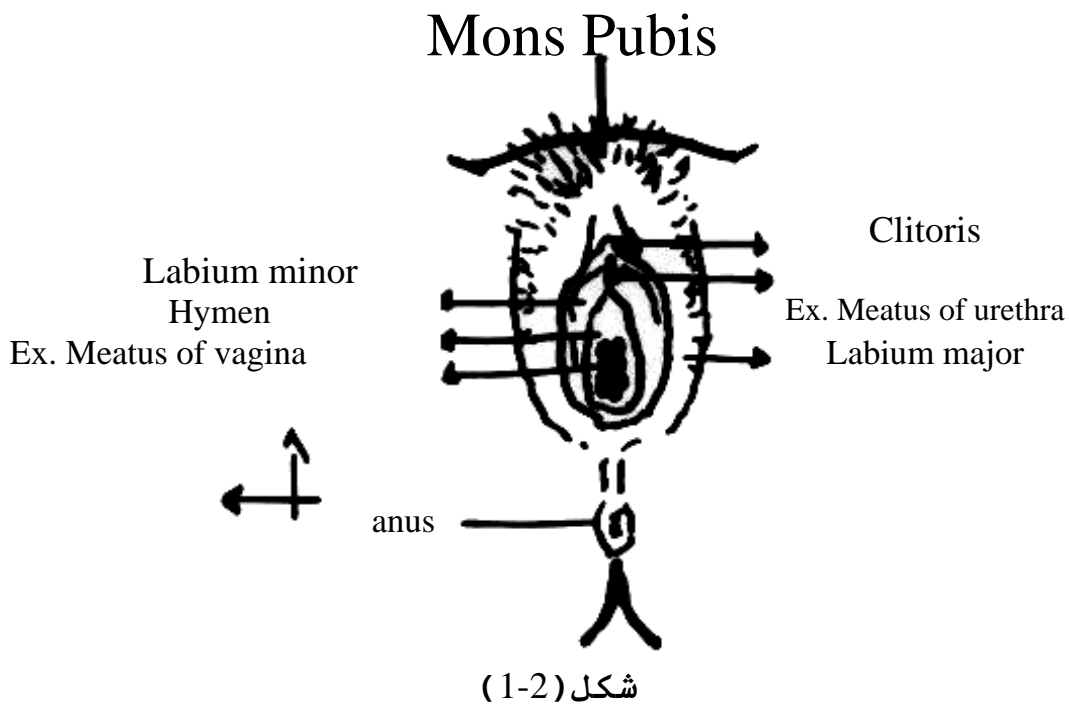
مقطع طولاني حوصله :



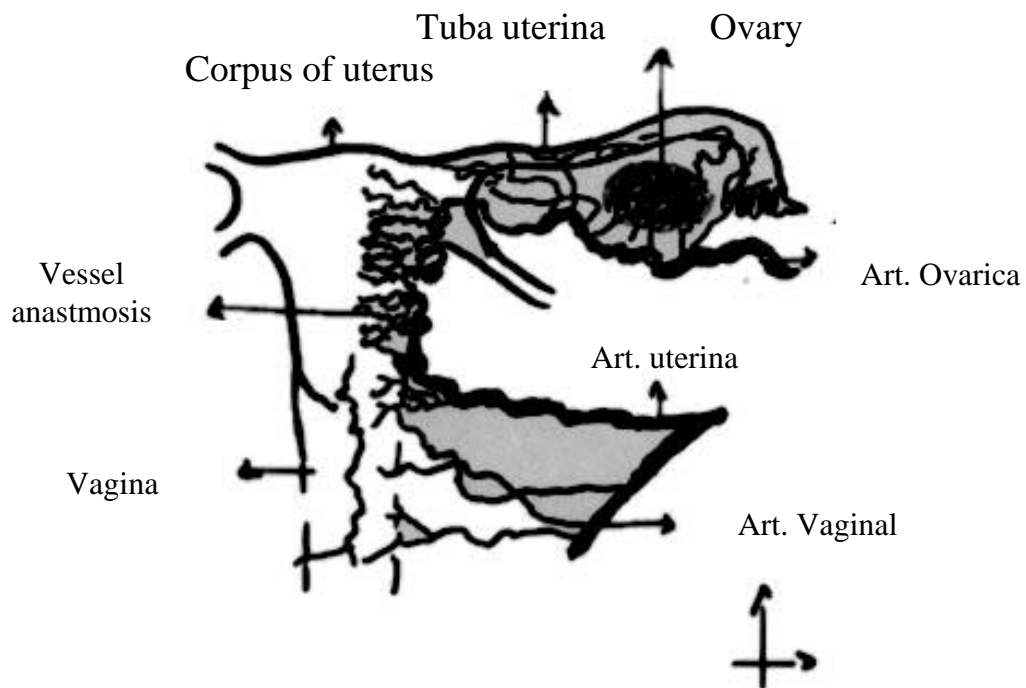
شکل (1-1)

عنصر مرکزی حوصله عبارت از عنق رحم بوده که در قسمت علوی با جسم رحم توسط Isthmus رحمی و در سفلی با غلاف مهبل مرتبط است. در قدام رحم، مثانه و در خلف آن rectum موقعیت دارد. جسم و fundus رحم در بین جوف پریتون واقع شده اند، با استفاده از مقطع عمودی موقعیت اعضای مختلف را در ناحیه فرجی میتوان ملاحظه کرد. از قدام به خلف Clitoris، فوحه خروجی احلیل، دهلیز، مقعد موقعیت دارند.

تفتیش فرج:



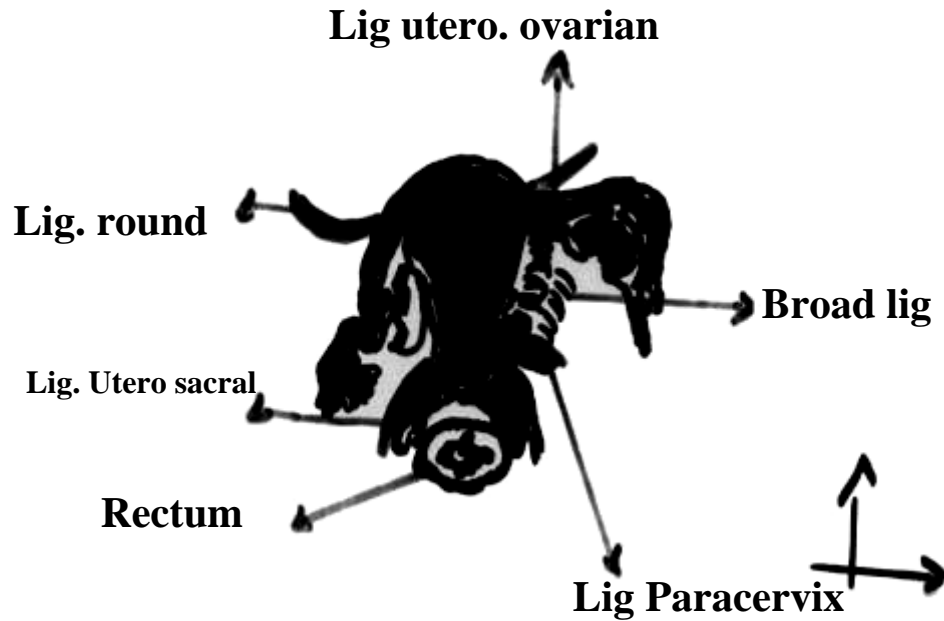
اروای رحمی:



شریان رحمی که از شریان hypo gastric منشأ میگیرد. در قسمت paracervix با حالب مجاورت دارد، طوریکه در بالای حالب قرار میگیرد بعداً در پهلوئی وحشی رحم به طرف علوی سیر میکند.

شریان مبیضی از شریان ابحر منشأ گرفته و دربین وتر infundibulo pelvic سیر می نماید هر دو شریان بالاخره تفمم می کنند قسمت علوی مهبل توسط شریان رحمی و قسمت های دیگر آن توسط شریان مهبل که از hypo gastric منشأ میگیرد اروا می شود.

ساختمان های تثبیتیه رحم:



شکل (1-4)

از منظره خلفي مطالعه شده که دو وتر رحمي عجزی (utero sacral) در قدم اول دیده میشوند. اوتار Cardinal راست و چپ عنق رحم را در حوصله تثبیت میکنند. در قسمت علوي ترین این دو وتر شریان ها و اشجار عصبي به ملاحظه میرسد جسم رحم توسط اوتار round چپ و راست تثبیت می شود. مبیض ها در داخل توسط وتر utero ovarian و در خارج توسط وتر infundibulo pelvic تثبیت میگردد.

فصل دوم

اولین معاینه مریض ولادی

پروفیسور ژان
شارل پاسکیه
ترجمہ : دکتور
نجیب اللہ سیفی

اولین تماس با مریض ولادی يك مرحله خیلی مهم میباشد . برای آنکه هیچ موضوعی فراموش نگردد، معاینات باید به صورت سیستماتیک صورت بگیرد. در اولین معاینه باید کوشید تا احتمال موجودیت حمل را واضح ساخت، آنرا از نزدیک تعقیب نموده و بالاخره طریق ولادت را مشخص نمود. در يك تعداد جوامع که تعقیب و مراقبت مریضان حامله به صورت منظم آن صورت نمیگیرد، باید داکتری که برای اولین بار این نوع مریضان را معاینه میکند، تمام مراحل مختلفه تشخیصی را بکار برد. امکان دارد که این داکتر یگانه داکتری باشد که مریض را در تمام طول حمل برای اولین و آخرین بار معاینه میکند. پس تشخیص داکتر متضمن آینده مریض و طفل خواهد بود.

1- تشخیص مثبت حمل:

در مشاهده مریض باید پرسیده شود: توقف عادت ماهوار، خصوصاً نزد مریضانی که عادت ماهوار منظم دارند، عبارت از يك علامه اساسی میباشد. متأسفانه اکثراً تاریخ آخرین عادت ماهوار نزد زنانی که عادت ماهوار غیر منظم و یا خونریزی بین دو عادت ماهوار دارند، هرگز معین نمیشود. آمنوره یگانه علامه حمل نبوده در نزد بعضی مریضان احتمال به تعویق افتادن عادت ماهوار بدون آنکه حمل داشته باشند، میتواند تشخیص را مغشوش سازد.

علائم دیگری که آنقدر اهمیت ندارند، عبارت از دلبدی، استفراغ، تخیرات مزاج، بی حالی و تخریب مزه دهن در برابر بعضی از غذاها میباشد که میتوانند در ابتدای حمل به مشاهده برسند. تمام این علائم در آخر ماه سوم از بین میروند. در صورت حمل های پیشرفته ممکنست که مریض حرکات جنین را در بطن و یا تقلصات رحمی را برای اولین بار در تریمستر دوم احساس نماید.

علائم فیزیکی:

ازدیاد حجم رحم علامه ایست که به سادگی نزد مریضانی که از حمل شان وقت زیادی میگذرد پیدا میشود. رنگ عنق رحم کبود بوده و قوام آن به سختی نوک بینی شباهت دارد.

علائم عمومی:

هرگاه نزد مریضانی که به منظور گرفتن حمل تحت تداوی قرار دارند، درجه حرارت بدشان صبحانه گرفته شود، در اثنای تخمه گذاری (Ovulation) یک بلندی درجه حرارت بوجود آمده که چندین روز طول میکشد و شروع این بلند رفتن درجه حرارت بدن عبارت از علامی برای گرفتن حمل میباشد.

علائم پاراکلینیک:

علامه بیولوژیکی: هورمون HCG که بعد از اولین روز غرس تخمه در رحم توسط تروفوبلاست افزای میشود، یا به عباره دیگر روز 21 بعد از دوره عادت ماهوار میتوان این هورمون را ذیلا" تعین کرد:

- در معاینه ادرار: بعد از روز های اول توقف عادت ماهوار در صورت حمل مثبت میگردد.

- در پلاسم: تعین هورمون مذکور در پلاسم حتی قبل از تاخیر عادت ماهوار میتواند موجودیت حمل را تشخیص نماید.

- اولتراسوند ویا اکوگرافی: بعد از هفته پنجم میتواند مثبت بودن حمل را نشان بدهد.

2- حمل نورمال ویا غیر نورمال:

اکثر حمل ها نورمال بوده که تخمه در بین جوف رحم غرس شده ونمو میکند. در صورت موجودیت درد های حوصلی وخون ریزی، موجودیت حمل های خارج رحمی در تاریخچه مریض، باکتریها و..... باید یک حمل خارج رحمی دیگر را جستجو نموده که تداوی مخصوص خود را دارد. در اخیر باید مول ها، حمل های چند گانگی، و حمل های بدون ارتقا ونشو ونمو (Non evolutive) داخل رحمی را هم باید تشخیص کرد.

3- تعریف اصطلاح تیوریک حمل (Term):

تاریخ گذاری شروع حمل خیلی ها مهم بوده زیرا میتوان سن حمل را تعین نمود. دوام حمل تقریبا" 40 هفته میباشد. نقطه آغاز برای شمارش عبارت از اولین روز آخرین عادت ماهوار است. نظر به متود نیگل (Neagle) هفت روز را جمع تاریخ اولین روز آخرین عادت ماهوار نموده بعدا" سه ماه را از آن کم کرده، تاریخ دریافت شده را در سال آینده میشماریم. مثلا":

اول حمل 1380 + 7 روز = 8 حمل سال 1380 منفی 3 ماه = 8 جدی سال 1381 (تاریخ تولد طفل).

در صورت علامه عدم دقت در تاریخ توقف عادت ماهوار، اکوگرافی که قبل از هفته 16 صورت بگیرد، تشخیص را واضح میسازد.

4- ارزیابی عواملی که باعث خطر میشوند:

خطر های عمومی ناشی از عوامل ذیل
میباشند:

- سن مریض: کمتر از سن پانزده ساله احتمال
ولادت قبل از وقت را مینماید.

- بیشتر از سن 38 ساله احتمال تولد طفل با
سندروم Dawn را مینماید (Trisomie 21).

شرایط اقتصادی و اجتماعی مریض:
مریضان ولادی با سویه پایین زندگی اجتماعی
و اقتصادی به خطر بیشتر مواجه میباشند. سو تغذی،
عدم داشتن دانش کافی خصوصا" در باره مشکلات ایجاد
شده در زمان حمل برایشان باعث ازدیاد خطر میشود.
کار و فعالیت مسلکی هرگز باعث خطر نشده بلکه
کار های شاقه باعث ولادت قبل از وقت میگردد.

خطرات ناشی از تاریخچه قبلی مریض:
- سابقه های ولادی: امراض دوران حمل، طرز
ولادت، وزن طفل و خون ریزی در اثنای ولادت های
قبلی را باید پرسیده و کوشش شود تا به اندازه
کافی معلومات جمع آوری شود.

اگر مریض در سابقه خود ولادت قبل از وقت
داشته باشد، ممکنست که ولادت تازه وی هم قبل از
وقت اتفاق بیفتد.

اگر مریض در ولادت قبلی طفل با وزن کم به
دنیا آورده است، امکان دارد که در ولادت تازه
هم طفل کم وزن به دنیا بیاورد.

اگر مریض در ولادت قبلی خونریزی داشته باشد،
مکنست در ولادت تازه خود هم خونریزی پیدا کند.

سابقه های جراحی ، تروماتیزم و امراض
داخله:

خطرات ناشی از حالت صحی فعلی مادر :
در صورتیکه حمل، نزد مریضی صورت بگیرد که مبتلا
به امراض دارای سیر وخیم میباشد، پس دو موضوع
را به دنبال خواهد داشت:

- شاید مریضی او از اثر حمل وخامت کسب کند.
- شاید حمل از اثر مرض متوجه خطر جدی گردد.

در جریان تداوی امراض قلبی، عدم کفایه تنفسی، سندروم وعای کلیوی، دیابت، صرع، ترومای حوصله، هیپاتیت، ایدس و غیره، احتمال آن وجود دارد که بعضی دوا های مورد استعمال اثرات تراتوژنیک وارد کنند.

5- معاینه ولادی:

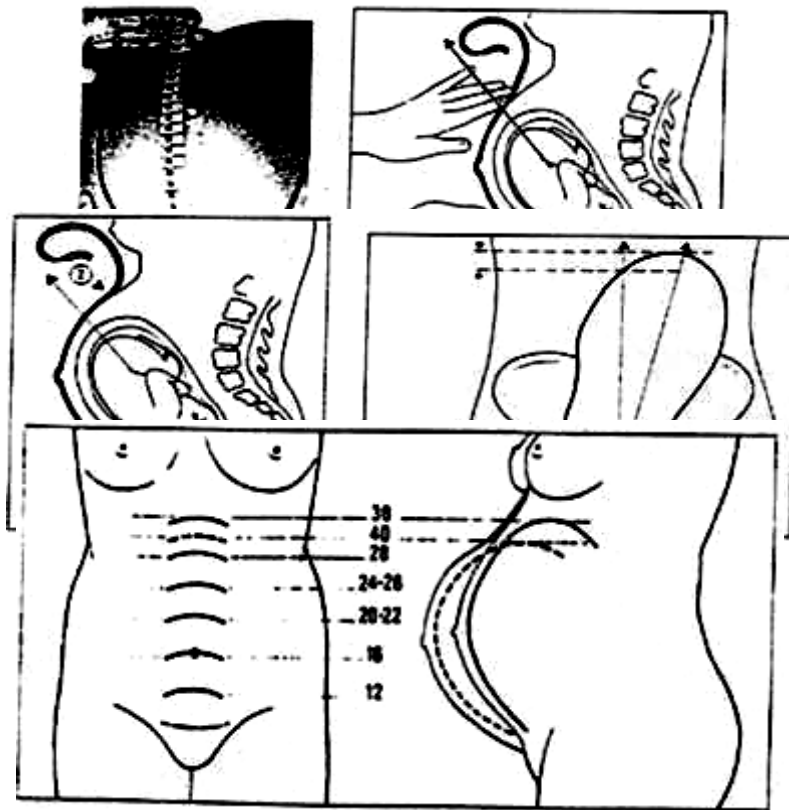
هر معاینه ولادی ضرورت به پاکی وسایل و دست های داکتران دارد. شستن دست ها قبل از معاینه حتمی میباشد. مریض در حالت استجاع ظهري ویا به حالت ژنیکولوژیک قرار گرفته و معاینه صورت میگیرد.

اعراض عمومی : باید منظمًا " مورد بازرسی قرار بگیرند:

- منظمه ها به خاطر کم خونی.
- فشار خون به خاطر ازدیاد فشار خون.
- اصغای قلب و نظر به دریافت های کلینیکی میتوان درجه حرارت مریض را هم بررسی کرد.

اعراض فزیکي:

اندازه نمودن ارتفاع رحم (HU = UH) :
این معاینه باید با يك متر فیتته ای صورت گرفته طوریکه شروع آن بالای عظم عانه توسط انگشت دست راست گذاشته شده و آنرا تا به غور رحم امتداد میدهیم. باید به Dextro rotation رحم متوجه بود.



شکل (2-1, 2-2, 2-3)

- هر گاه ارتفاع رحم کوچک باشد پس عبارت از تاخیر نشوونموی رحم است.
- هر گاه ارتفاع رحم بسیار بزرگ باشد پس حکایه از طفل بزرگ یا چند گانگی یا هایدرامنیوز (Hydramniosis) میکند.
- معاینه مهبل:
- این معاینه جهت تخمین زدن وضعیت عنق رحم میباشد. عنق رحم چهار خصوصیت دارد: درازی، توسع، موقعیت وقوام.

مریض را باید وزن نمود.

جستجوی حیاتیات جنین:
بدین منظور باید از مریض راجع به حرکات جنین در داخل رحم پرسیده شود. باید حرف مادران را در قسمت تحرك و نظم آن قبول کرد.
فتوسکوپ وسیله دیگری برای شنیدن آواز قلب جنین میباشد.

6- برنامه ریزی ، تعقیب و مراقبت حمل و ولادت :

بلاخره در ختم معاینات مریضان را باید نظر به دریافت های کلینیکی و مخاطره حالت صحی شان تصنیف نمود. مریضی که در سابقه خود مریضی خاصی ندارد و در معاینات کدام عرض مهمی پیدا نمیشود، ایشان از جمله مریضانی اند که خطر کم متوجه شان میباشد. به مریض راجع به ولادتی که در پیش رو دارد بعضی چیز ها را واضح کرده و برایش توصیه شود که در صورت بوجود آمدن اعراض ذیل باید نزد داکتر مراجعه نماید:

- کم و یا معدوم شدن حرکات جنینی در داخل رحم.
- ازدیاد درجه حرارت.
- خوثریزی های رحمی یا متورراژی.

پیدا شدن اعراض ذیل در اواخر حمی:

- تشوش تنفسی در حالت استراحت.
 - استفراغ.
 - سر دردی.
 - پاره شدن پوش مایع امنیوتیک.
 - شروع درد های ولادت.
- مریضی با يك خطر جدی عبارت از شخصی است که در نزد وی يك سلسله علائم خصوصی تشخیص شده است. در این صورت او را تحت مراقبت و بررسی قرار داده و راجع به ولادت برایش تصمیم گرفته شود. توصیه های قبلی برای مریض با خطر کمتر نیز همانقدر با ارزش است که برای مریض با خطر جدی ارزش دارد.

فصل سوم

پلاسنٲا

Placenta

پروفیسور ژان شارل
پاسکیه
ترجمه دکتور شاه
عبداللطیف (شبدیز-دلیری)

خلقت عضو پلاسنٲا به منظور محافظت، تغذیه و آکسیجن رسانی ابتدا رشیم وبعدا " جنین، در طول 9 ماه حیات داخل رحمی مقدر گردیده است. این عضو از دو قسمت، یک قسمت از منشای جنینی یعنی تروفوبلاست (trophoblaste) و قسمت دیگر از منشای مادری که از تغییر شکل قسمت داخلی رحم مادر یعنی آندومتر (endometer) به وجود می آید، تشکیل گردیده است.

خیلی مهم است تا بدانیم که پلاسنٲا در وظیفه اتصال خون مادر و خون جنین سهم میگیرد، بدون اینکه این دو سیستم دورانی مادر و جنین مستقیماً با هم مخلوط گردند.

تشکیل پلاسنٲا: <
تروفوبلاست سر از روز پنجم حمل شروع به شکل و تبارز کرده و شامل دو قشر میباشد:
- یک قشر داخلی به نام
سیتوتروفوبلاست (Cytotrophoblaste)

- يك قشر خارجي به نام سن سيسيو تروفوبلاست (Syncytiotrophoblaste)

به كمك يك سلسله انزايـم هاي قابل دسترس، اين تروفوبلاست سر از روز هفتم حمل (هفت روز بعد از عمل القاح)، تخمه ملقحه را در محل خودش تثبيت مينمايد كه اين عمل به نام اشـيانه سازي (nidation) ياد ميشود.

يك تعداد چين خوردگي ها (villosités) كه عبارت از تشكلات حجروي طولاني ميباشند، شروع به تشـكل وبعـدتر شروع به سوراخ شدن مينمايند. بنا" اين سوراخ ها به دوران خون مادر باز ميگردند. (روزبانزدهم حمل) : و اين سر آغاز دوران خون در پلاستنا از طرف مادر ميباشد.

در حدود روز هژدهم، جزيرات وعاي هـديگر را سوراخ کرده وبعـد تر با هـديگر چسبيده وبه تماس دوران وعاي سروي (umbilical) واقع ميگردند: و اين سراغـاز دوران از جانب جنين ميباشد (روز 21 حمل).
خلايا با هم جمع کرده وتشـكيل يك اتاـقك بين الـتواي را ميدهند. برخي از اين التواآت يا چين خوردگي ها در رحم چسبيده وتثبيت ميگردند كه به نام التواآت چنگكي يا قلاب دار (villosités crampon) ياد ميشوند.

بن ماه هاي دوم تا چهارم حمل، اين التواآت انكشاف يافته وتمامي قسمت هاي تخمه را ميپوشانند وبعـد تر به كتلاتي متجمع گرديده وپلاستنا را تشـكيل ميدهند. واز روي ساير قسمت هاي سطح تخمه معدوم گرديده وبه يك نسج لشم مبدل ميگردند.
در ماه پنجم حاملگي است كه پلاستنا شكل وساختمان عمومي خويش را به خود ميگيرد.

◀ اناتومي مـكروسـكوپيك (Anatomie Macroscopique) :

پلاستناي پخته ومكمل در زمان وضع به موقع زايمان(ترم) ، عبارت از قرصي است كه داراي 20 سانتي متر قطر و3 سانتي متر ضخامت ميباشد و500 گرام وزن دارد.

جدار جنین پلاسنتا



اورده
مادري

شريان مادري

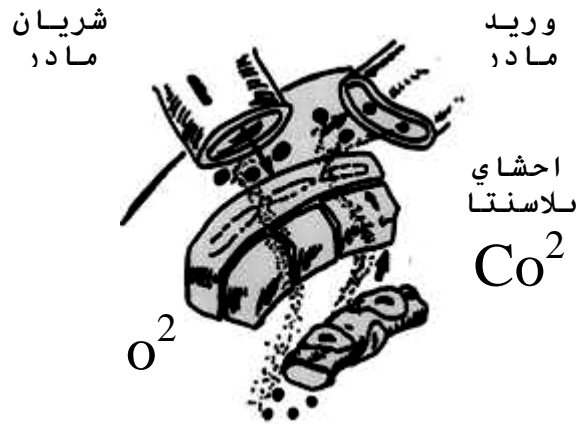
شکل (2-11) _ _

سطح جنینی پلاسنتا لشم بوده و توسط نسج مشیمی جنین پوشیده شده که در پهنای آن اوعیه سروی به ملاحظه می‌رسند و در مرکز آن حبل سروی قرار دارد. سطح مادری پلاسنتا گوشتی بوده که به کتلای گوشتی (Cotylédons) تقسیم گردیده که دارای شیارهای عمیقی میباشد.

◀ دوران خون پلاسنتای (La circulation Placentaire):

خون غیر مشبوع جنین از طریق دو شریان سروی می‌رسند که در یک شبکه شعریوی بسیار غنی منتشر و تقسیمات می‌گردد. این خون دوباره به وسیله ورید سروی آخذ و جمع آوری می‌گردد. خون مادر از طریق شعبات شریان رحمی به محل رسیده و به داخل اتاقک‌های بین‌التهوایی تقسیمات گردیده و بعداً دوباره به وسیله شعبات ورید رحمی جمع آوری می‌گردد.

تبادلات بین مادر و جنین



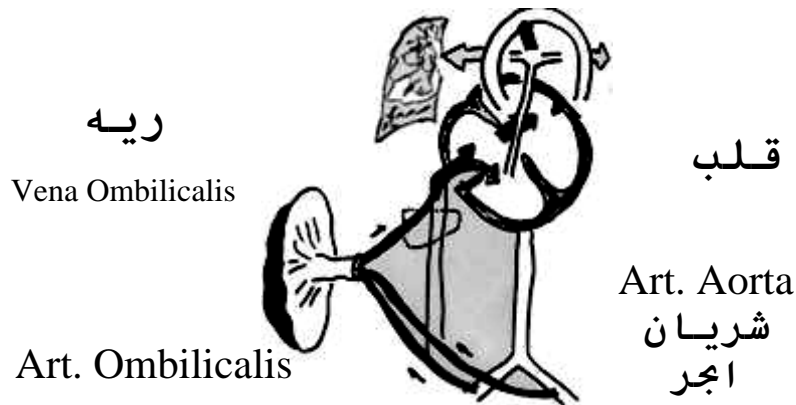
شکل (3-1)

- ◀ دوران خون و عای بین الیتوایی :
- این دوران از اثر ذلایل ذیل به وجود می آید:
- تفاوت فشار بین شرایین رحمی - پلاسنٹایی : 70-80 mmHg
- تفاوت فشار بین اتاقک های و عای بین الیتوایی : 10 mmHg
- تفاوت فشار بین اورده رحمی - پلاسنٹایی.
- فشار دوران خون جنینی در صورت عدم موجودیت تقلصات رحمی، بین 30mmHg الی 35mmHg میباشد.

◀ وظیفه پلاسنٹا (Role du Placenta) :

① تنفس جنینی (Respiration Foetal) :

- پلاسنٹا به مثابه شش های جنین عمل میکند. عبور آکسیجن دوران خون مادر به طرف جنین از طریق عمل ساده نفوذیه صورت می پذیرد. این آکسیجن عبارت از آکسیجن منحل در پلازما میباشد که از طریق عمل نفوذی وارد خون جنین میگردد.
- در جهت معکوس، کاربن دای اکساید یا ازت (CO_2) از خون جنین وارد دوران خون مادر میشود.



شکل (2-3)

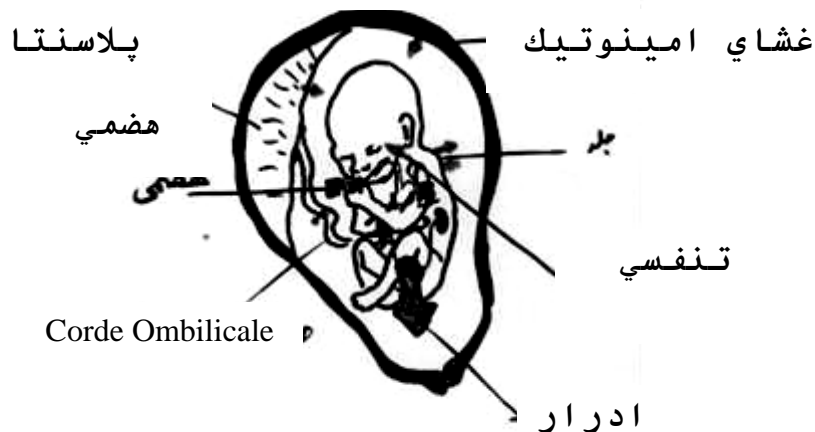
② عناصر تغذیوی (Eléments Nutritifs) :

- آب و مواد معدنی به وسیله عمل اوسموز (Osmosis) از طریق پلاسنتا عبور میکنند.
- پروتئین ها به امینو اسید ها تجزیه میگردند.
- قندیات یا کاربوهایدرت ها به وسیله مولیکول های ناقل منتقل شده و به شکل گلیکوژن (Glycogène) در پلاسنتا ذخیره میگردند.
- شحمیات یا لیپید ها عبارت از مواد ترکیب کننده و ساختمانی میباشند.

③ وظیفه محافظوی پلاسنتا (Role protecteur du Placenta) :

- باکتریها توسط مانعه پلاسنتای متوقف ساخته میشوند.
- ویروس ها بر عکس از مانعه پلاسنتای قابل عبور میباشند.

- ❖ **جهاز هضمی :**
این جهاز یک رول مهم در جذب دوباره مایع امنیوتیک از طریق دهن دارد. یعنی جنین مایع امنیوتیک را می‌نوشد.
 - ❖ **جهاز تنفسي :**
در تولید مایع امنیوتیک سهم دارد.
 - ❖ **جلد :**
جلد یک زون تبادلوی را بازی میکند: تولید وجذب مایع امنیوتیک.
 - ❖ **جبل جنيني:**
آنقدر اهمیت در این راستا ندارد.
 - ❖ **آغشيه :**
در تولید مایع امنیوتیک رول معتدل دارند.
- ضمناً "پلاستنا" آب را هم بین مادر و جنین تبادلہ میکند.
تولید مایع امینوتیک



30-34 950 ml

شکل (3-4)

فصل چهارم

عدم تطابق فکتور Rh

RHESUS INCOMPATIBILITY

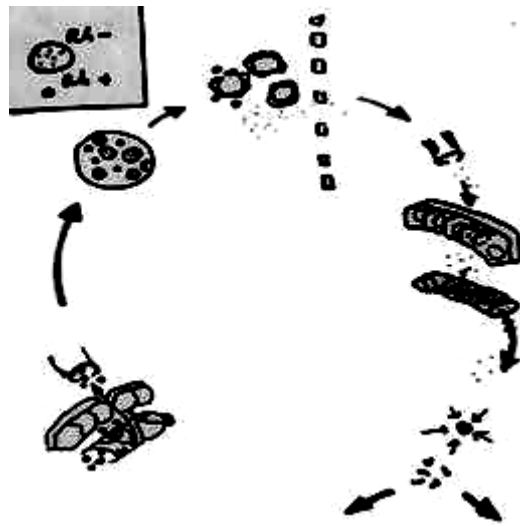
نامزد پوهنیار داکتر نفیسه ناصری

عدم تطابق فکتور (Rh) عبارت از یک تشوش immunologic که در نزد خانم حامله که Rh منفی است و جنین Rh مثبت را در رحم خود دارد ظهور مینماید. که در نتیجه در خون مادر حامله آنتی بادی به مقابل آنتی جن های خون جنین تولید گردد. باعث تشوشات شدید و مرگ جنین میگردد. درین بحث دو حالت خون مادران را نظر به فکتور RH مطالعه مینمائیم :

1- ایا مادر RH مثبت است. که درین صورت در بحث عدم تطابق RH مطالعه نمیگردد.

2- ایا مادر RH منفی است. مریض مورد نظر ما میباشد.

میکنایم تاثیر :

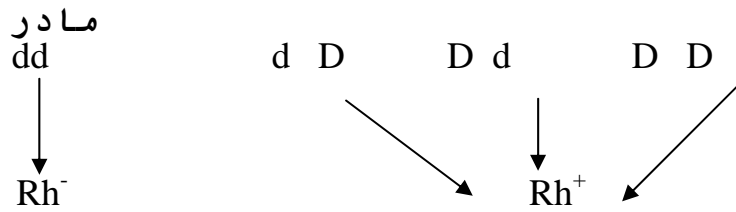


Mechanism us IncompatiblityRhes
 شکل (4 -1)

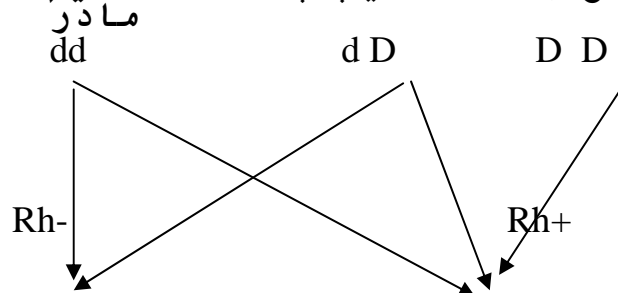
در حالت نارمل از تماس مستقیم خون مادر و جنین توسط مانعه feto - placental barrier جلو گیری بعمل میاید . و غشای مذکور مانع تماس خون مادر و جنین میگردد . اما در یکتعداد واقعات شرایط برای تماس مستقیم هر دو خون مساعد میگردد مثلا در خونریزی های زمان ولادت ، سقط ها ، جدا کردن پلاسنتا توسط دست ، vertion ها ، تخریبات درین عشا وارد شده و قابلیت نفوذیه ان تغیر مینماید در نتیجه سبب تشکل منفذ ها در عشا گردیده و خون از جنین بطرف اوعیه مادر عبور مینماید . چون جنین خون RH مثبت و مادر دارای خون RH منفی است بنابراین فکتور RH مثبت جنین در خون مادر جسم اجنی تلقی شده و در مقابل آن توسط سیستم معافیتی مادر (لوکوسیت ها) انتی بادی تولید میگردد گنه عکس العمل مذکور به شکل معافیت حجروی بروز مینماید

در صورتیکه آنتی بادی تشکیل شده داخل جریان خون جنین گردد به کریوآب سرخ خون جنین چسبیده و سبب لیز خون جنین میگردد در نتیجه کریوات سرخ تخریب شده مقدار زیاد Hb از آذ شده و از تجزیه آن مقدار زیاد بلیروبین تشکیل شده که سویه بلیروبین خون جنین بلند می‌رود .

از نظر جنیتیک جن های مربوط RH فکتور به دو شکل dominant-D و ressesive-d با لای کروموزوم ها در لوکس های مربوطه موقعیت دارند . پس خانمیکه RH منفي است چنوتایپ آن طور ذیل ترسیم میگردد :

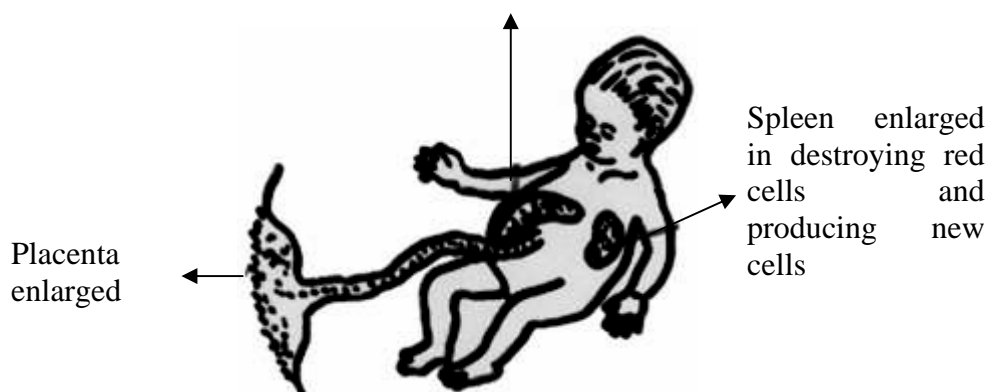


و از طرف دیگر برای دانستن ساختمان جنیتیک جنین باید اول راجع به جنوتایپ پدر بحث نمائیم :



بنابراین در صورتیکه پدر rh مثبت و مادر rh منفي باشد اطفال فامیل یکتعداد شان rh مثبت و یکتعداد شان rh منفي باشند .
موضوع مورد بحث ما اطفال rh مثبت میباشد .
بنابراین نظر به توضیحات که در فوق ذکر گردید آنتی بادی ساخته شده توسط مادر داخل جریان

خون جنین شده سبب تخریب کریوات سرخ جنین گردیده و anemia یا کم خونی نزد جنین تاسس مینماید . که با تخریب کریوات سرخ حادثه proliferation کریوات سرخ در کبد جنین تسریع شده و کبد بزرگ میگردد از طرف دیگر کریوات تخریب شده در طحال جنین جمع نموده و پروسه پرولیفریشن کریوات سرخ جدید در عضو مذکور صورت گرفته پس طحال جنین نیز بزرگ میگردد و همچنان پلاستتاً بز Liver enlarged میگردد . که مجموعاً این پروسه مرضی hydrops fetalis یاد میگردد .
Proliferation of red cells

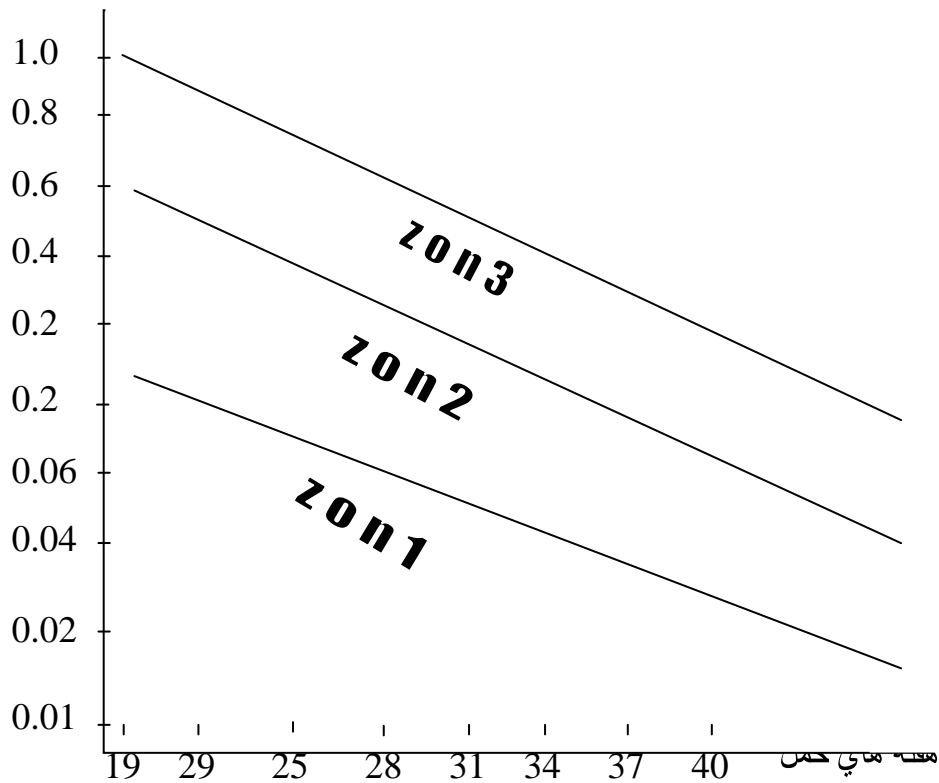


Consequence of Fetus

شکل (2 - 4)

این وضعیت جنین را میتوان در معاینه سونوگرافی و یا در زمان ولادت مشاهده نمود . در صورت عدم تطابق Rh فکتور نزد جنین کم خونی تاسس مینماید که نظر به شدت پروسه مرضی متفاوت است .

شدت مریضی توسط گراف liley نشان داده میشود.



تشخیص :

- ممکن مریض در مورد گروه خون خود معلومات داشته و خود را مریض با گروه Rh منفی معرفی مینماید .
- و یا بعد از تکمیل معاینات دریافت میگردد که مریض گروه Rh منفی است .
- در یکتعداد واقعات پتالوری حمل ما را رهنمائی مینماید که با معاینه ایکوگرافی (اولتراسوند) یک جنین مرده با مادر hydramnios poly تثبیت میگردد .

- بعضا تا زمان ولادت حادثه مرضي تشخيص نگردیده اما بعد از ولادت طفل اعراض و علايم hydrops fetalis را داشته و رنگ جلد كاملا زرد رنگ بوده و اكثر اين اطفال قبلا مرده اند و بعضا در روز اول و يا روز هاي بعدي فوت مينمايند .

وقايه :

هدف از وقايه حادثه عدم تطابق فكتور Rh نزد خانم هائيكه Rh منفي اند و شوهر شان داراي فكتور Rh مثبت نجات طفل هاي بعدي فاميل است . بنابرین جهت جلوگیری از حادثه مذکور باید از وقوع عكس العمل معاقبتی كه در مقابل كریوات سرخ خون جنین در جریان خون مادر بوجود میاید جلوگیری بعمل آید . و این عمل با تطبیق δ -globulin ها صورت میگیرد .

گلوبولینی كه به این منظور استفاده میگردد به نام Rh₀ GAM یاد شده و برای خانم هائيكه Rh فكتور خون شان منفي است تطبیق میگردد صرف در حالاتيكه بعد از ولادت سمبل خون از حبل ثروي جنین تهیه شده خون نو زاد داراي فكتور Rh مثبت باشد . اگر خون نوزاد منفي بود در انصورت ضرورت برای تطبیق دوا نمیباشد .

امپول مذکور باید در 24 ساعت اول ولادت و یا حد اكثر در 72 ساعت اول بعد از ولادت از طریق عضلي زرق گردد .

تداوي :

در تداوي مادران نکات ذیل مورد نظر باشد :

1- معاینه التراسوند : كه در تشخيص جنین مصاب به hydrops قبل از ولادت به ما كمك نموده و از طرف دیگر polyhydramniosis مادر را نشان داده و در تشخيص و تداوي قبل از ولادت موثر میباشد .

2- كشیدن مایع امنیوتیک (amnio centysis) : عبارت از كشیدن يكمقدار از مایع امنیوتیک توسط سرنج مخصوص از طریق جدار قدامي بطن میباشد سرنج

مستقیم داخل جوف رحم شده و بعد از داخل شدن به جوف آمنیوتیک مایع گرفته شده به داخل یکطرف انداخته میشود در صورتیکه مقدار بلرובین مایع مذکور بیشتر باشد به تناسب آن رنگ مایع به رنگ زرد تغیر مینماید 33

3- Blood transfusion : عبارت از انتقال خون از طریق حبل ثروی به جنین میباشد باید عملیه مذکور قبل از هفته 34 صورت گیرد.

فصل پنجم

Hypertension in pregnancy

داکتر زبیده انوری ژواک

اهمیت موضوع درین است که حدود 10% واقعات را تشکیل می دهد سبب مرگ و میر طفل و مادر شده و از طرف دیگر مکانیزم مرض تا حال واضح نه شده است.

تعریف:

هر گاه فشار خون مریض در دو مرتبه پیهم به فاصله هر 6 ساعت دیده شود فشار سیستولیک systolic بلند تر یا مساوی به 140 میلی متر ستون سیماب و فشار دیاستولیک diastolic بلند تر یا مساوی به 90 میلی متر ستون سیماب باشد فرط فشار خون گفته می شود. Pre eclampsia دارای سه پایه اساسی دارد که شامل Hypertension، albuminuria و Edema می باشد که این حالت مرضی بعد از هفته 24 حاملگی ظهور می کند.

تصنیف: (classification)

دو نوع آن موجود است:

1- فرط فشار خون که قبل از حاملگی موجود باشد فرط فشار خون اساسی نامیده می شود اگر درین حالت در معاینه ادرار البومین دیده شود مرض خطرناک تلقی می گردد.

2- فرط فشار خون که در زمان حاملگی بعد از هفته 24 ظهور می کند.

فیزیوپتالوژی:

بصورت نورمال بعد از هفته 20-18 حاملگی ضرورت اروا پلاستنا زیاد شده سبب تغیرات در جدار اوویه مارپیچی (spiral) گردیده قسمیکه Trophoblast ها داخل جدار شراین spiral یا مارپیچی شده و Receptor ها هورمونال را تخریب کرده و از تقبص اوویه

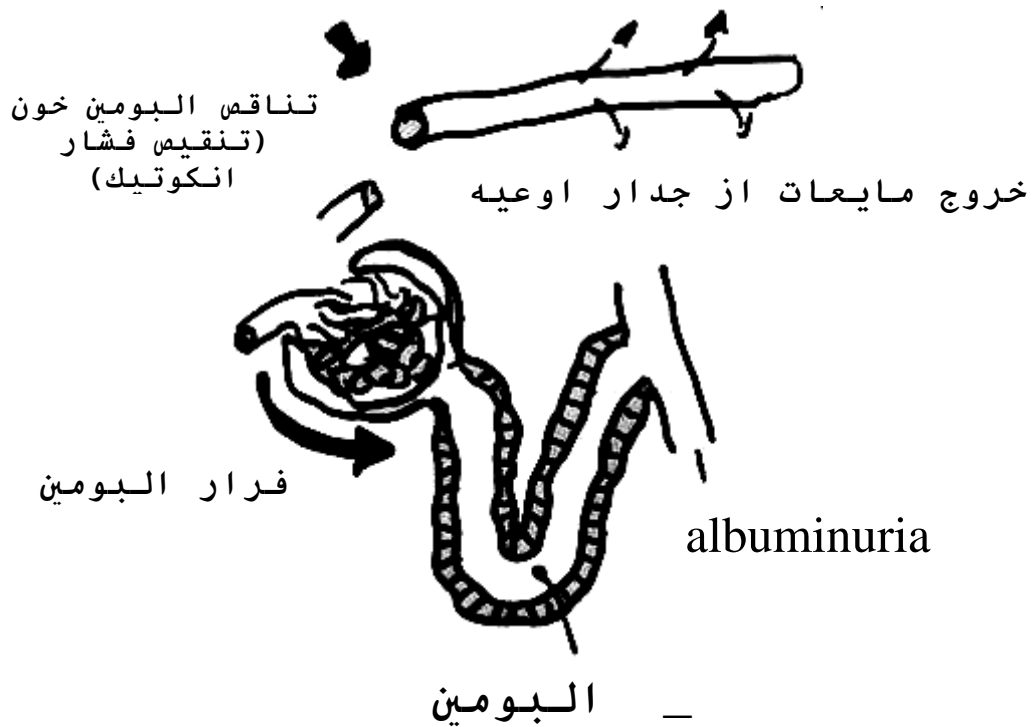
جلوگيري به عمل مي آورد شريان به ورید تبدیل شده و دهانه وعائي افزایش پیدا مي کند. در حالت پتالوژیک بعد از هفته 20-18 حاملگي این تغيّرات در جدار اوعیه بوجود نیامده شريان به حالت شريان باقی مانده و يك مقاومت را ایجاد مي کند. رهم اروا پلاستنا تغيّر نکرده باعث اسکمیاً پلاستنا شده اعراض و علايم مرض ظهور مي کند.

فکتور هاي ريسک در **Pre eclampsia**:

- 1- خانم ها اولباري يا primigravida
- 2- بلند بودن سن مادر
- 3- تاريخچه فاميلي
- 4- فرط فشار خون که از باعث آفات کليوي و نسج منضم بوجود مي آيد.
- 5- Multiple pregnancy
- 6- Diabetes
- 7- مول هايديتيفورم (Mole-hydatiform)
- 8- حساسيت شديد با Rh فکتور

اتيولوژي:

دومکانيزم در بوجود آمدن مرض رول دارد فاکتور ها معافيتي (immunologic) و ارثي (Genetic) Edema در سير preeclampsia به مکانيزم ذیل بوجود مي آيد. چون مريضان فشار خون بلند دارند يك حالت فرط فشار خون در کلوميرول ها بوجود آمده باعث عبور البومين از کلوميرول ها شده و بالاخره در ادرار دیده مي شود. ضايع شدن اين مقدار البومين به تدريج سبب کاهش البومين در خون شده فشار oncotic تناقص نموده سبب خارج شدن مايعات از جدار اوعیه گردیده از يما تشکل مي کند.



تناقص فشار آنکوتیک
 تناقص البومین خون
 خروج مایعات از اوعیه
 ونفوذ بظرف انساج

مثال: خانم 24 ساله primigravida که حمل 31 هفته دارد اذیتها در اطراف سفلی نزدش ظهور کرده چه کار باید نزدش انجام داد.

در معاینه فیزیکی -BP 150/95 mm-hg

-Conjunctive - نورمال

27week 27w-FH

معاینه عنق- خلفی

وزن مادر- 65 kg، 4kg در هفته افزایش پیدا می کند.)

-FHS (+) قابل سمع

البومین یوری- +

معاینات بیولوژیک:

معاینه روئین خون

FBS

Transaminase

Creatinine

معاینات جنین (معاینه التراسوند)

اهتمامات در نزد جنین و مادر.

FHS (Fetal Heart sound) جنین تحت کنترل باشد.

آفات، Neurologic شامل برنگس گوش ها Scotoma

احساس جرقه در چشم و سردردی مادران در نظر باشد.

استفراغ درد ناحیه Epigastric در نزد مادر مد نظر باشد.

تداوی:

1- استراحت بستر

2- رژیم نورمال نمکی

3- دوا ضد فشار خون

کاهش دادن فشار خون: هدف از پائین آوردن فشار

خون نگهداشت فشارخون و مریض به اندازه 130/80 می

باشد. دواها مورد استفاده قرار ذیل باشد.

انتخاب اول

Methyl dopa 750 mg -2 gr/day

Clonidine 0.45-1.35 mg/day

Hydralazine 75-250 mg/day

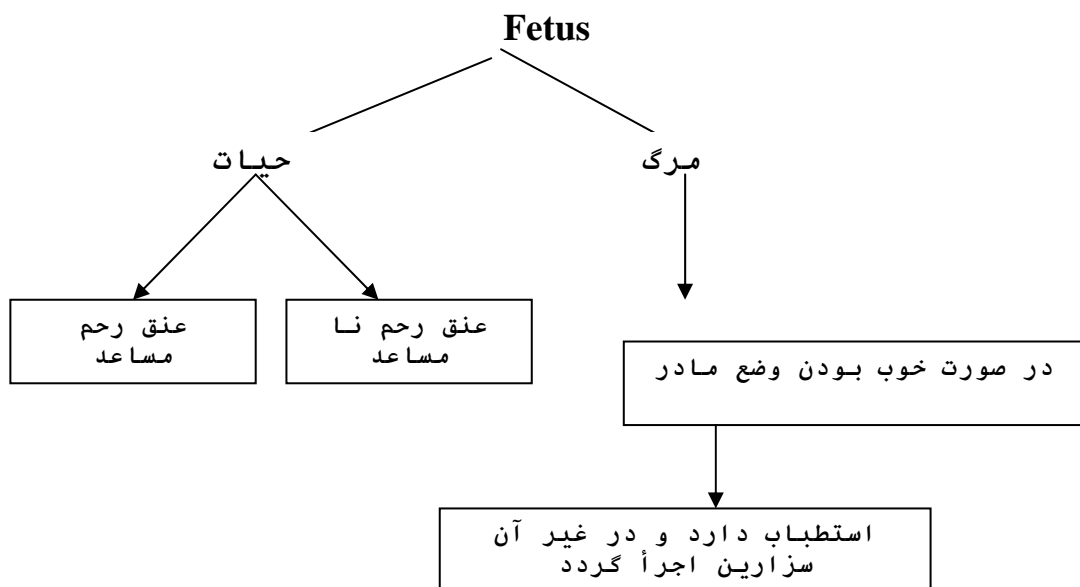
انتخاب دوم

B-Blocker
Calcium blocker

توجه: دوا converting inhibitor Enzym در جریان حاملگی مضاد استتباب است زیرا بالای حیوانات ثابت شده که باعث مرگ جنین می شود قرار نظریات مولفین استعمال دیورتیک را جدیداً منع قرار داده و به عدم استفاده از آن تأکید می کنند.

Eclampsia :

- دارای چهار فاز یا مرحله می باشد.
- 1- فاز حمله - تقلصات fibril مدور عین در جوف حجاج.
 - 2- فاز Hypertony-Tonic عمومی عضلی، فرط بسط راس، Trismus، جویدن زبان، قبض اطراف علوی و بسط اطراف سفلی.
 - 3- clonic فاز حرکات غیر ارادی منظم اطراف.
 - 4- فاز آخری Pre-eclamptic Coma نموده در صورت عدم تداوی به Eclampsia pre-eclampsia تحول نموده سبب تهدید حیات مادر و طفل می شود.
- تداوی مریضان Eclampsia
- 1- در اثنای حملات اختلاجی از دوا ها مانند Diazepam و یا Clonazepam استفاده گردد.
 - 2- برای پائین آوردن فشار بلند خون از clonidine استفاده می شود.
 - 3- برای حفظ فشار داخل قحفی از Magnesium sulfate استفاده می شود
 - 4- تداوی اساسی مرض عبارت از توقف دادن حمل می باشد.



فصل ششم

خون ریزی های زمان ولادت

Antpartum hemorrhage :

نامزد پونیار داکتر نفیسه (ناصری)
یکی از مشکلات عمده و حیاتی مادران حامله را در زمان ولادت خونریزی تشکیل میدهد که اسباب ذیل در خونریزی های زمان ولادت دخیل است:



شکل (1 - 6)

- Placenta previa
- Abruptio of placenta
- Ruptur of uterus
- fetal vessel ruptur
- cervival lesions / lacerations
- vaginal lesions / lacerations
- congenital bleeding disorder
- Idio pathic
- Placnta previa

Placenta Previa

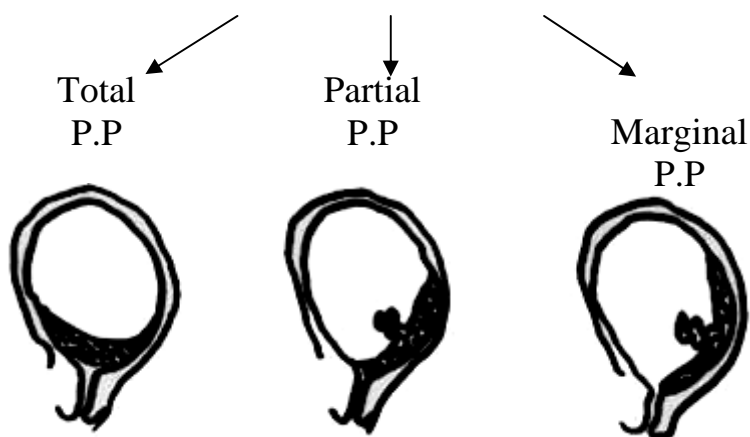
تعریف:

عبارت از ارتکاذ پلاسنتا در سگمنت سفلی رحم، در بالای عنق رحم یا در مجاورت آن است.

تصنیف:

- Placnta previa طور ذیل طبقه بندی میگردد :
- 1- تام (total p.p) شکل تام پلاسنتا بالای فوحه داخلی عنق رحم ارتکاذ نموده و کاملاً فوحه عنق را می پوشاند .
 - 2- نا تام (partial p.p) : که درین شکل فوحه داخلی بصورت قسمی یا نا تام توسط پلاسنتا پوشانیده شده است
 - 3- حاشیوی (marginal) : عبارت از ارتکاذ پلاسنتا در مجاورت یا نزدیک عنق رحم میباشد .

Placenta Previa Classi fication



شکل (6 - 2)

p.p 0.5 فیصد واقعات ولادی را تشکیل میدهد .
 از جمله کل واقعات خونریزی زمانی ولادت 20 فیصد
 انرا p.p باعث میگردد . علت اصلی بوجود آمدن p
 معلوم نیست . اما یک تعداد واقعات در تاسس
 این حادثه سهم دارند که عبارتند از:

- سن بلند مادر
- ندبه سابقه caesarian section
- سابقه p.p نزد خانم حامله
- استفاده از تنباکو
- سقط ها و کورتاژ های قبلی

تشخیص :

در تشخیص دو بخش در نظر گرفته میشود

1- کلنیک

2- پاراکلنیک

از نظر کلینیکی اعراض و علائم مشخص P.p عبارت از خونریزی که اکثراً بشکل کتلوی و شدید شروع شده ، خون سرخ روشن که ممکن بعد از یک حمله توقف نماید . رحم نرم و غیر متقلص بوده خانم حامله از درد حکایه ندارد

با معاینه علائم حیاتی ، فشار خون نظر به مقدار خونریزی و مقاومت وعائی مریضان متفاوت بوده اما اکثراً یابن است . منضمه ها در صورت خونریزی شدید و کم خوتی دوران حا ملگی خاسف و ارتفاع رحم بیشتر از نا رمل دریافت میگردد . سرعت حرکات قلب جنین نظر به دوام و مقدار خونریزی وضیعت متفاوت داشته که در صورت خونریزی دوام دار امکان asphyxia جنین موجود است .

عنق رحم در صورتیکه خانم حامله شامل صفحه ولادت باشد ممکن تا اندازه باز باشد اما نکته مهم و با ارزش اینست که خانم که p.p تشخیص میگردد بدون reanimation و آمادگی های قبلی معاینه مهبلی نگردد زیرا با معاینه با دست خونریزی را تحریک نموده و خطر حیاتی برای مادر و جنین دارد .

در معاینه یارا کلنیک از التراسوند استفاده میگردد که ارتکاذ پلاستتا را نظر به فوحه داخلی عنق رحم نشان میدهد .

تداوی:

تدابیر جهت تداوی مریضه نظر به سن حمل و وضعیت عمومی مادر اتخاذ میگردد . در صورتیکه حمل مریضه به ترم بوده و ضیعت عمومی مادر و طفل خوب باشد و خونریزی فعال موجود باشد مریض با اتخاذ تدابیر لازم به عملیاتخانه انتقال داده شده و بعد از معاینه مهبلی در صورت موجودیت total p . p عملیه c.s اجرا گردد و در صورتیکه partial p . p و یا marginal p . p ثابت گردد با تمضق دادن غشای جنین (جیب) پروسه ولادت تسریع شده و ولادت طبعی صورت میگردد که درین صورت رأس به کانال حوصله نزول نموده و پلاستتا راکه در جنب فوحه داخلی عنق ارتکاذ دارد تحت فشار قرار داده و مانع خونریزی میگردد .

در صورتیکه حمل مریضه به ترم نباشد عنق رحم بسته و خونریزی فعال وجود دارد بدون در نظر گرفتن سن حمل برای نجات مادر عملیه C.S اجرا میگردد .

جدا شدن قبل از وقت پلاسنٹا Abrupton of placenta

تعریف:
عبارت از جدا شدن يك پلاسنٹا كه ارتكاذ نارمل دارد، بصورت قسمي و يا مكمل ار جدار رحم بعد از هفته 20 و قبل از ولادت جنين میباشد.

اسباب:
علت اصلي جدا شدن قبل از وقت پلاسنٹا معلوم نیست ، اما يكتعداد اسباب و عوامل مساعد كننده جدا شدن قبل از وقت پلاسنٹا موجود است كه قرار ذيل میباشد :

- 1- تشوشات فرط فشار خون و pre eclampsia و eclampsia .
- 2- تروما
- 3- استفاده از تنباكو
- 4- تمضق قبل از وقت غشاي جنين Preterm or premature rupture of membrane .
- 5- کوتاه بودن حبل ثروي.
- 6- افزایش سن مادر ان.
- 7- سابقه موجودیت abruption of placenta نزد خانم حامله .

: classification

مريضانيكه A.P تشخيص میگردد شامل يكي از درجه هاي ذيل اند

grad 1 (mild) : در اين حالت خونريزي بسيار خفيف بوده تقلصيت عضله رحم ضعيف میباشد .
اعراض و علايم غير نارمل قلي در طفل بمشاهده نميرسد .

grad 2 (moderate) : خونریزی خارجی به صورت خفیف یا متوسط موجود میباشد. تون عضله رحم افزایش یافته و تقلصات tetanic نزد خانم حامله دیده شده و حساسیت بطن موجود است. صدای قلب طفل شنیده نشده و یا distress جنینی را نشان میدهد. سرعت ضربان قلب مادر افزایش یافته و orthostatic hypotension تاسس نموده و علائم تشوشات coagulation نز د خانم حامله ظهور مینماید.

grad 3(sever): خونریزی خارجی متوسط و یا شدید است (در شکل concealed خونریزی خارجی موجود نمیباشد). عضله رحم متقلص و شدیداً حساس است. صدای قلب جنین شنیده نشده و درینحالت مرگ جنین حتمیست. اکثراً مادران در shock بوده و تشوشات واضع coagulation موجود است.

تشخیص:

تشخیص مرض نظر به اعراض و علائم کلینیکی صورت میگردد.

تشخیص مرض به اساس وضعیته عمومی مادر، خونریزی (داخلی و یا خارجی)، شکل خون (خون سیاه رنگ یا به شکل علقات بوده و یا خون روشن)، حساسیت رحم، شخی و تقلصیت شدید عضله رحم صورت میگردد.

در شکل concealed که پلاسنتا از قسمت مرکز ناحیه ارتکاذ خود جدا شده در حالیکه کنارهای آن چسبیده به جدار رحم است خون در خلف پلاسنتا تجمع نموده و به ضخامت عضله رحم به طرف غور رحم نفوذ مینماید. که یک شکل خطرناک و مرگ بار جدا شده گی قبل از وقت پلاسنتا بوده % 20 واقعات آنرا تشکیل میدهد.

درین شکل خانم حامله شدیداً خاسف بوده به حالت shock میباشد.

وضیعت عمومی مادر نظر به حجم خونریزی متفاوت بوده در صورت موجودیت خونریزی شدید با حجم زیاد فشار سقوط نموده و منضمه ها خاسف است. ارتفاع رحم بلند تر از حد نارمل دریافت میگردد.

جدا شده‌گی قبل از وقت پلاسنتا را میتوان در 15% واقعات توسط معاینه التراسوند تشخیص نمود .



Concealed Haemorrhage



Haematoma



External Bleeding

شکل (3-6)

تداوی:

مريضانيکه به لوحه جدا شده‌گی قبل از وقت پلاسنتا مرا جعه مينمايند بايد در شفاخانه بستر و تحت كنترول و مراقبت جدي قرار گيرند . در صورتيکه حمل به ترم با شد و وضعيت عمومي مادر و طفل خوب باشد بايد هر چه زود تر پروسه ولادت را تحريك نمود . با تمضق دادن غشاي جنين و تطبيق اوکسي توسين داخل سيرم مريض ميتوان پروسه ولادت را سريع ساخت .

در صورت ضرورت blood transfusion نزد مریض اجرا گردد زیرا از یکطرف از ظهور تشوشات coagulation جلوگیری بعمل آمده و از طرف دیگر حجم دموی معاوضه میگردد .
در صورتیکه عنق رحم بسته و مریض داخل صفحه و لا دت نبا شد و خونریزی فعال موجود بوده باید عملیه c.s نزد خانم حائمه اجرا گردد .
در واقعات concealed که خون در ضخامت عضله رحم ابشار نموده مریض جهت hysterectomy آماده گردد.

پاره گی رحم rupture of uterus

rupture رحم عبارت از پاره شدن تمام طبقات رحم در زمان پروسه ولادت و یا قبل از ولادت است.

عوامل مساعد کننده پاره گی رحم نزد خانم حامله عبارت است از :

1- موجودیت ندبه سابقه caesarian section نزد خانم حامله مخصوصاً شکل عملیات classic c.s که يك ناحیه نازک شده و شکنند را در جدار رحم میسازد .

2- در یکتعداد واقعات بصورت spontaneous رحم خانم حامله پاره میگردد که مربوط به پتالوری ساختمان حوصله مادر و حجم جنین است مثلاً در CPD (cephalo pelvic disproportion) عدم تناسب راس جنین و حوصله مادر که راس جنین قادر به عبور از کانال عظمی حوصله مادر نبوده و تقلصات پیهم عضله رحم باعث پاره شدن جدار رحم میگردد .

3- تروما (Iatrogenic factor) از سبب تصادفات ترافیکی و یا وارد شدن ضربه مستقیم و شدید بالای بطن خانم حامله پاره گی واقع میگردد . در بعضی حالات مانوره های دست دکورازان مانور تطبیق نادرست فورسپس که سبب وارد نمودن ترضیضات به مادر و جنین میگردد و یا در هنگام تدور جنین یا vertion پاره گی رحم رخ میدهد .

4- تطبیق oxytocin : برای خانمی که داخل صفحه ولادت نیست ، عنق رحم بصورت تام توسعه نموده ، عدم تناسب راس جنین و حوصله مادرووجود دارد و یا

در واقعاتیکه وزن جنین بیشتر از حد نارمل است
تطبيق اوکسي توسين شرایط مناسب را براي پاره گي
رحم مساعد میسازد .

تشخیص:

مريضانيکه تحديد به پاره گي رحم اند و يا
پاره گي رحم نزد شان واقع شده داراي اعراض و
علامتفاوت اند

خونريزي به اشكال spotting و يا شديد موجود
مياشد که در ابتدا پاره گي خونريزي فعال و
روشن نزد خانم حامله ناسس مينمايد اما بعد از
پاره شدن جدار رحم و قرار گرفتن جنين به داخل جوف
بطن خونريزي خارجي کمتر شده و خون در جوف بطن
تراکم مينمايد . درين حالت ميتوان اعضاي جنين را
از روي بطن به ساده گي جس نمود مريض به حالت
shock بوده و ايجاب احتمالات عاجل را مينمايد .

سر درد نزد اين مريضان متفاوت است . در شروع
تقلصات پيهم و شديد دردناك نزد خانم حامله
موجود است که بعد از پاره گي جدار رحم از شدت
درد کاسته ميشود بطن حساس ميباشد .
علامت حياتي نزد مريضان نظر به شدت و وخامت
مرض متفاوت است :

فشار خون در ابتدا نارمل اما بعد از پاره
شدن رحم و خونريزي شديد پائين شده و در اخير سقوط
مينمايد .

منظمه هاي مادر از سبب ضايع شدن مقدار زياد
خون خاسف ميباشد .
ارتفاع رحم در شروع بلند تر از حد طبعي تعين
گرديده اما بعد از پاره شدن حدود رحم غير قابل
تعين ميباشد .

صدای قلب جنين در ابتدا شروع تقلصات نارمل
شنیده شده که بعد از تقلصات شديد و پيهم fetal
destress ظهور نموده و بعد از پاره شدن رحم صدای
قلب جنين شنیده نمیشود .

تداوي:

مريضی که مواجه به پاره گي رحم شده با
مراقبت شديد به عملياتخانه انتقال شده و نزد
مريض عمليه abdominal hysterectomy اجرا میگردد .

بطور خلاصه باید توضیح داده شود خانم حامله که به لوجه خونریزی به شفاخانه مراجعه مینماید تحت کنترل و مراقبت جدی قرار گرفته در صورتیکه خونریزی به حجم کمتر باشد یک ورید مریض و در صورت خونریزی شدید و shock دو ورید مریض باز شده سیروم ها و ادویه لازمه تطبیق میگردد . معاینات مریضه تکمیل ، سپل خون تهیه شده در صورت ضرورت blood transfusion اجرا میگردد .

فصل هفتم

Fever in pregnancy

داکتر زبیده انوری ژواک

به چهار کتگوری تقسیم شده است:

1-UTI (Urinary tract infection) (Cystitis- Pyelo nephritis)

2- Intra uterine Infection (chorio amnionitis)

3- امراض تب دار داخلی (ملاریا، مخرقه، گریپ

و غیره)

4- امراض تب دار جراحی (pancreatitis, Appendicitis)

و غیره .

Urinary Tract Infection

فیزیوپتالوژی:

در زمان حاملگی یک سلسله تغییرات در جهاز بولی بوجود آمده که زمینه را برای انتانات مساعد می سازد.

با پیشرفت حمل رجم روز به روز بزرگ شده بالای حالب ها فشار آورده سبب یک سلسله تغییرات مورفولوژیک در حالب ها میشود. نسبت به بلند رفتن سویه پروجسترون یک سلسله تغییرات دینامیکی در حالب ها ایجاد شده که در نتیجه آن حرکات پرستلتیزم آن کاهش میابد. از طرف احلیل در نزد خانم ها کوتاه بوده و رجعت ادرار نیز در زمان حمل موجود است لذا زمینه خوب را برای انتانات صاعده در جهاز بولی مساعد میسازد.

انتانات بولي

تغييرات ديناميكي حالب ها

تغييرات مونولوژيك حالب ها

فشرده گي حالب
ها توسط رحم



رجعت ادرار

انتانات:

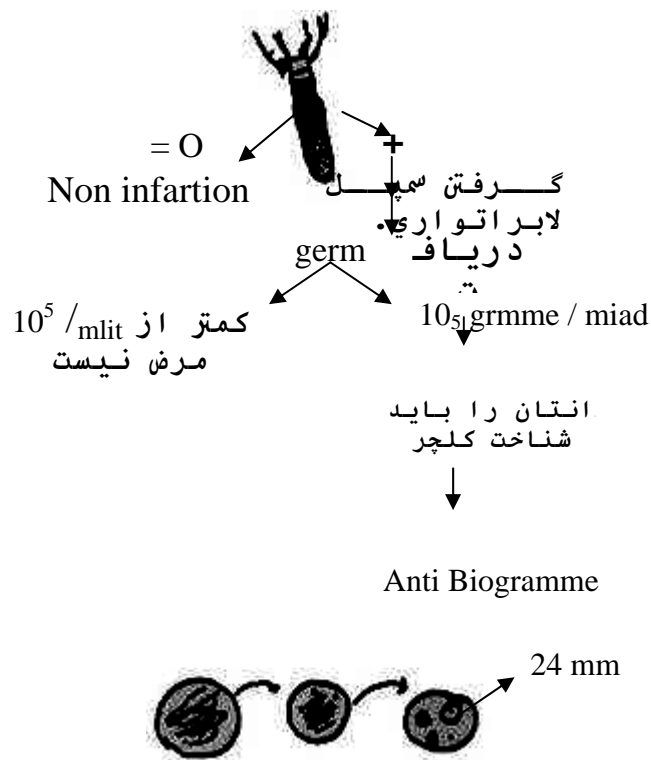
E.Coli
Proteus
Klebsiella ... etc

شکل (7-1)

معاینات بیولوژیکی: برای این منظور از Band let استفاده کرده طوریکه آن را در بین ادرار مریض داخل کرده تغییرات را در آن مشاهده میکنیم.

اگر تغییر در Band let دیده نشد معنی این را می دهد که مریض non infective است. اما در صورت تغییرات مثبت بودن انتانات را افاده کرده يك سبيل از ادرار مریض را گرفته به لابراتوار فرستاده میشود، تا germ عامل دریافت گردد. باز هم اگر تعداد germ کمتر $10^5 / \text{ml}$ باشد حالات مرضی تلقی نمی شود. اما اگر تعداد germ زیادتر از $10^5 / \text{ml}$ باشد باید نوع انتان را باید شناخت لذا باید که

culture و anti biogramme را انجام داده و انتي بيوتيك حساس مقابل ميكروب را دريافت نمود.



شكل (7-2)

اعراض و علايم:

- Cystitis-I
- Dysuria -a
- Tachy cardia and fever -b
- Hypo gastric pain -c
- Polikuria (زياد شدن دفعات ادرار) -d
- Pyelo nephritis -II

a- تب همیشه موجود بوده و بلند تر از $38.5c^0$

b- درد ناحیه flank

c- برهم خوردن وضعیت عمومی مریض

تشخیص تفریق (DD):

با امراض ذیل تشخیص تفریقی گردد.

1- premature labour

2- Abruptio placenta

3- Appendicitis

4- Cholecystitis (نادر)

تداوی:

در قسمت دادن آنتی بیوتیک برای این مریضان نکات ذیل مدنظر باشد.

1- سمپل ادرار باید قبل از دادن آنتی بیوتیک گرفته شود.

2- تداوی در ابتدا به اساس تشخیص احتمالی صورت گیرد. زیرا نتیجه سمپل 48h بعد میرسد و ممکن بعضی موانع در اجرا این معاینات موجود باشد.

3- آنتی بیوتیک بالای جنین یا fetus مضر نباشد.

4- مطابق به ژرم بعد از anti biogramme آنتی بیوتیک داده شود.

بصورت عموم در تداوی UTI در نزد خانم ها حامله

1- دادن antiseptic

2- دادن antibiotic

3- Rehydration

4- تداوی تب مریضه با paracetamol

5- استراحت بستر

6- در 48h اول مریض تحت کنترل باشد اگر تب و حالت عمومی مریض خوب نبود آنتی بیوتیک باید تغییر کند.

تداوی و قیایوی:

1- نوشیدن زیاد مایعات

2- در صورت که مریض قبلاً مریض را سپری نموده

باشد با Band let تحت مراقبت گرفته شود.

3- در صورتیکه در جریان حمل دوبرار پیلونفریت
ویا UTI تاسس کرده باشد باید مریضه برای سه ماه
بعد از ولادت بطور متواتر تحت کنترل باشد.

انتانات داخل رحمی: **Intra Uterine Infection**

انتانات داخل رحمی



+++

(شکل 3-7)

اسباب:

1- *PROM Premature Rupture of membrane*

2- نتانات صاعده طرق سفلی

3- انتانات خون sepsis

اعراض وعلايم:

1- تب بلند تر از $38.5c^{\circ}$

2- دو علامه خاص (رحم متقلص و افرازات بویناک مهبلي)

3-Tachycardia نزد مادر زیاد تر از 100/min

4-Tachycardia جنيني زيادتر از 160/min

5-Leukocytosis

انتانات مولد: انتانات باسیلر germ منفی
Streptococcus گروه B و Mycoplasm

اختلالات:

1-ولادت قبل از وقت یا premature labor

2-انتانات جنين

3-مرگ جنين

4-مرگ مادر septic shock

تداوي:

دادن انتي بيوتيک ها ، Rehydration تداوي ضدتب
استراحت بستر در صورت که پروسه ولادت نزد مادر
تحريك شده باشد با دواها Tocolytic نبايد توقف
داد.

امراض داخلي تب دار

Malaria: از جمله امراض پرازیتک بوده که سبب
عمده سقط ها، کمخوني ها شديد و اطفال متولد شده
کم وزن ميشود. به دو شکل falciparm, P. Vivax. آن
زيادتر دیده شده در نزد خانمها که قبلاً ملاریا
سپري نکرده و معافیت ندارند ملاریا به شکل بسیار
وخيم آن سير مي کند ولي در کسانی که معافیت کسی
دارند سبب کم خوني ها شديد و اطفال متولد شده کم
وزن میگردد.

تداوي آن با Chloroquin 3 تابليت یکجا براي سه
شب متواتر مي باشد.

Grippe از جمله امراض ويروسي است که تب آن در
3 روز اول بلند روز چهارم تب سقوط کرده و روز
پنجم زياد شده بعداً متوقف ميشود.

اعراض آن داراي چهار پایه اساسي است که شامل

1- سردردی

2- درد کره عين

3- Myalgia

: Typhoid fever

آگر آفات خفیف باشد به شکل Gastroenteritis ساده سیر میکند تیفوئید در زمان حاملگی خطرناک بوده سبب ولادت قبل از وقت، سقط، مرگ جنین و مرگ مادر میگردد.

در تداوی مرض Chloramphenicol استفاده شده در نزدیک به ترم سبب Gray baby syndrome شده که جلد تیره و خاکستری رنگ، هیپوترمی، collapse قلبی دموی، رخاوت عضلی را سبب می شود.

امراض جراحی تب دار

Appendicitis: تشخیص مرض مشکل بوده زیرا اپندکس تغیر موقعیت نموده بنابراین درد ها نظربه حالت طبیعی بلند تر احساس شده، Tenderness در ناحیه موجود نمی باشد، بطن چوبی نمی شود.

ولی اعراض و علائم غیر مستقیم دارد از جمله زبان باردار درد ناحیه Mac-burney که با معاینه فزیک بلومبرگ blumberg sign دریافت میشود طوری اجرا میشود که در ابتدا در طرف چپ بطن مریض فشار آورده بصورت آنی رها میشود در ناحیه Mac burney درد احساس میشود.

Leukocytosis هم دریافت می شود.

General peritonitis که از اختلاط مرض به شمار میرود.

امکان شروع تقلصات رحمی.

مرض با عملیه جراحی تداوی میشود.

: Pancreatitis

تشخیص مرض مشکل بوده ولی سیر بسیار خطرناک داشته سبب مرگ مادر به يك Rate زیاد میشود.

درد با شروع سریع و ناگهانی که در کمتر از 1-3 ساعت به حد اکثر میرسد. بیشتر درد ناحیه Epigastric میباشد. درد مذکور با دراز کشیدن زیادتر و نشستن و خم شدن کاهش پیدا میکند. مریض دلبدی و استفراغ و تب می داشته باشد. بیشترین علت مرض را سنگ های صفراوی تشکیل میدهد.

بطور خلاصه:

تب يك عرض است كه اكثرأ مريض از آن شكايـت ميـكند. سبب تغيرات فزيولوژيك شده مثلاً تزايد واقعات انتانات طرق بولي از باعث تغيرات فيزولوژيك اينكه تشخيص مرض موخر صورت ميگردد خطرناك مي باشد.

نكته كه بايد فراموش نشود وآن اينست كه مادر در بطن خويش طفل دارد در قسمت تداوي با انتي بيوتيك ها مدنظر باشد علت عمده سقط ها را امراض تب دار تشكيل ميدهد.

فصل هشتم طريقه ولادت مريض آلوده به ويروس ايدس

پروفيسور ژان شارل
پاسكيه

ترجمه: دكتور شاه
عبداللطيف شبيـز- دليري

❖ يادداشت مقدماتي: هدف از اين درس عرضه ومعرفي يك روش شناسايي براي محصلين ، مبتني برشواهد ميباشد. مثالي از سرايت عمودي ويروس ايدس را انتخاب کرده ايم كه بر اساس آن پيشرفت شناسايي قضيه را به كمك مطالعات مختلفه انجام يافته، نشان ميدهيم.

بنابر (The joint United Nation Program on HIV and AIDS) (UNAIDS(1)،

تحقيقات

600.000 كودك سالانه از طريق سرايت عمودي مادري-جنيني ، به ويروس ايدس آلوده ميشوند. براي همچو سرايتي، نظر به شرايط كشور هاي مختلف، يك تفاوت واخـتلاف بزرگ از نظر جنسـي (Heterogeneity) وجود دارد.

در واقع، به اثر استفاده از ادویه جات ضد ویروس (Anti-viral) و اجرای عملیه سزارین وقایوی (Prophylactic Cesarean) در حد وسیعی از ریسک و خطر این سرایت مادری- جنینی، کاسته شده است، در حالیکه در عدم رعایت این گونه پیش گیری های غیر قابل حصول، در کشور های در حال انکشاف، این قضیه هنوز هم به همان اهمیت خود باقی است. در امریکا سالانه کمتر از 200 طفل به همین طریقه آلوده میگردند که این عدد معادل تعداد مصابیت اطفال در ظرف یک صبح تا ظهر، در باقی قسمت های جهان است.

1- میخانیکیت های آلودگی عمودی:
درصد ریسک آلودگی جنینی در زمان حمل مادر بسیار بالا و در عدم پیش گیری و اهتمامات وقایوی در حدود 25% میباشد. این سرایت اساساً در زمان زایمان به اتفاق می افتد، ولی میتواند که در جریان حمل هم صورت گیرد.
جنین میتواند در جریان حمل ویا از طریق سرایت صعودی؛ مثلاً تمزق قبل از وقت جیب امنیوتیک برای مدت طولانی ویا اینکه از طریق تماس مستقیم با طرق تناسلی مادر، یعنی در هنگام زایمان با عبور از کانال حوصلی آلوده گردد. سرایت و آلودگی از طریق پلاستنا هم شرح داده شده است که دلیل آن یا نفوذ و ترانسفوژن مادری-جنینی مقادیر کوچک خون منن مادر از طریق پلاستنا بوده ویا اینکه از اثر عبور (Allaitement = Lactation) مستقیم خود ویروسها میباشد. بلاخره ممکنست در جریان شیر دهی هم این آلودگی صورت پذیرد.

2- فکتور های ریسک آلودگی عمودی:
برای اینکه یک سرایت عمودی صورت بگیرد، دو پارامتر باید وجود داشته باشند: یکی ذخیره میکروبی ویکی هم طرق تماسی بین دو طرف یا ذو شخص. فکتور های ریسک و سرایت آلودگی با پارامتر های ذیل در رابطه میباشد:

- فکتور های ریسک مربوط به یک ذخیره بزرگ ویروسی.
- فکتور های ریسک مربوط به سهولت در سرایت وانتقال ویروس.

☞ معاینات ویا مانور های وسیله ای در جریان زایمان (مثلا" استفاده از فورسپس).

☞ تمزق جیب امنیوتیک واغشیه برای مدت طولانی.

☞ ولادت های قبل از میعاد (Premature)

☞ ترتیب ونوبت تولد در ولادت های دو قلو ها (طفلی که اولتر تولد میشود، اکثرا" منن میگردد!)

3- طرق وقایوی سرایت مادری-جنینی:

امکانات وقایه جنین از سرایت ایس بر اساس تداوی های دوائی وانتخاب روش اجرایی زایمان استوار میباشد.

◀ **Zidovudine** :

- خانم های مصاب به HIV، در صورت عدم موجودیت اهتمامات وقایوی، در حدود 25% ریسک مصاب ساختن اطفال نوزاد شان را دارا میباشد. در سال 1994، انتشار نتایج مطالعات ACTG-076 (AIDS Clinical Trial Group- 076) روی Zidovudine (ZDV, AZT) را نزد مادر، در طول زمان حاملگی، جریان ولادت وهمچنان در نزد طفل نوزاد در طول پریود جدیدالولادگی (Neonatal) تایید نموده و دیده شد که ریسک آلودگی طفل با استفاده از این دارو به 8% تنقیص نمود. استفاده از Zidovudine با چهار بار امتحان در برابر پلاسیبو، تجربه گردیده است. این چهار امتحان وتجربه که بالای 1585 مریض صورت گرفت، با مقایسه با پلاسیبو (Placebo)، استفاده از Zidovudine به صورت وصفی ریسک سرایت مادری-جنینی را تنقیص میدهد: ریسک یا خطر نسبی:

0.54, 95% (CI) 0.42 - 0.69

بر عکس تا هنوز ثابت نشده است که تداوی دوامدار با این دارو، جنین را نسبت به یک تداوی کوتاه مدت، بهتر محافظه خواهد نمود.

◀ سزارین وقایوی : (Prophylactic cesarean)
 عملیه سزارین وقایوی دومین سلاح معالجه در دست
 داکتر ولادی میباشد.
 بعد از نتایج بدست آمده از مطالعات مشاهدوی
 ومطالعات به روش انتخاب تصادفی، رول محافظوی
 عملیه سزارین وقایوی کاملاً معلوم وثابت گردیده
 است.
 در يك مطالعه وتحقیق اروپایی آن مریضانی که
 34-36 هفته امنوره داشتند وسروم شان
 از نظر موجودیت HIV مثبت بود (Seropositive) تحت
 مطالعه قرار گرفتند. روش ولادت در نزد
 این مریضان تحت مطالعه، بطور قرعه، یا ولادت از
 طریق سزارین وقایوی ویا اینکه از طریق ولادت
 نورمال مهبلوی صورت گرفت. تعداد وکتله واقعات
 سرایت مادری-جنینی در صورت ولادت به طریق سزارین
 وقایوی 3.4% (7 طفل از 203 طفل نوزاد) ودر صورت
 ولادت به روش مهبلوی عادی 10.2% (15 طفل از 167
 طفل نوزاد) نشان داده شد. (P= 0.009%).

◀ اشتراك AZT + سزارین وقایوی :
 مطالعه ای که بین سالهای 1985 تا 1996 در میان
 همین گروپ مریضان صورت گرفت، از جمله 902 مریض انتی
 وایرل Zidovudine را دریافت کرده 1917 مریض دیگر
 بدون تداوی با انتی وایرل باقی ماندند. در این
 صورت در صد واقعات سرایت مادری-جنینی در گروپی
 که هم از Zidovudine
 و هم از سزارین وقایوی مستفید شده بودند،
 0.8% دریافت گردید ، درحالیکه در گروپی که
 باروش سزارین وقایوی ولادت نکرده بودند، این
 درصد به 7% میرسید.
 در گروپی که انتی وایرل اخذ نکرده بود، این
 سرایت ، صرف نظر از اینکه روش ولادت شان چه نوع
 بوده است، در حدود 17.5% دریافت شد.
 بین سالهای 1993 و 1998 يك تجربه کنترل شده انجام
 گردید که در طی آن اثرات مشترک Zidovudine وسزارین
 سکش وقایوی مورد مطالعه قرار گرفت. با استفاده
 از Zidovudine در صورت تطبیق سزارین وقایوی ،

درصد سرایت 2.1% (3/141) و در صورت زایمان از طریق مهبل بطور عادی 3.3% (3/92) دریافت شد. در صورت عدم تطبیق آنتی وایرل، با اجرای سزارین وقایوی، درصد سرایت 6.8% (4/59) و در صورت زایمان از طریق مهبل 18.9% دریافت گردید. يك متا آنالیز منتشر شده در سال 1998، نتایج 15 مطالعه و تحقیق روی عین گروه را که استفاده از Zidovudine را مقایسه میکند، از سرگرفتند. این آنالیز يك ریسک سرائتی مادری-جنینی 2.1% (4/19) را، در صورتی نشان داده است که Zidovudine توأم با عملیه سزارین وقایوی تطبیق شده باشد. در حال حاضر پذیرفته شده است که اشتراك زیډو ویودین + سزارین وقایوی اجازه میدهد تا يك تنقیص سرایت مادری-جنینی انتان HIV حاصل گردد.



فصل نهم

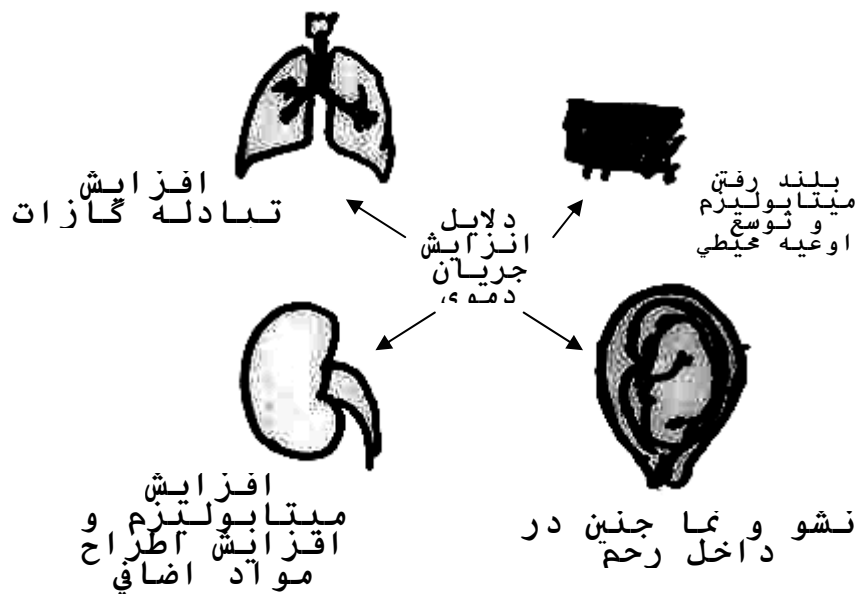
پتولوژی حاملگی

داکتر زبیده انوری ژواک

امراض سیستمک و حاملگی:
پروسه حمل يك حادثه فیزیولوژیک نزد خانم ها بوده که تاثرات مستقیم بالای سیستم های مختلف عضویت مادر داشته و حادثات مرضی این سیستم ها تاثرات مستقیم بالای حمل دارند.

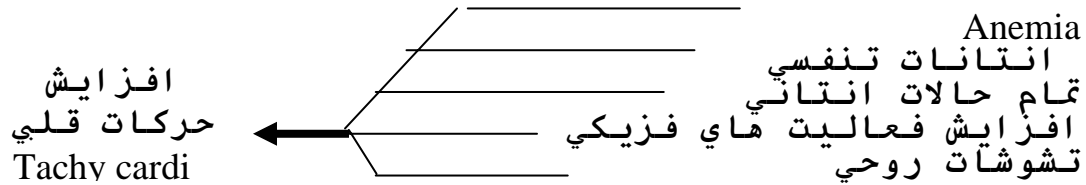
آفات قلبی در جریان حاملگی:
معلوم است که در جریان حاملگی نورمال يك سلسله تغیرات فیزیولوژیک در سیستم قلبی و عائی صورت که در نتیجه سبب افزایش جریان و دموی می شود که شیما ذیل نشان داده میشود.

فیزیولوژی قلبی و عائی در جریان حمل



شکل 1- 9

در تمام حالات مرضی ذیل کار قلب نزد خانم حامله افزایش میابد.



تصنیف بندی آفات قلبی:

آفات ولادی یا congenital و آفات کسی قلبی.

آفات ولادی قلب شامل:

Patent ductus arterious

Septal defect

Teteralogy fallots

آفات کسی:

Mitral stenosis از باعث آفات روماتیسم قلبی بوجود

میآید.

کلنیک:

Mitral stenosis-I

اذیمی حاد ریه.

عدم کفایه قلب.

مشکلات در تحمل حمل.

II- آفات ولادی قلب:

از جمله موجودیت shunt ها که اگر از چپ به راست باشد چون خون شریان داخل ورید ها شده لذا کدام اعراض تولید نمی کند اما در صورتیکه از طرف راست به چپ از جریان وریدی داخل شریان ها شود حالات cyanotic نزد مریضان تاسس میکند.

fallot's Tetralogy در صورتیکه عملیات نشده باشد 30-70%

امکان مرگ مادر است در coarctation of aorta در

جریان حمل امکان dissection موجود است.

اختلاطات جنین:

سقط در ترمیستر اول.

عدم نشوونما داخل رحمی.
Distress جنین.

تداوی:

1- رژیم غذایی بی نمک

2- دادن دیورتیک Furosemide

3- تطبیق دواها ضد انعقاد vit K توصیه نمی شود زیرا در ابتدا حمل عوامل Tetratogenic را باعث شده و در آخر حمل خونریزی خطرناک غیر قابل کنترل را باعث میشود.

بهترین دوا Heparin.

4- توصیه Digital که یک cardiotoxic است.

5- B- Blocker ها.

6- Calcium channel Blocker.

تقسیم بندی آفات قلبی و حاملگی

New York Heart Association

عدم موجودیت تشوشات و ظیفوی برای گرفتن حمل کدام پرآبلم موجود نیست	Stage I
Dyspnea جهت آفات مریضه قابل تحمل بوده می تواند حمل داشته باشد ولی باید متوجه آن بود.	Stage II
Dyspnea در حالت استراحت فعالیت کاملاً محدود. قلب مریض اجازه فعالیت را به مریض نمی دهد هرگز اجازه گرفتن حمل را نخواهد داشت.	Stage III
مریض هم کار نکرده انداز خیلی خراب حمل غیر قابل تحمل خواهد بود.	Stage IV

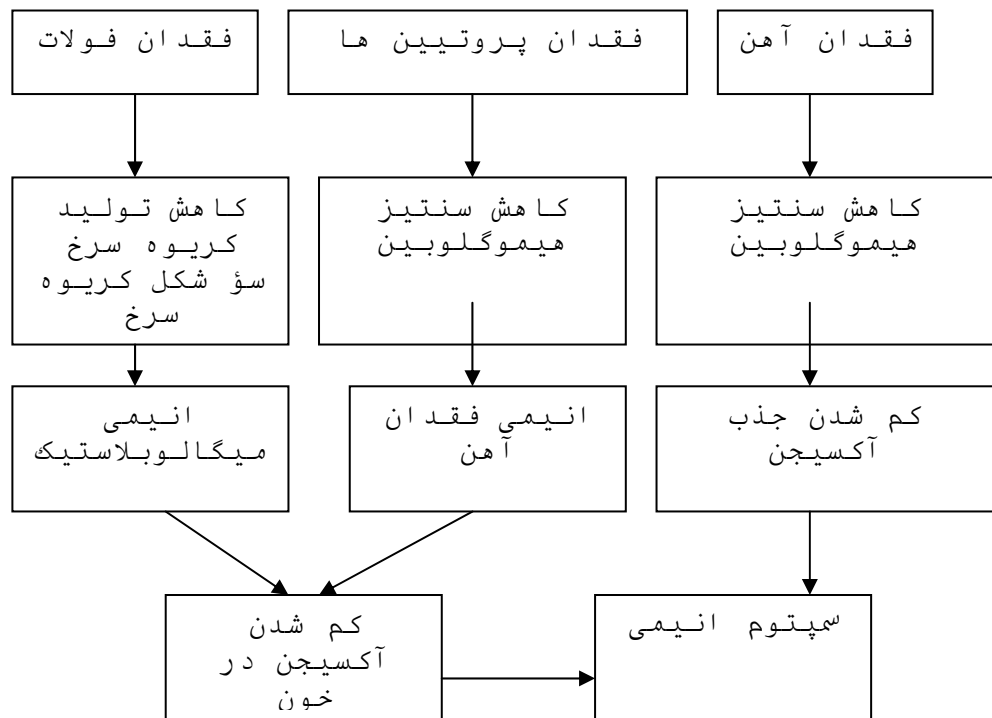
اهتمامات در نزد مریضان:

Antenatal در مرحله

- مریض توسط کاردیولوگ معاینه شده و توسط یک گروپ داکتران قلبی ولادی تحت کنترل قرار گیرد.
 - بطور عاجل مریض بستر میشود.
 - در صورت که انتان موجود باشد با انٹی بیوتیک تداوی می شود.
 - متوجه دندان باید بود.
 - Anemia اگر در نزد مریض باشد تداوی گردد.
- در مرحله ولادت:
- وضعیت مناسب که با حالت نیمه نیشسته است مریض نباید وضعیت Lethotomy داشته باشد.
 - تطبیق Analgesic ها سبب کم شدن استرس Tachy cardia می شود.
 - انٹی بیوتیک ها برای کم کردن واقعات Endocardite ها داده شده که انٹی بیوتیک انتخابی آن Ampicillin و Gentamicin می باشد.
 - خطر ناک ترین صفحه ولادت در نزد مریضان قلبی صفحه دوم ولادت است کوشش شود که با فور سپس و واکيوم این صفحه کوتاه ساخته شود.
- بعد از ولادت:
- مادران تحت مراقبت کامل قرار داده مخصوصاً از نظر اذیما حاد ریوی تحت کنترل قرار گیرد.

Anemia

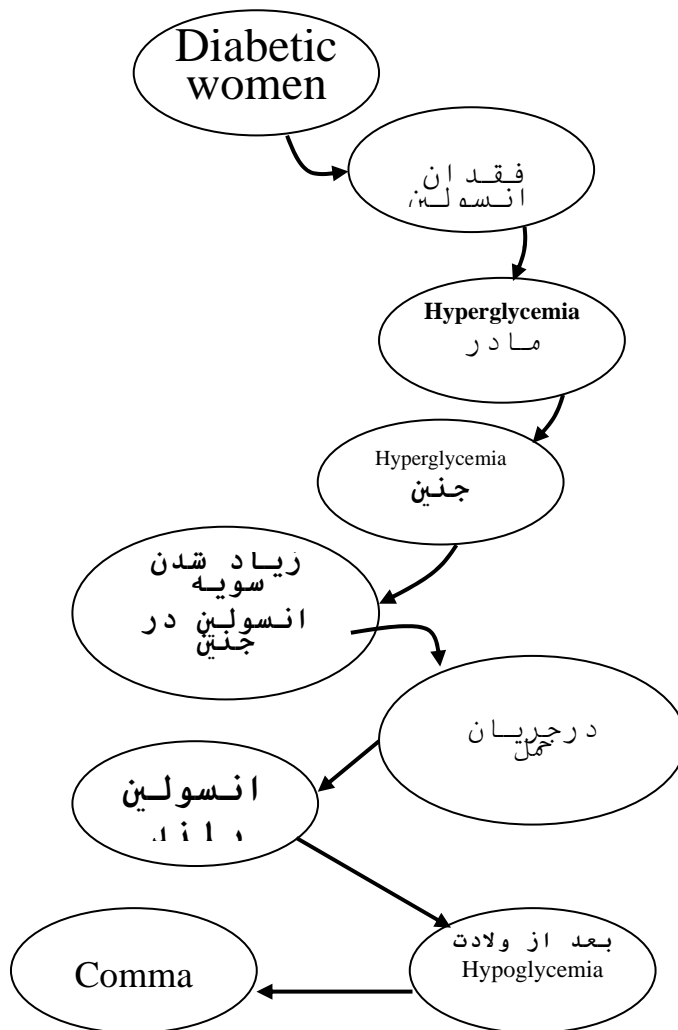
انیمی در زمان حاملگی بسیار معمول بوده خصوصاً در نزد خانم ها که فاصله بین ولادت ها کم باشد انیمی سبب افزایش یک تعداد خطرات در نزد مادران از جمله منن شدن مادر، خونریزی بعد از ولادت بسیار معمول می باشد. فاکتور های اساسی کمخونی بودن آهن فولیک اسید، vit B₁₂ است.



- فکتور هایکه سبب کاهش ویا فقدان آهن می گردد:
- رژیم غذایی نا مناسب
 - پرازیت های معائی
 - زن های نا بالغ که نشو و نما آن تکمیل نشده است
 - مولتی پاریتی از باعث کاهش ذخیره آهن
 - عدم موجودیت Folic acid
 - مرض ملاریا
- اعراض و علائم:
- خستگی دوامدار که بعضی خانم ها این را در جریان حاملگی نورمال تلقی میکنند.

- نسبت توسعه اوغیه محیطی خسافت در نزد مریض واضح نیست.
- خاسف بودن منضمه ها.
- تداوی:
- در تمام مریضان که Hb تا 10g دارند تابلیت ها آهن توصیه می شود.
- در صورت که بین 7-10g باشد شکل injectable آن توصیه میشود.
- اگر از 7g کمتر باشد Transfusion توصیه میشود.
- در قسمت تطیق تابلیت ها از تابلیت Ferrus sulfate وهم تابلیت ها 400mg فولیک اسید استفاده به عمل می آورد.
- وقایه:
- تمام خانم ها بصورت وقایوی تابلیت ها آهن فولیک اسید تطیق می شود اما در بعضی حالات باید Transfusion صورت گیرد.

Diabets in Pregnancy

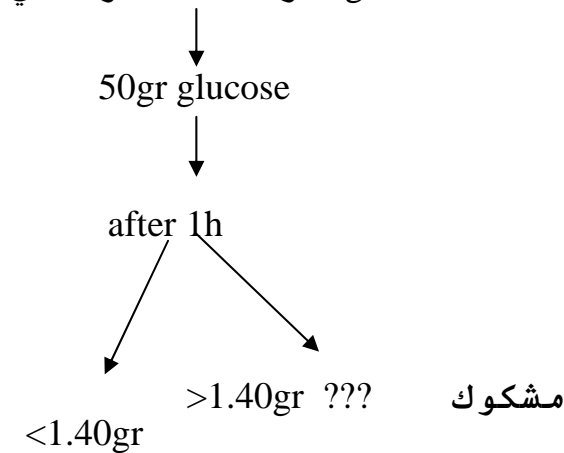


- حالات که رهنمائی کننده دیابت درنزد مادران می باشد.
- 1- موجودیت glucosuria دویا بیشتر بار در معاینه پروتین دار.
 - 2- تاریخچه فامیلی
 - 3- وزن بیشتر از 85 کیلوگرام درنزد مادر
 - 4- ولادت طفل 4.5kg ویا زیاد تر در ولادت ها قبلی
 - 5- مرگ جنینی قبلی بدون دلیل.
 - 6- ابنارملتی ولادی قبلی.
 - 7- Polyhydramnios

- تأثیرات حمل بروی مریض دیابت:
- 1- ضرورت انسولین در جریان بلند رفته و کنترول آن مشکل است.
 - 2- نفروباتی دیاتیک مقاوم را در زمان حمل بوجود آورده.

- تأثیرات دیابت بالای حمل:
- 1- افزایش سویه سقط ها.
 - 2- افزایش ابنارملتی ها ولادی و مرگ داخل رحمی.
 - 3- ما کروزمی Macrosomia
 - 4- تاخیر پختگی ریه ها جنین.
 - 5- افزایش خطر اختلالات حاملگی.
 - Pre-eclampsia
 - Poly hydramnios
 - انتانات مخصوصاً UTI، Candidal Vaginitis

تشخیص:
 در ابتدا FBS مریضه تعیین شده بعداً 50gr گلوکوز
 از طریق فمی تطبیق بعد از یک ساعت دو باره سویه
 شکر در خون تعیین میشود.
 glucemia در حالت گرسنگی <1.05gr



عوض 50gr گلوکوز 100gr توصیه میشود
 Non diabetes
 1h <1065
 2h <1045
 3h <1025

0	60	120	180
0.95	1065	1045	1025

در صورت که نتیجه معاینات بلندتر از ارقام
 ذیل باشد دیابت تشخیص میشود.

Fetal Risk During Diabets

بعد از ولادت	در زمان ولادت	در جریان حمل
Hypoglycemia Hypocalcemia Hypobilirubinemia استرس تنفسي	Dystosica شانه كسر ترقوه پاريتز ضفيره عضدي مرگ جنين در اثنای ولادت Still birth	<ul style="list-style-type: none"> • Macrosomia • Heart mal-formation • Neurologic mal-formation • Intra uterin fetal death

- اساسات عمده تداوي:
- 1- رژيم غذائي.
 - 2- كم كردن وزن مادر.
 - 3- تطبيق انسولين.

فصل دهم

ولادت قبل از میعاد

Prématurité

پروفسور ژان شارل پاسکیه
ترجمه: دکتر شاه عبداللطیف (شبدیز - دلیری)

ولادت قبل از وقت یکی از عوامل شایع مرگ و میر در کلیه کشور های جهان است. نظر به امکانات و سطح عرضه خدمات صحی، محدوده و توقع حیاتی جنین در کشور های مختلف فرق میکند. در ضمن بر حسب هر کشور و هر حالت، تفاوت های مهم احصاییی هم موجود است، زیرا تعریف يك واقعه پره ماچوریته همیشه یکسان و مشابه نبوده و واقعات جدیداً "راجستر شده گاهی ناکافی و نامکمل میباشند. پس لازم می افتد تا اول تر از همه يك تعریف قابل قبول برای همه را برای يك واقعه پره ماچوریته ارایه کرد.

تعریف (Definition):

يك طفل زمانی پره ماجور گفته میشود که دوام امنوره بین روز اول آخرین عادت ماهوار و تولد طفل کمتر از 37 هفته باشد. بر حسب نظر سازمان صحی جهان، يك تولد قبل از میعاد، همچنان بوسیله يك محدوده زمانی کمتر از 22 هفته و یا در صورتیکه دوام حاملگی از نظر زمانی مشکوک و نامعلوم باشد، يك وزن کمتر از 500 گرام طفل در زمان تولد هم يك حالت پره ماچوریته تلقی میگردد.

تصنيف (Classification):

بر حسب نظریهء يك نفر عالم به نام ساویتز (Savitz) میتوان حالت پره ماچوریته را در سه کلاس تقسیمات کرد:

- پره ماچوریته بنفسهی
 - پره ماچوریته به تعقیب يك ریچر یا تمزق قبل از وقت اغشیه.
 - پره ماچوریته به تعقیب يك اندکشن عمدی طبی.
- در کتگوری سومی ولادت قبل از ترم از اثر تصمیم تیم طبی صورت میگردد. مثلاً در نزد يك خانم حامله که در هفته 34 حمل خودش مصاب به يك اکلامپسی بوده و به يك عملیه سزارین ضرورت داشته باشد، در اینصورت طفل در حالت پره ماچور تولد میگردد زیرا طبییان خود غرض نجات مادر تصمیم به خاتمه دادن به وضع حمل وی گرفته اند.

ما در مورد دو نوع اول صحبت خواهیم کرد، ولی اولتر از همه باید در مورد ریسک‌ها و خطرات وابسته به یک حالت پره‌ماچوریته در نزد جنین معلومات داشته باشیم:

← خطرات حالت پره‌ماچوریته:

شایع‌ترین تظاهرات حالت پره‌ماچوریته طفل عبارت از تظاهرات ریوی میباشند. در زمان بارداری، ریه‌های جنین پر از آب و مایعات بوده و نسج اپیتلیوم ریوی است که روزانه تا حدود 500 میلی‌لیتر آب را افزاز کرده که بعداً آنرا به مایع امنیوتیک میریزاند. با شروع هفته بیستم، حشرات ریوی (Pneumocytes) شروع به افزاز یک ماده دیگر به نام سورفکتانت (Surfactant) مینماید. این ماده یک ماده بنیادی و اساسی در زمان تولد طفل میباشد، زیرا جذب دو باره مایع امنیوتیک را باعث شده و انساج ریوی طفل را در زمان تولد به حالت ثابت در می‌آورد. زایمان قبل از میعاد خطر و ریسک مشکلات و مضیقه حالت تنفسی طفل نوزاد را در بر دارد. کمترین خطر عبارت از تاخیر در جذب دو باره مایع سنخی ریوی بوده و شدیدترین ریسک وابسته به کمبود ماده سورفکتانت خواهد بود که این حالت دومی مرضی را تحت عنوان بیماری اغشیه هیالینی (Hyaline Membranes Disease = HMD) بار می‌آورد. شیوع این مرض معکوساً متناسب به سن حمل و بارداری میباشد: این مرض 50% اطفال کمتر از سن 31 هفته‌ای یا هفتگی را مبتلا میسازد که با علاماتی چون کولاپس و اذیمای سنخی ریوی و نکروز حشرات اپیتل مشخص میگردد. از نظر کلینیکی میتواند باعث بروز علایمی چون سیانوز، تکی کردی سطحی و علامت کشمکش (Signe de Lutte) گردد.

دو اهتمام متمم می‌تواند تا شیوع و شدت مرض اغشیه هیالینی را کاهش دهد:

- 1- کمتر ساختن شیوع و افعات پره‌ماچوریتی.
 - 2- مساعد ساختن زمینه برای پختگی ریوی در زمان حیات داخل رحمی.
- در واقع این نتایج از اثر کارها و تحقیقات علمی متا آنالیز کروولی (Meta analyses of Crowley) بدست آمده که بر اساس آن با زرق 12 میلی‌گرام بیتا میپنازون، دوبار در ظرف 24 ساعت، قبل از سن 34 هفتگی، به شکل وصفی میتوان افعات HMD را کاهش داد.
- از طرف دیگر مغز خام (Immature)، مخصوصاً در افعات اسفیکسی دارای زون‌های خیلی‌ها تزد و شکننده میباشد. این حالت میتواند باعث ایجاد یک خون ریزی در سویه آورده مربوط به ضفیره کورویید یا مشیمی گردیده و در نتیجه خون ریزی‌های داخل بطینی را باعث گردد. خون ریزی‌های داخل بطینی خود میتواند دوران مایع دماغی- شوکی (Spinal Fluid = CSF) (Cerebro-) را مختل میسازد. ضمناً مصابیت انساج و مواد عصبی عالیه مجاور هم میتواند به میان بیاید. پس نتیجه منجر به تاخر عقلی و دماغی، پاراپلیژی و همی‌پلیژی‌ها خواهد گردید.
- کبد جنین فقط در موقع ترم به پختگی میرسد. بناً در انزد اطفال پره‌ماچور خطر یرقانات مربوط به به پره‌ماچوریته زیاد است.

شدت و وخامت پره ماچوریتیه نظر به مرگ طفل نوزاد و همچنان نظر به موجودیت ریسک ایجاد معیوبیت های بعدی سنجش شده میتواند.

◀ زایمان قبل از میعاد بنفسهی:

قبل از اینکه مادر مریض، يك طفل پره ماچور به دنیا بیاورد، معمولاً" در اکثر واقعات علایم تهدید يك ولادت پره ماچور را از خود نشان میدهد. باید متوجه بود که موجودیت این علایم خطر، همیشه بیانگر يك ولادت پره ماچور نمیشد. مثلاً" اگر يك استاد برای شما امکان يك امتحان تحریری را در ساعت درسی آینده گوشزد نماید، این گوشزد يك گوشزد واقعی و جدی خواهد بود، ولو اینکه در موقع موعود ممکنست کدام امتحانی اخذ نگردد!

تهدید و خطرات يك زایمان پره ماچور به وسیله دو علامت کلینیکی مشخص میگردد:

1- موجودیت تقلصات رحمی منظم، لاقل در وقفه های هر ده دقیقه.

2- وجود تغییرات در عنق رحم.

◀ فکتور های ریسک و اسباب پره ماچوریتیه :

⊗ باز ماندگی عنق و ایستموس رحم (Cervico-Isthmic) :

این حالت عبارت از يك نوع تغییرات اناتومیك عینی میباشد که در این حالت قطر یا کالیبرج عنق رحم، در خارج از موقع وضع حمل، در حدی است که ادخال يك میله به قطر 8 میلی متر به آسانی وبدون درد در داخل عنق رحم صورت گرفته میتواند.

بازماندگی عنق و ایستموس رحم (Cervico - Isthmic) ، یا يك ولادت پره ماچور سریع و یا هم يك سقط تاخیری را باعث میگردد.

تداوی موثر موجود است: حلقه اندازی در اطراف عنق رحم در شروع حمل.

⊗ سو تشکلات رحم.

⊗ کشیدگی شدید (Surdistention) رحم.

⊗ هایدرامنیوز (Hydramniosis) و مخصوصاً" حمل های متعدد و چند گانگی.

◀ اسباب انتانی :

1- انتانات طرق بولی: به ملاحظه رسیده که انتانات طرق بولی در جریان بارداری شیوع زیادی دارند که باید جستجو صورت گرفته (به وسیله استرپ های مخصوص معاینه ادرار) و تداوی اجرا گردد.

2- کوریوآمنیوتیت یا التهاب کوریون (Chorioamnionitis) .

◀ فکتور های مربوط به مادر :

- سن جوان مادر يك فکتور ریسک پره ماچوریتیه بوده میتواند.

- شرایط خراب اجتماعی - اقتصادی.

- سابقه قبلی ولادت های پره ماچور (++++).

◀ بیلابنس در مقابل تهدید و خطرات لادت های پره ماچور:

- 1- شناخت سن حمل تا حد امکان بطور دقیق و صحیح.
- 2- بازرسی وضعیت و حالت عنق رحم.
- 3- شمارش تعداد دفعات تقلصات رحمی در هر نیم ساعت بعد.
- 4- جستجوی يك انتان طرق بولی و يك كوریوآمنیوتیت.

◀ اتخاذ اهتمامات در برابر يك تهدید ولادت قبل از میعاد:

1- استراحت با قاعده +/- (که گاهی مریضه حتی اجازه بلند شدن برای غذا خوردن را هم ندارد!).

2- تداوی انتانات موجود.

3- مناقشه و اتخاذ تصمیم در مورد يك تداوی كورتیکوتراپی، قبل از سن 34

هفتگی، یعنی:

12 میلی گرام بیٹا متازون در 24 ساعت، روز دو بار.

4- مناقشه و اتخاذ تصمیم در مورد يك تداوی توکولیتیک (Tocolytic):

● بیٹا می میتیک ها (مضاد استتباب دارند، زیرا در نزد مریضان قلبی خطر

OAP موجود است)

● استعمال بلاک کننده های کلسیم (در مورد نیفید پین (Nifedipin) باید

احتیاط صورت بگیرد، زیرا باعث ایجاد تکی کردی میگردد!)

● مکئیزیم سلفات سابقاً " منحث يك توکولیتیک شناخته شده بود که فعلاً" در

این مورد استتبابی ندارد.

◀ ریچر یا پارگی پره ماچور جیب، قبل از ترم (RPM):

حادثه RPM قبل از قبل از ترم یکی از معضلات بزرگ ولادی مدرن را

تشکیل میدهد. ترم پره ماچور بیشتر به فاز های ولادت ارتباط میگیرد، نه به سن حمل.

پارگی جیب قبل از شروع فاز های ولادت اتفاق می افتد. بین این پاره شدن جیب

و دخول فاز های موثر ولادت حدود 12 ساعت فاصله مورد قبول واقع شده است. در

صد پاره شدن جیب به طور قبل از وقت و قبل از سن 37 هفتگی، بر حسب نظریه

مولفین مختلف از 0.5% الی 7.2% و از سن قبل از 28 هفتگی، از 0.1% الی 0.7%

مجموع ولادت ها تفاوت میکند. حادثه پاره شدن قبل از وقت جیب مسوول 30% تا

60% واقعات ولادت های پره ماچور میباشد. واقعه پاره شدن یا ریچر قبل از وقت

جیب (Premature rupture of Membranes = PRM = RPM) از

یکطرف از اثر نازک شدن محراقی جیب و از جانب دیگر توسط اثرات مواد کیمیای

میتواند صورت بگیرد. مطالعات زیادی بیانگر آنست که به يك فیصدی بسیار زیاد،

مریضه هایی که دچار RPM شده اند، مصابیت به یکنوع انتان را هم نشان داده اند.

تناقص در مقادیر نسج کولازن عامل اصلی است که میتواند از اثر دلایل مختلفه به

وجود بیاید. مثلاً" از اثر آزاد شدن انزایم های Proteases به وسیله میکرو اورگانیزم

ها و یا سنتیز Méta alloprotéinase توسط اندوکسین باکتریهای گرام منفی.

◀ در صد بروز پره ماچوریته از اثر **RPM** در 24 ساعت اول در حدود 60% را در بر میگیرد.

◀ انتان میتواند به تعقیب يك آلودگی باکتریایی به شکل صعودی به وجود آمده و يك عامل برای ریچر جیب گردد. انتان میتواند قبل از تولد طفل، ملحقات پلاستتا را مصاب ساخته و يك حادثه کوریوآمنیوتیت را بیار بیورد. ضمناً" میتواند جنین را مصاب ساخته و يك حادثه سپسیس نوزادان (**Sepsis Neonatalis**) را باعث گردد. بلاخره انتان میتواند در مرحله بعد از ولادت (**Post-Partum**) خود مادر را مصاب ساخته و باعث يك آندومتريت یا التهاب آندومتر رحم گردد.

◀ فشار های روی حبل سروی، انومالی های ریتم قلبی جنینی، یقیناً" میتوانند در ارتباط به فشردگی ها روی طناب ها و یاجدا شدن قبل از وقت پلاستتا باشند و همچنان یقین است که فشردگی های طناب ها و رابطه، حتی بدون فشردگی مستقیم روی خود کوردون، بعد از واقعه **RPM** به دلیل موجودیت يك حالت نقصان مایع آمنیوتیک (**Oligo-amniosis**) خیلی ها شایع است.

◀ تشخیص:

تشخیص ریچر قبل از وقت جیب، روی اساسات مشاهدوی، تاریخچه وکلینیک مریض استوار است. تشخیص گاهی ساده است، زیرا اکثرًا" مریض يك جریان مایع (آب ریزی) را احساس کرده که با معاینه بوسیله اسپیکولوم معقم این مایع در قسمت **Cul de sac** مهلبی خلفی قابل دریافت بوده و این جریان به شکل متناوب ادامه دارد. اما شده میتواند که کلیه مایعات خارج شده ودر **Cul de sac** مهلبی خلفی کدام مایع دریافت نگردد که در این صورت تشخیص مشکل تر میشود. ترجیح داده میشود که معاینه مهلبی صورت نگیرد، زیرا در واقع معاینه مهلبی به ذات خود خطر انتان را بیشتر ساخته و نفوذ ژرم را در عنق رحم افزایش میدهد.

◀ اهمتومات قابل اتخاذ در برابر حادثه **RPM** قبل از ترم :

1- استراحت با قاعده مریض +/- (که گاهی مریضه برای غذا خوردن هم اجازه بلند شدن از جای خودش را ندارد!)

2- جستجوی انتان.

3- شروع اینتی بیوترایی توسط **Ampicilline** ویا ترجیحا" با **Erythromycine** برای 8 روز از طریق زرقی (مطالعه **Oracle** در سال 2000).

4- مناقشه برای کوتیکوترایی قبل از سن 34 هفتگی

Béta méthasone 12 mg /24h X 2

5- تداوی توکولیتیک نباید تطبیق گردد!

فصل یازدهم ولادت نارمل

Normal labor and delivery

نامزد پوهنیار داکتر نفیسه ناصری

ولادت عبارت از پروسه طبیعی جهت بیرون راندن جنین به معیاد از داخل جوف رحم معمول توسط تقلصات منظم عضله رحم میباشد که در فاصله بین هفته های 37 و 40 صورت میگیرد .

خاتمه یافتن به حمل کمتر از 20 هفته اصطلاح سقط یا **abortion** و بین 24 و 30 هفته نوزاد نارس یا **premature** اطلاق میگردد .

اگر حمل بیشتر از 42 هفته دوام مینماید **post mature** گفته میشود .

پروسه ولادت شامل سه صفحه میباشد :
صفحه اول ولادت از شروع تقلصات رحم تا با ز شدن عنق رحم به اندازه 10 سانتی متر یا عنق تام دوام مینماید .

صفحه دوم از تام شدن عنق رحم تا خارج شدن جنین را در بر میگیرد .
صفحه سوم از ختم ولادت طفل تا ختم ولادت پلا سنتا را در بر میگیرد .

First stage of labor

صفحه اول ولادت هرگاه خانمی که حمل به ترم دارد و داخل صفحه اول ولادت شده است به شفا خانه مراجعه مینماید جهت تشخیص و تداوی خانم نکات ذیل را باید در نظر گرفته شود :

1- مشاهده مکمل مریض :

شهرت مکمل مریض اخذ گردیده معلومات راجع به حمل جاری مریض گرفته شود .

A : تقلصات رحم : زمان شروع تقلصات ، تعداد آن در فی دقیقه ، دوام هر تقلص و شدت تقلص پرسیده شود . تقلصاتی که سبب توسع و نرمی عتق رحم میگردد منظم و شدید بوده و مریض قادر به راه رفتن و صحبت کردن در زمان اینگونه تقلصات نیست . که در شروع تقلصات مذکور **bloody show** دیده میشود که عبارت از افراز مخاطی سخت خون دار که سطح فوچه خارجی عتق را پوشانیده و با توسع عتق جدا میگردد .

تقلصات **Braxton - Hicks** در طول چند هفته اخیر حمل توسط مادران احساس میشود اما این تقلصات غیر منظم و با شدت کم بوده تغییراتی را در عتق رحم بوجود نمی آورد .

برای شناخت و معلومات در مورد تقلص عضله رحم نکات ذیل را باید مد نظر گرفت :

رحم یکی از احشای حوصلی بوده و نوع عضله آن ملسا است که عضله مذکور دارای مزایای ذیل است :

- با کوتاه بودن لیف این عضلات جریان تقلص بصورت کافی در طول لیف عضله سیر مینماید .

- عضله ملسا دارای وظایف تنظیم شده نبوده تقلصات غیر ارادی دارد بنابراین عضله رحم در زمان تقلص دارای یک صفحه تقلص و یک صفحه استرخا است .

یک تقلص دارای خصوصیات ذیل میباشد :

تعداد تقلصات فی دقیقه (frequency)

شدت تقلص (intensity)

دوام تقلص (duration)

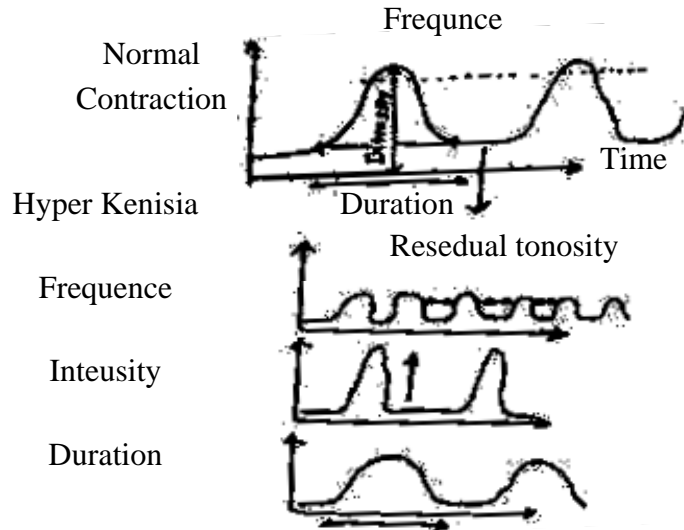
Hyper kinesis و **hypo kinesis** از جمله اشکال

تقلصات غیر نارمل رحم میباشد . اگر **hyper kinesis** در تعداد تقلصات رحم رخ دهد در انصورت تعداد تقلصات رحم در دقیقه افزایش میابد .

بنابراین عضله رحم وقتی دارای تقلصات نارمل و موثر است که در هر 10 دقیقه 3 تقلص داشته و هر تقلص 40 ثانیه دوام نماید .

اشکال غیر نارمل تقلص عضله رحم توسط گراف طور ذیل ارائه میگردد.

Pilitation: uterin contractions



شکل (11 - 1)

B : تمضق غشاي جنين (جيب) : مريضا نيکه به شفا خا نه مراجعه مينمايند يکتعداد شان بعد از تمضق جيب با تقلصات و يا بدون تقلص اند ، زمان وقوع تمضق خيلي با ارزش ميباشد زيرا با سپري شدن زمان بيشتر خطرات **chorioamnionitis** نزد مادر موجود است که توصيه انتي بيوتيك ضروريست.

C : از موجوديت خونريزي و مقدار ان پرسیده شود .

D : تحركيت جنين که مادران متوجه ان بوده و در صورت ازدياد و يا کاهش در تحركيت بايد عوامل سببي دريافت گردد .

صدای قلب جنين شنیده شده و تعداد ضربان قلب جنين بايد محاسبه گردد . در صورت موجوديت **brady cardi** و يا **tachy cardi** قلب، جنين تحت مراقبت جدي قرار گيرد .

يك راپور مكمل از جريان حمل جاري مريض اخذ گردد كه در ان تمام مشكلات مريض در جريان حمل درج گردد . سن حمل نظر به اولين روز اخيرين عادت ماهوار تعين ميگردد همچنان ميتوان سن دقيق حمل را توسط معاینه التراسوند تعين نمود.

در باره تداوي هائیکه در جريان حمل نزد خانم حامله صورت گرفته ، امراض داخله و نوع ادويه را كه اخذ نموده ، موجودیت امراض سيستميك در جريان حمل مخصوصا فرط فشار خون و ديابت ، سا بقیه عمليات هاي جراحي در جريان حمل معلومات گرفته شود.

موجودیت سردردی های شدید ، دلبدی و استفراغات ، ازبما درد های ناحیه **epigastric** در مشاهده مريض در نظر گرفته شود.

از سابقه ولادي خانم راپور مكمل تهیه شده در باره حمل های سابقه دوام و نتیجه ان پرسیده شود . همچنان خونريزي هان زمان ولادت ، ولادت طولاني ، اعتلان های معيوبه ، سقط ها در ج پرتوكول مريض گردد.

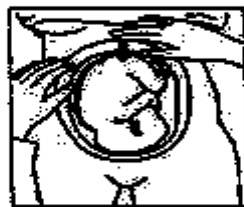
علايم حياتي مريض چك شده فشار خون در فاصله بين تقلصات تعين گردد ، در صورتیکه درجه حرارت بلند همراه با تمضق قبل از وقت غشاي جنين موجود باشد

chorio amnionitis مورد نظر باشد . نبضان سريع و سرعت تنفس در خانمیکه داخل صفحه ولادت است در صورتیکه کدام **abnormality** ديگر موجود نباشد يك امر طبيعي میباشد.

معاینه فزيكي عمومي خانم حامله صورت گرفته راس ، صدر ، بطن ، اطراف معاینه گردد . براي تعين موقعیت جنين (**position**) از مانور **Leopold** استفاده ميگردد و معاینه سونوگرافي تشخيص ما را تثبیت میکند . ما نوره طور ذیل اجرا ميگردد.



شکل (2-11)



- 1- در اولین بخش معاینه تعیین می‌گردد کدام قطب جنین در غور رحم قرار دارد . اگر اعتلان راس باشد در غور رحم حوصله جنین نرم جس می‌گردد .
- 2- در بخش دوم مانوره دو طرف جنین رحم جس گردیده و موقعیت ستون فقرات و اطراف جنین نظر به مادر تعیین می‌گردد .
- 3- قطب سفلی (**caudal**) جنین جس گردیده طوریکه با دو انگشت از بالای حوصله مادر جس صورت گرفته و عضو متعلنه حرکت داده میشود اگر عضو متعلنه راس باشد ازادانه حرکت مینماید در صورتیکه سرین باشد با جسم جنین یکجا حرکت مینماید .
- 4- در بخش معاینه اعتلان (**presentation**) تثبیت می‌گردد . در اعتلان نارمل راس بر جستگی راس در حوصله مادر جس می‌گردد . جهت تشخیص واقعات **poly hydramnius** ، دوگانگی ها و یا موجودیت تومور مترافق با حمل از معاینات ا لتراسوند استفاده می‌گردد .
- در معاینه از روی بطن قرار جنین **lie** تعیین می‌گردد که عبارت از محور طولانی جنین نظر به مادر میباشد . قرار طولانی در اعتلانات راس و سرین و قرار مستعرض (**oblique**) در اعتلان شانه (**shoulder**) میباشد .
- اعتلان (**presentation**) عبارت از نزول اولین بخش یا **part** عضویت جنین که داخل حوصله مادر می‌گردد . شکل نارمل آن عبارت از اعتلان راس است .

معاینه حوصله :

بعد از تکمیل مشاهدات مریض معاینه مهبلی اجرا می‌گردد . مریض به وضعیت **supin** قرار گرفته بعد از اینکه معاینه کننده دستکش معقم را می پوشد در اول قسمت های جهاز تناسلی خارجی را نقتش و جس مینماید در صورت موجودیت کدام تغیر رنگ جلد ، کتله ، قرچه یادداشت می‌گردد . بعداً با دو انگشت یک دست شفتان صغیره را از هم دور

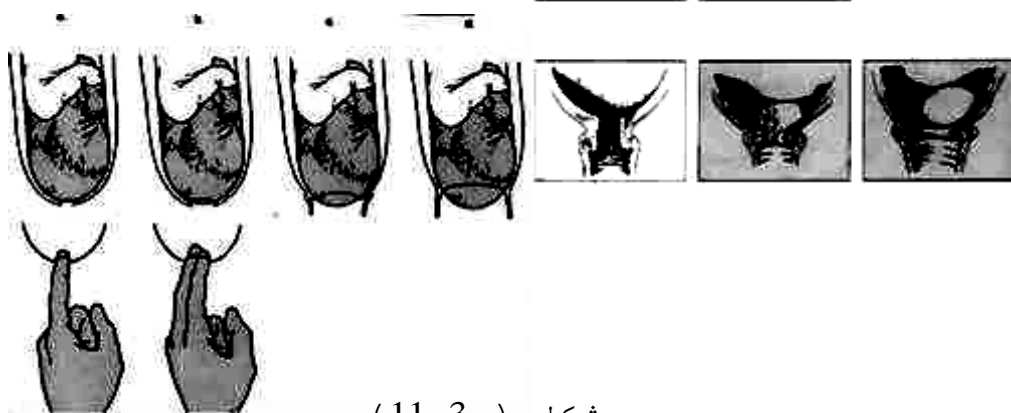
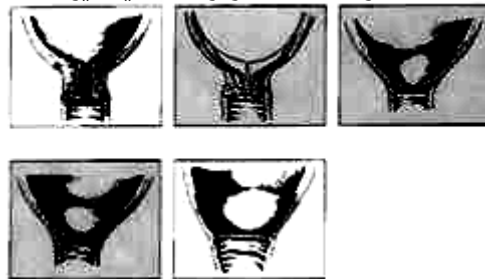
کرده و دو انگشت اشاره و متوسط دست دیگر را به اهستگی داخل مهبل نموده و به ترتیب کانال مهبل ، ساختمان های عظمی حوصله و عنق رحم جس و معاینه میگردد.

موجودیت هر نوع حالات غیر نارمل در ج دوسیه مریض میگردد.

در معاینه عنق رحم نرمی (**effacement**) ، توسع (**dilatation**) و موقعیت عنق تعیین میگردد.

ساختمان خارجی عنق رحم نزد خانم **primipar** مدور و منظم بوده و در خانم **multipar** بیضوی و غیر منظم میباشد.

پیشرفت در توسع و نرمی عنق در خانم های اول باری (**primipar**) و **multipar** از هم متفاوت است ، در خانم اول باری عنق کاملا نرم شده بعدا توسع میکند در حالیکه در **multipar** ها توسع و نرمی عنق همزمان صورت میگیرد.



شکل (3-11)

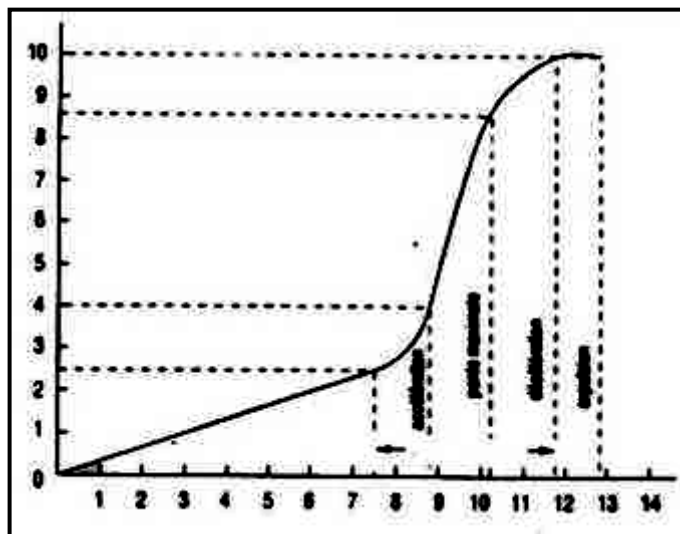
وقتي عنق رحم 10 % توسع و 100% نرمي داشته باشد آماده عبور جنين ميباشد .
 توسع عنق توسط انگشتان دست اندازه ميگردد
 وقتي عنق اجازه عبور يك انگشت را بدهد پس عنق 2 سانتي متر توسع نموده است و اگر دو انگشت را اجازه دهد 3/5 سانتي متر توسع نموده است.
کنترول پیشرفت ولادت:

معاینات پرئودیک و منظم عنق رحم تغییرات در توسع و ترمي عنق رحم و نزول عضو متعلنه را واضع میسازد.

صفحه اول ولادت شامل دو فاز میباشد:

1- فاز خفا (latent) با شروع تقلصات ولادي اين فاز آغاز گردیده و درين فاز تقلصات داراي شدت و دوام کم بوده تغییرات در عنق به اهستگی صورت میگیرد . اين صفحه در اول باري ها 14 - 20 ساعت دوام میکنند.

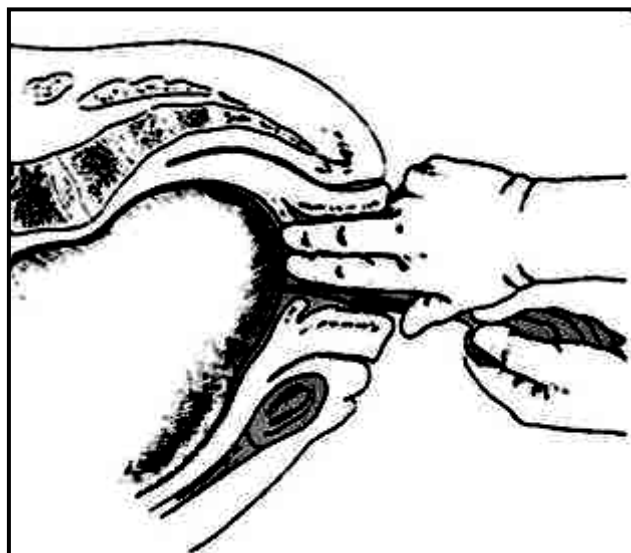
2- فاز فعال (active) درين فاز تقلصات منظم ، و داراي شدت و دوام بیشتر است . توسع عنق رحم در هر ساعت 1 سانتي متر صورت میگیرد
 گراف تناسب توسع عنق رحم نظر به زمان در صفحه اول ولادت طور ذیل ترسیم میگردد :



شکل (4-11)

Amniotomy

تمضق غشای جنین یا به شکل بنفسه‌ی و یا بشکل صناعی (artificial) صورت می‌گیرد. برای تمضق جیب از الیه پلاستیکی استریل استفاده می‌گردد طوری الیه مذکور را داخل مهبل می‌نمائیم که دو انگشت ما محیط رهنما با آن داخل مهبل می‌گردد.



شکل (5-11)

تمضق جیب برای مقاصد ذیل اجرا میشود:

- 1- مشاهده مایع آمنیوتیک از نظر رنگ (صاف ، مکرر ، خوندار ، با میکونیوم) ، و تعیین مقدار مایع .
- 2- جهت اجرای معاینات قلب جنین **internal fetal monitoring** .
- 3- جهت سرعت دادن پروسه ولادت .

خطراتیکه از اثر تمضق قبل از وقت جیب مواجهه به مادر و جنین است قرار ذیل میباشد:

- اگر زمان طولانی در فاصله بین تمضق جیب و ولادت موجود باشد خطرات متن شدن مادر و جنین خیلی بیشتر میباشد.

اوقات										
معاینه شده توسط:										
وقت تدا	ریتم تقلص در 10 دقیقه									
	شدت + ++ +++									
	دقیقه / دوام									
	درد + ++ +++									
علاج										
معیار معیار	عق + 0 نرمی : عق ++									
	عق + 0 ضخامت : عق +									
	بارك - ضخیم : سگمنت									
	1-RS-RA : غشای آمینوتیک									
	میکونیوم - مکدر - روشن :									
	مایع آمینوتیک									
اعلان		0	0	0	0	0	0	0	0	
تدا	ارتقاع 4-3-2-1-0 - +									
ملحنی توسعه عق رحم										
B.C	توسع									
180	10cm									
170	9 cm									
160	8 cm									
150	7 cm									
140	6 cm									
130	5 cm									
120	4 cm									
110	3 cm									
100	2 cm									
90	1 cm									

- در یکتعداد واقعات بعد از تمضق دادن مصنوعی جیت prolaps حبل ثروي واقع میگردد . حبل ثروي در بین راس جنین و حوصله عظمی مادر تحت فشار قرار گرفته که در صورت دوام این حالت سبب مرگ جنین میگردد .

بنابراین در موقع تمضق مصنوعی جیب باید توجه
جدي صورت گیرد هیچگاه جیب قبل از موقع معین تمضق
داده نشود و همچنان قبل از انجام عمل مذکور حتما
جس غشاي امنیوتیک صورت گیرد زیرا در صورت جس
نبضان در خلف غشا از تمضق جیب خوداری گردد .
جهت تهیه يك مشاهده مکمل از خانم حامله که
شامل صفحه اول ولادت شده از چارت های مخصوص به
نام **partogramme** و یا **partographe** استفاده میگردد
.که شیمای آن قرار ذیل است :

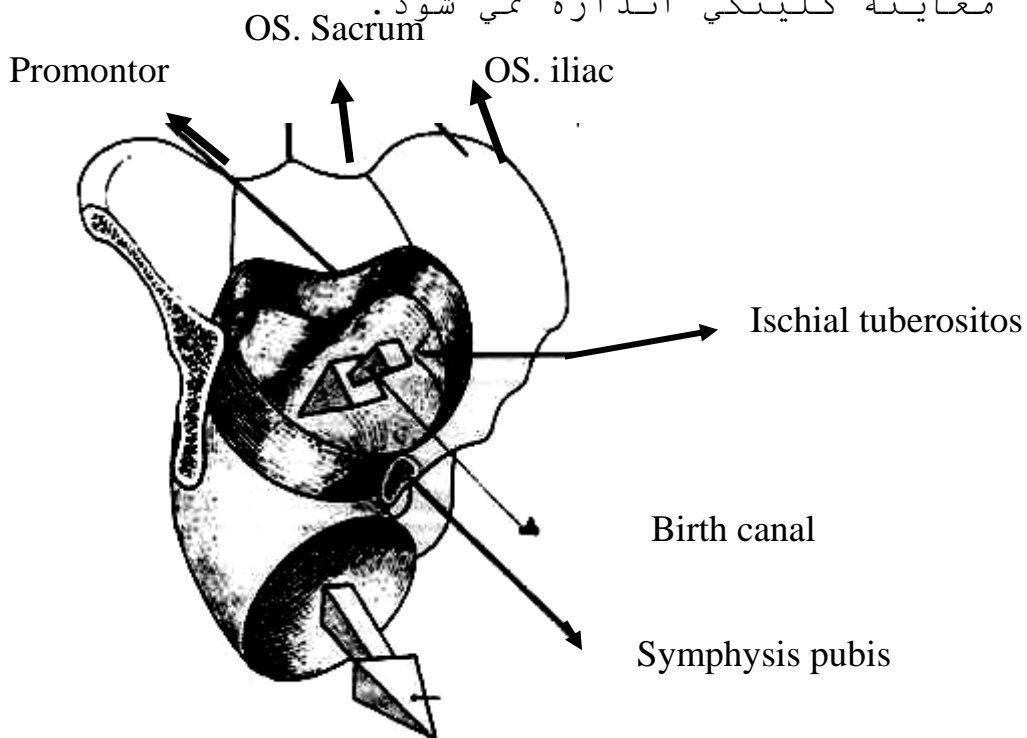
فصل دوازدهم

Second stage of labour

این مرحله از تام شدن عنق رحم تا زمانی ولادت طفل را در بر گرفته که در اولباری های 50min و در multigravida تا 20 دقیقه را در بر می گیرد. نکات عمده که درین مرحله ولادت مدنظر باشد این است که باید در جریان ولادت طفل طبیعی ولادت کرده زیاد زجر نبیند و از پاره شدن یا laceration در ناحیه همچنان جلوگیری بعمل آمده و انساج رخوه مادر حفظ گردد.

میکانیسم ولادت:

در هنگام ولادت با اعتلان vertex طفل سه حرکت اساسی را انجام می دهد که Flexion, Internal rotation, Engagement میباشد. که توسط این حرکات طفل که در بالای حوصله قرار دارد به طرف پائین رجعت می کند. Inlet در خلف توسط promontorium در قدام pubis وجوانب عظم الیوی محدود شده که متأسفانه در معاینه کلینیکی اندازه نمی شود.



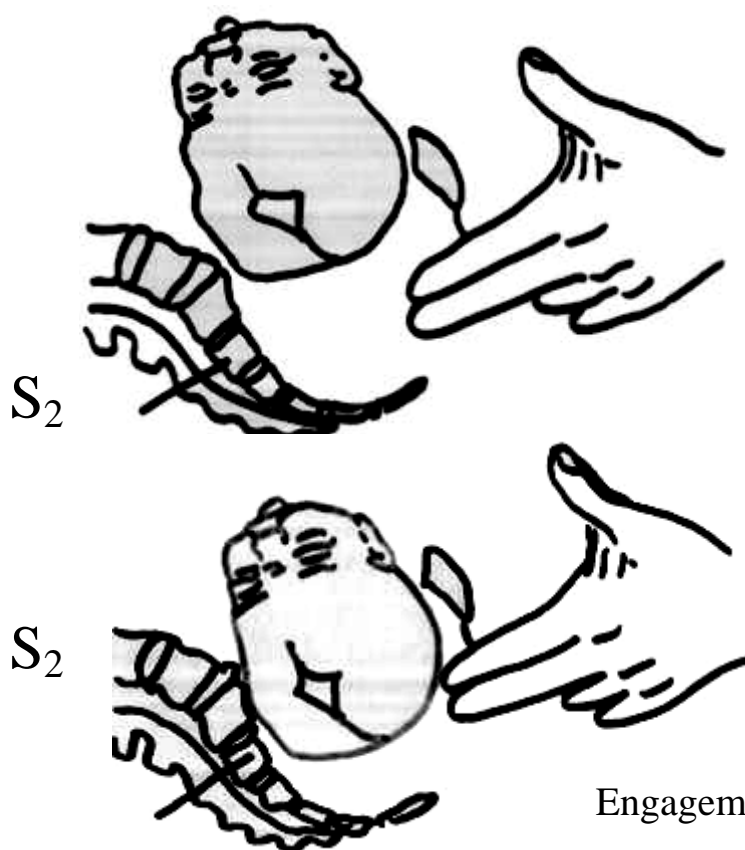
شکل (12-1)

Engagement

تعریف: عبارت از وقت است که رأس با بزرگترین قطر خود **Intel** را عبور می کند. که این قطر **Biparietale** میباشد.

علامت:

برای دریافت اینکه رأس **Engage** شده یا خیر معاینه مهبلی صورت می گیرد. طوریکه انگشت مماس با **pubis** بوده تصور کنیم و میخواهیم فقره دوم عجز **Sacrum** را معاینه می کنیم اگر در حین معاینه انگشتان ما به تماس رأس آمد گفته می شود که رأس **Engagement** شده در غیر آن هنوز **Engage** صورت نگرفته.



Internal Rotation

چون در حوصله مادر **promontorium** وجود دارد و از طرف رأس طفل کروی نمی باشد رأس مجبور است تا تدور نمائید. شکل (12-4) که این تدور از روی فانتل ها طفل مشخص می شود. که رأس طفل دارای دو فانتل قدامی و خلفی می باشد. فانتل قدامی شکل لوزی را داشته و متشکل از چهار **Suture** و فانتل خلفی مثلثی شکل و متشکل از سه **Suture** می باشد.

Flexion

برای اینکه رأس حوصله را عبور کند تقبض نموده با قطر خورد خود داخل شده و از چگونگی این حالت فانتل خلفی حبس شده و تغییرات مشاهده می گردد. در اثر این تقبض ناحیه **Occipital** در تحت **pubis** قرار گرفته. و فانتل خلفی در قدام و یا نزدیک **pubis** بوده این مرحله وقتی تکمیل شد. سر در ناحیه عجان به اندازه **3-4cm** دیده شد. و موقع مناسب برای **Episiotomy** می باشد.

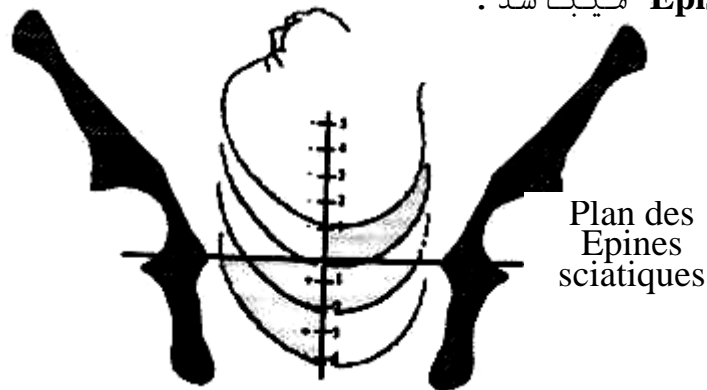
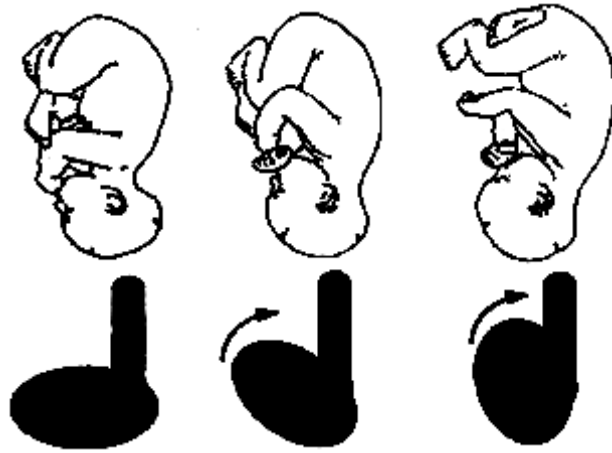
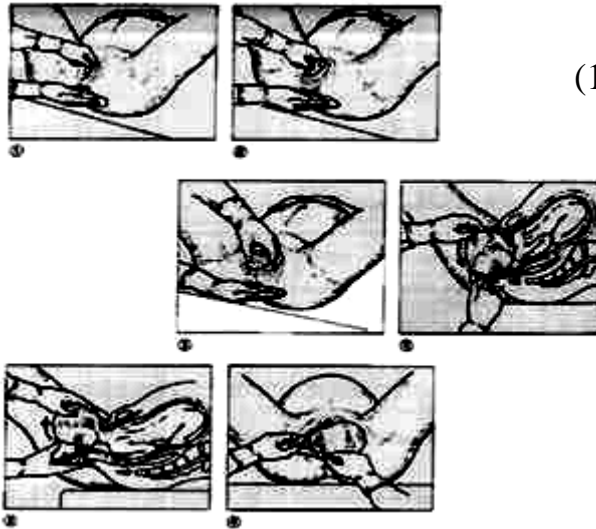


Figure 24: Niveaux de la descente
شکل (12-4)

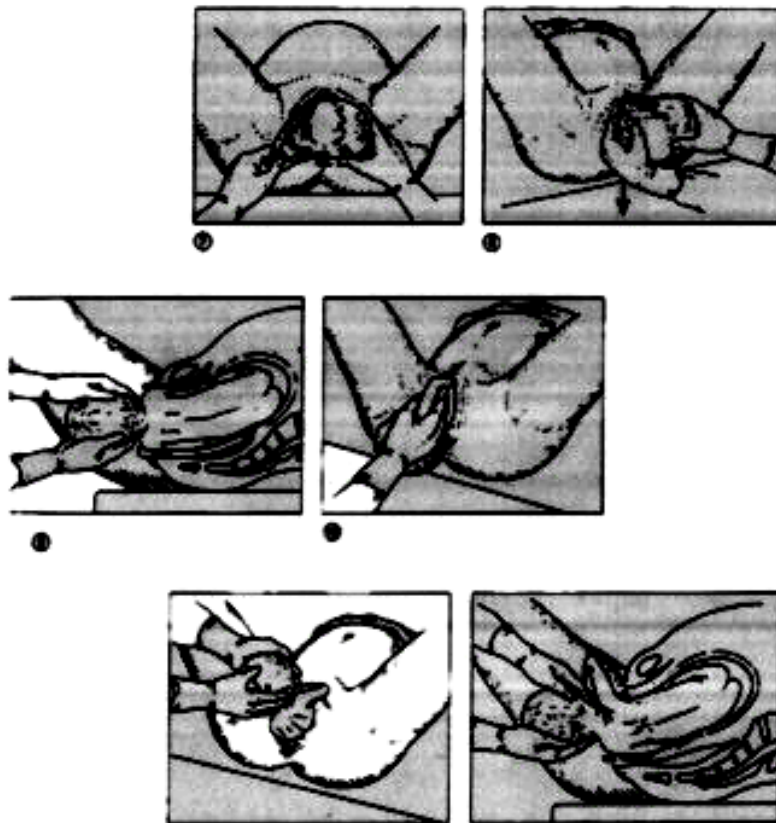


شکل (12-5)

بعد ازین رأس **Extension** نموده ابتدا پیشانی بعد چشم، بینی و بالاخره زنج خارج شده در تمام این حالات باید بایک پارچه گاز ناحیه عجان **Support** شده تا ز پارگی ها ناحیه **laceration** ها جلوگیری بعمل آید.



شکل (12-6)



شکل (7-12)

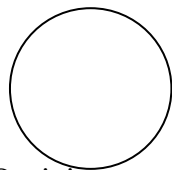
وضعیت مادر وقوه ها **Expulsive** قوه Expulsive عبارت از تقلصات منظم و ارادی عضلات بطني توسط مادر بوده که این تقلصات یکجا با تقلصات غیر ارادی رحم توأم است. به مجرد که مادر تقلصات رحمی را حس کرد از مریض خواسته می شود که زور بزند و برای مریض طوری فهمانده می شود که حالت فوق مشابه زمانی است که برای رفع قبضیت شخص زور بزند.

آماده براي ولادت طفل:

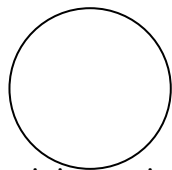
تحت شرایط که عنق تام، طفل Engage شده و Fetal distress موجود نباشد میز ولادي باید آماده گردد و مریض به وضعیت lithotomy لیتوتومی بالای میز قرار می گیرد. سامان ولادي تهیه دست های ابتدا شسته شده بعد دستکش استریل را پوشیده و گان را استفاده می کنم و یک محل مناسب برای طفل را مد نظر باشد بعد از پاک کردن ناحیه عجان ولادت نزد مریضه انجام داده می توانید.

وقتی رأس طفل خارج می شود گردن باید از نظر موجود بودن حبل سروي چك گردد در صورتیکه چندین مرتبه تدور نموده باشد یا دو کلمپ دو قسمت حبل را گرفته با قیچی از هم جدا کرده تا جریان خون مختل نگردد چون طفل درین زمان تنفس دارد. بعد از ولادت طفل دهن و انف طفل پاک ساخته شده تنفس کنترل حبل سروي قطع و طفل به محل گرم برده و خشک می گردد. روی بطن مادر قوار داده تا از ضایع شدن حرارت آن جلوگیری بعمل آید.

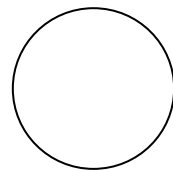
Vertex presentations position ها رأس طفل



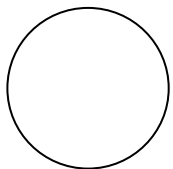
Occipit posterior



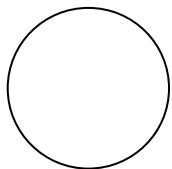
Occipit anterior



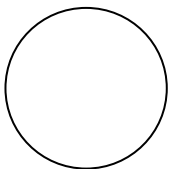
L- transverse



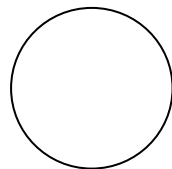
R. transverse



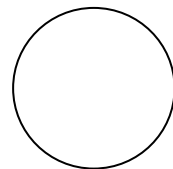
RAO



LAO



RPO



LPO

Episiotomie

داکتر نفیسه ناصری

اپیزیوتومی عبارت از بوجود آوردن یک جرحه در اعجان است بصورت عموم در تمام خانم های اول باری انجام میشود هدف از اجرای **episiotomie** عبارت از محافظت اعجان از پاره شدن در هنگام ولادت و ترمیم و شفا بهتر ناحیه قطع شده میباشد.

episiotomie در نزد خانم هایکه اعجان ومهبل **rigid** و شخ دارند و خطر پاره شدن اعجان، مقعد و رکتوم می رود ضروری میباشد همچنان با انجام **episiotomie** از **laceration** های غیر منظم و شدید اعجان که ترمیم آن مشکل است جلوگیری بعمل میاید. و یکی از مزایای **episiotomies** نزد خانم ها این است که از واقعات **Perinial relaxation** مانند **cystocele, rectocele** و **urinary incontinence** جلوگیری بعمل میاید. و در یکتعداد واقعات باید بصورت انتخابی نزد خانم **episiotomy** اجرا گردد از جمله اسطبابات جنینی مثلاً در **shoulder dystocia** و اعتلان **Breech**.

زمان اجرای Episiotomy :

در صورتیکه **episiotomy** قبل از وقت اجرا گردد خونریزی در ناحیه جرحه شدید میباشد. و یا اگر ناوقت اجرا گردد نمی توانیم از پاره گی ها جلوگیری نمایم. پس **episiotomy** باید در موقع معین یعنی

راس از فوحه خروجي مهبل به اندازه **3-4cm** قابل مشاهده باشد اجرا گردد. وزماني است که راس جنين يا عضو متعلقه کاملاً بالای عجان فشار آورده وجلد اطراف فوحه خروجي مهبل کاملاً کش شده ورنگ سفید را بخود ميگيرد. وبا داخل نمودن دوانگشت دست يك دست به داخل بطوريکه راس طفل را دور از ناحیه نگهداشته وبا دست ديگر توسط قيچي **episiotomy** اجرا گردد.

انواع **Episiotomy** :

episiotomy را به سه شکل اجرا مينمايند که عبارتند از.

Midline

Mediolateral

(horizontal) lateral

که شکل سومي آن زياد معمول نيست. وبيشتر از دوشکل بالا استفاده ميشود. که ما در شفاخانه نوع دوم **Medio lateral** را انجام ميدهيم.

زمان ترميم **Episiotomy** :

ترميم **episiotomy** بايد بعد از ولادت پلاسنتا صورت گيرد. زیرا قبل از آن آمدن خون از ناحیه ارتكازي پلاسنتا مانع کار شده واز طرف ديگر ممکن ضرورت به تخلیه پلاسنتا توسط دست باشد. وبعد ازولادت پلاسنتا هرچه زود تر بايد ناحیه **episiotomy** را ترميم نمود.

میتود ترميم :

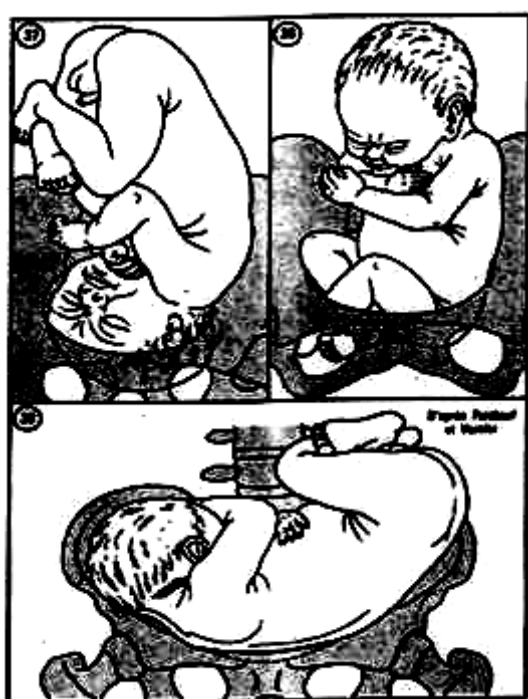
میتود هاي مختلف جهت بسته نمودن جرحه **episiotomy** موجود است. اما کوشش بعمل آيد تا از ميتودي استفاده شود که **haemostase** خوب و ترميم ساختمان هاي اناتوميک بشکل اساسي صورت گيرد. براي دوختن

جرحه اکثراً از کرومیک کت گوت های 2 صفر و 3 صفر استفاده میشود. ابتدا يك تامپون ساخته شده و در داخل مهبل جا بجا شده تا از جریان افرازات رحم جلوگیری گردد بعداً غشاي مخاطي مهبل ترميم میگردد بعد از آن تحت جلد عجان و در اخير جلد ناحیه عجان به ترتیب ترميم میگردد. جهت ترميم بهتر از انستیزی موضعي استفاده میگردد.

فصل سیزدهم

Dystocia - Presentation

داکتور زبیده انوري ژواک



شکل (13-1)

Breech presentation

هرگاه قسمت سرین طفل در Inlet مادر قرار گیرد. بریچ گفته میشود. که از نظر فیصدي %3-5 واقعات را تشکیل میدهد.

اسباب:

- 1- زیاد بودن سن مادر
- 2- شل بودن عضلات رحم (Multiple pregnancy, Multiparity hydramnios)
- 3- Oligohydramnios
- 4- Hydrocephalie
- 5- Perious breech
- 6- Anencephalie
- 7- Mal formation of uterus
- 8- Pelvic tumor

اشکال:

1- Complete Breech : که به شکل قبض کامل بوده که ران ها بالاي بطن و ساق ها بالاي ران به حالت قبض قرار دارد.

2- Frank Breech : که درین حالت ران ها بالاي بطن به حالت قبض ولي ساق ها به حالت بسط قرار دارد.

3- Incomplete Breech ویا (Footling): که درینصورت عضو متعلقه يك ویا هر دو پا را تشکیل میدهد. چون درین حالت ابتدا پاها بعد حوصله وبالاخره رأس طفل خارج مي شود لذا خطر در قسمت اخیر موجود بوده واز طرف چون سرین ها نسبت به رأس محجم تر است لذا در قسمت Engagement مشکلات را بوجود آورده مي تواند.

در بسیار از واقعات پشت طفل به قدام قرار دارد در ولادت ها Breech نقطه مشخصه که نظر به وضعیت طفل دانسته می شود Sacrum میباشد. میکانیزم ولادت:

در هنگام ولادت دادن نباید هیچ نوع مداخله تا زمانی که که بارزه Scapula خارج می شود صورت نگیرد. بابه مشاهده شدن بارزه Scapula با دو دست طفل گرفته شده به پائین آورده شده تا شانه قدامی خارج شود بعد به طرف بالا برده تا شانه خلفی آزاد شود. بعد با استفاده از طریقه Mauriceau سر طفل را ولادت می دهیم طوری که با یک دست در قسمت قدام صدر بطن طفل قرار دارد طوری که دو انگشت در دهن طفل شده بالای فك سفلی فشار آورده می شود و بعد با دو انگشت دست دیگر به شکل چنگک به دور گردن طفل قرار داده ابتدا دست که در تحت صدر بطن طفل قرار دارد تنه طفل به طرف بالا رانده شده در امتداد کانال ولادت قرار میگیرد و از طرف Flexion رأس کمک میکند و دست که انگشت به طوری چنگک دور گردن بالای شانه ها قرار دارد طفل در جهت کانال ولادی کش شده به شکل نیمه دایروی رأس طفل ولادت میشود که بدین صورت ابتدا زنج بعد دهن، بینی، چشمان، و بالاخره پیشانی طفل خارج میشود.

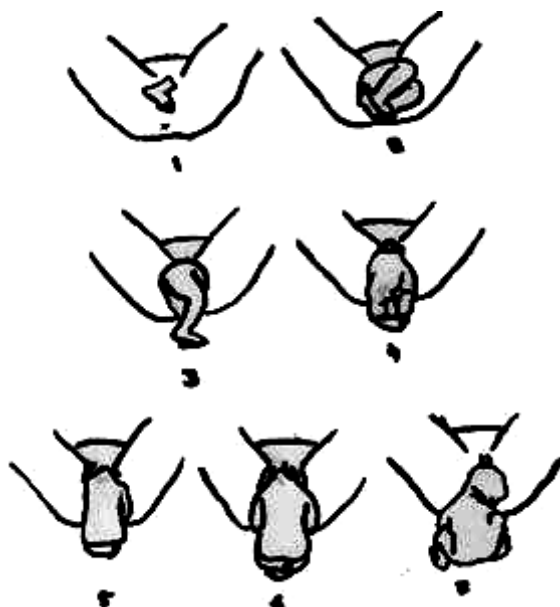


شکل (2-13)

مانور Vermolien :

درین حالت هیچ نوع مداخله نزد طفل صورت نمی گیرد طوری اجرا میشود که مادر بالای میز ولادت طوری قرار می گیرد که سرین ها در قسمت لبه میز باشد و یک میز دیگر که 15cm از میز ولادت کوتاه تر باشد حماس به میز اولی قرار داده طفل در وقت خروج از حوصله به شکل که از زینه پائین شود قرار میگیرد. چون درهر تقلص طفل بیرون رانده شده در میان تقلصات قوه کشش زمین به شکل یک وزن عمل نموده و درخروج رأس کمک میکند.

Vermolien



شکل (3-13)

دو پرابلم عمده دارد اول اینکه اگر موثر نبود از طریق موریسو استفاده کرده دوم اینکه

باید شخص مجرب این عملیه را اجرا نمائید در غیر آن امکان ترسیقات قحفي زياد است.

مانور Brecht :

درین طریقه بعد از اینکه بارزه Scapula دیده شد انگشت شصت هر دو دست در قسمت سینه طفل گذاشته و با چهار انگشت دیگر هر دو دست در پشت سینه طفل به شکل حلقه در آورده و طفل را به شکل دایروی خارج می کنیم.

در تمام حالات فوق ابتدا باید حوصله مادر معاینه گردد. در صورتیکه Promontorium جس و یا شوک ها نزدیک باشد اقدام به سزارین سکشن شود.

نکات عمده :

- در وقت ولادت در Breech presentation پشت طفل اکثراً به طرف قدام قرار دارد.

- در صورت که پشت طفل به قدام نباشد میتوان طفل را وضعیت داده تا این امر صورت گیرد. که خود بخود و یا با تدور تنه امکان پذیر است.

- سرین مریض همیشه باید به لبه میز قرار گیرد.

- کوشش شود که مریض دست زده نه شود.

- یک معاینه دقیق حوصله اندازه ارتفاع رحم در ابتدا ضروری می باشد.

External version صرف توسط اشخاص مجرب و بعد از هفته 36- اجرا شده میتواند.

: Transverse presentation

در صورت قرار طفل مستعرض باشد و عضو متعلقه دست ها و یا شانه باشد گفته شده با شروع labour امکان پروپس دست ها و یا ریچر رحم زیاد بوده لذا در تمام این واقعات باید مریض آماده برای C.S شود.

Face presentation

رهنماء ما درين قسمت زنج يا Mento بوده امکان دارد ولادت صورت گيرد و صرف در حالیکه زنج در زير Pubis موقعيت داشته باشد اما اگر Mento در خلف باشد امکان تولد موجود نمي باشد Bregma presentation يا (فانتل قدامي) درين حالات با معاينه مهبلي فانتل قدامي در مرکز حس شده براي مريض براي C.S آماده گردد.

Brow presentation

عضو متعلقه ابرو و قاعده انف بوده حالت بين وضعيت وجهي و Bregma را دارد. در صورت که رأس تقبض کند خطرناک گرديده به طرف Bregma رفته مريضه C.S مي شود اما درحالت که بسط کند به طرف اعتلان وجهي رفته امکان ولادت مي رود.

Twins pregnancy

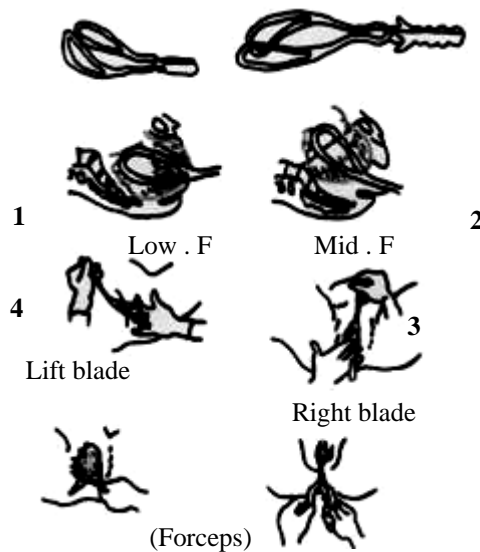
درهنگام ولادت دوگانگي نکات ذيل مدنظر باشد:
در صورتیکه طفل اول Breech باشد C.S نزد مادر صورت گيرد. زيرا امکان دارد که با رأس طفل دوم در بطن مادر lock شده امکان ولادت موجود نيست.
اما درصورت که طفل اول Cephalic باشد طفل اول ولادت نورمال نموده و بعد جيب طفل دوم تمزق داده شده ولادت طفل دوم بايد سريع تر صورت گيرد و اعظمي از 20min تجاوز نکند زيرا عنق بسته مي شود حالات ذيل امکان پذير خواهد بود.
- طفل دوم ممکن Cephalic باشد که کدام پرابلم موجود نيست.
- طفل دوم اگر Breech باشد ولادت کدام پرابلم ندارد.

- در صورت که طفل دوم حالات استثنائي باشد
 فرضاً Transvers باشد بامداخله درجوف رحم با دست
 Internal version داده طوري که ابتدا با دست پاها
 طفل گرفته شده از عنق ومهبل خارج مي شود.
 وبالاخره طفل را ولادت مي دهيم.

فصل چهاردهم Forceps

نامزد پوهنيار داکتر نفيسه ناصري

Forceps عبارت از يك طريقه جهت خارج نمودن طفل
 از کانال ولادي وعبور از تحت **symphysis pubis** در
 ولادت هاي پرابلمي ومشکل است.
Forceps آله ايست که از دوشاخه فلزي ساخته
 شده که شامل 4 قسمت است.



شکل (14-1)

تیغه یا **Blade** که از دو انحنای **cephalic** و **pelvic** تشکیل شده است.

ساقه **Forceps**

قید یا **lock**

دسته **Forceps**

اسطبات **Forceps** :

Forceps پروسه ولادت را نزد خانم ها کمک نموده مخصوصاً خانم هایکه خستگی شدید دارند و یا عدم کمک مادر در پروسه ولادت موجود است. و یا در واقعاتیکه مریض انستیزی طولانی وبه مقدار زیاد گرفته باشد. همچنان در واقعات **Fetal distress**.

در یکتعداد حالاتیکه ضرورت به کوتاه شدن صفحه دوم ولادت موجود است مثلاً امراض قلبی، ریوی و یا عصبی عضلی مادر تطبیق شاخه های فورسپس هیچگاه به فشار صورت نگیرد شاخه چپ اکثراً اول تطبیق میگردد. در واقعات **Right occipit position** شاخه راست اول تطبیق میگردد.

در صورتیکه شاخه های فورسپس بصورت درست تطبیق شده باشد بدون کدام مشکل **loch** میگردد. در هنگام تطبیق فورسپس باید **sagital'suture** هر دو طرف نظر به تیغه فورسپس به يك اندازه جس گردد. و **Fontanel** خلفی به اندازه يك انگشت در بالای تیغه فاصله داشته باشد.

Forceps به سه شکل استفاده میگردد.

1- **Out let forceps** که مورد استعمال بیشتر داشته

راس درفوحه خارجی مهبل بدون اینکه **Labia** از هم دور ساخته شود نمایان است. ورأس جنین در اعجان قرار داشته و تدور بیشتر از **45** درجه لازم نیست.

2- Low forceps : سویه رأس جنین **station** دو ویا بیشتر از آن قرار داشته. و تدور بیشتر از **45** درجه باید انجام شود و رأس جنین فوحه **inlet** را عبور کرده است. اما در فوحه خارجی مهبل قابل مشاهده نیست.

3- Mid forceps : که در این صورت رأس طفل Engage بوده یعنی تا اندازه قطر **biparital** رأس جنین **Inlet** را عبور نموده است. و **Station** عضو متعلقه بالاتر از **+2** قرار دارد. که ازین طریق بسیار کم استفاده میشود.

اختلاطات فورسپس:

در صورت تطبیق نادرست فورسپس خطر ایجاد ترشیقات به مادر و جنین زیاد است. قبل از اجرای **forceps** باید نزد خانم حامله **episiotomy** اجرا گردد. نزد مادر اختلاطات فورسپس عبارت از پاره شدن اعضای تناسلی خارجی و مخصوصاً **laceration** های عنق رحم در نزد طفل سبب کسر های عظام قحف میگردد.

Vacum Extraction

عبارت از آله ایست که باتولید فشار منفی سبب کشیدن جنین از کانال ولادی مادر میگردد. که مشابه به فورسپس بوده اما نسبت به فورسپس اختلاطات آن کمتر بوده و مصؤون میباشد.

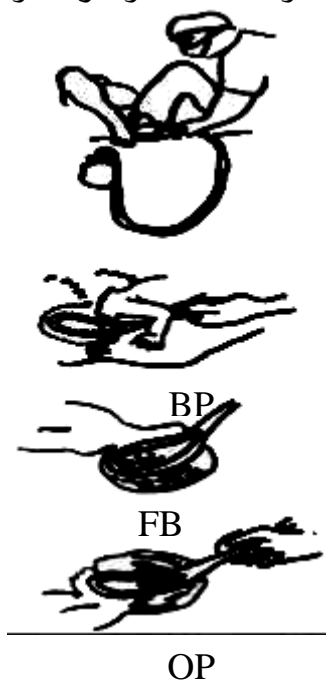
استطبابات آن مشابه به استطبابات **forceps** میباشد. و خطرات حاصله برای مادر و طفل ناچیز است. انواع مختلف **vacum ext** وجود دارد.

- **malmstrom** که **cup** آهني است و موارد استعمال امروزي آن کمتر است.

Silastic cup - که دارای **Cup** پلاستیکی و پمپ برقی میباشد.

Mity vac - که **Cup** پلاستیکی و پمپ دستی برای تولید فشار منفی دارد. که ما از این نوع آن در شفاخانه استفاده مینمائیم. و ساختمان آن طوریست که از یک **Cup** پلاستیکی ساخته شده که بالای عضو متعلنه چسبانده میشود و در هنگام چسپاندن **Cup** مکنده باید ناحیه چک شود تا انساج رخوه مهبل و یا عنق در تحت **Cup** گرفته نشود. و یک پیپ پلاستیکی که در انجام آن یک بوتل که توسط یک پیچ فشار آن تنظیم میگردد و یک پمپ دستی که با فشار دادن این پمپ فشار منفی تولید میگردد. و در هر تقلص مادر فشار بلند برده شده و **Extraction** صورت میگردد.

اختلالات آن نزد جنین **Intera craneal hemorrhage, asphyxia, cephalo-haematoma** است و درمادر اختلاط مهم آن پاره شدن مهبل و مقعد و رکتوم است.



فصل پانزدهم

پرولاپس حبل سروی و دیستوسی شانه ها

پروفیسور ژان شارل پاسکیه
ترجمه: دکتر شاه عبداللطیف (شبدیز - دلیری)

پرولاپس حبل سروی یا کوردون Le prolapse du cordon

1. تعریف: عبارت از سقوط حبل سروی در مقابل وضعیت و اعتلان جنین، در زمانی میباشد که ریچر یا پارگی اغشیه اتفاق می افتد. نتیجه عمده وبزرگ این عمل عبارت از تحت فشار قرار گرفتن کوردون در بین دو ساختمان عظمی، یعنی راس جنین و حوصله مادر میباشد. در زمان این فشار روی کوردون، جریان خون کوردون قطع شده و جنین به اسفیکسی مصاب می شود.

2. فکتور های مساعد کننده پرولاپس کوردون فرار ذیل میباشد:

☞ عوامل مربوط به مادر:

☞ تعدد ولادت ها نزد مادر (Multiparité)

☞ حوصله پتولوژیک مادر.

☞ تومور های قسمت های مقدم (Tumors Praevia)

☞ عوامل مربوط به جنین:

☞ اعتلانات غیر نورمال، مخصوصاً "اعتلان سرین.

☞ ولادت های قبل از میعاد (Premature)

☞ حمل های چند گانگی.

☞ کوردون بسیار طویل.

☞ پلاسنتا پریویا.

☞ ریچر یا پارگی اغشیه.

👉 عوامل وابسته به پرکتیک و طریقه ولادت :

در واقعات اجرای عملیه امنیوتومی (Amniotomie) ، در صورتی که تا هنوز وضعیت و اعتلان جنین به اثبات نرسیده و تحقق نپیوسته است، ممکنست که کوردون در مقابل وضعیت و اعتلان طفل بلغزد. پس باید همیشه قبل از اجرای عملیه امنیوتومی، از وضعیت و اعتلان جنین اطمینان حاصل کرد.

3- تشخیص : تشخیص جنبه کلینیکی دارد. در زمان معاینه مهبل می‌توان یک کتله و جسم لشم را که عبارت از کوردون باشد، در سویه عنق رحم، در داخل مهبل جس کرد.

اگر این ساختمان لشم دارای نبضان باشد، می‌توان حدس زد که جنین هنوز زنده است. در برخی از واقعات حبل سروی حتی می‌تواند که در سویه خود فرج هم به ملاحظه برسد.

4. تداوی : تداوی مربوط است به توسع عنق و همچنان به وضعیت و درجه حیاتیت جنین.

اگر طفل زنده بوده و توسع عنق رحم هنوز به 10 سانتی متر نرسیده باشد، باید در این صورت به طور عاجل یک عملیه سزارین را انجام داد. اگر مریضه از شفاخانه دور باشد، باید او را در وضعیت سجده (chest- knee) الی شفاخانه انتقال داد.

اگر طفل فوت شده باشد، باید اجازه داد تا ولادت از طریق مهبل صورت بگیرد، زیرا در این صورت موضوع عاجل نمی‌باشد.

در موارد نادر طفل هنوز زنده بوده و عنق رحم هم بطور تام توسع کرده می‌باشد که در این صورت می‌توان از فورسپس کار گرفت.

دیستوسی شانه ها

(Distocie des épaules)

پروفیسور ژلن شارل پاسکیه

ترجمه : دکتور شاه عبداللطیف (شبدیز - دلیری)

دیستوسی شانه ها برای کلیه ولادت دهندگان، ولو مجرب و با تجربه تشویش بر انگیز است. این نوع دیستوسی با یک عدم تطابق شانه های جنین در سویه مزیقیه علوی حوصله مادر توصیف میشود، در حالیکه راس جنین قبلاً از مجرای فرج خارج گردیده است. این نوع دیستوسی یک فاجعه ولادی تلقی گردیده و ولادت دهنده در این حالات صرفاً چند دقیقه معدود برای عمل کرد خودش وقت و موقع دارد.

فکتور های ریسک:

بزرگ ترین فکتور ریسک عبارت از مکروزومی (Macrosomie) جنینی میباشد.

تشخیص:

خروج راس طفل که در سویه فرج در حال اختناق و یک حالت جذب دوباره قرار گرفته است، باعث میشود که طفل مبتلا به سیانوز شده و باید دوباره به داخل فرج عقب رانده شود. به همین حالت است که اصطلاح دیستوسی شانه اطلاق میشود.

آنچه که نباید در همچو واقعاتی

انجام داد:

- نباید ترس را به خود راه داد.
 - نباید راس طفل را به طرف خود کشید.
 - نباید راس طفل را تدور داد.
- در صورتی که مانور های فوق اجرا گردند، نتیجه این خواهد شد که ضفیره عضدی (Plexus Brachialis) طفل صدمه دیده که یا به فلج موقت و یا به فلج دائمی ضفیره مذکور منجر خواهد شد.

☞ آنچه که باید در همچو واقعاتی انجام داد :

- مانور ماك روبرت (Mac Robert) : در این مانور باید از معاون خود کمک گرفته و ران های مادر را در حال بسط شدید و کامل وزانو های او را به تماس صدرش قرار داد. این مانور زاویه انحنای سرین مادر را تغییر داده و میتواند وضعیت را از حالت بن بست و بندش خارج نماید.

مانور ژاکمیه (Manoeuvre de Jaquemier) :

- این مانور تطبیق یافته ترین مانور ها در همچو واقعاتی میباشد. پروتوکول را باید به ترتیب ذیل انجام داد:

- " شانه خلفی جنین را باید بعد از انجام يك مانور غیر مستقیم، پس از دریافت شانه مذکور با دست، به طرف پایین کشیده و بازو را کاملاً خارج نمود.

از نظر عملی و.پراتیک، شخص ولادت دهنده باید روی دو زانو نشسته و دست خود را که با مواد لشم کننده (Lubricant) چرب شده است، داخل مهبل کرده و به عقب راس جنین رسانیده و از آنجا دست را داخل خود رحم ساخته تا به محل تضییق علوی برسد.

ابتدا باید شانه را دریافت کرده و بعداً " بازوی جنین را شناسایی نمود. زمانی که دست طفل دریافت و شناسایی گردید، باید آنرا با سه انگشت شصت، اشاره و انگشت بزرگ (وسطی) خود محکم گرفت. دست جنین باید خیلی سفت و با قوت محکم گرفته شده و آنگاه دست شخص ولادت دهنده به آهستگی در مقابل صدر جنین به شکل پیشرونده، ولی بطور سفت و محکم کشانیده شود.

زمانیکه دست اولی خارج ساخته شد، ممکنست که ولادت آغاز شود. در غیر آن، مانور مذکور را باید جهت اخراج دست دومی طفل بازهم از سر گرفت.

فصل شازدهم

سزارین

Caesarean Section

پروفسور: ژان شارل پاسکیه
ترجمه: دکتر شاه عبداللطیف شبیدیز- دلیری

عملیه سزارین پروسه ولادت را، بدون اینکه طفل مجرای حوصلی را عبور نماید، تحقق میبخشد. این عملیه یک عملیه خیلی قدیمی میباشد که با گذشت زمان تغییرات و تحولات زیادی را پذیرا شده است.

استطبابات عملیه سزارین:

استطبابات سزارین به دو نوع میباشد: استطبابات مطلق و استطبابات نسبی. بدین معنی که در برخی واقعات عملیه سزارین را باید اجباراً انجام داد و در بعضی واقعات دیگر باید بر حسب تاریخچه و دوسیه مریضه باید تصمیم گرفت.

* استطبابات مطلق:

پلاسنتا پریویا (**Placenta Previa**)
جدا شدن قبل از وقت پلاسنتا (**Abruptio placenta**)

* استطبابات نسبی:

- اختناق جنینی:

این حالت به زجرت وضع تنفس حجروی طفل اطلاق میشود که در این حالت جنین در رحم مادر مواجه با خطر میباشد، زیرا تبادلات گازی از طریق پلاسنتا یا نا کافی بوده و یا کیفیت نامناسبی دارد. جنین به هایپوکسی (**Hypoxia**) و بعد تر به اسیدوز (**Acidosis**) مواجه میگردد. **Ph** پایین آمده و اگر این حالت ادامه یابد باعث مرگ جنین خواهد شد.

برای شناخت حالت زجر یا اختناق جنینی (**Faetal Distress**) از نظر کلینیکی باید تعداد ضربانات قلب جنین را شمار نمود. در حالت نورمال فریکونس قلب جنین بین 120-160 ضربه در فی دقیقه می باشد. جهت بررسی وضع قلب جنین در جریان ولادت مهم ترین زمان برای شنیدن آواز قلب، زمان بعد از تقلصات رحمی می باشد. در جریان تقلصات رحم جنین در حالت اختناق واقع میگردد و اگر طفل ضعیف باشد، پس تعداد ضربانات قلبی کاهش میابند.

رنگ مایع آمنیوتیک خیلی ها با ارزش است. اگر طفل در حالت اختناق باشد، مایع مذکور رنگ می‌کونیوم را به خود میگیرد (سبز رنگ)، بدین معنی که اختناق وزجرت طفل باعث میشود تا جهاز هضمی طفل تنبیه گردیده و طفل اولین تغوط خود را در داخل رحم مادر رها سازد.

سایر جهازات هم اجازه بررسی و کنترل وضعیت جنینی را میدهند: ثبت و راجستر ریتم قلبی جنین روی کاغذ، اکوگرافی (**echography**) ، داپلر (**doppler**) .

- توقف در پیشرفت پروسه ولادت.
 - دیستوسی (**Distocia**) در فاز فعال.

دو نوع دیستوسی موجود است:

- توقف توسعه ، زمانی که محور طولانی جنین به طور افقی قرار داشته باشد، در این حالت اتساع در طول زمان دو معاینه پی در پی - به فاصله دو ساعت بین هم - ، همچنان ثابت و یکسان باقی میماند.

- دیستوسی التزامی:

این نوع دیستوسی زمانی تعریف میگردد که توسعه مکمل موجود بوده ولی علی الرغم یک قوت و دینامیک نورمال و اصلاح شده تقلصات، بعد از 45 دقیقه هنوز هم نزول رأس طفل در سویه حفره حوصلی (**Excavation**) امکان پذیر نباشد.

* حمل های متعدد یا چند گانگی: عملیه سزارین در موجودیت اعتلالات مشکل (**Dystocie**) ، در

مورد طفل اول حمل دو یا چند گانگی هم توصیه میشود (اعتلان سرین، اعتلان مستعرض). همچنین است برای رحم هایی که از قبل ندبه های التیام یافته داشته باشند.

- اعتلان سرین **(Presentation du siège = Breech presentation)**

ولادت اعتلان سرین، زایمانی است که در آن خطر احتباس رأس طفل (جنین) موجود است، در حالیکه باقی بدن کاملاً خارج شده است. اعتلان سرین را زمانی میتوان از طریق طبیعی ولادت داد که حوصله مادر با این گونه اعتلان طفل همگونی و توافق داشته باشد، اما اگر حوصله مادر متضییق باشد، آنگاهست که عملیه سزارین ضرورت می افتد. ضمناً باید دانست که ولادت با اعتلان سرینی، ولادتی است که در آن توسع به سرعت اتفاق می افتد.

* ندبه های سابقه رحمی :

برخی از مولفین در نزد مریضانی که قبلاً عملیه سزارین بالایشان انجام گردیده است، در صورتیکه دیگر دلیل و علت عملیه سزارین قبلی، در نزدشان از بین رفته و موجود نباشد، ولادت مهبل را توصیه میکنند، مثلاً در صورتیکه در زایمان قبلی علت عملیه سزارین در نزد مریضه وجود یک واقعه پلاسنتا پریویای تام بوده است، در زایمان فعلی ثانوی، در صورتیکه پلاسنتا پریویای تام موجود نباشد، به مادر موقع داده میشود تا از طریق مهبل ولادت نماید. برعکس اگر همین مادر دارای حوصله متضییق باشد، هم در ولادت اولی وهم در ولادت ثانوی اش باید سزارین گردد. در برابر یک خانمی که دوبار سزارین بالایش انجام شده باشد، ضرورت است که در ولادت سوم خودش هم سزارین گردد.

تکنیک عملیه سزارین:

برای تحقق و تطبیق یک عملیه سزارین لازمست تا با آناتومی آشنایی کامل داشته باشیم و اساسات جراحی عمومی و ارگان علم ولادی را باید بدانیم.

فصل هفدهم

Third stage of labour

صفحه سوم ولادت

داکتر زبیده انوری ژواک

عبارت از ولادت پلاسنتا است که این صفحه از زمان ولادت طفل شروع الی ولادت پلاسنتا ادامه پیدا کرده که بطور نورمال 30min را در بر گرفته می تواند.

فیزیولوژی جدا شدن پلاسنتا:
بعد از خروج جنین رحم به اندازه قابل ملاحظه کوچک شده سبب فشرده گی در پلاسنتا می گردد که این خود در جدا شدن پلاسنتا کمک کننده است. از طرف تقلصات رحمی بعد از ولادت جنین هنوز هم ادامه دارد که سبب خونریزی از او عیه utero placenta شده هماتوم درین ناحیه تشکل می کند و سبب جدا شدن ویا راندن پلاسنتا از جدار رحم می شوند.

تشخیص کلینیکی جدا شدن پلاسنتا:
ابتدا با یک دست cord را گرفته و با انگشتان دست دیگر بالاتر از symphysis pubis بطرف پائین فشار وارد نموده متوجه تغییرات در cord شده حالا اگر cord کوتاه شود پلاسنتا هنوز جدا نشده اما اگر cord تغییر نکرد. حتی طویل شد دلالت به جدا شدن پلاسنتا می کند، که درین حالت به بسیار آهستگی بدون استفاده از زور پلاسنتا جدا شده را ولادت و به احتیاط تمام membrane را نیز خارج می سازیم. پلاسنتا را چک، خونریزی مریض را کنترل امپول آکسی توسین Methergine (در حالات که مادر فشار بلند، افات قلی و Eclampsia دارد مضاد استتباب

دارد) تطبيق يك دوز Metronidazol 500mg Ampicillin 1gr
زرق وریدی نموده به اطاق بعد از ولادت انتقال
داده میشود.

Post partum Hemorrhage(PPH)

تعریف:

هرگاه خونریزی بعد از ولادت بیشتر از 500ml
باشد PPH گفته می شود ضایع شدن این مقدار
خونریزی میتواند سبب بروز مشکلات در DIC
cougulation وحتی سبب مرگ میشود.

اسباب:

uterine atony

- توسع بیش از حد رحم (دو گانگی ها ، large baby,
(hydramniotic

Multiparity -

Prolong labour -

- تحریک شدن labour توسط Syntocinon

- انستیزی عمومی (هالوتون)

- پلاسنتا پریوا ، abruption پلاسنتا

جدا شدن قسمی پلاسنتا

باقی ماندن بقایای پلاسنتا

تروماها

: Coagulopathy Treatment

بصورت عاجل اعاده خون ومایعات شده، ورید
مریضه باز تا آماده شدن خون از محلول Ringer برای
مریض تطبیق می شود.

هر چه زود تر سبب آن دریافت گردد.

خونریزی متوقف گردد برای این منظور:

نگهداشت يك Tonicity خوب رحم

ترمیم جروحات ناحیه عجان، مهبل و عنق

خارج ساختن پلاسنتا در واقعات Retention ها تام

ویا ناتام

در صورت که خونریزی دوام کند تعیین گروپ خون و

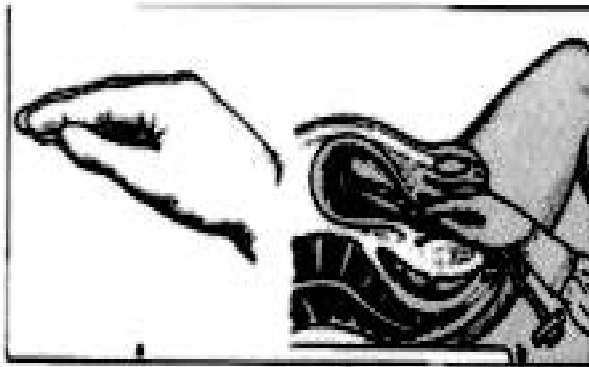
Hb انجام شده خون تهیه و احیای حجم دورانی نزد

مریض صورت میگیرد.

در حالات شك و coma بصورت عاجل Transfusion بر قرار و تداوي ضد شك مي شود.

Retention of palcenta

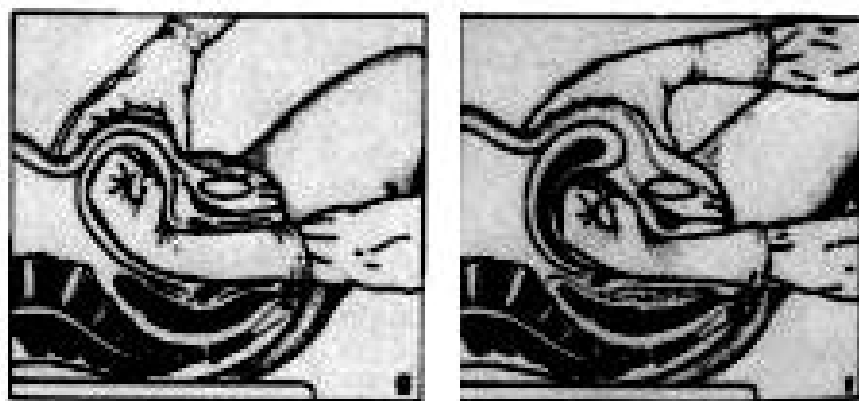
هرگاه پلاسنتا در 30min اول بعد از ولادت طفل خارج نگردد احتباس پلاسنتا گفته میشود که بصورت نورمال تا 5min اول پلاسنتا خارج میشود. برای این منظور ابتدا دست داخل مهبل و عنق شده با وضعیت دادن دست ها تمام جوف رحم را به شکل دایروی پاك ساخته و البته با کنار دست در بین پلاسنتا و جوف رحم داخل شده و آن ها را از رحم جدا میکنیم. اگر موفق آمیز نبود میتوان بار دوم این عملیه را انجام داد. بعد از خارج کردن پلاسنتا باید که چك شود.



شکل (17-1)

Atony of uterus

- هدف توقف خونریزی در نزد مریض است برای این منظور
1. دادن يك زرق oxytocine داخل وریدی.
 2. ماساژ دادن رحم توسط دست به شکل دایروی بالاتر از Symphysis pubis
 3. Bimanual compression
 4. اگر با اهتمات فوق رحم متقلص شد اقدام به Subtotal Hysterectomy شده تا از خونریزی بیشتر در نزد مریض جلوگیری به عمل آید.



شکل (12-17)

Post partum Complication

اختلالات عمده دوره نفاس PPH و Post partum (PPI infection) بوده که در حالات انتانی تب مریض بلند رفته بلند رفته و وضعیت عمومی مریض رو به خراب شدن می رود. همچنان مریضان از افزایش مهبلي بويناك داشته
ايجاب می کند که مریض هرچه زودتر بستر شده و تداوي ضد آنتان به صورت وسیع شروع شود.

Breast feeding

شیر دهی در نزد مادران در همان لحظات اول بعد از ولادت شروع شده و یک عامل عمده در توقف خونریزی و جدا شدن پلاستنا می باشد.

Family planning

برای تنظیم بهتر خانواده و ایجاد فاصله بین فرزندان استفاده از Family planning مؤثر بوده که طریقه های مختلف آن موجود است که هر قسمت نسائی شرحه داده خواهد شد.

خاتمه
