

ولادي جراحي

(دوهم وک)

دوکتور عجب گل مومند

AFGHANIC



In Pashto PDF
2012



Kandahar Medical Faculty

کندهار طب پوهنځی

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service

Obstetric Surgery Volume 2

Dr. Ajab Gul Momand

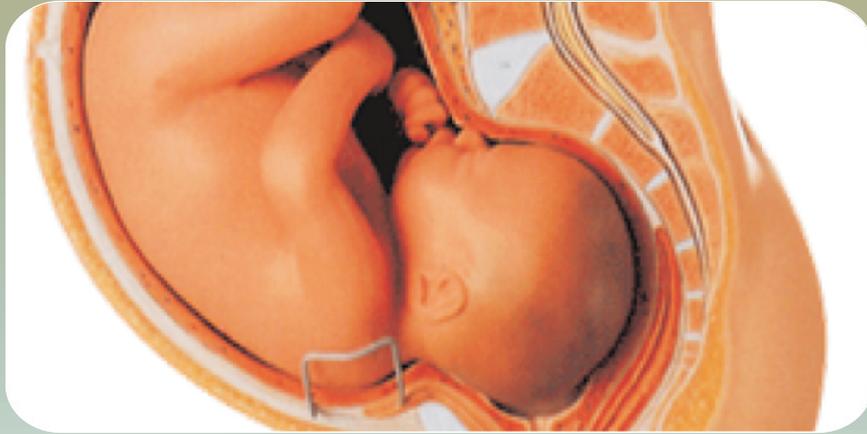
Download: www.ecampus-afghanistan.org



کندهار طب پوهنځی

ولادي جراحي

(دوهم وک)



لموکتور عجب گل مومند

۱۳۹۱

ولادي جراحي
(دوهم وک)

Obstetric Surgery
Volume 2

لموکتور عجب گل مومند



Kandahar Medical Faculty

AFGHANIC

Dr. Ajab Gul Momand

Obstetric Surgery

Volume 2

Funded by:

DAAD

Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service



ISBN 978-9936-200-93-7



2012

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



کندهار طب پوهنځی

ولادي جراحي

(دوهم ټوک)

دوکتور عجب گل مومند

۱۳۹۱

د کتاب نوم ولادي جراحي (دوهم ټوک)
ليکوال دوکتور عجب گل مومند
خپرونډوی کندهار طب پوهنځی
ویب پاڼه www.kan.edu.af
چاپ ځای سهر مطبعه، کابل، افغانستان
چاپ شمېر ۱۰۰۰
د چاپ کال ۱۳۹۱
د کتاب ډاونلوډ www.ecampus-afghanistan.org

دا کتاب د آلمان د اکاډمیکو همکاريو د ټولني (DAAD) لخوا د آلمان فدرالسي خارجي وزارت له پانگې څخه تمويل شوی دی.
اداري او تخنيکي چارې يې په آلمان کې د افغانیک موسسې لخوا ترسره شوې دي.
د کتاب د محتوا او ليکنې مسؤليت د کتاب په ليکوال او اړوندی پوهنځی پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبيق کوونکي ټولني په دې اړه مسؤليت نه لري.

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له مور سره اړیکه ونیسئ:

ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زدکړو وزارت، کابل

د دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.



د لوړو زده کړو وزارت پیغام

د بشر د تاریخ په مختلفو دورو کې کتاب د علم او پوهې په لاسته راوړلو کې ډیر مهم رول لوبولی دی او د درسي نصاب اساسي برخه جوړوي چې د زده کړې د کیفیت په لوړولو کې مهم ارزښت لري. له همدې امله د نړیوالو پیژندل شویو ستندردونو، معیارونو او د ټولني د اړتیاوو په نظر کې نیولو سره باید نوي درسي مواد او کتابونه د محصلینو لپاره برابر او چاپ شي.

د لوړو زده کړو د مؤسسو د ښاغلو استادانو څخه د زړه له کومي مننه کوم چې ډېر زیارې ایستلی او د کلونو په اوږدو کې یې په خپلو اړوندو څانگو کې درسي کتابونه تألیف او ژباړلي دي. له نورو ښاغلو استادانو او پوهانو څخه هم په درنښت غوښتنه کوم ترڅو په خپلو اړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او نور درسي مواد برابر کړي خو تر چاپ وروسته د گرانو محصلینو په واک کې ورکړل شي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د گرانو محصلینو د علمي سطحې د لوړولو لپاره معیاري او نوي درسي مواد برابر کړي.

په پای کې د آلمان هیواد د بهرنیو چارو وزارت، DAAD مؤسسې او ټولو هغو اړوندو ادارو او کسانو څخه مننه کوم چې د طبی کتابونو د چاپ په برخه کې یې هر اړخیزه همکاري کړې ده.

هیله مند یم چې نوموړې پروسه دوام وکړي او د نورو برخو اړوند کتابونه هم چاپ شي.

په درنښت

پوهاند ډاکتر عبیدالله عبید

د لوړو زده کړو وزیر

کابل، ۱۳۹۱

د درسي کتابونو چاپ او د طب پوهنځيو سره مرسته

قدرمنو استادانو او گرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لویو ستونزو څخه گڼل کېږي. یو زیات شمیر استادان او محصلین نوي معلوماتو ته لاس رسی نه لري، په زاړه میتود تدریس کوی او له هغو کتابونو او چپترونو څخه کار اخلي چې زاړه دي او په بازار کې په ټیټ کیفیت فوتوکاپي کېږي.

د دې ستونزو د هوارولو لپاره په تېرو دوو کلونو کې مونږ د طب پوهنځيو د درسي کتابونو د چاپ لړۍ پیل او تراوسه مو ۲۰ طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځيو ته مو استولي دي.

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

«د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کیفیت او زده کوونکو ته د نویو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د لیکلو فرصت برابر شي د تعلیمی نصاب د ریفورم لپاره له انگریزي ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او درسي موادو ژباړل اړین دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلین او استادان نشي کولای عصري، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي».

د افغانستان د طب پوهنځيو محصلین او استادان له ډېرو ستونزو سره مخامخ دي. نویو درسي موادو او معلوماتو ته نه لاس رسی، او له هغو کتابونو او چپترونو څخه کار اخیستل چې په بازار کې په ډېر ټیټ کیفیت پیدا کېږي د دې برخې له ځانگړو ستونزو څخه گڼل کېږي. له همدې کبله هغه کتابونه چې د استادانو له خوا لیکل شوي دي باید راټول او چاپ کړل شي. د هیواد د بېرني جنګ وهلي حالت په نظر کې نیولو سره مونږ لایقو ډاکترانو ته اړتیا لرو، ترڅو وکولای شي په هیواد کې د طبي زده کړو په ښه والي او پرمختګ کې فعاله ونډه واخلي. له همدې کبله باید طب پوهنځيو ته زیاته پاملرنه وشي.

تراوسه پوري مونږ د ننگرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ طب پوهنځيو او کابل طبي پوهنتون لپاره ۲۰ مختلف طبي تدریسي کتابونه چاپ کړي دي. ۵۰ نورو طبي کتابونو د چاپ چارې روانې دي چې يوه بېلگه یی ستاسي په لاس کې همدا کتاب دی. د یادونې وړ ده چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هيواد ټولو طب پوهنځيو ته په وړيا توگه ویشل شوي دي.

د لوړو زده کړو د وزارت، پوهنتونو، استادانو او محصلينو د غوښتنې په اساس راتلونکي غواړو چې دا پروگرام غیر طبي برخو (ساینس، انجنیري، کرهنې) او نورو پوهنځيو ته هم پراخوالی ورکړو او د مختلفو پوهنتونو او پوهنځيو د اړتیا وړ کتابونه چاپ کړو.

څرنگه چې د درسي کتابونه چاپ زمونږ د پروگرام پروژه ده، د دې ترڅنگ زمونږ نوري کاري برخې په لنډ ډول په لاندې ډول دي:

۱. د درسي طبي کتابونو چاپ

کوم کتاب چې ستاسی په لاس کې دی زمونږ د فعالیتونو یوه بېلگه ده. مونږ غواړو چې دې پروسې ته دوام ورکړو ترڅو وکولای شو د درسي کتابونو په برابرولو سره د هيواد له پوهنتونو سره مرسته وکړو او د چپټر او لکچر نوټ دوران ته د پای ټکی کېږدو. د دې لپاره دا اړینه ده چې د لوړو زده کړو د موسساتو لپاره هر کال ۱۰۰ عنوانه درسي کتابونه چاپ کړل شي.

۲. په نوي میتود او پرمختللو وسایلو سره تدریس

د ۲۰۱۰ کال په اوږدو کې پدې و توانیدو چې د بلخ، هرات، ننگرهار، خوست او کندهار د طب پوهنځيو په ټولو ټولگیو کې پروجیکتورونه نصب کړو. د مناسب درسي چاپېریال د رامنځ ته کولو لپاره باید هڅه وشي چې ټول درسي، د کنفرانس اطاقونه او لابراتوارونه په مولتي میډیا، پروجیکتور او د لیدلو او اورېدلو په نورو وسایلو سمبال شي.

۳. د اړتیاوو ارزونه

د طب پوهنځيو او سنی حالت (شته ستونزې او راتلونکي ننگونې) باید و ارزول شي او د هغه په اساس په منظمه توگه اداري، اکاډمیکې او پرمختیایی پروژې په لاره واچول شي.

۴. مسلکي کتابتونونه

بايد د ټولو مهمو او مسلکي مضامينو کتابونه په نړيوالو معيارونو سره په انگرېزي ژبه واخيستل شي او د طب پوهنځيو د کتابتونو په واک کې ورکړل شي.

۵. لابراتوارونه

د هيواد په طب پوهنځيو کې بايد په بيلا بېلو برخو کې فعال لابراتوارونه موجود وي.

۶. کدرې روغتونونه

د هيواد هره طب پوهنځۍ بايد کدرې روغتون ولري او يا هم په يوه بل روغتون کې د طب د محصلينو د عملي تريننگ لپاره شرايط برابر شي.

۷. ستراتيژيک پلان

دا به ډېره گټوره وي چې د طب هره پوهنځۍ د اړونده پوهنتون د ستراتيژيک پلان په چوکاټ کې خپل ستراتيژيک پلان ولري.

له ټولو محرمو استادانو څخه هيله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه وليکي، وژباړي او يا هم خپل پخواني ليکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه ايډېټ او د چاپ لپاره تيار کړي. زموږ په واک کې راگړي، چې په ښه کيفيت چاپ او وروسته يې د اړوندې پوهنځۍ، استادانو او محصلينو په واک کې ورکړو. همدارنگه د يادو شويو ټکو په اړوند خپل وړانديزونه او نظريات زموږ په پته له موږ سره شريک کړي، تر څو په گډه پدې برخه کې اغېزمن گامونه پورته کړو.

له گرانو محصلينو څخه هم هيله کوو چې په يادو چارو کې له موږ او ښاغلو استادانو سره مرسته وکړي.

د آلمان د بهرنيو چارو له وزارت او DAAD (د آلمان اکاډميکو همکاريو ټولنی) څخه مننه کوم چې تراوسه پورې يې د ۹۰ عنوانه طبي کتابونو مالي لگښت په غاړه اخيستی چې د هغو له ډلې څخه د ۵۰ عنوانو کتابونو د چاپ چارې روانې دي. د آلمان د ماینز پوهنتون (Mainz/Germany) د طب پوهنځۍ، د نوموړې پوهنځۍ استاد ډاکټر زلمی توريال، د افغانیک له موسسې او Dieter Hampel څخه هم مننه کوم چې د کتابونو په ادارې او تخنیکي چارو کې يې له موږ سره مرسته کړې ده.

په ځانگړې توگه د د جی آی زیت (GIZ) له دفتر او CIM (Center for International Migration and Development) یا د نړیوالی پناه غوښتنی او پرمختیا مرکز چې زما لپاره یې په تېرو دوو کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړی دي هم مننه کوم.

د لوړو زده کړوله محترم وزیر بناغلي پوهاند ډاکتر عبیدالله عبید، علمی معین بناغلي پوهنوال محمد عثمان بابری، مالي او اداري معین بناغلي پوهندوی ډاکتر گل حسن ولیزی، د پوهنتونواو پوهنځیو له بناغلو ریيسانو او استادانو څخه مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ یې هڅولی او مرسته یې ورسره کړی ده.

همدارنگه د دفتر له بناغلو همکارانو ډاکتر محمد یوسف مبارک، عبد المنیر رحمانزی، احمد فهیم حبیبی، سبحان الله او همت الله څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې یې نه ستړی کیدونکی هلی ځلی کړی دي.

ډاکتر یحیی وردگ، د لوړو زده کړو وزارت

کابل، نومبر ۲۰۱۲ م

د دفتر ټیلیفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org

سریزه

الْحَمْدُ لِلَّهِ وَكَفَى

د اچی پدغه راز له ستونزو ډکو شرایطو کبېې ما وکړای شو د لوستونکو، ځوانو طبیبانو او یا زده کوونکو لپاره یو لړ نیولیکونه له معتبرو زیرمو او د نړۍ له غوره کتابونو څخه راټول کړل او هغه ژباړه او په ترتیب سره تر نظم لاندې راوستل شو زیار ایستل شویدی هغه نیولیکونه چی ډیر اړین دي او د هغوی پوهیدنه د یوه طیب لپاره حتمی ده په خلص او لنډ ډول سره د ژباړی وروسته د هغوی لپاره اړوند تصویرونه دامکان له مخی راټول شوی چی څه نا څه د مطلب د پوهیدنی کبېې مرستندویه دي په اړوند ځایونو کبېې ځای په ځای شویدی .

دا کتاب پداسی حال کبېې لیکل شویدی چی زمونږ په وطن کبېې د اوږدې مودې د جنګونو اوشخړو له کبله د وطن ټول مادي او معنوی زیرمې او یا هم د اور په لمبو کبېې سوځیدلې دی . د یا د ولوړ بولم چی ووايم دغه راز بنسټیز کتاب لا تر اوسه د کوم بل چا او یا د بلی موسسې له خوا ندی چاپ شوی او یا هم دغه ته ورته کتاب لاهم نشته چی وکړای شی د زده کوونکی او یا ځوان طیب د مخامخ کیدونکی پېښو دحل لپاره مرسته وکړی . یو لړ زیاتو طبیبانو په بیلا بیلو اړخونو او موضوعاتو باندی د طب په څانګه کبېې ګڼه ور او معتبر کتابونه لیکل دی چی دافغان زده کوونکو او طبیبانو لپاره کولای شی مرستندویه وی چی زه په خپل وار سره د هغه طبیبانو او استادانو قدردانی کوم چی زیار یی ایستلې او خپل وخت یی پری مصرف کړیدی او د علم او پوهی د پراختیا لپاره یی په افغانی ژبو دا خدمت تر سره کړیدی .

دا کتاب لکه دنوروکابونو په شیر د هر یوه نیولیک په هکله د (تعریف ، میکائیزم ، اناتومی ، فزیولوژی ، سببونو ، کینیکی نبوننبانو ، پتالوژی ، اختلاطونو ، انزار ، درملنه ، جراحی کپنلارو) اړوند بشپړ معلومات راټول او لیکل شویدی دغه مطلبونه په ډیر ساده ، روانه ټول پوهه ژبه لیکل شویدی او هغه طیبیان چی نشی کولای د بهرنی طبی کتابونو څخه اړوند معلومات واخلی او خارجی ژبی پی ندی زده د هغوی لپاره ډیر گټه وردی ددی سره تړلی بل لومړی ټوک کتاب [د بنسټینه (نسائی) ناروغیو بنسټیزه پیژندنه او د درملنی جراحی کپنلاری] په نامه اړوند کتاب لیکل شویدی چی یو لړ اړوند معلومات په هغه کتاب کښی په بشپړه توگه راغلی چی لوستونکی به داړتیا په وخت هغه ته پاملرنه وکړی .

د یا دلولوړ بولم چی ووايم که چیری د کتاب په متن کښی او یا هم د کړینو په چاپ او املا کښی کومه غلطی راغلی وی هیله ده هغه مونږ ته را په گوته کړی او د هغه په هکله زمونږ معذرت او ننوتی ومني مونږ به زیار وباسو چی یه راټلونکی ټوکونو کښی هغه اصلاح او په پام کښی ولرو همدارنگه زه له هغه ټولو دوستانو څخه چی زما سره بی د مطلبونو راټولو او ترتیب کولو کښی مرسته کړی ډیره مننه کوم.

رنخوریار ډاکتر عجب گل (مومند)

د عمومی جراحی ټرینر متخصص

ستاينليک (تقریظ)

د اچي پدغه راز له ستونزو ډکو شرايطو کښې ښاغلي رنځور يار ډاکټر عجب گل (مومند) وکړای شو ځوانو طبيبانو او زده کوونکو لپاره له معتبرو زيرمو او د نړۍ له غوره کتابونو څخه مواد راټول او هغه يې ژباړه او په ترتيب سره تر نظم لاندې راوستلي دي او زيار يې ايستلای دی هغه نيوليکونه چی ډير اړين او ضروری دي او د هغوی پوهېدنه يې يوه طيب لپاره حتی ده په خلص او لنډ ډول سره د ژباړلی وروسته يې د هغوی لپاره اړوند تصويرونه برابر کړيدي چې د مطلب د پوهيدنی په کښې مرستندويه دي په اړوند ځايونو کښې ځای په ځای کړیدی .

د يا د ولو وړ بولم چی ووايم دغه راز بنسټيز کتاب لا تر اوسه د کوم بل چا او يا د بلی خپرندويه موسسې له خوا ندی چاپ شوی او يا هم دغه ته ورته کتاب لا هم نشته چی وکړای شوی د زده کوونکی او يا ځوان طيب د مخامخ کيدونکی پښو دحل لپاره مرسته وکړی . زه په خپل وار سره د رنځور يار ډاکټر عجب گل (مومند) او د هغه طبيبانو او استادانو قدر دانی کوم چی زيار يې ايستلې او خپل وخت يې پری مصرف کړیدی او د علم او پوهی د پراختيا لپاره يې په افغانی ژبويي ليکمی کړیدی .

دا کتاب لکه دنورو کتابونو په خير د هر يوه عنوان (نيوليک) په هکله د (تعريف ، ميکانيزم ، اناتومي ، فزيولوژی ، سببونو ، کلينيکی نښو نښانو ، پتالوژی ، اختلاطونو ، انزار ، درملنه ، جراحی کړنلارو) اړوند بشپړ معلومات راټول او ليکل شويدي دغه مطلبونه په ډير ساده ، روانه ټول پوهه ژبه ليکل شويدي او د زده کړي د لاري لپاره ډير گټه وړدی .

د يا دولو وړ بولم چی ووايم چې دغه راز مسلکي او طبي کتابونو ليکه د طب څانگي غنا او لا پياوړتيا بولم او ددغې کار کونکو ته لابراليټوب غواړم او د نوموړي هڅې ستايم او ورته لا براليټوب د لوي الله ﷻ له درباره غواړم .

رنځور وال ډاکټر غلام مصطفي (زمری)
د عمومي جراحی ټرينر متخصص

ستاينليک (تقریظ)

د اچي پدغه راز له ستونزو ډکو شرايطو کښې ښاغلي رنځوريار ډاکټر عجب گل (مومند) وکړای شو ځوانو طبيبانو او زده کوونکو لپاره له معتبرو زيرمو او د نړۍ له غوره کتابونو څخه مواد راټول او هغه يې ژباړه او په ترتيب سره تر نظم لاندې راوستلي دي او زيار يې ايستلای دی هغه نيوليکونه چې ډير اړين او ضروري دي او د هغوی پوهېدنه يې يوه طيب لپاره حتمی ده په خلص او لنډ ډول سره د ژباړلی وروسته يې د هغوی لپاره اړوند تصويرونه برابر کړيدي چې د مطلب د پوهېدنې په کښې مرستندويه دي په اړوند ځايونو کښې ځای په ځای کړیدی .

د يا د ولوړ بولم چې ووايم دغه راز بنسټيز کتاب لا تر اوسه د کوم بل چا او يا د بلې خپرندويه موسسې له خوا ندی چاپ شوی او يا هم دغه ته ورته کتاب لا هم نشته چی وکړای شوی د زده کوونکی او يا ځوان طيب د مخامخ کيدونکی پېښو دحل لپاره مرسته وکړي . زه په خپل وار سره د رنځوريار ډاکټر عجب گل (مومند) او د هغه طبيبانو او استادانو قدردانی کوم چې زيار يې ايستلي او خپل وخت يې پری مصرف کړیدی او د علم او پوهی د پراختيا لپاره يې په افغانی ژبويي ليکنې کړیدی .

دا کتاب لکه دنورو کتابونو په څير د هر يوه عنوان (نيولیک) په هکله د (تعريف ، ميکانيزم ، اناتومي ، فزيولوژی ، سببونو ، کلينیکی نښو نښانو ، پاتولوژی ، اختلاطونو ، انزار ، درملنه ، جراحی کړنلارو) اړوند بشپړ معلومات راټول او ليکل شويدي دغه مطلبونه په ډير ساده ، روانه ټول پوهه ژبه ليکل شويدي او د زده کړي د لارې لپاره ډير گټه وړدی ..

د يا دولوړ بولم چې ووايم چې د غه راز مسلکي او طبي کتابونو ليکه د طب څانگي غښا او لا پياوړتيا بولم او ددغې کارکوونکو ته لابراليټوب غواړم او د نوموړي هڅې ستايم او ورته لابراليټوب د لوي الله ﷻ له درباره غواړم.

رنځورمل ډاکټر نسرین (اورياخيل)

د نسائي - ولادی ټرينر متخصص

ستاينليک (تقريظ)

د اچي پدغه راز له ستونزو ډکو شرايطو کښې ښاغلي رنځوريار ډاکټر عجب گل (مومند) وکړای شو ځوانو طبيبانو او زده کوونکو لپاره له معتبرو زيرمو او د نړۍ له غوره کتابونو څخه مواد راټول او هغه يې ژباړه او په ترتيب سره تر نظم لاندې راوستلي دي او زيار يې ايستلای دی هغه نيولیکونه چی ډير اړين او ضروری دي او د هغوی پوهېدنه يې يوه طيب لپاره حتی ده په خلص او لنډ ډول سره د ژباړلی وروسته يې د هغوی لپاره اړوند تصويرونه برابر کړيدي چې د مطلب د پوهيدنی په کښې مرستندويه دي په اړوند ځايونو کښې ځای په ځای کړيدی .

د يا د ولووړ بولم چی ووايم دغه راز بنسټيز کتاب لا تر اوسه د کوم بل چا او يا د بلی خپرندويه موسسې له خوا ندی چاپ شوی او يا هم دغه ته ورته کتاب لا هم نشته چی وکړای شوی د زده کوونکی او يا ځوان طيب د مخامخ کيدونکی پېښو دحل لپاره مرسته وکړی . زه په خپل وار سره د رنځوريار ډاکټر عجب گل (مومند) او د هغه طبيبانو او اساتذانو قدردانی کوم چی زيار يې ايستلې او خپل وخت يې پری مصرف کړيدی او د علم او پوهی د پراختيا لپاره يې په افغانی ژبويي ليکنې کړيدی .

دا کتاب لکه دنورو کتابونو په څير د هر يوه عنوان (نيولیک) په هکله د (تعريف ، ميکانيزم ، اناتومي ، فزيولوژی ، سببونو ، کلينيکی نښو نښانو ، پتالوژی ، اختلاطونو ، انزار ، درملنه ، جراحی کړنلارو) اړوند بشپړ معلومات راټول او ليکل شويدي دغه مطلبونه په ډير ساده ، روانه ټول پوهه ژبه ليکل شويدي او د زده کړي د لارې لپاره ډير گټه وړدی .

د يا دولووړ بولم چی ووايم چې د غه راز مسلکي او طبي کتابونو ليکنه د طب څانگي غنا او لا پياوړتيا بولم او ددغې کار کونکو ته لابراليټوب غواړم او د نوموړي هڅې ستايم او ورته لا برياليتوب د لوي الله ﷻ له درباره غواړم .

رنځورپوه ډاکټر غلام حيدر (سازگار)

د نسائي - ولادی ټرينر متخصص

۴۰۳	اوم خپرکې	342
۴۰۳	بلاربتوب چی د نیو پلارزم پواسطه یې اختلاط موندلی	343
۴۰۳	فیبرو مایوما ، لیوما یوما او مایوما	344
۴۰۳	د مایوما اغیزه په بلاربتوب باندی	345
۴۰۶	پېژندنه	346
۴۰۷	د فیبرو مایوما او بلاربتوب باندی	347
۴۰۹	د ما یوما درملنه	348
۴۰۹	د مایوما درملنه د بلاربتوب په لومړیو کبې	349
۴۱۰	د مایوما درملنه د زیږونې په وخت کبې	350
۴۱۱	دهگې خالی تومورونه	351
۴۱۳	د تومور پېژندنه ، درملنه	352
۴۱۶	د سرویکس کارسینوما	353
۴۱۸	پېژندنه ، درملنه	354
۴۲۰	دریکوم کانسر چی په بلاربتوب اغیزه اچوی	355
۴۲۱	ایرتیرو بلاستوزس فیالیس او آر - ایچ فکچور	356
۴۲۲	پتالوژی	357
۴۲۳	پېژندنه	358
۴۲۴	سببونه	359
۴۲۶	دایر یترو بلاستوزس مخنیوی ، درملنه	360
۴۲۷	د ماشوم مونستر وزیتی او دیفورمیتی	361
۴۲۷	تصنیف (ویشنه) ، سببونه	362

۴۲۸	یوگونی مونستر	363
۴۳۰	دوه گونی مونستر	364
۴۳۵	د ناروغی پیزندنه	365
۴۳۶	درملنه	366
۴۳۷	کرانیولکونیا ، رایگور مورتیس	367
۴۴۰	د ماشود غشا ناروغی	368
۴۴۰	هایدا تید یفورم مول	369
۴۴۲	پولی سسیستیک بدلونونه په هگی خالی کبې	370
۴۴۳	د هایدا تید یفورم مول سببونه	371
۴۴۳	د ناروغی کلینیکي کورس	372
۴۴۴	پیزندنه	373
۴۴۴	درملنه	374
۴۴۵	کوربون اپتیلوما یا کوربون کارسینوما	375
۴۴۵	پتالوژی	376
۴۴۷	کلینیکي کورس	377
۴۴۸	پیزندنه	378
۴۴۸	د کوربون اپتیلوما درملنه	379
۴۴۹	د پریوان ناروغی	380
۴۴۹	د بنی توپیری حالت	381
۴۵۰	سوکستور یا تا پریوان	382
۴۵۱	غشائی پریوان ، د پریوان احتشا	383
۴۵۴	وینه بهیدنه ، اذیما	384

۴۵۵	اتلکازی ، تکلس ، د پریوان سیست ، تومور	385
۴۵۸	د کورډ او امینون انومالی	386
۴۵۸	د کورډ انومالی	387
۴۵۸	غوټه (Knots)	388
۴۵۸	تاویدنه (Torsion) ، چاپریږدنه یا کویلینګ (Coiling)	389
۴۵۹	پیژندنه	390
۴۶۰	درملنه	391
۴۶۰	لنډ کورډ و درملنه	392
۴۶۱	اوږد کورډ	393
۴۶۱	د کورډ ریچر ، نیوپلازم ، سیفلیس	394
۴۶۱	غیر نورمال د کورډ کرڼه	395
۴۶۲	د Vasa Previa درملنه	396
۴۶۲	د کورډ قفقونه	397
۴۶۳	د امینون انومالی ګانې	398
۴۶۳	پولی هایډرو امینوز	399
۴۶۵	پولی هایډرو امینوز کلینیکي نښې	400
۴۶۶	پیژندنه ، توپیری پیژندنه ، درملنه	401
۴۶۶	مزمڼ هایډرو امینوز	402
۴۶۶	کلینیکي نښې نښانې	403
۴۶۷	پیژندنه ، درملنه	404
۴۶۷	اولیګو هایډرو امینوز	405

۴۶۹	اتم خپرکې	406
۴۶۹	د قدرت انومالی	407
۴۶۹	درحم کرنی او انومالی	408
۴۷۰	غلط دردونه	409
۴۷۰	ضعیف دردونه (درحم ناتوانی)	410
۴۷۱	سببونه ، پېژندنه	411
۴۷۳	درملنه	412
۴۷۴	درحم تیبانیک تقلصونه یا تخریشی رحم	413
۴۷۶	درحم ټونیک تقلصونه یا رترکشن	414
۴۷۶	کانسترکشن رینګ ډیسټوشیا	415
۴۷۷	سببونه ، میکانیزم ، فزیولوژیک رترکشن رینګ	416
۴۷۸	پېژندنه ، انزار	417
۴۸۰	درملنه	418
۴۸۱	د سرویکس کانستریکشن رینګ او سپرم	419
۴۸۲	ډیر قوي تقلصونه یا دردونه ، پېړنی زیږونه	420
۴۸۳	د پېړنی زیږونې یا د پریسپیتیت زیږونې خطرونه	421
۴۸۳	درملنه	422
۴۸۴	د کیدې د قدرت انومالی	423
۴۸۵	درملنه	424
۴۸۶	د پسنجر اعتلان انومالی کوپړی	425
۴۸۶	ویشننه (تصنیف)	426

۴۸۸	د کورپری د پرزیتیشن لپاره غیر معمول میکانیزم	427
۴۸۹	معدد دکورپری خلفی پوزیشن	428
۴۹۱	کورس (Course)	429
۴۹۳	کورس او پیژندنه	430
۴۹۵	درملنه	431
۴۹۵	داخلي ډیره تاویدنه	432
۴۹۷	د بسط وضعیت (ډیفالکشن)	433
۴۹۸	سببونه	434
۵۰۰	دمتوسط (منحنی) ورنکس پرزیتیشن	435
۵۰۲	کلینیکي کورس	436
۵۰۲	پیژندنه ، درملنه	437
۵۰۳	دوریخی پرزیتیشن	438
۵۰۴	میکانیزم	439
۵۰۵	پیژندنه	440
۵۰۶	انزار ، درملنه	441
۵۰۷	د منخ پرزیتیشن	442
۵۰۸	میکانیزم	443
۵۱۲	کلینیکي کورس ، پیژندنه	444
۵۱۵	پلاستیک بدلونونه	445
۵۱۵	انزار ، درملنه	446
۵۱۸	د بریچ پرزیتیشن ، سببونه ، ډولونه	447

۵۲۱	د کوپری هایپر اکسټنشن	448
۵۲۷	غیر معمول میکانیزم	449
۵۳۰	کلینیکی کورس	450
۵۳۰	پلاستیک بدلونونه	451
۵۳۲	پیژندنه	452
۵۳۴	انزار	453
۵۳۵	درملنه	454
۵۳۶	دبریچ پرزنتیشن زیریدنه	455
۵۳۸	سورور (مستعرض) پرزنتیشن ، سببونه	456
۵۳۹	میکانیزم او کلینیکی کورس	457
۵۴۰	وضعیت ، کورس	458
۵۴۴	پیژندنه	459
۵۴۵	مقعدی ګڼه ، مهلی ګڼه	460
۵۴۷	انزار	461
۵۴۷	درملنه	462
۵۴۸	دکورډ پرولاپس ، سببونه	463
۵۵۰	کورس او انزار	464
۵۵۰	پیژندنه ، درملنه	465
۵۵۳	کله چی د لاسونو او پښو پر وولاپس وکوپری سره مل وی	466
۵۵۴	ډیر لوی ماشوم د ډیسټوشیا علت ګرځی	467
۵۵۵	سببونه ، پیژندنه ، انزار ، درملنه	468
۵۵۶	هایدرو سفالوس	469

۵۵۷	پیژندنه	470
۵۵۸	درملنه	471
۵۵۹	دگیډی اتساع ، درملنه	472
۵۶۰	غشاوی ، درملنه	473
۵۶۰	وچه زیرونه ، درملنه	474
۵۶۰	د غشا ریچر لږه موده د مخه یا د زیرونې په مقدمه مرحله کېښې	475
۵۶۱	درملنه	476
۵۶۲	د پساژ د پستی برخی انومالی	477
۵۶۲	د سرویکس ریجیدیتی (شخی)	478
۵۶۲	Conglutination of external oss	479
۵۶۳	پیژندنه ، درملنه	480
۵۶۳	د مهبل تضیق یا شخوالی ، سببونه	481
۵۶۴	پیژندنه ، درملنه	482
۵۶۵	د فرج تضیق	483
۵۶۶	درملنه	484
۵۶۷	Dystocia Syndrome Dystrophia	485
۵۶۸	په ځوانه لومړۍ ځله کېښې زیرونه	486
۵۶۹	په ډیر عمر لرونکی لومړۍ ځله کېښې زیرونه	487
۵۶۹	په ډیر عمر لرونکی خو ځلو کېښې زیرونه	488
۵۷۱	نهم څپرکې	489
۵۷۱	د هډوکیزۍ حوصلی اېنارملیتی	490

۵۷۶	وېشنه ، تصنيف	491
۵۷۷	دا بناړمل حوصلې ډولونه چې د بلاړتوب لپاره اختلاطی وی	492
۵۸۱	عمومی متفصه جستوماينور يا کوچنی کاینیکوئید حوصلی	493
۵۸۴	د جستوماينور حوصلی علتونه	494
۵۸۴	د جستوماينور حوصلی علتونه	495
۵۸۴	همواره يا پلائيپلوئید حوصله	496
۵۸۶	پېژندنه	497
۵۸۷	عموماً متفصه همواره حوصلی	498
۵۸۹	کوکسا لجیک حوصله	499
۵۹۰	ناجیل حوصله	500
۵۹۰	پېژندنه	501
۵۹۲	مستعرضه حوصله ، درابرې حوصله	502
۵۹۲	کیفویټیک حوصله	503
۵۹۳	قیف ډول حوصله	504
۵۹۴	پېژندنه	505
۵۹۴	اسیمیلیشن حوصله	506
۵۹۶	سپانډیلو لیستیټیک حوصله	507
۵۹۷	پېژندنه	508
۵۹۷	اوسټیو مالاسیک حوصله	509
۵۹۹	داوسټیو مالاسیا نښې نښانې	510
۵۹۹	داوسټیو مالاسیا درملنه	511

٦٠٠	د حرقنی فخذی مفصلونو دواړه لورونه خلم ، پیژندنه	512
٦٠١	د حوصلی تر ضیضات	513
٦٠١	د عصص هډوکي خلم	514
٦٠١	د زیروني میکانیزم په متقلصه حوصله کبې	515
٦٠١	په همواره (پسته) حوصله کبې د زیروني میکانیزم	516
٦٠٢	د پریټال هډوکي قدامی پرزتیشن	517
٦٠٤	موندنی (Findings)	518
٦٠٤	Posterior parietal bone presentation	519
٦٠٥	موندنی (Findings)	520
٦٠٦	په عمومی متقلصه حوصله کبې د زیروني میکانیزم	521
٦٠٧	پیژندنه	522
٦٠٧	په قینی حوصله کبې د زیروني میکانیزم	523
٦١١	زیرونه په مستعرضه متقلصه حوصله کبې	524
٦١٤	زیرونه په مایله متقلصه حوصله کبې	525
٦١٥	په متقلصه حوصله کبې کانډکټ د زیروني لپاره	526
٦١٥	د پیژندنی څرنګوالی	527
٦١٩	درملنه	528
٦٢٠	لسم څپرکې	529
٦٢٠	د زیروني پینه د زیروني دکانال تر ضیضات	530
٦٢٠	مټانه، د حوصلی بندونه او هډوکي	531
٦٢٠	Vulva فرج	532

۶۲۱	Perineum The عجان	533
۶۲۴	Sub Pubic Tears	534
۶۲۴	د پرینیوم د خیریدنی علونه	535
۶۲۹	د پرینیوم د خیریدنی درملنه	536
۶۳۰	پرینیورافی	537
۶۳۲	دوهمه درجه خیریدنی	538
۶۳۶	دمهبل ناروغی	539
۶۳۶	د حوصلی د منضم نسج ناروغی	540
۶۳۷	درملنه	541
۶۳۸	د فرج او مهبل هیما توما ، سببونه	542
۶۳۹	کلینیکي نښې نښانې ، درملنه	543
۶۴۱	دانسی وحشی اپی زیوتومی جراحی کپنلاره	544
۶۴۴	منحنی (متوسط) اپی زیوتومی	545
۶۴۶	د سرویکس ناروغی (آقونه) ، درملنه	546
۶۴۹	د زیپونې په محال درحم ریچر ، سببونه	547
۶۵۱	ترضیضی ریچر	548
۶۵۲	پتالوزی	549
۶۵۳	کلینیکي نښې نښانې	550
۶۵۴	پیژندنه تهیدی ریچر	551
۶۵۵	Actual rupture	552
۶۵۶	توپیری پیژندنه	553
۶۵۶	نیمگړی ریچر (ناتام ریچر) ، انزار	554

۶۵۷	درملنه	555
۶۵۸	درحم رچر د بلاربتوب په محال	556
۶۵۹	کلینیکي نښې نښاني	557
۶۶۰	پېژندنه ، درملنه	558
۶۶۲	دزیرونې د وخت اتانات	559
۶۶۲	کلینیکي نښې نښاني توپیری پېژندنه ، درملنه	560
۶۶۳	مثانه	561
۶۶۴	فیسټولونه	562
۶۶۵	دحوصلی بندونه او هډوکي	563
۶۶۵	Rupture of the pelvic bones	564
۶۶۵	کلینیکي نښې نښاني	565
۶۶۷	د عصص هډوکي ټپي کيدنه	566
۶۶۸	یوولسم څپرکې	567
۶۶۸	دزیرونې د دریمی مرحلی پتالوژی	568
۶۶۸	دزیرونې وروسته وینه بهیدنه ، سببونه	569
۶۶۹	څیریدنی (شلیدنی)	570
۶۷۰	درحم اتونی	571
۶۷۳	کلینیکي نښې نښاني	572
۶۷۵	پېژندنه	573
۶۷۷	درملنه	574
۶۷۸	د مخنیوی لارې چارې	575

۶۷۹	د زېږون وروسته وینه بهېدنه (Postpartum hemorrhage):	576
۶۷۹	لاملونه او خطري:	577
۶۷۹	درملنه:	578
۶۸۰	کله چې غېر جراحي درملنې بريالې نشي لاندې جراحي درملنې تر سره کېږي:	579
۶۸۰	د (B-Lynch suture) جراحي کړنلاره:	580
۶۸۲	د فورسپس (Forceps) څخه د زېږون لپاره کار اخيستل .	581
۶۸۳	د فورسپس تخنيک په اوکسيټ- قدامي پوزيشن کې :	582
۶۸۳	اختلاطونه:	583
۶۸۴	درې ډوله فورسپس په لاندې پېښو کې کارول شي:	584
۶۸۵	د فورسپس د کارولو لپاره استطباب :	585
۶۸۶	د فورسپس لپاره (Forceps) د تطليق اساسات:	586
۶۸۷	فورسس په Occipitosacral پوزيشن اوياهم په R.O.P يا L.O.P کېږي :	587
۶۹۲	د ژورې مستعرضې بنديدنې په حالاتو کې د فورسپس څخه کار اخيستل	588
۶۹۴	دمستعرض بنديدنې - R.O.T – R.O : 90 ⁰ degree لپاره تخنيک اوکړنه :	589
۶۹۵	: Scanzoni – Smellie Operation	590
۶۹۶	دمتخني فورسپس پروسيجر ستونزې	591
۶۹۷	د فورسپس کړنه دمخ په پرزنيشن کېږي :	592
۶۹۸	د فورسپس د Blade تطليق وروسته لدې چې د زني تاويدنه واقع شي .	593
۶۹۹	د تاويدنې د بندښت لپاره د فورسپس کړنلاره	594

۶۹۹	فورسپس د وریخو پرز تیشن کنبی	595
۷۰۰	دعلوی (پورته) فورسپس کړنلاره	596
۷۰۲	دعلوی فورسپس لپاره استطباب :	597
۷۰۳	د کیلانډ فورسپس (The Kjelland's Forceps):	598
۷۰۴	فورسپس نه بریالیتوب	599
۷۰۵	انزاز:	600
۷۰۶	دمنحنی لیکي لپاسه دسیزاین سکشن لپاره او د موضعی انیستیزی کړنی دبنسټ تخنیک :	601
۷۰۹	دسرویکال سیزاین سکشن لپاره دبنیگوشمیرل :	602
۷۱۰	خارج الپری توانی سیزاین سکشن	603
۷۱۰	دواټرس جراحی کړنلاره اوتخنیک :	604
۷۱۳	سیزاین سکشن هسترگومی	605
۷۱۳	استطباب :	606
۷۱۴	دجراحی کړنلاری تخنیک :	607
۷۱۷	دسیزاین سکشن سره دعقامت کړنلاری	608
۷۱۸	دزیرون میتودونه	609
۷۱۸	په ماشوم باندی دجراحی کړنی سرته رسول .	610
۷۱۸	کرائیوتومی Craniotomy:	611
۷۱۸	کرائیوکلایس Cranioclasia:	612
۷۱۹	سوری کول Perforation:	613
۷۱۹	دکوپری غوڅول (دکپیتیشن Decapitation):	614
۷۲۰	امبریوتومی Embryotomy :	615

۷۲۱	: Exentration or Evisceration ایواسریشن	616
۷۲۱	:Brachiotomy براخیو ټومی	617
۷۲۱	:Cleidotomy کلیدو ټومی	618
۷۲۲	:Bisection دوه ټوټې کول (بایسکشن)	619
۷۲۲	“Therapeutic. Abortion” درملنیز سقط او زیږونه	620
۷۲۵	بطنی هستیروټومی او عقیم کول:	621
۷۲۸	د چاپیریال فکټورونه :	622
۷۲۸	انتانی عوامل :	623
۷۳۰	: Radiation وړانګې	624
۷۳۰	: Chemical Agents کیمیاوی عناصر	625
۷۳۲	: Hormones هورمونونه	626
۷۳۳	-: Phenylketonurea فینایل کیتونوریا	627
۷۳۳	: Nutritional Deficiency د خوراکي نشووالی	628
۷۳۴	: Hypoxia هایپوکسیا	629
۷۳۴	د چاپیریال یماوی عناصر :	630
۷۳۵	د بلارټوب اړوند ځانګړي آزمویني	631
۷۳۵	په پرې نیټال دوره کې د جنیټیک تشوشاتو پېژندنه :	632
۷۳۵	: Amniocentesis امنیوسنتیزس	633
۷۳۵	:Technique تخنیک	634
۷۳۷	د کروموزوم اېنارملیتی :	635
۷۳۸	: (Hemoglobinopathies) د هیموګلوبین ناروغی	636

۷۳۸	دماشوم دهیموفلیا ناروغی تاکه :	637
۷۳۸	دماشوم دپوستکی دناروغیو تاکه :	638
۷۳۸	- رادیولوژی :	639
۷۳۸	- التراسونوگرافی :	640
۷۳۹	- فیتوسکوپي :	641
۷۳۹	- دماشوم Electro Cardiograph او Echo cardiography :	642
۷۳۹	- دماشوم دهاضمي جهاز انومالی :	643
۷۳۹	- دپنستورگو او بولی سیستم انومالی :	644
۷۳۹	- الفافیتوپروتین :	645
۷۴۰	Fetal Heart Rate Monitoring Techniques	646
۷۴۰	: Monitoring of fetal movement	647
۷۴۰	Oxytocin challenging test	648

اوم خپرکی

هغه بلاربتوب چې د نیوپلازم پواسطه یې اختلاط موندلی

Pregnancy Complicated by Neoplasm

فیبرمایوما (Fibromyoma)، لیومایوما (Leiomyoma)، مایوما (Myoma)

عالمانو Gainey او Keeler دغه ناروغي د بلاربتوب سره مل (0.5%) تثیت کړېده او دا د شته والي په صورت کې بنیایي د پام وړ موضوع وي همدارنگه Hence په خپر نه کې یو په سلو کې (1%) تثیت کړېده.



Fig. Cut surface of a fibroid showing fibrous tissue and whorled appearance.

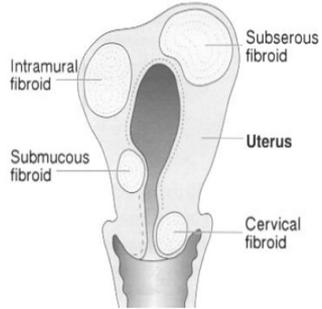


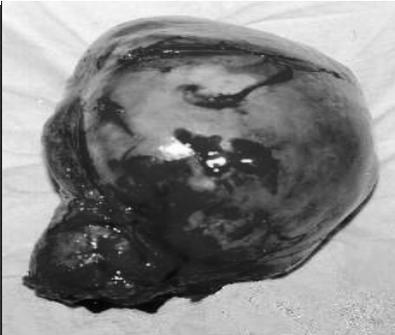
Fig. Types of fibroids.

د بلاربتوب اغېزه په فیبرو مایوما:

د بلاربتوب په وخت چې مایوما بنیایي پخوا د تثیت وړ نه وه او د رحم په غټوالي کې نه تثیت کېدله او د بلاربتوب لومړي نیمايي پورې نه تثیت کېدله، Odell او Randbell داسې څرگنده کړېده چې د ملساد عضلاتو فایبر هاپیرو تروفی یا هاپیرپلازی دمنضم نسج Stroma کبسی دمایوما په تومور کبسی د بلاربتوب په وخت نه لیدل کېږي. د شیدیدو استحالوي بدلونونو له کبله چې په قاعده د مایوما کې اذینا منځ ته راځي د مایوما د لویوالي سبب ګرځي. خو دغه ضخامه باید د کلینکي اعراضو سره مل وي.

یوه لویه مایوما کې چېرې د حوصلې په برخه کې وي دومره شاید غټوالی ومومي چی دحوصلی دارګانونو دتر فشار راتلو او یا Incarceration لامل وګرځي. د مایوما په وعایي بڼه کې ورځ په

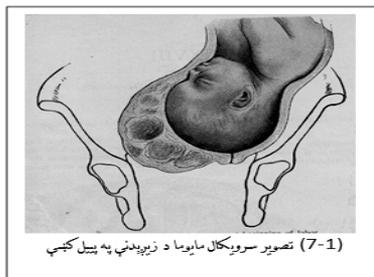
روح زیاتوالی منخ ته راځي سیستیک او نورې استحالوي بدلېدنې منخ ته راځي په نادر وپېنسوکې تقيح او گانگرن منخ ته راتلای شي چې ورته سره - استحاله (Red-degeneration) ویل کیږي. که چېرې د نوموړي ناروغي سره درد، تبه، لوکوسیتوز او د سروکریواتورسوب چټکتیا (Sedimentation-Rate) مل وي پدې صورت کې د Myomectomy او حتی د Hysterectomy د جراحی کړنلاره ترسره کیږي.



د تومور د بې حایه کېدنې له کبله د تومور بڼه ښایي توپیر ومومي که چېرې میوماد سرویکس برخې سره تماس ولري دا به د رحم جسم پورته لوري ته ترکشن کړي او له نېکه مرغه به د گیدې په جوف کې زیاتوالې څرگندشي په نورو حالتونو کې ښایي د زېږیدنې د بلاک (انسداد) علت وگرځي. په دې هکله (7-1) او (7-2) تصویر ته پاملرنه وکړي.



(7-2) تصویر سرویکال مایوما د پوره اتساح په وخت کې



(7-1) تصویر سرویکال مایوما د زېږیدنې په پیل کې

که چېرې تومور په پورته برخه کې وي د پېژندنې په هکله ښایي ډاکټر د ستونزې سره د بلارټوب په وخت مخامخ کړي او د نظر څرگندونې په هکله به وعده ونشي کړای. ښایي د هکې د ودې په اساس مایوما همواره بڼه اختیاره کړي که چېرې شو تومورونه د مایوما شته والی ولری یوله بله به لري او جلاوي او د دوی تر منخ به د پېلنټ ټکی شته والی ولري.

تحت المصلی Sub serous مایوما بنیایي تاویدنه وکړي یا نکروز وکړي او یا هم حوصلې ته پرولاپس وکړي. د بین الخلالی (Interstitial) تومور شته والی په صورت کې معمولاً کله د سطحې لوري ته راوړي چې نادره خبره ده او تحت المخاطي Sub mucous مایوما هم نادر ده او ډېر د پولپ لوري ته لیوالتیا لري او د سرویکس څخه بنیایي بهر ته راوړي.

د زیروني په وخت کې بنیایي تومور یا مایوما د کوپړی پواسطه وځپل (Crush) شي. د پورپیریوم په وخت اکثراً مایوما د رحم سره یوه اندازه راوړي د تومور نکروز او منتن کېدنه منځ ته راتلای شي دا منتن کېدنه په عادي ډول د اندومتروبیوم د اتان کېدنې له لارې لکه د زیروني په وخت د ټپي کېدنې له کبله چې د تومور لپاسه واقع دي منځ ته راځي. همدارنگه د بلاربتوب په وخت دردونه او اعراض ډېروالی مومي په ټولو ناروغانو کې په درد شته والی ولري او یښه بهېدنه به داسې څرکد کړي چی Threatened Abortion منځ ته راتلونکی دی. که چېرې تومور ډېر لوی وي بنیایي کېده ډېره لویه وي او د تنفسي سیستم ستونزه د دیافراگم تر فشار راتلو له کبله منځ ته راوړي.

د مایوما اغېزه په بلاربتوب باندې

دا اغېزه به راز راز وي. هغه بنځه چې دا تومور ولري بنیایي عقیم تلقی یا وپېژندل

شي د سقط خطر د نورو په نسبت دوه چنده زیاتوالی لري دا به قسماً په هغه بنځو کې چې Submucous تومور لري حقیقت ولري. او د بین الاخلالي او تحت المصلی تومور نه به لږه اغېزه ولري که چېرې تومور ډېر لوی او د سرویکس سره نږدې وي خپله اغېزه به څرکده کړي. د پلاسنټا پریویا حالت د تومور د شته په صورت کې ډېر لیدل شوي دي.

مایوما هېڅلکه د زیروني په وخت ستونزه منځ ته نه راوړي خو که چېرې تومور د حوصلې یا پلاسنټا

سره نښتي او یا Impacted وي اخطلاط منځ ته

راوړای شي. همدارنگه تر ټولو څخه زیات تحت

المصلی مایوما subserous myoma چی

نښکې Impacted وي د ډېرې زیاتې ستونزې

سبب گرځي دا ځکه چې لږه لیوالتیا لري چې د

تقلص په وخت پورته شي تر څو رحم ترکت شي

پدې هکله (7-3) تصویرته پاملرنه وکړي.

پرېما چور زیرېدنه (12,3%) په 1001 پېښود



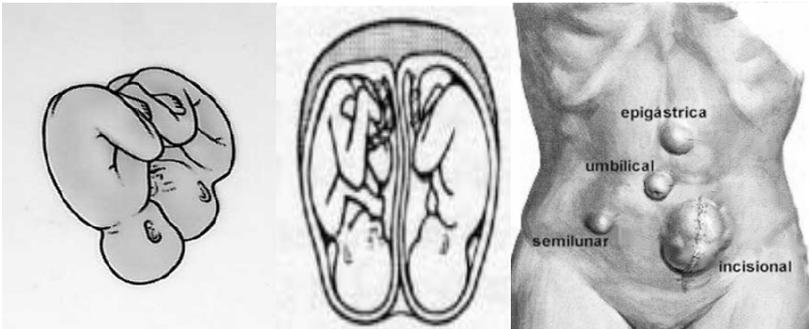
(7-3) تصویر تحت المصلی مایوما په حوصله کښې

مایوما کې ګڼل شوي. فیرومایوما معمولاً د زېږونې پرمیکانیزم اغېزه اچوي د رحم تقلص اکثرأ قوي او درد ناکه وي. که چېرې زېږونه د تومور پواسطه د انسداد سره مخامخ شي رحم به رېچر وکړي، سره لدې حتی دردونه یا تفلصونه ضعیف وي او اټوني شته والی لري. د پوزیشن اېنار ملتي لکه (Shoulder, Face, breach) ډېره لېوالتیا څرګند وي. په دریمه مرحله د زېږونه کې وینه بهېدنه ډېره وي دا ځکه چې رحم نشي کولای کوچني اوعی د پلاستا د برخې تر فشار لاندې راوړي او هموستاز وشي. د پلاستا التصاق که چېرې د تومور سره شته والی ولري دا به په جلا کېدنه کې ستونزه منځ ته راوړي. د زېږونې په وروسته مرحله کې (پورپیریا) کې تومور د لوشیال بهر Lochial Flow د ترلو سبب ګرځي او د Lochio metria سبب کېږي دا شاید هګی اچول په شا وغورځوي او فلیبو ترومبوزس او سپسیس لپاره مساعده زمینه برابر وي.

پېژندنه **Diagnosis**:

د ناروغي پېژندنه د کلینیکي نښو نښانو له مخې،، د کلي د شته والي له مخې په ګڼه کښې د ګڼې د کلي د چپک لوندې له مخې تره سره کېږي دا التراساوند ګڼه په پېژندنه کې غوره رول لري. همدارنګه د مایوما شته والی د لاندې حالتونو د شته والي په صورت د غلطې سره مخامخ کېږي.

- دوه ګوني ماشومان (Twins)
- د هګی ځالي تومور (Ovarian Tumor)
- دوه ګوني رحم (Double uterus)
- د ګڼې د جوف د جدار فیبروما
- هیماټوما (غوټه شوې وینه) او شحم Fat
- د لیتریق Litter's Hernea



همدارنگه کله چې زېږونه وشي جسم رحم لاهم پورته موقعیت لري او د Involution حالت مرحله په په کراره وي. کله چې لاپراتومي وشي او د کېدې جوف واز شي نو توپيري پېژندنه د رحم او تومور تر منځ داسې ده.

- بلارب رحم توربخن رنگ لري او احتقاني حالت سره د پېروالي به نفیرونو او لیکامنتونو کې شته والی ولري.

همدارنگه د میایوما د شته والي په صورت کې کله روښانه رنگ لري او د درانده ډول راپورته کېږي او غیر متناظر دی یو مجرب جراح ډېر ژر دغه خبره پستیلې شي. همدارنگه بذل پواسطه د رحم څخه امینوتیک مایع راوړي چې په تومور کې دا منفي کگل کېږي.

د فیبروما یوما او بلاربتوب توپیر

فیبروما یوما:

- i. زړه بدوالی او کانګې به نوی او یا وینه بهېدنه به شته والی ولري.
- ii. تومور تل غیر متناظر او نوډولردی او کلک جس کېږي
- iii. په تومور کې تقلصات نشتوالی لري.
- iv. گردې لیکامنت، نفیرونه او هګۍ خاله په غیر نورمال ډول وي.
- v. سرویکس ر ترتکت، په حوصلې کې پورته، کلک وي.
- vi. د بلاربتوب د وخت د جنین غږونه نه اورېدل کېږي.
- vii. په راپوګرافي کې کوم ډول بدلون نه لیدل کېږي ترڅو چې تومور Calcareous نشي.
- viii. د بلاربتوب د وخت د ټاګې آزمویښې منفي وي.
- ix. د التراساوند پواسطه به Complex کله ولیدل شي.

بلاربتوب:

- i. زړه بدوالی کانګې به شته والی ولري او وینه بهېدنه به نشتوالی ولري.
- ii. د تومور کله به تل متناظر وي او منظم به وي او پوستوالی به شته والی ولري.
- iii. د بلاربتوب په وخت کې د رحم د کلې تقلصونه شته والی لري.
- iv. گردې لیکامنت نفیرونه، هګۍ خالې به په خپل نورمال ځای کې وي.
- v. سرویکس به ښکته په حوصله کې وي لوی او پوست به وي.
- vi. د فیتوس د زړه آوازونه اورېدل کېږي وروسته له پنځمې میاشې تل اورېدل کېږي.

- .vii کپدای شي چې د جس پواسطه د ماشوم اسکلیت حس شي.
- .viii د رادیوگرافي پواسطه د ماشوم د اسکلیت پته کيږي.
- .ix د بلاربتوب د وخت آزمويڼې مثبت وي.
- .x د التراسوند پواسطه د ماشوم عمر او غړی پوهېدل کيږي.

انزار:

د نومور شته والی که چېرې د زېږونې په وخت د کانال د انسداد سبب نشي زېږونه به په بريالی توگه تر سره نشي، اوکه چېرې د انسداد سبب وگرځي بنايي د ناوړه اختلاطونو علت وگرځي.

د مایوما درملنه:

د مایوما درملنه د بلاربتوب په لومړیو کې:

هېڅکله په دغه مرحله کې سقط نه تر سره کېږي باید پرېښودل شي چې جنین تر Term ورسېږي. که چېرې په طبیعي ډول زېږونه منځ ته راشي کومې مداخلې ته اړتیا نشته او که چېرته زېږونه په عادي ډول نه وي پدې صورت کې به د جراحي کړنلاره ترسره کړل شي. همدارنگه که چېرې د بلاربتوب په وخت د تومور اختلاطونه لکه د ډېره زیاته وده چې ګېده لویه کړي، همدارنگه یو لړ کلینیکي نښې لکه دردونه د تومور نکرزو، تورشن، چې حاد بطن څرګندوي باید د جراحي کړنلاره ترسره شي. که چېرې د لاپراټومي په وخت د هر ډول تومور سره مخامخ شو باید هغه غوڅ او راوویستل شي. زیار دې وایستل شي چې بلاربتوب په خپل حال پرېښودل شي او ورسره کوم غرض ونشي. او که چېرې د تومور له کبله د رحم د نسج تخریب (ویجاړتیا) ډېره وي او ډېره وینه ورکونکې رحم شته والی ولري په دې صورت کې هسترګومي ترسره کېږي. ډېر لیدل شويدي چې د بې مودې ماشوم، او سقط وروسته له میومکومي منځ ته راغلي.

جراح باید مخکې له مخکې د ناروغ خپلوان او یا ناروغ وپوهوي چې ښایي هسترګومی ورته ګټه وړه وي او ګېدې وازېدلو په وخت به دا قضاوت وکړل شي او په دې هغوی باوري کړي. کله نا کله داسې پیښې چې میومکومي او سیزارین سکشن دواړه یوځای تر سره کېږي چې دا ډېره زیانمن او خطرناکه کړنلاره ده او ښایي دمړینې سبب وګرځي.

کله داسې پیښې چې میومکومي ډېره ګرانه وي له دې سره یوځای ایجاب کوي چې له مهبل پورته SupraVaginal هسترګومي تر سره شي. د درملنې په وخت دې وینه بهېدنې ته ډېره پاملرنه وشي. داسې پیښې چې تومور د اومتوم او نورو انساجو سره التصاق ولري باید تومور لومړی له التصاق توخه آزاد کړل شي او وینه ورکونکې رګونه دې غوټه کړل شي او د نورو غړو سره دې پاملرنه وشي چې ژوبل نشي. که چېرې تومورونه دوه یا زیات وي باید د همدغه جراحي کړنلارې سره راوویستل شي. د جراحي کړنلارې سرته رسولو وروسته د ګېډې جوف تړل کېږي او د جراحي بنسټونو سره سم درملنه ورته ترسره کېږي.

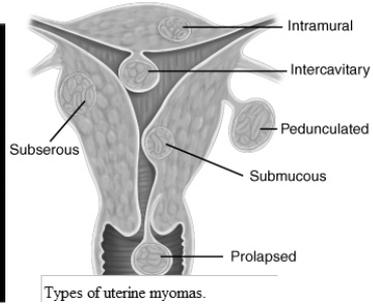
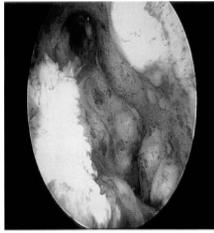


Fig. 2 Multiple submucosal fibroids.

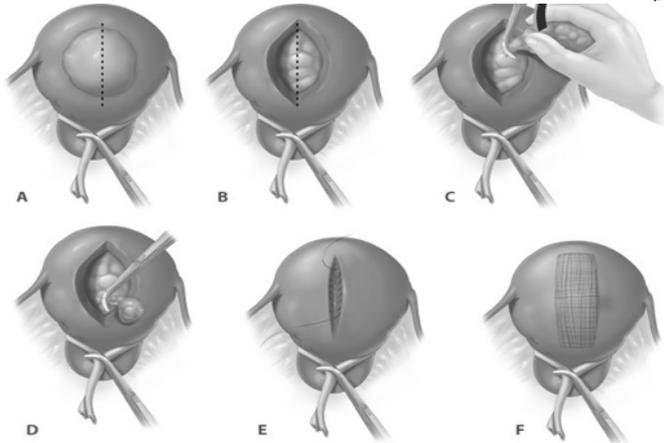
د مایوما درملنه د ترم یا زېږونې په وخت کې:

A. پاکې پېښې Clean Cases: په ډېره پاملرنه او پاکې سره دې د بلارېټوب په وروستيو کې فزيکي کتنه ترسره شي چې آيا تومور د زېږونې د انسداد سبب کېږي او که دا دې ښه وپتيل شي. فيبروما په ډېرو ښخو کېښی په زېږونه کومه اغېزه نه اچوي او پرېښودل دی شي چې ښځه د مهبل له لارې خپله زېږونه وکړي. که چېرې زېږونکې تقلصونه او پساز د مایوما حالت داسې څرگند کړي چې د خرابېدو لوري ته شي. او همدارنگه د متقلصه حوصلې پواسطه تنگوالی منځ ته راغلی وي او د تومور د خپل کېدنې علت ګرځي دلته به د جراحي کړنلاره ښه لاره وي. که چېرې د مایوما له کبله د کانال انسداد منځ ته راغلي وي په دې هلکه باید وروسته له باوري کېدنې د سيزارین سکشن دی دغه ناروغ ته ترم Term په نږدې کې تر سره شي. کله چې رحم له پلاستا او ماشوم څخه پاک کړل شو دا به ښه وي چې تومور په خپل حال پرېښودل شي او کله چې ناروغ ښه تيار شي باید د جراحي کړنلارې پواسطه ورته د Myomectomy جراحي کړنلاره تر سره شي.

B. ناپاکه پېښه Infected Cases: د دغه راز ناروغانو سره د مخامخ کېدنې سره باید سم ډېره پاملرنه وشي ځکه دا ډېر خطر ناکه حالت دی. که چېرې بلارېټوب په يوه ښه اندازې سره پر مخ تللي وي او اتان هلته نفوذ کړي وي په دې صورت کې بريالی زېږونه ناممکنه خبره ده پرته له دې چې د تومور سره غرض وکړل شي Supra Vaginal هستېرکومي ورته ترسره کېږي. او اتسي بيوټيکونه ورکړل کېږي.

C. د پورېپريوم په وخت کې: په دې وخت کې تومور کومه ستونزه نه پېښوي او که چېرې تومور ثوبق لرونکی وي او مهبل له لارې ښکاره کېږي او راوړي دابه ښه وي چې د مهبل له لارې تومور راوويستل شي. خو دا کار ډېر ژر تر ژره د زېږونې وروسته نه تر سره کېږي تر څو چې د وينه بهېدنې او منن کېدنې خطر نه وي.

لاپراتومي له لارې د تومور جراحي پدغه وخت له خطر ډکه ده او بنايي د مړينې سبب وگرځي. د جراحي کړنلارې د سرته رسولو څخه وروسته بڼه د وسيع الساحه اتې بيوتیکونه او نورې جراحي او ساتونکې درملنې ترسره کېږي.



Myomectomy. A. Hemostatic "tourniquet" in place before myomectomy. B. Uterine incision for myomectomy. C. Removal of myoma. D. Several myomas may be removed through a single incision. E. The uterine wound is closed with an absorbable suture. F. The uterine wound covered with mesh to retard adhesions.

د هګۍ خالي تومورونه

دا د هګۍ خالي تومورونه د مایوما په نسبت ډېر نادر منځ ته راځي خو د هګۍ خالی سیستونه ډېر معمول خبره ده او داسې ښکاري چې دوی د عقامت علت گرځېدلی وي. Multilocular سیستونه د (68%) او Dermoid سیستونه (27%) فیروما او Solid adenoma (2%) او خبیث Malignant تومورونه (5%) منځ ته راځي. Lutein Cysts ډېر د هایداتید فورم مول سره مل وي. همدارنگه علماؤ Hamilton او Higgins (19) داسې پېښې وموندلې چې انډو متریزوس پې درلود پنځه (5) پېښې د Bernert umors او یوولس (11) پېښې Dysgerminosa د بلاربتوب په وخت په خپلې څېړنې تثبیت کړې دي.

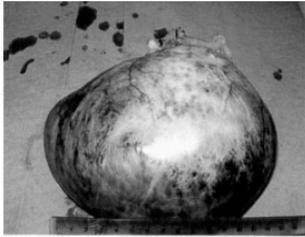
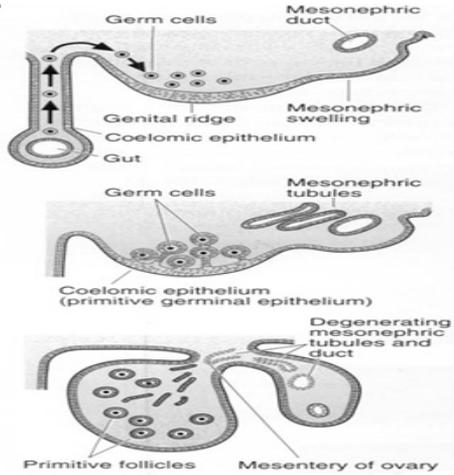
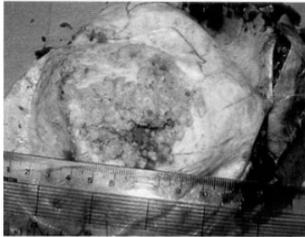
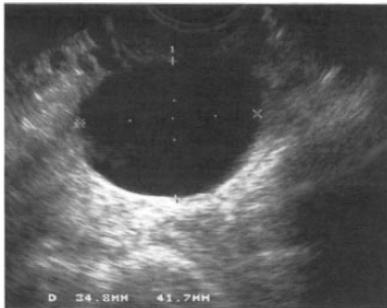


Fig. Serous cystadenoma.



Development of the ovary.

همدارنگه Bossert خوارلس 14 پېښې د هګۍ ځالی خيټ تومورنه د بلاربتوب سره مل وموندلې. د بلاربتوب په وخت د هګۍ ځالی خيټ تومورونه دومره پر بلاربتوب اغېزه نه اچوي لکه د فيبرو مايموسا په څېر دا چې Dyspnea او Palpitation ښايي د تومور د ډېر غټوالي له کبله منځ ته راشي. خودا نادره ده. همدارنگه Tortion (تاوېدنه) د ثوبق څخه، وینه بهېدنه د سيست Cyst د ننه ته تقيج او نکروزس کله ناکله پېښ کېدای شي. په زېږونه باندې کومه اغېزه نه اچوي تر څو چې حوصلې ته نه وي رابښکته شوې. همدارنگه دا تومورونه د زېږونې څخه په وروسته مرحله هم کومه خاصه اغېزې نه پرېپاسي.



(a) Ultrasound examination of ovarian cyst.



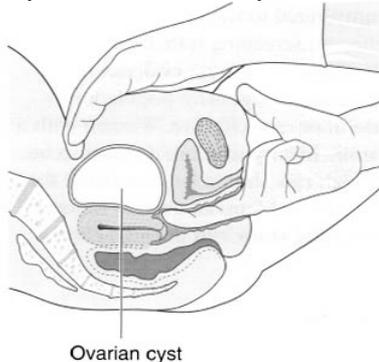
(b) Projections into a malignant cyst.

په بلاربتوب باندې د هګۍ ځالی سيست لږه اغېزه اچوي او سقط هغه وخت منځ ته راځي چې تومور ډېر لوی وي او په حوصله کې Incarcerated يا بند پاتې وي او همدارنگه کله چې په رحم باندې دوډې له پلوه اغېزه وکړي او يا تدور وکړي يا متن شي د سقط خطر شته والی لري. د هګۍ ځالی سيست کله چې په حوصله کې وي او هلته بند وي د زېږونې په وخت د ماشوم د د تيريدنې لپاره ستونزه منځ ته راوړي او د کانال

انسداد منخ ته راوړي. خودا دومره نه وي لکه چې په مایوما کې وي. Malpresentation معمولاً د تومورونو سره مل وي، Purperium ډېر سخت وي د تومور د ترضیض، نکروز، هموراژ اتان او تقيح له کبله او ډېر افزازات لري. که چېرې تومور د ریکوم سره نښتې وي ډېر د اتان اخیستې سره لیوالتیا څرګندوي او د کرلون Bacilli نه پاملرنه وکړي. پدې هکله (7-4) تصویر ته پاملرنه وکړي. معمولاً Dermoid ډول په راډیولوژي کې نښت وړ دی. په درموئید کې د وینې بهیدني سرخې ته هم پاملرنه وکړي.



(7-4) تصویر درموئید تومور چې د حوصلې انسدادی حالت یې جوړ کړي.



د تومور پیژندنه:

په لومړینو میاشتو کې په ساده ګی سره کولای شو چې یو بلارې رحم له ګردې Rounded خوځنده (Movable) ثویق لرونکې Pedunculated تومور چې د هغه تر څنګه پروت وي وپېژنو خو بعضاً به دا پیژندنه ګرانه وي لکه کله چې Intraligamented د لیګامنتونو تر منځ وي او یا تومور د حوصلې برخې ته پرولاپس کړای وي او تومور د رحم خلف ته پروت وي د دغه حالت توپیري پیژندنه باید له Ectopic pregnancy او یا Retroflexed gravid رحم سره تر سره شي. پدې لړ کې مایوماد رحم لوی تومور او د پښتورګو تومورونه هم له یاده ونه ایستل شي.

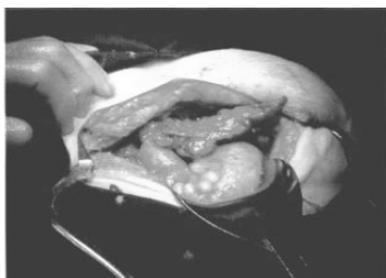
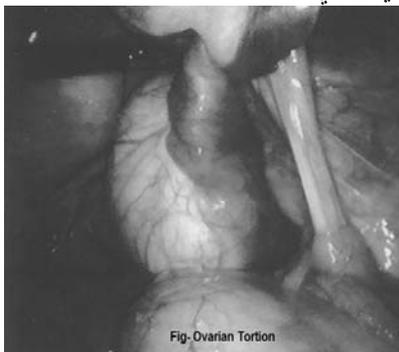


Fig. Omental 'cake' in a stage 3c ovarian adenocarcinoma.

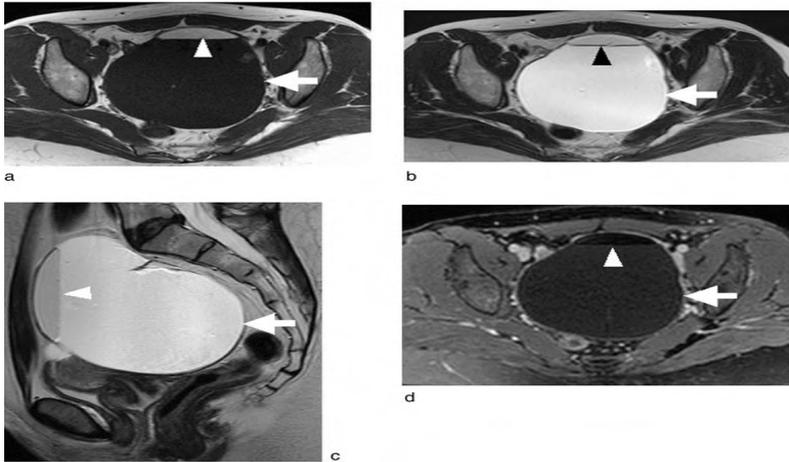


Figure . Benign cystic teratoma. (a) Axial T1-weighted, (b) axial and (c) sagittal T2-weighted, and (d) post-intravenous gadolinium-enhanced fat-suppressed T1-weighted images show a pelvic mass (arrows) lying above the uterus. The mass shows a fat-fluid level (arrowhead). The fat can be seen as high-signal intensity on both the T1- and T2-weighted scans and shows loss of signal on the fat-suppressed image, i.e. similar signal intensity to intrapelvic and subcutaneous fat.

ډاکټر باید په یاد ولري د هکې خالی د سیست تدور، بې حایه بلاریدنه او اپنډیسیت همداراز نشي منځ ته راوړي. همدارنگه په وروسټیو میاشود بلاربتوب کې د زېړونې په وخت کې به ستونزه منځ ته راوړي که چېرې تومور ډېر پورته وي ترکیدلاندې برخه کې به وي او که د رحم سره نښتې وي دا په دوه گونې بلاربتوب څرگندونه وکړي. همدارنگه د Myoma یا Double uterus لوري ته به پام واړوي. د (Rectal. Esam) ښایي د تومور شته والی څرگند کړي یو Ovarian سیست ښایي د ماشوم د کوپړۍ یا دوهم Twin دوه گونې سره غلط کړل شي. پدې هکله د التراساوند کتنه غوره رول لري چې کولای شي د کلې ځانگړتیاوې په گوته کړي.

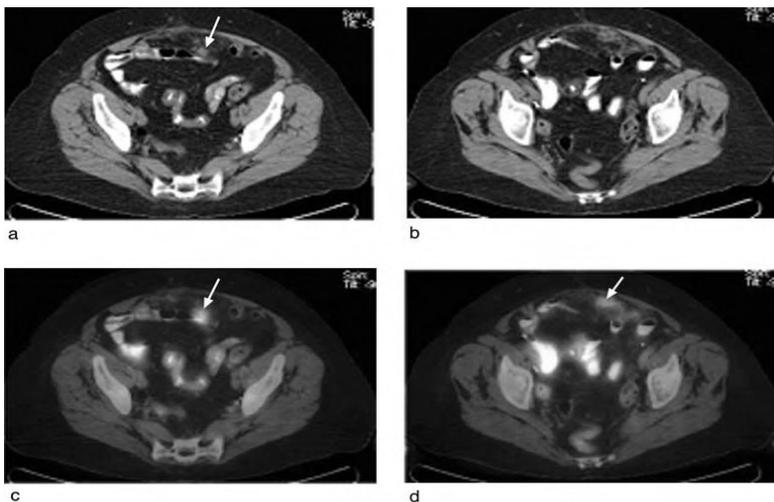


Fig . (a,b) Patient with omental tumour recurrence on CT (arrowed). (c,d) These multiple small omental masses demonstrate increased FDG uptake (arrowed).

انزار د ناروغي ښه ندي دا ځكه چې تومور هغه وخت كشف كيږي چې پوره وده يي كړېده او مجاورو انساجوته يي خپرېدنه كړي وي او د جراحي درملنه او راديو تراپي هم ډېره كچه وړه نه تماميږي.
درملنه:

i - د بلاربتوب په وخت:

ډېر علما په دې عقیده دي چې کله چې تومور وپېژندل شو باید راوویستل شي نو ښه به دا وي چې کله چې تومور ډېر لوی وي او یا په ناڅاپه توګه ورته د تاوېدنې اعراض زیاتوالی ومومي پدې حالت کې ډېر د سقط خطر شته والی لري باید د جراحي مداخله وشي (12) او نیو بلاربتوب ته کوم خطر متوجه نه وي. که چېرې Ovariancyst د پام وړ وي دابه ښه وی چې تردریمی میاشتی پایلی او یا څلورمی میاشتی پوری انتظار وایستل شي. د هګۍ حال د تومور او Oophorosalpangectomy څخه وروسته تر څو میاشتنو بلاربتوب دوام موندلای شي سقط منځ ته راځي. هغه حالتونه چې پېرني جراحي کړنلاره ورته تر سره کیږي لاندې ډول دي.

- د خباث Malignancy شته والی.
- د ثوبق Pedicle تاوېدنه.
- د تومور د اتانې حالت شته والی.

- د کډې د ډېر غټوالي له کبله چې ډیافراگم تر فشار لاندې وي.

ii د زېږوني په وخت:

لانډيني ليکي او پروسيجرونه بايد تعقيب کړل شي.

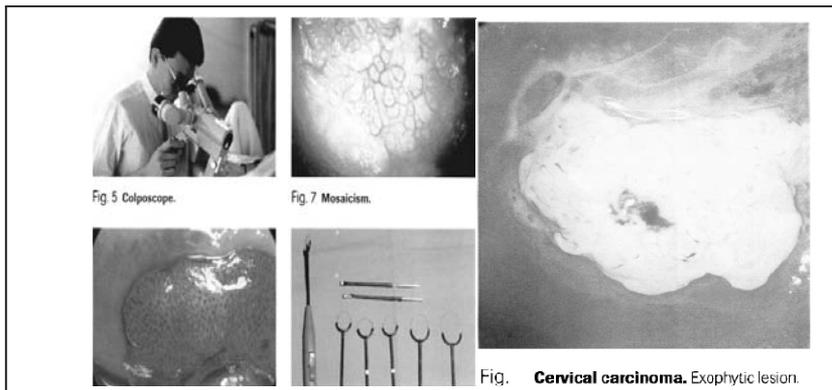
۱. د فشار راوستلو لاندې زېږونه د تومور په اورېدو.
۲. په احتياط او ظرافت سره که تومور ځای په ځای شي زېږونه په بنه وشي. زېږونه به بنفسي وي او جراحي کړنلاره ښايي په ښکتنې برخه کې اړتيا پرېوزي.
۳. مهبلي بدل، څېرېدنه او يا د سيست روايسته ښايي د ښکته لارې څخه د زېږوني پواسطه ساده کړل شي او يا د کڅوړې برخه نا څاپه د جراحي پواسطه راويستل کېږي.
۴. د کډې د لارې Ovariectomy په تعقيب د ښکتنې زېږوني ترسره کېږي.
۵. Lapra trachelotomy د هڅې ځالی د تومور د Exitirpation پواسطه ترسره کېږي.

په يوه پاکه پېښه کې چې پر نه له اتان څخه وي او پخوا ورباندې جراحي مداخله نه وي شوی او اورېده زېږونه ولري او په د ځای کېدني کړنه بريالی نه وي د دې لپاره د Lapra trachelotomy کړنلاره تر سره کېږي لومړی ماشوم زېږول کېږي او د رحم جوف گڼدل کېږي يا په چټکۍ سره تومور راويستل کېږي. که چېرې يو سيست د زېږوني د کانال د انسداد سبب وگرځي دا به بنه وي چې د وې غټې سټې (لوی قطر) پواسطه سيست بدل کړل نشي ترڅو زېږونه ترسره شي او يا وروسته د جذري درملني په هکله ټکل وشي او سيست راويسته دي (24) ساعته وروسته تر سره شي که چېرې عمليات شاته وغورځول شي د ناروغ جدي څارنه دي وشي.

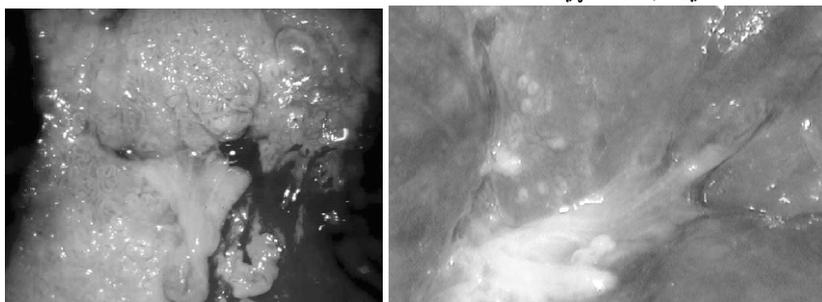
- ناروغ ته په د نظر وړ غوره وسيع الساحة اتي بيوتیکونه ورکړل شي.
- د ناروغ وينه لږه دې اصلاح شي.
- د ناروغ د ژوند علایم دې په جدي توگه وڅارل شي.
- پاک پانسما نونه دې تر سره شي.
- ناروغ ته دمې په وخت سره د خولې له لارې غوره غذا ورکړل شي.

د سرویکس کارسینوما (Carcenoma of Cervix)

د سرویکس د کارسینوما منځ ته راتگ چې (Willson) پواسطه يوڅېړنه تر سره شوېده (0,015%) ټاکل شوېده. همدارنگه د بلاربتوب په وخت کې د سرویکس کارسینوما چې (Muino او Mussey) پواسطه څېړنه شوي د دوی پواسطه (0.7%) ټاکل شوېده. او اکثریت دغه کارسینوما د بلاربتوب په وخت د



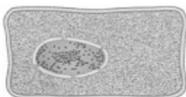
Squamous cell epithelium له ډول څخه نښت شوېدی پدې هکله د (0,7-5) تصویر ته پاملرنه وکړي.



(7-5) تصویر

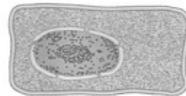
Mild dyskaryosis

- Superficial cell
- Normal-sized nucleus
- Mild nuclear abnormalities
- Abundant cytoplasm
- Angular cell borders



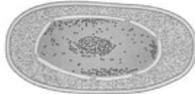
Moderate dyskaryosis

- Intermediate cell
- Nucleus larger than normal, but < 50% of cell



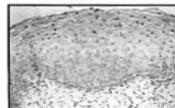
Severe dyskaryosis

- Parabasal cell
- Nucleus > 50% of cell
- Cell border rounded
- Nucleus darker (hyperchromatic)
- Nucleus irregular



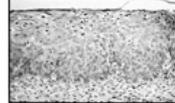
CIN 1

- Upper $\frac{2}{3}$ of epithelium exhibits reasonable differentiation
- Mild nuclear abnormalities, most marked in basal layer
- Few mitotic figures, confined to basal $\frac{1}{3}$



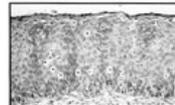
CIN 2

- Upper $\frac{1}{2}$ of epithelium well differentiated
- Moderate nuclear cell abnormalities
- Mitotic figures (some abnormal) present in basal $\frac{2}{3}$



CIN 3

- Maturation confined to superficial $\frac{1}{3}$ (or absent)
- Nuclear abnormalities marked and throughout full thickness
- Mitotic figures numerous, bizarre and at all levels



دغه ډول کارسینوما اکثراً په M / P خوځلې زېږونکو بنځو کې لیدل کیږي. دا له بده مرغه خرابه ناوړغې ده. او د بلاربتوب چانس پکې له منځه ځي. یو لړ علما پدې عقیده دی چې بلاربتوب د کارسینوما د پرمختګ لپاره غوره عامل دی Mundell څرګندونې دي چې لږپلویان لري. همدارنګه یو لړ علما لکه (Mankin) په دې باور دی چې بلاربتوب د کارسینوما په کورس کې کومه اغېزه نه اچوي. او خپل طبیعي ټنګ لاره پر مخ پیايي د سرویکس د کارسینوما ناوړه اغېزې پر بلاربتوب شته والی لري او همدارنګه په زېږونه او پورېږوم مرحله هم اغېزې اچوي.

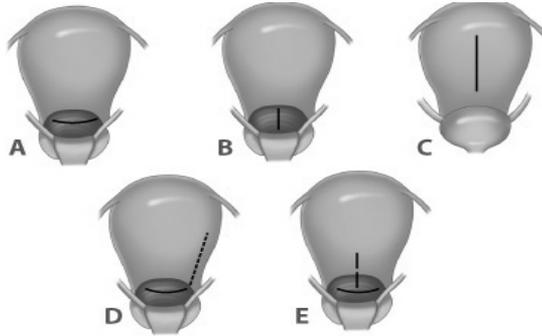
- په لومړي قدم کې که چېرې کانسر پرمختللی وي نو عقامت د قانون په څېر دی.
- دوهم دا ناروغي د اوم د مړینې او اتان د مداخلې له کبله سقط منځ ته راوړي که چېرې کارسینوما بلاربتوب تهديد نکړي کېدای شي (2/3) برخه ناروغن ماشوم ته د Term تر وخته روزنه ورکړي او (1/3) برخه به د مهبل له لارې طبیعي زېږونه وکړي او ماشوم به ژوندي پاتې شي.
- زېږونه د ګلې د غټوالي له کبله د انسداد سره مخامخ کیږي بلکه د کنټرول د کلکوالي له کبله دغه بند بنت منځ ته راځي. که چېرې ګټه پسته وي اتساع او د ماشوم تېږدني ته به لاره برابره کړي. او که چېرې ګټه ډېره کلکه وي او ټول سرویکس یې نیولی وي نو د بندښت سبب به وګرځي. په دې صورت کې د زېږونې په وخت د سرویکس برخه څېړل کیږي او دا څېړنه تر پارامتر یوم پورې ادامه مومي او دا به ډېره وینه بهونکې کړنلاره وي چې خیاطي Suture پواسطه به دا وینه نه ودرېږي.

پېژندنه:

د هر بلارې بنځې د وینې او یا تقیحي، لوکوريا د یسجارج رانګ باید د کانسري حجراتو د شته والي لپاره وګل شي. په نوي (90) فیصده بنځو کې وینه بهېدنه د کانسر لپاره به لومړنی عرض وپېژندل شي. که چېرې ناروغ د شک لاندې وي باید د تومور یوه ټوټه راپېله او هغه د هستو ټولوژیک تر کټو لاندې راوستل شي. د بلاربتوب شته والی کوم مزاحمت منځ ته نه راوړي. د سیفلیس ناروغي باید پدې هکله یوې لورې ته پریښودل شي.

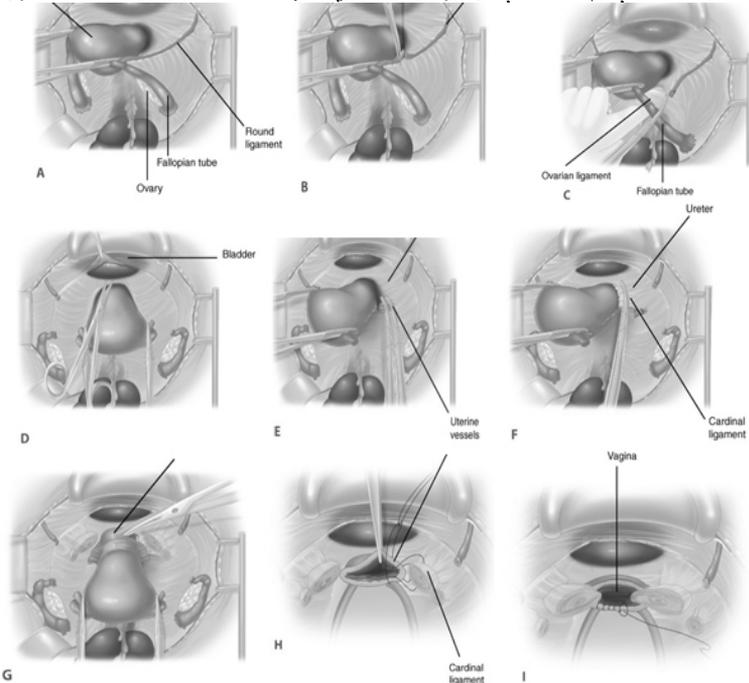
درملنه:

- درملنه د ناروغي د پېژندنې وروسته په لاندې ډول ده:
- رادیو تراپي په ټول ناروغانو د بیورول په څېر قبول شویده.
- همدارنګه د جراحي کړنلاره Cesarean Section کله ناکله د ماشوم د شته والي له کبله د رادیو تراپي د سرته رسولو څخه دمخه تر سره کیږي.



Uterine incisions for cesarean delivery. A. Low transverse incision. B. Low vertical incision. C. Classical incision. D. J incision. E. T incision.

که چپرې سقط منځ ته راشي د هسترکومي څخه لږ څه موده تېرېدنه کېږي ناروغ ته رادیوتراپي تر سره کېږي. او بیا وروسته 10-14 ورځو موده کې هسترکومي تر سره کېږي. که چپرې د مجاورو انساجوله کبله د بلاربتوب په وخت چې ترم ته رسېدلې وي زېږونه تر سره نشي د دې لپاره Hysterotomy تر سره کېږي.



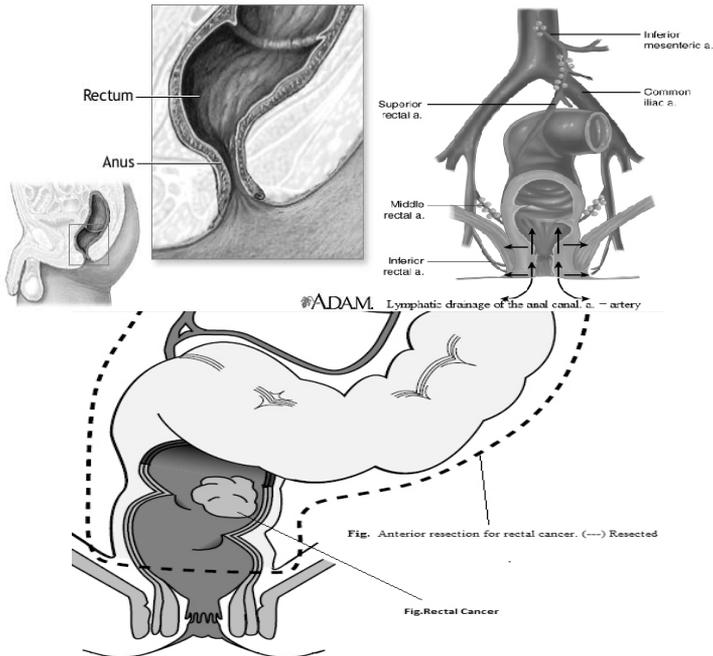
Hysterectomy. A. The uterus grasped at the cornua. B. The round ligament is cut. C. The ovarian ligament and fallopian tube are isolated. D. The bladder is mobilized. E. The uterine vessels are clamped. F. The cardinal ligaments are clamped. G. The vagina is entered. H. The cardinal ligaments are sutured to the vagina. I. The vagina is "closed open."

د ريکتوم کانسر چې په بلاربتوب اغېزه اچوي:

دا ناروغي په خپل وارسره په بلاربتوب اغېزه اچوي او د هغې سيستم ستونزې پيدا کوي. د دې

ناروغي د پېژندنې لپاره بايد Proctosegmoidoscopy, (Rect. Exam) د باريوم پواسطه Enema يا (کولوگرام) د کتنې کولنارې ګڼه وري دې لاندې پروسيجرونه ضروري دي.

- کله چې بلاربتوب د درې مياشتو څخه لږ عمر ولري د دې لپاره د Abdomenoperineal Procto segmoidectomy پرته لدې چې کولو ستومي وشي د کونې معصره مصنون ساتل کيږي.
- په دوهم ترايميسټر کېسي ناروغ د رحم جوف واز او هغه تش کرل شي او د Cesaream Hystrectomy کولاره ترسره کيږي او بيا وروسته د ريکتوم لپاسه بېلابېلې کړنې ترسره کيږي.
- په دريم ترايميسټر کې Cesorean hystrectomy ترسره کيږي او د کانسري کولمې رايستل څلوراوڼي وروسته ترسره کيږي.



ايريترو بلاستوزس فيټاليس او آر-اېچ فکټور Erythroblastosis Fetalis and Rh-Factor

ايريترو بلاستوزس فيټاليس Fetal-Erythroblastosis:

دا د فيټوس او نوي زېږېدلي ماشوم ناروغي ده لږ تر لږه درې کلينيکي نښې لرونکې ډولونه لري:



۱- Fetal hydrops په

دې هلکه (6-7) تصوير

ته پاملرنه وکړې

۲- Icterio gravis په

ماشوم کې د نوي زېږېدنې

وروسته ژېړې پېژندل کېږي

په دې هلکه (7-7)

تصويرونه ته پاملرنه وکړې.

۳- هيمولايټيک انيمي

Hemolytic anemia حالت په نوي زېږېدلي ماشوم. دغه پورته درې واړه حالتونه ښايي په ځانگړي

ډول سره يو او يا هم دوه يا درې واړه ډولونه په نښه سره منځ ته راغلي وي همدارنگه Fetal hydrops

اکثراً د وينې سره به تظاهرات څرگند کړي:

۱) وينه لږې چې د هيمولايټس پواسطه منځ ته راځي.

۲) په ډېره اندازه سره د اومو (Immature) اريټرو سايټونو شته والی په وينه کېښی په ثبیت

رسېږي. چې ورته (Erythroblastemia) هم وايي چې دا حالت د وينه لږې د ناروغي سره د

معاوضوي ډول په څېر منځ ته راځي.

۳) په کېد کې Extramedullary erythropoiesis په برخه مرکرونه (Foci) يا ټکي منځ ته

راځي همدارنگه په پښتورگو، طحال د توري، کې هم اريټرو بلاستوزس منځ ته راځي چې دا به

Hepatomegali, Splenomegali منځ ته راوړي.

۴) Anemic anemia چې د انساجو د ويجارېدنې سبب گرځي په ځانگړي ډول په (کبد، اندوتيليال

حجرې، او د دماغ کانگيون) کې.

۵) د هيمولايټيک ژېړې منځ ته راتل چې د ډېرې وينې د ويجارېدنې له کبله دی همدارنگه انسدادی

ژېړې به د صفراوي کېلري د بندېدلو له کبله د (Plug) پواسطه په کېد کې منځ ته راشي او

همدارنگه Hepatocellular Jaundice د کېد د حجراتو د انوکسيک د ويجارېدنې له کبله وي.

۶ - اذیما (پرسوب) به داندو تیلال حجراتو د ویجاړیدني او هایپرویتینیا له کبله وي چې له کبد څخه منشه اخلي.

۷ - Purpura پورپورا: دا هم د اندوتیلال حجراتو د ویجاړیدني له کبله دی همدارنگه د Fetal Hydrops د مړینې کچه سل په شلو کې ده او په دغو ناروغانو زیار ویستل کومه گڼه نلري.

پتالوژي:

i - د Gross له پلوه په دغه ناروغي تر ټولو غوره Spleenomegali ده چې په اوتوپسي کې تر 25 گرامه وزن اندازه شوېدی. او همدارنگه سره لدې په Syphilis ناروغي کې هم دا وزن تر نظره شوېدی. د Hepatomegali په ډېرو پېښو لیدل کیږي چې د تورې په نسبت دا لږ منځ ته راځي.

ii - د Microscops له پلوه په کبد کې او توري کې لاندې نښې شته Extramedulary hemotopoiesis

والی او همرا همتوپويز په نورو ارگانونو کې هم لیدل کیږي لکه پښتورگو کې، فوق الکلیه او پلاستنا کې.

- د Islets of

Langerhan

لانگرهانس ټاپو به

ډېرې او غټې د

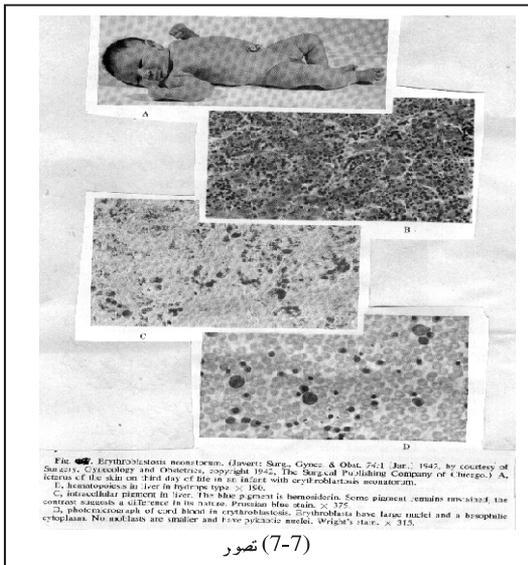
نورمال په نسبت

ولیدل شي.

- په فوق الکلیه غده

کې به شحمي

ارتشاح ولیدل شي



تصویر (7-7)

او په عمومي ډول به په لمفاوي انساجو کې ضمور (اټروفی) په گوته شي.

- بله نښه دا چې په توري او ځيگر کې د هيمو سیدروزس نښې وموندل شي.

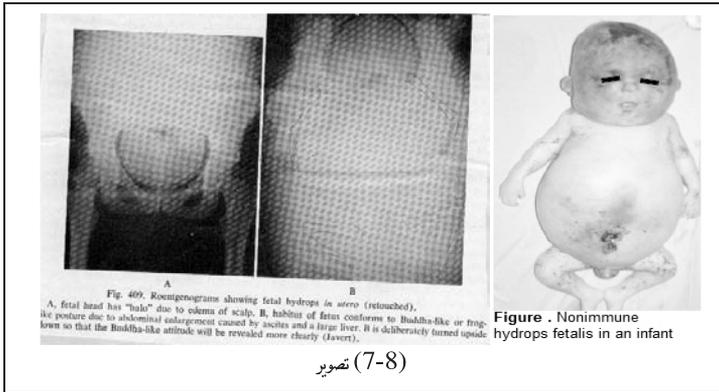
- لکه چې په (7-7) تصویر کې ښکاري اریټروسایټونه به اوسې هستې ولري یعنی (Erythroblast and normoblasts) حجرې به شته والی ولري. همدارنگه د یادولو

وړېولو چې د نامه د غوټې له رنګ څخه د سلاېدونو او نمونې تيارولو لپاره وينه اخيستل کېږي چې دا يوه ښه منبع بلل کېږي.

- په عمومي ډول به Hyperchromic macrocytic Anemia او رتيکولوسيت په شمېر کې په زياتوالی تثبيت کړل شي.
- د پلاټليت Platelet اندازه به لږوالی ومومي حتی $250000/\text{mm}^3$ چې پدې حالت کې په اريتروسايټونه $10.000/\text{mm}^3$ وي د لوکو سيټونو تعداد به زياتوالی ومومي او D.L.C کې په د ايماجور Myelocytes ډول وليدل شي.

پېژندنه:

- په دقت سره که چېرې د بلارټوب په وخت پاملرنه وشي ښايي د اريتروپلاستوز په هکله اړوند معلومات تر لاسه کړل شي چې تر ټولو غوره اوصاف په لاندې ډول دي.
- د پخواني ماشوم درلودل د اريتروپلاستوز فيټاليس په پخوانی تاريخچه کې همدارنگه د Anti-Rh agglutinin درلودنه په يوه Rh⁻-Negtive ښځه او Rh⁺-Positive مېړه کې او اتې آراچ اکوټينين به د پخواني بلارټوب له کبله په وينه کې شته والی ولري.
 - د راډيوگرافي له مخې Fetus ښايي چې (Halo) علامه لري او يا Buddha-like habitus د بودا په څېر وصف پدې هکله (7-8) تصوير ته پاملرنه وکړي.



دا ناروغي په ماشوم توب ډېره نادره ده چې په لومړي ماشوم کې وليدل شي پدغه لومړني ماشوم کې به په ډېرو کې د Rh^+ ويڼي په وړاندې د حساسيت بڼه تثبيت کړل شي. که چېرې يوه ښځه چې Rh^- منفي وي او د ايرټروبلستوز ناروغي ولري ډېر لږ استټي پيښي هم راپور ورکړل شوېدي. پيښي يې $1/42$ په دوهمه زېږونه او $1/12$ په پنځمه زېږونه راپور وکړ شوي دي.

سببونه:

په 1940 عيسوي کال کې Landsteiner او Wiener راپور ورکړ چې د انسان د وينې حجرې هم داسې څه لري چې ورته (Rh) ويل کيږي او (Rh or Rhesus) څخه اخیستل شوېدي دافکټور په ټول بيزوگانو کې شته والی لري او همدارنگه (78%) سپين پوستکي انسانان هم همدا فکټور لري چې (13%) نورې دغه فکټور نه درلودونکې Rh-Negative بلل کيږي. همدا ډول Levin وموندل چې همدا Rh فکټور د ايرټروبلستوز علت گرځي.

وینه کولای شي چی ناروغ ته تطبیق کړل شي. د دې څخه دا پته لیکړي چې (90%) هغه بنځې چې د ایریترو بلاستوزس ماشومان یې زېږولي د Rh فکتور نلرونکي له ګروپ څڅنګه دی چې د هغوی مېړونه به د Rh⁺ لرونکي ګروپ وینه ولري. دغه Rh فکتور په ارثي ډول سره د Dominant والي له مخې ماشوم ته لېږدول کېږي توپيري پېژندنه:

د ناروغي توپيري پېژندنه د Davidson د چارټ له مخې کېږي.

د ایریترو بلاستوزس مخنیوی:

- i – تر ټولو څخه د مخه باید په نظر کې وي هغه مېړه او بنځه چې سره واده کوي باید د یوه ګروپ Rh لرونکي وینه ولري دا نه چې د بنځې ګروپ Rh نلرونکي وي او د مېړه ګروپ Rh⁺ لرونکي وینه وي. او که چېرې پدې ډول وي باید دواړه کولو څخه بنځه او سړی ډه ډه وکړي.
- ii – ډېر ځله پېښ شوي چې مور Rh⁻ وي او پلار Rh⁺ خو ماشومان Rh⁺ زېږېدلې دي چې دغه حالت د مور د حساسیت پورې اړوند ګڼل کېږي دا چې یعنې د مور وینه د اتې باډي د جوړښت له کبله د دې قدرت نلري چې د فیتوس وینه وپاړه کړي او ناروغي منځ ته راوړي.
- iii – همدارنګه هغه بنځې چې د Rh Iso Immunization یې نه وی کچې لاندې کړنې ګڼه وړې دي.
 - a. بلاربه بنځه باید د دې لپاره چې د Rh اتې باډي یې رقیق کړل شي د وینې ترانسفیوژن وکړي.
 - b. یوه بلاربه بنځه باید د معافیت د داسې اتې جن پواسطه ترلاسه کړي چې قوت یې د Greater antibody – Stimulating لوی د Rh فکتور په نسبت وي
 - c. د Ethylen disulfouate زرق را پور ورکړل شوی چې ګڼه وړ دی.
 - d. Methionine داسې راپور شوی چې د ماشوم د کبد ساتنه کوي.
 - e. د Rh. Heptan پواسطه دغه حساسیت ته لېږدنه ورکول کېږي.
 - f. د Anti-D.Immunoglobulin. G یا (Rhogam) تطبیق دی هغه بنځه چې Non Immunize وي د دغه درملو څخه په (72^h) د زېږونې یا سقط په لړ کې د (300 Microgram) درې سوه مایکروګرامو په اندازه د عضلې له لارې ورته ورکول په هغه صورت کې چې زېږونکی ماشوم د Rh⁺ ګروپ لرونکي وینه ولري.

درملنه:

تر ټولو غوره کړنه په ناروغ ماشوم کې Exchanged. B.T ترانسفیوژن دی چې دغه کپنلاره د وینه لږې د اصلاح لپاره او نور و اختلاطونو د مخنیوي لپاره ښه کړنه ده د حبل السروی رگونو څخه ګټه اخیستل کیږي.

- همدارنګه د وینه لږې د ناروغي د درملنې لپاره سمدلاسه باید د (Rh) وینه تطبیق کړل شي. همدارنګه د وینې د ورکولو او بدلولو لپاره د سروې برخې د رگونو څخه کار اخیستل کیږي دغه د وینې بدلول باید په چټکۍ سره تر سره شي.
- مور ته د (Rhogam) ورکړه ضروري ده.

د ماشوم مونستر وړتیا او ډیفورمیتي

Fetal monstrosity and Deformities

ویشنه (تصنيف): Classification:

په ولادي توګه ډیفورمیتي (بدشکلي) او اېنار میلتی (1%) منځ ته راځي. همدارنګه دغه حالتونو ته ګله ناکله د مونستر Monster نوم هم ورکول کیږي. مونستر داسې تعریف کیږي په لومړي جوړښتیزه مرحله د منځ ته راغلي غړي مړینه ده او دغه برخه یا په لومړیو ساعتونو یا څو ورځې وروسته له زېږېدنې د مړینې لوري ته ځي. همدارنګه د مونستر لپاره دوه ګروپونه شته والی لري:

a. یوازې یا مجرد (Single).

b. غبرګي یا جوړه (Double).

a. په عمومي صورت سره درې ډوله د Single مونستر څخه پېژندل شويدي.

i Monstra perdefectum چې په کې ټول غړي له ودې پاتې دي.

ii Monstra perfabricum alienam په دې بڼه کې ارګانونه په بده بڼه او یا بې ځایه جوړښت موندلی.

iii Monstra per excessum په دې حالت کې د ارګانونو غړو جوړښت لوی دي او یا هم Duplicated مضاعف دی.

سببونه Etiology:

د کارنر Corner په واسطه د نیمګړتیا علتونه په لاندې ډول ګڼل شويدي:

A: د فرتيليزيشن القاح د وخت نيمگړتيا.

— غير منظم القاح Irregular fertilization

B: د مورني چاپيريال نيمگړتياوې.

۱) په ترانسپورتيشن يا ليردونه کې غلطي.

۲) د هورمونونو نه برياليتوب (Failure)

۳) د رحم ميخانيکي تشوش.

۴) د تناسلي سيستم اتانات.

۵) دا مبريو اړوند اتاني ناروغي.

۶) مسموميونه.

۷) په رحم کې د غذايي نيمگړتياوو شته والی.

C: د هکي نيمگړتيا، د سپرم نيمگړتيا او امبريو اړوند نيمگړتيا

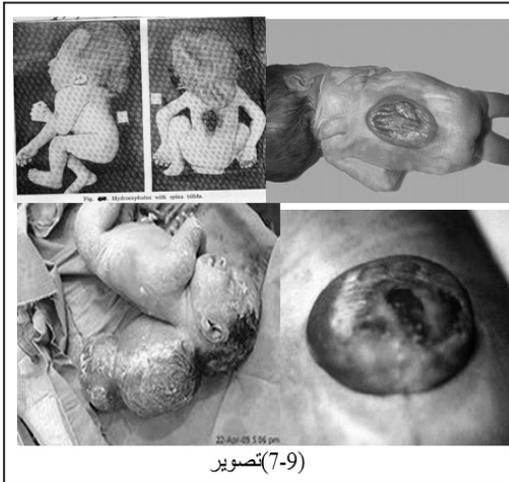
۱) ارثي نيمگړتياوې

۲) غير ارثي جوړښتيزه نيمگړتياوې.

يوکوني مونستر Single monsters

۱. نيمگړی مونستر Monster per defectum :

تر ټولو معمول مونستر پدې گروپ کې هغه دی چې Medullary Canal ونلري چې ښايي د مقدم اجنيزس



(7-9) تصوير

او يا اپلازيا Aplasia له کبله په مدولاري کانال په وړاندې دمقدم هايډروسفالوس او يا هايډروراکیس Hydrorachis کې منځ ته راشي او يا هم دا چې نوی مدولاري کانال په امينون کې منځ ته راشي.

هغه بدشکلي چې د دغه گروپ تر ټولو لاندې راځي نوم يې Craniorachischisis بلل کيږي. تضاعف ښايي قسمي وي او

یوازې د Cerebrovertebral دماغی فقرې برخه اخته کړي او بدشکلي ته یې Cranioschisis وایي همدارنگه ښایي د فقراتو برخه په یوازې توگه اخته کړي چې ورته Rachischisis نوم ورکړل شویدی که چېرې ټول مدولارې کانال په بشپړه توگه منځ ته نه وي راغلی پدې حالت کې به د شا برخه پسته د خلا لرونکی ژورې د نخاع څخه پرته او بیا د عصبي رینسو او یا نخاع سره یوځای وي. که چېرې یوازې د هډوکو د لیندي (Arch) برخه شته والی ونلري پدې حالت کې ورته Meningocele یا Hernia Spinalis، Hernia cerebri یا Spina bifida ویل کیږي چې پدې هکله (9-7) تصویرونونه پاملرنه وکړئ:

که چېرې کوپړی شته والی ونلري پدې حالت کې ورته Acrania ویل کیږي خو که چېرې ټول ماغزه شته والی ونلري پدې صورت کې ورته Anencephalus ویل کیږي پدې هکله (10-7) تصویرونه ته په ځیر سره پاملرنه وکړي. که چېرې کوپړی تړلی وي او له عادي حالت څخه کوچنی وي دغه حالت ته

Microcephalus ویل

کیږي.

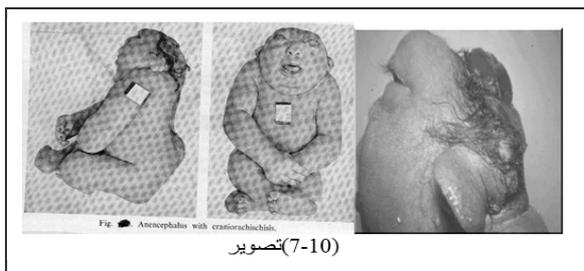
Bronchial . cleft د

د غیر منظم له تړلو څخه د

منځ، غاړې او شونډو کې

بدشکلي منځ ته راځي.

همدارنگه هغه



انومالي چې د Lateral Plates د تړلو دنشتوالي په بدن کې منځ ته راځي د بدن د جدار قفقونه لکه [

ectopia cordis, ectopia vesica, hernia abdominalis Umbilical Hernia

سره یادېږي. دغه ټولې انومالي گانې د Thoracogastroschisis Omphalocele یا امینوسل

Aminocele یا Aminiotic hernea تر نیولیک لاندې راځي چې دا حالتونه $1/500$ زیږونو کې پېښه

نشیت شویده د دغه ناروغیو درملنه وروسته له زیږونې څخه که هر څومره ژر ترسره وشي ډېره گټه وره ده.

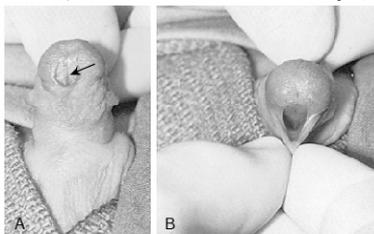


Figure . A, Previously circumcised penis with megameatus (arrow) and intact circumferential prepuce. B, Large wide-mouthed meatus in the same penis as shown in A.

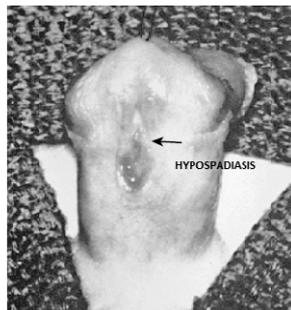




Figure 1. Dielzer ectrophia in a male. The urethral intussus is marked with the arrow. The corporal bodies lie posterior to the urethral intussus.

که چېرې د جنبي نيمايي برخې فيوژن تړل په تناسلي غړو کې تر سره نشي پدې حالت کې به د Hypospadias او يا Ectopia vesica وازه حوصله Split pelvis په شديد ډول وي. د نايټونو اجنيزس، او د نايټونو د گوتو فيوژن انومالي منځ ته راتلاي شي که چېرې د Anterior Cerebral vesical برخه ونه وپشل شي پدې صورت کې به Acyclops يا د Cyclocephalus ناروغي په نيمگړې ډول منځ ته راشي.

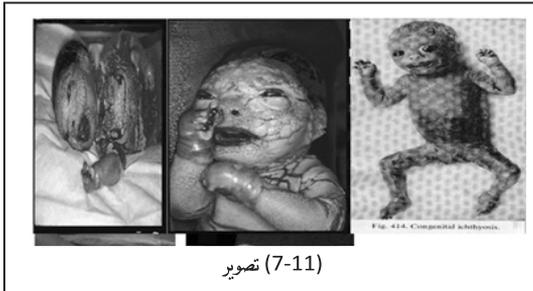
۲. Monster per fabricam alienam

په اساسي ډول سره دا حشاوو Situs inversus د پښتورگو ابنا رمل موقعيت، د مرغړيو Tisticle او کولون او کولمو ابنا رمل موقعيت بعضاً د بندونو ولادي بې ځايه کېدنه او بد شکلي پدغه گروپ کې راځي.

۳. Monster per Excessum

پدغه گروپ کې هغه ډله مونستر راځي چې د ارگانو په شمېر او اندازه کې زياتوالي منځ ته راځي.

۴. Mixed Group of monster



(7-11) تصوير

پدې لړ کې هغه ډول مونستر راځي چې پورته ذکر شوي حالتونه په گډه سره او هم د پوستکي ولادي ناروغيو لکه Fish يا Inchtiosis baby (د ماهي په

خير ماشوم) انومالي يوځای ليدل کېږي پدې هکله (7-11) تصوير ته پاملرنه وکړي.

دوه گوني مونستر Double Monsters

دوه گوني مونستر له يوه اوم Ovum ځنې منشه اخلي او يوه germinal vesicle ځنې وده کوي. دوه germinal spot جرمينال ټکي دوه Primitive Streak او يا هم به دوه Medullary

grove مدولاري ژورې منځ ته راشي او يا په لږڅه وروسته په وده کې د جرمينېټک زون Germinating zone بله نهايي برخه يا يوه برخه تضاعف وکړي. په تجربوي ډول بنودل شوېدې چې د دوه گوني مونستر کېدای شي چې د Blastula stage په بلاستولا مرحله کې په ميکانیکي ډول منځ ته راشي يا به په کيمياوي ډول د بلاستومير په څېر جلاکېدنه وکړي. که چېرې دوه جنبي برخې په انفرادي ډول سره په بشپړه توگه منځ ته راشي دا به homologous twins يو ډول دوه گوني وي. که چېرې دا دوه برخې د ننه څخه جلا نشي سره نښتې دوه گوني (United Twins) به په پايله کې منځ ته راشي. دا چې ولې هر يو مونستر څرنگه منځ ته راځي علت اولامل يې په روښانه ډول سره لاهم ند پوهيدل شوي داچې دوه سپرمانوزو د هکې په دننه کې القاح کوي غلطه ده ځکه چې هکې القاح نه مومي او له منځه ځي.



دوه گوني مونستر په لاندي ډول تصنيف شويدي:

i. Anadidyma. Terata:

دا حالت په دوه گوني صورت له سر څخه ښکته لوري ته منځ ته راځي. په اکثر هغه حالتونو کې ډېر تضادف کيږي د تنې برخه او کوپړۍ برخه په يوازې او په بشپړه توگه وده کوي او د حوصلې (لگن) برخه يوه ده او پښو په هکله دواړه له گډه دوه نښتې لري.



:Tetra Katadidyma .ii

پدې حالت کې وده له بنسکه څخه پورته لوري ته په دوه گونې صورت مومي ، پدې کيسې په هر درجه وده ليدل شوېده چې د کورې په برخه کې سره يو شويده بنسکه غړو په يوازې او بشپړه توگه وده کړې وي.



Figure . An example of craniopagus conjoinedtwins.

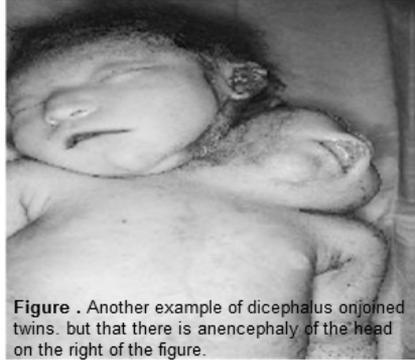


Figure . Another example of dicephalus onjoined twins. but that there is anencephaly of the head on the right of the figure.

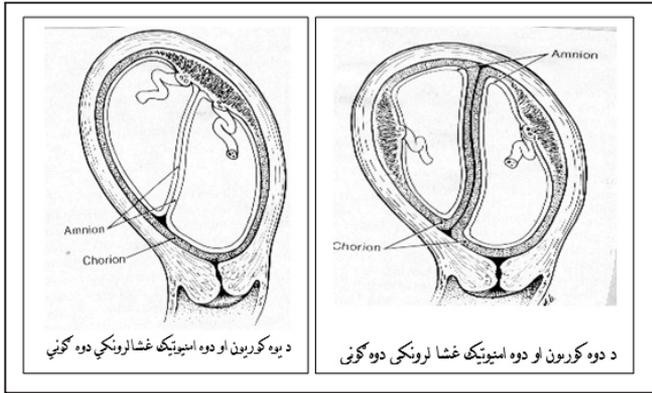
:Tetra kata Anadidyma .iii

پدې حالت کې نېستلې حالت له پورته څخه تر بنسکه لوري پورې په بشپړه توگه دې دا په د دوه ماشومانو تر منځ تر شا برخې پورې اړوند وي لکه يوه چې بل په شا کړي وي.



Figure . Thoracopagus conjoined twins showing the fusion from theupper thorax to the midabdomen.

د دې گروپ لپاره Homologous twins د ورته یا هومولوگ دوکونې ښه بېلگه گڼل کېږي. که چېرې دغه دوه کونې په انډوله توگه وده وکړي دوه ښه وده کړي Well-Form ماشومان منځ ته راځي. که چېرې یو له بله



قوي او لوی وي زړه به یې قوي او ټولو ارگانونو به یې ښه وده کړي وي. هم دارنگه که چېرې د دوه ټټر برخه سره نښتي ښه ولري هر یو یې په خپل ځانگړي نوم یادېږي لکه:

که چپرې د قص Sternum برخه نښتلی دی Sternopagus او یا هم Xyphopagus او یا هم Siamese twin پنوم او که چپرې د ساکرم (عجز) Sacrum په برخه کې نښتلی وي Pyopagus یا The Bohemian sister هنوم یادیري او که چپرې د کوپرې برخه نښتلی وي پدې حالت کې ورته Cranion pagus نوم ورکول کیږي.



Figure . Discordant twins. The twin on the left is an example of a severe caudal regression syndrome. There was oligohydramnios, renal agenesis, imperforate anus, and lack of external genitalia. The twin on the right is normal.



Figure. Dicephalus conjoined twins with dicephalus three upper extremities (tribrachus) and two lower extremities (dipus). Note the two separate heads and the fused chest.



Figure . The same set of pyopagus conjoined twins showing the fused genitalia.



د کلینیک له نظره د مونستر Single یا یوگوني حالت ډېر منځ ته راځي او لږ د زېږونې په وخت د مور لپاره ستونزه پيدا کوي او که چپرې دغه حالت په ناوړه توگه وده کړې وي او غړي يې

ناوړه لويدينه کړپوي دا به د مور لپاره د زېږونې په وخت ستونزمن وي او سره د اختلاطونو به د مور او ماشوم لپاره وي. دغه حالتونه لکه:

هايډروسفالوس ، Anencephalus ، د لويو اوږو Broad Shoulders لرونکې، د ققونو درلودونکې او همدارنگه د بدن په اجوافو کې د مايع راټولېدنه ده. همدارنگه دوه گوني مونستر Double Monster په ډېره اندازه زېږونو کې پخپله زېږېدلی دي خوکه چېرې د Dystocia خطر ناک حالت شته والی لور وي پدې صورت کې به د جراحي کولارې سرته رسولو ته اړتيا وي. دغه په Malformed ماشوم او فيتوس د Malpresentation سره مل وي .

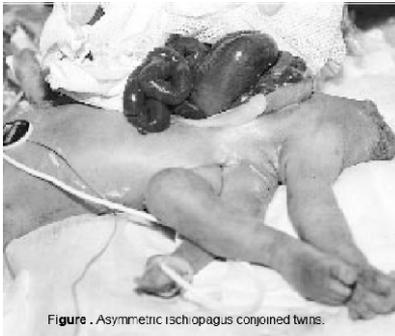


Figure . Asymmetric isch opagus conjoined twins.



د ناروغي پېژندنه

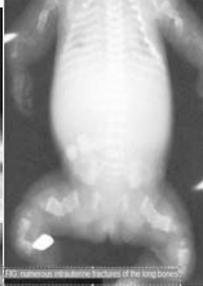
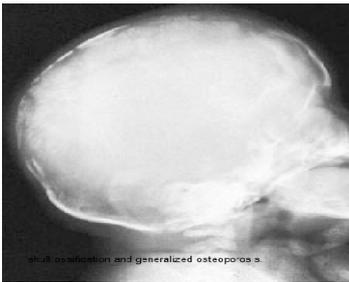
د دغه ناروغي سؤ اشکالو Malpresentation پېژندنه د کلينيکي نښو له مخې د راډيو لوژي کتنو او الټراساوند د کتنې پواسطه ترسره کېږي، په تاريخچه کې د وېروس او زهروي ناروغيو د رلودل او يا هم د لومړني او يا پخواني ماشوم ولادي ناروغي درلودنه. همدارنگه په ارثي ډول سره په کورنۍ کې د دغه ناروغيو زېږونه. همدارنگه که چېرې Malpresentation په فزيکي کتنه کې تست شي پدې صورت کې بايد د ولادي نيمگړتيا ناروغيو او مونستي لوري ته فکر وکړل شي که چېرې د ډولې هايډروامينوز حالت شته والی ولري بايد د ولادي اېنار ملتي ناروغيو ته پاملرنه وکړل شي او که چېرې په دوه Bags of waters په فزيکي کتنه کې شته والی ولري بايد د Double monsters لوري ته پاملرنه وکړل شي.

ولادي اوستيوپوروزس

“Congenital. Cranial Osteoporosis”

“Congenital Craniotabes”

دغه حالت په ولادې ډول د ماشوم د کوپړۍ د هډوکو پوستوالی دی چې دغه ولادي ناروغي (7-35% پورې د ټولو ولادي نیمګړتیا پېښې جوړوي د جس پواسطه کوپړۍ پسته جس کړي. او دا په مستقیم ډول د مور د بدن نه لوڅېدنه د لمر د وړانګو ته شرایطو پورې اړوند ګڼل کېږي. پدې صورت کې به د ماشوم وزن لږ وي د Crown-heel اوږدوالی او د کوپړۍ د Occipito frontal محیط به اوږدوی. په ټولو هغه ماشومانو کې چې Craniotabes ناروغي په نظر کې وي باید د کلسیم او ویتامین D لږوالی یا نشتوالی لوري ته پام وکړل شي نو لدې کبله بلاربه ښځه باید تل په بسيا توګه ویتامین واخلي.



درملنه:

تر ټولو څخه د مخه که چېرې په وخت د ناروغي پېژندنه په مقدم ډول وشي دا به ښه خبر وي چې د مونسترډ نښت په صورت کې هغه سقط کړل شي. د دغه راز ماشومانو زېږول د مور ژوند له خطر سره مخامخ کولای شي. تر ټولو غوره خبره دا ده چې د مور ژوند وژغورل شي. همدارنګه لومړی دې زیاروایستل شي که چېرې ماشوم د ترم تر مودې رسېدلی وي هغه دې که چېرې د Malpresentation په حالت وي مونو پولیشن دې ترسره شي او همدارنګه کونینښن دې وشي چې د ښکته طبعي لارې څخه زېږونه وشي. که چېرې د ښکته (مهبلي) لارې زېږونه د ناکامۍ سره مخامخ شي نو پدې حالت کې به د سیزارین سکشن کړنلاره غوره وي. د کلینیک له پلوه د درملنې لپاره د دغه ناروغانو راتګ د درې لاندې ګروپونو د ویشني او ارزښتونو له مخې روغتون ته راوړل کېږي.

- i هغه ډول چې د زېږونې د کانال د انسداد سبب گرځي د هغوی د جسامت اندازه لويه وي چې دغه ډله د Tetra anadidyma او Tetra Katadidyma .
- ii هغه مونستر چې نښتی وی دابنائی دپاڼلی یاتنی په برخه کېسی نښتی وی لکه craniopagus او pyopagus Ischiopagus کلاس پورې اړوند دي.
- iii همدارنگه هغه ډله مونستیر چې په آزاد ډول سره حرکت کوي او په یوه برخه هم که چېرې دوه کوپړۍ په ښه توګه وده کړیوی او د صدر برخه مې سره یوه وي. د مونستر په صورت کې که چېرې زېږونه د مهبل له لارې امکان ولري Episiotomy د ټولو ښځو لپاره استطباب لري.

کراڼیولکونیا (Craniolacunia)

دا حالت د فیوس د کوپړۍ د هډوکو انومالی ده چې د قاعدې د برخې هډوکي نورماله ښه لري. دا حالت اکثراً د نورو انومالیو سره مل وی لکه: Hydrocephalus, Encephalocele, Spinabifida او Talips دا دوره غوره ډولونه لري:



Fig. Duplication of the right foot.



Figure . Talipes equinovarus (congenital clubfoot)

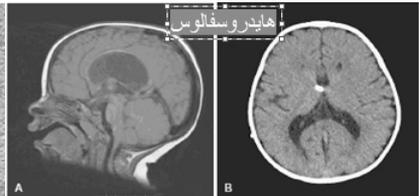


Figure . A, Sagittal MR image showing aqueduct stenosis and dilated third and lateral ventricles. B, Axial CT after ventriculoperitoneal shunt.

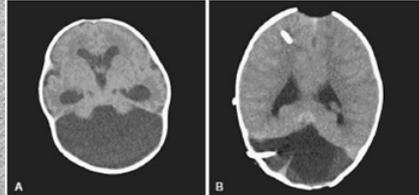


Figure . A, Axial CT scan of Dandy-Walker malformation. B, The axial CT scan shows supratentorial and posterior fossa shunt catheters. The posterior fossa shunt was required after the cyst continued to expand.

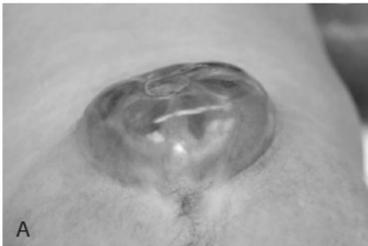
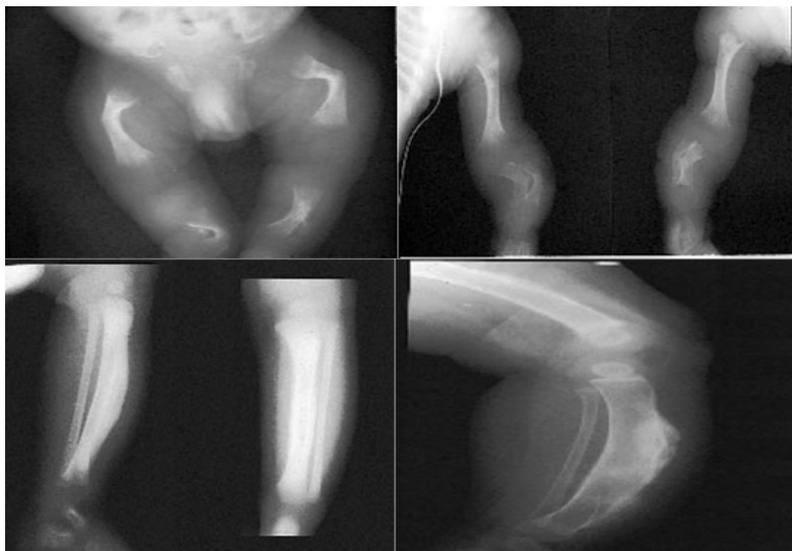


Figure . A, A typical myelomeningocele shows a small neural placode at the dome with a large CSF-filled sack and little useful skin. B, A meningocele with common surrounding port-wine stains is seen.

- یو هغه ډله چې په کې د هډوکو د ننه سطحې Depression شته والی ولري چې ورته Craniolacunia کرانیولکونیا بڼه ویل کیږي .
- او بله یې چې شدید بڼه لري چې د حقیقي هډوکو اصلي برخې پکې نشتوالی لري ورته Cranio fenestra ویل کیږي .
- که چېرې کرانیولکونیا ډول شته والی ولري په ځای د دې چې د کوپړۍ کرده بڼه وښایي د رادیوگرافي په لړ کې به د کوپړۍ په برخه کې Cast د هډوکو پر ځای ولیدل شي چې دا برخه به غیر منظم څنډې ولري او کثافت به یې ډېر جذب کړیوي یعنی د فلم په سربه density دغه ځای کې شته والی ولري دا حالت د ولادي ناروغۍ اکثرأ د مړینې سره مل دی .



ریگور موریتیس Rigor Mortis:

دا هغه حالت دی چې په رحم کې منع ته راځي او معمول حالت ټکيل کيږي دا ناروغي ماشوم په هر عمر کې اخته کولای شي او له څو دقیقو څخه تر څو ساعتو دوام کولای شي وروسته لدې چې ماشوم مړ شي. دا بنايي قسمي او يا بشپړ وي او په زېږونه کې به ستونزه پيدا کړي. په غټانو کې دغه حالت د عضلاتو په رشتو کې د Lactic acid د راټولیدنی له کبله منع ته راځي وروسته لدې چې جسم کلکوالی ومومي بنايي چې زړه څو ځله تقلص وکړي. دا حالت معمولاً د اوږدمهالي زېږونې څخه وروسته پيدا کيږي او همدارنگه د نورو ناروغيو لکه ايکلامپسيا وينه بهېدنه او اسفکيسی غوره رول لری که چېرې د ماشوم ارتجاعی قات کېدنې Flexibility شته والی ونلري د رحم د شلېدنې (رېچر) امکان شته دی.

دا ناروغي د پاملرنې وړ ناروغي ده او زېږونې د برخې ډاکټر او داخلي د ډاکټر نږدې او څير سره څارنې ته اړتيا لري.

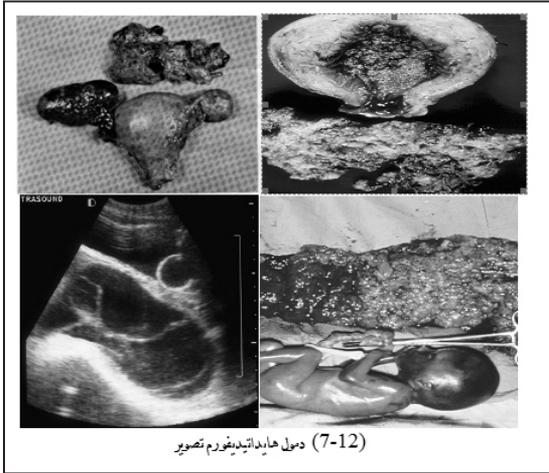
د ماشوم د غشا ناروغي

Disease of the Fetal Membrans

کوربون (The chorion)

هايډاټيډيفورم مول (Hydatidiform mole):

دغه حالت ته د کوربن ويزيکولار استحاله، ويزيکولر مول يا Grape mole انگوري

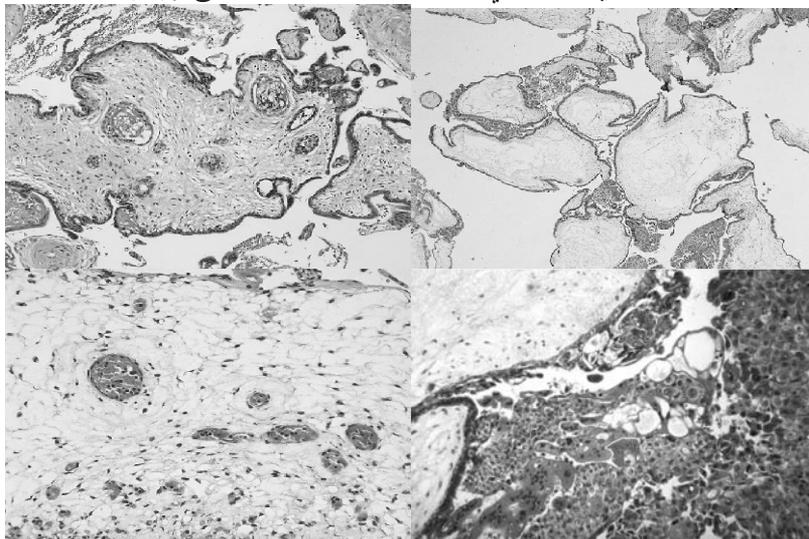


مول، وايي چې د پروليفريشن او د استحالي له کبله منځ ته راځي دا اذيمه د ستروما د کوربيونیک ویلی او Syncytium په برخه کې زیاتوالی مومي. د هايډاټيډيفورم مول بڼې ته په (7-12) تصوير ته پام وکړئ. همدارنگه دا تر (7-15) تصوير پورې په ښه

توگه څرگندېږي. دغه دانگور د دانې په څېر مول په بېلابېلو اندازو دي چې تر چرکې هگې پورې يې اندازه سره توپير لري. خو معمولاً قطري د (0,3-1cm) ساتي مترو پورې دی يوه پسته کله د پېړۍ د د سيدوا د وينې د علقې سره چې يو تر بله تر فشار لا ندې راغلي وي دغه د پوناکو په څېر اجسامو معمولاً د راتلو په وخت څرگندېږي. خو که چېرې نمونه واخيستل شي پدې صورت کې به کلک شوي د هگې په څېر فيبروټيک Cast د رحم ځنې د پوناکو سره راپل کړل شي. دغه د پوناکي Visicles برخه د مورني ډنډر (ساقې) پورې يو تر بله نښتې بڼه لري پدې هکله (7-15) تصوير ته پاملرنه وکړي.

هايډاټيډيفورم مول په ښه وده کړې فيټوس کې موندل کېږي خو دا يوازې کېدای شي د دوه گوني يا څلور گوني بلارټوب په صورت کې منځ ته راشي. او همدارنگه ښايي چې ژوندی ماشوم د ميداشيديفورم مول سره يوځای وزیږيږي. همدارنگه بې ځايه بلارټوب (E.P) ښايي د هايډاټيډيفورم مول تر استحالي لا ندې راشي.

د هایداتیدیفورم استحاله ډېره لیوالتیا لري چې په Villi ذغاباتو کې چې د مقدماتي ټولوژیک هکې برخه کې منځ ته راشي دا حکه چې د Villi د ستروما برخه په نورمال ډول سسته ده او د هغه د کوریون اپتلیوم برخه په نورمال ډول فعاله ده. له همدې کبله Edmonds او Hertig پدې هکله ټینګار کوي چې دا د Missed Abortion یو ډول دي. د مایکرسکوپیک کتنې له پلوه د Villi ستروما هایپرپلازی لري او اذیماتی او نیکروټیک بڼه لري له همدې کبله د Vesicle محیطي برخه به فیروټیک جوړښت ولري. او په قسمي ډول به د Langhans طبقه ارتشاح کړي وي.



Syncytium به تر تېري لاندې راوړي او د Inter villous مسافه کې به وده وکړي دغه حجرې لویې دي او استحاله به وکړي، Syncytium به هایپرټروفیکي کړي وي او نکروز به وکړي یو لړزیات واکیلونه به شته والی ولري. Syncytium به پدغه پروسه کې د رحم په داخل عضلي طبقه کې د دیسیدوا په منځ کې وده وکړي له همدغه لارې ښایې د پریټوان له لارې نفوذ وکړي او پریټونیت په منځ ته راوړي.

که چېرې د رحم جدار Honey – combed بڼه د ډېرې ودې او پرولیفریشن له کبله غوره کوي دا جدار ښایې د سقط پواسطه یا بذل پواسطه یا د ګوتې یا سامانونو پواسطه ریچر وکړي. ښایې ناروغه له ډېرې بهرني وینه بهېدنې له کبله د مرګ لوري ته لاره شي چې دغه حالت ته د Destructive mole ویل کیږي چې ډېر خطرناک حالت گڼل کیږي.

په (2%) پېښو کې ښايي کوريو اپتيلوما يا Malignant syncytioma ته وده وکړي په بېلا بېلو درجو سره به خباث شته والی ولري. Syncytioma ښايي په رحم، سرویکس، مهبل کې وده وکړي د دغه ناروغي مياستازد وينې د سيستم له لارې صورت مومي. د وينې له لارې به مياستاز په لومړي درجه په سرو کې وي. عمومي او موضعي مياستاز به هغه وخت زياتوالی ومومي چې لا هم دغه د خباثت ناروغي په رحم کې شته والی ولري.



په هکې ځالی کې پولي سيستیک بدلونونه:

دغه راز بدلونونه به په يوه لويه پيمانه په هايډاتيديفورم مول او کورين اپتيلوما کې ليدل کيږي پدې

هکله (7-13) تصوير ته پاملرنه وکړئ:

دواړه هکې ځالی ښايي د تومور د شته

والي له کبله لويوالی ومومي دا ښايي دومره

لويوالی ومومي لکه د سرې د سر په اندازه

دا په روښانه ډول اډيمايي وي او يا

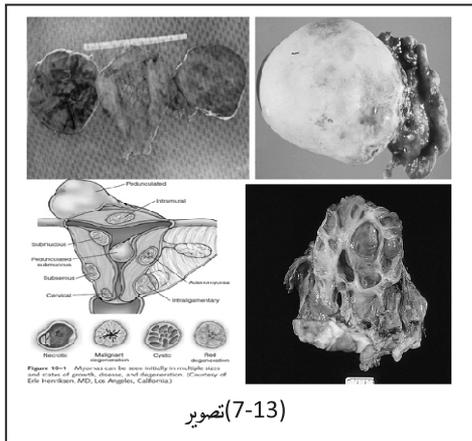
پروليفريشن شته والی لري او يا هم د

اډيمايي هکې ځالی د ستروما برخه به د

سيستونو څخه ډکه وي چې د اندازې له

مخې به توپير ولري چې د څو ملي مترو

څخه به 6cm ساتي متر پورې اندازه



(7-13)تصوير

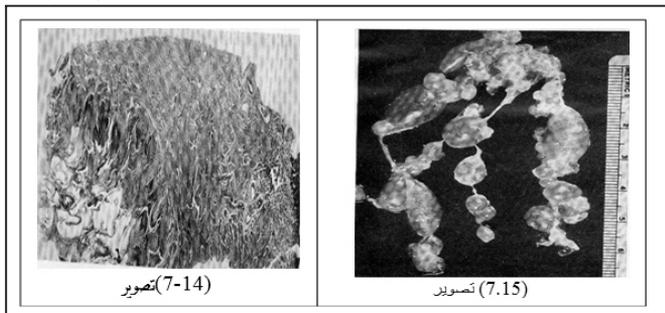
ولري همدا پدلونونه دی چې هڅی خاله به د Lutein cysts په بڼه بدلون وکړي. پخپله نوشین سیست د هایډاتیدیفورم مول په بڼه بدلون نه کوي او یو علت د هورمونو تر اغېزې لاندې منځ ته راتلل دي. دا هورمونونه د نخای غدی د قدامي فض لوتینا یزیک قوې اغېزې دی چې پر هڅی خاله یې غورځوي دواړه گرانولوزا او تیکا Theca حجرې مسؤل کتل کيږي. نوکه چېرې دغه سیستونه له رحم څخه راویستل شي او احتیاط وشي دغه نسج په بشپړه توگه راویستل کيږي. همدارنگه بیا نشي کولای چې پاتې شوني وده وکړي او بیا دغه ناورغي منځ ته راوړي.

د هایډاتیدیفورم مول سببونه:

- ډېره بلارېدنه Multigravidity
- د عمر په ډېروالي کې لکه ۴۰ کلې او پورته عمر.
- د فبریت او توکسیما شته والی.
- د مول عود Recurrence

د ناروغی کلینیکي کورس:

دا ناروغی لکه د بلارېتوب په څیر وده کوي خود دې لپاره تر ټولو د مخه درې غوره کلینیکي نښو شته والی به تصور د مول لوري ته یوسي. په (95%) پېښو کې به د رحم وینه بهېدنه شته والی ولري او همدارنگه د بلارېتوب د وخت Hyperemesis د توکسیما له کبله وي او وینه



لږې Anemia
به معمولاً د وینې
بهېدنې له کبله
شته والی ولري.
د ویزیکولار
گلې راوتل
معمولاً په بشپړه

توگه وي، او همدارنگه وینه بهېدنه په منتشر Diffuse ډول د سقطونو په وخت شته والی ولري تر څو چې کله په بشپړه توگه راونه وځي او یا هم کله راغونجه او وچه نشي پدې وختونو کې د حادثې وینه لږې له کبله مړینه منځ ته نه راځي ځکه چې بشپړه درملنه یې کيږي. په ډېره نادره بڼه کېدای شي

چې وینه بهېدنه او ارتشخ د انساجو او ویزیکولونو نفوذ د پریټوان لوري صورت ومومي چې پدې صورت کې به د Intra peritoneal hemorrhage سبب وگرځي.

له دې کبله چې د رحم جدار ډېر ضعیفه کوي چې ورته Honey – combed musculature وایي د رحم د جدار د تنقب امکان شته دی. همدارنگه Sepsis هم منځ ته راتلای شي. همدارنگه سوررنګه تومور ښایي د مهبل، سرویکس، فرج په برخه کې د مول سره یوځای ولیدل شي چې یوه سلیمه (Benign) پېښه ده او د Section په وخت کې به Blood, Syncytium او استحالوي Villi ولیدل شي ښایي دا د Syncytoma تیري (Invasion) له کبله وي. او داسې باید فکر ونکړ شي چې د Chorionepithelioma پېښه ده.

پېژندنه :Diagnosis

په غیر وصفی ډول د رحم وینه بهېدنه، د کېدې درد، زړه بدوالی، کانتګې، د فیتوس د حرکاتو نشوالی، د جس او رادیوګرافي په وخت د فیتوس پوستوالی یا الاستیک کېدنه همدارنگه د رحم ښه د پندوس معمولاً په چټکۍ سره د رحم وده، غیر منظم د رحم تقلصونه، البومین یوریا، اذیمیا، د توکسیمیا د ښوونښانو شته والی، د ناروغي د عمومي ښو شته والی به د ناروغي لوري ته فکر بیول کړي. د مهبل وده به تصور د رحم د مول لوري ته یوسي. همدارنگه Aschheim-Zondek د غبرګون آزمویښه به په شدیدې ښه مثبتې وي چې په طبیعي ډول به همدارنگه وي او په نارد ډول به دغه آزمویښه منفي وي.

په نورماله بلاربتیا کې به ګوناروترپین همورمون "1000-300" یوټه په لیتر کې اندازه ولري. همدارنگه د مول د شته والي په صورت به دغه همورمونونه په لږه اندازه افراز شي. د پېژندنې په هکله پرته له ناروغي د تاریخچې او کلینیکي ښوونښانو څخه د التراساوند په ګڼه کې به کله په رحم کې شته والی ولري دا به کوچنی Cyst ولري دانګورو د غونګو کې (خوشې) په څیر وي.

درملنه:

زېړونه د هایداتید فورم مول له نیمایي څخه په ډېرو پېښو کې په بنفسي ډول دی خو که چېرې دغه پېښه وپېژندل شي باید د اتساع- کورناژ (D & C) کړنه هرومرو ورته ترسره شي. همدارنگه د اړتیا په صورت کې کله چې د کورناژ او طبیعي زېړوني امکان نه وي Hysterotomy وروسته لدې چې ناروغ د جراحي کړنلارې لپاره تیار کړل شي تر سره کېږي د رحم جوف د شته

محتویاتو څخه پاک او تشول کيږي د وینه لږي درملنه کيږي اتي پوتیکونه په وسیع پیمانہ ورکول کيږي. او د ناروغ په ځیر سره څارنه کيږي.

د هایداتیدیفورم مول د درملنې څخه وروسته هره څخه کولای شي په نورماله بڼه بلاربه شي او نورماله زېږونه وکړي خو که چیرې بلاریدنه منځ ته را نشي باید Chorion epitheloma په هکله دی لټون وشي.

کورین اپیتلوما (کورین کارسینوما)

Chorioepitheloma or (Chorion Carcenoма)

تعریف:

کورین اپیتلوما هغه تومور دی چې د فیتوس د اکوډرم څخه وده مومي دا ښایي د بلاربتوب په وخت کې وي او یا هم وروسته لدې چې د رحم جوف تش شي ځانگړتیاوې لکه چټکه وده، په مقدم ډول موضعی یا د عمومي میاستاز منځ ته راتلل، چټکه خواریدنه او معمولاً به Sepsis ورسره وي.

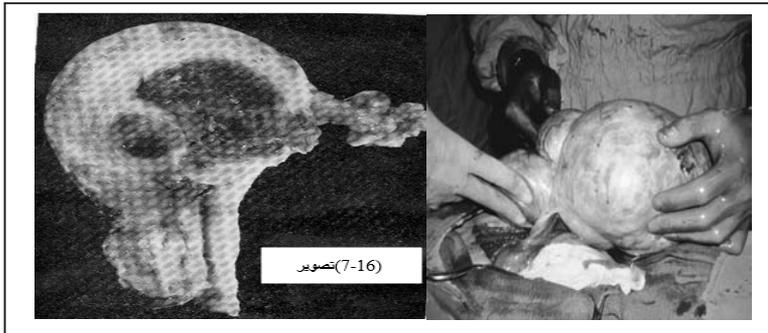
د دې ناروغۍ علتونه لاهم پېژندل شوي ندې پدې ناروغۍ کې Syncytium ډیر تېري قوت لري او Villi د رحم جدار او رگونو لوري ته نوتنه کوي او لاره مومي. په (50%) پېښو کې به هایداتیدیفورم مول د مخه تر دې منځ ته راغلي وي دا داسې څرگندوي چې د دوی تر منځ به اړیکه شته والی ولري خو په یاد باید وساتل شي چې داسې پېښې شته چې په هغوی کې د هایداتیدیفورم مول پېښې شته والی نلري.

همدارنگه کورین اپیتلوما د سقطونو او یا هغه زېږوني د Full – term بلاربتوب چې وروسته له هایداتیدیفورم مول څخه منځ ته راغلي لدې پېښو وروسته هم منځ ته راغلي.

پاتالوژي Pathology:

وده به د پلاستا په برخه کې پیل وکړي او د رحم لوري ته ورننوزي چې دا به ډېر وعائی Vascular، پسته، کلابي رنگه کله معمولاً دا کله په چټکۍ سره د مخاط ځنې ډیژنډني وږده پدې هکله (16-7) تصویرته پاملرنه وکړي.

دا تومور به د رحم د جدار لوري ته وده وکړي او دهغه له لارې د پریټوان جوف ته او یا پلن لگامنت Broad. Ligament لوري ته وده وکړي. او د رحم د جدار د ثقب له لارې مجاورت ته میاساز کوي.



که چېرې نوموړي ناروغي په پام کې وي بايد په ځير سره د حوصلې ګټه ترسره شي ترڅو د ګوتې پواسطه د رحم جدار سوري نکر شي او همدارنگه ګټه بايد په روغتون کې ترسره شي ځکه چې د رحم د تنقب او وينه بهيدنې خطر شته والي لري. اکثراً وریدونه تر تېرې لاندې راځي او له همدغه لارې مياستاز منځ ته راځي. د مهبل لوري ته مياستاز چې اکثراً منځ ته راځي ښايي به موضعي ډول وي هغه برخه چې هلته ښايي د نوډول په څېر وي دا به هماتوما وي. همدارنگه رحم به لويوالی ومومي خود Size له مخې به نورماله بڼه ولري. د مايکروسکوپ منظره:

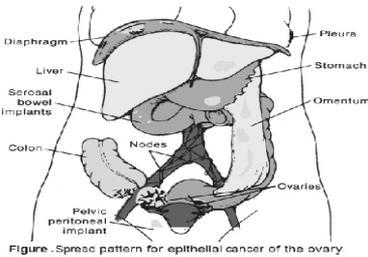
پدغه راز تومور کې به Syncytium او لانګهانس Langhan's cell حجره ارتشاح شته والی ولري دا په معمولاً د Blood space او يا Villi د جوړښت ځنې وي. همدارنگه ګردی حجرې پولي نوکليز لوکو سيټونه به شته والی ولري او ټول تومور په په منتشر (خپاره) ډول وينه بهيدونکی (Blood) وي. په غيرو صفي ډولونو چې ډېر منځ ته راځي لکه سارکوما پدې ډول کې په ډېره زياته اندازه په ديفيوز ارتشاح د انساجو چې Packed دی په ژور ډول رنگ اخلی او غير منظم بڼه د حجرې د لوی هستې سره تر سترګو کيږي چې دا د لانګهانس حجرې بلل کيږي.



کلینیکی کورس Clinical Course:

وروسته له سقط په ځانګړې ډول په هایډاتیدقورم مول کې اویا وروسته له زېړونې څخه چې رحمي وینه بهېدنه شته والی ولري او دا په غیر منظم ډول وي پدغه حالتونو کې اکثراً ګورناژ تر سره کیږي چې پدغه انساجو کې به د پلاستنا حجرې شته والی ولري کېدای شي پدغه حالت د مایکروسکوپیک ګڼې له پلوه کوم څه تثبیت نکړل شي. خو په یو لړ بنځو کې د مهبل او د فرج برخې د نوډولونو شته والی به د ناروغي د شته والي لوري ته فکر راکاري. دا وده بنیایي د شلو (20) ورځو په لړ کې کله چې ګله د مول راویستل شي منځ ته راځي خو کله نا کله به یوه میاشت په برکې ونیسي.

همدارنگه په تکرار ډول سره وینه بهېدنه به بنځه سترې څرګنده کړي او په چټکۍ سره به وینه لږې وڅخافت د وجې، البومین یوریا، په پښو کې پړسوب، او د سترګو پړسوب، د خواریدنې نښې په منځ ته راشي. د رحم په منځ کې ګله به نکروز وکړي او مهبل له لارې به ګانګرن شوي بسوی لرونکې دسیچارج منځ ته راشي میکروبونه به د وینې له لارې Septicemia منځ ته راوړي. بنیایي د سپرو لوري ته د میاسټاز پیژندنه وشي کله چې ټوخی، وینه لرونکې خراشکی او د سپرو نورې نښې شته والی ولري.



میاسټاز (خپریدنه):

دا سرطاني ناروغي لاندې غړو ته متیاز کوي او خپریدنه مومي.

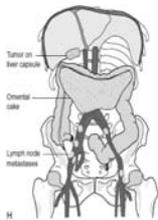
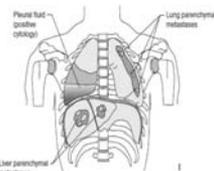


FIGURE Lung parenchymal metastases & Peritoneal metastasis



Peritoneal metastases beyond pelvic ≥ 2 cm in greatest dimension and/or regional lymph node metastases. Liver parenchymal metastases. Figure - cont'd F, Stage IIc; G, Stages IIIa and IIIb; H, Stage IIIc; I, Stage IV.

i سپرې Lungs

ii مهبل Vagina

iii ځيکر Liver

iv توری Spleen

انذار Prognosis:

د دې ناروغۍ پیژوندده د کلینیکي نښو نښانو له مخې لکه چې د مخه مووویل، تکراري وینه بهېدنه د سقط او یا زېړونې وروسته او یا هم د پلاستا د پولیب د شته والي له کبله، په عمومي ډول دلته کورناژ تر سره کېږي او حجرې د هستو پالوژیک کښې لپاره لابراتوار او پتولوګ ته استول کېږي. همدارنگه د التراساوند په ګڼه کې به یوه ګله په رحم کې شته والی ولري. او همدارنگه که چېرې د مهبل او فوج برخه اخته وي له نومور څخه بیوسې اخیستل کېږي او د حجروي ګڼو لپاره لابراتوار ته استول کېږي. د بلارېتوب آزموينې مثبت وي (اشیم زونډک آزموينه). همدارنگه د نوموړي ناروغۍ توپيري پیژندنه باید د یولپنورو ناروغیو لکه:

i هایداتیدیفورم مول.

ii لایپوما Lipoma.

iii رحمي پولیب، دغلق پولیب.

iv مایوما Myoma او یولپنورو نومورونو څخه تر سره شي.

په ثابت ډول به د کوربون اپیلوما ناروغۍ کې د ګونادو تروپین لوړېدنه تثبیت شي E.S.R به لوړ وي او دا یو ځانګړی ارزښته ځکه چې دا نساجود ویجاړوېدنې وصف دلته شته والی لري. د کوربون اپیلوما درملنه:

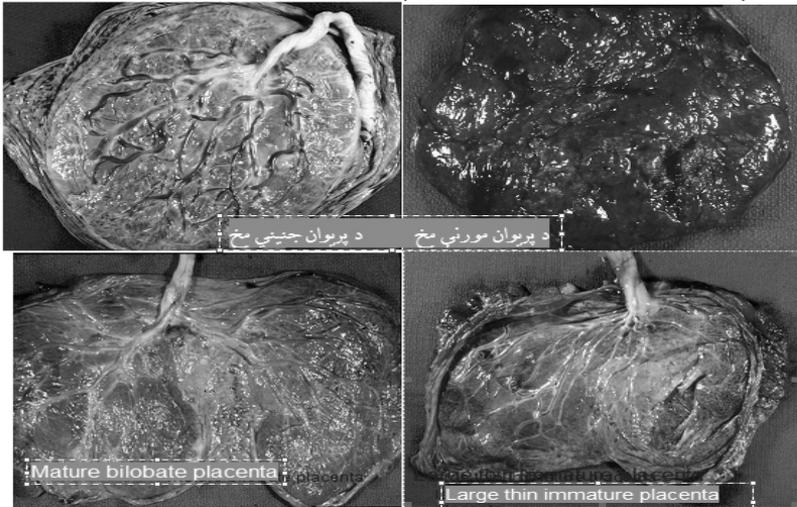
که چېرې ناروغي په لومړني مرحله کې وي او میاسټاز يي نه وي کړای هسترګومي درملنه ده او ښه نتایج به ولري او که چېرې ناروغي میاسټاز کړ وي هسترګومي به راډیو تراپي سره په ګډه او کیموتراپي به هم ترسره شي چې سره لدې هم ناوړه انذار لري. که چېرې ناروغ ډېر د وینه لري (Anemia) سره مخامخ وي تازه وینه دې ناروغ ته ورکړل شي وسیع الساحة اتی بیویکونه دې د اتاناتو د کنترول لپاره ورکړل شي. همدارنگه د ناروغ د عمومي ښې ښه والي ته دې جدي پاملرنه وشي.

د پريوان (پلاستنا) ناروغي

Disease of the placenta

♣ د بڼې توپيري حالت Variation in Shap:

په وصفي ډول سره پريوان گړدی. بڼه لری. خو کله نا کله نورې بڼې هم اخلي چې دغه توپرونه د تغذي حالت د غير منظم والي پورې اړوند په رحم کې گڼل کيږي. هغه پريوان چې د رحم په بناخ کې وي قسماً به گړدی وي او په څنډو کې به د (ring) کړې په څېر وي. او که چېرې پريوان د سرویکس په برخه کې دا به دايروي بڼه ولري او د خولي برخه به يې د horse shoe (آس) د نوک، په څېر پوښلی وي او که چېرې د رحم په جدارونو پورې نښتې وي قدام او خلف ته به په څپاره ډول بڼه ولري او دوه لويه (Bilobate) به وي. همدارنگه ښايي د احتشا (Infarct) له کبله Bisect دوه پرکه يا Trisect درې پرکه څيرلی بڼه ولري همدارنگه Nephritis او د رحم ناروغي د پريوان د غير نورمال ودې سبب گرځي.

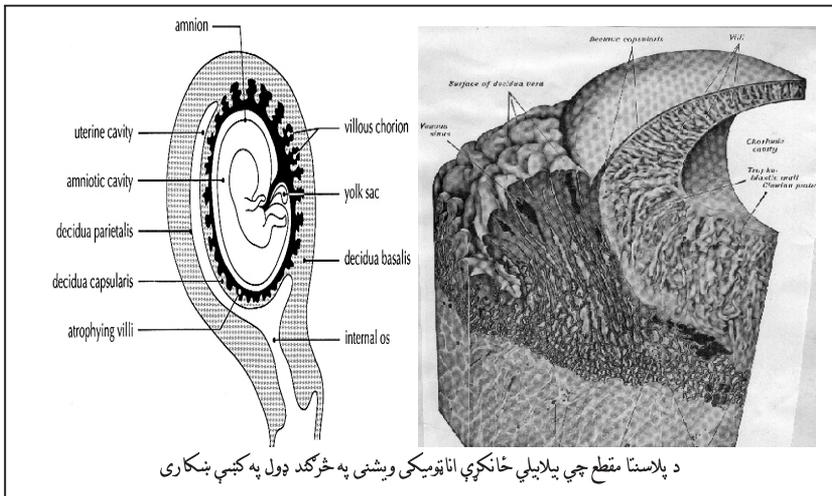
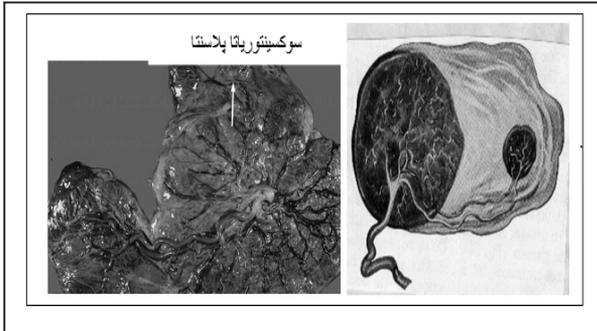


سوکسنټوریاټا پریوان :Placenta Succenturiata

دا ډپر له اهمیتہ ډکه بڼه د پریوان ده دا حکہ چې بنایي دا په رحم کې پاتې شي او د ویني بېدنې علت وگرځي او د Sepsis حالت منځ ته راوړي ددی علت به په لاندی ډول وی :

۱. د کوریون د بعضي Villi ذغابو وده به پاتې شوي وي.
۲. د پریوان د یوې برخې غوڅېدنه به د سپین احتشا (White infarct) له کبله وي .
۳. د Villi وده به د دیسیدوا ورا Dicaidua Vera برخه کې او Missing reflexa به شته

والی ولري:

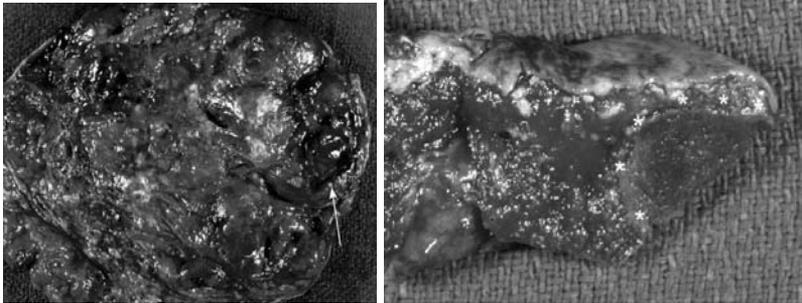


غشايي پړېوان Placenta Membranacea:

دا ډول د پړېوان په Pachydermis کې نورمال دی او نادر ډول جوړوي په انسانانو کې منځ ته راځي دغه ډول پلاستا په پرکيکي ډول هکي. Ovam ته په دننه کې په نري غشايي انساجو کې وده ورکوي. په نورو برخو کې پلاستا پړه بڼه لري.

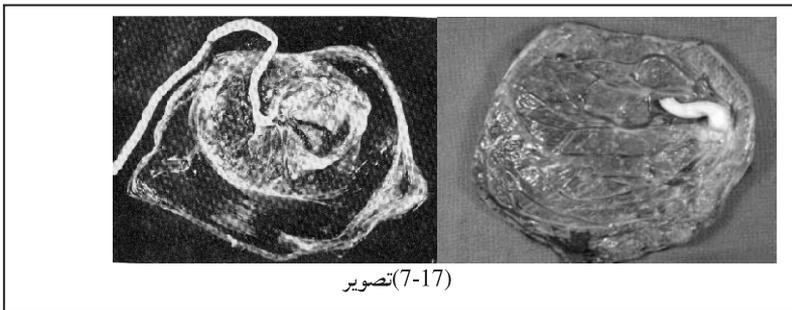
د پړېوان احتشأ Placenta Infarcta:

لکه (7-17) تصوير په څېر په ډېر پړېوانو کې سپنيوالی، نوډولره د کلکوالی برخې تر سرنگو کېرې چې ښايي دا 2mm ملي متره وي دا ښايي د مورني يا ماشوم لوري ته برخو کې شته والی ولري. دا ښايي تر څو ساتي مترو پورې اوږدوالی هم ولري. دغه جوړښتونو ته احتشأ يا (Infarcts) وايي او په بېلابېلو ډولونو ليدل کېدای شي Montgomery دغه حالت ته د نکروز Necrosis نوم ورکوي. بېلابېل ډولونه يې په لاندې ډول دي.



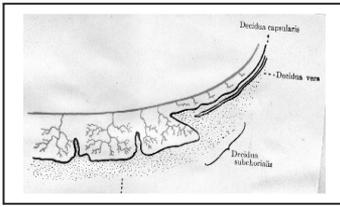
1- د پړېوان په څنډه کې:

د Subchorial ډيسيدوا په برخه کې به ډېر يا لږه اندازه يا په بشپړه توگه يوه کړی



(7-17) تصوير

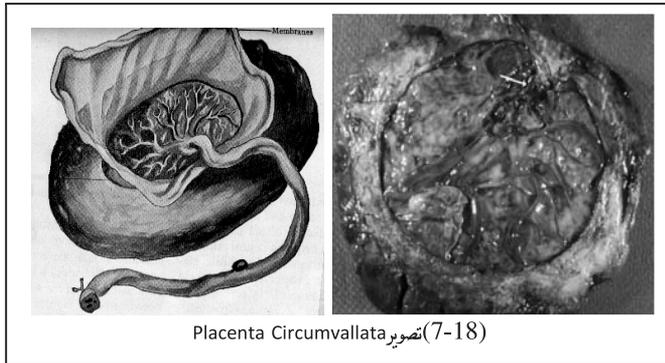
(Ring) شته والى ولري. دغه كړې به (2-16mm) ملي متر تر اندازې رسيري او پيروالى به يې 1-4 mm، ملي متره وي. دغه حالت ته Placentamarginata وايي.



په بعضې حالتونو كې دغه كړى (ring) د سطحې څخه زياتوالى مومي او پري او د غشاد تماس په برخه كې خلف ته څنډې مضاعف والى مومي پدې حالت كې ورته Placenta Circumvallata وايي چې (7-18) تصوير ته پاملرنه وكړي دغه حالت ته د

Placenta nappiformis نوم هم ور كړې شوى دغه ډول د پلاستنا سيركومولانا حالت ډېر له ارزښت څخه ډكه خبره ده

ځكه پدې حالت كې التصاق Adhesion منځ ته راځي او همدارنگه د دريم مرحلې زيږوني بڼې ته توپير وركوي



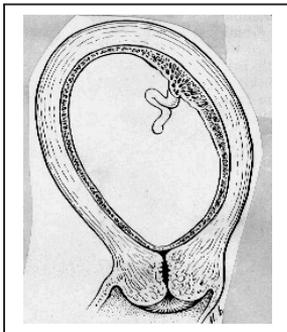
تصوير (7-18) Placenta Circumvallata

پدې حالت د التصاق له كبله وينه بهېدنه منځ ته راځي او تبه د مڪروبونو مداخلې ته زمينه برابروي دا حالت دي ته

اړتيا پيدا كوي چې لاس د رحم لورې ته ورننويستل شي سره لدې چې پلاستنا نارمله ښكاري خو پاتې التصاقى ټوټې بايد د لاس په واسطه راويستل شي.

۲- د فيتوس په لوري كې د نوډولر احتشا شته والى:

دا حالت به د اندازې له مخې توپير ولري او په واضع توگه به په سترگو وليدل شي دغه اندازه به د (3-5cm) ساتي مترو پورې توپير وگاندي. او د (1cm) ساتي مترو پورې به يې پيروالى وي.

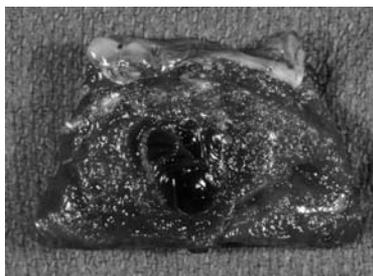
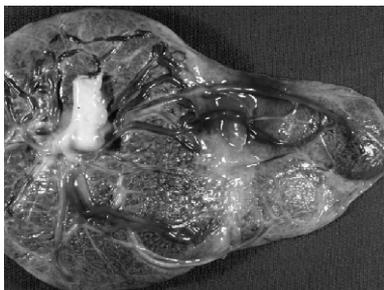


۳- بعضی احتشا به ټول پېروالی د یوه یا د ډېرو Cotyledons ونیسي :

د احتشا وسعت د ماشوم د بڼې له مخې هم و ټاکل شي چې تغذي يې په څه ډول ده د ډېرې احتشا په صورت کې به ماشوم ضعیف او Puny او بعضاً به د Brights disease سره مل وي. له نیمايي څخه ډیره برخه به په احتشا اخته وي او ماشوم بڼايي مړ وي. دغه راز پریوان بڼايي په پریماچور ډول سره جلا شوی وي او دا بریشیو بڼه ولري.

په عمومي ډول سره به درى علونه ډېر د احتشا په هکله د خپل وي لکه:

i یو پيري ارتريټس (Periarteritis) او یا هم د اندارترایټس (endarteritis) حالت چې په Villi کېښی ډیر دوام وکړي او همدارنگه د انسداد Obliteration حالت په رگونو کېښی منځ ته راوړی چې په Villi کې ډیر چې دا پخپله د اسکیمیا او نکروزس سبب گرځي چې لومړی د Villi د ستروما برخه اخته کوي یا د Villi د جدار برخه او د وینې د پرن کېدني له کبله د Villi تر منځ مسافه بندوالی مومي.



ii ډیر علما دا عقیده لري چې اندومتریټ د دیسیدو او ودې د ډېروالی د Villi د نکروزس او فیبرین د منځ ته راتگه موضوع علت کېي.

iii لومړنی اختلاف یاد کور یون د اپیتلیوم د دیسکوامیشن حالت چې دا حالت په وروستی اونۍ کې غیر نورمال نه گڼل کېږي. همدارنگه د فیبرین منځ ته راتگ او احتشا غوره علت گڼل کېږي.

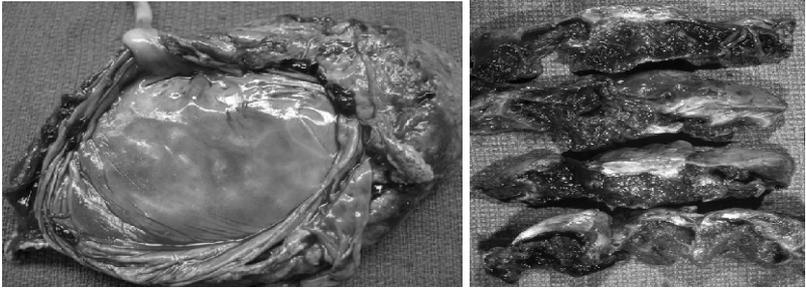
iv دغه درى واړه تیوري گانې بڼايي صحیح وي لومړی يې د ماشوم لورې ته پر سطحه باندي ډیری احتشايي برخې شرحه کړي. دوهمه به د مور لوري ته او د پلاسنتا مارجیناتا لوري کې احتشا او دریمه به په مایکروسکوپیک ډول احتشاشته والی ولري او د نکروتیک اکو درمل حجرو شته والی به په پخې پریوان Mature Placenta کې په ثابت ډول تثبیت شي.

د مایکروسکوپ له نظره به د پلاستا په انساجو کې د هرن شوي نکروز برخه ویسدل شي پدې هلکه (19-7) تصویر ته پاملرنه وکړي.

په ډبره پرمختللي مرحله کې به دغه کله د فیبرین بدلون منځ ته راغلي وي بعضاً به انسدادی Endarthritis او Periarthritis اندومتريت او د سیدوا حجرو نکروزس شته والی لري.

وینه بهېدنه Hemorrhage:

د پروان د جسم اړوند رگونه شته والی لري چې د سیدوا سره اړیکه لري دغه برخې د جلا کېدنې وروسته وینه ورکوي او ښایي دا ډیره وي دا به اکثرآد Basal یا قاعدې په برخه او په بیلا بیلو درجو سره د پروان د جلا کېدنې علت به وگرځي.



همدارنگه وینه بهېدنه د Marginal Sinus د څېړدنې له کبله هم منځ ته راځي. دا باید په یاد ولرو چې وینه بهېدنه د سپین او سرو احتشایي برخې څخه منځ ته راتلاي شي. د علقې Cloting جوړېدنه د لاندې څلورو مرحلو په لړ کې بدلون مومي او منځ ته راځي.

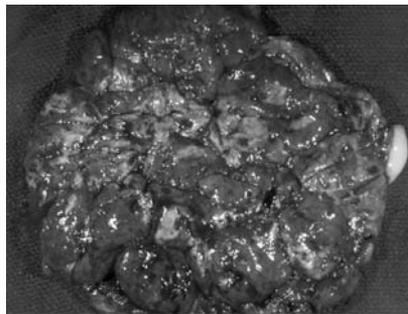
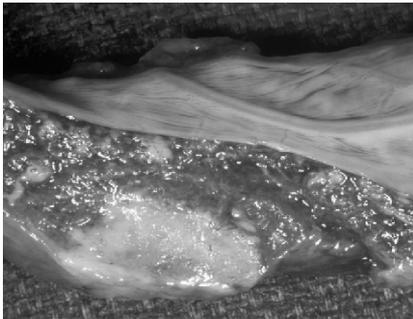
۱. پسته Soft ، سره red ، تیاره علقه black clot.
۲. د خښتې په څېر Brick سره red کلکه د علقې کله firmer mass .
۳. د فبرین جوړېدنه Fibrin formation چې د هغه په چاپیریال مایع شته والی لري.
۴. Through – and - Through کلکه فیروزی نوډول.

د دغه وینه بهېدنې علتونه په حاد او مزمن ډول احتقان، د وینې د فشار زیات والي د وینې د بهیر و درېدنه د Villi ناروغیو او د سیدواو د وینې د رگونو او وینې بدلونونه د Bright's disease د ناروغي شته والی د Toximia توکسمیا او سیفلیس شته والی بلل کېږي.

د Intervillous مسافو تر منځ علقه کېدنه نادره پېښه ده. خو تر مېوز به د سینوس په برخه کې په وروستيو اونیو کې نورمال وګڼل شي که چېرې دغه حالت په دوهمه، دریمه یا څلورمه میاشت د بلاربتوب کې منځ ته راغلی وي دا به پتالوژیک وګڼل شي.

د پریوان اُدیما Edema:

یوه اذیمایي پلاستنا که چېرې شته والی ولري د سیفلیس ناروغي لوري ته به فکر وکړل شي او د مایکروسکوپیک کتې له نظره په دا موضوع صحیح وګڼل شي. پدې صورت کې ذغابې د Club-Shaped او پرېسېدلی Swollen وي او غیر منظم بڼه به ولري. معمولاً به په سیفلیس اخته د پریوان کله د لم (شحم) (Fatlike) خیرده دا د Squeeze فشار پواسطه ورځنې مایع ځغلی او خاصفه بڼه اخلي، پیره، او پوستوالی به یې د قوام د جس پواسطه احساس کړل شي قاعده به یې خیرلی وي.



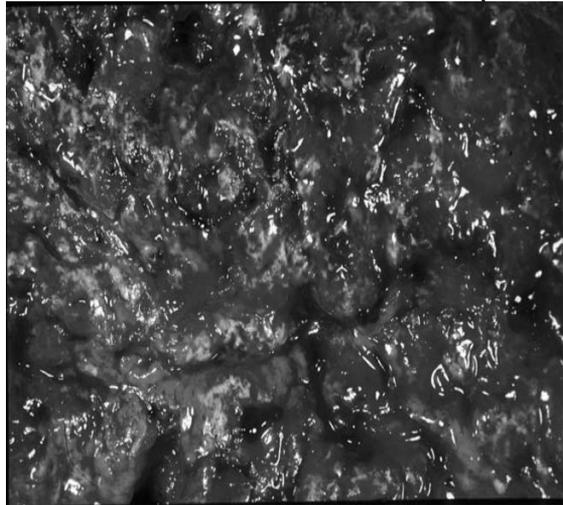
علتونه به یې د مورني او ماشوم د زړه ناروغي، نفريت، د شکرې ناروغي عمومي اذیما، پولې هایډرو امینوزس، اریټروبلاتوزس وي. سقط به د یوې قاعدې او قانون په څیر وګڼل شي.

اتلکنازی Atelectasis:

بعضاً د یوې Contyledon پریوان کله په بشپړه توګه ارتشاح مومي او فیروزی مواد چې کلک، تیاره سره رنگه او د تماس پواسطه کلک والی لري منځ ته راځي دا د پلاستنا پریویا هغه برخې چې د داخلي خولې په برخه کې پراته وي اخته کوي. دغه د فیبروتیک نسج شته والی په مستقماً یا غیر مستقیم ډول د فیوس په تغذی باندې اغېزه کوي او په پتالوژیک ډول به سپینه احتشا منځ ته راوړي.

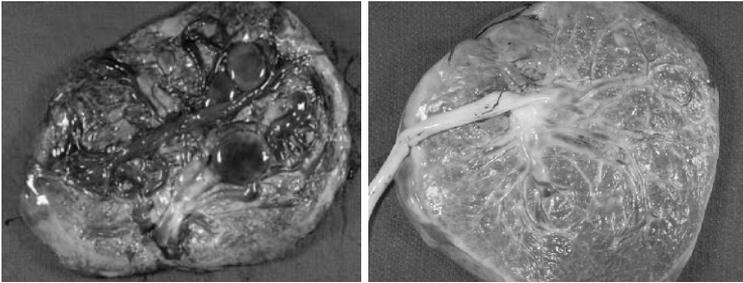
تکلس Calcification:

دا په کراتو سره د پلاستنا په قاعدوي برخه کې د پلاستنا په سطحه باندې د سپینو ټکو او رټو او راتولېدونو په بڼه منځ ته راځي. دا په مستقیم یا نادره بڼه یو تر بله د کوچنی قابونو کلکو کتلو په څېر منځ ته راځي دوی د کلسیوم کاربونیټ، کلسیم سلفیت او کلسیوم فاسفیت او مگنیزیم فاسفیت د راتولېدنې له کبله منځ ته راځي. دا د قاعدوي دیسیدووا په پورتنۍ طبقه یا بانه کې شته والی لري. په ځانګړي ډول دا د Anchoring Villi په چاپیریال منځ ته راځي. دا د فیبریني استحالي په برخو کې راتولېري له همدې کبله سپینه احتشا څرګندوي دوی کومې کلینیکي څرګندونې نلري.



د پربوان سیست Cyst of placenta:

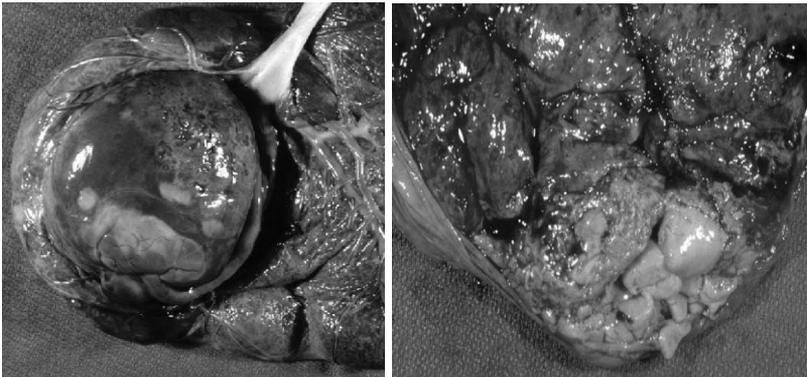
سیستونه معمولاً د فیټوس لوري مخ ته منځ ته راځي او امینون ته نږدې وي د کوریون تر غشاء لاندې شته والی لري. دا د اندازې له مخې د مایکورسکوپیک له اندازې څخه 6cm شپږ ساتي مترو پورې قطر او لوړوالري دا کېدای شی په هر وخت کې وروسته (22) اونۍ څخه وروسته ولیدل شي د دې سیستونو محتوي روښانه، خړه اویا وینه لرونکې وي.



دا البومين، غور (شحم) Detritus او د بيلابيلي د سوډيم او كلورين مالگې محتوی لري. د سيست
 خڅه په لاندې طبقه کې به سپينه احتشا شته والی ولري چې وروسته بيا ليکې په کې ليدل کيږي او
 دا به پسته بڼه لري او همدارنگه سپينه، توربخنه د نکروتیک محتوی چې ديسيدوا ده لرونکې به وي
 دغه محتوی استحاله کوي او د Longhan's حجرې په کې موندل کيږي. کېدای شي چې دا
 سيستونه دوجوفه وي.

تومور Tumors:

مکرومالموما Myxomalom، ، فايبروزوم، Angioma د Chorionic Villi هايپرپلازي په ځانگړي ډول
 Chorio-angioma به شته والی ولري. دغه ټول تومورونه نادر دي د کلينيک له نظره هيڅ يا لږ
 ارزښت لري هغه محال ارزښت لري چې د ماشوم په زېږونه يا په ماشوم اغېزه واچوي.



د کورډ او امینون انومالی

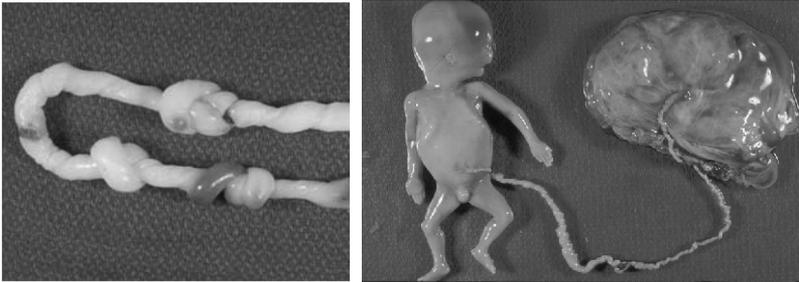
Anomalies of the Cord & Amnion

د کورډ انومالی

Anomalies of the Cord

غوټه Knots :

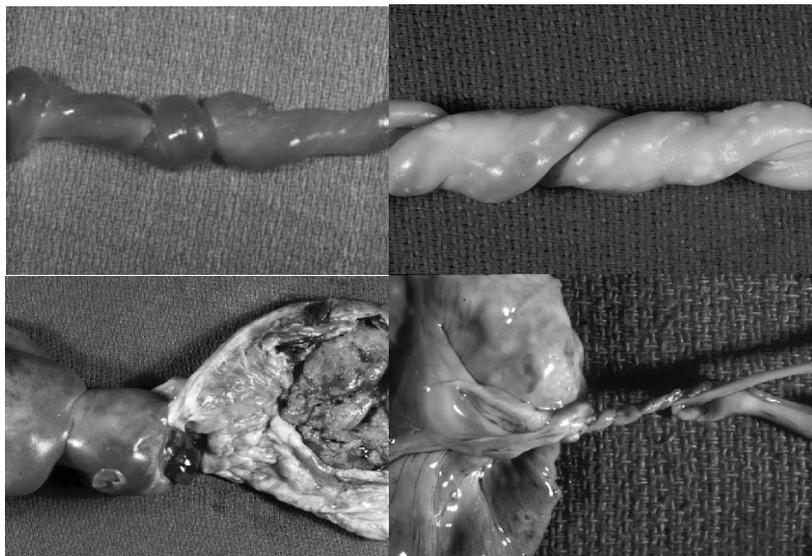
دا چې د کورډ یا د نامه د غوټی ورید نسبت شریان ته اوږد وي له همدې کبله ورید په خپله د شریان یا رگونو په چاپیریال تاوېدنه کوي او د یولوپ Loop په څېر عمل کوی او غوټه منځ ته راوړي.



د Wharton Jelly طبقه په همدغه برخه او نوډونو برخه کې پېروالی مومي او د False Knots نوم ورکړ شویدی د کور شویدی چې د کورډ لپاسه ظاهر یږي حقیقی غوټه Trueknot د کورډ په برخه کې منځ ته راځي خو دا نادره ده دا معمولاً د ماشوم د زېږونې په وخت منځ ته راځي کله چې ماشوم د Loop له لارې تېرېدنه وکړي. دا پدغه وخت کې کوم رول نلري خوکه چېرې د بلا رېټوب په لومړیو کې منځ ته راشي او د ماشوم فعاله حرکتونه به دغه Loop ډېر ټینګ کړي او د ماشوم د مړینې علت به وگرځي.

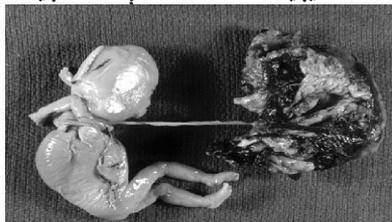
تاوېدنه Torsion:

د کورډ تاوېدنه اکثراً د فیتوس د سقط سره مل لیدل کیږي خو کله ناکله کېدای شي چې دا حالت د فیتوس د مړینې سبب وگرځي دا تاوېدنه به اکثراً د نامه د غوټی په برخه او یا په هره برخه کې وي چې لدې کبله د رگونو تضیق او مړینه منځ ته راځي.



کویلینګ Coiling:

دا عبارت د هغه ډول ناوېدنې څخه دی چې کور د بدن د یوه غړي په چاپېرناو شي دا اکثراً دا ډول ناوېدنه د کورد د لنډوالي پدې حالت کې ښایي د زیږونې په وخت د اطرافو (Extremities) د هډوکو ماتېدنې منځ ته راشي. دا کورد کله ناکله د غاړې په چاپېر د زیږونې په وخت تاوېږي (1/5) پېښه کې لیدل کېږي.



پېژندنه Diagnosis:

پدې حالت کې به فونیک سوفل (Funic Suffle) اورېدل کېږي او که چېرې د ماشوم د غاړې برخه کې د کورد لپاسه فشار راوړل شي د ماشوم د زړه آوازونه به کراره شي د فورسپس پواسطه د زیږونې په وخت گوتې د کوپړۍ لوري ته تیرېږي دا به ښه تېرې شي تر هغه چې د پویسک خلف برخې ورسېږي او د خټ برخه کې به کورد جس کړل شي.

درملنه:

د دغه حالت درملنه د فورسپس د زېږونې پواسطه تر سره کېږي بعضې د ولادې ډاکټران په دې عقیده دی چې دغه حالت دې پرېنودل شي چې زېږونه پخپله ترسره شي همدارنگه د دې امکان شته چې د مخه تر دې چې تنه وزېږېږي کورډ غوڅ کړل شي. دا به تل هغه وخت تر سره کېږي چې د دې تصور ونشي چې پلاستا تر ترکشن لاندې وي.

لنډ کورډ (Short. Cord):

داسې راپورونه شته چې حتی کورډ شته والی نلري او د ماشوم د نامه د غوټې په برخه دقت لپاسه به پړوان پروت وي کورډ ډېر لنډ وي دا چې کله نا کله به د غاړې په برخه د Coiling تاوېدنه وکړي. همدارنگه اصلاً باید کورډ په طبعي ډول دومره اوږدوالی ولري د پلاستا له برخې څخه تر فوج پورې ورسېږي او که چېرې پړوان په رحم کې وي بادي 32cm پورې اوږدوالی ولري. دا باید په یاد ولری چې کله چې ماشوم وزېږول شي رحم بنسکه لوري ته راکشېږي نو کله چې کورډ ډېر لنډ وي پدې حالت به:

1. په دوهمه مرحله د زېږونه کې ځنډ منځ ته راشي کوپړۍ به په ستونزې سره رابنسکه شي او دارنگه به وي چې لکه د یوه رېر پواسطه ځوړنده کوپړۍ وي.
2. کله چې دردونه ډېر قوي وي د کورډ څېږېدنه (رېچر) منځ ته راځي چې د ماشوم د مړینې یا زندی (اسفکسي) سره مل وي.
3. کېدای شي چې کورډ له پلاستا څخه وڅېرل شي.
4. بنیایي پلاستا له رحم څخه جلا او وڅیرل شي او دا برېښو پلاستا یا پتالوژیکه دریمه مرحله منځ ته راشي.
5. د رحم د Inversion یا سرچپه کېدنې سبب گرځي.
6. د رحم تقلصونه به ډېر درد ناکه وي چې د کورډ د لنډوالي پېژندنه گرانه کوي.

درملنه:

د دې ناروغۍ درملنه کومه ځانگړتیا نلري دا ځکه چې ډېره نادره بېبڼه ده که چېرې پېژندنه د بشپړې څارنې لاند وشي کله چې کوپړۍ وزېږول شي کورډ دې پدغه مرحله کې غوڅ کړل شي.

اوربده د رسی (کورډ Long cord):

دېر اوږد کورډ هم لیدل شوي دي د شیکاګو په Lying – in روغتون کې (156 cm) ساتي مترو اوږد کورډ هم لیدل شوېدي منځنی اندازه یې 55cm ساتي مټره ده دا چې دا اوږد کورډ پرولاپس او Coiling یا تاوېدنه ونکړي د کلینک له نظره د نظرونو خبره نده.

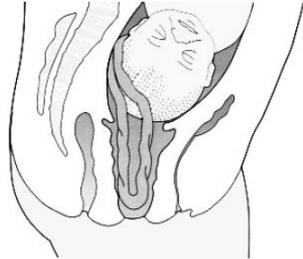


Fig. Cord prolapse.

د کورډ رپچر Rupture of the cord:

دا حالت دېر په هغه حالاتو کې چې کورډ دېر اوږد وي او یا هم دا چې دېر لنډ وي منځ ته راځي د کورډ د وزن د لېږدونې قدرت د 3,6 – 10 kg پورې دي.

نیوپلازم Neoplasms:

د کورډ نیوپلازم دېره نادره ناورغي ده Myxoma Sarcoma او Dermoid تومورونه را پور ورکړ شوېدي، رپچر کورډ د Varix چې هماغه منځ ته راوړي په ځانګړي ډول د ماشوم د ګېډې د جدار تر څنګ بعضاً لیدل کېږي. د وارتن جیلی Whartons jelly کې راوتلی برخه زیاتوالی کورډ ته د درانده، پېر، د بښنه ئی رسی، سیست د امفولومیزاتریک قنات وازپاتې کېدلی بڼه ورکوي دا حالتونه په نادر ډول موندل کېږي.

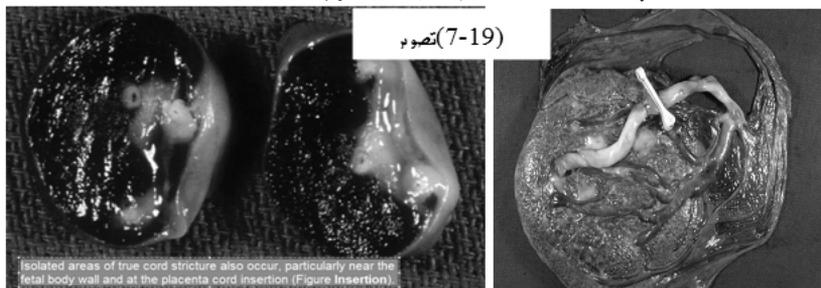
سیفلیس Syphilis:

د رګونو پېروالی د میدیا په طبقه کې او نکلس او د لومن انسداد بڼایي د سیفلیس په ناروغۍ کې ولیدل شي په نورو حالتونو به کې دا د سیفلیس لپاره وصفي ونه ګڼل شي.

غیر نورمال د کورډ کرڼه Abnormal insertion of the cord:

په منظم ډول باید تل کورډ د پړوان په مرکزي برخه کې کرل شوي وي بې ځایه کرڼه حتی د پړوان په څنډو کې هم دېره نادره نده. د Battledore placenta (په څنډو کې د کورډ کرڼه) د کلینک له

پلوه کوم ارزښت نلري. نوکله چې کورد د غشا په برخه کې کرلی وي او د رگونو خپرېدنه یې اوږده یا لنډه د امینون او د کوریون څخه ترپلاستنا ځغېدلې وي دغه ډول ته Valamentous insertion وایي پدې هلکه (7-19) تصویر ته پاملرنه وکړي.



دغه ډول والامتوس انزرسن Valamentous insertion د کورد اکثرًا د نورو انومالو لکه:

احتشاء، پلاستنا سوکیستوریا تا، دوه فصولو درلودونکې (Bilobata)، او پریویا (previa) سره مل وي دا ډول نه (9) ځله ډېر په دوه گوني ماشوم زېږونه کې لیدل کېږي دغه بې ځایه کرنه د پلاستنا ډېر د خطر په ډکه وي دا چې کله چې رگونه د رحم په ښکني سگمنت کې ځغېدلې وي چې دغه حالت ته Vasa previa وایي که چېرې یو یا څو رگونه وځیرل شي ماشوم به خپل ژوند له لاسه ورکړي او د ماشوم د اسفیکسي علت د هغه د کوپړۍ د تېردېدنې په وخت کې کېږي.

د Vasa previa درملنه:

که چېرې د مخه تردې چې غشا رپچر وکړي پېژندنه تر سره شي هڅه دې وشي چې د رپچر مخنیوی وکړل شي او د وایټرس د کڅوړې (جیب) د رپچر مخنیوی دی تر هغه وشي تر څو چې اتساع بشپړه شي دا به د یوې پستی الاستیک Colpeurynter اله اېښودنې پواسطه د مهبل په برخه کې تر سره شي او ناوړغ ته په پورته د Sim's position ورکول شي. نوکله چې عنق په تام ډول متوس شي جیب (غشا) ځیرل کېږي او په مصون ډول به زېږونه وشي. دا زېږونه به د وضعیت د بدلون، کشش او یا فورسپس پواسطه تر سره شي په بعضې پېښو (وقعاتو) کې د سیزارین سکشن کړنلاره کېږي. که چېرې کړنې په پام او په وخت سره ترسره شي مور ته حتی د وینې تېردنې اړتیا هم نه موندل کېږي. که چېرې ماشوم او مور دواړه په وینه لږي اخته وي د اړتیا وړ وینه ورته ورکول کېږي.

د کورد فتنونه Hernias into the cord:

په كورد كې قفقونه نادره خبره نده نو هر كله چې كورد غوټه كيږي بايد فكر وشي چې قفقونه منخ ته راتلاي شي په ځانگړي ډول د پوستكي مسافه بنايي په ډېرو اندازو سره ليرې پاتي شي چې ورته د Skin umblicus يا د پوستكي د نامه غوټي ويل كيږي.

دا مينون انومالي كاني

Anomalies of the amnion

امينون په دوه ډوله د پامور حالتونه منخ ته راوړي

پولي هايډروامينوز polyhydroamios:

دامينون پواسطه د ډېرې مايع توليد ته ويل كيږي همدارنگه دغه اصطلاح ته د هايډروامينون (Hydroamnion) او هايډروامينوز Hydroamnios نوم هم ورکړ شوي دي دا حالت نسبت اوليگوهايډروامينوز Oligohydroamros ته ډېر منخ ته راتلونکي دي (1:200). دغه مايع کېدای شي (15-30 lit) ليتر پورې مايع شته والي ولري چې تر دې اندازې ډېر به يې زيات نادر حالت وگڼل شي او (8000cc) يعنې اته ليتره (8lit) مايع پورې خورا ډېر تشيت شويدې.

Layer	Extracellular matrix composition	MMP or TIMP produced
Amnion		
Epithelium		MMP-1, MMP-2, MMP-9
Basement membrane	Collagen types III, IV, V; laminin, fibronectin, nidogen	
Compact layer	Collagen types I, III, V, VI; fibronectin	
Fibroblast layer	Collagen types I, III, VI; nidogen, laminin, fibronectin	MMP-1, MMP-9, TIMP-1
Intermediste (spongy) layer	Collagen types I, III, IV; proteoglycans	
Chorion		
Reticular layer	Collagen types I, III, IV, V, VI; proteoglycans	
Basement membrane	Collagen type IV; fibronectin, laminin	
Trophoblasts		MMP-9

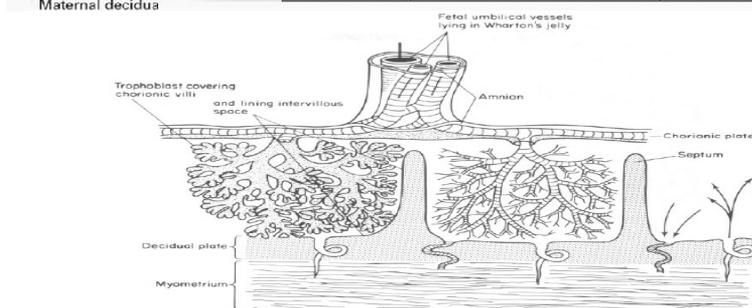


Fig. The structure of the placenta. For clarity of only the fetal arterioles are shown in the mid section. The real villi are much more finely branched

د امینون مایع (99% سلنه اوبه ، د امینون مخصوصه وزن (1010) ، سوډیم (130 mmol/L) ، یوریا (3-4 mmol/L) ، لیستین (30-100mg/L) ، پروټین (3 g/L) او الفاسیتو پروټین (0.5-5 mg/L) په نورمال حالت کېنې ټاکل کېږي.

د دغه ناروغۍ په منځ ته راتګ کې دواړه د مور او فیتوس (Ovular) هګۍ علونه مسؤل ګڼل شويدي چې لدې جملې څخه د Ovular علونه په لاندې ډول دي.

1- د فیتوس سواشکال په ځانګړي ډول د ماشوم د اجوافونه ټرل، د پیلور او مری بندښت، وازه شونډه Ectopic visca, anencephali او Spinabifeida .

۲- د فیتوس ناروغي لکه د رګونو انسداد چې د رکودت Stasis سبب ګرځي اذیما او ګرودیشن منځ ته راوړي (د کورد تضیق ، د ابهر تضیق ، Ductus Botalli د زړه ناروغي،

د ځيگر سيروز، سپينه نيومونيا، د پلاستا ناروغي، د پريوان د رگونو انسداد، کوريو- انجيوما او نور.

هايډرو امينون چې په Unioivular دوه گونو کې معمول دی بنايي چې يوه يا دواړه هگي اخته کړي او حتی کېدای شي په يوه هگي کې اليکوهايدرو امينوز شته والی ولري.

مورنی علتونه په ندرت سره لامل گرځي او نورې هغه ناروغي چې General anaserca عمومي اذيمنا منځ ته راوړي کله د زړه، سږو، ځيگر او پښتورگو ناروغي بنايي يو علت وگڼل شى هايډرو امينوز د کليټک له پلوه دوه بڼې لري.

د حاد هايډرو امينوز کليټيکي نښې:

دا يوه نادره منځ ته راتلنه ده چې بنايي وژونکې وي دا حالت 1:12000 پښو کې منځ ته راځي دا په څلورمه او پنځمه مياشت د بلاربتوب کې پيل کوي او دپه چټکۍ سره وده کوي د رحم اندازه لويوالی مومي او د فرط فشار د شته والي حالت کې منځ ته راوړي.

په دې حالت به درد د گېډې شاته د ملا په برخه کې او ورونو کې منځ ته راشي همدارنگه ناوړخ به د گېډې د اتساع احساس ولري او د ذيق النفس (Dyspnea) په ځانگړي ډول لومړی ځله ښځه کې احساس کړل شي او د ملاستي په حالت کې به رحم دردونه شدت پيدا کړي. پدغه ناروغانو کې کانگې او زړه بدوالی شته والې لري. د ناروغي په پرمختللي حالت کې به د پښو، ورونو او گېډې برخه کې اذيمنا منځ ته راشي.

په midterm حالت کې به رحم لويوالی ولري او په Term کې بطن تنگ او د جس پواسطه دردناکه وي. اوڅپانده (Fluctuation) حالت بنايي معمولاً شته والی ولري. Striae د بلاربتوب، او لږه وينه بهيدنه د پوستکي برخې وپوشوي. د ماشوم غړی د جس وړندی، د مېلبی په کتنه (T.V) کښی د سرویکس برخه پورته وي او د effaced حالت به ولري او معمولاً به خوله وازه بڼه ولري. د قاعدې له مخې کله چې حالت د هايډرو امينوزس حاد وي پدې صورت کې به سقط د شپږمې مياشتې څخه د مخه منځ ته راشي او که حالت به د ناروغ خراب کړي پدې هکله ډاکټر بايد مداخله وکړي او بلاربتوب ته پايله ورکړي بعضاً پدې حالت کې دوه گوني ماشومان شته والی لري که چېرې دغه ماشومان مړه وي بايد بنفسي څارنه وشي او ماشومانو ته به عادی ډول سره سقط ورکړل شي.

پېژندنه:

د ناروغي پېژندنه د تاريخچې، کلينيکي نښو نښانو پواسطه چې ډېر ژر وده يې موندې ترسره کېږي. همدارنگه التراساوند د کني پواسطه بشپړ معلومات څرگندېدلای شي.

توپيري پېژندنه:

۱. هايداتيد يفورم مول سره چې دومره ژر وده نکوي.
 ۲. د رحم تومورنه چې دا هم دومره ژر وده نلري.
 ۳. د هگي خالي تومورنه سيستونه چې په چټکي سره وده نه کوي.
- که چېرې پورتنی حالتونه شته والی ولري پدې صورت کې به بنخه بلاربه نه وي د عنق برخه به تړلی وي او د بلاربتوب نښې نښانې به شته والی ولري.
۴. حین Ascites پدې صورت کې مايع په بطن کې نشتوالی لري او په وصفي ډول به د نامه د غوټې په چاپيريال کې Tympanism شتوالی ولري او Seffting-dullness به مثبت وي.
- درملنه:

مزمز هایدرو او امینوز :-

دا حالت ډېر معمول دی حکه "1:800" پېښو کې دا حالت منخ ته راځي. پدې صورت کې حالت په کراره سره وده وکړي او طوفاني بڼه نلري دا حالت د سقطونو علت نه گرځي کېدای شي چې بې مودې زېږېدنی سبب وگرځي.

کلينيکي نښې نښانې:

کلينيکي نښې لکه د حاد حالت په څير دی خو دا به لږه اندازه شدت ولري او د نښو منخ ته راټک به اوږده موده ونيسي بنايي چې د کېدې د برخې ډېره توسع منخ ته راشي او رحم ډېر لويوالي ومومي او د زړه تنگي احساس به پيدا کړي او ناروغ بنايي يوه اونۍ د زېږونې څخه د مخه د وېرې غلط دردونه پيدا کړي.

پېژندنه:

د دې ناروغي پېژندنه هم د ناروغي د کلينيکي نښو نښانوناو د هغوی د تنګ لارې همدارنګه د التراساوند د ګڼې پواسطه په ښه توګه کېږي. که چېرې دوه ګوني ماشومان شته والی ولري پدې صورت کې دوه کڅوړې د پلاربتوب شته والی ولري چې یو به د بلې سره لاره ونلري. او همدارنګه د هایډروامینوتیک کڅوړو شتوالی به تثبیت کړل شي.

درملنه:

وینه لږې، د زړه او پښتورګو ناروغي باید تثبیت او درملنه یې وشي. که چېرې د زړه او پښتورګو ناروغي شتوالی ولري پدې صورت کې به د بلاربتوب پایله ناوړغ ته ګڼه وره کړنه وي. همدارنګه دا مهمه خبره ده چې مایع باید په چټکۍ سره روانه ایستل شي ځکه چې دا د شاک علت ګرځي (که چې مایع په چټکۍ سره راوه نه ایستل شي دا بهر د ګډې برخه سمدلاسه له فشار څخه آزادېږي او یوه ډېره اندازه وینه د سفلي اطرافو لوري ته راستېږي) او پدې صورت کې د شاک حالت منځ ته راځي د وینې فشار راښکته کېږي.

که چېرې د کڅوړې د څېړنې کړنه ناکامه وي پدې حالت کې باید د جراحي کړنلارو لکه سیزارین سکشن، د فورسپس پواسطه زیږونې ته ملا وتړل شي وروسته له زیږونې څخه Pituitary extract درمل ناروغ ته وینه بهدني د مخنیوي لپاره ورکړل شي. د میکروب ضد درمل دي ور کړل شي او د ناروغ د عمومي وضعیت څارنه دې وشي.

اولیګوهایډروامینوز:

د امینوتیک مایع د اندازې لږوالي ته ویل کېږي او دا چې دا حالت هم نادر دی د ماشوم او رحم تر منځ به یوازې لږه اندازه مایع چې پېره، لزوجه، وریځې ډوله، شنه، ژړیځنه په نه بسیا ډول شتوالی ولري. که چېرې دا حالت په مقدم ډول منځ ته راشي د فیتوس او امینون تر منځ به نښته (التصاق) شته والی ولري او Deformities سبب به وګرځي.

که چېرې په وروستو میاشتو کې امینون لږوالی ومومي او له منځه تللی وي پدې صورت کې به د ماشوم پوستکی وچ او د څرم په څېروي د ماشوم جسم سره لاطول یو لږ حالتونه به ولیدل شي لکه: Decubitus, Dropwrist, Clubfoot د اوږې برخې د پوستکي نشتوالی، او همدارنګه

د تروکانیتر او مالیول نشتوالي، د ملاد تیر محدودیت زیاتوالی، د عضلاتو لنډوالی لکه Wryneck او Calcaeus Talipes په شتوالي ولري. دغه حالتونه بنیایي د رحم څخه بهر بلار توب کې هم شته والی ولري.

د دې ناروغۍ د علت په هکله تر اوسه کوم نظر ندی وړاندیز شوی چې تثبیت کاندی. همدارنگه دا ناروغي د زېږونې په وخت کې د ډېر درد څخه ډک تقلصونه، ضعیف تقلصونه په لومړۍ مرحله کې شته والی لري چې د ماشوم لپاره له خطر ډکه مرحله گڼل کېږي.

اتم خپرکی

د قدرت انومالي

Anomalies of the Power

Anomalies of the Uterus Action د رحم د کړنې انومالي

دردونه يا تقلصونه کېدای شي چې ډېر ضعيف او يا ډېر قوي وي يا ډېر لږ او يا ډېر زيات وي، ډېر لنډ او يا ډېر اوږده وي د وخت او وصف له پلوه ډېر بې نظمه وي بنسټي ډېر دردناک وي او يا ډېر نادر او يا هېڅ شتوالی ونلري يوه طيب لره بنسټي چې د هر يوې بلارېې بنسټي د لنگون يا زېږونې د وخت دردونو ډول، وخت، نظم او قوت او تقلصونه په ښه توگه ياد داشت کړي.



Fig. 4.1 The thick upper segment and the thin lower segment of the uterus at the end of the first stage of labour. The dotted lines indicate the position assumed by the uterus during contraction

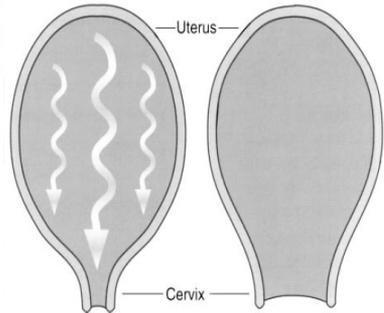


Fig. Contractions start from the fundus.

Unfavourable cervix



An unfavourable cervix is long, closed, firm and uneffaced

Favourable cervix



A favourable cervix is soft, effaced and admits a finger

Fig. Unfavourable (low Bishop's score) and favourable (higher Bishop's score) cervix.

غلط دردونه False Pains:

دا هغه تقلصونه دي چې د بلاربتوب په پایله کې منځ ته راځي دا ښايي کله ناکله ډېر زیات او یا سپک وي ښايي د زېږونې د مرحلې ټولې کړنې پکې په حقيقي ډول شته والی ولري چې دا تقلصونه، د رحم کلکوالي او نظم لری سرې نشي کولای چې ووايي څه وخت زېږونه پیل او څه وخت به پایله ولري څو لاندې ټکي به په پېژندنه کې غوره مرسته وکړي.

- غلط دردونه په یوه ډول وي او په شدت کې بدلون نه راځي.
- حال دا چې حقيقي دردونه یا د زېږونې درونه ډېر قوي وي او قوت مومي، زېږونه وروسته له څو ساعتونو یا یوې ورځې څخه منځ ته راځي او د دردونه معمولاً د زېږونې څخه د مخه د متوقع په وخت منځ ته راځي، ښايي چې عنق وازوي او لنډوالي ونلري او Effaced نه وي همدارنگه غشا ښايي په نارد ډول رېچر کړي وي او وینه لرونکی ښوونه یا (نښه) ښايي ظاهر شوي نه وي.

- غلط دردونه زیاتوالی نه مومي که چېرې د Pituitary extract هم ورکړل شي په شدت کې زیاتوالی منځ ته نه راځي. دا حقیقتاً د Hicks. Contraction په څېر دردناکه وي د دغه حالت د شتوالي په صورت کې باید د غلط یا خطا ایستونکي دردونو False Pains نوم پرې کېښودل شي.

- د دغه دردونو درملنه د بستر هوساینه، د نارکوټیکونو ورکړه او بعضاً د مسهلانو او امالي ورکولو پواسطه ترسره کېږي.

ضعیف دردونه Weak Pains:

د رحم ناتواني Uterine Atony or Uterine inertia

دا دردونه ښايي په ضعیفه بڼه، په کراتو سره اولنډه بڼه وپېژندل شي معمولاً د درې واړه سره یوځای وي. په فزیولوژیک ډول سره د (Atony) اصطلاح صحیح نه گڼل کېږي ځکه چې رحم تل تقلصونه لري، کشیدنه لري او بعضاً خپله الاستیکي بڼه لري او د قوت Tonus لرونکې وي. یو هایپرتروفیک رحم ښايي په ټولو حالتونو کې تقلص ونکړي. او یو اټونیک رحم یا هایپوتونیک رحم ښايي د اوږدې یا لنډې مودې وروسته تقلص وکړي هر حرکت ښايي سره توپیر ولري خو معمولاً په قوت او ټونیسټي کې زیاتوالی منځ ته راځي او د تقلص په اعظمي حد کې د څه مودې لپاره لږوالی کوي.

د رحم اټوني بنيابي د زېروني لومړۍ مرحله تراغېزې لاندې راوړي او همدارنگه اتساع د عنق دوهم مرحله د زېروني د ماشوم Expulsion او دريمه مرحله به تر اغېزې لاندې راوړي بعضاً کېدای شي چې لومړنۍ مرحله په غير مترقبه ډول اوږده وي، دردونه د احساس وړ وي، د اوږدې مودې غير منظم واقعي به ولري او بنيابي چې د څو ثانيو په لړ کېسې له منځ لاړشي. همدارنگه بعضاً دغه دردونه بنياد څو ساعتو يا څو ورځو لپاره ودريري او د يوه غلط درد False pain بڼه غوره کړي. وروسته لدغه مودې تېرېدنې به درد معمولاً په ډېر شدت سره منځ ته راشي. د عنق اتساع بنيابي څو ورځې په کار ولري، همدارنگه د نظم او قانون له مخې ماشوم پدغه موده کې تر خطر لاندې نه وي، د اوږدې مودې لپاره د وائرس کڅوړه نه چوې او په خپل حال پاتې وي او کومه ستونزه نه پيدا کوي خو دا بايد د مخه تر دې چې رحم هايپرتونیک شي او د ترک وکړي وڅېړل شي دا د ماشوم لپاره گټه وړی خود مور لپاره د اتان مداخلې ته زمينه برابروي.

په دوهمه مرحله د زېروني کې د رحم ضعيف دردونه د گېډې د جدار د ضعيف عمل پورې اړوند گڼل کيږي. دا ځکه چې Presenting برخه د حوصلې او پرينوم سره مخامخ نده او د گېډې د جدار د عضلاتو عمل سره مخامخ ده Expulsion بنيابي په کراره وي او يا منځ ته راغلې وي. د Expulsion راوته د مور لپاره خطر لرونکې ده د حوصلې د احشاوود د فشار منځ ته راتلوله کبله چې بنيابي د فشار له کبله دغه احشا د نکروز سره مخامخ شي او فيستول منځ ته راوړي ماشوم په رحم کې د اسفکسي (زندۍ) کېدنې سره مخامخ وي په دريمه مرحله د زېروني کې دردونه لږ او لنډ وي دا جدی دی ځکه چې د پړوان نه جلا کېدنې او د پړوان د احتباس خطر شته، وينه بهېدنه بنيابي د پلاسنټا د برخې د رگونو د نه تقلص او تړنې له کبله منځ ته راځي.

سببونه Etiology:

لومړنی ضعيف تقلصونه بنيابي د عمومي ضعيف روغتيا (صحت) پورې اړوندو گڼل شي عصبي ميکانيزم بنيابي له منځه ولاړشي او عضلات بنيابي په ضعيفه بڼه تعصيب شوي وي او د اندوکرين سيستم بنيابي غلط وي. که چېرې شاک منځ ته راشي بنيابي تقلصونه ودريري او د جراحي کړنلاره هغه بنيابي وروسته وغورځوي له توقع څخه خلاف د مورفين درمل بعضاً د تقلصونو تقويه منځ ته راوړي.

موضعي علونه په لاندې ډول دي:

۱. کوچني او له ودې پاتې رحم يا infantile uterus د ماشوم توب رحم.

۲. د میوما Myoma شتوالی.
۳. د پریتوان سره التصاق چې د عضلاتو عمل تر اغېزې لاندې راوړي.
۴. ډیر ډک ریکتوم او ډکه له متيازو مټانه.
۵. اېنارمل موقعیت د رحم.
۶. لویه ګېډه Pendulous Abdomen.
۷. د رحم د جدار ناروغي.
۸. د تندب (سکار) شته والی له پخواني جراحي کړنلارو څخه.
۹. مزمن متریت، د فیبروز نسج زیاتوالی او عضلي نسج لږوالی سره.
۱۰. زیاته د ماشوم زېږونه او ډېر زیات کنکشن.
۱۱. د سرویکس (عنق) برخې انومالي.
۱۲. هغه بنځې چې ډېر عمر ولري او لومړي ځله (p/p) وي.
۱۳. پولي هایډرو امینوز او دوه ګوني چې دا وم د ډېرې اتساع له کبله منځ ته راځي.
۱۴. Physometra او اېنارمل پرزېټیشن.

II. ثانوي ضعیف تقلصونه په د لاندې د لایلو له کبله منځ ته راشي.

- ۱- کله چې د ډېرې کارکونې له کبله ستوماتیا منځ ته راشي.
- ۲- د ماشوم څخه پورته د رحم تقلصونه.

پېژندنه Diagnosis:

د ضعیف تقلص او (Atony) د حالت پېژندنه ډېره ساده ده دا چې تقلص د درد د پیدا کېدنې سره سم منځ په بشپړه توګه منځ ته نه راځي او که منځ ته راشي په څو ثانيو کې له منځه ځي. دا ټوټې په صورت کې په زېږونه کې پرمختګ منځ ته نه راځي او ډېر لږ احساس شتوالی لري ډېره مهمه خبره د پېژندنې لپاره دا ده چې د ماشوم او مور د وارو حیات او ژوند تر خطر لاندې وي. د ماشوم لپاره دا معمولاً په دوهمه مرحله د زېږونه کې د زندی (Asphyxia) له کبله او داد پلاسنتا د اندازې د لږوالي له کبله منځ ته راځي. همدارنگه ماشوم د اتان سره د مخامخ کېدنې له کبله تر خطر لاندې راځي. د مور لپاره د خطر علونه ضعیف تقلصونه چې د کوپړۍ او حوصلې د مسافې د زیاتوالي په وخت

کې د دغه زون (Zone) د کامپريشن له کبله دا برخه په اذیما اخته کېږي او بعضاً دلته وینه راټولېږي. لږ وروسته د وینه لږې له کبله نکروز په هغه انساجو کې چې د باکتریسیدال Bactericidal خاصیت یې له لاسه ورکړی وي منځ ته راځي چې دا برخې د باکټري او اتان د مداخلې لپاره مساعده زمینه برابروي. پروسوب، اذیما، تثبیت شوي د یسپاچ، تبه، درد، زړه بدوالی او کانګې منځ ته راځي کله چې دا حالت تثبیت کړل شي باید د ماشوم زېږونې لپاره ځنډ ونکړل شي او ژر تر ژره زېږونه ترسره شي.

انزار Prognosis:

د دې ناروغي انزار د اتان د مداخلې (Sepsis) د ناروغ د حالت د ناروغي دپه وخت پیژندنې او درملنې پورې اړوند ګڼل کېږي. که چېرې ناروغي په وخت وپیژندل شي او ژر تر ژره یې درملنه وشي انزار ښه دي.

درملنه Treatment:

د دغه ناروغي درملنه د سبب پورې اړوند سره توپیر لري همدارنگه د طبي او میکانیکي علونو او درملنو له مخې توپیر لري. تر ټولو غوره خبره دا ده چې ناوړخ په بستر کې استراحت وي او هغه باید د مورفین ورکولو پواسطه خوبجن حالت ولري. د مورفین درمل د تحت الجلد له لارې (15mg) او همدارنگه (5,2gr) سوډیم بروماید دریکوم له لارې ورکول کېږي د مورفین ورکړه د زېږونې په لومړۍ مرحله کې د ماشوم لپاره کوم خطر نلري کله چې ناوړخ ویده نشي په منظم ډول د رحم تقلصونه منځ ته راځي. پدغه مرحله کې د ارګوت Ergot مستحضر باید ناروغ ته ورنکړل شي په ډېرو ناروغانو کې د مورال لوړوالی باید په نظر کې وي.

د Pituitary extract درمل کېدای شي په لومړۍ او دوهمه مرحله کې په وسیع یماننه ناروغ ته ورکړل کېږي، دا درمل د ډېر قوت لرونکې درمل د رحم د تقلص لپاره دې چې تقلص او مقویت (Tonus) ته لوړوالی وربخشي. دا چې دا درمل دومره ګټه وړ دی هومره د دې ترڅنګ د مور او ماشوم لپاره خطر ناک هم دی. د رحم رېچر، د سرویکس څېرېدنه، او ډېرینوم څېرېدنه امکان لري چې منځ ته راشي همدارنگه Shock شاک، اختلاج او د ماشوم مړینه د اسفکسي له کبله او د دماغ د وینه بهېدنې له کبله او (نخامیه عصاري) Pituitary extract د ورکولو له کبله دغه حالتونه منځ ته راځي. د کلسیوم ګلوکونات ورکړه د ورید له لارې د رحم د تقلصونو د نظم او مقویت لپاره په لومړي او دوهمه مرحله کې ورکول کېږي.

همدارنگه د درد او اختلاج د کترول او آرامتیا لپاره دا نالجزیک مستحضرونه ورکول کيږي خو پارا الدهاید (Paraldehyd) او فینوباریتال سودیم ښایي د کلسیم دغه موخه (هدف) ویجاړ کړي. همدارنگه که چېرې ناروغ د مخه د Digital د گروپ درمل اخیستی وي باید کلسیم ور نکړل شي. کلسیم ظاهراً د ماشوم په جسم کومه اغېزه نه پرېباسي. همدارنگه د میخانیکي پلوه د ډېر زیات ضعیف تقلصونو د شتوالي په صورت کې رحم ته مساژ ورکول کيږي. د ناروغ د پوزیشن بدلون، قدم وهل د یوه ترم کیلاس د شیدو څښلو او یا امالي ورکولو پواسطه اغېزمنه نتیجه تر لاسه شوېده. د غشا او چټول د عنق د خولې له برخې څخه د د غشا بذل دې ته زمینه مساعده کړي تر څو د رحم فایبرونه لنډ او راټول کړل شي او په ماشوم به د زېږونې لپاره اغېزه پرېباسي. که چېرې ماشوم مړ شوی وي د دغه ماشوم د Scalp په برخه کې د کوپړۍ د پاسه د Allis او یا Willett نیونکی پواسطه ترکښ ترسره کيږي.

په ټولو اوږد مهالو زېږونو کې باید که چېرې ناروغ وینې یا الکترولايت ته اړتیا ونلري د گلوکوز 5% Dextrose محلول د زرق له لارې ورکړل کيږي. همدارنگه دا ډله ناروغان تل باید له هغه خوړو څخې چې د اوږدې مودې لپاره په معده کې پاتې کيږي ډه ډه وکړي او د ناروغ معده باید تشه وي کېدای شي چې د عمومي انسټیزي ته اړتیا وموندل شي ناروغ باید تیار وي. که چېرې ناروغ د انسټیزي لپاره تیار نه وي او معده یې ډکه وي د Aspiration Pneumonia خطر شته چې ډېره د پام وړ خبره ده.

در رحم تیتانیک تقلصونه

Tetanic Contraction of the Uterus

تخریشي رحم (Irritated Uterus):

هر راز تخریش کونکی یا پارونکي موضعي کړنه به د سرویکس په برخه د رحم تقلصونه نښه کړي لکه ډېرې فزیکي کني TV هغه وخت چې عنق واز وي، د هایډروسټاتیک بگ (کڅوړې) بې حایه استعمالول بې مودې او بې وخته مداخله هغه وخت چې عنق بشپړ واز نه وی او قسمي وازوي. د لاس پواسطه د رحم د جدار تخریش او د بوژ Bougie استعمال، په ابریشيو پلاستک کې بعضاً د تیتانیک حالت شته والی لري چې د مورفني پواسطه په توپوگرافیک ډول ښودل شوېدي پخوانیو نیولیکونو ته پام وکړي.

همدارنگه بعضې هغه کړنې چې د درملنې لپاره تر سره کېږي لکه د رحم د اټوني په وخت کې د Pituitary extract ورکړه د رحم ټياني حالت منځ ته راوړي د رحم ټيانيک تفصونه په بشپړه توګه د زېږونې ټک لاره ودروي بڼه په دوامدار ډول له درد څخه شکايت کوي. همدارنگه ماشوم بڼايي د اسفکسي له کبله مړ شي.

درملنه:

د دې ناروغي درملنه 15mg مورفين د تحت الجلد له لارې او ژوره انسيزي ده دا بڼايي رحم ته استرخاور کړي او زېږونه تر سره شي او که رحم بڼايي بيا د تخريشونو پواسطه په تفصونو پيل وکړي.

د رحم تونیک تقلصونه یا رترکشن

Tonic Retraction of uterus (Tonic contraction)

دا حالت اکثراً د دوهمې مرحلې څخه څو ساعته وروسته منځ ته راځي او د زېږونې د وړېدنې او انسداد سبب ګرځي. پدغه ناروغانو کې زېږونه اوږده موده نيسي او ډېر دردناکه وي. د رحم پورتنۍ برخه پېږوالی مومي او لنډېږي او همدارنگه د رحم بنګنې سګمنټ نري کيږي او اوږدوالی مومي.

دا ټول حالتونه د پرلپسې تقلصونو د منځ ته راتګ او پرمخګ له کبله منځ ته راځي. د زېږونې د مرحلې د څو ساعتونو تېرېدنې وروسته، ماشوم د رحم په بنګنې سګمنټ کې د ننه په پراته ډول بڼه غوره کوي. دغه برخه د رحم ډېره دردناکه ده د پورته او ښکته سګمنټ تر منځ برخې کې يو کړی (Ring) منځ ته راځي چې ورته Pathologic retraction ring ويل کيږي. د عمومي نظرياتو پر خلاف دغه کړی (Ring) نادراً د کيږې د جدار له لارې د جس ورډه: که چېرې دغه حالت منځ ته راشي نو د رحم درېچر خطر هم شته والی لري. د مور نبض او د تودوخې درجه لوړوالی مومي او ښځه په شديد ډول ناروغه ښکاري.

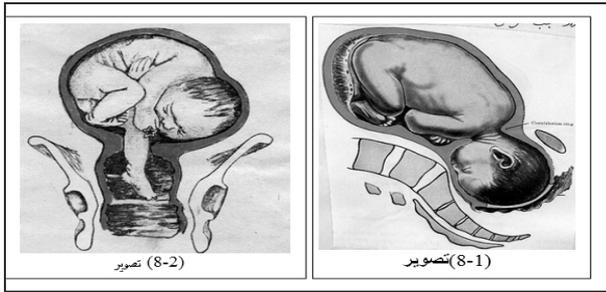
درملنه:

يوازنی درملنه پدغه مرحله کې د رحم تشول دی ځکه نور هېڅ راز درمل او کړنې د رحم نورماله بڼه بيا نشي منځ ته راوړلای. د دې لپاره يوازنی درملنه د سيزارين سکشن (C/S) کړنلاره ده که چېرې دا درملنه تر سره نشي رحم به رېچر وکړي. د مور د مړينې خطر شتوالی لري. ماشوم معمولاً د مور په کېده مړ وي د نورو کړنلارو لوري ته بايد ډاکټر فکر ونکړي او ژر تر ژره دی لاپراتومی (C/S) تر سره شي.

کانسټرکشن رينګ ډيسټوشيا

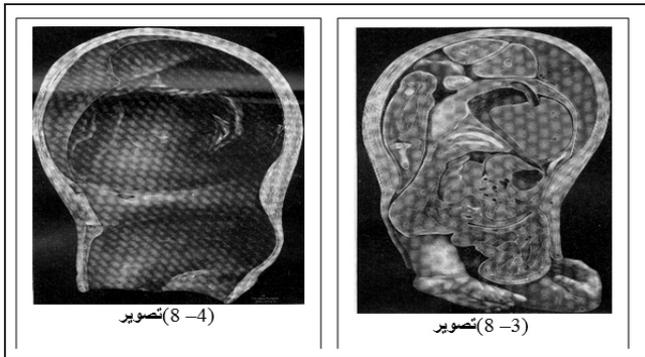
Constriction Ring Dystocia

د دغه حالت لپاره (8-1) او (8-2) تصويرته پاملرنه وکړي چې داد Bandl پواسطه څرګند شويدي پاملرنه وکړي چې رينګ څرنگه د بندښت يا انسداد سبب ګرځي. همدارنگه پدې لړ کې د White پواسطه يولړ تصويرونه او نظريې څرګندې شويدي چې د تصويرونو لپاره (8-3) او (8-4) تصويرونونه پاملرنه وکړي چې په کې د رحم او ماشوم مقطع Section او يوازې د رحم او پلاستما مقطع Section څرګند شويدي.



همدارنگه
 دا د رحم مقطع دا
 څرگندوي چې د
 Ring (کړۍ) منځ ته
 رانگ په مايل ډول سره
 شته والی لري چې د

رحم برخه يې له منځ څخه تقريباً په دوه برخو وېشلی.



همدارنگه (8-4)

تصویر کې چې

Medsagittal
 section

د رحم څرگندوي

د رحم د

څرگندوي چې د

Dystocia

سبب گډوډلی

دي. اړوند تصویرونو ته د ځير لپاره پاملرنه وکړئ:

سببونه Etiology:

د اختلاطونو سببونه لاهم پېژندل شوي ندي خو دغه حالت د رحم د تقلصونو په فزيولوژيک بڼه کې د اختلال په تېجه کې چې داېروي (Circular حلقوي) عضلې طبقه په بېلابېلو سويو کې سره په يوه برخه کې ډېر تقلص کوي او هلته د عضلاتو يوه گله منځ ته راوړي او د رحم دغه برخه تنگوي.

میکانيزم:

د کانسترکشن حلقه (کړۍ) (Ring) چې د زېږدنې اختلاط منځ ته راوړي دا بايد د فزيولوژيک او پټولوژيک رترکشن رينگ چې د Rudolph پواسطه شرحه شويدي يو تر بله سره توپير کړل شي او غلط نکړل شي:

فيزيولوژيک ترکشن رينگ:

دا په هر نورمال زېږونکی رحم کې منځ ته راځي دا ټيک هغه برخه ده چې د پورته او
بنځه سگمنتونو ترمنځ واقع ده.

پټولوژيک ترکشن رينگ:

دا هم د پورتي او بنکني سگمنتونو تر منځ برخه ده خو دا حالت هغه وخت ليدل کيږي
چې په دوهم مرحله د زېږونه کې د کانال انسداد منځ ته راغلي وي د کانستريکشن رنګ برخه په
موضعي ډول سره پيروالی د عضلاتو د تقلص له کبله پيدا کوي. دا اکثراً د ماشوم په انحطاطي برخې او
يا دتنې په برخه باندې واقع ساحه کې منځ ته راځي او تر هغه بنځه برخه کې منځ ته راځي او يا هم
د پلاستا څخه په بنځه برخه کې Ring جوړيږي. دا معمولاً کېدای شي د زېږونې څخه د مخه
وخت کې وليدل شي. علت به يې په اکثريت حالتونو کې د رحم بې ځايه تخريشونه چې داخل
الرحمي مانوبوليشن او پريماچور رېچرډ واټرس کڅوړې له کبله وي. Rudolph دغه حالت په درې
لاندني برخو کې تصنيف کړ:

- i. د ماشوم د غاړې په برخه کې د سمفیزس يو بيک خلف برخه کې (75%)
- ii. د ماشوم د تنې په چاپېريال کې د سمفیزس پوييس څخه پورته (14%).
- iii. د پريزيتيک برخې څخه د مخه په قدام کې (Forelying) دا هم د سمفیزس پوييس خلف
ته وي او (9%) .

A - پورته حالتونو کې په دننه برخه کې د جس وړ دی 91% رينگ جس کيږي.

B - په بهرني برخه کې يوازې په (9%) حالتونو کې د جس وړ دی.

پېژندنه:

د اختلاطي کانستريکشن رينگ ډيستوشيا بايد هغه وخت په پام کې وي چې د نورمال
زېږونې کورس اوږدوالی و مومي او ناروغ وغواړي د رحم د تقلصونو په وړاندې په خپل تصميم کې
بدلون وغواړي، ناروغ ډېر شديد درد احساسوي دغه درد معمولاً د رحم په پورتي برخه کې وي او
داسې احساسوي چې دغه تقلصونه د زېږونې لپاره بسيا نه کوي.

د کېډي له لارې به د رينګ په برخه کې يو انحطاطی (نوتی) برخه ښکاره شي دا حالت به په خواره ښخه کېښی په ښه توګه وليدل شي او معمولاً به د تقلص په وخت کې د ماشوم کوپړی له يوه اړخ څخه په بل اړخ ته واوړي او حرکونه به يې وليدل شي.

همدارنگه دا حالت به هغه وخت وليدل شي کله چې فورسپس د زېږونې لپاره ورنويستل شي او ماشوم و نه زېږول شي. يوه معينه او ټاکلې پېژندنه به د داخل الرحمي او مهبلې ګڼې پواسطه ترسره شی چې په لاندې ډول څرګندونې لري.

۱. پدې صورت کېښی به کوم بدلون د ماشوم په ښکته کېدنې او حالت کې د پريزټينګ برخې په لړ کې د رحم په تقلص کې تر سترګو نشي.

۲. د ماشوم کوپړی به په سسته بڼه د رحم د تقلص او يا وقتې په وخت کې په حوصله کې پرته وي د Pathogonomonic Sign علامه د پالوژي ګڼل کېږي.

۳. هغه برخه چې د رينګ او رحم بهرنی خولې تر منځ پرته ده د رحم د تقلص په وخت هوسا او پرته له کومې اغېزې پاتې کېږي دا هم يوه پالوژيک علامه Pathogonomonic Sign منل شویده.

۴. همدارنگه کله چې د ګڼې په منظور د سرویکس برخه وګل شي دا به وازه پراخه وي او په ساده ګۍ سره به لاس د ننه د رحم جوف ته ورننوزي او د رحم دغه رينګ به جس کړل شي. دا هم پالوژيک نښه ګڼل کېږي. رينګ به لکه (1-8) تصوير په څېر وي.

د کوپړی حوصلې لړې والی Cephalopelvic disproportion به په فعاله او يا نه د مساعد کونکي فنکور په څېر عمل وکړي دا حکه چې Ring لا پخوا د وظيفوي اختلال په څير راغلي دي.

انزار Prognosis:

د دې حالت د شتوالي د پېژندنې او ژر تر ژره د هغې د درملنې پورې اړوند ګڼل کېږي که چېرې درملنه په وخت سره تر سره شي او پېژندنه د اختلاطونو د منځ ته راتلو څخه د مخه وشي انزار به ښه وي او که د مور ژوند به د خطر سره مخامخ کړي. د مور مړينه د شاک 52% ، اتان 20% (Sepsis)، د رحم رېچر 11%، پنيوموني 4% او همدارنگه د نيمايي په اندازه د ماشوم د مړينې خطر شتوالري. د دغه ناروغيو د شتوالي لپاره په 97% حالتونو کې د جراحي کړنلارې لا پراتومي (C/S) ترسره شوېدې چې دا د ډاکټر د استعداد او مهارت پورې اړوند دی.

درملنه:

د دې ناروغۍ د شک لاندې ناروغان باید د زېږونې په لومړۍ مرحله کې د تجربه لرونکې او ماهر جراح پواسطه وکل شي. چې د دې څخه موخه داده چې ناروغ ډیر سترې او د دېهايدريشن لوري ته ولاړ نشي.

د ناروغ د اړتیا له مخې تر (3000) سي سي پورې مايع (اکترولایتونه او گلوکوز) ورکول کيږي او همدارنگه د زېږونې لپاره باید يوازي اته ساعته (8h) وټاکل شيه که چکېر زېږونه تر سره نه شي باید ناروغ ته Seditation د مورفين پواسطه سکپولامين، او باريټورانون ورکړي له مخې ترسره کيږي. که چېرې د رحم د رېچر خطر شتوالی ولري ناروغ ته يصاد خنډ ورنکړ شي لاپراتومي او سيزارین سکشن يوازي د درملنې کړنلاره گڼل کيږي.

همدارنگه يو لړ درمل لکه د لاندې په څېر د درينگ د استرخا لپاره پکار وړل کيږي.

i. ايترو کوروفورم د ژورې انسټيزي په منظور خو تل دا بريالی نه وي.

ii. Adrenalin د تحت الجلد له لارې بنيابي مرستندوی وي.

iii. په عمومي ډول سمپاتوميټيک درمل رحم ته استرخا ورکوي. لکه ايترو، کوروفورم، خوسکيلو پروپان چې پاراسمپا تومنيک دی د ژورې انسټيزي په وخت کې هم استرخا منځ ته نه راوړي.

iv. د وريد له لارې 50% Magnesium Sulfate لس 10cc سي سي په اندازه او همدارنگه 20% Magnesium Gluconate په مايو متروبيوم باندې اغېزه اچوي او د تقلص څپې ته لږوالی وربخښي. د کانستريکشن رينگ د تثبيت په صورت کې باید لاندې کړنې ترسره نشي او مضاد استطباب گڼل کيږي.

a. فورسپس Forceps

b. ورژن Version

c. ورژن - اکسترکشن Version & Extraction

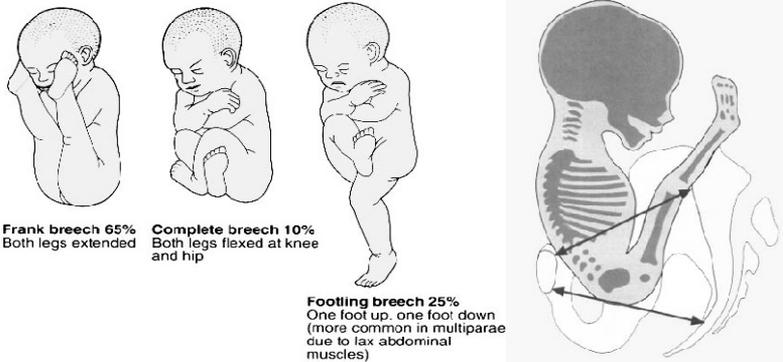
d. کرانيو ټومي Craniotomy

e. Duthrssen's incision

همدارنگه ورسته د جراحي کړنو د سرته رسولو څخه د ناروغ جدی پاملرنه حتمي ده او اتی بیوتیک انالجزیک او اړوند مايع او انرژي د ټاکنې له مخې ورکول کيږي.

د سرویکس کانستریکشن او سپزم:

ډېر علما او مؤلفین د اصطلاح هغه پورې اړوند کي کله چې د سرویکس د برخې سپزم او شخی (Rigidity) تعدد وکړي د سرویکس برخه د پریزینټنګ برخې په قدام او یا معمولاً د غاړې په برخه کې کله چې د زېږونې په وخت د ماشوم Breech زېږونه وي او دا برخه ورسپړي د زېږونې لپاره انسداد منځ ته راوړي.



لډې سره سره پدغه راز ناروغانو کې عنق تل په بشپړه توګه اتساع نه وي کړي د پریزینټنګ برخه په فشار سره له پورته څخه بڼکه لوري راټیټیږي او یا له بڼکه څخه بیا پورته ټپله کيږي. د سرویکس ډېر کانستریکشن سپزمودیک نه وي خو اناټوميکه بڼه لري چې د بعضې جوړښتونو د توپرونو او بدلونو په نتیجه کې منځ ته راځي لډې کبله ډېرو پیښو کې ورته (Os Rigid) وپل کيږي چې د رحم د ابارامل تقصونو له کبله منځ ته راځي. د Ivy او Rudolph د څرګندونو له مخې داسې وایي چې د سرویکس د Rigid برخې څخه پوته رحم دنده نه ترسره کوي. یو تن عالم Nixon یا درې دانې پوښاکې (Triple Balloon) د لوستنې لپاره رحم ته د تقلص په وخت ننویستلی یوه پوښاکه د پورتنې سګمنټ او یوه د بڼکني سګمنټ او یوه د سرویکس په برخه کې ځای په ځای کړه هغه څرګنده کړه چې رحم تقلص کولای شي او ډېرو رحمونو لپاره دا حالت صدق کوي.

لډي سرېږه یو لږ درمل په سرویکس باندې اغېزه اچوي لکه:

- درمل Pitocin تل د رحم عنق ته استرخا ورکوي حال دا چې نور درمل لکه Pitressin په عمومي ډول د تقلص سبب ګرځي.

همدارنگه Ergonovin چې اوس تل د زېږونې څخه وروسته سمدلاسه د زېږونې څخه وروسته ناوړه ته د رحم د تقلص لپاره ورکول دا درمل د رحم د عنق تقلص منځ ته راوړي او دا کړنه ښايي د پريوان د احتباس سبب وگرځي که چېرې پلاستا په بشپړه توگه نه وي راوتلی او نوموړي درمل ورکول نشي. دا حالت دی ته اړتيا پيدا کوي چې د لاسونو پواسطه د پريوان پاتې احتباس شوی برخه راوويستل شي.

د پرمختللي رحم تقلصونه يا دردونه (پريوني زېږونه)

Too Strong Pains (Precipitate labor)

د پرمختللي او چټک د رحم تقلصونه د چټکې زېږونې په وخت کې منځ ته راځي چې پدې لړ کې د گېډې د جدار دننه کړنې د رحم د تقلصونو پواسطه تنبه کيږي چې د غبرگون په څير منځ ته راځي. حتی د اوږدې زېږونې وروسته که چېرې کوپړۍ په يايله کې تر پرينوم ورسېږي کېدای شي چې د گېډې د جدار قوي کړنه او عمل را وپاروي او په چټکۍ سره زېږونې ته پايله وروبخښي. همدارنگه Precipitate labor هغه حالت ته وايي چې په کې په قوت سره، په چټکۍ او کراتو سره د Expulsion لپاره چې ماشوم بهر ته راوويستل شي رحم داسې هڅې او تقلصونه کوي يوه موده کې چې د ماشوم زېږونه نور مالي مودې ته اړتيا لري تر څو په مصنويت سره زېږونه تر سره شي نو کله چې د يوې اندازې مقاومت شتوالی ولري دا هڅې زياتوالی مومي او په چټکۍ سره زېږونه تر سره کيږي. بعضاً ښځه د څو ساعتو نو لپاره په دوامدار ډول دردونه لري چې د حقيقي دردونو په نوم نه پېژندل کيږي او ناوړه ناوخته ډاکټر ته استول کيږي.

داسې راپور هم ورکړ شوی چې په چټکۍ سره کله نا کله ناڅاپه دردونو پيل کړي وي او په څو دقيقو کې ناوړه زېږونه کوي چې حتی ښځه دا له ياده وباسي چې د زېږونې لپاره پريوزي ماشوم د ځمکې په مخ ولويږي او کورډ غوڅېدنه کوي. کله نا کله داسې پېښېرې چې دا راز زېږونې په وخت د ماشوم کوپړۍ په فرش باندې لگيږي او د کوپړۍ د هډوکو د ماتېدنې له کبله ماشوم مري. چې دا د عدلي طب له مخې اهميت لري کله داسې پېښېرې چې په مور دعوا کيږي چې خپل ماشوم يې وژلی حال دا چې ښځه په کور کې يوازې وي. د دغه راز زېږونو لپاره علت تر اوسه څرگند ندی خود Pituitary Extract ښايي دا علت منځ ته راوړي.

د پېړنی زېړونې خطر ونه:

د دغه راز زېړونې له کبله ښايي د پرينوم، بذر، سرویکس څېړيدنې او د وزېړونې وروسته وينه بهېدنه منځ ته راشي، د غاړې ايمفزيما، د فوج برخې هماټوما، د ماشوم اسفيکسي، د ماشوم د کوپړۍ کسرونه او قحفي ترضيض دماغي وينه بهېدنه، د ماشوم لوېدنه د رېچر شوي کور د په محتوا توکي.

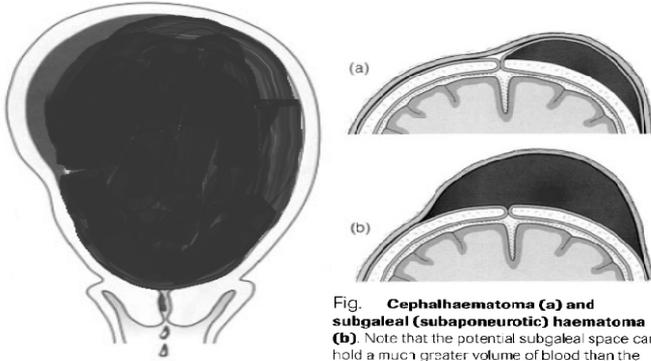
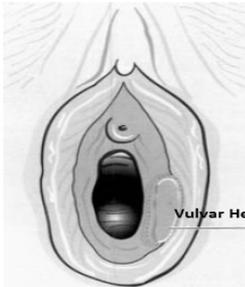


Fig. Cephalhaematoma (a) and subgaleal (subaponeurotic) haematoma (b). Note that the potential subgaleal space can hold a much greater volume of blood than the smaller potential space under the periosteum.

Hemorrhage/Bleeding



Posterior fourchette



درملنه:

که در دونه تشديد کېدونکی او يو بل پسې پرلپسې وي ښځې د مخ بڼه زجرت لرونکي بڼه لري او اوږده له قوت څخه ډکه هڅه ښکته لوري ته د زېړونې لپاره منځ ته راوړي. ډاکټر بايد پدې لړ کې هڅه وکړي تر څو ماشوم ډېر ژر ونه زيړول شي او د رحم، عنق، پرينوم او نورو بر خود ژوبلېدنې څخه مخنيوی وکړي. ښځې ته د اړخ لوري ته پوزيشن ورکول کيږي او تر هغه پورې ايترو رکول کيږي تر څو د رحم عمل متوسط حال ته راوگرځي. هڅه دې وشي چې زېړونه ترسره شي. که

چېرې کوپړې د فرج په برخه کې رابنکاره شي هېڅ راز فشار دی د زېږونې لپاره وارد نشي ځکه چې بنيایي دا کرڼه د پېښوم او رحم یا د فرج د برخې د خپرېدنې علت وگرځي. که چېرې وخت ملګرتیا وکړي باید ناروغ ته د Episiotomy کرڼلاره ترسره شي.

که چېرې بېړنی (ناڅاپه) زېږېدنه ترسره شي لدې وروسته باید د ننه ګڼې تر سره شي تر څو هلته ګومه خپرېدنه یا تپ شتوالی ونلري لږن دې وشي چې بهرني یا د ننۍ وینه بهېدنه شتوالی لري او ګمه.

د ګېډې د قدرت انومالي

د ګېډې د عضلې جدار ضعیفوالی سره لدې چې ضعیفې ودې له کبله منځ ته راځي یا د تمرین نشتوالی او یا هم د تقلص مخنیوی د لاندې حالتونو له کبله منځ ته راځي.

i - د ګېډې التهابي حالت شتوالی.

ii - د قتمونو (Hernea) شته والی.

iii - د زړه اوسپړو د ناروغیو شتوالی د Dyspnea سره مل.

iv - د ګېډې تومورنه لکه فیبرو مایوما او هګی ځالي تومورونه.

v - کینوزس Kyphosis او سکلیوزس Scoliosis حالتونو شتوالی.

vi - هغه ښځې چې Pendulous abdomen لري دوی به د ګېډې د جدار کرڼې په ضعیفه بڼه ولري دا ځکه چې د رګوس د عضلې سر جلاوالی به ونشي کړای چې په رحم باندې اغیزه واچوي تر څو تقلصونه وکړي او په زېږونه باندې ښکته لوري ته د فشار راوړلو قدرت ولري.

vii - کوما توزه او نارکوز (نېشته) ښځه به ونشي وکړای چې په ښکته لوري ته د فشار راوړلو قدرت ولري. خو هغه ښځې چې بشپړ عصبي او شعوري حالت یې له لاسه نه وی ورکړي کولای شي په عکسوي ډول (Reflexive) په قوت سره فشار راوړي لکه د ایګلامپسیا ناروغان او ترانسیتري لاندې حالت.

viii - هغه ښځې چې په فرط فشار اخته دی دوی د زېږونې او انسیتري په وخت د فوق العاده تقلص قدرت درلودونکي دي.

ix - بعضاً ښځه نه پوهیږي چې څرنگه د ګېډې له جدار څخه ښکته لوري ته د فشار راوړلو لپاره کار واخلي او پدې هکله تمرین نلري چې پدې وخت کې اتاګونیست تقلصونه د حوصلې د عضلې جدار برخې له خوا تر سره کيږي او کوپړې. خلف ته نیولې ساتي چې باید ښځې ته ورزده کړل شي چې د زېږونې د تقلصونو په وخت څه وکړي.

x - بعضاً په ثانوي ډول د گېډې د جدار تقلصونه د ډېرو حرکاتو سرته رسولو له کبله ستړيا مومي دا چې بنځه په نا آگاهانه توگه د زېږونې په لومړني مرحله کې ډېر زور وهي او د گېډې د جدار عضلي برخه ستړيا مومي. چې پدې لړ کې د رحم اتوني رول لري.

درملنه:

لومړی تر ټولو پايډ د زېږېدې د ځنډ علت لپاره بشپړ لټون وشي او د ناسم حالت پېژندنه وشي.

i - که چېرې د زړه او سږو د ناروغيو له کبله وي پدې لړ کې سره لدې چې د زړه او سږو ناروغيو درملنه او څارنه کيږي د گېډې د جدار بند Binder ځنې کار اخيستل شوي چې پخوا ورڅخه يادونه شوېده.

ii - که چېرې د ډېرې ستړيا له کبله وي پدې حالت کې دي ناروغ ته لنډ مهاله د گاز پواسطه انستيزي ورکړل شي چې وروسته له هغه بنځه وکړای شي په بڼه توگه مرسته وکړي.

iii - همدارنگه د ناروغ د وضعيت بدلون اړخ څخه ستوني ساق (Supine) اويا د ستوني ساق حالت څخه اړخ (Sid) ته تر سره کيږي بعضاً د ناستې او حتی د ولاړې او قدم وهلو حالت ته او بنسټه کيږي.

په هر صورت شوځله (M/P) بنځې بايد د بستر تر څنگ پرېښودل شي ځکه پدوي کې زېږونه



(8-5) تصوير

څه نا څه ساده ده همدارنگه بله کړنه دا ده چې بنځې ته Lithotomy وضعيت ورکول کيږي پدې حالت کې ورنونه د گېډې په جدار باندې فشار راوړي او د Pendulous حالت لږ څه اصلاح کيږي. ماشوم سمون مومي، د Levator ani عضلي تنگوالی مومي چې د کوپړې قدامی تاوېدنې ته زمينه برابروي.

- دا مالي سرته رسولو به په زېږونه کې ځنډ منځ ته راوړي د کولمو د تشيدني له کبله او هلته د فشار لږوالی او بدلون به منځ ته راوړي.

- همدارنگه د مانورو د سرته رسولو له مخې به ماشوم د وضعيت له مخې سمون ومومي او په زېږونه کې سهولت منځ ته راشي لکه د کوپړې د وضعيت سمول.

- په بعضې حالتونو کې د Kristler یادونې ګڼه ورې دي.
- که چېرې کوپړۍ ډېره بڼکه راغلې وي او د Forehead برخه د Coccyx څخه راوتلې وي د (Ritgen) مانورې سرته رسول به ګڼه ور وي پدې حالت کې د مقعد دواړو لورو ته د ګوتو پواسطه په کوپړۍ باندې بهر ته فشار راوړل کېږي چې دا مانوره به د اپي زیوتومي Episiotomy سره مل ډېره ګڼه وره وي د مانورې د سرته رسولو لپاره (5-8) تصویر ته پاملرنه وکړي.
- د ټولپوه پرتله لاپرا ترخیلوټومي Lapratrachelotomy ته ترجیح ورکول کېږي.

د اعتلان (پسنجر) انومالی : کوپړۍ

Anomalies of the Passengers: Cephalic

ویشنه (تصنيف) Classification:

- د کوپړۍ د برخې انومالي ګانې د لاندې اړوند اصطلاح ګانو پورې اړوند تر لوستلو لاندې راځي.
- i - د وضعیت (Posture) Attitude : پدې حالت کې د ماشوم د تې او غړو اړیکه یو تر بله سره څېږي.
 - ii - پرزنتشن Presentation: دا هغه حالت ته ویل کېږي چې په هغه کې د ماشوم هره برخه د خولې (Os) په برخه کې وي او ښکاره ده د هماغه ځای د پرزنتشن په نوم یادېږي.
 - iii - پوزیشن Position: دا پدې معنی ده چې د ماشوم د پرزنت د ټکو برخې اړیکه د مور د حوصلې د څلور کواراتونو سره تر څیړنې لاندې نيسي.
 - iv د هدایت ټکي Point of Direction: دا هغه ټکو ته ویل کېږي چې د پرزنتشن په وخت رابښکاره کېږي یا ور ته Arbitrary point هم ویل کېږي.
 - v - په نورماله بڼه باید د ماشوم عنق (غاړه) د Vertex په پرزنتشن کې د بسط په حال کې وي یعنې دا د سيني لپاسه د قبض حالت نلري چې دغه حالت ته د Deflexion حالت نوم ورکول شویدی.
- سره د پورته یادونو چې د کوپړۍ د پرزنتشن په هکله نوموړي اصطلاح پکار وړل کېږي یولړ نور ابارمل پرزنتشن به هم شته والی لري چې د زېږدنې په وخت د پام وړ دی چې دغه د Breech بریچ چې د پښو او کونایتود پرزنتشن لپاره پکار وړل کېږي او د اوږې

Shoulder پرزیتیشن دی چھی پدی حالت کھی اوبه تر ٲولو دمخه د خولې په برخه کھی شته والی لری.

همدارنگه یولر نور حالتونه چھی د کوپری په پرزیتیشن کھی د مټ د پرولاپس Arm Prolaps او یا د بریچ په پرزیتیشن کھی د پنسو پرولاپس Feet Prolaps حالتونه شته والی لری او د کورچ پرولاپس بنایي په هر راز پرزیتیشن کھی ولیدل شی.



Normal



Malposition (OP)



Malpresentation (Breech)



Malpresentation (Shoulder)

Fig. **Malpresentation and malposition.**

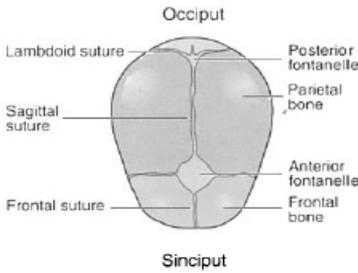


Fig. Diagram of the fetal scalp sutures.

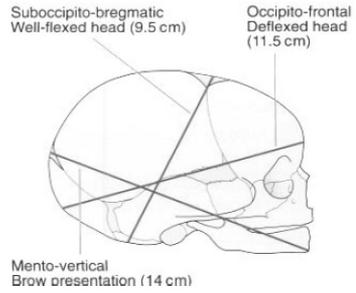


Fig. The fetal skull.

Occurrence	Position of head
Engagement of head	OT
Descent to pelvic floor where guttering encourages rotation of head 90°	OA /OP
Further descent of head and occiput under symphysis	OA (or OP)
Head extends and face passes over perineum	
Restitution – head realigns with shoulders	OT

The anterior shoulder is then delivered under the symphysis with downward traction then an upward sweep to deliver the posterior shoulder carefully over the perineum. Finally, the infant is delivered onto the mother's abdomen.

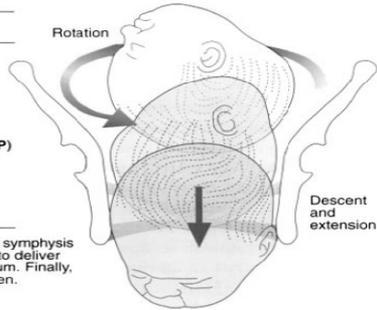


Fig. Movement of the fetus through the birth canal.

په Occipital یا کوپری پرزیتیشن کې به بنسټیزه توګه شپږ ډوله پوزیشنونه Positions شته والی لري لکه :

۱. L.O.A - ۰.۱ ۲. L.O.T - ۰.۲ ۳. L.O.P - ۰.۳ ۴. P.O.A - ۰.۴
۵. R.O.T - ۰.۵ ۶. R.O.P - ۰.۶

پورته شپږ واړه پرزیتیشنونه پخوا لږ څه تر روښنائی لاندې راغلی او کېدای شي دغه د ابنا رمل پرزیتیشن لپاره هم تر شرحې لاندې راغلي وي.

د کوپری د پرزیتیشن لپاره غیر معمول میکانیزم

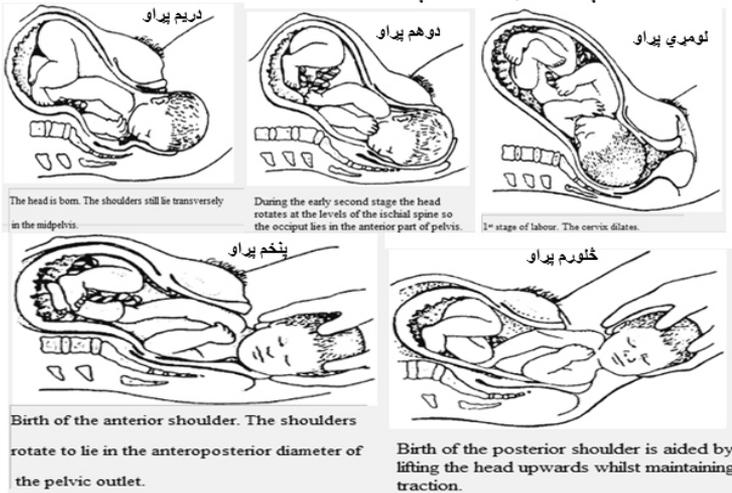
Un Usual Mechanisms of Head Presentation

د رویتیشن (تاوېدني) خطاوي د کوپری په پرزیتیشن کې او Deflexion د وضعیت خطاوي Face, Median Vertex, Brow او Face پرزیتیشن په ترتیب سره شرحه کېږي.

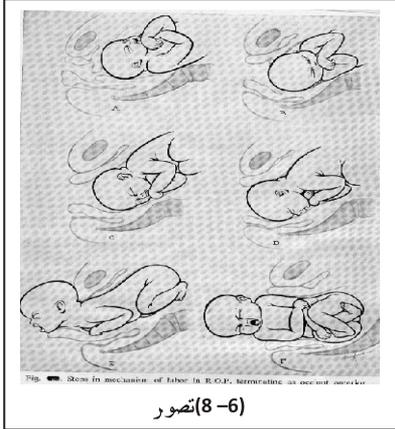
Persistent Occipito Posterior Position

Ould په 1742 ع کال کې یاد کړل چې پورته مستعرض پوزیشن د کوپری د زېږونې په پیل کې به دغه حالت منځ ته راوړي دا موضوع زما سره Caldwell او Plass هم منلی چې یاد Moley, Cald well او D' Esopo پواسطه د راپولوژیکو لوستو پواسطه اصلاح کړل شوه چې یوازې مستعرض پوزیشن د دې علت ګرځي.

کله چې د کوپری Occiput برخه له Inlet څخه تېره شي دا د قدام یا خلف لوري ته تاوېږي چې اکثراً د Pubis لوري ته وي. او Occipito posterior پوزیشن هغه وخت منځ ته راځي کله چې Occiput عجز (Sacrum) لوري ته تاوه شي او یا هم کوپری په مایل قطر سره کوپری، ښایي په مستقیم ډول سره د Occiput نګي سره حوصلې ته ورننوزي چې زنه Chin د پویس د عجز پورته د جس وړ وي. او یا هم Occiput ښایي د یو مربع په څېر د عجز په تشه کې وروسته له Engagement څخه واقع کیږي چې دغه حالتونو ته Occipitosacral Position وایي. په یولړ پېښو کې لا هم کوپری حوصلې ته په مستقیم ډول سره په قدامي بڼه ننوزي او هماغه ډول تېرېږي او د زېږونې لپاره کوم ډول تاوېدنې ته اړتیا نلري.



په ډبرو پېښو کې Occipito posterior پوزیشن نورمال کچل کيږي او قدامي تدور



منځ ته راځي. په بعضې پېښو کې Occiput
د زېږونې په وخت کې په خلفي بڼه پاتې
د زېږونې د ميکانيزم ته د P.O.P.
لپاره چې په پايله کې Occiput.ant قدامي
حالت نيسي (8-6) تصوير ته پاملرنه وکړئ.
A. دکوپړۍ Engage په مايل قطر يا
مستعرض قطر دخلفي Occiput سره.
B. ښکته کېدنه د Flexion او قسمي دننه
قدامي تاوېدنه د Occiput سره وي.
C. په پرمختللي ښکته کېدنه کې قدامي تدور
کوي

D. داخلي قدامي تاوېدنه بشپړه کيږي.

E. دکوپړۍ بسط منځ ته راځي.

F. Restitution او خارجي تاوېدنه کوي.

همدارنگه (8-7) تصوير کې د R.O.P د

زېږونې ميکانيزم Occiput Sacral پایله

مومي

A. دکوپړۍ Engage په مايل قطر يا مستعرض قطر

د خلفي Occiput سره.

B. ښکته کېدنه پرته له ډبرې قبض کېدنې څخه

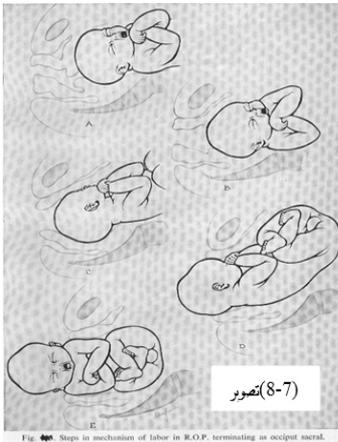
قسمي داخلي خلفي تاوېدنه د Occiput سره.

C. دخلي خلفي تاوېدنه بشپړيږي.

D. دکوپړۍ Flexion منځ ته راځي.

E. Restitution او خارجي تاوېدنه منځ ته

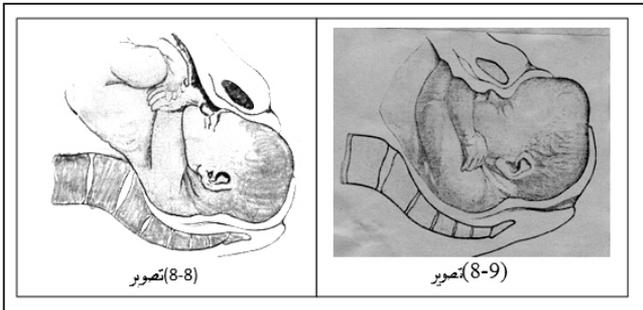
راځي.



کورس Course:

دوه ډوله د Occiput Posterior پوزیشن د پیژندنې او شرحې وړ وي.

۱. هغه چې کوپری پورته وي او بنايي Engage ونکړي.
 ۲. هغه چې کوپری حوصلې ته ورننوزي او Occiput خلف ته وي.
- په لومړي کلاس کې چې له نیکه مرغه نادر دي زېږونه کیږي او بعضاً وربځو Brow پرزینتیشن وده کوي.
- په دوهم کلاس کې د Occiput برخه په مستعرضه او یا مایل Oblique حالت کې او یا هم د دوهم موازی پلان په برخه کې موندل کیږي. په دې حالت کې درې پایلې لیدل کیږي.
- ۱- د قوی تقلص لاندې Occiput مخې ته 135 درجو په زاویه ښوېږي او د پویس برخې لاندې راځي چې دا ډېر معمول دی.
- ۲- دا ډېر مخي ته راځي او یا هم لږ، خو معمولاً په مستعرض (سوروره) بڼه یې قطر واقع کیږي وروسته یا ودرېږي او د Deep transverse arrest حالت منځ ته راځي.
- ۳- دا بنايي د شالوري ته تاویدنه وکړي د عجز Sacrum د تشې برخې ته رسېږي او د معند Persistent Occipitolateral Position به منځ ته راشي. که چېرې Occiput خلف ته تاویدنه وکړه د عجز په منځ کې طبعاً به زېږونه لاندې دوه لارې خپلې کړي.
- i - ډېرې نهایته Flexion منځ ته راځي او درد یا تقلص په کوپری بڼه لوري ته تر فشار لا ندې راوړي همدارنگه خلف ته د پرینوم په وړاندې چې Overstretched (ډېره کشیدنه) منځ ته راوړي او په همدغه وخت څېریدنه هم تل پېښېږي. بڼه کېدنه ادامه مومي تر هغه چې د Fore head برخه د پویس خلف ته راشي او Occiput بنايي د څیرې شوي



برخې
خني
راووزي.
د پرینوم
برخه به
غاړې د
Nape

په برخه کې واقع سره لدې چې مخ Face د پویس د خلف څخه د Extension بسط په وخت ښکاره کیږي. پدې هکله (8-8) تصویر ته پاملرنه وکړي.

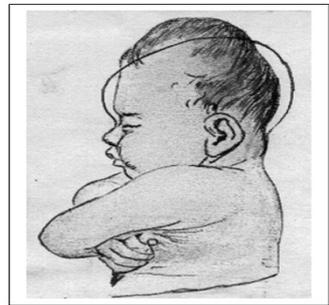
ii - دا چې کوپړۍ رابنګه کیږي Deflexion منځ ته راځي او Fore head داسې بڼه غوره کوي چې د هدایت یا (Direction) ټکی (Point) جوړ کړي.

ښګه کیدنه تر هغه دوام کوي تر څو چې وربځې رابنګاره شي او د Glabella Stems برخه د Pubis خلف ته پاتېږي. اوس د پړینوم په برخه کې Occiput رابنګاره کیږي چې له پخوا څخه ډېره د Engage کړنه تر سره کوي. په نتیجه کې بالاخره مخ د پویس له خلف څخه راوړي پدې هکله د (8-9) تصویر ته پاملرنه وکړئ.

پدې صورت دا ډېره ګرانه ده چې د Brow وربځو پرزتیشن پیژندنه دې د کلینیک له نظره ترسره شي. Restitution او بهرنې تاویدنه د Occiput د برخې د مخ د رابنګاره کېدنې سره سم منځ ته راځي خو کله چې د اوږې پرزتیشن شته والی ولري معمولاً به په مایل، یا حتی د Sagital په قطر سره به مخ یوې لوري ته رابنګه او ښکاره کیږي.



(8-10) تصویر



(8-11) تصویر

د کوپړۍ Moulding حالت په لومړي میکانیزم کې په نهایت سره به د Dolichocephaly بڼه ولري چې په (8-10) تصویر کې ورته پاملرنه وکړي، او همدارنګه که چېرې د Brow یا وربځو پرزتیشن شته والی ولري پدې لړ کې د کوپړۍ Moulding په دوهم میکانیزم کېږي چې د کوپړۍ اوږدوالی به د قدام برخه کې وي پدې هکله (8-11) تصویر ته پاملرنه وکړئ.

په څو ځله (M/P) زېروونکې ښځې کې دومره د کوپړۍ بڼه بدلون نه مومي لکه چې په لومړي ځله (P/p) کې منځ ته راځي.

په لومړي میکانیزم کې د Cuput Succedaneum حالت په Sagital درز لپاسه منځ ته راځي داد کوچني فوتاینل Small Fontanel په قدامي برخه کې منځ ته راځي. او په دوهم میکانیزم کې دا حالت د لوی فوتاینل Large Fontanel لپاسه منځ ته راځي. په عمومي ډول په جنبي ډول سره یا اړخونو ته د کوپړۍ کوم ډول Asymmetry شته والی نلري.

کلینیکي کورس او پیژندنه

Clinical Course and Diagnosis

په معدد Persistent occipito posterior پوزیشن کې زېږونه په عمومي ډول سره په کراره وي او د سرویکس اتساع ښايي بشپړه نوي دا ځکه چې کوپړۍ په برابره توګه نه واقع کیږي او په حوصله او د سرویکس د خولې په برخه کې په انډولیزه توګه نه رابنګه کیږي. بنفسي زمبونه په معدد ډول او کسپیتوپوسټریور پوزیشن کې د رحم او د ګېډې د جدار عضلې زیاتي هڅې ته اړتیا لري او لاندې حالتونه ښايي منځ ته راشي.

۱. کوپړۍ د حوصلې د فرس پرمخ راځي دا به د اوږد قطر په امتداد وي. د کوچني Sub Occipitobregmatic او د Sub Occipitofrontal پلانونو په عوض د Occipitofrontal او Occipitomenta پلانونه د فرج (Vulva) څخه تېریږي.
۲. همدارنګه کله چې د زني برخه په قوت سره د سټرنوم (قص) لپاسه قبص (Flex) شي د غاړې د څټ برخه به سمون ومومي ماشوم به د کلکې Solid پرته له توپیر او غبرګېدنې Inflexible سیلنډر جوړ کي دا به ونشي کړای چې پخپله د زېږونې لپاره د (Angular) زاویوي زېږېدنې کانال سره مطابقت وکړي له همدې کبله د زېږېدنې کانال باید سمون وکړي او یا باید وڅپل شي ترڅو دغه سیلندر تېرېدنې ته د خپلې لارې اجازه ورکړي.
۳. د ماشوم کوپړۍ او د شا برخه په ګډه سره د حوصلې څخه تیر شي پدې هکله (8-8) تصویر ته پاملرنه وکړي. همدارنګه د پرنیوم څېرېدنه به د یوه قانون مندې په څېر منځ ته راشي او که ماشوم به کوچنی وي او یا به ښځه شوځله (M/P) وي دا څېرېدنه به د هډوکو د تماس او مهبل برخه کې د فشار او تماس له کبله منځ ته راشي.

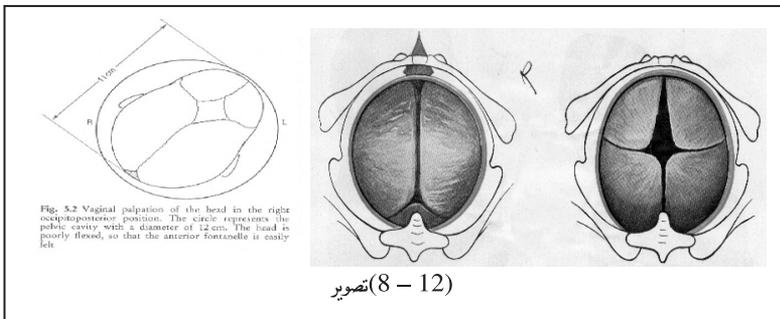
د ګېډې د جدار له مخې په خواړه ښځه کې به پیژندنه ډېره ساده وي د جس پواسطه به دا څرګنده شي چې اوږه به ليري خلف ته د منحنې خط څخه مسافه ولري او د Fore head برخه او د زني Chin برخه ښايي د Pubic ramus مقابل لوري ته جس کړل شي د زړه غږونه به ژور د

فلانک په برخه کې وي پدې صورت کې په متوسطه اندازه Deflection او د Spin ملاد تیر برخه سمون ولري. تیر يا صدر به مخې ته د کېدې جدار ته متوجه وي. دغه څرګندونې کولای شي چې څه نا څه معلومات د مخ Face او يا ورېځو Brow د پرزیتیشن لپاره څرګند کړي او ډاکټر پدې باوري کړي چې Occiput اړخ ته د بني لوري کې دي.

دنه Internally ته د زېړونې په مقدم وخت کې کوپړۍ پورته احساس کيږي معمولاً دا قسماً Deflexed دې او کوچني يا خلفي فوتانيل به پورته وي او يا به د لوی فوتانيل په سويه وي کوم چې د حوصلې مرکز ته نږدې دي او که حوصله به متقلصه Contracted وي او يا به د کېدې جدار Pendulous بڼه ولري او کوپړۍ به Cynclitic وي.

که چېرې قدامي تاوېدنه منځ ته راشي فلکشن Flexion (قبض) به منځ ته راشي او رابنګه کېدنه به ورسره مل وي. که چېرې کوچنی فوتانيل په قدام کې وي دا په د تقلص په وخت د تاوېدنې علت وګرځي چې د ګوتې د جس پواسطه پېژندل کيږي او دا به ساده وي تر څو کوپړۍ په همدغه Direction ټيله کړل شي.

که چېرې خلفي تاوېدنه ميکانيزم وي د کوپړۍ رابنګه کېدنه به د متوسطې Extension سره وي په دغه وضعيت کې ماشوم ته د Military نوم ورکړل شوی دا چې کوپړۍ به د مربع يا



(څلورلاري) په څېر د اوږدې د پاسه واقع شي او که Occiput د عجز تشي په دننه کې تاوشي کوچنی فوتانيل به ژور د ريګوم لپاسه او لوی فوتانيل به د پويس خلف ته موقعيت ولري Sagittal Suture درز به د قدامي خلفي او پورته مخې ته، بنګه او خلف ته پروت وي.

که چېرې لومړی ميکانيزم ود زېړونې واقع شي، ډېر زيات قبض به منځ ته راشي، لوی فوتانيل به د پويس لاندي برخه کې د جس وړ وي. که چېرې ټاکنه دوهم ميکانيزم د زېړونې وي

پدې صورت کې به بسط Extension واقع شي، لوی فوتانيل به د حوصلې په مرکز کې وي او Glabella به د پویس خلف ته جس شي پدې هکله (8-12) تصویر ته پاملرنه وکړی. او همدارنگه که چېرې یو لوی Caput Succedaneum شته والی ولري پدې صورت کې به درزونو سرحدونه ونه پېژندل شي او د دغه ستونزې د شته والي له کبله به گوته د ډډې (ارخ) لوري ته تېره شي او د غوږ برخې ته به ورسېږي هرکله چې د Direction د Tragus موندنه وي او موندل شى پېژندنه به ډاکیزه شي او ډاکتر به حیران کړي چې کوپړۍ زیږېدلې او Occiput ښايي د پریښوم په برخه کې وي او قبوله به کړي چې د Reverse میکانیزم منځ ته راغلي.

درملنه:

که چېرې کوپړۍ پورته وي او د حوصلې لپاسه لامبو ووهي بشپړې کني باید د حوصلې د تقلص او یا نورو اونومالیو په هکله چې ښايي د ځانگړې درملنې ته اړتیا ولري تر سره شي. په لومړي مرحله د زېږونه کې باید ښځه قدم ووهي او د ستونې ستاق په ډول پرېوزي تر څو چې د کوپړۍ Engage منځ ته راځي.

کله چې کوپړۍ Engage وکړي باید متوقع حالت ته پاملرنه وشي ځکه چې اکثر پېښې قدامي تاوېدنه کوي او یا تاوېدنه ښايي لږه وي او یا به خلفاً د مستعرض قطر ته وي. چې پدې صورت کې د فورسپس څخه د کار اخیستنه آسانه ده.

د Occipitosacral پوزیشن د مرستیال شته والي نه اړتیا لري که چېرې کوپړۍ د قبض په حالت ښکته کېدنه وکړي پدې صورت کې د پریښوم برخه تر خطر لاندې نده لکه د وریځو په پوزیشن کې چې تر خطر لاندې وي په هر ډول پېښه کې ژوره Episiotomy تر سره کېږي که چېرې ښځه (M/P) څو ځله وي دا کړنه ورته نه ترسره کېږي.

که چېرې کوپړۍ د پریښوم په برخه کې ښايي پرته لدې چې Occiput تاوېدنه وکړي فورسیس پکار یوړل شي. لدې کبله چې د پریښوم څېرېدنه او زیان منځ ته رانشي دا به ښه وي چې ژوره Deep Episiotomy تر سره شي.

داخلي ډېره تاوېدنه

Internal Super – rotation

په لویه حوصله کې که چېرې ماشوم کوچني وي قدامي تاوېدنه ښايي د Occiput برخې ډېره وي او خلفي یا کوچني فوتانيل ښايي د منځني خط خلف ځنې د حوصلې مقابل لوري ته تېر

شي. او L.O.A بنايي د زېروني په کورس کې په R.O.A واورې. او ډاکټر بنايي حيران پاتي شي چې د ماشوم د شا برخه د اړخ لوري ته و مومي او Occiput بل اړخ ته وي. خو بعضاً کېدای شي چې د شالوري هم تاوېدنه وکړي چې ډاکټر بنايي پدې تصور کې شي د هغه پخوانی اټکل غلط دی. لدې پرته بعضاً داسې کېدای شي د ماشوم د کوپړۍ برخه د ساکروم په تشه کې د L.O.P څخه د P.O.P ته او د ملاد شا برخه چې پخوا په کينه برخه کې وه وروسته د بني لوري ته تاوېدنه کوي. په داخلي سوپر روټيشن کې کوپړۍ د زېروني په کورس کې بنايي يا د شالوري تاوېدنه وکړي او د Outlet څخه په مايل قطر سره تېر شي او د ملاد شا برخه به د کوپړۍ مقابل لوري ته واورې، خو بعضاً د ماشوم تنه د کوپړۍ د تاوېدنې سره سم تاوېدنه کوي او په مستقيم ډول سره پورته موقعيت لري او يا هم اړخ ته هغه لوري ته وي چې کوپړۍ تاوېدنه کوي يا کوپړۍ د نورمال ميکانيزم لوري ته واورې، اوږه بنايي ډېره تاوېدنه وکړي، د ملاد شا برخه به د مقابل لوري څخه د کوپړۍ د رهنمايي لوري ته واورې. په عمومي ډول دلته طبيعي پروسه کوم ډول مرستې ته اړتيا نلري. که چېرې د تنې زېرونه ډېره په کراړه وي له نسجې ځنې غوښتل کيږي چې ښکته لوري ته د زېروني لپاره زور وکړي دا غوښتنه هغه وخت کېږي چې ښځه وينه وي. او په نورو حالتونو کې به له پورته څخه ښکته لوري فشار راوستل شي په ماشوم باندې فشار هغه وخت راوستل کيږي چې ورته اړتيا څرگنده شي پدې لړ کې مجرب ډاکټران د ماشوم د زېروني لپاره بيلا بيلې مرستندويه مانورې ترسره کوي او هغه زېروني ته تياروي.

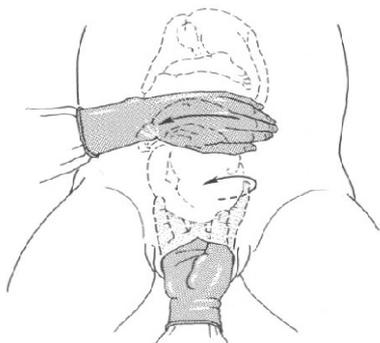


Fig. 5.4 Manual rotation of the fetus in the occipitoposterior position. The right hand passes between the pelvic wall and the fetal head and is about to rotate the head. The left hand placed on the abdomen will assist this rotation by pressure on the shoulder

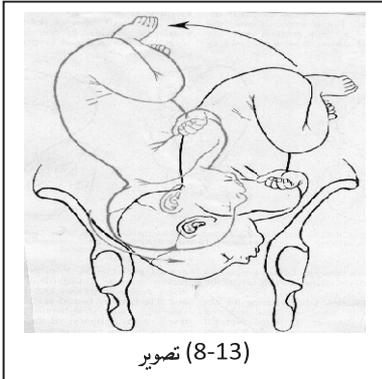


Fig. 5.3 Moulding of the head and formation of caput succedaneum in a persistent occipitoposterior position

د بسط وضعیت (دیفلکشن)

Deflexion Attitudes

کله ناکله داسې پېښېږي چې کله چې د زېږونې څخه د مخه فزیکي کنه ترسره شي کوپړۍ د د inlet لپاسه موندل کېږي او لوی فوتانيل له کوچنۍ څخه ښکته موقعیت لري چې پدې لړ کې د پوزې جذر او د سترگو برخه د جس وړوي وروسته لدې چې د زېږونې لپاره منظم نقلصونه پیل شي فوتانيل به توپرو کړي او نورمال د میکانیزم به پیل ومومي. پدې هکله (8-13) تصویر ته پاملرنه وکړي.



د غیر نورمال وضعیت لپاره علتنونه باید ولټول شي. د ماشوم تنه به په غلط وضعیت کې وي، رحم دغه حالت ته سمون ورکوي او تنې ته برابریدنه مطابقت وربخښي دا به په موقت ډول وي چې بیا لدې وروسته پټالوژیک میکانیزم منځ ته راځي. د کلینکي له نظره درې د Deflexion وضعیتونه لیدل کېږي چې د

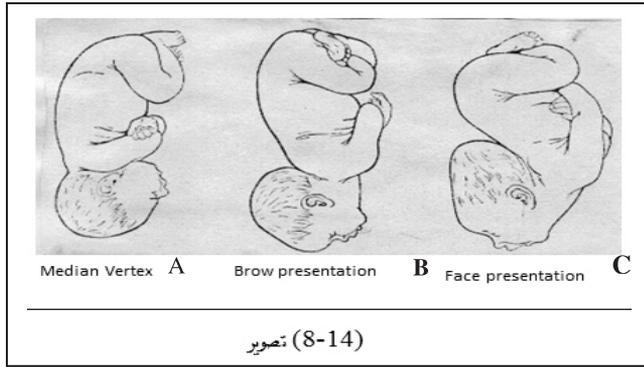
Distinct presentation پنوم یادېږي چې هر یو یې پخوا د کورس او میکانیزم په برخه کې یاد کړل شوې دي. چې دوی د درجو Degree of deflexion د نظم له مخې لوستل کېږي چې دوی:

۱. سهمي متوسط پرز تیشن Median Vertex یا Military attitude

۲. د وړبڅو پرز تیشن Brow presentation

۳. د مخ پرز تیشن Face presentation

په ټولو دغه راز پرز تیشنونو کې د ماشوم د تنې برخه په بیلابیلو درجو سره د قبض د نورمال ښې څخه اوږدېدنه کوي دا به د C-shape د یوه بسط په لور یا S-shape په څېر وي. د مخ پرز تیشن به تر ټولو دېر بدلون څرگند کړي پدې هکله (8-14) تصویر ته پاملرنه وکړئ.



A - د ډیفلکشن وضعیت میدین ورپکس یا Military وضعیت.

B - د ډیفلکشن وضعیت د ورپخو پرزتیشن چې په قسمي ډول ډیفلکشن ترسره کېږي.

C - د ډیفلکشن وضعیت د مخ پرزتیشن چې Deflexion حالت بشپړ شویږي.

سببونه (Etiology) :

په ټولو پېښو د ډیفلکشن کې نشي کېدلای چې د علونو په هکله څرګندونې وشي خو څو فکټورونه په ګډه سره یوځای کېږي او اېنارمل پرزتیشن علت ګرځي. چې د لومړني Primary او ثانوي Secondary پنوم پیژندل کېږي.

لومړني فکټورونه هغه دي چې د هغه پواسطه د ماشوم تنه سمون واخلي کله د ماشوم ټومورونه د Goiter (جاغور) په څېر، د رحم ټومور د ماشوم دملا دبرخې سموالي منځ ته راوړي همدارنګه د رحم ماپلټوب او په بنفسه ډول د حرکتونو سبب ګرځي. کله چې د ماشوم کوپړۍ وسعت ومومي نقلصونه باید بیل وکړي. د رحم بنګټۍ برخه (سګمنټ) بنایي ماشوم په همدغه وضعیت سره نښت (Fix) کړي. Anencephaly یا پرته له ماغزو ماشوم بنایي د مخ Face په وضعیت کې منځ ته راشي او همدارنګه په ولادي ډول Dolichocephalus چې پکې کوپړۍ اوږدېدنه مومي د مخ Face په پرزتیشن کې لیدل کېږي. پولي هایډرو امینوز چې د ماشوم لپاره ډېر د خوځیدني (متحرک) حالت منځ ته راوړي د یوه مساعد کونکي فکټور پنوم پیژندل شویږي.

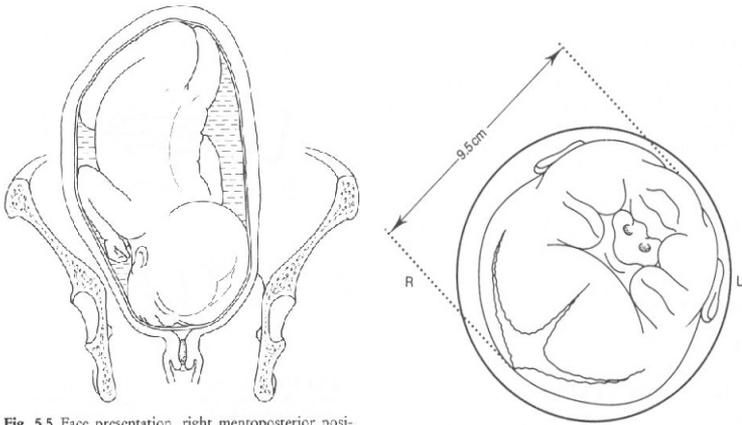


Fig. 5.5 Face presentation, right mentoposterior posi-

په ثانوي ډول سره فکتورونه په لاندې ډول دي.

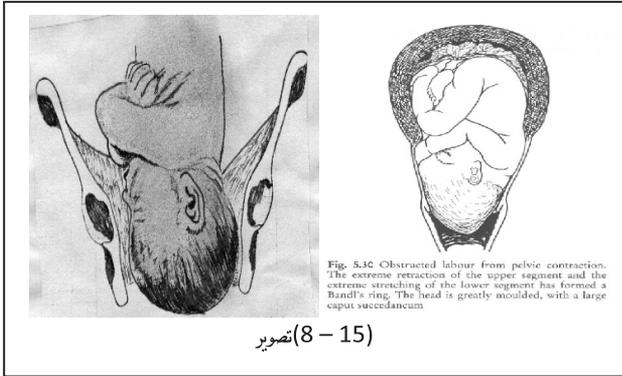
- ۱- هغه حالتونه چې Engagement حالت ته ځنډ او مانعه منځ ته راوړي چې پکې کوپري د انګیجمنت حالت نه نشي ترسره کولای لکه: متقلصه حوصله Contracted pelvis
 - لوی سر (کوپري) Large head
 - د ګېډې جدار Pendulous .
 - او هغه تومورونه چې د رحم بڼکه سګمنت يې نیولی وي.
 - ۲- د جیب د وایټرس (کڅوړې) څیرېدنه کله چې کوپري داسې واقع شي د بسط حالت غوره کړي.
 - ۳- معدد د اکسیپټ خلفي پوزیشن Persistent Occipitoposterior .
 - ۴- همدارنگه د زېږونې د وخت ډېر ضعیف تخلصونه.
- معمولاً د زېږېدنې په لومړنیو کړيو کې وریځو او Forehead برخه د Inlet لپاسه لږ څه پورته پرته وي خو که چیرې په صحیح او مناسب ډول سره ناورځ په اړخ پرېاسل شي او پدې صورت کې د ماشوم Occiput د Points بشودنکي وي د Breech حالت به د فلانک برخه کې موقعیت ونیسي او د Occiput کوپري به Flexion تقبض وکړي پدې هکله د (8 – 13) تصویر ته یا پاملرنه وکړئ. همدارنگه د موقت Deflexion حالت لپاره باید طیب دی ته غلط رهنمائی نکړي ترڅو د مداخلې په هکله ځنډ وکړي.

د متوسط (منحنی) ورنکس پرزنتیشن

Median Vertex Presentation

کله چې Deflexion حالت یوازې په متوسط بڼه وي د ماشوم کوپړۍ به د Military

وضعیت په څېر پرزنت وکړي زېږونه به د Occipito Posterior پوزیشن ته ورته وي. Occiput

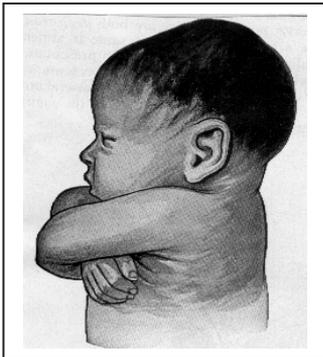


(15 - 8) تصویر

لاهم د بنودنکي
ټکي په څېر پیژندل
کيږي. او همداراز
بعضاً په ابارمل
میکانیزم کې د
Forehead برخه
رانبڼکه کيږي او دا د
بنودونکي ټکي په

څېر پیژندل کيږي چې دا د فورسپس د کړنلارې پواسطه زېږونې کې ډېر مهم گڼل کيږي.
د کوپړۍ Engagement به لا هم په کراره سره وي، ځکه چې تر ټولو لوی پلان، او کسيټو فراتل
د Inlet په برخه کې پرزنت وکړي. رانبڼکه کېدنه به د لوی او کوچني قوتانيل کې دواړه سره په یوه
سويه وي (دا د دې علت گرځي چې قبض Flexion معدوم دی) همدارنگه د Sagittal سهمي
درز به په مستعرض بڼه وي تر هغه چې Vertex د حوصلې د فرش برخې ته ورسېږي پدې هکله
(15 - 8) تصویر ته پاملرنه وکړئ؛

اوس نودری حالتونه منځ ته راځي:



(16 - 8) تصویر

۱. قبض منځ ته راځي Occiput به قدام ته تاوېدنه
وکړي دا به د پویس په لاندې برخه کې وي او زېږونه
به په نورماله بڼه پایله ومومي.
۲. Occiput به د عجز په تشه کې د ننه تاوېدنه وکړي
و د Forehead برخه د پویس لوري ته تاو شي
او میکانیزم به یې لکه د Occipito - posterior
پوزیشن، دوهم میکانیزم په څیرگوي او یا هم به دریم
لمبر حالت.

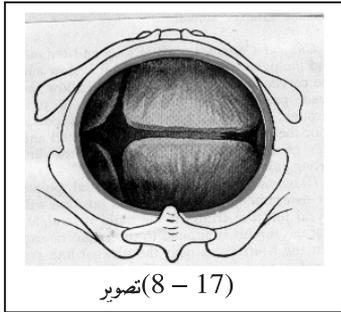
۳. زېږونه به د حوصلې په ژوره کې د کوپړۍ په مستعرض قطري سره ترسره شي.
وروستي دوه حالتونه په ډېر مشکل سره له بندې تاویدني arrested. Rotation څخه په
Occipito –Posterior پوزیشن کې توپیر کړل شي. دا دواړه Deep transverse arrest يو
ډول درملنې ته اړتیا لري. Moulding به په Median vertex Presentation کې د ورېځو
پرزتېشن له کبله وي. د Caput Succedaneum حالت به د یوه Parietal هډوکي او د
Sagital Suture دریمې خلفي برخې ته نږدې واقع شي پدې هکله (8- 16) تصویر ته پاملرنه
وکړئ:

کلینیکي کورس Clinical Course:

زېږونه به ډېره په کراره اوږده او ضعیفو دردونو سره مل وي اتساع به په کراره او په دې حالت کې باید سرویکس برخه لویه وازه شي ترڅو کوپړۍ ته اجازه ورکړي او په لوی پلانوسره پرزنت وکړي او له هغه برخې څخه تېرېدنه وکړي. کله چې کوپړۍ د حوصلې فرش ته ورسېږي نقلص معمولاً منځ ته راځي او یو د درې پایلو څخه منځ ته راځي خود دې لپاره تل قوي نقلص ته اړتیا ده.

پېژندنه:

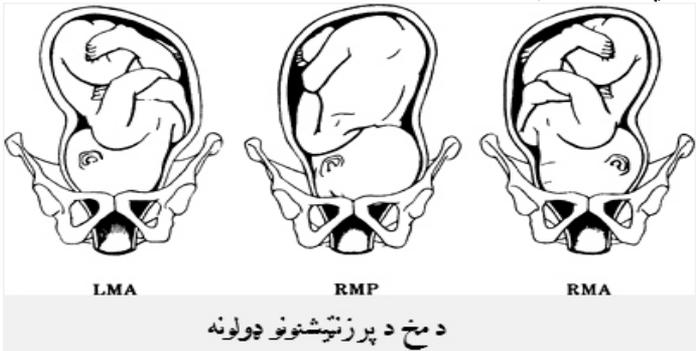
د کېږي د جدار له لارې تل د پرزنتېشن شونډنه کېدای شي او پوزشین به دا څرگنده کړي چې د ماشوم د تنې برخه مستقیم ده چې د Fundus یا غور برخه به Ensiform بڼه ولري او د



ماشوم د زړه آوازونه به د منځني خط ته نږدې وي او په لویه برخه کې به واورېدل شي. اوږه به د متوسطې لیکې لپاسه وي او د پوبس لپاسه موقعیت لري او Occiput او Chin زنه په همدې سويې کې وي.

د ننه internally لکه د (17-8) تصویر په څېر دواړه فوټا نیلونه (شیردانونه) به په یوه سویه وي چې د سهېي

درز به د حوصلې په عرض کې وي. معمولاً کوپړۍ Cynclitic وي. په طبعي ډول د موندنو په بېلابېلو میکانیزمونو وي، د ریکوم له لارې ډاکټر کولای شي د حوصلې په برخه کې په مستعرض ډول سره د سهېي درز جس کړي.



د مخ د پرزنتېشنو ډولونه

درملنه:

د دغه حالت لپاره درملنه لکه د Occipito – posterior position په څیر ده.

د وریځې پرز تېښن

Brow – Presentation

ښکته کیدای شي چې په تېرېدونکي بڼه د وریځې پرز تېښن بعضاً ولیدل شي چې د کوپړې Occiput رابنګه کېدنه منځ ته راشي او کوپړې د حوصلې په برخه کې Engage کوي او نور هم نورمال میکانیزم به منځ ته راشي. معمولاً Deflexion بشپړ شوی وي او د مخ پرز تېښن منځ ته راځي.

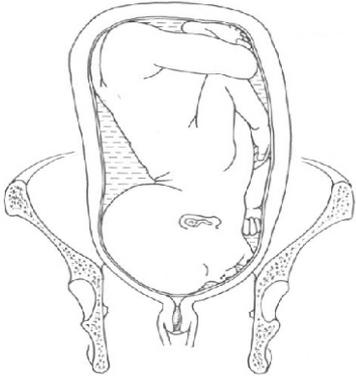


Fig. 5.9 Brow presentation. The head is above the brim and not engaged. The mentovertical diameter of the head is trying to engage in the transverse diameter at the brim

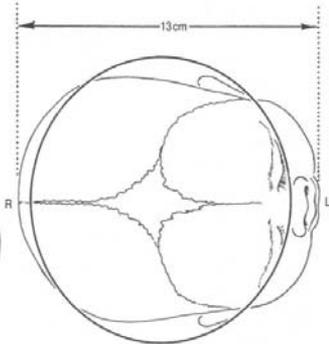
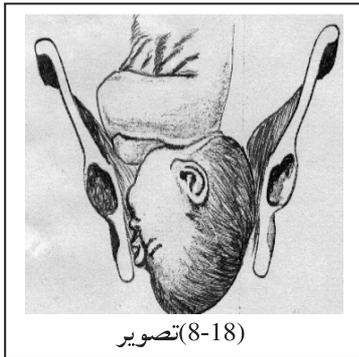


Fig. 5.10 Vaginal examination with brow presentation. The circle represents the pelvic cavity with a diameter of 12 cm. The mentovertical diameter of 13 cm is too large to permit engagement of the head



(8-18) تصویر

د وریځې پرز تېښن پتولوژیک وي که چېرې د ماشوم د کوپړې اندازه نورماله او یا د نورمالې څخه په لوړه کچه وي نو د زېږونه به ګرانه وي.

همدارنګه وریځو پرز تېښن پېښې یوه په (1500) پنځه لس سوه اندازه وي دا دوه برابره په څو ځله (M/P) کې نسبت لومړي ځله (P/P) ته ډېر لیدل کېږي. د دې حالت د پېښو د منځ ته راتګ علتونه په

عمومي سببونو پورې د Flexion وضعیت اړوند گڼل کېږي خو پدې هکله د متقلصی حوصلې Contracted. Pelvis حالت باندې ډېر ټینګار کېږي. همدارنگه د ماشوم وضعیت پدې هکله (8-18B) تصویر د B په حالات کې ښودل شویدى.

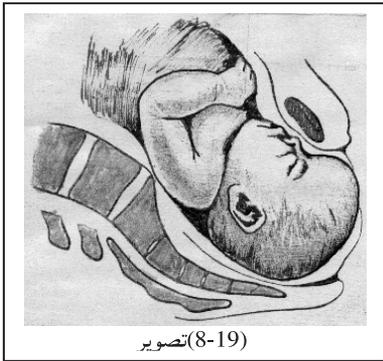
میکانیزم Mechanism :

د رهنمود ټکی پدې ډول کې وریځې دی او همدارنگه شپږ پوزیشنونه د تیوري له مخې لیدل کېږي هغه دوه چې ډېر واقع کېږي د لاندې په څېر دي:

(L.F.A) Left fronto – anterior i

(R.F.P) Right fronto – Posterior ii

البته داسې کېږي چې د زېږونې په وخت کله چې پرمخګ منځ ته راشي د ورېځو برخه ښايي د حوصلې په بل قطر کې د جس ور وي همدارنگه د تدوري قوس په هره برخه کې چې وموندل شي دا به موندنه وي. رابنګه کېدنه د کوپړۍ به په کراره وي او هر کله چې د عنق انساج بشپړه کېږي او جیب (کڅوړه) که رپچر وکړي کوپړۍ په رابنګه شي که چېرې په لومړۍ مرحله کې ځنډ منځ ته راشي دا به داسې څرګند کړي د عنق تیاري ډېر ضعیف دی. او که د وضعیت بدلون به مخ Face يا د Occiput پرزټېشن وي او وریځې به د حوصلې په نیمايي کې رابنګه شي او کوپړۍ ښايي په منځنۍ لاره د قبض Flexion او بسط Extension کښې وي. د رابنګه کېدنې په



تصویر (8-19)

وخت کې به د Frontal Suture (جبهې درز) معمولاً Synclitic او مستعرض قطر سره وي. پدې هکله (۱۸-۸) تصویر ته پاملرنه وکړئ.

او که حوصله به همواره ښه ولري. کله چې د حوصلې فرش راورسیږي پدې وخت کې د وریځو وضعیت Front جبهې وضعیت اخلي او د اکسپېت Occiput په برخه کې د عجز په تشه کې د Moulding يا د بڼې بدلون منځ ته راځي پدې هکله د (8-19) تصویر ته پاملرنه وکړئ چې څرنگه تاوېدنه کوي او Moulding منځ ته راځي.

هغه فکورو نه چې دغه تدر منځ ته راوړي لکه د نورمالو پېښو په څېر دي لکه:

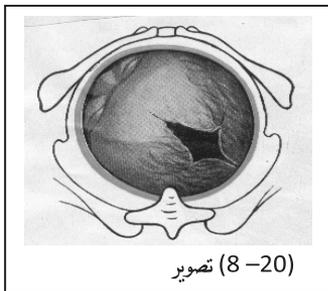
– د حوصلې فرش Pelvic Floor .

د پوبیس Pubis Rami سره مخامخ کیدنه اولارښود (رهنمود) د ماشوم د سلینډر مطابقت دا معمولاً د تاوېدنې (Flexible) لپاره ځانګړتیا په ساده کي سره لري چې د ځانګړې ډایرکشن Direction اړوند د مقعر کانال سره خپل الاستیکیت ته مطابقت ورکوي. د وریځو په وضعیت کې د ماشوم سلینډر بنایي وکړای شي چې په ښه توګه سره د سهمي قطر Sagittal diameter سره مقعریت ومومي. له همدې کبله د کوپړۍ د ساجیټل قطر به د حوصلې د ساجیټل قطر سره سمون ومومي وریځي ښکته راځي او د قدام لوري Front (جبهې) ته تاوېدنه کوي تر څو چې مخ د پوبیس خلف ته موقعیت ومومي. د فوج (Vulva) په برخه کې به د وریځو برخه د . Caput Succedaneum لویي اندازې پواسطه وپوښل شي دا به لومړی رابنکاره شي او وروسته به د قوي Expulsive تقلص لاندې د قبض حرکت سره لوی فوتانیل Vertex او Occiput په بریالی توګه د پړینوم برخه کې ښکاره شي. وروسته تر دې به د غاړې د خټ برخه او وروسته سترګې، پوزه، خوله، زنه د پوبیس له خلف څخه د یوه حرکت پواسطه رابنکاره شي. کله نا کله کوپړۍ د خولې تر سرحد د مخه تردې چې Occiput راووزي زیږونه کوي. د زېږونې میکانیزم په کراره، سخته او خطرناک د دواړو د مور او ماشوم لپاره دي.

د پړینوم د برخې Laceration یا څېرېدنه معمولاً پورته تر ریکوم پورې اوږدېدنه مومي دا ځکه چې د کوپړۍ لوی قطر به په Outlet باندې فشار راوړي د کلینک له نظره دا به ډیره ګرانه وي چې د وریځي پرزنتیشن دی له Terminal Occipitosacral میکانیزم څنې توپیر کړل شي.

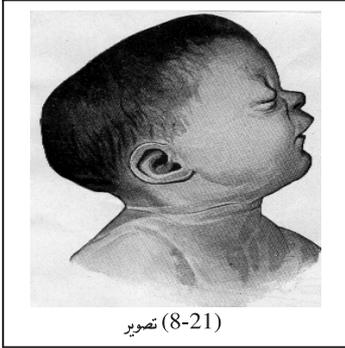
پېژندنه Diagnosis:

د ګډوډي له لارې د دې حالت پېژندنه لکه د مخ د پېښې په څېر ده لکه د (8-14c) تصویر (C) د وضعیت په څېر ورته پاملرنه وکړئ



د ننه Internally (8-20) تصویر د Brama برخه به ښکته ټکي وي او د حوصلې مرکزي برخه یې نیولې. لوی فوتانیل به اړخ ته جس شي او د پوزې او سترګو څنډې به بل اړخ کې شته والی ولري پوزه، خوله

او زنه پورته وي او ورسېدنه د گوتې گران دی که چېرې ناروغ انستيزي اخیستې وي نو ښايي دا برخې د گوتې پواسطه جس کړل شي.



تصویر (8-21)

جبهې درز په مستعرض قطر او یا لږ څه مایل د مخ په اندازه پروت وي. که چېرې دغه برخې جس شي دا به د څه درجو Deflection بشودنه وکړي په حقیقي وریځې پرزتېشن کې به پوزه د جس وړنه وي او همدارنگه د سرگو د چاپیریال څنډو د لوی فوتانیل خلفي سرحد په برخه کې وي Moulding به په وصفي ډول د (8-21) تصویر په څېر وي کوپړۍ به درې کججه Three cornered سرحدونه ولري

مخ به همواره بڼه ولري د زني څخه تر کوپړۍ څوکې پورې مسافه به ډیره زیاته وي دا حالت به د مؤقت Caput Succedaneum پواسطه زیاتوالی ومومي.

انزار:

د وریځې پرزتېشن تل مدام خطرناکه ده.

A - د مور د مړینې علتونه به:

i. ضروري عملیاتي مداخله:

ii. اوږد مهاله زېږونه.

iii. د اتاناتو مداخله.

B - او همدارنگه د ماشوم د مړینې علتونه به په لاندې ډول وي:

i. د جراحي عملیات ترسره کول.

ii. اوږد مهاله زېږونه او د کوپړۍ کامپریشن.

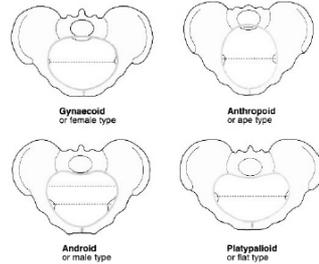
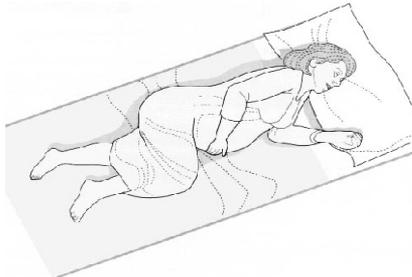
iii. د غاړې د فشار له کبله چې د وینې بهیر پکې خرابولای مومي چې داد پویس د هډوکو

په وړاندې منځ ته راځی حتی دغه کامپریشن یا فشار د هډوکو د ماتېدنې، د شزن

او حنجري د لپاسه فشار راوړي.

درملنه:

د وریخي پرزتېشن د یوه استعداد لرونکي او تجربه لرونکي ډاکټر پاملرنې پورې اړتیا لري په تېره بیا چې حوصله Contracted یا منقلصه وي او د ماشوم اندازه هم لویه وي پدغه راز پېښو کې باید تر ټولو د مخه په مقدم ډول د پېژندنې سره سم د سیزارین شکستن (C/S) کړنلاره ترسره شي سره لدې چې د وریخي پرزتېشن پخپله د کړپړۍ او یا مخ وضعیت ته او بنسټه کوی او زېږونه په بنفسي ډول تر سره کيږي خو د اختلاطونو د مخنيوي لپاره ښه ده چې (C/S) کړنلاره تر سره شي. د زېږونې په لومړۍ مرحله کې باید یو لږ مانورونه ترسره شي ښایي دا د دې سبب شي چې د وریخي وضعیت په کړپړۍ Occiput برخې پرزتېشن اوښته وکړي پدې لړ کې ښځه باید د اړخ په لوري پریاسل شي چې دا به Occiput برخه برابره کړي او د گیدې لپاسه یواز بنداز (Pad) د Occiput په برخه تړل کيږي.



The four pelvic types.

که چېرې وروسته له یو ساعت څخه د دوهمې مرحلې په لړ کې بیا هم د وریخي وضعیت له منځه لاړنشي او شته والی ولري باید ځانگړې پاملرنه ترسره شي تر څو د وریخي پرزتېشن په Occiput یا Face پرزتېشن باندې Convert یا اوښتنه وکړي. که چېرې دغه کړنه بریالی نشي پرته له ځنډه Version او یا Extraction ترسره شي. که دغه ټول مانورونه بریالي نه وي باید د سیزارین سکشن کړنلاره ورته ترسره شي. د یادولو وړ ده چې ووايو که چېرې حوصله منقلصه وي پدې حالت کې دې Version نه ترسره کيږي.

دمخ پرزتېشن

Face Presentation

که چېرې Deflexion په پورته درجه کې وي د ننه مخ د هدایت لیکي لوري ته پریوزي او د گوتې پواسطه به د جس وړ وي. دغه حالت ته د مخ پرزتېشن وایي چې (1:540)

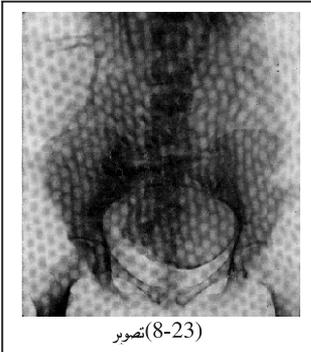
پېښو کې لیدل کېږي او په خوځلو (M/P) بنځو کې نسبت لومړي ځلو (P/P) بنځو ته درې چنده ډېر منځ ته راځي. د مونستر حالت په ځانګړي ډول Anencephalus په (5%) د منځ پرزېتېشن کې لیدل کېږي، شپږ ډوله پوزیشن بنایي وپېژندل شي چې Right Mento transverse تر ټولو ډېر زیات منځ ته راغلي. او تر دې وروسته Left mento anterior منځ ته راځي. او بیا ورپسې Left transverse, anterior, Right mento Posterior او Left posterior یو په بل پسې منځ ته راتلای شي.

د مخ پرزېتېشن لکه Occipital Presentation په څیر لکه چې دوی L.O.T معمول پوزیشن دی چې کوپړۍ کله چې حوصلې ته ننوزي دا وخت د Deflexion د زني برخې مخ بنسکه لوري ته لکه د R. M. T پوزیشن جوړوي پدې هکله (8-24) تصویر ته پاملرنه وکړئ؛ اکثرًا په لومړي مرحله د زېږونه کې د مخ پرزېتېشن شته والی لري. میکانیزم:

لکه څرنګه چې په (8-22) او (8-23) تصویرونو کې ښکاري په دوه معمول پوزیشنونو



تصویر (8-22)



تصویر (8-23)

سره د ماشوم وضعیت څرګندوي.

کوپړۍ په بشپړه توګه په شاباندې بسط موندلای وي، د Forehead برخه همواره، Occiput بهر ته راوړي او غاړه به سمون ومومي.

د ټیټ برخه به په محذب ډول راووزي. خلف په چټکۍ سره مقعریت کوی تر څو Occiput راورسيمي کله چې د Breech حالت خلف ته راواوړي ماشوم اوږدېدنه مومي او د طولاني محور بڼه د انگلیسی د (S) د توري په څېر کېږي.

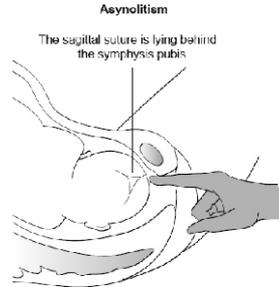
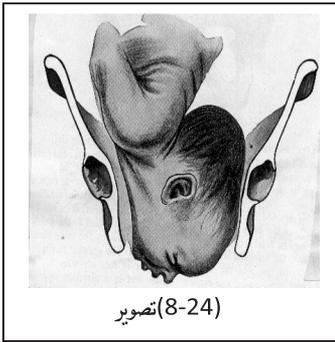
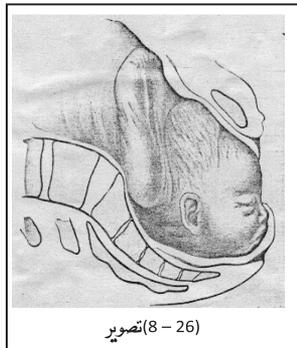
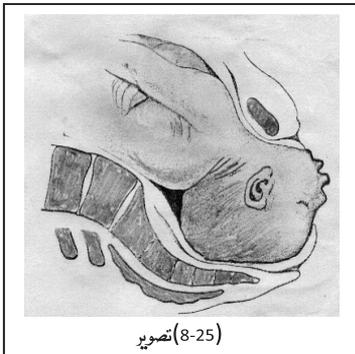


Fig. . Posterior asynclitism of the vertex – posterior parietal bone is prominent and the sagittal suture is shifted much anterior in the pelvis.

د زېږونې په پیل کې کوپړۍ پورته د متوسط قدامي Asynolotism سره مل وي او د Malar قدامي هډوکې او Orbit منځنۍ لیکې او بنسکه برخې ته نیردې وي. د دې په عوض به د قبض حالت منځ ته راشي رابنسکه کېدنه پیل کیږي، د بسط حالت زیاتوالی مومي زنه لا هم راوړي او وریځې لږې رابنسکاره کیږي. د بنسکه کېدنې حالت دوام کوي د منځ لیکه به معمولاً د مستعرض قطر په اوږدو په حوصله کې وي پدې هکله (8-24) تصویر ته پاملرنه وکړئ. په L.M.A حالت کې زنه د کین اېتوراتور فورامین برخه کې بنسکاره او د هدایت ټکی جوړوي. دا

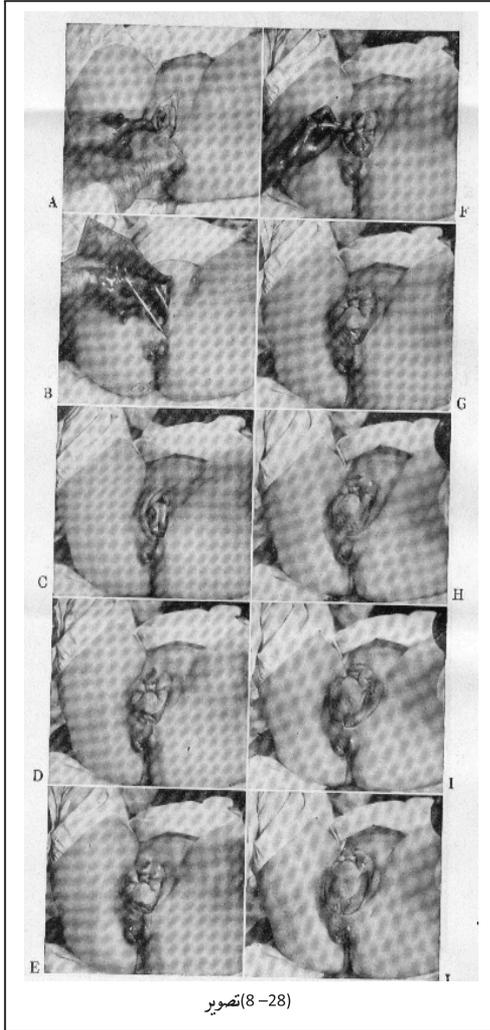


د دې
بنسودونکي
دی چې
ماشوم د
حوصلې په
قدامي کین
کوادرانت
پروت دی.

همدارنگه په R. M. P کې زنه د بنسې خلفي کوادرانت په برخه کې د هدایت ټکی دی. او د منځ لیکه د inlet بنسې مایل قطر سره سمون مومي.

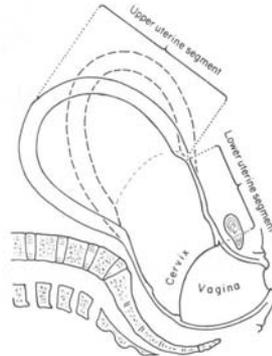
د زني قدامي تاوېدنه، دریم حرکت، به تر هغه چې منځ د حوصلې د فرش په برخه کې واقع نشي منځ ته نه راځي هغه فکوروڼه چې د L. . O. A حالت کې اغېزه لري دلته هم خپله کړنه کوي. دا چې د

ماشوم د سلیندر ډیره اندازه الاستیکیت د مخ په وضعیت کې د سهمي پلان پر مخ پروت دی. د Occipital په پرزتېشن کې د ماشوم سلیندر پخپله د Angular birth canal په برخه کې په ډېر بڼه توگه مطابقت کوي دلته د غاړې برخه او Occiput برخه خلف لوري ته نغمر مومي که چېرې د بسط حالت منځ ته راشي پورته یادوني به ولیدل شي.



تصویر (8-28)

په مخ پرزتېشن کې هم دغه نغمر د زني قبض کېدنه لیدل کېږي له همدې کبله د ماشوم سلیندر (Fetal Cylinder) په آسانه سره مطابقت د زیږونې د کانال سره کوي. کله چې زنه مخکې د پویس په برخه کې په مخ ځي مخ دریم موازی پلان ته ورسېږي دا ځکه چې کوپري نورمال



سایز لری او کله د (8-25) تصویر به څېر قدامي تدور باید پیل وکړي د مخه تر دې چې نشي کولای چې کله چې زنه خلف ته پرته وي حوصلې ته ورننوزی. دا به د Occiput برخه، پورتنۍ برخه د صدر ته او د اوږی

برخه د ننه Inlet ته په یوه وخت یوسی. او پدې وخت کې د نورمال حالت وده پرته له امکانه خبره وي پدې هکله (26-8) تصویر ته پاملرنه وکړئ.

همدارنگه قدامي تدور بشپړ کيږي او په ډېر نږدې موده کې زنه د پویس خلف ته موقعیت نیسی د فورهد Forehead برخه د وفور شیت خلف ته او د Occiput برخه د عجز تشه برخه اشغالوي څلورم حرکت به د بسط حالت به L.O.A کبسی نه وي، خو قبض به لکه د (25-8) تصویر په څیر د ماشوم د هایپوئید هډوکي به د پویس خلفي سطحې ته راشي او زنه خوله، پوزه، سترګې، Forehead او Occiput به په موقعیت سره د پریټوم په برخه کې رابنکاره شي زنه به تقبض د سترونم په مخ وکړي خو څنډې به یې د سمفیزس پویس به برخه کې وي.

قدامي د ننه تاویدنه به بشپړه شي یوازې درجې کوپړۍ د فنج برخې ته عبور وکړي. معمولاً

Restitution او بهرنۍ تاویدنه (Ext. Rotation) منځ ته

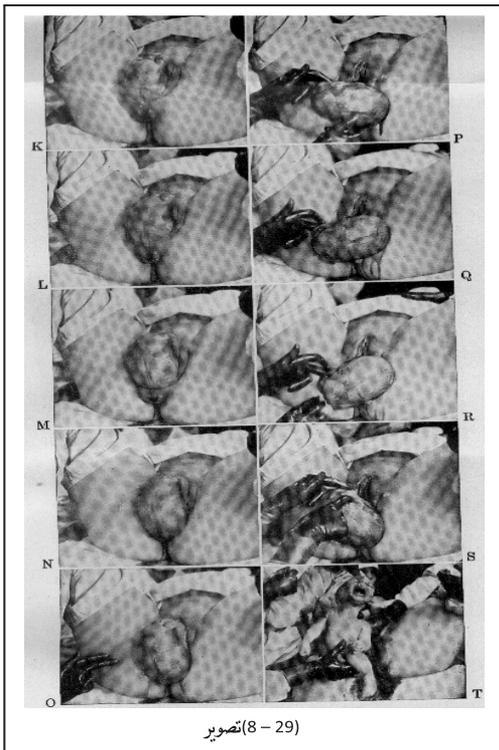
راځي د زني برخه په رحم د خپل پوزیشن لوري ته تاوېږي او تنبه به د عمومي بنسټونو له مخې وزېږول شي پدې هکله - (8)

(27 او (28-8) او (29-8)

تصویرونو ته پاملرنه وکړي چې د انگلیسي تورو پواسطه په ترتیب

سره ښودل شويدي. له A څخه

تر T توري بشپړ ښودل شويدي.



یوه انومالی به هغه وخت منځ ته راشي چې زنه د Sacro - iliac برخه کې بنده پاتې شي او حتی که چېرې دا د عجز په تشه کې هم تاویدنه وکړي پدې صورت پېښې ته Persistent chin Posterior پوزیشن ویل کېږي او دا بعضاً په شدید ډول وي پدې هکله د (26 - 8) تصویر ته پاملرنه وکړي.

دا پخوا هم بنودل شويدي چې کوپري نشي کولای د حوصلې برخې ته ننوزي کله چې زنه د هغې خلف ته وي دا به ساده وي چې وگورو خومره د زني زېږونه به ستونزمنه وي کله چې انگیجمنت د زني برخې د ساکروم (عجز) پورې خلف ته تاویدنه وکړي. په نادر ډول به طبعي زېږونه پدې حالت کې منځ ته راشي. همدارنگه د Face پرزنتیشن (1:3000) پېښو کې منځ ته راځي.

کلینیکي کورس Clinical Course:

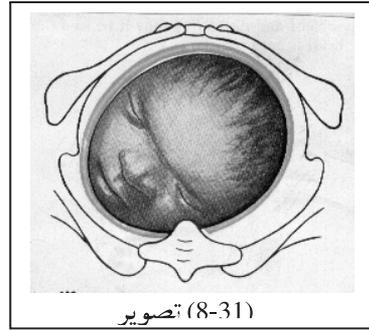
په (27 - 8) تصویر کې تصویر ورته پاملرنه وکړئ د مخ زېږېدنه به لږ څه نسبت نورمال زېږېدنې ته اوږد مهاله وي دا چې مخ د زېږېدنه به لږ څه نسبت نورمال زېږېدنې ته اوږد مهاله وي دا چې مخ د Occiput په برخه د سرویکس په برخه کې کوم فشار وارد نکړي تفصلاً خصوصاً په لومړۍ مرحله کې ضعیف وي. له همدې کبله د سرویکس اتساع به ځنډ وکړي او دا به اکثراً د جیب د څیړولو پواسطه په مقدم ډول سره شدت ومومي، دا چې د پرزنت برخې Maladaptation به د سرویکس لپاسه دې ته اجازه ورکوي چې داخل الرحمي فشار د غشاء لپاره ډېر فشار راوړي هغه علت چې د مخ Face پرزنتیشن سبب گرځي لکه (متقلص حوصله، Anencephalus ، تومورونه، پلاستا پریویا، ښایي د نورو انومالیو لپاره هم مسؤل وگڼل شي د کوپري Engagement ښایي په کراره سره وي خو قدامي تاویدنه به ناڅاپه او سمدلاسه په چټکۍ سره منځ ته راشي.

په لومړي ځلو (P/p) ښځو کې د مخ وضعیت لږ منځ ته راځي او که چېرې منځ ته راشي په دې صورت کې به زېږونه ډېره په کراره وي او نسبت (M/p) څو څلو ښځو ته ډېره دردناکه وي، د رحم ښکني سکمنت به د Fetal ovoid پواسطه سموالی ومومي او دا باید د درملنې په وخت په پام کې ولرل شي.

پېژندنه Diagnosis :

د کېډې له لارې Ovoid اوډ او فلانک هموار (پلن) وي په کېډه کې د رحم بڼه بسيا کوي د پېژندنې لپاره کوپړې د Inlet لپاسه ليدل کيږي، او Breech حالت به د لږې برخې سره لږ څه وروسته په ساده کې سره توپير کړل شي چې د غور Fundus په برخه کې د جس وړوي. دا به ډېره کرانه وي چې د خلف (شا) برخه وپېژندل شي.

له Inlet څخه پورته به کلک، گردې، راوتلې برخه د Occiput په يوه لورې کې اړخ ته د جس وړ وي د ژور جس پواسطه دا کېډای شي د شا له برخې ځنې توپير کړل شي. په بل اړخ

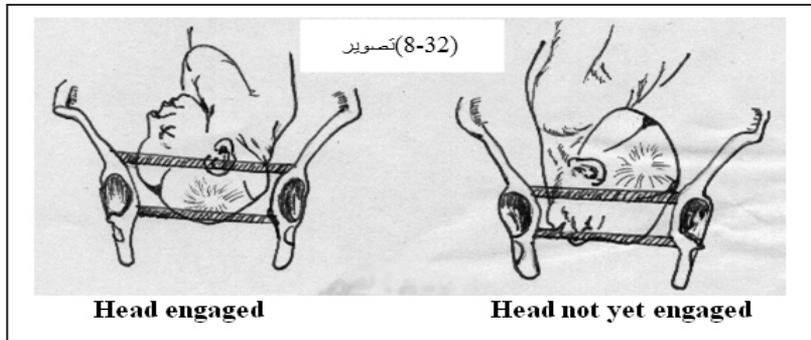


کې به د Inlet برخه تشه وي خو که چېرې د کېډې جدار استرخايي وي په ژور جس به وکړای شو چې د ګوتو د فشار راوړلو پواسطه د ژامنی Horseshoe-Shaped بڼه وپېژنو.

ډېره مهمه خبره دا ده چې د پښو برخه وپېژندل شي او همدارنگه همدې اړخ ته د زړه آواز او صدر وپېژندل شي. که چېرې په همدې لړ کې کلکه راوتلې برخه د Inlet برخه کې تيز Grove (حفري) سره لدې پورته جس شي کولای شو چې ووايو د Face Presentation او يا لږ تر لږه د ورېځو Brow Presentation نوم پرې کېږدو په دې صورت کې به د زړه آوازونه د ماشوم په لور Tone وي. د مهلبلي کڼې پواسطه حوصله تشه وي دا تشوالی به په مقدم ډول سره په زېږونه کې وليدل شي او جيب به برخه وي، يا څلور لارې حالت به د کوپړې او يا Watch-Crystal shape بڼه به Occipital په پوزيشن کې ونه ليدل شي. او په ځير سره کونکې ډاکټر کولای شي د تقلص په وخت د فشار د منځ ته راتلو احساس وکړي. ورېځې لږ څه پورته جس کيږي او په عمومي صورت به متحرک وي همدارنگه کېډای شي چې د حجلاج Orbit

برخه هم جس شي که چپرې د پوزې د جذر برخه جس نشي دومره د توجه وړ نده. ژر تر ژره به جيب وچوي او سرگو، پوزې، خولې او ژامنې په پېژندنه کې به هېڅ راز ستونزه شته والی ونلري. يوازې که چېرې Caput Succedaneum په برخه پیمانته شته والی ولري پدې صورت کې به داسې ښکاره شي چې د Breech پوزیشن شته والی لري او پېژندنه ښايي گرانه کړي دا به هله څرگند شي چې زېږونه ځنډ ومومي. که چېرې د گونکي د گوتو پواسطه راوتلې برخه او Depression جس نشي او يوه غیر منظمه سطحه جس شي داسې به فکر و نشي چې د Vertex پوزیشن شته والی نلري. همدارنگه د مخ لیکه (Facial. line) به د مستعرض قطر په موازي ډول وي او يا به د مايل قطر په امتداد وی پدی هکله (۳۰-۸) او (۳۱-۸) تصویرونو ته پاملرنه وکړي. دا کله چې تاوېدنه وده وکړي خپله تاوېدنه بشپړوي.

په توپيري پېژندنه کې باید Breech پوزیشن، وربخې Brow پوزیشن Anencephaly، مونستر Monsters باید به پام کې ونیول شي. که چېرې مخ ډېر پرسېدلی وي Land mark بنسټيزې کرښې تړلی وي دوه نښې به تل شته والی ولري. (I) Saddle Nose او (II) Gums.



که چېرې ماشوم ژوندی وي ښايي گوته وروي Sucking. تر ټولو غوره ټکی به د Engagement د درجو ښودنه وي. کپړې هغه وخت Engage کوي که چېرې Biparietal قطر له Inlet څخه تېر شي. Occipital پرزیشن کې د Parietal bosses د Inlet له پلان څخه ښکته پروت وي. که چېرې د کپړې ښکته برخه شته والی ولري د Vertex په حالت کې به کپړې د Ischial Spine تر منځ کرښو کې وي. سره له دې که چېرې د Face پرزیشن شته والی ولري وربخې، خوله او پوزه به په دغه هکله (8-32) تصویرونو ته پاملرنه وکړي.

نوکه چې داخلي کتنې ترسره شي بايد پدې لړ کې ډېره پاملرنه وشي ترڅو د گوتو پواسطه مهلبلي مخاط سترگو ته وړدنه نشي که چېرې گونوريا شته والی ولري د سترگو روند والی له همدغه ځايه منځ ته راځي. په دې هکله به د مقعدي کتنې بسيا وکړي نو که چېرې ډېره شکته پېښه شته والی ولري د راديوگرافي په ترسره کولو به شک لري کړل شي که چېرې دا امکان شته والی ولري.

پلاستيک بدلونه Plastic Changes:

د مخ پوزيشن به په نابره توگه په اوږد مهالي زېږونې ونې د جيب (غشا) د خپرېدنې وروسته بدلون وکړي. په قدام کې د غومبرو برخه سترگې او Caput تل ليدل کېږي او ټول مخ به نثيت کړل شي سترگې وتلې بڼه، سترغلي به پرسېدلې وي او مخاطي مصليې د سچارج به د سترگو څخه راووتې، خوله به وازه وي، ژبه بعضاً بهر ته راوتلې وي او ماشوم بنيابي د څو ورځو پورې د دې قدرت ونلري چې د څو ورځو لپاره خوارک وکړي. ډېره لږه اندازه وينه بهېدنه په د منظمې لاندې برخه کې او تر پوستکي لاندې وي او همدارنگه د پوستکي په رگونو کې به احتقان ولري. د کوپړۍ بڼه به په شديد ډول سره Dolichocephalic دا چې Occiput بڼگه راووزي دا به وليدل شي او بنيابي د Saddle-Shaped انحطاط د لوی فوتايل ته نږدې شته والی ولري. ماشوم اړخ ته پروت وي، کوپړۍ لويه وي، د هغه خلقي برخه سمه وي شايد دغه بڼه تر دوه اوينو پورې دوام وکړي او تر هغه وروسته يا خپلې اصلي بڼې ته واوري.

انزار Prognosis:

i - د مور لپاره د مړينې علتونه دا چې پخپله دا يو پتالوژيک پرزيشن دی پدی برسېره لاندې علتونه دی چې د مور د مړينې اندازه لوړه بيايي.

- اوږد مهاله زېږونه
- د اتانانود شته والي خطر
- د حوصلي تقلصي حالت
- د جراحي کړنلارې سر ته رسول لکه (C/S) او نور
- ii - همدارنگه د ماشوم لپاره د مړينې خطر د لاندې حالتونو سره سم زياتوالی مومي.
- دا د ورېځې پرزيشن پخپله يو ابنا رمل پرزيشن دی.
- اوږد مهاله زېږدنه.
- د غاړې د برخې کامپريشن يا تر فشار لاندې راتلل.

- د حنجري او شنن کامپريشن يا تر فشار لاندې دانل.
- د فورسپس له کبله زيان (صدمه) د فورسپس پواسطه په زيږونه کې نوکه چېرې دغه پورته ياد شوي حالتونه اصلاح کړل شي او ورته د پيژندنې په وخت بشپړه پاملرنه وشي د مړينې خطرونه لږوالی مومي.

درملنه:

ټول د مخ پرزيتشن حالت کومې خاصې او ځانگړې درملنې ته اړتيا نلري. ډيرې دغسې پينې پخپله په بنفسي ډول پايله مومي چې د ميندو لپاره دا د خونې خبره ده چې پرته له کومې مرستې ماشوم زيږولای شي.

۱. Before-engagement

لومړی تر ټولو ضروري ده چې وپوهېدل شي چې علت څه دی. يوه متقلصه حوصله به د سيزاربن شکستن جراحي کړنلارې سرته رسولو لپاره اړتيا ولري خوکه چېرې د Anencephalus حالت شته والی ولری پدی صورت کې به بنایي دومره اړتيا ونه موندل شی. د زېږندنې په وخت باید ټولی کړنې ترسره شي ترڅو د جيب حالت خرگده کړي لکه: اړخ ته پوزیشن، بنسکه لورې ته د زېږونې په هکله د کوشنن څخه ډه ډه کول او د گنډو په وخت دې ډېر احتیاط او پاملرنه وشي.

که چېرې داسې وموندل شي چې کوپری (Vertex) د مخ پوزیشن لوري ته اوږدنه کوي پدې حالت باید بنسکه د اړخ لوري ته پرياسل شي کوپری د Occiput point بڼه غوره کړي. که چېرې د مخ پرزيتشن تثبيت کړل شی پدی حالت کې دی مور د اړخ لوری ته پرياسل شي. ترڅو بنسکه بنسکه کېدنه او قدامي تاویدنه د زڼې منځ ته راشي. کله ناکله داسې پينې چېرې چې د ډاکټر حوصله په اړخ کولو کې لږوالی مومي او پدې صورت کې باید د فورسپس د استعمال څخه کارواخلي همدارنگه د مخ د پرزيتشن حالت د لاسونو د مانور ورکولو پواسطه د Occiput په پرزيتشن بدلېدنه مومي دا کار يا د يوه تجربه لرونکي طبيب پواسطه ترسره شي. که چېرې د Face څخه Occiput ته اوښتنه د مانور پواسطه گرانه وه پدې صورت کې دې د Podalic Version کړنې څخه کارواخيستل شي چې په تصوير کې ورته پاملرنه وکړي.



Fig. 2.13 Abdominal palpation of fetus lying transversely

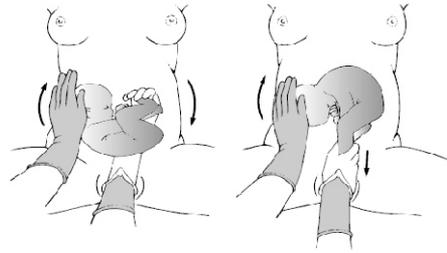
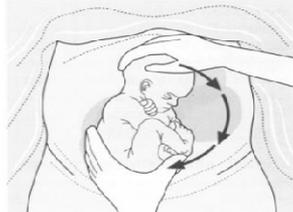
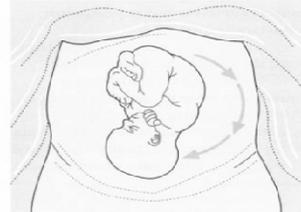


Fig. . Internal podalic version. Left: cephalic presentation; grasping both feet. Right: Downward traction on feet. Upward pressure on head. Cephalic presentation converted to footling breech.



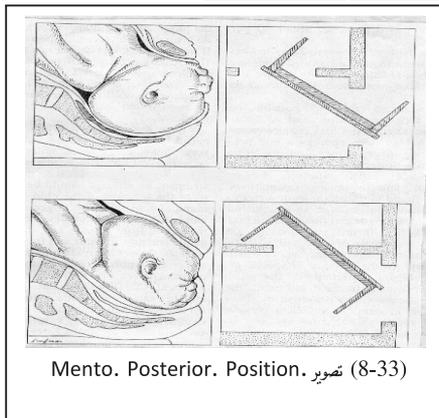
Technique
 - lie the abdomen
 - use tocolytics
 - administer anti-D to Rh-negative mothers

Hazards
 - preterm labour
 - abruptio placentae
 - cord accident
 - uterine rupture (if previous scar)



Contraindications
Absolute
 - multiple pregnancy
 - previous antepartum haemorrhage
 - ruptured membranes
 - oligohydramnios

Relative
 - previous caesarean section
 - intrauterine growth restriction
 - pre-eclampsia
 - Rh-sensitization
 - grand multiparity
 - anterior placenta
 - obesity



Mento. Posterior. Position. تصویر. (8-33)

که چپری Version بریالی نه وی د ماشوم د ژوندي توب په صورت کې پدې صورت کې به انتخاب Cervical Caesarean Section ته به خبره اړوند پاتې شي او غوره کړنلاره بلل کیږي، که چپری ماشوم مړ وي نو Craniotomy ورته ښه کړنلاره ده.

۲. After Engagement

که چېرې کوپړۍ حوصلی ته Engage وکړي او زړه د مستعرض قطر ل

وضعیت وي او یا حتی قدام ته وي او د زېروني استطباب منځ ته راشي پدې هکله فورسپس استعمالیږي د مخه تر دې چې سامانونه استعمال شي باید پاملرنه وشي چې د زني تاویدنه د لاس

پواسطه قدام ته ترسره شي. د نقلص په وخت دی ډېر احتیاط وشي خلف او قدمي هډوکي دی برابر کړل شي او ډېر ظریفانه ترکشن پورته او قدام ته تر سره شي ترڅو د گوتو پواسطه زنه د پویس لاندې برخې ته راوسل شي.

دغه مانوره دې د بهر څخه د Occiput لپاسه د فشار راوړلو پواسطه د Lig. Poupart کي تر سره شي بعضاً لږ اندازه فشار د زني لپاسه بسط ته زیاتوالی ورکوی او په لږه اندازه سره ترکشن پدې هکله مرستندویه وي که چیرې تاویدنه دلته بریالی شي نو لدې وروسته به زېږونه په نور ماله بڼه وشي. په دې لړ کي به فورسپس یوه اندازه مرسته وکړي ترڅو نیږدونه تر سره شي. که چیرې ماشوم مړ وي عمومي وضعیت بڼه وي نو د (C/S) سیزارین سکشن کړنلاره دی تر سره شي.

همدارنگه په (33-8) تصویر کي ښکاري چې د Mento - Anterior پوزیشن به په ساده گي سره نسبت د Mento - Posterior پوزیشن ته په بنفسي ډول زېږونه کوي. همدارنگه دې ورته دې چې یو میز په کوم وضعیت کي به آسانه ډول له دروازي څخه راوړي په دې هکله تصویر ته پاملرنه وکړي.

د Version او Extraction کړنه په کله چې رحم د استرخا په حال وي په بڼه توگه ترسره شي، او کله که چیرې ماشوم ژوندی وي د سیزارین سکشن کړنلاره یوازني انتخاب دي. کله چې حوصله منقلصه او تنگه وي پدې صورت کي د Version او Traction نه تر سره کېږي.

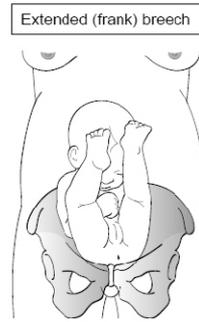
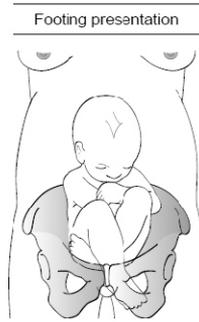
بعضاً د Episiotomy کړنلاره د حوصلې د فرش، پرینوم، او ماشوم ته ډېره مرستندویه وي. که چیرې د مخ او شونډو د برخې اذیما په ماشوم کي شته والی ولري ماشوم ښایي د څو ورځو لپاره د مور تې ونه روي.

د بريچ او مستعرض پرزنتیشن

Breach and Transverse Presentations

بريچ پرزنتیشن Breach. Presentation:

د (4-5%) فیصدو پورې زېږېدنې به په ماشومانو کي د Breach په وضعیت پرزنت وکړي. همدارنگه د ماشوم مړینه پدې حالت درې چنده زیات په L.O.A حالت کي منځ ته راځي. او همدارنگه د مور مړینه د څېږدنې (Laceration) او سپسیس (Sepsis) له کبله ده. همدغه راز د بريچ پرزنتیشن باید د Dystocia تر نیولیک لاندې په پام کي وي.



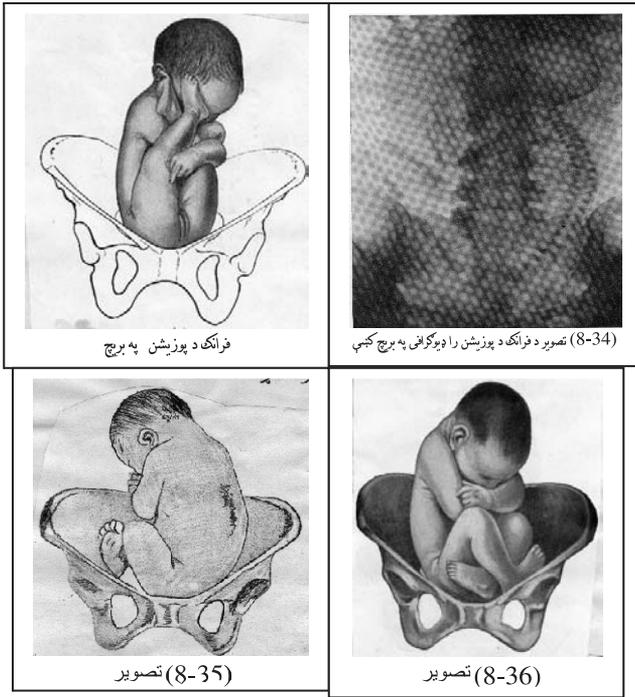
Types of breech presentation.

سببونه Etiology:

- همدارننگه vartan او Tampkins په خپلو کابونو او څپرونو کې لاندې علتونه د بريچ پرزتبش لپاره ياد کړي او هغه يې ثابت کيلي دي:
- پريما چوريتي (Prematurity) يا بې مودې زېږېدنې.
 - پلاسنټا پريويا (Placenta. Praevia).
 - هايډروسفالوس (Hydrocephalus) او اناسفالوس (Anencephalus).
 - ډېرې زېږېدنې (Multiparity)
 - ډېرې بلارېدنې (Multiple Pregnancy)
 - متقلصه حوصله (Contracted Pelvis)
 - د حوصلې تومورونه (Pelvic Tumors)

ډولونه Varieties:

- ډېر ډولونه د بريچ پرزتبش شته والی لري چې د ماشوم د وضعيت پورې اړوند ککل کيږي.
۱. Frank (or Single) Breech: د دې حالت لپاره (8-34) تصوري ته پاملرنه وکړي چې په کې لاندې طرفونه (ورنونه او پښې) د بسط Extended په حالت د تنې لپاسه او د پښو د قدام برخه مخ ته موجه ده چې دا تر ټولو ډېره منځ ته راځي (85%) ماشومان دا بڼه لري.
 ۲. Complete or (double Breech presentation): دا رنګه چې پدې کې ماشوم لکه د Vertex په پرزتبش کې هماغه ته ورته بڼه لري خو پدې کې چپه قطب (Reversed-polarity) سره وي لکه کوپري پورته او سورين برخه (کوناتيو برخه) به د Presentation په



۳. برخه کې وي پدې صورت کې به ماشوم په حوصله کې د ناستي داسې حالت ولري چې په دې پلټۍ (چارزانو) وهلې وي ماشوم په بشپړ د قبض حالت ولري په دې هکله (8-35) او (8-36) تصویرونو ته پاملرنه وکړئ:

۴. Incomplete Breech

دا حالت دوه ډوله دی چې هر یو یې په لاندې ډول دي:

- (a) هغه حالت چې یوه یا دواړې پښې له مهبل څخه بهر ته راوتلې وي او پرولاپس یې کړای وي او Single یا Double حالت یې د Footling Presentation یې جوړ کړی وي.
- (b) دا چې یو یا دواړه د زنگون (Knee) د بند برخه د مهبل څخه پرولاپس وکړي. دا دواړه د وضعیت غلطه بڼه جوړوي چې د مور او ماشوم ژوند د خطر سره مخامخ کوي.
- دا ممکنه خبره ده چې د Breech لپاره شپږ ډوله پوزیشنونه وگورو او هغه نثیت کړو چې یوازې دوه لدې جملې څخه په عمومي پرکیس کې د پاملرنې وړ دی. د R.S.P او L.S.A

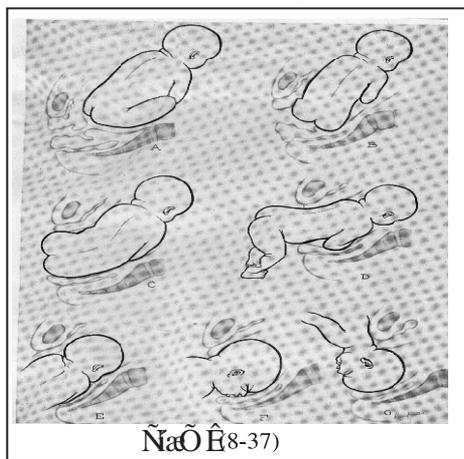
پوزیشنونه دی چې وروسته یا د اړخ لوري ته لیوالتیا څرګندوي چې دا ډېر نادر بلل کیږي. د بنسونې ټکی پدې کې عجز Sacrum دی او په راتلونکي میکانیزم کې د بیلو موخې لپاره د Genital Crease پکار وړل کیږي دا لکه هغه دی چې Sagittal Suture د سهې درز د مخ لیکه د مخ او Occipital پرز تبشېن لپاره پکارېده او هغه ته ورته والی لري.

د کوپړۍ هایپر اکستنشن Hyperextension of the Head :

د بریچ په پرز تبشېن کې تل مدام کوپړۍ په یوه وضعیت نه پاتې کیږي په یوه څېړنه کې (39%) پینسو کې کوپړۍ Flexed وه او همدارنگه طبعي بسط (49,5%) پینسو کې او ټاکلی د هایپر اکستنشن (دفور هید یا مخ Sinciput په (% ۷,۱۰) کېبی . تر سترگو شوې دغه بیلابیل وضعیتونه به د زېږونې په وخت ولیدل شي او نور بدلونونه لکه هایپر وټېشن (ډېره تاویدنه) چې د مخ په پرز تبشېن کې هم شته والی لري دلته هم لیدل کېدای شي پدې هکله پخوا معلومات څرګند شوې دي.

میکانیزم Mechanism :

په دې هکله د (8-37) تصویر ته پاملرنه وکړئ چې پدې هکله ډېر لږ معلومات د



NaO È(8-37)

او Complete, Frank

Incomplete بریچ لپاره میکانیزمونه

څرګند شوي دي.

A. انګېمنټ په مایل قطر سره معمولاً د

بریچ برخه پورته وي تر څو چې زېږونه
بنه پر مخ لاړه شي.

B. بنګه کېدنه Latroflexion او

داخلي قدامي تاویدني په حال .

C. د جنبي تقبض حالت دوام کوي.

D. د پینسو زېږونه او تڼه تر نامه پورې

راوړي.

E. د اوږې زېږونه.

F. د کوپړۍ د زېږیدني پیل.

G. د کوپړۍ زېږونه بشپړه شویده.

H. د دې لپاره دا پېښې وڅیړل شي د بېلگې په توگه Sacro-Anterior. Position (L.S.A) د لوستنې لپاره ټاکل کېږي. په دې کې د بړیچ Breech د تنې بنکنۍ برخه Lower Trunk، اوږې Shoulder او کوپړۍ Head حرکتونه باید په پام کې ونیول شي. حتی په لومړي ځل بلاربه ښځه کې Breech پورته د زېږونې تر وخته پاتې کېږي او دا



(8-38) تصویر

تر هغه وخته وي چې تر څو زېږونه ښه وده وکړي، سرویکس اتساع وکړي، او جیب (Bag of waters) رېچر وکړي. په لومړي ځل کې زېږونه رابنګه کېدنه Descent په کراره وي دا ځکه چې د بړیچ رخو اقسام لکه چې کوپړۍ د مهبل په برخه کې مطابقت کوي دا پخپله مطابقت نشي کولای. همدارنګه جنبي قبض Lateral Flexion دوهم حرکت ژر تر ژره کله چې بړیچ پړنوم ته ورسېږي منځ ته راځي د کونایټو خلفي برخه شاته پاتېږي او قدامي برخه د پویس لاندې برخې ته رسېږي په دې هکله (8-38) تصویر ته پاملرنه وکړي؛

دغه لحظه تل مدام د دریمې مانورې سره مل وي چې دغه Internal Anterior rotation یا داخلي قدامي تاوېدنې پنوم یادېږي. به (L.S.A) وضعیت کې بړیچ د کین مایل په څیر رابنګه کېږي چې دا د Bisiliac قطر دی چې د حوصلې کین مایل قطر کې پروت دی Genital crease

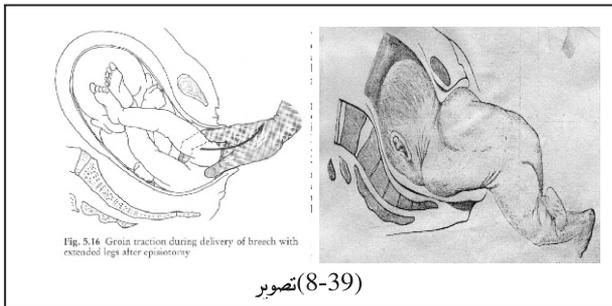


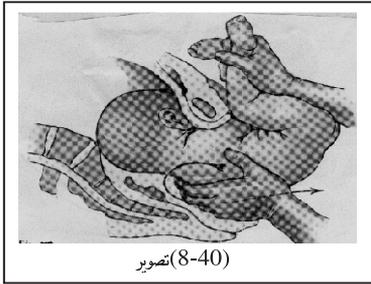
Fig. 5.14 Groin traction during delivery of breech with extended legs after amniotomy

(8-39) تصویر

برخه په ښې لورې کې پرته ده قدامي حرقفي فخذی مفصل یا د (Hip) ټکی د ښې ایلیو پوبیک توبرکل ته او لږ څه ښکته د خلفي (Hip) څخه واقع دي.

دغه قدامي Asynolotism دی او دا د Nagele's مایل لپاره انالوګ بلل کېږي. قدامي تدور هغه

وخت منځ ته راځي چې قدامي Hip مخې ته تاوېدنه وکړي د حوصلې ښې قدامي کوادرنانت څخه. عجز مستیماً ښې لورې څرګندوي پاتې د کوناتي برخه خلف ته تاوېږي او جنسي فیسور Genital Fissure اوس په مستعرض ډول پروت دی. د دغه حرکت لپاره علتونه لکه د نورو پوزیشنونو په څېر دی.



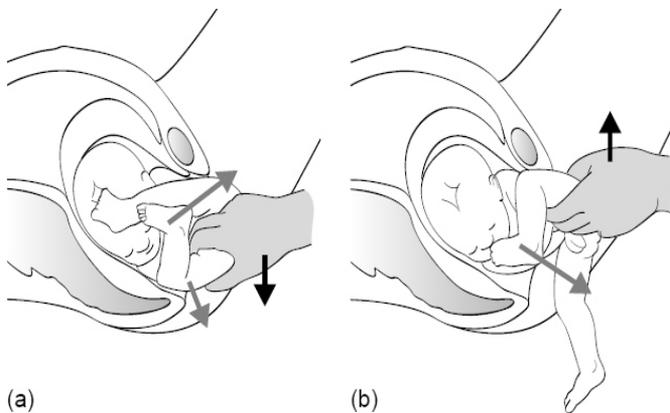
څلورم حرکت Latero flexion تعقیبوي، د Hip قدامي برخه تر پویس لاندې پروت وي او خلفي Hip د پرینیوم لپاسه وي ټوله حوصله تر پویس پورې رسېږي او تنګ د حوصلې فرش دغه پورته کېدني ته زیاتوالی وربخښي. رستیتویشن او یا Restitution او بهرني

تاوېدنه External Rotation ، پنځم حرکت ثابت نه پاتې کیږي. معمولاً قدامي حرقفي فخذی بند یا د ښې لوري ته تاوېږي او عجز قدام ته په مستقیم ډول پروتونه کوي. خو بعضاً ته په مستعرض ډول پاتې کیږي او اوږې په دغه پوزیشن کې زېږونه کوي. اوس پښې ښکته لوري ته لوېږي او خلف یا په Oblique یا مایله بڼه پروزي. په دې هکله (8-39) تصویر ته پاملرنه وکړي. د اوږې حرکت لکه د بیچ په څېر وي. رابنګه کېدنه به د Bisacromial قطر په اوږدوسره په کین مایل Left Oblique کې دی له ښکته څخه که چېرې د ترکشن پواسطه کوم پرمختګ ونشي پدې صورت کې به میونه (Arms) د صدر لپاسه قات یا راټوله بڼه ولري که چېرې وغواړو چې اوږه هم زېږونه وکړي نو د دې لپاره ډېر قوي تقلص د گډې جدار د عضلاتو ته اړتیا پروزي تر څو د زېږونې لپاره ښکته لورې ته فشار راوړي په ښې برخه کې به قدام داوږې د حوصلې قدامي کوادرنانت کې د پویس لوري ته تاوېدنه وکړي او نوره برخه به خلف ته وي حال دا چې د جنب قبض Latroflexion پروسه کې د اوږې خلف او مت برخه زېږونه کوي. پدې هکله (8-40) تصویر ته پاملرنه وکړئ.

وروسته له هغې د اوږې قدامي برخه د پویس له شا څخه رابنکاره کیږي که چېرې مرسته ونشي تنه به ښکته لوري ته راولوېږي چې غاړه به د پرینیوم په مقابل کې وي. او د غاړې څټ برخه به Subpubic.lig مقابل ته وي که چېرې کوپړۍ پورته بند پاتې شي پنځم حرکت "Cobained

(restitution & External rotation) اوس منځ ته راځي او يا د اړخ لوري ته اوږي. که چېرې کوپړۍ له نږدې څخه د تنې پسې سمدلاسه وي د حوصلې برخې ته راټولېږي او خلف بنسايي مخې ته تاوېدنه وکړي.

په نورماله کړنه کې کله چې اوږه د فرج څخه تېره شي کوپړۍ Inlet ته ورننوزي که چېرې Inlet متقلص وي کوپړۍ پورته پاتېږي او د غاړې سمون دی ته اجازه ورکوي چې اوږه راووځي خو دا به په بشپړه توګه نه وي ترڅو چې رخوه اقسام له هغه پورته لوري ته لږ څه پورته د حوصلې برخې ته ټېله نشي. کله چې په همدې قطر کوپړۍ په بڼه توګه د قص د هډوکي لپاسه قبض وکړي دا په برابره بڼه د L.O.A په پوزیشن کې واقع شي. د کوپړۍ رابنګه کېدنه او قدامي تاوېدنه به په قدام کې په ترتيب سره منځ ته راشي په (8-41) تصوير کې پاملرنه وکړي چې دغه ټول په معمول Usual ميکانيزم کې تشرېح شويدي.



Delivery of the extended legs by slight abduction of the thigh and flexion at the knees.

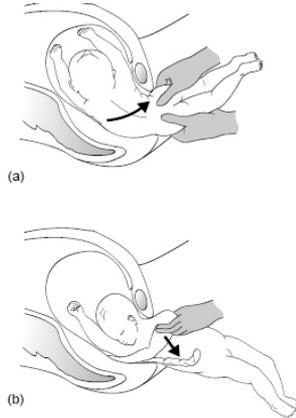
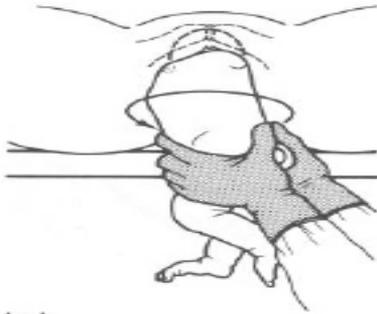
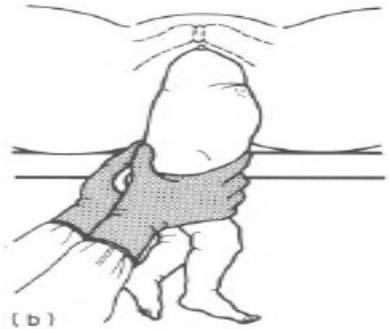


Fig. - Delivery of the arm by rotation of the body so that the posterior shoulder, which was below the sacral promontory, becomes anterior and below the pubic symphysis.

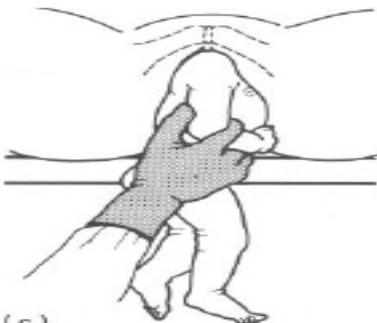
د سهېي در زونه په ښی مایل کې ننوزي لکه چې په L.O.A کې وي کله چې د زڼې برخه د عجز تشې ته ننوزي تقبض (Flexion) د څلورم حرکت منځ ته راځي د غاړې د خټ برخه به مرکزي وي او مخ، زنه او Forehead برخه به پرینوم لپاسه په بریالی توګه راښکاره شي دا به هغه وخت وي چې Occiput د پویس له برخې د خلف څخه راووزي. په خلفي د ملاپوزیشن کې هم همدا ډول میکانیزم شته والی لري. د کونایو قدام اړتیا لري چې 45° درجې تاوېدنه وکړي تر څو پویس ته ورسیري چې میکانیزم دلته هم لکه د مخکې په څیر دی. همدارنگه بله مانوره هم شتون لری چې د (Lovaset's Maneuvers) پنامه یادیري او د زیرون لپاره ورڅخه کار اخیستل کیري په تصویر کښې ورته پاملرنه وکړی.



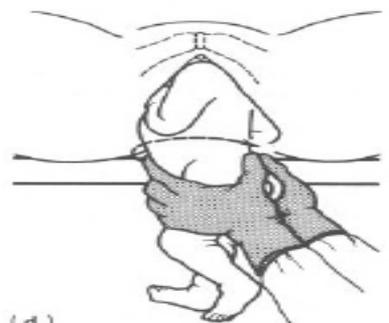
(a)



(b)



(c)



(d)

Fig. 2 Løvset's manoeuvre



Fig. . . . Jaw and shoulder traction applied to a fetus with the head at the level of the pelvic brim. Forceps could not be applied at this level

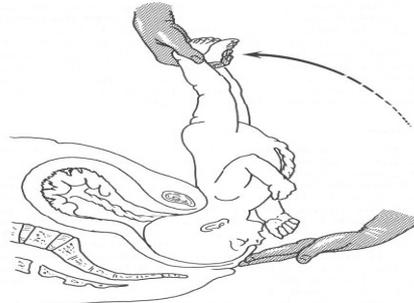


Fig. 5.14 Birth of the aftercoming head. The nape of the

غیر معمول میکانیزم : Unusual Mechanism

بعضا گله چې بريچ وزبربرېري د شابرخه د پوييس خلف ته ډېره تاوېدنه د حوصلې بل اړخ ته کوي چې میکانیزم لکه د کوپړۍ اوږې په څېر دی. پاتې ماشوم به شاته بله اړخ ته په مقابل توگه د پیل په څېر رابنکاره شي. حتی کیدای شي چې ډېر زیات داخلي قدامي تاوېدنه د بريچ به هم په سترگو وليدل شي کله چې گېده د پوييس سره د مخامخ کېدو وروسته راووزي. داسې لیدل کړي چې اوږې به په مایل قطر سره ننوزي او مناسب میکانیزم به وليدل شي. دا نشو ویلای چې ووايو چې دغه غیر منظم میکانیزم لپاره علت څه شي دی.

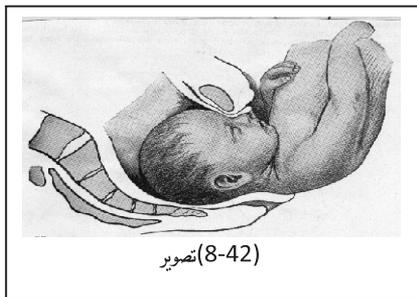
Footling Presentation نور مال میکانیزم لري خو که چېرې خلف د پېنې پرولاپس ونکړي. په ټولو زېرونو کې تمایل دی ته شته چې پرز تینګ برخې بشکه برخه به د پویک قوس لاندې راوښوېږي. د حوصلې قدامي برخې، د ساکرو ایلیاک لیکامنټ برابري، د Levator ani ټول په گډه د متحرک جسم لپاره Inclined Planes د انکلاینډ پلانونه جوړوي چې جسم په کې ځای نیسي چې له پورته څخه په یوه Direction تلو ته لیوالیتا څرگندوي. نو کله چې د پښو قدامي برخه پرولاپس

وکړي د بريچ حالت به په سختۍ او ستونزې سره زېږونه وکړي. په هر صورت که چېرې د پښو خلفي برخه پرولاپس وکړي نو بريچ په پورته واقع وي، همدارنگه د کوناتيو قدامي برخه به د پوييس په افقي راموس Horizontal ramus او خلفي پښه به قدام د Clined plan ته د رارسېدو په وړاندې مخنيوی وکړي. دا به په ساده گۍ سره په بله برخه د حوصلې کې وموندل شي او بعضاً د شا برخه د عجز قدام ته تاوېدنه کوي. اوس خلفي پښې قدامي بڼه غوره کوي او د معمول ميکانيزم لاره تعقيب کوي خودا به په بل اړخ د حوصلې کې وي.

د شا د برخې بې مودې تاوېدنه يا اېنارمل تاوېدنه لږ تر سترگو کيږي او يا دا چې ډاکټر بنايي په بې مودې توگه د تنې برخې ته ترکښ ورکړي او يا د غفلت له مخې په نورماله او طبيعي ميتود کې مداخله وکړي. که چېرې شا قدام ته تاوېدنه ونکړي او د عجز لوري ته وي نو ماشوم به په داسې وضعيت رابښکته شي چې کېده به پوييس سره مخامخ شي. په طبيعي توگه په دا راز زېږونه په ستونزې سره تر سره شي. طبيعي حالت بايد برقراره کړل شي دا چې اوږه دې بهر ته په مستغرض بڼه، د لچو، ځنګل او مټ برخه د پوييس د خلف څخه راوغورزل شي. قدامي تاوېدنه د تنې لږ څخه ځنډنی وي.

د قاعدې له مخې کوپړۍ ستونزه منځ ته راوړي، که چېرې کوپړۍ د Occiput په څير د عجز په تشه کې تاوشي او زنه پوييس ته وي، زېږونه بنايي ودرېږي او پدې وخت کې ډاکټر بايد مداخله وکړي که نه ماشوم د مړينې لوري ته ځي. بعضاً کېدای شي چې پدغه پېښو کې طبيعي حالت پایله وي او يو ددری لارو څخه به ټک لاره خپله کړي.

۱. کله چې کوپړۍ رابښکته شي او ښه قبض يې د زڼې برخې د قص (سترونوم) هډوکي لپاسه



موندلای وي، قدامي تاوېدنه د Occiput

بنايي ډېر په ځنډ سره منځ ته راشي.

۲. کوپړۍ به قبض وي لکه (8-42) تصوير

زېږېدنې به په خلفي Occiput ډول وي

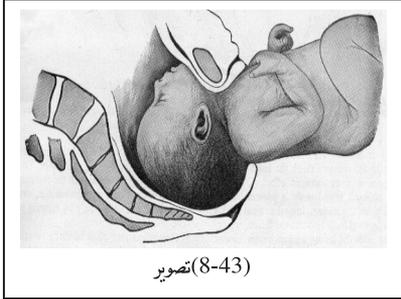
د پوزې د جذر برخه به د پوييس خلف ته

وي د غاړې د څټ برخه، Occiput او

Vertex يو په بل اوښته کوي د پرينيوم له

لارې او مخ به د پویس خلف خڅه رابنویه شي. دا ډول زېږونه هغه وخت آسانېږي چې ماشوم پورته کړل شي.

۳. که چېرې کوپړۍ بسط وکړي زنه به ښايې د یوه پویک راموس لپاسه ونیول شي په دې هکله (8-43) تصویر ته پاملرنه وکړي. په دې



هکله د مصنوعي فشار راوړلو ته اړتیا ده. دارنگه چې ماشوم د کوپړۍ د ورتکس او فوریه برخه پورته کيږي په ترتیب سره به د پویس لپاسه غاړه مرکز د تاوېدنې منځ ته راوړي. په طبعي توګه ښايې دا یوازې منځ ته راشي، تنه الریوري او Occiput

باید د پړینوم لپاسه تېر شي او باید مخ وروسته له دې کش کړل شي. دا ښايې ندرتاً منځ ته راشي او د ماشوم ژوند به وژغورل شي.

په Frank بریج پرزتېشن کې به زېږونه ډېره ګرانه وي ځکه چې پښې د تې په وړاندې د بسط په حال دی او د یوه Splint (اتل) په څیر عمل کوي او د Fetal Cylinder په وړاندې په الاستیک کې بندښت منځ ته راوړي. له همدې کبله رابنګه کېدنه او تقبض په ګراره او ستونزې سره دی په دې هکله باید لاندې ټکي په پام کې وي.

- پرمختللي ځنډې د (V د توري په څېر)
 - دا حالت د رځو اقسامو لپاره نامناسبه بڼه جوړوي.
 - ځنډ د کوپړۍ او اوږې د تېرېدنې په وخت د خطر شته والی سره مل وی.
 - مقدم رېچر د واټرس کڅوړې (Bag of Waters).
 - د ډېر وضعیفو تخلصونو شته والی.
- اختلاطونه هغه وخت منځ ته راځي چې میونه د صدر خڅه جلا شي او سمون ومومي اود کوپړۍ لپاسه راشي او حتی د کوپړۍ تر شا راتاو شي اود غاړې څټ نه ورسېږي. په دغه راز پېښو کې طبعي حالت پایلې ته نه رسېږي. او ورسره مرسته باید وشي ترڅو زېږونه په بریالۍ توګه ترسره شي.

کلینیکي کورس :

د بریچ پرزیتیشن بعضاً داسې نښې منځ ته راوړي چې د پام وړ گرځي. درد او Distress به د Epigastrium په برخه کې هغه وخت منځ ته راشي چې ماشوم خپل پوزیشن ته بدلون ورکړي. همدارنگه Pendulous بطن معمولي حالت دی او د هغه رغېدنه معمول نده د ماشوم حرکتونه به د ګډې په ښکتنې برخه ایلیاک ساحه کې تر نظره شي. که چېرې زیږونه د بې مودې ماشوم وي نو وخت به لږ پکار وي نسبت د کوپړي. Cephalic پرزیتیشن ته خودا محاسبه به په Full-Size ماشومانو کې تر سره شي سره له دې هم د بریچ په وضعیت کې زیږونه لږ وخت اخلي.

بریچ تر هغه محاله پورته حالت لري چې ترڅو سرویکس بشپړه وازیدنه او اتساع نه وي کړي همدارنگه ماشوم بې حرکت پاتې شي. پرته له وخته چاودېدنه د غشا معمولي خبره ده او دا د اتساع حالت منځ ته راوړي او د خولې اتساع په کراره سره کيږي بعضاً په لومړي ځلو بلاربو (P/G) ښځو کې زیږونه ستونزمنه وي دوهمه مرحله کې د مهبل او پرینوم Rigidity او اوږدېدنه ځان ته پام اړوي. د بریچ په زیږونه کې ښايي Meconium په آزاد ډول سره ولیدل شي خودا کوم ارزښت نلري خو که چېرې دا د بریچ د زیږونې د مخه منځ ته راشي دا به د دې څرګندونې وکړي چې د داخل الرحمي اسفیکسي شته والی لري. همدارنگه د میګونیوم شته والي په دې هم دلالت کوي چې Caput Succedaneum منځ ته راغلي. د اندازي له مخې ښايي دالره اندازه وي او دومره وي چې وکړای شي چې سرویکس د خولې برخه ککړه کړي.

پلاستیک بدلونه :

د Caput Succedaneum حالت په Anterior hip کې لیدل کيږي خو ښايي په ټول برخه د کوناټیو کې منځ ته راشي په هلکانو کې د قضیب خوتلینګ (Scrotum) ښايي ډېر اذیمایي او د وینې د اکسټراوزېشن له کبله دا برخې ښايي توري یا آبي رنګ واخلي. په نجونو کې به په منځني ډول Vulvitis د Leukorrhoea له کبله وي چې دا حالت د څو ورځو لپاره وي او بیرته له منځه ځي. که چېرې پښې د یوه څه مودې لپاره ښکته پاتې شوې وي دا به پړسوب ولري او لږه اندازه وینه بهېدنه او شدیدې حالت د احتقان به ولیدل شي ټول دغه حالتونه د یوې اونۍ په لږ کې له منځه ځي.

په قاعدوي بڼه د ماشوم کوپړۍ چې Moulded نه وي دا به په گردې يا مربع ډول سره په رحم کې بڼه ولري په دې هکله (8-44) تصوير ته پاملرنه وکړئ. چې د Caput Succedaneum بېلابېلې بڼې په کې څرگندېږي.

A- : L.O.A جنبي قدامي مايل

B- : د بريچ پرزتبش

C- : هغه

پرزيسنت خلفي
اکسيټ چې د بسط
په حال وزبيريږي.

D- : هغه

پرزيسنت خلفي
اکسيټ چې په قيص
په وزبيريږي.

: د کوپړۍ

Moulding چې

په همواره حوصلې

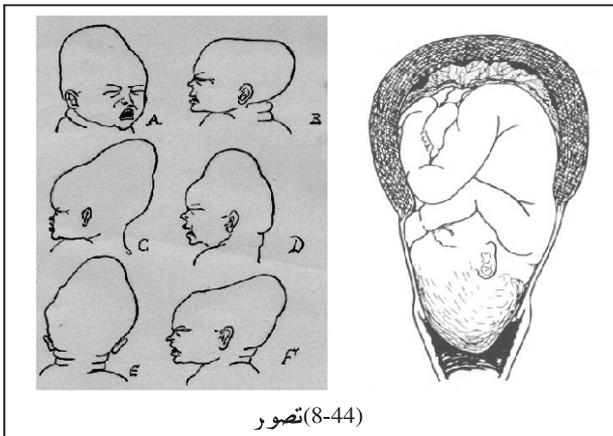
کې وي.

: د کوپړۍ Moulding چې عموماً حوصله منقلصه وي.

که مور لومړۍ ځله بلاربه وي ماشوم به د اوږدې مودې لپاره په يوه وضعيت کې په رحم کې پروت وي که چېرې زېږونه د ډېرې اوږدې مودې لپاره وځنډيږي او که چېرې دا غشا رېچر وکړي د Moulding لپاره واضېح شهود وشته والی دا بنايي د Dolichocephalus بڼه غوره کړي په دې هکله بايد کوپړۍ لپاسه څخه د غور Fundus پواسطه د فشار لاندي راغلې وي او دواړه لورو ته کوپړۍ به هم همواره بڼه ولري که چېرې کوپړۍ د گېډې د جدار پواسطه کش نيول شوي وي د کوپړۍ د جنب برخه چې د گېډې جدار ته مخامخ واقع ده همواره بڼه غوره کوي.

همدارنگه د اوليگو هايډرومניوز حالت کې به د Sternocleidomastoid او

نوري عضلي په مقابل لوري کې په همواره بڼه ښکاره کوي او بنايي لنډوالی او ضمور (Atrophy) څرگنده کړي او يو Wryneck به منځ ته راوړي. نو که چېرې دغه راز ولادي انومالي شته والی ولري هغه ته به ډېره پاملرنه واپول شي ځکه چې د زېږونې پر وخت کې چېرې په هغه د ترکشن



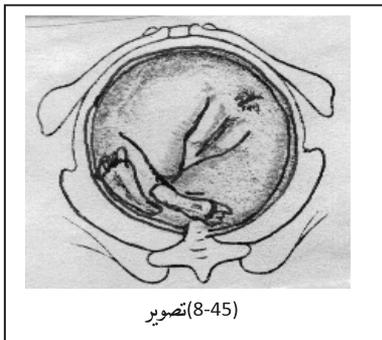
(8-44) تصوير

فشار راوستل شي بنيابي هغه وڅيرل شي اويا هماغوما او يا Myositis منځ ته راشي. خودايمي (تلباتي) Wryneck بڼه په ستونزه او مشکل سره به د پهر يا ترضيض له کبله په عضله کې منځ ته راشي او په ندرتا سره به د هماغوما له کبله وي دا تل د ولادي لنډوالي له کبله وي چې پرته له ترضيض څخه وي.

پيژندنه Diagnosis:

دا چې د اورډې زېږونې او د پرمختگ په لړ کې، دردونه ډېر قوي او زيات دي بنيابي رحم Rigidity (شخې) ولري خارجي گڼه بنيابي د پيژندنې لپاره بسيا وکړي Ovoid طولاني خود رحم پورتنۍ برخه وسيع وي نسبت بنسکه برخې ته دا اړخ ته بدلون مومي چېرې چې کورپي پرته ده او دري کيجه اغېزه منځ ته راوړي. د Inlet په برخه کې گرده تنه شته والی لري چې کوم کلکوالی نلري او يوه پسته کله به په غير مظم بڼه شته والی ولري چې پورته د لاسونو په منځ کې بنيابي ورغړي، Inlet به تش کړي او لاسونه په يو تر بله ورسېږي. معمولاً کورپي په سهولت سره جس کيږي دا به د غور Fundus په برخه کې د مور د ځگر يا توري په برخه کې د جس وړ وي.

که چېرې کونکي ډاکټر د منځنۍ ليکې په برخه کې د ماشوم تنه په سمه بڼه جس کړي د



(8-45) تصوير

بسط لپاره علت به پښې وي چې د مخ لوري ته يې سمه بڼه نيولې دغه دې چې دې د Frank يا Single breech پرزېښتن وايي. د شا برخه به اړخ ته احساس شي او اوزه په معمولاً په سادگۍ سره بېل کړل شي چې د نامه د غوټۍ څخه پورته موقعيت لري. د اوږو او کورپي تر منځ يوه ميزابه (Sulcus) موندل کيږي. د زړه آوازونه دلته لور اوږدېل کيږي دا به تل د نامه د غوټۍ

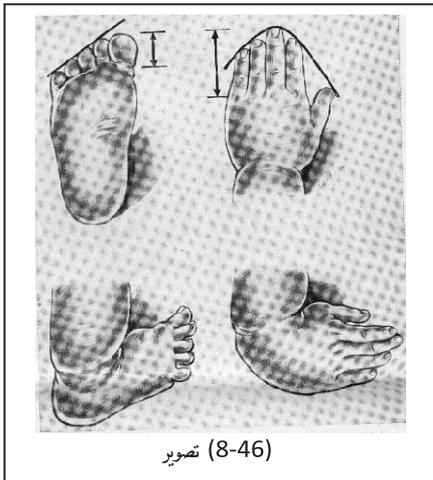
څخه پورته وي دا به يو مهم ټکي د پيژندنې لپاره وگڼل شي معمولاً کورپي د دواړو لاسونو تر منځ نيول کيږي او حتی د Cephalometer پواسطه د کورپي اندازه ټاکل کېدای شي.

همدارنگه پيژندنه د مقعدې گڼې (Rectal. Exam) پواسطه هم کېدای شي چې د مخه مود هغې غوره ټکي ياد کړي که چيرې پدې هکله هرراز زړه نازړه والې شته والی ولري د مهبلي Vaginal Exam دی تر سره شي په دې صورت کې گوته په ژور ډول سره مهبل ته ورننويستل شي دمخه تر

دې چې د پرزتبشېن برخه جس شي حوصله تشه وي کوم محدب کلک تومور به د مهبل په لاره کې د جس ور نه وي. د دې پر حای به گردی و پسته کله چې د وتلي او ننوتلي برخو درلودونکې ده، کوناتي، دهغوی تر منځ Crease او همدارنگه د هډوکو د کلکوالي، عجز Sacrum به د جس ور وي په دې هکله (8-45) تصویر ته پاملرنه وکړئ.

په دې حالت کې کوناتي، مقعد، پېښې تناسلي بهرني غړي لیدل کېږي.

دری یا څلور کوچنۍ راوتلي برخې په دې کې ښايي ولیدل شي چې د هډوکو او د حوصلې ډايرکشن



څرگندوي، د زیات تدقیق او څېړنې لپاره د ماشوم د جنسي Crease برخه تعقیب کېږي تر څو چې د خوږلنگ یا فرج برخه جس کړل شي. د گوتې پواسطه ښايي د مقعد Tuberosities جس نشي که چېرې گوته مقعد ته ورننویسل شي هلته میکونیوم جس کړي او د گوتې سره به بهرته راووزي همدارنگه لږ پورته به یوې لوري ته یوه یا دواړه پېښې ښايي جس شي او همدارنگه بعضاً د پوندی

Heels برخه هم تر گوتو، کېږي په دې هکله (8-46) تصویر ته پاملرنه وکړئ؛ کله چې

حوصله تشه وي دا به گرانه وي چې وویل شي چې حالت Breech دی او که Shoulder

داد مخ Face او Anencephaly سره د توپیر وړندی. خو ډاکټر په ډېر دقت او ځیر سره

کولای شي چې د Breech لپاره د کومې ستونزې سره مخامخ نشي چې د عجز د ثنیت

سره په ساده کې سره همدارنگه د اوږې د پرزتبشېن لپاره د تحرک Axila او پښتو شته

والی او د مخ Face پرزتبشېن لپاره Saddle Nose، د اورپیتال څنډې، د پوزو سوري

او وریو برخه د پیژندلو وړ ده چې د گوتو پواسطه د جس له مخې پیژندنه تر سره کېږي.

د Footling لپاره د لاسونو یا پښو پر واپس به شته والی ولري همدارنگه د پښو د گوتو او

زنګونو شته والی په معلومات کې زیاتوالی منځ ته راوړي.

انذار Prognosis:

د مور لپاره مړینه د بریچ په پرزنتیشن کې نسبت Occiput ته پورته اندازه څرګند وي دا علټونه په لاندې ډول دي.

i. دا خلی کښې د اتاناتو مداخله زیاتوي.

ii دا چې د سرویکس Effacement په بشپړه توګه شته والی نلري له دې کبله Laceration څېړېدنه معمول ده.

iii. دا چې کوپری په چټکۍ سره زېږونه کوي او حوصله د دې لپاره کوم تیارۍ نلري بنسټي د حوصلې فرش، پرینوم معمولاً رېچر وکړي او حتی دا کله ناکله ریکوم هم په څېړېدنه کې برخه اخلي.

iv. اختلال د زېږونې میکانیزم لپاره هم شته والی لري چې اکثراً به دا د عملیاتي کونلارو ته اړتیا ولري.

v. د زېږونې څخه وروسته وینه بېدنه Post partum Hemorrhage به زیاتوالی ومومي چې ډېر د پام وړ موضوع ده.

همدارنگه د ماشوم د بریچ پرزنتیشن لپاره د مړینې علټونه په لاندې ډول څرګندېږي:
vi بې مودې Prematurity.

vii د ماغزو دننه تخریب Intracranial Damage.

viii زندی (اسفکسی) Asphyxia.

همدارنگه نور اختلاطونه لکه:

- د هډوکو ماتېدنه [عضد، حوصلې، فخذ، د ترقوي (ګروي)].

- د کولون، کبد، طحال رېچر.

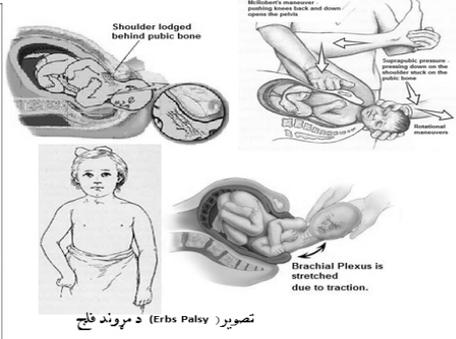
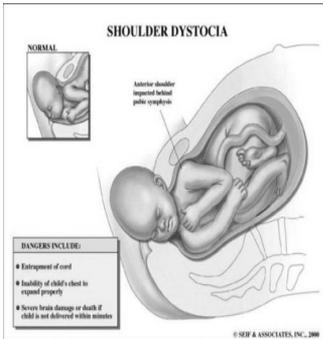
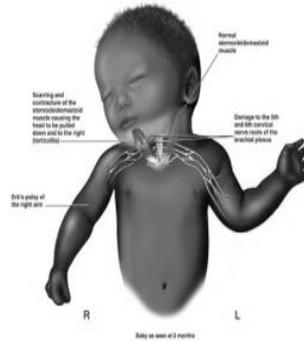
- د رقبي فقراتو ډېر سمون چې د Erbs Palsy سبب ګرځي.

- د Sternocleidomastoid عضلي هیماټوم، رېچر.

- د اتلس د فقرې بې ځایه کېدنه.



ped14010



پورته علتونه ټولو څخه یو او په گډه د مړینې علت منځ ته راوړي.
درملنه:

که چېرې د بلاربتوب په وروستی څو اوښو کې داسې وپیل چې که د بریچ حالت شته والی ولري باید هڅه تر سره شي تر څو د مانورو پواسطه ماشوم ته د کوپړې Cephalic پرزېټېشن ښه ورکړل شي. دا باید پرته له انستیزی څخه وشي ځکه چې انستیزی ماشوم ته د خطر سره مل ده. او دمور لپاره به لاندې خطر ونه پیدا کړي دا اختلاطونه به لاندې ډول دي لکه:

- د زېږونې ناڅاپه او بې مودې حمله.
- د کورد پرولاپس.
- کګر پرزېټېشن Compound Presentation
- د مهبل وینه بهیدنه

عالم (Vartan) په یوه څېړنه کې په احتیاط سره د بلاربتوب په لړ کې لاندې پرمختلني وړاندیز کړي:

- i . د Breech پرزېټېشن پېښې منځ ته په راتلې به ۳۰ ډېرشمه اونۍ کې پورته وي.
 - ii . په ډېرې ډېرېچ پېشو کې بنفسي Version منځ ته راځي.
 - iii . په بنفسي ډول Cephalic Version يوازې يوځل منځ ته راتلو سره لېوالتيا لري.
 - iv . د Cephalic Version حالت نادراً Reversion څخه وروسته منځ ته راځي.
 - v . په ځانگړي وخت د بلارټوب کې Cephalic Version منځ ته راځي.
 - vi . بنفسي Podalic ورژن Version معمول خبره نده.
 - vii . بهرنی Version ډېر په لوړه پيمانه Reversion نسبت بنفسي ورژن ته منځ ته راځي.
 - viii . که چېرې Version بريالي نه وي دا به د ټاکلي کلينيکي موندنو سره مل وي.
 - ix . Unheralded بړېچ پرزېټېشن د Term په وخت پورته نشي تلامي او نه بنودل کيږي.
- همدارنگه Escuder له ډوډۍ څخه د مخه هر سهار 30^{cc} Castor Oil او Soap suds په راتلونکي سهار کې د Cephalic Version لپاره فارمکولوژيک ميتوډ گڼه رسوي. دا کړنه په (P/P) لومړي ځله کې په اومه مياشت او په (M/P) څوځله کې په اتمه مياشت کې تر سره کيږي.

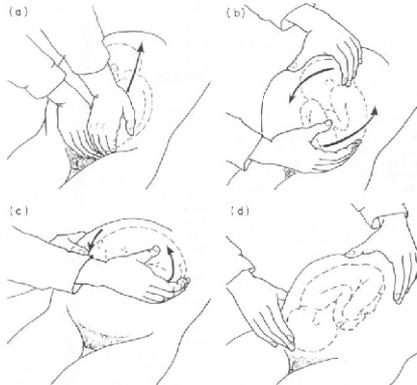


Fig. 5.15 External cephalic version. (a) The breech is disengaged from the pelvic inlet; (b) version is usually performed in the direction which increases flexion of the fetus and makes it do a forward somersault; (c) on completion of version the head is often not engaged for a time. The fetal heart rate should be checked after the external version has been completed.

د بړېچ پرزېټېشن زېږېدنه Delivery of Breech Presentation
د دې لپاره چې بړېچ پرزېټېشن زېږونه وکړي د مهبل له لارې درې لارې شته والی لري.

۱. بنفسيه بريچ زيږيدنه: دا هغه حالت دی چې په کې زيږيدنه پرته له کومې مرستې طبيعي Expel د زيږونې په وخت منځ ته راځي. (پرته له ترکشن او يا مانورې تر سره کول).
 ۲. Partial Breech Extraction: په دې حالت کې د ماشوم زيږونه د نامه تر غوتې پورې په طبيعي توگه وي او وروسته له هغې پاتې برخه د زيږيدنې د چارې ډاکټر يا مرستيال پواسطه د مرستې وروسته زيږول کيږي چې وروسته يې شرحه راځي.
 ۳. Total Breech Extraction: په دې صورت کې د ننه تنه د ماشوم د ډاکټر يا حاضر مرستيال پواسطه د مرستې او مانورو تر سره کولو وروسته زيږول کيږي چې بشپړه شرحه يې وروسته راځي.
- همدارنگه د زيږونې په وخت ډاکټر بايد بشپړه پاملرنه وکړي او که چېرې د بريچ د حالت زيږونه په بنفسيه ډول سره د ستونزې سره مل وي او د مرستيال مرستې هم گټه ورې نه وي. په دې هکله بايد پرته له ځنډه د سزارين سکشن (C/S) کړنلاره تر سره شي.
- د ستاتسکوب پواسطه دې د ماشوم د زړه آوازونه له نږدې تعقيب کړل شي. که چېرې اپټاپريوڅې د Episiotomy لپاره ساده د موضعي انستيتيکو مواد ارتشاح بسنه کوي.
- همدارنگه که چېرې ښځه د (۳۵) کلونو څخه پور ته عمر ولري او د بريچ حالت شته والی ولري بايد هرو مرو د سيزارين سکشن کړنه تر سره شي.
- که چېرې ماشوم ډير لوی وي او دغوالي له کبله يې زيږونه ونشي بايد د سيزارين کړنه تر سره شي.
 - که چېرې د حوصلې متقلب ښځه والی ولري (C/S) تر سره کيږي.
 - که چېرې د ماشوم زيږونه پخوا هم د جراحي کړنې (C/S) پواسطه زيږول شوې وي.
 - که چېرې ماشوم مروی بايد د Craniotomy کړنه تر سره شي.
- وروسته له زيږونې د مور عمومي وضعيت بايد وڅارل شي وينه لږې بايد اصلاح شي. وينه بهېدنه ودرول شي، د شاک د پرمختگ مخنيوی بايد تر سره شي. همدارنگه د وسيع ساحه اتې بيوتیکونه ناروغ ته ورکول کيږي. ويتامينونه او انالجزیکونه په خپل ځای ارزښت لری وروسته لدی بايد ژرتر ژره ناروغ متحرک کړل شي فزيوتراپي ورته توصيه کړل شي او ناروغ بايد د عادی ژوندانه لپاره وهڅول شي.

سور ور یا مستعرض پرزنتېشن Transverse Presentation:

د ماشوم د قطبي حالت بله غلطه بڼه سورور پرزنتېشن دی دا هغه حالت دی چې د ماشوم د اوږد محور د مور د رحم اوږده محور څخه تیرېږي او هغه سره په متقاطع ډول واقع کېږي. دا به نادر وي که دوی یوبل د ښې کچ (زاوې) په برخه کې سره قطع کړي. معمولاً د ماشوم سلینډر Fetal Cylinder په مایله بڼه د مور د فقراتو ستنې سره پروت وي په عمومي ډول کوپړۍ په ښکته قطب کې وي خو بعضاً بریچ Inlet ته نږدې وي د زېږونې په مقدم حالت کې کوپړۍ او یا بریچ د Inlet څخه لرې وي او په یوه د ایلیاک حفري کې واقع وي دغه حالت ته د Oblique پرزنتېشن نوم ورکول شوی دی. دا حالت کېدای شي چې بهرنی مانوولیشن پواسطه او یا د مور مناسب وضعیت پواسطه اصلاح کړل شي او د اېنار مل پرزنتېشن حالت سمون مومي. دغه پېښو ته د اوږې پرزنتېشن (Shoulder Presentation) نوم ورکول کېږي ځکه چې تر ټولو دمخه اوږه حوصلې ته ورننوزي خو په نادر ډول د شا برخو وي همدارنگه نادراً اړخ او ګیډه او یا پښې لاسونه هم شته والی لري.

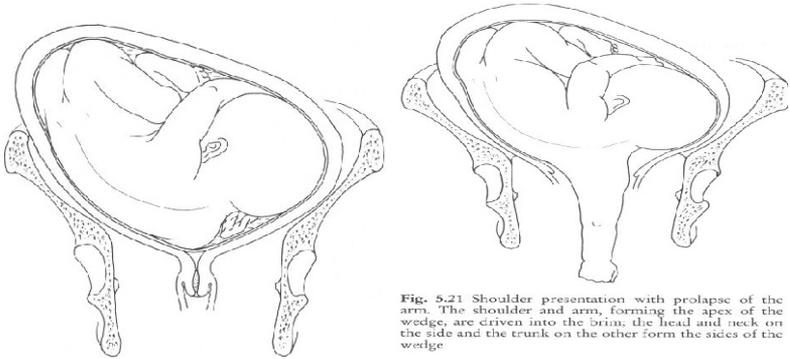


Fig. 5.21 Shoulder presentation with prolapse of the arm. The shoulder and arm, forming the apex of the wedge, are driven into the brim; the head and neck on the side and the trunk on the other form the sides of the wedge

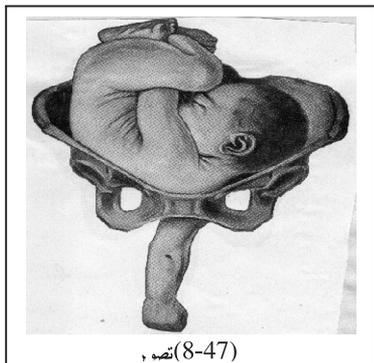
سببونه Etiology:

د اوږې پرزنتېشن 1:500 پېښو کې منځ ته راځي او دا به ډېر په (M/P) خوځلو ښځو کې نسبت (P/P) لومړي ځل ته ډېر منځ ته راشي. هر هغه څه چې د کوپړۍ Engagement ته په حوصله کې مانعه او یا هم غیر معمول درجې تحرکیت د ماشوم منځ ته راوړي دوی به د مستعرض (سورور) پرزنتېشن علت وګرځي.

- i . متقلصه حوصله: دا دوه چنده نسبت نورمالې حوصلې ته علت گرځي ترڅو چې مستعرض (سورور) پرزېشن منځ ته راوړي.
- ii . هر هغه څه چې په حوصله کې د Engagement مانع د کويږي لپاره منځ ته راوړي لکه: تومور د مایوما ، Ovarian tamor ، د پلاستا شته والی.
- iii هغه دوه کوني چې یو بل بې ځایه کړي.
- iv . ډېره زېږونه: هایدرامنیون، اومه یا بی مودی زېږونه (Prematur Labor)
- v . دوه بناخي رحم Uterus arcuatus, Uterus bicornis او په قسمي توګه د رحم د حجاب شته والی (Partly Septus uterus)
- vi . د ماشوم انومالي لکه: Double Monsters

میکانیزم او کلینیکي کورس:

سره د دې چې د شا برخه او یا د کېږي برخه بڼایي د Inlet څخه تېره وي اوږه هغه غوره برخه ده چې لومړی حوصلې ته ورننوزی له همدې کبله دا حالت معمولاً د اوږدې د پرزېشن پورې تړل کېږي. د اوږې لپاسه دغه اغېزمني پیلونکي نېسي د پېژندلو وړ دي:



i . Scapula کف (د وزر هډوکي)

ii . Acromion د اکرومیون استپاله.

iii . تخرګ (ابط Axilla) ، او د ګروې [ترقوي "Clavicle"] هډوکي.

په دوی کې د کف هډوکي د Direction ټکي لپاره ټاکل کېږي. په رحم کې څلور پوزیشنونه د ماشوم لیدل کېږي چې په (8-47) او (8-48) تصویرونو کې ورته پاملرنه وکړي.



۱ . (Left. Scapulo anterior) L.Sc.A په

دې کې کوپړۍ کینې لور ته او شا قدام ته.

۲. R.Sc.A (Right Scapulo Anterior) په دې کوپړۍ بڼې لور ته او شا قدام ته.

۳. R.Sc.Post (Right Scapulo Posterior) په دې کې کوپړۍ بڼې لور ته او شا خلف ته (L.Sc.P) یا (Left Scapulo. post) په دې حالت کې کوپړۍ کینه او شا خلف ته حای په حای وي. په دوی کې لومړی او دوهم (۱ او ۲) تر ټولو ډېر منځ ته راتلونکې بڼې دی دوی Back Anterior پوزیشن والي چې په آسانه سره پیژندل کیږي. د Scapulo Posterior پوزیشنونو لږ معمول دی هغوی ته خلفي د شا پوزیشنونه هم وایي چې په ستونزې سره کولای شو هغه نښت کړو. البته د کوپړۍ او د شا (ملاد تیر) اړیکه د څېړنې لپاره د پام وړ دی چې پدوی کې زیږونې میکانیزم څرگندوي. د ملاتیر (شا) د مجدیت لوري ته پروت وی پښې او لاسونه او کور د ښکته لوري ته ځوړند وي او یا به Inlet څخه پورته وي.

وضعیت Attitude:

د زیږونې په مقدم وخت کې د قبض وضعیت معمول دی په L.O.A پرزتېشن کې په دې وضعیت کې به زنه د قفص لپاسه، مټونه د صدر لپاسه د چلیپا (x) په څېر او پښې به د گېډې لپاسه د چلیپا په څیر یو تر بله تیر پراته وي خو وروسته یا ډېر بدلونونه لیدل کېدلای شي. تر ټولو ډېر معموله بڼه د ښکته بازو (مټ) پرولاپس او په نادر ډول دواړه پرولاپس کوي او همدارنگه د پورته مټ برخه په یوازې توگه ډېره نادره ده.

همدارنگه د کورد پرولاپس ډیر لیدل کیږي کله چې رحم تقلص کوي داوردی مودې لپاره د Fetal Ovoid لپاسه او لږ څه وروسته د دواړه اړخونو څخه تر فشار لاندې راځي کوپړۍ بړیچ ته نږدې والی مومي پدې وخت کې Ovoid ډېره راټولیدنه د پندوس بڼه مومي.

بعضاً د ماشوم تنه تاویدنه کوي دا تاویدنه د اوږد محور په اوږدو ده له همدې کبله اوږه د حوصلې په ژوره کې پریوزي. گېډه د دې په عوض چې د عجز ټکی څرگند کړي په مستقیم ډول پښې پورته لوري ته تدور کوي. په دې لړ کې غاړه هم تاویدنه کوي.

کورس Course:

د اوږدې پرزتېشن تل مدام پالوژیک دی دا حالت بعضاً پخپله په بنفسي توگه پایله مومي خو کله ناکله د ماشوم او مور مړینه هم منځ ته راځي. دا د Dystocia پښې جوړوي او اړوند مرستې ته اړتیا لري په دې لړ کې به په بلاربتوب کې په مقدم ډول سره د سورور پرزتېشن د قاعدې په څیر

رول ولري. حتی دا په وروستی میاشتی (M/G) خوځله بلاربه کې موندل کيږي چې پخپله سمون مومي له مخه د دې چې وزیږيږي له همدې کبله دغه ډول حالت ته د Spontaneous Rectification نوم ورکړل شویږي د سمون Rectification حالت د بلاربتوب په وخت منځ ته نه راځي. همدارنگه د اوږدوالي پرزېتېشن ښایي پخپله په لومړني مرحله د زېږونه کې منځ ته راوړل شي او په نادر ډول به په دوهمه مرحله د زېږونه کې منځ ته راشي دغه حالت ته د Spontaneous Version نوم ورکړل شوی دی. خو هېڅ کله باید ورباندې باور ونشي دا هغه وخت منځ ته راځي چې ماشوم په آزاده توګه متحرک وي لکه په پولي هایډو امینوز کې. او هغه وخت وي کله چې پرزنت کونکې برخه په آسانی سره ونشي کړای چې حوصلې ته نوزي، لکه د منقلصې حوصلې په حالت کې. د قاعدې له مخې کوپړۍ رابنګه کيږي کله چې د پرزېتېشن په حالت کې به بدلون منځ ته راشي خو کله نا کله بریچ ښایي د Inlet لپاسه فرار ونیسي.

د څیړنو له مخې داسې څرګندېږي چې د مستعرض پرزېتېشن شته والی کوم راز مرستې ته اړتیا نلري نقلصونه (دردونه) دومره ضعیف او په کراهه سره وي چې سرویکس په برخه کې په کوم غړي اغېزه نه اچوي جیب اکثراً مخکې له وخته رېچر کوي چې دا د رحم د قوي نقلص کولو ته زمينه برابروي دا به د سرویکس لپاره یوه ناڅاپه او شدید پېښه وي چې هغه مجبور دی چې اتساع وکړي ترڅو د محتواو تیریدني ته اجازه ورکړي د یادولو وړ ده چې ووايو د دې پېښې څخه دمخه سرویکس بشپړه اتساع نه وي کړي.

کله چې رحم په جوف کې نوره مايع د امینوتیک نه وي پاتې پدې وخت کې د رحم جدار ونه د ماشوم سره نېستې بڼه غوره کوي. دلته دوه حالتونه لیدل کيږي.

a. ښایي دردونه دننه شته والی ولري او رحم ښایي داسې پروت وي چې د ماشوم سره یې مطابقت کړیږي. جدارونه توسع کونکې وي، ښایي د لاسونو ننوتلو ته په آسانی اجازه ورکړي او مجرب ډاکټر کولای شي په دغه وخت کې Version ترسره کړي چې د ماشوم لپاره هېڅ راز خطر نلري دا حالت څو یا ډېر ساعتونه وروسته له منځه ځي په دغه وخت کې ښایي پخپله په بنفسي توګه او یا به فعاله توګه ورته مانو پولیشن ترسره کيږي.

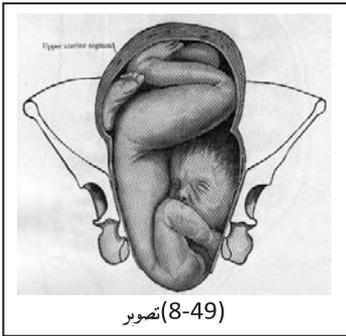
په چټکۍ سره او یا ځنډ سره که چېرې مناسبه درملنه ونشي نقلصونه یا دردونه خطر ناکه بڼه غوره کوي هغوی اوږه حوصلې ته راټپله کوي ماشوم پخپله ځان کې راټولېږي Folded، د بریچ کړنې کوپړۍ او Ovoid یو تر بله سره راټولوي او لاورته راټوله پنډوسي (Globular) بڼه ورکوي.

که ماشوم کوچنی یا Macerated وي په دې صورت کې حوصله ډېره لويه وي د يوه قوي تقلص لپاره د رحم سره د مور نور غړي او برخې هم مرسته کوي او په بريالۍ توگه هغه بهر ته راوباسي. دغه حالت ته Spontaneous Evolution حالت وايي دا حالت وروستی او خطرناک حالت د Malpresentation لپاره گڼل کېږي دا Spontaneous Evolution درې نور نومونه په ميتودونو سره لري چې هر يو يې د هغه عالم پواسطه چې لومړی ترسره شوی د هماغه نوم يادېږي.

i د رودرر ميتود Roederer's method .

ii د دوکلاس ميتود Douglas, Method .

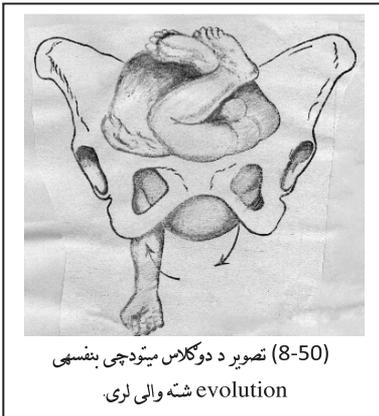
iii ډانمن ميتود Danman's Method .



(8-49) تصویر

په لومړي ميتود Roederer's Method کې ماشوم معمولاً پرته د لاس د پرولاپس څخه وي او ماشوم داسې راټوله بڼه لکه د انگليس (V) توری په څېر بڼه غوره کوي په دې کې اوږه او د خلف شا برخه د کوپړۍ څخه مخکې راښکته کېږي کوپړۍ په ژوره توگه د صدر لپاسه تر فشار لاندې وي او د کوپړۍ پواسطه کېده هم تر فشار لاندې وي په دې

هکله (8-49) تصویر ته پاملرنه وکړئ.

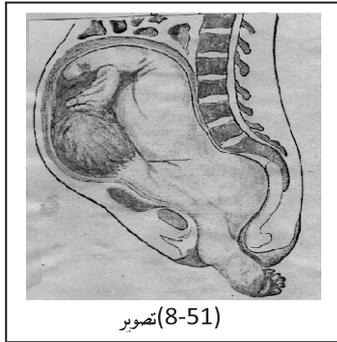


(8-50) تصویر د دوکلاس ميتود چې بنسټه evolution شته والی لري.

د دوکلاس Douglass په ميتود کې معمولاً د ملا تير قدامي خلفي پوزيشن کې د پرولاپس سره مل وي چې Arm (مټ) برخه پرولاپس کوي د ماشوم کله د ډېر قوي تقلص په وخت کې د ليدنې وړگرځي کوپړۍ د Inlet څخه پوته بنده او د پوييس برخې ته تاوېدنه کړي وي، غاړه او رده پرته وي او صدر گيډه او بريچ د اوږې په تعقيب پراته وي، پښې ښکته راغورځول کېږي. وروسته

لاس او بيا کوپړۍ راښکاره کېږي. په دې هکله (8-50) تصویر ته پاملرنه وکړئ.

د درې واړه میکانیزمونو بندېدنه د Denmans Method بلل کیږي چې دا تل د Back.



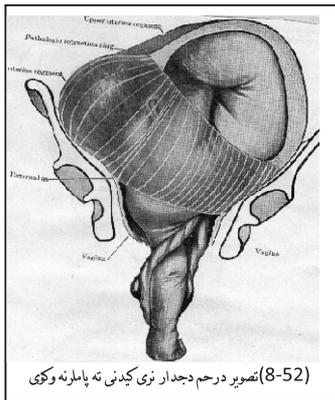
(8-51) تصویر

Posterior Position پواسطه تعقیب کیږي، کوپړۍ خلف ته تاوېدنه کوي لکه چې کله بریچ رابنګه شي اوږه په حوصله کې صعود کوي دا یو ډول د Version دی چې په حوصله کې منځ ته راځي. چې بالاخره Breech بنګه بهر ته راوړي په دې هکله (8-51) تصویر ته پاملرنه وکړئ.

ټول درې واړه میتودونه په استثنی د لویې حوصلې څخه او مناسب حالت څخه، او کوچنی پوست Moulding ماشوم د قوي نقلص په صورت کې.

a. د یو Full. term ماشوم به ونشې کړای چې ژوندی پاتې شي او یا ژوندی وزېږېږي. معمولاً ماشومان Macerated یا ډېر کوچنی دی. مړینه به د فشار راتلو Compression له کبله منځ ته راشي چې دغه فشار د کوپړۍ، زړه، صدر لپاسه او د پلاستا د وینې د بهیر د ودرېدو له کبله وي، همدارنګه د پلاستا بې ځایه کېدنه د رحم په پورتنی سګمنټ کې د نقلصاتو له کبله هم د پلاستا د وینې بهیر ودروي.

b. دردونه (نقلصونه) غیر منظم کیږي او د ګډوډ (Tumultuous) حالت شته والی لري



(8-52) تصویر د رحم د جدار نری کېدنې ته پاملرنه وکړئ

همدارنګه د دوه نقلصونو تر منځ مسافه نشي ټاکل کېدای ځکه چې رحم د ثابت نقلص په حال کې وي. ناوړخ مضطرب کیږي او دردونه ثابت پاتې کیږي او حساسیت د بنګه سګمنټ په برخه کې زیاتوالي مومي. نبض او د تودوخې درجه لوړوالی مومي.

رحم د ماشوم لپاسه راټولېدنه کوي عضلات په بنګه سګمنټ کې نری کیږي او پورته سګمنټ رحم پېروالی مومي. د بنګه سګمنټ عضلې طبقه دومره نری کیږي لکه د

(Blotter) په څېر کیږي چې پدې هلکه (8-52) تصویر ته پاملرنه وکړئ داسې ښکاري چې رېچر

به وکړي. او همدارنگه دغه حالت ته د Neglected Transverse Presentation حالت نوم ورکړل شوېدی.

د ښکته او پورته سکمنت تر منځ یو Grove یا انحطاطي برخه چې ورته Ominous Pathologic Retraction ring نوم جوړوي چې وروسته تر لوستولاندې راځي. لدغه څخه پورته برخه په کرانه د پیژندنې وړ ده خو تر هغه ښکته برخه ښايي په نښه او آسانه توګه وپیژندل او احساس شي که چېرې د دغه حالت درملنه ونشي او د ماشوم زېږونه د ډاکټر پواسطه تر سره نشي مور ښايي د شاګد منځ ته راتلوله کبله مړه شي. ښايي رحم رېچر وکړي وینه بهېدنه او پریټونیت منځ ته راشي. ماشوم ښايي د وینې د بهیر ودرېدنې یا د فشار د منځ ته راتلوله کبله مړ شي. ښايي ماشوم وروسته د رېچر څخه مړینه وکړي او مور هم ښايي د مخه تر دې چې رحم رېچر وکړي د ډېرې سټریا له کبله مړه شي.

که چېرې رحم رېچرونکړي دردونه ښايي ضعیف او غیر منظم شي ښايي اتان هلته نفوذ وکړي. ماشوم او لږه اندازه امینوتیک مایع پرته له ښې کپړي، گازونه جوړېږي، رحم سست او شل کوي او رحم اتساع کوي چې دغه حالت ته "Tempania Uteri or Physometra" نوم ورکړل شوېدی عمومي اتانونه ژر منځ ته راځي، نبض او د تودوخې درجه په چټکۍ سره لوړوالی مومي منظره بدلون مومي. ژپري ته ورته حالت وده مومي او زیږونکي ښځه د Septic Collaps له کبله مړینه کوي. حتی که چېرې ماشوم وزېږول شي اتان دوام کوي.

پیژندنه :Diagnosis:

د بلاربتوب په وخت د ګېډې د جدار له لارې جس ښايي داسې راڅرګند کړي چې مستعرض (سورور) پرزتبښن شته والی لري او د مهبل له لارې ښايي هېڅ هم ونه موندل شي او حوصله به تشه وي. د ملاد تیر برخه د هغه د محدبیت سره پورته یا ښکته لوري ته د مستعرض پرزتبښن حالت څرګند وي د زېږونې په وخت پیژندنه ساده وي. د ګېډې له لارې به لاندې حالتونه شته والی ولري.

۱. په اوږده بڼه Ovoid شته والی نلري خو لږ یا ډېر مستعرض به ولیدل شي.
۲. د Inlet په برخه کې به هېڅ څه هم ونه لیدل شي ساحه ښايي تشه وي او ګوټې د پویس په برخه یو بل ته رسېږي.

۳. د غور Fundus په برخه کې به همداراز هېڅ څه شته والی ونلري په زوره توگه به په ندرت سره یو څه جس شي.

۴. د ملا د تیر یا شا برخه به د فلانک په برخو کې ونه لیدل شي.
همدارنگه په Scapulo-anterior Position کې کوپړۍ به په کینه برخه د اړخ کې، ښکته په فلانک کې داسې څرگند شي لکه لویه، کلکه گردې کله شته والی لري. بریچ به خلف او پورته ښی لوري کې وي کوچنی. برخې به په پورته سکمنت کې وي دا به منځني لیکي ته ښي لوري کې پروت وي. د زړه غږونه به اوچت وي او لږ څه به کین د نامه دغوټې لاندې برخه کې واورېدل شي.
په R.Sc.P کې کوپړی زور د ښي فلانک په برخه کې بریچ د طحال څخه ښکته او د ملا تیر به تثبیت نشي. د زړه غږونه به د نامه د غوټې ښي لوري او د نامه د غوټې سره به په یوه سطحه یا سوبه کې وي.

مقعدی کتنه Rectal. Exam:

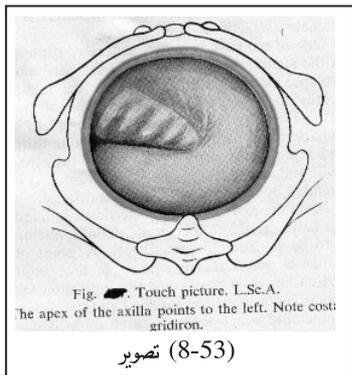
دا که څه هم لږ اهمیت لري خو کېدای شي کله چې اوږه د حوصلې برخې ته رابښکته شي او یا هم لاس پرولاپس وکړي د گوتې پواسطه جس کړل شي خو ښه به دا وی چې د مقعدی کتنه ورته ترسره شي.

مهېلي کتنه Vaginal. Exam:

که چېرې د مهېلي کتنه کې د مهېل برخه تشه تثبیت شي داسې به فکر وشي چې کوم ډول اېنار ملتي شته والی لري. کله نا کله د (Waters Bag) جیب د جراحي په څېر ښکته لوري ته راخوړند وي، حوصله ډکه وي، او د جیب درېچر په وخت ښايي یو څه احساس کړل شي. سرویکس ښکته لوري ته لکه (Cuff like) خوړنده بڼه لري او د تقلصونو په مینځ کې کولای شي. کله په زېږونه کې پرمخک منځ ته راشي د لرې لحظې لپاره اوږه د پیژندلو وړوی په ځانگړې ډول هغه وخت چې غشاریچر وکړي ټول سرحدونه به په څرگنده توگه وپېژندل شي دغه ټول لکه اکرومبون، د کف هډوکي، د ترقوي هډوکي او د تخرگ برخه ده. هغه Direction چې په کې تخرگ تړلې وي، دا د هغه زړه ده چې د ماشوم کوپړۍ څرگندوي.

دا چې د کف د هډوکي کلکه څنډه د پویس لوري ته وي او یا هم عجز ته وي کولای شي چې څوک ووايي چې د ماشوم د ملاتیر (Back) قدام ته ده او که په بل اړخ کې ده. په (L.Sc.A) حالت کې زړه د تخرگ داسې څرگندوي چې کین ته ده او د وزر (کف) هډوکي کلکه څنډه قدام ته پرته

او اضلاعو یا (پنستیو) څنډې به اړخ ته وي. د دې لپاره د بڼه پوهېدنې لپاره (8-53) تصویر ته پاملرنه وکړي. که چېرې د مټ یا څنگلې د بند پرولاپس شته والی ولري دا به په پیژندنه کې مرستندویه وي.

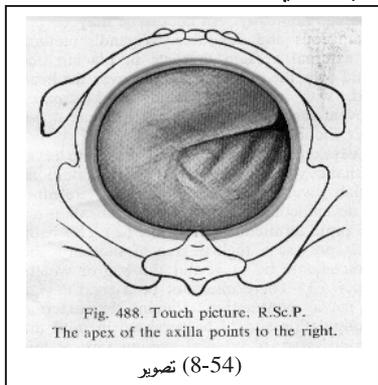


کله چې د ماشوم د لاس د پنځې (Hand) د Thumb په ډاېرکشن کې وي او د څنگلې بند به پدې حالت کې د ماشوم د گېډې لورې ته مخامخ وي. که چېرې د ماشوم لاس وښورول شي دا به څرگند شي چې کوم لاس پرولاپس کړي.

په یوه L.Sc.A حالت کې بڼې یا بڼکه برخه د مټ اکثراً بڼکه لوي ته څوړنده راښوېدلې وي.

له همدې کبله که چېرې کوپړۍ د کینې لوري ته وي نو بڼی مټ به بڼکه وي دا به ساده وي چې وپېژندل شي.

همدارنگه دا به بڼه خبره وي چې د لاس په تعقیب د کڼې نورې برخې هم د ننه لوري ته ولټول شي او په مصوئه بڼه تخرگ، صدر، پنستی، د گروې هډوکي (ترقوه) او د وزر (کف) او حتی



د ملاتیر برخې په هکله اړوند معلومات حاصل شي.

په یوه R.Sc.P حالت کې د تخرگ (Axilla) د بڼې ته ښودونکی ده او یا اړخ ته وي په دې هکله (8-54) تصویر کې د څېر له مخې پاملرنه وکړي. د پنستیو څنډې او د گروې هډوکي به پویس ته متوجه وي د کف څنډې به اړخ ته وي که چېرې دا بڼکه وي دا به د بڼې لوري وي دا

چې د مټ پورته برخه په ندرت سره منځ ته راځي له دې کبله باید ډېره پاملرنه وشي چې لاس برخه به په پرولاپس کې د ډايرکشن ټکی وي. د دې لپاره چې د بریج، مخ او ورتکس (کوپړۍ) په پیژندنه کې کومه سهوه ونشي د سرحداتو لپاره دې به څیر سره کڼه وشي او د دوی تر منځ دې توپيري پیژندنه ترسره شي.

انزار Prognosis:

د انزارونګ لاره د ناروغي يا ابنار ملتي د پېژندلو او د هغې په هکله د مقدم تصميم نيولو پورې اړوند ده ژر تر ژره بايد عارضه د سبب له مخې اصلاح او د ماشوم او مور ژوند بايد وژغورل شي د اتاناتو د مداخلې مخنيوی دې وشي په وخت سره دې د اړتيا له مخې جراحي مداخله وشي. د ماشوم د مړنې خطر زياتوالی لري ځکه چې د ماشوم د Asphyxia Abruptio Placenta, Compression ټول اغېزمن دي.

درملنه:

د مخه تردې چې په درملنه پيل وشي بايد دا څرګنده شي چې علت څه دی لکه متقلبه حوصله، بشپړه پلاسنتا پريو يا ځکه چې دا حالتونه د سيزارین سکشن کړنلارې ته اړتيا لري. په سوروره پرزتبش کي تر ټولو غوره درملنه د سيزارین کړنلاره ده.

همدارنگه Version به يولړ حالتونو کې ګټه ور وي خو دومره تاکيد پرې ندي شوي د زېږونې په مقدم پړاو کې د کوپړۍ ورژن Cephalic Version په بهرنۍ بڼه کې وي لاندې دري حالتونه به منځ ته راشي او ورته دې پاملرنه وشي.

- i. ډېر ژر بايد په چټکه توګه زېږونه پايې ته ورسېږي.
- ii. ماشوم ته بايد په لوړه درجه کې حرکت ورکړل شي دردونه بايد ضعيف وي او غشاء بايد پرته له غرضه پاتې شي.
- iii. پدې حالت کې بايد په لويه اندازه د حوصلې تقلص Contraction شته والی ونلري.

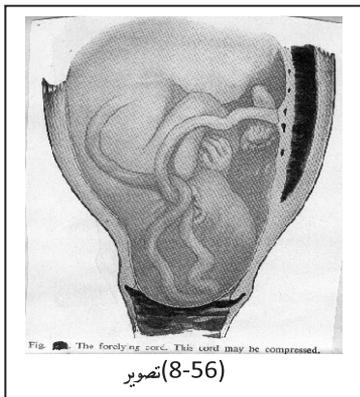
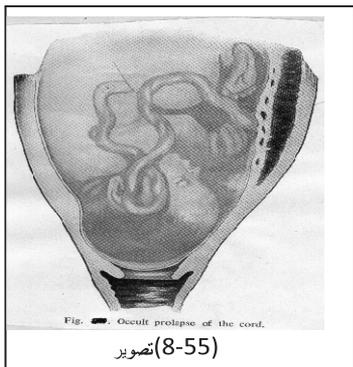
ورژن بايد د مانويوليشن پواسطه د دوهمې مرحلې پورې ترسره شي. که چيرې External Version بريالي نه وي وروسته له هغې بايد د درملنې لپاره د داخلي Podalic Version په ناڅاپه توګه د Extraction پواسطه ترسره شي. دا بايد ياد ولرل شي که چېرې دغه کړنې د دوهمې مرحلې په لړ کې بريالۍ نه وي وروسته له دوهمې مرحلې څخه بايد Conservative درملنه ودرول شي او پر هغه باندې نوره محاسبه ونشي.

کله چې زېږونه وشي رحم، مهبل بايد ولټول شي تر څو د زېږونې کانال تداوم وليدل شي چې متضرر شوی نه وي همدارنگه که چېرې ماشوم Neglected وي او ژوندي وي نو د سيزارین هسترکومي به بڼه کړنلاره وي.

همدارنگه د اتاناتود مخنيوي لپاره د وسيع طيف اغېزمنه لرونكې ايتيوتيكونه، د درد لپاره انالجزيكونه، ترنكولايزر درمل په كاربري او همدارنگه د ناروغ د عمومي وضعيت په پام كې نيولو سره د تغذي الكرولايتونو ژر تر ژره د فزيكي درملنې لاندې راشي او د هغوى فعاله كېدنه او كار ته تيارېدنه دې وشي د ماشوم د مړينې په صورت كې دې هغوى ته قناعت وركړل شي او Psychotherapy دې وشي.

د كورډ پرولاپس Prolaps of the Cord:

په خپرنه كې د Mengert او Longwell د كورډ د پرولاپس پېښې په بېلابېلو



پرزېتېشن كې په لاندې فيصديو سره موندنه كېده:

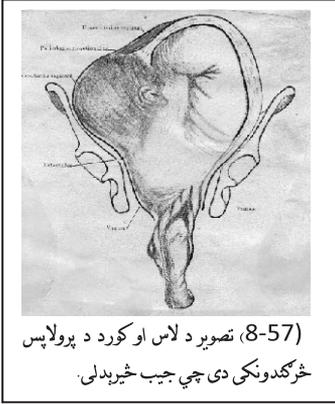
- په Cephalic پرزېتېشن كې (0,37%).
- په Transverse پرزېتېشن كې (14,27%).

همدارنگه د كورډ پرولاپس حتى په څلورمه مياشت د بلارتوب كې ليدل شوي د زېړونې په وخت دا ښه والى لري چې د ماشوم د ژوند ژغورنه امكان لري درى درجې د كورډ د پرولاپس ښايي وليدل شي:

i د Occult يا تړلې ډول: دا ښه د گوتود رسېدنې برخې څخه پورته دې او د كڼې په وخت گوته هلته نه رسېږي. په دې هكله به د (8-55) تصوير ته پاملرنه وكړئ.

ii د Forelying ښه پدې حالت كې به كورډ د كڼې په وخت د گوتو پواسطه د بهرني خولى يا (External. Os) په برخه كې د جس وړدى خو جيب "Bag of waters" به په خپل حال وي اولاهم چاودنې نه د (8-56) تصوير ته پاملرنه وكړئ.

iii د Prolapsed ډول: په



(8-57) تصویر د لاس او کورد د پرولاپس
څرگندونکی دی چې جیب شیریدلی.

دې حالت کې به کورد د مهبل په برخه کې حتی د فنج څخه بهر ته د لیدلو او تثبیت وړ وی پدې حالت کې د Bag of Waters of خیریدلی وي په دې هکله (8-57) تصویر.

سببونه:

هر هغه څه چې د رحم په ښکته سگمنت کې د پرزیتینګ برخې عدم تطابق

وګړي یا هم دا چې د کوپړۍ د Engagement په وخت به کورد پرولاپس وګړي.

په نورمال پرزیتیشن کې د رحم ښکته سگمنت د کوپړۍ لپاره برابري کوي او د کورد لپاره کوم ځای نلري چې رانښکته شي میکانیکي علتونه په لاندې ډول دي:

۱. منقلصه حوصله چې کوپړۍ بنده کړي او کوپړۍ پورته موقعیت ونیسي په دې لړ کې یوه آزاده مسافه پاتې کیږي ښایي کورد هلته راوښوئږي.

۲. Malposition او Malpresentation .

۳. د پریوان (پلاستا) ښکته ځای په ځای کېدنه او د څنډې په برخه کې د کورد غرس.

۴. په غیر معموله بڼه اوږد کورد (75cm) او یا تر هغه اوږده سره له دې هم که چیرې کورد لنډ هم وي پرولاپس کولای شي.

۵. د کورد بې ځایه کېدنه د ولادي نسایي ناروغي لپاره د جراحي کړنلارو او عملیاتو سرته رسولو په وخت.

۶. د لاس (مټ) د پرولاپس په حالت کې.

۷. نور علتونه لکه دوه ګوني ماشومان، پولی هایډرو امینوز او پرولاپس د کورد ښایي د مخه تر دې چې کوپړۍ Engage وکړي جیب Bag of waters چوي دا په (M/P) څو ځلو ښځو کې ډېر منځ ته راځي.

کورس او انذار :

دا چې د کورد پرولاپس د زېږېدنې په وخت د مور لپاره کوم خطر نلري او د زېږېدنې د کورس په هکله هم کومه اغېزه نه لري استثناً داسې پېښه شي چې د ناروغۍ د درملنې او اصلاح لپاره کوم ډول د جراحي کړنلارې سرته رسولو ته اړتیا پيدا شي او د جراحي کړنلارې سرته رسولو بڼايي د مور ژوند له خطر سره مخامخ کړي.

همدارنگه د کورد پرولاپس د ماشوم لپاره ډېر ضرر لري او د ماشوم ژوند له خطر سره مخامخ کوي ځکه چې له دې کبله د کورد رگونو تر فشار لاندې راوړي. په هر ډول پرزېتېشن کې کورد پرولاپس کوي خو تر ټولو په کوپړۍ پرزېتېشن کې د ماشوم لپاره خطر ناک دی او په مستعرض بريچ او اوږې پرزېتېشن کې دومره حادانه وي که چېرې دغه حالت وپېژندل شي د نيمايي څخه ډېرو پيشو لپاره د دې اميد نه وي چې ژوندی ماشوم دی وزېږول شي. د دغه مړينو ميزان د جراحي کړنلارو د سرته رسولو له مخې کله چې ماشوم ژوندی تثبيت شي رابڼگه شوی دی.

پېژندنه :

د کورد د پرولاپس په هکله بايد هغه وخت فکر وکړل شي چې د ماشوم د زړه غږونه غير منظم او اريتمیک وي. په معند ډول Funic Souffle د زړه بې نظمي به شته والي ولري. کله چې گوته د مهبل له لارې نويستل شي د پوييس څخه شاته به د کورد لوپ د جس وړوي چې کوپړ په اوږدو او له هغه د مخه به پروت وي. د Forelying ډول کورد چې په کې جيب روغ وي په مهلبلي کتنه کې په ستونزې سره وپېژندل شي. او کله چې جيب وڅيرل شي د کورد پرولاپس په ساده وي ځکه دا به په سترگو د ليدلو وړ وي د کورد نفس به دا راڅرگنده کړي چې ماشوم به رحم څه رنگ بڼه لري د هغه د ژوند، Shock او مړينې په هکله معلومات څرگندوي.

درملنه:

د مخه تر دې چې درملنه پيل شي بايد د کورد د پرولاپس د علت موندلو په هکله بايد لومړی تر ټولو په څير سره د کتنې وروسته معلومات راټول کړل شي او د علت د ټاکنې وروسته د هغه له مخه وړلو لپاره په درملنه پيل کېږي لکه د متقلصې حوصلې لپاره سيزارين سکشن کړنلاره او داسې نور:

i. The Forelying Cord او همدارنگه Occult Prolaps په صورت کې چې جیب پرته له کوم بدلون څخه په خپل حال پاتې وي په دې هکله باید ډاکټر د اړوند وضعیتونو درملنې په هکله معلومات ولري او تجربه ولري او د هغوی په ځای کېدنه دې د یولړ وضعیتونو پواسطه ترسره کړي لکه:

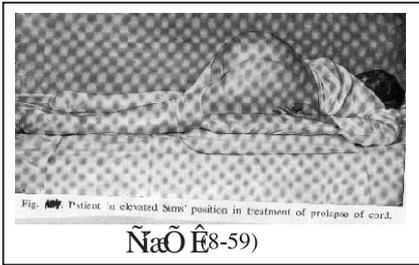
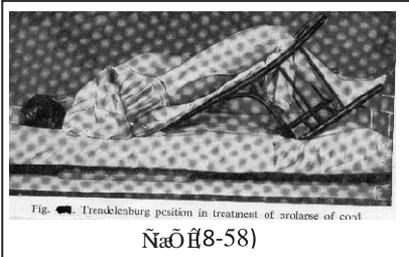
۱. Trendelenberg Position لکه د (8-58) تصویر.

۲. The Elevated Sims Position لکه د (8-59) تصویر.

۳. The Knee, Chest Position لکه

د (8-60) تصویر.

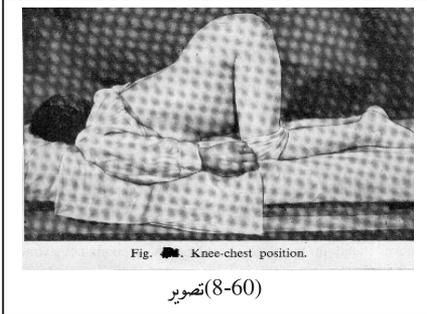
د پورته پوزیشنونو ترسره کولو لپاره دی هڅه وشي. ناورغ دي هېڅکله دې ته ونه هڅول شي چې بنسکه لوري ته د زېړونې لپاره زور وکړي. ټول هغه



کړنې دې د بېرني جراحي کړنلارې سرته رسولو پورې ترسره شي. په ناڅاپه توګه کله چې عنق اتساع وکړي او جیب رېچر وکړي باید Extraction او Version د زېړونې لپاره ترسره شي. او د فورسپس څخه دې د

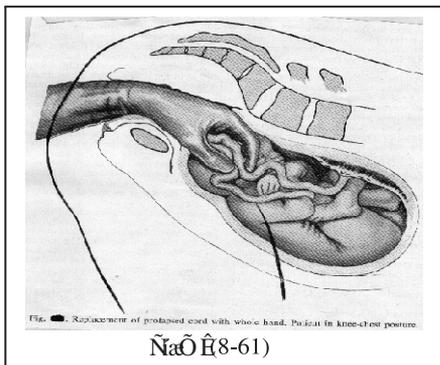
جراحي مرستې لپاره کار واخيستل شي.

ii. کله چې پرولاپس منځ ته راغلی وي: که چېرې کورد د فرج څخه بهر ته وي دا باید معقم کړل شي یعنې په پاکو ترمو اوبو صابون او یا وروسته په پایودین ومنځل شي او مهبل ته ورننويستل شي. کله چې ډاکټر ته ترسره شوی



د مرستيال په واسطه چې لاس پوښونه یې په لاس دې د ماشوم د کوپړۍ برخه پورته لوري ته ټیله

کوي. وروسته له دې يو يا دواړه لاندې کړنې ترسره کيږي په دې معنی چې زېږونه بايد ترسره شي او يا هم کورد په داسې يو ځای کې کېښودل شي چې هلته تر فشار لاندې نه وي.



د ژر زېږونې لپاره بايد سرویکس بشپړه اتساع وکړي. که چېرې سرویکس اتساعي نه وي ډاکټر بايد خپل لاس ورننښايي او کورد له فشار څخه آزاد کړي. همدارنگه د Reposition لپاره بايد د Knee-Position. Chest. لومړي ترسره کيږي او که دا پوزيشن دومره اغېزمن نه

وي بايد د Trendelenberg. Position څخه کار واخلي بايد ټول لاس مهبل ته ورننويستل شي او کورد به د لاس د گوتو پواسطه جس او نيول شي د لاس پواسطه کوپړي. پورته او يوې لوري ته ټپله کيږي د کورد جس لپاره (8-61) تصوير ته پاملرنه وکړي چې کورد په ځای کوي.

که چېرې دغه کړنه بريالی وي له دې وروسته بايد په چټکۍ سره Metreurynter کيدای شي چې د رحم په جوف کې ځای په ځای شي. سره د دې مرستو بيا هم د ماشوم د مړينې خطر لوړ دی (50%). په ډېرو پېښو کې که چېرې په ښه او بسيا توگه د سرویکس اتساع شته والی ولري Version او هم د Extraction ترسره کولو ته اړتيا نه پرېوزي.

په ټولو دغه مواردو کې که چېرې وروسته د Version څخه کورد ځای په ځای کيږي د ماشوم د زړه آوازونو ته په پرلپسې توگه پاملرنه وشي او د اسفليس د منځ ته راتلو نېټې دی ولټول شي.

که چېرې د ماشوم د زړه Tone او آوازونه بې نظم او لږه اندازه ولري مورته بايد په تکرار ډول سره (O2) اوکسيجن ورکړل شي.

که چېرې د سرویکس برخه بشپړه اتساع وکړي او زېږونه د ستونزې سره مخامخ وي بايد د فورسپس پواسطه مرسته ترسره شي. که چېرې سرویکس په بشپړه توگه اتساع ونکړي بايد د (Incision of Dührssen's) جراحي څېړېدنه، او حتی د مهبل له لارې سيزارين سکشن ښايي ترسره شي.

iii. کله چې ماشوم مړوي څه باید وشي؟

که چېرې ماشوم مړ وي او داسې نثیت شي چې هغه مړ دی پرېښودل کیږي چې په طبعي ډول زېږېدنه تر سره شپه دې لږ کې د فورسپس، Version او نورې کړنې مضا د استطاب گڼل کیږي. همدارنگه د مور د عمومي وضعیت څارنه کیږي. که چېرې د ماشوم د وضعیت (پرزتېشن)، او حوصلې اېنار ملتي شته والی ولري او زېږونه تر سره کیږي په دې صورت کې به د مانورو تر سره کول او د جراحي کړنلارو څخه په چټکۍ سره کار واخیستل شي.

iv. د بریچ پرزتېشن په صورت کې:

دا مستعرض او بریچ پرزتېشن سره مل د کورد پرولاپس منځ ته راځي چې دا دومره د کوپړۍ د پرزتېشن په نسبت دومره خطر ناک ندی دا باید یا بېرته رحم ته ورننویستل شي او د ماشوم ژوند دی خوندي کړل شي.

v. د مستعرض پرزتېشن په صورت کې:

د کورد پرولاپس د مستعرض پرزتېشن سره مل منځ ته راځي چې په دې صورت کومې خاصې پاملرنې ته اړتیا نلري کله چې سرویکس بشپړه اتساع وکړي د ماشوم ورژن ترسه کیږي کورد وروسته له پاکولومېبل ته ورننویستل کیږي او وروسته به د Metreurynter په مرسته رحم ته ورننویستل کیږي.

vi. د سیزارین سکشن کړنلاره:

د سیزارین سکشن لپاره ناروغ د لاپراتومي لپاره تیارېږي او لاندې استطابونه شته والی لري.

a. د ناروغ عمر Primigravidity.

b. په منځنۍ ډول سره د حوصلې د تقلص اېنار ملتي شته والی.

c. کله ناکله داسې پېښېږي چې د مذهبي اړیکو له مخې داسې پتیل کیږي د ماشوم ژوند د مور د ژوند په اندازه ارزښتناک وگڼل شي. په دې صورت کې ماشوم باید ژوندی نثیت کړل شي.

کله چې د لاسونو پښو پرولاپس د کوپړۍ سره مل وي

Prolaps of the Arms and Feet with the head

کله چې نهایتونه دواړه پښې او لاسونه د پرزتینګ برخې سره مل پرولاپس وکړي او ټول د حوصلې برخې ته نوزي دا ټول په یوه وخت ترسره کیږي دغه حالت ته Compound Presentation وایي په عمومي توګه ټول هغه فکټورونه چې د کورد پرولاپس لپاره رول لري په

دغه حالت کې هم غوره رول لري. د ماشوم حركونه هم مسؤل گڼل كېږي. همدارنگه مقلصه حوصله، كوچنې ماشوم، په ناڅاپه توگه د امنيتيكا مابع راټوئدنه غوزه بلل كېږي. لاسونه او پښې Forelying حالت هله منځ ته راځي كله چې جيب يا غشا رپچر وكړي پخوا لدې حالتونو څخه يادونه وشوه.

درملنه:

كله چې غشارپچر نه وي كړلاى بايد د وضعيت د مانورو څخه كار واخيستل شي ترڅو وضعيت اصلاح او د پرولاپس څخه مخنيوى وشي. كه چېرې غشا رپچر كړاى وي او د كوپرې څخه دمخه لاس يا مټ Arm راوتلى وي او پرولاپس شته والى ولري په دې حالت كې بېرته نهايتونه په رحم كې ځاى په ځاى كېږي. دا ځاى په ځاى كېدنه بايد د انستيزى د سرته رسولوله مخې وي. همدارنگه د Version كړنه هم تر سره كېږي.

كه چېرې كوپرې Engage كړى وي هېڅ راز كړنه نه ترسره كېږي ځكه چې د وفورسپس لپاره په بسيا توگه ځاى شته والى لري.

د پښې د پرولاپس په حالت كې چې د كوپرې سره په نادره توگه مل كېږي په دې صورت كې د Version كړنه ساده ده همدارنگه تاوېدنه هم ترسره كېږي وروسته بيا د فورسپس څخه كار اخيستل كېږي. كه چېرې پښه د كوپرې د Engagement مانعه گرځېدلى وي كېداى شي چې پښه له دې برخې څخه ټپله كړل شي او كوپرې ته د Engage زمينه مساعده كړل شي. او كه دا هم بريالى نه وي د Version سرته رسول يوازنى درملنه گڼل كېږي. او د فورسپس څخه د اړتيا په صورت كار اخيستل كېږي.

ډېر لوى ماشوم د ډيسټوسيا علت گرځي:

كه چېرې حوصله نورماله وي او قوت Power هم نورمال، نورمال پرزتبشمن، نورمال پوزيشن، نورمال وضعيت Attitude په يوه بلاربه بنځه كې شته والى ولري په دې صورت كې بنځه كولاى شي تر پتخه كيلوگرامه (5kg) پورې ماشوم ته په طبعي ډول زېږونه وركړي او دا به دومره ستونزه ونلري.

سببونه:

۱. د اوږدې مودې Overterm بلاربتوب چې نادر دي.

۲. هغه ښځې چې لوړ ټولنيز موقف ولري او د ژوند سطحه يې لوړه وي.
۳. ځنډني بلاريتوب معمولاً لويه بڼه لري.
۴. د لوی او غټ اندام لرونکي پلار او مور به ماشوم لوي وزېږوي.
۵. د شکرې په ناروغۍ اخته مېندې غټ يا لوی ماشوم زيږوي.
۶. بعضې ماشوم د اريټرو بلاستوزس سره چې د اذينا له کبله وي.
۷. بعضې ماشومان د هايپوتايرايډيزم ناروغي سره.

پېژندنه :

که چېرې ګېډه ډېره لويه وي او راوتلې بڼه ولري داسې به څرګند کړي چې ماشوم ډېره وده کړېده يا هم دوه ګوني دي يا هايډروامينون شته والی لري. چې په دې هکله التراساوند مرسته کوي او همدارنګه د Fluctuation (څپانده حالت) نشوالی مرستندوی دی. يو د تجربې لرونکی ډاکټر کولای شي چې د ماشوم اندازه او د هغه د کوپړۍ اندازه په رحم او حوصله کې څرګند کړي. همدارنګه د راديوګرافي تر سره کول په دې هکله ډېره مرسته کوي.

انزار :

د مور لپاره انزار د ماشوم د وضعيت اوح وصلې سره د هغه د پوزيشن پورې اړوند دي. که چېرې ماشوم فاصله له حوصلې څخه ډېره لرې وي او وضعيت مناسب نه وي د رحم د رېچر، سپيس، ډبرې ستړيا او د رحم د ترضيضانو، او شاک له کبله د مړينې سره مخامخ کېږي. او ښايي مور د دې قدرت ولري چې په نورماله بڼه تر (5kg) پورې ماشوم وزېږوي. د ماسوم لپاره انزار حراب وي دا ځکه چې د ماشوم مړينه د اسفکيسی، کامپرشن د مغزو لپاسه، داخل الدماغی وينه بهېدنې له کبله وي او د کوپړۍ د هډوکي ماتېدنو، سفالهيماټوما، -Spoon Shape ډيريشن او د Erb's Paralysis ښايي منځ ته راشي.

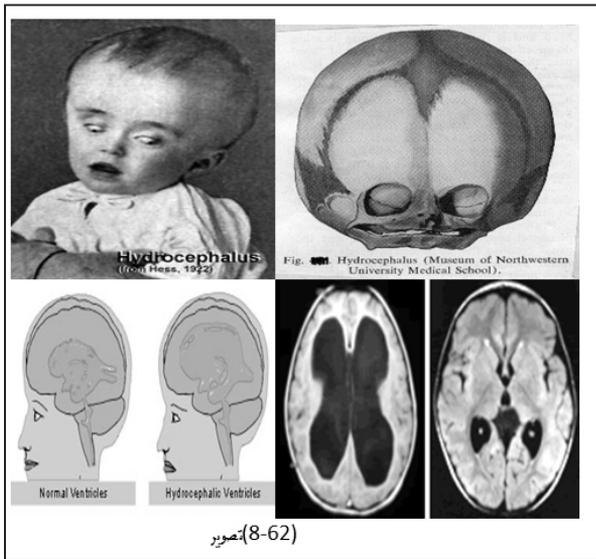
درملنه :

دا به معقوله کار نه وي که چېرې ښځه پرېښودل شي چې ماشوم Over term ته ورسوي که چېرې دا سې ثبت شي چې ماشوم لوی دی، او زېږونه يې ګرانه او همدارنګه د شکرې ناروغۍ شته والی ولري بايد څو اونۍ د مخه ټول پروسيجرونه د زېږوني لپاره پکار يوړل شي.

همدارنگه د زېږونې په وخت به سيزارین سکشن د وارو ماشوم او مور لپاره گټه ور او مصون وي که چېرې طبيعي کرڼه ناکامه شي بايد فورسپس پکار یونوپل شي همدارنگه تر ټولو غوره کرڼه د جراحي لاپراتومي او سيزارین سکشن دی.

هايدرو سفالوس Hydrocephalus

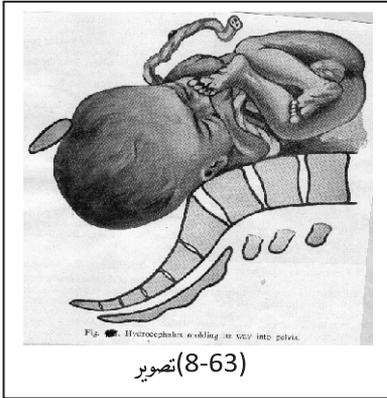
هايدروسفالوس دکوپړۍ د انذارې ډېره لوئيدنه نسبت طبيعي حالت ته ويل کيږي او دا حالت د Dystocia لپاره ډېره زمينه برابروي ښايي دا حالت د نورو ولادي ناروغيو لکه [Clubfoot, Spina bifida, ascites] او نورو Deformities سره مل وي. په دې هکله (8-



(62 او (8-63) تصويرونو ته پاملرنه وکړئ، د دې ناروغۍ له کبله زيږونه ډېره گرانه وي په دې صورت کې د رحم ښکتنی سکمنت ډېره اتساع کوي او نړيوالی پيدا کوي او اوميکانیکی انسداد د زېږونې لپاره منځ ته راوړي، د رحم رېچر

په لوړه پيمانه منځ ته راتلای شي. له دې سره مل د بريچ پرزنتيشن هم منځ ته راځي. يو کوچنی هايدرو سفالوس ښايي په ډېره ساده گڼۍ سره زيږونه وکړي او يا به د لږې مرستې وروسته وزېږول شي. همدارنگه که چېرې کوپړۍ لويه وي د حوصلې څخه د تېږدنې په وخت به د ستونزې سره مخامخ شي او همدارنگه د حوصلې څخه د تېږدنې په وخت به د ستونزې

سره مخامخ شي او همدارنگه د حوصلې د هډوکو سره به د مخامخ کېدو په لړ کې زیانمن او د کوپړۍ Molding به منځ ته اړوړي په دې هکله (8-63) تصویر تصویر ته پاملرنه وکړئ.



د هایدروسفالوس مودلینګ د حوصلې په لاره کې د حوصلې د هډوکو سره د مخامخ کېدنې له کبله منځ ته راځي. یو مړ او Macerated جنین ښایي په ساده ډول زېږونه وکړي په ځانګړي ډول که چېرې نقلصونه ډېر قوي وي. همدارنگه Pressure Necrosis او فیستول د اوږد مهالي زېږونې او د عملیاتي خطاګانو له کبله ترسترګو کېږي.

کوپړۍ که ناکله د اوږدې مودې لپاره پورته

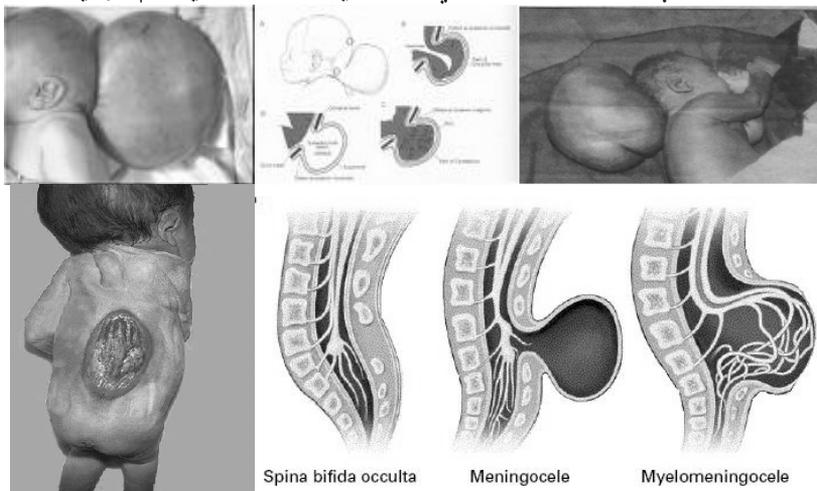
پاتې کېږي او د یو نقلص له کبله کوپړۍ چوي او ښایي د Extraction په وخت لږه اندازه مایع بهرته د پوستکي لاندې راووزي او هغې برخې Scalp پرسوب منځ ته راوړي او یا هم ښایي Meningocele رېچر وکړي. Post Partum Hemorrhage د رحم د اټوني او ډېرو څیرېدنو له کبله د شمېرلو وړ اختلاط ګڼل کېږي. دا ناروغي د مور او ماشوم د وارو لپاره د زېږونې په وخت ستونزمن او د مړینې د خطر مخامختیا سره مل دی.

پېژندنه Diagnosis:

که چېرې د اختلاط خطر په پام کې وي پېژندنه یې ګرانه نده. اشتبا د بې احتیاطۍ له مخې وي دا نه چې ترې سترګې پټې شي. د ګډې له لارې د یوه غټې ګلې لرونکې رحم، د ښکني سګمنټ حساسیت شته والی، د رحم لپاسه د ګډې د جدار شخوالي د غټې کوپړۍ (Inlet یا غور) لپاسه همدارنگه د Engagement نشتوالی به د پېژندنې لوري ته پام واړوي.

د مقعد په ګڼه کې به د حوصلې برخه تشه وي. د مهبل له لارې ګڼه تر سره شي د ګوتو پواسطه به پراخ د رزونه، لوی فوتانیل، د کوپړۍ د قبې (Dome) الاستیکه برخه به د Inlet په دننه کې د احساس وړ وي. د څیر په صورت کې به د لاسونو په واسطه د کوپړۍ ټولې برخې جس کړل شي که چېرې Thin-walled د نري جدار لرونکي کوپړۍ وي دا ښایي د Bag of Waters سره غلط کړل شي. همدارنگه د Macerated اذیمایي کوپړۍ سکپ (Scalp) به د Cystic Tumor،

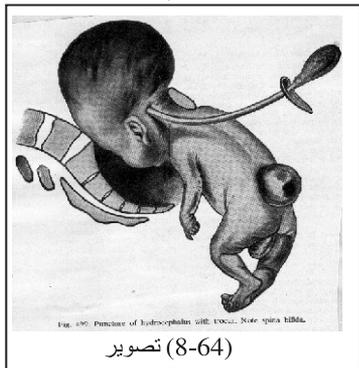
انسفالوسل، او یوې غشا سره په پیژندنه کېنسی ستونزه منځ ته اړوي. کله چې ماشوم په هایدروسفالوس اخته وي او د بریچ پوزیشن ولري تر څو چې کوپړی بنده نشي د پیژندلو وړ نه وي. همدارنگه که چېرې Spin bifida نثیت شي دا به د هایدروسفالوس لوري ته پام واړوي.



همدارنگه د Ultrasonography کړنلاره هم د ناروغۍ په پیژندنه کې مرستندویه ده. چې د کوپړۍ د قطر ونود اندازه کولو له مخې پیژندنه تر سره کېږي. همدارنگه د پرزېشن په هکله هم معلومات لاس ته راځي.

درملنه:

دا ناروغي د مور په کېږه د بلارېتوب په وخت کې چېرې وپېژندل شي که چېرې ماشوم

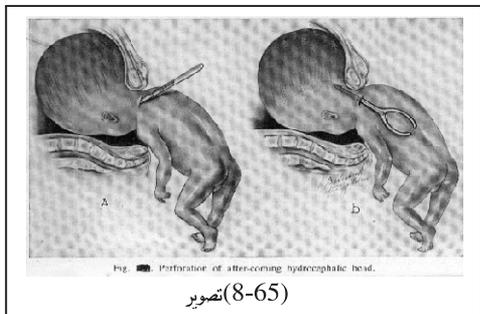


مړي د دې لپاره چې د مور ژوند د خطر سره مخامخ نشي Intraventricular drainage نوموړي ماشوم ته د مهبل له لارې تر سره کېږي چې دا کړنه ډېر لږه اندازه د سرویکس اتساع ته اړتیا لري. دا کړنه د مورفین او سکېپولامين درملو لاندې کېدلای شي چې تر سره شي.

همدارنگه کېدلای شي چې کوپړۍ د تروکار Trocar پواسطه او یا اوږدې پساتي (Scissor) پواسطه د

لږې اندازې سرویکس د اتساع خڅه وروسته سوري کيږي د کوپړې محتواي راويستل کيږي او هغه ته د کولاپس بڼه ورکول کيږي.

د بريچ په پرزتبشون کې د غوږ تر څنگه د Spot په څېر د تروکار پواسطه کوپړې سوري کيږي خو دا کړنه د خولې او نخاع له لارې هم تر سره کېدای شي. په دې هکله (8-64) تصوير ته پاملرنه وکړئ.



د هايډروسفالوس لپاره د Trocar پواسطه بډل او کړنه او همدارنگه د Spinabifida شته والي ته هم پاملرنه وکړئ.

د Gustafson پواسطه لومړی کوچنی څيريدنه د غاړې په برخه کې ترسره کيږي او بيا وروسته له هغه Nagele

Perforator تر پوستکي لاندي تېريږي او د کوپړې د قاعدې په برخه کې د Occipital په برخه کې دننه کوپړې ته نويستل کيږي. وروسته لدې چې (C.S.F) راووزي کوپړې به يو څه کولاپس وکړي او زېږونه به ساده شي. په دې هکله د (8-65) تصوير ته پاملرنه وکړئ.

د گېډې اتساع (Distention of the Abdomen):

د ماشوم د گېډې اتساع او پرسوب بنايي د جس Ascites، ضخاموي کېد د نيوپلازم او يا سيست، ولادي Cystic Kidneys اتساعي مټانه، او بولر نور حالتونو پورې اړوند وي. په دې لړ کې تر ټولو زيات د پولي هايډروميتوز حالت پام ځان ته اړوي. د ټول لاس پواسطه کتنه بنايي د ناروغي د پېژندنې لپاره گټه وړ وي.

د رملنه:

د کوپړې په پرزتبشون کې کله چې کوپړې وزيږيږي کېده زېږونه نه کوي د دې لپاره بايد څو پښتۍ او يا هم ورسره Sternum قص د بياتي پواسطه غوڅ کړل شي سړی او زړه رايستل کيږي ډيافراکم څيرل کيږي او د گېډې محتواي رايستل کيږي. که چېرې د بريچ پرزتبشون شته والی ولري د يوې کوچنۍ بډل کېدونکي سوري ته اړتيا ده چې د گېډې محتواي مایع بدل شي او که چېرې تومور شته والی ولري بايد راوايستل شي.

غشاوي (Membranes):

غشاوي کله ناکله د زېږونې لپاره انسدادی حالت منځ ته راوړي او لږه اندازه د هغوی مقاومت په زېږونه کې ځنډ منځ ته راوړي دا چې غشا د داخلي خولې لپاسه نښتونکی او یا د ښکته سکمنت په برخه کې دوی د سرویکس د برخې د اتساع څخه مخنیوی کوي. او داسې فکر کېږي کله چې عنق هم اتساع وکړي د اغشاوي رېچرته کوي په هر حالت کې د ماشوم زېږونه ځنډوي.

که چېرې د لومړي مرحلې څخه وروسته په زېږونه کې پرمخګ ونشي باید د الصافي غشاء لپاره فکر وشي. د دې په عوض چې ښه تقلصونه منځ ته راشي دلته به ډېر ضعیف حالت شته والی ولري کورپې به په ښه توګه حوصلې ته رابښکته شي دا غشاء به د کورپې لپاسه لکه یوه خولۍ عمل وکړي.

درملنه Treatment:

که چېرې د زېږونې میکانیزم ونشي کړای چې دغه غشا وڅیړي او ماشوم وزېږول شي باید پدې تصمیم ونیول شي چې دغه غشا وڅیړل شي او دا به هغه وخت تر سره شي چې عنق بشپړه اتساع کړيوي. حوصله نباید چې متقلص وي، پرزتبش باید د پوزیشن سره نورماله ښه ولري.

وچه زېږونه (Dry Labor):

د بلارټوب په هر وخت کې ښایي جیب (غشا) رېچروکړي چې تقلصونه یا دردونه وروسته له څو ساعتو او یا ورځو څخه پیل کوي او رحم تشوي.

: Early Rupture of Membrane

د غشا مقدمه څیریدنه که چېرې کومه پېښه په رحم کې منځ ته راشي او د بلارټوب لومړنۍ میاشتی وي رحم به ډېر ژر پخپله تش کړل شي کله ناکله داسې پېښېږي چې د رېچر تر سره شوی وي خو فیټوس راټولېدنه کوي او په رحم کې پاتې کیږي خو د کوربون څخه بهر وي. ښایي چې وده وکړي ماشوم Shrunken, Puny او د هغه ډېر بندونو انکیلوز کړي وي. پدې برسېره دا د Graviditas Exochorialis جوړوي. امینون ماتېدنه کوي خو کوربون په خپل حال پاتې وي او غونځ شوی امینون Shrunken Amnion به د کورد د کرلی برخې څخه ځوړند ښکاره شي خو کوربون په خپل حال پاتې کیږي دغه حالت ته Graviditas Examnialis حالت ویل کیږي.

د غشا د پرېما چور رېچر علتونه لاتراوسه هم تثبیت ندي خو په دې لړ کې د پریوان (Membrane) اېنار مليتي بعضاً په نظر کې دي او مسؤل ګڼل کیږي همدارنګه د اتاناتو شته والی

د سرویکس په برخه کې د متین غشاء برخه ډېره نری وي او دغه نری برخه د پریماچور ریچر لپاره مساعده بڼه برابروي. همدارنگه Contractile Elements د امینون په برخه کې د ملسا عضلاتو Smooth Muscle د پریماچور تخلص سبب ګرځي او دغه بڼایي د پریماچور ریچر لپاره یو علت وګڼل شي. جنسي یوځای کېدنه هم یو علت ګڼل کیږي.

درملنه:

په هغه حالتونو کې چې د پریماچور ریچر لپاره خطر شته والی ولري نو په دې هکله باید Coitus جنسي یوځای کېدني، د ډېرو بي ځایه حمامونه او اتاناتو څخه مخنیوی وشي. که چېرې د بلاربتوب په وخت لوړه تبه منځ ته راشي او دا ناروغي وپېژندل شي باید د طبي درملنې لپاره هڅه پیل شي. او زېږونه تر سره شي تر څو د راتلونکو اختلاطونو مخنیوی وشي او د جراحي کړنلارې ته اړتیا وي وروسته له بشپړې تیاري څخه دې د جراحي کړنلاره تر سره شي.

د غشا ریچر لږه موده د مخه او یا د زېږونې په مقدمه مرحله کېدا حالت یو خواشینۍ حالت د ناروغ لپاره ګڼل کیږي. چې دغه حالت ته (وچه زېږونه) وایي چې دغه حالت به د بریچ، اورې، مخ پرزېښتونو او متخلصې حوصلې کې د ستونزې سره مل زېږونه وي. له دې کبله چې پدغه راز ناروغانو کې غشا ریچر کړی، د رحم غیر منظم تخلصونه به منځ ته راشي او د عضلاتو تخرشیت به شته والی ولري. دغه فکتورونه به د اوږدې مودې زېږونه منځ ته راوړي. تاوېدنه به له منځه لاړه شي. سرویکس به اتساع ونکړي اذیمایي او پرسېدلې به وي. ناروغ به بې جرثمه او سترې کړي، د اتان مداخله زیاتوالی مومي. او هغه ناروغان چې د کڼې په وخت زیان مومي بڼایي د هغوی لپاره د جراحي کړنه تر سره شي. د امینوتیک جوف ته اتان ورننوزي او د امینون تر ایتلیوم طبقې لاندې باګریاوې موندل کیږي. د مور او ماشوم دواړو لپاره د مړینې د خطر اندول کې زیاتوالی منځ ته راځي. په لومړي ځلو (P/P) بنځو کې نسبت څو ځلو (M/P) بنځو ته دغه حالت ډېر خطر لري که چېرې وروسته له (12h) دولس ساعتونو تېرېدنې څخه زېږونه پرمخګ و نکړي لاپراتراخیلوټومي Laprotrachilotomy جراحي کړنلاره ورته ترسره کیږي.

درملنه:

لومړی باید تر ټولو د مخه باید ناروغ ډېر په خیر او بڼه توګه وپلټل شي. او د علت په هکله معلومات راټول کړل شي. او همدارنگه د ډېر احتیاط وروسته دی د درملنې په هکله او کړنلارې په هکله استیلاب کښودل شي.

جراحی درملنه به د متلصی حوصلی، انا رمل پرز تبش ن دبر لوی ماشوم، او د کورد د پرو لایس په پینو کچې تر سره شی. د دې لپاره چې د اتان خطر لږوالی ومومي باید د پاکوالي شرایط و ساتل شی په بڼه توگه مهلبلی او مقعدی کښې تر سره او د جراحی کړنلارې څخه د مخه او د هغه وروسته د وسیع طیف لرونکي انټی بیوتیکونه پکار وړل کیږي.

د ناروغ عمومي وضعیت او وینه لږی درملنه دې وشي په انډول توگه دې د ناروغ لپاره د انرژي، الکترولایتونو، انا لجزیا او سیدپشن په پام کې ولرل شی او د پهر د جوړېدو وروسته دې کونینن وشي چې ناروغ ژر تر ژره فعاله او د کار کولو لپاره تیار او وهڅول شی.

د پساژ د پستی برخې انومالي

Anomalies of the Soft Parts of the Passages

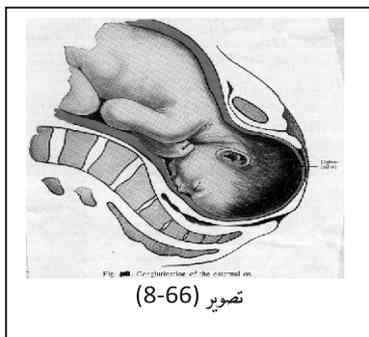
دیسټوسیا د دپستی برخې د انومالیو له کبله نسبت د حوصلی د هډوکو ته ډیر منځ ته راځي د زېږېدنې د کانال ډېرې انومالي پخوا څرگندې شوې دي یو لړې چې ډېر غوره دي د یادولو وړ بولو.

د سرویکس شخې یا (Rigidity of Cervix):

د سرویکس شخې دوه غوره ډولونه لري:

- i وظیفوی (Functional) چې دا پخوا شرحه شویده.
- ii کسبي یا تضیقي (Acquired or Stenotic): دا په حیراتیا ډول نادره ده هغه څه چې د سببونو له کبله ممکن گڼل کیږي هغه مژمن سرویسیت ژور Cauterization او د سرویکس جراحی کړنلارې دي.

د بهرنی خولې کانگلوټینیشن Conglutination of external Os:



په دې ناروغي کې چې نادره ده د بهرنی خولې حلقوي رشتې اتساع نه کوي له دې کبله د سرویکس خوله نه وازېږي، نری شوی او بهر ته راوتلی ښکاري په دې هکله (8-66) تصویر ته پاملرنه وکړئ چې لا هم د کوپړۍ برخه یې پوښلې ده. د سرویکس خوله تل مدام نشي کېدلای چې د کوټو

پواسطه توپیر کرل شي خود د سپیکولوم د کني پواسطه به وازه برخه چې د سرې کړی. پواسطه احاطه شوېدي لږه اندازه مخاط به د کوچني سوري په برخه کې د پیژندې وړ وي که چېرې یوه گوته هلته تېره شي او هلته فشار وارد شي له هغې وروسته به په چټکۍ سره اتساع وده وکړي دغه حالت هېڅ کله نشو کولای چې True Conglutination حقيقي کانگولټینیشن نوم ورکړو.

پېژندنه Diagnosis:

هر یو کلک سرویکس ته نشو ویلای چې ووايو چې دا اناټوميک ناروغي ده، دا چې د رحم اېنار مل تقلص کولای شي چې د رحم د سرویکس برخې د علت، موقعیت، او تضیق د توسعې په هکله معلومات ورکړي. دا کولای شي چې د اناټوميک او وظیفوي تشوشاتو اړوند د زېږوې په وخت ډېر غوره او ارزښتناک معلومات راکړي.

درملنه Treatment:

دا چې داسې وپتیل شي چې د رحم د عنق برخې شخوالی لاسې دوام کوي هڅه باید وشي چې د ډېرې شخېدنې مخنیوی وشي. د دې لپاره چې د سرویکس اتساع منځ ته راوړل شي څلور مېتودونه شته والی لري.

۱. د لاس په واسطه.
 ۲. د رېري پوناکي پواسطه.
 ۳. د Dührssen Incision پواسطه.
 ۴. د مهبلي سیزارین سکشن جراحي کړنلارې پواسطه.
- پورته هر یوه کړنه په ترتیب سره یو د بل په نسبت د استطباب له مخې ترسره کېږي.

د مهبل تضیق او یا شخوالی

دا حالت بعضاً د Dystocia لپاره یو علت ګرځېدلای شي او د پام وړ ده.
سببونه:

د علت یا سبب په نوم یو لړ حالتونه لکه د لاندې په څېر پیژندل شویدی.

i . اترتیز یا (چې معمولاً د عقامت یادنه زېږونې لپاره علت دی).

ii . ولادي نیمګړتیاوې Congenital Deformities.

iii د مهبل غشاوې (Vaginal Septa) چې دا په ولادي ډول دي.

iv . د مهبل ته څیرمه د تومورونو شته والی.

- v . د نږدې انساجو په برخه کې د هماغه شته والی.
- vi . هغه تندې نسج چې د پخوانیو عملیاتي کړنو څخه روسته منځ ته راغلی.
- vii . همدارنگه د مهبل د تقرحې ناوړغیو وروسته تندې نسج شته والی.
- viii . د زېږونې څخه وروسته د اتاناتوله کبله.
- ix . د سکارلت تبه Scarlet. Fever.
- x . د ديفتريا Diphtheria ناروغي.
- xi . د شری Measles ناروغي.
- xii . د ډېر عمر لرونکې لومړۍ ځله به د عنق شخوالی ولري.

پېژندنه :

پېژندنه ډیره اسانه ده ځکه چې یوه کلکه کړې او د گوټې د تېرېدنې لپاره به په نرۍ لاره شته والی ولري. همدارنگه د کنبې په وخت دې ډیره پاملرنه وشي چې د اړوند عارضی اندازه بشپړه وټاکل شي.

درملنه :

که چېرې داسې وپتیل شي چې زېږونه د ستونزې سره مل ده او د زېږونې څخه د مخه د ناروغي اړوند معلومات وموندل شي د سیرارین سکشن لپاره دې تیاري ونیول شي تر څو له خطره په امان شي. همدارنگه که چېرې د غشا شته والی تثبیت شي باید په ډېر احتیاط سره د غشا لپاسه درۍ یا څلور څېرېدنې تر سره نشي د ریکوم د ټپي کېدنې لپاره دې پوره خیال وساتل شي. همدارنگه په یو لړ پېښو کې دې د تنگ مهبل لپاره Vaginopereanal Incision په ژوره توگه تر سره کيږي دا څېرېدنه به بنسکه لوري ته وي. د مهلي د نومور

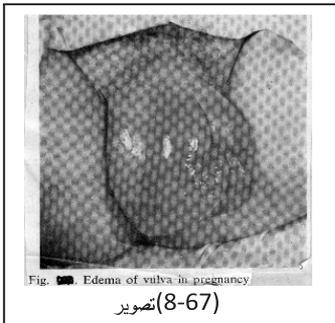
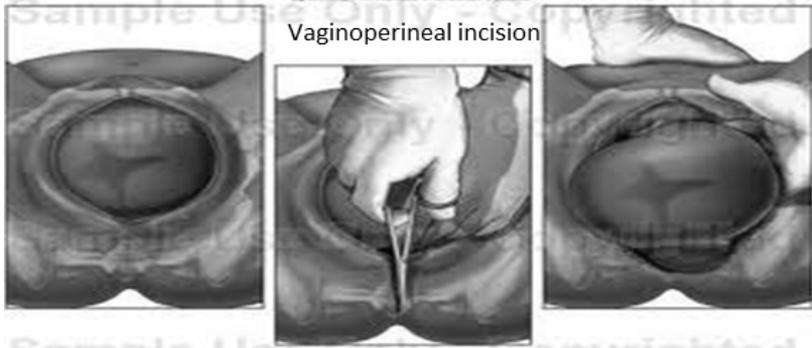


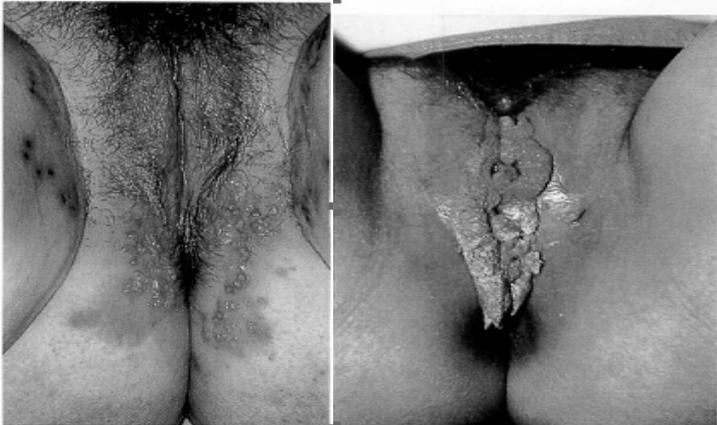
Fig. 8-67. Edema of vulva in pregnancy
تصویر (8-67)

د راویستلو وروسته به د زېږونې لپاره پوره لاره پراخه شي. که چېرې مهلي سیست یا هماغه شته والی ولري دا به د بدل، راویستې او رپچر وروسته به د زېږونې لپاره لاره برابره شي او تنگوالی به له منځه لاړ شي.



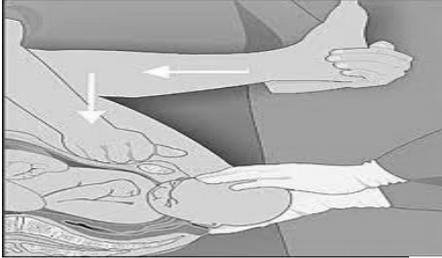
د فرج تضيق Stenosis of the Vulva:

د فرج ولادي تړلی حالت په بشپړه توګه وي او که چېرې لږه اندازه سوري يا وازه برخه شته والی ولري دا به د يوه نیمګړي رحم سره لاره ولري چې د تیوب (نفیر) انومالي به ورسره مل وي او بلارټوب په دې حالت کې ناممکنه خبره ده. په کبسی ډول سره د فرج تړلی حالت به د ترضیضاتو له کبله وي. او یا هم د ماشوم ټوب د وخت اټانانو او تقرحاتو له کبله منځ ته راځي. د هایمن (بکارت) غشا به لږه اندازه پرمختګ وکړي خو دا به معمولاً له منځه لاړه شي. ډېره اندازه اذیما د فرج په برخه کې د بلارټوب د وخت توکسیمیا سره مل وي په دې هکله (67-8) تصویر ته پاملرنه وکړئ. همدارنګه Varicosities د زېږوني لپاره کوم مزاحمت منځ ته نه راوړي.



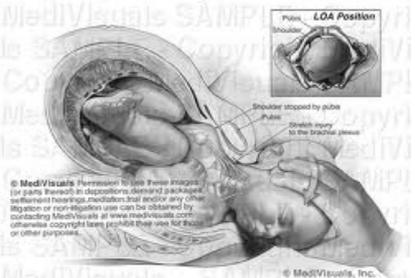
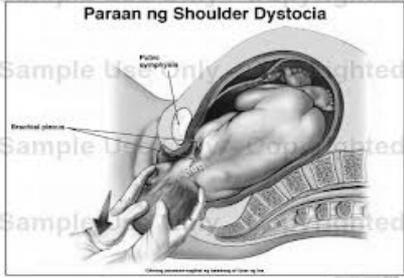
درملنه :

د نوموړې ناروغې درملنه د علت د شته والی له مخې ترسره کېږي که چیرې داسې وپتیل شی چی دزېږونې لپاره ستونزه شته خو دله منځه وړلو لپاره یې باید سینراین کړنه ترسره شی . او دزېږونې د منځه دی عارضه اصلاح کړل شی اذیما کیدای شی د Aspiration پواسطه لږه کړل شی .

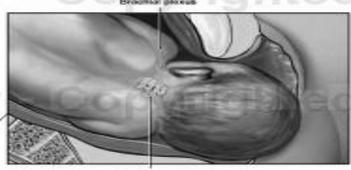


Mekanismo ng Shoulder Dystocia

Anterior Shoulder Dystocia on Pubic Bone

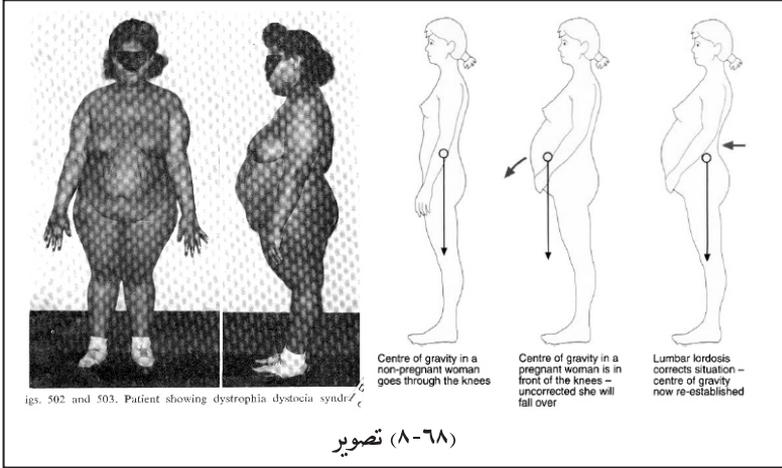


Shoulder Dystocia na may Pinsala sa Brachial Plexus



: Dystrophia Dystocia Syndrome

دا هغه حالت دی چې په لږه اندازه د زیږونې لپاره ستونزه منځ ته راوړي . پدی هکله د (۶۸-۸) تصویر ته پاملرنه وکړی .



ددی ناروغی منظره به په لاندی ډول دی :

- ۱- پدغه حالت کښی لږه اندازه masculine ډوله حوصله د څږوالی (Obesity) او نور
- Dystrophia adiposogenitalis (هایپو پیټوریزم) حالت به شته والی ولری کوچنی
- سرویکس اونزی عتق او rigid مهبل به ورسره مل وی .
- ۲- زړه لومړی ځله بنځه .
- ۳- د ماشوم ډیره پخیدننه یاد ټاکلی مودی څخه زیات عمر په رحم کښی .
- ۴- داچی کوپری engage نه وی کړی او زیږونه پیل شی .
- ۵- Persistent occipit posterior پوزیشن .
- ۶- د غشاه مخکښی له وخته رپچر .
- ۷- ډیر ضعیف دردونه .
- ۸- فامیلی ډیسټوسیا .
- ۹- د توکسیمیا ته لیوالتیا .

د ناروغ ستونزی به د واده څخه د مخه او یا لږه موده وروسته له واده څخه منځ ته راشی ، وزن به زیاتوالی ومومی ، دتحیض بی نظمی او د جنسی اړیکو څخه لیروالی خوښول به شته والی ولری . دا ښځه به لنډه بڼه ولری او غونډه او څږه اندام لری ، لنډ او ډک ورونه ، اوږده لاسونه لری .

Musculinity به دوینسانو راوتلو پواسطه په مخ کښی څرگند شی . د نوموړی ګوتی به لنډی وی چی دګوتو ترمنځ اندازه به په ستونزی سره تثبیت کړل شی . ناروغ د حوصلی هدوکی پنډ اولوی او درانه وی او د پویس لیندی به لکه د نارینه و نری وی . ددغه راز ناروغانو حوصله کښی الاستیکیت شته والی نلری او خپل بلاربتوب دوی په ښه توګه نشی زیږولای . داراز ناروغانو بڼه د Toximia او سقط لپاره لیوالتیا ښودونکی ده . ډیری میکانیکی ستونزی د زیږونی په لړکی ددی لپاسه زیاتیدنه کوی لکه د هایپوپلاستیک تناسلی غړو بڼه ، رحم اتونی ، د سرویکس څیریدنه او د پستی برخی څیریدنه به د ستونزی سره ګډون وکړی نو که چیری دغه راز ناوړه اختلاطونه د مخه وپېژندل شی او ورته تصور ولارشی پدی حالت کښی به د سیزارین سکشن (C/S) کپنلاره ترټولو غوره وی .

په ځوانه لومړی ځله کښی زیږونه

Labor in Young Primigravidas

لدی څخه موخه داده چی نوموړی ښځه شپاړش کاله او تر هغه څخه لږ عمر ولری دغه راز بلاربی ښځی به (4%) د ناروغانو جوړکړی . که چیری دغه راز پیغلی بلاربی شی په ییلابیلو فیصدیو سره نوری ناروغی شته والی لری دغه راز ګډی ناروغی به د مورا و ماشوم ژوند د خطر سره مخامخ کړی . دغه ناروغی لکه چی په یوه څیرنه کښی Fitzgerald او Grossbard پواسطه ترسره شویده لاندی فیصدی په 500 ناروغانو کښی موندل شویده :

د مور اختلاط (20%) ، سیفلس حوصله (6,3%) ، مقلصه حوصله (24,6%) . همدارنگه و نورمال نورو ښځو په نسبت په ځوانو ښځو دوه چنده به د بلاربتوب د وخت په توکسیمیا اخته کیري همدارنگه (10,36%) داوږد محالی زیږونه او (1,4%) ښځو ته د سیزارین سکشن کړنه ترسره شویده .

همدغه راز په یوه بله څیرنه کښی دمور مړینه په 1100 زیږونکو ښځو کښی ($6^4/1000$) کښی ګڼل شویده . همدغه راز ددغه عمر ځوانو ښځو بلاریدنه که چیری منځ ته راغلی وی ددوی د زیږونی درملنه هم نورو ناروغانو په څیر ده .

په ډیر عمر لرونکی (زرپو) لومړی ځله کښی زیږونه

Labor in Elderly Primigravidas

دا بایډوویل شی چی ډیر ښه عمر د زیږونی لپاره د (20-25) کلنو پوری ټاکل شویدی چی د (35) کلونو څخه د ډیر عمر لرونکی زیږونکی د اختلاطونو سره مل دی . همدارنگه هغه ښځی چی لدی عمر څخه پورته عمر کښی بلاربتوب مومی پدی هکله داد زیږیدنی څخه دمخه او زیږیدنی د وخت او د زیږیدنی څخه ورسته وخت کښی خپل ځانگړی پاملرنی ته اړتیا لری او د ټولو منځ ته راغلی اختلاطونو په هکله دی په ژوره توگه وپایل شی او د هغوی په وخت سره درملنه وشی داچی د ډیر عمر په لړ کښی بلاربتوب پخپله د سیزارین سکشن لپاره یو استطباب گڼل کیږی خو بیا هم که چیری د نورمالی زیږونی په صورت کښی که چیری کومه ستونزه شته والی ونلری دا حتی نده چی د کیډی له لاری دی د سیزارین سکشن کړنه ترسره شی . دغه استطبابونه به په لاندی ډول د ملتیا لپاره بسیا وکړی .

- i. متقلصه حوصله . Contracted. Pelvis.
- ii. بریچ پرزیتیشن ، Breech Presentation .
- iii. پری اپکلامپسیک توکسیما Preeclampsic Toxemia .
- iv. او هغه ښځی داوردی مودی لپاره یی ماشوم نه وی درلودلی او یا هم دغه ښځه تکراری سقط ولری .

په ډیر عمر لرونکی څو ځلو کښی زیږونه

Labor in Elderly Multiparus

د ډیر عمر لرونکی څو ځله ښځه ښایی ستونزمنه او اوږد محاله ځندنی زیږونه ولری په حقیقت کښی هغه ښځی چی ډیری زیږونی یی کړی وی دوی د ډیر خراب ولادی خطر سره مخامخ دی Slolmons یو تن عالم دغه حالت ته “Dangerous multipara” اصطلاح نوم ورکړی دی . په دغه راز ښځو کښی ډیر د خطر لپاره شته فکتور چی د میندو ژوند د خطر سره مخامخ کوی هغه په لاندی ډول دی :

- وینه بهیدنه
- پورپیریا ل اتانات .
- توکسیما .

- د رحم ریچر .
 - په مزمن ډول فرط فشار او رگونو ناروغی د زړه ناروغی .
 - مزمن نفريت ، (پيلونفريت ، گلوميرولو نفريت ، UTI)
 - پلاستنا پریویا او ابریشپو پلاستنا .
- همدغه راز که چیری داسی تثبیت شی چی ډیر عمر کښی د یو لړ ناروغیو د شته والی له کبله د زیرونی چاری د ستونزی سره مخامخ کیدونکی وی دابه ښه وی چی د ډیری ژر زیرونی لپاره د سیزارین سکشن کړنلاره ترسره کیږی ناروغ باید دجراحی کړنلاری دسرته رسولو لپاره دجراحی معیارونو سره سم برابر کړل شی ددغه راز ناروغانو زیروونه باید د جراحی په خونه کښی ترسره او جراحی تیم باید تیار وی .

نهم خپرکی

د هډوکيزی حوصلی ابنار ملیتی

Anomalies of Bony Pelvis

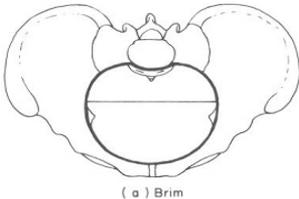
دا چی د خپر نو په لږ کبسی بنودل شویدی چی د بنخو بیلابیل ډولونه د حوصلی د خپر نو په لږ کبسی نثیت شویدی یو لږ بنخی چی لویه بڼه لری دوی به هر ورو لویه حوصله ولری . یوه کوچنی بنخه به کوچنی حوصله ولری او همدارنگه Musculine بنخی به Musculine نارینه وپه خیر ورته حوصله ولری او همدارنگه د ډبرو خپر نو بحثونو ورسته په څلور ډوله حوصلو تصنیف بانندی دنظر یوالی مینځ ته راغلی او هغه په لاندی ډول نومول شویدی :

i. Transverse Ellipse Pelvis

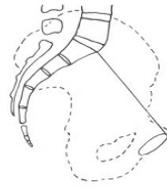
ii. The heart Shape Pelvis

iii. Round Shape Pelvis

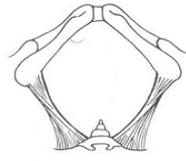
iv. Anteriposterior Ellips Pelvis



(a) Brim

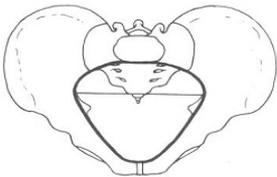


(b) Lateral view



(c) Outlet

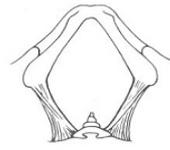
Round shap pelvis/Gynecoid Pelvis



(a) Brim

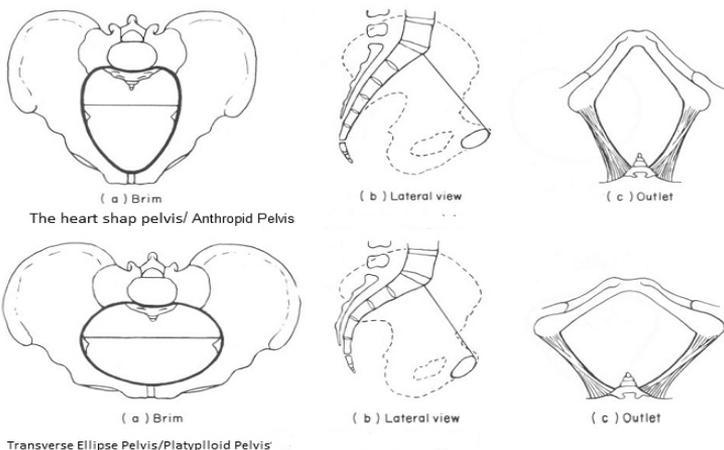


(b) Lateral view



(c) Outlet

Anteriposterior Ellips Pelvis/Android Pelvis

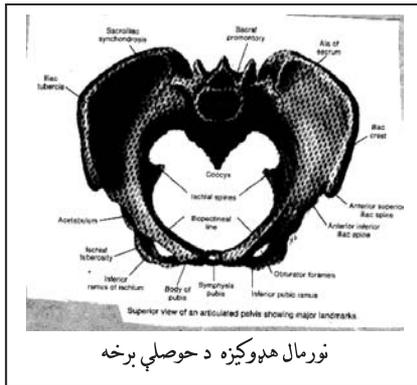


دغه راز حوصلی د Inlet /Outlet له مخی د قضاوت وروسته نثیت او نومول شویدی .
 دیوه کاهل د حوصلی په منځ ته رانگی کبسی دوه غوره خیزونه رول لري .

۱- تر ټولو مهمه او غوره د هډوکو مناسبه وده چی دا حالت د بدن د دننه عذواتو او هورمونود ترشح له کبله به مناسب انډول وده کوی .

۲- میکانیکی منځ ته راتلنی چی د ماشوم توب څخه تر کهولت پوری د ماشوم د بدن ودی پوری اړوند کښل کیږی چی دغه وده او میکانیکی منځ ته راتلنی په لاندی څلورو حالتونو پوری بیا اړوند کښل کیږی .

- a. د یوی نجلی حوصله د ماشوم توب په وخت هلکانو په نسبت لږڅه توپیر لری .
- b. دغه میکانیکی منځ ته راتلنی د حوصلی بڼی ته تر پیغلتوب (کهولت ، تر پخیدنی) پوری بیلابیل توپیره وړکوی .
- c. حتی که چیری د اتانانو یا ناروغیو پواسطه بدلون هم وکړی که چیری علت لیری کړی شی طبیعی بدلیدنی ددی لپاره هڅه کوی تر څو نیمگړتیا ته سمون وړکړی . لکه د Rickets په ناروغی کبسی .



نورمال هیدوکیزه د حوصلې برخه

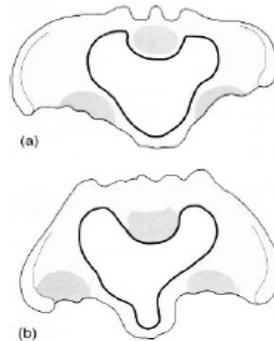
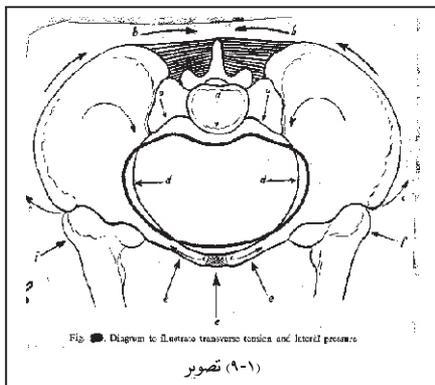


Fig. Pelvis in (a) rickets and (b) osteomalacia. Pressure deforms the softened bones.

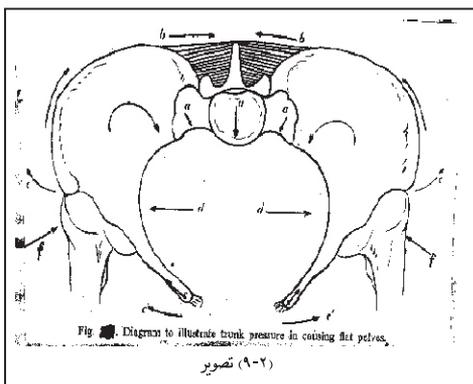
d. که چیری د ودی نوری ناروغی شته والی ولری د حوصلی انومالی به همداراز په شته والی باندی معمولاً تعند وکړی لکه د یولړ ناروغیو په څیر . Aplasia of genitalia د تناسلی غړو اپلازی به د ماشومتوب حوصلی (infantil pelvis) سره مل وی . میکانیکی اغیزی به د زیریدنی څخه وروسته د حوصلی د ودی لپاره مرستندویه وبلل شی . Litzmann پدی هکله ټینگار کوی چی د تنی فشار (Pressure of trunk) د حوصلی د هډوکو ، غضاریفو ، عضلاتو او لیگامنتونو په مقاومت باندی اغیزه وکړی او د منځ ته راتلونکی فشار او قوت لپاره به هغه ته مقاومت وروبخښی . پدی هکله د حوصلی د هډوکو گډ شته والی او مناسبه وده د هډوکو، به چی د اوتارو (ligament) ، عضلاتو او غضاریفو پواسطه یو بل سره نښلی او او بل ته قوت ورکوی دوی په گډه غوره رول لری . د ماشوم د ودی سره سم د direction لیکي د عجز قدام ته بعضاً رابښکته کیږی دغه حالت ددی سبب گرځی چی د عجز په لومړی فقره باندی د ولاری او ناستی حالت کبسی فشار راوړی . همدارنگه د عجز د ښکته نهایت برخه د یوه قوی Sacrociatic پواسطه د شاته تللوڅخه مخینوی منځ ته راځی . له همدی کبله د عجز اړیکه په سهمی قطر سره واقع کیږی دابه ددریمی عجزی فقری سره برابری کوی د همداراز فکټورنو له کبله د عجز محدودیت د اړخونو له لوری هم منځ ته راځی . او د بدن دوزن د انتقال له کبله چی د ملاتیر 'Spinal collum' له لاری عجز ته منځ ته راځی تقلص منځ ته راځی دغه حالت د The body or trunk pressure په نوم یادېږی . دغه فشار به د عجز د فقراتو د جسم په برخه کبسی ښه څرگند شی بله اغیزه داده چی د فقری خلفی برخه همواری د جسم په برخه کبسی منځ ته راځی .

د جسم فشار به همدارنگه په ټول عجز باندې فشار راوړي . البته د حوصلې په برخه کېښی به د Promontory په برخه کېښی هله وی کله چې ساکروم (عجز) د Iliosacral Ligament په برخه کېښی په سمه برخه کېښی ښکته لوری ته درومی او لیوالتیا څرگندوی چې د iliac.spines یوډ بل لپاسه جوړېږي دابه هغه وخت ولیدل شی کله چې د سمفیزس برخه جلاشی او مفصل له منځه



لاړشی پدی هکله (۹-۱) تصویر ته پاملرنه وکړي . مونږ دغه حالت د Innominate هډوکو جلا کیدنه د پویس برخه کېښی بولو ځکه چې iliosacral ligament خلفی تو (Spine) سره غوټه کوی . همدارنگه دا Transvers tention بلل شویدی . دغه حالت (۹-۱) تصویر کېښی څه ناڅه په خلص ډول شرحه شوی دی ورته په څیر سره پاملرنه وکړي .

- a.a.a - د تنی فشار ته ویل کېږي .
- b.b - د خلفی علوی Spin یو تر بله نیرېدی کیدنه بلل کېږي .
- c.c.c.c - د ilia برخی ته لیوالتیا څرگندوی .
- c.c.c.c-e.e.e - د حوصلې همواره کیدنی بلل کېږي .



- f.f - د جنبی فشار د منځ ته راتلوله کبله چې د فنځ هډوکو پواسطه منځ ته راځی دادی ته لیوالتیا لری چې حوصله متقلصه کړی یعنی دا چې د d-d برخی ته تقلص ورکړي . فشار خلفاً د پستو هډوکو په برخه

منځ ته راځی خو اساساً به د سمفیزس په برخه کېښی وی او تیجه د کشش او فشار به د سمفیزس په

پروما توری برخه کښی وی . سره لدی دا برخه د فخذ د کوپړی پواسطه متقلص کیږی دا هغه فشار له کبله دی چی د فخذ کوپړی یی داسیتا بولوم په جوف باندی راوړی . دافشار په هډوکو باندی پورته او دننه لوری ته فشار راوړی دغه حالت ته د lateral pressure نوم ورکړی شویدی پدی هکله د ډیری پوهیدنی لپاره (۹-۲) تصویر ته پاملرنه وکړی . همدارنگه (۹-۱) تصویر ته هم پاملرنه وکړی . دلته پدی تصویر کښی د تنی فشار په پام کښی نیول شوی چی څرنگه د حوصلی د همواره کیدنی سبب گرځی .

- د تنی وزن د عجز لپاسه بنکته لوری ته رالویږی چی هر یویې د ځانگړی تیرونو پواسطه بنودل شویدی په لاندی ډول سره :
- a.a.a – له تاججو داسی ښکاری چی دلته څنډی کومه اغیزه نلری او دا برخه دی سره لیوالتیا لری چی دننه له پورته څخه بنکته لوری د inlet پلان دننه اغیزه کوی .
- b.b – دا به د Sacro – iliac. Ligament فشار څرگندوی چی له جنب څخه دمرکز لوری ته راځی دابه خلغی علوی تو دعانی (ilia) د ننه لوری ته راکش کړی ، که چیری د سمفیز بندوازوی لکه چی په دغه تصویر کښی شوی . د پویس مټی به لاهم وازیدنی لوری ته لیوالتیا ولری . دغه حالت د Split pelvis کښی په حقیقی ډول لیدل کیږی . دا چی سمفیز دی ته اجازه نه ورکوی چی میونه یو له بله جلاشی دغه منځ ته راغلی فشار به ددی سبب شی چی د سمفیز پروما توری ته دی ټول فشار راټول شی . داړخ پلوه دننه لوری ته د فخذ پواسطه یو فشار منځ ته راځی . f.f به د غه همواره کیدنی ته د تنی د فشار د منځ ته راتلو له مخی تقلص ته راوړی . دغه Transvers pressure او Lateral pressure د یولړ حالتونو د شته والی له کبله زیاتوالی او کمښت مومی چی نتیجه کښی د حوصلی ابار ملیتی منځ ته راځی . دغه حالتونه او علتونه په لاندی ډول شمیرل کیږی .
- یولړ ناروغی لکه rickets او Osteomalacia .
- د غضروفونو ناروغی .
- عضلی اغیزی چی د فخذ هډوکو د ترکش او تبعد له کبله منځ ته راځی
- د هورمونود بدلونو له کبله . او اندوکرین ناروغیو له کبله .
- مضره عملیاتونه چی په هغه کښی د حوصلی بڼه بدلون ومومی .
- د ویتامینونو لږوالی او نشتوالی لکه د (vit.C,D)

ويشنه (تصنيف) Classification :

يولر تصنيفونه شته والى لرى د سببى ناروغيو او يا پتولوژيک حالتونو د شته والى له کبله تصنيفونه منح ته راغلى تر ټولو ساده او پخوانى تصنيف د لاندې څير دى :

: litzmann`s classification

I. هغه حوصلې چې نورماله بڼه لري يالويى دى اويا کوچنى

Pelvis Justomajor and Justominor -

II. پرته له نورماله بڼې حوصلې . (اېنارمل) :

A. همواره حوصله Flat pelvis

i. ساده Simple

ii. راشيټيک Rachitic

iii. عموماً متقلصه Genrally contracted

B. په مستعرض ډول متقلصه حوصلې :

C. غير منظم متقلصه حوصلې

i. سکوليوزس Scoliosis

ii. کوکسالجى Coxalgia

iii. امپوتيشن Amputation

iv. Dislucation of femur د فنڅډ بى ځايه کيدنه.

v. Asymetric sacrum غير متناظر عجز.

- په Nagele Pelvis او حرققى فنڅډى ټوبرکوز او نور .

D. يوبل ته موبيل شوى حوصلې په اوسيتوملاسيا او کاډبه او سټيوملاسيا حالتونو

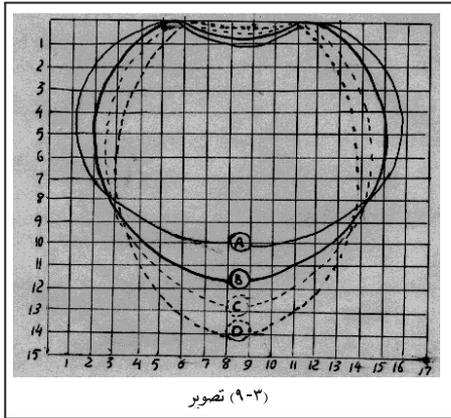
کښى .

همدارنگه Thoms يو عالم د ولادى راديولوژى له مخى ورته تصنيف وړانديز کړى چى دغه

تصنيف ته (۳-۹) تصوير ته پاملرنه وکړى . دغه تصنيف په لاندې ډول دى .

د جدول شرحه :

A - دستعرض Oval زیاتوالی، داد Platypellic او یا Flat Type حوصلی پنوم پیژندل



شویده، مستعرض (3cm) دری ساتی
متره ده او یا دابه قدامی خلفی قطر خخه
دیر وی .

B - دا 'Oval' بیضه د Brachypellic یا
Oval type حوصلی پنوم پیژندل شویده .
مستعرض به یو 1cm او یا د 3cm ساتی
متره خخه لږه اندازه د قدامی خلفی قطر
خخه زیات وی .

C - Circle دایروی دا دایره پنوم د

mesatipellic یا Round Type یا گردی حوصلی پیژندل شویده پدی حالت کبئی قدامی خلفی
قطر به برابر یا لږه اندازه د مستعرض قطر خخه لږ وی .

D - قدامی خلفی بیضه، داد Dolichopellic یا Anthropoid حوصله پیژندل شویده پدی حالت
کبئی به د مستعرض قطر د قدامی خلفی قطر خخه لږ قطر ولری .

د ابنارمل حوصلی ډولونه :

i. Female (Brachypellic) ډول چی پدی حالت کبئی مستعرض قطر د قدامی خلفی

قطر د 1cm یو ساتی په اندازه لویوالی لری . که چیری قدامی خلفی قطر 12cm دولس
ساتی وی او یا لدی زیات وی دغه Large Type Pelvis په بنحو کبئی بلل کیږی او که
چیری دغه قطر د 10,5cm خخه لږ وی دغه حالت ته Small Female Type وایی او
که چیری مستعرض قطر د قدامی خلفی قطر خخه 3cm دری ساتی او یا دیر زیات والی
ولری دغه حالت ته Flat Female (Platypellic) ډول ویل کیږی .

ii. په گردی (Mesatipellic) Round حوصله کبئی مستعرض قطر نسبت قدامی خلفی

ته تر 1cm یو ساتی او یا لږه زیاته ښکاری دا ډول اوږده او لویه هغه وخت بلل کیږی چی
قدامی خلفی قطر 13cm دیارلس ساتی متر وی اولږه اندازه یی 11cm یوولس ساتی متر
خخه لږه وی .

III. د Anthropoid (Dolichopellic) دا قدامی خلفی ته اوږده بنسکاري پدی حالت کېښی قدامی قطر نسبت مستعرض ته زیاتوالی لری دا حوصله به هغه وخت لویه وکیل شی چی قطر یی په قدامی ډول د 14cm څخه زیاته وی او همدارنگه هغه وخت به کوچنی وبلل شی چی د 11,5cm څخه لږه وی .

که چیری په هر ډول حوصله کېښی د حوصلی Inlet مسافه د Ischial Tuberosities تر منځ د Out.let اندازه 8cm اته ساتی او یا د هغه څخه کوچنی وی دغه حوصله به Funnel Pelvis وبلل شی . دیلگگی په توگه؛ Round Funnel Type حوصله . همدارنگه Thoms په یوه څیرنه کېښی په 500 بنځو کېښی په لاندی فیصدیو سره د حوصلی ډولونه موندل شویدی :

د حوصلی ډولونه	فیصدي
Female (brachypellic) type	(28,8%)
Round (Mesatipellic) type	(46,6%)
Anthropoid (Mesatipellic) type	(22,6%)
Flat (Platypellic) type	(2,0%)

همدارنگه د څو تنو نورو عالمانو پواسطه (Cald,well, Moley & D`Esopo) پواسطه د راډیوگرافی له مخی په یولړ بلارو بنځو کېښی څیرنه کړیده او یلا یلی حوصلی یی په لاندی ډول سره شرحه کړیدی . همداراز نوموړو حوصله په مستعرض قطر سره په لویه برخه کېښی حوصله په دوه سگمنتونو ویشلی چی د Inlet برخه یی په قدامی او خلفی برخو ویشلی ده پدی هکله مستعرض قطر د حوصلی په تجزیه کېښی مرستندویه ده . همدارنگه خلفی سگمنت به ډیر لوی مستعرض قطر به د یوی کوچنی برخی ایلیاک هډوکو، د پویس دعلوی بازوگانو د Iliiopectineal کرښی په اوږدو پروت دی . لاندی ترمینالوژی به د څلورو ستنډرډ ډولونو لپاره پکار یوړل شی پدی هکله د (۴-۹) تصویر ته پاملرنه وکړی .

۱- Anthropoid type :

دا اوږده ، تنگه بیضوی ډوله حوصله ده دلته دواړه قدامی او خلفی سگمنتونه به اوږده تنگه بیضوی بڼه ولری . جنبی دیوالونه یا جدارونه یی سمه بڼه لری د Sub pubic دعانی تحاتی برخه به د سایز او اندازی له مخی Under average بڼه ولری او په کلاسیکه بڼه کېښی به Average inclination بشودونکی وی .

۲- Gynocoid type :-

دا د بنځو لپاره نورماله حوصله گڼل کیږي قدامی او خلفی سگمنتونه به گردی یا مستعرض قطر به لږه اندازه Ovoid shape وی . جنبی جدارونه به سمه بڼه

تحت العانی Sub pubic لیندی به سوره وره او عجز به په منحنی بڼه خلف ته Inclination ولری .

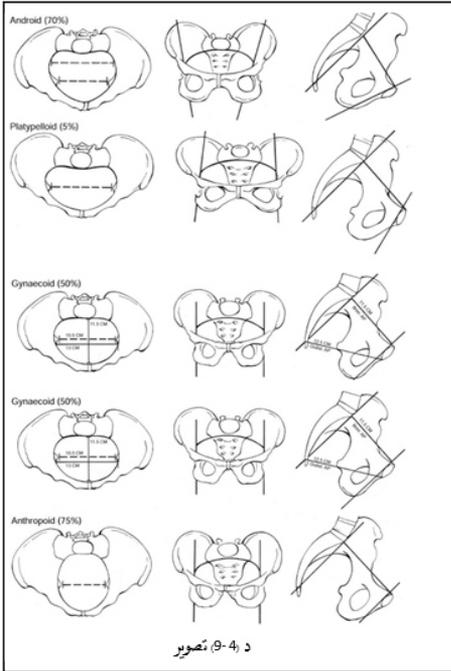
۳- Platypelloid type :-

پدی صورت کبسی به قدامی او خلفی سگمنت په مستعرض پیضوی Ovoid یا هموار Flat بڼه وی . د جنب جدارونه به سمه بڼه او تحت

العانی لیندی به سوره وره وی .

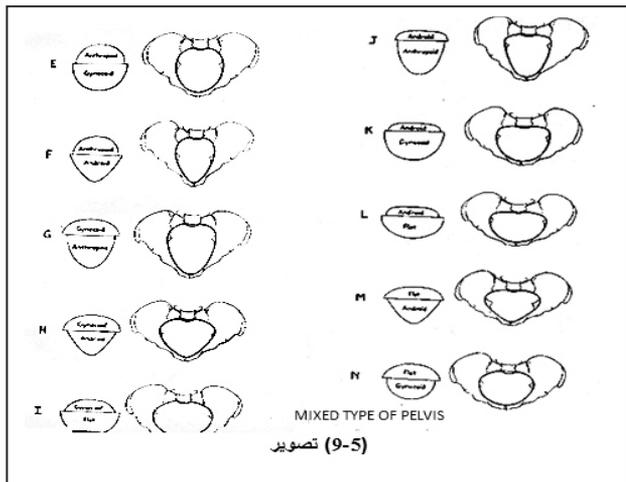
۴- Android type :-

دابه دمورفولوژی له نظره د نارینه و د حوصلی په څیر بڼه ولری ، خلفی سگمنت به هموار او سوره ور مستعرض قطر به عجز ته نږدی وی . قدامی سگمنت به دری ضلعی (Triangular) یا دری زاویې لرونکی بڼه ولری . دوه سگمنتونه په گډه سره Wedge-shaped بڼه منځ ته راوړی . په بنسکه برخه کبسی به دجنب جدارونه مقعریت څرگند کړی ، تحت العانی لیندی به نری تنگ او عجز به قدامی ته لیوالیتا ولری .



په خالص ډول څلورگونۍ تصنیف شوی حوصلی لږی موندل کیږی او د گډ ډول Mixed. type حوصلی ډیری لیدل کیږی . پدی هکله (۵-۹) تصویر کښی بنسودل شویدی چی د « N, M, L, K, J, I, H, G, F, E » په توری یلایلی ښی څرگند شویدی .

همدارنگه نوموړو علماوو په 3000 رایولوژی فلمونو کښی څیړنه کړیده د (2%) حدود بنسود نورمالو په پرتله انبارمل حوصله درلودلی چی دغه څیړنه او کلینکی نوم ایښودنه ډیری پاملرنی ته اړتیا لری .



متصله حوصله او نور

د حوصلی هغه حالتونه چی دبلا رتوب لپاره اختلاطی وی

دا هغه حالت ته ویل کیږی چی د مهمو اقطارو څخه د (1,5-2cm) پوری قطر لنډوالی څرگند کړی دغه راز حوصله چی د زیرونی لپاره ستونزه منځ ته راوړی دغه نوم ورکول کیږی . نقلص د Inlet په برخه کښی تر ټولو ډیر معول دی او True.Conjugate د قطر د بنسودنی لپاره پکار بیږی . هغه وخت وی همدارنگه Mechaelis یو تن عالم د متصلی حوصلی لپاره علمی څیړنی کړیدی او ویلی یی دی چی هغه وخت به مونږ د حوصلی لپاره د Contracted اصطلاح پکار یوسو چی د True

Cnjrgate اندازه (10cm)، لس ساتی متره وی او یا کله چی د (9,5cm)، نه نیم ساتی مترو خنجه لږه وی ورته Jastominor په هموارو حوصله کښی ویل کیږی . همدارنگه Litzmann د متقلص حوصلی لپاره بیلابیلی اندازی څرگندی کړیدی چی په لاندی ډول تر شرحی لاندی راخی .

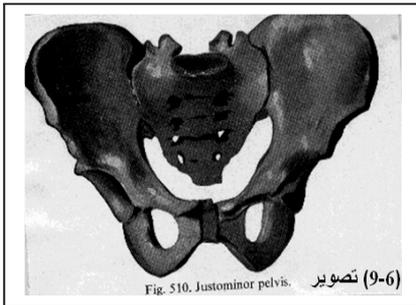
i. - هغه حوصلی چی (6,5cm)، او تر ټولو لنډی ذکر شویدی د True Conjugate برخه په دغه راز حوصله کښی نورمال ماشوم ته په طبیعی پساژ کښی د تیردو اجازه ورکړی او تر دغه اندازی لاهم کوچنی حوصله به Absolutely Contracted مطلقاً متقلصه وگڼل شی .

ii. - که چیری حوصله (6,5-9cm) ساتی متره وی دغه راز حوصلی ته Large Contracted بڼه ویل کیږی ځکه چی ناروغ او ژوندی ماشوم په لویه اندازه سره د لدی څخه په فشار راوړی .

iii. - دریمه درجه داسی حوصله ده چی True Conjugate د (9cm) ساتی مترو پوری وی او نورماله به وی . په دغه راز حوصله کښی به ماشوم هغه وخت د اختلاط سره مل وی کله چی د میکانیزم خطا په ځانگړی ډول د کوپری او حوصلی تر منځ شته والی ولری .
که څه هم دا تصنیف مصنوعی بلل کیږی خو بیا هم د څیرنواو بحث په وخت ښه دی چی پکار یوورل شی . همدارنگه د ماشوم د اندازی ، کلکوالی ، د کوپری Moldibility ، پرزتیشن ، پوزیشن او وضعیت . ټول د حوصلی په لویدنو او کوچنی کیدنه باندی اغیزه کوی . لدی کبله نوموړی حالتونه باید د حوصلی د اندازی سره په کچه د زیریدنی په وخت کښی په پام کښی وی .

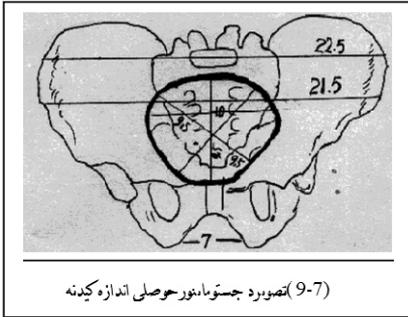
عمومی متقلصه جستوماینور یا کوچنی کاینیکوئید حوصلی
Generally Contracted Justominor or Gynecoid Pelvis

پدی هکله څو ډوله په پام کښی نیول شویدی چی په لاندی ډول دی :



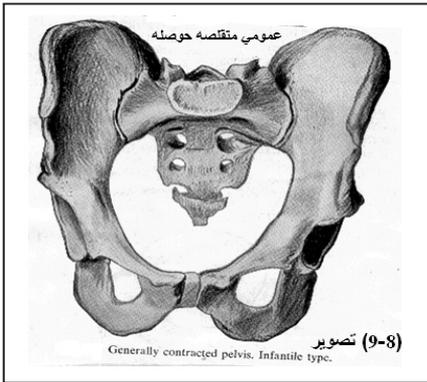
- ساده (Simple) متقلصه
- مساوی متقلصه equally contracted
- ماشوم توب The infantile
- مسکولین The masculine
- دوارف The dwarf

همدارنگه په (۶-۹) تصویر کښی تاسو یو 'equally contract' حوصلی ته پام وکړی دایوه نورماله کوچنی حوصله ده د ښی له مخی په یوه کوچنی تږادی (توکمیزه) ښخه کښی نثیت شویده .



(9-7) تصویر د جستویا نور حوصلی اندازه کښنه

ټول دغه قطرونه چی په (۷-۹) تصویر کښی څرگند شویدی لنډ گڼل شویدی او په نادر ډول اړیکه د True-conjugate به د نور قطرونو سره د اصلاح وړ وگڼل شی .



معمولا به ډیره لږه همواره کښنه به تعند وکړی . دا داسی تصور منخ ته راوړی چی rickets یو څه د عمومی هایپوپلازیا په اړوند منخ ته راوړی .

همدارنگه په (۸-۹) تصویر کښی ښکاری د Justominor Pelvis د ماشوم توب یا د Juvenil type وی.

inlet به په قدامی خلفی 'Oval' گډه بڼه

ولری عجز به پورته او اوږد وی . حوصله

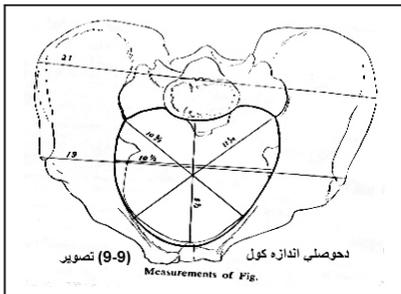
به ژوره او Tuberosities به یو تر بله

سره نږدی وی او حوصلی ته به (Funnel- shape)

دقیف بڼه ورکړی پدی هکله د (۹-۹) تصویر ته پاملرنه وکړی .

ډیری لږه اندازه درجی عمومی

حوصلی تقلص به معمول وی ، هغوی چی د



True conjugate قطر یی د 9cm – او 10cm په اندازه وی . او هغه چی د (9cm) څخه قطر کوچنی وی نادر دی او هغوی به معمولا د rickets ناروغی سره مل وی . یوازی د dwarf Pelvis

په حالت کښې به قطر 7cm او یا تر هغه لږه اندازه ولری Dwarf Pelvis ډیری نادری دی او Breus او Kolisko لاندی پنځه ډوله تعریف کړیدی .

i. - Chondrodystrophic dwarf -

داد جنین په وخت کښې د کاندور ډیستروفی له کبله منځ ته راځی د اوږدو هډوکو وده د اسی فیزیال په برخه کښې تراغیزی لاندی راځی کوپری او ټیر به په ښه توگه وده وکړی او د څر به کیدنی لوری ته لیوالتیا څرگندوی ددغه راز ناروغانو حوصله به صریحا کوچنی او همواره وی خودلته د rickets نښی نه څرگندپری . او همواره کیدنه به د ودی د کمښت له کبله د ایلیاک هډوکی په Innominata برخه کښی وی .

ii. - Ture dwarf - وده حوصلی به د ژوند په لومړیو کښی منځ ته راشی د تولی حوصلی Ossification عظمی کیدنه به نشوالی ولری او حوصله پخپله د ماشومتوب په ښه پاتی شی او هغه ته به ورته اوصاف ولری .

iii. - Cretins - معولاً د dwarf حوصله ده پدی کښی په عمومی بڼه د هډوکیزی برخی وده نشوالی او یا به وده ځنډنی وی او دا ډول هغه وخت په ښه توگه د پیژندنی وږده چی وروسته هم دای فیز برخه سره یو تر بله نه فیوز کیږی دا راز حوصلی به معمولاً همواره د نریو هډوکو او پیرو بندیزو برخو درلودرنکی ده فورامین ډیر لوی او عجز کوچنی او لنډوی پدوی کښی به تل د تایراید غده پرته له دندی سرته رسولو تثبیت کړل شی او ترشح نلری .

iv. - Racketic dwarf - : دا راز حوصلی دوه ډوله لری :

۱ - هغه چی عمومی هایپوپلازیا د ناروغیو له کبله وی .

۲ - هغه چی ساینز د حوصلی لږوالی موندلای دابه ډیرو اړیکوسره او اوږده هډوکی به لنډوی .

v. - Hypoplastic dwarf : پدی ډول کښی به ټول هډوکی په وده کښی په انسداد اخته وی دابښای د rickets سره یوځای وی .

د جستوماينور حوصلی پښندنه

د دغه راز حوصلی پښندنه د ټولو بهرنی اندازه کولو له مخی په شمول د محیط ، ټول ، قطرونه د نورمال څخه لږه اندازه لری خو دابه د Contracted حوصلی لپاره مصون نه وی ځکه چی کیدای شی چی کانال roomy بڼه ولری د ناروغ جوړښت به کوچنی خویوه غټه ښاخه ښایي لویه او غټه حوصله ولری او masculine به د لږ لومن لرونکی وی Rhomboid of Michael's به کوچنی او لنډوی هغه ښخی چی د infantile type حوصله ولری هلته به د هایپوپلازیا شهود شته والی ولری دوی به کوچنی مخ ، کوچنی ټیونه اوږد صدر ، Veceroptosis سم تو (Straight spine) کوچنی فرج ، نری او تنگ حرقی فخذی (Hip) او عمومی بڼه به بی د یوه ماشوم په څیر وده موندلی وی .

په داخلی کتنه کېښی به دټولو افتضارو په هکله کوچنیوالی شته والی ولری دغه راز حالتونه به په پښندنه کېښی مرستندویه وی د گوتی پواسطه کولای شی چی د جدارو برخه جس کرو او linea terminalis به په ټوله اوږدوالی سره جس کرو . د اسکیم تو Spine سره یو بل ته نږدی دی Toberosities به معمولاً سره نږدی وی او د پویس د قوس برخه به تنگه او لږه وی .

همواره یا پلاتیپلوئید حوصله

Flat or platypeloid Pelvis

دا هغه ډول حوصلی دی چی پدوی کېښی قدای خلی قطر متقلص وی بعضی مؤلفینو دغه راز

حوصلی په دوه برخویشلی دی .

i. Simple flat -

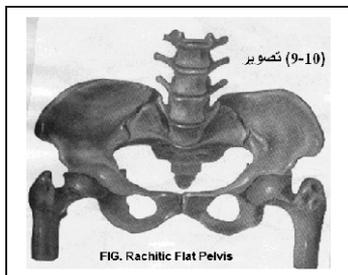
ii. Rachitic flat -

i. **Simple flat Pelvis** : دا چی څرننگه ښکاری دا لکه د Simple flat Pelvis دی

خو نادراغ rachitic له اصله دی او داسی فکر کیږی چی په ماشوم توب کېښی به دوی وزن لرونکی څه ښکته پورته کړی وی او یا به داسی څرگند کړی چی کوم ماشوم ښایي د ژوند په لومړیو کېښی تر پښولاندی کړیوی او حوصله یی همواره (پټه) کړیوی . خو دغه ټول به د احتمال له مخی وی که چیری rickets متخ ته نه وی راغلی پدی لږ کېښی به هډوکو ابارمله وده شته والی ولری . په ډیرو حالتونو کېښی Simple flat حوصلی نورماله څرگندونه کوی . د عجز هډوکو ښکته او قدام ته ښکاری او د inlet لپاره به Out line

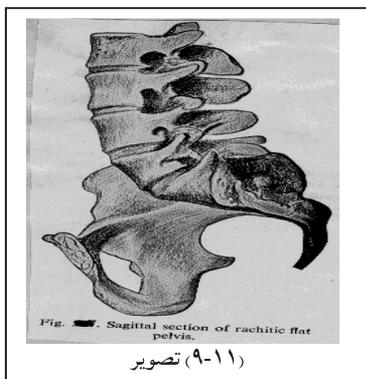
لوی وی او پښتورگی ته ورته (kidney- Shape) بڼه به حوصلی ته ورکړی د حوصلی د جوف برخه به لږه اندازه همواره وی د Outlet عریض کیدنه شته والی نلری او د قدامی علوی تو ترمنځ مسافه د Crests په څیر څرگندونه ولری .

ii. Rachitic flat pelvis – دا ډول حوصلی تل د نورماله څخه کوچنی دی ځکه چی



هدوکی کوچنی او نری دی په نادر ډول سره هډوکی درانده کیدای شی . د ایلیاک وزرونه بهرته او همواره بڼه لری له همدی کبله به قدامی علوی تو ترمنځ مسافه به د Crests مسافی سره مساوی او یا ډیره وی . پدی هکله (۹-۱۰) تصویر پاملرنه وکړی .

په تصویر کبسی د Rachitic همواره حوصله په بڼه توگه تر نظر کیري . د حوصلی inclination زیاتوالی مومی ، د پویس لیندی لویه وی ، هغه زاویه چی پویس د inlet سره جوړوی دابه (Obtuse)



(تړلي) وی . Toberositiese برخه به یوله بله څخه لیری وی او داسیا یولوم بڼه به نورمال څخه قدام ته متوجه وی دا ددی علت گرځی چی د فخذ د حرکت په وخت د حرکت بدلونه منځ ته راشی پښی قدام ته راوستلی بڼه لری . تر یولو غوره بدلون به په عجز کبسی شته والی ولری . دغه هډوکی به ښکته لوری ته د حوصلی جوف ته دننه تر فشار لاندی وی . د هډوکی مقعربت به په قدامی وجه

کبسی وی او بدلون به دواړه وجهو کبسی منځ ته راغلی وی . له همدی کبله به حوصله پسته (همواره) بڼه ولری . په ډیرو پرمخلو بڼو کبسی به دواړه اړخونو ته مقعربت له یوه اړخه بل اړخ ته منځ ته راغلی وی . اوله پورته څخه به ښکته لوری ته سمه بڼه ولری عجز به له دواړه وزرونو څخه بهر ته وتلی بڼه ولری . یو ثانوی یا False promontory بعضاً د True لپاسه پروت وی پدی هکله د (۹-۱۱) تصویر ته پاملرنه وکړی .

همدارنگه غوره بدلونونه دکانال بڼې او اندازی ته توپیر وربخښی او تر ټولو غوره به د inlet همواره (پټه) کیدنه منځ ته راتلنه وی چی د قدام څخه به ښه د پوهیدو وړوی . او د inlet برخه ښایي د پښتورگی بڼه غوره کوی . لوړه درجه د تقلص ښائی د Ture conjugate په برخه کښی وی . مستعرض او مایل قطر به نورمال اویا حتی ډیر وی .

د True Pelvis (اوردہ) Shallow بڼه لری او Outlet به ډیر لوی وی او همدارنگه زیږونه به پدی حالت کښی نسبت متقلص حوصلی ته توپیر ولری وروسته یا لدی کبله چی حوصله معمولاً په یو ډول سره په ټولو قطرونو کښی دکانال په اوږدو متقلص کوی او کوپری باید د رابښکه کیدنی په وخت د مقاومت سره مخامخ شی وروسته لدی کله چی د انلیټ (inlet) څخه کوپری تیره شی ډیری مسافی او اندازی په چټکی او سادگی سره مستعرض بڼه غوره کوی . همدارنگه Rachitic حوصله په خلفی وجه کښی معمولاً د exostosis حالت په سمفیرس پویس برخه کښی څرگدوی .

پېژندنه :

د ناروغی په تاریخچه کښی به دا راز ناروغ په ځنډ سره گرځیدنه وکړی او په ځنډ سره به یی غاښونه ویستلی وی . پدی ناروغی اخته ناروغ به لاندی او صاف ولری . کوپری به څلور کونجه (Square) مربعی ، تخریب شوی دگرووی هډوکی (ترقوه) rachitic rosary ، کوږ (کمان) شظیله (Tibia) او فخذ ، کارپه لینکی ، لنډ او پلن لاسونه او دپښی پل به شته والی ولری . دملا تیر به معمولاً Scoliotic او Michaelis rhomboid به ښکته او پلن وی او له قاعدی څخه به پورته لوری ته د یوه مثلث په څیر بڼه ولری . فرج به معمولاً د ډیر inclination له کبله دننه ننوتی وی . همدارنگه معمولاً به په معاوضوی توگه Lordosis منځ ته راغلی وی او کله چی ښځه په استجاع ظهري وضعیت د بستر لپاسه پریوزی د ملالاندی د کونکی طیب لاس د تیریدنی وړ دی .

د ورنونو تر منځ مسافه به ډیروالی ولری . همدارنگه حوصله به همواره بڼه ولری او یو تجربه لرونکی طیب دا پېژندلای شی . ددوه قدامی علوی تو او Crest اندازه به سره برابره وی . اویا به د تو ترمنځ فاصله لویه وی داهم د جس پواسطه تثبیت کیری .

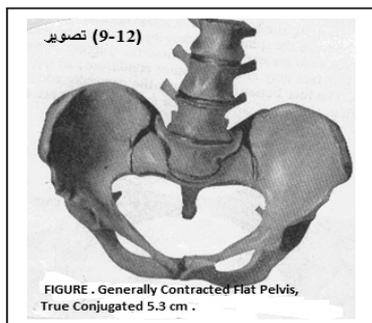
په دننه کښه کښی به د حوصلی جوف ژوره او اوږده بڼه ولری او دپویس خلفی وجه به exostosis ولری او کونکی کولای شی چی linea terminal جس کړی او Sacrociatic ligament به حساسه بڼه ولری . اړخ ته به عجز د جس پواسطه مقعیریت ولری ، همدارنگه Digonal

conjugate قطر به لبروالی ولری دابه 2cm دوه ساتی متره د True conjugate خخه لږه وی او کله ناکله دری 3cm ساتی متره لبروالی ولری .

عموما متقلصه همواره حوصلی

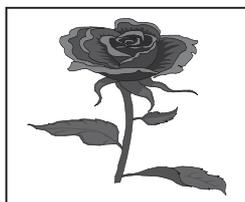
Generally Contracted Flat Pelvis

کله چی د rickets ناروغی داوردی مودی لپاره خندنی شی او دحوصلی وده په تپه



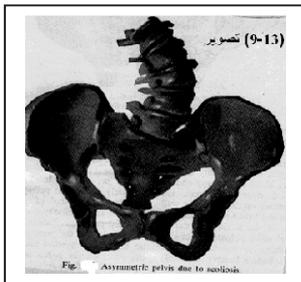
ودرپیری حوصله نورماله بڼه له لاسه ورکوی . غیر نورمال کپری . د هډوکو د ډیفورمیتی له کبله د عجز هډوکي بڼگه لوری ته حی ، همدارنگه ددی په نتیجه کېسی عموما متقلصه او همواره (پټه) حوصله منخ ته راخی او تر ټولو کوچنی حوصله په همدغه کلاس کېسی موندل کپری . Inlet به ډیر تنگوالی او کوچنیوالی ولری او دومره به کوچنی وی که چیری د

شپږو میاشتماشوم سقط وکړی هغه ته هم د تیریدو اجازه نه ورکوی او په ډیر کرانه بڼه به ورخخه تیره شی پدی هکله (۹-۱۲) تصویر ته پاملرنه وکړی .



راشیتیک (Rachitic) دوارف Dwarf بنحی دغه راز حوصله لری ، که چیری په دوه نیمائی (2¹/2) ددغه راز حوصله کبسی د inlet په برخه کبسی په وصفی ډول توپیر شته والی ولری دا ډول حوصله به د Obliquely Contracted Pelvis پوری اړوند وگڼل شی . تر ټولو ډیر غوره علت د مایلو متقلصو حوصلو لپاره به Scoliosis وی چی دا که د هر علت له مخی وی خپله اغیزه په حوصله اچوی او که چیری د عجز به برخه کبسی مقعیریت توپیر ولری دابه بنسکه برخی د تاویدنی له کبله وی کله چی د ملاتیر فقری جوړبنت مومی غلطه تاویدنه مومی همدارنگه د حوصلی بل د غیر متناظر کیدنی لپاره به Scoliosis علت وگڼل شی . (۹-۱۳) تصویر ته د Simple Scoliosis لپاره پاملرنه وکړی . خفیف پینبی د دغه راز Scoliosis معمول دی دوی نادرا د Dystocia سبب گرخی .

همدارنگه د پولیو میالیت ناروغی له کبله به لوی لومن شته والی ولری خود د Scoliosis له کبله به بنی لوری ته کوږوالی ولری . په (80%) پینو کبسی به Asymmetry یا غیر متناظر والی شته والی ولری . همدارنگه غیر متناظر والی به په هغه بنسحو کبسی نشتوالی ولری چی د ډیر پارالیز Paralysis له کبله په بستر پرتی او محکومی دی او هغوی چی هیڅکله په لاندی برخه (پنبو) باندی فشار نشی راوړلای دوی ټول فشار د لاسونو پاسه راوړی .



هغه ټکی چی د Obliquely Contracted Pelvis لپاره معمولاً د پام وړدی هغه په لاندی ډول سره دی .

۱. inlet هغه برخه کبسی چی Convexity د فظنی

سکولیوز لپاره څرگندوی په دی پوری اړوندی

چی عجز به د اړخ لوری ته بنسکه وی

۲. لدی کبله چی د تی دوزن فشار د عجز د وزرونو لوری ته لېږدونه کوی او نسبت نورو

برخو ته دلته ډیر فشار منځ ته راځی او هغه هډوکی چی د فشار زیاتوالی ورباندی راځی

لږه اندازه وده کوی . او هغه برخه چی ورباندی لږ فشار راځی ډیره وده کوی . او دا عمل په

Sacroiliac joint باندی هم اغیزه کوی فورامینونه کوچنی وی او یو بل ته نږدی وی او په

اټروفی اخته کیږی .

۳. - حوصله تنگه وی او ډیره متقلصه کیری هغه برخه چی ډیره متقلصه وی نسبت بلی برخی ته پورته موقعیت نیسی داچی فشار یوه اړخ ته لیردونه کوی لدی کبله هماغه فخذ پورته ، دننه او خلف ته فشار راوړی او همدغه لوروته بی حایه کیدنه مومی .

۴. - سیاتیک (Ciatic) لیندی (natch) تنگوالی مومی .

۵. - د پویک لیندی دمقلصه برخی ته متوجه کیری .

۶. - د True Conjugate برخه مایل خلفاً لوری ته حی .

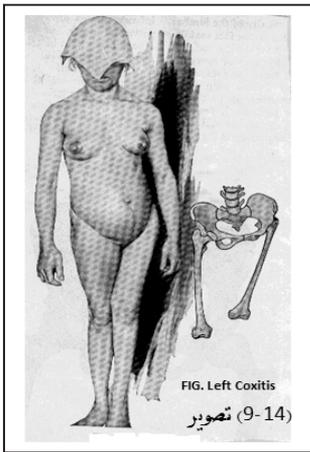
۷. - ولادی مستعرض قطر به تل لنډ وی .

۸. - مایل قطر به په غیر مساوی توگه وی .

۹. - یو د ایسکیم Tuberosity به نسبت د بل خخه پورته موقعیت ولری .

کوکسا لجیک حوصله (Coxalgic Pelvis):

د حرفقی فخذی مفصل ناروغی په ماشوم توب کبسی تل د حوصلی بدرنگی (دیفور میسی) اغیزی منخ ته لاوړی . په نادر بڼه به دغه اغیزی په لومن لری او نادرا به د لومن د نورمالی بڼی په صورت کبسی د Dystocia حالت منخ ته راوړی . همدارنگه د (۱۴-۹) تصویر د کوکسالجیک حوصلی ښودونکی دی . داچی د اخته لوری په هډوکو کبسی دردناکه حالت شته والی لری . داچی د ناروغه لوری د حوصلی به دردناکه وی لدی کبله ناروغه تل غواړی چی د روغی برخی



خخه کار واخلی چی په نتیجه کبسی د فخذ کوپری (پته) هواره بڼه غوره کوی او دتولی حوصلی بڼه غوره کوی .

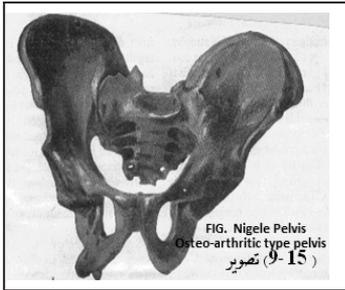
د اخته هډوکی لوری به اتروفی وکړی او کوچنی به وی او دعضلاتو او تارو برخه په غیر منظمه بڼه تر ترکشن لاندی وی . په ناروغی اخته نیمائی حوصله به لویوالی ومومی اوبهرته به کش شوی بڼه ولری . لدی کبله چی ناروغه غواړی ناروغه لوری پښه په پشپه توگه په حمکه کیردی هغه پورته نیسی له همدی کبله د ناروغه اړخ لوری نسبت روغه اړخ ته پورته

پاتی کیری . او حوصله په ناسمه بڼه وده او جوړښت مومی . همدارنگه بدلون د لږتر لږه د زنگون

په توبرکلوزس کبسی ، په پورتنی برخی امپوتیشن او نوری یولر ناروغی چی د حوصلی او د اطرافو په دنده سرته رسولو کبسی اختلال منځ ته راوړی لیدل کیږی .

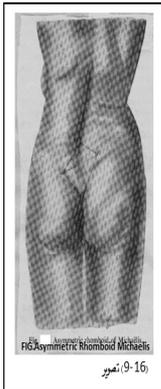
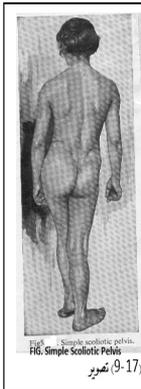
د ناجیل حوصله (Nagele's Pelvis):

لکه چی په (۹-۱۵) تصویر کبسی ښکاری یوه تر ټولو وصفی Obliquely Contracted مایله منقلصه حوصله د Sacro-iliac بند ناروغی او دایلیوم او عجز د برخی د مطابقت د اختلال له کبله منځ ته راځی . د لومړی ځل لپاره ښاغلی Nagele یوتن عالم ۱۸۳۹ کال کبسی هغه حوصلی ته ددغه اصطلاح نوم ورکړ مایل قطر د حوصلی د بشپړ انکیلوزس پواسطه یوه اړخ ته د Sacro-iliac Synchondrosis له کبله منځ ته راځی چی داد همدغه لوری عجز او اینومیناتوم دیمکری ودی سره مل وی . او په ۱۹۲۶ کال کبسی د Williams نومی عالم پواسطه دغه راز حوصلی تائید اوپه خپل لیتراتور کبسی ورڅخه یادښت کړی .



همدارنگه ددغه راز حوصلی د شته والی په هکله Thomas په خپلو روتینورادیوگرافی په لړ کبسی نشیت کړیدی . اوداسی تاریخچه شته والی لری پدی حالت کبسی په بریالی توگه کیدای شی چی زیږونه ترسره شی او رادیوگرافی دیوی روتین کړنسی په څیر د پیژندنی لپاره توصیه کیږی .

پدغه راز حوصله کبسی عجز اتروفیک دیوه وزر لوری ته ښه ولری او حتی هیڅ شته



والی ونلری . او د حوصلی نیمائی اړخ ته به حقیقی اندازه لږه وی . د کلینک له نظره غوره تر ټولو د حوصلی د لومن لږوالی او تنگوالی چی د Outlet لوری ته دوام مومی شته والی ولری .
پیژندنه :

دامعمولا ساده ده چی مایلی ناسمی حوصلی ښه وپیژندل شی خو دابه ډیر ساده چی د پتولوزیک پروسسی یاد ځانگړی درجی د تقلص په هکله څه وویل شی . د یفورمیتی د کاره ښی رفتار پواسطه تصور ته راوړی

همدارنگه د Scoliosis ، غیر مساوی او بردوالی به په پښو کېښی شته والی ولری که چیری د سینو سونو تندب شته والی ولری په ماشوم توب کېښی به حرققی فخذی مفصل او Sacro-iliac مفصل په هکله د ناروغیو شته والی به په تاریخچه کېښی څرگند کړل شی . همدارنگه یولړ ناروغی دنخاع پرالایزس rickets سکولوز ، Coxitis ، امپوتیشن د پښو او Spina bifida به د حوصلی د غیر متناظر کیدنی ډول منځ ته راوړی . پدی هکله به (۹-۱۶) تصویر ته پاملرنه وکړی چی دیوه ساده سکولیوتیک حوصلی بڼه څرگندوی .

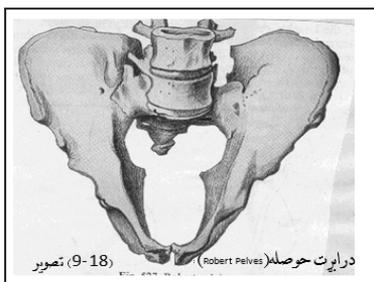
په مایله ډول حوصله کېښی به چی متقلصه بڼه ولری د سکولوزس سره مل به پښو لنډوالی ، دیوه لوری حرققی فخذی هډوکوی مفصل به پورته او خلف ته پروت وی دپویس برخه به بی حایه وی او دوینستانو کرښه به مایله بڼه ولری او Rhomboid Of Michaelis برخه به غیر متناظره وی او کونایتیو فولډ gluteal. Fold به یوی لوری ته بنګنه وی پدی هکله (۹-۱۷) تصویر ته پاملرنه وکړی دهډوکو د جس پواسطه به موندنی تثیت کړل شی ، دایسکیم توبروزیتی به یوی لوری ته لوړ موقعیت ولری او دپویس د متونو څخه به یوه لوری ته په بیلابیلو Direction سره وی . بلی لوری ته به ډیر کوږ د لیندی برخه او نیمائی د حوصلی لږه اندازه roomy وی . البته ددغه راز حالت د پیژندنی په هکله تر ټولو ډیر به د رادیوګرافی تر سره کول غوره مرسته وکړی په دننه ګڼه کېښی نیمایی د حوصلی ډیره کوچنی تثیت کړی . بنایي چی Sacro-iliac مفصل انکیلوزنگ بڼه جس کړل شی .

مستعرض متقلصه حوصلی (Transversely Contracted Pelvis) :

د کلینک له نظره د Justominor او مستعرض Transversely متقلص حوصلی د Dystocia لپاره معمول علت گڼل کیږي د توقع له مخی مستعرض متقلص حوصله به د inlet په برخه کې ډیر نادره خبره ده . خفیف درجی د تقلص به په infantile حوصله کې دلیول شی همدارنگه د حوصلی د out let برخی تقلص به په قیف ډوله Funnel او مسکولین Masculine ډول حوصلو کې لیدل کیږي .

i. دراپرت حوصله (Robert Pelvis) :

نوموړی په 1842 کال کې د مستعرض متقلصی حوصلی په هکله خپل نظر وړاندی کړیدی چی لده وروسته په حودود (۱۲) ډوله حوصلی د نوروله خوا تعریف شویدی داهم د

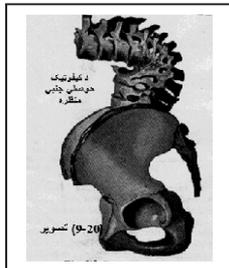
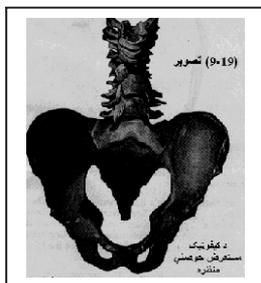


Nagele حوصلی ته ورته بڼه لری . پدی هکله Osteo-arthritis ناروغی په ډوارو Sacro-iliac بندونو کې اغیزه ولری دواړه لوری د حوصلی جوف به تراغیزی لاندی راشی اود inlet برخه به نری او تنگه ساحه ولری . او دغه تنگوالی معمولاً د حوصلی تر

outlet پوری ادامه ومومی پدی هکله (۱۸-۹) تصویر ته پاملرنه وکړی . په تصویر پوره پاملرنه وکړی چی څومره حوصلی قطرونه د مستعرض اوږدوالی په لور لنډی دی او هغه د حوصلی د تقلص علت گرځی .

کیفوتیک حوصله (Kyphotic Pelvis) :

دالړ حوصلی په مستعرض توگه متقلصه دی د مستعرض قطر لنډی والی به شته



والی ولری . همدارنگه دا حوصله به د Funnel type ډول اړوند اوصاف ولری . که چیری Kyphosis په پورته برخه د ملا د تیر کې شته والی

ولری په معاوضوی ډول به بڼکه برخه کېښی Lordosis منځ ته راوړل شی ترڅو دوزن د انتقال لپاره د هدایت لیکه څه نا څه دنورمالی بڼی ته ورته برابره کړل شی د کیفوتیک مستعرض منقلص حوصلی ته په (۱۹-۹) تصویر ته پاملرنه وکړی .

که چیری لږه اندازه بدلون د Rnuckle او یا (gibbous) قطنی په برخه کېښی منځ ته راشی دابه د حوصلی په برخه کېښی توپیر منځ ته راوړی . پدی هکله (۲۰-۹) تصویر ته پاملرنه وکړی . عجز به داسی بڼکاره شی چی هغه پورته لوری ته د حوصلی څخه بهرکش شوی پروت وی په همدغه وخت کېښی عجز په مستعرض محور سره تاویدنه کوی او خلف او عصص هډوکی برخه دننه او قدام لوری ته تاویدنه کوی . ډیره اندازه inclination د حوصلی به ساده گی سره وپوهیدل شی ناروغان پدی حالت کېښی د گیدی په بڼکني برخه قدام ته فشار واردوی صدر پورته او اوږی خلف ته نیسی . پدغه راز ناروغانو کېښی Pendulous abdomen شته والی لری . که چیری د قطنی برخی بڼکني برخه او عجز لومړی فقره سو شکل ولری او د حوصلی د Inlet لپاسه د بام (Roof) بڼه منځ ته راوړی لدی کبله به Spondylizema او یا Febling Pelvis Obstecta حوصله منځ ته راځی که چیری حوصله لویه هم وی او دغه حالت شته والی ولری پدی صورت کېښی به ماشوم د زیرونی وخت حوصلی ته وردننه نشی بعضی دغه ډول بڼخی چی کیفوزس ولری دغه راز بڼخی د Kyphotic heart درلودونکی هم دی . د سږو په بهیر کېښی بندوالی منځ ته راوړی اودابه دبنسی زړه هایپرتروفی منځ ته راوړی او دمایو کاردیال ویجاړیدنه او تخریب هم منځ ته راتالی شی .

قیف ډوله حوصله (Funnel Pelvis):

کله چی د حوصلی لومن کوچنی



وده وکړی او دا وده په کوچنی ډول سره د inlet څخه د 'outlet' لوری ته وی دغه حالت ته به د قیفي حوصلی (Funnel pelvis) نوم ورکړل شی . دغه راز ډیر حوصلی منقلصه دی او کیفوتیک بڼه لری . همدرانکه د Robert ، Nagele ، rachitic حوصلی په همدغه کلاس پوری اړوند

کمال کیږی . ددی حالت د پاره د منځ ته راتلنی علتونه لاهم پیژندل شوی ندی . پدی هکله

(۹-۲۱) تصویر ته پاملرنه وکړې ، په نورو ټولو برخو کېښی به حوصله نورماله بڼه ولری یوازی د عجز او ایسکایوم برخه کېښی به د "outlet" لوری ته تحول شته والی ولری .

هغه ښځی چی د Masculine عادت ولری او مقاومت ولری دوی په شدید بڼه د Funnel حوصلی ولری . ددغه راز حوصلی سره به د تناسلی غړو کوچنی او په ماشوم توب ډول د دغه غړو پاتی کیدنه شته والی ولری . ویلیم Williams پدی خبره ټینکار کوی چی هغه چی د High assimilation لپاره علت گڼل کیږی دا علتونه به د Funnel pelvis لپاره هم علت گڼل کیږی . په ډیره درجو سره د Funnel pelvis منځ ته راتگ ډیر نادره خبره بلل کیږی . په منځنی ډول سره د حوصلی نقلی بڼه د outlet په برخه کېښی ډیره منځ ته راځی او دا په یوازی توگه معمولاً د ډیستوسیا لپاره غوره علت نوی خو یو لړ نور فکتورونه لکه : د حوصلی پسته برخه ، پرزیتیشن ، پوزیشن غوره رول لری . پرته له متردد (زړه نازړه والی) کیدنی یو لړ کسان د فورسپس جراحی کړنلاره هغه وخت چی زیږونه په دوهمه مرحله کېښی وځنډیږی پکاروی .

یو لړ عالمانو Arnell ، Guerriero ، او Irwin په 100 تنه ښځو کېښی د Ball Pelvicephalogram له مخی داسی تثیت کړیدی چی د حوصلی کانال به په منځنی ډول (11,97cm) وی خو یو لړ پینښی به د (8,2-15cm) پوری ژوروالی ښایي توپیر ولری . لدی کبله د ماشوم د زیږیدنی په وخت به دا ناروغان دقیق اندازه ټاکی ته اړتیا لری داد کلینک له پلوه غوره رول کیږی .

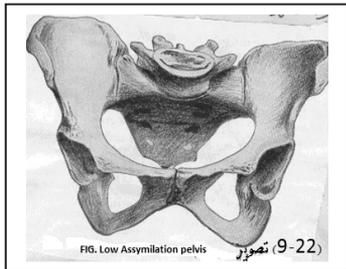
پیژندنه :

داچی لکه دمخه مو وویل د قیني حوصله (Funnel pelvis) د کیفوزس سره مل بڼه به په ساده توگه وپیژندل شی . کله چی د یوه وتلې او پېسېدلې برخه (gibbous) د شا په برخه کېښی ښکته موقعیت ولری دابه په ساده گڼی سره وپیژندل شی . همدارنگه د Masculine حوصلی پیژندنه ساده کار نه بلل کیږی . همدارنگه د Pelvimetry له مخی دغه حالت په ښه توگه د دغه راز حوصله په ښه توگه دپیژدنی وړه ده همدارنگه د رادیوگرافی تر سره کول د پیژدنی لپاره غوره کړنه بلل کیږی .

اسیمیلشن حوصله (Assimilation Pelvis) :

د امبریو په وخت کېښی د ایلیاک هډوکي په 25 او 29 فقراتو په ساحه وده کوی وروسته یادغه پنځه فقری یو تر بله سره فیوز کیږی ترڅو عجز جوړ کړی . لومړی به Sacroiliac مفصل د شپږویشمی فقری سره منځ ته راشی او ژر به 25th او 27th به اخته شی . که چیری

دایلاک هیدوکی د فقراتو سره لږ څه پورته یو ځای شی دابه 24^{th} ، 25^{th} ، 26^{th} فقره وی . دلته به عجز اوږد او نری وی پدی لږ کبسی به د عجز لومړی فقره د یو سٹیج (Stage تخت) په څیر د آخری قطنی برخه لپاره جوړ کړی . عجز به ددی په



عوض چی پنځه فقری ولری پدی حالت کبسی د شپږو فقرو درلودونکی دی او د څلورو فورامین (سوریو) په عوض به پنځه سوری ولری . له همدی کبله به وروستی د قطنی Lumbar فقره د عجز لپاره assimilation بڼه ولری . دغه حالت ته د ولادی له نظر high assimilation pelvis وایي دا

ددی کبله دی چی د ایلیوم هیدوکی د نخاع ستنی (فقراتوستون) سره د نورمال څخه پورته نښته لری . همدارنگه که چیری دایلیوم هیدوکی د Spina column نخاعی ستنی سره په 26^{th} ، 27^{th} او 28^{th} فقراتو برخه کبسی پدی لږ کبسی به د قطنی پنځه فقراتو په عوض شپږ قطنی فقری وی او وروستی شپږمی فقری ته به چی د لومړی عجزی فقری او صاف لری دغه حالت ته به د شته والی په صورت کبسی د Low assimilation pelvis نوم ورکړشی داځکه چی د ایلیوم هیدوکی د نورمال حالت څخه بنسکه د فقراتو سره توصل موندلای دی او پدی حالت کبسی به عجز لنډه معمولاً پراخ ، او دری یا څلور سوری به ولری پدی هکله (۲۲-۹) تصویر ته پاملرنه وکړی .

په ډیرو پښو داسی پښیری چی د ایلیوم توصل به نورمال یوه اړخ ته وی او بل اړخ ته به بنسکه یا پورته د نورمال څخه وی چی پدی صورت کبسی غیر تناظر د حوصلی مستح ته راځی او دغه حالت ته asymmetric assimilation pelvis حالت ویل کیری .

ددی لپاره به د Scoliosis حالت غوره علت وگڼل شی . که ناکله داسی پښیری چی د عصص هیدوکی د عجز د فقراتو سره assimilation وکړی . دغه حالت لږ د کلینکی پلوه ارزښت لری . خو دغه برخی کسرونه ډیره معمول گڼل کیری . Assimilation بعضاً د Funnel او یاد مستعرض Transverse متقلص ډول حوصلو لپاره او د زیرونه د څنډیدنی لپاره د outlet په برخه کبسی مسؤل گڼل کیری او دابه یو مساعد کونکی فکچور د کسرونو لپاره وی . همدارنگه عالمانو Breus او Kolisko دغه راز حوصلی د څیړنی وروسته په پنځه ډوله تصنیف کړیدی :

High Assimilation	۱
Transversely contracted Assimilation –	۲
Mid plan contracted Assimilation	۳
Low Assimilation	۴
Asymmetrical Assimilation	۵

همدارنگه په يوه خپرونه کېنې د Assimilation لپاره درد ملنی په هکله په لاندې فیصدیو

کړنې ترسره شویدی .

- بنفسهی زیږونه په (51,5%) پینو کېنې .
- دسیزارین سکشن کړنه په (22,2%) پینو کېنې .
- دفورسپس پواسطه زیږونه (8,4%) پینو کېنې .
- د ماشوم پرفوریشن (4,2%) پینو کېنې .
- چی ددغه راز پینو په صورت کېنې د پام وړده .

سپانډیلو لیستیټیک حوصله (Spondylolisthetic pelvis):

Kilian یو تن عالم دغه نوم د

لومړی ځل لپاره په کال 1854 کېنې کینود دا

اصطلاح هغه وخت پکار وړل کېږی د فقری

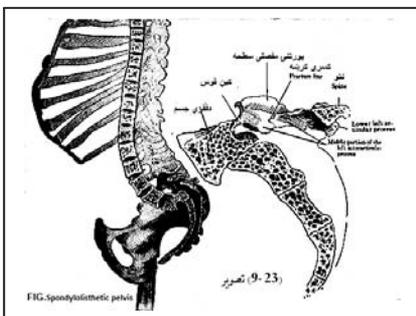
بنسیدنه (Sliding) شته والی ولری . په

بنسټیزه توگه د بدن په ملاتیر کېنې وروستی

قطنی فقره بنسیدنه کوی (په نادر ډول

څلورمه او دریمه) دا فقره په عجز بانندی د

لومړی فقری په سطحه بنسیدنه دننه حوصلی



لوری ته تر سره کوی چی دا حالت له ځانه سره د ملاتیر هم راکاری پدی هکله (۲۳-۹) تصویر ته

پاملرنه وکړی .

مفصلی Processes د فقراتو او عجز نه بی ځایه کېږی همدارنگه د قطنی فقره بنسایې

قدام ته راوتلی بڼه ولری او داسی څرگنده شی چی Synostotic د ډیر ترضیضات ، په ولادی ډول

د فیوژن نشتوالی او تعظم نشتوالی ، د مفصلونو پوستوالی د هورمونو له کبله د بلارتوب په وخت .

دغه حالتونه به حوصلی دیفورمیت.ی منځ ته راوړی :

- ۱- د حوصلی inclination به دانسداد سره مخامخ شی په ډیر شدیدو پینسو کبسی د inlet برخه به اکثر افعی وی .
- ۲- بشکننی د قطنی فقری تو (Spine) به د استطالی په خیر راووخی .
- ۳- په inlet کبسی True conjugate به 5cm لږوالی څرگند کړی او ډیره برخه د حوصلی به دقیق په خیر بڼه غوره کړی .
- پېژندنه :

- د پېژندنی لپاره به لاندی حالتونه ترسترگو شی .
- i. — دایلیک Cresta برخه به افقی بڼه ولری او همدارنگه دابه د صدر د پینستوته نږدیوالی څرگند کړی . .
- ii. — Broad rhomboid Michaelis به شته والی ولری .
- iii. — Dorsal Lordosis به شته والی ولری .
- iv. — Tightrope walker tread به شته والی ولری .
- v. — له دننه داسی بشکاری چی عجز به د قطنی فقری تو کبسی څوړندوی .
- vi. — همدارنگه د عجز جنبی وزرونه به په اسانه توگه د فقراتو څخه په قطنی برخه کبسی وپېژندل شی اود تیزی زاویې برخه به په جس کبسی په ساده توگه نثیت شی دابه د Common iliac شریان د تشعب په کپنه برخه کبسی په بڼه توگه د پېژندنی وړدی .
- vii. — د رادیوگرافی سره کول تر به پدی لږ کبسی د پېژندنی لپاره ډیره بریالی کړنه وی .

او سټیو مالاسیک حوصله (Osteomalacic Pelvis):

پدی ناروغی کبسی د هډوکو پوستوالی منځ ته راځی او په نتیجه کبسی د حوصلی نیمگړی ((دیفورمیتی)) بڼه منځ ته راځی او دا د ولادی (زیریدنی) له پلوه ډیره د اهمیت وړ خبره گڼل کیږی دانااروغی په امریکا کبسی اوس ډیره نادره ده خو په آسیا افریکا کبسی معمول ناروغی گڼل کیږی . دا ناروغی او سټیت میالیت او ارسټیت د هاورژن Haversion کانال څخه د عظمی ماغزو په اورېدو د کانال بهرته د پرېوست لوری ته پرمختگ ورکوی . لومړی پدغه حالت کبسی lime salts د هډوکو جذب کیږی او وروسته یا د Osteoid Substance چی عظمی ماغزو څخه وده مومی دغه تشی مسافی ډکوالی مومی په نتیجه کبسی به هډوکو ډیر سپکوالی ومومی . او

پسته او د تاویدنی وړتیا Flexible بڼه غوره کړې لډی کبله دغه راز هډوکي حوصلی ته به د "Rubber Pelvis" نوم ورکړل شی . هډوکي به پخپله له درگونو ډک وی . سور ژیرپخن او نصواری رنگه بڼه ولری په پر مختلی پینو کبسی به پر یو ستیوم دا برخی ډکی کڅوړی Marrow (د هډوکو ماغزو) او غوړو (Fat) په جوړښت کبسی ولری . که چیری درملنه وشی او یا مالګی د اوسئوئید سببستانس په برخه کبسی بیرته ځای په ځای شی او هډوکي په ډیره اندازه دروندوالی ترلاسه کړی خود یفورمیتی به لاهم پاتی شی د حوصلی ، فقراتو ، اضلاعو او اوږدو هډوکو برخه به دهمدغه نامه تراغیزی لاندی راشی . ددی ناروغی له کبله څو ځلی بنځی M/P د لومړی ځلو (P/P) په نسبت ډیری اخته کیری او دا به په فعاله توګه ماشومانو دودی دپروسی پوری اړوند خبره وی دا حالت به په هغه بنځوکبسی ډیر وی چی ضعیف خواړه خوری .

او حقیقی علت لاهم تر څیرنی لاندی دی عالم Fehling دغه بدلونونه د هګی ځالی د هورمونی اغیزی او د هډوکو د میتابولیزم تراغیزی لاندی راټګ پوری اړوند ګھی . همدارنګه یو لړ عالمان د چین دا ناروغی د کلسیوم د نشوالی پوری اړوند ګھی . د حوصلی دغه دیفورمیتی دعضلاتو د کشش ، تنی فشار ، فخذد هډوکي د کوپړی د فشار ، لیګامنتونو د کشش له کبله چی په پستو هډوکو باندی یی اچوی منځ ته راځی پدی هکله (۲۴-۹) تصویر ته پاملرنه وکړی .



پدی ډول حوصله کبسی به د عجز هډوکي بنګه او قدام ته متوجه وی همدارنګه د Pubic rami برخه به د فخذد هډوکو د فشار له کبله قدام دننه لوری ته د beak like بڼه غوره کړی . دننه ته به دایلیاک Crista (قنزعه) متوجه وی . دغه دری وارو لورو څخه په چی به حوصله فشار راوړی حوصلی جوف

به اکثرأ تړلی بڼه ولری . که چیری دا پروسه پر مختلی وی نو د زیرونی پروسه به پرته له امکانه وی کله ناکله داسی پینسپری چی ناروغ کولای شی د ناروغی په لړ کبسی د قوی دردونو دشته والی په صورت کبسی ماشوم و زیروی دابه د حوصلی د ډیری پراخیدنی له کبله د الاستیکیت له مخی وی خو باید تل پدغه حالت باندی استناد او باور ونشی .

د اوستیومالاسیا نښې نښانې:

نښې نښانې د بلارټوب په وخت کېنې لومړې منځ ته راځي او دغه به د حوصلې او دملا د قطنې برخه کېنې دردونه منځ ته راوړي همدارنگه دردونه به د پښو، د هډوکو حساسیت ، د عضلاتو ضعیفی ، درد لرونکي حرکتونه ، د مرغابې په څیر رفتار ، رعشه ، دورنونو په برخه کېنې د تقرب کاترکټور ، د حوصلې په برخه کېنې به د تنې وزن ډیر دروند احساس کړل شي .
د inlet برخه به تنگه وي اود ناروغ بڼه به لنډه وي . د صدري هډوکو پر مختللي ناروغی کېنې پښتۍ ډیر درد لرونکي وي حتی د سیانور او ذیق النفس حالت ښايي شته والی ولري . د مفصلونو پوستوالی او لیری کیدنه به په ډیرو پښو کېنې ولیدل شي کله چی زیږونه ترسره شي ښايي بنفسي بڼه والی پخپله منځ ته راشي . او ژر منځ ته راتلونکي بلارټوب کېنې نوموړې نښې نښانې په شدید بڼه منځ ته راشي . زیږونه به دستونزی د شته والی په صورت کېنې بریالی وي . همدارنگه د ناروغ د اوږدوالی اندازه ښايي (1-1,5 Feet) پوری لنډیدنه مومي .

ناورغه کمزوری او په بستر محکومه کیدای شي ، ده ډوکو کسرونه (ماتیدنه) معمول ده . په بنفسي توگه بڼه والی نادره خبره ده . د ډیرو هډوکو لباسه به درد او حساسیت شته والی ولري . د هډوکو کوږوالی په اوږده هډوکو او پښتو کېنې منځ ته راشي د مښوکي په څیر پویس (beak pubis) ، تنگه لیندی د پویس به شته والی ولري .

توپیری پېژندنه :

i. Pseudo- osteomalacia .

ii. Racketic Pelvis .

ددغه راز ناروغیو د توپیری پېژندنې لپاره د ناروغی تاریخچه غوره رول لري چی د ماشوم توب له وخته به ناروغی تاریخچه ولري .

د اوستیومالاسیادرملنه:

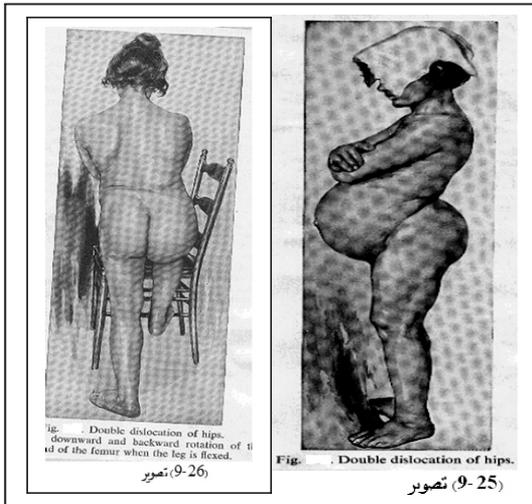
- فاسفورس Phosphorus .
- کوډلیور آیل Cod liver oil .
- ویتامین ډی Vitamin. D .
- دلمر وړانگي Sun light .

- تغذی دی د ناروغ اصلاح کړل شی .
- بعضا د پارا تاپرایډ Prarathyroid هورمون ورکول کېږي .
- که چیرې ناروغی په چټکۍ سره پر مخکښ وکړي نو د هڅې خالی غوڅی اوراویستل شی . که چیرې نښې نښانې د بلار توب په وخت پېرني بڼه غوره کړیوی اوماشوم د Term تر وخته رسیدلی وی پېرني د سیزارین هسترکومی کړنلاره به تر سره شی او هڅې خالی دی راویستل شی .

د حرققې فخذی مفصلونو دواړه لورونه خلم

Double Dislocation of Hip

ولادی خلم (C.D.H) ډیر نادره پېښه نه گڼل کېږي . نوکه چی یو پدغه ناروغی اخته ماشوم په لاره ولاړشی دتی فشار به ټوله حوصله د iliofemoral او د کپسول په اوتارویا لیگامنتونو باندی فشار راوړی . همدارنگه د ملاد تیر فشار به خلف ته واردشی ترڅو اندول



وساتی په نتیجه کېښی به حوصله قدام ته متوجه وی او د حوصلی inclination به زیاتوالی ومومی . هغه مستعرض منځ ته راغلی فشار چی د فخذ دکوپړی پواسطه منځ ته راځی دناکامی سره مخامخ کېږي . یو همواره حوصله منځ ته راځی او outlet به لویه بڼه ولری .

پېژندنه:-

داچی څرننگه په (۹-۲۵) تصویر او (۹-۲۶) تصویر کېښی ښکاری . د فخذ هډوکي تروکتور به پورته وی ، حرققې فخذی بند به پلن وی Lordosis او د حوصلی د inclination زیاتوالی به شته والی ولری د loose-Jointed رفتار به شته والی ولری زیږونه به پدی صورت کېښی د مستعرض حوصلی په څیر وی .

د حوصلی تر ضیضات :

تر نن پوری د حوصلی د تر ضیضاتو او کسرونو د اختلاط له کبله زیږونه چی د ستونزی سره مل وی نادره ده . نو که چیری داکسرونه ډیر پرمختلی بڼه وی او د حوصلی بڼه ډیره کوچنی او منقلصه شوی د امکان څخه لیری نده . کسر کیدای شی چی د حوصلی په هره برخه کښی منخ ته راشی په 80% پښو د حوصلی د کسرونو کښی به کسر د Pubic rami په برخه کښی وی او همدارنگه ددی پسی وروسته د ایسکیوم او ایلوم برخی هم په کسر اخته کیږی داکسرونه ډیر لږ د ناروغیو له کبله وی خود مسافرت په حال کښی د موټرانو د پښو له کبله ډیر منخ ته راخی د ولادی له پلوه د حوصلی جنبی کسرونه چی د inlet برخه تراغیزی لاندی راوړی ډیر اهمیت لری و نازله د پویس مټ په کسر او خلع کښی به د outlet برخه اغیزمنه شی دسمفیزس کسرونه د احلیل اومثانی د ریچر سره مل وی که چیری داسی وپیل شی چی دزیږونی لپاره به دحوصلی پنخوانی کسرونه ستونزه منخ ته راوړی دابه ښه وی چی زیږونه دسیزارین سکشن پواسطه تر سره شی .

د عصب (Coccyx) هډوکي خلع :

پدی صورت کښی کله چی دا حالت د دیستوسیا او زیږونی لپاره ستونزه منخ ته راوړی دابه ښه وی چی زیږونه د جراحی کړنی پواسطه تر سره شی او دجراحی پواسطه عصب غوڅ او راوویستل شی .

د زیږونی میکانیزم په منقلصه حوصله کښی

Mechanism of Labor in Contracted Pelvis

په همواره (پټه flat pelvis) حوصله کښی د زیږونی میکانیزم:

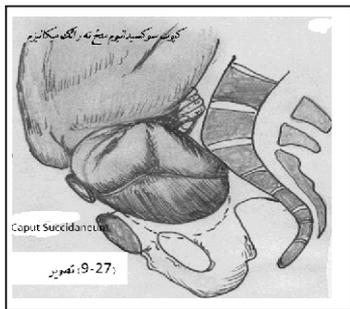
یو د تجربی لرونکی ډاکتر کولای شوی چی د حوصلی ډول وپژنی او هغه میکانیزم چی پکښی کوپری له هغه تیریری ووینی . په پټه حوصله کښی چی د حوصلی انبار ملیتی ده د پوزیشن او پرزتیشن انبار ملیتی معمول گیل کیږی . د پروماتوری قدام ته دراوتنی له کبله په کوپری ونشکرای چی حوصلی ته نوزی لدی کبله به کوپری د پویس سره په تماس شی او ښایي دهغه یوه اړخ ته ښویدنه وکړی دا اکثرأ دی ته زمینه مساعد وی چی کورد پرولاپس وکړی .

کوپری کونسن کوی چی تقبض وکړی او حوصلی ته ننوزی لکه د معمول میکانیزم په څیر عمل کوی خو د Biparital diameter قطر به ډیر لوی وی تر څو د True conjugate څخه تیر شی دلته د ستونزی سره مخامخ کیری .

لدی کبله کوپری یوی لوری ته بنسودنه کوی د Biparital کوچنی قطر د True conjugate ځان ته برابروی حال داچی Biparital به د پراخی برخی Sacroiliac joint مقابل ته ځا په ځای کیری . د کوپری Forehead لومړی رابنګه کیری دا ځکه چی Occiput د مقاومت سره مخامخ کیری او د قبض په عوض deflexion منح ته راځی . د زیرونی د پر مخګ لپاره د کوپری سهمی Sagittal قطر به د حوصلی د مستعرض قطر سره سمون کوی . د پرومنتوری پواسطه کوپری به قدام ته تر فشار لاندی راشی . ولادی مستعرض قطر د inlet به د True یا اناتومیک مستعرض قدام ته واقع شی . ددی کبله د کوپری د پساژ لپاره مسافه لږوالی مومی او دحوصلی لویه اندازه هم لږوالی لری دابه په Justominor Pelvis کبسی په بنه توګه وپېژندل شی .

د جداری (پریټال) هډوکي قدامی پرزیتیشن Anterior Presentation of Parietal Bone

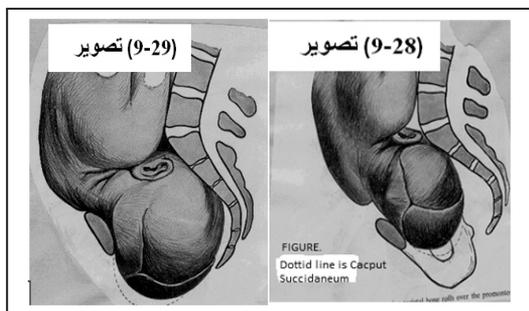
ډیر مهم د میکانیزم ابارملیتی به اکثرأ ثابته دکوپری Lateroflexion وی . دادی چی د پریټال څوکی به دیوی یا بلی اوږی لپاسه inclination وکړی یا په بله بڼه دا چی کوپری حوصلی ته



Exaggerated asynclitism سره ورننوزی چی دغه حالت ته Parietal bone Presentation ویل کیری . په پټه متقلصی حوصلی کبسی قدامی asynclitism ډیره معموله ده . داګله داسی ډیروی چی دډیر Lateroflexion له کبله دغور قدامی برخه د پویس ترشاد جس ورګرځی . په یوه کورس کبسی د

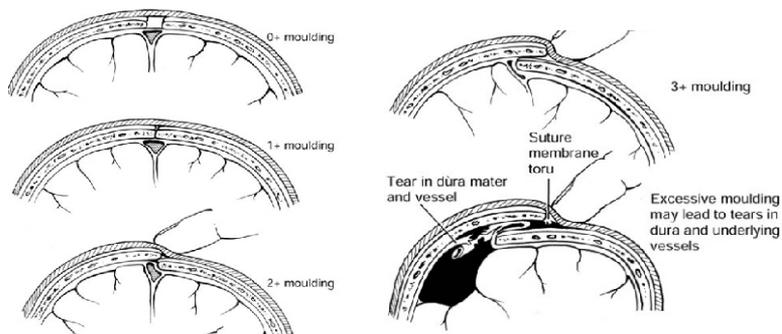
پریټال خلفی برخه د حوصلی دننه د پروماتوری لپاسه بنویدنه کوی او قدامی برخه د هډوکي د فشار راتلوله کبله Sliding Fulcrum د پویس خلفی جدار کبسی جوړوی . همدارنگه یوه اندازه Moulding د کوپری په برخه کبسی دی ته اجازه ورکوی چی د میکانیزم اړوند inlet برخه ته نوزی ، دبنگه کیدنی لپاره وخت دی ددغه فکوروولود رحم د تقلص پوری اړه لری . دغه بهر (پروسه) کیدای شی چی د خوشاعتونو یا دیوی ورخی په لړکبسی بشپړ شی . پدی هکله د (۹-۲۷) تصویر ، (۹-۲۸) ، تصویر (۹-۲۹) تصویر ته پاملرنه وکړی .

د کوپری هغه برخه چی د پروماتوری په برخه کبسی تر فشار لاندي راخی معمولاً به سره بخنه لیکه هغه له نورو برخو څخه جلا کړی (True pressure necrosis) ورته ویل کیری دابه د پریټال هډوکي کبسی د Coronal Suture په برخه کبسی موازی پوتر بله وی . که چیری دغه میکانیزم په بله لوری (کینه) کبسی وی نوموړی بدلونونه به کین اړخ ته شته والی ولری . ډیر ژر په چټکی سره به د کوپری محیط راڅرگندشی د Inlet په برخه کبسی . لکه څرنگه چی دغه



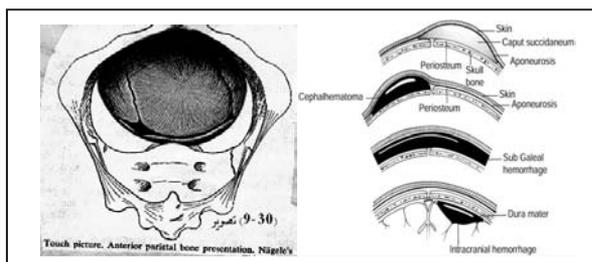
بنکاره شی د Occiput د برخی لوی فوتانیل به راپورته شی د کوپری رابنگه کیدنه منخ ته راخی . د قانون له مخی قدامی تاویدنه دفعتاً تعقیب کیری . اوس به میکانیزم لکه معمول په خیروی . Flexion ، تقبض ، نزول

Descent ، بسط Extension ، رستیتوشن Restitution او بهرنی تاویدنه External Rotation منخ ته راخی . په لومړی حله کبسی به خوش تقلصونو ته اړتیاوی خو په خوخله بشو کبسی یو یا دوه تقلصونه دغه کرنه بشپړ وی .



موندنی Findings :

د کپدی د جس له لاری طیب کولای شی چی د ماشوم دملا د تیردسمون په صورت کبسی د



تقبض Flexion حالت

وپیژنی . همدارنگه

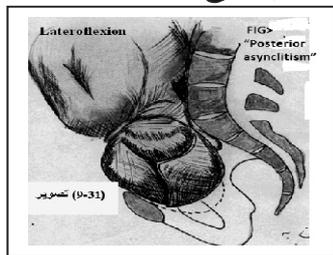
کیدای شی چی

د Lateroflexion

غاړی تثبیت او جس

کړل شی . په دننه کښه

کبسی به سهمی درز Sagital Suture د مستعرض په قطر پروت وی خو دابه عجز ته ډیر نږدی پروت وی او کوچنی فونتانیل به په همدغه سویه کله د لوی فونتانیل په څیر پروت وی او بعضا بنسای پورته موقعیت ولری له همدی کبله وریخی بنسکه لوری ته راخی . په لومړی لحظه کبسی په ساده کچی سره د جس وړوی خو وروسته کله چی Caput Succedaneum درزونه وتږی جس یی ګران دی . پدی هکله (۹-۳۰) تصویر ته پاملرنه وکړی . په تصویر کبسی داسی بنسکاری چی سهمی درز Sagital suture عجز ته نږدی او غوږ د پویس برخی ته نږدی واقع دی .



د خلفی جداری هدوکی پرزتیشن :

یو بل مکانیزم د خلفی پریال هدوکی میکانیزم

پرزتیشن دی لکه چی تاسو په (۹-۳۱) تصویر کبسی

وګوری . پدی حالت کبسی کوپری Inclined کوی په

قداسی اوږی باندي خلفی پریال هدوکی د حوصلی د

Vault برخه نیسی "Posterior asynclitism" او که چیری منحّ ته راشی غور به د جس وړوی میکانیزم به پدغه حالت کبسی reverse وی .

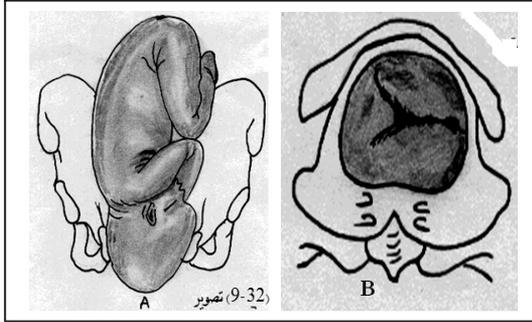
موندنی Finding :

د جداری (پریټال) هډوکي پرزتیشن به معمولاً چه هغه برخه کبسی جس شی چی کوپری بی د اوږی سره یوه زاویه جوړوی او لږ څه پورته له پویس څخه موقعیت لری او معمولاً به گردی پریټال هډوکي د جس وړوی . داخلا به Sagittal Suture د پویس خلف ته واقع وی معمولاً به مستعرضه یا مایله (oblique) بڼه ولری لوی او کوچنی فوتانیل دواړه به په یوه سویه وی چی کوچنی فوتانیل په پورته وی او کوتی به ورته ونه رسیږی . که چیری کوتی بڼی دننه ورنویستل شی . غور او د عجز لوری ته به نږدی شی او کله چی کوپری رابنګه شی سهمی درز به پویس پریردی او د عجز لوری ته به نږدی شی او کله چی رابنګه کیدنه لاهم ادامه ومومی پدی لږ کبسی به قدامی تاویدنه دکوپری د سهمی درز مایلی بڼی ته راولی . بعضا Lateroflexion دوام کوی ترڅو چی کوپری راوړی وروسته تر هغه کوپری Occiput په مایل ډول پاتی کیری . دغاړی د خټ برخه په یووار د پویس له خلف څخه نه راوړی خو دیوه مټ (Ramus) خلف ته کوپری په مایل ډول سره زیږونه کوی .

یوتن عالم Litzman وایي د پریټال قدامی هډوکي پرزتیشن نسبت خلفی هډوکي پرزتیشن ته ډیر او یا (دری چنده) واقع کیری زیږونه به په خلفی بڼه کبسی نسبت قدامی ته ډیره گرانه وی . رحم به ډیره نری کیدنه ومومی او خلفی جدار به بی په بنفسهی ډول رپچرته لیوالتیا ولری .

په عمومی متقلصه حوصله کبني د زيروني ميکانيزم

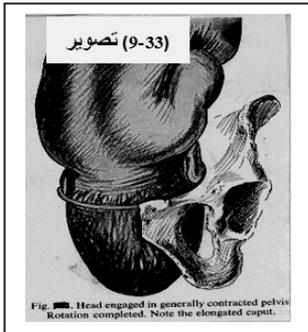
زيروني پدغه گروپ حوصله لرونکو کبني داسي وي چي کوپري په inlet کبني په بڼه توگه برابري کوي . اناارمل وضعیت ، پرزتيشن ، او پوزيشن پدي کبني لکه د پتي (Flat) حوصلی په څير ډير منځ ته نه راځي . دکورد پرولاپس نادر دی ځکه چي کوپري په بڼه توگه د inlet په برخه



کبني توافق کوي د زيروني په

لومړي کبني کوپري په Flexion کبني وي او ژر راپنځه کيدنه پيل کوي . کوچني فوتانيل به لومړي په گوتو د جس وروړي . سهمي درز Sagittal Suture په مايله قطر باندی په حوصله کبني پروت وي . له زيروني

وروسته به د کوپري Moulding شته والی ولري داچي کوچني فوتانيل د حوصلی په مرکز برخه کبني وي دابه د Caput Succedaneum پواسطه پوښل شوي وي دلته به ډير فلکشن لکه د نورمال ميکانيزم په څير منځ ته راشي پدي هکله د (۹-۳۲) تصوير ته پاملرنه وکړي همدارنگه په (۹-۳۳) تصوير کبني څارنه وکړي .



A. - د کوپري engagement په عمومی متقلصه حوصله کبني کوپري ډير Flexed او Synclitic بڼه لري .

B. - د مهبل په گڼه کبني د موندني بڼه .

د فشار د منځ ته راتلوله کبله نښانی بنائی په جوته توگه وليدل شي . خو پدغه راز پېښو کبني دا بدلونو نه لکه د پتي پېښي دومره جوت ندي : همدارنگه د

Occipitofrontal قطر اوږدوالی به ډير زيات وي . او په وصفی ډول به د Moulding پواسطه جوت شي . د Occiput برخه به اوږده اووتلی ، fore head او مخ برخه به همواره پټه وي څپت به خلف ته ته اوزنه به د صدر لپاسه موقعيت ولري .

زیرونه به پدغه راز حوصله کبسی په کراره (Slow) وی . رحم به په عمومی هایپوپلازیا اخته وی او د تقلص په وخت به ډیره ضعیفه کړنه تر سره کړی . له همدی کبله به د وسایلو پواسطه زیرونی ته اړتیاوی . دابه دمور او ماشوم لپاره د خطر څخه ډکه وی ځکه چی دمور رخوه اقسامو ژوبلیدنه او جروحات بنایي منځ ته راشی او د ماشوم به ډیر Compression منځ ته راشی .

پېژندنه :

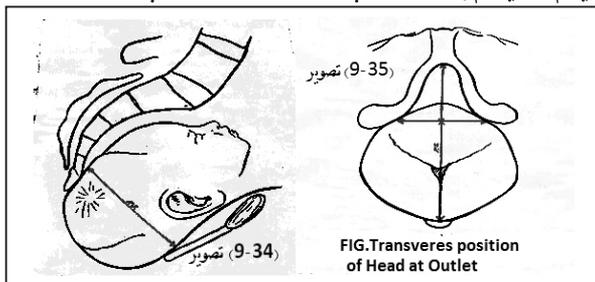
په عمومی متقلصه حوصله کبسی پېژندنه ډیر اسانه ده دگیدپی له لاری ډیر فلکشن به د کوپری د Forehead (تندی) برخی پورته موقعیت چی په ساده توگه به پویس دیوه مټ لپاسه جس او د Occiput ژوره برخه به حتی که لاس دننه نور هم ورننویستل شی جس وړنه وی . د مهبل په کنبه کبسی کوچنی فوتائیل چی د حوصلی په محور لپاسه پروت وی او د سهمی درز چی عمود پروت دی په ساده توگه وپېژندل شی چی د فلکشن لپاره وصفی دی . د زیرونی میکانیزم به عمومی متقلصه حوصله کبسی لکه د پتی حوصلی په څیر وی . په پورته برخه کبسی په مستعرض بڼه بنده پاتی وی چی دغه راز پینسی د سیزارین سکسن کړنی ته اړتیا مومی . دغه راز د حوصلی به د یولر اختلاطونو سره د زیرونی په وخت مل وی .

په قیفی حوصله کبسی د زیرونی میکانیزم

Mechanism of Labor in Funnel Pelvis

په قیفی ډول حوصله کبسی د زیرونی په وړاندی مقاومت د Outlet په برخه کبسی منځ ته راځی چی په همدغه برخه کبسی د حوصلی قطر ډیر کوچنی وی او کوپری نشی کولای چی تیریدنه وکړی دلته ډیره اندازه Flexion منځ ته راځی او دابه داسی وپتیل شی چی عمومی متقلصه حوصله ده . حوصله به د outlet په برخه کبسی په مستعرضه بڼه تقلص کړی بڼه ولری . دا چی تقلص به د پویس په نازله مټ او توبروزیتی (Tuberosities) په منځ کبسی واقع وی Occiput نشی کولای چی لدغه برخی څخه تیریدنه وکړی . خولدی کبله به خلف ته پرنیوم لوری ته د عجز او عصص په مقابل برخی ته په شاو تنبول شی . پدی هکله (۳۴-۹) او (۳۵-۹) تصویرونو ته پاملرنه وکړی .

په نتیجه کبسی د پرینیوم او ریگنوم برخه خیرل کیری د عصص هډوکی ماتیری او عجز لیری د



زیرونی له برخی
واقع کیری له
همدی کبله له قدام
شخه زیرونه گرانه
بلل کیری د
فورسپس په

زیرونه کبسی د حوصلی د فرش ډیره اندازه تپی کیری او دمهل خیریدنه شته والی لری . همدارنگه په لاندی قطرونو لرونکو حوصلو کبسی زیرونه ستونزمنه او یا پرته له امکانه وی .

- که چیری Bi-Ischial diameter قطر له (8cm) اته ساتی مترو شخه لړوی او دغه راز حوصله به د فورسپس مرستی ته اړتیا ولری .

- که چیری Posterior Sagittal diameter له (9cm) ساتی مترو شخه لړوی زیرونه به ستونزمنه او یا حتی پرته له امکانه نه وی . او بنایبی Craniotomy ته اړتیا ولری .

- او هغه حوصله چی د Tuberosities تر منځ مسافه یی د (7cm) اوه ساتی مترو شخه لړه وی او خلفی سهمی قطر (Posterior Sagittal) یی د (8cm) اته ساتی مترو شخه لړه اندازه ولری د نورمال ماشوم د شته والی په صورت کبسی به د سیزارین جراحی کړنلاره ورته اړتیا پریوزی .

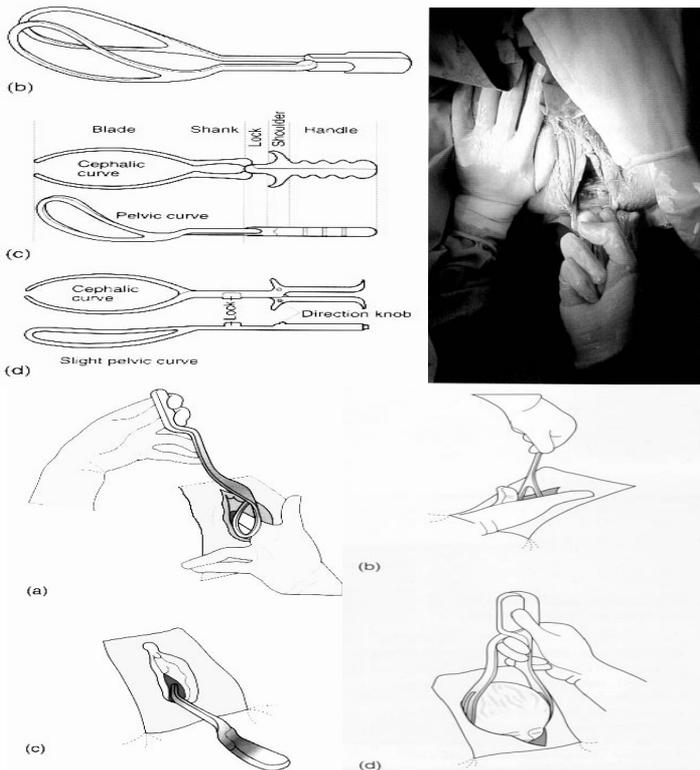
همدارنگه ویلم William د خلفی سهمی قطرونو شته والی د مستعرض قطرونو لپاره په لاندی ډول ضروری کلیل اود هغوی اړیکه یی په لاندی ډول څرگنده کړه :

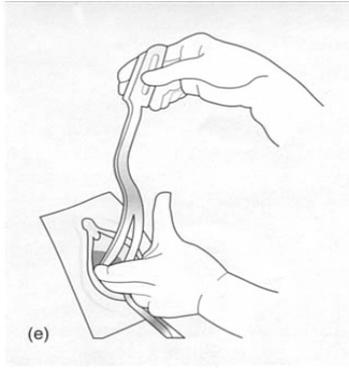
ویلم William د خلفی سهمی قطرونو او د مستعرض قطرونو لپاره ویشنه		
NO	Transverse diameter	Post Sagittal diameter
1	cm 8,	7,5 cm
2	7, cm	8,cm
3	6.5cm	8,5cm
4	6, cm	9,cm
5	5,5cm	10, cm

د بریچ زیرونه په قینی حوصله کبسی ډیره زیانمنه وی ځکه چی پدی حالت کبسی کوپیری Moulding

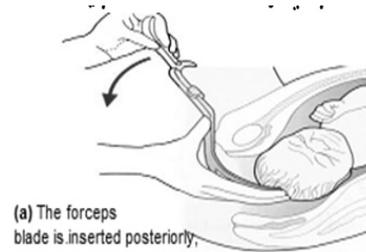
ته وخت نه لری کله چی دکوپری برخه راوړسیری بایدد فورسپس شخه هرومرو کار واخیستل شی .

د (Mid-cavity Non rotational forceps delivery) زېږونه په تصويرونو کېسې وگوري چې خرنګه د کرنې پر مهال له فورسپس څخه کار اخيستل کيږي .





همدارنگه د تدوری فورسپس (Rotational forceps) څخه په لاندې ډول کار اخیستل کیږي او د زېږوني پړاوونه سرته رسول کیږي .



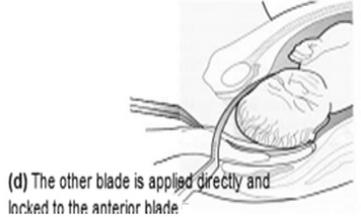
(a) The forceps blade is inserted posteriorly,



(c) It sits unsupported in this position.



(b) It is then 'wandered' anteriorly over the baby's face.



(d) The other blade is applied directly and locked to the anterior blade

اختلاطونه :

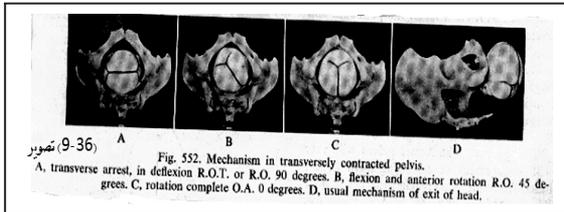
- i. - د ماشوم مړینه.
- ii. - ژوره څیریدنه د مهبل، د حوصلې، فرش اوریکیټوم او حتی د پویس.
- iii. - د عصص د هډوکي ankylosis او ماتیدنه.

زیرونه په مستعرضه متقلصه حوصله کبښی

Labor in Transversely Contracted Pelvis

که چیرې مستعرض قطر متقلصه بڼه ولری او د انلټ inlet برخه په بسیا توگه لویه وی . یوه ډایره وی حوصله لویه ساحه د قطر لپاره ولری . په “anthropoid” anteroposterior “anteroposterior oval” اندروید حوصله کبښی کوپړی په بڼه توگه توافق کوی کله چی کوپړی په سهمی بڼه ننوزی . که چیرې د inlet خلفی سگمنت لوی وی نو پدی صورت کبښی به Occiput په طبیعی ډول له هغه خڅه تیرشی که چیرې عجز قدام ته ډیره راوتلی وی لکه د موسکولین حوصلی ، دلته به ټوله کوپړی Anteposed بڼه ولری او لاهم د Occiput برخه به دمستعرض لپاره موافق دی او یا حتی د خلفی پوزیشن به وروسته لدی Engage وکړی . د کوپړی رابڼگه کیدنه به تر هغه چی د Ischial Spines داسیکوم د توتر منځ بند نشی دوام کوی پدی هکله (۹-۳۶) تصویر ته پاملرنه وکړی .

پدغه تصویر کبښی به لاندی حالتونه ولیدل شی .



A - مستعرض بندیدنه ، په R.O.T د فیلکشن کبښی او یا R.O به 90° درجی وی .
 B - د R.O فلکشن او یا قدامی تاویدنه به 45° درجی وی .

C - تاویدنه به O.A په 0° صفر درجه کبښی بشپړه کړی .

D - دکوپړی د وتلو معمول میکانیزم .

وروسته لدی دری پایلی امکان لری چی منځ ته راشی .

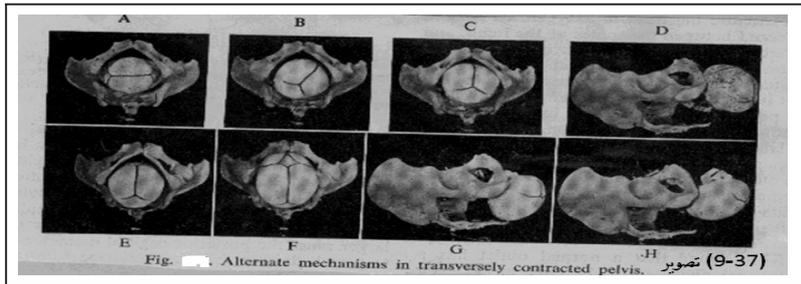
۱- د بندی زیرونی لپاره جراحی کړنلاره یا د عملیات ترسره کول .

۲- قبض (فلکشن) او قدامی تاویدنه (خرخیدنه) .

۳- همدارنگه طبیعی یا مرسته شوی فلکشن او خلفی تاویدنه .

په (۹-۳۶) تصویر کبښی فلکشن او قدامی تاویدنه ښودل شویده د Occiput برخه به د پویس لاندی راشی .

په (۳۷-۹) تصویر کبسی فلکشن او د خلفی تاویدنه حالت بنودل شویدی دا باید وگل شی حکه چی Flexion تل مدام ضروری کیل کیږی .



د تصویر شرحه :

- A - مستعرض بندیدنه د R.O.T په دیفلکشن کبسی یا 90° درجی ده .
 - B - فلکشن او خلفی تاویدنه د R.O به 135° درجی وی .
 - C - تاویدنه بشپړیږی ، occipito sacral یا 0 په 180° درجی .
 - D - د تندی (Fore head) برخه به پویک د مت لپاسه راشی او Occiput به د پړینوم په برخه کبسی ښکاره شی .
 - E - Occipitosacral یا 0 په 180° درجی شی .
 - F - دیفلکشن پیل کوی ، منځ د پویس خلف ته راځی .
 - G - منځ لږه اندازه deflex کوی .
 - H - Occiput به د پړینوم لپاسه راواوړی .
- همدارنگه دوه میکانیزمونه به اوس منځ ته راشی :

- ۱- فلکشن دوام کوی Occiput د عجان (پړینوم) په برخه کبسی ښکاره کیږی او د تندی (Forehead) د پویک د متونو په منځ کبسی واقع شی لکه چی پدی هکله د (A, B, C, او D) تصویرونو کبسی بنودنه شویده .
- ۲- منځ به پویس لاندی راڅرگند شی که چی خلفی تاویدنه بشپړه شی Occiput برخه به د عجان (پړینوم) لپاسه راښکاره شی . لکه چی پدی هکله د (E, F, G, او H) په تصویرونو کبسی شونډنه شویده .

پورته تصویرونو ته په خیر سره پاملرنه وکړی د یادشوی حالتونو به اړوند به روښنائی درته پیدا شی .
د زیږونی په وخت کښی دغه میکائیزمونه مهم دی حکه چی طیب کولای شی د زیږونی په هکله
نظر ورکړی چی خومره پرمختگی یی کړیدی .

زیریدنه په مایله متقلصه حوصله کېښی

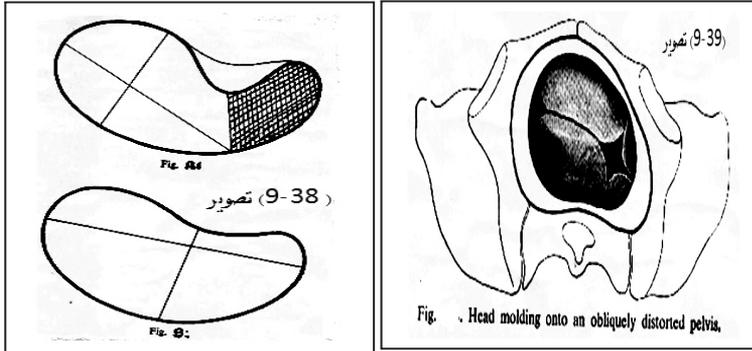
Labor in obliquely contracted Pelvis

هرڅه د متقلصی برخی داندازی پوری د True conjugate پوری اړوند دی او

همدارنگه قدام ته د پروماتوری د تنی پوری هم اړوند کتل کیږی .

که پروماتوری ښکته د یوه ilio-pubic-tubercle لوری ته جوت او وتلی وی دابه څرگند شی چی نیمايي د حوصلی د تیریدنی لپاره د کوپری اړوند پکار بیږی پدی هکله (۳۸-۹) تصویر پاملرنه وکړی . دا تصویر داسی څرگندوی چی هغه برخه د سیوری وهلی برخه ده زیږونه کېښی نه پکار بیږی . او همدارنگه د حوصلی بڼه څرگندوی چی کومه برخه د متقلصی حوصلی د کوپری د تیریدنی لپاره تیاری لری او د Inlet برخه څرنگه بدلون کوی .

دغه حالت د عمومی متقلصی حوصلی ته ورته یو حالت دی . په عمومی توگه کوپری د



حوصلی غتی او پراخی برخی څخه ښکته لوری ته راوتنه کوی پدی هکله د (۳۹-۹) تصویر ته پاملرنه وکړی خو پدی هکله دومره باید څرگند شی چی بعضا دا حالت د کوپری لپاره کله چی د متقلصی برخی څخه تیر بیږی زیان منونکی دی .

A - هغه تصویر چی سیوری لرونکی ده او پرته له پکاریدنی حوصله څرگند وی .

B - هغه تصویر چی د حوصلی د زیږونی لپاره پراخیدنه څرگندوی .

کوپری پدی حالت کېښی Moulding کوی دلته د مایلی بی بڼی حوصله وگوری .

په متقلصه حوصله کښی کاندکت د زیرونی لپاره

Conduct of labor in contracted pelvis

د Passenger ، Power ، Passage او د زیرونی میکانیزم په هکله چی پخوا معلومات څرگند شوی د زیرونی Conduct سره ډیر مرستندوی دی خودا د تجربی او قضاوت پوری اړوند گڼل کیږی . ډیر فکټورونه د حوصلی د تقلص ترڅنگ د زیرونی په کورس باندی اغیزه کوی . د Conduct په اړوند بریالیتوب به هغه وخت ولیدل شی چی دغه حالتونو ښه ارزونه او یو د بل سره یی اړیکه وڅیړل شی . بعضی ددغه فکټورونو په دقیقه توگه د زیرونیڅخه دمخه او یاد زیرونی په وخت کښی ارزونه کیږی . دغه فکټورونه لکه د :

د ماشوم د پرزتیشن ، او پوزیشن ، د کوپری کلکوالی او اندازه ، د تنی بنی ، د دوه یا یوه ماشوم شته والی ، د حوصلی ښه ، د پروماتوری ونه (Height) ، د Inlet د برخی حالت ، د رحم د تقلصونو او صاف ، د عصبی حالت او خوږی او ناروغ عمومی وضعت دی . همدارنگه یولر پهرنی فکټورونه باید په پام کښی وی لکه :

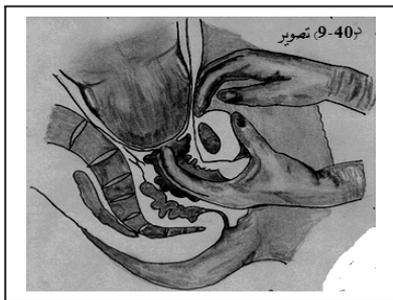
- ۱) محیط (چاپیر یال) چی ایا زیرونکی په کور کښی ده او که ښه مجهز روغتون کښی .
 - ۲) ایا د عمومی طیب او یاد متخصص طیب تر څارنی لاندی ده .
 - ۳) ایا دا چی د مذهبی قوانینو تراغیزولاندی د کڼی پروسیجرونو ته اجازه ورکوی او که .
 - ۴) د زیرونکی ښخی عمر او داچی ډیر ماشومان لری او که .
- دا باید تل یو طیب په یاد ولری چی دیوی متقلصی حوصلی لرونکی ښخه به تل د طبیعی زیرونی په وخت د ستونزی سره مخامخ وی .

د پیژندنی څرنکوالی

تر ټولو د مخه باید د ماشوم او د هغه لیری والی د حوصلی څخه اندازه او درجه وټاکل شی . دا هغه پوښتنه ده چی باید ځواب یی ورکړ شی ؟ ایا ماشوم به د حوصلی څخه تیر شی ؟
په روتین گڼو د هری ناروغی بلاربی ښخی حوصله به د ډاکټر (طیب) ډیره پاملرنه د متقلصی د شته والی په صورت ځانته واړوی او د کانال د متقلص بنی په هکله باید طیب بشپړ معلومات راټول کړی څلور اونۍ د زیرونی څخه دمخه باید ټولی اړوند داندازه کولو معیارونه او طبی گڼی بشپړی کړل شی . په ځانگړی ډول باید د حوصلی د Outlet په هکله او د پخوانی زیرونی په هکله

معلومات به له ارزښت څخه ډک وی خو دا باید په احتیاط سره تر سره شی او د ناروغ وزن دی وټاکل شی .

بښایې بڼه شدیداً ډیستوسیا ولری ، بښایې ناروغ د سیزارین سکشن کړنلاره ترسره شویوی ، او یا هم نورماله حوصله ولری چی د زیرونی په وخت کومه ستونزه ونلری . دا ټول د تجربی ، رادیوگرافی ، او بسیا توگه پوهی پوری اړوند گڼل کیږی چی د ناروغ حوصلی ، ماشوم په هکله څرگندیږی . که څه هم د ماشوم په اړوند بشپړ معلومات چی څرگندیږی گران کار بلل کیږی دا چی د ماشوم د اوږدوالی په هکله معلومات څرگندیږی د رحم دننه کښی دا گران دی د Cephalometer پواسطه دکوپری مستعرض یا مایل قطر کیدای شی چی واضح شی چی (2,5) یا (1,5) ساتی متر بښایې د توقع له مخی توپیر ولری Biparietal قطر به څرگند او تثبیت کړل شی . همدارنگه گونکی به کله چی د کیهی له لاری یو لاس او بل لاس د مهبل له لاری داسې واقع کړی چی ماشوم پکښی ونیول او تثبیت شی کولای شی چی د دواړو لاسونو په منځ کښی د ماشوم د تنی اندازه اټکل کړی او د وزن او سایز په اړوند اټکلی څرگندونه وکړی سره له دی هم پدی هکله دومره باور پکارندی . ددغه کتی پواسطه همدارنگه دکوپری د کلکوالی ، او برابروالی ، د پریټال هډوکي (bosses) د جوتوالی ، د فوتوتایل اندازه (چی تل د hyper ossification په وخت کښی تړلی وی) ، د هډوکویو پر بل اوبښته (overlap) کیدنه د تقلص په وخت او همدارنگه د کوپری د گونخی (dome) په هکله یو لړ معلومات راټول او څرگند کړل شی . که چیری هډوکي پاسته (Soft) وی د گونخی (dome) برخه به حاده وی او که چیری کلک وی Calvarium برخه به پیته (Flat) وی . بښایې پخوانی ماشوم لوی یا کوچنی وی یا کلک یا پسته کوپری ولری . همدارنگه د بلاربتوب اوږدوالی او دمور او پلار بڼه او د هغوی د کوپری اندازه دی په پام کښی وی . وروسته له



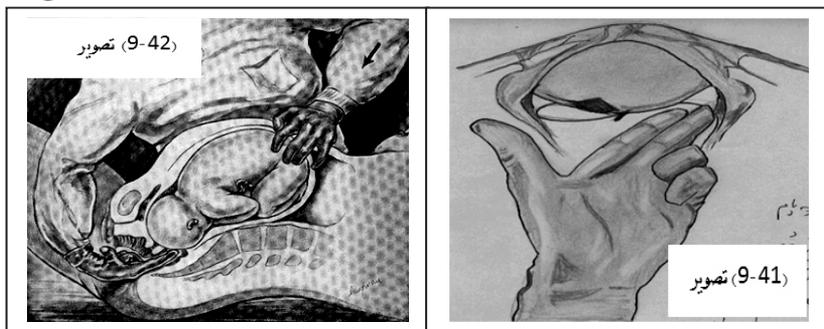
ډیری پاملرنی به د ماشوم داندازی ، حالت ، پوزیشن په هکله معلومات ورکړل شی . په بله عباره که چیری د ماشوم کوپری د حوصلی برخه ته ننوتی وی ددی موخی لپاره باید بڼه دی ته پریښودل شی چی طبیعی زیږونه وکړی ترڅو چی سرویکس اتساع (effaced) وکړی او د حوصلی څخه بهر ته راووزی .

سره لدی چی ټول دغه حالتونه تل شته والی نلری او څارونکی باید تصمیم ونیسی کله چی مزاحمت کونکی فکتورونه مداخله کوی .

په (۹-۴۰) تصویر کښی پاملرنه وکړی چی لومړنی مانوره څرگنده شویده کوپری بنسکه د inlet لوری ته د فشار لاندی راوړل کیږی دا د رحم د تقلص پواسطه منځ ته راوړل کیږی کله چی د ننه گوټی پرېښودل شی دابه ساده وی چی تر څو د پریټال هډوکی قدامی boss جوته برخه د پوېس خلفی سطحی قدام ته په ساده ډول موندل کیږی . او همدارنگه د overriding اندازه هم کونکی طیب ته معلومیږی . که چیری ماشوم د Occiput خلفی په پرزتیشن کښی وی دکوپری دتندی (Fore head) برخه به جوته وی . دغه ټکی نباید چی له یاده وایستل شی . په تصویر کښی د جس پواسطه د کوپری او پوېس خلفی سطحی ترمنځ اړیکه څرگندیږی دا کنه کیدای شی چی د ریکوم په کنه هم تر سره شی .

همدارنگه د Muller- procedure کښی مرستندویه فشار کوپری بنسکه د inlet لوری ته راوړل کیږی چی دغه وخت کښی گوټی د مهل په دننه کښی پاتی کیږی دابه هغه وخت ارزښت ولری چی سرویکس له لاری څخه لیری پاتی وی ځکه چی پسته (Soft) برخه د کوپری (engagement) څخه مخنیوی کوی .

یوه اندازه فشار کیدای شی چی په مصنویت سره بنسکه لوری ته د دواړه لاسونه پواسطه منځ ته

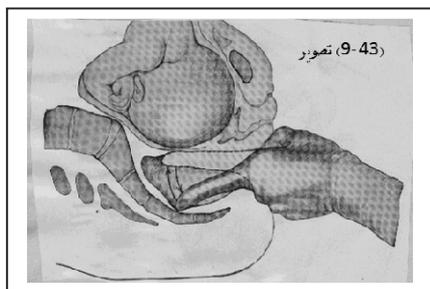


راشی . دغه معلومات یوازی کیدای شی چی اړوند ډاکتر پواسطه چی کار کوی ورکړل شی او هغه ته یی اندازه معلومیږی پدی هکله (۹-۴۱) تصویر ته پاملرنه وکړی چی کرڼه یی (Muller-Hillis maneuver) پنوم یادیری . که چیری ډاکترانه کرانه وی کیدای شی چی دانستیزی

خخه کار واخیستل شی تر ټولو غوره اوله اهمیت خخه ډک هغه معلومات دی چی engagement اړوند ترلاسه کیږی .

که چیری دحوصلی د vault برخه تشه وی او کوپری پورته موقعیت ولری او لامبوهونکی وی او د نه engagement لپاره نور سببونه هم رد شوی وی او کوم علت ونه موندل شی پدی وخت کبسی به متقلصه حوصله په پام کبسی ونیول شی . او که چیری کوپری د inlet برخه ته رسیدلی وی اولوی سنگمنت د excavation دننه اولر یا ډیر نثیوالی شته والی ولری . او که چیری کوپری د تقلص په وخت حوصلی په برخه کبسی ولیدل شی طیب به دا په یاد کړی چی د کوپری Moulding منخ ته راتلونکی دی اودا به د زیربونی لپاره بسیا وکړی . نو که چی گوته د کوپری په چاپیریال تیره شی په متناوب ډول به د حوصلی جدار جس کړل شی دابه گرانه نه وی چی د لیری والی په هکله دقیق نظر ورکړل شی . په گڼو ډول د کوپری جس به رحم اندازه را څرگنده کړی او دابه غوره معلومات وی Engagement به هله دقیق وی که چی د کوپری ټیټه برخه inter spinous line یاد نوگانو تر منخ کړنسی ته ورسیری پدی هکله (۹-۴۲) تصویر ته پاملرنه وکړی . نوری نبنی دادی چی د عجز

او پویس برخه هم د پوښنن له پلوه ارزښتناکه دی پدی هکله د جوړیدنی لپاره (۹-۴۳) تصویر ته پاملرنه وکړی .



پدی تصویر کبسی د engagement درجی ښودل شویدی د گوتی پواسطه به ریکنوم ، کوپری او د عجز پایله په متناوب ډول په تماس راخی او د هغوی تر منخ مسافه څرگندیږی .

طیب نباید چی دکوپری په اوږدیدنی سره د (Moulding) له کبله غلط شی د هغه بشپړه اندازه دی وټاکل شی کوپری به پورته د inlet خخه وی که خه هم Occiput به د interspinous تر کړنسی راورسیری . اوس به پیژیدنه د پرزتیشن ، پوزیشن او وضعیت په هکله اړوند پیژدونکی معلوماتو له مخی ترسره شی . که چیری د L.O.A پرزتیشن شته والی ولری د حوصلی د احتمالی ستونزی شته والی به دومره ډیر نه وی . که چیری د رحم عمل په ډیر خیر سره په منظمه توگه وڅیرل شی . ښه او منظم تقلصونه بنایي د ډیر مقاومت سره مخامخ شی . ضعیف ، لږ او غیر منظم

در دونه لکه د کره پونو په څیر بڼایي څرگند نکړل شی یا په بل عبارت نورمال به وگڼل شی یوه عصبي مزاجه او پرته له تحمل څخه ښځه او یا د ناوړه Disposition له کبله بڼایي د ناروغ لپاره مداخلی ته اړتیا پیدا شی . د بحث د موخې لپاره

متقلصی حوصلی لاندی ډولونه شته والی لری .

A – inlet برخی تقلص .

B – د Midplane تقلص .

C – د outlet تقلص .

A – Inlet Contraction :

- i - هغه حوصلی چی True conjugate یی د 5,5cm څخه لږ دی په پټه (Flat) حوصله کښی (6cm) او په عمومی متقلصه کښی به لږ څه لږوالی ولری .
- ii - هغه حوصلی چی True conjugate یی د (5,5-7,5cm) پوری او په پټه حوصلی (6-8cm) او په عمومی متقلصو حوصلو کښی په اړوند بیلابیلی تقلصی بڼی شته والی ولری .
- iii - هغه حوصلی چی True conjugate یی د (7,5-9cm) او په پټه حوصله کښی (8-9,5cm) وی په عمومی متقلصه حوصله کښی په منحنی توگه تقلص شته والی لری .
- iv - هغه حوصله چی True conjugate یی 9cm او 9,5cm څخه ډیری د توقع له مخی به لږه اندازه تقلصی بڼه به د پینو سرحدی وی .

B – Midplane contraction :-

دا هغه تقلص دی چی تقلص به په تنگو حوصلی پلانونو کښی شته والی ولری .

C – out let contraction :- داوت لټ برخی تقلص هم ځانگړی ستونزه ده .

درملنه :

د نوموړو حوصلو د پیژندنی وروسته که چیری د مانوړو د سرته رسولو وروسته زیږونه

بریالی نه وی د جراحی کړنلاری به نوموړی ستونزه اصلاح کړی .

لسم خپرکی

د زیرونی پېښه

د زیږیدنی دکانال ترضیضات

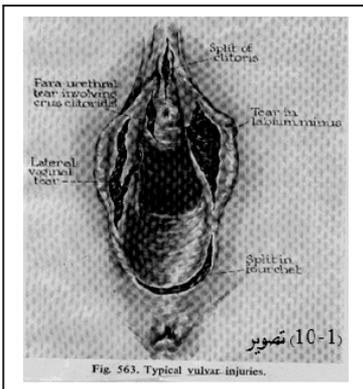
(مثانه د حوصلی بندونه او هډوکي)

فنج Vulva :

لومړی حلی او خوخلی زیرونکی ښخی د زیږیدنی دکانال د ترضیضاتو او ټپونوله کبله متضرر کیږی . دغه به په عمومی ډول نورمال فکر شی خو دغه د بدن په نورو وظیفوی غړو اغیزه نه اچوی او تل به د جروحاتو او ټپونه د فنج (Vulva) د خولی او مهبل د خولی تر څنګ منځ ته راځی .

همدارنگه په (۱-۱۰) تصویر کښی د فنج د برخی جروحات په څرګند ډول په ګوته شویدی تصویر ته پاملرنه وکړی . دا جروحات نادراً ژور دی . او وینه بهیدنه به هغه وخت ډیره وی کله چی شدت د جرحی د (Crus) برخی بذر او یا هم پخپله تر غړی پوری ژوروالی ولری . که چیری کوم وریدی وریکوز شته والی ولری او وخیږل شی دابه وینه ورکونکی حالت وګڼل شی .

که چیری د بارتولین غدی قنات په لاره کښی وخیږل شی ښایي یو سیست Cyst منځ ته راشی او که چیری احلیل وخیږل شی نو تضیق ښایي منځ ته راشی . دغه معمولاً منن کیږی . که چیری سطحی ټپونه د پوستکی، او مخاطی غشاء شته والی ولری ښایي په ندرت سره ګډېلو ته اړتیا وموندل شی .



که چیری ټپ ډیر لوی وی باید یو تریبله سره نږدی کړل شی او وګډېدل شی .

د بذر او وریکوز خیرل شوی برخه به په خیاطه کولو یا ګډېلو سره که وینه ورکوی ښه هموستاز کړل شی . خود فرینولوم Ferenumum برخه تل باید خیاطه کړل شی .

د یورو جنیتال حجاب برخی ریچر پرته له توقع څخه خیریدنه بلل کیږی دا برخه په ښه توګه نه

که چیری خیریدنه ژوره وی او معصره او دریکوم جدار هم وخیل شی دابه د بشپړه غایطی تسلسل (incontinence) پواسطه لومړی جوت شی که چیری دغه خیریدنه دومره زیاته نه وی او په قسمی ډول معصره ویچاره وی او معصره به دککو غایطه مواد کترول وکړای شی . خوکیدای شی چی نری غایطه مواد(غول) او گاز (تیز، پسکی) پرته له اختیاره د معصری څخه راوړی .

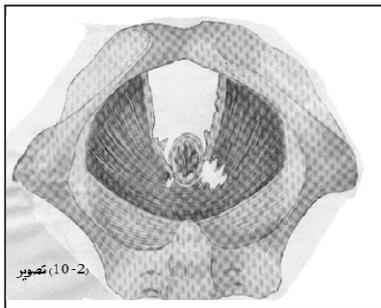
د حوصلی فرش "The Pelvic Floor" :-

د Levator ani عضلی د علوی او سفلی صفاق سره برخه به په نه ټاکلې اندازه د زیرونی په وخت کبسی ویچاره شی . عضلات دنورو په پرتله لږ اغیرمن کیری داځکه چی عضلات خپلی بنی ته بدلون ورکوی . لاندی اړوند زخمی کیدنی به منځ ته راشی چی بنایمی دا وروسته له زیږیدنی څخه ژر او یاهم یو کال وروسته وپیژندل شی .

۱- Diastases of levator ani pillar

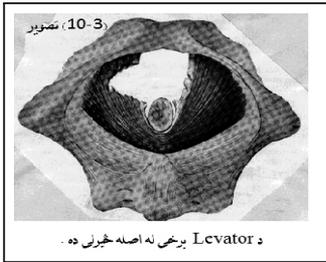
کله چی کوپری بنکته راشی دا حوصلی د فرش برخه سموی هغه برخی چی و خندو ته خیرمه تر فشار لاندی راځی داتساع په وخت د صفاق Fascia برخه د سرویکس څخه د پرنیوم پوری په اوږده ډول سمون کوی . دلته دوه Livator ani او د Pillar قسماً او د inter columnar fascia برخه د ریکوم سره دهغوی د اړیکو له مخی نیول کیری د زیرونی په وخت دلته ریکوم، مهبل، پرنیوم یو په بل پس ویچاریری .

۲- Abruption of levator ani pillars د ریکوم څخه :-



لکه چی په تصویر کبسی بنکاری (۲-۱۰) تصویر دلته د Levator ani Muscle د Pillars تر منځ diastases یا لیری کیدنه منځ ته راځی . پدی تصویر کبسی لکه څرننگه چی بنکاری د صفاق او عضلی برخه دواړه څیرل شوی او دواړه د تداوم په ځای یوله بله لیری بنکاری او د ریکوم څخه خلف ته دعضلی خیریدنه منځ ته

راغلی . پدی لږ کبسی S-Shape مقعیرت منځ ته راوړی چی دا حالت د رحم د پرولاپس لپاره په راتلونک کبسی یوه مساعده زمینه برابر وی

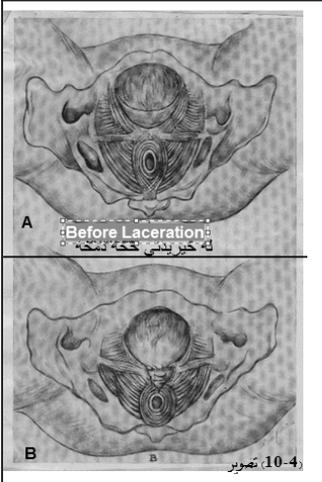


د دوه Puborectalis بندل به لیری ټیله شی او دابه سورور بریچ ته (۲-۱۰) تصویر د زیرونی اجازه وکړی . پدی هکله د (۳-۱۰) تصویر ته پاملرنه وکړی .

کله چی د ټپی برخی پرر روغ شی ددی په عوض دا برخه نری وی او همواره وی دلته به همواره پیره برخه شته والی ولری او هایپوتروفی به یی کړی وی دا به دوه Pillars اړخ ته منځ ته راوړی چی ریکوم به ددوی په منځ کبسی موقعیت ونیسی .



داناټومی له نظره برسیره پردی د inter columnar fascia تخریب د levator ani عضلاتو خیریدنی سره مل وی . د مقعدی معصری چاپیریال چی خیریدنه به ډیره وی او یا به لږه اندازه ژوره د Ischiorectal fossa لوری ته وی ښایي چی خیریدنه دواړو لورونه وی او یاهم یوی لوری ته ډیر ژور وی .



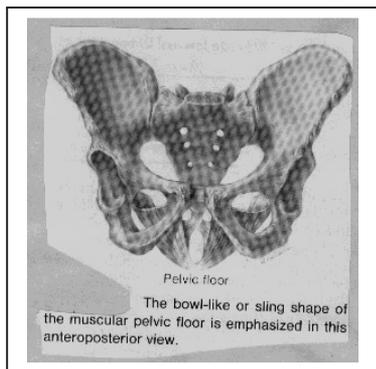
دا به هغه وخت تل رښتیا ثابت شی چی دابې زیونومی Episiotomy څخه دمخه او یا وروسته دابرخه ولیدل شی . پدی لږ کبسی مهبل ، عجان تل خیرل کیری او بعضا به معصره د مقعد هم وخیرل شی پدی هکله (۴-۱۰) تصویر ته پاملرنه وکړی .

په شدیدو پینو کبسی به ریکوم د هغه په چاپیریال کبسی په لویه اندازه سره ښکاره شی دانه یوازی دا چی د عجز قدام ته دخلف لوری ته ټیله کیری همدارنگه

ښکله لوری ته هم ټیله کیری دادی چی د حوصلی حجاب د فوقانی صفاق لپاسه ښوټیری . دلته مهبل glacial movement تر سره کوی او ریکوم سره دنماس په برخه کبسی د منظم نسج (loose) سره یوه ضعیفه برخه منځ ته راوړی چی د حوصلی غړو د پرولاپس لپاره زمینه برابروی چی په راتلونکی کبسی دغه برخه Rectoceles د منځ ته راتلو لپاره مساعده برخه ده .

:Subpubic.Tears

د پویس تحناتی برخی خیریدنه ډیره نادره بلل کیږی او که منخ ته راشی دابه معمولا د ډیر ژر عملیاتی زیرونی له کبله وی .



د Levator برخه به په جدی توگه بنايي غوخه شی او د فورسپس ترمنخ انساج به غوخ او د کوپړی د زیرونی خخه وروسته به د پویک مټ برخه خرخیدنه وکړی دا ناویدنه بنايي د فورسپس د ناویدنی او د کوپړی د ناویدنی له کبله وی .

کله چی دغه جرحه منخ ته راخی په همدغه وسعت کبسی مټانه هم د جرحی د خوکی په برخه کبسی واقع ده د visicovaginal صفاق او مهبل به معمولا د

خیریدنی سره مخامخ وی او دپویس له برخی خیریدنه منخ ته راخی .
نورمال ډول د حوصلی د فرش عضلی بنه چی د sling خرنکوالی خرگند وی .
د پیرینیوم د خیریدنی علونه :

دا راپور کړل شویدی چی د پیرینیوم د خیریدنی منخ ته رانگ په بیلا بیلو بنو دی . د فورسپس په تعقیب خیریدنی بنايي د (50-85%) تر منخ وی .

د پیرینیوم جوړښت نادرآ د زیرونی په وخت د اناتومی له نظره په خپل حال پاتی وی خو که چیری په سمه اندازه Episiotomy ترسره شی په وسیع اندازه خیریدنه غیر معمول کیل کیږی .

همدارنگه د پیرینیوم خیریدنه معمولا کله چی د ماشوم او پستی برخی حوصلی تر منخ مسافه ډیره لیری وی یا هم که کوپړی ډیره لویه او کانال کوچنی وی لکه infantile genital کبسی او یا هم که چیری په غیر مناسب اندازه قطر سره کوپړی د ماشوم Passage د کوپړی د Occipitoposterior position کبسی او یا وریخو Brow presentation کبسی وی منخ ته راخی . همدارنگه ډیره په چټکی سره زیرونه که خه هم دا عملیاتی وی یا بنفسی . یا دا چی د زیرونی په وخت کبسی د اتساع لپاره مجال (وخت) ورنکړی شی خیریدنه به د بریچ پرزنتیشن یا فورسپس پواسطه د زیرونی له کبله منخ ته راشی همدارنگه هغه بنسخی چی Old Primigravid دی او ددی برخی جرحه او دتدب "سکار" د پخوانیو ناروغیو له کبله ولری دوی به مساعده زمینه د خیریدنی لپاره برابره کړی .

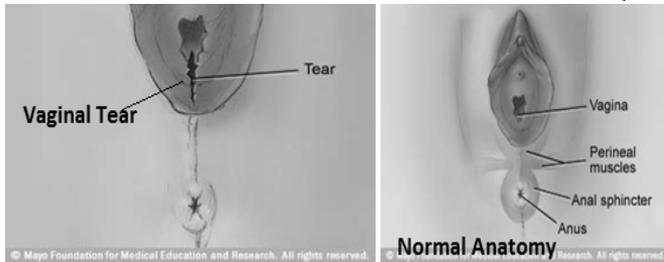
همدارنگه Toxemia شته والی د blotting paper خیریدنی لپاره مساعده زمینه برابروى چى دابه دوینی بهیدنی ته لیوالتیا ولری .

یو تر ټولو غوره او عمومی علت به د پویک د لیندی تنگوالی وی . همدارنگه ژوری خیریدنی له دننه څخه بهر لوری ته وی چى لومړی عضلی برخه یا د مهبل برخه او بالاخره د پوستکی برخه خیریدنه کوی . کله ناکله داسی وی چى پوستکی روغ پاتی وی او تر هغه ژوری برخی څیرل شوی وی چى پدغه حالت کبسی باید د دقت سره ژوره کتنه تر سره شی . که چیری دا حالت تثبیت شی دابه ښه وی چى پدغه برخه کبسی پورته او په ډه برخه د پوستکی وڅیرل شی او ټپ ښه واضح او وگډل شی .

د پرینیوم خیریدنی په بشپړه توگه په درى درجو ویشل کیری :

۱- لومړی درجه خیریدنه **First Degree Laceration** :

دا هغه ډله خیریدنی دی چى فرنولوم Ferenum او یا خلفی ملتا Post. Commissura څیرل شوی وی ددغه خیریدنی وسعت به د 2cm څخه ډیروالی ونلری او تر مقعد (Anus) پوری نه رسیږی.



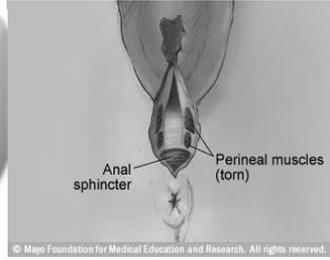
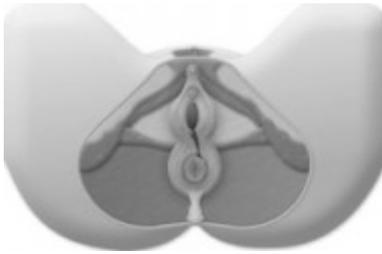
۲- دوهمه درجه خیریدنه **Second degree Laceration** :-

پدی لړ کبسی ټولی هغه خیریدنی ورگډیږی چى د پرینیوم په برخه کبسی منځ ته راځی . خو پدی کبسی هغه خیریدنی چى د معصری عضلات او مقعد نه ورگډیږی دا په استثنی توگه ده .

i. د جنبي میزایی lateral Sulcus تر پایه خیریدنه.

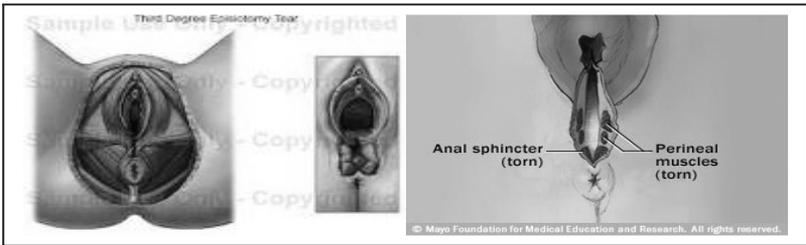
ii. د فورشیت (Fourche)، خیریدنه.

iii. د پرینیوم عضلات څیرلی وی.



۳- دریمه درجه خیریدنی Third degree Laceration :

دې حالت کېنې معصره او ریکوسالم وي خود مهبل -عجان لاندې برخې خیرلي وي:



i. د جنبي میزایي lateral Sulcus تر پایه خیریدنه.

ii. د فورشیت (Fourche) خیریدنه.

iii. د مقعدی معصرې تش بستر Empty bed برخې خیریدنه .

4. څلورمه درجه خیریدنه (Fourth-degree vaginal tear): دا یوه شدیدې خیریدنه ده چې

پدغه راز خیریدنه کېنې ټول طبقات او د مقعدی معصرې عضلات هم څیرل کېږي چې دریکوم

جدار هم څیرل شویدی او بهرته راوتلې وي ، پدې صورت کېنې ناروغ د عملیات خونې ته لیرېدول

کېږي ددې ترمیم بنایي میاشتی و نیسي او اختلاط یې (fecal incontinence and painful intercourse)

بلل کېږي. دغه حالت د بشپړې خیریدنی Complete laceration نوم هم یادېږي .

پدې هکله (۵-۱۰) تصویر ته پاملرنه وکړي

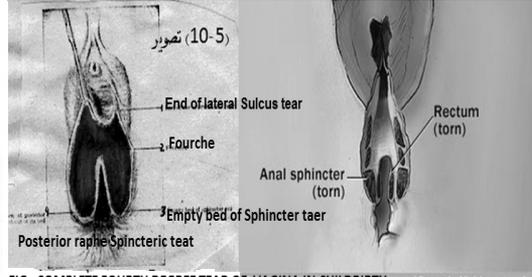
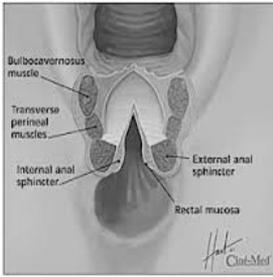
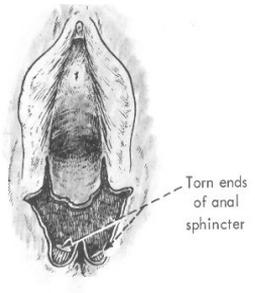
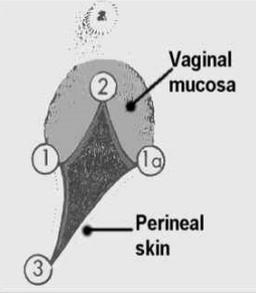
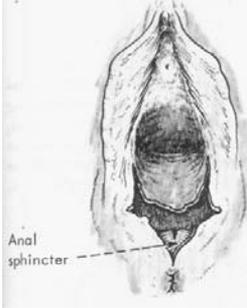
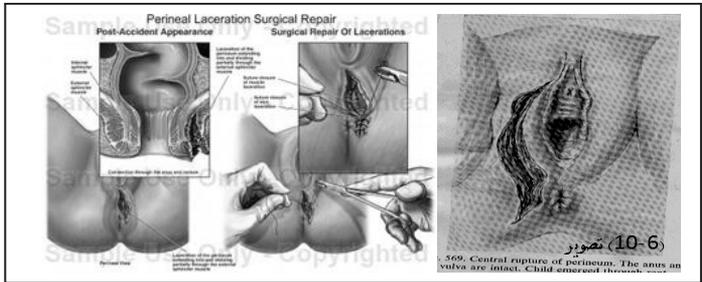


FIG. COMPLETE FOURTH DEGREE TEAR OF VAGINA IN CHILDBIRTH. and Research. All rights reserved.



- 1 - د جنبي ميزابي lateral Sulcus تر پایه خیریدنه.
 - 2 - د فورشیت (Fourche) خیریدنه.
 - 3 - د مقعدي معصرې تش بستر Empty bed برخی خیریدنه .
 - 4 - د مقعدي معصرې د خلفي کرنې (posterior raphe) خیریدنه او او د هغې د بستر خخه راوتل .
- همدارنگه ډیره بڼه د پرینوم د خیریدنی دلته په (6-10) تصویر کېښی ښودل شویده .
- چی ورته Central rapture of the perineum وایي . د فرج او مهلبې خیریدنې درملنه د جراحي عملي پواسطه تر سره کېږي چې په تصویرونو کېښی د درملنې په برخه کېښی ښوول شويدي .
- چی داد پورته او مقاوم پرینوم ، ننگ لیندی ، او هغه فرج چی مخی ته ډیر لیری واقع وی ددغه

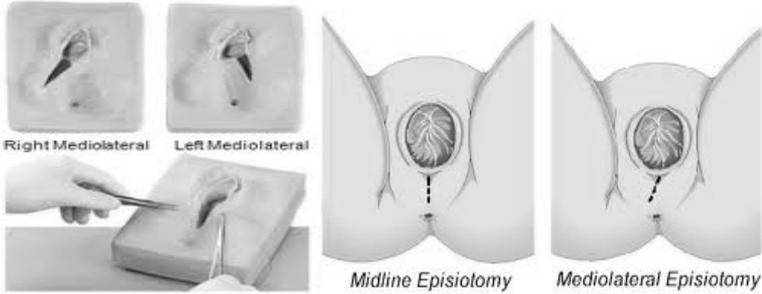


حالتونو له کبله منځ ته راځی ماشوم ښایي د فرج د خولی او

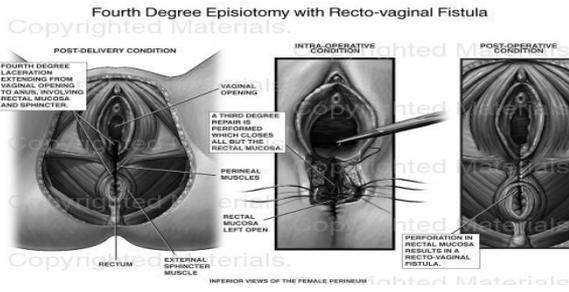
یا مقعد تر منخ وزیبول شی او یاهم ماشوم بنایی د مقعد لوری ته وزیبول شی چی دغه برخه تر فشار لاندی راحی خیریدنه به په بیلا بیلو هدیونو (لوری) ته وی او یاهم بنایی recto vaginal سپتوم برخه پرته له لدی چی په ډیر پراخه اندازه پرینوم اخته شی منخ ته راحی .

د پرنیوم د خیریدنی درملنه

وقایبې درملنه د پرنیوم د تر ضیضاتو په هکله پخوا څرگندونه شویده . کله ناکله حتی د Episiotomy کړنه به هم بسیا ونکړي تر څو د منځ ته راتلونکو جروحاتو څخه مخنیوی وکړي . بعضا د پرنیوم لپاسه د زیرونی په وخت خیریدنه تر سره کيږي دا ددی لپاره چی د مقعد د معصری ، او مهبل د نورو برخو او ماشوم زیروونه وځنډیږي ژوره Episiotomy تر سره کيږي او ډیره کچه وړه تماميږي .

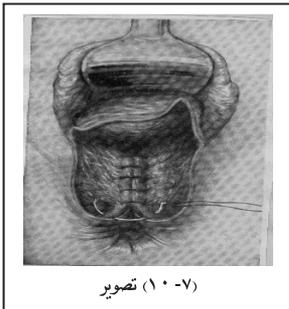


د عجان د برخی خیریدنه په ندرتا ډول وینه ورکوي که چيري پدغه برخه کبسي کوم شريان شته والی ولری هغه به وینه ورکونکی وی چی ترلو ته اړتیا مومی . معمولا د گاز یا مالوچو (پنبی) د کامپرسن پواسطه دغه وینه بهیدنه ودریږي . او سطحی جروحات گڼدل کيږي . همدارنگه منځ ته راغلو جروحاتو گڼدل وروسته له زیرونی وگڼدل شی او کله ناکله داسی پینسیري چی بعضی جراحان Secondary repair لپاره ټکل کوی . اود جرحی گڼدل دیوی مودی لپاره په تعویق غورځوی چی پدی هکله هم بشپړه پاملرنه پکار ده که چيري د ناروغ وضعت ښه وی ، باید جرحه ژر تر ژره وگڼدل شی او موضعی پاملرنه دی د ټپ د ښه کیدنی لپاره تر سره شی . دغه ترمیم او گڼدل کیدای شی چی د موضعی انسټیزی ورکولو پواسطه سیمه بی هوشه او گڼدل تر سره شی . هغه ناروغان چی د مکروب د مداخلی تر خطر لاندی نه وی او د زیرونی له کبله ډیره سترپی وی که چيري د ژر گڼدلو لپاره وخت نه وی ښه به داوی چی ناروغ د (۲۴) ساعتونو په لړ کبسي کڼدلو ته تیار کړل شی او لومړنی گڼدنه د پاکو شرایطو لاندی تر سره شی . په خلص ډول باید وویل شی چی پرنیوم پهر وونه وروسته د زیرونی ددریمی مرحلی څخه تر سره کيږي چی دغه د پرنیوم ترمیم کړنلاری ته (Perineorrhaphy) ویل کيږي .



پرینیورافی (Perineorrhaphy)

دریمه درجه خیریدنه :



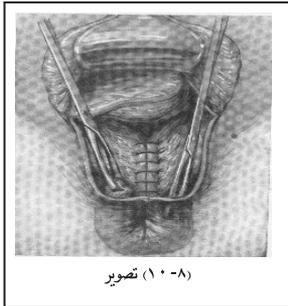
لکه چی پخوا مو ویل چی دغه راز پرهرونه د پرینوم د ټول پیروالی او مقعدی معصری او ریکوم د جدار خیریدنه هم له خانه سره لری ددی لپاره باید بشپړه پاملرنه وشي او په ښه توگه ناروغ تیار کړل شی . تعقیم (پاک) پرته له اتان شرایطو کښی باید دغه خیریدنه په ښه توگه وگډول شی همدارنگه دغه جروحات باید پلان په پلان ترمیم شی او بیا وروسته یی دټپ ساتنه وشي .

چی د کړنلاری مرحلی په راتلونکی توگه دی چی د تصویرونو پواسطه ښودل کیږی .

۱- جرحی د ښی په هکله (۵-۱۰) تصویر ته پاملرنه وکړی چی پکښی د جرحی ژوروالی د مهبل فلاپ چی د کلامپ پواسطه پورته کړل شوی دی ښکاری . دغه خیریدنه د Complete laceration یا دریمی درجی خیریدنی په نوم یادېږی دریکوم او معصری خیری شوی برخه پکښی په گوته شویدی .

۲- وروسته لدی چی د مهبل جدار او ریکوم برخه په ښه توگه سره تسلیخ یا جلا کړل شوه په دقت سره جرحه یو تر بله نږدی کیږی لومړی د ریکوم برخه لکه چی په (۷-۱۰) تصویر کښی ښکاری د گیکوټ تار یا هم د dealyed absorb تار پواسطه Mucomuscular طبقه گډول کیږی دا تار باید (%) لمبر ولری . سته باید دارنگه ریکوم ته ورننویستل شی چی د مخاطی غشا خنجه دریکوم

لومن ته ونه ویستل شی دغه گډپنه باید د intrapted خیاطی گډپنه وی او د تار غوتی لکه چی په تصویر کښی بنکاری د پرهر دننه لوری ته پاتی شی .



(۸-۱۰) تصویر

د اگنډل د مقعد تر سرحد پوری ترسره کیږی .
 ۳- همدارنگه کله چی کپنه بشپړه شی وروسته لدی لکه چی په تصویر کښی بنکاری د مقعد د معصری عضله دواړه لوروته په ډیر احتیاط سره د Allice کلامپ پواسطه رانیول کیږی . لدی کړنی وروسته دغه د معصری عضله د مقعد تر قاعدی یا خیرل شوی برخی پوری راوتله او رانږدی کیږی

لکه (۸-۱۰) تصویر پدی هکله کلامپونه اسیستانت او یامرسیال ته ورکول کیږی .

ډیره هڅه دی وشی چی کومه وینه وروکونکی ټکی شته والی ونلری او ښه هموستاز دی ترسره شی .
 ۴- اوس لکه چی په تصویر کښی بنکاری جراح طیب ستنه چی (0-0) لمبر تار د کچکوت پکښی پروت دی راخلی او لکه چی په تصویر کښی گوری ددغه د معصری عضلی خخه بی تیروی .

لدی سره د صفاق یوه برخه هم گډل کیږی او دغه برخی د معصری عضله ترمیم او گډل کیږی پدی هکله (۹-۱۰) تصویر وگوری .

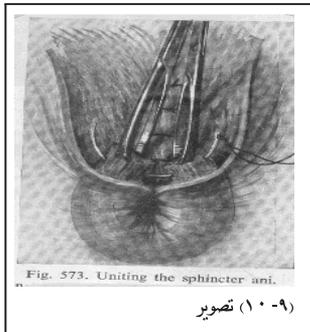


Fig. 573. Uniting the sphincter ani.

(۹-۱۰) تصویر

۵- اوس لکه چی په تصویر کښی ورته گوری ددی لپاره چی د معصری عضله ښه ترمیم شوی گوته د معصری له لاری مقعد اوریکوم ته نویستل کیږی اومعصره بیا تقویه کیږی او اوله همدغه لوری د ټپ

پاتی د پوستکی

برخه د Silk

تار پواسطه

گډل کیږی .

ډیره پاملرنه باید

وشی چی ترخو

د گډلولو په

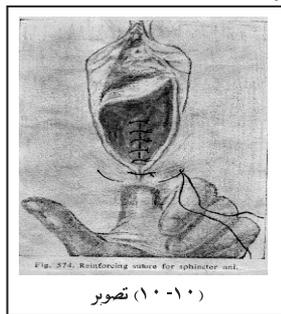


Fig. 574. Reinforcing source for sphincter ani.

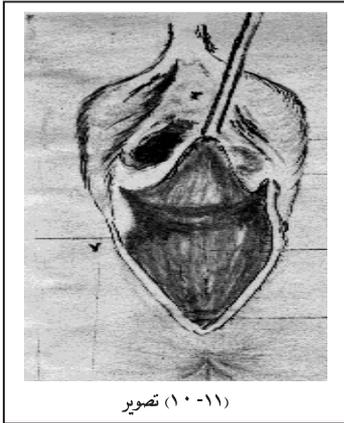
(۱۰-۱۰) تصویر

وخت په پرهر کښی هماغوم او یا جوف پاتی نشی پدی هکله (۱۰-۱۰) تصویر ته پاملرنه وکړی .

دوهمه درجه خیریدنه

Second degree Laceration

دا هغه ژوره خیریدنه ده چی پکبسی Puborectal برخه او Levator ani خیرل او یوله بله سره لیری والی مومی چی که چیری یو تر بله سره expose شی دلته به ریکوم او د مقعد د معصری عضلات بڼه څرگند کړل شی . خو پدغه ډول خیریدنه کبسی د ریکوم طبقات او د مقعد د معصری عضلات نه خیرل کیږی او دا برخه روغه پاتی وی . چی دغه راز خیریدنه هم د زیرونی په وخت منحّ ته راځی ددغه راز خیریدنی درملنه “Perineorrhaphy” پنوم یادیری چی هره کړنه یی په لاندی ډول سره د تصویرونو په لړ کبسی بنسودل شویدی :



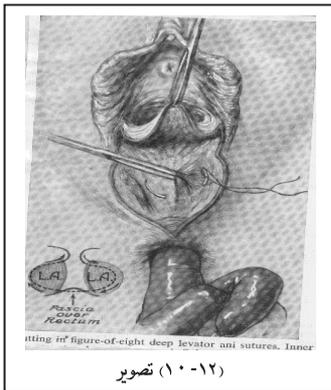
۱- دا ژوره خیریدنه لکه چی په (۱۱-۱۰) تصویر کبسی ښکاری د واضح کولو په وخت به لاندی د پیژندلو وړ وی .

i. - د مهبل د مخاط طبقه چی د Alice فورسپس پواسطه پورته نیول شویده .
ii. - د internal sulcus د خیرل شوی برخی پایله د لیدلو وړده .

iii. - دلته د ریکوم د جدار بهرته مخ دلیدلو وړده .
iv. - د مقعد د معصری Sphincterani برخه .
v. - levator ani د خندی برخه .

همدارنگه د دقت په صورت کبسی په ښکته برخه کبسی یوه لویه دکړی (ring) په څیر چی گلابی رنگ لری د عضلی طبقه تر سترگو شی چی داد معصری عضلی برخه ده .

۲- لکه چی په (۱۲-۱۰) تصویر کبسی ښکاری د کونی (مقعد) له لاری کوته نویستل کیږی د levator ani



عضلات د فورسپس پواسطه نیول کیږی او خیاطه وهل کیږی دا خیاطه باید د Silk تار پواسطه

ترسره شی ددی خیاطه وهلو په لړ کښی باید د صفاق او عضلی طبقه دواړه راوسل شی تر خوښه تقویت منځ ته راشی .

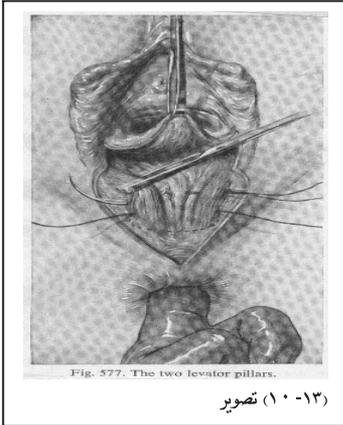


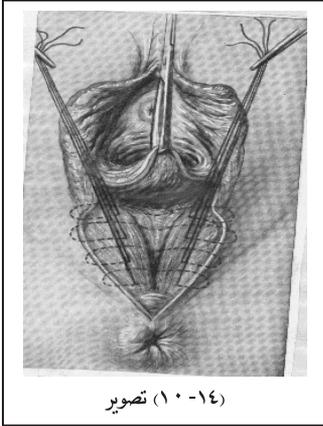
Fig. 577. The two levator pillars.

تصویر (۱۰-۱۳)

د (L.A.) د نښی پواسطه هغه صفاق چی د ریکتوم لپاسه برخه جوړوی ښودل شویده . همدارنگه دغه لړی د گڼدلو دوام مومی تر خوچی ترمیم پایلی ته ورسیری تصویر ته په څیر سره پاملرنه وکړی .

۳- دلته لکه چی په تصویر کښی ښکاری د Levator pillars برخه په دواړو لورو کښی یو تریله سره نږدی کیری او گڼدل کیری ددغه خیاطو لړی

دوام مومی دغه خیاطی په interrupted بڼه تر پایلی تر سره کیری . دا خیاطی به تر هغه همدغه

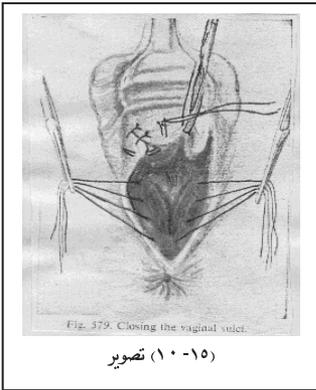


تصویر (۱۰-۱۴)

ډول پریښودل شی تر خو ټول دغه جدار وگڼدل شی . پدی هکله (۱۰-۱۳) تصویر ته پاملرنه وکړی .

۴- لکه چی په تصویر کښی په څرگنده توگه ښکاری کله چی ټولی خیاطی بشپړی شوی او دغه د جدار برخه پوری وگڼدل شوه اوس ټولی خیاطی یوی او بلی لوری ته د تارونو خوکی په فورسپس کښی نیول کیری چی دغه برخه د غوټه کولو او ترمیم لپاره ده پدی هکله (۱۰-۱۴) تصویر ته پاملرنه وکړی چی د مهبل د برخه ترمیم لپاره تیاره ده . دیادولو وړ بولو چی ووايو دغه

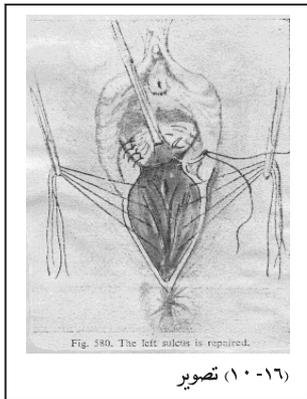
ټولی خیاطی باید په داسی بڼه تر سره شی چی دواړه لوری د منځنی لیکي لوری ته سره نږدی او ترمیم شی .



تصویر (۱۰-۱۵)

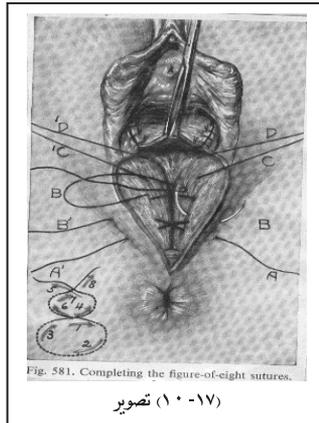
۵- او س لکه چی په تصویر کبسی بنسکاری د مهبل میزابی Viaginal Suclus برخی په گنډلو پیل کیږی او په ډیر دقت سره دغه خنډی گنډل کیږی ددغه خیاطو پواسطه د مهبل د مخاطی غشا طبقه ترمیم کیږی همدارنگه دغه گنډل باید د هغه تار پواسطه چی د (20) ورځو لپاره پاتی شی یعنی Chromic یا Delayed absorbable تار پواسطه وگنډل شی مهبل باید د مخه تر دی چی د Levator ani خیاطی غوټه شی ترمیم کړل شی .

دا تار باید (% لمبر تاروی . هڅه دی وکړل شی تر څو وینه همایوما هلته شته والی ونلری . پدی هکله (۱۰-۱۵) تصویر ته پاملرنه وکړی .



تصویر (۱۰-۱۶)

۶- پاتی د Sulcus یا میزابی برخه هم گنډل کیږی او د مهبل برخه گنډل کیږی او همدارنگه Pelvic floor برخه دغه خیاطو لاندی راوستل کیږی وروسته لدی چی دغه برخه وگنډل او د مهبل گنډنه بشپړه شوه . بیا وروسته لدی هغه لاندی برخه چی گنډل شوی او خیاطی بی په فورسپس

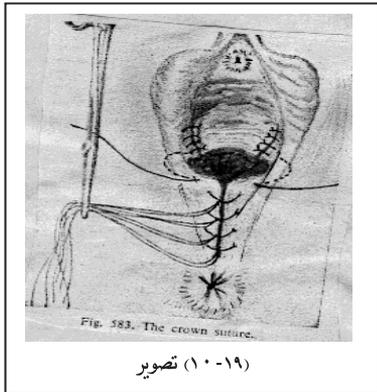


تصویر (۱۰-۱۷)

کبسی نیول شویدی د هغوی خنی د گنډلو لپاره کار اخیستل کیږی . د مهبل برخی د

ترمیم په هکله (۱۰-۱۶) تصویر ته پاملرنه وکړی .

۷- اوس لکه چی په تصویر (۱۷-۱۰) تصویر کبسی بنکاری د خیاطو د تارونو خوکی د پوستکی خخه بهرته تیریری. دغه لړی بشپړیری دغه گندلو ته په خیر سره وگوری چی په انگلیسی AA ، BB ، CC او DD پواسطه بنودل شوی دغه گندلو ته چی په تصویر کبسی گوری د Figure-of-eight یعنی د انگلیسی (8) په خیر خیاطی نوم ورکول شویدی .

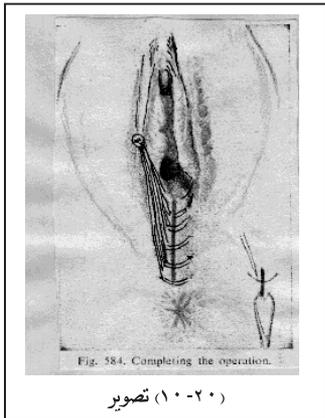


تصویر (۱۹-۱۰)

۸- تصویر ته پاملرنه وکړی اوس لکه د تصویر په خیر د کوټو پواسطه هغه لاندینی ژور انساج یو بل ته سره نږدی کیری کله چی پنبی یو بل ته سره نږدی کړل شی پرهر به په بنه توگه یو بل سره نږدی شی یا غوټه کول د خیاطو پیل کیری (۱۸-۱۰) تصویر ته پاملرنه وکړی .

۹- کله چی په تصویر کبسی گوری د بنکته خخه پورته لوری ته دوام مومی وروستی خیاطه وگوری چی هغه کله چی د پوستکی خخه ور دننه شی

هغه د تحت الجلد په برخه او یا د شته صفاق Subvaginal fascia چی د مهبل د مخاطی طبقی لاندی پرته ده ددغه خیاطی پواسطه نیول کیری او هغه بیا وروسته د پوستکی خخه بهر ته راویستل کیری او غوټه کیری دغه خیاطی د Crown suture پنوم هم یادیری پدی هکله (۱۹-۱۰) تصویر ته پاملرنه وکړی .



تصویر (۲۰-۱۰)

۱۰- اوس لکه چی په تصویر کبسی بنکاری د جراحی کړنلاره پای ته رسیدلی ده . ټولی هغه خیاطی چی د گندلو لپاره ترسره شویدی هغه یو تر بله سره وروسته مقاسیه او د اطمینان وروسته هغه غوڅیری . وروسته دغه کړنلاری د سرته رسولو خخه ریگنوم ته گوټه ورننویستل کیری او د خیاطو په هکله باور تر لاسه کیری . همدارنگه په پایله کبسی د فولی کثیر مثانی ته تیر او هلته تثبیت پرېبنودل کیری او ترڅو چی ټپ جوړیری هلته پرېبنودل کیری . پدی هکله (۲۰-۱۰) تصویر ته پاملرنه وکړی .

د مهبل ناروغی Lesions of the Vagina

سببونه :

- په ولادی توګه کوچنی (infantile) ډول مهبل .
 - rigid کلک " زړه لومړی ځله بلاربه " .
 - د تندب منځ ته راوړونکی ناروغی .
 - پخوانی څیریدنی .
 - د جراحی کړنلارو د سرته رسولو له کبله .
 - همدارنګه د رادیو اکتیف وړانګو درملنی پواسطه .
- همدارنګه د مهبل د اوږدو څیریدنه به د میزایی په برخه کېسی چی د قدامی او خلفی سستی (Columns) ته دی منځ ته راځی چی لومړی به مثانه او وروسته له هغه به ریکنوم اخته شی او وڅیرل شی .

قدامی څیریدنه معمولاً د Levator ani pillar د پیویک د تماس برخی سره څیریدنه منځ ته راوړی . د څیرل شوی برخی څنډی به سمی وی استثناء ګه چیری نکروزس منځ ته راغلی وی سمه بڼه به ناری . د منضم نسج برخه به معمولاً په پراخه اندازه (وسیعاً) وازه شوېوی د فورنيس په برخه کېسی څیریدنه ښایي په عمومی ډول سره مستعرضه بڼه لری او که د سرویکس په څیریدنه کېسی ګډون وکړی . د وینی بهیدنی اندازه به د جرحی په اندازی پوری اړه ولری . بعضا څیریدنی داسی بڼه لری چی لږ وسعت لری او په ګردی ډول سره د مهبل په چاپیریال کېسی د سرویکس سره نږدی برخه کېسی موقعیت لری اود پرینيوم جوف ته وازیدنه مومی دا شدید پېښه ګیل کیری او ورته Colporrhaxis ویل کیری .

او رحم ته نږدی وی او رحم ریچر ته لیوالتیا څرګندوی . د مهبل څیریدنه به د اتان د ننوتلو او نفوذ لپاره مساعده زمينه برابره کړی د یوه قانون پتوګه قبول شوی چی د مهبل د پورتنی دریم برخی څیریدنه پرته له درملنی هم روغتیا مومی او مهبل د ښکتنی برخی څیریدنی د حوصلی فرش تر عضلی جدار ادامه مومی چی درملنی ته اړتیا لری .

د حوصلی د منضم نسج connective tissue ناروغی

دا راز اکتونه اکثر رحم د retinaculum uteri برخه چسپي منضم نسج دی او همدارنگه د صفاق پلان برخه ده چسپي په ناروغی اخته کیږي او کوم ډول درملنی ته اړتیا نه مومي . که چیري دغه retinaculum uteri برخه خیري وی او له منځه لاړه شی دابه د Parametrium ډیر سمیدنی یا 'Overstrched' کیدنی لپاره زمينه برابره کړي او بښکه لوري ته به خوړنده بڼه غوره کړي . د سرویکس برخه بښکه د تناسلی هیاتوس Genital Hiatus څخه بنویدنه وکړي د جسم Corpus برخه به شاته پاتي شی د سرویکس برخه به بښکه لوري ته خوړندیدنه ومومي .

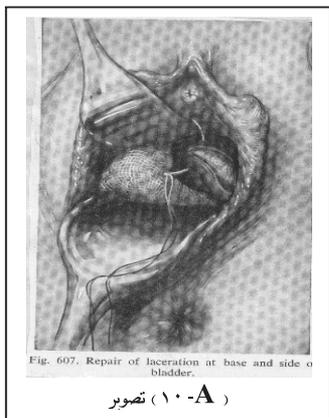
که چیري د سرویکس خلف لوري ته پرته د صفاق برخه تخریب شی پدی صورت کښی به په پورته برخه د ریکوم کښی Rectocele منځ ته رانگ ته زمينه برابره کړي . همدارنگه د فورسپس پواسطه زیږونه د حوصلی درخوه اقتسامو او منضم انساجو برخه خوړمنه کوی او په راتلونکی کښی د ابنارملتی د منځ ته رانگ لپاره زمينه برابره وی .

همدارنگه ډیری زیږونی ، عملیاتی کړنی ، د فورسپس پواسطه زیږونی او بنایي د طبیعی فشارونو له کبله د منضم نسج برخه خوړمنه او ژوبل کیږي او خیریدنه کوی . چي دا خیریدنه بنایي په یلابیلو درجو سره وی که چیري اندازه ډیره وی . درملنی ته اړتیا پیدا کوی او د زیږونی په محال د پام وړ خبره بلل کیږي .

درملنه :

1. وقایوی Preventive :

مخنیوی کونکی کړنی دادی چي د طبیعی زیږونی لپاره باید ناروغ تیار کړل شی تر خود حوصلی د صفاقی برخی خیریدنه منځ ته رانشی . همدارنگه د سیزارین سکشن تر سره کول دغه برخه د ټپي کیدنی څخه ژغوری همدارنگه د Manual dilatation ، او د Metreuryisis او incision تر سره کول تخریب کونکی گڼل کیږي .



همدارنگه هیڅکله باید د breech پرزیتیشن په وخت که چي عنق تام واز نه وی باید د فورسپس څخه کار وانه خیستل شی ، او همدارنگه د pituitary د نخامی محتوی دورکولو څخه دی ډه ډه وکړل شی . بښخه باید تر هغه پوری ونه هڅول شی چي بښکه زور وکړي تر څو

چی کوپری د پرینیوم برخی ته نه وی رسیدلی ددی لپاره چی جنبی جدار ، قدامی جدار د مهبل او levator ani برخه د زخمی کیدنی وژغورل شی ژوره اپی زیوئومی باید تر سره شی .

2 - فعاله درملنه Active treatment :

که چیری د مهبل د پورتنی دریمی برخی خیریدنه منخ ته راغلی وی دا کومی درملنی ته اړتیا نه لری . او یو شو Interrupted خیاطی معمولاً وینه بهیدنه ودروی . بعضاً دغه وینه بهیدنه په خپاره ډول وی چی د تامپون کولو وروسته باید هموستاز ترسره شی . وروسته لدی چی دغه برخی وگډل شی ددی لپاره چی همایوم منخ ته رانشی ښه به داوی چی د مهبل په برخه کښی تامپون کینودل شی . که چیری دمثانی د عنق د برخی خیریدنه منخ ته راغلی وی باید په پاملرنه سره ترمیم شی سره لدی هم د Cystocele منخ ته رانگ معمول دی او دهغوی مخنیوی به گران وی . پدی هکله (A - 10) تصویر په راتلونکی موضوعاتو کښی ، پاملرنه وکړی .

که چیری د نورو برخو لکه levator ani او یا Puborectal برخو خیریدنه شته والی ولری . باید طیب د اړوند برخی د پېژندنی وروسته دا برخه په غور سره ترمیم کړی . همدارنگه د ناروغ پرهر پانسمان ، او داتی بیوتیکونو وسیع الساحه طیف اغیزه لرونکی درمل دی پکار یوړل شی د ناروغ وینه لږی او تبی او درد درملنه دی وشی .

د فرج او مهبل هیماټوما

Hematoma of the Vulva and Vagina

ښایي چی د بلاټوب ، زیرونی او یا هم د Postpartum په وخت د وینی رگونه وخیړل شی او د وینی ټومور (Blood tumor) په سست منضم نسج کښی منخ ته راوړی چی

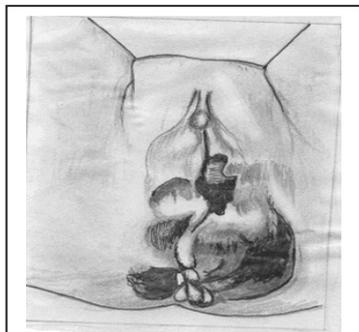


Fig. Hematoma of the Vagina & Vulva .

(10 - B) تصویر

داښایي د تر پوستکی لاندی طبقه کښی جوت شی چی دغه حالت ته هیماټوما ویل کیري . دمنخ ته راتلو برخی یی :

د پوستکی لاندی ، فرج ، د مهبل چاپیریال ، د پلن لیگامنټ (Broad-lig) په برخه کښی منخ ته راخی دا جوړښت د لوئیدنی سره لیوالتیا څرگند وی .

همدارنگه دغه همایوم تر Levator ani عضلی او حوصلی صفاق پوری اوږدیدنه مومی حتی تر پرینیوم

پوری اوردوالی مومی او ریکوم له خپل ځایه بی ځای کوی او مقعد ته هم بی ځایه کیدنه وربخښی چی دغه هماتوم ښایې تر (10cm) پوری بعضا قطر ولری . که چیری دغه هیماټوما د مهبل په چاپیریال کښی وی ښایې د حوصلی برخه ډکه کړی او مهبل یوی لوری ته تر فشار لاندی راوړی او هغه وتړی او ښایې د زیرونی لپاره انسداد حالت منځ ته راوړی او د Lochia بهیر برخه بنده کړی . همدارنگه کیدای شی چی د مهبل د حجاب برخه ونیسی او که چیری د broad-ligament قاعده ونیسی او د False Pelvis دننه ته به وسعت ومومی او د Poupart's ligament لاندی به راټوله شی . او که چیری د خلف لوری ته توسعه ومومی دابه پښورگوکول خلف او پرتوان خلف ته راټوله شی او هغه له خپله ځایه بی ځایه کړی . همدارنگه لکه د (B - 10) تصویر په څیر ښایې هماتوم دومره وسعت ومومی چی د مهبل برخه وتړی او دفرج برخه بی ځایه کړی پدی صورت کښی ښایې وینه لږی (Anemia) دومره پرمخ تللی وی چی همدارنگه ددی لپاره چی دغه هماتوم وسعت ومومی او منځ ته راشی د څو ساعتو تیریدنی اړتیا ده چی هماتوم بشپړه وده وکړی دغه حالت Immediate hematoma وای او که چیری تر دی ډیر وخت ونیسی او د پرینوم برخه ونیسی دغه حالت ته د delayed Hematoma نوم ورکول کیری .

سببونه:

- تر ضیضونه (Traumas) اورگونو څیریدنه .
 - بنفسهی یاد فورسپس پواسطه زیږونه .
 - عدم گهایه د مهبل د څیریدنی د خیاطی څخه وروسته تخنیکي غلطی .
 - په زیږه (rough) بڼه د رحم مساز ورکول د پوست پارټوم په مرحله کښی .
- کلینیکي نښی ښاننی :-

ډیر حساسیت او درد شته والی ، او یوه هو ښیاره ښځه ښایې د څیری کیدنی ټکی او د حالت د منځ ته راتلو بڼه شرحه کړی او پرته له تحمل څخه به دریکوم او مټانی لپاسه د فشار دشته والی او هماتوم لپاسه د پوستکی رنگ به شین تور بخن او آبی (Blue-black & blue) وی بعضا له همدغه ځایه د پوستکی برخه هم څیرل شوی وی او وینه ورکول شته والی لری چی د هموارژیک شاک له کبله ښایې مړینه منځ ته راشی . همدارنگه د دننه وینه بهیدنی له کبله به وینه لږی Anemia او شاک Shock شته والی ولری .

که چیری لږه اندازه extravasation شته والی ولری په چټکی سره جذب کیږی او یوه لویه برخه به معمولاً متن شى اوا بسی به جوړه کړی اود همدی لاری د Septicemia د منځ ته راتلو خطر شته دی ، بعضاً دغه هماغوم پخپله وازیدنه کوی او هماغوم تخلیه کیږی او د هغه جوف په کراره سره بنفسهی جوړیدنه کوی خو دا حالت نادره پینه کول کیږی .

انزار :

اوس مهال دا ډول ناروغی د اندینینې وړ خبره نده کله چی طیب یا روغتون ته ناروغ راوړل شى نو درملنه یی تر سره کیږی او وینه هموستاز او هماغوم تخلیه کیږی که چیری نومور متن نه وی نو درملنه یی ژر تر ژره تر سره او جوړیدنه او روغیدنه د قانون په څیر دی که چیری د پریټوان لاندی راتول وی نو بنایي پریټونیت منځ ته راوړی . د اتان د مداخلی په صورت بنایي درملنه وخت ونیسی او روغیدنه به ځنډنی وی .

درملنه.

که چیری هیماټوما د جوړیدنی په حالت کبسی وی دا باید وڅیړل شى که چیری وینه ورکونکی رگه وازوی او ولیدل شى باید هغه غوټه او هموستاز کړل شى او سمدا لاسه په دی کوبنښ وشى ترڅو ماشوم وزیرول .

او همدارنگه که داسی وپتیل وشى د پلاستا " پریوان " دزیرپونی دمخه منځ ته راغلی وروسته لدی چی پریوان د لاس پواسطه روائستل شى او وروسته له هغه باید د هیماټوم درملنه وشى . د پرسیدلی برخی لپاسه د هماغوم برخه کبسی د مهبل مخاطی غشا څیرل کیږی منځ ته راغلی علقه (Clot) او شته محوی د جوف څخه روائستل کیږی او وینه ورکونکی رگونه تړل کیږی او هموستاز ترسره کیږی . او که چیری لږه اندازه وینه بهیدنه شته والی ولری اود oozing بڼه ولری باید جرحه وگډل شى او مهبل تامپون (Pack) کړل شى چی وروسته د (12h) دولس ساعته تامپون روائستل کیږی .

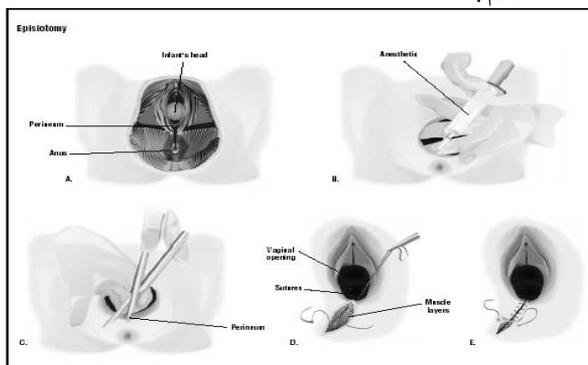
ټول هغه ناروغان چی د وینه لږی حالت ولری او ډیره اندازه وینه ورڅخه تللی او ضایع شوی وی باید دغه راز ناروغانو ته د وینی ورکړه (Blood.Transfussion) ترسره شى . همدارنگه دا به معقوله خبره وی دغه راز ناروغانو ته لکه :

۱. - وسیع الساحه طیف اغیره لرونکی اتی بیوتیک لکه .
- امپسلین ، اموکسی سلین ، کلوگر اسلین .

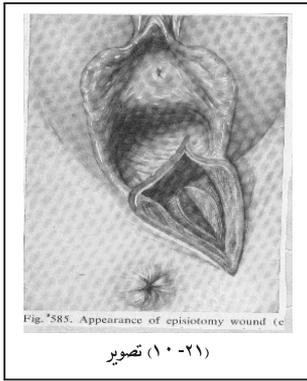
- سفالوسپورینونه (اوله ، دوهمه ، دریمه یا د خلورم نسل) خخه .
- امینوگلائیگوسید لکه جنتامایسین .
- هغه چی د پنسلین په وړاندی حساسیت لری تتراسیکلین یا دوکسی سیکلین .
- ماکرولیدونه لکه اریترومایسین ، کلریترومایسین .
- کینولینونه لکه Oflaxacin ، Ciprofluxacin او یا Nurfluxacin .
- ii. د درد له منخه وړلو لپاره انالجیزیکونه او سیداتیف درمل .
- iii. که چیری همایوم کوچنی وی پخپل حال پرینودل کیری تر څو جذب شی او که چیری منتن شی او ابسی منخ ته راوړی دریناژ کیری .
- - که چیری پرسوب او د انساجو اذیما شته والی ولری د N SAID درمل ورکول کیری .
- iv. - همدارنگه د ناروغ څارنه او پانسما په خپل وخت تر سره کیری .

دانسى وحشى داپى زيوتومی جراحی کړنلاره "Episiotomy of mediolateral"

لکه چی پخوا موخه ناخه داپى زيوتومی په هکله څرگندونى کړیدی اوس داپى زيوتومی د جراحی کړنلاری پلان په پلان د ترمیم په هکله تصویر معلومات ته پاملرنه وکړی . د څیرل شوی پرهر گڼدل او ترمیم په لاندی ډول دی .



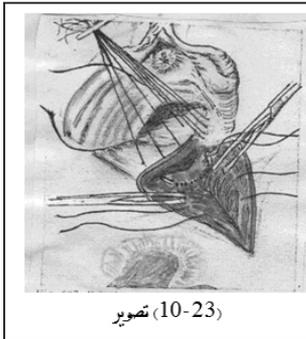
۱ - لکه چی په تصویر کښی ښکاری د اپی زیوتومی د څیریدنی پواسطه هغه صفاق چی په levator ani عضلاتو لپاسه د پوښ په څیر پرته ده او یوه برخه عضلات پوستکی او هغه لاندی نسج غوڅ شویدی .



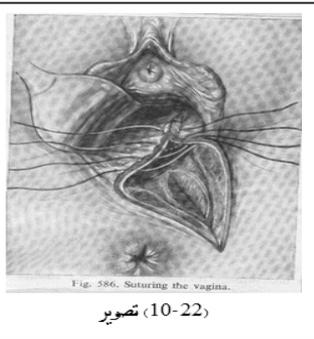
تصویر (۱۰-۲۱)

تولسه کپنه داپسی زیوتومی د
 خخه تر (۱۰-۲۱) تصویرونو په لپ کبسی
 شوبدل شویدی دغه غوڅیدنی ته په (۱۰-۲۱) تصویر
 کبسی پاملرنه وکړی .

۲- لکه چی په تصویر کبسی ښکاری گنډل لومړی د
 مهبل د څیرل شوی برخی خخه پیل کیږی ټولی هغه
 interrupted خیاطی چی پدغه برخه دمهل کبسی



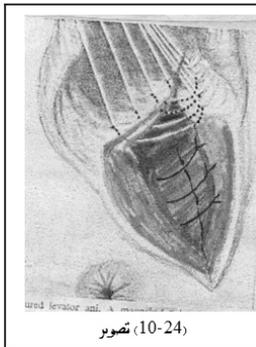
تصویر (10-23)



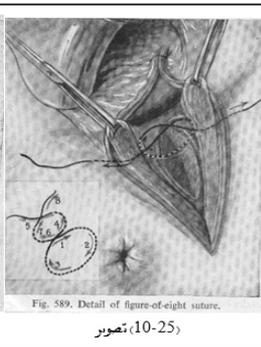
تصویر (10-22)

وهل شویدی
 دا گنډل باید
 د (0-0)
 لمبر تار چی
 تر اوږدی
 مودی دری
 او نیوپوری
 جذب نشی
 گنډل کیږی .

همدارنگه څلور یا پنځه خیاطی هریوه د یوه ساتی متر په اندازه سره وهل کیږی او پرته له غوټه کولو
 پرېښودل کیږی دغه خیاطی باید د مهبل د جدار او د هغه د صفاق ځنی تیر شی .



تصویر (10-24)



تصویر (10-25)

پدی هکله (۱۰-۲۲) تصویر ته
 پاملرنه وکړی .

۳- همدارنگه کله چی په
 تصویر کبسی ښکاری د levator
 ani او interocolumnar صفاق
 یو تر بله سره نیردی کول کیږی او
 گنډل کیږی تصویر ته په څیر سره
 پاملرنه وکړی لکه (۱۰-۲۳)

تصویر کبسی په ریکوم کبسی باید گوته نویستل شویوی .

۴- لکه چی په تصویر کبسی بنکاری اوس د levator ani عضلات گنډل شویدی او تارونه یی غوټه شوی او عضلات تاریم دی پدی هکله
(۱۰-۲۴) تصویر ته وگوری .

د پاملرنی ورده چی وویل شی همدانگونه یو ډول بله گنډنه هم لری چی په راتلونکی تصویر کبسی ورته پاملرنه وکړی ښه به داوی چی د (0) Silk تار پواسطه وگنډل شی .

۵- همدارنگه لکه چی په تصویر کبسی بنکاری دواړه څنډی د عضلی طبقی څخه پورته د یورو جنیټال برخه د Alice پواسطه پورته و نیول شی اوس دغه خیاطی پخوا levator ani په عضله او صفاق باندی وهل شویدی د هغو دواړو لوروته د تارونو څوکی د یوی ستنی پواسطه د ټول پیر جدار

ځنی تیر او د پوستکی څخه بهرته راوباسو . پدی هکله د دیوی خیاطی میکانیزم ته په (۲۵-۱۰) تصویر ته پاملرنه وکړی . دا د انگریزی (8) ډوله خیاطه ده چی غوټه یی د پوستکی څخه بهر ترسره کیږی .

۶- لکه چی په تصویر کبسی بنکاری هغه د (8) eight په څیر خیاطی چی د غوټه کیدنه لپاره تیاری دی او د خیاطو لری بشپړه شویده . وروسته لدی یوپه بل پسې د مهبل د برخی خیاطی وگنډل او غوټه شی دا د

(8) په څیر وهل شوی خیاطی هم غوټه کیږی پدی هکله تصویر ته به (۲۶-۱۰) کبسی پاملرنه وکړی .

۷- لکه چی په تصویر کبسی بنکاری د مهبل د برخی خیاطی غوټه او یوه ښکته خیاطه یی د ترکشن لپاره پربنسودل

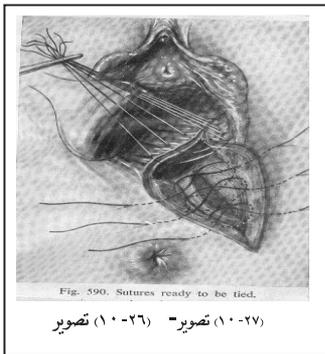


Fig. 590. Sutures ready to be tied.
تصویر (۱۰-۲۶) - تصویر (۱۰-۲۷)

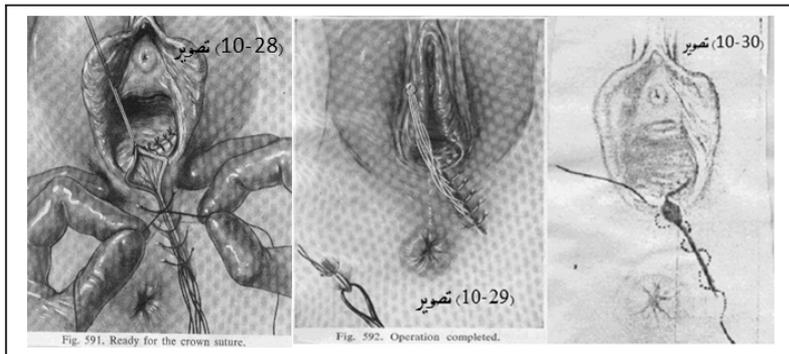


Fig. 591. Ready for the crown suture.

Fig. 592. Operation completed.

شویده او هغه پورته نیول شویده همدارنگه نوری د (8) په څیر خیاطی په وار سره غوټه کیږی . پدی هکله د (۲۷-۱۰) تصویر ته پاملرنه وکړی .

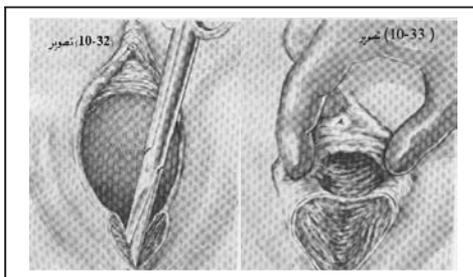
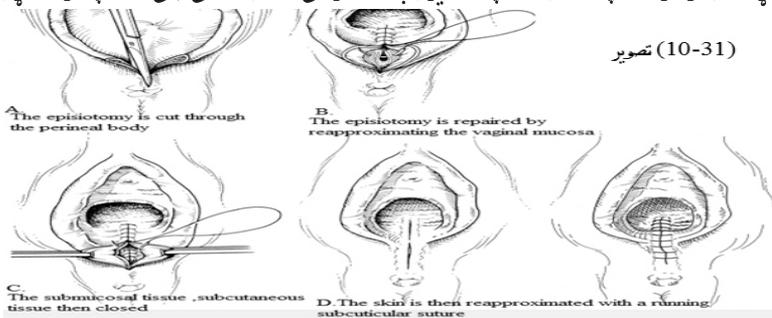
۸- لکه چی په تصویر (۲۸-۱۰) کښی ښکاری که چیری دغه لاندینی طبقه د Interrupted خیاطو پواسطه کنډل شوی وی ټولی خیاطی وروسته د غوټه کولو هغه خیاطی غوڅیږی او د هغه لپاسه پوستکی کنډل کیږی .

۹- همدارنگه لکه څرنگه چی په (۲۹-۱۰) تصویر کښی ښکاری د خیاطو او ترمیم لړی ختمه شوی ده او د جراحی پابلی وروسته خیاطی وروسته له غوټه کیدنی غوټه غوڅیږی جرحه پانسماڼ کیږی د فولی کیتیر باید مثانی ته تیر او هلته د ټپ ترروغیدنی پاتې شی .

۱۰- همدارنگه که چیری جراح وغواړی تحت الجلدی Subcutaneous خیاطی ووهی او جرحه ترمیم کړی د هغی کړنلاری ته (۳۰-۱۰) تصویر ته پاملرنه وکړی .

منځنی (متوسط Median) اپی زیوتومی:

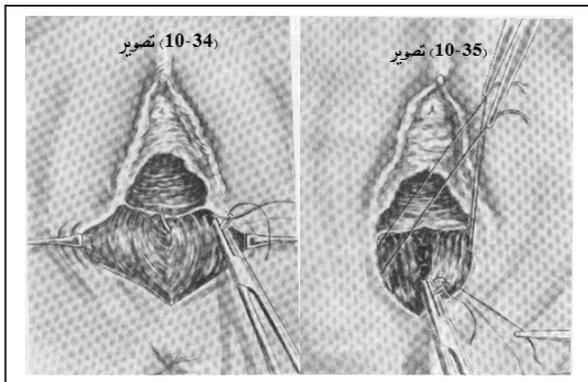
داد اپی زیوتومی کړنلاره د منځنی لیکي لپاسه د پرینوم لپاسه ترسره کیږی . ددغه راز جراحی کړنلاری ترسره کول په لاندی توگه په تصویري بڼه د شرحی لاندی راځی چی ورته پاملرنه وکړی .



۱- د منځنی لیکي اپی زیوتومی د منځنی لیکي لپاسه لکه چی په (۳۲-۱۰) تصویر کښی ښکاری د مقعد تر سرحد پوری د یساتی Scissor پواسطه ترسره کیږی پدغه لړ کښی د پوستکی ، مهبلی مخاط ، کولیس

صفاق Colle`s fascia ، د پړینوم جسم برخه خیرل کیږي . ښه به داوی چي د مخه تردی د مقعدی معصری برخه اتساع کړل شی .

۲- پدغه تصویر کښی د اپی زیوتومی ټپ د ماشوم د زیرونی وروسته په څرگند ډول ښودل شویدی پدی هکله (۳۳-۱۰)



۱۰- تصویر پاملرنه وکړی

۳- لکه چي پدغه

تصویر کښی ښکاری د

پړینوم د جسم عضلی

برخه د دری یا څلور

دانی interrupted

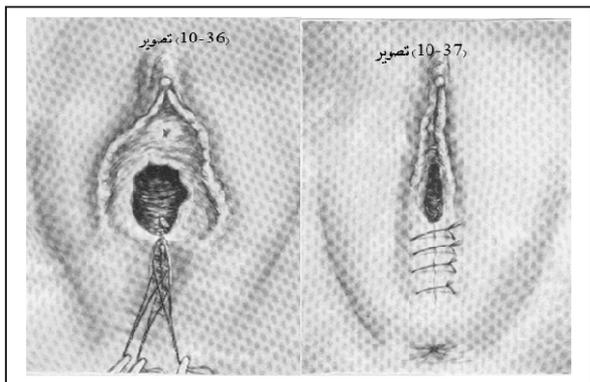
خیاطو پواسطه ترمیم

ترسره کیږي ښه به داوی چي دا برخه د Delayed absorbable تار پواسطه وگڼدل شی پدی هکله د (۲۴-۱۰) تصویر ته پاملرنه وکړی .

۴- لکه چي په تصویر کښی ښکاری د Colle`s fascia لپاسه خو interrupted اویا هم

Continuous خیاطی تر سره کیږي تر څو دغه پرهر ښه تقویه شی پدی هکله (۲۵-۱۰) تصویر ته

پاملرنه وکړی . دا خیاطی غوټه او غوڅیږي .



۵- همدارنگه لکه

چی په تصویر کښی ورته پاملرنه کوی لاندی ټولی طبقی گڼلی او تقویه شویدی لدی وروسته له پورته څخه بنسکه د مهبل له مخاطی طبقی څخه ترمیم پیل او د پوستکی

طبقه هم تر مقعد پوری گڼدل کیری پدی هکله د (۳۶-۱۰) تصویر ته پاملرنه وکړی .

۶- لکه چی په تصویر کښی یی گوری د اپی زیوتومی جرحه په بشپړه توگه گڼل شویده او هغه خیاطی چی وهل شویدی وروسته دا غوڅیری . پدی هکله (۳۷-۱۰) تصویر ته پاملرنه وکړی . وروسته د جراحی کړنی د سرته رسولو څخه مټانی ته فولی کیتیر تیریری او هلته نثیت پرینودل کیری . جرحه پانسماں او اړوند موضعی او عمومی درملنه ورته تر سره کیری د سرویکس ناروغی (آفتونه) :

هره زیږونه ښایي د سرویکس برخی ته زیان رسونکی وی دغه خوږمن کیدنی به هغه وخت ډیری منځ ته راشی چی د سرویکس اتساع بشپړه نه وی او د دی لاری زیږونه تر سره شی تر ټولولوی غوڅیدنی هغه وخت ډیره منځ ته راځی چی علتونه یی په لاندی ډول دی .

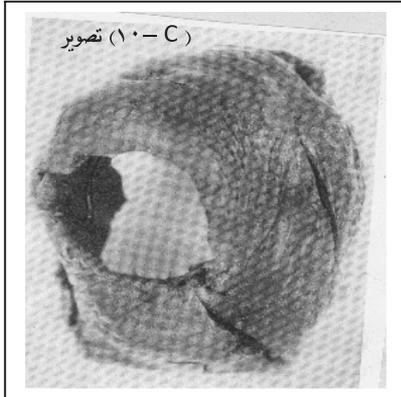
۱- د زیږونی د فشار له کبله په چټکی سره او ډیر قوت سره د اتساع منځ ته راتلل . او یا هم همدارنگه د مخه تردی چی سرویکس اتساع وکړی د طیب بواسطه مداخله د زیږونی لپاره تر سره کیری .

۲- د سرویکس د ناروغی د شته والی له کبله ، اناټومیکی شخوالی "rigidity" ، زړه لومړی ځله ، روغ شوی ټپ چی سکار یی جوړ کړی وی .

۳- یو ډیر لوی ماشوم کله چی د زیږونی کانال له لاری تیریری ښایي د سریکس د برخی آفتونه ، څیریدنی منځ ته راوړی .

۴ - همدارنگه د سامانو نو پواسطه لکه چی د غیر مجرب کسانو او طبی کارکونکی پواسطه د فورسپس پواسطه زیږونه ترسره کیږی .

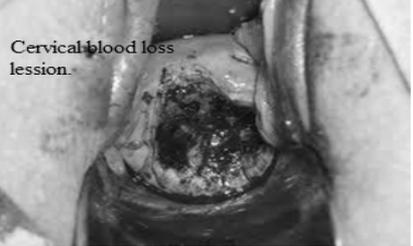
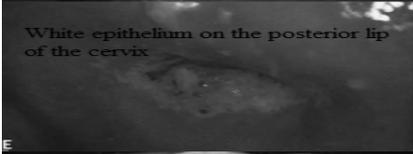
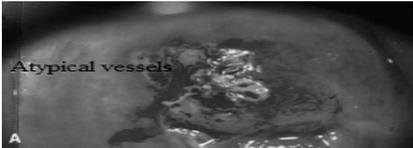
دا آفتونه کیدای شی چی په سطحی یا ژور ډول سره وی داچی بناپی د مخاطی غشا طبقه بی اخته کپی وی او یا هم د سرویکس د برخی عضلی طبقه خیرل شوی وی او یا هم د پارامتریوم برخی وخیړل



شی دغه خیریدنه کبسی ورگډوی او یا Broad ligament هم بناپی ورسره وخیړل شی . بناپی دغه خیریدنه یوی یا دواړه لوروتسه وی او د وړانگیری (شعاعی) ډول خیریدنی هم شته والی لری .

په گډد چاپیر ډول د سرویکس د برخی خیریدنی معمول نمدی Circular amputation او Spontaneous amputation اندازه د ماشوم او دحوصلی تر

منځ د Disportion پوری او د هغه تر درجو پوری اړوند کیل کیږی . (C-10) تصویر ته وگوری .



درملنه:

لږه اندازه څيريدنه که چيری اتان مداخله ونکړی په ښه توگه جوړيدنه او روغوالی مومی . او که چيری پهر لوی وی دابه ديفورمیتی او دسکار نسج منځ ته راوړی او همدارنگه ښایي د Ectropion او یا نورو حالتونو لوری ته اوښته وکړی . او همدارنگه هغه نثقی جرحی چی د Broad ligament تر سرحده رسیری او پريتونیت منځ ته راوړی دا به وژونکی بڼه ولری .

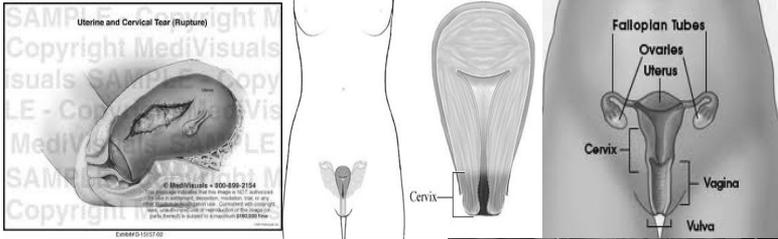
که چی ناروغ روغتون ته راوړل کیري او یا هم په روغتون زیږونه کوی باید ددغه راز ناروغانو کڼه په بشپړ دقت سره ترسره شی که چيری د ټپ په برخه کڼی اتان حای نیولی وی نو پدی صورت کڼی باید ټپ ونه گڼدل شی او که چيری دغه برخه وینه ورکونکی او ډیره وینه ضایع کوی نو باید پدی صورت کڼی ټپ برخه کڼی که چيری ډیره اندازه وینه راټوله وی او یا هماغوم منځ ته راغلی هغه باید تخلیه شی او پهر دی وچ کړلی شی . کیدای شی چی د ښه لټون لپاره پدغه برخه کڼی د ترکشن او ساحی د پراخیدنی لپاره د (Suture) خیاطو وهلو څخه کارواخیستل شی . او یا هم د Cervix forceps څخه کار واخیستل شی . او همدارنگه که چيری وینه ډیره ضایع شوی وی او retroperitoneal له لاری تر کليوی برخی رسیدلی وی ښایي دا وژونکی وی دا برخه باید چی ښه Explore شی هماغوم تخلیه او وینه ورکونکی ټول هموستاز شی . وینه لږی (Anemia) باید دویني ورکولو پواسطه اصلاح شی . که چيری د رحم خلف ته پلن لیگامنت په برخه کڼی وینه بیدنه شته والی ولری پدی صورت کڼی کیدای شی چی د رحم شریان کلایمپ او غوټه کړل شی او هموستاز تر سره شی . همدارنگه د پام وړ خبره داده چی هغوی ته په بشپړه توگه پاملرنه وشی . همدارنگه د پاملرنی وږده که چيری د Puerperium په مرحله کڼی د پهر په برخه کڼی اتان مداخله وکړی د طیب د قضاوت له مخی کیدای شی Stitches یا خیاطی غوڅی کړل شی او د مناسب دریناژ لاره برابره شی او که ښایي په چټکی سره ښایي د Parametria طبقه منتن شی او د پريتونیت لپاره به زمينه برابره شی .

د جراحی کړنی د سرته رسولو وروسته دی ناروغ ته دوسیع الساحه اغیزی لرونکی اتی بیوتکونه لکه نیمه جوړښتیزه پنسلینونه ، سفالوسپورینونه ، امینوگلايکوسیدونه ، کینولونونه ، کورامفینیکول ، تراسکلین او دوکسی سکلین او ماکرو لیدونه او نور اتی بیوتیکو د اتانانو د حساسیت اړوند ورکړل شی . همدارنگه بشپړه انالجزیا او سیدیشن دی ناروغ ته ورکړل شی د ناروغ د حیاتی علایمو ساتل او څارنه ضروری ده ، د پهر موضعی پاکوالی او ساتنه او پانسمان ضروری دی .

د زیږون پر مهال د رحم ریچر

د رحم د ریچر (څیریدنی) پېښی د زیږونی په وخت منځ ته راځی چی داحالت د پاملرنی وردی په یوه څپه کڼی د 1931 او 1945 کالونو کڼی دشیکاگو په روغتون (0,06%) ټاکل شویدی او همدارنگه دا

اندازه د (Brierton) پواسطه 1961 کښې هم تائيد شويدي . رحم ښايي د بلارټوب او يا زيروني په وخت کښې رپچر وکړي .



سببونه

د رحم درپچر تصنیف د زيروني په وخت په دوه گروپونو ويشل کيږي .

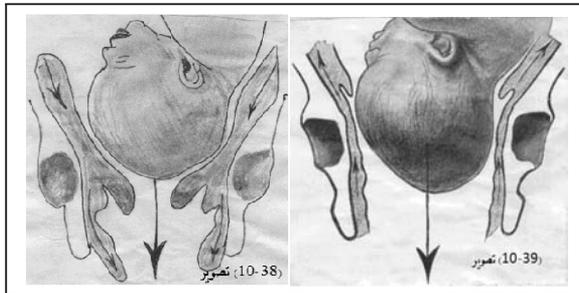
i. - بنفسي Spontaneous (پخپله).

ii. - تريضي Traumatic (د خوږمن کيدني له کبله)

همدارنگه د بنفسي رپچر حالت تر اوماتيک ته ډير منځ ته راځي چي ددي لپاره پخواني د سيزارين سکشن کرڼه د مساعد کونکي فکتور په څير پيژندل کيږي .

همدارنگه ديو لړ پېښو لپاره د ډيره عمر لرونکي ښځي (Grand Multiparity) هم يو فکتور کيل

شويدي . او د بنفسي رپچر د پېښو لپاره همه راز ميکانيکي فکتورونه لکه : متقلص حوصله ، د ماشوم ډير

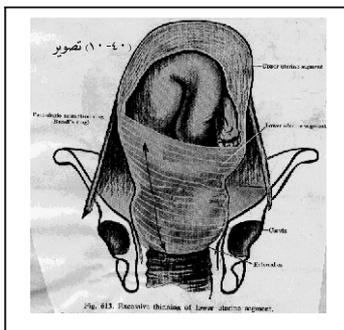


غټوالی ، د ماشوم ديفورميتي لکه د هايديروسفالوس ، او همدارنگه Mal presentation او position ، په ځنډ سره تاویدنه دکوپري او د رخوه

اقسامو د برخی انسداد لکه تومورونه چی حوصله تری او دمهبل او سرویکس اتریزيا، د Pendulous بطن حالت هم مساعد فکور گیل کپری .

او همدارنگه بل مساعد کوونکی فکور د رحم د جدار ډیر نری والی چی جدار پدغه راز پینسو کبسی ضیف دی ، داخلی پودالیک ورژن د فورسپس پواسطه زیرونه ، Neglected obstructive زیریدنه ، او په نامکمله توگه د رحم د عنق اتساع ، پرته له وخته د نخامی غدی د مستحضراتو ورکول لکه د زیرونی خشه د مخه د Oxytocin او یا Methergin زرق ناوړغ ته دغه پورته عوامل ټول د ریچر لپاره مساعد کوونکی فکورونه گیل کپری .

دا چی خرننگه کوپری د یوه داسی حوصلی برخی ته ننوزی او هغه د زیرونی لپاره تیاره نه وی پدی هکله (۱۰-۳۸) تصویر ته پاملرنه وکړی . او پدی لړ کبسی (۳۹-۱۰) تصویر چی دیوی آماده او تیاری حوصلی برخی ته کوپری نفود کوی پاملرنه وکړی .



همدغه راز د Sacro-Uterin لیگامنت د سرویکس برخه په خلف کبسی د حوصلی سره تثبیت کپری او د Broad ligament قاعده دغه برخه دارخونو سره تثبیت کوی او د منضم نسج د مثانی د قاعدی په برخه کبسی د قدام برخه تثبیت کوی ټول دغه انساج او حمایت نه پرېدی چی سرویکس پورته لوری ته رترکشن وکړی . کله ناکله داسی پینسپری چی د سرویکس

برخه ډیره نری (thin) جوړښت لری چی دهغه نری والی خوملی متره قطر او پړوالی لری . پدی هکله (۱۰-۴۰) تصویر پاملرنه وکړی .

ترضیضی ریچر :

د رحم او د سرویکس خیریدنه د ترضیضاتو له کبله کوم ځانگړی میکانیزم نلری خو دغه یو لړ علتونه ورته ضروری دی لکه :

- د فورسپس د تیغ پواسطه .
- د Cronioclast د ډپری تیریدنی له کبله چی ښایي د سرویکس او رحم خشه عضلی نسج یا Crush او یا ونیول شی . او همدارنگه کله چی عنق په بشپړه توگه تیار او اتساعی نه وی او د زیرونی لپاره جراحی خشه پرته کوښښ وشی او پر هغه باندي فشار راوړل شی لکه چی کله ناکله په بعضی ځایونو

کبسی داسی معمول دی چی پر رحم فشار راوړل کېږي ترڅو زیږونه تر سره شي ښايي لدی کبله رحم رېچر وکړي .

همدارنگه ښايي په کيډه باندي د ناپوهی له کبله ضربه وهل د کورني غړو او د ناروغ غورځيدنه د خوښې په فرش يا انگړ کبسی ، او ياهم که چيري ناورغ د بوی لوري ارتفاع څخه سقوط وکړي . او ياهم همدارنگه د کورني شخړو او جنګونو له کبله ترضیضات لکه د [چري ، مردکي (مرمی) ، دلغتي وهلو] او د سامانونو د غلط استعمال په لړ کبسي د غير مجرب طبيب پواسطه د زيږوني په وخت ورڅخه کار اخلي پواسطه ښايي د رحم ترضیضی رېچر منځ ته راشي .

پتالوژي :

د پتالوژي له پلوه د رحم چاودنه او رېچر په دوه ډوله ويشل شوی .

- i. - بشپړ (کامل Complete) ، دا بشپړه څيريدنه ده چی پکښي پريتوان څيرل شويدي .
- ii. - نیمګړي (ناکامل Incomplete) پدی لړ کبسي يوازی عضلي طبقه څيرل شويدي خود د پريتوان طبقه په خپل حال پاتي وی او څيرل شويدي .

همدارنگه د (۴-۱۰) تصوير کبسي Incomplete rupture د رحم چی د تحت الپريتواني Sub peritoneal هيمایوما سره مل دی ښودل شوی دی ورته پاملرنه وکړي .



همدارنگه که چيري همدغه برخه د همايوم د پريتوان طبقه وڅيري پدی صورت کبسي



به وينه د پريتوان جوف وغورځيري او پريتونيت منځ ته راوړي .

همدارنگه د ترضیضاتو له کبله د سرویکس يواړخ اویا دواړه اړخونه څيرل کېږي . دغه څيريدنی د محور په اوږدوالی سره وی . چی بنفسي څيريدنی تل مایل او يا بعضا مستعرض بني لری همدارنگه که چيري د سرویکس دواړه اړخونه څيرل شوی وی پدی هکله (۴۲-۱۰) تصوير ته پاملرنه وکړي

چی څرنگه گډول کېږي . ۱- د سرویکس خنډی د سرویکس د Delee's فورسپس پواسطه بنګه لوری ته کشول کېږي تر څو جرحی په بشپړه توګه ښکاره شی پدی هکله تصویر ته پاملرنه وکړي .

۲- همدارنگه د تصویر (۴۳-۱۰) په څیر د Delayed absorbable تار او یا هم د کرومیک کګکوت تار پواسطه لکه د تصویر په څیر گډول پیل کېږي وروسته لدی چی Continuous په څیر خیاطی پای ته ورسېږي او دواړه اړخونه وگډول شی خیاطی د غوټه کولو وروسته غوځول کېږي .

وروسته لدی چی د رحم څیریدنه منځ ته راشی ښایي د پریټوان طبقه وڅیرل شی دغه محتوی ښایي د پریټوان جوف ته وغورځېږي بعضا داسی پېښېږي چی د رحم څیریدنه په مخنی ډول سیر کوی او د څه مودی وروسته هغه لږه اندازه او د هغی نظاهرات څرګندوی چی دا ځانګړی پاملرنی ته اړتیا لری .

همدارنگه که چی زیږونه پای ته ورسېږي باید د رحم سرویکس او مهبل ګټه باید تر سره شی چی ښایي د منځ ته راغلی څیرلی برخی څخه کولمی او یا او منټوم راوتلی وی او پیژندنه به تر سره شی چی دا ځانګړی پاملرنه او لاپراتومی ته اړتیا لری . کله چی وینه بهیدنه د شراینو د څیریدنی له کبله ډیره زیاته ښایي چی هیموژا د Shock منځ ته راتلو سبب وګرځی او که چیری درملنه یی ونشی دا به وژونکی حالت ولری هر طیب لره ښایي چی د شاک په درملنه ځان پوه کړی تر څو د ناروغانو سره د مخامخ کیدنی په وخت مرسته وکړای شی .

کلینیکی نښی ښانې :

یو ډاکټر به تل د رحم د ښکتنی سګمنت د نری والی په هکله تصور وکړی او همدارنگه مقصد حوصله به تل د زیږونی لپاره انسداد منځ ته راوړی کله چی پدی هکله تصور منځ ته راشی نو لټون دی په بشپړه توګه وشی او ښایي چی کله ناکله دغه څیریدنه په تدریجی بڼه وی چی د ډاکټر خیال او فکر ښایي ورته وانه وړی او څیرنه په ناڅاپه ډول سره پره پرته لدی چی کوم ډول ګواښ څرګند کړی منځ ته راځی دا ښایي د زیږونی په مقدم اولومړنی مرحله کښی منځ ته راشی . په نادر ډول دغه نری برخه د بلارټوب په وخت کښی څیریدنه کوی . له نیکه مرغه د څیرنی (ریچر) کلینیکی نښی ښانې د پیژندلو وړوی دا چی ناروغ ډیر نارامه ، زجرت لرونکی ، بی طاقت ، اودبستر لپاسه اوړی راوړی ناروغ لدی کبله چی په زیږونه کښی پر مخګ منځ ته نه راځی ډیره مضطربه وی په دوامداره توګه شرسوفی برخی درد لری او که شعوری حالت ولری دهغی لاسونه به درحم دښکتنی سګمنت برخه کښی د Support لپاره ایښودل شویوی او دهر تقلص په وخت کښی دغه برخه ټینګه ونیسی . دهغی مخ به سور رنگه وی او خوله او ژبه به یی وچه وی او سوررنگه به وی . همدارنگه ښځه تل پدغه حالت دمرستی غوښتونکی تر څو لدغه حالت څخه ژغورنه ومومی دبدن دتودوخی درجه به لږه اندازه لوړه وی تنفس په لومړنیو مراحلو کښی بدلون نه کوی نښه چېک او ډیر فشار لرونکی وی که چیری ناروغه د Syncope حالت ولری درحم درپچر پیل به په نظر کښی وی . درحم

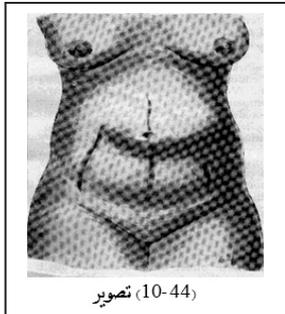
در پچر په وخت د ناروغ نا رامی د پروالی مومی اوداسی څرگندوی چی هغه څیرل شویوی او داسی وایی چی دهغی دگیدی په بنسکتی برخه کبسی یوڅه چاودلی دی . دغه حالت ثابت نه پاتی کیږی او په چټکی سره بدلون مومی . دشاک دمنځ ته راتلو له کبله د ناروغ مخ خائنه بڼه غوره کوی ، شونډی توربخن Cyanotic کیږی دپوستکی لپاسه سره خوله منځ ته راځی همدارنگه داخوله دتندی دپوزی دڅوکی او مخ برخه کب لیدل کیږی ، دتودوخی درجه راتیږی ، نبض ډیر ضعیف کیږی او چټکوالی لری تنفس لکه دسلگی وهلو بڼه لری او هر تنفس په لږه موده کبسی وی او لاسونه او پښو برخه سوپوالی لری دوینی فشار ډیرتیوالی لری کله دغه حالتونه په چټکی سره وده وکړی داسی څرگندی چی ناروغ دمړگ لوری ته روان دی . ناروغ دشاک په پرمختگ سره Oliguria او Anuria لری دغه حالت دچټکی درملنی ته اړتیا لری .

همدارنگه د رحم د رپچر له کبله کانتگی زړه بدوالی لری او ماشوم ښایی دگیدی جوف ته وغورځیږی . ښایی د مهبل له لاری وینه بهیدنه شته والی ونلری . که چیری وینه د بطن جوف ته ولاړه شی پدی لړکی ښایی وینه د کبد لاندي برخي ته ورسیري پدغه حالت کبسی درد داوړی لوری لیردونه کوی . په لومړنی مرحله کبسی د ماشوم فعاله حرکتونه شته والی او کله چی ماشوم مړ شی دغه حرکتونه له منځه ځی . د وینی بهیدنه ، شاک ، پریوتیت له کبله ښځه د مړینی لوری ته ځی .

پیزندنه :

A. تهدیدی رپچر (Threatened Rupture):

- د ژوندانه د ژعورنی لپاره دا مهمه ده چی د هرراز خطرناکه حالت د پیژندنی لپاره لټون وشسی او د مخه تردی چی رحم رپچر وکړی د ښځی د ژوند ژعورنی لپاره یوڅه ترسره شی داچی د پیژنی لپاره د ناروغی تاریخچه ، کلینیکی ښی لیدل کیږی سره لدی دغه لاندي حالتونه باید په پام کبسی وی .
- ۱- ناروغه نارامه ، مضطربه ، او نبض بی چټک (90-100) غیرمنظم او تنفس غیر نورمال کیدنه د حرارت (تودوخی) درجه به ($38.3-39.4^{\circ}C$) پوری وی .
 - ۲- یوقوی ډول د تقلصونو شته والی پرته لدی چی پرزیتنگ برخه کبسی پرمختگ منځ ته راشی او زیږونه ثابته پاتیږی .



- ۳- رحم به کلک ، د ماشوم څخه به پورته برخه کبسی موقعیت ولری چی پدی هکله (۴۴-۱۰) تصویر ته پاملرنه وکړی چی د گیدی پورتنی برخه او بنسکتی برخه څرنگه وتلی ښکاری همدارنگه کله چی مټانه ډکه وی د (Glob vesicle) شته والی ولری همدارنگه منظره منځ ته راوړی . د څه مودی تیریدنی وروسته ماشوم تر پوستکی لاندي لیدل کیږی

- همدارنگه بنايي دغه منظره دانستيزی ورکولو څخه وروسته بڼه وپيژندل شی .
- ۴- په مايله توگه بنايي يو ژوروالی (groove) د پيژندنې وړوی او بنايي دا د جس پواسطه دگيډی لپاسه جس شی .
- ۵- round ligament بنايي پورته موقعيت نیولی وی او کلک او حساس به جس شی .
- ۶- د ډکی مټانی پواسطه به دغه پرسیدلی برخه پورته څرگنده شی خو کله به د بڼگه سگمنټ برخه د ډکی مټانی سره غلط کړل شی باید پدی لړکيښی مټانه تشه کړل شی .
- ۷- په عمومی ډول او خپاره ډول دگيډی حساسيت به شته والی ولری .
- ۸- د مهلی گټې په دننه کښی به درحم بڼگه برخه تشه وی او نوموړی برخه به توده او وچه وی ، حوصله به تشه وی او داسی نه بڼکاری چی پرزیتینگ برخه دی تثیت شی او که تثیت هم شی د پرمخک نښه نه لیدل کیږی .
- ۹- لا پراسکوپي به څرگند کړی چی رحم رپچر کړی .
- ۱۰- دالتراساوند کڼه هم څرگندوی چی رحم رپچر کړی او کیسی (کڅوړی) هم رپچر کړی او که ماشوم مړوی د زړه حرکتونه او فعاله حرکتونه نشتوالی لری .
- ۱۱- د سآتسکوب پواسطه دکلمو حرکتونه نه تثیت کیږی او که ماشوم مړوی دزړه غبرونه بی نه اوریدل کیږی .

رښتینې څیریدنه (حقیقي رپچر Actual Rupture) :

دا راز رپچر ته په (۴۵-۱۰) تصویرکښی پاملرنه وکړی چی پدی کلینکی نښی نښانی د رحم د څیریدنی درد ، شاک ، وینه لړی په چټکی سره منځ ته راځی چی د ناروغی پیژندنی په مستقیم ډول سره ساده کوی خود پیژندنی لپاره فزیکي کڼه باید ترسره شی کیدای شی چی د کڼی په وخت ماشوم په رحم او یا هم د گيډی په جوف کښی موقعیت ولری . هغه نښی نښانی چی موندل کیږی په لاندی ډول دی .



- ۱- د ناروغ حالت کولاس ، وینه لړی او شاک سره مل وی .
- ۲- د رحم عمل شته والی نلری او یا هم ډیر ضعیف دی .
- ۳- بهرته وینه بهیدنه په خفیف یا شدید بڼه په ندرت سره نشتوالی لری .
- ۴- دگيډی له لاری کیدای چی ماشوم جس کړل شی بنايي ماشوم د بی لوری گيډی کښی پروت وی حال داچی رحم چی تش دی بنايي یوی لوری ته ټپله شوی وی او یا هم بنايي دماشوم

شاته پروت وی چی د جس وړنه وی د وینی د شته والی له کبله د فلانکونو برخه کېسی Dullness) اصمیت) له منځه ځی د ډیر زیات درد د شته والی له کبله به د ګیډی په جس کېسی ګرانیت منځ ته راوړی .

۵ - بهرته هیماټوما او ایملفیماتوز جس کیدنه ښایي احساس کرل شی .

۶ - همدارنګه کله چی د رحم دننه لاس نویستل شی دلته به کولمی او یا اومتوم (ثرب) د جس وړوی چی د لاس ورغوی ته راټولیري .

۷ - همدارنګه د پرزیتینګ برخی به شته والی ونلری او له نظر به ورک وی .

نوکه چیری طیب ته د ناروغی پېژندنه ساده شی او کنتو ته اړتیا نه وی د بی ځایه کنتی او پرکیس نه دی ډه ډه وشی دا ځکه چی د ناروغ لپاره ډیر درد لرونکی دی او د ناروغ وخامت په ډیر کرل شی .

توییری پېژندنه:

د دغه راز ناروغی دی د یولړ ناروغیولکه د لاندی ناروغیو سره توپیری پېژیدنه ترسره شی .

i. - Abruptio Placenta ابرپشویو پلاسنټا .

ii. - Placenta Praevia پلاسنټا پریویا .

iii. - Extrauterin Pregnancy د رحم څخه بهرته بلاربتیا .

پورتنی ناروغی په پخوانیو درسونو کېسی تر لوستو لاندی راغلی چی بیا ورته اړتیا نشته همدارنګه د زیرونی په وخت د Tetanic Uterin Contraction سره دی توپیر ترسره شی . دا ځکه د Complete او Incomplete ریچر تر منځ باید توپیری پېژندنه په لاندی ډول ترسره شی .

- Complete rupture - : بشپړ ریچر :-

د بشپړ په ریچر کېسی به لاندی نښی ترسترګوشی :

۱ - کله چی ګوتی د داخلی کنتی لپاره مهبل او سرویکس ته ورننویستل شی پدی صورت کېسی به یوه ښویه او پسته سطحه د ګوتو پواسطه جس شی چی کیدای شی د ګیډی جدار هم یوه هونسیار او مجرب ډاکتر پواسطه جس کرل شی .

۲ - همدارنګه د کنتی په وخت به کولمی او اومتوم (ثرب) جس شی .

۳ - همدارنګه ګوتی به په ازاده پیمانته د خوځیدنی وړتیا ولری .

۴ - د ګیډی جدار مسافه به د ګوتو د جس پواسطه ډیروالی وموی .

۵ - ښایي چی ریچر شوی پهر برخه په ښه توګه Outline او ویاکل شی .

نیمګړی څیریدنه (ناتام ریچر Incomplete rupture) :

په نیمګړی ریچر کېسی په لاندی حالتونه د دننه کتنه کنتی په لړ کېسی وپېژندل شی .

- ۱- کله چی د لاس گوتی د عنق له لاری نویسل شی د ریچر شوی برخی خخه تیری او په همدغه برخه کبسی به د پریوان د طبقی نری پرده د جس وروی .
- ۲- همدارنگه یو جوف به جس شی چی د جدار پواسطه احاطه دی .
- ۳- کوینبن دی وشی چی د رحم پورتنی سکمنت وموندل شی او جس شی او د ریچر شوی برخی گورد چاپیر اندازه دی ویاکل شی او هخه دی وشی چی د پریوان جدار وپژندل شی .
- ۴- د لاسونو د کئی پواسطه دی جس تر سره شی کله چی په لاسونو کبسی کوم بل جوړبنت او یا غری د جس وروی د هغه د پژندنی لپاره دی دقت وشی .
- ۵- همدارنگه د هغه د پوښتی وړ Questionable جوړبنتونو د پژندنی لپاره دی هخه وشی .
- ۶- همدارنگه دکلمو اړیکه دی وخیل شی .

بعضا داسی اړتیا موندل کیږی چی بنایی د رحم تر خټنگ نور غری هم خوږمن شویوی دا غری لکه د متیازو کخوره ، ریکوم ، کولمی ، او منیوم چی هغوی په هکله باید اړوند معلومات تر لاسه شی .

همدارنگه د ټولو دغه راز ناروغانو لپاره دی کلینیکی آزموینی لکه دویینی روتین او نوری کئی ، التراساوند ، د گیدی رادیوگرافی ، سیستو سکوی ، ریکوسکنوئیدو سکوی همدارنگه هیستروسالپینگو گرافی به اړوند معلومات راکړی . او د ناروغ د درملنی په هکله د تصمیم نیولو لپاره به گټه وروی .

انزار:

دغه راز ناروغان په چټکی د نه پژندنی او نه درملنی په صورت کبسی د مرگ سره مخامخ دی همدارنگه چټکی درملنی د شاک درملنی د جراحی کړنلارو سرته رسولو د غوره اتی پوتیکونو استعمال اوس دغه خطر لږ کیږدی د پریونیت او وینه بهیدنه د مورژوند د خطر سره مخامخ کوی ، همدارنگه که په جراحی کړنه کبسی خند متح ته راشی د ماشوم مړینه ژر متح ته راخی موخه باید تل د مور او ماشوم دواړو د ژوند ژغورنه وی .

درملنه :

تر ټولو دمخه باید یو مسؤل او تکړه طبیب دا په پام کبسی ولری چی په هر راز چی کیږی د رحم د ریچر خخه مخنیوی وکړی او ټول هغه حالتونه چی د رحم دننه فشار ته لوړوالی ورخیښی د هغه خخه مخنیوی وکړی او په وخت اړوند مانوری او کړنی تر سره کړی ترڅو د ماشوم زیړونه آسانه شی انسدادی حالت او نور علونه له منځه یوسی .

همدارنگه لکه چی پخوا مود هر ډول مساعد کونکو فکتورونو په هکله معلومات ورکړل ډاکتر باید ټول په پام کبسی ولری او د نورمال زیړونی لپاره دی هخه وشی که چیری د اړوند جراحی (C/S) مهلی کړنو اپزیوتومی ، او یا مهلی (C/S) ته اړتیاوی باید تر سره شی .

که چیری د رحم ریچر منخ ته راشی ناروغ باید ژر تر ژره روغتون ته ولیږدول شی او په روغتون کښی باید ورته بشپړه پاملرنه وشی دا چی د ناروغ وینه لږی Anemia او شاکی دی ژر تر ژره تر درملنی لاندی و نیول شی که چیری د رحم لږه اندازه خیری وی هماغوم دی تخلیه شی او که د رحم د ترمیم او گڼدلو امکان شته والی ولری هغه دی ترمیم شسی او د “Pameroy sterilization” کړنلاره او یساهم “Irvy” د ستریلایزیشن کړنه دی ورته ترسره شی . ددغه کړنلارو د سرته رسولو لپاره لا پراتومی باید ترسره شی . او که چیری رحم په ډیره اندازه ویجاړ وی او گڼدل او ترمیم یی امکان ونلری بنه به داوی چی د Supravaginal هسترکومی د کړنلاری د سرته رسولو لپاره دی د هسترکومی بحث ته مراجعه وشی .

- ناروغ ته وینه برابره Blood Transfusion دی وشی .
- د جراحی کړنلاری وروسته دی داتی بیوتیکونو غوره ډول ویتاکل شی او ناروغ ته اړوند بشپړ ډوز ورکړل شی .
- ناروغ ته دی تغذی ، اړوند مایعات الکترولایتونه په پام کښی ونیول شی او دقیقه محاسبه دی وشی .
- د ناروغ د انا لجزیا لپاره دی غوره انا لجزیکونه ویتاکل شی .
- د ناروغ میتازو اندازه دی ویتاکل شی اود کلیوی عدم کفایی په هکله دی پاملرنه وی .
- وروسته لدی چی ناروغ د عمومی وضع بنه والی ومومی باید ناروغ ژر تر ژره وگرځول شی او هغه د کارونو سرته رسولو لپاره تیار شی .

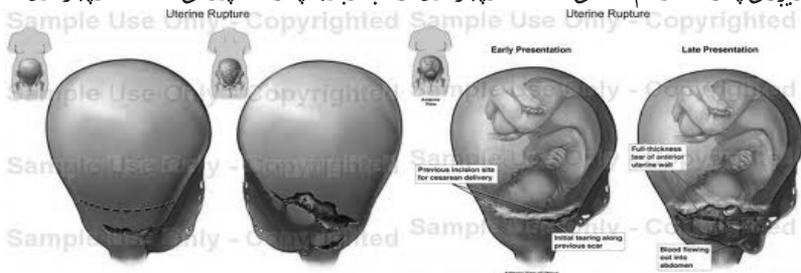
د بلاربتوب پر مهال د رحم ریچر:

دغه راز خیریدنه او نثب ډیر نادر دی او دا د جنایی سقط ورکونکو له خوا منخ ته راخی همدارنگه دا ریچر هم په دوه ډوله ویشل کیږی .



- i. - بنفسه Spontaneous .
- ii. - ترضیضی Traumatic چی دا ډله پخپله په دوه ډوله ده :
 - a - په مستقیم ډول پهره او زخمی کیدنه .
 - b - او په غیر مستقیم ډول لکه راغورځیدنه له لوړی برخی څخه .

همدارنگه بنفسي چادونه او يا خيريدنه به د پخواني سيزارين سگشن پرهر د تندې (Scar) نسج له کبله منځ ته راځي او همدغه راز د رحم د پخوانيو ټپونو چي نوري جراحي کړني ورته تر سره شوي وي او يا هم د رحم د جدار د ډير نري کيدني له کبله چي که چيري وغوښتل شي چي پلاستيا د لاس پواسطه راووېستل شي په ځانگړي ډول دا کړنه تکرار وي او يا هم که Malformation ډول د رحم يوکوني يا دوه گوني بساخي لرونکي ډول شته والي ولري ، همدارنگه د Interstitial Pregnancy ، د سرویکس د برخي کارسينوما ، هايډايديفورم مول او هياليني يا شحمي استحاله د علت په توگه پېژندل کيږي . په لنډه توگه بايد وويل شي چي نوموړي علتونه د زيروني د وخت لپاره هم د رحم رېچر علتونه گڼل کيږي ، خو دا دومره توپير لري چي د زيروني په وخت رحم ښکني سگمنت رېچر کوي او د بلارټوب په وخت پورتي سگمنت رېچر کوي .



همدارنگه په بنفسي توگه د رحم رېچر ښايي د بلارټوب په لومړيو يعني لومړني څلورو مياشتو کښي ډير ليدل کيږي . د ترضيضي رېچر لپاره لاندې علتونه لکه :

په مستقيم ډول د رحم سوري کيدنه د Sound (سلابي) پواسطه ، کيورت Curette holding forceps او نورو سامانونو ، مردکي (مرمي) او ښکرونو د ترضيضي پواسطه ، همدارنگه په غير مستقيم ډول ډول د رحم رېچر ديوې ارتفاع څخه غورځيدني او يا هم د گيډي د جدار په برخه کښي د ضربې له کبله منځ ته راځي .

کلينيکي نښي نښانې :

لکه چي پخوا مووويل د رحم رېچر ټولي نښي نښانې به شته والي ولري لکه د گيډي درد ، وينه بېده نه او د شاک منځ ته راتگ غوره علامه گڼل کيږي . همدارنگه رحم رېچر له کبله چي محسوس د گيډي د پريټوان جوف توپيري د پريټويت کلينيکي نښي منځ ته راځي .

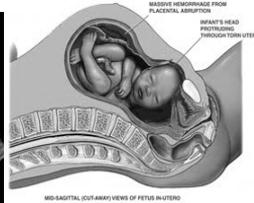
که چي رحم رېچر وکړي تفلصونه د ماشوم د خارجيدني يا زيروني وروسته له منځه ځي او د پريټويت نښي جوتي کيږي . د گيډي د جدار لپاسه حساسيت او Rigidity کانگي ، زړېدوالي ، Hiccup ، چي د پريټوان پاريدنه څرگندوي منځ ته راځي د داخلي او خارجي وينه بېده نه نښي نښانې څرگندي شي . معمولاً به ماشوم ومري او Lithopedion حالت به منځ ته راشي بعضا ماشوم په وينه وروکونکي برخي باندي فشار

راوری او بنای پیژندنه گرانه کری . پدغه حالت کبسی هیما تو ما نادراً منخ ته راخی او خیرنه معمولاً د رحم په پورتنی برخه کبسی دی . او نادراً به په بنکنکی سگمنت کبسی ولیدل شی .

پیژندنه :

د الټراساوند په کتنه کبسی به رحم خیریدلې وي او کیده کبسی به مایع نثیت شي او ماشوم به هم

نثیت کرل شي .



پیژندنه معمولاً گرانه ده خو په هر صورت کله چی دغه راز ناروغی ولیدل شی هر ورو لاپراتومی ورته ترسره کیږی بنایي دا لاپراتومی د یو حد بطن د درملنی لپاره چی یولړ نوری ناروغی یی هم مسئول دی ترسره شی او د لاپراتومی په لړ کبسی به دغه ناروغی وپیژندل شی هغه ناروغی چی ورته نبی نهنانی خرگدوی لکه :

۱- د تومورو تاویدنه چی رحم ته نږدی موقعیت ولری .

۲- د هکی خالی د سیستونو او تومورونو تاویدنه

۳- د تریخی دکخوړی خریدنه .

۴- د توری (طحال) ریچر ، ایلبوس (ileus) .

۵- د Ectopic gestation ریچر .

۶- ابریشیو پلاستا .

۷- پلاستا پریویا .

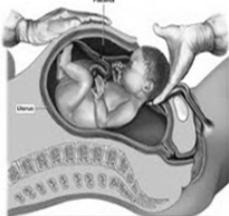
درملنه :

کله چی ناروغی وپیژندل شی ژر تر ژره دی لاپراتومی ورته ترسره شی . که چیری د پخوانی سیزارین سکشن د تندې نسج له کبله ریچر منخ ته راغلی وی او دا برخه متن نه وی دغه د تندب نسج غوڅول کیږی او تپی برخه یا ترمیم کیږی او Tuboligation operation کپنلاره د Sterilization لپاره ترسره کیږی . او که چیری د رحم دغه برخه متن وی هسترکومی غوره کپنلاره ده که چیری بنخه ډیر اولادونه ولری هسترکومی غوره کپنلاره کتل کیږی .

Incisions for Cesarean Section



Removal of Baby



TUBE LIGATION OPERATION

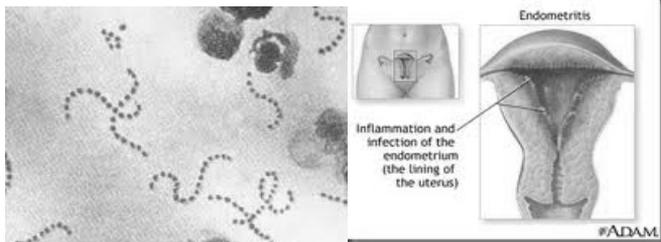


د غوره وسیع الساحه اتی بیویکونه ، اناجزیکونه ، د وینه لړی (کمزونی) لپاره وینه ورکول کیږی او د پهر او عمومی وضعی درملنه ترسره کیږی .

د زیرونی د وخت اتانات

Intrapartum Infection

که چیری د ناروغ تبه د ($37,8^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$) پوری وی چی دا بنسای د زیرونی دوهمی مرحلی په لړکی د زیرونی کمال د متن کیدنې پوری اړوند وگڼل شی همدارنگه لږه اندازه تبه منځ ته راغلی اسیدوز له کبله هم منځ ته راځی . او رحم اتانات بنسای د بلاربتوب د وخت څخه شته والی څرگند کړی . تر ټولو ډیر خطرناک گرام منفی اتانات دی چی د Septic Shock په منځ ته راتگ کبسی غوره رول لوبوی . بنسای د اتانات د سامانونو د استعمال له کبله لکه (Metreurynter او Gauze) منځ ته راشی او همدارنگه بنسای دا حالت د (Focus infection) موضعی اتاناتو لکه د اپندیکس د التهاب ، پیلو نفریت څخه چی د رحم په مجاورت کبسی د اتاناتو د نفوذ له کبله نوموړی ناروغی خپریدنه او نفوذ ورکوی .



کلینیکی نښی نښانی :

دا نښی نښانی لکه د نورو پخوانیو حالتونو په څیر چی د اتان له کبله منځ ته راځی ورته نښی نښانی دی . ماشوم ډیر ضعیف او ناروغه بڼه لری تر څو لاندی وی او امینوتیک مایع معمولاً پرته له رنگه وی اود هغه رنگ د اتان د نوعیت پوری اړوند وی همدارنگه د سرویکس او خولی په برخه کبسی بنسای پټ شته والی ولری چی د څر رنگه نتیج پواسطه به پوښل شویوی زویبی بنسای د تناسلی غړو څخه بهر ته راووی .

توپیری پېژندنه :

د رحم د اتانی حالت باید یولړ ناروغیو سره لکه :

— پیلیت Pyelitis .

— اپندیسیت Appendicitis .

— انفلوایزا Influenza .

درملنه :

که چی د ناروغ تبه له منځه لاړه شی او د ناروغ سیستمیک نښی نښانی لږوالی ومومی باید دغه راز ناروغانو ته خارج الپیتوانی جراحی کړنلاری د Laprotrachilotomy او Cesarean

hysterectomy ترسره کپری او بلارتوب ته پایله وربخښل کپری د بلارتوب په وخت باید دستخط لپاره هیڅکله Occitocic درمل ورنکړل شی . همدارنگه ښایي د پوره دقت او ځیر سره به د فورسپس پواسطه د بلارتوب پایله هم د طیب د استطباب اینودلو له مخی ګټه وړه وی .

همدارنگه که ناروغ ماشوم د ترم (Term) تر مودې رسیدلی وی او ژوندی وی او هغه وزیږول شی د زیږونی په دریمه مرحله کښی دی ځانګړی پاملرنه وشی اود Pituitary extract ، ergonovin ، Methergin ، وړکړی دی په احتیاط سره ترسره شی او همدارنگه د نثب وړکونکو کړنو څخه دی مخنیوی وشی . همدغه راز ناروغانو کښی دی د زویو (قیح) کلچر او اتی بیوګرام ترسره شی او وسیع الساحة اتی بیوتیکونه دی د اتان د کترول لپاره پکاریږول شی د ناروغ عمومی وضعی ته دی پاملرنه وشی او ښه به داوی چی پدغه راز ناروغان په راتلونکی کښی د بلارتوب څخه وژغورل شی .

د متیازو کڅوړه (مثانه Bladder) :

یوه ډکه د متیازو کڅوړه (مثانه) ښایي د رحم د ښکتنی سګمنت د اتساعی حالت سره اشتباه کړل شی ددی غلطی د اصلاح لپاره باید یو د فولی کټر مثانی ته تیر کړل شی هغه تشه او کټر هلته پرېښودل شی چی د پیژندنی لپاره دا اهمیت لرونکی موضوع ده . همدارنگه ښایي د مثانی وریسونه (Varices) د بلارتوب او یا زیږونی په وخت وڅیرل شی ، که چیری سیستوسل (Cystocele) شته والی ولری د کوپری د پرمختګ څخه دمخه به پرولاپس وکړی او زیږونی لپاره به ځنډمنځ ته راوړی او ښایي دجیب په ځای به بدل کړل شی ، که چیری مثانه ډکه وی ښایي د زیږونی په وخت تر فشار لاندی راشی او د هغه د انساجو کاتوژن منځ ته راشی او کله ناکله ښایي د مثانی څیریدنه او جاودنه منځ ته راشی .

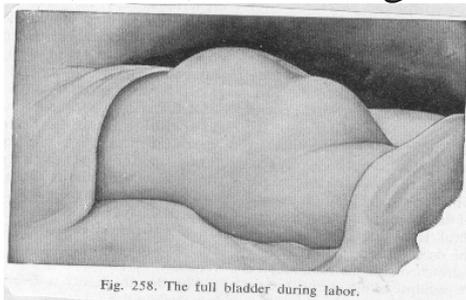


Fig. 258. The full bladder during labor.

همدغه راز د منضم نسج مضاعف کیدنه چی د مثانی د عنق لوری ته قدام ته د پویس او arcuat ligament لوری ته ترسره کپری او لدی کبله ورته د Pubo-Vesical. Ligament ویل کپری دغه برخه سموالی او کشیدنه مومی ، سره جلا کپری ، څیرل کپری او د مثانی د پرولاپس حالت منځ ته راوړی ، برسیره پردی هغه ایاف چی د مهبل او مثانی تر منځ او هغه چی د پلن لیګامنت د قاعدی په برخه کښی دی او دمثانی

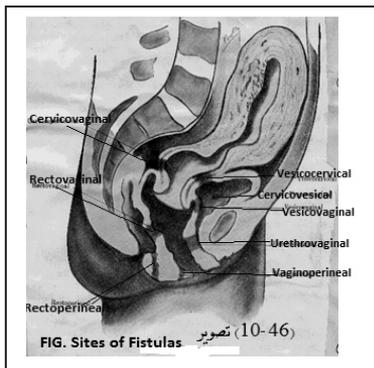
کلکوالی منخ ته راوړی څیرل کیږي او تخریب کیږي دغه ټول د مثانی پرولاپس او سیستوسل منخ ته راوړی . هغه برخه چې بهرته راوتلی ده پورته خلف ته ټیله کیږي د کوپړي Deflect لپاره د اېی زیوئومی کپنه تر سره کیږي ترڅو زیږونه پرمخک وکړي دا پورته یادونی باید د زیریني په وخت په پام کېښی ونیول شی .

فیسټولونه 'Fistulas' :-

فیسټولونه په تش منحنی ارگانونو کېښی منخ ته راځي چې تل دغه فیسټولونو به د زیږونې چارو پورې اړوند وگڼل شی . همدارنگه نور علتنو لکه : جراحی عملیاتونه ، کانسرونه ، اجنبی جسمونه ښایي فیسټولونه منخ ته راوړي هغه چې د زیږونې پورې اړوند دی اوس یی د زیاتې پاملرنې او عصری درملنو له کبله لږوالی موندلای .

فشاری نکروزس د مثانی جدار د اوږد مهالی فشار د شته والی له کبله منخ ته راځي دا د کوپړي د فشار له کبله د حوصلی په برخه کېښی دغه انساجو د نکروزس سبب گرځي . معمولاً د Vagino-vesical Septum حجاب د دوه کلکو جسمونو تر منخ موبسل کیږي . او د اوږدی مودی دا سیکنی له کبله دغه نکروزس منخ ته راځي . دا په لومړی اونی کېښی د Incontinence (د میازو ساتنې قدرت له منخه تلل) منخ ته راوړي . که چیري د سرویکس برخه متوسع نه وی او د کامپرش زون یی منخ ته راوړي . او په نتیجه کېښی cervico-vesical فیسټول او یا هم Uterovesical او یا Uterocervico - Vesicovaginal فیسټولونه منخ ته راوړي چې دغه ټول فیسټولونه او د هغوی برخی د (۴۶-۱۰) تصویر کېښی ښودل شوی دی .

پرته له تردید اوشکې څخه ویلای شو چې د اتان شته والی د نکروزس په منخ ته رانگ کېښی غوره رول لري . که چیري مکروبونه شته والی ونلري تر فشار لاندی راغلی برخه تر ډیر فشار پورې د تحمل وړگڼل



کیږي . فیسټولونه کېدای شی چې د مستیمی تراوما له کبله منخ ته راشی سامانونه دمثانی ، حالب رحم او نورو برخو سوری کېدنه او څیریدنه منخ ته راوړلای فورسپس ، Cranioclast ښایي په ډیری اندازی سره سوری (نقب) منخ ته راوړي . پرتونیت به دانساجو د نکروز او ډیرتیوان جوف ته دمحتوی د توئیدنی له کبله منخ ته راشی که چیري داسی وپټل شی چې فیسټول یا نثیب منخ ته راغلی باید ژرتر ژره جراحی کپنه تر سره شی او د درملنی لپاره ټکل وکړل شی .

که چیری د رحم د وینی بهیدنی دردولو لپاره د اوږدی مودی تامبون ته اړتیا ده بڼه به داوی چی په مټانه کښی فولی کټیر پریښودل شی ترڅو د فشار نکروزس مخنیوی وشی . د هری جرحی سره به اتان ملگری وی باید انتخابی اتی بیوتیک داتی بیوگرام او کلچر له مخی ناروغ ته تطبیق کول شی . د فیسټولونو ترمیم او پیا رغونه دی دپژندنی په صورت کښی د ناروغ د تیارولو وروسته تر سره شی .

د فیسټولو د ترمیم او پیارغونی کړنی د کښی د جدار له لاری لاپراتومی او همدارنگه د مهبل له لاری تر سره کیږی چی دغه کړنی جراحی کړنی په لومړی ټوک کښی په بشپړی شرحی سره راغلی دی د پوهیدنی لپاره دی . لومړی ټوک (دښځینه ناروغیو بنسټیزه پیژندنه او جراحی کړنلارو) کتاب ته مراجعه وشی .

د حوصلی بندونه (Joints) او هډوکي (Bones):

په بشپړه توگه مود حوصلی د رخوه اقسامو او د حوصلی د بندونو د استرخایی بڼی په هکله دمخه معلومات څرگند کړیدی . چی دغه برخی د زیرونی د بیلابیلو مرحلو په درملنه کښی ښودل شویدی باید هلته مراجعه وکړل شی .

۱- د حوصلی بندونو رپچر :

دا حالت د زیرونی په وخت غیر معمول ندی . تر ټولو غوره برخه د رپچر لپاره د Symphysis پویس د مفصل برخه ده خو کله ناکله د ساکروایلیاک بند برخه هم اخته کیږی . ښایی دا څیریدنه قسمی (Partial) او یا تام (Complete) وی . متلفصی حوصلی مساعد ډول Justominoor حوصلی اوقیف ډوله او یا Funnel-shape حوصلی مساعد ډول جوړوی چی پخوا پدی هکله بحث یا (خبری اتری) شویدی . همدارنگه دیوی لویې بڼی (جسامت) لرونکی ماشوم به د زیرونی په وخت دغه حالت منځ ته راوړی . همدارنگه یوه غټه اوږه به هم دغه حالت منځ ته راوړی $\frac{3}{4}$ برخه پینسبو کښی د جراحی کړنی سرته رسول مسئول گیل شوی او دفورسپس پواسطه زیرونی هم علت گیل کیږی . همدارنگه دغه رپچر کیدای شی کله چی ښځه د بستر څخه پاڅیږی او گنگ پیل وکړی منځ ته راشی .

کلینیکی ښځی نښانی :

ناروغه ښځه ښایی د سمفیریس پویس په برخه او ساکرو ایلیاک مفصل په برخه کښی د دردونو د شته والی ځنی شکایت ولری چی دغه ستونزه د څو اونیو پوری شته والی لری چی د زیرونی وروسته منځ ته راغلی همدارنگه د زیرونی په وخت ستونزه منځ ته راوړی او زیرونی په وخت ښځه ددغه برخی د څیریدنی شکایت کوی . او کله چی ماشوم وزیږول شی ناڅاپه دغه درد لږوالی مومی . په کراهه سره د وخت په تیریدنی سره ناروغه د اخته برخی د دردونو څخه شکایت

کوی او د حرکت کولو په وخت د دردونو شته والی که ناکله شدیدوی . کله ناکله به Pseudo paralysis شته والی ولری چی دا بنایې پاراپلیجی Acute . paraplegia سره غلط کړل شی .
کله چی بنفسي بڼه کیدنه منخ ته راشی د بند د یوځای کیدنی په برخه کبسی به فیروزس منخ ته راشی .
که چیری په مقدم یا ثانوی ډول د بند برخه متن شی بنایې تبه ، ریدنه د مفصل د ناروغی د پرمختگ په هکله معلومات ورکړی .

پېژندنه :

پېژندنه به تل ساده وی ځکه چی په تاریخچه د ناروغی کبسی به گرانه زیرونه تر سره کړیوی ،
د ناروغ وضعیت به د بستر لپاسه توپیر ولری ، همدارنگه داخه برخی ډیر حساسیت او پړسوب
بنایې شته والی ولری . او د جس پواسطه د بند په برخه کبسی ژوروالی grove منخ ته راشی .
همدارنگه د حرکت او خوځیدنی په وخت به شدید دردونه شته والی ولری . په توپیری پېژندنه
کبسی باید Paraplegia په پام کبسی ونیول شی .

په رادیوگرافی کبسی بنایې د مفصل برخه یو تر بله لیری موقعیت ولری اویاهم کله ناکله نورماله بڼه
څرگندوی . یا روغیدنه به د (3-8) اونی ونیسی همدارنگه که چیری نواحشاً ور سره اختلاط
موندلای وی او وینه بهیدنه شته والی ولری بنایې پدی حالت کبسی شک شته والی ولری .

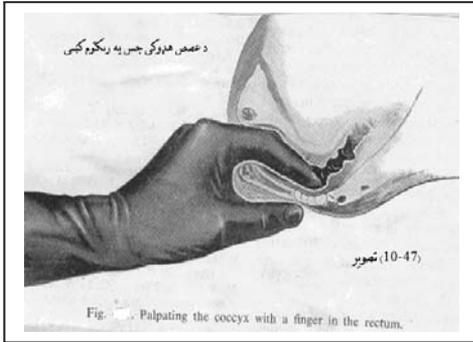
درملنه :

درملنه ددغه ناروغی به دایمی ډول سره د اور توپیدی جراحی کړنلارو سرته رسول وی او ددی لپاره
چی د بند فزیولوژی یا منخ ته راشی دغه د بند برخه به Wiring او یا Nailing پواسطه فزیولوژیک
د ندی سرته رسولو ته تیار شی . همدارنگه دغه ناروغان عمومی تقوی ، انالجزیا ، استراحت داتی
بیوتیکونو ورکولو ، فزیوتراپی ته اړتیا لری .

همدارنگه داتوپسی Autopsy مطالعاتو او څیړنو پواسطه بنسودل شویدی چی د نور مالی
زیرونی وروسته هم د بند څیریدنه منخ ته راغلی . چی پدغه حالت کبسی Intracapsular اود
extra capsular لیگامنتونو څیریدنه او ددغه برخی همتوم شته والی لری .

د عصص (Coccyx) هډوکي ټپي کيدنه :

د زيربني په محال د عصص هډوکي د خلف لوري ته ټيله کيږي او دا اندازه (2,5cm) او يا يو انچ ټاکل شويدنه چې دغه اندازه بي حايه کيدنه به په يوه روغ د عصص (لکي) په هډوککينې شته والي ولري . که چيري هډوکي ankylotic وي هډوکي پخپله ماتيدنه کوي . او مفصل بنيابي وازشي او مزمن ارتريټ به منځ ته راوړي . چې دغه حالت ته Coccygodynia حالت وايي چې پکښي د



عصص د برخي دردونه شته والي لري . نو کله چې دغه برخه پيرته روغيدنه وکړي Right angle او سو شکل به منځ ته راوړي او Pseudo arthrosis منځ ته راوړي چې ښځه بنيابي د بستر لپاسه د استراحت په وخت دردونه احساس کړي او يا هم همدارنگه دنعوظ په وخت د دردونو

احساس ولري او دغه دردونه دملا د قطني برخي او ورنونو لوري ته خپر يدنه کوي او د ډاکټر څخه د دردونو له منځه وړلو لپاره مرسته غواړي .

د ناروغی پيژندنه به ډيره اسانه وي کله چې د ناروغ تاريخچه واخيستل شي د زيربوني ستونزه به شته والي ولري او کله چې ريکوم ته د مقدي گني (Rectal .Exam) په وخت گوته ورنويستل شي . دگوتو پواسطه به د خلع او ياماتي برخي تثبيت وشي او يا به هم دغه برخه د بند د جس پواسطه ډيره دردناکه وي . چې پدي هکله (٤٧-١٠) تصوير ته پاملرنه وکړي .

دا راز ترضيضونه پخپله روغيدنه کوي خو يا هم که چيري وغوښتل شي درملنه تر سره شي دغه ماته برخه له سره ماتيږي او په سمه بڼه تثبيت کيږي دغه کره کيدای شي چې د موضعي انسټيزي لاندی ترسره شي ډيره پاملرنه بايد وشي چې ريکوم ټپي نشي انالجزیکونه او اتسي بيوتیکونه ورکول کيږي .

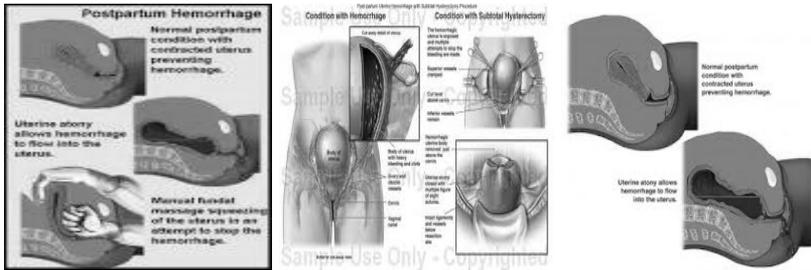
یوولسم خپرکی

د زیرونی د دریمی مرحلی پتالوژی

Pathology of Third Stage

د زیرونی وروسته (Postpartum) وینه بهیدنه :

په حقیقت کېنې Postpartum هیموراژ دا معنی لری که چې د زیرونی پسی سمدلاسه وینه بهیدنه منځ ته راشی دغه نوم Postpartum ورته اطلاق کیږی . او دا هماغه وخت دی چی پریوان (Placenta) وزیږول شی وینه بهیدنه منځ ته راځی د لوستی او خپرنی لپاره بنه به داوی چی وایو که چی ماشوم وزیږول شی او د Puerperium تر وخته ته پوری دوام کوی . هغه راز وینه بهیدنه چې که د ۲۴ ساعتو وروسته منځ ته راشی ورته Late post partum hemorrhage ویل کیږی چی په ځانگړی ډول په پام کېنې نیول کیږی دا موضوع ډیره د پاملرنی وړده .



په یوه روغه بلاربه بنځه کېنې د وینی د اندازی ضایع کیدنه یو پاکت (Pint) د پنځه سوه سی سی (500cc) په اندازه ده چی معمولاً دغه اندازه کوم ډول کلینیکی نښی نښانی منځ ته نه راوړی . په متوسطه اندازه دغه وینه بهیدنه باید (300cc) او یا تر هغه لږه وی . دا به بنه وکېل شی که چی وینه بهیدنه د (500cc) څخه ډیره ضایع شی هغه به پتالوژیک وکېل شی او د علت لپاره دی لټون پیل کړل شی . پرته له وینه بهیدنی زیږونه نادره ده او که شته والی ولری دا به هغه وخت وی چی ماشوم مړوی او په اوږده موده کېنې Placental thrombosis منځ ته راغلی وی . د Puerperal په وخت کېنې د وینی بهیدنه باید له 90cc څخه ډیره نه وی په لومړی دوه ساعتونو کېنې به دا تازه وینه وی .

کله چی پلاستنا جلاکړل شى او هغه بهر ته راووزى وينه بهيدنه د retraction او Contraction او د رحم د سينوسونو د ترومبوزس پواسطه ودرېږي او د وينې بهيدنى مخنيوى منځ ته راځي . کله چی رحم تنش شى د رحم عضلى طبقه يو پر بل راټولېږي او دغه بندلونه د عضلاتو يو تر بله نږدې کېږي او طبقى يو د بل لپاسه قرار نيسى . په تيجه کېنى د وينى سينو سونو تاويدنه يو دبل لپاسه کوى او عضلات دوينى بهير تر اغيزى لاندې راوړي .

ددغه ميکانيزم د منځ ته راتلو لپاره د رحم retraction غوره رول لري او لدې وروسته Contraction د تلپاتى retraction د منځ ته راتلو لپاره حمايت او تقويت منځ ته راوړي . له همدى کبله Post partum وينه بهيدنه د رحم د "retraction" کړنود نشوالى پورى اړوند گڼل کېږي .

په عملى ډول ددى څخه برسیره درى حالتونو نور هم شته والى لري چی دا لکه :

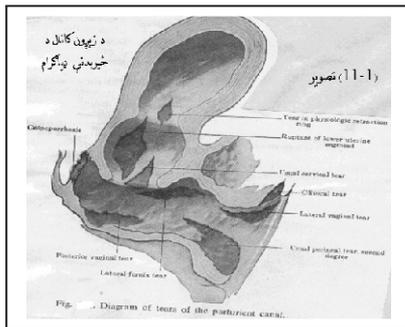
- ۱ - د زېړونکى کانال څيريدنه .
- ۲ - د رحم د اټونى شته والى .
- ۳ - او دوينى او دوينى د رگونو د ناروغيو شته والى .

۱- څيريدنى يا (شليدنى Lacerations):

د زېړونى وروسته د وينه بهيدنه لپاره تناسلى غړى او تناسلى لاره غوره رول لري پدى هکله (۱-۱۱) تصوير ته پاملرنه وکړي چی د زېړونى د کانال څيريدنى پکېنى په څرگند ډول بنسودل شويدى .

همدارنگه د بذر (Clitoris) او bulb برخى څيريدنه ډيره شديد وينه بهيدنه منځ ته راوړي . همدارنگه د Varix څيريدنه د مهبل او فيج هم ډيره شديد وينه بهيدنه منځ ته راوړي . او د پربنيوم برخى څيريدنه دومره شديد وينه بهيدنه منځ ته نه راوړي دا څيريدنه په پېرنى او ژر توکله گڼلونه اړتيا لري . د مهبل د پورته برخى څيريدنه به تر د فورنيکس برخو ته توسعه ولري او بنايى د Broad. Lig تر قاعدى پورى اوږديدنه ومومى او بنايى په خپاره ډول وينه بهيدنه منځ ته راوړي . دا حالت معمولاً د سرویکس د برخى د څيريدنى سره مل وى او په بنفسي زېړونى کېنى منځ ته راځي . د سرویکس څيريدنه بنايى تر Broad.lig پورى اوږديدنه ولري او که وينه بهيدنه په

تدریجی ډول وی دومره د پام وړ پنګر ځی . دا راز موندنی بعضاً په بنفسي زېږونه کېښی او لاسونو پواسطه اتساع کېښی تثبیت کېږی . اوکه چیری ژوره ډول د سرویکس څیریدنه شته والی ولری وینه بهیدنه به شدیدې وی .



همدارنگه د پیلایلو پرز تیشونو کېښی په لړ کېښی په پیلایلو برخو د کانال کېښی څیریدنه منځ ته راځی . د سرویکس د برخی څیریدنی به په طولانی ډول اړخونو ته متوجه وی او توسعه به یی ډیره لږه د Broad.lig لوری ته وی . اوکه چیری دا ډیره اندازه څیرل شویوی دابه د رحم د

Complete او یا Incomplete څیریدنی سره مل وی همدارنگه د رحم د ریچر په هکله پرته له شکه نشوویای چی Post partum Hemorrhage وینه بهیدنی ورکړو ځکه چی دغه راز حالت تل د شاک سره مل وی . همدارنگه د سرویکس او رحم د ښکتنی برخی سگمنت څیریدنی ښایي چی د پلاستا پروپیا له کبله منځ ته راشی . دا چی د Vein او عیو او سینوسونو Sinuses برخی سطحی ته ډیری نږدی دی که چیری د (0,3cm) په اندازه څیریدنه شته والی ولری پرته له کنترول کیدنی وینه بهیدنه به منځ ته راوړی چی ښایي د او توپسی وروسته دغه راز حالت وپژندل شی .

۲- د رحم اټونی :

دا حالت هم د Post partum وینه بهیدنه منځ ته راوړی چی دا ښایي د شلیدنی سره مل وی . ددغه حالت لپاره علتونه عمومی او موضعی دی . داورد محالی زېږونی له کبله ستریا منځ ته راځی او دا حالت ښایي اټونی او وینه بهیدنه وروسته له زېږیدنی لری او دا ښایي په معند ډول موضعی علتونو له کبله وی ژیر وینسته لرونکی (Blond) او آبی سترګې ، سور پوستکی او سره وینسته لرونکی په توکیز ډول د وینه بهیدنه لپاره مساعد فکټور جوړوی .

ډیری موضعی علتونه د اټونی لپاره په لاندی ډول شمیرل کېږی :

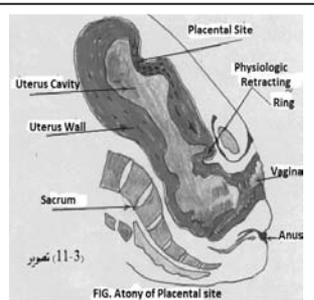
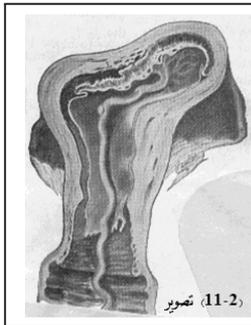
ډېر اتساع Over distention ، د رحم د دوه گونی ماشومانو او پولی هایدروامنیوزس د رحم د

جوف لبروالی ، په ناڅاپه توګه د متوسع رحم تشیدنه ، د رحم اېنارمل بڼه د تومور پواسطه اتساع لکه (مایوما) ، د زور وړې تېدب شته والی چې د سیزارین سکشن وروسته او یا د ریچر له کبله وی دغه وازه پاتېږي او دا دی ته زمينه مساعدوی چې وینه بهیدنه منځ ته راشی . وروسته د Missed labor څخه اېټونډ یوه قانون په څیر منل شویدی .

که چیری د پریوان یوه ټوټه په رحم کبسی پاتی شی او یا هم د ډیسیدوا په پیره بڼه شته والی ولری هلته به پرن شوی وینه (Clots) راټوله شی او دابه د مناسب retraction لپاره مخنیوی منځ ته راوړی . دا برخه وروسته یا له وینې څخه ډکېږی . پاتی شوی غشا بعضا د وینې راټولیدنه منځ ته راوړی او کله چې وینه ډیره راټوله شی دواړه به سره په ګډې ډول وی او د رحم اېټونی منځ ته راوړی او همدارنگه وروسته د زیرونی څخه د "Oozing" حالت شته والی زیاته اندازه وینه ضایع کوی او همدارنگه ددی لپاره مداخلی ته اړتیا پریوزی .

که چیری Primary hemorrhage د اجنبی جسم د شته والی له کبله منځ ته راغلی وی دابه د Lochia د راټویدنی سره یو ځای بهرته راووزی . دابه په کلولی ، غوټې غوټې (en Masse) په څیر وی . ډیر یا لږ به له منځه تللی بڼه ولری .

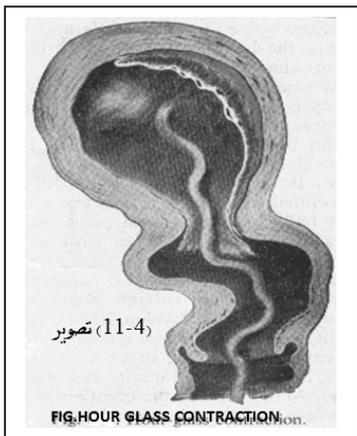
همدارنگه Tubal corner placenta لکه چې په (۲-۱۱) تصویر کبسی ښکاری داپه ضعیفه توګه د رحم د تقلص د نشتوالی له کبله جلا کیږی او وینه بهیدنه منځ ته راوړی همدارنگه په (۳-۱۱) تصویر کبسی پلاستا د برخو اېټونی ځایونو ته پاملرنه وکړی چې د وینې بهیدنی علت ګرځی . په (۳-۱۱) تصویر کبسی Placental site او د Physiologic retracting ring برخې په څرګند ډول ښودل شویدی ، همدارنگه غیر منظم کړنی Action د رحم پخپله او یا Constriction rings د جوړیدنی چې د hour-glass contraction پنوم پیژندل کیږی او په (۴-۱۱) تصویر کبسی ښودل



شویدی د وینې بهیدنی لپاره یو علت ګڼل شویدی . دغه حالت وروسته په دریمه مرحله د زیرونه کبسی یو شدید اختلاط ګڼل کیږی دلته دوه ډوله د hour-

glass contraction حالت شته والی لری چی په لاندی ډول دی :

۱- لومړی د رحم د پورتنی سکمنت retraction حالت دی چی ورسره د پریوان احتباس په همدغه برخه کبسی منخ ته راختی . د رحم بشکنتی سکمنت استرخائی Flaccid وی او کوم راز وینه بهیدنه شته والی نلری .



۲- په دوهم ډول کبسی Constriction ring سکمنت تر منخ منخ ته راختی چی پورتنی سکمنت برخه د بالون پوښاکي په څیر وی او هلته د توقع له مخی تل وینه بهیدنه شته والی لری او درحم بشکنتی سکمنت پوست (Flaccid نرم) وی او لدی کبله د رحم بڼه د hour-glass په څیر بڼه غوره کوی .

که چیری د Constricting ring برخه د بهرنی خولی په برخه کبسی وی د رحم ټول جوف به د پوښاکي په څیر پرسیدلی بڼه ولری او شدید ډول وینه بهیدنه به شته والی ولری .

د hour-glass contraction لپاره علت لاهم ندی پېژندل شوی خو قضاوت او تصور له مخی Oxytocic درمل غوره رول لوبوی . لاندی حالتونه د زیرونی نورمال حالت میکانیزم په دریمه مرحله کبسی تراغیزی لاندی راوړی:

د رحم د انومالی عمل منخ ته راڅگی د پلاستا په قسمی ډول جلاکیدنه د رحم چاودنه ، د پریوان ځپنه او موښېدنه (Crushing) چی د هغه د یوی ټوټې احتباس ته زمینه برابر وی ، د زیرونی غیر مساعد Conduct ، ډیره ژر په چټکی سره د ماشوم زیرونه چی ښایي رحم ښکته لوری ته راووزی ، په دریمه مرحله کبسی د رحم د جسم مساز چی په پریماچور (بې مودی) توگه پلاستا راویستل شی ، د کورد لپاسه ترکشن ډیر ژر ناروغ ته د نخامیه محتوی ورکوی ، دغه ټول علتونه منخ ته راوړی تر څو وینه بهیدنه منخ ته راشی دا پورته ذکر شوی حالتونه ټول د پام وړدی او ورته د زیرونی په وخت بشپړه پاملرنه وراړول شی چی د درملنی په هکله به آسانیاوی منخ ته راوړی .

۳- د وینی غیر نورمال حالتونه او د وینی د رگونو ناروغی :

هیموفیلیا وینه ورکونکی ناروغی ده خو په بنسټو کښی دا ناروغی شته والی نلری .
Greenberg یو تن عالم دغه وینه بهیدنه په دری گروپونو ویشلی ده .

a. د پلاستا د جلاکیدنی څخه د مخه .

b. د پلاستا د جلاکیدنی په حالت کښی .

c. د پلاستا د جلاکیدنی څخه وروسته .

دغه اجزای د زیرونی څخه وروسته داسی حالت منځ ته راوړی چی وینه نه ودریری دا
دری واړه اجزای په کپوه سره داسی وینه بهیدنه منځ ته راوړی چی کنترول یی لږگران دی چی
ورته Pathologic post partum وینی بهیدنی حالت ویل کیږی ترومبوسایتو پینیا ، شدیداً
وینه بهیدنه منځ ته راوړی نو ددی لپاره ضرور دی چی د زیرونی څخه د مخه د ترومبوسیتونه وټاکل
شی .

د ویتامونو نشوالی بنایي وینه بهیدنه منځ ته راوړی په ځانگړی ډول د B کورنی ویتامینونه
Werthoffs ناروغی، د مزمنی وینه لږی ناروغی شته والی ، توکسیما شته والی د Sepsis شته
والی د ژوری او خطرناک ډول وینه بهیدنه منځ ته راوړی د رگونو د Varix ناروغی وینه بهیدنه منځ
ته راوړی .

کلینیکی نښې نښانې

— عمومی نښې نښانې :

دوینی بهیدنی نښی چی د وینی د ضایع کیدنی د شدت له مخی یی توپیر کیږی که چیری
ناڅاپه په چیڅکی سره وینه ضایع شی شاک به منځ ته راشی چی د ناروغ بیړنی درملنی ته اړتیا لری
. په کراره سره اوږد محاله وینه بهیدنه هم بنایي وژونکی بڼه ولری هغه اعراض او علایم چی
څرگندوی دی په لاندی ډول دی :

— د پوستکی درنګ سپین والی Paleness او ځناقت .

— گسسیټ Dizziness.

— د هوا لپاره لوږه او لیوالتیا بنودنه Air hanger.

- زړه بدوالی Nausea کانګی Vomiting .
- نارامی Restlessness ناروغ هوساینه نه لری .
- د تندې احساس Thirst ناروغ ډیر تږی وی .
- اضطراب Anxiety او پریشانی .
- له مرګ څخه ویره Fair of death .
- د Collapse کولاپس شرن (اختلاج Convulsion) به شته والی ولری .
- په غیر ارادی ډول د میازو او غولو وتل او کوما به شته والی ولری .
- په فزیکي کتنه کېښی به مخ خاسف وی شونډی به شینوالی ولری ، پوزه او تندې به سوږ وی او بعضا به دخولی پواسطه لوندوی ، سترګی به Sunken ننوتی بڼه ولری . منظمه به وچه او خاسفه وی ، تنفس به چټک او سطحی وی دوینی فشار به ښکته وی نبض به ضعیف او چټک وی او پایله کېښی هیڅ د جس وړ نه وی .

موضعی نښې نښانې :

ښایې چی داخلی او یا خارجی وینه بهیدنه شته والی ولری که چیری دوینی د بهر په وړاندی انسداد شته والی ولری پدی حالت کېښی به غشا او یا پریوان د انسداد علت وی او یاهم د ورنونو پواسطه چی یوتر بله نږدی وی دغه برخه ښایې وتړل شی او یوه ډیره اندازه وینه ښایې د رحم او فرج په برخه کېښی راټوله شویوی ، دوینی پرن شوی ټوټی که چی لاس مهبل ته ورنویستل شی بهر ته راوړی او همدارنگه که چی په رحم باندی د ګډی لپاسه فشار واردشی یوه اندازه وینه به بهرته راوړی که ناکله د ماشوم پرمخ د وینی له خوا یو خطرناکه بڼه منخ ته راحی چی وژونکی حالت منخ ته راوړی او همدارنگه د Oozing په څیر وینه بهیدنه به شته والی ولری یو معقول او هونیار ډاکټر به دغه ټول بدلونونه له ځان سره یادښت ونیسی .

که ناکله دغه وینه ودربړی او په رحم کېښی راټولیری هغه وینه چی د لومړی ځل لپاره بهیدلی کلکوالی مومی او وروستنی وینه سره بڼه لری ، بعضاداسی وی چی وینه تیاره بڼه لری او علقه یی توره وی او داسی ښایې چی همولایزس پکېښی شته والی ولری .

که چیری پلاستنا په کامله توگه پاتی وی وینه بهیدنه به لږه وی . شدید د ډول وینه بهیدنه هغه وخت منځ ته راځی چی پلاستنا په قسمی ډول رایله شویوی او سینوسونه واز پاتی وی او هغه برخه د پریوان چی د رحم لپاسه نښتی وی دا به نه پریردی چی رگونه خوله وازه کړی .

که چیری وینه بهیدنه د شلیدنی له کبله وی رحم به دوینه بهیدنه له کبله کلکه بڼه ولری او بعضاً به دوینی د شته والی له کبله ایونیک وی . که چیری پلاستنا جلا شویوی او Incarcerated بڼه ولری پدغه صورت کښی به رحم گردی (globular مدوره) خو کله چی دردونه منځ ته راځی د پوناکی بڼه غوره کوی او هر تقلص به لږه اندازه وینه بهیدنه به د مهبل برخه کښی منځ ته راشی چی د رحم څخه راوړی .

پېژندنه :

په ولادی ناروغیو کښی به وینه لږه اندازه شته والی ولری خو پدغه ناروغی کښی به وینه لږی Anemia ډیره وده وکړی او مخ سپینوالی به ډیره اندازه شی او د ډیر پرمخک په صورت به شاک منځ ته راشی د رحم د ریچر نښی نښانی به شته والی ولری چی کله چی ددغه راز ناروغانو سره مخامخ کیږی د لومړی حل لپاره د ډاکتر په ذهن کښی د رحم د ریچر حالت گرځی او پام یی ورته اوړی . ایونی د رحم به شته والی ولری او په تاریخچه کښی به د رحم تقلصونه ضعیف وی په لومړی او دوهمه مرحله کښی ، او په دریمه مرحله کښی به Inertia شته والی ولری ، شلیدنه ښایی چی د فورسپس او یانوروکونوله کبله شته والی ولری د منځه تردی چی پلاستنا خارج شی دابه گرانه خبره وی چی د ایونی او یا جرحی تر منځ سره توپیر وکړل شی اود هغوی اړوند تصمیم نیول شی ، د قاعدی له مخی پېژندنه او درملنه یو بل سره په گډه توگه پر مخ ځی ، دوینه بهیدنی شته والی په صورت کښی دی دمهبلی دننه کښی ترسره شی د پلاستنا ټوټی که چیری پاتی وی هغه راوویستل شی او که چیری بیا هم وینه بهیدنه دوام وکړی پدی صورت کښی به رحم شلیدنه په پام کښی ولرل شی . ددی لپاره چی ډاکتر د رحم دوینی په هکله باوری شی پاکی لاسپوښه (gloves) دی واغوندی او رحم ته دی لاس ورنویستل شی او هغه دی له علقاتو او نورو ټوټو ځنی تش کړل شی که چیری کومه څیریدنه شته والی ولری پدی صورت کښی دی هغه برخه وگڼول شی .

د پلاستا Incarceration بندیدنه ددغه لاندی ټکو د شته والی له مخی پېژندل کیږی چی ورته د زیرونی په وخت پاملرنه وشی .

i. دیوه لوی گډ او کروی ډول رحم شته والی چی د تقلص په وخت دغه برخه غیر منظم کیږی . مقویت او ځای یی توپیر کوی .

ii. په متناوب ډول سره د وینی علقې راخارجیږی .

iii. که چیری په غور د رحم فشار راوړل شی یوه برخه د کورد بنایي تظاهر وکړی او راووزی .

iv. که چیری د کورد په وریدی رڼگ باندی فشار راوړل شی د رحم د فشار په وخت به په ورید کښی حساسیت احساس شی .

v. همدارنگه یوه تنگه د Constriction. Ring کړی. به د پلاستا څخه پورته برخه کښی

شته والی ولری چی د دننه کښی پواسطه تثیت کیږی . پدی هکله (۵-۱۱) تصویر پاملرنه وکړی .

درملنه:

- همدارنگه داچې رحم نشی کولای خپل تفلصونه په نورماله توګه تر سره کړی نو ددې عارضې د لېرې کولو لپاره باید چې د رحم پر عضلاتو فشار وارد کړل شی ترڅو د رګونو څخه د وینې بهیر لږوالې ومومی. نوکله چې د وینې تخثری سیستم نورمال وی بنائې د وینې بهېدنې مخنیوی وشی. د کلینیک له پلوه (75-80%) پېښود (postpartum hemorrhages) کې د رحم اتونې غوره لامل بلل شی.

د خطر فکتورونه: په لاندې ډول سره ئې شمېرلای شو:

- د رحم ډېره توسع.
 - څوګونې بلارېښت.
 - پولې هایډروامنیوز .
 - د جنین (macrosomia) حالت.
 - اوږد مهاله زیږون .
 - د زیږون سره یوځای د (Oxytocin) ورکړه.
 - د زړې ښځې له (5) څخه ډېره زیږونه.
 - ډېر مهال ځنډېدلې زیږون .
 - د (magnesium sulfate) ورکړه د (preeclampsia) درملنې لپاره.
 - chorioamnionitis
 - halogenated anesthetics
 - د رحم (leiomyomata) تومور شتون.
- په هغه حالاتو کې چې وینه بهېدنه کنټرول نښی او ډېر مهال اوږدېدنه ومومی د جراحي کپنلارې (cesarean section) پکې د (B-Lynch method) میتود څخه ډېر مهال کار اخیستل شی.

د مخنیوی لارې چارې:

- د زېږون څخه دمخه (During antenatal care): باید وینه لږې درملنه شي، د زېږون پلان باید جوړ شي او مور ورته آماده شي او د یوې مجربې طبي کارکوونکې او کره څارنې لاندې زېږونه پلان شي، باید د میزوپروستول (misoprostol) وپشنه او کارونه هغه کسانو ته چې هلته مجربه طبي کارکوونکې نه وی ورزده کړل شي ترڅو مصونه زېږونه وشي.
- د زېږون پر مهال: یو (partograph) د څارنې او منجمنت په موخه او ناروغ د هڅونې په موخه، مور مټانه تشه وساتي، باید ډېر درمل ونخوري، همدارنگه مور دې دېته چې زور ووهي ونه هڅول شي ترڅو مخکې لدې چې عنق واز او تام شي او د غور لپاسه دې پرته له اړتیا څخه فشار وارد نکړل شي، همدارنگه بښای د اړتیا له مخې (selective episiotomy) تر سره شي ترڅو د څیرېدنې څخه مخنیوی وشي.
- د زېږون دریمې مرحلې په لږکې: یو [Active management of the third stage of labor (AMTSL)] باید برابر شي او د (PPH) د زېږون وروسته هیمو راژ څخه مخنیوی وشي، نباید چې د پلاستیا تر زېږون دمخه مساز (massage) درحم تر سره شي، همدارنگه د پلاستیا راویستې د غور لپاسه دې پرته له اړتیا څخه فشار وارد نکړل شي، او د [controlled cord traction (CCT)] پرته له رحم تقلص ورکونکو (uterotonic drug) څخه دمخه تر سره نشي.
- د پلاستیا زېږون وروسته مرحله کې: په روتین ډول سره دې د (vulva, vagina, perineum, and anus) وټول او وکل شي ترڅو (Laceration) په هکله معلومات راټول شي. همدارنگه د پلاستیا او غشاً کامل والې، یا دې رحم په هر (15 minutes) په لومړي دو ساعتونو کې منظم ډول جس شي چې تقلص ئی کړېدی او کته؟ همدا ډول باید وینه بهېدنه دې هم په لومړي دوه ساعتونو کې کنټرول شي او مټانه باید تشه وساتي ترڅو رحم تقلص وکړي.

د زېږون وروسته وينه بهېدنه (Postpartum hemorrhage):

د زېږون وروسته خونړې (PPH) په نړۍ د (25%) ميندو مړينې لامل بلل شى په ځينو ملګونو کې دا کچه تر (60%) ته رسېږي همدارنگه د اورېدې مودې د معيبيت لامل هم ګرځي او د شديدې وينه لږې (severe anemia) او شاک (shock) لپاره غوره لامل بلل شى .

لاملونه او خطري:

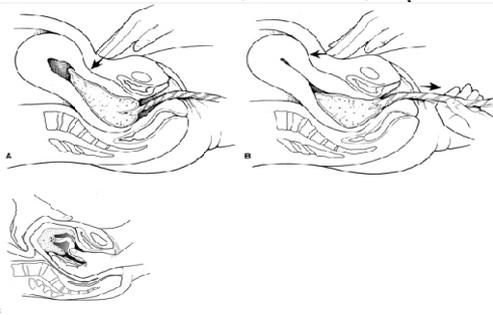
که چېرې وينه بهېدنه (500 mL) څخه په (24 hours) ساعتونو کې له زېږون څخه وروسته زياتوالي ومومي نو د خطر علامه ده که چېرې د (1.000 mL) څخه زياته وي شديد ډول (Severe PPH) بلل شى همدارنگه عالمان د زېږون څخه وروسته مړينې لپاره غوره لامل (hypovolemic shock) ګڼي .
ډېر لاملونه او فکتورونه کېدای شى رول ولري :

- Uterine Atony
 - (Cervical, Vaginal, or Perineal Lacerations) Trauma
 - Retained or Adherent Placental Tissue
 - Clotting Disorders
 - Inverted or Ruptured Uterus
- د مخنيوى لارې چارې په مخکينې بحث کې راغلي دي ورته پاملرنه وکړي چې په درې مرحلو د زېږون او د پلاستنا زېږون څخه وروسته ذکر شوى.

درملنه:

شديده ډول (Severe PPH) په حدود د (11%) زېږون کې تثبيت شويدى او مړينه (1%) پېښو کې منځ ته راځي چې (Fawcus, 2007) راپور کړېده.
بايد د هيموګلوبين سويه (hemoglobin level) او کچه وټاکل شى تر څو درملنه ورته پلان او ترسره شى. چې په ډېرو مواردو کې پرته له جراحي مداخلې څخه تر کنټرول لاندې راځي په لاندې توګه او په لاندې پېښو کې ورته جراحي ترسره کېږي:

- لومړنې اقدام : د (oxytocin) وړکول ، مټاڼې تشول ، د مایعاتو بیا ورکړه او د ولادی کانال معاینه او پلاستنا (کتنه).
- ځانګړې تدابیر د رحم اټویني : د (uterotonic drugs) ، د رحم مساز ، د لاسونوپواسطه د رحم تر فشار لاندې راوستل ، د اېهرتر فشار لاندې راوړل، د (balloon condom catheter) او (hemostatics) پکار وړل.
- د تناسلی غړو څیرېدني ځانګړې اقدام: ګنډول او ترمیم د څیرلې برخې ، (hemostatics) او د (compression) څخه کار اخیستل .
- د پاتې شوې پلاستنا ځانګړې درملنه: د لاسونوپواسطه راویستنه.



- د درملنې او اقداماتو دوام : مناسبه درملنه کېږي تر څو چې بنځه د ښه والی لورې ته ځي باید د شاک ضد درملنه تر سره ، وریدی مایع تطبیق او د وینې بانک څخه وینه تیاره او وړکول کېږي.
- کله چې غیر جراحي درملنې بریالي نشي لاندې جراحي درملنې تر سره کېږي.
- د (B-Lynch suture) جراحي کړنلاره:
- ددې جراحي لپاره (Monocryl suture or Vicryl number 2) تارونو څخه کار اخیستل شی دا کړنه د رحم پر عضلې او رګونو باندې د سهی عمودی فشار لامل ګرځي چې ورته د لاپراتومي ، رحم برملاکول او د جوف وازول اړین دي.

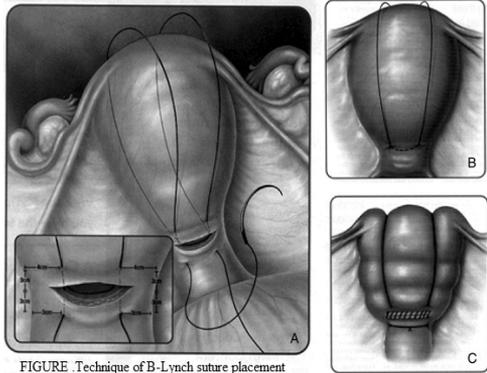


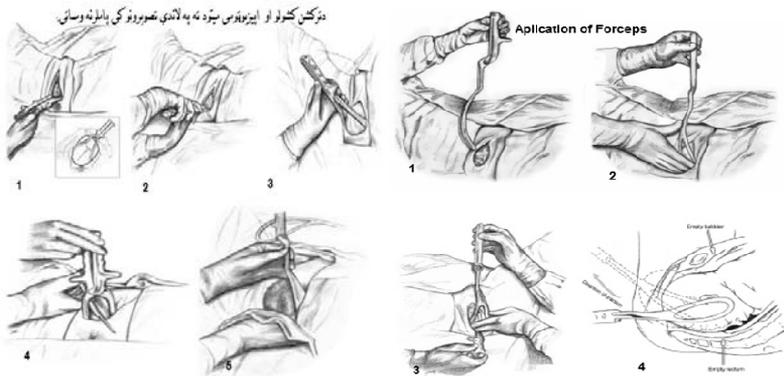
FIGURE. Technique of B-Lynch suture placement

- د رحم د شریان موندل:
پدې حالت کې د دې لپاره چې د ناروغ ژوند وژغورل شی د انجیوگرافي پذیریه وینه ورکونکې د رحم شریان موندل شی او هغه تړل شی چې ددې له مخې کولای شوهم د ناروغ ژوند وژغورو او هم د رحم، هکې خالو غړو ساتنه وکړو او د عقامت خخه مخنیوی وکړو.
- د دننه ایلیاک شریان تړل (Internal iliac artery ligation):
داکړنه هم په دپرو شدیدو وینه بهیدنو کې د درملنې په موخه استطاب لری.
- د (Stepwise devascularization) کړنلاره:
دلته مجرب جراح ته اړتیا ده چې په (د حوصلې غړو اناتومی، د اروا او تعصیب اړوند) ښه پوه بلد جراح وی داکړنه کولای شی ترسره کړی.
- هیستریکومی (Hysterectomy):
کله چې د ښخې ژوند تر خطر لاندې وی نودغه (Hysterectomy) کړنلاره په یوازې لاره وی.

ددې لپاره چې د فورسپس څخه کار واخلي. د جین پوزیشن او پوزیشن پوهېدنې ته اړتیا ده. باید د فورسپس دواړه بلبونه (2 blades) په متناظر ډول سره د جین په سر اچول شي. پدې هکله د تکړه او ماهر ډاکټر تر لاس لاندې باید دهغه زده کړه تر سره شي ترڅو په ښه توګه وکارول شي.

د فورسپس تخنیک په اوکسیټ- قدامي پوزیشن کې:

د نشې منانې او د یوه مناسبې انیسټیزي ورکړې وروسته د ماشوم پوزیشن ګل شی د (Sagittal suture) شتون په (anteroposterior diameter) د حوصلې او پلټ کې یقیني کېږي. له فورسپس څخه کار اخیستل شي. د کړندود په هکله تصویر ته پام وکړي.

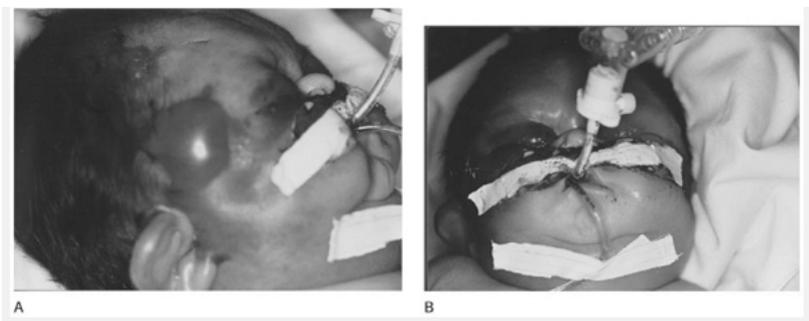


اختلاطونه:

- مورني: سمدلاسه د مهبل او عجان انشقاق (lacerations) چې د (3-10%) نسبت شويدي نو لدې کبله ددې اختلاط مخنيوی کوي. د وينې بهېدنې اختلاط مخ په ډېرېدو دی (2% mediolateral episiotomy)

50% to) سلنه تثبیت کېږي. هودارنگه (7-13%) د بادو غایطې موادو تسلسل (incontinence) په نا معلومه میکانیزم سره په لیدل شوی. د حوصلې غړو پرولاپس، د حوصلې ورغوی (pelvic floor) عصبي اختلال، د بولي تناسلی - ریکوجنیټال فیستولونه هم منځ ته راتلای شی.

- د ماشوم: هغه (Neonate) ماشومان چې د زېږېدنې پرمهال د ترضیض او ضرباتو سره مخامخ شوی نو ښايي د مخ برخې (facial bruising) شینوالي د وینې راټولېدنې له امله منځ ته راتلای شی. د اسید بیز (acid-base) له پلوه داراز ناروغان د هغه ماشومانو سره چې د (cesarean section) کپنلارې په ذریعه زېږول شي ورته والې لری. دمخ د عصب ترضیضونه غېر معمول دي خو د (0.5%) پېښو کې به شتون ولری. د مټ ظفیرې (Brachial plexus) ترضیضونه ښايي قویاً ولیدل شوی خو په هغه ماشومانو کې چې (> 4000 g) وزن لری په لوړه کچه لیدل کېږي. د کورپې، د هډوکو کسرونه نادراً منځ ته راتلونکې اختلاط بلل شوی چې ډېر مهال د سر تر فشار لاندې رانگنځه د تنگې هډوکیزې حوصلې له کبله پېښېږي او معیبتونه (1.5%) بلل شوی چې دا ښايي د مهبل په بنفسي زېږونه کې هم (0.5%) پېښې منځ ته راځی. او د نوزادانو د مړینې خطر په حدود (0.05%) کې لیدل شوی. همدارنگه (Cephalhematoma) حالت هم یو اختلاط بلل کېږي.



درې ډوله فورسپس په لاندې پېښو کې کارول شوی:

1. Outlet forceps

- کله چې د جنین سکپ (scalp) د مهبل په خوله کې وي او شونې وازې نه وی.

- د جنین سر (skull) چې د حوصلې ورغونه ورسېږي.
- کله چې تدور (Rotation) د (45%) څخه ډېر نه وي.
- د ماشوم رأس (head) د پړینوم برخه کې وي.
- کله چې د (Sagittal suture) برخه (AP diameter) په کې وي او پوزیشن ئې (Right Occiput Anterior, Right Occiput Posterior, Left Occiput Anterior or Left Occiput Posterior Position) وي.

2. Low forceps

- لارښود نځې (Leading point) د جنین د کورپې (fetal skull) برخه به لویه یا مساوی (+2 station) سره وي.
- تدور به د (45%) څخه ډېر وي.
- هر یو د (OA or OP position) پوزیشن په د قبول وړ وي.

3. Midforceps

- د جنین رأس انگیجمنټ کې وي او د (biparietal diameter) به د حوصلې د (pelvic inlet) څخه تېر شوي وي .
 - سټیشن (Station) به د (+2) څخه پورته وي.
- د فورسپس ډولونه او کارولو (استعمال) ځایونه:

- د [Parallel shank (Simpson, DeLee)] د (molded vertex) حالت کې پکارېږي .
- د [Overlapping shank (Elliot, Tucker-McLane Luikart)] د (unmolded vertex) حالت کې کارول شوی .
- د (Piper forceps) هغه مهال کارېږي چې د (breech delivery) وي اورأس رارسېدلې وي .
- د (Barton or Keilland forceps) خصوصاً تدوري فورسپس دی او د (90° rotation) تدور ورکولو لپاره په [occiput transverse (OT to OA)] پېښو کې کارول شوی .

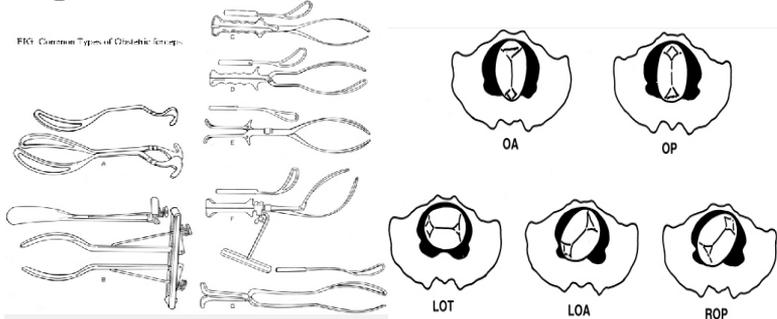
د فورسپس د کارولو لپاره استطباب :

- د مورستریا او کسالت.
- د مور د همکارۍ نشتوالی او یا هم ضعیف ډول د راویستولو هڅې شتون .
- د ماشوم ډیسترس (Fetal distress).
- ډېره اوږده انستیزیا ورکړه.
- کله چې مور یو لړ ناروغۍ لکه (cardiac, pulmonary, or neuromuscular systems) ولری او وغوښتل شی چې د زېږون مرحله لنډه کړل شی.

د فورسپس لپاره (Forceps) د تطبیق اساسات:

- د جنین ثابته څارنه د بریننای ماشین پذیریه د پروسیجر په لړ کې .
- مناسبه انستیزی ورکړه.
- پېرني (CD) باید شتون ولری .
- مجرب جراح باید شتون ولری .
- باید د جنین (Position, station, and attitude) له مخکې ټاکل شوېوی.
- عنق باید تام (completely dilated) متوسع وی .
- کینې پل (Left blade) لومړی باید په (right occiput position) کې تطبیق شی .
- پلونه (Blades) په خلف د مهبل کې د (handle perpendicular to floor) سره تېرول شی .
- پل د قوس (arc to horizontal) افقی لورې ته یا مایل زاویې ته چې انسی کرېنسط ته وی دننه کینل شی.
- د (Shanks) فورسپس باید دواړه واچول او وتړل شی پرته لدې چې فشار راوستل شی .
- سهمی درز (Sagittal suture) باید د هر یو پل څخه په مساوي توګه قابل د جس وی .
- خلفی فوټانیل د یوې ګوتې د (shank) لپاسه سویه کې د جس وړ وی.

همدارنگه طبیعی بشپړیدنه لاهم ترسره کیری کله چی طیب لږه اندازه کوپری تاویدنه ترسره د پروسیجر بنسټ هماغسی دی لکه دکوپری ټول ټکی څرگند پری اود کوپری زیریدنه منځ ته راځی .



لومړی تر ټولو پرینودل کیری ترڅود Occipitosacral د $180,0$ درجی وروسته R.O.P .
 R.O 135^0 درجی او وروسته R.O.T ، R.O 90^0 درجی حرکت بشپړشی
 اویاهم ژوره مستعرضه بندیدنه Deep transverse arrest منځ ته راشی .

فورسیس په **Occipitosacral** پوزیشن اویاهم په **R.O.P** یا **L.O.P** کښی :

لوستونکی ددی موضوع دپوهیدنی لپاره باید پخوانیو لوستونوته مراجعه وکړی چی تر Occipitoposterior ترینولیک لاندی یی شرحه راغلی ده . طبیعی پروسه بنیای په (90 %) فیصده پښو کښی د Occiput څخه تر قدام پوری منځ ته راشی په معند ډول د Occipito position پوزیشن کښی دری کورسه واضح کیری :

- i. Occipito – anterior اصلاح اوسمیدنه او هغه ته سترگی په لاره کیدنه :
- ii. Podalic version .
- iii. فورسیس Forceps کړنه .

همدارنگه دیادولو وړ بولم چی ووايو دتکراری بی ځایه کړنوڅخه دی تل مدام مخنیوی وشی دسیناین سکشن کړنلاره پرته له کومی پوښنی Occipito – posterior پوزیشن لپاره استطباب گڼل کیری .

تخنیک Technique یا کړنه :

دفورسیس دزیرونی لپاره په بشپړه توگه د (47-12) تصویرته پاملرنه وکړی . څلور غوره کړنی دلته دپاملرنی وړ دی .

۱- ثقبض Flexion.

۲- سینکلینایزیشن Synclinization.

۳- تاویدن Rotation.

۴- اکسترکشن Extraction.

لکه چی په تصویر کبښې ورته پاملرنه کوی لاندی ټکی دپاملرنی وړ ښکاری :

(a) داچی کوپری د عجز په تشه کبښې پرته ده $R.O - 180^\circ$ degree بڼه لری دلته

فورسپس دقدام څخه دتندی په لوری او پویس لوری ته اچول کیری

(b) فورسپس ټرل کیری داو دحوصلی دمحولوری ته ټیله کیری اولاستی برخه یی د 45°

درجو په اندازه دوی لیندی په بڼه ښویول کیری . دا 5° درجی هره پلاحرکت کیری اوتول

په یوځل نه ترسره کیری اوپوزیشن د (R.O) په اندازه 135° درجی دی .

(c) اوس خپل نیول ارزول کیری اوفورسپس یا آرمویل کیری په مستعرض ډول کبښې کوپری

په مایله Oblique بڼه نیول کیری اوداسی کړنه ترسره کیری څرنګه چی کلی په قفل کبښې

تاویری اومانوره تکراری کیری ټیله کیری اولاستی یا د 45° درجو په اندازه ښویول

کیری 5° درجی کړنه ترسره کیری او Occiput پوزیشن ته راوستل کیری .

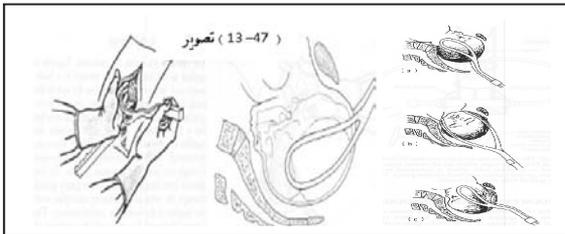
(d) د R.O بڼه 95° درجی کیری .

(e) کوپری دشاتا ته تاویدنی څخه دګوتوپواسطه ساتل کیری فورسپس کینی مایلی ته تاویری

اوقدام ته د Occiput دغه تکراری کیری اوکوپری ټیله کیری اولاستی 45° درجی قوس

جوړوی .

(f) اوس P.O پوزیشن 45° درجی دی اوکه ترسره نشی فورسپس تطبیق کړی دابه په



قدامی خلفی

قطردحوصلی وی .

(g) دکوپری نیول په

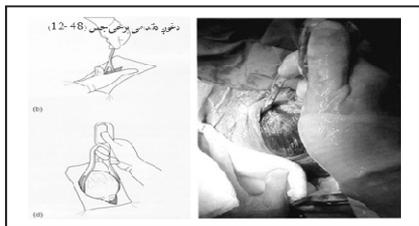
R.O کبښې 45°

درجی دی اوکه

ترسره نشی فورسپس له سره یا اچول کیری .

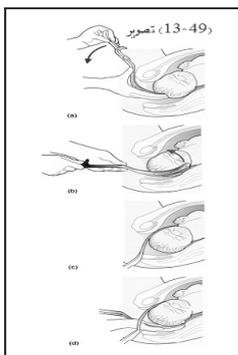
(h) اودکوپری تاویدنه پورته لوری ته ترسره شوی داگرنه باید په مهارت سره وی نه په زور سره .

داپرت له توقع ښکاری چی لومړی دوه مرحلی دی وپوهیدل شی ځکه چی داډیری ستونزمنی او ناممکنه دپوهیدنی لپاره دی اوداهغه وخت دپوهیدونی ورپگرځی کله چی دسرویکس برخه ترتکت کړل شی ،دحوصلی فرش آماده او تیاری او اپی زیوټومی تر سره شویوی او رحم دانستیژی ورکولو له کبله استرخا موندلی



وی . لومړی باید ښه پیژندنه تر سره شی او دا ښایي وژونکی وی کله چی دکوپری دتاویدنی لپاره په غیر طبیعی ښه هڅه وکړل شی په ښی شالوری پوزیشن کښی کوچنی فوتانیل باید دحوصلی ښی اړخ ته

وښویول شی او همدارنگه کښی شاپوزیشن کښی کښی اړخ ته تر سره کیری . که چپرې ډاکتر داسی پښی سره مخامخ شی چی په پراخه پیمانته caput succedaneum شته والی ولری او ښودونکی سرحدونه بی تړلی او پوښل کړی وی پدی صورت کښی به یو غوږهرومرو شته والی ولری او دغوږ د صیوان (Tragus) برخه به دمخ لوری ته لارښوونکی وی. دیر ډاکتران



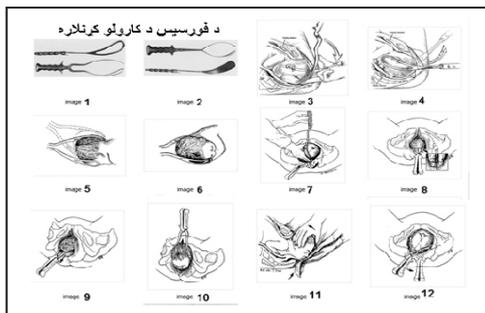
دغوږدخلف برخه لټوی خودابه ښه وی چی هغه ددوه گوتو یعنی منحنی او شهادت گوتو تر منځ و نیول شی پدی هکله (۴۸- ۱۳) تصویر ته پاملرنه وکړی چی دغوږجس پکښی په څرگنده توگه ښودل شویدی.

لکه چې په تصویر کښی ښکاری چی لاسی بایددارنگه تاوونکړل شی چی blades برخه په حوصله کښی یوه لیندی جوړه کړی چی دمهل جدار دهغه د تاودنی له کبله وڅیرل شی . که چپرې دغوږقدام جس نشودا پدی معنی دی چی کوپری بی

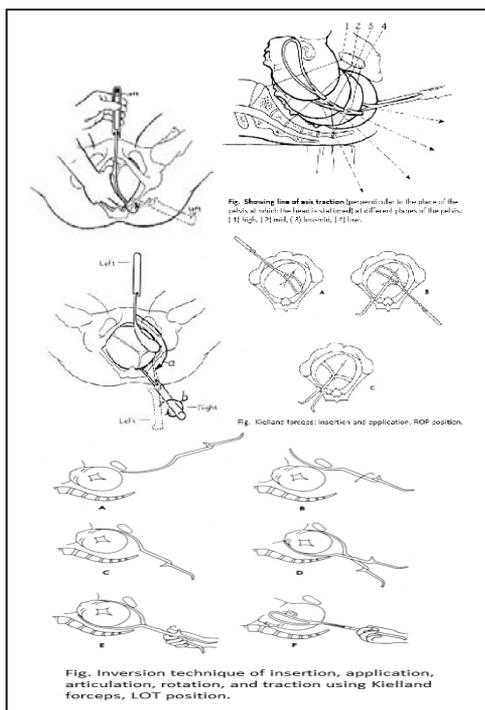
ځایه ده او داد غوږخلفی برخه دجس ورپگرځیدلی ده . یو ډاکتر باید کوپری Synclitism او Flexion درجی وڅیری او بالاخره ددواړه لاسونو دجس پواسطه دی ځانباوری کړی چی هغه

دکومی اشتباه سره مخامخ ندی. اوداچی دهغه تصمیم کله نا کله بدلون مومی هیخ کله باید لدی
 خخه شرم ونکړی.

مهبل دی پاک او غورکړل شی کوپړی اوس درارسیدنی لپاره متحرکه شویده او کله چی دکوپړی



د تندی په برخه باندی فشار راوړل
 شی هغه به Flexion
 وکړی. Asynclitism ته دی لږوالی
 ورکړل شی که اړتیا وی کوپړی دی
 اړخ ته لږه نوره هم ټیله کړل شی بنی
 لاس دی په کین پوزیشن او کین لاس



په بنی پوزیشن سره نویستل کیږی
 دکوتو پواسطه د پریټال هدوکو دبنکر
 thumb (boss) برخه او دکوتو د
 برخه د قدام Malar هدوکو لپاسه
 راوستل کیږی.

چاګر دمړوند دلږ او کراره اندازی
 تاویدنی پواسطه کولای شی چی
 دکوپړی د Occiput ته بد لون
 ورکړی لکه چی په پخوانیو
 لوستونکیبې تری څرګندونه
 شویده. معمولاً کیدای شی چی د R.O
 degree 75° او یا هم لږ تر
 لږه 90° degree R.O. درجی R
 (O.T) او یا د R.O. څخه بهر 180
 degree درجی کړنه ترسره

شی. اوس نوفرسیس په صحیح بڼه نویستل کیږی او ورڅخه ګڼه اخیستل کیږی دیلګی په توګه
 په 75° R.O. درجو کینې بنی فورسیس بنی مایله بنی کینې پروت وی. دا به ډیره ګرانه وی که

چېرې کوپړې په نوی پوزیشن کېږي وی هغه دفورسپس دتطبيق په وخت ونيول شی داځکه چی کوپړې ډیره لیوالتیا لری چی خپلی پخوانی پوزیشن ته بنویدنه وکړی پدغه حالت لاندی هغی او مرستی تر سره کیږی:

۱- ماشوم اوږه دگیدری د منحنی لیکي لوری ته کش کیږی او مرستیال ډاکټر باید هغه په همدغه حالت پوزیشن کېږي ثابت ونیسی.

۲- مرستیال دتندی Forehead برخه خلف ته دپویس څخه پورته برخه کېږي فشار راوړی او هغه خلف ته نیسی .

۳- د Occiput برخه قدام ته نیول کیږی دادهغه لاس پواسطه چی تاو شوی او لومړنی دفورسپس Blade یی نویستی دی.

۴- کله چی کوپړې ته تاویدنه ورکړل شوه کین لاس کېږي R.O.P بڼه نیسی دبنی لاس پواسطه په چټکی سره دتندی Forehead برخه تر فشار لاندی نیسی او دشا برخی ته ساتی دا تر هغه وخته وی چی دفورسپس Blade دننه نویستل کیږی .

۵- کوپړې په خپل پوزیشن کېږي دفورسپس پواسطه دپوی لحظی لپاره نیول کیږی. پرېدچی ووايود Occiput برخه یوازی نیمه کړی.ته په لږه اندازه سره کولای شو چی راوړودابه په حدودو د 135° درجی وی. Delee پنوم عالم تر ټولوښه کړنه پدغوحالتونو کېږي د Key-in-lock maneuver مانوره بللی ده چی واقعاً په طبیعی توگه ددغه کړنی پواسطه پروسه ترسره کیدلای شی. همدارنگه ډاکټر کولاشی چی دفورسپس blades دتطبيق په هکله دارخونو څخه دکوپړې لپاره کارواخلی اوکه چېرې دغه کړنه بریالی نشی دوی په مستعرض قطر دحوصلی اچول کیږی. کوپړی کیدای شی ددوی په منح کېږي په نامناسبه توگه په Diagonal څلورضلعی ډول ونيول شی لدی کبله باید فورسپس په پاملرنه اومهارت سره باید ونيول شی .

داچی دلری اندازی فشار دمنح ته راوړلو پواسطه به کوپړی دوه ساتی متر (2cm) په اندازه ټیله کړل شی داټیله کول به دزیریدنی دکانال په اوږد محور ترسره شی اودکوپړی دکوچنی فوتاتیل برخی ته دی قدای لوری تاویدنه ورکړل شی دا تاویدنه باید چی په ډیرمهات سره وی اودپنځه درجو (5°) څخه باید زیاتوالی ونکړی . دغه کړنه باید دلآستی (Handle) دتاویدنی پواسطه دلس درجو 10° degree دحوصلی بهربرخه کېږي د Tarnier method پواسطه چی په (13-49) او (50 - 13) تصویرونو کېږي بنودل

شویدی ترسره شی پدی هکله تصویرونو ته پاملرنه وکړی چی پکښې غلطه اوسمه کړنه څرگنده شویده .

وروسته له هغه Blade ښکته لوری ته دحوصلی په محورلږه لږه اندازه راکشول کیږی دابه ترهغه اندازی لږه وی چی پورته ټیله کړل شویده . دامانوره کیدای شی چی دوه ، دری یاڅلورځله تکرار کړل شی . کله چی د Sagittal suture سهمی درز په مستعرضه بڼه وی کوپړی په هماغه اندازه چی ښکته راکش شویده پورته ټیله کړل شی " R.O.T " او یا ($R-O - 90^{\circ}$ degree) کښې ترسره کیږی همدارنگه دفورسپس قدامی برخه داڅرگنده کړی چی کین ته پروت په کینه مایله بڼه دی اودا به هغه وخت ښه وپوهیدل شی کله چی دا کړنه ښی لوری ته ښی مایله برخه به په مناسبه قطر سگره و نیول شی دابه ښه کړنه وبلل شی . کله ناکله داسی پښیږی چی پرته له کومی ستونزی کوپړی په مناسبه بڼه د Blades په خوله کښې لویری اولږه اندازی تاویدنی اوکشیدنی ته اړتیا پریوزی ترڅو کوپړی راوستل شی او Extraction به پرته له کومی ستونزی سره دمخامخ کیدنی بشپړ شی . همدارنگه دیادولو روبولو ترڅو اکثر دکړنی په هکله ډیره ډیره بیره ونکړی او ډیره زیاته اندازه تاویدنه دی په لومړی کښی نه ترسره کوی اوتاویدنه باید د 5° درجو څخه وانوپری دلږی اندازی ودریدنی وروسته دی تاویدنه په کراره ترسره کړی . همدارنگه هغه څوک چی دفورسپس په واسطه زیږونه ترسره کوی باید دهغه په بشپړه کړنه او دطبعی زیږونی په میکانیزم اودحوصلی په طبعی او غیرطبعی بڼوښه پوه وی که چېرې نوموړی د زیږیدنی دعلم اوبنستونو څخه خبرتیا ونلری او په هغه سترگی پی کړی دسامانونو استعمال به ډیرخطرناک وی .

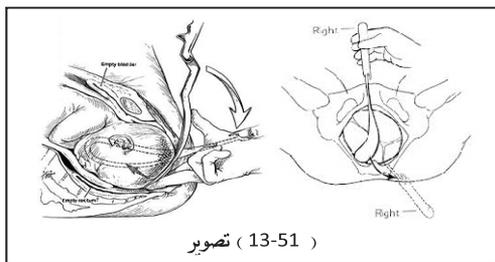
د ژوری مستعرضی بندیدنی په حالاتو کښې دفورسپس څخه کار اخیستل

" ROT " R.O - 90° degree & L.O.T , L.O 90° degrees "

کله چی دزیږونی په وخت ځنډ بعضاً څرگند شی کڼه به داڅرگند کړی چی کوپړی ښکته دحوصلی په برخه کښی ده ، سهمی درزد مستعرض قطر په بڼه دی کوچنی فوتانیل په یوه اړخ ته وی ، اودواړه فوتانیلونه به په یوه سویه پراته وی دغه حالتونه د deep Transverse arrest او یا بعضاً د Impaction یا (Deflexion attitudes) پنوم هم نومول شویدی . پدی هکله دتقبض Flexion نشتوالی او یا ضعیف نقلصونه علت کښل کیږی خومعمولاً به معند Asynclitism هم شته والی لری .

د درملني بنسټونه هم لکه د (Occiput posterior position) په خیره اوډاکټر باید مناسب Flexion بشپړه تاویدنه Complete rotation اودماشوم Extract ترسره کړی که چېرې دلاسونو په واسطه کړنه بریالی نه شی دفورسپس کړنه دی ترسره شی . نوکه چېرې Transverse arrest سره مخامخ شو او که چېرې فورسپس دکوپړی اړخونو ته تطبیق شی پدی صورت کېښې به دفورسپس Blades دحوصلی د Conjugate قطرلپاسه پراته وی پدی هکله (13-51) تصویر ته پاملرنه وکړی .

پدی تصویر کېښې فورسپس R.O.T – R.O 90 degree دی معمولاً د Kjelland's او



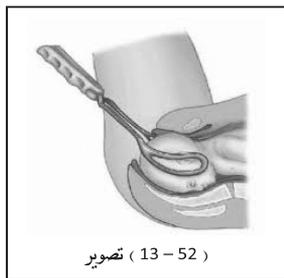
(13-51) تصویر

Barton له فورسپس څخه کار اخیستل کړی . فورسپس په قدامی خلفی قطر دحوصلی تطبیق کړی داپه طبعی توګه ترسره کړی درخوه اقسامو ترخیص اومجروح کیدنه امکان

لری ځکه چی دحوصلی انحن دفورسپس دحوصلی دمحورسره نه سمیږی اوخطر منځ ته راوړی .

چی دادمیخانکی له پلوه بد یا ناوړه بنسټ ګول کړی. همدارنگه کله چی په حوصله کېښې دفورسپس انحن سره مخامخ کړی دلته دمثانی یا (میتیازوکڅوړی) برخه د Blade دقدام سره تپې کړی .

که چېرې سامان په مستعرضه توګه کینودل شی اودمنځ او Occiput په بڼه وی دلته دسترګودتپې



(13-52) تصویر

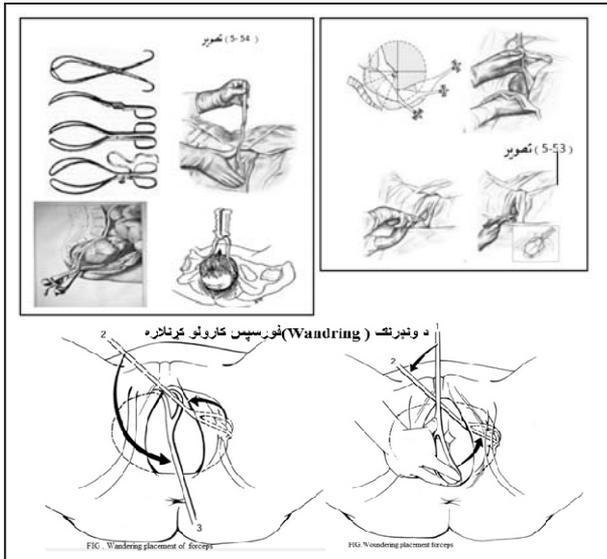
کیدنی ، دکوپړی د Deflexed کیدنی اودلیوالتیا به بنویدنی لپاره منځ ته راوړی . لدی کبله که چېرې ډاکټرونشی کړای چی Occiput ته قدام ته تاویدنه ورکړی داکړنه دلاس په واسطه ترسره کړی دلته کوپړی په مایله بڼه نیول کړی یو Blade دجداری (پریټال) هډوکي اوبل یی د Malar هډوکو لپاسه راوستل کړی پدی هکله (13-52) تصویرته پاملرنه وکړی .

دلته فورسپس R.O.T – R.O : 90° degree معمولاً دفورسپس تطبيق په مايله بڼه وي او د (F) توري دلته دفورسپس قدام برخه څرگندوي .

لدى كبله به فورسپس په مايله بڼه دحوصلى په قطر كښې واقع شى په R.O.T كښې به فورسپس په Right oblique او په L.O.T كښې به Left oblique قطر سره پروت وي .

د مستعرض بنديدنى - R.O.T – R.O : 900 degree لپاره تخنيك او كچه نه :

پدى هكله دفورسپس قدامى برخه د Direction دټكى سره مخامخ وي پدغه پيښه كښې چى Occiput بڼه ده دفورسپس Blades بايد دحوصلى په بنسى مايله قطر اوستل شى يو Blade داپلوپويك توبركل خلفى قدام ته د Malar bone قدام لپاسه اوبل يى خلف ته دسكروايلياك مفصل د دپريال هډوكو خلف لپاسه موقعيت نيسى . له همدى كبله كين Blade بايد دحوصلى اړخ په چاپيريال كښې د ماشوم دمنځ لپاسه رهنمايى كړل شى ترڅو پوزيشن ته



راوستل شى . دغه حالت د Wandering كچه ويل كيرى پدى هكله د (13-53) تصوير پاملرنه وكړى چى پكښې د Blade تاويدنه دكوپرى په چاپيريال كښې په R.O.T – R.O : 90° degree كښې څرگنديدى

او همدارنگه وگورې چى په (13-53) تصوير كښې څرنگه دفورسپس Blade ته دلاس دگوتو پواسطه تاويدنه وركول كيرى .

د Wondering كچه په (13-53) او (13-54) تصويرونو كښې په څرگند ډول ښودل شويدي . په 90° R.O.T – R.O كښې د Blade تاويدنه دكوپرى په چاپيريال كښې څرگنده

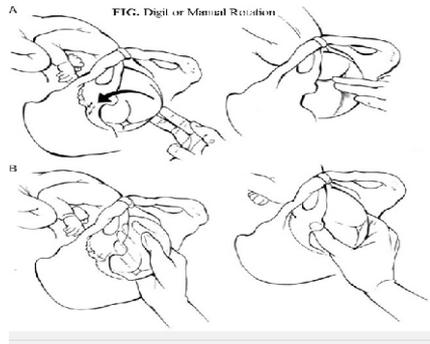
شویده . کله چی blade دلاس پواسطه بهرته ټیله شی اودهغه لاس پواسطه چی په حوصله کښی دی هغه دحوصلی په چا پیربال کښی دگوتوپه واسطه کښول کیږی . دښی لوری Blade نباید چی wander کړل شی خو په مستقیم ډول دا Sacroiliac joint دمفصل په برخه کښی په مقابل توگه کښودل کیږی . پدغه حالت کښی ترل آسانه ندی ډاکټر په دغه وخت کښی پوهیږی چی کوپړی په یوه اوږدو قطر ونوسره نیول شویده اودلاستی برخه باید ډیره سره ونه ترل شی . ډاکټر باید پدی خپل ځان ډاډمن کړی چی دماشوم دکوپړی مجروح کیدنه منځ ته نه راځی . اوپه لاستی باید دومره فشار راوړل شی چی دکین لاس دشهارت گوته دهغه په منځ کښی خوږمنه نشی اویا وروسته له هغه Traction او Extraction په ښه توگه لیدل کیږی . په حقیقت کښی په ژوره مستعرض زیږونه کښی وروستی نیمايي ددغه کړنی اومانوری په Key-in- lock میتود کښی اکثرأ بریالی نه وی . بعضأ دژوری مستعرض بندیدنی لپاره Turbinal movement ته اړتیا موندل کیږی دابنگه لوری ته کشیدنه چی دلړی اندازی Rotation سره مل وی ترسره کیږی پدکښی دوه حرکت خفیفأ Synchronous بڼه لری اودهترکشن " 5mm " پنځه ملی متره وی دغه ترکشن باید په مهارت ترسره شی اودامانوره یوازی دماهر ډاکټر پواسطه باید ترسره شی اومجاور انسلاج ، مهبل اومثانه باید زیان ونه مومی . کله چی تاویدنه Rotation بشپړشی فورسپس راوستل کیږی اوزیږونه طبعی حالت ته پریښودل کیږی که چیرې دزړه آوازونه ښه اوطبعی وی . همدارنگه په لومړی څلورښځوکښی چی لږه اندازه حوصله یی متصله وی دابه ښه وی دوی ته اپی زیوتومی ترسره شی اوپه استثنا ډول به د Low-forceps زیږونه ساده وی .

Scanzoni – Smellie Operation .:

داهغه میتود دی چی پکښی دکوپړی تاویدنه دفورسپس پواسطه منځ ته راځی دادننه دسمون وړده . زما په نظر ډیر زیات خطر به د موردرخوه اقسام او ډیر Risk به د Erbs paralysis لپاره شته والی ولری پدغه کړنه کښی دفورسپس قدامی برخه دنتدی Forehead سره مخامخ کیږی همدارنگه کله چی سامان تاوول کیږی دکوپړی Forehead برخه ښکاره کیږی دغه تنگ لاره فورسپس Invert یا په څټ کوی . فورسپس راوستل کیږی او ددوهم ځل لپاره دقدام څخه Occiput ته اچول کیږی کوم چی دپویس برخی ته رسیدلی اوپه همدی ډول پروسیجر پایته رسول کیږی معمولأ وروسته له دی چی تاویدنه منځ ته راشی دلته په ښه معنی سره د Occiput posterior position اصلاح بلل کیږی دحوصلی دانحنادښودنی ، Blade ترمنځ مفصل

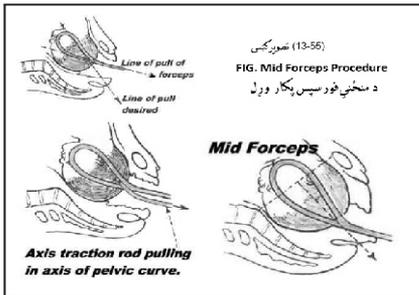
عیار کېدنی د Jacobs forceps پواسطه به په مهارت سره وکړای شی چې په یوه وار سره د Scanzoni- smellic مانوره ترسره کړو البته دا کړنه باید د یوه ماهر ډاکټر پواسطه ترسره شی داځکه چې دا ختلاط د منځ ته راتلوڅخه مخنیوی وشی . نوموړی کړنې په عملی توګه ډیری پاملرنی او تجربی ته اړتیا لری او که چیرې څوک د سامان د پکار وړولو په هکله معلومات ونلری او کړنه ترسره کړی دابه د ډیرو ناوړه اختلاطونه منځ ته راتګ زمینه برابره کړی.

یولړ مانورې نورې هم د ترسره کولو وړ دي چې د (Pajot Maneuver , Saxtroph Maneuver , Digit or Manual rotation) په نومونو سره یادېږی تصویر ته پاملرنه وکړی.



د منځنی فورسپس پروسیجر ستونزی .

Difficulties of Midforceps Procedure



دغه کړنه په کراتوسره ډیر

ستونزمنه کړنه بلل کېږی اودابه ګرانه

وی چې مور او ماشوم ته زیان ونه

رسیږی . دلیل یی دادی که چیرې په

بڼه توګه او مناسبه توګه فورسپس

تطبيق نشی او یا هم ترکشڼ په مناسبه

توګه نه وی او ډاکټر هم بشپړ مهارت ونه

لری کوپړی نشی کیدلای چې د Outlet څخه بهرته راووزی او که چیرې تجربه لرونکی ډاکټر

دغه کړنه ترسره کړی پدی صورت کېږی به دغه کړنه پرته له ستونزی په آسانه توګه ترسره شی چې

کړنه یی په (13-55) تصویر کېږی ښودل شویده .

پدغه تصویر کښې داسې ښودل شویدی چی کله دکوپړی دزیرونی لپاره ستونزه شته والی سره څرنگه به کوپړی بڼکه دفرج vulva لوری ته راوسل شی .

څرنگه چی په text کښې ښودل شویدی دپرزیاات د Deflexion مرحلی پسې دپرزیاات Flexion منځ ته راځی دادپنووورنونو په برخه کښې کله چی دفورسپس پواسطه ترکشن ترسره شی د Extraction کرڼه سادهکوی .

لکه چی په تصویر کښې ښکاری دناروغ پښی دمیخانیکې پښی نیونکی آلی څخه راویستل کیږی اودمرستیال پواسطه دیو معقم ټوکر پواسطه پوښل کیږی او نیول کیږی داگر دماشوم کوپړی نیسی او په هغه ترکشن منځ ته راوړی .

اوله مرستیال څخه غواړی ترڅود ناروغ پښی بڼکه لوری ته کش کړی اوبڼکه یی راوړی . کله چی پښی بڼکه راشی ترکشن ته زیاتوالی وربخښل کیږی کوپړی په خپل ځای کښې په هماغه حال نیول کیږی یادمرستیال څخه غوښتل کیږی ترڅود ناروغ پښی پورته کړی اوهغوی ته دکپړی لپاسه دقبض بڼه ورکړی . دلته دفورسپس لپاسه قوی ترکشن ته اړتیا لری اودمانوری په وخت دغه کرڼه ترسره کیږی . دغه دپښو

Deflexion او Flexion کرڼه یویل پس دی زمینه برابروی ترڅو داگر دماشوم کوپړی بڼکه دفرج لوری ته راوړی که چیرې دغه کرڼه بریالی نشی د Deflexion او Flexion کرڼه ددوهم ځل لپاره ترسره کیږی هرڅومره چی ژر دماشوم کوپړی دپرنیوم برخی ته ورسیرې یاد ناروغ پښی له سره دمیخانیکې پښی نیونکی آلی پوری ځای په ځای کیږی . دا کرڼه دیره غوره اوبریالی ده اودمؤلف په نظر بڼه به داوی چی دغه کرڼه ترسره شی خوددی کړنی دسرتو رسولو نه دمخه باید فزیکې گټه ترسره شی اوپژندنه دحالت باید تثبیت کړل شی ترڅوپه کرڼه کښې کومه ستونزه تثبیت نه شی .

دفورسپس کرڼه دمخ په پرزیتیشن کښې :

Forces in face presentation

دمخه پرزیتیشن پخپله دفورسپس لپاره مزا داستطباب دی خوکه چی زیریدنه

ځنډ وکړی اوپه دی صورت کښې د Deflexion وضعیت لپاره په کراتوسره مرستی ته اړتیا پیداکوی .

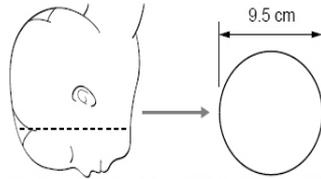
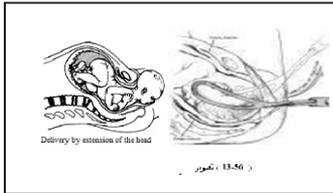


Fig. The anteroposterior submento-bregmatic diameter of face presentation.

دمخ په پرزنتیشن کښې هغه حالتونه چې دفورسپس کړنې ته اړتیا احساسوی هغه دزنی برخه باید دحوصلې دستعرض قطر ترشانه وی پرته چې دغه قدامی تاویدنه دزنی بلل کيږي چې لږ ترلږه په مستعرض قطر سره واقع کيږي

دفورسپس د Blade تطبیق وروسته لدې چې دزنی تاویدنه واقع شی . دابه ساده وی سره لدی هم باید پاملرنه وکړل شی ترڅو دماشوم سترگی ژوبلی نشی تطابق adaptation او تړل Locking په Occiput پینوکښې یلابیل توپیر لری . په عوض ددی چې دلومړی ځل لپاره دللاستی په برخه باندی فشار راوړل شی دا اړینه ده چې هغه پورته کړل شی دابه Blade دعجز دتشی برخی ته ورسوی او کپړی په دپریټال غونډی Parietal bosses په برخه کښې ښه ونیسی . ښایي دفورسپس Blade بلیدونه دوریځواو مخ لپاسه



وښویږي او په دغه برخه کښې ځای په ځای شی او وتړل شی چې معمولاً دغه حالت منځ ته راتلای شی ددی لپاره باید هغه ښکته راوستل شی او وتړل شی دغه مانوره د Extension بسط لپاره زیاتوالی منځ ته راوړی چې (13-56) تصویرته پدی هکله پاملرنه

وکړی . چې فورسپس په Face presentation کښې تطبیق شویدی اوټکی ټکی کړښه یا لیکه داڅرگندوی چې فورسپس په دلومړی ځل لپاره تطبیق شویدی ترکشن هغه وخت منځ ته راځی چې لاسی ښکته راوستل شی ترکشن دی ترټولو لومړی ښکته لوری ته د Deflexion ددیروالی لپاره ترسره کيږي او یا وروسته دافتی پلان په ښه ترڅو چې زنه ښه راووزی ترسره کيږي که چې زنه دپویس څخه ښکته راشی بالاخره پورته لوری ته وړل کيږي دا کړنه لکه د Occiput د پرزنتیشن په شیرپه چټکی نه ترسره کيږي داځکه چې دماشوم دجنجری برخه

دماشوم دملاتیراوبویک هډوکوترمنځ راځی همدارنگه کله چی زیرونکی بنځه لومړی ځله وی دلته باید چی اېی زیوټومی دیوی قاعدی په څیرومنل شی .

دزنی دتاویدنی دبندبنت لپاره دفورسپس کړنلاره

Forceps in Arrested Rotation of the chin

دفورسپس له کړنی څخه هغه وخت کاراخیستل کیږی کله چی زنه په مستقیم ډول دعجزدنتی په برخه کېږی وی اودا امکان لری چی کله چی ماشوم ډیرکوچنی وی اوډیری پراخی اندازې څیریدنی (Laceration) امکان شته والی ولری ترسره کیږی .

پدی کړنه کېږی زیارایستل کیږی چی زنه قدام ته تاوه کړل شی دفورسپس کړنه له خلفی کوادرات څخه دمور دنسج دتخریب ممکنه زمینه برابره کړی . حتی که چیرې دمخ پرزیتیشن بندبنت هم ولری دتاویدنی وروسته به دزنی برخه مستعرض قطردحوصلی ته واوروی پروسیجره به گران وی معمولاً په ژوره توگه څیریدنه دماشوم دژوند په بیع تمامیری . دماشوم ژوند به دفورسپس د Blade پواسطه چی دهغه دغاړی په برخه کېږی دفشارپواسطه منځ ته راځی دمرگ سره مخامخ شی اوبی نهایته بسط له کبله چی دغاړی د Spain لپاسه منځ ته راځی دغه جوړبښتونه ټول زیان مومی .

فورسپس به په مایله قطر سره چی قدام به یی مستقیماً د Direction ټکی څرگندکړی په (R.M.T) کېږی به فورسپس بنسی ته پروت وی او (L.M.A) به کین مایله قطر ولری Extraction باید په بی نهایته توگه په احتیاط سره ترسره شی اوڅوځله دی فورسپس برخه سسته کړل شی اویادی تطبیق کړل شی لومړی ممکن حرکتونه دکوپری اړخ ته وی . همدارنگه تاویدنه به په لږه اندازه د Turbinal movement پواسطه دفورسپس ترسره شی اوهمدارنگه دگوتوپواسطه دمرستی اوبشپړولو پواسطه مانوپولیشن ترسره شی همدارنگه لاس پواسطه مرسته ترسره کیږی .

فورسپس د وریځو پرزیتیشن کېږی

Forceps in brow presentation

هرهغه څه چی دمخ په پرزیتیشن کېږی وویل شودلته دزنی دراوستلو پراخی وریځی دپویس برخی ته راوستل شی اود Vulva فرج په برخه کېږی به بڼکاره کړل شی مخ دلته دسمفیزس پویس ترشا پریننودل کیږی Occiput به کولای شو دپړینوم لپاسه راوړو داهغه وخت ترسره

کیرپی کله چی منخ دخلف د پوبس خخه بښکه راشی پدی هکله د اپی زیوتومی Episiotomy جراحی کړنلاره دیوی قاعدی په خیرد لومړی څلو زیرونکو بڼو لپاره منل شویده .

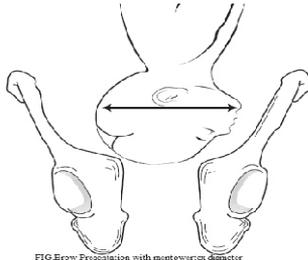
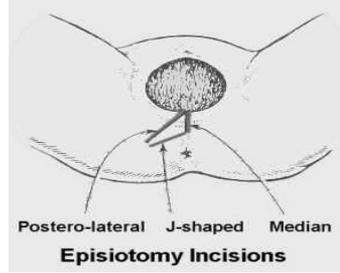


FIG. Eprow Precocitation with mesenteric diastator

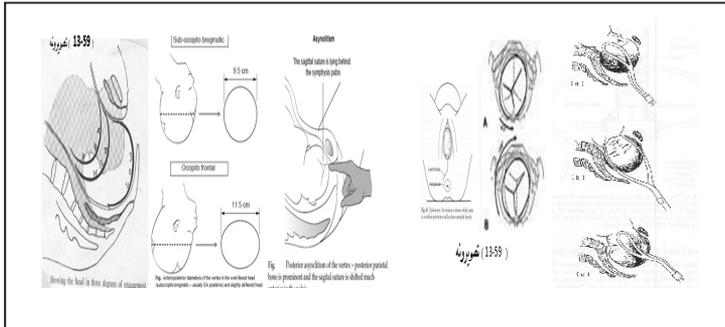


Postero-lateral J-shaped Median
Episiotomy Incisions

دعلوی (پورته) فورسپس کړنلاره

High Forceps operation

په ډیرو پېښو کېښي د فورسپس کړنلاره هغه وخت چی کوپړی د حوصلی Excavation برخه ونیسی پکار وړول کیرپی اود کړنی بی به Mid forceps کېښي تری یادښت شویدی .
د High forceps اصلاح یوازې دهغه پېښو لپاره محدوده ده چی کله چی (Engagement) لاهم منځ ته نه وی راغلی Version ته هغه وخت ترجیح ورکول کیرپی چی لامبووهونکې سر (Floating head) پېښه شته والی لری بعضاً داسی پېښیري چی کوپړی

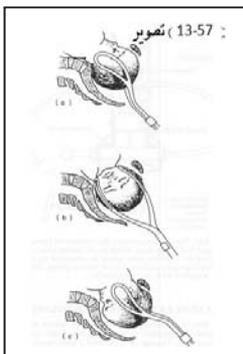


دومره
Fix
اونښتیت
وی چی
ورژن)

(Version) نشو کولای ترسره کړو او انگیجمنټ (Engage) دومره بسیا نه کوی ترڅو فورسپس پدی حالتو کېښي پکار وړول شی له همدی کبله د فورسپس پکار وړول ترهغه منظر کیرپی چی ترڅو چی کوپړی بهرته راووزی .

که چپری وروسته له دوه اوحی دری ترکشن څخه وروسته پیا هم کوپری رابنګه نشی . ددی لپاره دی Cervical transperitoneal دسرویکس داخل الپیتوانی او Extra peritoneal خارج الپیتوانی دسیزاین سکشن کړنه ترسره شی سره لدی چی دابه ډیرځنډنی وی خویا هم باید ژر تر ژره سرته رسول ګڼه وردی همدارنګه ډاکتر باید پدی ښه پوه وی چی دمهل له لاری بی زیږونه ناممکنه ده اوس دمخه تردی چی وخت ضایع کړل شی دجراحی سیزاین کړنه ژر تر ژره ګڼه وره ګیل کپری اوبی ځایه وخت باید ضایع نه کړل شی .

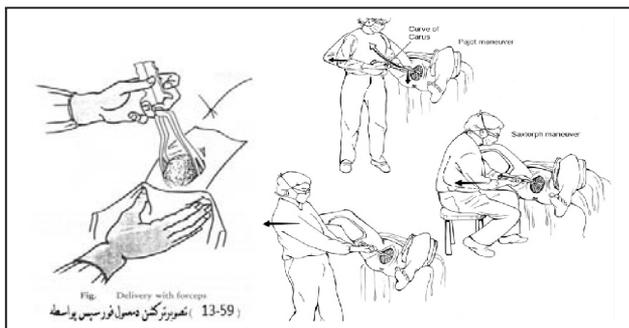
سره لدی چی دپورته فورسپس کړنه خطرناکه ده دا باید هغه وخت پکار یوړل شی کله چی کوپری



ډیر پورته وی اوبه صحیح توګه باید کوپری په محور دترکشن سره دفورسپس په منځ کبسی نیول شی ډاکړنه تل باید دیوماهراو تجربه لرونکی متخصص ډاکتر پواسطه ترسره شی اویوه ژوره دا بی زیوتومی کړنه دی ورته ترسره شی ترڅو دحوصلی ښګه انحناسمون ومومی اود Inlet په محور سره باید ترکشن ترسره شی . همدارنګه د (13-57) تصویرونه پاملرنه وکړی چی په نمبرونوسره میکانیزم ته ښودنه شویده . دلته تاسوپه تصویر کبسی وګوری چی Descent رابنګه کیدنګه ،

Flexion ثقبض اود کوپری تاویدنه Rotation اود اړکشن دفورسپس دترکشن لپاره په بیلابیلو حالتونو کبسی څرنګه ترسره کپری دغه څرنګوالی په نښه سره ښودل شویدی .

منظم ډول سره کله چی په عادی ډول فورسپس په کوپری باندی تطبیق شی که چپری ترکشن په

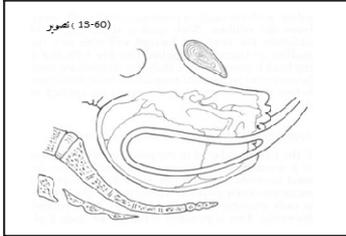


معمول ډول ترسره شی دفورسپس لویه برخه به دسمفیزس په وړاندی راشی پدی هکله Saxtroph توصیه کړیده چی کشول

ښګه لوری ته د حوصلی فرش ته دهغه یولاس پواسطه چی تړلی بی دی حال داچی دبل فورسپس

برخه به سمه وی مستقیم بهرته کشول کپری دامانوره په عمومی ډول سره د Pajot's پنوم پیژندل شویده چی پدی هکله (59-13) تصویرته پاملرنه وکړی .

په 1877 عیسوی کال کېنې Tarnier یوفورسپس منخ ته راوړ چی دهغه بڼه (60-13) تصویر کېنې وگوری دغه د Tarnier's پنوم د Axis- traction فورسپس د Inlet په برخه کېنې اچول شویدی وگوری چی ناوړه اونا مناسبه فشار څرننگه منخ ته راغلی له نیکه مرغه کوپړی ډیره متقبضه ده اولر اندازه قدام ته تاویدنه منخ ته راغلی او Blade پواسطه منخ



ندی ژوبل شوی پدغه حالت کېنې کله چی فورسپس اچول کپری که چپرې پام ونشی نو (13-60) تصویر ژوبلیدنه منخ ته راخی اوترکشن لکه څرننگه چی دفورسپس پواسطه څرگند شویدی په هماغه ډایرکشن ترسره کپری دلاستی Handle برخه ته پاملرنه وکړی .

لاندى ښیگنی به ورپوری اړوند وگڼل شی :

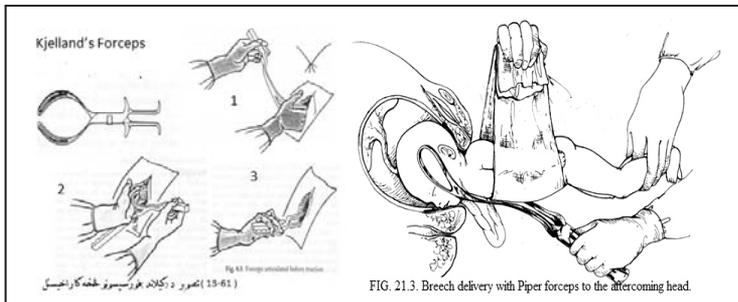
- ۱- پربینودل کپری چی ترکشن د Inlet په محور ترسره کړل شی .
 - ۲- کله چی کوپړی په سپس کېنې تثبیت وی دترکشن دستگه به داسی څرگنده کپری چی کوپړی به آزاده وی اوشایې دزیرونی دمیکانیزم دنبضان په وړاندی ځواب ورکړی .
 - ۳- دلاستی Handle برخه داسی پکار یوړل شی چی دکوپړی لیکې بی تعقیب کړیدی .
- دعلوی فورسپس لپاره استطاب :

- کله چی دموراوماشوم دواړو ژوند دخطر سره مخامخ وی خو کله چی ددواړه جداری (Biparital) قطر د Inlet برخه ته راونه رسیری جراحی مداخلی ته اړتیا پریوزی .
- پدی هکله داستطاب شته والی محدود او نادربل کپری خوبهاهم که چپرې تکړه اومجرب طیب چی وکړای شی دفورسپس څخه په چټکی سره په صحیح بڼه کارواخلی دغه کړنه استطاب لری چی اړوند حالتونه په پام کېنې نیول کپری .

حالتونه Conditions :

- کوپړی باید Engagement موندلی وی اودومره نږدی وی چی هغه طیب وگوری اولر ترکشن ته اړتیا لری پدغه حالت کېنې دکوپړی Moulding هم ډیرینیسیری .

- حوصله باید چی ډیره مقلصه نه وی .
- سرویکس باید متوسع اود Intel خخه پورته غړی دحوصلی باید خپل رترکشن بشپړکړی وی .
- د inlet رادیوگرافی باید تیاره وی ، دکوپری پوزیشن باید خرگندوی اوهمدارنگه



حوصلی ته دنوتلو خرنگوالی باید خرگند اودپوهی وردی .

دابه ډیره ساده وی چی خرنگه کوپری ونیول شی اوفورسپس له کوم میکانیزم خخه دی کارواخیستل شی په یوه گرده (Round) حوصله کبني مستعرض کوپری که پورته موقعیت ولری بڼه به دا وی چی فورسپس په قدامی خلفی بڼه واچول شی پدی هکله د Barton's او Kjelland's فورسپسونو خخه کاراخیستل کیږی دفورسپس اچولوته په (13-61) پاملرنه وکړی .

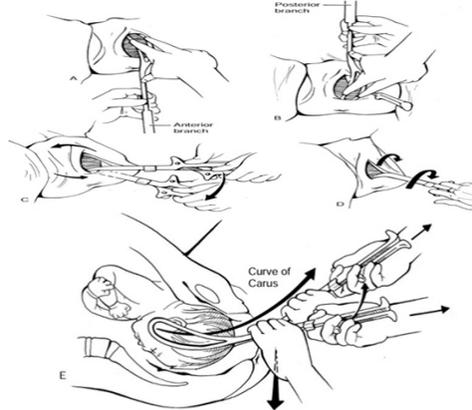
که چېرې حوصله اوږده وی قدامی خلفی فورسپس دی په مستعرض قطر سره واچول شی او کوپری دی دهغه په مایله بڼه ونیول شی . که چی فورسپس نويستل کیږی دا باید خپل لاس مهبل ته ننباسی تر خو دفورسپس دکړنی په هکله بشپړه خبر تیا تر لاسه کړی او دفورسپس پواسطه کومه برخه دحوصلی یا دماشوم ژوبله نکړی

د کیلانډ فورسپس (The Kjelland's Forceps):

داهم یو ډول فورسپس دی چی په کال 1915 عیسوی کبني دزیریدنی په وخت پکار یوړل شو . دغه فورسپس دکوپری اړ خونو ته اچول کیږی خرنگه چی پخوا مووویل دفورسپس تطبیق نظر دکوپری پوزیشن ته توپیر لری که چی دکوپری سهمی درز دحوصلی په مستعرض قطر سره وی دا فورسپس په سهمی قطر inlet په برخه کبني تطبیق کیږی همدارنگه په ساده توگه

دناویدنی لپاره کله چی کوپری په excavation کبښې engagement وکړی دا فورسپس اچول کیرې او کړنه تر سره کیرې پدی کړنه کبښې په دواړو مستعرضه بندیدنه اوخلفی Occiput بندیدنه کبښې کله چی پورته (علوی) وی کړنه ساده او مصؤنه ده. همدارنگه mentoposteriors او Brow پرزیتیشن لپاره هم دغه فورسپس په بریا لیتوب سره تطبیق کیرې. همدارنگه په لاندی دوه حالتونو کبښې کبښې لدغه فورسپس خخه گڼه اخیسته غوره گڼل کیرې .

FIG. Direct application of Kielland forceps for rotation.



1. په مستعرض (Transverse arrest) پوزیشن کبښې کله چی سهمی درز په مستعرضه بڼه او قطر دحوصلی پروت وی.
- 2- کله چی دکوپری Asynclitism شته والی ولري.

فورسپس نه بریالیتوب

Failure of the forceps (Failed forceps)

داسی تصور وکړی چی خوځله موفورسپس تطبیق کړ او خوځله مو ترکش تر سره کړ خو بیا هم کوپری پرمخگ ونکړځه باید وکړل شی؟
 که چیرې دغیر متوقع ستونزی سره مخامخ شو پدی صورت کبښې به فورسپس راوویستل شی او عدلت لپاره دی لټون پیل شی. دپوزیشن غلطی لکه د Occiput خلفی په بڼه پرزیتیشن، درخوه اقسامو دبرخی تیاری نه درلودنه، متضیق کړی یا constricting Ring، اودحوصلی او کوپری دپیری مسافتی شته والی به معمول موندنی وگڼل شی. پدی حالت کبښې دسیزارین سککش جراحی کړنه یوازنی لاره ده همدارنگه پدغه صورت کبښې که چیرې کوپری ډیره غټه او حوصله

کوچنی وی او ماشوم ونشی کپرای چی وزیرول شی اوکده د embryotomy به یوازی کپنه وی . که چپرې درخوه اقسامو دبرخی نه تیاری ثابت شی . دماشوم ژوند بنیای له لاسه ورکړل شی . او دبی حایه مداخلی له کبله بنیای خیر یدنه Laceration منخ ته راشی که همدی کبله ژوره اپی زیوتومی بنیای مر ستندویه وی . دکوپری غیر نورمال پوزیشن معمولاً دفورسپس نه بریالیوتوب لپاره غوره علت وگڼل شی کله چی دکوپری پوزیشن سمون ومومی دحیرانتیا په ډول به زیرونه ساده شی . په کلاسیکه توگه به Version او Extraction تر سره شی کله چی د پودالیک مانوره Podalic version ترسره کپری کوپری باید Engage موندلای وی Version او فورسپس کپنه دیوه او بل لپاره بشپړونکی نه بلل کپری که چپرې د Version کپنی لپاره استطاب شته والی ولری دفورسپس کپنه به پدی صورت کبې مصاد استطاب وی . که چپرې په کپنه کبې لږه اندازه سهوه وشی کوردبه پرولاپس وکړی .

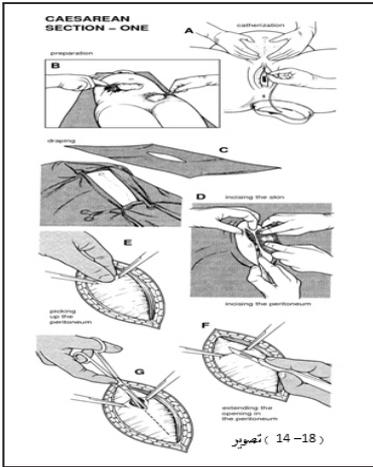
انزاز :

دمور لپاره هغه خطر ونه چی پر مخ پراته دی هغه لکه ژوبلیدنه ، وینه بهیدنه او متن کیدنه . دمور دحوصلی درخوه اقسامو دبعضی برخو خیر یدنه بعضا له توقع څخه لری نه وی چی په بیالیلو درجو سره خیر یدنه بنیای منخ ته راشی . تر ټولو خطر ناکه او ویرونکی ژوبلیدنه به په تعقیب د High forceps په کپنه کبې منخ ته راشی . که چپرې دسرویکس برخه په بسیا توگه متوسع نه وی دفور سپس دتاویدنی سره سم به د منضم نسج برخه دفورسپس سره ونیول شی او هره هغه برخه چی په فورسپس کبې شی هغه به وخیړل شی . مهبل او فرج بنیای دفورسپس د blade پواسطه وخیړل شی . دبلید پواسطه بنیای د Crura او یا هم بذر (Clitoris) برخه وخیړل شی چی دابه ډیره وینه بهیدنه منخ ته راوړی . همدارنگه دستونزه سره مل دفورسپس کپنه به هغه وخت شته والی ولری کله چی دسمفیرس پویس او Sacro-iliac مفصل وخیړل شی لدی کبله به دملاذتیراوقطنی بنکتنی برخی دردونه شته والی لری همدارنگه بنیای مټانه دکپنی په وخت وخیړل شی اویاهم دمهبیل تندب به دشانی دعنق په برخه کبې دشانی لپاره د Incontinence ستونزه رامنخ ته کپری دحوصلی ددفرش ژوبلیدنه معمولی خبره ده ، Postpartum وینه بهیدنه بنیای منخ ته راشی دا بنیای درحم دخیږیدنی اویادرحم داتونی (Atony) له کبله منخ ته راشی .

دمنحنی لیکې لپاسه دسیزاین سکشن لپاره او د موضعی انستیزی کرنی دبنسټ تخنیک :

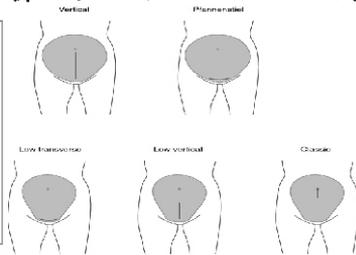
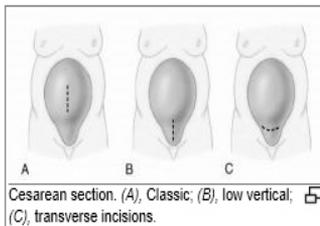


لومړی په یوه سورنج
کبسي دارپټیا
ورموضعی انستیک
موادلکه Xylocaine



2% ، 2% ، Novocaine ، Lignocaine ،
Procaine اونور تیار اخیستل کيږي ناروغ
دجراحی کرنی دمیزله پاسه پری ایستل کيږي اوټوله
برخه دجراحی کرنی یا که Prep & drape ترسره
کيږي . دغه انستیزی لومړی په
Intradermal برخه کبسي په ارتشاحی ډول ترسره کيږي دکرنی
لپاره راتلونکو تصویرونو ته پاملرنه وکړی .
لکه چې په تصویر (14- 17) کبسي د جراحی
خیرني بڼه ښکاري :

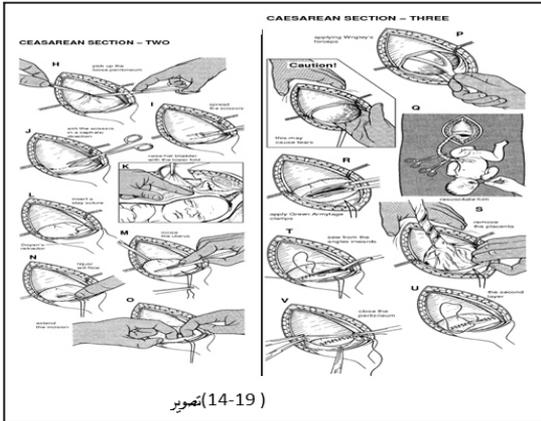
- A. مثاني ته د فولې کپتر تیريږي
- B. دصروی برخی خڅه ښکته د خیریدنی لیکه
په ټکی ټکی لیکې څرگنده شویده پاکه او تیاريږي پرپ اودرپ کيږي .
- C. یو پاک شیت (پوش) پدغه برخه غورول کيږي .



- (a) دصروی " نامه غوتی " خڅه ښکته برخی ته دسورنج سټنه نوبسټل کيږي .
- (b) ستن باید " 20 goge " او (4 inch) اوږدوالی ولری په څورمحلوکبسي داخل الجلدی
موضعی استیک مواد دپویس ترسرحده په ارتشاحی ډول انستیزی ورکړه باید اړخوته د دری
ساتی متر (3cm) اندازی پوری پراخوالی ولری .

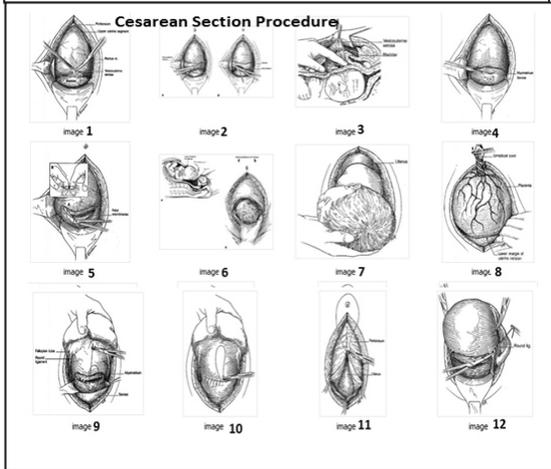
- D. د دری دقیقو ځنډیدنی وروسته د پوستکي لپاسه په منځنی لیکه څیریدنه دچرې پواسطه ترسره کېږي او ترصفاق پوری تحت الجلدې انساج غوڅیږي .
- E. وروسته لدې چې جلد او تحت الجلدغورینه طبقه غوڅ شول درکيوس دعضلي صفاق یا پوښ ته په منځنی لیکه کېنې مواد زرق کيږي داهم 4-3 ساتی متر اړخونو ته پراخوالی مومی .
- F. د دری دقیقو ځنډیدنی وروسته صفاق دچرې پواسطه څیرل کيږي وروسته هغه دمستعرض صفاق برخه لوڅیږي .

G. اوس دانستیزی مواد مستعرض صفاق او پریټوان طبقی ته رسیږي . په احتیاط سره مستعرض



صفاق او پریټوان غوڅ او وازیږي اورحم بنسکاره کيږي .

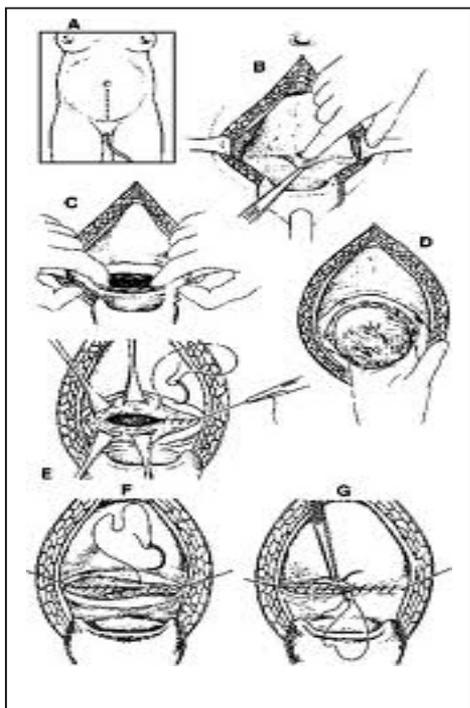
همدارنگه دغه دانستیزی کړنه هم وخت چې داوړ مهالی انستیزی لپاره اړتیا وی اوږدی هکله داوړدی مودی عمومی انستیزی " انشاقی یاوړیدی " خطرناکه لدې کړنی څخه کاراخیستل کيږي .



همدارنگه که چېرې څیریدنه دجراحی کړنی په لړکېنې درحم دجسم برخی ته وغزیږي کیدای شی چې درحم رپچر خطرزیاتوالی ومومی . همدارنگه هغه سکار (تندی) نسج چې دجسم په برخه کېنې منځ ته راځی په راتلونکي کېنې درپچر خطرزیاتوالی مومی .



یوه مستعرض خیریدنه Transverse incision به تل د سرویکل سیزاین سکشن حقیقی وگڼل شی خودا دومره مهمه نده چې سهمی خیریدنه وی اوکه مستعرضه خوبعضی جراحان سهمی خیریدنه هم ترسره کوی او هغه غوره کھی دادجراح د قضاوت او پوهی تمرین پوری اړوند گڼل کیری . هغه جراحان چې دادسهمی خیریدنه ترسره کوی هغوی دلیل راوړی چې که چیرې پلاستا پریویا شته والی ولری ددی لپاره چې درحم جوف په بڼه توگه وپلټل شی بنایي دکلاسیک خیریدنی ته اړتیا پریوزی همدغه خیریدنه به اوږدیدنه ومومی . همدارنگه په هرحال کښې باید دویته بهیدونکی ټکو ته بشپړه پاملرنه وشی . دپروینه بهیدنه هغه



وخت منځ ته راځی کله چې رحم وڅیرل شی او پښی لاس ته راوړل شی . همدارنگه ډاکټر باید دپه پاملرنه ولری چې که چیرې لویه اوعیه شته والی ولری هغه دی دپلاستا له برخی څخه غوڅه نشی کله چې د پلاستا پریویا په وخت غوڅیدنه ترسره کیری ددغه سوری له لاری گوته ننویستل کیری او وروسته دیاتی پواسطه د بسیا په اندازه په چټکی سره لویدنه ورکول کیری بعضاً وینه ورکونکی برخی دکلامپ پواسطه نیول کیری او هموسټاز کیری .

ټوله کرڼه په ډیره چټکی سره ترسره کیری همدارنگه د 10 unit په اندازه Extract Pituitary درحم جدارته زرق کیری داژر ترژره هغه وخت چې Extractioin بشپړشی ترسره کیری .

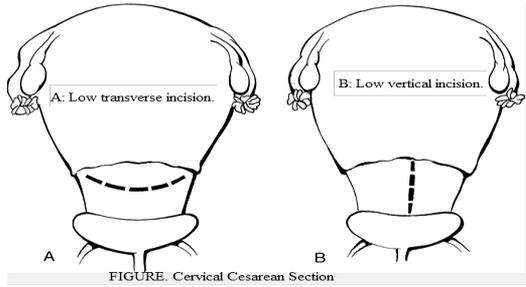
پلاستا دلامونو پواسطه راویستل کیری اورحم Packing کیری او کامپریشن ترهغه چې درحم څنډوته

کلامپ اچول کیری اوسینسونه هم کلامپ کیری دغه وینه ورکونکی برخه چې په رحم کببې کلامپ شی هغه د نارپواسطه Cat gut کرومیک پواسطه غوښه کیری اوهموستاز ترسره کیری .

په تصویر کببې زیرشی درحم د دننه جدار په برخه کببې دپلاستا له ځایه دلاپراترخیلوټومی په وخت کببې وینه بهیدنه شته والی لری همدارنگه وینه ورکونکی څنډی درحم دجدار هم په کلامپ کببې نیول کیری هر هغه ټکی چې وینه ورکوی په ښه توگه ښکاره کیری او وروسته کلامپ څخه Suture ligature کیری هموستاز پدغه صورت ترټولو غوره کړنه ده ځکه چې هغه سینوسونه چې ونه تړل شی په پرلپسی توگه وینه ورکوی دهموستاز وروسته یا درحم دجدار دگډولو لپاره اقدام کیری .

دسرویکال سیزاین سکشن لپاره دښیگوشمیرل :

- دزازه سیزاین سکشن په ټولو پینوکببې ترسره کیدای خو په استثنی د Pendulous abdomen او یاهم Kyphoscoliosis پینوکببې .
- لدې لاری دگببې له جوف په ساده اوآسانه توگه امنیټیک مایع راوژی .
- وینه بهیدنه لږه ده اوکه وی هم ژر ترکترول لاندی راځی .
- پدغه برخه کببې اومتوم (ثرب) اوکولمی په مخه نه راځی .
- پدغه کړنه کببې دپرتونیل شاک منځ ته راتگ ته لږ چانس برابریری .
- وروسته له عملیات څخه اختلاطونه یی لږه اندازه شمیرل شویدی پدی لږکببې لکه دپرایټیک ایلیوس ، دمعدی حاده اتساع ، پرتونیت لږ اونا درآ پینیری . او یاهم هیڅ ندی شمیرل شوی .
- دگډولو اوترمیم په وخت دصفاق اوپرتوان پواسطه په پیره توگه ترمیم کیری .
- همدارنگه په لږ اندازه درحم دجدار څیریدنه یا ر پچر منځ ته راځی .
- دموردمرینی انډول پدغه کړنه کببې نسبت کلاسیک ته لږه اندازه دی .
- همدارنگه دهغه پینوکببې چې کلاسیک سیزاین سکشن نشی ترسره کیدلای سرویکال لاپراترخیلوټومی په ښه توگه ترسره کیری .

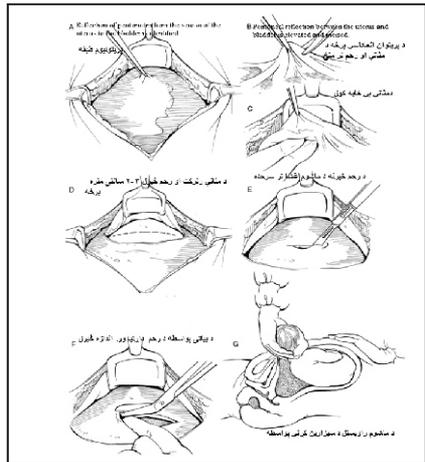
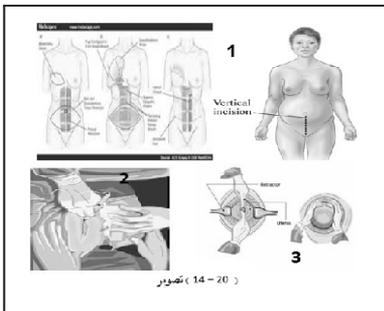


خارج الپریٹونائی سیزاین سکشن (Extraperitoneal Cesarean Section):

ددی کرنی لپاره د waters technique کرنی غوره گھیل شویده . داجراحی کرنه د Supravesical له لاری درحم په بنگه سگمنت برخه کبې ترسره کیږی همدارنگه د دی مقصد لپاره Paravesical د Latzko-operation لاری څخه کاراخلی . سره لدې چې اتی پیوتیکونه اوس په وسیع پیمانہ پکارورول کیږی او همدارنگه اوداتی پیوتیکونو ډیراغیزمن ډولونه منځ ته راغلی په متن پېنوکبني دغه کرنه مصونه او پرته خطرته گھیل شویده . سره لدې هم دسرویکس دداخل الپریٹونائی جراحی کرنه غوره گھیل کیږی ځکه چې په چټکی ترسره کیږی اود اتی پیوتیکونو ډپکارورولو سره هغه کرنه نسبت دغه کرنی ته گټه وره گھیل شویده .

دواټرس جراحی کرنلاره او تخنیک :

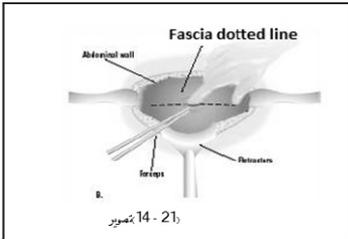
ددغه جراحی کرنلاری دسرته رسولولپاره لومړی باید ناروغ دجراحی اصولوسره سم تیارکړل شی او جراحی خوننی دجراحی کرنی دمیزلپاسه واچول شی دناروغ دجراحی برخه پاکه ومینحل شی او اتی سپټیک دی پری واچول شی ناروغ



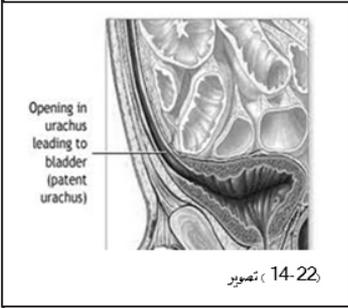
دی دمعمومو ټوکړانو پواسطه وپوښل شی یوه جراحی (Operator) دوه مرستیالان ، Scrap nurse او Circulate nurse دی تیار او انستیزی دی ورکړل شی .

۱. لکه (20 - 14) تصویر غوره څیریدنه د منحنی لیکي څیریدنه ده چې صری (نامه غوتی) څخه بڼکه څیریدنه ترسره کړی

۲. لکه چې په (20-14) تصویر کېښې بڼکاری کله چې دکیوی جدار دجلد ، تحت الجد، عضلاتو اوتر بڼکه برخی ساحه وڅیرل شی مټانه څرگندېږي هغه صفاق چې د Transversalis perivesical په نوم یادېږي دچړې پواسطه دمټانی لپاسه څیرل کړی داڅیریدنه پر عضلي طبقې تر سره کړی .



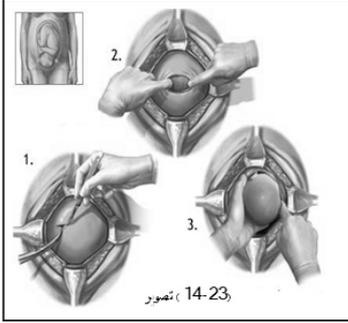
۳. لکه چې په (20-14) تصویر کېښې بڼکاری صفاقي غوڅی شوی څنډې پورته کړی او هیموستازس Hemostasis تر سره کړی عضلي طبقه بڼکه ټپله کړی او یوتونل (Tunnel) دهمدغه perivesical صفاق او عضلاتو تر منځ جوړېږي دمایو Myo په نوم



بیاتی ورنویستل کړی اودغه دواړه طبقې سره جلاکړی مرستیال د د Expose په برخه کېښې مرسته کوی او هغه وینه چې راوړی هغه دکړنی په وخت وچوی او وینه ورکونکی ټکی کلامپ کوی .

۴. اوس لکه چې په (21-14) تصویر کېښې بڼکاری دغه صفاق او Tunnel دټکی ټکی

لیکي په هدایت دمایو دبیاتی پواسطه څیرل کړی . پدی هکله دتصویر دښودنی سره سم عمل کړی .



۵. دمټانی دعضلي طبقې څخه fascia perivesical برخه جلاکړی او اوراکوس Urachus ته کلامپ اچول اوغوڅیري او صفاق دمرستیال پوسطه نیول کړی . Urachus په بشپړه توگه لیگاتور کړی اوصفاق هم په بشپړه توگه له مټانی آزادیږي تسلیخ کړی دجنبي Suspensory غوړپینی (fat) طبقې

لوری ته تر سره کړی وکړی دا تسلیخ دکوتی پواسطه تر سره کړی .

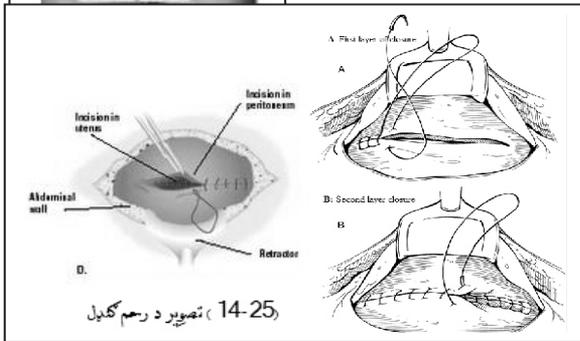
6. اوس مټانه بڼکه لوری ته راوستل کېږي او جنبی شحم پورته لوری ته تپله کېږي پر خو درحم بڼکني سگمنت بڼکاره شی دا کړنه Peritoneofacial fold ته والی د vesico-uterin plica برخه بڼکاره کوی پدی حالت کېږي مرستیال صفاق رترکت کوی یوه څیریدنه په بڼکه سگمنت کېږي په عضلی طبقه باندی ترسره کېږي.

7. همدارنگه گوته په هغه برخه کېږي چې په صفاق او درحم طبقه کېږي چې غوڅه سوپه منځ ته راغلی ورننوستل کېږي صفاق اومټانه درحم له جدار څخه تسلیخ او جلا کېږي اوصفاق دلته دیبانی پواسطه مټانی ته نږدی اوخلفی پریټوان فولد څخه بڼکه په دوه برخو ویشل کېږي .



8. اوس رترکتور پواسطه دمټانی خلفی برخی صفاق بڼکاره

کېږي اوهمدارنگه دپریټوانی فولد په بشپړه توگه Expose اودرحم بڼکه سگمنت خارج الپریټوانی بڼکاره کېږي .درحم لپاسه دڅیریدنه څرننگوالی په تصویر کېږي په ډاگه ښودل شویدی پدی هکله تصویر ته پاملرنه وکړي چې دیبانی پواسطه دلیکی په هدايت (ټکی ټکی لیکه) څیریدنه نه تر سره شویده.



9. وروسته لدې چې

زیرونه ترسره شی درحم، مټانی پریټوان، صفاقی فولد تر منځ اړیکه د رحم دگډوگډولو وروسته ښودل

شویده پدی هکله د تصویر ته پاملرنه وکړي . پدغه جراحی کړنه کېږي باید بشپړه پاملرنه دوینه بهیدنی په هکله وشي ژر تر ژره باید هموستاز پر سره شی او کړنه په چټکي اومهارت تر سره شی.

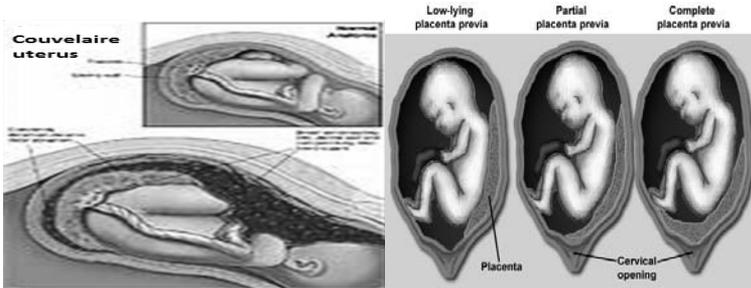
سیزاین سکشن هسترکتومی

" Porro Cesarean Section " Cesarean Hysterectomy

ددی لپاره چې دوینه بهیدنی خطر لپروالی ومومی اومخنیوی وشی اوهمدارنگه داتاناتو دخپریدنی خڅه مخنیوی وشی دغه راز لوی رحمونه په ډیره اندازه ضعیفوالی سره پاکیری د Porro پنوم بوتن طیب په کال 1877 کبې پرته لدې چې درحم جوف دجسم په برخه کبې وازشی درحم لپاسه سیزاین ترسره کړه اوپاوروسته له هغه هسترکتومی ترسره کړه . داچې پخواهسترکتومی څرنکه اودڅه مقصد لپاره ترسره کیده اوس یوه اندازه تسویرلری همدارنگه د Porro operation اصطلاح په Cesarean hysterectomy باندی اوبنستی ده اودغه نوی اصطلاح اوس پکار وړل کیری .

استطباب :

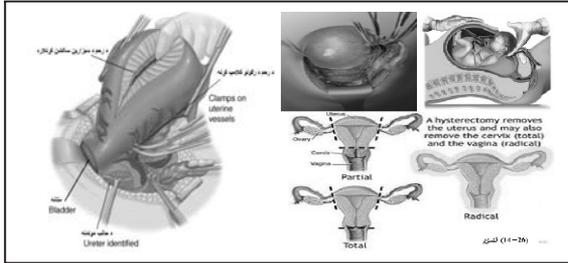
- i. دانباپی د Myoma مایوما دښته والی په صورت کبې ترسره شی په ځانگړی ډول په هغه حالت کبې چې لنگون یاز بیرونی په وخت بندبیت یا انسداد دحوصلی منخ ته راوړی . همدارنگه هغه بشخی چې وغواړی دنور ماشومانو زیرونه ترسره کړی اوماشومان ونلری یوازی مایومکتومی Myomectomy ورته ترسره کیری .



- i. Abruption په هغه پېښوکبې چې Couvellaire uterus ښته والی ولری .
- ii. دپلاستا پریوادښته والی په صورت کبې کله چې ښځه ډیر ماشومان ولری او وینه بهیدنه بی ددرملنی په وړاندی ځواب ورنکړی .
- iii. دسرویکس دکار سینوما دښته والی په صورت کبې .
- iv. پلاستا اکریتا Placenta accreta دښته والی په صورت کبې .
- v. په هغه حالاتو کبې دزیرونی وروسته وینه بهیدنه زیاتوالی ومومی اونوری د درملنی کړنی ځواب ورنکړی .
- vi. اتاناتو ښته والی اودرحم رپچر په نادره توگه دهسترتکتومی لپاره استطباب لری .

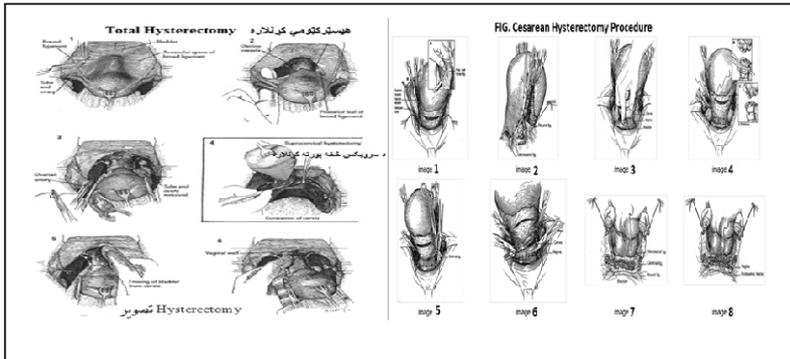
vii. همدارنگه دهسترکومی یوه دعقامت Sterilization کړنه ده او په هغه بنځوکنسې چې عمري دڅلوېښت کونوډ پروی او همدارنگه دهغه بنځولپاره چې پخوایی دوه یا درې ځله ځله سیزاین جراحی کړنلاره ترسره کړیده .

دجراحی کړنلاری تخنیک :

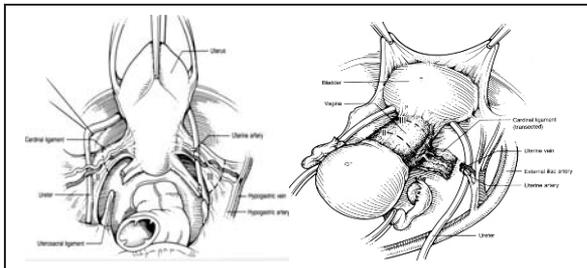


وروسته لدې چې ناروغ دجراحی کړنلاری لپاره تیارکړل شوه او دجراحی میز لپاره ورته Supine پوزیشن ورکړل شى دگډیې جدار وروسته له پاکولو دمنځنى لیکى

Midline incision څیریدنه ترسره کړی او هموسناز ترسره کړی همدارنگه جلد ، تحت الجلد ،



صفاق ، عضلات او مستعرض صفاق اوپریټوان وازیږی .دده کړنى دسرتو رسولو لپاره کیدای شى



وریدى ، انشاقى ، موضعی برخه ایز Regional انسټیزی ترسره شى . دهسترکومی لپاره بشپړ معلومات په لومړی ټوک کتاب کېسې په

شرح سره راغلی د ډیر معلومات لپاره مراجعه وکړی . په خلاص توګه ځانګړو یادونو او تصویرونو ته دلته هم پاملرنه وکړی .

۱) دسیزاین هسترګومی لپاره کله چې دلاپراتومی وروسته رحم وموندل شی همدارنګه لکه د (26-14) تصویر ته پاملرنه وکړی چې وروسته لدې چې دسیزاین سکشن کړنه ترسره شی ماشوم راوویستل شی حبل الصروی غوټه او کلامپ کړل شی .

۲) Broad & round لیګامنتونه په ګډه توګه کلامپ کېږی او وروسته لوی رګونه وریډونه او شریانونه هم کلامپ کېږی . پدی هکله مټانه یوی لوری ته کېږی اولکه چې په تصویر کېښې ښکاري په مستعرضه توګه رحم دکلامپ کولو وروسته غوڅیږی .

۳) دسیزاین هسترګومی لپاره لکه چې په (Hysterectomy) تصویر کېښې ښکاري وروسته لدې چې Round او Broad لیګامنتونه کلامپ اچول کېږی اورحم داوعیو برخی ته رسیږی دکلامپ وروسته دغه برخی هم غوڅیږی .

۴) دغوڅیدنی محور په تصویر کېښې په ښکاره توګه ښول شویډی . درحم شریان پدی برخه کېښې کلامپ کېږی . پدغه برخه کېښې زیاته پاملرنه پکار ده ترڅو دحالبونو دتیریدنی لاری ته بشپړه پاملرنه وشی اوحالبونه په کلامپ کېښې رانشی ځکه چې په همدغه برخه کېښې حالبونه تیرېږی

۵) دسیزاین هسترګومی په لړکېښې کلامپ درحم دشریان په برخه کېښې اچول کېږی دلته باید ډیره پاملرنه وشی ترڅو ترڅنګ انساج اوحالبونه تپسی نشی اوپه کلامپ کېښې ونه نیول شی پدی هکله (Hysterectomy) تصویر ته پاملرنه وکړی .

۶) لکه چې په تصویر کېښې په څرګند ډول ښکاري دسیزاین سکشن په کړنه کېښې چې دهسترګومی سره مل وی هماغه پخوانی څیریدنه بل اړخ ته هم په هماغه توګه ترسره کېږی اودرګونودکلامپ هموسټاز اوحالب په هکله پاملرنه کېږی او که له عنق (سرویکس) څخه پورته کړنه مطلب وي کېدای شي چې هسترګومی ترسره شي .

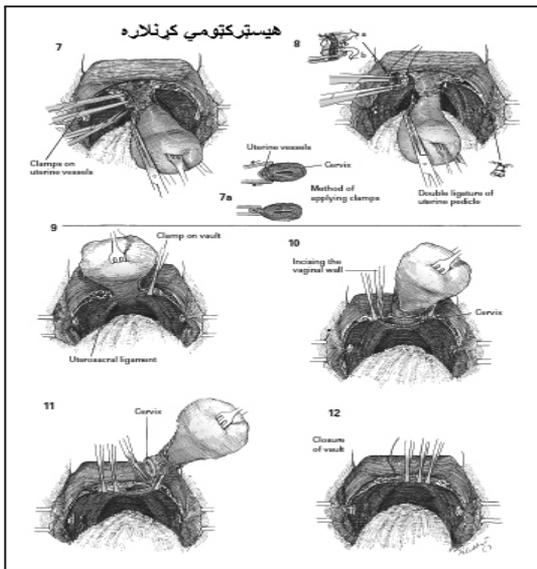
۷) دغه څیریدنه دمثانی څخه دغبرګون په برخه کېښې (1,2cm) یانیم اینچ پورته برخه دپرتوان برخه په مستعرضه توګه څیرل کېږی اوهمدارنګه وینه بهیدونکی ټول ټکی دکلامپ پواسطه نیول کېږی ترڅو وینه بی ځایه ضایع نه کړلای شی دکلامپونوځای په ځای کېدنی اوغوڅیدنی کړنی ته په تصویر کېښې په غورسره پاملرنه وکړی . دغه کړنه په قداسی برخه کېښې پای ته رسیږی اوغوڅیدنه نه بشپړېږی وروسته لدې قدام ته دغه غوڅیدنه په دقت ، ځیر او پاملرنی سره ترسره شوه کلامپونه په هماغه حالت پاتی کېږی اومرستیا ل درحم خلفی مخ په غوڅیدنه اقدام کېږی .

۸) همدارنګه دسیزاین هسترګومی لپاره کله چې درحم خلفی مخ برخه راوپرول شی .

۹) لکه چې په تصویر کېښې ښکاری رحم اوس یوازی دسرویکس له برخې سره په تماس دی رحم پورته دپویس لوری ته کشول کیږي همدارنگه دا برخه د (1,2cm) یا نیم اینچ په اندازه د Cervico vaginal مفصل څخه پورته برخه غوڅیږي له خلف څخه غوڅیدنه پیل کیږي که چې دسرویکس دبرخی قدامی برخه غوڅیږي دلته باید دجراحی چری سره پاملرنه وشي ترڅو دمثانی جدار غوڅ نشي .

۱۰) لکه چې تصویر کېښې ښکاری رحم غوڅولو ته تیار دی .

۱) اوس کله چې درحم امپوتشن یا هسترکتومی کړنه ترسره شوه لکه چې په تصویر کېښې ښکاری دکلامپ پواسطه د Stump برخه راپورته کیږي . اوس درگونو ټولی هغه څانګې چې په کلامپونو کېښي نیول شوي د Non absorbable او یا هم د Delayed absorbable تارونو پواسطه Suture ligature



کیږي اود تارونو پایله وروسته له غوټه کولو اوږده پریښودل کیږي . اوس په دوامداره Continuous ډول سره د کرومیک کچکوت تار پواسطه جدار پرته لدې چې مخاطی غشا پکېښي ونیول شي ترمیم ترسره کیږي اود Stump خوله تړل کیږي د جذب وړ کچکوت (Continuous) کرومیک یا وایکریل (No

1-) تار پواسطه دغوڅی شوي برخې جدار پرته لدې چې مخاطی غشا پکېښي ونیول شي ګڼدل ترسره کیږي اود Stump خوله تړل کیږي . کیدای شي داد Interrupted خیاطو پواسطه هم ترمیم کړل شي .

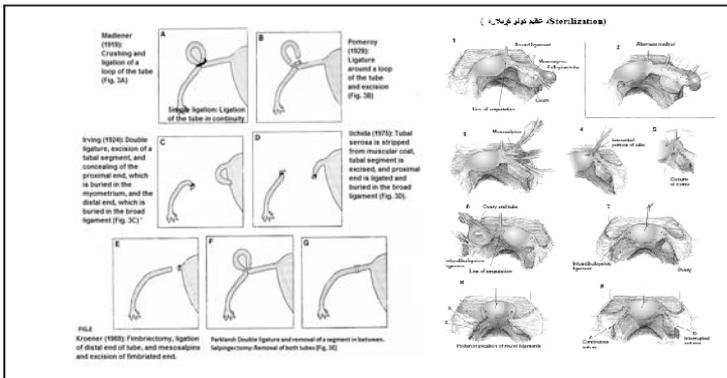
دارنگه دهموساتیک تارونو اوږدی برخې چې دغوټی کولو وروسته اوږده پریښودل کیږي او وروسته لدې چې Stump وتړل شو یو تریله سره غوټه کیږي او ددی وروسته د Peritonization کړنه ترسره کیږي اودغه برخه د پریوتان تړل کیږي . لکه چې په تصویر کېښې ښکاری دهسترکتومی کړنه پای ته رسولی ده او پریوتیلایزیشن هم ترسره شوی دی دبطنی جوف دهما ټوم او یا نورو اجنبي اجسامو لکه سامان ، کامپرس

لپاره لټول کېږي او بېرته ویستل کېږي نارونه غوټه او غوڅیږي که چېرې جراح لازم وگڼي یو درن د دوگلاس په جوف کېږي د (48 - 24) ساعتو لپاره پدی اویایي راوباسی او که د کیدی جوف پلان په پلان ترمیم کېږي ناروغ دریکوری خونې ته لیږدول کېږي که چېرې ناروغ وینه لږې ولری او وینه یې د جراحی په وخت کېږي ضایع کړی وی هغه ته د اړتیا په اندازه وینه ورکول کېږي .

ناروغ ته اتی بیوتیکونه ، انالجزیک ، اړوند سیروم (گلوکوز او رنگر) ورکول کېږي د ناروغ د ژوند علایم دورخی اوشپې خوځله کنترول کېږي ورځنی Diurase باید وڅارل شی . د ناروغ ځانگړي او اختصاصی څارنه باید ترسره شی .

د سیزاین سکشن سره دعقامت کړنلاری Cesarean Section with Sterilization

همدارنگه یولړ داسی پېښی شته والی لری کله چې ورته د سیزاین سکشن له لاری زیږیدنه ترسره شی له هغه وروسته یا باید ناروغه عقیم کړل شی اویا له هغه وروسته بلاربه نشی .
د دغی کړنی په هکله دنورو میتودونو په هکله په لومړی ټوک کتاب کېږي ورڅخه چې د Irvy ، Pomeroy او Friedemann- Madlener میتودونو کوو اودنورو په هکله لومړی ټوک ته پاملرنه وکړی دغه کړنه په دی لاندی ډول ده :



∴ Friedemann – Madlener method of sterilization

لکه چې په تصویر کېږي په څرگنده توگه ښکاری پدغه میتود کېږي لاندی کړنی ترسره کېږي .

- ۱) دنفیر (Tub) منځنی برخه د ایلس فورسپس پواسطه پورته کېږي .
- ۲) دیوه کلامپ پواسطه نفیر وروسته له پورته نیولودلوپ په برخه کېږي نیول کېږي او نفیرونه کلامپ کېږي .
- ۳) اوکلامپ وازېږي او هغه Crush شوی برخه د تیوب یا نفیر د Silk تار پواسطه غوټه کېږي او تړل کېږي .

٤) کله چې د Silk نارغوټونه ترسره شوه نارغوڅیږی اوکړنه پای ته رسېږی همدغه رازکړنه په دواړه لورو کېنې ترسره کېږی .

٥) داویره پخوانی کړنه ده او اوس ورڅخه دومره کار نه اخیستل کېږی اونوری کړنی او میتودونه پکار وړل کېږی .

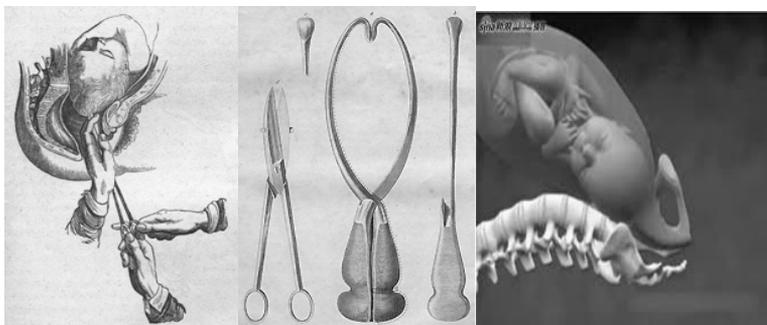
د زېږون میتودونه

په ماشوم باندی د جراحی کړنی سرته رسول .

هغه ماشومان چې مړه شوی دهغوی د زېږونی لپاره بیلایلی کړنلاری شته والی لری ترڅو سرته ورسېږی . اوزیږونه چېکله او آسانه کړل شی ددغه کړنودسرته رسولو پواسطه په چټکی سره د زېږونی کانال تشیدنه مومی . دغه کړنی په لاندی ډول دی :

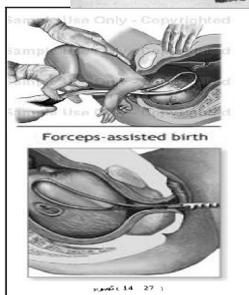
١) کرانیوتومی Craniotomy:

دا هغه کړنه ده چې ددی پواسطه د ماشوم کوپړی وازیږی او دهغه دمنځ ماغزه تخلیه کېږی اود کوپړی سایز لږوالی مومی پیاوړوسته له هغه کوپړی دهغه د هډوکو سره راوستل کېږی . بنسای ددی کړنی دسرته رسولو لپاره داډی زېږونومی کړنی ته کله ناکله اړتیا پریوزی دلسوی هډوکی فورسپس یا Sharp hook فورسپس ته بنسای اړتیا وموندل شی.



٢) کرانیوکلایزس Cranioclasia:

پدی هکله دکړنی دسرته رسولو لپاره فورسپس رحم ته نویستل کېږی د ماشوم کوپړی د Delee په فورسپس کېنې نیول کېږی نشیت کېږی او وروسته له هغه ترکشن ترسره کېږی بنه به داوی چې ترکشن درحم دتقلص په وخت کېنې ترسره



شی . همدارنگه داسی لوی فورسپس د کرانیوکلاست پنوم هم نومول شویدی دکرني په هکله د اړوند تصویرته پاملرنه وکړی .

۳) سوری کول Perforation:

دنتقب کړنه هم دزیربونی یوه مرحله گڼل کیږي ددی لپاره هم دماشوم دکوپړي او هایدروسفالوس بڼی تخلیه یا تشول دی دالیس فورسپس پواسطه دماشوم دکوپړي د Scalp برخه نیول کیږي اودابه بڼه وی قدامی یالوی فوتاتیل سوری کول شی بعضاً داسی پینیری چې دکوپړي ماغزه هم راوویستل شی .
داکړنه Martin trephine پواسطه ترسره کیږي دکرني لپاره (14 – 28) تصویرته پاملرنه وکړی .

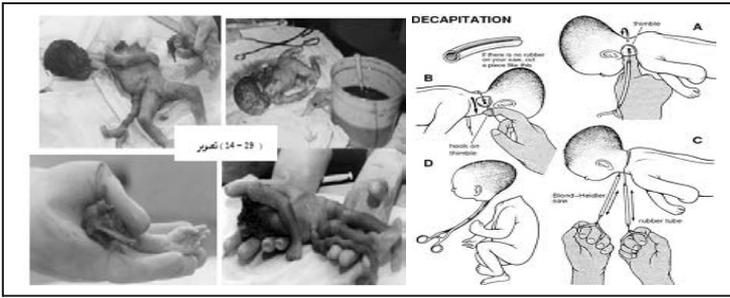


۴- دکوپړي غوڅول (دکپیتیشن Decapitation):

دکوپړي غوڅول یا امپوتیشن د پخ چنگک یا د Sickle – knife یا یاتی پواسطه ترسره کیږي . کله چې ماشوم مروی اودمورژوند دخطر سره مخامخ وی اودماشوم وضعیت Neglected. Transverse پرزیتیشن په حالت کښی وی استطباب لری . همدارنگه داداکله ناکله د دوه گونو اویاهم د دوه کونی مونستر لپاره هم داکړنه ترسره کیږي .

د Decapitation کړنه به هغه وخت بریالی وی چې غاړه په سهولت سره وموندل شی اورحم هم ډیر په خطرناکه توگه نری شونوی ددی کړنی لپاره د Bran’s hook څخه چې د Jardine پواسطه جوړدی کار اخیستل کیږي داکړنه بنایي دلاسونو ترهنمایي لاندی ترسره شی او مرجین د ټوټې ټوټې په څېر راویستل شی پدی هکله د (14 – 29) تصویرته پاملرنه وکړی په دری مرحلوکښی داکړنه ترسره کیږي .

۱- ټول لاس مهبل ته نویستل کیږي او غاړه په ساده توگه نیول کیږي د دوه گوتو په واسطه نیول ترسره کیږي او غاړه د دوه گوتو پواسطه نیول کیږي لدې وروسته Hook چنگک نویستل کیږي او په غاړه کښی ځای په ځای کیږي .

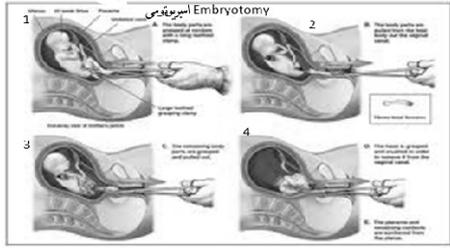


هیڅکله باید د چنگک (نخبن) لپاسه فشار رانورل شی او هغه دی تاونه کړل شی ترڅو چې په بڼه توګه نخبنتی نه وی او کړنی په باید دمور د غړو نسج د ژو بیلدنی څخه وساتل شی . کله چې د (Spine) ماتوی اوددی سره نوری برخی هم په ژوره توګه ماتوی کله چې ځونتاویدنی ترسره شد ابرخه لکه دچرې په څیر غوڅوڅیرې بعضاً ددی برخی دغوڅولو لپاره دیاتې څخه هم کار اخیستل کیږی .

- ۲- دتنی برخه دنیول شوی لاس له لاری بنګه لوری ته کښول کیږی په نادره توګه اړتیا پر یوزی ترڅو دنده صدر ته Hook ننویستل شی او هغه هم راکښ کړل شی پدی هکله دنخبن په کار کولو کې باید دلاس پواسطه مرسته وشی ترڅو دمور مهبل اونوری برخی تپې نشی .
- ۳- همدارنګه دکوچرې دبرخی زېړونه دژامنی په برخه باندی د فشار راورولو پواسطه بنګه لوری ته ترسره کیږی همدارنګه ډیره لږه اړتیا پر یوزی چې Craniotomy دی ترسره شی . اودځنډ په صورت به دفور سپس پواسطه اویا دکلامپ پواسطه دکوچرې برخه تثبیت کړل شی او هغه به په بشپړه پاملرنی سره وزیږول شی .

امبریوتومی Embryotomy :

دا اصطلاح اکثراً د ډیکپیشن (Decapitation) په عوض پکار ورول کیږی چې پدی کېښی دجنین دجوف یوه برخه لکه صدر ، تنه ، اویانوری برخی وازیږی . چې دمخه ورڅخه په لنډه توګه یادونه وکړه .



ایواسریشن Exentration or Evisceration :

کله چې بدنیت اومستعرض ډول پوزیشن دماشوم شته والی ولری اوماشوم هم مړوی پدی هکله دماشوم دصدر ، بطن ، اوکوپری جوف وازیږی اودهغوی محتوی راتشیری . ددی لپاره کله چې دصدر احشاء راویستل کیږی لومړی دصدر په برخه کېسې سوری ایستل کیږی اودصدر احشار اوستل کیږی ورپسی دیافراگم راویستل کیږی اودکیږی دجوف محتوی هم راویستل کیږی همدارنگه که اړتیا پریوزی دکوپری ماغزه هم راویستل کیږی معمولاً د ملادیتیر یادنخاع دراویستلو لپاره هغه دپاتی پوسطه غوڅیږی چې ورته sopndylotomy ویل کیږی . کله چې دکیږی او صدر احشا راویستل شو اوجوفو نه تش کړل شودماشوم له پنبو یا لاس څخه نیول ترسره کیږی اوشکله لوری ته کشیدنه ترسره کیږی . بعضاً د اړتیا په صورت کېسې دملادیتیر دراویستلو لپاره د Blunt hook څخه مرسته اخیستل کیږی .

براخیوتومی Brachiotomy :

دادلاس دیوی برخی غوڅولو کړنی ته وایی چې د اوږې په دیستوشیا پیرزتیشن کېسې کله چې ماشوم مړ و د ماشوم د راویستلو په موخه ترسره کیږی او د لاس برخه غوڅیږی .

کلیدوتومی Cleidotomy :

پدی کړنه کېسې دگروی هډوکي " ترقوی " دهډوکي راویستل دی داپه هغه صورت کېسې کله چې اوږه په پراخه اندازه دکوپری دزیرونی وروسته په مړه ماشوم کېسې شته والی ولری دا کړنه ترسره کیږی .

دوه ټوټې کول (بايسکشن Bisection) :

دا کړنه هغه وخت تر سره کېږي چې ماشوم مړوی او داسی پوزیشن ولري چې زيږونه یی گرانه وی د ماشوم بدن دوه ټوټی کېږي او د سپکولوم په مرسته د فورسپس څخه پکار اخیستلو سره دغه ټوټی راویستل کېږي همدارنگه ددغه ټوټه شوي بدن د راویستلو لپاره د لاس څخه هم مرسته اخیستل کېږي . د یادولو وړ بولو چې وروایو دغه کړنی باید تلمدام د یوه تجربه لرونکی طیب پواسطه ترسره شی او ډیر احتیاط دی وشي د مور د رحم یا مهبل کومه برخه ژوبله نشي او همدارنگه دغه جراحي کړنی ډېری چټکي کړنی ته اړتیا لري . او هغه طیبیان چې ددغه وسایلو په استعمال نه پوهیږي باید په جدي توگه د کړنی څخه ډه ډه وکړي .

درملنیز سقط او زیږونه "Therapeutic. Abortion"

دا سقط د درملنی په مقصد تر سره کېږي چې پدی صورت کېښي د مور ژوند ژغورنه د ماشوم د پاتې کېدنې په پرته ډیر اهمیت ورکول کېږي .

استطابونه :

۱. د هغه ناروغیو لپاره چې د بلاربتوب په وخت مخ ته راځي پدی هکله د Toxemia ، ایکلامپسیا او پریکلامپسیا ، پلاستیا پریویا ، ابریشیو پلاستیا ، پولی هایډورامینوز او نورو ناروغیو ته دی پاملرنه وشي . دغه راز ناروغیو د پرمخگ د مخنیوی لپاره د بلاربتوب ودرول دی .
۲. هغه ناروغی چې د بلاربتوب په وخت تصادفی دی . پدی هکله باید د نری رنځ (توبرکلوز) ، د زړه ناروغیو ، نفريت ، دشکری ناروغی او نورو ته پاملرنه وشي .
۳. د ماشوم عادتې مړینه : یولړ داسی ښځه شته دی چې روغې دی په هغوی کېښي کله چې ماشوم د Term د مودی ته رسیدلو دمخه ماشوم مړی ددی لپاره اکثراً علتونه لاهم پېژندل شوی ندی خودیولړ ناروغی شته والی لکه : سیفلس معمولا سبب گڼل کېږي د بعضی نورو لپاره د Bright's disease ، Erythroblastosis ، او شکری ناروغی علت راوستل کېږي .
۴. د اوږد مهالي بلاربتوب په حالت کېښي دا په نادر ډول یو استطاب گڼل کېږي پدی هکله پخوانیو Prolonged pregnancy ته پاملرنه وکړي او هلته یی څرگندونه شویده .

میټودونه :-

۱- د درملو پواسطه :-

ا. د دی لپاره د یولړ درملو خوړلو څخه کار اخیستل کېږي لکه د سهار له خوا د Castor oil او Quinine خوړل دی . د سهار له خوا 30cc په اندازه کاستر آبل وروسته له دوه ساعتو تیریدنی

څخه صفر دوه ګرامه "200mg" (0,2gr) د Quinine درملو څخه خوړل کېږي . همدارنګه د يوه ساعت ترېدنې وروسته يو بل ډوز د Quinine يعنې دوه سوه ملي ګرامه (0,2gr) خوړل کېږي .

ii. پدې هکله طبيب بايد دومره وپوهېږي چې لومړي په لږه اندازه د Quinine د رحم تنبه منځ ته راوړي او د رحم تقلص منځ ته راوړي او که چيرې په لوړ دور سره Quinine ورکړل شې د رحم Paralysis (ګوزن) منځ ته راوړي .

iii. لدې کبله به دا غلطه وي که چيرې (1-2gr ګرامه) ناروغ ته ورکړل شې . همدارنګه په لږه اندازه د Quinine د رحم حساسيت د ميخانيکي او کيمياوي تنبهاو په وړاندې زياتوي قسماً د Pituitary په وړاندې . همدارنګه که چيرې لوړ ډوز ورکړل شې د نخامې عصاري په وړاندې رحم ځواب نه ورکوي او رحم د څو ورځو لپاره فلج په حالت پاتې کېږي .

iv. همدارنګه يو لړ علما پدې عقیده دي چې Quinine د ماشوم لپاره زيان رسوي خو وژونکې ندي ځکه چې په تجربې سره يې په اثبات رسولي چې په لوړه اندازه Quinine د مور د بلاربتوب په وخت د اتم زوج د حقيقي ازواجو لپاره زيان رسوي خود ماشوم لپاره زيان دمړينې نه لري . او همدارنګه د ميالين شپټ د استحالي سبب ګرځي .

يوازي د Quinine او Castor oil ورکول ګټه نلري وروسته لدې څخه چې نوموړي درمل ورکړل شو بايد Pituitary extract ورکړل شې چې مستحضرات يې په بيلا بيلو نومونو شته والي لري .

۲- د هورمونونو ميتود پواسطه :-

ددې لپاره چې زيږونه ترسره شي بايد هغه هورمونونه چې د نخامې غدې د خلقي فص څخه افزايرې تطبيق کړل شي . دا هورمونونه کيدای شي چې د پوزي يا انشاق له لارې تطبيق کړل شي . همدارنګه ددغه درملو تطبيق د تحت الجلد او ورید له لارې د قطري (څاڅکو) په څير تطبيق کېږي .

i. - که چې يو ټوکړ د پوزي لپاسه کيښودل شي او دغه درمل ورباندې تطبيق شې د (10-15) دقيقو پورې د پوزي د مخاطي غشا پواسطه جذب ترسره کېږي .

ii. - معمولا دغه درمل د تحت الجلد له لارې استعمالېږي . ددې منظور لپاره بايد چې يو تکرايرې همدارنګه که چې زيږيدنه ترسره شي بايد نور درمل تطبيق نکړل شي که چې درمل زرق شې په غير معمول توګه به د رحم تقلصونه پيل شي .

iii. - د ورید له لارې د څاڅکو په ميتود سره نوموړي درمل د سيروم ګلوکوز او يا سوډيم کلورايد سره په هر 100cc کېبې 1cc يو سي سي ورګډېږي سټنډرډ محلول يې (10 cat unit) دی چې د 1500cc لپاره پکار وړل کېږي .

دغه محلول په سرعت د 25cc په هر نیم ساعت کښی لومړی ساعت لپاره او وروسته له هغه په هر نیم ساعت کښی 100cc تطبیق کیږی . د یادولو وړده چی باید لدغه اندازی څخه زیاتوالی منځ ته رانشی . همدارنگه ماشوم اومورپدی لږ کښی دواړه څارل کیږی .

بل هورمون چی ددغه کرنی لپاره پکار وړل کیږی هغه estrogen دی دا هورمون سره لدی چی د مړه جنین یا Missed abortion لپاره پکار وړل کیږی ددی مقصد لپاره هم ور څخه کار اخیستل کیږی . ددغه درملو دوز به (1,000,000 IU) پوری تر څو چی مقصد تر لاسه شی طبیق کیږی . دا درمل د رحم د عضلی طبقی حساسیت او د فعالیت منځ ته راوړل د زیږونی لپاره منځ ته راوړی .

همدارنگه Oestradiol benzoate درمل د عضلی له لاری د دوه گرامه (20gr) په اندازه هر اته ساعته وروسته د (7-8) ورځولپاره رحم پخپله تشوی . اوکه رحم تش نشی . 0,65 gram د Quinine hydrochloride هر ساعت وروسته دری دوزه ورکول کیږی او بیا وروسته د Pituitary extract پنځه یوته (5 unit) یوساعت وروسته ورکول کیږی که چیری زیږونه منځ ته رانشی دغه درملنه په اتمه ورځ نکراریږی د استروجن درملو ورکولو لپاره وخت هغه مهال گڼه ور دی چی جنین مړوی .

۳ - میخانیکي د سقط کړنه :-

ددی لپاره بیلابیلی کرنسی او وسیلی پکار یریږی لکه د د ربر بوژ Rubber bougies Metreurynter او د Willet forceps څخه کار اخیستل .

۴ - د غشاء د ریچر پواسطه :

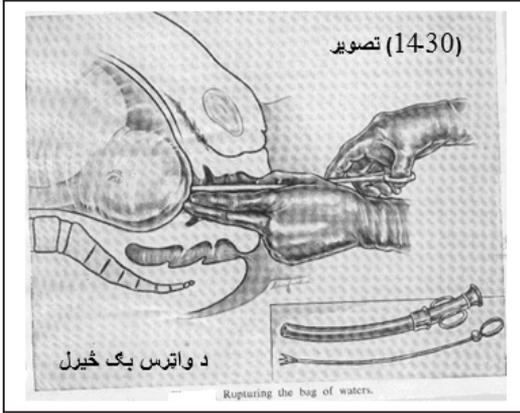
ددی کرنی د سرته رسولو لپاره باید د رحم عنق واز او متوسع کړل شی او د کوپری برخه باید د پرزتیشن برخه وی او engagement باید منځ ته راغلی وی او که چیری پورته حالتونه شته والی ونلری بنسای ماشوم له لاسه لاړشی .

تخنیک :

ددی منظور لپاره باید مور د میز لپاسه پری ایستل شی ساحه پاکه شی lubricant د مهبل په برخه کښی پکار یوړل شی د مهبل له لاری د عنق څخه لومړی یوه گوته او بیا دواړه گوتی نویستل شی او ماشوم کوپری پورته ټپله شی . همدارنگه غشاء باید د بنکته څخه ازاده کړل شی . د گوټو په رهنمانی یا لارښودنه باید فورسپس ، پیاتی کلامپ او یا بله اله نویستل شی او غشا وڅیرل شی . پدی هکله د (30-14) تصویر ته پاملرنه وکړی .

کله چی د رحم تقصونه منځ ته راشی دابه ښه وی چی ریچر ترسره شی اوکه کله چی ریچر ترسره شی رحم تقص کوی د تقص په وخت باید پاملرنه وشی چی کورد پرولاپس ونکړی . گوټی باید په مهبل کښی

کینسودل شی تر خو په ناڅاپه توگه ټول مایعات بهر ته راونه وزی . او تر هغه دی انتظار وایستل شی تر څو چی کوپری د عنق برخی ته راورسپری .



همدارنگه کله چی کوپری دغه برخی ته راورسپری ددغه سوری یا رپچر شوی برخی له لاری یود فولی یابل کتیر تیریری او هغه مایع هلته ده تخلیه کیری . پدی وروستو

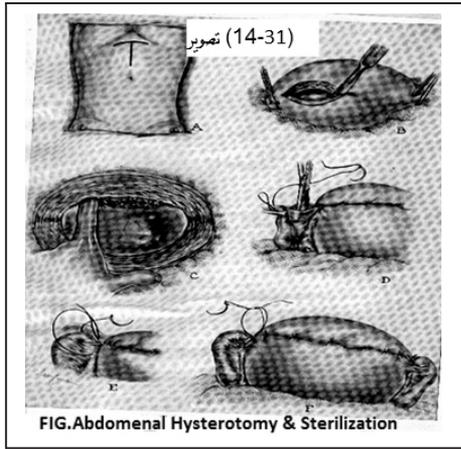
کبسی غشا د رپچر کړنه پکار نه وړل کیری دا ځکه چی لدی کبله وچه زیږیدنه ، اوږدمهاله او ستونزمنه زیږیدنه ترسره کیری . همدارنگه د ماغزو تخریب ، د ماشومانو په لوړه پیماننه مړینه او دمور ژوبلیدنه منځ ته راځی .

د درملنیز سقط یو لړ نور استطبابونه :

- i Hyper emesis Gravidarum د بلارټوب د وخت زړه بدوالی .
- ii په پرمختللی ډول د توپرکلوز (نری رنځ) ناروغی .
- iii د پینستورگو ناروغی په ځانگړی ډول اختلاطی رتینایتس .
- iv (Rubella) German measles .
- v د زړه ناروغی .
- vi که چیری مور پخوا یو یا دوه د ارتیرو بلاستوز فیتالیس ماشوم زیږولی وی .
- vii - په بعضی ناروغیو لکه Chorea of Huntington`s disease .
- viii د عصبی ناروغیو شته والی په نادر ډول لکه Multiple Sclerosis .
- ix د هکلی ناروغی او هائیداتید یفورم .

بطنی هستیروټومی او عقیم کول:

لکه چی پخوا مووویل که چیری پورته ناروغی شته والی ولری او سقط استطباب ولری او طبیی او ذکر شوی کړنی د امکان څخه لیری وی یوه کړنه بله چی ترسره کیری هغه بطنی هستیروټومی او عقیم کول دی . د نوموړی کړنلاری د سرته رسولو لپاره (31-14) تصویر کبسی په لنډ ډول کړنه څرگنده شویده .



A - په منځنۍ لیکه او یا هم د Pfannenstieler incision پکار وړل کېږي .

B - د فونډوس (غور) لباسه په رحم باندې خپریدنه ترسره کېږي .

C - د ګوټو پواسطه د پلاستنا غشا او یا د جنینی کڅوړه تسلیخ او راویستل کېږي .

D - رحم باید د ګګوټ کرومیک تار پواسطه وګډل شي . او نفیرونه غوڅیږي .

E - نفیرونه وروسته لدې چسې غوڅ شې د

هغه فزیه نهایت غوټه او بعیده نهایت یې د Broad.lig په منځ کېښي دننه کرل او ګډل کېږي .

F - نفیرونه د غور Fundus برخې سره نثیت او ګډل کېږي .

دغه د جراحی کړنه د (Modified from Titus) پنوم یادېږي . وروسته له هغه چې کړنه ترسره

شي د ګډې جدار ګډل کېږي او د جراحی اصولو سره سم د ناروغ پالنه او مراقبت کېږي .

هغه علتونه چې د بلارټوب په وخت کېښي د ولادې انومالیو سبب ګرځي :

د ولادې نیمګړتیاو لپاره هغه سببونه چې غوره رول لري په لاندې ډول سره دي او دا چې دا ډول علتونه د کومې اصطلاح تر نیولیک لاندې تر لوستلو راځي او کټ مټ دغه علتونه څیړي داد تیراتولوژی (Teratology) د علم پنوم یادېږي .

هغه ولادې نیمګړتیاوې چې د زېږیدنې وروسته په ماشوم کېښي لیدل کېږي د ټولو په اندول (2-3%) سلنه ثابت شويدي . چې لدې ګڼې څخه (40-60%) سلنه هېڅ راز علت نه نثیت کېږي او علتونه یې نامعلومه ګڼل کېږي . همدارنګه (15%) په سلو کېښي ارثي فکتورونه ، دکروموزوم انبار ملیسي او د جن موټیشن علت شمیرل کېږي او د (10%) سلنه پېښو لپاره د چاپیریال (محیط) فکتورونه او همدارنګه (20-25%) سلنه پېښو لپاره ګڼو ډول سره ارثي ، د چاپیریال فکتورونه دواړه مسؤل ګڼل کېږي . کوچنی ولادې نیمګړتیاوې (15%) سلنه په نوی زېږیدلي ماشومانو کېښي شته والی لري دا نیمګړتیاوې لکه :

Minor Palpebral fissure , Pigmented Spots , Microtia دی په همدغه راز داسې پېښې شته والی لري چې کوچنی ولادې انومالی د غټو (لویو) ولادې نیمګړتیا وسره ملتیا لري د بیلګې په توګه هغه کوچنی پېښې چې یوه کوچنی ولادې نیمګړتیا لري (3%) سلنه به غټه ولادې نیمګړتیا ، او هغه چې دوه

کوچنی ولادی نیمکرتیا لری (10%) سلنه به غټه ولادی نیمکرتیا همدارنگه هغه چی دری کوچنی ولادی نیمکرتیا لری (20%) سلنه به ستره (لویه) ولادی نیمکرتیا ورسره مل وی .
د امبریولوژی د خپرولو له مخی څلور ډوله سببی میکانیزمونه موندلی او علټونه یی په لاندی ډول شرحه کیری .

۱- سو شکل Malformation:

دا نیمکرتیاوی هغه وخت چی یو غری منځ ته راځی او جوړښت مومی یعنی د (Organogenesis) په وخت منځ ته راځی پدی حالت کبسی بنیایی یو غری هیڅ منځ ته راشی او یا هم په نیمکرتی توگه د بدلون سره مل وی دا بدلون او نیمکرتیا د بلازنبوب (۳-۸) اونیو په لړ کبسی منځ ته راځی .

۲- وپجاړیدنه Disruption:

همدارنگه د یو لړ پېښو لپاره کله چی یو غری منځ ته راشی او د هغه بڼه جوړښت ومومی د مورفولوژیک جوړښت وروسته د غری په وده کبسی وپجاړیدنه منځ ته راځی د بیلگی په توگه د Vascular accident له کبله کله چی کولمی جوړښت ومومی له هغه وروسته وده نه کوی او د کولمواتریزیا Intestinal Atresia منځ ته راځی .

۳- د بڼی بدلون Deformation:

ددغه راز پېښو لپاره کله چی یو غری جوړ شی د ودی په لړ کبسی د میخانیکي فکتورونو له کبله چی له بهر څخه پر غری باندی فشار منځ ته راوړی او په نیمکرتی ډول د غری بڼی ته توپیر ورکوی د بیلگی په توگه د ((Club foot)) په پېښه کبسی چی د امینوتیک جوف د فشار له کبله د پښو بڼه توپیر کوی .

۴- مجموعه الاعراض (سندرومونه Syndromes) :-

دا هغه ډول ناروغی دی چی یو لړ ناروغی په کله ډول یو د بل سره په مل ډول منځ ته راځی چی د دوی سببونه ځانگړی او یو ډول دی او ددغه ناروغی لپاره هیڅ راز معلومه علت ندی موندل شوی . د بیلگی په توگه دا سندرومونه لکه :

- C.H.A.R.G.E Syndrome چی لاندی ناروغی پکبسی په کله توگه شته والی لری .
"Cloboma , Heart defects , Atresia of choana , Retard Growth Genital anomaly, Ear abnormalities"

- V.A.C.T.E.R.L Syndrome پدغه سندروم کبسی لاندی ناروغی په کله ډول لیدل کیری .
"Vertebral , Anal , Cardiac, Trachio, Esophageal, Renal, Limb anomalies"

دا چی د مخه مودکر کړل پدی برسیره یولړ نور علټونه موندل شویدی چی د هغوی د شته والی په صورت کبسی ولادی نیمکرتیا تثبیت شویدی .

د چاپیریال فکټورونه :

ټر (١٩٤٠) میلادی کال پوری داسی نظر شته والی درلوده چی ولادی نیمکړتیاوی د ارشی فکټورونو پوری اړوند دی . خود Gregg پنوم جرمنی عالم ومونده چی د بلاربتوب په وخت د شری (Measles) ناروغی د جنین د انومالی علت گرخی چی وروسته لدی دا سمدلاسه یوه وکښل شوه چی د چاپیریال فکټورونه په جنین اغیزه کوی .

همدارنگه د تسکین کوونکو درملو خوراک لکه د Thalidomide خوراک د Lenz پواسطه راپور کړل شوه چی د پنبو د نخبنسني د سبب په خیر وپژندل شوه چی په کال ١٩٦١ کبسی داسی وپیل شوه چی یولر درمل د پلاستا له لاری جنین ته تیریری اود ولادی نیمکړتیاؤ سبب گرخی . اوله هماغه راهیسی داسی ومنل شو چی یولر عناصر شته والی لری چی په جنین Teratogenic اغیزه او د ولادی نیمکړتیاو سبب گرخی .

اتناني عوامل :

i. Measles: شری یا د جرمن شری (Rubella) د لومړی ځل لپاره د Gregg پواسطه دیوه علت په خیر وړاندیز شول . اوس په اثبات ورسیده چی دا ویروس د بلاربتوب په لومړیو مرحلو کبسی د ولادی نیمکړتیاوی منځ ته راوړی . دا ناروغی لکه د سترگوکل (ساد)، مایکروافتلیما، د غوړ کوپوالی ، د زړه ناروغی (A.S.D او P.D.A,V.S.D) د غابنونو د اینامل Enamel انومالی او عقلی تاخر Mental Retardation .

- د سترگوکل Cataract: د مور اخته کیدنه د بلاربتوب په شپږمه اونۍ کبسی .
 - کوپوالی Deafness: د مور اخته کیدنه د بلاربتوب په نهمه اونۍ کبسی .
 - د زړه ناروغی Heart defects: د مور اخته کیدنه د بلاربتوب په (٥-١٠) اونۍ کبسی .
 - د غابنونو انومالی: د مور اخته کیدنه د بلاربتوب په دوهم ترایمستر کبسی .
 - دعصبی سیستم ناروغی: د مور اخته کیدنه د بلاربتوب په دوهم ترایمستر کبسی .
- اوس د طب د پرمختګ له کبله دغه ناروغی د ازموینو د سرته رسولو پواسطه په مقدم ډول وپژندل کیږی او مخنیوی یی درملنی پواسطه منځ ته راځی .

ii. ساټومیوګالوویروس Cytomegalovirus:

دا ویروس پرته لدی چی په مورکبسی د ناروغی نهنانی منځ ته راوړی د پلاستا څخه تیریری اود ولادی نیمکړتیاو علت گرخی . دا ناروغی د بیلګی په توګه :

Cerebral Calcification, Microcephaly, روندوالی ، Choroiretinitis د کبد او طحال ضخامه Hepatosplenomegali . په یولر ماشومانو کبسی

kern Icterus Petechiae هم تثبیت شوی همدارنگه ددغه ویروس له کبله ماشوم مرینه د پښتورگود عدم کهایي له کبله منځ ته راځی او ژوندی ماشومان به عقلی تاخر او Meningoencephalitis ولری .

iii. Herpes Simplex هرېکس سمپلکس ویروس :-

iv. په ډیرو راپورونو کې داسی ذکر شویدی چی زیریدنی وخت ته نږدی دغه اتان د پلاستا له لاری تیریری اود ولادی نیمګړتیاو سبب ګرځی . داویروس یولړ ناروغی لکه: (Mental. Retard , Macro- ophthalmia , Microcephaly Retinal dysplasia) د کډ او طحال ضخامه منځ ته راوړی او دا څرګندوی چی نوموړی حالتونه د ماشوم په عضویت کېسی دالتهاب په وړاندی یو غبرګون دی .

v. Varicella , Chickenpox :-

دا د مور اخته کیدنی له کبله چی (% ۲۰) سلنه جنین د اخته کیدنی چانس په لومړی ترايمستر کېسی لوی او یولړ ناروغی لکه عقلی تاخر، limb hypoplasia Muscle atrophy منځ ته راوړی .

vi. “H.I.V” Human Immune Deficiency Virus :-

دغه ویروس د Teratogenicity اغیزو له مخه دومره اغیزمن ندی خو بیا هم د یولړ ناروغیو لپاره لکه Growth. Retardation, Microcephaly مسؤل ګڼل شویدی چی بنایي په بیلا بیلو درجو سره ناروغی منځ ته راوړی .

vii. یولړ نور ویروسونه چی هایپرترمیا یا پرته له هایپرترمیا څخه دی :

یولړ انومالی په تعقیب د یولړ ویروسونو لکه Mumps (ډاډی ناروغی) ویروسی هیپاتیت “Viral Hepatitis” د ماشومانو ګوزن (فلج) ، E.C.H.O Virus ، Polio myelitis او Coxoaki virus او انفلوانزا Influenza بنایي د دغه اتانات له ځانه یولړ فکټورونه آزادوی او د مور د بدن د تودوخی درجه لوپوری چی د تودوخی لوپوالی Teratogen ثابت شویدی او په جنین اغیزه اچوی . د (۶۳) پیښو څخه یوازی په (۷۰) سلنه پیښو کېسی داسی څرګند شویدی دی د مور د تودوخی درجه لوپه ثابت شویده او د ماشوم Neural fold په لوپه تودوخه کېسی تړل شوی او ماغزو anencephaly ناروغی یی منځ ته راوړی . پدی کېسی هغه میندی چی د Sona bath یی اخیستی هم ورګډی دي .

viii. Toxoplasmosis توکسوپلازموزس :-

په Toxoplasma gandhi پروتوزوا یوازی هغه خلک اخته کیری چی اومی شیدی او اومه غوښه یی خوړلی وی هغه میندی چی پدی ناروغی اخته وی پدوی کېسی ولادی نیمګړتیا منځ ته راغلی دا ناروغی لکه: Cerebral Calcification ، Hydrocephalus عقلی تاخر، Chorioretinitis ، Micro ophthalmus .

دا تر ټولو ډیره لوړه پیمانہ ناروغی ده چی انسانان اخته کوی او بلاربتوب په وخت د جنین کونوالی ، عقلی تاخر ، دغړو فیبروز لکه دکبک او سرپو په نسج کبسی فیبروز منځ ته راوړی .

ورانگی Radiation :

د ډیرو وختونو راهیسی علما پدی باوردی چی د X-Ray وړانگی کله چی بلاربی بنځی ته تطبیق شی دابه د درملنی Radiotherapy په وخت وی په لوړ دوز سره ولادی نیمکرتیا لکه Microcephaly ، Spina bifid ، Skull-defect ، روندوالی ، Clift lip منځ ته راوړلای شی .
اوس داسی پتیل شویدی چی په لږه اندازه وړانگی (5 Rads) هم بس ده .
چی جنین ویچار کړی دا چی څه ډول انومالی په کومه اندازه انومالی منځ ته راوړی دا دورانگو داندازی او د بلاربتوب په وخت پوری اړوند ده او ډیر اهمیت لری .

هغه څیړنی چی په هیروشیما او ناگاساکی د جاپان کبسی د بمونود چادونی وروسته ترسره شویده (۸۰ %) په سلو کبسی بلاربی بنځی په سقط اخته شویدی او (۲۵ %) په سلو کبسی داسی ماشومان زیرولی چی د یوه کال د عمر تر پوره کیدنی پوری مړه شویدی او (۲۵ %) په سلو کبسی داسی ماشومان زیرولی چی د مرکزی عصبی سیستم انومالی کله Microcephaly ، عقلی تاخر سره مل و .

برسیره پردی په مستقیم ډول د وړانگو اغیزه په جنین باندی او په غیر مستقیم ډول اغیزی په (Germ cell) باندی په پام کبسی ولرل شی په ډیره لږه اندازه وړانگی کولای شی په موږکانو کبسی Gene mutation منځ ته راوړی او په هغوی کبسی ولادی نیمکرتیاوی منځ ته راوړی .

کیماوی عناصر Chemical Agents :

په انسانانو کبسی د درملود اغیزی څیړنه په جنین باندی ډیره کرانه کپنه بلل شویدی خو یا هم باید د اغیزو په هکله یولړ ټکی په پام کبسی ونیول شی .

(a) ډیرو څیړنو بنودلی دی چی یولړ میندو چی یوڅه بی په پام او فکر کبسی حفظ ساتلی او د درملو نومونه بی د تاریخچی ورکولو په وخت یاد کړیدی .

(b) یولړ درمل چی فارمکولوژیک اغیزی بی د بلاربتوب په وخت څرکندی شویدی او د روغیائی ملی انسیتوت له خوا په څیړنو کبسی موندلی او تثبیت شی (۱۹۰۰) ډوله درمل شته دی چی دبلاربتوب په وخت کبسی خوړل شویدی خو یولړ چی ډیر خوړل شویدی او تیراتوجنیک تثبیت شویدی د هغوی څخه یولړ د یادولو وړ بولو .

i . Thalidomide :-

دا هغه درمل دی چې زړه بدوالی دلیری کولو او خوب منځ ته راوړلو لپاره خوړل شویډی دا درمل له پلاستنا څخه تیرپیری او د Clift.lip او د زړه ولادی ناروغی د هډوکو نیمګړتیاوی ، د کولمو اتریزیا منځ ته راوړی او دغه موضوع یې د میرومیلا Meromela پوری اړوند کښلی دی ددی موضوع په پوهیدو سره سم دا درمل هغه وخت د بازار څخه په چټکی سره راټول او د پینسو لږوالی منځ ته راغی چی استعمال یې منع شو .

ii. Aminoptria :- دا جوړښت د فولیک اسید لپاره اتاګونیست دی اود Anti metabolite له ډلی څخه شمیرل کیږی او د سرطان ضد اغیزی لری . ددی درملو د خوړلو وروسته په بلاربو میندو کښی د جنین Hydrocephalus Clift lip ، Meningocele ، anencephaly او Clift palate پینسی او ناروغی منځ ته راوړی .

iii. - د اختلاج ضد درمل :- Valproic acid. Phenytoin ، Diphenylhydantoin او Trimethadon هغه ډله درمل دی چې په Epilepsy اخه ناروغانو کښی د بلاربتوب په وخت خوړل شویډی . پدی کښی زیریدلی ماشومانو د Facial Cleft Microcephaly ، د نوکانو او ګوتو هایپوپلازیا او نوری ناروغی ثبت شویډی .

iv. - Anti Psychosis Drugs :- پدی لږ کښی یولږ درمل چی لکه (Major & minor Tranquilizer) فینوتیازین ، او لیتیم Lithium . هغه درمل دی چې تیراتوجنیک دی او د اغیزوله کبله ولادی اېنار ملیتی منځ ته راغلی .

v. - Anti Anxiety drug :- دا اضطراب ضد درمل هم کله ، Chlordiazopoxide ، Diazepam ، meprobamate په بیلابیلو درجو سره یولږ ولادی نیمګړتیاوی منځ ته راوړی چې د پیلګی په توګه Clift lip ناروغی یا دولادی شو .

vi. - Anti Coagulants :- د پرن یا علقی ضد درمل لکه Warfirine هغه درمل دی چې د بلاربتوب په وخت تیراتوجنیک دی دا درمل د پوزی دغضروف هایپوپلازی (Chandroplesia) ، د مرکزی عصبی سیستم نیمګړتیاوی ، عقلی تاخر ، د بصری عصب ضمور (اتروفی) منځ ته راوړی .

vii. - Anti hypertensive :- د فشار درمل لکه د Angiotensin Converting enzyme نهی کونکی د ودی تاخر منځ ته راوړی .

viii. - Propyl Thiouracil او K-Iodid :- هغه درمل دی چې د عقلی تاخر منځ ته راوړی .

ix. - Streptomycin drugs :- دا درمل د غوږونو کونوالی منځ ته راوړی .

x. - Sulfonamide :- دا درمل د ماشوم Kern Icterus منځ ته راوړی .

xi. - Anti depressant :- دا درمل د سفلی اطرافو د انومالیو سبب ګرځی .

- xii. — **Tetracycline's** - ددی کورنی درمل د غاښونو او هډوکو نیمګړتیاوی منځ ته راوړی .
- xiii. — **Amphetamine** - دا درمل د زړه ولادی ناروغی ، Oral. Clift ، منځ ته راوړی .
- xiv. **Quinine** - دا درمل په لږه دوزه سره د سقط او یاهم په لوړ دوز سره د ماشوم کونوالی او د عصبي سیستم ناروغی منځ ته راوړی .
- xv. — **Lysergic acid diethyl amid L.S.D** ، (P.C.P. Phencyclidine angel dust) ، Cocaine ، Alcohol ، marijuana - دا هغه درمل دی چی په بیلابیلو درجو سره د عصبي سیستم ناروغی منځ ته راوړی .

همدانګه دا درمل د عقلی تاخر Microcephaly د سلوک پرابلم ، بولی سیستم انومالی Gastrochisis ، دسترګود سترغلو چاکوالی “Fissure” مګز یلار هایپوپلازییا د زړه ناروغی لکه “P.D.A A.S.D V.S.D” Fetal alcoholic Syndrome ، پرېما چورز پېرېدنه همدارنګه پدی وروستیو کبسی داسی پتیل شویدی چی (Isotritinoin) چی د Vit.A انالوک بل کیږی د خوړلو له کبله یی چی په جنین اغیزی کوی د Cystic Acne ، په غیرنورماله بڼه د غوړ وده ، Flat. Nasal bridge ، هایدروسفالوس او د یادولو وړ بولو چی وویوهر ، Clift palate ، mandibular hypoplasia ، راز درمل باید د بلارټوب په وخت کبسی په احتیاط سره مصرف شی او پرته له اړتیا یی د خوړلو څخه ډه وشی . او د ډاکتر د هدایت پرته دی هیڅکله ونه خوړل شی .

هورمونونه Hormones :

i. اندروجن Androgens -:

د پروجسټین یا ترکیبی پروجسټین درمل د بلارټوب په وخت په لوږه پیمانہ د سقط د مخنیوی لپاره پکار وړل کیږی لدی ډلی څخه Progesterone ethisterone او Norethesteron هغه درمل دی چی د نظر وړ اندووجنیک اغیزی لری ښایی ((په نارینه جنس کبسی د جنسی خواصو زیاتوالی او په ښځینه جنس کبسی د نارینه خواصو زیاتوالی منځ ته راوړی)) یعنی Musculinization اغیزی لری د جنسی غړو انارمیلیتی لکه د Clitoris لویوالی او شونډو Fusion تړلی حالت او یاهم د Labioscrotal fold د تړلو علت وګرځی .

ii. — **Diethyl Stilbestrol** -:

دا هغه درمل دی چی د استروجن په ترکیبی بڼه په لویه پیمانہ او یا زیاته اندازه په کال ۱۹۴۰ او ۱۹۵۰ میلادی کبسی د سقطونو د مخنیوی لپاره پکاریده دا درمل په ۱۹۷۱ میلادی هغه وخت مضاد استطباب وګیل شو چی هغه ښځی چی (۲۲-۱۶) کلونو ترمنځ عمر درلوده او د مهبل یا درحم کارسینوما یی درلوده او تردرملنی لاندی وی بعضی زیږیدنی په لوږه اندازه د ښځینه جنس په زیږیدنو کبسی د تناسلی دستګاه رحم ،

فیرونو، او د مهبل د علوی برخی ولادی نیمګړتیاوی درلودلی همدارنگه د نارینه جنس هم په رحمی دوره کېبی تر اغیزی لاندی راځی چی په دوی کېبی د مرغیویو (Testes) نیمګړتیاوی او د سپرم بدلون نثیت شویدی .

iii. - د بلاربنست ضد Oral Contraceptives :-

فمی کاتراسپتیف درمل سره ددی چی په لږه اندازه سره تیراوتونیک اغیزی لری د Diethyl Stilbestrol درمل یولړ انومالی منځ ته راوړی دا درمل کله نا کله پکار وړل کیږی د نوموړی درملو خوړل باید د بلاربتوب په وخت په پام کېبی ولرل شی .

iv. - کورټیزون او سټروئیدونه :

دا درمل په تجربوی ډول سره په سویو کېبی داسی څرګدوی چی د Clift lip پینه منځ ته راوړی او د ورکړی په وخت کېبی باید بلاربتوب په پام کېبی وی .

د مور ناروغی Maternal Disease:

د کاربوهاید ریتونو د متیابولیزم د تشوش ناروغی لکه د شکرې ناروغی په بلاربتوب کېبی د لوړه اندازه د ماشومانو د مړینی سبب ګرځی او همدارنگه پدغه راز میندو کېبی چی زیږونه کوی د لوی جسامت لرونکی ماشومان زیږوی . همداراز د ملاد تیرد فقراتو، مرکزی عصبی سیستم ناروغی ، Caudal Dysgenesis هم راپورکړل شویدی .

په تجربوی ډول داسی ثابت شویدی چی دغه ناروغی د ګلوکوز د نه استقلاب له کبله منځ ته راځی او د ګلوکوز پوری اړوند ګڼل شویدی دا ناروغان کله چی تر درملنی لاندی راغلی وی پدوی کېبی د ګلوکوز د اصلاح سره سم د ناروغی شتون لږوالی موندلای د شکرې ضد درمل باید پکار یوړل شی . او د انسولین ورکولو لپاره دی پاملرنه وشی .

فینایل کیتونیوریا Phenylketonurea :

هغه کسان چی د Phenyl alanin hydroxylase انزایم نشتوالی لری پدوی کېبی فینا یل الانین په استقلاب او مصرف نه رسیږی . ددغی مادی لوړوالی په وینه کېبی د عقلی تاخر Microcephaly ، زړه نیمګړی ناروغی منځ ته راوړی .

د خوراکي نشتوالی Nutritional Deficiency :

د غذا او خوارکي ټوکو نشتوالی او کمښت هم د ولادی نیمګړتیاوو سبب ګرځی نشتوالی یی تیراتوجن ندی ثابت شوی خود استقلاب لپاره یولړ ټوکی د انرژي او د استقلابونو د پړاونو د بشپړیدنی لپاره لکه ویتامینونه او نور ټوکی اړین بلل کیږی .

هایپوکسیا Hypoxia :

په تجربوی ډول ثابت شویډی چی د هایپوکسیا د یولړ انومالی کانو سبب کړخی ځکه چی اوکسیجن د بدن د اړتیا غوره عنصر دی . همدارنگه هغه ماشومان چی د بحر له سطحی څخه په لوړه ارتفاع کبسی زیړول کیری د دوی دروندوالی د نورمال په اندول سپک او لږ دی . خو نور څه ندی په ثبوت رسیدلی .

د چاپیریال کیمیاوی عناصر :

i. مرکوری Mercury:-

هغه بلاربی ښخی چی د اوږدی مودی لپاره یی د کبانو (ماهیانو) غوښه خوړلی ده په زیږیدلی ماشومانو کبسی Cerebral Palsy شتون لری . دغه موضوع د څیړنو وروسته ثابت شویډه چی د ماهیانو غوښه په لوړه اندازه Mercury لری ، البته دا په ټولو حالتونو کبسی د تطبیق وړنده خو هغه کسان چی د مرکوری په وارندی حساسیت لری پدوی کبسی دغه مواد کله چی د پلاستیا له لاری جنین ته تیر شی اغیزه کوی او اړوند ناروغی منځ ته راوړی . دا خبره په متحدو ایالاتو او عراق کبسی د څیړنو په لړ کبسی ثابت شویډه .

ii. سرب Lead:-

هغه ښخی چی د بلاربتوب په وخت د سرب په عنصر باندی مسموم شویډی څیړنو ښودلی چی زیږیدلو ماشومانو یی عقلی تاخر او د عصبی سیستم تشوش درلوده او په بعضی مواردو کبسی د سقط سبب کړخیډلی .

کافین او نیکوتین (Coffin & Nicotine) :

دغه دواړو مواد چی ناروغان یی د عادت په توگه د آرامتیا لپاره مصرف کوی که چیری د بلاربتوب په وخت په ډیره اندازه استعمال کړل شی ښایي د هغوی د تراکم له کبله د ماشوم د عصبی سیستم ناروغی منځ ته راوړی .

همدارنگه دیادولو وړ بولو چی یولړ ډیر درمل او کیمیاوی عناصر شته والی لری چی بیلابیلی ناروغی ښایي منځ ته راوړی چی ددغه ټولو په هکله څیړنه په انسانانو کبسی ډیره گرانه کړنه بلل کیری او په حیواناتو کبسی هم ډیر مصرفونه ایجابوی چی له هغوی څخه یادونه نده راغلی . ټولو ډاکرانو او بلاربو ښځو لره ښایي د بلاربتوب په وخت ذکر شوی ټکی په پام کبسی ولری او د ولادی ناروغیو د منځ ته راتگ څخه مخنیوی وکړی .

د بلاربتوب اړوند ځانګړي آزموينې

Special tests during Pregnancy

يو لړ رځنډه اوګڼه وړی آزموينې چې د بلاربتوب په وخت تر سره کېږي دا اړينه ده چې پدغه راز آزموينو لوستونکي پوه شي چې هر يوه يې په لاندې ډول سره د اړتيا تر اندازې تر شرحې لاندې راځي .

په پرې نيټال دوره کېښي د جنيتيک تشوشاتو پيژندنه :

ددې لپاره چې د پرېنيټال (Prenatal) دوره کېښي د ځانګړو جنيتيکي تشوشاتو په هکله معلومات تر لاسه شي او د هغه خطرونو د لږوالی لپاره اړوند آزموينې ترسره کېږي . کله چې يو لړ تشوشات وموندل شي د هغوی د پرمختګ او شته والی لپاره په تکرار سره آزموينې ترسره کوي . او ددغه آزموينو تيجه بايد مور ته وويل شي او هغه بدلونونه چې منځ ته راځي په هغه باندې بايد مور ښه پوه کړل شي او هغه خطر چې هغی ته متوجی دی هغه دی څرګند کړل شي تر څو مور د هغه د سقط ورکولو په هکله هوډ او تصميم څرګند کړي . او ياهم د عقيم کولو په هکله غوڅه پريکړه وکړي .

امينوسنتيزس *Amniocentesis* :

دا هغه کړنلاره ده چې د ستني پواسطه د مور د رحم څخه د کيډي له لاری د امينويتیک مايع راوبستل کېږي او دغه Aspirate شوی مايع د جنيتيک تشوشاتو د پيژندنې لپاره اړوند لابراتوار ته استول کېږي . ترټولو ښه عمر ددغه کړنې د سرته رسولو لپاره 16 weeks د شپاړش اونيو بلاربتوب موده ده او دغه مايع انالایزس او کلچر کېږي .

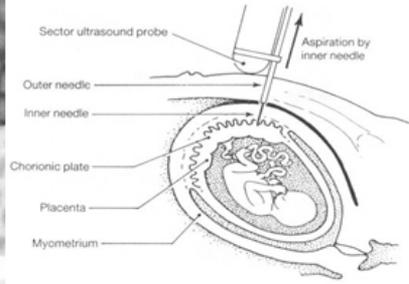
تخنیک *Technique* :

د کړنې دسرته رسولو څخه د مخه دالتراساونډ پواسطه د بلاربتوب ثبیت کېږي دکوپړی د اندازې او د بلاربتوب د نارمل او يا ابنا رمل والی په هکله اړوند معلومات راټولېږي او ياهم د يوه ګوني او دوه ګوني بلاربتوب په هکله معلومات راټولېږي . د ناروغ د کيډي قدامی برخه پاکه توګه مينځل او تعقيم کېږي او 21 يا 22 Gauge اندازې ستنه چې د Spinal Needle پنوم يادېږي .



د امنیوسنتیزس کر نلاره (۱۴-۲۲) تصویر

د امنیوسنتیزس کر نلاره



Ultrasound equipment

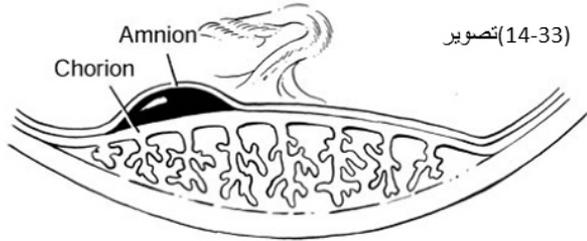


Amniotic fluid
Fetus

ADAM

د ګډې جوف ته اود رحم د جدار له لاری د رحم جوف ته تیرېږي او د 35CC په اندازه مایع د راویستل کېږي . نوکه چې مایع راویستل شی کیدای شی چې په مستقیم ډول ترکښی او ارزونی لاندی راشی او یا هم په معمول توګه حجری د 3-4 اونیو وروسته کروموزومال انالایزس او یا Biochemical ارزونه تر سره کېږي دغه کړنه د الترساوند تر رهنمایي لاندی هم ترسره کیدای شی همدارنګه د امنیوسنتیزس کړنه دمور او ماشوم دواړو لپاره د خطر سره مل ده خومورنی خطری یی ډیر لږدی د پیلګی پتوګه Amnionitis حالت منځ ته راځي (0,1%) خطر د اخته کیدنی لری که چیرې مور Rh-Negative وی او Fetus په دغه وخت کېښی Rh-Positive وی Rh-Immunization له همدغه لاری ترسره شی او امنیوسنتیزس وروسته کیدای شی د Rh-Negative بنځود Anti Rh-D ایمنون ګلوبولین تطبیق کول شی . او ماشوم ددی کړنی خطر د فیتوس وینه بهیدنه ده چې د شی د سوری کولو له کبله منځ ته راتلای شی او همدارنګه ښایي بنفسي سقط ، یاد جنین مرینه په نابره توګه د ډیرو میکانیزمونو له کبله لکه د پلاستنا د Separation له کبله منځ ته راځی دا په ډیره نادره توګه دی چې (2-3%) ټاکل شویدی پدی هکله د (۱۴-33) تصویر ته پاملرنه وکړی .

Placental Separation



Preplacental or subamniotic

دکروموزوم ابنارملیتی :

دا په امریکا کښی اټکل شویدی او اندازه یی د ($1/100$) ژوندیو پېښو گڼل شوی چی تر ټولوی یی
Down Syndrome غوره ناروغی بلل شویده . چی 50-60 سلنه پېښو کښی په سقطونو کښی د
کروموزومال ابنارملیتی نشیت شویدی لدی کبله باید د امنیوتیک مایع د بلاربتوب په وخت و آزمویل
شی .

د هیموگلوبین ناروغی (Hemoglobinopathies) :

د هیموگلوبینوټی د تشو شانو ټاکنه په ماشوم کېږي ډیره غوره آزموینه اوکړنه ده چی پکښی Sickle cell anemia ، Thalassemia او دارتیرو سائیتونو ناروغی ټاکل کیږی .

پېژندنه د Fetal reticulocytes دنارمل جوړیدنی اندازه کول ، هیموگلوبین دجوړښت لپاره د Radioactive leucin د ارزونی له مخی ترسره کیږی ددغه آزموینی دسرته رسولولپاره وینه په مستقیمه توگه له پلاستیدارگونو اویا Chorionic رگنود Fetoscopic visualization لاندی اخیستل کیږی اودهیموگلوبین آزمویل به (% 95) په دقیقه توگه وی د دغی ټاکی لپاره بیلابیلې کړنلارې شته والی لری .

دماشوم دهیوفلیا ناروغی ټاکنه :

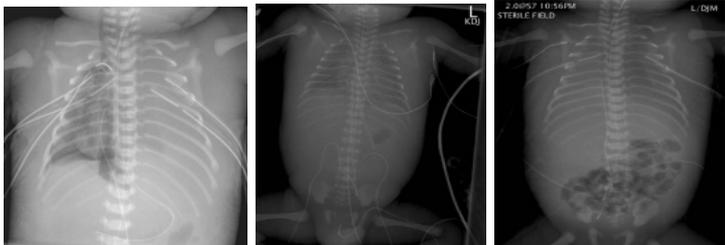
دانا روغی دماشوم دوینی دسیروم Plasma دجلاکولوله مخی کله چی ماشوم دمورپه گېډې ترسره کیږی . اوکله چی دغه ناروغی د داتم فکټور (VIII) دنشتوالی له کبله ثابته شی ماشوم ته دهغه ددرملنی لپاره چمتووالی څرگدیږی او هغه ته د اتم فکټور دنطریق تصمیم نیول کیږی .

دماشوم دپوسنکی دناروغیو ټاکنه :

دغه ټاکنه دماشوم دپوسنکی دیوه بیوپسی " Biopsy Δ " اخیستلوپواسط ترسره کیږی او هغه دمایکروسکوپیک اوپتالوژیک کنتورورسته اړوند ناروغی ثابت کیږی او اړوند چمتووالی ورته په پام کېښی نیول کیږی او اړوند ناروغیود درملنی لپاره هغه ترسره کیږی .

— رادیولوژی :

دغه کړنه دبلاربتوب په وخت غوره کړنه ده چی دماشوم دیولړ ډیرو ناروغیو دشته والی په هکله اړوند معلومات ترلاسه کیږی چی پخواورڅخه بشپړه یادونه شویده .



— التراسونوگرافی :

دا تر ټولومهمه اوله ارزښت ډکه کړنه ده چی دبلاربتوب په وخت ترسره کیږی او دماشوم په اړوند بشپړ او غوره معلومات پری راټولیدنی ددغه گڼی اړوند پخواو بشپړه یادونه شویده .

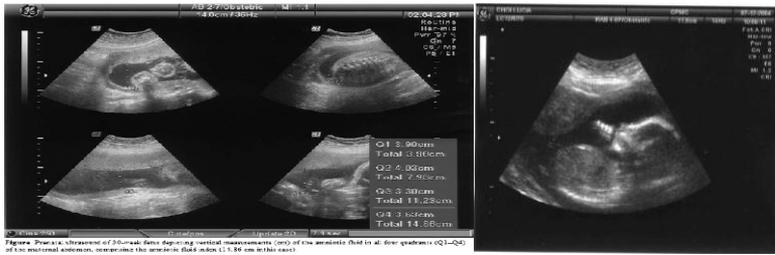


Figure. Prenatal ultrasonography of 30-week fetus depicting vertical measurements (cm) of the amniotic fluid in all four quadrants (Q1-Q4) of a normal amniotic sac, measuring the amniotic fluid index (LI: 54 cm in this case)

— فیتوسکوپی:

داهغه کتنی ته وایې چی دیلایلوکتو دکړنې پواسطه دفتیوس ارزونه دمور درحم په منځ کبسی ترسره شی . لکه د Roentgenography ، Ultrasonography د دغه کړنو په واسطه دفتیوس انومالی پیژندل کیږی لکه پولی ډکیلی Ellis – van- creveld syndrome .polydactyly ته دپیژندنې اشاره کولای شو .

— ماشوم Echo cardiography او Electro Cardiograph :

داهغه کړنې دی چی د دی کتنې پواسطه ماشوم زړه نیمکړتیاوی او زړه ناروغی تثبیت کیږی دا کتنې په دریم ترایمستر کبسی ترسره کیږی او په دغه موده غوره نتیجه ورکوی .

— ماشوم دهاضمی جهاز انومالی :

کله چی ماشوم دمور په کیده کبسی وی دهضمی جهاز انومالی لکه (دکولمو اتریزیا داثاعشر ، جیجنوم ، ایلوم) داتریزیا کیدای شی چی ویژندل شی دبلاربتوب په وروستیکبسی Radiopaque Dyes مواد امینوتیک جوف ته زرق کیږی دغه مواد دغه مودی تیریدنی وروسته ماشوم په واسطه خوړل کیږی او هغه هاضمی جهاز ته نوڅی اوداروند ناروغی تثبیت به ترسره شی . دیادولورودی چی ووايو دغه راز انومالیو کبسی به پولی هایدروامینوز شته والی ولری .

— دپنستورگو او بولی سیستم انومالی :

دا راز انومالی لکه دیوی لوری دپنستورگی اجنیزس او یادیوی لوری لاری انسدادی حالت لکه Ureteropelvic junction انسداد ، Agenesis دادبلاربتوب په 20-24 اونۍ کبسی دالتراسونوگرافی کتنې دسرته رسولوپه واسطه په بنه توگه تثبیت کیږی .

— الفافیتوپروټین :

د Fetoprotein α – (A.F.P) هغه گلوکوپروټین دی چی وزن یی 64,000 دالتون ټاکل شویدی . داپه بنسټیزه توگه په fetal Lever کبسی او Yolk sac کبسی جوړیږی او کولای شوچی ووايو دابه کله چی Conception ترسره کیدنی (29) ورځی وروسته له هغه جوړبنت مومی داپه نورماله توگه دفتیوس دوینی بهیره لویږی او وروسته بیامینوتیک مایع ته لاره مومی اولږه اندازه دموروینی ته

تیریری . چی د Neural tub defect په غیر نورماله توگه دالفافیتو پروتین دلوپي سویې د تراکم سره اړیکه لری چی دمورپه وینه اوامنیوتیک مایع کښی موندل کیږی . چی همدارنگه اوس پیل شویده که چیری د (A.F.P) لوړه سویه وموندل شی ورسره دنوروسیسستمونو انومالی هم ولیدل شی لکه د Omphalocele ، داثنا عشره اتریزيا ، ټرنسندروم ولادی نفروزس ، Fetal distress داخل الرحمی مړینه . خوگونی بلارتوب به ولیدل شی .

Fetal Heart Rate Monitoring Techniques

په Anti partum آزموینی کښی د ماشوم د ښه والی څرگندویه F.H.R دښودنی اوښتولوله مخی

ټاکل کیږی پدی تخنیک کښی په دقت سره په مستقیم ډول سره Electro cardiography

الکروکارډیوگرافی (E.C.G) پواسطه پداسی حالت کښی الکروود فیوس سره په تماس وی ثبت کیږی

سره لدی ددغی کړنې سرته رسول سخت دی خودری نوری کړنې دکېږې له لاری (F.E.C.G)

دماشوم الکروکارډیوگرافی ، فونوکارډیوگرافی ، او التراساوند غوره کړنلاری دی .

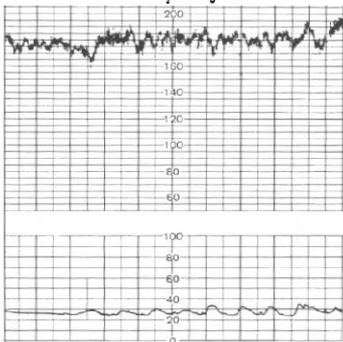


Fig. 1 Fetal tachycardia

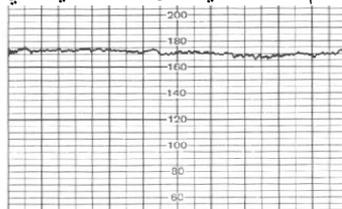


Fig. 2 Loss of baseline variability in fetal heart rate

Monitoring of fetal movement

دماشوم دحرکاتو ثبت کول دلږ اندازه بدلون سره د Tocographic record پواسطه

درحم فعالیت ثبت ترسره کیږی اوپا هم دا حرکتونه د مور پواسطه په فرصت سره هرځل احساس کوی اودهغه دحرکاتو بیان کوی .

Oxytocin challenging test

دا د اوکسی توسین درملو ورکړه ده .

استطباب :

- Placental insufficiency
- Diabetes mellitus
- Chronic hypertension
- Hypertensive disorder of pregnancy

- Intra uterin growth یاد داخل الرحمی تومورونه
- Radiation د داخل الرحمی تومورونو لپاره .
- دویني ناروغی لکه Rh- immunization ، Sickle cell anemia ،
- پخواد پوست ماچور ماشوما نوزیرونی تاریخچه درلودل .
- دهغه تست پواسطه چی دامینوسیتیزس کښی میکانیوم نثیت شی .
- مضاد استطباب .:
- دا تست په هغه حالتونو کښی مضاد استطباب دی لکه :
- که چی رحم تنبه هدف (موخه) نه وی اومضاد استطباب وی .
- که چی په تاریخچه کښی پخواد سیزاین سکشن کړنه ترسره شویوی .
- Threatened premature labor
- Placenta prevea
- Ruptured membrane
- Abruptio placenta
- Multiple gestation & incomplete cervix
- دورکړی تخنیک :

دا درمل (OCT) Oxytocin (دا په مقدمه توگه) (28 weeks) اونوکښی هغه ناروغانوته چی دلور خطر سره مخامخ وی توصیه کیری خومعمولاً 34 اونوکښی ورکول کیری کله چی دکلینیک له پلوه دبلار بټوب پایله موخه وی کله چی Oxytocin ورکول کیری لدی سره سم درحم دجدار تنبه منځ ته راځی اونښایی یولور اختلاطونه لکه درحم ډیره تنبه کیدنه ، Fetal distress دپلاسنټا جلاکیدنه ، دغشار پچر ، دکورډ پرولاپس ته زمینه برابروی اودغه راز اختلاطونه منځ ته راوړی .

دا درمل ناروغ ته ددرید له لارې په سیروم 5% Dextrose کښی کډیری حال داچی ناروغ دبستر لپاسه په Supine پوزیشن پروت دی اوکوپری 30⁰ درجی پورته بڼه ولری . د ماشوم دزړه اوازونه باید په Fetoscope باندی واوریدل شی . که چیری ناروغه ورسره بدله وی لږ ترلږه دری نقلصونه په لس دقیقو کښی په منظم ډول منځ ته راځی . اوهر نقلص د 40 – 60 Sec ټانیو دتیریدوسره له منځه ځی . په یو لږ نورویښوکښی اوکسی توسین په ثابت ډول سره دانټیوژن په توگه ددرید له لارې 0,5 minute پیل مومی په هرکس دقیقو کښی دغه ډوز درملو دوه چنده کیری ترڅو ناروغه دری نقلصونه په هرلس دقیقو کښی ترسره کړی چی هغه باید 40 – 60 ټانیو کښی له منځه لاړشی .

کله چی درحم نورمال فعالیت پیل شی اوپه مناسبه اندازه اوکسی توسین په دوران کښی تراکم وکړی لدی وروسته وڅارل شی ترڅو درحم نقلصونه پالروالی ومومی اود Pretesting ترسویی ورسیری .

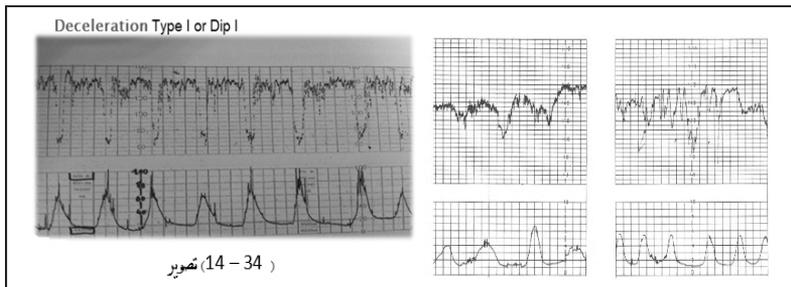
د تاييجو تفسير:

دماشوم دزړه اندازه د تقلصونه (F H R) Fetal heart rat لیدل کیږي او هغه یادښت کیږي دزړه نورماله ټکانونه د (120- 160)، په یوه دقیقه کې شمیږل کیږي (180 – 161) دمتوسطی ټاکی کارډیا د 181 څخه پورته اندازه ټکانونه په یوه دقیقه کې گڼل کیږي .

همدارنگه په منځنی اندازه دبرادې کارډی لپاره (100-119)، پوری ټکانونه په یوه دقیقه کې اوه چیری 99 څخه ښکته اندازه ټکانونه شته والی ولری دابه په وصفی ډول برادې کارډیا وبلل شی . همدارنگه دمخه تردی چی داوکسی توسین دانفیوژن آزموینه ترسره شی باید د ټاکی کارډیا او برادې کارډیا لپاره سببونه وموندل شی اودهغوی د درملنی په هکله دی پاملرنه وشی که چیری دزړه ټکانونه درحم دفعالیت پواسطه تر اغیزی لاندی راشی ارزونه په لاندی ډول وی .

۱) مثبت Positive :

په یوه مثبت OCT او یا C.S.T آزموینه کې چی درحم دتقلصاتو له کبله په تکراری ډول سره په موخړتوگه د F.H.R Deceleration شته والی ولری دابه دماشوم چاپیریال څرگند کړی . یوه مثبته Contraction stress (O.C.T) Occytocin challenging test ته همدارنگه بل نوم د FHR test یا (CST) ورکړل شویدی دغه نمونه د دوه ناروغانو څخه تیاره ده چی دماشوم دموخړ (FHR - deceleration) گډتقلصونه څرگندوی په پورتنی کې د FHR له پورته څخه (80) ته په یوه دقیقه کې رابنکه شویده حال داچی په ښکتنی کې دزړه اندازه یوازی تر (20) په یوه دقیقه کې رابنکه شویده دا دواړه دماشوم دحالت خرابوالی څرگندوی پدی هکله (45- 14)، تصویرته پاملرنه



وکړی . پدغه کرڼه کې Schifrin پنوم عالم معرف کرټیریاوی دماشوم (F.H.R) لپاره په وصفی ډول داتی پارټوم په وخت څرگندی کړیدی هغه په موندنه کې داسی څرگندکړی چی (Late deceleration .10.minute window) لس دقیقو کې لږ تر لږه دری تقلصونه به د سره مل وی چی داد مثبت په توگه گڼل کیږي . د Deceleration ددرجوله مخی دماشوم د Distress لپاره دشدت استطباب ټاکل کیدای شی .

۲) منفي Negative :

دا تست او آزموینه هغه وخت منفي کيل کيږي چې آزمويڼي په لږکبيسي دتقلص سره سم د F.H.R د Deceleration حالت ملتيا نه کوي اود ماشوم دښه روغتيا څرگندويه دي او (Negative O.C.T) پنوم بلل کيږي .

۳ مشکوک Suspicious:

داحالت د OCT.Suspicious آزمويڼه هغه وخت کيل کيږي چې په پنځوس په سلو (50 %) کبيسي درحم دتقلص د Late deceleration سره مل دي اود Deseleration نمونه اوبڼه هيڅکله Uniform يوډول اويامعند Persistent نه وي . دغه آزمويڼه به دماشوم دحالت دڅرگندولولپاره ښودونکي نه وي اود (24) څلورويشت ساعتوپه موده کبيسي دي په تکرار سره ترسره شي .

۴ فرط تنبه Hyper stimulation:

داحالت به هغه وخت جوت شي کله چې داوکسي توسين Oxytocin پرفيوژن په لږکبيسي تقلصونه د دوه (2) دقيقوڅخه په لږه موده کبيسي منځ ته راشي اود 90 ثانيولپاره دوام مومي اوکله هم لډي څخه زياته موده نيسي که چيري دغسي حالت تثبيت شي ښه به داوي چې داوکسي توسين درملوانفيوژن ودرول شي . اوکه چيري F.H.R ثابت پاتي شي داآزمويڼه به داسي تفسيرشي چې منفي تست Negative test دي . اوکه چيري د FHR د Deceleration حالت د هايپرستيوليشن په وړاندي ځواب ورکړي دابه مثبت آزمويڼه (OCT. Positive) ونه گيل شي . همدارنگه کيداي شي د 24 ساعتو وروسته کيداي شي چې دغه کرڼه اوآزمويڼه تکرار کړل شي .

۵ قناعت نه کيدونکي Unsatisfactory .:

پدغه آزمويڼه کبيسي دثبت کولوکواليتي اودماشوم دښه والي دښودني کرڼه درحم تقلص اوياف.H.R دپريضعيف دي چې دتفسيروپنه وي اوپري قناعت نه ترلاسه کيږي . پدي صورت کبيسي بايد په (24) ساعتوکبيسي ياداآزمويڼه تکرار کړل شي .

۶ غير فشاري آزمايڼت (NST) [NONSTRESS TEST]:

پدغه آزمويڼه کبيسي دماشوم دښه والي دماشوم دزړه Rate دښودني له مخي چې بيلابيلي درجي لري اوهمدارنگه FHR بدلونونه دماشوم دښفسي حرکونو پواسطه منځ ته راځي . استطابونه :

ددغه تست ياآزمويڼي استطاب لکه دپورته ذکرشوي آزمويڼي په څيردي .

مضاداستطاب :

ددغه آزمويڼي لپاره هيڅ رازمضاد استطاب شته والي نلري اودبلاربتوب په هروخت کبيسي ترسره کيږي .

د (NST) تخنیک :

دا آزموینه لکه څرنګه چی (OCT) آزموینه په مقدمه ډول سره (28 weeks) اونیکبسی ترسره کیږی خوداګر نه د (34th) څلوردرشمی اونی وروسته ترسره کیږی . دا آزموینه کیدای شی د ډاکټر په کنبی یا په کلنیک کنبی ترسره شی . ناروغ ته Semi-fowler پوزیشن لږه اندازه کین جینی پوزیشن ورکول کیږی ترڅو دمورد هایپوتشن څخه مخنیوی وشی د FHR مونیورته په مناسبه پوزیشن کنبی ځای ورکول کیږی ترڅو څیړنه په ښه توګه ترسره شی د ماشوم حرکتونه (F.M) په درې لارو سره ثبت کیږی . د Tocography کمر بند د مور لپاسه ټول کیږی او ماشوم حرکتونه په مستقیم ډول سره ثبت کیږی او په لنډه ډول به وی .

- مور په دسیګنال Signal مارکر علامه د ماشوم د حرکت احساس سره ترفشار لاندی راوړی . او یا داچی یومجره کس هغه دګېډې لپاسه ثبت کوی او هغه په خپل لاس کنبی نیسی دزړه Doppler FHR - monitor پواسطه د ماشوم له هر حرکت سره هغه ثبتوی . دغه ثبت کول لږ تر لږه (20) شل دقیقو پوری ترسره کیږی . که چیری په دغه موده کنبسکوم حرکت ثبت نشودابه په دمعنی وی چی ماشوم د (استراحت) خوب په حالت کنبی دی . پدغه حالت د Sonic تبه پواسطه ماشوم دمور په ګیده کنبی له یوه اړخه بل اړخ ته ښورول کیږی که چیری یاهم د ماشوم د حرکتونه منځ ته رانشی ښایی دادی ته اړتیا یداکړی چی ناروغه دخوراک لوری ته واستول شی کله چی دوینی دبهیر په لږ کنبی شکر (sugar) لور لارشی ماشوم راوینیری بعضی مرکزونه دمخه تردی چی آزموینه ترسره کړی ناروغ ته شکر ورکوی ترڅو د ماشوم حرکتونه په ښه توګه ثبت کړی .

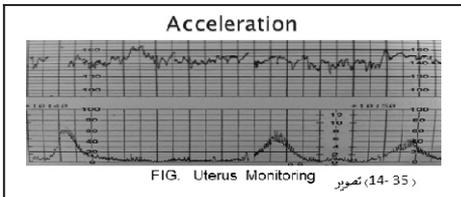
تفسیر Interpretation :

دغه آزموینه په لاندی ډول سره تفسیر کیږی اولوستل کیږی .

■ غیرګونیزه Reactive:

یوغبرګونیزه NST آزموینه په وصفی ډول سره FHR بیړه Acceleration لږ تر لږه 15

نکانه په یوه دقیقه کنبی چی ورسره د ماشوم حرکتونه ملتیا لری . پدی هکله چی ماشوم دښه والی څرنګوالی اودخوبجن حالت اود ماشوم د حرکتونو نشتوالی اود Acceleration تشوالی څرګدشی دتفسیر په هکله غلطی منځ ته راوړی همدارنګه د (6) حرکتونو څخه ډیراندازه دښه FHR سره د



Steeping دوری پوری اړوند اودهغه څخه ښکته هم کله ناکله پدغه حالت کنبی منځ ته راځی پدی هکله (35-14) (تصویرته پاملرنه وکړی . پدغه وخت

کبسی باید 15 ضربه په یوه دقیقه کبسی چی 20 - 15 ثانیه پوری اوږده موده نیسی لږ تر لږه باید دری دماشوم حرکتونه ثبت شی اود FHR. Acceleration باید 20 دقیقو موده کبسی ولیدل شی دا حالتونه د NST. Reactive حالت بنودونکی دی گراف ته په تصویر کبسی پاملرنه وکړی .
دنه غبرگون بنودونکی Nonreactive:

لکه چی دنوم خخه یی بنکاری دماشوم خرابه حالت بنودونکی دی پدی حالت کبسی باید هیخ راز FHR. Acceleration اوماشوم حرکتونو خواب ثبت شته والی ونلری اویابه نامناسبه Acceleration د 15 پنځه لس ټکانونو خخه په یوه دقیقه کبسی لږ وی او په ډیروپیښوکبسی به پرته له توقع خخه د (6) شپږ ټکانونو خخه لږ په یوه دقیقه کبسی لږ ثبت شویوی .
Sinusoidal:

دابه دنورمال د NST آزمویڼی په لږ کبسی په Rhythmic ډول سره 10 - 5 ټکانونو پوری په یوه دقیقه کبسی اوهمدارنگه فریکونسی به یی 3 یا 2 په هره دقیقه کبسی وی . د FHR - Acceleration به دماشوم دحرکتونوپه وخت نشتوالی تثبیت کړی . دابه دماشوم شدید ناروغه حالت څرگند کړی لکه Erythroblastosis fetalis اویاهم دماشوم شديده وینه لږی . که چیری دغه حالت تثبیت شی ددی لپاره باید درملنه ترسره شی او وینه لږه دی د Intra uterin fetal transfusion پواسطه اصلاح کړل شی .
Unsatisfactory:

پدی حالت کبسی به NST آزمویڼه کبسی هیخ راز دماشوم حرکتونه اویا FHR.pattern تثبیت نشی - اړینه ده چی د 24 ساعتوپه لږ کبسی دا کړنه یا ترسره شی .
Fetal Breathing:

دماشوم تنفس کول په 1917 میلادی کال کبسی دالتراساوند دکنی په واسطه کشف شول چی دا کله چی تثبیت شوه دغه علامه دماشوم دروغوالی اوبنسه حالت لپاره علامه وټاکل شوه.
FETAL MOVEMENT:

دماشوم حرکتونه دبلا رتوب په بیلابیلو ځانگړو مرحلو کبسی د مورپواسطه احساس کیږی اویاهم هغه دکنونکی ډاکترپواسطه دالتراساوند اویانوروکنوپه واسطه تثبیت کیږی کله چی ماشوم حرکتونه شته والی ولری دپدی معنی ده چی ماشوم روغه اوبنسه بڼه لری . چی پخوا په بیلابیلو سټونوکبسی درخخه یادونه شویده .

Book Name Obstetric Surgery (Volume 2)
Author Dr. Ajab Gul Momand
Publisher Kandahar Medical Faculty
Website www.kan.edu.af
Number 1000
Published 2012
Download www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**) with funds from the German Federal Foreign Office.

Administrative and Technical support by **Afghanic** organization.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it.

Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office: 0756014640

Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936200937

Message from the Ministry of Higher Education



In the history, book has played a very important role in gaining knowledge and science and it is the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to them who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields. So, that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students.

At the end, I am very grateful to the German Federal Foreign Office, the German Academic Exchange Service (DAAD) and all those institutions and people who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am hopeful that this project should be continued and publish textbooks in other subjects too.

Sincerely,
Prof. Dr. Obaidullah Obaid
Minister of Higher Education
Kabul, 2012

Publishing of textbooks & support of medical colleges in Afghanistan

Honorable lecturers and dear students,

The lack of quality text books in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging the students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past two years we have successfully published and delivered copies of 60 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

“Funds will be made ensured to encourage the writing and publication of text books in Dari and Pashto, especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of- the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this, it would not be possible for university students and faculty to acquire updated and accurate knowledge”

The medical colleges' students and lecturers in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to update and new teaching materials are main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the critical situation of this war torn country into consideration, we need desperately capable and professional medical experts. Those, who can contribute in improving standard of medical education and public health throughout Afghanistan, thus enough attention, should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 60 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh & Kabul medical colleges. Currently we are working on to publish 60 more different medical textbooks, a sample of which is in your hand. It is to mention that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students they want to extend this project to non-medical subjects like (Science, Engineering, Agriculture, Economics & Literature) and it is reminded that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

As stated that publishing medical textbooks is part of our program, we would like to focus on some other activities as following:

1. Publishing Medical Textbooks

This book in your hand is a sample of printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is need to publish about 100 different textbooks each year.

2. Interactive and Multimedia Teaching

In the beginning of 2010, we were able to allocate multimedia projectors in the medical colleges of Balkh, Herat, Nangarhar, Khost & Kandahar. To improve learning environment the classrooms, conference rooms & laboratories should also be equipped with multimedia projectors.

3. Situational Analysis and Needs Assessment

A comprehensive need assessment and situation analysis is needed of the colleges to find out and evaluate the problems and future challenges. This would facilitate making a better academic environment and it would be a useful guide for administration and other developing projects.

4.College Libraries

New updated and standard textbooks in English language, journals and related materials for all important subjects based on international standards should be made available in the libraries of the colleges.

5.Laboratories

Each medical college should have well-equipped, well managed and fully functional laboratories for different fields.

6.Teaching Hospitals (University Hospitals)

Each medical college should have its own teaching hospital (University Hospital) or opportunities should be provided for medical students in other hospitals for practical sessions.

7.Strategic Plan

It would be very nice if each medical college has its own strategic plan according to the strategic plan of their related universities.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We assure them quality composition, printing and free of cost distribution to the medical colleges.

I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

We are very thankful to the German Federal Foreign Office & German Academic Exchange Service (DAAD) for providing funds for 90 different medical textbooks and the printing process for 50 of them are ongoing. I am also thankful to Dr. Salmaj Tural from J. Gutenberg University Mainz/Germany, Dieter Hampel member of Afghanic/Germany and Afghanic organization for their support in administrative & technical affairs.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past two years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like cordially to thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Associate Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, the universities' chancellors and deans of the medical colleges for their cooperation and support for this project. I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave all these books to be published.

At the end I appreciate the efforts of my colleagues Dr. M. Yousuf Mubarak, Abdul Munir Rahmanzai, Ahmad Fahim Habibi, Subhanullah and Hematullah in publishing books.

Dr Yahya Wardak

CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, November, 2012

Karte 4, Kabul, Afghanistan

Office: 0756014640

Email: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org

Abstract

Obstetrics is an ever-changing field. Standard safety precautions must be followed, but as new research and clinical experience broaden our knowledge, changes in treatment and drug therapy may become necessary or appropriate. Readers are advised to check the most current product information provided by the manufacturer of each drug to be administered to verify the recommended dose, the new methods in surgical approaches and duration of administration, and contraindications. It is the responsibility of the licensed prescriber, relying on experience and knowledge of the patient, to determine dosages and the best treatment for each individual patient. This document is the outcome of a multi-disciplinary review of the scientific evidence for the diagnosis, prognosis and treatment of obstetrical surgical problems. The evidence is summarized in the form of a management plan and key messages that may be used to inform practice. The aim in conducting an evidence review is to facilitate the integration of the best available evidence with clinical expertise and the values and beliefs of patients.

This book has been translated from best textbooks of obstetrics those are used for the treatment patients all over the world in the majority of clinics and teaching hospitals.

The first edition of Obstetrics has the primary goals and objectives of the other edition of text books has been written in other languages': to provide the most up-to-date and relevant information in an easy-to-understand outline format for both students and residents. Basic scientific information is balanced by clinical relevance, available and influences the diagnosis and treatment / surgical management methods that allows the readers to update their knowledge prior to their board examinations , and these information are very necessary in practical work.

This edition represents information for the medical student, residents and midwifery student in Obstetrics & surgical management in Pashto language very easy to know & learn content

those whole content in (14) chapters and each chapters has it's related picture to explain the science of text. Chapters have been thoroughly updated and added syndromes and the other on recurrent pregnancy loss management, reflecting the importance these topics have to practitioners and students of obstetrics. In addition, the order of the chapters has been slightly arranged to make the order of presentation more logical.

I would like to add that in Pashto language this is the first book that has been wrote for the use of all staff they don't have the knowledge of other languages' to solve their problems during practice to make lower the mortality rate of mother & children.

Primary care trainees and practicing physicians & obstetric surgeons will find this text a useful resource for common conditions seen in ambulatory practice. Detailed information in tabular and text format provides a ready reference for selecting diagnostic procedures and recommending treatments. Advanced practice nurses and physician's assistants will also find the approach provided here a practical and complete first resource for both diagnosed and undifferentiated conditions and an aid in continuing management.

Unlike smaller medical manuals that focus on urgent, one-time approaches to a particular presenting complaint or condition, this text was envisioned as a resource for clinicians who practice continuity of care and have established a longitudinal, therapeutic relationship with their patients. Consequently, recommendations are made for immediate as well as subsequent clinical encounters.

Dr. Ajabgul Momand MD,MS

د ليکوال لنډه پيژندنه:



رنځور يار ډاکټر عجب گل مومند د ننگرهار ولايت د مومندري ولسوالي د باسول په کلي کې په (۱۳۴۷) لمريز کال کې په يوه روښانفکره کورنۍ کې سترگې نړۍ ته غړولې په کال (۱۳۵۲) لمريز کال کې د کابل ولايت د شاه شهيد (۱) لومړني او منځني ښوونځي کې په زده کړو پيل کړی تر کال (۱۳۶۰) پورې هلته لومړنۍ زده کړې پاي ته رسولې او په کال (۱۳۶۴) لمريز کال کې د کابل د حبيبي عالي ليسي څخه فارغ همدارنگه په (۱۳۷۰) لمريز کال کې د کابل د طب انيسټيټوټ د معالجوي طب پوهنځي کې عالي زده کړې بشپړې او په (۱۳۸۰) لمريز کال کې د کابل د

اندرکاندې په نوم د ماشوم روغتيا انيسټيټوټ او روغتون کې د جراحي څانگې د تخصص پروگرام سرته رسولې په بيلابيلو روغتونونو او جراحي څانگو کې دنده پرمخ بولې او لاهم تراوسه د ناروغانو په چوپړ کې دې په پښتو، دري، انگريزي او اردو ژبو کې بشپړ لاس لري.

1. Clinical Obstetrics -The Fetus & Mother THIRD EDITION

Editors: E. Albert Reece MD, PhD, John C. Hobbins Norman F. Gant Jr. MD

© First published 1992, Second edition 1999, Third edition 2007

© Lippincott Williams & Wilkins© Lippincott-Raven Publishers

2. Current Emergency Diagnosis & Treatment. New .edition

Edited by Charles's Sounders & Mary.T.Ho .

Copyright ©1982, 1986, 1992

3. Current Surgery Diagnosis & treatment . New edition

LANG E medical book .

Copyright ©1982, 1986, 1992, 1996

4. Current obstetrics & Gynecology .

Copyright ©1982, 1986, 1992, 1996

5. DEWHURST'S TEXTBOOK OF OBSTETRICS & GYNAECOLOGY SEVENTH EDITION

© 2007 by Blackwell Publishing

© 1972, 1976, 1981, 1986, 1995, 1999 Blackwell Science

6. Danforth's Obstetrics & Gynecology, 9th Edition

Editors: Scott, James R.; Gibbs, Ronald S.; Karlan, Beth Y.; Haney, Arthur F.

©Copyright ٢٠٠٢ Lippincott Williams & Wilkins

7. Embryo and Fetal Pathology

COLOR ATLAS WITH ULTRASOUND CORRELATION

Enid Gilbert-Barness, MD, MBBS, FRCPA, FRCPath, DSci(hc), MD(hc) ## , Diane Debich-Spicer, BSTampa General Hospital, University of South Florida, Ultrasound contributions from: Mark Williams, ## MD, Kathy B. Porter, MD##, Susan Guidi, MS, RDMS>

© Enid Gilbert-Barness and Diane Debich-Spicer 2004

8. Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics, Third Edition.

Editors: Kimberly B. Fortner MD, Linda M. Szymanski MD, PhD, Harold E. Fox MD, MSc Edward E. Wallach MD

Fortner, Kimberly B.; Szymanski, Linda M.; Fox, Harold E.; Wallach, Edward E.

©Copyright ٢٠٠٧ Lippincott Williams & Wilkins

9. Medical Embryology Text book.

© copyright 1992, 1996, ٢٠٠٧ Lippincott Williams & Wilkins

10. Obstetrics by Ten Teachers Sixteenth Edition ,

Editors: Geoffery Chamberlain MD, FRCS, FRCOG (Hon)

Oxford University Press, USA.

Copyright © 1995 Edward Arnold.

11. Obstetrics and Gynaecology AN ILLUSTRATED COLOUR TEXT EDINBURGH LONDON NEW YORK OXFORD PHILADELPHIA ST LOUIS SYDNEY TORONTO 2003

12. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, Fifth Edition

Editors: Steven G. Gabbe, MD, Jennifer R. Niebyl, MD, Joe Leigh Simpson, MD

Associate Editors: Henry Galan, MD, Laura Goetz, MD, MPH harleston, South Carolina

Eric R.M. Jauniaux, MD, PhD (International Editor), Mark B. Landon, MD

Copyright © 2007 Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier

13. Pediatrics (Medical Genetics), Human Genetics, Obstetrics and Gynecology,

and Pathology*** University of Utah Medical School

© Enid Gilbert-Barness and Diane Debich-Spicer 2004

14. Principles and Practice Obstetrics.

Original by Joseph .B. Delee MD. And By J.P. Greenhill MD.

Copyright © 1974 & 1992, 1994, 1998.

15. Principles of Obstetrics New edition

Edited .by Ronald M. Caplan .MD.

Copyright © 1994, 1998, 2002