صدمات زایمانی

دکتر احمدقانع بصیری*

مجله علمی نظام پزشکی
شمارهٔ ۵ ، صفحه ۳۹۳ ، ۱۳۴۹

چرخهای آیندهٔ مملکت بدست زنان ومردان فرداکه کودکان عاقل وسالم و هوشمند امروز هستند ، نه افراد علیل ومعیوب وعقب افتاده ، باید بگردش درآید . برای رسیدن باین مقصود ، باید عواملی راکه از بدوتولد، موجب مرگ ونابودی ویاضایعات غیر قابل جبران جسمی و روانی کودك میشود باز شناخت وبمعالجه وخصوصاً پیشگیری آنها پرداخت .

عنوان فوق درابتدای امر مسأله‌یی خیلی ساده بنظر میرسد ولی اگر بخانواده‌هائی برخورد نمائیم که افرادی از نظر شعوری عقب‌افتاده دارند وعلت آنهم عدم اجرای مواظبتهائی بوده که باید دردوران قبل ازتولد ازآنان بعمل میآمده تابوضع رقت‌بارامروز نمیافتادند ، آنوقت باهمیت خاص این موضوع پی برده میشود.

صدمهٔ زایمانی به تمام عوارضی که در زمان تولد گریبانگیر طفل میشود اطلاق میگردد (مکانیکی ـ آنوکسی وغیره). تعدادی از آنهارا پزشك بعلت عدم آشنائی ومهارت درکارخود ایجاد میکند ودرنتیجه برای همیشه کودك علیل وسربار جامعه میگردد وبعضی ازآنها ازیکطرف بعلت وضعیتهای مختلف زایمان وسختی آن واز طرف دیگر بعلت عدم توجه والدین بعوارض این صدمات ونکات بهداشتی دیگر پدید می‌آید، بالنتیجه بازطفل گرفتار عواقب این صدمات میشود که برخی قابل درمان وترمیم وعده‌ای غیر قابل درمان میباشند . با توجه به مقدمهٔ فوق اولا، لازم است که مسئولین زایمان هنگامی مستقلا بکار و حرفه خود مشغول گردند که بتمام معنی مهارت وشایستگی اینکار را داشته باشند ثانیاً با اولیاء اطفال باید بادقت صحبت کرد وبآنان فهماند که متأسفانه بعضی از این صدمات زایمانی طوری است که غیرقابل جلوگیری وپیش گیری است،زیرا اگرچه اکثر نوزادان بی‌هیچگونه کمکی خود را از زندگی جنینی بدوران خارج رحمی عادت میدهند ولی عده‌ای نوزاد درشرائط خاصی قرار میگیرند که برای ادامه زندگی محتاج بکمك میباشند و آن شرائط عبارتند از :

۱ـ اگر تعداد ضربان قلب نوزاد کمتر از صد در دقیقه باشد، علامت خطر برای ادامه زندگی او درخارج از رحم است.

۲ـ تنفس طبیعی نوزاد باید ظرف یکدقیقه پس‌ازتولد صورت گیردو اختلال یاقطع تنفس وانسدادمجرای تنفس، همه‌عیوبی‌است که بلافاصله بایداقدام به‌رفع آنها کرد.

۳ـ عضلات شل نیز نشانه خطراست ومعمولا طفل در این مواقع درحال شوك است که باید توجه خاص باو مبذول گردد.

۴ـ فقدان رفلکسهای نوزادی نشانه سستی دستگاه عصبی است خصوصاً اگر نوزاد بهواردکردن لوله‌کاتتر در داخل‌بینی‌واکنشی نشان ندهد .

۵ـ تمام نوزادان باحالت کبودی متولد میشوند ولی بااولین تنفس وطبیعی‌شدن جریان خون، رنگ کودك درعرض ۳ـ۱ دقیقه برنگ ارغوانی تبدیل میشود. ادامه کبودی بیش ازاینمدت ایجاب میکند که بلافاصله بدرمان آن مبادرت ورزیم. رنگ پریدگی‌شدید وشوك، نشانه خونریزی‌است که باید فوراً بانتقال خون متوسل‌شد.

شرح تمام ضربه‌های زایمانی در یك مقاله کار آسانی نیست باینجهت آنچه راکه درعمل شایعتراست وبیشتر مشاهده میگردد وخصوصاً دانستن آن برای هرپزشك اطفال لازم است مختصراً شرح میدهیم :

* دانشکده پزشکی دانشگاه تهران ـ بیمارستان جهانشاه صالح

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

۱ـ ضربه‌های جمجمه (Cranial injury)

الف: Caput succedanum یا Bosse Serosanguine ـ تورم منتشر نسوج نرم پوست سر را بنام فوق میخوانند واین تورم در ناحیه نما (پرزانتاسیون) مشاهده میشود . گاهی اکیموز موضعی یاعمومی وجود دارد. ورم دریکی دو روز اول عمر ازبین میرود ودرموقعی که طفل باصورت بدنیا آمده باشد تغییر رنگ وبدشکلی درصورت نوزاد ملاحظه میگردد . Molding یا قالب گیری وتغییر شکل سر و رویهم قرارگرفتن استخوانهای پاریتال غالباً با بیماری فوق همراه است وپس از اصلاح کیفیت اخیر واضحتر میشود و ضمناً قدری دیرتر ودر هفته‌های اول عمر ازبین خواهد رفت .

ب : اکیموز،اریتم، نکروز چربی زیر جلد و خراشیدگی، همه عوارضی هستند که بعدازبکاربردن فرسپس ، درنوزاد دیده میشود والبته محل آن بمحل استعمال فرسپس بستگی دارد. گاهی درنوزاد بعداززایمانهائی که احتیاج بدستکاری دارند وزمانی درنارسها بعلت نامعلوم اکیموز ظاهر میشود .

پ : خونریزیهای زیرملتحمه چشم وپتی‌شی (Petichie) درناحیه پوست سروگردن نوزاد تقریباً شایع است و علت آنهم افزایش ناگهانی فشار داخل سینه درموقع عبور از مجرای زایمانی است. این نوع خونریزی خود بخود خوب میشود و محتاج بدرمان نیست .

ت : سفالهماتوما (Cephalhematoma) :عبارتست ازخونریزی که در زیر پریوست (Perioste) سر نوزاد پیدا میشود بنابراین همیشه محدود بسطح یکی ازاستخوانهای جمجمه است واین محدود بودن ضایعه، خود وجه افتراقی است با «بوس سروسانگین» زیرادر نوع اخیر محدودیتی در کارنیست بعلاوه پوست روی ضایعه، در سفال‌هماتوم، تغییر رنگ نمیدهد وتاچند ساعت پس از زایمان ورم درپوست سردیده نمیشود چون خونریزی درزیر پریوست بطئی‌تر صورت میگیرد . تقریباً ۲۵ درصد از موارد درسفال هماتومها شکستگی در استخوان ناحیه خونریزی وجود دارد و گاهی بندرت شکستگی استخوان در داخل جمجمه فرومیرود. درلمس برجستگی، در وسط آن نرمی و حالت تموج محسوس است و در حاشیه آن فرورفتگی که دال برشکستگی استخوان ویانقص استخوانی است حس میشود . این سفال هماتوم از اواخر هفته دوم شروع به آهکی‌شدن میکند واکثر آنها بعداز۶هفته جذب میشوند وتعداد کمی ازآنها سالها بصورت برآمدگی استخوانی باقی میمانند که در رادیوگرافی استخوان جمجمه کاملا قابل تشخیص است،زیرا فضای دیپلوئید پهن‌شده وضایعات کیستی ماهها وسالها باقی میماند.

درکیفیت اخیردرموقع گریه وفریاد بعلت افزایش فشاربرجستگی وداشتن ضربان، تشخیص میسرمیگردد ورادیوگرافی ازمحل ضایعه شناسائی نوع ضایعه را آسان میکند .

این بیماری احتیاج بدرمان خاصی ندارد وخصوصاً محتاج بستن و فشار دادن ویاسوزن زدن وشکافتن نیست چون اینکارها تولید عفونت استافیلوکوکسی‌مقاوم مینماید .

ث- شکستگی استخوان جمجمه ـ این‌عارضه بعلت فشار فرسپس، فشردگی سرروی خارعانه یابرجستگی استخوان خاجی و یا ایسکیون مادر ، ایجاد میگردد .

شکستگی‌های‌خطی‌شایعتر ازانواع شکستگی‌های دیگراست،لکن علامتی ندارد و محتاج درمان هم نیست .

شکستگی‌های فرو رفته سقف جمجمه معمولا بصورت فرورفتگی مختصر شبیه توپ پینگ‌پونگ بروز مینماید .

برای جلوگیری‌ازآسیب قشرمغز دراثرفشار، باید فرورفتگیهای استخوان‌را بوسیله جراحی اصلاح‌کرد .

درشکستگی‌های استخوان پس‌سری وجدا شدن قسمتهای‌قاعده‌ای وصدفی ، بعلت پارگی سینوسهای زیر استخوان ، تقریباً همیشه خونریزی‌کشنده ظاهرمیشود . واین قسم شکستگی معمولا بعلت کشیدن فقرات نوزاد هنگام زایمان بانمای سرین ، درمرحله‌ای که سردر لگن مادرگیرکرده است،اتفاق میافتد . درصورتیکه ماما وپزشك مهارت‌کامل داشته باشند این عارضه بندرت مشاهده میگردد .

ج : خونریزی داخل جمجمه : خونریزی داخل جمجمه در نوزادان بطورکلی بیشتر مربوط بضربه وفشاری است که در زمان زایمان بسر وارد میگردد ویا بوضع غیرطبیعی دنیا آمدن بچه ارتباط دارد.خونریزی دراثراختلال‌جدار عروق بعلت آنوکسی، بیشتر ثانوی است وندرتاً متعاقب امراض خونریزی دهنده اولیه یا آنومالیهای عروقی مادرزاد مشاهده میگردد.خونریزی بعلت ضربه مخصوصاً درصورت نبودن تناسب بین سربچه ولگن مادر ویازایمان طولانی، زایمان سرین، زایمان سریع و وجود مانع مکانیکی درزایمان،دیده میشود که دراینجا باید گفت استعمال صحیح فورسپس در زایمانهای طولانی وسخت امکان وقوع خونریزی داخل جمجمه راکم میکند درحالیکه این عمل اگر بدست افراد غیر کاردان صورت گیرد باعث عوارض مختلف منجمله شکستگی استخوانهای سر وخونریزی داخل‌جمجمه خواهدشد.

خونریزی داخل‌جمجمه‌درنوزادان مخصوصاً نارسهائی که بخودی خود و بی‌هیچ ضربه مشخص بدنیا میآیند گاهی مشاهده میگردد. درنارسها،خونریزی زیر اپاندیم،زیرعنکبوتیه، داخل‌مغزوداخل

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

بطن شایع است. خونریزی داخل بطنی خود بخود و بی آسیب چادر مخچه، داس مخ یا ساختمانهای دیگر، عملا منحصر بنارسهاست درصورتیکه خونریزی شدید زیر سخت شامه که غالباً با پارگی چادرمخچه(Tentorium Cerebelli) یاداس مغزهمراه است در نوزاد رسیده بیشتر از نارسها است . خونریزی بعلت آنوکسی یا بصورت پتیشی است که معمولا در زیرعنکبوتیه و داخل مغز است و یا فقط، تراوش خفیف گلبول قرمز وجود دارد، بعلاوه علائم و یادگارها بیشتر مربوط به آنوکسی است تا خونریزی .

علائم بالینی خون‌ریزی داخل جمجمه : گاهی خونریزی داخل جمجمه درموقع تولد وجوددارد ودربعضی مواردعلائم خونریزی تامدتی بعداز زایمان آشکارنمیشود. شایعترین علائم بعداز تولد، ناتوانی درانجام حرکت طبیعی، کاهش یافقدان رفلکس مورو(Moro)، خواب آلودگی وچرت است. بی‌نظمی تنفس بی‌علائم دیگر اختلال تنفس، غالباً دال برخونریزی شدیداست. رنگ‌پریدگی، سیانوز و حملات سیانوز، اشکال درمکیدن ، استفراغ پرفشار، اضطراب وبیقراری، فریادبلند زیر، پرش عضلانی، تشنج‌وفلج ممکنست اولین نشانه خونریزی داخل جمجمه باشد . فونتانل ممکنست سفت وبرجسته باشد. کودك زبان خود را بیشتر اوقات ازدهان بیرون میآورد (مثل افعی)؛ زمانی‌خونریزی درشبکیه، فلج‌های چشمی، عدم تساوی مردمك‌ها، فقدان رفلکس‌بنور و یا نیستاگموس وجود دارد .

تشخیص خون‌ریزی داخل جمجمه: خونریزی داخل جمجمه از روی سابقه زایمان، علائم بالینی وسیر آن تشخیص داده میشود . قبل‌ازتشخیص بیماری ابتدا باید امکانات کمك به‌بیمار را درمقابل خطر آن بررسی کرد. پونکسیون سودورال، حتی درصورت وجود خونریزی زیرسخت شامه، صلاح نیست زیرا ازیکطرف ممکنست خون لخته شود واز طرف دیگرفقط گاهی این عمل، بیمار را از مرگ نجات‌میدهد ـ ترپاناسیون ومشاهده مستقیم‌منتژ ندرتاً لازم است زیرا این اقدام برای نوزادانی‌مطرح میشودکه دچار وضع بدی هستند و بعلاوه نفع تشخیصی یا درمانی آن خیلی کم است بهمین‌جهت حتی درموارد مشکوك بخونریزی داخل بطن‌بندرت بزل‌انجام میگیرد. درمواردی که علائم‌افزایش‌فشارداخل جمجمه موجوداست، برای‌تشخیص خونریزی ماکروسکوپی زیرعنکبوتیه ومننژیت میکربی‌وهمچنین کم کردن‌فشارروی ساختمانهای‌حیاتی، باید پونکسیون مایع نخاعی از ناحیه کمر انجام داد. چون در جریان‌زایمانهای طبیعی وحتی‌سزارین، خونریزی خفیفی‌مشاهده میگردد بنابراین وجود تعدادکمی گلبول قرمز یاگزانتوکرمی مایع زیرعنکبوتیه حتماً نشانه‌خونریزی مهم داخل‌جمجمه‌نیست.

بیلیروبین درنوزادان مبتلا به‌یرقان‌ممکنست مایع نخاع‌را برنگ زرد درآورد برعکس درخونریزی شدید زیرسخت شامه یاداخل مغزی که ارتباطی بافضای زیرعنکبوتیه ندارد، مایع زیرعنکبوتیه ممکنست کاملا شفاف باشد .

پیش‌بینی‌عارضه خون‌ریزی داخل‌جمجمه ـ دراشکال‌سخت ممکنست مرگ در داخل شکم مادرفرارسد. بعدازتولد معمولا مرگ ومیر درظرف سه‌روز اول عمروبعلت نارسائی‌تنفس‌است. اگر بچه زنده بماند غالباً بهبودکامل پیدا میکند ولی‌ممکنست یادگارهای دائم مخصوصاً ازنوع سربرال پالسی ایجاد شود .

دربعضی‌از موارد، اپانشمان زیرسخت شامه که محدود بنشاء است ودر اواخر طفولیت دیده میشود احتمالا معلول خونریزی زیر سخت شامه‌درموقع تولد میباشد. آماری درمورد شروع‌وپیش‌بینی خونریزی داخل جمجمه درنوزاد وجود ندارد زیرا کالبد شکافی تنهامدرك قابل‌اطمینان‌است ودربیمارزنده بندرت‌میتوان به‌تشخیص قطعی رسید، تعدادی از اولیاء اطفال بعلت توجه بیشتر، از عقب‌ماندگی‌فرزندشان دراینمواقع‌اظهارنگرانی‌میکنند. دراین موارد بایدباحوصله وتدبیر بیماری را برای‌آنهاتشریح کرد وتاحدی‌که ممکنست‌ازعواقب مرض شرح بیشتری داد .

پیش‌گیری خون‌ریزی داخل جمجمه : اقدامات پیشگیری شامل مراقبت دقیق مامائی‌است ودربسیاری ازموارد، خونریزی داخل جمجمه قابل اجتناب است.

درمان خون‌ریزی داخل جمجمه : دستکاری ومانورهای مختلف درنوزاد باید حتی‌الامکان کم وملایم صورت گیرد وخیلی‌خوبست نوزاد را درانکوباتورقرارداد که کنترل‌حرارت ونظارت دائم در تجویز اکسیژن بنحو مطلوب انجام گردد (درصورتیکه سیانوز موجود باشد). دراینجا بااستفاده‌ازموقعیت، موارد استعمال وطرز دادن اکسیژن بخصوص درنوزاد را شرح میدهیم:

۱ـ دادن اکسیژن باید بدستور پزشك انجام پذیرد .

۲ـ اکسیژن را باید در حداقل غلظت تجویز نمود تاوضع نوزاد بهتر گردد وچنانچه بااین‌غلظت وضع بهبودنیافت میتوان ازغلظت ۴۰ در صد نیزاستفاده کرد .

۳ـ قطع اکسیژن باید زود انجام گیرد باستثنای مواردیکه ادامه تجویز آن ضرورت داشته باشد. .

۴ـ موارد استعمال معمولی‌اکسیژن درسیانوز عمومی (نه‌سیانوز انتهاها) وتنگی‌نفس و کمبود اکسیژن (Hypoxie) وخونریزی داخل مغزی است .

۵ـ منبع اکسیژن باید طوری باشدکه درصورت لزوم، استفاده‌از غلظت بیشتر آن امکان داشته باشد .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

۶ـ تاموقعی‌که‌کبودی موجوداست تجویز اکسیژن ضرورت دارد وحتی ۶ الی۲۴ ساعت بعدهم بـاید اکسیژن را ادامه داد وسپس به‌تناوب قطع و وصل کرد وسرانجام آنرا کاملا قطع کرد.

۷ـ تجویز اکسیژن از راه‌کاتتر خوب نیست تنها از راه چـادر اکسیژن ویامحفظه انکوباتور بسیار نافع است .

۸ـ مدت استفاده‌ازاکسیژن‌بافشارزیاد نباید بیش‌ازده دقیقه باشد وفشارزیادتر از۲۵سانتیمتر آب‌اغلب باعث‌پاره‌شدن‌آلوئولهامیشود.

درمان‌های دیگر خون ریزی داخل جمجمه بـدین شرح است : فنوباربیتال۸ـ۶ میلی گرم داخل‌عضله، یاداروی ضدتشنج‌دیگری بمقدار لازم برای‌کنترل تشنج باید بکار رود. تجویز مقدارکمی ویتامین K_1 خوبست ـ تزریق‌مختصرخون(ده‌سی‌سی برای‌هر کیلو گرم وزن) آنهم درمواردیکه بیماری‌خونریزی دهنده وجوددارد لازم است . درمورد پونکسیون لمبر بمنظورکم‌کردن فشارداخل جمجمه‌وخارج‌کردن‌خون ماکروسکوپی برای‌کاهش اثرتحریکی آن روی قشر مغز وهمچنین جلوگیری ازدخالت آن درمکانیسم طبیعی‌جذب مایع نخاع اتفاق آراء وجود ندارد بنظر میرسدکه پونکسیون لمبر، مخصوصاً وقتی‌که مـایع زیر عنکوتیه خـون میکروسکوپی داشته باشد،لازم است.

انجام عمل‌جراحی برای‌کم‌کردن‌فشار داخل جمجمه معلوم‌نیست که‌تاچه حدنافع باشد وازآنجاکه باپونکسیون لمبر این‌خواسته برآورده‌میگردد پیداست‌که‌انجام این‌کار اخیرصحیحتروعملی‌تر از جراحی است .

چ : خیز : دراثر ضربه ویـاآنوکسی، خیز مغز تولید میگردد بعلاوه خودخیز ممکنست مولد ویانتیجه یك یاتمام علائم بالینی خونریزی داخل جمجمه باشد باین جهت درابتدای امرتشخیص بیماری خیلی مشکل است .

درمان شامل‌کاهش‌فشار داخل‌جمجمه بوسیله پونکسیون‌لمبراست. محدودکردن مایعات بمقدار ۸۰۰ سانتیمتر مکعب برحسب متر مربع بدن در۲۴ ساعت‌وتجویز ده‌میلی‌گرم Dexamethasone برحسب مترمربع‌بدن درابتدا وبعداً۵میلی‌گرم‌برحسب‌مترمربع بدن‌هرشش‌ساعت(۲۰میلی‌گرم برحسب مترمربع در ۲۴ ساعت) نافع‌است.همینطور ازManitol داخل‌وریدی بااحتیاط‌درصورت ضرورت میتوان‌استفاده‌کردومعمولا۴ـ۳روزدرمان‌اصولا‌کافی‌است.

ح : فلج عصب صورت(Facial nerve palsy) پارالیزی فاسیال درنتیجه علل غیرمامائی‌وآژنزی هسته عصب صورت بندرت‌ایجاد میشود . دراینموقع درحال‌گریه وفریاد نوزاد ، یکطرف‌صورت حرکت میکند ودهـان بآن طرف‌کشیده میشود چشم طرف مبتلا بسته نمیشود وچین بین بینی ولب وجود ندارد. پیش‌بینی باشدت آسیب ویـا پارگی عصب بستگی دارد . درصورت آسیب مختصر ظرف چند هفته خود بخود بهبود حاصل میگردد . مراقبت‌چشم طرف‌بیمارکه بازاست ضرورمیباشد. تحریك یاجریان‌الکتریکی فارادیك هیچ فایده‌ای ندارد ودرصورت ادامه فلج گاهی ضرورت جراحی پلاستیك مطرح میشود .

خ : آسیب وارده به‌بینی: شایعترین آسیب بینی دررفتگی قسمت غضروفی تنه وسطی (Septum) از شیـار استخوان Vomer و Columella است . نوزاد در موقع شیرخوردن نـاراحت میشود وتنفس ازبینی‌برای او مشکل میگردد . درمان‌باید هرچه‌زودتر توسط متخصص گوش وحلق وبینی انجام شود .

د : آسیب ستون‌مهره‌ای‌ونخاع‌شوکی(Spine and spinal cord) درمرحله‌ای‌که ستون مهره‌ای درحال اکستانسیون است اگر بچه محکم‌کشیده شود ویا جهت‌کشش جانبی باشد، مهره‌ها ممکنست شکسته ویا ازیکدیگر جدا شوند . این آسیب‌ها بیشتر درموقع خروج شانه درنمای سر وهمچنین‌خروج سردرنمای سرین‌ایجاد میشوند ودراغلب موارد ضایعه درهفتمین‌مهرهٔ گردنی‌واولین‌مهره پشتی است .

قطع‌عرضی‌نخاع ممکنست پیش‌آید ولی‌ناگفته‌نماندکه خونریزی وخیزمیتواند علائمی‌شبیه نشانی‌های قطع عرضی‌نخاع ایجادکنند بااین تفاوت که دائمی نیستند . از نظر علائم بالینی ، حرکات ارادی در پائین محل ضایعه کاملا از بین میرود . معذلك باقی ماندن رفلکس بازداشتن (Withdrawal)، تحت‌کنترل مرکـز نخاعی‌پائین محل‌ضربه،موجود است‌که غالباً بغلط بعنوان‌حرکت ارادی تعبیرمیشود. صدمات شدید نخاع معمولا کمی بعداز تولد سبب مرگ نوزاد میشود ودرآنهائی‌که زنده میمانندآسیب دائمی وجوددارد‌که آنها را همیشه علیل نگاهمیدارد.

پیش‌بینی دراینمواقع بستگی‌بنوع دررفتگی ویا شکستگی وفاصله بین‌ایجاد فشار ودرمان‌آن دارد.

ر: آسیب اعصاب محیطی (Peripheral Nerve Injuries):

فلج بازو(Brachial Palsy): صدمه شبکه عصبی‌بازوسبب فلج‌بازو ویافلج ساعد و یا دست میشود. این‌آسیب هنگام کشش سر موقع زایمان شانه ایجاد میشود.

درفلج ERB - Duchenne: آسیب منحصر باعصاب پنجم و ششم گردن است، نوزاد نمیتواند بازو را از شانه دورکند و بازو یـا ساعد را بخارج بچرخاند . بازو معمولا در وضع آدوکسیون و چرخش به‌سمت داخل و ساعد در وضع روتاسیون اکسترن قرار میگیرد. قدرت باز کردن (اکستانسیون) ساعد باقی است ولـی رفلکس Biceps و رفلکس مورو در طرف مبتلا ازبین رفته است.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

ممکنست اختلال حس در سطح خارجی بازو موجود باشد. قدرت ساعد و دست محفوظ است (Hand Grasp) مگر اینکه قسمت تحتانی شبکه‌هم آسیب دیده باشد. اگر بچه بتواند اشیاء را با دست نگهدارد علامت پیش‌بینی نویدبخشی است درصورتیکه‌عصب فرنیك آسیب‌دیده باشد بی‌حرکتی دیافراگم را میتوان در موقع رادیوسکوپی دید.

Klumpkes' Paralysis: این نوع فلج شکل نادرترفلج بازو است. واگر با آن آسیب عصب هفتم و هشتم گردن و اولین عصب پشتی با آسیب رشته‌های سمپاتیك اولین رشته پشت همراه باشد سبب فلج دست توأم با پائین افتادگی پلك ومیوزیس میشود.

اشکال خفیف‌آن ممکنست بلافاصله بعداز تولد مشخص نشود لذا بایدآنها را ازآسیب مغز، شکستگی، دررفتگی و یا جدا شدن اپی‌فیزاستخوان بازو وشکستگی ترقوه تشخیص داد.

پیش‌بینی باشدت آسیب عصب وپارگی آن بستگی دارد. اگرفلج بعلت خیز و خونریزی اطراف رشته‌های عصبی باشد در عرض چندماه‌کارعضو بازمیگردد واگر بعلت پارگی باشد، آسیب دائمی خواهد بود.

ابتلای عضله دلتوئید معمولا واضحتر ازبقیه است، افتادگی شانه ممکنست بعلت‌آتروفی عضله دلتوئیدهم ایجاد شود.

درمان‌آسیب‌های اعصاب محیطی: شامل‌شل‌کردن عضلات فلج شده بوسیله جلوگیری ازکشش عضلات مخالف‌است باین‌ترتیب‌که در حالیکه‌بچه دررختخواب‌قرارگرفته میتوان مچ‌دست اورا طوری به‌تخت‌بست‌که‌بازو بحال آبدوکسیون‌وچرخش بخارج قرارگیرد و آرنج‌ثابت‌باشد. اگردست‌فلج‌باشد بایدبالش‌کوچکی (Padding) زیرپشت‌کودك قرار داد سپس میتوان ازآتل استفاده‌کرد تا بازو دروضع صحیح قرار گیرد. فیزیوتراپی نیزلازم است . اگر فلج بعلت‌پارگی‌رشته‌های‌عصبی‌بمدت دوتاسه‌ماه ادامه‌یابد نوروپلاستی باعث بهبود جزئی میشود.

ز: آسیب عضله‌جناغی‌چنبری‌پستانی(Sterno-cleïdomastoïdien): گاهی‌توده سفتی‌بقطریکی‌دوسانتیمتر دروسط عضله مذکوردرهفته دوم عمردیده میشود معذلك ممکنست کمی‌بعدازتولد بروز نماید. عده‌ای معتقدندکه این توده هماتوم‌کوچکی است‌که بعلت آسیب عضله درموقع تولد ایجاد میشود وبنظربعضی این‌توده ناهنجاری فیبروماتوزعضله است. برخلاف عقیده عمومی،این‌توده همیشه در طرف مبتلا، تورتیکولی ایجاد نمیکند. اکثراین تومورها بخودی خود درظرف یکسال‌اول‌عمرازبین میروند وتورتیکولی همراه‌آن اصلاح میشود. درصورت ادامه تورتیکولی ونیز برای پیشگیری میتوان بمادرآموخت کـه عضله مبتلا را بحال هیپراکستانسیون درآورد. برای‌اینکارسرنوزاد را بجهت مخالف چرخانده وضمناً گردن را بطرف سالم خم میکنند. این‌عمل‌را روزی ۳ـ۲ دفعه وهرمرتبه ۲۵ـ۲۰ بارتکرارمینمایند،این تمرین را درحالی‌که نوزاد دردامن مادردرازکشیده استوسرش اززانوی مادرآویزان است وپاها روی شکم مادر قراردارد بهترمیتوان انجام داد. اگر تورتیکولی بیش از یکی دوسال ادامه یابد جراحی لازم میشود.

س: فلج عصب فرنیك : درصورت وجود سیانوز وبی‌نظمی تنفس، بایـد آسیب عصب فرنیك یا فلج دیافراگم را در نظارداشت این صدمات معمولا بافلج بازو همراه هستند،تنفس بیمار سینه‌ای است و بنابراین موقع شهیق شکم برآمده نمیشود. صداهای تنفسی در طرف مبتلا کاهش مییابد . تشخیص با رادیوسکوپی داده میشود زیرا حدود دیافراگم طرف فلج وحرکات الاکلنگی (See_saw movements) دوطرف دیافراگم‌درموقع شهیق باین وسیله‌کشف میشود.

برای این عارضه درمان خاصی وجودندارد. نوزاد را باید روی طرف مبتلا خوابانند،تجویزاکسیژن ممکنست لازم شود. تغذیه با گاواژ غالباً انرژی نوزاد را برای ادامه حرکات تنفسی مشکل حفظ میکند . معمولا بهبود حاصل میشود ولی باید بعفونت‌های ریوی توجه خاص مبذول داشت چون یکی از عوارض سخت‌این بیماری بشمار میرود.

ش: آسیب‌های اعصاب محیطی‌دیگر: اعصاب دیگربندرت درموقع تولد آسیب می‌بینند ولی درهنگام خونریزی وشکستگی‌ممکنست این‌اعصاب هم دچارصدمه شوند.

صدمهٔ احشاء وشکستگی‌های استخوان‌اندام واستخوان ترقوه: آسیب‌ترقوه ـ بی‌شك خیلی‌ازشکستگیهای‌استخوان‌ترقوه‌تشخیص داده‌نمیشود ولی‌بخوبی‌معلوم شده‌که این عارضه نسبتاً زیاد است. در زایمان بانمای پا برای خارج کردن سر از لگن ممکن است استخوان ترقوه ، بوسیله انگشتان ماما که روی شانـه‌ها قـرار گرفته‌است بشکند. همچنین‌فشارشدید برای خارج‌نمودن دستهای نوزاد موجب شکستگی‌استخوان ترقوه اومیشود زیرا چنین بنظر میرسد که فشار از طریق بازو به ترقوه انتقال پیدا مینماید.

این آزار در زایمان با نمای سر و حتی در زایمانهای بخودی خود هم مشاهده میشود و علت آن فشار طولانی شانه قدامی‌روی سمفیز وفشار از پائین به‌بالای شانه خلفی است‌که ازقسمت پرینه وارد میشود .

جدا شدن قطعات استخوان Crepitus و هماتوم اتفاقی و علائم ضعف و درد نیز متغیر است و بستگی بوجود آزار شبکه بازو داردکه با آن توأم شود .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

امتحان با اشعه ایکس معمولا شکستگی راکه به شکستگی چوب تر تشبیه کرده‌اند نشان میدهد و بندرت، شکستگی از نوع عرضی است. جوشگاه استخوان (کالوس) بزودی پدید آمده ولی فوری جذب میشود. پیش‌بینی تقریباً همیشه خوب است و در مواقعی که جدا شدن قسمتهای شکسته شدید باشد بایستی آنرا بی‌حرکت کرد. گر چه بعضی از متخصصین استعمال وسائل ارتوپدیك را بعلت تحریك توصیه نمیکنند.

آسیب استخوان بازو: بیشتر شامل دررفتگی استخوان از شانه، جدا شدن اپی‌فیز و شکستگی دیافیز میباشد. بندرت استخوان ساعد (از بازوببائین) آزار می‌بیند ولی جدا شدن اپی‌فیز تحتانی استخوان‌بازو علامتی مشابه آزار استخوان ساعد بوجود میآورد (حرکت خود بخود اندام و رفلکس‌آن وجود ندارد). شکستگی اغلب درحین خارج کردن نوزاد با نمای پا و آزادکردن دستها اتفاق میافتد و در زایمانهای بانمای سر کمتر ازآزار استخوان ترقوه مشاهده میگردد و احتمالا همان مکانیسم را دارد.

علائم آسیب استخوان بازو: درشکستگی بازو معمولا دست بطرف داخل چرخیده ولی درموارد نسبتاً خفیف، تشخیص مشکل وتنها باکمك اشعه امکان‌پذیراست.

جوشگاه بزودی تشکیل میگردد و مقدار آن زیاد میباشد و در موارد شدیدی‌که استخوانها از هم جدا شده‌اند بی‌حرکت‌کردن ضرورت پیدا میکند. گاهی‌آزار عصب بازو مشاهده میشودکه‌نیاز بدرمان و ماساژ مخصوص دارد. در مواقعی‌که اعصاب در نسوج التیامی قرارگیرند درمان آن جراحی است.

قفسه سینه: سینه درحین‌زایمان بندرت‌آزار می‌بیند ولی دربعضی موارد آزار ریه وحتی شکستگی استخوانهای قفسه سینه مشاهده گردیده است واین امر بعلت روش احیاء نادرست و شدید نوزاد پس اززایمان بوجودآمده‌است. زمانی پاره شدن رباطهای عضلانی که به‌سینه‌اتصال‌دارند مشاهده میشود خصوصاً گاهی رشته‌تحتانی عضله Trapezitus پاره شده ودرنتیجه موجب شانه‌های بالاآمده مادرزادی میگردد.

شکم: آزار شکم‌را درحین‌زایمان میتوان به‌ترتیب زیر تقسیم‌بندی کرد:

۱ــ ضربه عمدی بمنظورکشتن نوزاد.

۲ــ تغییرات پس‌از مرك.

۳ــ آزار دوران بارداری.

۴ــ آزار دورهٔ نوزادی: مانند حرکت دادن شدید نوزاد درحال خفگی بمنظور تنفس‌مصنوعی‌که موجب پارگی‌کبد، طحال، غدد فوق کلیوی و یا لوزالمعده میشود.

۵ــ خونریزی داخل شکم‌بعلت‌عفونت وسپتی‌سمی و کوفت. علاوه برآن در حین زایمان بانمای پا چون خون بقسمتی از جنین‌که هنوز ازگردن رحم خارج نشده رانده میشود ازاین لحاظ خطر خونریزی درکبد، طحال، لوزالمعده، غدد فوق کلیوی و کلیه افزایش میبابد.

احتمال پاره شدن احشاء، بستگی بحالت رگهای خونی، نارسی، خفگی، بیماریهای جنین، احتقان قبلی عروق و پارانشیم، پیدایش آزار در حین زایمان و بالاخره روش احیاء نوزاد دارد.

خونریزی دراثر احتقان که‌با اکیموز رگهای موئینه مشخص‌میشود بندرت خطرناك‌است. معمولا خونریزی وضایعه نسوج‌دیده‌نمیشود مگرآنکه رگهای بزرك پاره شوند. گاهی‌خونریزی فوق‌کلیوی درنوزادی‌که بانمای پا بدنیاآمده ویا بعلت خفگی یابعلت اینکه روش‌احیاء صحیح‌انجام‌نگرفته‌است، مشاهده میشود. این‌خونریزی داخل‌کپسول فوق‌کلیوی باقیمانده، یا زیر نسوج پرده صفاق راه پیدا میکند بدون آنکه در حفره‌صفاق مشاهده‌گردد. خونریزی زیرکپسول‌فوق‌کلیوی خیلی‌کم است ولی اغلب درزایمان بانمای پا و بندرت درزایمان خودبخود مشاهده میشود. پارگی‌ممکنست سطحی و یا عمیق در پارانشیم باشد. در مورد دوم مرك بتأخیر میافتد ولی پس از دو الی سه روز بعلت خونریزی زیاد درحفره صفاق، بیمارفوت میکند.

چنین بنظر میرسدکه خونریزیهای شدید درغدد فوق‌کلیوی‌اغلب پس از زایمان مشکل و طولانی و خفگی بوجود آمده موجب مرك فوری میگردد. اگر هماتوم قابل‌لمس نباشد تشخیص‌مشکل است. علائم خونریزی فوق‌کلیوی، شوك شدید و سیانوز ودرمان آن‌همان درمان نارسائی حاد فوق‌کلیوی است.

پارگی طحال اغلب پس ازبیماری قبلی این‌عضو پیش‌میآید مانند سیفیلیس وغیره و اغلب پارگی طحال باپارگی‌کبد همراه است.

لوزالمعده وکلیه: بندرت در زایمان طبیعی آزار می‌بیند

کبد: درکبد اغلب اکیموز سطحی حتی پس از یك خفگی‌خفیف مشاهده میشود. این عضو بعد از مغز بیش از هرعضو دیگر بدن صدمه‌پذیراست. آسیب معمولا بعلت فشار روی‌کبد هنگام زایمان سر با نمای سرین است. دستکاری شدید بمنظور برقراری تنفس مصنوعی یا ماساژ قلب از روی سینه نوزاد ندرتاً باعث آسیب‌کبد میشود.

آسیب ممکن است بصورت پارگی و تشکیل هماتوم زیر کپسول باشد. هماتوم ممکنست باندازه‌ای بزرك باشدکه ایجاد کم‌خونی کند. اگر هماتوم‌کپسول‌را پاره‌کند فشارکاسته شده وخونریزی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

مجدد کبد حاصل میشود و ممکنست منجر به شوك و مرك بیمار گردد. اطلاع از بروز این پیشآمد در نوزادی که بانمای سرین بدنیا میآید و درنوزادانی که بادست احیاء میشوند باعث پیشگیری ضایعه و درمان بعضی موارد میگردد .

مثانه ورحم: درحین زایمان. آبدان و رحم هرگز آزار نمی‌بیند گاهی بعلت قرار گرفتن جنین درنمای پا ، درکیسهٔ بیضه‌ها خون جمع میشود . زمانی پارگی پرینه نوزاد دختر بعلت کشیدن شدید پا بمنظور بیرون آوردن جنین رخ میدهد .

شکستگی استخوانهای اندام تحتانی : آزار اندامهای تحتانی اغلب درجریان ورسیون یا چرخش داخلی پودالیك یا زایمان بانمای پا پیدا میشود. احتمال پیدایش این آزار را میتوان با بکاربردن روشهای زیر کم کرد : یك پای جنین و درصورت امکان هردوپای جنین بروش صحیح بجای ران گرفته شود و در مانورهای داخل رحمی سعی شود که از رویهم قرار گرفتن پاها جلوگیری گردد و بالاخره بامصرف داروهای بیهوشی عضلات رحم کاملا شل شوند.

استخوان ران : کشش زیاد درحین زایمان و یا محکم گرفتن ران ممکنست باعث شکستگی این استخوان گردد. شکستگی ران اغلب دریك سوم فوقانی پیش میآید و درصورت جدا شدن تکه بالایی بسمت خارج منحرف میشود. برای جلوگیری از تغییر شکل و کوتاهی پا باید ضمن اینکه پا را بیحرکت مینمایند آنرا نیز بکشند. جداشدن اپی‌فیز سر استخوان ران فقط متعاقب کشش توأم باچرخاندن یا آبدوکسیون شدید پیش میآید. پاره شدن پریوست استخوان ران در نزدیکی اپی‌فیز در زایمان با نمای پا مشاهده میشود و علت آنرا کشش شدید اندامهای پائین ، کشیدن یك پا ویا کشش وچرخاندن زیاد استخوان میدانند. علائم آن عبارتنداز: درد ، تغییر رنگ ، محدود شدن حرکت و خیزدر ناحیه ضایعه، این آزار با اشعه ایکس نشان داده نمیشود ولی پس از دو هفته که کلسیم درآن رسوب کرد مشخص میگردد . درمان عبارت از گرم کردن موضعی وجلوگیری ازانقباضات عضلانی است. معمولا درعرض ۴ الی ۱۲ هفته بخودی خود بهبود حاصل میشود .

پیشگیری صدمات زایمانی - پیشگیری صدمات زایمانی با بسیاری از مسائل مشکل مامائی مربوط است . در بعضی موارد پیشگیری در حین زایمان تا اندازه‌ای غیر ممکنست مانند نارسی و زمینه خونریزی که عوامل مستعدکننده‌ای میباشند . در برخی موارد پیشگیری تا اندازه‌ای امکان پذیر است مانند فشار ناگهانی یاشدید مغز ، خفگی، روش غلط احیاء نوزاد خفه شده و زایمان سخت و طولانی. ولی باید درنظر داشت که طولانی شدن مرحله اول زایمان معمولا موجب آزار نمیگردد بلکه اغلب آزارها مربوط بمرحله دوم وهنگام زایمان است خصوصاً مواقعی که اعمال جراحی انجام گرفته و یا سر خیلی زیاد و بسرعت نسبت بلگن تغییر شکل داده باشد.

بطورکلی باید زایمان را در مواردی که لازم است جلو انداخت با در نظرگرفتن اینکه مسئله نارسی و مراقبت از نوزاد نارس آنقدرها ساده‌تر از آزار زایمانی نمیباشد. امروزه پیش انداختن زایمان را تنها بعلت لگن تنك صحیح نمیدانند بلکه عمل سزارین را دراواخر دوران بارداری برآن ترجیح میدهند وحتی معتقدند برای جلوگیری ازآزارهای مغز باید عمل سزارین را بیش ازسابق بکاربرد. مثلا درشکم اول که جنین بزرك درنمای پا قرارگرفته ویالگن تنك ویا زن باردار مسن است ویااحتمال عوارض یااشکال در زایمان میرود عمل سزارین توصیه میشود. بطورقطع مرك ومیر و آزار هنگام زایمان درنوزادانی که با پا متولد میشوند زیادتر از آنهائی است که با سر بدنیا میآیند بنابراین دربعضی ازموارد که ایجاب نماید ، چرخاندن جنین قبل از زایمان از روی شکم وحداقل تسریع درعمل زایمان طبیعی ، نتیجه بسیار خوبی داده است .

برای کم کردن آزارهای مغز تجویز پیتوئیترین درمرحله پیش از زایمان باید از روی کمال بصیرت انجام گیرد زیرا احتمال بروز آزارهای مغزرا زیادتر میکند وعاملی است که بعلت ایجاد کم‌خونی طولانی در ناحیه جفت موجب خفگی نوزاد میگردد . بکاربردن بیمورد آن بعنوان داروی کمکی درزایمان جایز نمیباشد درحالیکه استفاده ازآن توسط پزشکان باتجربه ومحافظه‌کار مفید وبهترین کمك است . بطور کلی درخونریزیهای پس از زایمان پیش انداختن زایمان باروشهای جدید ، دربعضی ازمواردا ینرسی (inertie) زهدان و گاهی درصورتیکه تمام شرایط موجود باشد بجای فورسپس پائین، مورد تأیید قرارگرفته است ودرموارد فوق نیز باید مقدار مصرف آن خیلی کم باشد (۲الی۳ سانتیمترمکعب) ودرصورت احتیاج بعداً تکرار شود .

لازم بتذکراست که درموقع تجویز دارو باید اتر دردسترس باشد تادرصورتیکه رحم انقباضات تتانیك پیدا کرد بکار رود. مشکلات فورسپس بالا وآزارهای حاصل شده از آن بخوبی شناخته شده ومحتاج یادآوری نیست .

استعمال فورسپس پائین هم موجب آزار درنوزاد میشود مانند:

۱ــ خارج کردن جنین ازدهانه رحمی که هنوز اتساع کامل نیافته یا عضلات مخرج Spastic باشد در این مرحله میتوان با عمل اپی‌زیوتومی ازآزار جلوگیری کرد .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

۲ـ تشخیص غلط‌نمای جنین وفشار غیرطبیعی بوسیله شاخه‌های فورسپس که خوب قرارنگرفته باشند .
۳ـ زایمان بافشار از مخرجی که قوس‌عانه انحناء بیش ازطبیعی دارد وتوسط قطرقدامی خلفی جبران نشود .
۴ـ خارج کردن جنین بافشار وعجولانه بهرعلتی که باشد .
تغییرات صدای قلب جنین درمرحله دوم زایمان اغلب نتیجهٔفشار روی مغز است که ممکن است بعلت زایمان بافورسپس این تغییر صدای قلب شدیدتر شود، دراین قبیل مواقع درصورتیکه تنانی رحم موجود باشد بهتر است برای ازبین بردن آن بیهوشی‌عمیق داده شود ودرمرحله آخر زایمان نیز اپی‌زیوتومی انجام گیرد.
موقعیکه تمام شرایط برای استعمال فورسپس پائین موجود است باید ازآن بیشتر استفاده شود بشرط آنکه پزشك دراینکارتجربه کافی داشته باشد. بااین روش، آزار فوق‌العاده‌کاهش خواهد یافت چون لگن تنگ وسرطبیعی و یابرعکس سر بزرگ ولگن طبیعی عواملی هستند که موجب آزارهای‌مغزی میگردند لذا دراین‌قبیل موارد درروش زایمان باید دقت زیادتری مبذول گردد .
موقعی که جنین درنمای پا باشد بعلت‌اشکال درخارج کردن سر، بهتر است‌پیش ازشروع زایمان، جنین‌ازروی‌شکم چرخانده‌شود. خیلی ازمتخصصین باین‌روش معتقد نیستند زیرا فعالیت زن‌باردار دراغلب موارد موجب بازگشت وضع جنین بحالت اولیه میگردد وباید چرخاندن را دوباره تکرار نمود. درصورتیکه تمام‌شرائط موجود باشد وموانعی‌مانندکمبود مایع‌آمنیوتیك وتحریك‌پذیری عضلات رحم وغیره در بین نباشد، چرخاندن توصیه میشود. در زایمان بانمای‌پابجز احتمال‌آزارداخل‌جمجمه‌ای‌خطرات‌دیگری مانندخفگی، شکستن استخوان، خونریزی‌درعضله جناغی‌چنبری پستانی ، آزار اعصاب سطحی وغیره ممکنست پیش‌آید . از این لحاظ فواید عمل فوق آشکار میشود. درصورتیکه زایمان بانمای پااجباری باشد نکات مهم زیر باید رعایت گردد :
۱ـ اجتناب از مداخله فوری درامر زایمان .
۲ـ اتساع کامل دهانه زهدان.
۳ـ خالی بودن‌کامل مثانه.
۴ـ انجام بیهوشی‌کامل.
۵ـ نگاهداری فلکسیون سروبازوها.
۶ـ بازکردن وکشیدن مقدماتی‌کف پرینه و در صورت لزوم اپی‌زیوتومی.
۷ـ تقسیم فشار بین‌ناحیه فوق‌عانه وقسمت خارج شده جنین .
۸ـ بکار بردن فورسپس توسط پزشك‌آزموده.
۹ـ انتخاب یکنفر دستیار برای‌کمك در عملیات خصوصاً وقتیکه خارج‌کردن‌جنین مستلزم چرخاندن پا در داخل رحم باشد .
۱۰ـ سرعت عمل ولی‌خودداری از عجله.
استعمال روزافزون و عمومی بیحسی و بیهوشی‌ها در زایمان دارای خطراتی است‌که باید همیشه در نظرگرفت زیرا خطر خفگی ولزوم دخالتهای جراحی را در زایمان زیادو ارزش آن راکم میکندبنابراین بیهوشی‌عمیق فقط‌بایددرموارد بخصوصی که ضرورت دارد انجام‌شودومقدارآن حتی‌الامکان بکمترین میزانی باشدکه مقصودرا برآورده میکند. دراغلب مواردی که داروهای بیهوشی‌مصرف‌میشوددر نوزادان کم‌وبیش‌اختلال‌تنفسی‌مشاهده‌میگردد وچون‌بحث مامربوط بصدمات زایمانی‌است ازاین بحث‌خودداری میشود ودرمقالات بعدی مفصلتر ازآن گفتگو بعمل خواهد آمد .
برای مثال به‌آنوکسی که‌اصطلاحی است‌که به‌نتیجه نهائی فقدان اکسیژن ، دراثر عوامل مختلف ، اطلاق میشود اشاره می‌کنیم. میدانیم که آنوکسی علت مهم وفوری (نه علت اساسی) مرگ پری‌ناتال یاآسیب دائمی‌سلولهای مغزاست وبعدها مولد سربرال پالسی«Palsy » یانقص قوای عقلانی‌خواهد شدکه درابتدای‌مقاله ازآن یادکردیم . این آنوکسی باتعریفی که ازآن شد وصدمه‌ای که از آن بسلول مغز وارد میشود ازخونریزی داخل جمجمه‌که معلول ضربه باشد وعوارضی که ازآن بوجود میآید ، جدا است.
امید است درآتیه با انتشار مقالاتی که حاوی این قسم مشکلات نوزادان باشد وبااستفاده از روشهای تجربی‌وعلمی‌جدید ازمرگ ومیر نوزادان کاسته شود و روزی فرارسد که بهداشت مادران و کودکان میهن عزیز ما بکمال مطلوب برسد .

REFERENEC
1- Nelson E. Waldo, M.D. 1969, Textbook of Peds. Page 373 _ 378, Saunders Company. Philadelphia and London.
2- Debré Robert, M.D. and Marcel Lelong 1960 _ 65 - 70, Pediatrie 1812 - 1786, 53 - 58 Filamarion Paris.
3- Richmond S. Paine, M.D. etc 1960, Pediatrie Clinics of North America, Vol. 7. No 3 W.B. Saunders Co. Philadelphia and London.
4- Reid and Delee, 1962, Textbook of Obstetrics 994-996 W.B. Saunders Co. Philadelphia and London.
5- Shaffer J.A. 1960 and 1965 Disease of the new bron (Birth injury) W.B. Saunders Co. philadelphia and London.
6- Brenneman Mcquarrie 1958, Practice of Pediatries M.F. Prior Co. Inc Maryland

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]