

### گزارش دومورد وارونگی رحم و درمان آنها با ارائه طریقه جدید از بیمارستان جهانشاه صالح

دکتر علی اصغر پلاسید - دکتر یحیی بهجت نیا

۵- زایمان در حال نشسته (۱) .  
۶- هر عاملی که باعث ازدیاد فشار شکم گردد مانند سرفه های شدید و عطسه های ناگهانی .  
۷- هر عاملی که سبب اینرسی رحم گردد مانند زایمان طولانی زایمان دو قلو هیدرآمنوس .  
۸- فیبروم یا هر غده پایه داری که به قله زهدان چسبیده باشد .  
۹- وارونگی ایدیوپاتیک IDIOPATHIC INVERSION  
این حالت به مواردی اطلاق میشود که علت وارونگی معلوم نیست و عارضه فوق العاده نادری است بر طبق نظریه THORN  
۲ در صد از وارونگی رحم ایدیوپاتیک هستند ( ۱ ) .  
در یک گزارش که ۲۹۷ وارونگی زهدان مورد بررسی قرار گرفته ۴۰ در صد بخودی خود ۲۱ در صد بعلت کشش بند ناف و ۱۹ در صد فشار از روی شکم برای خروج جفت باعث انورسون شده است . (مانور CREDE'S) (۲) .  
تقسیم بندی و علائم بالینی وارونگی زهدان - از لحاظ تشریحی این عارضه به دو نوع دیده میشود . نوع کامل که ته زهدان از دهانه آن خارج شده است و نوع ناقص که فقط قله رحم به داخل خود فرورفتگی پیدا نموده و به دهانه زهدان نزدیک گردیده . و در بعضی کتب از لحاظ تشریحی به سه نوع تقسیم میکنند وارونگی درجه یک که قله زهدان مانند ته بطری در داخل خود فرورفته است درجه دو یا وارونگی ناقص که ته رحم به سوراخ داخلی یا سوراخ بیرونی آن رسیده و یا از این حد هم گذشته وارد مهبل میشود .  
درجه سه وارونگی کامل که قله زهدان از مهبل خارج شده

تعریف - فرورفتن یک قسمت یا تمامی زهدان را در خود وارونگی یا ( Inversion ) مینامند . این عارضه بسیار نادر است که اغلب بعد از زایمان حادث شده و یا شوک و خونریزی همراه بوده که گاه سبب مرگ مادر میگردد ( ۱۷/۹ درصد ) (۳)  
شیوع - گزارش های مختلف در مورد شیوع این بیماری متفاوت است بطوریکه Bell و Wilson به نسبت  $\frac{1}{4000}$  (۳) -  
Das به نسبت  $\frac{1}{14800}$  و گاهی اختلاف آمارها به حد غیر قابل باور است بطوریکه Kehrer و Zangemeister این نسبت را بین  $\frac{1}{2000}$  تا  $\frac{1}{400000}$  گزارش کرده اند (۱) . با بررسی های اخیر نسبت این بیماری در امریکا  $\frac{1}{30000}$  و در بعضی از بیمارستانهای آمریکا و اروپا یک مورد در بیست هزار گزارش شده است (۳) . بطور کلی در ممالک پیشرفته و جاهاییکه زایمان با اصول صحیح انجام میشود نسبت این عارضه کمتر است .  
در نخست زا و چند زا به یک نسبت مشاهده میشود .  
علل - علل وارونگی زهدان بقرار زیر است .  
۱ - نازکی و نرم بودن جدار رحم و گلوی آن بخصوص در محل چسبندگی جفت Placental Site که عامل اصلی و مهمی محسوب میشود .  
۲ - فشار بی مورد به ته رحم از روی شکم برای خروج جفت (مانور CREDE'S) و یا کشش شدید بند ناف از راه واژن . اگر جفت به قله زهدان چسبیده باشد این عارضه بیشتر دیده میشود .  
۳ - کوتاه بودن بند ناف - چرخش بند ناف به دور بدن بچه .  
۴ - باز و نرم بودن گلوی زهدان .

گروه بیماریهای زنان و مامائی دانشگاه تهران

و در نزدیکی فرج قرار دارد و گاه از آنها خارج گردیده است که در این حال دهانه رحم بشکل حلقه‌ای در اطراف تنه وارونه شده برجای مانده و باعث احتقان آن میشود. زمانی وارونه شدن شامل گلوی زهدان هم بوده و در این صورت پشت‌ورودن کامل میشود. (۱)

از نقطه نظر بالینی این عارضه به دو نوع حاد و مزمن دیده میشود که قسم حاد آن بیشتر در موقع زایمان عارض میگردد نوع مزمن پیشرفت تدریجی نوع حاد است و گاهی به علت تومورهایی است که بقله رحم چسبندگی دارند بخصوص فیبروم پایه دار. باید توجه داشت که در بعضی کتب علاوه بر دو نوع فوق شکل تحت حاد این بیماری را ذکر کرده اند (۱).  
**نشانه‌ها** - در نوع حاد شوک خونریزی و درد از علائم مهم است باید توجه داشت که چون شوک به علت خود بیماری است لذا متناسب با میزان خونریزی بیمار نیست یعنی ممکنست با وجود اینکه خونریزی زیاد نباشد بیمار دچار شوک شدیدی گردد. خونریزی معمولاً از محل چسبندگی جفت به جدار رحم است و اگر جفت کاملاً جدا نشده باشد خونریزی کمتر است قابل توجه اینکه نباید قبل از جا انداختن رحم جفت را جدا نمود در معاینه از روی شکم بسته به درجه وارونگی ممکنست رحم اصلاً حس نشود یا قسمتی از آن محسوس باشد در مناظره قسمت خارجی دستگاه تناسلی اغلب مخاط رحم وارونه شده بوضوح دیده میشود که در شکل کامل حتی سوراخ لوله‌ها نیز مشهود است در معاینه از راه واژن غده‌ای گرد و یا گلابی شکل حس میشود که ممکنست نیمی از آن در رحم ونیم دیگرش در مهبل باشد اگر جفت کنده شده باشد اغلب رحم سخت و منقبض است سطح آنرا قرمز نامرتب و اتصال بین رحم و مهبل طوری است که شیار گلوی وارونه شده دوراً دور رحم را فرا گرفته است در نوع مزمن خونریزی کم یا اصلاً وجود ندارد حالت شوک موجود نیست و در دنیز به مرور زمان از بین رفته بیمار بیشتر از احساس سنگینی، در دزیر دل و اختلال ادراری و ترشحات چرکین شکایت دارد.

**تشخیص** - با در نظر گرفتن علائم بیماری - تشخیص این بیماری ساده است در صورتیکه پزشک یک بار این عارضه را دیده باشد

بلافاصله تشخیص خواهد داد.

**پیش‌آگهی** - چنانچه زود تشخیص داده شود و زهدان بجای خود باز گردد پیش‌آگهی خوبست هر قدر تاخیر در درمان شود مرگ و میر زیادتر است اگر بیمار بدون درمان تا ۴۸ ساعت زنده بماند تقریباً به مرحله تحت حاد و مزمن رسیده و از خطر مرگ رهایی یافته است (۳).

درمان - قبل از درمان اساسی تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف، ترانسفوزیون و داروهای ضد شوک ضروری است ولی نباید منتظر بود که بیمار حتماً از شوک خارج شود. زیرا شوک بعلت بیماری است و باید هر چه زودتر ضایعه بر طرف شود و هر قدر اینکار زودتر انجام شود شانس بهبودی بیمار بیشتر است.

روشهای درمانی مختلفی برای انورسیون رحم وجود دارند که ذیلاً بشرح اختصاری مهم آنها میگردانیم.

۱ - **طریقه JOHNSON (3)** بعد از بیپوشی عمومی یک دست را در محل اتصال دهانه رحم یا تنه به طرف داخل و بالا فشار میدهم تا رحم وارد شکم شده و از حفره لگن خارج گردیده بحدود ناف برسد. سپس بمدت ۳-۵ دقیقه به همین وضع صبر مینمائیم. بعضی‌ها معتقدند در این هنگام که رحم بحال عادی برگشته از ترکیبات اکس‌توسیک بصورت تزریقی استفاده شود. بعد دست را خارج کرده و بیمار را بحال خود میگذاریم عده‌ای بعد از این کار داخل واژن را با مش‌ید و فوراً تامپون نموده و بعد از ۲۴ ساعت تامپون را خارج مینمایند. از نظر (نویسندگان مقاله) این کار صحیح نیست.

۲ - **عمل جراحی با طریقه HUNTINGTON (2)** که از راه شکم انجام میشود و بیمار دوم ما با این طریقه عمل شد با این تفاوت که تغییراتی در آن داده‌ایم که از نظر تان خواهد گذشت. ابتداءً شکم را باز کرده و سپس با پنس الیس قسمت فرو رفته رحم را بتدریج بحال اول بر میگردانیم. تغییراتی که در این عمل بوسیله نویسندگان مقاله انجام شد اولاً رباطهای رحمی خاجی (UTERO-SACRAL LIG.) دو طرف را بوسیله ابریشم با چند بخیه جدا جدا بهم نزدیک کردیم و سپس با عمل لیگا مانتوپکسی LIGAMENTOPEXIS با طریقه بالدی و یستر BALDY-VEBSTER (5) انجام شده این بیمار ابتداءً بطریقه JOHNSON عمل شده بود چون مجدداً عارضه اش عود نموده

حاملگی بیمارستان جهانشاه صالح نسبت این بیماری را تعیین  
مینمائیم .

تعداد زایمانها از اول فروردین ماه ۱۳۴۷ تا آخر خرداد  
ماه ۱۳۵۱ ( ۵ سال ) ۵۱۸۴۷ مورد و تعداد سقط در همین مدت  
۱۶۶۹۹ مورد بوده لذا نسبت این بیماری با در نظر گرفتن تعداد  
زایمانها  $\frac{۲}{۵۱۸۴۷}$  که حدود  $\frac{۱}{۲۶۰۰۰}$  و نسبت به  
تعداد حالات حاملگی ( سقط و زایمان ) حدود  $\frac{۱}{۳۵۰۰۰}$   
خواهد بود .

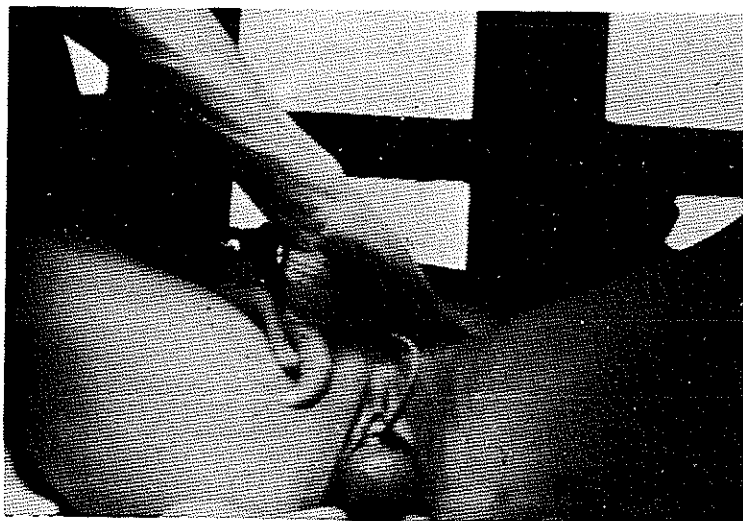
توجه - در بعضی از نوشتجات وارونگی رحم را بعد از سقط در  
نیمه دوم حاملگی شرح داده اند . ( ۳ )

از بیمارستان مرخص گردیده .

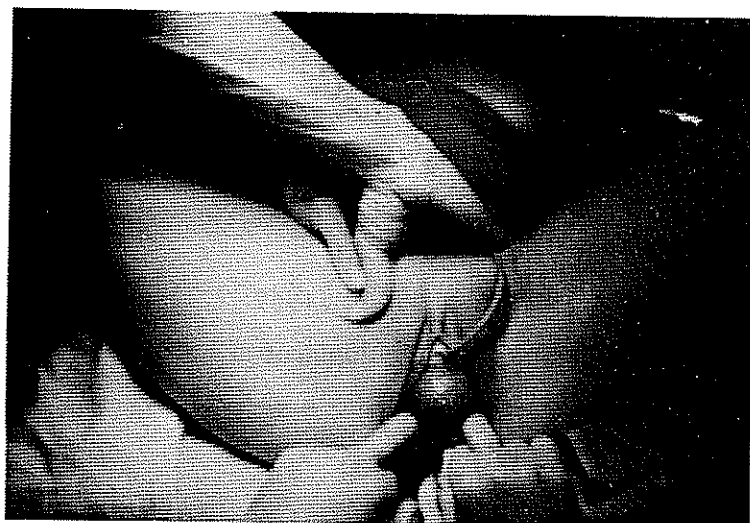
۳ - طرق مختلف دیگری برای درمان این بیماری موجود است  
مانند طریقه KISTNER و یا عمل SPINELLI که از شرح  
آنها در اینجا خودداری میشود و علاقمندان میتوانند با مراجعه  
به منابعی که در آخر این مقاله ذکر شده روش این عملها را  
مطالعه نمایند ( ۴ ) ( ۲ ) ( ۱ ) .

### مشاهدات ما در بیمارستان جهانشاه صالح

حال که شرحی در باره این بیماری بیان شد به ذکر دومورد  
بیمار خود میپردازیم . ابتدا با در نظر گرفتن آمار حالات مختلف



شکل ۱



شکل ۲

اطاق عمل منتقل و بایبیهوشی مختصر (سطحی) رحم با طریقه JOHNSON بحال اول بازگردانده شد. بعد از این عمل مجدداً به بیمار خون تزریق گردیده و در مدت بستری بودن آنتی بیوتیک‌های وسیع الطیف مصرف شد و بیمار در تاریخ ۵/۱۲/۵۱ مرخص گردید. بیمار مجدداً در تاریخ ۲/۱۲/۵۱ با وارونگی کامل رحم مراجعه نمود شکل شماره (۱) و در موقع ورود به بیمارستان فشار خون  $\frac{۹۵}{۶۵}$  نبض ۱۱۰ در دقیقه درجه حرارت ۳۷/۷ بود

دوباره با طریقه Johnson عمل شد اما چون نتیجه حاصل نگردید روز بعد از راه شکم با عمل Huntington توام با تغییراتی که مولفین در آن داده بودند (قبلاً شرح داده شد) عمل گردید. یک هفته و چهار هفته بعد از عمل بیمار پی گیری شد عارضه عود نکرده بود.

خلاصه - وارونگی رحم بیماری فوق العاده نادری است که اکثراً بعد از زایمان حادث میشود و توام با شوک و خونریزی است که گاهی باعث مرگ بیمار میگردد این بیماری از لحاظ تشریحی دو نوع ناقص و کامل دارد و از لحاظ بالینی به اشکال حاد و مزمن مشاهده میشود. شل شدن و سستی جدار زهدان و گلوی آن عامل مهمی در ایجاد این عارضه است کشش بند ناف و فشار به تر رحم از روی شکم برای خروج جفت (مانور Crede's) در بروز این بیماری مؤثرند.

ما در مدت ۵ سال (اول فروردین ۱۳۴۷ - تا آخر خرداد ۱۳۵۲) در بین ۵۱۸۴۷ زایمان دو مورد مشاهده نمودیم که اولی با طریقه Johnson و دومی بطریقه Huntington توام با تغییراتی که وسیله مولفین در آن داده شده بود درمان گردیده.

## References:

- 1- Davis, C.A., and Carter, B, Gynecology and obstetrics Vol. I, Hagerstown, Maryland, W.F. Prior Co. 1954.
- 2- Greenhill, J.P. Obstetrics, 12th, Ed. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1968.
- 3- Elleman, L.H., and Pritchard, D.A, Williams Obstetrics, 14th Ed. New York Appleton - Century, Crofts, 1971.
- 4- Reid. D.E., A Textbook of obstetrics. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1962.
- 5- Te Linde, R.W. Operative Gynecology 3rd Ed., Philadelphia, J.B. Lippincott, Co. 1962.

۱ - صالح جهان‌شاه. بیماریهای زنان - چاپ چهارم - انتشارات امیر کبیر تهران ۱۳۴۹

مورد اول - خانم ب - ۳۵ ساله ساکن تهران وزن ۸۵ کیلوگرم که ۹ بار حامله شده ۷ بار زائیده و سابقه دو سقط دارد. بیمار بعلت شوک و خونریزی بعد از زایمان در منزل که توسط مامای محلی انجام شده بود به بیمارستان اعزام شده بیمار رنگ پریده فشار خون  $\frac{۶۰}{۳۰}$  نبض تند ۲۰۰ مرتبه در دقیقه و نخی شکل بلافاصله خون و سرم توام با داروهای بالابرنده فشار خون و ضد شوک با اندازه کافی تجویز شد.

در معاینه از روی شکم محل رحم خالی اما رحم از واژن خارج نشده بود در تشخیص وارونگی مشخص شد و پس از بهبودی نسبی بایبیهوشی عمومی به طریقه johnson رحم را بوضع اول برگردانده و بعد از  $\frac{۳}{۴}$  ساعت در حالیکه خونریزی قطع شده بود فشار بیمار  $\frac{۱۰۰}{۶۰}$  و بهبودی کامل حاصل شد بیمار بعد از سه روز از بیمارستان مرخص شد و در مدت بستری آنتی بیوتیک و خون تزریق گردیده. مورد دوم خانم ط - ۲۵ ساله اهل اراک ساکن تهران در ساعت ۴ صبح ۲۴/۱۱/۵۱ با حالت شوک و خونریزی به بیمارستان منتقل گردید ساعت ۵ بعد از ظهر روز قبل در منزل توسط مامای محلی وضع حمل کرده بود چون مشاهده کرده بودند که جسمی از مهبل خارج شده و حال بیمار رو به وخامت است برای درمان او را به بیمارستان منتقل کردند. سابقه زایمانی Gr=2 PARA-2 سابقه عمل جراحی و بیماری مهمی نداشت. در معاینه نبض نخی شکل و تند فشار خون قابل اندازه گیری بود بلافاصله خون و سرم به بیمار تزریق شد و از داروهای ضد شوک و بالا برنده فشار خون نیز استفاده گردیده با وجود این بیمار از حالت شوک خارج نشد لذا به