

# نامه ماژانه دانشکده پزشکی

بهیت تحریریه؛

|                          |                    |                     |
|--------------------------|--------------------|---------------------|
| دکتر صادق مقدم           | دکتر محمود سیاسی   | دکتر محمد حسین ادیب |
| دکتر محمد علی ملکی       | دکتر جهان شاه صالح | دکتر ناصر انصاری    |
| دکتر حسن میردامادی       | دکتر صادق غزیری    | دکتر محمد شهبازی    |
| دکتر ابوالقاسم نجم آبادی | دکتر محمد قریب     | دکتر حسین شهباز     |

رئیس بهیت تحریریه: دکتر جهان شاه صالح  
صاحب ایجاز و مدیر مجله: دکتر محمد شهبازی

شماره دوم

آبان ماه ۱۳۳۵

سال چهاردهم

## درمان يك مورد پريتونیت بعد از زایمان

با اگرومایسین و هیپرونامیون

نگارش

دکتر امیر موحدی

رئیس درمانگاه آموزشی

دکتر جهان شاه صالح

استاد بیماریهای زنان و رئیس بخش  
جراحی در بیمارستان زنان

فاطمه - حسن - ۱۹ ساله اهل کاشان - بعلت درد شکم، تب و استفراغ و احتباس ادرار در تاریخ ۳۴/۹/۱۷ در بیمارستان زنان بستری گردید. مدت بیماری ۲ روز بود. در هیجده روز قبل بیمار در کاشان زایمان کرده و چون شکم اول بوده زایمان سه روز طول کشیده است تا روز دهم زایمان خونریزی داشته است. دوروز قبل از بستری شدن در بیمارستان بدن بال تب و لرز شدید دچار درد شکم و استفراغ و احتباس ادرار

شده است روز قبل از ورود بیمارستان بیمار بیمارستان سینما مراجعه نموده و ادرار او را باسند گرفته و پنی سیلین بوی تزریق کرده و به بیمارستان زنان معرفی نموده اند .  
بیمار از ۱ سالگی قاعده شده و قاعدگی او مرتب بوده و ۷ روز طول میکشیده است . یکسال پیش شوهر اختیار کرده و اولین بار بوده که حامله شده است . سابقه ابتلاء بیماری مقاربتی ندارد در بچگی بحصبه مبتلا شده است .

در معاینه اینکه پس از بستری شدن بعمل آمد حال عمومی بیمار بهیچوجه رضایت بخش نبود ؛ تب ۳۹ درجه ، نبض سریع و ضعیف و پره های بینی با تنفس حرکت میکرد . بیمار از درد شکم خصوصاً در پائین و طرف راست شکم شکایت میکرد دچار حالت تهوع بود و گاهی استفراغ میکرد .

زبان خشک و باردار و بیمار حالت اسهال داشت . شکم برجسته و نفاخ و در لمس سفت و حساس و از ناف بیابان حالت انقباض (۱) داخلی حس میگردد .

صدای قلب طبیعی و تعداد قرعات نبض ۱۲۰ در دقیقه و فشار خون  $\frac{۱۰}{۶/۵}$  بود . در معاینه ژنیکولوژیک با اسپکولوم جدار مهبل متورم دهانه زهدان بزرگ دارای پارگی عرضی و از دهانه آن ترشح چرکی خونین جاری بود . در آزمایش دو دستی و در لمس دهانه زهدان دردناک ، بن بست ها بر آمده و حساس و جسم رحم با آماس عمومی لگن توأم و مجزا حس نمیشد .

### آزمایشهای آزمایشگاهی :

فرمول خون : تعداد گویچه های سرخ ۳۸۰۰۰۰۰ گویچه های سفید ۱۲۰۰۰ با ۰/۹۶ . نوتروفیل و ۰/۰۴ . لنفوسیت با میزان همو گلوبین ۰/۷۰ . سرعت سدیماتاسیون در ساعت اول ۹۴ و در ساعت دوم ۱۳۲ میلیمتر . همو کولتور شاید بحساب اینکه قبل از بستری شدن تحت درمان آنتی بیوتیک ها بوده در دو نوبت منفی جواب داده ادرار مختصر نشانه آلبومین موجود . کلرور ۱/۵ گرم در لیتر . در میکروسکپی بلور های اورات دو سود و سلولهای اپی تلیال مجرا و اکوسیت و بلور های اسید اوریک

وجود داشت.

آزمایش ترشحات مهبل و دهانه زهدان و داخل زهدان حکایت بريك عفونت مختلط می نمود.

### تشخیصی و درمان :

با علائم فوق و توجه به سابقه بیمار تشخیص تورم صفاق لگن بعد از زایمان (۱) مطرح گردید. از آنجائیکه وضع بیمار و نوع ترشحات حاکی از يك عفونت مختلط بود از روز ورود به بیمارستان بیمار تحت درمان باپنی سیلین، استرپتوماسین و سولفامید قرار گرفت. سرم گلوکز و ایزوتونیک و سرم فیزیولوژیک توأم با ویتامین ها نیز به بیمار تزریق میشد. با ادامه این درمان هیچگونه علائم و آثار بهبودی مشاهده نگردید و برعکس حال عمومی بیمار تدریجاً رو بخرابی گذاشته و درجه حرارت نیز بالا رفت ادرار خیلی کم شده و هنگام دفع ناراحتی و سوزش وجود داشت. درد شکم شدیدتر شده حالت انقباض بالاتر آمده و تمام طرف راست شکم را فرا گرفت. در اینموقع درجه حرارت ۴۰ و نبض ۱۳۰ در دقیقه بود. حالت تهوع و استفراغ موجود بود.

از این نظر که تجویز پنی سیلین و استرپتوماسین و سولفامید ها در ظرف چند روزه فقط تأثیری در سیر بیماری نداشت بلکه حالت بیمار رو بوخامت میگذاشت، در تاریخ ۳۴/۹/۱۹ موقوف و اکرومایسین (۲) بصورت سوسپانسیون خوراکی بمقدار يك گرم در شبانه روز تجویز گردید.

در تاریخ ۳۴/۹/۲۱ که از بیمار معاینه بعمل آمد حال عمومی مانند روزهای قبل ولی انقباض تقریباً عمومیت پیدا نموده و نبض سریع و تب در حدود ۴ درجه با حالت تهوع زیاد و درد شکم افزوده شده بود.

ساعت ۵ بعد از ظهر همین روز بطور ناگهانی استفراغهای شدیدی عارض بیمار شد که یکبار هم خون در آن دیده شد متعاقب این استفراغها حال عمومی و خیم ترواله سیاهی اطراف چشمها را گرفت و حالت اضطراب شدیدی بوی دست داد تنگی نفس

۱ — Pelvi-Peritonite Post puerperale

۲ — Achromycine

توأم با ضربان پره‌های بینی با تنفس بر علائم بیمار اضافه گشت. نبض محیطی محسوس نبود. فشار خون  $\frac{5}{4}$  و صداهای قلب ضعیف و خلاصه وضع عمومی از پريتونيت ژنرالیزه شدیدی حکایت میکرد.

بواسطه و خامت فوق العاده حال عمومی بیمار هر گونه دستکاری و جراحی خالی از مخاطره شدید نبود بنابراین تصمیم به اقدام هیبر ناسیون (۱) بوسیله تجویز مخلوط معروف به  $M_1$  و  $M_2$  و تزریق داخل وریدی اکرومیسین از قرار ۵۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت توأم با سرم گلوکز گردید. سی‌وشش ساعت پس از شروع این درمان نبض محیطی قابل لمس و شمارش شده و فشار خون به  $\frac{7}{5}$  رسیده و نبض آهسته‌ترو قوی‌تر شد. بیمار در حال نیمه خواب تنفسش سطحی بود و اکسیژن مرتب بوی داده میشد. و تنگی نفس خیلی کمتر شده بود.

در روز چهارم هیبر ناسیون ( $34/9/24$ ) تزریق داخل وریدی اکرومیسین قطع و بجای آن يك آمپول ۱۰۰ میلی‌گرمی اکرومیسین داخل عضلانی هر ۸ ساعت تزریق شد.

هیبر ناسیون بمدت يك هفته ادامه داده شد در تاریخ  $34/10/3$  که بیمار بخوبی قادر بخوردن دارو بود تزریق داخل عضلانی اکرومیسین قطع و بجای آن از کپسولهای ۲۵۰ میلی‌گرمی هر ۶ ساعت يك کپسول تجویز شد در ساعت ۱۲ نیمه شب همین روز يك حمله آمبولی ریوی با تمام علائم عارض بیمار شد و پس از ۲۴ ساعت خلط خونی نیز دفع نمود ولی با ادامه تجویز اکرومیسین و اقدامات درمانی لازم این حمله بزودی مرتفع شد.

با ادامه درمان فوق حال بیمار هر روز بهبودی بود و نفخ و حالت انقباض و دفاع شکم تدریجاً از بین رفته و در پائین و طرف راست شکم محدود شد و سپس در همین نقاط سفتی مخصوص باقی ماند که روز بروز کوچکتر میشد و گاهگاهی نیز حملات انسداد نسبی (۲) خفیف بیمار دست میداد که با اقدامات درمانی مناسب و معمولی

بر طرف میشد. تجویز کپسولهای اکرومیسین تا ۱۲ روز ادامه داده شد. رویهم ۱۸/۵ گرم اکرومیسین بیمار تجویز شد. پس از اکرومیسین اقدام بتقویت عمومی بیمار بوسیله ویتامینها و ترانسفوزیون و تزریق محلول گلوکز مخلوط با آسید آمینه گردید. در تاریخ ۳۴/۱۱/۱۲ بیمار از بیمارستان مرخص گردید. در این موقع حال عمومی بسیار خوب فشارخون  $\frac{۱۰}{۷}$  و نبض ۸۰ در دقیقه و درجه حرارت  $۳۶/۵$  بود در معاینه شکم در قسمت پائین و طرف راست چسبندگی در سه قسمت مجزا از هم و دردناک وجود داشت و بوی توصیه شد که مرتب مراجعه و تحت معاینه قرار گیرد. پس از مرخصی بیمار دوبار برای درد خفیف شکم مراجعه نمود که با درمانهای معمولی سرپائی بهبود یافت بیمار تا تاریخ ۳۵/۴/۲۸ مرتب مراجعه و تحت نظر بود و در این تاریخ در معاینه شکم هیچگونه سختی و چسبندگی حس نمیشد. فقط لمس شکم در طرف راست و پائین مختصری دردناک بود که برای از بین بردن کامل آن دستور دیاترمی داده شد.

(M<sub>۱</sub>) لارگاکتیل ۵۰ میلی گرم - فنرگان ۵۰ میلی گرم - + سرم پروکائینه

دو در هزار

(M<sub>۲</sub>) سولفات دو اسپارطین - سولفات دو منیزی - سرم پروکائینه

دو در هزار

### خلاصه و نتیجه

بیمار مورد پریتونیت ژنرالیزه بعد از زایمان که بکمک هیبرناسیون و اکرومیسین داخل وریدی و عضلانی و خوراکی معالجه گردیده شرح داده شده است. این مشاهده بخوبی نشان میدهد که امروزه با پیدایش آنتی بیوتیکهای جدید و سائل و طرق نوین درمانی عفونتهای شدید صفاقی متعاقب زایمان که در سابق مرگ و میر زیاد داشت قابل درمان و معالجه کامل بوده و نتایج درخشانی از تجویز آنتی بیوتیکها گرفته میشود.