

## گزارش ۸۶ مورد پارگی رحم حامله در بیمارستانهای دانشگاه اصفهان

دکتر محمد میردامادی - دکتر مرتضی ذوالفقاری \*

مجله نظام پزشکی

سال چهارم، شماره ۱، صفحه ۷۹، ۱۳۵۳

پارگی رحم متعاقب اتساع و کورتاژ، حاملگی خارج رحمی و میومکتومی میباشد، مادر بیمارستانهای خود چنین مواردی نداشته‌ایم و بطور کلی این نوع پارگیها نادرند.

### جدول شماره ۱

آمار پارگی رحم‌های باردار در بیمارستانهای دانشگاه اصفهان

نسبت	تعداد پارگی	تعداد زایمان	سال
۱:۶۱۳/۵	۲	۱۲۲۷	۱۳۳۸
۱:۱۱۴۶	۹	۱۳۱۵	۱۳۳۹
۱:۲۴۳/۷	۶	۱۴۶۲	۱۳۴۰
۱:۲۲۳/۸	۷	۱۵۶۷	۱۳۴۱
۱:۱۵۹/۴	۱۰	۱۵۹۴	۱۳۴۲
۱:۱۱۶/۷	۱۴	۱۶۳۲	۱۳۴۳
۱:۲۴۶	۷	۱۷۲۳	۱۳۴۴
۱:۳۹۱/۷	۳	۱۱۷۵	۱۳۴۹
۱:۳۹۳/۸	۷	۲۲۶۷	۱۳۵۰
۱:۲۴۷	۱۴	۲۴۶۰	۱۳۵۱
۱:۴۷۰	۷	۲۲۹۱	۶ ماه اول سال ۱۳۵۲
۱:۲۴۰/۸	۸۶	۲۰۷۱۳	جمع

از ۸۶ مورد پارگی مورد بحث در این مقاله، ۱۲ مورد یعنی ۱۴٪ پارگی‌ها متعاقب سزارین قبلی رخ داده که ۸ مورد آن متعاقب سزارین عرضی در قطعه تحتانی و ۴ مورد آن متعاقب سزارین عادی بوده است. ظاهر آنچه بنظر میرسد که پارگیهای رحم در سزارین نوع عرضی در قطعه تحتانی بیشتر از نوع عادی است ولی باتوجه به آمار نوع سزارین متوجه این اشتباه ظاهری میشویم.

بررسی شرح حال ۸۶ تن بیمارانی که در حین حاملگی پارگی رحم پیدا کرده‌اند نشان داده که جدا شدن لایه‌های محل (Dehiscence) سزارین‌های قبلی موجب خونریزی شدید نشده و بعلاوه مرگ و میر مادر و جنین در این موارد بسیار کم است. پارگیهای خودبخود و ضربه‌ای گرچه نادرند ولی کشنده‌تر میباشند.

استعمال بیجای پیتوسین در ۴۲ مورد از این گروه موجب پارگی رحم شده است، یعنی معادل (۴۷/۵٪).

آمار - میزان پارگی رحم در حین حاملگی بر طبق آمارهای جهانی بین  $\frac{1}{93}$  تا  $\frac{1}{8731}$  متغیر است (جدول شماره ۲). در مدت ۱۰/۵ سال، در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه اصفهان، ۸۶ مورد پارگی رحم بین ۲۰۷۱۳ حاملگی اتفاق افتاده است که میزان آن  $\frac{1}{243/5}$  میباشد.

طبقه‌بندی - در اینجا فقط پارگی‌های رحم را در هنگامی که جنین قابل زنده بودن است بررسی میکنیم و عوامل مؤثر در پارگی‌های رحم را به ۳ گروه تقسیم می‌نمائیم:

- ۱- پارگی اسکار قبلی.
  - ۲- پارگیهای خودبخود رحم‌های سالم.
  - ۳- پارگیهای ضربه‌ای در رحم‌های سالم (۸۹۲۹۱).
- پارگیهای اسکار رحمی: در گزارشهای بیمارستانهای مختلف جهان، جدا شدن محل جوشگاه پیشین رحم شایع‌ترین علت پارگی رحم ذکر گردیده است. بعضی از مقاله‌ها حاکی از

\* اصفهان - دانشکده پزشکی، دانشگاه اصفهان.

جدول شماره ۳

تعداد و نسبت پارگی رحم‌های باردار مندرج در مقاله‌هایی که از سال ۱۹۴۴ تاکنون در جهان منتشر شده است .

نسبت پارگی	تعداد پارگی	سال	موتف
۱:۱۰۰۰	۵۳	۱۹۴۴	Delfs, Easman
۱:۵۳۰۴	۲۱	۱۹۵۲	Keifer
۱:۱۳۹۸	۳۳	۱۹۵۴	Sall, al
۱:۱۱۰۴	۸۴	۱۹۵۵	Ferguson, Reid
۱:۱۷۵۷	۸۴	۱۹۴۶	Davis
۱:۱۶۸۰	۳۴	۱۹۴۷	Rotanda
۱:۳۰۲۹	۱۰۵	۱۹۴۸	Dugger
۱:۱۹۲۹	۱۱	۱۹۵۰	Maisel
۱:۸۷۴۱	۴	۱۹۵۱	Burkons
۱:۲۵۹۸	۳۷	۱۹۵۶	Erving
۱:۱۵۰۸	۸۷	۱۹۵۸	Pedowitz
۱:۹۳	۱۷۱	۱۹۵۸	Rendle-Short
۱:۱۵۷۰	۲۳	۱۹۵۸	Golden, Betson
۱:۴۱۰	۱۶۴	۱۹۵۹	Kreshna-Menon
۱:۱۵۸۸	۳۶	۱۹۶۰	Meredith
۱:۱۳۷۵	۵۲	۱۹۶۱	Bak, Hayden
۱:۵۳۵۴	۲۱	۱۹۶۲	Keifer
۱:۱۳۰۱	۷۶	۱۹۶۲	Palerm, Freidman
۱:۱۲۱۶	۴۱	۱۹۶۳	Cavanaugh
۱:۱۳۱۰	۵۲	۱۹۶۴	Sall, al
۱:۱۸۰۰	۲۶	۱۹۶۵	Farrell
۱:۲۰۱۱	۵۶	۱۹۶۶	Claiborne
۱:۶۱۰۷	۱۱	۱۹۶۶	Hale
۱:۱۲۳۰	۲۸	۱۹۶۶	Yus-man, Haynes

(۸ و ۳)

معالجه این گروه - رحم ۱۰ تن ترمیم گردید و ۲۹ موردی که پس از زایمان تشخیص داده شد يك تن فقط تحت نظر قرار گرفت و یکنفر علاوه بر تحت نظر قرار گرفتن مجبور شدیم ۴ شیشه خون نیز بوی تزریق کنیم . (۱۰۰۵).

سن متوسط در این بیماران ۳۲ و دفعات متوسط زایمان آنها ۳ بود. در این دسته يك جنین مرد ولی هیچ کدام از مادرها فوت نکردند. پارگیهای خودبخود رحم‌های سالم :

این نوع پارگی در این گروه در ۵۳ مورد اتفاق افتاده که در ۴۲ تن متعاقب تزریق وریدی اکسی‌توسین بوده است . یکی از بیماران دچار هیدرامنیوس با جنین انانفسال بود و بیمار دیگر هیدرامنیوس با جنین هیدروسفال داشت .

۴۶ مورد از این پارگیها در قطعه تحتانی و بقیه بجم رحم هم کشیده شده بود .

در ۳ تن از این بیماران شریان رحمی طرف راست پاره شده بود که قبل از عمل اصلی مبادرت به بستن شریان هیپوکاستریک شد. در يك مورد شریان رحمی دو طرف بسته شد و رحم ترمیم گردید و لوله‌های بیمار نیز بسته شد .

جدول شماره ۳

انواع پارگیهای رحم در سطح جهانی.

درصد پارگیهای ضرر به ای	درصد پارگیهای خود بخود	درصد اسکار قبلی	شماره پارگیها	موتف
۱۸/۸	۵۷/۸	۲۳/۱	۱۶۴	Krishna, Menon
۳۶/۱	۱۴/۲	۴۶/۷	۴۶	Keifer
۱۱	۱۸	۲۱	۸۴	Ferguson, Reid
۱۴	۶۴	۲۲	۱۷۱	Rendle-Short
۴۸/۹	۳۲/۱	۱۹	۵۳	Delfs, Easman
۳۳/۳	۵/۶	۶۱/۱	۳۶	Meredith
۲۱/۲	۴۸	۳۰/۵	۲۳	Golden, Betson
۵۲/۱	۲۵/۵	۲۳/۹	۴۸	Stephens, Browm
۹/۲	۱۲/۲	۷۸/۹	۷۶	Palerm, Friedman
۳۰	۳۹/۹	۳۰/۱	۱۴۳	O, Driscoll
۴۸/۲	۲۶/۸	۲۵	۵۶	Claiborne
۱۵/۱	۲۱/۲	۶۳/۷	۳۳	Sall, al
۳۵/۳	۳۳/۳	۳۱/۴	۵۲	Sall, al
۱۲/۱	۲۲	۶۵/۹	۴۱	Cavanaugh
۳۸/۶	۱۵/۴	۵۴	۲۶	Fasrell
۳۵/۸	۲۸/۴	۳۸/۵	۲۸	Yussman, Hyanes

۴۳ تن از این بیماران پارگی کامل و ۱۶ تن پارگی ناقص داشتند. در ۴۰ بیمار رحم برداری کامل و در ۲ بیمار بعلت و خیم بودن حال عمومی و نبودن خون کافی، جهت کم کردن مدت عمل، رحم برداری ناکامل (Subtotal Histerectomy) انجام گردید. مقدار خون داده شده در این بیماران ۳-۱۰ واحد و بطور متوسط ۵ واحد و دفعات زایمان آنها بین ۵-۱۵ بامتوسط ۷ بوده است در این گروه ۴۸ نوزاد و ۶ مادر فوت شده‌اند . (۴)

در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه اصفهان در مدت ۱۱ سال، ۸۳۲ سزارین انجام گرفته که ۷۶۱ مورد آن بطور عرضی در قطعه تحتانی و ۷۱ مورد بطور عادی (کلاسیک) بوده است. بنا بر این نسبت پارگی در نوع عرضی  $\frac{8}{832}$  یعنی در هر ۱۰۴ تن يك مورد است، در حالی که در نوع کلاسیک این نسبت  $\frac{4}{71}$  یعنی در ۱۸ بیمار يك مورد اتفاق افتاده است. با توجه باین نکته ملاحظه میکنیم سزارین‌های نوع کلاسیک  $\frac{5}{3}$  مرتبه بیشتر از سزارین‌های نوع عرضی منجر به پارگی رحم گردیده است . در بیمارستانهای دانشگاه اصفهان کلیه سزارین‌های کلاسیک را در حاملگی بعدی مجدداً سزارین میکنند در صورتیکه در نوع عرضی بعضی از بیمارانی که دیر به بیمارستان آمده‌اند بامراقبت کامل از راه مهبل زایمان انجام می‌پذیرد و پس از وضع حمل بادت داخل رحم آنها جهت تشخیص پارگی کاوش میشود. از این ۱۲ مورد، تشخیص پارگی در ده مورد هنگام سزارین مجدد داده شد و ۲ مورد پس از زایمان در امتحان رایج و مرسوم که از بیماران بعمل آمد مشخص گردید. ۳ تن از این گروه احتیاج به تزریق خون پیدا کردند که ۲-۴ شیشه خون و بطور متوسط  $\frac{2}{7}$  شیشه خون بهر يك از آنها تزریق گردید .

بیماران بیمارستانهای ما ۳۲. در حالیکه تعداد زایمان بیمارانی که پارگی رحم داشته‌اند بین ۲-۱۵ با معدل ۶ بوده است و بیشتر از ۸۰٪ بیماران با پارگی رحم، دفعات زایمان ۵ بالا داشته‌اند. مرگ و میر: در تمام آمارهای موجود بیش از ۵٪ مرگ و میر مادران مربوط به پارگی رحم است. جدول شماره ۴ و ۵ مرگ و میر مادر و جنین را نشان می‌دهد، میزان مرگ بین ۲۰-۳۶٪ برای مادران و بین ۵/۱۹-۱۰٪ برای جنین متفاوت است (جدول شماره ۵). در گروه مورد مطالعه ما ۸ مادر یعنی ۳/۹٪ فوت کرده‌اند و مرگ جنین ۵۹ تن یعنی ۵/۶۸٪ بوده است (جدول شماره ۴). محل پارگی: ۱۹ مورد پارگی در جسم رحم و ۶۷ مورد پارگی در قطعه تحتانی بوده است.

#### جدول ۵ و ۴

جدول مقایسه‌ای انواع پارگی رحم و مرگ و میر جنین و مادر در بیمارستانهای ما با گزارش مربوط به Claiborne.

انواع پارگی	مرگ جنین	مرگ مادر
پارگی اسکار	۱۴	۰
پارگی خود بخود	۱۵	۲
پارگی ضربه‌ای	۲۷	۲
جمع	۵۶	۴
اسکار سزارین	۱۲	۰
پارگی خود بخود	۵۳	۶
پارگی ضربه‌ای	۲۱	۲
جمع	۸۶	۸

رقم ۵۶ مورد پارگی مربوط به مقاله Claiborne میباشد.

معالجه: برای ۲ بیمار رحم برداری ناکامل انجام شد و ۳ نفر مورد مراقبت قرار گرفتند. برای ۱۸ مورد سزارین و رحم برداری، ۱۶ مورد ترمیم و ۴۷ مورد رحم برداری کامل از راه شکم انجام گرفت.

جدول شماره ۶- میزان مرگ و میر مادر و جنین در تمام مقالاتی که تاکنون در سطح جهانی منتشر شده است.

مؤلف	درصد مرگ مادر	درصد مرگ جنین
Menon	۱۰/۵	۸-۱۰۰
Keifer	(۱۹۵۲) ۴/۸	۷۱
Keifer	(۱۹۶۲) ۴/۶	۳۷
Ferguson-Raid	۵/۹	۲۹/۴
Rendle Short	۳۶/۳	۸۲
Delfs, Easman	۲۲/۶	۴۱/۵
Meredith	۱۱/۱	۳۳/۳
Golden, Betson	۹	۴۱
Stephen, Brown	۴/۳	۷۵
Palerme Freidman	۱/۳	۱۹/۵
O, Driscoll	۱۰/۵	-
Claiborne	۷/۱	۳۷/۵
Sall, al	(۱۹۵۴) ۱۵/۱	۶۰/۶
Sall, al	(۱۹۶۴) ۱۱/۵	۴۲/۳
Cavanaugh	.	۳۰
Fairell	۴	۵۰
Yussman, Haynes	.	۱۴/۲

۵۱ تن از بیماران ذکر شده در خارج بیمارستانهای دانشگاه یعنی در روستاها و شهرستانهای مجاور اصفهان دچار پارگی رحم شده و با حالت وخیم به بیمارستان آورده شدند و علت بساا بودن مرگ و میر مادر و جنین مربوط به همین مساله است.

#### پارگیهای ضربه‌ای رحم سالم:

این نوع پارگی در ۲۱ مورد یعنی ۲/۲۴٪ اتفاق افتاده است. ۳ مورد از این گروه ۲۱ نفری در اثر چرخش داخلی و کشش ایجاد گشته است. يك بیمار در اثر ضربه شاخ گاو مبتلا به پارگی ناقص سطح قدامی رحم شده و جدار شکم وی نیز بساز بود و در روی رحم مثل اینکه سزارین کلاسیک شده باشد شکاف طولی بطول ۱۵ سانتیمتر ایجاد شده بود. کیسه آب سالم بود و جنین را با پاره کردن کیسه آب از همین محل خارج و رحم را ترمیم نمودیم.

خارج کردن جنین در نمای کامل ته (Total Breech Extraction) منجر به پارگی رحم ۱۲ تن از بیماران فوق گشته است. يك بیمار از این گروه هنگامی به بیمارستان آورده شد که رحم وی پاره و سر جنین داخل آن باقی بود. تاریخچه بیمار حکایت از آن داشت که بیمار دو قلو حامله بوده و نوزاد اول را خود بخود در منزل زایمان کرده و برای زایاندن جنین دوم که بانمای ته (Breech) بوده کشش بکار میرود و تنه و اندامها خارج میگردد و سر و بدن رادر ناحیه گردن از هم جدا میسازند.

يك بیمار از گروه ضربه‌ای در اثر سقوط از بسام مبتلا به پارگی کبد و طحال و رحم گردیده بود. پس از بساز کردن شکم مشاهده شد در سطح خلفی رحم پارگیهای متعدد ناقص وجود دارد. بیمار سزارین گردید و پارگیها ترمیم شد جنین وی مرده بود کبد بیمار دوخته و طحال وی بیرون آورده شد.

۴ پارگی رحم از گروه فوق‌الذکر در اثر فورسپس میانی و بسا چرخشی بوجود آمده بود.

سن بیماران این گروه بین ۲۰-۴۰ سال و بطور متوسط ۳۲ سال بوده تعداد زایمان (Parity) در این گروه بین ۴-۱۵ متغیر و متوسط آن ۵ بوده است.

خون داده شده بین ۲-۱۰ شیشه متغیر و متوسط ۴ واحد بوده است.

معالجه در این دسته: سزارین ۲ مورد، هیسترکتومی ۱۲ مورد، هیسترکتومی کامل ۵ مورد، ترمیم يك مورد با تحت مراقبت قرار دادن، انجام گردیده است.

در این دسته ۲ مادر و ۱۰ جنین فوت کرده‌اند.

سن و دفعات زایمان: سن متوسط کل بیماران ما ۲۴ سال در صورتیکه سن بیمارانی که پارگی رحم داشته‌اند بین ۱۹-۴۲ سال متفاوت بود که متوسط آن ۳۴ سال است. متوسط دفعات حاملگی

مربوط بما ۲۱ یعنی ۲۴/۲٪ است که مرگ ۱۰ جنین و دو مادر همراه داشته است.

نتیجه: اکثر پارگیهای مورد بررسی ما که منجر بمرگ جنین و مادر شده پارگیهای استکه از نقاط مختلف استان به بیمارستانهای دانشگاه آورده شده اند. دست کاریها و تجویز پیتوسین بی توجه به سن و دفعات حاملگی بیمار عامل مهم پارگیهای رحم بوده است. ممکن است با تشکیل دوره های بازآموزی برای پزشکان عمومی و تعلیم ماما جهت روستاهای کشور و تربیت متخصصین زنان و مامائی جهت شهرستانها و ایجاد بانک خون در محل های فوق الذکر و احداث جاده های خوب بین روستاها و شهرستانها و بخصوص دور نگاهداشتن پیتوسین در شرایط فعلی از دسترس ماماها و کسانیکه صلاحیت در امر زایمان ندارند و بر حذر داشتن پزشکان از تجویز نابجای پیتوسین، میزان پارگیهای رحم را ۶۰٪ کاهش داد.

در بیمارستانها از چرخش داخلی و خارج کردن جنین بانمای کامل ته (Total Breech Extraction) باید جداً خودداری شود و هر زایمان بانمای ته (Breech) سخت بهتر است سزارین گردد و نیز در تمام زایمانهای بانمای ته (Breech) و زایمانهایی که با وسیله انجام میشود رحم مادر را جهت تشخیص پارگی کاوش کرده و اگر پارگی در کار است فوراً و بی گذراندن وقت به ترمیم آن همت گماریم. هر گاه بیمار اولاد کافی نداشته باشد در صورت امکان، پارگیهای رحم را بهتر است ترمیم نمود و اگر اولاد کافی دارد لوله های او را جهت جلوگیری از حاملگی به بندیم.

حاملگی بعد از ترمیم پارگی - از ۱۶ تن بیماران ما که رحمشان ترمیم گشته بود ۱۲ تن آنها ۱۸ حاملگی داشتند که منجر به ۳ سقط گردید. ۱۱ مورد توسط سزارین و ۴ مورد دیگر از راه مهبل زایمان کردند که برای دو نفرشان فورسپس گذارده شد. مرگ و میر مادر و جنین مشاهده نشد (۱۲ و ۱۱).

بحث: عده ای از مصنفین معتقدند که جدا شدن محل سزارین قبلی یکی از مهمترین علل پارگی رحم است بطوریکه در بعضی از آمارها حتی تا میزان ۷۹٪ ذکر گردیده است (۸). در گروه ما ۱۲ تن یعنی ۱۴٪ مربوط به اسکار سزارین بوده و فقط ۱ مورد جنین مرده است. علت پائین بودن آمار ما نسبت به نقاط دیگر جهان اینستکه پارگیهای انواع دیگر بمقدار قابل توجهی از نقاط مختلف استان به بیمارستانهای ما آورده شده است بعلاوه همه سزارین های نوع کلاسیک و اکثر سزارین های عرضی را سزارین مجدد کرده ایم و باین وسیله تا حد زیادی از پارگیهای این دسته کاسته ایم.

پارگی خود بخود در ۵۳ مورد یعنی ۶۱/۸٪ بیماران ما بوده که منجر بمرگ ۴۸ جنین و ۶ مادر گشته است. بزرگترین رقم موجود جهان مربوط به Krishna Menon است، که ۵۷/۸٪ میباشد و اکثریت قریب باتفاق این دسته پارگیهای مربوط به پیتوسین بیجائی است که توسط عده ای از پزشکان و ماماها محلی و افراد بی صلاحیت در رشته مامائی تجویز شده است.

بزرگترین رقم پارگیهای رحم از نوع ضربه ای مربوط بگزارش Stephens و Brown میباشد که ۵۲/۸٪ را نشان میدهد. رقم

#### REFERENCES :

- 1- Obstetrics J. P. Greenhill 1966 Pages 935,941, 1158, 1167, 1174.
- 2- Williams, Obstetrics 1971, Pages 930-950.
- 3- Gynecology and Obstetrics, Davis-Carter Volume 1, Chapter 19, Page 3.
- 4- Awais, G.M., and Lebherz, T. B Ruptured uterus, a Complication of Oxytocini induction and high Parity. *Obstet Gynec* 36: 465, 1970.
- 5- Seth, R S. Results of treatment of rupture of the uterus by suturing. *J. Obstet Gynec Brit conn* 75:55, 1968.
- 6- Obstetrics and Gynecology Robert Willson; 1971, Pages 482,483.
- 7- Fareel P.J: Rupture of uterus. *Amer. J. Obstet. Gynec* 97:332, 1967.
- 8- Rupture of the Gravid uterus. *Amer. J. Obstet and Gynec.* December 1967.
- 9- Rupture of Gravid uterus. *Amer. J. Obstet and Gynec* 36: 115: 115, 1970.
- 10- Ferguson, R.K. and Reid D.E. *Am. J. Obstet and Gynec.* 76, 172, 1968.
- 11- Pregnancy Follwing Previous uterine rupture *Am J. Obstet. Gynec* 34: 387, 1969.
- 12- Troconis, R. Rupturs uterinas. *Rev Obstet Gynec Venezuela* 26: 287, 1966.