

گزارش ۸۶ مورد پارگی رحم حامله در بیمارستانهای دانشگاه اصفهان

مجله نظام پزشکی

سال چهارم ، شماره ۱ ، صفحه ۷۹ ، ۱۳۵۳

دکتر محمد میردامادی - دکتر مرتضی ذوالفقاری *

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

جدول شماره ۱

آمار پارگی رحم‌های باردار در بیمارستانهای دانشگاه اصفهان

سال	تعداد زایمان	تعداد پارگی	نسبت
۱۳۲۸	۱۲۲۷	۲	۱:۶۱۳/۵
۱۳۲۹	۱۲۱۵	۹	۱:۱۴۶
۱۳۳۰	۱۴۶۲	۶	۱:۲۴۳/۷
۱۳۳۱	۱۵۶۷	۷	۱:۲۲۲/۸
۱۳۳۲	۱۵۹۴	۱۰	۱:۱۵۹/۴
۱۳۳۳	۱۶۲۲	۱۴	۱:۱۱۶/۷
۱۳۳۴	۱۷۲۳	۷	۱:۲۴۶
۱۳۳۵	۱۱۷۵	۳	۱:۳۹۱/۷
۱۳۳۶	۲۲۶۷	۷	۱:۳۹۳/۸
۱۳۳۷	۲۴۶۰	۱۴	۱:۲۴۷
۱۳۳۸	۲۲۹۱	۷	۱:۴۷۰
۶ ماه اول سال ۱۳۵۲	جمع	۲۰۷۱۳	۸۶
			۱:۲۴۰/۸

از ۸۶ مورد پارگی مورد بحث در این مقاله ، ۱۲ مورد یعنی %۱۴ پارگی‌های متعاقب سزادین قبلی رخ داده که مورد آن متعاقب سزادین عرضی درقطعه تختانی و ۴ مورد آن متعاقب سزادین عادی بوده است . ظاهر آنچنین بنظر میرسد که پارگی‌های رحم در سزادین نوع عرضی درقطعه تختانی بیشتر از نوع عادی است ولی با توجه به آمار نوع سزادین متوجه این اشتباہ ظاهری میشویم .

بررسی شرح حال ۸۶ تن بیمارانی که در حین حاملگی پارگی رحم پیدا کرده‌اند نشان داده که جدا شدن لایه‌های محل (Dehiscence) سزادین‌های قبلی موجب خونریزی شدید نشده و بعلاوه منگی و میرهادر و چنین در این موارد بسیار کم است . پارگی‌های خودبخود و ضربه‌ای گرچه نادراند 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 $\frac{۱}{۹۳}$ تا $\frac{۱}{۸۷۲۱}$ متغیر است (جدول شماره ۲) . در مدت ۱۰/۵ سال ، در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه اصفهان ، ۸۶ مورد پارگی رحم بین ۲۰۷۱۳ و ۲۴۳/۵ حاملگی اتفاق افتاده است که میزان آن میباشد .

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

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

* اصفهان - دانشکده پزشکی ، دانشگاه اصفهان .

معالجه این گروه - رحم ۱۰ تن ترمیم گردید و ۲۰ موردی که پس از زایمان تشخیص داده شد یک تن فقط تحت نظر قرار گرفت و یکنفر علاوه بر تحت نظر قرار گرفتن مجبور شدیم ۴ شیشه خون نیز بوی تزریق کنیم . (۱۰۵)

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

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

۴۶ مورد از این پارگیها درقطعه تحتانی و بقیه بجسم 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 یک 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.

موافق	شاره پارگیها	درصد پارگیهای پارگیها	درصد پارگیهای اسکار قبلی	خرید خود	ضربهای
Krishna, Menon	۱۶۴	۲۲/۱	۵۷/۸	۱۸/۸	
Keifer	۴۶	۴۶/۷	۱۴/۲	۲۶/۱	
Ferguson, Reid	۸۴	۲۱	۱۸	۱۱	
Rendle-Short	۱۷۱	۲۲	۶۴	۱۴	
Delfs, Easman	۵۲	۱۹	۲۲/۱	۴۸/۹	
Meredith	۲۶	۶۱/۱	۵/۶	۲۲/۳	
Golden, Betson	۲۲	۲۰/۵	۴۸	۲۱/۲	
Stephens, Brown	۴۸	۲۳/۹	۲۵/۵	۵۲/۱	
Palerme, Friedman	۷۶	۷۸/۹	۱۳/۲	۹/۲	
O, Driscoll	۱۴۳	۳۰/۱	۳۹/۹	۳۰	
Claiborne	۵۶	۲۵	۲۶/۸	۴۸/۲	
Sall, al	۲۲	۶۲/۷	۲۱/۲	۱۵/۱	
Sall, al	۵۲	۳۱/۴	۲۲/۳	۳۵/۳	
Cavanaugh	۴۱	۶۵/۹	۲۲	۱۲/۱	
Fasrell	۲۶	۵۴	۱۵/۴	۲۸/۶	
Yussman, Haynes	۲۸	۲۸/۵	۲۸/۴	۲۵/۸	

۴۳ تن از این بیماران پارگی کامل و ۱۶۵ 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 ۳۰-۱۰ واحد و بطور متوسط ۵ واحد و دفعات زایمان آنها بین ۱۵-۵ بامتوسط ۷ بوده است در این گروه ۴۸ نوزاد و ۶ مادر فوت شده‌اند . (۴)

جدول شماره ۴۵

تعداد و نسبت پارگی رحم‌های بازدار مندرج در مقاله‌هایی که از سال ۱۹۶۴ تاکنون در جهان منتشر شده است .

موافق	سال	تعداد پارگی	نسبت پارگی
Delfs, Easman	۱۹۶۴	۵۳	۱:۱۰۰
Keifer	۱۹۵۲	۲۱	۱:۵۷۲۴
Sall, al	۱۹۵۴	۲۲	۱:۱۳۹۸
Ferguson, Reid	۱۹۵۵	۸۴	۱:۱۱۰۴
Davis	۱۹۴۹	۸۴	۱:۱۷۵۷
Rotanda	۱۹۴۷	۳۴	۱:۱۶۸۰
Dugger	۱۹۴۸	۱۰۵	۱:۳۰۲۹
Maisel	۱۹۵۰	۱۱	۱:۱۹۲۹
Burkons	۱۹۵۱	۴	۱:۱۸۷۴۱
Erving	۱۹۵۶	۳۷	۱:۲۵۹۸
Pedowiths	۱۹۵۸	۸۷	۱:۱۵۰۸
Rendle-Short	۱۹۵۸	۱۷۱	۱:۹۳
Golden, Betson	۱۹۵۸	۲۳	۱:۱۵۷۰
Kreshna-Menon	۱۹۵۹	۱۶۴	۱:۴۱۰
Meredith	۱۹۶۰	۳۶	۱:۱۵۸۸
Bak, Hayden	۱۹۶۱	۵۲	۱:۱۲۷۵
Keifer	۱۹۶۲	۲۱	۱:۵۳۵۴
Palerme, Friedman	۱۹۶۲	۷۶	۱:۱۳۰۱
Cavanaugh	۱۹۶۲	۴۱	۱:۱۲۱۶
Sall, al	۱۹۶۴	۵۲	۱:۱۲۱۰
Farell	۱۹۶۵	۲۶	۱:۱۸۰۰
Claiborne	۱۹۶۶	۵۶	۱:۱۲۰۱۱
Hale	۱۹۶۶	۱۱	۱:۶۱۰۷
Yussman, Haynes	۱۹۶۹	۲۸	۱:۱۲۲۰

(۸ و ۳)

در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه اصفهان در مدت ۱۱ سال، ۸۳۲ مورد این انجام گرفته که ۷۶۱ مورد آن بطور عرضی درقطعه تحتانی و ۷۱۶ مورد بطور عادی (کلاسیک) بوده است. بنابراین نسبت پارگی در نوع عرضی $\frac{۷۱۶}{۸۳۲}$ یعنی در هر ۱۰ تن یک مورد داست، در حالیکه در نوع کلاسیک این نسبت $\frac{۷۶۱}{۸۳۲}$ یعنی در هر ۱۸۵۵ بیمار یک مورد اتفاق افتاده است. با توجه باین نکته ملاحظه می‌کنیم سازارین‌های نوع کلاسیک $\frac{۳}{۵}$ مرتبه بیشتر از سازارین‌های نوع عرضی منجر به پارگی رحم گردیده است . در بیمارستانهای دانشگاه اصفهان کلیه سازارین‌های کلاسیک را در حاملگی بعدی مجددآ سازارین میکنند در صورتیکه در نوع عرضی بعضی از بیمارانی که دیر به بیمارستان آمدند با مرابت کامل از راه مهبل زایمان انجام می‌پذیرد و پس از وضع حمل باشد داخل رحم آنها جهت تشخیص پارگی کاوش می‌شود. از این ۱۲ مورد، تشخیص پارگی در ۵ مورد هنگام سازارین مجدد داده شد و ۲۰ 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 ۴-۲ شیشه خون و بطور متوسط $\frac{۷}{۲}$ شیشه خون بهریک از آنها تزریق گردید .

بیماران بیمارستانهای ما ۳۲ تن از بیماران ذکر شده در خارج بیمارستانهای دانشگاه یعنی که پارگی رحم داشته‌اند بین ۱۵-۲۰ بامعدل ۶ بوده است و بیشتر از ۸۰٪ بیماران با پارگی رحم، دفعات زایمان ۵ بیالا داشته‌اند. مرگ و میر: در تمام آمارهای موجود بیش از ۵٪ مرگ و میر مادران مربوط به پارگی رحم است. جدول شماره ۴ مربگ و میر مادران مربوط به پارگی رحم است. جدول شماره ۴ مربگ و میر مادران و جنین را نشان میدهد، میزان مرگ بین ۰-۲۶٪ برای مادران و بین ۵-۱۹٪ برای جنین متفاوت است (جدول شماره ۵). در گروه مورد طالعه ما ۸ مادر یعنی ۹٪ فوت کرده‌اند و مرگ جنین ۵۹ تن یعنی ۵٪ بوده است (جدول شماره ۴).

محل پارگی: ۱۹ مورد پارگی در جسم رحم و ۶۷ مورد پارگی در قطعه تحتانی بوده است.

جدول ۵۶

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

مرگ مادر	هر ۱۰۰ مادر	هر ۱۰۰ جنین	آنواع پارگی
-	۱	۱۴	پارگی استکار
۲	۱۰	۱۵	پارگی خودبخود
۲	۱۰	۲۲	پارگی ضربه‌ای
۴	۲۱	۵۶	جمع
-	۱	۱۲	استکار سازارین
۶	۴۸	۵۲	پارگی خودبخود
۲	۱۰	۲۱	پارگی ضربه‌ای
۸	۵۹	۸۶	جمع

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 سازارین 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.

موافق	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	۲۶/۳	۸۲
Delfs, Eastman	۲۲/۶	۴۱/۵
Meredith	۱۱/۱	۲۳/۲
Golden, Betson	۹	۴۱
Stephen, Brown	۴/۳	۷۵
Palerme Friedman	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 روستاهای شهرستانهای مجاور اصفهان دچار پارگی رحم شده و باحالات وخیم به بیمارستان آورده شدن و عمل بسالا بودن مرگ و میر مادر و جنین مربوط به همین مساله است.

پارگیهای ضربه‌ای رحم سالم:

این نوع پارگی در ۲۱ مورد یعنی ۲۴٪ اتفاق افتاده است. ۳ مورد از این گروه ۲۱ نفری در اثر چرخش داخلی و کشش ایجاد گشته است. یک بیمار در اثر ضربه شاخ گاو مبتلا به پارگی ناقص سطح قدامی رحم شده و جدار شکم وی نیز باز بود و در روی رحم مثل اینکه سازارین 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 پارگی رحم ۱۲ تن از بیماران فوق گشته است. یک بیمار از این گروه هنگامی به بیمارستان آورده شد که رحم وی پاره و سرجنین داخل آن باقی بود. تاریخچه بیمار حکایت از آن داشت که بیمار دوقلو حامله بوده و نوزاد اول را خود بخود در منزل (Breech) زایمان کرده و برای زایاندن جنین دوم که بانمای ته بوده کشش بکار میرود و تنه واندامها خارج میگردد و سر و بدن رادر ناحیه گردن از هم جدا میسازند.

یک بیمار از گروه ضربه‌ای در اثر سقوط از بام مبتلا به پارگی کبد و طحال و رحم گردیده بود. پس از بازگردان شکم مشاهده شد در سطح خلفی رحم پارگیهای متعدد ناقص وجود دارد. بیمار سازارین گردید و پارگیها ترمیم شد جنین وی مرده بود که بیمار دوخته و طحال وی بیرون آورده شد.

۴ پارگی رحم از گروه فوق الذکر در اثر فورسپس میانی و یا چرخشی بوجود آمده بود.

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

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

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

در این دسته ۲ مادر و ۱ جنین فوت کرده‌اند.

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

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

نتیجه: اکثر پارگیهای مورد بررسی ما که منجر به مرگ جنین و مادر شده پارگیهای استکه از نقاط مختلف استان به بیمارستانهای دانشگاه آورده شده‌اند. دست کاریها و تجویز پیتوسین بی‌توجه بدسن و دفعات حاملگی بیمار عامل مهم پارگی‌های رحم بوده است. ممکن است با تشکیل دوره‌های بازآموزی برای پزشکان عمومی و تعلیم ماما جهت روتایهای کشور و قریبیت متخصصین زنان و مامائی جهت شهرستانها و ایجاد بانک خون در محلهای فوق الذکر و احداث جاده‌های خوب بین روستاها و شهرستانها و بخصوص دور نگاهداشتن پیتوسین در شرایط فعلی از دسترس ماماهای و کسانیکه صلاحیت درامر ذایمان ندارند و بر حذر داشتن پزشکان از تجویز ناجایی پیتوسین، میزان پارگیهای رحم را ۶٪ کاهش داد.

در بیمارستانها از چرخش داخلی و خارج کردن جنین بانمای کامل ته (Total Breech Extraction) باید جداً خودداری شود و هر ذایمان بانمای ته (Breech) سخت بهتر است سازارین گردد و نبزد تمام ذایمان‌های بانمای ته (Breech) (و زایمان‌هایی که با وسیله انجام می‌شود رحم مادر راجهت تشخیص پارگی کاوش کرده و اگر پارگی در کار است فوراً وی گذراندن وقت بدترمیم آن همت گماریم. هر گاه بیمار اولادکافی نداشته باشد در صورت امکان، پارگی‌های رحم را بهتر است ترمیم نمود و اگر اولادکافی دارد لوله‌های اورا جهت جلوگیری از حاملگی بیندیم.

حاملگی بعداز ترمیم پارگی - از ۱۶ تن بیماران ما که رحشان ترمیم گشته بود ۱۲ تن آنها ۱۸ حاملگی داشتند که منجر به ۳ سقط گردید. ۱۱ مورد توسط سازارین و ۴ مورد دیگر از راه مهبل ذایمان کردند که برای دونفرشان فورسپس گذارد شد. مرگ و میر مادر و جنین مشاهده نشد (۱۲۵/۱).

بحث: عده‌ای از مصنفین معتقدند که جدا شدن محل سازارین قللی 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 سازارین بوده و فقط ۱۱ مورد جنین مرده است. علت پائین بودن آمار مانعیت به نقاط دیگر جهان اینستکه پارگی‌های انواع دیگر بمقدار قابل توجهی از نقاط مختلف استان به بیمارستانهای ما آورده شده است بعلاوه همه سازارین‌های نوع کلاسیک و اکثر سازارین‌های عرضی را سازارین مجدد کرده‌ایم و باین وسیله تاحد زیادی از پارگیهای این دسته کاسته‌ایم.

پارگی خودبخود در ۵۳ مورد ۶۱٪ بیماران مابوده که منجر به مرگ ۴۸٪ جنین و ۶ مادر گشته است. بزرگترین رقم موجود جهان مربوط به Krishna Menon است، که ۵۷٪ میباشد واکثریت قریب باتفاق این دسته پارگیهای مربوط به پیتوسین بیجایی است که توسط عده‌ای از پزشکان و ماماهای محلی و افراد بی‌صلاحیت در رشته مامائی تجویز شده است.

بزرگترین رقم پارگی‌های رحم از نوع ضربه‌ای مربوط بگزارش Brown و Stephens میباشد که ۵۲٪ 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 Oxytocin 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 Following Previous uterine rupture Am J. Obstet. Gynec 34: 387, 1969.
- 12- Troconis, R. Ruptures uterinas. Rev Obstet Gynec Venezuela 26: 287, 1966.