

# نامه ماژانه دانشکده پزشکی

بنیت 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 بنیت 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 - بعثت 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 ضربات 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 به خرابی 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 به وخامت 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 برعلائم بیمار اضافه گشت. نبض محیطی محسوس نبود. فشار خون  $\frac{5}{4}$  و صداهای قلب ضعیف و خلاصه وضع عمومی از پريتونیت ژنرالیزه شدیدتری حکایت میکرد.

بواسطه وخامت فوق‌العاده حال عمومی بیمار هر گونه دستکاری و جراحی خالی از مخاطره شدید نبود بنابراین تصمیم به اقدام هیبرناسیون (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 هیبرناسیون (۳۴/۹/۲۴) تزریق داخل وریدی اکرومیسین قطع و بجای آن يك آمپول ۱۰۰ میلی‌گرمی اکرومیسین داخل عضلانی هر ۸ ساعت تزریق شد.

هیبرناسیون بمدت يك هفته ادامه داده شد در تاریخ ۳۴/۱۰/۳ 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 اکرومایسین تا ۱۲ روز ادامه داده شد. رویهم ۱۸/۵ گرم اکرومایسین بیمار تجویز شد. پس از اکرومایسین 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 سفتی 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 اکرومایسین 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.