

نظریات تازه در درمان نازائی

دکتر محمد میردادهادی *

تجویز آنتی بیوتیک ها توأم با کورتیزون و هیالورونیداز و کیموترپسین در درمان بیماری های زنان موضوع تازه ای نیست - در فرانسه از سال ۱۹۵۶ بعد محققین تجربیات زیادی در این زمینه نموده اند مقالات متعددی در مجلات ماهنامه های زنان و پرس مدیکال و آنال اندوکرینولوژی آن کشور انتشار یافته و نویسندگان آن هر روز نظریات جدیدی در این باب اظهار داشته اند. در سال ۱۹۵۵ کتابخانه ماسون پاریس کتابی درباره درمان انسداد لوله های رحمی بوسیله تجویز موضعی هیدروکورتیزون و آنتی بیوتیک بقلم دکتر بره انتشار داد. از همان سال تا کنون بیماران بسیاری را باروش مذکور تحت درمان قرار داده و اکنون نتایجی را که از این روش معالجه بدست آورده ام جهت اطلاع همکاران ارجمند انتشار میدهم. لازم میدانم قبل از بیان موضوع نکاتی را در این باره روشن سازم.

۱- کورتیکوتراپی

کورتیزون علاوه بر آثار هورمونی خاصی که داراست مقام بزرگی نیز در درمان التهابات حاد و مزمن دستگاه تناسلی زن داشته و مخصوصاً در درمان نازائی ها و انسداد لوله های رحمی از آن استفاده های شایانی میشود، تجویز این هورمون هم بطریق موضعی و هم بطریق عمومی انجام میگردد - بطور تجربی این هورمون اثر کاملاً واضحی در فرونشاندن التهابات دستگاه تناسلی زن از خود نشان میدهد در اینجا بدون آنکه وارد جزئیات موضوع شویم خلاصه ای از مکانیسم اثر این هورمون را یادآوری مینمایم:

- ۱- اثر آنتی اکزوداتیو- این اثر باعث کاهش نفوذ مویرگها میگردد.
- ۲- توقف در اعمال عروقی- با این اثر از احتقان عضله کاسته میشود.
- ۳- توقف در عمل افزایش فیبروبلاستها - بدینوسیله از ظهور فیبروکلانژن جلوگیری میگردد.

* - گروه جراحی دانشکده پزشکی اصفهان

۴- توقف در عمل انتشار- با این اثر هورمون عملی مخالف با عمل هیالورونیداز انجام میدهد.
 ۵- عمل ضد سمی- این اثر غیر اختصاصی است .

علامات آتار ضد التهابی این هورمون را با یائین آمدن درجه حرارت و تخفیف علائم عمومی التهاب و جذب شدن ترشحات حاصله از التهاب و کاهش سرعت رسوب کلبولهای سرخ و فیبرینی و کاما کلوبولینها و کلیکوپروتئینهای سرم خون میشناسیم .

فروتنستن التهاب مخصوصاً اگر عامل مهاجم میکروبها باشند باعث میگردد که آنها بتوانند بهتر در عضو بیمار انتشار پیدا کنند در نتیجه کاهش مقاومت خاص موضعی فنومن دیپانز بخوبی انجام نکرفته و اعمال منونو کثرها چه در موضع التهاب و چه در تمام سلسله رتیکولو آندوتلیال تخفیف میابد و بالاخره تشکیل آنتی کورها روبه کاستی مینهد .

تنها عمل ضد سمی غیر اختصاصی این هورمون است که اثری مثبت داشته و بعنوان عامل حفاظت کننده اثر مینماید بهر حال کیفیت التهاب هر چه که باشد بدو صورت تظاهر مینماید .

۱- کیفیت مربوط به نوع میکرب که اختصاصی است

۲- کیفیتی که مربوط به اختلال در دستگاه عصبی عروقی و تنظیم درجه حرارت و غدد مترشحه داخلی و همچنین هیپوتالاموس بوده و یا بصورت اختلالاتی که باعث ظهور آلرژیهای میکروبی میگرددند تظاهر مینماید و این کیفیات غیر اختصاصی میباشد .

چنانکه در تحقیق علائم بالینی دقت نمائیم خواهیم دید که ظهور کیفیات اخیر باز مینه ای بین رفتن دفاع بدن و با تحریک اعصاب نباتی مربوط بوده و همیشه بکیفیات خاص تفوق پیدا میکند. در هر صورت فنومنها ی غیر اختصاصی سر بعم تحت تأثیر هورمون قرار میگیرند لازم بیاد آوری است که با تحقیقاتیکه دلانند و سرس نموده اند ثابت گردیده که هورمون های ضد التهابی اعمال آنتی- بیوتیکها را تقویت مینمایند - آثار ضد ترشچی هورمون بما اجازه میدهد که بتوانیم آنرا در تمام مواردیکه صفاق و با اعضاء تناسلی تحت تأثیر عامل مهاجم دچار ترشحاتی شده است بکار ببریم و باین ترتیب سطح آنها را از وجود این ترشحات پاک نمائیم .

درمان عمومی را باید ردیزولن و یامشقات تازه تر هورمون میتوان شروع کرد ولی درمان موضعی بائیدرو کورتیزون که دارای عامل الکلی آزاد است و باین مناسبت بهتر در بدن منتشر میگردد انجام میدهند باید در نظر داشت که استعمال موضعی و عمومی این هورمون اگر مقدماً با درمان آنتی بیوتیکی توأم نباشد باعث اشتداد کیفیات خاص التهابی گشته و پرا کندگی میکربها را سبب میگردد از این رو لازم است چند روزی قبل از شروع بدرمان با هورمون درمان آنتی بیوتیکی آغاز گردد - با چنین درمان توأمی نه تنها التهاب فرو مینشیند و ترشحات التهابی از بین میروند بلکه از ظهور فیروز و انسدادها و چسبندگیها جلوگیری میشود .

۲- هیالورونیداز

در سال ۱۹۳۸ (دوراند - رینالز) هیالورونیداز را کشف کرد این ماده يك پلی ساكاروز میکروبی (استافیلوکوک) و یانسجی (بیضه) است و اثر آن درهم شکستن اسید هیالورنیک نسوج ملتحمه میباشد، بهمین مناسبت برای سهولت درانتشار داروها از آن استفاده مینمایند. درنازائپها بدو صورت میتوان از این آنزیم استفاده نمود یکی برای انتشار اسپرما توزئیدها و روانه ساختن آنها بطرف لوله های رحمی و دیگری برای انتشار آنتی بیوتیکها بهنگام تزریق آنها در داخل حفره رحمی. عمل اخیر از سال ۱۹۵۲ بوسیله دکتر ترنر در فرانسه آغاز گشت و نامبرده از این روش در درمان نازائپها استفاده میکند ولی در فضاوت و اثر آن جانب احتیاط را رعایت مینماید.

۳- تریپسین

در سال ۱۸۶۷ کوهن تریپسین را کشف نمود که همه آثار فیزیولوژیک آن را بخوبی میشناسند تا آنکه در سال ۱۹۳۵ (کونتر) ماده دیگری بنام کیموتریپسین بدست آورد این ماده از لوزالمعده ترشح میشود و پس از اثر تریپسین بروی کیموتریپسینوزن حاصل میگردد البته بر حسب شرایط فیزیکی و شیمیائی این اثر باعث بدست آمدن مواد مختلفی میشود که یکی از آنها آلفا کیموتریپسین است این ماده برخلاف سایر محصولات بخوبی در آب حل شده و پایدار میباشد از آثار این ماده یکی اثر پیتیدیدازی و دیگری آثار آمینوپیتیدیدازی و استرازیك و دمولازیك و بالاخره مولکلیتیک است که باید در نظر داشت علاوه بر این آثار یعنی اثر پرتئولیتیک مستقیم باید یاد آور شد که ماده مزبور میتواند بر سلسله آنزیمهای پرتئولیتیک بدن هم اثر نموده و آنها را نیز فعال نماید مخصوصاً آنزیمهای فیبرینولیتیک را بیش از همه فعال میسازد. در سال ۱۹۵۹ در شهر میلان سمپوزیومی تشکیل شده بود که اثر این ماده را در درمان نارائپها مفصلاً شرح دادند درمان بصورت موضعی و عمومی و غالباً توأم با آنتی بیوتیکها و کورتیزون انجام میگردد.

روشهای درمانی

روشهای متعددی در درمان انسداد لوله های رحمی وجود دارد معهدنا درمان را باید متناسب با مزمن بودن التهاب، نوع انسداد و محل انسداد، زمینه مزاجی بیمار و سایر شرایط در نظر گرفت و تعیین نمود.

تجویز موضعی کورتیزون و آنتی بیوتیک که گاهی توأم با آلفا کیموتریپسین است بادستگاه هیستروگراف و بصورت تزریق قطره قطره داخل رحمی انجام میگردد، تزریق باید بملاصحت انجام گیرد که باعث درد نگردد و اگر دردی پیدا شد باید از ادامه تزریق خودداری کرد. پس از ختم تزریق لافل مدت نیم ساعت باید صبر نمود تا مخلوط دارویی از رحم خارج نگردد. چون تزریقات اولیه غالباً دردناکند بهتر است قبل از تزریق مسکنی برای بیمار تجویز نمود. مخلوط داروئیکه

برای تزریق داخل رحمی بکار میبرند شامل ینسیلین استرپتومیسین و ۲۵ میلیگرم استات هیدرو- کورتیزون است که بهتر است کمی ماده بیحس کننده مانند محلول نووکائین نیز بآن افزوده شود در صورت لزوم ۲۵ واحد آلفا کیموتریسین در آن علاوه کنند .

هر مجموعه درمانی شامل ۵ تزریق داخل رحمی است و مجموعاً سه بار باید این کار را تکرار کرد مسلم است که درمان موضعی باید با درمان عمومی توأم باشد باین منظور پر دینزولن و آنتی- بیوتیکها را بصورت تزریق عضلانی و یا خوراکی بکار میبرند .

حال اگر انسداد در شاخهای رحمی باشد لازم است قبل از تجویز موضعی کورتیزون درمان عمومی شروع گردد و مقدمتاً نیز چند تزریق موضعی از مخلوط آنتی بیوتیکها و هیالورونیداز بکار برد .

پردینزولن را بطریق عمومی ۵ روز روزی ۲۰ میلیگرم بکار میبرند و آنگاه هر هفته ۵ میلیگرم از آن کسر مینمایند .

این درمان برای مدت ۲ دوره ماهیانه انجام میگیرد . در دوران سوم ماهیانه سه تزریق داخل رحمی هیالورونیداز و آنتی بیوتیک انجام میشود و سپس بین روزهای ۹ تا ۲۵ ماهیانه ۷ تزریق هیدروکورتیزون توأم با آنتی بیوتیک بعمل میآید فشار مایعی که داخل رحم تزریق میشود نباید از ۱۰۰ میلیمتر جیوه تجاوز کند در هر حال این درمانها مدت ۷ ماه ادامه مییابد و پس از آن یکماه استراحت داده شده و سپس ۵ تزریق داخل رحمی دیگر انجام میگردد اگر انسداد در سر لولههای رحمی باشد بشرط آنکه هیدروسالپنکس در کار نباشد پس از آنکه درمان عمومی اولیه انجام گرفت ۵ تزریق داخل رحمی کورتیزون کفایت میکند آنگاه یکماه استراحت داده مجدداً ۵ تزریق دیگر انجام میپذیرد .

اما اگر انسداد همراه هیدروسالپنکس باشد لازم است لااقل مدت ۳ ماه درمان عمومی نمود و از ماه دوم اقدام به تزریق آنتی بیوتیک و هیالورونیداز کرد و از اواخر ماه سوم مخلوط آنتی- بیوتیک و کورتیزون تجویز نمود و پس از آنکه لولهها باز شدند درمان را تا مدت سه ماه دیگر باید ادامه داد

آنچه که باید قبل از شروع درمان در نظر گرفت

قبل از انجام اعمال مذکور باید علت نازائی بیمار روشن گردد و باین منظور آزمایشهای ذیل بترتیب انجام میگیرد .

- ۱- اسوفلاسیون لولههای رحمی و گاز کرینیک ۲- هیستروسالپنکوگرافی همراه با آزمایش کورت ۳- آزمایش بلغم کردن رحمی ۴- آزمایش هورن ۵- بیوپسی آندومتر در روز ۲۵ ماهیانه . ۶- فرونی مهلبی ۷- تعیین پ . هاش مهلبی ۸- اسپرموگرام .

گرفتن شرح حال بیمار مخصوصاً از نظر سوابق زایمانی، سقطها و اعمال جراحی روی لکن اهمیت بسیاری دارد. چگونگی پیشرفت بیماری، مزمن بودن ضایعات و تعیین نوع عفونت از نکات بسیار ضروری است؛ پس از تزریق داخل رحمی لازم است بدقت مخلوط داروئیرا که از رحم خارج شده و در مهبل ریخته شود پاک کرد چه غالباً باعث رشد و نمو سریع و شدید تریکوموناسها شده و بیماردچارواژنیت شدیدی میگردد. نکات دیگری که اهمیت دارند یکی انجام آنسوفلاسیون و هیسترو سالپنگوگرافی پس از تزریق داخل وریدی آنتی اسپاسمودیکها است و دیگری دقت در بیوپسی آندومتر از نظر وجود ضایعات سلولی.

آمار

در سال ۱۹۵۹ که در آمستردام کنگره نازائی و باروری تشکیل شده بود این آمار گزارش داده شده:

در یکصد موردیکه معالجه با آلفا کیموتریپسین و آنتی بیوتیک انجام گرفته بود ۵۹ مورد لوله‌های رحمی باز شده و ۳۷ مورد با بستنی منجر گشته است. کوزی و آورژل در همین کنگره گزارش داده‌اند که در تمام بیمارانیکه درمان کورتیزونی و آنتیبیوتیکی توأم با آلفا کیموتریپسین بوده و هم به صورت موضعی و هم بصورت عمومی بکار رفته است صد درصد نتیجه موفقیت آمیز بوده است. بالاخره نتایجی با آمار ۰.۲۳٪ و ۰.۳۷٪ و ۰.۶۰٪ و ۰.۷۵٪ نیز در این کنگره گزارش شده است. در آخرین تحقیقیکه در سال گذشته کورلاند بروی ۲۰ نفر بیمار نموده است و مدت معالجه ۶ ماه طول کشیده فقط ۱۱ نفر از بیماران لوله‌هایشان باز شده و ۶ نفر در بین آنها آبستن شده‌اند.

درمانهای جراحی توأم با درمان طبیی

در سالهای اخیر درمان نازائیهها بوسیله اعمال جراحی پلاستیک اغلب مواجه با عدم موفقیت میگردد گرچه جراحی موفق شده بود قابلیت نفوذ لوله‌ها را برقرار سازد ولی پس از مدتی جوشگاه عمل باعث انسداد مجدد میگردد و با آنکه بعلت خرابی اپی تلیوم مخاطی و با از بین رفتن حرکات دودی لوله‌ها و اختلال در مایع لنفی و عفونتهای مقاوم بالاخره نتایج خیلی کم و قابل توجه نبود ولی از موقعیکه درمانهای طبیی شروع گردید و محققینی مانند بره - لگرو - بنون در این باره تحقیق کرده‌اند وضع اعمال جراحی لوله قیافه دیگری بخود گرفت و آماری گواه بر آنست که در بسیاری از موارد نتیجه موفقیت آمیز بوده است. درمان در این طریق عبارتست از:

۱- انجام آزمایشهایی که شرح داده شد

۲- درمانهای طبیی مقدماتی

- ۳- درمان جراحی شامل برطرف کردن چسبندگیها - سالینگوستومی و تزریق موضعی کورتیزون و آنتی بیوتیک بلافاصله در همان موقع عمل
- ۴- ادامه درمانهای طبی عمومی بلافاصله پس از عمل
- ۵- انجام تزریقات موضعی داخل رحمی یکماه پس از عمل توام با انسوفلاسیون ، چنانکه بادآوری شد صدها بیمار را تاکنون باروشهای مذکور تحت درمان قرار داده متأسفانه تا سال گذشته نتیجه درمان برخلاف آمار یاد شده چندان موفقیت آمیز نبوده است ، ولی ازسال گذشته تاکنون که روش درمان طبی را توأم باجراحی نموده اند بنحو قابل ملاحظه ای نتایج بهتری مشاهده میگردد .

مآخذ :

- 1- La fonction tubaire et ses Troubles 1955 - Bret.
- 2- Les injections intratubaire d'hydrocortisone et d'antibiotiques la Presse Medicale 1956, 64, N° 94, 25 Dec 1956 Bret.
- 3- Honnanes antiphlogestiques in loco dans le traitement de l'obstruction tubaire. Gyn. Obst. 1958, 57, N°3- Ananaldo de Morales et Peane
- 4- Nouvelle Therapeutique de la Pelviperitonite par la Cortisone Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. L. fr 1958-10-N0 3 Ylyssidès
- 5- Gynecologie - A. Netter
- 6- Influence de la Cortisone sur l'epithelium Vaginal et la glaire cervicale chez la femme 1961-60-N04 Yakaubov
- 7- Infection aigue post-paitum, Bull. Fed. Soc - Gyn. Obst. 1958-10-N°4-Coriat
- 8- Perfusion intratubaire de Cortisone Bull. Fed. Gyn. Obst. 1959 11 No2-Leroux .
- 9- Hystero-salpingographie . Bécèle - 1961 Masson Paris
- 10- Traité de Technique Chirurgicale Tanne V - 1960 Massa Paris Masson. Paris
- 11- La fonction tubaire - Soc. Nationale pour l'etude de la Sterilite 1955
- 12- La fonction tubaire et ses troubles. 1955. Masson - Paris
- 13- Amer. j. Obst. Gyn. Fevrier. 1961 Vol. 81-No2 .

دوفیلیم مایل گرفت .

سری اسلایدهای بعدی طرز تشخیص محل پلاستا را با اشعه ایکس نشان میدهد و چون این موضوع قسمت عمده بحث امروز مانیست بدینجهت بسرعت آنها را نشان داده وبموضوع اصلی بپردازیم .

رادیو آکتیو پلاستوگرام

لوکالیزاسیون پلاستا اولین دفعه توسط Veal و Browne در سال ۱۹۵۰ انجام شد آنها رادیو آکتیوسدیم در محلول نمکی را بطور انترانو تزریق کردند میخواستند بدین طریق محل پلاستاهائی که در Anterior Wall قرار دارد تعیین کنند منظور عمده آنها از این عمل آسپیره کردن خون جفت برای اندازه گیری مواد مختلف آن بود .

بعدها مشاهدات براون توسط Cavanagl و Heagy و Swartz تأیید شد بیشتر این محققین I. RS A. بکار بردند زیرا رادیو آکتیوسدیم بسرعت از بدن دفع میشد وفرصت کافی برای لوکالیزاسیون نمیداد .

در تابلوزیرمجموع مریضهائی که مورد مطالعه قرار گرفتند نشان داده میشود .

جمع مریضها ۲۴ نفر

<p>مریضهائی که هم رادیو آکتیو ایزوتوپ پلاستوگرام و هم پلاستوگرافی داشتند ۱۱ نفر</p> <p>مریضهائی که فقط رادیو آکتیو پلاستوگرام داشتند ۱۳ نفر</p>

طریقه عمل برای رادیو آکتیو پلاستوگرام

مقدار ۵ میکرو کوری (mc) از رادیو آکتیو آیدین که قبلانیه شده ودقیقاً اندازه گیری شده است بمریض که روی تخت یا برانکار وبه پشت دراز کشیده است انترانو تزریق میکنیم مدت ۶ دقیقه برای پخش مساری این ماده رادیو آکتیو در جریان خون صبر میکنیم بعد توسط دستگاهی بنام Counter یا Scintillation که عمود بر سطح پوست قرار میگیرد رادیو آکتیویته نواحی مورد نظر را اندازه میگیریم خود این دستگاه بدستگاه دیگری بنام - Count Ratemeter که مقدار رادیو آکتیویته را نشان میدهد متصل میباشد ابتداء رادیو آکتیویته ناحیه پریکورولوم ز بعد روی رحم را اندازه میگیریم .

رادیو آکتیویته سطح قدامی رحم را در ۱۶ ناحیه مختلف تعیین میکنیم . برای اینکه رادیو آکتیویته سطح خلفی رحم را اندازه گیری کنیم Detector را در طرفین شکم وموازی با

سطح زمین قرار میدهم برای اندازه گیری رادیوآکتیویته ناحیه سرویکس و قسمت پارین رحم ناحیه انکوئیتال چپ و راست و قسمت وسط یوبیس را انتخاب میکنیم .

تابلو زیر گروه دوم مریض‌های ما را که فقط رادیوآکتیو پلاستوگرام داشتند نشان میدهد

شماره مریض	شماره بیمارستان	طول حاملگی بر حسب هفته در موقع مطالعه ما	طول حاملگی بر حسب هفته در موقع زایمان	طریق	نتیجه مشاهدات کلینیکی بارادیوآکتیو پلاستوگرام
۳	۷۷۳۴۸	۳۰	۳۲	واژینال	+
۴	۳۱۵۱۱	۲۲	۳۳	سزارین	+
۶	۴۴۰۱۸	۳۳	۳۲	واژینال	+
۷	۷۷۳۸۰	۳۲	۳۴	د	+
۸	۷۵۱۹۱	۲۸	۲۸	د	+
۹	۷۴۱۸۹	۳۲	۳۸	سزارین	+
۱۰	۷۳۵۲۱	۲۶	۲۷	واژینال	+
۱۱	۳۹۸۲۸	۳۶	۳۹	سزارین	+
۱۲	۷۶۵۹۱	۲۸	۳۰	واژینال	+
۱۷	۲۱۹۰۵	۳۴	۴۰	سزارین	+
۲۱	۷۹۸۴۸	۳۴	۴۰	واژینال	+
۳۳	۲۷۹۳۹	۳۶	۳۶	د	+
۲۴	۴۷۷۴۹	۴۰	۴۰	د	+

در این تابلو مشاهده میشود که در تمام ۱۳ مریض مورد مطالعه ما محل پلاستتا توسط رادیوآکتیو ایزوتوپ تعیین شده و کاملا با مشاهدات کلینیکی ما مطابقت دارد

این تابلو گروه اول مریض‌های ما را که هم رادیوآکتیو پلاستوگرام
و هم پلاستوگرافی داشته‌اند نشان میدهد

شماره مریض	شماره بیمارستان	طول حاملگی بر حسب هفته درموقع مطالعه ما	طول حاملگی بر حسب هفته درموقع زایمان	طریق	انتظاتی بامشاهدات کلینیکی ایزوتوپ
۱	۷۵۲۰۶	۳۴	۳۸	واژینال +	+
۲	۵۷۸۲۱	۳۴	۳۷	سزارین +	+
۵	۶۹۵۵۸	۳۵	۳۵	سزارین -	+
۱۳	۳۳۸۶۰	۳۶	۳۸	واژینال -	+
۱۴	۳۲۴۱	۳۶	۳۹	سزارین +	+
۱۵	۷۶۰۳۲	۳۴	۳۵	سزارین +	+
۱۶	۲۷۸۸۰	۲۶	۳۶	واژینال -	+
۱۸	۸۰۵۲۳	۳۷	۳۷	سزارین +	+
۱۹	۶۱۸۴۱	۳۷	۴۰	واژینال +	+
۲۰	۲۷۴۵۰	۳۷	۳۸	واژینال +	+
۲۲	۸۱۹۴۸	۲۹	۳۰	واژینال -	+

بنابراین در این تابلوهم ملاحظه میکنید که توسط رادیوآکتیو ایزوتوپ محل پلاستتا را
در تمام بیماران تشخیص داده‌ایم درحالی‌که از این ۱۱ مریض در ۴ نفر آنها نتوانستیم محل جفت را
با رادیوگرافی تعیین نمائیم .

طرق تعیین محل پلاستنا در مریض‌های مورد مطالعه

مریض	۹	مشاهده داخل رحمی
»	۲	لمس داخل رحمی
»	۱۳	انطباق با مشاهدات کلینیکی

فاصله بین مطالعه ما و زمان زایمان بر حسب هفته

هفته	تعداد مریض‌ها
۰	۵
۱	۴
۲	۴
۳	۵
۴-۶	۴
۶-۸	-
۸-۱۲	۲

طریق زایمان در مریض‌های مورد مطالعه

مریض	۹	سزارین
»	۱۵	واژینال

صحت تشخیص لوکالیزاسیون پلاستنا با مواد رادیو ایزوتوپ بر حسب مدت حاملگی

رادیو اکتیو ایزوتوپ				مدت حاملگی بر حسب هفته
تعداد تشخیص هائیکه صحیح بوده است	تعداد کل مریض	تعداد تشخیص هائیکه صحیح بوده است	تعداد کل مریض	
				کمتر از هفته
۰	۰	۰	۱	بیست و هشتم
				بین هفته بیست و هشتم
۱۰	۱۰	۴	۷	وسی و ششم
				بعد از هفته
۴	۴	۳	۴	سی و ششم
۲۴	۲۴	۷	۱۱	جمع
	۱۰۰-		۶۳٪	صحت بطور کلی

در اینجا مریض‌ها را بر حسب مدت حاملگی به دسته تقسیم نموده‌ایم، در مریض‌هایی که کمتر از هفته بیست و هشتم بودند یک مریض فقط پلاستنوگرافی داشت که محل پلاستنار نتوانستیم پیدا کنیم در حالیکه پنج مریض قبل از هفته بیست و هشتم بود که رادیو ایزوتوپ پلاستنوگرام داشتند و در همه آنها محل پلاستنا را دقیقاً تعیین کردیم.

از هفت مریض بین هفته بیست و هشتم و سی و ششم در چهارتای آنها نتوانستیم محل پلاستنا را با طریقه پرتو نگاری تعیین کنیم در حالیکه در همین گروه از بیماران ۱۰ مریض بودند که نتوانستیم محل جفت را تعیین نماییم، همانطور که ملاحظه میکنید بعد از هفته سی و ششم در تمام مریضا لوکالیزاسیون پلاستنا چه توسط اشعه ایکس و چه رادیو ایزوتوپ صحیح بود.

بنابراین لوکالیزاسیون پلاستنا با طریقه رادیو ایزوتوپ خیلی ساده و مطمئن و با درجه صحت زیاد است R. I. S. A. بسادگی در تمام دیار تمانهای ایزوتوپ موجود است، وسائل و دستگاههای آن معمولی بوده در هر لابراتوار ایزوتوپ مجهزی موجود است این امتحان معمولاً با مریض در حال خوابیده انجام میشود بنابراین میتوان روی برانکارد بدون تکان و تقلای زیاد انجام داد. در موارد ضروری ماشینهای پرمابل وجود دارد که میتوان دستگاه را بالای سر مریض آورد.

در بسیاری موارد معمولاً ۴۵-۶۰ دقیقه تمام طول میکشد، در صورتیکه اشکالی در تفسیر رادیو پلاستنوگرام موجود بود میتوان بدون تزریق مجدد ماده رادیو اکتیو به Counting را

انطباق نتایج بدست آمده از لوکالیزاسیون پلاستنا با اشعه ایکس و رادیوآکتیو ایزوتوپ و مطابقت دادن آنها با مشاهدات کلینیکی

رادیوآکتیو ایزوتوپ				اشعه ایکس			
جمع	غلط	قابل قبول	صحیح	جمع	غلط	قابل قبول	صحیح
							مشاهده داخل
۹	۰	۲	۷	۵	۱	۲	رحمی
							لمس داخل
۲	۰	۰	۲	۲	۱	۰	رحمی
۱۳	۰	۱۳	۰	۴	۲	۲	مشاهدات کلینیکی*
۲۴	۰	۱۵	۹	۱۱	۳	۴	جمع

تکرار کرد. خواندن و تفسیر کردن رادیو پلاستنو گرام قبل از هفته سی و چهارم دچار اشکالی نمیشود ولی بعد از هفته سی و چهارم خیلی آسانتر و راحت ترست.

موضوع مهم و قابل دقت که هم برای طبیب و هم برای مریض مهم است اثرات رادیو آکتیو بوده است که با این طریق روی مادر و بچه اثر میگذارد بادوزیکه ما بمریضهایمان داده ایم یعنی ۵ میکروکوری از R. I. S. A. که نیمه عمر آن ۸ روز میباشد دوز جنین در حدود ۰.۲٪ میکروکوری است در صورتیکه این مقدار را با ۲۵۰ الی ۷۵۰ میکروکوری که برای هر فیلم به بچه و تخمدانهای مادر میرسد مقایسه کنیم مطمئن تر بودن این طریق ثابت میشود.

البته نسج تیروئید تمایل زیادی به جذب موادیدی دارد، میزان کاتا بولیسیم موادید آلبومین در حدود ۵٪ در روز است بنابراین فقط $\frac{1}{2}$ از مقدار تزریق شده ۵ میکروکوری از R.I.S.A. یعنی فقط ۰.۲۵ میکروکوری هر روز برای جذب تیروئید مادر و بچه بکار میرود ولی برای اینکه کاملاً جذب I 131 را توسط تیروئید مانع شویم بهتر است که سه مرتبه در روز هر دفعه ۱۰ قطره محلول لوکل مریض بدهیم اینکار را میتوان ۳۴ ساعت قبل از تست شروع نمود و تا دو هفته بعد از آن ادامه داد در زیر بشرح مریض بسیار جالب که در موقع تحقیقات با آنها برخوردیم میپردازیم.

مریض شماره ۱۷

سی يك ساله در هفته سی و چهارم بعلت خونریزی بدون درد به بیمارستان مراجعه نمود.

نست اشتین لونتال در علت بیماری کم است و نتیجه درمان بی اندازه زیاد است و با آمار دکتر Tylor که در ظرف ۳۵ سال ۱۰۳ مورد عمل کرده که از این موارد ۹۵ درصد مرتب قاعده شده اند و ۸۷ درصد حامله شده اند وفق می دهد .

دکتر رفعانی - منظور از کورتاژ چه بوده است ؟

دکتر مصطفوی - ما کورتاژ را از این جهت نمودیم که نشان دهیم آندومتر در مرحله پرولیفراسیون است نه آتروفی و برای آنکه بدانیم اوولاسیون انجام می شود یا نه اینکار را نکردیم چون برای اینکه بدانیم اوولاسیون میشود انجام اعمالی مثل واژینال اسمیر و کورتاژ دیاگنوستیک در سه وحله لازم است .

دکتر مهدوی - بیماری است ۱۹ ساله که در ماه خرداد به بیمارستان زنان مراجعه کرده است سه ماه تأخیر رگل و سابقه ۴۰ روز خونریزی داشته در موقع مراجعه اندازه رحم باندازه حامله ۴ ماهه و دهانه رحم نیز باز بود بسا تشخیص بچه خوره بیمار را بستری کردیم در تاریخ ۲۸/۳/۴۲ اولین کورتاژ مول انجام شد در تاریخ ۳۰/۳/۴۲ در شرح کورتاژ دوم که نموده اند نوشته شده که سطوح رحم کاملاً پاک بوده و در موقع کورتاژ چیزی خارج نشد بیمار مرخص می شود و قرار می شود هر ۱۵ روز یکبار جهت آزمایش بوفو بدرمانگاه مراجعه نماید در موقع مراجعه جهت آزمایش بوفو چون از بیمار برای انجام آزمایش پول میخواستند دیگر مراجعه نمی نماید ولسی متأسفانه خونریزی بیمار بند نمیاید تا اینکه در تاریخ ۱۶/۵/۴۲ مراجعه می نماید در این تاریخ بیمار با وضع بسیار بد و درتابلوی شك و خونریزی داخلی مراجعه می نماید و بخوبی معلوم بود که درشکم بیمار خون دارد ما قبلاً فکر کردیم که شاید مریض کوریو اپیتلیوما پیدا کرده و علت خونریزی بیمار آن بوده است . در امتحانی که شد دهانه رحم کاملاً بسته بود بالاخره پس از اینکه به بیمار خون تزریق گردید شکم بیمار را باز کردیم باندازه دولیتر خون درشکم بیمار بود و اندازه رحم باندازه حامله چهار ماهه بود و در فعر رحم دوسوراخ داشت که از آنجا و زیکول های مول داخل شکم ریخته بود که مقداری از این وزیکول ها با خون داخل شکم خارج گردید بیمار راهیستر کتومی سوب توانال کردیم ولی تخمدانهای بیمار کیستیک نبود و بعلت کم سن بودن مریض تخمدانها را برداشتیم و بیمار را ۲۰ روز بستری کردیم و نسج رحم را برای آزمایش آسیب شناسی فرستادیم جواب کریو آدنومادیستر و آنس آمد در حدود يك ماه بعد از عمل بوفو مثبت بود و سپس منفی شد و تا چند روز قبل بوفو منفی بود عکس های رید بیمار متاستاز نداشت .