

بررسی پارگیهای رحم در زایشگاه فرح پهلوی

دکتر هرمز آهی

مورد پارگی رحم وجود داشته که نسبت آن $\frac{1}{1679}$ می باشد نسبت پارگی در سالهای مختلف در زایشگاه فرح در جدول ۱ منعکس گردیده است. میزان پارگی رحم در زمان حاملگی برطبق آمارهای جهانی بین $\frac{1}{93}$ تا $\frac{1}{8731}$ متغیر است. در مائائی نوین یکی از علل بزرگ مرگ و میر در مادران پارگی رحم بوده که نسبت آن به ۵٪ میرسد. با توجه به آمارهای متفاوت و متضاد بررسی دقیق و مجدد پارگی رحم منطقی می باشد.

تقسیم بندی پارگی رحم: پارگیهای رحم را به گونه های مختلف تقسیم بندی کرده اند که یکی از مفیدترین آنها تعیین زمان پارگی نسبت به زایمان بیمار بوده است که ممکن است خودبخود و یا ضربه ای باشد. تقسیم بندی ساده تری که پارگی رحم را برحسب علت آن مشخص نموده در زیر مورد مطالعه قرار گرفته است.

- ۱ - پارگیهای اسکار قبلی
- ۲ - پارگیهای خودبخود رحمهای سالم
- ۳ - پارگیهای ضربه ای در رحم های سالم

۱ - پارگی اسکار قبلی رحم: با در نظر گرفتن افزایش نسبت سزارین، پارگی بخیه سزارین قبلی در حاملگی و زایمانهای بعدی مسئله قابل توجهی را بوجود می آورد. طبق آمار بیمارستان جان هاپکینز بین سالهای ۱۹۰۰ -

تعریف: اصطلاح پارگی رحم معمولاً به مواردی اطلاق میشود که رحم آستن دارای جنینی باشد که قابلیت زندگی در خارج از رحم را پیدا کرده است لذا پارگیهایی که در نتیجه آبستنیهای زاویه رحم در اثر کورتاژ و سقط در ماههای اولیه حاملگی رخ داده است بحساب نمی آورند ولی مواردی از پارگی رحم که قبل از قابلیت زندگی جنین در رحم (رودیمانتر) رخ داده ناچار جزء پارگیهای رحم محسوب میگردد.

شیوع: موضوع پارگی رحم و عوارض آن یکی از وخیم ترین اتفاقات زایمانی است که برای هر پزشک متخصص زنان و مائائی در طول عمر طبابتش اتفاق می افتد مخصوصاً در سالهای اخیر که عمل سزارین رواج بیشتری داشته ایجاد پارگی محل اسکار سزارین قبلی موضوع قابل توجهی است تهیه آمار حقیقی پارگی رحم در بین زنان حامله و زائو مشکل است و هر بیمارستان و مؤلفی آمارهای متفاوتی بسته به روش عمل و طرز زایمانها و یا نوع بیماران مراجعه کننده دارد. آنچه مسلم است این است که عوامل متعددی در بروز پارگی رحم دخالت دارند که سطح تمدن و بهداشت، طرز تفکر مردم و رشد اجتماعی و اقتصادی و شرایط محیط و میزان اعتقادات مذهبی و غیره از مهمترین علل آن می باشد. میزان پارگی رحم در زایشگاه فرح که از سال ۱۳۴۹ تا ۱۳۵۴ بررسی شده نشان میدهد که در ۲۲۶۷۱۸ زایمان ۱۳۵

۵ - احتیاط و نامل در مورد انجام سزارین بیماران دهاتی یا شهرستانهای دورافتاده (بعلت دسترسی نداشتن بیمار به بیمارستان در زایمانهای بعدی و جلوگیری از پارگی رحم). جدول شماره ۴ علائم موجود در بیماران سزارین قبلی که مشکوک به وجود پارگی رحم شده است

جدول شماره ۵ پارگی رحم را در زمانهای مختلف حاملگی و زایمان نشان میدهد.

۲ - پارگیهای خودبخود رحمهای سالم: پاره شدن خودبخودی زهدان سالم در زمان حاملگی و زایمان یکی از عوارض وخیم آبستنی است. در این حادثه مرگ و میر مادر و بچه بسیار زیاد است. این عارضه نسبتاً به فراوانی و بلکه بیشتر از پاره شدن اسکار سزارین قبلی رحم است و امروزه بیشتر از پارگی ضربه‌ای نیز دیده میشود. در زایشگاه فرج پهلوی از ۱۳۵ پارگی در ظرف ۵ سال و ۶ ماه ۷۸ مورد پارگی خودبخودی و ۳۹ مورد پارگی ضربه‌ای دیده شده است که جمعاً ۱۰۸ پارگی روی رحم سالم رخ داده و ۲۷ مورد در رحم با اسکار سزارین قبلی مشاهده گردیده است. نسبت پارگی رحم سالم در آمارهای جهانی سه برابر پارگیهای اسکار قبلی رحم در اثر سزارین ناحیه تحتانی رحم بوده است. که در زایشگاه فرج این نسبت تقریباً به پنج برابر میرسد. پاره شدن خودبخودی زهدان بیشتر در نزد مادرانی که چندین شکم زائیده‌اند اتفاق میافتد. دلیل احتراز از تجویز اکسیتوسین در نزد چند زایان نیز همین خطر پاره شدن زهدان است. بطور کلی در پارگی خودبخودی عامل چندزایی خیلی مهم است بخصوص که در سابقه آنها زایمان مشکل و یا نوزاد درشت وجود داشته باشد. پارگی خودبخودی را در رحم‌های سالم در ضمن حاملگی و قبل از شروع دردهای زایمان بسیار نادر میدانند. در این گونه موارد پارگی همیشه در قله و یا دیواره قدامی و خلفی بدنه زهدان اتفاق میافتد این پدیده برعکس پارگیهای هنگام وضع حمل است که در اکثر موارد در ناحیه تحتانی زهدان بوجود میاید زمان مرحله اول زایمان در نزد این گروه حداکثر ۱۷ ساعت و زمان مرحله دوم زایمان در نزد ۵۱ بیمار که در این مرحله دچار

۱۹۴۲ در ۶۲۴ زن حامله که قبلاً سزارین شده بودند یکدهم درصد پارگی در ضمن حاملگی و ۱/۱٪ در زمان زایمان رخ داده که مجموعاً ۲/۱٪ بوده است. با توجه به این مطلب که اکثر سزارینها کلاسیک بوده و از تعداد آن کاسته شده است باید اذعان داشت که امروزه نسبت پارگی زهدان در این گونه موارد حداکثر ۲٪ میباشد. در حالیکه طبق گزارش ایستمن از ۶۹۹ حاملگی که در تعقیب سزارین سگمانتر انجام گرفته نسبت پارگی ناحیه تحتانی رحم ۵/۵٪ بوده است در جدول شماره ۲ انواع پارگیهای رحم و میزان شیوع آن در زایشگاه فرج مشاهده میشود.

نسبت پارگی اسکار قبلی در زایشگاه فرج با مقایسه با آمار جهانی بعلت پارگیهای رحم با اسکار قبلی کمتر بوده است شاید علت این باشد که تعداد سزارین کمتری بنسبت در زایشگاه فرج انجام میگردد. جدول شماره ۳ آمار سزارین را در ظرف پنج سال و شش ماه در زایشگاه فرج نشان میدهد.

همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده میگردد سال بسال که بر تعداد سزارینهای قبلی افزوده میشود به همان نسبت نیز بر تعداد پارگیهای اسکار سزارین قبلی رحم نیز افزوده شده بطوریکه بتدریج سیر صعودی را طی میکند ولی نسبت درصد سزارین بطور کلی در ظرف ۵ سال و ۶ ماه در زایشگاه فرج بین ۲ تا ۲/۵۹٪ و بطور متوسط ۲/۴۲٪ بوده است که از پائینترین نسبت آمار سزارین بیمارستانهای امریکا نیز کمتر میباشد. علت کم بودن نسبت سزارین در زایشگاه فرج به عوامل زیر بستگی دارد:

- ۱ - زایشگاه عمومی است و طبعاً نسبت به بیمارستانهای خصوصی دیرتر تصمیم به سزارین گرفته میشود
- ۲ - بکار بردن بیش از اندازه وسایل خشن مامائی مانند فورسپس‌های بالا و مشکل، وانتوز، ورسبون و کرانیوتومی.
- ۳ - افزایش تعداد زایمانهای واژینال در موارد جفت سرراهی و جدا شدن زودرس جفت. (نسبت بیمارستانهای خصوصی)
- ۴ - انجام زایمانهای واژینال در بعضی از موارد سزارین قبلی.

جدول شماره (۱)
آمار پارگیهای رحم آبستن در زایشگاه فرح پهلوی

سال	تعداد زایمان	تعداد پارگی	نسبت
۱۳۴۹	۴۰۵۴۴	۲۷	$\frac{1}{1501}$
۱۳۵۰	۴۰۷۶۲	۲۲	$\frac{1}{1853}$
۱۳۵۱	۳۱۶۳۵	۱۹	$\frac{1}{2193}$
۱۳۵۲	۴۰۴۱۸	۲۷	$\frac{1}{1297}$
۱۳۵۳	۴۲۱۱۷	۲۱	$\frac{1}{2005}$
۶ ماهه اول ۱۳۵۴	۲۱۲۴۳	۱۹	$\frac{1}{1118}$
۵ سال و ۶ ماه	۲۲۶۷۱۸	۱۳۵	$\frac{1}{1679}$

جدول شماره ۲
انواع پارگیهای رحم و میزان شیوع آنها در زایشگاه فرح

نوع پارگی	تعداد پارگی	درصد پارگی
پارگی اسکار قبلی	۲۷	۲۰
پارگیهای ضربه‌ای	۳۰	۲۲/۲
پارگیهای خودبخود	۷۸	۵۷/۸
جمع	۱۳۵	۱۰۰

جدول شماره ۳
آمار سزارین در ظرف ۵ سال و ۶ ماه در زایشگاه فرح

سال	تعداد زایمان	تعداد سزارین	درصد سزارین	تعداد پارگی اسکار قبلی	درصد پارگی اسکار قبلی نسبت به سزارین
۱۳۴۹	۴۰۵۴۳	۸۱۲	۲٪	۲	۰/۲۴٪
۱۳۵۰	۴۰۷۶۲	۹۴۶	۲/۳۲٪	۳	۰/۳۱٪
۱۳۵۱	۴۱۶۳۵	۱۰۷۲	۲/۵۹٪	۵	۰/۴۶٪
۱۳۵۲	۴۰۴۱۸	۸۶۶	۲/۱۴٪	۶	۰/۶۶٪
۱۳۵۳	۴۲۱۱۷	۱۱۹۲	۲/۸۰٪	۷	۰/۵۸٪
شش ماه اول					
۱۳۵۴	۲۱۴۳۲	۵۱۷	۲/۴۲٪	۴	۰/۷۷٪
۵ سال و ۶ ماه	۲۲۶۷۱۸	۵۴۰۵	۲/۴۳٪	۲۷	۰/۵۱٪

جدول شماره ۴

علائم موجود در بیماران سزارین قبلی که مشکوک به وجود پارگی رحم شده است

تعداد	علائم
۴ مورد	وجود درد شدید و انتشار آن
" ۱	سگمان کشیده
" ۴	انقباضات پشت سرهم و سپس از بین رفتن آنها
" ۶	احساس اندامهای جنین زیر جلد
" ۷	فشارخون پائین
" ۱۱	حالت شوک
" ۱۵	خونریزی مهبل
" ۱	حالت نفخ شکم و ایلئوس پارالیتیک قبل از وضع حمل
" ۱	علائم انسداد روده
" ۸	زجر جنین و از بین رفتن صدای قلب جنین
" ۶ *	بدون علامت

* پس از لاپاراتومی متوجه پارگی رحم شدند.

جدول شماره ۵
جدول شماره ۵ پارگی رحم را در زمانهای مختلف حاملگی
و زایمان نشان میدهد.

سزارین قبلی	سزارین سگمانتر	سزارین کلاسیک	جمع
پارگی رحم در زایشگاه انجام شده	۹ مورد	۳ مورد	۱۲ مورد
پارگی رحم قبل از ورود به زایشگاه.	۷ "	۸ "	۱۵ "
پارگی رحم بعد از شروع درد زایمان.	۱۴ "	۴ "	۱۸ "
پارگی رحم قبل از شروع درد زایمان.	۲ "	۷ "	۹ "
پارگی رحم در مرحله اول زایمان.	۹ "	۴ "	۱۳ "
پارگی رحم در مرحله دوم زایمان.	۵ "	۵ "	۵ "

را مسدود نکرده است و واژه مرضی از اینرو به آن اطلاق میشود که همراه با نازک شدن فوق‌العاده قسمت تحتانی زهدان میباشد. حلقه انقباضی مرضی اغلب از روی شکم و در حوالی ناف قابل رؤیت و لمس است. پزشک با مشاهده آن لازم است فوراً به فکر مانع مکانیکی در سر راه زایمان و احتمال پارگی زهدان در آتیه‌ای نزدیک باشد. پارگی‌هایی که در هنگام وضع حمل ایجاد میشوند تقریباً همه در ناحیه تحتانی زهدان بوجود می‌آیند. این پارگیها معمولاً بطور مایل ناحیه تحتانی زهدان را در بر میگیرند. ولی اگر به دهانه زهدان نزدیک باشند بیشتر عرضی هستند. پارگی‌هایی که متصل به رباط پهن باشند اغلب عمودی هستند. پارگیهای زهدان را بدو دسته پارگی کامل و ناقص تقسیم میکنند.

پارگی کامل وقتی است که محوطه داخل زهدان با حفره شکم مستقیماً رابطه پیدا کرده باشد. در حالی که در پارگی ناقص پوششی از صفاق که معمولاً روی زهدان و رباط پهن قرار دارد هنوز بر روی پارگی باقیمانده و حد فاصل بین محوطه زهدان و حفره شکم است. خونریزی در نوع پارگی ناقص کمتر از پارگی کامل میباشد. ولی گاهی خونریزی و هماتوم بقدری شدید و زیاد است که موجب مرگ بیمار میشود.

بعد از پاره شدن زهدان ممکن است محتویات آن به

پارگی شده‌اند حداکثر ۱۳ ساعت بوده است فاصله زمانی بستری شدن بیمار تا تشخیص پارگی رحم حداکثر ۲۴ ساعت میباشد. (بجز یک مورد که ۱۵۸ ساعت در بیمارستان بستری بوده است).

۳- پاره شدن زهدان در اثر ضربه و صدمه: پاره شدن زهدان در اثر ضربه در حین حاملگی بسیار نادر است ولی امکان پدید آمدن غیر از هفته اول حاملگی وجود دارد. ضربه مستقیم به شکم و افتادن بر روی شکم و یا تصادف با اتومبیل ممکن است موجب پیدایش این عارضه گردد. معمولاً زهدان در مقابل ضربات مقاومت زیادی دارد ولی در بعضی از موارد استثنائی ضربه نسبتاً کوچکی سبب پارگی این عضو میشود بطور کلی هر زن حامله که تصادف اتومبیل دارد باید برای مدتی تحت نظر باشد تا اگر علائم پارگی مشاهده شد فوراً بتوان او را تحت درمان قرار داد.

آسیب شناسی: در زایمانهای طولانی که در سر راه زایمان طبیعی مانع مکانیکی وجود داشته باشد حلقه انقباضی تشدید یافته و پیشرفتش به حد اعلا میرسد. از آنجائیکه این نوع حلقه انقباضی فقط در مواردی که مانع مکانیکی در سر راه زایمان وجود دارد پدید می‌آید آنرا حلقه انقباضی مرضی نام نهاده‌اند. حلقه مزبور بهیچوجه راه عبور جنین

داخل حفره شکم بریزد. ولی در مواقعی که قسمتی از نمایش جنین دز لگن فرو رفته باشد ممکن است فقط قسمتی از جنین وارد محوطه شکم شود. بطور کلی پارگی سطح قدامی رحم بمراتب بیشتر از سطح خلفی آن است. اگر پارگی در اثر عارضه قبلی روی عضله جسم رحم باشد. همیشه در قسمتهای فوقانی دیده میشود. که اغلب طولی میباشد. پارگی بدنبال سزارین کلاسیک یکی از شایع ترین پارگیها در این گروه است. پارگی مثانه گاهی با پارگی رحم مشاهده میشود. زمانی نیز پارگی رحم به بن بست خلفی و مهبل بسط مییابد.

تظاهرات بالینی - اگر پارگی رحم در حین وضع حمل صورت گیرد بیماری که از درد زایمانی رنج برده و کم و بیش علائم آگاه کننده پارگی رحم را نیز دارد (مانند انقباض دائمی رحم، عدم پیشرفت زایمان، پیدایش حلقه مرضی هنگام انقباضات رحمی) بناگهان احساس درد بسیار شدیدی در ناحیه زیر شکم کرده و حس میکند که یکی از احشاء در داخل شکم ترکیده است در این موقع اگر شکم بیمار را لمس کنیم ملاحظه خواهیم کرد که ناحیه تحتانی زهدان حساس و دردناک است. بلافاصله پس از پیدایش علائم فوق انقباضات زهدان از بین رفته و بیمار که تا چند دقیقه قبل از درد و ناراحتی زیاد شکایت میکرد احساس آرامش و راحتی میکند. همراه با این آرامش معمولاً مختصری خونریزی مهبلی نیز دیده میشود که اغلب مقدارش بسیار ناچیز است. لمس شکم و یا آزمایش مهبلی نشان میدهد که قسمت نمایش جنین از تنگه فوقانی فاصله گرفته و بطرف بالا رفته است. اغلب جسم رحم بصورت توده گرد و سفتی در یکطرف جنین قابل لمس است. در این موقع اعضای جنین را بخوبی میتوان لمس کرد. ولی اگر جنین از زهدان خارج شده و به داخل شکم افتاده باشد در آزمایش مهبلی قسمت نمایش جنین قابل لمس نخواهد بود. گاهی در آزمایش مهبلی با انگشت میتوان پارگی زهدان را یافته و با پیش بردن انگشت به درون پارگی احشاء مختلف مانند رودهها و غیره را لمس نمود ولی عدم کشف پارگی در آزمایش مهبلی بهیچوجه تشخیص پاره شدن زهدان را رد نمیکند. معمولاً اگر پارگی کامل زهدان در کار باشد. بعد از مدت کمی علائم شوک که عبارتند از نبض سریع و ضعیف، پریدگی رنگ با قطرات درشت عرق در

صورت، پدید میآیند. اگر خونریزی شدید باشد بیمار از لرز، اختلال بینایی و تنگی نفس شکایت میکند. و بالاخره به حال اغما میافتد این نوع خونریزی و شوک بخصوص در پارگیهای خودبخودی قسمت تحتانی و گوشه و کنارهای رحم دیده میشود در صورتیکه علائم شوک و خونریزی با پارگیهای حاصله از اسکار قبلی خیلی کم و آهسته میباشد. باید دانست که گاهی علائم شوک و سنکوپ ساعتها پس از پاره شدن زهدان پدید میآید بخصوص اگر جنین داخل زهدان باقی مانده و داخل شکم نیافتاده باشد در برخی از بیماران علاوه بر علائم فوق هیجان و دلواپسی پیدا میشود. در این حالت ثابت ترین علامت معمولاً "نبض فیلیفورم میباشد. از اینروز باید در نظر داشت که شوک همیشه وجود نداشته و علائمی که به تشخیص کمک میکنند عبارتند از درد زیر شکم حساسیت ناحیه تحتانی زهدان، از علائم دیگر میتوان افزایش حالت دفاعی جدار شکم را بخصوص در مواردی که خونریزی داخلی زیاد باشد با از بین رفتن صدای قلب جنین ذکر نمود. خونریزی مهبلی ممکن است در بیماران کم و زیاد باشد ولی عدم وجود آن تشخیص پارگی رحم را رد نمیکند. در موارد مشکوک پارگی رحم میتوان با سوند مثانه و جمع آوری ادرار و مشاهده خون در آن به تشخیص کمک نمود ولی صاف بودن ادرار تشخیص پارگی رحم را رد نمینماید. معمولاً علائم پارگی آنقدر آشکار است که احتیاجی به رادیوگرافی نیست ولی در موارد مشکوک میتوان از آن استفاده کرد که علائم آن بیشتر به صورت اکستانسیون غیرطبیعی انتهاها و ستون فقرات جنین میباشد.

در بعضی از موارد پارگی زهدان در حین زایمان بوقوع پیوسته بطوریکه تشخیص آن از نظر پنهان مانده است در این صورت اولین علامت نفخ شکم بعد از وضع حمل است که در اثر تجمع خون در پشت صفاق بوجود میآید.

پیش آگهی: پارگی رحم عارضه خطرناکی است که جان مادر و جنین را در معرض خطر قرار میدهد در بررسی زایشگاه فرح ۷۸٪ فوت جنین مشاهده شده که در گزارش ایستمن بین ۷۵ - ۵۰٪ بوده است اگر درمان به موقع انجام نگیرد و بیمار را به حال خود رها کنند اکثر مادران در اثر خونریزی و یا عفونت تلف خواهند شد امروزه تلفات مادران را در اثر

در اینگونه موارد با پیدایش حلقه انقباضی مرضی باید فوراً "بطریقه" عاقلانه‌ای وضع حمل را خاتمه داده و از مصرف بیمورد اکسی توسینها و یا کارهای خشن مامائی پرهیز کرد. درمان - در مواردی که پارگی رحم محرز باشد صرف نظر از اینکه بچه زنده و یا مرده بوده و یا قسمتی از جنین در زهدان و یا در محوطه شکم افتاده باشد زایمان مهلبی صلاح نمیباشد. هرگز نباید در این موارد وقت را تلف کرد بلکه باید بفوریت با تجویز مقدار کافی خون شکم بیمار را باز نموده و بچه را خارج کرده و پارگی زهدان را آنچنانکه صلاح است ترمیم نمود. معمولاً برداشتن کامل رحم لازم است ولی در بعضی از موارد استثنائی بخیه کردن قسمت پاره شده کافی میباشد. گاهی اوقات برای جلوگیری از خونریزی بخصوص در خونریزیهای رباط پهن برای جلوگیری از ضایعه حالب، شریان هیپوگاستریک را در دو طرف میبندند. تزریق خون برای اینگونه بیماران اهمیت حیاتی دارد اگر شوک وجود دارد. باید تزریق خون به فوریت آغاز گردد که در تمام طول مدت عمل جراحی ادامه داشته باشد عمل جراحی را نباید بعلت اینکه بیمار در حال شوک است بتعویق انداخت چون تا خونریزی کنترل نشود بیمار از حالت شوک بیرون نخواهد آمد. بهر حال عمل جراحی این بیماران بر حسب سن بیمار، نوع پارگی و آمادگی جهت تحمل شوک فرق مینماید. تجویز آنتی بیوتیک با مقادیر زیاد قبل و یا بعد از عمل ضروری میباشد. در مواردی که پارگی به اعضاء مجاور سرایت کرده باشد ترمیم آنها و جلوگیری از خونریزی لازم است.

خلاصه و بحث - در بررسی آمار ۵ سال و ۶ ماه زایشگاه فرح از - ۲۲۶۷۱۸ زایمان ۱۳۵ مورد پارگی رحم در زمان آبستنی و زایمان وجود داشته که نسبت آن $\frac{1}{1679}$ است از این تعداد ۲۷ مورد مربوط به پارگیهای رحم در محل اسکار بخیه سزارین قبلی و ۳۵ مورد مربوط به پارگیهای ضربه‌ای رحم و ۷۸ مورد مربوط به پارگیهای خودبخود رحم میباشد. همانطور که آمار نشان میدهد سال بسال بعلت افزایش نسبت سزارین بر تعداد پارگیهای رحم در اثر اسکار قبلی رحم افزوده میشود که باید بیماران حامله‌ای را که سابقه عمل

پارگی رحم سالم (خودبخودی یا ضربه‌ای) بیشتر از پارگی محل بخیه سزارین قبلی میدانند. که طبق گزارش ایستمن بین ۴۰ - ۲۵% است ولی در بررسی زایشگاه فرح بین ۵/۱ تا ۱۳/۲% میباشد. مرگ این قبیل مادران اغلب در اثر خونریزی شدید و شوک بوجود میآید ولی ایجاد آمولی ربوی و توقف ناگهانی قلب در موقع بیهوشی را هم گاهی مزید بر علت میدانند. تشخیص فوری و عمل جراحی سریع، در اختیار داشتن مقدار کافی خون و درمان با داروهای مختلفه جان عده زیادی از این قبیل مادران را نجات میدهد.

عوارض - غیر از خونریزی شدید و شوک غیر قابل برگشت که سبب مرگ آنی حتی قبل از اقدام به عمل جراحی میشوند عوارض دیگری هم مشاهده میگردد که اهم آنها عبارتند از توقف قلب، تب عفونی، عفونتهای شدید و یا عفونتهای محل عمل و باز شدن بخیه‌ها، ترومبوفلیت رانی و لگنی، آمبولیهای ربوی، عفونت ادراری و اورمی، ایلئوس پارالیتیک و انسداد، خونریزی واژینال و اختلالات الکترولیتی، فیستولهای ادراری و آنوری و بستن احتمالی حالب‌ها. عوارض دیگر مانند نازائی در اثر انسداد لوله بعد از ترمیم رحم و یا یائسگی زودرس در تعقیب برداشتن تخمدانها با هیستروکتومی توتال و یا سوب توتال نیز گاهی دیده میشود. پیشگیری - مراقبت دقیق در هنگام زایمان از این پیشامد جلوگیری میکند. ولی البته برای کاهش کلی میزان پارگی بالا بردن سطح فرهنگ و تمدن مردم و آموزش آنها از طریق وسایل ارتباط جمعی و تشکیل کلاسهای ویژه برای مواظبت‌های دوران بارداری تاثیر بسزایی دارد. همینطور فعالیت بیشتر سازمان بهداشت و تنظیم خانواده در این امر ضروری است. همانطور که مشاهده شد اکثر پارگیها در زنان چندزاد دیده شده که مانعی در سر راه وضع حمل وجود دارد. پزشک باید علائم اولیه پاره شدن زهدان را در نظر داشته باشد و بیمار را تحت نظر مستقیم قرار دهد و مخصوصاً احتیاط بیشتری در مورد افرادی که بیش از چهار زایمان داشته‌اند روا دارد. در مواردی که نمایش غیر طبیعی در کار است و یا مرحله دوم زایمان با وجود انقباضات شدید زهدان طولانی شده باشد باید ب فکر خطر پاره شدن زهدان بود.

جدول شماره ۶
سن بیماران مبتلا به پارگی رحم در زایشگاه فرح

نوع پارگی	حداقل و حداکثر سن بیماران*	سن متوسط بیماران
پارگی اسکار قبلی رحم	۲۳ - ۴۰ سال	۳۱/۶ سال
پارگی خودبخود رحمهای سالم	۲۵ - ۴۲ "	۳۰/۲ "
پارگی ضربه‌ای در رحمهای سالم	۱۸ - ۳۹ "	۲۳/۶ "

جدول شماره ۷
دفعات حاملگی بیماران مبتلا به پارگی رحم در زایشگاه فرح

دفعات حاملگی	پارگی اسکار قبلی	پارگی خودبخودی	پارگی ضربه‌ای	جمع پارگیها
نخست را	—	۲	۲	۴
۲ بار حامله	۳	۴	—	۷
۳ - ۴ بار حامله	۱۲	۱۶	۷	۳۵
۵ - ۶ بار حامله	۶	۲۵	۵	۳۶
۷ - ۸ بار حامله	۳	۱۷	۷	۲۷
از ۹ بار بیابا	۳	۱۴	۹	۲۶
دفعات متوسط حاملگی	۴/۶	۶/۲	۶/۶	۵/۸

جدول شماره ۸
تعداد مرگ جنین و مادر و درصد آنها

وضعیت جنین و مادر	پارگی اسکار قبلی	پارگی خودبخودی	پارگی ضربه‌ای	تعداد کل پارگیها
نوزاد سالم	۴	۴	۱	۹
نوزاد آسفیکی	۴	۱۰	۶	۲۰
جنین مرده	۱۹	۶۴	۲۳	۱۰۶
درصد مرگ جنین	%۷۰/۲	%۸۲	%۷۶/۶	%۷۸
تعداد مرگ مادر	۳	۴	۴	۱۰
درصد مرگ مادر	%۷/۴	%۵/۱	%۱۳/۳	%۷/۴

جدول شماره ۹
تعداد زایمانهای مهبلی در پارگیهای رحم و لاپاراتومی در
پارگی رحم از ابتدا

نوع پارگی	زایمان مهبلی و سپس تشخیص پارگی	لاپاراتومی از ابتدا
پارگی اسکار قبلی رحم	۲	۲۵
پارگی خودبخودی رحم	۱۲	۶۶
پارگی ضربه‌ای رحم	۲۴	۶
کل پارگیها	۳۸	۹۷

جدول شماره ۱۰
نوع معالجه پارگی رحم در زایشگاه فرح

نوع ترمیم	پارگی اسکار قبلی رحم	پارگی خودبخودی	پارگی ضربه‌ای	جمع کل
ترمیم رحم	۱۶	۳۰	۱۰	۵۶ مورد
هیستریکتومی توتال	۲	۱۶	۵	۲۳ "
هیستریکتومی سوپ توتال	۹	۲۹	۱۵	۵۳ "
برداشتن شاخ اضافی رحم	—	۱	—	۱ "
بستن شریان هیپوگاستریک چپ	—	۳	—	۳ "
" " هیپوگاستریک راست	—	۲	۱	۳ "
بستن هر دو شریان هیپوگاستریک	—	۲	۱	۳ "
ترمیم واژن (مهبل)	۱	۱۴	۲	۱۷ "

خانواده از نظر کنترل حاملگی در زنانی که چندین بار وضع حمل کرده‌اند جلب مینماید نکته دیگر مربوط به دقت پزشکان در مورد بکار بردن اکسی‌توسینها و خودداری از انجام اعمال خشن مامائی است. همینطور دقت در امور پیشرفت زایمان بیمار، در صورتی که با عدم پیشرفت مواجه شدند اقدام فوری و سریع قبلی از ایجاد پارگی رحم بعمل آید. از ۱۳۵ بیمار مبتلا به پارگی رحم ۹۰ بیمار در داخل زایشگاه مبتلا به این عارضه شده و ۴۵ بیمار قبل از ورود به بیمارستان دچار پارگی رحم شده بودند. بنابراین جهل ماماهاى محلی و دور بودن بیمار از مراکز طبی مجهز و پائین بودن سطح فرهنگ مردم همراه با کافی نبودن متخصص زنان و مامائی و بیپوشی و عدم دقت طبیب در تشخیص و کافی نبودن تجهیزات بیمارستانی و اطابق عمل از عوامل مؤثر در افزایش مرگ و میر بعلت این عارضه میباشد.

جراحی روی رحم دارند مراقبت بیشتری نمود و روزهای آخر حاملگی تحت نظر مستقیم پزشک قرار گیرند و از طرف دیگر بیمارانی که سابقه عمل سزارین کلاسیک دارند بعلت پارگی رحم در دوره حاملگی احتیاج به مراقبت بیشتری دارند لذا توصیه میگردد که از انجام این عمل بجز موارد مخصوص خودداری شده و در صورت اقدام به این عمل حتی الامکان لوله‌های رحمی بسته شوند تا از مخاطرات احتمالی پارگی رحم در حین حاملگی جلوگیری بعمل آید. از عوامل مستعد کننده در پارگی رحم، صرف نظر از سن بیمار، موضوع تعداد حاملگی و زایمان نیز قابل اهمیت است کما اینکه از ۷۸ بیمار مبتلا به پارگی خودبخودی در زایشگاه فرح ۵۶ نفر بین ۵ تا ۱۷ بار حامله شده‌اند لذا توجه مسئولین امر را به آموزش مردم و بالا بردن سطح فرهنگ عمومی از نظر مواظبت‌های دوران بارداری و فعالیت بیشتر سازمان بهداشت و تنظیم

References

1. Awais G.M. and Letherz T.B (Ruptured Uterus a Complication of Oxytocin induction and high parity) *Obs & Gyn.*, 36, 465, 1970.
2. Clabiborne, H.A. and Scheblin, E.C (Rupture of uterus) *Am. J. Obs. & Gyn*, 89, 335, 1964.
3. David A. (Uterin Rupture) *Obs & Gyn. Vol*, 43, 6, 921, June, 1964.
4. Dunn L.J. (Monitor recording of Spontaneous Uterine Rupture with Tumultaneous Labor) *Am.J. Obs. & Gyn. Vol*. 117, No. 4, October, 1973.
5. Fareel P. J. (Rupture of Uterus) *Am. J. Obs. & Gyn*, 97, 332, 1967.
6. Ferguson R.K. & D.E. (Rupture of uterus) *Am. J. Obs. & Gyn.* 76, 1972, 1968.
7. Golden, M. & Betson J.R. (Spontaneous rupture of the Gravid uterus due to placenta) *Am. J. Obs. & Gyn.* 78, 890, 1959.
8. Greenhill J.P. (Obstetrics), 1975, Pages 935, 911, 1158, 1174.
9. Maxwell schrom (Spontaneous Rupture of Uterus caused by Placenta Accreta) *Obs. & Gyn.* Vol. 25, No. 5, 625, May, 1965.
10. Pedowitz P. & perell A. (Rupture of uterus) *Am. J. Obs. & Gyn.* 16., 161, 1958.

11. Selwyn Grawford J. (Epidural Anaesthesia and Uterine Rupture) the Lancet, 361, March, 1974.
12. Vago J. (Mechanism of Rupture of the unscarred Uterus) Am. J. Gyn. Vol, 113, 6, 848, July, 1972.
13. Williams. (Obstetrics) 1971, Pages 390, 950.
14. Willson R (Obstetrics & Gynecology), 1975. Pages 532, 538.

۱۵- دکتر میردامادی - دکتر ذوالفقاری - مجله نظام پزشکی سال چهارم (۱۳۵۳) شماره ۱، ص ۷۹