

وارونگی رحم^۱

بررسی درباره علل و درمان چهار مورد وارونگی رحم
که از سال "۱۳۵۵ - ۱۳۵۰" در بیمارستان فرح (زایشگاه
حمایت مادران و نوزادان) مشاهده شده است.

دکتر هرمز آهی

علت: سه عامل مهم معمولاً در پیدایش این عارضه
دخالت دارند.

۱ - سستی یا نازکی دیواره‌های رحم مخصوصاً در محل
چسبندگی جفت.

۲ - فشار زیادتر از معمول یا کشش فوق‌العاده بر روی
بند ناف یا جفت.

۳ - دهانه رحم که بعد از زایمان بطور غیرطبیعی باز-
مانده باشد. از علل مستعد کننده دیگر میتوان از چسبندگی
غیرطبیعی جفت در قاعده رحم نام برد.

وارونه شدن رحم ممکن است بطور خودبخودی در نتیجه
افزایش داخل شکم بوجود آید ولی در اکثر موارد بعلت شدت
عمل فوق‌العاده در مانور کرده (۱) یا کشش بند ناف و کوتاهی
آن اتفاق میافتد. گاهی این عارضه در زایمانهای پشت سرهم
تکرار میگردد.

اگرچه وارونه شدن رحم ممکن است بخودی خود دیده
شود ولی معمولاً در نتیجه روشهای غلط در مرحله سوم
زایمان بوجود میآید. این بیماری معمولاً در تعقیب زایمان
اتفاق میافتد و در بعضی موارد نیز بعد از سقط گزارش شده

وارونگی رحم بیماری نادر و فوق‌العاده خطرناکی است
که با پیشرفت علم مامائی در سالهای اخیر تعداد آن نسبت
به نیم قرن گذشته کمتر و نادرتر شده است. طبق آماری که به
وسیله مک‌کولاک (۲) بدست آمده در هر ۳۰ هزار زایمان یک
مورد مشاهده میگردد ولی بعضی از مولفین تعداد آنرا ۱ در
۲۰ هزار هم گزارش داده‌اند بهمین دلیل بسیاری از متخصصین
زنان و مامائی با وجود آنکه سالیان دراز در این رشته فعالیت
میکنند حتی یک مورد آنرا هم مشاهده ننموده‌اند و به عبارت
دیگر این عارضه در مراکزی دیده میشود که هنوز از روش
قدیم زایمانی یا زایمان بوسیله ماماهاى نادان پیروی مینمایند.
گاهی قاعده رحم بقسمی به داخل جسم آن فرو میرود
که از دهانه یا سوراخ خارجی دهانه زهدان (۳) خارج میگردد در
اینحالت اصطلاح وارونه شدن رحم واقعیت پیدا مینماید. در
بعضی از موارد هم تمام عضو وارونه در خارج فرج مشاهده
میگردد بطوریکه اسامی وارونه شدن کامل، ناکامل و یا پرولاپس
رحم وارونه شده بترتیب در اینمورد (۴) بکار میروند. در بعضی
از حالتهاى فوق ممکن است جفت چسبیده به عضو وارونه شده
مشاهده گردد.

1. Inversion of the uterus

2. MC Coulagh

3. Cervix

4. Crede

است.

خارج گردد. گاهی اوقات لازم است که رحم برای ۳ تا ۵ دقیقه در محل نگاه داشته شود.

اگر ساعتها از وارونه شدن رحم گذشته باشد تغییروضع رحم بحالت طبیعی مشکل و یا غیرممکن میباشد در چنین مواردی بیمار معمولاً در شوک عمیق وارد میشود، بطوریکه درمان شوک قبل از اقدام به هر عمل جراحی برای تغییر حالت رحم ضروریست اگر در این مرحله جفت هنوز به محل قاعده چسبندگی داشته باشد باید از محل اتصال جداگردد. گاهی اوقات تعجیل در جدا کردن جفت با خونریزی زیادتری همراه خواهد بود.

دو نوع روش جراحی برای این عمل ترمیمی موجود است. اول از راه مهبل برای وارونگی‌های مزمن که بوسیله Spinelli انجام گردیده است. دوم از راه شکم که برای موارد حاد و مزمن یا هر دو بوده که Haultain اولین بار آنرا بکار برده است در مواردی که عمل از راه شکم انجام گردد شکاف در دیواره خلفی رحم در محل حلقه انسدادی داده میشود سپس با پنس رباطهای گرد گرفته شده و به بالا کشیده میشوند. تا تدریجاً رحم به حالت طبیعی برگشت نماید و بعد دیواره خلفی ترمیم میگردد.

در عمل جراحی با روش Spinelli که برای موارد مزمن بکار میرود. مثلاً از دیواره قدامی رحم و دهانه زهدان عقب زده شده و صفاق قدامی باز میشود بطوریکه با شکاف بر روی دهانه رحم و دیواره قدامی آن وارونه شدن رحم تصحیح میگردد. بعد از ترمیم دهانه رحم و جسم آن، رحم در حفره پریتون قرار داده شده و دیواره قدامی مهبل ترمیم میشود. با توجه به کم شدن این عارضه در سالهای گذشته مطالعه در حمایت مادران و نوزادان بعمل آمد که طبق آمار تعداد زایمان،

درسال	۱۳۵۰	۴۰۷۶۲	زایمان
درسال	۱۳۵۱	۴۱۶۳۵	زایمان
درسال	۱۳۵۲	۴۳۴۱۸	زایمان
درسال	۱۳۵۳	۴۲۱۱۷	زایمان
درسال	۱۳۵۴	۴۱۹۴۹	زایمان

جمع کل زایمان در پنج سال ۲۰۶۸۸۱ بوده است.

علائم بیماری:

وارونه شدن حاد رحم معمولاً همراه شوک دیده میشود ولی در بعضی از بیماران درد شدید یا خونریزی رحمی نیز جلب توجه میکند علائم ممکن است بعضی اوقات خفیف باشند و گاهی هم در موارد نادر برای چند روز بدون ناراحتی شدید در بیمار ادامه پیدا کنند.

در بعضی از بیماران دهانه زهدان در بالای رحم چنان جمع و منقبض میگردد که اختناق و گانگرن در تعقیب آن مشاهده میشود. در موارد دیگر عارضه بصورت مزمن با علائم عفونی و ترشح واژینال مشاهده میشود که برای درمان آن احتیاج به عمل جراحی میباشد.

تشخیص: تشخیص وارونگی کامل رحم معمولاً ساده است چون عضو غالباً بطور کامل از مهبل خارج میشود. وارونه شدن ناکامل رحم ممکن است بدون تشخیص باقی بماند. مگر آنکه لمس دقیق شکمی وجود ته رحم را نفی کند یا حالتی مشابه فرورفتگی دهانه آتش فشان در بالا یا پشت سمفیز استخوان عانه در معاینه شکم احساس گردد. در شوک نامشخص بعد از زایمان باید همیشه احتمال وارونگی رحم را مطرح نموده و معاینه از راه مهبل برای تشخیص دقیق فوراً انجام گردد.

پیش‌آگهی: اگر تشخیص سریع داده شود و رحم فوراً بوسیله پزشک متخصص بحالت طبیعی برگردد پیش‌آگهی بیماری خوب خواهد بود. معمولاً اگر تشخیص بیماری ۴۸ ساعت به تعویق افتد مرگ و میر افزایش میابد ولی اگر بیمار زنده بماند از تعداد مرگ بطور قابل توجهی کاسته میشود. با استفاده از ترانسفوزیون خون و آنتی بیوتیک بنظر میرسد تاخیر در تشخیص مانع بزرگی در کم کردن مرگ و میر بعلت این عارضه باشد.

درمان: در مرحله حاد اصلاح رحم وارونه طبق روش جانسون غالباً بدون اشکال صورت میگردد با این روش تمام دست در مهبل قرار گرفته بطوریکه در محل اتصال دهانه و جسم رحم با نوک انگشت و از روی شکم با کف دست در ناحیه قاعده فشار وارد میشود تا تدریجاً تمام رحم از لگن

وارونه شده تدریجا" با پنس مخصوص به حالت طبیعی درآمد و بعد سطح خلفی رحم و مهبل در دولایه با کاتکوت ۲ دوخته شد و محل شکاف بوسیله صفاق پوشانده شده و جدار شکم به طریق معمول بسته گردید.

مرحله بعد از عمل بدون عارضه بوده و بیمار در تاریخ ۵۰/۸/۱۲ از زایشگاه مرخص شد.

مورد دوم: طاهره جعفر ۲۳ ساله، چهارمین حاملگی، سومین زایمان، در تاریخ ۵۲/۱۲/۱۹ ساعت ۷ بعد از ظهر به علت شوک بعد از زایمان به بیمارستان فرح منتقل گردید. طبق اظهار اطرافیان، بیمار چند ساعت قبل در منزل زایمان کرده بود که در اطاق معاینه صرفنظر از حالت شوک که با رنگ پریدگی و نبض سریع بیش از ۲۰۰، تنگی نفس، فشار خون کمتر از ۶، خونریزی واژینال جلب توجه میکرد تشخیص وارونه شدن کامل رحم با چسبندگی جفت در قاعده آن داده شد که برای عمل فوراً آماده گردید در اطاق عمل تشریح و رید برای استفاده از سرم و خون انجام گردید بطوریکه چند دقیقه از سرم گلوکز ۵٪ و هماکسل استفاده شد ولی قبل از وصل کردن خون بیمار درگذشت. طبق نظر پزشک قانونی علت مرگ خونریزی شدید و شوک در تعقیب واریونگی کامل رحم بوده است.

مورد سوم: لحنیا مجرد مرادی ۲۷ ساله، ۱۲ حاملگی، پنجمین زایمان که زایمان دوم با سزارین بوده است در تاریخ ۵۳/۱۱/۳۲ در ساعت ۱۰ و ۱۲ دقیقه بعد از ظهر بعلت دردهای زایمانی با باز شدن دهانه رحم، "۵ سانت" و ضخامت ۴۰٪ و نزول سر در لگن - ۲ و کیسه آب پاره شده در بیمارستان بستری گردید فردای آنروز بعلت عدم پیشرفت تغییر صدای قلب جنین، زایمان با فور سپس خاتمه پذیرفت. نوزاد سالم، جفت و پرده‌ها طبیعی، پریینه پارگی نداشت، در ساعت ۳ و نیم بعد از ظهر همان روز، "یک ساعت بعد از زایمان" بعلت خونریزی و تغییر فشار خون و لمس تومور در عمق مهبل تشخیص واریونگی رحم مطرح گردید و در حالی که تزریق خون ادامه داشت بیمار برای عمل آماده شد. در ساعت ۴ بعد از ظهر شکم بیمار باز گردید رحم فرورفته در حالی که بصورت حفره‌ای تخمدانها و لوله‌ها را بداخل کشیده بود مشاهده شد. با استفاده از کمک از راه مهبل و کشش تدریجی یا پنس از داخل شکم

چنانچه ملاحظه میشود با توجه به آمار فوق که بیشتر از ۲۰۰ هزار زایمان بوده است چهارمورد واریونگی رحم گزارش شده که نسبت آن تقریباً یک مورد در پنجاه هزار زایمان میباشد.

مورد اول: ماه منیر میرزا ۲۵ ساله، دومین حاملگی، زایمان اول، در تاریخ ۵۰/۶/۳۰ بعلت واریونگی مزمن رحم از اطاق معاینه به بخش منتقل گردید. طبق گفته بیمار زایمان در حدود یکسال و نیم قبل در یکی از نقاط اطراف تهران به وسیله مامای محلی انجام گرفته بود که در تعقیب آن بیمار برای چند روز حالت نامساعد و غیرطبیعی داشته است که به تدریج بهتر شده ولی از آن زمان تا کنون مرتباً دچار خونریزیهای مکرر و عفونت مهبل گردیده که با درمانهای موضعی گاهی بهتر و زمانی بدتر شده است.

در درمانگاه زایشگاه بیمار با اسپکولوم مورد معاینه قرار گرفت ترشح عفن با بوی متعفن در مهبل مشاهده گردید که در عمق آن آندومتر تغییر شکل یافته با مقدار نسج فاسد و عفن جلب توجه میگردد. در معاینه با اسپکولوم و لمس دو دستی اثری از سوراخ دهانه رحم مشاهده نگردید و لگن خالی از جسم رحم بود.

ساعت ۸ بعد از ظهر همان روز بعد از آماده شدن آزمایشهای خون و ادرار و بکار بردن انتی بیوتیک جهت پیشگیری، معاینه زیر بیهوشی برای گرداندن رحم بحالت طبیعی بعمل آمد ولی به علت چسبندگی شدید امکان انجام آن میسر نشد. بعلت ترشح خونی از نسوج آندومتر تامیون واژینال روی رحم وارونه شده گذاشته شد که فردای همان روز خارج گردید.

چون وضع بیمار بعلت کم خونی برای عمل مساعد نبود تصمیم گرفته شد که بعد از اصلاح حال عمومی بیمار عمل جراحی برای تصحیح رحم وارونه شده انجام گردد. در موقع عمل چسبندگی داخل شکم مشاهده نگردید، تخمدان راست آثار جسم زرد را نشان میداد ولی تخمدان چپ طبیعی بود، قسمت پروکسیمال لوله‌ها همراه با رباطهای گرد به داخل حفره‌ای که در خط وسط در پشت مثانه قرار گرفته بود کشیده شده بودند. برش در قسمت عقب این حلقه بقسمی داده شد که در روی جدار خلفی مهبل ادامه پیدا میکرد و سپس رحم

پس از باز کردن جدار شکم در محله اول سعی گردید که با فشار داخل مهبل وضع رحم اصلاح گردد ولی چون امکان انجام آن میسر نشد با فشار طولی در سطح خلفی رحم، رحم وارونه شده تدریجاً بحالت طبیعی برگردانده شد. نسوج رحم حالت طبیعی خود را حفظ کرده بودند. پس از دوختن دیواره خلفی رحم، بستن لوله‌های آن و رباطهای گرد جدار شکم بطریق معمول دوخته شد. بیمار در تاریخ ۵۴/۱۱/۲۸ بیمارستان را بدون هیچگونه ناراحتی ترک نمود.

نتیجه - از تعداد ۲۰۶۸۸۱ زایمان در بیمارستان فرح چهار مورد وارونگی رحم در مدت ۵ سال از سال ۱۳۵۰ - ۱۳۵۵ دیده شده که سه مورد بوسیله عمل از راه شکم درمان شده و از بیمارستان مرخص گردیده‌اند و یک مورد در حال شوک بوده که فوت نموده است.

قسمت وارونه شده کم‌کم از داخل حفره خارج گردیده و رحم به حالت طبیعی درآمد، بعد از بستن لوله‌های رحمی و ترمیم قسمت خلفی دیواره مهبل که در حین عمل مجروح شده بود جدار شکم بطریق معمول بسته شد.

مرحله بعد از عمل بدون ناراحتی سیری گشت و بیمار در تاریخ ۵۳/۱۲/۱ از بیمارستان مرخص گردید. مورد چهارم: جمیله تقی ۳۵ ساله، ششمین حاملگی، ششمین زایمان در ساعت ۱۲ و چهل دقیقه صبح ۵۴/۱۱/۲۱ بعلت خونریزی به بیمارستان فرح مراجعه کرد. طبق گفته بیمار ۷ روز قبل در منزل بوسیله مامای خانوادگی وضع حمل کرده بود. در معاینه واژینال توده سفتی نزدیک به دهانه مهبل احساس میشد که با بازکردن لبهای فرج نیز قابل رویت بوده است. فشار خون بیمار در این مرحله ۱۲/۸ نبض ۱۱۲ درجه حرارت ۳۸ و در لمس دو دستی لگن خالی از جسم رحم بود ساعت ده و نیم صبح همان روز بیمار با تشخیص وارونگی رحم به اطاق عمل فرستاده شد.

References

1. Inversian of uterus during delivery (authors transl) Krikal Z, et al. *Cesk gynekol* 30 (10): 735-6, Dec. 74
2. Acute inversian of uterus chwdhury NNR. *J indian Med. Assoc.* 62 (9): 314-7. 1 May 74
3. Editorial inversian of the uterus Gyn. Km. *J. Indian Med. Assoc.* 62 (9): 325-6 I May 74
4. Complete inversian of the uterus: an effective method of replacement. *Derjanecz jj can Med. Assoc. J* 110: 624, 16 March 74
5. Kchrer, F. A. On the conservative surgical management of chronic inversian of the uterus: *Zbl Gynok.* 22: 297, 1968
6. Kustner, S., Method of conservative management of chronic inversian of the purposal uterus *zbl Gynek* 17: 945, 1963.
7. McCullagh, W. Mck H. inversian of the uterus: a report of three cases and analysis of 233 recently reported cases. *J. of Obst. & Gyn. Brit. Empire* 32: 280, 1952
8. Das, P. inversian of the uterus *J. of Obst. & Gyn. Brit. Empire* 47: 525, 1960
9. Bell, J. E., Wilson, G. F., and Wilson, L. A., Puerperal inversian of the uterus. *Amer. J. Obst. and Cyn.* 66: 769, 1963
10. Johnson, A. B., a new concept in the replacement of the invorted uterus and a report of 9 cases. *Amer. J. of Obst. & Gyn.* 57: 557, 1950
11. Haultain, F. W. N., The treatment of chronic uterine inversian by abdominla hystrectomy. *Brit. Med. J.* 2: 974, 1901
12. Spinelli, P. G., Inervisan of the uterus, *Riv di Ginec. Contemp.* 1:1, 1897