

عدم تطابق سر با لگن

نزد زنان چند زای ایرانی*

دکتر محمود صرام**

عدم تطابق سر با لگن یکی از مشکلات اصلی زایمان است که پزشکان متخصص مامائی اغلب با آن روبرو هستند .

این عدم تطابق به یکی از سه علت ذیل یا ترکیبی از آن علل ایجاد میشود:

۱- کوچک بودن اقطار لگن و یا نامناسب بودن فرم آن .

۲- بزرگ بودن سر نوزاد .

۳- ناهنجاری نمای سر نوزاد در هنگام زایمان .

اندازه گیری دقیق اقطار لگن و همچنین اندازه گیری سر نوزاد از طریق آزمایش-

های مختلف با پرتو نگاری و یا آزمایش بانوسانات مافوق صوت امکان پذیر است و معمولاً جز در موارد مشکل زایمانی از آنان استفاده نمیشود .

شایعترین طریقی که توسط آن به طبیعی بودن اقطار و شکل لگن پی برده

میشود خود عمل زایمان است یعنی اگر یک زن نوزادی را از طریق مهبل بدنیا آورد معمول

است که میگویند این زن دارای لگن متناسبی برای زایمان است. بدین علت است که

در بخش های مامائی، زنان چند زای را در هنگام زایمان با اطمینان خاطر به حال خود

میگذارند زیرا معمول براینست که تصور شود که یک زن که کودک اول را از طریق

مهبل بدنیا آورد لگن او متناسب است و میتواند نوزادان بعدی را نیز از طریق مهبل

بدنیا بیاورد .

* این مطالعه در سرویسهای وابسته به بخش بیماریهای زنان و مامائی دانشگاه پهلوی

انجام گردیده است .

** دانشیار بخش بیماریهای زنان و مامائی و معاون آموزشی دانشکده پزشکی دانشگاه

اصفهان .

از پانزده نوزاد مرده بدنیا آمده مورد آن نزد بیمارانی که پارگی رحم داشته اند دیده شده است. این بیماران همه جزو گروه بیماران عمومی بوده اند و مواظبت زایمانی آنان در دهات و نزد قابله محلی بوده است. واضح است که در این بیماران علاوه بر طول زایمان آنو کسی، بعلت پاره شدن زهدان، علت اصلی مرگ نوزادان بوده است. در دو بیمار فیستول بین عانه و مهبل دیده شده است. پنج بیمار مبتلا بمرض قند بوده اند. از نقطه نظر مکانیسم زایمانی سه مورد نمای صورت و سه مورد نمسای پیشانی و شش مورد نمای پا دیده شده است.

تشخیص نهائی عدم تطابق سر بالگن در اکثر بیماران بنا بر سابقه بیمار و مقایسات کلینیکی بیمار و اندازه گیری لگن توسط توشه و اژینال و همچنین پیشرفت زایمان داده شده است در بعضی از بیماران علاوه بر مطالعات فوق الذکر از اندازه گیری لگن توسط رادیوگرافی نیز برای تشخیص عدم تطابق سر بالگن استفاده شده است. در تابلو ۷- میانگین اندازه های اقطار لگن در ۱۵ مورد رادیوگرافی لگن نوشته شده است و این اندازه ها مخصوصاً در دیامترهای قدامی - خلفی کوچکتر از اندازه های لگن های طبیعی است.

تابلو ۷- میانگین اقطار لگن از روی رادیوگرافی

(۸/۵ تا ۱۱)	۹/۶۳	قطر قدامی - خلفی	ورود گاهی لگن
(۱۰/۵ تا ۱۳/۸)	۱۲/۴۶	قطر عرضی	لگن
(۱۰/۵ تا ۱۳/۸)	۱۱/۵۵	قطر قدامی - خلفی	
(۷ تا ۱۱/۵)	۸/۹۸	قطر عرضی	

بحث و تفسیر

هر چند که مقالات چندی در مجلات راجع به عدم تطابق سر بالگن نزد زنان چندزا منتشر شده است معهداً معمولاً متخصصین مامائی توجهی بامکان پیش آمد این گرفتاری در زایمانها ندارند. تجربیات ما در شیراز نشان میدهد که این گرفتاری در هنگام زایمان آنقدر کمیاب نیست بطوریکه میتوان تأکید نمود که زایمانهای مهلبی قبلی بهیچوجه دلیلی بر عدم وجود يك لگن تنگ و یا يك لگن غیر طبیعی در زایمانهای بعدی نمیشد.

تانسرو و اندن برگ (۱) در مطالعه خود ۱۷ درصد سزارین های اولیه را نزد

زنان چندزایا بعلت عدم تطابق سر بالگن پیدا کرده‌اند. این آمار مشابه ارقام ما در نزد بیماران خصوصی است (۱۰ مورد از ۸۸ بیمار یا ۱۷/۲۴ درصد) برعکس ارقام مشابه در نزد بیماران چندزایا خیلی زیادتر است و قریب ۴۰ درصد سزارین‌های اولیه در نزد زنان چندزایا بعلت عدم تطابق سر بالگن بوده است. این اختلاف شایان توجه است و در ذیل بدان اشاره خواهد شد.

همچنین از ۱۴۸ مورد سزارین بعلت عدم تطابق سر بالگن در بیماران نخست‌زایا و چندزایا در گروه بیماران عمومی، ۸۶ مورد یا ۵۸/۳ درصد این بیماران چندزایا بوده‌اند در صورتیکه عدد مشابه برای بیماران خصوصی ۳۷ درصد بوده است.

ارقام فوق بطور کلی نشان می‌دهد که اولاً عدم تطابق سر بالگن در ایران یکی از گرفتاریهای مهم در نزد بیماران چندزایا میباشد و ثانیاً این گرفتاری در نزد بیماران عمومی که از طبقه فقیر مملکت هستند خیلی بیشتر از بیماران خصوصی دیده میشود. موضوع اخیر یعنی وفور عدم تطابق سر بالگن در نزد زنان چندزایا فقیر بامقایسه با زنان چندزایا غنی دارای علل مختلف میباشد که میتوان آنرا مربوط به تنگی و نامتناسب بودن فرم لگن استخوانی و بزرگ بودن زیاد از حد نوزادان دانست.

راجع به لگن استخوانی در نزد بیماران فقیر، دانشمندان معتقدند که سطح تغذیه مهمترین عامل است که روی اندازه و شکل لگن استخوانی موثر میباشد.

لیستر (۶)، کوکس (۷) و وزیب تورپ (۸) ۱۹۵۳ لگن‌های استخوانی زنان افریقائی را از نقطه نظر کلینیکی و رادیولوژی مورد مطالعه قرار داده‌اند. کوکس معتقد است که علت اصلی دیر آنگازه شدن سر در لگن نزد زنان افریقائی تنگی لگن آنان است که بعلت بدی تغذیه میباشد. فینی (۲) مینویسد که در نزد بیماران کوتاه قد نسبتاً چاق که زایمانهای پشت سرهم دارند و بلافاصله پس از زایمان کار بدنی را شروع مینمایند، در حالیکه ساکر و ایلیاک آنان قابل انعطاف است، ممکن است جلو لغزیدن پروموتوار و در نتیجه تنگی قداسی - خلفی لگن بوجود می‌آید. او از قول ویلیامز مینویسد که ممکن است تنگی لگن در نزد بیماران در اثر یک استئو-مالاسی ضعیف بوجود آید. در آمار ما یک بیمار ۲۲ ساله مشاهده شده است که در سه شکم قبلی نوزاد زنده از راه مهبل بدنیا آورده است و در شکم چهارمی زایمان او مواجه با اشکال گردیده است. عکس لگن دفورمیته شدید لگن را با تمام علائم استئومالاسی نشان داده است. البته این زایمان از طریق شکم انجام گردید.