

یک مورد پارگی رحم که بدون عمل

جراحی بهبود یافته است

نگارش

دکتر جلال مجیبیان

رئیس بخش بهداشت جمعیت شیروخورشید سرخ یزد

معصومه میرزاعلی سی و پنج ساله در ساعت ۹ روز ۱۶/۱۲/۳۳ بعلت درد های شدید زایمانی که مدت سه روز ادامه داشته و عدم پیشرفت زایمان به زایشگاه شیرو - خورشید سرخ یزد مراجعه نمود. بیمار مدت دو روز درد زایمانی داشته و تحت نظر مامای غیر مجاز در منزل بوده ولی از شب قبل بعد از یک درد شدید دردها تمام و بیمار بحال ضعف افتاده و چون با وجود دستکار بهای متعدد و حتی تزریق آمپول که بدستور یکی از پزشکان انجام شده زایمان خاتمه نیافته در ساعت مزبور به زایشگاه هدایت شده است.

هنگام مراجعه بیمار در حال شوک بود نبض ضعیف و در حدود ۱۲ در دقیقه بود در سابقه بیمار معلوم شد که برای بار چهارم حامله و حاملگی بانتها رسیدن است ولی شکم بیمار بزرگتر از دفعات قبل بوده و موقع پاره شدن کیسه آب در حدود یک سطل آب خارج شده است (هیدرو آمنیوس) معاینه از روی شکم نشان میداد که بچه با وضع طبیعی ولی صدای قلب بچه شنیده نشد. معاینه از راه مهبل علت توقف زایمان را نشان داد بدین معنی که سر تمام حفره لگن را گرفته و کاملاً آنگازه نشده بود فونتanelها خیلی بزرگ و تحت فشار وسیع و استخوانهای سراز یکدیگر مجزا بود. با این علائم تشخیص هیدروسفالی نوزاد مسلم و با اطمینان به زنده نبودن بچه تصمیم به سوراخ کردن سر گرفته شد.

با در نظر گرفتن حال عمومی بیمار و نوع عملی که عبارت از سوراخ نمودن سر جنین بود بدون بی هوشی عمل مزبور انجام و پس از خالی شدن مایع داخلی جمجمه که در حدود دو لیتر بود با کشش مختصر جنین خارج گردید و چون بیمار خونریزی

نداشت مدت نیم ساعت برای خارج شدن جفت تأمل شد و چون جفت خارج نگردد و از روی شکم معلوم شد که رحم کاملاً جمع شده است اقدام به معاینه داخلی گردید در معاینه با کمال تعجب مشاهده شد که رحم کاملاً جمع و دهانه آن نیز بسته است و فقط يك انگشت و بزحمت دو انگشت داخل آن میشود ولی در بن بست خلفی پارگی در تمام عرض بن بست ایجاد شده است که بند ناف از آنجا خارج میگردد و چون بند ناف بند ناف دست وارد محوطه شکم شده جفت در نزدیکی کبد در مقابل فضای داخل شکم قرار داشت که با احتیاط خارج شد.

این مسئله که شاید تا اندازه ای نیز باعث تعجب باشد بدین طریق تعبیر میشود که قبل از ورود به بیمارستان و شاید در شب قبل بعلمت عدم امکان خروج سر جنین بواسطه بزرگی فوق العاده و در اثر انقباضات شدید قسمت فوقانی رحم بن بست خلفی پاره و در تمام طول بن بست رحم از اتصالات خود مجزی شده است ولی چون بخود رحم آسیب نرسیده است بنا چند انقباض دیگر محتوی خود را که عبارت از جنین و جفت بوده بخارج رانده است و چون راه خروج موجود نبوده جنین و جفت از محل پارگی وارد حفره شکم شده و در نتیجه انقباضهای رحمی تمام و دردهای زایمان نیز پایان یافته است. با توجه باین مسائل در مورد روشی که بایست برای نجات بیمار در پیش گرفته شود تردید باقی بود زیرا از یکطرف حال عمومی بیمار اجازه عمل وسیع باز کردن شکم و دوختن کول دوساک را نمیداد و از طرف دیگر ترمیم پارگی از راه مهبل با وسایل موجود مشکل بنظر میرسید چون وضع پارگی توهم باز شدن يك یا هردو میزه نای را ایجاد مینمود از بیمار سند اثر بعمل آمد که مثانه خالی و امکان وجود عارضه فوق را بیشتر تایید مینمود بهر حال بیمار تحت نظر قرار گرفت با تزریق سرم گلوکز و سرم نمکی و پرستون و آنتی بیوتیکها مخصوصاً اورگومیسین حال عمومی او رو به بهبود گذارد و خطر عفونت نیز باین طریق کمتر گردید خوشبختانه بیمار با آنکه چند روز دچار تبهای شدید بود بی ایجاد عارضه ای که مربوط به پاره شدن کول دوساک باشد مخصوصاً پریتونیت و یا انسداد روده ها بر اثر ورود در شکاف پارگی بهبود یافت و روز بیستم

مرخص گردید .

در معاینه‌ای که روزهای سوم و هفتم و دهم از بیمار بعمل آمد مراحل مختلف بسته شدن کول دوساک را نشان میداد و در معاینه آخر کول دوساک کاملاً بسته و وضع رحم از نظر کالبدشناسی تقریباً طبیعی بود میزنای‌ها نیز دست نخورده و تنها عارضه ای که برای بیمار باقی مانده فیستول و زیکو و اژینال است که روز دهم آشکار و به علت نکروز بر اثر ماندن سر بر روی شانه میباشد .