

دانشگاه ملی ایران

دانشکده پزشکی

موضوع:

اثرات آنتی بیوتیک ناقص در اتیولوژی

آبسه‌های خارج از رحم

نگارش:

حسرو گوهری

۳۰۵

سوگند نامه پزشکی (اعلامیه ژنو سال ۱۹۴۷)

هم اکنون که حرفه پزشکی را برای خود اختیار میکنم با خود عهد می بندم که  
زندگیم را یکسرووقف خدمت به بشریت نمایم .

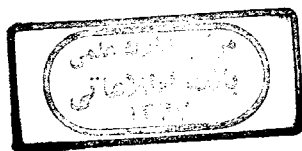
احترام وتشکرات قلبی خود را بعنوان دین اخلاقی ومعنوی به پیشگاه اساتید  
محترم تقدیم میدارم وسوگند یاد میکنم که وظیفه خود را با وجدان وشرافت  
انجام دهم .

اولین وظیفه من اهمیت وبزرگ شماری سلامت بیمارانم خواهد بود ، استمرار  
بیمارانم را همیشه محفوظ خواهم داشت ، شرافت و حیثیت پزشکی را از جان و  
دل حفظ خواهم کرد .

همکاران من برادران من خواهند بود ، دین - ملیت - نژاد و عقاید سیاسی  
وموقعیت اجتماعی هیچگونه تأثیری در وظایف پزشکی من نسبت به بیمارانم  
نخواهد داشت .

من در هر حال بزندگی بشرکمال احترام رامبذول خواهم داشت و هیچگاه -  
معلومات پزشکی ام را برخلاف قوانین بشری و اصول انسانی بکار نخواهم برد .

آزادانه شرافت خود سوگند یاد میکنم آنچه را که قول داده ام انجام دهم .



۳۷۵۵

تقدیم :

بہ استاد ارجمنہ جناب آقای دکتور فرهنگ زارع

تقديم ۱

بسه پندرهنه نيزم كه هميشه مشوق من در امور تحصيل بوده است

تقديم :

به مادر مهربانم كه با محبت هاى سرشارش بمن اميد زندگى بخشيد .

تقديم :

به "شہلا" نامزد عزیزوں سرک آئندہ زندگی

فهرست مندرجات

- ۱- مقدمه
- ۲- تشریح لوله
- ۳- فیزیولوژی عمل لقاح و پیشرفت آن تا تشکیل جنینی
- ۴- لانه گزینی و مهاجرت تخم
- ۵- آبستنی خارج از زهدان ( تعریف - آسیب شناسی - علائم )
- ۶- بحث در باره سالیپنژیت ها بعنوان عامل مهم اتیولوژیک ها  
سالیپنژیت سلی - سالیپنژیت سوزاکی و زایمانی
- ۷- ۴ مقاله از مجلات مختلفه بیماریهای زنان برای تأیید این نظریه
- ۸- خلاصه و آمار
- ۹- نتیجه گیری
- ۱۰- چند نمونه ابروآسیون مربوط به بخش زنان و زایمان بیمارستان جرجانی

”مقیـــــــــــــــدمه”

در موقعیکه دوره کارورزی خود را در یکی از بیمارستانها شروع میکردم از همان روزهای اول یکی از پزشکان متخصص بیمارستان دائمانکه مهمی رایاد آوری میشد و آنراچه در اطاق معاینه و چه در اطاق زایمان بما گوشزد مینمود متن این گفته مهم چنین بود :

” در تشخیص بیماریهای زنان آبستنی خارج از زهدان راهمیشه به خاطر داشته باشید . ”

این پزشك هم چنین اظهار میداشت که شیوع آبستنی خارج از زهدان بنحوی است که همیشه بایستی در هر فوریت جراحی زنان آنرا در نظر داشت تا بتوان اشکال غیر معمولی آنرا هم تشخیص داد .

ولی با تحقیقات بیشتر امروزه معلوم گردیده که در سالهای اخیر بعد از کشف آنتی بیوتیک ها آبستنی خارج از زهدان بطور محسوسی افزایش یافته و علت اینکه آنتی بیوتیکوترایی را مقصر قلمداد میکردند دلائلی دارد که در این پایان نامه تا آنجا که مقدور است از آنها بحث و با بررسی مطبوعات و مجلات علمی سایر ممالک هم تأیید گردیده و چون بخش زنان بیمارستان جرجانی



نیز بمانند سایر بیمارستانهای زنان در ایران از نظر مرکز فوریت های بیماریه<sup>ی</sup> زنان قابل ملاحظه میباشد لذا میتوان از روی آمار این بخش و اتفاقات روز مـره آن کاملاً ابراز عقیده نمود .

چنانکه در مدت دو ماه کارورزی خود در بیمارستان با چندین مورد آبستنی خارج از زهدان برخورد نمودم که بسیار قابل ملاحظه بود .  
در اینجا لازم است توضیح بیشتری در باره چگونگی تأثیر آنتی بیوتیک ها و بخصوص رابطه درمان ناقص آنها را با افزایش آبستنی خارج از زهدان داده شود .

تاقبل از کشف آنتی بیوتیک ها هر عفونت زهدانی چه سوزاکی ، سلولی استریتوکوکسی و غیره یا زایمانی یا در اثر مقاومت بدن بیمار و معالجات علامتی آنروزه بهبودی مییافت و یا اینکه در اثر پیشرفت عفونت متریت و سالپنژیت حاصل بنوع مزمن تبدیل و در این خط مسیر بیماری ادامه مییافت بطوریکه بالاخره سالپنژیت های مزمنی که به پیوسالپنکس و ئیدروسالپنکس و چسبندگیهای شدید بین اعضا<sup>\*</sup> لگن مجزا میگردد در آن زمان شایع تر از امروز بود .

ولی بعد از اینکه عصر آنتی بیوتیک ها با کشف پنی سیلین بوسیله فلمینگ افتتاح و راه جدیدی برای مبارزه با بیماریهای عفونی بازگردید در

بیماریهای زنان نیز در مواردی که امکان داشت از پنی سیلین و سایر آنتی-بیوتیک ها استفاده گردید .

چنانکه در کتابی که برای اولین بار در سال ۱۹۴۶ توسط فلمینگ-راجع به طرز استعمال پنی سیلین تألیف گردیده بخوبی راه درمانی را برای متخصصین آن زمان نشان داده ولی نکته ای که خیلی جالب است اختلافاً فاحشی مقدار و طرز استعمال پنی سیلین از آن موقع تا کنون است زیرا اگر چه پنی سیلین یکی از بزرگترین کشفیات قرن حاضر محسوب میگردد ولی مانند هر داروی جدید دیگری چند سال طول کشید تا اینکه توانستند راه صحیح طرز استعمال و مقدار آن را در بیماریهای گوناگون معلوم نمایند .

در آن موقع اولاً پنی سیلین را فقط در مواردی تجویز مینمودند که بیماری نسبت به سولفامید ها مقاوم شده و یا اصولاً به درمان سولفامید ها جوابی نمیداد و ثانیاً برای يك سالینژیت حاد حداکثر پنی سیلینی که مصرف میکردند ۱۲۰۰۰ واحد در ۲۴ ساعت بود که به قدر ۲۰۰۰ واحدی هر سه تا چهار ساعت بصورت داخل عضلانی استعمال میگردد و فقط در موارد استثنائی ۶۰۰۰ واحد پنی سیلین را هر سه تا چهار ساعت تجویز مینمودند . در حالیکه وقتی با امروزه مقایسه میکنیم ملاحظه میگردد که مقدار تجویز نسبت به اوایل

کشف آن چندین برابر شده این مقایسه در باره تمام آنتی بیوتیک های دیگر که بتدریج کشف شدند کاملاً مصداق دارد .

#### از نظر مقایسه نتیجه درمانی :

تمام اشکال سالپنیثیت های که تا قبل از کشف آنتی بیوتیک ها بالاخره به پیوسالپنکس و ئیدرو سالپنکس وانسداد لوله که نتیجه آنها نازائی بود ختم میگردد امروزه بنحو قابل ملاحظه ای از تعداد این عوارض کاسته شده و در نتیجه درمان با آنتی بیوتیک ها سالپنیثیت حاد و مزمن در همان مراحل متوقف میگردد منتهی بهبودی مزبور نسبی بوده و بستگی به درجه پیشرفت ضایعات دارد اگر درمان زود و با مقدار قوی شروع گردد بطوریکه عامل بیماریزا نتواند آسیب زیادی بروی لوله بجا بگذارد امکان بهبودی کامل موجود ولی در صورتیکه از شروع بیماری مدت ها گذشته باشد یا مقدار آنتی بیوتیک مصرف شده کافی نباشد گرچه سالپنیثیت از حدت اولیه خود ساقط گشته و التهابات و تورم و چسبندگیهای موجود در لوله کاهش مییابد ولی نمیتوان چنین لوله ای را از نظر انجام رل فیزیولوژیک در آینده بیمه نمود زیرا بالاخره در اثر پیشرفت بیماری و یا کمبود مقدار آنتی بیوتیک ها ضایعات دژنراتیو لوله بر سر جای خود باقی

میماند و لوله ای که قبل از سالپنزیت از نظر حرکات دودی و حرکات لرزان مژکهای  
 درونی و ترشح مخاطی و صاف بودن مسیر يك لوله طبیعی محسوب میشود  
 اینک لوله ایست که در اثر پیشرفت بافت تصلبی قدرت انقباض طبیعی خود را  
 از دست داده و بعلت ضایعات نسج پوششی داخل لوله مژکهای لرزانیش  
 ریخته و ترشح مخاطی اش خشک گردیده و چون این ضایعات در اثرات یوگیسیر  
 قابل برگشتند لذا لوله ای که قبل از درمان ممکن بود بسته بماند و بیمار را بکنی  
 نازانماید اینک با بهبودی نسبی باز میشود و منتهی با ضایعاتی که دارد آن  
 طور که باید و شاید نمیتواند تخم لقاح یافته را از درون خود دور نماید زیرا سه  
 عامل اصلی هدایت تخم یعنی حرکات دودی و ترشح مخاطی لزج و حرکات  
 مژکهای لرزان خود را تقریباً از دست داده و در نتیجه تخم مجبور است در مسیری  
 حرکت کند که با موانع یا تولژیک زیادی مواجه است و چون بنا به فرضیه نـواک  
 هر عاملی که سبب تأخیر در عبور تخم از لوله ها گردد ممکن است  
 ایجاد آبستنی خارج از زهدان نماید لذا آبستنی خارج از زهدان در چنین  
 لوله هایی بیشتر اتفاق می افتد یعنی در حقیقت در نتیجه درمان با آنتی بیوتیک  
 ها از تعداد نازائی ها کاسته شده و لود را از این عده بر تعداد آبستنی خارج  
 از زهدان اضافه گردیده است.

حال ببینیم چرا تخم در اثر تأخیر در حرکت و سرعت در لوله جایگزین

میشود ؟

اصولاً از نظر فیزیولوژی مدت زمانی که تخم بایستی مسیر لوله را طی نماید مدت ثابت و معینی است زیرا تخم برای اینکه بتواند در مخاط رحم جایگزین شود بایستی قبلاً در طول لوله بحد کافی تکامل یافته باشد یعنی اگر تخم بایستی در عرض سه روز مسیر لوله را بپیماید در این سه روزه نیز تکامل لازم را - نموده و وقتیکه به داخل رحم رسید بلا فاصله بایستی عمل جایگزینی صورت گیرد .

عاملیکه با این جایگزینی زیاد ارتباط دارد منطقه شفاف *Zona*

*Pellucidâ* در تخمک میباشد زیرا تا مادامیکه این قسمت باقی است

تخم قدرت لانه گزینی ندارد ولی بمحض از بین رفتن آن راکسیون تروفوبلاستیک در اطراف تخم ایجاد و بلا فاصله سبب لانه گزینی تخم در جدار رحم میگردد .  
 زمان از بین رفتن منطقه شفاف درست مصادف زمانی است که تخم بسوراخ -  
 داخلی رحم نزدیک شده است یعنی باور طبیعی از بین رفتن منطقه شفاف  
 = رسیدن تخم بسوراخ داخلی زهدان = پدید آمدن راکسیون تروفوبلاستیک  
 در تخم = جایگزینی تخم در آندومتر .

(۷)

حال اگر در اثر کم شدن سرعت حرکت تخم گشوده شده ( بعـلـل  
موانع موجوده ) تخم نتواند در مدت فیزیولوژی معین بسوراخ داخلی زهدان  
برسد چون تکامل خود را در نیمه راه بپایان رسانده و منطقه شفاف هم درهما  
ن  
جا از بین رفته نتیجتاً رآکسیون تروفو بلاستیک هم در میان راه ایجاد شده  
و تخم در همان نیمه راه یعنی در لوله لانه گزینی میکند ( مکانیسم آبستنس  
خارج از زهدان ) .

### تشریح لوله های زهدان

لوله های زهدانی بطول ۱۰ سانتیمتر از یک سو بداخل زهدان واز سوی دیگر بمحوطه عمومی صفاق مربوط میگردد . سوراخی که بسـه محوطه صفاقی وصل میگردد موسوم به سوراخ شکمی<sup>۱</sup> است و در ۲٪ افراد ممکن است سوراخهای فرعی نیز موجود باشد . درزنها برخلاف مردها محوطه داخلی شکم ( حفره صفاقی ) بوسیله لوله زهدانی و زهدان و مهبل بخارج مربوط میگردد و لذا خطر انتشار عفونت ها از دستگاه تناسلی خارجی به زهدان - لوله - تخمدان و صفاق زیاد و بهمین دلیل درزنها پریتونیت شایع تر از مردهاست .

لوله ها در بین دو ورقه رباط پهن ( ۲ ) قرار گرفته و بعقب و خارج متمایل میباشند . نیمه خارجی آن در مجاورت تخمدان بوده باین ترتیب که ابتدا<sup>۲</sup> لوله تا سرحد قطب شیپوری تخمدان در امتداد رباط تخمدان ( ۳ ) بالا رفته و سپس متوجه پائین گردیده در سطح وسطی تخمدان قرار میگیرد .

---

1-Abdominal Ostium

2-Broad Ligement

3-Meso -Ovarian