

۱۰۱۹  
۲۰۵

دانشگاه تهران

دانشکده پزشکی

پایان نامه

جهت دریافت درجه دکتری از دانشگاه تهران

موضوع

مسئله ابورشن و آمار پنج ساله بیمارستان زنان

پراختیاری

استاد ارجمند جناب آقای دکتر موحسینی

نگارش

محمد علی ابیادری

سال تحصیلی ۱۳۴۲-۴۱

شماره پایان نامه ۵۵۲۴



۱۰۱۹

تقدیم به :

استاد ارجمند جناب آقای دکتر  
موحدی که در تدوین این پایان نامه  
مرا راهنمایی فرمودند

۱۰۱۹

طل میند اهورن Missed abortion **وآصار**

**پنجساله بیمارستان زنستان**

**تفسیر :**

میند اهورن عارتست از مرگ جنین و ماندن آن در رحم برای مدتی پس از تلف شدن ( حداقل برای ۲ هفته ) این اتفاق در هر موقع حاملگی ممکن است صورت گیرد ولی مرگ جنین و اختلاس آن در یکی دو ماه اول و ماههای آخر حاملگی نسبتاً نادر است .

ادامه و تانسین جنین مرد و بیجفت سبب تفسیراتی در آنها میشود که این تفسیرات بستگی بسن جنین در موقع مرگ دارد .

اگر مرگ جنین در چند ماهه اول اتفاق افتد اغلب تحلیل رفته و صورت مایع در میآید . **Liquification**

در ماههای بعد چنانچه مرگ جنین اتفاق افتد بصورت مختلف استمانه میباید گاهی جنین استحال مومیائی شدن پیدا میکند **Mumification** و زمانی فقط استخوانبندی جنین باقی مانده پوست و گوشت تحلیل میرود **Skeletization** و الا خسره ممکن است جنین سفت و سخت و آهکی شود **Calcification** .

**اتیسولوزی :** در حال عادی موقعی که مرگ جنین در رحم اتفاق افتد معمولاً انقباض رحم شروع شده و سقط صورت میگیرد اما در بعضی موارد جنین و جفت مرد مرغانسین پیدا میکند .

در مورد طقت صند ابورقین بطور کلی همان طلی که سبب سقط میگردند میتوان نام سرد  
ولی مواردی که در اینجا نام برده میشود همراه Case report است.

یکی از این موارد حاطکی در شاخ بسته رحم Rudimentary horn میباشد.

انواع مختلفه باین انومالی رحمی بعمل استریلیتی سقط های مکرر و زایمان های زود رس

با پرزانتاسیون های غیر طبیعی به پزشک مراجعه میکند و در این موارد لازم است یک

مسئله سالیکوگرافی بعمل آید. طبق آثار Baker, Jarcho حاطکی های که همراه

با آنومالی های رحمی است در ۱۸-۵۳٪ سقط صورت میگیرد. در ۱۰-۲۰٪ پرزانتا<sup>سیون</sup>

های غیر طبیعی مثل پرزانتاسیون Breech و فرانسیوس ( این نوع پرزانتاسیون

بیشتر در رحم های دوشاخ و Subseptus دیده میشود ) در هنگام وضع حمل

احتمال پارگی رحم وجود دارد ولی نادرا اتفاق میافتد. شاخ رحم که حاطکی در آن

صورت نگرفته ممکن است بعلت ریه هم جمع شدن جلوگیری از پالین آمدن Presenting part

کند. در مرحله سوم وضع حمل جفت ممکن است جدا نشود و لازم به ستکاری باشد.

خوفربیزی بعد از وضع حمل نیز شایع است در این موارد مرگ و میر بچه به ۲۲-۴۲٪ و

مرگ و میر مادر به ۲-۲۵٪ میرسد.

تا ۱۹۱۱ فقط ۱۳ مورد حاطکی در Rudimentary horn در آمریکا و بریتانیا و

و هفت جمع آوری و گزارش شده بود. از این ۱۳ مورد یکی بعلت پارگی لوله رحم فوت شد

ولی در نظر دیگر با وجود پاره شدن لوله رحم درجات یافتند در سه مورد یک توده قهوه  
از حد قابل تشخیص بود و در یک مورد حاملگی اکثراً یک بود و در پنج مورد سید ابروین  
در این ۱۲ مورد فقط دو مورد ارتباطی بین شاخ *Endometer* و رحم بود .

طبق گزارش *Eastman* از ۸۴ مورد یک *Kehrer* دیده ۷۸٪ بدون گالسال

بودند . اگر ارتباطی باشد معمولا پس از حاملگی در شاخ *Endometer*

خود بخود سقط صورت میگیرد ولی وقتی کاتالی موجود نباشد یا لوله پاره شده یا —  
سید ابروین پدیدار میگردد .

البته مکانیسم حاملگی در شاخ رودی متفرع معلول حرکت خارجی اسپرمتوزوئید و یا  
تخم کشیده شده میباشد .

در اینجا گزارشی مربوط به حاملگی در شاخ رودی متفرع وجود دارد که نظیر این گزارش  
در بیمارستان زنان نیز بوده است .

*Case report* : زن سن ۲۲ ساله که سابقه یک دفعه زایمان طبیعی

داشته است حد و ده ماه دوم حاملگی به علت خون ریزی نامرتب مراجعه کرد که در امتحان  
رحم با اندازه ۶ هفته بزرگ بود و یک توده قابل لمس در رحم بود . سائتی متفرع در طرف راست  
رحم بود تشخیص یک حاملگی داخل رحمی همراه کیست تخمدان داده شد . در ماه  
چهارم شروع به خون ریزی و انزال غیر منظم کرد که همه ماهه تا ماه هفتم ماهی بگرمی  
انتاز افتاد .

در راه پانجم حرکت بیجه وجود داشت و در اوتال ماه ششم هم مدای قلب سفید شده  
 در او اخرا ماه ششم به علت نبودن مدای قلب و بزرگ شدن رحم تشخیص صحت ابروین  
 داده شد . رادیوگرافی در ماه ششم و هفتم یک چنین ۱ سانتیمتری واضحان دارد که  
 استخوان های جمجمه بهم افتاده بودند Overlapping و زاویه دار شدن  
 ستون فقرات مشخص بود .

در راه هفتم کوشش شد که با پیتوسین داخل وریدی حلق صورت گیرد که با شکست  
 مواجه شد و ۲ ماه بعد لاپاروتومی انجام شد .

رحم مانند اژه طبیعی بود لوله و تخمدان و رباط گرد طرف چپ طبیعی بود  
 رحم بوسیله توده های که به نظر ۱ سانتیمتر در طرف راست بود بطرف چپ رانده شده  
 بود و این توده بوسیله لیگامانی بطول ۵/۲ سانتیمتر بوسط رحم متصل شده بود .  
 در بالای توده مذکور لوله و تخمدان و رباط گرد طرف راست چسبیده شده بود لوله  
 و تخمدان طرف راست و این توده برداشته شد و در امتحان دقیقی که بعمل آمد یک  
 حاقلگی در شاخ پرودی مقرر بدون این رباط برحم بود . از طول دیگر مرگ چنین طبعی  
 آماریک گزارش شده . ۲/۲ معلول فاسازگاری خون بوده چون مادران اینها  $25^{-}$  بودند .  
 دیگر Blind uterus که بیجه در مویخ نرم مرده بود و بعد از ۱۶ هفته بوسیله  
 همستریومی خارج گردید .

در يك مورد بچه در موالع اسیدوز مادر دیاپتیک مرده بود و در يك مورد مادر هیپر-  
تائیدو بود . يك مورد مادر بیماری رماتیسم قلبی داشت و يك مورد هم بیماری پوستی  
گزارش شده است .

يك بچه با يك گروه خوبی مادرش 2<sup>+</sup> بود در آنهسی اینترولاسیوز قلبی و  
هموزیدریز كبد نشان داد . و در يك مورد در بچه شواهد هیدرونفریز وجود داشت  
فرماتیسم شکمی سبب مرگ جنین میگردد و نیز گزارشاتی در مورد لیستریوز و توکسو  
پلاسموز و سیپتیس که سبب مرگ جنین شده اند داده شده است در پشه و بیشتر موارد  
طت مرگ مشخص نبود .

همانطور که مذکور است در حال مادر بعد از مرگ جنین انقباضات رحمی شروع  
شده و سقط صورت میگردد ولی چرا بعضی موالع رتانسین جنین و جفت مرده پیدا  
میشود ؟

مکانیسم ایجاد میشد اینورشن :

محلکین اینرتانسین را معلول : الف - کمبود فعالیت و قدرت میوتوز .  
ب - کم شدن حساسیت میوتوز نسبت به استوسین میدانند بر روی این بیماران عمل  
جراحی خطرناک بوده چون ممکن است سبب خون ریزی شود . این خون ریزی با  
معلول کو تنهسته رحمی یا بعلمت کشدن فیبرینوزن خون است .

تعداد سرطان سن مولد با راتی گروه خون سن مویترک مدت باقی ماندن مدت برگ نروایمان مدت از اکتوبرین  
 در رحم

	week	week						
۲۵۰	خود بخود	۹	۶	۲۰	B <sup>+</sup>	۳	۳۱	۱
۶۰۰	"	۹	۶	۳۱	A <sup>+</sup>	۳	۲۹	۲
۵۰۰	"	۵	۸	۳۵	O <sup>+</sup>	۳	۳۰	۳
۱۰۰	"	۹	۹	۳۵	O <sup>+</sup>	۵	۲۸	۴
۵۰۰	"	شش و نه روز	۱۰	۳۲	B <sup>+</sup>	۳	۲۶	۵
۲۰۰	"	هزار و بیست	۱۱	۳۱	O <sup>+</sup>	۳	۳۳	۶
۴۰۰	"	هزار و سیصد	۱۲	۱۸	B <sup>+</sup>	۵	۴۰	۷
۱۰۰	خود بخود	۹	۱۲	۱۲	-	۳	۳۶	۸
۴۰۰	"	اربع و سیصد	۱۰	۲۱	A <sup>+</sup>	۳	۳۵	۹
۱۰۰	"	۹	۱۵	۱۶	A <sup>+</sup>	۳	۳۱	۱۰
۵۰۰	"	بالا رفتن سنتر هسته زردی	۱۰	۲۳	A <sup>-</sup>	۳	۳۴	۱۱



۲۰۰	استوسون	۲	۸	۲۰	۰ <sup>+</sup>	۲	۲۲	۱۲
۲۰۰	بالا رفتن شتر خود بخود	۵	۵	۱۸	B <sup>-</sup>	۲	۲۱	۱۳
۲۰۰	"	"	۱	۲۶	۰ <sup>-</sup>	۱	۲۵	۱۴
۲۰۰	"	"	۱۰	۲۴	۰ <sup>-</sup>	۵	۲۵	۱۵
۲۰۰	"	"	۵	۲۴	A <sup>+</sup>	۱	۱۸	۱۶
۱۰۰	"	۲	۷	۲۳	A <sup>-</sup>	۲	۲۶	۱۷
۲۰۰	"	د باهت	۷	۲۸	A <sup>+</sup>	۲	۲۸	۱۸
۲۰۰	د بلاتاسون	د باهت	۸	۲۸	۰ <sup>+</sup>	۴	۲۰	۱۹
۲۰۰	د بلاتاسون وکورتساز	۱۳	۱۳	۱۶	A <sup>+</sup>	۲	۲۸	۲۰
۱۵۰	"	"	۷	۵	۰ <sup>-</sup>	۲	۲۰	۲۱
۱۰۰	"	۲	۷	۱۷	B <sup>+</sup>	۱	۱۷	۲۲
۲۰۰	"	۲	۲۵	۱۷	۰ <sup>+</sup>	۲	۲۷	۲۳
۸۰۰	خود بخود	بالا رفتن شتر	۸	۱۸	A <sup>-</sup>	۴	۲۶	۲۴
۵۰۰	د بلاتاسون وکورتساز	۲	۱۴	۱۸	۰ <sup>-</sup>	۴	۲۶	۲۵
۶۰۰	هواکلاسی	۵	۵	۲۶	B <sup>+</sup>	۲	۲۵	۲۶
۲۵۰	خود بخود	بالا رفتن شتر	۱۲	۲۰	A <sup>-</sup>	۸	۲۰	۲۷

۱  
۲  
۳  
۴

گشودن اسپرون در صند ابروین همیشه باید مورد نظر باشد به خصوص در هنگام <sup>تسکین</sup>  
 چنین مرده حدود ۵ سانت یا بیشتر باشد . چون فکر میکند قدرت موثر کم شود از  
 اینرو اسپرون بکار میرود . اسپرون اغلب همراه اسپرون تجویز میگردد چون  
 این دو اسپون عالی هستند که اسپرون سبب قنوت قدرت انقباض رحم میگردد . اغلب  
 کمبود فعالیت موثر خفیف است و در درمان مده زیادی که صند ابروین داشته و  
 اسپرون بکار رفت نتیجه خوب داد بنظر میرسد در صند ابروین کمبود اسپرون در  
 کار است . مطالعات سود مندی در این مورد توسط <sup>Dr. Arpad I. Csap</sup> بوسیله <sup>Dr. Arpad I. Csap</sup> روی خرگوش  
 و انسان حاظه انجام داد .

روزی که باین ترتیب بود که از رحم حاظه بارداری مابغ آمینوئیک کشید و بجای آن  
 محلول نمکی ۲۰٪ تزریق کرد باین ترتیب جنین و جفت بسرعت خراب شدند و فعالیت  
 رحم برای خارج کردن محتویات خود حدود ۲۴ ساعت بعد شروع و سقط حدود ۳۶-  
 ساعت بعد خاتمه یافت چنانچه این موثر فعال اسپرون تزریق شود فعالیت رحم متوقف  
 شده و سقط صورت نمیگیرد .

از این تجربه نتیجه ای که حاصل میشود ماینست از اینکه اداه و تانسون جنین و جفت  
 مرده ( مکانیسم صند ابروین ) معلول اداه اثر پرزوسترون بر روی موثر است . در  
 سقط معمولی همانطور که بطور تجربی نیز با محلول نمکی صورت میگردد قریح دوهورمون

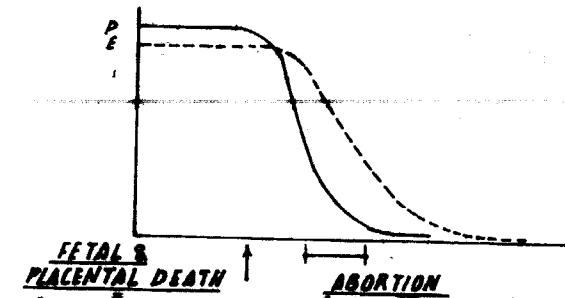
جفت یحیی پروژسترون و استروژن قطع میگردد ( بعلمت از بین رفتن جفت ) و قطع اثر

پروژسترون سرعتر از قطع اثر استروژن است در این صورت سقط شروع نموده و معمولاً

بطور کامل انجام میگردد ( شکل ۱ )

معالجات Casner (Acta

endocrinol 32, suppl, 45, 1959) میباشد



شکل ۱ - کاهش اثر پروژسترون و استروژن  
بر روی موثر بعد از مرگ جنین در سقط  
معمولی .

که وقتی جنین بمیرد و جفت بگارش از اندام

رعد میسد ایورشن بوجود میآید از آنجمله

ذکر شد جنین بنظر میرسد که بعد از مرگ جنین قسمتی از جفت که خراب نشده هنوز مون

های مختلف ترشح میشود و اثرات تغییر این هورمونها سبب میسد ایورشن میشود که

(ش ۲)

در شکل ۲ نظاینداده شده است.

در شکل ۲ در استاز اول چون اثر

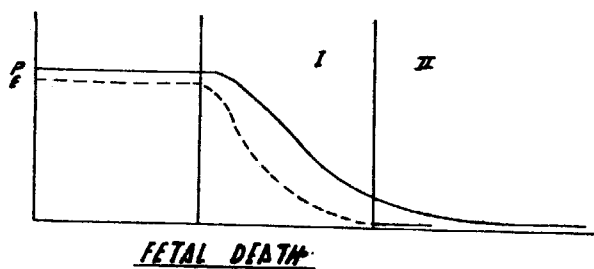
پروژسترون بر روی موثر بیشتر از

استروژن است فعالیت رحمی نسبتاً

شروع شده و به سرعت کند . اصلاً

بالاخره در بر با زود عمل هورمونی

جفت در نتیجه خراب شدن کامل



شکل ۲ - کاهش اثر پروژسترون و استروژن  
بر روی موثر بعد از مرگ جنین در میسد  
ایورشن

معمولاً می‌گردد در این صورت رحم کاملاً عظیم شده و قادر به خارج کردن محتویات خود نیست مگر آنکه از تحتان یا از راه تجویز استروژن تحرک گردد. مطالعات گلوسر این عجزیات و فرضیات را تقویت نمود (J. endocrine 22, 16, 1961)

گلوسر بر روی مقدار استروژل هرگانه بول ادرار مطالعه کرد و متوجه شد که در میسد اهورش استروژل زودتر از ادرار معوم میگردد. به عبارت دیگر استروژن زودتر از خون معوم میگردد درحالیکه پروژسترون در خون وجود دارد.

در این موارد معلوم نیست که تا چه مدت بعد از مرگ جنین عمل هورمونی جفت ادامه مییابد. اختلال هورمونی که در بالا ذکر شد تقریباً مکانیسم میسد اهورش را روشن میکند بلکه از نظر درمان این بیماری نیز کمک میکند.

در شکل ۲ در استاز اول نظر به بالا بودن مقدار پروژسترون تجویز استروژن و استروژین من نتیجه است اولی در استاز دوم تجویز استروژن بعدت و مقدار کافی به همبانی سقط را شروع میکند. بطور کلی هر وقت اثر استروژن معوم گردد استروژن میتواند موثر واقع شود سیزده بیمار باین طریق درمان شده‌اند.

از نظر آثار بیمارستان زنان از آبان ۱۳۳۸ تا حدود اواخر خرداد ۱۳۴۲ -

۱۱۱ مورد میسد اهورش در ۱۱ بیمار که به بیمارستان مراجعه کردند اطاق انبار<sup>ست</sup> ما

من متوسط آنها ۲۲ (بین ۱۱-۱۶ سال) زنان مرگ جنین بطور متوسط ۱۰ هفته

( بین ۱۰-۲۸ هفته ) و بطور متوسط زمان خروج بچه بعد از مرگ ۴۵ روز بود  
 ( بین ۲۰-۱۲۰ روز ) . از ۸۲ مورد که بررسی شد ۴۸ بیمار سابقه ۹۶ سقط در ۳۵۰  
 زایمان قبلی داشتند که با حدود متوسط ۲ سقط برای هر بیمار ( بین ۱-۹ سقط )  
 و درجه شیوع نسبی ۲۷٪ بود .

۳۴ بیمار سابقه سقط نداشته و در یک مورد بیمار سابقه مول هیدانترم داشت  
 و یک بیمار حاملگی اولش نیز میسداپورشن بوده است . در این ۸۲ مورد ۶ بررسی بار و ۴۷  
 نفر زایمان های ۴ تا یا بیشتر داشتند . تعداد دفعات حاملگی بطور متوسط بین  
 بررسی بار و مولتی بار ۱۲ بود . ۸ نفر ۹ ماه تمام حامله بودند .

برای تشخیص میسداپورشن تست های بیولوژیکی کفک میکند از ۳۹ مورد که  
 امتحان پوفو شده اند ۳۷ مورد تست منفی داشتند ( حدود ۹۵٪ ) در دو مورد تست  
 مثبت بود . از نظر مقدار فیرینوزن خون این بیماران پسند سه تقسیم شدند :

- اول دستغایک مقدار فیرینوزن خون کمتر از ۲ گرم در لیتر بود .
  - دوم - دستغایک مقدار فیرینوزن خود بین ۲-۳ گرم در لیتر بود .
  - سوم - دستغایک مقدار فیرینوزن خون حدود سه گرم بیشتر در لیتر بود .
- در یک مورد فیرینوزن از ۳ گرم به ۲ گرم و کمتر کاهش یافت که رحم تخلیه کرد پسند  
 از ۲۶ مورد مقدار خون ریزی در موق کوتاه و بعد از آن ۶۰ مورد بمقدار متوسط بود



در چند مورد اسپتوسین بطور انفرادی تجویز گردید که نتیجه ای ندارد و کوتاه گردیدند  
هیستریکتومی شکمی و زائمانال در هیچ موردی انجام نگرفت .

بطور نسبی مدت بستری شدن در بیمارستان سه روز بود ( بین ۱-۲۰ روز ) در

چند بیمار انفکسیون بعد از زایمان پیدا شد که با تجهیزات انتی بیوتیک و نگهداری در  
بیمارستان برطرف گردید .

مطالعه بر روی ۸۱ بیمار مبتلا به میسداپورشن ۷۷ نفر دخالت جراحی نتوانستند

گرچه در این افراد عوارض بیشتر از افرادی که بطور خود بخود سقط کرده بودند را مشاهده

و نسبت بآن نیز در بیمارستان بیشتر ماندند معذالک در بیشتر موارد لازم میسر

تفراحتی های فکری و روانی مادر را با دخالت جراحی از بین برد .

در کلینیک Mayo نیز روش جراحی در درمان میسداپورشن سال به سال بیشتر

شده است .

تعداد کل	ژانویه ۱۹۵۸ تا ژوئن ۱۹۶۲		ژوئیه ۱۹۶۲ تا دسامبر ۱۹۶۲		ژانویه ۱۹۶۳ تا ژوئن ۱۹۶۶		درمان
	تعداد در صد	تعداد	تعداد	در صد	تعداد	در صد	
۵۰	۱۱۲	۲۸	۲۵	۵۱	۶۰	۲۸	استحفاظی
۵۰	۱۱۴	۶۲	۴۱	۵۹	۵۲	۳۶	جراحی
۱۰۰	۲۲۷	۱۰۰	۶۶	۱۰۰	۱۱۷	۴۴	تعداد کل