

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی قزوین  
دانشکده پزشکی شهید بابائی

پایان نامه

جهت اخذ درجه دکتراي پزشکی

موضوع:

بررسی فراوانی نسبی سیستوسل و رکتوسل و عوامل مرتبط با این  
بیماریها در بیماران بستری شده بصورت الکتیو در بیمارستان  
کوثر قزوین در سالهای ۷۲ و ۷۳

۱۳۸۲ / ۱ / ۱۰

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر احمد جوادی

تهیه کنندگان:

داود ظریفیان کامیاب

محمود غیاث آبادی

علی اصغر شیرازی

۴۴۸۷۲

سال تحصیلی: ۷۵-۱۳۷۴

تهیه کنندگان این پایان نامه از جناب آقای دکتر جوادی و آقای علیپور و  
همچنین کارکنان محترم واحد کامپیوتر دانشگاه علوم پزشکی قزوین  
و بایگانی بیمارستان کوثر تشکر و قدردانی بعمل می آورند.

تقدیم به :

خانواده عزیزم که رنج و سختی سالهای  
تحصیلاتم را با جان و دل تقبل کردند.

تقدیم به همسر عزیزم که عشق واقعی را  
به من آموخت.

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۶	۱- چکیده :
۶	الف ( هدف بررسی
۶	ب ( نوع و روش تحقیق
۶	پ ( یافته های مهم
۷	۲- پیشگفتار :
۷	الف ( بیان مسئله
۷	ب ( تعریف واژه ها
۸	پ ( هدف کلی
۸	ت ( اهدافی ویژه
۹	۳- متغیرها
۱۰	۴- فصل اول : بازنگری منابع
۲۴	۵- فصل دوم : بررسی فراوانی رکتوسل و سیتوسل در بیماران بستری شده در بیمارستان کوثر قزوین در سالهای ۷۲-۷۳
۲۵	الف ( روش های اجرایی
۲۵	ب ( نتایج
۲۶	پ ( بحث
۲۷	ت ( پیشنهادات

صفحه

عنوان

۲۸.....	۶- ضمائم:
۲۸.....	الف) فهرست جدول و نمودارها.
۳۰.....	ب) جداول و نمودارها.
۴۷.....	پ) فرم پرسشنامه.
۴۸.....	ت) فهرست منابع.
۴۹.....	ث) خلاصه.

## چکیده:

### الف) هدف بررسی:

هدف بررسی ما، مطالعه فراوانی نسبی رکتوسل و سیستوسل و عوامل مرتبط با این بیماریها در بیماران بستری شده بصورت الکتیو در بیمارستان کوثر قزوین در سالهای ۷۲ و ۷۳ و بررسی ارتباط آن با برخی از عوامل و ارائه پیشنهادات جهت کاهش شیوع این بیماریها بوده است.

### ب) نوع و روش تحقیق:

این تحقیق از نوع توصیفی بوده و با تکیه بر اطلاعات موجود در پرونده‌های بیماران بایگانی بیمارستان کوثر انجام شده است.

### پ) یافته‌های مهم:

- ۱- اغلب بیماران مورد مطالعه در سابقه خود دارای زایمان طبیعی بوده‌اند.
- ۲- تعداد زیادی از این بیماران دارای سابقه زایمان مشکل بوده‌اند.
- ۳- در زنان پریمی پاریاگراوید شیوع این بیماریها کمتر بوده است.
- ۴- اغلب بیماران مورد مطالعه کمتر از ۴۵ سال سن داشته‌اند.
- ۵- اغلب بیماران مورد مطالعه پیش از چهار بار زایمان داشته‌اند.

## پیشگفتار:

### الف) بیان مسئله:

با توجه به شیوع سیستوسل و رکتوسل و مشکلات متعددی که این بیماریها برای خانمها بویژه پس از چندین بار زایمان بوجود می آورند در این مقاله سعی شده است تا علاوه بر بررسی شیوع بیماریهای مذکور، ارتباط آنها با برخی عوامل خاص از جمله تعداد و روش زایمانها و سن بیمار مورد مطالعه قرار گیرند تا با شناسایی فاکتورهای احتمالی موثر در ایجاد سیستوسل و رکتوسل، بتوان پیشنهاداتی برای حذف این فاکتورها و در نتیجه کاهش شیوع دو بیماری مذکور ارائه داد.

### ب) تعریف واژه ها:

۱- پرولاپس رحم: عبارتست از پائین آمدن دهانه رحم و فوندوس بدخل واژن (مهبل) که ناشی از طول شدن لیگامانهای یوتروساکرال و کاردینال می باشد که شدت و درجات مختلف دارد. میتواند هم مجزا باشد و هم همراه با ضایعات دیگر دیده شود.

۲- اتروسل: برآمدگی کلدوساک دوگلاس و محتویات آن از طریق سپتوم رکتو واژینال بدخل مهبل میباشد که ساک پريتوئن ممکنست حاوی روده باشد یا نباشد. این ضایعه بطور شایع همراه پرولاپس رحم وبعد از هیستریکتومی از طریق واژینال عارض می گردد.

۳- رکتوسل: عبارتست از برآمدگی رکتوم از طریق هیاتوسل لواتور بدخل مهبل.

۴- سیستوسل: عبارتست از شلی و پائین افتادگی کف مثانه ازدیواره قدامی واژن بعبارت دیگر برجسته شدن مثانه گشاد، از نقص موجود در فاشیای اندوپلوئیک سپتوم وزیکوواژینال.

۵- یورتروسل: موقعی بکار میرود که قسمت تحتانی وقدامی مهبل همراه باگرفتاری اورترا موجود باشد.

واژه عمومی: بیمارستان کوثر تنها مرکز آموزشی درمانی جراحی و بیماریهای زنان ومامائی در منطقه قزوین میباشد.

### پ) هدف کلی :

هدف کلی از این مطالعه بررسی فراوانی نسبی رکتوسل و سیستوسل و عوامل مرتبط با این بیماریها در بیماران بستری شده بصورت الکتیو در بیمارستان کوثر قزوین در سال های ۷۲ و ۷۲ بود.

### ت) اهداف ویژه :

- ۱- بررسی وجود سابقه خانوادگی در مبتلایان
- ۲- بررسی وضعیت شغلی مبتلایان
- ۳- بررسی دفعات حاملگی وزایمان در مبتلایان
- ۴- بررسی مکان زایمان در مبتلایان
- ۵- بررسی روش زایمان در مبتلایان
- ۶- بررسی وجود سابقه زایمان مشکل در مبتلایان
- ۷- بررسی وجود سابقه سزارین در مبتلایان
- ۸- بررسی وجود سرفه مزمن در مبتلایان
- ۹- بررسی وجود سابقه عفونت ادراری در مبتلایان
- ۱۰- بررسی وجود سابقه یبوست در مبتلایان



متغیرها:

مکان زایمان

روش زایمان

یبوست

سیستوسل رکتوسل

سزارین

دفعات زایمان و حاملگی

سرفه مزمن

زایمان مشکل

متغیر وابسته: سیستوسل - رکتوسل

متغیرهای مستقل: روش و دفعات زایمان و تعداد حاملگی ها، زایمان مشکل، سرفه مزمن، سزارین،

یبوست، مکان زایمان

متغیر مخدوش کننده: بیمارانی که مبتلا به این دو بیماری بوده اما به مرکز درمانی آموزشی کوثر

مراجعه نکرده اند و نیز مواردیکه اطلاعات نا مشخص و نادرست در پرونده درج گردیده است.

## فصل اول

### بازنگری منابع

آناتومی Anatomy:

مهبل یک کانال فیبروماسکولار است که روی آنرا پرده‌ای مخاطی مفروش از اپی تلیوم مطبق - اسکواموس پوشانده است و بعنوان یک رابط بین دهانه رحم ( سرویکس ) از یکسو و فرج ( وستیبول ) از سوی دیگر عمل می‌کند. محور طولی آن چنان قرار گرفته که انتهای فوقانی آن بطرف بخش انتهائی ساکروم کشیده شده است و بنابر این در وضعیت ایستاده مهبل ( واژن ) بحالت بسته و افقی قرار دارد. بویژه در زنان غیر یائسه، دهانه رحم ( سرویکس ) به قسمت فوقانی واژن کشیده میشود و ایجاد یک فضا یا سینوس ، بین دیواره مهبل ( واژن ) و سطح دهانه رحم ( سرویکس ) میکند که گنبد مهبل یا فورنیکس نامیده میشود.

جداره داخلی واژن از چین هائی تشکیل میشود که پس از یائسگی از بین میروند. لایه فیبروماسکولار مهبل ( واژن ) غنی از الیاف ماهیچه‌ای صاف میباشد و برخی از محققین حتی یک لایه حلقوی درونی تر و یک لایه طولی خارجی تر را گزارش کرده‌اند. لایه مذکور توسط رباطهای مختلفی چون اوتروساکرال (Uterosacral) کاردینال (Cardinal)، پوبروزیکو واژینال (Pubo vesico Vaginal) از طریق

حمایت و چگالش فاشیای اندوپلویک و دسته های پشتیبان بافت همبندی که از فاشیای عضله بالا برنده مقعد (levator ani) و دیافراگم اوروژنیتال می آیند، به هنگام عبور واژن از میان این ساختمانها، حمایت میشود. در واقع به بیان دیگر واژن فضای پتانسیلی در کف لگن است که ممکنست اعضای لگنی چنانچه نگهداری نشوند بعلت سنگینی از طریق آن پائین بیایند.

ساختمانهای مهم لگنی که موجب استحکام آن میشوند شامل دیافراگم لگنی، دیافراگم اوروژنیتال و جسم پرینه است. دیافراگم لگنی شامل عضلات کوکسی جئوس و بخشهایی از عضله بالا برنده مقعد است و دیافراگم اوروژنیتال شامل عضلات پرینه ال عرضی، عضله مخطط اسفنکتر اورتر و عضله بولبوکاورنوس میباشد.

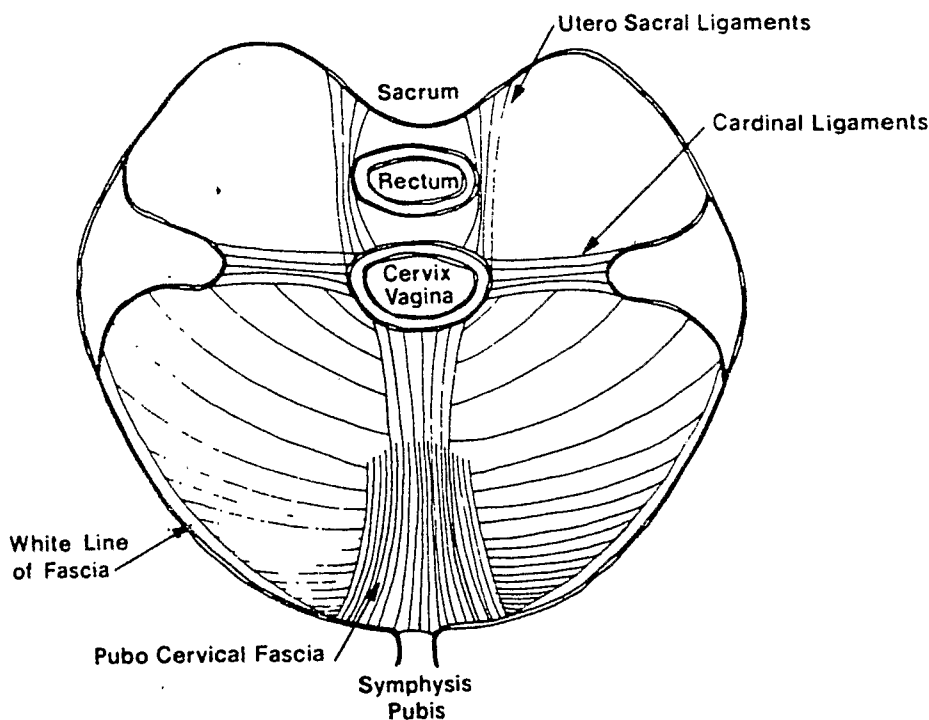
ترتیب قرارگیری عضلات کف لگن در ارتباط با واژن و بایکدیگر توسط فاشیای اندوپلویک حفظ میشود این لایه نیروی لازم برای اتصال این عضلات به یکدیگر و احشاء لگنی را حفظ می کند. فاشیای اندوپلویک تمام عضلات تحتانی لگن را در سطوح فوقانی و تحتانی دربر گرفته و امتداد آن تامثانه، رکتوم و رحم رفته و لایه های همبندی این اعضاء را دربر می گیرد.

در بعضی جاها فاشیای اندوپلویک بهم فشرده شده ساختمانهای مشخص لیگامانی ایجاد می کند که رحم و واژن را دربر می گیرد. لیگامانهای اصلی (کاردینال) از کنار سرویکس و قسمت فوقانی واژن به دیواره های جانبی میرسند. در خلف، لیگامانهای یوتروساکرال از سرویکس شروع شده از اطراف رکتوم رد شده و به ساکروم میرسند. بن بست خلفی (Culde sac) یا دوگلاس بین این لیگامانها قرار دارد. در قدام تعداد کمی فیبر از استخوان پولیس به دور مجرای خروج ادرار و مهبل می رسند. اینها راروی هم فاشیای پوبوسرویکال مینامند. از نظر کلینیکی مهم است که بخاطر داشته باشیم بیشتر قسمت فوقانی و خلف واژن در محل گنبد خلفی به پریتون می چسبند و کف حفره کلدوساک خلفی را میسازد. اهمیت آن در کلدوستتز بهتر نمایان می گردد. طول واژن ۸-۱۰ cm میباشد و اختلاف طول دیواره قدامی و خلفی حدود ۳ cm است.

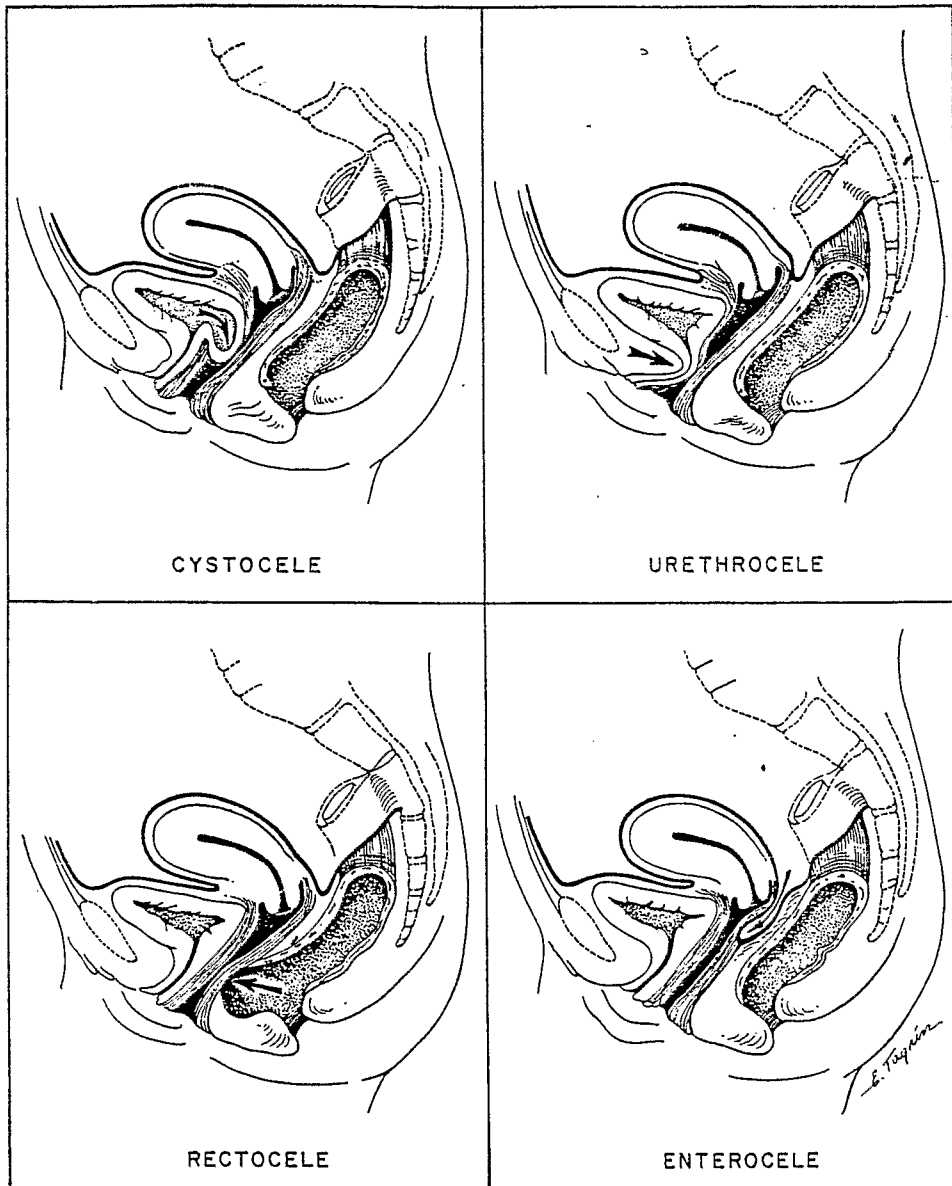
قسمت قدامی مهبل به پیشابراه و مثانه چسبیده است بطوریکه تریگون مثانه روی  $\frac{1}{3}$  فوقانی آن قرار دارد. بافت بین این دو ساختمان پرده نازک و بدون عروقی از غلاف لگنی (در خط وسط) بنام فاشیای وزیکوواژینال و غشاء یورتر و واژینال است. دیواره خلفی از بالا به پائین:  $\frac{1}{4}$  فوقانی توسط پریتونوم

پوشیده شده و از طریق بن بست دوگلاس (رکتواوترین) از رکتوم جدا میشود.  $\frac{1}{4}$  میانی توسط بافت همبند نرم از رکتوم جدا میشود و  $\frac{1}{4}$  تحتانی توسط توده‌ای از بافت عضلانی و لیفی بنام وتر مرکزی پرینوئوم از مجرای آنال جدا میشود.

مطابق فرانس دیگر در  $\frac{1}{3}$  فوقانی، مجاور بن بست دوگلاس است.  $\frac{1}{3}$  میانی با آمپول رکتوم و  $\frac{1}{3}$  تحتانی با ساختمان پرینه مجاورت دارد. سپتوم رکتواژینال مشابه قسمت قدامی آن دارای یک صفحه بالقوه فاقد عروق بین لایه های پشتیبان فاشیای اندوپلوئیک است. گرچه این ساختمانها در ناحیه غشاء مذکور خیلی بهم نزدیک میشوند ولی سوراخ واژن و آنوس بوسیله ساختمان پرینه بطور مشخص از هم جدا میشوند. ارتباطات جانبی مهبل شامل بافت‌های پارامتر با گسترش به قسمت فوقانی میباشد. حالبا از میان این بافت در ۱ تا ۲ سانتیمتری واژن عبور کرده و بسمت قاعده مثانه یا تریگون پیش میروند. در محل اتصال  $\frac{1}{3}$  میانی و تحتانی عضله بالا برنده مقعد و فاشیای لگنی قرار دارند. درست در همین محل عضله بالا برنده مقعد ایجاد هیاتوس لواتور را میکند.



(شکل ۶-۵) فاشیای کف لگن در سطح میانی (میدپلوئیس). تصویر فاشیاهایی که باعث نگهداری سقف مهبل و دهانه رحم در سطح لگن میانی می‌باشند. مثانه و پیشابراه توسط کف فاشیای ساخته شده از فاشیای دهانه رحمی، ارتفاع عانه‌ای (پوبوسرویکال) و گیتیش آن به خط سفید فاشیا در جوانب و لیگامانهای اصلی در خلف، نگهداری می‌شوند. همانطور که نشان داده شده است، فاشیا در جوانب و خلف تراکم کمتری دارد.



(شکل ۷-۵) شکل ۴ نوع از شایعترین شلی‌های کف لگن. سیستوسل، یورتروسل، رکتوسل، و انتروسل. پیکانها منطقه حداکثر بیرون زدگی را نشان می‌دهند.

## فیزیوپاتولوژی و معاینه و درمان سیستوسل و رکتوسل :

### سیستوسل (Cystocele):

سیستوسسل به هر نیاسیون، پیش آمدگی یا شکم دادگی مثانه بداخل کانال مهبل اشاره دارد و معمولاً دیواره قدامی مهبل را در  $\frac{1}{3}$  فوقانی آن درگیر می‌کند. این حالت در کتاب مرجع به ضایعه درجه I تعبیر شده است. ضایعه درجه II وقتی است که با فشار (زور زدن) دیواره قدامی شکم داده به مدخل مهبل برسد و ضایعه درجه III وقتی است که برآمدگی یا شکم دادگی (بدون فشار و زور زدن) به مدخل واژن رسیده باشد.

همانطور که ذکر شد سیستوسل بعلت از بین رفتن یکپارچگی ساختمانهای نگهدارنده موجود در سپتوم و زیکوواژینال حادث میشود. همانطور که در مورد رکتوسل هم صادق است شل شدن جدار قدامی واژن (مهبل) بلافاصله بعد از وضع حمل وجود ندارد ولی با گذشت زمان و اغلب بعد از زایمان چند بچه بوجود می‌آید. جدار ضعیف شده قدامی مهبل تحت تأثیر نیروی ثقل و وزن اعضاء شکمی وقتی که بیمار سرپای ایستد بطرف پائین می‌افتد. استرس‌های مکرری چون افزایش فشار داخل شکم در اثر بلند کردن اشیاء، زور زدن و سرفه کردن و وزن ادرار جمع شده در مثانه به کشیده شدن تدریجی سپتوم و زیکوواژینال و در نهایت به برآمده شدن مثانه بداخل مهبل کمک می‌کنند. تغییرات غیر طبیعی کالبد شناختی که با برآمدگی دیواره قدامی و مثانه‌ای که بداخل مجرای مهبل وارد میشود، همراهند متعددند.

طبق کتاب مرجع دیگر: یک ضایعه، عبارتست از پارگی در فاشیای پاراواژینال که مهبل را از دیواره جانبی لگن حفظ می‌کند، میباشد که ممکنست بصورت یکطرفه یا دوطرفه در یک سیستوسل یا اورتروسل یا هر دو دیده شود.

یک ضایعه دیگر ضایعه‌ای عرضی در فاشیای پوبوسرویکال است که ممکنست در نزدیکی یا در محل فورینکس (گنبد) مهبل قدامی رخ بدهد. و ممکنست به یک هر نیاسیون (فتق) وسیع مثانه‌ای که در زیر واقع شده منتهی شود که تنها بامخاط مهبل که نازک و براق میشود همراه با از دست دادن قدرت معمولی، مشخص میشود.

بخصوص در بیمارانی که در واقع هرگز بی‌اختیاری استرسی ندارند سیستوسل ممکنست بتنهائی

دیده شود و نیازی بوجود اورتروسل نباشد. مواردی از ضایعه در فاشیای محوری نیز در خط وسط گزارش شده است.

از نظر علائم سیستمسول زودرس معمولاً "علائم خفیف دارد یا بدون علامت است و تنها وقتی که با یک اورتروسل مشخص همراه گردد ممکنست درجات مختلفی از بی اختیاری استرسی را نشان دهد. در فقدان اورتروسل وجود سیستمسول موجب میشود که زاویه مثانه‌ای پیشابراهی خلفی بیشتر باز شده و مایک اجتناب اولیه یا تخلیه ناکامل را داشته باشیم و در موارد شدیدتر بیمار احتیاس ادراری را تجربه می‌کند. بعبارت دیگر بر خلاف تصور عمومی که سیستمسول را علت بی اختیاری استرسی میدانند، دیواره مثانه شل شده ممکنست واقعاً باعث بسته شدن خروجی مثانه و احتیاس ادرار شود. در این حالت بسیاری از زنان این تجربه را یادآور میشوند که جهت تخلیه کامل ادرار بایستی با انگشت مثانه را در داخل واژن به بالا برانند.

تحت این شرایط ممکنست تکرر ادراری و افزایش آنسیدانس ( شیوع ) عفونت‌های سیستم ادراری موجود باشد.

با سیستمسول درجه II و III پیشرفته علائم ممکنست بصورت شکایت از یک احساس فشار در دهانه مهبل یا وجود یک توده در مهبل بهنگام ایستادن یا تحت شرایط دیگری که به نحوی فشار داخل شکم را افزایش میدهند مثل سرفه و خنده باشد.

تشخیص سیستمسول و ضایعات کالبد شناختی در وضعیت لیتوتومی انجام پذیر است. بیمار بایستی در هر دو وضعیت شل و راحت وهم به هنگام زور زدن ( فشار به خود ) معاینه شود. طریقه اسپیکولوم گذاری به این نحو است که بایستی تیغه خلفی را از اسپیکولوم جدا کرده و آنرا بمنظور فشار دادن دیواره قدامی ( جهت معاینه رکتوسل ) یا خلفی ( جهت معاینه سیستمسول ) بکار ببریم. این روش به ما اجازه میدهد تا دیواره واژینال طرف مقابل را نگاه کنیم. از روش دو دستی هم میتوان جهت معاینه ولمس برآمدگی سیستمسول کمک گرفت. اندازه کیسه مثانه‌ای و میزان برآمدگی را اغلب در وضعیت ایستاده بهتر میتوان بررسی کرد.

اشکال مربوطه در صفحه بعد :