بررسی توده‌های لگنی در ۲۵۰ پیام
بستری در مرکز آموزشی درمانی شهد اکبر آبادی

چکیده

در بین مرحله‌های کنتگرا به مراکز مختلف زنان و زایمان وجود توده‌های لگنی یک پدیده شایع می‌باشد.

این توده‌های فیزیولوژیک و پاتولوژیک از سیستم‌های مختلف زنیکولوژیک، اداری، گوارشی و سایر بخش‌ها نشان دهنده و علائم بسیار متغیر را ایجاد می‌کنند.

در این مطالعه، خصوصیات فردی و کلینیکی بیماران دچار توده لگنی که در طول مراحل طبیعی درمانی شهد اکبر آبادی مراجعه کرده‌اند، به صورت غیرشکننده بررسی و تجزیه و تحلیل شده است.

اغلب بیماران با شکایت دردهای نزدیک شکمی و خونریزی‌های غیر طبیعی رحمی مراجعه و بیش از ۵۰ درصد آنها در سنین بالای یوزودان. در معاینه، اغلب توده‌های طرفی و مربوط به تخمین‌ها قابل اندازه‌گیری در حالیکه توده‌های رحمی کمتر قابل اندازه‌گیری بوده‌اند. در بیماران در سنین بالای یوزودان در بیشتر اشعار زبان به مربوط به عوارض جانبی از جمله حاملگی خارج رحمی پیوده است. از نظر پاتولوژیک، لیوموم و آدئوموموزیز شایع‌ترین تشخیص‌های مطرح تشخیص‌های موجود شده است که عمدتاً در سنین پیش‌اندازی و وجود علائم اسکریتیک با یکسان‌یابی و یکسان‌گرایی در بیشتر موارد با پاتولوژیک وجود یافت و به نظر می‌رسد سونوتراکسیک

پزشکی و سیستم‌های زندگی ناشی از بررسی و وضعیت توده‌های لگنی پیش از شکایت هرچه بیشتر

توده‌های لگنی در تصمیم‌گیری‌های مناسب و ابعاد تشخیصی درمانی کمک کننده خواهد بود.

کلید واژه‌ها: ۱- توده لگنی ۲- لیوموم ۳- حاملگی خارج رحمی

** دکتر علی امینی

* این مقاله در آبان ماه ۱۳۷۳ در کنگره ماما و بیolare انجام شده است.

** استادیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران - مرکز آموزشی درمانی شهد اکبر آبادی

سال اول / شماره ۳ / پاییز ۱۳۷۳
یبت مقدمه

وجود توده‌های لگنی یک بانده شیمیایی کلینیکی در بیمارانی است که علی‌رغم اختلال در کلینیک‌های لگنی و ارتباط توده‌های لگنی با این اختلالات، زیادی از این توده‌ها به دنبال اختلالات آناناتومیک ایجاد شده و یا ناشی از پاتولوژی‌های مختلف خون‌ریزی و جراحی خون‌ریزی است. این مسئله سختی‌های درمانی و مشاهده‌های قبلی این شیمیایی کلینیکی و منشا توده است. این موضوع باید توجه آنکه توده‌های لگنی یک نظر کلینیکی و یا کلینیک‌های پاتولوژیک تشخیص داده شده و توازی درمان جراحی و کمک‌های سریع و موثر از این مشاهده‌ها و تجویز پیشگیری برای یافتن مشخصات پاتولوژیک در علت ویاژه‌های کلینیکی و منشا توده و مشخ‌شده است. نکته قابل توجه آنکه، توده‌های لگنی یک نظر کلینیکی و یا کلینیک‌های پاتولوژیک تشخیص داده شده و توازی درمان جراحی و کمک‌های سریع و موثر از این مشاهده‌ها و تجویز پیشگیری برای یافتن مشخصات پاتولوژیک در علت ویاژه‌های کلینیکی و منشا توده و مشخ‌شده است. نکته قابل توجه آنکه، توده‌های لگنی یک نظر کلینیکی و یا کلینیک‌های پاتولوژیک تشخیص داده شده و توازی درمان جراحی و کمک‌های سریع و موثر از این مشاهده‌ها و تجویز پیشگیری برای یافتن مشخصات پاتولوژیک در علت ویاژه‌های کلینیکی و منشا توده و مشخ‌شده است. نکته قابل توجه آنکه، توده‌های لگنی یک نظر کلینیکی و یا کلینیک‌های پاتولوژیک تشخیص داده شده و توازی درمان جراحی و کمک‌های سریع و موثر از این مشاهده‌ها و تجویز پیشگیری برای یافتن مشخصات پاتولوژیک در علت ویاژه‌های کلینیکی و منشا توده و مشخ‌شده است. نکته قابل توجه آنکه، توده‌های لگنی یک نظر کلینیکی و یا کلینیک‌های پاتولوژیک تشخیص داده شده و توازی درمان جراحی و کمک‌های سریع و موثر از این مشاهده‌ها و تجویز پیشگیری برای یافتن مشخصات پاتولوژیک در علت ویاژه‌های کلینیکی و منشا توده و مشخ‌شده است. نکته قابل توجه آنکه، توده‌های لگنی یک نظر کلینیکی و یا کل

<table>
<thead>
<tr>
<th>توده‌های لگنی طرفین</th>
<th>توده‌های لگنی مرکزی</th>
<th>سیستم منشأ توده</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تخمدان بزرگ کیست‌های تخمدانی</td>
<td>حاملگی لیوپرومین، پیروترمین، تخمدانی</td>
<td>زنیکولوزیک</td>
</tr>
<tr>
<td>اندومنترومون، نمونات‌های خون میخ</td>
<td>هماکناری، تخمدانی، بندرولجی</td>
<td>زنیکولوزیک</td>
</tr>
<tr>
<td>وبندرولجی تخمدان</td>
<td>وبندرولجی</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>زنیکولوزیک</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>توده‌های لگنی طرفین</th>
<th>توده‌های لگنی مرکزی</th>
<th>سیستم منشأ توده</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تخمدان بزرگ کیست‌های تخمدانی</td>
<td>حاملگی لیوپرومین، پیروترمین، تخمدانی</td>
<td>زنیکولوزیک</td>
</tr>
<tr>
<td>اندومنترومون، نمونات‌های خون میخ</td>
<td>هماکناری، تخمدانی، بندرولجی</td>
<td>زنیکولوزیک</td>
</tr>
<tr>
<td>وبندرولجی تخمدان</td>
<td>وبندرولجی</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>زنیکولوزیک</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>کلیاهریپ‌سک</th>
<th>مثانه ترازو ادرار، تنویل مثانه</th>
<th>ادراری</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>توده‌های مفروض</td>
<td>توده‌های مفروض</td>
<td>گوارشی</td>
</tr>
<tr>
<td>ضایعات انتهایی، مثل بیماری کرون</td>
<td>آسیب‌ها و توده‌های مختلط</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>آسیب‌ها و توده‌های مختلط</td>
<td>آنورسم، سارکوم، لنفوم</td>
<td>پاکت نرم</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۱- علل مختلف توده‌های لگنی با توجه به محل و سیستم بوجود آورنده توده‌ها (۳)

سال اول / شماره ۷ / پاییز ۱۳۷۳ | مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۴۳
بحث
توده‌های لگنی را بصورت مختلفی توصیف بندی می‌کنند. از جمله در این مطالعه که این موضوع را به‌طور کامل توصیف می‌کند. حاملگی شایعترین توده‌های لگنی مرزی است و می‌توان در آن تنها از دو شیوع بیانی دانست. این شیوع بیانی بیش‌تر در سنین پس‌ менوباسال (Postmenopausal) در سنین بعد از خدمات یک سه‌تایی دارد. زیرگر توده‌های غیر طبیعی محصول می‌شود و با توجه به شیوع بیماری بیشتر، توده‌های پس‌ مانوباسال در سنین کنگ این توده‌ها در این سنین می‌توانند پرسی دیقیتر و برخوردار چند فرم از سه شماره 2 نشان داده شده است.

شرح تایب
در 55 بیمار برسی شده، بیشترین فراوانی بیماران در 30 سال به 64 درصد (64 درصد) بیماران در موقعی که شایعترین توده‌های لگنی مرزی از بیماران در این سنین می‌باشد. مطالعه حداکثر از 3 بیمار در پس‌مانوباسال و 9/6 درصد بیماران این بیماران از سنین 25 تا 39 سالگی بیشتر از میان درصداه بارداری نشده‌های 6 درصد از مطالعه حداکثر از 3 بیمار در پس‌مانوباسال و 9/6 درصد بیماران این بیماران از سنین 25 تا 39 سالگی بیشتر از میان درصداه بارداری نشده‌های 6 درصد از مطالعه حداکثر از 3 بیمار در پس‌مانوباسال و 9/6 درصد بیماران این بیماران از سنین 25 تا 39 سالگی بیشتر از میان درصداه بارداری نشده‌های 6 درصد از مطالعه حداکثر از 3 بیمار در پس‌مانوباسال و 9/6 درصد بیماران این بیماران از سنین 25 تا 39 سالگی بیشتر از میان درصداه بارداری نشده‌های 6 درصد از مطالعه حداکثر از 3 بیمار در پس‌مانوباسال و 9/6 درصد بیماران این بیماران از سنین 25 تا 39 سالگی بیشتر از میان درصداه بارداری نشده‌های 6 درصد از مطالعه حداکثر از 3 بیمار در پس‌مانوباسال و 9/6 درصد بیماران این بیماران از سنین 25 تا 39 سالگی بیشتر از میان درصداه بارداری نشده‌های 6 درصد از مطالعه حداکثر از 3 بیمار در پس‌مانوباسال و 9/6 درصد بیماران این بیماران از سنین 25 تا 39 سالگی بیشتر از میان درصداه بارداری نشده‌های 6 درصد از مطالعه حداکثر از 3 بیمار در پس‌مانوباسال و 9/6 درصد بیماران این بیماران از سنین 25 تا 39 سالگی بیشتر از میان درصداه بارداری نشده‌های 6 درصد از مطالعه حداکثر از 3 بیمار در پس‌مانوباسال و 9/6 درصد بیماران این بیماران از سنین 25 تا 39 سالگی بیشتر از میان درصداه بارداری نشده‌های 6 درصد از مطالعه حداکثر از 3 بیمار در پس‌مانوباسال و 9/6 درصد بیماران این بیماران از سنین 25 تا 39 سالگی بیشتر از میان درصداه بارداری نشده‌های 6 درصد از مطالعه حداکثر از 3 بیمار در پس‌مانوباسال و 9/6 درصد بیماران این بیماران

احتمال بالاتری در مزمنی شکم و خونریزی‌های غیر طبیعی
(رجح AUB) (پس‌مانوباسال، متئولوژی و پلی مترژ) این موضوع روی لگنی بیماران بیماران در سنین مشابه این است که
پس‌مانوباسال

سال اول / شماره 3 / پاییز 1372
دردهای لگنی حاد مراجعه کرده‌اند (نمونه شماره ۲)

در ۲۴/۸ درصد بیماران دارای آن‌هایی بوده‌اند که آن‌ها آن‌ها (۲/۱۸ درصد) شایع‌تر از آن‌ها اولیه (۲/۱۲ درصد) بوده است.

در آن دسته از بیماران مورد مطالعه، که دچار نازایی بوده‌اند، شایع‌ترین علت نازایی آدنوموئوز و لیپوموئ رحم (۱/۳۱ درصد) بوده است.

در معاونه نوریکی در ۲۹/۱ درصد موارد ترده‌ها از نظر کلینیکی قابل لمس بوده، که ۱۸/۶ درصد قرام کیستیک و ۱۶/۹ درصد قرام تورم (Solid) داشته‌اند. بیشترین ترده‌های مربوط به تخمدان، در معاونه قابل لمس بوده‌اند. ترده‌های مربوط به رحم کست‌تر قابل لمس بوده‌اند و طیه‌کننده‌نی‌ها ۱۶/۷ درصد مالاپیگماتیک‌ها و ۲۷ درصد از آدنوموئوز و لیپوموئ‌ها رحمی در معاونه کلینیکی قابل لمس بوده‌اند.

ترده‌های کشف شده‌ای اغلب در ضمن معاونه قابلیت تحرك نداشته و تنها ۱۵ درصد کل ترده‌ها قابلیت تحرك داشته‌اند. ترده‌ها هر یک مبتلا به تشخیص ثابت در حالت (Mobility) منشا رحم بیشتر دارای قابلیت تحرك بوده‌اند.

۱- طرز برخورد عملی با پایک ترده لگنی طرفی در دوره بعد از ممنوع‌وز (۲)

۲- طرز برخورد عملی با پایک ترده آدنکسی در دوره بعد از ممنوع‌وز (۲)

سال اول / شماره ۳ / پاییز ۱۳۷۳ ۱۴۶

مجاهد دانشگاه علوم پزشکی ایران
نمودار ۱- پراکندگی سنی بیماران مورد بررسی

نمودار ۲- شیوع علائم بالینی مختلف در بیماران مورد بررسی
نمودار ۲- شیوع نسبی پاتولوژی‌های مختلف در بیماران مورد مطالعه

نمودار ۴- فراوانی منشا مختلف توده‌های لگنی در بیماران مورد مطالعه
در اغلب ییمیاران در محل ته دهنگی در لمس تندرتِنس (Tenderness) وجود نداشت است و تنها ۱۵/۳ درصد این ییمیاران دارای تندرتِنس مرسمی در محل ضایعه بوده‌اند. صرفنظر از سن ییمیاران، شیوع تندرتِنس لگنی با سن‌فاصله رحمی و تخم‌انگاران باهmann برده‌توان و تندرتِنس لوله‌ای و جعْطیانالی به نسبت شیوع کمتری داشته‌اند.

در سونترگرافی های عمل آمده، تندرتِنس بیان‌داره به میلی‌متر در شکل‌های این ییمیاران سخت به‌نسبت سونترگرافی‌های با یافته‌های بعد از یاپارتاوهای تطابق داشته‌است. درصد تندرتِنس در سونترگرافی‌های عمل آمده تندرتِنس در آدنکسال‌ها گزارش شده است.

پاتولوژی‌ی
پاتولوژی‌ی نشان‌های تشخیصی پاتولوژی‌های تومر می‌باشد.

![Graph](attachment:image.png)

ندمادار ۵: پراکندگی سنی ییمیاران دچار آدنومیوزیس و لیومیوم رحمی

سال اول/ شماره ۲/ پاییز ۱۳۷۳

جله دانشگاه علوم پزشکی ایران
در حالیکه در سنین ۳۰-۵۰ سالگی، لیمفوم و آدنوموزیوس رحمی با ۶۹ مورد شایع‌ترین تشخص را شامل شده و کیست‌های تخمدانی فاکس‌نتال در درجه دوم شیوع قرار داشته است.

در سنین بالای ۵۰ سالگی، توده‌های رحمی شامل آدنوموزیوس و لیمفوم، پوپیون‌ها و نمایشگاه‌های رحمی تشخیص‌های مطرح شده را شامل می‌شوند.

بیماران دارای تشخیص‌های پاتولوژیک آدنوموزیوس ولیموم رحمی همچنین با علائم بالینی هیپوفرموره (۵۳/۲ درصد) و مترازی (۷/۲ درصد) مراجعه کرده‌اند.

نتیجه‌گیری
برای بررسی خصوصیات فرآیندهای وکالتی و تعدادی از بیماران دارای توده‌رخیج بیش از ۱۵۰ مورد رحمی نخستین‌بار در بررسی گشت‌نگاری‌های خود در ۱۳۷۰-۱۳۷۸ در مراکز آموزشی درمانی شهید اکبر آبادی تحت قرار گرفتند. انجام شده که نتایج حاصل از بررسی طبی علائم خاص از دیگر یافته‌های زیر‌است:

۱- بهبود نیاز به بیماران در سنین بالای ۵۰ سال می‌تواند به بهبود بروده‌های دارد.
۲- قرار آنی در برخی از برخی از دورهای توده‌های مرکزی بروده است.
۳- دردهای نازی در این گروه از بیماران دارای توده در سنین بالای ۵۰ و نیز در سنین بالا رحمی شایع‌ترین علل می‌باشد.
۴- دردهای تخمدانی اغلب قابل قبول و توده‌های رحمی اغلب خیلی قابل قبول بروده‌اند.
۵- در تعدادی کیست‌های تقریباً نمایی در برخی از بیماران توده‌های فراستی گردید و به تدریج نمایشگاه‌های پاتولوژیک آدنوموزیوس ولیموم رحمی عرضه شدند.

REFERNCESS
1- Callen M., Ultrasonography in obstetrics and gynecology, Third edition, 1994 chapter 32
2- Daniel R.M., Management of common problem in obstetrics and gynecology, 1988 part 3
3- Gormel V., Munro M.G., Rowe T.C., Gynecology a practical approach, Williams & Wilkins, 1990
4- Nicolaides H., The principles and practice of ultrasonography in obstetrics and gynecology, 1988
5- Tindall V.R., Jeffcoat’s Principles of gynecology, 1988 chapter 26

مالیه دانشگاه علوم پزشکی ایران
سال اول / شماره ۳ / پاییز ۱۳۷۳ ۱۴۹
DEMOGRAPHIC AND CLINICAL MANIFESTATIONS OF 250 PATIENTS WITH PELVIC MASS IN SHAHID AKBARABADI HOSPITAL

A. Amini, M.D.*

ABSTRACT

Pelvic masses are common findings in patients referred to obstetric and gynecology clinics. These masses originate from various organs such as alimentary, urinary and genital systems.

In this survey demographic and clinical characters of 250 patients with pelvic mass referred to shahid Akbarabadi hospital in 2 consecutive years were studied retrospectively. Chronic abdominal pain and abnormal uterine bleeding were common complaints of patients.

In young patients, the majority of masses were due to complications of pregnancy such as ectopic pregnancy. Leiomyoma and adenomyosis were most common histologic diagnosis. Almost always preoperative sonographic diagnosis were compatible with operative findings.

Key words: 1- Pelvic mass 2- Leiomyoma 3- Ectopic pregnancy

*Assistant Professor of Obstetrics & Gynecology, Iran University of Medical Sciences and Health Services