

انسداد روده باریک در حاملگی: گزارش موردی

چکیده

انسداد روده در زمان حاملگی عارضه نادر و خطرناکی است و در صورت عدم تشخیص بموقع با مرگ و میر (mortality & morbidity) مادر و جنین همراه است. بطور کلینیکی این بیماری با گروهی از بیماریهایی که باعث شکم حاد جراحی abdominal pain در حاملگی می‌شوند تشخیص افتراقی دارد. شایعترین علل انسداد روده در حاملگی چسبندگی ناشی از اعمال جراحی قبلی و ولولوس (Volvulus) می‌باشند. اساس تشخیص دانستن جزئیات تاریخچه بیمار، معاینه فیزیکی، در نظر گرفتن تغییرات فیزیولوژیک حاملگی، بررسی تشخیص‌های افتراقی، استفاده از تست‌های آزمایشگاهی و رادیوگرافیک می‌باشد. در این گزارش خانم افغانی ۳۷ ساله (G19, living child=0) معرفی می‌گردد که در سن حاملگی ۳۲ هفته با درد اپیگاستر و استفراغ مراجعه نمود و پس از بررسی تشخیص‌های افتراقی مانند (آپاندیسیت حاد، پانکراتیت، اولسرپیپتیک و پره‌اکلامپسی) با تشخیص انسداد روده باریک تحت درمان جراحی قرار گرفت.

I دکتر محسن فکرت
II *دکتر فریده کی پور

کلید واژه‌ها: ۱- انسداد روده ۲- حاملگی ۳- شکم حاد

مقدمه

انسداد روده در حاملگی بعنوان شکم حاد جراحی (acute abdominal pain) در نظر گرفته می‌شود و بهمین دلیل نیاز به عمل جراحی اورژانس دارد (۱ و ۲).

شیوع این عارضه یک مورد در ۱۷۰۰۰ حاملگی و پس از آپاندیسیت دومین علت شایع اعمال جراحی اورژانس خارج رحمی (extra uterine abdominal emergency) در حاملگی است (۱ و ۳).

انسداد روده در حدود ۶۰٪ از موارد بدلیل چسبندگی ناشی از اعمال جراحی قبلی اتفاق می‌افتد (۱). سایر موارد ولولوس (Volvulus) شامل انواژیناسیون (Intussusception) فتق (Hernia)، بیماری کرون و نئوپلاسم می‌باشد (۱).

معرفی بیمار

مورد معرفی خانمی ۳۷ ساله (G19 Ab4 P14)، واهل کشور افغانستان بود که در هفته سی و دوم حاملگی به بیمارستان فیروزآبادی مراجعه نمود.

این بیمار هیچ‌گونه فرزند زنده‌ای نداشت (Living Child=0). تعدادی از فرزندان وی در جریان سیل در کشور افغانستان فوت شده بودند و تعدادی دیگر بععل بیماریهای مختلف بعد از تولد مثل گاستروآنتریت، پنومونی و مننژیت از بین رفته بودند.

این بیمار بدلیل درد اپیگاستر، تهوع و استفراغ به درمانگاه مامائی بیمارستان مراجعه نمود. شروع درد اپیگاستر (با ماهیت کولیکی) را از روز قبل ذکر می‌نمود.

(I) استادیار بیماریهای زنان و زایمان و رئیس بیمارستان شهید اکبرآبادی، خیابان مولوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

(II) استادیار بیماریهای زنان و زایمان بیمارستان شهید اکبرآبادی، خیابان مولوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران (* مؤلف مسؤول)

آسیت در شکم و لگن دیده نشد. نتایج آزمایشهای انجام شده بر روی نمونه خون بیمار بشرح زیر بود:
 هماتوکریت ۴۳/۲٪، تعداد گلبول سفید 12600 mm^3 ،
 شمارش پلاکت $350000/\mu\text{l}$ ، PT: ۱۳Sec، BS: ۱۰۰mg/dl،
 $\text{K}: 4/1 \text{ meq/L}$ ، $\text{Na}: 137 \text{ meq/L}$ ، آمیلاز سرم ۱۸۵IU/L.
 نتایج آزمایش گاز خون شریانی (ABG) بقرار زیر است:
 $\text{O}_2\text{Sat} = 99/2\%$ و $\text{PH} = 7/42$ و $\text{HCO}_3 = 19/3 \text{ mmol/L}$ و $\text{Po}_2 = 30/1 \text{ mmHg}$.

در آزمایش کامل ادرار ۲-۳ گلبول سفید در هرشان میکروسکوپی با قدرت بالا (HPF) وجود داشت ولی آلبومین وجود نداشت.

برای بیمار NG tube گذاشته شد و درد بیمار تاحدی تخفیف یافت. همچنین بمنظور تسریع بلوغ ریه جنین آمپول دگزامتازون (۵mg) تزریق شد.

در سیر بررسی بیمار، پس از ۷ ساعت انقباضات خودبخودی رحم شروع شد. پس از مدتی در مانیتورینگ قلب جنین Late deceleration ایجاد شد و بیمار با تشخیص دیسترس جنینی مورد سزارین قرار گرفت. در ابتدا پوست با برش طولی باز شد و پس از بازنمودن پریوتن، با برش عرضی در ناحیه سگمان تحتانی رحم نوزاد پسر ۳۲ هفته با آپگار ۸ در دقیقه اول و ۹ در دقیقه پنجم و به وزن ۱۷۵۰ گرم متولد شد.

قسمتی از جفت دچار دکولمان بود. پس از ترمیم رحم، دید بهتر جهت بررسی روده‌ها فراهم آمد. قسمتی از روده باریک دچار اتساع (distention) شده بود. قسمت ژژنوم روده باریک حول محور مزانتریک خود چرخیده و دچار ولولوس (Volvulus) شده بود. این قسمت از روده تغییر رنگ پیدا کرده بود ولی دچار گانگرن و نکروز نبود. پس از بازکردن چسبندگی‌ها تغییر رنگ روده باریک برطرف گردید. قسمتی از جفت و امنتوم جهت پاتولوژی ارسال گردید که نتیجه آن بدین شرح بود:

امنتوم: بافت فیبروآدیپوز (Fibro-adipose) به همراه التهاب حاد
 جفت: فاقد تغییرات مشخص پاتولوژیک

تهوع و استفراغ نیز از روز گذشته شروع شده بود. همچنین بیمار از دو روز قبل عدم دفع گاز و مدفوع را ذکر می‌نمود ولی از بی‌اشتهایی شکایتی نداشت.

در سابقه پزشکی، بیمار از سه سال قبل دچار مشکلات گوارشی بود ولی هیچ‌گونه اقدام خاصی جهت تشخیص و درمان انجام نداده بود. همچنین تمام زایمانهای بیمار بصورت واژینال صورت گرفته و تاکنون نیز مورد عمل جراحی قرار نگرفته بود. وی هیچ‌گونه سابق مصرف دارو، ضربه، تب و لرز، آبریزش و خونریزی واژینال را در طول حاملگی ذکر نمی‌کرد. علائم حیاتی در بدو مراجعه شامل: $\text{BP}: 130/80 \text{ mmHg}$ و $\text{PR}: 88/\text{min}$ و $\text{RR}: 16/\text{min}$ و $T: 37/2 \text{ }^\circ\text{C}$ بود. ارتفاع رحم ۳۲ هفته بود و رحم هپرتون نبود، ضربان قلب جنین منظم و ۱۴۴ ضربه در دقیقه بود.

انقباض رحمی وجود نداشت. تندرست و حساسیت در ناحیه اپیگاستر وجود داشت ولی در لمس LLQ و RLQ پهلوها (Flanks) حساسیت وجود نداشت. رفلکسهای وتری عمقی افزایشی نداشتند.

در معاینه واژینال دیلاتاسیون و افاسمان وجود نداشت و در معاینه مقعد مدفوع به رنگ طبیعی داخل رکتوم بدست می‌خورد.

پس از مشاوره با سرویس جراحی و تجویز آمپول سایمتیدین (۱۵۰mg با دوز واحد)، شربت آنتی اسید و لیدوکائین بصورت خوراکی هیچ‌گونه تغییری در ماهیت درد کولیکی ناحیه اپیگاستر بیمار ایجاد نشد. در سونوگرافی حاملگی با جنین زنده در وضعیتی سفالیک با حدود سنی ۳۲ هفته، میزان مایع آمنیوتیک در حد طبیعی و جفت (درجه II) در ناحیه فوندوس مشاهده گردید.

در سونوگرافی کبد توده اکوژن به اندازه تقریبی $29 \times 23 \text{ mm}$ در لوب چپ کبد مشهود بود که مطرح کننده همانژیوم کبدی بود.

سونوگرافی کیسه صفرا، مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی، پانکراس، نواحی پارائورتیک، طحال و کلیه‌ها طبیعی بود. هیچ‌گونه علائمی به نفع آپاندیسیت مشاهده نگردید.

می‌دهد(۱). انجام دوبار انما (پشت سر هم) گاهی به تشخیص کمک می‌کند(۵).

ولولوس علت معمول انسداد روده در حاملگی است و قریب ۲۵٪ موارد انسداد روده در حاملگی را تشکیل می‌دهد(۶و۴).

ولولوس بدلیل چرخش روده حول محور مزانتریک اتفاق می‌افتد که نتیجه آن انسداد مجرای روده و پدیکول عروقی آن است(۷). ولولوس روده باریک از نظر شیوع بعد از سیگموئید و سکوم قرار دارد(۷).

چسبندگی ناشی از اعمال جراحی قبلی و مالفورماسیونهای مادرزادی از علل شایع این بیماری می‌باشند(۷).

تأخیر در تشخیص موجب افزایش مرگ و میر مادر و جنین می‌شود.

میزان مرگ و میر مادر در حدود ۲۰-۱۰ درصد و برای جنین ۵۰-۳۰ درصد است (۶و۲،۱). اگر انسداد روده همراه با احتقان (Strangulation)، سوراخ شدگی (Perforation) و یا عدم تعادل آب و الکترولیت باشد، افزایش میزان مرگ و میر مادر اجتناب ناپذیر خواهد بود(۱).

در تشخیص افتراقی این بیماری، گروهی از بیماریهای جراحی که باعث شکم حاد جراحی می‌شوند را باید در نظر داشت که از آن جمله می‌توان به پانکراتیت حاد، کوله سیستیت، آپاندیسیت حاد، اولسرپتیک و بیماریهای التهابی روده مثل کرون اشاره نمود(۱).

جدول شماره ۱ بیماریهایی که در تشخیص افتراقی ولولوس و حاملگی قرار دارند (موجب درد شکم می‌شوند) ولی ارتباطی با حاملگی ندارند را نشان می‌دهد. همچنین شرایط پاتولوژیک دیگری که باعث درد شکم در حاملگی می‌شوند مثل دکولمان جفت، کوریوآمیونیوت، زایمان زودرس، فیبروم رحمی و سقط در تشخیص افتراقی این بیماری مطرح می‌گردند(۱).

بیمار تا ۷۲ ساعت بعد از عمل ناشتا (NPO) بود و الکترولیت‌های سرم او در حد نرمال حفظ شد. سپس رژیم مایعات شروع گردید. شش روز بعد از عمل مادر و نوزاد با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص شدند.

بحث

انسداد روده در حاملگی عارضه نادری است(۷-۴). تظاهرات آن شبیه زنان غیر حامله می‌باشد و با درد کولیکی شکم، تهوع و استفراغ، بیبوست و اتساع شکم همراه است(۷و۲،۱).

استفراغ بعنوان علامت مهم انسداد روده در سه ماهه اول و به اشتباه به تهوع و استفراغ حاملگی نسبت داده می‌شود و از نظر دور می‌ماند(۴).

در سه ماهه سوم تشخیص اتساع شکم (distention) بدلیل افزایش اندازه رحم مشکل خواهد بود. همچنین بیبوست نیز عارضه شایعی در سیر حاملگی است(۴، ۶ و ۷). تشخیص انسداد روده در طول labor یا بلافاصله پس از وضع حمل (بدلیل وجود زخم سزارین) مشکل خواهد بود(۴).

انسداد روده در سه دوره مشخص از حاملگی اتفاق می‌افتد:

۱- در ابتدای سه ماهه دوم هنگامی که رحم وارد شکم می‌شود.

۲- در زمان پایان حاملگی (term) هنگامی که عضو نمایش وارد لگن می‌شود.

۳- بلافاصله بعد از زایمان هنگامی که اندازه رحم سریعاً کاهش می‌یابد(۱).

نشانه‌ها و علائم همانند زمان غیرحاملگی است ولی تفسیر آن مشکل می‌باشد. صداهای روده‌ای هیپراکتیو، علامت نسبتاً مفیدی است و در اغلب موارد تشدید صداهای روده‌ای (بعلت رحم بزرگ) در پهلوه‌ها قابل شنیدن است(۵).

رادیوگرافی ساده شکم بطور ایستاده، قوسهای روده‌ای متسع و سطح مایع و هوا (Air-Fluid Level) را نشان

جدول شماره ۱- بیماریهایی که در تشخیص افتراقی انسداد روده و حاملگی قرار دارند. (موجب درد شکم می‌شوند ولی ارتباطی با حاملگی ندارند)

تاریخچه	آپاندیسیت حاد	انسداد روده	کوله سیستیت	بیماریهای التهابی روده (بیماری کرون)	اولسر پتیک	پانکراتیت حاد
درد	درد RLQ	کولیکی	درد هیپوکندر راست	+	درد اپیگاستر	درد قسمت فوقانی - مرکزی شکم با انتشار به پشت
وضعیت ادراری	تکرار ادرار ±	-	-	-	-	-
وضعیت گوارشی	تهوع و استفراغ	تهوع، استفراغ و یبوست	تهوع، استفراغ	اسهال	تهوع و استفراغ	-
تریمستر	-	اواخر سه ماهه دوم	-	-	-	سه ماهه سوم
بیماریهای زمینه‌ای	-	اواخر سه ماهه سوم بعد از وضع حمل	-	-	-	پس از وضع حمل
سایر موارد	-	بعد از وضع حمل	یرقان	کاهش وزن	+	الکل، سنگ کیسه صفرا
معاینه						
شوک	±	±	±	-	اگر پرفوراسیون وجود داشته باشد	±
تب	+	±	±	-	-	-
معاینه شکمی	حساسیت و تندرns	اتساع تندرns	تندرns	±	حساسیت اپیگاستر	تندرns
سایر موارد	-	افزایش صداهای روده‌ای	-	-	-	-
پاراکلینیک						
لکوسیت	افزایش WBC	افزایش WBC	افزایش WBC	افزایش WBC	-	افزایش ± WBC
آزمایش ادرار	پیوری ±	-	-	-	-	-
سونوگرافی	-	-	سنگ کیسه صفرا	-	-	-
تغییرات رادیوگرافیک	-	+	-	-	اگر پرفوراسیون رخ داده باشد	-
سایر موارد	-	-	-	آندوسکوپی بیوپسی	آندوسکوپی	افزایش آمیلاز سرم

± ممکن است وجود داشته باشد. - وجود ندارد. + وجود دارد.

جدول شماره ۲- بیماریهایی که در تشخیص افتراقی انسداد روده و حاملگی قرار دارند (موجب درد شکم می‌شوند و با حاملگی مربوط هستند)

تاریخچه	سقط	فیبروئید	دکولمان جفت	کورئوآمیونیوت	زایمان زودرس	پارگی رحم
درد	+	لوکانیزه شدید±	خفیف تا شدید	±	+	+
خونریزی واژینال	++	±	خفیف تا شدید	-	مختصر ± (show)	+
وضعیت ادراری	-	-	-	-	-	هماچوری ±
وضعیت گوارشی	-	تهوع ±	-	-	-	-
تریمستر	سه ماهه اول اوایل سه‌ماهه دوم	اواخر سه ماه دوم سه ماهه سوم	اواخر سه ماهه دوم سه ماهه سوم	سه ماهه سوم	اواخر سه ماهه دوم سه ماهه سوم	سه ماهه سوم
بیماریهای زمینه‌ای	±	+	هیپرتانسیون فیبروئید	آبریزش	-	اسکار رحمی
بیماری قبلی	-	-	حاملگی چند قلو	-	حاملگی چندقلو پاره شدن زودرس کیسه آمنیون پلی‌هیدرآمیونوس ±	اکسی‌توسین
معاینه						
شوک	±	-	±	-	-	±
تب	±	درجه پایین	-	±	±	-
هیپرتانسیون	±	-	±	-	±	-
رحم	تندرنس ±	حساسیت فیبروئید	تندرنس ±	تندرنس ±	انقباض	تندرنس ±
ضربان قلب جنین	-	-	±	تاکیکاردی جنین	-	ضربان قلب نامنظم یا مرگ جنین
سایر موارد	بازبودن دهانه رحم	-	الیگوری اختلال انعقادی (کواگولوپاتی)	-	دیلاتاسیون	
پاراکلینیک						
هموگلوبین	پایین ±	پایین ±	پایین ±	پایین ±	-	پایین ±
لکوسیت	افزایش ±	افزایش ±	کاهش ±	کاهش ±	افزایش ±	-
پلاکت	-	-	کاهش ±	-	-	-
پروتئین‌اوری	-	-	±	-	±	±
سونوگرافی	+	+	لخته رتروپلاستنا	-	عدم وجود حرکت تنفسی جنین	-
سایر موارد	-	تب درجه پایین	Kleihaver	-	-	-

± ممکن است وجود داشته باشد. - وجود ندارد + وجود دارد

3- Gleicher Norbert, Evans Marki, Buttino Louis. Principles & practice of medical therapy in pregnancy, 3rd ed, U.S.A –Chicago- Asimon & Schuster company 1998 P: 1519-1524.

4- Sheldon H, Cherry, Irwin R. Merkatz Complications of pregnancy: Medical, Surgical, Gynecologic, Psychosocial and Perinatal. 4th ed, Williams & Wilkins, NewYork,1991, P: 725-726.

5- Scough Myer P.R. Operative obstetrics Munro kerr's, 10th ed, London, Bailliere Tindall 1998 P: 225.

6- Aggarwal. Nellam, sawhney Harject, Vasishtal Kala Small Bowel Complicating pregnancy AUS NZJ obstet Gynecology 1999-36(2) p: 254.

7-Ventura- Braswell Adam, Stain Andrew j, Higby Kenneth Delayed Diagnosis of Bowel infarction Secondary to maternal midgut Volvulus at term. Obstetric- Gynecology 1998 (May), 91 (5pt2) p: 808-810

جدول شماره ۲ شرایط پاتولوژیکی که موجب درد شکم می‌شوند و مربوط به حاملگی هستند را نشان می‌دهد.

مواردی مانند هماتوم عضله رکتوس، پورفیری، بحران سلول داسی شکل (Sikle Cell Crisis) نیز در زمان حاملگی موجب بروز شکم حاد (Acute Abdomen) می‌گردند (۱).

درمان - اگر علایمی از احتقان (Strangulation) و پرفوراسیون وجود نداشته باشد درمان محافظه کارانه (Conservative) با تزریق سرم و گذاشتن NG tube بمدت چند ساعت انجام می‌گیرد (۱).

بدتر شدن شرایط بیمار و شک به اختلال خونرسانی روده، اندیکاسیونی برای عمل جراحی اورژانس است.

جراحی فوری پس از تصحیح اختلالات آب و الکترولیت و تجویز آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف صورت می‌گیرد (۱ و ۶).

جراحی مستلزم همکاری متقابل تیم زنان و زایمان و جراحی عمومی است. به شرط اطمینان از بلوغ ریه جنین می‌توان اقدام به سزارین نمود و باید از برش طولی "midline" استفاده نمود تا دید مناسب برای جراحی انسداد روده فراهم شود. اگر جنین نارس باشد ختم حاملگی منوط به اندیکاسیون مامایی است (۷).

استفاده از داروهای توکولیتیک قبل از عمل جهت جلوگیری از زایمان زودرس مورد بحث است (۱).

منابع

1- James David K. Steer philip j- Weiner carl p. High risk pregnancy management options 2nd ed. London- Harcourt Brace and company 1999 p: 983-997.

2- Scott James R-Disaia Philip j- Hammond Cheres [et al] Danforth's obstetrics & Gynecology, 8th ed. NewYork Williams & Wilkins 1999 P: 357

SMALL BOWEL OBSTRUCTION IN PREGNANCY: A CASE REPORT

^I
M. Fekrat, MD

^{II}
*** F. Keypour, MD**

ABSTRACT

Intestinal obstruction associated with pregnancy is a rare but serious event. Morbidity and mortality are significant for both of the mother and the fetus, mostly owing to delayed diagnosis. Clinical picture is often complicated by the numerous causes of abdominal pain in the gravida. The most common causes of obstruction in pregnant woman are adhesions from previous surgery and volvulus. The goal is to know the details of the patient's history and physical examination, understanding the physiologic changes of pregnancy, formulate differential diagnoses and utilize appropriate laboratory and radiographic tests.

We report a 37 - year - old Afghanstian pregnant woman G19 Livingchild = 0 with gestational age of 32^w with small bowel volvulus complicating pregnancy who presented with vomiting and epigastric pain. Acute abdominal pain in the pregnant woman like appendicitis, pancreatitis, pepticulcer and pre-eclampsia must be considered as differential diagnoses. The treatment is immediate surgery.

Key Words: 1) Intestinal obstruction 2) Pregnancy 3) Acute Abdomen

I) Assistant Professor of gynecology, chairman of shahid Akbar Abadi hospital, Molavi St., Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

II) Assistant professor of gynecology, Shahid Akbar Abadi hospital, Molavi St., Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (*Corresponding author)