

انسداد روده باریک در حاملگی: گزارش موردي

چکیده

انسداد روده در زمان حاملگی عارضه نادر و خطرناکی است و در صورت عدم تشخیص موقعی 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) می‌باشد. اساس تشخیص داشتن 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 living child=0, G19 معرفی می‌گردد که در سن حاملگی ۲۲ هفته با درد اپیگاستر و استفراغ مراجعه نمود و پس از بررسی تشخیص‌های افتراقی مانند (آپاندیسیت حاد، پانکراتیت، اولسرپیتیک و پره‌اکلامپسی) با تشخیص انسداد روده باریک تحت درمان جراحی قرار گرفت.

دکتر محسن فکرت I

*دکتر فریده کی پور II

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

معرفی بیمار

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

این بیمار هیچ‌گونه فرزند زنده‌ای نداشت این افرادی از فرزندان وی در جریان سیل در کشور افغانستان فوت شده بودند و تعدادی دیگر بعل بیماریهای مختلف بعد از تولد مثل گاستروآنتریت، پنومونی و منژیت 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.

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 انسواؤزیناسیون (Intussusception)، بیماری کرون و نئوپلاسم می‌باشد(۱).

(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 (* مولف مسئول)

آسیت در شکم و لگن دیده نشد. نتایج آزمایش‌های انجام شده بر روی نمونه خون بیمار بشرح زیر بود:

هماتوکریت ۴۲/۲٪، تعداد گلبول سفید^۳ ۱۲۶۰۰ mm³، BS: ۱۰۰ mg/dl، PT: ۱۲ Sec، ۳۵۰۰۰ μl/ml، O₂Sat = ۹۹/۲٪، HCO_۳ = ۱۹/۳ mmol/L و PH = ۷/۴۲ و PO_۲ = ۳۰/۶ mmHg.

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

برای بیمار NG tube گذاشته شد و درد بیمار تاحدی تخفیف یافت. همچنین بمنظور تسريع بلوغ ریه جنین آمپول دگرامتاژون (۵ mg) 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 سازارین قرار گرفت. در ابتدا پوست با برش طولی باز شد و پس از بازنمودن پریتوئن، با برش عرضی در ناحیه سگمان تحتانی رحم نوزاد پسر ۳۲ هفتۀ با آپکار 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 وامنتوم جهت پاتولوژی ارسال گردید که نتیجه آن بدین شرح بود:

امنتوم: بافت فیبروآدیپوز (Fibro-adipose) بهمراه 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 بی‌اشتهاایی 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 مراجعته RR: ۱۶/min، PR: ۸۸/min، BP: ۱۳۰/۸۰ mmHg و T: ۳۷/۲ °C بود. ارتفاع رحم ۳۲ هفتۀ بود و رحم هپیرتون نبود، ضربان قلب جنین منظم و ۱۴۴ ضربه در دقیقه بود.

انقباض رحمی وجود نداشت. تندرنس و حساسیت در ناحیه اپیگاستر وجود داشت ولی در لمس LLQ و RLQ و 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 بدبست می‌خورد.

پس از مشاوره با سرویس جراحی و تجویز آمپول سایمیدین (۱۵۰ mg 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 وضعیت سفالیک با حدود سنی ۳۲ هفتۀ، میزان مایع آمنیوتیک در حد طبیعی و جفت (درجه II) در ناحیه فوندوس مشاهده گردید.

در سونوگرافی کبد توده اکوژن به اندازه تقریبی ۲۹ × ۲۳ mm در لوب چپ کبد مشهود بود که مطرح کننده همانژیوم کبدی بود.

سونوگرافی کیسه صفرا، مجاري صفرائي داخل و خارج کبدی، پانکراس، نواحی پاراآئورتیک، 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^(۶).

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).

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

میزان مرگ و میر مادر در حدود ۱۰-۲۰ درصد و برای جنین ۳۰-۵۰ درصد است^(۱). اگر انسداد روده همراه با احتقان (Strangulation)، سوراخ شدگی (Perforation) 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، اولسربیتیک 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، کوریوآمنیونیت، 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^(۴-۷). تظاهرات آن شبیه زنان غیر حامله می‌باشد و با درد کولیکی شکم، تهوع و استفراغ، بیوست و اتساع شکم همراه است^{(۱) و (۴-۷)}.

استفراغ بعنوان علامت مهم انسداد روده در سه ماهه اول و به اشتیاه 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 بیوست نیز عارضه شایعی در سیر حاملگی است^{(۴)، (۶) و (۷)}.

تشخیص انسداد روده در طول labor یا بلافضلله 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- بلافضلله بعد از زایمان هنگامی که اندازه رحم سریعاً کاهش می‌یابد^(۱).

نشانه‌ها و علائم همانند زمان غیرحملگی است ولی تفسیر آن مشکل می‌باشد. صدای روده‌ای هیپراکتیو، علامت نسبتاً مفیدی است و در اغلب موارد تشدید صدای روده‌ای (بعثت رحم بزرگ) در پهلوها 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- بیماریهای 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)	اوسرپتیک	پانکراتیت حاد
- درد قسمت فوقانی - مرکزی شکم با انتشار به پشت	درد Q RLQ درد کمر	کولیکی	درد هیپوکندر راست درد اپیگاستر (درد خنجری)	+	درد اپیگاستر	اوسرپتیک
- - -	- - -	- - -	- - -	-	-	-
تهوع و استفراغ	تهوع و استفراغ	تهوع، استفراغ و بیوست	تهوع، استفراغ و	اسهال	تهوع و استفراغ	وضعیت گوارشی وضعیت ادراری
سه ماهه سوم پس از وضع حمل	-	-	-	-	-	-
اکل، سنگ کیسه صفراء	+	+	-	کاهش وزن	برقان	بیماریهای زمینه‌ای
-	-	-	-	-	-	سایر موارد

							معاینه
±	اگر پروفوراسیون	-	±	±	±	±	شوک
-	وجود داشته باشد	-	-	±	±	+	تب
تندرننس	حساسیت	±	تندرننس	اتساع تندرننس	حساسیت	معاینه شکمی	
	اپیگاستر				و تندرننس		
-	-	-	-	افزایش صدای های	-	سایر موارد	
				رودهای			

پاراکلینیک							
افزایش WBC ±	-	WBC	افزایش WBC	افزایش WBC	افزایش WBC	افزایش WBC ±	لکوسیت آزمایش ادرار
-	-	-	-	-	-	پیوری	سونوگرافی
-	-	-	سنگ کیسه صفرا	-	-	-	تغییرات
-	اگر پرفوراسیون رخ داده باشد	-	-	-	+	-	رادیوگرافیک
افزایش آمیلاز سرم	آندوسکوپی	آندوسکوپی بیوپسی	-	-	-	-	سایر موارد

± 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	کوریوآمنیونیت	زایمان زودرس	پارگی رحم
درد	+	لوکانیزه شدید	خفیف تا شدید	±	±	+
خونریزی واژینال	++	±	خفیف تا شدید	-	(show)±	منتصر
وضعیت ادراری	-	-	-	-	-	هماچوری ±
وضعیت گوارشی	-	±	تهوع	-	-	-
تریمستر	سه ماهه اول	اوخر سه ماهه دوم	اوخر سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	اوخر سه ماهه دوم	سه ماهه سوم
بیماریهای زمینه‌ای	±	سه ماهه سوم	سه ماهه سوم	سوم	اوایل سه ماهه دوم	اسکار رحمی
بیماری قبلی	-	-	هیپرتانسیون	آبریزش	-	اسکار رحمی
	-	-	فیبروئید			اکسی توسین
	-	-	حاملگی چند قلو			حاملگی چند قلو
					پاره شدن زودرس	
					کیسه آمنیون	
					پلی‌هیدرآمینوس ±	

معاینه	شوك	تب	هیپرتانسیون	رحم	ضربان قلب جنین	ساير موارد
±	-	-	±	-	±	شوك
-	±	±	-	درجه پایین	±	تب
-	±	-	±	-	±	هیپرتانسیون
±	انقباض	تندرنس ±	تندرنس ±	حساسیت فیبروئید	تندرنس ±	رحم
ضربان قلب نامنظم	-	تاكیکاردي	±	-	-	ضربان قلب جنین
يا مرگ جنین		جنین				
دیلاتاسیون	-	الیکوری اختلال انعقادی (کواگولوباتی)	-	-	بازبودن دهانه رحم	ساير موارد

پاراکلینیک						
هموگلوبین ±	-	پایین ±	پایین ±	پایین ±	پایین ±	هموگلوبین
-	افزايش ±	افزايش	کاهش ±	افزايش ±	افزايش ±	لکوسیت
-	-	-	کاهش ±	-	-	پلاکت
±	±	-	±	-	-	پروتئین اوري
-	عدم وجود حرکت	-	لخته رتروپلاستنا	+	+	سوئونگراغی
	تنفسی جنین					
-	-	-	Kleihaver	تب درجه پایین	-	ساير موارد
				ممكن 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 ۲۵ 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 (Sickle Cell Crisis) نیز در زمان حاملگی موجب بروز شکم حاد (Acute Abdomen) می‌گردند(۱).

درمان - اگر علایمی از احتقان (Strangulation) و پروفراسیون وجود نداشته باشد درمان محافظه کارانه NG tube (Conservative) با تزریق سرم و گذاشتن 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 الکتروولیت و تجویز آنتیبیوتیک وسیع الطیف صورت می‌گیرد(۱و۶).

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 "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 توکولتیک 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 Cherles [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 abdominel 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 Healht Services, Tehran, Iran.

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