انسداد روده باریک در حاملگی: گزارش موردی

دکتر محسن فکرت I

*دکتر فریده کی پور II

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 ولوولوس (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 ,child=0 living معرفی می گردد که در سن حاملگی ۳۲ هفته با درد اپیگاستر و استفراغ مراجعه نمود و پس از بررسی تشخیصهای افتراقی مانند (آپاندیسیت حاد، پانکراتیت، اولسرپپتیک و پره‌اکلامپسی) با تشخیص انسداد روده باریک تحت درمان جراحی قرار گرفت.

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(۱و 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(۱و ۳).

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

معرفی بیمار

مورد معرفی خانمی ۳۷ ساله (G19 Ab4 P14)، واهل کشور افغانستان بود که در هفته سی‌ودوم 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 بعلل 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 ـ درمانی ایران، تهران.

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

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

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 هیچ گونه سابق مصرف دارو، ضربه، تب و لرز، آبریزش و خونریزی واژینال را در طول حاملگی ذکر نمی کرد. علائم حیاتی در بدو مراجعه شامل:BP:۱۳۰/۸۰ mmHgو PR: ۸۸/min و RR:۱۶ /min و T:۳۷/۲ °C بود. ارتفاع رحم ۳۲ هفته بود و رحم هپیرتون نبود، ضربان قلب جنین منظم و ۱٤٤ 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 بدست می‌خورد.

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

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

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

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

هماتوکریت ٤۳/۲٪، تعداد گلبول سفیدmm^3 ۱۲٦۰۰، شمارش پلاکت ۳٥۰۰۰۰/µl، PT:۱۳Sec، BS:۱۰۰mg/dl، Na:۱۳۷meq/L ، K:٤/۱ meq/L و آمیلازسرم ۱۸٥IU/L.

نتایج آزمایش گاز خون شریانی (ABG) بقرار زیر است:

O۲Sat =۹۹/۲٪ و PH=۷/٤۲ و $HCo_۳$=۱۹/۳mmol/L و $Po_۲$=۳۰/٦mmHg.

در آزمایش کامل ادرار ۳-۲ 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 تسریع بلوغ ریه جنین آمپول دگزامتازون (٥mg) 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 پریتوئن، با برش عرضی در ناحیه سگمان تحتانی رحم نوزاد پسر ۳۲ هفته با آپگار ۸ در دقیقه اول و ۹ در دقیقه پنجم وبه وزن ۱۷٥۰ 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 چسبندگی ها 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

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

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(۷-٤). تظاهرات آن شبیه زنان غیر حامله می‌باشد و با درد کولیکی شکم، تهوع و استفراغ، یبوست و اتساع شکم همراه است(۲،۱و۷-٤).

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(٤).

در سه ماهه سوم تشخیص اتساع شکم (distention) بدلیل افزایش اندازه رحم مشکل خواهد بود. همچنین یبوست نیز عارضه شایعی در سیر حاملگی است(٤، ٦و ۷).

تشخیص انسداد روده در طول labor یا بلافاصله پس از وضع حمل (بدلیل وجود زخم سزارین) مشکل خواهد بود(٤).

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 می شود.

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 پهلوها قابل شنیدن است(۵).

رادیوگرافی ساده شکم بطور ایستاده، قوسهای روده‌ای متسع و سطح مایع و هوا (Air-Fluid Level) را نشان 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(٤و٦).

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 (۲،۱و٦). 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 شماره۱ بیماریهایی که در تشخیص افتراقی ولوولوس 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).

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

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

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

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

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

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

	سقط	فیبروئید	دکولمان جفت	کوریوآمنیونیت	زایمان زودرس	پارگی رحم
تاریخچه						
درد	+	لوکانیزه شدید±	خفیف تا شدید	±	+	+
خونریزی واژینال	++	±	خفیف تا شدید	-	مختصر ±(show)	+
وضعیت ادراری	-	-	-	-	-	هماچوری ±
وضعیت گوارشی	-	تهوع ±	-	-	-	-
تریمستر	سه ماهه اول اوایل سه‌ماهه‌دوم	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 پلی‌هیدرآمینوس ±	اکسی‌توسین
معاینه						
شوک	±	-	±	-	-	±
تب	±	درجه پایین	-	±	±	-
هیپرتانسیون	±	-	±	-	±	-
رحم	تندرنس ±	حساسیت فیبروئید	تندرنس ±	تندرنس ± تاکیکاردی جنین	انقباض	تندرنس ± ضربان قلب نامنظم یا مرگ جنین
ضربان قلب جنین	-	-	±		-	
سایر موارد	بازبودن دهانه رحم	-	الیگوری اختلال انعقادی (کواگولوپاتی)	-	دیلاتاسیون	
پاراکلینیک						
هموگلوبین	پایین ±	پایین ±	پایین ±	پایین ±	-	پایین ±
لکوسیت	افزایش ±	افزایش ±	کاهش ±	افزایش	افزایش ±	-
پلاکت	-	-	کاهش ±	-	-	-
پروتئین‌اوری	-	-	±	-	±	±
سونوگرافی	+	+	لخته رتروپلاسنتا	-	عدم وجود حرکت تنفسی جنین	-
سایر موارد	-	تب درجه پایین	Kleihaver	-	-	-

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

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

جدول شماره۲ 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 ـ 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 می گیرد(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(۱و٦).

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 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

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

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

SMALL BOWEL OBSTRUCTION IN PREGNANCY: A CASE REPORT

M. Fekrat, MD [I]
** F. Keypour, MD* [II]

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 abominal 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 physioligic 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)*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]