مجله دانشکده پزشکی ـ دانشگاه ملی ایران
سال چهارم ـ شماره دوم صفحه ۱۳۵ ـ ۱۴۲

اهمیت کولدوسکپی در تشخیص بیماریهای لگن

دکتر محمود متین ✿

قسمت اول ـ تاریخچه

درون بینی (اندوسکپی) : از سال ۱۹۱۲ توسط Kelling و Jacobaeus درون‌بینی بیماریهای احشاء معمول گردیده‌وبنام Peritoneoscopy نامیده‌شد. درسالهای اخیر باپیشرفت تکنیك وتکمیل وسائل Peritoneoscopy توسط Palmer ودیگران استفاده از Peritoneoscopy را در ـ تشخیص بیماریهای احشاء بکاربرده واعمال جراحی کوچك‌مانند بیوپسی تخمدانها وبستن لوله‌ها Salpinx وبرطرف کردن چسبندگی‌های لگن وبیوپسی کبدرا رایج‌نمودند .

تشخیص بیماریهای لگن دراروپا ازطریق Colpotomy میسر بوده وهنوزهم موردعلاقه عده‌ای ازمتخصصین زنان ومامائی است . ولی باظهور Culdoscopy ـ که طریقه‌ای دقیق تر وبی‌خطرتر است ـ از Colpotomy میتوان‌به‌وضوح‌بیماریهای لگن را تشخیص داد . استفاده از Culdoscopy از سال ۱۹۴۴ توسط Decker و Telinde و Riva و Rock معمول گردید .

محققین نامبرده بی‌ضرر ومفیدبودن این‌وسیله‌رادرتشخیص بیماریهای زنان به‌ثبوت رسانیدند . کاربرد وسائل درون بینی (اندوسکپی) ارتباط مستقیم باپیشرفت وتکمیل وسیله Optic ومخزن‌نور داشته‌است چنانچه فقط‌درسال ۱۸۰۶ بودکه شخصی بنام Phillipp Bozzini باهدایت نورشمع توسط لوله‌ای بادوسوراخ ، مجرای ادرار را تماشاکرد. و موضوع هم‌چنان بحال خود باقی‌ماند ، تااینکه درسال ۱۸۶۷ Segelas و Desormeaux وسیله‌ای اختراع کردند که توانستندباانتقال نور آئینه ، داخل مثانه واورتر را مطالعه کنند . بالاخره Kussmaul برای اولین‌بار باهدایت نورآئینه‌ازیك‌لولهٔفلزی در شخصی شعبده‌باز که شمشیر می‌بلعید ، درمعده بکاربرد . ولی متأسفانه چیزی ازلحاظ پاتولژی دستگیرش نگردید . این‌اقدام گاستروسکپی‌را پایه‌ریزی کرد . بااختراع لامپهای کوچك‌در انتهای‌لوله آندوسکپ درسال ۱۸۷۸ توسط Maz Nitze ، راه وسیع‌تری جهت تشخیص باوسائل آندوسکپی بازشد . این وضع هم‌چنان بود تا سال ۱۹۴۱ که Holinger و Brubaker بجای استفاده ازلامپ انتهائی ـ که اغلب بعلت حرارت زیاد موجب صدمه به‌احشاء میگردید ـ از طریق انتقال غیرمستقیم نور به‌لامپ‌انتهائی استفاده‌کردند . متأسفانه‌دستگاهی که‌ساختند حجم زیادی‌داشت وهرگز مورد استفاده قرارنگرفت. ولیکن‌کشف آنها روشن‌کرد که‌میتوان‌نورسرد را به‌لامپ‌انتهائی آندوسکپ منتقل نمود وبااطمینان آنرا بکاربرد . چنانچه‌امروزه استفاده‌ازمنبع‌نورسرد توسط Fiber optic وطناب‌انتقال‌نور ـ که درداخل از قطعه های کوارتز ساخته شده است ـ نور غیر ـ مستقیم لامپ‌انتهائی آندوسکپ‌را روشن‌نموده وبدون‌اینکه درجه حرارت‌لامپ بالا رود میتوان بسهولت‌احشاء مورد نظررا بررسی کرد . اکنون باتکمیل وسائل آندوسکپی وفتوآندوسکپی‌نه‌تنها قادرهستیم احشاءشکم یالگن‌را بخوبی تماشا کنیم بلکه میتوانیم ازنقاط‌مختلف احشاءشکم عکس برداری نمائیم . بدیهی‌است این وسیله اهمیت‌شایانی درتشخیص بیماریها وآموزش دانشجویان‌بطور انفرادی یادسته‌جمعی از طریق سینماتوگرافی وتلویزیون دارا خواهدبود . باید اذعان نمود که علم پزشکی پیشرفت و تکمیل کولدوسکپی‌را مرهون زحمات Dr. Martin Clyman است که‌بااختراع Panculdoscopy وابزارهای‌فتوسینماتوگرافی توانست موجبات تشخیص احتمالی معالجه وجراحی واز همه مهمتر تحقیق در زمینه های ـ Human Reproductive Physiology را فراهم نماید .

چنانچه درحال‌حاضر ، تشخیص علل نازائی ومطالعه در فیزیولژی تخمك وحتی بدست‌آوردن تخمك وفیزیولژی تشکیل تخم وپرورش جنین درمراحل اولیه ـ درلوله‌های آزمایش‌وخارج ازمحیط‌زهدان ـ مطالبی‌است که‌اهمیت این‌وسائل را در پزشکی مدرن به‌ثبوت میرساند .

راه استفاده از کولدوسکپی :

بقول Decker استفاده از کولدوسکپی هنر تشخیص بیماریهای لگنی‌است . کاربرد این‌وسیله احتیاج به‌بیهوشی‌عمومی ندارد، ولی درصورتیکه جراح‌تمایل داشته‌باشد میتواندازبیهوشی عمومی یانخاعی‌هم استفاده نماید . ابتدا معاینه لگن از بیمار

✿ بخش زنان مرکز پزشکی آموزشی و درمانی جرجانی ـ دانشگاه ملی ایران .

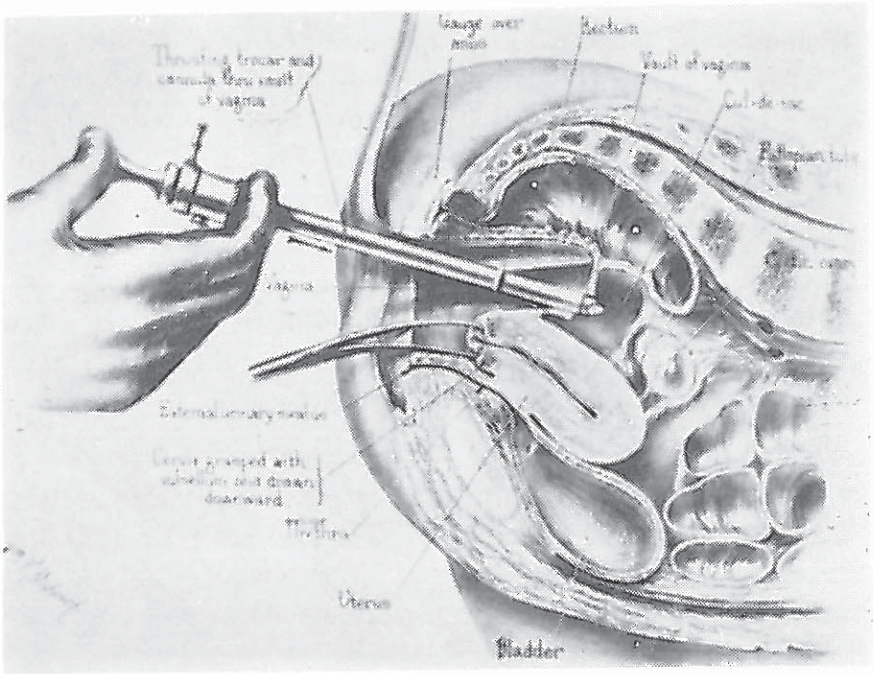
بعمل‌میآوریم چنانچه تومری درلگن وجودداشته‌باشد که مانع عبورتروکار مخصوص گردد ، آگاهی حاصل‌کنیم . پس‌از تنقیه وتخلیه مثانه ، یکساعت‌ونیم قبل‌ازشروع کولدوسکپی ۵۰میلیگرم فنرگان و $\frac{1}{4}$ میلی گرم آتروپین درعضله بیمار تزریق نموده بعداً بیماررا دروضع سجده Knee Chest Position قرار میدهیم . دراین‌موقع حدود ۱۰۰ میلی‌گرم Pethedin یا داروهای مشابه‌را در ۱۰سرم فیزیولژی یاآب‌مقطر مخلوط‌نموده وآهسته دررگ‌بیمار تزریق مینمائیم .

این‌مقدار دارو ، برای تحمل درد درهنگام کولدوسکپی کافی‌است . پس‌از تمیز کردن ناحیه‌پرینه وداخل واژن بایك‌ماده آنتی سپتیك ، بااسپکولوم مخصوص - Self Retaining Speculum واژن را باز نموده ولبه خلفی دهانه زهدان را با Tenaculum میگیریم . سپس ۱ cc از ماده گزیلوکائین جهت بی‌حسی موضعی درداخل مخاط‌واژن تزریق میکنیم . بهتراست ازمحلول آدرنالین‌دار آن استفاده شود . باید سعی‌کرد که‌تزریق موضعی از ۱ تا ۲ سی‌سی تجاوز نکند زیرا بیم‌آن‌میرود که‌تزریق زیاده ازحد سبب جدائی مخاط واژن از پریتوئن جداری - خلفی شده ومانع داخل‌شدن تروکار گردد که درآنصورت انجام کولدوسکپی بااشکال مواجه خواهدشد .

بعدازبیحسی موضعی باتروکار کوچك کولدوساك خلفی‌را درمحل گودی بین دو اوتروساکره بازنموده ووارد محوطه‌لگن میشویم . درصورتیکه این‌مرحله‌را بخوبی طی‌کرده باشیم ورود هوای‌آزادبعلت فشارمنفی‌درون شکم، باصدای «هیس»مخصوص مشخص‌میگردد . پس‌از اطمینان ازبازشدن پریتوئن این‌بار با- تروکار بزرگتر وارد لگن‌شده وکولدوسکپ را از لوله تروکار داخل‌لگن مینمائیم . ابتدا سطح خلفی رحم را مشاهده نموده ساختمان آنرا کاملا بررسی مینمائیم **شکل(۱)**.

سپس شاخص کولدوسکپ را بطرف‌راست میچرخانیم که دراینموقع لوله وتخمدان‌راست بخوبی‌نمایان میگردد وساختمان تخمدان ولوله کاملا در زیر دید ما قرار میگیرد . درصورتیکه بیماری یاچسبندگی در اطراف لوله وتخمدان وجود داشته باشد میتوان به‌آسانی بوجودآنها پی‌برد . پس‌ازمشاهده ضمائم طرف راست شاخص کولدوسکپ‌را بطرف‌چپ چرخانده لوله وتخمدان طرف چپ را مشاهده میکنیم . باید دانست که لوله وتخمدان درحالیکه زن دروضع سجده قرارگرفته‌است بدیواره طرفی‌لگن تکیه کرده‌است . بالاخره باچرخش کولدوسکپ بطرف راست وچپ میتوان سیگموئید واستخوان ساکرم ، گاهی سکوم‌وحتی آپاندیس وژرفای رحم را مشاهده نمود. درصورتیکه بخواهیم از کیفیت بازبودن لوله‌ها اطلاع حاصل‌کنیم میتوان باقرار دادن Flexible Canula واگر دردسترس نباشد با داخل کردن سند فولی شماره ۸ درداخل زهدان مقداری بلودومتیلن در رحم تزریق‌نموده ومسیر آنرا درلوله‌ها بررسی‌کنیم . حتی میتوان باوسائلی‌که امروزه دردسترس داریم لوله‌ها را باپنس مخصوص داخل‌واژن‌نموده وضع‌بازبودن یانبودن فیموزیس‌انتهائی‌شیپورکها یاچسبندگی آنهارا مستقیماً مشاهده‌کنیم . بدیهی است‌درصورتیکه بیماری تخمدان موردنظر باشد ،بیوپسی تخمدان باپنس‌مخصوص درحالیکه‌تخمدان‌داخل‌لگن‌است‌انجام‌می‌شود. یابطریقه-Wedge Resection که تخمدانهارا داخل‌واژن نموده ونمونه برداری می‌کنیم که‌این موضوع بعداً به‌تفصیل بیان خواهدشد .

درصورتیکه چسبندگیهای ظریف در اطراف لوله‌وتخمدانها وجودداشته باشد میتوان باپنس مخصوص که توسط Clyman اختراع شده‌است اقدام به‌برطرف‌نمودن آنهاکرد .



(شکل -۱-)

گاهی درصورتیکه لوله‌ها درمحل انتهائی چسبندگی‌داشته باشند میتوان باپنس مخصوص ، دیلاتاسیون لوله‌هارا در محل فرانژها وآمپولر انجام‌داد . که گاهی به‌بازشدن‌لوله وبرطرف کردن علت اصلی استریلیته کمك بزرگی میکند . بخصوص‌وجود چسبندگیهای اطراف‌لوله وتخمدانها که‌اغلب مانع‌فنومن Ovum Take up شده - که نتیجتاً سبب‌نازائی میگردد - با از بین‌بردن این‌چسبندگیها میتوان علت‌اساسی استریلیته‌را دربعضی از خانمها ازبین‌برد . پس‌ازختم اعمال‌مذکور ازکمك خودمیخواهیم که بادودست شکم بیماررا به‌تیره‌پشت چسبانیده ومحلی که‌باتروکار درکولدوساك خلفی سوراخ نموده‌ایم بایك‌بخیه بشکل 8 میدوزیم وبدین‌ترتیب بیمار قادر خواهدبود پس‌از چندساعت توقف در بیمارستان ، مرخص گردد . بایددانست که‌شرح جزئیات‌تکنیك وکاربرد این‌طریقه درموارد مختلف تشخیص ومعالجه بیماریهای زنان‌مخصوصاً در حوزه نازائی ، ازحوصله این‌مقاله خارج‌است. امیدواراست که درطی انتشارات بعدی فرصت بیشتری درتشریح بیشتر واستفاده وسیعتر ازکولدوسکپی بدست‌آید .

نظراجمالی به **جدول شماره (۱)** ، اهمیت استفاده‌از کولدوسکپی درتشخیص بیماریهای زنان بخصوص در استریلیته‌را مسلم میکند . درمواردی که کلیه امتحانات کلینیکی و پاراکلینیکی نتوانند علت‌نازائی‌را روشن‌نمایند کولدوسکپی وسیله‌ای پرارزش است که‌میتوان از آن کمك گرفت . نتایج بدست آمده از ۱۰۰۰ مورد کولدوسکپی توسط دکتر Clyman بخوبی گویای این حقیقت است .

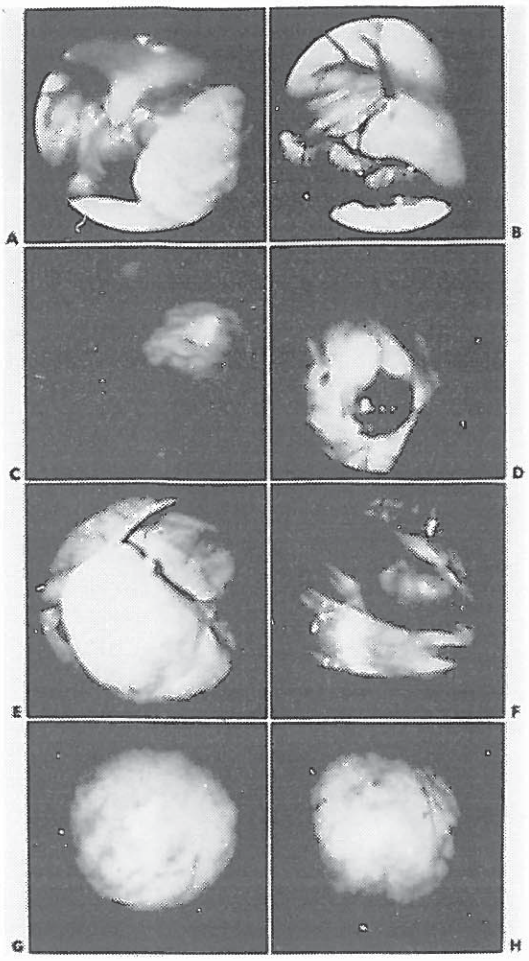
جدول شماره (۱)

نتایج حاصله از ۱۰۰۰ مورد کولدوسکپی در زنان نا بارور	تعداد موارد	درصد
ساختمان طبیعی دستگاه ژنیتال داخلی	۱۰۲	۱۰/۲
چسبندگی لوله‌ها وتخمدان‌ها که با آندومتریوز همراه نبوده‌اند	۳۸۲	۳۸/۲
آندومتریوز همراه چسبندگی لوله وتخمدانها	۲۳۷	۲۳/۷
سندرم اشتاین ولونتال	۹۴	۹/۴
هیپرپلازی تخمدانها	۶۴	۶/۴
کیست تخمدان	۳۴	۳/۴
تومور جامد تخمدان	۲۶	۲/۶
سل دستگاه ژنیتال	۲۱	۲/۱
آژنزی تخمدان	۷	۰/۷
عدم انجام کولدوسکپی بدلائل متعدد	۳۴	۳/۴

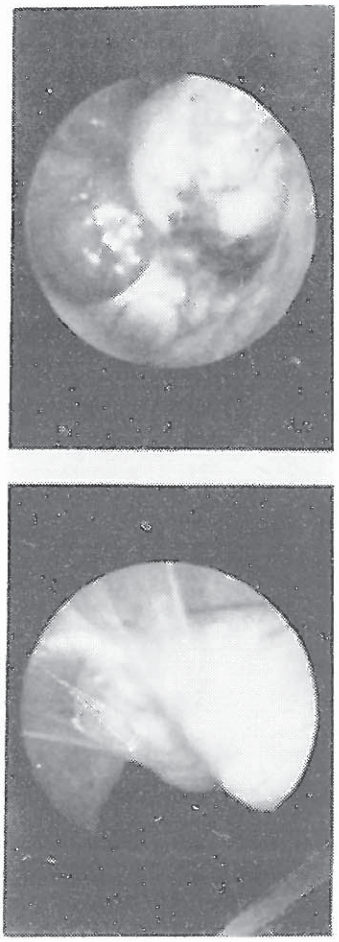
بطوریکه از **جدول شماره (۱)** استنباط میشود چسبندگیها وآندومتریوز، دوعلت مهم ناباروری در زنها بوده که جز از راه آندوسکپی نمیتوان به تشخیص قطعی دست یافت . توبرکولوز دستگاه ژنیتال که بخصوص درمملکت‌ما فراوان‌است ازمواردیست که‌میتوان روش کولدوسکپی‌را درتشخیص آن‌موکداً توصیه نمود .

ارزش کولدوسکپی‌در تشخیص ومعالجه‌ناباروری‌درزن

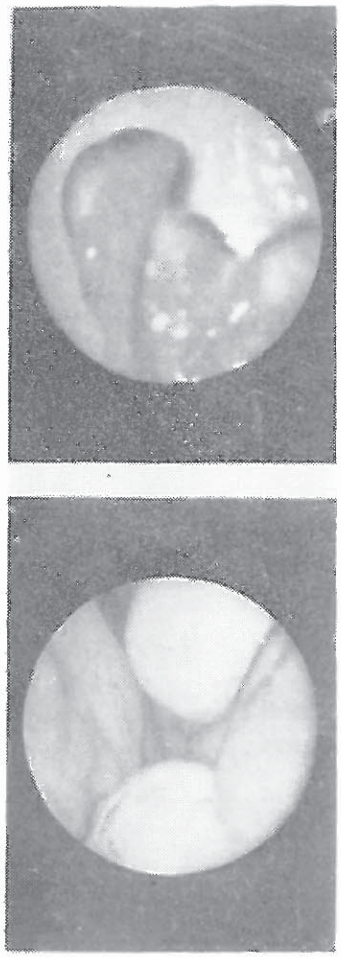
درمورد استفاده از ارزش کولدوسکپی درزنان‌نابارورعقاید متفاوتی ابرازشده است . چنانچه عده‌ای معتقدند درصورتیکه پس‌از امتحانات متعدد ومعالجات ممتد علت ناباروری برطرف‌نشد باید ازمتد کولدوسکپی کمك گرفت. وحال‌آنکه عده‌ای دیگررا عقیده براینست که درهرمورد ناباروری ، استفاده‌ازکولدوسکپی جهت تحقیق باید درزمره کارهای اولیه باشد . باکولدوسکپی میتوان هنگام اوولاسیون یا تغییراتی که درنتیجه اوولاسیون در - سطح تخمدان بوجود آمده‌است بررسی کرد یا برعکس سطح تخمدان راکه بعلت عدم تخمك‌گذاری شفاف وضخیم وبدون اسکار است ، شناخت . دیگر مطالعه در کیفیت فنومن - Ovum Take up و بالاخره تغییرات وضع لوله‌ها وقابلیت نفوذ آنها را از راه انسوفلاسیون یاتزریق بلودومتیلن درك نمود . ونیز می‌توان چسبندگیهای اطراف‌را که موجب ثابت شدن لوله‌ها درجهت خاصی گردیده ومانع باروری میشود-که باطرف‌کردن آنها میتوان مشکل نازائی راحل کرد - مشاهده نمود . ناهنجاریهای جسم زهدان وتومورهای داخل جداری‌و زیر سروز رحم از مواردیست که میتوان بآسانی تشخیص داد . Decker توصیه میکند اگر ناحیه فرانژهای لوله‌ها را بامقداری نشاسته آلوده نموده وپس‌از ۲۴ یا ۷۲ ساعت آثار نشاسته را در دهانه زهدان بامحلول لوگل کشف نمائیم دلیل برقابلیت نفوذ پذیری خوب لوله‌هاست که این امتحان درنازائی اهمیت خاصی دارد .



(شکل -۲-)



(شکل -۳-)



(شکل -۴-)

موارد عدم استفاده از کولدوسکپی

Contra Indication

انفکسیونهای حاد واژن ولگن ازموارد خاصی‌است که استفاده ازروش کولدوسکپی دراین گونه موارد جایز نیست . هرنوع تومور که به کولدوساك خلفی ثابت وچسبیده شده باشد مانع‌واردشدن کولدوسکپ‌درمحوطه‌لگن‌می‌شودبنا براین‌ازاین‌روش کولدوسکپی نمیتوان استفاده کرد. بدیهی‌است‌بیماریهای شدیدقلبی وریوی و بعضی بیماریهای ارتوپدی -- که قرار گرفتن وضع سجده Knee Chest Position برای بیمار مشکل‌یاامکان پذیر نباشد - ازموارد Contra Indication کولدوسکپی خواهندبود .

عقب‌افتادگی رحم واعمال‌جراحی قبلی‌لگن به‌هیچ‌وجه‌مانع استفاده‌از کولدوسکپی نخواهدبود .

« قسمت دوم »

اعمال جراحی و تحقیقات وکاربرد کولدوسکپی

از آنجائیکه استفاده از روش کولدوسکپی در تشخیص بیماریهای زنان بخصوص درناباروری ونازائی بسیار حائزاهمیت است بنابراین عده‌ای‌را برانگیزاند تاباتکمیل‌وسائل‌موجود امکان جراحی کوچك لگن‌را هنگام کولدوسکپی تواما انجام دهند . لذادرحال‌حاضر بااستفاده ازPan Culdoscopy Clyman میتوان چسبندگیهای لگن بخصوص اطراف‌لوله وتخمدانها را برطرف‌نمود . همچنین اعمالSalpingo Lysisودیلاتاسیون آمپول‌و Fimbriatomy لوله‌ها ازاعمال نسبتاً ظریف‌وجالب دربیماران مبتلا به‌استریلیته است . همچنین بیوپسی تخمدانها بخصوص در سندرم Leventhal و Stein بخوبی انجام شدنی‌است .

در ده مورد بیوپسی تخمدان از طریقه کولدوسکپی توسط

نگارنده ، ۸مورد آن سندرم اشتاین‌ولونتال می‌باشد که‌با آسیب شناسی محرز شده‌است . تاکنون ۴موردحاملگی بوقوع پیوسته است . استفاده‌از کولدوسکپی درخارج کردن I.U.D هائی که‌جدار رحم‌راسوراخ کرده ودرلگن‌افتاده‌اند، بسیار جالب‌است. چنانچه تاکنون درسه‌مورد که I.U.D درخارج ازرحم بوده است‌دومورد موفقیت باکولدوسکپی I.U.D ها خارج گردیدند. موردسوم بعلت چسبندگی I.U.D به‌چادرینه ، بیرون آوردن آن‌امکان‌پذیر نبوده لذا از طریق لاپاراتومی خارج گردید . مطالعه تغییرات تخمدان باکاربرد استروئیدها وقرصهای ضد حاملگی وهم‌چنین تحولاتی که تخمدانها بااستفاده ازداروهای محرك تخمك گذاری باروش کولدوسکپی انجام‌شده‌است فصل‌جدید پژوهشی در زمینه‌بیولژی ودستگاه تولیدمثل انسانی گشوده‌است. چنانچه درحال‌حاضر بااستفاده ازداروهای محرك تخمك گذاری H.M.G. وگونادوتروپین Gemzel میتوان اوول‌های‌رسیده راازتخمدان جمع آوری‌نموده ومطالعات بیولژیکی‌ونیز تحقیقاتی، درزمینه باروری تخمك و فیزیولژی تخم بارورشده‌را درروزهای اول‌حیات بعمل‌آورد. ازآن‌جمله‌میتوان کارهای‌دکتر Clyman و Kenedy درآمریکا ودکتر Edward را درانگلستان‌بعنوان مثال ذکرکرد . بدین ترتیب درآینده نزدیك ، کولدوسکپی خواهدتوانست‌جای لاپاراتومی را دراین زمینه‌ها بخوبی‌پرکند .

استفاده ازروش کولدوسکپی دربرنامه‌های بهداشت‌وتنظیم خانواده Family Planning درسالهای اخیر اهمیت بسیار یافته است .

پژوهشهائی که توسط Gutierez Najar در مکزیکوسیتی و نویسنده این مقاله درتهران درمورد بستن‌لوله‌ها انجام داده‌ایم ساده‌وسالم وکم‌خرج بودن این‌طریقه را به‌اثبات رسانده‌است . چنانچه درمدت‌سه‌سال متوالی که ابتدا درزایشگاه ایران وسپس دربیمارستان جرجانی تحقیق را شخصاً ادامه‌دادم، تاکنون ۱۰۰۰ مورد Tubal Liyation بطریق کولدوسکپی انجام شده است . طریقه انجام عمل همانست که درتکنیك کولدوسکپی بیان گردید بااین تفاوت که لوله‌هارا باپنس‌مخصوص لوله بمحوطه واژن بیرون‌آورده باسیلك نمره ۱-یا Tantalum Hemo Clips مسدود میکنیم . نتایج حاصله استفاده از Hemo Clips درصد مورد که انجام‌شد ، متأسفانه زیاد رضایت بخش‌نبوده زیرااز ۸۰ موردکه یك Hemo Clips در هرطرف لوله گذاشته شده‌بود در یکسال ۲۰ مورد باحاملگی مراجعت‌نمودند وازه۲۰مورد که درهرطرف لوله دوعدد Hemo-Clips قرارداده شده ۶موردحاملگی اتفاق‌افتاد . لذا مراتب باطلاع مراکز بین المللی رسانیده ونقص فنی Clips ها را متذکر شدیم . چنانچه در کنفرانس رامسر در سال ۱۳۵۲ و کنفرانس سازمان‌ملل - که‌نگارنده درفنلاند درشهرتورکوشرکت داشتم - نظرات خودرا تشریح نمودم .

درحال‌حاضر Tubal Ligation فقط بادوختن‌سیلك یاابریشم انجام میشود وازهمان تکنیك Pomeroy استفاده میگردد .

درسال ۱۹۵۴ با درخواست مرکز تحقیقات بین المللی Fertility واقع در کارولینای شمالی مطالعه‌ای را شروع کردم تحت $\frac{621}{327}$ Code که در حال حاضر نیز دردست انجام است . دست‌آوردی‌که از بررسی کامپیوتر باکمك‌مرکزتحقیقاتی کارولینای شمالی بدست آمده بسیار جالب است که طی جداول شماره ۲و۳ از نظر خوانندگان عزیز میگذرد.

جدول شماره (۲)

میانگین	نتایج بدست آمده از ۱۰۰۰ مورد بستن لوله ها
سن داوطلبان	۳۳ سال
تعداد حاملگی	۷/۸ بار
تعداد بچه های زنده	۶ نفر
تعداد سقط جنین	
عمدی یا خود بخود	۰/۸ بار
مدت انجام عمل	۱۵ دقیقه

جدول شماره (۳)

تعداد	نوع مواردیکه لوله‌ها بسته شده‌اند	تعداد حاملگی
۹۰۰مورد	هر دو لوله با سیلك بسته شده وقطع شده‌اند	صفر
۸۰ مورد	هر دو لوله بایك Hemo Clips در هر طرف بسته شده‌بودند	۲۲ مورد
۲۰ مورد	هر دو لوله بادو Hemo Clips در هر طرف بسته شده بودند	۶ مورد
۱۰ مورد	فقط یك طرف از لوله‌ها بسته شده‌اند	یك مورد
۸ مورد	عدم موفقیت در انجام کولدوسکپی به دلائل مختلف	

«عوارض»

عفونت لگن بعداز بستن لوله (Tubal Ligation) بامتد Culdoscopy .

۱ـ آبسه لگن Pelvic Abcess ، چهارمورد.

۲ـ آبسه‌لوله تخمدان Tubo-Ovarian Abcess، چهار مورد .

توضیح آنکه پیدایش آبسه لوله تخمدانی‌درداوطلبانی پیدا شده که بلافاصله بعداز تخلیه (کورتاژ) اقدام به بستن لوله‌های آنان شده است .

۳ـ بستری‌شدن مجدد داوطلبین بدلائل مختلف پس‌از بستن لوله‌ها (مجموعاً هشت‌مورد) .

۴ـ منوراژی بعدازعمل (۳۰مورد) .

۵ـ آمنوره پسیکوژن بعداز عمل (۲۰ مورد) .

۶ـ کسانیکه بعداز عمل بستن لوله‌ها تاکنون پشیمان شده‌اند (۴ مورد) .

۷ـ تعداد حاملگی پس از بستن لوله ها با Hemo Clips از ۱۰۰ مورد (۲۵مورد) .

۸ـ تعداد حاملگی پس‌از بستن لوله‌ها باسیلك Silk از ۹۰۰ مورد (صفر) .

۹ـ تعداد ۱۰ نفر تاکنون باراول یك لوله آنها بسته شد که در ۸ نفر آنها برای باردوم هردو لوله بسته شده‌است .

۱۰ـ درجمعاً ۸نفر بستن لوله‌ها امکان‌پذیر نبوده است این به‌علت چسبندی ویاچاقی مفرط بود .

تفسیر :

درخواست بستن لوله‌ها در زنان روز بروز در مملکت‌ما زیادتر میشود . ازآنجائیکه ایران‌باکمبود بیمارستان و تختخواب درسراسر کشور مواجه است لذا Tubal Ligation باروش کولدوسکپی‌ارجحیت خواهد داشت .

چنانچه درحال‌حاضر بستن لوله‌ها بطریق لاپاراسکوپی از شهرت خاصی در سراسر دنیا برخوردار است‌ولی انجام این عمل مستلزم بیهوشی عمومی واحیاناً بستری‌کردن بیماران است . ازطرف دیگر عوارض لاپاراسکوپی نسبت به کولدوسکپی قابل مقایسه نیست بطوریکه تاکنون ۶ مورد مرگ ومیر در نتیجه لاپاراسکوپی گزارش شده است . عوارض‌قلبی ازقبیل Carpiac arrest وآریتمی قلب واسیدوز خون وسوراخ شدن روده هنگام داخل‌نمودن تروکار ـ که‌گاهی ازنظر مخفی‌میماند ـ قابل توجه‌است . همچنین کوتریزه کردن روده‌ها همراه کوآگولاسیون لوله‌هاممکن‌است اتفاق‌افتد.

بستن لوله‌ها ازراه واژن Colpotomy که توسط Purandare و Soonawala درهند انجام میشود نیز دارای عوارض قابل توجه ـ ۱/۶ تا۵/۵ درصد درهند ـ واز ۳/۳ تا ۱۳/۳ درصد در اروپا وآمریکا ذکر شده‌است‌که شایع‌ترین آنها انفکسیون بعداز عمل میباشد .ازطرفی نیاز به‌بیهوشی عمومی وبستری شدن بیمار حداقل ۷۲ساعت در بیمارستان نکته‌ایست که خالی از توجه نیست . درصورتیکه عوارض بستن لوله‌ها بطریق کولدوسکپی بیش‌از یك درصد نبوده است . درچهارمورد آبسه لگن هرچهار مورد منجر به لاپاراتومی شده وبیماران بهبود یافته‌اند. تنها یك مورد از این‌چهار نفر بعلت پریتونیت عمومی دوبار تحت‌عمل‌جراحی‌قرارگرفت که متاسفانه بیمار دوران نقاهت‌بسیارنگران‌کننده‌ای راطی‌کرد . بطوریکه بیمار دچار نارسائی تنفسی و آریتمی قلب و Kidney Shut Down گردید ولی بامراقبت‌های دقیق وفداکاری بخش رآنیماسیون بیمارستان جرجانی دردرجه اول ومراقبتهای قابل تحسین بخش قلب بیمارستان سعادت‌آباد بیماربهبود حاصل نمود وپس‌از ۲ماه بستری شدن دربیمارستان، کاملا سالم مرخص گردید .

در۱۰مورد از بیماران فقط یك طرف‌ازلوله‌ها دربار اول بسته‌شد که۸نفر آنها دربار دوم موفق به‌بستن هردولوله شدیم .

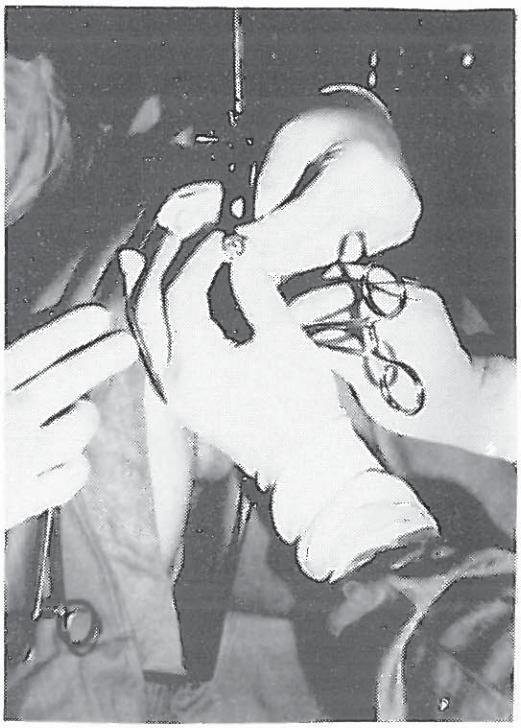
چهار مورد آبسه Tubo Ovarien متأسفانه بستن لوله‌ها بلافاصله بعداز عمل کورتاژ بوده است که‌مبتلا به‌عوارض نامطوب شده‌اند. لذا بنظرمیرسد بستن لوله‌ها در دنباله کورتاژ تخلیه‌ای بادرصد انفکسیون بیشتری همراه است .

چاقی مفرط که یکی از موارد ـ Contra Indication لاپاراسکوپی و Colpotomy است باروش کولدوسکپی فاکتورباهمیتی تلقی‌نگردید زیرا نتیجه کار را نمیتوان قبلا پیش‌بینی کرد . گاهی درافراد فوق‌العاده چاق جریان عمل بقدری ساده وآسان‌است که باور کردنی نیست.درصورتیکه ممکن است در فرد بسیار لاغر ومتناسب‌بااشکال مواجه شویم .

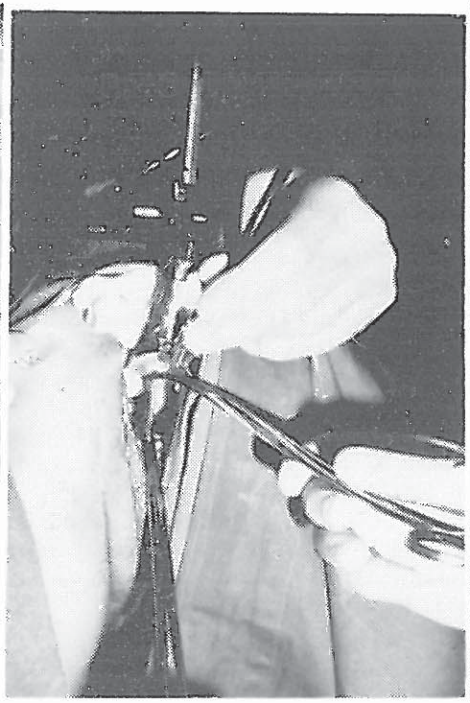
امتیاز کولدوسکپی بر روشهای دیگر

مخصوصاً در اینست که احتیاج به بیهوشی عمومی نیست . عمل حداکثر بطور متوسط بیش از ۱۰ تا ۱۵ دقیقه طول نمیکشد و بیمار درهمان روز عمل از بیمارستان مرخص شده قادر به انجام اعمال روزانه خود میباشد . واعمال جراحی قبلی روی شکم یا لگن بهیچ وجه Contra Indication کولدوسکپی نیست در صورتیکه در لاپاراسکوپی یکی از Contra - Indication های مسلم است .

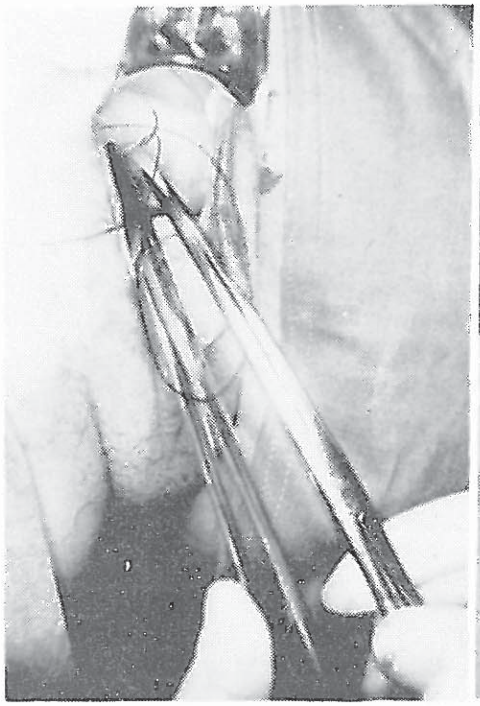
کلیه بیماران که باکولدوسکپی - Tubal Ligation شده‌اند بمدت ۵ روز آنتی بیوتیک تراپی بطور پروفیلاکسی داشته‌اند . بیماران اکثراً سه هفته و۶ماه و تایکسال بعداز عمل پی‌گیری شده‌اند و تاکنون هیچ مورد حاملگی نزد کسانیکه لوله‌ها باابریشم نمره (۱) دوخته شده‌اند ، نداشته‌ایم .



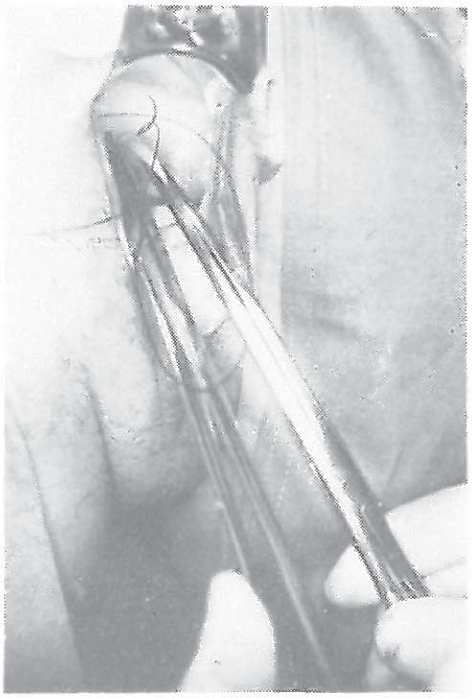
(شکل -۵-)



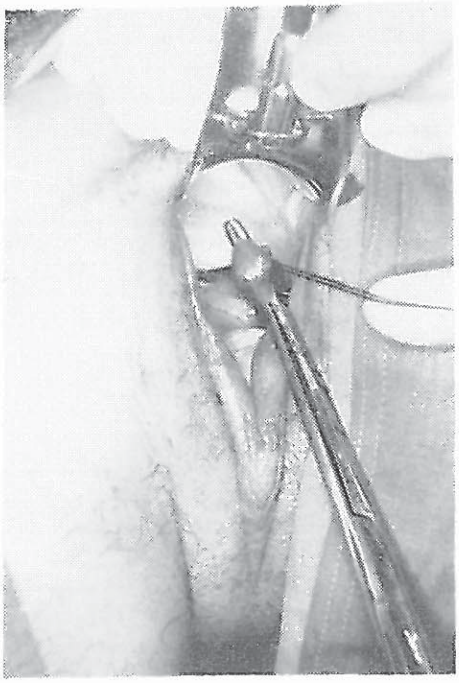
(شکل -۶-)



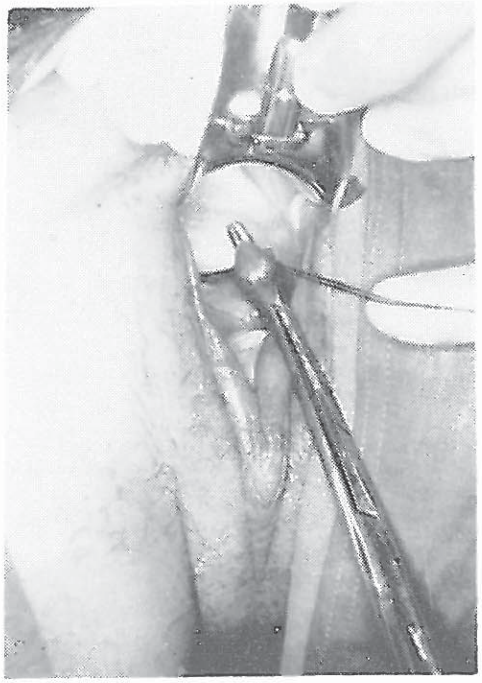
(شکل -۷-)



(شکل -۸-)



(شکل -۹-)



(شکل -۱۰-)

REFERENCES

1— Clyman, M.J. Culdoscopy. S. Clin North America: 1357, 1957.

2— Decker, A., and Cherry, T. Culdoscopy- new method in diagnosis of pelvic disease. Am. J. Surg. 64: 40, 1944.

3— Decker A. Culdoscopy, a New Technique in Gynecologic and Obstetric Diagnosis. Philadelphia: Saunders, 1952.

4— Decker, A., and Cherry, T. Culdoscopy - a new method in the diagnosis of pelvic disease - preliminary report. Amer. J. Surg. 64:40. 1944.

5— Decker, A; and Decker, W. H. A tubal function test. Obstet. Gynec. 4:35, 1954.

6— Decker, A and Saxe I.M. Culdoscopic Technique and Cinematography (motion pictur 4). Bloomfield, N.J. Audio-Visual Dept., Schering Corp. 1954.

7— Kelly J.V. and Rock, J. Culdoscopy for diagnosis in infertility: Report of 492 cases. Amer J. Obstet. Gynec. 72:523. 1956.

8— Riva, H.L. Andreson, P.S. Des Rosiers, J.L. and Breen, J.L. Further experience with culdoscopy; Am analysis of 2,850 cases. J.A.M.A. 178:873. 1961.

9— Riva, H.L. and Breen J.L. Culdoscopy, an analysis of 1500 consecutive cases. Obstet. Gynec. 12:610. 1958.

10— Riva, H.L. Hatch, R.P. and Breen J.L. Culdoscopy for infertility. Amer. J. Obstet. Gynec. 78:1304. 1959.

11— Telinde, R.W. and Rutledge, F. Culdoscopy, a useful gynecologic procedure. Amer. J. Obstet Gynec. 55:102, 1948.