حاملگی نادر

حاملگی مضاعف همزمان در دو موضع مختلف (داخل رحم و خارج از رحم تواما)

مجله نظام پزشکی
سال نهم، شماره ۲، صفحه ۸۹، ۱۳۶۳

دکتر ابراهیم تبرکی- دکترعلی امینی*

مقدمه:

حاملگی مضاعف جایگزینی دو تخمک بارورشده همزمان با هم ولی در دو کانون مختلف جدا از هم (درداخل رحم و خارج از رحم بطور بجا و نابجا) است که نوع نابجای آن اکثراً در لوله رحم و بیشتر در ناحیه آمپولر است.

وقوع آن بسیار نادر و (۱) در ۳۰۰۰۰ مورد حاملگی، که نوع دو قلوی دوتخمکی آن تا کنون فقط ۱۰۰ مورد گزارش شده است (۱).

سن مبتلایان بین ۲۰ تا ٤۰ سال بوده و عوامل اقتصادی- اجتماعی و مسئله چندزائی با آن در ارتباط است. هرچند که تشخیص ایندو «تواماً» مستلزم دقت زیاد بهنگام معاینه و توجه کامل بشرح حال بیمار است زیرا غالباً فقط یکی از این دو بهنگام مراجعه بیمار تشخیص داده میشود و دیگری تا مدتی از نظر پنهان میماند.

شرح حال بیمار:

مورد گزارش زنی است ۳٤ ساله «الف- ن»، خانه‌دار، اهل کاشان، ساکن تهران، که در تاریخ ۱۳٦۰/۹/۷ بعلت ادامه لکه‌بینی که از ۱۰ روز قبل شروع شده، بود، همراه با درد زیرشکم و احساس ضعف عمومی به زایشگاه حمایت مادران «زایشگاه شهید اکبرآبادی- مولوی» مراجعه کرد و در بیان شرح حال خود باین نکات اشاره داشت که برای اولین‌بار در ۱۳ سالگی، عادت ماهانه منظم ۲۸ روزه شروع شده که مدت ۷ روز بطول می‌انجامیده، در ۱۳ سالگی ازدواج کرده، در طی ۲۱ سال زندگی زناشوئی جمعاً ٤ بار حامله شده، زایمانهای طبیعی داشته و درحال حاضر دارای یک پسر ۱۸ ساله و دو دختر ۱۷ ساله و ۱۷ ماهه است.

در معاینه عمومی:

بیمار ظاهراً کمی رنگ پریده و ناراحت بنظر می‌رسید. نبض تندتر از معمول حدود ۱۰۰ و فشار خون ۷۰-۱۰۰ داشت و از مهمترین نکات مثبت بهنگام معاینه حساسیت جدار شکم در لمس دو دستی بود که ظاهراً دردناک و در ملامسه حساس بود.

در معاینه زنانگی رحم کمی نرم‌تر و بزرگتر از معمول بود. دهانه رحم بنفش رنگ، مولتی بار و حرکت آن دردناک بود. در طرف راست لوله رحم در معاینه کاملاً حساس و بصورت توده‌ای دردناک بود که باشک در حاملگی خارج از رحم «حاملگی داخل لوله» اقدام به پونکسیون بن‌بست دوگلاس شد که وجود مقداری خون غیرمنعقد در سرنگ احتمال خونریزی داخل شکمی وامکان پارگی جدار لوله را مطرح می‌ساخت. از اینجهت با تهیه چهار واحد خون بطور مقدماتی و فوری و تعیین گروه خون وRH بیمار و کراس مچ، فوریت انجام لاپاراتومی و انتقال بیمار به اطاق عمل قطعی شد. بدین ترتیب که با استفاده از شرایط سترون شده (استریل) تحت بیهوشی عمومی:

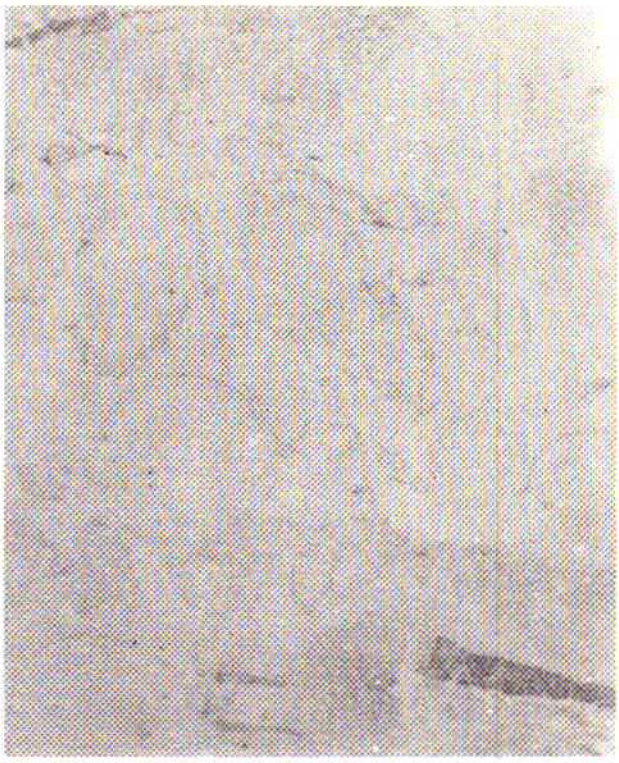
الف- جدار شکم از پوست تاپری توان باز شد.

ب- حدود CC۵۰۰ خون و لخته از کاویته شکم خارج گردید.

پ- محل خونریزی مشخص گردید که در ناحیه آمپولر لوله سمت راست بود در حالیکه با چسبندگی به تخمدان مجاور قسمتی از نسج تخمدان را آزرده ساخته و آماده خونریزی کرده بود که بلافاصله اقدام به برداشتن تمامی لوله مبتلا و Wedje Resection تخمدان مربوطه گردید و ماحصل عمل (انساج حاصله) برای مطالعه نسجی به آسیب‌شناسی فرستاده شد و در خاتمه عمل مجدداً رحم از نظر حجم و قوام بررسی شد که حدود ۵ تا ٦ هفته کمی بزرگتر از معمول بود و این احتمال مطرح بود که حاملگی ممکن است در کانون دیگری نیز همزمان با موضع قبلی در حال پیشرفت باشد از اینجهت با شک در حاملگی مضاعف در تمام طول ایامی که بیمار بعد از عمل اولیه در بخش در حال استراحت بود در چند نوبت با ادرار صبحگاهی آزمون گراویندکس بعنوان مقدماتی‌ترین علامت آزمایشگاهی انجام گرفت که نتیجه آن مثبت بود و نیز آزمایش‌های دیگری چون قند خون ناشتا و آزمایش کامل ادرار داده شد که نتیجه آنها طبیعی بود.

*زایشگاه حمایت مادران و نوزادان -تهران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08]



شکل ۱

هموگلوبین بیمار ۱۳/۵ گرم درصد، هماتوکریت ٤٠٪ و گروه خون O rh مثبت تعیین گردید. از طرفی جواب آسیب شناسی زایشگاه بشماره ۳۲۳ بتاریخ ۱۳٦۰/۹/۱۷ بشرح زیر خلاصه میشد:

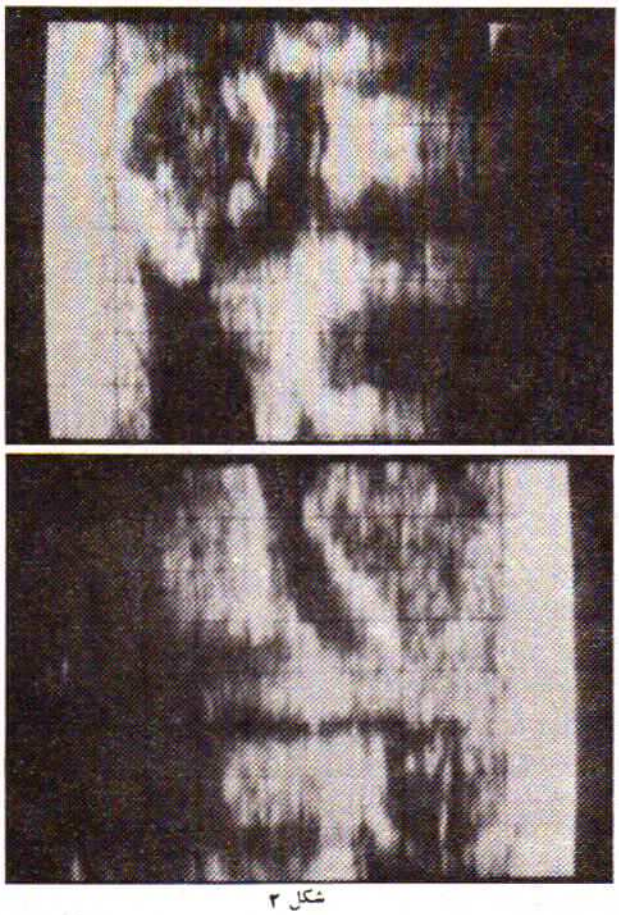
در شرح ماکرسکپی مقداری لخته و خون جمعاً بابعاد ٤x۳x۲ سانتیمتر درلوله‌ای بقطر ۱/۵ سانتی متر است. در انتهای لوله قطعه‌ای از نسج شیپور رحمی همراه با قطعه‌ای از نسج تخمدان بقطر ۲ سانتی متر ضمیمه شده است که در مقطع آن جسم زرد دیده میشود.

در شرح میکرسکپی در برشهای تهیه شده از تخمدان ساختمان چند جسم سفید و یک جسم زرد دیده شد و نیز در برشهای تهیه شده از لخته‌های خون و لوله جدار لوله باز شناخته شد که دچار خیز به اضافه خونریزی است. در لا بلای لخته‌های خون ساختمان و یلوزیته‌های جفتی که دچار دژنرسانس هیدروپیک‌اند دیده میشد:

Corpus Luteum(OVARY)
Ectopic Pregnancy Intratubular

نتیجه:

بعداز ترک بیمارستان تعقیب بیمار از نظر قطعیت حاملگی داخل رحم ادامه یافت و رشد تدریجی زهدان و احساس حرکات جنین توسط مادر در مراحل بعد و شنیده شدن صدای قلب جنین با دابتون و سونوگرافی انجام شد. در تاریخ ٦۰/۱۲/۹ همه و همه وجود حاملگی داخل رحم و سیر پیشرفت آنرا باثبات رسانید بطوریکه در سونوگرافی قطر بی‌پاریتال سرجنین در تاریخ ٦۰/۲/۹ حدود ٦ سانتی متر و سن حاملگی در همین تاریخ حدود ۲۳ هفته تعیین و حرکات جنین را فعال مشخص مینمود و محل جفت را در طرف راست و جلو فوندوس رحم نشان میداد.دو شکل شماره ۲).



شکل ۲

با پیشرفت حاملگی و گذشت زمان و تحت کنترل قرار دادن زن حامله ۹ ماه از دوران بارداری گذشت و سرانجام در تاریخ ۱۳٦۱/٤/۱۵ زایمان بطور طبیعی شروع و انجام گرفت و نوزادی پسر با ضریب آبکار (۸) با وزن ۳/٦۵۰ کیلوگرم بدنیا آمد. جفت نیز کامل خارج شد و خونریزی بعداز زایمان در حداقل طبیعی بود (شکل شماره ۳).



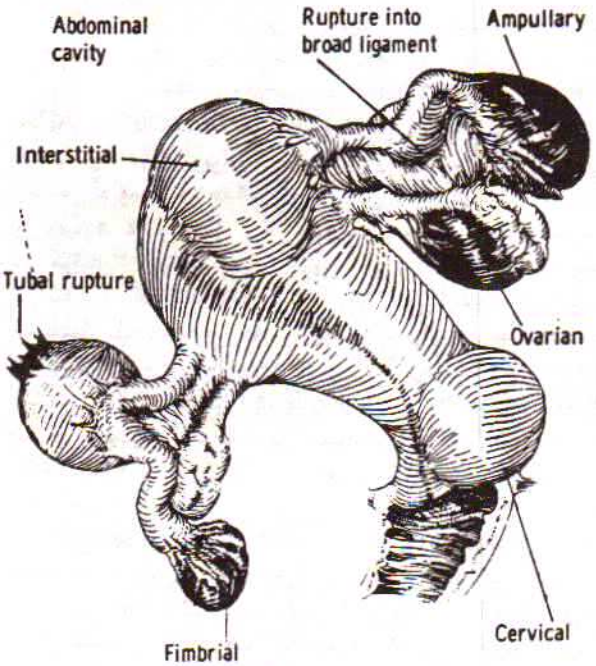
شکل ۳

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08]

۴۸ ساعت بعد اززایمان نیز بیمار با حال مساعد زایشگاه را ترک کرد در حالیکه نوزاد مشارالیها بوسیله پزشک متخصص کودکان معاینه و سلامت او مورد تأئید قرار گرفته بود.

بحث و نتیجه:

در حاملگی مضاعف همزمان ... امکان دو حاملگی در یک زمان ولی در دو کانون مجزا از هم مطرح میشود که بطور بجا(داخل رحم) و نابجا(خارج از رحم) عنوان میشود... محل شکل نابجا اکثراً در لوله رحمی و بیشتر در ناحیه آمپولر است که تخم بارور شده بدلیل نامساعد بودن زمینه انتقال یا تأخیر در امر مهاجرت و یا بدلیل مساعد بودن مخاط لوله در محل مستقر شده و با راه یافتن بزیراپی تلیوم وحمله به نسوج اطراف در حالیکه اطرافش را کپسولی از سلولهای ترفوبلاست می‌پوشاند موجبات اتساع، آتروفی ونکروزبافت همبندی- عضلانی، پارگی مویرگهای خونی و بالاخره سوراخ شدن آستر صفاقی جدار لوله را فراهم میکند تا جائیکه موجبات سقط بطور کامل فراهم میشود(شکل شماره ٤).



شکل ٤- محل‌های آبیتنی نابجا

عوامل مساعد کننده در این زمینه عبارتند از:

۱-آماسها و عفونتهای مزمن لوله ۲-چسبندگیهای انساج اطراف لوله ۳-تومورهای فشار آورنده برجدار لوله ٤-ناهنجاریهای مادرزادی لوله ۵-اعمال جراحی انجام شده قبلی روی لوله ٦-مهاجرت پیش از موقع یک تخمک و وجود تخمک غیرطبیعی و سرانجام رشد انساج آندومتر در مخاط لوله است که بهرحال موجبات تنگی، چسبندگی، چین خوردگی و باریکی فضای درونی مجرای لوله را فراهم میکند و با کندی حرکات دودی لوله زمینه استقرار تخم بارور شده فراهم میشود و چون در این فضای تنگ امکان رشد وادامه حاملگی ممکن نیست بناچار سقط اتفاق می‌افتد که معمولا در هفته های ٦ تا ۸ و حداکثر تا ۱۲ است و سقط ممکن است ناقص و یا کامل باشد که بهرحال عمده ترین علائم آن درد شدید کرامپی یکطرفه همراه با لکه بینی یا خونریزی مهبلی و احساس توده‌ای لگنی است که معمولاً با دیگر تغییرات علائم حیاتی مانند نبض و فشار خون می‌باشد. بعلاوه ممکن است وجود خون در حفره شکمی(که بر اثر پاره شدن جدار لوله و سقط است) در پونکسیون بن بست دوگلاس دلیل آشکار دیگری باشد.

از علائم آزمایشگاهی عمده:

الف- CBC است که بسیار متغییر است و با عفونت بالا میرود.

ب- هموگلوبین

پ- هماتوکریت که ابتدا بدلیل کاهش حجم خون و بالا رفتن غلظت آن بالا میرود سپس پائین می آید.

ت- آمیلاز سرم که بجای ۱۸۰-۸۰ واحد سوموگی تا ۱٦۰۰ واحد در هر ۱۰۰ میلی لیتر بالا میرود.

ث- وجود ارولینوژن در ادرار و پورفیرین اوری که نشانه تجزیه خون است. اما عمده ترین وسائل تشخیص: ۱-سونوگرافی ۲-کلدوسنتز (Culdocentese) ۳-کلدوسکپی ٤-لاپاراتومی است.

اصول درمان:

۱-اقدام فوری در تشخیص و بستری کردن بیمار ۲-آماده کردن خون کافی ومساعد کردن حال عمومی بیمار برای اقدام به عمل جراحی فوری بمنظور ختم حاملگی خارج رحمی و جلوگیری از خونریزی باتوجه به اینکه درصد مرگ و میر مادران گرفتار ۲٪-۱٪ و درصد مرگ ومیر جنین ۱۰۰٪ و عود آن ۸٪ است.

خلاصه:

حاملگی مضاعف همزمان، لانه گزینی توام دو تخمک بارور شده همزمان با هم ولی در دو موضع مختلف جدا از هم است(در داخل حفره رحمی و خارج از حفره رحمی بطور بجا و نابجا) که نوع نابجای آن بدلیل عوامل مساعد کننده در امر استقرار تخم و عوامل نامساعدکننده در امر انتقال تخم اکثراً در لوله رحمی و بیشتر در ناحیه آمپولر است. وقوع این دو حاملگی بسیار نادر(۱) و در ۳۰۰۰۰ حاملگی است. امکان سقط و ختم حاملگی در شکل نابجا در حدود هفته‌های ٦ تا ۱۲ و مرگ و میرجنین ۱۰۰٪ است. علائم عمده سقط لوله ای درد شدید کرامپی یکطرفه، وجود لکه‌بینی، احساس توده لگنی، وجود خون در پونکسیون بن بست دوگلاس و علامت کولن به نشانه خونریزی داخل شکم و تغییرات علائم حیاتی می‌باشند و تشخیص آن با سونوگرافی، کلدوسنتز، لاپاراسکپی، لاپاراتومی و کلدوسکپی است و اصول درمان آن برمبنای تشخیص بموقع، آماده کردن خون کافی و جراحی فوری بمنظور ختم حاملگی نابجا است.

REFERENCES:

1- Rahmani and Davidson: Combined Intra and Extra Uterine Pregnancy Harefuah Vol xc, No7, 318-320-343. April 1976.

2-Halpin, T.F. : Ectopic Pregnancy. 106-227. Obc, Gyn 1970.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08]