

## حاملگی نادر

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

مجله نظام پزشکی

سال نهم، شماره ۲، صفحه ۸۹، ۱۳۶۳

دکتر ابراهیم تبرکی - دکتر علی امینی\*

مقدمه:

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

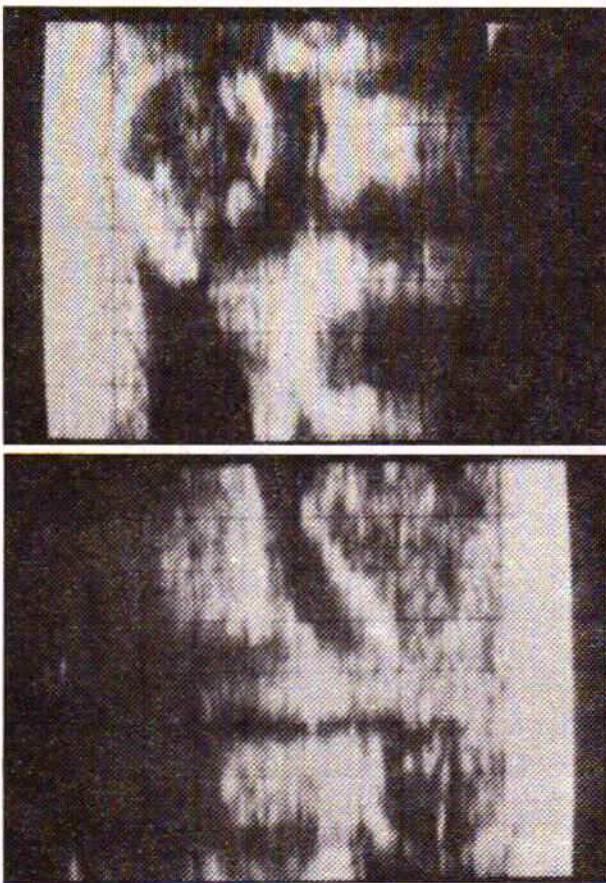
وقوع آن بسیار نادر و (۱) در ۳۰۰۰ مورد حاملگی، که نوع دو قلوی دوتخمکی آن تا کنون فقط ۱۰۰ مورد گزارش شده است (۱).

سن مبتلا بیان بین ۲۰ تا ۴۰ سال بوده و عوامل اقتصادی-اجتماعی و مسئله چندائی با آن در ارتباط است. هر چند که تشخیص ایندو «تواماً» مستلزم دقت زیاد بهنگام معاينه و توجه کامل پسرخ حال بیمار است زیرا غالباً فقط یکی از این دو بهنگام مراجعة بیمار تشخیص داده میشود و دیگری تا مدتی از نظر پنهان میماند.

شرح حال بیمار:

مورد گزارش زنی است ۳۴ ساله «الف-ن»، خانه دار، اهل کاشان، ساکن تهران، که در تاریخ ۱۳۶۰/۹/۷ بعلت ادامه لکه بینی که از ۱۰ روز قبل شروع شده، بود، همراه با درد زیرشکم و احساس ضعف عمومی به زایشگاه حمایت مادران «زايشگاه شهید اکبرآبادی-مولوی» مراجعه کرد و در بیان شرح حال خود باین نکات اشاره داشتا که برای اولین بار 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 زناشویی جمعاً ۴ بار حامله شده؛ زایمانهای طبیعی داشته و در حال حاضر دارای یک پسر ۱۸ ساله و دو دختر ۱۷ ساله و ۱۲ ماهه است.

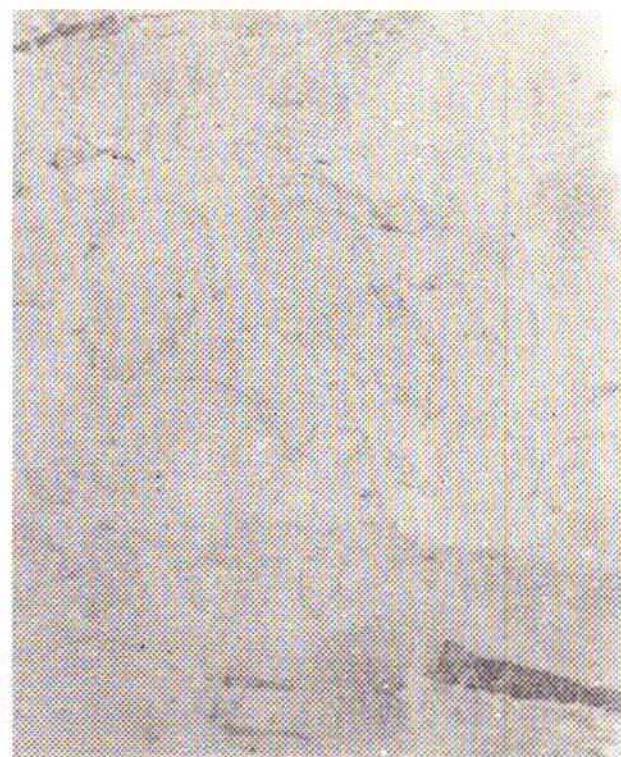
در معاينه عمومی: بیمار ظاهرآ کمی رنگ پریده و ناراحت بمنظیر می‌رسید. نبض تندری از معمول حدود ۱۰۰-۷۰ و فشار خون ۱۰۰-۷۰ داشت و از مهمترین نکات مثبت بهنگام معاينه حساسیت جدار شکم در لمس دو دستی بود که ظاهرآ دردناک و در ملامسه حساس بود.



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 ۱۳۶۱/۴/۱۵ زایمان بطور طبیعی شروع و انجام گرفت و نوزادی پسر با ضربه آبکار (A) با وزن ۳/۶۵۰ کیلوگرم بدنسی آمد. جفت نیز کامل خارج شد و خونریزی بعداز زایمان در حداقل طبیعی بود (شکل شماره ۳).

(شکل شماره ۳)



شکل ۱

هموگلوبین بیمار ۱۳/۵ گرم درصد، هماتوکریت ۴۰٪ و گروه خون O<sup>r</sup> مثبت تعیین گردید. از طرفی جواب آسیب شناسی زایشگاه بشماره ۳۲۳ بتاریخ ۱۳۶۰/۹/۱۷ بشرح زیر خلاصه میشود:

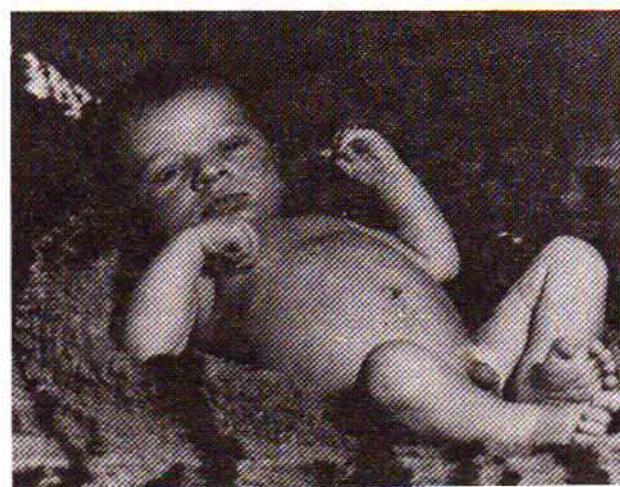
در شرح میکروسکوپی مقداری لخته و خون جمعاً با باعاد ۴۳×۲ سانتیمتر در لولهای بقطر ۱/۵ سانتی متر است. در انتهای لوله قطعهای از نسج شبیور رحمی همراه با قطعهای از نسج تخدمان بقطر ۲ سانتی متر ضمیمه شده است که در مقطع آن جسم زرد دیده میشود.

در شرح میکروسکوپی در برشهای تهیه شده از تخدمان ساختمان چند جسم سفید و یک جسم زرد دیده شد و نیز در برشهای تهیه شده از لختهای خون و لوله جدار لوله باز شناخته شد که دچار خیز به اضافه خونریزی است. در لا بلای لختهای خون ساختمان و یلوزیتهای جفتی که دچار دزئرنسانس هیدروپیک آند دیده میشود: **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 ۶۰/۱۲/۹ وجود حاملگی داخل رحم و سیر پیشرفت آنرا بائبات رسانید بطوريکه در سونوگرافی قطر بی پاریتال سرجنین در تاریخ ۶۰/۲/۹ حدود ۶ سانتی متر و سن حاملگی در همین تاریخ حدود ۲۳ هفته تعیین و حرکات جنین رافعال مشخص مینمود و محل جفت را در طرف راست و جلو فوندوس رحم نشان میداد. دو شکل شماره ۲).



شکل ۳

احساس توده‌ای لگنی است که معمولاً با دیگر تغییرات علائم حیاتی مانند نبض و فشار خون ملی باشد. بعلاوه ممکن است وجود خون در حفره شکمی (که بر اثر پاره شدن جدار لوله و سقط است) در پونکسیون بنست دوگلاس دلیل آشکار دیگری باشد.

از علائم آزمایشگاهی عده:

- الف- CBC است که بسیار متغیر است و با عفونت بالا می‌رود.
- ب- هموگلوبین
- پ- هماتوکربیت که ابتدا بدلیل کاهش حجم خون و بالا رفتن غلظت آن بالا می‌رود سپس پائین می‌آید.
- ت- آمیلاز سرم که بهای ۸۰-۱۸۰ واحد سوموگی تا ۱۶۰۰ واحد در هر ۱۰۰ میلی لیتر بالا می‌رود.
- ث- وجود ارولیتوئن در ادرار و پورفیرین اوری که نشانه تجزیه خون است. اما عده ترین وسائل تشخیص: ۱- سونوگرافی ۲- کلدوستز

(Culdocentesis)-۳- کلدوسکپی ۴- لاپاراتومی است.

اصول درمان:

- ۱- اقدام فوری در تشخیص و بستری کردن بیمار-۲- آماده کردن خون کافی و مساعد 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 و میر جنین ۱۰٪ و عود آن ۸٪ است.

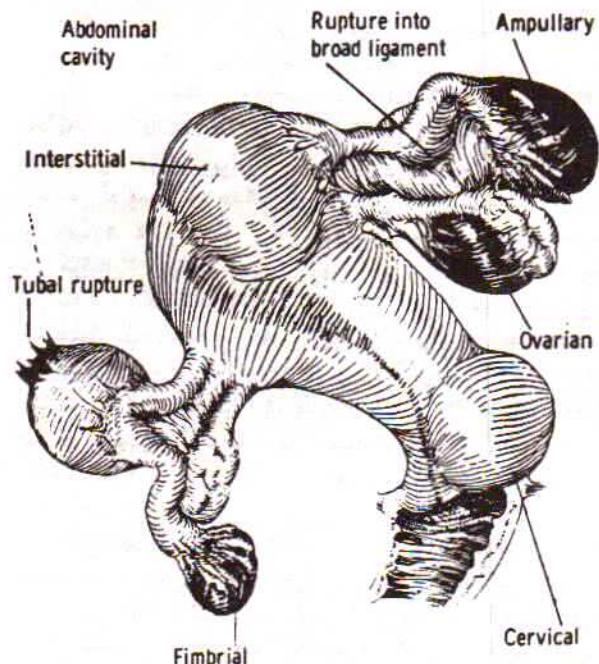
خلاصه:

حاملگی مضاعف همزمان، لانه گزینی توام دو تخمک بارور شده همزمان با هم ولی در دو موضع مختلف جلداً 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 نامساعد کننده در امر انتقال تخم اکثراً در لوله رحمی و بیشتر در ناحیه آمپوله است. وقوع این دو حاملگی بسیار نادر (۱) و در حدود هفتاهای ۶ تا ۱۲ و مرگ و میر جنین ۱۰٪ است. علائم عده سقط لوله‌ای درد شدید کرامبی یکطرفه، وجود لکه‌بینی، احساس توده لگنی، وجود خون در پونکسیون بنست دوگلاس و علامت کولن به نشانه خونریزی داخل شکم و تغییرات علائم حیاتی می‌باشد و تشخیص آن با سونوگرافی، کلدوسکپی، لاپاراسکپی، لاپاراتومی و کلدوسکپی است و اصول درمان آن بر مبنای تشخیص بموقع، آماده کردن خون کافی و جراحی فوری بمنظور ختم حاملگی نابجا است.

۴۸ ساعت بعد از زایمان نیز بیمار با حال مساعد زایشگاه را ترک کرد در حالیکه نوزاد مشارک‌الیها بوسیله پزشک متخصص کودکان معاينه و سلامت او مورد تأیید 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 آمپوله 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 بزیرایی تلیوم و حمله به نسوج اطراف در حالیکه اطرافش را کپسولی از سلولهای تروفیک است می‌پوشاند موجبات اتساع، آتروفی و نکروز بافت همبندی- عضلانی، پارگی مویرگهای خونی و بالآخره سوراخ شدن آستر صفاقی جدار لوله را فراهم می‌کند تا جائیکه موجبات سقط بطور کامل فراهم می‌شود (شکل شماره ۴).



شکل ۴- محلهای آیینه نابجا

عوامل مساعد کننده در این زمینه عبارتند از:

- ۱- آمسها و عفونتهای مزمن لوله-۲- چسبندگیهای انساج اطراف لوله-۳- تومورهای فشار آور نده بر جدار لوله-۴- ناهنجاریهای مادرزادی لوله-۵- اعمال جراحی انجام شده قبلی روی لوله-۶- مهاجرت بیش از موقع یک تخمک وجود تخمک غیرطبیعی و سرانجام رشد انساج آندومتر در مخاط لوله است که بهره‌حال 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 و ادامه حاملگی ممکن نیست بن查جار سقط اتفاق می‌افتد که معمولاً در هفته‌های ۶ تا ۸ و حداقل تا ۱۲ است و سقط ممکن است ناقص و یا کامل باشد که بهره‌حال عده ترین علائم آن درد شدید کرامبی یکطرفه همراه با لکه بینی یا خونریزی مهبلی و

## 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.