

میزان بروز حاملگی نابجا در بیمارستان معتضدی کرمانشاه (۷۸-۱۳۷۴)

دکتر شهره ملک خسروی* دکتر سیدولیا اله موسوی یکتا**

چکیده:

سابقه و هدف: حاملگی نابجا عامل پنج تا ده درصد مرگ و میر مادران در سه ماهه اول بارداری است. این مطالعه باهدف تعیین میزان بروز حاملگی نابجا در سال‌های ۷۸-۱۳۷۴ در بین مراجعین به بیمارستان معتضدی کرمانشاه و بررسی ویژگی‌های بالینی و اپیدمیولوژیک این بیماران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت توصیفی و بر اساس پرونده بیماران انجام شد. تشخیص قطعی حاملگی نابجا بر اساس یافته‌های لاپاراتومی بود. میزان بروز به ازای هر هزار تولد زنده اعم از واژینال و سزارین و کل موارد سقط و حاملگی نابجا در هر سال و در دوره پنج ساله محاسبه شد. نشانه‌ها، علائم، عوامل خطر و محل آناتومیک حاملگی نابجا برای کلیه موارد ثبت شد.

یافته‌ها: میزان بروز حاملگی نابجا در کل دوره مورد بررسی ۲/۴۵ در هزار بارداری بود. میزان بروز سالانه این عارضه در سال‌های فوق روند صعودی داشت. شایع‌ترین نشانه‌ها به ترتیب درد شکمی (۹۹/۲ درصد)، خونریزی‌های غیرطبیعی رحمی (۷۰/۲ درصد) و نشانه‌های گوارشی (۳۸/۳ درصد) بود. شایع‌ترین علائم نیز به ترتیب حساسیت شکمی (۹۲/۲ درصد)، حرکات دردناک سرویکس (۷۰/۲ درصد) و آدنکس دردناک (۴۶/۸ درصد) بود. در ۲۴ درصد بیماران هیچ عامل خطری وجود نداشت و ۲۲/۷ درصد موارد نیز بیش از یک عامل خطر داشتند. نازایی شایع‌ترین عامل خطر بود. بیشترین موارد حاملگی نابجا در قسمت لوله بود که ۶۶ درصد آن‌ها در قسمت آمپول رخ داده بود. هیچکدام از بیماران تحت درمان طبی نبودند.

بحث: بروز کمتر از انتظار حاملگی نابجا در این مطالعه می‌تواند علل مختلفی، از جمله عدم تشخیص برخی موارد بیماری، توزیع متفاوت بیماری‌های منتقله از راه جنسی و استفاده کمتر از روش‌های القای باروری داشته باشد. با توجه به سیر صعودی بروز حاملگی نابجا در مطالعه ما، تحقیقات بیشتر در زمینه بررسی علل آن توصیه می‌شود و در پایان به نظر می‌رسد بررسی علل عدم استفاده از روش‌های طبی در پی‌گیری و کنترل این بیماران در شهر کرمانشاه، ضروری باشد.

کلیدواژه‌ها: حاملگی نابجا، بروز، کرمانشاه.

* استادیار زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

** پزشک عمومی.

* عهده دار مکاتبات: کرمانشاه، میدان فردوسی، بیمارستان معتضدی، گروه زنان و زایمان، تلفن: ۰۸۳۱-۷۲۴۶۳۴۷.

مقدمه:

حاملگی نابجا مهم‌ترین علت مرگ و میر مادران در سه‌ماهه اول و عامل پنج تا ده درصد مرگ و میر ناشی از بارداری است (۱). همچنین باعث پیش‌آگهی بد حاملگی‌های بعدی می‌شود، به طوری که در حاملگی بعد از حاملگی نابجا احتمال حاملگی نابجای مجدد بیش از ۲۰ درصد و احتمال نازایی بین ۲۰ تا ۶۰ درصد است (۲). میزان بروز حاملگی نابجا در سال‌های گذشته در اغلب کشورهای دنیا افزایش یافته است (۱ و ۷-۳). در برخی کشورها افزایش بروز حاملگی نابجا در بیست و پنج سال گذشته تا شش برابر گزارش شده است (۳). این در حالی است که امروزه اعتقاد بر این است که روند تغییرات میزان بروز حاملگی نابجا می‌تواند شاخصی از روند تغییرات بروز عفونت کلامیدیایی باشد (۸). با توجه به اهمیت این بیماری غربال‌گری همه زنانی که دارای عوامل خطر برای حاملگی نابجا هستند، توصیه شده است (۱). مهم‌ترین عوامل خطر برای بروز حاملگی نابجا به ترتیب اهمیت، عبارتند از: جراحی لوله‌ای، روش‌های القاباروری، روش‌های عقیم‌سازی (بستن لوله)، سابقه حاملگی نابجا، مواجهه با دی‌اتیل‌استیل‌بسترول در دوران جنینی، استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی داخل رحمی (IUD) و وجود پاتولوژی مشخص در لوله‌هاست (۹). با توجه به اهمیت حاملگی نابجا این مطالعه با هدف تعیین میزان بروز حاملگی نابجا در سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۸ در بین مراجعان به بیمارستان مذکور و بررسی توزیع

فراوانی نشانه‌ها، علایم و عوامل خطر حاملگی نابجا در بین مبتلایان انجام شده است.

مواد و روش‌ها:

این مطالعه به صورت توصیفی و براساس پرونده بیمارستانی کلیه مراجعین بیمارستان معتضدی کرمانشاه از فروردین ۱۳۷۴ تا اسفند ۱۳۷۸ صورت گرفت. رویکرد تشخیصی برای حاملگی نابجا در سال‌های فوق در این بیمارستان شامل اخذ شرح حال، انجام معاینات و در صورت احتمال وجود حاملگی نابجا بررسی بیشتر توسط تعیین β -HCG، سونوگرافی، کولدوستتز، دیلاتاسیون و کورتاژ بوده است. تشخیص نهایی برای همه موارد با عمل لاپاراتومی اثبات شده بود. برای هر بیمار سن، تعداد حاملگی^۱، تعداد زایمان^۲، علایم و نشانه‌ها، عوامل مساعدکننده، اقدامات پاراکلینیک، محل حاملگی نابجا و نوع درمان ثبت شد. میزان بروز حاملگی نابجای سالانه و ۵ ساله به صورت تعداد حاملگی نابجا به ازای هر هزار تولد زنده در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

موارد ثبت شده انواع حاملگی در سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۸، ۵۷۵۵۴ بود. فراوانی کل موارد حاملگی نابجا، کل موارد حاملگی و بروز حاملگی نابجا به ازای هزار بارداری به تفکیک سال در جدول شماره ۱ ارائه شده است. میزان بروز حاملگی نابجا در کل دوره ۲/۴۵ در هزار بارداری به دست آمد. در دوره پنج‌ساله مورد بررسی بروز حاملگی نابجا تقریباً سیر صعودی

گوارشی (جدول ۱). سن بیماران مبتلا به حاملگی خارج رحمی ۶۰/۹ تا ۲۸ سال با گستره سنی بین ۱۷ تا ۴۰ سال بوده و بیشترین موارد حاملگی نابجا در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال (۶۸ مورد) رخ داده است. این وضعیت به استثنای سال ۱۳۷۴ در مورد فراوانی حاملگی نابجا در کلیه سالهای مورد بررسی صدق می‌کند (جدول ۲). بیشترین موارد حاملگی نابجا در زنان گراویدیتی دو و پاریتی صفر بود. توزیع فراوانی نسبی گراویدیتی و پاریتی در بین ۱۴۱ مورد حاملگی نابجا در نمودارهای ۱ و ۲ مشاهده می‌شوند.

توزیع فراوانی نشانه‌ها و علائم در بیماران مبتلا به حاملگی نابجا در نمودارهای ۳ و ۴ آورده شده است. شایع‌ترین نشانه‌ها به ترتیب درد شکمی (۹۹/۲ درصد)، خونریزی‌های غیرطبیعی رحمی (۷۰/۲ درصد) و علائم

گوارشی (۳۸/۳ درصد) و شایع‌ترین علائم نیز به ترتیب حساسیت شکمی (۹۲/۲ درصد)، حرکات دردناک سرویکس (۵۸ درصد) و آدنکس دردناک (۴۶/۸ درصد) بود. توزیع انواع عوامل خطر در این بیماران در نمودار ۵ مشاهده می‌شود. در ۲۴ درصد بیماران هیچ عامل خطری وجود نداشت و در ۲۲/۷ درصد موارد بیش از یک عامل خطر وجود داشت. نازایی شایع‌ترین عامل خطر (۲۲/۷ درصد) بوده است و پس از آن جراحی‌های لگن و استفاده از IUD قرار داشتند. از ۱۴۱ مورد حاملگی نابجا، در ۱۱۹ مورد سونوگرافی انجام شده بود که ۸۱ مورد به صورت شکمی و ۳۸ مورد بصورت واژینال بوده است. تعداد موارد مثبت از نتیجه سونوگرافی در این دو روش به ترتیب ۴۴ و ۳۴ مورد بود. در ۷۹ مورد از بیماران

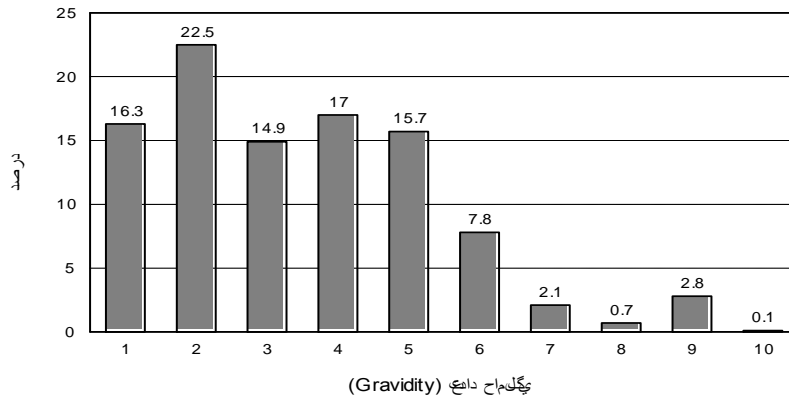
توزیع فراوانی نشانه‌ها و علائم در بیماران مبتلا به حاملگی نابجا در نمودارهای ۳ و ۴ آورده شده است. شایع‌ترین نشانه‌ها به ترتیب درد شکمی (۹۹/۲ درصد)، خونریزی‌های غیرطبیعی رحمی (۷۰/۲ درصد) و علائم

جدول ۱- توزیع حاملگی نابجا و طبیعی بر حسب سال در بیمارستان معتضدی کرمانشاه در سال‌های ۷۸-۱۳۷۴.

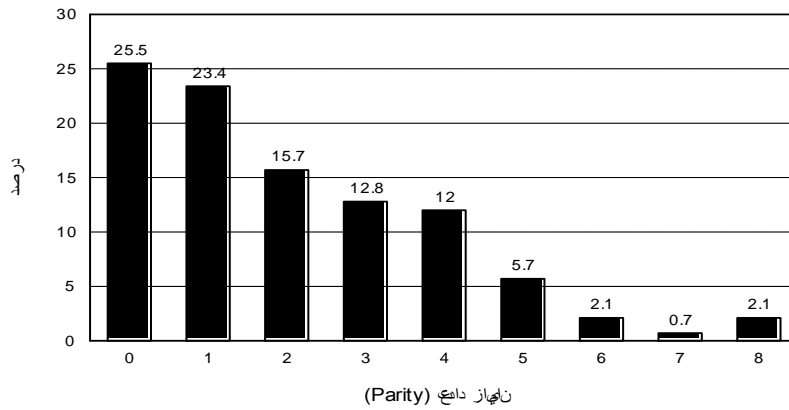
سال	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶	۱۳۷۷	۱۳۷۸	کل
نوع حاملگی						
حاملگی نابجا (خارج رحمی)	۳۴	۲۹	۲۵	۳۱	۲۲	۱۴۱
حاملگی طبیعی (داخل رحمی)	۱۴۷۴۶	۱۲۱۲۷	۱۱۳۰۱	۱۰۲۹۴	۸۹۴۷	۵۷۴۱۳
میزان بروز حاملگی نابجا	۲/۳	۲/۳۹	۲/۲۱	۳/۰۱	۲/۴۵	۲/۴۵

جدول ۲- توزیع فراوانی حاملگی نابجا بر حسب سن در بیمارستان معتضدی کرمانشاه در سال‌های ۷۴ - ۱۳۷۸.

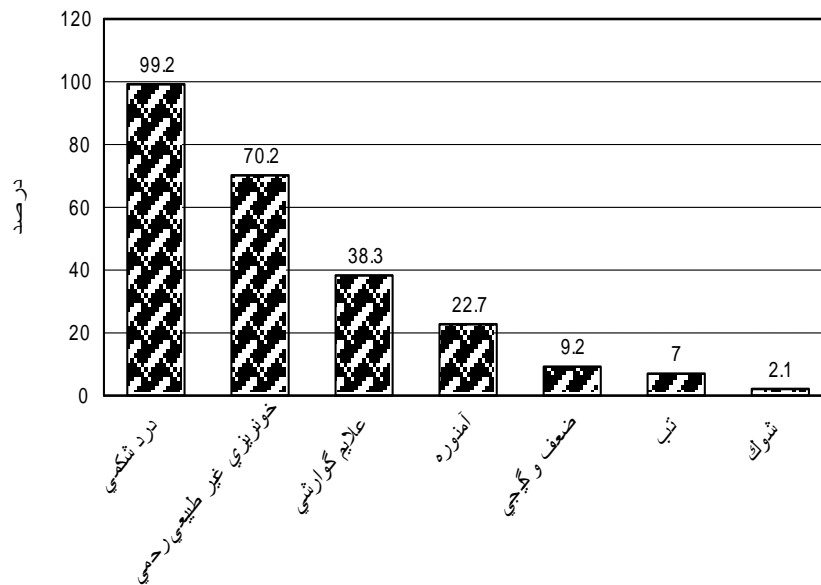
سال	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶	۱۳۷۷	۱۳۷۸	جمع
گروه سنی						
۱۵-۲۴	۱۸ (۵۳)	۵ (۱۷)	۴ (۱۶)	۵ (۱۶)	۷ (۳۲)	۳۹ (۲۸)
۲۵-۳۴	۱۲ (۳۵)	۱۶ (۵۵)	۱۲ (۴۸)	۱۷ (۵۵)	۱۱ (۵۰)	۶۸ (۴۸)
۳۵-۴۴	۴ (۱۲)	۸ (۲۸)	۹ (۳۶)	۹ (۲۹)	۴ (۱۸)	۳۴ (۲۴)
جمع	۳۴ (۱۰۰)	۲۹ (۱۰۰)	۲۵ (۱۰۰)	۳۱ (۱۰۰)	۲۲ (۱۰۰)	۱۴۱ (۱۰۰)



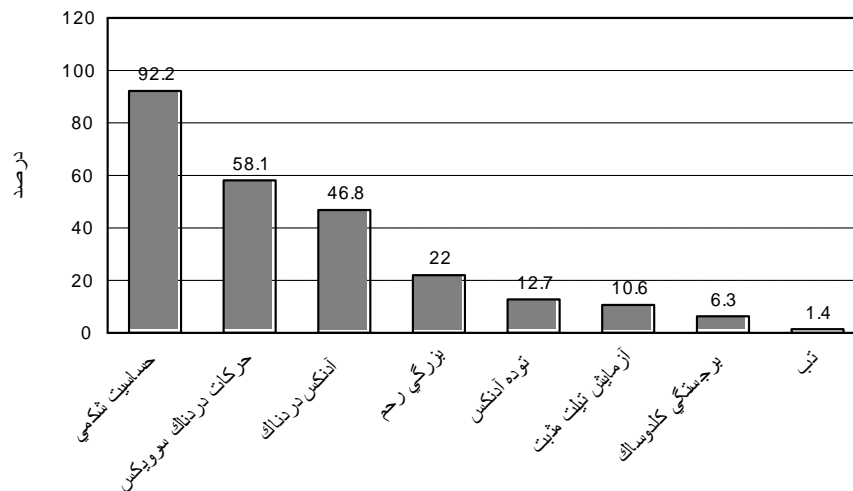
نمودار ۱- توزیع گراویدیتی در بیماران حاملگی نابجا در بیمارستان معتضدی کرمانشاه طی سالهای ۷۸ - ۱۳۷۴.



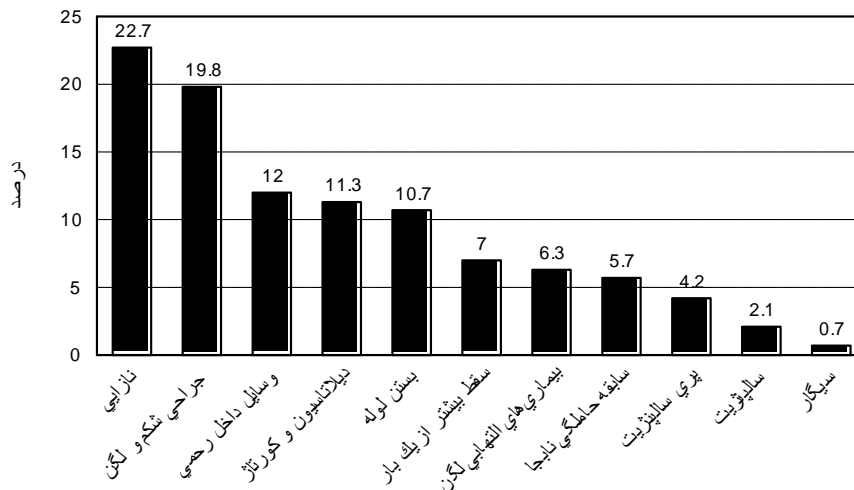
نمودار ۲- توزیع پاریتی در بیماران حاملگی نابجا در بیمارستان معتضدی کرمانشاه طی سالهای ۷۸ - ۱۳۷۴.



نمودار ۳- توزیع علامه در بیماران حاملگی نابجا در بیمارستان معتضدی کرمانشاه طی سالهای ۷۸ - ۱۳۷۴.



نمودار ۴- توزیع علایم در بیماران حاملگی نابجا در بیمارستان معتضدی کرمانشاه طی سالهای ۷۸ - ۱۳۷۴.



نمودار ۵- توزیع عوامل خطر در بیماران حاملگی نابجا در بیمارستان معتضدی کرمانشاه طی سالهای ۷۸ - ۱۳۷۴.

رفته بود و بعد از آن سالیپزکتومی پارشیال (قطع بخشی از لوله رحمی) قرارداداشت. هیچکدام از بیماران تحت درمان طبی نبودند.

بحث:

در این مطالعه میزان بروز حاملگی نابجا در دوره پنج ساله مورد بررسی ۲/۴۵ مورد به ازای هزار حاملگی بود. میزان بروز حاملگی نابجا در جوامع

کلدوستنز انجام شده بود که در ۷۲ مورد نتیجه مثبت بود. شایع ترین محل آناتومیکی حاملگی نابجا به ترتیب لوله (۹۵/۷ درصد)، تخمدان (۲/۱ درصد) و شکم (۱/۴ درصد) بود. از ۱۳۵ مورد حاملگی لوله ای در ۱۰۵ مورد محل درگیری لوله مشخص شده بود که ۶۶ درصد موارد در قسمت آمپول و ۱۸ درصد در ایسم بود. سالیپزکتومی کامل (قطع لوله رحمی به صورت کامل) در ۹۰/۸ درصد موارد روش درمانی به کار

افزایش استفاده از روش‌های القا باروری، افزایش بروز PID (بیماری‌های التهابی لگن) و افزایش استفاده از وسایل پیشگیری داخل‌رحمی (IUD) از علل آن باشد (۷). گرچه در مطالعه ما روند صعودی حاملگی نابجا خیلی شدید نیست، اما بررسی بیشتر در زمینه تغییرات بروز حاملگی نابجا در سال‌های آینده در این مرکز و سایر مراکز درمانی بیماری‌های زنان و زایمان و مطالعه عوامل خطر توصیه می‌شود.

بیشترین میزان بروز حاملگی نابجا در جامعه مورد بررسی در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال بود. مطالعات نشان داده‌اند که توزیع سنی زنان مبتلا به حاملگی نابجا طی دهه‌های گذشته تغییر کرده است (۴). برای بررسی دقیق‌تر این مسأله باید میزان بروز در هر گروه سنی نسبت به کل جمعیت زنان باردار در همان گروه سنی محاسبه شود. شایع‌ترین نشانه‌ها در بیماران، درد شکمی و خونریزی‌های غیرطبیعی رحمی (AUB) و شایع‌ترین علائم بالینی حساسیت شکمی و سرویکس با حرکات دردناک بود که سایر مطالعات نیز نتایج مشابهی گزارش کرده‌اند (۱۱). در مطالعه ما ۲۴٪ بیماران هیچ عامل خطری نداشتند و در ۷۶٪ دیگر، نازایی، سابقه جراحی لگن و استفاده از IUD شایع‌ترین عوامل بودند. در سایر مطالعات جراحی لوله از مهم‌ترین عوامل خطر است که خطر حاملگی نابجا را بیش از بیست برابر افزایش می‌دهد و در مرتبه بعدی نازایی و سابقه قبلی حاملگی نابجا قرار دارند (۱). Strandell و همکارانش نیز استفاده از ART (روش‌های کمک باروری) و نازایی با زمینه لوله‌ای را مهم‌ترین عوامل خطر حاملگی نابجا ذکر کرده‌اند (۱۲). بررسی ما نشان داد برای همه موارد

مختلف بسیار متفاوت گزارش شده است، به طوری که در ایالت متحده آمریکا این میزان بیست مورد در هزار حاملگی (۳) و در انگلستان ۱۵/۵ در هزار گزارش شده است (۴). در هندوستان این میزان ۶/۱ در هزار، و در ایرلند و استرالیا تقریباً پنج در هزار گزارش شده است (۵، ۶ و ۱۰). اختلاف توزیع عوامل خطر برای حاملگی نابجا در جوامع ذکر شده می‌تواند از علل این تفاوت‌ها باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود میزان بروز حاملگی نابجا در کشورهای پیشرفته، بیشتر گزارش شده است. ممکن است یکی از علل بروز حاملگی نابجا در مطالعه ما عدم تشخیص برخی از موارد این بیماری باشد، در عین حال توزیع متفاوت بیماری‌های منتقله از راه جنسی و استفاده کمتر از روش‌های القای باروری ممکن است در این اختلاف نقش داشته باشند که نیازمند تحقیقات بیشتر است. در پنج سال مورد بررسی میزان بروز حاملگی نابجا تقریباً روند صعودی داشته است. روند صعودی حاملگی نابجا در طول دهه‌های گذشته در بسیاری از کشورها گزارش شده است. Cavr میزان افزایش بروز حاملگی نابجا را در طول بیست و پنج سال گذشته در آمریکا شش برابر گزارش کرده است و در سال ۲۰۰۰ میزان بروز حاملگی نابجا را ۲۰ در هزار اعلام کرده است (۳). Ong و همکارانش نیز روند صعودی حاملگی نابجا را طی دوره‌های پنج‌ساله در ایرلند گزارش کرده‌اند (۵). میزان بروز حاملگی نابجا در انگلستان طی بیست سال گذشته ۴/۵ برابر افزایش یافته است (۴). علت قطعی این افزایش مشخص نیست، ولی ممکن است پیشرفت روش‌های تشخیصی و افزایش توانایی بیماری‌یابی،

مرکز مورد بررسی، تشخیص دیررس حاملگی نابجا در سیستم بهداشتی درمانی منطقه باشد، به طوری که تمام موارد حاملگی نابجا در مرحله‌ای به این مرکز ارجاع می‌شوند که انجام روش‌های جراحی اجتناب‌ناپذیر است. از طرفی در بررسی ما در ۹۰/۸ درصد موارد روش جراحی به‌کاررفته، روش سالپنژکتومی بوده است. گرچه در سال‌های گذشته این روش رایج بوده است، اما امروزه با پیشرفت روش‌های لاپاراسکوپی، استفاده از روش سالپنژکتومی (قطع لوله رحمی) محدود شده است (۱۳۱) و سالپنگوستومی (ترمیم لوله رحمی) به‌خصوص در بیمارانی که خواهان باروری بعدی هستند، جایگزین آن شده است. امید است در سال‌های آتی با تشخیص زودرس حاملگی نابجا و انجام درمان طبی آن از موارد جراحی‌های ذکر شده کاسته شود.

حاملگی نابجا از روش‌های مختلف جراحی استفاده شده است و هیچ موردی از کاربرد درمان طبی گزارش نشده است. این در حالی است که امروزه روش‌های مختلفی برای درمان طبی حاملگی نابجا توصیه شده است و در برخی کشورها درمان طبی به‌عنوان قدم اول درمان حاملگی نابجا شناخته شده است (۱). Lehner معتقد است در بیمارانی که از نظر بالینی وضعیت مطلوب و قابل قبولی دارند و نشانه‌ای به نفع پارگی لوله‌ای ندارند و سطح β -HCG آن‌ها پایدار است، بهتر است درمان با متوتروکسات شروع شود (۱۰).

روش جراحی فقط در موارد پارگی لوله، افت فشار خون، آنمی، قطر ساک حاملگی بیش از ۴cm در سونوگرافی و یا درد پایدار حداقل به مدت ۲۴h توصیه شده است (۱). به‌نظر می‌رسد علت اصلی عدم کاربرد روش‌های طبی جهت درمان این بیماران در

References :

1. Pisarska MD, Carson SA, Buster JE. Ectopic pregnancy. Lancet 1998; 351: 115-20.
2. Hughes GJ. Fertility and ectopic pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1980; 10: 361-5.
3. Carr RJ, Evans P. Ectopic pregnancy. Prim Care 2000; 27 (1): 169 - 83.
4. Rajkhowa M, Glass MR, Rutherford AJ, Balen Alt, Sharma V, Cuckle HS. Trends in the incidence of ectopic pregnancy in England and Wales from 1966 to 1996. BJOG 2000; 107 (3): 369 - 74.
5. Ong S, Wingfield M. Increasing incidence of ectopic pregnancy: is it iatrogenic? Ir Med J 1999; 92:364-5.
6. Arora R, Rathore AM, Habeebullah S, Oumachigui A. Ectopic pregnancy: changing trends. J Indian Med Assoc 1998; 96: 53 - 4.
7. Kholeeque F. Ectopic Pregnancy: A three year study. JPMA 2001; 51: 240 -4.

8. Bjartling C, Osser S, Persson K. The frequency of salpingitis and ectopic pregnancy as epidemiologic markers of chlamydia trachomatis. *Acta Obstet Gynecol scand* 2000; 79(2):123-8.
9. Ankum WM, Mol BWJ, Van der Veen F, Bossuyt PMN. Risk factors for ectopic pregnancy – a meta analysis. *Fertil Steril* 1996; 65: 1093 -9.
10. Lehner R, Kucera E, Jirecek S, Egarter C, Husslein P. Ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2000; 263: 87 - 92.
11. Weckstein LN, Boucher AR, Tucker H, et al. Accurate diagnosis of early ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 393 - 7.
12. Strandell A, Thorburn J, Hamberger L. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. *Fertil Steril* 1999; 71: 282 - 6.
13. Tenore JL. Ectopic pregnancy. *Am Fam Physician* 2000; 61: 1080 - 8.