

تدبير الحمل الهاجر بالترقب في دار التوليد الجامعي جامعة دمشق

الدكتورة أسماء عبد السلام*

الدكتور خالد مرعشلي*

الملخص

إنَّ الاتجاه الحديث في العالم لعلاج الحمل الهاجر هو الإرجاء والترقب. لقد وجد أن بعض حالات الحمل الهاجر لم تحتج لتداخل جراحي أو دوائي وأمكن علاجها بالترقب. يهدف استخدام العلاج بالترقب إلى الوقاية من الأمراض العالية والمحافظة على خصوبة السيدة مستقبلاً. يحتاج العلاج بالترقب لمعايير متتالية لقيم BhCG في الدم وتصوير بالأشعة فوق الصوتية عبر المهبل بالإضافة إلى المتابعة السريرية. درست في هذه الدراسة ٦٠ حالة دخلت مشفى دار التوليد الجامعي في عام ٢٠٠٠م بتشخيص حمل هاجر أو شك بحمل هاجر. تم إثبات الحمل الهاجر في ثلاثين حالة. عولجت ٥ حالات بنسبة ١٦,٦% بنجاح بالترقب، بينما عولجت ٢٥ حالة جراحياً بنسبة ٨٣,٣% احتاجت اثنتان وعشرون حالة لفتح بطن في حين عولجت ثلاث حالات بتنظير البطن الجراحي.

Expectant management of ectopic pregnancy at New

* قسم التوليد - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

Maternity Hospital of Damascus University

* Khaled Marachli

* Asmaa Abdul Salam

Abstract

The present – day trend in treating ectopic pregnancy , all over the world , is a highly alert expectancy. it was found that some cases of ectopic pregnancy did not need any surgical or medical intervention. Expectant management may be important in decreasing maternal morbidity and in preserving fertility.

Expectant management requires serial measurement of BhCG in blood and vaginal ultrasound in addition to clinical follow up.

In this study ٦٠ patients were studied , They were admitted to DAR EL - TAWLID maternity hospital in the year ٢٠٠٠ with diagnosis of ectopic pregnancy or suspected ectopic pregnancy, ٣٠ cases were proved to be ectopic pregnancy: ٥ cases (١٦,٦%) were treated successfully by expectant management, while ٢٥ cases (٨٣,٣%) were treated surgically ٢٢ of which were treated by laparotomy and ٣ cases were treated by laparoscopy.

* Dep. Of .Obstetrics _Fac .Of Medicine _Damascus University.

المقدمة

(EXPECTANT MANAGEMENT)

في الغرب هو التشخيص الباكر جداً في الحمل الهاجر، ولكن هذا النوع من العلاج يظل محدوداً في فئة معينة من المريضات والتي تحقق مواصفات خاصة، والتي قدرت بقرابة ٢٥% من الحمل الهاجرة المشخصة في الأسابيع الستة الأولى من الحمل حسب Ylastalo et al. وذلك بإجراء (مسح بالأمواج فوق الصوت عن طريق المهبل) كل يومين ومراقبة العلامات الحيوية والأعراض وقيم الـ $BhCG$ وعند ارتفاع قيم الـ $BhCG$ ، أو ظهور أعراض منذرة بتدهور حالة المريضة فإن ذلك يعدُّ استنباباً للعلاج الفعال سواء الجراحي أو الدوائي

(Trans vaginal sonography) (T V S)

[٢]. إن العديد من حالات الحمل الهاجر البوقي يمكن أن ترتشف بشكل تلقائي دون معالجات دوائية أو جراحية، ولكن هناك شروطاً معينة لاعتماد العلاج بالترقب فيجب أن يكون الحمل الهاجر بوقياً، وأن يكون عيار الـ $BhCG$ البطني عند التشخيص أقل من ١٠٠٠ مل وحدة دولية /مل . وأن تكون كمية الدم في رتج دوغلاس أقل من ٥٠ مل وقطر الكتلة الموجودة في البوق أقل من ٢ سم مع عدم وجود أعراض شديدة مثل الألم البطني في المنطقة الخلفية، وانتشار الألم للكتف، وتخريش المستقيم، مع تراجع مستمر في قيم الـ $BhCG$ ، وفي هذه الحالة فإن الوقت المتوقع للارتشاف Resolution هو 20 ± 2 يوماً. وعند دراسة عواقب المعالجة بالترقب ومقارنتها بالعلاج الجراحي، والعلاج الدوائي بعد إخفاق العلاج بالترقب وجد أن معدل حدوث حمل لاحق داخل الرحم متساوٍ في كل الحالات وأن عوامل أخرى مثل القصة النسائية التي تؤثر في المستقبل الإنجابي للسيدة مثل سوابق حمل هاجر، جراحة حوضية، اندوميترىوز، العقم، التهاب الحوض المزمن

يحدث الحمل الهاجر تقريباً في ١% من مجموع الحمل ويزداد معدل حدوثه في كل أنحاء العالم [١]. وبالرغم من التشخيص الباكر يظل الحمل الهاجر هو السبب الأول لوفيات الأمهات في الثلث الأول من الحمل. إن التوجه الحديث في معالجة الحمل الهاجر هو التعليق أو الإرجاء. High index of suspension مع اللجوء إلى الأمواج فوق الصوتية عن طريق المهبل ذات الإمكانيات العالية. (High resolution) ومعايره للـ $BhCG$ إن أقل قيمة للـ $BhCG$ والتي يمكن معها رؤية كيس حملي بواسطة الأمواج فوق الصوتية عبر المهبل هي ١٠٠٠ وحدة دولية / لتر (IRP).

International Reference Preparation [] يرتشف القليل من حالات الحمل الهاجر بشكل تلقائي أما الغالبية من الحالات فتحتاج للمعالجة الجراحية بالتنظير أو بالأدوية مثل الميثوتريكسات أو كلور البوتاسيوم. على الرغم من ازدياد معدل حدوث الحمل الهاجر في السنوات الأخيرة إلا أن معدل الوفيات يتناقص، وقد يرجع ذلك لظهور العديد من الوسائل المشخصة الدقيقة، وازدياد الوعي بين المريضات والأطباء حول خطورة هذه الحالة، ومن ثم فإن معدل تظاهر الحمل الهاجر بتمزق البوق وحدوث نزف صاعق مع تدهور الحالة العامة للمريضة قد تراجع إلى ٢٠% فقط من الحالات. إن السبب في إمكانية تطبيق العلاج بالترقب للحمل الهاجر

النتائج

تم قبول ٦٠ سيدة عام ٢٠٠٠ في دار التوليد الجامعي بتشخيص حمل هاجر أو شك حمل هاجر. تم إجراء ٣٢ تدخلاً في حين لم تحتج ٢٨ سيدة إلى تدخل جراحي. كانت حالات الحمل الهاجر المثبتة بالتدخل الجراحي ٢٥/٢٥ من أصل ٣٢ حالة تدخل جراحي أي بنسبة ٧٨,١%، وتم إثبات ٥ حالات حمل هاجر بشكل قاطع لم تحتج لتدخل جراحي أو دوائي وعولجت بالترقب. بالنسبة للتدخل الجراحي يبين الجدول رقم ١ و ٢ نوع العمل الجراحي وعدد الحالات

والحاد. ووجد أنّ طريقة معالجة الحمل الهاجر في حد ذاتها لا تؤثر في المستقبل الإنجابي للسيدة [٣].

الدراسة العملية

الهدف من الدراسة: دراسة وصفية لحالات الحمل الهاجر والمعالجة بالترقب في دار التوليد الجامعي (جامعة دمشق) **العينة:** كل الحالات التي راجعت دار التوليد من أول كانون الثاني لعام ٢٠٠٠ م وحتى ٣١ كانون الأول لعام ٢٠٠٠ م بتشخيص حمل هاجر أو شك بحمل هاجر، واعتمدت البيانات المسجلة في أضيابير السيدات.

جدول رقم ١، يبين نوع العمل الجراحي وعدد الحالات

العدد	نوع العمل الجراحي
٥	فتح البطن + جراحة محافظة للبوق
١٧	فتح البطن + استئصال بوق
١	فتح البطن + نذف غير معلوم المصدر
١	فتح بطن + استئصال زائدة دودية
١	فتح بطن استقصائي / نذف داخل البطن بسبب اضطراب عوامل التخثر
٢٥	المجموع

الجدول رقم ٢، يبين حالات تنظير البطن ونوع العمل الجراحي المجري وعدد الحالات

العدد	نوع العمل الجراحي
٢	تنظير بطن + رشف الحمل الهاجر + ميثوتركسات
لا يوجد	تنظير بطن + جراحة محافظة للبوق
١	تنظير بطن + استئصال بوق
١	تنظير بطن + استئصال كيس مبيض
٢	تنظير بطن ضمن الحدود الطبيعية
١	تنظير بطن + ورم ليفي على الرحم
٧	المجموع

بطن بنسبة ٨٨% من حالات التداخل الجراحي .
 واحتاجت ٣ حالات من حالات الحمل الهاجر
 لتنظير بنسبة ١٢% من حالات التداخل الجراحي .
 ٧ حالات تم إجراء جراحة محافظة للبوق بنسبة
 ٢٨% .
 ١٨ حالة تم إجراء جراحة جذرية بنسبة ٧٢% .
 كان مجموع حالات الحمل الهاجر ٢٥ حالة هي
 التي احتاجت إلى تداخل جراحي بنسبة
 ٨٣,٣% من حالات الحمل الهاجر المثبتة . في
 حين عولجت ٥ حالات بنسبة ١٦,٦% بالترقب .
 احتاجت ٢٢ حالة من حالات الحمل الهاجر لفتح
 الجدول رقم ٣، يوضح الحالات التي دخلت المشفى بتشخيص حمل هاجر أو شك بحمل هاجر
 ولم تحتج لتداخل جراحي .

العدد	التشخيص
٥	حمل هاجر
٤	اضطراب طمئي
١	اضطراب طمئي + خمج بولي
٤	كيسة مبيض
١	فرط استئثاره مبيض
٢	التهاب ملحقات
١	التهاب ملحقات + خمج بولي
١	بقايا مشيمية
١	تم نفي الحمل الهاجر

٢	تهديد بالإسقاط
٣	رفض القبول من العيادة الخارجية
٣	رفض الاستمرار بالمعالجة بعد القبول
٢٨	المجموع

الجدول رقم ٤ ، يوضح توزع الأعراض بين حالات الحمل الهاجر بالترقب والمعالجة بالتدخل الجراحي

حالات الترقب		حالات التدخل الجراحي		العرض
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
				الألم
%٤٠	٢	%٧٢	١٨	خثلي
%٢٠	١	%٢٨	٧	حرقفي أيمن
%٤٠	٢	%٨	٢	حرقفي أيسر
صفر	صفر	%١٦	٤	منتشر للكتف
صفر	صفر	%٤	١	معمم في كل البطن
				الطمث
%٦٠	٣	%٦٠	١٥	انقطاع طمث
%٢٠	١	%٨	٢	طمث منتظم
%٢٠	١	%٢٠	٥	اضطراب طمث
صفر	صفر	%١٢	٣	لا توجد بيانات
				كمية النزف
%٢٠	١	%٧٦	١٩	مشحي
صفر		%١٦	٤	متوسط
%٢٠	١	%٨	٢	غزير

لا يوجد نزف	-	-	٣	٦٠%
تخريش المستقيم	١٤	٥٦%	١	٢٠%

المشرك بالجنس أكثر في حالات الترقب ولم يشعر بها بشكل كبير في حالات التداخل الجراحي، والسبب هو تألم المريضة والدفاع البطني الذي كان يحول دون الشعور بالكتلة وإن كانت موجودة بالتصوير بأموح فوق الصوت.

لم يحدث أي اضطراب في العلامات الحيوية والفحوصات الدورية في الحالات المعالجة بالترقب في حين كانت موجودة في حالات التداخل الجراحي.

شوهدت كتلة في الملحقات في حالات العلاج بالترقب في ٦٠% من الحالات، ولم يتجاوز قطرها ٢ سم إلا في حالة واحدة كانت ٣،٣ سم كانت عبارة عن كيس حملي. وجد سائل في رتج دوغلاس بكمية قليلة لا تتجاوز ٥٠ مل في ٤٠% من حالات المعالجة بالترقب بينما في حالات التداخل الجراحي كانت الكتلة موجودة في معظم الحالات مع وجود سائل حر بالبطن ورتج دوغلاس بكميات كبيرة. وشوهدت كيسة الحمل في البوق في حالتين إحداهما كان هناك دقات قلب الجنين ولا توجد أي حالة من حالات التداخل الجراحي دون موجودات شاذة بالإيكو.

كانت قيم BhCG في الخمس حالات المعالجة بالترقب أقل من ١٠٠٠ مل وحدة دولية/مل

بالنسبة للأعراض كان حدوث الألم في كل من حالات التداخل الجراحي والترقب واحدة إلا أن شدة الأعراض كانت أخف بكثير في الحالات المعالجة بالترقب كما أنه لم يحدث ألم في البطن وانتشار للكتف في أي حالة من حالات المعالجة بالترقب.

بالنسبة لانقطاع الطمث أو الاضطراب الطمثي لا توجد فروق إحصائية وكان الطمث كان منتظماً بشكل واضح في الحالات المعالجة بالترقب.

علماً بأن ٦٠% من الحالات المعالجة بالترقب لم تراجع المشفى بنزف تناسلي.

وبالنسبة لتخريش المستقيم كان من الواضح أن الحالات التي احتاجت لتدخل جراحي في ٥٦% منها كان تخريش المستقيم عرضاً واضحاً، على حين في حالات الترقب ٢٠% فقط.

تشابهت العلامات في كل من المجموعتين من حيث وجود إيلام بتحريك العنق ومضض وإيلام بجنس الملحقات وإن اختلفت شدة الألم حيث كانت خفيفة في حالات الترقب، وكان المضض البطني أوضح وأشد في حالات التداخل الجراحي، وكان جنس كتلة في الملحقات بالفحص المهبل

الجدول رقم ٥، يوضح علامات الحمل الهاجر المسجلة في كل من حالات التداخل الجراحي وحالات الترقب.

حالات الترقب		حالات التداخل الجراحي		العلامات
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
٤٠%	٢	٥٦%	١٤	مضض بطني
-	-	-	-	بطن جراحي حاد

إيلام بتحريك العنق	٢٢	%٨٨	٤	%٨٠
مضض وإيلام بجس الملحقات	١٢	%٤٨	٤	%٨٠
تقيب رنج دوغلاس	٧	%٢٨	٢	%٤٠
جس كتلة في الملحقات	٥	%٢٠	٢	%٤٠
تسمك في الملحقات	١	%٤	-	-
تبدلات في الرحم وعنق الرحم	٧	%٢٨	-	-

الجدول رقم ٦، يوضح الفروق في العلامات الحيوية بين حالات التداخل الجراحي وحالات الترقب

حالات الترقب		حالات التداخل الجراحي		العلامات الحيوية والفحوص المخبرية
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
صفر	صفر	%١٢	٣	صدمة نزفية
صفر	صفر	%١٢	٣	تبدل العلامات الحيوية
صفر	صفر	%٢٨	٧	خضاب أقل من /١٠ / غ/دل عند القبول
صفر	صفر	%٢٠	٥	انخفاض الخضاب بعد القبول

الجدول رقم ٧، يوضح الموجودات بالإيكوفي كل من حالات التداخل الجراحي وحالات الترقب

العلاج بالترقب		التداخل الجراحي		الموجودات بالإيكو
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
%٦٠	٣	%٤٠	١٠	رحم فارغة + كتلة في الملحقات
-	-	%٢٨	٧	سائل في رنج دوغلاس + كتلة من الملحقات

-	-	٢٤%	٦	كتلة حرة بالبطن
٤٠%	٢	-	-	سائل في رتج دوغلاس أقل من ٥٠ مل
٢٠%	١	٥٤%	١	كيسة حمل هاجر
-	-	٥٤%	١	كيسة حمل + دقات قلب الجنين
-	-	صفر	صفر	رحم فارغة + ملحقات طبيعية + تفاعل حمل إيجابي

ثانياً: هو ظهور حلقة غير محددة الشكل ومحتمل أن تحتوي على ظلال صدوية ويكون هناك سائل أو دم في رتج دوغلاس، وخاصة في حالات الإسقاط البوقي .

ثالثاً: في حال تمزق البوق توجد كمية كبيرة من الدم أو السائل في رتج دوغلاس .

وجد أنه في ربع الحالات يكون الإيكو المهبل طبيعيًا وتحتاج السيدة للمراقبة من يوم إلى سبعة أيام حتى يمكن للحمل الهاجر الصغير أن يظهر. ومن ثم فإن تشخيص الحمل الهاجر بالأمواج فوق الصوتية يعتمد على رحم أكبر من الطبيعي وفارغة مع وجود كتلة في الملحقات مع سائل في رتج دوغلاس أو دونه. وعلى الرغم من مشاهدة الكيس الحمل داخل الرحم يجب أن ننفي تواجد حمل هاجر في الوقت نفسه HETEROTOPIC PREGNANCY يتم دوماً استخدام كل من تفاعل الحمل والتصوير بالأمواج فوق الصوتية لتحديد موضع الحمل .

فيما حدث تصاعف في قيم الـ BhCG كل يومين فإنه يوجد تأخير ١٤ يوماً بين التحديد الكيميائي الحيوي (Biochemical) للتعشيش، حيث تكون Hcg أكثر من ١٠٥ مل وحدة دولية / مل والتعرف على كيسة الحمل بأمواج فوق الصوت عبر المهبل، ومع تحسن تقانات الأمواج فوق الصوتية فإن عتبة hCG والتي عندها تظهر كيسة الحمل بالإيكو انخفضت من ٦٥٠٠ مل وحدة دولية / مل بالإيكو البطني إلى ١٠٠٠ مل وحدة دولية / مل بالإيكو المهبل، ويكون قطرهما بين ٤-٢ ملم بعد أسبوع واحد من انقطاع الطمث.

المناقشة

دور الأمواج فوق الصوتية في تشخيص الحمل الهاجر باكراً ومتابعته

إن مهمة أمواج فوق الصوت هو تشخيص مكان الحمل الهاجر وتوضعه. وقد استخدم الإيكو لفترة طويلة عن طريق البطن ولكن الإيكو عن طريق المهبل يتميز بأنه يستطيع تشخيص الحمل داخل الرحم أبكر بفترة أسبوع مقارنة مع الإيكو البطني حيث يظهر الكيس المحي (yolk sac) ثم ظلال جنينية ثم فعالية قلب المضغفة في الأيام ٤٣، ٣٨، ٣٣ على التوالي من تاريخ آخر طمث [٤].

هناك ثلاثة مظاهر (sonographic) (صدوية) للحمل البوقي كما تشاهد بالمجس المهبل.

أولاً: كيسة حمل وبدخلها مضغفة حية في البوق وتظهر كحلقة في البوق (The Bagel sign)، وتكون بقطر أقل من ٥ ملم قبل الأسبوع السادس الحمل وتشاهد فعالية قلب الجنين في ١٢% فقط من الحالات، وتكون جميعها بعد الأسبوع السابع من آخر طمث بالإيكو عن طريق البطن، في حين تظهر الفعالية القلبية للجنين بالإيكو المهبل في ٢٠% من الحالات، وقد يرجع تدني إمكانية مشاهدة فعالية قلب الجنين في الحمل الهاجر إلى أن المضغفة غير سليمة غالباً وتكون عبارة عن بيضة رائقة في العديد من الحالات.

لآخر طمث.

٢- لا يعتبر الـ BhCG اختباراً نوعياً للحمل الهاجر حيث ترتفع القيم في الحمل الطبيعي والهاجر والإسقاط والحمل العفوي .

٣- وجود أكثر من مقياس (Standard) لمعايرة اختبارات الحمل مثل second international standard لمعتمد من قبل WHO ولكنه أقل نقاء ودقة من (IRP) International reference preparation.

توجد اختبارات كيميائية حيوية أخرى مثل معايرة SCHWANGERSCHAFT PROTEIN ١

SP ١ و (PAPP-A) (PREGNANCY ASSOCIATED PLASMA PROTEIN) و HUMAN PLACENTAL LACTOGEN

ولكن دورها محدود و ذلك لأنها لا ترتفع باكراً في بداية الحمل مما يقلل من استخدامها في التشخيص الباكر للحمل الهاجر .

ومن الممكن الاعتماد على عبارات البروجستيرون و good predictive للعلاج الناجح بالترقب للحمل الذي لم يحدد موقعه بعد [٦] . وذلك باستخدام معايرة البروجستيرون كمساند في تشخيص الحمل الهاجر حيث إن القيمة القليلة من هذا الهرمون تدل عادة على أن الحمل غير سليم إما (هاجر أو منسي) وهناك العديد من المراجع على ذلك .

أدخلت حديثاً المعالجة بالترقب expectant treatment أو المعالجات الدوائية للحمل الهاجر عن طريق الحقن للميثوتركسات أو أكتينومييسين أو ميفريستون في الممارسات التوليدية .

تعتمد المعالجة بالترقب على وجود معالجة دقيقة و متتالية لقيم الـ BhCG ، والتي يجب أن لا تزيد عن ١٠٠٠ مل وحدة دولية /مل مع كثلة بالمحقات لا يزيد قطرها عن ٢ سم، و كمية الدم في رتج دوغلاس لا تزيد عن ٥٠ مل مع بقاء

يتراق الحمل دوماً بتغييرات هيوديناميكية Haemodynamic واضحة والتي يمكن تسجيلها باستخدام الأمواج فوق الصوتية - دوبرل ملون عن طريق المهبل حيث يتزايد بشكل مطرد Diastolic blood flow صبيب الدم الانبساطي في الدوران الرحمي بدءاً من الثلث الأول للحمل ، كذلك تراجع حجم الكتلة الدموية في اليوم السابع له حساسية ٨٤% ، نوعية Specificity ١٠٠% في تخمين التراجع العفوي للحمل الهاجر [٥].

دور الاختبارات الكيميائية الحيوية

إن عبارات hCG في المصل يمكن أن يترأوح تركيزها من ١٥ - ١٠٠,٠٠٠ وحدة دولية /لتر في حالات الحمل الهاجر . لقد وصف Kadar ومجموعته مبدأ هاماً وهو أنه أياً كان جهاز الأمواج فوق الصوتية المستخدم فهناك قيمة معينة للـ hCG ويجب أن يشاهد الكيس الحلمي داخل الرحم عندما تتجاوز قيمة الـ BhCG تلك القيمة المحددة . كذلك فإن المعايير المتتالية كل ٤٨ ساعة لقيم الـ BhCG قد تظهر ازديادها أو تراجعها أو ثباتها في حال تزايد قيم الـ hCG فإن معدل الزيادة يختلف إذا كان الحمل طبيعياً (داخل الرحم) أو إسقاطاً عفوياً أو حملاً هاجراً فإذا كانت الزيادة أقل من ٦٦% من قيمة الـ BhCG البدئية خلال ٤٨ ساعة فإن الشك يتجه للحمل الهاجر أو الإسقاط العفوي، ويجب عندئذ الاستعانة بالإيكو وإذا لم يساعد في التشخيص نلجأ للتظير

وعند بقاء قيم الـ BhCG ثابتة أو التضاعف كل ٧ أيام فهو يدل على وجود حمل هاجر . ولتمييز بين الحمل الهاجر والإسقاط العفوي نلجأ لاستخدام المعايير المتتالية لـ BhCG فإذا كان نصف عمر الـ BhCG أقل من ١,٤ يوماً فإن التشخيص إسقاط عفوي ، وإذا كان نصف العمر أكثر من ٧ أيام فإن الشك يتجه للحمل الهاجر .

ولا يمكن استخدام معايرة الـ hCG كوسيلة مسح (screening) للحمل الهاجر لعدة أسباب

١- في ثلث الحالات لا يكون هناك تاريخ دقيق

ولا يستطب التنظير إذا كان هناك نزف صاعق بالبطن أو وجود التصاقات شديدة في الحوض أو كان عيار الـ hCG أكثر من ١٥٠٠٠ مل وحدة دولية / مل.

إن الهدف من كل التداخلات المحافظة هو الإبقاء على خصوبة السيدة و إعطاء فرصة للحصول على حمل سليم تام في المرة التالية .

و تبقى حالة البوق الآخر هي أهم عامل إنذاري في الحمل التالي، و تبقى نسبة حدوث الحمل الهاجر ١٠ - ١٥% وبالنسبة نفسها للبوق الذي تم التداخل عليه بالتساوي مع البوق الآخر .

محدّدات الدراسة

- ١- ما زالت السيدات يراجعن المشفى في مرحلة متأخرة من الحمل الهاجر .
- ٢- فقدان التواصل مع السيدة بعد خروجها من المشفى .
- ٣- عدم التسجيل الدقيق في الأضابير التابعة للمشفى لجمع الفحوصات التي أجريت للسيدة .
- ٤- العدد المدروس قليل ويحتاج لدراسة عدد أكبر ولفترة أطول .

التوصيات

- ١- تدريب أطباء النسائية والتوليد على التوجه دائماً للتشخيص الباكر للحمل الهاجر لكل سيدة تشكو من ألم حوضي ونزف تناسلي .
- ٢- الالتزام بالمعايير والخصائص المناسبة لكل من طرائق تدبير الحمل الهاجر سواء العلاج بالترقب أو المحافظ دوائياً أو العلاج الجراحي المحافظ أو الجذري .
- ٣- تزويد المراكز الطبية المعنية بأمراض النساء والتوليد بالإمكانات اللازمة لمراقبة الحمل الهاجر مثل توفير معايرة الـ hCG والإيكو المهبل .

العلامات الحيوية للمريضة مستقرة، و دون أعراض شديدة. إن المراقبة بتقادي العمل الجراحي في حالات الحمل داخل الرحم و التي لم تظهر بعد على الإيكو [٧].

فإذا لم تتوافر هذه الشروط فإنه يمكن ارتشاف الحمل عن طريق أمواج الصوت الموجهة أو تنظير البطن، ثم الحقن الموضعي لأي من الميثوتركسات أو كلور البوتاسيوم أو الأدرينالين أو البروستاجلاندين E₂ + α في كيسة الحمل . كما يمكن إعطاء الميثوتركسات أيضاً عن طريق العضل بواقع ٥٠ مل/م ٢م ثم متابعة BhCG مخبرياً.

ميزة هذه التداخلات أنها لا تحتاج لتخدير عام، و يكمن نجاح هذه الطريقة في انتقاء المريضة بخصائص معينة فيجب أن يكون قطر الكتلة أقل من ٣ سم و أن يكون البوق غير متمزق، و لا يوجد نزف فعال و قيم الـ BhCG أقل من ١٥٠٠ مل وحدة دولية /مل. و ينبغي التأكيد على أن المعالجات المحافظة الدوائية أو بالترقب يجب أن تقتصر على المراكز المجهزة لمعايرة الـ BhCG مع وجود خبرة طبية مدربة. وتشير بعض المراجع إلى إمكانية إعطاء الميثوتركسات حتى لو كان BhCG ١٠٠٠٠ مل وحدة دولية / مل وليست ١٥٠٠٠ مل وحدة دولية / مل و يظل خيار المريضة وموافقتها من البنود الهامة لتطبيق هذه المعالجة .

ما زالت الجراحة هي الخيار الأول لمعالجة الحمل الهاجر للحالات المتقدمة وإن كان التحول من فتح البطن إلى التداخل عن طريق الجراحة التنظيرية أخذاً في الازدياد.

وبالتنظير يمكن للجراح أن يحدد مكان الحمل الهاجر وحجمه وامتداده، وحالة البوقين و المبيضين و الموجودات الشاذة في الحوض، و في حالة استخدام التنظير فإنه يلجأ إلى شق البوق بالليزر أو التخثير الكهربائي أو الشق الجراحي و استخراج الحمل و إرقاء النزف أو استئصال الجزء المتوسط من البوق و إعادة مفاغرتة .

٤- إجراء دراسات مستقبلية لمقارنة نتائج كل من بالحسبان أعراضه وكذلك التكلفة المادية والناحية الطرائق المختلفة لعلاج الحمل الهاجر آخذة النفسية للمريضة وذويها

المصادر

- ١- Tellinade, s Operative Gynecology. ٨ th edition ١٩٩٧ ectopic pregnancy john A. Rocr , Mark A. Damarario page ٥٠١ - ٥٢
- ٢- Ylostalo P. etal . Expectant management of ectopic pregnancy . Obstet Gynecol ١٩٩٢ ; ٨ : ٣٤٥ - ٣٤٨
- ٣- Journal of reproductive medicine . Fertility after ectopic pregnancy Effects of Surgery and expectant management. Nicola strobeet , Eloisa Marani , Luisa , Ferrari , Diego Trio, Alessandra Tiezzy , Alessandro gluidini vol . ٤٥, Number ١٠/ October ٢٠٠٠ . ٨٠٣ - ٨٠٧.
- ٤- Progress in obstetrics and Gynecology. Volume ١١ Churchill Living stone. Edited by john stone. ١٩٩٤ ectopic pregnancy what is new ? ١- stalsill , G. Grudinskas page ٢٨١ - ٣٠٩
- ٥- Cacciatore B. etal. Trans vaginal sonograpy and Serum hCG in monitoring of presumed ectopic pregnancies selected for expectant management ultrasound obstet gynecol. ١٩٩٥ May, ٥(٥) : ٢٩٧ - ٣٠٠
- ٦- Banerjee s. et al. of expectant management. Unknown location a prospective evaluation of methods to predict spontaneous resolution of pregnancy. B jog ٢٠٠١ Feb, ١٠٨ (٢). ١٥٨-٦٣.
- ٧- Hagenius Pj. etal . Suspected ectopic Pregnancy. Expectant management in patients with negative sonographic findings and low serum hCG concentration Early pregnancy ١٩٩٥ Dec , ١(٤): ٢٥٨-٦٢

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: ٢٠٠١/٦/٦.

تاريخ قبوله للنشر: ٢٠٠١/٨/٢٨.