

حاملگی نابجا در بیمارستان دکتر شریعتی تهران و خلاصه ای از بررسی مطبوعات پزشکی

دکتر سید محمدحسین بشیری* دکتر سیدوهاب معصومی*

تعریف:

شاخ فرعی رحم (rudimentary uterine horn) شرح داده‌اند، و Sanger (۵۰۴) در سال ۱۸۸۳ میلادی برای اولین بار یک شاخ فرعی رحم حاوی حاملگی نابجا را قطع کرده است.

هرگاه تخم بارور شده در محلی غیر از حفره طبیعی داخل رحم لانه‌گزینی کند آنرا حاملگی خارج از رحم (Extrauterine) می‌نامند. گاهی ممکن است این لانه‌گزینی در زاویه رحم و در ضخامت جدار آن، یعنی آخرین قسمت لوله که وارد رحم می‌شود و یا بندرت در دهانه رحم انجام گیرد. بهمین علت بهتر است بجای اطلاق لفظ حاملگی خارج از رحم، از حاملگی نابجا (Ectopic) استفاده نمود. بدین معنی که لانه‌گزینی در محلی غیر از ماء‌وای طبیعی انجام گرفته است.

مقدمه:

مقالات زیادی در این باره از نقاط گوناگون دنیا گزارش شده است، اما بطور کلی عدم وجود یک بررسی دقیق و کامل در تهران و بخصوص در بیمارستان دکتر شریعتی ما را برآن داشت تا موارد بیماراران خود را مطالعه و بررسی نمائیم. مقصود از این مقاله بررسی حاملگی نابجا و مطالعه علل احتمالی و اشکال بالینی آن، نسبت شیوع این بیماری در گروهی از خانمهای ایرانی که به بیمارستان ما مراجعه می‌کنند، اثر اعمال جراحی قبلی و عفونت‌های لگنی، تجزیه و تحلیل آماری علائم و نشانه‌های آن، بحث مختصری راجع به درمان حاملگی نابجا می‌باشد.

تاریخچه:

حاملگی نابجا برای اولین بار در قرن یازدهم میلادی توسط Albucasis توصیف شده است، گرچه در سال ۱۶۰۴ میلادی Riolanus (۲) جزئیات یکی از اولین حاملگیهای لوله‌ای را با نام علائم و نشانه‌های کلاسیک یارگی لوله گزارش نموده است. در سال ۱۶۹۹ میلادی Mauricea و Vassal (۳) یک حاملگی نابجا را در

* - استادیار بخش زنان و مامائی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران.

بیوتیک هارو بغزونی نهاده است. می‌توان چنین تصور کرد که پیدایش آماس سوزاکی و غیره پیش از کشف آنتی‌بیوتیک‌ها یکسره زن را نازا می‌نمود و حال آنکه با وجود داروهای جدید و مخصوصاً "در نتیجه بکار بردن آنها بطور ناقص و بدون رعایت اسلوب صحیح، عفونت حاد لوله را بنسوع ملایم میدل و زمینه را برای ابتلا به حاملگی خارج از رحم آماده می‌نماید (۶۷).

۴- افزایش درمان موفقیت آمیز خانمهای "نازا" که مخصوصاً "مستعد ابتلاء" به حاملگی خارج از رحم می‌باشند (۷).

۵- افزایش روزافزون استفاده از روش‌های گوناگون جلوگیری از حاملگی که قطعاً "از تعداد نوزادان متولد شده می‌کاهد، ولی بعضی از این روش‌ها در جلوگیری از حاملگی نابجا مانند جلوگیری از حاملگی‌های داخل رحم مؤثر نیستند (۸). مثل سقط انتخابی در ختم حاملگیهای داخل رحم، حاملگیهای همراه با آی-یو-دی، حاملگی بعد از بستن لوله‌ها، و قرصهای جلوگیری از حاملگی که فقط مقدار کمی پروژسترون دارند (۱۰ و ۹).

جدول شماره یک نشان می‌دهد که نسبت شیوع حاملگی نابجا در کشورهای مختلف جهان وحتی در بیمارستانهای گوناگون یک کشور کاملاً "فرق می‌کند. بطور کلی، نسبت شیوع حاملگی نابجا از ۱۰.۲۸ تا ۱۰.۳۳۶ گزارش شده است.

سن:

در جدول شماره ۲ سن بیماران نشان داده شده است، جوان‌ترین بیمار ۱۷ ساله و مسن‌ترین آنها ۴۶ ساله بوده‌اند. حداکثر شیوع حاملگی نابجا در سنین ۲۰ تا ۳۰ سالگی (بیش از ۵۹٪) بوده که با متوسط سن بیشتر گزارشات مطابقت دارد.

تعداد حاملگی و زایمان قبلی:

۱۱ نفر از بیماران شکم اول بودند که معادل ۱۵/۹۴ درصد کل بیماران می‌باشد. حداکثر شیوع حاملگی نابجا در بیمارانی بوده است که ۳ بار یا کمتر حامله

روش بررسی (Materials and Methods):
 پرونده پزشکی ۶۹ مورد بیماران مبتلا به حاملگی نابجا که از اول مهرماه سال ۱۳۵۳ تا آخر شهریور ماه ۱۳۶۳ هجری شمسی در بخش زنان و زایمان بیمارستان دکتر شریعتی وابسته به دانشکده پزشکی دانشگاه تهران بستری شده‌اند مورد بررسی و مطالعه دقیق قرار گرفته و اطلاعات لازم از این پرونده‌ها بدست آمده است.

نتایج

نسبت شیوع:

تعداد زایمان در آن بخش در طول مدت فوق ۱۴۷۱۴ نفر بوده است، بنابراین نسبت شیوع حاملگی نابجا ۲۱۳:۱ زایمان می‌باشد. باید توجه داشت که رقم بالا مؤید نسبت شیوع کلی حاملگی نابجا در تهران نمی‌باشد، زیرا تعداد زیادی از زایمانهای طبیعی در بیمارستانهای خصوصی، بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشتی، در شهرکهای اطراف تهران وحتی هنوز هم در منازل انجام می‌شود، در صورتیکه احتمالاً "بیشتر موارد حاملگی‌های نابجا در بخشهای وابسته به دانشکده‌های پزشکی از جمله بیمارستان دکتر شریعتی بستری می‌شوند. باین دلیل بنظر می‌رسد که نسبت شیوع واقعی حاملگی نابجا در تهران کمتر از این باشد. نسبت شیوع حاملگی نابجا در بخش ما بیشتر از بخش‌های وابسته به دانشگاه شیراز که توسط دکتر جوی (۲۴) گزارش شده است می‌باشد، همچنین این نسبت در سالهای اخیر در کلیه گزارشات راجع به حاملگی نابجا افزایش نشان می‌دهد. عوامل احتمالی مؤثر در این افزایش ممکن است:

۱- مهاجرت جمعیت به نواحی شهری (مثلاً در سالهای بعد از انقلاب به تهران).
 ۲- افزایش سوزاک در کل جمعیت که همراه با افزایش سالیانیت سوزاکی است.

۳- افزایش بیماریهای التهابی لکر (P. I. D.) و تجویز ناکافی آنتی‌بیوتیک‌ها و درمان ناقص و گاهی محافظه کارانه (conservative) عفونت‌های لگنی (۶).

آمار بیمارستان رنن تهران نشان می‌دهد که تعداد مبتلایان به حاملگی خارج از رحم از زمان پیدایش آنتی -

شده اند (۶۲/۷۹% کل بیماران) . بیشترین تعداد حاملگی در یک بیمار ۳۰ ساله ، ۱۰ بار بوده و نامبرده ۲ سقط و ۷ بچه زنده داشته است .

محل حاملگی نابجا :

تمام موارد حاملگی نابجای ۶۹ بیمار ما در لوله بوده است . توزیع این حاملگی‌های نابجا در نواحی گوناگون لوله در جدول شماره ۵ نشان داده شده است . حدود ۷۵/۳۵% این حاملگی‌ها در نواحی آمپولر و تنگه‌ای بوده اند . Pauerstein (۲۷) پیشنهاد می‌کند که محل اتصال حبابی تنگه‌ای لوله (ampullary-isthmic junction) تحت اثر تنظیم هورمونی می‌باشد و اصولاً "اووم در این ناحیه به تله می‌افتد . اخیراً "Falk (۲۸) این پدیده را در یک حاملگی لوله‌ای که در آن اووم به یکی از چین‌های لوله چسبیده بود و هیچ نشانه‌ای از سالیپتیت وجود نداشته ، گزارش کرده است . پروژسترون عمل حرکتی لوله را باز بودن محل اتصال حبابی تنگه‌ای را افزایش می‌دهد . تغییرات استروژن و پروژسترون ممکن است عامل مهمی در انتقال تخم بارور شده در طول لوله باشد ، و ممکن است باعث حاملگی لوله‌ای ، مخصوصاً " در مواردی که هیچگونه نشانه‌ای از سالیپتیت وجود ندارد ، گردد . جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که حدود ۵۹% از حاملگی‌های نابجا در لوله راست بوده ، که می‌تواند در اثر گرفتاری لوله راست بعد از آپاندیسیت حاد یا مزمن و چسبندگی اطراف لوله باشد .

حاملگی نابجای قبلی :

۸ نفر از بیماران ما سابقه حاملگی نابجا داشته‌اند (۱۱/۵۹%) . نسبت کلی حاملگی بعد از درمان یک حاملگی خارج از رحم تقریباً " ۵۰% است ، که این رقم شامل حدود ۱۰% تکرار حاملگی نابجا هم می‌باشد (۱۰) جدول شماره ۷ .

باید دانست که عوامل مؤثر در ایجاد حاملگی خارج از رحم غالباً " در هر دو لوله وجود داشته و دائمی هستند . بنابراین درمان جراحی محافظه کارانه بمنظور نگهداری لوله گرفتار بیمار را در معرض خطر بیشتر ابتلا به حاملگی خارج از رحم قرار می‌دهد . Jaruinin (۳۱) در یک مطالعه خوب روی ۱۰ بیمار که فقط یک لوله داشته و بعد

اثر فصل‌های مختلف :

در جدول شماره ۳ اثر فصل‌گوناگون سال در حاملگی نابجا نشان داده شده است . حداکثر شیوع موقعی است که لقاح در ماه‌های بهار و تابستان صورت گرفته باشد . در این مورد ما با دکتر جوی (۲۴) کاملاً " موافقیم . ایشان معتقدند که " این یافته ممکن است مهم نباشد ، ولی ما اثر گرما و درجه حرارت را روی مهاجرت تخم گشوده شده یا روی حرکت و یا اسپاسم لوله‌های فالوپ نمیدانیم " (۲۴) .

اثر سقط قبلی :

همانطور که از جدول شماره ۴ برمی‌آید حسدود ۲۷/۵۳ درصد بیماران سابقه سقط داشته‌اند . نسبت شیوع سقط در جامعه ماکتر از ۱۵% می‌باشد (۲۴ و ۶۸) . بنظر می‌رسد که ضایعات وارد به لوله‌ها در اثر عفونت‌های لگنی احتمالی بعد از سقط می‌تواند عامل ایجاد حاملگی نابجا باشد . البته باید در نظر داشت مادامی که ما آمار دقیق حاملگی‌های داخل رحم را در مدت فوق بعد از سقط جنین نداشته باشیم ، نمی‌توانیم اهمیت بالینی این افزایش را مشخص کنیم ، گرچه در سابقه بیش از ۲۷% بیماران سقط وجود داشته است .

در مطالعه ای از آتن (یونان) Panayotou

(۲۵) گزارش می‌کند که خطر نسبی ایجاد حاملگی نابجا بعد از سقط در مقایسه با گروه کنترل ۱۰ برابر افزایش می‌یابد . وی معتقد است سقط جنین در کشورهایی که منع قانونی برای این امر وجود ندارد علاوه بر خطرات احتمالی دیگری که بیمار را تهدید می‌کند می‌تواند سبب افزایش حاملگی نابجا گردد . آندومتریت تحت بالینی (subclinical) که همراه با سقط انتخابی است ، باعث ایجاد پری سالیپتیت و چسبندگی های اطراف لوله گشته ، و سبب انسداد نسبی لوله می‌شود . (۲۶) .

ب - آی - یو - دی :

۵ نفر از بیماران ما سابقه بکاربردن آی - یو - دی را ذکر می‌کنند و یک بیمار قبلاً هم از قرص و هم از آی - یو - دی استفاده می‌کرده است .

مصرف آی - یو - دی بعنوان یک روش موقت

جلوگیری از حاملگی در سالهای اخیر اثر واضحی در ایجاد حاملگی نابجا داشته است . Lehfeld و همکارانش (۳۲) بعد از تجزیه و تحلیل آماری نتیجه حاملگی در بین ۳۰۰۰۰ خانمی که آی - یو - دی داشته اند و سالهای مصرف آنها جمعا " بیش از ۴۵۰۰۰ بوده دریافتند که ۱۰۴۶ حاملگی با وجود آی - یو - دی اتفاق افتاده ، که از بین اینها ۲۳ : ۱ (۴/۳٪) حاملگی نابجا بوده است . تعجب آور است که از هر ۹ مورد حاملگی نابجا یک مورد حاملگی تخمدانی اولیه گزارش شده است . در بین خانمهای فوق ۱۰۰۰ حاملگی داخل رحمی ، ۴۰ حاملگی لوله‌ای ، و پنج حاملگی تخمدانی اتفاق افتاده است . آنها محاسبه کردند که در یک جمعیت مشابه بدون جلوگیری ممکن بود ۹۰۰ حاملگی لوله‌ای و ۵ حاملگی تخمدانی رخ دهد . لذا ، آی - یو - دی در جلوگیری از حاملگی لوله‌ای کمی مؤثر بوده و در جلوگیری از حاملگی تخمدانی اصلاً " مؤثر نیست . Vessey (۳۳) نسبت شیوع حاملگی نابجا را در بین تمام حاملگی هائی که با آی - یو - دی اتفاق افتاده ۸/۹٪ گزارش کرده است . بنظر می‌رسد که آی - یو - دی در جلوگیری از لانه‌گزینی داخل رحمی کاملاً " مؤثر است . اما اثر بسیار کمی در جلوگیری از ایجاد حاملگی خارج از رحم دارد . در نتیجه ، با ادامه مصرف آی - یو - دی نسبت حاملگی خارج به داخل رحم باید افزایش یابد .

وقتی خانمی از آی - یو - دی استفاده می‌کنند تشخیص حاملگی نابجا احتیاج به دقت و آگاهی مخصوصی دارد . زیرا در بیشتر موارد علائم آن به غلط به وجود آی - یو - دی نسبت داده شده ، و جالب اینکه با امید بهبودی جهت بهبود این علائم آی - یو - دی در آورده می‌شود . برای مثال ، Hallatt (۳۴) ۷۰٪ مورد حاملگی خارج از رحم را در بین مصرف کنندگان آی - یو - دی گزارش کرده است . وی دریافت که در ۹۵٪ اینها اول علائم به وجود

از ابتلا به حاملگی لوله‌ای با درمان جراحی محافظه کارانه این لوله حفظ شده است ، نسبت حاملگی نابجا را در همان لوله ۳۰٪ ذکر می‌کند ، یعنی حدود ۳ برابر نسبت حاملگی نابجا در لوله طرف مقابل وقتی که یکی از لوله ها قبلاً " برداشته شده باشد .

اعمال جراحی قلبی :

۱۷ نفر از بیماران سابقه عمل جراحی شکمی و لگنی داشتند (۲۴/۶۳٪) . اندیکاسیون این اعمال جراحی در جدول شماره ۸ ذکر شده است . بالا بودن نسبت شیوع حاملگی نابجا بعد از اعمال جراحی لگنی می‌تواند در نتیجه چسبندگیهای بعد از عمل و ضایعات احتمالی وارده به لوله ها باشد (۲۴) .

روش های جلوگیری قلبی :

الف - قرص :

۱۴ نفر از بیماران ما سابقه مصرف قلبی قرصهای جلوگیری از حاملگی را ذکر می‌کنند ، و فقط ۲ نفر از آنها بلافاصله بعد از قطع قرص به حاملگی نابجا مبتلا گردیده‌اند . مدت مصرف قرص جلوگیری توسط اس بیماران از ۲ ماه تا ۵ سال بوده است .

همانطور که قبلاً ذکر شد در خانمهاییکه از قرصهای حاوی مقدار کمی پروژسترون (mini-pill) استفاده می‌کنند ، نسبت شیوع حاملگی نابجا کاملاً " بیشتر است . از مطالعه Erkkola و Liukko (۹) وقتی تعداد خانمهاییکه در سال (woman-year of use) از این قرصها استفاده می‌کنند در نظر گرفته شود چنین بر می‌آید که در قرصهای حاوی ۵/۵ میلی گرم lynestrenol نسبت حاملگی نابجا یک در ۱۱۷۰ ، در قرصهای حاوی ۵/۳ میلیگرم norethisterone یک در ۲۹۰ ، و در قرصهای حاوی ۵/۵۳ میلیگرم d-norgestrol یک در ۲۵۰ خانم در سالهای مصرف خواهد بود . مشکل حاملگی نابجا در سن مصرف کنندگان این قرصها کاملاً " با عدم کارآئی این داروها در جلوگیری کامل از تخمک گذاری متناسب است . می‌توان چنین فرض کرد که بیشتر اثر این قرصها روی آندومتر و نامناسب نمودن آن جهت لانه‌گزینی می‌باشد .

روش های رادیوایمیونواسی برای β -subunit گونادوتروپین های جفتی خیلی حساس ترند، ولی بدلیل در دسترس نبودن آنها در تمام آزمایشگاهها، و احتیاج به حداقل ۲۴ ساعت زمان جهت آماده شدن جواب کامل - که در این معمای بالینی، زمان نسبتاً "زیادی" است. لاقل در مورد بیماران ما انجام نگرفته است و غالباً "تا آماده شدن جواب مشکل بالینی بیمار حل شده است."

Saxena و Landesman (۳۷) با نشان دار نمودن گونادوتروپین های جفتی با ید ۱۲۵ و اندازه گیری آنها بطریقه Radio-Receptor Assay معتقدند که این روش از حساسیتی معادل اندازه گیری β subunit (۳ mIU تا ۲ در میلی لیتر سرم) برخوردار است، ولی می توان آنرا در عرض یک ساعت انجام داد. این متسد در بیماران مبتلا به حاملگی نابجا خیلی دقیق بوده و در آینده می تواند استفاده بالینی زیادی در تشخیص حاملگی در روزهای اول آن داشته باشد.

کولدوستنتز:

آسپیره کردن خونی که منعقد نمی شود از کول دوساک خلفی در تأیید تشخیص حاملگی نابجای پاره شده ارزش فراوانی دارد، گرچه منفی بودن کولدوستنتز در رد آن قطعیت ندارد. Lucas و Hassim (۳۸) در ۱۰۰ مورد حاملگی نابجا ۹۳ درصد جواب مثبت از کولدوستنتز را گزارش نموده اند. آنها ۳ مورد منفی کاذب و ۴ مورد مثبت کاذب داشته اند. در مورد بیماران گزارش شده توسط دکتر جوی (۲۴) کولدوستنتز در حدود ۸۲% موارد انجام گرفته مثبت بوده، و این نسبت در مورد بیماران ما حدود ۷۰% بوده است. بعقیده Kistner (۶) تفسیر مایع بدست آمده از کولدوستنتز بقرار زیر می باشد:

- ۱- اگر مایع روشن، سرو و برنگ زرد گاهی باشد - طبیعی است و نکته پاتولژیکی در لگن وجود ندارد.
- ۲- اگر مایع کدر ولی سرو باشد - بیماریهای التهابی لگن.
- ۳- اگر مایع سرو و آغشته بخون باشد - پارگی کیست های تخمدان، خونریزی هنگام تخمک گذاری و یا گاهی بیماریهای التهابی لگن.

آی - یو - دی نسبت داده شده، و در ۴۰% موارد قبل از تشخیص قطعی حاملگی نابجا در هنگام جراحی، آی - یو - دی در آورده شده است. در تجزیه و تحلیل Hallatt مهم این بوده که علائم و نشانه ها اساساً "فرق زیادی با علائم و نشانه های بیماران با حاملگی نابجا بدون آی - یو - دی نداشته است."

علائم و نشانه ها:

علائم و نشانه های حاملگی نابجا در ۴۱% موارد بصورت حاد و در ۵۹% موارد بصورت مزمن بوده است. شیوع علائم و نشانه های بیماران ما در جدول شماره ۹ نشان داده شده است.

تشخیص:

بدلیل مشکل بودن تشخیص حاملگی لوله ای پاره شده، می توان از روشهای تشخیصی زیر استفاده کرد: تست حاملگی، کولدوستنتز، کورتاژ، کولیپوتومی (کولدوتومی)، کولدوسکوپی، لاپاراسکوپی و سونوگرافی.

تست حاملگی:

در بین بیماران ما ۱۴ مورد تست حاملگی مثبت، ۲۵ مورد منفی، ۱۵ مورد مثبت و منفی، و در ۱۵ مورد تست حاملگی انجام نشده است. جفت در موارد حاملگی نابجا کمتر از جفت یک حاملگی طبیعی داخل رحمی یا همان سن، گونادوتروپین کوریونیک ترشح می کند. بنابراین، مثبت بودن تست های بیولژیک و همچنین تست های ایمنونولژیک معمولی تا حدود ۵۰ درصد گزارش شده است Hallat (۳۵). نتیجه تست حاملگی معمولی بیماران ما در حدود ۵۳% مثبت بوده است. Barry (۳۶) و همکارانش با استفاده از Radio-Receptor Assay β Radio-R تا میزان ۲۰۰ mIU/ml گونادوتروپین های جفتی در سرم خون حساس است ۹۴% تست مثبت در ۶۷ مورد حاملگی لوله ای ثابت شده را گزارش می کند. جالب است که فقط ۶۹% همان بیماران با روش Latex-agglutination slide pregnancy test ۲ دقیقه ای ادرار - تست مثبت داشته اند.

غیر قابل انکاری، جنین نابجاسن تر می باشد. لذا پیشنهاد می کند که این نوع خاص از دوقلوئی در اثر fecundation Super می باشد. Kirby (۴۱) در تاءید احتمال فوق تجارب با ارزشی انجام داده و دریافته است که اگر اووم در پریتوان موشهای با کره لانه گزینی شود، این حاملگی نابجای ایجاد شده نمی تواند از سیکل فعلی (Estrus cycle) جلوگیری کند. Keyser و همکارانش (۴۲) بیماری را گزارش کرده اند که تخمک گذاری بعد از لانه گزینی نابجا موقعی صورت گرفته که بنظر "سیکل" بعدی بوده است. بیمار بخاطر حاملگی خارج از رحم عمل شده و دو جسم زرد (که یکی از آنها کاملاً نازه بوده) در هنگام جراحی دیده شده است. در هر دو "سیکل" تلقیح مصنوعی با اسپرم شخص ثالث صورت گرفته است. پدیده ای که در این بیمار مشاهده گردیده کاملاً با superovulation که بعد از لانه گزینی نابجا رخ داده مطابقت می کند. رسم منحنی درجه حرارت پایه در این بیمار پدیده فوق راتاءید نموده است. ظاهراً "superovulation" و حاملگی می تواند بعد از لانه گزینی نابجا ایجاد شود و این احتمالاً در اثر تولید ناکافی هورمون توسط کوریونی است که در محل نابجا رشد می کند.

سونوگرافی:

در بسیاری از بیماران با علائم و نشانه های تیپیک، سونوگرافی جهت رسیدن به تشخیص حاملگی نابجا لازم نیست. ولی، در خانمهاییکه از درد زیر دل شکایت دارند، خیلی از اوقات "حاملگی نابجا" در تشخیص افتراقی مطرح می گردد. تحت شرایط خاصی که قبلاً "هم توسط Kobayashi و همکارانش (۴۳)، Wright و (۴۴) و Cadkin و Sabbagha (۴۵) گزارش شده است تشخیص قطعی حاملگی نابجا امکان پذیر است. وجود ساک حاملگی یا ساختمانهای حلقوی در خارج از رحم، که حاوی محصول حاملگی نباشند، اما، در تعداد دیگری از بیماران که مبتلا به حاملگی نابجا (پاره شده یا پاره نشده) می باشند، یافته های سونوگرافی، مخصوص به این بیماری نبوده و مشخص کننده نیستند، مثلاً، "بزرگی رحم یا جابجایی رحم، اکوهای منتشر داخل رحم، توده های مشکوک در آدنکس یا وجود مایع در کول دوساک. وقتی یافته های سونوگرافی

۴- اگر خون قرمز روشن باشد - نشان دهنده جسم زرد یا حاملگی نابجائی که در حال خونریزی است بوده یا آسپیراسیون تروماتیک کول دوساک می باشد.
۵- اگر خون مانده و تقریباً "برنگ قهوه ای باشد - حاملگی نابجا با خونریزی بداخل پریتوان در عرض چندروز یا چند هفته وجود دارد.

کورتاژ:

استفاده از کورتاژ بعنوان یک روش تشخیصی روتین در حاملگی نابجا، بدلیل ابهام جوابهای حاصله و احتمال ختم یک حاملگی طبیعی داخل رحمی توصیه نمی شود. اگر بافت های حاصله از کورتاژ فقط نشان دهنده دسیدوا باشد، احتمال حاملگی نابجا خیلی زیاد است. ولی باید توجه داشت که در موارد: کیست جسم زرد، کیست فولیکولر لوتئینه شده، تومور سلول گرانولزا و یا تجویز مواد پروژسترونی سنتتیک قوی هم عکس العمل دسیدوئالی در آندومتر ایجاد می گردد.

۴ نفر از بیماران ما کورتاژ شده و نتایج بافت شناسی در یک مورد دسیدوا، یک مورد آندومتر ترشچی، یک مورد آندومتر پرولیفراتیو و یک مورد سقط فراموش شده گزارش شده است. بیمار اخیر بعد از یکماه و نیم قطع قاعدگی و علائم کلاسیک حاملگی لوله ای پاره شده لاپاراتومی می گردد و تشخیص در هنگام جراحی تاءید می شود. رحم کمی بزرگتر از معمول و کونژسیونه و نرم بوده که بعلت حاملگی نابجا تفسیر شده است. ۲ هفته بعد از عمل بعلت خونریزی و زیر دل درد کورتاژ شده که جواب سقط فراموش شده گزارش می گردد. فرض ما براین است که بیمار احتمالاً "حاملگی مرکب (Combined pregnancy) داشته است. نسبت شیوع حاملگی مرکب یا هتروتوپیک یک در ۳۰۰۰۰ گزارش شده است (۸).

یکی از موارد بسیار نادر حاملگی مرکب توسط Funderburk (۳۹) گزارش شده که در آن یک جنین در لوله راست، یک جنین در لوله چپ و یک جنین در رحم بوده است.

Novak (۴۰) معتقد است که در این گونه موارد سن جنین داخل رحم و جنین نابجا متفاوت است، و بطور

در بخش ما انجام می‌شود. در ۹ مورد از ۶۹ بیمار ما که لاپاراسکوپی شده اند در همه آنها تشخیص درست بوده است.

آزمایش Kleihauer- Betke

Papierowski (۵۱) معتقد است وجود سلولهای

جنینی در خون مادر، که با روش فوق نشان داده می‌شوند، نشانه کاملاً خوبی بر له حاملگی خارج از رحم پاره شده می‌باشد. ولی، چون هماتوئید تا هفته‌های سوم یا چهارم حاملگی در جنین واضح نیست، و از طرفی بخاطر مشکلات و نارسائی های تکنیکی، تست های منفی در تشخیص افتراقی حاملگی خارج از رحم باندازه تست های مثبت ارزش ندارند.

بحث:

بنظر می‌رسد نسبت شیوع حاملگی نابجا در ایران در حال افزایش است، ولی هنوز به نسبت گزارش شده توسط دکتر صالح (۶۷) در سالهای ۱۳۲۷ تا ۱۳۳۶ نرسیده است. این افزایش قطعاً در شهرهای بزرگ بیشتر از دهات بوده و مورد تأیید دکتر جوی هم می‌باشد (۲۴). علل این افزایش قبلاً توضیح داده شد.

وقتی یک حاملگی نابجا اتفاق افتاد اثرات زیادی در تولید مثل خانمها دارد، مثلاً "شانس آنها برای بدنیا آوردن یک نوزاد زنده ۱:۳ خواهد بود در صورتیکه ۱:۲۰

شانس حاملگی نابجای دیگری وجود دارد (۵۲). حاملگی لوله‌ای در ۳۰ تا ۶۰٪ موارد در باروری بیماران دخالت خواهد نمود (۵۳). Bobrow و Bell (۱۳) معتقدند که فقط ۲۳٪ از بیماران بعداً "حاملگی طبیعی خواهند داشت، و بقیه از سقط، حاملگی نابجا یا نازائی رنج می‌برند.

اثر روش های جلوگیری از حاملگی قبلی روی اتیولوژی حاملگی لوله‌ای احتیاج به بررسی بیشتری در آینده دارد. روش هایی که از تخمک گذاری و یا از رسیدن اسپرم به لوله جلوگیری می‌کنند نسبت شیوع آنرا کاهش می‌دهند. با استفاده از آی - بو - دی اسپرم می‌تواند وارد رحم شود. آی - بو - دی نسبت شیوع حاملگی داخل رحمی را تا ۹۹/۵٪ ولی حاملگی لوله‌ای را فقط تا ۹۵٪ می‌کاهد (۵۴). اگر آی - بو - دی مسئول ایجاد حاملگی نابجا باشد، این امر مربوط

مشخص کننده حاملگی نابجا نباشند، نشانه های دیگری جهت رسیدن به تشخیص قطعی بمنظور جلوگیری از جراحی های غیر ضروری، یا جلوگیری از تاخیرهای بی جا در انجام جراحی واجب، لازم است.

Kukard و Goetree (۴۶) در ۵۵٪ موارد

تشخیص صحیح حاملگی نابجا را با سونوگرافی گزارش نموده اند. در جدول شماره ۱۰ تشخیص سونوگرافیک حاملگی نابجا از ۵ مقاله خلاصه شده است.

بعقیده ما سونوگرافی می‌تواند در بیماران مشکوک به حاملگی نابجا مفید باشد: اگر تشخیص حاملگی نابجا با سونوگرافی تأیید شد، باید در عمل جراحی تعجیل نمود، اگر حاملگی داخل رحمی تشخیص داده شد، عمل جراحی را می‌توان به تاخیر انداخت. متأسفانه در بعضی از موارد، با سونوگرافی نه می‌توان حاملگی نابجا را با قطعیت تشخیص داد، نه می‌توان آنرا رد کرد، بنابراین، در اینگونه موارد بهتر است از لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی استفاده نمود.

لاپاراسکوپی:

یکی از پیشرفتهای مهم در سالهای اخیر، برای رسیدن به تشخیص صحیح در حاملگی نابجا استفاده از لاپاراسکوپی است. اما، لاپاراسکوپی مطمئن و موفق احتیاج به تهیه وسایل جدید، جراح با تجربه در لاپاراسکوپی، اطاق عمل و متخصص بیهوشی دارد. دیدن کامل لگن و اندامهای آن در موارد بیماریهای التهابی لگن و خونریزیهای جدیدیا کهنه داخل شکمی کار مشکلی است. ولی در مقایسه با لاپاراتومی، نه تنها لاپاراتومی همراه با عوارض بیشتر و مخارج پزشکی بیشتری است، بلکه با استفاده از لاپاراسکوپی میزان اشتباه تشخیصی حاملگی نابجا به ۴ درصد کاهش یافته، در صورتیکه ۲۰ درصد بیمارانی که قبلاً "بخاطر مشکوک بودن به حاملگی نابجا لاپاراتومی می‌شدند، دستگاه تولید مثل طبیعی داشتند (۲۶ و ۸). گاهی، تشخیص حاملگی لوله‌ای پاره نشده با لاپاراسکوپی، حتی اگر همه لوله هم دیده شود مشکل است. در اوایل حاملگی تغییر شکل و رنگ لوله ها خیلی کم بوده، بعلاوه، تأیید باز بودن لوله با عبور رنگ از آن حاملگی نابجا را رد نمی‌کنند Yaffee و همکاران (۵۰). در سالهای اخیر در موارد مشکوک لاپاراسکوپی جهت تشخیص حاملگی نابجا

شدن مجرای داخلی تا حدی که اسپرم بتواند از آن عبور کند ولی اووم بارور شده قادر به عبور از آن نباشد توجیهی است که در موارد حاملگی نابجا در قسمت فیمریای لوله بعد از بستن لوله ها اظهار شده است. در موارد حاملگی نابجا که در انتهای Cornual یا قسمت بینابینی لوله ایجاد می شود، تشکیل فیستول ترانس پریتونیا که به اووم اجازه عبور داده و در آنجا بارور می گردد، ذکر شده است. چسبندگی های لوله و خم شدن های آن از ورود زیگوت به حفره رحمی جلوگیری می کند. در صورتیکه خانمی بعد از بستن لوله ها به حاملگی نابجا مبتلا گردید بهتر است در هنگام عمل اگر حال عمومی بیمار اجازه می دهد هیستریکتومی شود (۸) یا حداقل لوله طرف مقابل بمنظور جلوگیری از تکرار این حالت برداشته شود.

انجام اعمال جراحی پلاستیک روی لوله ها خطر ایجاد حاملگی نابجا را ده برابر می کند (۵۵) بخاطر اینکه در سالهای اخیر (در ایران سالهای قبل از انقلاب منظور است) بیشتر خانمها حاضر به بستن لوله هایشان می شدند، احتیاج به اعمال جراحی ترمیمی روی لوله ها افزایش یافته است. ۳ نفر از بیماران ما سابقه عمل توبوپلاستی داشته اند. درمان حاملگی لوله ای همیشه جراحی رادیکال است، مثل سالیپنژکتومی. در بیمارانی که حال عمومی خوبی ندارند باید این اعمال جراحی به حداقل خود برسند. وقتی لوله پاره شده آپاندکتومی انتخابی نباید انجام داد زیرا باعث تحمیل خطرات اضافی به بیمار خواهد شد. وقتی تهیه خون دچار اشکال می گردد، مخصوصاً در خانمهای Rh منفی، عمل جراحی را نباید بتأخیر انداخت، در اینگونه موارد مصرف افزایشنده های حجم پلاسما و جانشین های خون کمک کننده است. بعد از عمل در این بیماران مصرف آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک کاملاً "بحاست". انجام عمل توبوپلاستی در لوله مقابل اگر حاملگی نابجا پاره شده، باید حداقل تا سه ماه بتعویق افتد.

نگهداری لوله گرفتار بنظر عاقلانه نیست چون از نظر حاملگی فونکسیون آن با ارزش نخواهد بود، و بعد از عمل هم بعلت بالا رفتن فشار خون بیمار احتمال خونریزی از آن ناحیه وجود دارد.

وقتی زایائی درآینده برای یک خانم کاملاً "حیاتی" است، مثلاً "در خانمی که قبلاً" یکی از لوله های خود را از

به ایجاد سالیپنژیت قبلی توسط دستگاه است (۳۵). حاملگی نابجا یکی از عوارض تولید مثل بوده و تمایلات کنونی برای کنترل زایائی ممکن است اثرات زیادی در نسبت شیوع و چگونگی تظاهرات آن در آینده داشته باشد. بنابراین، در هر خانمی که در سنین تولید مثل بوده و از دردهای لگنی شکایت دارد، حاملگی نابجا را باید در نظر داشت مگر خلاف آن ثابت شده باشد. لاپاراسکوپی ممکن است در تائید یا رد این تشخیص کاملاً "مؤثر باشد".

Jeffcoate (۵۵) معتقد است که در ۲۰٪ از موارد سابقه عمل جراحی شکمی که غالباً "آپاندکتومی است وجود دارد. این نسبت در بیماران ما ۲۴/۶۳ درصد بوده است. وی معتقد است که حاملگی نابجا بیشتر در طرف راست ایجاد می شود و نزدیکی به آپاندیس می تواند آنرا توجیه نماید. در بیشتر از ۵۹٪ بیماران ما حاملگی نابجا در طرف راست بوده است.

ارتباط نزدیکی بین عوامل ایجاد کننده نازایی و حاملگی نابجا وجود دارد. نسبت شیوع حاملگی نابجا در آنهایی که برای نازائی بررسی شده اند ۸ برابر افزایش می یابد (۵۶). این نسبت توسط Atputharajah (۲۳) ۳/۸٪ و توسط Jeffcoate (۵۵) ۱/۸٪ گزارش شده است.

نسبت شیوع حاملگی نابجا بعد از بستن لوله ها در دوره نفاسی (Puerperal Sterilization) ۲۰۱۰۴۹ بوده و در تمام انواع بستن لوله ها ۱۰۸۳۳ گزارش شده است (۵۷). Brenner (۵۸) در ۱۰۰ مورد متوالی حاملگی نابجا رقم ۷٪ را بعد از بستن لوله ها گزارش کرده است. این رقم در بین بیماران Atputharajah (۲۳) ۸/۵٪ می باشد. در ۶۹ بیمار ما فقط یک مورد حاملگی نابجا بعد از بستن لوله ها همراه سزارین اتفاق افتاده است.

در این گونه موارد بخاطر اطمینان از بسته بودن لوله ها تشخیص یا غلط است یا بتأخیر می افتد. حاملگی نابجا باید در تمام خانمهایی که قبلاً "لوله هایشان بسته شده و در حال حاضر مبتلا به حساسیت یا زیر دل درد می باشند در نظر گرفته شود. فاصله زمانی بین بسته لوله ها و حاملگی نابجا از یک تا ۹ سال گزارش شده است (۲۳).

ایجاد کانال مجدد (recanalisation) و تنگ

مطرح می‌باشد برداشتن تخمدان (oophorectomy) طرف مبتلاست. از نظر تئوری برداشتن لوله گرفتار، تخمدان مجاور آن باهم (salpingo-oophorectomy) بنظر عاقلانه می‌رسد، زیرا تخمک‌گذاری تنها در تخمدان باقیمانده در مجاورت لوله‌ای که بجا گذاشته شده صورت می‌گیرد. Saito و همکارانش (۶۶) در گزارش ۱۳۰ بیمار نشان داده اند که در ۲۰٪ موارد جسم زرد حاملگی در تخمدان به طرف مقابل بوده است و در این ۲۰٪ بیماران باید مهاجرت خارجی او اوسیت صورت گرفته باشد.

Bender (۲۹) معتقد است که اگر سالپینگو-اوافورکتومی صورت گیرد شانس حاملگی بعدی ۱۴٪ بیشتر است. اما Douglas (۱۱) در گزارش ۱۰۶ بیمار که در ۲۸ نفر آنها تخمدان را هم برداشته بوده، معتقد به مزیت خاصی برای اوافورکتومی نمی‌باشد. بنابراین، در حال حاضر، در اعمال جراحی حاملگی لوله‌ای برداشتن تخمدانها از نظر تئوری بسیار جالب بنظر می‌رسد، ولی از نظر آماری مزیت آن کاملاً ثابت نشده است.

روش های مختلفی برای پیگیری و درمان حاملگی نابجا در مراکز گوناگون دنیا اعمال می‌شود (۶۹ و ۷۰)، در کشور ما و با توجه به امکانات موجود پروتوکل شکل یسک پیشنهاد می‌گردد.

دست داده و در حال حاضر در لوله دیگر حامله است یا بطور همزمان در هر دو لوله حامله می‌باشد، می‌توان از روش های جراحی محافظه کارانه استفاده کرد. موفقیت این روش ها بستگی به تشخیص زودرس حاملگی لوله‌ای قبل از پاره شدن، محل لانه گزینی و مهارت جراح دارد (۵۹). این روش ها عبارتند از:

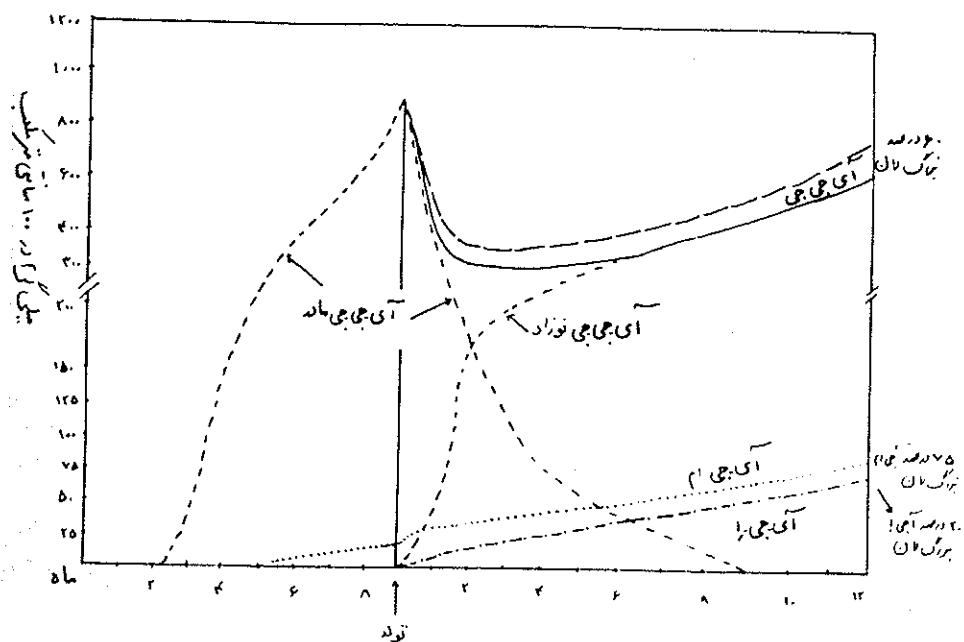
الف - سالپینگوتومی و بند آوردن خون (۶۱ و ۶۰).
ب - برداشتن قسمت پروکسیمال لوله (partial salpingectomy) و پیوند مجدد قسمت دیستال آن به گوشه رحم (۶۲).

ج - برداشتن قسمت گرفتار لوله و آناستوموز انتها - به - انتها (۶۳ و ۶۴).

د - سالپینگوستومی (salpingostomy) (۶۵).
ه - دوشیدن لوله (milking) و کورتاژ آن و در صورت بند نیامدن خونریزی استفاده از یک کاتتر فولی اطفال شماره ۸ در قسمت دیستال لوله (۵۹).

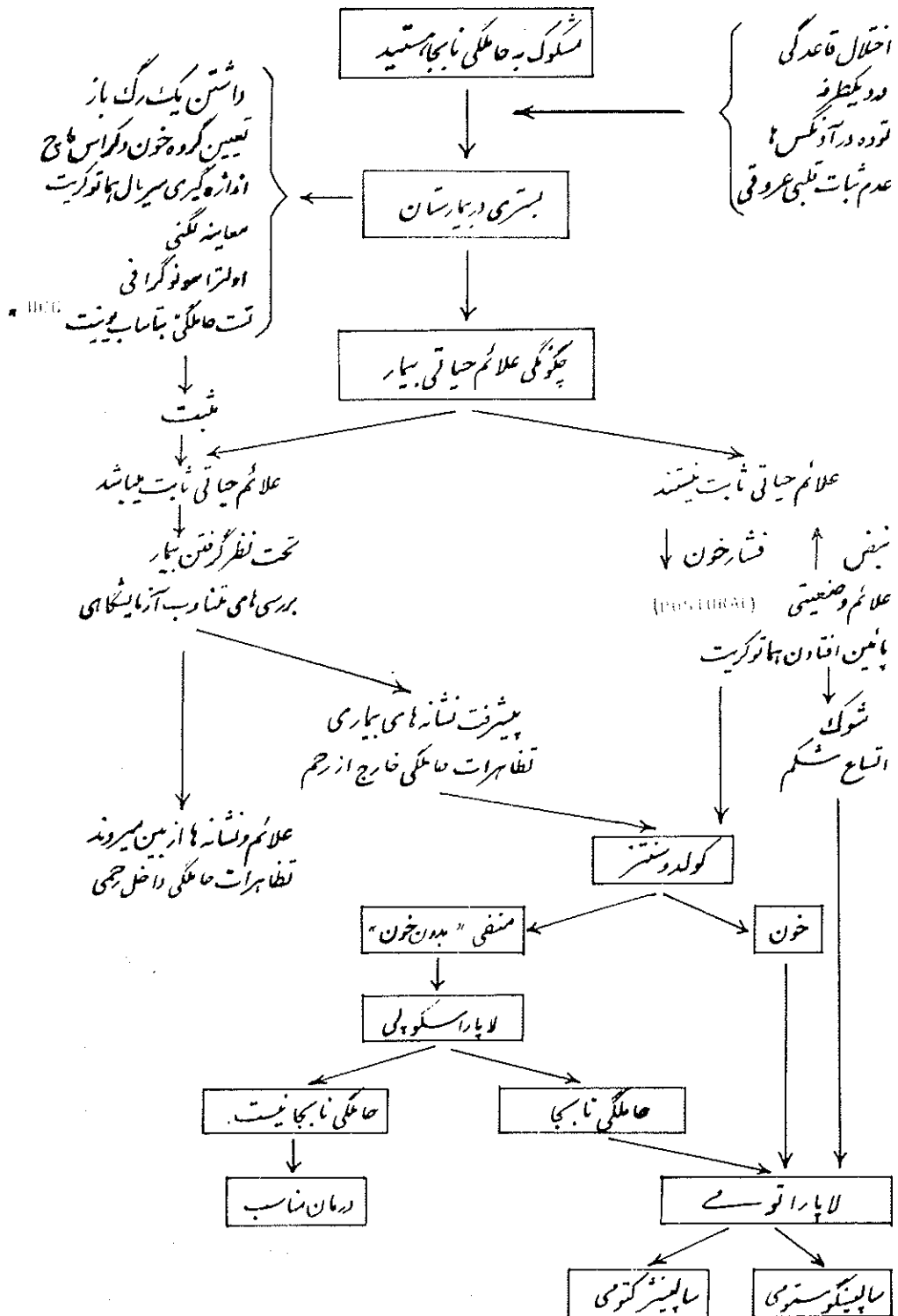
وقتی حاملگی لوله‌ای خیلی زود قبل از پاره شدن تشخیص داده شده و بیمار مشتاق بچه دار شدن در آینده است، باید تمامی سعی خود را در انجام بهترین روش جراحی محافظه کارانه بکار برد.

مسئله دیگری که در درمان جراحی حاملگی لوله‌ای



ایمیونوگلوبولین های جین و نوزاد در سال اول عمر

شکل ۱: پروتوکل پیشنهادی برای بررسی درمان حاملگی نابجا



جدول شماره ۱- نسبت حاملگی نابجا در مراکز مختلف جهان

نسبت حاملگی نابجا به تعداد زایمان	نام مؤلف
۱:۲۸	۱- داگلاس (۱۹۶۳) (۱۱)
۱:۴۵	۲- اسکولج (۱۹۶۰) (۱۲)
۱:۶۳	۳- جهانشگاه صالح (۱۹۵۷) (۶۷)
۱:۶۴	۴- باب رو (۱۹۶۲) (۱۳)
۱:۸۴	۵- بریدل (۱۹۵۲) (۱۴)
۱:۸۴	۶- کلارک (۱۹۷۵) (۱۵)
۱:۸۷	۷- برین (۱۹۷۰) (۱۶)
۱:۱۲۴	۸- زیل استراپ (۱۹۷۶) (۱۷)
۱:۱۲۶	۹- گیجین (۱۹۷۹) (۱۸)
۱:۱۶۰	۱۰- کالنبگر (۱۹۷۸) (۱۹)
۱:۱۶۵	۱۱- کمپ بل (۱۹۵۲) (۲۰)
۱:۱۷۶	۱۲- شیفر (۱۹۶۳) (۲۱)
۱:۲۳۰	۱۳- هارالسون (۱۹۷۳) (۲۲)
۱:۲۶۸	۱۴- اتیوت هاراجاه (۱۹۸۲) (۲۳)
۱:۳۳۶	۱۵- جوی (۱۹۷۶) (۲۴)
۱:۲۱۳	۱۶- بشیری (۱۹۸۳)

جدول شماره ۲- توزیع سنی بیماران

گروه سنی	تعداد	درصد
کمتر از ۲۰ سال	۷	۱۰/۱۴
۲۰ تا ۲۹ سال	۴۱	۵۹/۴۲
۳۰ تا ۴۰ سال	۱۷	۲۴/۶۳
بیشتر از ۴۰ سال	۴	۵/۷۹

جدول شماره ۳- اثر فصل های گوناگون سال در حاملگی نابجا

فصل	تعداد بیماران	تعداد سقط	تعداد بیماران
بهار	۱۸	صفر	۵۰
تابستان	۲۴	۱	۱۱
پائیز	۱۱	۲	۵
زمستان	۱۶	۳	۳

جدول شماره ۴- سقط قبلی و حاملگی نابجا

جدول شماره ۵- محل حاملگی نابجا

محل	درصد	لوله گرفتار	تعداد	درصد
حباب لوله	۴۹/۲۷	راست	۴۱	۵۹/۴۲
تنگه لوله	۲۶/۰۸	چپ	۲۸	۴۰/۵۸
چتر لوله	۲۱/۷۳	جمع	۶۹	۱۰۰
قسمت بینابینی لوله یا گوشه رحم	۲/۸۹			

جدول شماره ۶- لوله گرفته‌شده

جدول شماره ۷ - نسبت زایایی بعد از درمان حاملگی لوله ای

مؤلف	تعداد بیماران	درصد بیماران حامله شده	درصد بیماران با حاملگی ترم	درصد بیماران با حاملگی نابجا
(۱۱)	۱۰۶	۴۵/۳	۳۳/۹	۷/۵
(۲۹)	۲۳۹	۴۸/۵	۳۵/۵	۷/۵
(۲۰)	۷۴۳	۵۰/۲	۲۸/۷	۱۲/۵
جمع کل	۱۰۸۸	۴۹/۴	۳۰/۷	۱۰/۹

جدول شماره ۸ - اعمال جراحی شکمی و لگنی قبلی در ۱۷ بیمار

تعداد بیمار	سوع عمل قبلی
۸	۱- حاملگی خارج از رحم
۳	۲- توبوپلاستی
۱	۳- سزارین و بستن لوله ها*
۲	۴- آپاندکتومی
۱	۵- آپاندکتومی و ترمیم فتق
۱	۶- برداشتن کیست تخمدان
۱	۷- میومکتومی

بسته شده و بیمار ۴ سال بعد مبتلا

* - در این بیمار بعد از سزارین لوله ها به طریقه به حاملگی نابجا گردیده است .

جدول شماره ۹- شیوع علائم و نشانه های حاملگی نابجا

علائم و نشانه ها	تعداد	درصد
۱- لک بینی یا خونریزی از مهبل	۵۷	۸۲/۶
۲- حس سنگینی ، حساسیت و درد شکم	۴۷	۶۸/۱
۳- آمنوره	۴۰	۵۷/۹
۴- تهوع و استفراغ	۳۸	۵۵
۵- درد هنگام حرکت دهانه رحم	۳۳	۴۷/۸
۶- توده در آدنکسها (الف)	۲۹	۴۲
۷- سفتی شکم و حساسیت برگشتی	۱۷	۲۴/۶
۸- تغییرات یستانها	۱۱	۱۵/۹
۹- درد شانه ها	۶	۸/۶
۱۰- حالت شوک (ب)	۶	۸/۶
۱۱- درد ایپی گاستر	۳	۴/۳
۱۲- توده در سطح خلفی رحم	۱	۱/۴
۱۳- سنکوپ	۱	۱/۴
۱۴- چسبندگی کامل اندامهای لگن (ج)	۱	۱/۴
۱۵- بدون علامت (د)	۲	۲/۸

الف - یک بیمار بعلت کیست دو طرفه تخمدان باز شد که حاملگی لوله‌ای طرف راست و کیست تخمدان طرف چپ وجود داشت . و یک بیمار بعلت توده در آدنکس چپ باز شد ، بظاهر تشخیص فیبروم رباط پهن داده شد ، در حین میومکتومی معلوم گردید حاملگی نابجا بوده است .

ب - یک بیمار در حالت نیمه شوک ۲ هفته بعد از کورتاژ توسط ماما در خارج از بیمارستان مراجعه کرد و لاپاراسکوپی وجود حاملگی خارج از رحم را تأیید نمود .

ج - این بیمار ۳۰ ساله با تشخیص احتمالی سرطان پیشرفته تخمدان باز شد که هماتوسل و چسبندگی شدید داشت و جواب پاتولوژی حاملگی نابجا بوده است .

د - این بیمار جهت بستن لوله ها و بستری شده در هنگام عمل هماتوسل تخلیه شده و جواب پاتولوژی حاملگی لوله‌ای بوده است .

حدول شماره ۱۰ - تشخیص سونوگرافیک حاملگی نابجا

مؤلف	تعداد بیماران	تعداد موارد (% کمال بیماران)		تعداد بیمارانی که در هنگام جراحی ناهید شده است
		تشخیص مثبت کاذب حاملگی نابجا با سونوگرافی	تشخیص حاملگی نابجا توسط سونوگرافی داده نشده است	
۱-	۳۹	(۱۲/۸) ۵	(۱۲/۸) ۵	(۵۳/۸) ۲۱
۲-	۹۳	(۵/۴) ۵	(۱/۱) ۱	(۱۰/۸) ۱۰
۳-	۳۶	(۱۲/۸) ۱	(۵/۷) ۲	(۳۶/۱) ۱۳
۴-	۲۳۵	(۳/۴) ۸	(۲/۶) ۶	(۱۱/۱) ۲۶
۵-	۲۶۰	(۳/۸) ۱۰	(۳/۱) ۸	(۱۹/۶) ۲۵

قدر دانسی

بدینوسیله از زحمات خانم دکتر خطیبی بخاطر بررسی و استخراج اطلاعات مورد نیاز از پرونده بیماران، خانم دکتر حسینی بخاطر ویرایش و خانم رادیپور بخاطر تنظیم و تایپ دستنویس مقاله تشکر می‌نمائیم.

1. Ricci, J.V. : The Genealogy of Gynaecology. The Blakistan Company, Philadelphia, 1943.
2. Jarcho, J. : Ectopic pregnancy. I. With special reference to abdominal pregnancy. Am. J. Surg. 77: 273, 1949.
3. Mulsow, F. W. : Pregnancy in rudimentary horn of uterus. Am. J. Obstet. Gynec. 49: 773, 1945.
4. Sanger, M. : Ueber Schwangerschaft im rudimentaren Nebenhorn bei Uterus duplex. Zbl. Gynaek. 7: 324, 1883.
5. Sucheston, M. E. , and Connon, M. S. : Congenital Malformations. The F. A. Davis Company, Philadelphia, 1973.
6. Kistner, R. W. : Gynecology (principles and practice). The Year Book Medical Publishers, Chicago, 1979.
7. Iffy, L. : Ectopic pregnancy. In Russell R. de Alvarez: Kimbrough's Gynecology. 2nd edition. Lea and Febiger Publ., Philadelphia, 1977.
8. Pritchard, J. A., and Mac Donald, P. C. : Williams obstetrics. The Appleton-Century-Crofts, New York, 1989.
9. Erkkola, R. and Liukko, P. : Oral contraceptives and ectopic pregnancy. Contraception, 16: 575, 1977.
10. Jones, H. W. , and Jones, G. S. : Novak's Textbook of Gynecology. The Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1981.
11. Douglas, C. P. : Tubal ectopic pregnancy. Br. Med. J., 2: 838, 1963.
12. Skulj, V. : Significance of tubal pregnancy in the reproductive life of women. Am. J. Obstet. Gynecol. 80: 278, 1960.
13. Bobrow, M. L. and Bell, H. G. : Ectopic pregnancy. Obstet. Gynecol 20: 500-506, 1962.
14. Priddle, H. D. , Moulton, W. C. and Dennis, M. S. : Ectopic pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 64: 1093, 1952.
15. Clark, J. F. J. , and Jones, S. A. : Advanced ectopic pregnancy. J. Reprod. Med. 14: 30, 1975.

16. Breen, J. L.: A 21-year survey of 654 ectopic pregnancies. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 106: 1004, 1970.
17. Gilstrap, L. C. and Harris, R. E.: Ectopic pregnancy: A review of 122 cases. *South. Med. J.* 69: 604, 1976.
18. Kitchin, J. D. III, Wein, R. M., Nunley, W. C. Jr., Thiagarajah, S. and Thornton, W. N. Jr.: Ectopic pregnancy: Current clinical trends. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 134: 870, 1979.
19. Kallenberger, D. A., Ronk, D. A. and Jimerson, G. J.: Ectopic pregnancy: A 15-year review of 160 cases. *South. Med. J.* 71: 758, 1978.
20. Campbell, R. M.: Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 63: 54, 1952.
21. Schiffer, M. A.: A review of 268 ectopic pregnancies. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 86: 264, 1963.
22. Harralson, J. D., Van Nagell, J. R. and Roddick, J.W. Jr.: Operative management of ruptured tubal pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 115: 995, 1973.
23. Atputharajah, V.: Tubal pregnancy: A review of aetiological factors in 117 cases. *Singapore. J. Obstet. Gynecol.* 13: 78, 1982.
24. Javey, H.: Ectopic pregnancy in Southern Iran: A statistical review of 96 cases. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 14: 472-476, 1976.
25. Panayotou, P. P., et al.: Induced Abortion and ectopic pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 114: 507, 1972.
26. Mattingly, R. F.: *Te Linde's Philadelphia*, 1977.
The J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1977.
27. Panerstein, C. J., Woodruff, J. D.: and Zachary, A.S.: Factors influencing physiologic activities in the fallopian tube: the anatomy, physiology, and pharmacology of tubal transport. *Surv.*, 23: 215, 1968.
28. Falk, H. C., Hassid, R., and Dazo, E. P.: Tubal pregnancy: a report of a very early luminal form of imbedding. *Obstet. Gynecol.* 45: 215, 1975.
29. Bender, S.: Fertility after tubal pregnancy. *J. Obstet. Gynecol. Br. Emp.*, 63: 400, 1956.
30. Timonen, S., and Niemonen, O.: Tubal pregnancy: Choice of operative methods of treatment. *Acta Obstet. Gynecol. scand.*, 46: 237, 1976.
31. Jarvinen, P.A. Nummi, S., and Pietila, K.: Conservative operative treatment of tubal pregnancy with postoperative daily hydrotubations. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 51: 169, 1972.

32. Lenfeldt, H. Tietze, C. and Gorstein, F. : Ovarian Pregnancy and the intrauterine device. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 108: 1005, 1970.
33. Vessey, M.P., Johnson, B., Doll, R. and Peto, R.: Outcome of pregnancy in women using an intrauterine device. *Lancet*, 1: 494, 1974.
34. Hallatt, J. G. : Ectopic pregnancy associated with the intra uterine device: A study of seventy cases. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 125: 754, 1976.
35. Hallatt, J. G.: Repeat ectopic pregnancy: A study of 123 consecutive cases. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 122: 520, 1975.
36. Berry, C. M., Thompson, J. D., and Hatcher, R. : The radio-receptor assay for HGG in ectopic pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 54, 43, 1979.
37. Saxena, B. B., and Landesman, R. : The use of radio-receptor assay of human chorionic gonadotropin for the diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Fertil. Steril.*, 26: 397. 1975.
38. Lucas, C., and Hassim, A. M. : Place of Culdo centesis in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Br. Med. J.* 1:200, 1970.
39. Funder burk, A. G.: Bilateral ectopic pregnancy with simultaneous intrauterine pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 119: 274, 1974.
40. Novak, E. : Combined intrauterine and extrauterine pregnancy. *Surg. Gynecol. Obstet.* 43: 26, 1926.
41. Kirby, D. R. S. : Endocrinological effects of experimentally induced extrauterine pregnancy in virgin mice. *J. Reprod. Fertil.* 10: 403, 1965.
42. Keyser, H. H., Iffy, L., and Cohen, J. : Basal body temperature recordings in ectopic pregnancy. *J. Reprod. Med.* 14: 37, 1975.
43. Kobayashi, M., Hellman, M., and Fillisti, L. P. : Ultra-sound, an aid in the diagnosis of ectopic pregnancy *Am. J. Obstet. Gynecol.* 103: 1131, 1969.
44. Maklad, N. F., and Wright, C. H. : Grey Scale ultra-sonography in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Radiology*, 126: 221, 1978.
45. Cadkin, A. V., and Sabbagha, R. E. : Ultrasonic diagnosis of abnormal pregnancy. *Clin. Obstet. Gynecol.* 20: 265, 1977.
46. Ku Kard, R. F. P., and Goetsee, U.: A Comparison between ultrasonic and clinical diagnostic reliability in early pregnancy complications. *South Afr. Med. J.*, 48: 2109, 1974.
47. Bezjian, A. A. and Safinski, R. : Ultrasound as a diagnostic aid in ectopic pregnancy. *Am. Inst. Ultrasound Med. Abstr.* 512.
48. Lawson T. L. : Ectopic pregnancy: Criteria and accuracy of ultrasonic diagnosis. *Am. J. Roentgenol.* 131: 153, 1978.

49. Kelly, M. T., Santos-Ramos, R. and Duenhoelter, J. H. : The value of sonography in suspected ectopic pregnancy. *Obstet. Gynecol.*, 53: 703, 1979.
50. Yaffe, H. Sadovsky, E. and Beyth, Y. : Tubal pregnancy and Tubal patency. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 14: 265, 1976.
51. Papierowski, Z. : The fetal erythrocyte test in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Pol. Med. J.* 5: 1166, 1966.
52. Grant, A.: The effect of ectopic pregnancy on Fertility: Report of a study of 353 cases. *Clin. Obstet. Gynecol.* 5: 861, 1962.
53. Schenber, J.G., Fertility after tubal pregnancy. *Surg. Obstet. Gynecol.* 135: 74, 1972.
54. Dewhurst, C. J. : Integrated obstetrics and Gynecology for postgraduates., 2nd Edition., Blackwell London, 1976.
55. Jeff coate, N. : Principles of Gynecology. 4th Edition, Butterworths, London, 1975.
56. Wyper, J. F. B. : Pregnancy after primary infertility investigations. *Br. Med. J.* 1: 273, 1962.
57. Chakravathi, S. Tubal pregnancy after sterilization. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 82: 58, 1975.
58. Brenner, P. F. Ectopic pregnancy following tubal sterilization surgery. *Obstet. Gynecol.* 49: 323, 1977.
59. Javey, H.: Conservative Surgery for Tubal Pregnancy: A New Method. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 17: 454, 1980.
60. Stromme, W. B. : Conservative surgery for ectopic pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 19: 294, 1965.
61. Stromme, W. B. : Conservative surgery for ectopic pregnancy: A 20 years review. *Obstet. Gynecol.* 41: 215, 1973.
62. Shirodkar, V. N. : Contributions to Obstetrics and Gynaecology, E&S Livingstone, Edinburgh, 1960.
63. Douglas, R. G., and Stromme, W. B. : Operative obstetrics, 2nd edition. Appleton-Century-Crofts, Inc., New York, 1965.
64. Fishback, H. R. : Bilateral Simultaneous tubal Pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 37: 1035, 1939.
65. Sovak, F. W. : Tubal pregnancy in a case of bilateral tubal implantation. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 12: 34, 1936.
66. Saito, M., Kayama, T., Yaoui, Kumasaki, T., Yazawa, K., Kato, K., Nushi, N., and Ohkura, T. : Site of Ovulation and ectopic pregnancy. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 54: 227, 1975.

69. Willson, J. R., and Carrington, E.R. Obstetrics and Gynecology. The C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1979.
70. Friedman, E.A.: Obstetrical Decision Making. The C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1982.