



سرشناسه	غفاری نیا، الهام، ۱۳۶۵-
عنوان و نام پدیدآور	سقط جنین و بارداری خارج از رحم: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴: Williams obstetrics Cunningham 2022 / ترجمه و تلخیص الهام غفاری نیا. پاسخی به سوالات صبا بزاز، حکیمه روشنی مقدم، مانده ناظم، پریا مهدوی، سحر حسینی، زهرا حاج محمد حسینی
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری	۸۴ ص: مصور، جدول.
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۷۷-۰
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	کتاب حاضر بر اساس کتاب " Williams obstetrics, 26th ed, 2022 " به ویراستاری اف.گری کانینگهام... [و دیگران] است.
موضوع	سقط جنین Miscarriage آبستنی و زایمان Obstetrics پزشکی زنان Gynecology سقط جنین -- آزمون ها و تمرین ها Miscarriage -- Examinations, questions, etc. آبستنی و زایمان -- آزمون ها و تمرین ها Obstetrics -- Examinations, questions, etc. پزشکی زنان -- آزمون ها و تمرین ها Gynecology -- Examinations, questions, etc. کانینگهام، اف. گری Cunningham, F. Gary ویلیامز، جان ویت ریچ، ۱۸۶۶ - ۱۹۳۱ م. آبستنی و زایمان RG۶۴۸ ۳۹۲/۶۱۸ ۹۴۶۳۳۱۵ فیبا
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

سقط جنین و بارداری خارج از رحم: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
زنان و زایمان با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۳ / Williams Obstetrics Cunningham 2022	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳
ترجمه و تلخیص: دکتر الهام غفاری نیا پاسخی به سوالات: دکتر صبا بزاز، دکتر حکیمه روشنی	تیراژ: ۲۰ جلد
مقدم، دکتر مانده ناظم، دکتر پریا مهدوی، دکتر سحر حسینی، دکتر زهرا حاج محمد حسینی	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۷۷-۰
ناشر: انتشارات کاردیا	بهاء: ۲۴۳,۰۰۰ تومان
صفحه آرا: رزیدنت یار - منیره امیری مقدم	
طراح و گرافیک: رزیدنت یار	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۷، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

سقط جنین و بارداری خارج از رحم

مجموعه
PRO LEVELS
OB/GYN 2025

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴

Williams Obstetrics Cunningham 2022

ترجمه و تلخیص



دکتر الهام غفاری نیا

دارای رتبه برتر آزمون بورد تخصصی ۱۴۰۲

از دانشگاه علوم پزشکی البرز

پاسخدهی به سوالات

دکتر صبا بزازی

رتبه ۵ بورد تخصصی ۱۴۰۳

دکتر حکیمه روشنی مقدم

رتبه ۹ بورد تخصصی ۱۴۰۳

دکتر مائده ناظم

ده درصد بورد تخصصی ۱۴۰۳

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر پریا مهدوی

ده درصد بورد تخصصی ۱۴۰۳

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

دکتر سحر حسینی

رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲

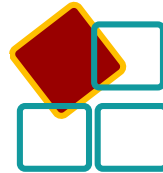
هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر زهرا حاج محمد حسینی

رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک

فهرست مطالب



فصل ۱۱: سقط سه ماهه اول و سه ماهه دوم بارداری	۹
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۱	۴۳
فصل ۱۲: بارداری خارج رحمی	۵۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۲	۷۷

سقط سه ماهه اول و سه ماهه دوم بارداری

First and Second Trimester Pregnancy Loss (Miscarriage)

سقط جنین یک رویداد رایج در بارداری است. بیشتر سقطهای اوایل بارداری ناشی از ناهنجاریهای ژنتیکی است و بنابراین فرصت کمی برای پیشگیری وجود دارد. در نتیجه در زنان مبتلا به سقط جنین در مراحل بعدی بارداری یا زنان با سقط مکرر احتمال یک علت مزمن و احتمالا قابل اصلاح بیش تر است. بر خلاف سقطهای خود به خود، ختم بارداری ممکن است یک اقدام انتخابی (الکتیو) باشد. درمورد سقط جنین القایی و سقط جنین خودبه خودی، گزینههای مدیریتی شامل سقط جراحی یا سقط دارویی است و ارائهدهندگان باید درک درستی از این روشها و عوارض احتمالی آن داشته باشند.

نامگذاری

سقط جنین به عنوان ختم خود به خود یا القایی بارداری قبل از رسیدن جنین به قابلیت حیات تعریف می شود. بسیاری برای سقط خود به خود جنین از واژه miscarriage استفاده می کنند. سقط القایی به معنی خاتمه دادن به حاملگی همراه با جنین زنده با روشهای جراحی یا دارویی است که در آن جنین هنوز به قابلیت حیات نرسیده است. تعاریف سقط جنین در بین سازمانها متفاوت است. مرکز ملی آمار بهداشت و سازمان بهداشت جهانی (WHO) سقط جنین را به عنوان از دست دادن یا خاتمه بارداری با سن جنین کمتر از هفته ۲۰ بارداری یا وزن کمتر از ۵۰۰ گرم تعریف می کنند. با این حال، این معیارها تا حدودی متناقض هستند زیرا میانگین وزن جنین ۲۰ هفته ای حدود ۳۳۰ گرم است، در حالی که ۵۰۰ گرم میانگین وزن برای ۲۲ هفته است (هدلاک، ۱۹۹۱). سردرگمی بیشتر ممکن است از معیارهایی ناشی شود که توسط قوانین ایالتی تعیین شده است و سقط جنین را حتی در محدوده وسیع تری تعریف می کند.

برای خود اصطلاح از دست دادن زودرس بارداری (early pregnancy loss) نیز اتفاق نظر وجود ندارد. کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان (ACOG) (2019b) این حالت را به عنوان یک بارداری داخل رحمی غیرقابل حیات (IUP) در هفته ۱۳^۷ اول بارداری تعریف می کند که شامل یک کیسه خالی حاملگی یا حاوی یک رویان یا جنین بدون فعالیت قلب است. سقط راجعه (recurrent pregnancy loss) تعاریف متغیری دارد، اما به منظور شناسایی زنان دارای سقط مکرر به کار می رود.

تعاریف دیگر به تشخیص حاملگی داخل رحمی از خارج رحمی کمک می کند. اصطلاح حاملگی با مکان نامشخص (PUL) حاملگی را توصیف می کند که با آزمایش سطح گنادوتروپین جفتی انسانی (hCG) تایید شده اما محل بارداری با سونوگرافی تایید نشده است. در این زمینه، پنج دسته برای تقسیم بندی مراحل اولیه بارداری پیشنهاد شده است:



حاملگی خارج از رحم قطعی، حاملگی خارج رحمی احتمالی، PUL، IUP احتمالی و IUP قطعی (بارنهارت، ۲۰۱۱). گزینه‌های تشخیصی و مدیریتی برای حاملگی خارج رحمی در فصل ۱۲ توضیح داده شده است. در آخر، سقط خود به خودی شامل زیرمجموعه‌هایی از تهدید به سقط (threatened)، سقط ناقص (incomplete)، سقط کامل (complete)، سقط فراموش شده (missed) و سقط اجتناب ناپذیر (inevitable) است. این موارد در بخش‌های بعدی مورد بحث قرار می‌گیرند. اصطلاح سقط سپتیک برای هر یک از این موارد که با دچار عفونت شده اند استفاده می‌شود.

سقط خود به خود در سه ماهه اول

▪ پاتوژنز

بیش از ۸۰ درصد از سقط‌های خود به خود در ۱۲ هفته اول بارداری اتفاق می‌افتد. در سقط‌های سه ماهه اول، مرگ رویان یا جنین تقریباً همیشه قبل از دفع خود به خودی اتفاق می‌افتد. مرگ جنین معمولاً با خونریزی در دسیدوای بازالیس همراه است. به دنبال این رخداد نکروز بافت مجاور ایجاد می‌شود که انقباضات رحم و دفع جنین را تحریک می‌کند. ساک حاملگی سالم معمولاً با مایع پر می‌شود. اصطلاح سقط جنین بدون رویان (Anembryonic miscarriage) یا مرگ پیش رویانی (preembryonic loss) گروهی را توصیف می‌کند که فاقد رویان هستند. اصطلاح تخمک پوچ (blighted ovum) کمتر ارجحیت دارد. اصطلاح سقط رویانی یا مرگ رویانی (mbryonic miscarriage) به رویان بدون فعالیت قلبی در طی بررسی اولتراسوند اشاره دارد. (Kolve, ۲۰۱۵; Pinar, ۲۰۱۸).

در سقط‌های سه ماهه دوم، جنین معمولاً قبل از دفع نمی‌میرد. بنابراین در این موارد باید سایر علل سقط بررسی شود.

▪ میزان بروز

میزان وقوع سقط جنین با توجه به جمعیت مورد مطالعه متفاوت است. در بارداری‌های ۵ تا ۲۰ هفته حاملگی، میزان بروز بین ۱۰ تا ۲۰ درصد متغیر است و در هفته‌های اولیه بیشتر است (آمون آوالوس، ۲۰۱۲). برای ارزیابی میزان سقط از بعد از لقاح، محققان نمونه‌های ادرار روزانه را برای β -hCG در زنانی که تلاش می‌کردند باردار شوند، آزمایش کرده‌اند و دریافتند که تقریباً ۲۰ درصد از بارداری‌ها خیلی زود شکست خوردند (وانگ، ۲۰۰۳). این سقط‌های بیوشیمیایی حاملگی (biochemical pregnancy loss) از نظر بالینی بدون علامت هستند و تنها با سطح کاهش یافته β -hCG شناسایی می‌شوند (Kolve, 2015).

عوامل خاصی بر میزان سقط‌های آشکار بالینی تأثیر می‌گذارد که در ادامه توضیح داده می‌شود. مشخص نیست که آیا همین عوامل بر سقط بیوشیمیایی نیز تأثیر می‌گذارد یا خیر.

▪ عوامل جنینی

از تمام سقط‌ها، تقریباً نیمی از سقط جنین‌های یوپلوید (euploid) هستند، یعنی ترکیب کروموزومی آنها طبیعی است. نیمی دیگر از سقط جنین‌ها دارای ناهنجاری‌های کروموزومی هستند. به نظر می‌رسد که این درصد حتی در ارزیابی با تکنیک‌های سیتوژنتیک جدیدتر نیز باقی می‌ماند (Sahoo, 2017). با این حال، خارج از تحقیقات، استفاده معمول از

بارداری خارج رحمی

Ectopic Pregnancy

بلاستوسیست پس از لقاح و عبور از لوله فالوپ، به طور معمول در پوشش آندومتر حفره رحم لانه گزینی می‌کند. لانه گزینی در هر جای دیگر، اکتوپیک و نابجا در نظر گرفته می‌شود. در ایالات متحده، بر اساس اعداد حاصل از یک پایگاه داده بیمه و دادخواهی‌های Medicaid، نرخ حاملگی خارج از رحم را به ترتیب ۱،۵۴ درصد و ۱،۳۸ درصد در سال ۲۰۱۳ نشان داد (تائو، ۲۰۱۷). لانه گزینی خارج رحمی ۳ درصد از کل مرگ و میرهای مرتبط با بارداری را تشکیل می‌دهد (Creanga، ۲۰۱۷). خوشبختانه، سنجش گنادوتروپین جفتی بتا انسان (β -hCG) و سونوگرافی ترانس واژینال (TVS) به تشخیص زودهنگام بارداری خارج رحمی، بقای مادر و امکان حفظ باروری کمک می‌کند.

بارداری لوله‌ای: (tubal pregnancy)

▪ طبقه بندی

از حاملگی‌های خارج از رحم، تقریباً ۹۵ درصد در بخش‌های مختلف لوله فالوپ کاشته می‌شوند (شکل ۲-۱۳، ص ۲۶). آمپول (۷۰ درصد) شایع‌ترین محل است (شکل ۱۲-۱). نرخ لانه گزینی در ایسم ۱۲ درصد است. فیمبریال، ۱۱ درصد؛ و بینابینی، ۲ درصد (بویو، ۲۰۰۲). حاملگی‌های خارج رحمی غیر لوله‌ای ۵ درصد باقیمانده را تشکیل می‌دهند و در تخمدان، حفره صفاقی، سرویکس یا اسکار سزارین قبلی کاشته می‌شوند. گاهی اوقات، حاملگی چندقلویی شامل یک جنین با لانه گزینی طبیعی در رحم و دیگری به صورت خارج از رحم دیده می‌شود. این حاملگی هتروتوپیک نامیده می‌شود (ص ۲۳۱).



شکل ۱۲-۱: در این شکل بارداری لوله‌ای آمپولری (علامت پیکان) در طی لاپاروسکوپی قابل مشاهده است. (با کسب مجوز از دکتر لیزا چائو)



برای همه موارد حاملگی‌های خارج از رحم، روند درمان تحت تأثیر زنده بودن بارداری، سن حاملگی، سلامت مادر، تمایل به بارداری فعلی و باروری آینده، مهارت پزشک و منابع موجود است. صرف نظر از محل بارداری، به زنان D منفی با حاملگی خارج از رحم، ایمونوگلوبولین ضد D داده می‌شود. در حاملگی‌های سه ماهه اول، یک دوز عضلانی ۵۰ یا ۱۲۰ میکروگرم مناسب است. در مراحل بعدی حاملگی ۳۰۰ میکروگرم داده می‌شود (کالچ آمریکایی متخصصان زنان و زایمان، ۲۰۱۹b).

▪ ریسک فاکتورها

آناتومی غیر طبیعی لوله فالوپ زمینه ساز اکثر موارد حاملگی خارج رحمی لوله ای است. جراحی برای بارداری قبلی لوله رحمی، برای بازگرداندن باروری یا عقیم سازی، بالاترین خطر را به همراه دارد. پس از یک حاملگی خارج از رحم قبلی، احتمال بارداری دیگر به ۱۰ درصد می‌رسد (دی بنتوت، ۲۰۱۲). عفونت قبلی لوله‌ها، که می‌تواند آناتومی طبیعی لوله را مخدوش کند، عامل خطر دیگری است. به طور خاص، یک اپیزود سالپنژیت می‌تواند با افزایش احتمال حاملگی خارج از رحم بعدی در ۹ درصد از زنان همراه باشد (وستروم، ۱۹۹۲). چسبندگی‌های دور لوله ای که از سالپنژیت، آپاندیسیت یا اندومتریوز ایجاد می‌شوند نیز شانس بارداری خارج رحمی لوله ای را افزایش می‌دهند.

ناباروری و استفاده از فناوری‌های کمک باروری (ART) با افزایش نرخ حاملگی خارج از رحم مرتبط است (لی، ۲۰۱۵؛ پرکینز، ۲۰۱۵). هدف تکنیک‌های جدیدتر کاهش این نرخ با ART است (لوندرا، ۲۰۱۵؛ ژانگ، ۲۰۱۷). سیگار کشیدن یکی دیگر از عوامل شناخته شده است، اگرچه مکانیسم اصلی آن نامشخص است (هایلند، ۲۰۱۵). در نهایت، با هر نوع روش پیشگیری از بارداری، تعداد مطلق حاملگی‌های خارج از رحم کاهش می‌یابد زیرا با این روش‌ها به طور موثر از بارداری جلوگیری می‌شود. با این حال، برخی از روش‌ها به طور موثرتری از کاشت داخل حفره جلوگیری می‌کنند و با شکست آنها، لانه گزینی خارج رحمی افزایش می‌یابد. این روش‌ها عبارتند از عقیم‌سازی لوله‌ای، دستگاه‌های داخل رحمی (IUD) و ضد بارداری‌های صرفاً پروژسترونی.

▪ پاتوژنز و پیامدهای بالقوه

در حاملگی لوله ای، چون لوله فالوپ فاقد لایه زیر مخاطی است، تخمک بارور شده به سرعت در اپیتلیوم فرو می‌رود. زیگوت در نزدیکی یا درون عضله قرار می‌گیرد و تروفوبلاستی که به سرعت در حال تکثیر است به آئین لایه حمله می‌کند. پیامدهای بالقوه ناشی از این امر شامل پارگی لوله، سقط جنین لوله ای یا شکست حاملگی همراه با جذب آن است. در هنگام پارگی، محصولات مهاجم و در حال گسترش حاملگی می‌تواند لوله فالوپ را پاره کند. حاملگی‌های خارج رحمی لوله ای معمولاً خود به خود پاره می‌شوند اما ممکن است گهگاه به دنبال معاینه دو دستی یا نزدیکی جنسی پاره شوند. خونریزی معمولاً ادامه می‌یابد و می‌تواند تهدید کننده باشد.

سقط لوله ای، عبور محصول حاملگی از انتهای دیستال لوله فالوپ را توصیف می‌کند. متعاقباً، خونریزی ممکن است متوقف شود و علائم در نهایت ناپدید شوند. با این حال، تا زمانی که محصولات در لوله باقی می‌مانند، خونریزی می‌تواند باعث ایجاد علائم شود. خون به آرامی از فیمبریای لوله‌ای به داخل حفره صفاقی خارج می‌شود و در کول‌دوساک جمع می‌شود. اگر انتهای فیمبریه مسدود شده باشد، لوله فالوپ ممکن است به تدریج با خون متسع شود و هماتوسالپنکس را