

بازمانده

طبابت همراست،

همزبانگی قلب و اندیشه



سرشناسه

عنوان و نام پدیدآور

مرادی، حانیه، ۱۳۷۳ - مترجم
اندوکرینولوژی، تولیدمثل، ناباروری: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه
آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵ / 17th edition Berek & Novak's Gynecology 2025 ترجمه و تلخیص: دکتر
حانیه مرادی و سیده نیلوفر هاشمی. پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر سحر حسینی، دکتر زهرا حاج محمد حسینی
تهران: کاردیا، ۱۴۰۵.

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

شابک

۱۸۲ص: جدول، نمودار(رنگی).

الیه شهدادی

مدیر تولید و برنامه ریزی

فیبا

وضعیت فهرست نویسی

کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب Berek & Novak's Gynecology / 16th edition اثر جاناتان
برک است.

یادداشت

موضوع

زنان -- بیماری‌های هورمونی -- Endocrine gynecology
عقیمی زنان -- جنبه‌های هورمونی -- Endocrine aspects -- Infertility, Female
پزشکی زنان -- Gynecology
زنان -- بیماری‌های هورمونی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
Endocrine gynecology -- Examinations, questions, etc.
عقیمی زنان -- جنبه‌های هورمونی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
Infertility, Female -- Endocrine aspects -- Examinations, questions, etc.
پزشکی زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
Gynecology -- Examinations, questions, etc.
برک، جاناتان -- Berek, Jonathan S.

شناسه افزوده

نواک، امیل، ۱۸۸۳ - ۱۹۷۵ م. بیماری‌های زنان نواک

شناسه افزوده

۱۵۹RG

رده بندی کنگره

۱/۶۱۸

رده بندی دیویی

۹۱۶۳۲۹۸

شماره کتابشناسی ملی

رکورد فیبا

اطلاعات

کتابشناسی

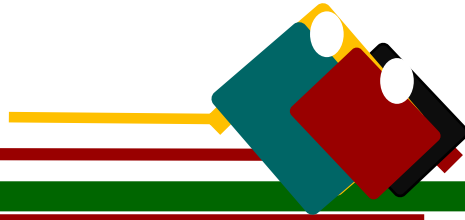
عنوان کتاب: اندوکرینولوژی، تولید مثل، ناباروری. خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی سال ۱۴۰۴ ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵
ترجمه و تلخیص: دکتر حانیه مرادی و دکتر سیده نیلوفر هاشمی؛ پاسخدهی به سوالات تا سال ۱۴۰۴: دکتر سحر حسینی، دکتر زهرا حاج محمد حسینی
حروفچین و صفحه آرا: **رزیدنت یار - مهشید چگینی**
طراح و گرافیسیت: **رزیدنت یار**

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

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

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



اندوکرینولوژی، تولیدمثل، ناباروری

از مجموعه
PRO LEVELS
OB/GYN 2026

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

تشریحی تا سال ۱۴۰۴ و ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵

Berek & Novak's Gynecology 2025 / 17th edition

ترجمه و تلخیص

دکتر حانیه مرادی

متخصص زنان و زایمان

رتبه ۲ بورد تخصصی ۱۴۰۴

هیئت علمی علوم پزشکی دانشگاه آبادان

دکتر سیده نیلوفر هاشمی

متخصص زنان و زایمان

رتبه ۱ بورد تخصصی ۱۴۰۴

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شوشتر

پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴

دکتر سحر حسینی

رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲

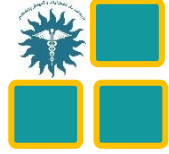
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر زهرا حاج محمد حسینی

رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک





سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش ناممحدود و رمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم فود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد. فدایا از شاگردان درگاهت و مقیقت‌جویان راحت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آن‌چه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، مامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آفرین پیشرفت‌های آموزشی در میطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین فود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به ممتوی بسیار غنی در مبمٹ زنان و زایمان گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مبامٹ و روان‌سازی توسط مؤلف ممترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به فود افتصاص داده است. امید است با مطالعه تمام مبامٹ پیش رو با یاری فداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم



برنام خداوند جان و خرد

رشته زنان و زایمان از مهم‌ترین و پویاترین شتافه‌های علوم پزشکی است که نقشی اساسی در مفظ و ارتقای سلامت زنان و نسل‌های آینده ایفا می‌کند. گستردگی مباحث این رشته، پیشرفت روزافزون دانش پزشکی و مچم قابل توجه منابع مرجع، نیاز به استفاده از منابع آموزشی منظم، کاربردی و متناسب با نیازهای آموزشی و آزمون‌ی را بیش از پیش آشکار ساخته است.

در میان منابع معتبر این موزه، کتاب نواک همواره به عنوان یکی از جامع‌ترین و شتافته‌شده‌ترین مراجع آموزشی زنان و زایمان مورد استفاده دانشجویان پزشکی، دستیاران و متخصصان قرار داشته است. با این حال، مچم بالای مطالب و محدودیت زمان مطالعه، به‌ویژه در دوران آمادگی برای آزمون‌های دستیاری، ارتقا و مورد تفصی، ضرورت بهره‌گیری از منابع تلفیص‌شده و هدفمند را دوپندان می‌سازد.

بر همین اساس، در این کتاب تلاش شده است تا با ترجمه و تلفیص فصول منتخب کتاب نواک، مهم‌ترین مباحث و نکات کلیدی به شکلی روان، منظم و کاربردی در اختیار خوانندگان قرار گیرد. در فرآیند تدوین این اثر، ضمن مفظ امانت علمی نسبت به متن اصلی، بر مفاهیم بنیادین، نکات آموزشی مهم و مطالب مورد توجه در آزمون‌های تفصی تأکید شده است تا مطالعه و مرور مطالب برای مخاطبان آسان‌تر و اثربخش‌تر باشد.

امید است این مجموعه بتواند در کنار منابع اصلی، به عنوان راهنمایی سودمند برای دانشجویان پزشکی، دستیاران و تمامی علاقه‌مندان موزه زنان و زایمان مورد استفاده قرار گیرد و در ارتقای دانش علمی و آمادگی آزمون‌های تفصی مؤثر واقع شود.

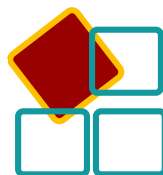
در پایان، از انتشارات رزیدنت‌یار به دلیل حمایت از تولید و انتشار منابع آموزشی ارزشمند و همچنین از تمامی اساتید و همکارانی که با راهنمایی‌ها و حمایت‌های خود ما را در تدوین این اثر یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌نماییم.

با احترام

دکتر نیلوفر هاشمی

دکتر مانیه مرادی

فهرست مطالب



۱۱	فصل ۳۲- سقط زودرس و حاملگی نابه جا
۳۳	سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۲
۳۷	فصل ۳۳- سقط راجعه
۵۳	سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۳
۵۵	فصل ۳۴- آمنوره
۸۳	سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۴
۸۵	فصل ۳۵- اختلالات اندوکراین
۱۲۳	سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۵
۱۲۷	فصل ۳۶- ناباروری

سقط زودرس و حاملگی نابه‌جا

حاملگی غیرطبیعی داخل رحمی:

سقط خودبه‌خود:

وقتی IUP در تریمسر اول از بین برود (EPL) early pregnancy loss گفته میشود.

سقط خودبه‌خود منجر به ختم ناخواسته حاملگی قبل از هفته ۱۳ می‌شود.

اغلب EPL در اثر ژنتیک اِبنرمال در امریو اتفاق می‌افتد.

حدود ۸۰٪ سقط‌های خودبه‌خود در سه ماهه اول اتفاق می‌افتد و با هر هفته افزایش سن حاملگی میزان بروز سقط کاهش پیدا می‌کند.

بعد از یک سقط ریسک EPL افزایش پیدا نمی‌کند اما دو یا چند سقط قبلی خطر سقط در بارداری بعدی را افزایش می‌دهد.

عوامل خطر سقط خودبه‌خود: بالا بودن سن مادر، فاصله کم بین حاملگی‌ها (با فاصله کمتر از ۶-۳ ماه)، سابقه سقط خودبه‌خود قبلی، ابتلای مادر به دیابت و استعمال دخانیات در طی حاملگی.

نکته: در زنان زیر ۳۶ سال در صورت تأیید فعالیت قلب جنین در سونوگرافی خطر سقط خودبه‌خود کمتر از ۴/۵ درصد خواهد بود. در زنان بالای ۳۶ سال خطر سقط خودبه‌خود به ۱۰ درصد افزایش می‌یابد و در زنان بالای ۴۰ سال این خطر ممکن است به ۳۰ درصد برسد.

از دست رفتن زودرس بارداری بر اساس یافته‌های معاینه و سونوگرافی به انواع مختلفی طبقه‌بندی می‌شود.

(missed abortion, incomplete abortion) سقط اجتناب‌ناپذیر، تهدید به سقط، بارداری پوچ، این

اصطلاحات امروزه دیگر مورد استفاده قرار نمی‌گیرند.

برای تشخیص EPL باید مواردی مثل EP, EP اسکار سزارین، حاملگی مولار رد شود.



TVs کلید تشخیصی EPL است اما یک سونو همیشه منجر به تشخیص نمیشود. همیشه قبل از انجام سونوگرافی در یک بیمار با تست ادرار خانگی مثبت باید شرح حال و معاینه فیزیکی انجام شود. (ممکن است حتی یک سونو برای تشخیص EPL کافی باشد اگر معیارهای جدول را پر کنند.)

باید توجه داشت که تغییرات BHCG میتواند مطرح کننده EPL باشد اما به دلیل تنوع زیاد الگوهای تغییر بتا، روند تغییرات این هورمون به تنهایی هرگز معیار تشخیصی EPL نیست.

در ارزیابی سونوگرافی اوایل بارداری احتمالات تشخیص شامل: IUP، بارداری داخل رحمی زودرس، EPL، یافته مشکوک Ep، PUL، EPL است.

سونوگرافی ترانس واژینال شایع ترین روش ارزیابی بارداری زودرس است به دلیل نزدیکی بیشتر پروب به محل بارداری جزئیات بیشتری ارائه میکند.

بیمار باید رضایت آگاهانه (کلامی) از روش و روند سونوگرافی داشته باشد و tvs در حضور فرد دیگری از تیم درمان مانند پرستار انجام شود.

مدیریت یافته های مشکوک اما غیر تشخیصی: EPL

ستون چپ جدول فهرستی از یافته های سونوگرافیک را نشان می دهد که به نفع EPL است اما تشخیص قطعی را دلالت نمیکند. در این شرایط اندازه گیری BHCG کمک کننده نیست زیرا معیارها بر اساس یافته های سونوگرافی تعیین میشود.

دستورالعمل (راست جدول) ویژگی 100 درصد (اطمینان کامل) دارند.

اداره سقط خودبه خود:

باید به بیماران توضیح داده شود که تصورات نادرست از جمله استرس، بلند کردن اجسام سنگین، باعث سقط نشده است و هیچ اقدام یا مداخله ای نمیتوانسته نتیجه را تغییر دهد.

پس از سقط میزان افسردگی، اضطراب، PTSD بالاست. یک چهارم بیماران EPL در خطر افسردگی جدی قرار دارند.

سه گزینه درمانی در زنان دارای علائم حیاتی پایدار و خونریزی خفیف واژینال:

۱. درمان انتظاری
۲. درمان طبی
۳. کورتاژ ساکشنی

نکته: رویکرد انتظاری با افزایش میزان تخلیه سرجیکال برنامه ریزی نشده، خونریزی و ترانسفیوژن خون همراه است اما از نظر میزان عفونت تفاوتی با رویکردهای دیگر ندارد.

درمان طبی: میزوپروستول با دوز در محدوده ۴۰۰ تا ۸۰۰ میکروگرم.



نکته: درمان طبی سقط فراموش شده طبق نظر ACOG با ۸۰۰ میکروگرم میزوپروستول واژینال توصیه می‌شود. می‌توان ۶۰۰ میکروگرم از این دارو را به صورت زیرزبانی نیز تجویز کرد.

نکته: در موارد سقط ناقص می‌توان میزوپروستول را با دوز ۶۰۰ میکروگرم خوراکی یا ۴۰۰ میکروگرم زیرزبانی تجویز کرد.

میزوپروستول بوکال از نظر فارماکولوژی مشابه مسیر واژینال است و میتوان به عنوان یک جایگزین استفاده شود. **نکته:** تأثیر میفه پرستون همراه با میزوپروستول در درمان کارآمد سقط‌های طبی کاملاً به اثبات رسیده است.

درمان دارویی ترکیبی از میفه پرستون و میزوپروستول اغلب از انجام مداخله جراحی جلوگیری میکند. مواردی که کورتاژ با جراحی ضرورت دارد زنانی که تمایل به درمان جراحی دارند، وجود خونریزی بیش از حد، وجود علائم حیاتی ناپایدار، در صورت نگرانی از پیگیری قابل اعتماد از طرف بیمار.

در برخی بیماران از جمله (انمی شدید، اختلالات انعقادی یا بیماری قلبی عروقی) اسپیراسیون رحمی روشی ارجح است زیرا انجام آن در محیط کنترل شده امکان مدیریت خونریزی پس از تخلیه را فراهم میکند.

یافته‌های دلالت کننده برای سقط زودرس (تشخیصی نیستند)	یافته‌های تشخیصی سقط زودرس
<ul style="list-style-type: none"> - CRL کمتر از ۷ میلی‌متر بدون ضربان قلب - میانگین قطر ساک ۲۴-۱۶ میلی‌متر، فقدان رویان - فقدان رویان دارای ضربان قلب ۱۰-۷ روز پس از مشاهده ساک حاملگی بدون کیسه زرده در سونوگرافی - فقدان رویان دارای ضربان قلب ۱۰-۷ روز پس از مشاهده ساک حاملگی همراه با کیسه زرده در سونوگرافی - فقدان رویان به مدت ۶ هفته یا بیشتر پس از آخرین پرپود قاعدگی - آمنیون خالی - بزرگ شدن کیسه زرده (بزرگتر از ۷ میلی‌متر) - ساک حاملگی کوچک به نسبت اندازه رویان (تفاوت کمتر از ۵ میلی‌متر بین میانگین قطر ساک و CRL) 	<ul style="list-style-type: none"> - طول فرق سری - نشیمنگاهی ۷ میلی‌متر یا بیشتر، بدون ضربان قلب - میانگین قطر ساک ۲۵ میلی‌متر یا بیشتر همراه با فقدان جنین - فقدان رویان دارای ضربان قلب ۲ هفته یا بیشتر پس از مشاهده ساک حاملگی بدون کیسه زرده در سونوگرافی - فقدان رویان دارای ضربان قلب، ۱۱ روز یا بیشتر پس از مشاهده ساک حاملگی همراه با کیسه زرده در سونوگرافی



الوایمنوزاسیون و Rh تست:

طبق توصیه ACOG در اولین ویزیت بارداری برای همه بیماران BG RH و غربالگری وجود آنتی بادی انجام شود.

در بیماران RH منفی و بدون آنتی بادی استاندارد این است که در سه ماهه سوم ایمنوگلوبین تجویز شود. مهم: انجمن تنظیم خانواده و ACOG توصیه میکند که در بارداری کمتر از ۱۲ هفته در زمینه EPL یا سقط القایی از تجویز ایمنوگلوبین خودداری شود چون در کشور هایی که در زیر ۱۲ هفته برای سقط ایمنوگلوبین تجویز نشده است تفاوتی در میزان الوایمنوزاسیون دیده نشده است. شواهد موجود نشان میدهد که میتوان در بارداری کمتر از ۱۲ هفته از انجام Rh تست و ایمنوگلوبین صرف نظر کرد.

pregnancy of unknown location:

یک شرایط بالینی است که تست بارداری مثبت است اما سونوگرافی نمی‌تواند بارداری داخل یا خارج رحمی را تایید کند. DDX: بارداری داخل رحمی زنده اولیه/بارداری داخل رحمی غیر قابل حیات اولیه/EP پایدار/EP ناپایدار... PUL یک تشخیص موقتی است و به مرور زمان به یکی از موارد فوق تبدیل میشود. شرح حال: می‌تواند در شناسایی بیماران PUL در معرض خطر EP کمک کننده باشد. درد و خونریزی واژینال شک به ep افزایش می‌دهد. معاینه فیزیکی: علائم حیاتی و معاینه شکم و لگن است. درد شدید شکم مطرح کننده ep است.

سونوگرافی: مشاهده yolk sac در داخل ساک حاملگی تشخیص IUP را قطعی میکند. وجود تنها ساک حاملگی کافی نیست زیرا خطر تشخیص اشتباه وجود دارد و چنین حالتی همچنان جز PUL طبقه بندی می‌شود. در شرایط PUL پزشک اندازه ساک حاملگی را با مقادیر متناظر MSD ثبت می‌کند. پزشک باید کل حفره رحمی را در صفحه سائیتال و عرضی به طور کامل مشاهده کند. مایع آزاد داخل شکمی یا هر گونه توده ادنکس (به جز حرکت جسم زرد) شک به EP را افزایش می‌دهد. در گذشته سونوگرافی با discriminatory zone (سطح بتا کمی که در آن بارداری IUP داخل سونو دیده میشود) مرتبط بود. این محدوده در Tvs بین 1000 تا 2000 گزارش شده است. برای جلوگیری از نتایج کاذب تا 3010 این سطح را افزایش داده اند.

اگرچه برای Iup منطقه افتراقی تعریف شده اما برای Ep چنین منطقه ای وجود ندارد.



سطح bhcg با اندازه ep ارتباطی ندارد.

دیده نشده بارداری خارج رحمی، حاملگی خارج رحمی را رد نمی‌کند.

تست های آزمایشگاهی:

تست های بارداری ادراری می‌تواند Bhcg را در سطح بالای 20 تشخیص دهد.

تست های سرمی بالای 5را تشخیص می‌دهند.*سطح بتا برای تعیین سن بارداری قابل اعتماد نیست.

بتا در هفته دهم بارداری به اوج خود معادل صد هزار می‌رسد.

یک تست منفی بتا برای رد بارداری خارج رحمی مفید است.

اسپیراسیون رحمی در مواردی انجام می‌شود که محل بارداری با سونوگرافی قابل تعیین نیست.

در بیمارانی که بارداری غیرقابل حیات با محل نامشخص دارند یا بیمارانی که تمایل به ختم بارداری دارند

اسپیراسیون رحم یک اقدام تشخیصی درمانی منطقی است.

درمان: pul

در بیمارانی که تمایل به ادامه بارداری ندارند می‌توان درمان فوری با اسپیراسیون رحمی یا درمان دارویی آغاز کرد

اسپیراسیون رحم هم Iup ناخواسته را درمان می‌کند و هم در صورتی که پرز جفتی وجود نداشته باشد یا سطح بتا پس از پروسیجر کاهش نیابد به تشخیص سریع تر ep کمک می‌کند.

راهنمای فدراسیون سقط جنین از استفاده فوری سقط دارویی در افراد واجد شرایط و بدون علائم Ep حمایت می‌کند. شروع فوری سقط دارویی با کاهش زمان میانه لازم برایتشخیص حاملگی داخل یا خارج رحمی همراه است.

به نظر می‌رسد اثر بخشی سقط دارویی در شرایط pul کمی کمتر باشد. اما پیگیری دقیق می‌تواند افرادی را که نیاز به مداخله بیشتر دارد شناسایی کند.

حاملگی اکتوپیک:

نکته: میزان حاملگی اکتوپیک با بالا رفتن سن و تعداد زایمان افزایش می‌یابد.

اتیولوژی و عوامل خطر:

نکته: حدود نیمی از زنانی که با حاملگی اکتوپیک مراجعه می‌کنند هیچ‌گونه عامل خطر قابل شناسایی ندارند.



مهم‌ترین عامل خطر حاملگی اکتوپیک سابقه حاملگی اکتوپیک است. سایر عوامل خطر سابقه جراحی بر روی لوله (از جمله بستن لوله‌ها)، فناوری کمک باروری، سابقه بیماری التهابی لگن (PID).

نکته: التهاب لوله فالوپ تقریباً در ۹۰٪ حاملگی‌های اکتوپیک وجود دارد و علل آن شامل PID، اندومتریوز لوله، سالپنژیت ندوزای ایسم هستند.

عوامل خطری که ارتباط ضعیفی با حاملگی اکتوپیک دارند استعمال دخانیات و داشتن پارتنرهای جنسی متعدد. **نکته:** احتمال کلی حاملگی در زنانی که از وسایل داخل رحمی (IUDها) استفاده می‌کنند، فوق‌العاده ناچیز است اما حاملگی‌های نادری که در این زنان رخ می‌دهند با احتمال بیشتری اکتوپیک هستند.

سابقه حاملگی اکتوپیک:

درمان طبی با متوتروکسات تأثیر متغیری بر باز بودن لوله دارد.

نکته: HSG پس از درمان با متوتروکسات اندیکاسیون ندارد.

جراحی لوله:

- جراحی لوله با افزایش خطر حاملگی اکتوپیک همراه است اما مشخص نیست که این افزایش خطر ناشی از جراحی می‌باشد یا مشکل زمینه‌ای.

نکته: کمترین میزان بروز حاملگی اکتوپیک در سالپنژکتومی پارسیل بعد از زایمان و انعقاد تک قطبی و بالاترین میزان آن در تکنیک‌های انعقاد دو قطبی رخ می‌دهد.

- احتمال شکست عقیم‌سازی در خانم‌هایی که هنگام عمل کمتر از ۲۸ سال داشته‌اند بیشتر از زنان بالاتر از ۳۴ سال است.

- اصلاح عقیم‌سازی خطر حاملگی اکتوپیک را افزایش می‌دهد

احتمال دقیق خطر به روش عقیم‌سازی، محل انسداد لوله، طول باقیمانده لوله، بیماری‌های همزمان و تکنیک جراحی وابستگی دارد.

عفونت لگن:

کلامیدیا عامل بیماری‌زای مهمی است که سبب آسیب لوله و متعاقباً حاملگی لوله‌ای می‌شود و در ۳۰-۷ درصد بیماران مبتلا به حاملگی لوله‌ای کشت داده شده است.



ناباروری:

میزان بروز حاملگی اکتوپیک در آن دسته از زنان نولی پار که تحت درمان ناباروری قرار می‌گیرند افزایش معنی‌داری پیدا می‌کند (حاملگی اکتوپیک با افزایش سن و تعداد زایمان بالا می‌رود).

استعمال دخانیات:

استعمال دخانیات به صورت وابسته به دوز خطر حاملگی لوله‌ای را افزایش می‌دهد. مصرف نیکوتین با تغییرات تحرک لوله، فعالیت مژک‌ها و لانه‌گزینی بلاستوسیت همراه است.

استفاده از روش‌های کنتراسپتیو:

مصرف تمام کنتراسپتیوها با کاستن از احتمال کلی حاملگی خطر حاملگی اکتوپیک را نیز کاهش می‌دهد. IUD های حاوی مس و عوامل هورمونی هم در جلوگیری از حاملگی‌های داخل رحمی و هم خارج رحمی بسیار مؤثر هستند اما در موارد نادری که زن علی‌رغم وجود IUD در محل حامله می‌شود احتمال اکتوپیک بودن حاملگی بیشتر است.

تشخیص:

- تریاد کلاسیک علائم حاملگی اکتوپیک شامل درد، آمنوره و خونریزی واژینال این مجموعه علائم در ۵۰٪ بیماران وجود دارند. شایع‌ترین شکایت هنگام مراجعه در بیماران مبتلا به حاملگی اکتوپیک درد شکم می‌باشد. با بروز پارگی به علت قطع کشش روی سروز لوله، ممکن است به طور گذرا درد از بین برود. درد شانه و پشت که احتمالاً ناشی از تحریک دیافراگم در اثر هموپریتون است ممکن است مطرح‌کننده خونریزی داخل شکمی باشد.

اندازه‌گیری BHCG:

اندازه‌گیری‌های کمی BHCG اساس تشخیص حاملگی اکتوپیک می‌باشد. از میزان BHCG نمی‌توان برای پیشگویی سن حاملگی استفاده کرد. میزان BHCG تقریباً در هفته ۱۰ حاملگی به حداکثر می‌رسد و میزان متوسط سطح حداکثر آن حدود ۱۰۰۰۰۰ است.



Phantom BHCG که در آن وجود آنتی‌بادی‌های هتروفیل یا آنزیم‌های پروتئولیتیک سبب می‌شوند BHCG - سرم در سطح پایین مثبت کاذب شود. این آنتی‌بادی‌ها گلیکوپروتئین‌های بزرگی هستند و در ادرار دفع نمی‌شوند و در نتیجه تست ادراری حاملگی منفی خواهد بود.

- در بیماری که میزان hCG ی کمتر از ۱۰۰۰ میلی یونیت در میلی‌لیتر دارد، باید قبل از آغاز درمان تست حاملگی بر روی ادرار انجام شود و سپس نتایج مثبت با تست‌های تأییدی اثبات شوند.

نکته: در صورتی که نتایج بررسی سونوگرافیک ابتدایی نامشخص باشند (یعنی اگر شواهد حاملگی داخل رحمی و یا حاملگی اکتوپیک وجود نداشته باشند)، معمولاً سنجش سریال مقادیر BHCG ضرورت می‌یابد.

حد آستانه افزایش BHCG در عرض ۴۸ ساعت ۵۳ درصد یا حتی مقادیر کمتر در حد ۳۵ درصد ممکن است مناسب باشد و خطر تداخل با حاملگی‌هایی را که ممکن است در واقع از نوع حاملگی داخل رحمی قابل حیات باشند را کاهش بدهند.

میزان پروژسترون سرم:

میزان پروژسترون در حد مساوی یا بیش از ۲۵ نانوگرم در میلی‌لیتر با حاملگی‌های داخل رحمی قابل حیات در ارتباط است.

میزان پروژسترون سرم در حد کمتر از ۵ نانوگرم در میلی‌لیتر با شکست حاملگی در ارتباط است. میزان پروژسترون در کمتر از یک درصد حاملگی‌های داخل رحمی قابل حیات در حد کمتر از این آستانه است.

سونوگرافی:

زودرس‌ترین یافته سونوگرافیک حاملگی داخل رحمی ساک حاملگی است که به طور مشخص دارای حلقه‌ای گرد، ضخیم و اکوژنیک است که یک بخش مرکزی سونولوسنت را احاطه می‌کند. با پیشرفت حاملگی این ساک به صورت خارج از مرکز در داخل حفره اندومتر قرار می‌گیرد.

ساک حاملگی کاذب (تجمع مایع داخل رحمی) ممکن است از ساک حاملگی تقلید کند.

نکته: مشاهده کیسه زرده در داخل ساک حاملگی برای حاملگی داخل رحمی جنبه تشخیصی دارد در حالی که ساک حاملگی به تنهایی برای این تشخیص کفایت نمی‌کند.

- میزانی از BHCG که در آن می‌بایست حاملگی داخل رحمی قابل مشاهده باشد بهتر است ۳۵۱۰ میلی یونیت در میلی‌لیتر در نظر گرفته شود تا از نتایج کاذب در مورد حاملگی غیرطبیعی پرهیز شود.



- اگرچه گایدلاین‌هایی برای ناحیه تمایز در حاملگی داخل رحمی وجود دارند چنین ناحیه‌ای در مورد حاملگی‌های اکتوپیک وجود ندارد.
- میزان BHCG ارتباطی با اندازه حاملگی اکتوپیک ندارد.
- ساک حاملگی آدنکس همراه با کیسه زرده یا رویان در صورت مشاهده به طور قطعی تشخیص حاملگی اکتوپیک را تأیید می‌کند.

دیلاتاسیون و کورتاژ:

- اگر فقدان حیات در حاملگی ثابت شده باشد یا تمایل به ادامه حاملگی وجود نداشته باشد و محل حاملگی با سونوگرافی قابل تشخیص نباشد از کورتاژ رحم استفاده می‌شود.
- پس از تخلیه حاملگی داخل رحمی غیرطبیعی میزان BHCG در عرض ۲۴-۱۲ ساعت بیش از ۱۵ درصد کاهش پیدا می‌کند. کاهش در حد ۵۰٪ یا بیشتر از ۵۰٪ در عرض ۲۴ ساعت پس از آسپیراسیون واکمیومی وجود حاملگی داخل رحمی غیرطبیعی را پیشگویی می‌کند.
- برای تأیید کاهش غلظت تکرار آزمایش باید در عرض ۲۴-۴۸ ساعت انجام شود.
- اگر رحم تخلیه شده و حاملگی از نوع خارج رحمی باشد غلظت BHCG یا به حد کفه‌ای می‌رسد و یا همچنان افزایش می‌یابد که بر حضور بافت تروفوبلاستیک خارج رحمی دلالت دارد.

درمان:

درمان جراحی:

- در اکثر موارد در روند اداره حاملگی اکتوپیک لاپاراسکوپی بر لاپاراتومی برتری دارد.
- اندیکاسیون‌های لاپاراتومی: بیماری که از نظر همودینامیک ناپایدار بوده و باز کردن سریع شکم ضروری باشد، حاملگی شکمی (ابدومینال)، بیماری چسبیده گسترده شکمی یا لگنی، هر وضعیت دیگری که سبب دشوار یا خطرناک شدن لاپاراسکوپی شود.

سالپنژکتومی در مقابل سالپنگوستومی:

- کنترا اندیکاسیون سالپنگوستومی: لوله فالوپ پاره شده، استفاده گسترده از کوتر برای ایجاد هموستاز، آسیب دیدگی شدید لوله، عود حاملگی اکتوپیک در همان لوله.



- عامل خطر اصلی سالپنگوستومی حاملگی اکتوپیک پایدار ناشی از شکست در خارج‌سازی کل محصول حاملگی از لوله. در نتیجه باید پس از سالپنگوستومی سطح βHCG به صورت هفتگی پیگیری شود.

- مواردی که حاملگی پایدار بعد از سالپنگوستومی بیشتر است بیمارانی که میزان βHCG ابتدایی آن‌ها بالاست، مراحل ابتدایی حاملگی، حاملگی‌های اکتوپیک کوچکتر (کوچکتر از ۲ سانتی‌متر).

نکته: در مواردی که حاملگی اکتوپیک در ناحیه آمپول باشد دوشیدن لوله با افزایش ۲ برابر در میزان حاملگی اکتوپیک راجعه همراه بوده و این کار عموماً توصیه نمی‌شود و اگر حاملگی در ناحیه فیمبریه قرار داشته باشد این تکنیک ممکن است مؤثر واقع شود.