

گزارش یک مورد مرگ ناشی از حاملگی نابجا

دکتر مسعود پورحسین* - دکتر میترا لطفی** - دکتر سیدخسرو قاسمپوری*

* متخصص پزشکی قانونی، اداره کل پزشکی قانونی استان مازندران

** متخصص زنان و زایمان

نویسنده پاسخگو: استان مازندران - ساری - بلوار آزادی - انتهای خیابان بعثت - اداره کل پزشکی قانونی استان مازندران pamian1375@yahoo.com

مقدمه

شکم به صورت درد تیز و اختلالات وازوموتور (سرگیجه تا سنگوپ) همراه با حساسیت شکم در لمس شایع است. در معاینه واژینال حرکت سرویکس درد شدیدی ایجاد می‌کند.

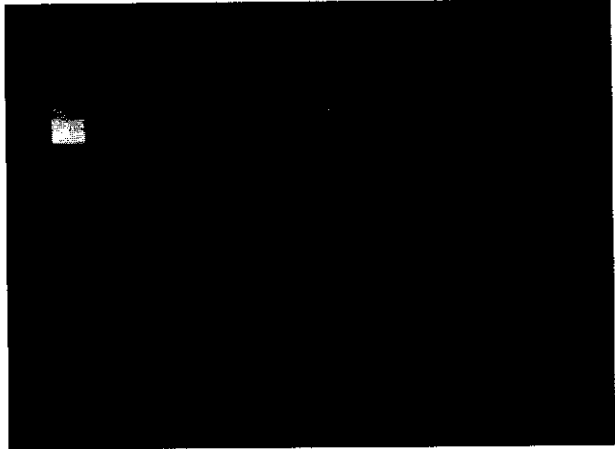
معرفی مورد

خانمی ۲۴ ساله به دنبال چند روز تأخیر در قاعدگی با شکایت خونریزی واژینال به بیمارستان مرکزی شهر مراجعه می‌کند. گراویندکس وی مثبت بود. بنابراین درخواست سونوگرافی شد که رحم و ضمایم رحمی نرمال بود و شواهدی مبتنی بر حاملگی دیده نشد. بیمار با توصیه به استراحت از بیمارستان مرخص گردید. پس از ترخیص، لکه بینی بیمار همچنان ادامه داشت. بیمار یک هفته بعد در ساعت یک و نیم بامداد با شکایت درد شکم و تعریق مجدداً در بیمارستان بستری گردید و تا ساعت ۷ صبح تحت نظر قرار گرفت و برای وی سرم و آمپول مسکن تجویز گردید. در این ساعت بدون تشخیص علت اصلی بیماری و در حالی که همچنان از بی‌حالی، ضعف، تعریق و درد شکم متالم بود از بیمارستان مرخص گردید. بیمار به‌رغم میل و خواست شخصی (بنابر اظهارات همراهان بیمار) به محل سکونتش واقع در حومه شهر منتقل می‌شود اما به علت تشدید درد و بی‌حالی مجدداً در ساعت ۸ صبح به بیمارستان انتقال می‌یابد که در راه فوت می‌نماید. در معاینه ظاهری ملتحمه چشم‌ها رنگ پریده بود. در کالبدگشایی عروق خالی از خون بود و حدود ۳-۴ لیتر خون در حفره صفاق مشاهده گردید. در بررسی دقیق تر سوراخی به قطر تقریبی ۵ میلی‌متر با لبه‌های ناصاف و خون

حاملگی نابجا به لانه‌گزینی جنین در جایی غیر از آندومتر رحم اطلاق می‌شود که میزان بروز آن در آمریکا ۲٪ می‌باشد (۱) و در سه ماهه اول بارداری شایع‌ترین علت مرگ مادران محسوب می‌گردد (۲). حاملگی خارج رحمی در بیش از ۹۵٪ موارد در لوله‌های رحمی (بیشتر در آمیولا و پس از آن در ایسموس و به میزان کمتر در اینترستیسیال) رخ می‌دهد (۳). طبیعت خاص لانه‌گزینی اینترستیسیال، آسیمتری متغیری در رحم ایجاد می‌کند که تمایز آن از حاملگی داخل رحم بسیار مشکل است و بنابراین غالباً در تشخیص سریع بیماری غفلت می‌شود (۴). با توجه به قابلیت اتساع میومتر، پارگی معمولاً بین هفته‌های ۸ تا ۱۶ بارداری رخ می‌دهد و به دلیل لانه‌گزینی در بین شریان‌های تخمدانی و رحمی خونریزی ممکن است سریعاً به مرگ بیمار بیانجامد (۵).

عوامل بروز حاملگی نابجا به دو دسته عوامل مکانیکی (سابقه جراحی لوله‌های رحمی، سالیئزیت دور لوله به علت عفونت پس از سقط یا زایمان، آپاندیسیت، آندومتریوز) و عملکردی (تغییر غلظت سرمی استروژن‌ها و پروژسترون، مصرف داروهای پروژسترونی در درمان نازایی‌ها و ...) تقسیم می‌شوند (۳).

تظاهرات بالینی بسیار متنوع بوده و بستگی به محل بروز پارگی دارد. در موارد کلاسیک، خونریزی واژینال تأخیری و مختصر ایجاد می‌شود که معمولاً لکه بینی محسوب می‌گردد. درد ناگهانی پایین



تصویر ۱ - سونوگرافی انجام شده در اولین مراجعه متوفیه به بیمارستان

مردگی در بخش داخلی لوله‌های رحمی در طرف راست مشاهده شد. یافته‌های آسیب شناسی حاکی از وجود شواهد حاملگی خارج رحمی از نوع اینترستیسیال بود.

بحث

تشخیص سریع حاملگی خارج رحمی باعث کاهش میزان مرگ و میر و عوارض ناشی از آن در مادران می‌گردد. اگر حاملگی خارج رحمی در زمان مناسب تشخیص داده شود، امکان استفاده از درمان‌های پیشرفته نظیر میکروسرجری، لاپاراسکوپی و یا درمان‌های دارویی و غیرتهاجمی وجود دارد اما تأخیر در تشخیص باعث وقوع پارگی لوله رحمی شده و در آن صورت سالیپینگکتومی (خارج کردن لوله‌های رحمی) تنها روش درمانی قابل اجرا به شمار می‌رود. همان‌گونه که ذکر شد حاملگی نابجا در ناحیه اینترستیسیال، آسیمنتری متغیری در رحم ایجاد می‌کند که تمایز آن از حاملگی داخل رحمی بسیار مشکل بوده و باعث غفلت بیشتر در تشخیص می‌گردد. از سوی دیگر در ناحیه آمیولا معمولاً پارگی سریع‌تر (در چند هفته اول بارداری) از بخش اینترستیسیال (بین هفته ۸ تا ۱۶) رخ می‌دهد که ناشی از اتساع-پذیری میومتر در آن ناحیه می‌باشد. البته ذکر این نکته لازم است که خونریزی در ناحیه اینترستیسیال به دلیل شدت بیشتر در اغلب موارد

منجر به فوت بیمار قبل از رسیدن به بیمارستان می‌گردد و در صورت اقدام سریع نیز تنها راه درمان هیستریکتومی است. به طور کلی در تشخیص حاملگی نابجا قدم اول آزمایش β HCG سرمی و سونوگرافی شکمی است که بهترین پیش‌آگهی را دارد. البته شناسایی فرآورده‌های لقاح در لوله رحم با استفاده از سونوگرافی شکم تا هفته ۶-۵ بعد از قاعدگی امکان‌پذیر نیست. در چنین مواردی سونوگرافی واژینال روش دقیق‌تر و اختصاصی‌تر تشخیص حاملگی محسوب می‌گردد که در بیش از ۹۰٪ موارد می‌توان از آن به نحو مؤثری استفاده نمود. به طور معمول اگر β HCG بیشتر از ۱۵۰۰ واحد و رحم خالی باشد، تشخیص حاملگی نابجا مطرح می‌شود اما اگر β HCG کمتر از ۱۵۰۰ باشد نمی‌توان با قطعیت در مورد تشخیص نظر داد. با توجه به اینکه β HCG سرمی می‌تواند حاملگی را حتی ۸ روز پس از لقاح مشخص کند و متأسفانه ساک داخل رحمی را حتی با سونوگرافی واژینال نمی‌توان قبل از روز ۲۸ مشاهده کرد بنابراین پس از آخرین روز قاعدگی یک روزه ۲۰ روزه در تشخیص حاملگی نابجا خواهیم داشت و در این فاصله زمانی امکان وقوع هر حادثه‌ای وجود دارد. در این شرایط سطح پروژسترون سرمی نیز کمک‌کننده است چنان که پایین بودن سطح پروژسترون امکان سقط را مطرح می‌سازد.

در مورد گزارش شده، آزمایش گراویندکس مثبت بود در صورتی که برای تشخیص دقیق، غلظت سرمی β HCG موردنیاز بود. همچنین سونوگرافی انجام شده در حدود هفته ۶ حاملگی انجام شده که با توضیحات داده شده امکان وجود شواهد حاملگی در آن منتفی بود بنابراین بیمار با تشخیص غلط سقط نارس از بیمارستان ترخیص و توصیه به استراحت در منزل گردید؛ در حالی که ارجاع به پزشک متخصص زنان و زایمان و پیگیری از نظر بررسی دقیق وضعیت حاملگی می‌توانست سرنوشت دیگری برای بیمار رقم بزند. در مراجعه بعدی بیمار که سن حاملگی او به حدود ۸ هفته رسیده بود، وی با شکایت شکم درد، تعریق و تهوع به اورژانس آورده می‌شود و علی‌رغم وجود آزمایش‌های قبلی مینی بر مثبت بودن بارداری بدون انجام آزمایش مجدد به مدت ۶ ساعت تحت درمان حمایتی با سرم و مسکن قرار می‌گیرد و پس از تخفیف نسبی علائم و با وجود ادامه تألم از ضعف، بی‌حالی و تعریق از بیمارستان ترخیص گردید. متأسفانه بیمار یک ساعت پس از ترخیص در راه انتقال مجدد به بیمارستان فوت نمود. در کالبدگشایی، حاملگی نابجا از نوع اینترستیسیال مشاهده شد.

- 1- Jermi K, Thomas J, Doo A, Bourne T, Diagnosis of tubal ectopic pregnancy, BJOG, 2004 Nov, 111(11):1283-88.
- 2- Saxon D, Falcone T, Mascha EJ, Marino T, Yao M, Tulandi T. A study of ruptured tubal ectopic pregnancy. Obstet Gynecol, 1997 Nov, 90(5): 866-67.
- 3- Falcone T, Mascha EJ, Goldberg JM, Falconi LL, Mohla G, Attaran M. A study of risk factors for ruptured tubal ectopic pregnancy. J Women Health. 1998 May, 7(4): 459-463.
- 4- Hajenius PJ, Mol BW, Bossuyt PM, Ankum WM, Vav Der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2): CD000324.
- 5- Bickell NA, Bodian C, Anderson RM, Kase N. Time and risk of ruptured tubal pregnancy. Obstet Gynecol. 2004 Oct, 104(4): 789-794.



اشتراک مجله

مجله علمی پزشکی قانونی فصلنامه‌ای پژوهشی است که توسط سازمان پزشکی قانونی کشور منتشر می‌گردد. بهای اشتراک سالانه مجله (با هزینه ارسال) ۵۰۰۰۰ ریال است که می‌باید به حساب ۲۱۷۱۲۴۱۳۵۲۰۰۶ بانک ملی شعبه کاخ دادگستری به نام تمرکز وجوه درآمد پزشکی قانونی معاینات ستاد (قابل پرداخت در کلیه شعب بانک ملی در سراسر کشور) واریز گردد. مدارک موردنیاز شامل اصل فیش (حواله) و فرم تکمیل شده درخواست اشتراک (فرم ذیل) می‌باشد.

نشانی: تهران - ضلع جنوبی پارک شهر - خیابان بهشت - سازمان پزشکی قانونی کشور
دفتر مجله علمی پزشکی قانونی کدپستی: ۱۱۱۴۷۹۵۱۱۳

تلفن: ۵۵۶۱۹۰۹۹ شماره: ۵۵۸۹۰۷۰۳

E mail: SJOFM@yahoo.com

شماره اشتراک	برگ اشتراک مجله علمی پزشکی قانونی
نام:	نام خانوادگی:
شغل:	مدرک تحصیلی:
شماره موردنیاز از شماره:	تعداد موردنیاز:
نشانی کامل پستی:	رشته تحصیلی:
کد پستی:	شماره از هر شماره:
تلفن تماس:	نشانی کامل پستی:
مدرک ارسالی بانکی (فیش بانکی <input type="checkbox"/> حواله بانکی <input type="checkbox"/> شماره مدرک	کد پستی:
در صورت اشتراک قبلی شماره اشتراک را ذکر کنید	تلفن تماس:

Registration Form

The Journal of Legal Medicine is a research quarterly published by Iranian Legal Medicine Organization. The annual registration fee (including packaging and shipping) is 50000 Rls which has to be sent through bank note/ money order to the address below (Applications should be sent along with other necessary documents, including a copy of money order and registration form completely).

BANK MELLI IRAN
HESSABHAYE DOWLATI
BRANCH
SWIFT CODE : MELIIRTHHES
Account No : 70068
Address: Legal Medicine
Organization of I.R. Iran.
Behest St. Tehran. Iran
Postal Code: 11144
Tel: +982155619099
Fax: +982155890703
E- mail: SJOFM@yahoo.com

Registration Form of Iranian Journal of Legal Medicine

Name:

Surname:

Occupation:

Degree: Field:

I hereby request for IJLM to be sent to the address below:

Postal Code: Tel:

From issue number to, of each issue.