

الفصل الثامن

الإجهاض المتكرر

س - متى يعد الإجهاض متكررا؟

ج - يعد الإجهاض متكررا إذا حدث ثلاث مرات فأكثر، ولكن أصبح معتادا الآن بحث الأمر بعمق إذا تتابع إجهاضان، ويجب اتخاذ الاحتياطات التي تمنع التكرار بعد إجهاض واحد.

إلا أنه يجب التحذير من أن المريضة قد تعرض بعض مواقف تأخير الدورة كأنها إجهاض، فلا بد من أن يتأكد الطبيب من حقيقة حدوث الإجهاض، وذلك عن طريق تحليلات الكشف عن الحمل التي أجرتها المريضة ومكان إجرائها، أو حدوث نزيف لفترة طويلة خاصة إذا صحبته آلام في أسفل البطن مما استلزم عملية تفريع وكحت عن طريق جهة موثوق بها، وهناك الآن من التحاليل الحديثة ما يمكن به الكشف عن الحمل مبكرا جدا، وإذا قابل الطبيب المريضة بعد أي من هذه المواقف فإن عينة من كحت الرحم - إن وجدت - كفيلا بالكشف عما إذا كان ما ذكرته حملا أو لا.

وقد بينت البحوث الحديثة أن نسبة لا يستهان بها من السيدات المصابات بالعمق قد يعانين من إجهاض مبكر جدا يحدث قبل الشك فى حدوث الحمل نفسه بتأخر نزول الطمث، وقد تأكد ذلك بإمكانية الكشف عن هرمون الحمل Beta-hCG قبل موعد الدورة التالية، وأصبحت مراكز الخصوبة تتعامل مع ما يعرف بالحمل الكيماوى Chemical Pregnancy الذى قد لا يتطور إلى حمل إكلينيكى، وهذا التحليل يمكن إجراؤه بعد ١٦ يوما من التبويض لمعرفة حدوث الحمل من عدمه.

ويجب أن يكون معلوما أن هناك نسبة إجهاض شبه ثابتة عند السيدات وهى تدور حول ١٥٪، وقد تأكد ذلك محليا فى بحث أجريناه فى مركز إسكندرية النموذجى لتنظيم الأسرة، ولكن هذه النسبة ليست ثابتة بالنسبة للمرأة نفسها، فهى تنخفض إلى ٦٪ قبل سن الثلاثين وتصل إلى ٢٥٪ بعد الأربعين طبقا لبحث فنلندى منشور.

أما نسبة الإجهاض المتكرر فهى ٣٪.

المهم أن كثيرا من الإجهاض الطارئ أثبتت البحوث أنها مشوهة، وعلى ذلك فإن ما يبدو للمريضة أنه نقمة قد يكون نعمة، وكما ذكرنا فإن كثيرا من الأطباء الآن - عند حدوث إجهاض واحد - يستكملون البحوث اللازمة ويقدمون العلاج الذى يمنع تكرار هذا

الإجهاض إذا اكتشف سببه، وهم على حق فى هذا، ذلك أن الإجهاض عند تكراره يسبب صدمة واكتئاباً عند الزوجين وأهلها فضلاً عن حرج الطبيب نفسه.

س - ما هى أسباب الإجهاض المتكرر؟

ج - أسباب الإجهاض المتكرر كثيرة وأغلبها يمكن علاجه بعد عمل الفحوص اللازمة، ولكن بعضه يعنى علاجه أيضاً برغم عدم التوصل إلى سبب أكيد للإجهاض، والأسباب تقع تحت العناوين التالية:

١ - وجود عدوى بالجسم:

- فيروسية مثل (CMV) Cytomegalovirus.

- طفيلية مثل التوكسوبلازما Toxoplasmosis.

- بكتيرية مثل الزهري Syphilis.

- بروتوزوا الكلاميديا Chlamydia.

وعلى ذلك فإن التحاليل التى قد تطلب فى هذا المجال هى كل أو بعض ما يلى:

IgM Toxoplasma, Herpes simplex Type 11 IgM, V.D.R.L.,
Rubella Antibodies (IgM - IgM), CMV IgG-IgM.

والتترايسيكليين والإريثروميسين Tetracycline and Erythromycin - كل منهما كمضاد حيوي - يقضى على كثير من العدوى المسببة للإجهاض، ونتائجهما فى حماية الحمل التالى بنسبة كبيرة مؤكدة، ولكن يحظر استعمال التترايسيكليين أثناء الحمل، ويستخدم الروفاميسين Rovamycin لعلاج التوكسوبلازما حتى أثناء الحمل، ويمكن علاج الحالات الفيروسية بمضادات الفيروس، وقد قضى البنسلين على مرض الزهري تقريبا.

وقد نشر مؤخرا أن عدم علاج السيلان والكلاميديا يمكن أن يؤدي إلى الولادة المبكرة.

٢ - الأمراض المزمنة:

مثل أمراض الكلى والكبد، أما الضغط المرتفع فدوره هنا يأتى عادة بعد الأسبوع العشرين.

٣ - ضعف عضلة عنق الرحم:

وهذا يؤدي إلى الإجهاض المتكرر عادة فى الفصل الثانى للحمل Second Trimester، ويتميز هذا الإجهاض بسهولة نسبية ويكون الجنين حيا، ويمكن كشف هذه الحالة بالحصول من المريضة وأهلها على تفاصيل الإجهاض السابق ثم الفحص الإكلينيكي حيث نجد أن عنق الرحم - بعد التأكد من اتجاه تجويف الرحم - يمرر موسع هجر

رقم ٦ بسهولة دون أن تشعر المريضة بألم حقيقى، بشرط أن يجرى ذلك الاختبار بعد أيام من انتهاء الطمث الشهرى ودون أن يكون عنق الرحم مفتوحا مثلما هو الحال عقب إجهاض.

وبالأشعة فوق الصوتية فى أثناء الحمل قد يكون عنق الرحم قصيرا أو بدأ فى الاتساع وأصبح قطره أكبر من القطر المعتاد، وعند عمل أشعة بالصبغة يمكن أن تتسرب الصبغة بكميات كبيرة فور سحب قسبة الحقن The Canula.

وضعف العضلة قد يكون خلقيا أو ناتجا من تدخل جراحى سابق من خلال عنق الرحم وهذا هو الأكثر، وعلاج هذه الحالة يكون بعمل غرزة محيطية بعنق الرحم فى الشهر الرابع فى المعتاد حتى يمكن أن يكون الحمل قد مر بأسباب الإجهاض المميزة للفصل الأول للحمل بسلام، وهناك نوعان من هذه الغرزة: McDonald Cerclage وهى الأسهل، و Modified Shirodkar Cerclage ونتائجهما متقاربة.

وقد وجدت أنه من الأفضل رفع هذه الغرزة بعد انتهاء الأسبوع الأول من الشهر التاسع، لأن الانتظار لحين بدء تقلصات الولادة قد يؤدي إلى تمزق عنق الرحم إذا بدأت انقباضات الرحم فى ظروف لا تمكن المريضة من التوجه فورا إلى المستشفى، وقد حدث ذلك كثيرا.

ويمكن علاج بعض الحالات. يعمل غرزة فتح البطن - Trans Abdominal Cerclage عندما لا تفلح غرزة أو أكثر عن طريق المهبل. حيث يكون عنق الرحم مصابا بتهتكات ظاهرة وباطنة لا يمكن تخطيها عن طريق المهبل، ونتائج الغرزة عن طريق البطن ممتازة، ويجب هنا تحذير المريضة بأنه لو حدث إجهاض لأسباب أخرى فالتفريغ يكون عن طريق فتح البطن، والتوليد بقبصرية دائما.

ويمكن الآن عمل غرزة البطن من خلال المنظار سواء قبل أم أثناء الحمل، وينصح د / سيبتا J. Scibetta بتثبيت ممدد هجر ٨ مم فى عنق الرحم أثناء العملية لمنع إغلاق عنق الرحم إذا أجريت العملية قبل الحمل وللإفادة بهذا الاتساع إذا حدث إجهاض مبكر.

٤ - تشوه تجويف الرحم:

وهذا قد ينشأ من العيوب الخلقية التى تولد بها الأنثى فى جهازها التناسلى والتى سبق الإشارة إليها، أو لوجود ورم ليفى يتداخل بشكل واضح فى تجويف الرحم، ونلجأ إلى الجراحة فقط إذا تسبب ذلك فى الإجهاض، إذ كثيرا ما يستمر الحمل على الرغم من وجود بعض العيوب الخلقية والأورام الليفية مع احتمال الولادة المبكرة، واستخدام المنظار الرحمى بمساعدة الأشعة فوق الصوتية يسهل التعامل مع الحاجز الذى يتدلى فى الرحم، والرحم ذو القرنين

يمكن علاجه جراحيا بفتح البطن. واستخدام الهرمونات فى متابعة حمل الرحم الصغير ممكن.

ومن أخطر تشوهات الرحم هى التى تنتج من عملية الكحت الشديد لبطانة الرحم بحيث تترك جزر عارية من بطانة الرحم فى تجويفه فتلتصق ببعضها مهددة مساحته بشكل يودى إلى عدم الحمل وتوقف الطمث أو الإجهاض المتكرر على الأقل، وعلاج هذه الحالة الوقائى هو أن يكون الكحت داخل الرحم بركة، وإذا أجريت عملية تفريغ لحمل أو بقايا حمل يجب استخدام جفت البويضة أكثر الوقت حتى ينتهى استخراج أنسجة جنينية تماما، ويكون دور ملعقة الكحت تكميليا وبرقة.

أما العلاج الجراحى فيكون باستخدام منظار الرحم لقطع الجزر المتليفة وتركيب لولب يعرقل عودتها مع استخدام الإستروجن لزيادة مساحة البطانة الرحمية.

٥- اختلال النظام الهرمونى:

- تقص هرمون البروجستيرون: وأهمية هذا النقص تقع فى الشهور الأولى فقط، وهذا الهرمون يسهل تقديمه علاجيا، وهو يقلل من تقلصات الرحم فى الإجهاض المنذر، وقد ثبت أن قلة من المرضى بالإجهاض المتكرر يحتاجونه فعلا إذا أمكن التوصل إلى سبب الإجهاض المتكرر، كما يمكن إعطاء hCG كعلاج فى تثبيت الحمل

المعرض لإجهاض فى الشهور الثلاثة الأولى بجرعة ابتدائية قدرها ١٠٠٠٠ وحدة ثم يعطى ٥٠٠٠ وحدة مرتين أسبوعياً، وفى تقييم لهذا العلاج الأخير وجد أن ميزته الكبرى كانت فى النساء اللاتى تميزن بدورة دائمة التأخير Oligomenorrhea.

- ارتفاع مستوى هرمون LH قبل حدوث الإخصاب، وهذا مما اكتشف حديثاً. ووجد أنه مصحوب بزيادة فى الإجهاض تبلغ عدة أضعاف، وارتفاع مستوى هذا الهرمون فى الدم موجود فى بعض حالات العقم مما قد يعطى انطباعاً بأن العقم والإجهاض فى المرأة هما طرفا مرض واحد، وتصبح السيطرة على هذا الهرمون قبل وأثناء الحمل أحد طرق العلاج، وقد وجد أن نسبة الإجهاض فى حالات تكيس المبيضين التى تزيد فيها نسبة هذا الهرمون أعلى من الحالات العادية.

- نشر أخيراً أن بعض حالات الإجهاض المتكرر تكون نسبة البرولاكتين فيها مرتفعة.

٦- مشكلة فصيلة الدم Rh:

هناك نقاط هامة فى هذا الموضوع يجب توضيحها:

- لم يعد مقبولاً - فى الزمن الحالى - أن تكون هناك مشكلة فى موضوع الـ Rh، ففصيلة المرأة الحامل يجب طلب تحديدها فى أول

زيارة للطبيب أثناء الحمل، فإذا جاءت الفصيلة Rh-ve يجب طلب فصيلة الزوج فإذا جاءت معاملة فلا مشكلة، أما إذا جاءت فصيلة الزوج + Rh فالنقاط التالية هامة:

- يجب أن تكون حقنة الجلوبيين المضاد Anti-D Globulin جاهزة طوال فترة الحمل وأن يكون تاريخ صلاحيتها ينتهي بعد موعد الولادة وأن تحفظ في الثلاجة وليس في الفريزر، ذلك أن الاحتياج لهذه الحقنة قد يكون مفاجئاً إذا حدث إجهاض بعد ستة أسابيع، ويمكن إعطاء جرعات أقل إذا كان الإجهاض في الشهر الأول، وذلك حماية للجنين التالي.

- يجب عمل اختبار للأجسام المضادة Anti-D Antibodies بصورة شهرية من الشهر الخامس، فإذا بدأ ظهور الأجسام المضادة توضع المريضة تحت عناية خاصة ومتابعة دقيقة للقيام بعملية الولادة في أقصى وقت يمكن فيه للجنين أن يتحمل الحياة خارج الرحم مع عمل بذك للسائل الأمنيوسى Amniocentesis بمساعدة الأشعة فوق الصوتية لتجنب موقع المشيمة، وهدف البذل هو كشف نسبة البيليروبين Bilirubin فى السائل الأمنيوسى حيث إن زيادتها مؤشر على زيادة الخطورة على الجنين، ويكون العلاج والتوليد فى مكان طبي يمكن أن يتعامل مع هذا الجنين من ناحية تغيير الدم ونقص النمو.

- تعطى حقنة الجلوبيولين المضاد عادة بعد الولادة وقبل انقضاء ٧٢ ساعة، وكلما كان أقرب كان أفضل.

- وقد استقرت الآن إمكانية علاج عدم توافق العامل الريسى أثناء الحمل بعمل نقل دم من فصيلة ORh-ve للجنين فى بطن أمه الذى ابتكرته Lilly عام ١٩٦٣ والذى أنقذ الكثيرين من هؤلاء الأطفال الذين كانوا معرضين للإجهاض أو الوفاة فى البطن، ثم طور الآن هذا العلاج إلى الحقن داخل أوعية الجنين مباشرة باستخدام منظار الجنين Fetoscope الذى يتيح رؤية الجنين بألوانه الطبيعية داخل بطن أمه.

٧ - أسباب فى الجنين:

يلعب شذوذ التركيب الكروموسومى للاقحة Zygote سواء من ناحية الأب أم الأم أم الجنين دورا كبيرا فى نسبة عالية من الإجهاض، ولكن من الناحية العملية لا معنى للإصرار على تحليل كروموسومى للجنين المجهض إن لم يتكرر الإجهاض، كما أن العلاج الجينى ليس متاحا الآن بصورة جماهيرية.

وزيادة Alfa-fetoprotein فى دم الأم وجد أنه مصحوب بزيادة فرصة الإجهاض فى الفصل الثانى للحمل فضلا عن الولادة المبكرة وتأخر النمو فى الرحم كما أنه يؤدي إلى نسبة وفاة عالية للجنين فى فترة الولادة Peri-natal mortality.

وعدم سلامة نمو الجنين بأسبابها المختلفة لها ظواهر كثيرة يمكن الكشف عنها أثناء الحمل بالوسائل المتاحة حديثا كما يمكن التعامل معها علاجيا بصورة لم تكن متاحة من قبل.

فيمكن الآن تخفيف كثرة السائل الأمنيوسي Polyhydramnios بإعطاء حقن إندوميثاسين Endomethacen كما بدأ في الثمانينات العمل في مجال جديد للتعامل مع الأجنة في بطون أمهاتهم بالجراحة لعلاج حالات معينة مثل المثانة المسدودة والانسكاب الصدري Thoracic Effusions بعمل وصلات تؤدي إلى السائل الأمنيوسي.

كما أمكن عمل جراحات مفتوحة مع تقدم متواصل لعلاج فتق الحجاب الحاجز وتشوهات الرئة. وقد ساعد على ذلك ما يلي:

- تطور الأشعة فوق الصوتية والبصريات الأليافية Fiber Optics.

- أن الجروح داخل الجنينية المبكرة تلتئم بدون ندوب.

ذلك فضلا عن تقدم العلاج الطبي لبعض الأمراض والتعامل المتزايد مع بعض الجينات المرضية.

وعندما يكون بالحمل عدد كبير من التوائم - لن يتاح لها فرصة الحياة وهو ما زادت احتمالاته بطرق مساعدة الإنجاب الحديثة - فقد أصبح ممكنا تدمير بعض التوائم لتخفيض العدد في الشهور

الأولى بطرق مختلفة مثل حقن كلوريد الصوديوم فى القلب بإرشاد الأشعة فوق الصوتية، ثم يستمر الحمل بالعدد المقبول من التوائم، ذلك على رغم أنه نشر حديثاً أن لهذه العملية مضاعفات وتأثيراً على مسار حمل بقية التوائم.

وعلى كل حال فقد أصبح هناك مراكز عناية مركزة للأطفال تستطيع أن ترعى أطفالاً ناقصى النمو، ووزنهم يقل عن كيلو جرام واحد بنتائج لم تكن متصورة منذ سنوات قليلة.

٨- التعرض المستمر لبعض السموم والغازات السامة المحملة بالرصااص:

وقد تأكد ذلك فى البلاد التى جرى فيها دراسات لاحتمالات هذا التلوث، وقد عرض هذا الموضوع ضمن مشاكل تلوث البيئة التى عرضت فى مؤتمر القاهرة الدولى عن السكان والتنمية فى سبتمبر ١٩٩٤.

وقد نشر أخيراً أن أية منطقة يشتهب فى التلوث الضار بها يجب أن تدرس كل منها على حدة.

٩- أسباب غذائية:

لا بد أن يكون النقص الغذائى شديداً كى يكون سبباً للإجهاض، وقد ثبت مؤخراً نقص حمض الفوليك Folic acid والبيروكسين

Pyridoxin فى بعض حالات الإجهاض المتكرر، وتقديمها قبل وأثناء الحمل لا يمثل عبئا علاجيا كبيرا.

كما تنصح البحوث لمن تبحث عن الحمل واستمراره أن تمتنع عن تناول الكحوليات. وكذلك يشتبه فى تأثير للكافيين.

١٠- أسباب فى الزوج:

فى بعض حالات الإجهاض المتكرر ينصح بالفحص الكروموسومى للحيوانات المنوية.

كما وجد أن الأجسام المضادة للحيوانات المنوية قد يكون لها دور فى الإجهاض المبكر مثلما له دور فى إضعاف قدرة الحيوان المنوى على الإخصاب.

ووجد أن بعض حالات الإجهاض المتكرر عند إخضاع السائل المنوى للزوج لاختبارات Hypo-osmotic Swelling Test Score تكون منخفضة عنها عند الأزواج الطبيعيين بنسبة كبيرة.

كذلك وجد أن الأزواج ذوى السائل المنوى منخفض الصفات من حيث العدد والحركة وكذلك عندما تكون الحيوانات السليمة تماما With Strict Morphology أقل من ٤٪ يعرضون زوجاتهم للإجهاض التلقائى؛ فإذا لم يفلح العلاج الطبى فى تحسين هذه الصفات فمجالهم هو الحقن المجهرى.

مشاكل الأسباب المناعية فى الإجهاض المتكرر نوعان:

النوع الأول: هو الذى يكون فيها مولد المضاد Antigen من داخل جسم الأم نفسها Autoimmune وصورته الإكلينيكية الظاهرة تتمثل فى مرض الذأب الحمأى Systemic Lupus Erythematosis، ولكن توجد صور تحت الإكلينيكية يحدث فيها إجهاض متكرر لا تفلح فيها طرق العلاج العادية ولكن يجمعها مع مرض الذأب الحمأى ما أصبح يسمى Antiphospholipid Syndrome بناء على كشف مضاد الشحم الفوسفورى Antiphospholipid فى الدم، وهى حالات قد يحدث فيها تجلطات دموية فى أوعية مشيمة الجنين فتوقف تغذيته مؤدية إلى الإجهاض، وقد وجد أن الحالات التى بها Antiphospholipid Antibody تتأثر فيها نتائج طفل الأنابيب بالسلب، وقد أصبح مستقرا الآن علاج هذه الأسباب المناعية فى حالات الإجهاض المتكرر بجرعة صغيرة من الأسبرين باستمرار مبكرا، كذلك يستعمل الهيبارين حيث إنه لا يمر من المشيمة إلى الجنين وهذا بهدف منع انسداد أوعية المشيمة وتأمين التغذية المستمرة للجنين، ومن المتفق عليه هو إعطاء الجلوبيولين المناعى عدة شهور أثناء الحمل مع التوليد فى أماكن يمكنها التعامل مع أطفال ناقصى النمو عند الضرورة.

كما أن الأجسام المضادة Anti-DNA antibodies متهممة أيضا بزيادة نسبة تواجدها في السيدات متكررات الإجهاض.

والنوع الثاني: يتمثل في ضعف الجهاز المناعي للأنثى في التعرف على مولد المضاد Antigen الخارجي Alloimmune مثل كرات الدم البيضاء الخاصة بالزوج أو مولد المضاد المشترك مثل الجنين نفسه، وهذا النوع له اختباره.

وقد عرض موضوع الإجهاض المتكرر الناشئ عن أمراض المناعة في المؤتمر السابع لطفل الأنابيب الذي عقد في سانتا باربرا بالولايات المتحدة في يوليو ١٩٩٤، وهو موضوع كان غامضا ولازالت بعض جوانبه غامضة، حيث إنه من المحتمل أن تكون الأسباب المناعية خلف تدنى نسب نجاح الإخصاب واستمرار الحمل عند إجراء طفل الأنابيب، ويقدر أن ٨٠٪ من حالات الإجهاض المتكرر التي لا يمكن تحليلها سببها مناعي.

والدكتور آلان بيير Alan Beer بجامعة شيكاغو يقول: إن موضوع الإجهاض المتكرر والصعب علاجه قد حسم مناعيا، وقد استخدم Lymphocyte Immunotherapy (وهو أحد مشتقات الدم) كعلاج قبل وأثناء الحمل، ويضاف العلاج بالجلوبيولين المناعي Intravenous Immunotherapy شهريا أثناء الحمل وخاصة إذا لوحظ تأخر نمو الجنين Intra-Uterine Growth Retardation.

اكتشف بعض الأطباء أن رفع معنويات بعض المرضى والتعاطف معهم أثناء الحمل مع العلاج المعتاد يمكن أن يؤدي إلى استمرار الحمل ونجاحه، وبذلك يصبح الشحن المعنوي للمريضة ومن يعاشرونها جزءاً من التزامات الطبيب مع عدم إغضاء الطرف عن أسباب الإجهاض المحتملة الأخرى.

والملاحظ أن استمرار حمل واحد إلى موعد الولادة المقبول في بعض الحالات قد يعنى الشفاء من الإجهاض المتكرر، ومع ذلك فإن هذا لا يمنع حدوث إجهاض لأسباب أخرى فيما بعد.

كما وجد أن مرضى الإجهاض المتكرر يستمرون في الإجهاض بعد طفل الأنابيب، فيجب التعامل مع أسباب الإجهاض قبل اللجوء إلى طرق مساعدة الإنجاب.

وبعد تطور تكنولوجيا الأشعة فوق الصوتية أصبح الطبيب ملزماً في حالات الإجهاض المنذر - والحمل بصفة عامة - بعمل أشعة فوق صوتية شبه دورية للتأكد من سلامة الحمل، فإذا ثبت وفاته وجب إنهاء الحمل، وعلى العموم يلزم اللجوء لكل الطرق المتاحة للتأكد عندما تتعارض النتائج العملية مع الحقائق الإكلينيكية، وقد اعتدت الاعتماد على العامل ومتخصصي الأشعة الموثوق بهم، كما اعتدت ألا أثق بنتائج التحاليل عندما يقوم بها المريض بنفسه.

س - ما هي العلاقة بين الحمل خارج الرحم والعقم؟

ج - تزيد فرصة حدوث الحمل خارج الرحم في الأحوال الآتية:

١ - التهابات الحوض (Pelvic Inflammatory Disease (PID).

٢ - الأمراض المنقولة جنسيا Sexually Transmitted Diseases

(STDS).

٣ - التعامل الجراحي مع قناة فالوب وخاصة محاولة علاج

انسدادها بغير الطرق الصحيحة.

٤ - زادت احتمالات الحمل خارج الرحم باستعمال الطرق

الحديثة لمساعدة الإنجاب بنسبة تتراوح بين ٢٪ و ١١٪ حيث إنه

في أغلب هذه الطرق ينقل عدة أجنة لزيادة الفرصة، بل يمكن أن

يحدث فيها حمل خارج وداخل الرحم في ذات الوقت.

٥ - بعض التقارير الأجنبية ذكرت زيادة النسبة باستخدام وسيلة

اللولب لمنع الحمل.

يجب الاهتمام بالمریضة التي تكون من المجموعات السابقة

وتشكو من ألم شديد قريب الحدوث (أيام قليلة) في منطقة أسفل

البطن يزيد في أحد الجانبين بينما دم الطمث الأخير كان متعدما

أو كميته بسيطة وبطبيعة مختلفة، والفحص المهبلی هنا يؤلم عند

تحريك عنق الرحم دون أن تعاني المريضة من ارتفاع في الحرارة،

عند ذلك يصبح عمل أشعة فوق صوتية على الحوض أمرا محتما،

والفضل أن يكون ذلك من خلال المهبل، وإذا لم يكن كيس الحمل خارج الرحم معيذا يلزم التمييز من أحوال الملحقات الأخرى، بل ويمكن عند الاشتباه فى حمل خارج الرحم الاستغناء عن الفحص المهبلى للسلامة.

وتحليل البول هنا لكشف الحمل قد لا يكون حاسما ذلك أن الحمل المريض مثل الحمل خارج الرحم والإجهاض لا يفرز كمية كافية من الهرمون لإعطاء نتيجة إيجابية، ولكن تحليل الدم يمكن أن يكون مفيدا إذا أضيف إلى نتيجة الأشعة، ويمكن الملاحظة لأيام قليلة ثم التكرار، كما يمكن إجراء منظار بطن، أما إذا جاءت المريضة بعد انفجار الحمل فنادرا ما يضل التشخيص.

وإذا استمر النزيف والألم بعد عملية كحت على أساس إجهاض عندئذ يجب أن يكون حمل خارج الرحم أقلت تشخيصه هو أول ما يفكر فيه الطبيب ويكون تحليل hCG هنا مفيدا.

س- كيف يدار علاج حالات الحمل خارج الرحم؟

ج- أولا: العلاج الجراحى

وهذا العلاج نوعان: أولهما استئصال الأنبوبة التى حدث فيها الحمل خارج الرحم Salpingectomy وهذا قد يضعف فرصة المريضة فى مستقبلها الإنجابى على رغم أن هذا هو المعتاد حتى الآن.

أما العلاج الجراحي الآخر فهو فتح الأنبوبة Salpingostomy لاستخراج مكونات الحمل مع الاهتمام بالسيطرة على نقاط الإدماء دون الاهتمام بإعادة شكل الأنبوبة بالخياطة وهو الأفضل، وهذا السلوك الجراحي يحفظ الأنبوبة للمساهمة في مستقبل المريضة الإنجابي مع احتمال بسيط في أن يحدث بها حمل خارج الرحم مرة ثانية.

وكلا النوعين الجراحيين يمكن إجراؤهما بفتح البطن العادى أو من خلال منظار البطن وباستخدام الجراحة الميكروسكوبية، ويمكن استخدام أشعة الليزر في فتح الأنبوبة للسيطرة على الإدماء.

ثانيا: العلاج الطبى:

من المؤكد أن حالات كثيرة من الحمل خارج الرحم تغلت من التشخيص، وبالتالي من العلاج ويمتص الجسم فضلات الحمل وتمر بسلام، وهذا أدى إلى أن اقترح البعض مجرد الملاحظة عندما لا تكون هناك أعراض فإن ذلك يحفظ الأنابيب فى أحسن أحوالها، ولكن التهديد يبقى مستمرا إلا إذا كانت الملاحظة فى المستشفى.

أما العلاج الطبى الحقيقى فالهدف منه إيقاف نمو خلايا تروفوبلاست الحمل Trophoblastic cells لوقف نمو الحمل، وقد استخدم فى هذا المجال كل من: كلوريد البوتاسيوم - البروستاجلاندين - الجلوكوز المركز أو مجرد شفط المكونات.

ولكن أكثر ما يستعمل الآن فى هذا المجال هو حقن الميثوتروكسيت Methotrxate من خلال منظار البطن أو المهبل بمساعدة الأشعة فوق الصوتية، وأخيرا من خلال عنق الرحم بأنبوبية تدخل إلى قناة فالوب بإرشاد الأشعة فوق الصوتية فى إجراء واحد للتشخيص والعلاج، وأضيف أخيرا - فى بعض الحالات المنتقاة - حقن الميثوتروكسيت فى العضل مع المتابعة بانخفاض hCG فى الدم.

وفى حالة الحمل خارج الرحم و Interstitial Pregnancy غير المنفجر يعطى ٤ جرعات من الميثوتروكسيت ١ مجم لكل ١ كجم بالعضل بالتبادل مع حمض الفولينيك Folinic Acid ٠,١ مجم لكل ١ كجم مع تحديد hCG قبل العلاج ومتابعته أثناء العلاج ثم يوقف العلاج لمدة ٧ أيام، والحالات التى تعالج خارج المستشفى ينبه عليها باحتمالات الخطر، وعدم الجماع، وشرب الكحوليات والأسبرين والتعرض للشمس مع مضضة الفم بمحلول ملح ٠,٩٪، وإذا لم يصل تحليل hCG إلى صفر يعاد العلاج مع التأكد من وظائف الكبد والكلى، وسقوط الشعر الذى يحدث بعد الميثوتروكسيت يشفى بعد توقف العلاج.

وبعد فترة من توقف العلاج يعمل أشعة بالصيغة للاطمئنان على سلامة الأنابيب.

ولا شك أنه يجب تدريب أطباء الطوارئ بالمستشفيات على الطرق الحديثة التي تؤدي إلى الحفاظ على قنوات فالوب والتعامل مع أنواع الحمل خارج الرحم الأخرى، وأن يتولى أحد المراكز العلمية ذلك التدريب، وسيأتي الإتقان سريعا حيث تُورَد سيارات الإسعاف عشرات من هذه النوعية من الحالات باستمرار.

س - ما هو الحديث في إنهاء الحمل طبييا؟

ج - في حالة تشويه الجنين أو عند ضرورة إنهاء الحمل يمكن الآن استخدام العقار الذى جرب فى فرنسا (RU486) Mifepristone والذى ينهى الحمل بسبب انجذابه الشديد لمستقبلات البروجستيرون والجلوكوكورتيكويد: Progesterone Receptors and Glucocorticoid Receptors فلا يستطيع البروجستيرون والكورتيزونات الاندماج مع هذه المستقبلات فى الخلايا المطلوبة.

ولإجهاض الحمل المبكر يعطى RU486 600 مجم جرعة واحدة وبعد ٤٨ ساعة يعطى مضاد البروستاجلاندين بالقم أو المهبل لإنهاء الحمل كاملا فى المعتاد.

وفى الفصل الثانى للحمل Trimester 2nd يعطى جرعات أكبر. كذلك عند تحريض الولادة. وقد جرب RU486 فى Post Coital Contraception و Endometriosis و Cancer Breast.