الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جـــامعة دمشق– كلية الطـب البشري

قسم التوليد وأمراض النساء

دراسة مقارنة بين التدبير الجراحي والدوائي والترقبي للحمل الهاجر البوقي

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدراسات العليا التخصصية في التوليد وأمراض النساء

إعداد طالبة الدراسات العليا

علا اللحام

بإشراف

الدكتور: وائل نصار

الأستاذ المساعد في قسم التوليد وأمراض النساء

من كلية الطب البشري – جامعة دمشق

2025 م

لجنة الحكم وتوقيعات لجنة المناقشة

Apporval

السيد الأستاذ الدكتور عميد كلية الطب البشري في جامعة دمشق

بعد الاطلاع على النسخة المُعدَّلة المُقدَّمة من قبل طالبة الدراسات العليا: **علا اللحام** تبين أنه تم التقيد بكافة الملاحظات وتم إجراء كافة التصويبات المطلوبة.

أعضاء لجنة الحكم:

الدكتور وائل نصار: الأستاذ المساعد الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – مشرفاً.

الاسم : أ.م.د. وائل نصار

الدكتور صلاح شيخة : الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – عضواً.

الاسم : أ.د.صلاح شيخة

الدكتور محمد نذير ياسمينة : الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – عضواً.

الاسم : أ.د.محمد نذير ياسمينة

تصريح خطي

أنا الموقعة أدناه أصرح بعلمي الكامل وقبولي:

1- أن كل ما ينتج عن البحث والأطروحة هو ملكية فكرية ومالية بالتشارك مع جامعة دمشق، وإنني ألتزم بأخذ موافقة الجامعة في حال رغبتي بنشر البحث أو الأطروحة أو جزءاً منها نصاً أو مضموناً خارج إطار الجامعة (من دور نشر أو مكتبات أو مواقع الكترونية وغيرها من وسائل النشر).

2- أنه لا يوجد أي جزء من هذه الأطروحة مقتبس من عمل علمي آخر أو أُنجِزَ للحصول على شهادة أخرى في جامعة دمشق أو أية جامعة أو معهد تعليمي داخل أو خارج الجمهورية العربية السورية.

الاسم والتوقيع:

علا اللحام

شهادة المشرف

نشهد بأن العمل الموصوف في هذه الرسالة أو الأطروحة نتيجة عمل قامت به المُرشَّحة **علا اللحام** تحت إشراف الأستاذ الدكتور **وائل نصار** جامعة دمشق- كلية الطب البشري – قسم التوليد وأمراض النساء، وأية مراجع أخرى بُحِثَت في هذه الرسالة مُوثّقة في النص.

المشرف

الأستاذ المساعد الدكتور وائل نصار

الإهداءات

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

إنَ هذا الجهد المتواضع أرفعه باسم القلب شاكرة لله عز وجل أولاً وآخراً

ربِّ يسرْتَ فتممتَ، وأعنتَ فوفقتَ، فلك الحمد كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك

إلى من نستمد منه العون، وإليه المرجع والمصير

إلى خالق الكون وهادِي النفوس .. **إلى رب العالمين**
أهدي ثمرة هذا الجهد، راجيةً أن يتقبله بقبول حسن، ويجعله علماً نافعاً ينتفع به.

إلى سيدي وقدوتي رسول الله محمد صلى الله عليه وسلم

الذي أضاء بنوره دروب البشرية، وعلّمنا أن بالعلم نسمو وبالأخلاق نرتقي

لك يا من أرسلت رحمة للعالمين، أهدي ثمرة علمي، عرفانًا بفضلك وهديك

إلى أمي

من احتضنني قلبها قبل كفها، من سهلت لي الشدائد بدعائها

يا من سهرت الليالي من أجلي، وضحّت براحتها لتزرع الفرح في قلبي

ها أنا ذا أعلن وصولي وأهديك ثمرة تعبك

ما كانت كفي الصغيرة تحلم يوما أن تكتب هذه الكلمات لولا أن أحطتِها بدعائك

كل إنجاز في حياتي هو ثمرة تعبك وحنانك..

أسأل الله أن لا تغادر البسمة مبسمك ويطيل في عمرك لأبقى مؤنسةً بوجودك..

إلى أبي

من زين اسمي بأجمل الألقاب، من دعمني بلا حدود،

من علمني أن الدنيا كفاح سلاحها العلم وغرس في روحي مكارم الأخلاق

قوتي وملاذي بعد الله .. ما وصلت إلى هذا اليوم إلا بفضل دعمك وصبرك ودعائك..

إلى زوجي علي

معراج روحي وقرّة عيني .. من آنسني بلين قلبه وطمأنني بحسن وداده..

أقولها لكَ إن أتيت بختام المسير ونهاية المصير فقد أتيتَ كضياءٍ لاح بعد أفول

و كبسمةٍ أحيت قلباً مثقلاً بالتعب والذبول .. كنتَ خاتمة رحلة الخير وعكازي إذا مالت الخطى..

وسندي إذا عزّ الوفاء .. استلمتَ الأمانة من أمي سندي ومؤنستي فكنتَ لها أهلاً وأجدتَ العون وأكملتَ الرعاية وصبرتَ في الحماية وأخلصت العناية ..

فأسأل الله أن يقيكَ كل شر و تبقى كل العمر شريك القلب والروح والعقل ..

إلى أخوتي هلا وشام وعادلَ

أمان أيامي، من شددت عضدي بهم..

من جعلوا طفولتي حكاية فرح وحاضري قصة فخر، كتفي الثابت الذي لا يميل..

إلى ابنتي الغالية تالية

هذا الإنجاز أهديه إلى بريق عينيكِ الذي يضيء عالمي، وإلى ضحكتكِ التي تنسيني هموم الحياة.
..كنتِ دوماً حافزي الأكبر، وشغفي للأفضل، ومذكرتي الجميلة بأن كل تعب له ثمن ثمين

أسأل الله العلي القدير أن يحفظكِ لي ذخراً وسنداً، وأن يقر عيني بأن أراكِ امرأة قوية متعلمة، تساهم في صنع مستقبل مشرق. وأن يكتب في سجل أعمالكِ كل خير، ويجعل النجاح حليفكِ في كل خطواتكِ....
هذا العمل ليس مجرد مشروع تخرج، بل هو أولى ثمار شجرة غرستها من أجلكِ، وسأظل أسقيها بحبي ودعائي حتى تثمر لكِ كل أحلامكِ.

أمكِ التي تحبكِ أكثر من الحياة

إلى ابنتي الغالية التي لا تزال في عالم الأجنة لين

هذا الإنجاز الذي أكتب سطوره الأخيرة وأنا أحملك بين جنباتي، أهديه إليكِ وأنتِ لا تزالين نبضاً يتردد، وأملاً ينتظر، وحلماً يتحقق يوماً بعد يوم..

أنتِ الغاية التي أنظر إليها، والدافع الذي يجعل للألم معنى.

أحملكِ في أحشائي وأحمل لكِ في قلبي كل الطموحات

أسأل الله تعالى أن يحميكِ في مضجعكِ هذا، وأن يُتمّ عليكِ نعمته، وأن يخرجكِ إلى الدنيا طفلة مباركة معافاة، تكونين قرة عين لي ولوالدك

أمكِ التي تنتظر لقاءكِ بفارغ الصبر

إلى حماتي

إلى من منحتني قلباً كقلب الأم وروحاً كروح الصديقة... إلى من جعلت بيتها بيتي وبناتها أعز حبيباتي .. أهدي هذا الإنجاز إلى من وقفت بجواري في أصعب اللحظات .. شكراً لأنك كنتِ دوماً نبعاً للحنان والعطاء.

إلى عمي (والد زوجي)

إلى من كان خير عمٍ وأفضل حمو

ببالغ الامتنان والفخر، أهدي هذا العمل المتواضع شكرًا على كل دعمٍ وكل كلمة طيبة. لن أنسى فضلك عليّ."

إلى جداتي الغاليات رحمكما الله

إلى حبيباتي الغاليات، أرفع هذا الجهد إلى روحيكما الطاهرتين، راجية أن أكون قد وفيتُ جزءًا من حقهنّ عليّ. لطالما حلمتنّ برؤيتي في هذه اللحظة، وإني اليوم، وإن غبتنّ عن بصري، لأؤمن بأنكنّ حاضرات بنوركنّ ودعائكنّ الذي ما انقطع.

هذا الإنجاز هو من بركة صلاتكنّ ودعواتكنّ التي لا تزال ترفرف كالطير نحو السماء. غِبْتُنَّ ولكنّ أثرهنّ باقٍ فيّ، وسيظل..

إلى خالاتي وبناتهن الحنونات
إلى خالاتي الحبيبات اللواتي كنّ لي بمثابة الأمهات وإلى بناتهنّ، الأخوات اللواتي اخترنّ أن يكنّ صديقاتي ، شكرًا على الذكريات والضحكات التي كانت شمعة في أيام التعب ..

هذا النجاح هو ثمرة دعمكنّ وكلماتكنّ المشجعة التي كانت تصلني في أحلك اللحظات. فلكنّ مني كل الحب والتقدير..

إلى أخوات زوجي الغاليات

اللواتي رحبن بي في العائلة وكأنني إحداهن منذ اللحظة الأولى ..

أهديكن هذا الإنجاز المتواضع تقديرًا لحبكنّ غير المشروط .. شكرًا لأنكنّ جعلتموني أشعر بأنني أختٌ لكنّ بحق..

إلى صديقاتي

القلوب التي احتضنت أحلامي قبل أن تحتضن يديّ،
إلى الأرواح التي سكنت تفاصيل حياتي فأصبحت جزءًا لا يتجزأ من كياني

عائلتي التي اخترتها بإرادتي .. كنّتن النور في دربي عندما حالك الظلام،
والسند عندما أنهك التعب أوصالي، والضحكة التي تمسح دموع اليأس ..

شكراً لتسهيلكنّ هذا الدرب الصعب..

إلى أساتذتي ومعلماتي

إلى من أضاءوا بعلمهم ظلام جهلي.. أهديكم ثمرة جهدي المتواضع،
فأنتم من غرستم فيَّ بذرة الشغف،
ورعيتموني حتى نمتُ وأزهرتُ
لستم مجرد معلمين، بل قدواتٌ حملتم شعلة العلم وأنرتوا بها دربي..

وختاماً

أهدي هذا العمل لكل مريضة تُعاني، راجيَة من الله أن يكون هذا الجهد لبنةً في بناءٍ كبير،
يؤدي إلى يومٍ لا يكون فيه للألم مكان في أجسادكنّ

{وَآخِرُ دَعْوَاهُمْ أَنِ الْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ}

.

شكر وتقدير Acknowledgment

أتقدّم بخالص الشكر والعرفان لكلّ من أشعل شمعة في دروب عملنا وإلى من وقف على المنابر وأعطى حصيلة فكره لينير عقولنا

فوجب علينا شكرهم ونحن نخطو خطواتنا الأولى في غمار العمل

كل الشكر **لأعضاء الهيئة التدريسية** المحترمين في قسم التوليد وأمراض النساء.

الشكر المخصوص **للأستاذ المساعد الدكتور وائل نصار** لتفضله بالإشراف على انجاز هذا البحث العلمي وتقديم الدعم المتواصل في كل مراحل العمل وإعطاء كل الخبرات القيمة اللازمة لتمام هذا العمل بكل صبر ومحبة، فلك مني كل الشكر والاحترام والتقدير.

الشكر **للأستاذ الدكتور صلاح شيخة** الذي تفضل مشكوراً بالمشاركة في لجنة الحكم على هذا البحث، وقدم نصائحه وملاحظاته بكامل المحبة والدعم، ولم يبخل بمساعدة أو معلومة، لك مني كل الشكر والاحترام والتقدير.

الشكر **للأستاذ الدكتور محمد نذير ياسمينة** الذي تفضل مشكوراً بالمشاركة في لجنة الحكم على هذا البحث، وقدم نصائحه وملاحظاته بكامل المحبة والدعم، ولم يبخل بمساعدة أو معلومة، لك مني كل الشكر والاحترام والتقدير.

الشكر لكل العاملين في الجهاز الطبي والكادر التمريضي والجهاز الفني والإداري في هيئة المشفى.

الفهرس

القسم	الصفحة
الملخص	
الجزء التمهيدي:	1
1- المقدمة	2
2- المشكلة البحثية	2
3- تساؤلات البحث	2
5-هدف البحث	3
6- أهمية البحث	3
7-محددات البحث	3
8- مناهج البحث وأدواته	3
7-الدراسات الأجنبية.	6
8-مكونات البحث	7
الجزء الأول: القسم النظري	10
الفصل الأول: الحمل الهاجر.	11
1-1- التمهيد.	11
1-2- المقدمة والتعريف.	11
1-3- نسبة وأماكن حدوث الحمل الهاجر.	12
1-4- أسباب الحمل الهاجر.	12
1-5- فيزيولوجيا الحمل الهاجر.	14
1-6- الأعراض السريرية.	14
1-7- التشخيص.	18
1-8- التشخيص التفريقي.	22
1-9- التدبير.	23
1-10- الموجز.	26
الفصل الثاني: الميتوتركسات.	27
3-1- المقدمة والتعريف.	27
3-2- الجرعة والاستخدام	27

3-3- التأثيرات الجانبية.	28
3-4- الاستطبابات المطلقة للمعالجة الدوائية بالميتوتركسات.	28
3-5- مضادات استطباب مطلقة.	28
3-6- استطبابات نسبية لإعطاء الميتوتركسات.	29
3-7- مضادات استطباب نسبية للميتوتركسات.	29
الفصل الثالث : الدراسات المرجعية.	30
4-1- التمهيد.	30
4-2- دراسة Hong-Juan Hao وزملاؤه" في الصين 2023.	30
4-3- دراسة " Jingwei Li وزملاؤه" في الصين 2014.	30
4-4- دراسة Azadeh و زملاؤه في ايران عام 2018.	31
4-5- دراسة E Demirdag وزملاؤه عام 2016	31
الجزء الثاني: القسم العملي	32
الفصل الأول: هدف البحث وطريقة إجرائه	33
1-1- التمهيد.	33
1-2- هدف البحث.	33
1-3- مواد وطرائق البحث.	33
1-3-1- تصميم الدراسة	33
1-3-2- عينة الدراسة	33
1-3-3- طريقة العمل	34
1-4- المحددات الأخلاقية.	36
1-5- حجم العينة.	36
الاستبيان	37
الموافقة المستنيرة	38
1-6- طرق التحليل الإحصائي	39
1-7- الموجز.	39

الفصل الثاني: نتائج البحث	40
2-1- تمهيد	40
2-2- خصائص المشاركات في البحث	40
2-3- عمر السيدات وقت المعالجة.	41
2-4- عدد الولادات السابقة.	43
2-5- نمط الولادات السابقة.	44
2-6- حدوث حمل لاحق داخل الرحم.	45
2-7- عقم ثانوي.	46
2-8- نكس الحمل الهاجر.	46
الفصل الثالث: المقارنة مع الدراسات العالمية المُشَابهة	48
3-1- التمهيد.	48
3-2- لمحة موجزة عن دراسات المقارنة.	48
3-3- المقارنة من حيث عمر السيدات.	49
3-4- المقارنة من حيث حدوث حمل لاحق.	50
3-5- المقارنة من حيث نكس الحمل الهاجر.	51
3-6- الموجز.	52
الفصل الرابع: مناقشة النتائج	53
الجزء الثالث: الخاتمة	57
1. التمهيد.	58
2. المحددات والمعوقات.	58
3. الخلاصة.	58
4. التوصيات.	59
5. الموجز.	59
References المراجع	60
الملخص باللغة الانكليزية English Abstract	64

List of Tables قائمة الجداول

اسم الجدول ورقمه	الصفحة
جدول (2-1): التكرار والنسبة المئوية لفئات عمر السيدات المشاركات في البحث	41
جدول (2-2): الإحصاء الوصفي لمتغير عمر السيدات المشاركات في البحث.	42
جدول (2-3): التكرار والنسب المئوية لعدد الولادات السابقة لدى مجموعات البحث.	43
جدول (2-4): التكرار والنسب المئوية لنمط الولادات السابقة لدى مجموعات البحث	44
جدول (2-5): التكرار والنسب المئوية لحدوث حمل لاحق داخل الرحم لدى مجموعات البحث	45
جدول(2-6): التكرار والنسب المئوية عقم ثانوي لدى مجموعات البحث	46
جدول(2-7): التكرار والنسب المئوية لحدوث نكس الحمل الهاجر لدى مجموعات البحث.	47
الجدول (3-1): لمحة عن دراسات المقارنة.	48
الجدول(3-2): المقارنة من حيث عمر السيدات	49
الجدول (3-3): المقارنة من حيث حدوث حمل لاحق	50
الجدول(3-4): المقارنة من حيث نكس الحمل الهاجر	51

Table of Abbreviations جدول المصطلحات والاختصارات الطبية

الشرح	الاختصار
منظمة الصحة العالمية World Health Organisation	WHO
الولادة القيصرية Caesarean section	CS
الحمل الهاجر Ectopic Pregnancy	EC
Estimate of the Patient's delivery date	EDD
الميتوتركسات	MTX
الهرمون المشيمائي البشري	HCG

الملخص

خلفية البحث:

يعد الحمل الهاجر واحد من أشيع الشكايات النسائية الاسعافية وهو سبب رئيسي للمراضة والوفيات الوالدية في مراحل الحمل الباكرة.

ازداد معدل حدوث الحمل الهاجر بشكل خطير إذ قاربت نسبته في الدول المتقدمة 2% وهو يؤثر بشكل خطير على حياة السيدة ومستقبلها الانجابي.

هدف البحث:

دراسة تأثير طريقة العلاج المتبعة في حالات الحمل الهاجر البوقي على حدوث العقم الثانوي ونكس الحمل الهاجر في المستقبل.

مواد البحث وطرائقه:

دراسة حشدية تراجعية Retrospective Cohort Study، حيث اشتملت على 150 سيّدة مقبولة في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بين عامي 2017 و2020 بتشخيص حمل هاجر تمت معالجته في المشفى ، وقسمت عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات متساوية مؤلفة من 50 سيدة وموزعة حسب طريقة علاج الحمل الهاجر. عولجت البيانات ضمن البرنامج الإحصائي التحليلي (SPSS) للوصول إلى النتائج المرجوة.

النتائج:

بلغ متوسط عمر السيدات 26.82 سنة لمجموعة التدبير الترقبي و27.04 لمجموعة التدبير الجراحي و27.22 لمجموعة التدبير الدوائي.

كانت النسبة الأعلى لحدوث حمل داخل الرحم لدى مجموعة التدبير الدوائي إذ بلغت نسبة حدوثه في المجموعة 56% في حين كانت أقل نسبة لحدوث حمل داخل الرحم لدى مجموعة التدبير الجراحي إذ حدث الحمل داخل الرحم لدى 26% من المجموعة

وجدنا أن النكس أكثر حدوثاً في مجموعة التدبير بالمراقبة بنسبة 26% ثم في مجموعة التدبير الدوائي بنسبة 24%، وأقل حدوثاً لدى مجموعة التدبير الجراحي 6% .

الاستنتاجات:

يترافق التدبير الدوائي والترقبي لعلاج الحمل الهاجر البوقي المستقر هيموديناميكياً بنسبة أعلى للخصوبة وحدوث الحمل لاحقاً مقارنة بالعلاج الجراحي.

كلمات رئيسية (مفتاحية): الحمل الهاجر، الميتوتركسات.

الجزء التمهيدي:

1- المقدمة:

- يعد الحمل الهاجر واحد من أشيع الشكايات النسائية الاسعافية وهو سبب رئيسي للمراضة والوفيات الوالدية في مراحل الحمل الباكرة[1].
- تبلغ نسبة الحمل الهاجر 1-2% من كل الحمول ويسبب زيادة في حالات العقم ونكس الحمل الهاجر في الحمول اللاحقة[2-3].
- يعدّ التدبير الجراحي هو العلاج الذهبي والأساسي لحالات الحمل الهاجر[4].
- مع تطور وسائل التشخيص لحالات الحمل الهاجر كمعايرة الهرمون المشيمائي البشري(HCG) والتصوير الصدوي عبر المهبل، أصبح بالإمكان تشخيص حالات الحمل الهاجر في المراحل الباكرة مما قلل من معدلات العمليات الإسعافية ومعدلات المراضة والوفيات الوالدية ومكّن من اللجوء للتدبير الترقبي والدوائي كاستخدام الميتوتركسات في الكثير من الحالات[5،6].
- وجدت إحدى الدراسات أنّ العلاج الترقبي كان آمناً وفعالاً كما أن العلاج الدوائي بالميتوتركسات عند السيدات المستقرات هيموديناميكياً ولديهنّ مستويات منخفضة ومتناقصة من الهرمون المشيمائي البشري[7].
- وجد أن نسبة نجاح العلاج الدوائي بالميتوتركسات تجاوزت 90% في الكثير من الحالات المستطبة[8،9].
- يتضمن العلاج الجراحي للحمل الهاجر البوقي كل من استئصال البوق أو خزع البوق واستخراج الحمل أو استئصال الحمل مع الجزء المتأذي من البوق وإعادة المفاغرة ولكن الجدل ما يزال قائماً حول حدوث حمل مستقبلي أو تكرار حدوث حمل هاجر[10،11].

- تتضمن استطبابات العلاج الجراحي للحمل الهاجر عدم الاستقرار الهيموديناميكي والاشتباه بحدوث تمزق كيس الحمل أو خطر حدوثه أو وجود مضاد استطباب للعلاج الدوائي أو عدم الاستجابة عليه[11].

2- المشكلة البحثية:

- يعرّف الحمل الهاجر بأنّه الحمل الذي يعشش خارج تجويف باطن الرحم وأشيع أماكن حدوثه في قناتي فالوب بنسبة 96% من كل الحمول[4].
- ازداد معدل حدوث الحمل الهاجر بشكل خطير إذ قاربت نسبته في الدول المتقدمة 2% وهو يؤثر بشكل خطير على حياة السيدة ومستقبلها الانجابي[3].
- تطور تشخيص وعلاج حالات الحمل الهاجر في العقود الأخيرة بشكل كبير وعلى الرغم من أن العلاج الجراحي يعد الخط الخيار الأكثر انتشاراً إلا أن التدبير الدوائي لحالات الحمل الهاجر غير المتمزقة تعد خياراً آمناً وفعالاً[5،6].
- مهما كان الخيار العلاجي الذي يتم اعتماده، يجب أن يؤخذ بالحسبان مستقبل المريضة الانجابي وخطورة حدوث حمل هاجر جديد في المستقبل.

3-تساؤلات البحث:

a. ما هو تأثير كل من العلاج الدوائي أو الجراحي أو الترقبي للحمل الهاجر البوقي على حدوث الحمل في المستقبل؟
b. هل يوجد علاقة بين طريقة العلاج المتبعة في حالات الحمل الهاجر وحدوث حمل هاجر جديد في المستقبل؟

4-هدف البحث :

- ✓ دراسة تأثير طريقة العلاج المتبعة في حالات الحمل الهاجر البوقي على حدوث العقم الثانوي ونكس الحمل الهاجر في المستقبل.

5-أهمية البحث:

- لوحظ وجود توجه متزايد لتحري النتائج الإخصابية عند مرضى الحمل الهاجر وخصوصاً عند السيدات اللواتي يرغبن بالانجاب لاحقاً.
- ولذلك من الضروري أن يتم توضيح تأثير كل طريقة علاجية للحمل الهاجر على النتائج الإخصابية وحدوث حمل طبيعي في المستقبل لمساعدة السيدات اللواتي أصبن بحمل هاجر بوقي واللواتي يرغبن بالإنجاب لاحقاً بالمشاركة في اختيار الطريقة الملائمة للمعالجة.
- ومن هنا تأتي أهمية دراستنا في كونها تناقش نتائج علاج الحمل الهاجر على احتمالية حدوث حمل في المستقبل وخطورة تكرر حدوث حمل هاجر.

6-محددات البحث:

- ✓ فقدان التواصل مع العديد من السيدات.
- ✓ الحاجة إلى عينات أكبر للحصول على نتائج أدق.

7-مناهج البحث وأدواته:

❖تصميم الدراسة:

دراسة حشدية تراجعية Retrospective Cohort Study، أجريت في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق في الفترة ما بين 2024/03/14 إلى 2025/03/14، حيث اشتملت على

150 سيّدة مقبولة في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بين عامي 2017 و2020 بتشخيص حمل هاجر تمت معالجتهن في المشفى وتم إدخالهن في الدراسة حسب:

❖ **معايير القبول:**

1. موافقة المريضة.
2. حمل هاجر بوقي مشخص.
3. تمت المعالجة ضمن المشفى وملف المريضة كامل.
4. القدرة على التواصل مع السيدة.

❖ **معايير الاستبعاد:**

1. سوابق حمل هاجر قديم عند السيدة.
2. عمر السيدة أكبر من 45 وقت المعالجة.
3. عدم رغبة السيدة بالانجاب مستقبلاً.
4. استخدام موانع الحمل.
5. حدوث استئصال بوق ثنائي الجانب.
6. حدوث استئصال للرحم.

طريقة العمل:

❖ بعد أخذ الموافقة على إجراء الدراسة من قبل مجلس قسم التوليد وأمراض النساء ومجلس كلية الطب البشري وجامعة دمشق.

❖ وأخذ موافقة الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق على استخدام موارد الهيئة.

❖ وبعد أخذ موافقة السيدات على الاشتراك في البحث واللواتي حققن معايير البحث تم إجراء الآتي:

❖ في البداية تم العودة لجميع الملفات الطبية للسيدات اللواتي قبلن بتشخيص حمل هاجر بين عامي 2017 و2020 وتحديد طريقة العلاج عند كل سيدة.

❖ بعد ذلك تم التواصل مع كل سيدة عن طريق الهاتف وعند استجابة السيدة وموافقتها على الدخول في الدراسة تم إدخالها في مجموعات الدراسة حسب طريقة العلاج التي تلقتها.

❖ تم تقسيم عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات متساوية حسب طريقة علاج الحمل الهاجر حسب معايير الاستطباب :

- ✓ **المجموعة الأولى :** تضم السيدات اللواتي تم تدبير الحمل الهاجر لديهن بالمراقبة.
- ✓ **المجموعة الثانية :** تضم السيدات اللواتي تم تدبير الحمل الهاجر لديهن جراحياً.
- ✓ **المجموعة الثالثة :** تضم السيدات اللواتي تم تدبير الحمل الهاجر لديهن دوائياً.

❖ طلب من السيدة موعد من أجل المقابلة لاستجوابها وفي حال تعذر ذلك تم أخذ المعلومات منها عبر الهاتف.

❖ تم سؤال السيدة عن سوابقها المرضية والجراحية وعن رغبتها بالحمل بعد علاج الحمل الهاجر وتم الاستفسار منها عن حدوث حمل بعد العلاج وعن طبيعة هذا الحمل ونتائجه.

❖ في حال حصول أكثر من حمل بعد المعالجة أخذت تفاصيل الحمل الأول بعد المعالجة فقط بغض النظر عن حصول حمول أخرى بعده.

❖ تم تسجيل البيانات على استمارة البحث والاستمرار بنفس الطريقة حتى الوصول إلى العدد المطلوب من العينة.

❖ بعد الانتهاء من جمع البيانات تم إدخالها إلى الحاسوب ودراستها إحصائياً باستخدام برنامج **SPSS** الإحصائي واستخلاص النتائج.

8-الدراسات المرجعية:

☒ دراسة Hong-Juan Hao وزملاؤه" في الصين 2023 [12]:

- ✓ أجريت هذه الدراسة المراجعة المنهجية بهدف المقارنة بين الطرق الجراحية والمحافظة في تدبير الحمل الهاجر وتأثراتها على النتائج الإخصابية.
- ✓ تمت المقارنة بين 20 مقالة وبعدد عينة 3530 سيدة شخصن بحمل هاجر وعولجن من أجله.
- ✓ وجد بالنتيجة أن العلاج الدوائي بالميتوتركسات عند السيدات المستقرات هيموديناميكياً يمتلك ميزات أفضل في المحافظة على الخصوبة وحدوث حمل لاحق طبيعي مقارنة بالطرق الجراحية.

☒ دراسة "Jingwei Li وزملاؤه" في الصين 2014 [13]:

- ✓ أجريت هذه الدراسة الحشدية الراجعة بين عامي 2003 و2011 وتضمنت 618 سيدة قبلن بتشخيص حمل هاجر بوقي وخضعن للعلاج الجراحي.
- ✓ تمت المقارنة بين المجموعات من حيث حدوث حمل لاحق ضمن الرحم ونكس الحمل الهاجر.

- ✓ وجد بالنتيجة أن السيدات اللواتي خضعن لمفاغرة البوق كانت نسبة الحمل الطبيعي ضمن الرحم خلال عامين من المعالجة هي الأخفض مقارنة بالمجموعات الأخرى ونسبة نكس الحمل الهاجر لديهن هي الأعلى.

☒ دراسة Azadeh و زملاؤه في ايران عام 2018 [14]:

- ✓ تهدف هذه الدراسة للمقارنة بين العلاج الدوائي والجراحي والمحافظ وتأثيره على النتائج الإخصابية عند السيدات المصابات بحمل هاجر سابق.
- ✓ أجريت دراسة مقطعية مستعرضة تضمنت 147 سيدة تمت معالجتهن بين عامي 2009 و2013 بسبب حمل هاجر.
- ✓ حاولت 114 سيدة منهن أن تحمل وكانت نسبة الخصوبة 56.6% في مجموعة العلاج الدوائي أكثر منها مقارنة في مجموعة العلاج الجراحي 47.61% ولكن دون فارق إحصائي هام.
- ✓ وجد بالنتيجة أن العلاج الجراحي لايزيد بشكل كبير النتائج السلبية على الخصوبة مقارنة بالعلاج الدوائي.

☒ دراسة E Demirdag وزملاؤه عام 2016 [15]:

- ✓ تهدف هذه الدراسة لمقاربة النتائج الإخصابية طويلة الأمد بعد علاج الحمل الهاجر ترقبياً ودوائياً و جراحياً.
- ✓ وجدت الدراسة أن النتائج الإخصابية التالية لعلاج الحمل الهاجر متقاربة في طرق التدبير الثلاث.

9-مكونات البحث:

يتكون البحث من ثلاثة أجزاء:

- **الجزء الأول:**

وهو القسم النظري، ويتحدث عن الإطار النظري لموضوع دراستنا وعن التعاريف الأساسية ليكون لدى القارئ الإلمام الكامل, **ويتكون هذا الجزء من ثلاثة فصول:**

- ✓ **الفصل الأول: الحمل الهاجر**: سنتحدث في هذا الفصل عن الحمل الهاجر وطرق العلاج.
- ✓ **الفصل الثاني: الميتوتركسات.**
- ✓ **الفصل الثالث: الدراسات المرجعية.**

- **الجزء الثاني:**

ويتضمن القسم العملي وهو الإطار العملي لدراستنا والخطط التي اتبعناها خلال مدة الدراسة للوصول إلى النتائج الماثلة أمامكم, **ويتكون هذا الجزء من ستة فصول:**

- ✓ **الفصل الأول: هدف البحث وطريقة إجرائه:** ويحوي خلفية البحث وأهميته، هدف البحث، مواد وطرائق البحث (تصميم الدراسة – عينة الدراسة – معايير الادخال والاستبعاد – طريقة العمل)، الاعتبارات الإخلاقية، حجم العينة، المفاهيم والاعتبارات، استمارة البحث العلمي المُستَخدمة، الموافقة المستنيرة، طرق التحليل الإحصائي المستَخدمة.
- ✓ **الفصل الثاني: نتائج البحث:** ويحوي عرض للنتائج الاحصائية التي وصلنا إليها في دراستنا.
- ✓ **الفصل الثالث: المقارنة مع الدراسات العالمية المُشَابهة:** ويحوي مقارنة نتائج دراستنا بنتائج الدراسات العالمية المُشَابهة.
- ✓ **الفصل الرابع: مناقشة النتائج:** ويحوي مراجعة للنتائج التي توصلنا لها في دراستنا ومقارنتها مع نتائج الدراسات العالمية المُشَابهة.

- ✓ **الفصل الخامس: المحددات والمعوّقات:** ويحوي معوّقات دراستنا ومحدداتها.
- ✓ **الفصل السادس: الخلاصة والتوصيات:** ويحوي خلاصة دراستنا والمقترحات المستقبلية للدراسات التي قد تُجرَى لاحقاً حول هذا الموضوع.

✶ **<u>الجزء الثالث:</u>**

وتحوي الاستنتاجات والصعوبات والتوصيات: ويحوي خلاصة ما وصلت إليه هذه الدراسة والمقترحات المستقبلية للدراسات اللاحقة حول هذا الموضوع.

الجزء الأول:

القسم النظري

الفصل الأول

الحمل الهاجر

1-1-التمهيد:

سنتحدث في هذا الفصل عن الحمل الهاجر.

1-2-المقدمة والتعريف:

الحمل الهاجر هو كل حمل يعشش خارج جوف باطن الرحم وتشكل هذه الحالة خطراً كبيراً على صحة السيدة وخصوبتها، وتتطلب تشخيصاً سريعاً وتداخلاً باكراً وفعّالاً[16].

يجب على الطبيب التفكير بوجود الحمل الهاجر عند أي سيدة بسن النشاط التناسلي تراجع بنزف مهبلي أواو ألم بطني مع وجود واحد أو أكثر من الحالات التالية[17]:

- ✓ سيدة حامل مع عدم وجود كيس حمل داخل الرحم.
- ✓ سيدة حامل وتم الإخصاب ضمن الزجاج (طفل الأنبوب).
- ✓ حالة حمل غير مؤكدة مع وجود انقطاع طمثي يسبق النزف الحالي بمدة تتجاوز 4 أسابيع.
- ✓ حالة بطن حاد مع وجود عدم استقرار هيموديناميكي مع نفي التشاخيص الأخرى للبطن الحادة.

يمكن للتظاهرات السريرية للحمل الهاجر أن تظهر بعد 6 – 8 أسابيع بعد آخر دورة طمثية وفي بعض الحالات قد تظهر بشكل متأخر أكثر وخاصة في حال وجود الحمل الهاجر في أماكن غير قناة فالوب[16].

1-3-نسبة وأماكن حدوث الحمل الهاجر:

يقدر أنّ الحمل الهاجر يحدث في 1 من كل 80 حمل عفوي[16].

تعشش أكثر من95 % من الحمول الهاجرة في أجزاء تشريحية مختلفة من البوق، بما في ذلك[18،19]:

- ✓ القطعة الخلالية(2 %).
- ✓ المضيق (12 %).
- ✓ المجل(80 %).
- ✓ القمع والخمل(6 %).

ومن التوضعات الأخرى الأقل شيوعاً للحمل الهاجر نذكر المبيض، عنق الرحم، أو قرن رحمي أثري[19].

وفي حالات نادرة يمكن للحمل الهاجر أن يعشش في الرباط العريض أو في جوف البريتوان[19].

1-4-أسباب الحمل الهاجر:

تضاعفت نسبة حدوث الحمل الهاجر في الولايات المتحدة بمقدار ثلاثة أضعاف من بداية السبعينيات حتى بداية التسعينيات من القرن الماضي[20].

وفي الوقت الراهن تؤدي هذه الحالة إلى 6 % من الوفيات الوالدية في الولايلات المتحدة، وهي أشيع أسباب الوفيات الوالدية في الثلث الأول من الحمل[21].

أسهمت عدة عوامل في هذه الزيادة[20،21]:

- تحسن وسائل التشخيص الذي أدى إلى تشخيص هذه الحالات في وقت أبكر، ولم تكن تكتشف في الماضي.
- زيادة نسبة التهاب البوق الحاد والمزمن، وخاصة ذلك الناجم عن الخمج بالكلاميديا التراخومية.
- زيادة عدد التداخلات الجراحية على البوق، كما في ربط البوق وتصنيع البوق، ما يؤدي إلى أذية بنيوية ونسيجية في البوق.
- زيادة نسبة اللجوء إلى التدبير المحافظ في الحمل البوقي، الذي يعتمد على ترك الأنسجة المتأذية.
- زيادة نسبة الحمل المساعد وخاصةً الإخصاب في الزجاج .

يشكل التشخيص الباكر مفتاح المعالجة الناجحة للحمل الهاجر[21].

يشاهد اليوم عدد أقل من النساء بحالة صدمة نزفية بعد تمزق البوق، ونتيجة لذلك فإن نسبة الوفيات الناجمة عن الحمل الهاجر قد انخفضت بشكل ثابت خلال السنوات العشر الماضية[21].

يشكل هذا الانخفاض دليلاً على ارتفاع مشعر الشك وعلى أن الجهود المبذولة لوضع التشخيص في الوقت المناسب.

لا تكون أسباب الحمل الهاجر واضحة في جميع الحالات.

تنتج حوالي 50 % من الحالات عن تبدل آليات النقل البوقي الناتجة عن أذية الظهارة المهدبة بسبب الأخماج بالكلاميديا والبنيات[21–23].

ومن الأسباب الأخرى التي تسبب تأخر في مرور الجسم التوتي إلى جوف الرحم مثل[22]:

- ✓ احتمال هجرة البيضة ضمن البوق بالاتجاه المعاكس.
- ✓ بطء النقل البوقي.

لا تشكل الشذوذات الصبغية الجنينية سبباً للحمل الهاجر[23].

1-5-فيزيولوجيا الحمل الهاجر:

يغزو الحمل البوقي مخاطية البوق سريعاً، ويمتد نحو الأوعية البوقية التي تتوسع وتحتقن بالدم. يتسع الجزء المصاب من البوق مع نمو الحمل وانسلاخ جدار البوق بتأثير الدم المتسرب من الأوعية المتآكلة[24].

تنتهي هذه الحمول بأحد الأشكال التالية[24]:

- تمزق البوق، الذي يؤدي إلى النزف داخل البريتوان.
- ارتشاف الحمل الهاجر، نتيجة لعدم توفر التروية الدموية الكافية.
- الإسقاط التام داخل جوف البريتوان.
- الحمل البطني[34،35]:

وهي حالة نادرة يلفظ فيها محصول الحمل من البوق ويعشش في أي مكان في جوف البريتوان [كالثرب، الأمعاء الدقيقة أو الغليظة، أوجوف البريتوان]، ويستمر الحمل بالنمو. لا يكون محصول الحمل قلابلاً للحياة عادة.

1-6-الأعراض السريرية:

يتضمن الثلاثي العرضي الكلاسيكي في حالة الحمل الهاجر كلّاً من انقطاع الطمث، النزف المهبلي، والألم في أسفل البطن.

1-6-1- النزف المهبلي:

يختلف حجم ونمط النزف المهبلي، ولا يوجد نمط نزف خاص ونوعي للحمل خارج الرحم.

قد يتراوح النزف من اللون البني ذو الكمية الضئيلة وحتى النزف الغزير.

عادة ما يكون النزف متقطعاً ولكنه قد يحدث في نوبة واحدة أو بشكل متواصل.

عادة ما يسبق النزيف المهبلي المرتبط بالحمل خارج الرحم انقطاع الطمث[22].

ومع ذلك، قد تخطئ بعض المريضات في تفسير النزف على أنه حيض طبيعي متأخر وقد لا يدركن بأنهنّ قد يكن مصابات بالحمل خارج الرحم قبل ظهور الأعراض المرتبطة بالحمل خارج الرحم.

هذا ينطبق بشكل خاص على المريضات اللواتي يعانين من عدم انتظام الدورة الشهرية أو اللواتي لا يتابعن الدورة الشهرية بشكل منتظم.

يفسر مصدر هذا النزف بحدوث انسلاخ في بطانة الرحم المتساقطة بدلاً من النزف من الأنبوب نفسه[23].

1-6-2- <u>الألم البطني[23-25]:</u>

عادة ما يكون الألم موجوداً في الحوض وقد يكون منتشراً أو متوضعاً في جانب واحد.

يميل الألم إلى أن يكون موجوداً بين خمسة وسبعة أسابيع من الحمل حيث يصبح الأنبوب منتفخاً بدرجة كافية.

قد تصف المريضات آلامهنَ بأنها مستمرة أو متقطعة، باهتة أو حادة، خفيفة أو شديدة.

قد يترافق تمزق قناة فالوب مع بداية مفاجئة للألم الشديد.

يكون الألم في منتصف أو أعلى البطن في الحالات التي يوجد فيها الدم داخل الصفاق حيث يصل إلى الجزء العلوي من البطن أو في حالات نادرة من الحمل الهاجر داخل جوف البطن .

إذا كانت كمية النزف كبيرة بحيث يصل الدم داخل البطن إلى الحجاب الحاجز، عندها تشعر السيدة بوجود ألم صاعق في الكتف.

قد يؤدي تجمع الدم في الرتج الخلفي (رتج دوغلاس) إلى الرغبة في التبرز.

يمكن أن تراجع السيدة التي تعاني من الحمل الهاجر بإحدى الحالات الثلاث التالية:

A. حمل هاجر متمزق حاد.

B. احتمال وجود حمل هاجر في مريضة عرضية.

C. إمكانية وجود حمل هاجر.

1-6-3- الحمل الهاجر المتمزق الحاد:

حين يتمزق الحمل الهاجر فإنّه سيؤدي غالباً إلى نزف داخل البريتوان وستراجع المريضة بألم بطني شديد مع دوار.

قد تعاني أيضاً من ألم كتفي في نفس الجهة ناتج عن تخريش العصب الحجابي نظراً إلى وجود الدم داخل البطن.

قد تلاحظ أعراض الصدمة الدورانية مع تسرع القلب، التعرق، هبوط الضغط، وأحياناً فقدان الوعي[26].

قد يكون البطن متمدداً مع ألم شديد ودفاع وايلام مرتد. وعادة ما يبدي الفحص السريري إيلاماً بتحريك العنق مع رحم أكبر بقليل من الطبيعي[26].

ولكن قد لا نتمكن من العثور على كتلة مجسوسة.

يمكن تسهيل التشخيص من خلال إجراء اختبار الحمل في البول، الذي يعتمد على تحري الهرمون المشيمائي البشري[26].

تشكل هذه الصورة السريرية حالة جراحية إسعافية. وبالرغم من أن الاختبارات الأخرى ليست ضرورية عادة، إلا أن الأمواج فوق الصوتية تبدي عادة رحماً فارغة مع سائل حر في جوف البريتوان.

لا بُد من فتح خط وريدي بإبرة ثخينة مع البدء بتعويض السوائل. يعد نقل الدم مهماً، ولكنه ينبغي ألا يؤخر التداخل الجراحي الإسعافي.

1-6-4- حمل هاجر محتمل:

إذا راجعت المريضة بألم في أسفل الحوض مع نزف أو مشح دموية مهبلية مع انقطاع طمث أو بدونه، فمن الممكن إجراء اختبار الحمل سريعاً.

ويمكن عموماً أن تشاهد علامات سريرية أخرى، مثل الإيلام بجس البطن وبحركة الملحقات أو عنق الرحم[25].

يؤكد التشخيص من خلال غياب الحمل داخل الرحم بالأمواج فوق الصوتية في سيدة تتوافق مستويات الهرمون المشيمائي البشري لديها مع حمل داخل الرحم . ويستطب التقييم الجراحي مع المعالجة الملائمة في المريضة العرضية حتى لو كانت علاماتها الحيوية مستقرة[26].

1-6-5- حمل هاجر ممكن:

قد يشاهد الطبيب المريضة التي تعاني من حمل هاجر لعدة مرات قبل أن يتم وضع التشخيص الصحيح. عادة ما ينتج تأخر التشخيص عن انخفاض مشعر الشك السريري من قبل الطبيب، عادة بسبب غياب الأعراض الوصفية.

لا بُد من توفر المعرفة بعوامل الخطورة لوضع التشخيص بشكل فورياً[25].

يكون هناك انقطاع في الطمث أو اضطراب في آخر دورة طمثية. يشاهد النزف المهبلي الشاذ في أكثر من نصف المريضات ، حيث يتراوح بين رؤية مشح وحتى النزف المشابه للدورة الطمثية.

ينتج هذا النزف عن إفراز hCG بكميات أقل من الطبيعي من قبل النسيج الأرومي المغذي[26].

بالفحص السريري تكون الحمى غائبة في معظم الحالات، وتجس كتلة على حساب الملحقات بالفحص السريري في أقل من نصف الحالات[27].

قد تجس كتلة في الجهة المعاكسة لجهة الحمل الهاجر في بعض الأحيان، حيث تشير إلى وجود جسم أصفر في المبيض المقابل.

تكون الرحم طرية ذات حجم طبيعي أو أكبر من الطبيعي. وبالأمواج فوق الصوتية تظهر بطانة الرحم متسمكة، أما من الناحية النسيجية فيشاهد في جميع الحالات تقريباً فرط تصنع موضع في بطانة الرحم[28].

1-7-التشخيص:

يتم التشخيص بالاعتماد على كل من التصوير بالأمواج فوق الصوتية ومعايرة الحاثة القندية المشيمائية البشرية.

1-7-1- معايرة الهرمون المشيمائي البشري HCG:

يتألف هرمون hCG من بروتين سكري مكون من تحت وحدتين مرتبطتين هما α و β . تتألف تحت الوحدة α من 92 حمضاً أمينياً وهي مشابهة لتحت الوحدة α في الهرمون الملوتن (LH)، والهرمون المحرض للجريب (FSH)، والحاثة الدرقية (TSH)[29].

أما تحت الوحدة β فهي أكبر حجماً حيث تحتوي على 145 حمضاً أمينياً، وهي مختلفة عنها في الهرمونات البروتينية السكرية الأخرى، حيث تعد مسؤولة عن الفعالية الحيوية المميزة لهذه الحاثة[29].

وقبل تطوير المقايسات الحساسة والنوعية لجزيء hCG الكامل استخدمت اختبارات تحري تحت الوحدة β فقط بشكل روتيني للتقييم في بداية الحمل، ولنفي الحمل الهاجر بشكل خاص. وقد نتج عن ذلك زيادة احتمال النتائج الإيجابية الكاذبة الناتجة عن التصالب مع الهرمونات[29].

ورغم أن إمكانية الحصول على نتيجة إيجابية كاذبة لا تزال موجودة نظراً إلى وجود عوامل دورانية في المصل يمكن أن تتفاعل مع أضداد hCG ، فإ ن أشيع الفحوص المخبرية المجراة هي جزيء hCG الكامل[30،29].

توجد عدة أشكال مختلفة من hCG تجول في الدوران وتتركز في البول، مثل hCG الفعال حيوياً (غير المستقلب)، hCG المستقلب، α-hCG الحر، β-hCG الحر المستقلب وغير المستقلب، والشدفة اللبية لتحت الوحدة β[30،29].

يختلف التركيز النسبي لكل من هذه الجزيئات في الحالات السريرية المختلفة. فعلى سبيل المثال، يرتفع تركيز hCG الفعال حيوياً (غير المستقلب) في بداية الحمل بشكل أُسي، ولكن التفاوت يكون أكبر في الحمول المتأثرة بمتلازمة داون وآفات الطبقة المغذية، مما يسمح ببعض الشك التشخيصي بهذه الحالات حسب المستويات المقاسة[30].

تتوفر اليوم طرق مقايسة عديدة مختلفة، ومعظمها تستخدم على الأقل موقعين لارتباط الأضداد لتحري وجود hCG أو معايرته. والى أن يتوفر شكل أكثر معيارية من الفحوص المخبرية، فمن المهم مقارنة العيارات التي يتم الحصول عليها من نفس المختبر مع الزمن[30،29].

ومن الناحية التقنية فإنّ الاختبار الصحيح الذي يجب أن نطلبه اليوم هو hCG ، ولكن العديد من المعاهد تستخدم β-hCG لتحديد المعايرات المتتالية للهرمون[30].

ومن المتوقع أن تتوفر معايير دولية أكثر دقة في تحري المكونات المختلفة لل hCG حسب الحالات السريرية المختلفة في المستقبل القريب[31،30].

تبدأ البيضة الملقحة التي تنقسم بشكل متسارع بإنتاج hCG حتى قبل أن يحدث الحمل، ولكن التماس مع المصل الوالدي لا يبدأ إلّا مع حدوث التعشيش[13].

تسمح حساسية الطرق الحالية لتحري hCG في المصل الوالدي بتأكيد الحمل قبل أن تلاحظ المريضة انقطاع الطمث[31].

إن اختبارات الحمل المتوفرة تجارياً التي تعتمد على تحري hCG في البول من خلال الأضداد وحيدة النسيلة هي حساسة لقيمة 25 مل وحدة دولية/ مل، وينبغي أن تتمكن هذه الاختبارات من تحري الحمل بشكل موثوق بعد أسبوع واحد من انقطاع الطمث[29–31].

يتطلب وضع التشخيص الدقيق للحمل الهاجر معرفة حرائك hCG . تزداد العيارات المصلية لل hCG بشكل أُسي غير خطي في الثلث الأول من الحمل الطبيعي.

يتراوح زمن تضاعف عيارات hCG في المصل بين 1.2 يوماً بعد التعشيش بفترة قصيرة وحتى 3.5 يوماً بعد شهرين من تأخر دورة طمثية[29].

يشير ارتفاع مستويات hCG في المصل بمعدل طبيعي إلى وجود حمل طبيعي يتطور بشكل سوي[29].

تبدي أكثر من 66 % من الحمول الطبيعية تضاعفاً في مستويات hCG كل 48 ساعة خلال بضعة الأسابيع الأولى من الحمل[30].

تعرف منطقة التمييز discriminatory zone على أنّها عيارات hCG التي ينبغي للكيس الحملي داخل الرحم عندها أن يشاهد بالتصوير عبر المهبل في حمل طبيعي[31].

تتفاوت عيارات DZ حسب المراكز، ولكن الوسطي يعادل 1500 – 2000 مل وحدة دولية/مل من hCG[31].

تسقط اضطرابات المعايرة المتكررة لل hCG في نموذجين[29]:

1. استقرار القيم أو انخفاضها بشكل أبطأ من المعدلات المشاهدة في حالة الإسقاط العفوي.
2. أو عدم ارتفاع القيم بمعدل متناسب مع الحمل الطبيعي داخل الرحم.

إذا بلغت عيارات hCG في هذه الحالات القيم الطبيعية فإن التصوير بالأمواج فوق الصوتية سيساعد في وضع التشخيص.

ولكن إذا كانت عيارات hCG تزداد بشكل غير طبيعي ولكنها منخفضة جداً بحيث لا يمكن تحري الحمل بالأمواج فوق الصوتية فمن الممكن أن نخبر المريضة بأن الحمل هو غالباً غير طبيعي ويمكن إجراء التوسيع والتجريف التشخيصي[30].

إذا لم تشاهد أي منتجات للحمل بالفحص التشريحي المريضي فمن الممكن وضع تشخيص الحمل الهاجر مع البدء بتطبيق المعالجة[29].

1-7-2- استخدام التصوير بالأمواج فوق الصوتية:

لقد أصبح التصوير بالأمواج فوق الصوتية الطريقة المعيارية في التشخيص غير الجراحي للحمل الهاجر، إما لوحده أو مع معايرة hCG [31].

يمكن للتصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر المهبل أن يكشف وجود الحمل داخل الرحم في وقت مبكر يعود إلى الأسبوع الخامس لانقطاع الطمث .

لا يترافق الحمل داخل الرحم مع الحمل الهاجر (أي الحمل الهاجر المشترك) إلا مرة واحدة لكل 10000 – 30000 حمل عفوي، ولكن تواتره يمكن أن يصل إلى 1 لكل 100 حمل في حالات الإخصاب في الزجاج[24،25].

عادة ما يكون عمر الحمل غير معروف، وبذلك تستخدم عيارات hCG لتحديد الوقت الذي يكون فيه التصوير عبر المهبل مفيداً[32].

إذا لم يكن الكيس الحملي مرئياً مع وجود قيم hCG ضمن منطقة التمييز فإن احتمال وجود حمل هاجر يفوق 90 %.

يمكن للحمول المتعددة أن تفرز كمية أكبر من hCG مع عدم مشاهدة أكياس حملية مرئية في الوقت الذي تكون فيه عيارات hCG الإجمالية قد أصبحت تفوق DZ .

ينبغي كذلك اتقاء الحذر عند التفريق بين الكيس الحقيقي والكيس الكاذب بالأمواج فوق الصوتية. يشكل الكيس الكاذب pseudosac بنية حلقية الشكل تنتج عن لأمواج فوق الصوتية بوجود صدى بارز للطبقة الساقطية وليس عن حمل حقيقي[32].

يمكن للأمواج فوق الصوتية كذلك أن تكشف وجود الدم في جوف البريتوان، في التقرير الشعاعي[33].

1-7-3- بزل رتج دوغلاس:

في بزل رتج دوغلاس يتم إدخال إبرة متصلة بمحقنة من خلال القبو الخلفي للمهبل إلى رتج دوغلاس لتحري أي سائل في جوف البريتوان[24].

وبالرغم من بساطة هذا الإجراء وسرعته ورخص تكلفته، إلا أنه مزعج للمريضة وفائدته محدودة في الحمل الهاجر غير المتمزق. وقد استبدل بزل رتج دوغلاس بالتصوير عبر المهبل والمعايرة السريعة لل hCG [34].

1-8-التشخيص التفريقي[25-27]:

A. التهديد بالإسقاط أو الإسقاط الناقص.

B. تمزق كيسة الجسم الأصفر.

C. الداء الحوضي الالتهابي الحاد.

D. انفتال الملحقات.

E. الورم الليفي الرحمي المتنكس(وخاصة خلال الحمل).

F. التهاب الزائدة الدودية.

G. التهاب الحويضة والكلية.

H. التهاب البنكرياس.

1-9-التدبير :

تبدل تدبير الحمل الهاجر بشكل كبير خلال السنوات الأخيرة. وعلى الصعيد الدولي لا يزال تنظير البطن يشكل المعيار الذهبي، وذلك لأنه يسمح بوضع التشخيص السريع إضافة إلى إمكانية المعالجة.

يصبح فتح البطن ضرورياً تحت ظروف معينة.

تشكل المعالجة المحافظة خياراً مقبولاً حين تكون المريضة مستقرة سريرياً ويمكن الاعتماد عليها بحيث تزور الطبيب لعدة مرات.

1-9-1- التدبير الجراحي:

يمثل فتح البطن المقاربة الجراحية المفضلة حين تكون المريضة غير مستقرة من الناحية الدورانية، وذلك لأن الوصول السريع لمكان النزف هو أمر ضروري[35].

يعدّ فتح البطن كذلك مناسباً حين يتوقع الجراح أنّ التنظير لن يكون ناجحاً، كما في حالة وجود التصاقات كثيفة داخل البطن بسبب تداخلات جراحية سابقة، أخماج حوضية ، أو داء البطانة الرحمية الهاجرة[35].

فضلاً عن ذلك فإن المقاربة التنظيرية لا تعتبر ممكنة حين لا تكون معدات التنظير متوفرة ولا يكون الجراح متمرساً في هذا النوع من الجراحة[36].

إذا كانت المريضة مستقرة من الناحية الدورانية فإنّ تنظير البطن يشكل المقاربة الجراحية المفضلة لأنّ المريضة تقيم في المستشفى لفترة أقصر بعد الجراحة، تعاني من ألم أقل بعد الجراحة، وتشفى بشكل أسرع[36].

يتميز تنظير البطن كذلك بأنه يخفف التكاليف الإجمالية للمعالجة. إذا تبين في أثناء الجراحة أن تنظير البطن هو أمر غير ممكن فإن الجراحة يجب أن تحول إلى الطريقة المفتوحة[35،36].

يوصى بإجراء استئصال البوق وإزالة كامل البوق المصاب حين تكون هناك أذية في الأنبوب، أو حين تترك إزالة الأجزاء المصابة أقل من 6سم من البوق الوظيفي، أو حين يكون في سوابق المريضة عملية منع حمل دائم مع عدم رغبتها بالمحافظة على الخصوبة حالياً[37].

لا يجرى استئصال البوق الجزئي وهو استئصال جزء من البوق إلّا في حالة الحمل الهاجر الذي يعشش في منطقة المجل. يمكن في المستقبل تقريب ما تبقى من البوق ومفاغرته[36،37].

في حالة شق البوق وخزع البوق يتم تحديد مكان الحمل الهاجر وحقن مادة مقبضة للأوعية تحت مكان التعشيش[35–37].

يجرى شق بشكل موازٍ لمحور البوق فوق مكان التعشيش على طول الحافة المعاكسة للمساريقا.

يزال محصول الحمل من خلال التسليخ اللطيف أو المائي وتتم السيطرة على النزف من خلال الاستخدام الحذر للمخثر الكهربائي.

يغسل البوق والحوض بشكل غزير.

يتم إغلاق الشق في حالة شق البوق، في حين أنه يترك مفتوحاً في حالة خزع البوق[36–38].

لقد أظهرت معظم الدراسات أنّ خزع البوق يؤدي إلى نتائج أفضل على المدى الطويل فيما يتعلق بوظيفة البوق[38].

1-9-2- العلاج الدوائي بالميتوتركسات:

لقد حل التدبير السريري لحالات الحمل الهاجر الباكرة غير المتمزقة محل التشخيص الجراحي في العديد من المراكز.

يتيح التشخيص المبكر للحمل الهاجر فرصة لتأمين التدبير الدوائي المحافظ بواسطة الميتوتركسات بتدبير المريضة في العيادة الخارجية[39].

ونظراً للتأثيرات الجانبية للميتوتركسات وامكانية تمزق البوق فينبغي أن يتم اختيار المريضة بحذر وفق خطوط معيارية معينة[39].

يمكن إعطاء الميتوتركسات للمريضة المناسبة على عدة جرعات تبلغ 50 ملغ/م 2 بالحقن العضلي(تعطى نصف الجرعة في كل إلية) وتراجع المريضة في اليومين الرابع والسابع لإعادة معايرة hCG [39،40].

إذا انخفضت العيارات بمقدار 15 % على الأقل خلال هذه الفترة، من الممكن متابعة المريضة بشكل أسبوعي للتأكد من حدوث انخفاض بمقدار 15 % على الأقل كل 7 أيام حتى وصول العيارات إلى مستويات غير قابلة للقياس (عادة أقل من 5 مل وحدة دولية/ مل)[39-41].

إذا استقرت القيم أو كان انخفاضها بطيئاً جداً يمكن إعطاء جرعة أخرى من الميتوتركسات إذا كانت جميع المعايير لا تزال محققة[40].

إذا ظهرت لدى المريضة أعراض جديدة أو ارتفعت عيارات hCG خلال فترة المعالجة فلا بُد من المعالجة الجراحية.

توصي بعض المراكز بإعطاء جرعات متكررة من الميتوتركسات بشكل روتيني. وبعد الحقن تعطى التعليمات للمريضة بالامتناع عن الاتصال الجنسي وتجنب الفيتامينات الحاوية على الفولات، مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية، والمشروبات الكحولية. تطبق مانعات الحمل الفعالة بمجرد ملاحظة انخفاض في عيارات hCG [40،41].

1-9-3- العلاج الترقبي:

تكون المريضة مرشحة للمراقبة إذا كانت مستقرة ولم يكن تشخيص الحمل الهاجر مؤكداً حيث تتابع المريضة بحذر معايرة hCG بشكل متكرر[39-41].

إن 80 % من الحمول الهاجرة التي تبلغ مستويات hCG فيها 1000 مل وحدة دولية/ مل لن تتمزق بشكل عفوي أو تنزف بشكل غزير، وهي ترتشف تلقائياً عادة[36].

ولسوء الحظ فإنه من غير الممكن تحديد ال 20 % من الحالات التي ستعاني من عقابيل شديدة[36].

عادة ما يحتفظ بالمراقبة للحالات غير العرضية نسبياً مع عيارات hCG تقل عن 1500 مل وحدة دولية/مل، على أن تكون هذه الأرقام بحالة تراجع[40].

1-10- الموجز:

تحدثنا في هذا الفصل عن الحمل الهاجر وتعريفه واسبابه وتشخيصه وعوامل الخطورة وتدبيره.

الفصل الثاني

الميتوتركسات

2-1- المقدمة والتعريف:

الميتوتركسات هو مضاد لحمض الفوليك يستخدم على نطاق واسع لعلاج الأورام، الصدفية الشديدة، والتهاب المفاصل الروماتويدي[42].

يمنع تخليق الحمض النووي (DNA) ويثبط تكاثر الخلايا، وخاصة في الخلايا التي تنقسم بنشاط مثل الخلايا الورمية، والأورمات المغذية، و خلايا الجنين[42].

تتم تصفية MTX بسرعة عن طريق الكلى، مع 90 بالمائة من الجرعة الوريدية تطرح دون تغيير خلال 24 ساعة من الاعطاء[42].

2-2- الجرعة والاستخدام:

يستخدم الميتوتركسات بجرعات متوسطة في علاج الحمل الهاجر (50 ملغم2 من مساحة الجسم) وبجرعة عظمى 100 ملغ مع وجود تصفية كلوية جيدة[43].

يمكن أن يعطى الميتوتركسات جهازياً عن طريق الوريد أو الحقن العضلي أو الطريق الفموي أو موضعياً بالحقن المباشر ضمن كيس الحمل (عبر المهبل أو عبر البطن).

يعد الطريق العضلي هو الطريق الاشيع في علاج الحمل الهاجر البوقي.

عادة لا يستخدم الطريق الموضعي في علاج الحمل الهاجر البوقي حيث أنه أقل فعالية ويحتاج ليد خبيرة ويعتمد بشكل كبير على الطبيب[43].

2-3- التأثيرات الجانبية:

عادة ماتكون التأثيرات الجانبية خفيفة ومحددة لذاتها. وتشاهد في الطريق الجهازي ومنها[43،44]:

- ✓ التهاب الفم والتهاب الملتحمة.
- ✓ تثبيط نقي العظم.
- ✓ التهاب المعدة.
- ✓ التهاب الجلد والثعلبة.
- ✓ ارتفاع انزيمات الكبد.

2-4- الاستطبابات المطلقة للمعالجة الدوائية بالميتوتركسات[44،45]:

- ✓ المريضة مستقرة من الناحية الدورانية دون نزف فعال أو علامات تدمي بريتوان.
- ✓ التشخيص لم يوضع بتنظير البطن.
- ✓ المريضة ترغب بالحفاظ على الخصوبة.
- ✓ التخدير العام يحمل نسبة خطورة عالية.
- ✓ المريضة قادرة للعودة للمتابعة.
- ✓ غياب مضادات استطباب الميتوتركسات

2-5- مضادات استطباب مطلقة[44،45]:

- ✓ الإرضاع الوالدي.
- ✓ علامات مخبرية أو صريحة لعوز مناعي.

- ✓ الكحولية، التهاب الكبد الكحولي، أو آفات الكبد المزمنة الأخرى.
- ✓ عسرة تصنع دموي سابقة، مثل نقص تصنع نقي العظام، نقص الكريات البيض، نقص الصفيحات، أو فقر الدم الشديد.
- ✓ التحسس للميتوتركسات.

2-6- استطبابات نسبية لإعطاء الميتوتركسات[44]:

- ✓ كتلة غير متمزقة أصغر من 3.5سم بأطول أقطارها.
- ✓ عدم تحري أي فعالية قلبية جنينية.
- ✓ قيم hCG لا تتجاوز القيمة المحددة مسبقاً 5000 (مل وحدة دولية/مل).

2-7- مضادات استطباب نسبية للميتوتركسات[44]:

- ✓ قطر الكيس الحملي ≤ 3.5 سم.
- ✓ فعالية قلبية جنينية.

الفصل الثالث

الدراسات المرجعية

4-1- التمهيد:

سنتحدث في هذ الفصل عن أهم الدراسات الإقليمية والعالمية المشابهة لدراستنا.

4-2- دراسة Hong-Juan Haoوزملاؤه" في الصين 2023 [12]:

- ✓ أجريت هذه الدراسة المراجعة المنهجية بهدف المقارنة بين الطرق الجراحية والمحافظة في تدبير الحمل الهاجر وتأثيراتها على النتائج الإخصابية.
- ✓ تمت المقارنة بين 20 مقالة وبعدد عينة 3530 سيدة شخصن بحمل هاجر وعولجن من أجله.
- ✓ وجد بالنتيجة أن العلاج الدوائي بالميتوتركسات عند السيدات المستقرات هيموديناميكياً يمتلك ميزات أفضل في المحافظة على الخصوبة وحدوث حمل لاحق طبيعي مقارنة بالطرق الجراحية.

4-3- دراسة " Jingwei Liوزملاؤه" في الصين 2014 [13]:

- ✓ أجريت هذه الدراسة الحشدية الراجعة بين عامي 2003 و2011 وتضمنت 618 سيدة قبلن بتشخيص حمل هاجر بوقي وخضعن للعلاج الجراحي.
- ✓ تمت المقارنة بين المجموعات من حيث حدوث حمل لاحق ضمن الرحم ونكس الحمل الهاجر.

- ✓ وجد بالنتيجة أن السيدات اللواتي خضعن لمفاغرة البوق كانت نسبة الحمل الطبيعي ضمن الرحم خلال عامين من المعالجة هي الأخفض مقارنة بالمجموعات الأخرى ونسبة نكس الحمل الهاجر لديهن هي الأعلى.

4-4- دراسة Azadeh و زملاؤه في ايران عام 2018 [14]:

- ✓ تهدف هذه الدراسة للمقارنة بين العلاج الدوائي والجراحي والمحافظ وتأثيره على النتائج الإخصابية عند السيدات المصابات بحمل هاجر سابق.
- ✓ أجريت دراسة مقطعية مستعرضة تضمنت 147 سيدة تمت معالجتهن بين عامي 2009 و2013 بسبب حمل هاجر.
- ✓ حاولت 114 سيدة منهن أن تحمل وكانت نسبة الخصوبة 56.6% في مجموعة العلاج الدوائي أكثر منها مقارنة في مجموعة العلاج الجراحي 47.61% ولكن دون فارق إحصائي هام.
- ✓ وجد بالنتيجة أن العلاج الجراحي لايزيد بشكل كبير النتائج السلبية على الخصوبة مقارنة بالعلاج الدوائي.

4-5- دراسة E Demirdag وزملاؤه عام 2016 [15]:

- ✓ تهدف هذه الدراسة لمقارنة النتائج الإخصابية طويلة الأمد بعد علاج الحمل الهاجر ترقبياً ودوائياً و جراحياً.
- ✓ وجدت الدراسة أن النتائج الإخصابية التالية لعلاج الحمل الهاجر متقاربة في طرق التدبير الثلاث.

الجزء الثاني:

القسم العملي

الفصل الأول:

هدف البحث وطريقة إجرائه

1-8- التمهيد:

يستعرض هذا الفصل الجانب العملي من الدراسة، من حيث الأهداف وطريقة تصميم الدراسة والطرائق المُستَخدمة والمنهج الإحصائي المُتَّبع.

1-9- هدف البحث:

دراسة تأثير طريقة العلاج المتبعة في حالات الحمل الهاجر البوقي على حدوث العقم الثانوي ونكس الحمل الهاجر في المستقبل.

1-10- مواد وطرائق البحث:

1-3-1- تصميم الدراسة:

دراسة حشدية تراجعية Retrospective Cohort Study

1-3-2- عينة الدراسة:

دراسة حشدية تراجعية Retrospective Cohort Study، أجريت في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق في الفترة ما بين 2024/03/14 إلى 2025/03/14، حيث اشتملت على

150 سـيّدة مقبولـة فـي مشـفى التوليـد وأمـراض النسـاء الجـامعي بـين عـامي 2017 و2020 بتشخيص حمل هاجر تمت معالجتهن في المشفى وتم إدخالهن في الدراسة حسب:

معايير القبول:

1) موافقة المريضة.
2) حمل هاجر بوقي مشخص.
3) تمت المعالجة ضمن المشفى وملف المريضة كامل.
4) القدرة على التواصل مع السيدة.

معايير الاستبعاد:

1) سوابق حمل هاجر قديم عند السيدة.
2) عمر السيدة أكبر من 45 وقت المعالجة.
3) عدم رغبة السيدة بالانجاب مستقبلاً.
4) استخدام موانع الحمل.
5) حدوث استئصال بوق ثنائي الجانب.
6) حدوث استئصال للرحم.

1-3-3- طريقة العمل:

بعد أخذ الموافقة على إجراء الدراسة من قبل مجلس قسم التوليد وأمراض النساء ومجلس كلية الطب البشري وجامعة دمشق.

وأخذ موافقة الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق على استخدام موارد الهيئة.

وبعد أخذ موافقة السيدات على الاشتراك في البحث وواللواتي حققن معايير البحث تم إجراء الآتي:

- ☒ تم في البداية تم العودة لجميع الملفات الطبية للسيدات اللواتي قبلن بتشخيص حمل هاجر بين عامي 2017 و2020 وتحديد طريقة العلاج عند كل سيدة.
- ☒ بعد ذلك تم التواصل مع كل سيدة عن طريق الهاتف وعند استجابة السيدة وموافقتها على الدخول في الدراسة تم إدخالها في مجموعات الدراسة حسب طريقة العلاج التي تلقتها.
- ☒ تم تقسيم عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات متساوية حسب طريقة علاج الحمل الهاجر حسب معايير الاستطباب :
  - ✓ **المجموعة الأولى :** تضم السيدات اللواتي تم تدبير الحمل الهاجر لديهن بالمراقبة.
  - ✓ **المجموعة الثانية :** تضم السيدات اللواتي تم تدبير الحمل الهاجر لديهن جراحياً.
  - ✓ **المجموعة الثالثة :** تضم السيدات اللواتي تم تدبير الحمل الهاجر لديهن دوائياً.
- ☒ طلب من السيدة موعد من أجل المقابلة لاستجوابها وفي حال تعذر ذلك تم أخذ المعلومات منها عبر الهاتف.
- ☒ تم سؤال السيدة عن سوابقها المرضية والجراحية وعن رغبتها بالحمل بعد علاج الحمل الهاجر وتم الاستفسار منها عن حدوث حمل بعد العلاج وعن طبيعة هذا الحمل ونتائجه.
- ☒ في حال حصول أكثر من حمل بعد المعالجة أخذت تفاصيل الحمل الأول بعد المعالجة فقط بغض النظر عن حصول حمول أخرى بعده.

☒ تم تسجيل البيانات على استمارة البحث والاستمرار بنفس الطريقة حتى الوصول إلى العدد المطلوب من العينة.

☒ بعد الانتهاء من جمع البيانات تم إدخالها إلى الحاسوب ودراستها إحصائياً باستخدام برنامج SPSS الإحصائي واستخلاص النتائج.

1-11- المحددات الأخلاقية:

✓ تم استخدام البيانات بشكل مرمز مما يغفل هوية السيدة ولم يتم ذكر أي معلومات شخصية حساسة.

✓ وإنّ السيدة موافقة على الدخول بالدراسة و الإجراءات المتخذة خلال الدراسة تهدف لخدمة السيدة وتدبير حالتها بالطريقة المثلى.

1-12- حجم العينة:

تم حساب حجم عينة البحث باستخدام معادلة ستيفن ثومبسون Steven Sompson على الشكل الآتي:

$$n = \frac{N \times p(1-p)}{\left[\left[N-1 \times \left(d^2 \div z^2\right)\right] + p(1-p)\right]}$$

حيث:

N: هو حجم المجتمع باعتبار عدد الحالات التي تراجع المشفى بقصة حمل هاجر.

P: نسبة توفر الخاصية و المحايدة = 0.50

Z: الدرجة المعيارية لمستوى الثقة 0.95 وتساوي 1.96

d: نسبة الخطأ 0.05

وبتطبيق المعادلة يكون حجم العيّنة المطلوب 150 سيدة.

وفيما يلي نسخة عن استمارة البحث والموافقة المستنيرة

الاستبيان

☯اسم المريضة :..... ☯رقم الإضبارة :.....

☯العمر :..... ☯العمر الحملي:.....

☯ عدد الولادات السابقة:.....

☯نمط الولادات السابقة:.....

☯نمط العلاج للحمل الهاجر البوقي:.....

☯حدوث حمل لاحق للحمل الهاجر:.....

☯نكس الحمل الهاجر:.....

☯ملاحظات إضافية : .....

الموافقة المستنيرة

عنوان الدراسة: دراسة مقارنة بين التدبير الجراحي والدوائي والترقبي للحمل الهاجر البوقي

❖ سيدتي:

- سوف أقوم بأخذ معلومات منك لملء الاستبيان الخاص بالدراسة وسوف اتابع حالتك المريضة وطريقة تدبيرك.
- طبيعة الدراسة لا تحمل خطرا عليك و لا يتطلب منك أي تكلفة مادية تأخذينها على عاتقك.
- هذه الدراسة تعود بفوائد عديدة لتحسين الخدمة المقدمة في المستشفى للسيدات المراجعات.
- البيانات والنتائج التي سوف تظهر تتمتع بالسرية التامة ولن يتم استخدام ما يشير الى هويتك بأي صورة كانت.
- ستتم الاجابة عن أي استفسار ترغبين به من قبل الباحث.
- يمكنك رفض الدخول بالدراسة أو الانسحاب منها بأي وقت دون أن يؤثر ذلك على نوعية الخدمة الصحية المقدمة ولك كامل الحق في رفض الإجابة عن أي سؤال لا ترغبين الإجابة عنه.

نطمح لمشاركتك في هذه الدراسة

وشكراً لكِ

أقر أن هذه الموافقة تمت بعد الاطلاع على التفاصيل الواردة سابقاً والإجابة على كل أسئلتي واستفساراتي حول الموضوع.

اسم وتوقيع السيدة

الطبيبة الباحثة

علا اللحام

1-13- التحليل الإحصائي:

استخدم البرنامج الإحصائي حزمة SPSS 26 لحساب: التكرار والنسب المئوية لكل متغيرات الدراسة الاسمية والفئوية، وحساب المتوسط والانحراف المعيارية للمتغيرات الرقمية وكذلك حساب المجالات الربعية لكل متغير.

المعايير والاختبارات الإحصائية التي تم الاعتماد عليها:

❖ **المتوسط الحسابي** $\overline{X}$:

ويحسب من العلاقة الآتية

$$\overline{X} = \frac{\sum X_i}{n}$$

حيث: $\overline{X}$: المتوسط الحسابي.

Xi: مفردات العينة.

n : عدد المفردات

❖ **الانحراف المعياري** σ: ويحسب بالعلاقة الآتية: حيث

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum(\overline{X} - X_i)^2}{n-1}}$$

σ : الانحراف المعياري.

Xi: مفردات العينة.

n :عدد المفردات.

$\overline{X}$: المتوسط الحسابي.

1-14- الموجز:

في نهاية هذا الفصل نكون قد ألقينا الضوء على تفاصيل الجزء العملي من الدراسة مع تعريف مُفصَّل بآلية العمل والطرق الإحصائية المُتَّبعة في البحث للوصول إلى إجابة على السؤال البحثي.

الفصل الثاني:

نتائج البحث

2-1- تمهيد

يعرض هذا الفصل خصائص المشاركات في البحث من حيث العمر وعدد الولادات السابقة ونمطها وهل حدث لديهن حمل لاحق داخل الرحم أم نكس حمل هاجر أم لم يحدث حمل وفقاً لطريقة التدبير المقدمة لهن سواء بالمراقبة أو التداخل الجراحي أو الدوائي (عقم ثانوي بعد تدبير الحمل الهاجر)..

2-2- خصائص المشاركات في البحث:

شارك في البحث 150 سيدة من السيدات اللواتي شخصن بحمل هاجر وتمت معالجتهن في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بين عامي 2017 و2020، وقسمت عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات متساوية مؤلفة من 50 سيدة وموزعة حسب طريقة علاج الحمل الهاجر حسب معايير الاستطباب:

- ✓ **المجموعة الأولى:** تضم السيدات اللواتي تم تدبير الحمل الهاجر لديهن بالمراقبة.
- ✓ **المجموعة الثانية:** تضم السيدات اللواتي تم تدبير الحمل الهاجر لديهن جراحياً.
- ✓ **المجموعة الثالثة:** تضم السيدات اللواتي تم تدبير الحمل الهاجر لديهن دوائياً.

2-3- عمر السيدات وقت المعالجة:

يُبين الجدول (2-1) أنه لم يكن هناك فروقات ذات أهمية إحصائية بين مجموعات البحث في متغير عمر السيدات p-value =0.87>0.05، إذ كانت الفئة العمرية الأشيع بين 26-35 سنة لدى مجموعتي التدبير الدوائي (40%) والجراحي (36%)، وكانت فئة العمر من 18-25 سنة هي الأشيع لدى مجموعة التدبير بالمراقبة بنسبة 36%، وكانت أقل فئة عمرية شيوعاً في مجموعتي التدبير بالمراقبة والتدبير الجراحي أقل من 18 سنة بنسبة 14% و12% على الترتيب، أما في مجموعة التدبير الدوائي فكانت الفئة الأقل شيوعاً فهي 36-45 سنة بنسبة 16%.

جدول (2-1): التكرار والنسبة المئوية لفئات عمر السيدات المشاركات في البحث

عمر السيدات	المجموعة						المجموع		P-value
	مجموعة التدبير بالمراقبة		مجموعة التدبير الجراحي		مجموعة التدبير الدوائي				
	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	
أقل من 18	7	%14.0	6	%12.0	9	%18.0	22	%14.7	0.87
18-25 سنة	18	%36.0	17	%34.0	13	%26.0	48	%32.0	
26-35	15	%30.0	18	%36.0	20	%40.0	53	%35.3	
36-45	10	%20.0	9	%18.0	8	%16.0	27	%18.0	
المجموع	50	%100.0	50	%100.0	50	%100.0	150	%100.0	

يظهر الجدول (2-2) الإحصاء الوصفي لمجموعات البحث، إذ كان أقل عمر هو 15 سنة وأكبر عمر 45 سنة، أما المتوسط فكان 26.82 سنة لمجموعة تدبير المراقبة و27.04 لمجموعة التدبير الجراحي و27.22 لمجموعة التدبير الدوائي، ولم يكن هناك فروقات ذات أهمية في متوسط العمر بين مجموعات البحث 0.05<0.97= p-value.

جدول (2-2): الإحصاء الوصفي لمتغير عمر السيدات المشاركات في البحث.

المجموعة	العمر					P-value
	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	أصغر قيمة	أكبر قيمة	
مجموعة التدبير بالمراقبة	50	26.82	8.29	15	44	0.97
مجموعة التدبير الجراحي	50	27.04	8.16	15	44	
مجموعة التدبير الدوائي	50	27.22	8.35	15	45	
المجموع	150	27.03	8.22	15	45	

2-4- عدد الولادات السابقة:

يُظهر الجدول (2-3) غياب الفروقات ذات الأهمية الإحصائية بين مجموعات البحث وفقاً لعدد الولادات السابقة p-value =0.89 >0.05، إذ كانت فئة الولود 1-4 هي الأشيع في مجموعتي التدبير بالمراقبة والتدبير الجراحي بنسب 42% و44% على الترتيب، بينما كانت عديدة ولادة هي الأشيع في مجموعة التدبير الدوائي بنسبة 42%، وكانت فئة عديمات ولادة هي الأقل شيوعاً في كل المجموعات إذ كانت بنسبة 24% في مجموعة التدبير بالمراقبة و20% في مجموعة التدبير الجراحي، وبنسبة 22% في مجموعة التدبير الدوائي.

جدول (2-3): التكرار والنسب المئوية لعدد الولادات السابقة لدى مجموعات البحث.

عدد الولادات السابقة	المجموعة						المجموع		P-value
	مجموعة التدبير بالمراقبة		مجموعة التدبير الجراحي		مجموعة التدبير الدوائي				
	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	
عديمات ولادة	12	24%	10	20%	11	22%	33	22%	0.89
ولود 1-4	21	42%	22	44%	18	36%	61	40.7%	
عديدة ولادة	17	34%	18	36%	21	42%	56	37.3%	
المجموع	50	100%	50	100%	50	100%	150	100%	

2-5- نمط الولادات السابقة:

لم يكن هناك أية فروقات ذات أهمية إحصائية في نمط الولادة السابقة بين مجموعات البحث p-value =0.88>0.05، فقد كانت الولادة القيصرية هي الأشيع في كل مجموعات البحث، إذ كانت بنسبة 57.9% لدى مجموعة التدبير بالمراقبة وبنسبة 52.5% لدة مجموعة التدبير الجراحي، وبنسبة 56.4% لدى مجموعة التدبير الدوائي.

جدول (2-4): التكرار والنسب المئوية لنمط الولادات السابقة لدى مجموعات البحث

نمط الولادة السابقة	المجموعة						المجموع		P-value
	مجموعة التدبير بالمراقبة		مجموعة التدبير الجراحي		مجموعة التدبير الدوائي				
	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	
مهبلية	16	42.1%	19	47.5%	17	43.6%	52	44.4%	0.88
قيصرية	22	57.9%	21	52.5%	22	56.4%	65	55.6%	
المجموع	38	100%	40	100%	39	100%	117	100%	

2-6- حدوث حمل لاحق داخل الرحم:

يُظهر الجدول (2-5) وجود فروقات ذات أهمية إحصائية في حدوث حمل لاحق داخل الرحم لدى مجموعات البحث الموزعة وفقاً لطريقة التدبير 0.005<0.05 = p-value، إذ كانت النسبة الأعلى لحدوث حمل داخل الرحم لدى مجموعة التدبير الدوائي إذ بلغت نسبة حدوثه في المجموعة 56% في حين كانت أقل نسبة لحدوث حمل داخل الرحم لدى مجموعة التدبير الجراحي إذ حدث الحمل داخل الرحم لدى 26% من المجموعة، وتشمل الحالات التي لم يحدث لديها حمل لاحق داخل الرحم حالات عدم حدوث الحمل أو حدوثه لكن خارج الرحم.

جدول (2-5): التكرار والنسب المئوية لحدوث حمل لاحق داخل الرحم لدى مجموعات البحث

حدوث حمل لاحق داخل الرحم	المجموعة						المجموع		P-value
	مجموعة التدبير بالمراقبة		مجموعة التدبير الجراحي		مجموعة التدبير الدوائي				
	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	
نعم	26	52%	13	26%	28	56%	67	44.7 %	0.005
لا	24	48%	37	74%	22	44%	83	55.3 %	
المجموع	50	100%	50	100%	50	100%	150	100%	

2-7- عقم ثانوي:

كان هناك فروقات ذات أهمية إحصائية في عدم حدوث حمل لاحق لدى مجموعات التدبير p-value =0.0001<0.05، إذ كان عدم حدوث الحمل (عقم ثانوي) هو الأشيع بين مشاركات مجموعة التدبير الجراحي بنسبة 68%، ثم لدى مجموعتي التدبير بالمراقبة (22%) والتدبير الدوائي (20%)

جدول(2-6): التكرار والنسب المئوية عقم ثانوي لدى مجموعات البحث

عقم ثانوي	المجموعة								المجموع		P-value
	مجموعة التدبير بالمراقبة		مجموعة التدبير الجراحي		مجموعة التدبير الدوائي						
	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية			عدد	نسبة مئوية	
نعم	11	22%	34	68%	10	20%			55	36.7%	0.0001
لا	39	78%	16	32%	40	80%			95	63.3%	
المجموع	50	100%	50	100%	50	100%			150	100%	

2-8- نكس الحمل الهاجر:

يُبين الجدول (2-7) وجود فروقات ذات أهمية إحصائية في حدوث نكس الحمل الهاجر لدى مجموعات التدبير p-value =0.018<0.05، إذ كان النكس أكثر حدوثاً في مجموعة التدبير بالمراقبة بنسبة 26% ثم في مجموعة التدبير الدوائي بنسبة 24%، وأقل حدوثاً لدى مجموعة التدبير الجراحي 6%.

جدول(2-7): التكرار والنسب المئوية لحدوث نكس الحمل الهاجر لدى مجموعات البحث.

نكس حمل هاجر	المجموعة								المجموع		P-value
	مجموعة التدبير بالمراقبة		مجموعة التدبير الجراحي		مجموعة التدبير الدوائي						
	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية			عدد	نسبة مئوية	
نعم	13	26%	3	6%	12	24%			28	18.7%	0.018
لا	37	74%	47	94%	38	76%			122	81.3%	
المجموع	50	100%	50	100%	50	100%			150	100.0%	

الفصل الثالث:

المقارنة مع الدراسات العالمية المشابهة

3-1- التمهيد:

قمنا بمراجعة أربعة أبحاث قامت بالمقارنة بين الطرق المحافظة والدوائية والجراحية في علاج الحمل الهاجر البوقي، وفيما يأتي أهم نقاط المقارنة مع نتائج دراستنا:

3-2- لمحة موجزة عن دراسات المقارنة:

الجدول (3-1): لمحة عن دراسات المقارنة

الباحث	الدولة	السنة	العدد	مضمون الدراسة
دراستنا	سوريا	2025	150	دراسة تأثير طريقة العلاج المتبعة في حالات الحمل الهاجر البوقي على حدوث العقم الثانوي ونكس الحمل الهاجر في المستقبل.
Hong-Juan Hao	الصين	2023	3530	دراسة تأثير طريقة العلاج المتبعة في حالات الحمل الهاجر البوقي على النتائج الإخصابية.
Azadeh	ايران	2018	147	المقارنة بين العلاج الدوائي والجراحي والمحافظ وتأثيره على النتائج الإخصابية عند السيدات المصابات بحمل هاجر سابق.
Jingwei Li	الصين	2014	618	دراسة تأثير طريقة العلاج المتبعة في حالات الحمل الهاجر البوقي على حدوث العقم الثانوي ونكس الحمل الهاجر في المستقبل.
E Demirdag	ايرلاندا	2016	112	مقارنة النتائج الإخصابية طويلة الأمد بعد علاج الحمل الهاجر ترقبياً ودوائياً و جراحياً.

❖ سنوات نشر الدراسات ما بين (2014–2025) فهي حديثة نسبياً وبالتالي فإن موضوع هذه الدراسة يعتبر من المواضيع الحديثة و قيد البحث حالياً وبحاجة للمزيد من الأبحاث ضمن نفس المجال.

❖ في دراستنا وباقي الدراسات المعروضة تمت دراسة تأثير طريقة العلاج المتبعة في حالات الحمل الهاجر البوقي على النتائج الإخصابية.

3-3- المقارنة من حيث عمر السيدة:

الجدول(3-2): المقارنة من حيث عمر السيدات

عمر السيدات	الترقبي	الدوائي	الجراحي	P.value
دراستنا	26.82	27.22	27.04	0.97
E Demirdag	33.5	33.9	34.8	أكبر من 0.05
Azadeh	-	28.56	29.13	أكبر من 0.05
Jingwei Li	29.4	28.8	28.1	0.116

من الجدول(3-2)نلاحظ:

❖ في جميع الدراسات السابقة نلاحظ أن متوسط عمر السيدات كان متقارباً بين مجموعتي الدراسة دون وجود فروقات إحصائية هامة وهذا ما يتوافق مع دراستنا.

3-4- المقارنة من حيث حدوث حمل لاحق:

الجدول (3-3): المقارنة من حيث حدوث حمل لاحق

حدوث حمل لاحق	الترقبي	الدوائي	الجراحي	P.value
دراستنا	%52	%56	%26	0.005
E Demirdag	%62.9	%58.4	%68.7	أكبر من 0.05
Azadeh	-	%56.6	%47.6	0.141
Jingwei Li	%55.5	%50.9	%40.3	0.308

من الجدول (3-3) نجد:

- في دراستنا ودراسة Jingwei Li نلاحظ أن نسبة حدوث حمل داخل الرحم أعلى في مجموعة العلاج الدوائي والترقبي مقارنة بالعلاج الجراحي وكذلك في دراسة Azadeh كانت نسبة حدوث حمل داخل الرحم أعلى في مجموعة العلاج الدوائي مقارنة بالعلاج الجراحي.
- في دراسة E Demirdag كانت نسبة حدوث الحمل داخل الرحم متقاربة لدى مجموعات البحث الثلاث.

3-5- المقارنة من حيث نكس الحمل الهاجر:

الجدول(3-4): المقارنة من حيث نكس الحمل الهاجر:

نكس الحمل الهاجر	الترقبي	الدوائي	الجراحي	P.value
دراستنا	%26	%24	%6	0.018
E Demirdag	%7.4	-	%3.1	أكبر من 0.05
Azadeh	-	%11.5	%20	0.605
Jingwei Li	%8.1	%6.3	%16.3	0.001

نلاحظ من الجدول (3-4) مايلي:

- نلاحد في دراستنا ودراسة E Demirdag أن نسبة نكس الحمل الهاجر كانت أقل في مجموعة العلاج الجراحي مقارنى بمجموعة العلاج الدوائي والترقبي ويمكن أن يفسر ذلك بنقص الخصوبة بعد العمل الجراحي على البوق.
- في دراستي Azadeh و Li Jingwei كانت نسبة حدوث الحمل الهاجر أعلى في مجموعة العلاج الجراحي مقارنة بالعلاج الدوائي والترقبي وهذا عكس دراستنا ودراسة E Demirdag.

3-6- **الموجز:**

تمت المقارنة بين دراستنا وباقي الدراسات من حيث عدد العينة وسنة إجراء الدراسة ومضمون الدراسة وعمر السيدات وحدوث حمل داخل الرحم ونكس الحمل الهاجر.

الفصل الرابع:

مناقشة النتائج

4-1-التمهيد:

يعرّف الحمل الهاجر بأنّه الحمل الذي يعشش خارج تجويف باطن الرحم وأشيع أماكن حدوثه في قناتي فالوب بنسبة 96% من كل الحمول[4].

يعد الحمل الهاجر واحد من أشيع الشكايات النسائية الاسعافية وهو سبب رئيسي للمراضة والوفيات الوالدية في مراحل الحمل الباكرة[1].

تبلغ نسبة الحمل الهاجر 1-2% من كل الحمول ويسبب زيادة في حالات العقم ونكس الحمل الهاجر في الحمول اللاحقة[2-3].

مع تطور وسائل التشخيص لحالات الحمل الهاجر كمعايرة الهرمون المشيمائي البشري(HCG) والتصوير الصدوي عبر المهبل، أصبح بالإمكان تشخيص حالات الحمل الهاجر في المراحل الباكرة مما قلل من معدلات العمليات الإسعافية ومعدلات المراضة والوفيات الوالدية ومكّن من اللجوء للتدبير الترقبي والدوائي كاستخدام الميتوتركسات في الكثير من الحالات[5،6].

ازداد معدل حدوث الحمل الهاجر بشكل خطير إذ قاربت نسبته في الدول المتقدمة 2% وهو يؤثر بشكل خطير على حياة السيدة ومستقبلها الانجابي[3].

مهما كان الخيار العلاجي الذي يتم اعتماده، يجب أن يؤخذ بالحسبان مستقبل المريضة الانجابي وخطورة حدوث حمل هاجر جديد في المستقبل.

4-2-مناقشة نتائج الدراسة الحالية ونتيجة مقارنتها مع الدراسات المشابهة العالمية:

أجري هذا البحث في الهيئة العامة لمشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي لدراسة تأثير طريقة العلاج المتبعة في حالات الحمل الهاجر البوقي [الترقبي، الدوائي، الجراحي] على حدوث حمل لاحق داخل الرحم ونكس الحمل الهاجر في المستقبل.

تم جمع بيانات 150 سيدة للدخول بالدراسة راجعن المشفى بين عامي 2017 و 2020 بقصة حمل هاجر بوقي وتلقين المعالجة في المشفى حيث تم التواصل مع كل سيدة عن طريق الهاتف وعند استجابة السيدة وموافقتها على الدخول في الدراسة تم إدخالها في مجموعات الدراسة حسب طريقة العلاج التي تلقتها.

قسمت العينة إلى ثلاث مجموعات حسب طريقة العلاج وضمت كل مجموعة 50 سيدة تم التحري على حدوث حمل لاحق داخل الرحم أو نكس الحمل الهاجر لديهن حيث طلب من السيدة موعد من أجل المقابلة لاستجوابها وفي حال تعذر ذلك تم أخذ المعلومات منها عبر الهاتف.

تتأثر الخصوبة المستقبلية وحدوث حمل لاحق عند السيدات المعالجات سابقاً من الحمل الهاجر بعدّة عوامل كعمر السيدة وطريقة معالجة الحمل الهاجر ونفوذية البوق بعد علاج الحمل الهاجر ووجود قصة سابقة للعقم.

قمنا بدراسة عمر السيدات في مجموعات البحث عند التواصل معهن و كانت الفئة العمرية الأشيع بين 26-35 سنة لدى مجموعتي التدبير الدوائي (40%) والجراحي (36%)، وكانت فئة العمر من 18-25 سنة هي الأشيع لدى مجموعة التدبير بالمراقبة بنسبة 36% و كان متوسط عمر

السيدات 26.82 سنة لمجموعة التدبير الترقبي و27.04 لمجموعة التدبير الجراحي و27.22 لمجموعة التدبير الدوائي، ولم يكن هناك فروقات ذات أهمية في متوسط العمر بين مجموعات البحث وهذا ما يتوافق مع دراسات المقارنة.

قمنا بدراسة عدد الولادات السابقة في مجموعات البحث الثلاث حيث كانت فئة الولود 4-1 هي الأشيع في مجموعتي التدبير بالمراقبة والتدبير الجراحي بنسب 42% و44% على الترتيب، بينما كانت عديدة ولادة هي الأشيع في مجموعة التدبير الدوائي بنسبة 42% ووجدنا غياب الفروقات ذات الأهمية الإحصائية بين مجموعات البحث وفقاً لعدد الولادات السابقة وبالتالي لم يؤثر عدد الولادات السابقة على نتائج بحثنا.

عند دراسة نمط الولادات السابقة في مجموعات البحث الثلاث وجدنا أن الولادة القيصرية هي الأشيع في كل مجموعات البحث، إذ كانت بنسبة 57.9% لدى مجموعة التدبير بالمراقبة وبنسبة 52.5% لدة مجموعة التدبير الجراحي، وبنسبة 56.4% لدى مجموعة التدبير الدوائي ولم تلاحظ وجود فارق إحصائي هام بين مجموعات البحث حسب نمط الولادات السابقة وبالتالي لم يكن لنمط الولادات السابقة تأثير على نتائج الدراسة.

عند دراسة نسبة حدوث حمل لاحق داخل الرحم بعد علاج الحمل الهاجر في مجموعات الدراسة كانت النسبة الأعلى لحدوث حمل داخل الرحم لدى مجموعة التدبير الدوائي إذ بلغت نسبة حدوثه في المجموعة 56% في حين كانت أقل نسبة لحدوث حمل داخل الرحم لدى مجموعة التدبير الجراحي إذ حدث الحمل داخل الرحم لدى 26% من المجموعة و هذا يتوافق مع دراسة Jingwei Li إذ نلاحظ أن نسبة حدوث حمل داخل الرحم أعلى في مجموعة العلاج الدوائي والترقبي مقارنة بالعلاج الجراحي وكذلك في دراسة Azadeh كانت نسبة حدوث حمل داخل الرحم أعلى في مجموعة العلاج الدوائي مقارنة بالعلاج الجراحي ويمكن أن يفسر ذلك بنقص الخصوبة في حالات

العلاج الجراحي بسبب استئصال البوق أو التأثير على نفوذيته وحدوث الالتصاقات بعد العمل الجراجي بينما في دراسة E Demirdag كانت نسبة حدوث الحمل داخل الرحم متقاربة لدى مجموعات البحث الثلاث.

قمنا بدراسة نسبة حدوث نكس للحمل الهاجر في مجموعات الدراسة الثلاث إذ وجدنا أن النكس أكثر حدوثاً في مجموعة التدبير بالمراقبة بنسبة 26% ثم في مجموعة التدبير الدوائي بنسبة 24%، وأقل حدوثاً لدى مجموعة التدبير الجراحي 6% ويفسر ذلك بنقص الخصوبة للأسباب المذكورة سابقاً في حالات التدبير الجراحي وهذت يتوافق مع دراسة E Demirdag بينما يخالف دراسة Azadeh.

4-3-الموجز:

يترافق التدبير الدوائي والترقبي لعلاج الحمل الهاجر البوقي المستقر هيموديناميكياً بنسبة أعلى للخصوبة وحدوث الحمل لاحقاً.

الجزء الثالث:

الخاتمة

1. التمهيد:

قمنا في دراستنا كما العديد من الدراسات العالمية بالمقارنة بين طرق التدبير الدوائي والترقبي والجراحي للحمل الهاجر وتأثيره على الخصوية ونكس الحمل الهاجر لاحقاً.

2. المحددات والمعوّقات:

هناك بعد المحددات والمعوقات لدراستنا وأهمها:

- ✓ عدم القدرة على التواصل مع العديد من السيدات.
- ✓ رفض بعض السيدات الاستجابة أو التحقق من صحة المعلومات.
- ✓ الحاجة إلى عينات أكبر للحصول على نتائج أدق.

3. الخلاصة:

درسنا في هذا البحث تأثير طرق العلاج المختلفة للحمل الهاجر البوقي على حدوث حمل لاحق ونكس الحمل الهاجر ووجدنا ما يلي:

❖ يترافق التدبير الدوائي والترقبي لعلاج الحمل الهاجر البوقي المستقر هيموديناميكياً بنسبة أعلى للخصوبة وحدوث الحمل لاحقاً مقارنة بالعلاج الجراحي.

4. التوصيات:

❖ نوصي بالعلاج الترقبي والدوائي للحمل الهاجر البوقي في الحالات المستقرة هيموديناميكياً وعدم اللجوء للعلاج الجراحي إلّا عندما تستدعي الحاجة له.

5. الموجز:

قمنا في هذا الفصل بذكر المعوقات التي واجهتنا بالدراسة وبتلخيص النتائج وذكر التوصيات التي توصلنا لها خلال هذه الدراسة.

References المراجع:

1. Betran Barnhart K, Coutifaris C, Esposito M. The pharmacology of methotrexate.لExpert Opin Pharmacother. 2001;2:409–17.
2. Barnhart K, van Mello NM, Bourne T, et al. Pregnancy of unknown
3. location: a consensus statement of nomenclature, definitions, and outcome. Fertil Steril. 2011;95:857–66.
4. The American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy. Obstet Gynecol. 2018;131:e65–77.
5. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, et al. Sites of ectopic pregnancy: a 10-year population-based study of 1800 cases. Hum Reprod. 2002;17:3224–30.
6. Mol BW, Hajenius PJ, Engelsbel S, et al. Serum human chorionic gonadotropin measurement in the diagnosis of ectopic pregnancy when transvaginalلsonography is inconclusive. Fertil Steril. 1998;70:972–8
7. Forveille C, Boulieu D. Ectopic pregnancy after in vitro fertilization: 6cases. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1997;26:374–8.
8. Naveed AK, Anjum MU, Hassan A, et al. Methotrexate versus expectantلmanagement in ectopic pregnancy: a meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. 2022;305:547–53.
9. Barnhart KT, Gosman G, Ashby R, et al. The medical management of ectopic pregnancy: a meta-analysis comparing “single dose” and “multidose”regimens. Obstet Gynecol. 2003;101:778–84.
10. Morlock RJ, Lafata JE, Eisenstein D. Cost-effectiveness of single-dose methotrexate compared with laparoscopic treatment of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol. 2000;95:407–12.
11. Hajenius PJ, Mol F, Mol BW, et al. Interventions for tubal ectopic pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2007;(1):CD000324.
12. de Bennetot M, Rabischong B, Aublet-Cuvelier B, et al. Fertility after tubal ectopic pregnancy: results of a population-based study. Fertil Steril 2012;98:1271–6.
13. Hong-Juan Hao, MD, Li Feng, MD , Li-Fei Dong, Ba, Wei Zhang, MD, Xiao-Li Zhao, MD. Reproductive outcomes of ectopic pregnancy with

conservative and surgical treatment A systematic review and meta-analysis. Hao et al. • Medicine (2023) 102:17

14. Yousefnezhad A, Pirdehghan A, Roshandel Rad M, et al. Comparison of the pregnancy outcomes between the medical and surgical treat ments in tubal ectopi pregnancy. Int J Reprod Biomed. 2018;16:31–4.
15. Demirdag E, Guler I, Abay S, et al. The impact of expectant manage ment, systemic methotrexate and surgery on subsequent pregnancy outcomes in tubal ectopic pregnancy. Ir J Med Sci. 2017;186:387–92.
16. Marianne Koch, Stephanie Schwab, Elias Meyer, Eliana Montanari, Yvonne Bader, Johannes Ott & Samir Helmy. Management of uterine ectopic pregnancy – local versus systemic methotrexate. Arch Gynecol Obstet. 2016;294(1):19-27.
17. Young Ran Kim, Myoung Jin Moon. Ultrasound-guided local injection of methotrexate and systemic intramuscular methotrexate in the treatment of cesarean scar pregnancy. Obstet Gynecol Sci 2018;61(1):147-153
18. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, et al. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol Surv 2013; 68:571.
19. Zou S, Li X, Feng Y, et al. Comparison of the diagnostic values of circulating steroid hormones, VEGF-A, PIGF, and ADAM12 in women with ectopic pregnancy. J Transl Med 2013; 11:44.
20. Feng C, Chen ZY, Zhang J, et al. Clinical utility of serum reproductive hormones for the early diagnosis of ectopic pregnancy in the first trimester. J Obstet Gynaecol Res 2013; 39:528.
21. Casanova BC, Sammel MD, Chittams J, et al. Prediction of outcome in women with symptomatic first-trimester pregnancy: focus on intrauterine rather than ectopic gestation. J Womens Health (Larchmt) 2009; 18:195.
22. Job-Spira N, Fernandez H, Bouyer J, et al. Ruptured tubal ectopic pregnancy: risk factors and reproductive outcome: results of a population-based study in France. Am J Obstet Gynecol 1999; 180:938.
23. Rausch ME, Hampilos N, McNeill W, et al. Ectopic Pregnancy. In: Handbook of Obstetric and Gynecologic Emergencies, 5th ed, Benrubi GI (Ed), Lippincott Williams & Wilkins, 2018.

24. Barnhart KT, Sammel MD, Rinaudo PF, et al. **Symptomatic patients with an early viable intrauterine pregnancy: HCG curves redefined**. Obstet Gynecol 2004; 104:50.
25. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, et al. **Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases.** Hum Reprod 2002; 17:3224.
26. Webster K, Eadon H, Fishburn S, et al. **Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management: summary of updated NICE guidance.** BMJ 2019; 367:l6283.
27. Condous G, Kirk E, Lu C, et al. **Diagnostic accuracy of varying discriminatory zones for the prediction of ectopic pregnancy in women with a pregnancy of unknown location.** Ultrasound Obstet Gynecol 2005; 26:770.
28. Parks JK, Elliott AC, Gentilello LM, Shafi S. **Systemic hypotension is a late marker of shock after trauma: a validation study of Advanced Trauma Life Support principles in a large national sample.** Am J Surg 2006; 192:727.
29. Condous G, Timmerman D, Goldstein S, et al. **Pregnancies of unknown location: consensus statement.** Ultrasound Obstet Gynecol 2006; 28:121.
30. Link CA, Maissiat J, Mol BW, et al. **Diagnosing ectopic pregnancy using Bayes theorem: a retrospective cohort study.** Fertil Steril 2023; 119:78.
31. Cole LA. **Individual deviations in human chorionic gonadotropin concentrations during pregnancy.** Am J Obstet Gynecol 2011; 204:349.e1.
32. Connolly A, Ryan DH, Stuebe AM, Wolfe HM. **Reevaluation of discriminatory and threshold levels for serum β-hCG in early pregnancy.** Obstet Gynecol 2013; 121:65.
33. Rausch ME, Barnhart KT. **Serum biomarkers for detecting ectopic pregnancy.** Clin Obstet Gynecol 2012; 55:418.
34. Link CA, Maissiat J, Mol BW, et al. **Diagnosing ectopic pregnancy using Bayes theorem: a retrospective cohort study.** Fertil Steril 2023; 119:78.
35. Anderson FW, Hogan JG, Ansbacher R. **Sudden death: ectopic pregnancy mortality.** Obstet Gynecol 2004; 103:1218.

36. Doubilet PM, Benson CB, Bourne T, et al. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. N Engl J Med 2013; 369:1443.
37. Hajenius PJ, Mol F, Mol BW, et al. Interventions for tubal ectopic pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2007; :CD000324.
38. Wiser A, Gilbert A, Nahum R, et al. Effects of treatment of ectopic pregnancy with methotrexate or salpingectomy in the subsequent IVF cycle. Reprod Biomed Online 2013; 26:449.
39. Gay C, Perrin J, Courbiere B, et al. Impact of salpingectomy for ectopic pregnancy on the ovarian response during IVF stimulation. J Gynecol Obstet Hum Reprod 2019; 48:727.
40. Mol F, Strandell A, Jurkovic D, et al. The ESEP study: salpingostomy versus salpingectomy for tubal ectopic pregnancy; the impact on future fertility: a randomised controlled trial. BMC Womens Health 2008; 8:11.
41. Lipscomb GH. Medical therapy for ectopic pregnancy. Semin Reprod Med 2007; 25:93.
42. Barnhart KT, Gosman G, Ashby R, Sammel M. The medical management of ectopic pregnancy: a meta-analysis comparing "single dose" and "multidose" regimens. Obstet Gynecol 2003; 101:778.
43. Morlock RJ, Lafata JE, Eisenstein D. Cost-effectiveness of single-dose methotrexate compared with laparoscopic treatment of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 2000; 95:407.
44. Lipscomb GH. Medical therapy for ectopic pregnancy. Semin Reprod Med 2007; 25:93.
45. Hajenius PJ, Mol F, Mol BW, et al. Interventions for tubal ectopic pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2007; :CD000324.

Abstract

Background:

Ectopic pregnancy is one of the most common emergency complaints among women and a major cause of morbidity and maternal mortality in early stages of pregnancy. The incidence of ectopic pregnancy has dangerously increased, approaching 2% in developed countries, and it seriously affects the woman's life and her reproductive future.

Objective:

Study the effect of the treatment method used in cases of ectopic tubal pregnancy on the occurrence of secondary infertility and the recurrence of ectopic pregnancy in the future.

Materials and Methods:

A retrospective cohort study was conducted conducted at the University Hospital of Obstetrics and Gynecology in Damascus, involving 150 women admitted to the University Hospital of Obstetrics and Gynecology between 2017 and 2020 with a diagnosis of ectopic pregnancy treated at the hospital. The study sample was divided into three equal groups consisting of 50 women each, distributed according to the method of treatment for ectopic pregnancy. The data were analysed using the statistical analysis program (SPSS) to reach the desired results.

Results:

The average age of women was 26.82 years for the expectant management group, 27.04 for the surgical management group, and 27.22 for the medical management group. The highest percentage of intrauterine pregnancy occurred in the medical management group, where the incidence was 56%, while the lowest percentage of intrauterine pregnancy was found in the surgical management group, with pregnancy occurring intrauterinely in 26% of the group. We found that recurrence was most frequently observed in the expectant management group at a rate of 26%, followed by the medical management group at 24%, and least frequently in the surgical management group at 6%.

Conclusion:

The medical management and monitoring of stable hemodynamically ectopic pregnancy is associated with a higher fertility rate and the occurrence of pregnancy later compared to surgical treatment.

Keywords: ectopic pregnancy, methotrexate.

Syrian Arab Republic

Ministry Of High Education

Damascus University

Faculty of Medicine

Department of Obstetrics and Gynecology Diseases

Comparative Study among Surgical, Medical and Expectant Management of Tubal Ectopic Pregnancy

A dissertation Submitted in Partial Fulfillment of theRequirements for the Specialized Higher Studies Certificate inObstetrics and Gynecology

by

Dr. oula allham

Supervisor

Prof. Dr. wael nassar

2025