

بررسی رابطه حاملگی خارج رحمی با وضعیت باروری و سرانجام حاملگی‌های بعدی

دکتر مریم السادات حسینی*، الهام ضرغامی**
* گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
** کارشناس ارشد مامایی

خلاصه

با توجه به شیوع روزافزون حاملگی نابجا در سراسر دنیا و گزارش‌های متفاوت از عوارض این عامل بر روی باروری و سرانجام حاملگی‌های بعدی زنان مبتلا و به منظور تعیین رابطه حاملگی خارج رحمی با وضعیت باروری و سرانجام حاملگی‌های بعدی در زنانی که به خاطر وجود حاملگی نابجا یا طبیعی طی سال‌های ۷۵ - ۱۳۷۰ به بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه کرده بودند، انجام گرفت.

پژوهش حاضر با روش هم گروهی (Cohort) بر روی ۲۶۰ نفر صورت پذیرفت. گروه مورد (۱۳۰ نفر) اشخاصی با تشخیص پاتولوژیک حاملگی لوله‌ای که تحت عمل جراحی رادیکال قرار گرفته و پس از عمل، تمایل به حاملگی داشتند و دسترسی به آنان مقدور بود. گروه شاهد (۱۳۰ نفر) دارای حاملگی طبیعی بوده و از نظر خصوصیات فردی و سوابق تاریخیچه مامایی با گروه مورد مشابه بودند که این خصوصیات از روی پرونده‌های بیمارستانی آنان ثبت گردید. ضمن مصاحبه با نمونه‌ها در مورد وضعیت بارداری‌ها پس از حاملگی خارج رحمی یا طبیعی با سوالاتی در زمینه وضعیت باروری یا ناباروری، مدت زمان رسیدن به حاملگی بعدی و هم چنین سرانجام حاملگی از نظر زایمان ترم یا زودرس، حاملگی نابجای مجدد، سقط خود به خود و فراموش شده اطلاعات لازم کسب گردید و نتایج با آزمون‌های مختلف مورد قضاوت آماری قرار گرفتند.

از ۲۶۰ فرد مورد بررسی، میزان باروری در گروه مورد ۷۰ درصد و زمان رسیدن به آن $10/8 \pm 14/2$ ماه بود و در گروه شاهد فقط ۳/۸ درصد نمونه‌ها به باروری نرسیدند که این اختلاف به لحاظ آماری معنی دار است ($P < 0/001$). در گروه شاهد زمان رسیدن به باروری زودتر و ۹۴/۴ درصد نمونه‌ها در سال اول بعد از حاملگی طبیعی باردار شده بودند. میزان زایمان ترم بعدی پس از حاملگی نابجا، ۵۰ درصد و در گروه شاهد ۶۵/۴ درصد بود که این اختلاف به لحاظ آماری معنی دار می‌باشد ($P < 0/02$). در میزان زایمان زودرس و سقط بعدی در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی دار آماری مشاهده نگردید ولی در گروه مورد، احتمال حاملگی نابجای مجدد بیشتر می‌باشد که این تفاوت به لحاظ آماری معنی دار است ($P < 0/001$).

بنابر این، می‌توان چنین نتیجه گرفت که حاملگی نابجا یک خطر برای باروری بعدی و سرانجام آن محسوب می‌گردد و روش‌های جدیدتر تشخیص و درمانی در هنگام بروز آن و مراقبت‌های ویژه حاملگی پس از آن، برای این دسته از بیماران پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: حاملگی خارج از رحمی، سرانجام باروری، سقط خود به خود، زایمان زودرس

مقدمه

است و شیوع آن را از ۱ درصد (۲) تا ۲ درصد حاملگی‌ها (۳) گزارش کرده‌اند. درمان حاملگی نابجا، ختم حاملگی می‌باشد که به صورت جراحی همراه با برداشتن یا باقی گذاشتن لوله (سالمپنژکتومی و سالمپنژکتومی) و یا روش‌های

حاملگی نابجا به هر حاملگی گفته می‌شود که لانه گزینی تخم بارور شده در مکانی خارج از حفره رحم صورت گیرد (۱). این عارضه از جمله مشکلات مامایی

این افراد و توجیه طرح، از آنان درخواست همکاری گردید و در ضمن مصاحبه و مشاهده پرونده، خصوصیات فرد از نظر سن، شغل، محل سکونت، تحصیلات، شغل همسر و تاریخچه مامایی قبل از حاملگی نابجا یا طبیعی مانند تعداد حاملگی، تعداد زایمان ترم و زودرس، تعداد فرزندان زنده و مرده، داشتن سوابق سقط، نازایی، جراحی‌های شکمی، لگن و هم چنین روش جلوگیری از بارداری بررسی شد و در فرم اطلاعاتی درج گردید. در خلال مصاحبه با افراد، اطلاعات به دست آمده در مورد وضعیت باروری پس از حاملگی خارج از رحمی یا طبیعی با سوابقاتی در زمینه وضعیت باروری و ناباروری بعدی، مدت زمان رسیدن به حاملگی بعدی و هم چنین سرانجام حاملگی بعدی از نظر زایمان ترم، زایمان زودرس، حاملگی نابجای مجدد، سقط خود به خود و فراموش شده کسب گردید.

داده‌های فرم اطلاعاتی طبقه بندی، استخراج و به صورت جدول و نمودار ارایه و نتایج با آزمون‌های χ^2 ، دقیق فیشر و t -test مورد قضاوت آماری قرار گرفتند. نقش عامل حاملگی خارج از رحمی (Relative risk) در بروز عوارضی مانند ناباروری، کاهش میزان زایمان ترم، افزایش میزان زایمان زودرس، سقط و حاملگی نابجای مجدد و نیز خطر منتسب به آنها نیز محاسبه شد.

یافته‌ها

از آنجایی که هر دو گروه مورد و شاهد از نظر عوامل تاثیرگذار بر روی باروری و سرانجام حاملگی بعدی مشابه سازی شده بودند؛ از این رو، از نظر این عوامل با استفاده از آزمون χ^2 و t -test اختلاف معنی داری دیده نشد. از نظر خصوصیات، به طور کلی سن در گروه شاهد $29/4 \pm 3/9$ سال و در گروه مورد $29/4 \pm 4/9$ سال بود. از نظر تعداد حاملگی در گروه مورد $1/5 \pm 2/5$ بار و گروه شاهد $1/3 \pm 2/3$ بار حاملگی داشتند.

۱۰۸ نفر گروه شاهد و ۱۰۹ نفر گروه مورد ساکن شهر بودند. پیش از حاملگی نابجا یا طبیعی قبلی، ۲۹ مورد گروه شاهد و ۳۱ مورد گروه مورد سابقه سقط و کورتاژ داشتند (NS). ۲۲ نفر در گروه شاهد و ۲۵ نفر در گروه مورد

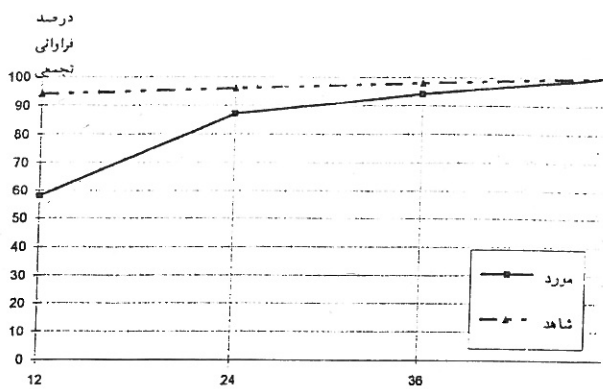
پیشرفته لاپاراسکوپی یادارو درمانی است (۳).

در هر خانمی با هر تعداد زایمان، حاملگی نابجای قبلی به عنوان یکی از عوامل خطر ساز می باشد که از نظر آماری به صورت معنی دار احتمال مرگ پری ناتالی را بالا می برد، هم چنین شیوع نازایی و شانس تکرار حاملگی نابجا در این بیماران بالاتر است (۴). درباره پیش آگهی باروری پس از حاملگی نابجا باید محتاطانه سخن گفت، زیرا در این زمینه آمارهای گوناگونی ارایه شده است (۳، ۵، ۶).

بنابراین، با توجه به اهمیت مساله و عدم اطلاع از آمار میزان باروری پس از حاملگی نابجا در کشورمان، این تحقیق با هدف تعیین رابطه حاملگی خارج رحمی با وضعیت باروری و سرانجام حاملگی بعدی انجام گرفت تا ضمن شناسایی عوارض ناشی از حاملگی نابجا، در صورت وجود عوارض جراحی، برنامه ریزی جهت تحقیق و کم کردن این عوارض به عمل آید و در راستای حفظ پتانسیل تولید مثل در خانواده اقدامات لازم معمول گردد.

مواد و روشها

پژوهش حاضر با روش هم گروهی (Cohort study) صورت پذیرفت. برای جمع آوری داده‌ها، روش مشاهده و مصاحبه به کار رفت که در ابتدا با مراجعه به بایگانی بیمارستان‌های امام حسین (ع)، بوعلی، شهدا، طالقانی، مهدیه و لقمان حکیم، پرونده ۴۶۲ نفر خانم مبتلا به حاملگی خارج رحمی (گروه مورد) که بین سال‌های ۷۵ - ۱۳۷۰ به این مراکز مراجعه کرده بودند، مطالعه گردید و از بین آنان ۱۳۰ نفر با خصوصیات زیر انتخاب شدند: داشتن برگه آسیب شناسی حاملگی لوله‌ای، انجام جراحی رادیکال، تمایل به حاملگی بعد از عمل و مقدور بودن دسترسی به آنان، هم چنین حاملگی لوله‌ای آنها نباید متعاقب بستن لوله‌ها باشد. گروه شاهد ۱۳۰ نفر از خانم‌هایی بودند که در خلال همین زمان دارای حاملگی طبیعی می باشند و از نظر خصوصیات مانند سن، تعداد حاملگی، محل سکونت، بیمارستان محل جراحی، سابقه جراحی شکمی، لگن، سابقه سقط، نازایی و سابقه داشتن IUD با گروه مورد مشابه هستند. سپس، با مراجعه به منازل



نمودار ۱ - فراوانی تجمعی زمان رسیدن به حاملگی بعدی در گروه‌های شاهد و مورد مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی طی سال‌های ۷۵ - ۱۳۷۰

زایمان زودرس بعدی تفاوت معنی داری وجود ندارد (جدول ۳).

یافته‌های حاصل بیانگر آن هستند که احتمال یک

جدول ۲ - فراوانی زایمان ترم در گروه‌های شاهد و مورد مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی طی سال‌های ۷۵ - ۱۳۷۰

جمع	ندارد	دارد	زایمان ترم	سابقه حاملگی خارج از رحم
۱۳۰	۴۵	۸۵	نداشته	
(۱۰۰)	(۳۴/۶)	(۶۵/۴)	(شاهد)	
۱۳۰	۶۵	۶۵	داشته	
(۱۰۰)	(۵۰)	(۵۰)	(مورد)	

جدول ۳ - فراوانی زایمان زودرس در گروه‌های شاهد و مورد مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی طی سال‌های ۷۵ - ۱۳۷۰

جمع	ندارد	دارد	زایمان زودرس	سابقه حاملگی خارج از رحم
۱۳۰	۲	۱۲۸	نداشته	
(۱۳۰)	(۱/۵)	(۹۸/۵)	(شاهد)	
۱۳۰	۴	۱۲۶	داشته	
(۱۰۰)	(۳)	(۹۷)	(مورد)	

جدول ۱ - توزیع باروری در خانم‌های دارای سابقه حاملگی خارج از رحمی و گروه شاهد آنها در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال‌های طی ۷۵ - ۱۳۷۰

باروری	دارد	ندارد	جمع	سابقه حاملگی خارج از رحم
نداشته	۱۲۵	۵	۱۳۰	
(شاهد)	(۹۶/۲)	(۳/۸)	(۱۰۰)	
داشته	۹۱	۳۹	۱۳۰	
(مورد)	(۷۰)	(۳۰)	(۱۰۰)	

سابقه‌نازایی را ذکر می‌کردند. ۳۰ نفر از گروه شاهد و ۳۲ نفر از گروه مورد از IUD به عنوان یک روش جلوگیری از حاملگی استفاده کرده و ۲۷ نفر گروه شاهد و ۴۰ نفر گروه مورد سابقه جراحی شکمی - لگنی داشتند. با توجه به این که گروه شاهد و مورد از نظر تعداد برابر و ۱۳۰ نفر بودند، اختلاف آماری موارد مذکور معنی دار نبود.

تحقیق نشان داد که بین دو گروه مورد و شاهد از حیث باروری بعدی اختلاف معنی دار آماری وجود دارد ($P < 0/0001$). هم چنین نقش حاملگی خارج از رحمی در بروز خطر ناباروری ۷/۸ برابر افزایش می‌یابد و خطر منتسب در بروز ناباروری در اثر عامل حاملگی خارج از رحمی حدود ۲۶ درصد است (جدول ۱).

۶۰ درصد افراد با سابقه حاملگی خارج رحمی، علی‌رغم تمایل به حاملگی، در سال اول باروری نداشته و ۹۴ درصد گروه شاهد دارای باروری بودند. در پایان سال دوم این میزان برای گروه مورد و شاهد به ترتیب ۸۸ و ۹۶ درصد می‌باشد (نمودار ۱).

بین دو گروه مورد و شاهد از نظر زایمان ترم بعدی تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0/02$). نقش حاملگی خارج از رحمی در بروز خطر به ترم نرسیدن حاملگی بعدی ۱/۴ برابر کمتر از افرادی می‌باشد که دارای سابقه حاملگی طبیعی بوده‌اند و خطر منتسب به این دو عامل در بروز به ترم نرسیدن حاملگی ۱۵/۴ درصد است (جدول ۲).

تحقیق نشان داد که بین دو گروه مورد و شاهد از نظر

در تحقیقات خود میزان باروری پس از حاملگی نابجا را بین ۶۹ تا ۷۱ درصد گزارش کردند که با یافته پژوهش اخیر هم خوانی دارد.

Tumivaara و همکاران وی در پژوهش خود در سال ۱۹۸۲ (۹) بارداری را به میزان ۸۲ درصد گزارش کردند که بیشتر از تحقیق حاضر است و علت این اختلاف می تواند به دلیل زمان پی گیری طولانی تر باشد. در نتیجه، با افزایش پی گیری شانس باروری نیز بیشتر می شود. Sultana در سال ۱۹۹۲ (۱۰) میزان بارداری را ۲۲/۲ درصد در گروه مورد گزارش کرد که این کاهش شاید به دلیل عدم حذف بیماران عقیم گردیده از پژوهش وی باشد.

میانگین مدت زمان رسیدن به بارداری در گروه مورد در پژوهش حاضر $10/8 \pm 14/2$ ماه بود که با پژوهش Mitchell (۷) و Lunderoff در سال ۱۹۹۲ در سوئد (۱۱) مشابه بوده که در گروه مورد، ۶۳/۷ درصد از مجموع افراد بارور در سال اول، ۸۵/۷ درصد در سال دوم، ۹۴/۵ درصد در سال سوم و ظرف چهار سال ۱۰۰ درصد نمونه ها باردار شدند. در گروه شاهد ۹۴/۴ درصد در سال اول، ۹۶/۸ درصد در سال دوم، ۹۸/۴ درصد در سال سوم و ۱۰۰ درصد نمونه ها پس از گذشت چهار سال باردار شدند که با نتایج پژوهش Tumivaara (۹) مشابه است. Thorburn در سال ۱۹۸۸ در سوئد (۱۲) چنین گزارش کرد که از مجموع افراد بارور پس از حاملگی نابجا، ۴۱/۲ درصد آنها یک سال پس از جراحی، ۷۲/۹ درصد ظرف دو سال، ۸۵/۹ درصد پس از سه سال و ۹۴/۱ درصد ظرف چهار سال و ۱۰۰ درصد افراد بارور پس از ۵ سال به حاملگی رسیده اند که با نتیجه پژوهش فعلی در گروه مورد در اولین سال مغایر می باشد. Pouly در سال ۱۹۹۱ در فرانسه (۱۳) در توجیه به تعویق افتادن اولین حاملگی چنین ذکر می کند که سابقه گذشته باعث کاهش باروری و در نتیجه، تاخیر شروع حاملگی داخل رحمی بعدی می گردد. از طرفی، احتمالاً اختلاف در میزان باروری در سال اول بعد از عمل با تحقیق حاضر به این خاطر است که شاید در سال اول بعد از عمل در پژوهش Thorburn (۱۲) عده بیشتری از روش های پیش گیری از بارداری استفاده کرده و میزان باروری پایین تر می باشد ولی در سال دوم و سوم تقریباً با

جدول ۴ - فراوانی حاملگی نابجا در گروه های شاهد و مورد مراجعه کننده به بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی طی سال های ۷۵ - ۱۳۷۰

حاملگی نابجا	دارد	ندارد	جمع
نداشته	-	۱۳۰	۱۳۰
(شاهد)	(-)	(۱۰۰)	(۱۰۰)
داشته	۱۱	۱۱۹	۱۳۰
(مورد)	(۸/۵)	(۹۱/۵)	(۱۰۰)

جدول ۵ - توزیع سقط خود به خود در گروه های شاهد و مورد مراجعه کننده به بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی طی سال های ۷۵ - ۱۳۷۰

سقط خود به خود و سقط فراموش شده	دارد	ندارد	جمع
نداشته	۵	۱۲۵	۱۳۰
(شاهد)	(۳/۸)	(۹۶/۲)	(۱۰۰)
داشته	۱۱	۱۱۹	۱۳۰
(مورد)	(۸/۵)	(۹۱/۵)	(۱۰۰)

حاملگی نابجای مجدد در خانم های دارای سابقه حاملگی خارج از رحمی به طور معنی دار بیشتر می باشد ($P < 0/001$). نقش حاملگی های خارج از رحمی در بروز حاملگی های نابجا چندین برابر خانم هایی است که دارای سابقه حاملگی خارج از رحمی نبوده اند و خطر متناسب این عامل در بروز حاملگی نابجای بعدی ۸/۵ درصد است (جدول ۴).

در دو گروه مورد و شاهد از نظر سقط بعدی تفاوت معنی دار وجود ندارد (جدول ۵).

بحث

در این تحقیق ۷۰ درصد نمونه ها در گروه مورد و ۹۶/۲ درصد در گروه شاهد باروری داشتند که این اختلاف معنی دار است ($P < 0/00001$). Mitchell در سال ۱۹۸۹ (۷)، Hochstein و همکاران در سال ۱۹۹۰ (۸)

پژوهش حاضر برابری می‌کند.

یافته‌های حاصل بیانگر آن هستند که خطر بروز به ترم رسیدن حاملگی در اثر عامل حاملگی خارج رحمی ۱/۴ برابر نسبت به گروه شاهد افزایش داشت و خطر منتسب به این عامل ۱۵/۴ درصد بود. Thorburn (۱۲) و Hochstein (۸) به ترتیب ارقام ۵۳/۵ و ۵۳ درصد را در گروه مورد بیان داشتند که با نتیجه پژوهش فعلی مشابه و با پژوهش Tumivaara و همکاران (۹) با میزان ۷۹ درصد، مخالف بود و شاید به خاطر آن باشد که در پژوهش آنها چون میزان افراد دارای زایمان ترم فقط از مجموع افراد بارور کم شده بود، از نظر آماری، میزان بالاتری حاصل می‌گردد (۹). در پژوهش Lunderoff (۱۱) این میزان ۶۰ درصد در گروه مورد ذکر شد و این اختلاف نیز به این دلیل است که چون میزان حاملگی خارج از رحم در مجموع افراد بارور محاسبه نگردیده است، در نتیجه میزان بالاتری حاصل می‌شود.

از یافته‌های مهم دیگر تحقیق، میزان زایمان زودرس در اولین حاملگی پس از بارداری نابجا یا حاملگی طبیعی است که در پژوهش فعلی این میزان در گروه مورد ۳ درصد و در گروه شاهد ۱/۵ درصد است که از نظر آماری اختلاف معنی دار بین دو گروه به دست نیامد ولی Cunningham (۲) میزان زایمان زودرس را در جمعیت عمومی به طور کلی ۱۰ - ۵ درصد قید می‌نماید.

همان گونه که ذکر گردید، نقش حاملگی‌های خارج رحمی در بروز حاملگی‌های نابجای بعدی چندین برابر خانم‌های دارای حاملگی طبیعی بود و خطر منتسب به این

عامل ۸/۵ درصد می‌باشد. تحقیقات Paavonen در سال ۱۹۸۵ در مجارستان (۱۴) و Adamcio در سال ۱۹۹۳ در لهستان (۱۵) مشابه تحقیق حاضر ولی در پژوهش‌های Sultana (۱۰) و Hochstein (۸) میزان تکرار حاملگی نابجا به ترتیب ۱۳/۳ و ۱۴ درصد گزارش گردید که دلیل بالاتر بودن این مقادیر، احتمالاً به علت بی بند و باری جنسی بیشتر در کشورهای غربی و در نتیجه میزان بالاتر بیماری‌های مقاربتی می‌باشد که عفونت‌های ناشی از آنها تخریب کننده لوله و بالا برنده میزان عود حاملگی نابجا هستند. Badawy و همکارانش در سال ۱۹۸۶ در نیویورک (۱۶) بر روی ۱۹ نفر از بیماران خود هیچ میزانی از تکرار حاملگی نابجا را در گروه مورد گزارش نکردند که مغایر پژوهش فعلی است و شاید اولاً به این دلیل است که در پژوهش ما استفاده از لاپاراسکوپ جهت رد چسبندگی و استفاده از آنتی بیوتیک‌ها بعد از عمل جراحی کنترل نشده است و ثانیاً حجم نمونه در تحقیق ما هفت برابر و مدت پی‌گیری نیز ۲/۵ برابر بیشتر بود.

میزان سقط خود به خود و فراموش شده طی تحقیق حاضر در گروه مورد، ۸/۵ درصد و در گروه شاهد، ۳/۸ درصد بود. نتیجه این یافته با پژوهش Paavonen (۱۴) و Badawy (۱۶) که میزان ۱۰ درصد سقط پس از حاملگی نابجا را گزارش کردند، نزدیک می‌باشد ولی با نتایج Lunderoff (۱۱) مغایرت دارد و شاید بدین خاطر باشد که افراد مورد پژوهش گروه مورد در بررسی وی، میانگین سنی بالاتری نسبت به نمونه‌های ما داشته‌اند و سقط بیشتری در آنها گزارش گردیده است.

References:

۱. نوری ع (مترجم). بیماری‌های زنان و زایمان. ویلسون. چاپ اول. تهران: انتشارات شهراب؛ ۱۳۷۱: ۱۹۴.
2. Cunningham EG. Williams obstetrics. 20th ed. Stamford: Appleton & Lange; 1997: 607 - 619.
3. Stewart EA. Kistner's Gynecology. Principles and Practice. 6th ed. St Louis: Mosby year book; 1995: 166.
4. Knuppel RA, Druker JE. High risk pregnancy. A team approach. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992: 25.
5. Berek JS. Novak's Gynecology. 12th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996: 447 - 487.

- 6 . Decherney AH. *Principles and practice of clinical Gynecology*. 2nd ed. London: Churchill - Livingston; 1990: 465 - 471.
- 7 . Mitchell DE, Helen F. *Fertility after ectopic pregnancy*. *Am J Obstet Gynecol*. 1989; 161: 578 - 580.
- 8 . Hochestein EVA, Baranyai J. *Tubal pregnancy: Relationship of conservative and radical mangment and follicular salpingitis up on reproductive outcome*. *Aust NZ Obstet Gynecol*. 1990; 30: 343 - 347.
- 9 . Tumivaara L, Kauppila A. *Radical or conservative surgery for ectopic pregnancy? A follow up study of fertility of 323 patients*. *Fertil Steril*. 1988; 50: 580 - 583.
- 10 . Sultana CJ. *Outcome of laparoscopic versus traditional surgery for EP*. *Fertil Steril*. 1992; 57: 285 - 289.
- 11 . Lunderoff P, Thorburn J. *Fertility outcome after conservative surgical treatment of ectopic pregnancy evaluated in a randomized trial*. *Fertil Steril*. 1992; 57: 998 - 1002.
- 12 . Thorburn J. *Fertility after ectopic pregnancy in relation to back ground factors and surgical treatment*. *Fertil Steril*. 1988; 49: 565 - 601.
- 13 . Pouly JL. *Multifactorial analysis of fertility after conservative laparoscopic treatment of ectopic pregnancy in a series of 223 patients*. *Fertil Sterli*. 1991; 50: 453 - 460.
- 14 . Paavonen J. *Diagnosis and managment of tubal pregnancy. Effect on fertility outcome*. *Int J Gynecol Obstet*. 1985; 23: 129 - 133.
- 15 . Adamcio DM. *Fertility of women after past ectopic pregnancy*. *Ginekol Pol*. 1993; 64: 562 - 565.
- 16 . Badawy SZ. *Conservative surgical treatment of tubal pregnancy. Factors affecting future fertility*. *Int J Fertil*. 1986; 31: 182 - 192.

Relationship of extrauterine pregnancies with fertility and the following pregnancies

Hosseini, M.¹, Zarghami, E.²

1. Department of Obstetrics and Gynecology, Shaheed Beheshti Univ. Med. Sci.

2. M. sc. in midwifery

Considering the increasing trend for ectopic pregnancies in the world and different reports on its complications and the fate of the following pregnancies, this study was performed to determine the relationship between these factors in referrals of the hospitals of Shaheed Beheshti University of Medical Sciences from 1991 to 1996.

The cohort strategy of this research study was carried out on 260 women. The case group (n = 130) consisted of cases with a pathologic diagnosis of tubular pregnancy and had undergone radical surgical procedures and then still willing to become pregnant. The control group (n = 130) comprised of cases with normal pregnancy and had a personal and history as case group. The required data were gathered from their medical records. In addition, the condition of next pregnancies, the fertility in this regard, having the term or early labor, having again ectopic pregnancy, and spontaneous or neglected abortion were considered and the results were analyzed using statistical tests.

Out of 260 cases, 70% and 3.8% of cases in case and control groups respectively and had infertility after 14.2 ± 10.8 months and the difference was significant ($P < 0.0001$). In control group, the elapsed time with the next pregnancy was shorter and 99.4% of women had become pregnant again in the first year. The rate of next term pregnancy for case and control groups was 50% and 65.4% and the difference was significant ($P < 0.02$). There was also no significant difference between case and control groups regarding premature labor and next abortions, but there existed a higher chance of ectopic pregnancy in case group compared to control group ($P < 0.001$).

In summary, it can be concluded that ectopic pregnancy is a great threat for the next pregnancies and their fate and for this reason, newer diagnostic and treatment methods is suggested for such patients.

Key words: Extrauterine Pregnancy, Fertility Fate, Spontaneous Abortion, Premature Labor

Pattern of fat consumption in 10 Iranian provinces

Khosravi, M.¹, Kimiagar, M.², Shahidi, N.², Ghafarpour, M.²

1. Fatemieh Qom University of Medical Sciences

2. Food and Nutrition Research Institute, Shaheed Beheshti Univ. Med. Sci.

Low and high intake of fat consumption regardless of its kind can jeopardize personal and public health. Despite the importance of quality and quantity of fat in the diet and its relationship with some chronic disorders such as coronary heart disease, some types of cancers, obesity and diabetes, the consumption pattern of fats and their constituent fatty acids have not yet been assessed in our country.