عوامل موثر بر حاملگی نابجا و نقش آن بر باروری بعدی

دکتر مریم السادات حسینی * ، الهام ضرغامی **

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شیوع حاملگی نابجا و گزارش‌های متفاوت از عوامل موثر بر حاملگی نابجا، این تحقیق در سال ۱۳۷۴ بر روی خانم‌هایی که به علت حاملگی نابجا در پنج سال گذشته به مراکز آموزشی ، درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه و تحت عمل جراحی رادیکال قرار گرفته بودند و سپس تمایل به حاملگی داشته‌اند صورت پذیرفت.

مواد و روشها: پژوهش حاضر با روش توصیفی بر روی خانم‌هایی که دارای تشخیص پاتولوژیک حاملگی نابجا بوده و تحت عمل جراحی رادیکال قرار گرفته و تمایل به حاملگی پس از عمل داشتند، انجام گرفت . با استفاده از پرونده بیمار خصوصیات فردی ، تاریخچه مامایی و عوامل موثر بر حاملگی نابجای قبلی بررسی و ثبت گردید. میزان باروری پس از حاملگی نابجا، زمان رسیدن به باروری و نقش عوامل موثر در باروری بعدی مطالعه شد و شیوع هر یک در نمونه‌ها مشخص و میزان واقعی آن در جامعه برآورد و میزان همبستگی عوامل موثر با سرانجام باروری با آماره چوپروف تعیین گردید.

یافته‌ها: از ۱۳۰ فرد مورد بررسی ، میزان باروری پس از حاملگی نابجای قبلی ۷۰ درصد و زمان رسیدن به آن ۱۰/۸±۱۴/۲ ماه و زایمان ترم در ۵۰ درصد نمونه‌ها به وقوع پیوست . از بین عوامل موثر مورد بررسی بیشترین نقش را به ترتیب سوابق نازایی و چسبندگی و تجربه زایمانی داشته است.

نتیجه گیری: حاملگی نابجا خطری برای باروری بعدی محسوب می‌شود و سابقه چسبندگی خطر را افزایش و مراقبت‌های ویژه مامایی برای این دسته بیماران پیشنهاد و انجام تحقیقات تحلیلی و تجربی برای بررسی دقیق‌تر باروری و شناخت نقش عوامل مختلف پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: حاملگی نابجا، باروری

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی تهران، گروه زنان و زایمان

** کارشناس ارشد مامایی

مقدمه

حاملگی نابجا از جمله مشکلات مامایی است، شیوع این عارضه را از یک (۱) تا دو درصد (۲) گزارش کرده‌اند. درمان ریشه‌ای حاملگی نابجا ختم حاملگی است که به صورت جراحی همراه با برداشتن و یا باقی گذاشتن لوله سالپنژکتومی و سالپنکوستومی است و روش‌های پیشرفته لاپاراسکوپی و دارو درمانی جهت حاملگی نابجا نیز گزینه‌های دیگر درمانی هستند (۲). درباره پیش آگهی باروری پس از حاملگی نابجا باید بااحتیاط سخن گفت و آمارهای متعددی در این زمینه ارایه شده است (۲،۳،۴).

از طرفی ، عوامل زیادی را باید در ارزیابی موفقیت و یا شکست در حاملگی‌های پس از حاملگی نابجا مانند سن ، تعداد زایمانها، بیماری دو طرفه لوله، پارگی لوله رحم و سایر عوامل در نظر داشت (۱). از این رو، با توجه به اهمیت مساله و عدم اطلاع از آمار میزان باروری پس از حاملگی نابجا و هم چنین نقش عوامل موثر بر باروری و موفقت آن و به منظور تعیین بررسی عوامل موثر بر حاملگی نابجای قبلی و باروری بعدی ، این تحقیق بر روی زنانی که طی سال‌های ۷۴-۱۳۶۹ در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تحت عمل جراحی جهت حاملگی نابجا قرار گرفته بودند، صورت پذیرفت.

مواد و روشها

پژوهش حاضر با روش توصیفی (Descriptive) انجام گرفت و در این پژوهش اسامی و آدرس کلیه خانم‌هایی که طی سال‌های ۷۴-۱۳۶۹ تحت عمل جراحی جهت حاملگی نابجا در بیمارستانهای شهدا ، بوعلی ، امام حسین (ع) ، مهدیه ، لقمان و طالقانی قرار گرفته بودند، استخراج گردید که از بین آنها ۱۳۰ زن که پس از عقیم‌سازی دارای حاملگی نابجا با تشخیص پاتولوژیک بودند و جراحی رادیکال بر روی آنان به عمل آمده و تمایل به حاملگی پس از عمل داشتند و دسترسی به آنان مقدور بود، انتخاب گردیدند. با مراجعه به منزل این افراد ، توجیه طرح و درخواست همکاری، فرم اطلاعاتی تکمیل گردید که در آن خصوصیات سن ، شغل ، محل سکونت (شهر و روستا) ، شغل همسر و تایخچه مامایی قبل از حاملگی نابجا، مانند تعداد حاملگی ، تعداد زایمان‌های ترم و زودرس ، تعداد فرزندان زنده و مرده، داشتن سابقه سقط و روش جلوگیری قبل از بارداری نابجا و هم‌چنین عوامل موثر بر حاملگی نابجا مانند داشتن سابقه نازایی، سابقه جراحی‌های شکمی، لگنی ، استفاده از IUD و داشتن چسبندگی بررسی گردید و نیز از روی پرونده بیمارستانی اطلاعاتی درباره خصوصیات حاملگی نابجا از قبیل محل حاملگی نابجا ، نوع عمل جراحی ، اندازه ، هماتوسالپنکس ، حجم خون جمع شده در صفاق میزان چسبندگی لوله همان طرف و طرف مقابل و آنومالی لوله به فرم اطلاعاتی بیماران انتقال یافت و ضمن مصاحبه با بیماران اطلاعات حاصل پس از عمل جراحی جهت حاملگی نابجا با سوالاتی در زمینه باروری و یا ناباروری بعد از عمل مدت زمان رسیدن به حاملگی پس از عمل جراحی و زایمان ترم بعدی کسب گردید.

داده‌های فرم اطلاعاتی طبقه بندی، استخراج و به صورت جدول و نمودار ارایه و فاصله اطمینان آن در جامعه برآورد و میزان همبستگی بین عوامل موثر با سرانجام باروری مطابق آماره چوپروف تعیین و تعمیم‌پذیری آن مشخص شد.

یافته‌ها

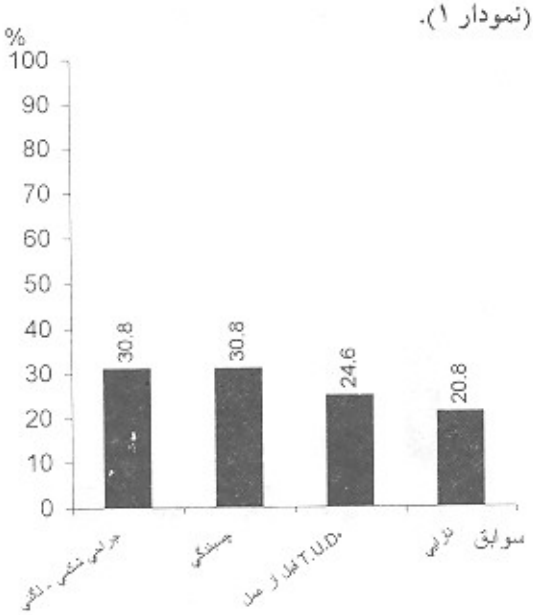
الف - یافته‌های مربوط به خصوصیات مبتلایان به حاملگی نابجا - تحقیق بر روی ۱۳۰ نفر واجد شرایط انجام گرفت . سن آنها ۴/۹±۲۹/۴ سال و حدود ۸۷ درصد خانه‌دار ، سطح سواد آنها ۱۴ درصد بی‌سواد، ۲۷ درصد تحصیلات دوران ابتدایی، ۲۷ درصد راهنمایی، ۲۸ درصد دبیرستانی بود. هم‌چنین حدود ۸۴ درصد شهری و ۱۶ درصد ساکن روستا بودند. شغل همسر در ۳۷ درصد مشاغل آزاد، در ۳۱ درصد کارگر و کشاورز و در ۳۰ درصد کارمند بود. تاریخچه مامایی زنان دارای حاملگی نابجا بیانگر آن است که بیش از $\frac{2}{3}$ آنان دارای زایمان ترم و فرزندان زنده قبلی می‌باشند (جدول ۱).

جدول ۱ـ توزیع ۱۳۰ زن دارای حاملگی نابجا بر حسب تاریخچه مامایی قبل از عمل، مراجعه کنندگان به مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی طی سال‌های ۷۴ـ۱۳۶۹

فراوانی / تاریخچه مامایی قبل از عمل	تعداد	درصد
زایمان‌های ترم قبلی	۸۸	۶۷/۷
فرزندان زنده قبلی	۸۵	۶۵/۴
موارد سقط و کورتاژ قبلی	۳۱	۲۳/۸
سزارین قبلی	۲۶	۲۰
فرزندان مرده قبلی	۱۳	۱۰

۳۶ نفر (۲۷/۷ درصد) از نمونه‌ها، اولین حاملگی آنها نابجا بوده و ۹۴ نفر (۷۲/۳ درصد) خانم‌های مورد پژوهش در بارداری دوم و یا بیشتر دچار حاملگی نابجا شده‌اند. میزان این حاملگی‌ها ۱/۵±۲/۵ حاملگی بود.

وجود سوابق بعضی عوامل موثر در بروز حاملگی‌های نابجا نشان می‌دهد که جراحی شکمی - لگنی و چسبندگی هر یک در ۴۰ مورد (۳۰/۸ درصد) ، شایع‌ترین عوامل در این بیماران بود (نمودار ۱).

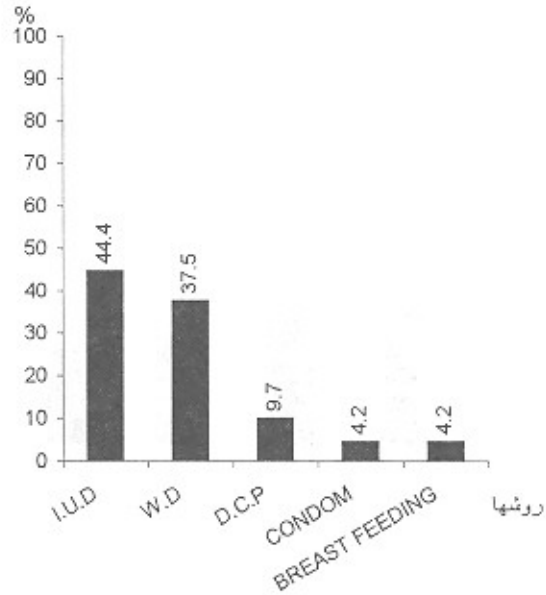


نمودار ۱ـ توزیع ۱۳۰ زن دارای سوابق حاملگی نابجا بر حسب سوابق عوامل موثر مراجعه کنندگان به مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی طی سال‌های ۷۴ـ۱۳۶۹

از ۲۷ نفر دارای سابقه نازایی ، ۲۲ نفر (۸۱/۵ درصد) دارای سابقه نازایی اولیه و ۵ نفر بقیه (۱۸/۵ درصد) دارای سابقه نازایی ثانویه بودند. مدت نازایی در کل بیماران ۵/۲±۷ سال ؛ در بیمارانی که دارای سابقه نازایی اولیه بودند، ۵/۵±۷ سال و در نوع ثانویه ، ۳/۵±۵/۵ سال بود.

تعداد ۵۸ نفر (۴۴/۶ درصد) روش های پیش‌گیری از حاملگی نداشته‌اند. مطالعه روش‌های

پیش‌گیری از بارداری ، قبل از عمل حاملگی خارج از رحمی در ۷۲ نفر بقیه بیانگر آن است که در ۳۲ مورد (۴۴/۴ درصد) از IUD استفاده کرده‌اند و مدت استفاده از این روش ۱۲/۳±۱۹/۴ ماه بود. ۲۷ نفر (۳۷/۵درصد) روش طبیعی را انتخاب کرده بودند (نمودار ۲).



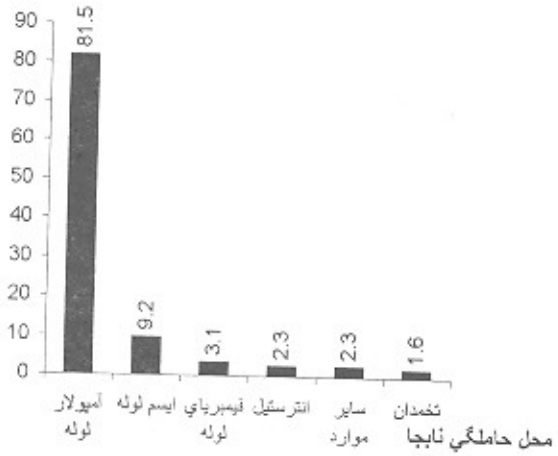
نمودار ۲- توزیع ۷۲ زن مبتلا به حاملگی نابجا بر حسب روش پیش‌گیری از حاملگی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی طی سال‌های ۷۴-۱۳۶۹

محل حاملگی نابجا در ۹۱ نفر (۷۰ درصد) در آدنکس و لوله راست ، در ۳۹ نفر (۳۰ درصد) در آدنکس و لوله‌چپ وجود داشت. بررسی محل‌حاملگی نابجا نشان می‌دهد که در ۸۱/۵ درصد و یا بیش از $\frac{4}{5}$ موارد ، محل حاملگی نابجا در آمپولار لوله قرار داشت (نمودار۳).

ب - یافته‌های مربوط نقش حاملگی های نابجا و عوامل همراه بر باروری بعدی - از ۱۳۰ نفر نمونه مورد بررسی تعداد ۳۹ نفر (۳۰ درصد) علیرغم قصد بارداری ، باردار نشدند . با توجه به شیوع ناباروری پس از حاملگی نابجا قبلی در نمونه‌های مورد بررسی ، شیوع واقعی این عارضه را با احتمال ۹۵ درصد در جامعه از حداقل ۲۲ تا حداکثر ۳۸ درصد برآورد می‌گردد (CI= ۲۳-۳۸).

کلیه زنانی که پس از حاملگی نابجا بارور شده‌اند حداکثر تا ۴ سال به بارداری رسیدند که مدت این باروری بعد از حاملگی نابجا ۱۰/۸±۱۴/۲ ماه در نمونه‌های مورد بررسی بود. با توجه به این مدت در نمونه‌های مورد مطالعه، مدت باروری بعد از حاملگی نابجا به احتمال ۹۵ درصد از حداقل ۱۲ تا حداکثر ۱۴/۴ ماه برآورد می‌شود (CI= ۱۲-۱۴/۴ ماه).

زمان رسیدن به بارداری بر حسب ماه بیانگر آن است که نزدیک به $\frac{2}{3}$ آنها در کمتر از یک سال و ۸۵ درصد آنها در کمتر از ۲ سال پس از عمل ختم بارداری نابجا باردار شدند (جدول ۲).



نمودار ۳- توزیع ۱۳۰ زن مبتلا به حاملگی نابجا بر حسب محل حاملگی مراجعه کنندگان به بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی طی سال ۱۳۷۴

در زنان مبتلا به حاملگی نابجا در گروه سنی کمتر از ۳۰ سال ، ۷۱/۱ درصد و در زنان بیشتر از ۳۰ سال ، ۶۶/۷ درصد باروری بعد از عمل وجود داشت و نیز زایمان ترم در افراد مذکور به ترتیب ۶۳/۶ درصد و ۳۹/۴ درصد بود.

جدول ۲ـ توزیع زنان دارای سابقه حاملگی نابجا بر حسب زمان رسیدن به بارداری در مراجعه کنندگان به بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی طی سال ۱۳۷۴

فروانی / رسیدن به بارداری	مطلق	درصد	درصد تجمعی
کمتر از ۱۲ ماه	۵۸	۶۳/۷	۶۳/۷
۱۲-۲۳	۲۰	۲۲	۸۵/۷
۲۴-۳۵	۸	۸/۸	۹۴/۵
۲۶-۴۸	۵	۵/۵	۱۰۰
جمع	۹۱	۱۰۰	–

زنان مبتلا به حاملگی نابجا که دارای تجربه زایمانی بودند، ۷۵/۵ درصد و زنان بدون تجربه زایمانی ۵۵/۶ درصد باروری بروز کرد و نیز زایمان ترم در این دو گروه به ترتیب ۵۵/۳ و ۳۶ درصد بود و یا به عبارت دیگر داشتن تجربه زایمانی بر روی باروری و زایمان ترم نقش دارد.

باروری در نمونه‌های مورد بررسی بیانگر آن است که زنان بدون سابقه نازایی قبل از عمل ، ۷۹/۶ درصد و زنان دارای سابقه نازایی ، ۳۳/۳ درصد بارور شدند.

در زنان دارای حاملگی نابجا ، وجود و یا عدم وجود سابقه جراحی شکمی - لگنی نقشی در باروری نداشته است و این میزان در دو گروه به ترتیب ۷۰ و ۷۱ درصد بود.

استفاده و یا عدم استفاده از IUD قبل از عمل جراحی جهت حاملگی نابجا با میزان باروری بعد از عمل نقشی ندارد.

وضعیت باروری بعد از عمل حاملگی نابجا در بیماران با و بدون سابقه چسبندگی نشان می‌دهد سابقه چسبندگی شانس بروز ناباروری را ۲/۱ برابر افزایش می‌دهد (Relative Risk=۲/۱) و خط منتسب (Attributable Risk) چسبندگی برای بروز ناباروری ۲۵/۳ درصد است (P< ۰/۰۰۵) (جدول ۳).

جدول ۳ـ توزیع بیماران مبتلا به حاملگی نابجا بر حسب سابقه و یا عدم سابقه چسبندگی بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی طی سال ۱۳۷۴

باروری بعد از عمل / سابقه چسبندگی قبل از عمل جراحی جهت حاملگی نابجا	دارد	ندارد	جمع
نداشته	۷۰ (۷۷/۸)	۲۰ (۲۲/۲)	۹۰ (۱۰۰)
داشته	۲۱ (۵۲/۵)	۱۹ (۴۷/۵)	۴۰ (۱۰۰)

بحث

در این تحقیق ، ۷۰ درصد افراد نمونه به باروری رسیدند و ۳۰ درصد خانم‌ها بعد از عمل جراحی علی‌رغم نداشتن روش‌های پیش‌گیری از بارداری حامله نشدند.

Badway طی سال ۱۹۸۶ در نیویورک (۵) ، Mitchell طی سال ۱۹۸۹ در آتلانتا (۶) میزان باروری پس از عمل را ۶۹ تا ۷۱ درصد گزارش کردند که نتیجه تحقیق حاضر را تایید می‌کند. هم‌چنین فاصله اطمینان (CI) از ۳۸-۲۲ درصد برآورد گردید که در تحقیقات دیگر انجام نشده بود. Tumivaara و همکاران در سال ۱۹۸۸ در فنلاند میزان باروری را ۸۲ درصد گزارش کرد که علت اختلاف به دلیل زمان پی‌گیری طولانی‌تر است (۷). Sultana در سال ۱۹۹۲ در اوهایو میزان باروری را ۲۲/۲ درصد گزارش کرد که این کاهش شدید به دلیل عدم حذف بیماران عقیم‌سازی شده از پژوهش وی می‌باشد (۸). میانگین مدت زمان رسیدن به حاملگی در این پژوهش ۱۰/۸±۱۴/۲ ماه می‌باشد که با پژوهش Mitchell (۶) و Lundroff در سال ۱۹۹۲ در سوئد (۹) مشابه می‌باشد. هم‌چنین فاصله اطمینان ، ۱۴/۴-۱۲ ماه برآورد گردید که در پژوهش‌های دیگر از آن صحبتی نشده است.

۵۰ درصد نمونه‌ها نیز یک زایمان ترم پس از حاملگی نابجا داشتند که با نتیجه Paavonen طی سال ۱۹۸۵ در مجارستان (۱۰)، Thorburn طی سال ۱۹۸۸ در سوئد (۱۱) که ارقام ۴۹ تا ۵۳/۵ درصد را گزارش کردند مشابه و با پژوهش Tumivaara (۷) که ۷۹ درصد را بیان داشته‌اند تطابق ندارد، زیرا در پژوهش آنها میزان افراد دارای زایمان ترم فقط از مجموع افراد بارور کم شده بود و بنابراین از نظر آماری رقم بالاتری حاصل گردیده بود.

یافته دیگر پژوهش مبین میزان بارداری زایمان ترم بعد از عمل بر حسب سن هنگام جراحی می‌باشد که میزان باروری در افراد ۳۰ ساله و کمتر ، ۴ درصد و در زایمان ترم ۱۴ درصد افزایش داشت ولی همبستگی و یا اختلاف معنی‌دار در هر دو گروه مشاهده نگردید. نتایج تحقیق Pouly طی سال ۱۹۹۱ در فرانسه (۱۲) مؤید تحقیق حاضر می‌باشد.

در افراد دارای تجربه زایمانی میزان باروری پس از جراحی جهت حاملگی نابجا بیشتر از زنان بدون تجربه زایمانی است و مطابق آماره چوپروف نیز همبستگی بین دو متغیر تجربه زایمانی قبل از عمل و ناباروری بعد از عمل ۱۹درصد است. در پژوهش Tumivaara (۷) میزان ۲۲ درصد باروری بیشتر در خانم‌های دارای تجربه زایمانی گزارش نمودند که از لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری با $P<0/01$ گزارش گردید و مشابه تحقیق حاضر است.

Pouly (۱۲) نیز نتایج مشابه تحقیق ما گزارش نمود ولی Sultana (۸) در این دسته افراد از نظر آماری اختلاف معنی‌داری مشاهده نکرد که علت این تفاوت با نتیجه پژوهش ما در این است که Sultana بیماران عقیم‌سازی شده را از پژوهش خود حذف نکرد و چون این دسته از بیماران درگروه افراد دارای تجربه زایمانی و چندزا قرار می‌گیرند ، در نتیجه میزان باروری در دو گروه اختلاف معنی‌دار آماری را نشان نمی‌دهد (۸).

یافته دیگر بررسی سابقه نازایی قبل از عمل جراحی جهت حاملگی نابجا با میزان باروری بعد از عمل است که تحقیق نشان داد نمونه‌هایی که دارای سابقه نازایی قبل از عمل بوده‌اند، میزان باروری آنها بعد از عمل کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته و آماره چوپروف نیز بین سابقه نازایی قبل از عمل جراحی با ناباروری بعد ازعمل همبستگی مثبت نشان داد ($Pt=0/41$) . در پژوهش‌های Thorburn (۱۰) و Sultana (۸) نیز اختلاف معنی‌دار آماری بین سابقه نازایی قبل از عمل و ناباروری بعد از عمل مشاهده گردید که نتایج پژوهش حاضر را تایید می‌کند.

از یافته‌های دیگر تحقیق این است که بین استفاده از IUD قبل از عمل جراحی جهت حاملگی نابجا با

ناباروری بعدی همبستگی ضعیفی (Pt< ۰/۲) وجود دارد که نتیجه مشابه تحقیقات Thorburn (۱۰)، Willson (۱۳)، Makinen (۱۴) و مغایر نتیجه تحقیق Pouly (۱۲) در فرانسه است که این اختلاف احتمالاً به این دلیل است که در کشور فرانسه IUD فقط جهت افرادی گذاشته می‌شود که از نظر وجود عوامل خطرساز کاملاً سالم باشند و باروری بعد از عمل در این دسته از خانم‌ها بهتر از سایرین است ولی در ایران کنترل عوامل خطرساز قبل از گذاشتن IUD کمتر می‌باشد پس نتیجه باروری بهتر از سایرین نیست.

یافته دیگر تحقیق بررسی همبستگی بین دو متغیر سابقه جراحی شکمی - لگنی قبل از عمل و ناباروری بعد از عمل است که در این پژوهش همبستگی مشاهده نگردید و مشابه نتیجه تحقیق Pouly (۱۲) و متفاوت با نتیجه تحقیق Thorburn (۱۰) است که احتمالاً به دلیل نوع تحقیق وی که تحلیلی بوده، تفاوت در مقادیر مشاهده می‌گردد.

یافته دیگر پژوهش بررسی همبستگی بین دو متغیر سابقه چسبندگی قبل از عمل جراحی جهت حاملگی نابجا و ناباروری بعد از عمل است که در افرادی که سابقه چسبندگی داشته‌اند، آمار باروری پایین‌تر بود و همبستگی متوسط بین دو متغیر توسط آماره چوپروف مشخص گردید (Pt =۰/۳) که یافته‌های پژوهش Pouly (۱۲)، Thorburn (۱۰) و Tumivaara (۷) مؤید تحقیق حاضر است.

References:

1. Guningham FG. Williams Obstetrics. 20th ed. Stamford: Appleton & Lauge; 1997: 607-619.
2. Stewart EA. Kistner's Gynecology. Principles and practice. 6th ed. St Lious: Mosby; 1995: 166.
3. Berek JS. Novak's gynecology. 12th ed. Batimore Williams & Wilkins; 1996: 447-487.
4. Alan H. Dechernery Kase G. Weinglod. Principles and practic of clinical gynecology. 2nd ed. London: Churchill livingstone; 1990: 465-471.
5. Badawy SZ. Conservative surgical treatment of tubal pregnancy. Factors affecting future fetility. Int J Fertil. 1986; 31: 182-192.
6. Mitchell DE. Helen F. Fertility after ectopic pregnancy. Am J Obstet gynecole. 1989; 161: 578-580.
7. Tumivaara L. Kuppila A. Radical or conservative surgery for ectopic pregnancy ? A follow up study of fertility of 323 patients. Fertill Steri. 1988; 50: 580-583.
8. Sultana CJ. Outcome of laparascopic versus traditional surgery for EP. Fertil- Steril. 1992; 57: 285-289.

9. Lundroff P. Thorburn J. Fertility outcome after conservative surgical treatment of ectopic pregnancy evaluation ramdomized trail. Fartil Steril. 1992; 571: 998- 1002.
10. Paavonen J. Diagnosis and managment of tubal pregnancy: effect on fertility outcome. Int J gynecol Obstet. 1985; 23: 129-133.
11. Thorburn J. Fertility after ectopic pregnancy in relation to background factors and surgical treatment. Fertil Steril. 1988; 4: 595-601.
12. Pouly JL. Multifactorial analysis of fertility after conservative laparascopic treatment of ectopic pregnancy in a series of 223 patients. Fertil Sterl. 1991; 50: 453-460.
13. Wilson JC. A prospective Newzealand study of fertility after removal of copper intrautrine contraceptive devices for conception and because of complications: a four - year study. Am J Obstet gynecol. 1989; 160: 391-396.
14. Makinen JI. Encouroging rates of fertility after ectopic pregnancy. Int J Fertil. 1989; 34: 46-51.