

مول هیداتیفورم (حاملگی مولار): راهنمای جامع مراقبت‌های پرستاری

مقدمه

مول هیداتیفورم یا "بچه خوره" یک اختلال نادر بارداری است که در آن سلول‌های تروفوبلاستیک (سلول‌های تشکیل‌دهنده جفت) به طور غیرطبیعی رشد می‌کنند و به جای جفت سالم، توده‌ای از کیست‌های پر از مایع شبیه خوشه انگور در رحم تشکیل می‌شود. این بیماری بخشی از طیف بیماری تروفوبلاستیک حاملگی (GTD) است که شامل مول کامل، مول ناقص، مول مهاجم، کوریوکارسینوما و تومور تروفوبلاستیک محل جفت می‌شود.

شیوع آن در بریتانیا حدود ۱ در هر ۶۰۰ بارداری گزارش شده و در زنان آسیایی تبار، نوجوانان و زنان بالای ۴۰ سال شایع‌تر است. در ایران، مطالعات شیوع ۴.۵ در هر ۱۰۰۰ حاملگی را نشان داده‌اند که مول کامل ۸۱.۸٪ و مول ناقص ۱۸.۲٪ موارد را تشکیل می‌دهد.

پرستاران و ماماها نقشی حیاتی در تشخیص زودهنگام، آماده‌سازی بیمار برای تخلیه مول، پایش دقیق عوارض و آموزش پیگیری طولانی‌مدت ایفا می‌کنند.

انواع مول و مکانیسم ایجاد

ویژگی‌ها	مکانیسم کروموزومی	نوع
بافت جنینی وجود ندارد. جفت متورم و کیستیک است. خطر بالای تبدیل به GTN (۱۵-۲۰٪)	یک اسپرم (به ندرت دو اسپرم) تخمک خالی را لقاح می‌دهد و کروموزوم‌های خود را تکثیر می‌کند. تمام کروموزوم‌ها منشأ پدری دارند (۴۶ XX یا ۴۶ XY)	مول کامل (Complete Mole)
بافت جنینی یا جفتی غیر طبیعی وجود دارد اما جنین زنده نمی‌ماند. خطر GTN کمتر از مول کامل است	دو اسپرم یک تخمک را لقاح می‌دهند و جنین ۶۹ کروموزوم (تریپلوئید) می‌شود	مول ناقص (Partial Mole)

عوامل خطر: سن مادر بالای ۴۰ سال یا زیر ۲۰ سال، سابقه مول قبلی (خطر عود ۲-۱٪ پس از یک بار و ۱۵-۲۰٪ پس از دو بار)، کمبود ویتامین A و کاروتن، نژاد آسیایی.

تظاهرات بالینی و تشخیص

علائم کلاسیک

شیوع و توضیح	علامت
شایع‌ترین علامت (۹۷٪ موارد). معمولاً در سه‌ماهه اول، به رنگ قهوه‌ای تیره تا قرمز روشن، بدون درد	خونریزی واژینال
در ۲۵٪ موارد مول کامل، به دلیل سطح بالای hCG	تهوع و استفراغ شدید
در ۵۰٪ موارد مول کامل، رحم بزرگ‌تر از سن حاملگی است	بزرگی رحم بیش از سن بارداری
علامت مشخصه اما در موارد پیشرفته	دفع کیست‌های انگوری شکل

علائم پرکاری تیروئید	تپش قلب، تعریق، لرزش (نادر)
پره‌اکلامپسی زودرس	فشار خون بالا قبل از هفته ۲۰ (نادر)

تشخیص

سونوگرافی ترانس واژینال: تصویر "طوفان برفی" یا "پوست پرتقال" در مول کامل؛ عدم وجود جنین؛ جفت کیستیک ضخیم.

سطح β -hCG: معمولاً بالاتر از حد انتظار برای سن بارداری (در مول کامل اغلب $> 100,000$ واحد/لیتر)

بررسی بافت‌شناسی: استاندارد طلایی. تمام محصولات حاملگی (POC) از سقط‌های ناکامل باید برای بررسی بافت‌شناسی ارسال شوند، زیرا بسیاری از مول‌های کامل در ابتدا به عنوان "سقط فراموش‌شده" تشخیص داده می‌شوند.

مراقبت‌های پرستاری قبل از تخلیه

آماده‌سازی و آموزش

حوزه	اقدامات کلیدی
اطلاع‌رسانی به تیم	ثبت "مول مشکوک" در پرونده و اطلاع فوری به متخصص زنان کشیک. هماهنگی با متخصص بیهوشی به دلیل خطر خونریزی شدید و اهمیت اجتناب از داروهای انقباضی رحمی
آموزش به بیمار	توضیح ماهیت بیماری، روند تخلیه، و اهمیت پیگیری طولانی‌مدت hCG ارائه بروشور اطلاعاتی مول
آزمایشات قبل از عمل	CBC، گروه خونی و آنتی‌بادی (G&S)، کراس‌مچ ۲ واحد خون، عملکرد کلیه و کبد، تست‌های تیروئید

مشاوره پیشگیری از بارداری	بحث در مورد نیاز به پیشگیری از بارداری تا زمان مشخص شدن نتایج بافت‌شناسی
---------------------------	--

مدیریت تخلیه مول

ساکشن کورتاژ (روش انتخابی)

ساکشن کورتاژ، روش استاندارد و ارجح برای تخلیه مول است. در موارد نادر که جنین مول ناقص بزرگ است، ممکن است مدیریت دارویی استفاده شود، اما به دلیل خطر انتشار بافت تروفوبلاستیک با داروهای انقباضی، معمولاً اجتناب می‌شود.

نکات حیاتی حین عمل (نقش کلیدی پرستار)

شرح	نکته
مول می‌تواند با خونریزی شدید همراه باشد. متخصص زنان باید در تمام مدت عمل حضور داشته باشد	خطر خونریزی
اکسی‌توسین، ارگومترین و پروستاگلاندین‌ها نباید قبل از تکمیل تخلیه استفاده شوند به دلیل خطر آمبولی و انتشار بافت تروفوبلاستیک به سیستم وریدی. در صورت خونریزی، ابتدا اطمینان از تخلیه کامل، سپس تجویز ترانکزامیک اسید ۱ گرم وریدی $\pm$ اکسی‌توسین ۵ واحد	اجتناب از داروهای انقباضی
در صورت خونریزی، مدیریت با روش‌های غیر uterotonic (بالون داخل رحمی، رادیولوژی مداخله‌ای) در نظر گرفته شود	آمادگی برای PPH

مراقبت‌های پس از تخلیه

حوزه	اقدامات
Anti-D	همه زنان Rh منفی باید ظرف ۷۲ ساعت پس از تخلیه، ایمونوگلوبولین Anti-D دریافت کنند
ارسال بافت	تمام بافت باید به صورت فوری برای بررسی بافت‌شناسی ارسال شود
پایش خونریزی	پایش علائم حیاتی و خونریزی واژینال. خونریزی خفیف تا چند هفته طبیعی است اما نباید شدیدتر از قاعدگی باشد

پیگیری طولانی‌مدت و پایش hCG (نقش کلیدی پرستار)

پیگیری دقیق، حیاتی‌ترین بخش مراقبت پس از تخلیه مول است، زیرا خطر تبدیل به نئوپلازی تروفوبلاستیک حاملگی (GTN) وجود دارد.

برنامه پایش hCG

مرحله	اقدام
ثبت در مرکز تخصصی	بیمار باید در اسرع وقت در مرکز تخصصی مول ثبت شود تا نمونه hCG ظرف ۵۶ روز از تخلیه جمع‌آوری شود
پایش سریال	اندازه‌گیری hCG هر ۱-۲ هفته تا منفی شدن. سپس پایش ماهانه برای مدت مشخص

برای مول کامل با منفی شدن سریع، پایش ۶ ماهه دیگر لازم نیست و بیمار می‌تواند از پیگیری مرخص شود	اگر hCG ظرف ۵۶ روز منفی شود
احتمال GTN. نیاز به ارجاع فوری به مرکز تخصصی و احتمالاً شیمی‌درمانی	اگر hCG بالا بماند یا افزایش یابد

نکته GTN: در ۲۰-۱۵ موارد مول کامل رخ می‌دهد و اغلب با شیمی‌درمانی (متوترکسات یا ترکیبی) قابل درمان است.

پیگیری از بارداری

پرهیز از بارداری تا پایان دوره پیگیری (معمولاً ۶ ماه پس از منفی شدن hCG) روش‌های مجاز: قرص‌های ترکیبی، پروژسترون تنها، روش‌های سدلی IUD. هورمونی (LNG-IUS) بلافاصله پس از تخلیه ممنوع است اما پس از منفی شدن hCG مجاز است. بارداری جدید می‌تواند شواهد عود را پنهان کند و باید به تعویق بیفتد.

بارداری‌های آینده

باروری معمولاً تحت تأثیر قرار نمی‌گیرد و اکثر زنان می‌توانند در آینده بارداری طبیعی داشته باشند. خطر عود مول در بارداری بعدی ۱٪ است. در صورت سابقه دو یا چند مول یا نیاز به شیمی‌درمانی قبلی، پیگیری پس از زایمان در مرکز تخصصی لازم است.

تشخیص‌های پرستاری و مداخلات کلیدی

تشخیص پرستاری	مداخلات کلیدی
خطر خونریزی	پایش دقیق علائم حیاتی و خونریزی، آمادگی برای تزریق خون، هماهنگی با تیم بیهوشی، اجتناب از داروهای انقباضی قبل از تخلیه
اضطراب / اندوه	ارائه اطلاعات دقیق و قابل فهم، حمایت عاطفی به دلیل از دست دادن بارداری، توضیح ماهیت غیرسرطانی و قابل درمان مول
کمبود دانش	آموزش در مورد ماهیت بیماری، اهمیت حیاتی، نیاز به پیشگیری از بارداری، و علائم hCG پیگیری هشداردهنده (خونریزی شدید، تب، سرفه خونی)
خطر عوارض متاستاتیک	پایش علائم نادر اما جدی مانند سرفه خونی، تنگی (نشانه انتشار متاستاتیک) نفس، تشنج یا علائم عصبی

جمع‌بندی

مول هیداتیفورم یک اختلال بارداری است که نیازمند تشخیص سریع، تخلیه جراحی و پیگیری طولانی‌مدت دقیق است. پرستاران با ایفای نقش‌های کلیدی خود در آماده‌سازی بیمار، پایش دقیق حین و پس از تخلیه، آموزش بیمار در مورد اهمیت حیاتی پیگیری hCG، و حمایت روانی، نقشی حیاتی در کاهش عوارض و پیگیری از تبدیل به GTN ایفا می‌کنند. پیگیری hCG، سنگ‌بنای اصلی مراقبت پس از مول است و پرستاران باید اطمینان حاصل کنند که بیمار در برنامه پیگیری ثبت شده و به طور منظم پایش می‌شود.

منابع

- آزمایشگاه سعید. بارداری مولار: علائم، علت‌ها و درمان. ۲۰۲۵. [cited 2026 Sep 13].
- بانک اطلاعات نشریات کشور. مقالات مرتبط با مول هیداتیدیفرم. [cited 2026 Sep 13].
- NHS Wales. Management of Molar Pregnancy [cited 2026 Sep 13].
- دکتر مانیا کاوه. حاملگی مولار یا پوچ چیست؟. [cited 2026 Sep 13].
- دانشگاه علوم پزشکی شیراز. حاملگی مولار چیست؟. [cited 2026 Sep 13].
- Wiley Online Library. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2025 update. 2025 [cited 2026 Sep 13].
- Apollo Hospitals. بارداری مولار: انواع، علل، علائم، درمان. [cited 2026 Sep 13].
- دانشگاه علوم پزشکی ایران. مول هیداتیدیفرم. ۱۴۰۰. [cited 2026 Sep 13].
- iatroX. Patient Diagnosed With a Complete Molar Pregnancy: Management Strategies. 2025 [cited 2026 Sep 13].
- Medicover Hospitals. بارداری مولار: علل، تشخیص و گزینه‌های درمانی. [cited 2026 Sep 13].
- علم نت. پایان‌نامه مول هیداتیدیفورم. [cited 2026 Sep 13].
- NHS Scotland. Gestational Trophoblastic Disease (Molar Pregnancy) (423) [cited 2026 Sep 13].