Sarem Journal of Medical Research. Volume 5, Issue 3, Summer 2020: 142-147

The evaluation of ectopic pregnancy prevalence and its causes from 2006 to 2018 in Sarem hospital

ARTICLE INFO

Article Type
Original Article

Authors
AboTaleb Saremi [1], MD *
Khadijeh Abadian[1], PhD
Masoumeh Halalian[1], MSc
Maryam Mahmoudinia Meymand[2], PhD
Javad Amini Mahabadi[1, 3], PhD

[1] Sarem Fertility & Infertility Research Center (SAFIR), Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran.
[2] Sarem Cell Research Center (SCRC), Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran.
[3] PhD of reproductive biology, Gametogenesis Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

Corresponding Author
Address: Sarem Women Hospital, Basij Square, Phase 3, EkbatanTown, Tehran, Iran.
Postal code:1396956111
Phone: +98 (21) 44670888
Fax: +98 (21) 44670432
Dr.saremi@sarem.org

Article History
Received: December 06, 2020
Accepted: December 15, 2020
e Published: August 08, 2021

ABSTRACT

Introduction: Ectopic pregnancy refers to placental implantation in a location other than the uterine cavity and is the most common cause of death in pregnant women in pregnancy first trimester. Regarding to this important topic and its complications, the present study was designed and conducted to evaluate the prevalence of ectopic pregnancy and its risk factors in Sarem hospital.

Methods: This is a retrospective descriptive cross-sectional study in which 149 patients' cases referred to Sarem hospital were studied from 2006 to 2018 and obtained data was analyzed by SPSS software 22 version.

Results: The results of this study based on the history of ectopic pregnancy disease demonstrated that out of samples total number, pregnancy gravid was reported 40.7% in first pregnancy, 59.3% in second pregnancy and abortion history 9.4%. In this research, the patients did not mention an abortion history and infertility; and also, most of them had no way to contraception. Of evaluated patients, a history of uterine tubal surgery was 4.7% and surgeon history on abdominal and pelvic was 47%. Tubes had the most of conflict point and right direction had the most of conflict side. Clinical symptoms of patients included abdominal pain and vaginal bleeding, and the main treatment method of them was laparoscopy.

Conclusion: regarding to obtained results, it seems abdominal or pelvic surgery can lead to complications such as ectopic pregnancy and this point can be considered in cesarean section.

Keywords: Ectopic pregnancy; Prevalence; Risk factors; Hospital.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-23]

[DOI: 10.52547/sjm.5.3.142]

Copyright© 2021, ASP Ins. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License which permits Share (copy and distribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-Noncommercial terms.

بررسی شیوع حاملگی خارج رحمی و علل آن از سال ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۹۷ در بیمارستان فوق تخصصی صارم

ابوطالب صارمی [۱*]، خدیجه آبادیان [۱]، معصومه هلالیان [۱]، مریم محمودی نیا میمند[۲]، جواد امینی مهابادی [۳،۱]

[۱] مرکز تحقیقات باروری و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

[۲] پژوهشکده سلولی- مولکولی و سلول‌های بنیادی صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، تهران، ایران.

[۳] دکتری تخصصی بیولوژی تولیدمثل، مرکز تحقیقات گامتوژنزیس دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

چکیده

مقدمه: حاملگی خارج رحمی به لانه گزینی جفت در محلی غیر از حفره رحم اطلاق می شود و شایع ترین علت مرگ و میر زنان باردار در سه ماهه اول بارداری می‌باشد. با توجه به اهمیت این موضوع و عوارض ناشی از آن، مطالعه ی حاضر با هدف بررسی شیوع حاملگی خارج رحمی و ریسک فاکتورهای مربوط به آن در بیمارستان فوق تخصصی صارم طرح ریزی و اجرا گردید.

روش: این پژوهش یک مطالعه ی توصیفی-مقطعی گذشته‌نگر است که طی آن ۱۴۹ پرونده ی بیمار مراجعه کننده به بیمارستان فوق تخصصی صارم از سال ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۹۷ مورد مطالعه قرار گرفت و اطلاعات به دست آمده با نرم افزار SPSS ورژن ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج این تحقیق بر اساس سوابق بیماری حاملگی خارج رحمی نشان داد که از تعداد کل نمونه ها، گراوید بارداری در بارداری اول ۴۰,۷ درصد، در بارداری دوم ۵۹,۳ درصد و سابقه ی سقط ۹,۴ درصد گزارش شد. در این مطالعه، بیماران سابقه ی سقط و نازایی را ذکر نکردند و اکثر آن ها روشی برای جلوگیری از بارداری نداشتند. از بیماران مورد بررسی، ۴,۷ درصد سابقه ی عمل جراحی روی لوله رحمی و ۴۷ درصد سابقه ی جراحی شکمی یا لگنی داشتند. لوله ها بیشترین محل درگیری و سمت راست بیشترین طرف درگیری را به خود اختصاص داد. علائم بالینی بیماران شامل درد شکم و خونریزی واژینال بوده و روش درمانی عمده‌ی بیماران نیز لاپاراسکوپی بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته های بدست آمده به نظر می رسد جراحی شکمی یا لگنی می تواند عوارضی از جمله حاملگی خارج رحمی را در پی داشته باشد و این نکته در انجام سزارین انتخابی قابل تأمل است.

کلید واژه‌ها: حاملگی خارج رحمی؛ شیوع؛ عوامل خطر؛ بیمارستان.

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۹/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۹/۲۵

*نویسنده مسئول: ابوطالب صارمی

مقدمه

حاملگی خارج رحمی، به لانه گزینی جفت در محلی غیر از حفره رحم اطلاق می شود که در ۹۷ درصد موارد، این لانه گزینی در لوله ها اتفاق می افتد و در بقیه ی موارد در تخمدان، سرویکس، شکم و اسکار سزارین رخ می دهد که شیوعی در حدود ۱ الی ۲ درصد دارد [۱]. حاملگی خارج رحمی شایع ترین علت مرگ و میر زنان باردار در سه ماهه اول بارداری می باشد [۲]. ریسک فاکتورهای بارداری خارج رحمی از قبیل جراحی قبلی لوله شامل توبکتومی یا بارداری خارج رحمی قبلی و جراحی اصلاحی لوله های رحمی، سابقه عفونت تناسلی، مصرف قرص‌های پروژسترونی، حاملگی با وجود IUD[۳]، ناباروری، فناوری کمک باروری مانند ZIFT[۴] و IVF[۵]، استعمال دخانیات، سابقه ی داشتن سقط، داشتن شرکای جنسی متعدد و زایمان سزارین قبلی هستند [۳،۴].

میزان حاملگی نا به جا در ایالات متحده ی آمریکا از دهه ی ۱۹۹۰ رو به افزایش است که از علل آن می‌توان به افزایش شیوع عفونت های کلامیدیا، تشخیص زود هنگام حاملگی نا به جا، مقبولیت یافتن روش های جلوگیری از حاملگی و افزایش موارد TL[۶]، افزایش فناوری کمک باروری و جراحی های لوله ای جهت درمان بارداری خارج رحمی و یا توبوپلاستی برای درمان ناباروری اشاره کرد. تظاهرات بالینی این بارداری شامل درد شکم در ۹۵ درصد موارد، خونریزی غیر طبیعی در ۴۰ الی ۸۰ درصد موارد و درد و حساسیت شدید به ویژه حرکت سرویکس دردناک در ۳,۴ درصد زنان اتفاق می افتد [۵]. روش های تشخیصی نیز شامل اندازه‌گیری تیتراژ βHCG[۷] و سونوگرافی ترانس واژینال می باشد که می توان توده را در بیشتر موارد تشخیص داد. روش های درمانی بارداری خارج رحمی شامل روش دارویی با متوتروکسات[۸](MTX)، روش جراحی و روش انتظاری است. درمان

[۳] Intrauterine device
[۴] Zygote intra fallopian transfer
[۵] In vitro fertilization
[۶] Tubal ligation
[۷] Beta Human chorionic gonadotropin
[۸] Methotrexate

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-23]

[DOI: 10.52547/sjrm.5.3.142]

انتظاری نیز برای بیمارانی با علائم ناچیز، پایدار از نظر بالینی و نامشخص بودن محل بارداری گزینه ی مناسبی می‌باشد. جراحی شامل لاپاراسکوپی و یا لاپاراتومی بوده و در طی آن می توان لوله را به صورت کامل برداشت و یا اینکه فقط محصولات بارداری را از لوله خارج کرد [۶].

با توجه به اهمیت حاملگی خارج رحمی به عنوان شایع ترین علت مرگ و میر مادران در سه ماهه اول بارداری و اینکه درمان این بیماری می تواند عوارضی برای آینده ی بیمار و بارداری های بعدی وی ایجاد کند، شناسایی دقیق ریسک فاکتورها در این بارداری از اهمیت خاصی برخوردار است [۷،۸]. هدف از انجام این مطالعه، بررسی شیوع و ریسک فاکتورهای حاملگی خارج رحمی از سال ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۹۷ در بیمارستان فوق تخصصی صارم بود.

مواد و روش ها

این پژوهش به عنوان یک مطالعه ی توصیفی- مقطعی گذشته نگر، تعداد ۱۴۹ پرونده ی بیمار مراجعه کننده به بیمارستان فوق تخصصی صارم از سال ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۹۷ را مورد مطالعه و بررسی قرار داد. این بیماران مشکوک به بارداری خارج رحمی بودند که تشخیص قطعی حاملگی خارج از رحمی با گرفتن شرح حال، معاینه ی بالینی، آزمایش شیمیایی بارداری (βHCG) و سونوگرافی ترانس واژینال تائید گردید. اطلاعات هر بیمار در پرسش نامه‌ای که تنظیم شده بود، وارد شد. در پرسشنامه، اطلاعات دموگرافیک بیمار نظیر سن بیمار، تعداد بارداری قبلی، نوع روش جلوگیری از بارداری، سطح تحصیلات بیمار، سابقه ی جراحی بر روی لوله ی رحمی، سابقه نازایی، سابقه ی سقط، سابقه ی کورتاژ و روش درمانی هر بیمار که شامل درمان دارویی با متوترکسات، جراحی لاپاراسکوپی و لاپاراتومی بود، قید گردید. سپس، اطلاعات به دست آمده با نرم افزار آماری SPSS ورژن ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

بر اساس بررسی های انجام شده و پرونده‌های موجود، در بازه ی زمانی ۱۲ ساله در بیمارستان فوق تخصصی صارم، از تعداد ۲۹۵۵۹ باردار، ۱۴۹ مورد (۰،۵۰۴ درصد) با تشخیص نهایی بارداری خارج از رحمی بستری شدند.

بر اساس جدول شماره ی ۱، از تعداد کل نفرات شرکت کننده در این مطالعه، اکثر این افراد (۷۲،۸ درصد) خانه‌دار بوده و ۷۸،۷ درصد تحصیلات دیپلم یا لیسانس داشتند. تعداد ۵۹ نفر (۴۰،۷ درصد) در بارداری اول و تعداد ۹۰ نفر (۵۹،۳ درصد) در بارداری دوم و بیشتر بودند و ۹۰،۶ درصد از بیماران سابقه سقط و نازایی را ذکر نکردند. همچنین، اکثر آن ها روشی برای جلوگیری از بارداری نداشتند. از این بیماران مورد بررسی، ۴،۷ درصد سابقه ی عمل جراحی روی لوله ی رحمی و ۴۷ درصد هم سابقه ی جراحی شکمی یا لگنی داشتند. ضمناً، ۷۵،۳ درصد از افراد بیماری زمینه ای نداشتند(جدول ۱).

جدول ۱: میزان فراوانی پارامترهای مختلف بر اساس سوابق بیماری حاملگی خارج رحمی

متغیرها			فراوانی	درصد فراوانی
گراوید بارداری	بارداری اول		۵۹	۴۰،۷
	بارداری دوم و بیشتر		۹۰	۵۹،۳
سابقه ی سقط	دارد		۱۴	۹،۴
	ندارد		۱۳۵	۹۰،۶
جلوگیری از بارداری	دارد	قرص	۲	۱،۳۴
		کاندوم	۸	۵،۳۷
		طبیعی	۲۵	۱۶،۷۹
	ندارد		۱۱۴	۷۶،۵
سابقه ی نازایی	دارد		۱۴	۹،۴
	ندارد		۱۳۵	۹۰،۶
سابقه ی جراحی	لوله رحمی	دارد	۷	۴،۷
		ندارد	۱۴۲	۹۵،۳
	شکمی یا لگنی	دارد	۷۰	۴۷
		ندارد	۷۹	۵۳
بیماری زمینه ای	دیابت		۱	۰،۶۹
	قلبی		۴	۲،۷
	سایر		۳۲	۲۱،۳۱
	ندارد		۱۱۲	۷۵،۳

جدول شماره ۲: میزان فراوانی بر اساس محل، سمت درگیر شده و علائم بالینی بیماری حاملگی خارج رحمی

متغیرها		فراوانی	درصد فراوانی
محل درگیری	لوله	۱۰۷	۷۱،۸
	کورنه	۶	۴،۰۴
	تخمدان	۲۹	۱۹،۴۶
	اسکار .سزارین	۴	۲،۷
	لوله. تخمدان	۳	۲
طرف درگیری	چپ	۵۶	۳۷،۵
	راست	۹۳	۶۲،۵
علائم بالینی	درد شکم	۸۷	۵۸،۳۹
	خونریزی غیرطبیعی واژینال	۲۱	۱۴،۱۱
	درد شکم و خونریزی واژینال	۴۱	۲۷،۵

همان طور که در جدول ۲ نشان داده شد، بیشترین درصد محل درگیری در لوله ها (۷۱،۸ درصد) و بیش‌ترین درصد طرف درگیری به سمت راست (۶۲،۵ درصد) اختصاص داشت. همچنین، مشاهده گردید که علائم بالینی ۵۸،۳۹ درصد از بیماران مربوط به درد شکم، ۲۷،۵ درصد از این افراد مربوط به درد شکم و خونریزی واژینال و ۱۴،۱۱ درصد هم خونریزی غیر طبیعی واژینال داشتند (جدول ۲).

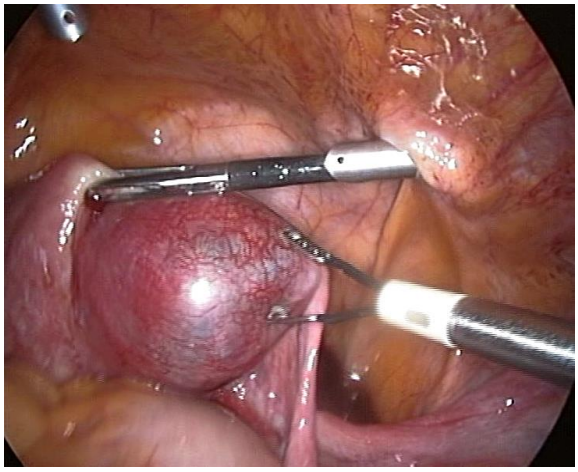
[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-23]

[DOI: 10.52547/sjrm.5.3.142]

جدول ۳: میزان فراوانی بر اساس نوع روش درمان بیماری حاملگی خارج رحمی

نوع روش درمانی	فراوانی	درصد فراوانی
دارویی	۳	۲,۰۱
لاپاراسکوپی. سالپنژکتومی	۳۰	۲۰,۱۳
لاپاراسکوپی. ساپنگوستومی	۶۵	۴۳,۶۴
لاپاراتومی. سالپنژکتومی	۱۶	۱۰,۷۴
لاپاراتومی. سالپنگوستومی	۱۰	۶,۷۱
انتظاری	۲۵	۱۶,۷۷

جدول شماره ی ۳ نشان داد که روش درمانی در نظر گرفته شده برای اکثر افراد در این مطالعه، بیماران لاپاراسکوپی (۶۳,۷۷ درصد) بوده که از این میزان، ۴۳,۶۴ درصد از طریق لاپارسکوپی و سالپنگستومی و ۲۰,۱۳ درصد از طریق لاپاراسکوپی و سالپنژکتومی انجام شد (جدول ۳). در زیر تصویری از یک مورد، حاملگی خارج رحمی که از طریق لاپاروسکوپی جراحی شد، نشان داده می شود (شکل ۱).



شکل ۱: نمای مشاهده شده از حاملگی خارج رحمی از طریق لاپاروسکوپی

بحث

حاملگی خارج رحمی علت اصلی مرگ مادران در سه ماهه اول بارداری است و تقریباً ۱۰ درصد از کل مرگ های مربوط به بارداری را تشکیل می دهد [۹]. علاوه براین، با توجه به اینکه مرگ و میر و بیماری ناشی از حاملگی خارج رحمی به مدت زمان مورد نیاز برای تشخیص ارتباط دارد، افزایش آگاهی و دانش در مورد خطر آن می تواند با پیش بینی بهتر و پیشگیری در زنان در معرض این بیماری کمک کند. همچنین، با تشخیص زودرس و دقیق قبل از پارگی می توان نیاز به جراحی و برخی از عوارض را کاهش داد [۱۰]. با این حال، نقشی که این ریسک فاکتورها در حاملگی خارج رحمی بازی می کنند به دلیل مشکلات در اندازه ی نمونه یا طراحی مطالعات قبلی، نامشخص است [۱۱]. بنابراین، هدف از مطالعه ی حاضر، بررسی شیوع حاملگی خارج رحمی و ریسک فاکتورهای آن در بیمارستان فوق تخصصی صارم بود.

نتایج این بررسی نشان داد که شیوع بارداری خارج رحمی در جامعه ی مورد پژوهش ۰,۵ درصد بوده و میانگین سنی بیماران ۱±۳۰ سال بود. در مطالعه ی Aziz و همکاران در سال ۲۰۱۱، شیوع بارداری خارج رحمی ۰,۵۸ درصد و میانگین سنی بیماران ۴±۳۰ سال بود. همچنین در این مطالعه، ۹ درصد زنان سابقه ی حاملگی نابجا و ۴,۵ درصد سابقه ی استفاده از دستگاه داخل رحمی داشتند [۱۲]. نتایج این مطالعه با نتایج حاصل از داده های ما هم خوانی داشت. اما، در مطالعه ی Aziz و همکاران، نشان داده شد که ۶۴ درصد زنان چند شوهری مستعد ابتلا به حاملگی خارج رحمی بودند و اینکه ۳۷,۸ درصد از افراد در این مطالعه سابقه ی سقط داشتند که از این نظر با نتایج تحقیق ما مغایرت داشت.

بررسی شیوع حاملگی خارج رحمی و عوامل خطرساز آن در زنان باردار توسط Azari و همکاران (۲۰۱۲) مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش، شیوع بارداری خارج رحمی ۰,۳ درصد و میانگین سنی اکثر این بیماران ۸±۳۰ سال بود. از این تعداد ۲۴,۴ درصد از روش خوراکی پیشگیری از بارداری استفاده می کردند و ۵۶,۲ درصد این افراد نیز سابقه عمل جراحی شکمی-لگنی داشتند [۱۳] که حدود ۱۰ درصد از میزان این فاکتور در مطالعه ی ما بیشتر بود. در سال ۲۰۱۴، تحقیقی با عنوان عوامل خطر برای حاملگی خارج رحمی به صورت یک مطالعه مورد-شاهدی توسط Moini و همکاران انجام شد و میانگین سنی افراد مبتلا ۵±۳۰,۳ سال گزارش گردید [۱۴] که هم راستا با نتایج داده های ما گزارش شد. البته این محققان دریافتند که برای بررسی های بیشتر بهتر است افراد بیشتری وارد مطالعه شوند.

بر طبق نتایج حاصل از یک مطالعه ی فراتحلیلی، گزارش شد که جراحی قبلی لوله ای یک عامل خطر عمده برای حاملگی خارج رحمی به شمار می رود و مشخص نیست که آیا این افزایش خطر از یک روش جراحی ناشی می شود یا به علت یک مشکل دیگری است [۱۵،۱۶]. در مطالعه ی حاضر، اکثر موارد مراجعه کننده با تشخیص حاملگی خارج رحمی مبتلا به آسیب لوله ای نبودند و فقط ۴,۷ درصد موارد جراحی لوله ای را در سوابق خود ذکر می کردند.

تحقیقی تحت عنوان ریسک فاکتورهای اصلی در بارداری خارج رحمی به شکل یک مطالعه ی مورد شاهدی در نمونه ای از زنان ایرانی توسط Parashi و همکاران در سال ۲۰۱۴ ارزیابی شد. در این مطالعه، ارتباطی بین جراحی لوله ای قبلی و بروز حاملگی خارج رحمی دیده نشد. در این مطالعه، پارامترهایی از قبیل سابقه ی قبلی حاملگی خارج رحمی، سابقه ی قبلی بستن لوله، استفاده از IUD و جراحی قبلی لگن/شکم را به عنوان عوامل اصلی خطر حاملگی خارج رحمی در یک نمونه از زنان ایرانی شناسایی شدند. یافته های آن ها می توانند برای تشخیص به موقع حاملگی خارج رحمی و بهبود راهکارهای پیشگیری از طریق درمان پزشکی به جای

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-23]

[DOI: 10.52547/sjrm.5.3.142]

درمان غیرضروری جراحی مفید باشد [۱۷].

مطالعات پژوهشگران نتایج متفاوتی در مورد ارتباط بین عمل جراحی شکمی یا لگنی و متعاقب آن حاملگی خارج رحمی را گزارش کردند. در بعضی مطالعات، ارتباط معناداری دیده نشد ولی در تعدادی دیگر از پژوهش ها یک افزایش خطر مرتبط با این عارضه دیده شد [۲۰-۱۸]. در مطالعه ی گزارش موردی توسط Moini و همکاران (۲۰۱۴) با عنوان عوامل خطر برای بارداری خارج رحمی گزارش شد که در زنان با سابقه ی لاپاراتومی و آپاندکتومی احتمال بروز حاملگی خارج رحمی بیشتر مشاهده شد [۱۴]. در مطالعه ی ما نیز به ۴۷ درصد افراد با سوابق جراحی شکمی ذکر شد و در مقابل ۵۳ درصد نمونه ها که چنین سابقه ای از این جراحی گزارش نگردید. همچنین، در مورد سقط خود به خودی، مطالعه ی این محققان نشان داد که بین سقط خود به خودی با افزایش خطر ابتلا به حاملگی خارج رحمی ارتباط وجود دارد [۱۴]. همین طور بررسی Barnhart و همکارانش در سال ۲۰۰۶ نیز تائید کننده ی وجود یک ارتباط بین سقط خود به خودی با خطر ابتلا به حاملگی خارج رحمی بود[۲۰].. اما در مطالعه ی حاضر، اکثر افراد مبتلا به حاملگی خارج رحمی، سابقه ی سقط نداشتند که با نتایج آن ها هم راستا نبود.

تجزیه و تحلیل مطالعات Moini و همکاران و همچنین Barnhart و همکاران می توان دریافت که زنان دارای حاملگی خارج رحمی بیشتر با خونریزی واژینال و درد متوسط تا شدید مراجعه می کنند. بنابراین، بایستی پس از یک دوره آمنوره همه ی زنان شاکی از درد قابل توجه یا خونریزی از نظر احتمال وجود حاملگی خارج رحمی ارزیابی شوند [۲۰،۱۴] که این یافته ها با نتایج مطالعه ی ما نیز هم خوانی داشت.

در بررسی Taran و همکارانش در سال ۲۰۱۵ که به بررسی تشخیص و درمان حاملگی خارج رحمی پرداختند، دریافتند که لاپاروسکوپی یک درمان جراحی استاندارد برای حاملگی خارج رحمی عنوان شده و ذکر شد که لاپاروتومی تنها در صورت عدم امکان لاپاروسکوپی انجام می شود. همچنین، به مزایای لاپاراسکوپی در مقایسه با لاپاراتومی از جمله دسترسی سریع تر و آسان تر، طول مدت جراحی کوتاه تر، از دست دادن خون کمتر، چسبندگی های کمتر بعد از عمل، بهبودی سریع تر و هزینه های پایین تر مرتبط با بستری شدن و توانبخشی اشاره شد [۲۱] که در مطالعه ی ما نیز اکثر افراد مورد مطالعه با روش لاپاروسکوپی درمان شدند.

تحقیق Azari و همکاران در سال ۲۰۱۲ تعیین کرد که از شایع ترین عوامل ایجاد کننده ی حاملگی خارج رحمی، داشتن سابقه جراحی شکمی و سزارین است که این یافته با نتیجه تحلیلی مطالعه ی حاضر همخوانی داشته و در این مطالعه نیز تایید گردید [۱۳].. در حقیقت، نتایج مطالعه ی حاضر بیانگر این موضوع بود که از عوامل خطر برای ابتلا به حاملگی خارج رحمی، داشتن سابقه جراحی شکمی مانند سزارین است. لذا یکی از راهکارهایی که برای کاهش بروز حاملگی خارج رحمی باید در نظر گرفت، پرهیز از انجام عمل جراحی سزارین انتخابی با نظر مادر می باشد و بهتر است با ترویج زایمان طبیعی به جای سزارین با رویکردی پیشگیرانه از بروز عوارضی که شرایط فرد را برای ایجاد رخداد هایی مشابه حاملگی خارج رحمی فراهم می کند، اجتناب کرد.

نتیجه گیری

هدف از این مطالعه، بررسی شیوع حاملگی خارج رحمی و ریسک فاکتورهای آن در بیمارستان فوق تخصصی صارم بود. نتیجه ی کلی این پژوهش نشان داد که شیوع حاملگی خارج رحمی در محیط پژوهشی مطالعه، ۰،۵ درصد و میانگین سنی بیماران ۱±۳۰ سال بود که تقریبا با شیوع گزارش شده در مطالعات مشابه، برابر است و از عوامل خطر برای ابتلا به حاملگی خارج از رحم می توان به سابقه جراحی شکمی و سزارین اشاره کرد. لذا برای کاهش بروز حاملگی خارج رحمی، باید تا حد امکان از انجام عمل جراحی سزارین انتخابی با نظر مادر، اجتناب کرد و با ترویج زایمان طبیعی به جای سزارین از بروز عوارض آن از جمله حاملگی خارج رحمی پیشگیری نمود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از سرکار خانم دکتر سمیرا غفاری جهت همکاری در این طرح پژوهشی، تقدیر و تشکر می گردد.

تاییدیه اخلاقی

این پژوهش به تائید کمیته اخلاق بیمارستان صارم رسیده است.

تعارض منافع

در این مطالعه هیچ گونه تعارض منافعی وجود نداشت.

منابع مالی

این طرح با پشتیبانی مرکز تحقیقات باروری و ناباروری صارم انجام و تأمین مالی شده است.

منابع

1. 1. Stulberg DB, Cain LR, Dahlquist I, Lauderdale DS. Ectopic pregnancy rates in the Medicaid population. Am J Obstet Gynecol. 2013;208(4):274-e1.
2. Stremick JK, Couperus K, Ashworth SW. Ruptured tubal ectopic pregnancy at fifteen weeks gestational age. Clin Pract cases Emerg Med. 2019;3(1):62.
3. Skjeldestad FE, Hadgu A, Eriksson N.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-23]

[DOI: 10.52547/sjrm.5.3.142]

Epidemiology of repeat ectopic pregnancy: a population-based prospective cohort study. Obstet Gynecol. 1998;91(1):129–35.
4. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly J-L, Fernandez H, Gerbaud L, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. Am J Epidemiol. 2003;157(3):185–94.
5. Mikhail E, Salemi JL, Schickler R, Salihu HM, Plosker S, Imudia AN. National rates, trends and determinants of inpatient surgical management of tubal ectopic pregnancy in the United States, 1998–2011. J Obstet Gynaecol Res. 2018;44(4):730–8.
6. Van Mello NM, Mol F, Verhoeve HR, Van Wely M, Adriaanse AH, Boss EA, et al. Methotrexate or expectant management in women with an ectopic pregnancy or pregnancy of unknown location and low serum hCG concentrations? A randomized comparison. Hum Reprod. 2013;28(1):60–7.
7. Jurkovic D, Wilkinson H. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. BMJ. 2011;342.
8. Barash JH, Buchanan EM, Hillson C. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. Am Fam Physician. 2014;90(1):34–40.
9. Assouni Mindjah YA, Essiben F, Foumane P, Dohbit JS, Mboudou ET. Risk factors for ectopic pregnancy in a population of Cameroonian women: A case-control study. PLoS One. 2018;13(12):e0207699.
10. Wang X, Huang L, Yu Y, Xu S, Lai Y, Zeng W. Risk factors and clinical characteristics of recurrent ectopic pregnancy: a case–control study. J Obstet Gynaecol Res. 2020;46(7):1098–103.
11. Tsakiridis I, Giouleka S, Mamopoulos A, Athanasiadis A, Dagklis T. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy: A Comparative Review of Major National Guidelines. Obstet Gynecol Surv. 2020;75(10):611–23.
12. Aziz S, Wafi BA, Swadi H Al. Frequency of ectopic pregnancy in a medical centre, Kingdom of Saudi Arabia. JPMA-Journal Pakistan Med Assoc. 2011;61(3):221.
13. Azari M, Fasih M, Mardi A. A study of ectopic pregnancy prevalence and it' s risk factors among peregnant women. J Heal Care. 2012;14(1):0.
14. Moini A, Hosseini R, Jahangiri N, Shiva M, Akhoond MR. Risk factors for ectopic pregnancy: A case–control study. J Res Med Sci Off J Isfahan Univ Med Sci. 2014;19(9):844.
15. Berek JS, Longacre TA, Friedlander M. Ovarian, fallopian tube, and peritoneal cancer. Berek Novak's Gynecol 15th ed Philadelphia Lippincott Williams Wilkins. 2012;1350–427.
16. Ankum WM, Mol BWJ, Van der Veen F, Bossuyt PMM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. Fertil Steril. 1996;65(6):1093–9.
17. Parashi S, Moukhah S, Ashrafi M. Main risk factors for ectopic pregnancy: a case-control study in a sample of Iranian women. Int J Fertil Steril. 2014;8(2):147.
18. Li C, Zhao W-H, Zhu Q, Cao S-J, Ping H, Xi X, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a multi-center case-control study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15(1):1–9.
19. Kaplan BC, Dart RG, Moskos M, Kuligowska E, Chun B, Hamid MA, et al. Ectopic pregnancy: prospective study with improved diagnostic accuracy. Ann Emerg Med. 1996;28(1):10–7.
20. Barnhart KT, Sammel MD, Gracia CR, Chittams J, Hummel AC, Shaunik A. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. Fertil Steril. 2006;86(1):36–43.
21. Taran F-A, Kagan K-O, Hübner M, Hoopmann M, Wallwiener D, Brucker S. The diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. Dtsch Arztebl Int. 2015;112(41):693.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-23]

[DOI: 10.52547/sjrm.5.3.142]