The Five-year Evaluation of Patients with Ectopic Pregnancy Treated with Methotrexate in Sarem Women's Hospital

ARTICLE INFO

Article Type

Original Article

Authors

Manijeh Simindokht Hashemi Jam[1], Soodabeh Matin[1], AboTaleb Saremi[2*]

1 Medical student, School of Medicine, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

2 Sarem gynecology, Obstetrics and Infertilty Research Center, Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran & Sarem Cell Research Center (SCRC), Sarem Women's Hospital, Tehran, Iran

***Corresponding Author:** AboTaleb Saremi; Sarem Fertility & Infertility Research Center (SAFIR), Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran. Address: Sarem Women Hospital, Basij Square, Phase 3, Ekbatan Town, Tehran, Iran. Postal code: 1396956111, Phone: +98 (21) 44670888, Fax: +98 (21) 44670432.

Received: 01 July, 2022
Accepted: 06 August, 2022
e Published: 27 February, 2023

Article History

ABSTRACT

Introduction: The most common cause of death in pregnant women in the first trimester of pregnancy is ectopic pregnancy. Considering the importance of the issue, this study was conducted with the aim of investigating the five-year statistics of patients with ectopic pregnancy treated with methotrexate in the maternity ward and operating room of the Sarem Women's Hospital (Tehran, Iran).

Material and methods: This is a retrospective descriptive study. The method was to collect and review the necessary information from archived patients' medical records referred to Sarem Women's Hospital over a five-year period from November 2011 to November 2015, when their ectopic pregnancy was diagnosed and used for methotrexate treatment. Data were analyzed by SPSS software, version 19.

Results: In this research, the total number of patients was 126 and their average age was 32 years. In the history of drug use, most used drugs related to infertility treatment (7.2%), and the most common history of surgery (37.2%) among referring women was related to surgery for ovarian cysts, cesarean section, and appendectomy. 86.5% of cases had no history of infertility. Out of all the patients, only 21 people (16.7%) were successfully treated with methotrexate and in other cases, it led to surgery. The most common surgery after methotrexate was laparoscopic salpingostomy (54%).

Conclusion: According to the results of this study, different risk factors have an impact on ectopic pregnancy. The history of infertility and history of abdominal surgery can be one of the most effective factors in ectopic pregnancy.

Keywords: Ectopic Pregnancy; Methotrexate; Risk Factors.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/sjrm.7.2.81]

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 آمار پنج ساله ی بیماران با حاملگی خارج از رحمی تحت درمان با متوترکسات در بیمارستان فوق تخصصی صارم

منیژه سیمین دخت هاشمی جم[۱]، سودابه متین[۱]، ابوطالب صارمی[۲*]

[۱] متخصص زنان و زایمان، فلوشیپ پریناتولوژی، مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

[۲] متخصص زنان و زایمان، فوق تخصص نازایی، مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران و پژوهشکده سلولی-مولکولی و سلول‌های بنیادی صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: شایع‌ترین علت مرگ و میر زنان باردار در سه ماهه اول بارداری حاملگی خارج از رحم می‌باشد. با توجه به اهمیت موضوع، این مطالعه با هدف بررسی آمار پنج ساله بیماران با حاملگی خارج از رحمی تحت درمان با متوترکسات زایشگاه و اتاق عمل بیمارستان فوق تخصصی صارم اجرا گردید.

مواد و روش ها: این مطالعه یک مطالعه توصیفی گذشته‌نگر می‌باشد. پرونده تمامی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان فوق تخصصی صارم (تهران، ایران) در یک بازه زمانی پنج ساله از آبان ماه سال ۱۳۹۶ تا آبان ماه ۱۴۰۱ که حاملگی خارج از رحمی آن‌ها تشخیص داده شده و برای درمان متوترکسات مصرف کرده‌اند، از بایگانی مدارک پزشکی بیمارستان دریافت شد و اطلاعات آن مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های به دست آمده توسط نرم افزار SPSS ورژن ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: در این تحقیق، تعداد کل بیماران ۱۲۶ نفر و میانگین سنی آن‌ها ۳۲ سال بود. در سابقه مصرف دارو، بیشترین افراد داروهای مربوط به درمان نازایی مصرف کردند (۷,۲ درصد) و شایع‌ترین سابقه عمل جراحی (۳۷,۲ درصد) در بین خانم‌های مراجعه کننده مربوط به جراحی برای کیست تخمدان، سزارین و آپاندکتومی گزارش شد. ۸۶,۵ درصد موارد سابقه نازایی نداشتند. از کل بیماران تنها تعداد ۲۱ نفر (۱۶,۷ درصد) به صورت موفق با متوترکسات درمان شده‌اند و در سایر موارد منجر به جراحی شده است. بیشترین عمل جراحی به دنبال مصرف متوترکسات، لاپاراسکوپی سالپنگوستومی (۵۴ درصد) بود.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، ریسک فاکتورهای مختلفی در بروز حاملگی خارج از رحمی تاثیر دارد که سابقه نازایی وجراحی‌های شکمی می‌توانند جزء عوامل تاثیرگذار در ایجاد حاملگی خارج از رحمی محسوب گردند.

کلید واژه‌ها: حاملگی خارج رحمی؛ متوترکسات؛ عوامل خطر.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۱۵

*نویسنده مسئول: ابوطالب صارمی؛ مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
آدرس: تهران، شهرک اکباتان، فاز ۳، میدان بسیج، بیمارستان فوق تخصصی صارم.
کد پستی: ۱۳۹۶۹۵۶۱۱۱. تلفن: ۰۲۱۴۴۶۷۰۸۸۸. فکس: ۰۲۱۴۴۶۷۰۴۳۲.

مقدمه

در حاملگی خارج رحمی[۱]، لانه‌گزینی جنین در خارج از حفره رحمی رخ می‌دهد که اغلب در حدود ۹۷ درصد موارد در یکی از دو لوله فالوپ و به ندرت در سایر قسمت‌ها مانند حفره شکمی، گردن رحم، بخش فوقانی لوله‌های فالوپ، در محل اسکار سزارین و همچنین در موارد خیلی نادر بارداری هتروتایپ (حاملگی همزمان داخل و خارج از رحمی) رخ می‌دهد[۱-۳] که البته برای همه پزشکان قابل تشخیص نمی‌باشد. بارداری خارج از رحمی یکی از اورژانس‌های بارداری است که در بیشتر موارد نیاز به مداخله سریع دارد[۴] زیرا یکی از عوامل مهم مرگ و میر در زنان در سنین باروری محسوب می‌گردد[۵].

تا قرن نوزدهم، حاملگی خارج رحمی یک رخداد مرگ‌آور تصادفی در حاملگی محسوب می‌شد. نخستین مرجع علمی شناخته شده در مورد حاملگی خارج از رحمی در متون به ثبت رسیده از یک دانشمند عربستانی به نام Abulcasis بود[۶]. در سال ۱۶۰۴، Jean Riolan اولین کسی بود که گزارش یک حاملگی در یک لوله پاره شده رحمی را گزارش کرد و به دنبال آن در سال ۱۶۸۲، De Saint Maurice این عارضه را مشاهده کرد و بعد از مداخله‌ای که انجام داد، تشخیص قطعی بارداری خارج از رحمی را اعلام نمود[۶]. Pierre Dionis در سال ۱۷۱۸ که یک پزشک فرانسوی بود، مکانیسم بارداری خارج از رحمی را با ظرافت شاعرانه‌ای به این صورت توصیف نمود: اگر سلول تخم بسیار بزرگ باشد یا قطر لوله‌های فالوپ کوچک باشد، سلول تخم نمی‌تواند از آن‌جا عبور کرده و وارد حفره رحمی گردد، در عوض همان‌جا ریشه زده و لانه گزینی می‌کند و همانجا رشد می‌نماید، اما چون لوله‌های فالوپ ظرفیت رشد جنین را ندارند، دچار پارگی شده و منجر به مرگ مادر می‌گردد[۷]. در اواخر قرن نوزدهم تشخیص پاتولوژیک حاملگی‌های خارج از رحمی افزایش پیدا کرده و پزشکان در طول دهه‌های اخیر همواره به دنبال روش‌های مناسب تشخیصی و درمانی برای حاملگی‌های خارج از رحمی بودند[۶]. همزمان با پیشرفت علم پزشکی و توسعه روش‌های تشخیصی و درمانی، درمان حاملگی‌های خارج از رحمی افزایش پیدا کرد. آمار مرگ و میر ناشی از حاملگی‌های خارج از رحمی از ۶۹ درصد در سال ۱۸۷۶، به ۳۵ درصد در سال ۱۹۷۰ رسید. گرچه در حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران در معاینات اولیه، بارداری خارج از رحمی در آن ها تشخیص داده شد، اما با این وجود باز هم شیوع حاملگی خارج از رحمی در چند دهه اخیر افزایش یافته و در

[۱] Ectopic Pregnancy (EP)

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/sjrm.7.2.81]

بخش‌هایی از اروپا و آمریکای شمالی در ۳۰ سال گذشته به سه برابر رسیده است[۱، ۲]. امروزه میزان بروز حاملگی خارج از رحمی حدود ۲ درصد کلیه حاملگی‌ها بوده و باعث ۱۰ درصد همه مرگ و میرهای ناشی از حاملگی است[۸، ۹]. از سال ۱۹۷۰ به بعد خطر مرگ در بیماران مبتلا به بارداری نابجا ۹۰ درصد کاهش یافت[۱۰]. اگرچه مواردی نیز گزارش شده است که حاملگی خارج از رحمی به ترم رسیده و حتی نوزاد هم زنده متولد شده است[۱۱].

امروزه ثابت شده است که ریسک فاکتورهای زیادی در میزان بروز حاملگی خارج از رحمی موثر می‌باشند[۱۰، ۱۲-۱۴] که شامل موارد زیر هستند: در زنان غیر سفید پوست، سابقه حاملگی خارج از رحمی قبلی، سابقه مصرف سیگار و الکل، سن بالای ۳۵ سال، سابقه بیماری‌های عفونی دستگاه تناسلی با گنوره و کلامیدیا، سابقه نازایی، استفاده از روش‌های کمک باروری، سابقه جراحی‌های لگنی و لوله، سابقه مصرف IUD، انواع عفونت‌های داخل شکمی مانند آپاندیسیت، بیماری‌های التهابی لگن و زمینه ژنتیکی. برای تشخیص این مساله می‌توان از این علایم استفاده نمود: ۱)تغییرات بارداری در تست بیوشیمیایی (βHCG): تست بیوشیمیایی بارداری در طول افزایش سن حاملگی یک روند رو به افزایش مشخصی دارد[۱۵] که در بارداری خارج از رحمی از این روال تابعیت نمی‌کند؛ ۲)بررسی رحم در سونوگرافی: در این حالت رحم توخالی دیده می‌شود و ضخامت آندومتریوم متغیر می‌باشد[۱۴] و ۳) مشاهده حلقه هایپرکرومیک در ناحیه آدنکسال. انتخاب مناسب‌ترین گزینه درمان برای بیمار، بستگی به عواملی مانند علایم، اندازه جنین و سطح هورمون بارداری گوناداوتروپین کوریون یا hCG در خون بیمار دارد [۱۳، ۱۴] که شامل: ۱)درمان انتظاری و مدیریت شرایط بیمار، ۲)عمل جراحی: شامل جراحی باز شکمی و یا لاپاراسکوپی می‌باشد که بیشتر در موارد خطر شامل پارگی لوله رحمی و بی‌ثباتی همودینامیک بیمار به کار برده می‌شود. جراحی برای برداشتن حاملگی، معمولاً همراه با لوله فالوپ آسیب دیده استفاده می‌شود. از این رو درمان دارای مزایا و معایبی است که پزشک بایستی با بیمار در مورد آن صحبت کند. ۳)درمان دارویی: زمانی تجویز می‌گردد که تست بیوشمیایی بارداری بیش از ۵۰۰۰ IU/ml، افزایش سطح hCG در ۴۸ ساعت، هموگلوبین، لوکوسیت‌ها، پلاکت‌ها، آنزیم‌های کبدی در سطح نرمال و قطر Gestational Sac کمتر از ۴ سانتی‌متر باشد.

متوترکسات یک داروی موثر برای جلوگیری از رشد جنین محسوب می‌گردد. برای اولین بار تانکا و همکاران در سال ۱۹۸۲ برای درمان طبی حاملگی از این دارو که یک آنالوگ اسید فولیک است، استفاده کردند[۱۶]. عوارض جانبی ناشی از متوتروکسات شامل لکوپنی، ترومبوسیتوپنی، استئوماتیت، درماتیت و آپلازی مغز استخوان است که در موارد استفاده از حاملگی نابجا این علایم بخصوص همراه با مصرف اسید فولیک ناچیز هستند[۱۷]. روش استفاده از این دارو یا به صورت سیستمیک (وریدی، عضلانی و خوراکی) و یا به صورت موضعی و تزریق مستقیم داخل ساک حاملگی می‌باشد. بنابراین، انتخاب روش جراحی یا درمان طبی بستگی به تجربه پزشک و علاقه بیمار در مورد خطرات و فواید هر دو روش دارد.

مواد و روش ها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی گذشته‌نگر می‌باشد. روش کار به این صورت بود که پرونده تمامی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان فوق تخصصی صارم (تهران، ایران) در یک بازه زمانی پنج ساله از آبان ماه سال ۱۳۹۶ تا آبان ماه ۱۴۰۱ که حاملگی خارج از رحمی آن‌ها با انجام سونوگرافی و تست بارداری شیمیایی (βHCG) تشخیص داده شده و برای درمان متوترکسات مصرف کرده‌اند، از بایگانی مدارک پزشکی بیمارستان دریافت شده و اطلاعات آن مورد بررسی قرار گرفت.

اطلاعات بالینی بیماران در یک پرسشنامه جمع‌آوری اطلاعات شامل: سابقه مصرف دارو، سابقه جراحی قبلی، سابقه نازایی، محل بروز E.P، علایم بالینی مثل درد و خونریزی و غیره، یافته‌های سونوگرافی، علایم در معاینه و نوع درمان جمع آوری گردید و داده‌های به دست آمده توسط نرم افزار SPSS ورژن ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

تعداد کل بیماران مراجعه کننده در این فاصله زمانی پنج ساله به بیمارستان فوق تخصصی صارم که حاملگی خارج از رحمی آن‌ها توسط انجام سونوگرافی و تست بارداری شیمیایی (βHCG) تشخیص داده شده و جهت درمان قرص متوترکسات مصرف کرده‌اند، ۱۲۶ نفر بود. میانگین سنی این افراد ۳۲ سال بود که کم سن‌ترین آن‌ها ۲۱ سال و مسن‌ترین آن‌ها ۴۳ سال سن داشت. سن بارداری در این افراد به طور میانگین ۶ هفته بود که کمترین سن حاملگی ۴ هفته و بیشترین سن حاملگی ۱۰ هفته بود. ۳۳ نفر از این افراد به طور میانگین یک سقط قبلی داشته که کمترین سقط ۱ و بیشتر تعداد سقط ۳ عدد بود.

یافته های مربوط به رابطه بین سابقه پزشکی و میزان بروز E.P در بیماران

از پرونده پزشکی بیماران، سابقه پزشکی این افراد شامل سوابق مصرف دارو، جراحی‌های پیشین، سابقه نازایی قبلی و همچنین علایم بالینی بیمار هنگام مراجعه به اورژانس، معاینه بالینی و همچنین بررسی سونوگرافی بیمار استخراج گردید که شامل نتایج زیر می‌باشد:

جدول شماره ۱: فراوانی یافته‌های بالینی و سابقه ی پزشکی بیماران E.P

سابقه پزشکی			فراوانی	درصد فراوانی
سابقه مصرف دارو	دارد	داروهای نازایی	۹	۷،۲
		داروهای افسردگی و اضطراب	۳	۲،۴
		داروهای تیروئید	۸	۶،۳
		انوع پروژسترون‌ها	۱	۰،۸
		سایر	۱	۰،۸
	ندارد		۱۰۴	۸۲،۵
سابقه جراحی قبلی	دارد	جراحی برای کیست تخمدان، سزارین، آپاندکتومی	۴۷	۳۷،۲
		لاپاراسکوپی برای نازایی	۵	۴
		سابقه جراحی EP قبلی	۵	۴
	ندارد		۶۹	۵۴،۸
سابقه نازایی	دارد		۱۷	۱۳،۵
	ندارد		۱۰۹	۸۶،۵

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/sjrm.7.2.81]

علایم بالینی			
هنگام مراجعه	درد شکم	۳۱	۲۴,۶
	خونریزی	۷	۵,۶
	درد شکم و خونریزی	۲۳	۱۸,۱
	تاخیر پریود	۷	۵,۶
	مثبت شدن تست شیمیایی حاملگی	۱۸	۱۴,۳
	درد شکم و مثبت شدن تست شیمیایی حاملگی	۴	۳,۲
	خونریزی و مثبت شدن تست شیمیایی حاملگی	۱۴	۱۱,۱
	خونریزی و تاخیر در پریود	۱	۰,۸
	درد شکم و تاخیر در پریود	۱۸	۱۴,۳
	تاخیر در پریود و مثبت شدن تست شیمیایی حاملگی	۳	۲,۴
هنگام معاینه فیزیکی	خونریزی	۴	۳,۲
	درد شکمی	۲۵	۱۹,۸
	شوک، سرگیجه	۱۴	۱۱,۱
	لکه بینی	۸	۶,۳
	درد شکمی و لکه بینی	۴	۳,۲
	درد شکمی و خونریزی	۶	۴,۸
	بدون علامت	۶۵	۵۱,۶
هنگام سونوگرافی	فقط توده در آدنکس	۵۲	۴۱,۲
	ضخامت اندومتر بیش از ۱۲	۳	۲,۴
	توده در آدنکس و خون در شکم کمتر ^{cc} ۱۰۰	۳۷	۲۹,۴
	توده در آدنکس و خون در شکم بیشتر ^{cc} ۱۰۰	۴	۳,۲
	خون در شکم تا بن بست	۶	۴,۸
	توده و فتال پل و FHR	۱۱	۸,۷
	فقط توده در آنکس و ضخامت آندومتر بیش از ۱۲	۹	۷,۱
	ضخامت اندومتر بیش از ۱۲ وتوده در آنکس و خون در شکم کمتر ^{CC} ۱۰۰	۴	۳,۲

مطابق یافته‌های جدول شماره ۱، از میان افرادی که سابقه مصرف دارو داشته‌اند، بیشترین افراد داروهای مربوط به درمان نازایی مصرف کردند (۷,۲ درصد) و شایع‌ترین سابقه عمل جراحی (۳۷,۲ درصد) در بین خانم‌های مراجعه کننده مربوط به جراحی برای کیست تخمدان، سزارین و آپاندکتومی بود. در ۸۶,۵ درصد از افراد این مطالعه، سابقه نازایی مشاهده نشد. شایع‌ترین علایم بالینی بیمار هنگام مراجعه به اورژانس درد شکم (۲۴,۶ درصد) و سپس درد شکم توام با خونریزی (۱۸,۱ درصد) گزارش گردید و در موقع معاینات بالینی (۵۱,۶ درصد) افراد بدون علامت دیده شدند. بیشترین یافته سونوگرافی، رویت توده در آدنکس بوده که در ۵۲ نفر (۴۱,۲ درصد) از افراد مراجعه کننده دیده شد.

بررسی نوع و میزان موفقیت درمان E.P

بررسی پرونده‌ها نشان داد که از بین تمامی مراجعین به بیمارستان فوق تخصصی صارم، برای ۱۲۶ نفر داروی متوترکسات تجویز شد که مطابق یافته‌های جدول شماره ۲، در این افراد بیشترین محل درگیر ادنکس سمت راست (۵۱,۶ درصد) بود و تنها ۲۴ نفر (۱۹ درصد) درمان انتظاری داشتند. از این تعداد، تنها ۲۱ نفر (۱۶,۷ درصد) به صورت موفق تنها با متوترکسات درمان شده‌اند و در سایر موارد منجر به جراحی گردید. بیشترین عمل جراحی به دنبال مصرف متوترکسات، لاپاراسکوپی سالپنگوستومی (۵۴ درصد) گزارش شد.

جدول شماره ۲: بررسی روش درمان و میزان موفقیت بیماران E.P.

روش درمان		فراوانی	درصد فراوانی
محل E.P	آدنکس راست	۶۵	۵۱,۶
	آدنکس چپ	۶۱	۸۴,۴
درمان انتظاری	شد	۲۴	۱۹
	نشد	۱۰۲	۸۱
درمان با متوترکسات	درمان موفق	۲۱	۱۶,۷
	درمان ناموفق	۵۶	۴۴,۴
	مصرف متوترکسات به دنبال جراحی	۴۷	۳۷,۳
	مصرف ناموفق متوترکسات و سپس جراحی	۲	۱,۶
عمل جراحی	لاپاراسکوپی سالپنگوستومی	۶۸	۵۴
	لاپاراسکوپی سالپنژکتومی	۱۱	۸,۶
	لاپاراتومی حفظ لوله	۴	۳,۲
	لاپاراتومی سالپنژکتومی	۷	۵,۶
	جراحی نشد	۳۶	۲۸,۶

بحث

این مطالعه با هدف بررسی تعداد خانم‌های مراجعه کننده به بیمارستان فوق تخصصی صارم با حاملگی خارج از رحمی و نیز میزان موفقیت درمان با متوترکسات انجام شد.

بررسی رابطه بین سن و میزان بروز حاملگی خارج از رحمی: در این مطالعه پنج ساله، تعداد ۱۲۶ نفر از افراد مورد بررسی قرار گرفتند که میانگین سنی این افراد ۳۲ سال بود. در مطالعه‌ای هم که Okmen و همکاران در سال ۲۰۱۴ بر روی رابطه بین سن و بروز E.P انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که زنان بین ۳۰ تا ۴۰ ساله بیشترین میزان ابتلا به بارداری خارج از رحمی را دارند[۱۸] که می‌تواند به خاطر اثر تجمعی عوامل متعدد موثر در بروز این عارضه در طول زمان باشد. Bouyer و همکاران (۲۰۰۳) نیز رابطه معناداری بین افزایش سن و ریسک ابتلا به حاملگی خارج از رحمی گزارش نمودند[۱۹].

بررسی ریسک فاکتورهای موثر در بروز حاملگی خارج از رحمی

سابقه سقط قبلی: با اینکه در پژوهش Parashi و همکاران که در سال ۲۰۱۴ بر روی ریسک فاکتورهای حاملگی خارج از رحمی انجام شده بود، سابقه سقط قبلی یکی از ریسک فاکتورهای اصلی معرفی شده بود[۱۲]، در مطالعه ما فقط تعداد ۳۳ نفر سابقه سقط قبلی داشتند که بیشترین تعداد سقط در ۳ مورد گزارش شد و البته می‌توان گفت با توجه به حجم نمونه مورد بررسی قابل توجیه می‌باشد.

سابقه مصرف دارو: در این مطالعه بیشترین سابقه مصرف دارو را داروهای مربوط به درمان نازایی به خود اختصاص داد و همچنین از بین ۱۲۶ نفر از کل افراد، فقط ۱۷ نفر سابقه نازایی داشتند که Bouyer و همکاران (۲۰۰۳) نیز در مطالعه خود دریافتند که سابقه نازایی و مصرف

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-15]
[DOI: 10.61186/sjrm.7.2.81]

داروهای مرتبط با آن به شدت در بروز حاملگی خارج از رحمی تاثیر خواهد داشت[۱۹].

سابقه جراحی قبلی: عمل جراحی در حاملگی خارج از رحمی یک رویکرد محافظه کارانه در درمان محسوب می‌گردد و معمولاً به دلیل حفظ لوله‌ها به جهت حفظ قدرت باروری انجام می‌گردد[۶]. طبیعتاً مراجعه برای درمان حاملگی‌های خارج از رحمی زمانی که علایم حاد مانند درد و خونریزی رخ می‌دهد، انجام می‌شود که جزء اورژانس‌های بارداری محسوب می‌گردد. در این حالت، عدم نرمال بودن شرایط بیمار سبب می شود پزشک جهت درمان تصمیم به انجام عمل جراحی بگیرد.

بررسی علایم بالینی بیمار

بررسی پرونده‌ها نشان داد که بررسی علایم بالینی بیمار چه در هنگام مراجعه بیمار و چه در زمان معاینات بالینی شامل درد شکمی، خونریزی، لکه بینی، تاخیر در پریود، سرگیجه، شوک و غیره بود که در دستورالعمل NHS نیز به آن‌ها اشاره شده است [۱۴]. بیشترین علایم بالینی در بیماران درد شکمی و خونریزی بوده است که با گزارش لطفیان و همکاران در سال ۹۵ مطابقت دارد [۲۰].

روش درمان: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که تنها (۱۶,۷ درصد) از افرادی که با متوترکسات مورد درمان قرار گرفتند، درمان موفقی داشتند و در (۷۱,۴ درصد) از موارد E.P نیاز به عمل جراحی پیدا کردند که بیشترین عمل جراحی در بیمارستان فوق تخصصی صارم (۵۴ درصد) لاپاراسکوپی سالپنگوستومی بود. در مطالعه‌ای که Shobeiri و همکاران در سال ۲۰۱۲ انجام دادند، شایع‌ترین جراحی را سالپنژکتومی گزارش کردند[۸].

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، ریسک فاکتورهای مختلفی در بروز حاملگی خارج از رحمی تاثیر دارد که سوابق نازایی و جراحی‌های شکمی می‌توانند جزء عوامل تاثیرگذاری در ایجاد حاملگی خارج از رحمی محسوب گردند. همچنین، نتایج نشان داد که درمان با متوترکسات، درمان موفقی نبود، اما جراحی لاپاراسکوپی سالپنگوستومی که جز جراحی‌های کم عارضه نسبت به جراحی سالپنزکتومی است و در بیشتر مواردی که درمان متوترکسات موفق نبوده منجر به جراحی شده است، لاپاراسکوپی سالپنگوستومی با هدف حفظ لوله و حفظ قدرت باروری انجام گردید. بنابراین، این روش جراحی جزء موفقیت‌های مدیریت درمان حاملگی‌های خارج از رحمی در زایشگاه و اتاق عمل بیمارستان صارم محسوب می‌گردد.

تشکر و قدردانی

در اینجا جا دارد از همکاران محترم بخش مدارک پزشکی و مسئول محترم سیستم صبا و سحر (پرونده الکترونیکی بیماران) نهایت تشکر و قدردانی را داشته باشیم.

منابع

1. Thonneau P, et al., Ectopic pregnancy in Conakry, Guinea. Bulletin of the World Health Organization, 2002. 80: p. 365-370.
2. Aghera A, CDEM Curriculum. Maimonides Medical Center Brooklyn, New York.
3. Fylstra DL, Ectopic pregnancy not within the (distal) fallopian tube: etiology, diagnosis, and treatment. American journal of obstetrics and gynecology, 2012. 206(4): p. 289-299.
4. Hasani M, et al., Prevalence of ectopic pregnancy in Iran: a systematic review and meta-analysis. The Iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility, 2016. 19(23): p. 15-23.
5. Aflatoonian A, Drug-Therapy of Unruptured Ectopic Pregnancy with Methotrexate. Journal of Ardabil University of Medical Sciences, 2003. 3(2): p. 13-19.
6. Lurie S, The history of the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy: a medical adventure. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1992. 43(1): p. 1-7.
7. De Costa C, A bold suggestion: a history of treating ectopic pregnancy. O & G Magazine, 2013. 15: p. 61-62.
8. Shobeiri F, Parsa P, and Nazari M, Epidemiology of ectopic pregnancy in Hamadan province. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, 2012. 14(4): p. 46-49.
9. Alyasin A, et al., Evaluation of ectopic pregnancy after assisted reproductive technology in infertility center of Shariati Hospital. Journal of Reproduction & Infertility, 2001. 2(2).
10. Chaichian S, Mehdizadeh A, and Akbarian A, Investigation of Benefits and Risks of Laparascopic Surgery in the Treatment of Ectopic Pregnancy. Razi Journal of Medical Sciences, 2006. 12(49): p. 27-32.
11. Naderi T and Zeinali H, A case report of uterine-ovarian pregnancy after 13 years. Journal of Kerman University of Medical Sciences, 1997. 4(1): p. 49-52.
12. Parashi S, Moukhah S, and Ashrafi M, Main risk factors for ectopic pregnancy: a case-control study in a sample of Iranian women. International journal of fertility & sterility, 2014. 8(2): p. 147-154.
13. Taran F-A, et al., The diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. Deutsches Ärzteblatt International, 2015. 112(41): p. 693.
14. Guideline **N**, Ectopic pregnancy Register No: 10121, 2017.
15. Asgharnia M, et al., Laparoscopic treatment for interstitial pregnancy, a case report. Ṭibb-i junūb, 2014. 17(5): p. 1031-1037.
16. Tanaka T, Treatment of interstitial ectopic pregnanacy with methotrexate: report of a successful case. Fertil steril, 1982. 37: p. 851-852.
17. saremi a, et al., The evaluation of ectopic pregnancy prevalence and its causes from 2006 to 2018 in Sarem hospital. Sarem Journal of Medical Research, 2020. 5(3): p. 142-147.
18. Okmen F, et al., Is there a relationship between age and side dominance of tubal ectopic pregnancies?

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/sjrm.7.2.81]

--A preliminary report. Ginekol Pol, 2014. 85(9): p. 677-681.
19. Bouyer J, et al., Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. American Journal of Epidemiology, 2003. 157(3): p. 185-194.
20. Lotfian N, et al., Ovarian Ectopic Pregnancy: a Rare Case Report. Armaghane-danesh, Yasuj University of Medical Sciences Journal (YUMSJ), 2017. 21(11): p. 1142-1148.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/sjrm.7.2.81]