

روند درمانی و تظاهرات بالینی حاملگی نابجای لوله‌ای در بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه (۹۰-۱۳۸۶) دکتر انیس الدوله نانکلی^{۱*}، دکتر نوشین شیرزادی^۲، دکتر منصور رضایی^۳، سارا دائی چین^۴

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۲. پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۳. استادیار گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۴. کارشناس مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۲/۴

خلاصه

مقدمه: حاملگی نابجا، ۱/۲ تا ۱/۴ درصد کل بارداری‌ها را شامل می‌شود و یکی از علل مرگ مادران در سه ماهه اول بارداری می‌باشد که میزان ابتلاء به آن رو به افزایش است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تغییر در روند درمانی و تظاهرات بالینی حاملگی نابجای لوله‌ای انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی طی سال‌های ۹۰-۱۳۸۶ بر روی زنان با حاملگی نابجای لوله‌ای در مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) شهر کرمانشاه انجام شد. اطلاعات فردی و متغیرهای لازم از قبیل سن مادر، سن بارداری، تعداد بارداری و تعداد زایمان، در فرم‌های جمع‌آوری داده‌ها ثبت شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های کای دو، کولموگروف-اسمیرنوف، آنالیز واریانس و کروسکال والیس انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بیشترین فراوانی حاملگی نابجا در گروه سنی ۳۰-۲۶ سال و در سال ۱۳۹۰ (۲۹٪) و کمترین میزان آن در سال ۱۳۸۶ (۱۵/۵٪) بود. تعداد ۲۲۸ نفر (۵۷٪) از بیماران مولتی پار و میانگین سن بارداری $۲/۷۲ \pm ۶/۵۲$ هفته بود. شایع‌ترین تظاهرات بالینی به ترتیب درد شکم (۷۴/۰٪)، خونریزی، آمنوره و شوک بود. متغیرهای نوع درمان ($P=۰/۰۰۱$) و خونریزی ($P=۰/۰۰۳$) طی ۵ سال از نظر آماری معنی دار بود. شایع‌ترین محل حاملگی نابجا در آمپول لوله (۵۰/۰٪) بود و ۲۲۷ نفر (۵۶/۸٪) به روش جراحی درمان شدند که شایع‌ترین تکنیک جراحی، سالپنژکتومی (۷۵/۸٪) بود. درمان دارویی در ۴۹/۱٪ بیماران با پروتکل تک دوز متوتروکسات انجام شد.

نتیجه‌گیری: تعداد موارد حاملگی نابجا در طول سال‌های مطالعه روندی صعودی داشت و شایع‌ترین تظاهر بالینی درد شکم و سپس خونریزی واژینال بود. روند درمان به سمت افزایش استفاده از دارو و کاهش درمان جراحی پیش رفته است.

کلمات کلیدی: تظاهرات بالینی، حاملگی نابجا، درمان، لوله‌ای

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر انیس الدوله نانکلی؛ مرکز تحقیقات زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. تلفن:

۰۹۱۸۱۳۱۴۹۲۱؛ پست الکترونیک: anankali@kums.ac.ir

مقدمه

بلاستوسیست به طور طبیعی در پوشش آندومتر یا حفره رحم لانه‌گزینی می‌کند. لانه‌گزینی در هر جایی به جز این محل، حاملگی نابجا (EP)^۱ نامیده می‌شود. در ایالات متحده از هر ۱۰۰ مورد حاملگی، بیش از یک مورد آن از نوع نابجا بوده و بیش از ۹۵ درصد حاملگی‌های نابجا، لوله رحم را درگیر می‌کند (۱). میزان ابتلاء به حاملگی نابجا در آلمان از ۰/۵٪ در سال ۱۹۷۰ به ۲٪ تا سال ۲۰۱۳ افزایش یافته است (۲). حاملگی نابجا شایع‌ترین علت مرگ و میر زنان باردار در سه ماهه اول بارداری و عامل ۱۰ درصد مرگ و میر مادران است و تنها یک سوم از زنانی که یک حاملگی خارج رحمی با پارگی لوله‌ای داشته‌اند، می‌توانند در آینده فرزندی سالم به دنیا آورند (۳). حاملگی نابجا مشکل عمده زنان در سنین باروری بوده و میزان آن از ۱/۲ تا ۱/۴ درصد کل بارداری‌ها را شامل می‌شود و معمولاً با علائم و نشانه‌های آمنوره، درد پایین شکم، خونریزی واژینال، توده در ضامم رحمی و در برخی موارد با پارگی لوله رحمی نمایان می‌شود (۴، ۵). درمان EP به وضعیت بالینی بیمار و تمایل به حفظ باروری در آینده بستگی دارد (۶). تشخیص و درمان زودرس EP با کاهش میزان مرگ و میر زنان همراه بوده و درمان را به سمت روش‌های محافظه کارانه با حفظ لوله تغییر داده است (۷). درمان استاندارد EP، جراحی لاپاروسکوپیک است و در شرایط عدم ثبات همودینامیک و یا در شرایطی که روش لاپاروسکوپیک مشکل باشد، لاپاروتومی صورت می‌گیرد (۸). پرمصرف‌ترین دارو جهت درمان طبی EP، متوتروکسات می‌باشد که با روش تک دوز و یا چند دوز همراه با معیارهای خاص مورد استفاده قرار می‌گیرد (۹). درمان طبی به دلایل آسیب کمتر به لوله، هزینه کمتر، امید به افزایش بالقوه باروری بعدی، حذف عوارض جراحی و بیهوشی مورد توجه است (۱۰). برای اولین بار تانکا و همکاران، درمان EP با استفاده از متوتروکسات (آنالوگ فولیک اسید) را معرفی کردند (۱۱). حاملگی نابجا یک دلیل عمده مرگ و میر زنان در سراسر دنیا محسوب می‌شود (۱۲).

¹ Ectopic Pregnancy

مطالعات فراوانی در زمینه میزان بروز، چگونگی تظاهرات بالینی، نحوه درمان و اداره حاملگی نابجا صورت گرفته است. در مطالعه ماجهی و همکاران (۲۰۰۷) که بر روی ۱۸۰ بیمار با حاملگی نابجا طی سال‌های ۲۰۰۲-۲۰۰۴ انجام شد، میزان حاملگی نابجا ۰/۶ درصد و محدوده سنی بیماران ۳۰-۲۶ سال بود. زنان شکم اول، بیشتر قربانیان این عارضه بودند. شایع‌ترین شکایت بالینی بیماران درد شکم (۸۶/۱٪)، آمنوره (۷۶/۱٪) و خونریزی واژینال (۴۲/۲٪) بود. ۷۲/۲ درصد بیماران، پارگی لوله داشتند و جراحی باز به فرم سالپنژکتومی در ۸۱/۹ درصد بیماران انجام شده بود (۱۳). نتایج مطالعه ترابرت و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که میزان حاملگی خارج رحمی طی ۱۵ سال اخیر به سمت افزایش است. آخرین برآورد ملی در دسترس نشان می‌دهد که میزان حاملگی خارج رحمی به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی در این سال‌ها کاسته نشده است (۱۴). در مطالعه آرورا و همکاران (۱۹۹۸) طی یک دوره ۱۵ ساله، میزان حاملگی نابجا روندی رو به افزایش داشت و تظاهرات بالینی طی سال‌های متفاوت ثابت بود، همچنین تمایل به حفظ لوله و درمان طبی با کاربرد متوتروکسات رو به افزایش داشت (۱۵). در مطالعه هوور و همکاران (۲۰۱۰) میزان درمان طبی با متوتروکسات از ۱/۱٪ طی سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۷ افزایش یا کاهشی در روند میزان بروز حاملگی نابجا در زنان بیمه شده آمریکایی وجود نداشت (۱۶). با توجه به افزایش میزان بروز EP و نقش آن به عنوان عامل مهم مرگ و میر مادران در سه ماهه اول بارداری، مطالعه حاضر با هدف بررسی تغییر در روند درمانی و تظاهرات بالینی حاملگی نابجای لوله‌ای در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه انجام شد.

روش کار

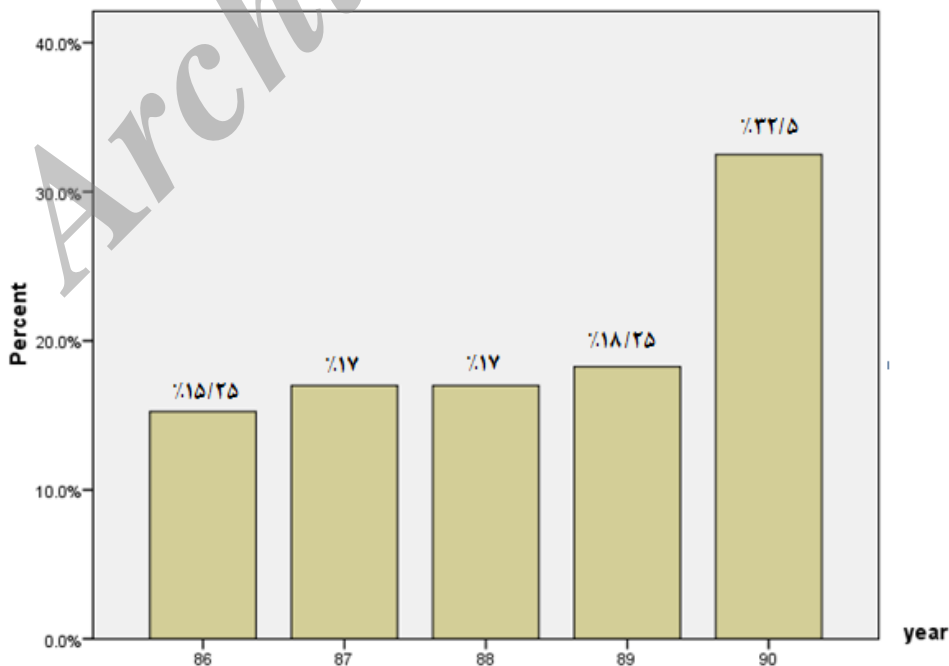
این مطالعه پس از تصویب شورای پژوهشی واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) شهر کرمانشاه در بخش زنان و مامایی انجام شد. اطلاعات حاصل از تمام بیماران بستری شده طی سال‌های ۹۰-۱۳۸۶ با تشخیص موارد قطعی حاملگی

جعبه‌ای استفاده شد. میزان p کمتر از 0.05 معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

طی دوره ۵ ساله مطالعه، ۴۰۰ بیمار با حاملگی نابجای لوله‌ای مورد بررسی قرار گرفتند. محدوده سنی زنان مورد مطالعه ۱۷-۵۴ سال بود که بیشترین فراوانی در گروه سنی ۲۶-۳۰ سال ($34/2\%$) بود. محدوده گراوید ۱ تا ۷ بود که بیشترین فراوانی مربوط به گراوید یک ($39/2\%$) بود و میانگین گراوید $2/25 \pm 2/28$ به دست آمد. مولتی پارها با فراوانی ۲۲۸ مورد (57%) بیشتر از نولی پارها بودند. محدوده سنی بارداری ۱۴-۴ هفته و میانگین سن بارداری افراد $2/72 \pm 6/52$ هفته بود. بیشترین فراوانی حاملگی نابجای لوله‌ای ($66/4\%$) در سن بارداری بین ۸/۵-۴/۲ هفته بود. میزان موارد حاملگی نابجای لوله‌ای در طی چند سال اخیر روندی افزایشی داشت. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، یکنواخت بودن توزیع فراوانی حاملگی نابجا در طی ۵ سال را رد کرد ($p < 0.001$). یعنی روند افزایشی آن معنی‌دار بود (نمودار ۱).

نابجا از بایگانی بیمارستان با استفاده از طبقه بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD9) جمع آوری شد. یافته‌های فردی (سن مادر، سن بارداری، تعداد بارداری، تعداد زایمان)، تظاهرات بالینی و راه‌های درمان (طبی و جراحی) مربوط به ۴۰۰ بیمار با حاملگی نابجای لوله‌ای از پرونده‌های پزشکی استخراج و در پرسشنامه ثبت شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمام بیماران در هر سنی از بارداری با تشخیص اثبات شده حاملگی نابجای لوله‌ای با استفاده از تست حساس β -hCG و سونوگرافی (شکمی یا واژینال) بود. بیماران با حاملگی نابجای غیرلوله‌ای (سروییکال، تخمدانی، شکمی، محل اسکار سزارین قبلی) از مطالعه خارج شدند. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آزمون کای دو جهت داده‌های کیفی، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای طبیعی بودن داده‌های کمی، آزمون آنالیز واریانس برای سن و آزمون کروسکال والیس برای سن بارداری و گراوید استفاده شد. جهت آنالیز داده‌های کمی از جداول فراوانی، محاسبه شاخص‌های عددی مانند میانگین و انحراف معیار و از جداول دو بعدی برای توزیع تظاهرات بالینی و روش‌های درمانی بر حسب متغیرهای زمینه‌ای و رسم نمودار ستونی و



نمودار ۱- درصد فراوانی حاملگی نابجا در سال‌های ۹۰-۱۳۸۶

شایع ترین تظاهر بالینی بیماران، درد شکم (۷۴ درصد) بود (جدول ۱). ۲۲۳ مورد (۵۵/۷۵٪) از حاملگی های نابجا در لوله راست و ۱۶۷ مورد (۴۲٪) در لوله چپ بود (p=۰/۱۴۳). آمپول با فراوانی ۸۱ مورد (۴۹/۷٪) و بعد از آن در شیپور لوله های رحمی با فراوانی ۳۳ مورد (۲۰/۲٪)، بیشترین فراوانی حاملگی نابجا از نظر محل وقوع را داشتند (جدول ۱).

جدول ۱- فراوانی تظاهرات بالینی، انواع روش های جراحی و محل حاملگی نابجا

متغیر	فراوانی	درصد	
تظاهر بالینی	درد شکم	۲۹۶	۷۴
	خونریزی	۲۲۴	۵۶
	آمنوره	۶۲	۱۵/۵
	شوک	۷	۱/۸
کل	۴۰۰	۱۰۰	
روش های جراحی	سالپینزکتومی	۱۷۲	۷۵/۴
	سالپینگوستومی	۱۷	۷/۵
	سالپینگوتومی	۱۳	۵/۷
	سالپینگووفورکتومی	۲۵	۱۱
کل	۲۲۷	۱۰۰	
محل حاملگی نابجا	آمپول	۸۰	۵۰
	ایسم	۲۴	۱۵
	فیمبریا	۳۳	۲۰/۶
	بینابینی	۱۱	۶/۹
	هتروپیک	۱۲	۷/۵
کل	۱۶۰	۱۰۰	

متغیر مانند خونریزی در سال های مختلف از نظر آماری معنی دار بود (p=۰/۰۰۳) و درد شکم نیز روند متغیری داشت اما از نظر آماری معنی دار نبود (p=۰/۰۰۶) (جدول ۲).

جدول ۲- تغییرات روند تظاهرات بالینی طی سال های مختلف

سال	آمنوره	درد شکمی	خونریزی واژینال	شوک	تعداد کل
۱۳۸۶	۸ (۱۳/۱)	۸ (۱۳/۱)	۲۸ (۴۵/۹)	۱ (۱/۶)	۶۱
۱۳۸۷	۱۰ (۱۴/۷)	۱۷ (۲۵)	۳۵ (۵۱/۵)	۱ (۱/۵)	۶۸
۱۳۸۸	۱۳ (۱۹/۱)	۲۴ (۳۵/۳)	۴۰ (۵۸/۸)	۰ (۰)	۶۸
۱۳۸۹	۱۷ (۲۳/۳)	۲۲ (۳۰/۱)	۳۲ (۴۳/۸)	۳ (۴/۱)	۷۳
۱۳۹۰	۱۴ (۱۰/۸)	۳۳ (۲۵/۴)	۸۹ (۶۸/۵)	۲ (۱/۵)	۱۳۰
کل	۶۲ (۱۵/۵)	۱۰۴ (۲۶)	۲۲۴ (۵۶)	۷ (۱/۸)	۴۰۰
سطح معنی داری	۰/۱۶۰	۰/۰۶۰	۰/۰۰۳	۰/۴۵۸	

در طول سال های مطالعه، ۲۲۷ مورد (۵۶/۸٪) تحت درمان جراحی قرار گرفتند و درمان دارویی برای ۱۷۳ نفر (۴۳/۲٪) از بیماران انجام گرفت. نوع درمان طی

جدول ۳- تغییرات روند درمان طی سال های مختلف

سال	درمان دارویی		درمان جراحی		کل
	تک دوز	چند دوز	سایر	دارویی	
۱۳۸۶	۵ (۵۰)	۵ (۵۰)	۱۸ (۳۵/۳)	۱۰ (۱۶/۴)	۶۱
۱۳۸۷	۹ (۳۶)	۱۶ (۶۴)	۱۱ (۲۵/۶)	۲۵ (۳۶/۸)	۶۸
۱۳۸۸	۲۵ (۶۴/۱)	۱۴ (۳۵/۹)	۵ (۱۷/۲)	۳۹ (۵۷/۴)	۶۸

در درمان دارویی ۸۵ نفر (۴۹/۱٪) از بیماران با روش تک دوز متوتروکسات و ۸۸ نفر (۵۰/۹٪) با روش چند دوز تحت درمان قرار گرفتند. در طی ۵ سال مطالعه، سالپنژکتومی (۷۵/۸٪) بیشترین روش مورد استفاده در جراحی بیماران بود (جدول ۱).

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد میزان بروز حاملگی نابجا را از ۱۵/۵٪ درصد در سال ۱۳۸۶ به ۲۹٪ در سال ۱۳۹۰ روند رو به افزایشی داشت که این افزایش ممکن است ناشی از ارجاع بیماران از دیگر مراکز به بیمارستان آموزشی امام رضا (ع) باشد. بیماری‌های منتقله از راه جنسی و بیماری‌های التهابی لگن، بروز حاملگی نابجا را افزایش می‌دهند. در اکثر مواقع، عامل مستعد کننده حاملگی نابجا را نمی‌توان تشخیص داد (۱۷). در مطالعه حاضر بیشتر بیماران در محدوده سنی ۲۶-۳۰ (۳۴/۳٪) با میانگین سنی ۲۹/۹ سال بودند که این آمار با دیگر مطالعات همسو می‌باشد (۲۶-۱۸). بالا بودن سن زنان مورد مطالعه می‌تواند به دلیل افزایش سن اولین بارداری باشد (۱۸، ۲۲). در مطالعه حاضر گستره تعداد بارداری از ۱ تا ۷ بود و ۳۲/۹ درصد بیماران، گراوید ۱ بودند. میانگین سن بارداری ۶/۵۲ هفته بود و هفته ۷/۲، بیشترین فراوانی را داشت. مولتی پارها بیشتر از نولی پارها بودند که این مطالعه از این نظر با مطالعه آياز و همکاران (۲۰۱۳) و گداگی و همکاران (۲۰۱۳) همخوانی داشت (۲۰، ۲۳). در مطالعه محبوب و همکار (۲۰۰۶)، میانگین سن بارداری ۵۱/۸ روز و غلبه با مولتی پار بود که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۵). مطالعه حاضر از نظر تعداد زایمان و سن بارداری با مطالعه شارما و همکاران (۲۰۱۱) همسو بود (۲۴). در مطالعه ایگوب و همکاران (۲۰۱۳) که در

نیجریه انجام شد، بیشترین فراوانی سن بارداری ۷/۴ هفته و مولتی پارها ۵۴/۸ درصد بود که نولی پارها (۵۵/۲٪) بیشتر از مولتی پارها بودند (۲۱). این نتیجه برخلاف مطالعه حاضر بود که دلیل آن شاید ناشی از فعالیت های آزادانه جنسی قبل از ازدواج و به صورت زود هنگام باشد؛ به گونه ای که بر اساس نتایج مطالعه، از ۹۳ مورد حاملگی نابجا، ۶۲/۴٪ متأهل و ۳۷/۶٪ مجرد بودند. در مطالعه شارما و همکاران (۲۰۱۱) نیز همانند مطالعه حاضر، حاملگی نابجا بیشتر در پرایمی پارها بود (۲۴). در مطالعه سوریانو و همکاران (۲۰۰۸) بیشترین سن بارداری ۷ هفته بود (۲۷) که با مطالعه حاضر همسو بود.

در مطالعه پرادهان و همکاران (۲۰۰۶) میانگین تعداد زایمان ۱/۲ بود و مولتی پارها بیشتر بودند (۵۷٪) و بیشترین سن حاملگی ۶ تا ۹ هفته بود (۱۹) که با مطالعه حاضر همسو بود. در مطالعه حاضر شایع ترین محل حاملگی نابجا در لوله راست و در ناحیه آمپول بود که با سایر مطالعات در این زمینه همخوانی داشت (۲۳-۲۱، ۲۶، ۲۸). در مطالعه شارما برخلاف مطالعه حاضر، حاملگی نابجا در لوله رحمی شایع تر بود ولی محل شایع حاملگی نابجا آمپول بود (۲۴) که با مطالعه حاضر همسو بود. در مطالعه حاضر بیشترین تظاهر بالینی، درد شکم بود که با سایر مطالعات در این زمینه همخوانی داشت (۱۹-۱۸، ۲۳-۲۱، ۳۰-۲۶). در مطالعه شارما و همکاران (۲۰۱۱) و آياز و همکاران (۲۰۱۳) برخلاف مطالعه حاضر، آمنوره بیشترین درصد فراوانی را داشت که شاید به دلیل مراجعه زود هنگام بیماران آن ها با گذشتن از موقع قاعدگی باشد (۲۰، ۲۴). در مطالعه حاضر ۱/۸ درصد از بیماران با تظاهر بالینی شوک هموراژیک مراجعه کردند و این برخلاف دیگر مطالعات انجام شده در این زمینه بود. درصد

فراوانی شوک در مطالعات سوهیل و همکاران ۶/۷۸ درصد، عبید ۲۵ درصد (۲۲)، ایگوب و همکاران (۲۰۱۳) ۶/۶ درصد، گداگی و همکار (۲۰۱۲) ۴۰/۵ درصد و در مطالعه اودیک و همکاران (۲۰۱۰) ۴۱/۷ درصد بود که این تفاوت چشم‌گیر می‌تواند به دلیل کاربرد آزادانه ترانس واژینال سونوگرافی و تشخیص زود هنگام و مراجعه به موقع بیماران در این مراکز باشد (۱۸، ۲۱-۲۳، ۲۶).

در مطالعه سورینانو و همکاران (۲۰۰۸)، ۲۲ درصد بیماران با شوک هموراژیک مراجعه کردند که این شاید به دلیل محل حاملگی نابجا در ناحیه خطرناک کورنه‌آ و یا مراجعه دیر هنگام باشد (۲۷). در مطالعه حاضر ۴۳/۲ درصد افراد تحت درمان دارویی و ۵۶/۸ درصد تحت درمان جراحی قرار گرفتند. برای اکثر بیماران که تحت درمان دارویی بودند، از رژیم چند دوز متوتروکسات استفاده شد (۵۱/۴٪ در مقابل ۴۸/۶٪ تک دوز). در بیمارانی که تحت درمان جراحی لاپاراتومی قرار گرفتند، اکثر آن‌ها به روش سالیپنژکتومی (۷۵/۴٪) جراحی شدند که با سایر مطالعات در این زمینه همخوانی داشت (۱۸، ۲۳-۲۰، ۲۹-۲۸، ۳۲). در سایر مطالعات میزان لاپاروتومی در برخی مراکز بسیار بالا و بیش از ۶۰ درصد بود (۱۸، ۲۲، ۲۹-۲۸، ۳۱) در حالی که در مطالعه حاضر این میزان ۵۶/۸ درصد بود.

که به دلیل مراجعه و تشخیص زود هنگام در این مرکز می‌باشد.

نتیجه گیری

تعداد موارد حاملگی نابجا در طول سال‌های مطالعه روندی صعودی داشت. شایع‌ترین تظاهر بالینی درد شکم و سپس خونریزی واژینال بود. روند درمان در طول ۵ سال بررسی شده به سمت درمان دارویی پیش رفته است. اکثریت حاملگی نابجا در ناحیه راست لوله و شایع‌ترین محل ناحیه آمپولار رخ داده بود. از آنجا که حاملگی نابجا یک عامل تهدید کننده حیات می‌باشد و مهمترین عامل مرگ مادران در سه ماهه اول است، تشخیص زودرس و اقدامات مناسب می‌تواند امکان درمان دارویی با حفظ قدرت باروری را فراهم سازد. با توجه به سیر صعودی بروز حاملگی نابجا در مطالعه ما، تحقیقات بیشتر در زمینه بررسی علل آن توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی بیماران و پرسنل محترم بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه و عزیزانی که در این تحقیق ما را یاری دادند نهایت قدردانی را می‌نماییم.

منابع

1. Sakhavar N, Mirteimoor M. [A case report: intestinal obstruction in laparotomy with diagnosis of ectopic pregnancy] [Article in Persian]. *Tabib-e-Shargh* 2006;8(1):75-9.
2. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, Tinelli A, Malvasi A, Jonat W, et al. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2013 Aug;68(8):571-81.
3. Aflatoonian A. [Drug-therapy of unruptured ectopic pregnancy with Methotrexate] [Article in Persian]. *J Ardabil Univ Med Sci* 2003;2(8):13-9.
4. Rana P, Kazmi I, Singh R, Afzal M, Al-Abbasi FA, Aseeri A, et al. Ectopic pregnancy: a review. *Arch Gynecol Obstet* 2013 Oct;288(4):747-57.
5. Khalid T, Elahi N. Clinical presentation of chronic ectopic pregnancy. *J Coll Physicians Surg Pak* 2000;10:200-3.
6. Chohan A. Ectopic pregnancy. *Fundamentals of gynaecology Lahore:MAR Publisher;2000:3-95.*
7. Bangsgaard N, Lund CO, Ottesen B, Nilas L. Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. *BJOG* 2003 Aug;110(8):765-70.
8. Agdi M, Tulandi T. Surgical treatment of ectopic pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009 Aug;23(4):519-27.
9. Milki AA, Moossazadeh J. Medical treatment of ectopic pregnancy. *West J Med* 1990 Apr;152(4):410.
10. Speroff L, Fritz MA. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. 7th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2005.
11. Damario MA, Rock JA. Ectopic pregnancy. In: Rock JA, Jones III HW. *Te Linde's operative gynecology*. 9th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2003:507-36.

12. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. *Lancet* 2005 Aug 13-19;366(9485):583-91.
13. Majhi AK, Roy N, Karmakar KS, Banerjee PK. Ectopic pregnancy--an analysis of 180 cases. *J Indian Med Assoc* 2007 Jun;105(6):308-12.
14. Trabert B, Holt VL, Yu O, Van Den Eeden SK, Scholes D. Population-based ectopic pregnancy trends, 1993-2007. *Am J Prev Med* 2011 May;40(5):556-60.
15. Arora R, Rathore AM, Habeebullah S, Oumachigui A. Ectopic pregnancy--changing trends. *J Indian Med Assoc* 1998 Feb;96(2):53-7.
16. Hoover KW, Tao G, Kent CK. Trends in the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy in the United States. *Obstet Gynecol* 2010 Mar;115(3):495-502.
17. Kamwendo F, Forslin L, Bodin L, Danielsson D. Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28 year period and the role of pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Infect* 2000 Feb;76(1):28-32.
18. Sohail N, Tayyab M, Iqbal F, Butt Maria, Naqi A. Tubal ectopic pregnancy, management in a tertiary care hospital. *Pak J Med Health Sci* 2010;4:472-5.
19. Pradhan P, Thapamagar SB, Maskey S. A profile of ectopic pregnancy at Nepal medical college teaching hospital. *Nepal Med Coll J* 2006 Dec 8(4):238-42.
20. Ayaz A, Emam S, Farooq MU. Clinical course of ectopic pregnancy: A single-center experience. *J Hum Reprod Sci* 2013 Jan;6(1):70-3.
21. Igwegbe A, Eleje G, Okpala B. An appraisal of the management of ectopic pregnancy in a nigerian tertiary hospital. *Ann Med Health Sci Res* 2013 Apr;3(2):166-70.
22. Shabab U, Hashemi HA. Different pattern of presentation of ectopic pregnancy and its management. *J Surg Pak* 2013 Jan-Mar;18(1):37-40.
23. Gaddagi RA, Chandrashekhar AP. A clinical study of ectopic pregnancy. *J Clin Diagn Res* 2012 Jun;6(5):867.
24. Sharma P, Sing BP, Shrestha B. Ectopic pregnancy in Nepalgunj Medical College. *Ectopic pregnancy 2011. J Instit Med* 2011 Aug;33(2):1. Available at: <http://jiom.com.np/index.php?journal=jiomjournal&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=517&path%5B%5D=479>
25. Mahboob U, Mazhar SB. Management of ectopic pregnancy: a two-year study. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2006 Oct-Dec;18(4):34-7.
26. Udigwe GO, Umeononihu OS, Mbachu II. Ectopic pregnancy: a 5 year review of cases at Nnamdi Azikiwe University Teaching Hospital (NAUTH) Nnewi. *Niger Med J* 2010 Oct-Dec;51(4):160-3.
27. Soriano D, Vicus D, Mashlach R, Schiff E, Seidman D, Goldenberg M. Laparoscopic treatment of cornual pregnancy: a series of 20 consecutive cases. *Fertil Steril* 2008 Sep;90(3):839-43.
28. Aboud E, Chaliha C. Nine year survey of 138 ectopic pregnancies. *Arch Gynecol Obstet* 1998;261(2):83-7.
29. Pal A, Gupta KB, Sarin R. A study of ectopic pregnancy and high risk factors in Himachal Pradesh. *J Indian Med Assoc* 1996 May;94(5):172-3, 202.
30. Shah N, Khan NH. Ectopic pregnancy: presentation and risk factors. *J Coll Physicians Surg Pak* 2005 Sep;15(9):535-8.
31. Fageeh WM. Diagnosis and management of ectopic pregnancy in King Abdulaziz university hospital: a four year experience. *JKAU Med Sci* 2008;15(2):15-25.
32. Akhan SE, Baysal B. Laparotomy or laparoscopic surgery? Factors affecting the surgeon's choice for the treatment of ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2002 Apr;266(2):79-82.

