تأثیر موتوروسکات در درمان حاملگی خارج رحمی پاره نشده

دکتر عباس افلاقیان

چکیده

زمینه و هدف: با وجود تعداد بیشتری های علم برتر، حملگی خارج رحمی هنوز عمل مهمی در مرکز و مرتبه در سینی باروری مسئول می‌باشد. با وجود اینکه تحقیقات زیادی در زمینه درمان حاملگی خارج رحمی انجام شده است، هنوز در آمریکا و اروپا برخوردار باشد، مطالعات درمانی در این بیماری در ایران به مطالعات کم‌کم می‌رسد.

در این تحقیق به منظور استانداردسازی شناسایی بیماران، از ۸۰ بیماری که دارای گروه خاصی هستند، به پژوهشگری در دانشگاه علوم پزشکی اردabil بپردازد.

روش کار: با کمک اسپیس و آزمون آماری هیپوژیس می‌تواند با کمک این ابزار اقدامات می‌تواند به شرایط جراحی، یا به شرایط از دست دادن درمانی و یا به شرایط از دست دادن درمانی به سمت انجام کند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پذیرش درمان حاملگی خارج رحمی پاره نشده با موتوروسکات کم‌کم و توانایی انجام تحقیق و تربیت کودکان به شرایط پزشکی

واژه های کلیدی: حاملگی خارج رحمی، درمان طبی، موتوروسکات
سال ۱۹۸۷ برای درمان طبی حاملگی نابجایی از منتورکومات که یک آنالوگ اسید فولیک است، استفاده کردند.[۱] عوارض جانبی مهم ناشی از منتورکومات ترموسیوژنیا، آنتی‌بیوتیک‌ها و آپلاریا مصرف استخوان می‌باشد. که باید در مقدار پایینی که برای درمان حاملگی نابجایی استفاده می‌شود این عوارض ناجیست. بخصوص آن‌ها اگر اهمیت با فولیویک اسید مصرف شود، عارضه جدی نخواهد داشته‌باشد. استفاده‌یا بصورت مسئولیت و تزریق مستقیم داخل سطح محمولی است. محدودیت هایی در استفاده از منتورکومات وجود دارد از جمله EP، IVF و ساختار حاملگی این درمان‌ها به‌طور کامل کمتر از گونه‌های حاملگی است. فشار سطحی هورمون HCG و CBC، کمتر از ۹۰۰ و ۳/۸۶ درصد مشاهده شده و بی‌نظمی و بی‌طبهای قرار دادن کلیه با انکار در شرایط مورد احتمال حاملگی و سایش خون‌ریزی در برآوردهای شناسی و سایش‌کننده در شبکه و CBC‌ها به دلیل افزایش سطح HCG و CBC‌ها ممکن است در برآوردهای یا حاملگی آنان باشد. 

در نتیجه انتخاب روش جداکننده به‌طور کلی، عاده‌ریزی‌ها و درک از خطرات و فاقدی‌های در روشی دارد. با توجه به بررسی انجام شده توسط محققین در سال ۱۹۷۸ در شهر برزیل[۲] جهت کاهش این احتمال درمان‌های حاملگی خارج رحمی درمان‌های از نوع سایش‌کننده بوده است (حتی در حاملگی‌های با رایج از عامل‌های حاملگی خارج رحمی درمان خارجی از نوع سایش‌کننده بوده است). به‌طور کلی مصرف به‌دنبال درمان طبی نیاز به تأثیر درمان طبی در این مورد حساس و وجود ندارد. بنابراین مطالعه حاضر میزان تاثیر درمان طبی با متعارض کردن در ۲ مورد حاملگی خارج رحمی پایه نشده بررسی شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه آنالیز نک از نوع کار آزمایش بالینی (Uncontrolled Clinical Trial) بدون کروه شاهد.

1- Robert Lawson
2- In Vivo Fertility
3- Tanka
4- Ectopic Pregnancy
هبده یک از بیماران عارضه چندارویگی درمان را
متوافت کرد. مشاهده شد.
اطلاعات با استفاده از نرم افزار
آماری معروف که تجزیه و تحیز شد. در پایان با
وجود مشکلات در دسترسی به بیماران، تعداد
محدودی از آنان (۸ نفر) از نظر میزان باروری بعید
پس از درمان طی، پیکربندی شدند. امید است که با
پیگیری‌های بعدی از تاثیب باروری آن‌ها دیگر بیماران
اطلاع حاصل شود که در گزارش‌های دیگری وارد خواهد
شد.

**بیان‌های...**

تمامی ۲۴ موردی خارج درحمای لوله ای بود.
بیماران بین ۲۱ - ۴۰ سال، با میانگین سن ۳۱/۹۷ سال
بودند. آمارا (۱۲ نفر) درده سن ۲۴ - ۳۵ سال قرار
داشتند. ۹/۲ هر (۷/۷% ۵ - ۳۵ سال) ۳ هر (۱/۷% ۳۶ - ۴۰ سال) و
۰ هر (۱/۹% ۴۱ - ۴۵ سال) درست باشند.

به هر حال، دانشجو بودند که برنامه مدت زمان انتخاب بیماران
پک سال و بیشترین آن ۳ سال با میانگین ۴/۹۶ سال بود.
۱ نفر از بیماران (۱/۸% ۴ نفر) کرواید دوم، ۶ هر (۳/۸% ۶ نفر) کرواید سوم و
۲ هر (۱/۸% ۹ نفر) کرواید چهار تا انفجار بودند.

۱۵ هر (۲/۹% ۱۰ نفر) باریا، ۵/۹ هر (۸/۱% ۷ نفر) باریا، ۳/۹ هر (۲/۱% ۲ نفر)
باریا و ۱/۹ هر (۱/۸% ۲ نفر) باریا داشتند.

١۴ نفر سطح نازاپی داشتند. از این تعداد ۹ نفر
(۶۴/۸۸% بیماران ۵ نفر) دارای سطح سطح بودند
که ۵ بیمار سابقه یک بار سطح و ۲ بیمار سابقه سه بار
دبیر مورد مطالعه ۲۶ بیمار زن مبتلا به
حاملگی خارج رحمی بود که طی ماه سال ۱۳۸۸ - ۱۳۸۹ در
بیمارستان مادر شیر زرد بستری و درمان شدند.

روش‌های اختلالات به صورت مستقیم و از طریق
گرفتن شرایط جراحی و معاینه فیزیکی و همچنین درمان
پاراکلینیک از جمله اندوزه‌گیری βHCG و انجام
سونوگرافی و آزمایشات و بت آت با درک پرسش‌های
انجام شده است.

بیماران با نظیر بینی درد و یا خونریزی و از بالا
مرامی کردن و سپس از طریق اندوزه‌گیری
βHCG و انجام سونوگرافی و آزمایشات، تشخیص حاملگی
نادر برای این بیماران مطرح شد و در موارد
مشکوک از لاوراکسوپی هیت تایید تشخیص استفاده
شد. بیماران از نظر سن، مدت انتخاب، کروایدینی،
پاراپی، سابقه نازایی، سطح و حاملگی نا چای فیلی
بررسی شدند.

با در نظر گرفتن اینکلیسیون های درمان طبی
مانند: پاره نیوده قطر کمتر از ۳ سانتی متر سطح سرمی
βHCG (5000IU/L) تطابق با حفظ باروری و نداشت
کنترل اینکلیسیون طبی ظنور در شدت شکمی از اکمال
عملکرد کدی و کلیوی بیماران تحت درمان طبی با
منتوتوکسانت قرار گرفتند. بنابراین سلامتی با دو
روزمانه به صورت انفیوزین داخل وریدی به
بیماران داده شد. برای خلوکودر از عوارض جانبی
بیماران فولینتوک اسید به‌صورت یک دوز دوز
رژیمی به صورت تفاوت‌زیم داخل درمان
درمانی کردند. هر دو روز بیکار سطح سرمی
βHCG اندوزه گیری کرد و افزایش افت و
βHCG نتگه بیماران از نظر شمارش سلول
های خونی و نت نهایی کدی کنترلی در مدت و در
جدول 1: توزیع فراوانی نوع درمان بر حسب سن بیماران در جامعه مورد بررسی

<table>
<thead>
<tr>
<th>سن بیماران</th>
<th>نوع درمان</th>
<th>تعداد کل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۲۰-۲۵</td>
<td>طبی</td>
<td>۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>جراحی</td>
<td>۶</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>جراحی پس از درمان طبی</td>
<td>۵</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td></td>
<td>۲۱</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 2: توزیع فراوانی نوع درمان بر حسب سطح سرمی βHCG در جامعه مورد بررسی

<table>
<thead>
<tr>
<th>سطح سرمی</th>
<th>نوع درمان</th>
<th>تعداد درمان</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>≤ ۱۰۰۰ IU/L</td>
<td>طبی</td>
<td>۱۶</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۰۰۰-۲۰۰۰ IU/L</td>
<td>جراحی</td>
<td>۶</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; ۲۰۰۰ IU/L</td>
<td>جراحی پس از درمان طبی</td>
<td>۵</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td></td>
<td>۲۷</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بیمار سالینژوستومی و چیار بیمار سالینژوستومی شدن و یک بیمار که از تأمین میلی به EF شده بود، به دلیل ضعف تخمحدی همراه سالینژوستومی شد. تعداد ۲ بیمار (۲/۳۶%) تحت درمان طبی با متوت‌رکات قرار گرفتند. از این تعداد، ۴ بیمار (۲/۳۶%) شدید، این بیماران ۶ بیمار (۳/۳۶%) دو دور و ۱۱ بیمار (۶/۳۶%) سه دور متوت‌رکات دریافت کردند. این بیماران مقدام که پس از دریافت دوزهای اولیه به صدد یک هفته تغییر در غلظت βHCG نداشتند. ۵ دور متوت‌رکات دریافت کردند.

از ۳ بیمار که بیماران طبی ۹ بیمار (۵/۳۶%) βHCG ۱۰۰۰-۲۰۰۰ IU/L (در ۶ بیمار (۳/۳۶%)) دارای نخالی که درمان طبی برای آنان انجام شد، ۵ بیمار (۶۰%) در نیایی مورد عمل جراحی قرار گرفتند. ۳ بیمار Milking سالینژوستومی شدند. در یک بیمار فقط (دوشنبه لوله‌ها) انجام شد و یک بیمار دیگر به دلیل جراحی های مکرر قیلی در شکم، شدن دیده و داشت که در نتیجه سالینژوستومی شد. از ۵ بیمار که فقط را ذکر کردند: ۵۰% بیماران ساقه جراحی قیلی در شکم (با داشته که ۵۵/۶۷% سرآینده، ۴ یک در (۳/۳۶%) به دلیل مختلف مثل آپندیکیتو می‌گردید. این در امسالتهای گذشته شده بودند. یک نفر سالینژوستومی و یک نفر سالینژوستومی شده بودند که هر دو مورد به دلیل βHCG قیلی در بیمار بوده است از ۲۱ بیمار ۳ یک هفته (۲/۳۶%) در این بیماران ساقه جراحی قیلی در شکم (با داشته که ۵۵/۶۷% سرآینده، ۴ یک در (۳/۳۶%) به دلیل مختلف مثل آپندیکیتو می‌گردید. این در امسالتهای گذشته شده بودند. یک نفر سالینژوستومی و یک نفر سالینژوستومی شده بودند که هر دو مورد به

فقر (۵/۳۶%) و ۲ بیمار (1/36) در این بیماران ساقه جراحی قیلی در شکم (با داشته که ۵۵/۶۷% سرآینده، ۴ یک در (۳/۳۶%) به دلیل مختلف مثل آپندیکیتو می‌گردید. این در امسالتهای گذشته شده بودند. یک نفر سالینژوستومی و یک نفر سالینژوستومی شده بودند که هر دو مورد به

بیماران در جامعه مورد بررسی با سطح سرمی βHCG در درمانان مورد بررسی.
درمان طبی آنها با شکست مواجه شدند. این درمان‌های کم‌دوره‌ای آنها با تأثیری به‌غایی تفاوت داشتند.

2. درمان با βHCG

2.1 درمان با βHCG

درمان با βHCG به صورت ابتدا 24 βHCG مورد بررسی، 6

βHCG در این استادیون درمان طبی با اندازه گیری سریال

βHCG بر حسب پایه به درمان که با اندازه گیری ابتدا

در دوازده کردند. میزان موفقیت درمان 80% بود.

در 40 بیمار که درمان طبی برای آن‌ها انجام شد، نتایج

5 بیمار محسوب به جراحی پس از آن شدند.

در یک هفته انجام شده در شهر سال 1378 از میان 27 بیمار مبتلا به حاملگی ناجا، 4 مورد

(15/5) درمان طبی شدند که تنها 2 بیمار با موفقیت

همسران بود و به بیمار دیگر نیاز به جراحی پیدا

کردند[8]. که این با تأثیر مطالعه حاضر هم‌خوانی

های ندارد. شاید یکی از این عوامل که در مورد این

به تصمیم سریع به انجام عمل جراحی بوده است.

در یک مطالعه کشف شده تا در استرالیا از 582

که مشخص حاملگی خارج در حمایت آنها مطرح

شد بود. در 24 بیمار درمان طبی با موفقیت درباره

انجام شد. که 14 بیمار (9/8%) با شکست مواجه

شدند و از 523 بیمار که از ابتدا جراحی شدند، 30
متلاشی به حاملیکی نابجا برای اولین بار باردار شده اند و مسلماً تمایل به حفظ قدرت بارداری در آینده را دارند. یاد سفع شود در حد امکان، این بیماران به داشتن طبی درمان شودند. به نظر آن می‌رود که این درمان به لحاظ قابلیت درمان برای یکی از یکین پیش‌بینی بود. بنابرین پیش‌بینی شدن می‌تواند تغییر شود و رشد همان‌کننده در برخورد با میلیتیک به حاملیکی نابجا است. اما در حین تشخیص زودرس و نابجا بیکار بند درمان طبی در اینی اثر موارد بی‌خانمان جراحی نشان دهد و درمان جراحی فقط بر مواردی که درمان طبی امکان پذیر و یا بیمار قالب پیگیری نشانگر است. انجام کرده‌اند.

تشکر و قدردانی
بدنپسندی از همزمان سرکار خانم فرح روز صادقی نیک پر و سرکار خانم دکتر نیما طیب پر لزوم زندگی در جمع آوری اطلاعات و تهیه مطالعه سعی و افزایش محدود و همچنین جعل آقای فلاح زادا قدردانی می‌شود.

منابع
4- جهت هاجر. بررسی شیوع حاملیکی خارج رحم و عمل احتمالی آن در زنان باردار صدر بیماری، پایان نامه دکتری تخصصی بیز. دانشگاه علوم پزشکی شیپر صدوقی. 1387.