

## سقط‌های سه ماهه دوم و بررسی آمارسالهای اخیر آن در زایشگاه فرح

مجله نظام پزشکی

سال پنجم، شماره ۶، صفحه ۴۶۱، ۲۵۳۶

دکتر هرمز آهی \*

اکثراً جنین در سه ماهه دوم و سوم در رحم میمیرد که علت آن آنوکسی است.

در بعضی از بیماریهای ویروسی مانند آنفولانزا ۲۶٪ و در پنومونی ۵۲٪ سقط مشاهده میشود.

مالاریا - در این بیماری سقط جنین و زایمان زودرس شایع است و اغلب اوقات جنین به انگل مالاریا آلوده است (۷۴٪).

توکسوپلاسموز، لیستریوز، میکوپلازما «T» - توکسوپلاسموز یکی از عوامل سقط جنین میباشد که بیشتر معتقدند یک بار باعث سقط می‌شود، چون پس از سقط اول مقدار پادتن خون بعدی بالا میرود که از سقط بعدی جلوگیری میکند ولی در جنین‌های بعدی بی آنکه به سقط منجر شود یک دسته نشانه مانند هیدروسفالی میکروسفالی، فلج، کلسیفیکاسیون جمجمه و اختلال‌های چشم بوجود می‌آورد. لیستریوز که بیماری مشترک انسان و دام است، بیشتر بصورت عفونتهای ادراری - تناسلی خفیف در زنها ظاهر میشود که ممکن است سبب سقط یا زایمان زودرس بشود. میکوپلازما «T» بیشتر سبب سقط‌های عاداتی یا تکراری میگردد که باعث ضایعاتی در پرده‌های آمنیوتیک مانند Amnionitis میشود.

گروه بیماریهای میکروبی: بطور کلی هر وقت درجه حرارت بدن سریعاً بالا برود سقط ممکن است اتفاق افتد. از این گروه تیفوئید ۶۰ تا ۸۰٪ موارد سقط میدهد، مخمک و وبا نیز در همین حدود باعث سقط میشوند.

سل دستگاه تناسل ممکن است سبب نازایی شود ولی در صورت حاملگی امکان سقط جنین با آن افزایش یافته بر شدت بیماری سل

سقط‌های سه ماهه دوم به واردی اطلاق میشود که سن حاملگی بین هفته ۱۲-۲۰ و وزن جنین بین ۱۰۰-۵۰۰ گرم باشد. طول جنین از ۱۱/۶ سانتیمتر در هفته ۱۲-۱۴ تا ۱۶/۴ سانتیمتر در هفته ۲۰ متغیر است. سقط‌های سه ماهه دوم را سقط‌های دیررس هم مینامند.

در ۱۰٪ حاملگی‌ها سقط جنین اتفاق می‌افتد که ۱۳٪ این موارد به سقط جنین در سه ماهه دوم مربوط میباشد و بطور کلی از هر ۱۰۰۰ حاملگی، ۱۳ مورد در سه ماهه دوم به سقط می‌انجامد که بطور مجزا در ماه چهارم ۷/۵٪، در ماه پنجم ۵/۴٪ و در ماه ششم ۰/۹٪ میباشد. تقسیم بندی علل سقط‌ها در سه ماهه دوم در صفحه ۴۶۶ چاپ گردیده است.

قبل از بحث درباره علل سقط‌ها در سه ماهه دوم حاملگی لازم به تذکر است که بجز چند علت که منحصرأ مربوط به سقط‌های این دوره از حاملگی میباشد، عوامل دیگر با علل کلی سقط‌ها مشترک می‌باشند.

### سقط‌های خود بخودی:

۱- علل مادری: بیماریهای عفونی مادر که سبب سقط جنین میشوند عبارتند از: گروه امراض ویروسی.

آبله - ویروس آبله از جفت عبور کرده جنین را آلوده می‌سازد و ممکن است باعث مرگ جنین شود، همینطور بعلت ازدیاد درجه حرارت بدن مرگ جنین و سقط اتفاق می‌افتد.

پلیومیالیت - زنها حامله تمایل بیشتری به ابتلا به این بیماری دارند و در حدود ۲۰ تا ۳۷٪ از مبتلایان جنین خود را سقط میکنند.

\* بیمارستان دکتر اقبال - دانشکده پزشکی پهلوی - دانشگاه تهران.

<ul style="list-style-type: none"> <li>ویروسی (آبله ، پولیومیلیت ، انفلوآنزا) مالاریا ، توکسو - پلاسموز میکربسی (تیفوئید ، مخمک ، سل ، سیفلیس ، وبا)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- عفونتهای شدید -</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- فشار خون و بیماریهای عروق</li> <li>- نفريت و بیماریهای کلیه</li> <li>- دیابت</li> <li>- لوپوس اریتماتو</li> <li>- ترس و اضطراب</li> <li>- کمبود اسید فولیک</li> <li>- بیماریهای تیروئید</li> <li>- ناهنجاریهای دستگاه تناسل</li> <li>- بیماریهای قلب</li> <li>- مسمومیتها</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- اند آرتريت عروق جفت</li> <li>- انفارکتوس جفت</li> <li>- جدا شدن زودرس جفت - جفت سرراهی</li> <li>- مول هیداتیدیفرم</li> <li>- نارسائی جفت</li> <li>- هماتوم بندناف - گره خوردن بندناف</li> <li>- پارگی کیسه آب</li> <li>- عفونت کیسه آب</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>علل مادری</li> <li>علل جفتی</li> <li>پرده ای</li> </ul>	الف - سقط خودبخودی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- عوامل ارثی و ژنتیک</li> <li>- عوامل خارجی ، اشعه</li> <li>- ایکس و مسمومیتها</li> <li>- مواد ضد متابولیک و ضد اسیدفولیک (سرخچه)</li> <li>- تنباکو، الکل، مواد مخدر</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ناسازگاری خون مادر و جنین</li> <li>- ناهنجاری مادرزادی</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>علل جنینی</li> <li>علل متفرقه</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- اعمال جراحی شکم</li> <li>- ضربات خارجی و صدمات روحی</li> <li>- انقباضات غیر طبیعی رحم</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- بیماریهای مادر (ناراحتی قلب - فشارخون - سرطان دهانه رحم - تبخال حاملگی)</li> <li>- امراض مادر زادی جنین.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>سقط درمانی</li> <li>سقط جنائی</li> </ul>	ب - سقط عمدی
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- حاملگی ناخواسته</li> <li>- حاملگیهای نامشروع</li> </ul>		

با کم خونی عامل سقط میباشد . گاهی از اوقات باکتری اوری که در بیشتر زنان حامله وجود دارد ، بی آنکه نشانه ای بروز دهد سبب سقط میگردد .

بیماری قند - یکی از علل مرگهای ناگهانی جنین و زایمان زودرس میباشد که هر اندازه بیماری شدیدتر باشد و اسیدوز افزایش یابد امکان سقط در سه ماه دوم زیادتر است .

لوپوس اریتماتو - این بیماری سبب سقط و زایمان زودرس میگردد . هر چه عارضه کلیه شدیدتر باشد خطر سقط بیشتر است

نیز افزوده میشود . یکی دیگر از علل سقطهای سه ماهه دوم سیفیلیس است که امروزه با بهبود بهداشت از تعداد سقط با آن کاسته شده است . اسپروکت معمولا بعد از هفته ۲۰ حاملگی از جفت عبور کرده سبب آلودگی و مرگ جنین میشود .

فشار خون و بیماریهای عروق - گاهی از اوقات به سقط جنین و زایمان زودرس یا مرگ جنین در زهدان منجر میشود که علت آن اغلب جدا شدن زودرس جفت است .

نفريت و بیماریهای کلیه - در این موارد احتمالاً مسمومیت حاملگی

زایمان زودرس میگردد که از نشانه‌های آن باز شدن بی‌درد دهانه رحم و پاره شدن کیسه آب است که بعد از هفته ۱۶ حاملگی ظاهر میگردد. تشخیص این بیماری در زن غیرحامله اکثراً بوسیله هیستروسالپینگوگرافی و یا با بازبودن غیر طبیعی دهانه رحم در سه ماهه دوم حاملگی داده میشود.

بیماریهای قلب - عوارض قلب بعلت پیدایش اختلال در رساندن اکسیژن به جفت و جنین و ایجاد کم‌خونی، سبب سقط میگرددند. مسمومیت‌ها - مسمومیت با سرب یکی از علل سقط جنین است که گاهی سبب سقط‌های سه‌ماهه دوم میشود. اثر آن بیشتر بر اسپر-ماتوزوئید و تخمک میباشد.

عوارض جفت و پرده - آندآرتریت رگ‌های جفت که اغلب در نتیجه سیفیلیس ایجاد میشود، بعلت پیدایش اختلال در رساندن اکسیژن، سبب مرگ جنین و سقط میگردد.

انفارکتوس جفت - اگر بطور وسیع جفت را فراگیرد سبب مرگ جنین و سقط میگردد.

جدا شدن زودرس جفت اگر در سه‌ماهه دوم اتفاق افتد منجر به سقط میشود. پارگی سینوس مارژینال هم سقط میدهد.

یکی دیگر از موارد سقط مول‌هیداتیدیفورم است که اکثراً در ماههای چهارم تا هفتم اتفاق می‌افتد. از نشانه‌های آن رشد سریع حجم زهدان است که بیش از زمان حاملگی میباشد. نرم بودن رحم، خونریزی مهبل بدون درد و کم‌خونی، استفراغ‌های حاملگی، کیست لوتینی و افزایش هورمون گونادوتروپین نسبت به حاملگی طبیعی از نشانه‌های دیگر بیماری میباشد که همراه با نبودن صدای قلب جنین و عدم وجود استخوانهای جنین در رادیو-گرافی و آزمایش عیار هورمون، تشخیص را روشن میکنند.

از علل دیگر میتوان هماتوم بند ناف و پارگی زودرس کیسه آب را که سبب سقط جنین میشوند، نام برد.

نارسائی جفت - معمولاً بعد از سه‌ماهه اول ظاهر میگردد. وقتیکه جفت مسئول ترشح هورمون میشود، در ۱۲٪ موارد علت سقط را تشکیل میدهد. طرق مختلفی برای تشخیص نارسائی جفت بکار میرود: ۱- اندازه‌گیری هورمون (پرگناندیول ادرار که در سه ماهه اول ۱۰ میلیگرم در ۲۴ ساعت است و در سه ماهه آخر حاملگی مقدار آن به ۶۰ میلیگرم در ۲۴ ساعت میرسد. مقدار استریول در سه ماهه اول ۱/۵۰ میلیگرم و در سه ماهه آخر ۵۰ میلیگرم میباشد).

۲- آزمایش بافت‌شناسی (سیتولوژی) مهبل (برخلاف حالت طبیعی جفت است که سلولهای نایکولر و بینابینی از بین میرود و سلولهای کاریوپیکتیک که دلیل بر کمبود پروژسترون است، ظاهر میگردد).

و اگر آلبومین اوری شدید باشد سقط درمانی لازم به‌شمار می‌ورد. سلول LE؛ اغلب از جفت گذشته وارد خون جنین میشود ولی درجه تراکم آن در خون جنین نصف خون مادر است. ترس و اضطراب - بیشتر بعلت اختلال گردش خون و جدا شدن زودرس جفت سقط میدهد.

علل تغذیه‌ای - عده‌ای از دانشمندان کمبود اسید فولیک و مواد غذایی را در ایجاد سقط مؤثر میدانند.

بیماریهای تیروئید - دستگاه تناسلی یکی از حساسترین دستگاه‌های بدن نسبت به تغییرات هورمون تیروئید است. کم‌کاری تیروئید اغلب اوقات موجب سقط و اکثراً به سقط‌های تکراری منجر میگردد. طبق آمار ۳۵٪ موارد سقط عادتاً در نتیجه کم‌کاری تیروئید میباشد. پرکاری تیروئید هم گاهی باعث سقط میشود.

ناهنجاریهای دستگاه تناسل: الف - رحم‌های انفانتیل یکی از علل سقط در سه ماهه دوم میباشد. از خصوصیات این سقط آن است که بعلت ترشح هورمون رشد رحم در هر حاملگی بیشتر میشود بطوریکه بعد از چندین سقط رحم توانائی نگهداری جنین را پیدا می‌کند.

ب - فیبروم رحم در بعضی موارد سبب نازایی میشود ولی ممکن است در اوایل حاملگی منجر به سقط جنین گردد. فیبرومهای زیر مخاط و قسمت تحتانی زهدان بیشتر مسئول سقط هستند که علت آن تغییرات موضعی دسیدوا در ناحیه فیبروم است.

پ: زهدان دوشاخه از اتصال ناکامل مجرای مولرین بوجود می‌آید که از پیدایش حاملگی جلوگیری نمیکند ولی آمار سقط و زایمان زودرس را افزایش میدهد از این گروه میتوان رحم‌های مضاعف و ناقص «Double et Rudimentaire» را ذکر کرد. چون رحم گنجشای کافی ندارد سقط صورت می‌گیرد.

ت - کجراهی‌های رحم: وضع غیر طبیعی رحم در لکن معمولاً سبب سقط نمیشود ولی در نوع بخصوصی از رحم‌های به‌عقب‌برگشته که زهدان در لکن محبوس میشود (Incarcerated Uterus) سقط جنین مشاهده میگردد. در این حالت معمولاً حاملگی تا هفته ۱۲ بطور طبیعی ادامه می‌یابد ولی پس از آن چون رحم نمیتواند از لکن خارج شود نشانه‌های زیر ظاهر میگردد: ۱- درد زیر شکم ۲- اختلال‌های دفع ادرار مانند دیزوری و آنوری و سیستیت. ۳- گانگرن مثانه، پرتیونیت، اورمی و سپتیمی. درمان اساسی آن، تغییر حالت رحم از وضع غیر طبیعی بحالت طبیعی است که اکثراً احتیاج به درمان جراحی دارد.

ث - پارگیهای عمیق گلوی زهدان نیز سبب سقط‌های مکرر سه ماهه دوم میشوند. از علل دیگر سقط‌های سه ماهه دوم که در این گروه قرار دارند، نارسائی دهانه رحم است که از نظر شیوع ۷ تا ۸ در هزار مورد حاملگی است. گاهی این نارسائی سبب

واتواسکلروزیس و از دسته دوم ، سرخچه مادر و در معرض اشعه ایکس قرار گرفتن زن حامله را باید ذکر کرد .

سقط جنائی - در اینحالت هیچگونه مجوز قانونی برای ختم حاملگی وجود ندارد وزن حامله یا پزشک باوسائل مختلف از قبیل مصرف دارو ، مواد محرك عضله زهدان و یا دستکاریهای مختلف سبب خونریزی و سقط میگردد . طبق آمار ۱۲٪ سقطها را سقط جنائی تشکیل میدهد که از این تعداد ۷۰٪ توسط پزشکان و ماماها و ۳۰٪ توسط خودزن حامله انجام میشود ۹۰٪ از سقطهای جنائی در زنانی است که تعداد اولاد آنها زیاد میباشد . این نوع سقطها بدو علت انجام میشود :

- ۱- حاملگی ناخواسته .
- ۲- حاملگی نامشروع .

نشانهها - سقط از نظر بالینی بچهار گروه تقسیم میشود :

۱- تهدید به سقط که با خونریزی نسبتاً زیاد مهبل ، بی درد و گاهی با درد مختصر بلکه بینی مشخص میشود .

۲- سقط آشکار - که با خونریزی نسبتاً زیاد مهبل و درد شدید زیر شکم تشخیص داده میشود .

۳- سقط اجتناب ناپذیر - که با پاره شدن کیسه آب و باز شدن دهانه رحم و درد شدید زیر شکم و خونریزی مهبل همراه است .

۴- سقط ناکامل - که با خروج قسمتی از محتوای حاملگی (ساک آمبریون) و خونریزی مهبل و باز بودن دهانه رحم مشخص میگردد . در سقط کامل تمام محتوای حاملگی از رحم خارج میگردد . بطوریکه خونریزی قطع میشود (این نوع سقط درسه ماهه دوم نادر است) .

۵- سقط فراموش شده - حالتی است که بافت های مربوط به حاملگی بیش از دو ماه بعد از مرگ جنین در داخل زهدان باقی مانده باشند . این سقطها ممکن است اتفاقی و یا تکراری باشند که درحالت اول بعد از سقط ، حاملگی بعدی به سقط جنین منجر نمیشود ولی در حالت دوم سه حاملگی پشت سرهم به سقط جنین ختم میگردد . این نوع سقطها ۱/۴٪ سقطهای خود بخودی را تشکیل میدهد . سقطهای سه ماهه دوم معمولاً ناکامل است و پس از خروج جفت و جنین مقداری از بافتها در داخل زهدان باقی مانده سبب خونریزی بعد از سقط میگردد . باینجهت کورتاژ بعد از سقط ضرور میباشد . پیش گیری - اگر نخستین سقط مطرح باشد ، احتیاجی به مطالعه وسیع برای تشخیص علت آن نیست و فقط کافی است از سقط بوسیله درمان جلوگیری کرد و یا علت را از میان برداشت . اما در مورد بیمارانیکه دچار سقطهای متوالی هستند باید تحقیقات لازم و کافی برای

۳- اندازه گیری فسفاتاز آلکالن مقاوم در گرما . از سه روش فوق برای تشخیص نحوه کار جفت ، تعیین استریول ادرار عملی ترین راه تشخیص است که در بیشتر از نیمی از موارد به تشخیص صحیح کمک می کند . سرم آلکالن فسفاتاز در يك سوم موارد غیر طبیعی میشود که زمانی بالا و گاهی پائین میرود ولی بندرت در زمانی که جفت طبیعی باشد تغییر میکند . Vginal Smear روش بسیار خوبی است ولی زیاد عملی نیست .

عوارض جنین - بیماریهای اریتر و بلاستوز سیستم ABO و بالاخره ناهنجاریهای مادر زادی در این گروه قرار دارند .

۱- بیماری اریتر و بلاستوز در موارد شدید سبب مرگ جنین در داخل زهدان و سقط دیررس میشود .

۲- سیستم ABO گاهی اوقات سبب سقط جنین میگردد که ندرتاً عادتی است .

۳- ناهنجاریهای مادرزادی جنین - هر عاملی که سبب ناهنجاری مادرزادی جنین شود میتواند بسقط منجر گردد . عواملی که سبب ناهنجاری مادرزادی میشوند ، عبارتند از اختلال عوامل ارثی و ژنتیک (سن مادر ، تعداد زایمان ، نژاد و جنس در آن مؤثرند) ، بیماریهای عمومی (سرخچه) ، مواد تراتوژنیک ، اشعه ایکس ، مسمومیت با اکسیددو کربن ، مواد ضد متابولیسمی ، ضد اسید فولیکی و بالاخره LSD . علل متفرقه : اعمال جراحی شکم (هر چه محل عمل به لگن نزدیکتر باشد خطر سقط بیشتر میشود) .

درچنین اعمالی از مسکنهای قوی و پروژسترون تا ۱۰ روز برای جلوگیری از سقط استفاده میشود .

#### ضربات جسمی و روحی

علت سقط در اینحالت احتمالاً جدا شدن جفت است که منجر به مرگ جنین و سقط میگردد .

الف- انقباضات غیر طبیعی زهدان: تشدید انقباضات براکتون هیکس و یا ازدیاد حساسیت رحم به مواد اکتی توسین سبب سقط میگردد .

ب- سقط عمدی - بدو دسته سقط درمانی و سقط جنائی تقسیم میشود .

سقط درمانی بدو منظور انجام میشود :

- ۱- برای نجات جان مادر از خطرات حاملگی .
- ۲- برای جلوگیری از ناهنجاری مادرزادی جنین . بطور کلی يك درصد از حاملگیها با سقط درمانی خاتمه مییابند . از دسته اول ، بیماریهای عروقی پیشرفته و ازدیاد فشار خون ، بیماریهای قلب ، سرطان دهانه رحم ، جدا شدن رتین ، تبخال حاملگی

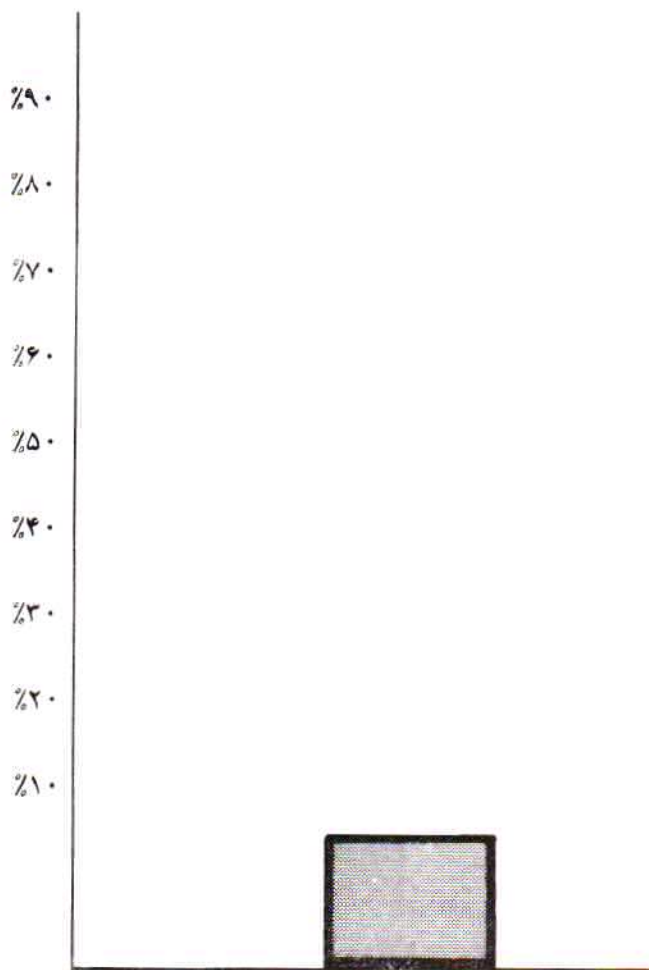
و جنین هنوز بهترین درمان تلقیح مصنوعی اسپرم میباشد . در بسیاری از موارد تجویز مسکن و استراحت مطلق به مدت ۴۸ ساعت درمان سودمندی است ، بخصوص اگر علت خاصی در میان نباشد و فقط انقباضات شدید رحم سبب سقط جنین می گردد . یکی از طرق از بین بردن انقباضات رحم تجویز الکل اتیلیک است که بعلت خنثی کردن اثر اکسی توسین و وازوپرسین هیپوفیز خلقی از یکطرف و تخفیف فعالیت انقباضی رحم از طرف دیگر ، از سقط جلوگیری میکند . از داروهای دیگری که در جلوگیری از سقط بکار میروند میتوان Isoxupurines را که از ترکیبات پروپانول است و بنام دووادیلان در بازار وجود دارد ، ذکر کرد که هم اثر وازودیلاتاسیون دارد و هم عضلات رحم را شل میکند . بهترین روش بکار بردن آن بصورت انفوزیون است که ۰/۲ تا ۰/۵ میلی گرم در دقیقه بکار میرود . مقدار خوراکی آن ۶۰ تا ۸۰ میلی گرم در روز است که بیشتر از این مقدار توصیه نمیگردد ، چون سبب سقوط فشار خون در مصادر میشود و برای مادر و جنین هر دو زیان آور است . بالاخره داروی دیگری که در مهار کردن انقباضات رحم زن حامله مؤثر میدانند ، پرگنانون است . پرگنانون استروئیدی است از مبدأ فوق کلیوی که شبیه پروژسترون عمل میکند .

بعلت عقاید مختلفی که راجع به شروع زایمان و انقباضات رحم پیشنهاد شده هنوز درمان کاملاً مناسبی که در انقباضات رحم مؤثر باشد وجود ندارد . بهمین دلیل بعضی درمان ترکیبی را که پرگنانون سولفات علاوه انانول با سرم قندی میباشد ، پیشنهاد کرده اند .

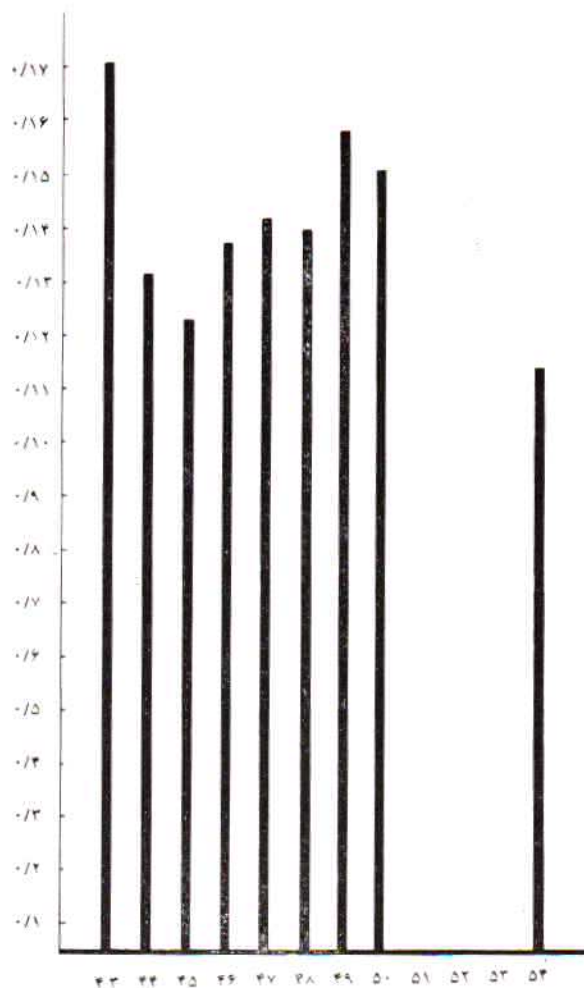
**بررسی آمار سقط در زایشگاه فرح - در بررسی و مطالعه ای که از نظر سقط جنین با توجه به تعداد کل مراجعان به زایشگاه فرح و درصد سقط نسبت به آن بعمل آمده ، نتایج زیر حاصل شده است . در جدول شماره ۱ تعداد کل مراجعان به زایشگاه فرح طی ۸ سال از سال ۱۳۴۳ تا ۱۳۵۰ و در ستون مجزا ، سال ۱۳۵۴ ثبت و در ستون دیگر تعداد بیمارانی که برای سقط جنین مراجعه کرده اند ، ارائه شده است . میزان افزایش در هر سال کاملاً یکسان نبوده است . چنانچه دیده میشود درصد سقط نسبت به کل مراجعان کاهش پیدا کرده است . افزایش تعداد کل مراجعان را باید در درجه اول بحساب توسعه ظرفیت زایشگاه برای پذیرش تعداد بیشتر بیمار گذاشت . در مرحله بعد علاقه بیشتر مردم را برای مراجعه به یک مرکز طبی و بهداشتی به شمار آورد که در ضمن افزایش نسبی جمعیت در آن مؤثر میباشد . با توجه به جدول شماره ۱ باید گفت که نسبت موارد سقط به کل مراجعان کاهش یافته است . اگر چه این کاهش مداوم**

تشخیص علت بعمل آید تا درمان آسان گردد . عوارض جفت و پرده بجز نارسائی جفت ، معمولاً نقشی در ایجاد این نوع سقطها ندارند ولی بعضی از علل مادری در ایجاد آن مؤثرند . آزمایش های لازم در مورد بیمار مبتلا به سقطهای سه ماهه دوم همانست که در مورد کلیه سقطها انجام میگردد . نخستین گام گرفتن شرح حال کامل از بیمار میباشد . سپس معاینات بالینی بعمل می آید . صرف نظر از آزمایش خون و ادرار که بطور معمول انجام میگردد ، آزمایش سرولوژی برای تشخیص سیفیلیس و آنترا در مورد آکسیون فرانکل و فیکساسیون کمپلمان برای تشخیص توکسوپلاسموز انجام میگردد . همینطور تشخیص لیستریوز با فیکساسیون کمپلمان ، سرو آگلو تینا- سیون و کشت های متوالی و تشخیص میکوپلازما با کشت در محیط A3 میسر میشود . آزمایش قند و اوره خون و تعیین میزان اسید فولیک در خون و پیدا کردن اجسام لوپوس ضرور است . در بعضی موارد اندازه گیری PBI ، متابولیسم بازال و کلسترول خون در تشخیص نارسائی تیروئید لازم بنظر میرسد . اگر به ناهنجاریهای رحم قبل از حاملگی مشکوک باشیم کورتاژ تشخیصی و هیسترو سالپنگو گرافی به تشخیص کمک می کند و در مورد نارسائی جفت ، اندازه گیری مقدار هورمونها و سیتولوژی مهبل طرز پیشرفت حاملگی و امکان بروز سقط را روشن می سازد .

**درمان:** نخستین گام درمان ، از بین بردن علت است . در صورتیکه عفونت عامل سقط باشد ، بهترین کار پیشگیری و دور نگه داشتن زن حامله از منبع عفونت و درمان اختصاصی برای هر بیماری میباشد . بطوریکه در مورد سیفیلیس پنی سیلین ، در توکسوپلاسموز سولفونها و سرم هپیرایمون ، در لیستریوز پنی سیلین و تتراسیکلین و بالاخره در میکوپلاسموز T ، ترکیبی از اریتروما سین و تتراسیکلین بکار میرود . در مورد بیماری قند در دوران حاملگی ، مهار کردن بیماری با تنظیم انسولین و جلوگیری از اسیدوز ضرور است . در لوپوس اریتماتو اکثراً کورتیزون درمان انتخابی میباشد . در مورد فقر غذایی تجویز ویتامین ها قبل از حاملگی و در دوران بارداری لازم میباشد . در هیپوتیروئیدی تجویز هورمون تیروئید که در تمام طول حاملگی ادامه دارد ، توصیه میگردد . در مورد بیماران مبتلا به عوارض قلب مانند فشار خون و بیماری های کلیه نظارت بروضع بیمار در تمام دوران بارداری و یا جلوگیری از حاملگی در بعضی از موارد ، پیشنهاد میشود . در ناهنجاریهای رحم اغلب اوقات عمل جراحی ضرور است که در صورت وجود نارسائی دهانه رحم سرکلایژ « Cerclage » آن در حدود هفته ۱۶ تا ۱۸ توصیه میشود . اگر نارسائی جفت تشخیص داده شود استفاده از داروهای پروژسترونی تا ماه هشتم لازم میباشد . در صورت پیدایش عدم تجانس خون مادر



نمودار شماره ۲  
درصد سقط ۳ ماهه دوم حاملگی به کل سقط.



نمودار شماره ۱ - درصد موارد سقط جنین نسبت به کل مراجعین به زایشگاه فرح طی سالهای مختلف.

جدول شماره ۳ - تعداد سقط در سال ۱۳۵۴ و درصد سقط سه ماهه دوم به کل سقط همین سال

تعداد کل سقط در سال ۱۳۵۴	تعداد سقط سه ماهه دوم	درصد سقط سه ماهه دوم
۵۴۷۸	۷۰۸	۱۲/۹

نبوده است بدین معنی که از سال ۱۳۴۳ تا ۱۳۴۵ نسبت فوق‌العاده ۱۶/۶۴٪ به ۱۱/۴۵٪ رسیده، از آن‌موقع به بعد نسبت موارد سقط با آرامی افزایش یافته و نوساناتی داشته تا سال ۱۳۵۴ که این نسبت با در نظر گرفتن افزایش کل مراجعین دو باره به ۱۱/۱۱٪ رسیده است. چنانکه در جدول شماره ۲ دیده میشود تعداد کل سقط جنین در سال ۱۳۵۴، ۵۴۷۸ تن بوده است که ۷۰۸ تن از آنها در سه ماهه دوم حاملگی سقط جنین کرده‌اند که درصد آن ۱۲/۹٪ تمام سقط‌های سال مذکور را تشکیل میدهد.

جدول شماره ۱ - قدر مطلق مراجعان به بیمارستان فرح طی سالهای ۴۳ تا ۵۰ و بعد ۵۴ و درصد سقط جنین به کل مراجعان

سال	تعداد کل مراجعان	تعداد سقط	درصد سقط
۱۳۴۳	۲۰۸۹۰	۳۴۷۷	۱۶/۶۴
۱۳۴۴	۲۶۱۰۹	۳۲۲۶	۱۲/۷۴
۱۳۴۵	۳۱۹۱۳	۳۶۵۵	۱۱/۴۵
۱۳۴۶	۳۷۸۲۶	۴۹۵۸	۱۳/۱۱
۱۳۴۷	۴۲۶۸۷	۵۷۳۱	۱۳/۴۵
۱۳۴۸	۴۶۸۸۷	۶۲۷۱	۱۳/۳۷
۱۳۴۹	۴۷۱۸۹	۷۰۷۱	۱۴/۹۸
۱۳۵۰	۴۷۵۶۰	۷۱۹۰	۱۴/۸۱
۱۳۵۴	۴۹۲۷۱	۵۴۷۸	۱۱/۱۱

## خلاصه و نتیجه

بطور کلی این مقاله مربوط به تمام عوامل ایجادکننده سقط است که بطور اجمال شامل علل زیر می‌باشد :

الف - سقط خودبخودی (بیماری‌های مادر، عوارض جفت و پرده، عوارض جنین ، متفرقه).

ب - سقط عمدی (درمانی - جنائی). در زمینه بیماری‌های مادر از بیماری‌های عفونی مانند آبله ، پولیومیلیت ، مالاریا ، توکسو-پلاسموز ، لیستریوز، تیفوئید ، مخملک ، وبا و بالاخره سیفیلیس نام بردیم. از عوامل دیگر میتوان فشارخون و بیماری‌های عروق، نفريت و سایر بیماری‌های کلیه ، بیماری قند ، لوپوس اریتماتو ، ترس واضطراب ، فقر غذایی، بیماری‌های تیروئید ، عوارض قلب، مسمومیت و ناهنجاری‌های دستگاه تناسل را ذکر کرد .

عوارض جفت و پرده - آندآرتريت عروق جفت ، انفارکتوس جفت، جداشدن زودرس جفت، پارگی سینوس مارژینال، جفت سرراهی، مول هیداتیدفرم ، هماتوم بندناف ، نارسائی جفت و پسرگی زودرس کیسه آب را برشمردیم .

عوارض جنین-اریتروبلاتوز، سیستم ABO و ناهنجاری مادرزادی، عوامل متفرقه - اعمال جراحی شکم ، ضربات جسمی و روحی ، انقباضات غیر طبیعی زهدان .

سقط‌های عمدی بدو دسته درمانی و جنائی تقسیم میشوند . گروه

اول برای نجات جان مادر از خطرات حاملگی و یا خطر ناهنجاری مادرزادی جنین انجام میگردد . اما گروه دوم که توسط بیمار یا پزشك صورت میگردد ، بی‌مجاز قانونی انجام میشود. بطور کلی در درمان این بیماری ، از بین بردن عامل نقش مهمی را بازی می‌کند . بعنوان مثال در مورد سقط بعلت دیابت باید نظارت بر حاملگی با بیماری قند توأمأ انجام گیرد . ناهنجاری‌های رحم با عمل جراحی اصلاح میشوند . اگر انقباضات رحم غیر طبیعی باشند استفاده از پروژسترون والکل اتیلیک و Isoxupurines توصیه میگردد . درمان قطعی و همیشگی برای جلوگیری از سقط وجود ندارد ولی درمان‌های مختلف با آمار داده شده تا اندازه‌ای از سقط جلوگیری میکند .

در مورد بررسی آمار سقط در زایشگاه فرح نتایج بدست آمده چنین است : آمار سالهای ۱۳۴۳ تا ۱۳۵۰ و مقایسه آن با آمار سال ۱۳۵۴ حاکی از آنست که تعداد کسانی که بعلت سقط جنین و یا برای کورتاژ بهر علت مراجعه کرده‌اند به نسبت افزایش تعداد کل مراجعان زایشگاه در حال ازدیاد است ، لیکن در مقایسه با میزان افزایش تعداد کل مراجعان بخصوص برای انجام زایمان با میزان کمتری افزایش مییابد . جدول شماره ۱ و نموداری که از درصد سقط در سال‌های فوق گرفته شده است ، این حقیقت را نشان میدهد .

## REFERENCES :

- 1- Adelsteem A.M. Donavan J W. Malignant disease in children whose mothers had. Chickenpox, Mumps or Rubella in Pregnancy. British Medical Journal 4: 629-631, 16 December 1972.
- 2- Greenhill J.P. Year book of obstetrics and gynecology. first edition Chicago 106-118, 1970 Year book Medical Publishers.
- 3- Hendrichs C.H. M.D. Brenner W.E. M.D. Kladh M.D. Brotanek. V, M.D. Efficacy and tolerance of intravenous protoglandins F2 and E2, A.M. Journal Obstet. 14: 564-576 15 October 1971.
- 4- Hilde Brond, J. Richard., M.D. Manif F.G. Gilles, M.D. Congenital Cytomegalo Virus infections, A.M. Journal Obstet. Gynec. 105: 349-352, May 1969.
- 5- Marku Soppala, Erkkiruos Lahti alpha Fetoprotein Abortion. British Medical Journal. 4:769-771, 30 December 1972.
- 6- Novhk R. Edmund Seegar. Georgeaman Johnes. Novak's text book of gynecology. eighth edition Baltimore 564-569 1970 Willams and Wilkins Co.
- 7- Parsons Longodon, M.D. Sommers Sheldon, M.D. Gynecology Parsons and Sommers. Sixth edition Philadelphia and London. 374-388, 1969 W.B. Saunders Co.
- 8- Pritchard A. Jack, M. D. Whalley J. Peggy, M. D. Abortion complicated by clostridium perferingenes infection. A. M. Journal Obstet, 14:484-492 15 Oct 1971.
- 9- Willson Rabert J. Managment of obstetric difficulties. Sixth edition saint\_louis 192-213, 1971 C.V. Mosby Co.

## منابع فارسی :

- ۱- ایستمن هلمن، آبستنی و زایمان. جلد دوم ، چاپ سوم ، تهران ، صفحه ۶۷۶-۶۳۵، سال ۱۳۴۹، انتشارات پیام .
- ۲- دکتر جهان‌شاه صالح ، بیماری‌های زنان ، سقط و میسد ابورشن ، چاپ چهارم ، تهران ، صفحه ۴۳۰-۴۲۰، سال ۱۳۴۹، انتشارات امیرکبیر .
- ۳- دفاتر و پرونده‌های سال ۱۳۵۱ زایشگاه فرح .