

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

مجله نظام پزشکی

سال پنجم، شماره ۶، صفحه ۴۶۱، ۲۵۳۶

\*دکتر هرمز آهی\*

اکثرأ جنین در سه ماهه دوم و سوم در رحم میمیرد که علت آن آنوسکسی 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 وغلب اوقات جنین به انگل مالاریا آلوده است (۷۴٪).

توکسوبلاسموز، لیستریوز، میکوپلاسمما «T» - توکسوبلاسموز یکی از عوامل سقط جنین میباشد که بیشتر معتقدند یک بار باعث سقط میشود، چون پس از سقط اول مقدار پادتن خون بحدی بالا میرود که از سقط بعدی جلوگیری میکند ولی در جنین‌های بعدی بی‌آنکه به سقط منجر شود یک دسته نشانه مانند هیدروفسالی میکرفسالی، فلنج، کلیفیکاسیون جمجمه و اختلال‌های چشم بوجود میآورد. لیستریوز که بیماری مشترک انسان و دام است، بیشتر بصورت عفو نتهای ادراری - تناسلی خفیف در زنهای ظاهر میشود که ممکن است سبب سقط یا زایمان زودرس بشود. میکوپلاسمما «T»، بیشتر سبب سقط‌های عادتی 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 ۰-۸٪ موادر سقط میدهد، مخملک و وبا نیز در همین حدود باعث سقط میشوند.

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

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

در ۱۰٪ حاملکی‌ها سقط جنین اتفاق می‌افتد که ۱۳٪ این موارد به سقط جنین در سه‌ماهه دوم مر بوط میباشد و بطور کلی از هر ۱۰۰۰ حاملکی ۱۳ مورد در سه‌ماهه دوم به سقط می‌اجتمد که بطور مجزا در ماه چهارم ۵/۲٪، در ماه پنجم ۴/۵٪ و در ماه ششم ۹/۰٪ میباشد. تقسیم‌بندی علل سقط‌ها در سه‌ماهه دوم در صفحه ۴۶۶ چاپ گردیده است.

قبل از بحث درباره علل سقط‌ها در سه‌ماهه دوم حاملکی لازم به تذکر است که بجز چند علت که منحصر امر بوط به سقط‌های این دوره از حاملکی میباشند، عوامل دیگر باعطل 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 از دیدار درجه حرارت بدن مرگ جنین و سقط اتفاق می‌افتد.

پلیومیلیت - زنهای حامله تمایل بیشتری به ابتلاء 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.

<p>ویروسی (آبله، پولیومیلیت، انفلوآنزا) مالاریا، توکسو - پلاسمونز میکروبی (تیفوگید، محملک، سل، سیفیلیس، وبا)</p> <p>- فشار خون و بیماریهای عروق - نفریت و بیماریهای کلیه - دیابت - لوپوس ادیتماتو - ترس و اضطراب - کمبود اسید فولیک - بیماریهای تیر و ئید - ناهنجاریهای دستگاه تناسل - بیماریهای قلب - سمومیتها</p> <p>- عوامل ارثی و رُنتگنی - عوامل خارجی، اشعه ایکس و مسمومیت‌ها - مواد ضد متابولیک و ضد اسیدوفولیک (سرخجه) - تنباکو، الکل، مواد مخدر</p> <p>- بیماری‌های مادر (ناراحتی قلب - فشارخون - سرطان دهاندرحم - تبخال حاملگی) - امراض مادر زادی جنین.</p>	<p>- عفو نتهای شدید</p> <p>- آند آرتیت عروق جفت - انفارکتوس جفت - جداشدن زودرس جفت - جفت سر راهی - مول هیداتیدیفرم - نارسائی جفت - هماتوم بندناf - گره خود در بندناf - پارگی کیسه آب - عفونت کیسه آب</p> <p>- ناسازگاری خون مادر و جنین - ناهنجاری مادرزادی</p> <p>- اعمال جراحی شکم - ضربات خارجی و صدمات روحی - انقباضات غیر طبیعی رحم</p> <p>- سقط درمانی</p>	<p>علل مادری</p> <p>علل جفتی پرده‌ای</p> <p>علل جنینی</p> <p>علل منفرقه</p>	<p>الف - سقط خودبخودی</p>
<p>ب - سقط عمده</p>	<p>- حاملگی ناخواسته - حاملگی های نامشروع</p>	<p>- سقط جنائی</p>	
<p>باکم خونی عامل سقط می‌باشند. گاهی از اوقات باکتری اوری که در بیشتر زنان حامله وجود دارد، بی‌آنکه نشانه‌ای بروزدهد سبب سقط می‌گردد.</p> <p>بیماری قند - یکی از علل مركب‌های ناگهانی جنین وزایمان زودرس می‌باشد که هر اندازه بیماری شدیدتر باشد و اسیدوز افزایش یابد امکان سقط در سه ماه دوم زیادتر است.</p> <p>لوپوس ادیتماتو - این بیماری سبب سقط و زایمان زودرس می‌گردد. هرچه عارضه کلیه شدیدتر باشد خطر سقط بیشتر است</p>	<p>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. اسپیروکت معمولاً بعداز هفته ۲۰ حاملگی از جفت عبور کرده سبب آسودگی و مرگ جنین می‌شود.</p> <p>فاتح خون و بیماریهای عرقو - گاهی از اوقات به سقط جنین وزایمان زودرس یا مرگ جنین در زهدان منجر می‌شود که علت آن اغلب جدا شدن زودرس جفت است.</p> <p>نفریت و بیماریهای کلیه - در این موارد احتمالاً مسمومیت حاملگی</p>		

زایمان زودرس میگردد که از نشانه‌های آن باز شدن بی‌درد دهانه رحم و پاره شدن کیسه آب است که بعد از هفت‌<sup>ه</sup> ۱۶ حاملگی ظاهر میگردد. تشخیص این بیماری در زن غیر حامله اکثرًا بواسیله هیستروپالپنگوگرافی و یا با بازبودن غیر طبیعی دهانه رحم درسه ماهه دوم حاملگی داده میشود.

بیماریهای قلب - عوارض قلب بعلت پیدایش اختلال در رساندن اکسیژن به جفت و جنین و ایجاد کم خونی، سبب سقط میگردد. 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 - آندآرتیت 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 ماریتیمال هم سقط میدهد.

یکی دیگر از موارد سقط مول هم‌ایدیوفورم است که اکثرًا 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 کم خونی، استفراغهای حاملگی، کیست لوتینی و افزایش هورمون گونادوتropin نسبت به حاملگی طبیعی از نشانه‌های دیگر بیماری میباشند که همراه با نبودن صدای قلب جنین و عدم وجود استخوانهای جنین در رادیو-گرافی و آزمایش عبار هورمون، تشخیص را روشن میکنند.

از علل دیگر میتوان هماutom 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 ۵/۱۲٪ موارد علت سقط را تشکیل میدهد. طرق مختلفی برای تشخیص نارسائی جفت بکار میرود: ۱- انسداده گیری 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 ۱۰ میلیگرم و در سه ماهه آخر ۵۰ میلیگرم میباشد).

۲- آزمایش بافت شناسی (سیتو‌لوزی) مهبل (برخلاف حالت طبیعی جفت است که سلوهای ناویکولر و بینایینی ازین میروند و سلوهای کاریو پیکنوتیک که دلیل بر کمبود پروژسترون است، ظاهر میگردد).

واگر آلبومین اوری شدید باشد سقط درمانی لازم به شمار 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 تیر و یید - دستگاه تناسل یکی از حساس‌ترین دستگاه‌های بدن نسبت به تغییرات هورمون تیر و یید است. کم کاری تیر و یید اغلب اوقات موجب سقط واکثرًا به سقط‌های تکراری منجر میگردد. طبق آمار ۵/۳۵٪ موارد سقط عادتی در نتیجه کم کاری تیر و یید میباشد. پر کاری تیر و یید هم گاهی باعث سقط میشود.

ناهنگاریهای دستگاه تناسل: الف - رحم‌های انفانتیل یکی از علل سقط درسه ماهه دوم میباشد. از خصوصیات این سقط آن است که بعلت ترشح هورمون رشد رحم در رحم حاملگی بیشتر میشود بطوریکه بعداز چندین سقط رحم توانایی نگهداری جنین را پیدا می‌کند. ب - فیبروم رحم در بعضی موارد سبب نزاکایی 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 مولین بوجود می‌آید که از پیدایش حاملگی جلوگیری نمیکند ولی آمار سقط وزایمان زودرس را افزایش میدهد از این گروه میتوان رحم‌های عضاف و ناقص Double et Rudimentaire، را ذکر کرد. چون رحم کنجکاوی کافی ندارد سقط صورت میگیرد.

ت - کجر اهی‌های رحم: وضع غیر طبیعی رحم در لکن معمولاً سبب سقط نمیشود ولی در نوع بخصوصی از رحم‌های به عقب بر گشته که زهدان در لگن 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 لگن خارج شود نشانه‌های زیر ظاهر میگردد: ۱- درد زیر شکم ۲- اختلال‌های دفع ادرار مانند دیزوری و آنوری و سیستیت. ۳- گانگرن مثانه، پریتوئتیت، اورمی و سپتیسمی. درمان اساسی آن، تغییر حالت رحم از وضع غیر طبیعی به حالت طبیعی است که اکثرًا احتیاج به درمان جراحی دارد.

ث - پارگبهای 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 شووع ۷ تا ۸ در هزار مورد حاملگی است. گاهی این نارسائی سبب

و اتواسکلروزیس واز دسته دوم ، سرخجه مادر و در معرض اشعه ایکس قرار گرفتن زن حامله را باید ذکر کرد .

سقط جنائی - در اینحالت هیچگونه مجوز قسانوئی 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 ماماهای ۳۰٪ توسط خودزن حامله انجام میشود . از سقطهای جنائی در زنانی است که تعداد اولاد آنها زیاد میباشد . این نوع سقطها بدولت انجام میشود :

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

نشانه‌ها - سقط از نظر بالینی بهچهار گروه تقسیم میشود :

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

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

۳- سقط اجتناب ناپذیر - که با پاره شدن کيسه 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 آمیریونر) و خونریزی مهبل و بازبودن دهانه رحم مشخص میگردد .

در سقط کامل تمام محتوای حاملگی از رحم خارج میگردد . بطوریکه خونریزی قطع میشود (این نوع سقط در سه ماهه دوم نادر است) .

۵- سقط فراموش شده - حالتی است که بافت‌های مر بوط به حاملگی بیش از دو ماه بعداز مرگ جنین در داخل زهدان باقی‌مانده باشند . این سقطها ممکن است اتفاقی و یاتکاری باشند که در حالت اول بعداز 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 باقی‌مانده سبب خونریزی بعداز سقط میگردد . باینجهت کوتایر بعداز سقط ضرور میباشد . پیش‌گیری - 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 ازمیان برداشت . اما در مورد بیمارانی که دچار سقطهای متواتی هستند باید تحقیقات لازم و کافی برای

۳- اندازه گیری فسفاتاز آلكالن 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 می‌کند . سرم آلكالن 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 . روش بسیار خوبی است ولی زیاد عملی نیست .

عوارض جنین - بیماریهای اریتر و بلاستوز و 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 بسقوط منجر گردد . عواملی که سبب ناهنجاری مادرزادی میشوند ، عبارتند از اختلال عوامل ارثی و وراثیک (سن مادر ، تعداد زایمان ، نزد و جنس در آن مؤثرند) ، بیماریهای عمومی (سرخجه) ، مواد تراوثرنیک ، اشعه ایکس ، مسمومیت با اکسید دکربن ، مواد ضد متابولیکی ، ضد اسید فولیکی و بالاخره LSD . علل متفرقه : اعمال جراحی شکم (هر چه محل عمل به لگن نزدیکتر باشد خطر سقط بیشتر میشود) .

در جنین اعماقی از مسكن‌های قوی و پروژترون 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 - اتفاقات غیرطبیعی زهدان: تشیدان اتفاقات بر اکستون هیکس و یا از دیاد حساسیت رحم به مواد اکسی توین سبب سقط میگردد .

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

سقط درمانی بدو منظور انجام میشود :

۱- برای نجات جان مادر از خطرات حاملگی .

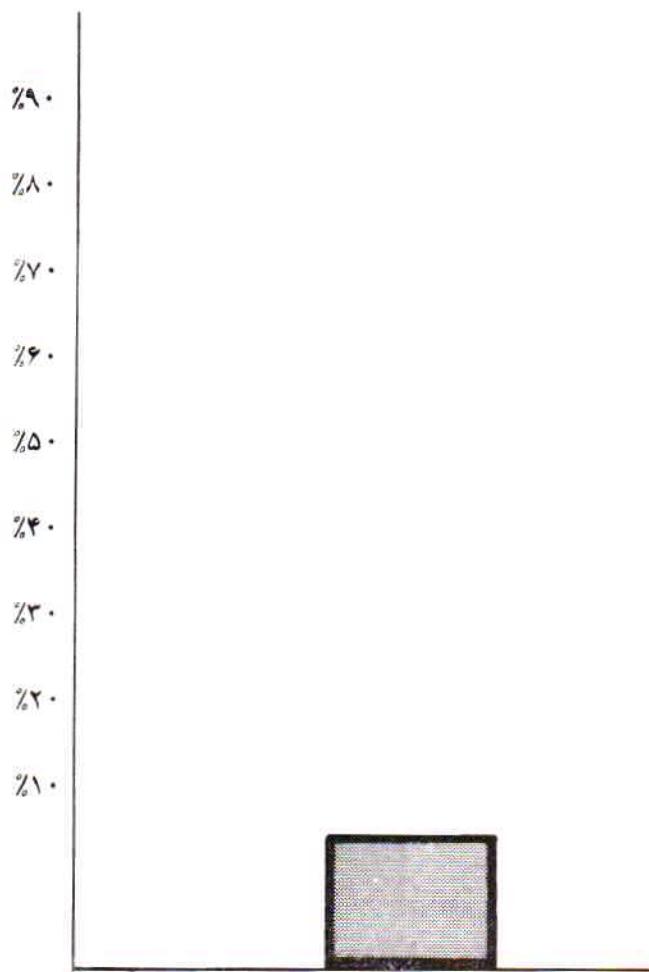
۲- برای جلوگیری از ناهنجاری مادرزادی جنین . بطورکلی يك درصد از حاملگی‌ها با سقط درمانی خاتمه میباشد . از دسته اول ، بیماریهای عروقی پیشرفت و از دیاد فشار خون ، بیماریهای قلب ، سرطان دهانه رحم ، جدا شدن رتین ، تبخال حاملگی

و جنین هنوز بهترین درمان تلچیع مصنوعی اسپر میباشد . در بسیاری از موارد تجویز مسکن واستراحت مطلق به مدت ۴۸ ساعت درمان سودمندی است ، بخصوص اگر علت خاصی درمیان 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 توسمین و واژوپرین هیپوفیز خلفی از یکطرف و تخفیف فعالیت انقباضی رحم از طرف دیگر ، از سقط جلو گیری میکند . از داروهای دیگری که در جلو گیری از سقط بکار میروند میتوان Isoxupurines را که از ترکیبات پروپانول است و بنام دووادیلان در بازار وجود دارد ، ذکر کرد که هم اثر واژودیلاتاسیون دارد و هم عضلات رحم را شل میکند . بهترین روش بکار بردن آن بصورت انفузیون است که  $0.2 \text{ mg} / \text{kg}$  در دقیقه بکار میرود . مقدار خوراکی آن  $0.6 \text{ mg} / \text{kg}$  در روز است که بیشتر از این مقدار توصیه نمیگردد ، چون سبب سقوط فشار خون در مادر میشود و برای مادر و جنین هر دو زیان آور است . بالاخره داروی دیگری که در مهار کردن انقباضات رحم زن حامله مؤثر میدانند ، پر گنانلون است . پر گنانلون استرئوئیدی 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 پر گنانلون سولفات بعلاوه اتانول با سرم قندی میباشد ، پیشنهاد کرده‌اند . بررسی آمار سقط در زایشگاه فرج - در بررسی و مطالعه‌ای که از نظر سقط جنین با توجه به تعداد کل مراجعتان به زایشگاه فرج و درصد سقط نسبت به آن بعمل آمده ، نتایج زیر حاصل شده است . در جدول شماره ۱ تعداد کل مراجعتان به زایشگاه فرج طی ۸ سال از سال ۱۳۴۳ تا ۱۳۵۰ و درستون مجزا ، سال ۱۳۵۴ ثبت و در سقوف دیگر تعداد بیمارانی که برای سقط جنین مراجعت کرده‌اند ، ارائه شده است . میزان افزایش در هر سال کاملاً یکسان نبوده است . چنانچه دیده میشود درصد سقط نسبت به کل مراجعتان کاهش پیدا کرده است . افزایش تعداد کل مراجعتان را باید در درجه اول بحساب توسعه ظرفیت زایشگاه برای پذیرش تعداد بیشتر بیمار کذاشت . در مرحله بعد علاقه بیشتر مردم را برای مراجعت به یک مرکز طبی وبهداشتی 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 مراجعتان کاهش یافته است . اگرچه این کاهش مدام

تشخیص علت بعمل آید تا درمان آسان گردد . عوارض جفت و پرده بجز نارسائی جفت ، معمولاً نقشی درایجاد این نوع سقطهای دارند ولی بعضی از علل مادری درایجاد آن مؤثر نند . آزمایش‌های لازم در مورد بیمار مبتلا به سقطهای سه ماهه دوم همانست که در مورد کلیه سقطها انجام میگیرد . نخستین گام گرفتن شرح حال کامل از بیمار میباشد . سپس معاینات بالینی بعمل میآید . صرفنظر از آزمایش خون و ادرار که بطور معمول انجام میگیرد ، آزمایش سرولوژیائی برای تشخیص سیفیلیس و انترا درموار آکسیون فرانکل و فیکساسیون کمپلمان برای تشخیص توکسوپلاسموز انجام میگیرد . همینطور تشخیص لیستریوز با فیکساسیون کمپلمان ، سروآگلوتینا- سیون و کشت‌های متوالی و تشخیص میکوپلاسما با کشت در محیط A3 میسر میشود . آزمایش فند واوره 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 سالبنکو گرافی به تشخیص کمک می کند و در مورد نارسائی جفت ، اندازه گیری مقدار هورمونها و سینتو اژدی مهبل طرز پیشرفت حاملگی و امکان بروز سقط را روشن می‌سازد .

درمان : نخستین گام درمان ، از بین بردن علت است . درصورتیکه عفونت عامل سقط باشد ، بهترین کار پیشگیری و دور نگهداشتن زن حامله از منبع عفونت و درمان اختصاصی برای هر بیماری میباشد . بطور یکه درمورد سیفیلیس پنی سیلین ، در توکسوپلاسموز سولفونها و سرم هیبرایمون ، در لیستریوز پنی سیلین و ترا اسیکلین وبالآخر در میکوپلاسماد **T** ، ترکیبی از اریترومازیسین و ترا اسیکلین بکار میرود . درمورد بیماری قند در دوران حاملگی ، مهار کردن بیماری با تنظیم انسولین و جلو گیری از اسیدوز روراست . در لوپوس اریتماتو اکثرآ کورتیزون درمان انتخابی میباشد . در موردقفر غذائی تجویز ویتامین‌ها قبل از حاملگی و در دوران بارداری لازم میباشد . در هیبو تیر و یکدی تجویز هورمون تیروئید که در تمام طول حاملگی ادامه دارد ، توصیه میگردد . در مورد بیماران مبتلا به عوارض قلب مانند فشار خون و بیماری‌های کلیه نظارت بروضع بیمار در تمام دوران بارداری ویا جلو گیری از حاملگی در بعضی از موارد ، پیشنهاد میشود . در ناهنجاریهای رحم اغلب اوقات عمل نارسائی جفت تشخیص داده شود استفاده از داروهای پروژسترونی تا ماه هشتم لازم میباشد . درصورت پیدایش عدم تجانس خون مادر

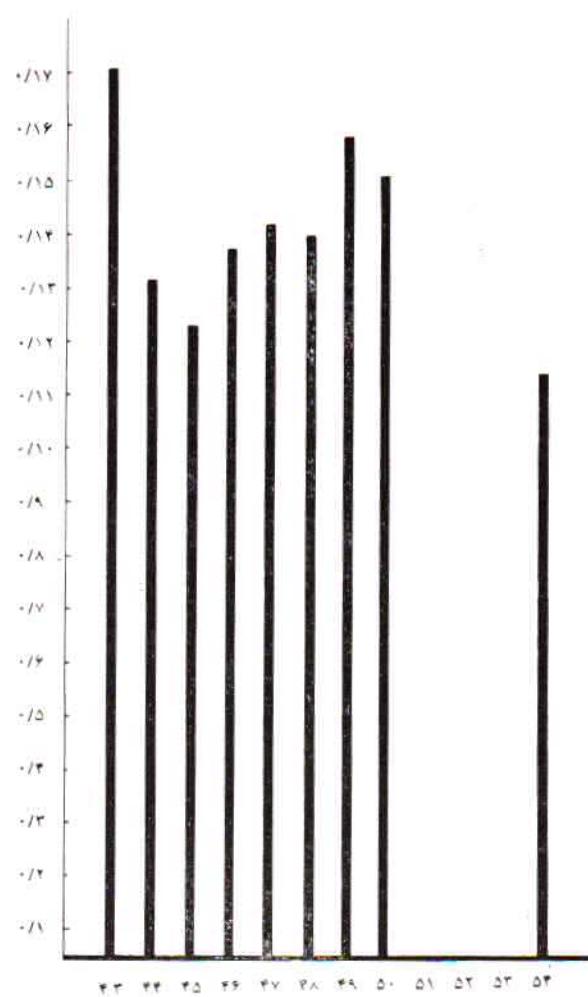


نمودار شماره ۲ — درصد موارد سقط جنین نسبت به کل مراجعین در صد سقط سه ماهه دوم حاملگی به کل سقط.

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

درصد سقط سه ماهه دوم	تعداد سقط سه ماهه دوم	تعداد کل سقط در سال ۱۳۵۴
۱۲/۹	۷۰۸	۵۴۲۸

نموده است بدین معنی که از سال ۱۳۴۳ تا ۱۳۴۵ نسبت فوق از ۱۶/۶۴ به ۱۱/۴۵ درصد است، از آنوقت به بعد نسبت موارد سقط با آرامی افزایش یافته و نوساناتی داشته تا سال ۱۳۵۴ که این نسبت با درنتظر گرفتن افزایش کل مراجعت کننده دوباره به ۱۱/۱۱ درصد است. چنانکه در جدول شماره ۲ دیده میشود تعداد کل سقط رضیم است. تمامیکی سقط جنین کرده‌اند که درصد آن ۱۲/۹ تا مجموع سقطهای سال مذکور را تشکیل میدهد.



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

جدول شماره ۱ — قدر مطلق مراجعان به بیمارستان فرج طی سالهای ۱۳۴۳ تا ۱۳۵۰ و بعد ۱۳۵۴ و درصد سقط جنین به کل مراجعت

سال	تعداد کل مراجعت	تعداد سقط	درصد سقط
۱۳۴۳	۲۰۸۹۰	۲۴۷۷	۱۶/۶۴
۱۳۴۴	۲۶۱۰۹	۲۳۲۶	۱۲/۷۴
۱۳۴۵	۳۱۹۱۳	۲۶۰۵	۱۱/۴۵
۱۳۴۶	۳۷۸۲۹	۴۹۵۸	۱۲/۱۱
۱۳۴۷	۴۲۶۸۷	۵۲۲۱	۱۲/۴۵
۱۳۴۸	۴۶۸۸۷	۶۲۷۱	۱۲/۲۷
۱۳۴۹	۴۷۱۸۹	۷۰۷۱	۱۴/۹۸
۱۳۵۰	۴۷۵۶۰	۷۱۹۰	۱۴/۸۱
۱۳۵۴	۴۹۲۷۱	۵۴۷۸	۱۱/۱۱

اول برای نجات جان مادر از خطرات حاملگی و با خطر ناهنجاری مادرزادی جنین انجام میگیرد. اماگر و دوم که توسط بیمار یا پزشک صورت میگیرد، بی مجوز قانونی انجام میشود. بطور کلی در درمان این بیماری، از بین بردن عامل نتش مهمنی را بازی میکند. عنوان مثال در مورد سقط بعلت دیابت باید تضادت بر حاملگی بایماری قند توأم انجام گیرد. ناهنجاریهای رحم با عمل جراحی اصلاح میشوند. اگر انقباضات رحم غیر طبیعی باشند استفاده از پر و رُسترون والکل اتیلیک Isoxupurines و میگردد. درمان قطعی و همیشگی برای جلوگیری از سقط وجود ندارد ولی درمانهای مختلف با آمار داده شده تاباندازهای از سقط جلوگیری میکند.

در مورد بررسی آمار سقط در زایشگاه فرج نتایج بدست آمده چنین است: آمار سالهای ۱۳۴۳ تا ۱۳۵۰ مقایسه آن با آمار سال ۱۳۵۴ حاکی از آنست که تعداد کسانی که بعلت سقط جنین و یا برای کوتایز بهر علت مراجعت 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 بامیزان کمتری افزایش میباشد. جدول شماره ۱ نموداری که از درصد سقط در سالهای فوق کرفته شده است، این حقیقت را نشان میدهد.

#### REFERENCES :

- 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.
- Greenhill J.P. Year book of obstetrics and gynecology. first edition Chicago 106-118, 1970 Year book Mecical Publishers.
- Hendrichs C.H. M.D. Brener 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.
- 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.
- Marku Soppala, Erkkiruos Lahti alpha Fetoprotein Abortion. British Medical Jounal. 4:769-771, 30 December 1972.
- Novhk R. Edmund Seegar. Georgeaman Johnes. Novak's text book of gynecology. eighth edition Baltimore 564-569 1970 Williams and Wilkins Co.
- Parsons Longodon, M.D. Sommers Sheldon, M.D. Gynecology Parsons and Sommers. Sixth edition Philadelphia and London. 374-388, 1969 W.B. Saunders Co.
- Pritchard A. Jack, M. D. Whalley J. Peggy, M. D. Abortion complicated by clostridium perfringens infection. A. M. Journal Obstet, 14:484-492 15 Oct 1971.
- Willson Robert J. Management of obstetric difficulties. Sixth edition saint-louis 192-213, 1971 C.V. Mosby Co.

#### منابع فارسی :

- ایستمن هلمن، آستنی و زایمان. جلد دوم، چاپ سوم، تهران، صفحه ۶۲۵-۶۷۶، سال ۱۳۴۹، انتشارات پیام.
- دکتر جهانشاه صالح، بیماریهای زنان، سقط و میسد ابورشن، چاپ چهارم، تهران، صفحه ۴۲۰-۴۳۰، سال ۱۳۴۹، انتشارات امیر کبیر.
- دفاتر و پروندهای سال ۱۳۵۱ زایشگاه فرج.

**خلاصه و نتیجه**  
بطور کلی این مقاله مربوط به تمام عوامل ایجاد کننده سقط است که بطور اجمال شامل علل ذیر می‌باشد:

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

ب - سقط عمدى (درمانی - جنائی). در زمینه بیماری‌های مادر از بیماریهای عغونی مانند آبله، پولیومیلیت، مالاریا، توکسو-پلاسموز، لیستریوز، تیفوئید، محملک، وبا وبالآخر سیفیلیس نام بریدم. از عوامل دیگر میتوان فشارخون و بیماریهای عروق، نفریت و سایر بیماریهای کلیه، بیماری قند، لوپوس اریتماتو، ترس و اضطراب، فقر غذایی، بیماریهای تیر و ید، عوارض قلب، سمومیت و ناهنجاریهای دستگاه تناسل را ذکر کرد.

عوارض جفت و پرده - آندرتریت عروق جفت، انفارکتوس جفت، جدادش زودرس جفت، پارگی سینوس مارٹینال، جفت سر راهی، مول هیداتیدیفرم، هماتوم بندناو، نسارسائی جفت و پارگی زودرس کیسه آب را بر شمردیم.

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

سقطهای عمدى بدو دسته درمانی و جنائی تقسیم میشوند. گروه