سقط‌های سه ماهه دوم
وبررسی آمارسالهای اخیر آن
در زایشگاه فرح

مجله نظام پزشکی
سال پنجم ، شماره ۶ ، صفحه ۴۶۱ ، ۲۵۳۶

دکتر هرمز آهی*

سقطهای سه‌ماهه دوم به مواردی اطلاق میشود که سن حاملگی بین هفته ۱۲ـ۲۰ و وزن جنین بین ۱۰۰ـ۵۰۰ گرم باشد. طول جنین از ۱۱/۶ سانتیمتر درهفتهٔ ۱۲ـ۱۴ تا ۱۶/۴ سانتیمتر درهفته ۲۰ متغیر است . سقطهای سه ماهه دوم را سقطهای دیررس هم مینامند .

در ۱۰٪ حاملگی‌ها سقط جنین اتفاق می‌افتد که ۱۳٪ این موارد به‌سقط جنین‌درسه‌ماهه دوم مربوط میباشد وبطورکلی ازهر ۱۰۰۰ حاملگی، ۱۳مورد درسه‌ماهه دوم به‌سقط می‌انجامدکه بطورمجزا درماه چهارم ۷/۵٪ ، درماه پنجم ۵/۴٪ و در ماه ششم ۰/۹٪ میباشد. تقسیم‌بندی‌علل‌سقط‌ها درسه ماهه دوم درصفحه۴۶۶چاپ گردیده است .

قبل از بحث درباره علل سقطها در سه‌ماه دوم حاملگی لازم به تذکر است که بجز چند علت که منحصراً مربوط به سقطهای این دوره ازحاملگی میباشند ، عوامل دیگر باعلل کلی سقطها مشترك می‌باشند .

سقطهای خود بخودی :

۱ـ علل‌مادری. بیماریهای‌عفونی مادر که سبب سقط جنین میشوند عبارتند از: گروه امراض ویروسی .

آبله ـ ویروس آبله از جفت عبور کرده جنین را آلوده میسازد وممکن است باعث مرگ جنین شود ، همینطور بعلت ازدیاددرجه حرارت بدن مرگ جنین وسقط اتفاق میافتد .

پلیومیلیت ـ زنهای حامله تمایل بیشتری به ابتلا به‌این بیماری دارند ودرحدود ۲۰ تا ۳۷٪ ازمبتلایان جنین‌خود راسقط میکنند. اکثراً جنین در سه ماهه دوم وسوم در رحم میمیرد که علت آن آنوکسی است .

دربعضی از بیماریهای ویروسی مانندآنفولانزا ۲۶٪ ودرپنومونی ۵۲٪ سقط مشاهده میشود .

مالاریا ـ دراین بیماری سقط جنین وزایمان زودرس شایع است واغلب اوقات جنین به‌انگل مالاریا آلوده است (۷۴٪).

توکسوپلاسموز ، لیستریوز ، میکوپلاسما «T» ـ توکسوپلاسموز یکی از عوامل سقط جنین میباشدکه بیشتر معتقدند یك بار باعث سقط می‌شود ، چون پس از سقط اول مقدار پادتن خون بحدی بالا میرودکه از سقط بعدی جلوگیری میکند ولی در جنین‌های بعدی بی‌آنکه به‌سقط‌منجر شود یك دسته نشانه مانند هیدروسفالی میکروسفالی،فلج، کلسیفیکاسیون جمجمه واختلال‌های‌چشم بوجود میآورد . لیستریوز که بیماری مشترك انسان و دام است ، بیشتر بصورت عفونتهای ادراری ـ تناسلی خفیف در زنها ظاهر میشود که ممکن است سبب سقط یازایمان زودرس بشود . میکوپلاسما «T» بیشتر سبب سقطهای عادتی یاتکراری میگردد که باعث ضایعاتی در پرده‌های آمنیوتیك مانند Amnionitis میشود .

گروه بیماریهای‌میکروبی : بطورکلی هروقت درجه حرارت بدن سریعاً بالا برود سقط ممکن است اتفاق افتد . از این گروه تیفوئید ۶۰تا۸۰٪ موارد سقط میدهد، مخملك و وبا نیز درهمین حدود باعث سقط میشوند .

سل دستگاه تناسل ممکن است سبب نازایی شود ولی درصورت حاملگی امکان سقط جنین باآن افزایش یافته برشدت بیماری‌سل

* بیمارستان دکتراقبال ـ دانشکده پزشکی پهلوی ـ دانشگاه تهران .

- الف ـ سقط خودبخودی
  - علل مادری
    - ـ عفونتهای شدید ـ ویروسی (آبله ، پولیومیلیت ، انفلوآنزا) مالاریا ، توکسو ـ پلاسموز میکربی (تیفوئید ، مخملك ، سل، سیفیلیس ، وبا)
    - ـ فشار خون وبیماریهای عروق
    - ـ نفریت وبیماریهای کلیه
    - ـ دیابت
    - ـ لوپوس اریتماتو
    - ـ ترس واضطراب
    - ـ کمبود اسید فولیك
    - ـ بیماریهای تیروئید
    - ـ ناهنجاریهای دستگاه تناسل
    - ـ بیماریهای قلب
    - ـ مسمومیتها
  - علل جفتی پرده‌ای
    - ـ آندآرتریت عروق جفت
    - ـ انفارکتوس جفت
    - ـ جداشدن زودرس‌جفت ـ جفت‌سرراهی
    - ـ مول هیداتیدیفرم
    - ـ نارسائی جفت
    - ـ هماتوم بندناف ـ گره‌خوردن بندناف
    - ـ پارگی کیسه آب
    - ـ عفونت کیسه آب
  - علل جنینی
    - ـ ناسازگاری خون مادر وجنین
    - ـ
    - ـ ناهنجاری مادرزادی
      - ـ عوامل ارثی وژنتیك
      - ـ عوامل خارجی ، اشعهٔ ایکس ومسمومیت‌ها
      - ـ مواد ضد متابولیك وضد اسیدفولیك (سرخجه)
      - ـ تنباکو، الکل، موادمخدر
  - علل متفرقه
    - ـ اعمال جراحی‌شکم
    - ـ ضربات خارجی وصدمات روحی
    - ـ انقباضات غیرطبیعی رحم
- ب ـ سقط عمدی
  - ـ سقط درمانی
    - ـ بیماری‌های مادر (ناراحتی قلب ـ فشارخون ـ سرطان دهانه‌رحم ـ تبخال حاملگی)
    - ـ امراض مادر زادی جنین.
  - ـ سقط جنائی
    - ـ حاملگی ناخواسته
    - ـ حاملگی‌های نامشروع

نیز افزوده میشود . یکی دیگر از علل سقطهای سه ماهه دوم سیفیلیس‌است که امروزه بابهبود بهداشت از تعداد سقط باآن‌کاسته شده است . اسپیروکت معمولا بعداز هفته ۲۰ حاملگی از جفت عبورکرده سبب آلودگی ومرگ جنین میشود .

فشار خون وبیماریهای عروق ـ گاهی از اوقات به‌سقط جنین وزایمان زودرس یا مرگ جنین در زهدان منجر میشودکه علت آن اغلب جدا شدن زودرس جفت است .

نفریت وبیماریهای کلیه ـ دراین مواردا حتمالا مسمومیت‌حاملگی باکم خونی عامل سقط میباشند . گاهی از اوقات باکتری اوری که دربیشتر زنان حامله وجود دارد ، بی‌آنکه نشانه‌ای بروزدهد سبب سقط میگردد .

بیماری قند ـ یکی‌ازعلل‌مرگهای ناگهانی جنین وزایمان‌زودرس میباشد که هراندازه بیماری شدیدتر باشد واسیدوز افزایش یابد امکان سقط در سه ماه دوم زیادتر است .

لوپوس اریتماتو ـ این بیماری سبب سقط و زایمان زودرس میگردد . هرچه عارضه کلیه شدیدتر باشد خطر سقط بیشتر است

واگر آلبومین اوری شدید باشد سقط درمانی لازم بشمار می‌ورد.
سلول «LE» اغلب از جفت گذشته وارد خون جنین میشود ولی درجه تراکم آن درخون جنین نصف خون مادر است .

ترس و اضطراب ـ بیشتر بعلت اختلال گردش خون و جدا شدن زودرس جفت سقط میدهد .

علل تغذیه‌ای ـ عده‌ای از دانشمندان کمبود اسید فولیك و مواد غذایی را درایجاد سقط مؤثر میدانند .

بیماریهای تیروئید ـ دستگاه تناسل یکی‌ازحساسترین‌دستگاه‌های بدن نسبت به‌تغییرات هورمون تیروئید است . کم‌کاری تیروئید اغلب اوقات‌موجب‌سقط واکثراً به‌سقطهای تکراری‌منجرمیگردد. طبق آمار۳۵٪ موارد سقط عادتی‌در نتیجهٔ کم‌کاری تیروئیدمیباشد. پرکاری تیروئید هم گاهی باعث سقط میشود .

ناهنجاریهای دستگاه تناسل : الف ـ رحم‌های انفانتیل یکی‌از علل‌سقط درسه ماهه دوم میباشد. ازخصوصیات این‌سقط آن است که بعلت ترشح هورمون رشد رحم درهرحاملگی بیشترمیشودبطوریکه بعداز چندین سقط رحم توانائی نگهداری جنین را پیدا می کند.

ب ـ فیبروم رحم دربعضی موارد سبب نازایی میشود ولی ممکن است دراوایل حاملگی منجر به سقط جنین گردد. فیبرومهای زیر مخاط وقسمت تحتانی زهدان بیشترمسئول سقط هستندکه علت آن تغییرات موضعی دسیدوا در ناحیه فیبروم است.

پ: زهدان دوشاخه ازاتصال ناکامل‌مجرای مولرین بوجود میآید که از پیدایش حاملگی جلوگیری نمیکند ولی‌آمار سقط وزایمان زودرس را افزایش میدهد ازاین گروه میتوان رحم‌های مضاعف و ناقص «Double et Rudimentaire» را ذکر کرد. چون رحم گنجشایش کافی ندارد سقط صورت میگیرد .

ت ـ کجراهی‌های رحم : وضع غیر طبیعی رحم در لگن معمولا سبب‌سقط نمیشود ولی درنوع‌بخصوصی از رحم‌های به‌عقب‌برگشته که زهدان درلگن محبوس میشود (Incarcerated Uterus)سقط جنین مشاهده میگردد. دراین‌حالت معمولاحاملگی تاهفته۱۲ بطور طبیعی‌ادامه می‌یابد ولی‌پس‌ازآن‌چون رحم نمیتواند ازلگن خارج شود نشانه‌های زیرظاهر میگردد: ۱ـ درد زیرشکم ۲ـاختلال‌های دفع ادرار مانند دیزوری وآنوری وسیستیت. ۳ـ گانگرن مثانه ، پریتونیت ، اورمی وسپتیسمی . درمان اساسی آن ، تغییر حالت رحم از وضع غیر طبیعی بحالت طبیعی است‌که اکثراً احتیاج به درمان جراحی دارد .

ث ـ پارگیهای عمیق گلوی زهدان نیز سبب سقطهای مکرر سه ماهه دوم میشوند . ازعلل دیگر سقطهای سه ماهه دوم‌که دراین گروه قرار دارند ، نارسائی دهانه رحم است که از نظر شیوع ۷ تا ۸ درهزار مورد حاملگی است . گاهی این نارسائی سبب زایمان زودرس میگرددکه از نشانه‌های‌آن باز شدن بی‌درد دهانه رحم و پاره شدن کیسه آب است که بعد از هفته ۱۶ حاملگی ظاهرمیگردد. تشخیص این‌بیماری در زن غیرحامله اکثراً بوسیله هیستروسالپنگوگرافی ویا با بازبودن غیر طبیعی‌دهانه رحم درسه ماهه دوم حاملگی داده میشود .

بیماریهای قلب ـ عوارض قلب بعلت پیدایش اختلال در رساندن اکسیژن به‌جفت وجنین وایجادکم‌خونی ، سبب سقط میگردند.

مسمومیت‌هاـ مسمومیت باسرب یکی از علل سقط جنین است‌که گاهی سبب سقطهای سه‌ماهه دوم میشود . اثر آن بیشتر براسپرماتوزوئید وتخمك میباشد .

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

انفارکتوس جفت ـ اگر بطوروسیع‌جفت را فراگیرد سبب مرگ جنین وسقط میگردد .

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

یکی دیگر از موارد سقط مول هیداتیدیفورم است که اکثراً در ماههای چهارم تاهفتم 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 وافزایش هورمون گونادوتروپین نسبت به حاملگی طبیعی از نشانه‌های دیگر بیماری میباشندکه همراه با نبودن صدای قلب جنین وعدم وجود استخوانهای جنین درراديوگرافی وآزمایش عیار هورمون، تشخیص را روشن میکنند .

ازعلل دیگرمیتوان هماتوم بند ناف و پارگی زودرس کیسه‌آب را که سبب سقط جنین میشوند ، نام برد .

نارسائی جفتـ معمولا بعدازسه‌ماهه‌اول‌ظاهرمیگردد. وقتیکه‌جفت مسئول‌ترشح هورمون میشود، در۱۲/۵٪ مواردعلت‌سقط را تشکیل میدهد . طرق مختلفی برای تشخیص نارسائی جفت بکار میرود :

۱ـ 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 . مقداراستریول در سه ماهه اول ۰/۱ میلیگرم و درسه ماهه آخر ۵۰ میلیگرم میباشد).

۲ـ آزمایش‌بافت شناسی(سیتولوژی) مهبل (برخلاف حالت طبیعی جفت‌است‌که سلولهای‌ناویکولر وبینابینی ازبین میرود وسلولهای کاریوپیکنوتیك‌که دلیل‌برکمبود پروژسترون‌است، ظاهرمیگردد).

۳ـ اندازه گیری فسفاتاز آلکالن مقاوم در گرما . از سه روش فوق برای تشخیص نحوهٔ کار جفت ، تعیین استریول ادرار عملی ترین راه تشخیص است که در بیشتر از نیمی از موارد به‌تشخیص صحیح کمك می کند . سرم آلکالن فسفاتاز در یك سوم موارد غیر طبیعی میشود که زمانی بالا و گاهی پائین میرود ولی بندرت درزمانی که جفت طبیعی باشد تغییر میکند . Vginal Smear روش بسیارخوبی است ولی زیاد عملی نیست .

عوارض جنین ـ بیماریهای اریتروبلاستوزوسیستم ABO وبالاخره ناهنجاریهای مادرزادی در این گروه قرار دارند .

۱ـ بیماری اریتروبلاستوز در موارد شدید سبب مرگ جنین در داخل زهدان وسقط دیررس میشود .

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

۳ـ ناهنجاریهای مادرزادی جنین ـ هرعاملی که سبب ناهنجاری مادرزادی جنین شود میتواند بسقط منجر گردد . عواملی که سبب ناهنجاری مادرزادی میشوند ، عبارتند از اختلال عوامل ارثی وژنتیك (سن‌مادر ، تعداد زایمان ، نژاد وجنس در آن مؤثرند)، بیماریهای عمومی (سرخجه) ، مواد تراتوژنیك ، اشعه ایکس ، مسمومیت با اکسیددوکربن ، مواد ضد متابولیکی ، ضد اسید فولیکی‌وبالاخره LSD . علل متفرقه : اعمال جراحی شکم (هرچه محل عمل به لگن نزدیکتر باشد خطر سقط بیشتر میشود).

درچنین اعمالی ازمسکن‌های قوی وپروژسترون تا ۱۰ روزبرای جلوگیری از سقط استفاده میشود.

ضربات جسمی و روحی

علت سقط دراینحالت احتمالاجدا شدن‌جفت است که منجر به‌مرگ جنین وسقط میگردد.

الف ـ انقباضات‌غیرطبیعی‌زهدان: تشدیدانقباضات‌براکستون‌هیکس ویا ازدیاد حساسیت رحم به موادا کسی توسین سبب سقط میگردد.

ب ـ سقط عمدی ـ بدو دسته سقط درمانی وسقط جنائی تقسیم میشود .

سقط درمانی بدو منظور انجام میشود :

۱ـ برای نجات جان مادر از خطرات حاملگی .

۲ـ برای جلوگیری از ناهنجاری مادرزادی جنین . بطورکلی یك درصد از حاملگی‌ها باسقط درمانی خاتمه مییابند . از دسته اول ، بیماریهای عروقی پیشرفته وازدیاد فشار خون ، بیماریهای قلب ، سرطان دهانهٔ رحم ، جدا شدن رتین ، تبخال حاملگی واتواسکلروزیس واز دسته دوم ، سرخجه مادر و در معرض اشعه ایکس قرارگرفتن زن حامله را باید ذکر کرد .

سقط جنائی ـ در اینحالت هیچگونه مجوز قانونی برای ختم حاملگی وجود ندارد وزن حامله یا پزشك باوسائل مختلف‌ازقبیل مصرف دارو ، مواد محرك عضله زهدان و یا دستکاریهای مختلف سبب خونریزی وسقط میگردد . طبق آمار ۱۲٪ سقطها را سقط جنائی تشکیل میدهدکه ازاین تعداد ۷۰٪ توسط پزشکان وماماها و۳۰٪ توسط خودزن حامله انجام میشود ۹۰٪ از سقط‌های‌جنائی در زنانی است که تعداد اولاد آنها زیاد میباشد . این نوع سقطها بدوعلت انجام میشود :

۱ـ حاملگی ناخواسته .

۲ـ حاملگی نامشروع .

نشانه‌ها ـ سقط از نظر بالینی بچهارگروه تقسیم میشود :

۱ـ تهدید به‌سقط که باخونریزی نسبتاً زیاد مهبل، بی‌دردوگاهی بادرد مختصر ولکه‌بینی مشخص میشود .

۲ـ سقط آشکار ـ که باخونریزی نسبتاً زیاد مهبل ودرد شدیدزیر شکم تشخیص داده میشود .

۳ـ سقط اجتناب ناپذیر ـ که باپاره شدن کیسه آب وباز شدن دهانه رحم ودرد شدید زیر شکم و خونریزی مهبل همراه است .

۴ـ سقط ناکامل ـ که باخروج قسمتی از محتوای حاملگی (ساك آمبریونر)وخونریزی‌مهبل وبازبودن دهانهٔ‌رحم مشخص‌میگردد. در سقط کامل تمام محتوای حاملگی از رحم خارج میگردد . بطوریکه خونریزی قطع میشود (این نوع سقط درسه ماهه دوم نادراست).

۵ـ سقط فراموش‌شده ـ حالتی‌است که‌بافت‌های مربوط به‌حاملگی بیش ازدوماه بعداز مرگ‌جنین در داخل زهدان باقی‌مانده باشند. این سقطها ممکن است اتفاقی ویاتکراری باشندکه درحالت اول بعداز سقط ، حاملگی بعدی به‌سقط جنین منجر نمیشود ولی در حالت دوم سه حاملگی پشت سرهم به‌سقط جنین ختم میگردد.این نوع سقطها ۱/۴٪ سقطهای خود بخودی را تشکیل میدهد . سقط‌های سه‌ماهه دوم معمولا ناکامل است و پس از خروج جفت وجنین‌مقداری ازبافت‌ها در داخل‌زهدان باقیمانده سبب‌خونریزی بعداز سقط میگردد . باینجهت کورتاژ بعداز سقط ضرور میباشد.

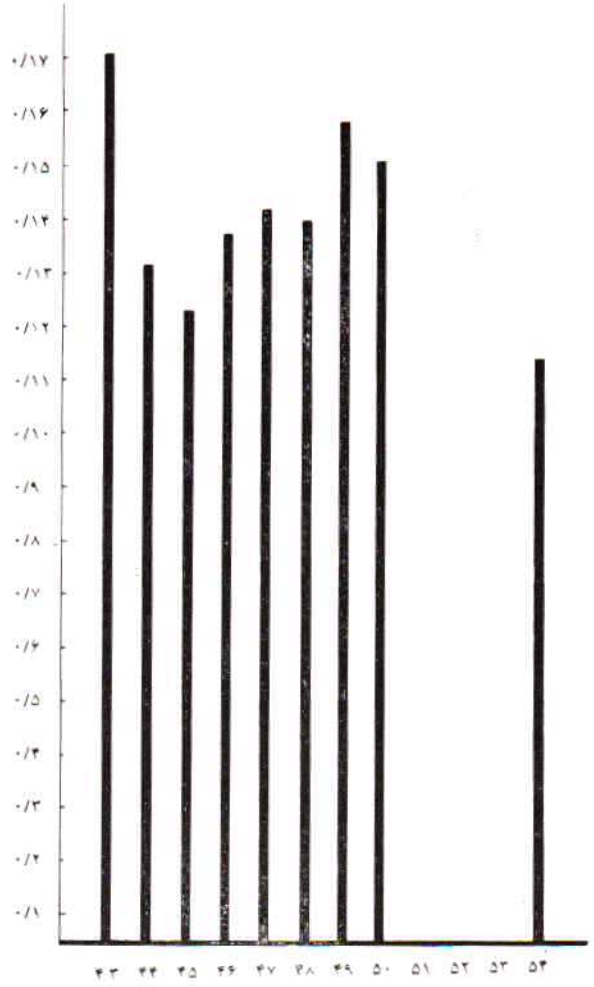
پیش‌گیری ـ اگرنخستین سقط مطرح باشد،ا حتیاجی به مطالعه وسیع برای تشخیص علت‌آن نیست وفقط کافی است‌از سقط بوسیله درمان جلوگیری‌کرد و یا علت را ازمیان برداشت. اما در مورد بیمارانی که‌دچارسقط‌های‌متوالی‌هستندبایدتحقیقات‌لازم‌وکافی‌برای

تشخیص علت بعمل آید تا درمان آسان گردد . عوارض جفت‌وپرده بجز نارسائی‌جفت ، معمولا نقشی درایجاد این نوع سقطها ندارند ولی بعضی ازعلل مادری درایجاد آن مؤثرند . آزمایش‌های لازم در مورد بیمار مبتلا به‌سقطهای 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 وادرار که بطور معمول انجام میگیرد ، آزمایش سرولوژیائی برای‌تشخیص‌سیفیلیس وانترا درمورآکسیون‌فرانکل وفیکساسیون کمپلمان برای تشخیص‌توکسوپلاسموز انجام میگیرد. همینطور تشخیص لیستریوز بافیکساسیون کمپلمان،سروآگلوتیناسیون وکشت‌های متوالی و تشخیص میکوپلاسما باکشت در محیط A3 میسر میشود . آزمایش قند واوره خون و تعیین میزان اسید فولیك در خون وپیداکردن اجسام لوپوس ضرور است. در بعضی موارد اندازه‌گیری PBI ، متابولیسم بازال وکلسترول خون در تشخیص نارسائی‌تیروئید لازم بنظر میرسد . اگر به‌ناهنجاریهای رحم قبل از حاملگی مشکوك باشیم کورتاژ تشخیصی وهیستروسالپنگوگرافی به‌تشخیص کمك می‌کند ودر مورد نارسائی جفت ، اندازه‌گیری مقدار هورمونها و سیتولوژی مهبل طرز پیشرفت حاملگی وامکان بروز سقط را روشن می‌سازد .

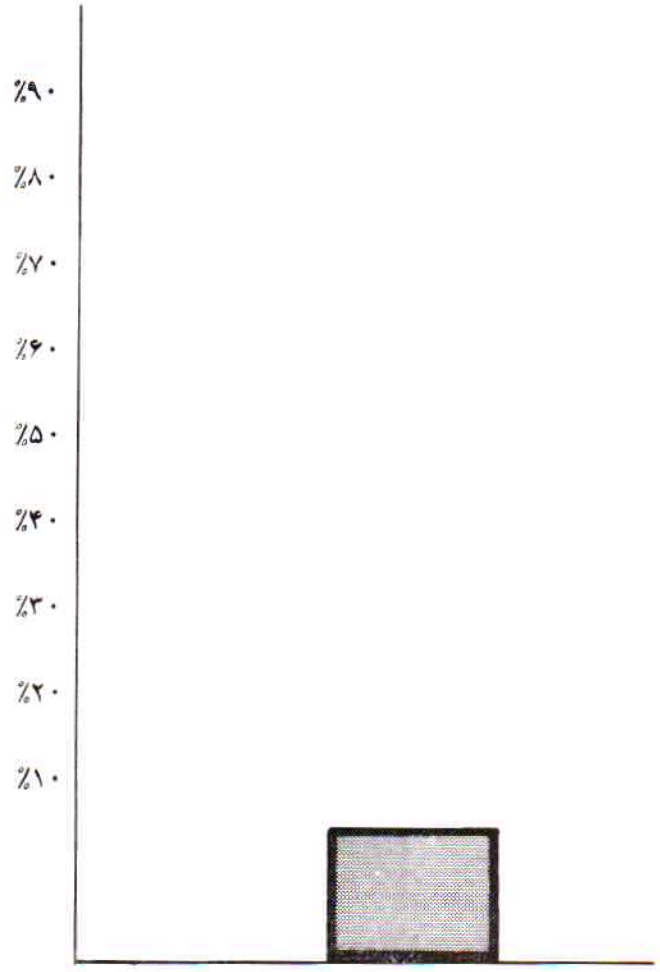
درمان: نخستین گام درمان ، ازبین بردن علت است. درصورتیکه عفونت عامل سقط باشد ، بهترین کار پیشگیری و دور نگهداشتن زن حامله از منبع عفونت ودرمان اختصاصی برای هربیماری میباشد. بطوریکه درمورد سیفیلیس پنی‌سیلین ، درتوکسوپلاسموز سولفونها وسرم هیپرایمون، درلیستریوز پنی‌سیلین وتتراسیکلین وبالاخره درمیکوپلاسما«T» ترکیبی‌از اریتروماسین‌وتتراسیکلین بکار میرود . درمورد بیماری قند در دوران حاملگی، مهارکردن بیماری‌باتنظیم‌انسولین‌وجلوگیری‌از اسیدوزضروراست. درلوپوس اریتماتو اکثراً کورتیزون درمان انتخابی میباشد . در موردفقر غذائی تجویز ویتامین‌ها قبل از حاملگی ودر دوران بارداری‌لازم میباشد. درهیپوتیروئیدی تجویز هورمون تیروئیدکه در تمام‌طول حاملگی ادامه دارد ، توصیه میگردد . در مورد بیماران مبتلا به عوارض قلب مانند فشار خون وبیماری‌های کلیه نظارت بروضع بیمار در تمام دوران بارداری ویاجلوگیری از حاملگی در بعضی ازموارد ، پیشنهاد میشود . در ناهنجاریهای‌رحم اغلب اوقات‌عمل جراحی‌ضروراست که درصورت‌وجود نارسائی‌دهانهٔ رحم‌سرکلاژ «Cerclage» آن درحدود هفته ۱۶ تا ۱۸ توصیه میشود . اگر نارسائی جفت تشخیص داده شود استفاده از داروهای‌پروژسترونی تا ماه هشتم لازم میباشد . درصورت پیدایش‌عدم تجانس‌خون مادر وجنین هنوز بهترین درمان تلقیح مصنوعی اسپرم میباشد . در بسیاری از موارد تجویز مسکن واستراحت مطلق به مدت ۴۸ ساعت درمان سودمندی است ، بخصوص اگر علت خاصی درمیان نباشد وفقط انقباضات شدید رحم سبب سقط جنین می گردد. یکی از طرق از بین بردن انقباضات رحم تجویزالکل اتیلیك است‌که بعلت خنثی کردن اثراکسی توسین و وازوپرسین هیپوفیز خلفی از یکطرف وتخفیف فعالیت انقباضی رحم ازطرف دیگر، از سقط جلوگیری میکند . از داروهای دیگری‌که در جلوگیری از سقط بکار میروند میتوان Isoxupurines راکه از ترکیبات‌پروپانول است وبنام دووادیلان در بازار وجود دارد ، ذکرکرد که هم اثر وازودیلاتاسیون دارد وهم‌عضلات‌رحم‌را شل میکند . بهترین روش بکاربردن‌آن بصورت انفوزیون است‌که ۰/۲ تا ۰/۵ میلی‌گرم در دقیقه بکار میرود . مقدار خوراکی آن ۶۰ تا ۸۰ میلی‌گرم در روز است‌که بیشتر از این مقدار توصیه نمیگردد ، چون سبب سقوط فشار خون در مادر میشود و برای مادر و جنین هردو زیان‌آوراست. بالاخره داروی‌دیگری‌که در مهارکردن‌انقباضات رحم زن حامله مؤثر میدانند ، پرگنانلون است . پرگنانلون 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 درمان‌کاملا مناسبی که در انقباضات رحم مؤثر باشد وجودندارد. بهمین‌دلیل‌بعضی درمان‌ترکیبی راکه‌پرگنانلون سولفات بعلاوه انانول باسرم قندی میباشد ، پیشنهادکرده‌اند.

بررسی آمار سقط در زایشگاه فرح - دربررسی ومطالعه‌ایکه از نظرسقط جنین‌باتوجه به‌تعدادکل‌مراجعان به‌زایشگاه فرح‌ودرصد سقط نسبت به‌آن بعمل‌آمده ، نتایج زیرحاصل شده است.درجدول شماره ۱ تعدادکل مراجعان به زایشگاه فرح طی ۸ سال از سال ۱۳۴۳ تا ۱۳۵۰ ودرستون مجزا ، سال ۱۳۵۴ ثبت ودر ستون دیگر تعداد بیمارانی‌که برای سقط جنین‌مراجعه کرده‌اند، ارائه شده است . میزان افزایش در هرسال کاملا 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 مراجعه‌به‌یك مرکزطبی وبهداشتی به‌شمارآوردکه درضمن‌افزایش نسبی جمعیت درآن مؤثرمیباشد. باتوجه به‌جدول‌شماره۱ باید گفت که‌نسبت‌موارد سقط به‌کل مراجعان کاهش یافته است. اگرچه این کاهش مداوم



نمودار شماره ۱ ــ درصد موارد سقط جنین نسبت به‌کل مراجعین به زایشگاه فرح طی‌سالهای مختلف.



نمودار شماره ۲
درصد سقط ۳ ماهه دوم حاملگی به‌کل سقط.

جدول شماره ۱ـ قدر مطلق مراجعان به‌بیمارستان فرح طی سالهای ۴۳تا ۵۰ و بعد۵۴ ودرصدسقط جنین به‌کل‌مراجعان

سال	تعدادکل‌مراجعان	تعداد سقط	درصد سقط
۱۳۴۳	۲۰۸۹۰	۳۴۷۷	۱۶/۶۴
۱۳۴۴	۲۶۱۰۹	۳۳۲۶	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

جدول‌شماره ۲ـ تعداد سقط در سال ۱۳۵۴ ودرصد سقط سه‌ماهه دوم به‌کل سقط همین سال

تعدادکل سقط درسال ۱۳۵۴	تعداد سقط سه‌ماهه‌دوم	درصدسقط‌سه‌ماهه‌دوم
۵۴۷۸	۷۰۸	۱۲/۹

نبوده است بدین معنی که از سال ۱۳۴۳ تا ۱۳۴۵ نسبت فوق‌از ۱۶/۶۴٪ به ۱۱/۴۵٪ رسیده ، از آنموقع به‌بعد نسبت موارد سقط بآرامی افزایش یافته ونوساناتی داشته تا سال ۱۳۵۴ که‌این نسبت بادرنظر گرفتن‌افزایش کل‌مراجعه‌کننده دوباره‌به۱۱/۱۱٪ رسیده است. چنانکه درجدول شماره۲ دیده میشود تعدادکل سقط جنین درسال ۱۳۵۴، ۵۴۷۸ تن بوده است‌که ۷۰۸ تن ازآنها در سه ماهه دوم حاملگی‌سقط جنین کرده‌اندکه درصدآن ۱۲/۹٪ تمام سقطهای سال مذکور را تشکیل میدهد.

خلاصه و نتیجه

بطور کلی این مقاله مربوط به تمام عوامل ایجاد کننده سقط است که بطور اجمال شامل علل زیر می باشد :

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

ب ـ سقط عمدی (درمانی ـ جنائی). در زمینه بیماری‌های مادر از بیماریهای عفونی مانند آبله ، پولیومیلیت ، مالاریا، توکسو-پلاسموز ، لیستریوز، تیفوئید ، مخملك ، وبا وبالاخره سیفیلیس نام بردیم. از عوامل دیگر میتوان فشارخون وبیماریهای عروق، نفریت وسایر بیماریهای کلیه ، بیماری قند ، لوپوس اریتوماتو ، ترس واضطراب ، فقر غذائی، بیماریهای تیروئید ، عوارض قلب، مسمومیت وناهنجاریهای دستگاه تناسل را ذکر کرد .

عوارض جفت وپرده ـ آندآرتریت عروق جفت ، انفارکتوس جفت، جداشدن زودرس جفت، پارگی سینوس مارژینال، جفت سرراهی، مول هیداتیدیفرم ، هماتوم بندناف ، نـارسائی جفت و پـارگی زودرس کیسه آب را برشمردیم .

عوارض جنین ـ اریتروبلاستوز، سیستم ABO وناهنجاری مادرزادی.

عوامل متفرقه ـ اعمال جراحی شکم ، ضربات جسمی وروحی ، انقباضات غیر طبیعی زهدان .

سقطهای عمدی بدو دسته درمانی و جنائی تقسیم میشوند . گروه اول برای نجات جان مادر ازخطرات حاملگی وباخطر ناهنجاری مادرزادی جنین انجام میگیرد . اما گروه دوم که توسط بیمار یا پزشك صورت میگیرد ، بی‌مجوز قانونی انجام میشود. بطور کلی در درمان این بیماری ، از بین بردن عامل نقش مهمی را بازی می کند . بعنوان مثال در مورد سقط بعلت دیابت باید نظارت بر حاملگی با بیماری قند توأماً انجام گیرد . ناهنجاریهای رحم بـا عمل جراحی اصلاح میشوند . اگـر انقباضات رحم غیر طبیعی باشند استفاده ازپروژسترون والکل اتیلیك وIsoxupurines توصیه میگردد . درمان قطعی وهمیشگی 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 زایشگـاه فرح نتایج بدست آمده چنین است : آمار سالهای ۱۳۴۳ تا ۱۳۵۰ ومقایسه آن با آمار سال ۱۳۵۴ حاکی از آنست که تعداد کسانی که بعلت سقط جنین ویا برای کورتاژ بهرعلت مراجعه کرده‌اند به‌نسبت افـزایش تعداد کل مراجعان زایشگاه درحال ازدیاد است ، لیکن درمقایسه بـا میزان افزایش تعداد کل مراجعان بخصوص برای انجام زایمان بامیزان کمتری افزایش میابد . جدول شماره ۱ ونموداری که از درصد سقط در سالهـای فـوق 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 Mecical Publishers.

3- Hendrichs C.H. M.D. Brener W.E. M.D. Kladh M.D. Brotanek. V, M.D. Eficacy 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 Jounal. 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 clostrium 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 :

۱ـ ایستمن هلمن، آبستنی و زایمان. جلد دوم ، چاپ سوم ، تهران ، صفحه ۶۷۶ـ۶۳۵، سال ۱۳۴۹، انتشارات پیام .

۲ـ دکتر جهانشاه صالح ، بیماریهای زنان ، سقط ومیـد ابورشن ، چاپ چهارم ، تهران ، صفحه ۴۳۰ـ۴۲۰، سال ۱۳۴۹، انتشارات امیر کبیر .

۳ـ دفاتر وپرونده‌های سال ۱۳۵۱ زایشگاه فرح .