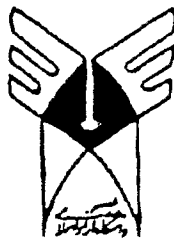


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

١٤١٧



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد پزشکی تهران

پایان نامه جهت دریافت دکترای حرفه ای

موضوع :

بررسی رابطه بین BMI (شاخص توده بدنی) مادر و سقط در طی سال 1387
در بیمارستان بوعلی تهران

استاد راهنما :

دکتر سیما طادی

استاد مشاور :

دکتر فاطمه محمدیاری

نگارش :

مائده سوهانی

۱۳۸۹ / ۶ / ۲

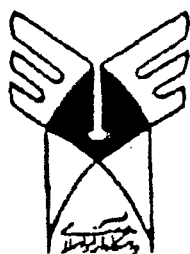
اطلاعات درک علمی بنده
تمت

سال تحصیلی : 1388

شماره پایان نامه : 4240

ب

۱۴۱۰۱۷



**ISLAMIC AZAD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE**

**THESIS:
*FOR DOCTRATE OF MEDICINE***

SUBJECT:

**The Research about relation between Mother's BMI
and abortion in Bouali Hospital of Tehran during 1387**

**Thesis Advisor :
Dr. Sima Tadi**

**Consulting Advisor :
Dr. Fatemeh Mohammad Yari**

**Written By :
Maedeh Sohani**

Year : 1388

No:4240

به نام خدا

با سپاس و تقدیر فراوان از زحمات بی شائبه

ریاست محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی

ریاست محترم دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی

خانم دکتر سیما طادی (استاد راهنما)

خانم دکتر فاطمه محمدیاری (استاد مشاور)

خانم دکتر ژیلایا امیر خانی (مدیر گروه زنان)

تقدیم به

پدر و مادر عزیزم

که با زحمات دلسوزانه خود
همواره پشتیبانم بوده اند

برادرانم

دکتر شاهین سوهانی

و

دکتر شایان سوهانی

که در تمام مراحل زندگی راهنما و همراه من
بوده اند

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
1	چکیده فارسی
2	فصل اول
3	مقدمه
4	بیان مسئله
4	پاتولوژی سقط
5	اتیولوژی
5	عوامل جنینی
6	عوامل مادری
9	عوامل پدری
9	طبقه بندی سقط خود به خود
9	تهدید به سقط
9	سقط اجتناب ناپذیر
10	سقط کامل و ناکامل
10	سقط فراموش شده
11	سقط عفونی
11	سقط مکرر
13	سقط القا شده
13	سقط انتخابی یا ارادی

13	شاخص توده بدنی (BMI)
15	عوارض مادری چاقی
16	عوارض و مرگ و میر پری ناتال
17	هدف کلی
17	اهداف ویژه / فرعی
17	اهداف کاربردی
18	سوال اصلی
18	سوالات فرعی
19	فرضیات پژوهش
20	فصل دوم
21	پیشینه تحقیق
24	فصل سوم
25	نوع مطالعه
25	جامعه مورد بررسی
25	تکنیک های جمع آوری اطلاعات
25	تجزیه و تحلیل داده ها
26	متغیرها
26	روش کار
27	فصل چهارم
28	نتایج
37	نمودارها

53 فصل پنجم
54 نتیجه گیری کلی (بحث)
56 منابع فارسی
57 منابع انگلیسی
58 چکیده انگلیسی

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
37	نمودار 1 - نمودار توزیع فراوانی سقط در طیف سنی 40 - 20 سال
37	نمودار 2 - نمودار توزیع فراوانی سقط زودرس در طیف سنی 40 - 20 سال
38	نمودار 3 - نمودار توزیع فراوانی سقط دیررس در طیف سنی 40 - 20 سال
38	نمودار 4 - نمودار توزیع فراوانی سقط در گروه های BMI
39	نمودار 5 - نمودار توزیع فراوانی سقط در طیف سنی 40 - 20 سال بر اساس BMI
39	نمودار 6 - نمودار توزیع فراوانی سقط زودرس در گروه های BMI
40	نمودار 7 - نمودار توزیع فراوانی سقط دیررس در گروه های BMI
40	نمودار 8 - نمودار توزیع فراوانی سقط بر اساس Gravid مادر
41	نمودار 9 - نمودار توزیع فراوانی سقط بر اساس Para مادر
41	نمودار 10 - نمودار توزیع فراوانی سقط بر اساس قد مادر
42	نمودار 11 - نمودار توزیع فراوانی سقط بر اساس وزن مادر
42	نمودار 12 - نمودار توزیع فراوانی سابقه سقط در مادران دچار سقط
43	نمودار 13 - نمودار توزیع فراوانی دفعات سقط در مادران با سابقه مثبت سقط
43	نمودار 14 - نمودار توزیع فراوانی سقط در هر گروه BMI و بر اساس Gravid مادر
44	نمودار 15 - نمودار توزیع فراوانی سقط در هر گروه BMI و بر اساس PARA مادر
44	نمودار 16 - نمودار توزیع فراوانی حاملگی موفق در طیف سنی 40 - 20 سال
45	نمودار 17 - نمودار توزیع فراوانی حاملگی موفق در گروه های BMI
45	نمودار 18 - نمودار توزیع فراوانی حاملگی موفق در طیف سنی 40 - 20 سال بر اساس BMI
46	نمودار 19 - نمودار توزیع فراوانی حاملگی موفق بر اساس GRAVID مادر

- 46 نمودار 20 - نمودار توزیع فراوانی حاملگی موفق بر اساس PARA مادر
- 47 نمودار 21 - نمودار توزیع فراوانی حاملگی موفق در هر گروه BMI و بر اساس PARA مادر
- 47 نمودار 22 - نمودار توزیع فراوانی حاملگی موفق در هر گروه BMI و بر اساس GRAVID مادر
- 48 نمودار 23 - نمودار توزیع فراوانی حاملگی موفق بر اساس قد مادر
- 48 نمودار 24 - نمودار توزیع فراوانی حاملگی موفق بر اساس وزن مادر
- 49 نمودار 25 - نمودار توزیع فراوانی سابقه سقط در مادران با حاملگی موفق
- 49 نمودار 26 - نمودار توزیع فراوانی دفعات سقط در مادران با حاملگی موفق که سابقه مثبت سقط داشتند
- 50 نمودار 27 - نمودار توزیع فراوانی اقدام به سقط در طیف سنی 20-40 سال
- 50 نمودار 28 - نمودار توزیع فراوانی اقدام به سقط در گروه های BMI
- 51 نمودار 29 - نمودار توزیع فراوانی مول در طیف سنی 20-40 سال
- 51 نمودار 30 - نمودار توزیع فراوانی مول در گروه های BMI
- 52 نمودار 31 - نمودار توزیع فراوانی سقط زودرس و سقط دیررس

بررسی رابطه بین BMI (شاخص توده بدنی) مادر و سقط در طی سال ۱۳۸۷ در بیمارستان بوعلی تهران

استاد راهنما: خانم دکتر سیما طادی استاد مشاور: خانم دکتر فاطمه محمدیاری

نگارش: مائده سوهانی شماره دانشجویی: ۸۱۴۶۶۶۷۴

شماره پایان نامه: ۴۲۴۰ شماره پایان نامه: ۱۳۶۱۰۱۰۱۸۶۱۰۵۱

از آنجایی که اساس سلامت هر جامعه ای سلامت مادر و فرزند است بررسی در مورد حاملگی هایی که ناموفق بوده اند می تواند مفید باشد. یکی از موارد حاملگی های ناموفق سقط خود به خودی است، در این مطالعه بر آن شدیم تا اثر BMI مادران را بر روی سقط بررسی نماییم. سقط (ABORTION) به معنی خاتمه خود به خودی یا عمدی حاملگی است پیش از اینکه جنین به رشد و تکامل کافی برای ادامه حیات برسد. معمولاً سقط به طور قراردادی به خاتمه حاملگی قبل از هفته بیست حاملگی یا کمتر بودن وزن هنگام تولد از پانصد گرم تعریف می شود. سقطی که بدون مصرف عوامل دارویی یا مکانیکی به منظور تخلیه رحم رخ می دهد سقط خود به خود نام دارد و به طور گسترده از واژه (MISSCARRIAGE) استفاده می شود. سقط به طور کلی دودسته می شود: سقط زودرس: سقط هایی که قبل از هفته دوازده بارداری روی می دهند. سقط دیررس: سقط هایی که از انتهای هفته دوازده تا انتهای هفته بیست رخ می دهند. BMI یا شاخص توده بدنی (BODY MASS INDEX) از تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر قد بر حسب متر مربع به دست می آید. بر اساس BMI، گروه های مختلفی ایجاد می شوند که هر گروه باید بر اساس BMI در طی حاملگی وزن گیری انجام دهند. در مواردی که BMI خیلی بالا باشد احتمال داده می شود که خطر سقط زیاد شود. در این بررسی می خواستیم بدانیم آیا واقعاً BMI با سقط ارتباط دارد یا نه. کلیه زنانی که به علت سقط در سال ۱۳۸۷ به بیمارستان بوعلی مراجعه کردند، مطالعه شدند و پرسشنامه ای پرشد که در آنها سن مادر، وجود یا عدم وجود هر گونه بیماری، اقدام به جهت سقط به صورت خود به خودی، تعداد حاملگی هایی که تاکنون داشته و اینکه آیا در حاملگی های قبلی سقط داشته یا نه، وجود تروما، وزن و قد مادر ثبت شد. در صورت وجود هرگونه بیماری و اگر جواب پاتولوژی مول بود و یا اگر جهت سقط عمداً اقدام کرده بودند و اگر ترومایی وجود داشت از مطالعه حذف شدند. به همان تعداد زنانی که دچار سقط شده بودند، زنانی که حاملگی آنها منجر به تولد نوزاد زنده و سالم شده بود و سن هماهنگ با مادران سقط کرده داشتند از لحاظ BMI بررسی شدند و BMI آنها با هم مقایسه شد. در هر گروه سنی BMI نرمال بیشترین درصد سقط ها را به عهده داشته که البته این نکته حائز اهمیت است که تعداد افراد با BMI نرمال در کل بیشتر بوده است. اما بعد از آن بیشترین درصد سقط ها در هر گروه سنی به BMI بالاتر از ۲۹ (چاق) اختصاص داشته است. بیشترین میزان early abortion بعد از BMI نرمال در گروه با BMI بالاتر از ۲۹ بوده است. بیشترین میزان late abortion در گروه با $26 < BMI < 29$ (گروه over weight) بوده است. نکته جالب توجه این است که کمترین میزان هم در گروه early abortion و هم در late abortion در BMI زیر حد نرمال بوده است. بنابراین آمارها می توان نتیجه گرفت که BMI زیر حد نرمال (کمتر از ۱۹.۸) safe تر از BMI بالاتر از نرمال $26 < BMI < 29$ و BMI بالاتر از ۲۹ در همه گروه های سنی می باشد.

فصل اول

مقدمه

در ماده 25 اعلامیه جهانی حقوق بشر قاطعانه اعلام شده است که هر کس حق دارد که دارای استانداردهای کافی زندگی از نظر سلامت و رفاه برای خود و خانواده اش باشد و در مقدمه اساسنامه بهداشت جهانی هم تاکید شده است که سلامت از حقوق اساسی هر یک از افراد بشر است تا از بیشترین استانداردهای سلامت برخوردار باشند. بنابراین مسئولیت در برابر سلامتی ایجاد می شود که هم مسئولیت فرد هم مسئولیت جامعه مطرح می باشد یعنی هر فرد برای ارتقای سلامتی خود پیشگیری از بیماری و محدود ساختن بیماری خود فعالیت نماید و جامعه هم با تامین تسهیلات، نیروی انسانی، مدیریت و ارزشیابی مشارکت نماید، به همین صورت پزشکی هم به پزشکی بالینی و اجتماعی تقسیم می شود که پزشکی بالینی به طور عمده بر مراقبت پزشکی افراد متمرکز است و بیمارشخصا طلب کمک می نماید تا مورد معاینه و درمان قرار گیرد اما در پزشکی اجتماعی، جامعه جایگزین فرد می شود و به عنوان کانون اصلی مورد توجه قرار می گیرد و مسئله در اینجا ارزشیابی و شناخت بهداشت جامعه است که شامل افرادی نیز می شود که در جستجوی مراقبت پزشکی نیستند ولی از آن برخوردار می شوند. به عبارت دیگر در پزشکی اجتماعی، پزشک بعد از مشاهده مشکل سعی می نماید با تحقیق و بررسی، وفور بیماری، نحوه توزیع سنی، جنسی، مکانی یا زمانی بیماری را مشخص نماید و عوامل تعیین کننده در ایجاد، پیشگیری و درمان بیماری را مشخص نماید. بنابراین از آنجایی که اساس سلامت هر جامعه ای سلامت مادر و فرزند است بررسی در مورد حاملگی هایی که ناموفق بوده اند می تواند مفید باشد.

یکی از موارد حاملگی های ناموفق سقط خود به خودی است، با توجه به این که در اکثر مطالعات پیشین در مورد اثر سن مادر و یا صرفا چاقی مادران بر روی نتایج حاملگی بررسی انجام شده است در این مطالعه برآن شدیم تا اثر BMI مادران را بر روی سقط بررسی نماییم.

بیان مسئله

سقط (ABORTION) به معنی خاتمه خود به خودی یا عمدی حاملگی است پیش از اینکه جنین به رشد و تکامل کافی برای ادامه حیات برسد . معمولا سقط به طور قراردادی به خاتمه حاملگی قبل از هفته بیست حاملگی یا کمتر بودن وزن هنگام تولد از پانصد گرم تعریف می شود .

سقطی که بدون مصرف عوامل دارویی یا مکانیکی به منظور تخلیه رحم رخ می دهد سقط خود به خود نام دارد و به طور گسترده از واژه (MISSCARRIAGE) استفاده می شود . سقط به طور کلی دودسته می شود :

الف) سقط زودرس : سقط هایی که قبل از هفته بیست بارداری روی می دهند .

ب) سقط دیررس : سقط هایی که از انتهای هفته دوازده تا انتهای هفته بیست رخ می دهند .

پاتولوژی سقط

خون ریزی به داخل دسیدوای قاعده ای که به دنبال آن نکروز بافتهای مجاور ناحیه خونریزی رخ می دهد معمولا توأم با سقط دیده می شود . در مواردی که سقط در مراحل اولیه بارداری روی دهد جدا شدن تخم موجب تحریک انقباض های رحمی و در نتیجه دفع آن می شود . وقتی ساک حاملگی باز شود ، معمولا در اطراف جنین کوچک له شده مایع یافت می شود ؛ همچنین ممکن است جنین قابل رؤیتی داخل ساک موجود نباشد که در این صورت به آن تخمک آسیب دیده یا آفت زده یا پوچ (BLIGHTED OVUM) گفته می شود . در سقط های دیررس امکان بروز پیامد های مختلف وجود دارد :

جنین باقیمانده ممکن است دچار له شدگی (MACERATION) شود که در این حالت استخوان جمجمه دچار کلاپس می شوند و شکم به دلیل انباشته شدن مایع آغشته به خون متسع و اعضای داخلی آن دژنره می شود . پوست بدن جنین نرم می شود و در داخل رحم و باکمترین تماس پوسته ریزی می کند . در صورتی که مایع آمیون جذب شود حالت جنین فشرده شده (FETUS COMPRESSUS) به وجود می آید .

گاهی ممکن است جنین به اندازه ای خشک و فشرده شود که به کاغذی از جنس پوست شباهت پیدا کند که به آن جنین پاپیروسی می گویند (FETUS PAPYRACEOUS).

اتیولوژی

بیش از 80 درصد سقط ها در 12 هفته اول حاملگی ایجاد می شوند و لااقل نیمی از این موارد ناشی از ناهنجاریهای کروموزومی هستند . بعد از سه ماهه اول میزان سقط و میزان بروز ناهنجاریهای کروموزومی کاهش پیدا می کند . در سه ماهه اول بارداری ، مرگ رویان یا جنین تقریباً همیشه قبل از دفع خود به خود تخمک روی می دهد از این رو تشخیص علت سقط زود هنگام تعیین علت مرگ جنین را نیز شامل می شود .

معمولاً طی ماه های بعد مرگ جنین پیش از دفع آن روی نمی دهد و از این رو باید سایر علل دفع جنین بررسی شوند .

علل سقط به دو دسته کلی تقسیم میشوند :

1 - عوامل جنینی

2- عوامل مادری

عوامل جنینی

الف) تکامل غیرطبیعی زیگوت

معمولاً در سقط های خود به خود زودرس می باشد .

ب) سقط آنوپلوئید

ناهنجاریهای کروموزومی هستند که علل اکثر سقط های زود هنگام می باشند .

ج) تریزومی اتوزومی

شایع ترین اختلال کروموزومی است که در سقط های سه ماهه اول تشخیص داده می شود . تریزومی اتوزوم های 13،16،18،21،22 شایع تر است .

د) منوزومی X (45x)

دررتبه دوم شیوع ناهنجاریهای کروموزومی قرار دارد. معمولاً موجب سقط و با شیوع بسیار کمتر منجر به تولد نوزاد دختر (سندرم ترنر) می شود.

ه) تریپلویدی

اغلب توام با دژنراسانس هیدروپیک جفت (مول) دیده می شود.

و) یوپلوئید

معمولاً جنینهای یوپلوئید در مقایسه با جنین های آنوپلوئید در مراحل دیرتر بارداری سقط می شوند.

عوامل مادری

الف) عفونت ها

برخی عفونت های مزمن از علل ناشایع سقط در انسان هستند. سقط خود به خود به طور مستقل با شواهد سرولوژیک سیفلیس و ویروس شماره یک نقص ایمنی انسان (HIV-1) در مادر و همچنین با کلونیزاسیون واژن با استرپتوکوکهای گروه B مرتبط است. بیماریهای مزمن ناتوان کننده از جمله سل و کارسینوماتوز در اوایل بارداری به ندرت موجب سقط میشوند.

ب) ناهنجاری های اندوکراین

- 1) هیپوتیروئیدیسم: با افزایش اندکی در خطر سقط در حاملگی همراهند (2).
- 2) دیابت شیرین: میزان سقط خود به خود و ناهنجاریهای عمده مادرزادی افزایش می یابد.
- 3) کمبود پروژسترون: ترشح ناکافی پروژسترون از جسم زرد یا جفت که نقص مرحله لوتئال نام دارد از علل سقط ذکر شده است.

ج) تغذیه

به نظر نمی رسد کمبود یک ماده غذایی در رژیم غذایی و یا کمبود متوسط تمام مواد غذایی علت مهمی برای سقط باشد.

د) مصرف دارو و عوامل محیطی

1) الکل: حتی مصرف الکل به مقدار متوسط نیز احتمال سقط خودبه خود را افزایش می دهد. میزان سقط در زنانی که هفته ای 2 بار الکل می نوشند 2 برابر و در زنانی که هر روز الکل می نوشند 3 برابر زنانی است که الکل مصرف نمی کنند.

2) کافئین: خطر سقط با تعداد فنجان های نوشیده شده در هر روز ارتباط دارد.

3) سموم محیطی: آرسنیک، سرب، فرمالدئید، بنزن و اکسید اتیلن مواد احتمالی سقط را محسوب میشوند.

4) پرتو تابی با دوز کافی از علل شناخته شده سقط است.

5) داروهای ضد بارداری خوراکی و یا عوامل اسپرم کش موجود در کرم ها و ژل های ضد حاملگی باعث افزایش موارد سقط نمی شوند. در صورت عدم موفقیت IUD احتمال سقط و به ویژه سقط عفونی به طور چشمگیر افزایش می یابد.

ه) عوامل ایمونولوژیک

سیستم ایمنی به عنوان یکی از عوامل مهم در سقط های مکرر مورد توجه قرار گرفته است. تقریباً 5% تا 15% زنان مبتلا به RM (RECURRENT MISSCARRIAGE) دارای ضد انعقاد های لوپوسی (LA)، آنتی کاردیولیپین (ACL) یا هر دو هستند (2). اگرچه ممکن است زنان مبتلا به سندرم آنتی فسفولیپید دارای RM در سه ماهه اول بارداری تظاهر کنند، مرگ جنین در سه ماهه دوم یا اوایل سه ماهه سوم برای این حالت اختصاصی تر است (2).

و) ترومبوفیلی ارثی

سقط های دیررس یعنی سقط های اواسط بارداری (قبل از هفته 20) با بعضی از این ترومبوفیلی ها در ارتباط هستند.

ز) لاپاروتومی

ظاهراً جراحی بدون عارضه شکم یا لگن در اوایل بارداری خطر سقط را افزایش نمی دهند .

ح) ترومای فیزیکی

ترومای شدید شکم می تواند زمینه را برای ایجاد سقط مستعد کند .

ط) نقایص رحم

1) نقایص اکتسابی رحم

حتی لیومیوم های بزرگ و متعدد رحمی معمولاً موجب سقط نمی شوند . چنانچه این ضایعات با سقط ارتباط داشته باشند ، محل آن ها اهمیت بیشتری از اندازه آن ها دارد . سندرم آشرمن که با چسبندگی های رحمی مشخص می شود معمولاً ناشی از تخریب مناطق بزرگی از آندومتر در اثر کورتاژ است . چنانچه این زنان باردار شوند ممکن است مقدار باقی مانده آندومتری برای حمایت از حاملگی ناکافی باشد و سقط روی دهد .

2) نقایص تکاملی رحم

درباره اینکه آیا نقص رحمی می تواند موجب سقط شود و آیا با اصلاح آنها می توان از سقط جلوگیری کرد اختلاف نظر وجود دارد (کالج متخصصان مامایی و زنان آمریکا a 2001).

3) بی کفایتی سرویکس

سرویکس بی کفایت (INCOMPETENT CERVIX) یا نارسا به طور کلاسیک با اتساع بدون درد سرویکس در سه ماهه دوم مشخص می شود که با پرولاپس و برآمدگی پرده های جنین به داخل واژن همراه است و به دنبال آن ، جنین به طور ناقص خارج می شود . متأسفانه غالباً شرح حال و علائم بالینی به نحوی هستند که افتراق نارسایی واقعی سرویکس از سایر علل سقط در سه ماهه دوم دچار مشکل می شود . در حال حاضر استفاده از سونوگرافی ترانس واژینال به منظور کمک به تشخیص نارسایی سرویکس مورد توجه قرار گرفته است .

عوامل پدري

اختلالات کروموزومی اسپرم به طور قطع با سقط در ارتباط هستند .

طبقه بندی سقط خود به خود

جنبه های بالینی سقط خود به خود در پنج گروه جداگانه قرار می گیرند :
تهدید به سقط ، سقط اجتناب ناپذیر ، سقط کامل ، سقط ناکامل ، سقط عفونی ، سقط فراموش شده
و سقط مکرر .

تهدید به سقط (THREATENED ABORTION)

تشخیص بالینی تهدید به سقط هنگامی مطرح می شود که ترشح خونی واژینال یا خونریزی از
سوراخ بسته سرویکس ، طی نیمه اول بارداری روی دهد . لکه بینی از واژن یا خونریزی
شدیدتر در مراحل اولیه بارداری که ممکن است چند روز تا چند هفته طول بکشد در یک زن از
هر 4 یا 5 زن حامله دیده می شود . به طور طبیعی حدود 1/2 این حاملگی ها منجر به سقط می
شوند ولی در صورت اثبات فعالیت قلب جنین احتمال سقط بسیار کمتر است . معمولاً ابتدا
خونریزی و سپس (ظرف چند ساعت تا چند روز بعد) درد کرامپی شکم شروع می شود .
درد ناشی از سقط ممکن است به شکل کرامپ قدامی و کاملاً ریتمیک ؛ درد مداوم پایین کمر
همراه با احساس فشار در لگن ؛ یا احساس ناراحتی مبهم در خط میانی سوپراپوبیک تظاهر کند .
درد در هر یک از انواع فوق در صورتی که همراه خونریزی باشد پیش آگهی ضعیفی را برای
ادامه بارداری پیش بینی می کند .

سقط اجتناب ناپذیر

دیلاتاسیون سرویکس همراه درد و پارگی واضح پرده ها که با نشست مایع آمنیون تظاهر می
نماید ، تقریباً نشانگر قطعی وجود سقط است . انقباض های رحم یا بلافاصله شروع و منجر به

سقط می شوند و یا عفونت روی می دهد . اگر ترشح ناگهانی مایع قبل از ایجاد درد ، تب یا خونریزی روی دهد ، باید بیمار در بستر استراحت کند و تحت نظر قرار گیرد . چنانچه بعد از 48 ساعت هیچ مایع آمنیون دیگری نشت نکند ، خونریزی ، تب یا درد موجود نباشد ، زن باردار می تواند همه فعالیت های معمولی خود را به جز هر نوع نفوذ به داخل واژن از سر بگیرد . ولی در صورتی که نشت مایع توام با خونریزی ، تب یا درد باشد یا به دنبال آن این نشانه ها و علائم ایجاد شوند باید سقط را اجتناب ناپذیر دانست و رحم را تخلیه کرد .

سقط کامل و ناکامل

پس از جدا شدن کامل و دفع محصول بارداری که سقط کامل نام دارد سوراخ داخلی سرویکس بسته می شود . هنگامی که تمام محصولات حاملگی دفع شوند درد و خونریزی به سرعت متوقف می شود (2). در موارد مشکوک انجام سونوگرافی برای تعیین خالی بودن رحم مفید است و در برخی شرایط انجام کورتاژ برای اطمینان از تخلیه کامل رحم ممکن است ضروری باشد (2). در سقط ناقص سوراخ داخلی سرویکس باز می ماند تا خون بتواند عبور کند . درد کرامپی هم وجود دارد (2) . ممکن است جنین وجفت به طور کامل در رحم باقی بمانند و یا به شکل نسبی از سوراخ متسع به بیرون برآمده شوند . در خیلی از موارد بافت باقی مانده جفت به صورت شل در مجرای سرویکس قرار گرفته و می توان آن را به راحتی با فورسپس حلقوی از سوراخ خارجی بیرون آورد . کورتاژ مکشی به طور موثر رحم را تخلیه می کند . گاهی خونریزی ناشی از سقط ناقص در بارداریهای پیشرفته تر شدید است ولی به ندرت منجر به مرگ می شود .

سقط فراموش شده

در سقط فراموش شده محصولات مرده بارداری روزها یا هفته ها در پشت منفذ بسته سرویکس باقی می مانند . بعد از مرگ جنین ممکن است خونریزی واژینال یا سایر علائم تهدید به سقط بروز کنند و یا دیده نشوند. رحم اندازه ثابت خود را چند روز یا چند هفته حفظ می کند ولی پس از آن به تدریج کوچکتر می شود و معمولاً تغییرات پستان پسرفت می کنند . بسیاری از زنان به جز آمنوره ثابت علامت دیگری ندارند .