



۳۲.۱۶

مرکز پایان نامه‌های علمی ایران
تعمیر مراکز



دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دانشکده پزشکی

پایان نامه جهت دریافت درجهٔ دکترا

عنوان:

بررسی درصد فراوانی انواع سقطهای خودبخودی
به تفکیک گروه سنی و پاریته در زنان بستری شده
در زایشگاه قدس زاهدان در فاصله زمانی فروردین
۱۳۷۶ تا فروردین ۱۳۷۷

به راهنمایی استاد ارجمند:

سرکار خانم دکتر شهلا درخوش

متخصص بیماریهای زنان و زایمان

۹۳۶۶ -

نگارش:

علیرضا خسروی

شماره پایان نامه: ۴۴۰

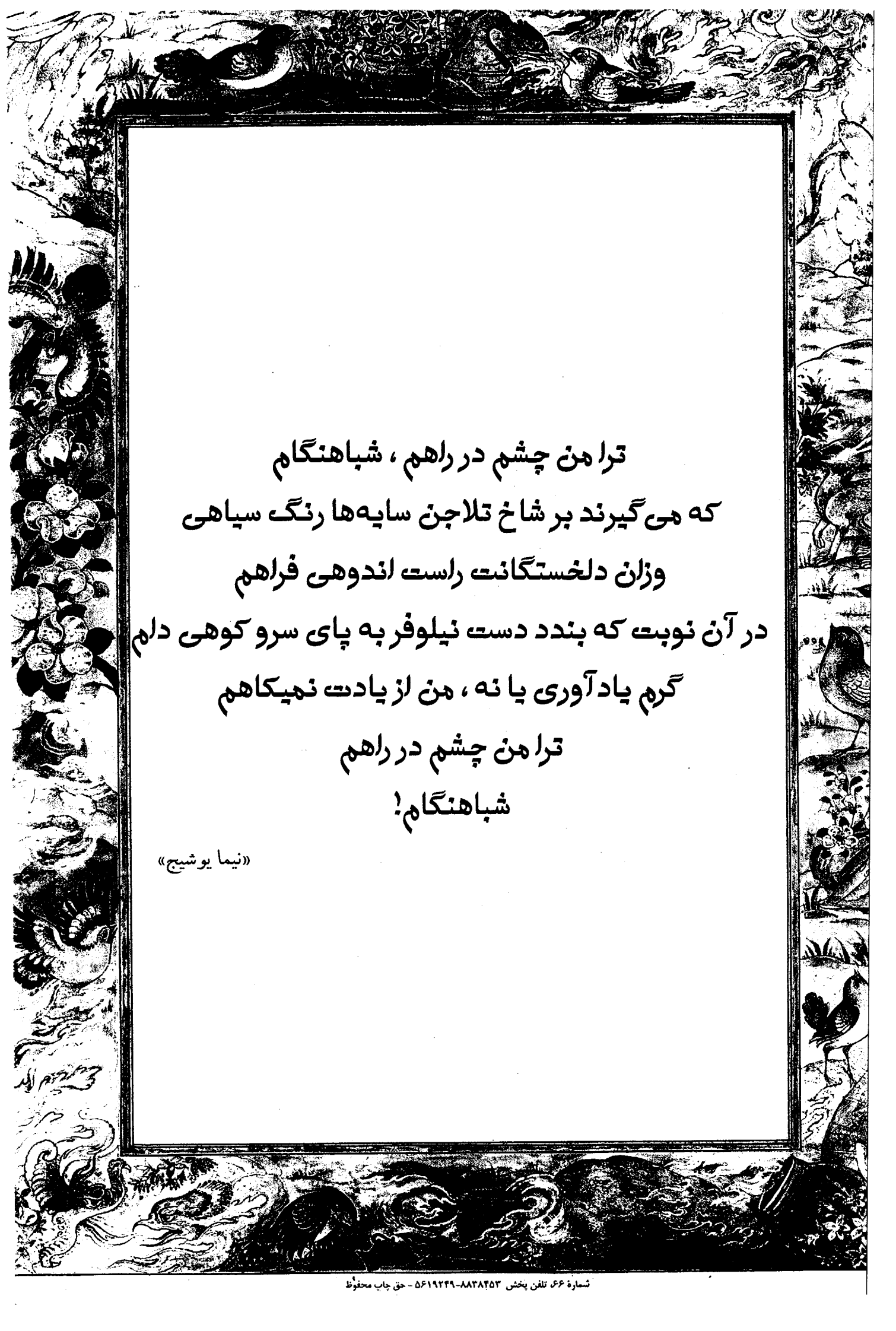
سال تحصیلی ۷۷-۱۳۷۶

۳۲۰۱۹

تقدیم به :

استاد ارجمند سرکار خانم دکتر درخوش

**که در انجام این تحقیق مرا
کریمانه و صمیمانه راهنمایی فرمودند.**



ترا من چشم در راهم ، شباهنگام
که می گیرند بر شاخ تلاجن سایه ها رنگ سیاهی
وزان دلخستگانت راست اندوهی فراهم
در آن نوبت که بندد دست نیلوفر به پای سرو کوهی دلم
گرم یاد آوری یانه ، من از یادت نمیگام
ترا من چشم در راهم
شباهنگام!

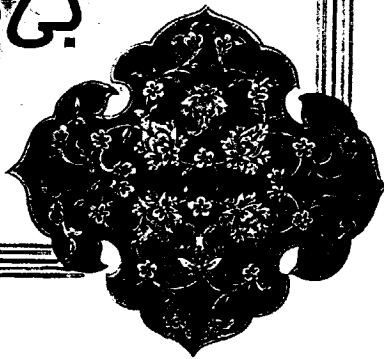
«نیما یوشیج»

تقدیر به:

همسر مهربانه که صمیمت
بی دریغش ناتوانم می سازد و بودن
بی تردیدش معجزتی دیگر گونه است ،
هدیّتی نه چنان کم بهای که اغیار را
بشاید. او که اعتماد و حمایت
بی بدیلتش ، فنکای مرهمی بر شعله
زخم بود.



تقدیر به:



مادر فداکاره که وجوده را
مدیون او هستم و پشتکاره را
او که تلاش برای جبران ذره‌ای از
دریای بیکران محبتش ، تلاشی
بی نتیجه اما دلپذیر است

تقدیم به :

خانواده‌ام (خواهران ، پدرم و برادرم) که همواره
پشتیبانم بوده‌اند و امید را در قلبم زنده نگه داشته‌اند.

تقدیم به :

خانواده‌ی محترم همسرم که با مهربانی‌شان
طی طریق را برایم آسان ساختند.

فهرست

صفحه	عنوان
۱	● خلاصه فارسی
۲	● مقدمه
فصل اول: کلیات	
۳	● سقط خودبخودی
۳	☆ پاتولوژی
۴	☆ برگشت تخمک گذاری
۴	☆ اتیولوژی سقط خودبخودی
۶	☆ عوامل جنینی
۹	☆ عوامل مربوط به مادر
۱۱	☆ اختلالات غدد درون ریز
۱۲	☆ تغذیه
۱۳	☆ داروهای محرک و عوامل محیطی
۱۳	☆ دخانیات
۱۳	☆ الکل
۱۳	☆ کافئین
۱۴	☆ عوامل ایمونولوژیک
۲۱	☆ نقایص رحمی
۲۱	☆ نقایص رحمی اکتسابی
۲۱	☆ نقایص تکاملی رحم
۲۲	☆ سرویکس نارسا
۲۸	☆ عوامل پدری

فصل دوم: طبقه بندی و درمان سقط خودخودی

- تهدید به سقط ۲۹
- سقط غیر قابل اجتناب ۳۳
- سقط ناقص ۳۴
- سقط فراموش شده ۳۵
- سقط خودبخودی مکرر ۳۶
- ایجاد سقط ۳۷
- ☆ روشهای انجام سقط ۳۸
- ☆ روشهای جراحی سقط جنین ۳۸
- ☆ اتساع و کورتاژ ۳۹
- ☆ متسع کننده های هیدروسکوپیک ۴۰
- ☆ دیلاتاسیون، کورتاژ و تخلیه ۴۱
- ☆ سوراخ شدن رحم ۴۳
- ☆ تخلیه خون قاعدگی ۴۴
- ☆ لاپاراتومی ۴۵
- ☆ سقط جنین با روشهای طبی ۴۶
- پیامدهای سقط انتخابی ۵۱
- ☆ مرگ و میر مادران ۵۱
- ☆ تأثیر روی حاملگی بعدی ۵۱
- ☆ سقط عفونی ۵۳
- ☆ شوک عفونی ۵۳
- ☆ نارسایی حاد کلیه ۵۳

فصل سوّم : بحث و نتیجه گیری

- نتیجه گیری ۵۷
- جداول و نمودارها ۵۸
- خلاصه انگلیسی ۶۲
- منابع ۶۳

چکیده فارسی :

سقط و پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی آن از معضلات عمده زنان در سنین باروری می باشد. این مسئله به خصوص در زنان و کشورهای در حال توسعه که با کمبود امکانات مادی و حمایت های اجتماعی رو به رو هستند جنبه مهمتری به خود می گیرد.

هدف ما در این بررسی تعیین شیوع انواع سقطهای خود به خودی در فاصله زمانی فروردین ماه ۱۳۷۶ تا فروردین ماه ۱۳۷۷ در زایشگاه قدس شهرستان زاهدان می باشد که در کنار آن بررسی از نظر شیوع در گروه های مختلف سنی و پاریته نیز صورت می گیرد.

روش کار در این تحقیق استفاده از پرونده های بیماران بستری شده در زایشگاه قدس زاهدان بوده است و به صورت گذشته نگر انجام شده است.

در این بررسی شیوع ۵ نوع سقط خودبخودی شامل تهدید به سقط، سقط ناقص، سقط کامل، سقط فراموش شده و سقط اجتناب ناپذیر تعیین گردیده و سپس در گروه های مختلف سنی و پاریته تفکیک گردیده است و در پایان جمع بندی آماری نتایج و نمودارها ارائه گردیده است.

مقدمه:

سقط خودبخودی به ختم حاملگی قبل از پایان هفته بیستم اطلاق می‌گردد. در این حالت وزن جنین کمتر از ۵۰۰ گرم بوده و ممکن است زنده یا مرده باشد و گاهی ممکن است جنین قابل شناسایی در کار نباشد. سقط خودبخودی شامل انواعی می‌باشد که عبارتند از: (۱) سقط کامل: دفع کامل محصولات حاملگی قبل از پایان هفته بیستم (۲) در حالیکه در سقط ناکامل در همین مدت مقداری از آن دفع می‌گردد نه همه آن. سقط زودرس قبل از هفته ۱۲ و سقط دیررس بین هفته‌های ۱۲ تا ۲۰ می‌باشد. (۳) تهدید به سقط: عبارت است از خونریزی داخل رحمی قبل از پایان هفته بیستم با یا بدون انقباضات رحمی بدون خروج محصول حاملگی و بدون دیلاتاسیون سرویکس. (۴) سقط اجتناب ناپذیر: عبارت است از حالتی که در طی آن خونریزی داخل رحمی قبل از پایان هفته بیستم شروع شده است و با دیلاتاسیون مداوم و پیشرونده سرویکس همراه می‌باشد و پیشرفت اجتناب ناپذیر در تخلیه رحم صورت می‌گیرد. (۵) سقط فراموش شده: در این حالت جنین در داخل رحم می‌میرد ولی محصول حاملگی در داخل رحم محبوس می‌گردد.

سقط همراه با عفونت ارگان‌های تناسلی را سقط عفونی (Infected Abortion) می‌گویند، در حالیکه به سقط توأم با انتشار سیستمیک عفونت سقط سپتیک (Septic Abortion) گفته می‌شود. انسیدانس سقط خودبخودی ۱۵ تا ۴۰ درصد است و ۷۵ درصد آنها قبل از هفته ۱۶ و ۶۲ درصد آنها قبل از هفته ۱۲ رخ می‌دهد. انسیدانس سقط خودبخودی تحت بالینی حدود ۸ درصد است. انسیدانس سقط تحت تأثیر سن زوجین و تعدادی از فاکتورهای وابسته به حاملگی می‌باشد. از آنجا که سقط یکی از مشکلات شایع و مهم در زنان سنین باروری می‌باشد این بررسی جهت تعیین شیوع انواع سقط به تفکیک گروه‌های سنی مختلف و پاریته صورت می‌گیرد.

فصل اول : کلیات

سقط خودبخودی

تعریف :

در ایالات متحده سقط را ختم حاملگی قبل از هفته ۲۰ حاملگی بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی تعریف می‌کنند. تعریف مرسوم دیگر تولد نوزادی است که وزن او کمتر از ۵۰۰ گرم می‌باشد. در بعضی از کشورهای اروپایی، این تعریف را برای وزن کمتر از ۱۰۰۰ گرم در نظر می‌گیرند.

پاتولوژی

خونریزی به داخل دسیدوای قاعده‌ای و مرگ سلولی در بافت‌های مجاور معمولاً با سقط همراه است. تخمک بطور کامل یا ناقص جدا شده و احتمالاً به عنوان جسم خارجی در رحم عمل می‌کند که نتیجه آن تحریک انقباضات رحم و دفع تخمک است. با باز کردن کیسه، معمولاً با مایعی برخورد می‌کنیم که یکی جنین کوچک و ماسره را در بر می‌گیرد و گاهی اوقات هیچ جنینی در کیسه وجود ندارد که به آن تخم از بین رفته (blighted ovum) اطلاق می‌شود. با مشاهده از طریق میکروسکوپ، پرزهای جفت غالباً ضخیم به نظر می‌رسند، توسط مایع متسع شده‌اند و دو انتهای پرزها کیسه‌ای شکل شبیه سوسیس می‌باشد. در این پرزهای پر از مایع، تغییرات دژنراسیون مولی صورت می‌گیرد.

مول خونی (carneous mole) تخمکی است که توسط غلافی از خون لخته شده احاطه می‌گردد. ضخامت این غلاف متفاوت بوده و پرز جفتی تخریب شده در سرتاسر آن پراکنده است. حفره کوچک پر از مایع داخل آن متراکم به نظر می‌رسد و به علت ضخامت لخته قدیمی خون، نامنظم می‌شود. این نوع در سقطهایی بوجود می‌آید که به آهستگی رخ می‌دهند، چون خون فرصت پیدا می‌کند که در بین دسیدوا و کوریون جمع شده و منعقد گردد و بدین ترتیب چند لایه را تشکیل دهد.

در سقطی که جنین به اندازه قابل ملاحظه می‌رسد احتمال وقوع چند پیامد وجود دارد. گاهی در

جنین ماسراسیون ظاهر می‌گردد. در این حالت، استخوان‌های جمجمه روی هم می‌خوابد، شکم با مایعی به رنگ خون متسع می‌شود، و جنین به رنگ قرمز تیره درمی‌آید. در عین حال، پوست شل شده و در رحم می‌ریزد یا با کوچکترین تماس دست، جدا می‌شود. در اعضاء داخلی استحاله و مرگ سلولی صورت می‌گیرد و شکننده شده و ظرفیت خود را برای گرفتن رنگهای معمول که در بافت شناسی بکار می‌روند، از دست می‌دهند. زمانی که جنین روی خودش فشرده می‌شود و در اثر خشک شدن بصورت «جنین فشرده» (fetus compressus) درمی‌آید، مایع آمیونی جذب می‌گردد. گاهی اوقات، جنین آنقدر خشک و فشرده می‌شود که مثل چرم به نظر می‌رسد و به آن جنین کاغذی (fetus papyrateus) اطلاق می‌کنند. حالت اخیر در حاملگی دو قلو نسبتاً شایع است، یعنی یک جنین در زمان زودتری می‌میرد و جنین دیگر به نمو کامل می‌رسد.

برگشت تخمک گذاری

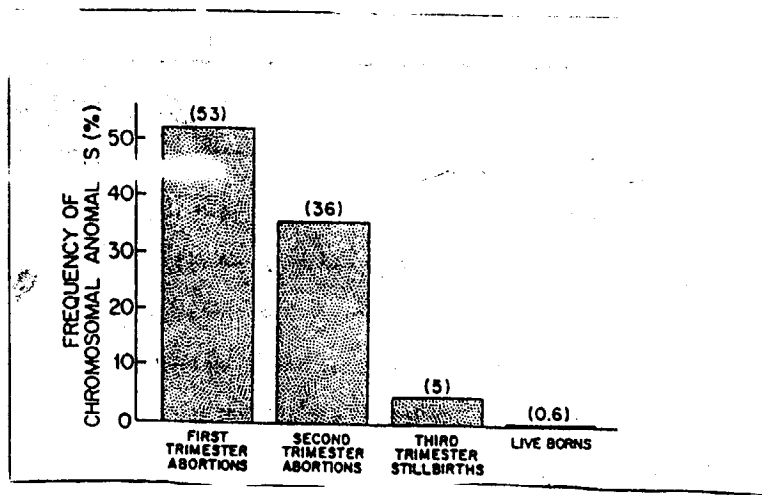
تخمک گذاری در حدود ۲ هفته پس از سقط رخ می‌دهد. lauteenmaki و luukkainen (۱۹۷۸) افزایش ناگهانی هورمون LH را در مدت ۱۶ تا ۲۲ روز پس از بروز سقط در ۱۵ نفر از ۱۸ زن مورد مطالعه نشان دادند علاوه بر این، غلظت پروژسترون پلازما که پس از سقط افت می‌کند، بلافاصله پس از بالا رفتن غلظت LH، افزایش می‌یابد. این تغییرات هورمونی بخوبی با تغییرات نسجی بیوپسی‌های آندومتر و افزایش درجه حرارت پایه بدن پس از سقط مطابقت دارد (Boyd و Holmstrom، ۱۹۷۲) بنابراین نکته مهم آن است که اقدامات ضد بارداری بلافاصله پس از سقط بطور مؤثر آغاز شود.

اتیولوژی سقط خودبخودی

بیش از ۸۰ درصد سقطها در ۱۲ هفته اول حاملگی رخ می‌دهند و پس از آن این میزان بسرعت کاهش می‌یابد (Harlap و همکاران، ۱۹۸۰). ناهنجاری‌های کروموزومی حداقل مسئول نیمی از

سقطهای زودرس در مدت مذکور می‌باشند و پس از آن بطور یکنواخت و بسرعت کاهش می‌یابد (شکل ۱). خطر سقط خودبخودی با تعداد زایمان‌ها و نیز سن پدر و مادر زیاد می‌شود (Fraser و Warbuton، ۱۹۶۴؛ Wilson و همکاران، ۱۹۸۶). شیوع سقط‌هایی که بصورت بالینی تشخیص داده می‌شوند از ۱۲ درصد در خانمهای با سن کمتر از ۲۰ سال به ۲۶ درصد در خانمهای با سن بیشتر از ۴۰ سال می‌رسد. در مورد سنین مشابه پدری، افزایش از ۱۲ تا ۲۰ درصد می‌باشد. بالاخره، شیوع سقط با حامله شدن زن در عرض مدت سه ماه پس از زایمان افزایش می‌یابد (Harlap و همکاران، ۱۹۸۰).

مکانیسم‌های دقیق مسئول بروز سقط همیشه مشخص نیستند ولی در ماههای اول حاملگی، تقریباً در همه موارد مرگ جنین یا رویان قبل از خروج محصول حاملگی صورت می‌گیرد. به این دلیل، بررسی اتیولوژی سقط زودرس شامل تعیین علت مرگ جنین می‌باشد. در ماههای بعد، جنین معمولاً قبل از خارج شدن نمی‌میرد و توضیحات دیگری برای علت خروج آن ضروری است. مرگ جنین می‌تواند در اثر اختلالات تخمک یا تخم و بیماری سیستمیک مادر و بندرت پدر ظاهر شود.



شکل ۱: شیوع آنومالی‌های کروموزومی در جنینهای سقط شده و متولدین مرده در هر سه ماه از حاملگی در مقایسه با

شیوع آنومالیهای کروموزومی در نوزادان زنده