

بررسی سقط در بیمارستان زنان صالح از تاریخ ۱۳۵۱ تا آخر ۱۳۵۲

دکتر حسین پارسا * دکتر سید علی اصغر پلاسید **

- ۴ - سوراخ شدن رحم توسط زیدنتها ۹ نفر
۵ - اقدام به هیستریکتومی جهت درمان
پارگی رحم و یا عفونت شدید ۱۲ نفر

عوارض دیررس Delay Complication

- ۱- نازائی ثانوی بعثت بسته شدن لوله های
شیپوری ۱۲۴ نفر
۲ - چسبندگی رحم سندرم آشرمن ۳۱ »
۳- سقط تکراری بعثت نارسائی دهانه
رحم Incompetence Cervix ۲۶ »
۴- آبستنی خارج از رحم بدنبال کورتاژ ۱۰۲ »
بقیه عوارض دقت زیادتری نشده و یا بیماران
برای آنها مراجعه ننموده اند .
روزهای بستری بودن بیماران حداقل ۴ ساعت و
حداکثر ۶۸ روز بوده که بطور متوسط ۳۵ روزه بوده است .
کورتاژ بدون بیهوشی با داروهای مسکن و مرفین ۷۶٪ موارد
با بیهوشی وریدی و ناکامل و با دادن گاز تریلن ۲۴٪ .

انواع بالینی سقط

- ۱ - تهدید به سقط ۲۶٫۴٪
۲ - سقط غیراجتناب ۲۸٫۶٪
۳ - سقط عفونی ۱۷٫۲٪
۴- سقط های عفونی همراه با Septicemia ۱۰٪
۵ - سقط عادی ۱۶٪
۶- سقط فراموش شده Missed Abortion ۱۵٪
۷- سقط درمانی ۰٫۳٪
در يك گروه بیمار در سال ۱۳۵۱ که تعداد آنها
۲۸۸ بوده علل زیر باعث سقط و یا تکرار سقط آنها شده بود :
۱- نارسائی دهانه رحم ۳۲ نفر
۲- هیپوتیروئیدی ۴۴ »
۳- لیتستریا منوسیتوزن ۶ »
۴- توکسوپلاسم گوندی ۵ »
۵- نارسائی لوتئال تخمدانی ۶۹ »

تعریف سقط : خروج جنین با آمپریوم از رحم
قبل از اینکه در محیط خارج قابل زندگی باشد سقوط گویند .
و بنابراین برای آگاهی بیشتر بهداشت جهانی مآخذی برپایه
وزن جنین که از ۵۰۰ گرم کمتر را سقط مینامند مآخذ
قرار داده است .

بررسی بیماران : تعداد کل بیماران برای زایمان و

سقط در مدت ۱۰ سال

تعداد زایمان ۹۶۸۴۷ نفر
تعداد سقط ۳۰۶۹۹ »
تعداد کل ۱۲۷۵۴۶ »

تعداد سقطها تقریباً $\frac{1}{3}$ نسبت به زایمانها است .

یعنی در بیمارستان زنان صالح در مقابل هر سه زایمان يك سقط
وجود دارد زیرا تعداد بیشتری سقط به بیمارستان مراجعه
مینمایند در حالیکه تعدادی از بیماران در منزل توسط خانمهای
مامای ممکنست وضع حمل نمایند .
تعداد مرگ و میر از کورتاژ درین مدت بدودسته
تقسیم شده اند :

۱) گروهی که با دستکاری و عفونت های شدید و
مسمومیت مراجعه نمودند و با حالت شوک دارویی یا شوک سپتیک
مراجعه نمودند .

۲) بیمارانی که در خارج از بیمارستان جهانشاه صالح
توسط افراد مختلف و ناوارد اقدام به کورتاژ و یا سقط عمدی
نموده اند که ناقص و ناکامل بوده است .

۳) بیمارانی که در بیمارستان مراجعه در موقع عمل
دچار عارضه ای شده اند .

عوارض زودرس Early Complication

- ۱- خونریزی شدید بعد از سقط ۱۶٪ کل موارد
بوده است .
۲- شوک سپتیک Septic Shock ۲۲٪ کل موارد
بوده است .
۳- سوراخ بودن رحم در موقع مراجعه ۱۷ نفر

۴ - سن سقط (۵ - ۶ ماهه از وزن ۵۰۰ گرم کمتر) ۳۴٫۶ درصد بوده است .

علت سقط ۶۰ درصد عمدی بوسائل گوناگون اقدام به سقط نموده‌اند که عبارت بودند از گذاردن سند داخل رحم توسط افرادی ناوارد ، استعمال داروهای مسموم‌کننده مثل تریاک ، پرمنگات ، جوهر لیمو و خوردن قرص جعفری که سه مورد باعث مسمومیت شدید و آنوری و مرگ در آنها شد ، سوراخ کردن رحم بوسیله میله بافندگی و ۲ مورد پاره کردن رحم و کول دوساک طرفی توسط افراد ناوارد یکی در درمانگاهی اقدام باینکار نموده بود و دیگری در مطب غیرپزشک که یکی پاره شدن روده بزرگ که همراه عمل جراحی و برداشتن روده و دیگری ترمیم جدار رحم و خارج نمودن بتایای جنین و جفت باقیمانده و بالاخره استعمال پرمرغ و غیره در بررسی که بعمل آمد کلیه بیماران از دوفرنز بیشتر داشتند بجز ۵ نفر که یا بچه نداشتند و یا (تا ۲ فرزند داشتند ولی حاملگی ناخوانده آنها در اثر سهل انگاری بوده و هر ۵ نفر بدون شوهر بودند .

در این گروه نیز عفونت و خونریزی ۲ تا ۳ مرتبه بیشتر از سقطهای خودبخود بوده است و چندین مورد با حالت عفونی شدید و (Septic Shock (8A مراجعه نموده‌اند که درمان با کانامایسین با سفالواریدین و تجویز گورتین نمودیم. در گروه دوم که ۴۰٪ را تشکیل میداد علت سقط بیشتر در موارد زیر بوده است :

۳۰ درصد در سه ماهه اول و علت اصلی کمبود تیروئید نارسائی تخمدان نارسائی جفت علل ناشناخته دیگر بوده است .

۱۰٪ دیگر نارسائی دهانه رحم، ضرب و ناسازگاری خونی بیشتر از نوع ABO بوده است .

در آخر بحث باید توجه نمود که علت بیشتر سقطها حاملگیهای ناخواسته است که شاید علت عمده وضع اقتصادی و اجتماعی مردم باعث آنها میشود که موضوع از نظر ماکمال اهمیت را دارد زیرا روزهای بستری و مصرف داروهای آنتی بیوتیک و خون برای ترانسفوزیون بسیار رقم مهم مادی انسانی است ولذا شرائط نامساعد اقدام به سقط که در دست افراد ناوارد بکار میرود صدمات زیادی به بهداشت مادران نیز خواهد زد و از نظر مادی نیز تعداد زیادی از تختهای بیمارستانها را اشتغال مینمایند و بودجه درمانی زیادی را باعث میشوند در حالیکه اگر این عمل بدست افراد وارد و در شرایط کامل بهداشتی انجام شود چنین خسارات جانی و مالی ببار نخواهد آورد .

- ۶- نارسائی جفت ABO, Rh ۸۹ »
 - ۷- ناسازگاری خونی ۴ »
 - ۸- موارد نارسائی جفت باعث بیماری کنبوی مزمن ۲۷ »
 - ۹- نارسائی جفت باعث دیابت سقط و زایمان زودرس ۱۲ »
- البته در بقیه بیماران دیگر یا مراجعه نمودند و یا علت اغلب دستکاری و یا خودبخود و سایر عوارض دیگر که امتحان نشده ، بوده است .

گروه بیمارانی که سقط درمانی شدند ۹۱ بیمار بوده که عبارتند از :

- ۱- بیماران قلبی درجه ۳ و ۴ ۳۳ نفر
- ۲- بیماران کنبوی مزمن در ماههای ۱-۳ ماهه ۲۷ »
- ۳- ناراحتیهای شدید روانی ۱۲ »
- ۴- فشارخون همراه با اختلالات بینائی (هیستروتومی در ماههای ۱-۶) ۶ »
- ۵- سل ارزنی پیشرونده ۲ »
- ۶- سرخجه ۲ »
- ۷- سرطان دهانه رحم ۵ »
- ۸- سرطان پستان ۳ »
- ۹- هوچکین ۱ »

سال	تعداد کل زایمان	تعداد کل سقط	تو تال
۱۳۴۲	۷۴۵۹	۳۱۰۵	۱۰۵۶۴
۱۳۴۳	۸۷۴۲	۳۸۹۵	۱۲۶۳۷
۱۳۴۴	۹۳۹۹	۳۴۲۰	۱۲۸۱۹
۱۳۴۵	۸۲۵۸	۲۹۶۶	۱۱۲۲۴
۱۳۴۶	۷۸۱۸	۲۷۵۴	۱۰۵۷۲
۱۳۴۷	۸۷۱۰	۲۳۶۷	۱۱۰۷۷
۱۳۴۸	۸۰۴۳	۲۲۹۴	۱۰۳۳۷
۱۳۴۹	۱۱۶۸۸	۳۳۲۵	۱۵۰۱۳
۱۳۵۰	۱۰۶۲۲	۳۰۷۸	۱۳۷۰۰
۱۳۵۱	۱۱۱۰۸	۳۴۹۵	۱۴۶۰۳
	۹۶۸۴۷	۳۰۶۹۹	۱۲۷۵۴۶
	۹۶۸۴۷	۳۰۶۹۹	۱۲۷۵۴۶

در بررسی يك گروه ۱۶۳۵ نفر (در ۶ ماهه اول ۱۳۵۱) نتایج زیر بدست آمد :

- ۱ - سن بیماران بین ۱۵-۳۹ ساله ۹۹٪ موارد بوده است .
- ۲ - سن سقط (۱ تا سه ماهه) ۷۱٫۵۷ درصد موارد .
- ۳ - سن سقط (۳ - ۵ ماهه) ۲۴٫۹۷ درصد موارد .

SUMMARY

Total number of abortions: 30,699.

60% of abortions were criminal and the remainder were due to:

- (a) Cervical incompetence
- (b) hypothyroidism
- (c) Listeriosis
- (d) Toxoplasmosis
- (e) Luteal phase deficiency
- (f) Placental deficiency
- (g) Rh and ABO incompatibility and

unknown etiology.

Therapeutic abortions were also performed in several cases due to:

- (a) Miliary tuberculosis
- (b) Rubella
- (c) Carcinoma of the cervix
- (d) Breast cancer
- (e) Hodgkin's disease
- (f) Heart disease grade III or IV
- (g) Renal disorders.

REFERENCES

- (1) F. Addelson, M.S.; A.C.S.W., American Journal of Obstetrics and Gynecology: December (1) 1971, Vol. III, p. 984-992, "Therapeutic Abortion".
- (2) J.G. Bradley, M.D. & D.R. Ostergard, MA, M.D., Obstetrics and Gynecology; May 1970; Vol. 35, Number 5, p. 714-717, "Septic Threatened Abortion".
- (3) P. Bowen, C.S.N. Lee, American Journal of Obstetrics and Gynecology; August (1) 1969; Vol. 104, p. 973-983, "Spontaneous Abortion". (Chromosome studies on 41 cases and an analysis of maternal age and duration of pregnancy in relation to Karyotype).
- (4) E.F. Boyd, Jr., M.D. & E.G. Holmstrom, M.D. : American Journal of Obstetrics and Gynecology; June 15, 1972, Vol. 113, p. 469-473. "Ovulation following therapeutic Abortion".
- (5) D.E. Carmicheal, M.D., F.A.C.O.G.; Obstetrics and Gynecology, December 1970, Vol. 36, p. 922-928. "Asherman's Syndrome".
- (6) R.J. Endree, M.D. : American Journal of Obstetrics and Gynecology, October 1, 1971; Vol. III, p. 436-439. "Abortion in Perspective".
- (7) James, M. Ingram, M.D., American Journal of Obstetrics and Gynecology; September 1969, Vol. 105, p. 35-42; "Changing Aspects of Abortion Law".
- (8) (A) W.E. Josey, M.D. & W.E. Farrar, Jr., M.D.; American Journal of Obstetrics and Gynecology, January 15, 1970, Vol. 106, p. 237-241; "Cephaloridine in Septic Abortion: Comparison with a conventional Combined Antibiotic regimen in a Conservative Program of Management".
- (8) (B) J.J. Kopelman, M.D. & G.W. Douglas, M.D.; American Journal of Obstetrics and Gynecology; November 1, 1971; Vol. III, p. 660-671, "Abortion by resident physicians in a municipal hospital center".
- (9) K. Kinoshita, M.D., T. Wagatsuma, M.D., M. Hogaki, M.D., S. Sakamoto, M.D.; American Journal of Obstetrics and Gynecology ;November 15, 1971; Vol. III, p. 855-857, "The induction of abortion by prestoglandine F2x".
- (10) A.C. Kimball, Ph.D., B.H. Kean, M.D. & F. Fuchs, M.D.; American Journal of Obstetrics and Gynecology; September 15, 1971; Vol. III p. 219-225, "The role of toxoplasmosis in abortion".
- (11) S.L. Larson, M.D., L.A. Aaro, M.D. & J.L. Titus, M.D., Ph.D. : American Journal of Obstetrics and Gynecology; February 15, 1970; Vol. 106, p. 622-623; "Monosomy of a G chromosome in Spontaneous abortions"
- (12) A.J. Margolis, M.D., F.A.C.O.G. & E.W. Overstreet, M.D., F.A.C.O.G. Obstetrics and Gynecology; September 1970; Vol. 36, p. 479-481, "Legal abortion without hospitalization".
- (13) D.R. Ostergard, M.D. & J.G. Brandley, M.D.; Obstetrics and Gynecology, May 1970; Vol. 35, Number 5, p. 705-713, "Septic incomplete abortion".
- (14) J.A. Pritchard, M.D. & P.J. Whalley, M.D.; American Journal of Obstetrics and Gynecology, October 15, 1971; Vol. 3, "Abortion complicated by Clostridium perfringens infection".
- (15) N.M. Simon, M.D., D. Rothman, M.D., J.T. Goff, M.D. & A.G. Senturia, M.D.; American Journal of Obstetrics and Gynecology, July 15, 1969, Vol. 104, p. 799-807, "Psychological factors related to spontaneous".