

راهنماهای خدمات سلامت
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

شماره:

۱۰۰/رسم/۹۲۱۰۶۸۰۱

تاریخ تدوین:

فروردین ماه ۱۳۹۲

تاریخ بازنگری:

عنوان (به فارسی و انگلیسی)

تشخیص و درمان سقط جنین

Miscarriage/ Abortion Management: Diagnosis and Treatment

کاربران هدف

پزشکان خانواده، عمومی، متخصصین جراحی، زنان و زایمان، ماماها و کارکنان بهداشتی شاغل در بخش‌های دولتی و غیردولتی (عمومی، خصوصی، خیریه و...)

مقدمه

سقط یکی از شایعترین مشکلات حاملگی است که غالباً اثرات اجتماعی و روانی مهمی بر روی مادران بر جای میگذارد. حدود ۵۰-۲۵ درصد زنان حداقل یک سقط را تجربه میکنند. سقط مکرر به صورت ۳ یا بیش از ۳ سقط متوالی که قبل از هفته ۲۰ حاملگی رخ میدهد تعریف می شود، که تقریباً در ۱ درصد همه زوجها رخ می دهد (۱, ۲). آمارهای جهانی نشان میدهند سالیانه حدود ۲۱۰ میلیون بارداری در سراسر جهان شکل می گیرد که ۲۲ درصد از این موارد به دلایل مختلف متوسل به سقط جنین می گردند. براساس آمار ارائه شده توسط وزارت بهداشت درمان، آموزش پزشکی در ایران، سالیانه ۸۰ هزار سقط صورت می گیرد (۳). مطابق آمار منتشر شده، سالانه یک میلیون و چهارصد هزار سقط جنین فقط در آمریکا انجام می شود که رقم کمی آن در ۲۵ سال گذشته به حدود ۳۶ میلیون رسیده است (۴). طبق نتایج یک مطالعه در انگلیس میزان سقط در بین مادران مراجعه کننده به پزشکان عمومی ۱۲ درصد قبل از ۲۰ هفته بارداری بود (۱). در نیجریه، ۱۰ درصد زنان در طول زندگی خود یک سقط را تجربه کرده اند؛ بطوریکه سالانه ۷۶۰۰۰۰ سقط در این کشور گزارش شده است (۵). نتایج یک مطالعه در اردبیل نشان می دهد، در سه ماهه اول سال ۱۳۸۰، از ۱۵۰۰ مراجع بخش زنان و زایمان حدود ۳۰۰ مورد سقط جنین و ۱۲۰۰ مورد موالید زنده وجود داشته که نسبت سقط به موالید زنده در این سه ماهه ۲۰ درصد بوده است (۶). بسیاری از سقط ها به مرگ و میر مادران در سنین باروری منجر شده و نیز صد ها هزار ناتوانی جسمی و جنسی به همراه عوارض اقتصادی در جوامع مختلف و از جمله ایران بر جای میگذارند. در برخی از بیمارستانهای کشورهای در حال توسعه، هزینه درمان عوارض سقط ۵۰ درصد کل اعتبارات بیمارستان را شامل می شود. (۶). همچنین آمارها نشان میدهند سقط باعث از دست رفتن ۵ میلیون سال زندگی همراه با باروری و یا ۱۴ درصد تمام DALY های از دست رفته منتج از شرایط مرتبط با حاملگی می شود (۵).

مشخصات بالینی سقط:

- در زنانی که درد یا خونریزی در ۱۴ هفته اول بارداری دارند، قبل از تشخیص سقط باید حاملگیهای نابجا رد شوند.
- تهدید به سقط با خونریزی واژینال در ۲۴ هفته اول بارداری دیده میشود.
- خونریزی بطور تبییک بسیار ناچیز است. ترشحات از مایل به قهوه ای تا خونریزی با رنگ قرمز روشن متفاوت بوده و ممکن است در عرض چند روز تکرار شود.
- درد کرامپی پایین شکم یا کمر که معمولاً پس از شروع خونریزی ایجاد میشود.
- در معاینه ممکن است تندرns شکم یا لگن وجود داشته باشد که در اینصورت باید حاملگی نابجا رد شود.
- تهدید به سقط با خونریزی شدید یا راجعه یا درد پیش از ۱۲ هفته بارداری مشخص میشود (۷).

تشخیص های افتراقی سقط:

- خونریزی در اوایل حاملگی ممکن است به علل زیر اتفاق بیافتد:
 ۱. حاملگی نابجا که در ۱۴-۱۵ هفته بارداری دیده میشود. در این حالت دهانه رحم بسته بوده و علایم زیر وجود دارند: شوک کاردیوواسکولار، یک دوره سنکوپ، درد نوک شانه در حالت دراز کشیده، هرگونه درد شکم، تندرns شکم هنگام معاینه، تحریک دهانه رحم یا تندرns آدنکسی.
 ۲. حاملگی مولار که بطور شایع در اوایل حاملگی دیده میشود. صدای قلب جنین وجود نداشته و یکی از علایم زیر وجود دارد: خونریزی شدید بوده و طول کشیده باشد، علایم حاملگی شدید باشد، رحم بزرگتر از زمان حاملگی باشد، دفع وزیکول وجود داشته باشد.
- علل خارج رحمی خونریزی در اوایل حاملگی: خونریزی مجرای ادراری، برگشت دهانه رحم به خارج، پولیپهای دهانه رحم، کانسره های ژنیکولوژیک.
- علل دردهای شکمی غیر مرتبط با بارداری: بیماری التهابی لگن، پیچش تخمدانی، آپاندیسیت، عفونت ادراری، رنال کولیک (۷).

اداره فرد مشکوک به سقط سه ماهه اول:

- برای زنانی که درد یا خونریزی شدید دارند یا دچار شوک شده اند فوراً انتقال به بیمارستان را با آمبولانس هماهنگ کنید.
- برای زنانی که تهدید به سقط داشته یا مشکوک به سقط کامل هستند، انجام معاینه برای تایید تشخیص در نزدیکترین واحد بررسی حاملگی را هماهنگ کنید.
- تقریباً ۵۰ درصد از زنانی که تهدید به سقط دارند، سقط خواهند کرد.

- ۷۵ درصد زنان در صورتیکه یکی از مشخصات زیر را داشته باشند سقط خواهند کرد: افزایش خونریزی، خونریزی بیش از قاعدگی طبیعی، خونریزی همراه با دفع لخته، سابقه استفراغ مداوم مرتبط با حاملگی همراه با خونریزی در اوایل حاملگی.
- برای خانمهایی با سقط فراموش شده، انجام معاینه برای تایید تشخیص در نزدیکترین واحد بررسی حاملگی را هماهنگ کنید (مراقبت ثانویه) (۸، ۹).

اداره سقط غیر قابل اجتناب در سه ماهه اول در مراقبت اولیه:

- سقط ممکن است کامل یا ناقص باشد که فقط با سونوگرافی قابل اعتماد تعیین میشود.
- ۱. اگر سقط کامل باشد علایم باید بدون هیچگونه مداخله ای رفع شوند.
- ۲. اگر سقط ناقص باشد کنترل موارد زیر لازم است:
 - بستری جهت تخلیه بقایای محصول حاملگی
 - بستری جهت درمان طبی (با آنالوگهای پروستاگلندین برای تحریک رحم و خروج بقایای حاملگی)
 - درمان نگهدارنده در منزل که ممکن است چند هفته طول کشیده یا منجر به شکست شود.
 - در درمان نگهدارنده به بیمار توضیح دهید که اگر علایم شدید باشد یا علایم عفونت (تب، کسالت عمومی، ترشحات واژینال بدبو) وجود داشته باشد، مراجعه کند.
 - نیاز به ایمنوگلوبولین آنتی دی را در نظر داشته باشید.
 - برای بررسی وضعیت روحی بیمار، جلسات پیگیری را هماهنگ کنید.
 - برای خانمهایی که برای سقط ناقص درمان طبی یا جراحی را ترجیح میدهند هماهنگ کنید تا از نظر کامل بودن سقط، در نزدیکترین واحد بررسی حاملگی معاینه شوند (۸، ۹).

مواردی که باید بدنبال سقط، ایمنوگلوبولین آنتی دی تجویز کرد:

- زنان Rh منفی حساس نشده باید ایمنوگلوبولین آنتی دی دریافت کنند اگر:
 ۱. سقط یا تهدید به سقط بعد از حداقل ۱۲ ماه از حاملگی رخ دهد.
 ۲. سقط در هر سنی بوسیله مداخله طبی یا جراحی کنترل شود.
- ایمنوگلوبولین آنتی دی معمولاً در مراقبت ثانویه تجویز میشود (۹، ۱۰).

اداره موارد سقط مکرر:

- تمام زنانی را که سه سقط یا بیشتر داشته اند جهت بررسی علت، ارجاع دهید.
- به بیمار اطلاع دهید که ممکن است تعیین علت سقط مکرر ممکن نباشد (۱۰).

پیگیری:

- حمایت‌های روانی بعد از سقط:
- اطمینان حاصل کنید که مراقبت‌های روتین حاملگی (در صورت شروع) قطع شده اند.
- برای بررسی موارد زیر جلسات پیگیری را هماهنگ کنید:
 ۱. مناسب بودن وضعیت روحی و روانی بیمار و در صورت نیاز پیشنهاد جهت مشاوره
 ۲. سوگ، اضطراب و افسردگی بدنبال سقط شایع است.
 ۳. سوگ ناشی از سقط از نظر ماهیت، شدت و طول مدت مشابه با سوگ ناشی از سایر از دست دادن هاست.
 ۴. دیسترس معمولاً ۶-۴ هفته پس از سقط شدید بوده و ممکن است ۱۲-۶ ماه طول بکشد.
 ۵. به مادر فرصت فرصت دهید در مورد سقط بحث کرده و هر سئوالی که دارد بپرسد (۹، ۱۱-۱۳).

استقرار

۱. مسئولیت پیاده سازی، اجرا، پیگیری و ارزشیابی این راهنما به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.
۲. مسئولیت پایش و ارزشیابی اقدامات در جمعیت تحت پوشش، بر عهده دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد.

مراجع:

۱. Bottomley C, Bourne T. Diagnosing miscarriage. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2009;23:463-77.
۲. Ata B, Tan S, Shehata F, Holzer H, Buckett W. A systematic review of intravenous immunoglobulin for treatment of unexplained recurrent miscarriage Fertility and Sterility. 2011;95(3):1080-5.
۳. Ardakani Z, Akhundi M, Sadeghi M, Ardakani H. investigating different aspects of misscariage in Iran. Fertility and Infertility Journal. 2005:299-320.
۴. Hayat J. Fertility and Infertility Journal. 2003:221-36.
۵. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. Lancet. 2006;368:1887-92.
۶. Motavalli R, Alizadeh L, Namadi vosoughi M, Shahbazzadegan S. Evaluation of the Prevalence, Reasons and Consequences of Induced Abortion in Women of Ardabil in 2011. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2012;12(4):384-91.
۷. Porter TF, Branch DW, Scott JR. Early pregnancy loss. In: Gibbs, R.S., Karlan, B.Y., Haney, A.F. and Nygaard, I) .Eds.) Danforth's Obstetrics and Gynecology. 10th edn. 2008:60-70.
۸. Chung TKH, Sahota FDS, Lau TK, Mongelli J, Spencer J, Haines C. hreatened abortion: prediction of viability based on signs and symptoms. Australia and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology. 1999;39(4):443-7.
۹. RCOG. The management of early pregnancy loss. Royal College of Obstetrics and Gynaecologists. 2006.
۱۰. RCOG. The investigation and treatment of couples with recurrent miscarriage. .Guideline No. 17. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2003.
۱۱. Brier N. Understanding and managing the emotional reactions to a miscarriage. Obstetrics & Gynaecology 1999;93(1):151-5.
۱۲. Brier N. Anxiety after miscarriage: A review of the empirical literature and implications for clinical practice. Birth. 2004;31(2):138-42.

۱۳. Brier N. Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*. 2008;17(3):451-64.

اعضای هسته مرکزی راهنما:

۱. دکتر پروین باستانی: فوق تخصص یوروگاینکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۲. دکتر فاطمه ملاح: متخصص زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۳. ندا کبیری: کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۴. فاطمه قربانی: کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۵. زینب مشیرآبادی: کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۶. قطب علمی پزشکی مبتنی بر شواهد ایران