

# بررسی اثرات ۱ نوبت سقط خودبه‌خودی بر سرانجام بارداری بعدی

## چکیده

هدف از این مطالعه بررسی اثرات سقط خودبه‌خودی روی نتایج و سرانجام حاملگی بعدی بوده است. در این پژوهش آینده‌نگر که به صورت Historical Cohort و تصادفی انجام شد، ۳۰۰ بیمار وارد مطالعه شدند. از این تعداد ۲۰۰ مورد حاملگی دوم خود را می‌گذراندند و حاملگی قبلی آن‌ها با سقط خودبه‌خود پایان یافته بود و ۱۰۰ مورد (گروه شاهد) افرادی با مشخصات مشابه با گروه اول بودند که حاملگی دوم خود را می‌گذراندند اما حاصل حاملگی اول آن‌ها تولد یک نوزاد ترم و زنده بود. نتایج حاملگی فعلی در ۲ گروه از نظر عوارض مادری که شامل جفت سرراهی، دکولمان، پارگی زودرس کیسه آب، پره اکلامپسی و اکلامپسی، سقط، زایمان بریچ، زایمان زودرس، مرگ جنین داخل رحم بود و عوارض نوزادی مانند کم بودن وزن زمان تولد، وجود ناهنجاری‌های ظاهری مادرزادی، کم بودن نمره آپگار دقیقه اول و نیز نوع زایمان (سزارین یا زایمان با واکيوم یا فورسپس) بررسی شد. براساس نتایج به دست آمده بروز عوارض در حاملگی بعدی بجز از نظر سقط مجدد و مرگ جنین در داخل رحم، تفاوت دیگری با گروه شاهد نداشت. میزان سزارین و کورتاژ نیز در این گروه بیش از گروه شاهد بوده است اما عوارض نوزادی در ۲ گروه تفاوت معنی‌داری نداشت. به عنوان نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت که سابقه ۱ نوبت سقط خودبه‌خودی خطر قابل توجهی را برای حاملگی بعدی ایجاد نمی‌کند و نیازمند ارزیابی و پی‌گیری خاصی نیست اما احتمال سقط و مرگ جنین کمی افزایش می‌یابد که ضرورت مراقبت دقیق دوران حاملگی را نشان می‌دهد.

\*دکتر مریم کاشانیان I

دکتر عبدالرسول اکبریان II

دکتر شهلا شعبان‌دوست III

کلیدواژه‌ها: ۱- سقط خودبه‌خودی ۲- سرانجام حاملگی ۳- عوارض مادری

۴- عوارض نوزادی

## مقدمه

شیوع زیاد سقط، بسیاری از محققان را بر آن داشته تا اثرات آن را در مورد سرانجام حاملگی بعدی مورد بررسی قرار دهند.

سقط خودبه‌خودی شایع‌ترین عارضه بارداری است که نگرانی و اضطراب قابل توجهی را برای زوج‌های آرزومند داشتن کودک به دنبال دارد.

این مقاله خلاصه‌ای است از پایان‌نامه دکتر شهلا شعبان‌دوست جهت دریافت درجه دکترای تخصصی بیماری‌های زنان و زایمان به راهنمایی دکتر مریم کاشانیان، سال ۱۳۷۵.

(I) استادیار بیماری‌های زنان و زایمان، بیمارستان شهید اکبرآبادی، خیابان مولوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران (\*مؤلف مسئول).

(II) دانشیار بیماری‌های زنان و زایمان، بیمارستان شهید اکبرآبادی، خیابان مولوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

(III) متخصص بیماری‌های زنان و زایمان.

شد، ۳۰۰ بیمار در ۲ گروه مورد بررسی قرار گرفتند. گروه اول شامل ۲۰۰ بیمار بود که حاملگی دوم خود را می‌گذراندند و حاملگی قبلی آن‌ها به سقط خودبه‌خود منجر شده بود و گروه دوم (گروه شاهد) شامل ۱۰۰ بیمار بود که حاملگی دوم خود را می‌گذراندند و حاملگی اول آن‌ها منجر به تولد نوزاد ترم و زنده شده بود.

نمونه‌گیری به صورت تصادفی انجام شد و تمام بیماران گراوید ۲ بودند. از آن‌جا که یکی از متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه جفت سرراهی بود، بیماران با سابقه سزارین قبلی از مطالعه حذف شدند. هم‌چنین بیماران از نظر وجود ناهنجاری‌های سیستم مولرین و نارسایی سرویکس از طریق پرسش در مورد تاریخچه سقط قبلی، بررسی سونوگرافی حین و قبل از حاملگی و هیستروسالپینگوگرافی و نیز معاینه رحم بعد از زایمان یا حین سزارین بررسی شدند و افراد مبتلا از مطالعه حذف گردیدند.

بیمارانی که سابقه مصرف الکل و دخانیات، سابقه‌ای از عمل جراحی و رادیوگرافی در حاملگی فعلی و بیماری سیستمیک داشتند و نیز در صورت وجود سابقه هر گونه بیماری ارثی و ژنتیکی در زوجها و نیز افراد فامیل، بیماران از مطالعه حذف می‌شدند.

از آن‌جا که یکی از عوامل موثر در وقوع عوارض بعد از سقط در حاملگی بعدی به خصوص از نظر وقوع جفت سرراهی، سابقه کورتاژ می‌باشد، بیماران گروه مورد به ۲ گروه تقسیم شدند: ۱- افرادی که سابقه کورتاژ را در سقط قبلی خود داشتند ۲- افرادی که سابقه کورتاژ را در سقط قبلی خود نداشتند. عوارض ذکر شده در ۲ گروه به طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفت.

فاصله حاملگی قبلی (چه سقط و چه ترم) با حاملگی فعلی براساس ماه تعیین شد و اثرات حاصل از آن بر عوارض حاملگی بعدی مورد بررسی قرار گرفت.

بیماران مورد مطالعه از نظر ازدواج فامیلی (در رابطه با عوارض حاملگی)، سن زن و شوهر، وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده، تغذیه و

وجود ارتباط بین سقط با پاتولوژی جنینی در حاملگی‌های بعدی، ناهنجاری‌های مادرزادی، وزن کم زمان تولد و نمره آپگار پایین، سندرم داون در سن پایین مادر، تاخیر رشد داخل رحمی و زایمان زودرس (۱) مطرح شده است. تیلور و همکاران (۲) به وجود ارتباط بین سقط خودبه‌خودی و افزایش بروز جفت سرراهی در حاملگی بعدی اشاره کرده و میزان بروز جفت سرراهی در این افراد را در حاملگی بعدی تا ۲۰٪ گزارش نمودند (در مقابل ۵-۳٪). میزان سقط به دنبال یک سقط خودبه‌خودی کمی افزایش می‌یابد (۳) (۲۴٪ در مقابل ۱۵٪) و وجود سابقه یک سقط در حاملگی قبلی یک عامل تهدید کننده، حداقل به عنوان یک عامل روانی شناخته شده است (۴).

بیماری که سابقه سقط دارد در مورد آینده حاملگی بعدی خود نگران بوده و می‌خواهد نتیجه آن را بداند. بدیهی است با توجه به عوامل مختلفی که در ایجاد سقط خودبه‌خودی دخالت دارند، قضاوت در مورد سرانجام حاملگی بعدی، همیشه آسان نیست.

این تحقیق با هدف کنترل برخی از عوامل موثر در سقط، و تعیین نقش آن‌ها در حاملگی بعدی و سرانجام آن (سقط خودبه‌خودی، جفت سرراهی، پارگی زودرس کیسه آب، دکولمان، پره‌اکلامپسی، زایمان زودرس، وزن پایین هنگام تولد، آپگار دقیقه اول، وضعیت قرارگیری بریج، مرگ جنین در داخل رحم، ناهنجاری‌های مادرزادی، سزارین یا زایمان با وسیله) و نیز پاسخ به این سوال که آیا فردی با سابقه ۱ نوبت سقط خودبه‌خودی از نظر حاملگی بعدی، فردی با خطر بالا (High risk) محسوب می‌شود که نیازمند مراقبت‌های بیش‌تری نسبت به مراقبت‌های معمول دوران بارداری می‌باشد؟ و به بررسی‌های تکمیلی زیادتری نیاز دارد؟ و این که می‌توان با او مانند یک حاملگی معمولی برخورد نمود، صورت گرفت.

### روش بررسی

در این مطالعه آینده‌نگر که به صورت Historical cohort در بیمارستان شهید اکبرآبادی انجام

مراقبت‌های زمان بارداری نیز مورد بررسی قرار گرفتند.

بیماران از ۳ ماهه اول وارد مطالعه شده و تا انتهای بارداری و زایمان پی‌گیری شدند و وقوع سقط مجدد، جفت سرراهی، پارگی زودرس کیسه آب، دکولمان، پره اکلامپسی و اکلامپسی، وزن پایین هنگام تولد (زیر ۲۵۰۰ گرم)، نمره آپگار پایین در دقیقه اول (کم‌تر از ۷)، وضعیت قرارگیری بریچ، زایمان زودرس (زودتر از ۲۸ هفته تمام حاملگی)، مرگ جنین در داخل رحم، ناهنجاری‌های مادرزادی ظاهری و میزان سزارین یا زایمان با وسیله (فورسپس یا واکيوم) در آن‌ها بررسی گردید.

تاثیر سقط قبلی روی وقوع خونریزی واژینال در حاملگی فعلی در ۳ ماهه اول نیز مطالعه شد سپس نتایج به دست آمده، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

### نتایج

بیماران در ۲ گروه از نظر سن زن، سن شوهر و نیز وضعیت اقتصادی اجتماعی،

تغذیه و دریافت مراقبت‌های دوران بارداری و نیز فاصله بین ۲ حاملگی اختلاف معنی‌داری نداشتند.

یازده نفر از زوجها در گروه شاهد (۱۱٪) و ۵۲ نفر از زوجها در گروه مورد (۲۶٪) سابقه ازدواج فامیلی داشتند که آزمون آماری Chi-square اختلاف معنی‌داری را بین ۲ گروه نشان داد ( $P=0/004$ ) بدین معنی که ازدواج فامیلی خطر سقط را افزایش می‌دهد.

تعداد ۳۸ نفر از افراد گروه مورد (۱۹٪) و ۱ نفر از افراد گروه شاهد (۱٪) خونریزی واژینال در نیمه اول حاملگی داشتند که آزمون Chi-square در این رابطه اختلاف معنی‌داری را بین ۲ گروه نشان داد ( $P=0/00002$ ). به عبارت دیگر خونریزی واژینال در نیمه اول حاملگی در خانم‌هایی که سابقه ۱ نوبت سقط خودبه‌خودی داشتند، بیش از افراد بدون سابقه سقط بوده است.

از نظر پارگی کیسه آب، جفت سرراهی، پره کلامپسی و اکلامپسی، دکولمان و وضعیت قرارگیری بریچ در ۲ گروه با Fisher exact test تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- جدول فراوانی عوارض زایمانی در ۲ گروه شاهد (۱) و گروه مورد (۲)

عوارض	گروه		گروه ۱		گروه ۲		Pvalue
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
بدون عوارض	۵۶	۵۶	۱۱۵	۵۷/۵	۱۷۱	۹۵/۰	
پارگی زودرس کیسه آب	۲۴	۲۴	۲۷	۱۳/۵	۱۵۱	۰/۰۳	
جفت سرراهی	۱	۱	۶	۳	۷	۰/۱۸	
پره اکلامپسی	۱	۱	۶	۳	۷	۰/۱۸	
اکلامپسی	۰	۰	۱	۰/۵	۱	۱	
دکولمان	۳	۳	۷	۳/۵	۱۰	۰/۷۸	
مردودزایی	۰	۰	۳	۱/۵	۳	۰/۰۰۴۴۱۵۹	
سقط	۱۱	۱۱	۳۳	۱۶/۵	۴۴	۰/۰۰۳	
زایمان بریچ	۶	۶	۹	۴/۵	۱۵	۰/۰۷۷	

شده بودند اما در ۱۴ نفر (۷٪) کورتاژ صورت نگرفته بود.

بررسی عوارض در حاملگی بعدی شامل جفت سرراهی، پره‌اکلامپسی و اکلامپسی، دکولمان، زایمان زودرس، مرگ جنین داخل رحم و سقط با Fisher exact test تفاوت معنی‌داری را نشان نداد، بدین معنی که انجام دادن کورتاژ، عوارض ذکر شده را در حاملگی بعدی افزایش نمی‌دهد.

تنها موردی که در ۲ گروه تفاوت معنی‌داری داشت وضعیت قرار گرفتن بریچ بود که ۹ نفر از بیماران با سابقه کورتاژ (۴/۸۳٪) وضعیت قرارگیری بریچ داشتند در حالی که هیچ یک از بیماران که سابقه کورتاژ نداشتند (۰٪) بریچ نبودند.

با تست آماری Fisher exact این تفاوت معنی‌داری بود (P=۰/۰۰۰۰۵) بدین معنی که این وضعیت در گروه کورتاژ شده بیش تر بوده است (جدول شماره ۲).

در مورد روش زایمان، ۱۱۷ نفر از بیماران گروه مورد (۷۰/۰۵٪) و ۷۷ نفر از بیماران گروه شاهد (۸۶/۵۱٪) زایمان طبیعی داشتند.

هیچ یک از بیماران گروه شاهد (۰٪) و ۳ نفر از گروه مورد (۱/۵٪) دچار مرگ جنین در داخل رحم شدند.

با Fisher exact test این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود (P=۰/۰۰۴۴) بدین معنی که سابقه ۱ نوبت سقط خودبه‌خودی ممکن است خطر مرگ جنین در داخل رحم را افزایش دهد.

در مواردی که مرگ جنین رخ داده بود این جنین‌ها از نظر ظاهری طبیعی بودند اما اتوپسی جهت بررسی ناهنجاری‌های داخلی صورت نگرفته بود.

سی و سه نفر از بیماران گروه مورد (۱۶/۵٪) و ۱۱ نفر از بیماران گروه شاهد (۱۱٪) دچار سقط خودبه‌خودی شدند که با Fisher exact test اختلاف معنی‌دار بود (P=۰/۰۰۳) بنابراین می‌توان گفت سابقه سقط خودبه‌خودی می‌تواند خطر سقط را در حاملگی بعدی افزایش دهد.

در این مطالعه اثر کورتاژ انجام شده در سقط خودبه‌خودی قبلی روی سرانجام حاملگی بعدی بررسی شد و مشاهده گردید که ۱۸۶ نفر از بیماران (۹۳٪) با سابقه سقط، کورتاژ

جدول شماره ۲- فراوانی نسبی عوارض حاملگی در گروه مورد که بعد از سقط کورتاژ شده (گروه ۱) و کورتاژ نشده بودند (گروه ۲)

Fisher exact Pvalue	گروه ۲ کورتاژ نشده		گروه ۱ کورتاژ شده		عوارض
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۸۷	۵۷/۱۴	۸	۵۷/۵۲	۱۰۷	بدون عوارض
۱/۰۸	۱۴/۲۸	۲	۱۳/۴۴	۲۵	پارگی زودرس کیسه آب
۱/۰۰	۰	۰	۳/۲۲	۶	جفت‌های سرراهی
۱/۰۰	۰	۰	۳/۲۲	۶	پره‌اکلامپسی
۱/۰۰	۰	۰	۰/۵۳	۱	اکلامپسی
۱/۰۰	۰	۰	۳/۷۶	۷	دکولمان
۱/۰۰۲	۷/۱۴	۱	۱۱/۸۲	۲۲	زایمان زودرس
۱/۰۰	۰	۰	۱/۶۱	۳	مرده‌زایی
۰/۲۸	۲۱/۴۲	۳	۱۶/۱۲	۳۰	سقط
۰/۰۰۰۰۵	۰	۰	۴/۸۳	۹	زایمان بریچ

منگومیلوسل و در گروه شاهد ۱ مورد لب شکری (شکاف لب) و ۱ مورد شکاف کام بود.  
نمره آپگار دقیقه اول در ۱۴ نفر از بیماران گروه مورد (۸/۵۳٪) و ۱۰ نفر از بیماران گروه شاهد (۱۱/۲۳٪) کمتر از ۷ بود که با تست آماری Fisher exact تفاوت معنی‌دار نبود.

#### بحث

در این مطالعه بروز عوارض مادری شامل جفت سرراهی، دکولمان، پارگی زودرس کیسه آب، پره‌اکلامپسی و اکلامپسی، زایمان بریچ، زایمان زودرس و عوارض نوزادی شامل کم بودن وزن موقوع تولد، وجود ناهنجاری‌های ظاهری مادرزادی، کم بودن نمره آپگار دقیقه اول در هر دو گروه یکسان بود در حالی که میزان سقط و مرگ جنین در داخل رحم و نیز میزان سزارین و کورتاژ در گروه مورد بررسی، بیش از گروه شاهد بوده است.

نتایجی که در این مطالعه به دست آمد، در اغلب موارد با سایر مطالعات موجود در این زمینه همخوانی داشت.

در مطالعه‌ای که توسط Van Pam Pus (۵) و همکاران وی روی میزان لیپوپروتئین آلفا در افرادی که پره‌اکلامپسی شدید و سابقه سقط داشتند صورت گرفت، مشاهده شد که در افراد با سابقه سقط خودبه‌خود و بالا بودن لیپوپروتئین آلفا، میزان بروز پره‌اکلامپسی زیادتر خواهد بود اما در غیر این صورت، ارتباطی بین سقط خودبه‌خود و وقوع پره‌اکلامپسی در حاملگی بعدی وجود ندارد که در مطالعه حاضر نیز رابطه‌ای بین ۱ نوبت سقط خودبه‌خود و پره‌اکلامپسی وجود نداشته است.

نکته این نکته لازم است که لیپوپروتئین آلفا در مطالعه حاضر مورد

با آزمون Chi-square این اختلاف معنی‌دار بود ( $P=0/0003$ ) یعنی احتمال زایمان واژینال در گروه با سابقه سقط قبلی کم‌تر بوده است و بر عکس میزان سزارین در گروه مورد ۴۷ نفر (۲۸/۱۴٪) و در گروه شاهد ۱۲ نفر (۱۳/۴۸٪) بود که با آزمون ذکر شده، تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید ( $P=0/026$ ) یعنی احتمال سزارین در گروه با سابقه سقط افزایش می‌یابد.

علت تمام سزارین‌ها مامایی بود و سابقه ۱ نوبت سقط به تنهایی عاملی برای انجام دادن سزارین نبوده است.

در مورد استفاده از واکیوم و فورسپس بین ۲ گروه اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (۲ نفر واکیوم و ۱ نفر فورسپس در گروه مورد) و در گروه شاهد، زایمان با وسیله صورت نگرفته بود.

از نظر وزن ۱۴ نفر از نوزادان گروه مورد (۸/۵۳٪) و ۹ نفر از نوزادان گروه شاهد (۱۰/۱۱٪) وزن پایین داشتند.

با آزمون آماری Chi-square این اختلاف معنی‌دار نبود.

شصت و دو نفر از بیماران گروه مورد (۳۷/۸۰٪) و ۲۸ نفر از بیماران گروه شاهد (۳۱/۴۶٪) زایمان زودرس داشتند که با آزمون آماری Chi-square اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

پنج نفر از بیماران گروه مورد (۳/۰۴٪) و ۲ نفر از بیماران گروه شاهد (۲/۲۴٪) ناهنجاری‌های مادرزادی را نشان دادند که با تست آماری Fisher exact این اختلاف معنی‌دار نبود.

ناهنجاری‌های مادرزادی در گروه مورد شامل ۱ مورد سندرم داون، ۱ مورد پاچنبری (club foot)، ۱ مورد ناهنجاری قلبی، ۱ مورد اسپینابیفیدا و ۱ مورد

بررسی قرار نگرفت تا در مورد اثر آن قضاوت شود.

در مطالعه دیگری که توسط Knuist (۶) و همکاران و زیبایی و همکاران (۷) انجام شد، ارتباطی بین سقط و پره‌اکلامپسی وجود نداشت.

در مورد رابطه بین بروز جفت سرراهی و سابقه سقط، در مطالعه‌ای که توسط Abu Heija (۸) و همکاران انجام شد، سابقه سقط اثر بارزی روی جفت سرراهی بعدی نداشت که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. در حالی که Hendries و همکاران وی (۹) معتقدند که سقط‌های متعدد قبلی (۲ یا بیشتر) خطر جفت سرراهی را افزایش می‌دهد.

Mac cones و همکاران (۱۰) سقط الکتیو قبلی را عامل خطری برای جفت سرراهی بعدی گزارش کردند. Ananth و همکاران (۱۱) معتقدند که سقط خودبه‌خودی قبلی نیز خطر بروز جفت سرراهی را افزایش می‌دهد (در مطالعه اخیر اشاره‌ای به کورتاژ برای سقط نشده است). تیلور و همکاران (۲) نیز سقط قبلی را عامل خطری برای جفت سرراهی بعدی بیان کردند که با مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد.

با توجه به مطالب ذکر شده توصیه می‌شود تا مطالعه‌ای در رابطه با اثر سقط‌های متعدد و نیز سقط‌های الکتیو روی سرانجام حاملگی بعدی صورت گیرد.

از سوی دیگر با توجه به نتایج مختلف مطالعات در مورد اثر سقط روی جفت سرراهی به نظر می‌رسد انجام دادن مطالعه‌ای وسیع‌تر در مورد اثر ۱ نوبت سقط روی جفت سرراهی، ضروری باشد.

در یک بررسی گذشته‌نگر توسط دیوید تام (۱۲) و همکاران او، ارتباط سقط خودبه‌خودی و عواقب بد حاملگی مورد بررسی قرار گرفت.

این محققان نتیجه گرفتند که وقتی بارداری اول منجر به سقط شود، احتمال پرخطر بودن بارداری بعدی نسبت به گروه شاهد به میزان کمی افزایش می‌یابد اما در صورتی که تعداد سقط‌ها زیاده‌تر شود، میزان خطر افزایش می‌یابد به خصوص در مورد جفت سرراهی این مسئله صادق بوده و خطر نسبی آن در زنان با ۱ نوبت سقط ۱/۵ و برای زنان با ۳ نوبت سقط و بیشتر، ۴/۹ می‌باشد. این مطالب می‌تواند مطرح کننده آن باشد که علت این مسئله کورتاژ برای سقط بوده است.

در مطالعه حاضر در افرادی که کورتاژ نیز برای سقط انجام شده بود، خطر جفت سرراهی افزایش نیافته بود.

هم چنین در مطالعه ذکر شده، افزایش وقوع ناهنجاری‌های مادرزادی در زنان با ۱ نوبت سقط، دیده نشد، خطر زایمان زودرس کمی بیشتر گزارش گردید (خطر نسبی ۱/۲) اما آپگار نوزادان در دقیقه اول و نیز پره‌اکلامپسی و دکولمان تحت تاثیر سابقه ۱ نوبت سقط قبلی قرار نداشت که نتایج حاصل از آن با مطالعه حاضر هم‌خوانی نزدیکی دارد.

Martius (۱۳) و همکاران در یک بررسی، سقط الکتیو قبلی را عامل خطر کم‌اهمیتی برای زایمان زودرس بیان کردند اما Lao (۱۴) و همکاران او سقط قبلی را عامل مهمی برای زایمان زودرس معرفی کردند که مشابه مطالعه حاضر می‌باشد.

در مطالعه‌ای که در ژاپن توسط Maruoka (۱۵) و همکاران انجام شد، رابطه‌ای بین سابقه سقط و وزن کم موقع تولد دیده نشد که مطالعه حاضر نیز گویای این نظریه است.

در یک تحقیق آینده‌نگر که توسط Goldenberg (۱۶) و همکاران وی در مورد نتایج حاملگی به دنبال ۱ نوبت سقط در ۳ ماهه دوم

بدون خطر هم نیست و بیماری که چنین سابقه‌ای دارد باید از ابتدای حاملگی تحت مراقبت‌های مامایی دقیقی قرار گیرد.

متأسفانه در مطالعه حاضر عفونت‌های دستگاه تناسلی و عوامل ایمنولوژیکی که می‌توانند از علت‌های ایجاد سقط باشند و عوارض دیگری را نیز ایجاد نمایند، به دلیل هزینه زیاد کنترل نشدند که می‌تواند از محدودیت‌های پژوهش حاضر باشد بنابراین پیشنهاد می‌گردد که مطالعه‌ای با کنترل این عوامل مداخله‌گر صورت گیرد. هم‌چنین در مطالعه حاضر، جامعه مورد پژوهش تک مرکزی و تعداد نمونه مورد بررسی کم بوده است که پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای وسیع‌تر و چندمرکزی که بخش وسیع‌تری از جامعه را از نظر اقتصادی و اجتماعی شامل شود، صورت گیرد.

بررسی نوزادان محدود به ناهنجاری‌های ظاهری بوده است اما از آن‌جا که در بسیاری از موارد ناهنجاری‌های مادرزادی در ابتدا کشف نمی‌شوند، پیشنهاد می‌شود که مطالعه‌ای با بررسی نوزادان تا انتهای دوره نوزادی صورت گیرد.

بیماران در مطالعه حاضر گراوید ۲ بوده‌اند که پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای روی زنانی که سابقه ۱ نوبت حاملگی ترم و ۱ نوبت سقط خودبه‌خودی داشتند و تاثیر آن روی حاملگی بعدی صورت گیرد.

#### منابع

1- Joquine Paz. Previous miscarriage and still birth as risk factors for other unfavourable outcome in the next pregnancy, Br J Ob GYN, 1992, 99: 808-812.

2- Taylor VM. Placenta previa in relation to induced and spontaneous abortion. A population-

صورت گرفت، میزان مرگ جنین در داخل رحم بالاتر گزارش شد.

در مطالعه آینده‌نگر دیگری که توسط Steve (۱۷) و همکاران صورت گرفت نیز مرگ جنین به دنبال ۱ نوبت سقط خودبه‌خودی بیشتر گزارش گردید که مشابه مطالعه حاضر می‌باشد.

در این مطالعه سقط‌های خودبه‌خود در نیمه اول حاملگی بررسی شد که شامل ۳ ماهه اول و ابتدای ۳ ماهه دوم بود بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای روی اثرات سقط در ۳ ماهه اول و دوم به طور جداگانه در رابطه با عواقب حاملگی بعدی صورت گیرد زیرا احتمال دارد این ۲ گروه از سقط، تشدید کننده عوارض گوناگونی در حاملگی آینده باشند چون عوامل به وجود آورنده آن‌ها متفاوت است.

در تحقیق دیگری که توسط Kundsens (۱۸) و همکاران به منظور بررسی پیش‌آگهی حاملگی به دنبال سقط خودبه‌خودی (بیش از ۱ نوبت) صورت گرفت نشان داده شد که خطر سقط به دنبال ۱ نوبت سقط قبلی افزایش می‌یابد (از ۱۱٪ به ۱۶٪) که با مطالعه حاضر مطابقت دارد.

Stephen (۱۹) و همکارانش عواقب حاملگی به دنبال سقط خودبه‌خودی و القایی را مقایسه کردند و نتیجه گرفتند که سقط خودبه‌خودی نسبت به سقط القایی خطر بیش‌تری را از نظر بروز ناهنجاری‌های مادرزادی، آپگار پایین دقیقه اول، وزن پایین موقع تولد و میزان خون‌ریزی در ۳ ماهه اول در حاملگی بعدی به دنبال دارد در حالی که در بعضی از مطالعات خطر جفت سرراهی و زایمان زودرس با سقط القایی بیش‌تر گزارش شده است.

بنابراین پیشنهاد می‌شود که مقایسه‌ای روی عواقب سقط القایی و خودبه‌خودی در حاملگی بعدی صورت گیرد. با توجه به نتایج حاصل از مطالعات ذکر شده و مطالعه حاضر به نظر می‌رسد که سقط خودبه‌خودی، خطر زیادی در حاملگی بعدی ایجاد نمی‌کند اما کاملاً

cocaine use and placenta previa, *Am J Ob GYN*, 1997 Nov, 177(5): 1097-100.

11- Ananth CV., Smulian JC., Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cecarean delivery and abortion. A meta analysis, *Am J Ob GYN*, 1997 NOV, 177(5): 1071-8.

12- David H Thom. Spontaneous aboration and subsequent adverse birth outcomes, *Am J Ob GYN*, 1992, 166: 111-116.

13- Martius JA., Steck T., Ohler MK., Wulf KH. Risk factors associated with preterm birth: univariate and multivariate analysis of 106345 singleton birth form the 1994 statewide periantal survey of Bavaria, *Eur J Ob GYN Repord Biol*, 1998 Oct, 80(2): 183-9.

14- Lao TH., Ho LF. Induced abortion is not a casue of subsequent preterm delivery, *Hum Repord*, 1998 Mar, 13(3): 758-61.

15- Maruoka K., Yagi M., Akasawa K., Kinukawa N., Ueda K., Nose Y. Risk factors for low birth weight in Japanese infants, *Acta paediatr*, 1998Mar, 87(3): 304-9.

16- Goldenberg RL. Pregnancy outcome following a second trimester loss, *Ob GYN*, 1993, 81(3): 444-6.

17- Steve J. Funder burk MD. Sub optimal pregnancy utcome among women with prior abortions and premature births, *Am J Ob GYN*, 1976 Sept, 1: 55-59.

18- Kundsens UB. A new pregnancy following previous spontaneous abortion, *Eur J Ob GYN Rep Biol*, 1991 Mar, 21(1): 31-6.

based study, *J Ob GYN*, 1993, Jul, 82(1): 88-91.

3- Kenneth J., Ryan Ross S. Berkowitz. *Kistner's gynecology & women's health*, 7th ed., Louis, Mosby, 1999, P: 396.

4- M.J.N.C Kerise. Risk of preterm delivery in patients with previous preterm delivery and or abortion, *Br J Ob/GYN*, 1978 feb, 88-2: 450-454.

5- Van Pampus MG., Keopman MM., Wolf H., Beller HR., Prins MH., Van-den., et al. Lipoprotein concentration in women with a history of severe preeclampsia, a case control study, *Thromb-haemost*, 1999, July, 82(1): 10-13.

6- Knuist M., Bonsel GJ., Zondervan HA., Treffers PE. Risk factors for preeclampsia in nulliparous women in disinct ethnic groups: a prospective cohort study, *Ob-GYN*, 1998 Aug, 92(2): 174-178.

7- Sibai BM., Ewell M., Levine Rj., Klebanoff MA., Esterlitz J., catalano PM. Risk factors associated with preechampsia in healthy nulliparous women, *Am J Ob-GYN*: 1997 Nov, 177(5): 1003-10.

8- Abu-Heija ATE., Jallad F., Ziadeh S. Placenta previa effect of age gravidity parity and previous cesarean section, *GYN.Ob.invest*, 1999, 47(1): 6-8.

9- Hendricks MS., Chow YH., Bhagavath B., Singh K. Previous cesarean section and abortion as risk factors for developing placenta previa, *J Ob GYN Res*, 1999 Apr, 25(2): 137-42.

10- Macones GA., Sehdev HM., Parry S., Morgan MA., Berlin JA. The association between maternal

19- Stephen CMD. Outcome of delivery following induced or spontaneous abortion, Am J Ob GYN, 1980, 19: 136-140.

*Pregnancy Outcome Following One Previous Spontaneous Abortion*

<sup>I</sup> \*M. Kashanian, MD      <sup>II</sup> A.R. Akbarian, MD      <sup>III</sup> Sh. Shabandoost, MD

*Abstract*

The objective of the present study was to determine the pregnancy outcome following one previous spontaneous abortion. A randomized prospective historical cohort study was done on 300 patients. 200 patients were gravida 2 and their previous pregnancy was spontaneous abortion and 100 patients (control group) were gravida 2 but their previous pregnancy was term pregnancy with a live fetus. Then, pregnancy outcomes including maternal complications such as (placenta praevia, placenta abruptio, PROM, preeclampsia and eclampsia, abortion, breech presentation, preterm labor, intra uterine fetal death and neonatal complications (low birth weight, visible congenital malformations, low Apgar Score minute 1) and delivery route such as cesarean section or instrumental delivery (forceps or vacuume) were determined. Statistical analysis showed that pregnancy complications following one previous spontaneous abortion were not different from that of control group except for abortion and intrauterine fetal death, which was more than control group. Also, the rate of cesarean section and curetage had been increased. Neonatal complications did not have significant statistical difference in comparison with control group. In conclusion, one prior spontaneous abortion is not a very significant risk for next pregnancy, but the risk of abortion and IUFD will increase. Therefore, careful prenatal care is mandatory.

**Key Words:**    1) Spontaneous Abortion    2) Pregnancy Outcome  
                          3) Maternal Complications    4) Neonatal Complications

*This article is a summary of the thesis by Sh. Shabandoost, MD for the degree of specialty in Gynecology and Obstetrics under supervision of M, Kashanian, MD, 1996.*

**I)** Assistant Professor of Gynecology and Obstetrics. Shahid Akbar Abadi Hospital, Molavi Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran. (\*Corresponding Author).

**II)** Associate Professor of Gynecology and Obstetrics. Shahid Akbar Abadi Hospital, Molavi Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

**III)** Gynecologist and Obstetrician.