

بررسی علل، روش‌های درمانی و عواقب حاملگی در بیماران با خونریزی‌های غیرطبیعی در سه ماهه اول بارداری

دکتر صنم مرادان^{۱*}، انسیه جهانشیر^۲

۱. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات خونریزی‌های غیر طبیعی رحم، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.
۲. کارشناس پرستاری بخش زنان، مرکز تحقیقات خونریزی‌های غیر طبیعی رحم، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۸/۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱/۲۳

خلاصه

مقدمه: بیش از ۲۵٪ از زنان باردار در سه ماهه اول و اوایل سه ماهه دوم بارداری دچار خونریزی می‌شوند که در نیمی از این بیماران سقط اتفاق می‌افتد. علل و روش‌های مختلفی برای تشخیص و درمان خونریزی‌های دوران بارداری وجود دارند. با توجه به شیوع نسبتاً بالای خونریزی‌های سه ماهه اول بارداری و روش‌های تشخیصی و درمانی توصیه شده، مطالعه حاضر با هدف بررسی علل، شیوه‌های تشخیصی و درمانی و عواقب حاملگی این بیماران در بخش زنان بیمارستان امیرالمومنین سمنان انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی و آینده‌نگر در سال ۹۳-۱۳۹۲ بر روی ۲۰۰ بیمار بستری در بخش زنان بیمارستان امیرالمومنین (ع) سمنان با خونریزی‌های سه ماهه اول بارداری انجام شد. اطلاعات مربوط به بیماران با حاملگی اثبات شده شامل علل خونریزی، روش‌های تشخیصی و درمانی، عواقب و پیامدهای آن‌ها بررسی و اطلاعات در پرسشنامه‌های محقق ساخته ثبت شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش‌های آمار توصیفی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: علل خونریزی‌های غیر طبیعی در بیماران در ۲ مورد (۱٪) وجود تخمک خالی، در ۵۲ مورد (۲۶٪) سقط ناقص، در ۶۲ مورد (۳۱٪) سقط فراموش شده، در ۲۴ مورد (۱۲٪) سقط کامل، در ۵۴ مورد (۲۷٪) تهدید به سقط، در ۲ مورد (۱٪) حاملگی خارج رحمی، در ۱ مورد (۰/۵٪) حاملگی مولار، در ۲ مورد (۱٪) حاملگی شیمیایی یا سقط زودرس و در ۱ مورد (۰/۵٪) پولیپ سرویکس بود. سقط درمانی در ۵۶ نفر (۴۸/۲۷٪) از بیماران به روش مدیکال و جراحی، در ۴۰ نفر (۳۴/۴۸٪) فقط با درمان دارویی و در ۲۰ مورد (۱۷/۲۴٪) فقط با درمان جراحی به تنهایی انجام شد. از ۵۴ مورد تهدید به سقط، ۲۰ مورد (۳۷/۰۵٪) منجر به سقط، ۱۰ مورد (۱۸/۵٪) منجر به زایمان زودرس و ۲۲ مورد (۴۷/۴٪) منجر به زایمان ترم شد. سن بارداری در تمام بیماران زیر ۹ هفته بود و در ۷۰٪ موارد با سابقه سقط، مجدداً سقط اتفاق افتاد.

نتیجه‌گیری: علل خونریزی‌های غیر طبیعی منجر به بستری در سه ماهه اول بارداری به ترتیب شامل سقط اجتناب ناپذیر، تهدید به سقط، حاملگی خارج رحمی، حاملگی مولار و پولیپ سرویکس بود. شایع‌ترین علل منجر به بستری سقط اجتناب ناپذیر و شایع‌ترین روش درمانی دارویی+ جراحی بود. در این مطالعه نیمی از موارد تهدید به سقط با زایمان ترم، ۳۷٪ با سقط و ۱۸٪ با زایمان زودرس همراه، حاملگی زیر ۹ هفته و سابقه سقط با خطر خونریزی بیشتر و سقط همراه بود.

کلمات کلیدی: تهدید به سقط، خونریزی‌های سه ماهه اول بارداری، سقط اجتناب ناپذیر، کورتاژ تخلیه‌ای، میزوپروستول

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر صنم مرادان؛ مرکز تحقیقات خونریزی‌های غیر طبیعی رحم، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران. تلفن: ۰۹۱۲۱۳۱۸۰۴۶
پست الکترونیک: smgyn42595@hotmail.com

مقدمه

بیش از ۲۵٪ از زنان باردار در سه ماهه اول و اوایل سه ماهه دوم بارداری دچار خونریزی می‌شوند که در نیمی از این بیماران سقط اتفاق افتاده و در تعداد نادری از آن‌ها حاملگی از نوع خارج رحمی و یا حاملگی مولار می‌باشد. نامشخص بودن عواقب بارداری، عدم وجود روش‌های پیشگیرانه و مسائل روانی و احساسی ناشی از سقط می‌تواند مشکلات متعددی را در این گونه بیماران به وجود آورد (۱).

خونریزی، یکی از مشکلات شایع اوایل بارداری است که تقریباً در یک پنجم زنان باردار در سه ماهه اول بارداری اتفاق می‌افتد. احتمال بروز سقط متعاقب خونریزی در صورت وجود جنین زنده تا به حال دقیقاً مشخص نشده است. در مطالعه پولوس و همکاران (۲۰۰۶) میزان سقط به دنبال خونریزی در سه ماهه اول بارداری در صورت وجود جنین زنده ۱۱/۱٪ و در ۹۰٪ این حاملگی‌ها بدون عارضه بوده و منجر به تولد جنین زنده شد. احتمال سقط در بیمارانی که خونریزی آن‌ها متوسط تا شدید بود، نسبت به بیماران با خونریزی خفیف ۲ برابر بیشتر بود و در بیماران با هماتوم داخل رحمی، احتمال بروز سقط ۲/۶ برابر بیماران بدون هماتوم بود (۲).

خونریزی‌های سه ماهه اول بارداری، از شایع‌ترین عللی است که نیاز به مراقبت اورژانس در دوران بارداری دارد و سونوگرافی ترانس واژینال با فرکانس بالا یک روش قابل اعتماد در تشخیص عدم رشد حاملگی در سه ماهه اول بارداری حتی قبل از قابل رؤیت شدن جنین است. انجام سونوگرافی در تشخیص حاملگی داخل رحمی، عدم رشد و پیشرفت حاملگی و رد کردن سایر علل خونریزی‌های سه ماهه اول بارداری نظیر حاملگی خارج رحمی و حاملگی‌های مولار، اقدامی کلیدی و اساسی است (۳).

روش‌های درمانی جهت سقط در سه ماهه اول بارداری می‌توانند به روش‌های مختلف شامل درمان انتظاری، مدیکال یا جراحی باشد. میزان بروز عفونت به دنبال روش‌های فوق حدود ۲-۳٪ است و تفاوتی بین سه روش وجود ندارد، ولی میزان بستری و کورتاژ بدون برنامه‌ریزی در گروهی که از درمان انتظاری یا مدیکال

استفاده می‌شود، بیشتر است (۴). روش درمان مدیکال یک روش مؤثر و ایمن در سقط‌های سه ماهه اول بارداری است و در بیش از ۹۰٪ موارد موفق است (۵). لذا با توجه به شیوع نسبتاً بالای خونریزی‌های سه ماهه اول بارداری و روش‌های تشخیصی و درمانی توصیه شده، مطالعه حاضر با هدف بررسی علل، شیوه‌های تشخیصی و درمانی این بیماران در بخش زنان بیمارستان امیرالمومنین سمنان انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی و آینده نگر از اول آذر ماه سال ۱۳۹۲ لغایت پایان شهریور ماه سال ۱۳۹۳ بر روی ۲۰۰ نفر از بیمارانی که به دلیل خونریزی‌های سه ماهه اول بارداری در بخش زنان و زایمان بیمارستان امیرالمومنین سمنان بستری شده بودند، انجام شد. پس از توجیه کامل بیماران در مورد روش مطالعه و کسب رضایت نامه کتبی و در نظر گرفتن شرایط ورود به مطالعه، مطالعه انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمام بیمارانی بود که حاملگی آن‌ها با انجام تست حاملگی (BHCG) در آزمایشگاه معتبر به اثبات رسیده بود و یا در سونوگرافی انجام شده، وجود کیسه حاملگی در داخل رحم یا خارج رحم گزارش شده بود.

در تمام این بیماران، قبل از زمان بستری و یا در اولین روز بستری، سونوگرافی از نظر بررسی وضعیت حاملگی انجام شده بود و در صورت اثبات وجود ساک داخل رحمی، در صورتی که تشخیص حاملگی از نوع تخمک خالی^۱ یا سقط ناقص و یا سقط فراموش شده بود، ابتدا درمان مدیکال با شیاف میزوپروستول واژینال (شرکت دارویخش) با دوز اولیه ۴۰۰ میلی‌گرم و تکرار با ۲۰۰ میکروگرم هر ۶ ساعت تا حداکثر ۴۸ ساعت ادامه می‌یافت و در صورت عدم سقط کامل به دنبال روش مدیکال فوق، بیمار تحت عمل کورتاژ تخلیه‌ای قرار می‌گرفت (ضخامت آندومتر بیش از ۱۵ میلی‌متر و با بقایای حاملگی بیش از ۵۰ میلی‌متر). در مورد بیمارانی که خونریزی با استراحت و هیدراتاسیون متوقف می‌شد و در سونوگرافی ضربان قلب جنین وجود داشت و

¹ Blighted ovum

مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین \pm انحراف معیار سن بیماران $28/67 \pm 4/966$ سال، تعداد حاملگی $1/77 \pm 0/953$ ، تعداد موارد سقط قبلی $0/28 \pm 0/572$ و تعداد تولدهای زنده $0/469 \pm 0/676$ بود. علل خونریزی های غیر طبیعی در بیماران به ترتیب: در ۲ مورد (۱٪) وجود تخمک خالی، در ۵۲ مورد (۲۶٪) سقط ناقص، در ۶۲ مورد (۳۱٪) سقط فراموش شده، در ۲۴ مورد (۱۲٪) سقط کامل، در ۵۴ مورد (۲۷٪) تهدید به سقط، در ۲ مورد (۱٪) حاملگی خارج رحمی، در ۱ مورد (۰/۵٪) حاملگی مولار و در ۲ مورد (۱٪) حاملگی شیمیایی یا سقط زودرس بود. در ۱ مورد (۰/۵٪) از بیماران علت خونریزی، وجود ضایعه سرویکال بود که بیوپسی انجام و نتیجه هیستوپاتولوژی پولیپ سرویکس بود (جدول ۱).

تهدید به سقط تشخیص نهایی بود، بیمار از بیمارستان ترخیص می شد. در صورت وجود آزمایش حاملگی (BHCG) مشکوک یا رد شدن حاملگی با آزمایش بعدی، بیماران از مطالعه خارج شدند.

در این مطالعه در صورت وجود ضخامت آندومتر بیش از ۱۵ میلی متر و با بقایای حاملگی بیش از ۵۰ میلی متر بر اساس پروتکل وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی کورتاژ تخلیه ای انجام می شد. تشخیص حاملگی شیمیایی بر اساس وجود تیتراژ مثبت BHCG قبل از وجود ساک حاملگی در سونوگرافی بود.

با تهیه پرسشنامه های محقق ساخته که حاوی اطلاعات مربوط به بیماران شامل سن بیماران، سن حاملگی، سابقه سقط، سابقه تولد زنده، علل خونریزی های بیمار، روش های تشخیصی و درمانی و عواقب و پیامدهای آنها بود، بیماران مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش های آمار توصیفی

جدول ۱- علل خونریزی های غیر طبیعی در بیماران

تعداد	درصد	
۲	۱	تخمک خالی
۵۲	۲۶	سقط ناقص
۶۲	۳۱	سقط فراموش شده
۲۴	۱۲	سقط کامل
۵۴	۲۷	تهدید به سقط
۲	۱	حاملگی خارج رحمی
۱	۰/۵	حاملگی مولار
۲	۱	حاملگی شیمیایی یا سقط زودرس
۱	۰/۵	وجود ضایعه سرویکال
۲۰۰	۱۰۰	مجموع

هر دو مورد، سقط درمانی کامل انجام شد. سقط درمانی در ۵۶ نفر (۴۸/۲۷٪) از بیماران به روش مدیکال و جراحی، در ۴۰ نفر (۳۴/۴۸٪) فقط با درمان مدیکال و در ۲۰ مورد (۱۷/۲۴٪) فقط با درمان جراحی به تنهایی انجام شد.

از ۵۴ بیماری (۳۱٪ از کل بیماران) که با تشخیص نهایی تهدید به سقط، وجود جنین در سونوگرافی ترانس واژینال زنده گزارش شده بود، به جز در ۲ مورد (یکی بیماری با سابقه ۲ بار سقط و در مورد دیگر بدون

در مجموع در ۲۶ نفر (۱۳٪) از بیماران در زمان بستری با انجام سونوگرافی اثبات شده بود که بیمار قبل از بستری، سقط کامل داشته است که از این ۲۶ مورد، ۲۴ مورد (۱۲٪) سقط کامل با وجود سونوگرافی قبلی که ساک حاملگی داخل رحم را اثبات کرده بود و ۲ مورد (۱٪) نیز از نوع حاملگی شیمیایی یا سقط زودرس بود. در ۱۱۶ نفر (۵۸٪) از بیماران پس از بستری با تشخیص تخمک خالی، سقط ناقص یا سقط فراموش شده با روش های درمانی مدیکال یا جراحی یا

۲۲ مورد (۴/۴۷٪) منجر به زایمان ترم شد. در یک مورد (۹/۱٪) از بیماران، جنین دچار آنومالی متعدد بود که بعد از تولد فوت کرد. در مجموع ۲ مورد (۷/۳٪) از بیماران این گروه به دلیل عدم مراجعه بعدی پیگیری نشدند و از عواقب حاملگی آن‌ها اطلاعی حاصل نشد (جدول ۳).

سابقه سقط بود که به سقط انجامید، از طریق بستری و توصیه به استراحت و هیدراتاسیون با وضعیت مناسب و بعد از توقف کامل خونریزی از بیمارستان مرخص شدند. ۱۸ نفر (۳۳/۳۳٪) از بیماران این گروه بعداً سقط کردند و در ۳۲ مورد (۵۹/۲۵٪) حاملگی ادامه یافت که ۱۰ مورد (۳/۱۸٪) منجر به زایمان زودرس و

جدول ۳- فراوانی عواقب حاملگی های همراه با وجود ضربان قلب

عواقب حاملگی های همراه با ضربان قلب	تعداد	درصد
سقط جنین	۲۰	۳۷/۴
زایمان زودرس	۱۰	۱۸/۳
زایمان ترم	۲۲	۴۷/۴
موارد غیر قابل پیگیری	۲	۳/۷
مجموع	۵۴	۱۰۰

در گروه بیماران با تشخیص تهدید به سقط (۵۴ مورد)، سابقه حداقل یک تولد زنده در ۱۲ بیمار (۲۲/۲۲٪) وجود داشت، سابقه حداقل یک تولد زنده در هر ۳ مورد بیماران با تشخیص حاملگی خارج رحمی و حاملگی مولار وجود داشت. ۴۲ مورد (۷۷/۷۸٪) از بیماران گروه با تشخیص نهایی تهدید به سقط، اولین حاملگی خود را تجربه می کردند.

بحث

در نیمی از زنانی که در سه ماهه اول بارداری دچار خونریزی می شوند سقط اتفاق می افتد (۱)، در مطالعه حاضر با توجه به اینکه فقط بیماران بستری در بخش مورد بررسی قرار گرفتند و مواردی که با خونریزی های خفیف به صورت سرپایی درمان می شوند جزء موارد بررسی مطالعه حاضر نبودند، در حدود ۱۴۸ مورد (۷۴٪) از ۲۰۰ بیماری که به دلیل خونریزی سه ماهه اول بارداری بستری شدند منجر به سقط شد، لذا می توان نتیجه گرفت که در ۷۴٪ از بیمارانی که با خونریزی در سه ماهه اول بارداری نیاز به بستری پیدا کردند، سقط اتفاق افتاد و در ۲۶٪ آن‌ها، حاملگی ادامه یافت.

در مطالعه بلوم و همکاران (۲۰۰۵) جهت سقط درمانی جنین‌های غیر زنده در سه ماهه اول بارداری میزوپروستول واژینال با دوز ۴۰۰ میکروگرم با پلاسیبو در ۱۲۶ بیمار با هم مقایسه شد و میزان ایجاد سقط

تمام بیماران مورد بررسی با توجه به تاریخ آخرین قاعدگی مطمئن و سونوگرافی‌های انجام شده، سن حاملگی کمتر از ۹ هفته داشتند و سن بالاتر از ۹ هفته وجود نداشت.

از نظر وجود سابقه سقط و عواقب و پیامدهای حاملگی، در ۴۰ نفر (۲۰٪) از بیماران سابقه سقط قبلی وجود داشت که از این ۴۰ نفر، حدود ۲۸ نفر (۷۰٪) با سابقه سقط) مجدداً منجر به سقط شده بود، در ۱۰ مورد از بیماران فوق سابقه ۲ بار سقط قبلی و در بقیه آن‌ها سابقه یک بار سقط قبلی وجود داشت که همه این ۱۰ مورد منجر به سقط مجدد شد، ولی از میان ۳۰ مورد بقیه که سابقه یک بار سقط داشتند، ۱۸ مورد (۶۰٪) بیماران با سابقه یکبار سقط) منجر به سقط شد. از میان ۱۲ مورد باقی مانده در گروه با سابقه یک بار سقط، ۲ مورد با تشخیص حاملگی خارج رحمی، درمان و ۱۰ مورد دیگر با بهبودی از بیمارستان ترخیص شدند.

از بین ۱۴۲ مورد (۷۱٪) منجر به سقط (شامل ۲۶ مورد سقط کامل و ۱۱۶ مورد سقط پس از بستری)، در ۵۶ مورد (۳۹/۴۳٪) از بیماران سابقه تولد زنده وجود داشت و در ۲ مورد از ۵۶ مورد ذکر شده، سابقه تولد زنده دوقلویی در خانواده وجود داشت. ۷۰ مورد (۴۹/۲۹٪) از بیماران مذکور اولین حاملگی خود را تجربه می کردند و در مجموع در ۱۶ مورد از بیماران گروه فوق، سابقه حاملگی بدون تولد زنده وجود داشت.

موفقیت کامل نداشت؛ یعنی بیمارانی که ضخامت آندومتر بیش از ۱۵ میلی‌متر و یا بقایای حاملگی بیش از ۵ سانتی‌متر داشتند، تحت عمل کورتاژ تخلیه‌ای قرار گرفتند و لذا قابل مقایسه با مطالعه فوق نمی‌باشند.

در مطالعه بنهاروش و همکاران (۲۰۰۳) که به بررسی اثرات استراحت در بستر بر روی عواقب بارداری در بیماران تهدید به سقط و وجود هماتوم ساب کوریونیک در ۲۳۰ بیمار پرداختند، میزان سقط خودبه خودی در گروهی که استراحت در بستر داشتند (۹/۹٪) نسبت به کسانی که استراحت نداشتند (۲۳/۳٪) کمتر بود و اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه وجود داشت، همچنین میزان حاملگی ترم بین دو گروه تفاوت معنی داری داشت (۸۹٪ در مقابل ۷۰٪) (۹)، در مطالعه حاضر که بیماران تا پایان حاملگی پیگیری شدند و به همه آن‌ها توصیه به استراحت شده بود، در ۲۰ مورد از ۵۴ مورد سقط اتفاق افتاد و سایر موارد حاملگی تا سن حاملگی بیش از ۲۰ هفته ادامه یافت.

در مطالعه بسامه و همکار (۲۰۰۴) خونریزی در سه ماهه اول بارداری در ۱۵٪ موارد و در سه ماهه دوم بارداری در ۵/۶٪ موارد منجر به سقط شد و در بیمارانی که در سن حاملگی کمتر از ۶ هفته دچار خونریزی می‌شدند، این میزان حدود ۲۹٪ بود (۱۰).

در مطالعه حاضر که بر روی ۲۰۰ بیمار بستری با خونریزی در سه ماهه اول بارداری و با سن حاملگی زیر ۹ هفته حاملگی انجام شد، سقط در ۱۴۸ مورد (۷۴٪) از بیماران اتفاق افتاد.

در مطالعه ارافا و همکاران (۲۰۰۰) که بر روی ۱۵۰۳ بیمار انجام شد، احتمال بروز خونریزی‌های سه ماهه اول بارداری در زنان با سن بارداری بیش از ۳۳ سال، سابقه تولد نوزاد کم وزن و سابقه سقط بیشتر بود (۱۱)، در مطالعه حاضر در ۴۰ بیمار سابقه سقط قبلی وجود داشت که در ۲۸ مورد مجدداً منجر به سقط شد.

در مطالعه ماسو و همکاران (۲۰۰۵) که به بررسی ارتباط هماتوم داخل رحمی در سه ماهه اول بارداری با عواقب بارداری بر روی ۱۸۲ بیمار پرداختند، احتمال سقط خودبه خودی در این بیماران با سن بارداری ارتباط داشت و به طور قابل توجهی در سنین حاملگی

موفقیت آمیز با میزوپروستول نسبت به پلاسبو (۸۱٪ نسبت به ۵۲٪) بیشتر بود، هرچند در این روش بیماران میزان درد بیشتری را نسبت به پلاسبو تجربه کردند و نیاز به آنالژزیک بیشتری داشتند (۶).

در مطالعه حاضر نیز در ۴۰ مورد (۳۴/۴۸٪) از ۱۱۶ بیمار، درمان مدیکال با میزوپروستول به تنهایی در ایجاد سقط کامل، موفق بود و در ۵۶ مورد (۴۸/۲۷٪) از ۱۱۶ مورد، درمان مدیکال + جراحی توأم در ایجاد سقط کامل نقش داشت.

در مطالعه ویجسینگ و همکاران (۲۰۱۱) روش درمان انتظاری با روش جراحی در بیماران با سقط ناقص مورد مقایسه قرار گرفت. این مطالعه بر روی ۱۴۰ بیمار شامل ۷۱ مورد روش انتظاری و ۶۹ مورد روش جراحی انجام و مدت حاملگی کمتر از ۱۴ هفته و بقایای حاملگی کمتر از ۵۰ میلی‌متر بود. درمان انتظاری در ۹۰٪ بیماران در عرض یک هفته و در ۹۴/۴٪ از بیماران در عرض ۲ هفته موفقیت‌آمیز بود و در گروه جراحی این میزان ۹۵/۷٪ بود. نتیجه مطالعه این بود که روش انتظاری یک روش مؤثر و سالم جایگزین روش جراحی است و منجر به کاهش مدت بستری در بیمارستان نسبت به روش جراحی می‌شود (۷).

در مطالعه حاضر که بر روی ۲۰۰ بیمار بستری در بخش با شکایت از خونریزی واژینال در سه ماهه اول بارداری انجام شد، روش درمان انتظاری به کار گرفته نشد، ولی در ۷۶ مورد از بیماران روش درمان جراحی (شامل ۲۰ مورد روش جراحی به تنهایی و ۵۶ مورد جراحی بعد از درمان درمان مدیکال) به کار گرفته شد.

در مطالعه شکری و همکاران (۲۰۰۹) که بر روی ۱۶۰ بیمار باردار ۸-۱۲ هفته انجام شد، بعد از انجام روش کورتاژ، میزوپروستول با دوز ۲۰۰ میکروگرم به صورت خوراکی هر ۶ ساعت تا ۴۸ ساعت برای یک گروه تجویز و برای گروه دوم تجویز نشد و پیگیری بیماران نشان داد که بیمارانی که میزوپروستول بعد از جراحی دریافت کردند، میزان خونریزی کمتری در عرض ۱۰ روز بعد داشتند (۸).

در مطالعه حاضر درمان مدیکال با میزوپروستول قبل از جراحی انجام شد و در بیمارانی که درمان مدیکال

کمتر از ۹ هفته احتمال آن افزایش می یافت (۱۲)، لذا در مقایسه با ماسو و همکاران، شاید علت بالای میزان سقط در مطالعه حاضر این باشد که علاوه بر اینکه مطالعه حاضر بر روی بیماران بستری انجام شد، سن حاملگی در تمام بیماران نیز کمتر از ۹ هفته بود.

مطالعه ویس و همکاران (۲۰۰۴) که بر روی بیماران تهدید به سقط انجام شد، نشان داد که خونریزی در سه ماهه اول بارداری یک عامل خطر غیر وابسته در بروز عوارض حاملگی نظیر زایمان قبل از ۲۴ هفته، سزارین، زایمان زودرس، جدا شدن زودرس جفت و غیره می باشد (۱۳). در مطالعه حاضر گروه بیماران تهدید به سقط تا پایان حاملگی پیگیری شدند و زایمان زودرس در ۱۸/۳٪ از بیماران مشاهده شد. مطالعه فالکو و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که در صورت وجود ساک حاملگی کوچک تر یا مساوی ۱۶ میلی متر در سونوگرافی ترانس واژینال همراه با خونریزی سه ماهه اول بارداری، در حدود دو سوم موارد از این حاملگی ها منجر به سقط می شوند (۱۴).

در مطالعه حاضر نیز دلیل میزان بالای سقط در بیماران با خونریزی سه ماهه اول بارداری علاوه بر بستری بودن این بیماران، ممکن است به دلیل سن پایین تر از ۹ هفته در تمام این حاملگی ها نیز باشند، هرچند در مطالعه حاضر اندازه ساک بارداری به عنوان یک معیار در نظر گرفته نشد.

از محدودیت های این مطالعه این بود که بررسی عواقب بیماران سرپایی که با خونریزی در سه ماهه اول بارداری مراجعه می کردند با توجه به مشکلات بیشتر در زمینه پیگیری این بیماران انجام نشد. از نقاط قوت این مطالعه پیگیری تمام موارد به جز در دو مورد که این بیماران هیچ پاسخی به تلفن های انجام شده جهت پیگیری ندادند، بود و نتیجه آن در مطالعه آورده شد.

نتیجه گیری

علل خونریزی های غیر طبیعی منجر به بستری در سه ماهه اول بارداری به ترتیب شامل سقط اجتناب ناپذیر، تهدید به سقط، حاملگی خارج رحمی، حاملگی مولار و پولیپ سرویکس بود. شایع ترین علل منجر به بستری سقط اجتناب ناپذیر و شایع ترین روش درمانی دارویی + جراحی بود. در این مطالعه نیمی از موارد تهدید به سقط با زایمان ترم، ۳۷٪ با سقط و ۱۸٪ با زایمان زودرس همراه، حاملگی زیر ۹ هفته و سابقه سقط با خطر خونریزی بیشتر و سقط همراه بود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مرکز تحقیقات خونریزی های غیر طبیعی رحم و خانم سمانه لواف کارشناس پژوهشی مرکز تحقیقات تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Thorstensen KA. Midwifery management of first trimester bleeding and early pregnancy loss. J Midwifery Womens Health 2000; 45(6):481-97.
2. Poulou T, Richardson R, Ewings P, Fox R. Probability of early pregnancy loss in women with vaginal bleeding and a singleton live fetus at ultrasound scan. J Obstet Gynaecol 2006; 26(8):782-4.
3. Paspulati RM, Bhatt S, Nour SG. Sonographic evaluation of first-trimester bleeding. Radiol Clin North Am 2004; 42(2):297-314.
4. Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, Read M, Vyas S, Smith L. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). BMJ 2006; 332(7552):1235-40.
5. Agústsson AI, Jónsdóttir K, Gudmundsson JA. Medical abortions-experience from the first 246 treatments in Iceland. Laeknabladid 2010; 96(5):331-3.
6. Blohm F, Fridén BE, Milsom I, Platz-Christensen JJ, Nielsen S. A randomised double blind trial comparing misoprostol or placebo in the management of early miscarriage. BJOG 2005; 112(8):1090-5.
7. Wijesinghe PS, Padumadasa GS, Palihawadana TS, Marleen FS. A trial of expectant management in incomplete miscarriage. Ceylon Med J 2011; 56(1):10-3.
8. Shokry M, Shahin AY, Fathalla MM, Shaaban OM. Oral misoprostol reduces vaginal bleeding following surgical evacuation for first trimester spontaneous abortion. Int J Gynaecol Obstet 2009; 107(2):117-20.

9. Ben-Haroush A, Yogev Y, Mashiach R, Meizner I. Pregnancy outcome of threatened abortion with subchorionic hematoma: possible benefit of bed-rest? *Isr Med Assoc J* 2003; 5(6):422-4.
10. Basama FM, Crosfill F. The outcome of pregnancies in 182 women with threatened miscarriage. *Arch Gynecol Obstet* 2004; 270(2):86-90.
11. Arafa M, Abdel-Fataah M, Zeid HA, el-Khouly A. Outcomes of pregnancies complicated by early vaginal bleeding. *East Mediterr Health J* 2000; 6(2-3):457-64.
12. Maso G, D'Ottavio G, De Seta F, Sartore A, Piccoli M, Mandruzzato G. First-trimester intrauterine hematoma and outcome of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005; 105(2):339-44.
13. Weiss JL, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. Threatened abortion: a risk factor for poor pregnancy outcome, a population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190(3):745-50.
14. Falco P, Zagonari S, Gabrielli S, Bevini M, Pilu G, Bovicelli L. Sonography of pregnancies with first-trimester bleeding and a small intrauterine gestational sac without a demonstrable embryo. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21(1):62-5.