

سقط‌های عفونی در بیمارستان میرزا کوچک خان تهران

دکتر فریده موجد*

چکیده :

زمینه : سقط عفونی سقطی است که با تب، اندومتريت و پارامتريت همراه است و یکی از خطرناک‌ترین بیماری‌هایی است که سلامت زنان را در سراسر جهان تهدید می‌کند.

هدف : هدف از این مطالعه مشخص کردن پیامدهای سقط عفونی در مادران مبتلا بوده است.

مواد و روش‌ها : در خلال دوره ۵ ساله (۷۵ - ۱۳۷۱)، پرونده ۸۷ بیمار که با تشخیص سقط عفونی در بیمارستان میرزا کوچک خان تهران بستری شده بودند مورد بررسی قرار گرفت. سقط در این بیماران در سه ماهه اول یا دوم صورت گرفته بود و حداقل دو مورد از موارد زیر را به همراه داشت :

۱- درد شکم ۲- تب مساوی یا بیشتر از $37/9^{\circ}\text{C}$ ، ۳- ترشح واژینال (بدبو یا چرکی).

یافته‌ها : بیشتر بیماران در گروه سنی ۲۱ تا ۲۵ سال بودند و اغلب آنها ۵ بار یا بیشتر حامله شده بودند. اکثر بیماران راجع به عامل سقط صحبتی نکردند، اما در میان افرادی که اقرار به این مطلب داشتند، ماماها بیشتر عامل این کار بودند و این کار در مطب انجام شده بود. تب شایع‌ترین علامت و پیریتونیت بیشترین عارضه وخیم بود. روش درمانی استفاده شده جهت اکثر بیماران درمان ضد میکروبی و به دنبال آن تخلیه رحم بود. این بیماران مبلغی معادل $45/900/000$ ریال را در عرض ۵ سال به خود و جامعه تحمیل کرده بودند.

نتیجه‌گیری : سقط عفونی باعث به خطر افتادن سلامت زنان باردار شده و پزشک در هر خانم بارداری که با تب مراجعه می‌کند باید به فکر این بیماری باشد. تشخیص زودرس باعث نجات بیمار و کمتر شدن عوارض می‌گردد.

کلید واژه‌ها : سقط القایی جنایی - سقط عفونی

Keywords : *Induced Illegal Abortion , Septic Abortion*

□ مقدمه :

سقط عفونی از دست دادن حاملگی همراه روند عفونی در اعضای لگنی است که معمولاً در رحم و به طور بالقوه در پارامتر، آدنکس و پیریتونن لگنی رخ می‌دهد.^(۸) سقط عفونی یکی از خطرناک‌ترین بیماری‌هایی است که سلامت زنان را در سراسر جهان تهدید می‌کند.^(۹)

گزارشی در سال ۱۹۷۳ حکایت از پذیرش نوجوانی در بیمارستان بزرگ بوستون داشت که با تشخیص سقط عفونی ناکامل بستری شده بود. تخلیه رحم به علت عدم تشخیص سقط عفونی چند روز به تأخیر افتاد. بیمار با وجود درمان آنتی بیوتیکی وسیع و درمان‌های حمایتی در ICU فوت کرد.^(۹)

گزارش‌های سال ۱۹۶۲ ایالات متحده آمریکا نشان داده است که در یک دوره ۲۴ ماهه، ۶۶۲ زن به جهت عوارض سقط عفونی جنایی بستری شده‌اند. بعضی از مطالعات نشان داده است که آمار مرگ و میر به ۳۰۰ مورد در هر صد هزار ختم حاملگی رسیده است.^(۸) احتمالاً تعدادی هم دچار عوارضی نظیر عقیمی و عفونت مزمن لگنی شده‌اند.

میزان مرگ و میر حاصل از ختم حاملگی در شرایط مناسب خیلی کم است. این میزان از ۴/۱ مرگ در صد هزار مورد ختم حاملگی در سال ۱۹۷۲ به ۰/۵ مرگ در صد هزار مورد در سال ۱۹۸۱ رسید.^(۸) در یک بررسی ۷ ساله در مورد سقط غیرقانونی مشخص شد که تعداد موارد عفونت ناشی از سقط در موارد غیرقانونی دو برابر موارد قانونی و هزینه درمان نیز بسیار بالاتر بود.^(۴) در کشورهای جهان سوم، سقط عفونی یک مشکل طبی و اجتماعی هم به شمار می‌رود.^(۵ و ۸ و ۹ و ۱۰) در یک بررسی مشخص شد که سقط

عفونی اغلب پس از اقدام به سقط توسط افراد غیرمتخصص پیدا شده و بیشتر در منزل یا در درمانگاه‌های خصوصی انجام گرفته است.^(۲) لذا به منظور شناخت وضعیت سقط عفونی در کشور، این موضوع در یکی از بیمارستان‌های زنان شهر تهران بررسی شد.

□ مواد و روش‌ها :

پرونده‌های مربوط به تشخیص سقط عفونی در بیمارستان میرزا کوچک خان تهران طی یک دوره ۵ ساله از سال ۱۳۷۱ لغایت ۱۳۷۵ مورد مطالعه قرار گرفت. در این بیماران بستری که ۸۷ نفر بودند سقط در سه ماهه اول یا دوم صورت گرفته و حداقل دچار دو مورد از موارد زیر بودند :

۱- درد شکم، ۲- تب مساوی یا بیشتر از ۳۷/۹ درجه سانتی‌گراد، ۳- ترشح واژینال (چرکی یا بدبو). با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده‌ها مواردی مانند سن بیمار، سن حاملگی، گراوید یا تعداد حاملگی، زمان اقدام به سقط، علائم بالینی، عامل سقط و محل انجام آن، عوارض، هزینه، روش جلوگیری از حاملگی مورد بررسی قرار گرفت.

□ یافته‌ها :

بیشتر بیماران (۷۵ درصد) بین سنین ۲۰ تا ۳۵ سال بودند. گروه سنی ۱۶ تا ۲۰ سال کمترین تعداد (۶/۹ درصد) را تشکیل می‌دادند. ۲۸/۷۴ درصد بیماران در گروه سنی ۲۱ تا ۲۵ سال قرار داشتند. ۱۹/۵۴ درصد در گروه ۲۶ تا ۳۰ سال، ۲۵/۲۹ درصد در گروه ۳۱ تا ۳۵ سال، و ۱۹/۵۴ درصد در گروه سنی

صحتی نکرده بودند.

اکثر بیماران (۵۷/۵۰ درصد) در مورد عامل سقط صحبتی نکرده بودند ولی در ۲۴/۱۴ درصد موارد ماماها عاملین سقط بودند. در ۲۸/۷۳ درصد موارد عمل انجام سقط در مطب‌ها بود (جدول شماره ۱).

وسایل بکار برده شده جهت سقط شامل سوند ادراری، سیخ، میل باقتنی، خوردن مقادیر زیادی قرص ضد بارداری و یا کورتاژ در مطب‌های خصوصی بود. بیشتر بیماران (۲۷/۵۹ درصد) چهار روز متعاقب دستکاری مراجعه کرده بودند. ۱۸/۳۹ درصد بیماران یک تا دو هفته و ۱۹/۵۴ درصد بیماران سه تا چهار هفته قبل از مراجعه، سابقه دستکاری داشتند. ۳۴/۴۸ درصد بیماران پاسخی به این سؤال نداده بودند.

در میان علایم بالینی تب، درد شکم، تاکی کاردی، ترشح واژینال، خونریزی واژینال، سوزش ادراری، کمر درد و بدن درد مطرح بودند که تب شایع‌ترین آنها بود (جدول شماره ۲).

بیشتر از ۳۶ سال قرار داشتند. مسن‌ترین بیمار ۴۳ ساله و جوان‌ترین آنها ۱۶ ساله بود. از نظر سن حاملگی بیشتر بیماران (۴۱/۳۸ درصد) با سن حاملگی بین ۵ تا ۸ هفته مراجعه کرده بودند. ۳۵/۶۳ درصد بیماران با سن حاملگی ۹ تا ۱۲ هفته، ۱۱/۴۹ درصد با سن حاملگی ۱۳ تا ۱۶ هفته و ۱۱/۴۹ درصد با سن حاملگی بیشتر از ۱۷ هفته بودند. کمترین سن حاملگی ۶ هفته و بیشترین سن حاملگی ۲۷ هفته بود. از نظر تعداد حاملگی بیشتر بیماران (۴۸/۲۸ درصد) پنج بار یا بیشتر حامله شده بودند و کمترین تعداد (۴/۶ درصد) کسانی بودند که برای اولین بار حامله شده بودند. ۱۶/۰۹ درصد گراوید دو، ۱۶/۰۹ درصد گراوید سه و ۱۴/۹۷ درصد گراوید چهار بودند. در مورد روش جلوگیری از حاملگی ۵۲ نفر (۵۹/۷ درصد) از روش طبیعی، ۱۰ نفر (۱۱/۴ درصد) از قرص ضد بارداری، ۵ نفر (۵/۷ درصد) از IUD استفاده کرده و ۲۰ نفر (۲۲/۹ درصد) در این مورد

جدول ۱:

توزیع فراوانی عاملین سقط و محل انجام سقط

محل / عامل	ماما	پزشک	خودشخص	گفته نشده	جمع
خانه	۶ (۱۶/۹)	۲ (۲/۳)	۱۰ (۱۱/۴۹)	۰	۱۸
مطب	۱۵ (۱۷/۲۴)	۱۰ (۱۱/۴۹)	۰	۰	۲۵
گفته نشده	۰	۰	۰	۴۴ (۵۰/۵۷)	۴۴
جمع	۲۱	۱۲	۱۰	۴۴	۸۷

جدول ۲:

توزیع فراوانی علائم بالینی بیماران

علامت بالینی	تعداد	درصد
تب	۷۰	۸۰/۴۶
خونریزی واژینال	۵۴	۶۲/۰۷
تاکی کاردی	۵۲	۵۹/۷۷
درد شکم	۳۳	۳۷/۹۳
ترشح واژینال	۱۸	۲۰/۶۹
سوزش ادرار	۱۰	۱۱/۴۹
درد بدن	۷	۸/۰۹

بحث و نتیجه‌گیری:

سقط عفونی، سقطی است که با تب، اندومتریت و پارامتریت همراه است و یکی از خطرناک‌ترین بیماری‌هایی است که سلامت زنان را در سراسر جهان تهدید می‌کند. مرگ و میر ناشی از سقط عفونی در گذشته کم نبوده اما به دنبال قانونی کردن سقط در بسیاری از کشورها این میزان کاهش یافته است. (۹) برآورد می‌شود که قبل از وضع قوانین سقط، میزان مرگ و میر ناشی از سقط عفونی بین ۵ تا ۱۰ هزار نفر در سال بوده است. (۸)

بیشتر بیماران این مطالعه در گروه سنی ۲۱ تا ۲۵ سال بودند. این یافته با مطالعه‌های انجام شده در نیجریه مطابقت دارد. اما در امریکای لاتین بیشتر سقط‌ها در گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال بوده است. (۴ و ۲) برخلاف کشورهای غربی که بیشتر بیماران را دختران مجرد تشکیل می‌دهند (۵)، در این مطالعه همه بیماران متأهل و اکثر آنها گراوید پنج یا بیشتر بودند. شاید بتوان گفت که علت اقدام به سقط، مشکلات اقتصادی

در ۱۷ درصد بیماران عوارضی مشاهده شد که به ترتیب شیوع عبارت بودند از پریتونیت ۱۰/۳۴ درصد، پارگی رحم ۴/۶ درصد، شوک عفونی و انعقاد داخل عروق منتشر ۲/۳ درصد.

۳۱/۰۳ درصد بیماران ۴ روز بستری بودند. مدت بستری در ۱/۱۵ درصد موارد ۲ روز، در ۱۹/۵۴ درصد موارد ۳ روز، در ۱۹/۵۴ درصد موارد ۵ روز و در ۲۸/۷۶ درصد موارد بیشتر از ۶ روز بود.

اکثر بیماران تحت درمان طبی و جراحی قرار گرفتند. درمان طبی شامل درمان آنتی بیوتیک وریدی بود که به دنبال پیدایش علائم بهبودی، درمان با آنتی بیوتیک‌های خوراکی ادامه می‌یافت. آنتی بیوتیک‌های مصرفی عموماً پنی‌سیلین و کلرامفنیکل بود.

هزینه تحمیلی هر فرد با احتساب تخت روز بیمارستان ۵۰/۰۰۰ ریال و بابت کورتاژ مبلغ ۳۰۰/۰۰۰ ریال مشخص شد که در ۸۷ بیمار مبلغی معادل ۴۵/۹۰۰/۰۰۰ هزینه شده بود.

ناشی از تولد فرزند جدید است. همچنین بیشترین روش جلوگیری از بارداری، روش طبیعی بود که خود می‌تواند نشان دهنده عدم کارایی این روش در پیشگیری از حاملگی باشد.

در کشورهای پیشرفته که سقط قانونی شده است این کار اکثراً توسط متخصصین زنان انجام می‌شود. اما در این مطالعه ماها (افراد غیرمتخصص) بیشترین عامل سقط بودند. این یافته با مطالعات «کنج» مطابقت دارد. (۲)

از نظر علایم بالینی، در این بررسی شایع‌ترین علامت تب بود. در بعضی از مطالعه‌ها تب در درجه دوم قرار داشته و درد شکمی شایع‌ترین علامت بوده است. (۲) درمان‌های متعددی جهت سقط عفونی پیشنهاد شده است ولی درمان آنتی بیوتیکی توأم با تخلیه رحم، رژیم درمانی استاندارد را تشکیل می‌دهد. در این مطالعه تمام بیماران تحت درمان آنتی بیوتیکی عمدتاً پنی سیلین و کلرامفنیکل و کورتاژ رحم قرار گرفتند. ارگاناسم‌های گرم منفی و بی‌هوازی‌ها به طور شایع مسئول این عفونت بودند. البته علاوه بر اتیولوژی باکتریال باید از اتیولوژی شیمیایی هم نام برد. زیرا مواد شیمیایی مصرفی جهت سقط بیشتر صابون و محلول‌های فنلی بوده است که این مواد علاوه بر عفونت باعث بروز علایم ناشی از جذب سم هم می‌شوند. (۱)

از نظر بروز عوارض، در این بررسی پربتونیت شایع‌ترین عارضه ایجاد شده بود که این یافته با یافته‌های کنج و همکارانش مطابقت دارد. (۲) متوسط زمان بستری در این مطالعه ۴ روز بود که شاید به دلیل تشخیص سریع بیماری باشد که بیماران تحت درمان‌های لازم قرار گرفتند و در نتیجه کمتر با عوارض

ناشی از تشخیص و درمان دیررس مواجه شدند. در حالی که مدت متوسط بستری در بیمارستان در مطالعه کنج و همکاران، ۲۴ روز و در مطالعه بنین ۱۱/۲ روز بوده است. (۲)

لازم به ذکر است که در ایران به دلیل محدودیت‌های شرعی باید بیشتر بر روی پیشگیری اولیه تأکید شده و امکاناتی فراهم گردد که جلوگیری از حاملگی به طور مؤثر و قابل قبول انجام شود. (۹) لذا به منظور کاهش تعداد حاملگی‌های ناخواسته، وزارت بهداشت و درمان باید توجه خود را بیشتر به سمت آگاهی مردم جهت استفاده از روش‌های مطمئن جلوگیری از بارداری معطوف کند و امکانات لازم را به راحتی در دسترس مردم قرار دهد.

پیشگیری ثانویه به صورت تشخیص سریع و درمان به موقع به منظور توقف روند بیماری انجام می‌شود. لذا تشخیص سقط عفونی در هر زن که در سنین باروری با خونریزی واژینال، درد قسمت تحتانی شکم و تب مراجعه می‌کند، مطرح است.

در نهایت پیشگیری ثالثیه اقدامی است که به منظور به حداقل رساندن آسیب بیماری و ناتوانی‌های ناشی از آن انجام می‌شود. در مورد سقط عفونی هدف از پیشگیری ثالثیه، رفع عواقب جدی عفونت از جمله مواردی است که نیاز به هیستروکتومی دارد و موجب مرگ می‌شود. البته هزینه تحمیلی به فرد و جامعه نیز در این موارد حائز اهمیت است.

لذا با توجه به یافته‌های این مطالعه موارد ذیل پیشنهاد می‌گردد:

- بالا بردن سطح آگاهی مردم در مورد سقط عفونی و خطرات ناشی از آن از طریق وسایل ارتباط جمعی.
- بالا بردن امکانات پیشگیری از حاملگی و آگاهی

4. Maitra-N. et al. Postabortal Sepsis. *J. Indian-Med-Assoc.* 1994 Aug ; 92(8) : 266-7.
5. Mahomed K, Chawapiwa A. Socio-democratic characteristics of women presenting with abortion- A hospital based study. *Cent-Afr-J-Med.* 1992 Jun ; 38(6) : 233-7.
6. Okonofua FE , Onwudiegwu U , Odunsi O.A., *Illegal induced abortion : a study of 74 cases in Ile-Ife , Nigeria. Tropical Doctor.* 1992 ; 22 : 75-8.
7. Ray-A. Maternal mortality in subdivisional hospital of eastern Himalayan region. *J-Indian-Med-Assoc.* 1992 May ; 90 (5) : 125-6.
8. Sweet R.L. , Barclay ML. Maternal & fetal medicine & clinical obstetrics , septic abortion ; septic pelvic thrombophlebitis ; 1985.
9. Stubblefield P.G., Grimes D.A. Review Article, septic abortion. *The new England journal of medicine.* 1994 ; 331(5) : 310-4.

مردم در باره استفاده از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری.

- بالا بردن ظن تشخیص پزشک نسبت به این بیماری با وجود محدودیت‌های قانونی.

- ایجاد تسهیلات لازم جهت سقط قانونی با رعایت موازین شرعی در صورت امکان.

▣ مراجع :

1. Burnhill , MS. Treatment of women who have undergone chemically induced abortions. *The Journal of Reproductive Medicine.* 1985; 30(8) : 610-14.
2. Konje J.C. , Obisesan K.A. Septic abortion at University College Hospital , Ibadan , Nigeria. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 1991 ; 36 : 121-5.
3. Konje J.C. , Obisesan K.A. , Ladipo O.A. Health and economic consequences of septic induced abortion. *Int. J. Gynaecol-Obstet.* 1992 Mar ; 37 (3) : 193-7.