

شیوع سقط و مرگ و میر ناشی از آن در بیمارستان معتضدی کرمانشاه (۸۰-۱۳۷۱)

دکتر شهره ملک خسروی*؛ دکتر بیژن کبودی**

چکیده

سابقه و هدف: هنوز فاصله زیادی بین میزان مرگ و میر مادران در کشور ما با کشورهای توسعه یافته وجود دارد. خونریزی، عفونت و فشار خون بالا از علل اصلی مرگ مادران است و سقط جنین نیز به نوبه خود از علل مهم خونریزی و عفونت در مادران محسوب می‌شود. هدف از این مطالعه تعیین شیوع سقط و مرگ و میر ناشی از آن در بیمارستان معتضدی کرمانشاه در سال‌های ۱۳۷۱ الی ۱۳۸۰ بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی، با مراجعه به پرونده‌های بیماران بیمارستان معتضدی کرمانشاه از سال ۱۳۷۱ الی ۱۳۸۰ فراوانی نسبی موارد سقط و همچنین تعداد مرگ ناشی از سقط و میزان مرگ و میر مادران به تفکیک سال استخراج شد. **یافته‌ها:** طی دهه هفتاد ۱۱۵۶۴۷ مورد تولد در بیمارستان معتضدی کرمانشاه ثبت شده است. میزان شیوع سقط در این دوره ۱۱۵/۳ مورد به ازای هر هزار تولد زنده بود. میزان مرگ و میر مادران ۳۰/۳ در هر صد هزار تولد بود. عوارض ناشی از سقط علت ۹ درصد موارد مرگ و میر مادران در این دهه بود. همه موارد سقط منجر شده به مرگ مادر در سه ماهه دوم بارداری رخ داده و همه این موارد به صورت غیرقانونی انجام شده بودند. در این دهه روند میزان سقط در نیمه دوم دهه هفتاد کاهش یافته است.

بحث: در دهه هفتاد سقط عامل یک دهم موارد مرگ مادر بود. کاهش روند سقط در نیمه دوم دهه هفتاد ممکن است به دلیل استفاده وسیع از روش لوله بستن طی سال‌های مورد مطالعه در سطح استان باشد. از طرفی این روند نزولی ممکن است فقط به علت ارجاع کمتر موارد سقط به این بیمارستان در سال‌های مذکور رخ داده باشد. تعیین علل واقعی تغییرات مشاهده شده نیازمند مطالعات وسیع‌تر در سطح استان است.

کلیدواژه‌ها: شیوع سقط، مرگ و میر مادران، کرمانشاه

« دریافت: ۱۳۸۳/۶/۲۲ پذیرش: تابستان ۱۳۸۴ »

* متخصص زنان و زایمان و استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

** پزشک عمومی

* عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، بیمارستان معتضدی، گروه زنان و زایمان، تلفن: ۰۸۳۱ - ۷۲۴۰۴۷۷

مقدمه

مواد و روش‌ها

میزان مرگ و میر مادران یکی از مهم‌ترین شاخص‌های بهداشتی در کشورهای جهان است (۱)؛ در حالی که میزان مرگ و میر مادران در دوران بارداری در کشورهای توسعه‌یافته حدود یک مورد در هر ۴۰۰۰ بارداری می‌باشد، این میزان در برخی کشورهای افریقایی به ۷ مورد در هر صد حاملگی می‌رسد (۲) که بیانگر اختلافی بسیار زیاد و قابل توجه است. خونریزی، عفونت و فشارخون بالا سه علت اصلی مرگ مادران را تشکیل می‌دهند و سقط جنین به نوبه خود از علل مهم خونریزی و عفونت به ویژه در کشورهای توسعه‌نیافته است (۳ و ۴). در آسیا سقط القایی غیرایمن علت مستقیم دوازده درصد مرگ و میر مادران می‌باشد (۵). تجربه نشان می‌دهد، در کشور ما با توجه به محدودیت‌های قانونی موجود، موارد بسیاری از سقط‌های القایی در شرایط غیرایمن انجام می‌شوند و اغلب مادرانی که در شرایط سقط غیرایمن قرار می‌گیرند، فقط بعد از بروز عوارض جدی ناشی از سقط به بیمارستان مراجعه می‌کنند؛ لذا بسیاری از موارد سقط القایی هرگز ثبت و گزارش نمی‌شوند. بررسی تخمینی ارایه‌شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نشان می‌دهد سالانه ۸۰۰۰۰ سقط در ایران رخ می‌دهد (۶)؛ لذا برای دسترسی به یک برآورد آماری - هر چند کمتر از واقعیت جامعه - از شیوع سقط و مرگ و میر ناشی از آن، این مطالعه با هدف تعیین روند تغییرات میزان شیوع سقط، مرگ و میر ناشی از آن طی دهه هفتاد در بین مراجعین به بیمارستان معتضدی کرمانشاه انجام شد.

این پژوهش یک مطالعه توصیفی و بر اساس اطلاعات موجود است. اطلاعات از پرونده‌های بیماران بستری شده در بیمارستان معتضدی کرمانشاه مربوط به دهه هفتاد استخراج شد. میزان شیوع سقط به ازای هر هزار مورد تولد زنده در هر سال و در کل دهه هفتاد محاسبه شد. میزان مرگ و میر مادران در همین دوره زمانی به روش مشابهی به ازای هر صد هزار تولد زنده تعیین گردید. برای محاسبه سهم سقط القایی از کل موارد مرگ مادران در این مرکز، نسبت مرگ‌های مربوط به سقط القایی بر حسب درصد از کل موارد مرگ مادر محاسبه شد. برای کلیه موارد مرگ مادر، سن، سن حاملگی، علت مراجعه و علت مرگ ثبت شد. داده‌ها به صورت درصد فراوانی یا میانگین و انحراف معیار ارایه شدند.

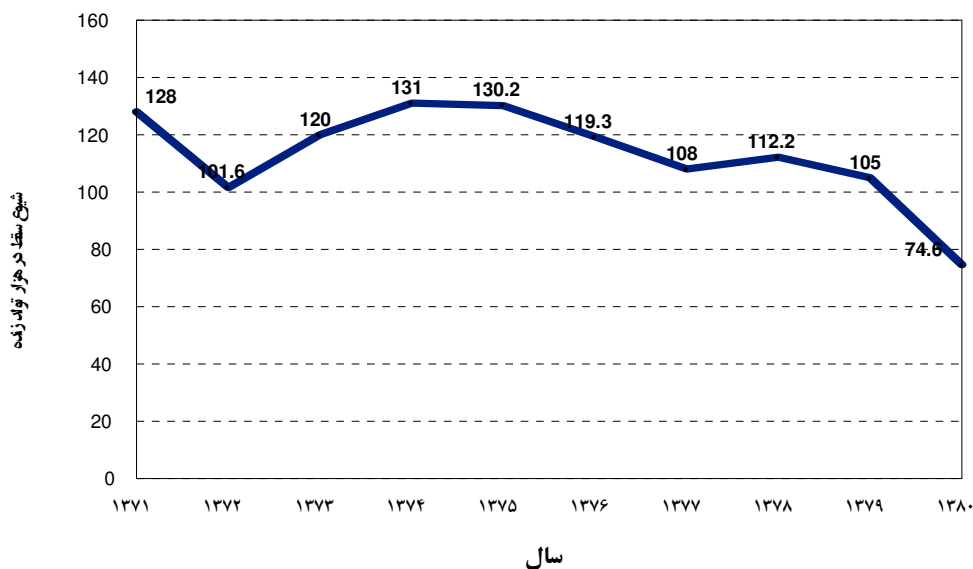
یافته‌ها

طی دهه هفتاد ۱۱۵۶۴۷ مورد تولد زنده در بیمارستان معتضدی کرمانشاه ثبت شده است. در این دهه به طور کلی ۱۳۳۳۷ مورد سقط در این بیمارستان بستری شده‌اند و میزان کلی سقط ۱۱۵/۳ در هزار تولد زنده بود. در همین دوره ۳۵ مورد مرگ مادر ثبت شده است؛ لذا میزان مرگ و میر مادران در دهه هفتاد در مرکز مورد بررسی برابر ۳۰/۳ در هر صد هزار تولد بود.

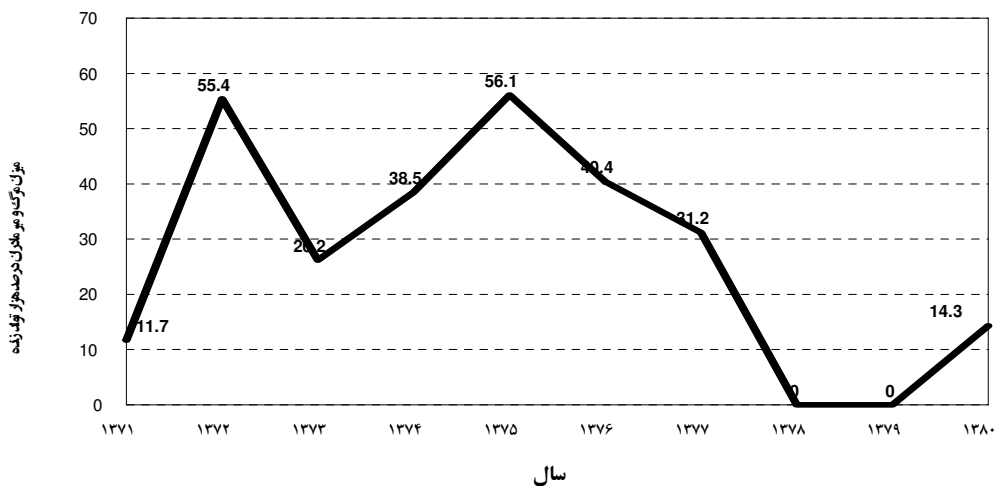
سقط القایی عامل نه درصد مرگ و میر مادران در دهه هفتاد بود. کلیه موارد مرگ ناشی از سقط القایی در نیمه اول دهه هفتاد رخ داده و در نیمه دوم دهه فوق هیچ موردی از مرگ مادران به علت سقط القایی گزارش نشده است و همه موارد مرگ ناشی از سقط، به علت سقط القایی در شرایط غیرایمن رخ داده و بیماران با عوارض جدی و در مراحل انتهایی به بیمارستان رسیده بودند.

به حداکثر مقدار خود، یعنی ۵۶/۱ در صد هزار تولد رسیده و در نیمه دوم دهه هفتاد روند نزولی داشته است. در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۷۹ هیچ موردی از مرگ مادر در بیمارستان معتضدی رخ نداده است. میانگین سن مرگ مادر در حاملگی‌های منجر به مرگ به علتی غیر از سقط میانگین سن حاملگی در این موارد $31/1 \pm 7/1$ سال و میانگین سن حاملگی در این موارد 30 ± 6 هفته بود.

روند تغییرات میزان شیوع سقط در دهه هفتاد در نمودار ۱ مشاهده می‌شود. بیشترین میزان شیوع در سال‌های ۱۳۷۴ و ۱۳۷۵ ثبت شده است و در نیمه دوم دهه هفتاد این میزان روند نزولی داشته است که در سال ۱۳۸۰ به کمترین مقدار خود، یعنی ۷۴/۶ در هزار تولد رسیده است. روند تغییرات میزان مرگ و میر مادران در نمودار ۲ مشاهده می‌شود. این شاخص نیز در سال ۱۳۷۵



نمودار ۱ - روند تغییرات شیوع سقط در دهه هفتاد در بیمارستان معتضدی کرمانشاه به ازای هر هزار تولد زنده



نمودار ۲ - تغییرات میزان مرگ و میر مادران در دهه ۷۰ در بیمارستان معتضدی کرمانشاه به ازای صد هزار تولد

مشاهده می‌شود. عوامل مختلفی ممکن است در بروز چنین روندی دخالت داشته باشند. یکی از علل اصلی اقدام به سقط بروز حاملگی ناخواسته است و استفاده بیشتر از روش‌های پیشگیری از حاملگی باعث کاهش میزان سقط می‌شود (۹-۷). این رابطه در هر کشوری مستقل از وضعیت صنعتی و توسعه آن وجود دارد (۱۰). در کلمبیا طی سال‌های ۱۹۷۶ تا ۱۹۸۶ میزان استفاده از روش‌های پیشگیری ۳۳ درصد افزایش داشته و در همین دوره اقدام به سقط تا ۵۰ درصد در این کشور کاهش یافته است. در مکزیک نیز بین سال‌های ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۲ میزان استفاده از روش‌های پیشگیری تا ۲۴ درصد افزایش یافته که با ۴۰ درصد کاهش در میزان سقط همراه بوده است (۱۱)؛ بنابراین استفاده گسترده از روش‌های پیشگیری از حاملگی طی دهه گذشته در سطح استان می‌تواند علت روند نزولی موارد سقط در مطالعه ما باشد. البته ممکن است کاهش مشاهده شده در مطالعه حاضر فقط به علت گسترش مراکز بیمارستانی در سایر شهرستان‌های استان و کاهش موارد ارجاع سقط به بیمارستان معتضدی کرمانشاه باشد. نکته قابل توجه دیگر عدم وقوع مرگ ناشی از سقط القایی در نیمه دوم دهه هفتاد در مراجعان به مرکز مذکور است. هرچند علت این مسأله می‌تواند میزان کم مرگ ناشی از سقط و عدم گزارش برخی از این موارد باشد، اما با توجه به اینکه در نیمه اول دهه هفتاد سه مورد از مرگ و میر مادران در این بیمارستان به علت سقط القایی بوده و در نیمه دوم این رقم به صفر رسیده است، این امر می‌تواند تحت تأثیر تسهیلات بیشتر برای انجام سقط القایی از سوی پزشکی قانونی و وزارت بهداشت و درمان در سال‌های اخیر باشد. برای مثال امروزه مدت زمان لازم برای تأیید قانونی انجام سقط القایی کاهش یافته است. در

میانگین سن مادرانی که به دلیل سقط جان خود را از دست داده بودند، $29/6 \pm 11$ سال و همه آن‌ها در سه‌ماهه دوم بارداری بودند. شایع‌ترین علل بستری در این موارد خونریزی شدید (۵۵٪) و بعد از آن پره‌اکلامپسی (۱۰٪) بود. شایع‌ترین تشخیص نهایی که باعث مرگ مادران شده بود، به ترتیب شوک هموراژیک و اختلال انعقادی منتشر داخل عروقی بود (به ترتیب ۲۷ و ۱۹ درصد موارد). خونریزی شدید و شوک عفونی علل اصلی مرگ مادران در مورد سقط‌های غیرایمن بودند.

بحث

در این مطالعه میزان شیوع سقط در دهه هفتاد در بیمارستان بستری شده در بیمارستان معتضدی کرمانشاه برابر $115/3$ به ازای هر صد هزار تولد بود و سقط القایی علت یک‌دهم مرگ و میر مادران را تشکیل می‌داد. این آمار شامل همه انواع سقط می‌باشد. گرچه این بیمارستان تنها بیمارستان سطح شهر است که بیماران ارجاعی را از سراسر استان پذیرش می‌کند، اما با توجه به محدودیت‌های قانونی برای سقط القایی، بدیهی است تنها مواردی از سقط القایی ثبت شده است که مادر به دلیل بروز عوارض شدید سقط مجبور به مراجعه به مراکز درمانی بوده و نیاز به بستری داشته است. به همین دلیل منطقی است که آمار واقعی سقط را بیش از رقم به دست آمده تصور نماییم و فقط در صورت کاهش محدودیت‌های قانونی امکان ثبت و استخراج آمار دقیق‌تر وجود دارد.

در خصوص روند تغییرات میزان شیوع سقط در دهه هفتاد یک روند نزولی به ویژه در نیمه دوم این دوره

در مورد سقط القایی بحث شد، فرض کنیم در این سالها شرایط انجام سقط القایی اعم از قانونی و غیرقانونی تا حدی بهبود یافته باشد، این مسأله می تواند به طور مستقیم عامل کاهش میزان مرگ و میر مادران نیز باشد. در یک مطالعه که میزان مرگ و میر مادران در سالهای ۱۹۶۲ الی ۱۹۹۲ در ترکیه بررسی شده است، میزان مرگ و میر مادران از ۴۱۷ در صد هزار تولد به ۷۳ در هر صد هزار تولد کاهش یافته بود. علت این کاهش در مطالعه فوق تصویب قانون حمایت از سقط القایی بعد از سال ۱۹۸۳ در ترکیه عنوان شده است (۱۲). در ایالات متحده نیز بعد از سال ۱۹۷۲ یعنی بعد از تصویب قانون سقط میزان مرگ و میر مادران کاهش قابل توجهی یافته است (۱۳). در انگلستان قبل از تصویب قانون سقط میزان مرگ و میر ناشی از سقط بیش از ۴۰ درصد و بعد از تصویب قانون سقط این نسبت به کمتر از ۴ درصد رسیده است (۱۴). این یافته ها حاکی از آن است که بهبود شرایط اقدام به سقط القایی که بدون شک با تصویب قانون سقط تسهیل می شود تا چه حد در کاهش مرگ و میر مادران مؤثر است.

در این تحقیق عوارض ناشی از سقط القایی غیرایمن عامل نه درصد موارد مرگ و میر مادران در بیمارستان معتضدی کرمانشاه بود. در یک مطالعه مشابه که در دهه ۱۹۸۰ در نیجریه انجام شد، سقط القایی در دو بیمارستان این کشور علت ۲۰ تا ۳۵ درصد موارد مرگ و میر مادران را تشکیل می داد (۱۵) و طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی سقط غیرایمن عامل ۱۲-۸ درصد موارد مرگ مادران در کشورهای غرب آسیاست (۵).

به هر حال همان طور که قبلاً ذکر شد با توجه به محدودیت های قانونی موجود، منطقی است که فرض کنیم

گذشته به کرات شاهد آن بودیم که روند تأیید قانونی موارد سقط آن قدر طولانی بود که گاهی سن حاملگی فرد متقاضی از ۱۶ هفتگی می گذشت و عملاً انجام سقط القایی قانونی غیرممکن می شد. در نتیجه برخی از مادران به روش های غیرایمن و غیرمجاز متوسل می شدند که با افزایش شدید خطر مرگ همراه است. ممکن است افزایش آگاهی مردم و حتی بهبود شرایط انجام سقط های غیرقانونی نیز در این روند دخالت داشته باشد؛ به این معنا که در سال های اخیر حتی در شرایط غیرقانونی، زنان متقاضی سقط به دلیل افزایش آگاهی های بهداشتی، کمتر از روش های سنتی و غیرایمن استفاده کرده اند و این امر می تواند علت کاهش عوارض سقط القایی و به نوبه خود کاهش مرگ و میر و حتی ارجاع بیماران به بیمارستان ها باشد.

امروزه میزان مرگ و میر مادران در کشورهای توسعه یافته تا حد یازده مورد در صد هزار تولد کاهش یافته است (۲). میزان مرگ و میر مادران در آسیا حدود یک صد مورد در هر صد هزار تولد برآورد شده است (۵). در مطالعه ما میزان مرگ و میر مادران در بیمارستان معتضدی کرمانشاه در دهه هفتاد ۳/۳۰ در صد هزار تولد بود که نسبت به کشورهای پیشرفته رقم بالایی است.

در این مطالعه میزان مرگ و میر مادران در نیمه دوم دهه هفتاد به طور مشخصی روند نزولی داشته است. این مسأله ممکن است به علت بهبود سطح سلامت در منطقه باشد. در عین حال با افزایش تعداد مراکز درمانی در سطح استان ممکن است صرفاً تعداد ارجاع موارد منجر به مرگ مادر به مرکز مذکور در سال های مطالعه کاهش یافته باشد. نکته جالب آنکه اگر طبق آنچه قبلاً

میزان اقدام به سقط و سهم سقط القایی غیرایمن در بروز مرگ و میر مادران در سطح استان بیشتر از ارقام گزارش شده در این تحقیق است و تنها راه دسترسی به آمار صحیح و دقیق برای برنامه‌ریزی‌های آتی و کاهش مشکلات ناشی از سقط‌های غیرایمن، تلاش مسئولین امر برای تسهیل قانون سقط با در نظر گرفتن جوانب فرهنگی و شرعی مسأله است و حل این معضل اجتماعی جز با تلاش و همکاری مسئولانه علمای دینی، قانون‌گذاران، پژوهشگران و متولیان امر سلامت در کشور میسر نخواهد بود. بدیهی است با حمایت منطقی از افرادی که اقدام به سقط در آن‌ها اجتناب‌ناپذیر است، شاهد کاهش چشمگیر عوارض و مرگ و میر ناشی از سقط القایی خواهیم بود.

منابع

1. Rosenfield A. Maternal mortality in developing countries: An ongoing but neglected "epidemic." JAMA 1989; 262(3): 376-379.
2. Maternal mortality in 2000- Estimates developed by WHO, and UNICEF. www.childinfo.org/eddb/mat_mortal
3. Rana A, Pradhan N, Gurung G, Singh M. Induced septic abortion: a major factor in maternal mortality and morbidity. J Obstet Gynaecol Res 2004;30: 3-8.
4. Zhironova IA, Frolova OG, Astakhova TM, Ketting E. Abortion related maternal mortality in Russian Federation. Stud Fam Plan 2004; 35:178-88.
5. World Health Organization (WHO). Maternal health and safe motherhood programme: Abortion: A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion. 2nd ed. Geneva, WHO, 1994: 117 .
- ۶- آخوندی م ، بهجتی ز: ضرورت بررسی ریشه‌ای ابعاد متنوع سقط در ایران. چکیده مقالات سمینار بررسی جامع سقط جنین در ایران ، اسفند ۱۳۸۱: ص ۱۸-۱۹.
7. United states. Agency for international development (AID). Office of population. The role of family planning in preventing abortion. Washington, D.C. AID. 1996, 3-15.
8. Rogo K. Improving technologies to reduce abortion-related morbidity and mortality. Int J Gynaecol Obstet 2004; 85 (Supp 1): S73-S83.
9. David H.P. Abortion in Europe, 1920-91: A public health perspective. Family Planning 1992;23(1): 1-22.
10. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, Atrash HK. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United State. Obstet Gynecol 2004; 103: 729-37.
11. Singh S, Sedgh G. The relationship of abortion to trends in contraception and fertility in Brazil, Colombia and Mexico. Family Planning Perspectives 1997;23(1): 4-14.

12. Ladjali M. Hamand J. Unsafe abortion and sexual health in the Arab world: Abstract book of the Damascus Conference. London, International Planned Parenthood Federation. Arab World Region, 1993: 32.
13. Singh S. Henshaw S. The incidence of abortion: A worldwide overview. New York, Alan Guttmacher Institute, 1996, 148:33-51.
14. Balogh A. Lampe L. Hungary. In: Rolston B. and Eggert A. Abortion in the new Europe: A comparative handbook. Westport, Connecticut, Greenwood Press, 1994: 139-156.
15. Okonofua F.E. Onwudiegwu U. Odunsi O.A. Illegal induced abortion: A study of 74 cases in Ile-Ife, Nigeria. Tropical Doctor 1992; 22(2): 75-78.