

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۰۲۵



نقش خونریزی واژینال در سه ماهه اول بارداری بر نتایج دیررس حاملگی

چکیده

زمینه: باتوجه به بروز عواقب دیررس حاملگی برای مادر و جنین و عوارض شناخته شده آن و عدم توافق نظر در مورد نقش خونریزی سه ماهه اول با شاخص‌های دیررس حاملگی و وجود بعضی نقایص در تحقیقات قبلی، به منظور تأثیر خونریزی واژینال در سه ماهه اول بارداری بر بروز عوارض دیررس حاملگی بر روی مادر و جنین و مقایسه آن با گروه شاهد، این تحقیق در مراجعین به بیمارستان امام حسین (ع) در سال ۹۰-۸۸ انجام پذیرفت.

روش کار: تحقیق به روش هم گروهی روی ۲۳۶ بیمار با خونریزی واژینال سه ماهه اول بارداری و ۹۴۴ نفرگروه کنترل (مجموعاً ۱۱۸۰ بیمار) انجام شد. افراد دو گروه مشابه‌سازی شده و عوارض دیررس حاملگی در مادر شامل فشار خون حاملگی، پره اکلامپسی، دکلمان جفت، زایمان زودرس و پارگی زودرس کیسه آب و عوارض جنینی شامل وزن کم موقع تولد، اختلال رشد داخل رحمی جنین (IUGR)، آپگار دقیقه پنجم کمتر از هفت و پذیرش در NICU بررسی و با آزمون کای دو مورد قضاوت آماری قرار گرفت و در صورتی که اختلاف معنی‌دار بود خطر نسبی R.R این عوامل با بروز عارضه در نمونه‌ها تعیین و (CI) فاصله اطمینانی محاسبه شد.

یافته‌ها: افراد دو گروه مشابه بودند. میزان بروز پارگی کیسه آب در گروه شاهد ۳/۶ درصد و درگروه بیماران ۲۷/۱ درصد ($p < 0/001$ و $R.R=7/5$) بود. فشار خون حاملگی به ترتیب ۱/۵ و ۷/۲ درصد ($p < 0/001$) و وزن کم موقع تولد در گروه شاهد ۶/۶ درصد و در گروه بیماران ۱۲/۳ درصد بوده است ($p < 0/001$) میزان بروز پره اکلامپسی، جفت سرراهی، زایمان به روش سزارین و زایمان زودرس در هر دو گروه مشابه بوده است.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد خونریزی سه ماهه اول بارداری بر بروز عوارض دیررس حاملگی مادر و نوزاد نقش داشته و بررسی تأثیر برخی مداخلات در خانم‌های حامله مبتلا به خونریزی سه ماهه اول در پیشگیری و کاهش عوارض دیررس آن را توصیه می‌نمائیم.

واژگان کلیدی: خونریزی واژینال سه ماهه اول، پارگی زودرس کیسه آب، فشار خون حاملگی وزن کم موقع تولد

دکتر مریم‌السادات حسینی *۱

دکتر صفری یعقوبی پور ۲

۱- دانشیار گروه زنان و زایمان
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲- متخصص زنان و زایمان،
پژوهشگر

* نشانی نویسنده مسؤؤل:

بیمارستان امام حسین (ع) دانشگاه
علوم پزشکی شهید بهشتی

تلفن: ۰۲۱-۷۷۵۵۷۰۶۹

نشانی الکترونیکی:

hoseiny339@yahoo.com

خانم‌هایی که در طول بارداری دچار سقط کامل یا ناقص شده، حاملگی مولار یا آنومالی جنین داشته و یا ختم حاملگی به هر دلیلی قبل از هفته ۲۸ حاملگی رخ داده بود، از مطالعه خارج شدند افراد دو گروه به لحاظ سن، پاریتی، تحصیلات دانشگاهی و غیردانشگاهی، مصرف سیگار و شاخص توده بدنی (BMI) کمتر از ۲۶، ۲۶ و بیشتر، اشتغال به کار در دوران بارداری، مشابه‌سازی شدند.

تعداد نمونه براساس بروز زایمان پره ترم و پارگی زودرس کیسه آب با سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ و بر اساس این که بیشترین حجم نمونه را شامل شود، برآورد شده و حداقل نمونه گروه بیماران ۲۳۰ نفر تخمین زده شد و هر دو گروه تا زمان زایمان پیگیری شدند. عوارض دیررس حاملگی در دو دسته پارامترهای مادری و جنینی بررسی شد. عوارض مادری شامل، پارگی زودرس کیسه آب، زایمان زودرس، فشارخون حاملگی، پره اکلامپسی، جفت سرراهی، دکلمان جفت و نوع زایمان در نظر گرفته شد و عوارض جنینی با چهار شاخص وزن کم هنگام تولد، محدودیت رشد داخل رحمی، آپگار دقیقه پنج کمتر از هفت و بالاخره بستری شدن نوزاد در NICU بررسی شد.

در خاتمه تحقیق ابتدا آزمون آماری به منظور مشابه بودن دو گروه انجام شد. در مرحله بعدی بروز هر یک از شاخص‌های عوارض مادری و جنینی با آزمون کای دو مورد قضاوت آماری قرار گرفت و اگر اختلاف معنی‌دار بود خطر نسبی R.R و نیز خطر منتسب A.R محاسبه و میزان واقعی آن با اطمینان ۹۵٪ (CI=۹۵) در جامعه برآورد گردید.

یافته‌ها

تحقیق روی تعداد ۲۳۶ نفر با خونریزی واژینال سه ماهه اول و ۹۴۴ نفر کنترل واجد شرایط انجام گردید. افراد دو گروه به لحاظ وضعیت اجتماعی اقتصادی (مراجعین به یک بیمارستان) و همزمانی مشابه بودند. توزیع افراد دو گروه بر حسب وجود خونریزی واژینال و عوامل مرتبط با نتایج دیررس حاملگی در جدول شماره یک ارائه شده است و نشان می‌دهد که افراد دو گروه به لحاظ سن، پاریتی، تحصیلات، سابقه سقط قبلی، مصرف سیگار در بارداری، شاخص توده بدنی، BMI قبل از بارداری و وضعیت اشتغال در دوران بارداری نیز مشابه بوده و اختلاف آنها به لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

مقدمه

یکی از نگرانی‌های جامعه به ویژه متخصصین زنان و زایمان عوارض دیررس حاملگی برای مادر و نوزاد می‌باشد [۱-۳] بروز بعضی عوارض مثل پارگی زودرس کیسه آب [۱-۶] و وزن کم هنگام تولد تا میزان ۱۰٪-۵٪ گزارش کرده‌اند [۱-۴-۶]. در بررسی پیشینه مشخص نشده که چه کسی و در چه زمان و مکان اولین نتایج را گزارش کرده است، ولی آنچه مسلم است، احتمالاً از همان ابتدای خلقت وجود داشته است. در حال حاضر عواملی از قبیل سابقه زایمان پره ترم، بیماری‌های سیستمیک مادر، ابتلا به برخی عفونت‌های واژینال، تروما، ناهنجاری‌های جنینی و غیره را در جهت بروز عوارض دیررس مادری و جنینی گزارش کرده‌اند [۱-۲]. این عوارض می‌تواند موجب بروز مورتالیتی و موربیدیتی در مادر و نوزاد باشد [۱-۲-۳]. یکی از عوامل گفته شده در بروز عوارض دیررس حاملگی خونریزی واژینال در سه ماهه اول بارداری می‌باشد [۴-۵-۶-۷]. هر چند توافق عمومی وجود دارد ولی در میزان بروز همه عوارض اتفاق نظر وجود نداشته [۹] و در بعضی از تحقیقات میزان زایمان زودرس و وزن کم موقع تولد را کمتر و در بعضی بیشتر گزارش کرده‌اند [۶-۹]. با توجه به این تناقض و اهمیت نتایج دیررس حاملگی، این تحقیق بر روی خانم‌های باردار با خونریزی سه ماهه اول حاملگی و گروه شاهد بدون خونریزی واژینال با مشابه‌سازی دو گروه به منظور بررسی میزان بروز عوارض دیررس مادری و جنینی در مراجعین به بیمارستان امام حسین (ع) در سال ۱۳۹۰-۱۳۸۸ انجام شد.

مواد و روش‌ها

تحقیق به روش کوهورت (Chohort Study) انجام گرفت، کلیه خانم‌های حامله که در سه ماهه اول حاملگی با خونریزی واژینال مراجعه کرده به عنوان گروه مورد تلقی شده و همزمان در همان مرکز خانم‌هایی که خونریزی واژینال نداشته و جهت مراقبت دوران بارداری مراجعه نمودند، به عنوان گروه شاهد تلقی شدند. تعداد نمونه بر اساس بروز پارگی کیسه آب در مقاله منبع شماره ۵ و با توان آزمون ۹۰ درصد و خطای ۵ درصد برآورده شد. خانم‌هایی که گراوید ۲۰۱ بوده، حاملگی تک قلبی داشته، بارداری خودبه‌خود صورت گرفته و در سونوگرافی حاملگی داخل رحمی با ضربان قلب طبیعی داشتند، با رضایت به شرکت در طرح، وارد مطالعه شدند.

جدول ۱- توزیع خانم‌های حامله مورد بررسی بر حسب خونریزی واژینال سه ماهه اول به تفکیک عوامل مرتبط													
اشتغال به کار در بارداری		BMI		مصرف سیگار		سابقه سقط قبلی		تحصیلات		پاریتی		سن	عوامل مرتبط خونریزی سه ماه اول بارداری
دارد	ندارد	کمتر از ۲۶	بیشتر از ۲۶	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دانشگاهی >۱۲	غیر دانشگاهی <۱۲	۱	۰		
۱۵۰ (۱۶)	۷۹۴ (۸۴)	۱۵۵ (۱۶/۵)	۷۸۹ (۸۳/۵)	۱۷ (۲)	۹۲۷ (۹۸)	۹۲ (۱۰)	۸۵۲ (۹۰)	۷۲۲ (۷۶/۵)	۲۲۲ (۲۳/۵)	۴۰۷ (۴۳)	۵۳۷ (۵۷)	۲۹ (۱۶-۴۲)	نداشته (شاهد) N=۹۴۴
۳۲ (۱۳/۵)	۲۰۴ (۸۶/۵)	۳۴ (۱۴)	۲۰۲ (۸۶)	۸ (۳)	۲۲۸ (۹۷)	۳۸ (۱۶)	۱۹۸ (۸۴)	۱۷۲ (۷۳)	۶۴ (۲۷)	۸۵ (۳۶)	۱۵۱ (۶۴)	۲۹ (۱۸-۳۸)	داشته (مورد) N=۲۳۶

بروز دکلمان جفت در گروه کنترل ۷ نفر (۰/۷ درصد) و در گروه مورد ۸ نفر (۳/۴ درصد) با ($p < 0.005$) بود و نشان می‌دهد شانس بروز دکلمان در این بیماران ۴/۵ برابر گروه شاهد می‌باشد. زایمان زودرس در گروه کنترل به میزان ۱۶/۹ درصد و در گروه بیماران ۱۸/۶ درصد بوده است ($p < 0.05$). بروز پره‌اکلامپسی در گروه کنترل ۴/۴ و در گروه بیماران ۷/۲ درصد و بروز جفت سر راهی در گروه کنترل نیم‌درصد و در گروه بیماران ۱/۷ درصد بوده است. زایمان به روش سزارین در گروه کنترل ۵۳/۲ درصد و در گروه بیماران ۵۱/۳ درصد بوده است. این میزان اختلاف در زایمان زودرس، پره‌اکلامپسی، جفت سر راهی و روش زایمان به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p < 0.09$).

توزیع زنان حامله مورد بررسی بر حسب خونریزی واژینال سه ماهه اول بارداری به تفکیک عوارض دیررس حاملگی در مادر در جدول شماره ۲ ارائه شده است و نشان می‌دهد که در خانم‌های بدون خونریزی سه ماهه اول ۳۴ نفر (۳/۶ درصد) پارگی زودرس کیسه آب داشته‌اند و در گروه زنان با خونریزی واژینال ۶۴ نفر (۲۷/۱ درصد) دچار پارگی زودرس کیسه آب شده‌اند ($p < 0.001$) و این به این معناست اگر در سه ماهه اول بارداری خونریزی واژینال رخ دهد شانس بروز پارگی کیسه آب ۷/۵ برابر افزایش یافته و میزان واقعی آن (C.I) با اطمینان ۹۵٪ حداقل ۵/۱ تا ۱۱ برابر است. همینطور بروز فشار خون حاملگی در گروه کنترل ۱۴ نفر (۱/۵ درصد) و در گروه مورد ۱۷ نفر (۷/۲ درصد) بوده است ($p < 0.001$) و ($R.R = 4/8$).

جدول ۲- توزیع زنان حامله مورد بررسی بر حسب خونریزی واژینال سه ماهه اول به تفکیک عوارض دیررس حاملگی در مادر					
A.R % ۹۵ CI	RR % ۹۵ CI	نتیجه آزمون	بیمار (مورد ۲۳۶=n ₂)	کنترل (شاهد ۹۴۴=n ₁)	عوارض دیررس
۲۲/۵ (۱۵/۹-۳۴/۵)	۷/۵ (۵/۱-۱۱)	$p < 0.001$	۶۴ (۲۷/۱)	۳۴ (۳/۶)	پارگی زودرس کیسه آب
۵/۷ (۲/۹-۱۱/۴)	۴/۸ (۲/۴-۹/۶)	$p < 0.001$	۱۷ (۷/۲)	۱۴ (۱/۵)	فشار خون حاملگی
۲/۷ (۱-۷/۳)	۴/۵ (۱/۶-۱۲)	$p < 0.005$	۸ (۳/۴)	۷ (۰/۷)	دکلمان جفت
-	-	NS	۱۷ (۷/۲)	۴۲ (۴/۴)	پره‌اکلامپسی
-	-	NS	۴ (۱/۷)	۵ (۰/۵)	جفت سه راهی
-	-	NS	۱۲۱ (۵۱/۳)	۵۰۲ (۵۳/۲)	زایمان به روش سزارین

واژینال بشود بروز نوزاد با وزن کم موقع تولد ۱/۹ برابر افزایش می‌یابد ($R.R = 1/9$) و با اطمینان ۹۵ درصدی شانس بروز وزن کم موقع تولد ۱/۲ تا ۲/۹ برابر افزایش می‌یابد. محدودیت رشد داخل رحمی یا IUGR در گروه کنترل ۲/۳ درصد و در گروه مورد ۶/۴ درصد بوده است ($p < 0.005$) و شانس بروز IUGR ۷/۲ برابر

توزیع زنان حامله بر اساس خونریزی واژینال سه ماهه اول بارداری به تفکیک عوارض جنینی در جدول شماره ۳ ارائه نموده است و نشان می‌دهد که در خانم‌های فاقد خونریزی واژینال، وزن کم موقع تولد در ۶۲ نفر (۶/۶ درصد) و در گروه مورد ۲۹ نفر (۱۲/۳ درصد) بوده است ($p < 0.005$) و اگر خانمی در سه ماهه اول بارداری دچار خونریزی

($p < 0.0001$) و این بدان معناست که احتمال نیاز به بستری نوزاد در NICU ۳/۴ برابر بیشتر از گروه شاهد می‌باشد.

افزایش می‌یابد. میزان آپگار دقیقه پنجم کمتر از هفت در گروه کنترل ۵ درصد و در گروه بیماران ۱۷/۴ درصد بوده است ($p < 0.0001$) و بالاخره بستری شدن نوزاد در NICU در گروه شاهد ۴/۲ درصد و در گروه بیماران ۱۸/۲ درصد بود.

جدول ۳- توزیع زنان باردار مورد بررسی بر حسب عوارض جنینی به تفکیک خونریزی واژینال سه ماهه اول بارداری						
عوارض جنینی	خونریزی واژینال	نداشته (شاهد) (۹۴۴)	داشته (مورد) (۲۳۶)	نتیجه آزمون	RR % ۹۵ CI	A.R % ۹۵ CI
وزن پایین هنگام تولد	۶۲ (۶/۶)	۲۹ (۱۲/۳)	$p < 0.005$	۱/۹ (۱/۲-۲/۹)	۵/۷ (۳/۷-۸/۳)	
محدودیت رشد داخل رحمی	۲۲ (۲/۳)	۱۵ (۶/۴)	$p < 0.005$	۲/۷ (۱/۹-۳/۴)	۴/۱ (۲/۹-۵/۶)	
آپگار دقیقه ۵ کمتر از ۷	۴۷ (۵)	۴۱ (۱۷/۴)	$p < 0.0001$	۳/۴ (۲/۳-۴/۹)	۱۲/۴ (۸/۴-۱۸/۴)	
پذیرش در NICU	۴/۲ (۴۰)	۴۳ (۱۸/۲)	$p < 0.0001$	۴/۳ (۳/۸-۶/۵)	۱۴ (۹/۳-۲۱/۱)	

بحث و نتیجه‌گیری

این تحقیق نشان داد که خونریزی واژینال سه ماهه اول بارداری با افزایش شانس بروز پارگی زودرس کیسه آب، فشار خون حاملگی، و دکلمان جفت در مادر و همچنین وزن کم موقع تولد، محدودیت رشد داخل رحمی و آپگار دقیقه پنج کمتر از هفت و بالاخره پذیرش نوزاد در NICU همراه بوده است؛ اما بر روی سایر عوارض مادری و جنینی تأثیری نداشته است.

در مطالعه‌ای که توسط Hossain Rydhwana در سال ۲۰۰۷ بر روی ۲۶۷۸ زایمان انجام شد پارگی زودرس کیسه آب گزارش نشده ولی زایمان زودرس با ریسک بالاتری در بیماران با خونریزی واژینال سه ماهه اول همراه بوده است. البته در مطالعه Hossain تمام زنان باردار وارد مطالعه شده و در واقع مشابه‌سازی نشده بودند در مطالعه yang و همکارانش ریسک پارگی زودرس کیسه آب در زنان با سابقه خونریزی سه ماهه اول مشابه با مطالعه ما گزارش شده است، با این تفاوت که در مطالعه yang خونریزی سه ماهه اول و دوم تحت بررسی قرار گرفته در حالی که در مطالعه ما فقط خونریزی سه ماهه اول بررسی شده است [۵]. همچنین در مطالعه Willams.MA همراهی پارگی زودرس کیسه آب و خونریزی واژینال سه ماهه اول دیده نشده در حالی که زایمان زودرس با افزایش ریسک دو برابری گزارش شده است [۶]. در حالی که در مطالعه ما میزان زایمان زودرس علیرغم بیشتر بودن نسبت به گروه شاهد از نظر آماری معنی‌دار نبود.

Asim Kurjak نیز در مطالعه‌ای بر روی ۵۹ خانم با خونریزی واژینال و هماتوم خلف جفت افزایش ریسک زایمان زودرس را

گزارش کرد [۹]. همچنین yang و همکارانش با مطالعه بر روی ۵۶ زن با خونریزی واژینال در سه ماهه اول و دوم بارداری همراهی خونریزی واژینال و ریسک زایمان زودرس را بدون توجه به حجم و دفعات خونریزی دو برابر گزارش کرده‌اند [۵]. احتمالاً وجود خونریزی با تخریب فضای کوریوآمینوتیک و التهاب مزمن ممکن است زایمان زودرس را تسریع کند و هماتوم خلف جفت می‌تواند باعث بروز انقباضات رحمی شود.

در این مطالعه ریسک دکلمان جفت در زنان باردار با سابقه خونریزی واژینال سه ماهه اول بارداری بیشتر بود، در مطالعه انجام شده توسط Weiss [۸] و همکارانش [۸] و مطالعه Ananth CV و همکاران [۱۲] نیز افزایش خطر دکلمان جفت دیده شده است. اما در مطالعه Johns-J, Wijesiri Wardana (۱۱) این ارتباط گزارش نشده است.

در این مطالعه ارتباطی بین پره اکلامپسی، خونریزی واژینال سه ماهه اول به دست نیامده اما در مطالعه Weiss [۸] و همکاران این ارتباط دیده شده است [۸].

در مطالعه ما میزان بروز فشارخون حاملگی در زنان با سابقه خونریزی واژینال سه ماهه اول بارداری بیشتر بوده و مشابه با مطالعه Listan AM و همکارانش بود [۱۰] هرچند که در مطالعه Wijesiri Wardana این رابطه حاصل نشده است [۷].

در این مطالعه میزان سزارین در گروه کنترل بیشتر بود، هرچند که به لحاظ آماری معنی‌دار نبود و این درحالی است که در مطالعات انجام شده توسط Weiss J و همکاران [۸] و Wijesiri Wardana و همکاران [۷] میزان بیشتری از سزارین در زنان با خونریزی واژینال سه ماهه اول دیده شد. نتایج این مطالعه نشان‌دهنده میزان بیشتر

جفت سر راهی در گروه بیماران بوده که البته از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری نداشت Dongol A و همکاران نیز ریسک افزایش یافته آشکار را در جفت سر راهی در زنان که خونریزی واژینال سه ماهه اول بارداری داشتند را گزارش کردند [۱۲] و در مطالعه Hossain Rydhwana این افزایش ریسک گزارش نشده است [۳].

محدودیت رشد داخل رحمی و وزن پایین هنگام تولد از یافته‌هایی بود که در زنان با سابقه خونریزی سه ماهه اول در مطالعه ما دیده شده، که در مطالعه انجام شده توسط Dongol A و همکاران [۱۱-۱۲] و [۹] Asim k نیز دیده شده‌است. اما Wardana ارتباط مشخص خونریزی واژینال سه ماهه اول بارداری و محدودیت رشد داخل رحمی را گزارش نکرد [۷]. به نظر می‌رسد که محدود بودن رشد جنین ممکن است در نتیجه درجاتی از نارسائی جفت ثانویه به اسکار محل خونریزی باشد. یکی از محدودیت‌ها و کاستی‌های این مطالعه این بود که شدت و حجم خونریزی واژینال قابل ارزیابی نبود هر چند که فرض می‌شود که شدت خونریزی در حدی بوده‌است که بیمار ذکر می‌کند یا سبب مراجعه او به مراکز درمانی شده است، اما مطالعه قادر نبود در مورد ارتباط بین شدت خونریزی واژینال و نتایج بارداری گزارش بدهد، علاوه بر آن خانم‌هایی که خونریزی واژینال کمی داشته و از ذکر آن خودداری کرده‌اند ممکن است حذف شده باشند. همچنین پیگیری بیماران بسیار مشکل بود با وجود توصیه به ادامه مراقبت از بارداری در مرکز مورد نظر بعضی از بیماران مراقبت و زایمان خود را در مراکز دیگری انجام می‌دادند که به دلیل ناکافی بودن اطلاعات از مطالعه خارج می‌شدند. ولی از طرف دیگر سعی شده‌است که با تمهیداتی از قبیل برآورد صحیح تعداد نمونه مورد نیاز گروه مورد و شاهد و

معیارهای دقیق‌تر در ورود و خروج از مطالعه تا حد الامکان مشابه‌سازی داشته باشیم. مهم‌تر اینکه انگیزه خاصی (Bias) در مطالعه نداشته‌ایم و سعی بر انجام آزمون‌های آماری مناسب شده است. در این جمع‌بندی به نظر می‌رسد که خونریزی واژینال سه ماهه اول بارداری شانس بروز بعضی عوارض مثل پارگی زودرس کیسه آب، فشار خون حاملگی و دکلمان جفت را در مادر و وزن کم موقع تولد و IUGR و آپگار پایین و بستری در NICU را در جنین افزایش می‌دهد با توجه به نوع مطالعه که دقیق‌ترین مطالعه تحلیلی می‌باشد، انجام مطالعه تجربی را برای کاهش نتایج دیررس حاملگی در زنان باردار با خونریزی واژینال را توصیه می‌نمائیم.

با توجه به اینکه زنان با خونریزی واژینال سه ماهه اول بارداری با ریسک بالاتری از نتایج نامطلوب بارداری روبرو هستند نیازمند مراقبت و مشاوره بهتر دوران بارداری، تهیه امکانات به منظور دستیابی مادران و نوزادان در معرض خطر در مراکز درمانی مجهزتر به منظور کاهش عوارض بارداری می‌باشند همچنین هشدار برای مراقبین بهداشتی درمانی اعم از پرسنل و پزشکان می‌باشد که تمامی بیماران با سابقه خونریزی واژینال سه ماهه اول را جزء حاملگی‌های پرخطر محسوب کرده و مراقبت دوران بارداری و زمان زایمان را جدی‌تر بگیرند.

تقدیر و تشکر: از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و واحد پژوهش بیمارستان امام حسین (ع) به خاطر تشخیص ضرورت انجام این طرح و حمایت‌های کارشناسانه آنان سپاسگزاری می‌نمائیم و همچنین از کلیه خانم‌های بارداری که با پذیرفتن ورود به طرح و همکاری آنها برای پیگیری صمیمانه قدرانی می‌شود.

مراجع

- 1- Williams Obstetrics 23th ed: F. Gary Gunninghams, et al 2010 (220-804-819).
- 2- High risk Pregnancy: management Option, Davidk. James, Philip-J. steer, et, al 4 th ed: 2011 (570-1091-1037).
- 3- hossain Ryd, Harris T, Lohsoonthrony, Micherlr A, Williams. "Risk of Preterm delivery in relation to vaginal bleeding in early pregnancy". European journal of obs & Gyn and reproductive Bilogy. 2007 sep 135: 158-163.
- 4- Arafa M, Abdelfatch. M, Abouseid H, Elkhoully. "out come of pregnancy complicated by early Vaginal bleeding". East mediteer healthy 2000. Mar-May: 6 (2-3): 4 (57-64).
- 5- yang J, Hartmann k, Savitz DA, Herring AH, Dolen, Olshan AF, Thropjmjr. "vaginal bleeding Pregnancy and preterm birth" Amirican J of Epidemiology 2004 Jul ls; 160 (2) 118-25.
- 6- Willams MA, Mlttendrof R, Lieberman E, Monson RR. "Adverse infant outcomes associated with first trimester vaginal bleeding" obstetrics & Gyn 1991 Jul: 78 (1): 14-80.
- 7- Wijesiri Wardana A, Bhattacharya S, Shetty A, smith N, "obsterric outcome in women with threatened Miscarriage in first trimester" obstet & Gyn. 2006 Mar 107: ss7-62.
- 8- Weiss J. Malone F, vidavery Ball R, Nyberg D, "Threatend Abortions: A Risk factor poor pregnancy outcome, a palpulation-based screening study" Americam Journal of obstet & Gyn 2004 may: 19, 745-50.
- 9- Asim K, Havold S, Damir Z, Sanjak: "sub chorionic Hematomas in early Pregnancy: Clinical outcome and blood flow patterns". Journd of maternal Fetal and Neonatal medicine. 1996 Feb: S(1). 4-44.
- 10- Johns J, Jauniaux E: "Threatened miscarriage as a predictor of obstetric outcome" obstet & Gyn, 2006, 107: 842.
- 11- Ananth Cv. oyelesey. Prasad v. Getghum D, Smulianj C, "Evidence of Placenta abruption as a chronic process " European journal of obstet & Gyn & Reproductive Biology. 128 (1-2) 15-21 2006 sep-oct.
- 12- Dongol A, Mool S, Tiwari P. "outcome of pregnancy by threatened Abortion. " Kathman du unir Med j. 2011-33 (1) 41-40.