

# بررسی اثر سقط خودبخودی بر روی پیش آگهی حاملگی بعدی

دکتر مرضیه غفاریزاد، استادیار گروه زنان و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر ماریا حجازی، دستیار زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر فاطمه ابراهیمی، دستیار زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

## The Effect of Abortoin on Outcome of Subsequent Pregnancy ABSTRACT

In a historical cohort study we evaluated the effects of spontaneous abortion on subsequent pregnancy outcome. 1693 pregnant women were classified in three groups: 1100: without any prior pregnancy, group 1; 550: with history of one spontaneous abortion (G2A1), group 2; 43: with two or more prior spontaneous abortions and no other prior pregnancies, group 3.

We collected data through interview, patient's records and physical examination. We matched the patients according to their age subgroups, history of chronic disease, drug administration and radiation during current pregnancy and familial marriage. Then we compared adverse outcome of present pregnancy in group 1 and 2 with the women without prior pregnancy. We analysed the data with Chi-square and Fisher's exact methods.

In this study we concluded that history of one spontaneous abortion had no effect on subsequent pregnancy except on prolonged ROM ( $P < 0.000$ ), but history of two or more abortions significantly affects occurrence of stillbirth ( $RR = 29$ ,  $P = 0.003$ ) and placenta previa ( $RR = 8.5$ ,  $P = 0.03$ ). These findings suggest that pregnant women with history of two or more spontaneous abortions need special prenatal care.

**Key Words:** Abortion; Pregnancy; Spontaneous abortion; Cohort

## چکیده

زودرس پارگی طولانی مدت کیسه آب، دکولمان، جفت سرراهی، مرده‌زدایی، اکلامپسی، پراکلامپسی، وزن کم حین تولد و راه زایمان در دو گروه ۱ و ۲ با سابقه سقط، به تفکیک با گروه بدون سابقه سقط مقایسه شدند. با استفاده از آزمون کای‌دو و فیشر نتایج زیر بدست آمد:

سابقه یک مورد سقط خودبخودی در پیش آگهی حاملگی فعلی بجز در مورد پارگی طولانی مدت کیسه آب (خطر نسبی ۲/۵ و  $P = 0/00056$ ) تأثیری ندارد. ولی سابقه دو مورد سقط خودبخودی یا بیشتر عوارض حاملگی اخیر مخصوصاً مرده‌زدایی (خطر نسبی ۲۹ و  $P = 0/003$ ) و جفت سرراهی (خطر نسبی ۸/۵ و  $P = 0/03$ ) را افزایش می‌دهد. این مطالعه بیانگر آن است که سابقه یک سقط تأثیر چندانی در پیش آگهی حاملگی فعلی نخواهد داشت، ولی با سابقه دو سقط یا بیشتر مراقبت‌های ویژه‌ای جهت اداره بیماران لازم است.

به منظور ارزیابی اثرات سقط خود بخودی بر روی عواقب و نتایج حاملگی بعدی، در ۱۶۹۳ زن باردار بستری در بخش اورژانس بیمارستانهای امام خمینی، میرزا کوچک‌خان آرش و شریعتی مطالعه‌ای بصورت historical cohort صورت گرفت. بیماران تحت مطالعه به سه گروه تقسیم شدند: گروه بدون سابقه سقط شامل ۱۱۰۰ نفر خانم حامله شکم اول بدون سابقه سقط، گروه ۱؛ با سابقه یک سقط شامل ۵۵۰ نفر خانم حامله شکم دوم، گروه ۲؛ با سابقه دو یا بیشتر سقط شامل ۴۳ خانم با سابقه دو مورد یا بیشتر سقط خودبخودی، گروه ۳.

گردآوری مطالعات از طریق مصاحبه، بررسی پرونده و معاینه بیماران انجام شد. گروه‌های مورد مطالعه از نظر سن، سابقه بیماری مزمن، سابقه دریافت دارو و اشعه در طی حاملگی و ازدواج فامیلی با یکدیگر همسان شدند. سپس عوارض حاملگی فعلی شامل زمان

## واژه‌های کلیدی: سقط؛ حاملگی؛ سقط خودبخودی؛ کوهورت

### مقدمه

زنانیکه حاملگیشان منجر به سقط می‌شود از نظر روحی، خانوادگی و اجتماعی با مشکل مواجه می‌شوند و همواره این سؤال برایشان مطرح است که چرا حاملگیشان منجر به سقط شده و این نگرانی و اضطراب همواره وجود دارد که عاقبت حاملگیهای بعدیشان چه خواهد شد.

تقریباً ۷۰٪ لقاح‌های انسانی قادر به کسب توانایی حیات نیستند و حدود ۵۰٪ آنها قبل از اولین سیکل قاعدگی فراموش شده از بین می‌روند. اغلب این سقطها ناشناخته می‌مانند. در مطالعات اخیر با استفاده از روشهای حساس برای سنجش گنادوتروپین کوریونیک انسانی (HCG)، مشخص شده که میزان واقعی سقط پس از لانه‌گزینی، ۳۱٪ است و فقط ۱۵٪ از سقطها بطور بالینی شناسایی می‌شوند.

علیرغم اینکه اکثر حاملگیها قبل از مرحله بالینی، یعنی زمانیکه مادران از وقوع آن بی‌خبرند از بین می‌روند، میزان سقط بعد از تشخیص بالینی هنوز به حدی زیاد است که لزوم مطالعات مورد-شاهدی یا کوهورت را در مورد آن روشن می‌سازد. در مطالعات گوناگون ارتباط سقط با عوارض بارداری در حاملگی بعدی از قبیل ناهنجاری مادرزادی، وزن کم حین تولد، مرده‌زایی، تولد زودرس، تأخیر رشد داخل رحمی، جفت سرراهی، دکولمان و راه انجام زایمان مورد بحث و بررسی قرار گرفته‌اند.

در این مطالعه سعی شد با کنترل برخی عوامل دخیل در ایجاد سقط مانند سن مادران، تعداد حاملگی، وجود مراقبت دوران بارداری، سابقه دریافت اشعه و دارو طی حاملگی و بیماری مزمن، میزان عوارض حاملگی در افرادی که سابقه یک سقط یا بیشتر دارند با زنان حامله شکم اول مقایسه شود.

### روش و مواد

مطالعه از تاریخ ۷۷/۱/۱۵ تا ۷۷/۷/۱۲ به مدت ۶ ماه بر روی ۱۶۹۳ بیمار که به دلایل مامایی جهت زایمان در بخش اورژانس زایمان بیمارستانهای آرش، شریعی، امام خمینی و میرزا کوچکخان بستری شده بودند صورت گرفت. و نمونه‌گیری به طریق غیر

تصادفی ساده انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل گروه بدون سابقه (گروه unexposed) زنان حامله شکم اول با سن حاملگی بیش از ۲۴ هفته (۱۱۰۰ نفر) و گروه با سابقه سقط که در گروه یک با سابقه یک سقط (exposed I) شامل زنان حامله شکم دوم که حاملگی قبلی آنها سقط شده و سن بارداری فعلی آنها بیش از ۲۴ هفته (۵۵۰) و گروه دو- با سابقه دو سقط یا بیشتر (exposed II)، شامل خانمهای حامله با سن حاملگی بیش از ۲۴ هفته با سابقه دو سقط یا بیشتر بدون زایمان قبلی (۴۳ نفر) بررسی شدند.

اطلاعات از طریق مصاحبه با بیمار و استفاده از پرونده بیماران و در صورت لزوم معاینه بیماران جمع‌آوری شد. گروهها از نظر متغیرهای مداخله‌گر سن، ازدواج فامیلی، عدم مراقبت پره‌ناتال، بیماری مزمن، مصرف دارو و اشعه طی حاملگی همسان شدند. با توجه به تأثیر سن در عواقب حاملگی، متغیر کمی سنی در گروه زیر ۲۰ سال، ۲۰-۳۵ سال و بالای ۳۵ سال بررسی شد. سپس وقوع عوارض حاملگی شامل دکولمان، جفت سرراهی، زایمان زودرس (وقوع زایمان خودبخودی قبل از هفته ۳۷ بارداری)، مرده‌زایی، پارگی طولانی مدت کیسه آب (پاره شدن خودبخودی کیسه آب ۱۸ ساعت قبل از زایمان)، اکلامپسی یا پره‌اکلامپسی و وزن کم حین تولد (کمتر از پنجمین صدک وزنی برای سن نوزاد) در گروههای با سابقه یک سقط خودبخودی (گروه ۱) و با سابقه دو سقط خودبخودی یا بیشتر (گروه ۲) به تفکیک با گروه بدون سابقه سقط خودبخودی مقایسه شدند.

جهت مقایسه توزیع فراوانی متغیرهای مداخله‌گر در گروههای ۱ و ۲ و گروه بدون سابقه سقط، از تست آماری کای‌دو و فیشر استفاده شده است. بعد از همسان کردن گروهها از نظر متغیرهای مداخله‌گر، خطر نسبی وقوع عوارض حاملگی در هر یک از گروههای ۱ و ۲ نسبت به گروه سه محاسبه شد و تفاوت آماری آنها با تستهای کای‌دو و فیشر سنجیده شد.

### یافته‌ها

۱۶۹۳ بیمار مورد بررسی در سه گروه بدون سابقه سقط خودبخودی (۱۱۰۰ نفر) گروه ۱؛ با سابقه یک سقط خودبخودی (۵۵۰ نفر) گروه ۲؛ دو سقط خودبخودی یا بیشتر (۴۳ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. به این صورت که هر یک از گروههای ۱ و ۲ به تفکیک با گروه بدون سابقه از نظر میزان وقوع عوارض حاملگی مقایسه شدند. ابتدا توزیع فراوانی متغیرهای مداخله‌گر سن (به

صورت زیرگروه‌های سنی)، ازدواج فامیلی، عدم مراقبت پره ناتال، بیماری مزمن، مصرف دارو و اشعه طی حاملگی، در گروه ۱ با گروه دو مقایسه شد (جدول ۱). از آنجا که توزیع فراوانی متغیرها در دو

جدول ۱- مقایسه توزیع متغیرهای مداخله‌گر در گروه بدون سابقه سفت (گروه ۱) و گروه با سابقه یک سفت (گروه ۲)

تفاوت	گروه دو	گروه یک	متغیرهای مداخله‌گر
P = ۰/۱۴	۱۶۶ (٪۳۰/۲)	۳۰۸ (٪۲۸)	سن > ۲۰ سال
	۳۵۹ (٪۶۵/۵)	۷۵۹ (٪۶۹)	سن ۲۰-۳۵ سال
	۲۵ (٪۴/۵)	۱۳ (٪۱)	سن < ۳۵ سال
P = ۰/۲۹	۵۳ (٪۹/۶)	۸۹ (٪۸/۱)	ازدواج فامیلی
P = ۰/۳۹	۲۴ (٪۸)	۱۰۲ (٪۹/۳)	عدم مراقبت پره‌ناتال
P = ۰/۳۳	۲۴ (٪۴/۳)	۷۹ (٪۷/۹)	سابقه بیماری مزمن
P = ۰/۳۳	۰ (٪۰)	۳ (٪۰/۳)	سابقه دریافت دارو
P = ۰/۴۷	۰ (٪۰)	۱ (٪۰/۱)	سابقه دریافت اشعه
	۵۵۰ (٪۱۰۰)	۱۱۰۰ (٪۱۰۰)	جمع

میزان وقوع زایمان زودرس، دکولمان، جفت سرراهی، اکلامپسی یا پره‌اکلامپسی، وزن کم حین تولد و راه زایمان در دو گروه تفاوتی نشان نداد، ولی پارگی طولانی مدت کیسه آب با خطر نسبی ۲/۵ برابر (۹۵٪ CI = ۱/۴۴-۴/۳) افزایش یافته و بر طبق آزمون کسای دو و P=۰/۰۰۰۵ تفاوت دو گروه معنی‌دار شده است (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه توزیع فراوانی عوارض حاملگی در گروه بدون سابقه سفت و گروه ۱ با سابقه یک سفت

تفاوت	گروه ۱ با سابقه	گروه بدون سابقه	عوارض
$\chi^2$ : P = ۰/۷۰ RR = ۱/۰۷	۴۸ (٪۸/۷)	۹۰ (٪۸/۲)	زایمان زودرس
$\chi^2$ : P = ۰/۰۰ <sup>#</sup> RR = ۱/۵۰	۳۷ (٪۶/۸)	۳۰ (٪۲/۷)	پارگی طولانی مدت کیسه آب
$\chi^2$ : P = ۰/۳۷ RR = ۱/۵۶	۷ (٪۱/۳)	۹ (٪۰/۸)	دکولمان
F: P = ۰/۸۲ RR = ۰/۸۵	۳ (٪۰/۵)	۷ (٪۰/۶)	جفت سرراهی
$\chi^2$ : P = ۰/۹۴ RR = ۱/۰۱	۲۵ (٪۴/۴)	۶۹ (٪۶/۳)	اکلامپسی یا پراکلامپسی
$\chi^2$ : P = ۰/۵۰ RR = ۰/۸۲	۱۷ (٪۳/۱)	۴۱ (٪۳/۷)	وزن کم حین تولد
$\chi^2$ : P = ۱ RR = ۱	۱۷ (٪۳/۱)	۳۴ (٪۳/۱)	مرده‌زایی
$\chi^2$ : P = ۰/۱۷ RR = ۱/۲۹	۷۰ (٪۱۲/۷)	۱۰۸ (٪۹/۸)	زایمان مشکل‌دار یا سزارین

در مقایسه متغیرهای مداخله‌گر، گروه بدون سابقه سقط با گروه با سابقه دو سقط یا بیشتر دیده می‌شود که شیوع بیماری مزمن در گروه دوم بالاتر و با  $P = 0/02$  اختلاف دو گروه معنی‌دار شده است. همچنین تعداد بیشتری از افراد این گروه در زیرگروه سنی بالای ۳۵ سال قرار دارند (جدول ۳). جهت حذف فاکتور مداخله‌گر سن و بیماری مزمن، مقایسه دو گروه پس از حذف موارد بیماری مزمن و انتخاب زیرگروه سنی ۲۰-۳۵ سال که از نظر حاملگی سن بی‌خطر محسوب می‌شود، صورت گرفته و ۹۸۹ نفر از گروه بدون سابقه سقط با ۳۴ نفر از گروه با سابقه دو سقط یا بیشتر مقایسه شدند. یعنی ۱۱۱ مورد از گروه بدون سابقه سقط و ۹ مورد از گروه با سابقه

۲ سقط یا بیشتر حذف شدند.

در مقایسه عوارض زایمان، در گروه با سابقه دو سقط یا بیشتر خطر نسبی زایمان زودرس  $2/06$ ، پارگی طولانی مدت کیسه آب  $1/14$ ، جفت سر راهی  $8/31$ ، وزن کم حین تولد  $2/41$ ، مرده‌زایی  $29/09$  و زایمان مشکل یا سزارین  $2/73$  برابر بیشتر از گروه بدون سابقه سقط شده است و تنها میزان وقوع اکلامپسی یا پره‌اکلامپسی در این گروه افزایش نیافته است. جفت سر راهی با  $P = 0/03$ ، مرده‌زایی با  $P = 0/003$  و زایمان مشکل یا زایمان از طریق سزارین با  $P = 0/005$  در گروه ۲ با سابقه دو سقط یا بیشتر با گروه بدون سابقه سقط تفاوت آماری معنی‌دار نشان داد (جدول ۴).

جدول ۳- مقایسه توزیع فراوانی متغیرهای مخدوش‌کننده در گروه بدون سابقه سقط و سابقه گروه ۲ با سابقه دو سقط یا بیشتر

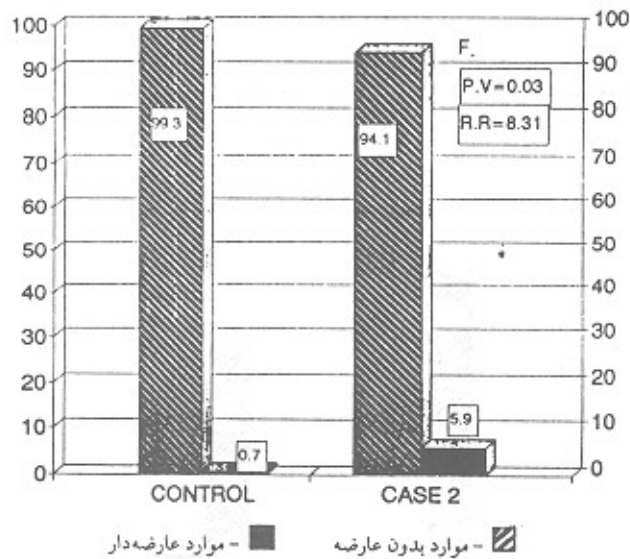
تفاوت	گروه ۱ با سابقه	گروه بدون سابقه	متغیرهای مداخله‌گر
$P = 0/00005^*$	۰ (%۰)	۳۰۸ (%۲۸)	سال $> 20$
	۳۹ (%۹۰/۷)	۷۵۹ (%۶۹)	سن
	۴ (%۹/۳)	۳۳ (%۳)	سال $< 25$
$P = 0/17$	۶ (%۱۴)	۸۹ (%۸/۱)	ازدواج فامیلی
$P = 0/066$	۰ (%۰)	۱۰۲ (%۹/۳)	عدم مراقبت پره‌ناتال
$P = 0/02^*$	۷ (%۱۶/۳)	۷۹ (%۷/۲)	سابقه بیماری مزمن
$P = 0/73$	۰ (%۰)	۳ (%۰/۳)	سابقه دریافت دارو
$P = 0/84$	۰ (%۰)	۱ (%۰/۱)	سابقه دریافت اشعه
	۴۳ (%۱۰۰)	۴۳ (%۱۰۰)	جمع

جدول ۴- مقایسه توزیع فراوانی عوارض حاملگی در گروه بدون سابقه سقط و گروه ۲ با سابقه دو سقط یا بیشتر

تفاوت	گروه ۲ با سابقه	گروه بدون سابقه	عوارض
$RR = 1/65$	$\chi^2 : P = 0/08$ (%۱۴/۷)	۵ (%۸/۹)	زایمان زودرس
$RR = 1/17$	$\chi^2 : P = 0/96$ (%۸/۹)	۷۴ (%۷/۵)	پارگی طولانی مدت کیسه آب
$RR = -$	$\chi^2 : P = 0/55$ (%۰)	۸ (%۰/۸)	دکولمان
$RR = 8/31$	$F : P = 0/03^*$ (%۵/۹)	۲ (%۰/۷)	جفت سر راهی
$RR = 0/61$	$\chi^2 : P = 0/85$ (%۵/۹)	۹۴ (%۹/۵)	اکلامپسی یا پره‌اکلامپسی
$RR = 2/56$	$\chi^2 : P = 0/06$ (%۸/۸)	۳۴ (%۳/۴)	وزن کم حین تولد
$RR = 29/09$	$\chi^2 : P = 0/003^*$ (%۸/۸)	۳ (%۰/۳)	مرده‌زایی
$RR = 2/9$	$\chi^2 : P = 0/005^*$ (%۲۶/۵)	۹ (%۹/۷)	زایمان مشکل یا سزارین

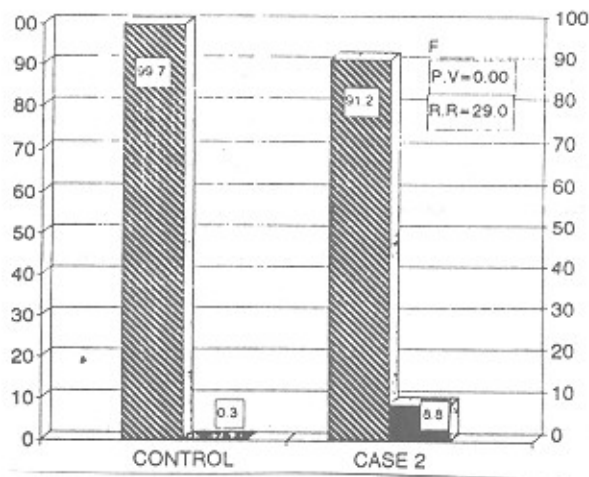
### بحث

نمودار ۲- مقایسه جفت سر راهی در گروه بدون سابقه سقط با گروه با سابقه دو سقط یا بیشتر

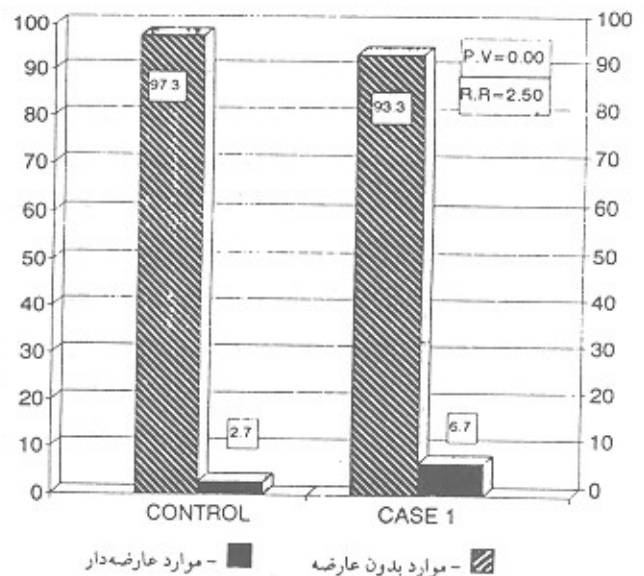


این مطالعه به بررسی ارتباط سقط با پیش‌آگهی حاملگی بعدی پرداخته است. عمده‌ترین مطالعه گذشته در این زمینه مطالعه "تام" بوده که در آن سابقه یک مورد سقط و سابقه سه مورد سقط یا بیشتر به طور جداگانه بررسی شدند و بر طبق آن با سابقه یک مورد سقط، عوارض حاملگی مانند پره‌اکلامپسی، دکولمان، جفت سر راهی، پارگی طولانی مدت کیسه آب و زایمان زودرس به میزان بسیار ناچیزی افزایش یافته، در حالیکه با تکرار سه سقط یا بیشتر پارگی طولانی مدت کیسه آب و جفت سر راهی افزایش قابل ملاحظه می‌یابد (۴). در مطالعه ما نیز با سابقه یک مورد سقط میزان پره‌اکلامپسی، دکولمان، زایمان زودرس و وزن کم حین تولد افزایش ناچیزی یافته در حالیکه میزان پارگی طولانی مدت کیسه آب در این گروه ۲/۷ برابر افراد بدون سابقه سقط شده و طبق آزمون کای دو و  $P = ۰/۰۰۰۵$  اختلاف دو گروه معنی‌دار است (نمودار ۱).

نمودار ۳- مقایسه مرده‌زایی در گروه بدون سابقه سقط با گروه با سابقه دو سقط یا بیشتر



نمودار ۱- مقایسه پارگی طولانی مدت کیسه آب در گروه بدون سابقه سقط با گروه با سابقه یک سقط



در مقایسه عوارض حاملگی در افراد با سابقه دو سقط یا بیشتر نسبت به افراد بدون سابقه سقط در این مطالعه، جفت سر راهی با خطر نسبی ۸/۵ برابر افزایش یافته و  $P = ۰/۰۳$  بدست آمد (نمودار ۲). این ارتباط بسیار قویتر از مطالعه تام است. در مورد ارتباط پارگی طولانی مدت کیسه آب با سابقه دو سقط یا بیشتر بر خلاف مطالعه آقای تام، در مطالعه ما اختلاف

احتمالاً ارتباط بین سابقه یک سقط و پارگی طولانی مدت کیسه آب در مطالعه اخیر می‌تواند ناشی از عفونت و یا علل نهفته درمان نشده دیگری باشد که سبب سقط در حاملگی قبلی و پارگی طولانی مدت کیسه آب در حاملگی اخیر شده است.

افزایش تعداد سقطها بیشتر می‌شود. در مطالعه ما سابقه یک مورد سقط خودبخودی ارتباطی با وزن کم حین تولد در حاملگی اخیر نداشته ولی با افزایش تعداد سقطها خطر نسبی آن به ۲/۴ می‌رسد، اما این افزایش در حدی نیست که اختلاف آماری معنی‌داری ایجاد کند.

یافته جدیدی که در مطالعه ما به چشم می‌خورد، افزایش قابل توجه مرده‌زایی در گروه با سابقه دو سقط یا بیشتر نسبت به گروه بدون سابقه سقط است. خطر نسبی این عارضه ۲۹/۰۹ برابر شده ( $CI = 6/09 - 138/90$ ) و با  $P = 0/003$ ، اختلاف دو گروه به طور بارزی معنی‌دار است (نمودار ۳).

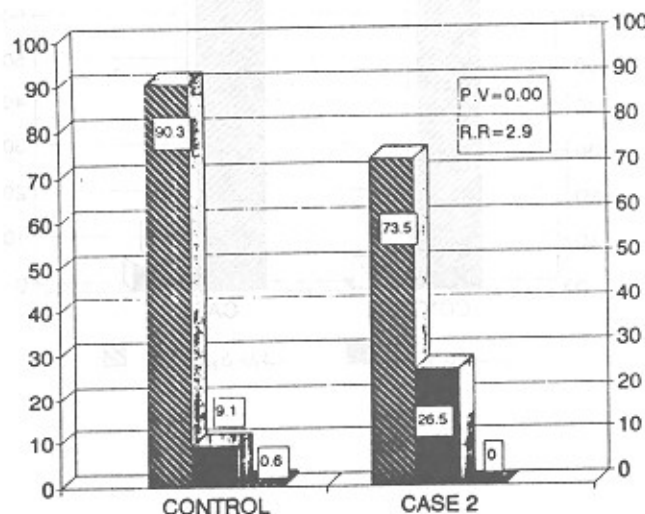
در جهت توجیه افزایش مرده‌زایی می‌توان چنین فرض کرد که عوامل نهفته‌ای وجود دارند که می‌توانند سبب سقط مکرر و همچنین مرده‌زایی شوند. از جمله این عوامل می‌توان علل ایمنولوژیک، هورمونال، عوامل مربوط به جفت، علل عروقی یا کروموزومی را نام برد. برای روشن شدن دقیق این عوامل نهفته مطالعات زیادی لازم است.

در مورد ارتباط راه زایمان با سابقه سقط تا کنون مطالعه‌ای صورت نگرفته است در مطالعه ما بین گروه با سابقه یک سقط با گروه بدون سابقه سقط تفاوتی دیده نشد، ولی در گروه ۲ با سابقه دو سقط یا بیشتر زایمان از طریق سزارین و زایمان مشکل ۲/۷۳ برابر گروه بدون سابقه سقط شده است ( $CI = 1/54 - 8/33$ ) و طبق آزمون کای دو با  $P = 0/0005$ ، اختلاف دو گروه به طور بارزی معنی‌دار است (نمودار ۴). دلیل احتمالی این تفاوت بارز می‌تواند ناشی از آن باشد که این زنان در گروه حاملگی پرخطر قرار دارند و شاید به همین دلیل زودتر جهت سزارین انتخاب شده باشند.

با توجه به یافته‌های مطالعه اینطور نتیجه‌گیری می‌شود که در زنانی که حاملگی اول آنها منجر به سقط خودبخودی شده، میزان عوارض در حاملگی بعدی مختصری افزایش دارد، در حالیکه با تکرار سقط و بدون سابقه حاملگی ترم عوارض حاملگی، خصوصاً مرده‌زایی و جفت سر راهی واضحاً افزایش می‌یابند. نتایج فوق اهمیت مراقبتهای دقیق دوران بارداری را در افراد با سابقه دو سقط یا بیشتر مشخص می‌سازد

معنی‌داری از نظر آماری دیده نشد و به نظر می‌رسد، این تفاوت در مطالعه ما ناشی از تعداد کم موارد مورد مطالعه باشد. شاید اگر تعداد بیماران مورد مطالعه بیشتر می‌شد نتایجی مانند مطالعه آقای تام بدست می‌آمد.

نمودار ۴- مقایسه راه زایمان در گروه بدون سابقه سقط با گروه با سابقه سقط یا بیشتر.



در مطالعه مورد - شاهدی تیلو (۶) سابقه سقط مکرر القایی و سقط مکرر خودبخودی در بیماران حامله گرفتار جفت سر راهی بررسی شده و با سابقه سقط مکرر خودبخودی میزان جفت سر راهی ۱/۴ برابر افزایش یافته در حالیکه در مطالعه ما با سابقه سقط مکرر خودبخودی میزان جفت سر راهی به ۸/۵ برابر می‌رسد. شاید دلیل این افزایش قابل ملاحظه جفت سر راهی در بیماران ما نسبت به بیماران تام و تیلور استفاده از کورت تیز بعد از سقطهای خودبخودی حتی در سه ماهه اول باشد.

مطالعات Paz و Karamika، ارتباط وزن کم حین تولد با سابقه سقط را بررسی کرده‌اند (۹،۵). در مطالعه کارامیکا این ارتباط با

## منابع

- 1- Edmonds DK, Lindsay KI, Miller JF. Early embryonic mortality in woman. *Fertil Steril* 1982; 38: 447-53.
- 2- Wilcox AG, Weinberg CR, O'Connor JF, Baird DD, Schalatterer JP, Canfield RE; et al. Incidence of early loss of pregnancy. *N. Engl. Med* 1988; 319: 189-94.
- 3- Alberman E. The epidemiology of repeated abortion. In: Beard RW, Scharp F, eds. *Early pregnancy loss: Mechanism and Treatment*. New York: Springer - Verlag 1998: 9-17.
- 5- Joaquina Paz, Lucas Otano, Enrique C, Gadow, Eduardo E. Castilla. Previous miscarriage and stillbirth as risk factor for unfavorable outcomes in the next pregnancy. *British J. Ob & Gyn.* 1992 Vol. 99 P: 808-12.
- 6- Taylor VM et al. Placenta plevia in relation to induced and spontaneous abortion. *Ob & Gyn.* 1993 Jul; 82(1): 88-91.
- 7- Wkwwo EE, Gosselink CA, Moawad A. Previous pregnancy outcomes and subsequent risk of preterm rupture of amniotic sac membranes. *British J Ob & Gyn.* 1993 Jun; 100(6): 536-141.

8- Stephen C. Schoenbaum, Richard R. Monson, Phillip G. Stubblefield, Phillip D. Darney, et al. Outcome of delivery following induced or spontaneous abortion. *AM. J. Ob & Gyn.* 1980 136: 19-24.

9- Lekea Karanika V, Tzoumaka Bakoula C et al. Past obstetric history of the mother and it's association with low birth weight of a subsequent child. *Paediatric Perinatology Epidemiology* 1994 Apr; 8(2): 173-87.

**A Retrospective Study of the Head & Neck Sarcoma in Tehran Iran**  
**Khomeini Hospital and Cancer Institute (1983-1998)**

**ABSTRACT**

The purpose of this study was to determine the epidemiological characteristics of head and neck sarcoma in Tehran, Iran. A retrospective study was conducted in the Khomeini Hospital and Cancer Institute (1983-1998). The study included 100 patients with histologically confirmed head and neck sarcoma. The patients were divided into two groups: 50 patients with squamous cell carcinoma and 50 patients with non-squamous cell carcinoma. The most common sites of origin were the oral cavity (30%), followed by the nasopharynx (20%), the larynx (15%), and the salivary glands (10%). The most common histological types were squamous cell carcinoma (50%), followed by adenocarcinoma (20%), and sarcoma (30%). The most common treatment modality was surgery (80%), followed by radiation therapy (10%), and chemotherapy (10%). The overall survival rate was 50% at 5 years.