

فراوانی زایمانهای زودرس در بیمارستان دکتر شریعتی و بررسی عوامل مؤثر بر آن در مقایسه با گروه شاهد (۱۳۷۵)

دکتر وجهه مرصوصی - استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران
کوروش راسخ - دانشجوی رشته پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران

Etiology and Prevalence of Preterm Deliveries in Dr. Shariatie Hospital (1996-97) ABSTRACT

One hundred and sixty preterm deliveries were done at our centre in (1996-97). Classification according to etiology shows that 30% of these deliveries were due to PROM, and 13.75% had to be induced secondary to underlying fetal or maternal indication, in 35.6% there were maternal or fetal pathology, and in 20.6% there were no recognized reason (idiopathic). The various etiologic factors were evaluated in 160 term deliveries as control group. The preterm deliveries had significantly higher rate.

There were 40 cases of perinatal mortality that included 77% of total perinatal mortality in (1996-97). Acute lack of neonatal intensive care unit in IRAN requires closer attention in the future.

چکیده

۱۶۰ مورد زایمان زودرس در مرکز ما، در سال ۱۳۷۵ بوقوع پیوست. طبقه‌بندی اتیولوژیک نشان داد که در ۳۰٪ موارد، پارگی زودرس کیسه آب، در ۱۳/۷۵٪ موارد، وجود اندیکاسیون مادری یا جنینی برای ختم حاملگی، در ۳۵/۶٪ موارد علل پاتولوژیک مادری و جنینی موجب زایمان زودرس شده. در ۲۰/۶٪ موارد، علتی برای زایمان زودرس شناخته نشد.

۱۶۰ مورد زایمان ترم بعنوان گروه کنترل در نظر گرفته و شیوع فاکتورهای فوق در آنها بررسی شد و در گروه زایمان زودرس، از نظر آماری، شیوع بیشتری دیده شد. در زمینه عوارض، ۴۰ مورد مرگ و میر پری‌ناتال مشاهده شد که در مجموع، ۷۷٪ کل مرگ و میر پری‌ناتال سال ۷۵ را شامل می‌شد. مشکل بسیار حاد، فقدان بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان در کشور ما، توجه و پیگیری جدی در این زمینه را در آینده می‌طلبد.

مقدمه

زایمان زودرس عبارت از انجام زایمان، قبل از هفته ۳۷ حاملگی (۲۵۹ روز) می‌باشد. با این تعریف ۱۰-۸ درصد تولدها، قبل از ترم روی می‌دهند (۱). نارس، علت ۸۵ درصد موارد مرگ و میر و

عوارض پری‌ناتال می‌باشد (۲) و نگهداری نوزادان نارس هزینه هنگفتی را به جامعه تحمیل می‌نماید. در بسیاری از موارد، علت زایمان زودرس معما باقی می‌ماند ولی فاکتورهای متعددی بطور شایع همراه با زایمان زودرس دیده می‌شود که می‌توان آن‌ها را در ۵ گروه اصلی طبقه‌بندی نمود: فاکتورهای روانی - اجتماعی، فاکتورهای تغذیه‌ای، فاکتورهای مامائی، بیماریهای مادر حین بارداری، در معرض مواد سمی قرار گرفتن.

در میان طبقات پائین جامعه، زایمان زودرس شیوع بیشتری دارد و سن پایتتر از ۱۸ سال مادر نیز می‌تواند با زایمان زودرس همراه باشد.

از علل مامائی، سابقه سقطهای مکرر، سابقه زایمان زودرس، سابقه جفت سر راهی، ناهنجاریهای سیستم تناسلی، نارسائی دهانه رحم و فاصله زمانی کوتاه بین دو حاملگی را می‌توان نام برد.

از علل مامائی موجود در حاملگی فعلی که می‌تواند موجب زایمان زودرس شود، از پراکلامپسی اکلامپسی، ایزوایمونیزاسیون، جفت سر راهی و ناهنجاریهای جنینی می‌توان نام برد. بیشترین خطر زایمان زودرس در دکولمان جفت، جفت سر راهی و حاملگی چند قلو دیده می‌شود (۳).

متخصصین مامائی بر این نکته متفق القول هستند که پیشگیری مؤثر از زایمان زودرس، نیازمند شناخت زود هنگام و مداخله بدون وقفه فارماکولوژیک می باشد. شناخت دقیق زایمان زودرس همواره امکان پذیر نیست، بطوری که ۲۰ تا ۶۰ درصد بیمارانی که انقباضات رحمی و دیلاتاسیون دهانه رحمی دارند، پیشرفت زایمانی نکرده و تا ترم، حاملگی آنها ادامه می یابد و همین امر، علت میزان موفقیت بالا در درمان با پلاسیبو در مطالعات تجربی می باشد (۷).

ترکیبات دارویی متعددی در به نعین انداختن یک زایمان زودرس مؤثر می باشند. لیکن استفاده بالینی از آنها بمنظور کاهش مرگ و میر و عوارض پری ناتال، هنوز ابهاماتی را در بر دارد. با اینکه بسیاری از آنها بصورت Safe تجویز شده اند ولی عوارض جانبی و ناخواسته متعددی از آنها گزارش شده است.

استفاده بالینی از این ترکیبات، می بایست بر اساس ارزیابی ضرر و زیان و فایده آنها صورت بگیرد. با در دسترس قرار گرفتن ترکیبات توکولیتیک جدیدتر، برای درمان فارماکولوژیک زایمان زودرس، نگرانی از اثرات سوء آنها کاهش می یابد ولی معمای زایمان زودرس تا روشن شدن کامل پاتوفیزیولوژی آن، همچنان لاینحل باقی خواهد ماند.

روش و مواد

این مطالعه، یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مورد شاهدهی است که بمنظور پی بردن به فراوانی و علل زمینه ساز زایمان زودرس در مقایسه با گروه کنترل، در بیمارستان دکتر شریعتی در سال ۱۳۷۵ بصورت گذشته نگر، با استفاده از پرونده های پزشکی صورت گرفته است. یافته های بدست آمده با آزمون های T، دقیق فیشر و مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته است.

نتایج

بالغ بر ۲۰۱۷ مورد زایمان زودرس در سال ۱۳۷۵ در بیمارستان شریعتی صورت گرفته بود که بعد از بررسی بعمل آمده، فقط در ۱۶۹۶ مورد، تعیین سن حاملگی به هفته مقدور بود (LMP مطمئن، پریدهای منظم و عدم مصرف OCP قبل از بارداری یا انجام سونوگرافی قبل از پایان سه ماهه اول).

از میان ۱۶۹۶ پرونده زایمان. ۱۶۰ مورد زایمان زودرس در محدوده سن حاملگی (۳۶-۲۰ هفته) بوقوع پیوسته بود که بعنوان مورد در نظر گرفته شد و ۱۶۰ مورد زایمان ترم در محدوده سن حاملگی ۴۰-۳۸ هفته نیز بعنوان گروه شاهد در نظر گرفته شد.

فراوانی زایمان زودرس در ۱۶۹۶ مورد، ۹/۴۳٪ بود که از این تعداد ۳۸٪ (۶۴۵/۱۰۰۰) دارای زودرس کیسه آب PROM (۳۰٪) داشتند. حدود ۱۰٪ (۱۶۹/۱۰۰۰) نیز پیش از زایمان حاملگی در حدی بود که منتهی به حتم حاملگی گرفته بود (۱۳/۷۵٪)، در ۶۱ مورد علل مادری و جنینی وجود داشت (۳۵/۶٪) و در ۳۳ مورد هیچگونه علتی برای بروز زایمان زودرس

از علل تغذیه ای در طول بارداری، که می تواند موجب نارسی شود، اضافه وزن کمتر از حد طبیعی مادر می باشد (کمتر از ۲۷Kg/۰ در هفته یا کمتر از ۱۰Kg در عرض ۴۰ هفته). بیماریهای مادر، که می توانند موجب زایمان زودرس شوند، شامل: آنمی، کلونیزاسیون دهانه رحم (با کلامیدیا، استرپتوکوک گروه B، نیسریاگنوره)، تروما، جراحی، هیپرتیروئیدسم، نفریت، پیلونفریت، بیماریهای کبدی، بیماریهای ریوی، پنومونی ویرال و فشار خون مزمن می باشد. از این میان، پیلونفریت بیشترین همراهی و عفونت کلامیدیایی خفیف ترین همراهی را با زایمان زودرس دارند (۳).

سیستم های متعددی برای پیشگویی خطر زایمان زودرس در حاملگی وجود دارند که بر اساس همراهی فاکتورهای ذکر شده، احتمال وقوع زایمان زودرس را ارزیابی می کنند. بر اساس جمع نمرات، خانمهای باردار به دو گروه کم خطر و پر خطر تقسیم می شوند. در بسیاری از سیستم ها، ارزیابی بالینی با بررسی وضعیت دهانه رحم انجام گرفته و کیفیت انقباضات رحمی در بین هفته های ۲۴ تا ۲۸ نیز جزء فاکتورهای مورد بررسی است (۴، ۶). قدرت پیشگویی این سیستم ها، محدود بوده و با توسل به آنها فقط ۴۰ درصد موارد پر خطر، حدوداً شناسائی می گردند در موارد پر خطر، با تشخیص بروز زایمان بصورت هنگام می توان اقدام به پیشگیری از آن و تجویز توکولیتیک ها نمود.

معیارهای تشخیص لیبر زودرس در شکل (۱) آمده است.

شکل ۱- معیارهای مورد توافق تشخیص زایمان زودرس (انتباس

از Creasy و Herron (۶))

سن حاملگی ۲۰-۳ هفته

و

وجود انقباضات رحمی

(۴ انقباض در ۲۰ دقیقه یا ۸ انقباض در ۶۰ دقیقه)

مامبران سالم و پارگی کیسه آ

و

ایجاد تغییر در وضعیت دهانه رحم یا افسمان < ۷/۷۵

یا دیلاتاسیون < ۲ سانتی متر

دیده نمی شد (۶/۲۰٪).

در زمینه زایمان صورت گرفته بود.

۴۰ مورد مرگ پری‌ناتال مشاهده شد، که ۴ مورد آن مرگ داخل

رحمی بود. در مجموع، ۷۷٪ کل مرگ و میر پری‌ناتال، در سال ۷۵

جدول شماره ۱- شاخصهای دموگرافیک مادران مبتلا به زایمان زودرس و گروه شاهد در بیمارستان دکتر شریعتی ۱۳۷۵

بر حسب Mean \pm SD که با آزمون I-test اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد

	PV	زایمان نرم	زایمان زودرس	
سن	P = ۰/۳	۲۵/۲۶ \pm ۵/۹	۲۵/۹۱ \pm ۵/۹	
تعداد قبلی	P = ۰/۶	۱/۰۵ \pm ۰/۰۹	۱/۱۱ \pm ۰/۱۱	
تعداد سقط قبلی	P = ۰/۵	۰/۲۰ \pm ۰/۰۵۶	۰/۲۵ \pm ۰/۰۶	

۳- اختلالات جفت (دکولمان- جفت سرراهی)

۴- اشکالات رحمی (نارسائی سرویکس- رحم دو شاخ)

۵- مرگ و میر پری‌ناتال

۶- اعتیاد مادر

۷- سابقه نازایی

۸- سابقه زایمان زودرس قبلی

۹- پارگی زودرس کیسه آب

در مقایسه با گروه شاهد، در میانگین سنی مادران، تعداد زایمان قبلی و تعداد سقط، تفاوتی وجود نداشت. میانگین تعداد هفته‌های حاملگی در گروه زایمان زودرس، ۳۲ هفته و در گروه شاهد ۳۹ هفته بود. میانگین وزن نوزادان متولد زایمان زودرس ۲۰۱۰ گرم و در گروه شاهد ۳۳۰۰ گرم بود. دو گروه از نظر فاکتورهای زیر اختلاف معنی‌داری با یکدیگر داشتند:

۱- ابتلا مادر به امراض سیستمیک

۲- اتساع رحمی (چندقلویی - هیدرامنیوس)

جدول ۲- توزیع فراوانی نوع زایمان در رابطه با نوع مشکل در بیمارستان دکتر شریعتی سال ۱۳۷۵ که با انجام آزمون ۲٪ اختلاف معنی‌دار وجود داشت

P-Value	95% Confidence interval	Odds Ratio	نوع زایمان		فاکتورهای اثبولوژیک		
			فول نرم	زودرس	تعداد	درصد	
۰/۰۳	۱/۰۶-۲/۹	۱/۷	۱۹/۴	۳۱	۳۰	۴۸	پارگی زودرس کیسه آب
۰/۰۱	۱/۱۹-۳/۵	۲/۰۴	۱۶/۹	۲۷	۲۹/۴	۴۷	عفونت و بیماری مادر
۰/۰۰۴	۱/۶۵-۱۰۰/۳۶	۱۲/۸	۰/۶	۱	۷/۵	۱۲	بزرگی بیش از حد رحم
۰/۰۰۸	۱/۴۹-۹۲/۰۳	۱۱/۷۳	۰/۶	۱	۶/۹	۱۱	اختلالات جفتی
۰/۰۵	۱/۱۹-۳/۵	۲/۰۴	۰	۰	۳/۱	۵	اختلالات رحمی
۰/۰۰۰۸	۲/۲۴-۲۳۸	۱۶/۴۵	۰/۶	۱	۹/۴	۱۵	سابقه زایمان زودرس
۰/۰۲	—	—	۰	۰	۳/۸	۶	اعتیاد مادر
۰/۰۱	۱/۲۲-۱۴/۷۵	۴/۰۳	۲/۵	۴	۹/۴	۱۵	سابقه نازایی
۰/۰۰۱	۷/۱۸-۲۹۱	۵۳	۰/۶	۱	۲۳/۷	۴۰	مرگ و میر پری‌ناتال

بحث

است و در مجموع ۷۷٪ کل مرگ و میر پری‌ناتال در سال ۷۵ را شامل می‌شود که در گزارشات کالج امریکایی زنان و مامایی رقم ۸۵٪ برای آن ذکر شده است.

طبقه‌بندی فاکتورهای اثبولوژیک نشان می‌دهد که ۳۰٪ موارد بعلت PROM، ۱۳/۷٪ موارد اندیکاسیونهای مادری و جنینی و ۳۵/۶٪ موارد پاتولوژی مادری و جنینی و ۲۰/۶٪ موارد به علل ناشناخته،

آنچه از نتایج این مطالعه در یک سطح محدود به دست می‌آید این است که زایمان زودرس قریب به ۱۰ درصد زایمانهای ما را شامل می‌شود که مشابه آمار جهانی در این زمینه می‌باشد (۱).

تعداد موارد مرگ و میر پری‌ناتال در سال ۱۳۷۵ در بیمارستان دکتر شریعتی ۵۲ مورد بوده که ۴۰ مورد آن در زمینه نارسایی روی داده

تشخیص داده و با دخالت به موقع جلوی زایمان زودرس را بگیریم. بعلاوه، وقتی زایمان زودرس در حال وقوع است با مراقبتهای ویژه حین لیبر و زایمان در شرایطی که امکانات دسترسی به NICU مهیا باشد، سرانجام پری‌ناتال را بهبود بخشیم.

همچنین در موارد پرخطر با تجویز کورتیکواستروئید آنته‌ناتال به مدت ۲۴ ساعت، هفته‌ای یکبار از هفته ۲۸ الی ۳۴ حاملگی، به رسیدگی ریه جنین کمک کرده و از عوارض نورولوژیک بعد از تولد بکاهیم. در یک متآنالیز که در سال ۱۹۹۰ از کارآزمایی‌های بالینی بعمل آمده، نشان داده شده است که تجویز کورتیکواستروئید آنته‌ناتال به مدت ۲۴ ساعت یا بیشتر قبل از هفته ۳۱ حاملگی، مرگ و میر پری‌ناتال را ۷۰ درصد کاهش داده است (۹).

زایمان زودرس صورت گرفته است. در مطالعه Hagen پراکلامپسی در ۲۱/۱٪ موارد، PROM در ۲۴/۳٪ موارد، خونریزی آنته‌وپارتوم ۱۸/۳٪ علت زایمان زودرس بوده و در ۳۰/۴٪ موارد علتی برای آن شناخته نشده است (۸).

زایمان پرترم عمده‌ترین علت مرگ و میر پری‌ناتال و عوارض نورولوژیک دیر پا می‌باشد. با وجود اقدامات مختلف درمانی نظیر تجویز توکولیتیک‌ها و آنتی‌بیوتیک میزان بالای زایمان زودرس و عوارض ناشی از آن کماکان پابرجاست. بدیهی است ما در صورتی می‌توانیم در جلوگیری و درمان زایمان زودرس موفق باشیم که از همان مراجعات اولیه بیماران به درمانگاه مامایی با تعیین ضریب خطر برای هر علت، موارد حاملگی‌های پرخطر را شناسایی نموده و با کنترل دقیقتر این موارد، با دادن آگاهیهای لازمه به مادران شروع لیبر زودرس را

منابع

- 1- Quilligan EJ et al. As Evaluation Assessment of the state of the science. In Pregnancy, Birth and Infant. NIH Publication no. 82-02304. Bethesda, MD: National Insutute of Health, 1983.
- 2- the American College of obstetricians and Gynecologists. Preterm labor. ACOG Technical Bulletin no. 133. Washington, DC: the American College of obstetricians and Gynecologists, 1989.
- 3- Kaltreider DF, kohl S. Epidemiology of preterm Delivery. clin obstet Gynecol 1980, 23:17.
- 4- Akhtar J, Sehgal NN. prognostic valve of a prepartum and intra partum risk-scoring method south medj 1980. 73:411.
- 5- Creasy RK. GummerBA, Liggins GC. Systems for predicting spontaneous preterm Birth. Brj Obstet Gynecol 1976. 83:351.
- 6- Creasy RK, Herron MA. Prevention of preterm birth semin perinatol 1981; 5: 295.
- 7- Kingj et al. Beta-mimetics in Preterm labor: an overview of randomized controlled trial. Brj Obstet Gynecol 1988; as: 211.
- 8- Hagan - R; Benninger H; Chiffings - D; Evans - S; French - N. very preterm birth - a vegional study part I: Maternal and obstetrics Factor. Br j-Obstet Gynecol 1996. Mar. 103(3): 230-8.
- 9- Scottish Neonatal consultans collaborative study group, international Neonatal Network, Trends and variations in use of antenatal corticosteroids to prevent. Neonatal respiratory distress syndrom. Br.J. Obstet Gynecol. 1996, Jun; 103(6): 534-40.