

درمان قبل از زایمان

و پیشگیری از پیدایش ایمنی ضد Rh***

تا این اوآخر متخصصین زنان وزایمان در درمان بیماران مبتلا به خود ایمنی ضد Rh نقش ثانوی داشتند . عموماً تشخیص توسط آزمایشگاه داده میشد و با راهنمایی آن جهت بیمار اتخاذ تصمیم میگردید . گرچه از این راهنمایی استقبال بعمل میآمد ، معاذالک گاه ناکامل بودن آن نتایج تاسف آوری بیار میآورد بخصوص اینکه فقط اگر بعد از زایمان نوزاد زنده میماند تحت درمان متخصصین قرار میگرفت .

باید دانست پیشرفت هایی که درمورد روش تعویض خون توسط متخصصین اطفال و خون شناسان انجام شده ، فقط وسیله پیشگیری از نقص های عضوی و روانی که بعلت ظهور یرقان پیش میآید در فرد نوزادان تولد یافته بوده است .

گرچه بر تعداد نجات یافتنگان مبتلا به این بیماری بمقدار قابل توجهی افزوده شده است معاذالک بعلت مرگ جنین در رحم ویا نارس بدنبال آمدن این نوزادان مرگ و میری بیشتر از ۰/۳۰-۰/۲۵٪ در نظر گرفته شده .

بوریس Boris در انگلستان با برداشت و آزمایش مایع آمینوتیکراه جدیدی برای پیش بینی وضع این بیماران گشوده است .

با این آزمایش آنچه مورد نظر است اینستکه آیا جنین زنده میماند ویا درنتیجه همولیز فوت میکند ، و اگر جنین مرگی درپیش دارد ، چه زمان اتفاق میافتد ؟ و آیا میتوان از این مرگ پیشگیری نمود ؟

W.Iter و Boris در سالهای ۱۹۵۷-۱۹۵۶ مقالاتی درباره Amniocentesis نوشتند و برای پیش بینی وضع جنین متد های مختلفی جهت Spectrophotometric trucing مایع آمینوتیک پیشنهاد کردند .

در ابتدا این آزمایش جهت افتراق میان یک جنین سالم با یک جنین مبتلا بکار رفت و مانع سزارین های بیجا گردید .

* دانشیار دانشکده پزشکی

** گزارش و بررسی هایی از مجموعه سخنرایهای یازدهمین کنکره بین المللی خون شناسی و ترانسفوزیون منعقد در سیدنی - اوت ۱۹۶۶

ولی بعداً مصروف تشخیص شدت بیماری نزد جنین مبتلا و یافتن بهترین موقع برای انجام زایمان گردید تا از مرک جنین جلو گیری شود . چون گاهی اوقات ایجاد زایمان‌های پیش از موقع نابجا بوده و نابالغ بودن و یا سایر عوارض مثل اختلالات تنفسی سبب مرگ نوزاد می‌گردد . Liley از نیوزیلاندروش جالب و منطقی جهت آزمایش مایع آمنیو تیک پیشنهاد کرد که در منحنی اسپکتر و فتومرتیک آن سهم حله موجود است طبیعی $+15 +20 +30$ و بالآخر $+40$ غیر طبیعی که تفاوت بین دانسته اوپتیک آن‌ها بترتیب عبارتست از $(2/0 - 0/5)$ و $(35/0 - 2/0)$ (٪ ۵ تا ٪ ۳۵) وجود مکونیوم در مایع آمنیو تیک سبب تغییراتی در منحنی می‌شود که در تفسیرهای کلینیکی $+1 +2 +3 +4$ تأثیر می‌گذارد ولی تأثیرات آنقدر نیست که در $+3 +4$ یا $+45$ ملم قرار گیرد که از این مقدار دانسته optic می‌گردد .

بین کنترل اسپکتروفوتومتریک مایع آمنیو تیک هنگام جنینی (۱۰ روز قبل از زایمان) و اندازه گیری همو گلو بین و بیلی رو بین بعد از تولد می‌باشد هم پیوستگی وجود داشته باشد زیرا منحنی مایع آمنیو تیک منعکس کننده جریان جنینی در داخل رحم بوده و امتحانات بعد از تولد آن را ثابت می‌کند .

از نظر بالینی $+3 +4$ غیر طبیعی دلیل بر آنست که جنین در خطر بوده و باید جهت زایمان پیش‌درس اقدام شود . $+2 +1$ نمودار ابتلای جنینی به بیماری همولیتیک است . ولی هنوز خطر فوری نیست . در این مورد باید 7 تا 10 روز بعد نمودار دیگر گرفته شود .

غیر طبیعی و یا یک نمودار طبیعی نشان آن است که جنین در خطر فوری نیست و تا دو هفته دیگر هیچ خطری اورا تهدید نمی‌کند بنابراین در یک مادر RH منفی نمودار طبیعی و یا $+1 +2$ غیر طبیعی نشان آن نیست که جنین تا تولد کامل ذنده خواهد ماند و یا بعد از تولد احتیاج به تمویض خون نخواهد داشت . امتحان هر دو هفته یکبار می‌باشد تجدید گردد ، زیرا این آزمایش فقط جهت پیش‌بینی نیست بلکه یک گزارشی از وضع جنین است و هدف اینستکه از مرگ جنین در داخل رحم و یا ایجاد زایمان‌های پیش‌درس نابجا جلو گیری بعمل آید . باید اضافه نمود . که با ایجاد زایمان‌های زودرس نمیتوان از تمام مرگ و میر بیماری همولیتیک جلو گیری بعمل آورد . چون گاه نوزاد بحدی نارس است که امکان ادامه زندگی برای او وجود ندارد . بخصوص که اکثر اوقات لازم است نوزاد بعد از تولد تحمل تمویض خون را نیز بنماید .

بطور کلی حداقل زمانی که برای بارداری لازم است که بعد از آن ایجاد زایمان پیش‌درس میتواند موقفیتی داشته باشد بین ۳۲ تا ۳۳ هفتة است .

ترا انسفوز یون داخل رحمی - بتظر (Liley) انجام زایمان زودرس را میتوان با

تزریق خون به جنین در داخل رحم تا اندازه بعقب انداخت بدین طریق که با کمک اشعه ایکس پلک سوزن همراه کاتاتر داخل حفره صفاقی نموده و به جنین خون تزریق نمود . اگر جذب خون از راه حفره صفاقی با موفقیت انجام گیرد همو گلو بین خون جنبی بالا رفته و کم خونی جبران خواهد شد.

گزارش هایی که از مرأة مختلف به کنکره بین المللی خون شناسی سال ۶۶ رسیده دلیل برآنست که این نوع تزریق با موفقیت رو برو شده و نجات دهنده بوده است . گلبول های تزریق شده از راه لنفاویک های ذیر دیافراگم و مجرای تراسیک به جریان وریدی میرسد.

البته باید دانست که این طریق جهت نوزاد خالی از خطر نبوده و پزشکان پرتوشناس باید در کارشان ماهر باشند بلاؤ اگر جنین در وضع خیمی باشد این تزریق خون ساده نمیتواند کمک مهمی بنماید . تصمیم جهت این ترانسفوزیون باید روی آزمایش مایع آمنیوتیک متکی بوده و تیراژ آتنی کور بنهایی نمیتواند پایه و اساسی جهت آن قرار گیرد . در زنی که قبلاً یک زایمان مرده داشته و علت آن بطور یقین مربوط به بیماری همولیتیک Rh تشخیص داده شده و آنکون نیز مایع آمنیوتیک بیشتر از ۲ + غیر طبیعی نشان میدهد شایسته است که تزریق خون به جنین انجام شود.

در مواردی که با یک فاصله زمان ، احتیاج به تزریق خون مکرر پیش آید ، خطر نارس بدینی آمدن جنین زیاد است . چون حتی در مواردی که آبستنی تا دو ماه بعد از تزریق خون ادامه داشته و نوزادان زنده بدینی آمده اند بعلت نرسیدن یک حداقل رشد جهت زنده ماندن فوت کرده اند . ولی در این مورد نباید ناامید بود . شاید در آینده این عمل با موفقیت بیشتری انجام گیرد .

آنچه که ممکنست بزودی در دسترس قرار گیرد ، پیش گیری کامل از پیدا یش مصونیت R.h در آبستنی هاست . در سال ۱۹۴۳ فیلیپ لوین (Philip Levin) باین نتیجه رسید که آن مادران و پدرانی ، کودکان مبتلا به اریترو بلاستوز پیدا میکنند که گروه خونی اصلی آنها (ABO) باهم سازگار است . در مورد همسرانی که در گروه های اصلی ناسازگاری موجود است بعلت وجود a و b anti a و anti b میگردد پیش از آنکه بتواند ایجاد مصونیت بنماید با آتنی کور موجود از بین خون مادر میگردد . بهمین دلیل میتوان تصور کرد که آتنی کور R.h نیز اگر بمادران منفی میرود . بهمین دلیل میتوان تصور کرد که آتنی کور R.h نیز اگر آتنی زن را همراه تزریق گردد همین اثر را داشته باشد . این نکته روش است که اگر آتنی زن را همراه مقدار کافی آتنی کور بانسان و یا حیوان تزریق کنیم بدلیل ایجاد مصونیت پاسیو از مصونیت اکتیو جلو گیری بعمل می آید . گواینکه همیشه اعتقاد براین بوده که در موقع آبستنی خون جنین قادر است که از جفت گذشته وارد جریان خون مادر گردد ، ولی در موقع زایمان