●مجلة دانشگاه علوم پزشكي بابل، دوره هشتم، شمارة ۴، مرداد - شهريور۱۳۸۵، صفحه ۴۲-۳۸
دريافت: ۸۴/۷/۱۷، ارسال جهت اصلاح: ۸۴/۹/۲، پذيرش: ۸۵/۳/۱۰

مقایسه پیامد زایمانهای زودرس با و بدون پارگی کیسه آب

نساء اصنافی[1*]، فخرالسادات شریفی[2]، کریم اله حاجیان[3]، گوهر یوسفیان[4]

۱- استادیار گروه زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- استادیار گروه اطفال دانشگاه علوم پزشکی بابل
۳- استاد گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۴- پزشک عمومی

سابقه و هدف: زایمان زودرس دارای مرگ و میر نسبتاً بالایی برای مادر و نوزاد بوده و ممکن است همراه یا بدون پارگی زودرس پرده های جنین باشد. هدف از این مطالعه، مقایسه پیامد حاملگی در این دو حالت یعنی زایمان زودرس با یا بدون پارگی پرده ها می باشد تا بدین وسیله با پیش بینی وضعیت نوزاد نارس و مادر او، مراقبت های لازم را برای آنان جهت کاهش عوارض مادری و نوزادی بعمل آوریم.

مواد و روشها: این مطالعه توصیفی - تحلیلی مقطعی بر روی ۱۰۰ بیمار با زایمان زودرس بدون پارگی پرده ها (گروه ۱) و نیز ۱۰۰ بیمار با زایمان زودرس همراه با پارگی پرده ها (گروه ۲) در بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل انجام شد. در این بررسی آپگار دقیقه اول و پنجم و نیاز به احیاء و اعزام نوزادان و نیز میزان کوریو آمنیونیت و سزارین مادران آنها در دو گروه با یکدیگر مقایسه گردید.

یافته ها: میزان آپگار مساوی و یا کمتر از ۳ در دقیقه اول و پنجم و میزان نیاز به احیاء نوزادان در دو گروه تفاوت آماری معنی داری نداشت (که به ترتیب ۸٪، ۴٪ و ۲۹٪ در گروه ۱ و ۷٪، ۳٪ و ۳۸٪ در گروه شماره ۲). اما میزان نیاز به اعزام نوزادان به واحد مراقبت های ویژه نوزادان (NICU) در گروه ۱ و ۲ دارای تفاوت معنی داری می باشد (به ترتیب ۴۵٪ در گروه ۱ و ۶۰٪ در گروه ۲، ($p<0/05$). همچنین کوریوآمنیونیت و سزارین در بیماران گروه ۱ (به ترتیب ۰٪ و ۲۵٪) کمتر از گروه ۲، (به ترتیب ۱۷٪ و ۳۷٪) می باشد($p<0/05$).

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد کوریوآمنیونیت و سزارین و نیاز به اعزام نوزادان به NICU در بیماران گروه (۲) نسبت به گروه (۱) بیشتر است لذا توجه بیشتر به پیشگیری و تشخیص و درمان زود هنگام زایمان زودرس با پارگی پرده ها توصیه می گردد.

واژه های کلیدی: *زایمان زودرس، کوریوآمنیونیت، آپگار، احیاء.*

مجلة دانشگاه علوم پزشكي بابل، دوره هشتم، شماره ۴، مرداد - شهريور ۱۳۸۵، صفحه ۴۲-۳۸

مقدمه

به هر زایمان بیش از ۲۰ هفته و قبل از ۳۷ هفته، زایمان زودرس گفته می شود (۱) و با وجودیکه تفاوت بارزی در میزان بروز آن در بین جمعیت های مختلف وجود دارد (۲)، اما میزان آن در حال افزایش است (۳و۲) و بطور کلی بیش از ۱۱% زایمانها را تشکیل می دهد. گرچه پیشرفت مراقبتهای قبل و بعد از تولد کمك به افزایش میزان بقاء نوزادان نموده

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.4.6.6]

است (۴و۳) اما زایمان زودرس هنوز حدود ۷۰% مرگ و میر نوزادان و حدود ۷۵% معلولیت آنان را تشکیل می دهد(۳). میزان زایمان همراه با پارگی زودرس مامبرانها (Preterm Premature Rupture of Membrane (PPROM) حدود ۳% موارد زایمان ها و۳۰% تولدهای زودرس را تشکیل می دهد(۲) گرچه مامبرانها خصوصاً در قبل از ترم کاملاً مستحکم هستند اما علل عفونی و مکانیکی می تواند باعث پارگی زودرس آن و لذا زایمان زودرس همراه با پارگی مامبران گردد. عوارض مهم زایمان زودرس نیز شیوع بیشتر نارسایی تنفسی، ناهنجاری جنینی، خونریزی داخل بطنی و آنتروکولیت نکروزانت می باشد و اگر زایمان زودرس همراه با پارگی مامبرانها باشد علاوه بر عوارض فوق، عفونت های مادری و نوزادی، دکولمان، فشرده شدن بند ناف و پرولاپس بند ناف نیز به علت پارگی مامبران و خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک شایع تر است(۲). در مطالعه ای که توسط Seo و همکارانش انجام شد شانس کوریو آمنیونیت در زایمانهای زودرس همراه با پارگی کیسه آب بیشتر از کیسه آب سالم می باشد(۲۵/۵% در مقابل ۵/۸%). شیوع اندومتریت پس از سزارین در خانمهای با پارگی مامبرانها و زایمان زودرس نیز بیشتر بوده است(۵).

در بررسی دیگرتوسط Ramsey و همکارانش در ۲۰۰۵، در زایمان زودرس شانس کوریوآمنیونیت در گروه پارگی مامبران حدود ۱۳% بوده و در این گروه موربیدیتی نوزادی واضحاً بیشتر از گروه بدون کوریوآمنیونیت بوده است (۵۵% در برابر ۱۸%) (۶) برعکس در مطالعه Furman و همکارانش در سال ۲۰۰۱ تفاوت آماری بین کوریوآمنیونیت در بین این دو گروه وجود نداشته و نویسنده مقاله ذکر می کند که در زایمان زودرس، عوارض نوزادی در اصل مربوط به نارس بودن است تا پارگی مامبرانها(۷) البته تجویز آنتی بیوتیک باعث کاهش عوارض کوریوآمنیونیت و پنومونی و عفونت نوزادی و حتی کاهش میزان خونریزی داخلی بطنی در این نوزادان می گردد (۲). با توجه به عوارض بالای زایمان زودرس بر آن شدیم که مقایسه ای بین چند عارضه مهم در گروه بیماران بدون پارگی کیسه آب و بیماران با پارگی کیسه آب داشته باشیم تا نقش پارگی کیسه آب در پیامد حاملگی در زایمان زودرس مشخص گردد.

مواد و روشها

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.4.6.6]

این مطالعه بر اساس اطلاعات موجود و مطالعه پرونده بیماراني که جهت زایمان طي سالهاي ۸۳-۸۰ به بخش زایشگاه بیمارستان شهید یحیي نژاد بابل مراجعه نموده اند انجام شد. در این مطالعه بطور تصادفي پرونده ۱۰۰ خانم با زایمان زودرس بدون پارگی مامبرانها با سن حاملگي ۲۶ تا ۳۷ هفته به عنوان گروه ۱ و نیز پرونده ۱۰۰خانم دیگر با زایمان زودرس همراه با پارگی مامبرانها با سن حاملگي ۲۶ تا ۳۷ هفته به عنوان گروه ۲ تحت مطالعه قرار گرفت. دو گروه از نظر توزیع سن حاملگي همسان بودند. سپس پرسشنامه اي تهیه و مشخصات بیمار و حاملگي او و بروز عوارض مورد نظر (متغیرهاي تحت بررسي) در آن ثبت گردید. همه بیماران در طی حاملگی تحت مراقبت بارداری بودند. براي تمام بیماران با پارگي مامبران آنتي بیوتیك از زمان بستري بیمار با تشخیص زایمان زودرس بصورت آمپي سیلین ۲ گرم داخل وریدي هر ۶ ساعت شروع و اگر بیمار وارد فاز فعال زایماني شده بود تا زمان زایمان ادامه مي یافت و در صورتیکه بیمار تحت نظر قرار داشت و وارد فاز زایمان نگردیده بود آمپي سیلین تزریقي تا ۷۲ ساعت تزریق شده و سپس بصورت خوراکي تا ۵ روز دیگر ادامه مي یافت و مجدداً در هنگام شروع فاز زایماني آمپي سیلین تزریقي تجویز مي شد و پس از زایمان نیز در صورت سزارین آمپول سفازولین ۱ گرم داخل وریدي هر ۶ ساعت در ۲۴ ساعت اول و درصورت زایمان طبیعي ۱ گرم سفازولین یکبار تجویز مي شد و براي بیماران بدون پارگي مامبران آنتي بیوتیك فقط در شروع فاز فعال زایمان با دوز مشابه شروع مي گردید. همچنین براي همه خانمها بتامتازون ۱۲ میلي گرم به فاصله ۱۲ ساعت تا دو دوز تزریق مي شد و علل همراه با زایمان زودرس مانند پرکلامپسی، دیابت، نارسایی رشد جنین داخل رحمی، بیماران دچار اختلال تیروئید، چند قلویی و غیره از مطالعه کنار گذاشته شدند و نیزپرونده خانمهایی که جهت ختم حاملگی بدلیل سابقه سزارین، تحت عمل سزارین قرار گرفتند از مطالعه خارج گردید. در این مطالعه تشخیص کوریو آمنیونیت بر اساس تب مساوي و یا بیشتر از ۳۸ درجه در غیاب هرگونه منشاء توجیه کننده آن، لکوسیتوز، افزایش CRP و ESR، تاکي کاردي جنین، ترشحات واژینال بدبو و تندرنس رحم قبل و یا پس از زایمان داده مي شد (۸و۱) و میزان آپگار دقیقه اول

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.4.6.6]

و پنجم کمتر یا مساوی ۳، میزان نیاز به احیاء و نیاز به اعزام نوزاد به بخش مراقبتهاي ويژه نوزادان به عنوان پیامد نوزادي و نیز میزان کوریوآمنیونیت و انجام سزارین در مادران در گروه ۱و ۲ به عنوان پیامد مادري با هم مقایسه شدند. اطلاعات بدست آمده به وسیله نرم افزار کامپیوتری SPSS و آزمون آماري X^2 آنالیز گردید و نسبت شانس (Odds Ratio) محاسبه و مقدار P کمتر از ۵% معني دار تلقي شد.

یافته ها

در این تحقیق ۱۰۰ خانم با زایمان زودرس بدون پارگی مامبرانها به عنوان گروه (۱) و ۱۰۰ خانم با زایمان زودرس همراه با پارگی مامبرانها مورد مطالعه قرار گرفتند. در گروه دوم مدت پارگي کیسه آب از چند ساعت تا چند هفته متغیر بود میزان آپگار دقیقه اول و پنجم در گروه ۱ به ترتیب ۸% و ۴% و در گروه ۲ به ترتیب ۷% و ۳% بوده است که تفاوت بارزی بین دو گروه وجود نداشته است. از طرفی میزان نیاز به احیا در نوزادان در گروه (۱) ۲۹% و در گروه (۲) ۳۸% می باشد(p=۰/۱۱۵ و OR=۱/۴۶) که با وجودیکه در گروه (۲) این میزان بیشتر است اما این تفاوت معنی دار نمی باشد (جدول ۱). همچنین میزان اعزام نوزادان به NICU در گروه (۱) (۴۵%) کمتر از گروه ۲ (۶۰%) می باشد و نسبت شانس در گروه ۲ در مقایسه با گروه یك برابر ۱/۸۳ و (p=۰/۰۲۴) که بطور معني داري افزایش داشت. در بررسی میزان کوریوآمنیونیت در دو گروه، بطور آشکار تفاوت معنی داری بین دو گروه در این مورد وجود داشته است(عدم وجود کوریوآمنیونیت در گروه (۱) در مقابل ۱۷% کوریوآمنیوتیت در گروه ۲) (p=۰/۰۰۰). همچنین میزان سزارین در گروه ۱ به مراتب کمتر از گروه ۲ بود(۲۵% در برابر۳۷%) (p=۰/۰۴۶) (جدول۱). بطوریکه نسبت شانس در گروه دو در مقایسه با گروه یك برابر OR=۱/۷۶ و p=۰/۰۴۶ که بطور معني داري افزایش داشت.

جدول ۱. مقایسه پیامد حاملگی در دو گروه ۱۰۰ نفره زایمان زودرس با و بدون پارگی کیسه آب در بیمارستان یحیی نژاد بابل (۸۳-۸۰)

بیماران	گروه ۱ *	گروه ۲ •	نسبت شانس(OR)	Pvalue

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.4.6.6]

پیامد حاملگی	تعداد (%)	تعداد (%)	(	
آپگار دقیقه اول کمتر از ۳	(%۸) ۸	(%۷) ۷	%۸۶	۰/۵
آپگار دقیقه پنجم کمتر از ۳	(%۴) ۴	(%۳) ۳	%۷۴	۰/۵
نوزادان نیازمند احیا	(%۲۹) ۲۹	(%۳۸) ۳۸	۱/۴۶	۰/۱۱۵
نوزادان نیازمند اعزام به NICU	(%۴۵) ۴۵	(%۶۰) ۶۰	۱/۸۳	۰/۰۲۴
مادران مبتلا به کوریوآمنیونیت	-	(%۱۷) ۱۷	-✦	۰/۰۰۰
میزان سزارین در مادران	(%۲۵) ۲۵	(%۳۷) ۳۷	۱/۷۶	۰/۰۴۶

* گروه یک: زایمان زودرس بدون پارگی کیسه آب

• گروه ۲: زایمان زودرس همراه با پارگی کیسه آب

✦بدلیل عدم وجود کوریو آمنیونیت در گروه یک، OR قابل محاسبه نبوده ولی بطور کاملاً معنی داری افزایش داشت.

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه ما درصد فراوانی نوزادان نیازمند اعزام به NICU در گروه یک ۴۵% که کمتر از میزان آن در گروه ۲ (۶۰%) بود (p=۰/۰۲۴). همچنین میزان کوریو آمنیونیت در گروه یک ، صفر و در گروه دو، ۱۷% (p=۰/۰۰۰) که اختلاف معني دار وجود داشت. علت افزایش نیاز به اعزام در گروه (۲) (PPROM)، را می توان به افزایش عوارض نوزادی در این گروه به دلیل افزایش میزان کوریوآمنیونیت نسبت داد، همچنین در بیماران PPROM میزان دکولمان و زجر جنینی به دلیل پرولاپس بند ناف و تحت فشار قرار گرفتن بندناف بیشتر می باشد(۲) که همه اینها می تواند دلیل نیاز بیشتر این نوزادان به بستری در NICU گردد. در مطالعه اي که توسط Khashoggi بر روي خانمهاي با زایمان زودرس همراه با پارگي مامبران انجام شد ۴% بیماران دچار دکولمان و ۱۵/۹% نوزادان دچار دیسترس

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.4.6.6]

تنفسي و ۷/۷% نوزادان مبتلا به عفونت نوزادي گرديدند و نيز ارتباط مستقيم بين وجود كوريو آمنيونيت و افزايش شانس عفونت نوزاد مشاهده شده است(۹). در مطالعهRomero و همكارانش ميزان فلج مغزی و ديس پلازی برونكو پولونر در عفونت مايع آمنيوتيك بيشتر ديده شده است(۱۰). همچنين در مطالعه Major و همكاران شيوع دكولمان جفت در گروه زايمان زودرس با پارگي كيسه آب ۵% و در گروه بدون پارگي كيسه آب ۰/۹% بوده كه بطور واضح داراي اختلاف معني دار است (p<۰/۰۰۰) (۱۱) كه همه اينها می تواند دليل نياز بيشتر نوزادان گروه (۲) مطالعه ما به بستری در NICU باشد.

از طرفی شيوع كوريوآمنيونيت در PPROM در بعضی مطالعات ۲۵-۱۵% است كه مطابق با نتيجه ما (۱۷%) می باشد(۲). در مطالعه Khashoggi نيز شيوع كوريوآمنيوتيت در PPROM ۲۰/۹% ذكر گرديده كه مشابه با مطالعه ما مي باشد(۹). همچنين در مطالعه Tanir و همكارانش ميزان كوريوآمنيوتيت هيستولوژيك در گروه PPROM بيشتر از گروه زايمان زودرس همراه با مامبران سالم بوده (p<۰/۰۰۱) (۱۲). در مطالعه ديگر توسطSeo و همكارانش مقايسه بين كوريوآمنيوتيت باليني در زايمان زودرس با و بدون پارگي مامبران انجام شده كه شيوع كوريوآمنيونيت در بيماران با پارگي مامبران بيشتر بوده است(۲۶/۵% در مقابل ۵/۸%) (۵). در مطالعه اي ديگر توسط Furman و همكارانش ميزان كوريوآمنيوتيت در گروه زايمان زودرس ۲۴ تا ۲۶ هفته با پارگي مامبران ۱۶/۵% و بدون پارگي مامبران ۲/۷%بوده كه داراي اختلاف معني دار واضح مي باشد(p<۰/۰۰۱ و OR=۶/۶) (۱۳) اما در بررسی Nicaisec و همكارانش در فرانسه بر روی ۱۱۸ زايمان PPROM، شيوع كوريوآمنيونيت ۳۱% و شيوع sepsis نوزادان ۱۵% گزارش شد (۱۴) كه در اين مطالعه ميزان كوريوآمنيونيت نسبت به مطالعه ما بيشتر بوده است كه شايد به علت تشخيص زودرس بيماران و يا شيوع بيشتر عفونتهای واژينال مثل واژينوز باكتريال در مادرانشان باشد. در مطالعه ما ميزان انجام عمل سزارين در گروه (۱) ۲۵% و در PPROM ۳۷% بوده كه از لحاظ آماری داراي اختلاف معنی داری می باشد. علت افزايش ميزان سزارين در گروه ۲ احتمال بيشتر زجر جنين (Fetal) distress ثانويه به دكولمان و تحت فشار قرار گرفتن بندناف به علت كاهش مايع آمنيوتيك و همچنين شيوع بيشتر كوريوآمنيوتيت و لذا عفونت جنين مي باشد(۵). بر اساس مطالعه

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.4.6.6]

Cox و همکارانش احتمال سزارین در بیماران دارای PPROM حدود ۴۰% می باشد که تقریباً مشابه مطالعه ما می باشد شایع ترین دلایل افزایش زایمان سزارین در مطالعه Cox، شامل افت ضربان قلب جنین و افزایش میزان قرارگیری جنین در وضعیت نامناسب می باشد(۱۵). همچنین در مطالعه اي که توسط Muller و همکارانش در آلمان انجام شده شیوع سزارین را در گروه دچار PPROM ۳۴% گزارش کردند که مشابه مطالعه ما مي باشد(۱۶).

نتایج این مطالعه نشان می دهد که بطور کلی میزان عوارض مادری و نوزادی در بیماران زایمان زودرس در گروه همراه با پارگی کیسه آب بیشتر است لذا این بیماران و نوزادان آنان نیازمند به توجه خاص و درمان زودرس جهت کاهش میزان مرگ و میر و معلولیتها مي باشند.

تقدیر و تشکر

در خاتمه از پرسنل محترم زایشگاه و بخش مامایی که در انجام این مطالعه ما را یاری فرموده اند تشکر و قدردانی بعمل می آید.

****

References

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. William's Obstetrics, 22nd ed, New York, Mc Graw Hill 2005; pp: 855-80.

2. Creasy RK, Resnik R. Maternal fetal medicine, 4th ed, London, Philadelphia, W.B. Saunders Co 2000; pp: 32, 498-531, 40, 644-58.

3. Wen SW, Smith G, Yang Q, Walker M. Epidemiology of preterm birth and neonatal outcome. Semin Fetal Neonatal Med 2004; 9(6): 429-35.

4. Ward RM, Beachy JC. Neonatal complications following preterm birth. BJOG 2003; 110 (Suppl 20): 8-16.

5. Seo K, Mc Gregor JA, French JI. Preterm birth is associated with increased risk of maternal and neonatal infection. Obstet Gynecol 1992; 79(1): 75-80.

6. Ramsey PS, Lieman JM, Brumfield CG, Carlo W. Chorioamnioitis increase neonatal morbidity in pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol 2005; 192(4): 1162-6.

7. Furman B, Shoham Vardi I, Bashiri A, Erez O, Mazor M. Preterm premature rupture of membranes is not an independent risk factor for neonatal morbidity. J Matern Fetal Med 2001; 10(2): 107-11.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.4.6.6]

8. Osmanagaoglu MA, Unal S, Bozkaya H. Chorioamnionitis risk and neonatal outcome in preterm premature rupture of membranes. Arch Gynecol Obstet 2005; 271(1): 33-9.

9. Khashoggi TY. Outcome of pregnancies with preterm premature rupture of membranes. Obstet Gynecol 2005; 192 (4): 1162 – 6.

10. Romero R, Chaiworapongsa T, Espinoza J. Micronutrients and intrauterine infection, preterm birth and the fetal inflammatory response syndrome. J Nutr 2003, 133 (5 suppl 2): 1668 S-73 S.

11. Major CA, De Veciana M, Lewis DF, Morgan MA. Preterm premature rupture of membranes and abruptio placenta: is there an association between these pregnancy complications? Am J Obstet Gynecol 1995; 172(2 pt 1): 672-6.

12. Tanir HM, Sener T, Tekin N, Aksit A, Ardic N. Preterm premature rupture of membranes and neonatal outcome prior to 34 weeks of gestation. Int J Gynaecol Obstet 2003; 82(2): 167-72.

13. Furman B, Shoham Vardi I, Bashiri A, Erez O, Mazor M. Clinical significance and outcome of preterm prelabor rupture of membranes: population– based study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000: 92 (2): 209– 16.

14. Nicaise C, Gire C, Fagianelli P, Debriere R, Thomachot L, D' Ercole C, Boubli L. Neonatal consequences of preterm premature rupture of membrane (PPROM) at 24-34 WG: 118 singleton pregnancies. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2002; 31(8): 747-54.

15. Scot JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth's obstetrics & gynecology, 9th ed, Lippincott, Williams & Wikins 2003; pp: 10, 173-190, 11, 191-201.

16. Muller H, Briese V, Nagel H. Expectant management of premature rupture of fetal membranes before completion of the 35th week of pregnancy–retrospective analysis of 44 cases. Zentralbl Gynakol 1994; 116(8): 479-83.

*آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید یحیی نژاد، گروه زنان و زایمان، تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۹۱۹۵۱.

Asnafi2001@ yahoo.Com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1385.8.4.6.6]