

بروز و عوامل خطر ساز مادری مرتبط با زایمان زودرس در استان قم، سال ۱۳۸۶

زهرا خلجی نیا^۱، پروانه صادقی مقدم^۲

^۱ کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
^۲ فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: نارسایی یکی از مهم ترین عوامل مرگ و میر نوزادان است. آگاهی از اینکه چه گروهی از زنان باردار در معرض خطر زایمان زودرس هستند، فرصت بیشتری را برای مراقبت های دقیق تر در دوران بارداری فراهم می کند؛ تا با تشخیص سریع عوارض، بتوان در برطرف نمودن آنها و پیشگیری از زایمان زودرس اقدام نمود. این مطالعه با هدف تعیین میزان بروز زایمان زودرس و مقایسه عوامل خطر ساز مادری در نوزادان نارس و رسیده صورت گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی- مقطعی، ۴۰۰ نفر بررسی شدند (۲۰۰ مورد زایمان زودرس و ۲۰۰ مورد زایمان رسیده). اطلاعات مورد نیاز از طریق مصاحبه با بیماران به دست آمد، سپس پرونده ها جمع آوری و در نهایت نتایج حاصله با آزمون های آماری سنجیده شد. جهت تعیین بروز زایمان زودرس، آمار کل زایمان ها از تاریخ اول تیر ماه سال ۱۳۸۶ تا ۳۰ آذر ماه ۱۳۸۶ و همچنین آمار کل زایمان های زودرس در بیمارستان های استان قم محاسبه گردید.

یافته ها: در این مطالعه، میزان بروز زایمان زودرس در جامعه مورد بررسی، ۵/۶٪ بود. همچنین بین عوامل مستعد کننده شامل: تعداد زایمان، تنش های روحی، نحوه مراقبت های دوران بارداری، سابقه عمل جراحی در حین حاملگی، سابقه خونریزی در طی ۳ ماه اول بارداری، سابقه زایمان زودرس، دیابت، بیماری های عفونی، بیماری های دهان و دندان، آنمی و عفونت مجرای ادراری با زایمان زودرس ارتباط معنی داری وجود داشت، ولی بین عواملی مانند سن، شغل، شاخص توده بدنی، وضعیت مسکونی، سابقه سقط، نازایی، روش پیشگیری بیماری زمینهای مادر، پره کلامپسی و مصرف دارو در بارداری با زایمان زودرس ارتباط معنی داری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد مراقبت های منظم پره ناتال و تشخیص به موقع عوارض بارداری نقش مهمی در کاهش زایمان زودرس دارد. **کلید واژه ها:** زایمان زودرس؛ عوامل خطر؛ نوزاد رسیده؛ مراقبت های بارداری.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: zkh6033@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۲۲۵۱۶۰۳۳

تاریخ پذیرش: ۸۹/۸/۶

تاریخ دریافت: ۸۸/۷/۲۷

مقدمه

که سن حاملگی کمتر از ۳۷ هفته داشتند و ۱۲٪ آن صرف مراقبت از نوزادان ۲۶-۲۴ هفته شده بود. عوارض کوتاه مدت در نوزادان نارس متولد شده شامل بیماری غشای هیالین، سندرم های نشت هوا، بازماندن مجرای شریانی، خونریزی داخل بطن های مغزی و آنتروکولیت نکروزان می باشد و در صورت زنده ماندن، این نوزادان ممکن است در معرض ناتوانی هایی چون بیماری مزمن ریوی، اختلالات بینایی و شنوایی، تشنج، اختلالات تکامل عصبی و

میزان مرگ و میر نوزادان یکی از شاخص های مهم بهداشتی هر کشور است. نارسایی و عوارض ناشی از آن نیز می تواند از علل مهم دخیل در مرگ نوزادان باشد. براساس آمارهای جهانی، نارسایی در ۸۰-۶۰٪ نوزادانی که ناهنجاری مادرزادی ندارند، مشاهده می شود (۱). هزینه مراقبت های اولیه نوزادان در آمریکا در سال ۲۰۰۰ بالغ بر ۱۰ بلیون دلار گزارش گردید که ۶۰٪ آن مربوط به نوزادانی بود

که در بیمارستان‌های استان قم از تاریخ اول تیر ماه سال ۱۳۸۶ تا ۳۰ آذر ماه ۱۳۸۶ زایمان پیش از موعد داشتند، می‌باشد. حجم نمونه بر اساس فرمول

$$n = z^2 pq$$

و مطالعات قبلی که میزان زایمان زودرس $p=0/012$ بوده و با اطمینان ۹۵٪ و با میزان دقت $d=0/03$ حدود ۴۵۰ نفر به دست آمد. با توجه به اینکه این تعداد از ۵٪ کل زایمان‌ها بیشتر بود، با استفاده

$$n1 = \frac{n}{1 + n/N}$$

از فرمول تعدیل تعداد به $n1=400$ کاهش یافت. ۲۰۰ نفر از زنانی که بارداری آنها قبل از ۳۷ هفته خاتمه یافته بود (گروه اول) و ۲۰۰ مورد نیز به‌طور تصادفی از بین زنانی که حاملگی رسیده داشتند (گروه دوم) انتخاب شدند. معیارهای ورود نمونه‌ها شامل: ملیت ایرانی، سن حاملگی ۲۸-۴۲ هفته، نوزاد زنده، زایمان در بیمارستان و تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی دقیق یا سونوگرافی زیر ۲۰ هفته بود. معیارهای خروج از نمونه‌ها عبارت بودند از: ملیت غیر ایرانی، سن حاملگی کمتر از ۲۸ هفته، نوزاد مرده، دوقلویی و چندقلویی، زایمان در منزل، جفت سرراهی، مصرف الکل، استعمال سیگار، قاعدگی نامنظم، فراموش کردن تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی دقیق یا سونوگرافی زیر ۲۰ هفته و مصرف قرص ضد بارداری قبل از حاملگی.

متغیرهای مورد بررسی شامل: سن مادر، شاخص توده بدنی، تحصیلات مادر، تحصیلات همسر، شغل مادر و همسر، تعداد افراد خانواده، میزان درآمد خانواده، سطح برخورداری از حمایت اجتماعی، تنش‌های روحی، وضعیت مسکونی، تعداد بارداری، سابقه سقط، سقط مکرر، سابقه خونریزی در ۳ ماهه اول بارداری، تعداد بارداری‌های قبلی، نحوه مراقبت‌های دوران بارداری، حاملگی ناخواسته، فاصله از حاملگی قبلی در زنان چندزای، سابقه نازایی، روش پیشگیری از بارداری، سابقه عمل جراحی در طی بارداری، آنومالی‌های مادرزادی، وجود بیماری‌های سیستمیک مادر (دیابت، فشار خون مزمن، پره‌کلامپسی، سابقه بیماری‌های قلبی، کلیوی، عفونی، عفونت مجرای ادراری، بیماری‌های دهان و دندان و آنمی)، پارگی کیسه آب، جدا شدن زودرس جفت، سابقه بستری یا مصرف دارو در دوران بارداری و سابقه زایمان زودرس بود. ابزار گردآوری داده‌ها نیز از فرم مصاحبه و پرونده بیماران تشکیل شده بود. جهت تعیین روایی از اعتبار محتوی استفاده گردید. جهت تعیین پایایی فرم

عقب‌ماندگی ذهنی باشند (۲). میزان بروز تولد نوزاد نارس در جوامع مختلف، متفاوت است. آمار نشان می‌دهد ۱۲-۹٪ نوزادان متولد شده در آمریکا و ۵-۷٪ در اروپا نارس هستند (۱). مطالعه دیگری نشان داد در ۱۵ سال اخیر میزان تولد نوزاد نارس، ۲ برابر افزایش یافته است (۳). طیف وسیعی از علل و عوامل مادری، جنینی و جفتی در تولد نوزاد نارس نقش دارند. در حدود یک‌سوم زایمان‌های زودرس به‌علت وجود عوارض در مادر یا جنین و در مخاطره بودن سلامت آنها مثل فشار خون بالا، خونریزی و یا محدودیت رشد داخل رحمی، نارسایی سرویکس، اشکالات رحمی رخ می‌دهد. دوسوم دیگر از زایمان‌های زودرس به‌صورت خود به خود اتفاق می‌افتد (۴، ۵). در سال‌های اخیر محققین تلاش‌های زیادی در جهت کشف عوامل خطرزای زایمان زودرس خود به خودی نموده‌اند، Singh و همکارانش در یک تحقیق (سال ۲۰۰۵)، ارتباط مثبتی بین زایمان زودرس و عفونت ادراری و واژینال گزارش کردند (۵). Saurel و همکارانش نیز در سال ۲۰۰۴، اظهار نمودند یک افزایش نسبی خطر زایمان زودرس برای زنانی که بیشتر از ۴۲ ساعت در هفته کار می‌کنند یا بیشتر از ۶ ساعت در روز به حالت ایستاده هستند، وجود دارد (۶). همچنین Copper و همکارانش در پژوهشی ارتباط بین استرس با زایمان زودرس را گزارش نمودند (۷).

برای کاهش میزان نارس، مرگ و میر و معلولیت وابسته به این عارضه، شناسایی عوامل خطر زایمان زودرس ضروری است. Coleman و همکارانش (سال ۱۹۹۸) معتقد بودند اگر زنانی که در معرض خطر زایمان پیش از موعد هستند، تشخیص داده شوند، پیش‌آگهی پره‌ناتال بهتری دارند (۸)، لذا این مطالعه با هدف تعیین بروز و عوامل خطر ساز مادری مرتبط با زایمان زودرس در استان قم انجام گرفت، تا بتوان عوامل قابل پیشگیری را شناسایی و مهار نمود و با جلوگیری از انجام زایمان زودرس، تولد نوزاد نارس را کاهش داد.

روش بررسی

این پژوهش به‌صورت یک مطالعه توصیفی- مقطعی با هدف تعیین بروز و بررسی عوامل خطر مادری زایمان زودرس انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان باردار تک‌قلو بیش از ۲۸ هفته

افراد تحت بررسی در دو گروه برحسب سطح برخورداری از حمایت اجتماعی اختلاف معنی داری نداشتند، و بیشترین افراد در گروه پره‌ترم (۵۰٪) و در گروه ترم (۵۶٪) از حمایت اجتماعی بالا برخوردار بودند. از نظر سطح تحصیلات واحدهای تحت مطالعه در دو گروه، ۲۳٪ گروه مورد و ۲۶٪ گروه شاهد دارای تحصیلات دیپلم و ۱۹٪ گروه مورد و ۲۳٪ گروه شاهد دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم، ۵٪ گروه مورد و ۶٪ گروه شاهد نیز بیسواد بودند. همچنین ۵۳٪ گروه مورد و ۴۵٪ گروه شاهد تحصیلات زیردیپلم داشتند که اختلاف آماری بین دو گروه مشاهده نشد. سطح تحصیلات همسر در دو گروه مورد بررسی همگن بود. در گروه پره‌ترم ۵٪ و در گروه ترم ۶٪ همسران واحدهای پژوهشی باسواد بودند. اکثریت همسران در دو گروه (۳۰٪ در گروه پره‌ترم و ۲۸٪ در ترم) تحصیلات راهنمایی داشتند. براساس آزمون کای دو، دو گروه از نظر وضعیت مسکونی همگن بودند، به طوری که اکثریت دو گروه (۴۶٪ گروه پره‌ترم و ۴۱٪ گروه ترم) اجاره‌نشین بودند. اکثریت واحدهای پژوهش در هر دو گروه (۵۲٪ گروه پره‌ترم و ۴۹٪ گروه ترم) خانواده ۳ نفره داشتند، ماکزیمم افراد خانواده ۱۰ نفر و می‌نیمم ۳ نفر بود. در گروه مورد ۵٪ در دوران بارداری تحت نظر پزشک دارو مصرف می‌کردند و در گروه کنترل ۳٪ مصرف دارو داشتند که ارتباط بین زایمان زودرس و مصرف دارو از نظر آماری معنی دار نبود. در ارتباط با تعداد زایمان‌های قبلی، فراوانی زایمان زودرس در چندزها بیشتر مشاهده شد. بیش از نیمی (۵۵٪) از زنان با زایمان زودرس چندزا بودند، در حالی که در زنان با زایمان ترم این میزان ۴۲٪ گزارش گردید که آزمون آماری ارتباط معنی داری را بین تعداد زایمان و زایمان زودرس نشان داد ($p=0/04$). در زنان چندزا، ۶۹٪ نوزادان گروه مورد با فاصله حاملگی کمتر از ۲ سال متولد شدند، اما در گروه شاهد میزان متولدین با فاصله ۳ سال و یا بیشتر با بارداری قبلی، ۴۶/۷٪ بود، نتایج آماری اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر فاصله بارداری در زنان چندزا نشان داد ($p<0/001$).

۱۲٪ مادران نوزادان نارس و ۱٪ مادران نوزادان ترم، طی بارداری دچار تنش‌های روحی (فوت نزدیکان، جدایی از همسر، زندانی بودن همسر، ...) در طی ۶ ماه اخیر شده بودند که از نظر آماری اختلاف معنی دار بود ($p<0/001$).

مصاحبه شماره ۱ (انتخاب واحد پژوهش) و فرم مصاحبه شماره ۲ (مشخصات فردی - خانوادگی، حمایت اجتماعی، بررسی سلامت مادر) از روش هم‌ارز استفاده شد، بدین ترتیب که این فرم‌ها در مورد ۲۰ نفر از واحدهای پژوهش همزمان توسط پژوهشگر و همکار وی به‌طور جداگانه تکمیل گردید و همبستگی یافته‌های حاصل از دو اندازه‌گیری محاسبه شد و پایایی این ابزارها با $r=0/99$ (فرم مصاحبه شماره ۱) و $r=0/92$ (فرم مصاحبه شماره ۲) تأیید گردید.

برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS و جهت توصیف داده‌ها از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و جداول فراوانی استفاده شد. برای مقایسه دو گروه آزمون دقیق فیشر به کار برده شد و با استفاده از رگرسیون لجستیک سعی گردید؛ تا اثر متغیرهای مداخله‌گر حذف شود. در تمام آزمون‌های انجام شده ضریب اطمینان ۹۵٪ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

طی مدت ۶ ماه از تاریخ اول تیر ماه سال ۱۳۸۶ تا ۳۰ آذر ماه ۱۳۸۶ در کل بیمارستان‌های استان قم، ۱۰۹۱۳ مادر زایمان کردند که از این تعداد ۶۱۲ زایمان زودرس بود، بنابراین میزان بروز زایمان زودرس در استان قم ۵/۶٪ برآورد گردید. متوسط سن بارداری در زایمان زودرس ۳۳ هفته با انحراف معیار ۲ هفته بود (33 ± 2). اکثریت واحدهای پژوهش در هر دو گروه در رده سنی ۲۹-۲۴ سال قرار داشتند (۳۵٪ گروه پره‌ترم و ۴۱٪ گروه ترم)؛ به طوری که میانگین سنی واحدهای پژوهش در گروه پره‌ترم $26/28 \pm 4/98$ و در گروه ترم $26/27 \pm 4/53$ سال بود. براساس آزمون کای دو، دو گروه مورد مطالعه از نظر سن اختلاف معنی داری نداشتند. اکثریت افراد (۵۶٪ گروه پره‌ترم و ۶۶٪ گروه ترم) دارای شاخص توده بدنی طبیعی (۱۹/۸-۲۶) بودند. در ۱۲٪ گروه پره‌ترم و ۷٪ گروه ترم شاخص توده بدنی لاغر (زیر ۱۹/۸) گزارش گردید، در حالی که ۳۲٪ گروه پره‌ترم و ۲۷٪ گروه ترم چاق با شاخص توده بدنی (بالای ۲۶) بودند. میانگین شاخص توده بدنی (kg/m^2) در گروه پره‌ترم $25/35 \pm 5/58$ و در گروه ترم $24/82 \pm 3/97$ برآورد شد. براساس آزمون دقیق فیشر در افراد دو گروه برحسب شغل اختلاف معنی داری مشاهده نگردید، به طوری که در گروه پره‌ترم ۹۲٪ و در گروه ترم ۹۰٪ خانه‌دار بودند.

سابقه سقط	۱۲	۸/۷	۰/۱۹
سابقه نازایی	۱/۰	۰/۵	۰/۱۱
سابقه بستری در بیمارستان	۶/۰	۴/۱	۰/۱۰

جهت کنترل اثر متغیرهای مداخله گر در دو گروه ترم و پره ترم از مدل لجستیک استفاده شد (جدول شماره ۲)

جدول شماره ۲: نتایج آزمون مدل لجستیک در افراد تحت مطالعه

متغیر	ضریب رگرسیون	معنی داری	نسبت پرتوی (OR)
طبقه اجتماعی	۰/۳۹۵	۰/۰۴	۱/۴۸
پارگی زودرس کیسه آب	۱/۳۳	۰/۰۰	۳/۷۸
سابقه زایمان زودرس	۱/۳۴	۰/۰۰	۳/۸۴
جدا شدن جفت	۲/۱۸	۰/۰۰	۸/۸۸
آنمی	۱/۳۰	۰/۰۰	۳/۸۰
دیابت	۱/۸۴	۰/۰۰	۶

نتایج نشان داد ۸٪ مادران نوزادان نارس و ۱٪ مادران نوزادان طبیعی، دچار جدا شدن زودرس جفت هستند، خطر نسبی (odd'ratio) یا خطر ابتلا به نارسی نوزادان در مادران با عارضه جدا شدن جفت، ۸/۸۸ برابر نسبت به مادران بدون این عارضه، برآورد گردید. ۲۰٪ مادران نوزادان نارس و ۶٪ مادران نوزادان طبیعی سابقه زایمان زودرس داشتند، خطر نسبی (odd'ratio) یا خطر ابتلا به نارسی در نوزادان با مادران دارای سابقه زایمان زودرس، ۳/۸۴ برابر مادران بدون سابقه زایمان زودرس گزارش گردید. نتایج نشان داد ۵۴٪ مادران نوزادان نارس و ۲۱٪ مادران نوزادان طبیعی دچار پارگی زودرس کیسه آب می‌باشند. خطر نسبی (odd'ratio) یا خطر ابتلا به نارسی در نوزادان با مادران دچار پارگی زودرس کیسه آب، ۳/۷۸ برابر نسبت به مادران بدون پارگی زودرس کیسه آب برآورد گردید. ۶۴٪ مادران نوزادان نارس و ۴۶٪ مادران نوزادان طبیعی در طبقه اجتماعی ۲ (پایین) قرار داشتند، خطر نسبی (odd'ratio) یا خطر ابتلا به نارسی نوزادان در مادرانی که در طبقه پایین اجتماعی بودند، ۱/۴۸ برابر بیشتر گزارش شد. ۱۲٪ مادران نوزادان نارس و ۲٪ مادران نوزادان طبیعی دچار دیابت بودند، خطر نسبی (odd'ratio) یا خطر ابتلا به نارسی در نوزادان با مادران دیابتیک، ۶ برابر مادران بدون دیابت برآورد گردید.

۸۵/۳٪ مادران نوزادان نارس و ۹۴/۹٪ مادران نوزادان ترم مراقبت‌های منظم دوران بارداری داشتند که از نظر آماری اختلاف معنی دار بود ($p < 0/001$). همچنین در گروه مورد میزان بارداری ناخواسته ۳ برابر گروه شاهد گزارش گردید، که اختلاف دو گروه از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0/01$). در این مطالعه ۴٪ مادران نوزادان نارس در طی بارداری سابقه عمل جراحی داشتند، در حالی که ۰/۷٪ مادران نوزادان ترم سابقه عمل در طی بارداری را بیان کردند که از نظر آماری اختلاف معنی داری وجود داشت ($p < 0/02$). ۴/۲٪ مادران دارای نوزادان نارس و ۱/۷٪ مادران دارای نوزادان ترم با سابقه خونریزی در طی ۳ ماه اول حاملگی بودند که این میزان از نظر آماری اختلاف معنی داری داشت ($p < 0/004$). از نظر وجود بیماری یا عوارض مامایی در حاملگی فعلی و یا سابقه وجود عوارض مامایی در بیمار یا بستگان درجه یک وی، مشاهده گردید که بیماری زمینه‌ای (بیماری‌های قلبی، فشار خون مزمن، کلیوی)، سابقه سقط، سابقه نازایی، سابقه بستری در بیمارستان، آنومالی‌های مادرزادی، پره‌کلامپسی و سقط مکرر، ارتباط معنی داری با زایمان زودرس ندارد، اما بین سابقه زایمان زودرس ($p < 0/001$)، دیابت ($p < 0/001$)، بیماری‌های عفونی ($p < 0/001$)، بیماری‌های دهان و دندان ($p = 0/01$)، آنمی ($p < 0/0010$)، پارگی کیسه آب ($p < 0/0010$)، جدا شدن زودرس جفت ($p < 0/001$) و عفونت مجرای ادراری ($p = 0/03$) از نظر آماری تفاوت معنی دار بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: عوامل مربوط به سابقه طبی و مامایی در گروه مورد مطالعه

متغیر	پره ترم (درصد)	ترم (درصد)	P
آنومالی‌های مادرزادی	۰/۰	۴/۰	۰/۰۶
بیماری‌های قلبی	۱/۰	۰/۰	۰/۲۴
فشار خون مزمن	۱/۰	۰/۰	۰/۲۴
بیماری‌های کلیوی	۱/۰	۰/۰	۰/۲۴
پره‌کلامپسی	۱۲/۰	۱۰/۰	۰/۳۱
سقط مکرر	۵/۰	۲/۰	۰/۱۷
سابقه زایمان زودرس	۲۰/۰	۶/۰	۰/۰۰
دیابت	۱۲/۰	۲/۰	۰/۰۰
بیماری‌های عفونی	۵/۰	۰/۰	۰/۰۰
بیماری‌های دهان و دندان	۱۳/۰	۶/۰	۰/۰۱
آنمی	۱۰/۰	۳/۰	۰/۰۰
عفونت مجرای ادراری	۳۱/۰	۲۱/۰	۰/۰۳
پارگی کیسه آب	۵۴/۰	۲۱/۰	۰/۰۰

مطالعات متعدد مشخص شده است که بهبود وضعیت مراقبت‌های دوران بارداری، سبب کاهش ریسک زایمان زودرس می‌شود (۱۲). در پژوهش کنونی مادران نوزادان نارس مراقبت‌های پره‌ناتال کمتری از مادران نوزادان ترم داشتند، و نتایج نشان داد که انجام مراقبت‌های دوران بارداری و شناسایی مادران در خطر و کنترل بیماری‌های آنان مانند فشار خون و قند سبب کاهش تولد نوزاد نارس می‌شود. مطالعه Cohen-Kerem و همکارانش (سال ۲۰۰۵) نشان داد جراحی و بیهوشی در طی بارداری خطر زایمان زودرس را افزایش می‌دهد که مشابه نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر بود (۱۳). عوامل روحی و روانی با افزایش ترشح هورمون آزادکننده کورتیکوتروپین می‌تواند سبب افزایش زایمان زودرس شود. در تحقیقی که توسط لطف علیزاده و همکارانش انجام گرفت، همراهی مستقیم بین فشارهای روانی و زایمان زودرس نشان داده شد که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۴). در این پژوهش مشاهده گردید در زنان چندزاد فاصله کوتاه بین بارداری‌ها شانس زایمان زودرس را بالا می‌برد. محمدیان و همکارانش نیز به نتایج مشابهی دست یافتند که با نتایج این مطالعه همخوانی داشت (۱۵). خونریزی واژینال در ابتدای حاملگی با افزایش پیامدهای نامطلوب همراه است. Wise و همکارانش (سال ۲۰۰۲)، داده‌های مربوط به خونریزی واژینال تقریباً ۱۴۰۰ زن را در هفته‌های ۱۳-۶ حاملگی بررسی نمودند، و مشخص گردید که هم خونریزی خفیف و هم خونریزی شدید با زایمان زودرس در ارتباط می‌باشد، این نتایج نیز با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۶). Singh و همکارانش (سال ۲۰۰۵) نشان دادند عفونت ادراری در طی بارداری خطر زایمان زودرس را افزایش می‌دهد که مشابه نتایج به دست آمده در این مطالعه بود (۵). یافته‌های این پژوهش همانند سایر مطالعات نشان داد سابقه زایمان زودرس قبلی یک عامل پیشگویی کننده قوی در عود زایمان زودرس می‌باشد، گرچه اتیولوژی در بسیاری از موارد ناشناخته و ایدیوپاتیک است (۱۶)، ولی دیابت قبل از بارداری، یکی از عوامل خطر زایمان زودرس به شمار می‌رود. Sibai و همکارانش در پژوهشی نشان دادند ۹٪ زنان مبتلا به دیابت قبل از هفته ۳۵ به‌طور خود به خود زایمان می‌کنند، درحالی‌که این میزان در زنان فاقد دیابت ۴/۵٪ گزارش شده است (۱۷). در مطالعه حاضر نیز دیابت یکی از

۱۰٪ مادران نوزادان نارس و ۳٪ مادران نوزادان طبیعی دچار آنمی بودند، خطر نسبی (odds ratio) یا خطر ابتلا به نارسی در نوزادان با مادران آنمیک، ۳/۸۰ برابر مادران بدون آنمی گزارش شد.

بحث

زایمان زودرس یکی از عوارض جدی مامایی است. تولد نوزادان نارس از طرفی میزان مرگ و میر نوزادی را افزایش می‌دهد و از سوی دیگر ناتوانی این نوزادان و درمان آن، هزینه هنگفتی را به خانواده و جامعه تحمیل می‌کند. لذا برای کاهش میزان نارسی، مرگ و میر و معلولیت وابسته به این عارضه، شناسایی عوامل خطر زایمان زودرس ضروری است، و مقایسه بین یافته‌های این تحقیق با مطالعات قبلی می‌تواند آگاهی‌بخش و کمک‌کننده باشد. در مطالعه حاضر، از ۱۰۹۱۳ نوزادی که در مدت ۶ ماه از تاریخ اول تیر ماه سال ۱۳۸۶ تا ۳۰ آذر ماه ۱۳۸۶ در مراکز درمانی استان قم به دنیا آمدند، ۶۱۲ نوزاد نارس بود که براساس آن بروز زایمان زودرس در استان قم ۵/۶٪ محاسبه گردید، البته در ۲ بیمارستان آموزشی - درمانی با پذیرش بالا میزان بروز زایمان زودرس (ایزدی ۷٪ و حضرت زهرا (ع) ۸/۳٪) بود و در ۲ مرکز خصوصی و نیمه‌خصوصی ولیعصر، حضرت معصومه که بیشتر زایمان‌ها به‌صورت سزارین الکتیو می‌باشد، میزان بروز زایمان زودرس ۱/۵ و ۲/۸٪ گزارش گردید. در تحقیقی که توسط Morten و همکارانش از سال ۲۰۰۱-۱۹۷۳ در سوئد صورت گرفت، میزان بروز نارسی ۵/۵٪ گزارش شد (۹). که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه انجام شده توسط Martin و همکارانش در آمریکا (سال ۲۰۰۳)، میزان بروز زایمان زودرس ۱۲/۳ برآورد گردید (۱۰). که این میزان با نتایج حاصل از این مطالعه یکسان نبود. به‌نظر می‌رسد پایین‌تر بودن میزان نارسی را بتوان به استفاده کمتر از روش‌های تحریک باروری، باروری در سن کمتر و شیوه زندگی مرتبط دانست. در یک مطالعه، دو گروه از نظر وضعیت اقتصادی، اجتماعی و شغل همسران مورد بررسی قرار گرفتند، که ۶۴٪ بیماران با زایمان زودرس به گروه کم‌درآمد تعلق داشتند. Joseph و همکارانش در یک پژوهش (سال ۲۰۰۷)، با بررسی ارتباط قوی بین وضعیت اقتصادی، اجتماعی پایین و زایمان زودرس، نشان دادند (۱۱) وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین، مراقبت کمتر دوران بارداری و تغذیه نامناسب را در پی دارد. در

حاملگی، سطح درآمد و طبقه اقتصادی، اجتماعی پایین، تنش‌های روحی، مراقبت‌های ناکافی در دوران بارداری، سابقه عمل جراحی در طی بارداری، سابقه خونریزی در طی ۳ ماه اول حاملگی، سابقه زایمان زودرس، دیابت، ابتلا به بیماری‌های عفونی، بیماری‌های دهان و دندان، کم‌خونی و عفونت مجاری ادراری در طول بارداری در افزایش تولد نوزاد نارس نقش دارند، که تعدادی از آنها همچون بیماری‌های دهان و دندان، آنمی و عفونت مجرای ادراری در طول بارداری مادر قابل پیشگیری است و می‌توان با مراقبت‌های منظم حین حاملگی و شناسایی عوامل خطر ساز از تولد نوزاد نارس جلوگیری نمود که خود باعث کاهش مرگ و میر نوزادی و بهبود شاخص‌های بهداشتی کشور می‌شود، ولی تعدادی از عوامل خطر زایمان زودرس قابل پیشگیری نمی‌باشند. لذا زمانی که این عارضه غیر قابل اجتناب باشد، انتقال مادر به یک مرکز مجهز دارای بخش مراقبت ویژه نوزادان ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت‌های مالی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و معاونت محترم پژوهشی (به شماره قرارداد ۳۴/۵۳۵۸۱/پ) انجام شد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی و شورای محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

عوامل مؤثر بروز زایمان زودرس بود. کم‌خونی به‌ویژه در ۳ ماهه اول حاملگی به‌طور مشخصی با سرنوشت بد حاملگی همراه است، گرشاسبی و فلاح (سال ۱۳۸۵) در مطالعه‌ای گزارش کردند خطر نسبی زایمان زودرس مادران آنمیک، ۳/۶ برابر مادران بدون آنمی می‌باشد که با این تحقیق همخوانی داشت (۱۸). در خصوص رابطه بین زایمان زودرس و بیماری‌های دهان و دندان مطالعات متعددی انجام شده است. محققین در یک کارآزمایی آینده‌نگر بر روی بیش از ۱۳۰۰ زن نشان دادند بیماری پریدنتال با افزایش زایمان زودرس همراه است (۱۹) که مشابه مطالعه حاضر می‌باشد. در منابع معتبر پره‌اکلامپسی، آنومالی‌های مادرزادی و سقط مکرر از علل بروز زایمان زودرس ذکر شده است، اما در این پژوهش میزان پره‌اکلامپسی (۱۲٪ مقابل ۱۰٪) و سقط مکرر (۵٪ مقابل ۲٪) بود که آمار پره‌اکلامپسی و سقط مکرر در گروه پره‌ترم کمی بیشتر گزارش شد، اما تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مورد مطالعه وجود نداشت که می‌توان علت این اختلاف را به کم بودن حجم نمونه نسبت داد. همچنین آنومالی‌های مادرزادی فقط در گروه شاهد مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری

سبب‌شناسی زایمان زودرس یکی از جالب‌ترین مسائل در مامایی روز دنیا است، اگرچه اتیولوژی آن در بسیاری از موارد ناشناخته است، ولی با توجه به یافته‌ها، عواملی مانند تعداد زایمان، فاصله

References:

- Martin J, Fanarof A, Walsh C. Fanarof and Martins Neonatal-Perinatal Medicine. 8th ed. Philadelphia: Mosby; 2006. p. 331-350.
- Adams K, Eschenbach D, Kristina M. The Genetic Contribution Towards Preterm Delivery. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 2004;9:445-52.
- Sagot. What Are the Current Limits for Prematurity. *Presse Med* 1999;28(36):1993-8.
- Gunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Tauth JC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*. 22nd ed. New York: MC Graw-Hill; 2005. p. 855-881.
- Sigh Uma, Singh Nisha, Seth Shikha. A Prospective Analysis of Etiology and Outcome of Preterm labor. *J Obstet Gynecol India* 2007;57(1):48-52.
- Saurel-Cubizolles MJ, Zeitlin J, Lelong N, Papiernik E, Di Renzo GC, Breart G. Europop Group, Employment, Working Conditions and Preterm Birth: Results From the Europop Case-Control Survey. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:395-401.
- Copper RL, Goldenberg RL, Das A, Elder N, Swain M, Norman G, Ramsey R, Cotroneo P, Collins BA, Johnson F, Jones P, Meier AM. The Preterm Prediction Study: Maternal Stress Is Associated with Spontaneous Preterm Birth at Less

- than Thirty-Five Weeks' Gestation. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol* 1996 Nov; 175(5):1286-92.
8. Coleman AC. Fetal Fibronectin Detection in Preterm Labor: Evaluation of Prototype Beside Dipstick Technique and Cervical Assessment. *Am J Obs Gyn* 1998;179(6):1553-1558.
9. Morten NH, Kallen K, Hagberg H, et al. Preterm Birth in Sweden 1973-2001. Rate, Subgroups and Effect of Changing Patterns in Multiple Births, Maternal Age and Smoking. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:558-65.
10. Martin JA, Kochanek KD, Strobino DM, et al. Annual Summary of Vital Statistics 2003. *Pediatrics* 2005;115:619-34.
11. Joseph KS, Liston RM, Dodds L, Dahlgren L, Allen Accmaj. Socioeconomic Status and Perinatal Outcomes in a Setting with Universal Access to Essential Health Care Services. *CMAJ* 2007 Sep; 11;177(6):583-90.
12. Moore MI, Freda MC. Reducing Preterm and Low Births. *MCN Am Y Matern Child Nurs* 1998;23(4):200-8.
13. Cohen-Kerem R, Railton C, Oren D, Lishner M, Koren G. Pregnancy Outcome Following Non-Obstetric Surgical Intervention. *Am J Surg* 2005 Sep;190(3):467-73.
14. Lotfalizadeh M, Mohamadzadeh A, Kamndy SH, Bagheri S. Prevalanc and Risk Factors of Preterm Labor in Imam Reza Hospital (2002-2003). *Ir J Gyn* 2005;8(2):93-100. [Full Text in Persian]
15. Mohammadian S, Vakili MA, Tabandeh A. Survey of Related Factors in Prematurity Birth. *Gilan University Medical Journal MUJ* 2000;9(34-33):117-122. [Full Text in Persian]
16. Drakeley AJ, Robert SD, Alfirevic Z. Cervical Cerclage for Prevention of Preterm Delivery: Meta-Analysis of Randomized Trials. *Obstet Gynecol* 2003;102:621-70.
17. Sibai BM, Caritis S, Hauth J. Risks of Preeclampsia and Adverse Neonatal Outcomes Among Women with Pregestational Diabetes Mellitus. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:364.
18. Garshasbi A, Fallah N. Maternal Hematocrite Level and Risk of Low Birth Weight and Preterm. *Tehran University Medical Journal* 2006 July; 64(4):87-94. [Full Text in Persian]
19. Hauth JC, Andrews WW, Goldenberg RL. Infection-Related Risk Factors Predictive of Spontaneous Preterm Labor and Birth. *Prenat Neonat Med* 1998;3:36.

