

بررسی شیوع زایمان زودرس و عوامل مرتبط با آن در مراجعین به بیمارستان شهداء تجریش سال های ۷۸-۱۳۷۴

دکتر مریم افراتنه^۱، دکتر سناز ابراهیمی^۲، ناصر ولایی^۳

خلاصه

سابقه و هدف: زایمان زودرس عامل مهمی در بروز مورتالیتی و موربیدیتی نوزادان می باشد. در مورد عوامل مرتبط با این مشکل تناقضات فراوانی به چشم می خورد، لذا این تحقیق جهت تعیین شیوع زایمان زودرس و عوامل مرتبط با آن روی مراجعین به بیمارستان شهداء تجریش صورت گرفته است.

مواد و روش ها: تحقیق به روش مطالعه داده های موجود روی کلیه بیمارانی که با علائم زایمان زودرس مراجعه و تشخیص قطعی زایمان زودرس در آنها مطرح شده بود، صورت گرفت. خصوصیات مربوط به سن، تعداد حاملگی، هفته حاملگی، آپگار نوزاد، پوزانتاسیون، پارگی زودرس کیسه آب، پره اکلامپسی، بیماری های سیستمیک مادر، چند قلبی، هیدرآمینوس، اولیگو هیدرآمینوس، کوریوآمنیوتیت، سابقه زایمان زودرس، عفونت ادراری، پیلونفریت و سایر عوامل خطر مرتبط با زایمان زودرس مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: طی مدت بررسی، ۵۶۲۸ مورد زایمان وجود داشت که از این تعداد، ۴۰۷ مورد زایمان زودرس (۷/۲٪) گزارش شده بود. شایع ترین عوامل مرتبط با زایمان زودرس به ترتیب عبارتند از: پارگی زودرس کیسه آب (۳۷/۶٪)، پره اکلامپسی (۱۷/۷٪)، عفونت ادراری شامل پیلونفریت (۱۷٪)، بیماری های سیستمیک مادر (۹/۶٪) و هیدرآمینوس (۹/۶٪).

نتیجه گیری و توصیه ها: شیوع زایمان زودرس در بیمارستان شهداء تجریش بیشتر از گزارشهای دیگر است. مطالعات جامعتر در این خصوص توصیه می شود.

واژگان کلیدی: زایمان زودرس، پارگی زودرس کیسه آب، عوامل مرتبط با زایمان زودرس.

مقدمه

زودرس در بسیاری از کشورها مانند آمریکا و کانادا در ۲۰ سال گذشته افزایش یافته است و از ۶/۳٪ در سال ۱۹۸۱ به ۶/۸٪ در سال ۱۹۹۲ رسیده است (۳). این زایمان ها عوارض بسیاری از جمله هیپوگلیسمی، هیپوکلسمی، آسفیکسی، سندرم دیسترس تنفسی، NEC، IVH و مرگ نوزادان را به همراه دارند (۵).

در مورد نقش عوامل مرتبط با زایمان زودرس گزارشات متفاوتی وجود دارد، به طوری که جفت سر راهی و یا پارگی در ۵۰٪ موارد عفونت مایع آمنیوتیک در ۳۸٪ و بیماری های ایمونولوژیک و آنتی فسفولیپید آنتی بادی در ۳۰٪ و نارسائی سرویکس در ۱۶٪ موارد گزارش شده است (۴-۱).

زایمان زودرس، یکی از علل مرگ و میر نوزادان در سالهای گذشته به شمار می رفت. با وجود اینکه روش های نوین مراقبت از نوزادان زودرس وضعیت این متولدین کوچک را تا حد زیادی بهبود بخشیده است، هیچ کاهش پایدار و قابل توجهی در میزان بروز این تولدهای زودرس (preterm) و LBW به وجود نیامده است. زایمان زودرس مسأله مهمی است و در حالی که سایر علل موربیدیتی و مورتالیتی نوزادان کاهش یافته است، این مشکل هنوز حل نشده و در حال حاضر مهمترین مسأله را در طب نوزادان و نوزادان بدون آنومالی تشکیل می دهد (۱،۲).

زایمان زودرس به شروع لیبر (labor) و زایمان بعد از ۲۰ هفتهگی و قبل از کامل شدن ۳۷ هفته حاملگی اطلاق می گردد. میزان زایمان

^۱ استادیار، بخش زنان و زایمان، مرکز آموزشی درمانی شهداء تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بحث

نتایج این تحقیق نشان داد که شیوع زایمان زودرس در مقطع زمانی سالهای ۷۸-۱۳۷۴ در بیمارستان شهداء تجریش ۷/۲۳٪ بود که مشابه با برخی آمارهای دیگر بدست آمد. شاید بتوان این طور توجیه نمود که بیمارستان شهداء تجریش به علت اینکه مرکز referral می‌باشد و موارد زایمان زودرس به این مرکز ارجاع داده می‌شود و نیز به علت افزایش موارد حاملگی‌ها با روش ART در افراد نازا و موارد حاملگی‌های چندقلویی، زایمان زودرس در مقایسه با دهه قبل افزایش نشان می‌دهد (۶،۷).

این تحقیق نشان داد که شایع‌ترین عامل مرتبط با زایمان زودرس، پارگی زودرس کیسه آب می‌باشد. پس از آن پره‌اکلامپسی و عفونت ادراری از جمله دیگر عوامل شایع به حساب می‌آیند. به جهت اینکه پارگی زودرس کیسه آب مسائلی چون احتمال عفونت داخل رحمی مایع آمنیوتیک را مطرح می‌کند، باید بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

آنمی شدید، هیپرتیروئیدی، دیابت، هیپرتانسیون مزمن و بیماری‌های قلبی از جمله دیگر عوامل مرتبط با زایمان زودرس می‌باشند که در گذشته کمتر به آنها توجه شده است و با توجه به شیوع آنمی فقر آهن در خانم‌های سنین بارداری لازم است به این فاکتور خطر جهت پیشگیری از بروز زایمان زودرس توجه بیشتری مبذول گردد تا بدین ترتیب با درمان به موقع آن از درصد مهمی از زایمان‌های زودرس کاسته شود. همچنین درمان بیماران با پرکاری تیروئید، دیابت، هیپرتانسیون مزمن و بیماری‌های قلبی، از وقوع زایمان زودرس خواهد کاست.

در پایان لازم بذکر است، شیوع زایمان زودرس در جامعه مورد بررسی قدری بیشتر از آمارهای منتشر شده در این خصوص است. با توجه به عوارض و هزینه‌های درمان چنین زایمانهایی، شناسایی افراد در معرض خطر توصیه می‌شود.

REFERENCES

- 1- Creasy RK, Rensik R(eds). *Maternal and Fetal Medicine*. 3rd ed, 1994:151-61.
- 2- Decherney AH, Pernal ML (eds). *Current Obstetrics and Gynecologic, Diagnosis and Treatment*. 8thed, 1994:331-8,357-98.
- 3- Cunningham F, Cant NF, et al (eds.). *William's Obstetrics* 21st ed , 2001:689-701.
- 4- O'Driscoll M. Preterm Labor. In: Anderson A, Beard R ,Brudenall JM, et al (eds.) *Proceeding of the fifth Study Group of the Royal College of Obstetricians and Gynecologists* 1997.
- 5- Kragt H, Keirse MJNC, How accurate is a woman's diagnosis of threatened preterm delivery. In: Chalmers I, Ekin M, Keirse MJNS (eds). *Preterm Labor: Effective Care in Pregnancy and Child Birth*. Oxford University Press, 1989:694-745.
- 6-Gonic B, Creasy RK. Preterm labor: Its diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:3-9.
- 7- Letteri L, Vintzileos A, Albin M. Does idiopathic preterm labor exist? *Am J Obstet Gynecol* 1992;313:160-63.