

بررسی شیوع عوامل خطر در زایمان زودرس

نویسندگان: دکتر نفیسه ظفرقندی^۱، دکتر آمنه شیرین ظفرقندی^۲، دکتر فرحناز ترکستانی^۱، نادر فلاح^۳ و دکتر فاطمه جدیدی^۴

۱. استادیار گروه زنان دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد
۲. استادیار گروه زنان دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی
۳. مربی گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی دانشگاه شاهد
۴. پزشک عمومی

چکیده

سابقه و هدف: زایمان زودرس که طبق تعریف بعد از ۲۲ هفته حاملگی و قبل از پایان ۳۷ هفته حاملگی واقع می‌شود ۷۵ درصد از مرگ و میرهای نوزادی را تشکیل می‌دهد و نوزادانی هم که زنده می‌مانند در معرض مشکلات بینایی، شنوایی، بیماری‌های ریوی و فلج مغزی قرار می‌گیرند. البته هزینه‌های مصرف شده برای مراقبت‌های بعدی نیز زیاد است. شناخت شیوع و عوامل خطر زایمان زودرس می‌تواند منجر به کشف راه‌های پیشگیری از آن شود و از این طریق می‌توان در بالا رفتن بهداشت جامعه تأثیر گذاشت. مواد و روش‌ها: نوع مطالعه حاضر، توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بوده و با توجه به این‌که کل تعداد زایمان زودرس در مقطع زمانی ۷۸/۱۰/۱ لغایت ۷۹/۳/۳۰ - ۲۵۷ مورد بود جهت بررسی ریسک فاکتورها تعداد ۲۹۳ نفر نیز به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شد. یافته‌ها: زایمان زودرس با عدم وجود مراقبت دوران حاملگی، چند قلوئی، سابقه نازایی، مصرف مواد محرک تخمک‌گذاری، پرزانتاسیون بریچ، تأخیر رشد داخل رحمی، سابقه زایمان زودرس، دفعه بارداری، حاملگی همراه فشار خون، دکولمان، تغییرات (کاهش و افزایش) حجم مایع آمنیونی، جنس مذکر، مرگ داخل رحمی و آپکار دقیقه پنجم زیر ۵، رابطه معنادار پیدا کرد. زایمان زودرس یک پدیده مولتی فاکتوریال است و شناسایی علل خطر و جلب مشارکت مادران باردار و بالابردن آگاهی آن‌ها می‌تواند در کاهش میزان آن مؤثر باشد. واژه‌های کلیدی: زایمان زودرس، ریسک فاکتور، رشد جنین، بریچ، حاملگی چند قلوئی، مراقبت‌های قبل از زایمان

دوماهانامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال دوازدهم - شماره ۵۳
آبان ۱۳۸۳

مقدمه

نارس بودن جنین علت ۷۵ درصد از مرگ و میرهای دوران نوزادی است [۱و۲]. باید به این نکته توجه داشت که پره‌ترم و پره‌ماچور مترداف نیستند. تسریع در ماچوراسیون ریه در موارد فشارخون، بیماری قلبی، مادر هروئینی، سیکل سل آنمی، اشکالات جفت (دکولمان مزمن) و هیپرتیروئیدی

زایمان زودرس به شروع روند زایمان بعد از هفته ۲۰ تا ۲۲ هفته و قبل از هفته ۳۷ حاملگی گفته می‌شود و با انقباضات رحمی تکرار شونده به صورت حداقل سه انقباض در ده دقیقه شناخته می‌شود. به طور متوسط ۷-۱۰ درصد نوزادانی که متولد می‌شوند نارس هستند.

در گروه مورد ۴/۳ درصد در دوران حاملگی داروهایی از جمله داروهای ضدصرع، ضدهیپرتیروئیدی و ضد فشار خون تحت نظر پزشک مصرف کرده‌اند و در گروه کنترل یک درصد مصرف دارو داشته‌اند که ارتباط بین زایمان زودرس و مصرف دارو معنادار است (Pv=0.016).

سابقه زایمان زودرس در ۲۵۷ نفر مورد ۱۲/۵ درصد و از ۲۹۳ نفر گروه کنترل ۳/۸ درصد وجود داشت که با Pv=0.000 این ارتباط معنادار است (در گروه مورد ۳ برابر گروه شاهد).

بیماری‌های همراه فشار خون نیز با Pv=0.000 با زایمان زودرس ارتباط معناداری داشت، بدین گونه که در گروه شاهد ۰/۱ درصد و در گروه مورد ۶/۲ درصد فشارخون ملاحظه شد. بین سن مادر و زایمان زودرس به صورت سن کم‌تر از ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال با استفاده از آزمون «تی» و با Pv=0.047 ارتباط آماری معناداری وجود داشت.

گراندمولتی پارتیتی در گروه مورد ۲/۳ درصد و در گروه کنترل ۰/۳ درصد بود؛ یعنی میزان موارد گراند مولتی پار در گروه مورد ۸ برابر گروه کنترل بود (نمودار ۱).

از میان عوامل مادری، بیماری سیستمیک مادر، سابقه عفونت ادراری و خویشاوندی مادر و پدر از عواملی بودند که بین آن‌ها و زایمان زودرس ارتباط معناداری وجود نداشت.

نمودار ۱. توزیع فراوانی دفعه بارداری در دو گروه case و کنترل بر حسب درصد

دیده می‌شود و تأخیر در مآچوراسیون در مادران دیابتی و ایزوایمونیزاسیون ار.هاش ایجاد می‌گردد. این نوزادان با وجود ترم بودن ممکن است پره‌ماچور باشند [۳۱].

بیماران و روش‌ها

بیماران در ۶ ماه از تاریخ ۷۸/۱۰/۱ لغایت ۷۹/۳/۳۰ از خانم‌های مراجعه‌کننده به بیمارستان مهدیه انتخاب شدند. در این مدت ۲۵۷ نفر زایمان زودرس داشتند که پرونده آن‌ها بررسی شد. برای تعیین نمونه‌های شاهد - با توجه به آمار کلی زایمان در حین ۶ ماه - از هر ۹ پرونده، یک پرونده به صورت تصادفی انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت.

بعد از کدگذاری متغیرهای مورد مطالعه و جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات حاصل با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مقدار هر عامل خطر براساس آزمون کای دو تعیین گردیده که مقادیر کم‌تر از ۰/۰۵ نشان‌دهنده ارتباط معنادار آن عامل خطر با وقوع زایمان زودرس است.

نتایج

از میان ۲۹۳ نفر شاهد و ۲۵۷ نفر مورد، میانگین سنی در گروه مورد ۲۴/۱۷ و در گروه شاهد ۲۳/۷۰ بود. در میان گروه مورد در ۲۱ درصد موارد و در گروه شاهد در ۱۶/۷ درصد موارد نسبت فامیلی وجود داشت. این نسبت به‌طور کلی پرسش شده و نسبت فامیلی دور و نزدیک جدا نشده بود. در افراد دچار زایمان زودرس ۹/۷ درصد و در گروه کنترل ۳/۸ درصد سابقه نازایی وجود داشت که با Pv=0.005 ارتباط آماری معناداری به چشم می‌خورد (در گروه مورد ۲/۵ برابر گروه شاهد).

در گروه مورد ۱۱/۷ درصد و در گروه شاهد ۵/۱ درصد، مراقبت دوران بارداری نداشتند که طبق Pv=0.006 این ارتباط معنادار است (در گروه مورد ۲ برابر گروه شاهد).

جدول ۱ توزیع فراوانی آپگار دقیقه یکم در دو گروه مورد و شاهد

گروه مورد			گروه شاهد			آپگار دقیقه ۱
درصد	تعداد	درصد تجمعی	درصد	تعداد	درصد تجمعی	
۱۶	۴۱	۱/۳	۱/۳	۴	۱/۳	زیر ۵
۱۰۰	۲۱۶	۱۰۰	۹۸/۷	۲۸۹	۱۰۰	۵ و بالای ۵
	۲۵۷		۱۰۰	۲۹۳		کل

جدول ۶ رابطه روش جلوگیری از بارداری با زایمان زودرس

روش جلوگیری از بارداری	مورد	شاهد	کل
قرص	۴۰	۳۰	۷۰
کاندوم	۱۰	۱۰	۲۰
دستگاه داخل رحمی	۵	۱۵	۲۰
طبیعی	۶۶	۵۱	۱۱۷
دیومدرکسی پروژسترون استات	۱	۱	۲
بدون جلوگیری	۱۳۵	۱۸۶	۳۲۱
کل	۲۵۷	۲۹۳	۵۵۰

از عوامل جنینی، بین تأخیر رشد داخل رحم با $Pv=0.000$ ارتباط معناداری با زایمان زودرس وجود داشت.

پرزانتاسیون بریج ($Pv=0.000$) و چند قلوبی ($Pv=0.000$) ارتباط معناداری با زایمان زودرس داشتند. در این مطالعه در گروه مورد ۴۹/۴ درصد و در گروه شاهد ۴۴ درصد پسر وجود داشت که با $Pv=0.000$ ارتباط آماری معناداری بین جنس و زایمان زودرس ملاحظه شد (جدول ۳).

مرگ داخل رحمی نیز با زایمان زودرس رابطه معناداری پیدا کرد. در گروه مورد ۸/۹ درصد و در گروه کنترل ۰/۳ درصد، مرگ داخل رحمی داشتند که با استفاده از آزمون کای دو، بین زایمان زودرس و مرگ داخل رحمی ارتباط معنادار وجود داشت ($Pv=0.000$).

از عوامل جفتی و پرده‌ای، دکولمان ($Pv=0.001$) و جفت سرراهی ($Pv=0.004$) رابطه معناداری با زایمان زودرس داشتند.

جدول ۲ رابطه مرگ بعد از تولد با زایمان زودرس

فوت بعد تولد نوزاد	مورد	شاهد	کل
زنده مانده است	۲۳۳	۲۹۳	۵۲۶
کم تر از ۲ ساعت زنده مانده	۱۳	۰	۱۳
بین ۲-۲۴ ساعت اول فوت شده	۶	۰	۶
بعد از ۲۴ ساعت تا هفته اول فوت شده	۵	۰	۵
کل	۲۵۷	۲۹۳	۵۵۰

جدول ۳ توزیع جنسی در دو گروه

جنس نوزاد	مورد	شاهد	کل
پسر	۱۲۷	۱۲۹	۲۵۶
دختر	۱۰۸	۱۵۹	۲۶۷
دوقلویی	۲۲	۵	۲۷
کل	۲۵۷	۲۹۳	۵۵۰

جدول ۴ توزیع سنی مادران در دو گروه

سن مادر	۱۳-۱۸	۱۹-۳۵	۳۶-۴۴	کل
شاهد	۲۷	۲۶۰	۶	۲۹۳
مورد	۳۸	۲۱۰	۹	۲۵۷
کل	۶۵	۴۷۰	۱۵	۵۵۰

جدول ۵ رابطه زایمان زودرس با نوع زایمان

نوع طبیعی	مورد	شاهد	کل
طبیعی	۱۶۳	۲۷۱	۴۳۴
سزارین	۹۴	۲۲	۱۱۶
کل	۲۵۷	۲۹۳	۵۵۰

بحث

از عوامل مادری، عدم وجود مراقبت دوران بارداری، سن مادر، فشارخون در حاملگی، مصرف کلومیفن، سابقه نازایی و سابقه زایمان زودرس نسبتاً قابل پیشگیری هستند. در مطالعات قبلی خارج از کشور نیز عدم مراقبت دوران حاملگی [۳] به عنوان عامل مؤثر در زایمان زودرس اعلام شده‌اند که می‌توان با مشاوره‌های قبل از ازدواج و توضیح تأثیر آن، قدمی در کم کردن این حادثه برداشت. در مطالعه‌ای گرانند مولتی‌پاریتی (پاریتی بالاتر از ۶) در گروه مورد ۸ برابر بود. در آن مطالعه نشان داده شده که پرزانتاسیون غیرطبیعی، آنمی، زایمان زودرس و مکونیوم با افزایش پاریتی افزایش می‌یابد [۴].

سابقه نازایی به تنهایی و بدون توجه به استفاده از داروهای تحریک تخمک‌گذاری و روش‌های کمکی باروری می‌تواند سبب بالا رفتن احتمال زایمان زودرس شود [۵]. بنابراین، تعیین روتین فاکتورهای زمینه‌ای مشترک، مثل بیماری‌های التهابی لگن، قرار گرفتن در معرض دی‌اتیل استیل بسترول، کشیدن سیگار، و استرس مادری می‌تواند اثر مفیدی در جلوگیری از این عوارض ایفا کند. در کتب مرجع به احتمال انتقال زایمان زودرس به فرزندان خانم هم اشاره شده است [۶]. سن کم‌تر از ۱۸ و بالای ۳۵ مادر نیز رابطه معناداری با زایمان زودرس داشت که در مطالعات خارج از کشور نیز تأیید شده است [۶] (جدول ۳).

در مطالعه ما، نارسایی سرویکس به دلیل این که همه موارد مبتلا در ۱۶-۱۴ هفته تحت عمل جراحی سرکلاژ قرار گرفته‌اند، و سابقه سقط به دلیل این که انواع سقط‌ها و زمان آن‌ها جدانشده بود رابطه معنادار با زایمان زودرس پیدا نکردند.

از عوامل جنینی همراه زایمان زودرس، تأخیر رشد داخل رحم، پرزانتاسیون بریچ، چند قلبی، مرگ داخل رحمی، و جنس ارتباط معنادار داشتند [۷]. جنس جنین در مطالعه‌ای که توسط آستولپی و همکارش انجام گرفت نیز تأیید شده است [۸]. نتایج مشابه در مطالعه ما

در مورد پرزانتاسیون بریچ و جنس جنین مشاهده می‌شود، ولی در مورد مرگ داخل رحمی که در مطالعه ما ارتباط معنادار با زایمان زودرس پیدا کرد مطالعه‌ای در دسترس نیست [۹].

از عواملی جفتی، جدا شدن زودرس جفت و جفت سرراهی رابطه معناداری پیدا کردند؛ ولی کوریوآمینوآنتیسیس به دلیل تعداد کم موارد آن در مطالعه، ارتباط معناداری نداشت [۱۰].

تغییرات حجم مایع آمنیون چه به صورت افزایش و چه به صورت کاهش رابطه معناداری با زایمان زودرس داشت که احتمالاً به دلیل وجود عامل زمینه‌ای همراه این حاملگی‌ها است [۸].

در یک مطالعه در سال ۱۹۹۷ در جنین‌هایی که رشد متناسبی داشتند و به اولیگوهایدروآمیوس قبل از هفته ۳۷ حاملگی مبتلا بودند، افزایش سه برابر در زایمان پره‌ترم رخ داد [۸].

در باره مقایسه آپگار نوزادان در گروه مورد و شاهد، آپگار کم‌تر از ۵ در دقیقه اول در گروه مورد ۱۶ برابر گروه شاهد و آپگار کم‌تر از ۵ در دقیقه پنجم در گروه مورد ۱۳ برابر گروه شاهد بود (جدول ۱).

در مورد مرگ بعد از تولد، مطالعه ما با مطالعات خارجی که ۷۰ درصد مرگ‌ومیرهای نوزادی را مربوط به زایمان زودرس می‌داند هم‌خوانی دارد [۱۱] (جدول ۲).

در مورد سزارین و زایمان واژینال، در گروه مورد ۶۳/۴ درصد N.V.D و ۳۶/۶ درصد سزارین و در گروه کنترل ۹۲/۳ درصد N.V.D و ۷/۷ درصد سزارین است که سزارین در گروه مورد ۴/۵ برابر گروه شاهد بود (جدول ۵).

در مورد فاصله بارداری‌ها - از زایمان قبلی تا لقاح بعدی - بیماری سیستمیک، عفونت ادراری، کوریوآمینوآنتیسیس و آنومالی جنین، به علت موارد کم به نتیجه خاصی نرسیدیم.

البته در مورد بیماری‌های سیستمیک، نداشتن آگاهی بیماران در مراحل اولیه ابتلا به بیماری نیز می‌تواند از عللی باشد که نتیجه را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

منابع

1. F.G Cunningham, N.F Gant, KJ. Leveno and etal, Abnormalities of the fetal membranes and amniotic fluid, williams obstetrics, chapter 31, 2001, P.813-823.
2. D.K. Jones, PJ Steer, and etal, threatened and Actual preterm labor, chapter 56. High risk pregnancy, 7.th, P 1000, 1999.
3. Rodriguest T, Barros H, Risk Factors for preterm Delivery, Acta Med port, 1998 oct 11(10):901-5.
4. Babinszki A, Kerenyi T, Torok O and et al. Prinatal out come in grand and great grand multiparity; effect of parity on obstetric Risk Factors, Am. journal obs. and Gyn., 1999 sep 181(3):669-74.
5. Donna Day Baird, Allen J Wilcoy, Michael Kramer. Why might infertile couples have problem pregnancies? Lancet, V: 353, N: 9166, May 1999, 1724-1725.
6. Scholz HS, Haas J, Petru E, Do primiparas aged 40 years or older carry an increased obsteteric risk?, pre Med 1999 Oct, 29(4):263-6.
7. Foix L, Helias L, Ancel PY, Blondel B. Risk Factors for prematurity in france and comparisons between spontaneous prematurity and Induced labor, journal Gyn obs-Biol Reprod Paris, 2000 Feb 29(1):55-65.
8. Astolfi P, Zonta IA, Risks of preterm Delivery and assoiation with maternal age; birth order and fetal gender, Hum Reprod, 1999 Nov 14(11):2891-4.
9. Linhart Y, Bashiri A. Maymon E and et al. Congenital anomalies are independent risk factors for neonatal morbidity and prinatal mortality in preterm laloor, Eur. Jornal obs Gyn. 2000 May 90(1):43-9.
10. Adams MM, Elam-Ewans LD, Wilson HG and et al. Rote & factors associate with recurrence of preterm delivery, JAMA 2000, Mar, 283(12)(591-6).
11. Demol S, Bashiri A, Fuman B and et al, Breech presentation in a risk factor for intrapartum and neonate death and preterm labor , Eur jornal obs Gyn, Reprod Biol, 2000 Nov 93(1):44-51.

در مطالعه ما بین مصرف قرص‌های جلوگیری قبل از بارداری و زایمان زودرس ارتباط معنادار وجود داشت که در مطالعات قبلی بین حاملگی همراه با دستگاه داخل رحمی و زایمان زودرس ارتباط شناخته شده بود [۸] (جدول ۶)؛ یعنی کسانی که قبل از بارداری از قرص‌های جلوگیری استفاده کرده‌اند، بیش‌تر در معرض خطر زایمان زودرس هستند.

نتیجه‌گیری

زایمان زودرس از میان عوامل مادری با عدم‌مراقبت پره‌ناتال، سابقه زایمان زودرس، نازایی، مصرف کلومیفن، سن مادر و دفعه بارداری مادر و از میان عوامل جنینی با پرزانتاسیون غیرسفالیک، مرگ داخل رحمی، جنس جنین، چندقلوبی و از عوامل جفتی و پرده‌ای با اختلال مایع آمنیوتیک، جفت سرراهی و جدا شدن زودرس جفت رابطه مستقیم دارد. مصرف قرص‌های جلوگیری قبل از بارداری نیز ارتباط معنادار با زایمان زودرس دارد.