

بررسی شیوع و عوامل مؤثر بر تولد نوزادان کم وزن در بیمارستان مهدیه تهران به مدت یک سال

دکتر زیبا مسیبی^۱، دکتر سید حسین فخرائی^۲، دکتر امیرحسین موحدیان^۱

چکیده

سابقه و هدف: از آنجایی که بخش بزرگی از مرگ و میر نوزادان در ارتباط با وزن کم زمان تولد می‌باشد و شیوع تولد نوزادان کم‌وزن در جوامع مختلف متفاوت است، در این مطالعه به تعیین شیوع و عوامل مؤثر در تولد این نوزادان در بیمارستان مهدیه تهران پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها: تحقیق با استفاده از اطلاعات موجود بر روی نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم که در سال ۱۳۷۵ در بیمارستان مهدیه تهران متولد شده بودند انجام گرفت. اطلاعات مورد نظر شامل سن مادر، سن حاملگی، تعداد زایمان، مراقبت بارداری، نوع زایمان، جنس نوزاد، آپگار، علت بستری و مرگ و میر از پرونده‌ها استخراج شد. از آمار توصیفی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: شیوع LBW در این مطالعه ۷/۰۵ درصد می‌باشد. بیش از نیمی از نوزادان مورد مطالعه نارس بودند. نسبت کم وزنی در دختران به پسران ۱/۳ به ۱ بود. بیشترین محدوده سنی مادران در گروه نوزادان نارس ۲۰-۱۶ سال و در نوزادان ترم با محدودیت رشد داخل رحمی ($IUGR$) ۲۵-۲۱ سال و پس از آن در زیر سن ۲۰ سال بود. آسفیکسی و آپگار پایین و متوسط در نوزادان نارس بیش از نوزادان ترم $IUGR$ بود. در میان ریسک فاکتورهای مادری شایعترین عوامل عبارت بودند از: اکلامپسی، پره اکلامپسی و عفونت ادراری. ۴۷ درصد از نوزادان کم‌وزن بستری شدند. مهم‌ترین علل بستری سپسیس و بیماری هیالین مامبران بود. میزان مرگ و میر در این نوزادان ۲۷/۵ درصد بود که مهم‌ترین علل مرگ نیز بیماری هیالین مامبران، آسفیکسی و سپسیس بوده است.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: شیوع نوزادان کم وزن در حد متعارف بود. وزن زمان تولد از مهم‌ترین عوامل مؤثر در مرگ و میر نوزادان می‌باشد. پیشگیری از تولد نوزادان کم وزن از یک طرف با شناسایی شیوع و عوامل مؤثر در تولد این نوزادان و از طرف دیگر با بهبود استانداردهای زندگی و مراقبت‌های پزشکی در خانم‌ها، قبل از حاملگی، قابل انجام می‌باشد.

واژگان کلیدی: وزن کم زمان تولد، عوامل مؤثر، مرگ و میر، نارس، محدودیت رشد داخل رحمی.

۱- گروه اطفال، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۲- گروه اطفال، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

این تحقیق با طراحی مطالعه داده‌ای موجود انجام گرفت. اطلاعاتی از قبیل سن حاملگی، سن مادر، نوع زایمان، تعداد زایمان مادر، بیماری‌های مادر و مصرف دارو، مراقبت‌های حین بارداری، جنس نوزاد، آپگار، وزن نوزاد، تعداد قل‌ها و چنانچه نوزاد بستری گردیده بود علت بستری و عاقبت نوزادی جمع‌آوری و در پرسش‌نامه وارد شد و با استفاده از آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در مدت یک سال تعداد متولدین زنده در بیمارستان مهدیه تهران ۱۰۱۸۷ نفر بود که ۷۱۸ نفر از آنها (۷/۰۵ درصد) وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم داشتند. ۳۲۴ مورد (۳/۱۵ درصد) ترم و *JUGR*، ۳۳۳ نفر (۳/۲۷ درصد) نارس و متناسب با سن حاملگی (*AGA*)^۱ و ۶۱ نفر (۰/۶ درصد) نیز نارس و کوچکتر از سن حاملگی (*SGA*)^۲ بودند. در این میان ۶۴ مورد دوقلو و دو مورد سه‌قلو وجود داشت. بیش از ۵۰ درصد نوزادان مورد مطالعه نارس و ۴۵ درصد آنها ترم و دچار محدودیت رشد داخل رحمی بودند.

از کل نوزادان متولد شده ۳۴۴ نفر پسر، ۳۷۱ نفر دختر و سه نوزاد که جنس نامشخص داشتند، کم‌وزن بودند. ۶۷ درصد این نوزادان به طریقه طبیعی و ۳۳ درصد به روش سزارین متولد شده بودند. ۲۶ نوزاد ماحصل زایمان دوقلویی به صورت طبیعی و ۲۷ نوزاد به صورت سزارین متولد شده‌اند. در یک مورد یک قل به صورت زایمان طبیعی و قل دیگر به صورت سزارین متولد شده است. زایمان هر دو مورد سه‌قلویی به صورت سزارین بوده است.

وزن کم زمان تولد (*Low Birth =LBW Weight*) (کمتر از ۲۵۰۰ گرم) که معلول عواملی نظیر تولد پره ترم، تأخیر رشد داخل رحمی یا هر دو فاکتور است یک عامل تعیین‌کننده مهم در میزان مرگ و میر نوزادی است به طوری که مرگ و میر در این نوزادان ۴۰ برابر بیشتر از نوزادانی است که وزن طبیعی دارند (۱، ۲). علت اصلی وزن کم زمان تولد در جوامع غربی و ایالات متحده تولد پره ترم می‌باشد در حالی که در کشورهای در حال توسعه علت آن اغلب تأخیر رشد داخل رحمی است (۲). از سال ۲۰۰۰-۱۹۸۱ میزان تولد نوزادان با وزن کم در ایالات متحده از ۶/۶ درصد به ۷/۶ درصد افزایش یافته است. عوامل متعددی چون سن مادر، تعداد زایمان، بیماری‌های مادر، مراقبت‌های ناکافی دوران بارداری، جنس نوزاد، نژاد و ... در تولد نوزادان کم وزن نقش دارند. با توجه به تفاوت‌های دموگرافیک، شیوع تولد نوزادان با وزن کم در مناطق مختلف متفاوت است. شیوع نوزادان کم‌وزن در آسیا ۲۰، اقیانوسیه ۲۰، آفریقا ۱۰، آمریکای شمالی ۷ و اروپا ۶ درصد گزارش شده است (۳). سازمان بهداشت جهانی شیوع کم‌وزنی در ایران را ۱۰ درصد گزارش نموده است (۴).

از آنجایی که اولین قدم در کاهش مرگ و میر نوزادان شناسایی نوزادان در معرض خطر و دانستن شیوع تولد این نوزادان و عوامل مرتبط با آن می‌باشد، در این مطالعه به بررسی شیوع و عوامل مؤثر بر تولد نوزادان کم وزن شامل نوزادان ترمی که دچار محدودیت رشد داخل رحمی بودند و نوزادان نارس که از گروه‌های پرخطر و پر مرگ و میر می‌باشند، در بیمارستان مهدیه تهران پرداخته شد.

1 - *AGA* = *Appropriate for gestational age*

2 - *SGA* = *Small for gestational age*

توزیع نوزادان با وزن کم زمان تولد و نارس بر حسب گروه‌های سنی مادر در جدول شماره ۱ ارائه گردیده است که نشان می‌دهد که از هر سه نوزاد نارس، مادر یک نفر از آنها سن کمتر از ۲۰ سال داشته است.

جدول ۱- توزیع نوزادان با وزن کم زمان تولد و نارس بر حسب سن مادر در بیمارستان مهدیه، تهران

سن مادر (سال)	<۱۶	۱۶-۲۰	۲۱-۲۵	۲۶-۳۰	۳۱-۳۵	>۳۵	جمع
گروه نوزادان							
ترم $IUGR^1$	۲ (۰/۶)*	۸۳ (۲۶/۸)	۱۰۹ (۳۵/۲)	۷۲ (۲۳/۲)	۲۹ (۹/۴)	۱۵ (۴/۸)	۳۱۰ (۱۰۰)
نارس AGA^2	۸ (۲/۶)	۱۱۳ (۳۶/۶)	۸۶ (۲۷/۸)	۵۰ (۱۶/۲)	۳۰ (۹/۷)	۲۲ (۷/۱)	۳۰۹ (۱۰۰)
نارس SGA^3	۳ (۵/۵)	۱۷ (۳۱/۵)	۱۰ (۱۸/۵)	۱۱ (۲۰)	۱۰ (۱۹)	۳ (۵/۵)	۵۴ (۱۰۰)
جمع	۱۳ (۱/۹)	۲۱۳ (۳۱/۶)	۲۰۵ (۳۰/۵)	۱۳۳ (۱۹/۸)	۶۹ (۱۰/۳)	۴۰ (۵/۹)	۶۷۳ (۱۰۰)

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

1- $IUGR$ = Intra uterine growth retardation 2 - AGA = Appropriate for gestational age 3 - SGA = Small for gestational age

$IUGR$ مشاهده شد (۳۳/۸ درصد در برابر ۸/۱ درصد) در میان ریسک فاکتورهای مادری در تولد نوزاد کم‌وزن اکلامپسی و پره اکلامپسی (۴۶ درصد)، عفونت ادراری (۱۶/۲ درصد)، بیماری تیروئید (۶ درصد) و کوریوآمیونیوت (۵ درصد) در صدر علل قرار داشتند (جدول ۲).

تولد نوزاد کم‌وزن در مادران پریمی‌پار بیشتر بوده است. اکثر مادرانی که نوزادان کم وزن متولد نموده بودند از مراقبت‌های حین بارداری برخوردار بوده‌اند.

آسفیکسی و آپگار پایین و متوسط در نوزادان کم‌وزنی که نارس بودند بیش از نوزادان ترم

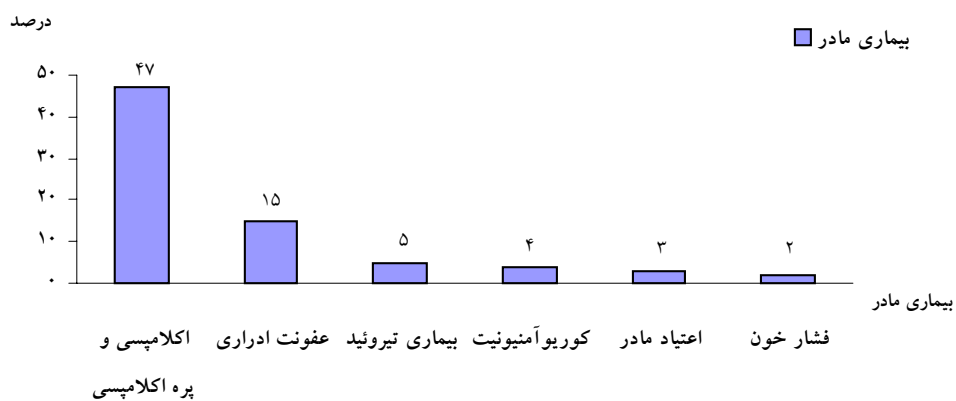
Archive of SID

جدول ۲- توزیع نوزادان با وزن کم زمان تولد و نارس بر حسب بیماری های مادر در بیمارستان مهدیه، تهران

نارس <i>SGA</i>	نارس <i>AGA</i>	ترم <i>IUGR</i>	گروه نوزادان
۱۲(۵۷/۱)	۱۵(۳۱/۲)	۲۷ (۵۶) *	بیماری مادر اکلامپسی و پره اکلامپسی
۹/۵ (۲)	۱۴ (۲۹/۲)	۳(۶/۳)	عفونت ادراری
-	۵ (۱۰/۴)	۱ (۲/۱)	کوریوآمنیونیت
۳ (۱۴/۲)	۱ (۲/۱)	۳ (۶/۳)	بیماری تیروئید
-	۲ (۴/۲)	۳ (۶/۳)	اعتیاد مادر
-	-	۴ (۸/۳)	فشار خون
-	۳ (۶/۲)	-	دیابت
-	۳ (۶/۲)	-	تب
۱ (۴/۸)	-	۱ (۲/۱)	عفونت ادراری + پره اکلامپسی
۱ (۴/۸)	-	۱ (۲/۱)	هیپاتیت A
۱ (۴/۸)	۱ (۲/۱)	-	پلی هیدرامنیوس
-	-	۲ (۴/۲)	اولیگوهایدرامنیوس
-	-	۱ (۲/۱)	بیماری قلبی
-	-	۱ (۲/۱)	صرع
-	-	۱ (۲/۱)	آسم
۱ (۴/۸)	-	-	اعتیاد + کوریوآمنیونیت
-	۱ (۲/۱)	-	کوریوآمنیونیت + عفونت ادراری
-	۱ (۲/۱)	-	سپتی سمی مادر
-	۱ (۲/۱)	-	آرتريت روماتوئید
-	۱ (۲/۱)	-	تب + پارگی طولانی مدت غشاها
۲۱ (۱۰۰)	۴۸(۱۰۰)	۴۸(۱۰۰)	جمع

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

1- *IUGR* = Intra uterine growth retardation 2 - *AGA*= Appropriate for gestational age 3 - *SGA* = Small for gestational age



نمودار ۱- شایع ترین عوامل مادری همراه با تولد نوزاد کم وزن در بیمارستان مهدیه

Archive of SID

نوزادان ماحصل سه قلوبی بستری گردیدند. نقش بعضی از این بیماری‌ها با بروز تولد مهم‌ترین علت بستری این نوزادان به ترتیب عبارت بودند از: سپسیس (۳۶/۵ درصد)، بیماری هیالن مامبران (۳۳/۲ درصد)، هیپوگلیسمی (۶/۲ درصد) و آسفیکسی (۵/۶ درصد). جدول ۳.

نارس بعضی از این بیماری‌ها با بروز تولد نارس بیش از تولد نوزاد IUGR به چشم می‌خورد. از کل نوزادان کم وزن (۷۱۸ نفر)، ۴۷ درصد در بخش نوزادان بستری شدند که ۳۴ مورد از آنها نوزادان ماحصل زایمان دوقلوبی و هر دو مورد

جدول ۳- توزیع نوزادان با وزن کم زمان تولد و نارس بر حسب علل بستری در بخش نوزادان بیمارستان مهدیه، تهران

نارس SGA^3	نارس AGA^2	نرم $IUGR^1$	گروه نوزادان
۱۹(۴۰/۴)	۸۴(۳۷/۸)	۲۰ (۲۹/۴)	بیماری مادر سپسیس
۱۸(۳۸/۳)	۹۰(۴۰/۵)	۴(۵/۹)	بیماری هیالن مامبران
۱(۲/۲)	۴ (۱/۸)	۱۶ (۲۳/۵)	هیپوگلیسمی
۴(۸/۵)	۱۵ (۶/۸)	-	آسفیکسی
۲(۴/۳)	۹ (۴/۱)	۵ (۷/۴)	تاکی پنه زودگذر نوزادی
۱(۲/۱)	۱(۰/۵)	۹ (۱۳/۲)	سندرم آسپیراسیون مکنونیوم
-	۳(۱/۴)	۲ (۲/۹)	آنومالی مادرزادی
-	۳(۱/۴)	۲ (۲/۹)	عفونت ادراری
-	۴(۱/۸)	-	تحت نظر
-	۲(۰/۹)	-	سندرم آسپیراسیون مکنونیوم + بیماری هیالن مامبران
-	۱(۰/۵)	۲ (۲/۹)	عدم سازگاری گروه خونی
-	۱(۰/۵)	-	هیپوگلیسمی
۱ (۲/۱)	-	-	متنزیت
-	-	۲ (۲/۹)	هیپرپلازی مادرزادی آدرنال
-	-	۱ (۱/۵)	هپاتیت
-	۱(۰/۵)	-	خونریزی داخل بطنی
-	۱(۰/۵)	-	هیدروپس
-	-	۱ (۱/۵)	آترزی ژژنوم + مالروتاسیون
-	-	۱ (۱/۵)	مقعد سوراخ نشده
-	-	۱ (۱/۵)	بازماندن مجرای شریانی
-	-	۱ (۱/۵)	بیماری هیالن مامبران و ICH
-	۱(۰/۵)	-	آسفیکسی + خونریزی داخل بطنی
-	-	۱ (۱/۵)	هیپوگلیسمی و هیپوگلیسمی
۱(۲/۱)	-	-	سندرم محرومیت از دارو
-	۲(۰/۹)	-	آسفیکسی + بیماری هیالن مامبران
۴۷(۱۰۰)	۲۲۲ (۱۰۰)	۶۸(۱۰۰)	جمع

1- IUGR = Intra uterine growth retardation 2 - AGA= Appropriate for gestational age 3 - SGA = Small for gestational age

Archive of SID

جدول ۴ - توزیع فراوانی عاقبت نوزادی در نوزادان با وزن کم تولد و نارس بستری در بیمارستان مهدیه

جمع	فوت شده	بهبود یافته	عاقبت نوزاد / گروه نوزادان
۶۸ (۱۰۰)	۷ (۱۰/۳)	۶۱ (۸۹/۷)*	ترم $IUGR^1$
۲۶۹ (۱۰۰)	۸۶ (۳۲)	۱۸۳ (۶۸)	نارس (AGA^2) و SGA^3
۳۳۷ (۱۰۰)	۹۳ (۲۷/۶)	۲۴۴ (۷۲/۴)	جمع

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

- 1- $IUGR$ = Intra uterine growth retardation
 2 - AGA = Appropriate for gestational age
 3 - SGA = Small for gestational age

میزان مرگ و میر در نوزادان کم وزن بستری ۲۷/۵ درصد و بیشترین میزان مرگ مربوط به نوزادان نارس بود ($p < 0/00050$) (جدول ۴).

نسبت شانس مرگ در نوزاد نارس ۴/۱ برابر بیش از نوزادان ترم $IUGR$ بود. در مجموع مهم ترین علل مرگ و میر در نوزادان کم وزن به ترتیب عبارت بود از: بیماری هیالن مامبران ۴۹/۵ درصد، آسفیکیسی (۱۹/۴ درصد) و سپسیس (۱۶/۱ درصد) (جدول ۵). مرگ و میر در نوزادان پسر بیش از دختران بود (۵۷ درصد در برابر ۴۳ درصد).

جدول ۵- توزیع علل مرگ نوزادان با وزن کم تولد و نارس بستری در بیمارستان مهدیه

نارس SGA	نارس AGA	ترم $IUGR$	گروه نوزادان / علل مرگ
۶(۴۰)	۴۰ (۵۶/۳)	-	بیماری هیالن مامبران
۴(۲۶/۷)	۱۴(۱۹/۷)	-	آسفیکیسی
۴(۲۶/۷)	۱۰ (۱۴/۱)	۱	سپسیس
-	۲ (۲/۸)	۲	آنومالی
-	-	۳	سندرم آپیراسیون
-	۲ (۲/۸)	-	آسفیکیسی + بیماری هیالن مامبران
-	۱(۱/۴)	-	بیماری هیالن مامبران + سپسیس
۱(۶/۶)	-	-	مننژیت
-	۱(۱/۴)	-	بیماری هیالن مامبران + مکونیوم
-	-	۱	بیماری هیالن مامبران + ICH
-	۱(۱/۴)	-	هیدروپس
۱۵(۱۰۰)	۷۱ (۱۰۰)	۷	جمع

بیمارستان سوریه و بر روی ۱۰۵۸۵ نوزاد متولد شده صورت گرفت شیوع LBW را ۶/۶ درصد ذکر نمودند که بیش از نیمی از این نوزادان، نوزادان نارس (۵۱/۷ درصد) بودند که کاملاً نزدیک به مطالعه حاضر می باشد (۵). در مطالعه

بحث

در این تحقیق شیوع وزن کم زمان تولد ۷/۰۵ درصد بود که بیش از نیمی از نوزادان مورد مطالعه (۵۴/۹ درصد) نارس و ۴۵ درصد آنها نوزادان ترم $IUGR$ بودند. در مطالعه ای که در ۱۸

Murthy و *Makhia* مادران کمتر از ۲۰ سال شیوع بالاتر تولد *LBW* را نشان دادند (۱۳). دو بررسی دیگر نیز افزایش شیوع زایمانهای *LBW* و نارس را در مادران نوجوان نشان دادند (۱۵، ۱۶). اما در مطالعه‌ای که در اتیوپی انجام شده هیچگونه رابطه‌ای بین سن مادر به تنهایی و نوزاد کم وزن وجود نداشته است (۱۰). همچنین در یک بررسی آینده‌نگر به منظور تعیین عوامل موثر در تولد نوزادان کم وزن سن مادر، وضعیت تحصیلی مادر و کشیدن سیگار از اهمیت کمتری برخوردار بوده است (۱۷).

در پژوهش حاضر نسبت نوزادان کم وزن دختر به پسر ۱/۳ به ۱ بوده است. در مطالعه انجام شده در سوریه این نسبت ۱/۱ به ۱ و مشابه با این مطالعه بوده است (۵). در مطالعات دیگر در لبنان و *Haryana* شیوع *LBW* در دختران بیشتر بوده است (۱۲، ۱۳) که می‌تواند نشانه نقش جنس بر روی مدت حاملگی یا رشد داخل رحمی یا هر دو باشد و نیاز به مطالعات گسترده تری در این زمینه می‌باشد.

در مطالعه ما زایمان نوزادان کم وزن در ۶۷ درصد موارد به صورت طبیعی و در ۳۳ درصد موارد سزارین بوده است. میزان سزارین در نوزادان نارس بیش از نوزادان *IUGR* می‌باشد. در مطالعه *Crowther* که بر روی نوزادان نارس که وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم داشتند انجام شد ۳۰ درصد کل نوزادان به طریقه سزارین و قبل از ۳۶ هفتگی متولد شده بودند که می‌تواند منعکس کننده یک اورژانس مامایی باشد که خود مستعدکننده زایمان پره ترم است (۶).

در مطالعه حاضر تولد نوزاد کم‌وزن در مادران پریمی‌پار بیشتر بوده است که با اغلب

Crowther در سال‌های ۱۹۸۹-۱۹۸۰ نیز شیوع کلی *LBW* ۷ درصد بود که ۵۸ درصد آنها پره ترم بودند که از نظر شیوع و تعداد و درصد تولد نوزادان نارس در میان نوزادان کم وزن با مطالعه ما مطابقت دارد (۶). در مطالعه دیگری در عربستان سعودی شیوع وزن کم زمان تولد ۶/۵۳ درصد ذکر شده است که ۲۱ درصد آنها در ماه‌های رمضان و حج بوده است (۷). مطالعات دیگر شیوع وزن کم زمان تولد را به ترتیب ۸/۸، ۸/۳، ۱۲/۳، ۱۳/۵ درصد عنوان نموده‌اند (۸-۱۱). علت تفاوت در شیوع تولد نوزادان *LBW* در مناطق مختلف احتمالاً در ارتباط با نژاد؛ تفاوت در سطح اجتماعی اقتصادی، وضعیت تغذیه و مراقبتهای بارداری می‌باشد. وزن کم زمان تولد عامل تعیین کننده مهم در میزان مرگ و میر نوزادی است. نوزادان کم وزن علاوه بر مرگ و میر بالا در معرض عوارض وخیمی چون فلج مغزی، عقب ماندگی ذهنی و سایر اختلالات شناختی و حسی می‌باشند. همچنین در نوزادانی که زنده مانده‌اند شیوع معلولیت‌های عصبی تکاملی، بیماریهای تنفسی و صدمات ناشی از مراقبتهای ویژه‌ای که برای آنها به کار برده شده است، بالاتر است. این نوزادان از نظر اجتماعی، روانی و فیزیکی قدرت تطابق کمتری با محیط دارند (۱).

سن مادر از عوامل مهم در تولد نوزاد کم وزن است در این مطالعه بیشترین شیوع تولد نوزادان *LBW* در سن کمتر از ۲۰ سال مادر می‌باشد. سن کمتر از ۲۰ سال در تولد نوزاد نارس اثر بارزتری در مقایسه با تولد نوزاد *IUGR* داشته است. بررسی *Stevens-Simon* و همکاران نقش سن پایین مادر را در ارتباط با پره ماچوریتی و *LBW* نشان داده است (۱۴). همچنین در مطالعه

در این تحقیق ۴۷ درصد از نوزادان کم وزن در بخش نوزادان بستری شدند. در هر دو گروه نوزادان نارس و *IUGR* شایع‌ترین علل منجر به بستری سپسیس و بیماری هیالن مامبران بوده است. در مطالعه‌ای که توسط *Chang* و همکاران در تایوان به منظور تعیین میزان مرگ و میر و موربیدیتی نوزادان خیلی کم وزن انجام شد، ۴۲ درصد از نوزادان مورد مطالعه مبتلا به سپسیس نوزادی بودند که تقریباً با مطالعه ما هم‌خوانی دارد (۲۰). در مطالعه *Koushik* و همکاران نیز شایع‌ترین موربیدیتی نوزادان کم وزن مورد مطالعه عفونت نوزادی بوده است (۲۱).

مشکل دیگر در نوزادان مورد مطالعه بیماری هیالن مامبران بود که در ۱۱۲ نوزاد کم وزن (۳۳/۲ درصد) رخ داده است. نوزادان مبتلا عمدتاً نارس بودند. شیوع این بیماری در کل نوزادان *LBW* متولد شده در این بررسی ۱۵/۶ درصد بوده است. در تحقیق *Teng* نیز ۱۵/۹ درصد از نوزادان کم وزن مورد مطالعه دچار بیماری هیالن مامبران بودند (۲۲) که کاملاً با مطالعه ما مطابقت دارد. در بررسی *Bhuta* شیوع بیماری هیالن مامبران ۱۲/۸ درصد بوده است (۲۳).

میزان مرگ و میر در نوزادان *LBW* بستری شده ۲۷/۶ درصد بوده است که مهم‌ترین علل مرگ و میر به ترتیب عبارت بودند از: بیماری هیالن مامبران، آسفیکسی و سپسیس. در مطالعه‌ای در اردن بیماری هیالن مامبران، آنومالیهای مادرزادی، آسفیکسی و عفونت مهم‌ترین علل مرگ و میر بوده است که مطابقت زیادی با تحقیق ما دارد (۲۴). در مطالعه حاضر بیشترین مرگ و میر در گروه نوزادان نارس بود. نوزادان نارس *AGA* حدود ۵ درصد بیش از نوزادان نارس *SGA* دچار مرگ شدند. در

مطالعات انجام شده در این زمینه هم‌خوانی کامل دارد (۵، ۷، ۱۳، ۱۶، ۱۸ و ۱۹).

اکثر مادرانی که نوزادان کم‌وزن متولد نموده بودند (۷۱ درصد) از مراقبت‌های حین بارداری برخوردار بوده‌اند. در مطالعه *Wannous* و *Arous* نیز نسبت بالایی از مادرانی که نوزاد *LBW* متولد نموده بودند از مراقبت‌های حین بارداری برخوردار بودند که می‌تواند دلالت بر وجود موربیدیتی در مادر و نیاز به مراقبت آنها داشته باشد (۵). در حالی که در بسیاری از منابع و مطالعات عدم وجود مراقبت‌های بارداری را از عوامل موثر در تولد نوزاد کم وزن می‌دانند (۱).

در این مطالعه مهم‌ترین عوامل مادری موثر در تولد نوزادان کم وزن اکلامپسی و پره‌اکلامپسی (۴۶ درصد)، عفونت ادراری (۱۶/۲ درصد)، بیماری‌های تیروئید (۶ درصد) و کوریوآمینونیوت (۵ درصد) بوده است. در مطالعه‌ای که در سوریه انجام شده است عوامل مادری شامل فشار خون، آنمی و خونریزی در ارتباط با تولد نوزادان *LBW* بوده است (۵). همچنین در مطالعه دیگر که ریسک فاکتورهای *LBW* را در ۲۶۹۴۱ حاملگی به صورت آینده‌نگر بررسی نموده است اختلالات جفت و فشار خون ناشی از حاملگی را فاکتورهای اصلی عنوان نموده‌اند (۱۷). مطالعه دیگر وجود پره‌اکلامپسی را با ریسک بالای *SGA* ذکر کرده است (۱۸). در مطالعه‌ای در یمن عوامل موثر در تولد نوزاد کم وزن عفونت ادراری، آنمی و خونریزی در حین حاملگی بوده است (۱۶). در بررسی *Hamm* و *Botte* مهم‌ترین علت تولد نوزادان نارس *AGA* پارگی زودرس کیسه آب و در گروه نارس *SGA* فشار خون ناشی از حاملگی بوده است (۱۹).

شیوع و عوامل مؤثر در تولد نوزادان کم وزن از یک طرف و از طرف دیگر با بهبود استانداردهای زندگی، مراقبتهای سیستمیک قبل از حاملگی در خانمها به صورت بهبود تغذیه، مشاوره های قبل از حاملگی در جهت آگاه سازی به منظور اجتناب از حاملگی در سنین پایین و نوجوانی و خودداری از حاملگی هایی که فواصل کمتر از حداقل دو سال دارند و درمان بیماریها و موربیدیتی هایی که در مادر هم زمان با حاملگی ایجاد می شود، صورت پذیرد.

هم چنین می توان با تجهیز بخش های نوزادان و راه اندازی بخش مراقبت های ویژه نوزادان در مراکزی که بیش از ۳۰۰۰ زایمان در سال دارند در جهت کاهش مرگ و میر نوزادان و عرضه خدمات بهتر به نوزادان بیماری گامی مؤثر در ارتقاء سلامت نوزادان، این قشر آسیب پذیر جامعه، برداشت.

مطالعه Hamm و Botte نیز مرگ و میر در گروه AGA حدود ۱۰ درصد بالاتر از گروه SGA بوده است (۱۹).

مرگ و میر در نوزادان پسر بیش از دختران بوده است (۵۷ درصد در برابر ۴۳ درصد). در مطالعه آینده نگری که در لاهور به منظور بررسی مرگ و میر در نوزادان بستری در بخش نوزادان انجام شده است مهم ترین علل بستری نوزادان آسفیکیسی، سپسیس، نارس بودن و زردی بوده است که ۲۷/۶ درصد از ۳۰۰ نوزادی که مورد ارزیابی قرار گرفته بودند، فوت کردند. مهم ترین علل مرگ آسفیکیسی، عفونت و نارس بودن بود و مرگ و میر در پسران بیش از دختران بود که مشابه با تحقیق حاضر می باشد (۲۵). با توجه به اهمیت وزن تولد در مرگ و میر و موربیدیتی نوزادان باید اقدامات اساسی در جهت پیشگیری از تولد نوزادان کم وزن صورت گیرد. این مهم می تواند از طریق شناسایی

References:

1. Kliegman RM. In: Fanaroff AA, Martin RJ, eds. *Neonatal Perinatal Medicine, Diseases of the Fetus and Infant*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 1997. p. 203-40.
2. Stoll BY, Kliegtman RM. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16th ed. Philadelphia: Saunders Co; 2000. p. 451-552.
- ۳- مرندي ع، سلطان زاده م ح. نوزادان. چاپ اول، انتشارات مؤلفان، تهران، ۱۳۷۶، صفحات ۲۱-۲۱۳.
4. UNICEF. *The state of the World's Children 1999*. united nation children's fund. WHO 1999; p: 98-101.
5. Wannous S, Arous S. *Incidence and determinants of low birth weight in Syrian government hospitals*. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2001; 7(6): 966-74.
6. Crowther ME. *A retrospective study of all low birth weight preterm babies born in BMH Rinteln between 1980-1989*. *J R Army Med Corps* 1990; 136(1): 43-9.
7. Opaneye AA, Villgas DD, Azeim AA. *Islamic festivals and low birth weight infants*. *J R Soc Health* 1990; 110(3): 106-7.
8. Kapoor SK, Kumar G, Pandav CS, et al. *Incidence of low birth weight in rural Ballabgarh, Haryana*. *Ind Pediatr* 2001; 38: 271-5.
9. Edward CH, Knight EM, Johnson AA, et al. *Multiple factors as mediators of the reduced incidence of low birth weight in an urban clinic population*. *J Nutr* 1994; 124 (6 suppl): 927S-35S.
10. Sheferaw T. *Some factors associated with birth weight in Jima, Southwestern Ethiopia*. *Ethiop Med J* 1990; 28(74): 183-90.
11. Madani KA, Nasrat HA, Nowarsser AA, et al. *Low birth weight in Taif region, Saudi Arabia*. *Eastern Mediterranean Health Journal* 1995; 1: 47-54.
12. Jurjus AR. *Low birth weight in Lebanon: a morphological parameter and a health status indicator*. *Eastern Mediterranean Health Journal* 1995; 1(2): 194-200.

13. Makhija K, Murthy GV. Sociobiologic factors influencing low birth weight at a rural project hospital. *J Indian Med Assoc* 1990; 88(8): 215-7.
14. Stevens Simon C, Roghmann KJ, Mc Anarney ER. Subfecundity: a Prenatal risk factor for adults but not for adolescents. *J Adolesc Health Care* 1990; 11(5): 432-6.
15. Anandalakshmy PN, Buckshee K. Teenage pregnancy and its effect on maternal and child health – a hospital experience. *Indian J Med Sci* 1993; 47(1): 8-11.
16. Makki AM. Risk factors for low birth weight in Sana's city, Yemen. *Annals of Saudi Medicine* 2002; 22(5-6): 333-5.
17. Lin RX. Maternal, medical and obstetric complications are major risk factors for low birth weight infant. *Chung Hua Fu Chanko Tsa Chih* 1993; 28(1): 24-6.
18. Ounsted M, Moor VA, Scott A. Risk factors associated with small for dates and large for dates infants. *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92(3): 226-32.
19. Hamm W, Botte A. Mortality and prognosis of premature infants of very low birth weight in relation to degree of maturity. *Zentralbl Gynakol* 1994; 116(2): 80-4.
20. Chang SC, Lin YJ, Yeht F. Mortality, morbidity and length of hospitalization in very low birth weight infants in the era of National Health Insurance in Taiwan: a medical center's experience. *Acta Paediatr Taiwan* 2000; 41(6): 308-12.
21. Kaushik S, Grover N, Pamer VR, et al. Neonatal morbidity in a hospital at Shimla. *Ind J Pediatr* 1999; 66(1): 15-9.
22. Teng RJ, Tsouyou KL, Lu CP, et al. The neonatal morbidity and mortality of low birth weight neonates. *Zhonghua Min Guo Xiao Er Ke Yi Xue Hniza Zhi* 1992; 33(3): 167-75.
23. Bhutta ZA, Yusuf K. Neonatal respiratory distress syndrome in Karachi: some epidemiological consideration. *Pediatric Prenat Epidemiol* 1997; 17(5): 522-6.
24. Abuekteish F, Daoud AS, Sunna E. Perinatal mortality at Princess Badia teaching hospital. northern Jordan. *Annals of Saudi Medicine* 1996; 17(1): 496-8.
25. Ejaz L, Iqbal Khan H, Baloch GR. Neonatal mortality: report from a tertiary hospital in Lahore; causes and outcome. *Pakistan Pediatric Association Journal* 2001; 25(2): 35-8.

Archive

Prevalence and Risk Factors of Low Birth Weight Infants in Mahdieh Maternity Hospital, Tehran for One Year.

Mosayebi Z, Fakhraee H, Movahedian A.H.

Abstract

History and objectives: Low birth weight is associated with high mortality and morbidity in neonates. The incidence of LBW varies between countries. The aim of this study was to determine the prevalence and risk factors of LBW infants in Mahdieh Maternity Hospital, Tehran.

Materials and Methods: In this study all the LBW infants who were delivered alive in Mahdieh Maternity Hospital during one year period were investigated. For each case maternal age, gestational age, parity, prenatal care, mode of delivery, sex, apgar, cause of admission and death were carefully recorded from medical records and analyzed.

Results: The incidence of LBW was 7.05%. More than half of the LBW babies were premature. The LBW ratio in female to male was 1.3: 1. In the premature group the mother's age range was 16-20 whereas in the IUGR group in order was 21-25 and less than 20. The maximum percentage of LBW infants was in primiparous mother. Most of the LBW mothers had attended prenatal care. Asphyxia and low to moderate apgar score was more common in prematures.

The most common maternal risk factors were preclampsia and eclampsia, UTI. Forty seven percent of LBW infants were hospitalized. The most common causes of admissions were sepsis and HMD. The mortality rate was 27.5% and the most important causes of mortality were HMD, asphyxia, and sepsis.

Conclusion: The incidence of LBW was within acceptable range. Birth weight is one of the most important factors in neonatal mortality and morbidity. The most important approach to the problem of LBW is prevention. This could be done not only by identification of it's incidence and risk factors but also by improving the living standards and medical care of prepregnant women.

Keywords: LBW, Risk factors, Mortality and morbidity, Prematurity, IUGR.

Archive of SID