



۱۴۱۰۶۷



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد پزشکی تهران

پایان نامه :

جهت دریافت دکترای پزشکی

موضوع :

بررسی ارتباط سن حاملگی نوزاد با بروز مشکلات تنفسی در نوزادان متولد شده به روش
سزارین انتخابی در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی طی سال ۱۳۸۸

استاد راهنما:

سرکار خانم دکتر نرجس صدیق پور

اساتید مشاور:

سرکار خانم دکتر معصومه همت یار

سرکار خانم دکتر ژیلا امیرخانی

نگارش:

۱۳۸۹/۶/۴

سیده لیلا کریمی

شماره پایان نامه : ۴۵۴۷

سال تحصیلی : ۱۳۸۹

کتابخانه اساتید مشاوران
تعمیرات

ب

۱۴۱۰۰۶

تقدیم به

پدر و مادر عزیزم که وجودم برایشان همیشه رنج و وجودشان برایم
مهر بود. آنانکه فروغ نگاهشان، گرمی کلامشان و روشنی رویشان سرمایه
های جاودان زندگیم هستند. آنانکه راستی قامت در شکستگی قامتشان تجلی
یافت، در برابر وجود با عظمتشان زانوی ادب بر زمین می نهم و با دلی
مملو از عشق و محبت بر دستانشان بوسه می زنم.

تقدیم به

همسر مهربانم که دلگرمی من در لحظات تنهایی و یار و یاور
همیشگی من بوده و هست.

تقدیم به

اساتید گرانقدرم، سرکار خانم دکتر صدیق پور و سرکار خانم دکتر

همت یار و سرکار خانم دکتر امیرخانی که در تمامی مراحل انجام این پایان

نامه مرا حمایت نمودند.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	چکیده فارسی
۳	مقدمه و بیان اهمیت مسأله
۶	بررسی متون
۲۶	روش مطالعه
۲۹	یافته ها
۵۸	بحث و نتیجه گیری
۶۱	فهرست منابع
۶۴	چکیده انگلیسی

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۳۰	جدول ۱- توزیع فراوانی متغیرهای کمی
۳۱	جدول ۲- توزیع فراوانی جنسیت نوزاد
۳۲	جدول ۳- توزیع فراوانی درد
۳۳	جدول ۴- توزیع فراوانی PROM
۳۴	جدول ۵- توزیع فراوانی نوع Analgesia
۳۵	جدول ۶- توزیع فراوانی اختلال تنفسی
۳۶	جدول ۷- ارتباط متغیرهای کمی با اختلال تنفسی
۳۷	جدول ۸- ارتباط درد با اختلال تنفسی
۳۸	جدول ۹- ارتباط PROM با اختلال تنفسی
۳۹	جدول ۱۰- ارتباط جنسیت نوزاد با اختلال تنفسی
۴۰	جدول ۱۱- ارتباط نوع Analgesia با اختلال تنفسی

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۴۱	نمودار ۱- توزیع فراوانی سن بارداری
۴۲	نمودار ۲- توزیع فراوانی سن مادر
۴۳	نمودار ۳- توزیع فراوانی وزن نوزاد
۴۴	نمودار ۴- توزیع فراوانی آپگار
۴۵	نمودار ۵- توزیع فراوانی درد
۴۶	نمودار ۶- توزیع فراوانی PROM
۴۷	نمودار ۷- توزیع فراوانی جنسیت نوزاد
۴۸	نمودار ۸- توزیع فراوانی اختلال تنفسی
۴۹	نمودار ۹- توزیع فراوانی Analgesia
۵۰	نمودار ۱۰- ارتباط سن بارداری و اختلال تنفسی
۵۱	نمودار ۱۱- ارتباط سن مادر و اختلال تنفسی
۵۲	نمودار ۱۲- ارتباط وزن نوزاد و اختلال تنفسی
۵۳	نمودار ۱۳- ارتباط آپگار و اختلال تنفسی
۵۴	نمودار ۱۴- ارتباط درد و اختلال تنفسی
۵۵	نمودار ۱۵- ارتباط PROM و اختلال تنفسی
۵۶	نمودار ۱۶- ارتباط جنسیت نوزاد و اختلال تنفسی
۵۷	نمودار ۱۷- ارتباط نوع Analgesia و اختلال تنفسی

بررسی ارتباط سن حاملگی نوزاد با بروز مشکلات تنفسی در نوزادان متولد شده به روش سزارین انتخابی در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی

طی سال ۱۳۸۸

دانشجو: سیده لیلا کریمی استاد راهنما: سرکار خانم دکتر نرجس صدیق پور

اساتید مشاور: سرکار خانم دکتر معصومه همت یار و سرکار خانم دکتر ژیلا امیرخانی

تاریخ دفاع: شماره پایان نامه: ۴۵۴۷ کد شناسایی پایان نامه: ۱۳۶۱۰۱۰۱۸۸۱۰۴۲

هدف: این مطالعه به منظور بررسی ارتباط سن حاملگی نوزاد با بروز مشکلات تنفسی در نوزادان متولد شده به روش سزارین انتخابی در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی طی سال ۱۳۸۸ انجام شده است.

روش مطالعه: این مطالعه به صورت یک توصیفی - تحلیلی مقطعی بر روی ۹۳ نوزاد متولد شده به روش سزارین انتخابی در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی طی سال ۱۳۸۸ انجام شده است.

یافته ها: ۹ نوزاد (۹/۷ درصد) اختلال تنفسی داشتند. ارتباط آماری معناداری بین سن بارداری و ابتلا به اختلالات تنفسی در نوزادان وجود نداشت ($P > 0.05$)؛ هرچند که میانگین سن بارداری در نوزادانی که اختلالات تنفسی دارند، پایین تر از نوزادان بدون اختلالات تنفسی می باشد.

نتیجه گیری: در مجموع چنین استنباط می شود که میانگین سن بارداری در نوزادانی که اختلالات تنفسی دارند، پایین تر از نوزادان بدون اختلالات تنفسی می باشد ولی این اختلاف به میزان معناداری نمی باشد.

واژه های کلیدی: سن بارداری، مشکلات تنفسی، سزارین



بیان مسئله:

مشکلات تنفسی در نوزادی از جمله شایعترین انواع بیماری در نوزادان محسوب می شوند. شیوع دیسترس تنفسی در نوزادان ۲۴/۸ درصد، آسپیراسیون مایع آمنیوتیک ۲۲/۹ درصد و پنومونی ۱۴/۷ درصد می باشد.

این اختلالات سبب افزایش نیاز به بستری در نوزادان و افزایش مورتالیتی در آنها می گردند که می توانند سبب تحمیل هزینه های بهداشتی سنگین و نیز کاهش قابل ملاحظه ای در کیفیت زندگی خانواده های نوزادان گردد. لذا شناسایی عوامل خطر، تشخیص به موقع بیماری و درمان آن از اهمیت به سزایی در کاهش عوارض بیشتر برخوردار است.

از عوامل خطر شناخته شده در این زمینه می توان به فاکتورهای مادری و نوزادی اشاره نمود که از فاکتورهای مادری می توان به BMI و بیماری های زمینه ای مادر اشاره نمود و از فاکتورهای نوزادی می توان به وزن هنگام تولد و وجود ناهنجاری های مادرزادی اشاره کرد. با این وجود عوامل متعدد دیگری نیز می توانند در این زمینه نقش داشته باشند که شناسایی آنها نیازمند انجام مطالعات بیشتر است.

از جمله این عوامل می توان به سن هنگام زایمان نوزاد (Gestational Age) اشاره نمود که با توجه به عدم تکامل سیستم تنفسی نوزادان زودرس می توان انتظار داشت بروز بیماری های تنفسی در آنها بیشتر باشد. با این پیش فرض و با توجه به اهمیت موضوع در این مطالعه به بررسی

ارتباط سن حاملگی نوزاد با بروز مشکلات تنفسی در نوزادان متولد شده به روش سزارین انتخابی

در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی طی سال ۱۳۸۸ پرداختیم.

بررسی متون (منابع ۱ تا ۵):

اندیکاسیونهای سزارین

تغییرات ضربان قلب

افزایش یا افت ضربان قلب (تغییرات ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ در دقیقه را تاکیکاردی و کمتر از ۱۲۰ در دقیقه را برادی کاردی گویند.) پاسخ سیستم قلب و عروق جنین به استرس نمایانگر يك رابطه پیچیده بین وضعیت بیداری، تغییرات گازهای خونی، غلظت یون هیدروژن، رفلکس های ناشی از بارور سیتورها و گیرنده های شیمیایی و سطوح هورمون ها می باشد. در طی پاسخ جنین به هیپوکسمی، انقباض انتخابی عروق، برون ده قلبی را به سمت مغز، قلب، جفت و غدد آدرنال منحرف می کند. در صورت بروز انقباض منتشر عروق، افزایش فشار خون با تحریک بارورسیتورها و عصب واگ، باعث برادیکاردی می شود. در صورت عدم شدت و عدم تداوم برادیکاری، جنین نرمال قادر به تحمل آن است. اما در روند آسفیکسی، علیرغم بروز انقباض منتشر عروقی، فشار خون بالا نمی رود و برادیکاردی تدریجی و طولانی مدت است. این حالت را افت ضربان تاخیری late deceleration گویند و اغلب خطرناک است.

قبل از شروع وضع حمل، با هر انقباض جفت از خون پر می شود. در هنگام انقباض، خروجی وریدهای مادری بسته می شود اما شریان های دارای دیواره ضخیم فقط کمی تنگ می شوند. در هنگام شل شدن رحم، خون در وریدهای مادری جریان می یابد. بنابراین با هر انقباضی، خون از دریاچه های خونی جفت خارج نمی شود و در هنگام شل شدن رحم هم (مرحله اول) بیشتر

کوئیلدون ها فاقد جریان خون هستند. بنابراین طولانی شدن انقباض (مثل تنانی رحم) باعث هیپوکسی جنین می شود. فشرده شدن آئورت و ورید اجوف، از علل شایع اختلال ضربان قلب جنین (FHR) در حین زایمان است.

افت زودرس ضربان قلب به صورت فرورفتگی های کم عمق و هم شکل که نمای انقباضات رحمی را تقلید می کنند. این تغییرات معمولاً زمانی که دهانه رحم حدود 4-6 CM دیلاته شده است دیده می شود و از نظر پیامدی، خوش خیم است. افت دوره ای متغیر ضربان به صورت خفیف - متوسط. علل دوره های افت متغیر ضربان به تعداد کم و به تنهایی از اهمیت بالینی چندانی برخوردار نمی باشد. ولی دوره های مکرر و شدید سبب هیپوکسی، اسیدوز متابولیک و مرگ جنین می شود. علل دوره های مکرر و شدید افت، شامل پرولاپس بند ناف، پیچیدن بند ناف به دور گردن، پارگی رحم، کنده شدن جفت، افزایش تون رحم و تاکی سیستول می باشد. این عوامل می تواند سبب افت های طولانی مدت شوند.

افت های متغیر و طولانی شده ضربان که علت، تحت فشار قرار گرفتن بند ناف است. افت دیررس ضربان قلب که بیانگر ناکافی بودن میزان اکسیژن رسانی رحمی - جفتی در طی انقباضات می باشد. اگر کاهش اکسیژن خون جنین به کمتر از 15-18 برسد سبب انقباض بستر عروق روده ها و اندام ها و انتشار جریان خون به مغز، قلب و غدد فوق کلیوی می شود. در صورت تکرار افت دیر رس، پیرواوت و لاکتات تولید شده که منجر به اسیدوز متابولیک، آسفیکسی و احتمالاً مرگ جنین می شود.

متوسط تعداد ضربان جنین، در طی ۳ ماهه سوم، بین ۱۲۰ و ۱۶۰ ضربه در دقیقه است. در مورد محدوده پایین طبیعی این تعداد، در سطح بین المللی اختلاف نظر وجود دارد و برخی از محققان محدود پایینی را ۱۱۰ ضربان در دقیقه پیشنهاد می کنند از دیدگاه کاربردی تعداد ضربان قلب بین ۱۰۰ و ۱۱۹ ضربان در دقیقه به شرط فقدان سایر تغییرات، معمولاً نشانه ای از وجود عامل مخاطره آمیز در جنین در نظر گرفته نمی شود این حد از تعداد اندک ضربان پایه قلب جنین و که البته بالقوه طبیعی است به اعمال فشار بر روی سر در موقعیتهای اکسی پوت خلفی یا عرضی، به خصوص در طی مرحله دوم لیبر، نسبت داده می شود. در ۲٪ از حاملگی های که تحت پایش قرار گرفته اند، چنین برادی کاردیهای خفیفی قابل مشاهده هستند و به طور متوسط حدود ۵۰ دقیقه طول می کشد.

تاکی کاردی خفیف را به صورت تعداد پایه ضربان قلب بین ۱۶۱ و ۱۸۰ ضربه در دقیقه و تاکی کاردی شدید را به صورت تعداد پایه مساوی یا بیش از ۱۸۱ ضربه در دقیقه تعریف می کنند. ویژگی کلیدی برای تشخیص مخاطره جنین در موارد تاکی کاردی، افتهای همزمان تعداد ضربان قلب می باشد.

جفت سرراهی PLACENTA PREVIA

یک مورد از هر ۲۰۰ حاملگی (۴٪ در ۵٪ موارد) به صورت جفت سرراهی گزارش شده است. خونریزی قابل اعتماد ترین علامت جفت سرراهی است که خونریزی بدون درد است و

خون قرمز و روشن است که خونریزی برای اولین بار در اواخر سه ماهه دوم یا اوایل سه ماهه سوم ایجاد می شود ولی خونریزی اصلاً شدید نیست در حملات بعدی خونریزی شدید تر شده تشخیص آن با سونوگرافی واژینال ۱۰۰٪ ارزش تشخیص دارد ولی سونوگرافی ابدومینال ۷-۲۰٪ منفی کاذب دارد.

درمان در موارد خونریزی شدید حتی هفته ۳۷ باید به حاملگی به صورت فوری ختم داد ولی در مواردی که بیمار خونریزی شدید ندارد و یا حاملگی آنها به ترم نرسیده، فرصت می دهیم که تا جنین MATURE شود و یا جفت MIGNATION شود.

مواردیکه با وجود جفت سر راهی می توان زایمان واژینال انجام داد شامل:

۱. مرده زایی.
۲. مالفورماسیون های عمده جنینی.
۳. جنینی که قابلیت حیات ندارد.
۴. زایمان فعال همراه با انگلاژمان سرجنین.
۵. تردید در خصوص درجه جفت سرراهی، حتی در این مورد تلاش طولانی برای زایمان واژینال عاقلانه نمی باشد.

تقریباً همه بیمارانی که جفت سرراهی کامل دارند و اغلب بیماران مبتلا به انواع ناکامل،

وضع حمل به طریق C/S در مقایسه با وضع حمل واژینال خطر کمتری دارد.

دکولمان جفت PLACENT ABRUPTION

دکولمان جفت یعنی جدا شدن زودرس جفتی که به طور طبیعی کاشته شده و اغلب در سه ماهه سوم رخ می دهد. در دکولمان جفت ناشی از تروما، کندگی می تواند پیشرفت کند که در صورت دیسترس ناگهانی جنین یا از دست رفتن تون قلبی جنین ، سزارین الزامی می باشد.

دکولمان جفت با درد شدید و ناگهانی همراه است. خونریزی ممکن است خفیف یا شدید باشد اصولاً خونریزی در سه ماهه سوم ایجاد می شود و شیوع آن یک در هر ۸۰۰ زایمان است.

خونریزی واژینال شایعترین علامت ، که مقدار آن از یک لکه بینی تا خونریزی ماسیو متغیر است انقباضات رحمی نیز شایع است که خود را به صورت درد نشان می دهد (وجه افتراق با جفت سرراهی)

درمان

در صورتی که خونریزی وضعیت مادر را به خطر بیندازد پس از STABLE شدن وضعیت بیمار باید به حاملگی ختم داد و در صورتی که وضعیت مادر مخاطره آمیز نیست ، نوع اقدام بستگی به وضعیت جنین دارد و چنانکه جنین دچار دیسترس شده باشد، باید به حاملگی ختم داد و در صورتی که جنین دیسترس نداشته باشد و ترم باشد، در صورت نیاز باید با INDUCTION به حاملگی ختم داد و در صورتی که جنین دیسترس نداشته باشد و پره ترم باشد باید مادر را تا

زمان ترم تحت مراقبت قرارداد و در صورتی که خونریزی زیاد و یا دیسترس جنینی وجود داشته باشد، C/S توصیه می شود.

نمایش بریج

جنین های ترم با نمایش بریج را می توان با احتیاط و به طریقه واژینال زایمان کرد زیرا علاوه بر اینکه عوارض نوزادی در زایمان واژینال با C/S تفاوتی ندارد، عوارض مادری که گروهی که زایمان واژینال داشتند ، بسیار کمتر خواهد بود با این وجود ممکن است در زایمان واژینال به خصوص مرحله دوم شکست داشته باشد، به خصوص بیمارانی که بیهوشی اپیدورال دارند به علاوه C/S بعد از شکست در این افراد با مطلوبیت کمتری همراه است.

بهترین طریقه زایمان در جنین های کمتر از GR 1500 با نمایش بریج C/S است و C/S برای جنین های GR 1500-2500 هیچ فرقی با زایمان واژینال ندارد. به طور کلی در نمایش های غیر سفالیک و غیر طبیعی تا زمانی که مشکل برای مادر پیش نیاید یا پیشرفت زایمان متوقف نشود و عارضه ای جنین را در گیر نکند (از جمله دیسترس جنین) زایمان طبیعی توصیه می شود.

دیابت حاملگی

در دیابت به طور ایده آل باید زایمان نزدیک ترم صورت گیرد . نسبت L/S خون را در ۳۷ هفتگی اندازه می گیریم اگر ۲ یا بیشتر بود، زایمان در ۳۸ هفته انجام می شود. برای آنهایی که

سن حاملگی شان مطمئناً مشخص است (زایمان پس از ۳۸ هفته کامل انجام می شود تا این زمان جنین در معرض خطر ، نیست و در رحم به رشد خود ادامه می دهد و عارضه دیگری هم وجود ندارد (خصوصاً هیپرتانسیون مادر و هیدرآمینوس شدید). اگر هیپرتانسیون شدید ایجاد شد زایمان را حتی با L/S کمتر از ۲ انجام می دهیم. تمام زنان دیابتی که C/S می شوند نیاز بیشتری به پیشگیری از عفونت رحم توسط آنتی بیوتیک دارند.

فشار خون حاملگی

فشار دیاستولیک 90mmhg یا بالاتر و فشار سیستولیک 140 HG MM و بالاتر به عنوان هیپرتانسیون حاملگی محسوب می شود. البته اگر در طی حاملگی 30 mmhg به فشار سیستولیک و 15 MMHG بر فشار دیاستولیک قبل از حاملگی افزوده شود، نیز فشار خون حاملگی تلقی می شود.

اگر فشار سیستولی بالا باشد فرد ۵۰٪ شانس ابتلا به پراکلامپسی دارد و اگر فشار دیاستولیک بالا باشد شانس بروز پراکلامپسی ۳۰٪ و اگر هر دو بالا باشند این احتمال به ۶۵٪ می رسد برای تایید فشار خون بالا حداقل ۲ بار و حداقل به فاصله ۶ ساعت باید فشار خون بالا تایید شود.

پرتئینوری زمانی تلقی می شود که آزمایش ادرار با فاصله ۶ ساعت دفع پروتئین به میدان 100 MG وجود داشته باشد یا در ادرار ۲۴ ساعت 300 MG پروتئین وجود داشته باشد. ادم در

اندام تحتانی به ویژه در اواخر حاملگی طبیعی است ولی اگر دست و صورت و شکم باشد غیر طبیعی است و اگر این ادم پس از استراحت باقی بماند به نفع پراکلامپسی است. برای ختم حاملگی در پراکلامپسی و اکلامپسی چنانچه امکانات حمایت و مراقبت بیمار وجود داشته باشد و کنترل اندیکاسیون دیگری وجود نداشته باشد زایمان می تواند به طریق واژینال صورت گیرد.

پره اکلامپسی به صورت سندرم HTN همراه با پروتئینوری و ادم توصیف می شود. پروتئینوری یک علامت دیررس پراکلامپسی است و نشانه ضایعه گلوامرولی است. موثرترین درمان پره اکلامپسی زایمان جنین و جفت است در مواردی که بیمار هفته های آخر حاملگی خود را سپری کند و وضعیت سرویکس مناسب باشد باید القای زایمان صورت گیرد. القا و انجام زایمان طبیعی تا زمانی که کنترل اندیکاسیون برای آن وجود نداشته باشد ارجح است. تعیین یک زمان نهایی مثلاً ۸ تا ۱۲ ساعت پس از شروع با اکسی توسین، روش عاقلانه ای است چرا که اگر تا این زمان زایمان اتفاق نیفتد باید اقدام به C/S کرد.

پلی هیدروآمینوس و اولیگو هیدروآمینوس

میزان متوسط مایع آمینوتیک در هنگام ترم ۸۰۰ CC است حجم و غلظت سدیم در مایع آمینوتیک علیرغم بلعیده شدن توسط جنین و اضافه شدن ادرار جنین، ثابت می ماند. اولیگو هیدروآمینوس همراه نشانگر وجود اختلال است اما پلی هیدروآمینوس می تواند در حاملگی