

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد شاهرود

دانشکده علوم پزشکی، گروه پزشکی

پایان نامه برای دریافت درجه دکترای حرفه ای

عنوان:

بررسی میزان شیوع زایمان زودرس و عوامل مرتبط با آن در شهر شاهرود در سال 1391

استاد راهنما :

دکتر محمد اسماعیل عجمی

استاد مشاور:

دکتر مهناز نوری

نگارش:

عاطفه نیکخواه شه میرزادی

تابستان 92



Islamic Azad University  
Shahroud Branch  
Faculty of Medical - Department Of Medicine  
M.D Thesis On Medical

**Subject :**

The evaluation of prevalence of pereterm labor and relative causes in  
Shahrood on 2012

**Supervisor:**

Dr. M. E. Ajami

**Consulting Advisor:**

Dr. M. Nouri

**By:**

Atefeh Nikkhah Shahmirzadi

Summer 2013

صفحه	عنوان
	چکیده
	فصل اول : کلیات
1	1-1 مقدمه .....
4	2-1 بیان مساله .....
5	3-1 تعریف زایمان زودرس .....
6	1-3-1 اپیدمیولوژی .....
6	2-3-1 عوامل دخیل .....
8	3-3-1 علل زایمان زودرس .....
8	4-3-1 مهم ترین علائم زایمان زودرس .....
9	5-3-1 ریسک فاکتورهاها .....
10	6-3-1 فاکتورهای مساعد کننده قبل از بارداری .....
11	7-3-1 فاکتورهای مساعد کننده حین بارداری .....
12	8-3-1 تشخیص .....
13	9-3-1 درمان .....
15	10-3-1 پیشگیری .....
16	4-1 اهداف پژوهش .....
16	1-4-1 هدف اصلی .....
16	2-4-1 اهداف جزئی .....
17	3-4-1 اهداف کاربردی .....
17	5-1 فرضیه ها .....

1-2 پیشینه تحقیق ..... 18

فصل سوم : روش کار

1-3 روش کار ..... 22

2-3 زمینه پژوهش ..... 22

3-3 سوالات پژوهش ..... 23

4-3 نوع پژوهش ..... 23

5-3 جامعه پژوهش ..... 23

6-3 نمونه پژوهش ..... 24

7-3 محیط پژوهش ..... 24

8-3 روش جمع آوری اطلاعات ..... 24

9-3 روش تجزیه و تحلیل داده ها ..... 25

10-3 ملاحظات اخلاقی ..... 25

11-3 محدودیت های قابل طرح در پژوهش ..... 25

فصل چهارم: نتایج

1-4 اطلاعات دموگرافیک ..... 26

2-4 محاسبات آماری ..... 26

3-4 جداول

1-3-4 توزیع فراوانی بیماران بر حسب مرکز درمانی ..... 28

2-3-4 توزیع فراوانی بیماران بر اساس گروه سنی ..... 28

3-3-4 توزیع فراوانی بیماران بر حسب نوع زایمان ..... 29

4-3-4 توزیع فراوانی بیماران بر حسب تحصیلات ..... 29

5-3-4 توزیع فراوانی بیماران بر حسب سکونت ..... 30

- 4-3-6 توزیع فراوانی بیماران بر حسب تعداد حاملگی ..... 30
- 4-3-7 توزیع فراوانی بیماران بر حسب مراقبت های دوران بارداری ..... 31
- 4-3-8 توزیع فراوانی بیماران بر حسب خون ریزی حین بارداری ..... 31
- 4-3-9 توزیع فراوانی بیماران بر حسب خون ریزی بعد از زایمان ..... 32
- 4-3-10 توزیع فراوانی بیماران بر حسب تغذیه دوران بارداری ..... 32
- 4-3-11 توزیع فراوانی بیماران بر حسب سابقه سقط ..... 33
- 4-2-12 توزیع فراوانی بیماران بر حسب سابقه عفونت ادراری ..... 33
- 4-3-13 توزیع فراوانی بیماران بر حسب سابقه مصرف سیگار ..... 34
- 4-3-14 توزیع فراوانی بیماران بر حسب اکلامپسی ..... 34
- 4-3-15 توزیع فراوانی بیماران بر حسب زایمان زودرس ..... 35
- 4-3-16 توزیع فراوانی بیماران بر حسب پارگی کیسه آب ..... 35
- 4-3-17 توزیع فراوانی بیماران بر حسب مشکلات زایمانی ..... 36
- 4-3-18 توزیع فراوانی بیماران بر حسب وزن نوزاد ..... 36
- 4-3-19 توزیع فراوانی بیماران بر حسب جنس نوزاد ..... 37
- 4-3-20 توزیع فراوانی بیماران بر حسب میانگین آپگار ..... 37
- 4-3-21 توزیع فراوانی بیماران بر حسب قد نوزاد ..... 38
- 4-3-22 توزیع فراوانی بیماران بر حسب وزن نوزاد ..... 38
- 4-3-23 توزیع فراوانی بیماران بر حسب سابقه دیابت ..... 39
- 4-3-24 توزیع فراوانی بیماران بر حسب سابقه چندقلویی ..... 39

#### 4-4 نمودارها

- 4-4-1 توزیع فراوانی بیماران بر اساس گروه سنی ..... 41
- 4-4-2 توزیع فراوانی بیماران بر حسب نوع زایمان ..... 42
- 4-4-3 توزیع فراوانی بیماران بر حسب سابقه عفونت ادراری ..... 43

44..... 4-4-4 توزیع فراوانی بیماران بر حسب سابقه سقط

45..... 5-4-4 توزیع فراوانی بیماران بر حسب سابقه زایمان زودرس

46 ..... 6-4-4 توزیع فراوانی بیماران بر حسب وزن نوزاد

#### فصل پنجم : بحث و پیشنهادات

47 ..... 1-5 بحث

49 ..... 2-5 نتیجه گیری

50 ..... 3-5 پیشنهادات

#### فصل ششم: منابع

51 ..... 1-6 منابع

55 ..... چکیده انگلیسی

56 ..... پرسشنامه

## فهرست جداول و نمودار ها



## چکیده

**سابقه و هدف:** عوارض ناشی از زایمان زودرس شایع ترین علت مرگ و میر نوزادان می باشد. طبق بررسی های انجام شده 80-75 درصد مرگ و میر و عوارض دوره ی نوزادی ناشی از تولد زودرس (قبل از 37 هفته) می باشد. عوامل مختلفی در بروز و تشدید زایمان زودرس دخیل دانسته شده ولی هنوز نقش همه آنها تایید نشده است.

هدف از انجام این پژوهش تعیین فراوانی و برخی عوامل خطر ساز مادری در ایجاد زایمان زودرس بوده تا با شناخت این عوامل تا حد امکان از تولد نوزاد نارس پیشگیری شود.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه ی توصیفی- تحلیلی اطلاعات موجود از کلیه زایمانهای انجام شده در مراکز درمانی فاطمیه، امام حسین (ع) و خاتم الانبیا شاهرود در طی سال 91 جمع آوری شده است. سپس کلیه زایمانهای انجام شده بر حسب زودرس بودن و سر موعد بودن به دو گروه تقسیم شده و سپس برخی اطلاعات مربوط به عوامل خطر ساز مادری برای زایمان شامل سن مادر (سن پایین تر از 17 سال و بالاتر از 35 سال)، سابقه ی سقط قبلی، تعداد زایمان های قبلی، سابقه ی پره اکلامپسی، دیابت، عفونت ادراری و پارگی زودرس کیسه ی آب در طی حاملگی از مصاحبه و پرونده مادر استخراج گردیده و اطلاعات مربوط به نوزادان شامل سن، وزن، قد و نمره آپگار نیز از پرونده آنها گرفته شده و اطلاعات دو گروه با هم مقایسه گردید. اطلاعات در رایانه ثبت و به کمک نرم افزار آماری spss و آزمونهای مرتبط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این تحقیق  $p < 0.05$  معنی دار در نظر گرفته شد.

**نتایج:** در این تحقیق از 4402 زایمان انجام شده در سال 91 در بیمارستانهای فاطمیه، امام حسین و خاتم شاهرود، 350 زایمان (8%) زودرس و 4052 زایمان (92%)، زایمان ترم داشتند. از بین کل مراجعین جهت زایمان 3073 نفر (69/8%) به بیمارستان فاطمیه، 822 نفر (18/7%) به بیمارستان امام حسین (ع) و 507 نفر (11/5%) به بیمارستان خاتم مراجعه نمودند. از کل زنان 2052 نفر (46/4%) زایمان طبیعی داشته و 2350 خانم (53/6%) به صورت سزارین زایمان نمودند. 248 نفر (80/9%) از گروه زایمان زودرس، سن کمتر از 17 سال و یا بیشتر از 35 داشته در حالیکه در گروه زایمان ترم این میزان 1894 نفر (46/7%) بود که بطور معنی داری کمتر از گروه زایمان زودرس بود ( $p < 0/02$ ). در خصوص مشکلاتی مثل سابقه سقط ( $p < 0/001$ )، سابقه عفونت ادراری ( $p < 0/04$ )، اکلامپسی و پره اکلامپسی ( $p < 0/003$ )، پارگی کیسه آب ( $p < 0/03$ )، مشکلات زایمانی ( $p < 0/02$ )، وزن نوزاد ( $p < 0/003$ ) و میانگین آپگار دقیقه پنجم ( $p < 0/01$ )، سابقه چند قلبی

( $p < 0/03$ ) و سابقه تفاوت وضعیت اقتصادی و اجتماعی ( $p < 0/03$ ) تفاوت معنی داری بین دو گروه دیده شد. در خصوص سایر متغیر های مورد بررسی، تفاوتی یافت نشد.

**نتیجه گیری:** با پیش گیری از عفونت باکتریال ادراری، پارگی زودرس کیسه ی آب، شناخت و درمان به موقع پره اکلامپسی، جلوگیری از سقط های مکرر، القای تخمک گذاری بدون اندیکاسیون و به تبع آن ایجاد چندقلویی ایاتروژنیک می توان از میزان تولد نوزادان نارس کاست و به دنبال آن میزان مرگ و میر نوزادان را کاهش داد.

**واژگان کلیدی:** ریسک فاکتور - زایمان ترم و زودرس - شیوع

کلیات

## 1-1 مقدمه

ختم بارداری پیش از کامل شدن 37 هفته یا قبل از سپری شدن 259 روز از اولین روز آخرین قاعدگی را زایمان زودرس می نامند که شیوع آن در جوامع مختلف، متفاوت و 8 تا 10% بوده و در آمریکا 5 تا 10 درصد میباشد (1). 60 تا 75% بیماری زایی و مرگ و میر دوران بارداری به علت نارس بودن نوزاد است. از علل زایمان زودرس می توان به مشکلات مامایی از قبیل: نارسایی جفتی، پارگی زودرس پرده های جنینی، پره اکلامپسی، پلی هیدرآمینوس، اولیگوهایدرآمینوس، چنذزائی، سقط جنین و مشکلات طبی نظیر بیماریهای قلبی، آنمی شدید، سوء تغذیه، بیماریهای کلیوی و عفونت به ویژه عفونتهای واژینال اشاره کرد (4-1). مطالعات انجام شده همچنین نشان می دهند که پیلونفریت حاد درمان نشده 3% ریسک زایمان زودرس را افزایش می دهد (5). خطرانی که نوزادان پره ترم را تهدید می کنند عبارتند از: کم خونی، خستگی، کرنیکتوس، مجرای شریانی باز به علت عدم ترشح سورفاکتانت، خونریزی مغزی، سندروم دیسترس تنفسی (سندروم زجر تنفسی)، آپنه، رتیئوپاتی و آنتروکولیت نکروران. همچنین از نظر اقتصادی هزینه زیادی را بر دوش والدین و جامعه تحمیل می کند، به طوری که در آمریکا طی سال اول برای هر نوزاد ترم (نوزاد متولد شده بین هفته 37 تا 42 بارداری) 1900 دلار، برای نوزاد با وزن 2500 گرم یا کمتر 15000 دلار و برای نوزاد با وزن 1500 گرم یا کمتر 32000 دلار هزینه می شود (4-3). علی رغم شناخت عوامل متعدد در بروز زایمان زودرس، هنوز هم در بسیاری از موارد (54%) علل شروع آن ناشناخته است. عدم شناخت دقیق مکانیسم شروع زایمان زودرس سبب ایجاد محدودیت در درمان مؤثر آن می شود (6). از طرفی در صورت شروع علایم زایمانی، تقریباً در اکثر موارد، توقف روند زایمان، ناممکن بوده و اکثر روشهای درمانی مانند استراحت در بستر، هیدراتاسیون، تجویز Ritodrin، مهارکننده های انقباضات مانند بلوک کننده های کانال کلسیم، آگونیست های مقلد پروژسترون، سولفات منیزیم و سایر روش ها، معمولاً چندان تأثیری ندارند (8-7). بنابراین در مواجهه با زایمان زودرس مانند بسیاری از اختلالات و بیماری ها، پیشگیری مقدم بر درمان و شاید بهترین روش باشد. به کارگیری روش های نوین برای پیشگیری از عوارض بارداری یکی از مهم ترین وظایف ماماها طی مراقبت های دوران بارداری (پره ناتال) می باشد (9). با توجه به اهمیت

موضوع و نداشتن اطلاعات کامل در خصوص م میزان فراوانی زایمان زودرس در شهر شاهرود، بر آن شدیم تا میزان شیوع زایمان زودرس و عوامل مرتبط با آن در شهر شاهرود را در سال 91 بررسی نماییم.

## 1-2 بیان مسئله

حاملگی حالتی است که در آن در بدن زن، جنین در حال رشد وجود دارد. این مرحله دارای یک دوره حدود 36 تا 40 هفته بوده که در انتها نوزاد با عمل زایمان از بدن مادر خارج می شود. شرایط زایمان بر حسب شرایط مادر و جنین می تواند از زایمان طبیعی تا زودرس متفاوت بوده و به سادگی یا مشکلات فراوانی انجام شود (10). بهترین شرایط زایمانی زمانی است که معیارهای سلامتی مادر و نوزاد طبیعی بوده و زایمان به صورت طبیعی و بدون استفاده از وسایل و در بهترین زمان ترم بودن نوزاد صورت گیرد. در هر صورتی که این هماهنگی بین مادر و جنین از لحاظ سلامتی، کانال زایمان و زمان زایمان وجود نداشته باشد، مشکلاتی را به هر دو طرف (مادر و جنین) تحمیل می کند. از شایع ترین عوارض زایمان زودرس در مادر و جنین میتوان به مشکلات تنفسی نوزاد، خون ریزی شدید، اختلالات انعقادی، عفونت و حتی در بعضی از موارد معلولیت های جدی اشاره کرد (11-12).

علل دقیق ایجاد و تشدید شدن زایمان زودرس به طور دقیق مشخص نبوده ولی تعداد بسیار زیادی از عوامل را در بروز آن دخیل میدانند که در صورت شناخت و کنترل این عوامل تا حدود زیادی میتوان مشکلات فوق را محدود و کنترل نمود. جهت برطرف و کم کردن این مشکلات مراقبت های دوره پری ناتال اهمیت زیادی داشته که تاریخچه این مراقبت ها به اولین دهه این قرن و شهر بوستون مربوط می شود (13). تا آن زمان زنان حامله به طور مرتب توسط پزشک طبق بررسیهای به عمل آمده ریسک فاکتورهای حاملگی و زایمان شامل: 1- سن زیر 18 سال و بالای 35 سال 2- وزن پایین مادر (کمتر از 50 کیلوگرم) 3- تغذیه بد مادر 4- اشکالات رحم مادر 5- عدم مراقبت مادر در دوران بارداری و 6- عفونت مادر میباشد (14). سن مادر یک فاکتور بسیار اساسی در بروز زایمان زودرس میباشد. حاملگی در سنین پایین تر از 20 سال به ویژه کمتر از 16 سال غالباً با استرس روحی و جدی متعدد همراه بوده و خطرات حاملگی در آنها بیشتر است که شاید یکی از علل آن عدم رعایت مراقبت های پره ناتال توسط مادران بسیار جوان می باشد (15).

همچنین در بعضی از مطالعات مشخص گردیده که احتمال اختلالات حرکتی و شعوری در پره ترم به ویژه نوزادانی که از مادران جوان با اشکالات کانال زایمانی به دنیا می آیند بیشتر است.

همچنین مشخص گردیده میزان فعالیت طبیعی نوزادان رابطه مستقیمی با سطح هورمون های جنسی مادرانشان در هنگام بارداری داشته و هر چه این مقدار ثابت تر باشد میزان فعالیت طبیعی نوزاد بیشتر می باشد که این امر در زنان جوان و کم سن و سال حالت معکوس دارد (16). به دلیل عدم تایید فاکتورهای دخیل در زایمان زودرس زنان باردار و بویژه در سطح شهرستان، انجام تحقیق حاضر بسیار ضروری به نظر میرسد.

### تعریف واژه ها

جهت رسیدن به اهداف پژوهش لازم و ضروری است که در این تحقیق زایمان زودرس که به شدت روی آن تأکید شده و تمامی بحث نگارنده روی آن متمرکز است مورد بحث و بررسی و شناسایی بیشتر قرار گیرد. چارچوب پنداشتی این پژوهش معطوف به شناخت مفهوم زایمان زودرس، عوارض، عوامل دخیل، ریسک فاکتورها و کنترل آن میباشد که ذیلاً به طور مفصل بحث خواهد شد.

### 1-3-1 تعریف زایمان زودرس:

زایمان زودرس یعنی زایمان قبل از 37 هفته حاملگی (9ماهگی=40 هفته حاملگی)، در این زمان انقباضات رحمی به طور زودرس شروع شده و منجر به باز شدن دهانه رحم و سرانجام خروج جنین می شود. زایمان زودرس در 12% حاملگی ها اتفاق می افتد. 70% مرگ و میر نوزادان، به علت نارس بودن آنها بوده و هزینه بالایی را به خانواده تحمیل می کند. عوارض مغزی، تنفسی و گوارشی در این نوزادان نارس بیشتر از نوزادان رسیده است (15). نوزادان نارسه که بین 34-37 هفته حاملگی متولد میشوند، درصد بالایی نیاز به مراقبت ویژه ندارند (NICU) و بچه های طبیعی خواهند بود. تولد قبل از 26 هفته حاملگی (6 ماهه) مخصوصاً وزن زیر 750 گرم، در صورتیکه جنین زنده بماند (در کشورهای پیشرفته)، عوارض زیادی را برای نوزاد به ارمغان می آورد. دیده شده است، این بچه ها در هفت سالگی نه راه می روند، نه صحبت می کنند، نه خودشان می توانند غذا بخورند یعنی فلج کامل هستند (16).

در حال حاضر در آمریکا، در هنگام تولد جنین نوزاداری، کاری برای زنده ماندنش انجام نمی شود، زیرا تکامل مغزی جنین در سه ماهه دوم و سوم بارداری است. خوشبختانه بیشتر زایمان های زودرس (75% آن) بین 34-36 هفته حاملگی است (16-17).

### 1-3-1 اپیدمیولوژی

سالانه حدود 500 هزار تولد زودرس در کشور آمریکا اتفاق میافتد که 13 درصد از تمام موارد تولد را شامل میشود. تولد زودرس در سه چهارم موارد مرگ و میر نوزادان و نیمی از موارد اختلالات نورولوژیک در کودکان مقصر است. خطر مشکلات مرتبط با تکامل دستگاه عصبی و بیماریهای ناتوان کننده در کودکان با سابقه تولد زودرس به مراتب بیشتر از سایرین است (18). سن بارداری به طور معکوس با خطر مرگ و میر نوزادان در ارتباط است. مرگ و میر نوزادان به میزان قابل توجهی در نوزادانی که پیش از هفته 32 بارداری متولد شده اند بالاتر است. متأسفانه با وجود پیشرفتهای اخیر در مراقبتهای مامایی و نوزادی، شیوع تولدهای زودرس رو به افزایش است. طی دو دهه گذشته شمار تولدهای زودرس 20 درصد افزایش داشته و بیشتر این موارد بین هفته های 34 تا 36 بارداری اتفاق افتاده اند. علل زایمان و تولد زودرس هنوز دقیقاً مشخص نیستند. احتمالاً ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی مطرح هستند. نژاد غیر سفید، فواصل کم بین بارداریها، استرس فیزیکی یا روانی مادر و لاغری مفرط او، از این عوامل هستند (19-20).

### 1-3-2 عوامل دخیل در بروز زایمان زودرس:

- سن مادر کمتر از 18 سال و بالاتر از 40 سال
- وزن مادر کمتر از 48 کیلوگرم در ابتدای حاملگی و قد مادر کمتر از 150 سانتی متر
- سوء تغذیه (مادر حامله باید از غذاهایی که پروتئین دارد مانند گوشت ماهی، تخم مرغ و شیر استفاده کند. در صورتیکه از این مواد استفاده نکند دچار سوء تغذیه می شود)
- مصرف دخانیات، سیگار و قلیان
- افزایش فشار خون در حاملگی
- دیابت (بالا بودن قند خون در حاملگی)
- خونریزی و لکه بینی
- بلند کردن اشیاء سنگین
- عدم استفاده از مراقبت های بهداشتی دوران حاملگی
- سابقه بیش از دو سقط در سه ماهه اول و سابقه سقط در سه ماهه دوم و سابقه زایمان زودرس
- ترسیدن ناگهانی و انواع اضطراب
- پاره شدن زودرس کیسه آب
- فاصله یکسال یا کمتر از حاملگی قبلی
- بالا و پایین رفتن زیاد از پله

- عفونت ادراری (21-24).

و عواملی از قبیل بیماری های خود مادر مثل ناهنجاری بارداری که باعث می شود مادر قدرت نگهداری جنین را تا زمان موعد نداشته باشد، مسمومیت حاملگی یا عفونت، کم یا زیاد شدن مقدار اب کیسه جنین یا پاره شدن آن، رشد کم جنین یا تپش غیر نرمال قلب جنین و همچنین کار بیش از اندازه که منجر به خستگی مادر شود، استرس، مصرف خودسرانه داروها که علاوه بر تاثیرات منفی بر جنین احتمال زایمان زودرس را افزایش می دهند . همچنین قرار گرفتن در معرض دخانیات، چاقی مفرط نیز موارد مهمی هستند که باید مورد توجه قرار بگیرند (24-25).

### 1-3-3 علل زایمان زودرس:

اگر چه علت آن دقیقاً مشخص نیست ولی عوامل زیر نقش اساسی دارند:

- 1- عفونت های واژینال بخصوص باکتریال: مواد ترشح شده از باکتریها باعث پاره شدن کیسه آب شده و گاهی ورود باکتری به مایع آمنیوتیک باعث زایمان زودرس می شود
- 2- ابنورمالیتی در رحم
- 3- مشکلات جفت مانند جفت سر راهی و کندگی جفت
- 4- بزرگی بیش از حد رحم مانند چند قلبی و افزایش مایع آمنیوتیک
- 5- برخی بیماریها مانند دیابت ، ژنرویت (عفونت لته شدید)، لوپوس، آسم شدید، هپاتیت، بیماریهای روده، عفونت کلهوی ، عفونت ریوی، ضربه به شکم ، جراحی شکم مانند آپاندیسیت در بارداری (1-2 و 24-26).

### 1-3-4 مهمترین علائم زایمان زودرس:

- 1- انقباضات منظم رحمی (۴ بار یا بیشتر در 20 دقیقه). گاهی این انقباضات بدون درد می باشد و فقط سفتی و فشردگی در عضلات رحم ایجاد می شود.
- 2- درد های شکمی مانند درد های دوران پریود.
- 3- افزایش و یا تغییر واضح در ترشحات واژینال و یا خونریزی واژینال.
- 4- پارگی کیسه آب و دفع مایع روشن از واژن.
- 5- درد و فشار در قسمت انتهایی کمر.
- 6- تورم ناگهانی و یا شدید در پا، دست و صورت.
- 7- تغییر واضح در حرکت جنین.



8- تب، لرز، استفراغ و سر درد شدید.

9- گاهی درد معده که به ه یچ وجه برطرف نمی شود و گاهی همراه با اسهال می باشد (3-1 و 26-28).

دوران بارداری شرایط بسیار خاصی است که مادران باید در آن مراقب خود و جنین شان باشند. البته اطرافیان نیز در مهیا کردن این شرایط نقش بسیار مهمی دارند. اما گاهی اوقات آن قدر به مادران باردار توصیه می کنند که باید مراقب خودت باشی که همین زمینه ساز ایجاد نگرانی و در نتیجه استرس می شود که عامل ایجاد خطر هم برای مادر و هم برای جنین است (28).

### 1-3-5 ریسک فاکتورهای موثر در زایمان زودرس

در حدود 60 تا 70 درصد تولدهای زود هنگام ناشی از زایمان زودرس یا پارگی غشاها بوده و در سایر موارد اغلب ناشی از عوارض طبی مثل فشارخون حاملگی و خون ریزی جفتی می باشد. برای درمان و پیشگیری موفق لازم است زنان در معرض خطر شناسایی شوند (29). سن، وضعیت اقتصادی و مراقبت های بارداری از عوامل تاثیر گذار بر زایمان زودرس هستند. در زنان جوان، ارتباط جنسی و عفونت واژینال و در زنان مسن تر بی نظمی های رحمی، نقش بیشتری دارند. بیماران با وضع اقتصادی پائین و مراقبت های بارداری ناکافی نیز در معرض خطرند. تعداد زایمان های زودرس و نوزادان کم وزن در زنان سیاهپوست که از وضعیت اقتصادی ضعیف تری برخوردارند بیشتر مشاهده می شود.

### الف- سابقه زایمان زودرس

زایمان زودرس در حاملگی اول احتمال آن را در حاملگی های بعدی دو برابر می کند و زایمان زودرس در 2 حاملگی اول شانس آنرا در حاملگی سوم 3 برابر می کند. برعکس، ختم موفق بارداری احتمال زایمان زودرس، در بارداری های بعدی را کاهش می دهد. 16 درصد تولدهای زود هنگام در کسانی رخ می دهد که سابقه این حالت را داشته اند.

### ب- عفونت ها

در برخی افراد اگر آزمایش ادرار انجام شود، میکروب و باکتری دیده می شود بدون اینکه علامتی داشته باشند. اصطلاحاً در پزشکی به این حالت باکتریوری بدون علامت گفته می شود. باکتریوری بدون علامت خطر زایمان زودرس را 2 برابر می کند. اگر کسی عفونت کلیوی درمان نشده داشته باشد 30 درصد خطر زایمان زودرس و عفونت ریه 25 درصد خطر زایمان زودرس را بالا می برد. مالاریا و تب تیفوئید هم 50 درصد خطر افزایش زایمان زودرس را افزایش می دهند.

### ج- سایر عوامل

عوامل دیگر همچون کوتاه‌ی قد، حاملگی دو قلو و یا چند قلو، وزن کم قبل از بارداری، مصرف سیگار-الکل و کوکائین، خونریزی واژینال در بیش از یک تریمستر، فاکتورهای ژنتیکی، کار سخت و طولانی مدت و استرس زیاد منجر به زایمان زودرس می‌شود (29-33).

#### 1-3-6 فاکتورهای مساعد کننده قبل از بارداری:

- 1- نژاد: در نژاد سرپناه زایمان زودرس، بیشتر دیده می‌شود.
- 2- ارث و سابقه فامیلی
- 3- خانم‌های کوتاه قد و یا با وزن کم یا زیاد
- 4- سن کمتر از 18 سال و بیشتر از 35 سال
- 5- کورتاژهای مکرر و خشن
- 6- صدمه به دهانه رحم در زمان زایمان قبلی و یا داشتن عمل جراحی بر روی دهانه رحم. بنابراین معاینه دهانه رحم قبل از حاملگی ضروری است (34-35).

#### 1-3-7 فاکتورهای مساعد کننده حین بارداری:

- 1- عفونت‌های مادر مثل عفونت لثه و دندان
- 2- عفونت دستگاه تناسلی که گاهی باعث پارگی کیسه آب می‌شود و غیره.
- 3- بیماری‌های مزمن خانم باردار مثل آسم و هیپرتنسیون و غیره.
- 4- اتساع بیش از حد رحم فرد حامله مثل حاملگی بیش از یک قل
- 5- مایع جنینی بیش از نرمال (پلی‌هیدروآمنیوس)
- 6- دهانه رحم کوتاه
- 7- عیوب ژنتیکی رحم مثل رحم دو شاخ
- 8- حاملگی آزمایشگاهی (IVF)
- 9- زمان کم بین حاملگی‌ها (6-9 ماه بعد از حاملگی اول)
- 10- وزن نگرفتن کافی مادر حین بارداری
- 11- کم‌آبی بدن مادر
- 12- جفت سر راهی
- 13- نقص‌های مادرزادی جنینی (35-38).
- 14- عادت‌های زندگی که خانم باردار را مستعد به زایمان زودرس می‌کند که شامل:

استفاده از مواد مخدر، سرنگاری یا الکلی بودن، شرایط کاری سخت مثل ایستادن طولانی مدت، شب کاری، نداشتن مسکن و تغذیه خوب، دعوای خانوادگی، مرگ و میر و یا بیماری اقوام نزدیک و آزارهای جنسی

توجه: پرهیز از افزایش وزن غیر طبیعی در حین بارداری و داشتن تغذیه خوب، میزان زایمان زودرس را کم می کند. جالب است که وجود سابقه زایمان زودرس در خانم باردار، میزان زایمان زودتر را در حاملگی های بعدی سه برابر می کند (39).

### 8-3-1 تشخیص

ابزار مختلفی برای تشخیص این خطر وجود داشته که اغلب دقت چندانی ندارند. کاربردی ترین آنها عبارتند از اولتراسونوگرافی با هدف تخمین طول سرویکس و آزمون فیبرونکتین جنینی. شناسایی مادران در معرض خطر زایمان زودرس دشوار است. کوتاه شدن سرویکس و افزایش غلظت فیبرونکتین- پروتئین موجود در ترشحات سرویکس و واژن در پیش بینی خطر زایمان و تولد زودرس ارزش زیادی دارند (40).

پس بطور کلی دوروش تشخیصی برای کسانی که ریسک بیشتری از نظر زایمان زودرس دارند وجود دارد:

الف- معاینه و اندازه گیری طول دهانه رحم توسط پزشک

ب- اندازه گیری پروتئین فیبرونکتین در ترشحات رحم و واژن (پروتئین فیبرونکتین پروتئینی است که توسط غشای جنین ترشح می شود) (40-42).

### 9-3-1 درمان:

تصمیم گیری در مورد لزوم شروع دارودرمانی برای زایمان زودرس به عوامل متعددی بستگی دارد از جمله احتمال پیشرفت زایمان، سن بارداری، خطرانی که مادر و نوزاد جنین را در صورت دارودرمانی تهدید خواهند کرد. به طور معمول تصمیم گیری برای شروع دارودرمانی در صورتی گرفته میشود که انقباضات منظم رحمی با استراحت مطبق یا هیدریشن برطرف نشوند، تغییرات در سرویکس رخ دهد یا در مواردی که دهانه رحم باز شده باشد (43).

استراحت و تزریق مایعات داخل وریدی و استفاده از دارو جهت قطع دردهای رحمی از اقدام های اولیه است. بررسی علت شروع زایمان زودرس توسط پزشک ضروری است. آگاهی دادن به خانم های باردار در مورد علائم زایمان زودرس و داشتن کنترل بارداری به طور منظم، از میزان زایمان زودرس می کاهد.

امروزه پیشگیری از زایمان زودرس جایگاه خاصی در مامایی نوین دارد . زایمان زودرس خودبخودی اغلب بدون هشدار و نشانه قبلی اتفاق می افتد اما هدف از مدیریت د رمان زایمان زودرس ، طولانی کردن مدت بارداری تا زمان رشد و تکامل نهایی جنین است(44).

## دارودرمانی

الف- کورتیکواستروئیدها : یکی از کاربردی ترین ابزار در بخشهای مامایی برای کاهش مرگ و میر مرتبط با تولد زودرس و بهترین داروی موثر برای زایمان زودرس هستند . کاربرد کورتیکواستروئیدها برای پیشگیری از تولد زودرس در هفته های 26 تا 34 بارداری در زنانی که در معرض خطر تولد زودرس ناشی از زایمان زودرس هستند و مبتلایان به پره اکلامپسی شدید یا بیماریهای سیستمیک دیگری است که به ختم بارداری زود هنگام نیاز دارند . تجویز کورتیکواستروئیدها حداکثر 12 تا 24 ساعت قبل از تولد زودرس باعث کاهش خطر وقوع عوارض نوزادی پس از زایمان زودرس از جمله سندرم دیسترس تنفسی، خونریزی داخل بطني و انتروکولیت نکروزان میشود . تجویز کورتیکواستروئیدها پیش از هفته 35 بارداری محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال را فعال میکند و باعث تسریع روند تکامل جنین به خصوص بلوغ ریوی میشود . تجویز بتامتازون یا دکزامتازون برای پیشرفت بلوغ ریوی جنین از سوی کالج بیماریهای زنان و زایمان آمریکا توصیه شده است . تزریق داخل عضلانی 12 میلیگرم بتامتازون هر 24 ساعت یکبار برای دو دوز یا 6 میلیگرم دکزامتازون هر 12 ساعت برای 4 دوز در زنان در معرض خطر تولد زودرس با سن بارداری 26 تا 34 هفته مورد تایید این مرکز علمی است . دوزهای تکراری کورتیکواستروئید در بهبود وضعیت تاثیر چندانی ندارند(42-43).

ب- آنتی بیوتیکها: زایمان زودرس اغلب با عفونتها و التهاب مرتبط است . هرچند که بیشتر مطالعات چنین نشان داده اند که آنتی بیوتیک تراپی پروفیلاکتیک فایده ای در پیشگیری از زایمان یا تولد زودرس ندارد. به علاوه، آنتی بیوتیکها خطر وقوع سپسیس یا سندرم زجر تنفسی نوزادان را کاهش نمیدهند . آنتی بیوتیکها تاثیری بر زایمان زودرس در بیماران با پرده های جنینی سالم ندارند. در بیمارانی که پرده های جنینی زودتر از موعد پاره شده اند، آنتی بیوتیکها میتوانند خطر تولد زودرس را 48 ساعت پس از تجویز کاهش دهند . در زنان در معرض خطر تولد زودرس باید از تجویز آموکسی سیلین- کلاوولانات پرهیز کرد زیرا خطر انتروکولیت نکروزان نوزادی را افزایش میدهد.