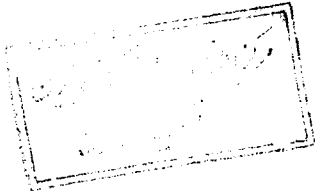


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رَبَّنَا تَقَبَّلْ مِنَّا إِنَّكَ أَنْتَ السَّمِيعُ الْعَلِيمُ
(خدایا: این خدمت نا چیز را از ما بپذیر زیرا که توئی شنوای دانا)

۱۳۸۰ / ۴ / ۳۰



دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
دانشکده پزشکی

پایان نامه

جهت دریافت درجه دکتری عمومی MD

عنوان

بررسی اپیدمیولوژیک مرگ داخلی رهمی جنین (iUfD) و عوامل
مساهم کننده آن در مادران حامله بستری شده در بیمارستان جعفری
کرمانشاه طی سالهای ۷۸-۱۳۷۵

استاد راهنما:

سرکار خانم دکتر فهمیه شجری

نگارش:

آقای رضا آزاد

۳۶۴۷۰

زمستان ۷۹

013620

تقدیم به پدر بزرگوارم :

آنکه آرزویش موفقیت من است .

تقدیم به مادر عزیزم :

آنکه سر تسلیم و بندگی بر آستان مهر آفرینش
میسایم .

تقدیم به همسر مهربانم :

آنکه با گذشت و محبت به روحم زندگی داد و بر
اندیشه ام تابندگی بخشود .

باتقدیر و تشکر از :

استاد گرانقدر و فرزانه سرکار خانم دکتر فهیمه
شجری که امر هدایت اینجانب را در تدوین این
پایان نامه بر عهده گرفته و مرا از دانش خود
بهره مند ساخت

فهرست:

- ۱ - تاریخچه
- ۲ - مقدمه
- ۳ - روش و مدت مطالعه
- ۴ - نتایج
- ۵ - خلاصه

تاریخچه : مامایی شاخه ای از علم پزشکی است که با زایمان و مراقبت و درمان مادر پیش و پس از تولد نوزاد سر و کار دارد .

بنابر این مامایی اساسا با پدیده های حاملگی زایمان و دوران نفاس چه در شرایط طبیعی و چه غیر طبیعی سر و کار دارد. از دیدگاهی گسترده تر مامایی با تولید مثل

یک ملت ارتباط دارد زیرا با تمام عوامل اجتماعی فیزیولوژیک پاتولوژیک

وسایکولوژیک سروکار دارد که بر روی کمیت و کیفیت تولید مثل نسل جدید یک

اجتماع تاثیری عمیق می گذارد. اولین گواهی های ثبتی تولد و مرگ در

سال ۱۹۰۰ ارائه گردیدند . تصمیم کنگره در سال ۱۹۰۲ موجب تاسیس دایره

سرشماری گردید تا سیستمی جهت جمع آوری سالیانه آمارهای حیاتی برقرار

گردد.

هدف کلی پدید آوردن و حفظ یک سیستم ثبتی بود که از نظر شکل , مراحل انجام و

روش شناسی آماری متحدالشکل باشد, تا سال ۱۹۴۶ تهیه آمارهای حیاتی ملی بر

عهده دایره فوق الذکر بوده و از آن سال به بعد شبکه بهداشت عمومی ایالات متحده

تفویض گردید .

امروزه این مهم به بخش آمارهای حیاتی مرکز ملی آمارهای بهداشتی واگذار شده

است در سال ۱۹۸۹ گواهی های تولد مورد تجدید نظر اساسی قرار گرفتند تا

دربگیرنده اطلاعات بیشتری در مورد عوامل خطر ساز طبی و شیوه زندگی و نیز

مراقبتهای مامایی گردند .

صفحه ۲

در ۲۵ سال گذشته، میزان مرگ و میر پری ناتال کاهش چشمگیری داشته است .
این میزان در زنانی که مراقبتهای پیش از زایمان دریافت نمی دارند همچنان بالاتر
است.

مقدمه :

تعریف : مرگ داخل رحمی جنین (IUFD) یعنی مرگ جنینهایی که سن حاملگی بیشتر از ۲۰ هفته داشته باشند یا وزن بالای ۵۰۰ گرم داشته باشند .

هدف عالی طب مامایی حفظ سلامتی زن باردار و تضمین تندرستی نوزاد می باشد
به همین منظور , تحقیقات معاصر علم مامایی بر فیزیولوژی و پاتولوژی جنین, نمو
و محیط زیست او متمرکز شده است .

نتیجه تحقیقات فوق این است که با جنین همانند یک بیمار رفتار می شود که نیاز به
مراقبت دارد, نظیر آنچه که متخصصین مامایی در مورد زن باردار انجام می دهند.

نقش فعال جنین در حاملگی :

در گذشته جنین را یک مسافر غیر فعال حاملگی تصور می نمودند اما این فرضیه از حقیقت بسیار دور است .

برای درک اهمیت سهم جنین در تنظیم حاملگی انسان باید متذکر شد که اگر چه رویان جنین از سیستمی حفاظتی که وی را از صدمات محیط خارجی مصون می سازند, بر خوردار است و این حالت هرگز در طول زندگی مجدداً تجربه نمی شود ولی در عین حال وی فعالانه در تعیین سرنوشت نهایی خود سهیم است.

نیروی شیمیایی لانه گزینی توسط محصولات ترو فوبلاست و بلاستو سیست فراهم می گردد تهاجم به آندومتر مادری و عروق خونی , تحت کنترل فعال محصولات بیواکتیوی می باشد که در تروفوبلاست سنتز می شوند .

شناسایی حاملگی توسط مادر از طریق پیامهای تولید شده به وسیله ترو فوبلاست که بر روی تخمدان مادر عمل می کنند حاصل می شود . پذیرش ایمونولوژیک بافتهای نیمه آلوژنیک ماحصل لقاح به وسیله تنظیم عرضه آنتی ژن لنفوسیتی انسانی (HLA) توسط تروفوبلاست ها تعدیل می شود.

حفظ حاملگی به واسطه مشارکت جنین در تشکیل هورمونهای استروئیدی در تروفوبلاست هماهنگ می شود تغییرات فیزیولوژیک مادر ناشی از محصولاتی است که به وسیله جفت ساخته و ترشح می شوند , در واقع حتی این احتمال وجود دارد که در هنگام ترم , کناره گیری جنین از حفظ تداوم حاملگی , واقعه ما قبل آخر

در شروع زایمان خود به خودی باشد.

جنین:

انتهای دوره رویانی و شروع دوره جنین را رویان شناسان بطور قراردادی ، ۸ هفته پس از لقاح یا ۱۰ هفته پس از شروع آخرین قاعدگی تعیین می کنند. در این زمان طول جنین رویان نزدیک به ۴ سانتیمتر می باشد . در این موقع تقریبا تمامی ساختمانهای اصلی جنین تشکیل شده اند.

در انتهای هفته ۱۲ طول سر تا کفل جنین حدود ۶ تا ۷ سانتیمتر می باشد. در این زمان رحم معمولا درست بالای سمفیز یس پوبیس لمس می شود . مراکز استخوانی در اکثر استخوانهای جنین ظاهر می شود انگشتان دست و پا کاملا تمایز یافته و دارای ناخن می باشند، موهای ابتدایی در روی سر پراکنده هستند و اندام تناسلی خارجی شروع به نشان دادن علائم جنسی مذکر یا مؤنث می کنند، جنینی که در این موقع بدنیا بیاید اگر همچنان در کیسه آمنیوتیک باشد و یا در آب نمک گرم فرو برده شود ممکن است حرکات خود به خودی را از خود نشان بدهد .

در انتهای هفته ۱۶ بارداری طول سر تا کفل جنین ۱۲ سانتیمتر و وزن او در حدود ۱۱۰ گرم می باشد.

با معاینه دقیق اعضاء تناسلی خارجی ، جنسیت جنین تشخیص داده می شود.

انتهای هفته ۲۰ بارداری نقطه وسط بارداری می باشد اکنون جنین کمی بیش از

۳۰۰ گرم وزن دارد شفافیت پوست جنین کمتر شده موی کرکی لانو گو تمام سطح

بدن را پوشانده ، و مقداری مو روی سر نیز قابل مشاهده است .

در انتهای هفته ۲۴ حاملگی وزن جنین در حدود ۶۳۰ گرم می باشد . پوست

مشخصا دارای چین و چروک بوده و در زیر آن چربی وجود دارد . سر همچنان

در مقایسه با تته بزرگتر است ابروها و مژه ها معمولا تشخیص داده می شود .

جنینی که در این زمان به دنیا آید سعی در نفس کشیدن می کند ولی تقریبا همیشه ،

مدت کوتاهی پس از تولد می میرد . در پایان هفته ۲۸ حاملگی ، طول سر تا کفل

حدود ۲۵ سانتیمتر تعیین شده . و وزن جنین تقریبا ۱۱۰۰ گرم است . پوست نازک

و قرمز بوده و توسط ورنیکس کازنوزا پوشیده شده است نوزادی که در این

زمان متولد گردد اندامهایش را کاملا با قدرت حرکت داده ، گریه ضعیفی

می کند . اگر مراقبت تخصصی بعمل آید اغلب زنده می مانند . در انتهای هفته ۳۲

حاملگی ، طول سر تا کفل جنین ۲۸ سانتیمتر و وزنش تقریبا ۱۸۰۰ گرم می باشد

سطح پوست هنوز قرمز و چروکیده است . نوزادان متولد شده در این زمان با

مراقبت مناسب ، معمولا زنده می مانند .

در پایان هفته ۳۶ بارداری طول متوسط ۳۲ سانتیمتر و وزنش ۲۵۰۰ گرم است ،

بدلیل تجمع چربی در زیر پوست بدن ، گوشتالوتر شده و نمای پر چروک صورت

از بین می رود . نوزادان متولد شده در این زمان شانس بسیار زیاد برای زنده

ماندن دارند .

در هفته چهارم زمان ترم و شروع زایمان می باشد . در این زمان جنین کاملاً تکامل یافته و مشخصات نوزاد تازه متولد شده را دارا می باشد .

مرگهای پری ناتال حدود ۱/۲ درصد از تمامی تولدها را شامل می شوند. که نیمی در زمان جنینی و نیمی دیگر در زمان نوزادی می باشد .

در ایالات متحده اغلب مرگ و میرهای پری ناتال بر اثر زایمانهای پیش از موعد اتفاق می افتد، اما این مسئله در کشورهایی که آمارهای مرگ و میر آنان بهتر از ایالات متحده می باشد، مشکل بزرگی نیست .

روش و متد مطالعه :

این تحقیق به صورت گذشته نگر انجام گرفته است . کلیه پرونده ها از قسمت بایگانی مرکز آموزشی درمانی معتضدی گرد آوری شده است و تعداد کل بیماران یا زنان حامله بستری شده طی سالهای ۷۵-۷۶-۷۷-۷۸ مشخص شده است. سپس از تعداد تمامی مواردی که منجر به IUFD (مرگ داخل رحمی جنینی) شده است , استخراج گردیده است .

اطلاعات موجود در پرونده های مربوط شامل : سن , محل سکونت , تعدادزایمان , هموگلوبین بیمار (مادر) , گروه های خونی بیمار (مادر) , دکولمان (جدا شدن زودرس جفت) , دیابت پره اکلامپسی , پلی هیدرو آمینوس , اولیگو هیدرو آمینوس , تروما , بیماریهای تب دار , پارگی زودرس مامبرانها و مصرف دارو بوده است .
اطلاعات موجود را از پرونده ها استخراج کرده و میزان بروز آنها را محاسبه کرده ایم .

نتایج:

تعداد بیماران حامله بستری شده در مرکز آموزشی درمانی معتضدی در طی سالهای ۷۵-۷۶-۷۷-۷۸-۴۴۰۶۸ مورد بوده است. که در سال ۷۵، ۲۱۸۰ مورد سزارین نموده اند ۸۴۰۹ مورد زایمان بصورت (NVD) داشته اند، ۱۶۴ مورد زایمان با فورسپس و واکيوم داشته اند، ۱۷۱ مورد پره اکلامپسی و ۱۳ مورد دیابت داشته اند.

در سال ۷۶، ۲۰۸۰ مورد سزارین شده اند. ۷۵۶۸ مورد زایمان بصورت NVD داشته اند، ۱۴۶ مورد زایمان بصورت فورسپس و واکيوم و ۱۳۳ مورد پره اکلامپسی و ۱۴ مورد بعلت دیابت بستری شده اند.

در سال ۷۷، ۲۲۰۰ مورد سزارین شده اند. ۷۳۶۸ مورد زایمان بصورت NVD داشته اند ۲۰۵ مورد پره اکلامپسی و ۶ مورد بعلت دیابت بستری شده اند.

در سال ۷۸، ۲۰۰۰ مورد سزارین شده اند، ۶۰۱۰ مورد زایمان بصورت NVD داشته اند، ۷۳ مورد زایمان بوسیله واکيوم فورسپس و ۱۴۳ مورد بعلت پره اکلامپسی بستری شده اند.

در بررسی انجام شده از تعداد ۴۴۰۶۸ مورد بستری ۱۰۰ مورد دچار IUFD شده اند که بطور تقریبی ۰/۲۳ درصد می شود. که این میزان در سال ۷۵ حدود ۰/۳۲ درصد در سال ۷۶ حدود ۰/۲۱ درصد در سال ۷۷ حدود ۰/۱۸ درصد و در سال ۷۸ حدود ۰/۱۷ درصد بوده است.

در این تحقیق میزان بروز IUFD را بر حسب ریسک فاکتورها بررسی نموده ایم که در این بررسی ۲۰ درصد موارد در اثر دکولمان (جدا شدن زودرس جفت) و ۱۰ درصد موارد در اثر پره اکلامپسی و ۲ درصد موارد در اثر دیابت و ۶ درصد موارد در اثر تروما ۸ درصد موارد در اثر اولیکوهیدروآمنیوس و ۱۰ درصد موارد در اثر مصرف دارو ۲ درصد موارد در اثر پارگی زودرس ممبر آنها (PROM) و ۴۲ درصد موارد نیز ناشناخته بوده است.

در این بررسی تعداد زایمان مادران با IUFD را مشخص نموده ایم، که ۲۹ درصد از مادران با IUFD گراوید یک بوده اند و ۱۹ درصد آنها گراوید ۲ و ۱۷ درصد آنها گراوید ۳ و ۱۶ درصد آنها گراوید ۴ و ۱۰ درصد آنها گراوید ۵ و ۵ درصد آنها گراوید ۶ و ۲ درصد آنها گراوید ۷ و یک درصد آنها گراوید ۸ و یک درصد آنها گراوید ۹ بوده اند.

گروه خونی و RH را نیز در مادران با IUFD مشخص نموده ایم که ۴۳ درصد آنها گروه خونی A+ داشته اند، ۱۷ درصد آنها گروه خونی B+ داشته اند، ۷ درصد آنها گروه خونی AB+ داشته اند.

۱۷ درصد آنها گروه خونی O+ داشته اند و ۲ درصد آنها نیز گروه خونی A- داشته اند.

در این مطالعه محل سکونت مادران با IUFD نیز مشخص شده است که ۷۰ درصد این افراد ساکن کرمانشاه بوده اند، ۹ درصد آنها ساکن هرسین، ۶ درصد ساکن