

مطالعه برخی عوامل خطرزای دوران بارداری بر زایمان زودرس، در مادران مراجعه کننده به بیمارستان ولی عصر زنجان در سال ۱۳۸۶

داود سهرابی^۱، مریم قنبری گرکانی^۲

تاریخ دریافت ۸۹/۹/۵ تاریخ پذیرش ۸۹/۱۰/۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: زایمان زودرس عامل مهمی در بروز مورتالیتی و موربیدیتی نوزادان می باشد در مورد عوامل مرتبط با این پدیده تناقضاتی به چشم می خورد. این تحقیق جهت تعیین برخی عوامل موثر در زایمان زودرس در مادران مراجعه کننده به بیمارستان ولی عصر زنجان صورت گرفته است.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر، توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی بوده است. باتوجه به این که زایمان های زودرس در مقطع زمانی سال ۱۳۸۶ به تعداد ۳۱۸ مورد بود. جهت بررسی عوامل خطرزا تعداد ۲۷۸۴ نفر نیز به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری اطلاعات از طریق پرسش نامه بوده است. داده ها با استفاده از نرم افزارهای Excel و SPSS و با روش کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته اند.

یافته ها: طی مدت بررسی، ۴۵۲۸ مورد زایمان وجود داشت که از این تعداد، ۳۱۸ مورد زایمان زودرس (۷ درصد) گزارش شده بود. شایع ترین عوامل مرتبط با زایمان زودرس عبارتند از: سن مادر (۱۷ درصد)، مولتی پاریتی (چندزایی) (۴۲/۵ درصد) و سابقه جفت سرراهی (۱۴ درصد)، سابقه دکولمان جفت (۳۵/۵ درصد)، سابقه پارگی زودرس پرده های جنینی برابر ۱۹/۹ درصد، پلی هیدرامنیوس (۵/۴ درصد)، عفونت مجاری ادراری (۱۲/۸ درصد) و خونریزی در سه ماهه اول حاملگی (۲۲/۳ درصد).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به مطالعات قبلی و نتایج حاصل از این مطالعه سن مادر، ملتی پاریتی، سابقه جفت سرراهی، سابقه دکولمان جفت و عفونت مجاری ادراری از عوامل موثر در زایمان های زودرس می باشند ولی باز هم مطالعات جامع تر در این خصوص توصیه می شود. شناسایی عوامل خطر و جلب مشارکت مادران باردار و بالا بردن آگاهی آن ها می تواند در کاهش میزان زایمان های زودرس باشد.

کلید واژه ها: عوامل خطر، زایمان زودرس، بارداری

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره دوم، پی در پی ۳۱، خرداد و تیر ۱۳۹۰، ص ۸۹-۸۴

آدرس مکاتبه: زنجان، شهرک کارمندان، دانشکده پزشکی، گروه جنین شناسی، تلفن: ۰۹۱۲۲۴۱۵۷۰۷

Email: sohrabidavood@yahoo.com

مقدمه

۶/۳ درصد در سال ۱۹۸۱ به ۶/۸ درصد سال ۱۹۹۲ رسیده است

(۲). این زایمان ها عوارض بسیاری از جمله هیپوگلیسمی، آسفیکسی، سندرم دیسترس تنفسی و مرگ نوزادان را به همراه دارند (۳). درمورد نقش عوامل مرتبط با زایمان زودرس گزارشات متفاوتی وجود دارد، به طوری که جفت سرراهی و یا پارگی زودرس پرده های جنینی در ۵۰ درصد موارد (۴) و عفونت مایع آمنیوتیک در ۳۸ درصد موارد، بیماری های ایمونولوژیک و آنتی فسفولیپید آنتی بادی در ۳۰ درصد موارد (۵) ناراسایی گردن رحم در ۱۶ درصد

زایمان زودرس که طبق تعریف بعد از ۲۲ هفته حاملگی و قبل از پایان ۳۷ هفته حاملگی واقع می شود ۷۵ درصد از مرگ و میرهای نوزادی را تشکیل می دهد. علی رغم پیشرفت های پزشکی در مراقبت های نوزادان باید تاکید شود که هر نوزاد نارس نمی تواند کاملاً نجات یابد و در بعضی موارد با معلولیت شدید فیزیکی و ذهنی همراه است (۱). میزان زایمان زودرس در بسیاری از کشورها مانند آمریکا و کانادا در ۲۰ سال گذشته افزایش یافته و از

^۱ استادیار بافت شناسی و جنین شناسی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان (نویسنده مسئول)

^۲ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

موارد گزارش شده است (۶). مطالعات نشان می‌دهد، مادرانی که سابقه سقط دارند ۲-۲۳ بار احتمال تولد زودرس در آن‌ها بیشتر است (۷). گزارش‌ها حاکی از آن است که جراحی و بیهوشی، خطر زایمان زودرس را می‌تواند افزایش دهد (۸). مطالعه دیگری نشان می‌دهد وقوع مجدد زایمان زودرس بخش قابل ملاحظه‌ای از تمام از تمام زایمان‌های زودرس را به ویژه در سنین پایین‌تر حاملگی تشکیل می‌دهد (۹). برای کاهش میزان نارس و مرگ و میر و معلولیت وابسته به این عارضه ضروری است عوامل خطرزا برای زایمان زودرس شناسایی شود. با توجه به اهمیت مساله زایمان زودرس بر آن شدیم که عوامل خطرزا برای زایمان زودرس را در بخش زنان و مامایی بیمارستان ولی عصر زنجان که یک مرکز دانشگاهی با زایمان‌های پرخطر است انجام دهیم، تا بتوان عوامل قابل پیشگیری را شناسایی و مهارکرد وازایجاد زایمان زودرس جلوگیری نمود و به این ترتیب تولد نوزادان نارس را کاهش داد. در این مطالعه سعی شده است عواملی غیر از عوامل شناخته شده قبلی را نیز مورد توجه قراردهیم.

مواد و روش کار

تحقیق حاضر با روش داده‌های موجود از مادران مراجعه کننده به بیمارستان ولی عصر زنجان در سال ۱۳۸۶ صورت پذیرفت. پرونده کلیه مادرانی که برای زایمان به بیمارستان ولی عصر زنجان مراجعه کرده بودن از بایگانی خارج گردید. مادرانی که حاملگی بین ۲۰ تا ۳۷ هفته داشتند، انتخاب شده و اطلاعات مربوط به سن، پارتیتی، سابقه سزارین و جفت سرراهی و دکولمان جفت، پارگی زودرس پرده‌های جنینی و عفونت مجاری ادراری و پلی هیدروآمنیوس و داشتن خون‌ریزی در سه ماهه اول بارداری، آپگار دقیقه ۵ نوزاد، مرگ و میر نوزادی و پذیرش در NICU مورد مطالعه قرار گرفتند. کلیه داده‌های فوق در یک فرم اطلاعاتی ثبت و آمار توصیفی ارائه گردید.

در طی این مدت بررسی، ۴۵۲۸ مورد زایمان وجود داشت که از این تعداد، ۳۱۸ مورد زایمان زودرس گزارش شده بود. برای تعیین نمونه‌های شاهد برای هر نمونه تجربی ۹ پرونده شاهد به صورت تصادفی انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت بعد از کدگذاری متغیرهای مورد مطالعه و جمع آوری داده‌ها اطلاعات حاصل با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت مقدار هر عامل خطر براساس آزمون کای دو تعیین گردیده و مقادیر کمتر از ۰/۰۵ نشان دهنده ارتباط معنی‌دار آن عامل خطر باوقوع زایمان زودرس است.

یافته‌ها

طی مدت بررسی، ۴۵۲۸ مورد زایمان وجود داشت که از این تعداد، ۳۱۸ مورد زایمان زودرس (۷درصد) گزارش شده بود. در بررسی گروه‌های سنی زایمان زودرس در گروه سنی بالای ۳۷ سال شایع‌تر بود (۱۷درصد در مقابل ۱۱درصد) و آزمون کای دو ارتباط معنی‌داری بین سن مادر و بروز زایمان زودرس نشان می‌دهد ($P<0/05$). چندزایی یکی دیگر از عوامل زایمان زودرس می‌تواند باشد ($P<0/001$). سابقه جفت سرراهی یکی از عوامل موثر در بروز زایمان زودرس می‌باشد (۱۴درصد در مقابل ۱درصد) و آزمون کای دو ارتباط معنی‌داری بین سابقه جفت سرراهی و بروز زایمان زودرس نشان می‌دهد ($P<0/001$). سابقه دکولمان جفت نیز یکی از عوامل موثر در بروز زایمان زودرس می‌باشد (۳۵/۵درصد در مقابل ۵درصد) و آزمون کای دو ارتباط معنی‌داری بین سابقه دکولمان جفت و بروز زایمان زودرس نشان می‌دهد ($P<0/001$). از طرفی سابقه پارگی زودرس پرده‌های جنینی می‌تواند یکی از عوامل موثر در بروز زایمان زودرس می‌باشد (۱۹/۹درصد در مقابل ۱۰درصد) و آزمون کای دو ارتباط معنی‌داری بین سابقه PROM و بروز زایمان زودرس نشان می‌دهد ($P<0/001$). پلی هیدروآمنیوس نیز می‌تواند یکی از عوامل موثر

می‌دهد (۲/۲۴ درصد در مقابل ۴/۰ درصد). نمره آپگار دقیقه ۵ کمتر از ۷ در این گونه نوزادان به‌طور معنی‌داری افزایش نشان می‌دهد ($P<0/0001$). در این گونه نوزادان احتیاج به بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه (NICU) به‌طور معنی‌داری افزایش می‌یابد ($P<0/0001$). تولد نوزادان کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم در زایمان‌های زودرس افزایش می‌یابد (۹/۷۴ درصد در مقابل ۱/۹ درصد). مرگ و میر داخل رحمی نیز در زایمان‌های زودرس به‌طور معنی‌داری افزایش می‌یابد ($P<0/0001$). جدول‌های ۱ و ۲ یافته‌های این پژوهش را نشان می‌دهد.

در بروز زایمان زودرس می‌باشد (۴/۵ درصد در مقابل ۱/۱ درصد) و آزمون کای دو ارتباط معنی‌داری درباره حضور پلی هیدرآمنیوس و بروز زایمان زودرس نشان می‌دهد ($P<0/0001$). عفونت مجاری ادراری نیز می‌تواند یکی از عوامل موثر در بروز زایمان زودرس باشد ($P<0/0001$). خون‌ریزی در سه ماهه اول حاملگی (۳/۲۲ درصد در مقابل ۱۵ درصد) نیز به عنوان یکی از عوامل موثر در زایمان زودرس می‌باشد ($P<0/0001$). در این مطالعه تعدادی از عوارض نئوناتال مورد بررسی قرار گرفتند از جمله در مادران با زایمان زودرس مرگ و میر نوزادان افزایش معنی‌داری را نشان

جدول شماره (۱): عوامل موثر در زایمان‌های زودرس درمادران بستری در بیمارستان ولی عصر (عج) زنجان در سال ۱۳۸۶

P Value	فاصله اطمینان	نسبت شانس	گروه شاهد		گروه تجربی		عوامل خطر	
	حدبالا حدپایین	Odds) (Ratio	N=۲۷۸۴		N=۳۱۸			
			درصد	تعداد	درصد	تعداد		
			٪۸۹	۲۴۷۵	٪۸۳	۲۶۴	<۳۵ سال	سن مادر
S ۰/۰۵	۰/۴۴ – ۰/۸۳	۰/۶۱	٪۱۱	۳۰۹	٪۱۷	۵۴	>۳۵ سال	
			٪۶۹	۱۹۱۷	٪۵۷/۵	۱۸۳	اول زا	پاریتی
S ۰/۰۰۱	۰ /۴۸ – ۰/۷۷	۰/۶۱	٪۳۲	۸۶۷	٪۴۲/۵	۱۳۵	چندزا	
			٪۳۴	۹۴۶	٪۳۳	۱۰۵	دارد	سابقه سزارین
NS ۰/۵	۰/۷۳ – ۱/۲۶	۰/۹۹	٪۶۶	۱۸۳۸	٪۶۷	۲۱۳	ندارد	
			٪۱	۲۸	٪۱۴	۴۵	دارد	سابقه جفت سرراهی
S ۰/۰۰۰۱	۸/۰۶ – ۲۱/۶۱	۱۳/۱۷	٪۹۹	۲۷۵۶	٪۸۶	۲۷۳	ندارد	
			٪۵	۱۳۹	٪۳۵/۵	۱۱۱	دارد	سابقه دکولمان جفت
S ۰/۰۰۱	۳۲/۹۱ – ۴/۱۷	۱۲/۰۷	٪۹۵	۲۶۴۵	٪۶۵/۵	۲۰۷	ندارد	
			٪۱۰	۲۷۸	٪۱۹/۹	۶۳	دارد	سابقه PORM
S ۰ /۰۰۰۱	۷/۶۲ – ۵/۶۱	۵/۱۷	٪۹۰	۲۵۰۶	٪۸۰/۱	۲۵۵	ندارد	
			٪۱/۱	۲۸	٪۵/۴	۱۶	دارد	پلی هیدرآمنیوس
S ۰/۰۰۱	۲۳/۳۸ – ۵/۸۱	۸/۳۸	٪۹۸/۹	۲۷۵۶	٪۹۴/۶	۳۰۲	ندارد	
			٪۵	۱۳۹	٪۱۲/۸	۴۲	دارد	عفونت مجاری ادراری(UTI)
S ۰/۰۰۱	۱۶/۹۵ – ۶/۴۸	۲۴/۲۶	٪۹۵	۲۶۴۵	٪۸۷/۲	۲۷۶	ندارد	
			٪۱۵	۴۱۸	٪۲۲/۳	۷۰	دارد	خون‌ریزی در سه ماهه اول حاملگی
S ۰/۰۱	۳/۱۶ – ۷/۲۶	۱ /۲۸	٪۸۵	۲۳۶۶	٪ ۷۷/۷	۲۴۸	ندارد	

S=Significant

NS= Non Significant

گروه تجربی= مادران با زایمان زودرس

گروه شاهد= مادران با زایمان ترم

جدول شماره (۲): عوارض نئوناتال زایمان‌های زودرس (Preterm Pregnancy) در مادران بستری در بیمارستان

ولی عصر (عج) زنجان در سال ۱۳۸۶

P Value	فاصله اطمینان	نسبت شانس	گروه شاهد		گروه آزمایش		عوارض
	حدبالا حدپایین	(Odds Ratio)	N=۲۷۸۴		N=۳۱۸		
			درصد	تعداد	درصد	تعداد	
							مرگ ومیرنوزادی
			٪۰/۴	۱۲	٪۲۴/۲	۷۸	بلی
S ۰/۰۰۰۱	۴۰/۳۱- ۱۳۹/۷۱	۷۵/۷۱	٪۹۹/۶	۷۷۲	٪۷۵/۸	۲۴۰	خیر
							آپگار دقیقه ۵
			٪۴/۳	۶۳	٪۴۱/۷	۱۳۲	کمتر از ۷
۰/۰۰۰۱ S	۳۲/۹۷- ۵۹/۷۴	۴۴/۷۱	٪۹۵/۷	۶۶۷	٪۵۸/۳	۱۶۸	بیشتر از ۷
							پذیرش در NICU
			٪۴/۱	۱۱۷	٪۶۶	۲۱۰	بلی
S ۰/۰۰۱	۳۲/۸۳- ۵۹/۵۷	۴۴/۳۲	٪۹۵/۹	۸۳۶	٪۳۴	۱۰۸	خیر
							وزن نوزاد
			٪۱/۹	۵۴	٪۷۴/۹	۲۳۷	<۲۵۰۰گرم
S ۰/۰۰۰۱	۱۰۲/۵۱- ۲۱۳/۵۴	۱۴۷/۷۱	٪۹۸/۱	۲۷۳۰	٪۲۵/۱	۸۱	>۲۵۰۰گرم
							مرگ ومیر داخل رحمی
			٪۱/۷	۱۶	٪۱۱/۱	۱۰	ندارد
S ۰/۰۰۰۱	۳/۱۹- ۱۶/۵۱	۷/۲۵	٪۹۸/۳	۹۲۸	٪۸۸/۹	۸۰	ندارد

S=Significant

NS= Non Significant

گروه آزمایش= مادران با زایمان زودرس

گروه شاهد= مادران با زایمان ترم

بحث و نتیجه گیری

نشان می‌دهد دکولمان جفت خطر زایمان زودرس را افزایش می‌دهد (۱۲) با توجه به این که در مطالعه حاضر نیز مادرانی که دارای سابقه دکولمان جفت در پرورنده آن‌ها ثبت شده بود به‌طور معنی‌داری بیشتر دچار زایمان زودرس بودند، موافق یافته‌های آن‌هاست. مطالعات پژوهشگران نشان می‌دهد تغییرات زیاد در مقدار مایع آمنیون از عوامل موثر در زایمان‌های زودرس می‌تواند باشد (۱۳). در مطالعه حاضر مادرانی که سابقه پلی هیدروآمنیوس داشتند از عوامل خطرزای برای زایمان زودرس شناسایی شده است، موافق یافته‌های آن‌هاست.

مطالعه گروهی از محققان افزایش زایمان زودرس را در ارتباط با پارگی زودرس پرده‌ها نشان می‌دهد (۱۴). در مطالعه حاضر نیز

از عوامل موثر در زایمان زودرس قبلاً عواملی مانند سن مادر و گراند مولتی پاریتی و فشار خون حاملگی و سابقه زایمان زودرس بررسی شده‌اند (۱۰). در مطالعه کنونی نیز سن مادر و مولتی پاریتی از عوامل موثر شناخته شدند که با مطالعات قبلی هم‌خوانی دارد. البته می‌توان با آموزش‌های لازم قدمی در جهت کم کردن این عوامل برداشت. در مطالعات قبلی جفت سرراهی از عوامل موثر در زایمان‌های زودرس قلمداد می‌کند (۱۱). در پژوهش حاضر با توجه به این که به صورت گذشته نگر مطالعه شده است سابقه جفت سرراهی از عواملی است که می‌تواند موجب افزایش زایمان زودرس شود و با مطالعات قبلی هم‌خوانی دارد. مطالعه دیگری

افزایش مرگ و میر نوزادی می‌تواند باشد (۱۸). یافته‌های مطالعه کنونی با آن‌ها هم‌خوانی دارد. مطالعه محققان نشان دهنده نمره پایین آپگار دقیقه اول در نوزادان اکثر زایمان‌های زودرس می‌باشد (۱۹). باتوجه به گذشته نگر بودن پژوهش کنونی در پرونده‌ها فقط نمره آپگار دقیقه ۵ ثبت شده بود که با یافته‌های آن‌ها هم‌خوانی دارد.

نتیجه‌گیری: زایمان زودرس علت درصد قابل توجهی از مرگ‌های نوزادی و همچنین مراقبت‌های بهداشتی در کشور است و لازم است سعی شود از فراوانی آن کاسته شود. باتوجه به مطالعه انجام شده تعدادی از عوامل خطر زایمان زودرس تقریباً غیر قابل پیشگیری هستند. اما تعداد زیادی از این عوامل قابل جلوگیری هستند؛ لذا باید افراد پرخطر شناسایی شوند و آموزش‌های لازم برای کاهش این عوامل به آن‌ها داده شود.

مادرانی که سابقه PROM داشتند به‌طور معنی‌داری بیشتر زایمان زودرس داشتند پس نتایج مطالعه کنونی موافق یافته‌های آن‌ها است. گروه دیگری از پژوهشگران نشان داده‌اند که خون‌ریزی قبل از ۳۴ هفته‌گی باخطر زیادی از زایمان زودرس همراه است (۱۵). یافته‌های مطالعه حاضر موافق یافته‌های آن‌هاست. عفونت مجاری ادراری نیز از عواملی است که می‌تواند موجب زایمان زودرس باشد (۱۶). یافته مطالعه حاضر موافق یافته‌های آن‌هاست. از عوامل جنینی همراه زایمان زودرس می‌توان به تاخیر رشد داخل رحم و مرگ داخل رحمی و پرزنتاسیون بریچ اشاره کرد (۱۷). نتایج مشابه در مطالعه ما مرگ و میر داخل رحمی است. آسیب‌پذیری نوزادی در نوزادان باوزن کم‌تر از ۱۵۰۰ گرم که تقریباً معادل سن حاملگی ۳۰ هفته است بیشتر است یعنی می‌توان نتیجه گرفت زایمان زودرس می‌تواند باعث افزایش نوزادان کم وزن و در نتیجه

References:

1. Berkowitz GS, Papiernik E. Epidemiology of preterm birth. *Epidemiol Rev* 1993; 15:414-43.
2. Mercer BM, Miodovnik M, Thurnau GR, Goldenberg RL, Das AF, Ramsey RD, et al. Antibiotic therapy for reduction of infant morbidity after preterm premature rupture of the membranes. *JAMA* 1997; 278:989-95.
3. Fiore E. Taking action against prematurity. *Contemp Obstet Gynecol* 2003; 48:92-104.
4. Gonic B, Creasy RK. Preterm Labor: its diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154:3-9.
5. Letteri L, Vintzileos A, Albini M. Does idiopathic preterm labor exist? *Am J Obstet Gynecol* 1992; 313:160-3.
6. Peacock JL, Bland JM, Anderson HR. Preterm delivery: Effect of socioeconomic factors, psychological stress, smoking, alcohol and caffeine. *BMJ* 1995; 311:531-5.
7. Leung T, Chan L, Tam W. Risk and predication of preterm delivery in pregnancies complicated by antepartum hemorrhage of unknown origin before 34 weeks. *Obstet Gynecol Invest* 2001; 52:227-31.
8. Steer P, Flint C. Preterm labor and premature rupture of membranes. *BMJ* 1999; 318:1059-62.
9. Adam I, Ismail MH, Naser AM, Prins MH, Smiths LJ. Low birth weight, preterm birth and short interpregnancy interval in Sudan. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2009; 22:1068-7.
10. Ananth C, Johnson RW. Placental abruption an adverse fetal outcomes. *JAMA* 1999; 382:1646-51.
11. Rasmussen S, Albrechtsen S, Dalaker K. Obstetric history and the risk of placenta previa. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79:502-7.
12. Astolfi P, Zonta IA. Risks of preterm delivery and association with maternal age; birth order and fetal gender. *Hum Reprod* 1999; 14:2891-4.

13. Drapers ES, Mankteloww B, Field DY. Prediction on survival for preterm birth by weight and gestational age. Retrospective population based study. *BMJ* 1999; 23:1093-7.
14. Boggess, KA, Moss, K, Murtha, A. Antepartum vaginal bleeding, fetal exposure to oral pathogens, and risk for preterm birth at <35 weeks of gestation. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:954.
15. Adams M, Lam E, Evant L. Rates and factors associated with recurrence of preterm delivery. *JAMA* 2000; 283 : 1591-6.
16. Demal S, Bashiri A, Faman B. Breech presentation in risk factor for intrapartum and neonate death and preterm labor. *Eur J Obs Gyn Reprod Biol* 2000; 93:44-51.
17. Buekens P, Alexander S, Boutsen M, Blondel B, Kaminski M, Reid M. Randomised controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy. *Lancet* 1994; 344:841-4.
18. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A, Das A, et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. *N Engl J Med* 1996; 334:567-72.
19. Mercer BM, Miodovnik M, Thurnau GR, Goldenberg RL, Das AF, Ramsey RD, et al. Antibiotic therapy for reduction of infant morbidity after preterm premature rupture of the membranes: a randomized controlled trial. *JAMA* 1997; 278:989-95.