

مقایسه عوارض جنینی و مادری در دو روش درمان انتظاری و تحریک زایمان بعد از ۴۰ هفته حاملگی

دکتر اکرم شفیعی* دکتر شهره علی محمدی* دکترمهرانگیز زمانی* دکتر شهلا نصراللهی* دکتر ناهید رادنی*

Maternal and fetal complications with expecting treatment and labour induction after 40th week of gestational age

A.Shafiei Sh.Ali Mohamadi M.Zamani Sh.Nasrollahi N.Radnia

Abstract :

Background: The perinatal mortality incidence and perinatal complication rate are increased after 40th week of gestational age.

Objective: This study was performed in order to compare the different method: emergency induction and expecting management of post mature pregnancy.

Methods: This research was done on 108 primigravid women with 40 weeks gestational age which refer to the fatemieh hospital. They were randomly divided into two groups, emergency induction (48) and expecting management (60). Patients in expecting management were controlled twice a week with NST and ultrasound to measure the amount of amniotic fluid. Also patients in emergency induction were induced with oxytocin after admission.

Findings: Results revealed that there were no significant difference (in infant convulsion, apgar score < 7 in five minutes and fetal mortality) between 2 groups. The rate of cesarean section, macrosomia and birth weight were the same. There was no significant difference in cesarean rate in both groups.

Conclusion: Based on the results, selecting the emergency induction as treatment method in postterm pregnancies not only doesn't cause prenatal and more surgical complications but also is economical.

Key words: Induction of labour, Postterm pregnancy, Oxytocin, Maternal and fetal complications

چکیده :

زمینه: بعد از هفته ۴۰ حاملگی فراوانی عوارض و مرگ و میر قبل از تولد بیشتر می شود. بیشتر عوارض مادری و جنینی به حجم مایع آمنیوتیک و زجر جنین بستگی دارد.

هدف: این مطالعه به منظور مقایسه عوارض جنینی و مادری دو روش القا فوری و درمان انتظاری در حاملگی پس از موعد انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این کار آزمایشی بالینی بر روی زنان حامله شکم اول، با سن حاملگی ۴۰ هفته مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیه همدان در سال ۱۳۷۸ انجام شد. افراد به صورت تصادفی در دو گروه القا فوری (۴۸ نفر) و درمان انتظاری (۶۰ نفر) قرار گرفتند. افراد گروه درمان انتظاری با آزمون بدون استرس و سونوگرافی جهت اندازه گیری مقدار مایع آمنیوتیک دوبار در هفته کنترل شدند و گروه القا فوری بعد از بستری تحت القا با اکسی توسین قرار گرفتند. داده ها با استفاده از آزمون دقیق فیشر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در گروه درمان انتظاری عوارض قبل از تولد ۶/۶٪، یرقان نوزادی ۶/۶٪ و سیتی سمی ۱/۶٪ دیده شد. تشنج نوزادی، آپگار کمتر از ۷ در دقیقه پنجم و مرگ جنین در دو گروه مورد مطالعه مشاهده نشد. اختلاف معنی داری در متوسط وزن زمان تولد و فراوانی ماکروزمی در بین دو گروه دیده نشد. عوارض جنینی و مادری در گروه القا فوری وجود نداشت. در این مطالعه ارتباط واضح و معنی داری بین سزارین به علت عدم پاسخ به القای زایمانی در دو گروه مورد بررسی دیده نشد. متوسط هزینه مصرفی در گروه القا فوری ۴۱۵۶۰۶ ریال و در گروه درمان انتظاری ۵۸۰۳۹۴ ریال بود.

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌ها، انتخاب القا فوری به عنوان روش درمان در حاملگی های پس از موعد نه تنها سبب عوارض حین زایمانی و عوارض بیشتر جراحی نمی شود، بلکه از نظر هزینه مصرفی نیز مقرون به صرفه است.

کلید واژه ها: القا زایمان، حاملگی بعد از موعد، اکسی توسین، عوارض مادری و جنینی.

۱- مقدمه :

و تردید وجود دارد و به همین دلیل بسیاری از پزشکان کاربرد آزمون‌های ارزیابی جنین را جهت اجتناب از القا زایمان مطرح می‌کنند. لذا این مطالعه با هدف تعیین و مقایسه عوارض جنینی و مادری در دو روش درمان انتظاری و تحریک زایمانی جهت به دست آوردن راه مناسب درمان انجام شد.

۱- مواد و روش‌ها :

این کارآزمایی بالینی بر روی زنان حامله شکم اول با سن حاملگی ۴۰ هفته مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیه همدان در سال ۱۳۷۸ انجام شد. نمونه گیری به شیوه آسان و جمع آوری اطلاعات از طریق پرسش نامه بود، بدین صورت که زنان مراجعه کننده که واجد شرایط بودند به صورت یک روز در میان در دو گروه القا فوری و درمان انتظاری قرار گرفتند و حجم نمونه ها بر اساس فرمول در هر دو گروه ۴۸ نفر تعیین شد. تمام زنان شکم اول که ۴۰ هفته از اولین روز آخرین قاعدگی آنها گذشته بود و دارای شرایط زیر بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. عدم وجود عارضه مامایی یا پزشکی که القا، سزارین و یا کنترل مداوم مادر و یا جنین را موجب شود، جنین با وزن تخمینی کمتر از ۴۵۰۰ گرم، عدم شروع مرحله فعال زایمان؛ درجه آمادگی سرویکس کمتر از ۵؛ عمق پا با مایع آمنیوتیک بیشتر از ۲ سانتی متر. (۷۹)

سن حاملگی بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی با سونوگرافی و شنیدن صدای قلب جنین به طور دقیق مشخص شد و بیماران ابتدا تحت معاینه لگنی و ارزیابی کلی قرار گرفتند. اولین ارزیابی شامل معاینه لگنی و تعیین درجه آمادگی سرویکس، تخمین وزن جنین، آزمون بدون استرس و سونوگرافی جهت تعیین میزان حجم مایع آمنیوتیک بود. در صورت طبیعی بودن تمام موارد، بیماران به صورت تصادفی در دو گروه قرار

فراوانی حاملگی پس از موعد به طور متوسط ده درصد و علت آن در اکثر موارد ناشناخته است. بروز آن به طور شایع در حاملگی های شکم اول و زنانی که سابقه حاملگی قبلی بعد از موعد دارند، افزایش می یابد. تشخیص آن مشکل است ولی کنترل دوران بارداری، سونوگرافی دور شکم، طول استخوان ران و حجم مایع آمنیوتیک کمک کننده است. فراوانی مرگ و میر، عوارض قبل از تولد و مرگ داخل رحمی با گذشت هفته ۴۰ حاملگی بیشتر می شود. (۸۰ و ۷)

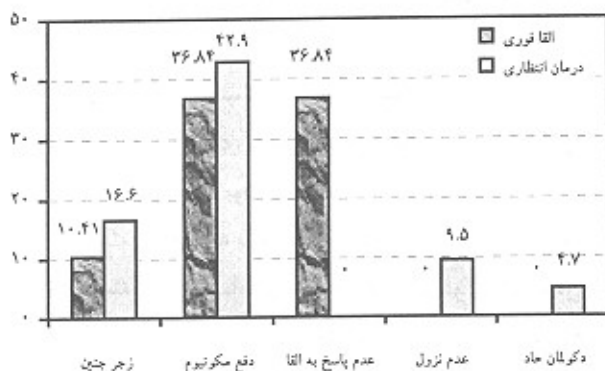
علل اصلی مرگ و میر قبل از تولد در حاملگی پس از موعد عبارت اند از : ناهنجاری های مادرزادی، عفونت دوران بارداری، خفگی در اثر جدا شدن زودرس جفت، فشار خون بارداری، زایمان طولانی همراه با عدم تناسب سرجنین با لگن مادر و کاهش رشد داخل رحمی. (۴۹) مکنونیوم در بیش از یک چهارم بارداری های بعد از موعد دیده می شود و سندرم آسپیراسیون مکنونیوم افزایش می یابد. خفگی حین زایمان و آسپیراسیون مکنونیوم در حدود سه چهارم این مرگ ها دخالت دارد و علاوه بر آن تشنج زود هنگام نوزادی در ۴ تا ۵ مورد در هزار نوزاد پس از موعد در مقایسه با ۰/۹ مورد در هزار نوزاد رسیده بروز می کند. (۵) القا زایمان، سزارین، نوزاد درشت و دیستوشی شانه نیز افزایش قابل توجهی می یابد. (۷۹)

خطرهای قبل و حین تولد جنین ناشی از کاهش مایع آمنیوتیک و فشار بر بند ناف است و ارتباط بین کاهش حجم مایع آمنیوتیک و افت تعداد ضربان قلب جنین به خوبی ثابت شده است. (۱) با توجه به افزایش مرگ و میر و عوارض قبل از تولد در حاملگی های پس از موعد، لزوم برنامه ای منطقی جهت کاهش مرگ و میر و بروز عوارض قبل از تولد در بارداری طول کشیده احساس می شود. (۵) یک راه حل منطقی ختم بارداری است. اما در مورد ارزش القا زایمان شک

فراوانی زجر جنین در دو گروه القا فوری و درمان
انتظاری به ترتیب ۵ نفر (۱۰/۴۱ درصد) و ۱۰ نفر
(۱۶/۶ درصد) بود (نمودار شماره ۱).

نمودار ۱: مقایسه علل سزارین در دو گروه مورد

مطالعه



یک مورد تب بعد از زایمان (۱/۶۶ درصد) در گروه
درمان انتظاری دیده شد ولی گروه القا وجود نداشت.
تزریق خون و مرگ مادری در هیچ یک از گروه‌ها
مشاهده نشد. متوسط مدت بستری بیمارستانی در گروه
القا فوری ۳/۸۳ روز و در گروه درمان انتظاری ۲/۶۳ روز
بود. هزینه مصرفی در گروه القا فوری ۴۱۵۶۰۶ ریال و
در گروه انتظار ۵۸۰۳۹۴ ریال بود. عوارض جنینی در
گروه القا فوری دیده نشد. ولی در گروه درمان انتظاری ۴
مورد (۶/۶ درصد) زردی، ۴ مورد عفونت و ۱ مورد (۱/۶
درصد) سپس نوزادی مشاهده شد.

عوارض قبل از تولد از جمله تشنج نوزادی، آپگار کمتر
از ۷ در دقیقه پنجم و مرگ جنین در هر ۲ گروه مورد
مطالعه دیده نشد.

وزن زمان تولد در گروه القا فوری ۳۱۸۳/۹۲ گرم و در
گروه درمان انتظاری ۳۲۲/۰۵ گرم بود که این اختلاف از
نظر آماری معنی دار نبود.

بحث و نتیجه‌گیری:

در مطالعه حاضر عوارض جنینی (تشنج نوزاد، آپگار
کمتر از ۷ دقیقه پنجم مرگ جنین) در هیچ گروهی دیده

بیماران به صورت تصادفی در دو گروه قرار
می‌گرفتند. از ۱۰۸ بیمار انتخاب شده ۶۰ نفر در
گروه درمان انتظاری و ۴۸ نفر در گروه القا فوری
قرار گرفتند.

در گروه درمان انتظاری هفته ای یک بار معاینه
لگنی جهت تعیین درجه آمادگی سرویکس و
سونوگرافی جهت تعیین حجم مایع آمنیوتیک و
هفته ای دوبار آزمون بدون استرس انجام شد.
چارت حرکت روزانه جنین بررسی و منتظر شروع
زایمان خود به خودی می شدیم (تا هفته ۴۲
حاملگی). اگر طی این مدت یکی از مسائل زیر
اتفاق می افتاد بیمار جهت القای زایمان در بخش
زایمان بستری می شد: درجه آمادگی سرویکس ۶
یا بالاتر؛ وزن جنینی بیشتر از ۴۵۰۰ گرم؛ بزرگترین
پا با مایع آمنیوتیک کمتر از ۲ سانتی‌متر؛ آزمون
بدون استرس غیرطبیعی؛ زجر جنینی؛ شروع زایمان
فعال و کاهش حرکت جنین. در صورت عدم پاسخ
به القاء، القا به صورت روزانه ۸ ساعت تا ۳ روز
ادامه می یافت. در صورتی که بعد از ۳ روز زایمان
انجام نمی شد، بیمار تحت سزارین قرار می‌گرفت.
در پایان اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون
دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها:

متوسط زمان القا زایمان در گروه القا فوری
۱۲/۴۳ ساعت و در گروه درمان انتظاری ۹/۲
ساعت بود. متوسط تعداد دفعات القا در گروه القا
۱/۳ و در گروه درمان انتظاری ۱/۰۶ دفعه بود. از
۴۸ نفر در گروه القاء فوری، ۳۹/۵۸ درصد و از ۶
نفر در گروه درمان انتظاری، ۳۵ درصد سزارین
شدند. بین سزارین به علت عدم پاسخ به القا در
گروه درمان انتظاری ارتباط آماری معنی داری
مشاهده نشد.

عوارض جنینی و مادری، از القا در هفته ۴۰ حاملگی به عنوان یک روش درمانی موثر و کم هزینه سود برد.

۱. سپاسگزاری:

از همکاری سرکار خانم دکتر رقیه شیرین کام قدردانی می‌شود.

۱. مراجع:

1. Cunningham FG, Me Donald PC, Guat NF, et al. William' s Obstetric, 20th ed, Norwalk, Appleton & Longe, 1997; 740-1
2. James M, Draycott T, Fox R. A problem solving approach obstetrics & gynecology. Philadelphia, W B Saunders, 1999; 251
3. Derek L, Iewellyn J. Fundamentals of obstetrics & gynecology. 9th ed. London, Mosby, 1999; 130
4. Gocree R, Hannah M, New son S. Cost effectiveness of induction of labor versus serial antenatal monitoring in the Canadian multicenter postterm pregnancy trial. Can Med Assoc J 1995; 152: 1445
5. Gardner M, Rouse D, Goldenberg R et al. Maternal fetal medicine and net work: cost comparison of induction of labor at 41 weeks versus expectant management in the post term pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1994; 174: 351
6. Hannah ME, Hannah WJ, Hellman J et al. Canadian multi center post term pregnancy trial group, induction of labor as compared with serial antenatal monitoring post term pregnancy. N Engl J Med 1992; 326: 1587
7. Moore H. Essentials of obstetrics & gynecology. 3rd ed, Philadelphia, W B Saunders, 1998; 90
8. Ransom SB, Dombrowski MP, Mc Neeley SG et al. Practical strategies in obstetrics & gynecology. 1st ed, Philadelphia, W B Saunders, 2000, 357
9. Scott JR, Disaia PJ, Hammond CB et al . Danforth' s obstetrics & gynecology. 8th ed, Philadelphia, Williams & Wilkins 1999, 489
10. Turrentine JE, Aviles M, Novak JS. Clinical protocols in obstetrics & gynecology. New York, Parthenon, 2000; 84

نشد. اختلافی در متوسط وزن زمان تولد یا فراوانی نسبی جنین درشت بین دو گروه دیده نشد. با آن که شیوع دفع مکونیوم در گروه درمان انتظاری حدود ده درصد بیشتر از گروه القا فوری بود ، اما اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. میزان سزارین دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت ، ولی علت سزارین در دو گروه اختلاف معنی‌داری داشت که علت آن را می‌توان به نامناسب بودن سرویکس نسبت داد. متوسط هزینه درمان انتظاری به علت هزینه بالای آزمون بدون استرس و سونوگرافی بیشتر از القا فوری بود.

تفاوت این مطالعه با مطالعه گاردنر در امریکا که ۴۴۰ زن حامله با سن حاملگی ۴۱ هفته را به دو گروه درمان انتظاری و القا فوری تقسیم نمود این است که در مطالعه مزبور عوارض حین زایمانی در گروه القای فوری به طور معنی‌داری بیش‌تر از درمان انتظاری بود. وجه اشتراک این دو مطالعه پایین بدون عوارض مشخص حین زایمانی است، به طوری که عوارضی مانند تشنج نوزاد ، آپگار کمتر از ۷ دقیقه پنجم و مرگ در دو گروه دیده نشد.^(۵) در مطالعه گوکری در کانادا که با هدف نشان دادن مقرون به صرفه بودن القای فوری در مقایسه با پایش جنینی تا زایمان انجام شد. ۱۷۰۱ زن در گروه القا و ۱۷۰۹ زن در گروه پایش قرار گرفتند. نتایج نشان داد هیچ اختلاف مشخصی در مرگ و میر قبل از تولد و بروز عوارض در نوزادان دیده نشد. البته متوسط هزینه درمان مادران انتظاری به علت هزینه بالای پایش و فراوانی آمار سزارین بیش‌تر از گروه القا بود که با مطالعه حاضر مطابقت دارد.^(۴)

متوسط مدت بستری بیمارستانی در دو گروه القا فوری و درمان انتظاری تفاوت معنی‌داری نداشت. نکته بارز در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین سزارین به علت عدم پاسخ به القا در گروه القا فوری و درمان انتظاری بود. توجیه منطقی برای این موضوع آماده نبودن سرویکس در این زنان است. بنابراین پیشنهاد می‌شود جهت جلوگیری از حاملگی پس از موعد و به دنبال آن کاهش