

دلایل ختم بارداری در سه ماهه سوم در مرکز آموزشی-درمانی هاجر شهرکرد در سال ۱۳۸۳

معصومه دل آرام (M.Sc.)^۱، فروزان رحمانی (M.Sc.)^۲، علیرضا احمدی (Ph.D.)^۳.

۱- مربی، گروه مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۲- مربی، گروه آناتومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۳- استادیار، گروه بیومدیکال، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: امروزه مشاهده می‌شود بیشتر مادران مراجعه کننده به بیمارستان جهت ختم بارداری در سه ماهه سوم، در فاز زایمانی قرار ندارند و بدون شروع انقباضات رحمی بستری می‌شوند و بارداری آنها ختم می‌گردد. با توجه به اهمیت سلامت مادران و نوزادان و نقش سزارین‌های غیرضروری، پژوهش حاضر به منظور تعیین دلایل ختم بارداری در سه ماهه سوم در مرکز آموزشی-درمانی هاجر شهرکرد انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی تعداد ۷۵۰ نفر از زنانی که جهت ختم بارداری در سه ماهه سوم در بخش زایمان مرکز آموزشی-درمانی هاجر شهرکرد طی اردیبهشت تا آذر ۱۳۸۳ بستری شده بودند، به روش تصادفی و در سه شیفت صبح، عصر و شب انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، فرم ثبت اطلاعات و چک لیست بود. از معاینه واژینال بیمار، مطالعه پرونده، مصاحبه با مادر و معاینه فیزیکی نوزاد برای تکمیل فرم ثبت اطلاعات و چک لیست استفاده شد. اطلاعات حاصل با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری T و χ^2 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $p < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

نتایج: براساس نتایج حاصل از پژوهش ۲۹۸ نفر (۳۹/۷٪) از واحدهای پژوهش به علت شروع دردهای زایمانی و ۴۵۲ نفر (۶۰/۳٪) بدون درد زایمان و به توصیه پزشک و سایر مراقبین بهداشتی-درمانی، جهت ختم بارداری مراجعه کرده بودند. در گروه اخیر در ۲۳/۲٪ افراد، مواردی مثل سزارین قبلی، تمایل به سزارین، کاهش حرکات جنین، بارداری دیررس، فشار خون بالا در مادر، جفت سرراهی، جدا شدن زودرس جفت و کاهش حجم مایع آمنیوتیک به عنوان علت اقدام به سزارین مطرح بود. میانگین امتیاز بیشاپ سرویکس در گروهی که به علت شروع درد زایمان مورد ختم بارداری قرار گرفته بودند، بیشتر از گروهی بود که بدون درد زایمان و به توصیه پزشک و سایر فراهم کنندگان مراقبت بستری و مورد ختم بارداری قرار گرفته بودند ($t=40/45$, $df=541$, $p<0/001$). ارتباط امتیاز بیشاپ سرویکس با نوع زایمان معنی‌دار بود و در افرادی که این امتیاز کمتر از ۵ بود، عمل سزارین بیشتر انجام شده بود ($\chi^2=112/9$, $df=1$, $p<0/001$). رابطه بین علت ختم بارداری و نوع زایمان پس از حذف موارد سزارین تکراری و تمایل به سزارین معنی‌دار بود و افرادی که بدون شروع درد زایمان بستری شده بودند، بیشتر تحت عمل سزارین قرار گرفته بودند ($\chi^2=64/26$, $df=1$, $p<0/001$). سن بارداری براساس تاریخ اولین روز قاعدگی بیمار (LMP) و سونوگرافی در این گروه بیشتر از گروهی بود که به علت شروع دردهای زایمانی مورد ختم بارداری قرار گرفته بودند ($t=37/0$, $df=311$, $p<0/001$). تفاوت معنی‌داری در وزن نوزادان در دو گروه وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: گرفتن شرح حال دقیق در مراقبت‌های دوران بارداری جهت تعیین سن بارداری، انجام سونوگرافی در ۲۶ هفته اول بارداری و آموزش به تمامی خانم‌های باردار در مورد زمان مراجعه به بیمارستان جهت ختم بارداری و عوارض ناشی از بستری شدن زودرس، تشکیل کمیته‌های تخصصی تصمیم‌گیری در مورد ختم بارداری در بیمارستانها و تدوین آئین‌نامه‌های خاص در این مورد، از اقداماتی است که می‌تواند در جهت جلوگیری از ختم زودرس بارداری انجام داد.

کلید واژگان: ختم بارداری، سه ماهه سوم، سزارین، زایمان، بارداری پر خطر.

مسئول مکاتبه: معصومه دل آرام، گروه مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهرکرد، رحمتیه، شهرکرد، ایران.

پست الکترونیک: mdelaram@skums.ac.ir

زمینه و هدف

براساس نتایج مطالعات اخیر تعداد کثیری از مادران مراجعه کننده به بیمارستان جهت ختم بارداری در سه ماهه سوم، در فاز زایمانی قرار نداشته و بدون شروع انقباضات رحمی بستری می‌شوند. عده‌ای از این مادران، بارداری اول خود را تجربه می‌کنند و از علائم شروع زایمان آگاهی نداشته و با مختصر درد رحمی تصور می‌کنند زایمان آنها شروع شده و با مراجعه به پزشک و یا مراکز درمانی اصرار به بستری شدن و ختم بارداری دارند.

معیار متداول در تعیین سن بارداری اولین روز آخرین قاعدگی بیمار (LMP)^۱ بوده و تخمین تاریخ احتمالی زایمان (EDC)^۲ نیز براین اساس صورت می‌گیرد. اما این تخمین به چند دلیل می‌تواند صحیح نباشد: ۱- یادآوری تاریخ موردنظر توسط زن باردار ممکن است دقیق نباشد. ۲- بعضی از زنان سیکل‌های نامرتب دارند و ممکن است بین خونریزی قاعدگی و تخمک‌گذاری، ۱۵ روز فاصله وجود نداشته باشد. ۳- بعضی از سیکل‌های ماهیانه بدون تخمک‌گذاری می‌باشند. ۴- گاهی یک خونریزی جزئی غیرطبیعی دوره‌ای خصوصاً در ماه اول بارداری وجود دارد که ممکن است به عنوان آخرین قاعدگی محسوب شود (۱). در مواردی که بیمار LMP خود را به خاطر نداشته باشد جهت تعیین سن بارداری معمولاً از سونوگرافی استفاده می‌شود. دقت سونوگرافی در این مورد تنها در ۲۶ هفته اول بارداری زیاد بوده و بعد از آن کاهش می‌یابد (۲). به نظر می‌رسد که بعضی از فراهم‌کنندگان مراقبت‌های دوران بارداری بدون در نظر گرفتن این مسائل و با تکیه بر LMP و سونوگرافی، وقتی با شکایات مادران از درد و ناراحتی‌های هفته‌های آخر بارداری و اصرار آنها برای ختم بارداری مواجه می‌شوند، آنها را جهت ختم بارداری بستری می‌نمایند. عدم توجه به این مسئله

ساده و ختم زودرس بارداری می‌تواند منجر به عمل سزارین (۳) و همینطور تولد نوزاد نارس (۴) شود که هر یک از این موارد مشکلات خاص خود را در پی دارد. وقتی مادری قبل از شروع دردهای زایمانی بستری می‌شود احتمال انجام مداخلاتی مثل استفاده از اکسی‌توسین جهت القاء زایمان در او افزایش می‌یابد که این مسئله خود می‌تواند سبب ایجاد زجر جنینی^۳ و به دنبال آن اقدام به سزارین گردد (۵،۶). در این عمل علاوه بر احتمال ایجاد عوارضی مانند حوادث بیهوشی، اشتباهات جراحی مثل آسیب به مثانه یا رکتوم، بستن حالب، آسیب‌های جنینی (۷)، زجر تنفسی جنین، عفونت زخم، خونریزی مادر (۸)، تزریق خون و واکنش‌های حساسیتی نسبت به آن، احتمال انتقال بعضی بیماریها از طریق خون نیز وجود دارد (۹). از عوارض جنینی که به دنبال بستری کردن زودرس مادر جهت زایمان ممکن است پیش آید، می‌توان به نارسی (۴) و عفونت و بستری کردن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه اشاره کرد (۱۰).

دلایل ختم بارداری در سه ماهه سوم شامل موارد سزارین قبلی، تأخیر رشد داخل رحمی جنین (۱۱)، بیماری قلبی مادر، بیماری دیابت، جفت سرراهی و جداشدن زودرس جفت، مسمومیت بارداری (۱۲)، نقائص لوله عصبی، آنانسفالی، ناهنجاری‌های اسکلتی (۱۱) و فقدان عملکرد کلیه در جنین (۱۳)، مشکلات کروموزومی، سندرم داون و هیدروپس جنینی (۱۱) می‌باشند. با توجه به موارد فوق و شیوع نسبتاً بالای ختم زودرس بارداری در شهرکرد، این پژوهش برای بررسی علل ختم بارداری در سه ماهه سوم در زنان بستری شده در بخش زنان و زایمان مرکز آموزشی-درمانی هاجر شهرکرد انجام شد.

1- Last Menstrual Period

2- Estimated Date of Confinement

3- Fetal distress

روش بررسی

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی است که از تاریخ ۸۳/۲/۱ لغایت ۸۳/۹/۱ در بخش زایمان مرکز آموزشی-درمانی هاجر شهرکرد انجام شد. کلیه مادران مراجعه کننده در سه ماهه سوم جهت ختم بارداری، جامعه این پژوهش را تشکیل دادند. تعداد نمونه با در نظر گرفتن سطح معنی داری ۰/۰۵ و دقت ۰/۰۱، ۷۵۰ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری به صورت تصادفی و در سه شیفت صبح، عصر و شب انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش فرم ثبت اطلاعات و چک لیست بود و تکمیل آنها براساس معاینه واژینال بیمار در موقع پذیرش (جهت تعیین امتیاز بیشاپ سرویکس)، کنترل سیر زایمان، مطالعه مندرجات پرونده، مصاحبه با مادران و معاینه فیزیکی نوزادان، پس از تولد صورت گرفت. سن نوزاد پس از تولد با استفاده از ۵ خصوصیت چین‌های کف پا، قطر ندول پستان، موهای سر، لاله گوش و دستگاه تناسلی تعیین شد. کلیه این موارد و تکمیل نهائی فرم ثبت اطلاعات و چک لیست توسط یک کارشناس ارشد مامائی انجام شد. اعتبار فرم ثبت اطلاعات و چک لیست از طریق اعتبار محتوی تعیین گردید. افراد دارای بارداری چندقلو از مطالعه خارج شدند. اطلاعات حاصل با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری T و χ^2 تجزیه و تحلیل شد و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که تعیین بیشاپ سرویکس، روش ارزیابی و بررسی میزان آمادگی سرویکس جهت زایمان است که ۵ فاکتور میزان اتساع^۱ و افاسمان^۲ سرویکس، قوام و موقعیت سرویکس و جایگاه عضو نمایشی را مورد بررسی قرار می‌دهد. هر کدام از این موارد امتیاز ۰-۳ را به خود اختصاص می‌دهند. در صورتیکه مجموع این امتیازات بیشتر از ۷ باشد احتمال موفقیت القاء زایمان بیشتر است.

نتایج

از ۷۵۰ مادری که در این مطالعه شرکت کردند، ۲۹۸ نفر (۳۹/۷٪) آنها به علت شروع خودبخود دردهای زایمانی و ۴۵۲ نفر (۶۰/۳٪) بدون شروع درد زایمان و به توصیه پزشک و سایر فراهم کنندگان مراقبت، مراجعه و مورد ختم بارداری قرار گرفته بودند.

۲۱/۷٪ از افراد مورد پژوهش کمتر از ۲۰ سال، ۳/۳٪ بیشتر از ۳۵ سال و بقیه در رده سنی ۲۰-۳۵ سال قرار داشتند. ۱۴/۷٪ مادران، خانه‌دار و ۷/۵٪ بیسواد بودند، اکثر نمونه‌ها تحصیلات متوسطه و ۵/۵٪ هم تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۵۲/۵٪ واحدهای پژوهش اول‌زا^۳ و ۴۷/۵٪ چندزا^۴ بودند.

در گروه بدون شروع دردهای زایمانی ۲۳/۲٪ موارد ختم بارداری به دلایلی مانند سزارین قبلی، تمایل به سزارین، کاهش حرکات جنینی، بارداری دیررس، فشار خون بالا در مادر و مشکلاتی مانند جفت سرراهی، جدا شدن زودرس جفت و کاهش حجم مایع آمنیوتیک انجام شده بود.

میانگین امتیاز بیشاپ سرویکس در زنانی که به علت درد زایمان مورد ختم بارداری قرار گرفته بودند $1/44 \pm 7/66$ و در زنان بدون درد زایمان $0/44 \pm 1/41$ بود و با انجام آزمون T تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت ($p < 0/001$, $df = 541$, $t = -40/45$). ارتباط بین امتیاز بیشاپ سرویکس با نوع زایمان نیز معنی‌دار بود و در افرادی که این امتیاز کمتر از ۵ بود، عمل سزارین بیشتر انجام شده بود ($p < 0/001$, $df = 1$, $\chi^2 = 113/99$).

۳۵/۹٪ زایمانها به روش طبیعی، ۶۲/۹٪ به روش سزارین و ۱/۲٪ هم با استفاده از وسایل کمک زایمانی انجام شده بود.

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود از ۲۹۸ مادری که به علت شروع دردهای زایمانی، بارداری آنها خاتمه

3- Primipara
4- Multipara

1- Dillatation
2- Effacement

جدول ۱- دلائل ختم بارداری بر اساس نوع زایمان در مرکز آموزشی - درمانی هاجر شهرکرد سال ۱۳۸۳

جمع		سزارین		زایمان با دستگاه		نوع زایمان		دلیل ختم حاملگی
						تعداد	درصد	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	شروع دردهای زایمانی
۲۹/۷	۲۹۸	۱۴/۹	۱۱۲	۰/۸	۶	۲۴	۱۸۰	
۶۰/۳	۴۵۲	۴۷/۹	۳۵۹	۰/۴۸	۳	۱۲	۹۰	توصیه پزشک و سایر کادر درمانی
۱۰۰	۷۵۰	۶۲/۹	۴۷۱	۱/۲	۹	۳۶	۲۷۰	جمع

(CRL) تعیین شده بود. ۲۵/۵٪ سونوگرافها در سه ماهه دوم بارداری انجام شده بود که براساس طول استخوان ران (FL)^۲ و قطر بین دو سطح خارجی استخوان آهیانه (BPD)^۳ سن جنین را تعیین کرده بودند و ۲۴٪ هم در سه ماهه اول انجام شده که با اندازه‌گیری BPD و دور شکم (AC)^۴، سن جنین را معین کرده بودند.

میانگین سن بارداری بر اساس LMP در مادرانی که به علت شروع دردهای زایمانی مراجعه کرده بودند، ۳۸/۸۱±۱/۸۳ هفته و در مادرانی که بدون شروع دردهای زایمانی و به توصیه پزشک و سایر فراهم کنندگان مراقبت بستری شده و مورد ختم بارداری قرار گرفته بودند، ۳۹/۳۳±۰/۹۳ هفته بود. انجام آزمون T تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نشان داد که در گروه دوم سن بارداری بالاتر بود ($p < 0/001$ ، $t=3/70$ ، $df=311$).

میانگین سن بارداری بر اساس سونوگرافی در گروه اول ۳۸/۶۷±۱/۸۵ و در گروه دوم ۳۹/۱۱±۱/۰۹ هفته بود. با انجام آزمون آماری T تفاوت معنی‌داری بین دو

یافته بود، ۱۱۲ نفر و از ۴۵۲ مادری که بدون شروع دردهای زایمانی و به توصیه پزشک و سایر فراهم کنندگان مراقبت بستری و مورد ختم بارداری قرار گرفته بودند، ۳۵۹ نفر به طریق سزارین زایمان کردند. ارتباط بین نوع زایمان و علت ختم بارداری معنی‌دار بود و افرادی که بدون شروع دردهای زایمان بستری شده بودند، عمل سزارین بیشتر در آنها انجام شده بود ($\chi^2=64/26$ ، $df=1$ ، $p < 0/001$). دلائل ختم بارداری بر اساس نوع زایمان در جدول ۱ خلاصه شده است.

میانگین سن بارداری در کل نمونه‌ها بر اساس LMP بعد از حذف ۱۷/۵٪ افرادی که تاریخ خود را به خاطر نداشتند، ۳۸/۹۶±۱/۵۵ هفته بود. حداقل سن بارداری ۲۸ و حداکثر آن ۴۲ هفته بود. ۳/۸٪ نوزادان بر این اساس کمتر از ۳۶ هفته سن داشتند. میانگین سن بارداری بر اساس سونوگرافی بعد از حذف ۱۶/۹٪ افرادی که سونوگرافی نداشتند، ۳۸/۷۷±۱/۶۳ هفته بود. لازم به توضیح است که ۳۳/۶٪ موارد سونوگرافها در سه ماهه اول بارداری انجام شده بود که سن جنین با استفاده از اندازه‌گیری طول تاج سر تا کفل جنین

جدول ۲- ارتباط سن حاملگی و وزن نوزاد بر اساس دلائل ختم بارداری در مرکز آموزشی - درمانی هاجر شهرکرد سال ۱۳۸۳

میانگین وزن نوزاد (بر حسب گرم)	میانگین سن حاملگی بر اساس خصوصیات فیزیکی نوزاد (بر حسب هفته)	میانگین سن حاملگی بر اساس سونوگرافی (بر حسب هفته)	میانگین سن حاملگی بر اساس LMP (بر حسب هفته)	میانگین - انحراف معیار	
				دلیل ختم بارداری	
۳۰۷۲/۹۱±۴۶۳/۷۹	۲۸/۲۷±۱/۴۲	۲۸/۶۷±۱/۸۵	۲۸/۸۱±۱/۸۳	شروع دردهای زایمانی	
۳۱۳۲/۶۱±۴۳۰/۷۹	۳۷/۸۱±۱/۰۹	۳۹/۱۱±۱/۰۹	۳۹/۳۳±۰/۹۳	توصیه پزشک و سایر فراهم‌کنندگان مراقبت	
۰/۱۲	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	P-value	

- 1- Crown- Rump Length
- 2- Femor Length
- 3- Biparietal Diameter
- 4- Abdominal Circumfrance

جنین، فشار خون بالای مادر، جفت سرراهی، جدا شدن زودرس جفت و کاهش حجم مایع آمنیوتیک انجام شده بود.

سن بارداری براساس LMP تنها در ۶۵/۴٪ افراد و براساس سونوگرافی تنها در ۶۰٪ افراد و براساس خصوصیات فیزیکی نوزاد تنها در ۴۰/۷٪ موارد بیش از ۳۸ هفته بود. هرچند در محدوده زمانی ۳۷-۴۲ هفته به جنین ترم اطلاق می‌شود (۱۴)، اما این به معنای آن نیست که جنین از هر نظر آمادگی زندگی خارج رحمی را داشته باشد. در زندگی داخل رحمی گاهی مشکلاتی برای جنین ایجاد می‌شود که ختم زودرس بارداری را اجتناب ناپذیر می‌سازد. در این مواقع وقتی سن جنین به ۳۷ هفته کامل می‌رسد، بارداری را خاتمه می‌دهند. در واقع مشکلاتی که در این سن در زندگی خارج رحمی برای نوزاد پیش می‌آید به مراتب کمتر از مشکلاتی است که در زندگی داخل رحمی ایجاد می‌شود. اما در مواردی که جنین هیچگونه مشکلی ندارد، ختم بارداری در این زمان و قبل از آن نه تنها سودی برای او ندارد بلکه مشکلات فراوانی از جمله کم وزنی، عدم رسیدگی ریه و را به دنبال خواهد داشت (۴،۱۰). از جمله آنکه هرچند که میانگین وزن نوزادان در این مطالعه ۳۰۷۹/۲۵±۶۷/۸۸ گرم بود اما ۷/۲٪ آنها کمتر از ۲۵۰۰ گرم وزن داشتند.

نتایج پژوهش نشان داد که سن بارداری براساس LMP تنها در ۵/۹٪ افراد و براساس سونوگرافی تنها در ۴/۶٪ افراد بیش از ۴۰ هفته است.

حدود ۸۳٪ خانمها در دوران بارداری مورد سونوگرافی قرار گرفته بودند. از این تعداد در ۵۹/۱٪ موارد سونوگرافی در ۲۶ هفته اول بارداری انجام شده بود که دقت انجام آن در تعیین سن بارداری در این زمان زیاد می‌باشد (۲).

معاینه فیزیکی نوزاد پس از تولد نشان داد که ۱/۱۸٪ آنها کمتر از ۳۶ هفته سن دارند. از آنجائی که

گروه مشاهده گردید که این میانگین در گروه دوم بیشتر بود ($t=۲/۹۹$, $df=۳۲۷$, $p=۰/۰۰۳$).

میانگین سن بارداری براساس خصوصیات فیزیکی نوزاد در گروه اول ۳۸/۲۷±۱/۴۲ و در گروه دوم ۳۷/۸۱±۱/۰۹ هفته بود. با انجام آزمون آماری T تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده گردید که این میانگین در گروه اول بیشتر بود ($P<۰/۰۰۱$, $df=۴۹۳/۳۵$, $t=۴/۲۱$).

میانگین وزن نوزادان در کل ۷۵۰ نمونه ۳۰۷۹/۲۵±۶۷/۸۸g بود. حداقل وزن ۱۱۰۰g و حداکثر آن ۴۴۰۰g بود. ۷/۲٪ نوزادان کمتر از ۲۵۰۰g وزن داشتند. میانگین وزن نوزاد در مادرانی که با شروع دردهای زایمانی مراجعه کرده بودند ۳۰۷۲/۹۱±۶۳g و در افرادی که بدون درد زایمان، بستری شده بودند ۳۱۳۲/۶۱±۴۳۰g بود که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. میانگین سن بارداری و وزن نوزاد براساس دلایل ختم بارداری در جدول ۲ نشان داده شده است.

از نظر جنس نوزادان متولد شده نیز تفاوتی در دو گروه مشاهده نشد و در مجموع جنس نوزاد در ۴۸/۹٪ موارد پسر و در ۵۱/۱٪ هم دختر بود. معاینه فیزیکی نوزادان پس از تولد نشان داد که ۱۸/۱٪ آنها کمتر از ۳۶ هفته سن دارند و هیچکدام از آنها خصوصیات نوزاد دیررس را ندارند.

بحث

از ۷۵۰ مادری که در این بررسی مورد مطالعه قرار گرفتند، ۲۹۸ نفر به علت شروع دردهای زایمانی و ۴۵۲ نفر بدون شروع دردهای زایمانی و به توصیه پزشک و سایر فراهم کنندگان مراقبت مراجعه و مورد ختم بارداری قرار گرفته بودند. در گروه اخیر ۲۳/۲٪ از موارد ختم بارداری به دلایلی همچون سزارین قبلی، تمایل به سزارین، بارداری دیررس، کاهش حرکات

اکسی‌توسین جهت القاء زایمان در افرادی بوده است که بدون شروع دردهای زایمانی بستری شده بودند.

مطالعات انجام شده در زمینه علل ختم بارداری در سه ماهه سوم، مسائلی همچون تاخیر رشد داخل رحمی جنین، ناهنجاری عصبی و نقائص لوله عصبی در جنین، مشکلات کروموزومی و سندرم داون (۱۱)، هیدروپس جنینی، آنانسفالی جنین، ناهنجاری‌های اسکلتی در جنین و فقدان عملکرد کلیه (۱۲) را به عنوان علل ختم بارداری در سه ماهه سوم مطرح کرده‌اند که در مطالعه حاضر هیچکدام از این علل مشاهده نشد. نتایج مطالعات انجام شده توسط رهنما و همکاران (۱۹) نشان می‌دهد که میزان عمل سزارین در زنانی که در فاز زایمانی قرار نداشته و بدون شروع انقباضات رحمی بستری شده‌اند، حدود ۵۴٪ می‌باشد در حالیکه این میزان در مورد زنانی که پس از شروع انقباضات رحمی بستری گردیده‌اند، ۲۳٪ می‌باشد. نسبت زنانی که عمل سزارین را جهت زایمان انتخاب می‌کنند طی سال‌های اخیر در انگلستان و بسیاری از کشورهای غربی روند افزایشی داشته است. نتایج بررسی‌های Alves و همکاران (۲۰) در انگلستان طی سال‌های ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۰ بیان کرد که یک دلیل مهم در افزایش انتخاب عمل توسط زنان باردار سطح زندگی آنها می‌باشد. به طوری که میزان انتخاب سزارین در زنان ثروتمند انگلیسی خیلی بیشتر از دیگر قشرهای جامعه بوده است. نتایج مطالعات Visser و همکاران (۲۱) در هلند حاکی از آن است که ۶۵٪ از پزشکان متخصص جراحی زنان و زایمان معتقد به انجام عمل سزارین انتخابی بدون دلایل پزشکی می‌باشند. این اعتقاد با افزایش سن پزشکان متخصص جراحی زنان و زایمان رابطه معنی‌داری داشته است. Woodrow تشکیل کمیته‌های تخصصی تصمیم‌گیری در مورد ختم بارداری را در بیمارستانها در ایالت ویکتوریای استرالیا در سال ۲۰۰۳ مورد بررسی قرار داده است (۲۲).

به خاطر آوردن LMP مشکل است و با توجه به اینکه حدود ۲۴٪ سونوگرافیها بعد از ۲۶ هفته اول انجام شده بود، می‌توان گفت که جهت به حداقل رساندن عوارض بارداری و زایمان در مواردی که مشکلی متوجه مادر و جنین نیست، می‌توان تا شروع دردهای زایمانی صبر کرد و اقدام به ختم بارداری ننمود. این مسئله از بعد دیگری هم قابل بررسی است و آن اینکه در مواردی که زایمان خود بخود شروع نشده است و تصمیم به ختم بارداری وجود دارد، به ناچار مادر مورد القاء زایمان قرار می‌گیرد که خود این روش می‌تواند شیوع عمل سزارین را به میزان قابل ملاحظه‌ای افزایش دهد (۱۵،۹). این عمل عوارض بسیار زیادی برای مادر به دنبال خواهد داشت. از جمله خونریزی و عفونت بیشتر و عوارض بیهوشی (۱۶) و از عوارض نادرتر آن که امروزه شیوع بیشتری یافته است، می‌توان به چسبندگی لوله‌های رحمی و در نتیجه نازائی ثانویه معلول از آن اشاره کرد. براساس یک گزارش جدید از خانمهایی که از طریق سزارین فرزند اول خود را به دنیا آورده‌اند، برای بارداری مجدد با مشکلات بیشتری مواجه هستند. در نتایج مطالعه‌ای آمده است که ۴۹٪ افرادی که قبلاً سزارین شده‌اند برای بارداری بعدی دچار مشکل شده‌اند. در حالیکه این میزان در آنهایی که زایمان قبلی طبیعی داشته‌اند ۲۲٪ بوده است (۱۷).

در ۶۲/۹٪ نمونه‌های مورد مطالعه (۴۷۱ نفر) زایمان به روش سزارین خاتمه یافته بود. منطقی است که سزارین به عنوان راهکاری برای حفظ جان مادر و نوزاد در زایمان‌های سخت مورد استفاده قرار گیرد. ولی طبق آمار سازمان بهداشت جهانی این میزان حداکثر تا ۱۵٪ قابل قبول می‌باشد و حداکثر ۱۵٪ زنان باردار هر جمعیتی قادر به انجام زایمان طبیعی نبوده و ناگزیر به انجام سزارین به عنوان یک عمل جراحی با قبول خطرات خاص هر عمل جراحی توأم با بیهوشی می‌باشند (۱۸). علت این تفاوت احتمالاً استفاده از

نتیجه‌گیری

گرفتن شرح حال دقیق در مراقبت‌های دوران بارداری، انجام سونوگرافی در ۲۶ هفته اول بارداری و آموزش به تمامی خانم‌های باردار در مراکز بهداشتی-درمانی در مورد زمان مراجعه به بیمارستان جهت ختم بارداری و عوارض ناشی از بستری شدن زودرس، تشکیل کمیته‌های تخصصی تصمیم‌گیری در مورد ختم بارداری و سزارین انتخابی در بیمارستانها و تدوین آئین‌نامه‌های خاص در این مورد، از اقداماتی است که

می‌تواند در جهت جلوگیری از ختم زودرس بارداری و تامین سلامت مادران و نوزادان، انجام داد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بدینوسیله از پشتیبانی و حمایت‌های مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهرکرد و همکاری پرسنل محترم بخش زنان و زایمان بیمارستان هاجر شهرکرد سپاسگزاری می‌نمایند.

References

- 1- Savitz D.A., Terry J.W. Jr., Dole N., Thorp J.M. Jr., Siega-Riz A.M., Herring A.H. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(6):1660-6.
- 2- Cunningham F.G., Gant N.F., Leveno K.J., Gilstrap L. C., Hauth J.C., Wenstrom K.D. *Ultrasound and doppler.* Williams obstetrics. from McGRAW-Hill company Newyork.2001;pp:1111-39.
- 3- Johnson D.P., Davis N.R., Brown A.J. Risk of cesarean delivery after induction at term in nulliparous women with an unfavorable cervix. *Am J Obstet Gynecol.*2003;188(6):1565-9.
- 4- Bailit J.L., Garrett J.M., Miller W.C., McMahon M.J., Cefalo R.C. Hospital primary cesarean delivery rates and the risk of poor neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol.*2002;187(3):721-7.
- 5- Jerbi M., Hidar S., Ammar A., Khairi H. Predictive factors of vaginal birth after cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet.*2006;94(1):43-4.
- 6- Hoffman M.K., Vahratian A., Sciscione A.C., Troendle J.F., Zhang J. Comparison of labor progression between induced and noninduced multiparous women. *Obstet Gynecol.* 2006;107 (5):1029-34.
- 7- Heinberg E.M., Wood R.A., Chambers R.B. Elective induction of labor in multiparous women. Does it increase the risk of cesarean section? *J Reprod Med.* 2002;47(5):399-403.
- 8- Seyb S.T., Berka R.J., Socol M.L., Dooley S.L. Risk of cesarean delivery with elective induction of labor at term in nulliparous women. *Obstet Gynecol.*1999;94 (4):600-7.
- 9- Maslow A.S., Sweeny A.L. Elective induction of labor as a risk factor for cesarean delivery among low-risk women at term. *Obstet Gynecol.*2000;95(6Pt1):917-22.
- 10- Dublin S., Lydon-Rochelle M., Kaplan R.C., Watts D.H., Critchlow C.W. Maternal and neonatal outcomes after induction of labor without an identified indication. *Am J Obstet Gynecol.*2000;183(4):986-94.
- 11- Dommergues M., Benachi A., Benifla J.L., des Noettes R., Dumez Y. The reasons for termination of pregnancy in the third trimester. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999;106(4):297-303.
- 12- Burrough A. Health problems complicating pregnancy. In: Burrough Arlene. *Maternity nursing. An Introduction Text.* 7th Edition. W.B saunders company. 1997;pp:366-372.
- 13- Bosma J.M., van der Wal G., Hosman-Benjaminse S. L. Late termination of pregnancy in North Holland. *Br J Obstet Gynaecol.*1997;104 (4):478-87.
- 14- Cunningham F.G., Gant N.F., Leveno K.J., Gilstrap L.C., Hauth J.C., Wenstrom K.D. *Obstetrics in Broad Perspective.* Williams Obstetrics. From McGRAW-Hill company, Newyork.2001;pp:3-13.
- 15- Yeast J.D., Jones A., Poskin M. Induction of labor and the relationship to cesarean delivery: A review of 7001 consecutive inductions. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180(3 Pt 1):628-33.
- 16- Cunningham F.G., Gant N.F., Leveno K.J., Gilstrap L.C., Hauth J.C., Wenstrom K.D. Cesarean Section and Post partum hysterectomy. *Williams Obstet.* From McGRAW-Hill company, Newyork. 2001;pp:537-563.
- 17- Porter M., Bhattacharya S., van Teijlingen E., Templeton A. Reproductive Outcome Following Caesarean Section (ROCS) Collaborative Group. Does Caesarean section cause infertility? *Hum Reprod.*2003; 18(10):1983-6. Review.

- ۱۸- شاکریان بهار. بررسی فراوانی نسبی سزارین و علل انجام آن در استان چهارمحال و بختیاری. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۳۸۳، ۶(۱). صفحات: ۶۹-۶۳.
- 19- Rahnama P., Ziaei S., Faghihzadeh S. Impact of early admission in labor on method of delivery. *Int J Gynaecol Obstet.*2006;92(3):217-20.
- 20- Alves B., Sheikh A. Investigating the relationship between affluence and elective caesarean sections. *BJOG.*2005;112(7):994-6.
- 21- Kwee A., Cohlen B.J., Kanhai H.H., Bruinse H.W., Visser G.H. Caesarean section on request: a survey in The Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;15;113(2):186-90.
- 22- Woodrow N.L. Termination review committees: are they necessary? *Med J Aust.*2003;179(2):92-4. Review.