

مرگ جنین

گردآوری:

فرخ قلی پور

کارشناس ارشد آناتومی

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی لاهیجان

جدول (۱): موارد مرگ جنین

مقدمه:

مرگ جنین تأسف بار است. برحسب وقوع آن در حاملگی های یک قلوئی و یا چندقلوئی نحوه اداره و نوع نیازهای روانی بیمار متفاوت است.

ارزیابی:

در بررسی مرگ جنین، باید مادر و جنین هر دو مد نظر قرار گیرند و تا آنجائیکه امکان داشته باشد عامل مرگ جنین مشخص شود. در آن صورت می توان احتمال وقوع مجدد و امکان پیشگیری را تعیین نمود، بعلاوه دانستن علت واقعی مرگ جنین، ناراحتی والدین را (در مورد اینکه خود را مسبب مرگ جنین می دانند) از بین می برد. تاریخچه طبی قبلی و کنونی مادر باید بطور کامل گرفته شود و معاینات فیزیکی نیز صورت گیرد، همچنین بررسیهای اولتراسوند رحمی جهت تشخیص ناهنجاریهای جنین، جفت و عقب ماندگی رشد جنین باید انجام شود.

علت های اصلی مرگ جنین در جدول (۱) نوشته شده است.

مادری:

بیماریهای سیستمیک

دیابت قندی

افزایش فشارخون: شامل افزایش فشارخون قبل از

حاملگی و افزایش فشارخون در حاملگی ناشی از

اختلالات بافت همبند

هر عاملی که سبب سپتی سمی همراه با کاهش حجم

خون گردد

جنینی:

ناهنجاریها: ساختمانی و کروموزومی

عفونت های باکتریایی، ویروسی و پروتوزوئی

بیماریهای ایمنی همولیتیک جنینی

حوادث بندناف: شامل پرولاپس، ترومبوز، گره های

بندناف و پیچ خوردن بندناف

اختلالات متابولیکی

اگر شرح حال و معاینات بیمار، علتی را مشخص نسازد باید یکسری آزمایشات اساسی قبل از زایمان انجام شود. این آزمایشات در جدول (۲) فهرست بندی شده اند. اگر زایمان در آینده نزدیک رخ نمی دهد، آمنیوسنتز جهت تشخیص عفونت جنینی و تعیین کاربوتیپ توصیه می شود. در ۱۵٪ جنین های مرده متولد شده در سه ماهه دوم حاملگی، آنومالیهای کروموزومی دیده می شود. در جنین های مرده ای که حتی به ظاهر ناهنجاری ندارند نیز باید کاربوتیپ انجام گردد. برخلاف نسوج زیرجلدی و فاشیای جنین، آمنیوسیت ها را می توان تا هفته ها پس از مرگ جنین بصورت موفقیت آمیزی کشت داد. بعد از زایمان فتوگرافی از نوزاد جهت ثبت در پرونده پزشکی و اطلاع به والدین صورت می گیرد و پس از انجام فتوگرافی اجازه انجام معاینات بعد از مرگ گرفته می شود.

مادر:

اندازه گیری فیبرینوژن بطور هفتگی و شمارش پلاکت خون در صورتیکه جنین بیش از ۴ هفته تا قبل از زایمان مرده باشد

جنین (در هنگام زایمان)

پی گیری عفونت:

کاربوتیپ (اگر قبل از زایمان صورت نگرفته باشد)
جفت (بهتر می تواند جهت کشت مفید باشد)
فیتوگرام (عکسبرداری کامل بدن)
معاینات و آزمایشات بعد از زایمان

اداره حاملگی:

پس از مرگ جنین اداره حاملگی به سن حاملگی و یک یا چند قلوئی بودن آن بستگی دارد.

جدول شماره (۲):

آزمایشات رایج و پی گیری مرگ جنین**حاملگی يك قلو:**

قبل از هفته ۱۵ حاملگی باید عمل اتساع و تخلیه صورت گیرد. این عمل را تا هفته ۲۴ نیز می توان انجام داد، در این صورت ممکن است خطر خونریزی مادر افزایش یابد، لذا احتیاط ضرورت دارد. تدبیر دیگری که شایعتر می باشد تحریک زایمان است. نحوه اداره مرگ جنین بعد از هفته ۱۵ حاملگی به علت وجود آنالوگهای پروستاگلاندینی برای تحریک لیبر تغییر یافته است. قبل از دسترسی به داروهای فوق جهت اداره حاملگی موارد زیر باید مورد توجه قرار گیرد: اولاً در بیشتر از ۹۰٪ موارد ۳ هفته پس از مرگ جنین زایمان خودبخودی رخ می دهد. ثانیاً اکسی توسین در مراحل اولیه حاملگی بی تأثیر و اغلب لیبر طولانی مشاهده می شود. همچنین تزریق داخل آمنیونی سالین هیپرتونیک یا کلوگز هیپرتونیک جهت تحریک زایمان بدلیل وقوع چندین مورد مرگ مادر توصیه نمی شود (بدلیل اثرات سمی، بروز یا تشدید اختلالات

مادر:

قند خون ناشتا یا هموگلوبین گلیکوزیله HbA_{1c}

شمارش پلاکت

فیبرینوژن

کومبس غیر مستقیم

آزمایشات سرم شناسی اختصاصی جهت عفونت های شایع

اسمیر محیطی گلبولهای قرمز جنین (آزمایش Kleihauer)

آنتی کاردیولپین

آنتی بادیهای آنتی نوکلئاز

لوپوس آنتی کوآگولانت

جنین:

کاربوتیپ

کشت مایع آمنیوتیک برای ویروس سیتومگال، باکتریهای

هوازی و غیر هوازی

متعاقباً

دسترسی و استفاده از پروستاگلاندین E و F برای القاء زایمان نیاز به انتظار را منتفی نموده است تأثیر این داروها برای القای زایمان بیش از ۹۰٪ است.

انجام زایمان مدت کوتاهی پس از پی بردن به مرگ داخل رحمی چندین فایده دارد:

اولاً موجب اتمام یک حادثه دردناک رحمی گشته، سبب می شود روند بهبود روانی آغاز گردد. ثانیاً اگر معاینات پس از مرگ، قبل از اتولیز صورت گیرد بسیار مفید است. ممکن است انواع پروستاگلاندین ها بصورت واژینال، داخل سرویکس، داخل کایوته رحم قبل از هفته ۱۴ و یا تزریق عضلانی بر حسب در دسترس بودنشان مورد استفاده قرار گیرند.

هنوز در آمریکا مصرف پروستاگلاندین E2 (شیاف واژینال) از طرف سازمان غذا و دارو (FDA) جهت ختم حاملگی بدنبال مرگ داخل رحمی بیشتر از هفته ۲۸ حاملگی مورد تصویب قرار نگرفته است. اگر اندازه رحم بزرگتر از هفته ۲۸ حاملگی باشد احتمال پارگی رحم بر اثر افزایش تحریک پذیری بیشتر می شود که اغلب بدنبال استفاده از دوز ۲۰ میلی گرم این دارو رخ می دهد. لیکن مطالعات کلینیکی ایمنی و قابلیت اعتماد این داروها را تأیید می کنند. آر^۱ و همکارانش (۱۹۷۹) اعلام نمودند که عدم توانائی پروستاگلاندین E2 در دفع محصولات مرده بارداری باید شک به وجود بارداری خارج از رحم را افزایش دهد، آنها چهار مورد از چنین تجربه ای را ذکر کردند. عوارض عمومی مصرف پروستاگلاندین ها شامل تهوع، استفراغ، تب و تاکیکاردی است.

حاملگی چندقلوئی:

اداره مطلوب حاملگی های چندقلو با یک جنین مرده، نامشخص است. میزان بروز این عارضه کم است (کمتر از ۱٪ کل حاملگی های دوقلوئی) ولی میزان پره مجوریتی و

انعقادی بدنبال تزریق سرم هیپرتونیک به داخل مایع آمنیوتیک، لذا علیرغم فشار قابل توجه اجتماعی برای انجام سریعتر زایمان روش مشاهده (انتظار) بهترین انتخاب است. مشکل عمده این روش آن است که ۲۵٪ خانم هائیکه بعد از هفته ۲۰ حاملگی مرگ جنینی داشتند و جنین مرده آنها بیشتر از ۴ هفته در رحم باقی می ماند، دچار اختلالات انعقادی خونی با درجات مختلف کاهش فیبرینوژن، پلاسمینوژن، آنتی ترومبین III، پلاکت ها و افزایش محصولات تخریب فیبرین (FDP) گردیدند. علت اختلالات انعقادی بطور قطع مشخص نشده است. شیوع اختلالات انعقادی با افزایش زمان تأخیر در تولد جنین مرده افزایش می یابد ولی کمتر از ۲٪ این زنان دچار مشکلات هموراژیک می شوند. خوشبختانه این اختلالات داخل عروقی خفیف و مزمن با تجویز دوز پایین هپارین بهبود می یابند. معمولاً بعد از درمان اختلالات انعقادی حتی با سرویکس نامساعد القای زایمان انجام می گیرد.

جدول (۳):

نحوه اداره زایمان بدنبال مرگ جنین در حاملگی یک قلوئی

کمتر از هفته ۱۵ حاملگی:

پروستاگلاندین (بین هفته ۱۵-۱۲ حاملگی)

دیلاتاسیون و تخلیه

بین هفته های ۱۵-۲۸ حاملگی:

پروستاگلاندین ها

بعضی از مراکز تا هفته ۲۰ حاملگی از روش دیلاتاسیون و

خارج نمودن جنین بصورت تکه تکه استفاده می کنند

بیشتر از هفته ۲۸ حاملگی:

اگر سرویکس مناسب باشد، اکسی توسین و پاره کردن

کیسه آب

اگر سرویکس نامناسب باشد:

- لامیناریا

- پروستاگلاندین

1- Or etal

وقوع سندرم این موضوع باشد، زایمان قبل از ترم جهت جلوگیری از مرگ قل زنده خیلی دیر است و فقط مشکلات نارس بودن را به مشکلات دوره نوزادی اضافه می کند. در حاملگی منوکوریونیک بقاء قل زنده به خصوص طی ۷ روز پس از مرگ یکی از قل ها دقیقاً باید مورد توجه قرار گیرد. در حاملگی های دو تخمی احتمال خطر مرگ در قل زنده بدنال مرگ قل دیگر کمتر از ۵٪ است بنابراین با انجام زایمان زودتر از هفته ۳۶ حاملگی تنها به دلیل مرگ یکی از قل ها موافقت نمی شود. در صورت ادامه حاملگی ممکن است اختلالات انعقادی مادری رخ دهد. بنابراین باید بصورت هفتگی بعد از ۴ هفته تأخیر در دفع جنین، بررسی فیبریونژن و ترومبوسیت خون انجام گردد. از آنجائیکه بروز اختلالات فوق در حاملگی های دوقلو به اندازه حاملگی های یک قلوئی بالاست، همان درمان مؤثر است. تجویز دوز پائین هپارین ۱۰۰۰/۳۰-۱۰ واحد در چند نوبت منقسم بصورت زیرجلدی جهت افزایش فیبریونژن خون کافی بنظر می رسد. نیاز به هپارین موقتی است و معمولاً می تواند ۶-۸ هفته بعد از عدم عود هیپوفیبریونژنمی قطع شود.

جدول (۴):

خلاصه ای از اختیارات سرپرستی برای حاملگی چندقلویی بایک قل مرده

- * کوریونوسیتی (مونویا دی کوریون بودن) بوسیله اولترا سوند
- * جستجوی علت مرگ و ثابت کردن اینکه قل زنده تحت تأثیر قرار نگرفته
- * اندازه گیری مداوم فیبریونژن و شمارش پلاکت خون
- * استفاده از دوز پائین هپارین ۱۰۰۰/۳۰-۱۰ واحد روزانه در چند دوز منقسم طبق نیاز فردی
- * زایمان در صورت وجود شواهد به مخاطره افتادن جنین و یا بعد از هفته ۳۶-۳۷ حاملگی

مرگ نوزادی در نوزادان زنده مانده بالا است. میزان مورتالیتی پرناتال با افزایش تعداد قل ها افزایش می یابد. همچنین این میزان در منوزایگوتهای دوبرابر بیشتر از دی زایگوتهاست. چندین فاکتور باید مدنظر قرار گیرد: اولاً آیا همان علتها یا محرکهائی که سبب مرگ یک جنین شده مثل عفونت ها و بیماریهای سیستمیک مادرزادی می تواند سبب آسیب سایر قل ها شود؟ اگر چنین باشد آیا ادامه حاملگی از راه طولانی کردن تماس عامل بیماریزا با جنین های زنده نتیجه را بدتر نخواهد کرد؟

در مجموع تصمیم گیری آگاهانه نیاز به دانستن علت مرگ دارد و باید در هر مورد جداگانه تصمیم گیری شود، ثانیاً در دوقلوهاییکه یک قل مرده است آیا قل زنده در معرض خطر بیشتری قرار دارد (نسبت به حاملگی های دوقلوئی با قل های زنده)؟ منویا دی کوریونیک بودن جنین های دوقلو حائز اهمیت است زیرا احتمال زنده بودن جنین در موارد دی کوریونیک زیادتر می باشد. در قل زنده حاملگی های منوکوریونیک با یک جنین مرده سندرمی گزارش گردیده که شامل: نکروز قشری کلیوی دوطرفه، انسفالومالاسی مولتی کیستیک، ناهنجاریهای ساختمانی معده ای- روده ای و بیماریهای انعقادی منتشر داخل عروقی می باشد. این اختلالات متنوع می توانند از آمبولی ترومبوپلاستیک نکروتیک از طریق آناستاموز جفتی از جنینی به جنین دیگر ناشی شده باشند، اگر چنین باشد زایمان قل زنده بلافاصله بعد از تشخیص مرگ قل دیگر عاقلانه به نظر می رسد. با توجه به اینکه مدرکی برای بیماریهای انعقادی جنینی قبل از تولد وجود ندارد و مدرک وقوع آمبولی نکروتیک ضعیف است و همچنین در نوزادان زنده حاملگیهای منوکوریونیک که مرگ یک قل را به همراه نداشته اند این سندرم گزارش گردیده است. بنابراین عوامل بالقوه دیگری وجود دارد که می تواند منجر به ترومبوز گردد. به احتمال زیاد کاهش فشار ناگهانی بدنال مرگ یکی از قل ها در حاملگی های دوقلوئی ممکن است بدلیل پیوندهای عروقی وسیع اتفاق افتد. اگر مکانیسم

توجهات روحی از والدین:

بسیاری از بیمارستانها یک مشاور حمایتی جهت افسردگی و یا یک روانشناس در تیم پره ناتال دارند. اعتقادات مذهبی می تواند به بیمار کمک کند. همسر بیمار تشویق شود که طی زایمان و بعد از زایمان جهت حمایت بیمار در کنار وی باشد. اگر در حاملگی زمان کافی وجود دارد بیمار باید به مواظبت و نگهداری از نوزاد ترغیب شود. پس از تولد اثر پاپا و انگشت نوزاد گرفته شود و والدین تشویق به نامگذاری گردند. عکسبرداری از نوزاد مفید است در هنگام ترخیص از بیمارستان قرار ملاقات بعدی جهت ویزیت مجدد تعیین شود. بعضی از مراکز زن و شوهر را برای یک مشاوره ابتدائی در ۱-۲ هفته آینده هنگامیکه نتیجه کالبد شکافی مشخص گردید ملاقات می کنند. بحث و تبادل نظر جامع باید در ۳-۶ ماه آینده بوقوع پیوندد. نتایج کل مطالعات انجام شده مرور می شود و والدین فرصت می یابند تا هر نوع سوآلی که می خواهند مطرح کنند. اگر علت مرگ ثابت شده باشد عوارض آن باید در حاملگی های بعدی مورد بحث قرار گیرد.

خلاصه ای از نحوه اداره مرگ جنین

تشخیص

جدس بالینی

تأیید بوسیله اولتراسوند

ارزیابی

به جدول ۲ مراجعه کنید

نحوه اداره

حاملگی یک قلوئی:

پیشنهاد ختم حاملگی (به جدول ۳ مراجعه کنید)

کنترل سریال وضعیت انعقادی (بعد از ۴ هفته تأخیر دفع

جنین)

در صورتیکه والدین بخواهند منتظر بمانند عجله در زایمان

نمائید

حاملگی چندقلوئی:

به جدول ۴ مراجعه کنید

حمایت روحی

استفاده از سرویس مشاوره در صورتیکه در دسترس باشد

حمایت گروهی

حمایت بوسیله همسر، اعضای خانواده یا دوستان در

هنگام زایمان

دیدن، نگهداری، نامگذاری نوزاد، فتوگرافی، ثبت اثر

کف پای انگشتان

کتاب خاطرات

مراسم رسمی دفن جسد (مرده شورخانه، سوزاندن، دعا

کردن و غیره)

پی گیری

منابع:

- ۱- کاتینگهام، مک دانلد؛ اقصی. بارداری و زایمان ویلیامز، ترجمه: ملک منصور؛ وحید دستجردی ج: ۱ و ۲، نشر اشتیاق؛ ۱۹۹۷
- ۲- صالحی. مهرداد و پاکدل. فرزاد؛ کارنت زنان، ناشر: نشر و تبلیغ بشری، چاپ اول، تهران ۱۳۷۶.
- ۳- حبیب زاده. ساسان و محمدی. عسگر، مامائی و بیماریهای زنان (ویلسون)، ناشر: انتشارات دانش پژوه، چاپ اول: ۱۳۶۸.
- ۵- مظفر. ناهید، مجموعه مقالات «سمینار یکروزه چندقلوئی»، کمیته تحقیق و پژوهش دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمان استان زنجان، سوم آبان ماه ۱۳۷۲.

4- Dk James. Pjsteer. CP Weiner. B Gonir, High Risk pregnancy, W.B. Saunders company LTD, 1997.