

تعویق زایمان در حاملگی های چندقلویی همراه با پارگی زودرس پرده ها در سه ماهه دوم

مترجم:
آذر وظیفه شناس
کارشناس مامایی
مربی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

جنین هائی که زایمان آنها به تعویق افتاد ($26/7 \pm 6/8$) هفته بود. میانگین وزن جنین هائی که ابتدا متولد شدند (306 ± 149 گرم) و در جنین هائی که تعویق در زایمان داشتند (1029 ± 947 گرم) بود ($p=0/05$). ضمناً میانگین ادامه حاملگی بطور متوسط ۸ تا ۱۱۴ روز بود.

نتیجه نهائی: استفاده از روشهای مداخله ای مثل داروهای توکولیتیک، آنتی بیوتیک و دوختن دهانه رحم بعد از زایمان قل اول برای تعدادی از حاملگیهای چندقلو با پارگی زودرس پرده ها در سه ماهه دوم یک اقدام معقولانه محسوب می گردد.

پارگی زودرس پرده ها قبل از هفته ۲۶ حاملگی در ۱/۳۷٪ حاملگی های دوقلو دیده می شود و شیوع آن

پارگی زودرس پرده ها در حاملگی های چندقلو در طول سه ماهه دوم، پیش آگهی بسیاربدی دارد که منجر به مرگ تعداد زیادی از جنین ها در اثر زایمان زودرس می شود.

طرح مطالعه: در این مطالعه از روشهای دوختن دهانه رحم، تجویز داروهای توکولیتیک و آنتی بیوتیک ترابی پس از زایمان واژینال قل اول در ۸ بیماری که حاملگی چندقلوئی داشتند متعاقب پارگی پرده ها انجام شده و زندگی رحمی جنینهای باقیمانده ادامه پیدا کرد.

نتایج: در ۵ مورد از ۸ حاملگی که ۴ تای آن دوقلو و یک مورد سه قلو بود، زندگی ۶ جنین ادامه پیدا کرد. میانگین سن حاملگی جنین هایی که ابتدا متولد شدند ($19/6 \pm 2/6$ هفته) و میانگین سن حاملگی در

زایمانی بوسیله تجویز وریدی ۲۵۰ میلی گرم تربوتالین متوقف شد. بند ناف جنین زایمان شده در بالاترین حد امکان قطع و بسته شد و دهانه رحم سرکلاژ گردید. بمدت یک هفته بعد از زایمان تجویز داخل وریدی آنتی بیوتیک صورت گرفت و حاملگی بمدت ۱۱۴ روز دیگر به تعویق افتاد و جنین دوم زنده و سالم متولد گردید. پاسخ مثبت این بیمار به درمان منجر شد تا برای تعویق زایمان در ۸ بیمار با حاملگی چندقلو و پارگی زودرس پرده ها قبل از هفته ۲۴ حاملگی اقدام گردد.

روش تحقیق: ۸ بیمار که ۶ نفرشان حاملگی

دوقلو و ۲ نفر حاملگی ۳ قلو داشتند مورد معالجه قرار گرفتند. میانگین سن آنها ۲۷/۶ سال (بطور متوسط ۲۰-۳۵ سال) بود و ۶ نفر از آنها زایمان قبلی نداشتند. در همه بیماران، پارگی زودرس پرده ها بوسیله تجمع مایع آمنیوتیک در واژن، تست های نیترازین و فرن و کاهش مایع آمنیوتیک در اطراف قل اول با سونوگرافی تشخیص داده شد. در صورتی که در بررسی سونوگرافی، ۲ جفت مجزا، دو جنین غیرهم جنس، کیسه آمنیوتیک بیش از ۳ لایه و با ضخامت پرده ها بیش از ۳ میلی متر ملاحظه گردید، هر جنین دارای کوریون مجزا و متعلق به خود بود.

دردهای زایمانی برای اولین قل در ۶ بیمار بطور خودبخودی و در ۲ بیمار (یک مورد بدلیل پرولاپس بند ناف و دیگری پرولاپس پای جنین) با اینداکشن ایجاد شد که در تمام موارد بند ناف جنین زایمان شده بعد از بستن با نخ در بالاترین حد امکان درون دهانه رحم قطع و دهانه رحم بوسیله چند بخیه تا حد امکان نزدیک به بن بست واژن، بصورت یک کیسه بسته شد که در چهار بیمار از ۵ بخیه با نخ سیلک و در ۴ بیمار دیگر از بخیه دوتائی (پرولاپس) استفاده گردید. در

در حاملگیهای چندقلو با جنین های بیشتر احتمالاً مشابه می باشد.

پس از یک فاز نهفته که بطور متوسط بمدت ۱/۱ روز بطول می انجامد جنین با پارگی پرده هامتولد می شود و قل های دیگر بدنبال القاء زایمان یا بطور خودبخودی متولد می گردند.

زایمان قل اول با پارگی پرده ها پس از یک فاز نهفته که بطور متوسط ۱/۱ روز طول می کشد انجام می گیرد و قل های بعدی بدنبال القاء زایمان یا بطور خودبخود متولد می شوند. بعد از زایمان قل اول با پارگی پرده ها معمولاً زایمان قل های دیگر با پرده های سالم، بعلت عدم توقف انقباضات رحمی در زایمان قل اول صورت می گیرد. در بعضی بیماران بعد از زایمان جنین اول، فعالیت رحمی متوقف می شود. در این حالت بدلیل ناکامل بودن زایمان، احتمال خطر عفونت داخل رحمی وجود دارد بنابراین با استفاده از اکسی توسین، زایمان القائی برای تسریع تولد جنین های باقیمانده انجام می شود. مقالات اخیر، بیانگر تلاش محققین جهت طولانی کردن فاصله بین پارگی زودرس کیسه آب (قبل از ترم) و زایمان جنین اول در حاملگی های چندقلویی می باشد. در سال ۱۹۹۲ در این زمینه، مطالعه ای منتشر شده است که خلاصه ۲۶ مقاله^۱ در باره ۲۸ حاملگی با ۶۵ جنین می باشد که ۹ تای آنها سه قلو و ۱۹ تا دوقلو بوده است. در بیش از ۵ مقاله ۴۱ مورد تعویق زایمان گزارش شده که ۹ مورد آن سه قلو و ۳۲ مورد دوقلو بودند.

در سال ۱۹۸۴ برای اولین بار در یک زن سفید پوست ۳۲ ساله (حاملگی ۵ و زایمان صفر) با حاملگی دوقلو در هفته ۲۰/۵ حاملگی پارگی زودرس کیسه آب مشاهده شد. بعد از ۱۰ روز درمان انتظاری پرولاپس بند ناف در اولین جنین اتفاق افتاد و متعاقب آن زایمان خودبخودی شروع شد.

برای تأخیر زایمان جنین دوم، از بیمار رضایت نامه دریافت گردید و بعد از زایمان جنین اول، دردهای

علیرغم نیاز به اقامت طولانی در بخش مراقبتهای ویژه نوزادی، نتیجه درمان نسبتاً موفق محسوب می شد. و در صورت وقوع مرگ دوران نوزادی، نتیجه ناموفق تلقی می گردید.

نتایج: قل های اول بدنیا آمده شامل ۵ پسر و ۴ دختر بود که ۶ جنین در هنگام تولد مرده بدنیا آمده بودند و ۲ جنین کمی بعد از تولد مردند. در تمام موارد علت مرگ نارسى شدید بیان شد.

میانگین فاصله بین اولین زایمان و زایمان تأخیری حداقل ۸ روز و حداکثر ۱۱۴ روز بود. در ۵ نفر از ۸ بیمار نتیجه کشت دهانه رحم از نظر استرپتوکوک B منفی بود.

در جدول شماره I و II مقایسه بین سن حاملگی و وزن تولد جنین هایی که ابتدا متولد شده اند و جنین هایی که بعداً زایمان شدند آمده است:

جدول I:

سن حاملگی در موقع زایمان

قل های دیگر (هفته)	قل اول (هفته)
۲۲	۲۱
۱۸	۱۵
۲۷	۲۳
۲۴	۱۸
۲۲	۲۱
۲۸	۱۹
۳۵	۱۸
۳۸	۲۲
۲۶/۷±۶/۸*	۱۹/۶±۲/۶*

$$P=0/01$$

*Mean±SD

سه بیمار آخری ۲ تا ۳ بخیه ساده عمودی از پرولن صفر نزدیک لبه خارجی باز دهانه رحم زده شد. همه بیماران داروهای توکولیتیک دریافت کردند. به ۶ بیمار تربوتالین ۲۵۰ میلی گرم بصورت داخل وریدی بلافاصله بعد از زایمان قل اول و یک دوز ۵۰/۲ میلی گرم خوراکی هر ۶-۴ ساعت (در صورت نیاز) تجویز شد. در دو بیمار، فعالیت رحمی بعد از زایمان قل اول بطور خودبخود متوقف گردید. همه بیماران بمدت ۴۸-۷۲ ساعت بعد از بستن دهانه رحم، هر ۶ ساعت ۲۵ میلی گرم ایندومتاسین خوراکی دریافت کردند.

آنتی بیوتیک مناسبی با طیف وسیع که بر ضد میکروبهای گرم منفی، گرم مثبت و بی هوازی موثر باشد انتخاب و حداقل یک هفته بعد از زایمان اولین جنین بصورت داخل وریدی استفاده شد. همه بیماران با شمارش روزانه گلبولهای سفید خون و سه نفر از آنها با اندازه گیری روزانه CRP پیگیری شدند. بیماران بمدت ۴۸-۲۴ ساعت بعد از زایمان اولین جنین استراحت مطلق داشتند و از یک هفته بعد از زایمان تا زمان ترخیص، بتدریج فعالیت آنها افزایش یافت. سه نفر از بیماران تا زمان زایمان جنین یا جنین های باقیمانده در بیمارستان ماندند.

همه بیماران بعد از ترخیص هر ۱-۲ هفته یک بار ویزیت می شدند. رشد جنین بوسیله اولتراسونوگرافی سریال، هر ۴ هفته یکبار ارزیابی می شد، حجم مایع آمنیوتیک به فواصل کمتر از دو هفته، بوسیله اولترا سونوگرافی بررسی و بعد از زایمان جنین های باقی مانده، برای رد رحم دوشاخ، معاینه دستی انجام می گرفت. در صورتی نتیجه درمان کاملاً موفق در نظر گرفته می شد که جنین یا جنین های باقیمانده در رحم در ترم یا نزدیک ترم زایمان شوند و به بخش نوزادان عادی منتقل گردند و مشکلات دوران نوزادی نداشته و با مادرشان مرخص شوند. چنانچه جنین (جنینها) بدون نقص عمده عصبی، ریوی، چشمی و شنوایی بودند،

و پلک های به هم چسبیده داشت و برای تلاش های احیاء خیلی نارس بود. همه بچه هایی که زنده ماندند، آپگار دقیقه اول < 5 و آپگار دقیقه پنجم ≤ 7 داشتند. ۲ تا از چهار نوزادی که زنده ماندند، از یک حاملگی سه قلو و دو تای دیگر از یک حاملگی دو قلو بودند و نیاز به اقامت طولانی در بخش مراقبت های ویژه نوزادی داشتند. میانگین اقامت در بخش مراقبت های ویژه نوزادی برای این نوزادان $83/7$ روز با حداقل و حداکثر ۶۶ و ۱۲۲ روز بود. آنها مکرراً در دوران اقامت در بخش مراقبت های ویژه دچار مشکلات نوزادی، که گاهی خیلی شدید بود می شدند. همه این نوزادان مبتلا به بیماری هیالن، آپنه، کاهش فشار خون و هیپر بیلی روبینمی شدند. مشکل مهم مادری در این مطالعه مشاهده نشد. در یک بیمار آندومتريت بعد از زایمان گسترش پیدا کرد که به آسانی با آنتی بیوتیک برطرف شد. ۵ نفر از ۸ بیمار بعد از تأخیر زایمان، حاملگی طبیعی داشتند.

نتیجه گیری: در حاملگی های چندقلو در نیمه دوم حاملگی، پارگی زودرس پرده ها بعد از مدت نسبتاً کوتاهی بطور طبیعی به زایمان همه جنین ها منجر می شد. این حالت در بیشتر بیماران اتفاق می افتد و زایمان قل اول ادامه یافته و به زایمان جنین های باقیمانده ختم می شود و در تمام بیمارانی که بعد از زایمان قل اول فعالیت رحم متوقف می گردد میزان عفونت های افزایش یافته و کوریو آمینیوتیت شدید قابل توجه است و بیشتر متخصصین این عامل را دلیل افزایش زایمان جنین های باقیمانده در نظر می گیرند. بنابراین ادامه حاملگی بعد از زایمان قل اول در حاملگی های چندقلو نادر است. این موارد نتیجه تلاش گروهی برای افزایش فاصله بین زایمان در بیمارانی که حاملگی چندقلو با پارگی زودرس پرده ها در سه ماهه دوم داشتند، می باشد. اگر چه تفاوت هایی در سن حاملگی، تعداد جنین ها، نوع

جدول II:

وزن در هنگام تولد

قل های دیگر (گرم)	قل اول
۶۰۰	۵۲۰
۱۱۹ و ۱۳۹	۱۸۰
۷۵۰*	۴۸۰
۵۲۰*	۱۴۹
۴۰۰	۳۶۰
۱۲۶۰* و ۱۳۵۰*	۲۱۵
۲۰۴۰*	۱۵۷
۳۱۲۰*	۳۹۰
$1029 \pm 947^+$	$318 \pm 141^+$

$P=0/05$

جنین هایی که زنده مانده اند*

+Mean $\pm$ SD

۱۰ جنین باقی مانده در رحم با علت پارگی کیسه آب (۶ نفر) و کوریو آمینیوتیت (۲ نفر) و زایمان زودرس (۲ نفر) زایمان نمودند، که ۶ بیمار زایمان واژینال داشتند و در ۲ نفر سزارین انجام شد. علت سزارین در یکی از آن موارد زجر جنینی (مشخص شده با مانیتور الکتریکی) و در دیگری پرزانتاسیون غیر طبیعی و نارس بودن جنین بود. از ۵ پسر و ۵ دختر متولد شده، ۳ جنین مرده بدنیا آمده و بقیه مدت کوتاهی بعد از تولد مردند. دو تا از جنین های مرده بدنیا آمده، دو قلو بودند که در اصل از یک حاملگی سه قلو و در هفته ۱۸ بدنیا آمدند، دیگری جنین ۴۰۰ گرمی بود که در هفته ۲۲ متولد گردید. جنینی که مدت کوتاهی پس از تولد فوت کرد و در هفته ۲۲ متولد شده بود، ۶۰۰ گرم وزن

زنده و فعال بودن جنین های باقیمانده صورت گیرد.

۷- درمان آنتی بیوتیکی و وسیع الطیف داخل وریدی قبل از زایمان قل اول شروع گردد و تا طبیعی بودن سطح CRP و شمارش گلبول های سفید خون ادامه یابد.

۸- توکولیتیک خوراکی با ایندومتاسین و همچنین یک B آدرنژیک یا متوقف کننده کلسیم بلافاصله پس از اینکه بیمار قادر به خوردن باشد، شروع شود. ایندومتاسین بمدت ۴۸-۷۲ ساعت داده شود و توکولیتیک دیگر تا چند روز اول یابد.

منابع:

- 1- Fernando Arias, MD, PHD,
- 2- delayed delivery of multifetal pregnancies with premature rupture of membranes in the second trimester.
- 3- "Amj obstet gynecol".
- 4- volume 170, Number 5, part 1. (1994, 170:1233-7).
- Fernando Arias, "Delayed delivery of multifetal pregnancies with premature rupture of membranes in the second trimester". Amj Obstet Gynecol, no 170, 1994, pp:1233-37.

آنتی بیوتیک، نوع توکولیتیک و سوجورهای استفاده شده در مادر وجود دارد، اما در این بیماران وجود تشابه اساسی مثل نوع تشکیل جفت، عدم حالتهای غیرطبیعی آناتومیکی در رحم، اولین زایمان در سه ماهه دوم حاملگی طیف وسیع پوشش آنتی بیوتیکی، استفاده از توکولیتیک و سرکلاژ نیز وجود دارد.

نتیجه گیری ما از این تجربیات محدود این است که تلاش برای تعویق زایمان در حاملگی های چندقلو بجا و احتمالاً با شرایط زیر موفقیت آمیز خواهد بود.

- ۱- سن حاملگی ۱۸-۲۶ هفته باشد.
- ۲- هر جنین دارای جفت جدا باشد.
- ۳- برنامه ریزی کنترل بیمار قبل از زایمان قل اول انجام شده باشد.

۴- احتمال عفونت داخل آمنیون کم باشد که این امر با عدم افزایش غلظت CRP و شمارش WBC بطور ایده آل تر با منفی بودن رنگ آمیزی گرم مایع آمنیوتیک نشان داده می شود.

۵- داروی توکولیتیک داخل وریدی تریوتالین یا سولفات منیزیم بلافاصله بعد از زایمان جنین اول شروع شده باشد.

۶- فاصله بین زایمان قل اول و سرکلاژ دهانه رحم در حداقل زمان ضروری بعد از اطمینان از توقف فعالیت رحم، عدم جداشدن جفت و