



سندرم آسپیراسیون مکنونیوم

يك مطالعه شش ساله گذشته نگر

* سیما مهدی زاده تهرانی - فروزان مهدیان

ممکن است با علائم بالینی شبیه تاکی پنه زودگذر در نوزاد، عفونت های ریوی و سندرم دیسترس تنفسی (RDS)¹ تظاهر کنند، برای تشخیص آن ملاک های قطعی به شرح زیر در نظر گرفته شده است :

۱ - وجود مکنونیوم درنای هنگام تولد همراه با تاکی پنه اما بدون شواهد عفونت .

۲ - رادیوگرافی قفسه سینه با تظاهرات مشخص آسپیراسیون مکنونیوم اما بدون هیچگونه شواهدی از وجود مکنونیوم در تراشه یا عفونت ثانویه ریوی .

۳ - تایید بافت شناسی (هستولوژی) در مورد وجود مکنونیوم در آلوتل هنگام اتوپسی .

1. Respiratory Distress Syndrome

سندرم آسپیراسیون مکنونیوم هنوز به عنوان يك عامل بالقوه مرگ در نوزادان محسوب می شود . بررسی حاضر نشانگر آن است که این سندرم روبه افزایش است .

سندرم آسپیراسیون مکنونیوم بین سالهای ۱۹۸۶-۱۹۸۱ از طریق بررسی مدارک پزشکی تمام نوزادان بستری در " بخش مراقبت ویژه "، مورد مطالعه قرار گرفت .

این بررسی دریکی از بیمارستانهای انجام شد که در آن نوزادان فقط تحت مراقبت های اولیه قرار داده شده و نیاز به درمان خاصی نداشتند .

در این بخش مدارکی دال بر آلودگی مکنونیومی مایع آمنیوتیک هنگام زایمان وجود داشت . از آنجایی که سندرم آسپیراسیون مکنونیوم



علاوه بر نوزادانی که دارای علائم مشخصه سندرم آسپیراسیون مکنونیوم بوده‌اند، گروهی نیز مشکوک و تایید نشده می‌باشند. این نوزادان که با مایع آمنیوتیک آلوده به مکنونیوم بدنیا آمده بودند، دارای تاکی پنه و فاقد عفونت بوده، اما در هنگام تولد، درنای (تراشه) مکنونیوم نداشته و رادیوگرافی سینه آنها نیز مثبت نبوده است.

این گروه بعنوان سندرم آسپیراسیون مکنونیوم بدون علامت طبقه بندی شدند.

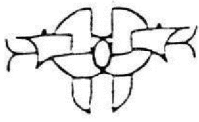
۲۸۲۹۵ نوزادی که در دو بیمارستان در طی دوره ۶ ساله متولد شده بودند، تحت بررسی قرار گرفتند. در طول این مدت، ۷۲ نفر از این نوزادان مبتلا به سندرم آسپیراسیون مکنونیوم شده بودند (۶۷ نفر هنگام تولد مکنونیوم در تراشه داشتند). در ۴ مورد تشخیص بوسیله رادیوگرافی داده شده و در یک مورد اتوپسی انجام گرفت که همگی نشانگر میزان شیوع یک در ۵۲۳ و یا ۰/۲٪ می‌باشد. ضمناً ۱۹ نوزاد با سندرم آسپیراسیون مکنونیوم بدون علامت بالینی دیده شد که مکنونیومی در تراشه آنها وجود نداشت ولی بعداً " دچار تاکی پنه شدند.

تنها ۴ کودک از دو گروه، دارای وزن کمتر از ۲/۵ کیلوگرم بودند و همه حاملگی‌ها به استثنای یک مورد ۳۸ هفته کامل بودند. متوسط آپگار ثبت شده در گروه آسپیراسیون مکنونیوم در دقیقه پنجم ۷/۴ بود. از ۷۲ نوزاد مبتلا، ۴۲

نفر (۵۸٪) احتیاج به اکسیژن داشتند که از اینها ۲۳ نفر (۵۵٪) نیاز به تهویه داشتند. متوسط دوره اقامت این نوزادان در بخش‌های مراقبت ویژه یا بخش مراقبت‌های اولیه ۶/۱ روز بود از این تعداد ۶ نوزاد درگذشتند (سه پسر و سه دختر). میزان مرگ و میر یک در ۱۲ (۸/۳٪) بود در گروه بدون علامت مرگ و میر وجود نداشت. متوسط طول اقامت در بخش‌های مراقبتی ۴/۹ روز بود.

میزان مرگ و میر در این ۷۲ کودک مبتلا به سندرم آسپیراسیون مکنونیوم ۸/۳٪ بود. بررسی‌ها نشان می‌دهد حتی با خارج نمودن ترشحات دهان و خلق و بینی بلافاصله پس از خروج سر نتوانسته‌اند در همه موارد از وقوع این سندرم و پنومونی ناشی از آن جلوگیری کنند. دلایلی وجود دارد که مکنونیوم می‌تواند قبل از زایمان و در طول زایمان آسپیره شود. هیپوکسی داخل رحمی جنین منجر به نفس زدن شده که خود باعث آسپیراسیون مکنونیوم می‌گردد، مخصوصاً " جنین Post Mature بیشتر مستعد آسپیراسیون مکنونیوم در رحم می‌باشد. باید توجه داشت، وقتی مایع آمنیوتیک جنین P.M آلوده به مکنونیوم است، زایمان بطریق سزارین مطمئن‌تر از زایمان واژینال است.

عوارض آسپیراسیون مکنونیوم غالباً " مشکل آفرین است. زیرا بیشترین موارد آن در نوزاد سالم Fullterm اتفاق می‌افتد



وقتی عوارض افزایش می‌یابد، متخصص عامل زایمان نیاز به کمک متخصص اطفال دارد.

در پنومونی شیمیائی و نارسایی تنفسی که با تظاهرات بالینی و رادیوگرافی مشخص می‌شود، نیاز به احیای تنفس و درمان وجود دارد.

در مطالعه دیگری که در یک مرکز پزشکی نظامی انجام شد، مرگ و میر ناشی از سندرم مکنونیوم در نوزادان ۴/۲۲٪ بود. آنها دریافتند که استفاده روتین از لوله گذاری و ساکشن راههای تنفسی نوزادان، از شیوع عوارض می‌کاهد، ولی نمی‌تواند از موارد سندرم آپیراسیون مکنونیوم جلوگیری کند.

* ترم پنجم مامایی کارشناسی پیوسته.

gasping¹

