

نحوه برخورد و عاقبت حاملگی‌های طولانی در بیمارستان دکتر شریعتی

چکیده

لاله اسلامیان^{۱*}

حسین شهسواری^۲

۱- گروه زنان و زایمان، بیمارستان شریعتی

۲- پزشک عمومی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نویسنده مسئول، تهران، بخش زنان و مامایی، بیمارستان
دکتر شریعتی خیابان کارگر شمالی تهران کدپستی ۱۴۱۱۴
تلفن: ۸۴۹۰۲۴۱۵

email: leslamian@tums.ac.ir

کلمات کلیدی: حاملگی پس از موعد، عوارض نوزادی، حاملگی دیررس، نحوه برخورد.

مقدمه

حاملگی‌های پس از موعد (post term) به حاملگی‌هایی گفته می‌شود که سن حاملگی در آنها ۴۲ هفته تمام (۲۹۴ تا ۲۹۵ روز) یا بیشتر باشد که شیوع آن با توجه به روش‌های مختلف تعیین سن حاملگی به طور متوسط ۱۴-۴٪ در نظر گرفته شده است.^{۱،۲} به حاملگی‌هایی که پیش از ۴۲-۴۰ هفته طول می‌کشد حاملگی‌های طولانی یا Prolonged نیز اطلاق می‌گردد. شایع‌ترین علت این نوع حاملگی‌ها اشتباه در تعیین سن حاملگی بود^۳ در حالی که دلایل دیگری از قبیل آنانسفالی، هیپوپلازی آدرنال، نارسایی هیپوفیز و یا کمبود سولفاتاز جفتی نیز باعث کاهش استروژن‌ها در هنگام زایمان و به تعویق افتادن زایمان می‌گردند. از علل مادری این نوع حاملگی‌ها نیز می‌توان به آماده نبودن سرویکس اشاره نمود که از شیوع بالاتری

برخوردار است.^۱ سابقه حاملگی‌های پس از موعد قبلی در خود فرد و خانواده او از عوامل تأثیرگذار بر دیررس بودن حاملگی هستند. سابقه یک بار حاملگی پس از موعد، دیررس بودن حاملگی را از ۱۰٪ به ۲۷٪ و سابقه دو بار حاملگی پس از موعد، این میزان را به ۳۹٪ می‌رساند. همچنین در صورت پس از موعد متولد شدن خود فرد حامله، این میزان در فرزندان وی ۳-۲ برابر افزایش می‌یابد.^۵ حاملگی‌های پس از موعد معمولاً با عوارض و مشکلات مادری و نوزادی متعددی نظیر نگرانی و انتظار مادر، افزایش مداخلات طبی، انجام تست‌ها و ارزیابی‌های متعدد پزشکی همراه می‌باشند. حاملگی‌های پس از موعد با توجه به مشکلات نوزادی ایجاد شده از عوامل مهم مرگ و میرهای پری‌ناتال به شمار می‌روند به طوری که این میزان در هفته‌های ۴۲-۴۰ نسبت به هفته‌های ۴۰-۳۸ و از هفته

نمونه‌گیری به صورت سرشماری یعنی مطالعه همه افراد واجد شرایط بود. معیار ورود به مطالعه وجود سن حاملگی بیش از ۴۰ هفته تمام (۲۸۰ > روز) بود که براساس یکی از روش‌های LMP منظم، سونوگرافی سه‌ماهه اول، سونوگرافی هفته‌های ۲۶-۱۲، B-HCG یا ارتفاع رحم در هفته‌های ۳۰-۱۸ تعیین شده بودند. سن حاملگی بیش از ۴۰ هفته به عنوان دیررس (Postdate) و ۴۲ هفته تمام و بیشتر به عنوان پس از موعد (Postterm) در نظر گرفته شد. متغیرهای مورد مطالعه شامل سن مادر، تعداد گراویدیت، تعداد پاریته، سن حاملگی، سابقه حاملگی Postterm، تعداد دفعات انجام BPP، تعداد دفعات انجام NST، نتایج تست‌های سلامت جنین (BPP-NST)، بررسی حجم مایع آمنیوتیک، Bishop score و اندیکاسیون‌های ختم حاملگی، cervical ripening، مدت زمان شروع استفاده از روش‌های آماده‌سازی دهانه رحم تا شروع ripening، مدت زمان شروع اینداکشن زایمان تا زایمان، فاصله زمانی آخرین تست تا شروع اینداکشن، فاصله زمانی آخرین تست تا شروع لیبر خودبه‌خود، زمان پارگی کیسه آب و نحوه پاره شدن آن، رنگ مایع آمنیوتیک، نحوه زایمان، علت سزارین، آپگار دقیقه پنج، وزن نوزاد، هیپوگلیسمی و هیپوکلسمی نوزاد، Postmature نوزاد، تعداد روزهای بستری در NICU و بخش نوزادان و مرگ و میر پری‌ناتال بود. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه حاوی متغیرهای فوق با مراجعه به بایگانی و قسمت پرونده بیماران و نیز بخش زنان و زایمان بیمارستان و استفاده از پرسش‌نامه‌هایی که در مورد بیماران Postdate و Postterm در آنجا پر می‌گردد تکمیل و اطلاعات به صورت توصیفی ارائه گردید. جهت متغیرهای کمی از شاخص‌های پراکندگی (میانگین، انحراف معیار و...) و در مورد متغیرهای کیفی فراوانی و درصد آنها ارائه شد. از آزمون‌های χ^2 و t، Mann whitney U test برای نشان دادن تفاوت‌های آماری معنی‌دار با در نظر گرفتن p کمتر از ۰/۰۵ استفاده گردید.

یافته‌ها

با توجه به معیارهای مطالعه در مجموع ۹۸ نفر با متوسط سنی (۱۷-۴۲) ۲۴/۸۷ سال وارد تحقیق شدند که با در نظر گرفتن ۱۵۰۰ زایمان در سال در این بیمارستان شیوع حاملگی‌های پس از موعد و دیررس در این مرکز ۳/۳٪ به‌دست آمد. در جدول ۱ سن حاملگی براساس معیارهای مختلف در نمونه‌ها ارائه شده است. تعداد موارد

۴۲ به بعد افزایش محسوسی را نشان می‌دهد.^{۶-۸} با توجه به افتراق ریسک پری‌ناتال پس از هفته ۴۱ برخی معتقدند تعریف حاملگی پست‌ترم تغییر کند چون حتی مرگ و میر پری‌ناتال در هفته ۴۱، دو برابر هفته ۴۰-۳۹ می‌باشد.^{۷،۹} ماکروزومی، دیستوشی شانه، عدم تناسب سفالوپلویک، آسفیکسی، مکنونیوم غلیظ، اسپیراسیون مکنونیوم، انانسفالی، هیپوپلازی آدرنال، نارسایی هیپوفیز، محدودیت رشد داخل رحمی (IUGR)، سزارین و القای زایمان از عوامل افزایش مرگ و میر پری‌ناتال در این حاملگی‌ها محسوب می‌شوند.^۱ زمان شروع مداخله بین هفته ۴۱ و ۴۲ و همچنین انتخاب بین روش القای زایمان و روش انتظار و انواع القای زایمان در اداره حاملگی‌های پس از موعد مورد اختلاف می‌باشد. براساس مطالعات انجام شده در سال ۱۹۹۳ در صورت مناسب بودن سرویکس در هفته ۴۱، القای زایمان در دو سوم موارد و در هفته ۴۲ حاملگی در تمام موارد صورت می‌گیرد. در غیر این صورت بررسی سلامت جنین در ۴۱ هفته‌گی و القای زایمان در دو سوم موارد و بررسی سلامت جنین در بقیه موارد در هفته ۴۲ حاملگی پیشنهاد شده است.^۱ با توجه به عدم افزایش میزان مرگ و میر پری‌ناتال در هفته ۴۱ نسبت به هفته ۴۲، عدم وجود دلیل علمی کافی مبنی بر مفید بودن شروع مداخله در این هفته نسبت به هفته ۴۲ و افزوده شدن تعداد زیادی از زنان حامله با حاملگی ۴۱ هفته به سیستم بررسی‌های سلامت جنین و القای زایمان که متعاقباً موجب افزایش هزینه‌های بهداشتی و درمانی می‌گردد زمان شروع مداخلات مورد بحث می‌باشد.^{۱۰-۵،۱۳} از جمله مسائلی که در اداره زایمان‌های پس از موعد از اهمیت خاصی برخوردار است آمینوتومی و زمان انجام آن، اداره مکنونیوم غلیظ، تصمیم‌گیری در مورد سزارین و نیز اداره زایمان است که هر گونه کوتاهی در این زمینه‌ها می‌تواند به مخاطرات و عوارض بلندمدت نوزادی منجر شود. با توجه به شیوع نسبتاً بالای حاملگی‌های پس از موعد و عوارض متعدد آن و از آنجا که مطالعات انجام شده در این زمینه در ایران محدود و اندک است این تحقیق با هدف تعیین فراوانی حاملگی‌های Postterm و Postdate، نحوه برخورد و عوارض نوزادی آنها صورت گرفت.

روش بررسی

مطالعه به صورت مقطعی در زایمان‌های صورت گرفته در فاصله زمانی ۸۲-۱۳۸۰ در بیمارستان شریعتی تهران انجام شد. روش

حاملگی postdate بیش از پست ترم بود. سن متوسط خانم‌ها (۱۷-۲۴) سال بود. (۳/۶۶/۶۵) نولی‌پار و (۷/۳۳/۳۳) مولتی‌پار بودند. (۹/۹۴/۹۳) از مادران سابقه حاملگی پس از موعد نداشته و فقط (۱/۱) سابقه حاملگی پس از موعد داشت. وقت بستری (۳/۷۳/۶۵) مورد دیلاتاسیون دو سانتی‌متر و کمتر داشتند که (۴/۵۳/۳۴) نفر آنان تحت آماده‌سازی دهانه رحم قرار گرفتند. (۵/۲۳/۲۱) مورد دیلاتاسیون ۳-۴ سانتیمتر و (۳/۳/۳) مورد دیلاتاسیون بالاتر از چهار سانتیمتر داشتند. در ۹ مورد دیلاتاسیون ذکر نشده بود. (۸۵/۶۱/۵۴) مورد افسمان ۲۵٪ و کمتر، (۸۲/۲۶/۲۲) مورد افسمان ۵۰-۲۵٪، (۲۹/۷/۶) مورد افسمان ۷۵-۵۰٪ داشتند. در ۱۶ مورد اطلاعی موجود نبود. قوام سرویکس در (۳۳/۳۳) مورد سفت و در (۶۶/۶۷/۵۰) مورد نرم بود. در ۲۳ مورد اطلاعاتی ثبت نشده بود. در (۵۶/۲۶/۱۷) مورد سرویکس قدامی، در (۳۱/۴۵/۲۹) مورد میانی و در (۱۲/۲۸/۰) مورد خلفی بود. در ۳۴ مورد اطلاعی در دست نبود. Station در (۷۷/۹۸/۸۱) مورد (۳- و ۲-) و (۱/۱) (+) بود. (۱۶) مورد فاقد اطلاعات). با در نظر گرفتن موارد بالا در (۹/۴۴/۴۴) مورد میزان Bishop score قابل محاسبه نبوده یا ذکر نشده بود. در باقی موارد، در (۴/۲۱/۲۱) مورد امتیاز ۱-۳، (۶/۲۸/۲۸) مورد امتیاز ۴-۷ و (۱/۵/۵) مورد امتیاز بالای هفت داشتند. میانگین Bishop score برابر با ۴/۳۱ بود. بررسی موارد انجام تست‌های مختلف سلامت جنین در جدول ۲ ارائه شده است. تست‌ها از پایان هفته ۴۰ شروع شده بودند. در (۱/۸۷/۵۴) مورد از ۶۲ موردی که تست‌های سلامت جنین در مورد آنها صورت گرفته بود جواب تست طبیعی و در (۹/۱۲/۸) مورد جواب تست غیرطبیعی بود. این هشت مورد شامل یک مورد CPD، یک مورد زجر جنین، سه مورد مکنونیوم، یک مورد عدم پیشرفت و سه مورد الیگوهایدرآمینوس بودند. همچنین (۲/۲۵) مورد تحت القای زایمان و سرانجام NVD قرار گرفته و (۷۵/۶) مورد نیز سزارین شده بودند که در تمام موارد فاصله آخرین تست تا القای زایمان یا سزارین کمتر از یک روز بود. در بررسی آپگار دقیقه پنج در موارد جواب غیرطبیعی تست، (۵/۶۲/۵) مورد آپگار ۹ و (۵/۳۷/۳) مورد آپگار ۱۰ داشتند. در بررسی فاصله زمانی مابین آخرین تست، NVD، C/S یا القای زایمان، در همه هفت مورد NVD فاصله زمانی کمتر از یک روز بود. میانه این فاصله در ۲۵ مورد سزارین برابر (۱۹-۱) روز و در ۱۹ مورد

القای زایمان برابر (۸-۱) روز بود. فاصله زمانی بین انجام آخرین تست با سزارین یا القای دردهای زایمانی تفاوت معنی‌دار آماری نشان نداد (Mann whitney U test, $p=0/6$) یعنی نتایج تست روی نحوه زایمان تأثیری نداشت (جدول ۳). (۷۳/۳۶/۳۶) مورد از کل افراد تحت آماده‌سازی سرویکس قرار گرفته بودند که در (۴/۹۴/۳۴) مورد میزان دیلاتاسیون ۲cm یا کمتر و در (۷۷/۲/۱) مورد ۳cm بود. در یک مورد نیز اطلاعاتی در این زمینه نبود. در همه این موارد فقط از قرص میزوپروستول استفاده شده بود. میانگین تعداد قرص‌های استفاده شده نیز برابر (۶-۱) بود. این میزان در ۱۸ موردی که آماده‌سازی سرویکس در آنها موفقیت‌آمیز بود (۹ مورد نولی‌پار و ۹ مورد مولتی‌پار) برابر ۱/۷۲ بدست آمد. میانگین مدت زمان آماده‌سازی سرویکس نیز ۵/۱۶ ساعت بود که میانه و میانگین مدت آماده‌سازی در مولتی‌پار به نسبت نولی‌پار به میزان معنی‌داری کوتاه‌تر بود (میانگین $p=0/001$ ، $t=3/78 \pm 1/1$ در برابر $t=6/56 \pm 1/8$) (جدول ۳). از ۶۵ مورد با سرویکس نامناسب، (۷/۴۷/۳۱) مورد آماده‌سازی نشده و (۳/۵۲/۳۴) مورد تحت آماده‌سازی سرویکس قرار گرفته بودند که (۹/۵۲/۱۸) مورد زایمان NVD و (۱/۴۷/۱۶) مورد زایمان سزارین داشتند (جدول ۳) [۲ مورد به علت CPD، سه مورد به علت زجر جنینی، دو مورد ماکروزومی، هفت مورد عدم پیشرفت و دو مورد به دلایل مختلف]. (۹/۳۳/۲۱) مورد از کل موارد بدون آماده‌سازی سرویکس زایمان NVD و (۱/۶۶/۴۱) مورد زایمان سزارین داشته‌اند. علی‌رغم اینکه میزان سزارین در گروه آماده‌سازی نشده به نسبت گروهی که آماده‌سازی صورت گرفته بود به میزان زیادی بالاتر بود (χ^2 ، $p=0/6$ ، $47/7$ ٪ در برابر $66/1$ ٪) ولی از نظر آماری قابل ملاحظه نبود (جدول ۳). ۳۵ مورد از کل افرادی که تحت القای زایمان قرار گرفته بودند در (۱۴/۵۷/۲۰) مورد با متوسط زمان سزارین [چهار مورد به علت زجر جنینی، پنج مورد به علت مکنونیوم، پنج مورد به علت عدم پیشرفت و یک مورد به علت ماکروزومی] صورت گرفته بود. میزان زایمان واژینال و سزارین در مقایسه موارد ripening سرویکس با میزوپروستول ۳۴ مورد یا ایندکشن لیبر (۳۵ مورد) اختلاف معنی‌داری نشان نداد. ($p=0/92$ ، $47/1$ ٪ در برابر $52/9$ ٪ و $47/4$ ٪ در برابر $52/6$ ٪) (χ^2) (جدول ۳) در ۶۹ مورد کیسه آب باز شده بود که در (۹۷/۵۷/۴۰) مورد به صورت القاء شده و در

جدول- ۱: سن حاملگی براساس معیارهای مختلف در حاملگی‌های Postdate و Postterm زایمان شده در بیمارستان شریعتی در سال‌های ۸۲-۱۳۸۰

روش	فاقد سونوگرافی / LMP منظم / HCG	زیر ۴۰ هفته	۴۰-۴۲ هفته	۴۲ هفته و بالاتر
سونوگرافی ۳ ماهه اول	۵۹	۱۱ (٪۲۸/۲)	۲۷ (٪۶۹/۲۳)	۱ (٪۲/۶)
سونوگرافی هفته‌های ۲۶-۱۴	۳۹	۱۷ (٪۲۸/۸۱)	۴۱ (٪۶۹/۴۹)	۱ (٪۱/۶۹)
LMP منظم	۱۱	۱ (٪۱/۱۶)	۷۶ (٪۸۷/۳۵)	۱۰ (٪۱۱/۴۹)
LMP نامنظم	۹۰	۰	۴ (٪۵۰)	۴ (٪۵۰)
β-HCG	۹۶	۰	۱ (٪۵۰)	۱ (٪۵۰)

جدول- ۲: انجام تست‌های مختلف سلامت جنین در حاملگی‌های Postdate و Postterm زایمان شده در بیمارستان شریعتی در سال‌های ۸۲-۱۳۸۰

نوع تست	موارد انجام نداده	۱ بار	۲ بار	۳ بار ≥
BPP	۷۳ (٪۷۴/۵)	۲۲ (٪۲۲/۴)	۳ (٪۳/۱)	۰
NST	۶۷ (٪۶۸/۴)	۲۴ (٪۲۴/۵)	۳ (٪۳/۱)	۴ (٪۴/۱)
بررسی حجم مایع آمنیوتیک	۴۸ (٪۴۹)	۳۷ (٪۳۷/۸)	۶ (٪۶/۱)	۷ (٪۶/۱)

جدول- ۳: عاقبت حاملگی‌های طولانی در بیمارستان شریعتی در سال‌های ۸۲-۱۳۸۰

متغیر	تعداد / درصد	تعداد / درصد	p
فاصله آخرین تست +			
تا القاء دردهای زایمانی (۱۹ نفر)	۲/۱ (۱-۸) روز		p=۰/۶
تا سزارین (۲۵ نفر)	۲/۶ (۱-۱۹) روز		
نحوه زایمان			
آماده‌سازی سرویکس (۳۴ نفر)	۱۶ (٪۴۷/۱)	سزارین	NVD
عدم آماده‌سازی سرویکس (۶۲ نفر)	۴۱ (٪۶۶/۱)		p=۰/۱۰۹
آماده‌سازی سرویکس با میزوپروستول (۳۴ نفر)	۱۶ (٪۴۷/۱)		p=۰/۹۲
اینداکشن لیبر (۳۸ نفر)	۱۸ (٪۴۷/۴)		
طول مدت آماده‌سازی سرویکس با میزوپروستول ++			
نولی بار (۹ نفر)	۶/۵۶±۱/۸ ساعت		p=۰/۰۰۱
مولتی بار (۹ نفر)	۳/۷۸±۱/۱ ساعت		
آمنیوتومی			
خودبخود	۲۷ (٪۳۹/۱)		
Induced	۴۰ (٪۵۷/۹)		
بی‌اطلاع	۲ (٪۳)		
وجود مکنونیوم	۲۴ (٪۲۴/۶)		
زایمان در کل	(٪۶۰/۴)		
سزارین	۵۹ (٪۳۹/۶)		
زایمان واژینال	۳۹ (٪۳۹/۶)		
ضریب آپگار ++	۹/۵۷ (۶-۱۰)		
روزهای بستری نوزاد (روز) ++	۱/۸ (۱-۸)		
+ میانه			
++ میانگین			

زایمان^{۱۸} ۱/۱ روز و سزارین^{۱۹} ۲/۶ روز و زایمان خودبخود یک روز بود که تفاوت آماری معنی‌داری دیده نشد. نتیجه تست تأثیری روی نحوه زایمان نداشت که در مطالعات مختلف نیز تأثیر مثبت تست‌های بررسی سلامت جنین روی عاقبت حاملگی و نوزاد و مقرون به صرفه بودن آنها بین هفته‌های ۴۲-۴۰ مورد سؤال می‌باشد.^{۱۹} در مقایسه انجام ripening سرویکس با عدم انجام آن میزان سزارین کمتر (۴۷/۷٪ در برابر ۶۶/۱٪) بوده ولی از نظر آماری معنی‌دار نبود (p=۰/۱۰۹). در مطالعات Rayburn تفاوت معنی‌دار بوده است که می‌تواند ناشی از تعداد کم نمونه در مطالعه حاضر باشد. (۱۸٪ در برابر ۳۳٪).^{۱۸-۱۷} تعداد موارد سزارین نسبت به زایمان واژینال در کل جامعه (۳۹/۶٪ در برابر ۶۰/۴٪) بالاتر بود که با دیگر مطالعات مطابقت دارد.^{۱۹-۲۰} در مقایسه موارد ripening سرویکس (۳۴ مورد) با میزوپروستول یا اینداکشن لیبر (۳۸ مورد) اختلاف معنی‌دار آماری از نظر میزان انجام سزارین و زایمان واژینال دیده نشد (جدول ۳) (p=۰/۹۲). به ترتیب ۲۰ در برابر ۱۸ و ۱۸ در برابر ۱۶ که مویده مطالعات دیگر است که اینداکشن لیبر تأثیری بر میزان افزایش موارد سزارین ندارد و حتی آنرا کمتر می‌کند.^{۱۸} میانه طول مدت آماده‌سازی در مولتی‌پارهایی که تحت ripening سرویکس با میزوپروستول قرار گرفته بودند به میزان معنی‌داری از نولی‌پارها کمتر بود (p=۰/۰۰۴، چهار در برابر هفت). میزان آمینوتومی القاء شده در برابر آمینوتومی خودبخود بالاتر بود (۵۷/۸٪ در برابر ۳۹/۱٪) که در مطالعات مختلف نیز بر این مسأله تأکید شده است.^{۱۵، ۱۱، ۱۶} در مطالعه حاضر، ۸/۱٪ نوزادان وزن بالای gr ۴۰۰۰ و هیچ موردی بالاتر از gr ۴۵۰۰ وزن نداشت. این میزان در مقایسه با مطالعات انجام شده در مورد حاملگی‌های پس از موعده کمتر می‌باشد. مثلاً در مطالعه Usher ۲۳٪ زنان primipara و ۴۰٪ زنان multipara نوزاد ماکروزوم با وزن بالاتر از gr ۴۰۰۰ داشتند.^{۱۴} همچنین در مطالعه چرونساک در مورد حاملگی‌های پس از موعده این میزان ۲۵/۵٪ گزارش شد.^{۱۶} دلایل احتمالی این تفاوت به در نظر گرفتن حاملگی‌های زیر ۴۲-۴۰ هفته و نیز نسبت کم حاملگی‌های بالای ۴۲ هفته به کل موارد حاملگی در مطالعه حاضر برمی‌گردد در حالی که مطالعات مذکور بر روی حاملگی‌های بالای ۴۲ هفته انجام شده بودند. در مطالعه حاضر در ۲۴/۶٪ موارد مکنونوم وجود داشت که با مطالعات انجام شده قبلی قابل مقایسه است.^۱ همچنین مکنونوم غلیظ بیشترین عامل سزارین در

در (۲۷/۳۹/۱٪) مورد به صورت خودبه‌خودی بود. در (۲/۲/۹٪) مورد نیز اطلاعی از نوع آن وجود نداشت (جدول ۳). (۵/۵/۱٪) نوزاد با وزن کمتر از gr ۲۵۰۰، ۸۵/۸۶/۸٪ مورد وزن gr ۳۹۹۹-۲۵۰۰ و (۸/۸/۱٪) مورد با وزن gr ۴۰۰۰ و بالاتر [سه مورد از مادران نولی‌پار و پنج مورد از مادران مولتی‌پار] به دنیا آمده بودند. میانگین وزن نوزادان نیز gr ۳۳۱۸ به دست آمد. در بررسی آپگار دقیقه پنجم، (۵۸/۵۹/۳٪) مورد آپگار ۱۰، (۳۹/۳۹/۷٪) مورد آپگار ۹ و (۱/۱٪) مورد آپگار هفت گزارش گردید (جدول ۳). هیپوگلیسمی، هیپوکلسمی، بستری در NICU، مرگ و میر پری‌ناتال و Still birth دیده نشد و فقط یک مورد Dysmaturity مشاهده گردید. متوسط روزهای بستری در Nursery برابر ۱/۸۴ روز با دامنه یک تا هشت روز بوده است که در ارتباط با روزهای بستری مادر در بیمارستان به دست آمد (جدول ۳). (۲۵/۲۵/۵٪) نوزاد به علت زردی فوتوتراپی شدند و (۵/۵/۱٪) مورد نیز قادر به تحمل شیر مادر نبودند که تحت اقدامات درمانی قرار گرفتند.

بحث

مطالعه حاضر نشان داد، شیوع حاملگی‌های پس از موعده و دیررس در این مرکز ۳/۳٪ به دست آمد. شیوع حاملگی پست ترم ۵-۱۵٪ بارداری‌ها در نظر گرفته شده است.^{۱۳} اشتباه در تعیین سن حاملگی یکی از دلایل گزارش افزایش موارد حاملگی‌های پس از موعده بوده است به طوری که تعداد افراد با سن حاملگی ۴۲-۴۰ هفته براساس LMP، ۷۶ نفر، براساس سونوگرافی سه ماهه اول، ۲۷ نفر و براساس سونوگرافی هفته‌های ۲۶-۱۲، ۴۱ نفر بود که در مطالعات مختلف نیز به آن اشاره شده است.^{۱۳، ۱۲، ۱۴} تنها ۱/۶٪ از خانم‌ها سابقه حاملگی پست‌ترم قبلی داشتند. این رقم در مطالعات دیگران^۲ ۵٪ تا ۱۹/۹٪ نیز گزارش شده است. البته در مطالعه حاضر خانم‌های نولی‌پار دو سوم جمعیت را تشکیل می‌دادند و نیز تعداد کم مورد می‌تواند در این اختلاف نقش داشته باشد. در مطالعه Usher نیز پرمی‌پارها دو سوم افراد را تشکیل می‌دادند.^{۱۴} در این مطالعه از تست‌های متعدد برای بررسی سلامت جنین استفاده شده بود که در بسیاری از مطالعات نیز روش خاصی برای بررسی سلامت جنین پیشنهاد نشده است.^{۱۶، ۱۵} از (۸۷/۱٪) ۶۲ مورد تست‌های بررسی سلامت جنین انجام شده بود تنها در (۱۳/۹٪) ۸ مورد جواب تست غیرطبیعی بود. مدیان فاصله زمانی بین انجام آخرین تست و القای

میر پری‌ناتال و still birth در این مطالعه صفر بوده ولی در مطالعات Usher و دیگران این میزان ۲/۵ - ۰/۹ در هر هزار تولد بوده است که حجم نمونه‌های کم و نیز ختم زودرس‌تر حاملگی از دلایل احتمالی تفاوت مزبور می‌باشد.^{۱۴} بدین ترتیب با انجام سونوگرافی در نیمه اول بارداری می‌توان از موارد حاملگی پس از موعد کاذب کاست و با دخالت مناسب در ختم حاملگی با اینداکشن دردهای زایمانی و آماده‌سازی دهانه رحم از تطویل حاملگی کاست، گرچه مشخص نیست که تأثیری مثبت روی عاقبت نوزادی دارد داشته باشد. از طرفی زمان شروع تست‌های بررسی سلامت جنین و انتروال آن در سنین حاملگی (۴۰-۴۲ هفته) با توجه به عواقب یکسان نوزادان و نیز مخارج تست‌های فوق هنوز مورد سؤال می‌باشد. به علت نواقص موجود در برخی پرونده‌ها نتایج برخی از متغیرها قابل بررسی نبودند که در قسمت‌های مربوط ذکر شد.

References

- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL. William's Obstetrics. 22th ed. USA: McGraw Hill: 2005.
- Stabile D. Postterm pregnancy: Part I: Epidemiology and risks. *Postgrad Obstet Gynecol* 2005; 25: 1-6.
- Taipale P, Hiilesmaa V. Predicting delivery date by ultrasound and last menstrual period in early gestation. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 189-94.
- Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2: CD000170.
- Morgen I, Stenlund M, Mogberg U. Recurrence of prolonged pregnancy. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 253-7.
- Scott JR, Gibbs RS, Kavlan BY, Maney AF. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 9th ed. USA: Lippincott: 2003; 219-23.
- Divon MY, Ferber A, Sanderson M, Nisell H, Westgren M. A functional definition of prolonged pregnancy based on daily fetal and neonatal mortality rates. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 23: 423-6.
- Olesen AW, Westergaard JG, Olsen J. Perinatal and maternal complications related to postterm delivery: a national register-based study, 1978-1993. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 222-7.
- Smith GC. Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and post term in singleton pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 489-96.
- [No authors listed]. ACOG practice patterns. Management of post-term pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists 2005; 6: 675-80.
- Olesen AW, Basso O, Olsen J. Risk of recurrence of prolonged pregnancy. *BMJ* 2003; 326: 476.
- Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. In: Cochrane Library: Oxford: 1999; Issue 1: Update software.
- Sue-A-Quan AK, Hannah ME, Cohen MM, Foster G, Liston R. Effect of labour induction on rates of stillbirth and cesarean section in postterm pregnancies. *Can Med Assoc J* 1999; 160: 1145-50.
- Usher RH, Boyd ME, McLean FH, Kramer MS. Assessment of fetal risk in postdate pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 259-64.
- Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. The Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group. *N Engl J Med* 1992; 326: 1587-92.
- el-Damarawy H, el-Sibaie F, Tawfik TA. Antepartum fetal surveillance in post-date pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 1993; 43: 145-50.
- Rayburn W, Gosen R, Ramadei C, Woods R, Scott J Jr. Outpatient cervical ripening with prostaglandin E2 gel in uncomplicated postdate pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 1417-23.
- Rand L, Robinson JN, Economy KE, Norwitz ER. Post-term induction of labor revisited. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 779-83.
- ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. Number 55, September 2004 (replaces practice pattern number 6, October 1997). Management of Postterm Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 639-46.
- Alexander JM, McIntire DD, Leveno KJ. Forty weeks and beyond: pregnancy outcomes by week of gestation. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 291-4.
- Sue-A-Quan AK, Hannah ME, Cohen MM, Foster GA, Liston RM. Effect of labour induction on rates of stillbirth and cesarean section in post-term pregnancies. *CMAJ* 1999; 160: 1145-9.

Management and outcome of prolonged pregnancies in Shariati university hospital

Abstract

Eslamian L.^{1*}
Shahsavari H.²

1- Department of Obstetrics &
Gynecology Division of
Maternal & Fetal Medicine
Shariati Hospital,
2- General Practitioner

Tehran University of Medical
Sciences

Background: There is dearth of reports from Iran regarding the prevalence of postterm pregnancy and its complications. The present study was conducted to evaluate the prevalence, management and outcome of prolonged pregnancies.

Methods: This cross-sectional study included data from the hospital records of all women referred to Shariati Hospital, Tehran, from 2001 to 2002 with pregnancies of more than 40 weeks in duration. Pregnancies ≥ 40 -42 weeks were considered postdate and those more than 42 weeks postterm pregnancy. The data compiled from the hospital records were subjected to t, χ^2 and Mann-Whitney U tests.

Results: Of the 1500 deliveries in this hospital, 98 patients were included in this study, 66.3% of whom were nullipara and 33.7% multipara. The prevalence of postterm pregnancy was estimated to be 3.3%. Cervix dilation of 2 cm or less on admission occurred in 65 women (73.3%). The mean Bishop score was 4.31. Of the 62 fetuses that underwent assessment tests, 54 (87.1%) were normal. The median time between the last test and induction of labor was 2.1 days, and 2.6 days for cesarean deliveries, which was not a significant difference ($P=0.6$). Cervical ripening with misoprostol was performed in 36 cases (36.7%) and was successful in 18 cases. In this group, the median time for cervical ripening in multiparas was significantly less than nulliparas (4 vs. 7 hrs, $P=0.004$). Women not subjected to cervical ripening had a higher cesarean rate than those who did undergo cervical ripening (74.7% vs. 66.1%), although this difference was not significant ($P=0.9$). Vaginal and cesarean delivery rates showed no significant difference between cases that underwent induction with oxytocin and those subjected to cervical ripening with misoprostol ($P=0.9$). The mean Apgar score was 9.5, with all scores above 6. There were no cases of neonatal hypoglycemia, hypocalcemia, NICU admission or prenatal death. The mean nursery stay was 1.84 days with a range of 1-8 days.

Conclusions: The prevalence of postterm pregnancies was 3.3% in this study, due in part to erroneous estimation of gestational age. Sonography exam in the first half of pregnancy can provide a better estimation of gestational age and thereby reduce the rate of postterm pregnancy. Cervical ripening and induction of labor shorten the duration of pregnancy; however, whether it has any beneficial effect on neonatal outcome remains controversial.

Keywords: Postterm pregnancy, prolonged pregnancy, management, neonatal outcome.

*Corresponding author: Obstetrics
& Gynecology Dept Shariati
hospital, North Kargar Ave
Post code: 14114
Tel: +98-21 84902415
email: leslamian@tums.ac.ir