

پارگی زودرس پرده‌های جنینی (PROM)

مریم مدرس* - مهوش مشرفی**

چکیده

جهت تشخیص پارگی زودرس پرده‌های جنینی (PROM)، نیازی مبرم به مراقبت‌های پیشرفته مامایی احساس می‌شود. در بسیاری از مراکز تسهیلات مراقبت‌های مامایی، مراقبت از بیماران با همکاری متخصصین و مراقبت‌کنندگان، رایج شده است. ارزیابی، تشخیص و درمان توسط پزشک، عموماً کار مراقبتی را ساده‌تر کرده است. بنابراین، مراقبت‌های پیشرفته پرستاری از زنان در درک مشکلات پیچیده مامایی نقش دارد.

این مقاله مروری بر مطالب مهم اپیدمیولوژی، فیزیولوژی، پاتولوژی، پاتوفیزیولوژی، موارد پیشگیری، ارزیابی مهارت‌های قابل مشاهده و غیر قابل مشاهده، آزمایشات تشخیصی و اداره پارگی زودرس پرده‌های جنینی دارد. ضمناً جنبه‌های روانی این مشکل مورد بحث قرار گرفته است. عوامل زمینه‌ساز پارگی زودرس پرده‌ها و همچنین خطرات مادری و جنینی - نوزادی نیز بحث شده است.

واژه‌های کلیدی: مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان زودرس، پارگی زودرس

پرده‌های جنینی



* عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

پارگی زودرس پرده‌های جنینی (PROM) یکی از مشکلات حاملگی می‌باشد که تاکنون اطلاعات روشنی درباره آن ارائه نشده است، تا مراکز خدماتی با انجام مراقبت‌های لازم در این مورد، مرگ و میر و صدمات جنینی را کاهش دهند (۱). ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه، برای زنان مبتلا به پارگی زودرس پرده‌ها، به مهارت‌های پیشرفته پرستاری نیاز دارند. هر چند که عوارض نسبتاً شایع، ممکن است تشخیص‌های متفاوتی را مطرح نمایند. بنابراین مهارت‌های پیشرفته پرستاری باید شامل اطلاعاتی در زمینه عوامل تشخیصی، واقعیت‌های روانی، اجتماعی، تکنیک‌های تشخیصی، راه‌حل‌های رایج درمانی برای PROM باشد (۲).

تعاریف

PROM به وقوع پارگی پرده‌های جنینی، قبل از شروع علائم زایمانی اطلاق می‌شود. شیوع PROM تقریباً ۱۰-۶ درصد گزارش شده است که ۸۰ درصد این موارد پس از هفته ۳۷ حاملگی رخ می‌دهد (۳). با پارگی زودرس پرده‌ها، میزان صدمات و مرگ و میر حوالی تولد افزایش می‌یابد. خطر عمده، عفونت داخل رحمی است که مستقیماً منجر به پارگی زودرس پرده‌ها می‌شود. با کاهش سن حاملگی، میزان صدمه به جنین و مرگ و میر به دلیل تولد زودرس و عوارض جنینی،

افزایش می‌یابد. به رغم گسترش مراقبت‌های مربوط به حوالی تولد و افزایش دسترسی به بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان، تولد زودرس و وزن کم هنگام تولد، مسئول ۷۵ درصد از مرگ و میرهای حوالی تولد است. هزینه مراقبت از سلامت نوزادان، سالیانه متجاوز از چهار میلیون دلار است (۴).

اگر پارگی زودرس پرده‌ها قبل از هفته ۳۷ بارداری رخ دهد به آن پارگی زودرس پرده‌های جنینی قبل از ترم (P- PROM) گفته می‌شود. P- PROM یک مشکل و عارضه جدی در مامایی است که در ۱-۲ درصد حاملگی‌ها رخ می‌دهد و با ۴۰-۳۰ درصد زایمان‌های زودرس همراه می‌شود (۳). با ارزیابی دقیق، اکثر زنان دچار پارگی زودرس پرده‌ها، پس از یک دوره کوتاه، تقریباً یک هفته، زایمانی خودبه‌خودی خواهند داشت. با بهبود مراقبت‌های بهداشتی می‌توان این دوره را طولانی‌تر کرد. پارگی زودرس پرده‌ها قبل از ترم، در گروه‌هایی که در وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین جامعه قرار دارند، بالاست و این میزان در زنان سیاه‌پوست دو برابر زنان سفیدپوست است. دلیل این امر کاملاً روشن نیست، هر چند بعضی از عواملی که باعث تولد زودرس قبل از ترم می‌شوند عبارت‌اند از: مراقبت‌های ناکافی دوران بارداری، تغذیه نامناسب، استرس و عفونت که در گروه‌های با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین وجود دارد (۲).

فیزیولوژی

۲ - Preterm-Premature Rupture of Membrane

۱ - Premature Rupture of membrane



مالاک وبل^۵ (۱۹۹۴) در تحقیقی نشان داد در نواحی نزدیک به محل پارگی، مرفولوژی و مشخصات بافت کلاژن تغییر می‌کند، شبکه‌های کلاژن متورم و از هم گسیخته می‌شوند. این نظریه مطرح می‌کند که پرده‌ها، در زمانی که PROM اتفاق می‌افتد، دچار اختلال می‌شوند (۱).

عوامل زمینه‌ساز

عواملی از قبیل: سوء تغذیه، استعمال دخانیات، کاهش وزن مادر ممکن است با PROM و تولد زودرس قبل از ترم، ارتباط داشته باشند. ثابت شده است که اسیداسکوربیک سرم بر روی ساخت کلاژن در آمیون و کوریون تأثیر دارد. این نظریه با این حقیقت همراه است که شیوع PROM، با اختلالات بافت همبند مادری، افزایش می‌یابد. بسیاری از مطالعات، نشان‌دهنده ارتباط بین عفونت و بروز PROM است. استرپتوکوک‌های گروه β، کلامیدیا، گنوره، یوره‌آپلازما - یوره‌آلیتیکوم^۶ و باکتری‌های واژینال هر کدام با PROM همراه بوده‌اند. مطالعات آزمایشگاهی نشان می‌دهد که باکتری‌ها، قدرت پرده‌ها و خاصیت الاستیسیته آن را کاهش می‌دهند. در آمریکا ۷/۵ میلیون زن که در سن باروری هستند ممکن است دارای علائم واژینوز باکتریال باشند و بیش از ۵۰ درصد زنان حامله، حامل بیماری بدون علامت می‌باشند. غربالگری در مراقبت‌های پره‌ناتال برای گنوره و کلامیدیا، متداول نیست،

آمیون^۱ و کوریون^۲ دو پرده نسبتاً به هم چسبیده هستند که از پنج لایه مجزا از سلول‌های متفاوت تشکیل شده‌اند و یک ماتریکس کلاژنی را احاطه کرده‌اند. این دو پرده با احاطه حفره آمیوتیک باعث رشد اندام‌های جنین می‌شوند و خصوصاً که این پرده‌ها مایع آمیوتیک را حفظ و در برابر عفونت و صدمات فیزیکی محافظت می‌کنند (۱). پرده‌ها همراه با لایه‌های رحم مادر یا دسیدوا^۳، از لحاظ متابولیک فعال هستند و مواد غذایی و آب را برای حفظ هموستاز مایع آمیوتیک منتقل می‌کنند و ترکیبات حیاتی فعالی از قبیل پپتیدها، هورمون رشد و سایتوکین‌ها^۴ را ترشح می‌کنند. کوریون ضخیم‌تر از آمیون است و خارجی‌ترین لایه نزدیک به دسیدوای مادری است. آمیون داخلی‌ترین لایه است که اگر چه به اندازه کوریون ضخیم نیست ولی قدرت کششی بسیار دارد (۵).

پاتوفیزیولوژی

بیماری زائی PROM، کاملاً شناخته شده نیست، گر چه نظریه‌هایی در این زمینه مطرح شده است. پارگی پرده‌های جنینی در حین زایمان به علت نازک شدن پرده‌ها در اثر انقباضات رحمی و فشارهای مکرر ناشی از حرکات جنین و تکرار معاینه و همچنین کاهش کلاژن در پرده‌هاست.

-
- ۱ - Amnion
 - ۲ - Chorion
 - ۳ - Decidua
 - ۴ - Cytokines

۵ - Malac Vebel

۶ - Ureaplasma-Urealiticum



التهاب به سن حاملگی وابسته است و در اواسط حاملگی به اوج خود می‌رسد (۵).

پیش آگهی

پیش آگهی PROM ممکن است با اندازه‌گیری فیبرونکتین^۱ جنینی تغییر کند. فیبرونکتین یک پروتئین غشاء پایه است که از ماتریکس خارج سلولی پرده‌های جنینی تولید می‌شود و تقریباً تا هفته‌های ۲۰ حاملگی در مایع سرویکوواژینال ترشح می‌شود. در بیمارانی که حدس زده می‌شود پرده‌ها سالم است وجود این ماده در هفته‌های ۲۴ تا ۳۴ حاملگی، خطر زایمان زودرس را در زنان با علامت یا بدون علامت، افزایش می‌دهد.

نمونه فیبرونکتین جنینی توسط یک سوآپ کتانی استریل گرفته می‌شود که در فورنیکس خلفی یا منطقه اگزوسرویکس، در سوراخ خارجی سرویکس به مدت حداقل ده ثانیه قرار می‌گیرد، سپس این سوآپ در یک لوله متوسط مخصوص، به آزمایشگاه فرستاده می‌شود تا در عرض ۴۸-۲۴ ساعت نتیجه تست گزارش داده شود (۱۲).

مور^۲ (۱۹۹۹) بیان نمود که ۲۴ ساعت قبل از نمونه‌گیری، هر گونه فعالیت یا روشی که ممکن است وضعیت طبیعی سرویکس را بر هم زند، مثل معاینه واژینال یا مقاربت نباید وجود داشته باشد.

اخیراً استفاده از تعیین سطح هورمون گونادوتروپین انسانی^۲ مایع واژینال، برای تعیین PROM مورد بررسی قرار گرفته است و چنانچه PROM در سه ماهه دوم یا سوم اتفاق افتد و آزمایشات خون و نیترازین مشکوک باشند، از آن استفاده می‌شود که نتایج امیدوارکننده‌ای هم در برداشته است (۱۰).

ارزیابی

ارزیابی مهارت‌های غیر قابل مشاهده در تشخیص PROM اختصاصی هستند. بیماران اغلب PROM را به صورت ریزش تدریجی مایع با فشار یا نشت، احساس می‌نمایند. کلید تشخیص PROM، ریزش ناگهانی یا نشت مداوم مایع می‌باشد که در معاینه با اسپکولوم به طور واضح دیده می‌شود. نشت مایع بعد از مانور والسالوا، سرفه یا فشار به فوندوس نیز مشخص می‌شود. کاهش نشت مداوم مایع به صورت قطره‌قطره توسط بیمار گزارش داده می‌شود که نشان‌دهنده یک شکاف یا پارگی کوچک در کیسه آب است. کاهش اندازه رحم در معاینه مشخص می‌شود. pH ترشحات واژن در حالت طبیعی حدود ۵/۵-۴/۵ است، در PROM به دلیل قلیایی بودن pH مایع آمنیوتیک که حدود ۷/۵-۷ می‌باشد، نوار تست نیترازین را آبی رنگ می‌کند. این تست حدود ۹۹ درصد قدرت تشخیص دارد.

۱ - Fibronectin

۲ - More

۲ - Human Chorionic Gonadotropine



منابع

1 – French, J. L, Mc Gregor, J, A, The Pathology of premature rupture of membranes, *Seminars in perinatology*, 1996, 20(5) 344-368.

2 – Goldenberg, R. L. & Rose, D. J, Prevention of premature birth, *The New England Journal of Medicine*, 1998, 339(5) 313-320.

۳- اکبرزاده پاشا، علی، اکبرزاده پاشا، حیدر، اکبرزاده پاشا، حجت اله، *Order* نویسی در بیماری‌های زنان، زایمان و مامایی، انتشارات پاشا، ۱۳۷۶.

4 – Beth W. Weitz, Premature rupture of the fetal membranes, *MCN*, 2001, 26(2) 86-93.

5 – Keelan, JA, Marrin, K. W, Satot, Cytosine a boundance in placental tissues: evidence of inflammatory activation in gestational membranes with term and preterm parturition, *American Journal Obstet and Gyn*, 1999, (181) 1530-1536.

6 – Mayman, E. Romero, R. Percy, P, etal, Human neutrophill collagenase matrix metallo proteinase 8 in parturition in Premature rupture of the membranes and intrauterine infection, *American Journal Obstet and Gyn*, 2000, 183(1) 94-99.

7 – Hanah, M. Ohlsson, E. farine, A, Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term, *The New England Journal of Medicine*, 1996, 334(16) 1005-1010.

8 – Vermilion, S. T. Soper, D. E. Bland, M. L, Effectiveness of antenatal corticosteroid administration after preterm premature rupture of the membranes, *American Journal Obstet and Gyn*, 2000, 183(4) 925-929.

۹- بنت، براون، *درسنامه مامایی میلز*، ترجمه سید افشین شروفی، الهه قادری، فیروز ساجدی، انتشارات چهر، ۱۳۷۶.

10 – Elmar P, S, (2000) *Obstetrics and gynecology*, Philadelphia: Lippincott willams, wilkins Co.

11 – Athayde, N, Romero, R, Comez R, etal, Matrix metalloproteinase 9 in Preterm and term human parturition, *Journal of Maternal and Fetal Medicine*, 1999, 8(1) 213-219.

12 – Parry, S, Stauss, J. F, Premature rupture of the fetal membranes, *Neonatal England Journal of Medicine*, 1993, 3(38) 663-670.

13 – Sebive, N, Goldin an, L, Regan, L, Histological chorio amnionitis in relation to clinical presentation at 14-40 weeks of gestation, *Journal of Obstet and Gyn*, 2001, 21(3) 242-245.

14 – Borgda, A. F. mills, A. A. Feldman, D. M, Outcome of pregnancies complicated by ruptured membrane after genetic amniocentesis, *American Journal Obstet and Gyn*, 2000, 183(4) 937-939.

15 – Locatelli A. Vergani P. Gabriella D. P. etal, Role of amnio infusion in the management of premature rupture of the membranes at <26 weeks gestation, *American Journal Obstet and Gyn*, 2000, 183(4) 878-882.



Premature rupture of membrane (PROM)

Modarres*, M. (M.Sc), Moshrefy**, M. (M.Sc).

Abstract

For diagnosing PROM, the need has been acutely felt for special care in obstetrics. Coordinated management for patient care between the clinician and midwives is the custom in several obstetric care centers.

Diagnosis and treatment by the physician has greatly facilitated the work of midwives, to the extent that they now play an important role in the special nursing of women in solving obstetrics.

This article reviews important topics such as: epidemiology, physiology, pathology and patho-physiology. It also covers preventive measures, objective and subjective evaluation, diagnostic tests and management of PROM, as well as the psychological aspects of hazards for motherhood, fetus and childbirth.

Key Words: special care in obstetrics, premature delivery, premature rupture of fetal membrane

*Member of the scientific board of the Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences

**Member of the scientific board of the Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences

