

راهنمای طبابت بالینی

حاملگی پس از موعد

(post term)



مهر ماه 1399

❖ دکتړ محمد آفرید (پزشک عمومی-رئیس بیمارستان مادر کودک شوستری)

❖ دکتړ مریم زارع خفري (متخصص زنان زایمان- مدیر گروه زنان بیمارستان مادر کودک شوستری)

❖ دکتړ معصومه شیبانی متخصص زنان زایمان

❖ سهیلا رفیعی (کارشناس ارشد مامایی-مدیر خدمات پرستاری و مامائی بیمارستان مادر و کودک

شوستری)

❖ شهره ایزدپرست (کارشناس مامایی-سوپروایزر آموزشی بیمارستان مادر و کودک شوستری)

❖ مریم دهقان بانیان (کارشناس مامایی - مسئول اورژانس)

❖ تایید کننده نهائی : دانشیار - فوق تخصص پریناتولوژی ، سرکار خانم دکتړ حمیرا وفائی

❖ مهر و امضاء :

فهرست مطالب :

- مقدمه
- تعاریف
- بر آورد سن حاملگی
- عوامل دموگرافیک
- مرگ و میر پری ناتال
- پاتوفیزیولوژی
- دیسترس جنینی
- عوارض
- القا زایمان
- اداره زایمان
- پروتکل درمان
- تستهای بررسی سلامت جنین

منابع :

مقدمه :

صفت های پست ترم، طول کشیده ، پس از موعد و پست مچور اغلب بصورت نه چندان مشخص و مترادف برای توصیف حاملگی هایی بکار میروند که مدت آنها از حد فوقانی طبیعی تجاوز کرده است. اصطلاح پست مچور صرفا در مورد سندرم بالینی خاص و نسبتا نا شایع جنینی به کار می رود که در آن نوزاد دارای ویژگی های بالینی قابل شناسایی است که بر طولانی شدن پاتولوژیک حاملگی دلالت دارد . در نتیجه واژه های ترجیحی ما برای توصیف حاملگی های دراز مدت واژه های پست ترم یا طول کشیده هستند.

تعاریف:

سپری شدن **42** هفته ی کامل (**294** روز) یا بیشتر، از اولین روز آخرین قاعدگی را حاملگی پس از موعد می نامند. باید بر عبارت **42** هفته کامل تاکید شود. حاملگی های بین **41** هفته و **1** روز و **41** هفته و **6** روز اگر چه در هفته **42** قرار میگیرند ، تا تمام شدن روز هفتم جزو هفته ی **42** کامل محسوب نمیشوند. در نتیجه ،از دیدگاه علمی حاملگی طول کشیده قاعدتا میتواند در یکی از روز های **294** یا **295** بعد از شروع آخرین قاعدگی آغاز شود.

بر آورد سن حاملگی با استفاده از موعد قاعدگی:

در صورتیکه تعریف حاملگی های پست ترم، حاملگی هایی را شامل شود که به مدت **42** هفته یا بیشتر از شروع یک قاعدگی پابرجا مانده اند؛ در واقع چنین فرض شده است که دو هفته بعد از آخرین قاعدگی تخمک گذاری رخ داده است. بر این اساس مشخص می شود که برخی از حاملگی ها در واقع پست ترم نیستند بلکه

از اشتباه در برآورد سن حاملگی به علت محاسبه نادرست موعد قاعدگی و یا تاخیر در تخمک گذاری ناشی شده آن می باشد .

در نتیجه دو گروه حاملگی وجود دارند که به **42** هفته کامل میرسند:

1- حاملگی هایی که در آنها واقعا 40 هفته از لقاح سپری شده است.

2- حاملگی هایی که در مرحله عقب تری وجود دارند اما در آنها سن حاملگی به طور نادرستی برآورد شده است.

حتی در صورتی که بیمار موعد قاعدگی را به درستی به خاطر داشته باشد باز هم دقت کامل وجود ندارد ضمن اینکه تنوعات گسترده در طول مدت سیکل قاعدگی شایع هستند.

این گونه تنوعات سیکل قاعدگی ممکن است یکی از دلایل این پدیده باشند؛ که چرا فقط درصد نسبتا اندکی از جنینهایی که به صورت پست ترم متولد می شوند دارای شواهد سندرم پست مچوریته هستند. گرایشی که به سمت کاهش زایمان های رخ داده در هفته **42** دیده می شود، بر انجام به موقع و سریعتر مداخلات دلالت دارد.

افزایش چشمگیر میزان القای لیبر در هفته های **41** و **42** حاملگی گزارش شده است.

در **35** درصد از حاملگیهایی که به **42** هفته کامل رسیده بودند، اقدام به القای لیبر شده بود.

عوامل دموگرافیک (جمعیت شناسی)

موامل موثر بر حاملگی های پس از موعد به دو گروه عوامل مادری و عوامل جنینی تقسیم می شوند.

عوامل مادری مانند پاریته، سابقه زایمان پست ترم، گروه اجتماعی - اقتصادی و سن مشاهده شده اند .

بیشتر بودن احتمال زایمان پست ترم مکرر در برخی از مادران نشان میدهد که تعدادی از حاملگی های طول کشیده پایه
و اساس بیولوژیک دارند.

ژن های مادری (اما نه ژن های پدری) بر حاملگی طول کشیده تاثیر می گذارند.

عوامل جنینی-جفتی نادری که به عنوان عوامل زمینه ساز حاملگی پست ترم گزارش شده اند شامل
آنسفال، هیپوپلازی فوق کلیه و کمبود سولفاتاز جنینی هستند.

مرگ و میر پری ناتال:

پس از سپری شدن زمان مورد انتظار زایمان، میزان مرگ و میر پری ناتال افزایش پیدا می کند.

این مسئله هنگامی بهتر مشخص می شود که میزان مرگ و میر پری ناتال در زمان های قبل از کاربرد مداخلات گسترده
برای حاملگی های پست ترم، مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

در دو مطالعه بزرگ انجام شده در سوئد میزان مرگ و میر پری ناتال پس از اینکه در هفته های **40-39** به کمترین
حد می رسید، با گذشتن سن حاملگی از **41** هفته افزایش پیدا می کرد.

علل اصلی مرگ در این حاملگی ها شامل هیپرتانسیون حاملگی، لیبر طول کشیده همراه با عدم تناسب
سفالوپلوئیک، آنوکسی می باشد، در **35** درصد از حاملگیهایی که به **42** هفته کامل رسیده بودند، اقدام به القای لیبر
شده بود.

میزان زایمان سزارین به علت دیستوشی و دیسترس جنینی، در **42** هفتگی در مقایسه با زایمان های زود هنگام
تر بیشتر می باشد .

ممکن است در حاملگی های پست ترم، نوزادان بیشتری در بخش مراقبت های ویژه پذیرش و تحت مراقبت قرار
گیرند. نکته مهم اینکه، میزان بروز تشنجهای و مرگ های نوزادی در **42** هفتگی طیف تحقیات دو برابر شده بود..

سندرم پست مچوریته :نوزاد پست مچور،ظاهر منحصر به فرد و مشخصی را نشان می دهد■

ویژگی های این نوزادان به شرح زیر هستند:

پوست چروکیده،تکه تکه ودر حال پوسته ریزی،بدن دراز ولاغر که نشان دهنده تحلیل رفتن است ،وبلوغ پیشرفته(بدین صورت که: چشمان نوزاد باز است،نوزاد به صورت نامعمول هوشیار است،سن او بیشتر به نظر می رسد و نگاه نگرانی دارد.

چروکیدگی پوست ممکن است به ویژه در کف دستها و پاها بارزتر باشد.ناخنها به طور تپیک دراز هستند.اکثر نوزادان پست مچور،از نظر تکنیکی دچار محدودیت رشد نیستند،چون وزن هنگام تولد آنان به ندرت به زیر صدک دهم برای سن حاملگی می رسد.

از طرف دیگر،ممکن است محدودیت شدید رشد(که از نظر منطقی باید قبل از کامل شدن**42**هفتگی رخ داده باشد)دیده شود.

میزان بروز سندرم پست مچوریته در نوزادانی که به ترتیب در**42،41**یا**43**هفتگی متولد شده اند،به طور قطعی تعیین نشده است.■

همراهی اولیگوهیدرآمنیوس،احتمال پست مچوریته را به طور قابل توجهی افزایش می دهد.

اختلال عملکرد جفت یافته هایی وجود دارند که نشان می دهد آپوپتوز جفتی(آپوپتوز،به معنی مرگ برنامه ریزی شده سلولی) در**41و42**هفته کامل حاملگی در مقایسه با هفته های**39-36**افزایش چشم گیری پیدا می کند.

دیده شده است که در اکسپلنتهای جفت های پست ترم در مقایسه با اکسپلنتهای جفت های ترم ، بروز ژن های پیش آپوپتوزی مانند کیس پیتین افزایش پیدا می کند.اهمیت بالینی این آپوپتوز تاکنون شناخته نشده است.

یکی دیگر از سناریوها این است که جنین پست ترم ممکن است به افزایش وزن ادامه دهد و بنابراین در زمان تولد به طور نامعمول بزرگ باشد■

این مسئله حداقل نشان می دهد که عملکرد جفت به شدت مختل نمی شود. در واقع ادامه یافتن رشد جنین، هر چند با سرعت کمتر، پدیده ای معمول است که در هفته **37** کامل آغاز می شود

دیسترس جنینی و اولیگوهایدرآمینوس

یکی دیگر از الگوهای شایع ضربان قلب جنین که البته به خودی خود خطرناک نیست، خط پایه نوسانی بود. یافته ها با این باور مطابقت دارند که انسداد بند ناف، علت بی واسطه الگوهای غیر اطمینان بخش ضربان قلب جنین است. سایر یافته های مرتبط، اولیگوهایدرآمینوس و مکنونیوم غلیظ بودند. ■

به طور طبیعی بعد از **38** هفتگی حجم مایع آمنیون به طور مداوم کاهش می یابد و این مسئله ممکن است مشکل ساز شود؛ علاوه بر این احتمال دارد آزاد شدن مکنونیوم به داخل مایع آمنیونی که از قبل کاهش یافته است، مکنونیوم غلیظ و چسبنده ای را به وجود آورد که ممکن است سبب سندرم آسپیراسیون مکنونیوم شود. ■

محدودیت رشد جنین و یا مرده زایی در آن دسته از جنین های مبتلا به محدودیت رشد که بعد از **42** هفتگی متولد شده بودند، شایع تر بود.

در واقع، در **3/1** از مرده زایی های پست ترم، محدودیت رشد وجود داشت. ■

میزان موربیدیت و مرگ و میر در نوزادان مبتلا به محدودیت رشد، بیشتر می باشد

عوارض:

اولیگوهایدرآمینوس

هر چه کیسه مایع آمنیون کوچکتر باشد، احتمال اینکه که اولیگوهایدرآمینوس از نظر بالینی چشمگیرتر باشد بیشتر می باشد

نکته مهم این است که حجم طبیعی مایع آمنیون احتمال پیامد های غیر طبیعی را منتفی نمی کند.

اولیگوهیدرامنیوس از نظر بالینی یافته ای معنی دار است. در مقابل، در حضور حجم طبیعی مایع آمنیون، نمی توان از تداوم سلامت جنین اطمینان حاصل کرد، چون مشخص نیست که اولیگوهیدرامنیوس پاتولوژیک با چه سرعتی ایجاد می شود.

ماکروزومی

سرعت افزایش وزن جنین تقریباً در **37** هفتگی به حداکثر می رسد. اگر چه سرعت رشد در این هنگام کاهش می یابد، در اکثر جنین ها افزایش وزن ادامه پیدا میکند.

در صورت فقدان دیابت، در زنانی که وزن تخمینی جنین آنان حدود **5000** گرم است، زایمان واژینال ممنوع نیست. زایمان سزارین در صورتی برای اوزان جنینی بالای **4500** گرم توصیه می شود که طولانی شدن مرحله دوم لیبر و یا وقفه نزول وجود داشته باشد.

عوارض طبی یا زایمانی (مامایی)

در صورت وقوع عوارض طبی یا سایر عوارض زایمانی، عموماً مجاز شمردن تداوم حاملگی تا بعد از هفته **42** کار عاقلانه ای نیست. در واقع، در بسیاری از این گونه موارد زایمان زود هنگام (به موقع) اندیکاسیون دارد. مثال های شایع این عوارض شامل اختلالات هیپرتانسیون حاملگی سزارین قبلی و دیابت هستند.

القا زایمان :

عوامل موثر بر القا

سرویکس نامطلوب

در زنان فاقد دیلاتاسیون سرویکس میزان زایمان سزارین به علت دیستوشی دو برابر بیشتر بوده است. اگر طول سرویکس در سونوگرافی ترانس واژینال سه سانتی متر یا کمتر باشد القای موفقیت آمیز را پیشگویی می کند.

آماده سازی سرویکس:

کندن پرده ها در هفته های **38-40** میزان شیوع حاملگی پست ترم را کاهش داده است. با این وجود خطر زایمان سزارین را تغییر نداده است.

معایب کندن پرده ها شامل: درد، خونریزی واژینال و انقباضات نامنظم بدون لیبر می باشد .

جایگاه سر جنین:

جایگاه سر جنین در داخل لگن یکی دیگر از عوامل مهم برای پیشگویی القای موفقیت آمیز حاملگی پست ترم است. میزان زایمان سزارین ارتباط مستقیمی با جایگاه سر جنین دارد.

القای لیبر در مقایسه با بررسی جنین:

در صورت نا مطلوب بودن سرویکس القای لیبر منافع چندان زیادی ندارد، برخی از پزشکان ترجیح می دهند از **41** هفته کامل به بعد از راهکار جانبی بررسی جنین استفاده کنند.

روند بررسی به شرح زیر است:

شمارش حرکات جنین، هر روز در دوره ای دو ساعته

تست بدون استرس سه بار در هفته

سنجش حجم مایع آمنیون **2-3** بار در هفته.

بسته های مایع کوچکتر از **3** سانتی متر غیر طبیعی در نظر گرفته میشوند

توصیه های مربوط به تدابیر درمانی:

پس از کامل شدن هفته **42** توصیه می شود از یکی از رویکرد های بررسی قبل از تولد یا القای لیبر استفاده شود.

در مادرانی که در آنان سن قطعی حاملگی مشخص شده است، لیبر در پایان هفته 42 القا می شود. ■

در مادرانی که به عنوان زنان دارای حاملگی پست ترم نامشخص گروه بندی می شوند، برای اداره حاملگی هفته ای یک بار اقدام به تست بدون استرس جنین و بررسی حجم مایع آمنیون می شود.

در مادرانی که شاخص آمنیون آنان مساوی یا کمتر از 5 سانتی متر است و یا کاهش حرکات جنین را گزارش می کنند، القای لیبر صورت می گیرد.

اداره زایمان

لیبر دوره زمانی فوق العاده خطرناکی برای جنین پست ترم محسوب می شود. ما توصیه می کنیم در همان هنگام که مادر از نظر لیبر فعال معاینه میشود، تعداد ضربان قلب جنین و انقباضات رحم از نظر تغییرات سازگار با آسفتگی وضعیت جنینی، تحت پایش الکترونیک قرار گیرند. ■

تصمیم گیری در مورد انجام آمنیوتومی مشکل است. کاهش بیشتر حجم مایع آمنیون پس از آمنیوتومی، قطعاً احتمال فشردگی بندناف را افزایش می دهد. از سوی دیگر، آمنیوتومی به تشخیص مکنونیوم غلیظ که در صورت آسپیره شدن ممکن است برای جنین خطرناک باشد، کمک می کند.

تشخیص مکنونیوم غلیظ در مایع آمنیون بسیار نگران کننده است. ویسکوزیته مکنونیوم احتمالاً نشاندهنده کمبود مایع و بنابراین اولیگوهایدرامنیوس است. آسپیراسیون مکنونیوم غلیظ ممکن است سبب اختلال شدید عملکرد ریوی و مرگ نوزاد شود. ■

پروتکل درمان :

با اخذ شرح حال و اطمینان از سن حاملگی، بررسی حرکات جنین و انجام سونوگرافی برای ختم بارداری مادر تصمیم گرفته می شود

-در صورتیکه مادر کاهش حرکات جنین را عنوان می نماید بایستی بررسی الگوریتمهای سلامت جنین انجام گردد.

اگر مادر باردار اندیکاسیون زایمان به روش سزارین را دارد (حتی با حرکات مطلوب و حجم مایع آمنیوتیک مناسب) ختم بارداری به این روش انجام پذیرد .

در صورتیکه اندیکاسیونی برای سزارین وجود ندارد وضعیت سرویکس مورد ارزیابی قرار گرفته و با کسب نمره بیشاب بالاتر از **6** ختم بارداری انجام شود .

در صورتیکه نمره بیشاب سرویکس بالاتر از **6** نباشد و مادر تمایل به ختم بارداری دارد که مطابق با راهنمای القا ختم بارداری صورت گیرد . و در صورتیکه تمایل به ختم بارداری ندارد.

با بررسی سلامت جنین دوبار در هفته-بررسی حرکات جنین توسط مادر بصورت روزانه- تحت نظر داشتن مادر تا شروع دردهای زایمانی با مناسب شدن سرویکس حداکثر تا هفته **41** اقدام برای **Ripening** تا زمان ختم بارداری انجام شود .

جهت آماده سازی سرویکس، **25** میکرو گرم میزوپروستول واژینال یا **50** میکروگرم خوراکی هر **3** تا **6** ساعت حداکثر **6** دوز استفاده می شود و در صورت ادامه اینداکشن با اکسی توسین، **4** ساعت پس از آخرین دوز میزوپروستول شروع شود.

جهت ارزیابی سلامتی جنین از هفته **40** بارداری

-هفته ای دو بار **NST** همراه با

انجام **OCT** یا بیوفیزیکال تست یا **AFI** انجام شود.

NST واکنشی (Reactive) : در طی دوره **20** دقیقه ای، حداقل دو افزایش ضربان قلب داشته باشد .

(**Acceleration**) به میزان حداقل **15** ضربان در دقیقه که به مدت **15** ثانیه از شروع تا خاتمه طول بکشد.

این نشانه نبود هیپوکسی جنینی در زمان انجام تست است. در سن حاملگی کمتر از **32** هفته افزایش ضربان (**Acceleration**) به میزان **10** ضربان یا بیشتر به مدت **10** ثانیه کفایت می کند.

NST غیر واکنشی (Non- Reactive): اگر افزایش ضربان قلب جنین (**Acceleration**) در طی **40**

دقیقه رخ ندهد و می تواند نشانه هیپوکسی جنین ناشی از اسیدمی متابولیک باشد. دلایل دیگر آنمیزان رسیدگی جنین، خواب جنین، مصرف دخانیات توسط مادر، سپسیس، آنومالی های سیستم عصبی و قلبی جنین است. در صورت تکرار تست **30** دقیقه بعد و یا انجام بیوفیزیکال پروفایل توصیه می شود.

در **50** درصد از **NST** ها ممکن است افت متغیر رخ بدهد (کمتر از **30** ثانیه) که در صورتی که این افت ها تکرار شونده باشند (سه افت در **20** دقیقه) ارزیابی دقیق تر لازم است. افت هایی که یک دقیقه یا بیشتر طول بکشند پیش آگهی را بدتر می کنند.

Oxytocin Challenge Test روش دیگر ارزیابی سلامت جنین است که در مراکز که دسترسی به

BPP و مانیتورینگ الکترونیک نیست و در موارد **non-reactive NST** در بارداری پره ترم (هفته **34-37** بارداری) میتوان انجام داد.

تست های بررسی سلامت جنین – راهنمای مانیتورینگ الکترونیکی صدای قلب جنین

