

## مقایسه عوارض مادری و نوزادی در زنان با پارگی زودرس کیسه آب تحت مراقبت در منزل و بیمارستان

دکتر شهره علی محمدی<sup>۱</sup>، دکتر میلاد سنگین آبادی<sup>۲</sup>، دکتر محمد علی سیف ربیعی<sup>۳</sup>، دکتر فاطمه شبیری<sup>۴\*</sup>

- ۱- استادیار گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۲- پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۳- دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۴- مرکز تحقیقات مراقبت های مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

پذیرش: ۹۳/۵/۱

دریافت: ۹۳/۱/۵

### چکیده:

**مقدمه:** پارگی پره ترم زودرس پرده های زایمانی (PPROM) به پارگی پرده های زایمانی قبل از هفته ۳۷ بارداری گفته می شود. این مطالعه با هدف بررسی عوارض مادری و نوزادی در زنان با پارگی زودرس کیسه آب انجام شده است.

**روش کار:** مطالعه حاضر یک مطالعه همگروهی است که پرونده های بیماران مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیه شهر همدان در سال ۱۳۹۱ با تشخیص نهایی PPRM مورد بررسی قرار گرفت. واحدهای مورد پژوهش در دو گروه ۵۰ نفر در گروه مراقبت در بیمارستان (کنترل) و ۳۹ نفر که با رضایت شخصی مرخص شده است و در منزل تحت مراقبت بودند (مورد) قرار گرفتند و پارامترهای مورد نظر بین دو گروه مقایسه شده است. یافته ها با SPSS/21 و توسط تی تست و کای دو آنالیز شدند.

**یافته ها:** میانگین وزن، آپگار دقیقه اول و پنجم، هفته حاملگی در هنگام زایمان و میانگین فاصله پارگی کیسه آب تا زایمان به صورت معنی داری در گروه تحت مراقبت در خانه از گروه بستری در بیمارستان کمتر بود. میانگین سنی مادران، میانگین تعداد دفعات حاملگی، فراوانی مرگ نوزادی و میزان فراوانی کوریوآمیونیوت در گروه تحت مراقبت در خانه از گروه تحت مراقبت در بیمارستان به صورت معنی داری بیشتر بود.

**نتیجه نهایی:** با توجه به نتایج مطالعه به طور روتین نمی توان مادران را در خانه تحت نظر داشت و بهتر است که بیمار در بیمارستان بستری و پزشک به صورت جداگانه برای هر بیمار تصمیم گیری کند.

**کلیدواژه ها:** پارگی زودرس پرده های جنینی / عوارض زایمانی / مراقبت پرستاری

### مقدمه:

حدود ۳٪ از حاملگی ها اتفاق می افتد و عامل یک سوم از زایمان ها پره ترم می باشد اما در مراکز آموزشی ممکن است در بیش از ۵۰٪ از حاملگی ها اتفاق بیافتد (۳، ۲۰). عوارض جنین به طور مستقیم با سن حاملگی در هنگام پارگی پرده ها رابطه دارد. پارگی زودرس کیسه آب قبل از ترم با ۴ برابر افزایش در مرگ و میر قبل از تولد و ۳ برابر افزایش در معلولیت نوزادی شامل سندرم دیسترس تنفسی که در بین ۴۰-۱۰٪ زنان مبتلا به پارگی زودرس

پارگی زودرس پرده ها *Preterm Rupture of PROM Membranes* به پارگی پرده های جنینی قبل از شروع انقباضات رحمی گفته می شود. *Preterm premature Rupture of Membranes (PPROM)* زمانی اطلاق می شود که در زمان پارگی پرده ها سن حاملگی کمتر از ۳۷ هفته باشد. میزان بروز *PROM* در حاملگی ها ۵-۱۰٪ است (۱). *PPROM* در

\* نویسنده مسئول: دکتر فاطمه شبیری؛ مرکز تحقیقات مراقبت های مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران  
Email: fshobeiri@yahoo.com

بسته به سن حاملگی متفاوت است و در صورت ایجاد کوریوآمینونیت افزایش می یابد (۴،۵).

تشخیص *PPROM* کلینیکی است و بر اساس شرح حال داده شده توسط مریض و دیدن مایع آمنیوتیک در معاینه است. در زمانی که تشخیص قطعی نیست استفاده از تست های آزمایشگاهی کمک کننده است، از تست های شایع مورد استفاده در تشخیص می توان به *Nitrazine test* و *Fern test* اشاره کرد. تشخیص صحیح و به موقع پارگی کیسه آب جهت حصول نتایج ایده آل حاملگی حیاتی است. مدیریت حاملگی هایی که دچار *PPROM* شده اند به فاکتورهای متعددی بستگی دارد که تعدادی از آن ها عبارتند از: سن حاملگی، دسترسی به *Neonatal Intensive Care Unit (NICU)*، وجود یا عدم وجود دردهای زایمانی، وجود یا عدم وجود عفونت در مادر یا جنین، پرزانتاسیون جنین (پرزانتاسیون بریج و قرار عرضی ناپایدار هستند و باعث ریسک پرولاپس بند ناف می شوند)، ریتم ضربان قلب جنین، بالغ بودن یا نبودن ریه های جنین و وضعیت سرویکس (۲،۷).

تشخیص های افتراقی *PPROM* شامل نشت ادرار (بی اختیاری ادرار)، ترشح واژینال شدید (فیزیولوژیک یا عفونت واژینوز باکتریال) و موکوس سرویکس (*show*) می باشد (۸).

در رویکرد کلی به برنامه درمانی *PROM* باید بقای نوزاد را در سن حاملگی که پارگی رخ داده است مدنظر قرار داد. در موعد زایمان یا نزدیک به آن (۳۴ هفته) معمولاً القای زایمان ارجح است؛ اگر نتیجه کشت غربالگری در هفته های ۳۵ تا ۳۷ مثبت باشد و یا پارگی غشاها بیش از ۱۸ ساعت طول کشیده باشد و نتیجه کشت نامعلوم باشد، باید درمان پیشگیرانه برای استرپتوکوک گروه بی (*GBS*) را شروع کرد. در هفته های ۳۲ تا ۳۳ برنامه درمانی توام با انتظار یا القای زایمان (مخصوصاً اگر شواهد بلوغ ریه وجود داشته باشد) صورت می گیرد. درمان پیشگیرانه برای *GBS* ضروری است. از داروهای توکولیتیک یا کورتیکواستروئیدها نباید استفاده کرد. در هفته های ۲۵ تا ۳۲ باید تدابیر توام با انتظار را پیش گرفت. درمان پیشگیرانه *GBS* و تجویز کورتیکواستروئیدها لازم است. برای طولانی شدن حاملگی میتوان تا ۷ روز آنتی بیوتیک تجویز کرد اما هیچ رژیم

کیسه آب اتفاق می افتد و مسئول ۷۰-۴۰٪ مرگ نوزادان است و خونریزی داخل بطنی، هیپوپلازی ریه که در حدود ۲۶٪ پارگی زودرس کیسه آب قبل از ۲۲ هفته روی می دهد. تغییر شکل استخوانی که در ۷/۲٪ موارد پارگی زودرس کیسه آب، برحسب شدت ومدت پارگی کیسه آب اتفاق می افتد. پرولاپس بند ناف و دیسترس جنینی در حاملگی هایی که عضو نمایش سر نمی باشد افزایش می یابد (۴).

عوارض مادری شامل عفونت بالینی آشکار داخل مایع آمنیون که در ۶۰-۱۳٪ زنان مبتلا به پارگی زودرس کیسه آب در مقایسه با میزان ۱٪ آن در هنگام ترم و عفونت اندومتر پس از زایمان که در ۱۳-۲٪ زنان مبتلا به پارگی زودرس کیسه آب روی می دهد (۵).

در میان پزشکان اختلاف نظرهای فراوانی در زمینه درمان انتظاری در مقابل مداخله، استفاده از توکولیتیک ها، دوره استفاده از آنتی بیوتیک پروفیلاکسی، زمان استفاده از گلوکوکورتیکوئیدها قبل از زایمان، روش مورد استفاده در زمینه تعیین عفونت مادر و جنینو زمان زایمان در اداره *PPROM* وجود دارد (۳).

پاتوژن *PPROM* در بسیاری از موارد کاملاً شناخته شده نیست. به نظر می رسد اتیولوژی های فراوان مکانیکی و فیزیولوژیک منجر به یک مسیر مشترک می شوند که در نهایت منجر به *PPROM* می شوند (۲). مهمترین ریسک فاکتورهای *PPROM* داشتن سابقه قبلی، عفونت دستگاه تناسلی، خون ریزی قبل از زایمان و مصرف سیگار می باشد (۳). از سایر ریسک فاکتورها می توان به سطح اجتماعی و اقتصادی پایین، اضطراب، افسردگی، اتفاقات زندگی (طلاق، جدایی، مرگ)، جراحی شکم در طول حاملگی و ... اشاره کرد (۶).

تقریباً یک سوم خانم های مبتلا به *PPROM* دچار عفونت های جدی مانند کوریوآمینونیت، اندومتریس یا سپتی سمی می شوند. اکثر حاملگی های با *PPROM* در عرض یک هفته منجر به یک تولد پیش از موعد می شوند. نوزادان زود به دنیا آمده در ریسک ابتلا به مشکلات فراوانی مانند بیماری غشای هیالین، خون ریزی داخل بطنی، لوکومالاسی اطراف بطنی و سایر سکل های نورولوژیک، عفونت ها (مانند سپسیس، پنومونی و مننژیت) و انتروکولیت نکرروزان هستند. شیوع این عوارض

پارامترهای وزن نوزادان حین تولد، سن حاملگی در هنگام زایمان، فاصله پارگی کیسه آب تا زایمان، نمره آپگار دقیقه اول و دقیقه پنجم نوزاد، کوریوآمیونیوت مادر، سپسیس نوزاد و مادر، محل زندگی مادران (شهر یا روستا)، تعداد دفعات حاملگی، نوع زایمان و سن مادر از پرونده ها استخراج و در چک لیست ثبت گردید. برای توصیف داده های جمع آوری شده از نسبت و جداول توزیع فراوانی استفاده شد و برای تحلیل داده ها از آزمونهای آماری کای دو و تی مستقل استفاده شد. سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ و نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استخراج گردید.

#### یافته ها:

میانگین وزن نوزادان در گروه تحت مراقبت در خانه ۲۰۴۴/۸۷ گرم بود و در بیمارانی که در بیمارستان تحت مراقبت بودند میانگین وزن ۲۶۱۰/۰۰ گرم بود و این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار بود ( $P < 0/001$ ). میانگین آپگار دقیقه اول در گروه تحت مراقبت در خانه ۷/۰۳ و گروه تحت مراقبت در بیمارستان ۸/۶۰ بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار بود ( $P < 0/001$ ). میانگین آپگار دقیقه پنجم در گروه تحت مراقبت در خانه ۸/۱۸ و در گروه تحت مراقبت در بیمارستان ۹/۲۰ بود که این تفاوت نیز از لحاظ آماری معنی دار بود ( $P = 0/02$ ). در بیمارانی که در منزل تحت مراقبت ۱۷ بیمار (۴۳/۶٪) سپسیس نوزادی و در گروهی که در بیمارستان تحت مراقبت بودند ۹ بیمار (۱۸٪) سپسیس نوزادی داشتند که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نبود ( $P = 0/08$ ). در بیمارانی که در منزل تحت مراقبت ۲ بیمار (۵/۱٪) سپسیس مادری داشتند اما هیچ یک از بیمارانی که در بیمارستان تحت مراقبت بودند سپسیس مادری را نشان ندادند که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نبود ( $P = 0/10$ ). در بیمارانی که در منزل تحت مراقبت بودند ۹ بیمار (۲۳٪) دچار کوریوآمیونیوت شدند اما هیچ یک از بیمارانی که در بیمارستان تحت مراقبت قرار گرفتند دچار کوریوآمیونیوت نشدند که تفاوت بین دو گروه از لحاظ آماری معنی دار بود ( $P < 0/01$ ). در بیمارانی که در منزل تحت مراقبت بودند در ۹ بیمار (۲۳/۱٪) مرگ نوزاد اتفاق افتاد و در بیمارانی که در بیمارستان تحت مراقبت بودند در ۴ بیمار (۸٪) مرگ نوزاد رخ داد که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار بود ( $P = 0/04$ ). میانگین سن حاملگی در هنگام

استانداردی در این مورد وجود ندارد. در مورد استفاده از توکولیتیک ها اختلاف نظر وجود دارد (۱).

به طور کلی مادران مراجعه کننده با شکایت آبریزش به مرکز آموزشی و درمانی فاطمیه همدان پس از تایید تشخیص *PPROM* با معاینه و یا تست های آزمایشگاهی در بیمارستان بستری و تحت درمان و مراقبت قرار می گیرند. اما بعضی از مادران در بدو بستری یا پس از چند روز از بستری علی رغم توصیه های پزشک معالج با رضایت شخصی مرخص می شوند. لذا این مطالعه با هدف بررسی مقایسه ای عوارض مادری و نوزادی در زنان با پارگی زودرس کیسه آب تحت مراقبت در منزل و بیمارستان فاطمیه همدان در سال ۱۳۹۱ انجام شده است.

#### روش کار:

مطالعه حاضر یک مطالعه همگروهی است که افراد مورد بررسی که با تشخیص نهایی *PPROM* (بین هفته های ۲۴ تا ۳۴ حاملگی) در دو گروه مقایسه شدند. گروه اول مادرانی که در بیمارستان فاطمیه شهر همدان تحت مراقبت قرار گرفتند (کنترل) و مادرانی که در منزل تحت مراقبت قرار گرفتند (مورد). در این مطالعه فرض شد که نسبت عارضه سپسیس نوزادی در گروهی که مادران در منزل تحت مراقبت قرار گرفته اند برابر با ۴۰٪ و در گروه مقابل نصف آن و برابر با ۲۰٪ باشد. بنابراین با در نظر گرفتن توان آزمون ۹۰٪ در سطح اطمینان ۹۵٪ به تعداد حداقل ۳۹ نفر در هر گروه نیاز بود که در نهایت تعداد ۳۹ نفر از مادرانی که در منزل تحت مراقبت قرار داشتند و ۵۰ نفر از مادرانی که در بیمارستان تحت مراقبت بودن مورد بررسی قرار گرفتند (حدود ۱/۳ برابر مادران در گروه مورد). روش نمونه گیری در این پژوهش به صورت آسان یا در دسترس بود که سپس اطلاعات لازم ثبت گردید. ابزار گردآوری داده ها در این تحقیق چک لیست بوده که بر اساس اهداف طرح طراحی گردیده است. این مطالعه همگروهی که هدف آن مقایسه عوارض مادر، جنین و نوزادی در گروه رضایت شخصی (تحت مراقبت در خانه) و گروه تحت نظر در بیمارستان فاطمیه در سال ۱۳۹۱ بوده است. مادرانی که در بیمارستان بستری بودند درمان را بر اساس روتین و اندیکاسیون های مربوطه دریافت کرده بودند. اما مادرانی که با رضایت شخصی مرخص شده بودند فقط در صورت تمایل خود به اورژانس مراجعه کرده بودند.

نیبود ( $P=0/71$ ) میانگین تعداد دفعات حاملگی در گروه تحت مراقبت در خانه ۲/۳۳ و در گروه تحت مراقبت در بیمارستان ۱/۶۶ بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار بود ( $P=0/02$ ). در بیمارانی که در منزل تحت مراقبت بودند بیشتر بیماران (۱۵ نفر یا ۳۸/۵٪) در محدوده سنی ۲۶ تا ۳۰ سال و در بیمارانی که در بیمارستان تحت مراقبت بودند بیشتر بیماران (۲۹ نفر یا ۵۸٪) در محدوده ۱۵ تا ۲۵ سال بودند. در گروه مراقبت در خانه ۲۶ نفر (۶۶/۷٪) ساکن روستا بودند در حالی که در گروه مراقبت در بیمارستان ۳۵ نفر (۷۰٪) ساکن شهر بوده اند که از لحاظ آماری این تفاوت معنی دار بود ( $P=0/001$ ) (جدول ۱).

زایمان، در گروه تحت مراقبت در خانه ۳۲/۳۸ هفته (۲۱۲/۴۱ روز) و در گروه تحت مراقبت در بیمارستان ۳۳/۸ هفته (۲۳۱/۸۲ روز) بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار بود ( $P<0/01$ ). فاصله زمانی ما بین پارگی کیسه آب تا هنگام زایمان در گروه تحت مراقبت در خانه ۰/۹۲ هفته (۶/۴۴ روز) و در گروه تحت مراقبت در بیمارستان ۱/۸۶ هفته (۱۳/۰۲ روز) بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار بود ( $P=0/04$ ). در بیمارانی که در منزل تحت مراقبت ۲۱ بیمار (۵۳/۸٪) زایمان به روش سزارین داشتند و در بیمارانی که در بیمارستان تحت مراقبت بودند ۲۵ بیمار (۵۰٪) زایمان به این روش داشتند. سایر بیماران در دو گروه زایمان به روش *NVD* داشتند که تفاوت بین دو گروه از لحاظ آماری معنی دار

جدول ۱: مقایسه متغیرهای مورد مطالعه در واحد های مورد پژوهش دو گروه

P-Value	تحت نظر در بیمارستان ۵۰ (٪ ۵۶/۲)	تحت نظر در خانه ۳۹ (٪ ۴۳/۸)	متغیر
0.002	۱/۵۳ ± ۶۶/۱	۲/۳۳ ± ۲/۳۳	میانگین تعداد دفعات حاملگی
<0.001	۵/۸ ± ۳۳/۸۰	۵/۲ ± ۳۲/۳۸	میانگین سن حاملگی (هفته)
0.02	۲/۲۵ ± ۱۳/۰۲	۷/۳۳ ± ۴۴/۶	میانگین فاصله بین پارگی کیسه آب تا زایمان (روز)
<0.001	۱۰۸/۰۳ ± ۲۶۱۰/۰۰	۱۲۳/۴۲ ± ۲۰۴۴/۸۷	میانگین وزن نوزادان (گرم)
<0.001	۱/۲ ± ۸/۶۰	۰/۶۳ ± ۷/۰۳	میانگین آپگار دقیقه اول
0.02	۳/۳ ± ۹/۲۰	۱/۱۵۶ ± ۸/۱۸	میانگین آپگار دقیقه پنجم
0.71	۲۵ (٪ ۵۰)	۲۱ (٪ ۵۳/۸)	تعداد سزارین (٪)
0.719	۲۵ (٪ ۵۰)	۱۸ (٪ ۴۶/۲)	زایمان طبیعی تعداد (٪)
0.08	۸ (٪ ۱۷)	۱۷ (٪ ۴۳/۶)	سپسیس نوزادی، تعداد (٪)
0.1	۰	۲ (٪ ۵/۱)	سپسیس مادری، تعداد (٪)
<0.001	۰	۹ (٪ ۲۳)	کوریوآمیونیوت، تعداد (٪)
0.04	۴ (٪ ۸)	۹ (٪ ۲۳/۱)	مرگ نوزادی، تعداد (٪)
<0.001	۱۵ (٪ ۳۰)	۲۶ (٪ ۶۶/۷)	محل زندگی (روستا) تعداد (٪)
<0.001	۳۵ (٪ ۷۰)	۱۳ (٪ ۳۳/۷)	محل زندگی (شهر) تعداد (٪)

\* $p<0/05$ 

کوریوآمیونیوت در گروه تحت مراقبت در خانه از گروه تحت مراقبت در بیمارستان به صورت معنی داری بیشتر بوده است.

*PPROM* یکی از مشکلات شایع در دوران بارداری است که در مدیریت آن اختلاف نظر های فراوانی وجود دارد. نگرانی از مرگ و میر و عوارض مادری، جنینی و نوزادی باعث بستری شدن مادران با *PPROM* می شود.

## بحث:

بر اساس نتایج این پژوهش، میانگین وزن، آپگار دقیقه اول و پنجم، هفته حاملگی در هنگام زایمان و میانگین فاصله پارگی کیسه آب تا زایمان به صورت معنی داری در گروه تحت مراقبت در خانه از گروه بستری در بیمارستان کمتر بود. میانگین سنی مادران، میانگین تعداد دفعات حاملگی، فراوانی مرگ نوزادی و میزان فراوانی

همکاران در گروه زایمان کمتر از ۲ ساعت (مراقبت در بیمارستان) ۴۲٪ و در گروه تحت مراقبت در خانه ۴۹٪ کوریو آمینیونیت داشتند. که ارتباط معنی دار آماری بین دو گروه وجود نداشت (۸). به نظر می رسد در این مطالعه چون مادران در خانه مرتباً کنترل می شدند میزان کوریو آمینیونیت کم شده است این در حالی است که مادران تحت مراقبت در خانه در مطالعه ما با توجه به رضایت شخصی کنترل نمی شدند و در صورت تمایل خود به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه می کردند که این می تواند توجه کننده تفاوت موجود باشد.

با توجه به نتایج تحقیقات *Ellestad* و همکاران بهتر است مادران با *PPROM* در یک بیمارستان ارجاعی سطح ۳ مراقبتی تحت نظر باشند (۸) و در صورت عدم تمایل برای بستری عوارض و پیامدهای ممکن به خانواده توضیح داده شود و گزینه مراقبت در خانه به صورت فردی، طبق نظر پزشک و برای مادران خاصی مدنظر قرار داده شود تا احتمال ایجاد عوارض به کمترین حد ممکن برسد و موجب خشنودی خانواده و کاهش هزینه های درمانی برای خانواده و جامعه گردد.

در زمینه مدیریت *PPROM* که در این مطالعه بر آن تمرکز شده است مادرانی هستند که خود رضایت به بستری شدن در بیمارستان را نمی دهند. این مادران قبل از ترخیص خوب آموزش داده نمی شوند، ممکن است دسترسی سریع به بیمارستان را نداشته باشند، سطح اجتماعی - اقتصادی آنها در حدی نباشد که بتوانند در خانه استراحت نسبی بکنند و یا علایم حیاتی خود، حرکات جنین و ... را چک کنند، به هر دلیلی امکان مراجعه مرتب به اورژانس را نداشته باشند، جنینی ناخواسته داشته باشند و ... به نظر می رسد مطالعه در این مادران، جنین و نوزادان آنها می تواند تخمین بهتری از جامعه را به ما بدهد.

### نتیجه نهایی:

در مطالعه حاضر میانگین وزن، آپگار دقیقه اول و پنجم، هفته حاملگی در هنگام زایمان و میانگین فاصله پارگی کیسه آب تا زایمان به صورت معنی داری در گروه تحت مراقبت در خانه از گروه بستری در بیمارستان کمتر بود. میانگین سنی مادران، میانگین تعداد دفعات حاملگی و میزان فراوانی کوریو آمینیونیت در گروه تحت مراقبت در خانه از گروه تحت مراقبت در بیمارستان به صورت

گرچه بستری کردن در بیمارستان سلامت مادر و جنین را تامین می کند و باعث کاهش عوارض و مرگ و میر می شود اما همزمان موجب ناخشنودی خانواده (به خصوص مادران) به خاطر بستری شدن در بیمارستان و هزینه فراوان برای خانواده و جامعه می شود (۵).

همواره مساله مراقبت در خانه به جای مراقبت در بیمارستان مطرح گردیده است و در این مساله مطالعاتی انجام شده است که برخی از آنها (۷-۵) موافق و برخی دیگر (۸) مخالف مراقبت در خانه بوده اند. از جمله مشکلات مطالعات قبلی می توان به تعداد کم نمونه و غیر قابل تعمیم بودن به تمام جامعه و ... اشاره کرد. زیرا در تمامی آنها مادران قبل از مراقبت در خانه یا ترخیص از بیمارستان کاملاً آموزش داده می شدند، کسانی که در نواحی با فاصله زیاد از بیمارستان قرار داشتند وارد مطالعه نمی شدند و ... همین مساله باعث شده است که طبق گزارش *Carlan* و همکارانش تنها ۴/۰٪ از تمام زایمان ها را بتوان در خانه مدیریت کرد (۵).

نتایج تحقیقات پژوهشگران موافق مراقبت در خانه به جای مراقبت در بیمارستان بیانگر این موضوع است که اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر عوارض جدی نوزادی، کوریو آمینیونیت و وزن نوزاد در هنگام تولد وجود نداشت و در مقابل مراقبت در خانه باعث افزایش امنیت و رضایت بیماران می گردد. در زنان تحت مراقبت در بیمارستان احتمال زایمان به طریقه سزارین افزایش داشته است در نتیجه می توان بیان کرد که مراقبت در خانه باعث کاهش هزینه درمانی می گردد (۹،۱۰). در مطالعه دیگر پژوهشگران در دو گروه مراقبت در خانه و بیمارستان دریافتند که سن حاملگی در هنگام زایمان از لحاظ آماری تفاوت معنی داری نداشته است (۱۱،۱۲). سن حاملگی در گروه بستری شده در بیمارستان با مطالعه حاضر همخوانی داشته اما در گروه تحت مراقبت در خانه، سن حاملگی در این مطالعه کمتر بوده است که با توجه با اینکه دو گروه قبل از تقسیم بندی همگون شده اند منطقی به نظر می رسد.

در مطالعه حاضر در گروه مراقبت در خانه ۲۳٪ کوریو آمینیونیت داشتند اما هیچ یک از بیمارانی که در بیمارستان تحت مراقبت بودند کوریو آمینیونیت نداشتند. در مطالعه *Carlan* و همکاران (۵) فراوانی کوریو آمینیونیت ذکر نگردیده است. در مطالعه *Ellestad* و

prelabour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks' gestation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 14 (4):CD008053.

8. Taghavi S, Abam F, Abbasalizadeh SH. [Neonatal outcome of preterm premature rupture of membranes: inpatient versus outpatient management]. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2008; 21(Suppl 1):185. (Persian)

9. Ellestad S, Swamy G, Sinclair T, James A, Heine P, Murtha A. Clinical, psychosocial, and economic effects of antenatal day care for three medical complications of pregnancy: a randomised controlled trial of 395 women. *Am J Perinatol* 2008; 25: 69-74.

10. Abou El Senoun G, Dowswell T, Mousa HA. Planned home versus hospital care for preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks' gestation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014. 14; 4:CD008053. doi: 10.1002/14651858.CD008053.

11. Buchanan SL, Crowther CA, Levett KM, Middleton P, Morris J. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010. 17; (3):CD004735. doi: 10.1002/14651858.CD004735.

12. Stock SJ, Bricker L, Norman JE. Immediate versus deferred delivery of the preterm baby with suspected fetal compromise for improving outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012. 11;7: CD008968. doi: 10.1002/14651858.CD008968.

13. Alfirevic Z, Milan SJ, Livio S. Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Sep 12; 9: CD000078. doi: 10.1002/14651858.CD000078.

معنی‌داری بیشتر بود. از لحاظ سپسیس نوزادی و مادری، مرگ نوزادی و نوع زایمان تفاوتی بین دو گروه نبود. در ضمن بیشتر مادران در گروه رضایت شخصی ساکن روستا و در گروه بستری در بیمارستان ساکن شهر بودند. این نتایج میتواند دلیل مناسبی برای بستری کردن مادران باشد.

### سپاسگزاری:

این مقاله ماحصل پایان نامه دوره پزشکی عمومی مصوب معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد ثبت ۱۶/۷۰۲/۴۵۱/پ مورخ ۹۲/۹/۳۱ می‌باشد بدین وسیله از کارکنان بیمارستان فاطمیه که در این پژوهش شرکت داشتند قدردانی می‌گردد.

### منابع:

1. Ronald S. Gibbs, Beth Y. Karlan, Arthur F. Haney, Ingrid Nygaard. *Danforth's Obstetrics and Gynecology.* 10<sup>th</sup>ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

2. Duff P, Lockwood Ch, Barss V. Preterm premature (prelabor) rupture of membranes. 2013 Oct. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/preterm-premature-prelabor-rupture-of-membranes>.

3. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes: current approaches to evaluation and management. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2005; 32:411.

4. Uhm S, Alderdice F, Chambers B, et al. PPO.23 Top 15 research priorities for preterm birth with clinicians and service users' involvement - outcomes from a James Lind Alliance priority setting partnership. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2014; 99 Suppl 1:A158. doi: 10.1136/archdischild-2014-306576.463.

5. Hartling L, Chari R, Friesen C, Vandermeer B, Lacaze-Masmonteil T. A systematic review of intentional delivery in women with preterm prelabor rupture of membranes. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2006; 19(3):177-187.

6. Turnbull D, Wilkinson Ch, Gerard K, Shanahan M, Ryan Ph, Griffith E, et al. Clinical, psychosocial, and economic effects of antenatal day care for three medical complications of pregnancy: a randomized controlled trial of 395 women. *Lancet.* 2004; 3; 363(9415):1104-1109.

7. Abou El, Senoun G, Dowswell T, Mousa HA. Planned home versus hospital care for preterm

## Original Article

## A Comparative evaluation of maternal & Neonatal complications in women between outpatients & Inpatients with Preterm Premature Rupture of the membranes

SH. Ali Mohammadi, M.D.<sup>1</sup>; M. Sangin Abadi, G.P.<sup>2</sup>; M.A. Saeif Rabiei, M.D.<sup>3</sup>; F. Shobeiri, Ph.D.<sup>4\*</sup>

1- Assistant professor, Dept. of Gynecology, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

2- G.P. School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

3- Associate professor, Dept. of Social Medicine, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

4- Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received: 22.3.2014

Accepted: 23.7.2014

### Abstract

**Background:** *preterm premature rupture of membranes (PPROM) is the term used when the rupture occurs before 37<sup>th</sup> week of pregnancy. The purpose of this study was to investigate the complications of PPRM in mothers and newborns.*

**Methods:** *it is a cohort study which was conducted on mothers with 24- 34 weeks of gestational age who were diagnosed and admitted in Fatemeh hospital because of PPRM since March 2012 to march 2013. In the case group there were 50mothers stayed in hospital until delivery and in the control group 39 mothers discharged before delivery with their own consent. All parameters were compared between two groups. Data processing and statistical analysis were performed using SPSS/21.*

**Result:** *The mean scores of neonatal birth weights, Apgar scores at the first and 5<sup>th</sup> minutes, gestational age at delivery and the interval between PPRM and the time of delivery in home care group were significantly lower than hospital care group. The mean scores of maternal age, number of pregnancies, neonatal death and the incidence of chorioamnionitis in the home care group were significantly upper than hospital care group.*

**Conclusion:** *According to the results of this study, mothers with PPRM are better to stay in the hospital until delivery or be discharged from the hospital by physician order.*

**Keywords:** *Nursing Care / Obstetrics Complication / Preterm Premature Rupture of Membranes*

---

\*Corresponding Author: F. Shobeiri, Ph.D.; Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: fshobeiri@yahoo.com