

علاقة طول الحامل بالولادة الباكرة

الدكتور جهاد الأيوب*

(تاريخ الإيداع 28 / 7 / 2008. قُبِلَ للنشر في 2 / 12 / 2008)

□ الملخص □

أجريت هذه الدراسة على 832 حامل في قسم التوليد بمشفى الأسد الجامعي باللاذقية بالفترة ما بين 2006/7/1 و 2007/7/1 وقسمت الحوامل إلى أربع مجموعات المجموعة الأولى وعددها (78) أطوال الحوامل فيها أقصر من 155 سم والمجموعة الثانية وعددها (339) أطوال الحوامل فيها بين 156-160 سم والمجموعة الثالثة وعددها (324) أطوال الحوامل فيها بين 161-170 سم والمجموعة الرابعة وعددها (91) أطوال الحوامل فيها أكبر من 170 سم وكان هدف هذه الدراسة تحديد نسبة حدوث الولادة الباكرة في كل مجموعة. إن الولادة الباكرة كانت بنسبة 21.79% في المجموعة الأولى مقابل 14.45% في المجموعة الثانية و 7.40% في المجموعة الثالثة و 3.29% في المجموعة الرابعة.

الكلمات المفتاحية: المخاض الباكر - الولادة الباكرة.

* أستاذ مساعد - قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

The Relationship between a Pregnant Woman's Height and Premature Delivery

Dr. Jihad AL-Aioub*

(Received 28 / 7 / 2008. Accepted 2/12/2008)

□ ABSTRACT □

This study was carried out on 832 pregnant women in the Obstetric and Gynecology Department at AL-Assad University Hospital in Lattakia between 1/7/2006 and 1/7/2007. They were divided into four groups: The first group included 78 pregnant women whose heights were ≤ 155 cm; the second group consisted of 339 pregnant women whose heights ranged between 156 and 160 cm; the third group comprised 324 pregnant women whose heights ranged between 161 and 170cm; and the fourth group included 91 pregnant women whose heights were > 170 cm. The purpose of this study was determine the premature delivery ratios for each group. The ratios of premature delivery in the first group were 21.79% versus 14.45% in the second group, 7.40% in the third group, and 3.29% in the fourth group.

Keywords: premature delivery.

*Associate Professor, Obstetric and Gynecology Department, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

الولادة الباكراة هي الولادة التي تحدث بين الأسبوعين 20-37 من الحمل وقد عرّف المخاض الباكر بأنه وجود تقلصة رحمية واحدة على الأقل خلال 10 دقائق ويستمر ذلك لأكثر من 60 دقيقة، وجود تمزق لأغشية الجنين وتسجيل التغيرات العنقية من حيث نقص في طول العنق (الامحاء) أو توسع في قناة عنق الرحم (1-2).

وفي السنوات الأخيرة تحسنت وسائل التشخيص المؤكدة والمحددة للولادات الباكرة (الفيريونكتين الجنيني)(3). إن نسبة الولادة الباكرة في معظم الدول لا تزال مرتفعة وثابتة خلال العقدين الماضيين على الرغم من الجهود الحديثة لحل هذه المشكلة، وفي المراكز المتخصصة التي تعمل كمراكز مرجعية تحول إليها الحالات من بقية المراكز المجاورة فإن النسبة تكون مرتفعة، مثال على ذلك مشفى ادبلايد للنساء والأطفال في جنوب إفريقيا الذي يعتبر كمركز عناية ثالثي ضخم، حيث تصل النسبة إلى 15% عام 1995 (4). وفي الولايات المتحدة وصلت النسبة إلى 8.9% في عام 1994 (5). وفي جنوب استرالية وفي عام 1995 (6) كانت النسبة 6.8% في حين وصلت النسبة إلى 3.6% فقط في بريطانيا (7) عام 1993. وكما هو معلوم فإن الولادة الباكرة هي من أكثر أسباب مرضة الولدان ووفياتهم وهي تتراوح ما بين 50-70% حسب المصادر المختلفة.

هدف البحث وأهميته:

- 1- تصنيف الحوامل حسب أطوالهن.
- 2- تحديد نسبة الولادة الباكرة لدى السيدات حسب أطوالهن.
- 3- المقارنة بين النسب لتحديد أطوال الحوامل عاليات الخطورة.

تأتي أهمية هذا البحث من كونه يفيدنا في التنبؤ بحدوث الولادة الباكرة واتخاذ الاحتياطات اللازمة وبالتالي الإقلال من أمراض ووفيات الأطفال ما حول الولادة.

طريقة البحث ومواده:

أجريت الدراسة للسيدات الحوامل المراجعات للعيادة النسائية وقسم التوليد في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية بالفترة الواقعة ما بين 2006/7/1 و 2007/7/1. بلغ عدد الحالات المدروسة 832 سيدة حدث عند 93 منهن ولادة باكرة. درست القصة المرضية والتوليدية للمراجعات وركز الاهتمام على قياس أطوالهن بشكل دقيق، معرفة عمر الحمل بالقصة وباستخدام الأمواج ما فوق الصوتية، وتحديد بدء المخاض الباكر عن طريق تسجيل التقلصات الرحمية ومعرفة تغيرات عنق الرحم (امحاء - اتساع) بالإضافة إلى الفحوص الأخرى.

النتائج والمناقشة:

قسمت الحالات المدروسة وعددها 832 امرأة بالنسبة لأطوالهن إلى أربع مجموعات:

الجدول رقم (1) يبين توزيع الحوامل حسب أطوالهن والنسبة المئوية

الأطوال	أقصر من 155 سم	156-160 سم	161-170 سم	أطول من 170 سم
المجموعات	الأولى	الثانية	الثالثة	الرابعة
عدد الحوامل	78	339	324	91
النسبة المئوية	%9.37	%40.74	%38.94	%10.93

من الجدول رقم (1) نلاحظ أن الحوامل في المجموعة الثانية اللواتي أطوالهن بين 156-160 سم شكلت ما نسبته %40.74 وهي أكبر النسب وهي تتقارب مع نسبة الحوامل في المجموعة الثالثة واللواتي أطوالهن 170-161 سم حيث بلغت النسبة %38.94.

في حين أن الحوامل في المجموعة الأولى واللواتي أطوالهن أقصر من 155 سم شكلت أصغر النسب حيث بلغت %9.37 وهي تتقارب مع النسبة لحوامل المجموعة الرابعة واللواتي أطوالهن أكبر من 170 سم حيث بلغت النسبة %10.93.

ولدى مراقبة الحوامل 832 موضوع دراستنا تبين أن 93 منهن انتهى حملها بولادة باكرة أي ما نسبة %11.17 ثم قمنا بتحديد نسبة الولادة الباكرة في كل مجموعة

الجدول رقم (2) يبين نسبة الولادات الباكرة

المجموعات	الأولى	الثانية	الثالثة	الرابعة
عدد الحوامل	78	339	324	91
عدد الولادات الباكرة	17	49	24	3
النسبة المئوية	%21.79	%14.45	%7.40	%3.29

من الجدول رقم (2) نلاحظ أن نسبة الولادة الباكرة تزداد لدى النساء اللواتي أطوالهن 155 سم أو أقل في حين أن نسبة الولادة الباكرة تقل لدى من يزيد طولهن عن 170 سم.

وبالعودة إلى الأعمار الحملية التي حدثت فيها الولادة الباكرة لاحظنا أن الولادات الباكرة كانت كما في الجدول

رقم(3):

الجدول رقم (3) توزيع المريضات حسب الأعمار الحملية التي حدثت فيها الولادات الباكرة

عمر الحمل بالأسابيع	عدد الولادات	النسبة المئوية
24-21	15	16.12
28-25	12	12.90
34-29	39	41.93
37-35	27	29.03

من الجدول رقم (3) نلاحظ أن الولادات الباكرة كانت أكثر تواتراً بالعمر الحلمي 29-34 أسبوعاً فقد كانت بنسبة 41.93%.

مقارنة النتائج بالدراسات العالمية:

بلغت نسبة حدوث الولادة الباكرة لدينا 11.17% من إجمالي عدد الولادات 93 من أصل 832 ولادة وهي تقارب نسبة حدوث الولادة الباكرة بدراسة Lock Wood C.J حيث كانت 11% (8).
وإذا قارنا نسب حدوث الولادة الباكرة في كل مجموعة مع الدراسات الأخرى نجد أن نسبة الولادة الباكرة في المجموعة الأولى مرتفعة 21.79% في حين أن نسبة الولادة الباكرة في المجموعة الثانية هي 14.45% وهي تتقارب مع الدراسة بمشفى أديلايد في جنوب إفريقيا حيث كانت النسبة 15% (4) كما أن نسبة الولادة الباكرة في المجموعة الثالثة 7.4% وهي تشبه دراسة Mainous -A عام 1994 في الولايات المتحدة الأمريكية حيث بلغت النسبة في دراسته 8.9% (5).
كما أن نسبة الولادة الباكرة في المجموعة الرابعة كانت عندنا 3.29% وهي نسبة تشبه ما وجدته Hedegrad - M في بريطانيا حيث بلغت 3.6% (7).

الاستنتاجات والتوصيات:

- 1- نظراً لارتفاع نسبة حدوث المخاض الباكر والولادة الباكرة عند الحوامل القصيرات القامة فنرى انه من الضروري التشديد على الحوامل بوجود المراجعة الدورية المكثفة طيلة فترة الحمل.
- 2- يجب على الأطباء والقابلات عدم إهمال أي عارض قد ينبئ بحدوث الولادة الباكرة مثل الشكوى من آلام بطنية أو آلام ظهرية أو تقلصات رحمية عند المريضات القصيرات القامة خاصة المريضات بطول اقل من 155 سم.
- 3- اعتبار الحوامل القصيرات القامة وخاصة دون 155 سم مريضات عاليات الخطورة بحدوث الولادة الباكرة مما يستلزم إجراء تسجيل التقلصات الرحمية ومراقبة احتمال حدوث تغيرات في امحاء واتساع عنق الرحم.

المراجع:

- 1- عثمان، معاذ؛ الرياحي، فراس. المخاض الباكر، المعين في التوليد وأمراض النساء، الطبعة العربية، دار القدس للعلوم، دمشق 2006، 181-188.
- 2- تنوخي، عماد الدين؛ الشبخة، صلاح؛ السقا، كنعان. الولادة الباكرة. التوليد وأمراض النساء. الجزء الأول. منشورات جامعة دمشق 1999-2000، 552-554.
- 3- GOLDENBERG R.L, THOM E, MOAWAD A.H, JOHNSON R, ROBERT J, CARITIS S.N; *The preterm predictive study: Fetal fibronectin, bacterial vaginosis and peripartum infection. Obstetric and gynecology*87, (1996) 656-660.
- 4- *Clinical Information Services Annual Report (1995) Adelaide: Women's and Cheldrin's Hospital.*
- 5- MAINOUS A.G- *Preterm delivery. 3 RD.j- Fam – Pract , Vol. 38 (3), Mar, 1994.262.*
- 6- CHAN A, SCOTT J, MCCAUL K; *pregnancy outcome in south Australia 1995, annual report of the pregnancy outcome unite, epidemiology branch, sout Australian health commission(1995).*
- 7- HEDEGRARD M, et al. *preterm delivery, BMJ. Juli; 24: 1993, 307- 324.*
- 8- LOCK WOOD C.J, et al; *Preterm Labor, Am-J-Obstet-Gynecol, Vol. 168 (1), jan, 1993, 378.*