

قيم الخضاب والولادة الباكرة

الدكتور جهاد الأيوب*

(تاريخ الإيداع 13 / 11 / 2008. قُبِلَ للنشر في 22 / 12 / 2008)

□ الملخص □

أجريت هذه الدراسة على 832 حامل في قسم التوليد بمشفى الأسد الجامعي باللاذقية في الفترة ما بين 2006/7/1 و 2007/7/1. قسمت الحوامل إلى أربع مجموعات: المجموعة الأولى 54 قيم خضابهن أقل من 9 غ/دل، المجموعة الثانية 82 تتراوح قيم الخضاب عندهن بين 9-10 غ/دل، المجموعة الثالثة قيم الخضاب عندهن تتراوح بين 10-11 غ/دل والمجموعة الرابعة 502 قيم الخضاب عندهن أكبر من 11 غ/دل. وكان هدف هذه الدراسة تحديد نسبة حدوث الولادة الباكرة في كل مجموعة. إن الولادة الباكرة كانت بنسبة 18.51 % في المجموعة الأولى مقابل 15.85 % في المجموعة الثانية، 12.37 % في المجموعة الثالثة و 9.16 % في المجموعة الرابعة.

الكلمات المفتاحية: الولادة الباكرة - الخضاب.

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

Hemoglobin Values and Premature Delivery

Dr. Jihad Al-Aioub*

(Received 13 / 11 / 2008. Accepted 22/12/2008)

□ ABSTRACT □

This study has been carried out on 832 pregnant women in 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 consisted of 54 cases, and their hemoglobin was < 9 g/dl; the second group comprised 82 cases, and their hemoglobin was between 9 and 10 g/ dl; the third group included 194 pregnant women, and their hemoglobin was between 10 and 11 g/ dl, and the fourth group comprised 502 pregnant women, and their hemoglobin was > 11 g/ dl. The purpose of this study was to determine the premature delivery ratios for each group; the ratios of premature delivery were 18.51% in the first group versus 15.85% in the second, 12.37% in the third, and 9.16% in the fourth.

Keywords: premature delivery, hemoglobin

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

مقدمة:

يعتبر فقر الدم بعوز الحديد من أكثر أسباب فقر الدم شيوعاً في العالم وهو ينتشر في جميع أنحاء العالم (1) كما أن فقر الدم بعوز الحديد يؤثر في أكثر من 600 مليون شخص في العالم (2). يعرّف فقر الدم كما عرفتته منظمة الصحة العالمية (WHO) بأنه انخفاض مستوى خضاب الدم عن 12 g/dl عند الإناث وأقل من 11 g/dl عند الحوامل (3) ويصيب الناس من الأعمار والمستويات الاقتصادية كافة، ولكنه يكون أكثر شيوعاً عند الإناث في سن الإنجاب واليافعين وسيئي التغذية (4).

تعزى أسباب عوز الحديد إلى الزيادة الفيزيولوجية لاحتياجات الحديد في أثناء النمو والحمل والإرضاع، أو بسبب فقد الدم الطمثي (5) أو بسبب سوء الامتصاص، وقد يحدث عوز الحديد عند تناول مضادات الحموضة (6). وقد يكون سبب عوز الحديد هو النظام الغذائي غير المتوازن عند المراهقات (7) وعند المسنين الذين يعيشون منفردين أو في المؤسسات العامة وذلك بسبب سوء التغذية بشكل رئيسي (8). يجب استقصاء سبب عوز الحديد ومن ثم علاجه حيث تعطى سلفات الحديد مع متابعة العلاج لمدة 6 أشهر أو حتى 12 شهر لملء مخازن الحديد في الجسم (9).

أهمية البحث وأهدافه:

- 1- تصنيف الحوامل حسب خضابهن.
 - 2- تحديد نسبة الولادة الباكرة لدى السيدات حسب خضابهن.
 - 3- المقارنة بين النسب لتحديد قيم خضاب الحوامل العالي الخطورة بنشوء الولادة الباكرة.
- تأتي أهمية هذا البحث من كونه يفيدنا في التنبؤ بحدوث الولادة الباكرة واتخاذ الاحتياجات اللازمة بالتالي الإقلال من إمراض ووفيات الأطفال حول الولادة كما أن هذا البحث يؤكد على أهمية تغذية الحامل بالعناصر المفيدة بتكوين الدم ومعالجة النساء في أثناء الحمل عند وجود انخفاض الخضاب.

طرائق البحث ومواده:

أجريت الدراسة للسيدات الحوامل المراجعات العيادة النسائية وقسم التوليد في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية في الفترة الواقعة ما بين 2006/7/1 و 2007/7/1.

بلغ عدد الحالات المدروسة 832 سيدة حدث عند 93 منها ولادة باكرة.

درست القصة المرضية والتوليدية للمراجعات وركز الاهتمام على تحليل دمهن لمعرفة الخضاب الدموي أثناء الحمل.

معرفة عمر الحمل بالقصة وبالاستخدام للأمواج ما فوق الصوتية عند ظهور أعراض المخاض الباكر وتحديد بدء المخاض عن طريق تسجيل النقلصات الرحمية ومعرفة تغيرات عنق الرحم من امحاء واتساع بالإضافة إلى الفحوص الأخرى.

النتائج والمناقشة:

قسمت الحالات المدروسة وعددها 832 امرأة بالنسبة لقيم خضابهن إلى أربع مجموعات:

الجدول رقم (1) يبين توزع الحوامل حسب قيم الخضاب والنسبة المئوية لكل مجموعة

قيم الخضاب غ/دل	9 >	10-9	11-10	11 <
المجموعات	الأولى	الثانية	الثالثة	الرابعة
عدد الحوامل	54	82	194	502
النسبة المئوية	6.49	9.85	23.31	60.33

من الجدول رقم (1) نلاحظ أن الحوامل في المجموعة الرابعة اللواتي قيم خضابهن < 11 غ/دل شكلت ما نسبته 60.33 وهي أكبر النسب.

في حين أن الحوامل في المجموعة الأولى واللواتي قيم خضابهن أقل من 9 غ/دل شكلت أصغر النسب حيث بلغت 6.49 وهي تتقارب مع نسبة الحوامل في المجموعة الثانية واللواتي قيم خضابهن بين 9-10 غ/دل حيث بلغت النسبة 9.85 ولدى مراقبة الحوامل الـ 832 موضوع دراستنا تبين أن 93 منهن انتهى حملها بولادة باكرة أي ما بنسبة 11.17% ثم قمنا بتحديد نسبة الولادة الباكرة في كل مجموعة على حدا.

الجدول رقم (2) يبين نسبة الولادة الباكرة في كل مجموعة

المجموعات	الأولى	الثانية	الثالثة	الرابعة
عدد الحوامل	54	82	194	502
عدد الولادات الباكرة	10	13	24	46
النسب المئوية	18.51	15.85	12.37	9.16

من الجدول رقم (2) نلاحظ أن نسبة الولادة الباكرة تزداد لدى النساء اللواتي قيم خضابهن أقل من 9 غ/دل في حين أن الولادة الباكرة نقل إلى النصف عند النساء اللواتي خضابهن أكثر من 11 غ/دل.

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 إذ تحدث بنسبة 10% وفق الدراسات العالمية (10).

وإذا قارنا نسب حدوث الولادة الباكرة في كل مجموعة مع الدراسات العالمية نجد أن نسبة الولادة الباكرة في المجموعة الأولى مرتفعة 18.51% وكذلك فإن نسبة الولادة الباكرة في المجموعة الثانية هي مرتفعة حيث بلغت 15.85.

في حين أن نسبة الولادة الباكرة في المجموعة الثالثة بلغت 12.37 وهي تتقارب مع الدراسات العالمية. وكذلك نسبة الولادة الباكرة في المجموعة الرابعة تتقارب أيضا مع الدراسات العالمية.

الاستنتاجات والتوصيات:

- 1- نظرا لارتفاع نسبة حدوث المخاض الباكر والولادة الباكرة عند الحوامل المصابات بفقر الدم خضاب دون 11 غ/دل فنرى أنه من الضروري التشديد على الحوامل بوجود المراجعة الدورية طيلة فترة الحمل لتشخيص فقر الدم ومعالجته واتخاذ سبل الوقاية من انخفاض الخضاب الدموي بتناول الأغذية ومشتقات الحديد.
- 2- كما أنه يجب على الأطباء والقابلات عدم إهمال أي عارض قد ينبئ بحدوث الولادة الباكرة مثل الشكوى من آلام بطنية أو ظهرية أو تقلصات رحمية عند المريضات المنخفضات الخضاب الدموي.
- 3- اعتبار الحوامل وخاصة مع وجود انخفاض شديد وخاصة دون 9 غ مريضات عاليات الخطورة بحدوث الولادة الباكرة مما يستلزم إجراء تسجيل التقلصات الرحمية ودراسة احتمال وجود تغيرات في امحاء واتساع عنق الرحم.

المراجع:

- 1- LEE, R.G. IN: LEE, R.G.; FORESTER, J.; LUKENS, J. PARASKEVA, S.F. GREER, J.P. RODGERS, G.M. eds- *Wintrobe's Clinical Hematology*, 10th edn. Baltimore: Lippincott Williams & Williams, 1999, 979-1004.
- 2- HENRY, J.B. *Clinical Diagnosis & Management by Laboratory Methods*, Twentieth Edition, India, 2001, 544.
- 3- Centers for Disease Control. CDC- *criteria For Anemia In Children And Childbearing – aged women*. MMWR, Vol. 38, 1989, 400-404.
- 4- BUSHNELL, F. K. – *A guide to Primary Care of Iron Deficiency Anemia*. Nurse pract. 17, 1992, 68-74.
- 5- HELFAND, M.; FREEMAN, M.; NYGREN, P.; WALKER, M. *Screening For Iron Deficiency: Anemia In Childhood And Pregnancy*. Update of 1996 USPSTF Review Evidence Synthesis. 43 (prepared) by the Oregon evidence- based practice center under contract. 290-02-004) Roekville, MD – *Agency for Health Care Research and Quantity*. 2006.
- 6- ROWLAND, T. W.; KELLEHER, J. F. – *Iron Deficiency in Athletes from High School Swimmers*. Am J Dis Child, 143, 1989, 197-200.
- 7- BOTHWELL, T. H.; BAYNES, R. D. MACFARLANE, B. J. MACPHAIL, A. P. – *Nutritional Iron Requirements and Food Iron Absorption*. J Intern Med ,226, 1989, 357-365.
- 8- SCHULTZ, B. M.; FREEDMAN, M. L. – *Iron Deficiency in the Elderly*. Biallieres Clin Haematol. 1, 1987, 291-313.
- 9- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – *Recommendations To Prevent And Control Iron Deficiency In The United States*. Morbidity and Mortality Weekly Report. Atlanta, GA: US Dept of Health and Human Services. 47, 1998, 1-29.
- 10 - عثمان، معاذ؛ الرياحي، فراس. *المعدين في التوليد وأمراض النساء*. الطبعة العربية، دار القدس للعلوم، دمشق، 2006، 81 (ترجمة).

