

PROM (Premature Rupture Of membranes)

PROM: پارگی پرده‌ها قبل از شروع انقباض‌های رحمی

PPROM: پارگی پرده‌ها قبل از هفته ۳۷

Etiology

اتیولوژی دقیق پارگی زودرس پرده‌های جنینی شناخته شده نیست. ترکیبی از فاکتورهای متعدد مکانیکی و فیزیولوژیکی می‌توانند در نهایت منجر به پارگی پرده‌ها شوند.

- کاهش ژنرالیزه قدرت کشش پرده‌ها
- نقص‌های تکاملی موضعی در غشاها
- کاهش کلاژن مایع آمنیوتیک
- تغییر ساختار کلاژن
- تحریک پذیری رحم
- آپوپتوز سلول‌های رحمی
- تخریب کلاژن
- کشش بیش از حد پرده‌ها

Risk Factors

- عفونت داخل مایع آمنیوتیک
- عفونت‌های subclinical مایع آمنیوتیک
- سابقه PPRM قبلی
- وضعیت socioeconomic نامناسب
- BMI پایین تر از ۱۹,۸
- کمبودهای تغذیه‌ای
- فیبرونکتین مثبت جنینی در هفته ۲۳
- سرویکس کوتاه تر از ۲۵ میلی‌متر در هفته ۲۳
- خون ریزی
- سیگار
- پلی‌هیدرامینوز

DDx

- ادرار
- Vaginal discharge
- موکوس پلاک (مایع موکوسی که بین دهانه رحم و کیسه آب)

نکته: موکوس پلاک به علت force و انقباضات رحمی ۲۴ ساعت قبل از labor و یا حین آن رخ می‌دهد.

Diagnosis

۱- شرح حال: خروج ناگهانی مایع گرم

۲- معاینه: با اسپکولوم استریل

- مشاهده تجمع مایع در بخش خلفی حفره واژن
- مشاهده مستقیم نشت مایع از دهانه سرویکس که تشخیص را قطعی می‌کند.

۳- تست نیتراژین

PH نرمال واژن در حاملگی بین ۴ تا ۴,۷ است. PH مایع آمنیوتیک قلیایی و بین ۷,۱ تا ۷,۴ است. کاغذ نیتراژین در PH > 6.5 از زرد به آبی تغییر رنگ می‌دهد. دقت آن برای تشخیص پارگی پرده ۹۳٪ است.

نکته: موارد مثبت کاذب تست نیتراژین شامل: وجود خون - مایع منی - ادرار قلیایی - واژینوز باکتریایی و تریکوموناس می‌باشند.

۴- تست Fernning

برای تأیید تشخیص PROM می‌توان از سرخسی یا شاخه ای شدن مایع آمنیوتیک خشک شده بر روی لام استفاده کرد که ۹۶٪ دقت دارد.

نکته: موارد مثبت کاذب تست فرنینگ

شامل: آلودگی نمونه با مایع منی و



موکوس سرویکس (PH) واژن و مکونیوم تاثیری روی نتیجه تست ندارند. می‌باشد.

نکته: موارد منفی کاذب تست فرنینگ شامل: خشک بودن سوآپ-آلوده شدن نمونه با خون در رقت ۱ به ۱- خشک نشدن مایع روی لام می‌باشد.

۵- سونوگرافی

کاهش میزان مایع آمنیوتیک نسبت به سونوی قبلی (الیگوهیدروآمینوز)؛ با این وجود حساسیت و اختصاصیت این مدالیته تشخیصی معلوم نیست.

۶- فیبرونکتین جنینی

وجود فیبرونکتین جنینی در ترشحات سرویکس و واژن حتی در نبود پارگی آشکار پرده‌ها ممکن است نشانه ای از زایمان قریب الوقوع باشد. (حساسیت این روش ۹۸٫۲٪ است اما اختصاصیتی ندارد.)

۷- تزریق رنگ

روشی تهاجمی است که در آن یک ماده رنگی از طریق شکم به AF تزریق می‌شود و ۳۰ دقیقه پس از آن تغییر رنگ مایع خارج شده از سرویکس در بررسی می‌کنیم.

Complication

- شروع زایمان (القای labor)
- داروهای توکولیتیک؛ درمورد تجویز داروهای توکولیتیک (ساپرس کننده‌های انقباض‌های رحمی) اختلاف نظر وجود دارد، زیرا عده ای می‌گویند اگر علت PROM یک عفونت زمینه ای باشد ما با دادن این داروها و ساپرس انقباضات رحم باعث افزایش ریسک کوریوآمینونیت می‌شویم.

- دیسترس تنفسی جنین؛ شایع‌ترین عارضه قابل تشخیص در PROM های قبل از هفته ۳۷ می‌باشد که شیوع ۱۰٪ تا ۴۰٪ دارد.

• عفونت

- ۳۲٪ خطر عود PPRM در حاملگی بعدی
- هایپوپلازی ریه جنین؛ PROM زیر ۲۳ هفته همراه با الیگوهیدرامینوز قطعاً هایپوپلازی کشنده خواهد داد.
- دکولمان جفت

کوریوآمینونیت: همه بیماران مبتلا به PPRM باید از

نظر ابتلا به کوریوآمینونیت بررسی شوند.

علایم

- تاکی کاردی جنین
- تندر نس رحم
- ترشحات mucopurulent بدبو
- تب که اختصاصی‌ترین و دیررس‌ترین علامت است.

تشخیص

در موارد مشکوک به کوریوآمینونیت ← آمنیوسنتز برای بررسی AF که شامل این اقدامات است:

- رنگ آمیزی گرم
- اندازه گیری غلظت گلوکز ↓ غلظت به نفع تشخیص
- کشت +
- اینترلوکین؛ بالا بودن IL6 به نفع عفونت است. (حساس‌ترین عامل پیش‌گویی عفونت رحمی)

عوارض عفونت تحت بالینی اگر تشخیص به تأخیر بیافتد:

sepsis نوزادی - cerebral palsy

Treatment considerations



درمان PROM با کورتیکواستروئید:

اقدامات درمانی بر اساس هفته PROM :

یک دوز کورتون در زنان با سن حاملگی ۲۴-۳۲ هفته ای که پیش بینی می‌کنیم زایمان زودرس داشته باشند، تجویز می‌کنیم که باعث:

۱-PROM ترم یا نزدیک ترم (<۳۴ هفته)

در این بیماران القای زایمان ارجح است.

اگر دهانه سرویکس باز باشد با اکسی توسین این کار را می‌کنیم.

• ↓ ریسک سندروم دیسترس تنفسی

• ↓ ریسک intraventricular hemorrhage و

مرگ و میر نوزادی

• تحریک بلوغ ریه زیر ۳۰ تا ۳۲ هفته (البته در

غیاب کوریوآمیونیت)

اگر دهانه سرویکس باز نباشد از پروستاگلاندین (PGE1) استفاده می‌کنیم.

اگر محدودیت برای NVD داشتیم مانند پوزیشن بریج بچه، C/S می‌شود.

تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک؛ در بیماران PPROM

تجویز پروفیلاکتیک آنتی بیوتیک دو دلیل دارد:

در این موارد هم پروفیلاکسی علیه GBS انجام می‌شود:

• کشت مثبت در هفته‌های ۳۵ تا ۳۷

• بیش از ۱۸ ساعت از پارگی پرده‌ها گذشته باشد

• در صورت نامعلوم بودن وضعیت کشت بیمار

۱- پیش گیری از عفونت پری ناتال با استرپت گروه

B (GBS)

۲- چون که عفونت شروع PROM و PPROM

باعث تحریک زایمان می‌شود؛ تجویز آنتی بیوتیک

باعث تأخیر در زایمان از ۴۸ ساعت تا ۷ روز

می‌شود. این تأخیر در زایمان باعث بهبود بلوغ ریه

و در نتیجه: کاهش RDS- کاهش نیاز به اکسیژن

تراپی- کاهش مصرف سورفاکتانت ریه

تجویز درمانی آنتی بیوتیک:

۱- کاهش cerebral abnormalities

۲- کاهش کوریو آمیونیت

۳- کاهش عفونت مادر و نوزاد

۴- کاهش مثبت شدن کشت خون

نحوه درمان: ۷ روزه. ۲ روز اول تزریقی با آمپی سیلین؛ ۵

روز بعدی خوراکی با آموکسی سیلین و اریتروماکسین

نکته: کوآموکسی کلاو را به علت خطر انتروکولیت نکروران

ندهیم.

PROM بین هفته ۳۲ تا ۳۴

برنامه زایمان بر مبنای بلوغ ریه است؛ اگر شواهد بلوغ ریه

را دیدیم بهتر است القای زایمان صورت گیرد.

اما اگر امکان بررسی بلوغ ریه نبود درمان انتظاری را

انتخاب می‌کنیم: ۱- NST روزانه ۲-BPP

در صورت مشاهده عفونت زایمان را انجام می‌دهیم.

کروتیکواستروئید و توکولیتیک نمی‌دهیم.

پروفیلاکسی GBS حتماً انجام می‌دهیم.

آنتی بیوتیک سعی می‌کنیم کمتر تجویز کنیم.

PROM بین هفته ۲۵ تا ۳۲

در این مورد اختلاف نظر زیادی وجود دارد. درمان معمولاً

انتظاری است. در صورت وجود

فسفاتیدیل گلیسرول یا عفونت یا شروع



خود به خود زایمان القای labor انجام می‌دهیم.

پروبیلاکسی GBS انجام می‌شود

تجویز آنتی بیوتیک (آمپیسیلین و اریترومايسين) برای ۷ روز انجام می‌دهیم.

استفاده از توکولیتیک مورد بحث است.

تجویز کورتیکواستروئید ضروری است.

PROM کمتر از ۲۵ هفته

بر حسب سن حاملگی و تمایل بیمار درمان انتظاری یا القای زایمان را انجام می‌دهیم. (اگر کوریوآمنیونیت کرد بلافاصله ختم حاملگی را انجام می‌دهیم.)

توکولیتیک و کورتیکواستروئید تجویز نمی‌شود.

آنتی بیوتیک به مدت ۷ روز تجویز می‌شود.

کوریوآمنیونیت همراه با PROM در هر سن حاملگی:

تشخیص کوریوآمنیونیت آشکار در هر سن حاملگی نیاز به تجویز وریدی آنتی بیوتیک وسیع الطیف برای پوشاندن تمام ارگان‌های هوایی و بی‌هوایی دارد.

در صورت بروز عفونت آشکار داخل رحمی درمان انتظاری ممنوع است و انجام زایمان ضروری است. بهتر است در این شرایط NVD انجام شود و سزارین فوری در این شرایط مورتالیتی را بالا می‌برد. میزان سزارین معمولاً در درالگوی های FHR نامطمئن - پرزنتاسیون غیر طبیعی و پیش رفت ضعیف زایمان افزایش می‌یابد.

PPROM بعد از سرکلاژ:

۱- اگر شواهد بالینی عفونت وجود داشته باشد باید سرکلاژ برداشته شود.

۲- اگر شواهد بالینی عفونت ندارد و جنین viable است (قابلیت حیات دارد) در سن بارداری بیش از ۲۵ هفته بهتر است سرکلاژ را برداشت.

۳- در صورتی که شواهد بالینی عفونت وجود ندارد ولی جنین viable نیست بهتر است سرکلاژ باقی بماند.

PPROM همراه با عفونت فعال هرپس:

۱- اگر خطر پره ماچوریتی بالا باشد در سنین کمتر از ۳۰- ۳۲ هفته درمان انتظاری و تجویز پروبیلاکتیک آنتی ویروس (آسیکلوویر)

۲- اگر خطر عفونت نوزادی بیشتر از پره ماچوریتی است (مثلاً سن بارداری بیش از ۳۲ هفته) در صورت وجود شواهد بالینی عفونت ژنیتال باید C/S شود.

پایان

نگارش اولیه: آتنا علی آبادی

ویرایش و تایپ: هدایت هاشمی

