

پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی  
سال ۲۱، شماره ۳، صفحات ۳۴-۳۸ (مهر- آذر ۱۳۷۶)

## تأثیر آمپی سیلین بر زایمان زودرس ایدیوپاتیک در شانزده بیمارستان آموزشی تهران (۷۳-۱۳۷۴)

دکتر فاطمه رمضانزاده و لیلا هادی پورجهرمی  
دانشگاههای علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی

### خلاصه

این بررسی به منظور تعیین تأثیر آمپی سیلین روی زایمان زودرس ایدیوپاتیک در شانزده بیمارستان آموزشی شهر تهران از تاریخ ۷۳/۹/۳۰ طی چهار ماه صورت گرفته است. جهت بررسی، دو گروه مورد و شاهد انتخاب شدند. به گروه مورد آمپی سیلین داده شد. نمونه‌ها از نظر سن مادر، سن حاملگی، تعداد حاملگی، وضعیت معاینه داخلی (دیلاتاسیون و افسمان سرویکس)، تعداد انقباضهای رحم در ۱۰ دقیقه، دریافت داروی توکولیتیک در بخش و وضعیت قرار گرفتن جنین در رحم به طور یکسان در دو گروه جور شدند. نمونه‌ها دو هفته و چهار هفته بعد، از نظر معاینه داخلی (دیلاتاسیون و افسمان سرویکس)، تعداد انقباضهای رحم در ۱۰ دقیقه و علائم حیاتی پیگیری شدند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که فاصله شروع دردهای زایمانی تا زایمان در گروهی که آمپی سیلین دریافت کردند، به طور متوسط ۱۵/۷ روز و در گروه شاهد ۵/۲ روز بود. همچنین ۶/۷ درصد از گروه مورد، در مقابل ۶۶/۷ درصد از گروه شاهد دردهای زایمانی قطع نشد و زایمان در این افراد صورت گرفت.

## مقدمه

یکی از مسائل مشکل آفرین در زمینه‌های مامایی، انجام زایمان زودرس می‌باشد که از اهمیت چشمگیری برخوردار است. در مطالعات انجام شده شیوع زایمان زودرس را ۶-۸ درصد ذکر کرده‌اند (۱ و ۲) و آن را علت ۷۵ درصد مرگ و میرهای پیش از تولد می‌دانند (۳). در مطالعات انجام شده در ایران شیوع زایمان زودرس را ۳/۴۳-۱۰ درصد ذکر کرده‌اند (۴ و ۵). متخصصان مامایی احتمال می‌دهند که علت شایع این نوع زایمان‌ها عفونت‌های نهفته می‌باشد (۱). عفونت به وسیله تولید پروستاگلاندین‌ها باعث زایمان زودرس می‌شود و به طور معمول با کوریوآمینونیت همراه می‌باشد؛ به همین دلیل آنتی‌بیوتیک پیشگیری کننده را در کاهش زایمان زودرس موثر می‌دانند (۶). مسئله عفونت و ارتباط آن با زایمان زودرس همچنان مورد بحث است و این مسئله که آنتی‌بیوتیک به عنوان یک روش درمانی زایمان زودرس بدون علت (ایدیوپاتیک) می‌باشد، همچنان مد نظر است (۷-۱۴).

هدف از این بررسی، جستجو برای یافتن راهی جهت طولانی کردن مدت باروری در زایمان زودرس می‌باشد؛ چرا که، با طولانی کردن مدت باروری، ریه جنین فرصت رسیده شدن را پیدا می‌کند و همچنین در این مدت وزن جنین افزایش می‌یابد و بدین ترتیب از به دنیا آمدن نوزاد با وزن کم جلوگیری می‌شود.

## روش کار

مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی بود که در شانزده مرکز آموزشی و درمانی شهر تهران طی ۴ ماه به اجرا درآمد. از میان زنان باردار در سنین بارداری ۲۵-۳۷ هفته که به طور خود به خودی دردهای زایمانی آنان شروع شده بود، ۶۰ نفر انتخاب و به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. جهت گزینش نمونه‌ها نکاتی مدنظر بود، یعنی

بایستی نمونه‌هایی انتخاب می‌شدند که زایمان زودرس آنان بدون علت باشد. به این ترتیب که نمونه‌ها از سلامتی کامل جسمی برخوردار بوده، سابقه نارسایی دهانه رحم، پارگی زودرس کیسه آب، علائم جدا شدن جفت و جفت سر راهی و عفونت واضح دستگاه تناسلی نداشته باشند. همچنین بیماران فاقد علائم عفونت ادراری بوده، دو آزمایش کشت و کامل ادرار به فاصله ۲۴ ساعت منفی گزارش شد. در دو گروه برگزیده شده نمونه‌ها از نظر سن مادر، سن حاملگی، تعداد حاملگی‌ها، وضعیت معاینه داخلی (دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس)، تعداد انقباضهای رحم در ۱۰ دقیقه، دریافت داروی توکولیتیک در بخش و وضعیت قرار گرفتن جنین در رحم در دو گروه به طور یکسان جور شدند و سپس به گروه مورد در ۲۴ ساعت اول آمپی سیلین هر شش ساعت دو گرم و سپس هر ۶ ساعت تا یک هفته ۵۰۰ میلی‌گرم داده شد. نمونه‌ها دو و چهار هفته بعد پیگیری شدند و از نظر فاصله شروع دردهای زایمانی تا قطع کامل این دردها و تا زمان زایمان اندازه‌گیری شدند. از شاخصهای گرایش مرکزی، پراکندگی، ضریب همبستگی و روش آماری t test جهت مقایسه دو گروه استفاده شده است.

## نتایج

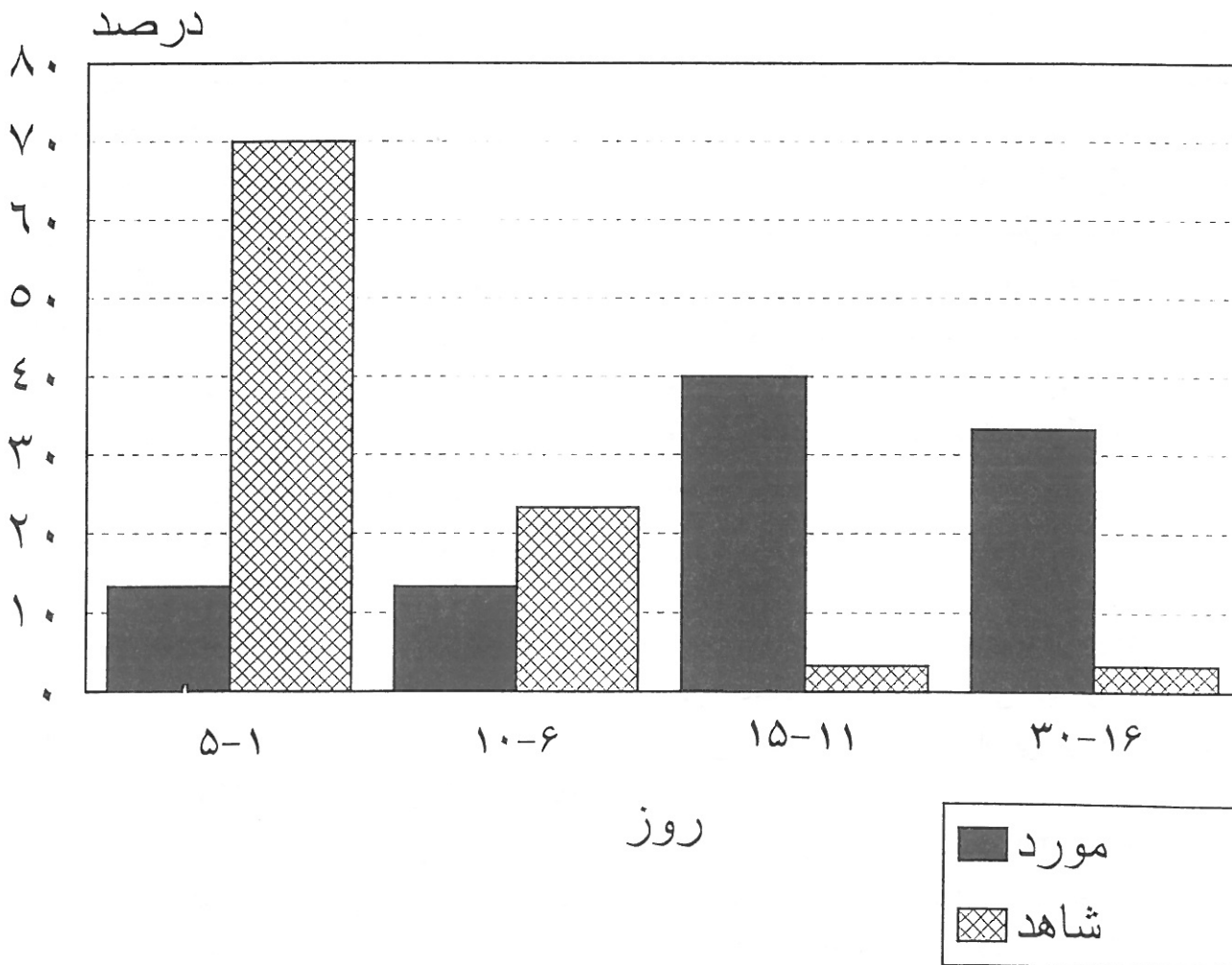
طبق جدول ۱ واحدهای مورد پژوهش برحسب سن حاملگی و فاصله زمانی (به روز)، دریافت آمپی سیلین تا قطع علائم زایمانی موارد زیر مشاهده شد:

دو نفر از مبتلایان در سنین ۳۵-۳۷ هفته حاملگی قطع علائم زایمانی نداشتند. چهار نفر در هفته‌های ۳۷-۳۵ بارداری در طول یک روز، ۵ نفر در هفته ۳۷-۳۵ حاملگی طی دو روز، ۶ نفر در هفته ۳۷-۳۵ حاملگی، ۳ نفر در هفته ۲۵-۲۹ بارداری و ۱۰ نفر در

جدول (۱) فاصله شروع تا قطع دردهای زایمانی به روز

سه و بالاتر	دو	یک	صفر	فاصله شروع تا قطع دردهای زایمانی به روز	گروه
۱۹	۵	۴	۲	مورد (تعداد)*	
۲	۵	۳	۲۰	شاهد (تعداد)	

\* اختلاف بین دو گروه با  $P < 0.001$  معنی دار است.



نمودار (۱) فاصله شروع دردهای زایمانی تا انجام زایمان (به روز)

در مطالعه حاضر، ۵۰ درصد افراد مورد مطالعه در گروه مورد بین ۱۱-۲۰ روز تاخیر در زایمان داشتند. فاصله شروع دردهای زایمانی تا زایمان در گروه مورد  $15/7 \pm 9/1$  روز و در گروه شاهد  $5/3 \pm 5/2$  روز بود. همچنین ۶/۷ درصد از گروه مورد در برابر ۶۶/۷ درصد از گروه شاهد دردهای زایمانی به هیچ وجه قطع نشد و زایمان در آنان انجام شد. بنابراین، استفاده از یک پادزیست مانند آمپی سیلین به همراه روشهای دیگر درمانی جهت توقف دردهای زایمانی می تواند در زایمان زودرس مفید باشد. این مسئله نشاندهنده آن است که علت زایمانهای زودرس ایدیوپاتیک می تواند عفونتهای داخل رحمی بدون علامت و تشخیص داده نشده باشد. در پایان پیشنهاد می شود جهت تعمیم این پژوهش به کل جامعه یک مطالعه وسیع با تعداد نمونه های بیشتر در مراکز عمومی و خصوصی انجام شود و چون طبق بررسیهای انجام شده عامل عفونتهای نهفته بیش از یک نوع باکتری می باشد، بهتر است به همراه آمپی سیلین از یک پادزیست دیگر با طیف وسیع استفاده شود و سپس نتیجه مورد بحث و بررسی قرار گیرد.

### تشکر

نگارندگان از زحمات خانم ناهیدی و آقای دکتر کاظم نژاد که در تمام مراحل تحقیق از راهنماییهای این عزیزان بهره فراوان بر گرفتیم و از کارشناسان مرکز تحقیقات تنظیم خانواده معاونت پژوهشی وزارت بهداشت و از تمامی همکاران بیمارستانهای آموزشی شهر تهران که در جمع آوری نمونه ها مساعدتهای ارزنده ای را اعمال داشتند، قدردانی می کنند.

هفته ۳۰-۳۴ حاملگی بیش از سه روز بعد از دریافت آمپی سیلین علائم زایمانی قطع شد. فاصله شروع تا قطع دردهای زایمانی در گروه مورد  $2/5 \pm 1/1$  روز و در گروه شاهد  $1/62 \pm 0/83$  روز با  $P < 0/001$  اختلاف معنی داری را بین دو گروه نشان می دهد. همچنین طبق نمودار ۱ واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن حاملگی و تعداد روزهایی که زایمان دچار تاخیر شده بود، موارد زیر مشاهده شد:

۴ نفر از مادران باردار در هفته ۳۵-۳۷ طی ۱-۵ روز، ۴ نفر از مادران باردار در هفته ۳۵-۳۷ در طول ۶-۱۰ روز، ۹ نفر از مادران در هفته ۳۵-۳۷ بارداری طی ۱۱-۲۰ روز، ۶ نفر در هفته ۳۰-۳۴ بارداری در طول ۱۱-۲۰ روز، ۳ نفر در هفته ۲۵-۲۹ بارداری طی ۲۱-۳۰ روز و ۴ نفر در هفته ۳۰-۳۴ حاملگی طی ۲۱-۳۰ روز تاخیر زایمانی داشتند. این نمودار نشان می دهد که زایمان ۵۰ درصد از واحدهای مورد مطالعه در گروه مورد ۱۱-۲۰ روز تاخیر زایمان داشتند. فاصله شروع دردهای زایمانی تا زایمان در گروه مورد  $15/7 \pm 9/1$  روز و در گروه شاهد  $5/3 \pm 5/2$  روز با  $P < 0/001$  بین دو گروه اختلاف معنی داری را نشان می دهد.

### بحث

در مطالعات انجام شده در افراد مبتلا به زایمان زودرس بی دلیل باکتری در ۴۱ درصد زنان مبتلا یافت شده است. این مقدار ۲/۱ برابر افرادی است که زایمان ترم داشتند (۱۱). همچنین در درمان با آمپی سیلین ۳۸ درصد افراد گروه شاهد در برابر ۴۴ درصد گروه مورد زایمان زودرس داشتند (۱۵).

## مراجع

- 1) Cunningham, Pritchard, MacDonald. Gant Leveno, Gilstrap. Williams Obstetrics. 19th ed. USA, 1993, PP 418,854, 1028.
- 2) Zuspan, Fredric. Practical manual of obstetrical care. CV Mosby 1982, 184.
- 3) Michel, Keneth R, Niswander. Manual of obstetrics. 5th ed. USA, 1993, P 259.
- 4) پایدار مهدی. زایمان زودرس. خلاصه مقالات کنگره سراسری و بازآموزی زنان و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ۲۶ آبان ۱۳۷۲.
- 5) حقیقی. بررسی میزان شیوع زایمان زودرس در تبریز ۱۳۷۱. پایان نامه دکترای پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ص ۲۳۵، ۱۳۷۱.
- 6) Gibbs RS. A review of premature birth and subclinical infection. Am J Obst Gyn 1992; 160:1515-1528.
- 7) Ledger. Infection and premature labor. Am J Prenatal 1991; 6:234-236.
- 8) Dodson. Microorganism and premature labor. J Report Med 1988; 33:87-96.
- 9) Benette PR, Elder MG. The mechanism of preterm labor. Prostaglandins 1992; 43:87-98.
- 10) Holst E, Goffeng EI. Bacterial vaginosis and vaginal microorganism in idiopathic premature labor. J Clin Microbial 1994; 32:176-186.
- 11) Lamont RT, Tylor, Rabinson D. Spontaneous early preterm labor. Br J Obs Gyn 1986; 93:93-98.
- 12) Lopez, Bernal A. Biochemistry and physiology of preterm labor. Baillieres Clin Obs Gyn 1993; 7:523-552.
- 13) McDonald HMO, Loughlin JA. Prenatal microbiological risk factors associated with preterm labor. Br J Obstet Gyn 1992; 99:190-196.
- 14) Romero R, Sibai B. Antibiotic treatment of preterm labor with intact mambrane. Am J Obstet Gyn 1993; 169:764-774.
- 15) McDonald HM. Microorganism and labor. Br J Obs Gyn 1992; 99:190-196.

## **The Introducing of Choice Antibiotic and New Differential Diagnosis Test for Staph. epidermidis**

**Karameddini M, Jahanshahi A**

**Virology Department, Ghaem University Hospital, Mashhad University of Medical Sciences and Health Services**

### **SUMMARY**

In this research, for the first time in Iran, Deferoxamine test for differential diagnosis between Staph. epidermidis and Staph. hominis of other gram-positive cocci is introduced. Besides, the comparative results of the susceptibility rates of Staph. aureus (220 Spp.) and Enterococci (110 Spp.) to a new glycopeptide antibiotic (SK&F104662) and other 12 antibiotics are presented by Disk-Agar Diffusion Method.

Staph. epidermidis species were completely susceptible (100%) and very specific (>90%) to deferoxamine disks (100, 1000, 2000 mcg). All of the gram-positive cocci were resistant to deferoxamine. Staph. epidermidis species were susceptible to moxalactam, ciprofloxacin and Enterococci species were susceptible to moxalactam, mezlocillin and sisomycin. However, Staph. epidermidis and Enterococci were completely susceptible (100%) to SK&F104662 antibiotic and vancomycin.

---

## **Effect of ampicillin on idiopathic premature labor in Teaching Hospital in Tehran, 1995**

**Ramezanzadeh F, Hadeepour Jahroumi L**

**Tehran and Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services**

### **SUMMARY**

In clinical trial study, effect of ampicillin on idiopathic premature labor in 16 hospitals for 4 months from 74/09/30 was evaluated. (Tehran, 1995). Cases (30 subjects) have received ampicillin, but controls (30 subjects) didn't receive it. In two groups, maternal age, gestational age, parity, vaginal examination (dilatation & effacement), uterine contractions within 10 minutes, tocolytic drugs,

presentation was matched. Following receiving ampicillin, we followed 2 & 4 weeks later evaluating dilatation & effacement, uterine contraction with 10 minutes.

Results showed that 6.7% of cases, but 66.7% of controls uterine contractions didn't stop. There was 15.7 days in cases and 5.2 days in controls delaying in delivery.