

درمان قبل از زایمان

و پیشگیری از پیدایش ایمنی ضد Rh**

تا این اواخر متخصصین زنان و زایمان در درمان بیماران مبتلا به خود ایمنی ضد Rh نقش ثانوی داشتند . معمولاً تشخیص توسط آزمایشگاه داده میشد و با راهنمایی آن جهت بیمار اتخاذ تصمیم میکردید. گرچه از این راهنمایی استقبال بعمل میآمد ، معذالك گاه ناکامل بودن آن نتایج تاسف آوری ببار میآورد بخصوص اینکه فقط اگر بعد از زایمان نوزاد زنده میماند تحت درمان متخصصین قرار میگرفت .

باید دانست پیشرفت هایی که در مورد روش تعویض خون توسط متخصصین اطفال و خون شناسان انجام شده ، فقط وسیله پیشگیری از نقص های عضوی و روانی که بعلت ظهور یرقان پیش میآید در نزد نوزادان تولد یافته بوده است .

گرچه بر تعداد نجات یافتگان مبتلا به این بیماری بمقدار قابل توجهی افزوده شده است معذالك بعلت مرگ جنین در رحم و یا نارس بدنیا آمدن این نوزادان مرگ ومیری بیشتر از ۰.۳-۰.۲۵٪ در نظر گرفته شده .

بوریس Boris در انگلستان با برداشت و آزمایش مایع آمینوتیک راه جدیدی برای پیش بینی وضع این بیماران گشوده است .

با این آزمایش آنچه مورد نظر است اینست که آیا جنین زنده میماند و یا در نتیجه همولیز فوت میکند ، و اگر جنین مرگی در پیش دارد ، چه زمان اتفاق میافتد ؟ و آیا میتوان از این مرگ پیش گیری نمود ؟

Walter و Boris در سالهای ۱۹۵۶-۱۹۵۷ مقالاتی درباره Amniocentesis نوشتند و برای پیش بینی وضع جنین متدهای مختلفی جهت Spectrophotometric tracing مایع آمینوتیک پیشنهاد کردند .

در ابتدا این آزمایش جهت افتراق میان يك جنین سالم با يك جنین مبتلا بكار رفت و مانع سزارین های بیجا گردید .

ولی بعداً مصروف تشخیص شدت بیماری نزد جنین مبتلا و یافتن بهترین موقع برای انجام زایمان گردید تا از مرمک جنین جلوگیری شود. چون گاهی اوقات ایجاد زایمان‌های پیش از موقع نابجا بوده و نابالغ بودن و یا سایر عوارض مثل اختلالات تنفسی سبب مرمک نوزاد می‌گردد. Liley از نوزادان در روش جالب و منطقی جهت آزمایش مایع آمنیوتیک پیشنهاد کرد که در منحنی اسپکتروفتومتریک آن سه مرحله موجود است طبیعی ۱ + ۲ + ۳ + و بالاخره ۴ + غیرطبیعی که تفاوت بین دانسیته اوپتیک آن‌ها بترتیب عبارتست از (۲ - ۰) و (۳۵ / تا ۱۲ /) (۷ / تا ۳۵ /) وجود مکونیم در مایع آمنیوتیک سبب تغییراتی در منحنی میشود که در تفسیرهای کلینیکی ۱ + تا ۲ + تاثیر میگذارد ولی تاثیرات آنقدر نیست که در ۳ + یا ۴ + مشهود گردد. برای تعیین منحنی، طول موج مبداء روی صفحه خواندن برابر ۴۵۰ μm قرار می‌گیرد که از این مقدار دانسیته ۴۵۰ μm optic کم می‌گردد.

بین کنترل اسپکتروفتومتریک مایع آمنیوتیک هنگام جنینی (۱۰ روز قبل از زایمان) و اندازه گیری هموگلوبین و بیلی‌روبین بعد از تولد میبایست هم‌پیوستگی وجود داشته باشد زیرا منحنی مایع آمنیوتیک منعکس‌کننده جریان جنینی در داخل رحم بوده و امتحانات بعد از تولد آن را تثبیت میکند.

از نظر بالینی ۴ + یا ۳ + غیرطبیعی دلیل بر آنست که جنین در خطر بوده و باید جهت زایمان پیش‌رس اقدام شود. ۲ + نمودار ابتلای جنینی به بیماری همولیتیک است. ولی هنوز خطر فوری نیست. در این مورد باید ۷ تا ۱۰ روز بعد نمودار دیگر گرفته شود.

۱ + غیرطبیعی و یا یک نمودار طبیعی نشان آن است که جنین در خطر فوری نیست و تا دو هفته دیگر هیچ خطری او را تهدید نمی‌کند بنابراین در یک مادر Rh منفی نمودار طبیعی و یا ۱ + غیرطبیعی نشان آن نیست که جنین تا تولد کامل زنده خواهد ماند و یا بعد از تولد احتیاج به تعویض خون نخواهد داشت. امتحان هر دو هفته یکبار میبایست تجدید گردد، زیرا این آزمایش فقط جهت پیش‌بینی نیست بلکه یک گزارشی از وضع جنین است و هدف اینست که از مرمک جنین در داخل رحم و یا ایجاد زایمان‌های پیش‌رس نابجا جلوگیری بعمل آید.

باید اضافه نمود. که با ایجاد زایمان‌های زودرس نمیتوان از تمام مرمک‌ومیر بیماری همولیتیک جلوگیری بعمل آورد. چون گاه نوزاد بحدی نارس است که امکان ادامه زندگی برای او وجود ندارد. بخصوص که اکثر اوقات لازم است نوزاد بعد از تولد تحمل تعویض خون را نیز بنماید.

بطور کلی حداقل زمانی که برای بارداری لازم است که بعد از آن ایجاد زایمان پیش‌رس میتواند موفقیتی داشته باشد بین ۳۲ تا ۳۳ هفته است.

ترانسفوزیون داخل رحمی - بنظر (Liley) انجام زایمان زودرس را میتوان با

تزریق خون به جنین در داخل رحم تا اندازهٔ بقب انداخت بدین طریق که با کمک اشعه ایکس یک سوزن همراه کاتتر داخل حفره صفاقی نموده و به جنین خون تزریق نمود. اگر جذب خون از راه حفره صفاقی با موفقیت انجام گیرد هموگلوبین خون جنینی بالا رفته و کم خونی جبران خواهد شد.

گزارش‌هایی که از مراکز مختلف به کنگره بین‌المللی خون‌شناسی سال ۶۶ رسید دلیل بر آنست که این نوع تزریق با موفقیت رو برورده و نجات دهنده بوده است. گلبول‌های تزریق شده از راه لئفاتیک‌های زیر دیافرآگم و مجرای تراسیک به جریان وریدی میرسد.

البته باید دانست که این طریق جهت نوزاد خالی از خطر نبوده و پزشکان پر توشناس باید در کارشان ماهر باشند بعلاوه اگر جنین در وضع وخیمی باشد این تزریق خون ساده نمیتواند کمک مهمی بنماید. تصمیم جهت این ترانسفوزیون باید روی آزمایش مایع آمنیوتیک متکی بوده و تیراژ آنتی کور بنتهایی نمیتواند پایه و اساسی جهت آن قرار گیرد. در زنی که قبلاً یک زایمان مرده داشته و علت آن بطور یقین مربوط به بیماری همولیتیک Rh تشخیص داده شده و اکنون نیز مایع آمنیوتیک بیشتر از ۲+ غیر طبیعی نشان میدهد شایسته است که تزریق خون به جنین انجام شود.

در مواردیکه با یک فاصله زمان، احتیاج به تزریق خون مکرر پیش آید، خطر نارس بدنیا آمدن جنین زیاد است. چون حتی در مواردیکه آبتسنی تا دوماه بعد از تزریق خون ادامه داشته و نوزادان زنده بدنیا آمده‌اند بعلت نرسیدن یک حداقل رشد جهت زنده ماندن فوت کرده‌اند. ولی در این مورد نباید نا امید بود. شاید در آینده این عمل با موفقیت بیشتری انجام گیرد.

آنچه که ممکنست بزودی در دسترس قرار گیرد، پیش‌گیری کامل از پیدایش مصونیت R.h در آبتسنی‌هاست. در سال ۱۹۴۳ فیلیپ لوین (Philip Levin) باین نتیجه رسید که آن مادران و پدران، کودکان مبتلا به اریتر و بلاستوز پیدا میکنند که گروه خونی اصلی آنها (A B O) با هم سازگار است. در مورد همسرانی که در گروه‌های اصلی ناسازگاری موجود است بعلت وجود anti b و anti a در خون مادر وقتی خون جنین A یا B وارد جریان خون مادر میگردد پیش از آنکه بتواند ایجاد مصونیتی بنماید با آنتی کور موجود از بین میرود. بهمین دلیل میتوان تصور کرد که آنتی کور R.h نیز اگر بمادران R.h منفی تزریق گردد همین اثر را داشته باشد. این نکته روشن است که اگر آنتی ژن را همراه مقدار کافی آنتی کور بانسان و یا حیوان تزریق کنیم بدلیل ایجاد مصونیت پاسیو از مصونیت اکتیو جلوگیری بعمل می‌آید. گوا اینکه همیشه اعتقاد بر این بوده که در موقع آبتسنی خون جنین قادر است که از جفت گذشته و وارد جریان خون مادر گردد، ولی در موقع زایمان