

بررسی اثر درمانی آمپی سیلین بر زایمان زودرس

دکتر افسانه تهرانیان، متخصص زنان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
دکتر پرند حاصل، متخصص زنان

A Randomized, Prospective Study of Adjunctive Ampicillin in Preterm Labor ABSTRACT

Occut amniotic fluid infection has emerged as a possible cause of many heretofore unexplained preterm births. Our purpose was to determine the effect of ampicillin in the prolongation of pregnancies receiving tocolysis for preterm labor. A blinded, placebo - controlled, randomized trial was conducted to study ampicillin in women hospitalized for preterm labor between 24 and 37 weeks' gestation. A total of 60 patients with intact membranes and without chorioamnionitis who were receiving magnesium sulfate were screened. Thirty women with preterm labor received ampicillin, and 30 received placebos. The primary end point was prolongation of gestation.

There was no difference in age of delivery (37.6 ± 9.7 days vs 36.08 ± 3.9 days, $p=0.085$) and no difference in retradation of delivery (4.7 ± 3.1 vs 4.1 ± 2.1 , $P= 0.39$). The mean degree of preterm delivery were 0.62 ± 1.93 and 1.8 ± 3.3 weeks in ampicillin and placebo groups, respectively (not significant, $P>0.1$).

Conclusions : Ampicillin had no effect on interval to delivery or duration of pregnancy in women treated for preterm labor. So rotine clinical use of ampicillin during tocolysis should not be recommended.

Key Words : Preterm labor; Antimicrobials; Adjantive antibiotic therapy; Intact fetal membranes

چکیده

(برحسب هفته) با هم مقایسه شدند. آنالیز آماری در دو گروه از نظر متغیرهای ذکر شده اختلاف آماری نشان نداد، به ترتیب $P = 0/085$ و $P = 0/39$ ، لذا اثر درمانی آمپی سیلین بر زایمان زودرس به اثبات نرسید.

واژه‌های کلیدی : زایمان زودرس؛ آنتی بیوتیک؛ درمان آنتی بیوتیک کمکی؛ پرده‌های جنینی سالم

مقدمه

یکی از مسائل مشکل آفرین در مامایی، زایمان زودرس است. تولد زودرس در ۸-۱۰٪ زایمانها دیده می‌شود (۱) و ۸۵٪ تمام موارد مورتالیتی و موربیدیتی نشوناتال را تشکیل می‌دهد (۲). بچه‌هایی که بصورت زودرس متولد می‌شوند عملکرد سیستمهای

زایمان زودرس یکی از مشکلات جدی طبی در اکثر کشورها بشمار می‌رود و موجب افزایش میزان مورتالیتی پری‌ناتال و نتوناتال می‌شود. این حالت در ۸-۱۰٪ زایمانها دیده می‌شود، و ۸۵٪ تمام موارد مورتالیتی و موربیدیتی نشوناتال را تشکیل می‌دهد.

یکی از اتیولوژیهای مطرح برای زایمان زودرس، عفونت است. بنابراین، یک مطالعه شاهد دار (پلاسبو) تصادفی و بلایند جهت بررسی اثر آمپی سیلین بر درمان ۶۰ بیمار پره‌ترم لیبر، که در سالهای ۷۷-۱۳۷۵ به بیمارستان آرش مراجعه کردند، انجام شد. بیماران به دو گروه ۳۰ نفری تقسیم شدند و یک دسته آمپی سیلین و سرم سولفات دریافت کردند و دسته دیگر پلاسبو و سرم سولفات دریافت نمودند. دو گروه پیگیری شدند و زمان زایمان آنها ثبت شد و از نظر سن زایمان، تأخیر زایمان و درجه زودرس بودن زایمان

مقایسه شدند و بیماران مولتی پار نیز به همین ترتیب. بیماران با دیلاتاسیون سرویکس کمتر از ۱ سانتی متر نیز به دو گروه دریافت کننده آمپی سیلین و دریافت کننده پلاسبو تقسیم و با هم مقایسه شدند. همین کار برای بیماران با دیلاتاسیون $2 < D < 1$ نیز انجام گرفت.

یافته‌ها

بیمارانی که تحت مطالعه فوق قرار گرفتند، شامل خانمهای باردار دچار پره‌ترم لیبر مراجعه کننده به بیمارستان آرش بودند.

۱- این خانمها حداقل ۱۵ ساله و حداکثر ۳۹ ساله بودند. ۷۰٪ بیماران بین ۲۰-۳۰ سال داشتند. میانگین سن گروه آمپی سیلین ۲۴/۵۷ و میانگین سن گروه پلاسبو ۲۶/۱ سال است.

۲- پاریتی بیماران حداقل (۰) و حداکثر ۷ (فقط یک نمونه) بود. ۱۵ نمونه یک پاریتی، ۱۴ نمونه دو پاریتی، ۵ نمونه سه پاریتی، ۱ نمونه هفت پاریتی و بقیه با پاریتی (۰) بودند که در دو گروه پرایمی پار و مولتی پار دسته‌بندی شدند. حدود ۶۰٪ بیماران مولتی پار و ۴۰٪ پرایمی پار بودند.

۳- سن حاملگی مواردی که وارد مطالعه شدند حداقل $36wk+5d$ و حداکثر $36wk$ بود.

۴- دیلاتاسیون سرویکس نمونه‌ها حداقل (۰) و حداکثر ۱/۹ سانتی متر بود که به دو گروه کمتر از ۱ سانتی متر و بیشتر یا مساوی ۱ سانتی متر تقسیم شدند. ۱۸ مورد دیلاتاسیون کمتر از ۱ سانتی متر و ۴۲ مورد دیلاتاسیون بیش از ۱ سانتی متر داشتند (۳۰٪ در مقابل ۷۰٪).

متغیرهای وابسته

۱- سن زایمان: در گروه آمپی سیلین ۸۰٪ به ترم رسیدند و در گروه کنترل ۵۰٪ به ترم رسیدند (۲۴ نفر در مقابل ۱۵ نفر). متوسط سن زایمان در گروه آمپی سیلین ۳۷/۶ و در گروه کنترل ۳۶/۰۸ بود. سن زایمان در بیماران، دیلاتاسیون کمتر از ۱ cm، در ۶۷٪ موارد ترم و در ۳۳٪ پره‌ترم و در گروه با دیلاتاسیون بیشتر یا مساوی ۱ cm، ۶۴٪ ترم و ۳۶٪ پره‌ترم بود متوسط سن زایمان در گروه با دیلاتاسیون کمتر از ۱ cm، ۳۷/۲۷ هفته و در گروه $D \geq 1$ ۳۵/۷۸ هفته بود. سن زایمان در بیماران پرایمی پار در ۷۱٪ موارد به ترم رسید و ۲۹٪ موارد پره‌ترم بود و در گروه مولتی پار در ۶۹٪ موارد زایمان ترم انجام شد و ۳۱٪ موارد زایمان پره‌ترم رخ داد. متوسط سن زایمان در پرایمی‌پارها ۳۶ هفته و در مولتی‌پارها ۳۷/۴۶ هفته بود.

مختلفشان کامل نشده و برای زنده نگه داشتن آنها نیاز به تجهیزات و تیم پزشکی مجرب و صرف هزینه زیاد است و بر فرض زنده ماندن، بسیاری از آنان دچار نارساییهای ذهنی و جسمی می‌شوند (۲).

متخصصان مامایی احتمال می‌دهند که علت شایع این زایمانها عفونتهای نهفته باشد (۳،۱) بنابراین ممکن است آنتی‌بیوتیکها نقش مفید و مؤثری در درمان آن داشته باشند. هدف از این مطالعه جستجوی برای راهی است که مدت بارداری این بیماران را افزایش دهد تا سیستمهای مختلف بدن این نوزادان تکامل یابد و نوزاد سالم و رسیده تحویل اجتماع گردد.

روش و مواد

نمونه‌های مورد مطالعه، بیمارانی بودند که بعلت شروع زودرس زایمان از تاریخ ۱۳۷۵ لغایت ۱۳۷۷ به بیمارستان آرش مراجعه کردند. ملاکهای پذیرش بیمار عبارت بود از انقباضات منظم رحمی که باعث پیشرفت دیلاتاسیون و افسامان می‌شود و حداقل ۳ انقباض در مدت ۲۰ دقیقه در بیمارانی که سن حاملگی آنها ۳۶-۲۰ هفته بود. بیمارانی که در مطالعه وارد نشدند: موارد تب مادر، هیپرتانسیون مادر $BP > 14$ ، بیماری سیستمیک مادر، خونریزی واژینال، پارگی کیسه آب، موارد IUFD، دیسترس جنینی، عدم اطمینان از LMP، نژاد غیرایرانی، جنین آنومال یا IUGR و دیلاتاسیون بیشتر از ۳ سانتی متر.

تعداد ۶۰ بیمار در این مدت جمع‌آوری شدند که بصورت تصادفی در دو گروه تقسیم شدند. یک گروه همراه توکولیز که در هر دو مورد توسط سرم سولفات ۲۰٪ انجام شد، یک گرم آمپی سیلین تزریقی که هر ۶ ساعت و به مدت ۴ دوز تزریق شد دریافت نمودند و در صورت کنترل تا یک هفته با ۵۰۰ میلی‌گرم آمپی سیلین خوراکی درمان شدند. گروه مقابل پلاسبو دریافت کردند (CC ۲ آب مقطر هر ۶ ساعت تا ۴ دوز و سپس در صورت کنترل قرص پلاسبو هر ۶ ساعت تا یک هفته). بیماران از نوع درمان دریافتی بی‌اطلاع بودند. سپس بیماران پیگیری شدند و تاریخ زایمان آنها ثبت شد. در دو گروه از نظر سه متغیر سن زایمان، تأخیر زایمان و درجه زودرس بودن زایمان با هم مقایسه شدند. درجه زودرس بودن زایمان عبارتست از (سن زایمان - ۳۷) و سن ۳۷ هفته و بالاتر صفر در نظر گرفته شد.

بیماران پرایمی پار در دو گروه آمپی سیلین و پلاسبو با هم

جدول ۳- مقایسه سن زایمان، تأخیر و درجه زودرس بودن زایمان در دو

گروه آمپی سیلین و پلاسبو

	Ampicillin Group	Placebo Group	Pvalue
Number	۳۰	۳۰	—
Age of delivery (week)	۳۷/۶ ± ۲/۷	۳۶/۰۸ ± ۳/۹۴	۰/۰۸۵ NS
Retardation of Delivery (week)	۴/۷۴ ± ۳/۱۲	۴/۱۴ ± ۲/۱۹	۰/۳۹ NS
Degree of Preterm Delivery (week)	۰/۶۲ ± ۱/۹۳	۱/۸ ± ۳/۳	P > ۰/۱ NS

جدول ۴- مقایسه سن زایمان تأخیر و درجه زودرس بودن زایمان در دو

گروه $D < 1\text{ cm}$ و $D > 1\text{ cm}$

	D < 1cm	D > 1 cm	Pvalue
Number	۱۸	۴۲	—
Age of delivery (week)	۳۷/۲۷ ± ۴/۲۸	۳۵/۷۸ ± ۳/۱۸	۰/۱۴ NS
Retardation of Delivery (week)	۵/۴۳ ± ۳/۳۹	۳/۹۸ ± ۲/۲۴	۰/۲۱ NS
Degree of Preterm Delivery (week)	۱/۳۶۴ ± ۳/۳۱	۱/۱۹ ± ۲/۵۲	P > ۰/۱ NS

جدول ۵- مقایسه سن زایمان تأخیر و درجه زودرس بودن زایمان در دو

گروه پرایمی پار و مولتی پار

	Ampicillin Group	Placebo Group	Pvalue
Number	۲۵	۳۵	—
Age of delivery (week)	۳۶ ± ۴/۲	۳۷/۴۶ ± ۲/۶۶	۰/۲۲ NS
Retardation of Delivery (week)	۳/۹۴ ± ۲/۴۸	۴/۷۷ ± ۲/۸۵	۰/۲ NS
Degree of Preterm Delivery (week)	۱/۸۸ ± ۳/۶۳	۰/۷۸ ± ۱/۸	P > ۰/۱ NS

۲- تأخیر زایمان میانگین تأخیر: زایمان در گروه آمپی سیلین ۴/۷ هفته و در گروه کنترل ۴/۱ هفته بود.

میانگین تأخیر زایمان در گروه با دیلاتاسیون کمتر از ۱ سانتی متر ۵/۴۳ هفته و در گروه کنترل ۳/۹۸ هفته بود. میانگین تأخیر زایمان در گروه پرایمی پار ۳/۹۴ و در گروه مولتی پار ۴/۷۷ بود.

۳- درجه زودرس بودن زایمان: میانگین زودرس بودن زایمان در گروه دریافت کننده آمپی سیلین ۰/۶۱۹ هفته و در گروه پلاسبو ۱/۸۰۴ هفته بود (جدول ۳) میانگین زودرس بودن زایمان در گروه با دیلاتاسیون کمتر از ۱ سانتی متر ۱/۳۶۴ و در گروه با دیلاتاسیون بیشتر یا مساوی ۱ سانتی متر ۱/۱۹۴ هفته بود (جدول ۳). میانگین زودرس بودن در گروه پرایمی پارها ۱/۹ هفته و در گروه مولتی پارها ۰/۸ هفته بود (جدول ۴).

با مراجعه به جدول ۳ مشخص می شود تعداد ۶۰ نفر بیمار در مطالعه وجود دارند که ۳۰ نفر آمپی سیلین و ۳۰ نفر پلاسبو دریافت کردند متوسط سن زایمان، تأخیر زایمان و درجه زودرس بودن زایمان به ترتیب در گروه آمپی سیلین در مقابل گروه پلاسبو عبارت بود از ۳۷/۶ در مقابل ۳۶/۰۸ - ۴/۷۴ در مقابل ۴/۱۴ - ۰/۶۲ در مقابل ۱/۸ که هیچکدام از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشتند pها به ترتیب ۰/۰۸۵ - ۰/۳۹ و ۰/۱ > P بودند.

با مراجعه به جدول ۴ مشخص می شود از ۶۰ بیمار مور مطالعه ۱۸ نفر دیلاتاسیون سرویکس کمتر از ۱ سانتی متر و ۴۲ نفر دیلاتاسیون بیشتر یا مساوی ۱ سانتی متر داشتند. متوسط سن زایمان - تأخیر زایمان و درجه زودرس بودن زایمان در دو گروه آمپی سیلین و پلاسبو به ترتیب عبارت بود از ۳۷/۲۷ در مقابل ۳۵/۷۸ - ۵/۴۳ در مقابل ۳/۹۸ و ۱/۳۶۴ در مقابل ۱/۱۹ که هیچکدام از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشتند P به ترتیب ۰/۱۴ - ۰/۲۱ و ۰/۱ > P بود.

با مراجعه به جدول شماره ۵ مشخص می شود از ۶۰ بیمار مورد مطالعه ۲۵ نفر پرایمی پار و ۳۵ نفر مولتی پار بودند متوسط سن زایمان، تأخیر زایمان و درجه زودرس بودن زایمان در دو گروه پرایمی پار در مقابل مولتی پار به ترتیب عبارت بود از ۳۶ در مقابل ۳۷/۴۶ - ۳/۹۴ در مقابل ۴/۷۷ و ۱/۸۸ در مقابل ۰/۷۸ که هیچکدام از نظر آماری تفاوت معنی داری با هم نداشتند.

جدول ۶- مقایسه سن زایمان تأخیر و درجه زودرس بودن زایمان در دو

گروه آمپی سیلین و پلاسبو

	Ampicillin Group	Placebo Group	Pvalue
Number	۱۳	۱۲	—
Age of delivery (week)	۳۷/۷۱ ± ۲/۰۴	۳۴/۱۴ ± ۵/۱۸	۰/۱P < ۰/۰۵ NS
Retardation of Delivery (week)	۴/۲۳ ± ۲/۷۱	۳/۶۴ ± ۲/۲۸	P > ۰/۱ NS
Degree of Preterm Delivery (week)	۰/۴۷ ± ۱/۲	۳/۴۲ ± ۴/۷۲	۰/۱ > P > ۰/۰۵

جدول ۷- مقایسه سن زایمان تأخیر و درجه زودرس بودن زایمان در دو

گروه آمپی سیلین و پلاسبو (در موارد مولتی پار)

	Ampicillin Group	Placebo Group	Pvalue
Number	۱۷	۱۸	—
Age of delivery (week)	۳۷/۵۵ ± ۳/۱۸	۳۷/۳۸ ± ۲/۱۶	P > ۰/۱ NS
Retardation of Delivery (week)	۵/۱۱ ± ۳/۴۹	۴/۴۵ ± ۱/۹۹	P > ۰/۱ NS
Degree of Preterm Delivery (week)	۰/۷۹ ± ۲/۳۸	۰/۷۹ ± ۱/۱۱	P > ۰/۱ NS

جدول ۸- مقایسه سن زایمان تأخیر و درجه زودرس بودن زایمان در دو

گروه آمپی سیلین و پلاسبو (در موارد دیلاتاسیون کمتر از ۱ سانتی متر)

	Ampicillin Group	Placebo Group	Pvalue
Number	۱۱	۷	—
Age of delivery (week)	۳۷/۹ ± ۳/۹۹	۳۶/۲۸ ± ۴/۸۵	P > ۰/۱ NS
Retardation of Delivery (week)	۵/۸۱ ± ۳/۶۷	۴/۹۶ ± ۳/۲۴	P > ۰/۱ NS
Degree of Preterm Delivery (week)	۱/۰۴ ± ۲/۹۲	۱/۸۸ ± ۴/۰۴	P > ۰/۱ NS

با مراجعه به جدول ۶ مشخص می شود که ۲۵ بیمار پرایمی وجود داشتند که ۱۳ نفر از آنها آمپی سیلین و ۱۲ نفر از آنها پلاسبو دریافت کردند.

متوسط سن زایمان در موارد درمان شده با آمپی سیلین ۳۷/۷۱ هفته و در گروه پلاسبو ۳۴/۱۴ هفته بود. اما اختلاف آماری معنی دار نبود ($P > ۰/۰۵$).

تأخیر زایمان در گروه آمپی سیلین ۴/۲۳ هفته و در گروه پلاسبو ۳/۶۴ هفته بود که تفاوت آماری نداشتند. درجه زودرس بودن در گروه آمپی سیلین ۰/۴۷ هفته و در گروه پلاسبو ۳/۴۲ هفته بود که تفاوت significant آماری نداشتند ($P > ۰/۰۵$).

با مراجعه به جدول ۷ مشخص می شود که ۳۵ بیمار مولتی پار وجود داشتند که ۱۷ نفر آنها آمپی سیلین و ۱۸ نفر پلاسبو دریافت کرده بودند متوسط سن زایمان، تأخیر زایمان و درجه زودرس بودن زایمان در دو گروه آمپی سیلین و پلاسبو به ترتیب عبارت بود از ۳۷/۵۵ در مقابل ۳۷/۴۸، ۵/۱۱ در مقابل ۴/۴۵ و ۰/۷۹ در مقابل ۰/۷۹ بود که هیچکدام از نظر آماری تفاوتی با گروه مقابل نداشتند ($P > ۰/۱$). با مراجعه به جدول ۸ مشخص می شود ۱۸ بیمار دیلاتاسیون کمتر از ۱ سانتی متر داشتند که ۱۱ نفر آنها آمپی سیلین و ۷ نفر پلاسبو دریافت کردند. متوسط سن زایمان، تأخیر زایمان و درجه زودرس بودن زایمان بترتیب در گروه آمپی سیلین در مقابل پلاسبو عبارت بود از ۳۷/۹ در مقابل ۳۶/۲۸ و ۵/۸۱ در مقابل ۴/۹۶ و ۱/۰۴ در مقابل ۱/۸۸ که هیچکدام تفاوت آماری مشخصی را نشان ندادند ($P > ۰/۰۱$). با مراجعه به جدول ۹ مشخص می شود تعداد ۴۲ بیمار دیلاتاسیون بیشتر یا مساوی ۱ سانتی متر داشتند که ۱۹ نفر آنها آمپی سیلین و ۲۳ نفر آنها پلاسبو دریافت کردند. متوسط سن زایمان، تأخیر زایمان و درجه زودرس بودن زایمان در دو گروه آمپی سیلین و پلاسبو بترتیب عبارت بود از ۳۷/۴۶ هفته در مقابل ۳۶/۰۲ هفته، ۴/۱ هفته در مقابل ۳/۸۷ هفته و ۱/۸۸ هفته، در مقابل ۱/۸۳ هفته که هیچکدام از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشتند ($P > ۰/۱$).

و بالاخره با مراجعه به جدول ۱۰ در می یابیم که در گروهی که زایمان ترم داشته اند تأخیر زایمان بیشتر از گروهی است که زایمان پره ترم داشتند (۵/۲۷ در برابر ۲/۳۹) که از نظر آماری معنی دار است ($P < ۰/۰۰۱$) و در ضمن میانگین سن مادرانی که زایمان ترم داشته اند کمتر از مادرانی است که زایمان پره ترم داشته اند (۲۴/۶۱ در مقابل ۲۶/۶۶) ولی این مقدار از نظر آماری تفاوت معنی داری ندارد ($P = ۰/۲۱$).

P به ترتیب ۰/۲۲-۰/۲ و بیشتر از ۰/۱ بود.

میانگین بالاتری از گروه $D < 1$ دارد. اما این میزان از نظر آماری تفاوت معنی داری را نشان نمی دهد. در ضمن تأثیر دیلاتاسیون در هر یک از دو گروه آمپی سیلین و پلاسبو به تنهایی نیز، تفاوت معنی دار آماری را نشان نمی دهد. بنابراین فرضیه تأثیر دیلاتاسیون کمتر از 1 cm و $1 \text{ cm} < D < 2$ بر زایمان زودرس مردود است. با مراجعه به منابع ۱ و ۲ مشخص می شود که تأثیر دیلاتاسیون بیشتر از ۲ سانتی متر بر شیوع بیشتر زایمان زودرس دیده شده است. در مطالعات ما هیچ مورد با دیلاتاسیون بیشتر از ۲ سانتی متر وجود نداشت.

ج) در مقایسه اثر پاریتی بر زایمان زودرس با توجه به مطالعه فوق مشخص می شود که میانگین سن زایمان و تأخیر زایمان در پرایمی پارها کمتر از مولتی پارها و درجه زودرس بودن پرایمی پارها بیشتر از مولتی پارهاست. با مراجعه به جداول ریسک فاکتورهای زایمان زودرس دیده می شود که در بعضی از این جداول پرایمی پار بودن ریسک فاکتور برای زایمان زودرس در نظر گرفته شده است. با توجه به نتایج حاصل از مطالعه فوق فرضیه اثر پاریتی بر زایمان زودرس رد می شود.

د) مقایسه بیماران پرایمی پاریتی که درمان آمپی سیلین گرفته اند در مقایسه با گروهی که پلاسبو دریافت کردند میانگین سن زایمان بطور قابل توجه مقدار بالاتری را نشان می دهند یعنی $37/71$ هفته در برابر $34/14$ هفته درجه زودرس بودن زایمان به میزان قابل توجهی مقدار کمتری را نشان می داد یعنی $0/47$ در مقابل $3/42$ ، اما همانطور که دیده شد این مقادیر تفاوت آماری مشخص را نشان نداد ($P > 0/05$) اما به هر حال اختلاف میانگین قابل توجه است و با توجه به اینکه P به $0/1$ نمی رسد شاید بتوان برای درمان آمپی سیلین در گروه پرایمی پارها ارزش بیشتری قائل شد.

اما گروهی از مولتی پارها که آمپی سیلین دریافت کردند نسبت به گروهی که پلاسبو دریافت کردند تفاوت میانگین قابل توجهی در تمام متغیرهای مورد بررسی نشان ندادند.

ه) مقایسه بیماران با دیلاتاسیون کمتر از ۱ سانتی متر که درمان آمپی سیلین گرفتند با گروهی که پلاسبو گرفتند تفاوت مشخص در میانگین ها و نیز تفاوت آماری نشان نداد. این موضوع در مورد بیماران با دیلاتاسیون بیشتر از 1 cm و $1 \text{ cm} > D > 2 \text{ cm}$ بر درمان زایمان زودرس رد می شود.

پیشنهاد

زایمان زودرس کماکان مشکل مهمی در بیماریهای زنان و

جدول ۹- مقایسه سن زایمان تأخیر و درجه زودرس بودن زایمان در دو گروه آمپی سیلین و پلاسبو (در موارد دیلاتاسیون یا مساوی ۱ سانتی متر)

	Ampicillin Group	Placebo Group	Pvalue
Number	۱۹	۲۳	—
Age of delivery (week)	$37/46 \pm 1/69$	$36/02 \pm 3/81$	$P > 0/1$ NS
Retardation of Delivery (week)	$4/1 \pm 2/73$	$3/87 \pm 1/78$	$P > 0/1$ NS
Degree of Preterm Delivery (week)	$1/88 \pm 4/04$	$1/83 \pm 3/14$	$P > 0/1$ NS

جدول ۱۰- مقایسه سن مادر و تأخیر زایمان در دو گروه با زایمان زودرس

	Ampicillin Group	Placebo Group	Pvalue
Number	۳۹	۲۱	—
Age of delivery (week)	$24/41 \pm 4/68$	$26/66 \pm 5/03$	$P > 0/21$ NS
Retardation of Delivery (week)	$5/27 \pm 2/52$	$2/399 \pm 1/71$	$P > 0/01$ S

بحث

الف) همانطور که در فصل چهار ذکر شد با مقایسه سن زایمان، تأخیر و درجه زودرس بودن زایمان در دو گروه بیماران دریافت کننده آمپی سیلین و دریافت کننده پلاسبو اختلاف معنی دار آماری دیده نمی شود (هرچند که میانگین سن زایمان در گروه آمپی سیلین $37/6$ هفته (تقریباً ترم) و در گروه پلاسبو $36/08$ هفته است اما تفاوت معنی دار آماری با $x = 0/05$ ندارد ($P = 0/085$).

لیکن می تواند با ارزش تلقی شود و هرچند که درصد بیشتری از گروه دریافت کننده آمپی سیلین به ترم رسیدند (80% گروه آمپی سیلین و 50% گروه پلاسبو به ترم رسیدند) لیکن آنالیز آماری تفاوت معنی داری را در نتایج زایمان زودرس مردود است. این نتیجه گیری مشابه نتیجه گیری بسیاری مطالعات از جمله مطالعات منابع ۵، ۶ و ۷ است (Newton, Mc Gregore, Romero).

ب) مقایسه بیماران در دو گروه با دیلاتاسیون کمتر از ۱ سانتی متر و $1 \text{ cm} < D < 2$ نشان داد که تأخیر زایمان، سن زایمان و در گروه با $D < 1$ میانگین پایین تر و درجه زودرس بودن زایمان

زودرس دارد لذا در این موارد درمان با آنتی‌بیوتیک توصیه می‌شود. با توجه به مطالعه فوق درمان با آمپی‌سیلین در بیماران تولی‌پارتهی که دچار زایمان زودرس شده‌اند ممکن است در بعضی مواد قابل توصیه باشد. به هر حال مصرف روتین آنتی‌بیوتیک در درمان زایمان زودرس توصیه نمیشود. مطالعات بیشتری در این زمینه لازم است انجام شود.

زایمان به شمار می‌رود. بهبود داروهای توکولیتیک، تشخیص زودرس علائم و انتقال به مراکز مجهز نقش مهمی در درمان آن ایفا می‌کند.

آنتی‌بیوتیکها را می‌توان بصورت همراه در مورد عفونتهای ساب‌کلینیکال داخل رحم، برای جلوگیری از عفونت بالا رونده ناشی از فلوروآژن یا برای تأخیر کوریوآمنیوتیت بالینی در بیماران PROM مورد استفاده قرار داد.

با توجه به اینکه واژینوز باکتریال نقش تحریک‌کننده بر زایمان

منابع

- 1- Gibbs SR, Romero R, Hillier SL, Eschenbach DA, Sweet RL; "A review of premature birth and subclinical infection" *Am. J. Obstet Gynecol.* 1992; 166: 1515-28.
- 2- Shapiro S, Mc cormik MC, Starfield BH, kischer JP, Bross D. "Revelance of correlates of infant deaths for significant morbidity at 1 yea of age." *Am. J. obstet Gynecol* 1988; 136: 363-373.
- 3- Romero Roberto, et al. "prevalence microbiology and clinical significance of intraaminotic infection in women with preterm labor and intact membranes". *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 817-24.
- 4- McCaul - JF, et al; "Adjunctive antibiotic treatment of women with prom or preterm labor." *Int J Gynecol obstet* 1992 May, 38(1). 19-24.
- 5- Newton B.R, et al; "Arandomized blinded placebo control trial of antibiotics in idiopathic preterm labor" *Obstet Gynecol.* 1989 Oct; 74(4) 562-566.
- 6- Mc Gregor, et al; "Adjunctive clinidamycin therapy for preterm labor". *Am J Obstet Gynecol* 1991 Oct; 165(4 pt 1) 867-75.
- 7- Romeros R, et al; "Antibiotic treatment of preterm labor with intact membranes." *Am J Obstet and Gynecol* 1993 Oct; 169(4): 767-74.
- 8- Kirschbaum II, et al; "Antibiotics in the treatment of preterm labor. *Am J Obstet Gynecol* 1993 Apr; 168(4): 1234-46.
- 9- Morales WJ, Schorrs, Albritton J; "Effect of metronidazole inpatients with preterm birth in preceding pregnancy and bacterial vaginosis: a placebo, controlled, double - blind study." *Am J obstet Gynecol* 1994; 171: 345-49.