

بررسی شیوع و عوارض زایمانهای چند قلو در بیمارستان زنان ام البنین (س) مشهد

عبدالکریم حامدی¹، منیره پور جواد²، سلمه دادگر³

1- دانشیار گروه اطفال و نوزادان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

2- استاد گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

3- رزیدنت زنان مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ پذیرش مقاله: 86/12/20

تاریخ دریافت: 86/6/6

خلاصه

مقدمه: در سالهای اخیر افزایش حاملگیهای چند قلو دیده شده است که علت آن عرضه داروهای محرک تخمک گذاری و روشهای درمانی جدید نازایی است. از طرفی حاملگی چند قلو یک حاملگی پر خطر بوده و باعث افزایش عوارض و مرگ و میر مادر، جنین و نوزاد می شود. مطالعه حاضر در مورد شیوع و شناسائی عوامل خطر ساز و عوارض ناشی از آن در پیشگیری و درمان به موقع و مناسب کمک زیادی خواهد کرد. هدف از این مطالعه تعیین میزان شیوع زایمانهای چند قلو و عوارض مادری، جنینی و نوزادی در یک دوره 6 ساله (82 الی 87) در بیمارستان زنان ام البنین (س) مشهد می باشد. روش کار: این مطالعه یک بررسی پروسپکتیو و رتروسپکتیو توصیفی است که در مجموع کلیه زایمانهای انجام شده به مدت 6 سال (82-87) در بیمارستان زنان ام البنین (س) مشهد تحت بررسی قرار گرفت و از این موارد زایمانهای دو قلو و سه قلو تحت مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات لازم با در نظر گرفتن متغیرهای مورد بررسی استخراج و پس از کد گذاری، جمع آوری و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه 13 و آزمون آماری X^2 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: از مجموع 23360 زایمان انجام شده در مدت 6 سال، 99/1% حاملگی یک قلو، 0/87% دو قلو و 0/025% سه قلو بودند. شیوع دو قلوئی و سه قلوئی به ترتیب 8/7 و 0/25 در هزار تولد زنده بوده است. شایعترین دامنه سنی مادران 29-20 سال بود و جوانترین آنان بین 19-15 سال بودند. با افزایش تعداد زایمان و سن در سنین بالای 29 سال میزان چند قلوئی کاهش یافت. بطور کلی 69/4% مادران از عوارض حاملگی رنج می بردند. عوارض جنینی و نوزادی نیز در 70% موارد وجود داشت. در این مطالعه ارتباط مستقیم بین حاملگی چند قلو و سن مادر و وزن نوزاد وجود داشت و بیشترین عارضه مادری و نوزادی در حاملگی چند قلو تولد نوزاد نارس و زایمان زودرس بود. نتیجه گیری: حاملگی چند قلو هم برای مادر و هم برای نوزاد خطر ناک است بنابراین پزشک باید از دادن زود هنگام داروهای تحریک تخمک گذاری خوداری و این بیماران را در زمان حاملگی و زایمان مورد بررسی دقیق قرار دهد.

کلمات کلیدی: حاملگی چند قلو، عوارض حاملگی، مادر، زایمان، نوزاد

* نویسنده مسؤول: عبدالکریم حامدی

آدرس: مشهد گروه کودکان بیمارستان قائم، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

hamedia@mums.ac.ir

تلفن: +98 (511) 8012487

مقدمه

امروزه میزان وقوع حاملگی های دو قلو خیلی بیشتر از ارقام آماری مربوط به وضع حمل دو قلو ها است. بدون شک برخی از موارد تهدید به سقط مربوط به سقط یک رویان در حاملگی دو قلو تشخیص داده نشده بوده و رویان دیگر به رشد و نمو خود ادامه داده است. در مورد حاملگی سه قلو و بالاتر نیز آمار 1/3 آن مربوط به افزایش سن مادران و 2/3 مربوط به تحریک تخمک گذاری و روشهای کمکی در باروری می باشد (1). در یک بررسی در دانشگاه سائوپالو (بین 1998-2004) 151 دو قلو بررسی شدند که مریدیتی زودرس پری ناتال در دو قلوها همراه با کاهش وزن جنین افزایش داشت (2). پس با توجه به اینکه حاملگی چند قلو به عنوان یک حاملگی پر خطر نیاز به بررسی و توجه بیشتری دارد و شناسایی شیوع، علل و تشخیص عوارض مادری و نوزادی لازم است تا بتوان پیشگیری و درمان به موقع و لازم را در مورد آن انجام داد (1،2). به این منظور مطالعه حاضر با هدف بررسی و شناخت بیشتر میزان شیوع و عوارض مادری و نوزادی حاملگی های چند قلو انجام شده است.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه گذشته نگر و آینده نگر توصیفی می باشد که در آن کلیه زایمانهای انجام شده در بیمارستان زنان ام النین (س) مشهد از سال 1382-1387 به مدت 6 سال مورد بررسی قرار گرفت که 3 سال آن گذشته نگر (10846 مورد) و سه سال آینده نگر (12514 مورد) بود. از میان آنها زایمانهای چند قلو جهت مطالعه انتخاب و عوارض مادری، جنینی و نوزادی آنها مورد بررسی شد. گرفت و از این موارد زایمانهای دو قلو و سه قلو تحت مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات لازم با در نظر گرفتن متغیرهای مورد بررسی استخراج و پس از کد گذاری، جمع آوری و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه 13 و آزمون آماری X^2 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این پژوهش مجموعاً 23360 زایمان در مدت 6 سال انجام شده بود که از این تعداد 23149 مورد یک قلو (99/1%) و 203 مورد دو قلو (0/87%) و 6 مورد (0/025%) سه قلو بودند. شایعترین رده سنی این زنان 20-24 سال بود (جدول 1). و نتیجه زایمان این 209 مورد زایمان چند قلو، 424 نوزاد بود که 203 مورد دو قلو (جدول 2) و 6 مورد سه قلو بودند.

جدول 1- توزیع فراوانی سن مادران در زایمانهای چند قلو انجام شده در سالهای (82-87) در بیمارستان زنان ام النین مشهد

گروه سنی مادران	تعداد زایمان	درصد
15-19	23	11/3
20-24	66	33
25-29	64	31/3
30-34	31	15/2
35-40	25	12/2
جمع	209	100

جدول 2- توزیع فراوانی نوزادان متولد شده بر اساس جنس در زایمانهای دو قلو در سالهای (82-87) در بیمارستان زنان ام النین مشهد

جنس نوزادان	تعداد زایمان	در صد
پسر - پسر	85	41/9
دختر - دختر	50	24/6
پسر - دختر	47	23/2
دختر - پسر	21	10/3
جمع	203	100

شیوع حاملگی دو قلو 8/7 در هزار تولد و شیوع سه قلوبی 0/25% در هزار تولد بود. بیشترین میزان چند قلوبی در زنان با پاریتی یک (29/9%) و کمترین آن در پاریتی بیشتر از پنج (5/4%) وجود داشت به طوریکه با افزایش پاریتی، کاهش می یابد. در میزان چند قلوبی دیده شد. از مجموع 209 مادر مورد مطالعه، در 18 نفر (9%) حاملگی چند قلو به دنبال مصرف کلومیفن اتفاق افتاده بود. به طور کلی از 209 مادر این مطالعه 141 نفر (69/4) دچار یک یا چند عارضه بارداری شدند که

از نظر سن حاملگی مادران 57/5% مساوی و یا بیش از 37 هفته، 32/5% بین 29-36 هفته و 10% مساوی یا کمتر از 28 هفته بودند. به طوری که 42/5% این نوزادان چند قلو قبل از موعد متولد شدند. از نظر آپگار نوزادان، اغلب موارد بالاتر از 7 بود و آپگار 0-3 در 7/3% قل اول و 1/7% قل دوم وجود داشت. بر اساس آزمون X^2 درجه آپگار در قل های 1 و 2 و 3 با یکدیگر تفاوت معنی دار نداشت ($P=0/123$). بر اساس آزمون X^2 میزان وزن نوزادان بر اساس سن مادر در سا لهای مختلف مورد مطالعه تفاوت معنی داری داشت (جدول 4) ($P=0/036$).

شامل زایمان زودرس (41/6%)، پره اکلامپسی (11%)، آنمی بدنبال خونریزی (10/2%)، و عفونت ادراری (4/3%) بود (جدول 3).

جدول 3 - توزیع فراوانی عوارض مادری در زایمانهای چند قلو در سالهای (82-87) در بیمارستان زنان ام البنین مشهد

عارضه مادری	تعداد	درصد
زایمان زودرس	84	41/6
پره اکلامپسی	22	11
آنمی	20	10/2
عفونت ادراری	9	4/3
کندگی زودرس جفت	3	1/4
پرولاپس بند ناف	3	1/4

جدول 4- رابطه وزن نوزادان چند قلو با سن مادر در زایمانهای چند قلو در سالهای (82-87) در بیمارستان زنان ام البنین مشهد

وزن (g)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	کل
	فراوانی					
سن مادر	< 1000	1000-1499	1500-2500	> 2500		
15-19	32/1	10/8	25/15	32/1	14	100/52
20-24	8/4	8/4	41/53	42/2	49	100/123
25-29	5/7	1/2	53/1	40/7	48	100/121
30-34	5/6	1/9	45/3	45/3	33	100/74
35-40	6/2	9/4	40/7	43/7	23	100/54
15-40	10/4	5/8	44/1	39/3	167	100/424

بحث

اگر چه حاملگی دو قلو در آمریکا ناشایع است (یک در 94) اما تعداد و میزان تولد دو قلو و سه قلوئی و تعداد بیشتر قلها بسرعت در حال افزایش است. حاملگی چند قلو شایعترین عارضه لقاح داخل رحمی است که اثراتی روی بیماری زائی مادر و نوزاد می گذارد. (3) در عوارض لقاح داخل رحمی تعداد جنینهای قابل انتقال ریسک بزرگی برای ایجاد عوارض در حاملگی چند قلو است، هر چه تعداد جنینها کمتر باشد عوارض کمتر است (4). در یک بررسی روی 132 حاملگی دو قلو که 36 مورد آن بوسیله روشهای کمک باروری بوده است اختلافی از نظر عوارض در مادر و نوزاد وجود نداشت فقط سزارین در گروه دوم کمی بیشتر بود (5).

توزیع فراوانی عوارض جنینی و نوزادیدر جدول شماره 5 توضیح داده شده است. از نظر میزان مرگ و میرجنین ها ونوزادان چند قلوئی متولد شده، 36 مورد (13%) مرگ وجود داشت.

جدول 5- توزیع فراوانی عوارض جنینی و نوزادی در زایمانهای چند قلو در سالهای (82-87)، بیمارستان زنان ام البنین مشهد

عوارض	تعداد	درصد
پره ماچوریتی	76	37/4
سپتی سمی نوزادی	8	3/9
مرده زائی	13	6/4
آسفیکسی	25	12/3
سندروم دیسترس تنفسی	25	12/3
تاکی پنه گذرای نوزادی	32	9/8
سندروم ترانسفوزیون یک قل به قل دیگر	20	5/9

(آنمی-پولی سیتی)

شیوع حاملگی دو قلو در یک بررسی که توسط قاوی و همکاران بر روی 80906 مورد حاملگی صورت گرفته 12/5 در هزار گزارش شده است (6). شیوع حاملگی چند قلو به علت ابداع داروهای تحریک تخمک گذاری و شیوه های کمک به تولید مثل از اواخر دهه 1960 تا کنون افزایش یافته به طوریکه میزان آن 1 مورد در هر 44 تولد گزارش شده است. شیوع دو قلوئی در آمریکا و انگلستان 1 در 83 تولد (12) در هزار) و در نیجریه 1 در 18 تولد (54 در هزار) است. اما در مطالعه حاضر 1 در هر 115 تولد و شیوع دو قلوئی در ژاپن (1 در 232 تولد) بوده است. شیوع سه قلوئی در این مطالعه 1 در هر 4000 تولد و در آمریکای شمالی (1 در 6400 تولد) بوده است. طبق آخرین آمار، دو قلوئی با افزایش سن تا 40 سالگی و تعداد زایمان بیش از 7 افزایش می یابد. در مطالعه آقای دکتر معموری در بیمارستان قائم (عج) که شیوع دو قلوئی یک در 49 بوده بیشترین مورد دو قلوئی مربوط به مادرائی بوده که بین 25-21 سال سن داشته اند (7). در این مطالعه اکثریت دو قلوها حاصل بارداری اول بوده اند (34%). در مطالعه دیگری در بیمارستان امام رضا (ع) در سال 72 شیوع حاملگی دو قلو 19 در هزار و در یک سوم آنها سن مادر بین 24-20 گزارش شده است که بتدریج با افزایش سن کاهش می یافت (8). در مطالعه دیگری که در اصفهان انجام گردیده شیوع دو قلوئی یک در 240 مورد تولد زنده گزارش گردیده است (9).

در مطالعه حاضر بیشترین گروه سنی را مادران 29-20 سال (61/3%) تشکیل می دادند و با افزایش سن بالای 29 سال کاهش در میزان چند قلوئی دیده شد که این دو نتیجه با اثرات مثبت افزایش سن و تعداد زایمان در روی میزان وقوع دو قلوئی مغایرت دارد. احتمالاً این تفاوت به علت مصرف زود هنگام داروهای محرک تخمک گذاری در زنان جوانتر می باشد پس با توجه به عوارض و مشکلات آنها لازم است دقت کافی در خصوص تجویز این داروها انجام گردد. چنانکه در

این مطالعه در 9% موارد، بارداری چند قلوئی به دنبال مصرف کلومیفن صورت گرفته است. در مطالعه ما شایعترین پرزانتاسیون سفالیک سفالیک و همچنین پرزانتاسیون بریچ-بریچ و بریچ-سفالیک نیز در این مطالعه نسبت به مطالعات قبلی شایعتر بود. پرزانتاسیون سفالیک-ترانسورس با شیوع کمتری وجود داشت. بنا براین بالا بودن درصد پرزانتاسیون بریچ در قل اول با توجه به اندیکاسیون های سزارین دو قلوئی، لزوم استفاده بیشتر از روش سزارین را در مقایسه با زایمان واژینال نشان می دهد. البته آمار نوع زایمان در این مطالعه مخالف نتایج مطالعاتی بود که توسط مانسینو در 1998 انجام شد که در 65% از دو قلوها زایمان واژینال و در حدود 35% زایمان به طریقه سزارین انجام شده بود (10). البته اخیراً مطالعه ای که توسط فاوست و همکاران انجام شده است ایمن بودن تحریک با اکسی توسین را در زایمان دو قلوئی مورد تاکید قرار داده است (11). با توجه به این نتایج و مطالعات و با توجه به خطرات و عوارض ناشی از سزارین و تمایل به انجام زایمان واژینال به نظر می رسد در آینده نزدیک اندیکاسیونهای سزارین در دو قلوها باز نگری و تغییر خواهد کرد (12).

میزان وزن نوزادان با سن مادرو سن حاملگی در زمان تولد ارتباط معنی داری داشت به طوری که هر چه سن مادر و سن حاملگی بالاتر بود وزن نوزاد نیز بالاتر بود و این دو اهمیت پیشگیری از زایمان زودرس و همچنین اجتناب از حاملگی در سنین پایین را می رساند که مطالعات قبلی نیز آن را تایید می کند. در این زنان باید افزایش نیاز به مواد غذایی و مکملها به سرعت تامین و بر اهمیت حمایت های اجتماعی و خانوادگی و روانی تاکید گردد. مهمترین عامل در درمان حاملگی های چند قلو جلوگیری از تولد زودرس جنین و کاهش مرگ میر آنان است که دوره بحرانی تولد بین هفته های 26 و 32 حاملگی است. ترانسفوزیون قل به قل یکی از عوارض حاملگی دو قلوئی منوکوریونیک است که مرگ و میر و بیماری زائی بالائی دارد. نوزادان این نوع حاملگی با

هیداتیفرم و پره اکلامپسی در یک زن با دیس ژنزی گونادال عارضه دار شده است (22). سابقه قبلی زایمان مادر در عارضه دار شدن حاملگی چند قلویی مادر اثر دارد (23،24).

نتیجه گیری

حاملگی چند قلو ممکن است همراه با افزایش خطراتی برای مادر و نوزاد باشد، مخصوصاً در نوزادان با مرگ و میر بیشتری همراه است. بنابر این پزشکان باید از دادن زود هنگام دارو های تحریک تخمک گذاری خودداری نمایند و با توجه به ارتباط معنی دار بین سن مادر و وزن جنین باید از بارداری و زایمان در سنین پایین مادران پیشگیری کرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه پرسنل بخش زایشگاه و مامایی بیمارستان ام البنین که در جمع آموری اطلاعات ما را یاری کردند تشکر و قدردانی می نماید.

ترانسفوزیون در ریسک نارسائی کلیه، آنتروکولیت نکروزان ولکومالاسی اطراف بطن می باشند(13). زانگ عوارض مامائی در 60 مورد زایمان پره ترم را گزارش نمود(14). در یک بررسی روی 42 نوزاد حاصل حاملگیهای چند قلو میزان بروز سندروم دیسترس تنفسی در نوزاد 69/3 % گزارش شده است که این نوزادان 70 % به تنفس مصنوعی نیاز داشتند. 24% دچار سپتی سمی نوزادی و 14 % خونریزی داخل بطن پیدا نمودند(15). روش زایمان هم در چند قلویی تحت تاثیر قرار می گیرد(16). در کشورهای پیشرفته میزان حاملگی چند قلویی افزایش یافته است. در بیمارستان تورنتو عوارض حاملگی چند قلویی شامل کاهش وزن جنین، ارتباطات عروقی و زایمان زودرس گزارش گردیده است(17). خطر سزارین هم به علت عوارض چند قلویی افزایش یافته است. سن مادر هم در عوارض چند قلویی فاکتور مهمی است(18،19). در یک بررسی نتایج زایمان دو و سه قلویی خطر پارگی زودرس پرده های جنینی بیشتر بوده است (20،21). زایمان سه قلویی در یک بررسی بوسیله مول

منابع

1. Jones HVV, Schnorr JA. Multiple pregnancies: a call for action. *Fertil Steril* 2001 Jan; 75(1):11-3.
2. Alam Machado Rde C, Brizot Mde L, Liao AW, Krebs VL, Zugaib M. Early neonatal morbidity and mortality in growth-discordant twins. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88(2):167-71.
3. Bhattacharya S. Effective use of assisted reproduction. *Hum Fertil (Camb)* 2003 May;6(2 Suppl):S60-2.
4. Oborna I, Brezinova J, Svobodova M, Krskova M, Dostal J, Machac S. Multiple pregnancy--a significant complication of in vitro fertilization protocols. *Ceska Gynekol* 2003 Jul;68(4):232-7. Czech.
5. Zaib-un-Nisa S, Ghazal-Aswad S, Badrinath P. Outcome of twin pregnancies after assisted reproductive techniques--a comparative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003 Jul 1;109(1):51-4.
6. Ghai V, Vidyasagar D. Morbidity and mortality factors in twins. An epidemiologic approach. *Clin Perinatal* 1998 Mar;15(1):123-40.
7. Mamouri GH. Epidemyologic study on multiplie pregnancies in Ghaem Hospital. *Med J Mashad Univ Med Sci* 1999 Spring;63:26-30.[Persian]
8. Tavasoli F. Twins Birth and factors related. *Iranian J Gynecol Obstet Mashad* 1999 Antum;3:56-9.

9. Haghshenas I. Study on epidemiologic twins pregnancy. *Esfahan Univ Med Sci J* 1995;8:27-30.
10. Mancino P, Cocola M, Russo P, Di Roberto R. [Hypertention in twin pregnancy]. *Minerva Ginecol* 1998 May;50(5):177-9.
11. Chao AS, Tsai TC, Soong YK. Clinical management of a quadruplet pregnancy combining a triplet pregnancy with a classical hydatiform mole: case report and review of literature. *Prenat Diagn* 1999 Nov; 19(11): 1073-6.
12. Hacker NF, Moore JG. *Essentials of obstetrics and gynecology*. 3rd ed. Philadelphia:Saunders;1998; 281-9.
13. Chiang MC, Lien R, Chao AS, Chou YH, En Chen YJ. Clinical consequences of twin-to-twin transfusion. *Eur J Pediatr* 2003 Feb;162(2):68-71.
14. Zhang SY, He SN, Huang HF, Zhou FZ. [Multifetal pregnancy reduction of triplets to twins: a prospective comparison of pregnancy outcome] *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2003 Jan 10;83(1):21-3.
15. Abu-Heija AT. Maternal and neonatal outcome of high order gestation. *Arch Gynecol Obstet* 2003 Apr;268(1):15-8.
16. Herbst A, Källén K. Influence of mode of delivery on neonatal mortality in the second twin, at and before term. *BJOG* 2008 Nov;115(12):1512-7.
17. Moore AM, O'Brien K. Follow-up issues with multiples. *Paediatr Child Health* 2006 May;11(5):283-6.
18. Lee YM, D'Alton ME. Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008 Dec;20(6):597-601.
19. Usta IM, Nassar AH. Advanced maternal age. Part I: obstetric complications. *Am J Perinatol* 2008 Sep;25(8):521-34.
20. Trentacoste SV, Jean-Pierre C, Baergen R, Chasen ST. Outcomes of preterm premature rupture of membranes in twin pregnancies. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2008 Aug;21(8):555-7.
21. Mazhar SB, Rahim F, Furukh T. Fetomaternal outcome in triplet pregnancy. *J Coll Physicians Surg Pak* 2008 Apr;18(4):217-21.
22. Ko PC, Peng HH, Soong YK, Chang SD. Triplet pregnancy complicated with one hydatidiform mole and preeclampsia in a 46,XY female with gonadal dysgenesis. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2007 Sep;46(3):276-80.
23. Varner MW, Thom E, Spong CY, Landon MB, Leveno KJ, Rouse DJ, Moawad AH. Trial of labor after one previous cesarean delivery for multifetal gestation. *Obstet Gynecol* 2007 Oct;110(4):814-9.
24. Wuttikonsammakit P, Sukcharoen N. Pregnancy outcomes of multiple repeated cesarean sections in King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Med Assoc Thai* 2006 Oct;89 Suppl 4:S81-6.
25. Chittacharoen A, Wetchapruuekitak S, Suthutvoravut S. Pregnancy induced hypertension in twin pregnancy *Med Assoc Thai* 2005 Oct;88 Suppl 2:S69-74.