

بررسی مقایسه‌ای پیامدهای مادری - جنینی در زنان با پلاستنا پرویای قدامی و خلفی

دکتر انیس الدوله نانکلی^{۱*}، مریم همتی^۲، دکتر شهره دژانگه^۳

۱. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۲. کارشناس ارشد آمار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۳. دکترای حرفه‌ای پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۰۶

خلاصه

مقدمه: جفت سرراهی، یکی از علل شایع خونریزی سه ماهه سوم بارداری است که با عوارض مادری و جنینی همراه بوده و به عنوان حاملگی پرخطر، به مراقبت‌های ویژه نیاز دارد. محل لانه‌گزینی جفت در پیامد مادری جنینی از جمله وقوع خونریزی واژینال به‌دنبال سزارین، نیاز به تزریق خون و سزارین هیستریکتومی در زنان مبتلا به جفت سرراهی می‌تواند مؤثر باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه پیامدهای مادری - جنینی در زنان با پلاستنا پرویای قدامی و خلفی انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۵۴ نفر از بیماران بستری با تشخیص پلاستنا پرویا بر اساس شواهد سونوگرافی که طی سال‌های ۹۳-۱۳۸۷ در بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه ختم بارداری داده شده بودند، انجام شد. متغیرهای مادری و جنینی بر اساس چک لیست از پرونده بیماران استخراج شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون‌های تی مستقل یا یو من ویتنی و آزمون کای دو یا فیشر انجام شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: فراوانی چسبندگی غیرطبیعی جفت در گروه با پلاستنا پرویای قدامی بیشتر بود. در گروه با جفت قدامی از مجموع ۲۷ مورد، ۱۲ مورد (۴۴/۴٪) و در گروه با جفت خلفی از ۲۷ مورد، ۵ مورد (۱۸/۵٪) نیاز به هیستریکتومی داشتند که این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($P=۰/۰۴$). همچنین ۱۳ بیمار (۴۸/۱٪) در گروه جفت قدامی و ۵ بیمار (۱۸/۵٪) در گروه جفت خلفی نیاز به دریافت خون داشتند که دو گروه از این نظر تفاوت آماری معناداری داشتند ($P=۰/۰۲۱$). بین دو گروه قدامی و خلفی از نظر وزن تولد ($P=۰/۹۴۹$) و نمره آپگار ($P=۰/۶۲۳$)، تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: نیاز به هیستریکتومی و دریافت خون و فرآورده‌های خونی در زنان با پلاستنا پرویای قدامی نسبت به پلاستنا پرویای خلفی تفاوت معناداری دارد و این مهم باید در اتخاذ استراتژی‌های قبل از عمل برای اینگونه بیماران در نظر گرفته شود.

کلمات کلیدی: پلاستنا پرویا، پلاستنا پرویا قدامی و خلفی، پیامدهای مادری در پلاستنا پرویا

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر انیس الدوله نانکلی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. تلفن: ۰۸۳۱-۴۲۷۶۳۰۹؛ پست الکترونیک: anis_nankali@yahoo.com

مقدمه

پلاستنا پرویا یک عارضه مامایی است که مشخصه آن، کاشته شدن جفت در قطعه تحتانی دیواره رحمی است که تمام یا بخشی از دهانه رحم را می‌پوشاند (۱) و در ۴٪ حاملگی‌های ترم اتفاق می‌افتد (۲).

در ایالات متحده آمریکا پلاستنا پرویا در ۰/۵-۰/۳٪ کل حاملگی‌ها رخ می‌دهد. خطر آن در تاریخچه سزارین قبلی ۵-۱/۵ برابر افزایش می‌یابد. با افزایش زایمان‌ها، احتمال خطر به ۱۰٪ خواهد رسید. پلاستنا پرویا، هرچند شایع نیست (۹-۳٪ در حاملگی)، اما از علل منتهی به خونریزی رحمی در مراحل پایانی بارداری و یک شاخص مهم موربیدیتی مادران و پیامدهای جانبی پری‌ناتال می‌باشد. پلاستنا پرویا یک وضعیت بالقوه تهدید کننده حیات می‌باشد و اداره آن نیازمند یک رویکرد چندگانه است (۵-۳).

تشخیص معمولاً طی نیمه دوم حاملگی با سونوگرافی واژینال یا ابدومینال داده می‌شود (۶، ۷) و به دلیل محل غیر طبیعی و تهاجم بافت جفتی، خونریزی شدید مادری به‌خصوص در سه ماهه سوم بارداری رخ می‌دهد (۸، ۹). این جایگزینی غیرطبیعی جفتی در تاریخچه زایمان‌های سزارین قبلی (۱۱-۹) و جراحی‌های رحمی مانند میومکتومی یا کورتاژ، سن بالای مادران، چندزایی و مصرف سیگار (۹، ۱۰، ۱۲) بروز می‌کند.

اکثر مطالعات گزارش کرده‌اند که در جفت پلاستنا پرویای کامل، احتمال خونریزی شدید پری‌ناتال، نیاز به انتقال خون، جفت اکرتا و نیاز به هیستریکتومی بسیار بالا می‌باشد (۱۷-۱۳)، اما این خطرات ممکن است در پلاستنا پرویا در موقعیت خلفی رحم نیز اتفاق بیفتند. مطالعات در خصوص مقایسه تأثیر موقعیت جفت قدام یا خلف در پلاستنا پرویا و ارتباط آن با خونریزی‌های مامایی اندک و محدود می‌باشد. با توجه به اینکه پلاستنا پرویا و خونریزی ناشی از آن یک عامل مهم موربیدیتی شدید مادران محسوب می‌شود، مطالعه حاضر با هدف مقایسه پیامدهای مادری - جنینی در پلاستنا پرویا با جفت قدامی و خلفی انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی- تحلیلی پس از تصویب شورای پژوهشی واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) شهر کرمانشاه بر روی ۵۴ نفر از مادران باردار با تشخیص جفت سرراهی و سن بارداری بیشتر از ۲۰ هفته مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) طی سال‌های ۹۳-۱۳۸۷ انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه برای مقایسه میانگین دو جامعه با اطمینان ۹۵٪ و توان ۹۰٪ و با توجه به نتایج مطالعه کوای و همکاران (۲۰۱۴) (۲۱)، ۲۶ نفر در هر گروه (قدامی و خلفی) تعیین شد که در مطالعه حاضر ۲۷ نفر در هر گروه و در مجموع ۵۴ پرونده بررسی شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان باردار تک قلو با تشخیص نهایی پلاستنا پرویا بر اساس سونوگرافی شکمی در زمان بستری بود. جفت سرراهی کامل، نسبی و مارژینال وارد مطالعه شدند. زنان با سن بارداری زیر ۲۰ هفته، حاملگی‌های دوقلویی و موارد جفت پرویای پایین از مطالعه حذف شدند. در مطالعه حاضر موقعیت جفت قدامی و خلفی نیز مورد توجه قرار گرفت.

تقسیم‌بندی پلاستنا پرویا به شرح زیر است:

۱- پرویای کامل: زمانی که جفت به‌طور کامل سوراخ داخلی دهانه رحم را بپوشاند.

۲- پرویای نسبی: زمانی که سوراخ داخلی دهانه رحم به‌طور نسبی توسط جفت پوشیده شده باشد.

۳- پرویای مارژینال: زمانی که لبه جفت در مجاورت سوراخ داخلی دهانه رحم قرار گرفته باشد.

در مطالعه حاضر جمع‌آوری داده‌ها پس از دریافت کد کمیته اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه آغاز گردید. تمام اطلاعات شخصی بیماران مورد مطالعه، محرمانه باقی ماند و هزینه‌ای بر بیماران تحمیل نشد.

جهت گردآوری داده‌ها با مراجعه به واحد مدارک پزشکی بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه و دریافت کد از واحد کدگذاری، کد مربوط به پلاستنا پرویا را دریافت نموده و پرونده‌های سال‌های ۹۳-۱۳۸۷ پس از بررسی معیارهای ورود و خروج مطالعه، مورد بررسی قرار گرفتند. سپس جهت تکمیل اطلاعات چک لیستی بر اساس اهداف و متغیرهای مهم مطالعه تنظیم شد که شامل سن، سن

خلفی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، مورد بررسی قرار گرفتند.

کمترین سن مادران ۱۹ سال و بیشترین سن آنها ۴۴ سال بود که بر اساس آزمون تی تست، میانگین سن مادران در دو گروه قدامی و خلفی از نظر آماری تفاوت معناداری نداشت ($p=0/107$). گراویدیتی موارد مورد مطالعه بین ۱ و ۶ بود که بیشترین فراوانی در گروه گراوید ۲ ($31/5\%$) بود. بر اساس آزمون من ویتنی، تفاوت گراویدیتی بین دو گروه قدامی و خلفی از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/388$). در گروه قدامی ۱۲ نفر ($44/4\%$) نولی‌پار و ۱۵ نفر ($55/6\%$) مولتی‌پار و در گروه خلفی ۶ نفر ($22/2\%$) نولی‌پار و ۲۱ نفر ($77/8\%$) مولتی‌پار بودند که بر اساس آزمون من ویتنی، تفاوت معناداری بین میانگین پاریتی در گروه خلفی و میانگین پاریتی در گروه قدامی وجود داشت ($p=0/047$). از بین افراد مورد مطالعه، بیشترین فراوانی سن حاملگی بین ۳۵-۴۰ هفته بود (63% کل موارد) که بر اساس آزمون من ویتنی، تفاوت معناداری بین سن حاملگی در گروه قدامی و خلفی وجود نداشت ($p=0/521$). اطلاعات فردی واحدهای پژوهش در جدول ۱ بیان شده است.

حاملگی، گراویدیتی، پاریتی، سابقه سزارین قبلی، سقط، میوم، جراحی داخل رحمی، انواع جفت، پیامدهای مادری (خونریزی پری‌پارتوم، آنمی، دریافت خون و فرآورده‌های خونی، نیاز به هیستریکتومی، سطح هموگلوبین خون) و پیامدهای جنینی (جنسیت، آپگار، وزن نوزادان) بود. روایی چک لیست توسط اعضاء محترم هیئت علمی گروه زنان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه تأیید شد. برای خلاصه کردن متغیرهای کیفی از جداول توزیع فراوانی و جداول (تعداد و درصد) و برای متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) انجام شد. جهت همسان‌سازی و مقایسه متغیرهای کمی در دو گروه پلاسنتا پرویای قدامی و خلفی بعد از انجام تست نرمالیتی کولموگروف - اسمیرنوف، از آزمون‌های تی مستقل یا یو من ویتنی و برای مقایسه و همسان‌سازی دو گروه از نظر متغیرهای کیفی از آزمون کای دو یا فیشر استفاده شد. میزان p کمتر از $0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از بین ۱۸۲ پرونده در دسترس، ۵۴ مورد شامل ۲۷ مورد جفت سرراهی قدامی و ۲۷ مورد جفت سرراهی

جدول ۱- اطلاعات فردی بیماران مورد مطالعه

متغیر	گروه	
	خلفی	قدامی
سن مادران (سال)	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
گراویدیتی	۳۰/۸۹ \pm ۶/۱۴	۳۲/۰۷ \pm ۴/۶۶
پاریتی	۲/۸۱ \pm ۱/۶۱	۲/۳۷ \pm ۱/۲۴
سن حاملگی (هفته)	۱/۴۱ \pm ۱/۲۷	۰/۷۴ \pm ۰/۷۶
	۳۵/۲ \pm ۳/۳۲	۳۴/۷۰ \pm ۴/۱۰

($3/70\%$) در گروه خلفی بود که بر اساس آزمون کای دو، تفاوت آماری معناداری بین سابقه میوم در دو گروه قدامی و خلفی وجود نداشت ($p=0/552$) و هیچ موردی سابقه جراحی داخل رحمی وجود نداشت. در مطالعه حاضر از مجموع ۵۴ مورد، ۲۳ مورد ($42/6\%$) سابقه سزارین قبلی داشتند. سابقه سزارین قبلی در موارد مطالعه شده در جدول ۲ نشان داده شده است.

از مجموع ۵۴ بیمار مورد مطالعه، ۱۶ مورد (30%) سابقه سقط وجود داشت که ۱۱ مورد آن از ۲۷ بیمار با پرویای قدامی ($40/74\%$) و ۵ مورد از ۲۷ بیمار با پرویای خلفی ($18/51\%$) بود. بر اساس نتایج آزمون کای دو از نظر آماری تفاوت معناداری بین سابقه سقط در گروه قدامی و خلفی وجود نداشت ($p=0/074$). همچنین از کل موارد مورد بررسی، تنها ۳ مورد ($5/55\%$) سابقه میوم وجود داشت که ۲ مورد ($7/40\%$) آن در گروه قدامی و ۱ مورد

جدول ۲- درصد فراوانی موارد سزارین قبلی در بیماران مورد مطالعه

تعداد موارد سزارین قبلی	گروه	خلفی	قدامی
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
یک مورد	۵ (۱۸/۵)	۹ (۳۳/۳)	
دومورد	۵ (۱۸/۵)	۳ (۱۱/۱)	
بیش از دو مورد	۱ (۳/۷)	.	
بدون سزارین	۱۶ (۵۹/۶)	۱۵ (۵۵/۶)	

فراوانی چسبندگی غیر طبیعی جفت در دو گروه مورد مطالعه در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳- فراوانی چسبندگی غیر طبیعی جفت در گروه قدامی و خلفی

چسبندگی جفت	گروه	خلفی	قدامی
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
اکرتا	۲ (۷/۴)	۷ (۲۵/۹)	
اینکرتا	۰	۱ (۳/۷)	
پرکرتا	۲ (۷/۴)	۵ (۱۸/۵)	
هیچ کدام	۲۳ (۸۵/۲)	۱۴ (۵۱/۹)	

بودن تفاوت بین دو گروه از نظر آماری نمی‌توان قضاوت کرد.

پیامدهای مادری به تفکیک در جدول ۴ بیان شده است. بین دو گروه مورد مطالعه از نظر دریافت خون و فرآورده‌های خونی ($p=0/021$) و نیاز به هیستریکتومی ($p=0/040$) تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

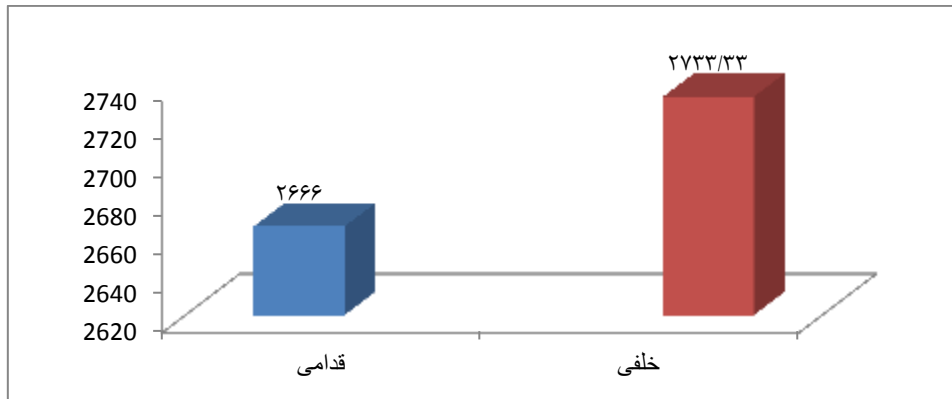
با توجه به اینکه شرایط آزمون کای دو برای داده‌های فوق برقرار نبود، امکان مقایسه آماری بین دو گروه قدامی و خلفی از نظر چسبندگی غیر طبیعی وجود نداشت. آنچه که از داده‌های فوق مشخص است، در مطالعه حاضر تمام انواع چسبندگی غیر طبیعی جفت در گروه قدامی از گروه خلفی بیشتر بود، اما در مورد معنادار

جدول ۴- پیامدهای مادری در بیماران مورد مطالعه

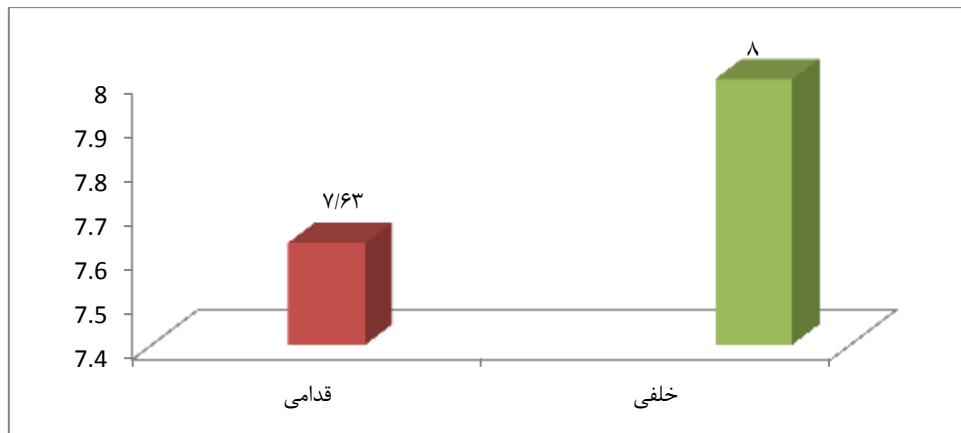
پیامدهای مادری	گروه	خلفی	قدامی	سطح معنی‌داری
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
خونریزی آنته پارتوم	۲۰ (۷۴/۱)	۱۶ (۵۹/۳)	۰/۲۴۸	
آنمی	۱ (۳/۷)	۴ (۱۴/۸)	۰/۱۵۹	
دریافت خون و فرآورده‌های خونی	۵ (۱۸/۵)	۱۳ (۴۸/۱)	۰/۰۲۱	
هیستریکتومی	۵ (۱۸/۵)	۱۲ (۴۴/۴)	۰/۰۴۰	
هموگلوبین	$12/17 \pm 0/95$	$11/73 \pm 1/34$	۰/۳۱۰	

۱ و ۲ نشان داده شده است. بر اساس آزمون تی تست بین وزن نوزادان متولد شده دو گروه قدامی و خلفی تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p=0/949$). متوسط وزن نوزادان متولد شده و آپگار نوزادان متولد شده دو گروه در نمودار ۱ و ۲ نشان داده شده است.

از نظر پیامدهای نوزادی، هیچ مورد ناهنجاری جنین مشاهده نشد. در کل نوزادان متولد شده، ۲۷ مورد دختر و ۲۷ مورد پسر بودند. در گروه با پرویای خلفی اکثر نوزادان پسر ($59/3\%$) و در گروه با پرویای قدامی اکثر نوزادان متولد شده دختر بودند ($59/3\%$). نتایج مربوط به وزن نوزادان متولد شده و نمره آپگار در نمودار



نمودار ۱- نمودار متوسط وزن نوزادان متولد شده در دو گروه مورد بررسی



نمودار ۲- نمودار متوسط نمره آپگار در دو گروه مورد بررسی

بحث

گروه خلفی به طور معناداری بیشتر از میانگین پاریتی در گروه قدامی بود. در مطالعه حاضر، کمترین سن حاملگی ۲۲ هفته و بیشترین سن حاملگی ۳۹ هفته بود. بیشترین فراوانی سن حاملگی بین ۳۵-۴۰ هفته بود (۰/۶۳). در مطالعه آیکچیلو و همکار (۲۰۰۷) همسو با مطالعه حاضر، بیشترین سن بارداری (۰/۴۰/۹) بین ۳۷-۴۰ هفته بود (۱۸). به لحاظ سن حاملگی نیز تفاوت معناداری بین دو گروه قدامی و خلفی وجود نداشت (۰/۵۲۱). همچنین در مطالعه حاضر در گروه قدامی، ۱۷ مورد (۰/۶۳) جفت سرراهی کامل و ۱۰ مورد (۰/۳۷) جفت سرراهی ناکامل بود. در گروه خلفی، ۱۴ مورد (۰/۵۱/۹) سرراهی کامل و ۱۳ مورد (۰/۴۸/۱) سرراهی ناکامل بود که بر اساس نتایج آزمون کای دو، تفاوت معناداری از نظر کامل یا ناکامل بودن جفت سرراهی بین گروه قدامی و خلفی وجود نداشت (۰/۴۰۹).

در مطالعه حاضر، تعداد کل موارد زایمان در سال‌های مطالعه، ۲۴۵۲۹ مورد و شامل ۷۶۳۸ مورد زایمان طبیعی و ۱۶۸۹۱ مورد سزارین بودند که ۲۰۲ مورد آن پلاستنا پرویای بود. شیوع پلاستنا پرویای در سال‌های مطالعه ۰/۸۲۳٪ بود که این میزان در مطالعه آیکچیلو و همکار (۲۰۰۷) ۰/۱۶۵٪ و در مطالعه فیض و همکار (۲۰۰۳) ۰/۰۴٪ بود (۱۹، ۱۸). در مطالعه حاضر ۰/۷۰/۳ بیماران بین ۲۵-۳۵ سال سن داشتند. در مطالعه آیکچیلو و همکار (۲۰۰۷) نیز ۰/۷۷/۳ بیماران زیر سن ۳۵ سال بودند که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۸). همچنین در مطالعه حاضر دو گروه قدامی و خلفی از نظر میانگین سن مادران (۰/۱۰۷) و گراویدیتی (۰/۳۸۸) تفاوت معناداری نداشتند، ولی تفاوت آماری معناداری بین میانگین پاریتی در گروه خلفی و قدامی وجود داشت (۰/۰۴۷)؛ به طوری که میانگین پاریتی در

در مطالعه سگی کوچی و همکاران (۲۰۱۳) که به مقایسه پیامدهای مادری و حاملگی در گروه‌های پلاستا پرویا (کامل و ناکامل) با هم و ارزیابی تفاوت‌های میان جفت قدامی یا خلفی پرداختند، در زنان با جفت سرراهی کامل، میزان بروز زایمان پره‌ترم بالاتر از زنان با جفت سرراهی ناکامل بود (۴۵/۱٪ در مقابل ۸/۸٪). در جفت سرراهی کامل نیز سن حاملگی در شروع خونریزی در گروه قدامی نسبت به خلفی پایین‌تر بود (۷۶/۲٪ در مقابل ۳۲٪) و در جفت سرراهی ناکامل، سن حاملگی تفاوت چندانی بین دو گروه قدامی یا خلفی نداشت و بروز خونریزی آنته پارتوم در پلاستا پرویای کامل بین دو گروه با پرویای قدامی و خلفی تفاوت معنی‌داری نداشت (۲۰). در مطالعه کوای و همکاران (۲۰۱۴) بیماران با جفت سرراهی قدامی بیشتر در حول و حوش زایمان تشخیص داده شده بودند (۵۸٪ در مقابل ۱۷٪) (p=۰/۰۰۳) و متوسط سن حاملگی در حین زایمان در گروه قدامی پایین‌تر گزارش شد (۳۳/۳ هفته در مقابل ۳۶/۶ هفته) که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۲) (۲۱).

در مطالعه حاضر تمام انواع چسبندگی غیر طبیعی جفت در گروه قدامی از گروه خلفی بیشتر بود؛ به طوری که در مقایسه چسبندگی غیر طبیعی جفت بین دو گروه قدامی و خلفی، موارد جفت آکرتا در گروه قدامی ۲۶/۹٪ و در گروه خلفی ۷/۴٪ و موارد جفت پرکرتا در گروه قدامی ۱۹/۲٪ و در گروه خلفی ۷/۴٪ بود. تنها ۱ مورد جفت اینکرتا در گروه قدامی وجود داشت. همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه جانگ و همکاران (۲۰۱۱) میزان جفت آکرتا در گروه قدامی در مقایسه با جفت خلفی بیشتر بود (۲۲). در مطالعه کوای و همکاران (۲۰۱۴) میزان نفوذ پرزهای جفتی (ویلوس) در جفت-های قدامی عمیق‌تر بود (p=۰/۰۰۴) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۱).

در مطالعه حاضر از مجموع ۵۴ نفر، ۲۳ مورد سابقه سزارین قبلی داشتند (۴۲/۶٪) که در مطالعه آیکچیلو و همکار (۲۰۰۷) این میزان ۵۰٪ بود (۱۸). زنان دارای جفت سرراهی در گروه قدامی و خلفی از نظر سابقه سزارین قبلی با هم مقایسه شدند و از آنجایی که به

لحاظ آماری شرایط آزمون کای دو برای داده‌های فوق برقرار نبود، امکان مقایسه آماری بین دو گروه از نظر سابقه سزارین و قضاوت در مورد نتیجه وجود نداشت.

در مطالعه حاضر در مقایسه سابقه سقط در دو گروه، ۱۱ نفر (۴۰/۷٪) در گروه قدامی و ۵ نفر (۱۸/۵٪) در گروه خلفی سابقه سقط داشتند که بر اساس آزمون کای دو، معناداری نداشتند (p=۰/۰۷۴).

در مطالعه حاضر ۲ نفر (۷/۴٪) در گروه قدامی و ۱ نفر (۳/۷٪) در گروه خلفی سابقه میوم داشتند که بر اساس آزمون کای دو، دو گروه از این نظر تفاوت آماری معناداری نداشتند (p=۰/۵۵۲). همچنین سابقه جراحی رحمی قبلی از جمله میومکتومی، متروپلاستی و ... بررسی شد که هیچ موردی در هیچ یک از گروه‌های قدامی و خلفی وجود نداشت. در مطالعه حاضر از مجموع ۵۴ نفر، ۳۶ نفر (۶۶/۷٪) خونریزی آنته پارتوم داشتند که این میزان در مطالعه آیکچیلو و همکار (۲۰۰۷)، ۷۷/۳٪ بود (۱۸). در مطالعه حاضر در مقایسه میزان بروز خونریزی آنته پارتوم در دو گروه، ۱۶ نفر (۵۹/۳٪) در گروه قدامی و ۲۰ نفر (۷۴/۱٪) در گروه خلفی، خونریزی آنته پارتوم داشتند که بر اساس نتایج آزمون کای دو، دو گروه از این نظر اختلاف معناداری نداشتند، یعنی میزان بروز خونریزی آنته پارتوم در گروه جفت سرراهی قدامی و خلفی تفاوتی نداشت (p=۰/۲۴۸).

در مطالعه حاضر بر اساس هموگلوبین قبل از زایمان، ۴ نفر (۱۴/۸٪) در گروه قدامی و ۱ نفر (۳/۷٪) در گروه خلفی آنمی داشتند که تفاوت آماری معناداری بین دو گروه از این نظر وجود نداشت (p=۰/۱۵۹) و بر اساس نتایج آزمون تی دانشجویی، تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر میانگین هموگلوبین وجود نداشت (p=۰/۳۱۰).

در مطالعه حاضر از مجموع ۵۴ نفر، ۱۸ نفر (۳۳/۳٪) خون و فرآورده‌های خونی دریافت کردند، در حالی که این میزان در مطالعه آیکچیلو و همکار (۲۰۰۷)، ۴/۵٪ بود و با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۱۸).

در مطالعه حاضر دریافت خون و فرآورده‌های خونی در گروه قدامی به‌طور معناداری بیشتر از گروه خلفی بود

هیستریکتومی به دلیل لانه‌گزینی غیرطبیعی جفت بود (۹۳/۸٪) (۲۳). در مطالعه حاضر از نظر آماری تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر جنسیت نوزاد وجود نداشت (p=۰/۱۷۴).

در مطالعه حاضر از نظر وزن نوزادان، ۱۴ نفر (۲۵/۹٪) وزن کم هنگام تولد داشتند که این میزان در مطالعه آیکچیلو و همکار (۲۰۰۷)، ۲۷/۳٪ بود (۱۸).

در بررسی ناهنجاری مادرزادی در بین ۵۴ مورد مطالعه شده، هیچ ناهنجاری مادرزادی گزارش نشده بود. با بررسی آپگار در نوزادان متولد شده، تفاوت آماری معناداری بین آپگار نوزادان در دو گروه وجود نداشت (p=۰/۶۲۳). در مطالعه حاضر ۲ مورد (۳/۷٪) مرگ جنین وجود داشت که هر دو مورد در گروه قدامی بود که این میزان در مطالعه آیکچیلو و همکار (۲۰۰۷)، ۴/۵٪ بود (۱۸).

محدودیت عمده این مطالعه، ماهیت گذشته‌نگر آن بود و مطالعات آینده‌نگر بعدی برای تأیید نتایج این تحقیق نیاز می‌باشد. تفاوت در نوع پرویای نیز ممکن است در نتایج تأثیرگذار باشد.

نتیجه‌گیری

بین دو گروه پرویای قدامی و خلفی تفاوت معنی‌داری از نظر سزارین هیستریکتومی اورژانس و نیاز به دریافت خون و فرآورده‌های خونی وجود داشت. همچنین نفوذ غیر طبیعی جفت در گروه پرویای قدامی بیشتر بود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان‌نامه دکتری حرفه‌ای خانم شهره دژانگه مصوب دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با شماره ثبت ۹۴۰۳۵ می‌باشد که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه حمایت مالی شده است. بدین‌وسیله از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان امام رضا (ع) در تصویب طرح تشکر و قدردانی می‌شود.

(p=۰/۰۲۱). در مطالعه سکیگوچی و همکاران (۲۰۱۳) خونریزی حین زایمان در زنان با جفت سرراهی کامل نسبت به زنانی که جفت سرراهی ناکامل داشتند، بیشتر بود (۵۹/۱٪ در مقابل ۱۷/۶٪)، در جفت سرراهی کامل میزان بروز خونریزی حین زایمان بین جفت سرراهی قدامی با خلفی تفاوت چندانی نداشت (۲۰).

مطالعه بابا و همکاران (۲۰۱۴) همسو با مطالعه حاضر نشان داد، بیماران با کاشته شدن قدامی جفت به‌طور بارزتری میزان بیشتری خون از دست می‌دهند. مقدار آنالیز چند متغیری آزمون رگرسیون لوجستیک برای کاشته شدن قدامی جفت (OR=۳/۵) بود که به‌طور مستقل یکی از فاکتورهای خطر برای خونریزی شدید بود (۲۳).

در مطالعه جانگ و همکاران (۲۰۱۱) در گروه قدامی میزان شیوع خونریزی شدید، اکرتا و هیستریکتومی در مقایسه با گروه خلفی بیشتر بود (۲۲) و با مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه یانگ و همکاران (۲۰۱۴) نیز زنانی که برای اولین بار سزارین شدند و دارای جفت سرراهی قدامی بودند، میزان نیاز به انتقال خون بیشتری داشتند (p=۰/۰۰۱) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۴). در مطالعه حاضر برخلاف مطالعه آیکچیلو و همکار (۲۰۰۷) از مجموع ۵۴ نفر، ۱۷ نفر (۳۱/۵٪) تحت هیستریکتومی قرار گرفتند (۱۸) که ۱۲ نفر (۴۴/۴٪) در گروه قدامی و ۵ نفر (۱۸/۵٪) در گروه خلفی بودند و از نظر آماری میزان هیستریکتومی در گروه قدامی به‌طور معناداری بیشتر از گروه خلفی بود (p=۰/۰۴). در مطالعه جانگ و همکاران (۲۰۱۱) همسو با مطالعه حاضر، میزان هیستریکتومی گزارش شده در گروه قدامی در مقایسه با جفت خلفی بیشتر بود (۲۲). در مطالعه یانگ و همکاران (۲۰۱۴) در زنانی که برای اولین بار سزارین شدند و دارای جفت سرراهی قدامی بودند، میزان هیستریکتومی در مقایسه با جفت سرراهی خلفی بالاتر بود (p=۰/۰۰۱)، به‌طور مشابه زنانی که سزارین تکراری بودند و جفت سرراهی قدامی داشتند در مقایسه با خلفی میزان هیستریکتومی بالاتری را گزارش نمودند (۲۴). اکثر دلایل

1. Latif LU, Iqbal UJ, Aftab MU. Associated risk factors of placenta previa a matched case control study. *Pak J Med Health Sci* 2015; 9(4):1344-6.
2. Faiz AS, Ananth CV. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. *J Matern Fetal Neonat Med* 2003; 13(3):175-90.
3. Brace V, Kernaghan D, Penney G. Learning from adverse clinical outcomes: major obstetric haemorrhage in Scotland, 2003-05. *BJOG* 2007; 114(11):1388-96.
4. Suknikhom W, Tannirandom Y. Previous uterine operation and placenta previa. *J Med Assoc Thai* 2011; 94(3):272-7.
5. Akram H, Asia A, Khalid K. Multiple caesarean sections-an association with increasing frequency of placenta Previa. *Biomedica* 2009; 25(1):28-31.
6. Farine D, Fox HE, Jakobson S, Timor-Tritsch IE. Vaginal ultrasound for diagnosis of placenta previa. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159(3):566-9.
7. Oppenheimer LW, Farine D. A new classification of placenta previa: measuring progress in obstetrics. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201(3):227-9.
8. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2006; 107(4):927-41.
9. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accrete. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177(1):210-4.
10. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(5):1458-61.
11. Faiz AS, Ananth CV. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 13(3):175-90.
12. Ananth CV, Savitz DA, Luther ER. Maternal cigarette smoking as a risk factor for placental abruption, placenta previa, and uterine bleeding in pregnancy. *Am J Epidemiol* 1996; 144(9):881-9.
13. Oya A, Nakai A, Miyake H, Kawabata I, Takeshita T. Risk factors for peripartum blood transfusion in women with placenta previa: a retrospective analysis. *J Nippon Med Sch* 2008; 75(3):146-51.
14. Bahar A, Abusham A, Eskandar M, Sobande A, Alsunaidi M. Risk factors and pregnancy outcome in different types of placenta previa. *J Obstet Gynaecol Can* 2009; 31(2):126-31.
15. Zaki ZM, Bahar AM, Ali ME, Albar HA, Gerais MA. Risk factors and morbidity in patients with placenta previa accreta compared to placenta previa non-accreta. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77(4):391-4.
16. Hasegawa J, Matsuoka R, Ichizuka K, Mimura T, Sekizawa A, Farina A, et al. Predisposing factors for massive hemorrhage during Cesarean section in patients with placenta previa. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009; 34(1):80-4.
17. Dola CP, Garite TJ, Dowling DD, Friend D, Ahdoot D, Asrat T. Placenta previa: does its type affect pregnancy outcome? *Am J Perinatol* 2003; 20(7):353-60.
18. Ikechebelu JI, Onwusulu DN. Placenta praevia: review of clinical presentation and management in a Nigerian teaching hospital. *Niger J Med* 2007; 16(1):61-4.
19. Faiz AS, Ananth CV. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 13(3):175-90.
20. Sekiguchi A, Nakai A, Kawabata I, Hayashi M, Takeshita T. Type and location of placenta previa affect preterm delivery risk related to antepartum hemorrhage. *Int J Med Sci* 2013; 10(12):1683-8.
21. Koai E, Hadpawat A, Gebb J, Goffman D, Dar P, Rosner M. Clinical outcomes of anterior compared with posterior placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2014; 123:60S.
22. Jang DG, We JS, Shin JU, Choi YJ, Ko HS, Park IY, et al. Maternal outcomes according to placental position in placental previa. *Int J Med Sci* 2011; 8(5):439-44.
23. Baba Y, Matsubara S, Ohkuchi A, Usui R, Kuwata T, Suzuki H, et al. Anterior placentation as a risk factor for massive hemorrhage during cesarean section in patients with placenta previa. *J Obstet Gynaecol Res* 2014; 40(5):1243-8.
24. Young BC, Nadel A, Kaimal A. Does previa location matter? Surgical morbidity associated with location of a placenta previa. *J Perinatol* 2014; 34(4):264-7.

