

تأثیر سرکلاژ دهانه رحم در پیشگیری از زایمان زودرس در بارداری دوقلویی

دکتر شهلا یزدانی^۱، دکتر مهتاب زینال زاده^۱، دکتر زینت السادات بوذری^{۱*}،
سارا حبیبی^۲، مریم مرادی^۳

۱. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۲. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۳. کارشناس پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۵/۹

خلاصه

مقدمه: میزان بروز بارداری چندقلویی در دو دهه اخیر افزایش یافته است. میزان زایمان زودرس در بارداری دوقلویی، ۷ برابر بیشتر از زایمان های تک قلوبی است. با توجه به انجام سرکلاژ در برخی مراکز به صورت پروفیلاکسی جهت جلوگیری از زایمان زودرس، مطالعه حاضر با هدف مقایسه نتایج بارداری های دوقلویی در افراد سرکلاژ شده و نشده انجام شد.

روش کار: این مطالعه مورد-شاهدی در سال ۹۰-۱۳۸۸ بر روی ۱۱۵ زن با بارداری دوقلویی با سن بارداری ۲۰-۴۰ هفته مراجعه کننده به مرکز آیت الله روحانی بابل، انجام شد. افراد در دو گروه سرکلاژ شده به روش مک دونالد (۳۵ نفر) و بدون سرکلاژ (۸۰ نفر) قرار گرفتند. اطلاعات فردی و بالینی افراد در پرسشنامه های مربوطه ثبت شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون های تی، کای اسکور و تست دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین سن بارداری در زمان ختم زایمان در گروه سرکلاژ نشده $34/36 \pm 3/65$ هفته و در گروه سرکلاژ شده $34/11 \pm 5/05$ هفته بود که دو گروه از این نظر اختلاف معنی داری نداشتند ($p=0/794$). ۵۲ نفر (۶۵٪) در گروه سرکلاژ نشده و ۲۰ نفر (۵۷/۱٪) در گروه سرکلاژ شده، زایمان زودرس کمتر از هفته ۳۷ بارداری بودند که بین دو گروه اختلاف معنی داری وجود نداشت ($p=0/089$). در این مطالعه، پیامدهای مادری و نوزادی در دو گروه نیز مورد بررسی قرار گرفت و دو گروه از این نظر، اختلاف آماری معنی داری نداشتند ($p=0/514$).

نتیجه گیری: سرکلاژ دهانه رحم نمی تواند تأثیری در افزایش سن بارداری، جلوگیری از زایمان زودرس و عوارض مربوط به نارس بودن در بارداری دوقلویی داشته باشد.

کلمات کلیدی: بارداری دوقلویی، زایمان زودرس، سرکلاژ دهانه رحم

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر زینت السادات بوذری؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران. تلفن: ۰۹۱۱۱۱۳۱۲۲۹؛ پست الکترونیک: z_b412003@yahoo.com

مقدمه

جنین های دوقلو، معمولاً ناشی از بارور شدن دو تخمک جداگانه هستند (دی زیگوت یا دوقلوهای غیر همسان). احتمال اینکه دوقلوها از یک تخمک منفرد بارور شده، منشأ گرفته و بعدها به دو قسمت تقسیم شوند (مونوزیگوت یا دوقلوهای همسان) کمتر است. میزان بروز بارداری چندقلویی در دو دهه اخیر به دلیل استفاده از داروهای تحریک تخمک گذاری و تمایل مادران با سن بالا به باردار شدن افزایش یافته است، بنابراین واضح است که زنان با بارداری دوقلویی، در خطر زایمان زودرس می باشند (۱، ۲). تقریباً نیمی از افراد با بارداری دوقلویی، قبل از هفته ۳۷ بارداری زایمان می کنند که این میزان، ۷ برابر بیشتر از زایمان های تک قلویی است. زایمان زودرس، دلیل اصلی افزایش عوارض و مرگ و میر نوزادی در دوقلوها محسوب می شود (۳). میزان تولد پره ترم در بین بارداری های چندقلویی طی دو دهه اخیر افزایش یافته است (۴). زایمان زودرس، باعث افزایش مسائلی نظیر افزایش مرگ و میر نوزاد، موربیدیتی در طولانی مدت، دیسترس تنفسی و عفونت در نوزادان می شود (۵). سرکلاژ دهانه رحم، یک روش درمانی پذیرفته شده جهت جلوگیری از کوتاهی دهانه رحم و زایمان زودرس می باشد (۶). در مطالعه اسکندر و همکاران (۲۰۰۷)، سرکلاژ به صورت پروفیلاکسی در بارداری دوقلویی، باعث افزایش معنی داری در سن بارداری نشد (۷) ولی در مطالعه رومن و همکاران (۲۰۱۳) در آمریکا، میزان زایمان زودرس در بارداری های دوقلویی با انجام سرکلاژ پروفیلاکسی، بیشتر مشاهده شد و بین دو گروه با و بدون سرکلاژ پروفیلاکسی، هیچ تفاوتی از نظر متوسط سن بارداری مشاهده نشد (۸). بر اساس تجربیات برگلا، سرکلاژ دهانه رحم برای بارداری دوقلویی، منجر به طولانی شدن بارداری یا بهبود پیامدهای نوزاد نمی شود و به طور واضح نتوانست میزان زایمان زودرس را کاهش دهد (۹). از جمله عوارض شایع سرکلاژ، شروع انقباضات زودرس بعد از عمل و پارگی ممبران می باشد (۱۰).

با توجه به اینکه در برخی مراکز، در موارد بارداری دوقلویی برای پیشگیری از زایمان زودرس، سرکلاژ دهانه

رحم انجام می گیرد که باعث تحمیل هزینه جراحی و عوارض احتمالی آن به بیماران می شود، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر سرکلاژ دهانه رحم بر پیامد بارداری های دوقلویی و مقایسه آن با بارداری های دوقلویی بدون سرکلاژ دهانه رحم انجام شد.

روش کار

این مطالعه مورد-شاهدی از شهریور ماه سال ۱۳۸۸ لغایت اسفند ماه سال ۱۳۹۰ بر روی ۱۱۵ زن با بارداری دوقلویی و سن بارداری بیش تر از ۲۰ هفته که جهت ختم بارداری به مرکز آموزشی درمانی آیت الله روحانی بابل مراجعه کردند، انجام شد. از تمام افراد جهت شرکت در مطالعه، رضایت نامه کتبی گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: بارداری دوقلویی، پاریتی ۱ و ۲ و سن بارداری ۲۰-۴۰ هفته و زنان با پاریتی بالا، ناهنجاری رحم، بیماری های مزمن مانند بیماری های روماتیسمی، نارسایی کلیه، دیابت، سابقه سقط مکرر و افراد بالای ۴۰ سال از مطالعه خارج شدند. اطلاعات فردی و بالینی افراد مورد مطالعه شامل: سن، وزن، قد، سابقه مامایی، سن ختم بارداری و نوع زایمان و اطلاعات نوزادی شامل: وزن، آپگار نوزادان متولد شده و بستری نوزادان در بخش مراقبت های ویژه در پرسشنامه ای ثبت شد. این افراد در دو گروه سرکلاژ شده (۳۵ نفر) و بدون سرکلاژ (۸۰ نفر) قرار گرفتند. سرکلاژ تمام بیماران قبل از بستری اخیر بین هفته های ۱۶-۱۳ بارداری، به روش مک دونالد با نخ مرسلین و به صورت پروفیلاکسی انجام شده بود. پس از گروه بندی افراد واجد شرایط مطالعه، نتایج بارداری دوقلویی در این دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون های تی و کای اسکوئر و تست دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در مطالعه حاضر، اطلاعات مربوط به ۱۲۵ زن با بارداری دوقلویی گردآوری شد که ۱۰ نفر به دلیل نداشتن شرایط ورود به مطالعه از جمله سابقه زایمان زودرس،

ناهنجاری رحم و سابقه سقط مکرر از مطالعه خارج شدند. از ۱۱۵ مورد باقی مانده، ۸۰ نفر بدون سرکلاژ و ۳۵ نفر به روش مک دونالد به صورت استاندارد با نخ مرسلین تحت سرکلاژ پروفیلاکسی قرار گرفته بودند. کمترین سن بیماران ۱۷ سال و بیشترین سن آنان ۳۹ سال بود. میانگین سن افراد سرکلاژ نشده $26/19 \pm 4/91$ سال و میانگین سن افراد سرکلاژ شده $26/63 \pm 3/32$ سال بود که دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p=0/576$). دو گروه از نظر متغیرهایی نظیر سن، سن بارداری، وزن، قد، شاخص توده بدنی و تعداد بارداری ها، اختلاف آماری معنی داری نداشتند (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه متغیرهای فردی بین دو گروه دوقلویی (با و بدون سرکلاژ)

متغیر	سرکلاژ	ندارد (میانگین \pm انحراف معیار)	دارد (میانگین \pm انحراف معیار)	سطح معنی داری*
سن	$26/19 \pm 4/91$	$26/63 \pm 3/32$	$26/63 \pm 3/32$	۰/۵۷۶
سن بارداری در زمان ختم زایمان	$34/36 \pm 3/65$	$34/11 \pm 5/05$	$34/11 \pm 5/05$	۰/۷۹۴
گراویدیتی	$1/74 \pm 1/06$	$1/63 \pm 0/91$	$1/63 \pm 0/91$	۰/۵۹۹
وزن	$77/8 \pm 14/41$	$72/8 \pm 14/86$	$72/8 \pm 14/86$	۰/۰۹۰
قد	$1/61 \pm 0/54$	$1/59 \pm 0/57$	$1/59 \pm 0/57$	۰/۱۰۷
شاخص توده بدنی	$29/94 \pm 4/98$	$2/53 \pm 4/51$	$2/53 \pm 4/51$	۰/۱۵۳

* آزمون تی

دو گروه از نظر توزیع فراوانی و درصد میزان زایمان زودرس کمتر از ۳۲ هفته ($p=0/336$) و کمتر از ۲۸ هفته ($p=0/733$) اختلاف آماری معنی داری نداشتند (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی و درصد زایمان زودرس بین دو گروه دوقلویی مورد مطالعه (با و بدون سرکلاژ)

متغیر	سرکلاژ	ندارد (تعداد (درصد))	دارد (تعداد (درصد))	سطح معنی داری
زایمان زودرس (کمتر از ۳۷ هفته)	۵۲ (۶۵)	۲۰ (۵۷/۱)	۲۰ (۵۷/۱)	۰/۰۸۹
زایمان زودرس (کمتر از ۳۲ هفته)	۱۹ (۶۳/۳)	۱۱ (۳۶/۷)	۱۱ (۳۶/۷)	۰/۳۳۶
زایمان زودرس (کمتر از ۲۸ هفته)	۷ (۶۳/۶)	۴ (۳۶/۴)	۴ (۳۶/۴)	۰/۷۳۳

۱۰۷ نفر (۹۳٪) از افراد مورد مطالعه به روش سزارین و ۸ نفر (۷٪) به روش واژینال، وضع حمل داشتند که از این تعداد در گروه سرکلاژ نشده، ۷۷ نفر (۹۶/۳٪) به روش سزارین و ۳ نفر (۳/۸٪) به روش واژینال و در گروه سرکلاژ شده، ۳۰ نفر (۸۵/۷٪) به روش سزارین و ۵ نفر (۱۴/۳٪) به روش واژینال وضع حمل داشتند و دو گروه

از این نظر تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p=0/055$). در مطالعه حاضر میانگین وزن تولد و آپگار نوزادان متولد شده در دو گروه مقایسه شد که دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی داری نداشتند (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه میانگین وزن و آپگار نوزادان در دو گروه دوقلویی مورد مطالعه (با و بدون سرکلاژ)

متغیر	سرکلاژ	ندارد (میانگین)	دارد (میانگین)	سطح معنی داری
وزن نوزاد	$2211/78 \pm 628/73$	$2434/52 \pm 582/78$	$2434/52 \pm 582/78$	۰/۰۹۳
آپگار نوزاد	$9 (4-9)$	$9 (7-9)$	$9 (7-9)$	۰/۱۱۹
	$9 (0-9)$	$9 (6-9)$	$9 (6-9)$	۰/۲۲

همچنین ۱۶ نوزاد (۱۰/۳۲٪) مادر سرکلاژ نشده و ۹ نوزاد (۱۴/۵٪) مادر سرکلاژ شده در بخش مراقبت های ویژه نوزادان بستری شدند ($p=0/494$). تعداد نوزادان فوت شده در مجموع، ۱۳ نفر (۵/۶۵٪) بود که ۸ نفر (۱۱/۴۲٪) در گروه سرکلاژ شده و ۵ نفر (۳/۱۲٪) در گروه سرکلاژ نشده قرار داشتند ($p=0/514$) که علت مرگ آنها به ترتیب شامل زایمان زودرس، دیسترس تنفسی و وزن پایین هنگام تولد بود.

بحث

در مطالعه حاضر افراد دو گروه از نظر وقوع زایمان زودرس مورد مقایسه قرار گرفتند که میانگین سن بارداری در افراد سرکلاژ شده $34/11 \pm 5/05$ هفته و در افراد سرکلاژ نشده $34/36 \pm 3/65$ هفته بود و دو گروه از این نظر اختلاف معنی داری نداشتند.

در مطالعه رومن و همکاران (۲۰۰۵) که بر روی ۴۱۴ زن با بارداری دوقلویی که دارای تشخیص سرویکس کوتاه در بررسی با سونوگرافی داشتند، انجام شد به یک گروه سرکلاژ دهانه رحم و به گروه دیگر، استراحت توصیه شد که میانگین سن بارداری در زنان سرکلاژ شده، ۳۴ هفته و در زنان بدون سرکلاژ، ۳۴/۴ هفته محاسبه شد و به این نتیجه رسیدند که انجام سرکلاژ، باعث شیوع کمتر زایمان پیش از موعد نمی شود (۱۱). مطالعه دیگر رومن و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که انجام سرکلاژ به صورت پروفیلاکسی، نمی تواند خطر زایمان زودرس را در بارداری های دوقلویی کاهش دهد (۸). در مطالعه متاآنالیز اوکان و همکاران (۲۰۰۶)، میزان زایمان زودرس در افراد با بارداری دوقلویی نسبت به افراد با بارداری تک قلو افزایش داشت، ولی بین افراد سرکلاژ شده و سرکلاژ نشده، تفاوتی از نظر کاهش زایمان زودرس کمتر از هفته ۳۵ بارداری مشاهده نشد (۱۲). در مطالعه اسکندر و همکاران (۲۰۰۷) که بر روی ۱۷۶ زن با بارداری دوقلویی انجام شد، ۷۶ نفر تحت سرکلاژ قرار گرفته بودند، در حالی که ۱۰۰ نفر سرکلاژ نشده بودند. در این مطالعه، ارتباط معنی داری بین انجام سرکلاژ و زمان زایمان وجود نداشت و سرکلاژ انتخابی، ارتباط اندکی در طولانی شدن سن بارداری با بارداری دوقلویی داشت (۷).

در مطالعه برگلا و همکاران (۲۰۰۴) که بر روی ۶۱ زن باردار با بارداری تک قلو انجام شد، به ۳۱ زن (۵۱٪) انجام سرکلاژ و به ۳۰ زن (۴۳٪)، استراحت در بستر توصیه شد و دو گروه از نظر عوامل خطر، ویژگی های فردی و سابقه زایمان زودرس یکسان بودند. نتایج این مطالعه نیز نشان داد که سرکلاژ نمی تواند در جلوگیری از زایمان زودرس در زنان در معرض خطر زایمان زودرس، مؤثر باشد (۹). در مطالعه گروم و همکاران (۲۰۰۴) نیز که بر روی زنان با طول دهانه رحم کوتاه کمتر از ۲۵ میلی متر که تحت سرکلاژ قرار گرفته بودند انجام شد، اختلاف معنی داری بین سن بارداری در گروه سرکلاژ شده و سرکلاژ نشده مشاهده نشد (۱۳). اگر چه آلتیشیوس و همکاران (۲۰۰۰) بیان کردند که سرکلاژ پروفیلاکتیک در سه ماهه اول بارداری، در ۹۰ درصد موارد از کوتاه شدن دهانه رحم در طی بارداری جلوگیری می کند (۱۴). در مطالعه روگر و همکاران (۲۰۰۹) نیز انجام سرکلاژ در بارداری دوقلویی، باعث کاهش هیچ کدام از عوارض بارداری مانند پارگی زودرس غشاها، وزن زمان تولد و عوارض نوزادی مربوط به نارس بودن نوزادان نشد (۱۵).

در مطالعه حاضر بین نوزادان بستری شده در بخش مراقبت های ویژه در گروه سرکلاژ شده و گروه سرکلاژ نشده اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت. همچنین در مطالعه حاضر، تعداد نوزادان فوت شده بعد از تولد در گروه سرکلاژ شده و در گروه سرکلاژ نشده تفاوت آماری نداشت. در مطالعه رومن و همکاران (۲۰۱۳) نیز، نتایج پره ناتال با انجام سرکلاژ پروفیلاکتیک در بارداری های دوقلویی بهتر نشد (۸) همچنین در مطالعه حاضر، سایر پیامدهای نوزادی شامل وزن نوزادان و آپگار و جنسیت در بین دو گروه سرکلاژ شده و سرکلاژ نشده، تفاوت معنی داری نداشت.

از محدودیت های این مطالعه می توان به عدم اندازه گیری دهانه رحم در سه ماه اول بارداری در دو گروه اشاره کرد که پیشنهاد می شود در مطالعات ما، این نکته مد نظر قرار گیرد.

نتیجه گیری

سرکلاژ نمی تواند تأثیر چشمگیری در افزایش سن بارداری، جلوگیری از زایمان زودرس و عوارض مربوط به نارس بودن در بارداری دوقلویی داشته باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت محترم فناوری و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی بابل که حمایت مالی این مطالعه را بر عهده داشتند و همچنین از تمام بیمارانی که اطلاعات مربوط به آنها در این مطالعه استفاده شد، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Mizrahi M, Furman B, Shoham-Vardi H, Maymon E, Mazor M. Perinatal outcome and peripartum complications in preterm singleton and twin deliveries: a comparative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999 Nov;87(1):55-61.
2. Buscher U, Horstkamp B, Wessel J, Chan FC, Dudenhausen JW. Frequency and significance of preterm delivery in twin pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 2000 Apr;69(1):1-7.
3. Kurdi AM, Mesleh RA, Al-Hakeem MM, Khashoggi TY, Khalifa HM. Multiple pregnancy and preterm labor. *Saudi Med J* 2004 May;25(5):623-7.
4. Blondel B, Macfarlane A, Gissler M, Breart G, Zeitlin J; PERISTAT Study Group. Preterm birth and multiple pregnancy in European countries participating in the PERISTAT project. *BJOG* 2006 May;113(5):528-35.
5. Sutcliffe AG, Derom C. Follow-up of twins: health, behavior, speech, language outcomes and implications for parents. *Early Hum Dev* 2006 Jun;82(6):379-86.
6. Althuisius SM, van Geijn HP. Strategies for prevention--cervical cerclage. *BJOG* 2005 Mar;112 Suppl 1:51-6. Review.
7. Eskandar M, Shafiq H, Almushait MA, Sobande A, Bahar AM. Cervical cerclage for prevention of preterm birth in women with twin pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2007 Nov;99(2):110-2.
8. Roman AS, Saltzman DH, Fox N, Klauser CK, Istwan N, Rhea D, et al. Prophylactic cerclage in the management of twin pregnancies. *Am J Perinatol* 2013 Oct;30(9):751-4.
9. Berghella V, Odibo AO, Tolosa JE. Cerclage for prevention of preterm birth in women with a short cervix found on transvaginal ultrasound examination: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004 Oct;191(4):1311-7.
10. Audu BM, Chama CM, Kyari OA. Complication of cervical cerclage in women with cervical incompetence. *Int J Gynecol Obstet* 2003 Dec;83(3):299-300.
11. Roman AS, Rebarber A, Pereira L, Sfakianaki AK, Mulholland J, Berghella V. The efficacy of sonographically indicated cerclage in multiple gestation. *J Ultrasound Med* 2005 Jun;24(6):763-8.
12. OKun N, Mitchell BF, Willan AR, Armson BA, Hannah M; Short Cervix in Pregnancy Steering Committee. Perspectives on the management of the short cervix identified by transvaginal ultrasound during pregnancy: an update for Canadian obstetrical caregivers. *J Obstet Gynaecol Can* 2006 Mar;28(3):203-5.
13. Groom KM, Bennett PR, Golar M, Thalon A, Shennan AH. Elective cervical cerclage versus serial ultrasound surveillance of cervical length in a population at high risk for preterm delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004 Feb 10;112(2):158-61.
14. Althuisius SM, Dekker GA, van Geijn HP, Bekedam DJ, Hummel P. Cervical incompetence prevention randomized cerclage trial (CIPRACT): study design and preliminary results. *Am J Obstet Gynecol* 2000 Oct;183(4):823-9.
15. Newman RB, Krombach RS, Myers MC, McGee DL. Effect of cerclage on obstetrical outcome in twin gestations with a shortened cervical length. *Am J Obstet Gynecol* 200 Apr;186(4):634-40.