

## حاملگی‌های چندقلو و عوارض آن در مقایسه با تک‌قلویی نتایج یک سال بررسی در بیمارستان امام رضا(ع) مشهد

دکتر احمد رحیمی<sup>۱</sup>، دکتر ژینوس رفیع زاده<sup>۲</sup>

### چکیده:

طی پانزده سال اخیر شیوع دو یا چند قلوزایی افزایش چشمگیری را نشان داده است که نظیر استفاده از روشهای تحریک تخمک‌گذاری و شیوه‌های جدید درمان نازایی را در این امر دخیل می‌دانند. از طرفی حاملگی‌های دو یا چندقلو با عوارض مادری و جنینی بالاتری همراه بوده، لذا بررسی و توجه به این موارد از ضرورت خاص برخوردار می‌باشد. تحقیق حاضر جهت بررسی حاملگی‌های چندقلو و عوارض آن در مقایسه با تک‌قلویی در مدت یک سال در بیمارستان امام رضا(ع) مشهد انجام شد. جهت مقایسه دو گروه ۱۲۰ نفری از زایمانهای تک‌قلو و چندقلو انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. براساس نتایج به دست آمده حاملگی‌های چندقلو به دنبال درمان‌های نازایی افزایش داشت (خصوصاً تحریک تخمک‌گذاری). بیشتر مادران چندقلو اول‌زا بودند که می‌تواند به علت افزایش درمان‌های نازایی باشد. کلیه عوارض مادری و جنینی در چندقلوها بیشتر از تک‌قلوها مشاهده شد. شایع‌ترین عارضه زایمان زودرس با فراوانی ۷۸/۳٪ بود. با توجه به عوارض شایع‌تر مادری و جنینی در چندقلوها توجهات دقیق‌تر دوران حاملگی و اعزام و ارجاع بیشتر این دسته از افراد به مراکز مجهزتر در نقاط مختلف کشور توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: حاملگی، چندقلویی، تک‌قلویی

۱- دانشیار جراحی زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۲- دستیار جراحی زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی مشهد

**مقدمه:**

در طی پانزده سال اخیر شیوع دو و چندقلویی زایی افزایش چشمگیری را نشان داده است، که علت آن را افزایش استفاده از روشهای تحریک تخمک‌گذاری شامل:

(Assisted Reproductive Technology) ART

(Gamete intrafallopian transfer) GIFT

(In vitro fertilization) IVF

(Zygote intrafallopian transfer) ZIFT

و غیره می‌دانند. (۱) بین سالهای ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۷ تعداد زایمانهای دوقلو ۵۲ درصد افزایش نشان داد (از ۶۸/۳۳۹ به ۱۰۴/۱۳۷ رسید) و تعداد سه قلویی و چند قلویی تا چهار برابر افزایش داشت و از ۱۳۳۷ مورد به ۶۷۳۷ مورد رسید. (۲) (۳) در مطالعه‌ای دیگر این افزایش تعداد به دو علت عمده نسبت داده شده است. دلیل اول افزایش سن مادران هنگام بارداری، که آن را در یک سوم موارد باعث بالا رفتن میزان حاملگی‌های چندقلو بعد از سالهای ۱۹۸۰ دانسته‌اند و علت دیگر استفاده از روشهای جدید درمان نازایی می‌باشد که دو سوم موارد افزایش را به آن نسبت داده‌اند. (۴)

به طور کلی حاملگی‌های دوقلو و چندقلو با عوارض مادری و جنینی بالاتری همراه می‌باشد و با توجه به اینکه تعدادی از این موارد سابقه‌ای از ناباروری دارند، می‌توان حاملگی‌های چندقلو را جزء حاملگی‌های پرخطر دانست. لذا حاملگی‌های چندقلو توجه خاصی را می‌طلبند. هدف از این مطالعه بررسی عوارض حاملگی‌های چندقلو و مقایسه آن با حاملگی‌های واحد و هدف دیگر آن تعیین میزان ارتباط حاملگی‌های چندقلو با روشهای درمان نازایی در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد می‌باشد. تا شاید بتوان در طی جلسات مشاوره با زوجهای نابارور به عوارض چندقلویی، بیشتر اشاره و در این راه کمک‌های بهتری ارائه شود.

**موارد و روش کار:**

این مطالعه گذشته‌نگر، روی بیماران بستری در زایشگاه بیمارستان امام رضا (ع) مشهد در طی یک سال انجام شد. لازم به ذکر است که این مرکز یکی از دو مرکز عمده‌ای است که کلیه حاملگی‌های پرخطر در سطح استان خراسان به آن ارجاع می‌شود. تعداد کل زایمانها در طی یک سال مورد مطالعه، یعنی نیمه

دوم سال ۷۹ تا پایان نیمه سال ۸۰، ۳۴۸۷ مورد بود، که در این تعداد شش مورد حاملگی سه قلو و ۱۱۴ مورد دوقلو وجود داشتند که همگی، تحت عنوان حاملگی‌های چندقلو مورد بررسی قرار گرفتند. از میان ۳۳۶۷ مورد حاملگی تک قل ۱۲۰ مورد به صورت راندوم به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. شاخص‌هایی که برای تعیین عوارض استفاده شدند در هر گروه یکسان بود. گروه‌ها از نظر سن و تعداد زایمان مقایسه شدند. بررسی میزان مرگ و میر زودرس نوزادی با توجه به پرونده‌های موجود در بخش نوزادان و NICU صورت گرفت.

**نتایج:**

در طی یک سال بررسی ۳۴۸۷ مورد زایمان در زایشگاه بیمارستان امام رضا (ع) مشهد صورت گرفت. که ۱۲۰ مورد حاملگی چندقلو بود (۳/۴٪). با توجه به شش مورد حاملگی سه قلو شیوع آن ۱/۱۷٪ و شیوع دوقلویی ۳/۲۶٪ بود. تعداد حاملگی‌های تک قل در طی یکسال ۳۳۶۷ مورد بوده است. در این مطالعه متوسط سن مادران حامله تک قل ۲۶/۱۲ سال (حداقل ۱۳ سال و حداکثر ۴۰) بود. متوسط سن مادران حامله چندقلو ۲۵/۷۵ سال (حداقل ۱۴ و حداکثر ۳۷) بود. بیشترین گروه سنی مادران حامله در هر دو دسته حامله تک قل و چندقلو بین ۲۴ - ۲۰ سال بود. طبق «آزمون تی» در هر دو گروه مورد مطالعه از نظر میانگین سنی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. همچنین با توجه با آزمون «کای اسکور» توزیع فراوانی رده‌های سنی در مورد هر دو گروه مورد مطالعه فاقد اختلاف معنی‌دار بود.

از لحاظ پاریته در هر دو گروه اکثر مادران حاملگی نخست خود را تجربه می‌کردند (۵۰٪ کل مادران). در گروه تک قل ۴۵/۸٪ مادران و در گروه چندقلو ۵۴/۲٪ مادران اول‌زا بودند. مقایسه دو گروه از لحاظ پاریته با آزمون «کای اسکور» اختلاف معنی‌داری نشان نمی‌دهد. در بررسی حاملگی‌های چندقلو ۱۹/۲٪ موارد به دنبال مصرف کلومیفن بروز کرده و این در حالی است که تنها ۲/۵٪ موارد حاملگی‌های واحد سابقه‌ای از مصرف کلومیفن داشتند. ۳/۲٪ حاملگی‌های چندقلو و ۰/۸٪ حاملگی‌های تک قل به دنبال

(Insemination Intrauterine) IUI به وجود آمد. تنها مورد

حاملگی به دنبال میکرواینجکشن

حاملگی در حاملگی‌های تک قل ۳۷/۹ هفته و در حاملگی‌های دو قلو ۳۳/۶ هفته و متوسط سن حاملگی‌های سه قلو ۳۰/۵ هفته بود. متوسط سن حاملگی‌های چند قلو به طور کلی ۳۳/۵ هفته بود. شیوع زایمان پره ترم در حاملگی‌های تک قل ۳۲/۵٪ که در مقایسه با چند قلوئی (۳ / ۷۸٪) اختلاف معنی داری دارد  $p < ۰/۰۰۰۱$

یکی از شایعترین مشکلات حاملگی‌های چند قلو، افزایش میزان سزارین می‌باشد.

جدول ۱- مقایسه نحوه زایمان در حاملگی‌های چندقلو و تکقل.

نحوه زایمان	نوع حاملگی		کل	
	حاملگی واحد	چند قلو	تعداد	درصد
	تعداد	درصد		
واژینال طبیعی	۸۸	۷۳/۳٪	۱۱۵	۴۷/۹٪
سزارین	۳۲	۲۶/۷٪	۱۲۲	۵۰/۸٪
قل اول طبیعی دوم سزارین	-	-	۳	۱/۳٪
کل	۱۲۰	۱۰۰٪	۲۴۰	۱۰۰٪

در این مطالعه نیز شیوع سزارین در چند قلوها، در مقایسه با تک قلوها، اختلاف معنی داری دارد. (۷۵٪ در چند قلو در مقایسه با ۲۶/۷٪ در تک قلو) ( $p < ۰/۰۰۱$ ) در ۲۲/۵٪ حاملگی‌های چند قلو به صورت واژینال و طبیعی زایمان انجام شد. در سه مورد از حاملگی‌های چند قلو (۲/۵٪) اول به طریقه واژینال متولد شد و جهت خروج قل دوم سزارین صورت گرفت. میزان 'Hcl' در ۹۹ مورد از حاملگی‌های تک قل و در ۱۱۶ مورد از چند قلوها در پرونده‌ها موجود بود که مقایسه آماری بر اساس این اطلاعات انجام شد.

جدول ۲- مقایسه درصد هماتوکریت در گروه‌های با حاملگی واحد و چندقلو.

نوع حاملگی	درصد هماتوکریت			
	میانگین Mean	انحراف معیار SD	تعداد	حد اقل Min
واحد	۳۵/۳۰٪	۳/۸۹	۹۹	۲۶
چندقلو	۳۲/۰۶	۴/۸۱	۱۱۶	۲۰
کل	۳۳/۵۵	۴/۶۹	۲۱۵	۲۰

طبق بررسی انجام شده متوسط 'Hcl' در گروه تک قلو ۳۵/۳۰ و در حاملگی‌های چند قلو ۳۲/۰۶ درصد بود که دو گروه طبق آزمون تی اختلاف معنی داری داشتند ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ).

جدول ۳- بررسی عوارض حاملگی‌های واحد و چندقلو در مطالعه انجام شده در طی یک سال روی ۲۴۰ مورد حاملگی

کای اسکور	کل		نوع حاملگی				عوارض
	درصد	تعداد	چندقلو		تک‌قل		
			درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۰۰۱ (sig)	٪۵۵/۴	۱۳۳	٪۷۸/۳	۹۴	٪۲۲/۵	۳۹	زایمان زودرس
۰/۰۲۸ (sig)	٪۳۲/۹	۷۹	۴۰	۴۸	٪۲۵/۸	۳۱	پارگی زودرس کیسه آب
۰/۰۰۲ (sig)	٪۱۹/۵	۴۲	٪۲۷/۶	۳۲	٪۱۰/۱	۱۰	کم خونی
۰/۰۰۱ (sig)	٪۱۳/۳	۳۲	٪۲۰/۸	۲۵	٪۵/۸	۷	کنده شدن جفت
۰/۱۷۷ (ns)	٪۱۴/۲	۳۴	٪۱۶/۷	۲۰	٪۱۱/۷	۱۴	پره اکلامپسی
۰/۵۶۱ (ns)	٪۱/۳	۳	٪۱/۷	۲	٪۰/۸	۱	اکلامپسی
۰/۰۹۰ (ns)	٪۱۰/۴	۲۵	٪۱۴/۲	۱۷	٪۶/۷	۸	خونریزی زایمانی
۰/۳۳۶ (ns)	٪۲/۱	۵	٪۳/۳	۴	٪۰/۸	۱	عفونتها
۰/۰۴۲ (sig)	٪۶/۳	۱۵	٪۱۰	۱۲	٪۲/۵	۳	مرگ داخل رحمی جنینی
۰/۳۰۷ (ns)	٪۱/۷	۴	٪۲/۵	۳	٪۰/۸	۱	پلی هیدروآمینوس
۰/۱۴۰ (ns)	٪۳/۳	۸	٪۵	۶	٪۱/۷	۲	آنومالی جنین

رحم شده بودند و نه مورد دیگر، تنها یک قل مرده بود.

در جریان بررسی این ۲۴۰ مورد حاملگی (۱۲۰ مورد چند قلویی و ۱۲۰ مورد گروه شاهد حاملگی‌های واحد) ۳۶۶ نوزاد متولد شدند که از این تعداد ۱۸۶ نوزاد دختر و ۱۷۹ نوزاد پسر و یک مورد دارای دستگاه تناسلی مبهم و آنانسفال بود که پس از تولد فوت کرد. به علت شیوع بالای پره ترم در حاملگی‌های چند قلو و همچنین در مراجعان به مرکز مورد مطالعه تعداد موارد بستری در "NICU" بالا بود. وضعیت نوزادان بستری تا هنگام ترخیص از "NICU" پیگیری گردید. مواردی که در جدول شماره چهار به عنوان نوزاد زنده ذکر شده اشاره به مجموع نوزادان زنده و سالم و بدون نیاز به "NICU" و نوزادانی که در صورت بستری زنده و سالم ترخیص شده‌اند دارد. موارد مرده مجموع مرگ داخل رحمی جنین، مرگ و میر در ساعات اولیه به علت سن بسیار کم نوزاد و سایر علل "مورتالیته" نوزادی را طی مدت بستری در بر می‌گیرد. در این مطالعه مقایسه مرگ و میر نوزادان در تک قلویی و چند قلویی، شش مورد در برابر ۶۶ مورد دارای اختلاف معنی دار بود ( $P < 0/0001$ ). مرگ و میر نوزادان پسر چند قلو بیشتر از نوزادان چند قلو دختر بود (۴۳ در

طبق تعریف با در نظر گرفتن  $Hct > 30$  درصد برای کم خونی، بیماران با  $Hct$  کمتر از ۳۰٪ به عنوان افراد آنمیک در نظر گرفته شدند. در این مطالعه ۲۷/۶٪ مادران حامله چند قلو آنمیک بودند که این میزان برای مادران دارای حاملگی واحد ۱۰/۱٪ بود (طبق آزمون کای اسکور اختلاف معنی دار بود  $P = 0/002$ ) پارگی زودرس کیسه آب در این مطالعه در چند قلوها ۴۰٪ بود که در مقایسه با تک قلوها (۸ / ۲۵٪) اختلاف معنی داری داشت ( $P = 0/028$ ) همچنین عارضه جدا شدن زودرس جفت در حاملگی‌های چند قلو (۸ / ۲۰٪) بیشتر از حاملگی‌های تک قلو (۸ / ۵٪) بود. عوارض دیگری نظیر پره اکلامپسی - اکلامپسی، عفونت بعد از زایمان (آندومتریت، عفونت محل انسزیون)، خونریزی بعد از زایمان، پلی هیدروآمینوس همگی با درصد بالاتری در حاملگی‌های چند قلو مشاهده شدند. هر چند که از نظر آماری در این مطالعه اختلاف معنی داری را نشان ندادند.

میزان مرگ داخل رحمی جنین در حاملگی‌های واحد سه مورد بود و در دوازده مورد از حاملگی‌های چند قلو، مرگ داخل رحمی جنین مشاهده شد که از این میان در سه مورد هر دو قل دچار مرگ داخل

مقایسه با ۲۳ مورد  $(P=0/025)$ .

مقایسه مرگ و میر نوزادان پسر در چند قلویی و تک قلویی

اختلاف قابل توجهی داشت (۴۳ مورد در برابر یک مورد

جدول ۴- مقایسه میزان مرگ زودرس نوزادان در تک‌قلویی و چندقلویی در مطالعه انجام شده در مشهد

جدول ۴- مقایسه میزان مرگ زودرس نوزادان در تک‌قلویی و چندقلویی در مطالعه انجام شده در مشهد

جنس	نتیجه فراوانی	تک قلو		چندقلو		کل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
نوزادان دختر	زنده	۵۵	۹۱/۷	۱۰۳	۸۱/۷	۱۵۸	۸۴/۹
	مرده	۵	۸/۳	۲۳	۱۸/۳	۲۸	۱۵/۱
	کل	۶۰	۱۰۰	۱۲۶	۱۰۰	۱۸۶	۱۰۰
نوزادان پسر	زنده	۵۹	۹۸/۳	۷۶	۶۳/۹	۱۳۵	۷۵/۴
	مرده	۱	۱/۷	۴۳	۳۶/۱	۴۴	۲۴/۶
	کل	۶۰	۱۰۰	۱۱۹	۱۰۰	۱۷۹	۱۰۰
کل	زنده	۱۱۴	۹۵	۱۷۹	۷۲/۸	۲۹۳	۸۰/۳
	مرده	۶	۵	۶۶	۲۷/۲	۷۲	۱۹/۷
	کل	۱۲۰	۱۰۰	۲۴۵	۱۰۰	۳۶۵	۱۰۰

و لزوم اعزام و ارجاع بیشتر آنها به مراکز مجهزتر باشد.

مادران هر دو گروه از نظر مقایسه شاخص سنی و توزیع فراوانی گروه‌های سنی اختلاف معنی داری نداشتند. هم چنین تعداد حاملگی‌های در هر دو گروه مشابه بود. بیشترین تعداد در هر گروه حاملگی‌های یک قلو و چند قلو مربوط به حاملگی‌های اول مادر بود. در مورد چندقلوها ۶۵ مورد (۵۴/۲٪) حاملگی اول را تجربه می‌کردند، و تنها شش مورد یا (۵٪) سابقه چهار زایمان و بیشتر داشتند (مولتی بار چهار به بالا) در حالی که در مطالعه 'Pettersen' در سال ۱۹۷۶ در مورد ارتباط چند قلویی با پاریته، فراوانی چند قلویی در حاملگی اول ۱/۳٪ و حاملگی چهارم ۲/۷٪ گزارش شده بود. (۶) و در یک مطالعه دیگر توسط 'Azubuk' در سال ۱۹۸۲ فراوانی چند قلویی در حاملگی اول دو درصد و در حاملگی ششم به بعد ۶/۶ درصد ذکر شده بود. (۶) در مورد این اختلاف آماری شاید بتوان به دو علت اشاره کرد: علت اول اینکه بیشتر بیماران این مرکز را مادران اول زائشکیل می‌دهند و علت دیگر را می‌توان به مصرف بی‌رویه داروهای نظیر «کلومیفن» در طی سالهای اخیر نسبت داد. (در این

نسبت جنسیت تعداد نوزاد پسر با افزایش تعداد قل کاهش یافت. به طوریکه در حاملگی‌های واحد ۵۰٪ نوزادان و در حاملگی‌های چند قلو ۴۹٪ پسر بودند. در حاملگی‌های سه قلو ۴۱/۷٪ پسر بودند.

آنومالی‌های جنینی نظیر آنانسفالی، ابهام دستگاه تناسلی، هیدروسفالی، پلی‌داکتیلی، گاستروسیزی، میلومنگوسل، هر چند که در گروه چند قلویی بیش از تک قلو مشاهده شد. (شش مورد «آنانومی» در چند قلوها در برابر دو مورد در تک قل) ولی طبق آزمون کای اسکور اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت.  $(P=0/140)$  (جدول ۳).

### بحث و نتیجه‌گیری نهایی:

حاملگی چند قلویی که تقریباً ۱٪ همه تولدها را در برمی‌گیرد، مسئول عوارض و مرگ و میر زیاد دوره قبل از زایمان می‌باشد. (۵) از اهداف این تحقیق بررسی میزان عوارض و مقایسه آن با حاملگی‌های واحد بود. البته شیوع حاملگی‌های چند قلو در این مرکز بیشتر بود (۴/۳٪) که می‌تواند مبین پر عارضه‌تر بودن حاملگی‌های چند قلو

حاملگی‌های چند قلو اشاره کرد. در این مطالعه ۷۷/۵٪ چندقلوها سزارین شدند که در مقایسه با ۲۶/۷٪ سزارین در حاملگی‌های تک قل دارای اختلاف معنی داری بود. در مقایسه با آمار بیمارستان «پارک لند» و مطالعه انجام شده در تهران سزارین تک قلو اختلاف معنی دار نداشت. ولی مقایسه آمار این دو بیمارستان در مورد حاملگی‌های چند قلو با مطالعه اخیر اختلاف معنی دار داشت. در این مطالعه سزارین در چندقلوها ۷۷/۵٪ بود که در مقایسه با آمار بیمارستان پارک‌لند که ۶٪ بود اختلافی معنی دار داشت ( $p=1/01$ ) هم چنین اختلاف با آمار بیمارستانهای تهران در سال ۱۳۷۴ (۵۳/۱٪) معنی دار بود ( $p=0/039$ ) (جدول ۵).

عارضه شایع بعدی پارگی زودرس کیسه آب بود. مطالعه انجام شده در تهران نیز شیوع پارگی زودرس کیسه آب را در چندقلوها بیشتر از تک قلوها گزارش کرد.

مطالعه ۱۹/۲٪ موارد چندقلویی به دنبال مصرف کلومیفن بوده است. بنابراین شایسته است بیمارانی که با شک به ناباروری تحت درمان و تحریک تخمک گذاری قرار می‌گیرند با دقت بیشتری انتخاب گردند.

بیمارستان امام رضا (ع) یکی از دو مراکز مجهز به 'NICU' در سطح استان خراسان می‌باشد و همین موضوع می‌تواند توجه‌کننده افزایش زایمانهای «پره ترم» در این مرکز باشد. متوسط سن حاملگی در هر دو گروه تک قل و چند قلو در این مطالعه پایین‌تر بود. ولی شیوع زایمان پره‌ترم در حاملگی‌های چند قلو در مقایسه با تک قلو در همین مرکز اختلاف معنی داری داشت. ۷۸/۳٪ در چندقلو در مقایسه با ۲۲/۵٪ در تک قلو. زایمان زودرس شایع‌ترین عارضه در حاملگی‌های چند قلو در این مطالعه بود.

به عنوان دومین عارضه می‌توان به بالا بودن میزان سزارین در

جدول ۵- مقایسه درصد عوارض حاملگی تک قلو و چندقلو در بررسی انجام شده در تهران

سال ۱۳۷۴ و در بررسی انجام شده در مشهد

عوارض	تک قلو		چندقلو		P
	مطالعه تهران	مطالعه اخیر	مطالعه تهران	مطالعه اخیر	
زایمان زودرس	۸/۶	۳۲/۵	۵۴	۷۸/۳	۰/۰۱۲ (sig)
پلی هیدرآمینوس	۰/۳	۰/۸	۳/۲	۲/۵	۰/۱۵۲ (nc)
خونریزی	۵/۶	۶/۷	۱۱/۵	۱۴/۲	۰/۲۱۳ (nc)
سزارین	۲۶	۲۶/۷	۵۳/۱	۷۷/۵	۰/۰۳۹ (sig)
دکولمان	۳/۷	۵/۸	۹/۵	۲۰/۸	۰/۰۴۱ (sig)
پره اکلامپسی	۲/۹	۱۱/۷	۴/۸	۱۶/۷	۰/۰۱۷۳ (sig)
پارگی زودرس کیسه آب	۱۰/۶	۲۵/۸	۲۲/۲	۴۰/۰	۰/۰۳۷ (sig)

شایع‌تر است ولی در مطالعه اخیر در مقایسه با مطالعه «Spellacy»

شیوع آنمی هر چند که در سایر مطالعات انجام شده. در چند قلوها

در مطالعه انجام شده در هر دو گروه تک‌قلو و چندقلو بیشتر از مطالعه *Spellacy* بود. (طبق مطالعه *Spellacy* دکولمان در دو قلوها ۲۲٪ و در تک‌قلوها ۸٪ بود).

«پره اکلامپسی» و «اکلامپسی» طبق اکثر مطالعات انجام شده، با شیوع بیشتر در چندقلوها مشاهده می‌شود.

در ۱۹۹۰ (۸) شیوع آنمی در هر دو گروه تک‌قلو و چندقلو بیشتر بود و بالاخص در مورد چندقلوها اختلاف معنی‌دار بود. شاید بتوانیم دلیل این اختلاف را به وضع تغذیه یا نداشتن مراقبت مناسب حین بارداری در جامعه خود نسبت دهیم به هر طریق این موضوع می‌تواند زمینه مطالعات دقیق‌تری در آینده باشد.

کنده شدن زودرس جفت که از عوارض شایع چندقلویی است نیز

جدول ۶- مقایسه پره اکلامپسی در چندقلویی و تک‌قلویی در مطالعات مختلف انجام شده.

\* لازم به ذکر است که به جز مطالعه تهران سایر مطالعات در مقایسه با آمار به دست آمده ما اختلاف معنی‌داری ندارند.

نوع حاملگی		مقایسه عارضه پره اکلامپسی
چندقلو	تک‌قلو	تاریخ و محل مطالعه
۴/۸۸٪	۲/۹٪	تهران ۱۳۷۴
۱۶٪	۱۲٪	پارکلند ۱۹۴۴
۱۲/۹٪	۵/۶٪	<i>Spellacy</i> ۱۹۹۶
۲۰٪	۱۲٪	پراکلند ۱۹۹۹
۱۲٪	۶٪	انجمن باروری آمریکا سال ۲۰۰۰
۱۶/۷٪	۱۱/۷٪	مطالعه اخیر در مشهد ۱۳۸۰

انتروکولیت نکروزان و عوارض دوران کودکی نظیر ضریب هوشی پایین‌تر و مشکلات رفتاری کودک. بررسی دقیق هر یک از این عوارض و مقایسه آن‌ها را می‌توان در مطالعات آینده انجام داد.

میزان مرگ جنین به ترتیب ۳/۴/۵/۱۵/۲۱، به ازای ۱۰۰۰ تولد در تک‌قلویی، دوقلویی و سه‌قلویی می‌باشد. مرگ یک یا چند جنین در حاملگی‌های چندقلو در تریمستر اول شایع‌تر است و ممکن است در ۲۵٪ حاملگی‌های حاصل از ART به وقوع بپیوندد. از دست رفتن یکی از جنین‌ها بعد از سه ماهه اول در دوقلوهای منوکوریون شایع‌تر است و شیوعی بین ۵٪ تا ۸٪ درصد دارد. همچنین این مطالعه شیوع بیشتر مرگ جنینی را در چندقلویی نشان داد.

در انسان با افزایش تعداد قل‌ها در یک حاملگی چندقلویی درصد جنین مذکر کاهش می‌یابد. *Strdskow* در سال ۱۹۴۶ نشان داد که نسبت جنسیت با درصد مذکر بودن در ایالت متحده ۵۱/۶٪ بوده است. برای دوقلوها این نسبت ۵۰/۹٪ و برای چهارقلوها ۴۶/۵٪ درصد بوده است (۶). که مطالعه اخیر، این کاهش را نشان داد.

در سال ۱۹۹۴ *Suonios* مقایسه‌ای را در مورد شیوع عفونتهای مختلف در هر دو گروه تک‌قلو و چندقلو انجام داد. براساس این مطالعه عفونت زخم محل انسزیون سزارین در دوقلوها ۵/۶٪ و در تک‌قلوها سه درصد بود. آندومتریت نفاسی با شیوع ۱۳/۱٪ در چندقلوها و ۴/۷٪ در تک‌قلوها دیده شد. در مطالعه ما، هر چند که اختلاف معنی‌داری نبود ولی شیوع مشکلات عفونی در چندقلوها بیشتر مشاهده شد.

سایر مطالعات شیوع عوارض دیگری را در حاملگی‌های چندقلو ذکر می‌نمایند که ما در مطالعه خود به بررسی این عوارض نپرداختیم. از جمله دیابت حاملگی، کلستاز حاملگی، افزایش بیش از حد وزن، تهوع و استفراغ حاملگی، مشکلات گوارشی نظیر ریفلاکس، بیوست و کم‌دردهای مزمن، تنگی نفس، شل شدن جدار شکم، فتق نافی، جفت سرراهی، وازاپروویا، افسردگی و اضطراب مادر (۹). عوارض جنینی مربوط به پره ماچوریتی نظیر فلج مغزی، رتنیوباتی، دیسپلازی برونکو پلومونر، محدودیت رشد جنین، پلی‌سایتمی، هیپوگلیسمی،

«آنومالی‌ها» در چندقلوها بیشتر بود.

در این مطالعه ما دریافتیم که شیوع عوارض حاملگی‌ها در چندقلویی؛ مانند سایر گزارش‌ها فراوان‌تر است.

با توجه به اینکه بسیاری از حاملگی‌های چندقلو به دنبال درمان‌های مختلف ناباروری صورت می‌گیرد، دقت در انتخاب بیمار و نحوه درمان دارای اهمیت می‌باشد. بهتر است مصرف بی‌رویه داروهای نظیر «کلومیفن» تعدیل شود و تجویز آن با رعایت نکات لازم و توسط افراد آگاه صورت گیرد. ضمناً در جلسات مشاوره با زوجهای نابارور باید در مورد احتمال چندقلویی و عوارض مربوط به آن نیز به زوجها اطلاعاتی داده شود.

مرگ و میر نوزادای در چندقلوهای پسر بالا بود. که می‌توان علت آن را علاوه بر حساسیت بیشتر جنس مذکر و بالا بودن میزان مرگ و میر نوزادان چندقلو، پایین‌تر بودن سن نوزادان در مرکز مورد مطالعه دانست. سن متوسط نوزادان دوقلو طبق مطالعه 'Santema' در سال ۱۹۹۵ برابر ۳۶ هفته و در نوزادان سه‌قلو ۳۲-۳۳ هفته ذکر شده. در حالی که سن متوسط دوقلوها در این مطالعه ۳۳/۶ هفته و سن متوسط سه‌قلوها ۳۰/۵ هفته بود.

بالتر بودن میزان آنومالی‌های جنینی نیز از عوارض چندقلویی است که طبق مطالعه 'Casy-Kohl' در سال ۱۹۷۵ در چندقلوها بیشتر مشاهده می‌شود. (دوقلو چهار درصد و تک‌قلو ۲/۵ درصد) در مطالعه انجام شده، هر چند اختلاف معنی‌دار نبود ولی میزان

## *Multiple pregnancy and its complications in compared with single pregnancy - one year study in Imam reza Hospital(Mashhad - Iran)*

### **Abstract:**

During the last fifteen years, multiple pregnancy has been increased significantly by some factors as, ovulation induction and years, infertility therapy. Both fetal and maternal complications in multiple pregnancy round to be more than single, then it needs more care and attention. This survey was done in Imam Reza (pbuh) hospital of Mashhad During one year to study multiple pregnancies and the Complications in compare with single pregnancy. To compare them two groups of 120 women from the single and multiple pregnant were selected and surveyed, the results showed the increasing number of multiple pregnancy (especially ovulation induction). Most of the mothers with multiple pregnancy were primiparus that could be affected by increasing infertility therapy. The most frequent complication was preterm labor with 78.3%.

**Keywords:** multiple pregnancy, pregnancy, single pregnancy



## فهرست منابع

- ۱- ازهر - ح، عباسپور، ز. حاملگی چندقلویی، عوارض مادری حاملگی چندقلویی. مجله پزشکی ارومیه. ۱۳۷۴. ۱۰۵-۹۹.
2. American college of obstetrics & Gynecologists. Special problems of multiple gestation. ACOG. Educational Bultin 253. Nov. 1998.
3. American Socitey for reproductive medicine. A practice Committee report. Multiple pregnancy associated with Infertility therapy. nov. 2000.
4. Callahan TL. Hall JE. Ettner SL. Christiansen CL. Green M.F, Crwly WF Jr: The economic impact of multiple gestation pregnancies & the contribution of Assisted reproduction techniques N. Engl J. Med 1994.
5. S. Johannes M. Jones. Antepartum management of twin Gestation clinical obstted Gynecol. vol. 33. no. 1. March 1990.
6. Gary Cunningham. F. Multifetel pregnancy. Williams Obstetrics 21. steelition. Mc Graw hill 2001. 766-804
7. Luke B: The changing pattern of multiple birth in the United States; maternal and infant characteristics 1973 , 1990 Obstet Gynecol 1994, 101. 106
8. Mortin JA. Mac Dorman MJ. Mathews TJ. Triplet: trends & outcomes. 1971-94. National center for Health Statistics 1997.
9. Kiely JL. Kleinman JC, Kiedy M. Triplets & higher-order multiple births. Time trend & infant mortality Am J Dis child 1992: 146. 862-8.
10. Skrablin S. Kuvauc. I Pavicic D, Kalafetic D. Goluzza T: Maternal neonatal outcome in quadruplet & quintuplet versus triplet gestations. Eur J obstet Gynecol Reprod. Biol 2000. 147-152.
11. Stanley. A. Gall. Multiple pregnancy & Delivery 1996.
12. Us Department of Human Services. Trends intwin & triplet births: 1980. 97. Washington DC: Centers for disease control & preventions 1999.