

بررسی زایمان های چند قلو در مشهد

دکتر عبدالکریم حامدی: دانشگاه علوم پزشکی مشهد- گروه اطفال و نوزادان- بیمارستان امام رضا (ع)
دکتر فریده اخلاقی: دانشگاه علوم پزشکی مشهد- گروه زنان و مامایی- بیمارستان حضرت زینب (س)

خلاصه

مقدمه: از آنجا که عرضه داروهای القاء تخمک گذاری و تکنولوژی های مدرن نازایی در سال های اخیر باعث افزایش حاملگی های چندقلو شده است و از طرفی حاملگی چند قلو یک حاملگی پرخطر بوده باعث افزایش عوارض و مرگ و میر مادر، جنین و نوزاد می شود بررسی شیوع و شناسایی عوامل خطر ساز و عوارض ناشی از آن، در پیشگیری و درمان به موقع و مناسب کمک زیادی خواهد کرد.

هدف مطالعه حاضر تعیین میزان شیوع زایمان های چندقلو و عوارض مادری، جنینی و نوزادی در یک دوره ۵ ساله (۱۳۷۵-۱۳۷۹) در یکی از بیمارستان های دانشگاهی مشهد بود.

این پژوهش یک مطالعه توصیفی می باشد که در آن در مجموع ۱۹۹۵۹ زایمان انجام شده به مدت ۵ سال (۱۳۷۹-۱۳۷۵) در یکی از بیمارستان های دانشگاهی مشهد تحت بررسی قرار گرفت و از این تعداد، زایمان های دوقلو و سه قلو به طور جداگانه و اطلاعات لازم با در نظر گرفتن متغیرهای مورد بررسی، استخراج و پس از کدگذاری، جمع آوری و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

از مجموع ۱۹۹۵۹ زایمان انجام شده در طی پنج سال شیوع دوقلویی ۶/۷ و سه قلوئی ۰/۱۵ در هزار تولد بود. شایع ترین سن مادران ۲۰ تا ۲۹ سال و کمترین آن ۱۵ تا ۱۹ سال بود و با افزایش زایمان ها و سن در سنین بالای ۲۹ سال میزان چندقلویی کاهش می یافت. عوارض مادری شامل زایمان زودرس ۴۷/۶ درصد، پره اکلامپسی ۱۱ درصد، خونریزی ۱۰/۲ درصد عفونت ادراری ۴/۳ درصد و دکولمان جفت ۷/۴ درصد بود. عوارض جنینی و نوزادی در ۷۰ درصد موارد دیده شد و شامل زایمان قبل از ترم (۴۲/۵ درصد)، ناهنجاری های جنینی (۷/۹ درصد)، مرده زایی (۶/۱ درصد) و مرگ و میر چندقلویی (۱۳ درصد) بود. از نظر وزن اکثر نوزادان وزن تولد خیلی کم (VLBW) ۷/۳۴ درصد داشتند. شیوع دوقلویی و سه قلوئی در این مطالعه مشابه ژاپن و آمریکای شمالی و نصف آمریکا و انگلیس بود. با افزایش سن مادران وزن نوزادان هم زیاد می شود و با افزایش سن حاملگی افزایش وزن نوزادان و کاهش مرگ و میر چندقلویی نیز مشاهده شد به طوری که میزان وزن نوزاد و مرگ و میر حوالی تولد در چند قلوها با سن مادر و سن حاملگی در زمان تولد ارتباط معنی داری داشت ($P > 0/50$).

کلمات کلیدی: چندقلو، دوقلو، سه قلو، عوارض مادری، عوارض نوزادی.

مقدمه

حاملگی با استفاده از تحریک تخمک گذاری و لقاح مصنوعی و انتقال

رویان دیده می شود (۲).

دوقلویی دو تخمکی تحت تاثیر مشخصات مادری شامل سن، تعداد زایمان ها، ارث، نژاد و استفاده از روش های کمکی در باروری

شیوع دوقلویی ۱۰ در هر هزار تولد است (۱) که به تفکیک ۱/۳

موارد تک تخمی و ۲/۳ موارد دو تخمی می باشند و شیوع سه قلوئی ناشایع و در حدود ۱ در هر ۸۱۰۰ حاملگی خودبه خودی و ۱ در ۳۰۰۰

۱۳۷ نفر افراد مورد مطالعه، در ۱۱ نفر (۸ درصد) حاملگی چندقلو به دنبال مصرف کلومیفن اتفاق افتاده بود. از نظر توزیع فراوانی جنس در بین ۲۷۷ نوزاد متولد شده، ۱۴۶ نوزاد پسر و ۱۳۱ نوزاد دختر بودند. شایع‌ترین ترکیب جنسی نوزاد دوقلو پسر-پسر (۳۸/۸ درصد) بود (جدول ۴).

وضعیت جفت از بین ۱۳۷ زایمان چندقلو فقط در ۷۲ مورد ذکر شده بود که به ترتیب شیوع شامل جفت‌های دی آمنیوتیک، دی‌کورینیک (۶۹/۴ درصد)، دی‌آمنیوتیک، مونوکورینیک (۸/۲۷ درصد)، مونوآمنیوتیک، مونوکورینیک (۲/۸ درصد) بود. شایع‌ترین روش زایمان انجام شده سزارین بود که در ۶۲/۶ درصد موارد اتفاق افتاده بود و زایمان واژینال نیز در ۳۱/۴ درصد انجام شده بود.

بیشترین میزان سزارین در سال ۷۶ و کمترین آن در سال ۷۵ وجود داشت و از سال ۷۶ به بعد سیر نزولی داشته است (نمودار ۱). از حوادث جفتی و بند ناف در ۲ مورد دکولمان جفت (۱/۴ درصد) و در ۲ مورد نیز پرولاپس بند ناف (۱/۴ درصد) اتفاق افتاده بود. به طور کلی از ۱۳۷ مادر این مطالعه ۱۲۴ نفر (۹۰ درصد) دچار یک یا چند عارضه بارداری شدند که شامل زایمان زودرس (۴۱/۶ درصد)، پره اکلامپسی (۱۱ درصد)، آنمی به دنبال خونریزی (۱۰/۲)، عفونت ادراری (۴/۳ درصد) بود. از نظر ترکیب پرناتانتاسیون قل‌ها شایع‌ترین آن سفالیک سفالیک (۳۱/۳ درصد) و کمترین آن را ترانسورس ترانسورس (۱/۵ درصد) تشکیل می‌دادند. (جدول ۵) از نظر سن حاملگی مادران ۵۷/۵ درصد مساوی و یا بیش از ۳۷ هفته، ۳۲/۵ درصد بین ۲۹-۳۶ هفته و ۱۰ درصد مساوی یا کمتر از ۲۸ هفته بودند به طوری که ۴۲/۵ درصد این نوزادان چندقلو قبل از موعد متولد شدند. از نظر آپگار نوزادان، اغلب موارد بالاتر از ۷ بود و آپگار ۰ تا ۳ در ۷/۳ درصد قل اول و ۱/۷ درصد قل دوم وجود داشت. براساس آزمون X² درجه آپگار در قل‌های ۱ و ۲ و ۳ با یکدیگر تفاوت معنی‌دار نداشت (p=۰/۱۲۳) از بین ۲۷۷ نوزاد متولد شده در طی سال‌های ۷۵ تا ۷۹ فقط ۹/۴ درصد کمتر از ۱۰۰۰ گرم (ELBW) و ۵/۴ درصد بین ۱۰۰۰ تا ۱۴۹۹ گرم (VLBW) و ۴۳/۷ درصد بین ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم (LBW) و ۴۱/۵ درصد بیش از ۲۵۰۰ گرم وزن داشتند. بیشترین درصد نوزادان ELBW در سال‌های ۷۵ و ۷۹ و کمترین آن در سال ۷۶ و ۷۸ بود (جدول ۶).

براساس آزمون X² میزان وزن نوزاد در سال‌های مختلف مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری داشت (p=۰/۰۳۶) از نظر میزان مرگ و میر جنین‌ها و نوزادان چندقلوی متولد شده، ۳۶ مورد (۱۳ درصد) مرگ وجود داشت که بیشترین آن در سال ۷۵ و ۷۹ و کمترین آن در سال ۷۶ و ۷۸ بود.

می‌باشد. امروزه مسلماً میزان وقوع حاملگی‌های دوقلو خیلی بیشتر از ارقام آماری مربوط به وضع حمل دوقلوها است. بدون شک برخی از موارد تهدید به سقط مربوط به سقط یک رویان در حاملگی دوقلو تشخیص داده نشده بوده و رویان دیگر به رشد و نمو خود ادامه داده است. در مورد حاملگی سه‌قلو و بالاتر نیز آمار ۱/۳ آن مربوط به افزایش سن مادران و ۲/۳ مربوط به تحریک تخمک‌گذاری و روش‌های کمکی در باروری می‌باشد (۱).

از آنجایی که افزایش و مصرف داروهای محرک تخمک‌گذاری در درمان نازایی و روش‌های کمکی باروری در سال‌های اخیر میزان حاملگی چندقلویی را افزایش داده است و در اکثر موارد عوارض و مرگ و میر مادری، جنینی و نوزادی ناشی از آن هم افزایش یافته است حاملگی چندقلو به عنوان یک حاملگی پرخطر نیاز به بررسی و توجه بیشتری دارد تا با شناسایی شیوع، علل و تشخیص عوارض مادری و نوزادی، پیشگیری و درمان به موقع و لازم در مورد آن انجام شود. (۲، ۳، ۴، ۵).

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی می‌باشد که در آن کلیه زایمان‌های انجام شده در یکی بیمارستان‌های دانشگاهی مشهد از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۷۹ به مدت پنج سال مورد بررسی قرار گرفت. از میان آنها زایمان‌های چندقلو جهت مطالعه جدا و اطلاعات به دست آمده با استفاده از روش‌های موجود در آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نرم‌افزار آماری استفاده شده در این پژوهش نرم‌افزار Instant بوده است.

نتایج

این پژوهش در مجموعاً ۱۹۹۵۹ زایمان در مدت ۵ سال انجام شده بود که از این تعداد ۱۹۸۲۳ مورد یک‌قلو (۹۹/۳ درصد) و ۱۳۴ مورد دوقلو (۰/۶۷ درصد) و ۳ مورد (۰/۰۱۵ درصد) سه‌قلو بودند و حاصل ۱۳۷ زایمان چندقلو ۲۷۷ نوزاد بود. شیوع حاملگی دوقلو ۶/۷ در هزار تولد و شیوع سه‌قلویی ۰/۱۵ درصد در هزار تولد بود. بیشترین میزان زایمان دوقلو در سال ۷۶ و کمترین آن در سال ۷۷ بود. (جدول ۱). در بین افراد مورد مطالعه فراوان‌ترین گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال (۵۹/۰۱ درصد) بود و کمترین گروه سنی را ۱۵ تا ۱۹ ساله (۱۰/۲ درصد) تشکیل می‌دادند و با افزایش سن این زنان از ۲۹ سال به بالا میزان چندقلویی کاهش می‌یافته (جدول ۲). بیشترین میزان چندقلویی در زنان با پاریتی ۱ (۲۹/۲ درصد) و کمترین آن در پاریتی بالاتر از ۵ (۴/۴ درصد) وجود داشت به طوری که با افزایش پاریتی، کاهش در میزان چندقلویی دیده شد (جدول ۳). از مجموع

ABSTRACT

A Survey of Multiple Births in Mashad

AK Hamed, MD Mashad University of Medical Sciences, Dept of Pediatrics

Farideh Akhlaqi, MD Masjad University of Medical Sciences, Dept of Obstetrics-Gynecology

Ovulation induction drugs in the recent years and modern technologies in treatment of infertility resulted in remarkable increase of multiple births.

The goal of the present study was to determine the frequency of multiple births and maternal -fetal as well as neonatal complications of multiple pregnancies in Mashad during a period of 5 years.

Out of 19959 deliveries, 99.3 % were singletons, 0.67 % twins and 0.015 % triplets. The incidence of twins delivery was 6.7 per 1000 (1 in 150 cases). For triplets this was 0.15 per 1000 (1 in 6666). The majority of mothers aged 20-29 years, the youngest were 15-20 years old. The incidence of multiple births decreased with increasing parity and age over 29 years. Maternal complications included premature delivery (41.6 %), preeclampsy (11 %), hemorrhage (10.2 %), infection (4.3 %), and placental detachment (1.4 %). Fetal and neonatal complications were observed in 70 % and consisted of prematurity, fetal malformations (7.9 %), stillbirth (6.1 %), and multiple birth mortality (13 %). A direct relation was noticed between mother's age and neonate's weight.

Thus, multiple pregnancy must be seen as a high risk for mother and her newborn and should be managed carefully during pregnancy and in labor.

Key words Multiple pregnancy, Maternal-fetal Complications, Twins, Triplets, High risk

منابع

1. Jones H, Schnorr J: Multiple pregnancies: a call for action. *Fertility Sterility* 75:11, 2001
2. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF et al: *Williams Obstetrics*. Pp 861-95. Appleton & Lange, 1997
3. Deherney A, Pernoll M: Multiple pregnancy. *Current Obstetrics and Gynecology*. 18th ed. Pp 357-68, Appleton & Lange, 1996
4. Louis G, Sciarra K: *Clinical Obstetrics*. Appleton & Lange 1995
5. Povreco R: *Clinical Obstetrics & Gynecology* Pp 144-58. Williams & Wilkins 1990
6. Brown J, Crombleholme W: Multiple gestation. In: Marinoff D: *Handbook of Gynecology and Obstetrics*. 1st ed. Pp 447-61. Appleton & Lange 1993
7. Mancino P, Cocola M, Russo P et al: Hypertension in twin pregnancy. *Minerva Ginecol* 50(5): 177-9, 1998
8. Chao AS, Soong YK: Clinical management of a quadruplet pregnancy combining a triple pregnancy with a classical hydatiform mole: Case report and review of literature. *Prenat Diagn* 19(11): 1999
9. Hacker N, Moor G: Multiple gestation. In: Medearis A: *Essentials of Obstetrics and Gynecology*. 3rd ed. Pp 281-9. Saunders, Philadelphia 1998