

## بررسی عوارض حاملگی و زایمان در زنان بالاتر از ۳۵ سال و مقایسه با گروه سنی ۲۰-۳۴ سال

دکتر فریبا نانبخش<sup>۱</sup>، دکتر سریه گل محمدلو<sup>۲</sup>، مهندس رضا پورعلی<sup>۳</sup>، دکتر اسماعیل اژدری<sup>۴</sup>، دکتر پروین اسماعیل زاده<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت ۸۵/۰۵/۲۵، تاریخ پذیرش ۸۵/۱۰/۲۷

### چکیده

پیش‌زمینه و هدف: حاملگی و زایمان در زنان ۳۵ سال و بالاتر با عوارض بیشتری همراه است. در این مطالعه شیوع عوارض را در دو گروه سنی ۳۵ سال و بالاتر و کمتر از آن بررسی نموده‌ایم. مواد و روش کار: مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی-مقطعی بود که بر روی ۷۳۷ زن مراجعه کننده جهت زایمان به بیمارستان کوثر ارومیه صورت گرفت (مهر ماه ۸۱ تا آخر اسفند ۸۲) و با نمونه‌گیری به صورت غیرتصادفی و census، اطلاعات به دست آمده از عوارض حاملگی و زایمان بررسی شد. یافته‌ها: ۳۷۰ نفر از مراجعه کنندگان بالاتر از ۳۵ سال و ۳۶۷ نفر در گروه سنی ۲۰-۳۴ سال قرار داشتند (میانگین سنی  $31.7 \pm 7.07$  سال). بررسی‌ها نشان دهنده شیوع بیشتر پره اکلامپسی و سزارین در گروه سنی ۳۵ سال و بالاتر بود ( $p=0.000$ ). اختلاف بین دو گروه سنی از نظر زایمان پره ترم، پوزانتاسیون معیوب و اپگار غیر طبیعی، ناشی از متغیر مخدوش کننده پاریتی بود و با حذف این اثر، اختلاف معنی‌دار نبود ( $p > 0.05$ ). نتیجه‌گیری: با توجه به تفاوت شیوع پره اکلامپسی و سزارین در گروه سنی بالاتر از ۳۵ سال، مراقبت‌های بیشتری در این گروه سنی توصیه می‌شود. در این مطالعه برخلاف مطالعات مشابه صورت گرفته، اختلاف معنی‌داری از نظر بروز سایر عوارض ناشی از حاملگی در بین دو گروه مشاهده نشد.

واژگان کلیدی: حاملگی، عوارض، سن

مجله پزشکی ارومیه، سال هفدهم، شماره سوم، ص ۲۳۱-۲۲۶، پاییز ۱۳۸۵

آدرس مکاتبه: ارومیه-دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی، گروه زنان و زایمان

### مقدمه

در حال حاضر حدود ۱۰ درصد حاملگی‌ها در این گروه سنی رخ می‌دهد. و نیز مطالعات اخیر نشان داد که ناهنجاری‌های جنینی غیر آنابلوئیدی افزایش می‌یابد. در بیمارستان مونت سیناتی<sup>۶</sup> نیویورک و در میان ۸۰۰ بیمار نولی‌پار بالای ۳۵ سال خطر اختلالاتی مانند دکولان و هیپرتانسیون ناشی از بارداری و سزارین فقط اندکی افزایش یافته بود. و میزان بروز پره ترم لیبر افزایش نیافته بود در مقابل در ۲۰۰ خانم بالای ۳۵ سال با وضعیت اقتصادی پایین در بیمارستان پارکلند، میزان بروز هیپرتانسیون و پره ترم لیبر و مرگ و میر پره ناتال و

امروزه تعداد زیادی از خانم‌ها در سن بالای ۳۵ سال حامله می‌شوند که عوامل و علل آن تحصیلات و ازدواج در سنین بالاتر نسبت به گذشته، شیوع بیشتر نازایی و پیشرفت در درمان‌های نازایی می‌باشد(۱). از آنجائیکه شیوع اکثر بیماری‌های مزمن به عنوان تابعی از سن افزایش پیدا می‌کند، بنابراین جای تعجب نیست که عوارض طبی بارداری با شیوع بیشتر در خانم‌های مسن دیده شود و در واقع سن بالا، عامل خطر ساز برای بروز عوارض در حین زایمان است.

<sup>۱</sup> متخصص زنان و زایمان، استاد یار گروه زنان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۲</sup> متخصص زنان و زایمان، استاد یار گروه زنان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد بهداشت و عضو هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۴</sup> پزشک عمومی

<sup>۵</sup> پزشک عمومی

<sup>۶</sup> mount sinati

## مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی مقطعی بود که بر روی کلیه زنان باردار که در فاصله زمانی مهر ماه ۱۳۸۱ لغایت اسفند ۱۳۸۲ زایمان نموده بودند انجام گرفت. نوع نمونه‌گیری به صورت Census بود و کلیه زنان باردار در مقطع زمانی موردنظر که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، وارد طرح شدند.

### معیارهای ورود به مطالعه (Inclusion criteria)

- سن بالای ۲۰ سال

- حاملگی بالای ۲۰ هفته

- وزن جنین بالای ۵۰۰ گرم و حاملگی تک قلوبی

### معیارهای خروج از مطالعه (Exclusion criteria)

- سابقه بیماریهای مزمن از قبیل (هیپرتانسیون و دیابت قبل از بارداری و سرطان) در مادر

- سابقه ضایعات رحمی و آنومالی دستگاه تناسلی در مادر

- عدم رضایت جهت شرکت در مطالعه

ابزار کسب اطلاعات چک لیست حاوی متغیرهای مطالعه شامل:

سن مادر، هیپرتانسیون بارداری، نوع زایمان، وزن جنین، سن حاملگی، آپگار نوزاد، دیابت حاملگی و آنومالی‌ها و عوارض جنینی بودند که از پرونده بیمار تکمیل گردید. اطلاعات حاصل پس از پردازش با نرم‌افزار SPSS Win Ver 10 وارد کامپیوتر شده و تحت آنالیز آماری قرار گرفت، جهت آنالیز توصیفی داده‌ها پس از تعیین شاخص‌های مرکزی و پراکندگی جداول فراوانی رسم شد و برای آنالیز تحلیلی از مقایسه میانگین‌ها با استفاده از تست‌های پارامتریک و غیرپارامتریک و نیز برای مقایسه نسبت‌ها از تست کای اسکور استفاده شد.

## نتایج

کل جمعیت مورد مطالعه شامل ۷۳۸ زن باردار بودند که در فاصله زمانی مهر ماه ۱۳۸۱ لغایت اسفند ماه ۱۳۸۲ در بیمارستان کوثر ارومیه زایمان نموده بودند. میانگین سنی جمعیت سنی جمعیت مورد مطالعه  $31.7 \pm 7.07$  سال بود که حداقل ۲۰ و حداکثر ۵۰ سال سن داشتند (نمودار ۲). گروه ۳۵ سال از بیشترین فراوانی برخوردار بودند. میانگین وزنی کودکان متولد شده  $3.55 \pm 644/8$  گرم بود. از کل جمعیت مورد مطالعه ۵۵۱ نفر (۷۴/۷ درصد) مولتی پار و ۱۸۴ نفر (۲۴/۹ درصد) نولی پار بودند.

دکولمان افزایش قابل توجهی داشته است، به تفسیر کتاب ویلیامز احتمالاً این نتایج متفاوت به دلیل وضعیت اجتماعی و اقتصادی هستند.

که شیوه زندگی و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و در نتیجه وضعیت سلامت و بهداشت را تحت تاثیر قرار می‌دهد. لذا توصیه می‌شود در این سنین، بخصوص در مناطق محروم، توجه خاص به خانم‌های باردار از نظر کنترل در حین بارداری به عمل آید (۲).

وجود عوارض فوق بر پیچیدگی‌های مراقبت زنان باردار بالای ۳۵ سال افزوده است و موجب گردیده استفاده از تکنولوژی پیشرفته نظیر مشاوره ژنتیک، آمنیوسنتز، سونوگرافی و آزمایش‌های تعیین سلامت جنین بین آنها اهمیت بیشتری یابد. در روستاهای آذربایجان غربی ۲۷٪ از کل جمعیت سال ۱۳۸۲ را زنان بالای ۳۵ سال تشکیل می‌دادند و ۱۰/۵ درصد از کل بارداری‌های نیز مربوط به این گروه سنی بوده است (۳).

لذا افزایش میزان بارداری در سنین بالای ۳۵ سال و پیچیدگی مراقبت از این زنان، منجر به افزایش هزینه‌های بهداشتی می‌گردد و هزینه مراقبت از نوزادان دچار مشکل در این دسته از زایمان‌ها، بار روحی و مالی زیادی را بر خانواده و سیستم‌های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی وارد می‌آورد. از آنجائیکه بسیاری از این اختلالات در طی مراقبت‌های دوران بارداری قابل تشخیص بوده و می‌توان آنها را درمان نمود، لذا مطالعه حاضر با هدف ارزیابی فراوانی عوارض مختلف حاملگی در گروه سنی بالای ۳۵ سال و مقایسه آن با گروه سنی ۳۴-۲۰ سال طراحی و اجراء گردید. بدیهی است نتایج حاصل از این مطالعه ضمن ارائه تصویری روشن و علمی از وضعیت موجود، گامی در جهت شناسایی عوارض شایع در حاملگی بالای ۳۵ بین جمعیت مورد مطالعه محسوب گردیده و می‌تواند زیربنای مطالعات بعدی در جهت رفع این عوارض باشد. منع حاملگی و ترساندن خانم‌های بالای ۳۵ سال از عوارض بارداری ما را به این امر واداشت که تحقیقی در جمعیت ما انجام شده تا تصویر روشنی از عوارض و پیشگیری از عوارض بارداری در سنین بالای ۳۵ سال مشخص و ارائه شود و مشاوره علمی و مستند با این خانم‌ها قبل از حاملگی و مراقبت‌های صحیح در دوره بارداری در اختیار آنان گذاشته شود (۵).

بررسی عوارض حاملگی و زایمان در زنان بالاتر از ۳۵ سال و مقایسه با گروه سنی ۲۰-۳۴ سال

جمعیت مورد مطالعه به دو گروه ۳۵ سال و بالاتر (گروه مورد) با فراوانی ۳۷۰ نفر (۵۰/۲ درصد) و زیر ۳۵ سال (گروه شاهد) با فراوانی ۳۶۷ نفر (۴۹/۸ درصد) تقسیم شدند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که پره اکلامسی در گروه مورد با فراوانی ۳۹ نفر (۱۰/۶ درصد) بیشتر از گروه کنترل ۱۵ مورد (۴/۱ درصد) بود (نمودار ۱). اختلاف بین دو گروه با استفاده از تست کای اسکور ارزیابی شد که از نظر آماری معنی دار بود. ( $Chi=11/7$   $Pv=0/0001$ ) مقایسه سایر عوارض در دو گروه به شرح جدول شماره ۱ بود.

جدول شماره ۱- مقایسه عوارض ناشی از بارداری در دو گروه مورد مطالعه

نوع عارضه	فراوانی در گروه مورد	فراوانی در گروه شاهد	Chi <sup>2</sup>	Pv
پره اکلامسی	۳۹(۱۰/۶٪)	۱۵(۴/۱٪)	۱۱/۷۲	۰/۰۰۰
زایمان پره ترم	۶۰(۱۶/۳٪)	۴۳(۱۱/۶٪)	۳/۴۲	۰/۰۴
نوزاد نارس	۱۲(۳/۳٪)	۱۰(۲/۷٪)	۰/۲	۰/۴
LBW	۴۱(۱۱/۴٪)	۳۴(۹/۳٪)	۰/۸۶	۰/۲۱
پرژانتاسیون معیوب	۲۵(۶/۹٪)	۱۴(۳/۹٪)	۳/۲۴	۰/۰۵
آنومالی	۴۸(۱۳/۱٪)	۴۴(۱۱/۹٪)	۱/۰۴	۰/۳۵
آپگار غیرطبیعی	۴۰(۱۰/۹٪)	۲۲(۵/۹٪)	۵/۸	۰/۰۱
سزارین	۱۴۰(۳۸/۱٪)	۶۵(۱۷/۶٪)	۳۸/۸	۰/۰۰۰

در این مطالعه مشخص شد که میانگین وزن نوزادان متولد شده در گروه مورد  $3166 \pm 786$  گرم و در گروه کنترل  $3145 \pm 602$  گرم بود. توزیع وزن نوزادان با استفاده از تست کولموگروف اسمیرنوف ارزیابی شد که توزیع طبیعی نبود ( $Z=3/7$   $Pv=0/000$ ). مقایسه میانگین بین دو گروه با استفاده از تست Mann witney U-test ارزیابی شد که از نظر آماری اختلاف معنی داری نداشتند.

از آنجاییکه پارامتر به عنوان یک متغیر مخدوش کننده می‌توانست در بروز عوارض زایمانی در جمعیت مورد مطالعه تاثیرگذار باشد، لذا مقایسه دو گروه پس از Matching آنها از نظر پارامتر یک بار هم در دو گروه نولی پار و مولتی پار مورد آنالیز قرار گرفت. نتایج حاصل از آنالیز پس از Matching به شرح جدول ۲ و ۳ بود.

جدول شماره ۲- مقایسه عوارض ناشی از حاملگی در گروه نولی پار

نوع عارضه	گروه مورد	گروه شاهد	Chi <sup>2</sup>	Pv
پره اکلامسی	۳۴(۱۰/۱٪)	۷(۳/۳٪)	۸/۶	۰/۰۰۲
سزارین	۱۲۵(۳۷٪)	۳۸(۱۷/۹٪)	۲۲/۶۹	۰/۰۰۰
دکولمان	۹(۲/۷٪)	۴(۱/۹٪)	۰/۳	۰/۳۹
زایمان پره ترم	۵۲(۱۵/۴٪)	۲۲(۱۰/۴٪)	۲/۸	۰/۰۶
نوزاد نارس	۱۱(۳/۳٪)	۸(۳/۸٪)	۰/۱	۰/۴۶
LBW	۳۵(۱۰/۵٪)	۱۶(۷/۶٪)	۱/۲	۰/۱۶
پرژانتاسیون	۲۲(۶/۶٪)	۸(۳/۸٪)	۱/۹	۰/۱

جدول شماره ۳- مقایسه عوارض ناشی از حاملگی در گروه مولتی پار

نوع عارضه	گروه مورد	گروه شاهد	Chi <sup>۲</sup>	Pv
پره اکلاسیپی	۵(۱۵/۵٪)	۸(۵/۱٪)	۶/۳	۰/۰۲
سزارین	۱۵(۵۵/۶٪)	۲۷(۱۷/۲٪)	۱۹/۲	۰/۰۰۰
دکولمان	۱(۳/۷٪)	۰(۰٪)	۵/۸	۰/۱۴
زایمان پره ترم	۷(۲۵/۹٪)	۲۱(۱۳/۴٪)	۲/۸۱	۰/۰۸
نوزاد نارس	۰(۰٪)	۲(۱/۳٪)	۰/۳۴	۰/۷
LBW	۵(۱۹/۲٪)	۱۸(۱۱/۵٪)	۱/۱۹	۰/۲۱
پرزانتاسیون معیوب	۲(۷/۴٪)	۶(۴٪)	۰/۶۱	۰/۳۵

فراوانی پرزانتاسیون معیوب در گروه کنترل ۶/۹ درصد و در گروه شاهد ۳/۹ درصد بود  $PV=0/05$  که با حذف اثر مخدوش کننده پاریتی اختلاف معنی دار مشاهده نشد.

#### بحث

نتایج حاصل از این مطالعه در آنالیز اولیه و بدون حذف اثر پاریتی در بروز عوارض ناشی از حاملگی حاکی از افزایش معنی دار میزان پره اکلاسیپی زایمان پره ترم، پرزانتاسیون معیوب و آپگار غیر طبیعی و سزارین در حاملگی های بالای ۳۵ سال بود. که در مقایسه با مطالعه مردخای و همکاران در مرکز Shebu حلب در اسرائیل نتایج مشابه در خصوص موارد فوق مشاهده گردید. با این تفاوت که در این مطالعه برخلاف مطالعه اسرائیل هیچ گونه اختلاف معنی داری از نظر دیابت حاملگی در بین دو گروه مشاهده نشد(۴). در این بررسی بر خلاف مطالعه آقای ویلیام و همکاران در کالیفرنیا هیچگونه اختلاف معنی داری از نظر وزن نوزاد بین دو گروه وجود نداشت(۵). نتایج حاصل از آنالیز مرحله دوم که با Matching دو گروه از نظر پاریتته صورت گرفت و در واقع اثر پاریتته حذف گردید، نشان می دهد که اختلاف بین دو گروه از نظر پرزانتاسیون معیوب، آپگار غیر طبیعی و زایمان پره ترم ناشی از عامل مخدوش کننده پاریتته بوده و نمی تواند به عنوان تاثیر سن در عوارض حاملگی در بین جمعیت مورد مطالعه مطرح گردد. فراوانی بالای پره اکلاسیپی در بین زنان مسن نولی پار شایسته توجه ویژه می باشد و حاکی از لزوم مراقبت های بیشتر دوران حاملگی در این گروه سنی است. همچنین در این مطالعه مشخص گردید که فراوانی سزارین در بین زنان نولی پار مسن به طور معنی

میانگین وزن کودکان متولد شده در گروه کنترل  $3145 \pm 602$  گرم و در گروه مورد  $3166 \pm 686$  گرم مقایسه بین دو گروه با استفاده تست Mann Withney U-test حاکی از عدم وجود اختلاف معنی دار آماری بین دو گروه بود ( $Z=-1/08$   $Pv=0/27$ ).

مقایسه آپگار غیرطبیعی در زنان نولی پاربین دو گروه سنی حاکی از عدم وجود اختلاف آماری معنی دار بین دو گروه بود ( $Pv=0/24$   $Chi^2=1/09$ ).

به طوریکه فراوانی این میزان در گروه مورد ۳ نفر (۱۱/۱ درصد) و در گروه شاهد ۹ نفر (۵/۷ درصد) بود.

میانگین وزن نوزادان در گروه کنترل  $3246 \pm 584$  گرم و در گروه مورد  $3185 \pm 676$  گرم بود که دو گروه اختلاف معنی داری از نظر وزن نوزادان نداشتند ( $Z=-0/24$   $Pv=0/8$ ).

فراوانی آپگار غیرطبیعی در گروه زنان مولتی پار ۳۵ سال و بالاتر ۳۶ مورد (۱۰/۷ درصد) و زیر ۳۵ سال ۱۳ مورد (۶/۱ درصد) بود که اختلاف بین دو گروه با استفاده از تست کای اسکور ارزیابی شد که از نظر آماری معنی دار بود ( $Chi^2=3/27$   $Pv=0/047$ ).

فراوانی نتایج زایمان پره ترم در گروه کنترل ۱۶/۳ درصد بود و در گروه شاهد ۱۱/۶ درصد ( $p=0/04$ ) که با حذف اثر مخدوش کننده پاریتته با ( $p=0/06$ ) در گروه نولی پار و ( $p=0/08$ ) در گروه مولتی پار اختلاف معنی داری مشاهده نشده فراوانی زایمان به روش سزارین ۳۸/۱ درصد در گروه کنترل و در گروه شاهد ۱۷/۶ درصد بود ( $p=0/01$ ).

و لازم به ذکر است که در گروه نولی پار و مولتی پار هر دو نیز این آمار معنی دار بود.

مقایسه فراوانی نوزاد L.B.W ۱۱/۴ درصد در گروه کنترل و ۹/۳ درصد در گروه مورد بود که از نظر آماری معنی دار نبود.

تا ۳۴ سال و در بالای ۳۵ سال ۶/۵ درصد بوده که اختلاف داشته ولی معنی‌دار نبوده است. که در مطالعه ما آمار معنی‌داری در این رابطه پیدا نمودیم. و نیز عمل سزارین در مطالعه دکتر بصیرت در مادران ۲۰ تا ۳۵ سال ۴۴٪ و در بالای ۳۵ سال ۶۰٪ بوده که اختلاف آماری معنی‌داری داشته است ( $p=0/001$ ). مشابه مطالعه ما و نیز زایمان قبل از موعد در گروه سنی قبل از ۳۵ سال ۴/۵٪ در مقابل ۱۲٪ در بالای ۳۵ سال آماری با ارزش است (در مطالعه ما ۱۱/۶٪ در مقابل ۱۶/۳٪ بوده است) (۱۱). طی مرور مقالات *van katwijk c* عنوان نمود حتی در خانم‌های نزدیک به سن یائسگی که با درمان‌های کمک باروری باردار می‌شوند اگر بیماری زمین‌های خاصی نداشته باشند، عاقبت بارداری با مراقبت‌های بارداری معمولی خوب می‌باشد. در این مطالعه و مطالعه ما فشار خون، سزارین، زایمان پیش از موعد در حاملگی‌های بالای ۳۵ سال نسبت به سنین پایین بیشتر بوده است (۱۲). در مطالعات گزارش شده در کتاب *High risk pregnancy* چاپ سال ۲۰۰۶ سن بالای مادر حین بارداری ریسک اختلالات فشار خون، سزارین، *L.B.W* و اختلالات خونریزی را بالا برده است، اما ریسک نامطلوب نئوناتال به طور قابل توجهی افزایش نیافته است (۱۳). بارداری در سنین بالای ۳۵ سال با *PIH* بیشتری از زنان جوانتر بوده است و نیز حتی مرگ و میر در زنان ۳۹-۳۵ ساله در اثر عوارض بارداری ۲ تا ۳ برابر ریسک بالاتری نسبت به زنان جوانتر داشته است (۱۴).

در سال‌های اخیر افزایش وقوع باروری در سنین بالا سیر بالارونده‌ای دارد چنانکه در زنان ۳۹-۳۵ ساله اولین حاملگی در ۱۰۰۰ زن ۳۹-۳۵ ساله، ۳۶ درصد و در سال‌های ۱۹۹۱ تا ۲۰۰۱ و در سال ۲۰۰۲ در سنین ۴۰ تا ۴۴ ساله تا ۷۰ درصد افزایش در ایالت متحده آمریکا گزارش شده است و حتی در سال ۲۰۰۲، ۲۶۳ تولد در سن ۵۴-۵۰ ساله گزارش شده است و در زنان سالم ۵۰ ساله که با تخمک‌اهدائی بارور شده‌اند پره اکلامسی ۳۵ درصد گزارش شده است. همه این توجهات تحقیقات بیشتری را می‌طلبد تا عوارض بارداری را در سنین بالا به خوبی شناسایی و پیشگیری نمائیم (۱۵). با توجه به نتایج به دست آمده در بارداری‌های بالای ۳۵ سال برخی از عوارض افزایش می‌یابد که بایستی به آنها توجه داشت عاقبت حاملگی وابسته به مراقبت‌های خوب دوران بارداری و توجه بیشتر به آنها می‌باشد با مراقبت‌های صحیح بارداری عاقبت خوبی برای این بارداری‌ها از نظر مادری و جنینی پیش‌بینی می‌شود.

دار بیش از زنان زیر ۳۵ سال می‌باشد که با نتایج مطالعات مشابه صورت گرفته توسط ویلیام و همکاران مطابقت دارد (۴).

برخلاف مطالعات مشابه صورت گرفته اختلافی از نظر زایمان پره ترم، پرزانتاسیون معیوب، *LBW* بین دو گروه مورد مطالعه پس از حذف اثر پاریته مشاهده نگردید (۴). لذا پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده عامل پاریته به عنوان یک متغیر مخدوش کننده لحاظ گردد. بدیهی است حصول نتایج مشابه در طی مطالعات آینده می‌تواند موجب تجدید نظر در فرضیات ارائه شده گردد. مادران بارداری که بالای ۳۵ سال دارند و اولین بارداری شان است و ممکن است بعد از ناباروری باردار شده باشند و گروه دوم افرادی که چندمین فرزندشان است و خود به خود باردار شدند. در این مقایسه پریمی پارها بیشتر در معرض خطر هستند تا مولتی پارها. خانم‌های مولتی پار بیشتر در معرض اشکالات زایمانی هستند و در صورتی که نولی پارها بیشتر در معرض عوارضی چون بیماری‌های همراه فشار خون و دیابت هستند، علت سزارین در مولتی پارها بیشتر به علت *CPD* ولی در نولی پارها بیشتر به دلایل نازایی، بچه با ارزش و بیماری‌های همراه می‌تواند باشد (۴). در مطالعه *Kuznet Sova S.W* در بین مادران باردار ۴۰ ساله به بالا و بین ۲۹-۲۰ ساله تولد پره ترم و زایمان سزارین و *LBW* در سنین بالاتر به طور معنی‌داری بیشتر بود (۶) در مطالعه علی اکبر طاهریان و همکاران نیز که بین ۴۰۰ نفر بالای ۳۵ سال انجام گرفت عوارض مادری و جنینی هر دو بالاتر از گروه جوانتر بود (۷). در مطالعه آقای *JOLLY* در سال ۲۰۰۰ فشار خون به عنوان تابعی از سن افزایش می‌یابد. از آنجایی که هر چند بیماری طول بکشد بر شدت بیماری افزوده می‌شود احتمال اینکه خانم‌های باردار مسن دچار بیماری‌های مزمن در مراحل پیشرفته‌تری باشند بیشتر است. در مطالعه ایشان سزارین در گروه زیر ۳۵ سال با نرخ ۳۴٪ در مقایسه با نرخ ۶۰٪ در بالای ۳۵ سال اختلاف آماری معنی‌داری دارد. همینطور در این مطالعه سزارین الکتیو (انتخابی) در گروه بالای ۳۵ سال ۱/۷ برابر و سزارین اورژانس ۱/۵۹ برابر افراد زیر ۳۴ سال بوده است و این اختلاف نیز از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد (۸) و همچنین در مطالعه آقای *KT TAM* سزارین در گروه سنی بالای ۳۵ سال دو برابر افراد جوانتر بود (۹) و در مطالعه *lira plascencia* سزارین در گروه سنی بالای ۳۵ سال در نولی پارها بالای ۹۰٪ و در خانم‌های چندزا بیش از ۶۰٪ بوده است (۱۰). در مطالعه دکتر بصیرت در بابل سال ۱۳۸۲ پره اکلامسی ۳٪ در ۲۰

## References:

01. Ziadeh S, Yahaya A. Pregnancy outcome at age 40 and older. Arch. Gynecol Obstet 2001; 265(1): 30-3.
02. Canninsharm FG, Levens K, Bloom SL, Houth J, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics, 22<sup>nd</sup> ed., New York: Mc Grow Hill; 2005, P193-194.
۰۳. واحد آمار و اطلاعات، گزارش وضعیت باروری در استان، معاونت امور بهداشتی استان آذربایجان غربی. ۱۳۸۲
04. Dulitziki M, Soriane D, Schiff E, Chetrit A, Mashiach Sh, Gidmand. Effect of very advanced maternal age on pregnancy outcome and rate of cesarean delivery, Obs & Gyn 1998; 192 (6): 935-939
05. Gilbert WM, Nesbitt Th. SM, Anelsen B. Child bearing Beyond age 40; Pregnancy outcome in 24032 cases, Obs & Gyn 1999; 93(1): 9-14.
06. Kuznetsova SW, Makatasaria AD. Prenatal pathology in women aged 40 and over. European congress of Obs & Gyn 2004, 106-107.
۰۷. طاهریان عالف، چوپان نژاد ش: بررسی ۴۰۰ مورد عوارض حاملگی در زنان ۳۵ سال به بالا در اصفهان، ماهنامه نبض، اسفند ۱۳۷۳، شماره ششم، سال چهارم. صص ۲۹-۲۵.
08. Jolly M, Sebire N, Harris J, Robinson s, Rega L. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older Hum Reprod 2000, 15(11):24/33-7.
09. Abu-Heiga At, Jallad MF, Abukteish F. Maternal and perinatal outcome of pregnancies after the age 45. J Obst Gynecol 2000; 26(1): 27-30.
10. Plascencia LJ, Gutierrez DG, Gonzalez DP, Soto CI. Advanced maternal age and pregnancy: How much is too much. Gynecol Obstet Mex 1997; 65: 373-8.
۱۱. دکتر بصیرت ز، دکتر حاجی احمدی م: مقایسه فراوانی عوارض بارداری قبل و بعد از ۳۵ سالگی مادر مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل سال پنجم شماره ۳ (پای در پی ۱۹) صص ۳۹-۳۵.
12. Wijk VK, Peeters LL. Clinical aspect of pregnancy after the age of 35 years: A review of the literature. Human Reproductive Update 1998; 4(2):185-194.
13. James DK, Steer PJ, Woner CP, Conic B. High risk pregnancy. 3<sup>th</sup> Ed. Philadelphia; Saunders: 2006. P 28-31.
14. Berg CJ, Harper MA, Atkinson SM, Bell EA, Hage HLB, Mitra AG, et al. Callaghan Preventability of Pregnancy – Related Deaths: Results wide review. Obstet Gynecol 2005; 106 (6): 1228-1234.
15. Reddy, U. M., Mennuti, M. T. Incorporating First-Trimester Down Syndrome Studies Into Prenatal Screening: Executive Summary of the National Institute of Child Health and Human Development Workshop. Obstet Gynecol 2006; 107: 167-173.