

تحقیقی

عوامل خطر و پیامد بارداری جفت سرراهی در زنان بارداری

دکتر الهام کاشانی^۱، دکتر افسانه تابنده^۱، دکتر ابراهیم کریمی زارع^۲، دکتر غلامرضا روشندل^{۳*}
 ۱- استادیار گروه بیماری‌های زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی گرگان. ۲- پزشک عمومی.
 ۳- پزشک عمومی، پژوهشگر مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان، دانشگاه علوم پزشکی گرگان.

چکیده

هدف و زمینه: جفت سرراهی یکی از علل شایع خونریزی اواخر بارداری و حین زایمان است که با مورتالیتی و موربیدیتی در مادر و جنین همراه است. این مطالعه با هدف تعیین عوامل خطر و پیامد بارداری جفت سرراهی در مرکز آموزشی درمانی دزیانی گرگان انجام گردید.

روش بررسی: این مطالعه مورد شاهده روی ۳۳۴۷۳ فردی که برای زایمان به مرکز آموزشی درمانی دزیانی گرگان طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۶ مراجعه نمودند؛ انجام شد. همه افراد مبتلا به جفت سرراهی (۸۲ نفر) به عنوان گروه مورد و ۲۵۱ نفر از افراد بدون جفت سرراهی به عنوان گروه شاهد وارد مطالعه شدند. برای بررسی ارتباط متغیرها از آزمون تی استودنت و کای اسکوئر استفاده گردید.

یافته‌ها: از کل ۳۳۴۷۳ زایمان، ۸۲ نفر (۰/۲۴ درصد) با جفت سرراهی همراه بود. ختم حاملگی در زنان گروه مورد و شاهد به ترتیب در ۹۶ درصد و ۲۲ درصد از طریق سزارین انجام شد ($P < 0/05$). بین بروز جفت سرراهی و سابقه سزارین ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/05$). فراوانی هیستریکتومی به دنبال جفت سرراهی در افراد دارای سابقه سزارین قبلی (۲۴ درصد) به طور معنی‌داری بیشتر از موارد بدون سابقه سزارین (۵ درصد) بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان‌دهنده ارتباط قوی بین سابقه سزارین قبلی و هیستریکتومی ناشی از جفت سرراهی به علت چسبندگی‌های غیرطبیعی جفت بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که احتمال جفت سرراهی در مادرانی با سابقه سزارین قبلی مدنظر قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: جفت سرراهی، بارداری، سزارین، هیستریکتومی، خونریزی، سن مادر، تعداد بارداری

* نویسنده مسؤول: دکتر غلامرضا روشندل، پست الکترونیکی: roshandel_md@yahoo.com

نشانی: گرگان، خیابان ۵ آذر، کوچه آذر چهارم، پلی کلینیک شهید نبوی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان، تلفن: ۲۲۴۰۸۳۵ (۰۱۷۱)، نمابر: ۲۲۶۹۲۱۰
 وصول مقاله: ۸۸/۹/۳۰، اصلاح نهایی: ۸۹/۵/۱۳، پذیرش مقاله: ۸۹/۵/۱۸

مقدمه

خونریزی یکی از سه علت اصلی مرگ در مادران باردار است. ۴۰ درصد مرگ و میر مادران در نتیجه خونریزی است. میزان زایمان زودرس و مرگ و میر پری‌ناتال در بارداری‌هایی که با خونریزی همراه است؛ ۴ برابر موارد بدون خونریزی است (۲۰). جفت سرراهی یکی از علل شایع خونریزی سه‌ماهه سوم بارداری و با عوارض مادری و جنینی همراه بوده و به عنوان حاملگی پرخطر به مراقبت‌های ویژه نیاز دارد (۳۰). جفت سرراهی به معنی قرارگیری جفت بر روی سوراخ داخلی سرویکس و یا نزدیک به آن بوده و میزان بروز آن به‌طور متوسط ۰/۵ درصد می‌باشد (۲۰). سزارین قبلی و دستکاری‌های رحم، سابقه سقط و کورتاژ، مولتی‌پاریتی و سن بالا از جمله عوامل زمینه‌ساز این بیماری می‌باشند (۴). امروزه به علت افزایش موارد عمل سزارین، میزان بروز جفت سرراهی نیز در حال افزایش است. به طوری که این میزان در برخی موارد تا حدود ۲ درصد تخمین زده می‌شود (۴). سونوگرافی دقیق‌ترین (۹۵ درصد) و بی‌خطرترین روش تشخیص جفت سرراهی است (۵۰). همچنین مقبول‌ترین روش ختم حاملگی در تمامی موارد سزارین می‌باشد (۲۰). از جمله عوارض جفت سرراهی می‌توان به خونریزی، زایمان زودرس، ناهنجاری جنین و IUGR اشاره نمود. میزان مورتالیتی ناشی از جفت سرراهی ۱۰ برابر حاملگی طبیعی است (۲۰).

یکی از عوارض مهم جفت سرراهی خونریزی است (۶). میزان خونریزی در عمل جراحی سزارین در موارد جفت سرراهی ده برابر بیشتر از موارد سزارین با جفت در محل طبیعی می‌باشد (۷). سگمان تحتانی بر خلاف فوندوس رحم به‌دنبال جدا شدن جفت قابلیت انقباضی ضعیفی داشته و به این دلیل در موارد جفت سرراهی جدا شدن جفت با خونریزی شدید و غیرقابل کنترل همراه است و در مواردی که با چسبندگی‌های غیرطبیعی همراه باشد؛ فقط انجام هیستریکتومی به موقع می‌تواند جان بیمار را نجات دهد (۸۰). هرچند امروزه به دلیل پیشرفت روش‌های تشخیصی از جمله سونوگرافی داپلر و MRI برای تشخیص چسبندگی‌های غیرطبیعی و مراقبت‌های دقیق دوران بارداری پیش‌آگهی

بیماران تا حد خوبی بهتر شده است؛ ولی هنوز هم میزان مورتالیتی و موربیدیتی مادر و جنین در موارد جفت سرراهی بیش از حاملگی طبیعی است (۲) و خونریزی شدید در موارد جفت سرراهی یکی از عوامل بسیار مهم مرگ مادر به خصوص در کشورهای جهان سوم است (۹). از آنجایی که میزان مرگ مادران باردار یکی از شاخص‌های مهم در ارزیابی سیستم‌های سلامت و حتی توسعه در جوامع محسوب می‌شود؛ بررسی کامل و دقیق عوامل خطر مرتبط با آن برای برنامه‌ریزی برای کنترل و بهبود این شاخص امری ضروری است. این مطالعه با هدف تعیین عوامل خطر و پیامد بارداری جفت سرراهی در مرکز آموزشی درمانی دزیانی گرگان که یک بیمارستان ارجاعی در سطح استان گلستان می‌باشد؛ انجام گردید.

روش بررسی

در این مطالعه مورد شاهدهی پرونده تمام زنان بارداری که برای انجام زایمان به مرکز آموزشی درمانی دزیانی گرگان طی شهریور ۱۳۸۱ تا شهریور ۱۳۸۶ مراجعه کرده بودند؛ بررسی شدند. از ۳۳۴۷۳ مورد زایمان، ۸۲ مورد با جفت سرراهی همراه بود که به عنوان گروه مورد مطالعه وارد شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات به پرونده‌های پزشکی بیماران و نیز فایل بخش آسیب‌شناسی مرکز مراجعه شد. تشخیص جفت سرراهی با استفاده از سونوگرافی یا با مشاهده در حین عمل جراحی سزارین صورت گرفت. ۲۵۱ نفر از مادرانی که جفت سرراهی نداشتند و در همان دوره زمانی برای زایمان به آن مرکز مراجعه نمودند؛ به طور تصادفی به عنوان گروه شاهد به مطالعه اضافه شدند. گروه مورد و شاهد از نظر سنی به روش frequency matching همسان‌سازی شدند. سپس اطلاعات مربوط به مادران (سن، گراویتی، سن حاملگی، سابقه سزارین، کورتاژ، سقط، میومکتومی، روش تشخیص جفت سرراهی، سابقه جفت سرراهی و روش زایمان) و پیش‌آگهی بارداری (علت ختم حاملگی، عوارض مادری، مرگ و میر مادر و جنین، عوارض جنین و هیستریکتومی) در پرسشنامه‌ها ثبت گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-13 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. برای بررسی ارتباط بین متغیرها از آزمون‌های تی و کای‌اسکوئر

در بقیه موارد سونوگرافی طبیعی بود و جفت سرراهی در حین زایمان تشخیص داده شد. در مادران مبتلا به جفت سرراهی، عوارض جنینی شامل ۲ مورد IUGR و ۲ مورد جنین ناهنجار بود که در هر دو مورد جنین ناهنجار با چسبندگی غیرطبیعی جفت همراه بود. در مادران گروه مورد ۱۶ نوزاد به علت پره‌ماچوریتی بستری شدند و هیچ مورد مرگ داخل رحمی گزارش نشد. در ۹ نفر (۱۱ درصد) از مادران مبتلا به جفت سرراهی هیستریکتومی صورت گرفت و ۶ نفر (۸۹ درصد) از آنها سابقه سزارین قبلی داشتند. فراوانی هیستریکتومی به دنبال جفت سرراهی در مادران دارای سابقه قبلی سزارین (۲۴ درصد) به طور معنی‌داری بیشتر از مادران بدون سابقه سزارین (۵ درصد) بود ($P < 0.001$).

عوامل خطر مرتبط با جفت سرراهی در زنان باردار شرکت کننده در جدول ۲ نشان داده شده است. میانگین سنی مادران گروه مورد و شاهد اختلاف آماری معنی‌داری نداشت. در روش ختم حاملگی گروه مورد و شاهد اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < 0.001$). ۶۲/۵ درصد از افراد گروه شاهد به روش طبیعی زایمان نمودند. در حالی که این میزان در گروه مورد فقط ۳/۷ درصد بود. بین بروز جفت سرراهی با سابقه قبلی سزارین ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P = 0.04$). سابقه قبلی جفت سرراهی در گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری نداشت. فراوانی برداشتن رحم در حین زایمان در مادران مبتلا به جفت سرراهی به‌طور معنی‌داری بیشتر از مادران گروه شاهد بود ($P < 0.001$).

بحث

در مطالعه حاضر میزان شیوع جفت سرراهی ۰/۲۴ درصد بود که با مطالعات دیگر (۰/۲۶ درصد) (۹) و مطالعات Tuzovie با ۰/۴ درصد (۱۰)، Cieminski با ۰/۲ درصد (۱۱)، Shiner با ۰/۳۸ درصد (۱۲) و زمانی با ۰/۳۳ درصد (۱۳) هم‌خوانی دارد. بیشترین موارد جفت سرراهی در سنین ۲۵ تا ۳۵ سالگی رخ داده بود. مطالعات مشابه نیز نشان دادند که بیشترین موارد جفت سرراهی در سنین قبل از ۳۵ سالگی رخ داده است (۳ و ۱۳)؛ ولی Cieminski و همکاران (۱۱) و همچنین Sheiner و همکاران (۱۲) بیشترین میزان شیوع جفت سرراهی را در سنین بیشتر از ۳۵ سال گزارش نموده‌اند.

استفاده شد. داده‌ها به صورت درصد‌های ساده و مقایسه‌ای در جداول ارائه گردید. سطح معنی‌داری آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۳۳۴۷۳ زایمان انجام شده طی فاصله زمانی ۸۶-۱۳۸۱ در مرکز آموزشی درمانی دزستانی گرگان، ۸۲ مورد (۰/۲۴ درصد) با جفت سرراهی همراه بود (جدول یک).

جدول ۱: خصوصیات زنان باردار مبتلا به جفت سرراهی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی دزستانی گرگان طی سال‌های ۸۶-۱۳۸۱

متغیر	تعداد (درصد)
خونریزی	۵۶ (۶۸/۳)
سزارین تکراری	۱۲ (۱۴/۶)
پرزانتاسیون غیر طبیعی	۸ (۹/۸)
بدون علامت	۶ (۷/۳)
سابقه جراحی	۲۵ (۳۰/۵)
یا کورتاژ	۵۷ (۶۹/۵)
سابقه جفت سرراهی	۳ (۳/۷)
	۷۹ (۹۶/۳)

جدول ۲: درصد عوامل خطر مرتبط با جفت سرراهی در زنان باردار مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی دزستانی گرگان طی سال‌های ۸۶-۱۳۸۱

متغیر	گروه مورد (۸۲ نفر)	گروه شاهد (۲۵۱ نفر)	* ارزش P
برداشتن رحم در حین زایمان	۱۱	۰	< ۰/۰۰۱
زایمان به روش سزارین	۹۶/۳	۳۷/۵	< ۰/۰۰۱
مادران با سابقه مثبت جفت سرراهی	۳/۷	۱/۲	۰/۱۶
مادران با سابقه مثبت سزارین	۲۶/۸	۱۷/۵	۰/۰۴

* آزمون کای اسکوئر

میانگین و انحراف معیار سنی مادران گروه مورد و شاهد به ترتیب ۶/۲±۲۸/۵ و ۵/۹±۲۷/۹ سال بود و بالاترین فراوانی جفت سرراهی در گروه سنی ۳۵-۲۵ سال مشاهده شد. ۶۵ درصد از این مادران مولتی‌پار و ۲۵ درصد نولی‌پار بودند. از لحاظ گراویتی، بالاترین فراوانی در گروه گراوید ۳ بود. شایع‌ترین علت ختم حاملگی در مادران با جفت سرراهی، خونریزی (۶۷ درصد) بود. در اکثر موارد (۷۱ درصد) سن حاملگی در زمان ختم آن ۴۰-۳۷ هفته بود. در ۹۵ درصد از موارد، جفت سرراهی با سونوگرافی تشخیص داده شده بود و

مطالعه ما و نتایج مطالعات مشابه نقش سزارین قبلی به عنوان یک عامل خطر در بروز چسبندگی‌های غیرطبیعی مهم‌تر از نقش آن در بروز جفت سرراهی می‌باشد.

سابقه جفت سرراهی نیز در مطالعه حاضر با بروز جفت سرراهی ارتباطی نداشت. در مطالعه IKechebeuij و همکاران (۳) و Tuzovie و همکاران (۱۰) نیز بین سابقه جفت سرراهی و بروز جفت سرراهی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که سابقه جفت سرراهی نمی‌تواند؛ یک عامل خطر مؤثر در بروز جفت سرراهی باشد.

بر اساس یافته‌های این مطالعه، عوارض جنینی مثل ناهنجاری‌ها و تاخیر در رشد به جز در مواردی که جفت سرراهی با چسبندگی غیرطبیعی جفت همراه بود؛ دیده نشد و ۲۰ درصد نوزادان پره‌ترم بودند و موردی از مرگ داخل رحمی مشاهده نشد. نتایج مطالعه Sheiner و همکاران نشان داد که ناهنجاری‌های مادرزادی و مرگ جنینی و پره‌ماچورتی در موارد جفت سرراهی بیش از حاملگی‌های طبیعی بروز می‌کند (۱۲). همچنین مطالعه Tuzovie و همکاران نشان داد که تولد نوزادان پره‌ترم در مادران با جفت سرراهی ۴ برابر حاملگی‌های طبیعی است (۱۰)؛ اما مطالعات دیگر نشان دهنده عدم ارتباط جفت سرراهی با افزایش ناهنجاری‌ها و تاخیر در رشد می‌باشد (۱۱ و ۲۱).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده ارتباط بین سابقه سزارین قبلی و هیستریکتومی ناشی از جفت سرراهی به علت چسبندگی‌های غیرطبیعی جفت می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که احتمال جفت سرراهی در مادرانی با سابقه سزارین قبلی مدنظر قرار گیرد و در صورت تأیید جفت سرراهی، بررسی‌های دقیق و کامل از نظر چسبندگی صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دوره دکتری عمومی بود و در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شد. نویسندگان مقاله از کارکنان محترم بیمارستان دزیانی به خاطر همکاری در جمع‌آوری داده‌ها تشکر می‌نمایند.

Abu-Heija و همکاران (۱۴) در مطالعه‌ای مشابه نشان دادند که افزایش سن در بروز جفت سرراهی موثر نیست. با توجه به این که در اکثر منابع سن بالا به عنوان عامل خطر جفت سرراهی مطرح شده است؛ پیشنهاد می‌شود تا در این رابطه مطالعات بیشتری برای بررسی علت شیوع بالای جفت سرراهی در سنین پایین در منطقه انجام گردد.

مطالعه ما نشان داد که وقوع جفت سرراهی در زنان مولتی‌پار به طور قابل توجهی بیش از زنان نولی‌پار بوده است. در اکثر مطالعات قبلی نیز نتیجه مشابهی در این زمینه گزارش شده است که این امر نشان دهنده آن است که مولتی‌پارسته یکی از عوامل خطر بروز جفت سرراهی است (۱۰ و ۱۱ و ۱۵).

در این مطالعه شایع‌ترین شکایت خونریزی بود. در مطالعه IKechebelu و همکاران (۳) در نیجریه و همچنین مطالعه زمانی و همکاران (۱۳) در شهر همدان خونریزی شایع‌ترین علامت بالینی در زمان زایمان بود.

بر اساس یافته مطالعه حاضر بروز جفت سرراهی در مادرانی با سابقه سزارین به‌طور معنی‌داری بیش از مادران بدون سابقه سزارین بود. در مطالعه Laughon و همکاران (۱۶) خطر جفت سرراهی در مادرانی با سابقه سزارین سه برابر مادرانی بود که سابقه سزارین نداشتند. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که سابقه سزارین از مهم‌ترین عوامل خطر بروز جفت سرراهی می‌باشد (۱۰ و ۱۲ و ۱۴ و ۱۷)؛ اما Hossain و همکاران (۱۵) و Cieminski و همکاران (۱۱) ارتباط معنی‌داری بین سابقه سزارین و جفت سرراهی گزارش نکردند.

در مطالعه ما خطر هیستریکتومی به دنبال جفت سرراهی (به علت چسبندگی‌های غیرطبیعی جفت) در مادران با سابقه سزارین قبلی ۱۴ برابر موارد جفت سرراهی بدون سابقه سزارین قبلی بود که با نتایج مطالعات قبلی (۸ و ۱۹) هم‌خوانی داشت. همچنین نتایج مطالعه Cieminski و همکاران در سال ۲۰۰۴ نشان داد که چسبندگی‌های غیرطبیعی شایع‌ترین اندیکاسیون هیستریکتومی پری‌پارتوم بوده و خطر بروز آن با تعداد سزارین افزایش می‌یابد (۲۰). با توجه به نتایج

References

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstar LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 22th. New York: Mc Graw-hill. 2005; pp: 435-53.
2. Kay HH. Placenta prevail and abortion. In: Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth Obstetrics and Gynecology. 9th. Philadelphia: Lippincott Williams and Willkins. 2003; pp: 212-21.
3. Ikechebelu JI, Onwusulu DN. Placenta praevia: review of clinical presentation and management in a Nigerian teaching hospital. Niger J Med. 2007 Jan-Mar;16(1):61-4.
4. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 1997 Nov;177(5):1071-8.
5. Sanders R, Dolk JD, Mine NS. Exam preparation for Diagnostic ultrasound. Philadelphia: Lippincott Williamd and Willkins. 2002; pp: 65-101.
6. Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Identifying risk factors for peripartum cesarean hysterectomy. A population-based study. J Reprod Med. 2003 Aug;48(8):622-6.
7. Takayama T, Minakami H, Koike T, Watanabe T, Sato I. Risks associated with cesarean sections in women with placenta previa. J Obstet Gynaecol Res. 1997 Aug;23(4):375-9.
8. Rahman J, Al-Ali M, Qutub HO, Al-Suleiman SS, Al-Jama FE, Rahman MS. Emergency obstetric hysterectomy in a university hospital: A 25-year review. J Obstet Gynaecol. 2008 Jan; 28(1):69-72.
9. Kiondo P, Wandabwa J, Doyle P. Risk factors for placenta praevia presenting with severe vaginal bleeding in Mulago hospital, Kampala, Uganda. Afr Health Sci. 2008 Mar;8(1):44-9.
10. Tuzović L, Djelmis J, Iljić M. Obstetric risk factors associated with placenta previa development: case-control study. Croat Med J. 2003 Dec;44(6):728-33.
11. Cieminski A, Długołęcki F. [Relationship between placenta previa and maternal age, parity and prior cesarean deliveries]. Ginekol Pol. 2005 Apr;76(4):284-9. [Article in Polish]
12. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hershkowitz R, Katz M, Mazor M. Placenta previa: obstetric risk factors and pregnancy outcome. J Matern Fetal Med. 2001 Dec;10(6):414-9.
13. Zamani M, Ali Mohammadi Sh. [Evaluation the correlation of risk factors in Placenta Previa in Fattemeh Hospital of Hamadan city]. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services. 2004;10(4):64-8. [Article in Persian]
14. Abu-Hejja AT, El-Jallad F, Ziadeh S. Placenta previa: effect of age, gravidity, parity and previous caesarean section. Gynecol Obstet Invest. 1999;47(1):6-8.
15. Hossain GA, Islam SM, Mahmood S, Chakraborty RK, Akhter N, Sultana S. Placenta previa and it's relation with maternal age, gravidity and cesarean section. Mymensingh Med J. 2004 Jul; 13(2):143-8.
16. Laughon SK, Wolfe HM, Visco AG. Prior cesarean and the risk for placenta previa on second-trimester ultrasonography. Obstet Gynecol. 2005 May;105(5 Pt 1):962-5.
17. Wu S, Koherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. Am J Obstet Gynecol. 2005 May; 192(5):1458-61.
18. Umezurike CC, Nkwocha G. Placenta accreta in Aba, south eastern, Nigeria. Niger J Med. 2007 Jul-Sep;16(3):219-22.
19. Choi SJ, Song SE, Jung KL, Oh SY, Kim JH, Roh CR. Antepartum risk factors associated with peripartum cesarean hysterectomy in women with placenta previa. Am J Perinatol. 2008 Jan; 25(1):37-41.
20. Cieminski A, Długołęcki F. [Placenta previa accreta]. Ginekol Pol. 2004 Dec; 75(12): 919-25. [Article in Polish]
21. Wolf EJ, Mallozzi A, Rodis JF, Egan JF, Vintzileos AM, Campbell WA. Placenta previa is not an independent risk factor for a small for gestational age infant. Obstet Gynecol. 1991 May; 77(5):707-9.