

بررسی میزان شیوع و عوارض زایمانی چندزایی در زایشگاههای تهران

دکتر شیرین نیرومنش، استادیار گروه بیماریهای زنان و مامایی و رئیس بیمارستان میرزا کوچک خان،
دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
مریم مدرس، فوق لیسانس مامایی، دانشگاه تربیت مدرس

A Survey of Grandmultiparity Incidence and Complications in the Maternity Wards in Tehran

SUMMARY

This investigation aims to diagnose the incidence and complications of labor and delivery of grandmultiparity (GMP) in Tehran. The results obtained are as follows:

- 1) The incidence of high parity was 11%.
- 2) 47.3% of GMP women were within the age range of 14-16 years at their marriage time.
- 3) The infants of GMP women were born with lower apgar score than the infants of the control group.
- 4) The incidence of fetal distress was estimated up to 31.8%.
- 5) In 1.8% of cases, infants showed to have been born with Down's syndrome.
- 6) Other congenital abnormalities showed no significant differences between the two groups.
- 7) The rate of stillbirth in GMP women was higher than that of the control group (4.5% vs. 1%).
- 8) Cesarean section performed in 25.5% of GMP women in comparison to 14.5% in control group.

خلاصه

آن برمسائل بهداشتی، فرهنگی، اجتماعی - اقتصادی و غیره برآن با توجه به روند افزایش جمعیت در ایران و اثرات نامطلوب

عوامل فرهنگی، عقیدتی و اجتماعی بر روی این مسئله تأثیردارد و در کشورهای آسیایی و آفریقایی شیوع grandmultiparity بیشتر از سایر کشورها می‌باشد.

بیماران و روشها

گروه مورد مطالعه از زنانی برگزیده شد که تعداد پنج زایمان و یا بیشتر را در تاریخچه خود ذکر می‌نمودند: این گروه از زنان از نظر عوارض مختلف مامایی مانند عوارض مادری و جنینی با گروه دیگر که تعداد زایمان (parity) صفر تا چهار را در سابقه خود ذکر می‌نمودند مورد مقایسه قرار گرفتند. مادران گروه مورد مطالعه و گروه شاهد از نظر عوامل (factors) مداخله کننده مانند فاکتورهای اجتماعی و سن به گونه‌ای مشابه برگزیده شدند: به این طریق که مادران از بیمارستانهای دولتی (۵ بیمارستان) واقع در ۵ نقطه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تهران) انتخاب شدند. کمترین سن مادران GMP ۲۵ سال بود، به همین دلیل نیز گروه شاهد بطور تصادفی از مادرانی که ۲۵ سال و یا بیشتر سن و تعداد زایمان کمتر از پنج داشتند انتخاب گردید. تعداد نمونه‌ها از هر بیمارستان واقع در هر منطقه شهر تهران براساس تعداد متوسط زایمانهای روزانه برآورد شد. بطور تصادفی زایمانهای روزانه بیمارستانها مورد مشاهده و بررسی قرار گرفت، برای برآورد تعداد نمونه‌ها نیز ابتدا یک مطالعه مقدماتی صورت گرفته بود و براساس آن شیوع high parity در تهران تعیین شد بود. در جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه، مشاهده و استناد و مدارک بیمارستانی استفاده گردید. هموگلوبین و هماتوکریت بیماران توسط آزمایشگاه هر بیمارستان قبل از زایمان تعیین شده بود. پس از جمع آوری اطلاعات، توسط کامپیووتر و با استفاده از SPSS package کامپیووتری، اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. علاوه بر عوارض زایمانی در این بررسی، تعدادی از عوارض دوران بارداری نیز که مربوط به زایمان می‌شود و تعدادی از عوامل مستعد کننده چندزایی نیز مورد مطالعه قرار گرفت.

شدید تا عوارض مادری و جنینی و نوزادی حاملگیهای مکرر را در خانمهای شهر تهران بعنوان نمونه بررسی نماییم تا در صورت مشخص شدن دقیق افزایش عوارض حاملگی در خانمهای که برای بار ششم و یا بیشتر زایمان کرده‌اند، راههای مناسب برای پیشگیری از آن اتخاذ گردد.

در این بررسی، تعداد ۱۰۰۰ زایمان از پنج بیمارستان دانشگاهی شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت که شیوع (زایمان برای بار ششم و یا بیشتر) ۱۱٪ تشخیص داده شد. برای بررسی میزان عوارض، دو گروه از مادران یکی بعنوان GMP و دیگری بعنوان گروه شاهد مورد مقایسه قرار گرفتند. نتیجه کلی این بررسی این است که در این حاملگیها، عوارض جنینی مانند: نمایشهای غیرطبیعی، ماکروزوومی (macrosomia)، وزن کم هنگام تولد، زجر (distress) جنینی، دفع مکونیوم، مرگ و میر جنینی و نوزادی در گروه GMP نسبت به گروه شاهد بیشتر بود. در مورد مادران آمار نشان می‌دهد که این خانمهای مراقبت دوران بارداری نداشته و در ۲۲٪ موارد اصلاً مراقبت دوران بارداری نداشته‌اند. ۲۱٪ از آنها از هیچ روش پیشگیری استفاده نکرده‌اند و ۸۰٪ آنها بی‌سواد و در گروه سنی ۳۵-۴۰ سال بودند. دو مورد سندروم داون در این مادران مشاهده شد، ولی از نظر سایر ناهنجاریها تفاوت معنی داری با گروه شاهد نداشتند.

مقدمه

GMP به مادری گفته می‌شود که تعداد پنج و یا بیشتر زایمان بیش از ۲۰ هفته حاملگی در تاریخچه زایمانی خود داشته باشد. Solomons اولین فردی بود که در پیش از پنجاه سال پیش واژه 'dangerous multipara' را برای این زنان بکاربرد. در مطالعات مختلف تعداد زایمان مورد قبول برای افراد با سابقه زایمان زیاد (high parity) متفاوت می‌باشد، بنابراین یک تعریف قابل قبول کلی برای این واژه وجود ندارد. شیوع high parity در کشورهای مختلف متفاوت است، زیرا

گروه GMP بیشتر از گروه شاهد بود ($32/5\%$ در برابر 20% از گروه شاهد).

ناهنجاریهای جنین در دو گروه تفاوت معنی‌داری نشان نداد، اما در مورد سندرم داون در گروه مورد مطالعه دو مورد مشاهده گردید که در گروه شاهد دیده نشد. پارگی زودرس کیسه آب (PROM)، پراکلامپسی، دوقلویی و جفت‌سرراهمی هرچند در گروه مورد مطالعه نسبت به گروه شاهد افزایش نشان می‌داد اما تفاوت چندان قابل توجه نبود.

فشارخون سیستولیک و دیاستولیک مادران GMP بطور معنی‌داری ($0/01 < P$) برای فشار سیستولیک و $0/05 < P$ برای فشارخون دیاستولیک) بیشتر بود. زایمان زودرس $15/5\%$ در برابر 7% از گروه شاهد دلیل بر خلاف اختلاف معنی‌داری ($P < 0/05$) میان دو گروه بود.

زایمان دیررس (post-term) در گروه زنان GMP $1/1\%$ و در گروه شاهد 5% مشاهده شد که اختلاف معنی‌دار نبود (بیشتر از ۴۲ هفته). جداشدن زودرس جفت با شیوع $8/2\%$ اختلاف معنی‌داری ($0/005 < P$) را با گروه شاهد نشان داد. شیوع سزارین در زنان گروه مورد مطالعه $25/5\%$ و در گروه شاهد 14% بود که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری ($0/05 < P$) بین دو گروه نشان داده شد. شایعترین علت سزارین در زنان گروه GMP نمایش غیرطبیعی breech ($0/21\%$) و جداشدن زودرس جفت ($0/14\%$) و در گروه شاهد سزارین تکراری ($0/57\%$) بود. خونریزی پس از زایمان در $2/9\%$ و در گروه شاهد در $4/5\%$ موارد اتفاق افتاد.

بیشترین علت خونریزی در زنان GMP آتوئی رحمی بود که اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود. هیچگونه مرگ مادری وجود نداشت. میزان مرگ جنینی در گروه مورد مطالعه $4/5\%$ و در گروه شاهد 1% بود که اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود. تعداد سه مرگ نوزادی در همان روزهای اول پست‌تولد در بیمارستان در نوزادان مادران GMP اتفاق افتاد و مرگ و میر جنینی و نوزادی در روزهای اولیه نوزادی $2/7\%$ در گروه مورد

نتیجه

از کل ۱۰۰۰ زایمان مورد بررسی، تعداد ۱۱۰ زایمان (با شیوع 11%) مربوط به زنان GMP بود. $7/1\%$ از خانمهای GMP بی‌سواد، $2/18\%$ سواد ابتدایی و $1/8\%$ از آنان نیز سواد دیبرستالی داشتند. سن هنگام ازدواج سن کمتر از ۱۴ سال و $2/46\%$ آنها ۱۴–۱۶ سال داشتند. سن کم مادران در هنگام ازدواج خود از عوامل مساعد کننده برای چندزایی می‌باشد. در $1/9\%$ از این مادران فاصله زایمان قبلی با آخرین زایمان ده سال و یا کمتر بود. $21/8\%$ نیز از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نکرده بودند. سابقه مرگ فرزندان قبلی در آنان بیشتر از گروه شاهد بود. $28/2\%$ در برابر 21% از گروه شاهد در طول دوران بارداری خود تحت مراقبت prenatal قرار گرفته بودند. تعداد کمتری از آنان در دوران بارداری خود آهن دریافت کرده بودند ($30/9\%$ در برابر 60% از گروه شاهد). کم خونی در آنان بطور معنی‌داری بیشتر بود ($21/8\%$) و بین دریافت آهن در زمان بارداری و میزان هموگلوبین و هماتوکریت مادران بطور معنی‌داری رابطه مستقیم وجود داشت. در $1/10\%$ از این زنان در برابر 4% از گروه شاهد، نمایش جنین در هنگام زایمان ته (breech) بود. قوار عرضی در $9/10\%$ صورت در $2/7\%$ ابرو در $9/10\%$ از موارد تشخیص داده شد، در حالیکه در گروه شاهد قوار عرضی و نمایش صورت و ابرو مشاهده نگردید. نمایش غیرطبیعی جنین ($0/005 < P$) بطور معنی‌داری در این مادران افزایش نشان می‌داد. ماکروزوومی جنین (XX) بطور معنی‌داری ($0/05 < P$) در زنان GMP بیشتر بود، اما تولد نوزادان کم وزن (LBW) اختلافات معنی‌داری نشان نداد ($10\% < P < 5\%$ از گروه شاهد).

نمره آپگار (apgar) دقیقه اول و پنجم نوزادان این مادران بطور معنی‌داری ($0/005 < P$ و $0/0001 < P$) کمتر از گروه شاهد بود. دفع مکونیوم جنین در مایع آمنیوتیک بطور معنی‌داری ($0/025 < P$) برای دقیقه پنجم) در زنان GMP بیشتر از گروه شاهد بود. پیچیده بودن بند ناف به دور گردن جنین در هنگام تولد بطور معنی‌داری ($0/05 < P$) در نوزادان زنان

نداشت (باید توجه نمود که استفاده از داروهای اکسیتوكسیک بیشتر از معمول در این بیماران خطرناک می‌باشد) (۱). محرومیت اقتصادی - اجتماعی، سن زیاد و درنتیجه اثرات فرسایشی حاملگیها و زایمانهای متعدد بر روی دستگاههای بدن از عوامل ایتوالوژیک اساسی در بروز عوارض در زنان GMP می‌باشد (۲). چاقی، کار زیاد و خستگی، تغذیه نامناسب، کمبود ویتامین و پروتئین و دیواره شکمی شل در این زنان به مشکلات آنان می‌افزاید (۱).

در هنگام labor، ضعیف بودن انقباضات رحمی بدلیل شلی عضلات رحم، وجود قرار عرضی و سایر نمایشهای غیرطبیعی در رحم بزرگ این زنان و لیبر طولانی شده بدلیل ضعف انقباضات، ممکن است سبب obstructed labor و افزایش شیوع پارگی رحم شود. در دوران بست نیز رحم بخوبی نمی‌تواند منقبض شود، بنابراین عروق خونی فشرده شده و خونریزی پس از زایمان اتفاق می‌افتد. کم خونی بدلیل ازدست دادن خون در زایمانهای مکرر ایجاد شده و در نتیجه کاهش مقاومت بدن، عفونتهای پس از زایمان ایجاد می‌گردد (۳). چسبندگیهای غیرطبیعی جفت به دیواره رحم و اختیاب (retention) جفت در محله سوم زایمان در این زنان شایعتر است (۴). بطور کلی در زنان چندزای شیوع هیپرتانسیون و بیماری دئنراتیو عروقی بیشتر است، زیرا این بیماریها بیشتر در گروههای سنی مسن تر دیده می‌شوند (۵). برای این بیماریها بیشتر در زنان فشارخون اساسی (essential hypertension) که پراکلامپسی (superimposed preeclampsia) بیشتر می‌باشد (۶).

علیرغم افزایش شیوع بیماری هیپرتانسیون، پراکلامپسی و اکلامپسی در زنان high parity شایع نمی‌باشد، ولی اثرات اکلامپسی بر روی آنان جدی تر می‌باشد و میزان مرگ و میر (mortality) مادران را افزایش می‌دهد (۱). با توجه به اثرات دیابتوزنیک ناشی از حاملگیهای مکرر، چاقی و رژیم غذایی در این زنان، استرسهای روحی، عفونتها و سن زیاد، اختلال متابولیسم کربوهیدرات در این مادران شایع می‌باشد.

مطالعه و ۱٪ در گروه شاهد برآورد شد که اختلاف از نظر آماری با $P < 0.025$ معنی دار بود. در مقایسه کل عوارض مادری با تعداد زایمان، زنان MP و GMP کمترین عوارض زایمانی را داشتند. فاز زایمانی از دیلاتاسیون چهار ماتیمتر تا زمان کامل شدن آن در زنان GMP بطور متوسط ۳ ساعت و ۱۹ دقیقه طول کشید. در زنان (nullipara) NP گروه شاهد ۶ ساعت و ۰ دقیقه و در زنان MP (با تعداد ۱-۴ زایمان) این مدت ۳ ساعت و ۴۰ دقیقه بطول انجامید که اختلاف بین گروه زنان مورد مطالعه و شاهد قابل ملاحظه نبود. طول مدت مرحله دوم زایمان در زنان GMP بطور متوسط معادل ۱۷/۹۸ (تقريباً ۱۸ دقیقه) در زنان NP، ۵۹/۳۸ و در زنان MP (با تعداد ۱-۴ زایمان) ۱۵ دقیقه و ۵۲ ثانية محاسبه شد که اختلاف از نظر آماری با $P < 0.05$ معنی داربود، یعنی طول مدت مرحله دوم زایمان در گروه مورد مطالعه از گروه شاهد که بطور متوسط ۳۷/۴۵ بود کمتر بود.

میزان شیوع بستن لوله‌ها پس از زایمان ۰/۲۹٪ بود که ۰/۸٪ از گروه مورد مطالعه و ۰/۷۸٪ از گروه شاهد را دربرداشت. بستن لوله‌ها پس از زایمان واژینال (در اوایل دوران پست‌پریا postpartum) در ۰/۳۶٪ از گروه مورد مطالعه و ۰/۲۱٪ از گروه شاهد با انجام عمل سزارین صورت گرفت.

بحث

اشاره کرده که مرگ و میر مادران پس از زایمان Solomons پنجم یا هر بار زایمان افزایش می‌باید و پس از زایمان دهم این مقدار پنج برابر می‌شود. در گروه مورد مطالعه ایشان علت مرگ در $\frac{1}{3}$ موارد مربوط به پارگی رحم، در $\frac{1}{4}$ موارد مربوط به جفت سرراهی و در $\frac{1}{5}$ موارد نیز مربوط به فشار خون مزمن بود (۱). امروزه با توجه به پیشرفتهای علمی در زمینه تشخیص و تکنیکهای جراحی، اداره زایمان در بیمارستانها بهبود پیدا کرده است. با تشخیص زودرس مشکلات زایمانی بویژه CPD و انجام عمل سزارین از پارگیهای رحمی در مادران باردار کاسته شده است. در مطالعه فوق هیچ موردی از پارگی رحمی وجود

زایمان که از خطرات حدده جنین بعثمار می‌آید در این زنان بیشتر است (۷). با توجه به مشکلات فوق، آگاه‌کردن مادران به روش‌های تنظیم خانواده بوریزه بستن لوله‌ها پیشنهاد می‌گردد و چون این زنان در گروه زنان پرخطر (high risk) قرار می‌گیرند، مرابت دوران بارداری دقیق (prenatal care) و مصرف آهن در طول بارداری و تعیین هماتوکریت و هموگلوبین برای جلوگیری از آنسی توصیه می‌گردد.

یک درصد همه زنان باردار و ۶٪ زنان GMP در دوران بارداری خود دچار دیابت حاملگی (gestational diabetes) می‌شوند، بنابراین رسیدگی بیشتر به زنان high parity هاقلانه بمنظور می‌رسد (۲).

دیابت مادر، چاقی، high parity و همچنین post-maturity نیز از خطرات اساسی مادری برای ماگروزومنی محسوب می‌شوند. لیبر طولانی شده و زایمان غیرطبیعی (dystocia) بدلبل بزرگی جنین و صدمه به نوزاد در هنگام

جدول (۱)- مقایسه ویژگیهای خانمهایی که تعداد پنج زایمان و یا بیشتر داشته با خانمهایی که سابقه کمتر از این تعداد زایمان داشته‌اند

ارزش آماری	X^2	تعداد زایمان: ۵ و بیشتر	گروه ۲ (%)	تعداد زایمان: ۴-۰	گروه ۱ (%)	عوامل
۰/۰۰۰۱	۷۸/۵	۱۰/۹		۶۵		سن مادر (سال)
		۲۷/۳		۲۴		کمتر از ۳۰
		۹۷/۳		۹۰		۳۰-۳۵
		۱۴/۵		۱		۳۵-۴۰
۰/۰۰۰۱	۴۰/۶۸	A:		۴۹		بی سواد
		۲۵		۱۸/۲		ابتدایی
		۱۷		۱/۸		دیرستان
		*		۱۴		دیپلم
						سن ازدواج (سال)
۰/۰۰۰۱	۴۴/۰۷	۴۳/۶		۹/۴		کمتر از ۱۴
		۴۶/۲		۲۱/۳		۱۴-۱۶
		۴۴/۵		۳۹/۲		۱۶-۱۹
		۵/۷		۳۳		بیشتر از ۱۹
۰/۰۰۲	۱۰/۱۴۰					سن حاملگی
۰/۰۱		۷۵/۵		۸۸		زادمان بموقع
		۱۵/۵		۷		زادمان زودرس
		۹/۱		۵		زادمان دیررس

جدول (۲). مقایسه عوارض حاملگی و زایمان در خانمهایی که تعداد پنج زایمان و بیشتر داشته با خانمهایی که سابقاً کمتر از این تعداد زایمان داشته‌اند

ارزش آماری (Significance)	گروه ۲ (%) تعداد زایمان: ۵ و بیشتر	گروه ۱ (%) تعداد زایمان: ۰-۴	عارض
S*(P<0.05)	۱۵/۵	۷	زایمان زودرس
N.S.**	۹/۱	۵	زایمان دیررس
N.S.	۱۱/۸	۸	پارگی زودرس کیسه‌آب
N.S.	۱/۸	۱	دو قلویی
N.S.	۹/۱	۴	پراکلامپسی
S(P<0.001)	۲۱/۸	۲	کم خونی
N.S.	۴/۵	۱	مرگ داخل رحمی
	۱۰/۹	۲	فشار سیستولیک ۱۴۰-۱۵۰
S(P<0.01)	۶/۴	۳	۱۵۰-۱۶۰
	۴/۵	۱	بیشتر از ۱۶۰
	۱۱/۸	۵	فشار دیاستولیک ۹۰-۱۱۰
S(P<0.05)	۹/۱	۳	بیشتر از ۱۰۰
S(P<0.005)	۱۰	۱	خونریزی در حین زایمان
S(P<0.005)	۸/۲	۰	جدا شدن زودرس جفت
N.S.	۱/۸	۱	جفت سر راهی
S(P<0.05)	۲۵/۵	۱۴	سرارین
N.S.	۹/۲	۴/۵	خونریزی پس از زایمان
S(P<0.001)	۵۹/۱	۳۷	عارض مادری

Significant *

Not Significant **

جدول (۳)- مقایسه عوارض جنینی در خانمهایی که تعداد پنج زایمان و یا بیشتر داشته با خانمهایی که سابقاً کمتر از این تعداد زایمان داشته‌اند

ارزش آماری	گروه ۲ (%) تعداد زایمان: ۵ و بیشتر	گروه ۱ (%) تعداد زایمان: ۰-۴	ویژگیهای جنینی
N.S.	۳۱/۸	۲۲	زجر جنینی
S($P < 0.025$)	۲۳/۶	۱۲	مایع آمینوتیک آفته به مکونیوم
N.S.	۸/۲	۱۰	زجر جنینی بدون دفع مکونیوم
			نمۀ آپگار
S($P < 0.005$)	۲۲/۷	۸	کمتر از ۷ در دقیقه اول
	۷۷/۲	۹۲	بیشتر از ۷
S($P < 0.0001$)	۲۵/۵	۹	کمتر از ۹ در دقیقه پنجم
	۷۴/۵	۹۴	بیشتر از ۹
N.S.	۵	۴	تفایص جنینی
S($P < 0.05$)	۳۲/۵	۲۰	پیچیدشدن بند ناف به دور گردن جنین (یک دور بیشتر)
N.S.	۴/۵	۱	زایمان جنین مرده
S($P < 0.025$)	۷/۲	۱	مرگ و میر جنین و نوزاد
			وزن هنگام تولد
N.S.	۱۰	۵	کمتر از ۲/۵ کیلوگرم
S($P < 0.05$)	۱۶/۳۶	۷	بیشتر از ۴ کیلوگرم

جدول (۴)- مقایسه نحوه زایمان در خانمهایی که تعداد پنج زایمان و بیشتر داشته با خانمهایی که سابقه کمتر از این تعداد زایمان داشته‌اند

نحوه زایمان	تعداد زایمان: ۵ و بیشتر	گروه ۱ (%)	تعداد زایمان: ۰-۴	گروه ۲ (%)	ارزش آماری
زایمان طبیعی		۸/۳		۷۱/۸	S
سازاری		۱۴		۲۵/۵	S
زایمان با واکیوم		۳		۱/۸	N.S.
زایمان با فورسپس		۰		۰/۹	N.S.
نمایش ته		۴		۱۰	S
نمایش صورت		۰		۲/۷	S
نمایش عرضی		۰		۰/۹	S
نمایش پیشانی		۰		۰/۹	S

REFERENCES

- Donald, IAN. (1986). The grandmultipara. In Practical Obstetric Problems, (5th ed.). (pp. 136-141).
- Feehey, JK. (1977). The problems of high parity. In Contemporary Obstetrics and Gynecology (pp. 132-136).
- Victoria, A. (1988). The grandmultipara. In A Textbook of Midwifery (pp. 34-35).
- Cunningham, & MacDonald. (1989). William's Obstetrics, (18th ed.). (pp. 416-420).
- Willison, JR, & Carrington, ER. (1987). Labor in multipara. In Obstetrics and Gynecology, (8th ed.). (p. 429).
- Howie, B. (1986). The elderly primigravida. In High Risk Obstetrics (p. 318-319).
- Mesharj, AA, & Desilva. (1990). Fetal macrosomia: Maternal risks and fetal outcome. *J. G. Obstet.*, 32, 3, 215-222.