

## بررسی عوامل مؤثر بر جفت سرراهی در زایمان های بیمارستان ولی عصر زنجان

دکتر داود سهرابی\*، دکتر فردین اسدی\*\*، مژگان شمس الدین\*\*\*

دریافت: ۸۶/۲/۲۲، پذیرش: ۸۶/۶/۲۴

### چکیده:

مقدمه و هدف: جفت سرراهی یک عارضه جدی حاملگی و اورژانس طب مامائی است که می تواند برای مادر و جنین ویا هردو کشنده باشد. هدف از این مطالعه تعیین عوامل مؤثر بر جفت سر راهی در زایمان های بیمارستان ولی عصر زنجان است. روش کار: این مطالعه به روش گذشته نگر توصیفی - تحلیلی بر روی ۱۲۸۳۴ مادر باردار بستری در بیمارستان ولی عصر زنجان در سال ۱۳۸۳-۱۳۸۱ انجام گرفته است. ابزار گردآوری اطلاعات از طریق پرسشنامه بوده است. نمونه گیری از نوع آسان بوده است و تمام پرونده هاییکه از نظر اطلاعات کامل بوده اند مورد مطالعه قرار گرفته اند. داده ها با استفاده از روش آماری pearson's Chi square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته اند. در مجموع ۹۳ مورد جفت سر راهی در زایمانها ثبت شد. و تعداد ۹۴۰ مورد افراد کنترل به صورت تصادفی انتخاب شد. نتایج: شیوع جفت سرراهی ۰/۷۲ درصد یعنی ۹۳ مورد در تعداد کل زایمانها ۱۲۸۳۴ مورد بوده است. تعداد زایمانها بطور چشمگیری در مادران دارای جفت سرراهی بیشتر بود ( $p < ۰/۰۰۱$ ). همچنین سابقه سزارین، سابقه سقط های الغایی و سابقه جفت سر راهی در زایمان های قبلی در گروه تجربی افزایش معنی داری را نشان می داد ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ). نوزادان باجنسیت مذکر، وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم در مادران باجفت سرراهی بیشتر بودند ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ). نوزادانی که از مادران با جفت سرراهی متولد شده اند آپگار دقیقه ۵ در ۲۴/۷ درصد موارد کمتر از ۷ بود ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ). نتیجه نهایی: زایمان های متعدد، سابقه سزارین و سقط قبلی می توانند از ریسک فاکتورهای مطرح در جفت سر راهی باشند.

کلید واژه ها: جفت سر راهی / حاملگی / عوامل مستعد کننده

\* استادیار گروه بافت شناسی و جنین شناسی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان (Sohrabidavood@yahoo.com)

\*\* استادیار گروه اطفال، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

\*\*\* کارشناس بخش بافت شناسی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

**مقدمه:**

جفت سر راهی یکی از موارد نادر از آنومالی های جفت می باشد که معمولا بطور کامل یا ناقص سوراخ داخلی گردن رحم را می پوشاند و مانع از زایمان طبیعی (واژینال) می شود.

یکی از عوامل موثر در خونریزی واژینال در تریمستر سوم حاملگی است (۱). شیوع جفت سر راهی در زنان باردار ۰/۸ - ۰/۳ درصد است. در دهه های اخیر یک روند افزایشی در فراوانی جفت سر راهی دیده می شود، شاید علت آن افزایش سن مادران باردار و افزایش سزارین است (۳،۲). اما هنوز اتیولوژی آن به خوبی شناخته نشده است. ولی ارتباطی بین عمل سزارین و جفت سر راهی وجود دارد (۱۰-۸). زایمان های مکرر (Multiparity) و سن بالای مادر نیز موجب افزایش جفت سر راهی می شود (۱۱،۱۷). عوامل دیگری نیز مانند سقط القایی (۱۴) و سزارین های قبلی (۱۵) سابقه جفت سر راهی (۱۶) و جنسیت مذکر جنین (۱۳) می تواند موجب افزایش جفت سر راهی شود. نتایج این مطالعات نشان می دهد که ریسک فاکتورها و شیوع جفت سر راهی در مادران باردار در دنیا یکسان نیست (۱۶ و ۱۴ و ۱۰). به همین علت ضرورت انجام پژوهش وجود داشت که تصمیم بر انجام آن گرفته شد.

**روش کار:**

جمعیت مورد مطالعه تمام زایمان های بیمارستان ولی عصر زنجان را از سال ۱۳۸۳ - ۱۳۸۱ شامل می شود. داده ها بر اساس پرونده های زنان موجود در آرشیو بیمارستان بوسیله پرسشنامه و توسط دانشجویان پزشکی جمع آوری گردید. پرونده های ناقص که بسیار محدود بودند حذف شدند. در مجموع ۹۳ مورد جفت سر راهی در زایمان ها ثبت شد و تعداد ۹۴۰ مورد (تقریبا ۱۰ برابر گروه شاهد) افراد کنترل به صورت تصادفی انتخاب شدند. متغیر های مورد مطالعه عبارتند از: سن مادر، (Mutiparity) یا زایمان های مکرر، سابقه سزارین،

پرفشاری خون حاملگی، سن بارداری، سابقه سقط القایی، سابقه دکولمان جفت، سابقه جفت سر راهی، مرگ و میر نوزادی و نمره آپگار در دقیقه پنجم و پذیرش در NICU، وزن نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ گرم، جنسیت نوزاد و نمایش غیر طبیعی جنین. آنالیز آماری به وسیله نرم افزار (SPSS Version 11.5) انجام شد. آزمون آماری متغیرهای طبقه بندی شده از طریق تست Chi-square Pearson's انجام شد. مرز استنتاج معنی دار بودن کمتر از ۰/۰۵ انتخاب گردید.

**نتایج:**

از ۱۲۸۳۴ مورد زایمان در طی دوره تحقیق ۹۳ مورد جفت سر راهی بودند. شیوع جفت سر راهی ۰/۷۲ درصد زنان باردار بود. سن متوسط زنان باردار دارای عارضه جفت سر راهی به طور چشم گیری بالاتر از زنان کنترل بود (۲۷ سال در مقابل ۲۳ سال،  $P < 0.01$ ). توزیع براساس گروه سنی افزایش معنی دار زنان با سن بالاتر از ۳۵ سال را در گروه تجربی نسبت به گروه کنترل نشان می داد (۲۵ درصد در مقابل ۱۰ درصد،  $P < 0.001$ ). فراوانی زنان چند بارزا بطور چشم گیری در گروه زنان با عارضه جفت سر راهی بیشتر بود (۷۸/۵ درصد در مقابل ۴۹ درصد؛  $P < 0.001$ ). افزایش معنی دار جفت سر راهی در زنانی که سابقه سزارین قبلی دارند نسبت به گروه کنترل دیده می شود ( $P < 0.0001$ ). در زنان گروه تجربی در مقایسه با گروه کنترل، افزایش فشار خون حاملگی معنی دار بود ( $P < 0.0001$ ). خطر داشتن زایمان زود رس در گروه تجربی نسبت به گروه کنترل افزایش معنی داری را نشان می دهد ( $P < 0.0001$ ). همچنین تعداد سقط القایی بطور چشم گیری در گروه زنان دارای جفت سر راهی بالا بود (۳۰/۱ درصد در مقابل ۵ درصد،  $P < 0.001$ ). زنان در گروه جفت سر راهی شواهدی مبنی بر سابقه جفت سر راهی قبلی داشتند ( $P < 0.0001$ ) (جدول ۱).

جدول ۱: عوامل مؤثر در جفت سر راهی (P Icenta Previa) در زایمان های بیمارستان ولی عصر (عج) زنجان در سال های ۱۳۸۱-۱۳۸۳

P Value	فاصله اطمینان		نسبت شانسی ( Odds Ratio )	گروه شاهد N=940		گروه تجربی N=93		عوامل خطر
	حد پایین	حد بالا		تعداد	%	تعداد	%	
<b>سن مادر</b>								
.۰/۰۰۱*	%۸۳	%۵۷	%۶۹	۷۹۹	%۸۵	۷۰	%۷۵	کمتر از ۳۵ سال
				۱۴۱	%۱۵	۲۳	%۲۵	بیشتر از ۳۵ سال
<b>پاریتی</b>								
.۰/۰۰۱*	-۰/۸۹	-۰/۶۷	-۰/۷۱	۴۸۰	%۵۱	۲۰	%۲۱/۵	اول زا
				۴۶۰	%۴۹	۷۳	%۷۸/۵	چند زا
<b>سابقه سزارین</b>								
.۰/۰۰۰۱*	۳۳/۴۱	۳/۹۱	۱۱/۵	۱۲۳	%۱۳/۱	۳۴	%۳۶/۵	دارد
				۸۱۷	%۸۷/۹	۵۹	%۶۳/۵	ندارد
<b>پرفشاری خون حاملگی</b>								
.۰/۰۰۰۱*	-۰/۹۲	-۰/۶۸	-۰/۷۲	۸۵	%۹	۱۴	%۱۵	دارد
				۸۵۵	%۹۱	۷۹	%۸۵	ندارد
<b>سن بارداری</b>								
.۰/۰۰۰۱*	۳۱/۲۲	۷/۷۹	۱۲/۵۸	۵۰	%۵/۴	۳۹	%۴۱/۹	کمتر از ۳۷ هفته
				۸۹۰	%۹۴/۶	۵۴	%۵۸/۱	بیشتر از ۳۷ هفته
<b>سابقه سقط القایی</b>								
.۰/۰۰۱*	-۰/۸۳	-۰/۵۷	-۰/۷۰	۴۷	%۵	۲۸	%۳۰/۱	دارد
				۸۹۳	%۹۵	۶۵	%۶۹/۹	ندارد
<b>سابقه جفت سر راهی</b>								
.۰/۰۰۰۱*	۷/۶۲	۵/۶۱	۵/۱۷	۴	%۰/۴	۲	%۲/۲	دارد
				۹۳۶	%۹۹/۶	۹۱	%۹۷/۸	ندارد

\* معنی دار در سطح ۰/۰۵

گروه تجربی = دارای جفت سر راهی  
گروه شاهد = فاقد جفت سر راهی

بستری بودند ( $P < 0.001$ ). نوزادان کمتر از ۲۵۰۰ گرم مادران دارای جفت سر راهی بطور چشم گیری بیشتر بودند ( $P < 0.0001$ ). فراوانی معنی دار نوزادان مذکر در گروه جفت سر راهی در مقایسه با گروه کنترل جلب توجه می کرد ( $76/6\%$  در مقابل  $51/2\%$ ،  $P < 0.0001$ ). درصد نمایش غیر طبیعی جنین به طور چشم گیری در گروه زنان جفت سر راهی بالاتر از گروه کنترل بود. ( $50/5\%$  درصد در مقابل  $9\%$  درصد،  $P < 0.0001$ ) (جدول ۲).

از نظر آماری مرگ و میر جنین و نوزاد در گروه جفت سر راهی در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی داری را نشان می دهد ( $19/2\%$  درصد در مقابل  $1/2\%$  درصد،  $P < 0.0001$ ). نوزادان مادران دارای عارضه جفت سر راهی به طور چشم گیری نمره آپگار دقیقه ۵ کمتری نسبت به گروه کنترل داشتند ( $P < 9/39$ ،  $P < 0.0001$ ). درصد نوزادان گروه تجربی در NICU بستری شده بودند در صورتی که فقط  $7/1\%$  درصد نوزادان گروه کنترل در آنجا

جدول ۲: عوارض نئوناتال جفت سرراهی (Placenta Previa) در زایمان های بیمارستان ولی عصر (عج) زنجان  
درسال های ۱۳۸۱-۱۳۸۳

P Value	فاصله اطمینان		نسبت شانسی ( Odds Ratio )	گروه شاهد N=940		گروه تجربی N=93		عوارض
	حدپایین	حدبالا		تعداد	%	تعداد	%	
.۰/۰۰۰۱*	.۰/۹۶	.۰/۷۱	.۰/۶۷	۱۱	%۱/۲	۱۸	%۱۹/۲	<b>مرده زائی</b> بلی
				۹۲۹	%۹۸/۸	۷۵	%۸۰/۸	خیر
.۰/۰۰۰۱*	.۰/۹۷	.۰/۷۴	.۰/۷۱	۲۵	%۲/۶	۲۳	%۲۴/۷	<b>آپگار دقیقه ۵</b> کمتر از ۷
				۹۱۵	%۹۷/۴	۷۰	%۷۵/۳	بیشتر از ۷
.۰/۰۰۰۱*	.۰/۸۳	.۰/۵۷	.۰/۷۰	۶۷	%۷/۱	۲۹	%۳۹/۹	<b>پذیرش در NICU</b> بلی
				۸۳۶	%۹۲/۹	۶۴	%۶۹/۱	خیر
.۰/۰۰۰۱*	۱۷/۵۱	۶/۵۴	۱۰/۷۱	۵۷	%۶/۱	۳۸	%۴۰/۹	<b>وزن نوزاد</b> کمتر از ۲۵۰۰ گرم
				۸۸۳	%۹۳/۹	۵۵	%۵۹/۱	بیشتر از ۲۵۰۰ گرم
.۰/۰۰۰۱*	۴/۰۶	۱/۰۷	۲/۰۸	۴۸۱	%۵۱/۲	۶۲	%۷۶/۶	<b>جنسیت نوزاد</b> مذکر
				۴۵۹	%۴۸/۸	۳۱	%۳۳/۴	مؤنث
.۰/۰۰۰۱*	۱۴/۲۱	۶/۵۲	۳/۰۵	۸۵	%۹	۴۷	%۵۰/۵	<b>نمایش جنین</b> طبیعی
				۸۵۵	%۸۱	۴۶	%۴۹/۵	غیر طبیعی

\* معنی دار در سطح ۰/۰۵

گروه تجربی = دارای جفت سرراهی

گروه شاهد = فاقد جفت سرراهی

### بحث :

هم خوانی دارد. نقش سابقه سقط، چه اختیاری و چه القایی در افزایش جفت سر راهی اثبات شده است (۱۷،۱۸). مکانیسم این که چگونه سقط های قبلی افزایش جفت سر راهی را زمینه سازی می کند می توان گفت آسیب های احتمالی آندومتر در طول سقط های مکرر می تواند مانع جایگزینی موفق جفت شود. در این پژوهش نیز افزایش معنی دار در افرادی که سابقه سقط القایی داشته اند از نظر جفت سرراهی وجود دارد. بعضی مطالعات رابطه بین جنسیت مذکر نوزادان و جفت سر راهی نشان می دهد (۱۵،۱۶). در این مطالعه نیز از نظر آماری تعداد نوزادان مذکر به طور معنی دار بیشتر است.

شیوع جفت سر راهی به طور متوسط ۰/۴ درصد می باشد که در جمعیت های مختلف بین ۰/۳ - ۰/۸ درصد متغیر است (۳،۵،۷). در این مطالعه شیوع جفت سر راهی ۰/۷۲ درصد محاسبه شد که با یافته های آن ها هم خوانی دارد. مطالعات زیادی در سراسر دنیا افزایش خطر ۵-۲ برابری جفت سر راهی در زنان با تاریخچه سابقه سزارین را تایید کرده اند (۱۰، ۵). در این مطالعه نیز فراوانی سابقه سزارین به طور چشم گیری در گروه جفت سر راهی بیشتر از گروه کنترل است به طوریکه موجب افزایش ۲/۵ برابری جفت سرراهی می شود و با مطالعات آن محققین

- nancy outcome. *J Matern Fetal Med* 2001;10:414-9.
5. Frederiksen M, Glassenberg R, Stika C. Placenta previa: a 22-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180(6 Pt1):1432-7.
  6. Iyasu S, Saftlas AK, Rowley DL, Koonin LM, Lawson HW, Atrash HK. The epidemiology of placenta previa in the United States, 1979 through 1998. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1424-9.
  7. Parazzini F, Dindelli M, Luchini L, La Rosa M, Potenza MT, Frigerio L, et al. Risk factors for placenta previa. *Placenta* 1994;15:321-6.
  8. Abu-Heija A, El-Jallad F, Ziadeh S. Placenta previa: effect of age, gravidity, parity and previous cesarean section. *Gynecol Obstet Invest* 1999;47:6-8.
  9. Hendricks MS, Chow YH, Bhagavath B, Singh K. Previous cesarean section and abortion as risk factors for Developing placenta previa. *J Obstet Gynaecol Res* 1999;25:137-42.
  10. Gilliam M, Rosenberg D, Davis F. The likelihood of placenta previa with greater number of cesarean Deliveries and higher parity. *Obstet Gynecol* 2002;99:976-80.
  11. Zhang J, Savitz DA. Maternal age and placenta previa: a population-based, case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:641-5.
  12. Gorodeski IG, Bahari CM. The effect of placenta previa localization upon maternal and fetal-neonatal outcome *J Perinat Med* 1987;15:169-77.
  13. Demissie K, Breckenridge MB, Joseph L, Rhoads GG. Placenta previa: preponderance of male sex at birth. *Am J Epidemiol* 1999;149:824-30.
  14. Wen SW, Demissie K, Liu S, Marcoux S, Kramer MS. Placenta previa and male sex at birth: results from a population-based study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:300-4.
  15. Dra\_anež A. Perinatal mortality in Republic of Croatia in the year 2001. *Gynecologia et Perinatologia* 2002;11:1-13.
  16. Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM, Santos-Ramos R, Twickler DM. Persistence of placenta previa according to gestational age at ultrasound Detection. *Obstet Gynecol* 2002;99(5 Pt 1):692-7.
  17. Taipale P, Hiilesmaa V, Ylostalo P. Transvaginal ultrasonography at 18-23 weeks in predicting placenta previa at Delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998;12:422-5.
  18. Rasmussen S, Albrechtsen S, Dalaker K. Obstetric history and the risk of placenta previa. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:502-7.

Gorodeski و همکارانش خطرسابقه جفت سر راهی را ۶ برابر بیشتر نسبت به جمعیت عمومی زنان باردار یافتند (۱۲). یافته های این پژوهش نیز با افزایش تقریباً ۵ برابری نشان می دهد که با یافته های آنها هم خوانی دارد. زایمان پره ترم یکی از مشکلات جفت سرراهی است (۴). در این مطالعه ۴۱/۹ درصد زنان دارای عارضه جفت سر راهی بطور پره ترم زایمان کردند و یافته های این مطالعه با آنها هم خوانی دارد. نتایج این مطالعه و مطالعات قبلی نشان می دهد اگر زنان بالای ۳۵ سال داشته باشند و ۳ بار و یا بیشتر زایمان کرده باشند، با بالا بودن موارد سقط های قبلی و یا سزارین قبلی پزشک باید نسبت به عارضه ی جفت سر راهی مظنون گردد. با این زنان به محض این که بارداریشان تایید شد مشورت صورت گیرد. مانیتورینگ دقیق اینگونه بارداری های پرخطر با اهمیت است. مخصوصاً در مورد تست های اولتراسونوگرافی با دقت محل دقیق جفت در طول سه ماهه دوم بارداری مشخص شود.

#### نتیجه نهائی :

شیوع جفت سر راهی در بیمارستان ولی عصر (عج) زنجان مشابه دیگر مطالعات انجام شده است. زایمان های مکرر، سابقه سزارین؛ سابقه سقط های قبلی و سابقه جفت سر راهی از عوامل خطر برای جفت سر راهی می باشند. در افرادی که سابقه موارد ذکر شده را دارند باید احتمال جفت سر راهی را مد نظر قرارداد. زایمان های زودرس (LBW) مرگ و میر نوزادی و آپگار کمتر از ۷ در دقیقه ۵ در حاملگی های با جفت سر راهی بیشتر دیده می شود که با تشخیص زودرس جفت سر راهی می توان تمهیداتی در جهت کاهش این عوارض بکار برد.

#### منابع :

1. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KL, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. *Williams obstetrics*. 21st ed. New York (NY): McGraw Hill; 2001.
2. Crane JM, Van den Hof MC, dodds L, Armon BA, Liston R. Maternal complications with placenta previa. *Am J Perinatol* 2000;17:101-5.
3. Love CD, Wallace EM. Pregnancies complicated by placenta previa: what is appropriate management? *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:864-7.
4. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hershkowitz R, Katz M, Mazor M. Placenta previa: obstetric risk factors and preg-