

بررسی فراوانی جدا شدن زودرس جفت در زنان حامله مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی معتضدی کرمانشاه (۸۱-۱۳۸۰)^۱

فرنگیس کورکوهی*؛ سوسن حیدرپور*؛ خاور آملایی*؛ ثریا مهدوی*؛ دکتر منصور رضایی**

چکیده

سابقه و هدف: باتوجه به شیوع و عوارض شناخته شده مادری و جنینی جدا شدن زودرس جفت و عدم اطلاع آن در منطقه و نیز به منظور تعیین فراوانی جدا شدن زودرس جفت در زنان حامله مراجعه کننده به بیمارستان معتضدی کرمانشاه، این تحقیق طی سالهای ۸۱-۱۳۸۰ انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی کلیه زنان بارداری که با تشخیص قطعی جدا شدن زودرس جفت در بیمارستان معتضدی کرمانشاه بستری شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها فرم اطلاعاتی بود که با مراجعه به پرونده بیماران توسط محققین تکمیل گردید و شامل سؤالاتی در مورد مشخصات جمعیت شناختی (سن، شغل و تحصیلات) و مشخصات بارداری (سن حاملگی، تعداد بارداری ها، PROM و فشار خون مادر) بود.

یافته ها: در این پژوهش از میان ۱۴۴۳۳ مورد زایمانی که طی این مدت انجام شده بود، ۳۰۰ مورد جدا شدن زودرس جفت مشاهده گردید که شیوع آن ۲/۰۸ درصد تعیین شد. این تحقیق نشان داد که جدا شدن زودرس جفت، بیشتر در حاملگی های اول و دوم بوده است. در نمونه های پژوهش در ۱۳۲ خانم (۴۴ درصد) زایمان زودرس مشاهده شد و در ۱۵۳ مورد (۵۱ درصد)، جنین مرده متولد شده است.

نتیجه گیری: براساس یافته های پژوهش شیوع جدا شدن زودرس جفت بالاتر از میزان گزارش شده آن در دنیا بود که شاید به دلیل تفاوت در شیوع عوامل مستعد کننده این عارضه در جوامع مختلف باشد. پیشنهاد می شود برای مطالعات بعدی عوامل مساعد کننده جدا شدن زودرس جفت نیز مورد بررسی قرار گیرد.

کلیدواژه ها: جدا شدن زودرس جفت، فراوانی، کرمانشاه.

« دریافت: ۱۴/۹/۱۵ پذیرش: ۸۶/۱/۲۱ »

*اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی کرمانشاه

**استادیار آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

* عهده دار مکاتبات: کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی، تلفن: ۰۸۳۱-۸۲۶۰۱۸۳

Email: fkavarkoochi@yahoo.com

۱. این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی شماره ۸۲۰۵۲ دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می باشد.

مقدمه

بیشتر کشورهای پیشرفته مرگ بر اثر خونریزی دوران

بارداری هنوز قابل توجه است (۲).

شیوع جداشدن زودرس جفت در مکان‌های مختلف متفاوت است، چون معیارهای تشخیصی متفاوت هستند و بستگی به مراجعه به موقع مادر و تشخیص و ارایه خدمات پزشکی مناسب دارد (۱). با توجه به اهمیت سلامت مادران و نوزادان آن‌ها در جامعه و عدم اطلاع از فراوانی جداشدن زودرس جفت، این مطالعه در بزرگ‌ترین مرکز آموزشی درمانی معتضدی کرمانشاه که بیشترین مراجعه‌کننده در استان را دارا می‌باشد، انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این بررسی یک مطالعه توصیفی است و جامعه آماری آن را کلیه زنان حامله‌ای که طی سال‌های ۸۱-۱۳۸۰ به مرکز آموزشی درمانی معتضدی کرمانشاه مراجعه‌نموده بودند، تشکیل می‌داد. نمونه‌های پژوهش نیز زنانی بودند که در طول نیمه دوم حاملگی با خونریزی مهبل، درد و علائم بالینی، بستری شده بودند و با مشاهده لخته پشت جفت در حین زایمان طبیعی یا سزارین توسط عامل زایمان برای آن‌ها تشخیص جداشدن زودرس جفت مطرح شده بود.

برای گردآوری اطلاعات از فرم اطلاعاتی که شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، تحصیل و شغل) و اطلاعاتی در مورد مادر (سن حاملگی، تعداد حاملگی، پارگی زودرس کیسه آب و فشار خون بالا)، همچنین در مورد جنین و نوزاد (جنس نوزاد، وزن، سن جنینی و نمره آپکار) استفاده شد. اطلاعات به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جداشدن زودرس جفت از محل لانه‌گزینی آن قبل از زایمان جنین به نام‌های مختلف دکولمان جفت، کنده شدن زودرس جفت و خونریزی تصادفی نامیده می‌شود (۱). جداشدن زودرس جفت به چهار درجه مختلف تقسیم می‌شود که تاحدودی بستگی به میزان جداشدن جفت از دیواره رحم دارد (۲).

علت اصلی جداشدن زودرس جفت هنوز ناشناخته است، اما عواملی چون افزایش تعداد زایمان، افزایش سن مادر، فشارخون بالا، پارگی طولانی مدت کیسه آب، بند ناف کوتاه، چنذزایی، پایین توده بدنی قبل از حاملگی، پلی هیدرآمینوس، کمبود اسیدفولیک، تروما، گروه خون O+ مادر، مصرف سیگار و الکل و دیابت حاملگی به عنوان عوامل مؤثر بر آن گزارش شده است (۳ و ۴).

آمارهای متناقضی در مورد شیوع جداشدن زودرس جفت وجود دارد، شیوع این عارضه در بیمارستان پارکلند یک مورد در ۲۹۰ زایمان گزارش شده است (۱). Samel و همکاران شیوع آن را ۲/۴ درصد (۴) و دانش کجوری شیوع آن را ۱/۵-۰/۵ درصد (۶)، sarwar و همکاران شیوع آن را در دنیا یک درصد، در پاکستان ۷/۸ درصد و در کویت و عراق ۲ درصد گزارش نموده‌اند (۷). خطر جداشدن زودرس جفت در زنان بالای ۴۰ سال ۶/۲ درصد نسبت به زنان ۲۹-۲۵ ساله بیشتر بوده است و در زنان چندزا ۶۰ درصد نسبت به زنان نخست‌زا افزایش یافته بود (۸). این عارضه در ۵۰ درصد حاملگی‌های پره‌ترم و ۲۶ درصد حاملگی‌های ترم مشاهده شده است (۹). جداشدن زودرس جفت عامل یک‌چهارم مرگ‌های دوران بارداری است (۱۰). در

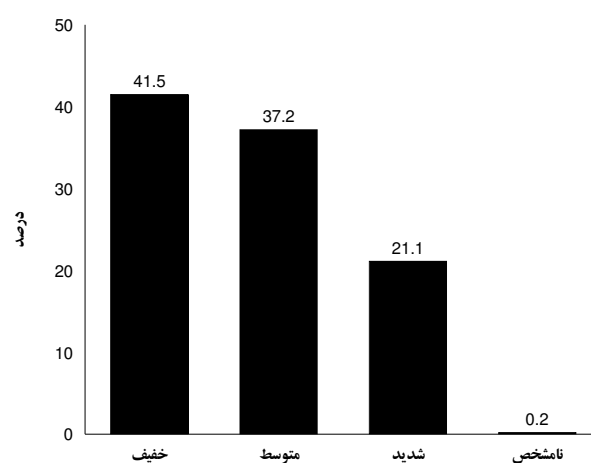
یافته‌ها

در این پژوهش ۱۴۳۳۳ پرونده بررسی شد که در ۳۰۰ مورد جدا شدن زودرس جفت مشاهده شد و بیشترین نوع آن جدا شدن زودرس جفت از نوع خفیف بود (نمودار ۱). محدوده سنی مادران ۱۶-۴۷ با میانگین سنی $26/5 \pm 6/13$ سال بود (جدول ۱) اکثریت این مادران خانه‌دار (۷۷/۷٪) و بقیه شاغل بودند.

تعداد حاملگی‌ها بین ۱ تا ۸ دفعه بود و حدود ۴۷/۲ درصد نمونه‌ها زایمان اول و ۲۱/۷ درصد زایمان دوم بودند. بیشتر مادران نیز بی‌سواد و فقط ۴ درصد تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند.

از مجموع حاملگی‌های ثبت شده در این مطالعه ۴۴ درصد زایمان زودرس و یک درصد زایمان دیررس داشتند (جدول ۲) و در ۸۶/۳ درصد از مادران روش ختم حاملگی آن‌ها سزارین بود، درحالی‌که فقط ۱۴/۳ درصد آن‌ها سابقه سزارین قبلی داشتند.

از آنجاکه یکی از علل مهم جدا شدن زودرس جفت فشار خون بالاست، در این پژوهش ۷/۶ درصد مادران



نمودار ۱- توزیع فراوانی انواع جدا شدن زودرس جفت در زنان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی معتمدی کرمانشاه

بر حسب شدت آن (۸۱-۱۳۸۰)

جدول ۱- توزیع فراوانی موارد جدا شدن زودرس جفت بر حسب سن

در زنان حامله مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی معتمدی

کرمانشاه (۸۱-۱۳۸۰)

سن	تعداد	درصد
۱۶-۲۰	۵۱	۱۷
۲۱-۲۵	۹۰	۳۰
۲۶-۳۰	۸۵	۲۸/۳
۳۱-۳۵	۴۸	۱۶
>۳۵	۲۶	۸/۷
جمع	۳۰۰	۱۰۰

جدول ۲- توزیع فراوانی موارد جدا شدن زودرس جفت بر حسب سن

حاملگی در زنان حامله مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی

معتمدی کرمانشاه (۸۱-۱۳۸۰)

سن حاملگی	تعداد	درصد
ترم	۱۶۴	۵۴/۸
پره ترم	۱۳۲	۴۴/۲
پست ترم	۴	۱
جمع	۳۰۰	۱۰۰

فشار خون مزمن داشتند و در ۵ درصد این مادران پراکلامپسی شدید مشاهده شد (جدول ۳). خوشبختانه با اقدامات درمانی مناسب مرگ مادری مشاهده نشد.

بیشتر نوزادان (۶۷/۷ درصد) نمره آپکار ۱۰-۷ داشتند و ۳ درصد نوزادان طی ۲۴ ساعت اول فوت نمودند و ۴۴ درصد نوزادان وزن زیر ۲/۵ کیلوگرم داشتند و ۶۴ درصد پسر بودند.

جدول ۳- توزیع فراوانی موارد جدا شدن زودرس جفت بر حسب فشار خون در زنان حامله مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی معتضدی کرمانشاه (۸۱-۱۳۸۰)

فشارخون	تعداد	درصد
پراکلامپسی شدید	۷	۲/۵
پراکلامپسی متوسط	۱۵	۵
پراکلامپسی خفیف	۱۱	۳/۶
فشارخون مزمن	۲۳	۷/۶
فشار خون طبیعی	۲۴۴	۸۱/۳
جمع	۳۰۰	۱۰۰

بحث

این پژوهش نشان داد شیوع جدا شدن زودرس جفت در مرکز مورد مطالعه ۲/۰۸ درصد می باشد. Sarwar و همکاران شیوع جدا شدن زودرس جفت را ۴۴ مورد در هزار زایمان یا به عبارتی ۴/۴ درصد گزارش نموده اند (۷)؛ همچنین samel و همکاران شیوع جدا شدن زودرس جفت را ۲/۴ درصد گزارش نموده اند (۴) که با نتایج حاضر هم خوانی ندارد؛ اما در این بررسی شیوع جدا شدن زودرس جفت یک مورد در ۴۸ زایمان بود، در حالی که در بیمارستان پارکلند ایالات متحده میزان شیوع جدا شدن زودرس جفت به طور متوسط یک مورد در ۲۰۰ تولد گزارش شده است (۱). با توجه به سایر مطالعات، مشاهده شده شیوع جدا شدن زودرس جفت در مطالعه حاضر بالاتر است که شاید به علت عدم مراقبت های صحیح دوران بارداری و توجه کمتر مادران باردار به توصیه های پزشکی باشد. از نظر توزیع سنی بیشترین درصد فراوانی جدا شدن زودرس جفت به گروه سنی ۲۱-۲۵ سال اختصاص داشت که کاملاً با یافته های بیشتر

مراجع و کتب هم خوانی ندارد (۱ و ۹). در این مطالعه فراوانی جدا شدن زودرس جفت در مادران نخست زای بالاتر بود؛ در حالی که pirtchard و همکاران (۱۹۹۱) و Ananth و همکاران معتقدند بروز فراوانی جدا شدن زودرس جفت با افزایش سن و تعداد حاملگی افزایش یافته است (۱، ۱۰ و ۱۱). پژوهش حاضر با سایر مطالعات هم خوانی ندارد که شاید به دلیل فراوانی بالای زایمان اول و دوم در زنان جامعه پژوهش باشد. چون در دو دهه اخیر به علت کنترل جمعیت و دسترسی بیشتر مادران به روش های پیشگیری از بارداری چند زایی که با افزایش سن همراه بوده، کاهش یافته است. یکی از عوامل مستعد کننده جدا شدن زودرس جفت، سیگار کشیدن مادران است (۱۰) که خوشبختانه در بررسی حاضر هیچ کدام از مادران سیگاری نبودند؛ همچنین در مطالعاتی که در سایر کشورها انجام گرفته است، گروه خونی O+ و جنین پسر با شیوع جدا شدن زودرس جفت همراه بوده است، اما دلیل منطقی برای این موارد ذکر نشده است (۱۴-۱۲) و با مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

اگرچه جدا شدن زودرس جفت یک عارضه مامایی و دارای مخاطراتی برای مادر و جنین اوست که علت آن ناشناخته است، ولی عامل زمینه ساز آن فشارخون بالای مادر است (۱۵). scott و همکاران گزارش نموده اند نیمی از موارد جدا شدن زودرس جفت با فشار خون بالا همراه است. Ananth و همکاران معتقدند که در برخی موارد این خطر تا ۳ برابر افزایش یافته (۱۳، ۱۵ و ۱۶) که با مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

Steruan و همکاران متذکر شدند نیمی از زایمان های زودرس با جدا شدن زودرس جفت همراه است (۹) همچنین Monon و همکاران گزارش نمودند جدا شدن

زودرس جفت علاوه بر افزایش زایمان زودرس در بیشتر موارد با نوزادان کم وزن همراه است (۱۱ و ۱۴).

Canada و همکاران گزارش نمودند ارتباط زیادی بین جدا شدن و زایمان زودرس جفت با مرگ نوزادان با وزن کم وجود دارد (۱۷ و ۱۸) که تقریباً با پژوهش ما همخوانی دارد.

Steran معتقد است اگر زایمان ۲۴ ساعت بعد از پاره شدن کیسه آب انجام شود، شیوع جدا شدن زودرس جفت افزایش می یابد (۹) و پارگی زودرس کیسه آب این خطر را ۳ برابر افزایش می دهد؛ همچنین در مطالعه انجام شده در ایالات متحده ارتباط شدید بین جدا شدن زودرس جفت و فشارخون بالا و پارگی زودرس کیسه آب مشاهده شده بود (۱۵).

جدا شدن زودرس جفت عامل ۰/۱ درصد مرگ مادران و ۱۵ درصد مرگ جنین گزارش شده است (۳) و

(۱۹) که خوشبختانه در مطالعه حاضر مرگ مادری مشاهده نشد و فقط ۳ درصد نوزدان در ۲۴ ساعت اول فوت نمودند.

نتیجه گیری

از آنجاکه جدا شدن زودرس جفت قابل پیش بینی نیست (۲۰)، لذا پیشنهاد می شود سیاست گزاران و مسئولین بر ارتقای کیفیت آموزش صحیح مادران در دوران بارداری تأکید بیشتر نمایند.

تشکر و قدردانی

نویسنده بر خود لازم می داند که از زحمات سرکار خانم مروی به خاطر جمع آوری اطلاعات و از کارکنان صدیق و زحمتکش بایگانی بیمارستان معتضدی که اطلاعات لازم را ارایه دادند، تشکر و قدردانی نماید.

Abstract:

Assessment of the Prevalence of Placental Abruption in Pregnant Women Referred to Motazedi Hospital, Kermanshah, (2001-2002)

Kavarkoohi, F.¹; Haydarpour, S.²; Amolae, Kh.³; Mahdavi, S.⁴; Rezaee, M.⁵

1. MS. faculty member, nursing & obstetrics college, Kermanshah University of Medical Sciences

2. MS. faculty member, nursing & obstetrics college, Kermanshah University of Medical Sciences

3. MS, faculty member, nursing & obstetrics college, Kermanshah University of Medical Sciences

4. MS. faculty member, nursing & obstetrics college, Kermanshah University of Medical Sciences

5. Ph.D., Assistant professor in Biostatistics, Kermanshah University of Medical Sciences

Background & Objectives: To determine the prevalence of placental abruption, due to its maternal & fetal known adverse outcomes, the present survey was carried out on pregnant women referred to the obstetric center of Kermanshah University of Medical Science (Motazedi hospital) in 2001_2002.

Materials and Methods: This study was a descriptive one, having surveyed all the inpatient pregnant women with a definite diagnosis of placental abruption. The instruments for gathering data was a checklist containing 32 items about demographic (Age, Job, Education) and gestational (the Age of Pregnancy, Pariety, PROM and Gestational Hypertension) characteristics.

Results: In this study, placental abruption was observed in 300 cases out of 14433 with the prevalence of 2.08%. This study shows a significant prevalence of placental abruption in the first and second delivery. 44% of deliveries were preterm and the age of pregnancy was under 37 weeks and 51% of them involved in still birth /dead fetus.

Conclusion: According to the findings of the research, the frequency of placental abruption was more than those of the other research, perhaps it is due to the difference in the frequency of the predisposing factors of this problem among other societies. For later studies, it is highly recommended to consider the predisposing factors for placental abruption.

Keywords: Placental Abruption, Frequency, Postpartum, Hemorrhage.

منابع

1. Cunningham F, Gant NF, Leveno KJ, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 22nd ed. USA: Appleton & Lange.2005, PP.819-30
2. Collins NY. Abruptio placenta. Nurse Eu 2004; 30:1-28
۳. ایان سیموندز، اودین مالکو سیموندزو. مبانی بیماری‌های زنان و مامایی (سیموندز). ترجمه: مریم اصغرnia؛ تهران: نشر پورسینا؛ سال ۱۳۸۰، صفحه: ۱۲۶
4. Shoham SE, Mallak VI, Hadar A, Gortzak U, Katz M, Mazor M. Placental abruption in term pregnancies: clinical significance and obstetric risk factor. J Matern Fetal Neonatal Med 2003; 13(1):45-9
5. Hughes SC, Lovinson G; Rosen MA. Anesthesia for obstetrics. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2001, P.364
۶. دانش کجوری مهوش. مامایی و مراقبت‌های مامایی. تهران: انتشارات بشری؛ سال ۱۳۷۸، صفحات: ۱۸-۱۷۸
7. Sarwar I, Abbasi AUN, Islam A. Abruptio placenta and its complications At Ayub teaching hospital Abbottabad. J Ayub Med Coll Abbottabad 2006; 18(1): 200-8
8. Anath CV, Wilcox AJ, Savitz DA, Bowes WA, Luther ER. Effect of maternal age and parity on the risk of uteroplacental bleeding disorders in pregnancy. Obstet Gynecol 1996, 88(4):511-6
9. Cabbe SG, Niebyl JR, Simpson J. Normal and problem pregnancy: obstetrics. 4th ed. Illustrated, 2002, PP.510-6
10. Ananth CV, Smulian JC, Demissie K, Vintzileos AM, Knuppel RA. Placental abruption among singleton and twin births in the United States: risk factor profiles. Am J Epidemiol 2001; 53(8):771-8
11. Lydon L, Easterling TR, Martin DP. First birth RM, Holt V cesarean and placental abruption and previa at second birth. J Obstet Gynecol 2007; 97(5): 765-9
12. Mishell DR, Goodwin TM, Brenner PF. Management of common problems: In: Obstetrics & Gynecology. Malden MA, editor. 4th ed. Blackwell; 2003; PP.141-4
13. Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth's obstetrics and gynecology. 4th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2003, P.407
14. Chin HG. Placenta abruptio oncall obstetrics & gynecology. 2nd ed. W.B. Saunders; 2001, PP.137-39
15. Ananth CV, Savis DA, Williams MA. Placental abruption and its association with hypertension and prolonged rupture of membranes: methodologics review and meta-analysis. Obstet Gynecol 2007; 88(2): 309-18
16. wayner L. Diagnosis and management of preeclampsia. Am Family physician 2004; 70(12): 1-2

17. Faiz AS, Demissie K, Ananth CV, Rhoads GG. Research examine risk factors for premature separation of the placenta among African-American in the USA. *Ethnicity Health* 2003; 6(3): 247-53
18. Ananth CV, Wilcon AJ. Abruptio and prenatal mortality in the United States. *Am J Epidemiol* 2007; 153(4): 332-7
19. Mistorich JJ, Krost WS, Daniel Limmer AS. Per hospital management of abruptio placenta and placenta previa: beyond the basics. *CEU Review from Obstetric Emergencies* 2007: 1-7