شیوع چند قلویی و عوارض منجر به بستری در نوزادان متولد بیمارستان شهید بهشتی و زایشگاه شبیه‌خوانی کاشان در سال ۸۰- ۱۳۷۹

دکتر زیبا مسیبی[1]، دکتر امیرحسین موحدیان[1]، دکتر سید بهمن میرطلایی[1]

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به اهمیت چندقلویی و عوارض و تأثیر آن بر مرگ و میر نوزادان چندقلو و عدم وجود آمار دقیقی از شیوع آنها در بین نوزادان این منطقه و هم‌چنین به علت نقش مداخله و درمان سریع عوارض جهت جلوگیری از پیامدهای درازمدت، این تحقیق در منطقه کاشان طی سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۰ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر به صورت توصیفی انجام گرفت. تمام نوزادان چندقلوی بستری شده در بخش نوزادان، مورد بررسی قرار گرفتند و داده‌ها سن حاملگی نوزاد، جنس، سن مادر، نوع عارضه منجر به بستری، وزن هنگام تولد، فصل تولد، مرگ و میر، سابقه خانوادگی چندقلویی و سابقه مصرف داروهای محرک تخمدانی در مادر، ثبت گردید.

یافته‌ها: در ۱۰۰۱۱ تولد زنده، ۱۴۲مورد (۱/۴۱درصد) دوقلویی، ۸مورد (۰/۰۷۹درصد) سه‌قلویی و ۱مورد (۰/۰۰۹درصد) چهارقلویی وجود داشت که تعداد ۵۸مورد (۴۰/۷۹درصد) دوقلو، ۵مورد (۶۲/۵درصد) سه قلوها و ۱مورد (۱۰۰درصد) چهارقلو بستری شدند. نارسی، شایع‌ترین دلیل بستری در دوقلوها (۷۴درصد) بود. میزان مرگ و میر در دوقلوها ۱۵مورد (۱۳/۵درصد) و در سه‌قلوها ۳مورد (۲۱/۴درصد) بود ولی در چهارقلوها مرگ و میر وجود نداشت. میزان مرگ یک‌قل براساس وزن تولد در نوزادان کمتر از ۱۵۰۰گرم ۲مورد (۴۰درصد)، در نوزادان ۲۵۰۰-۱۵۰۰گرم ۴مورد (۱۲/۲درصد) و در نوزادان طبیعی ۱مورد (۵درصد) و مرگ هر دوقل در نوزادان کمتر از ۱۵۰۰گرم ۳مورد (۶۰درصد) و در ۲۵۰۰-۱۵۰۰گرم ۱مورد (۳درصد) بود و در نوزادان طبیعی دیده نشد. بیشترین شیوع فصلی دوقلویی در فصل زمستان با ۳۹مورد (۲۷/۴درصد) بود.

نتیجه‌گیری: شیوع نارسی در چندقلوها بیشتر از آمارهای اعلام شده است و از آنجایی که نارسی مهم‌ترین علت پیش‌آگهی بد در نوزادان چندقلو است و به همراه وزن پایین موقع تولد مهم‌ترین علت مرگ و میر در چندقلوهاست، پیشگیری از زایمان زودرس پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: چندقلویی، دوقلویی، سندرم تزریق خون بین دوقلوها، نارسی، مرگ و میر، عوارض

۱- گروه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

مقدمه

میزان بروز دوقلویی در کل حدود $\frac{1}{89}$ حاملگی‌ها می‌باشد. و میزان آن به عوامل نژادی یا خانوادگی بستگی دارد. اگرچه میزان بروز بارداری‌های چندقلویی به خودی خود ثابت است، اما امروزه به علت درمان ناباروری با داروهای محرک تخمدانی، میزان بروز کلی آن در حال افزایش است. مشکلات بارداری‌های چندقلویی بیشتر از تک‌قلویی است و نوزدان چندقلو به میزان بیشتری در معرض عوارضی نظیر سندرم دیسترس تنفسی، اختلال رشد داخلی رحمی، انتقال خون یک قل به قل دیگر و ناهنجاری‌های مادرزادی هستند(۲،۱).

اکثر چندقلوها نارس به دنیا می‌آیند و به همین دلیل مرگ و میر تمامی آنها بیشتر از تک‌قلوهاست. پس به دلیل این پیش‌آگهی بد و باتوجه به مشکلات فوق که لازم است، تشخیص قبل از تولد آن الزامی است تا متخصصین زنان و اطفال بتوانند تولد نوزادان چندقلو را که در معرض خطر زیادی قرار دارند پیش‌بینی کنند و اقدامات لازم را هر چه سریع‌تر انجام دهند. هم‌چنین در حین مراحل زایمانی و در اوایل دوره نوزادی باید کنترل دقیقی صورت گیرد تا با درمان به موقع آسفیکسی، هیپوگلیسمی و سایر عوارض از ایجاد عوارض درازمدت جلوگیری شود(۳-۱). باتوجه به موارد فوق، روشن است که مداخله سریع قبل از زایمان، در حین مراحل زایمانی و اوایل دوره نوزادی باعث کاهش مرگ و میر، عوارض ناشی از چندقلویی، نارسی و کاهش میزان هزینه‌ها و کاهش زمان بستری شدن در چندقلوها می‌گردد. به همین منظور پژوهش حاضر برای تعیین فراوانی چندقلویی و عوراض منجر به بستری در نوزادان متولد بیمارستان شهیدبهشتی و زایشگاه شبیه‌خوانی کاشان طی سال‌های ۸۰-۱۳۷۹ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه آینده‌نگر می‌باشد که با بررسی تمامی نوزادان چندقلوی بستری شده در سال‌های مذکور انجام گرفت.

با استفاده از پرسش‌نامه اطلاعات مربوط به سن حاملگی، جنس، سن مادر، نوع عارضه منجر به بستری، وزن هنگام تولد، مرگ و میر، سابقه خانوادگی چندقلویی، فصل تولد و سابقه مصرف داروهای محرک تخمدانی در مادر جمع آوری و سپس به صورت شاخص‌های آماری توصیف گردید.

یافته‌ها

از ۱۰۰۱۱تولد زنده، ۱۴۲مورد (۱/۴۱درصد) دوقلو، ۸مورد (۰/۰۷۹ درصد) سه‌قلو و یک مورد (۰/۰۰۹ درصد) چهارقلو بودند. میزان بستری در دوقلوها ۵۸مورد (۴۰/۷۹درصد) که در۵۳ مورد (۹۱/۴ درصد) هر دوقل و در ۵مورد (۸/۶درصد) یک قل بستری شدند. میزان بستری در سه‌قلوها ۵مورد (۶۲/۵درصد) بود و یک مورد چهارقلو وجود داشت که همگی (۱۰۰درصد) بستری شدند.

در این مطالعه، شایع‌ترین عارضه در چندقلوها نارسی بود و ۸۴درصد دوقلوها و ۱۰۰درصد سه‌قلوها و چهارقلوها نارس به دنیا آمده بودند. در نوزادان چندقلو میزان زردی ۶۵/۸درصد، میزان سپتی‌سمی ۱۷/۸درصد و میزان هیپوگلیسمی ۲۱/۵ درصد بود (جدول ۱).

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

جدول ۱- توزیع فراوانی نوزادان عارضه‌دار بستری شده در بیمارستان شهید بهشتی و زایشگاه شبیه خوانی کاشان برحسب عارضه منجر به بستری و وضعیت چندقلویی، ۸۰-۱۳۷۹

چندقلوئی / عارضه	دوقلویی	سه قلویی	چهارقلویی	جمع
نارسی	(۸٤)۹٤*	(۱۰۰)۱٤	(۱۰۰)٤	(۸۷)۱۱۳
ایکتر	(٦٤)۷۲	(٦٤)۹	(۱۰۰)٤	(٦٥/۸)۸٥
سپتی سمی	(۱۸)۲۰	(۲۱/٥)۳	۰	(۱۷/۸)۲۳
هیپوگلیسمی	(۲۱/٥)۲٤	(۱٤)۲	۰	(۲۰)۲٦
هیپوکلسمی	(۸)۹	(۷)۱	۰	(۷/۷)۱۰
خونریزی گوارشی	(٤/٥)٥	۰	۰	(۲۷/۸)٥
بیماری هیالن	(۲۷)۳۰	(٤۳)٦	۰	(۲۷/۹)۳٦
تعویض خون	(۷/۲)۸	(۷)۱	۰	(٦/۹)۹
آسفیکسی	(٥/٤)٦	۰	۰	(٤/٦)۱
هیپوناترمی	(۰/۹)۱	۰	۰	۰/۷)۱
نارسایی مادرزادی آدرنال	(۰/۹)۱	۰	۰	(۰/۷)۱
منژیت	(۰/۹)۱	(۷)۱	۰	(۱/٥)۲
ناهنجاری قلبی	(۰/۹)۱	(۷)۱	۰	(۱/٥)۲
پنومونی	(۰/۹)۱	۰	۰	(۰/۷)۱
عفونت ادراری	(۱/۸)۲	۰	۰	(۱/٥)۲
خونریزی مغزی	(۱/۸)۲	۰	۰	(۱/٥)۲
DIC**	(۱/۸)۲	۰	۰	(۱/٥)۲
هیدرسفالی	(۰/۹)۱	۰	۰	(۰/۷)۱
NEC***	(۱/۸)۲	۰	۰	(۱/٥)۲
نارسایی کلیوی	(۱/۸)۲	(۷)۱	۰	(۲/۲)۳
خونریزی ریه	(۰/۹)۱	۰	۰	(۰/۷)۱
پنوموتوراکس	(۰/۹)۱	۰	۰	(۰/۷)۱
T.T.T.S****	(۱/۸)۲	۰	۰	(۱/٥)۲

*اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند
** Disseminated Intravascular Coagulation
*** Necrotizing EnteroColitis
**** Twin to twin Transfusion Syndrome

۱۰/۸درصد چندقلوها وزن کمتر از ۱۵۰۰گرم، ۵۷/٤درصد وزن کمتر از ۲۵۰۰گرم و ۳۱/۸درصد وزن طبیعی داشتند. سابقه خانوادگی دوقلویی فقط در یک مورد از نوزادان دوقلو وجود داشت.

بیشترین توزیع فصلی دوقلویی در فصل زمستان بود. میزان مصرف داروهای محرک تخمدانی (مانند کلومیفن) در مادران دوقلو ۲٦درصد، در سه‌قلو ٦۰ درصد و در چهارقلو ۱۰۰درصد بود. زایمان

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

طبیعی در ۳۷/۹درصد دوقلوها و سزارین در ۶۲/۱ درصد آنها انجام شده بود. میزان مرگ و میر نوزادان چندقلو ۱۸مورد (۱۳/۹درصد) بود.

میزان مرگ هر دوقل در نوزادان با وزن کمتر از ۱۵۰۰گرم ۶۰درصد و در نوزادان با وزن ۲۵۰۰-۱۵۰۰گرم ۳درصد بود ولی در نوزادان با وزن طبیعی مرگ و میر وجود نداشت(جدول ۲).

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی مرگ و میر نوزادان دوقلویی برحسب وزن تولد در بیمارستان شهید بهشتی و زایشگاه شبیه خوانی کاشان، ۸۰-۱۳۷۹

مرگ ومیر / وزن هنگام تولد	یک قل زنده یک قل مرده	هر دو قل مرده	هر دو قل زنده	جمع
طبیعی	۲ (۴۰)*	۳ (۶۰)	۰	۵ (۱۰۰)
پایین	۴ (۱۲/۲)	۱ (۳)	۲۸ (۸۴/۸)	۳۳ (۱۰۰)
بسیار پایین	۱ (۵)	۰	۱۹ (۹۵)	۲۰ (۱۰۰)
جمع	۷ (۱۲)	۴ (۷)	۴۷ (۸۱)	۵۸ (۱۰۰)

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

هم‌چنین میزان مرگ هر دوقل وقتی نارس بودند، ۸/۵درصد بود ولی وقتی نارس نبودند هر دوقل زنده ماندند. مرگ یک قل در نوزادان نارس ۱۲/۸درصد در مقابل ۹درصد در نوزادان رسیده بود (جدول ۳).

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی مرگ و میر نوزادان دوقلوئی عارضه دار برحسب سن حاملگی در نوزادان بستری در بیمارستان شهید بهشتی و زایشگاه شبیه خوانی کاشان، ۸۰-۱۳۷۹

مرگ و میر / سن حاملگی	هر دو قل مرده	یک قل مرده یک قل زنده	هر دو قل زنده	جمع
پره ترم	۴ (۸/۵)*	۶ (۱۲/۸)	۳۷ (۷۸/۷)	۴۷ (۱۰۰)
ترم	۰ (۰)	۱ (۹)	۱۰ (۹۱)	۱۱ (۱۱۰۰)
جمع	۴ (۶/۹)	۷ (۱۲)	۴۷ (۸۱/۱)	۵۸ (۱۰۰)

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

از نظر سنی ۹۳/۲درصد مادران سن ۱۸ تا ۳۷سال، ۳/۴درصد سن کمتر از ۱۸سال و ۳/۴ درصد سن بیشتر از ۳۷سال داشتند. شیوع دوقلویی در حاملگی اول ۴۱/۳درصد، در حاملگی دوم و سوم ۴۳/۱ درصد و در حاملگی بیش از سوم ۱۵/۵درصد محاسبه گردید.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

بحث

این تحقیق نشان می‌دهد که شیوع دوقلویی حدود ۱۴ در هزار تولد زنده است که در مقایسه با نتایج حاصل از مطالعات ژاپن به میزان ۶/۷ به ازای هر هزار زایمان (کمترین شیوع) و نیجریه به میزان ۴۰ در هر هزار زایمان (بیشترین شیوع) از حد متوسطی برخوردار است که می‌تواند موید اختلاف نژادی باشد(۴). شیوع دوقلویی در بیمارستان‌های مرجع $\frac{1}{25}$ تا $\frac{1}{100}$ نیز گزارش شده است(۵). در مطالعه‌ای در آدیس‌آبابا میزان دوقلویی در طی سال‌های ۸۵-۱۹۸۱ ۱ در ۴۱ زایمان بود(۶). در مطالعه **Hoffman** و همکاران در آلمان تعداد کل چندقلویی کاهش یافته است که علت آن را کاهش مولتی پاریتی دانسته‌اند(۷). شیوع سه‌قلوئی در این مطالعه ۱ در هر ۱۲۵۱ زایمان بود در حالی که میزان طبیعی آن تقریباً ۱ در هر ۷۹۲۱ زایمان است که خود می‌تواند دلیلی بر استفاده از داروهای محرک تخمدانی باشد. در این مطالعه یک مورد چهارقلویی نیز وجود داشت که حاصل مصرف داروی کلومیفن بود، لذا شیوع چهارقلویی حدود ۱ در ۱۰۰۰۰ می‌باشد که در مقابل میزان طبیعی آن (۱ در ۷۰۴۹۶۹) بیشتر است(۴).

میزان بستری شدن در دوقلوها ۴۰/۸درصد و در سه‌قلوها ۶۲/۵درصد می‌باشد که در مقایسه با نوزادان تک‌قلو که حدود (۵/۶درصد) بسیار بالاتر است(۳). این مطلب موید عوارض و خطرات بیشتر نوزادان چندقلویی است.

شایع‌ترین عارضه در چندقلوها، نارسی می‌باشد که در مطالعه ما ۸۴درصد دوقلوها و ۱۰۰درصد سه‌قلوها و چهارقلوها نارس به دنیا آمده‌اند. در مطالعات قبلی(۲) زایمان زودرس در چندقلوها را بین ۵۰-۳۰درصد و در تک‌قلوها ۵/۶درصد گزارش نموده‌اند. در یک مطالعه در دانشگاه **Dalhousie** ایالات متحده میزان تولد نوزادان نارس در دوقلویی از ۱۷/۵درصد به ۴۲درصد افزایش یافته است که علت آن را منوط به افزایش تعداد نوزادانی که زنده به دنیا می‌آیند و کاهش مرده‌زایی دانسته‌اند(۸). مطالب فوق نشانه شیوع بسیار بالای نارسی در این مطالعه می‌باشد که نیاز به بررسی علل زایمان زودرس و توجه بیشتر به مراقبت‌های زنان باردار چندقلو را می‌طلبد. در مطالعه نیلی و همکاران میزان نارسی در دوقلوها ۷۲/۵درصد بوده است که در ۱۱۷ زایمان دوقلو بررسی شده است(۹). در این مطالعه میزان زردی نوزادان چندقلو ۶۵/۸درصد می‌باشد، در حالی که باید بطور طبیعی(۳) در ۶۰درصد نوزادان رسیده و ۸۰ درصد نوزادان نارس در هفته اول تولد دیده می‌شود(۱). یکی از علل کمتر بودن میزان زردی این مطالعه را می‌توان به شروع فتوتراپی پروفیلاکسی هنگام تولد در نوزادان نارس با وزن خیلی کم مربوط دانست.

در مطالعه ما میزان سپتی‌سمی نوزادی است. در حالی که میزان آن را در مطالعات قبلی بین ۱۴-۱ در ۱۰۰۰ تولد زنده گزارش کرده‌اند(۱). این شیوع بالا موید این مطلب است که نارسی مهم‌ترین فاکتور نوزادی مستعدکننده به عفونت است و نوزادان نارس ۱۰-۳برابر بیشتر از نوزادان فول‌ترم در خطر آن هستند. ذکر می‌شود میزان سپتی‌سمی در قل اول بیشتر از قل دوم است لنل در این مطالعه چون ترتیب زایمان قل‌ها مشخص نبوده نمی‌توان آن را رد یا اثبات نمود.

در مطالعه نیلی و همکاران میزان سپتی‌سمی ۷درصد و شایع‌ترین جرم‌ها کلبسیلا و استاف طلایی بوده‌اند (۹). ولی در این مطالعه شایع‌ترین

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

جرم به ترتیب Ecoli، CONS و پسودوموناً بودند. در سه‌قلوها یک‌قل سپتی‌سمی داشت که همراه با پارگی زودرس پرده‌های مادر به مدت ۲۳ساعت بود. دو مورد عفونت دستگاه ادراری در مطالعه ما دیده شد که عامل هر دو **Ecoli** بود. میزان هیپوگلیسمی در این مطالعه ۲۱/۵درصد بود که در نوزادان کمتر از ۲کیلوگرم ۲۵درصد یا بیشتر و در کل نوزادان بین ۱۰ تا ۳۰درصد بود(٤).

سندرم تزریق خون بین دوقلوها در ۱/۸درصد موارد دیده شده که مبنای آن اختلاف هموگلوبین بیشتر از gr/dl ۵ یا اختلاف وزن دوقل بیشتر از ۲۰ درصد بود که با مقادیر مرجع (۱/۵درصد) هماهنگی دارد(۱). البته در مطالعه **Rausen** و همکاران ۱۹مورد از ۱۳۰ دوقلوی منوکوریون (۱٤/۵درصد) دچار این سندرم بودند(۲). میزان بیماری غشاء هیالن در این مطالعه ۲۷درصد بود که رابطه معکوس با سن حاملگی داشت. در مطالعه نیلی و همکاران میزان آن ۷۱/٤درصد و شایع‌ترین علت مرگ و میر بود(۹). این بیماری در۸۰-٦۰درصد نوزادان کمتر از ۲۸هفته جنینی و ۳۰-۱۵درصد نوزادان بین ۳۲ تا ۳٦ هفته و ۵درصد نوزادان بعد از ۳۷هفته و به ندرت در نوزادان ترم دیده می‌شود و حاملگی چندقلویی از عوامل خطرزای شناخته شده آن است(۱). علت اختلاف شاید به علت استفاده استرویید در نوزادان نارس و یا مشکلات همراه در این نوزادان است که به کاهش بیماری هیالن کمک می‌کند.

میزان آنتروکولیت نکروزان در این مطالعه ۱/۸درصد بود. میزان آن در مطالعه نیلی و همکاران ۱/٤درصد(۱۰) و در کتابهای مرجع بین ۵-۱درصد گزارش شده است(٤ و ۱).

میزان نارسی در دوقلوها ۸٤درصد است که در مطالعات جمعیت‌های مختلف بین ۵۰-۳۰درصد گزارش شده است، در مطالعه‌ای در بیمارستان پارکلند میزان نارسی را ٤۳درصد گزارش نموده‌اند که در سه‌قلوها به ۸۰درصد می‌رسید(۲). در مطالعه ما میزان نارسی در سه‌قلوها و یک مورد چهارقلو ۱۰۰درصد بود که این مطلب باز هم توجه بیشتری را می‌طلبد و بر پیشگیری از زایمان پیش از موعد می‌کند.

میزان مصرف داروهای محرک تخمدانی در مادران دوقلو ۲٦درصد و در سه‌قلو ٦۰درصد می‌باشد. آقای **Tupin** و همکاران میزان مصرف آن را در حاملگی‌های سه‌قلو در فرانسه ۵۰درصد گزارش نموده‌اند(۲). در مطالعه نیلی و همکاران میزان مصرف کلومیفن ۷/۵درصد، بارداری به طریقه IVF/۷۱درصد و از طریق **Microinjection** ۱/۷ درصد بوده است(۹). در مطالعه ما بارداری به دو روش اخیر وجود نداشت. با توجه به اینکه حاملگی‌های چندقلویی که در اثر القای تخمک‌گذاری به وجود می‌آیند با افزایش خطر ناهنجاری‌های جنینی مولتی فاکتوریال، کروموزومی و مندلی همراه هستند. احتیاط متخصصین زنان در این مورد الزامی است. در مطالعه ما بیشترین شیوع فصلی دوقلویی در فصل زمستان با ۳۹مورد (۲۷/٤درصد) بود. در مطالعه‌ای در آلمان بررسی فصلی چندقلویی طی دو دهه مشخص نموده است که کاهش چندقلویی در بهار بیشتر از سایر فصول است و شاید نقش نور بر هیپوتالاموس قابل بررسی باشد(۷). توزیع سنی دوقلویی نشان می‌دهد که ۳/٤ درصد مادران دوقلو سن کمتر از ۱۸سال، ۹۳/۲ درصد سن بین ۳۷-۱۸سال و ۳/٤درصد سن بیشتر

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

از ۳۷سال داشته‌اند، در آزمون فیشر مشخص شد که بین سن مادر کمتر از ۳۷سال و چندقلویی ارتباط وجود دارد (P=۰/٤۰۸). در مطالعه نیلی و همکاران(۹) بیشترین موارد بارداری دوقلویی در مادران ۱۸ساله بوده است(۵۲/۱درصد). میزان دوقلویی در ۳۷سالگی به حداکثر می‌رسد و Waterhouse ثابت نمود که حاملگی دوقلو در زنان کمتر از ۲۰سال که قبلاً حامله نشده‌اند یک‌سوم زنان ٤۰-۳۵ساله‌ای است که قبلاً صاحب چهار یا بیش از چهار فرزند شده‌اند(۲). علت این تفاوت می‌تواند به علت اختلاف در استعداد خانوادگی، نژاد، تغذیه، فصل، تعداد حاملگی‌ها و دفعات مقاربت باشد.

در بررسی ما میزان مرگ و میر در نوزادان دوقلو ۱۳/۹درصد و در سه قلو ۲۱/٤درصد بود ولی تنها در مورد چهارقلو مرگ و میر وجود نداشت. در بیمارستان پارکلند میزان مرگ در دوقلوها ٦ در ۱۰۰۰ (۲) و در مطالعه نیلی و همکاران ۱۳/۵درصد گزارش شده است(۹).

میزان مرگ و میر برحسب وزن تولد نشان می‌دهد که هرچه وزن کمتر باشد احتمال مرگ یک یا هر دوقل به طور مشخص افزایش می‌یابد. در مطالعات قبلی(۱) وزن پائین موقع تولد را مهم‌ترین علت مرگ و میر در حاملگی‌های چندقلویی دانسته‌اند. همچنین مرگ و میر برحسب سن حاملگی نوزاد نشان می‌دهد که در صورت نارسی خطر مرگ یک یا هر دوقل افزایش می‌یابد. در بررسی‌های قبلی(۲) نیز علت اصلی پیش‌آگهی بد در نوزادان چندقلو، نارسی است. در یک مطالعه در سوئد در طی سالهای ۹٦-۱۹۷۳ در سن حاملگی برابر میزان مرگ دوقلوها ٦ تا ۸ برابر تک‌قلوها(۱۰).

در مجموع نتیجه‌گیری می‌شود که میزان نارسی، وزن کم موقع تولد و در نتیجه سپتی‌سمی، هیپوگلیسمی و سایر عوارض در نوزادان چندقلو شایع‌تر است و این مسئله اهمیت توجه بیشتر به تشخیص قبل از تولد چندقلویی، مراقبت دقیق هنگام زایمان و بلافاصله پس از تولد، دقت بیشتر در هنگام معاینه این نوزادان و مهم‌تر از همه پیشگیری از تولد زودرس را می‌طلبد که به وسیله محدودیت فعالیت مادر، بستری شدن به موقع، استفاده از داروهای توکولیتیک، استفاده از استرویید قبل از تولد و سرکلاژ امکان‌پذیر می باشد.

REFERENCES:

1. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. 16th ed, WB.Saunders, 2000: 475-477,1702.

2. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ. William's Obstetrics. 21th ed, Mc Graw Hill, 2001: 762-806.

3. Fanaroff AA, Martin RJ. Neonatal-Perinatal Medicine. 16th ed, Mosby, 2002: 158-159,164-165,225,229,651,894,913,918.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

4. James DK, Steer PJ, Weiner CP. High Risk Pregnancy. 2nd ed, WB Saunders, 2000: 129-147.

5. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Obstetrics Normal and Problem Pregnancies. 4th ed, Livingstone, 2002: 827-835.

6. Korsak VS. Incidence and some perinatal problems of multiple pregnancies in a central referral hospital, Addis Ababa. Ethiop Med J 1989; 27(4): 217–21.

7. Hoffmann F. Seasonal variations in the incidence of the conception of multiple pregnancies in two centuries. Geburtshife Fravenheilkd 1987; 38(2): 125–30.

8. Joseph KS, Marcoux S, Oh Isson A, et al. Change in stillbirth and infant mortality associated with increase in preterm birth among twins. Pediatrics 2001; 108(5): 1055–61.

۹. نیلی فیروزه، طاهری شهاب. عوراض نوزادی دو قلوئی و مقایسه آن در دو نوزاد دو قلو. انتشارات سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، چاپ اول، سال ۱۳۸۰، صفحات ۱۲۵-۱۲۰.

10. Rydhstroem H, Heraib F. Gestational duration, and fetal and infant mortality for twins vs singletons. Twin Res 2001; 4(4): 227-31.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]