بررسی شیوع تولدهای چند قلویی و عوامل موثر بر آن در مراجعین مرکز پزشکی مهدیه تهران طی سال ۱۳۷۱

دکتر عصمت باروتی *

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شیوع چند قلویی و دخالت و نقش عوامل مختلف در بروز آن و به منظور تعیین شیوع تولدهای چند قلویی و عوامل مؤثر بر آن ، این تحقیق بر روی مراجعین به مرکز پزشکی مهدیه تهران در سال ۱۳۷۱ انجام گرفت.

مواد و روشها: تحقیق به روش توصیفی (Descriptive)بر روی ۱۱۷۷۵ مورد زایمان تک قلو و چندقلویی (CI) صورت پذیرفت و خصوصیات فردی خانمهای دارای زایمان چند قلویی ، روشهای پیش‌گیری‌از حاملگی ، نمایش‌های جنین، طول مدت حاملگی ، وزن جنین بررسی و ثبت شد و شیوع دوقلویی و فاصله اطمینانی آن محاسبه گردید.

یافته‌ها: شیوع زایمان دو قلویی ۶/۲ در هزار با اطمینان ۹۵ درصد و شیوع آن در جامعه حدود ۶/۷-۵/۹ در هزار برآورد می‌شود. خانم‌ها در سنین ۶/۸±۲۷/۷ سال با مرتبه زایمانی ۱/۹±۲/۳ بودند. دو قلویی دو تخمکی ۶۹/۴ و یک تخمکی ۳۰/۶ درصد ، زایمان قبل از ترم در ۳۶/۶ درصد و زایمان به روش سزارین در دو قلویی ۵۱/۳ درصد می‌باشد که در تک قلویی ۱۴/۷ درصد است . در نوزادان به دنیا آمده وزن زیر ۲۵۰۰ گرم در قل اول ۴۹/۳ درصد و در قل دوم ۵۰/۷ درصد می‌باشد.

نتیجه‌گیری: حاملگی چند قلویی به دلیل افزایش عوارض مادری ، جنینی و خطر زایمان زودرس و تولد نوزادان پره ماچور جز حاملگی‌های پرخطر (High Risk) محسوب گردیده و احتیاج به مراقبت‌های ویژه دوران بارداری به منظور کاهش عوارض آن دارد و پیش‌گیری‌از تولد نارس به دلیل عواقب سو این نوع تولدها باید یک اولویت ملی محسوب شود.

واژگان کلیدی: اپیدمیولوژی چند قلویی ، مرتبه زایمان ، روشهای پیشگیری ازبارداری

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی ، بیمارستان مهدیه

مقدمه

تولدهای چند قلویی از جمله مسایل مطرح در علم مامایی می‌باشد . شیوع حاملگی دو قلویی دو تخمکی متغیر است ولی شیوع دو قلویی تک تخمکی (Monozygotic) در سراسر جهان تقریباً ثابت و $\frac{1}{250}$ حاملگی‌ها می‌باشد (۱). در سالهای اخیر این آمار به علت استفاده از داروهای مختلف القای تخمک‌گذاری و افزایش سن متوسط مادران در حال تغییر است (۳ ، ۲) .

در صورت مراجعه خانم حامله مشکوک به دوقلویی و پس از تشخیص دو قلویی خدمات ویژه مراقبت‌های حاملگی و در حین زایمان ضروری می‌باشد و در صورت عدم تشخیص به موقع یا عدم دریافت خدمات مراقبت‌های ویژه، خطراتی برای مادر و جنین از نظر موربیدیتی و مورتالیتی به دنبال خواهد داشت. با توجه به شیوع متفاوت چند قلویی این سوال مطرح است که شیوع دوقلویی در کشور ما به چه میزان می‌باشد؟ و نقش عوامل مختلف از قبیل سن ، مرتبه حاملگی ، توارث و روشهای مختلف پیش‌گیری‌از حاملگی در بروز حاملگی چند قلویی چگونه است ؟ و بالاخره نقش حاملگی چند قلویی با سرانجام حاملگی چه می‌باشد؟ به دلیل این که گزارشات متفاوت از نقش عوامل به وجود آورنده چند قلویی و نیز چند قلویی در سرانجام حاملگی وجود دارد (۴)، نتیجه این تحقیق ضمن پاسخ به سه سوال مطرح فوق، می‌تواند در برنامه‌های آموزش ، درمانی و پیش‌گیری‌از عوارض ناشی از حاملگی چند قلویی مورد استفاده قرار بگیرد و در نهایت موجب ارتقای سلامت مادر و نوزاد گردد.

مواد و روشها

پژوهش حاضر در مورد شیوع و عوامل موثر بر حاملگی‌چند قلویی به روش توصیفی صورت پذیرفت. در این مطالعه تمامی خانم‌هایی که طی سال ۱۳۷۱ در مرکز پزشکی مهدیه تهران زایمان داشتند مورد بررسی قرارگرفتند ودر تولدهای چند قلویی خصوصیات سن ، مرتبه حاملگی ، سابقه دو قلویی ، قد، وزن مادر ، روشهای پیش‌گیری از حاملگی ، مصرف OCP و مدت قطع آن ، نوع نمایش‌های جنین ، طول مدت حاملگی ، وزن جنین هنگام تولد توسط متخصصین زنان و دستیاران مرکز بررسی و در فرم اطلاعاتی مخصوص این تحقیق ثبت گردید. شیوع دو قلویی در نمونه‌ها و فاصله اطمینان (Confidence interval) آن با احتمال ۹۵ درصد در جامعه برآورد شد.

یافته‌ها

طی سال ۱۳۷۱ تعداد ۱۱۷۷۵ مورد در مرکز پزشکی مهدیه زایمان انجام گرفت که تعداد زایمان به روش واژینال ۱۰۰۴۵ (۸۵/۳ درصد) و سزارین ۱۷۳۰ مورد(۱۴/۷ درصد) بود. از این تعداد مورد بررسی ۷۳ مورد زایمان چندقلویی وجود

داشت که شیوع زایمان انتظار میرود که چندقلویی در نمونه‌های مورد بررسی ۶/۲ در هزار بود. انتظار می‌رود که فاصله اطمینان (Confidence interval) این نوع زایمان‌ها با احتمال ۹۵ درصد در جامعه از حداقل ۵/۹ تا ۶/۷ در هزار باشد.

در این مطالعه ۱ مورد حاملگی سه قلویی در بین حاملگی چند قلویی بود و شیوع آن در چند قلویی ۱/۴ درصد و در کل زایمان‌ها ۸/۵ درصد هزار بود. سن خانم‌هایی‌که دارای زایمان دوقلویی می‌باشند، ۲۷/۷±۶/ سال بود. مرتبه زایمانی این افراد ۲/۳±۱/۹ است.

جدول ۱ـ توزیع سنی به تفکیک مرتبه زایمانی خانم‌های دارای حاملگی چند قلویی مرکز پزشکی مهدیه سال ۱۳۷۱

مرتبه زایمان / گروه سنی	مرتبه اول	مرتبه دوم	مرتبه سوم	مرتبه چهارم	مرتبه پنجم	مرتبه ششم	مرتبه هفتم	مرتبه هشتم	جمع	درصد تجمعی
۱۵-۱۹	۵	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶ (۸/۳)	(۸/۳)
۲۰-۲۴	۹	۱۰	۵	۲	۱	۰	۰	۰	۲۷ (۳۷/۵)	(۴۵/۸)
۲۵-۲۹	۱	۴	۷	۲	۰	۰	۰	۰	۱۴ (۱۹/۴)	(۶۵/۲)
۳۰-۳۴	۰	۱	۲	۱	۲	۲	۲	۰	۱۰ (۱۳/۹)	(۷۹/۱)
۳۵-۳۹	۰	۲	۰	۱	۲	۲	۳	۳	۱۳ (۱۸/۱)	(۹۷/۲)
۴۰-۴۵	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۰	۲ (۲/۸)	(۱۰۰)
جمع	۱۵ (۲۰/۸)	۱۸ (۲۵)	۱۴ (۱۹/۴)	۶ (۸/۳)	۵ (۷)	۵ (۷)	۶ (۸/۳)	۳ (۴/۲)	۷۲ (۱۰۰)	–
درصد تجمعی	(۲۰/۸)	(۴۵/۸)	(۶۵/۲)	(۷۳/۵)	(۸۰/۵)	(۸۷/۵)	(۹۵/۸)	۱۰۰	–	

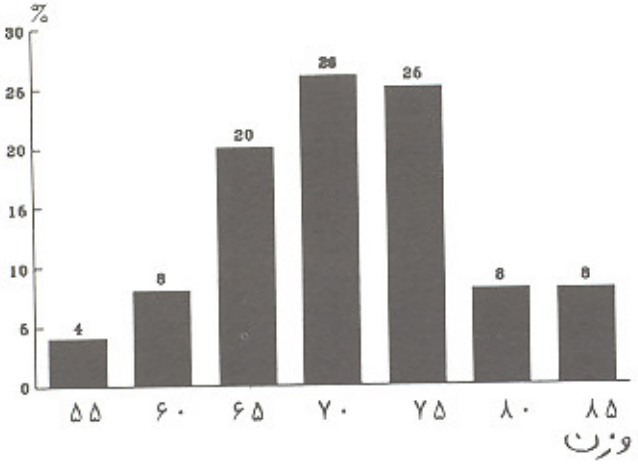
ملاحظه می‌گردد که ۳۵ درصد دو قلویی در خانم‌ها با مرتبه زایمانی ۴ و بیشتر بوده و دراین خانم‌ها که در محدوده سنی ۴۰-۳۵ سال قرار داشتند ، دو برابر بیشتر از خانم‌هایی مولتی‌پار ۲۰ سال ، دارای حاملگی چند قلویی بودند. از ۷۲ حاملگی دو قلویی در بررسی انجام گرفته ۵۰ مورد (۶۹/۴ درصد) دارای زایمان دو قلویی دو تخمکی و ۲۲ نفر (۳۰/۶ درصد) زایمان دو قلویی یک تخمکی داشتند. در جدول(۲) توزیع مادران دو قلویی دو تخمکی بر حسب سابقه دو قلویی ارایه شده است.

جدول ۲- توزیع سابقه حاملگی‌های دو قلویی در خانم‌های دارای حاملگی دو قلویی دو تخمکی در مرکز پزشکی مهدیه طی سال ۱۳۷۱

فراوانی	خانم‌هایی که خودشان حاصل دو قلویی بودند	خانمهایی‌که شوهرشان حاصل دوقلویی بودند	خانمهایی با سابقه دو قلویی در زایمانهای قبلی	سابقه دو قلویی در خانواده بیمار	سابقه دوقلویی در خانواده‌شوهر بیمار	جمع
تعداد	۲	۱	۲	۳۱	۱۴	۵۰
درصد	۴	۲	۴	۶۲	۲۸	۱۰۰

مشاهده می‌گردد خانم‌هایی که خودشان محصول دوقلویی باشند و یا سابقه دوقلویی در خانواده آنها بوده ، شانس حاملگی دو قلویی بیشتر دارند تا این که شوهرشان محصول دوقلویی و یا سابقه دوقلویی در خانواده شوهرشان بوده باشد. نما (MODE) قد خانم‌هایی که دوقلویی داشتند در گروه قد با ۱۶۵-۱۶۰ سانتی‌متر و نما وزن آنان ۷۵-۶۵ کیلوگرم بود که حدود ۵۰ درصد موارد را تشکیل داده است.

وزن‌نوزادهاهنگام‌تولددرجدول۳نشان‌داده شده است.



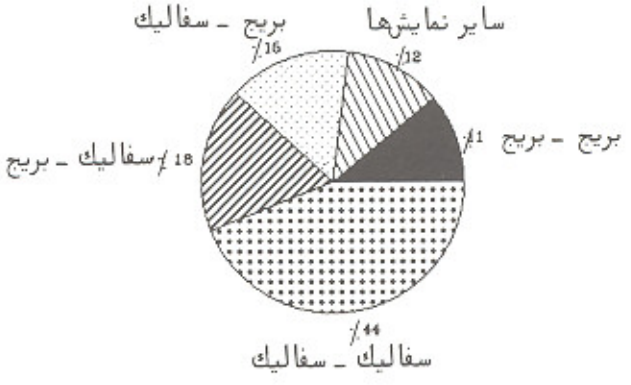
نمودار ۱- توزیع نسبی ۷۲ خانم با حاملگی دوقلویی بر حسب وزن در مرکز پزشکی مهدیه طی سال ۱۳۷۱

جدول ۳ـ توزیع وزن هنگام تولد در قل‌های اول و دوم در مرکز پزشکی مهدیه طی سال ۱۳۷۱

وزن هنگام تولد / قل‌ها	کمتر از ۲۰۰۰	۲۰۰۰-۲۵۰۰	بیشتر از ۲۵۰۰	جمع
اول	۱۸ (۲۵/۴)	۱۷ (۲۳/۹)	۳۶ (۵۰/۷)	۷۱ (۱۰۰)
دوم	۱۶ (۲۲/۵)	۲۰ (۲۸/۲)	۳۵ (۴۹/۳)	۷۱ (۱۰۰)

سندرم ترانسفوزیون جفتی (انتقال خون جفت از یک جنین به جنین دیگر) در یک مورد (۱/۴ درصد) مشاهده گردید.

از ۱۴۲ نوزاد دوقلویی ۷۴ نوزاد (۵۲ درصد) پسر و ۶۸ نوزاد (۴۸ درصد) دختر بودند و نمایش جنین آنها در نمودار (۲) ارایه شد.

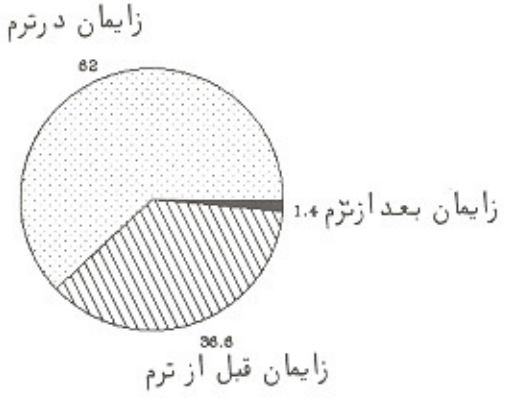


نمودار ۲ـ توزیع نوع نمایش جنین در ۷۲ حاملگی دوقلویی در مرکز پزشکی مهدیه طی سال ۱۳۷۱

در این پژوهش زایمان در حاملگی‌های دوقلویی ۵۱/۳ درصد به روش سزارین و ۴۸/۷ درصد به روش واژینال ملاحظه گردید.

از ۷۲ نمونه با حاملگی دوقلویی ۲۶ نفر (۳۶ درصد) نوع پیش‌گیری از حاملگی آنها استفاده از قرصهای پیش‌گیری خوراکی بوده که ۵۴ درصد از نوع قرص خوراکی با دوز کم (LD) و ۴۶ درصد از قرص خوراکی با دوز بالا (HD) استفاده می‌کردند. تحقیق نشان داد در ۲۳ درصد افراد فوق بعد از قطع قرص کمتر از ۶ ماه حاملگی دوقلویی داشتند که ۴۰ درصد بین ۶ ماه تا یک سال و جمعاً ۶۳ درصد بعد از یک سال از قطع قرص دارای حاملگی دوقلویی بودند.

در بررسی صورت پذیرفته طول مدت حاملگی دوقلویی ۶۲ درصد زایمان در ترم، ۳۶/۶ درصد قبل از ترم و ۱/۴ درصد بعد از ترم می باشد.



نمودار ۳ـ توزیع طول مدت حاملگی در ۷۲ مورد حاملگی دوقلویی در مراجعین به مرکز پزشکی مهدیه طی سال ۱۳۷۱

بحث

تحقیق نشان داد میزان شیوع زایمان‌های چند قلویی ۶/۲ در هزار می‌باشد. بررسی مختلف نشان داده است که شیوع حاملگی دوقلویی تک تخمکی (Monzgotic) در سراسر دنیا رقمی نسبتاً ثابت و در حدود ۱ در ۲۵۰ حاملگی می‌باشد، در صورتی که شیوع حاملگی دوقلو دو تخمکی (Dizyotic) تحت تاثیر عوامل مختلف قرار داشته و شیوع آن در مطالعات مختلف متغیر می‌باشد (۱).

قابل ذکر است که میزان شیوع زایمان‌های چند قلویی به دست آمده در مطالعه مربوط به زایمان‌های انجام شده بالای ۲۲ هفته حاملگی می‌باشد. القای تخمک گذاری ، احتمال هر دو نوع دوقلویی دو تخمکی و تک تخمکی را افزایش می‌دهد (۲،۴). شیوع حاملگی با جنین‌های متعدد بعد از درمان با گنادوتروپین‌ها ۲۰ تا ۴۰ درصد است (۵).

قرار دادن چند بلاستوسیت در داخل رحم مسئول افزایش شیوع بارداریهای چندقلویی می‌باشد که از بارورشدن در آزمایشگاه (IVF) ناشی می‌شود (۶).

افزایش سن مادر و افزایش تعداد زایمان‌ها نیز به عنوان عاملی در افزایش شیوع حاملگی‌های دوقلویی مد نظر قرار می‌گیرد. در مطالعه به عمل آمده ۳۵ درصد از دوقلویی ، در خانم‌های با مرتبه زایمانی چهار به بالا بوده و خانم‌هایی که مرتبه زایمانی ۴ به بالا در محدود سنی ۴۰-۳۵ سال دارند، دو برابر بیشتر از خانم‌های مولتی پار ۲۰ سال دارای حاملگی چندقلویی بودند. مطالعات مختلف نشان داده است شیوع دوقلویی در خانم‌های با مرتبه زایمانی ۱ بین ۱/۳ تا ۲ درصد می‌باشد. این نسبت در خانم‌هایی با مرتبه زایمانی چهار، ۲/۷ درصد و در مرتبه زایمانی شش و یا بیشتر ۶/۶ درصد است (۷).

قد و وزن مادر می‌تواند عامل موثری در میزان شیوع دوقلویی باشد (۱). در مطالعه حاضر بیشترین نسبت دوقلویی (۵۰ درصد) در افرادی که قدشان در محدوده ۱۶۵-۱۶۰ سانتی‌متر و بیشترین نسبت دوقلویی (۵۱ درصد) در بین مادرانی که وزن ۷۵-۶۵ کیلوگرم (۷۱ درصد) داشتند ، مشاهده گردید. در مطالعات مختلف شیوع زایمان‌های دوقلویی دو تخمی در خانم‌های کوچک اندام به مراتب کمتر از شیوع آن در خانم‌هایی با هیکل طبیعی یا چاق می‌باشد (۱).

عوامل ارثی و ژنتیکی در ایجاد حاملگی دوقلویی دو تخمی موثر هستند (۱) در این میان نقش ژنوتیپ مادری بیش از ژنوتیپ پدری اهمیت دارد. در بررسی مابیشترین نسبت دوقلویی در خانم‌هایی که سابقه مثبت دوقلویی در خانواده خود را داشتند ، دیده شد.

درصد جنس مذکر در انسان باافزایش تعداد جنین‌ها در بارداری کاهش می‌یابد. در پژوهش حاضر نسبت جنس مذکر به مونث ۵۲/۵ درصد می‌باشد (نسبت جنس مذکر به مونث ۱/۰۸) و این در حالی است که نسبت جنس مذکر در حاملگی‌های تک قلویی در همان سال ۵۴/۴ درصد برآورد گردیده

است. در یک مطالعه نسبت جنس مذکر به مونث را در تک قلویی ۵۳/۵ و در دوقلویی ۴۹/۵ بیان شد (۸). این تفاوت به علت تفاوت مرگ و میر بین دو جنین در دوران جنینی می‌باشد و همواره بقای جنس مونث بهتر از جنس مذکر است.

روش زایمان در حاملگی‌های دوقلویی در این مطالعه ۵۱/۳ درصد به روش سزارین و ۴۸/۷ درصد به روش واژینال صورت پذیرفت. میزان سزارین در موارد تک قلویی (۱۱۷۰۲ مورد) ۱۴/۷ درصد می‌باشد. در پژوهشی در بیمارستان Parkland در سال ۱۹۹۴ میزان سزارین در دوقلویی ۵۳ درصد و یک قلویی ۲۰ درصد گزارش گردید (۱).

شایع‌ترین عارضه‌ای که جنین دوقلو را تهدید می‌کند، زایمان زودرس است. طول متوسط حاملگی دوقلویی ۲۶۰ روز و در سه قلویی ۲۴۷ روز می‌باشد (۱). در تحقیق حاضر ۶۲ درصد زایمانها در ترم و ۳۶/۶ درصد قبل از ترم زایمان کردند که در مقایسه با حاملگی‌های تک قلو، حاملگی‌های دوقلویی ۴/۹ برابر بیشتر در خطر زایمان زودرس و نارس بودن جنین می‌باشند. در مطالعات مختلف تقریباً ۵۰ درصد دوقلوها در هفته ۳۶ یا قبل ازآن به دنیا آمده‌اند (۹). تشخیص به موقع حاملگی چند قلویی و تحت مراقبت‌های ویژه قرار دادن این نوع حاملگی‌ها و درمانهای مناسب و به موقع زایمانهای زودرس خطر بروز آن را به طور محسوس کاهش می‌دهد.

در مطالعه ما وزن زیر ۲۵۰۰ گرم قل اول ۴۹/۳ درصد و در قل دوم ۵۰/۷ درصد می‌باشد. در مطالعات انجام گرفته میزان شیوع وزن زیر ۲۵۰۰ گرم برای زایمان‌های دوقلویی بین ۶۳-۴۳ درصد بیان شده است(۱۰) که مهمترین علل وزن زیر ۲۵۰۰ گرم، زایمان قبل از ترم و تاخیر رشد داخل رحمی می‌باشد.

نتیجه‌گیری

از آنجایی که شانس زایمان زودرس و نوزاد پره ماچور و نمایش‌های غیرطبیعی و سزارین‌ها در حاملگی دوقلویی بیشتر می‌باشد، هم چنین حاملگی چند قلویی از عوامل خطر تاخیر رشد داخل رحمی است، توصیه می‌گردد در مراقبت‌های دوران بارداری با روش‌های مختلف موجود هر چه زودتر حاملگی دوقلویی تشخیص داده شده و به عنوان یک حاملگی پرخطر تحت مراقبت‌های ویژه دوران بارداری قرار گیرد تا میزان عوارض ناشی از این نوع حاملگی‌ها کاهش یابد.

تشکر و قدردانی

از تمامی بیماران، کارکنان و همکاران گرامی که در این تحقیق همکاری داشتند به خصوص از آقای مهندس ناصر ولایی، سپاسگزاری می‌گردد.

References:

1. Cuningh am FG. MacDonald PC. Gant NF. Williams Obstetrics. 20th ed. Connecticut: Appleton Lange; 1997: 864.
2. Rothman KY. Fetal loss, twinning and birth weight after oral contraceptive use. N Engl J Med. 1987; 297: 468.
3. Klein NA. Battaglia DE. Clifton DK. Bremner WJ. The gonadotropin secretion pattern in normal women of and vaned reprodective age in relative to the monotropic FSH rise. J Soc Gyneco Invest . 196; 3: 279.
4. Jewell SE. Yip R. Increasing trends in plural births in the United states. Obstet Gynecol. 1995; 85: 229.
5. Coleicler N. Campbell DP. The desire for multiple births in couples with infertility problems contradicts present practice patterns. Hum Reproc.1995; 10: 1079.
6. Evans MI. Goldberg JD. Domnergues M. Wapner RJ. Efficacy of second trimester selective termination for fetal abnormalities: international collaborative experience among the world's largest center. Am J Obstet Gynecol. 1994; 171: 90.
7. Azubuike JC. Multiple births in women. Br J obset Gynecol.1992; 89: 77.
8. Strandskov HH. Edelen EW. Siemens GJ. Analysis of the sex ratios among single and plural births in the total "white" and "colored" US population. Am J Phys Anthropol.1988; 4: 491.
9. Albrecht JL. Tomich PG. The maternal and neonatal outcome of triplet gestations: Am J Obstet Gynecol.1996; 174: 1551.