

بررسی برخی عوامل مؤثر در دکولمان جفت (Placental Abruptio) در زایمان‌های ترم بیمارستان ولی عصر زنجان در سال‌های ۸۲-۱۳۸۱

دکتر داود سهرابی^۱، دکتر لیلا مسگری^۲

تاریخ دریافت ۸۹/۱/۲۱ تاریخ پذیرش ۸۹/۲/۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: دکولمان جفت یکی از موارد مهم اورژانس طب مامایی و زنان است که اتیولوژی آن به‌خوبی شناخته شده نیست اما فاکتورهایی مانند مولتی پاریتی و PROM را در آن دخیل می‌دانند. هدف از این مطالعه تعیین برخی عوامل مؤثر در دکولمان جفت در مادران باردار می‌باشد. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه به روش گذشته‌نگر توصیفی - تحلیلی بر روی ۷۳۰۱ مادر باردار در بیمارستان ولی عصر زنجان با استفاده از پرسش‌نامه انجام گرفته است. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: مادران بالای ۳۵ سال در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی‌داری از نظر دکولمان جفت نشان می‌دهند ($P < 0/001$). در مادران مولتی پار در مقایسه با گروه کنترل افزایش دکولمان جفت معنی‌دار است ($P < 0/001$). ۵۲/۷ درصد مادران دارای سابقه سزارین بودند ($P < 0/001$). ۲۹ درصد آن‌ها دارای سابقه سقط جنین در بارداری‌های قبلی بودند که در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی‌داری را نشان می‌دهد ($P < 0/001$). ۱۲ درصد مادران دارای سابقه قبلی دکولمان جفت بودند آنالیز آماری نشان داد افزایش معنی‌داری از نظر دکولمان جفت در گروه تجربی وجود دارد ($P < 0/001$). ۲۳ درصد مادران دارای سابقه پارگی زودرس پرده‌های جنینی بودند ($P < 0/001$). ۱۱/۵ درصد مادران دارای فشار خون حاملگی بودند این افزایش در مقایسه با گروه کنترل معنی‌دار نبود.

بحث و نتیجه‌گیری: افزایش سن مادران، مولتی پاریته، سابقه سزارین و سابقه سقط القایی از عوامل خطرزا برای دکولمان جفت به حساب می‌آیند. شناسایی این عوامل می‌تواند کمک موثری برای این مادران باشد که مراقبت‌های ویژه‌ای نیاز دارند و بدین ترتیب می‌توان از خطرات آن برای مادر و جنین کاست.

کلید واژه‌ها: حاملگی، دکولمان جفت، جنین

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هشتم، شماره اول، بهار ۱۳۸۹، ص ۳۴-۲۹

آدرس مکاتبه: زنجان، شهرک کارمندان، دانشکده پزشکی، گروه بافت شناسی
تلفن: ۰۹۱۲۲۴۱۵۷۰۷
Email: sohrabidavood@yahoo.com

مقدمه

یکی از خطرناک‌ترین عوارض حاملگی، خون‌ریزی در تریمستر سوم بوده و از مهم‌ترین علل خون‌ریزی، دکولمان جفت می‌باشد. دکولمان جفت^۱ عبارت از جدا شدن جفت از محل اتصال خود قبل از شروع زایمان می‌باشد. دکولمان جفت یکی از شایع‌ترین علل شناخته شده مرگ و میر جنین است و در مواردی که با تاخیر درمان همراه باشد حتی سلامتی مادر نیز به خطر می‌افتد. شیوع آن در آمارها و گزارش‌های مختلف یکسان نیست. کارگارد^۲ در سال ۱۹۸۶ در سوئد شیوع آن را یک مورد در هر

^۱ استادیار گروه بافت شناسی و جنین شناسی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

^۲ پزشک عمومی

^۳ Placental Abruptio

^۴ Karegard

میزان خون ریزی در دکولمان جفت با افزایش پاریته افزایش می‌یابد (۱۶). مطالعات سیابانی در سال ۱۳۷۴ نشان می‌دهد مرده‌زایی در دکولمان جفت افزایش می‌یابد (۱۷). با توجه به این گزارش‌ها که در مواقعی نیز متناقض است ضرورت انجام این پژوهش وجود دارد که تصمیم بر انجام آن گرفته شد.

مواد و روش‌ها

این یک مطالعه گذشته نگر توصیفی - تحلیلی است. جمعیت مورد مطالعه از مادران بارداری که در سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ در بیمارستان ولی‌عصر زنجان زایمان کرده‌اند انتخاب شده است. به همین منظور پرسش‌نامه‌ای مبتنی بر هدف تهیه شده است و با مطالعه پرونده زایمان‌ها در بایگانی بیمارستان ولی‌عصر در مجموع ۷۳۰۱ پرونده کامل تشخیص داده شده است. تعداد محدودی از پرونده‌ها ناقص بودند و حذف شده‌اند. نمونه‌گیری از نوع آسان بوده است. بعد از ثبت اطلاعات و تکمیل پرسش‌نامه‌ها؛ داده‌ها با استفاده از نرم افزار اکسل در رایانه ثبت شده و با نرم افزار SPSS نسخه ۱۲ و روش آماری Pearson's chi square جهت تعیین معنی‌دار بودن دو گروه استفاده شده است. مرز استنتاج آماری ۰/۰۵ انتخاب شده است و نتایج به صورت جدول رسم شده است.

یافته‌ها

از مجموع ۷۳۰۱ مادر بارداری که زایمان کرده‌اند ۷۸ نفر دارای دکولمان جفت بوده‌اند. شیوع آن تقریباً یک درصد نشان می‌دهد. تشخیص دکولمان جفت توسط پزشک متخصص زنان و یا با استفاده از سونوگرافی بوده است. در سابقه هیچ‌کدام از آن‌ها میوم رحمی و سیگار کشیدن ذکر نشده بود. ۳۹ درصد مادران گروه تجربی سن بیشتر از ۳۵ سال داشتند، این افزایش در مقایسه با گروه کنترل معنی‌دار است ($P < 0/001$). ۶۴ درصد مادران مولتی پار (دارای زایمان‌های مکرر) بودند ($P < 0/001$). ۴۷/۳ درصد

زایمان گزارش داده‌اند (۱). هورد^۱ و همکاران در سال ۱۹۸۳ فراوانی آن را یک مورد در هر ۷۵ زایمان گزارش داده‌اند، آن‌ها همچنین مرگ و میر پری ناتال در اثر آن را ۳ درصد گزارش می‌دهند که نیمی از آن به صورت تولد جنین مرده و نیم دیگر به صورت مرگ و میر نوزادی است (۲). رون^۲ و همکاران در سال ۱۹۸۷ میزان مرگ و میر ناشی از دکولمان جفت را ۲۰ درصد گزارش دادند (۳). بر اساس گزارش سافلاس^۳ و همکاران در سال ۱۹۹۱ شیوع دکولمان جفت از سال ۱۹۷۹ تا سال ۱۹۸۷ به‌طور چشم‌گیری افزایش یافت ولی در سال‌های اخیر شیوع آن در حدود نیم درصد باقی مانده است (۴). علل اولیه دکولمان جفت چندان مشخص نیست ولی فاکتورهایی را در آن موثر می‌دانند. ابدلا^۴ و همکاران در سال ۱۹۸۴ گزارش دادند که شیوع آن در مادران مولتی پار بیشتر است (۵). مرگان^۵ و همکاران در سال ۱۹۹۴ گزارش دادند احتمال رخداد دکولمان جفت در مادران مبتلا به هیپرتانسیون بیشتر است (۶). میرسا^۶ و همکاران در سال ۱۹۹۹ گزارش دادند فراوانی دکولمان جفت در بارداری دوم نسبت به بارداری اول افزایش می‌یابد (۷). ادیبو^۷ و همکاران در سال ۲۰۰۷ شیوع دکولمان جفت را ۱۵ زایمان در هر ۱۰۰۰ زایمان گزارش کرده و می‌گویند ارتباط بین سزارین‌های قبلی و دکولمان جفت معنی‌دار است (۸).

روشازکا^۸ و همکاران در سال ۲۰۰۶ اشاره می‌کنند که ترمبوز نیز می‌تواند عاملی برای دکولمان جفت باشد (۹). مطالعات پیتاپورم^۹ در سال ۲۰۰۶ حاکی از آن است که در این مادران ۳/۵۶ درصد نوزادان پره ترم و ۶۵ درصد نوزادان آن‌ها وزن کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم دارند (۱۰). مطالعات یزدان پناه در سال ۱۳۷۵ نشان می‌دهد

¹ Hurd

² Krohn

³ Sftlas

⁴ Abdella

⁵ Morgan

⁶ Mirsa

⁷ Odibo

⁸ Prochazka

⁹ Pitaphrom

عوارض مهم دکولمان جفت مرگ و میر نوزادی در ۱۹ درصد نوزادان بود ($P < 0/0001$). ۱۰ درصد مادران دارای مرگ و میر داخل رحمی بودند ($P < 0/0001$). ۱۱ درصد نوزادان آن‌ها دارای آپگار پایین زمان تولد بودند ($P < 0/0001$). ۱۶ درصد مادران نوزاد پره ترم داشتند ($P < 0/01$) (جدول شماره ۲).

سن مادر مولتی پاریته و سابقه سزارین قبلی و دکولمان جفت و پارگی زودرس پره جنینی از مهم‌ترین عوامل خطر آفرین برای دکولمان جفت شناسایی شدند.

مادران سابقه سزارین داشتند ($P < 0/001$). گرچه افزایشی در فشارخون حاملگی این مادران وجود داشت ولی افزایش در مقایسه با گروه کنترل معنی‌دار نبود. ۱۲ درصد مادران دارای دکولمان در زایمان‌های قبلی بودند ($P < 0/001$). ۱۲ درصد مادران دارای سابقه دکولمان در زایمان‌های قبلی بودند ($P < 0/001$). سابقه پارگی زودرس پره جنینی در زایمان‌های قبلی از عوامل مؤثر در دکولمان جفت بوده است ($P < 0/001$). (جدول شماره ۱).

هیچ‌گونه ناهنجاری مادرزادی در نوزادان آن‌ها ذکر نشده بود. از

جدول شماره (۱): عوامل مؤثر در دکولمان جفت (Placental Abruption) در زایمان‌های بیمارستان ولی عصر (عج)

زنجان در سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۸۲

pvalue	فاصله اطمینان	نسبت شناس	گروه شاهد		گروه تجربی		عوامل خطر	
			درصد	تعداد	درصد	تعداد		
S=0/001	٪۸۳-۰/۵۷	٪۶۹	٪۷۹	۲۹۷	٪۶۱	۴۸	سن مادر < ۳۵ سال	
			٪۲۱	۸۱	٪۳۹	۳۰	سن مادر > ۳۵ سال	
S=0/001	٪۸۹-۰/۶۷	٪۷۱	٪۵۱	۱۹۹	٪۳۶	۲۸	اول زا	
			٪۴۹	۱۹۱	٪۶۴	۵۰	چندزا	
S=0/001	۳۳/۴۱-۳/۹۱	۲/۶۵	٪۳۷/۵	۱۴۶	٪۵۲/۷	۴۱	دارد	سابقه سزارین
			٪۶۲/۵	۲۴۴	٪۴۷/۳	۳۷	ندارد	
S=0/۵	٪۴۲-۲/۲۶	٪۹۲	٪۷/۷	۳۰	٪۱۱/۵	۹	دارد	پرفشاری خون حاملگی
			٪۸۲/۳	۳۶۰	٪۸۸/۵	۶۹	ندارد	
S=0/001	٪۸۳-۰/۵۷	٪۷۱	٪۵	۲۰	٪۲۹	۲۳	دارد	سابقه سقط القایی
			٪۹۵	۳۷۰	٪۷۱	۵۵	ندارد	
S=0/01	۳۲/۹۱-۴/۱۷	۱۲/۰۷	٪۱	۴	٪۱۲	۹	دارد	سابقه دکولمان جفت
			٪۹۹	۳۸۶	٪۸۸	۵۹	ندارد	
S=1/01	۲/۴-۱/۶	1/43	٪۱۱	۴۳	٪۲۳	۱۸	دارد	سابقه PROM
			٪۸۹	۳۷۴	٪۷۷	۶۰	ندارد	

گروه تجربی = دارای دکولمان جفت = Significant S

گروه شاهد = فاقد دکولمان جفت = NS= Not Significant

جدول شماره (۲): عوارض نئوناتال در دکولمان جفت (Placental Abruption) در زایمان‌های بیمارستان ولی عصر (عج)

زنجان در سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۸۲

عوارض گروه تجربی گروه شاهد نسبت شانس فاصله اطمینان P Value	(Odds Ratio) N=۷۸ N=۳۹۰	حد پایین حد بالا	% n % n
مرگ و میر نوزادی			
بلی	۱۵	۱۹	۱۱ % ۲/۵
خیر	۶۳	۸۱	۲۷۱ % ۹۷/۵
S ۰/۰۰۰۱ ۰/۹۶ - ۰/۷۱ ۰/۶۷			
مرگ و میر داخل رحمی			
دارد	۸	۱۰	۶ % ۱/۰
ندارد	۷۰	۹۰	۳۸۴ % ۹۹
S ۰/۰۰۰۱ ۰/۹۷ - ۰/۷۴ ۰/۷۱			
پذیرش در NICU			
بلی	۳۱	۴۰	۲۷ % ۷/۱
خیر	۴۷	۶۰	۳۶۳ % ۹۲/۹
S ۰/۰۰۱ ۰/۸۳ - ۰/۵۷ ۰/۷۰			
وزن نوزاد			
< ۲۵۰۰ گرم	۲۶	۳۴	۲۱ % ۶/۱
> ۲۵۰۰ گرم	۵۲	۶۶	۳۶۹ % ۹۳/۹
S ۰/۰۰۰۱ ۱۷/۵۱ - ۶/۵۴ ۱۰/۷۱			
نوزاد (Infant)			
ترم	۶۶	۸۴	۳۷۰ % ۹۵
پره ترم	۱۲	۱۶	۲۰ % ۵/۲
S ۰/۰۱ ۵/۶ - ۱/۶ ۳/۲			
آپگار دقیقه ۵			
کمتر از ۸	۷	۱۱	۸ % ۲/۶
بیشتر از ۷	۷۰	۸۹	۳۸۰ % ۹۷/۴
S ۰/۰۰۱ ۰/۹۷ - ۰/۷۴ ۰/۷۱			

گروه تجربی = دارای دکولمان جفت = Significant S

گروه شاهد = فاقد دکولمان جفت

بحث و نتیجه گیری

را یک درصد ذکر می‌کند (۱۱). مطالعه حاضر نیز شیوع آن را یک درصد نشان داده است که با یافته‌های آن محققان هم‌خوانی دارد. لندکوئیست^۲ و همکاران سن بالای مادر را یکی از علل موثر در دکولمان جفت می‌داند (۱۲). مولفین دیگری نیز چنین نظری دارند (۱۳). یافته‌های مطالعه کنونی با آن‌ها هم‌خوانی دارد. عبدالله و همکاران در سال ۱۹۸۴ گزارش دادند شیوع آن در مادران مولتی-پار بیشتر است میرسا و همکاران در سال ۱۹۹۹ گزارش می‌دهند فراوانی دکولمان جفت در بارداری دوم نسبت به بارداری اول

دکولمان جفت یکی از شایع‌ترین علل شناخته شده مرگ و میر جنین است و در مواردی که با تاخیر درمان همراه باشد حتی سلامتی مادر نیز به خطر می‌افتد. شیوع آن در آمارها و گزارش‌های مختلف یکسان نیست. کارگارد و همکاران در سال ۱۹۸۶ در سوئد شیوع آن را یک مورد در هر ۲۲۵ زایمان گزارش داده هورد و همکاران در سال ۱۹۸۳ فراوانی آن را یک مورد در هر ۷۵ زایمان گزارش داده‌اند. مطالعات اوپلس^۱ و همکاران شیوع آن

² Lindqvist

¹ Oyelese

اثبات شده است (۱۵). یافته‌های دیگر حاکی از این است که چگونه سقط‌های قبلی افزایش جفت سر راهی را زمینه‌سازی می‌کند (۱۶، ۱۵).

می‌توان گفت آسیب‌های احتمالی آندومتر در طول سقط‌های مکرر قابل توجیه است که می‌تواند مانع جایگزینی موفق جفت شود. در این پژوهش نیز افزایش معنی‌دار در افرادی که سابقه سقط القایی داشته‌اند از نظر جفت سر راهی وجود دارد. با مراجعه به نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت با نتایج آن‌ها موافق است. لذا با توجه به نتایج این پژوهش و نتایج قبلی می‌توان گفت با شناخت ریسک فاکتورهای دکولمان جفت و مدیریت و مراقبت صحیح از مادران در معرض خطر می‌توان از وقوع خطرات احتمالی کاست.

افزایش می‌یابد مطالعه کنونی نیز موافق یافته‌های آن‌ها است. از طرفی مطالعات ساروار^۱ و همکاران سابقه سزارین‌های قبلی را در دکولمان جفت مؤثر می‌دانند و دکولمان جفت را یکی از علل مرگ و میر داخل رحمی می‌دانند (۱۴). مطالعات مورگان و همکاران در سال ۱۹۹۴ نشان می‌دهد احتمال ایجاد کنده شدن زودرس جفت در مادران مبتلا به هیپرتانسیون بیشتر است. نتایج این مطالعه نیز افزایش دکولمان جفت را در اثر هیپرتانسیون ذکر می‌کند البته معنی‌دار نیست که شاید به علت ناکافی بودن نمونه باشد. فیوری و همکاران در سال ۲۰۰۶ سابقه سقط القایی و پارگی زودرس پرده‌های جنینی از ریسک فاکتورهای مهم برای دکولمان جفت به دست آوردند. نقش سابقه سقط، چه اختیاری و چه القایی در افزایش جفت سر راهی

References:

- Karegard M, Gensser G. Incidence and recurrence rate of abortion placenta in Sweden. *Obstet Gynecol* 1986, 67:523-8.
- Hurd WW, Midovnik M, Hertzberg V, Lavin JP. Selective management of abruptio placentae: a prospective study. *Obstet Gynecol* 1983, 61:467- 73.
- Krohn M, Voiget L, Mc Knight B. Correlates of placental abruption. *Br J Obstet Gynecol* 1987,94:333-40.
- Saftlas AF, Olson DR, Atrash HK, Rochart R, Rowlay D. National trends in the incidence of abortion placenta. *Obstet Gynecol* 1991, 78:1081-6.
- Abdella TN, Sibai BM, Hays JM, Anderson GD. Relationship of hypertensive disease to abruptio placentae. *Obstet Gynecol* 1984.63:365- 70.
- Morgan MA, Berkowitz KM, Thomas SJ
- Reimbald P, Quilligan EJ. Abruption placenta: prenatal outcome in normotensive and hypertensive patient. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:1595-9.
- Mirsa DP, Ananth CV. Risk factor profiles of placental abruption in first and second pregnancies: Heterogenous etiologies. *J Clin Epidemiol* 1999, 52:453-61.
- Odibo AO, Cahill AG, Stamilio DM, Stevens EJ, Peipert JF, Macones GA. Predicting placental abruption and previa in women with a previous cesarean delivery. *Am J Perinatol*. 2007; 24(5):299-305.
- Prochazka M, Lubusky M, Slavik L, Hrachovec P, Zielina P, Kudela M. Selected pregnancy variables in women with placental abruption. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2006 ;150(2):271-3.
- Pitaphrom A, Sukcharoen N. Pregnancy outcomes in placental abruption. *J Med Assoc*

¹ Sarwar

- Thai. 2006t; 89(10):1572-8.
11. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstet Gynecol* 2006; 108(4):1005-16.
 12. Lindqvist PG, Happach C. Risk and risk estimation of placental abruption. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 126(2):160-4.
 13. Sanchez SE, Pacora PN, Farfan JH, Fernandez A, Qiu C, Ananth CV, et al. Risk factors of abruptio placentae among Peruvian women. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196(3):15-19.
 14. Sarwar I, Abbasi AN, Islam A. Abruptio placentae and its complications at Ayub Teaching Hospital Abbottabad. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2006; 18(1):27-31.
 15. Fiori O, Verstraete L, Berkane N. Risk factors of abruptio placentae among Peruvian women. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194(1):225-30.
۱۶. یزدان پناه ج. تعیین میزان شیوع خونریزی‌های ناشی از پلاسنتا پرویوآدکولمان جفت در زنان حامله بستری در زایشگاه بهمن یزد دز طی سال‌های ۱۳۷۳-۷۴. پایان نامه، یزد، دانشگاه علوم پزشکی یزد، ۱۳۷۵، صفحات ۲۹-۱۴.
۱۷. سیابانی م. بررسی یک صد مورد دکولمان جفت و عوامل زمینه ای آن در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان معتضدی کرمانشاه. پایان نامه، کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۳۷۴، صفحات ۲۳-۲.