

# بررسی میزان شیوع و عوارض زایمانی چندزایی در زایشگاه‌های تهران

دکتر شیرین نیرومنش، استادیار گروه بیماری‌های زنان و مامایی و رئیس بیمارستان میرزا کوچک‌خان،  
دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
مریم مدرس، فوق لیسانس مامایی، دانشگاه تربیت مدرس

## *A Survey of Grandmultiparity Incidence and Complications in the Maternity Wards in Tehran*

### SUMMARY

This investigation aims to diagnose the incidence and complications of labor and delivery of grandmultiparity (GMP) in Tehran. The results obtained are as follows:

- 1) The incidence of high parity was 11%.
- 2) 47.3% of GMP women were within the age range of 14-16 years at their marriage time.
- 3) The infants of GMP women were born with lower apgar score than the infants of the control group.
- 4) The incidence of fetal distress was estimated up to 31.8%.
- 5) In 1.8% of cases, infants showed to have born with Down's syndrome.
- 6) Other congenital abnormalities showed no significant differences between the two groups.
- 7) The rate of stillbirth in GMP women was higher than that of the control group (4.5% vs. 1%).
- 8) Cesarean section performed in 25.5% of GMP women in comparison to 14.5% in control group.

### خلاصه

باتوجه به روند افزایش جمعیت در ایران و اثرات نامطلوب آن بر مسائل بهداشتی، فرهنگی، اجتماعی - اقتصادی و غیره بر آن

عوامل فرهنگی، عقیدتی و اجتماعی بر روی این مسأله تأثیر دارد و در کشورهای آسیایی و آفریقایی شیوع grandmultiparity بیشتر از سایر کشورها می‌باشد.

## بیماران و روشها

گروه مورد مطالعه از زنانی برگزیده شد که تعداد پنج زایمان و یا بیشتر را در تاریخچه خود ذکر می‌نمودند: این گروه از زنان از نظر عوارض مختلف مامایی مانند عوارض مادری و جنینی با گروه دیگر که تعداد زایمان (parity) صفر تا چهار را در سابقه خود ذکر می‌نمودند مورد مقایسه قرار گرفتند. مادران گروه مورد مطالعه و گروه شاهد از نظر عوامل (factors) مداخله‌کننده مانند فاکتورهای اجتماعی و سن به گونه‌ای مشابه برگزیده شدند: به این طریق که مادران از بیمارستانهای دولتی (۵ بیمارستان واقع در ۵ نقطه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تهران) انتخاب شدند. کمترین سن مادران GMP ۲۵ سال بود، به همین دلیل نیز گروه شاهد بطور تصادفی از مادرانی که ۲۵ سال و یا بیشتر سن و تعداد زایمان کمتر از پنج داشتند انتخاب گردید. تعداد نمونه‌ها از هر بیمارستان واقع در هر منطقه شهر تهران براساس تعداد متوسط زایمانهای روزانه برآورد شد. بطور تصادفی زایمانهای روزانه بیمارستانها مورد مشاهده و بررسی قرار گرفت. برای برآورد تعداد نمونه‌ها نیز ابتدا یک مطالعه مقدماتی صورت گرفته بود و براساس آن شیوع high parity در تهران تعیین شده بود. در جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه، مشاهده و اسناد و مدارک بیمارستانی استفاده گردید. هموگلوبین و هماتوکریت بیماران توسط آزمایشگاه هر بیمارستان قبل از زایمان تعیین شده بود. پس از جمع‌آوری اطلاعات، توسط کامپیوتر و با استفاده از package کامپیوتری SPSS، اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. علاوه بر عوارض زایمانی در این بررسی، تعدادی از عوارض دوران بارداری نیز که مربوط به زایمان می‌شود و تعدادی از عوامل مستعدکننده چندزایی نیز مورد مطالعه قرار گرفت.

شدیم تا عوارض مادری و جنینی و نوزادی حاملگیهای مکرر را در خانمهای شهر تهران بعنوان نمونه بررسی نمائیم تا در صورت مشخص شدن دقیق افزایش عوارض حاملگی در خانمهایی که برای بار ششم و یا بیشتر زایمان کرده‌اند، راههای مناسب برای پیشگیری از آن اتخاذ گردد.

در این بررسی، تعداد ۱۰۰۰ زایمان از پنج بیمارستان دانشگاهی شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت که شیوع GMP (grandmultiparity) (زایمان برای بار ششم و یا بیشتر) ۱۱٪ تشخیص داده شد. برای بررسی میزان عوارض، دو گروه از مادران یکی بعنوان GMP و دیگری بعنوان گروه شاهد مورد مقایسه قرار گرفتند. نتیجه کلی این بررسی این است که در این حاملگیها، عوارض جنینی مانند: نمایشهای غیرطبیعی، ماکروزومی (macrosomia)، وزن کم هنگام تولد، زجر (distress) جنینی، دفع مکنونیوم، مرگ و میر جنینی و نوزادی در گروه GMP نسبت به گروه شاهد بیشتر بود. در مورد مادران آمار نشان می‌دهد که این خانمها مراقبت دوران بارداری نداشته و در ۲/۲۸٪ موارد اصلاً مراقبت دوران بارداری نداشته‌اند. ۸/۲۱٪ از آنها از هیچ روش پیشگیری استفاده نکرده بودند و ۸۰٪ آنها بی‌سواد و در گروه سنی ۳۵-۴۰ سال بودند. دو مورد سندرم داون در این مادران مشاهده شد، ولی از نظر سایر ناهنجاریها تفاوت معنی داری با گروه شاهد نداشتند.

## مقدمه

GMP به مادری گفته می‌شود که تعداد پنج و یا بیشتر زایمان بیش از ۲۰ هفته حاملگی در تاریخچه زایمانی خود داشته باشد. Solomons اولین فردی بود که در بیش از پنجاه سال پیش واژه 'dangerous multipara' را برای این زنان بکاربرد. در مطالعات مختلف تعداد زایمان مورد قبول برای افراد با سابقه زایمان زیاد (high parity) متفاوت می‌باشد، بنابراین یک تعریف قابل قبول کلی برای این واژه وجود ندارد. شیوع high parity در کشورهای مختلف متفاوت است، زیرا

## نتیجه

گروه GMP بیشتر از گروه شاهد بود (۳۲/۵٪ در برابر ۲۰٪ از گروه شاهد).

ناهنجاریهای جنین در دو گروه تفاوت معنی داری نشان نداد، اما در مورد سندرم داون در گروه مورد مطالعه دو مورد مشاهده گردید که در گروه شاهد دیده نشد. پارگی زودرس کیسه آب (PROM)، پراکلامپسی، دوقلویی و جفت سرراهی هرچند در گروه مورد مطالعه نسبت به گروه شاهد افزایش نشان می داد اما تفاوت چندان قابل توجه نبود.

فشارخون سیستولیک و دیاستولیک مادران GMP بطور معنی داری ( $P < 0/01$ ) برای فشار سیستولیک و ( $P < 0/05$ ) برای فشارخون دیاستولیک) بیشتر بود. زایمان زودرس ۱۵/۵٪ در برابر ۷٪ از گروه شاهد دلیل بر خلاف اختلاف معنی داری ( $P < 0/05$ ) میان دو گروه بود.

زایمان دیررس (post-term) در گروه زنان GMP ۹/۱٪ و در گروه شاهد ۵٪ مشاهده شد که اختلاف معنی دار نبود (بیشتر از ۴۲ هفته).

جداشدن زودرس جفت با شیوع ۸/۲٪ اختلاف معنی داری ( $P < 0/005$ ) را با گروه شاهد نشان داد. شیوع سزارین در زنان گروه مورد مطالعه ۲۵/۵٪ و در گروه شاهد ۱۴٪ بود که از نظر آماری اختلاف معنی داری ( $P < 0/05$ ) بین دو گروه نشان داده شد. شایعترین علت سزارین در زنان گروه GMP نمایش غیرطبیعی breech (۲۵٪) و پس از آن تنگی واضح لگن (CPD) (۲۱/۴٪) و جداشدن زودرس جفت (۱۴/۳٪) و در گروه شاهد سزارین تکراری (۵۷/۱٪) بود. خونریزی پس از زایمان در ۹/۲٪ و در گروه شاهد در ۴/۵٪ موارد اتفاق افتاد. بیشترین علت خونریزی در زنان GMP آتونی رحمی بود که اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. هیچگونه مرگ مادری وجود نداشت. میزان مرگ جنینی در گروه مورد مطالعه ۴/۵٪ و در گروه شاهد ۱٪ بود که اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. تعداد سه مرگ نوزادی در همان روزهای اول بستری در بیمارستان در نوزادان مادران GMP اتفاق افتاد و مرگ و میر جنینی و نوزادی در روزهای اولیه نوزادی ۷/۲٪ در گروه مورد

از کتل ۱۰۰۰ زایمان مورد بررسی، تعداد ۱۱۰ زایمان (با شیوع ۱۱٪) مربوط به زنان GMP بود. ۸۰٪ از خانمهای GMP بی سواد، ۱۸/۲٪ سواد ابتدایی و ۱/۸٪ از آنان نیز سواد دبیرستانی داشتند. ۲۳/۶٪ هنگام ازدواج سن کمتر از ۱۴ سال و ۴۶/۲٪ آنها ۱۶-۱۴ سال داشتند. سن کم مادران در هنگام ازدواج خود از عوامل مساعدکننده برای چندزایی می باشد. در ۹/۱٪ از این مادران فاصله زایمان قبلی با آخرین زایمان ده سال و یا کمتر بود. ۲۱/۸٪ نیز از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نکرده بودند. سابقه مرگ فرزندان قبلی در آنان بیشتر از گروه شاهد بود. ۲۸/۲٪ در برابر ۲۱٪ از گروه شاهد در طول دوران بارداری خود تحت مراقبت prenatal قرارنگرفته بودند. تعداد کمتری از آنان در دوران بارداری خود آهن دریافت کرده بودند (۳۰/۹٪ در برابر ۶۰٪ از گروه شاهد). کمخونی در آنان بطور معنی داری بیشتر بود (۲۱/۸٪) و بین دریافت آهن در زمان بارداری و میزان هموگلوبین و هماتوکریت مادران بطور معنی داری رابطه مستقیم وجود داشت. در ۱۰٪ از این زنان در برابر ۴٪ از گروه شاهد، نمایش جنین در هنگام زایمان ته (breech) بود. قرار عرضی در ۰/۹٪، صورت در ۲/۷٪ و ابرو در ۰/۹٪ از موارد تشخیص داده شد، درحالیکه در گروه شاهد قرار عرضی و نمایش صورت و ابرو مشاهده نگردید. نمایش غیرطبیعی جنین ( $P < 0/005$ ) بطور معنی داری در این مادران افزایش نشان می داد. ماکروزومی جنین (XX) بطور معنی داری ( $P < 0/05$ ) در زنان GMP بیشتر بود، اما تولد نوزادان کم وزن (LBW) اختلافات معنی داری نشان نداد (۱۰٪ در برابر ۵٪ از گروه شاهد).

نمره آپگار (apgar) دقیقه اول و پنجم نوزادان این مادران بطور معنی داری ( $P < 0/005$ ) و ( $P < 0/0001$ ) کمتر از گروه شاهد بود. دفع مکونیوم جنین در مایع آمنیوتیک بطور معنی داری ( $P < 0/025$ ) برای دقیقه پنجم) در زنان GMP بیشتر از گروه شاهد بود. پیچیده بودن بند ناف به دور کردن جنین در هنگام تولد بطور معنی داری ( $P < 0/05$ ) در نوزادان زنان

نداشت (باید توجه نمود که استفاده از داروهای اکسی توکسیک بیشتر از معمول در این بیماران خطرناک می باشد) (۱).

محرومیت اقتصادی - اجتماعی، سن زیاد و در نتیجه اثرات فرسایشی حاملگیها و زایمانهای متعدد بر روی دستگاههای بدن از عوامل اتیولوژیک اساسی در بروز عوارض در زنان GMP می باشد (۲). چاقی، کار زیاد و خستگی، تغذیه نامناسب، کمبود ویتامین و پروتئین و دیواره شکمی شل در این زنان به مشکلات آنان می افزاید (۱).

در هنگام labor، ضعیف بودن انقباضات رحمی بدلیل شلی عضلات رحم، وجود قرار عرضی و سایر نمایشهای غیرطبیعی در رحم بزرگ این زنان و لیبر طولانی شده بدلیل ضعف انقباضات، ممکن است سبب obstructed labor و افزایش شیوع پارگی رحم شود. در دوران بستر نیز رحم بخوبی نمی تواند منقبض شود، بنابراین عروق خونی فشرده نشده و خونریزی پس از زایمان اتفاق می افتد. کمخونی بدلیل از دست دادن خون در زایمانهای مکرر ایجاد شده و در نتیجه کاهش مقاومت بدن، عفونتهای پس از زایمان ایجاد می گردد (۳). چسبندگیهای غیرطبیعی جفت به دیواره رحم و احتباس (retention) جفت در مرحله سوم زایمان در این زنان شایعتر است (۴). بطور کلی در زنان چندزا شیوع هیپرتانسیون و بیماری دژنراتیو عروقی بیشتر است، زیرا این بیماریها بیشتر در گروههای سنی مسن تر دیده می شوند (۵). برای این زنان فشارخون اساسی (essential hypertension) که پراکلامپسی (superimposed preeclampsia) بر آن اضافه گردیده بیشتر می باشد (۶).

علیرغم افزایش شیوع بیماری هیپرتانسیون، پراکلامپسی و اکلامپسی در زنان high parity شایع نمی باشد، ولی اثرات اکلامپسی بر روی آنان جدی تر می باشد و میزان مرگ و میر (mortality) مادران را افزایش می دهد (۱).

باتوجه به اثرات دیابتوزنیک ناشی از حاملگیهای مکرر، چاقی و رژیم غذایی در این زنان، استرسهای روحی، عفونتها و سن زیاد، اختلال متابولیسم کربوهیدرات در این مادران شایع می باشد.

مطالعه و ۱٪ در گروه شاهد برآورد شد که اختلاف از نظر آماری با ۰/۰۳۵ < P معنی دار بود. در مقایسه کل عوارض مادری با تعداد زایمان، زنان MP<sub>p</sub> و MP<sub>p</sub> کمترین عوارض زایمانی را داشتند. فاز زایمانی از دیلاتاسیون چهار سانتیمتر تا زمان کامل شدن آن در زنان GMP بطور متوسط ۳ ساعت و ۱۹ دقیقه طول کشید. در زنان NP (nullipara) گروه شاهد ۶ ساعت و ۰/۰۸ دقیقه و در زنان MP (با تعداد ۱-۴ زایمان) این مدت ۳ ساعت و ۴۰ دقیقه بطول انجامید که اختلاف بین گروه زنان مورد مطالعه و شاهد قابل ملاحظه نبود. طول مدت مرحله دوم زایمان در زنان GMP بطور متوسط معادل ۱۷/۹۸ (تقریباً ۱۸ دقیقه) در زنان NP، ۵۹/۳۸ و در زنان MP (با تعداد ۱-۴ زایمان) ۱۵ دقیقه و ۵۲ ثانیه محاسبه شد که اختلاف از نظر آماری با ۰/۰۵ < P معنی دار بود، یعنی طول مدت مرحله دوم زایمان در گروه مورد مطالعه از گروه شاهد که بطور متوسط ۳۷/۴۵ بود کمتر بود.

میزان شیوع بستن لوله ها پس از زایمان ۲۹/۰۵٪ بود که ۶۳/۸٪ از گروه مورد مطالعه و ۷۸/۶٪ از گروه شاهد را دربرداشت. بستن لوله ها پس از زایمان واژینال (در اوایل دوران بستر یا postpartum) در ۳۶/۲٪ از گروه مورد مطالعه و ۲۱/۴٪ از گروه شاهد با انجام عمل سزارین صورت گرفت.

## بحث

Solomons اشاره کرده که مرگ و میر مادران پس از زایمان پنجم با هربار زایمان افزایش می یابد و پس از زایمان دهم این مقدار پنج برابر می شود. در گروه مورد مطالعه ایشان علت مرگ در ۱/۶ موارد مربوط به پارگی رحم، در ۱/۶ موارد مربوط به جفت سرراهی و در ۱/۶ موارد نیز مربوط به فشار خون مزمن بود (۱). امروزه باتوجه به پیشرفتهای علمی در زمینه تشخیص و تکنیکهای جراحی، اداره زایمان در بیمارستانها بهبود پیدا کرده است. با تشخیص زودرس مشکلات زایمانی بویژه CPD و انجام عمل سزارین از پارگیهای رحمی در مادران باردار کاسته شده است. در مطالعه فوق هیچ موردی از پارگی رحمی وجود

زایمان که از خطرات صدمه جنینی به‌شمار می‌آید در این زنان بیشتر است (۷). با توجه به مشکلات فوق، آگاه کردن مادران به روشهای تنظیم خانواده بویژه بستن لوله‌ها پیشنهاد می‌گردد و چون این زنان در گروه زنان پرخطر (*high risk*) قرار می‌گیرند، مراقبت دوران بارداری دقیق (*prenatal care*) و مصرف آهن در طول بارداری و تعیین هماتوکریت و هموگلوبین برای جلوگیری از آنمی توصیه می‌گردد.

یک درصد همه زنان باردار و ۶٪ زنان *GMP* در دوران بارداری خود دچار دیابت حاملگی (*gestational diabetes*) می‌شوند، بنابراین رسیدگی بیشتر به زنان *high parity* مقلات به نظر می‌رسد (۲).

دیابت مادر، چاقی، *high parity* و همچنین *post-maturity* نیز از خطرات اساسی مادری برای ماکروزومی محسوب می‌شوند. لیبر طولانی شده و زایمان غیرطبیعی (*dystocia*) بدلیل بزرگی جنین و صدمه به نوزاد در هنگام

جدول (۱) - مقایسه ویژگیهای خانمهایی که تعداد پنج زایمان و یا بیشتر داشته با خانمهایی که سابقه کمتر از این تعداد زایمان داشته‌اند

عوامل	گروه ۱ (%) تعداد زایمان: ۴-۰	گروه ۲ (%) تعداد زایمان: ۵ و یا بیشتر	$X^2$	ارزش آماری
سن مادر (سال)			۷۸/۵	۰/۰۰۰۱
کمتر از ۳۰	۶۵	۱۰/۹		
۳۰-۳۵	۲۴	۲۷/۳		
۳۵-۴۰	۱۰	۲۷/۳		
بیشتر از ۴۰	۱	۱۴/۵		
میزان تحصیلات			۴۰/۶۸	۰/۰۰۰۱
بی سواد	۴۴	۸۰		
ابتدایی	۱۸/۲	۲۵		
دبیرستان	۱/۸	۱۷		
دیپلم	۱۴	۰		
سن ازدواج (سال)			۴۴/۰۷	۰/۰۰۰۱
کمتر از ۱۴	۶/۴	۲۳/۶		
۱۴-۱۶	۲۱/۳	۴۶/۲		
۱۶-۱۹	۳۹/۴	۲۴/۵		
بیشتر از ۱۹	۳۳	۵/۷		
سن حاملگی			۱۰/۱۴۵	۰/۰۰۲ ۰/۰۱
زایمان بموقع	۸۸	۷۵/۵		
زایمان زودرس	۷	۱۵/۵		
زایمان دیررس	۵	۹/۱		

جدول (۲) - مقایسه عوارض حاملگی و زایمان در خانمهایی که تعداد پنج زایمان و یا بیشتر داشته با خانمهایی که سابقه کمتر از این تعداد زایمان داشته‌اند

عوارض	گروه ۱ (%) تعداد زایمان: ۰-۴	گروه ۲ (%) تعداد زایمان: ۵ و یا بیشتر	ارزش آماری (Significance)
زایمان زودرس	۷	۱۵/۵	S*(P<۰/۰۰۵)
زایمان دیررس	۵	۹/۱	N.S.**
پارگی زودرس کیسه آب	۸	۱۱/۸	N.S.
دوقلوبی	۱	۱/۸	N.S.
پراکلامپسی	۴	۹/۱	N.S.
کمخونی	۲	۲۱/۸	S(P<۰/۰۰۰۱)
مرگ داخل رحمی	۱	۴/۵	N.S.
فشار سیستولیک ۱۴۰-۱۵۰	۲	۱۰/۹	S(P<۰/۰۱)
۱۵۰-۱۶۰	۳	۶/۴	
بیشتر از ۱۶۰	۱	۴/۵	
فشار دیاستولیک ۹۰-۱۰۰	۵	۱۱/۸	S(P<۰/۰۰۵)
بیشتر از ۱۰۰	۳	۹/۱	
خونریزی در حین زایمان	۱	۱۰	S(P<۰/۰۰۵)
جداشدن زودرس جفت	۰	۸/۲	S(P<۰/۰۰۵)
جفت سرراهی	۱	۱/۸	N.S.
سزارین	۱۴	۲۵/۵	S(P<۰/۰۰۵)
خونریزی پس از زایمان	۴/۵	۹/۲	N.S.
عوارض مادری	۳۷	۵۹/۱	S(P<۰/۰۰۱)

Significant \*

Not Significant \*\*

جدول (۳)- مقایسه عوارض جنینی در خانمهایی که تعداد پنج زایمان و یا بیشتر داشته با خانمهایی که سابقه کمتر از این تعداد زایمان داشته‌اند

ارزش آماری	گروه ۲ (%) تعداد زایمان: ۵ و یا بیشتر	گروه ۱ (%) تعداد زایمان: ۰-۴	ویژگیهای جنینی
N.S.	۳۱/۸	۲۲	زجر جنینی
S(P<۰/۰۲۵)	۲۳/۶	۱۲	مابع آمینوتیک آفخته به مکونیوم
N.S.	۸/۲	۱۰	زجر جنینی بدون دفع مکونیوم
			نمره آپگار
S(P<۰/۰۰۵)	۲۲/۷	۸	کمتر از ۷ در دقیقه اول
	۷۷/۳	۹۲	بیشتر از ۷
S(P<۰/۰۰۰۱)	۲۵/۵	۶	کمتر از ۹ در دقیقه پنجم
	۷۴/۵	۹۴	بیشتر از ۹
N.S.	۵	۴	نقایص جنینی
S(P<۰/۰۵)	۳۳/۵	۲۰	پیچیدم شدن بند ناف به دور گردن جنین (یک دور یا بیشتر)
N.S.	۴/۵	۱	زایمان جنین مرده
S(P<۰/۰۲۵)	۷/۲	۱	مرگ و میر جنین و نوزاد
			وزن هنگام تولد
N.S.	۱۰	۵	کمتر از ۲/۵ کیلوگرم
S(P<۰/۰۵)	۱۶/۳۶	۷	بیشتر از ۴ کیلوگرم



جدول (۴)- مقایسه نحوه زایمان در خانمهایی که تعداد پنج زایمان و یا بیشتر داشته با خانمهایی که سابقه کمتر از این تعداد زایمان داشته‌اند

ارزش آماری	گروه ۲ (%) تعداد زایمان: ۵ و یا بیشتر	گروه ۱ (%) تعداد زایمان: ۴-۰	نحوه زایمان
S	۷۱/۸	۸/۳	زایمان طبیعی
S	۲۵/۵	۱۴	سزارین
N.S.	۱/۸	۳	زایمان با واکيوم
N.S.	۰/۹	۰	زایمان با فورسپس
S	۱۰	۴	نمایش ته
S	۲/۷	۰	نمایش صورت
S	۰/۹	۰	نمایش عرضی
S	۰/۹	۰	نمایش پیشانی

## REFERENCES

- 1) Donald, IAN. (1986). The grandmultipara. In Practical Obstetric Problems, (5th ed.). (pp. 136-141).
- 2) Feeney, JK. (1977). The problems of high parity. In Contemporary Obstetrics and Gynecology (pp. 132-136).
- 3) Victoria, A. (1988). The grandmultipara. In A Textbook of Midwifery (pp. 34-35).
- 4) Cunningham, & MacDonald. (1989). William's Obstetrics, (18th ed.). (pp. 416-420).
- 5) Willson, JR, & Carrington, ER. (1987). Labor in multipara. In Obstetrics and Gynecology, (8th ed.). (p. 429).
- 6) Howie, B. (1986). The elderly primigravida. In High Risk Obstetrics (p. 318-319).
- 7) Mesharj, AA, & Desilva. (1990). Fetal macrosomia: Maternal risks and fetal outcome. J. G. Obstet, 32, 3, 215-222.