

تعیین محل جایگزینی جفت در سه ماهه سوم بارداری

دکتر الهام کاشانی^۱، نرجس السادات برقی^۲

چکیده

تعیین محل جفت از نظر بالینی حائز اهمیت است، مخصوصاً اگر یک روش تهاجمی مانند سزارین مدنظر باشد. آسان‌ترین، دقیق‌ترین و مطمئن‌ترین راه تشخیص محل چسبیدن جفت، استفاده از سونوگرافی شکمی است. بانظر به اهمیت جفت، این مطالعه به صورت توصیفی و مقطعی به منظور تعیین محل جایگزینی جفت‌های مادران باردار در سه ماهه سوم بارداری انجام گردید. جامعه مورد مطالعه تعداد ۱۵۸۵ مورد زن باردار بود که در سه ماهه سوم حاملگی به مرکز آموزشی - درمانی دزستانی گرگان در سال ۸۱-۱۳۸۰ مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به مدت ۹ ماه و به روش نمونه‌گیری آسان انجام شد. روش گردآوری داده‌ها، مشاهده و مصاحبه بوده، همه افراد به وسیله یک نفر سونوگرافست و یک دستگاه سونوگرافی از نوع هیتاچی ۴۰۵ با پروپ ۳/۵ میلی‌هرتز مورد بررسی قرار گرفته بودند. نتایج مطالعه حاکی از این مطلب بود که بیش از نیمی از جفت‌های مورد بررسی در موقعیت فوندال قدامی (۵۱/۷۹ درصد)، ۳۱/۲۳ درصد در موقعیت فوندال خلفی، ۱۲/۱۱ درصد خلفی و بقیه در موقعیت لترال قرار داشتند. ضمناً میزان جفت سرراهی ۰/۱۸ درصد محاسبه شد. فراوانی موقعیت فوندال قدامی جفت در این مطالعه که با برخی مطالعات مطابقت ندارد بررسی‌های بیشتری را در این خصوص می‌طلبد.

واژه‌های کلیدی: محل جایگزینی، جفت سرراهی، سه ماهه سوم بارداری

۱- متفحص زنان و ایمان و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، نشانی: مرکز آموزشی - درمانی دزستانی گرگان، تلفن: ۰۱۷۱-۲۲۲۰۸۰۹

۲- کارشناس ارشد مامایی

مقدمه

از نظر بالینی (کلینیکی) تعیین محل جفت در رحم اهمیت فراوان دارد به خصوص اگر انجام یک روش تهاجمی مانند سزارین، آمنیوستنز، نمونه برداری از خون بندناف، ترانسفوزیون رحمی و یا زایمان دوقلویی مدنظر باشد (۱). آسانترین، دقیقترین و مطمئنترین راه تشخیص محل چسبیدن جفت، استفاده از سونوگرافی شکمی است که می تواند محل قرار گرفتن جفت را با دقت قابل ملاحظه ای (۹۸ درصد) نشان دهد (۲). سونوگرافی شکمی در دوران بارداری علاوه بر تعیین محل جفت در تشخیص رشد و تکامل جفت و نوع جفت نیز کمک کننده می باشد (۳). مشاهده و معاینه جفت اطلاعات ذیقیمتی از آنچه بر جنین گذشته در اختیار ما قرار می دهد (۴). بررسی وضعیت جفت، وجود یا عدم جفت سرراهی^۱ در بررسی سونوگرافی جفت در سه ماهه دوم یا سوم مدنظر قرار می گیرد (۱). به علاوه، سونوگرافی بر دانستن موقعیت جفت در هنگام خونریزی واژینال در حاملگی کمک کننده است (۱). شناخت نمای جفت با بافت هیپو اکوئیک زیر آن مهمترین مسأله در تشخیص موارد جایگزینی کاذب می باشد (۱). از این گذشته، با استفاده از سونوگرافی، تشخیص محل جفت بین هفته های نهم تا دوازدهم حاملگی به صورت توده اکوژنیک متراکم امکان پذیر است اما از هفته دوازدهم حاملگی به بعد به طور قطعی می توان محل جفت را تشخیص داد (۱).

سونوگرافی جفت می تواند تا حدودی ما را به تشخیص موارد چسبندگی های غیرطبیعی جفت آگاه ساخته و از بروز موارد سزارین اورژانسی و به دنبال آن هیستریکتومی اورژانسی جلوگیری کند (۲). در مورد محل قطعی جفت با سونوگرافی بعضی از منابع شایع ترین محل جفت را فوندال خلفی گزارش

نموده اند (۱). مطالعات دیگری نیز شایع ترین محل جفت را فوندال قدامی (۵) اعلام نموده اند.

این مطالعه با استفاده از سونوگرافی شکمی به منظور تعیین فراوانی محل جایگزینی جفت در سه ماهه آخر بارداری، در مرکز آموزشی-درمانی دزیانی گرگان طراحی گردید.

مواد و روش ها

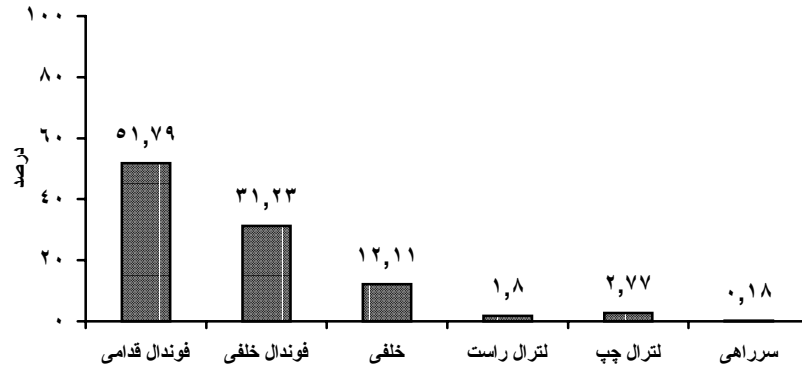
نوع مطالعه توصیفی و مقطعی بوده و حجم نمونه ۱۵۸۵ نفر تعیین گردید. جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه زنان حامله مراجعه کننده به مرکز آموزشی-درمانی دزیانی گرگان در سال ۸۱-۱۳۸۰ در طی مدت ۹ ماه از اول دی ماه ۱۳۸۰ لغایت شهریور ماه ۱۳۸۱ بود و نمونه ها همه زنان حامله ای را که براساس تاریخ آخرین عادت ماهیانه در سه ماهه سوم بارداری (بعد از هفته ۲۸ بارداری) قرار داشتند و برای کنترل بارداری به درمانگاه تخصصی مرکز آموزشی-درمانی دزیانی در مدت پژوهش مراجعه نموده بودند شامل می شد. همچنین، این عده دارای سن حاملگی بیشتر از ۲۸ هفته، مثانه تخلیه شده قبل از سونوگرافی و فاقد انقباضات رحمی در حین سونوگرافی بودند. تمام زنان مورد مطالعه به وسیله یک نفر سونوگرافست و یک دستگاه سونوگرافی از نوع هیتاچی ۴۰۵ با پروپ ۳/۵ میلی هرترز مورد بررسی قرار گرفته بودند.

روش جمع آوری داده ها، مشاهده و مصاحبه بوده است که در یک پرسشنامه گردآوری گردیده است. به منظور بررسی داده ها، تنظیم جداول و توزیع فراوانی از آمار توصیفی استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه ۵۱/۸ درصد جفت های مورد بررسی در موقعیت فوندال قدامی، ۳۱/۲ درصد در موقعیت فوندال خلفی، ۱۲/۱۱ درصد در موقعیت خلفی قرار داشتند (نمودار ۱)،

^۱ Placenta previa



نمودار (۱): فراوانی محل جایگزینی جفت

با توجه به این که جفت‌هایی که در موقعیت قدام قرار داشتند به سمت فوندال متمایل بودند موقعیت قدام گزارش نشد.

جدول (۱): محل جفت براساس تعداد حاملگی‌ها

محل جفت پارتیتی	فوندال قدامی	فوندال خلفی	خلفی	لترال راست	لترال چپ	سرراهی
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
نولی پار	۵۲۱ (۵۷/۱۲)	۲۳۹ (۲۶/۲)	۱۱۲ (۱۲/۲۸)	۱۶ (۱/۷۵)	۲۴ (۲/۶۳)	۰ (۰)
مولتی پار	۳۰۰ (۴۴/۵۷)	۲۵۶ (۳۸/۰۳)	۸۰ (۱۱/۸۸)	۱۴ (۲/۰۸)	۲۰ (۲/۹۷)	۳ (۰/۴۴)
جمع	۸۲۱ (۵۱/۷۹)	۴۹۵ (۳۱/۲۳)	۱۹۲ (۱۲/۱۱)	۳۰ (۱/۸)	۴۴ (۲/۷۷)	۳ (۰/۱۸)

جدول (۲): محل جفت براساس نمایش جنین

محل جفت نمایش	فوندال قدامی	فوندال خلفی	خلفی	لترال راست	لترال چپ	سرراهی	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
سری (سفالیک)	۸۰۶ (۵۲/۳)	۴۸۳ (۳۱/۳۴)	۱۹۰ (۱۲/۳۲)	۲۱ (۱/۳۶)	۳۸ (۲/۴۶)	۳ (۰/۱۹)	۱۵۴۱ (۹۷/۲۲)
ته (بریج)	۱۴ (۳۶/۸۴)	۱۲ (۳۱/۵۷)	۰ (۰)	۸ (۲۱/۰۵)	۴ (۱۰/۵۲)	۰ (۰)	۳۸ (۲/۳۹)
موارد دیگر *	۱ (۱۶/۶۶)	۰ (۰)	۲ (۳۳/۳۳)	۱ (۱۶/۶۶)	۲ (۳۳/۳۳)	۰ (۰)	۶ (۰/۳۷)
جمع	۸۲۱ (۵۱/۷۹)	۴۹۵ (۳۱/۲۳)	۱۹۲ (۱۲/۱۱)	۳۰ (۱/۸)	۴۴ (۲/۷۷)	۳ (۰/۱۸)	۱۵۸۵ (۱۰۰)

* موارد دیگر: سایر نمایش‌ها به غیر از ته و سری

سفالیک بوده‌اند و ۲/۳۹ درصد در نمایش ته و ۰/۳۷ درصد نیز با نمایش‌های شانه بوده‌اند. تمام موارد جفت سرراهی در جنین‌های دارای نمایش سفالیک دیده شد و در کلیه نمایش‌های جنین، موقعیت فوندال قدامی شایع‌ترین محل جایگزینی جفت بوده است و موقعیت لترال در نمایش ته (بریج) در مقایسه با نمایش سفالیک افزایش داشته است (جدول ۲).

بحث

در این مطالعه شایع‌ترین محل جایگزینی جفت در فوندال

ضمناً سه مورد جفت سرراهی مشاهده گردید که دو مورد آن از نوع حاشیه‌ای^۱ و یک مورد از نوع ناقص بوده است. بنابراین ۰/۱۸ درصد از جفت‌های مورد بررسی، از نوع سرراهی بوده است. با افزایش تعداد حاملگی‌ها، محل جایگزینی جفت تغییر محسوسی نداشت. تمام موارد جفت سرراهی در این مطالعه در زنانی وجود داشت که حاملگی دوم خود را پشت سر گذاشته بودند (جدول ۱).

۹۷/۲۲ درصد جنین‌های مورد بررسی دارای نمایش

^۱ Low-Lying

قدامی (۵۱/۸ درصد) و سپس فوندال خلفی بوده است. در مطالعه ماگان در سال ۱۹۹۸ روی شایع ترین محل جایگزینی جفت در همه ۱۸ بارداری مورد مطالعه، موقعیت خلفی شایع تر از موقعیت قدامی گزارش شده است اما به علت رشد بیشتر عضلات صاف دیواره خلفی در زمان ترم جفت های خلفی بیشتر از جفت های قدامی به سمت فوندال مهاجرت می کنند (۶).

در مطالعه ای که در بابل توسط دکتر اسماعیل زاده و همکاران در سال ۱۳۷۷ برای تعیین محل قرارگیری جفت در سه ماهه سوم بارداری انجام شده بود، ۴۳/۷۵ درصد موارد جفت های بررسی شده در فوندال قدامی رحم قرار داشتند و پس از آن محل جفت در خلف شایع تر از فوندال خلفی و نهایتاً لترال هم کمترین فراوانی محل جایگزینی جفت بوده اند (۵). بر اساس کتب مرجع شایع ترین محل قرارگیری اولیه جفت فوندال خلفی ذکر شده است (۱). چنانچه مشاهده شد ۱/۵۲۵ جفت های مورد بررسی در هفته ۱۸ حاملگی در این مطالعه سرراهی بوده اند که در مقایسه با شیوع جفت سرراهی ۲۰۰/۱ الی ۳۲۷/۱ زایمان در متون اصلی، میزان کمتری می باشد. البته ۴۰ درصد بیمارانی که در سه ماهه دوم سونوگرافی شده اند دچار جفت پایین^۱ بوده اند که از این تعداد ۹۵ درصد هنگام ترم به سمت بالا مهاجرت می کنند. ضمناً مشاهده شد عملاً جفت هایی که فاصله آن بیش از ۲/۱ سانتی متر از لبه دهانه رحم بوده است، در هنگام ترم به سمت بالا مهاجرت می کنند (۷) و بدین سبب جفت حاشیه ای را به عنوان جفتی که فاصله آن از دهانه رحم ۲/۱ سانتی متر کمتر باشد، در نظر می گیرند.

کانینگهام در این خصوص معتقد است جفت هایی که در اوایل سه ماهه سوم نزدیک دهانه داخلی رحم باشند اما روی

آن را نبوشانند خیلی بعید است که هنگام ترم به صورت جفت سرراهی باقی مانده باشند (۸). علت این مسأله را به تغییر محل جفت در اثر تشکیل و طول شدن سگمان تحتانی رحم نسبت می دهند ولی اخیراً نظریه جدیدتری برای توجیه کاهش شیوع جفت سرراهی با پیشرفت سن حاملگی مطرح شده که به آن پدیده تروفوتروپسم گفته می شود. براساس این نظریه، قسمت هایی از جفت که خون رسانی بهتری دارند بیشتر رشد کرده و قسمت هایی که خون رسانی خوبی ندارند دچار تحلیل رفتگی (آتروفی) می شوند. با توجه به این که قسمت های فوقانی تر رحم خون رسانی بیشتری نسبت به قسمت های تحتانی تر رحم دارند، بنابراین با افزایش سن حاملگی، جفت سرراهی کاهش می یابد (۹).

در مطالعه اباتا و همکاران وی مشاهده شد که در جفت های حاشیه ای عوارضی نظیر زایمان زودرس و پارگی زودرس پرده ها^۲ و سزارین اورژانسی بسیار شایع تر از مواردی است که جفت در موقعیت طبیعی قرار دارد (۱۰).

در خصوص ارتباط محل جایگزینی جفت و نمایش جنین نظرات مختلفی وجود دارد. در مطالعه ای که به وسیله فیانوس و همکاران او روی ۱۲۴ زن دارای نمایش بریج و ۱۲۵ زن واجد نمایش سفالیک انجام شده بود، ۷۲/۶ درصد جنین های بریج موقعیت جفت لترال فوندال داشته اند که در مقایسه با ۴/۸ درصد جنین های سفالیک قابل توجه بوده است (۱۱) در مطالعه حاضر نیز موقعیت فوندال لترال در نمایش بریج افزایش بیشتری را نسبت به موقعیت سفالیک نشان داده است.

چندزایی با جفت سرراهی مرتبط است. محققین در بررسی ۳۱۴ زن که دارای تجربه ۵ زایمان یا بیشتر بودند، شیوع جفت سرراهی را ۲/۲ درصد گزارش کرده اند که این میزان در مقایسه با زنان دارای زایمان کمتر به میزان قابل توجهی

^۲ Premature Rupture of Membrane (PROM)

^۱ Low Placenta

حاملگی‌های مادر نداشت.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب قدردانی خود را از آقای دکتر درویشی که برای انجام این پژوهش به ویژه سونوگرافی نمونه‌ها از هیچ کوششی دریغ نکرد، ابراز می‌نمایند.

افزایش نشان می‌داد. همچنین طبق یک مطالعه دیگر، از هر ۱۷۵ زن مراجعه کننده به بیمارستان پارکلند، یک زن دارای جفت سرراهی بوده است (۸). در مطالعه حاضر نیز تمامی موارد جفت سرراهی در زنان چندزاد دیده شده بود ولی در نهایت شیوع کلی محل قرارگیری جفت رابطه‌ای با تعداد

منابع

- 1) Callen PW. Ultrasonography in obstetrics and gynecology. 3rd edition. Philadelphia: W.B.Saunders Company. 1994, pp:440-2.
- 2) Stutton D, Whitehouse R, Jenkins JPR, et al. Text book of radiology and imaging. Sixth Ed, New York: Pearson professional limited. 1998, p: 1230.
- ۳) علوی، سیده قدسیه. اولتراسونوگرافی در زنان و مامایی. چاپ اول، تهران. انتشارات آفتاب. ۱۳۷۹. صفحه ۲۲۵.
- 4) Kvmar P, Rawal M, Dasgupta S, et al. Imaging in obstetrics and gynecology. Second Ed, New Delhi: Japee Brothers Medical Publishers. 1998, p: 94.
- ۵) اسماعیل زاده، صدیقه. کاشانی، الهام. بررسی محل قرارگیری جفت در سه ماهه سوم حاملگی. پایان‌نامه جهت اخذ درجه دکترای تخصصی در رشته زنان و زایمان. دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل. سال ۱۳۷۷، صفحه ۲۰-۴.
- 6) Magann EF, Evans SF, Newnham JP. Placental implantation and migration throughout pregnancy. South Med J. 1998; 91 (11): 1025-1027.
- 7) Krishna U, Tank DK, Daftary S. Pregnancy at risk. 3rd Ed. New Delhi: Japee. Brothers Medical Publisher. 2001; pp: 351.
- ۸) بزازبنائی، نسرين. در ترجمه مامایی ویلیامز. کانتینگهام (مؤلف). چاپ اول. تهران. نشر طبیب. سال ۱۳۸۱. صفحات ۳۷۳ و ۵۲.
- ۹) قره‌خانی پرویز، ساداتیان سیداصغر. اصول بارداری و زایمان. چاپ اول، تهران، مؤسسه فرهنگی انتشاراتی نور دانش، سال ۱۳۸۱، صفحه ۳۹۴.
- 10) Obata S, Iihara K. Ultrasonographic study of low – lying placenta and its clinical significance. Nippon Sanka Fulinka Gakkai Zasshi. 1993; 45(10): 1101-8.
- 11) Fianu S, Vaclavinkova V. The site of placental attachment as a factor in the aetiology of breech presentation. Acta Obstet Gynecol Scand. 1978; 57(4): 371-2.