

بررسی علل مرده زایی براساس یافته های بالینی در مادران مراجعه کننده به بیمارستان آیت... طالقانی در سالهای ۱۳۸۰ - ۱۳۷۰

دکتر فخرالملوک یاسایی*

متخصص زنان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر فریده شیوا

متخصص اطفال، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۱۲/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این مطالعه بررسی عوامل منجر به مرگ داخل رحمی جنین براساس یافته های کلینیکی در بخش زنان بیمارستان طالقانی است.

مواد و روشها: در فاصله سالهای ۱۳۸۰ - ۱۳۷۰ تعداد ۲۰۰ مورد مرگ داخل رحمی جنین در بیمارستان آیت... طالقانی بررسی و علل آنها مشخص شد.

یافته ها: از تعداد ۲۰۰ مورد مرگ داخل رحمی جنین ۵۱/۷ درصد در سه ماهه دوم و ۴۸/۳ درصد در سه ماهه سوم دچار مرگ شده بودند. میانگین سنی مادران $28/4 \pm 6/4$ سال بود. ۶۶/۵ درصد از مادران سابقه ۱-۳ حاملگی داشتند. ۳۹/۶ درصد نفر از مادران سابقه سقط داشتند. سابقه بیماری های زمینه ای مادر در ۲۹/۹ درصد وجود داشت. سن جنین به طور متوسط $29/6 \pm 6/5$ هفته بود. ظاهراً از این تعداد ۹/۳ درصد ناهنجاری جنینی داشتند. در ۲/۵ درصد موارد علت مرگ ناشناخته ماند. ۵۶ درصد جنین های مرده پسر، ۳۸/۴ درصد دختر و در ۵/۶ درصد جنین ها جنسیت مشخص نشده بود. هیچگونه مرگ جنینی به علت ناسازگاری خونی وجود نداشت. دکولمان جفت در ۶/۹ درصد موارد وجود داشت. سابقه مصرف دارو در ۲۰/۱ درصد موارد وجود داشت.

نتیجه گیری: با توجه به اینکه در اکثر موارد جنین های مرده بدون ناهنجاری بودند می توان با مراقبتهای دوران بارداری تا حدودی از عوامل مختلفی که منجر به مرگ جنین می شود پیشگیری کرد.

واژگان کلیدی: مرگ داخل رحمی جنین، اتیلوژی

مقدمه

مادران دچار عوارض جسمی و روحی می گردند. سازمان بهداشت جهانی میزان مرده زایی را حدود ۶ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده ذکر کرده است. در ایران میزان مرده زایی ۱۴/۳ در ۱۰۰۰ زایمان بوده است (۱). در یک مطالعه که در کشور ترکیه در سال ۱۹۹۸ بعمل آمد میزان مرده زایی ۲۰/۵ در ۱۰۰۰ زایمان گزارش شد که ۳۲/۵ درصد آن به علت هیپرتانسیون مادر بود (۲). در بررسی دیگری که در بیمارستان

بر طبق تعریف WHO، مرگ داخل رحمی جنین، مرگ جنین قبل از زایمان بدون توجه به سن بارداری است. این مسأله یکی از مشکلات مامایی است که در بسیاری از موارد می توان با مراقبتهای دوران بارداری از آن پیشگیری کرد. در غیر اینصورت و تکرار این مشکل

* نویسنده پاسخگو: تهران - اوین - جنب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - بیمارستان آیت... طالقانی - بخش زنان و زایمان

پست الکترونیک: dr_fyass@yahoo.com

دورنگار: ۰۲۱) ۲۲۴-۳۶۹۴

جدول شماره ۱- فراوانی عوامل مادری مسبب مرگ داخل رحمی جنین

درصد	تعداد	علل مادری
۳۹/۶	۶۳	۱- سقط قبلی
۲۰/۱۱	۳۲	۲- مصرف دارو
۶/۹	۱۱	۳- دکولمان جفت
۳/۱	۵	۴- TORCH
		۵- بیماریهای زمینه ای
۴/۴	۷	- دیابت آشکار
۵/۶	۹	- هیپرتنسیون توأم با بیماریهای دیگر
۰/۶	۱	- نارسایی مزمن کلیوی
۱/۲	۲	- بیماریهای قلبی
۰/۶	۱	- هیپرتانسیون مزمن
۰/۶	۱	- سندرم نفروتیک
۰/۶	۱	- سندرم آنتی فسفولیپید
		۶- بیماریهای دوران بارداری
۱۵/۷	۲۵	- فشار خون در حاملگی (PIH)
۰/۶	۱	- دیابت حاملگی
۱۰۰	۱۵۹	جمع کل

بحث

این مطالعه نشان داد که در بسیاری از موارد می توان از مرگ داخل رحمی جنین پیشگیری کرد. در مطالعه ای که در دانشگاه Hacet Tepe آنکارا در سال ۱۹۹۸ انجام شد هیپرتانسیون مادر در ۳۲/۵ درصد موارد سبب مرگ داخل رحمی جنین بود. در مطالعه مذکور دکولمان جفت در ۳۸ بیمار و ناسازگاری Rh در ۳۰ بیمار و ناهنجاری جنینی در ۳۰ بیمار وجود داشت (۲) در مطالعه ما نیز هیپرتانسیون مادر در ۱۵/۷ درصد موارد مسبب مرگ جنین بود. هیپرتانسیون مزمن می تواند سبب جداشدن جفت و در نتیجه مرگ جنین شود. هیپرتانسیون مزمن و سندرم آنتی فسفولیپید باعث نارسایی جفت و سرانجام مرگ جنین می شود. هیپرتانسیون ایجاد شده در حاملگی نیز می تواند سبب دکولمان جفت و در نتیجه مرگ جنین شود (۴،۶). ولی در این مطالعه هیچگونه مرده زایی به علت ناسازگاری Rh وجود نداشت. در این مطالعه در ۶/۹ درصد موارد دکولمان جفت سبب مرده زایی شده بود. یکی از علل دکولمان جفت ضربه به مادر و بخصوص به شکم مادر می باشد ولی در این بررسی هیچ مورد دکولمان جفت به علت ضربه وجود نداشت بلکه اکثر موارد در اثر هیپرتانسیون مادر بود.

ماپوتو موزامبیک در ۱۹۹۵ بعمل آمد مشخص شد که عفونت های دستگاه تناسلی مادر در ایجاد مرگ داخل رحمی جنین نقش دارد (۳). از عوامل خطرزای مرده زایی می توان به سن مادر، تعداد حاملگی، سابقه سقط، ناهنجاریهای رحمی، مصرف سیگار، مصرف مواد تراتوژن و داروها، عفونتهای دوران بارداری، بیماریهای جفت مثل دکولمان، جفت سرراهی، اختلالات مایع آمنیوتیک، تماس با اشعه، بیماریهای زمینه ای مادر، عوامل جنینی مانند ناهنجاریهای ساختمانی جنین، ناهنجاریهای ژنتیکی جنینی، ناسازگاریهای خونی (۴، ۶) اشاره کرد. بنابراین با مراقبت های دوران بارداری و درمان بیماریهای زمینه ای مادر و عدم استفاده از سیگار و داروها و توصیه های دیگر می توان از بروز مرده زایی تا حدودی پیشگیری نمود. این مطالعه جهت بررسی فراوانی عوامل منجر به مرگ داخل رحمی جنین براساس یافته های بالینی در سال های ۱۳۸۰ - ۱۳۷۰ در بیمارستان طالقانی انجام گرفت.

مواد و روشها

این مطالعه به روش توصیفی با مرور پرونده ۲۰۰ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان آیت الله طالقانی در سالهای ۱۳۸۰ - ۱۳۷۰ که با تشخیص مرگ داخل رحمی جنین بستری شده بودند انجام شد. با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده دوتوع پرسشنامه تهیه شد. در یک پرسشنامه عوامل مادری که می تواند منجر به مرگ جنین شود بررسی و در جدولی طبقه بندی شد. بیماری های زمینه ای مادر در جدول دیگری طبقه بندی شد. در پرسشنامه دوم یافته های بالینی جنین های مرده طبقه بندی شد. متغیرهای مورد بررسی عبارت بودند از سن مادر، رتبه زایمانی، سابقه سقط، مصرف دارو، سابقه بیماری های زمینه ای. سپس با استفاده از نرم افزار SPSS داده ها کدبندی شد و با روش های آماری، تجزیه و تحلیل داده ها انجام گردید.

نتایج

میانگین سنی مادران $۲۸/۴ \pm ۶/۴$ سال بود. ۶۶/۵ درصد مادران رتبه زایمانی ۳ - ۱ داشتند. ۳۹/۶ درصد از مادران سابقه سقط و ۲۰/۱ درصد سابقه مصرف دارو داشتند. سابقه بیماری های زمینه ای مادر در ۲۹/۹ درصد موارد و دکولمان جفت در ۶/۹ درصد موارد وجود داشت (جدول شماره ۱). از تعداد ۲۰۰ مورد مرده زایی ۵۱/۷ درصد در سه ماهه دوم و ۴۸/۳ درصد در سه ماهه سوم دچار مرگ جنین شده بودند. سن جنین به طور متوسط $۲۹/۶ \pm ۶/۵$ هفته بود. از میان جنین های مرده ۹/۳ درصد ناهنجاری ظاهری داشتند (جدول شماره ۲). ۵۶ درصد جنین ها پسر، ۳۸/۴ درصد دختر و ۵/۶ درصد جنس نامشخص داشتند. هیچ گونه مرگ جنینی داخل رحمی به علت ناسازگاری های خونی وجود نداشت. در ۲/۵ درصد موارد علت مرگ ناشناخته ماند.

جدول ۲- بیماریهای مادری مسبب مرگ جنین

علل مادری	تعداد	درصد
بدون ناهنجاری	۱۷۶	۸۴/۲
مایع آمنیوتیک آغشته به مکنیوم	۱۴	۶/۶
آنانسفالی	۶	۲/۸
ناهنجاری متعدد	۳	۱/۴
مننگوسل	۲	۰/۹۵
فکوملیا	۱	۰/۴۷
آژنزی کلیه	۱	۰/۴۷
هیدروسفالی	۳	۱/۴
گاستروشنزی	۱	۰/۴۷
شکاف کام	۲	۰/۹۵
جمع کل	۲۰۹	۱۰۰

مصرف بیش از اندازه آلومینیم می تواند اثرات ترانوتونیک و توکسیک روی جنین داشته باشد. آلومینیم منجر به انسفالوسل و کاهش رشد داخل رحمی جنین و افزایش میزان مرگ جنین می شود (۵).

در مطالعه Manya و همکارانش در فلسطین اشغالی نشان داده شد که ترومبوفیلیا یکی از علل عمده مرگ داخل رحمی جنین در سه ماهه سوم بارداری است (۷) در مطالعه ما نیز یک مورد مرگ داخل رحمی جنین به علت سندرم آنتی فسفولیپید وجود داشت.

Kupfermine MJ و همکارانش ارتباط بین تأخیر شدید رشد داخل رحمی جنین (IUGR) در سه ماهه دوم و ترومبوفیلیای مادری را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که ۶۹ درصد موارد IUGR به علت ترومبوفیلیای مادری بود (۸). در این مطالعه در ۶/۶ درصد موارد میزان مایع آمنیوتیک کم و آغشته به مکنیوم بود که نشانگر IUGR بودن جنین می باشد.

در مطالعه ای که در بخش زنان انستیتو کارو لینسکای سوئد انجام شد عفونت های مادری با پاروویروس CMV، B19، آنتروویروس با مرگ داخل رحمی جنین همراه بوده است (۹).

در مطالعه ما نیز ۵ مورد (۳/۱ درصد) مرگ داخل رحمی جنین به علت بیماری های عفونی TORCH بوده است. در مطالعه ای در فرانسه میزان مرگ جنینی در زنان حامله بیشتر از ۴۰ سال به طور قابل توجهی افزایش یافت (۱۰) ولی در این مطالعه سن متوسط مادران $28/4 \pm 6/4$ سال بود. در ۲/۵ درصد موارد هیچ گونه علتی برای مرگ جنین شناخته نشد.

نتیجه گیری

با توجه به اینکه در اکثر موارد جنین های مرده بدون ناهنجاری بودند پس می توان با مراقبتهای دوران بارداری تا حدودی از عوامل مختلفی که منجر به مرگ جنین می شود پیشگیری کرد. به طوریکه با استفاده از آمپول روگام در موارد Rh منفی خون مادران هیچگونه مرگ جنینی به علت ناسازگاری خون وجود نداشت. ضمناً بیماری های مادر در حاملگی بخصوص دیابت آشکار، پره اکلامپسی، هیپوتیروییدی و ختم حاملگی با جنین نارس جهت حفظ جان مادر، مهمترین علل مرگ و میر داخل رحمی جنین و حوالی نوزادی می باشد. مشاهده می شود که هر سه مورد فوق قابل پیشگیری است و چه بسا با تشخیص قبل از بارداری و کمک به بهبود وضعیت مادر بتوان از مرگ داخل رحمی جنین پیشگیری کرد. ضمناً این طرح را می توان به صورت وسیع تر و براساس یافته های اتوپسی انجام داد و یافته ها را بررسی کرد.

بنابراین می توان با تمهیدات و توصیه های لازم به مادر تا حدودی از دکولمان جفت نیز پیشگیری کرد. دیابت آشکار در ۴/۴ درصد موارد سبب مرگ جنین شده بود. در دیابت آشکار قند خون بالا سبب ایجاد ناهنجاریهای جنینی و مرگ جنین می شود. مرده زایی بدون علت نیز حادثه دیگری است که در دیابت آشکار دیده می شود (۴،۶). در مادران مبتلا به دیابت باید قبل از بارداری با تعیین HbA1c میزان کنترل قند خون بررسی شود و در صورتی که قند خون کنترل شده داشتند اجازه بارداری به آنها داده شود؛ بنابراین مادران باید مشاوره قبل از بارداری نیز داشته باشند در غیر اینصورت چنانچه با قند خون کنترل نشده بارداری شوند شانس ناهنجاریهای جنینی و مرده زایی بالا می رود. ضمناً هیپوتیروییدی نیز باید درمان کامل شود و سپس بارداری صورت گیرد. هورمون تیروئید برای رشد و نمو مغزی لازم است. هیپوتیروییدی مادر به صورت آشکار یا مخفی می تواند سبب رشد و نمو مغزی غیر طبیعی شود. در مطالعه ای که توسط Pop انجام شد نشان داده شد که اگر میزان تیروکسین آزاد سرم خون مادر در ۱۲ هفتگی کمتر از صدک ۱۰ باشد خطر زیادی برای اختلال رشد روانی و حرکتی جنین دارد (۴). در مطالعه ما هیپوتیروییدی در ۵/۶ درصد موارد سبب مرگ جنین بود. در یک مورد تنها بیماری مادر گاستریت تشخیص داده شد ولی به نظر نمی رسد علتی برای مرگ جنین باشد مگر اینکه مادر داروهای متنوعی مصرف کرده باشد که آن داروها سبب مرگ جنین شده باشد؛ در مطالعه ای که توسط بخش بافت شناسی و جنین شناسی در چین در سال ۱۹۹۷ انجام گرفت مشخص شد که

مراجع

- ۱ - سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران. دفتر سلامت خانواده و جمعیت، معاونت سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. چاپ یونیسف: مهر ۱۳۷۹.
2. Onorderoglu L, Tuncel IS. The clinical predictors of intrauterine fetal death. *Turk J pediatr* 1998; 40(4): 543 – 7.
3. Osman NB, Folgosa E, Gonzales C, Begstrom S, Genital infections in the etiology of late fetal death. *J Trop Pediatr* 1995; 41(5): 258 – 66.
4. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, et al. *Williams Obstetrics*, 21ST ed. New York, Mc Graw Hill, 2001; P: 1075, 1345, 1369.
5. Lin B, Zhang R. Studies on teratogenic effects of aluminium on intrauterine fetal development in mice. *Zhonghua Ya Fang Yi Xue Za Zhi* 1997; 31(3): 66 – 8.
6. Sims MA, Collin's KA. Fetal death, a 10 years retrospective study. *Am J Forensic Med Pathol* 2001; 22(3): 261 – 5.
7. Many A, Elad R, yaron Y, et al. third trimester unexplained intrauterine fetal death is associated with inherited thrombophilia. *Obstet Gynecol* 2002; 99 (5 pt 1): 684 – 7.
8. Kupferminc MJ, Many A, Bar Am A, et al. Mid trimester severe intrauterine growth restriction is associated with a high prevalence of thrombophilia. *BJOG* 2002; 109 (12): 1373 – 6.
9. Petersson K, Norbeck O, Westgren M, Broliden K. Detection of parvovirus B19, Cytomegalovirus and enterovirus infections in cases of intrauterine fetal death. *J Perinat Med* 2004; 32 (6): 516-21.
10. Roman H, Robillard PY, Julien C, et al. Pregnancy beyond age 40 in 382 women: a retrospective study in Reunion Island. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2004; 33(7): 615 – 22.