

● مقالات تحقیقی (۲)

بررسی سونوگرافیک ضریب مایع آمنیوتیک و درجه‌بندی تکاملی جفت در ۲۰۰ خانم باردار

چکیده

ارزیابی حجم مایع آمنیوتیک یکی از راههای اصلی بررسی سلامت جنین بوده و اندازه‌گیری ضریب مایع آمنیوتیک به روش چهار قسمتی بهترین روش نیمه‌کمی تعیین حجم مایع است. این تحقیق به منظور تعیین ضریب مایع آمنیوتیک و درجه بندی تکاملی جفت در بانوان باردار ایرانی و بررسی میزان تغییرات احتمالی و مقایسه آن با مطالعه مشابه خارجی در بیمارستان آرش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران طی سالهای ۱۳۷۶-۱۳۷۷ انجام شد.

در این مطالعه به روش توصیفی و به صورت آینده‌نگر در ۲۰۰ خانم باردار ضریب مایع آمنیوتیک به روش چهار قسمتی و با استفاده از سونوگرافی به صورت هفتگی از هفته ۳۵ تا هنگام زایمان تعیین گردید و همزمان درجه‌بندی تکاملی جفت نیز مشخص شد. تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از آزمونهای مجذور کای^(۱) و ^(۲) صورت گرفت.

میانگین ضریب مایع آمنیوتیک $16/08 \pm 3/84$ تعیین شد و منحنی حاصل از تغییرات از هفته ۳۵ تا موقع زایمان سیر نزولی داشت. در هفته ۳۵ اکثر جفت‌های درجه ۱ و در هفته ۴۰ اکثریت درجه III بودند. استفاده از آزمون مجذور کای نشان داد که اختلاف توزیع مایع آمنیوتیک بین درجه‌بندی‌های مختلف تکاملی جفت وجود داشته و این اختلاف از لحظه آماری معنی دارد ($P < 0.05$). مقایسه میانگین ضریب مایع با مطالعه مشابه کاربرد آزمون اختلاف معنی داری را نشان داد ($P < 0.05$).

دکتر ابوطالب بیگی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، بیمارستان روثین تن آرش، بخش زنان و مامایی

دکتر پرتو حسن زاده

دستیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، بیمارستان روثین تن آرش، بخش زنان و مامایی



تحقیق مانیز کاهش تدریجی مایع در هفته‌های آخر حاملگی را نشان داد ولی میانگین ضریب مایع در این بررسی بالاتر بود که انجام تحقیقات بیشتر در مناطق مختلف کشور را جهت نتیجه‌گیری بهتر پیشنهاد می‌کند.

واژه‌های کلیدی: ضریب مایع آمنیوتیک، تکامل جفت، ماوراء، صوت نگاری

۱۳۷۷ انتخاب شدند. انتخاب شدگان از

هفته کامل حاملگی تا موقع زایمان بطور هفتگی تحت بررسی سونوگرافیک قرار گرفتند. در این بررسیها موارد ذیل انجام شد.
۱- ضریب مایع آمنیوتیک به روش چهار قسمتی تعیین شد (دو خط عمودی و افقی که از ناف میگذرند رحم را به چهار قسم تقسیم می‌کنند و اندازه حفره مایع آمنیوتیک موجود در هر قسمت به روش عمودی و به سانتی‌متر تعیین گردیده و چهار رقم حاصل با هم جمع می‌شوند) [۱].

۲- درجه‌بندی تکاملی جفت^(۴) بر اساس بروز کلسیفیکاسیون و تغییرات ساختمانی جفت و به صورت روش استاندارد (O تا III) مشخص گردید [۱].

سونوگرافی‌ها کلاً توسط یک سونولوژیست (نویسنده اول) صورت گرفته است و از ماشین هیتاچی (EUB-450) همراه با پروب سکتور ۳/۵ مگاهرتز استفاده شده است.

شرایط ورود به مطالعه^(۵)

۱- مطمئن بودن از تاریخ اولین روز آخرین قاعده‌گی و داشتن قاعده‌گی‌های منظم قبل از حاملگی

۲- تأیید سن حاملگی با سونوگرافی در اوایل حاملگی

سانتی‌متر باشد نشانه اولیگو‌هیدرامنیوس است و اگر بیشتر از ۲۴ سانتی‌متر باشد علامت پلی‌هیدرامنیوس است [۲]. تعیین درجه تکامل جفت نیز در بررسی وضع جنین مفید است بعنوان مثال وجود یک جفت با درجه تکامل^(۳) III در اکثر مواقع می‌تواند نشانه تکامل ریوی جنین نیز باشد [۲]. از آنجاییکه حجم مایع بطور فیزیولوژیک نیز می‌تواند متغیر باشد و این تغییرات طبیعی در سنین مختلف حاملگی و هم چنین در افراد مختلف باردار نیز مشهود است [۲]، لذا هدف از انجام این مطالعه بررسی وجود تغییرات احتمالی فیزیولوژیک در جامعه خودی و ارزیابی دامنه و وسعت این تغییرات و نهایتاً مقایسه یافته‌ها است. همزمان با این مطالعه بررسی شیوع میزان درجه‌بندی تکاملی جفت در هفته‌های آخر دوران بارداری در خانمهای باردار ایرانی نیز بر مبنای استدلال فوق انجام شد. این مطالعه در بیمارستان آرش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران طی سالهای ۱۳۷۶-۱۳۷۷ انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه به روش توصیفی و به صورت آینده‌نگر انجام شده است و افراد مورد مطالعه از بین خانمهای باردار مراجعه کننده به درمانگاه مراقبتها داران بارداری بیمارستان آرش در مهرماه ۱۳۷۶ تا تیرماه ۱۳۷۹ می‌شوند [۲]. با توجه به موارد مذکور، تعیین حجم مایع آمنیوتیک یکی از راههای بررسی سلامت جنین است. بهترین روش نیمه کمی تعیین میزان مایع، اندازه‌گیری ضریب مایع آمنیوتیک چهار قسمتی است [۲، ۱]، که اگر کمتر از ۵

مقدمه

ارزیابی حجم مایع آمنیوتیک از اجزاء ضروری یک سونوگرافی خانم حامله است، زیرا حجم مایع در طول حاملگی علاوه بر تغییرات فیزیولوژیک، گاهی دچار اختلالات پاتولوژیک نیز می‌گردد [۲، ۱]. بیشترین حجم مایع آمنیوتیک در حوالی هفته بارداری وجود دارد [۲]. میزان مایع در حاملگی ترم حدود ۸۰۰ تا ۹۰۰ میلی‌لیتر است [۲]. مایع آمنیوتیک در حاملگی‌های از موعد گذشته^(۱) کاهش می‌یابد [۴، ۲]. افزایش غیر طبیعی میزان مایع (پلی‌هیدرامنیوس) در اثر انواع گوناگونی از اختلالات جنینی (ناهنجاریهای تکاملی لوله عصبی، ناهنجاریهای انسدادی در مسیر دستگاه گوارش) یا اختلالات مادری (دیابت) ایجاد می‌شود و در بسیاری از موارد ممکن است منشاء ایدیوپاتیک داشته باشد [۲]. کاهش غیر طبیعی مایع (اولیگو‌هیدرامنیوس) ممکن است ناشی از آزنزی دو طرفه کلیه‌ها یا وجود انسداد در مسیر دستگاه ادراری باشد ولی گاهی علت آن نارسایی جفتی است که همزمان باعث اختلال رشد داخل رحمی جنین نیز می‌شود [۴، ۲]. با توجه به موارد مذکور، تعیین حجم مایع آمنیوتیک یکی از راههای بررسی سلامت جنین است. بهترین روش نیمه کمی تعیین میزان مایع، اندازه‌گیری ضریب مایع آمنیوتیک چهار قسمتی است [۲، ۱]، که اگر کمتر از ۵

^۱ Postdatism

^۲ Four- quadrant amniotic fluid index

^۳ Grade III ^۴- Placental grading

^۵ Inclusion criteria



جدول شماره (۱). مقادیر متوسط ضریب مایع آمنیوتیک در هفتة ۳۵ به بعد حاملگی در خانمهای باردار مراجعته کننده به درمانگاه مراقبتهاي دوران بارداری بیمارستان آرش در سالهای ۱۳۷۶-۱۳۷۷

میانگین ^(۱) AFI (سانتی متر)	تعداد بیماران	سن حاملگی (هفتة)
۱۷/۴±۰/۲۷	۱۷۲	۳۵
۱۶/۹۳±۰/۹۴	۱۲۳	۳۶
۱۶/۱۸±۰/۸۰	۱۰۴	۳۷
۱۵/۷۴±۰/۳۹	۷۹	۳۸
۱۳/۵±۰/۳۱	۷۴	۳۹
۱۰/۷۴±۰/۳۴	۳۰	۴۰
۱۶/۰/۸±۰/۸۴	۵۸۰	جمع

۱- AFI: Amniotic Fluid Index

* میانگین ± انحراف معیار

حاملگی ۴۰ هفتة مشاهده شده است و جنبهای متولد شده هیچکدام دچار RDS^(۳) نشده‌اند پس وجود جفت درجه III برای رسیدگی ریه جنین الزامی نیست.

از نظر بررسی ارتباط احتمالی بین درجه‌بندی جفت و ضریب مایع آمنیوتیک، درصد فراوانی نسبی سه درجه جفتی بر حسب ضرایب مایع آمنیوتیک تعیین گردید. در این بررسی به نظر می‌رسد که درصد فراوانی نسبی جفت درجه I با افزایش ضریب مایع آمنیوتیک افزایش می‌یابد در حالیکه تغییرات درصد فراوانی جفت درجه II و III با افزایش ضریب مایع حالت کاهش را نشان می‌دهد. جهت بررسی نحوه توزیع ضریب مایع آمنیوتیک در درجه‌بندیهای مختلف جفتی، از آزمون مجدد کای استفاده گردید. این آزمون نشان داد که اختلاف توزیع ضریب مایع آمنیوتیک بین درجه‌بندی جفتی I و II، بین درجه‌بندی جفتی I و III، بین درجه‌بندی جفتی II و III و همچنین بین هر سه درجه‌بندی جفت (I، II و III) از لحاظ آماری معنی دار می‌باشد ($P < 0.05$). به

هفتة ۳۵ حاملگی داریم و با افزایش سن حاملگی به تدریج کاهش می‌یابد به طوری که در هفتة ۴۰ حاملگی به پایین‌ترین مقدار خود می‌رسد.

هیچکدام از زنان باردار مورد مطالعه به هفتة ۴۱ یا بالاتر نرسیدند و نهایتاً بین هفتة ۴۰ تا ۴۱ زایمان نمودند. لذا بررسی میزان مایع آمنیوتیک از هفتة ۴۰ به بعد ممکن نشد. در بررسی توزیع ضریب مایع آمنیوتیک بر حسب سن حاملگی مشخص می‌شود که در هفتنهای ۳۵، ۳۶، ۳۷ بیشترین میزان ضریب مایع ۱۵ تا ۲۰ سانتی متر است، در حالیکه در هفتنهای ۳۸، ۳۹، ۴۰ بیشترین میزان ضریب مایع ۱۰ تا ۱۵ سانتی متر است. ضمناً در هفتة ۳۹ ضریب مایع $> 25/1\text{cm}$ $< 20/1\text{cm}$ دیده نشده است و در هفتة ۴۰ ضریب $< 20/1\text{cm}$ $> 25/1\text{cm}$ مشاهده نشده است. از نظر توزیع درجه‌بندی جفتی بر حسب سن حاملگی، در هفتنهای ۳۵ و ۳۶ اکثریت جفتهای درجه I بودند و از هفتة ۳۷ تا ۳۹ جفتهای درجه II بیشترین میزان را داشت و در هفتة ۴۰ جفتهای درجه III! اکثریت را تشکیل می‌داد(نمودار ۱).

از آنجاکه جفت درجه I و II نیز در

شرایط حذف از مطالعه^(۱)

- ۱- پارگی زودرس کیسه آب
- ۲- اگر حجم مایع بطور پاتولوژیک تغییر کرده باشد.

۳- دیابت

۴- حاملگی‌های چند قلو

- ۵- اگر وزن نوزاد پس از تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم باشد.

۶- وجود علایم نارس بودن و یا ظهور سندروم اختلال تنفسی در نوزاد

در پایان نتایج سونوگرافی‌های ۲۰۰ خانم باردار که حایز تمام شرایط بودند بررسی گردید. جهت انجام آنالیزهای آماری،

اطلاعات موجود وارد بانک اطلاعاتی کامپیوتری^(۲) شد و پس از پردازش به برنامه EPI INFO منتقل شد و تحت بررسی و

تحلیل آماری قرار گرفت. جهت مقایسه داده‌های طبقه‌بندی شده از آزمون مجدد کای استفاده گردید. جهت مقایسه داده‌های پیوسته بین این تحقیق و مطالعه مشابه خارجی از آزمون استفاده شد.

نتایج

میانگین سن افراد مورد مطالعه $25/75 \pm 5/64$ سال بود. میانگین وزن نوزادان تولد یافته از زنان مورد مطالعه $3150 \pm 277/53$ گرم بود.

جدول شماره (۱) ضرایب مایع آمنیوتیک بر حسب هفتنهای حاملگی را نشان می‌دهد که در مجموع میانگین ضریب مایع آمنیوتیک در این هفتنهای $16/0/8 \pm 3/84$ بدست آمد. حال اگر تغییرات میانگین ضریب مایع آمنیوتیک را بر حسب سن حاملگی در نظر بگیریم، مشاهده می‌شود که این تغییرات سیر نزولی دارند. به عبارتی بیشترین میزان ضریب مایع آمنیوتیک را در

^۱ Exclusion criteria ۲- Fax Pro 2.5

۳- RDS: Respiratory Distress Syndrome

مایع آمنیوتیک در دو مطالعه در هفته‌های ۳۶، ۳۷ و ۳۸ از لحاظ آماری معنی دار است ($P < 0.05$) و در هفته‌های ۴۰ و ۴۱ این اختلاف معنی دار نیست.

بحث

حجم مایع آمنیوتیک یکی از فاکتورهای مهم سونوگرافیک در بررسی شرایط زیستی جنین در داخل رحم است زیرا:

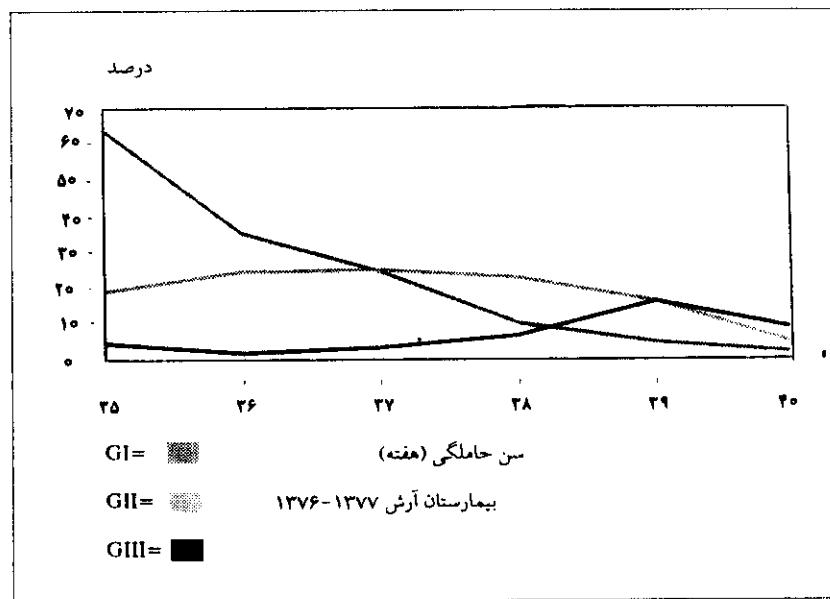
- ۱- افزایش یا کاهش مایع آمنیوتیک می‌تواند نشانه ناهنجاریهای تکاملی جنین باشد [۲].

۲- کاهش مایع آمنیوتیک می‌تواند نشانه زجر مژمن جنینی باشد که به ویژه اگر همراه با وزن تخمینی جنین $10 <$ درصد بر حسب سن حاملگی باشد، قویاً نشانه اختلال رشد داخل رحمی جنین و اندیکاسیونی جهت مراقبت ویژه از مادر و جنین و اقدام به ختم حاملگی در زمان مناسب است [۲].

۳- توأم شدن اولیگوهیدرامنیوس با حاملگی از موعد گذشته نشانه وضعیت نامطلوب و خطرناک جنین در داخل رحم و اندیکاسیونی جهت ختم فوری حاملگی است [۲].

۴- کاهش شدید مایع در موارد پارگی زودرس کیسه آب نشانه خطر قریب الوقوع فشار به بند ناف و اندیکاسیونی جهت ختم فوری حاملگی است [۲].

حجم مایع آمنیوتیک به طور فیزیولوژیک در اوایل تریمستر سوم حاملگی به اوج خود می‌رسد و از این به بعد تا حدود هفته ۳۶ حاملگی تقریباً ثابت باقی می‌ماند و از هفته ۳۶ به بعد بتدریج کاهش پیدا می‌کند و اگر زایمان به تعویق بیافتد (بعد از هفته ۴۰) این کاهش به صورتی شدیدتر



نمودار شماره (۱): بررسی نموداری درصد درجه بندی مختلف جفت از هفته ۳۵ تا ۴۰ حاملگی در ۲۰۰ خانم باردار مورد مطالعه در بیمارستان آرش

جدول شماره (۲): مقایسه میانگین ضریب مایع آمنیوتیک بین این مطالعه و مطالعه فلان و همکاران از آمریکا

همکاران از آمریکا	این مطالعه						همکاران از آمریکا	
	مطالعه فلان	مطالعه فلان و همکاران	تعداد	میانگین	میانگین	تعداد		
	مقدار	انحراف معیار	انحراف معیار	(سانتی متر)	(سانتی متر)	تعداد	همکاران از آمریکا	
Phelan JP	۰/۰۰۰۶۱	۴/۸	۱۲/۸	۱۹	۳/۹	۱۶/۹	۱۲۲	۳۶
	۰/۰۰۰۰۵	۴/۳	۱۳/۱	۶۳	۳/۸	۱۶/۱	۱۰۴	۳۷
	۰/۰۰۱۳	۴/۷	۱۳/۴	۸۳	۴/۳	۱۵/۷	۷۹	۳۸
	۰/۱۲۲	۴/۹	۱۲/۴	۵۵	۳/۳	۱۳/۵	۷۲	۳۹
	۰/۱۳	۴/۶	۱۲/۴	۳۳	۴/۳	۱۰/۷	۳۰	۴۰

* بر اساس آزمون t جهت مقایسه میانگین دو مطالعه

۱- Phelan JP

عبارت دیگر الگوی تغییر ضریب مایع آمنیوتیک بر حسب درجه بندی جفت از لحاظ آماری معنی دار می‌باشد. به عنوان مقایسه میزانهای بدست آمده از ضرایب مایع آمنیوتیک حاصل از این مطالعه با تحقیق مشابهی که توسط فلان^(۱) و همکاران^(۲) از دانشگاه کالیفرنیای جنوبی انجام شده است مقایسه گردید (نمودار ۲).

۱- Phelan



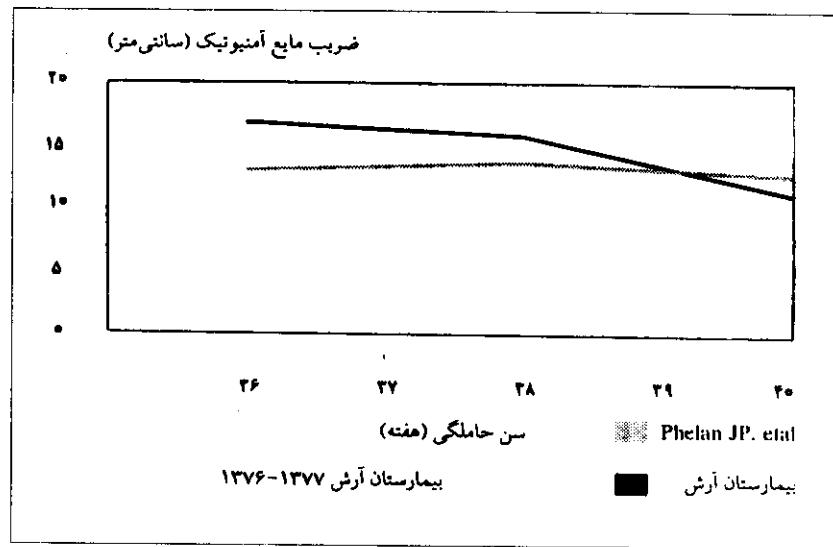
سن ۳۵ هفتگی بتدريج از شيوع جفت درجه I کاسته شده و به ميزان جفتهاي درجه II و III افروده ميگردد. كه با مطالعات مشابه از اين نظر سازگار است. اين تحقيق در يك منطقه از شهر بزرگ تهران كه داراي شرايط اقتصادي اجتماعي عمدتاً پايانين يا متوسط بوده اند صورت گرفته است، لذا برای نتيجه گيري دقيق تر نياز به يك مطالعه آينده نگر با حجم نمونه بزرگتر دارد كه در آن از تمام مناطق شهری و کشوری نمونه گيري شود تا بتوان اثر عوامل نژادی، اقتصادي اجتماعي و محیط را بر ضريب مایع آمنیوتیک و درجه بندی تکاملی جفت بهتر

بررسی نمود.

تشکر و قدردانی

از آقای دکتر محمد مجید که در انجام تحلیل آماری این تحقیق به ما کمک نمودند و همچنین از زحمات کارکنان درمانگاه مراقبت دوران بارداری و سونوگرافی در انجام این تحقیقات، صمیمانه تشکر میگردد. ■

نمودار شماره (۲): مقایسه نموداري ضريب مایع آمنیوتیک در هفته های ۳۶ تا ۴۰ حاملگی در ۲۰ خانم باردار مورد بررسی در بیمارستان آرش و همچنین مطالعه فلاں و همکاران از آمریکا



خود را نشان می دهد [۵.۳.۱]. نتایج حاصل از مطالعه ما با نتایج مطالعات مشابه خارجی در سن ۴۱ هفتگی یا بیشتر نرسیده اند) بالاتر این زمینه سازگار است که در چند هفته آخر بودن میانگین حجم مایع آمنیوتیک در حاملگی تدریجاً از میزان مایع آمنیوتیک بررسی ما ممکن است ناشی از عامل نژادی یا عوامل دیگر باشد. از نظر درجه بندی کاسته می شود. در این تحقیق کمترین تکاملی جفت نیز مطالعه ما نشان داد که از میزان مایع را در هفته ۴۰ بارداری داشته ایم

مراجع

- Phelan JP, Smith CV, Broussard P, et al. Amniotic fluid volume assessment with the four quadrant technique at 36-42 weeks' gestation. *J Reprod Med* 1987; 32 (7): 540-542.
- Ower P, Ogston S. Standards for the quantification of serial changes in the amniotic fluid index. *Ultrasound obstet Gynecol* 1998; (6): 403-407.
- Callen PW. *Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology*. 3rd ed. philadelphia: W.B. Saunders, 1994; P. 475-486.
- Oreilly G, Divon M. Predictive value of Amniotic fluid index for oligohydramnios in patients with prolonged pregnancies. *J Matern Fetal Med* 1996; 5 (4): 218-226.
- Williams K. Amniotic fluid assessment. *Obstet Gynecol Surv* 1993; 48(12): 795-800. ■

