

مجله دانشکده پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دوره ۶۳، شماره ۶، صفحات ۴۴۸ تا ۴۵۲، (۱۳۸۴)

آنمی و فاکتورهای مؤثر بر آن در بارداری

دکتر صدیقه برنا (استاد)*، دکتر حاجیه برنا (استادیار)**، دکتر زینب قنبری (استادیار)*، دکتر صغری خضردوست (استادیار)*

* بخش زنان، بیمارستان ولی عصر، دانشگاه علوم پزشکی تهران

** گروه اطفال، دانشگاه علوم پزشکی شاهد

چکیده

مقدمه: آنمی یکی از شایعترین بیماریهای خونی است که در کشورهای مختلف شیوع متفاوتی دارد و یکی از علل زایمان زودرس و LBW و مرگ و میر پری‌ناتال بشمار می‌رود.

مواد و روشها: در یک مطالعه آینده‌نگر مقطعی در ۹۷۰ زن باردار فراوانی آنمی و فاکتورهای مؤثر بر آن و اثر آن بر میزان زایمان زودرس و LBW در بیمارستان ولی عصر تهران مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج بدست آمده از این مطالعه شیوع آنمی ($Hb < 11 \text{ gr/dl}$) را ۹/۱۴٪ در این مرکز نشان داد. فراوانی آنمی در افرادی که سابقه قبلی سقط و سزارین داشتند و پاریتی بیشتر از ۱ و سن کمتر از ۲۵ سال داشتند در دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری نداشت. افرادی که در طی دوران بارداری آهن کمکی مصرف کرده بودند و مراقبت پری‌ناتال داشتند فراوانی آنمی در آنها کمتر بود ($P \text{ value} = 0/030$). میزان LBW در نوزادان افراد مبتلا به آنمی بیشتر بود.

نتیجه گیری و توصیه‌ها: فراوانی آنمی در این مرکز مشا به مطالعاتی است که در مناطق شهری انجام شده است. سابقه سقط و سزارین، مولتی‌پاریتی و سن عامل مؤثر در بروز آنمی نمی‌باشد. آنمی میزان LBW را در نوزادان افزایش می‌دهد.

کلمات کلیدی: آنمی، زایمان زودرس، LBW

آنمی باعث افزایش میزان زایمان زودرس و LBW و مرگ و

میر پری‌ناتال می‌گردد (۲،۳).

آنمی فقر آهن شایعترین علت آنمی در دوران بارداری می‌باشد. علل متعددی سبب بروز آنمی می‌گردد. تغذیه نامناسب - حاملگی‌های مکرر - بارداری دسین پائین و عدم مصرف قرص آهن مکمل در دوران بارداری و بیماری‌های مزمن عفونی و انگلی از علل عمده آنمی در دوران بارداری بشمار می‌روند.

مقدمه

آنمی یکی از شایعترین بیماریهای خونی است که متوسط شیوع آن در کشورهای صنعتی ۱۸٪ و در کشورهای در حال توسعه ۵۶٪ گزارش شده است (۱).

آنمی یکی از علل مهم مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه میباشد (۱). بعضی مطالعات نشان می‌دهد که

یافته ها

از آنجا که سن حاملگی افراد مورد مطالعه بیشتر از ۲۸ هفته بود میزان $Hb < 11$ بعنوان آنمی در این مطالعه ملاک قرار گرفت. از ۹۷۰ مورد زن باردار تعداد ۱۴۵ نفر (۱۴/۹٪) آنمی $Hb < 11 \text{ gr/dl}$ داشتند.

یک مورد هموگلوبین کمتر از 7 gr/dl و یک مورد هموگلوبین 16 gr/dl وجود داشت.

در ۹۷۰ مورد مطالعه ۱۷ مورد حاملگی دوقلویی دیده شد که در ۵ مورد آنمی وجود داشت. در بعضی از افراد مورد مطالعه سابقه بیماری قلبی، هیپرتیروئیدی، هیپوتیروئیدی و دیابت وجود بدست آمد که در هیچکدام از موارد فوق آنمی وجود نداشت. همچنین در هیچکدام افراد مورد مطالعه سابقه بیماری‌های مزمن، انگلی، کلیوی، خونی و بدخیمی نداشتند.

۵۲/۴٪ افراد مبتلا به آنمی و ۵۳/۱٪ افرادی که آنمی نداشتند سن کمتر از ۲۵ سال داشتند (جدول ۱).

۳۸/۶٪ افراد دارای آنمی پریمی‌پار و ۶/۱٪ افراد مبتلا پاریتی بیشتر از ۱ داشتند.

۱۱/۷٪ افراد دارای آنمی و ۱۸/۴٪ افراد طبیعی سابقه سقط قبلی را داشتند.

۱۷/۲٪ از افراد دارای آنمی و ۱۱/۹٪ افراد طبیعی سابقه سزارین قبلی داشتند. در هیچکدام از موارد فوق از نظر میزان آنمی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت (جدول ۱).

هدف از این مطالعه بررسی شیوع آنمی در زنان باردار ایرانی و فاکتورهای مؤثر بر آن و اثرات آن روی نتایج حاملگی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه آینده‌نگر Cross sectional در مدت ۶ ماه کلیه زنان بارداری که سن حاملگی بیشتر از ۲۸ هفته داشتند و جهت زایمان به بیمارستان ولی عصر تهران مراجعه می‌کردند از نظر Hb, Hct مورد بررسی قرار گرفتند از میان این افراد زنان بارداری که بعلت خونریزی واژینال به بیمارستان مراجعه کرده بودند از مطالعه حذف شدند و از ۹۷۰ مورد واجد شرایط که در طی این مدت بستری و زایمان کردند نمونه‌گیری خون بعمل آمد. کلیه نمونه‌ها به یک آزمایشگاه ارسال شد. سپس این افراد از نظر متغیرهای متعددی چون سن حاملگی، سابقه سقط و سزارین سابقه بیماری‌های داخلی و عفونی و انگلی و پاریتی و وجود مراقبتهای پره‌ناتال مورد بررسی قرار گرفتند. شیوع آنمی در افراد مورد مطالعه بدست آمد سپس اثر متغیرهای مورد نظر در بروز آنمی در دو گروه مبتلا به آنمی $Hb < 11 \text{ gr/dl}$ و گروه طبیعی $Hb \geq 11 \text{ gr/dl}$ مورد بررسی واقع شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با برنامه نرم‌افزاری Spss تحت آنالیز آماری قرار گرفت.

جدول ۱- فراوانی و مقایسه فاکتورهای مؤثر بر آنمی در دو گروه مورد مطالعه

P value	Hb		متغیر مورد مطالعه
	Hb < 11 تعداد	Hb ≥ 11 تعداد	
۰/۸۸	۷۶ (۵۲/۴)	۴۳۸ (۵۳/۱)	سن کمتر از ۲۵
	۶۹ (۴۸/۶)	۳۸۷ (۴۶/۹)	سن بیشتر از ۲۵
۰/۱۲۷	۵۶ (۳۸/۶)	۳۷۵ (۴۵/۵)	پاریتی I
	۸۹ (۶۱/۴)	۴۵۰ (۵۴/۵)	پاریتی بیش از I
۰/۴۹۸	۱۷ (۱۱/۷)	۱۵۲ (۱۸/۴)	سابقه سقط +
۰/۰۷۴	۲۵ (۱۷/۲)	۹۸ (۱۱/۹)	سابقه سزارین +
۰/۰۳۰	۱۶ (۱۳/۴)	۴۹ (۷/۵)	عدم وجود مراقبت پری ناتال و مصرف آهن

جدول ۲- فراوانی زایمان زودرس و LBW در دو گروه مورد مطالعه

P value	Hb \geq 11gr/dl	Hb<11gr/dl	Hb	نتیجه بارداری
۰/۰۶۵	۱۰۷ (٪۱۳/۴)	۲۶ (٪۱۸/۶)		زایمان زودرس GA<37w
۰/۰۳۲	۱۰۵ (٪۱۲/۷)	۲۹ (٪۲۰)		LBW وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم

هیچگونه سابقه‌ای از بیماری‌های فوق وجود نداشت، ممکن است این متغیر یکی دیگر از دلایل کم بودن شیوع آنمی در این مطالعه باشد.

آنمی فقر آهن شایع‌ترین علت آنمی در دوران بارداری است و تغذیه نامناسب، حاملگی‌های مکرر و حاملگی در سنین پایین و عدم مصرف آهن در دوران بارداری از علل آنمی فقر آهن در دوران بارداری بشمار می‌رود. در مطالعه‌ای که توسط Marin GH و همکاران در سال ۲۰۰۲ انجام داده شیوع آنمی در یونان ۱۶٪ گزارش شده که آمار ما تقریباً مشابه این مطالعه است (۴).

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۲ توسط Mali-Carvajala و همکاران انجام شد شیوع آنمی در افرادی که مولتی‌پار بودند و آهن کمکی دریافت نکرده بودند، بالا بود (۵). در مطالعه Oborove و همکاران که در سال ۲۰۰۲ در نیجریه انجام شد آنمی در افراد پریمی پار بیشتر بوده است (۶). در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۵ در دانشگاه Ignauce انجام شده، آنمی در افراد سن بالاتر از ۲۵ اعم از پریمی‌پار و مولتی‌پار بالا بوده است.

از آنجا که در کشور ما اکثر حاملگی‌های در سنین کمتر از ۲۵ سالگی است و میزان پارتیتی معمولاً بیشتر از دو می‌باشد، ما انتظار داشتیم که در بین افراد مذکور تفاوت معنی‌داری در بین دو گروه مورد مطالعه از نظر شیوع آنمی وجود داشته باشد، که نتیجه بدست آمده در این مطالعه این نظریه را تأیید نکرد.

در مطالعات متعدد لزوم مصرف آهن در دوران بارداری و کاهش شیوع آنمی فقر آهن با مصرف آهن کمکی در دوران بارداری نشان داده شده است (۸،۷،۵).

در این مطالعه، وجود مراقبت‌های پری‌ناتال و مصرف آهن کمکی در این دوران مورد بررسی قرار گرفت و آنمی در

۱۳/۴٪ افراد دارای آنمی و ۷/۵٪ افراد طبیعی در طی حاملگی مراقبت‌های پری‌ناتال نداشتند که اختلاف بین دو گروه در این مورد معنی‌دار بود $PV=0/03$.

فراوانی زایمان زودرس (GA<37w) در افراد دارای آنمی ۱۸/۶٪ و افراد طبیعی ۱۳/۴٪ بود. اگرچه زایمان زودرس در گروه مبتلا به آنمی بیشتر بود ولی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه نبود $PV=0/065$.

فراوانی LBW (وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم) در نوزادان افراد دارای آنمی ۲۰٪ و در نوزادان گروه طبیعی ۱۲/۷٪ بود. تفاوت بین این دو گروه از نظر میزان LBW معنی‌دار بود $PV=0/032$ (جدول ۲).

مقایسه فراوانی SGA (small for gestational age) بین دو گروه مورد مطالعه، تفاوت معنی‌داری را نشان نداد $P=0/84$.

بحث

شیوع آنمی بر اساس آماری که توسط WHO گزارش شده است در کشورهای در حال توسعه ۵۶٪ و در کشورهای صنعتی ۱۸٪ گزارش شده است (۱). در این مطالعه شیوع آنمی در زنان باردار مورد مطالعه ۱۴/۹٪ بدست آمد. که در مقایسه با مطالعات دیگر این کمتر است. یکی از دلایل این اختلاف این است که اکثر مراجعین به این بیمارستان تقریباً از قشر متوسط جامعه بودند که این افراد از وضعیت بهداشتی و تغذیه‌ای نسبتاً مناسبی داشتند.

از طرف دیگر علل عمده آنمی فقر آهن، وجود بیماری‌های مزمن و انگلی و عفونی و غیره است که در اکثر مطالعاتی که میزان آنمی در آنها بالا گزارش شده علت عمده آنمی در آنها بیماری‌ها، سوق بوده است (۱). در افراد مورد مطالعه ما

مبتلا به آنمی با اختلاف معنی داری بالا بود $PV=0/032$ (۹-۱۱).

اگر چه نتایج حاصل از این مطالعه کاهش میزان آنمی را نسبت به آمارهای قبلی نشان می‌دهد ولی هنوز آنمی فقر آهن یکی از بیماری‌های خونی شایع در ایران بشمار می‌رود. مولتی‌پاریتی، خونریزی‌های بعد از زایمان، عدم مصرف آهن کمکی در دوران بارداری و بعد از زایمان از علل عمده فقر آهن در زنان باردار ایرانی بشمار می‌رود.

مراقبت‌های دقیق پره‌ناتال و مصرف آهن کمکی در دوران بارداری و سه ماه بعد از زایمان، انجام CBC در اولین ویزیت پره‌ناتال و تشخیص و درمان به موقع آنمی در زنان باردار باعث کاهش میزان آنمی و عوارض ناشی از آن از جمله LBW و زایمان زودرس خواهد شد. در کشور ما زایمان زودرس و LBW یکی از مهمترین علل مرگ و میر پره‌ناتال بشمار می‌رود. کاهش میزان آنمی و زایمان زودرس و LBW باعث کاهش مرگ و میر پره‌ناتال نیز خواهد شد.

افرادی که آهن کمکی در این دوران مصرف نکرده بودند بیشتر بود (جدول ۱). نتایج این مطالعه مطالعات قبلی را تایید کرد. در این مطالعه، سابقه سقط و سزارین و مولتی‌پاریتی، سن کمتر از ۲۵ سال فاکتورهای مؤثر در افزایش میزان آنمی در بین دو گروه مورد مطالعه نبود. وجود مراقبت‌های پره‌ناتال و مصرف آهن کمکی و عدم وجود بیماری‌های مزمن، فاکتورهای مؤثر در کاهش میزان آنمی در بین دو گروه مورد مطالعه بود.

در مطالعات متعددی، اثرات آنمی روی وزن جنین و میزان بروز زایمان زودرس مورد بررسی قرار گرفته است که بعضی از مطالعات نشان می‌دهد که آنمی باعث افزایش میزان LBW و زایمان زودرس در این افراد می‌گردد (۴-۲) و در بعضی مطالعات این یافته‌ها تأیید نشده است (۹، ۱۱).

در مطالعه ما، اگرچه میزان زایمان زودرس در گروه مبتلا به کم‌خونی بالا بوده ولی بین دو گروه تفاوت معنی دار نبود $PV=0/065$

در مطالعه ما نیز همانند مطالعه‌ای که Singh و Rondophok و همکاران انجام دادند میزان LBW در گروه

منابع

1. world health organization ,the procedure of anemian women ,a tabulation of available information 2nded,Geneva ,WHO 1992.
2. Murphyjf ,oriondanj,new oombe,12y,relation of Hb level sin first second trimmest to out come of pregnancy lancet 19861-992-5.
3. Hemminkie ,Rimmpleau,Iron supplementation ,maternal packed cell volume ,and fetal growth ,Archids child,1991.66.422-5.
4. Singlapn, tuagim, kuman A, fetal growth in maternal anemia trop pediar 1997:43:89-92.
5. Marti-carvajala, Pena-Martins, Prevalence on anemia during pregnancy: results of valenaaArch latioam Nutr 2002Mr 52(1) 5-11.
6. Oborovo ,Taboweito prevalence and risk factors for anemia in pregnancy in south southern nigeria. J obstet csy ynae lol 2002nov, 22/(6) 610-13.
7. Yip R. Iron supplementation during pregnancy :is it effective ? Am J Clin Nutr 1996,63:853-5.
8. Klinik fur csebast Medizin, Iron deficiency is prevalent in a sample of pregnant women ,Eur y obstet gynecol repord biol 2002may.
9. Goldenberg Rl, tamurat ,Dubard M, lob, stonke plama feriting ,pregnancy out come ,Ambjobst .1996-.75-1356-9.
10. Randoph ,AQbbotr, Rudrigueslc, the influence of maternal nutritional factors in Iugr in Brazil .paediar perinai Epi demiol 1997-11:152-66.
11. Singh K, fongyf, Arulkumaran s, Arulkumara ns, Anemia in pregnancy -across sectional study in singapore Eurjclin nae,1998:52,65-70.
12. Cogswell ME, Parvanta I, Ickes L, Yip R, Brittenham GM. Iron supplementation during pregnancy, anemia, and birth weight: a randomized controlled trial. Am J Clin Nutr. 2003 Oct;78(4):773-81.
13. Makrides M, Crowther CA, Gibson RA, Gibson RS, Skeaff CM. 81Efficacy and tolerability of low-dose iron supplements during pregnancy: a randomized controlled trial.Am J Clin Nutr. 2003 Oct;78(4):773-81.