

● مقالات تحقیقی (۵)

تعیین شیوع نمایش بریچ و بررسی تأثیر عوامل سن مادر، وزن نوزاد، سن حاملگی و تعداد زایمان در خانم‌های مراجعه کننده برای زایمان به بیمارستان آرش

چکیده

هدف از مطالعه تعیین شیوع نمایش بریچ و بررسی ارتباط سن حاملگی، وزن نوزاد، سن مادر و تعداد زایمان به صورت جداگانه بر شیوع این نمایش در زایمانهای تکقلو جهت جلوگیری از عوارض متعدد مادری - جنینی زایمانهای بریچ در بیمارستان آرش می‌باشد.

مطالعه از نوع تحلیلی مورد - شاهدهی بوده، اطلاعات از پرونده‌های بیماران بدست آمده است. تعداد کل زایمانها ۱۲۰۶۷ و تعداد کل نمایش بریچ ۳۳۵ مورد در ۴ سال مورد مطالعه بوده، تعداد ۱۷۲ مورد نمایش بریچ و ۳۲۱ شاهد به صورت تصادفی ساده جهت مطالعه انتخاب شده‌اند.

شیوع نمایش بریچ در جمعیت و زمان مطالعه ۲/۷۷ درصد بدست آمد. نتایج نشان داد که میانگین سن مادر در نمایش بریچ $25/29 \pm 5/91$ سال و در گروه سفالیک $25/07 \pm 5/81$ بود. و اختلاف این دو گروه معنی‌دار نبود. درصد فراوانی نسبی نمایش بریچ در پاریتی صفر ۳۷/۷ درصد در مقابل ۳۵/۶ درصد نمایش سفالیک در گروه شاهد بود که باتوجه به $OR=1/65^{(1)}$ ، پرایمی پاریتی به عنوان یک عامل خطر برای نمایش بریچ محسوب می‌شود.

میانگین سن حاملگی در گروه سفالیک $38/9 \pm 2/28$ هفته و در گروه بریچ

دکتر اشرف معینی
استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی - درمانی تهران، بیمارستان
روئین تن آرش، گروه زنان و مامایی

دکتر بهناز نوری
دستیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
- درمانی تهران، بیمارستان روئین تن آرش، گروه
زنان و مامایی

دکتر عباس متولیان
پزشک عمومی

۱-OR : Odds Ratio



۳۷/۷±۳/۶ هفته بود که باتوجه به $P < 0/001$ اختلاف این دو گروه معنی‌دار بود و میانگین وزن نوزادان بریچ 2885 ± 691 گرم در مقابل 3231 ± 410 گرم گروه سفالیک بود که با $P < 0/001$ تفاوت این دو گروه نیز معنی‌دار بود. درجمعیت مورد مطالعه ما وزن کم هنگام تولد، پرایمی بودن و سن کم حاملگی در افزایش شیوع نمایش بریچ دخالت داشته‌اند اما همراهی بین افزایش سن مادر و مولتی پاریتی با افزایش شیوع نمایش بریچ برخلاف مطالعات دیگر به اثبات نرسید. در مجموع عوامل متعدد مادری و جنینی بصورت جداگانه در افزایش خطر نمایش بریچ شرکت دارند که نشان‌دهنده دخالت مکانیسم‌های مختلف زیست‌شناختی در تولد نوزادان بریچ می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: نمایش بریچ، اپیدمیولوژی، عامل خطر

مقدمه

نمایش بریچ زمانی روی می‌دهد که هنگام زایمان ته جنین قبل از سر از کانال زایمانی خارج گردد. قبل از فرارسیدن زمان ترم نمایش بریچ شایع می‌باشد با این وجود در اکثر موارد قبل از شروع زایمان جنین به صورت خودبخودی به نمایش سفالیک برمی‌گردد، بطوریکه فقط ۳-۴ درصد زایمانهای تک‌قلو بریچ باقی می‌مانند درحالی که این مقدار در هفته‌های ۲۹-۳۲ بارداری معادل ۱۴ درصد می‌باشد [۱، ۲، ۳].

در نمایش بریچ پایدار افزایش عوارض مادری و جنینی قابل پیش‌بینی است که شامل عوارض زیر می‌باشند.

۱- عوارض و مرگ و میر دوره پری‌ناتال [۱، ۳، ۴، ۵]

۲- کاهش وزن زمان تولد به علت زایمان زودرس، محدودیت رشد یا هردو [۱، ۳، ۴، ۷، ۸]

۳- پرولاپس بند ناف و آنومالیهای جنینی

۴- آنومالیهای رحمی و تومورهای رحمی

۵- چندقلویی

۶- دخالت‌های جراحی بخصوص زایمان بصورت سزارین

۷- جفت سرراهی و... [۱، ۳]

باتوجه به این عوارض در صورت درک بهتر علل نمایش بریچ قادر خواهیم بود روش‌های جلوگیری از آنرا نیز شناسایی نماییم.

مطالعات مختلف ارتباط بین سن پایین حاملگی، پرایمی پاریتی، وزن کم هنگام تولد و افزایش سن مادر، آنومالیهای جنینی مادرزادی، چندقلویی، آنومالیهای رحمی و... نشان داده‌اند [۱، ۳، ۹].

هدف ما از مطالعه بررسی تأثیر سن حاملگی، وزن نوزاد، تعداد زایمان، سن مادر در افزایش شیوع نمایش بریچ و تعیین شیوع نمایش بریچ در بیمارستان آرش در سالهای ۱۳۷۶-۱۳۷۲ می‌باشد تا در شناسایی روش‌های جلوگیری از بروز این نمایش در کشورمان، مقایسه با نتایج مطالعات دیگر و نیز در شناسایی تأثیر عوامل جغرافیایی و دموگرافیک ویژه کشورمان اقدام نماییم.

روش کار

این مطالعه یک بررسی تحلیلی مورد شاهدهی است که به صورت گذشته‌نگر با استفاده از پرونده‌های پزشکی بدست آمده است.

جامعه مورد مطالعه خانم‌های بارداری هستند که جهت زایمان از شهریور ۱۳۷۲ تا شهریور ۱۳۷۶ در بیمارستان آرش بستری شده بودند.

شرایط ورود به مطالعه

۱- خانم بارداری که در مقطع زمانی مذکور برای زایمان به بیمارستان آرش مراجعه کرده بود.

۲- زایمان بارداری تک‌قلوی زنده انجام شده بود.

۳- سن حاملگی براساس LMP^(۱) محاسبه شده و باید LMP به دقت مشخص بوده باشد.

۴- در زایمانهای بریچ بجز عوامل وزن نوزاد، سن مادر، سن حاملگی و پاریتی سایر عوامل کنار گذاشته شده‌اند.

۵- وزن نوزاد در برکه مخصوص نوزادان، و سن مادر و تعداد زایمان در برکه شرح حال به دقت ثبت شده باشد.

در ۴ سال مورد مطالعه تعداد کل زایمانها چه به روش واژینال و چه سزارین ۱۲۰۶۷ مورد و تعداد نمایش بریچ ۳۳۵ مورد بود که از این تعداد به صورت تصادفی ساده ۱۷۲ نمایش بریچ به عنوان مورد و ۴۴۱ نمایش سفالیک به عنوان شاهد انتخاب شدند.

۱-LMP: Last Menstrual Period



جدول شماره (۱): ویژگی‌های مادرزادی و نوزادی در موارد نمایش بریچ و گروه شاهد (سفالیک) در بارداری‌های تک‌قلو در بیمارستانهای آرش در سالهای ۱۳۷۶-۱۳۷۲

ویژگی	مورد		شاهد	
	تعداد	درصد فراوانی نسبی	تعداد	درصد فراوانی نسبی
⊗ ویژگی‌های نوزادی				
الف) وزن تولد				
کمتر از ۲۵۰۰ گرم	۴۵	۲۶/۲	۲۰	۴/۵
۲۵۰۰-۳۹۹۹ گرم	۱۱۲	۶۴/۸	۳۸۰	۸۶
بیشتر از ۴۰۰۰ گرم	۱۵	۹	۱۵	۹/۵
ب) سن حاملگی				
کمتر از ۳۷ هفته	۵۳	۳۱/۳	۶۱	۱۶
۳۷-۴۲ هفته	۱۱۹	۶۸/۷	۳۷۰	۸۳/۸
بالای ۴۲ هفته	-	صفر	۱۰	۰/۲
⊗ ویژگی‌های مادری				
الف) پاریتی				
صفر زایمان قبلی	۸۲	۴۷/۷	۱۵۷	۳۵/۶
بیشتر یا مساوی یک زایمان قبلی	۹۰	۵۲/۳	۲۸۴	۶۴/۴
ب) سن مادر کمتر از ۲۰ سال	۴۴	۲۵/۴	۱۰۹	۲۴/۹
۲۰-۲۹ سال	۹۶	۵۵/۶	۲۴۶	۵۵/۸
بیشتر از ۲۹ سال	۳۲	۱۹	۸۶	۱۹/۳

است.

فراوانی نسبی نمایش بریچ در گروه کمتر از ۳۷ هفته‌گی حاملگی ۳۱/۳ درصد در مقابل گروه سفالیک ۱۶ درصد می‌باشد که بعد از هفته ۳۷ این نسبت در گروه سفالیک بیشتر از گروه بریچ می‌شود (جدول ۱). OR محاسبه شده برای سن حاملگی معادل ۳/۹۹ است.

۴- میانگین فراوانی نسبی پاریتی ۱/۱۰±۱/۴۵ در گروه بریچ و در گروه سفالیک ۱/۶۷±۱/۵۴ و باتوجه به $P < 0/02$ اختلاف بین دو گروه معنی‌دار است.

در پاریتی صفر، ۴۷/۷ درصد نمایش بریچ در مقابل ۳۵/۶ درصد نمایش سفالیک وجود دارد که در پاریتی یک به بالا این درصد در گروه سفالیک بیشتر از گروه بریچ می‌شود (جدول ۱). OR محاسبه شده ۱/۶۵ است.

۵- میانگین سن مادران در گروه بریچ ۲۵/۰۷±۵/۸۱ در گروه سفالیک ۲۵/۲۹±۵/۹۱ است. باتوجه به $P = 0/۶۸$ اختلاف این دو گروه معنی‌دار نیست.

در مراجعه به جدول شماره ۱ می‌توان دریافت که بیشترین زایمان در محدوده سنی زیر ۲۹ سال در هر دو گروه صورت گرفته است.

بحث

باتوجه به درصد شیوع ۲/۷۷ درصد در این مطالعه و مقایسه با نتایج مطالعات دیگر (۳-۴ درصد) می‌توان علت این کاهش را تاحد زیادی مربوط به عدم پذیرش زایمانهای پره‌ترم (به دلیل عدم وجود تجهیزات کافی) در بیمارستان آرش دانست. چون شیوع نمایش بریچ در زایمانهای پره‌ترم (۱۵/۳٪ در مقابل ۵/۷٪) حدود سه برابر بیشتر از گروه سفالیک می‌باشد [۹] و

۲- باتوجه به نتایج جدول ۲ میانگین فراوانی نسبی وزن تولد در گروه بریچ ۲۸۸۵±۶۹۱ و در گروه سفالیک ۳۲۳۱±۴۱۰ گرم می‌باشد و اختلاف این دو گروه نیز معنی‌دار است ($P < 0/05$). درصد فراوانی نسبی وزن تولد در گروه بریچ ۲۶/۲ درصد در مقابل گروه سفالیک ۴/۵ درصد در محدوده وزنی کمتر از ۲۵۰۰ گرم می‌باشد و در وزنهای بالاتر این نسبت در گروه سفالیک بیشتر از بریچ است (جدول ۱). OR وزن تولد ۷/۴۶ می‌باشد.

۳- میانگین فراوانی نسبی سن حاملگی هنگام تولد در گروه بریچ ۳۷/۳۶±۳/۶ هفته و در گروه سفالیک ۳۸/۹±۲/۲۸ می‌باشد اختلاف این دو گروه با $P < 0/001$ معنی‌دار

اطلاعات مورد نیاز در جداول مخصوص ثبت گردیده و مورد تجزیه و تحلیل آماری با آزمون‌های t، مربع کای قرار گرفته، با مقدار P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی شدند. در مورد وزن نوزاد - سن حاملگی و پاریتی OR نیز محاسبه گردید.

نتایج

۱- درصد شیوع نمایش بریچ باتوجه به تعداد کل زایمان که ۱۲۰۶۷ مورد در طی ۴ سال مطالعه در بیمارستان آرش و تعداد ۳۳۵ مورد زایمان بریچ در همان مقطع زمانی می‌باشد، معادل $2/77\% = 335/12067$ است.



نولی بار اشاره نمود [۱۳].

فراوانی نسبی نمایش بریج در سن حاملگی قبل از ۳۷ هفتهگی ۲ برابر گروه شاهد است که با افزایش سن در محدوده ترم این نسبت در گروه سفالیک بیشتر است و با توجه به $OR=3/99$ می توان پی برد که احتمال بروز نمایش بریج در سن حاملگی زیر ۳۷ هفته ۳/۹۹ برابر نمایش سفالیک می باشد.

در مجموع درصد شیوع زایمان بریج در مقایسه با گروه شاهد در نوزادان پره ترم بیشتر از ترم است و پره ترم بودن از مشکلات اصلی همراه نمایش بریج است که در صورت جلوگیری از آن می توان در کاهش درصد شیوع این نمایش اقدام مؤثری به عمل آورد [۱۳، ۷، ۹].

بیشترین شیوع بریج در این تحقیق هفته های ۳۷-۴۰ حاملگی بود و در ۴۱-۴۰ هفتهگی کاهش شدیدی نشان می داد.

این کاهش می تواند به دلیل چرخش خودبخودی جنین و سزارین انتخابی در هفته های پائین تر حاملگی باشد. از آنجایی که سزارین در هفته های پائین حاملگی قبل از شروع زایمان خودبخودی با حذف لیبر یکی از عوامل چرخش خودبخودی را نیز حذف می نماید شاید بهترین زمان انجام عمل سزارین اندکی قبل از شروع زایمان خودبخودی باشد که این نتایج نیز مشابه مطالعات دیگر است. با دقت در میانگین وزن تولد درمی یابیم که میانگین وزن تولد نوزادان بریج کمتر از سفالیک می باشد [۹].

بیشترین شیوع بریج نسبت به گروه کنترل در مطالعه ما در وزن کم هنگام تولد (کمتر از ۲۵۰۰ گرم) حدود شش برابر است و یک کاهش در فراوانی نسبی نمایش بریج بطرف وزن های بالاتر تولد دیده می شود.

تعداد بیشتری از نوزادان بریج وزن کمتر

جدول شماره (۲): ویژگی های مادری و نوزادی در گروه شاهد و مورد (میانگین $\pm$ انحراف معیار) که با آزمون χ^2 بررسی شده اند در بیمارستان آرش در سالهای ۱۳۷۶-۱۳۷۲

ویژگی	مورد	شاهد	مقدار P
الف) ویژگی مادری			
سن مادر	$25/07 \pm 5/81$	$25/29 \pm 5/91$	۰/۶۸
پاریتی	$1/1 \pm 1/45$	$1/54 \pm 1/67$	۰/۰۲
ب) ویژگی نوزادی			
سن حاملگی	$37/34 \pm 3/6$	$38/9 \pm 2/28$	۰/۰۰۱
وزن نوزاد	2885 ± 691	3231 ± 410	۰/۰۰۱

۸۰/۹ درصد زایمانها در این مطالعه قبل از ۳۰ سالگی صورت گرفته است و این مسئله ناشی از مسائل خاص جغرافیایی و مردم شناسی کشورمان است و نیاز به مطالعات بیشتری را می طلبد.

باتوجه به نتایج حاصله بیشترین شیوع نمایش بریج در خانم های پرایمی و کمترین شیوع در خانم های مولتی پاریتی < 6 می باشد که با نتایج حاصل در مطالعات جدید در کشور نروژ و مجله زنان و مامایی آمریکا مطابقت دارد و بدین ترتیب پرایمی پاریتی یک عامل خطر نمایش بریج می باشد ولی مولتی پاریتی در مطالعه ما نیز یک عامل خطر محسوب نمی گردد و این مسئله مغایر با بعضی نتایج مطالعات قبل می باشد. باتوجه به $OR=1/65$ می توان فهمید که احتمال نمایش بریج در پاریتی صفر. $1/65$ برابر احتمال بروز نمایش سفالیک در پاریتی صفر است که مشابه با نتایج مطالعات جدید است.

میزان بالای نمایش بریج در تولد مرتبه اول را می توان به عامل های مادری و جنینی نسبت داد که قابلیت چرخش خودبخودی جنین را متأثر می سازند. از این عامل ها می توان به کشش بالای دیواره شکمی و محدودیت فضای رحمی در خانم های

علیرغم اینکه عدم پذیرش در هر دو گروه شاهد و مورد صورت گرفته است این مسئله تأثیر خود را در گروه بریج بیشتر ظاهر می سازد. عامل دیگر در کاهش شیوع نمایش بریج در مطالعه ما می تواند به این مسئله مرتبط باشد که در مطالعات به عمل آمده اخیر که افزایش سن مادر خصوصاً در اولین تولد عامل خطر افزایش نمایش بریج محسوب می گردد. (در خانم های مسن پرایمی درصد شیوع نمایش بریج ۶/۷۸ درصد در برابر ۳/۳۳ درصد در خانم های پرایمی جوان می باشد) در مطالعه ما حذف گردیده است [۸]. به طوریکه حدود

جدول شماره (۳): ویژگی های نوزادی و مادری نمایش بریج در نوزادان تک قلوئی متولد شده در بیمارستان آرش در سالهای ۱۳۷۶-۱۳۷۲

عامل خطر	OR ^(۱)	۹۵% CI ^(۲)
الف) ویژگی نوزادی:		
وزن نوزاد	۷/۴۶	۴/۱۱-۱۳/۶۲
سن حاملگی	۳/۹۹	۲/۶۲-۷/۳۱
ب) ویژگی مادری:		
پاریتی	۱/۶۵	۱/۱۴-۲/۳۹
سن مادر	-	-

۱ - OR: Odds Ration ۲ - CI: Confidence Interval



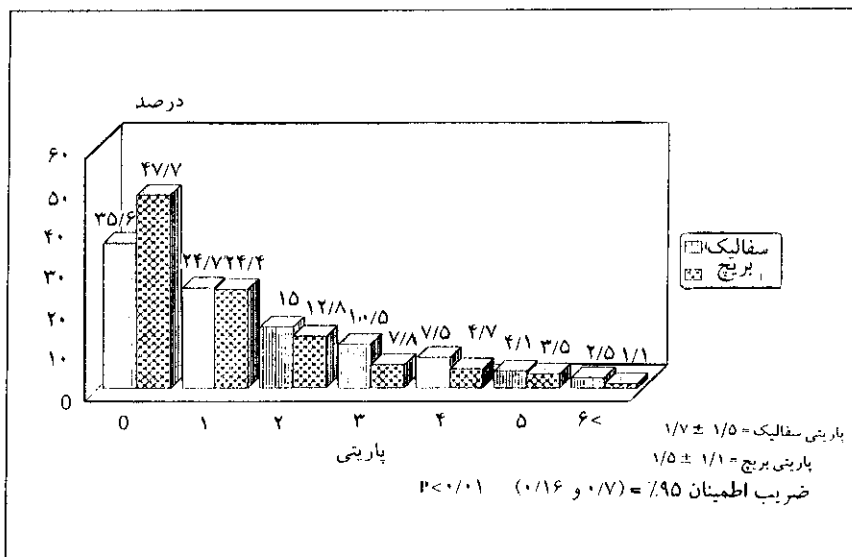
از ۲۵۰۰ گرم داشته‌اند که این نسبت در وزن بالاتر از ۲۵۰۰ گرم در گروه سفالیک بیشتر می‌شود و با دقت در $OR = 7/46$ می‌تواند از وزن کم تولد به عنوان یک عامل خطر مهم نمایش بریج و از وزن بالا به عنوان یک عامل حفاظتی در مقابل آن نام برد [۱۰].

در کل هر عاملی که منجر به کاهش وزن یا اندازه تولد گردد با افزایش بروز نمایش بریج همراه است و در صورت جلوگیری از بروز این عامل خطر می‌توان از شیوع بریج کاست این نتایج نیز با نتایج مطالعات قبلی مطابقت دارد.

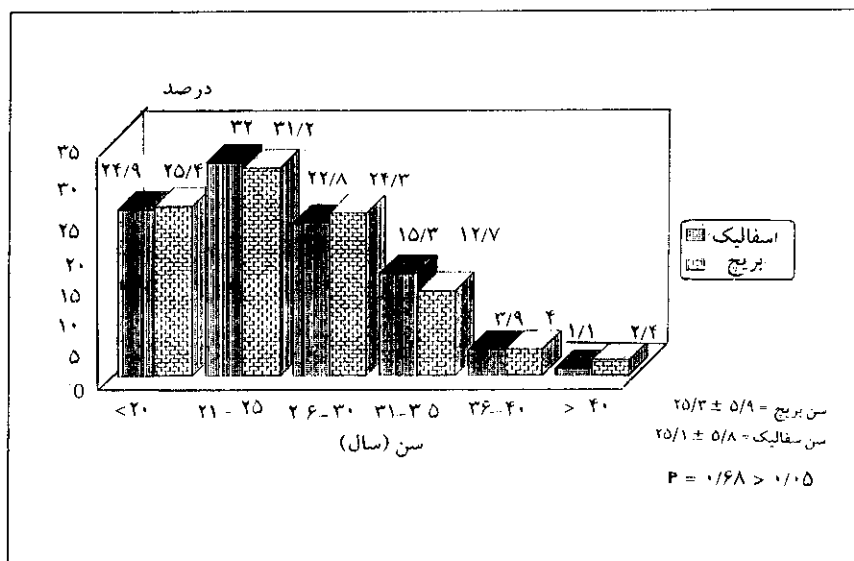
نتایج حاصله در نمودار (۲) نشان داد که اختلاف بین دو گروه سنی مادران شاهد و مورد معنی‌دار نبود. در مطالعه ما بیشترین فراوانی نسبی در گروه سنی ۲۵-۲۱ سال و کمترین فراوانی در گروه بالاتر از ۴۰ سال بود و درصد شیوع بریج برخلاف مطالعات قبل با افزایش سن مادر افزایش نداشت.

نتیجه‌گیری

شیوع زایمان بریج در مطالعه ما ۲/۷۷ درصد است. در افزایش شیوع نمایش بریج سن پایین حاملگی، زایمان اول، وزن کم تولد، به عنوان عامل خطر عمل می‌کنند. ولی در مطالعه ما ارتباط بین افزایش سن مادر و افزایش شیوع نمایش بریج اثبات نشده است. در کل عوامل متعدد جنینی - مادری به صورت جداگانه در بروز نمایش بریج مشارکت دارند که دخالت مکانیسم‌های مختلف زیست‌شناختی را نشان می‌دهد.



نمودار شماره (۱): تعداد زایمان به تفکیک نمایش در زایمانهای بیمارستان آرش از سال ۱۳۷۲-۱۳۷۶



نمودار شماره (۲): توزیع سن مادر به تفکیک نمایش در زایمانهای بیمارستان آرش از سال ۱۳۷۲-۱۳۷۶

مراجع

1. Cunningham M, Mc Donald M, Gant G. Williams Obstetrics, 20th ed. Norwalk: Appleton & lange, 1997; PP. 415-459 and 495-508.
2. Hill LM, Prevalence of breech presentation by gestational age. Am J Perinatal 1995;7(1):92-93.
3. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High risk Pregnancy Management Options. 6th ed. Horcourt Brace: W.B.Saunders, 1997; PP.173-198.
4. Lazarov L, Tolorov I. The outcome of delivery in the breech presentation at the stara zagora, Akush Ginekol Sofiia 1995; 34(2):4-7.
5. Kalaid Zhivee M, Vakrilova L, Iarukaia N. The structure of neonatal mortality among infants born in the cephalicand breech presentation in 1992-1994. Akush Ginekol Sofiia, 1996; 35(3):14-17.
6. Sherer DM, Spong Cy, Minior Vk. Increased incidence of fetal growth restriction in association with breech. Am J Perinatal 1997; 14(1):35-37.
7. Kouom L, Kamdom Mayo J. Rate of prematurity and preinatal mortality in the Younde University Gynecologic Clinic 1982-1992. Z Geburtshilfe Neonatal 1995;199(2):65-70.
8. Zhang J, Sehwingl PJ. Breech presentation and fetal growth ratardation. J Repacl Meel A 1993;38(3):193-196.
9. Albreehtsen S, Rasmussen S, Dalkar D. The occurence of breech presentation in Norway 1967-1994. Acta Obstet Gynecol Scand 1988;77:40-45.
10. Rayl J, Gibson J. A population - based case control study of risk factors for breech presentation. Am J Obset Cynecol 1996; 174-28-32.
11. Achumma S, Monga D, Performance of elddy primigravidian Kelantal, Med J Malaysia 1995;(1):37-41. ■

