

## • مقالات تحقیقی (۵)

# تعیین شیوع نمایش بریج 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 بریج و بررسی ارتباط سن حاملگی، وزن نوزاد، سن مادر و تعداد زایمان به صورت جداگانه برشیوع این نمایش در زایمانهای تک‌نلو جهت جلوگیری از عوارض متعدد مادری - جنینی زایمانهای بریج در بیمارستان آرش می‌باشد.

مطالعه از نوع تحلیلی مورد - شاهدی بوده، اطلاعات از پرونده‌های بیماران بدست آمده است. تعداد کل زایمانها ۱۲۰۶۷ و تعداد کل نمایش بریج ۳۳۵ مورد در ۴ سال مورد مطالعه بوده، تعداد ۱۷۲ مورد نمایش بریج و ۴۲۱ شاهد به صورت تصادفی ساده جهت مطالعه انتخاب شده‌اند.

شیوع نمایش بریج در جمعیت و زمان مطالعه ۷۷/۲ درصد بدست آمد. نتایج نشان داد که میانگین سن مادر در نمایش بریج ۹۱/۵ ± ۵/۲۵ سال و در گروه سفالیک ۸۱/۵ ± ۵/۰۷ بود. اختلاف این دو گروه معنی‌دار نبود. در صد فراوانی نسبی نمایش بریج در پاریتی صفر ۷/۴۷ درصد در مقابل ۶/۳۵ درصد نمایش سفالیک در گروه شاهد بود که با توجه به  $OR = 1/58^{(1)}$ ، پرایمی پاریتی به عنوان یک عامل خطر برای نمایش بریج محسوب می‌شود.

میانگین سن حاملگی در گروه سفالیک ۲۸/۹ ± ۲/۲۸ هفته و در گروه بریج

<sup>1</sup>-OR : Odds Ratio

دکتر اشرف معینی

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

دکتر بهناز نوری

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

دکتر عباس متولیان

پزشک عمومی



۳۷/۷±۳/۶ هفته بود که با توجه به  $P < 0.001$  اختلاف این دو گروه معنی‌دار بود و میانگین وزن نوزادان بربیج  $2885 \pm 691$  گرم در مقابل  $3231 \pm 410$  گرم گروه سفالیک بود که با  $P < 0.001$  تفاوت این دو گروه نیز معنی‌دار بود. در جمعیت موردمطالعه ما وزن کم هنگام تولد، پرایمی بودن و سن کم حاملگی در افزایش شیوع نمایش بربیج دخالت داشته‌اند اما همراهی بین افزایش سن مادر و مولتی پاریتی با افزایش شیوع نمایش بربیج برخلاف مطالعات دیگر به اثبات نرسید. در مجموع عوامل متعدد مادری و جنینی بصورت جداگانه در افزایش خطر نمایش بربیج شرکت دارند که نشان‌دهنده دخالت مکانیسم‌های مختلف زیست‌شناسخی در تولد نوزادان بربیج می‌باشد.

## واژه‌های کلیدی: نمایش بربیج، پیده‌یولوژی، عامل خطر

### جامعه موردمطالعه خانم‌های بارداری

هستند که جهت زایمان از شهریور ۱۳۷۲ تا شهریور ۱۳۷۶ در بیمارستان آرش بستری شده بودند.

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<sup>(۱)</sup> محاسبه شده و باید LMP به‌دقت مشخص بوده باشد.  
۴- در زایمانهای بربیج بجز عوامل وزن نوزاد، سن مادر، سن حاملگی و پاریتی سایر عوامل کنار گذاشته شده‌اند.  
۵- وزن نوزاد در برگه مخصوص نوزادان، و سن مادر و تعداد زایمان در برگه شرح حال به‌دقت ثبت شده باشد.

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

۱-LMP:Last Menstrual Period

### ۷- جفت سرراهی و... [۱.۲]

باتوجه به این عوارض درصورت درک بهتر علل نمایش بربیج 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، چندقلوی، آنومالیهای رحمی و نشان داده‌اند.<sup>[۱.۲.۹]</sup>

هدف ما از مطالعه بررسی تأثیر سن حاملگی، وزن نوزاد، تعداد زایمان، سن مادر در افزایش شیوع نمایش بربیج و تعیین شیوع نمایش بربیج در بیمارستان آرش در سالهای ۱۳۷۲-۱۳۷۶ 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.

### مقدمه

نمایش بربیج زمانی روی می‌دهد که هنگام زایمان ته جنین قبل از سر از کانال زایمانی خارج گردد. قبل از فرارسیدن زمان تزم نمایش بربیج شایع می‌باشد بالین وجود در اکثر موارد قبل از شروع زایمان جنین به صورت خودبخودی به نمایش سفالیک برمی‌گردد، بطوریکه فقط درصد زایمانهای تک‌قلو بربیج باقی می‌مانند در حالی که این مقدار در هفته‌های ۲۹-۳۲ بارداری معادل ۱۴ درصد می‌باشد.<sup>[۱.۲.۳]</sup>

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

۱- عوارض و مرگ و میر دوره بری ناتال.<sup>[۱.۲.۴]</sup>

۲- کاهش وزن زمان تولد به علت زایمان زودرس، محدودیت رشد یا هردو.<sup>[۱.۲.۵-۷.۸]</sup>

۳- پرولایپس بند ناف و آنومالیهای جنینی

۴- آنومالیهای رحمی و تومورهای رحمی  
۵- چندقلوی  
۶- دخالت‌های جراحی بخصوص زایمان بصورت سزارین

### روش کار

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

است.

فراوانی نسبی نمایش بریج در گروه کمتر از ۳۷ هفتگی حاملگی  $31/3$  درصد در مقابل گروه سفالیک  $16$  درصد می‌باشد که بعداز هفته  $37$  این نسبت در گروه سفالیک بیشتر از گروه بریج می‌شود(جدول ۱). OR محاسبه شده برای سن حاملگی معادل  $3/99$  است.

۴- میانگین فراوانی نسبی پاریتی  $1/10 \pm 1/45$  در گروه بریج و در گروه سفالیک  $1/54 \pm 1/67$  با توجه به  $P < 0/02$  اختلاف بین دو گروه معنی دارد.

در پاریتی صفر،  $7/47$  درصد نمایش بریج در مقابل  $6/35$  درصد نمایش سفالیک وجود دارد که در پاریتی یک به بالا این درصد در گروه سفالیک بیشتر از گروه بریج می‌شود(جدول ۱) OR.  $1/65$  محاسبه شده است.

۵- میانگین سن مادران در گروه بریج  $25/07 \pm 5/81$  در  $25/29 \pm 5/91$  است. با توجه به  $P = 0/68$  اختلاف این دو گروه معنی دار نیست.

در مراجعه به جدول شماره ۱ می‌توان دریافت که بیشترین زایمان در محدوده سنی زیر  $29$  سال در هر دو گروه صورت گرفته است.

## بحث

باتوجه به درصد شیوع  $2/77$  درصد در این مطالعه و مقایسه با نتایج مطالعات دیگر ( $3-4$  درصد) می‌توان علت این کاهش را تاحد زیادی مربوط به عدم پذیرش زایمانهای پرہترم (به دلیل عدم وجود تجهیزات کافی) در بیمارستان آرش دانست. چون شیوع نمایش بریج در زایمانهای پرہترم ( $15/3$ ٪ در مقابل  $5/7$ ٪) حدود سه برابر بیشتر از گروه سفالیک می‌باشد<sup>[9]</sup> و

جدول شماره (۱): ویژگی‌های مادرزادی و نوزادی در موارد نمایش بریج و گروه شاهد (سفالیک) در بارداری‌های تک قلو در بیمارستانهای آرش در سالهای  $1376-1372$

ویژگی	شاهد				مورد
	درصد فراوانی نسبی	تعداد	درصد فراوانی نسبی	تعداد	
<b>۱) ویژگی‌های نوزادی</b>					
الف) وزن تولد					
کمتر از $2500$ گرم	$4/5$	$20$	$26/2$	$45$	
$2500-3999$ گرم	$8/6$	$380$	$64/8$	$112$	
بیشتر از $4000$ گرم	$9/5$	$15$	$9$	$15$	
<b>۲) ویژگی‌های مادری</b>					
الف) پاریتی					
کمتر از $37$ هفتگی	$1/6$	$61$	$31/3$	$53$	
$37-42$ هفتگی	$83/8$	$370$	$68/7$	$119$	
بالای $42$ هفتگی	$0/2$	$10$	صفر	-	
الف) پاریتی					
صفر زایمان قبلی	$35/6$	$157$	$47/7$	$82$	
بیشتر یا مساوی یک زایمان قبلی	$64/4$	$284$	$52/3$	$90$	
ب) سن مادر کمتر از $40$ سال	$24/9$	$109$	$25/4$	$44$	
$20-29$ سال	$55/8$	$246$	$55/6$	$96$	
بیشتر از $29$ سال	$19/3$	$86$	$19$	$32$	

اطلاعات موردنیاز در جداول مخصوص ثبت گردیده و مورد تجزیه و تحلیل آماری با آزمون‌های  $\chi^2$  مریع کای قرار گرفته، با مقدار  $P$  کمتر از  $0/05$  معنی دار تلقی شدند. در مورد وزن نوزاد - سن حاملگی و پاریتی OR نیز محاسبه گردید.

۲- باتوجه به نتایج جدول ۲ میانگین فراوانی نسبی وزن تولد در گروه بریج  $2885 \pm 691$  و در گروه سفالیک  $3231 \pm 410$  گرم می‌باشد و اختلاف این دو گروه نیز معنی دار است ( $P < 0/05$ ). درصد فراوانی نسبی وزن تولد در گروه بریج  $2/26$  درصد در مقابل گروه سفالیک  $4/5$  درصد در محدوده وزنی کمتر از  $2500$  گرم می‌باشد و در وزنهای بالاتر این نسبت در گروه سفالیک بیشتر از بریج است (جدول ۱). OR وزن تولد  $7/46$  می‌باشد.

۳- میانگین فراوانی نسبی سن حاملگی هنگام تولد در گروه بریج  $37/36 \pm 3/6$  هفته و در گروه سفالیک  $38/9 \pm 2/8$  می‌باشد اختلاف این دو گروه  $b = 1/00$  معنی دار

۱- درصد شیوع نمایش بریج باتوجه به تعداد کل زایمان که  $12067$  مورد در طی  $4$  سال مطالعه در بیمارستان آرش و تعداد  $335$  مورد زایمان بریج در همان مقطع زمانی می‌باشد، معادل  $12067 : 335 = 36\%$  است.

## نتایج



نولی پار اشاره نمود[۱۰].

فراوانی نسبی نمایش بریج در سن حاملگی قبل از ۳۷ هفتگی ۲ برابر گروه شاهد است که با افزایش سن در محدوده ترم این نسبت در گروه سفالیک بیشتر است و با توجه به  $OR=3/99$  می‌توان پی‌برد که احتمال بروز نمایش بریج در سن حاملگی زیر ۳۷ هفته ۳/۹۹ برابر نمایش سفالیک می‌باشد. درمجموع درصد شیوع زایمان بریج در مقایسه با گروه شاهد در نوزادان پروره ترم بیشتر از ترم است و پروره ترم بودن از مشکلات اصلی همراه نمایش بریج است که در صورت جلوگیری از آن می‌توان در کاهش درصد شیوع این نمایش اقدام مؤثری به عمل آورد[۱۰،۷،۹].

بیشترین شیوع بریج در این تحقیق هفته‌های ۴۰-۳۷-۴۰ حاملگی بود و در ۴۱ هفتگی کاهش شدیدی نشان می‌داد.

این کاهش می‌تواند به دلیل چرخش خودبخودی جنین و سزارین انتخابی در هفته‌های پائین تر حاملگی باشد. از آنجایی که سزارین در هفته‌های پائین حاملگی قبل از شروع زایمان خودبخودی با حذف لیر یکی از عوامل چرخش خودبخودی را نیز حذف می‌نماید 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 درمنی یابیم که میانگین وزن تولد نوزادان بریج کمتر از سفالیک می‌باشد[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 بطری وزن‌های بالاتر تولد دیده می‌شود.

تعداد بیشتری از نوزادان بریج وزن کمتر

جدول شماره (۲): ویژگی‌های مادری و نوزادی در گروه شاهد و مورد (میانگین ± انحراف معیار) که با آزمون  $\chi^2$  بررسی شده‌اند در بیمارستان آرش در سالهای ۱۳۷۶-۱۳۷۲

ویژگی	مورد	شاهد	مقدار P
الف) ویژگی مادری			
سن مادر	۲۵/۰۷±۵/۸۱	۲۵/۲۹±۵/۹۱	۰/۶۸
پاریتی	۱/۱±۱/۴۵	۱/۵۴±۱/۶۷	۰/۰۲
ب) ویژگی نوزادی			
سن حاملگی	۳۷/۳۴±۳/۶	۳۸/۹±۲/۲۸	۰/۰۰۱
وزن نوزاد	۲۸۸۵±۶۹۱	۳۲۳۱±۴۱۰	۰/۰۰۱

علیرغم اینکه عدم پذیرش در هر دو گروه شاهد و مورد صورت گرفته است این مسئله تأثیر خود را در گروه بریج بیشتر ظاهر می‌سازد. عامل دیگر در کاهش شیوع نمایش بریج در مطالعه ما می‌تواند 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 می‌گردد. (در خانم‌های مسن پرایمی درصد شیوع نمایش بریج ۷۸/۲ درصد در برابر ۳۳/۲ درصد در خانمهای پرایمی جوان می‌باشد) در مطالعه ما حذف گردیده است [۸] به طوریکه حدود

بازگشتن شیوع بریج در این تحقیق نمایش بریج مطالعه حاصل در مطالعات جدید می‌باشد که با نتایج حاصله بیشترین شیوع نمایش بریج در خانم‌های پرایمی و کمترین شیوع در خانم‌های مولتی پاریتی <۶ می‌باشد 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 می‌باشد ولی مولتی پاریتی در مطالعه ما نیز یک عامل خطر محسوب نمی‌گردد و این مسئله مغایر با بعضی نتایج مطالعات قبل می‌باشد. با توجه به  $OR=1/۶۵$  می‌توان فهمید که احتمال نمایش بریج در پاریتی صفر،  $1/۶۵$  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 می‌توان به عامل‌های مادری و جنینی نسبت داد که قابلیت چرخش خودبخودی جنین را متاثر می‌سازند. از این عامل‌ها می‌توان به کشش بالای دیواره شکمی و محدودیت فضای رحمی در خانم‌های

جدول شماره (۳): ویژگی‌های نوزادی و مادری نمایش بریج در نوزادان تک‌قلوی متولدشده در بیمارستان آرش در سالهای ۱۳۷۶-۱۳۷۲

عامل خطر	(۱) OR	(۲) CI%۹۵
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 Ratio ۲ - CI: Confidence Interval



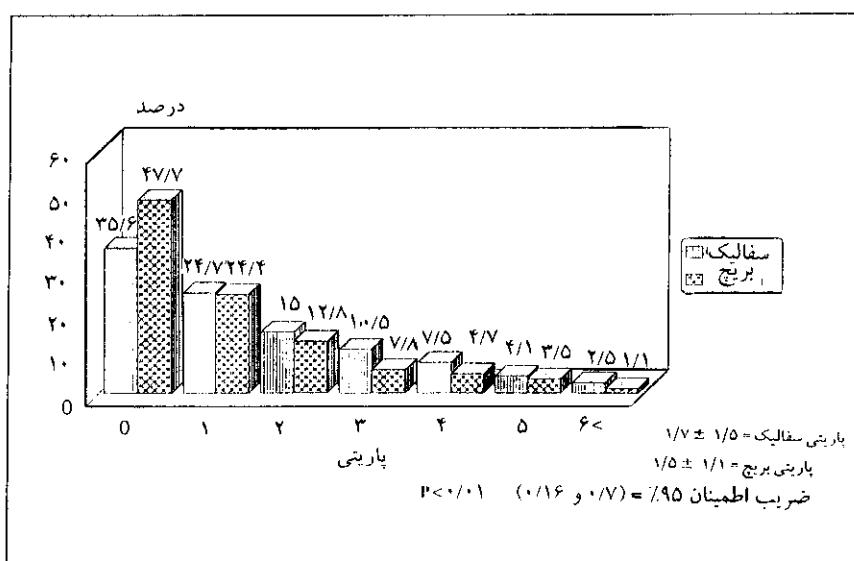
از ۲۵۰۰ گرم داشته‌اند که این نسبت در وزن بالاتر از ۲۵۰۰ گرم در گروه سفالیک بیشتر می‌شود و با دقت در  $7/46$  OR می‌تواند از وزن کم تولد به عنوان یک عامل خطر مهم نمایش برعیج و از وزن بالا به عنوان یک عامل حفاظتی در مقابل آن نام برده.<sup>۱۰</sup>

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

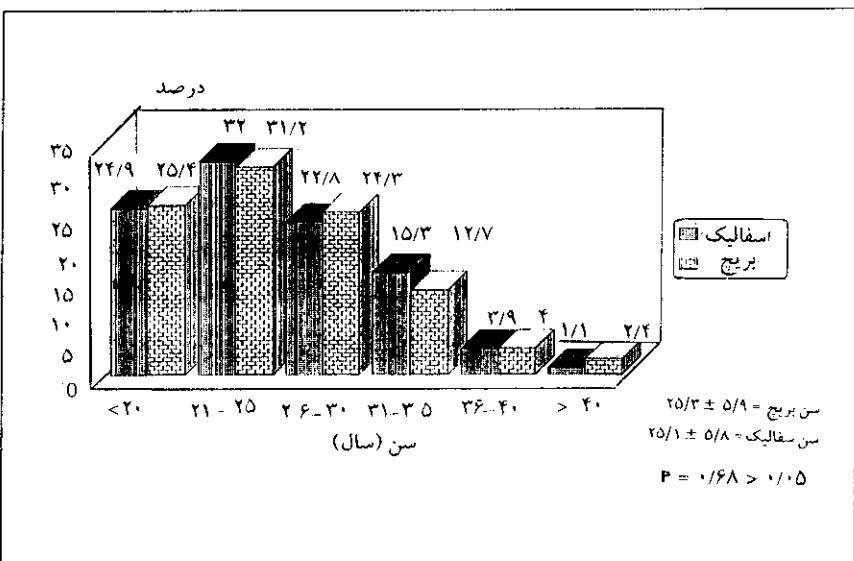
نتایج حاصله در نمودار(۲) نشان داد که اختلاف بین دو گروه سنی مادران شاهد و مورد معنی دار نبود. در مطالعه ما بیشترین فراوانی نسبی در گروه سنی ۲۱-۲۵ سال و کمترین فراوانی در گروه بالاتر از ۴۰ سال بود و درصد شیوع برعیج برخلاف مطالعات قبل با افزایش سن مادر افزایش نداشت.

### نتیجه‌گیری

شیوع زایمان برعیج در مطالعه ما  $2/77$  درصد است. در افزایش شیوع نمایش برعیج 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 برعیج اثبات نشده است. درکل عوامل متعدد جنینی - مادری به صورت جداگانه در بروز نمایش برعیج مشارکت دارند که دخالت مکانیسم‌های مختلف زیست‌شناسی را نشان می‌دهد.



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



نمودارشماره (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 Sofia 1995; 34(2):4-7.
5. Kataid Zhivee M, Vakrilova L, larukaia N. The structure of neonatal mortality among infants born in the cephalic and breech presentation in 1992-1994. *Akush Ginekol Sofia*, 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 perinatal 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 retardation. *J Reprod Meel A* 1993;38(3):193-196.
9. Albrechtsen S, Rasmussen S, Dalkar D. The occurrence of breech presentation in Norway 1967-1994. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988;77:40-45.
10. Rayt 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. ■