Archive of SID

● مقالات تحقیقی (۵)

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

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

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

دکتر عباس متولیان
پزشک عمومی

چکیده

هدف از مطالعه تعیین شیوع نمایش بریچ و بررسی ارتباط سن حاملگی، وزن نوزاد، سن مادر و تعداد زایمان به صورت جداگانه برشیوع این نمایش در زایمانهای تک‌قلو جهت جلوگیری از عوارض متعدد مادری - جنینی زایمانهای بریچ 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 بریچ ۳۳۵ مورد در ۴ سال مورد مطالعه بوده، تعداد ۱۷۲ مورد نمایش بریچ و ۳۴۱ شاهد به‌صورت تصادفی ساده جهت مطالعه انتخاب شده‌اند.

شیوع نمایش بریچ در جمعیت و زمان مطالعه ۲/۷۷درصد بدست آمد. نتایج نشان داد که میانگین سن مادر در نمایش بریچ ۵/۹۱±۲۵/۲۹ سال و در گروه سفالیک ۵/۸۱±۲۵/۰۷ بود. و اختلاف این دو گروه معنی‌دار نبود. درصد فراوانی نسبی نمایش بریچ در پاریتی صفر ۴۷/۷درصد در مقابل ۳۵/۶درصد نمایش سفالیک در گروه شاهد بود که باتوجه به OR=۱/۶۵[1]، پرایمی پاریتی به‌عنوان یک عامل خطر برای نمایش بریچ محسوب می‌شود.

میانگین سن حاملگی در گروه سفالیک ۲/۲۸±۳۸/۹ هفته و در گروه بریچ

۱-OR : Odds Ratio

www.SID.ir

Archive of SID

۳۷/۷±۳/۶ هفته بود که باتوجه به P<۰/۰۰۱ اختلاف این دو گروه معنی‌دار بود و میانگین وزن نوزادان بریچ ۶۹۱±۲۸۸۵ گرم در مقابل ۴۱۰±۳۲۳۱ گرم گروه سفالیک بود که با P<۰/۰۰۱ تفاوت این دو گروه نیز معنی‌دار بود.

درجمعیت موردمطالعه 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 بااین وجود در اکثر موارد قبل از شروع زایمان جنین به صورت خودبخودی به نمایش سفالیک برمی‌گردد، بطوریکه فقط ۴-۳درصد زایمانهای تک‌قلو بریچ باقی می‌مانند درحالی که این مقدار در هفته‌های ۳۲-۲۹ بارداری معادل ۱۴درصد 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 دورهٔ پری‌ناتال[۱،۳،۴،۵]

۲- کاهش وزن زمان تولد به علت زایمان زودرس، محدودیت رشد یا هردو[۱،۳،۶،۷،۸]

۳- پرولاپس بند ناف و آنومالیهای جنینی

۴- آنومالیهای رحمی‌وتومورهای رحمی

۵- چندقلویی

۶- دخالتهای جراحی بخصوص زایمان بصورت سزارین

۷- جفت سرراهی و...[۱،۳]

باتوجه به این عوارض درصورت 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 شاهدی است که به‌صورت گذشته‌نگر با استفاده از پرونده‌های پزشکی بدست آمده است.

جامعه موردمطالعه 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[1] محاسبه شده و باید LMP به‌دقت 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 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 بریچ ۳۳۵ مورد بود که از این تعداد به‌صورت تصادفی ساده ۱۷۲ نمایش بریچ به‌عنوان مورد و ۴۴۱ نمایش سفالیک به‌عنوان شاهد انتخاب شدند.

۱-LMP:Last Menstural Period

www.SID.ir

Archive of SID

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
۳۹۹۹-۲۵۰۰ گرم	۱۱۲	۶۴/۸	۳۸۰	۸۶
بیشتر از ۴۰۰۰ گرم	۱۵	۹	۱۵	۹/۵
ب) سن حاملگی				
کمتر از ۳۷ هفتگی	۵۳	۳۱/۳	۶۱	۱۶
۴۲-۳۷ هفتگی	۱۱۹	۶۸/۷	۳۷۰	۸۳/۸
بالای ۴۲ هفتگی	-	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
۲۹-۲۰ سال	۹۶	۵۵/۶	۲۴۶	۵۵/۸
بیشتر از ۲۹ سال	۳۲	۱۹	۸۶	۱۹/۳

اطلاعات موردنیاز 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 ۲/۷۷٪ = ۳۳۵ : ۱۲۰۶۷ است.

۲- باتوجه به نتایج جدول ۲ میانگین فراوانی نسبی وزن تولد در گروه بریچ ۶۹۱±۲۸۸۵ و در گروه سفالیک ۴۱۰±۳۲۳۱ گرم می‌باشد و اختلاف این دو گروه نیز معنی‌دار است (P<۰/۰۵). درصد فراوانی نسبی وزن تولد در گروه بریچ ۲۶/۲درصد در مقابل گروه سفالیک ۴/۵درصد در محدودهٔ 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 ۳/۶±۳۷/۳۶ هفته و در گروه سفالیک ۲/۲۸±۳۸/۹ می‌باشد اختلاف این دوگروه با P<۰/۰۰۱ معنی‌دار است.

فراوانی نسبی نمایش بریچ در گروه کمتر از ۳۷ هفتگی حاملگی ۳۱/۳درصد در مقابل گروه سفالیک ۱۶درصد می‌باشد که بعداز 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 ۱/۴۵±۱/۱۰ در گروه بریچ و در گروه سفالیک ۱/۶۷±۱/۵۴ و باتوجه به P<۰/۰۲ اختلاف بین دوگروه معنی‌دار است.

در پاریتی صفر، ۴۷/۷درصد نمایش بریچ در مقابل ۳۵/۶درصد 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 ۵/۸۱±۲۵/۰۷ در گروه سفالیک ۵/۹۱±۲۵/۲۹ است. باتوجه به P=۰/۶۸ اختلاف این دوگروه معنی‌دار نیست.

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

بحث

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

www.SID.ir

Archive of SID

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

ویژگی	مورد	شاهد	مقدارP
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 تأثیرخود رادرگروه بریچ بیشترظاهر می‌سازد.

عامل دیگر در کاهش شیوع نمایش بریچ در مطالعه ما می‌تواند به این مسئله مرتبط باشد که در مطالعات به‌عمل آمده اخیر که افزایش سن مادر خصوصاً در اولین تولد عامل‌خطر افزایش نمایش بریچ محسوب می‌گردد. (در خانمهای مسن پرایمی درصد شیوع نمایش بریچ ۶/۷۸درصد در برابر ۳/۳۳درصد در خانمهای پرایمی جوان می‌باشد) در مطالعه ما حذف گردیده است[۸]. به‌طوریکه حدود ۸۰/۹درصد زایمانها در این مطالعه قبل از ۳۰ سالگی صورت گرفته است و این مسئله ناشی از مسائل خاص جغرافیایی و مردم‌شناسی کشورمان است و نیاز به مطالعات بیشتری را می‌طلبد.

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

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

باتوجه به نتایج حاصله بیشترین شیوع نمایش بریچ 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 عامل‌خطر نمایش بریچ می‌باشد ولی مولتی پاریتی در مطالعه ما نیز یک عامل‌خطر محسوب نمی‌گردد و این مسئله مغایر با بعضی نتایج مطالعات قبل می‌باشد.

باتوجه به OR=۱/۶۵ می‌توان فهمید که احتمال نمایش بریچ در پاریتی صفر. ۱/۶۵ برابراحتمال بروزنمایش سفالیک‌درپاریتی صفر است که مشابه با نتایج مطالعات جدید است.

میزان بالای نمایش بریچ در تولد مرتبه اول را می‌توان به عامل‌های مادری و جنینی نسبت داد که قابلیت چرخش خودبخودی جنین را متأثر می‌سازند. از این عامل‌ها می‌توان به کشش بالای دیواره شکمی و محدودیت فضای رحمی در خانم‌های نولی‌پار اشاره نمود[۱۰۳].

فراوانی نسبی نمایش بریچ در سن حاملگی قبل از ۳۷هفتگی ۲برابر گروه شاهد است که با افزایش سن در محدودهٔ ترم این نسبت در گروه سفالیک بیشتر است و باتوجه به OR=۳/۹۹ می‌توان پی‌برد که احتمال بروز نمایش بریچ در سن حاملگی زیر ۳۷ هفته ۳/۹۹ برابر نمایش سفالیک می‌باشد.

درمجموع درصد شیوع زایمان بریچ در مقایسه با گروه شاهد در نوزادان پره‌ترم بیشتر از ترم است و پره‌ترم بودن از مشکلات اصلی همراه نمایش بریچ است که درصورت جلوگیری از آن می‌توان در کاهش درصد شیوع این نمایش اقدام مؤثری به‌عمل آورد[۱،۳،۷،۹].

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

این کاهش می‌تواند به‌دلیل چرخش خودبخودی جنین و سزارین انتخابی در هفته‌های پائین‌تر حاملگی باشد. از آنجایی که سزارین در هفته‌های پائین حاملگی قبل از شروع زایمان خودبخودی با حذف لیبر 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 درمی‌یابیم که میانگین وزن تولد نوزادان بریچ کمتر از سفالیک می‌باشد[۹]. بیشترین شیوع بریچ نسبت به گروه کنترل در مطالعه ما در وزن کم هنگام تولد (کمتر از ۲۵۰۰گرم) حدود شش برابر است و یک کاهش در فراوانی نسبی نمایش بریچ بطرف وزن‌های بالاتر تولد دیده می‌شود.

تعداد بیشتری از نوزادان بریچ وزن کمتر

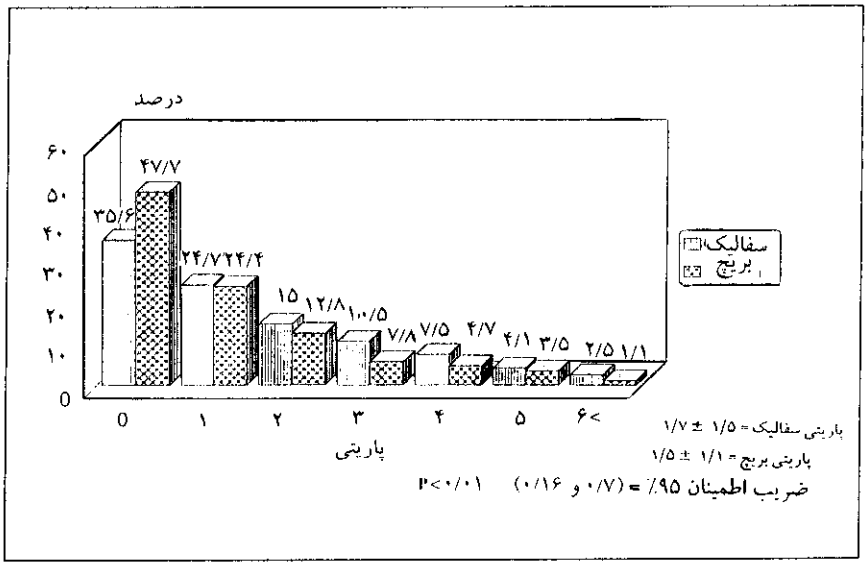
www.SID.ir

Archive of SID

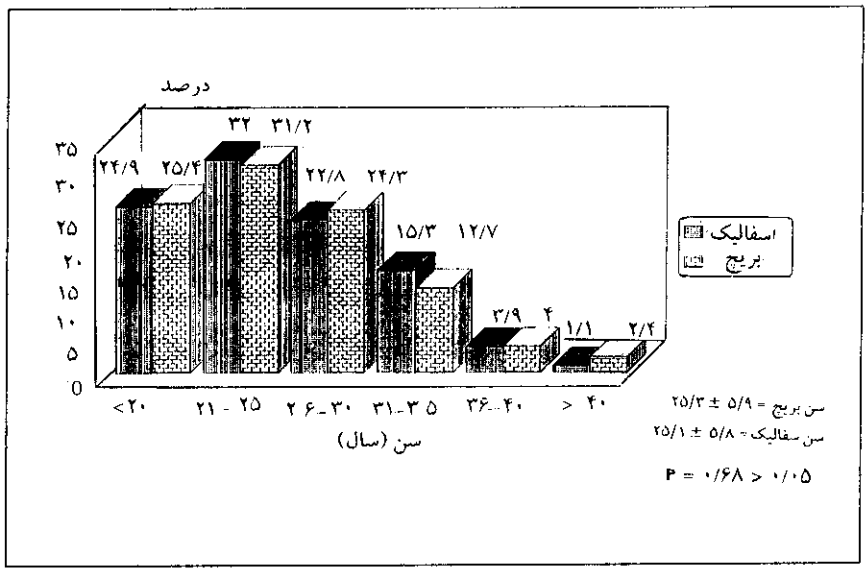
از ۲۵۰۰ گرم داشته‌اند که این نسبت در وزن بالاتر از ۲۵۰۰ گرم در گروه سفالیک بیشتر می‌شود و با دقت در OR = ۷/۴۶ می‌تواند از وزن کم تولد به‌عنوان یک عامل خطر مهم نمایش بریچ و از وزن بالا به عنوان یک عامل‌حفاظتی در مقابل آن نام برد[۱۰].

درکل هر عاملی که منجر به کاهش وزن یا اندازه تولد گردد با افزایش بروز نمایش بریچ همراه است و درصورت جلوگیری از بروز این عامل‌خطر می‌توان از شیوع بریچ 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 بریچ برخلاف مطالعات قبل با افزایش سن مادر افزایش نداشت.



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



نمودارشماره(۲): توزیع سن مادربه‌تفکیک نمایش درزایمانهای بیمارستان آرش ازسال ۱۳۷۲-۱۳۷۶

نتیجه‌گیری

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

www.SID.ir

Archive of SID

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. ■

www.SID.ir