

اپیدمیولوژی نمایش بریج (کرمان، ۱۳۷۶)

دکتر بی بی شهناز عالی

استادیار گروه بیماریهای زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی کرمان

سابقه و هدف: نمایش breech شایع‌ترین وضعیت قرار گرفتن جنین در لگن مادر پس از نمایش سر می‌باشد. در این نمایش عارضه مرگ و میر و موربیدیتی جنین - نوزاد و مادر افزایش می‌یابد. برای اطلاع از شیوه این نمایش و بررسی نحوه ختم حاملگی آن در مادران شهر کرمان و همچنین تعیین ارتباط با بعضی از خصوصیات مادری و جنینی در مقایسه با نمایش سر، این مطالعه صورت گرفت.

مواد و روشها: این مطالعه به صورت مقطعی روی ۱۵۰۰ زن پاریز مراجعه کننده به زایشگاههای اورژانس شهر کرمان (نیک نفس و کاشانی) ادر سال ۱۳۷۶ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل نشان دهنده شیوه معادل ۲/۲٪ نمایش breech در بین مراجعین بود. در ۶/۷۶٪ موارد breech ختم حاملگی بالنجام عمل سزارین و در ۴/۲۲٪ یا زایمان واژینال صورت گرفته بود. این رقم در مقایسه با نمایش سفالیک که ۲/۷۱٪ سزارین و ۱/۷۱٪ زایمان واژینال داشتند تفاوت معنی‌دار آماری نشان ندارد ($p > 0.001$). سن حاملگی کمتر از ۲۶ هفت و ۲۷-۲۸ هفت در یک ۲۱/۹٪ از موارد breech را شامل می‌شد و لی در نمایش سر بیشترین موارد یعنی ۴۲٪ جنین‌ها سن حاملگی ۲۹-۴۰ هفت داشتند ($p < 0.001$). بیشتر زنان در هر دو گروه نمایش بریج و سر در محدوده سنی ۲۱-۲۵ سال قرار داشتند و بیشترین افزاد در هر دو گروه تعداد زایمان قبلی معادل ۲ - داشتند و از این نظر اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. در ۴/۷٪ از موارد breech و ۹٪ از نمایش‌های سفالیک (سر) سابقه حاملگی چندقلوی قبلی وجود داشت و این اختلاف از نظر آماری معنی داربود ($p = 0.027$). سابقه زایمان بریج قبلی اختلاف معنی‌داری در دو گروه نداشت و نسبت نوزادان پسر به دختر در این نمایش برابر ۱ بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به آمارهای بالا به نظر می‌رسد شیوه نمایش breech در کرمان با سایر نقاط دنیا تفاوت چندانی ندارد. ولی ارتباط این نمایش با عواملی نظیر سن جنین، نحوه ختم حاملگی و سابقه چندقلوی قبلی در مقایسه با نوع سفالیک قابل تأمل و بررسی بیشتر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: بریج (breech)، اپیدمیولوژی، کرمان.

مقدمه

بعثت زایمانهای زیاد، چند قلویی، زایمان بریج قبلی، ناهنجاریهای رحمی و ناهنجاریهای جنینی نظری هیدروسفالی، هیدرآمنیوس و الگوهیدرآمنیوس نیز می‌توانند موجب ایجاد نمایش breech شوند (۱-۳). در این نمایش جنین از ناحیه کفل به تنهایی یا همراه با قسمی از یک و یا دو اندام تحتانی روبروی کanal زایمانی در داخل

نمایش breech شایع‌ترین نمایش غیر طبیعی جنین در لگن مادر است (۱ و ۲). این عارضه قبل از رسیدن حاملگی به ترم (term pregnancy) شایع می‌باشد و لی در اکثر موارد مدتی قبل از شروع زایمان جنین خود بخود چرخیده و از قسمت سر در کanal زایمانی قرار می‌گیرد (۱). بجز نارسی جنین (پره ماقوریتی)، شل بودن جدار شکم

استفاده از سونوگرافی قبل از هفته بیست حاملگی مشخص می‌شد. کلیه اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از تستهای Chi-Square و Fisher-exact و با کمک نرم‌افزار آماری EPI-6 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار متوجه شد.

یافته ها

در این بررسی مشخص شد که از میان ۱۵۰۰ زایمان یک قلوی انجام شده در سال ۱۳۷۶، تعداد ۶۴ نفر نمایش breech داشتند که شیوع ۰/۴۲٪ را نشان می‌دهد. ۱۴۳۶ نفر بقیه نمایش سفالیک داشتند. در ۶/۷۶٪ از موارد برج (۴۹ نفر) و در ۲/۲۸٪ (۴۰۵ نفر) از موارد سفالیک سازارین انجام شده بود که این رابطه از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0/01$).

متوسط سن مادران در نمایش breech $25/4 \pm 5/6$ سال و در نمایش سر $25/7 \pm 5/6$ سال بود و بیشترین موارد هم breech و هم سفالیک (به ترتیب ۰/۳۹٪ و ۰/۳۲٪) در سن ۲۱-۲۵ سال اتفاق افتاده بود. بین سن حاملگی و نوع نمایش جنین (سفالیک و برج) از نظر آماری رابطه معنی دار بدست آمد ($p < 0/001$). زیرا ۱/۳۹٪ از موارد برج سن حاملگی کمتر از ۳۶ هفته و ۱/۳۹٪ (۲۵ نفر) سن حاملگی بین ۳۷-۳۸ هفته داشتند. در مقایسه در نوزادانی که با نمایش سفالیک بدنیا آمده بودند، سن حاملگی ۳۹-۴۰ هفته بیشترین میزان (۱/۴۴٪) را به خود اختصاص داده بود. میانگین سن حاملگی در نمایش breech $2/1 \pm 2/6$ هفته و در نمایش سفالیک $2/1 \pm 3/8$ هفته بود (جدول ۱).

۵۲ مورد (۰/۸۱٪) از مادرانی که نمایش breech داشتند و هیچ یک از موارد نمایش سفالیک پاریتی -۲ داشتند و هیچ یک از موارد برج پاریتی (Parity) بیشتر از ۵ نداشت در حالیکه در ۲/۷٪ از موارد سفالیک این سابقه وجود داشت. بهر حال بین تعداد زایمان و نوع نمایش ارتباط معنی دار آماری در این مطالعه بدست نیامد. ۱/۳٪

لگن مادر قرار می‌گیرد. تفاوت‌های اساسی در وضع حمل این نمایش با زایمان سر (سفالیک) وجود دارد زیرا در این مورد قسمت بزرگتر یعنی سر جنین که کمتر قابل فشرده شدن است باید بعد از خروج پاها از کانال زایمانی و لگن مادر خارج شود (۴). به این دلیل در نمایش breech پایدار مرگ و میر و موربیدیتی نوزاد ناشی از زایمان مشکل و همچین، ناهنجاریهای جنینی و زایمان قبل از ترم و کمبودن وزن نوزاد افزایش می‌یابد (۱ و ۳ و ۵). بعلت زایمان مشکل و نیز بیشتر به مداخله جراحی و انجام سزارین موربیدیتی و تا حدی مرگ و میر مادر نیز افزایش می‌یابد (۱).

هرچند در بسیاری از مراکز تمایل زیادی برای سزارین این مادران وجود دارد ولی در مورد نحوه ختم حاملگی در این بیماران اختلاف نظر وجود دارد (۳ و ۶ و ۷). به منظور آگاهی از شیوع این عارضه و عوامل مرتبط با آن در شهر کرمان و برنامه‌ریزیهای درمانی بهتر، مطالعه حاضر در زایشگاه‌های اورژانس شهر صورت گرفت.

مواد و روشها

این تحقیق بصورت مقطعی در دو زایشگاه بزرگ و اورژانس شهر کرمان یعنی زایشگاه نیک نفس و آیت الله کاشانی که تنها مراکز ارجاع بیماران در سطح استان می‌باشند، صورت گرفت. نمونه‌گیری بصورت متوالی از زایمانهای یک قلوی سال ۱۳۷۶ در دو بیمارستان انجام شد. به این ترتیب که با مراجعه روزانه به این دو زایشگاه تعداد زایمانهای یک قلو مشخص و از بین آنها فقط موارد breech و سفالیک ثبت می‌شد. سایر نمایشها و موارد breech دو قلو حذف شد. ۱۵۰۰ بیمار وارد مطالعه شدند که برای هر یک از آنها پرسشنامه‌ای از نظر سن مادر، تعداد زایمانهای قبلی، سابقه چند قلوی، سابقه زایمان breech قبلی و سن حاملگی جنین و نحوه زایمان تنظیم شد. سن حاملگی با پرسش از تاریخ آخرین قاعدگی بصورت مطمئن از بیمار و در صورت عدم اطلاع از آن، با

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد ۱۵۰۰ زایمان یک قلو در زایشگاههای نیک نفس و آیت‌ا. کاشانی
کرمان بر حسب نوع نمایش جنین و سن حاملگی

سن حاملگی (هفته)	نمایش			درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	جمع
	طفالیک	بزیج	درصد							
<۲۶	۱۱/۷	۱۷۶	۱۰/۵	۱۰۱	۳۹/۱	۲۵				
۲۷-۲۸	۳۸	۵۷۰	۲۸	۵۴۵	۲۹/۱	۲۵				
۲۹-۴۰	۴۲/۲	۶۴۸	۴۴/۱	۶۳۴	۲۱/۸	۱۴				
<۴۰	۷/۱	۱۰۶	۷/۴	۱۰۶	۰	۰				
جمع	۱۰۰	۱۵۰۰	۱۰۰	۱۴۳۶	۱۰۰	۶۴				

$$\chi^2 = ۵۴/۳۴ \quad df = ۲ \quad p.v = .0/0000$$

وضع اجتماعی و اقتصادی وی و اورژانس یا انتخابی بودن سزارین نیز در مرگ و میر و موربیدیتی نوزاد مؤثر بوده‌اند (۷-۵۳). علیرغم شیوع متفاوت روش‌های ختم حاملگی در موارد بریج (۱۰۳ و ۵۰) تمایل بیشتری برای انجام سزارین در مقابل زایمان واژنال در بیشتر نقاط دنیا وجود دارد (۷۶ و ۶۰). در بررسی ما شیوع سزارین در بریج ۷۶/۶٪ بود که در مقایسه با رقم ۲۸/۸٪ سزارین در نمایش طفالیک (سر) بسیار قابل توجه می‌باشد.

از آن‌جا که بیشتر مراجعین بریج این دو مرکز پاریتی معادل ۲-۰ داشتند و بررسی‌های متعدد ریسک زایمان واژنال را در پاریتی اول بیشتر ذکر می‌کنند شیوع سزارین در این بررسی در این حد قابل توجیه می‌باشد. در بسیاری از منابع پاریتی و سن مادر را عوامل مؤثر در ایجاد نمایش بریج می‌دانند (۱۰۱ و ۲۰). در این بررسی ارتباط معنی داری بین دو متغیر و نمایش بریج بدست نیامد. میانگین سنی در هر دو گروه طفالیک و بریج مشابه و بیشترین پاریتی نیز در محدوده ۲-۰ بود این امر احتمالاً ناشی از عدم مراجعت زنان با پاریتی بالاتر به بیمارستانها برای زایمان می‌باشد. شایعترین علت نمایش بریج را prematurity (تاریزی جنین) می‌دانند طوری که ذکر می‌شود ۱۸٪ موارد بریج در چیزهای پره‌ترم اتفاق می‌افتد (۳۰). شیوع این نمایش

از زایمانهای breech و ۱٪ از زایمانهای سفالیک سابقه زایمان breech قبلی داشتند ولی رابطه معنی دار آماری در این مورد بدست نیامد. در ۴/۷٪ از موارد بریج و ۹٪ از موارد طفالیک سابقه چندقلوبی قبلی وجود داشت و با ۰/۵٪ این اختلاف معنی دار تشخیص داده شد. نسبت جنین پسر و دختر در نمایش بریج برابر ۱ بود و این نظر اختلاف آماری معنی داری در دو گروه نبود.

بحث

نمایش breech یکی از شایعترین انواع نمایش‌های ناجور جنین در لگن مادر است (۱۰۲). شیوع این عارضه در نقاط مختلف دنیا ۳-۴٪ ذکر شده است (۱۰۳ و ۵۰). در این مطالعه شیوع موارد بریج در میان ۱۵۰۰ زایمان ۴/۳٪ بود. نتیجه این بود که این رقم با توجه به اینکه دو بیمارستان مورد بحث آمد و این رقم با توجه به اینکه دو بیمارستان مامایی استان می‌باشند قابل توجیه می‌باشدند. در سالهای اخیر بررسی‌های متعدد در مورد نحوه ختم حاملگی در نمایش breech صورت گرفته است. در چندین مطالعه مرگ و میر نوزادانی را که با سزارین انتخابی متولد شده بودند کمتر از کردن. عواملی نظیر تعداد زایمانهای قبلی مادر (parity)

ولی تا بحال مطالعه‌ای در مورد تأثیر سابقه چند قلویی بر این نمایش صورت نگرفته است. در این بررسی ما رابطه معنی دار آماری بین سابقه زایمان چند قلو و نمایش بريج بدست آورده‌يم که اين مطلب می‌تواند از نظر سبب شناسی عارضه حائز اهمیت تلقی شود. در مجموع می‌توان گفت شیوع نمایش بريج در کرمان تفاوتی با سایر نقاط دنیا ندارد ولي ارتباط اين عارضه با بعضی از متغیرهای ذکر شده و نیز شیوع سزارین در آن در مقایسه با نمایش سفالیک می‌توان نقش مهمی در برنامه ریزیهای درمانی و بهداشتی آینده شهر داشته باشد.

بتدریج با رسیدن جنین به سن حاملگی ۳۸ هفته و بیشتر کاهش می‌باید(۱). مقایسه ارقام موجود در جدول ۱ که سن حاملگی کمتر از ۳۸ هفته را در ایجاد نمایش بريج مؤثر نشان می‌دهد با مطالعات دیگر همخوانی دارد. هر چند سابقه زایمان بريج قبلی را یکی از عوامل مساعد کننده در پیدایش فعلی این نمایش می‌دانند(۱) ولي در این مطالعه رابطه آماری معنی داری در این مورد بدست نیامد. علت اين موضوع نیز احتمالاً کم بودن تعداد پاریتی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان بود. هرچند شیوع نمایش breech در حاملگی‌های چند قلو افزایش می‌باید (۱ و ۲)،



References

1. Cunningham FG, Macdonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC. Williams Obstetrics. 20th ed, Appleton & Lange USA, 1997; 435-443.
2. Willson & Carrington. Obstetrics and Gynecology 8th ed. Mosby, Washington D.C. 1987; 517-532.
3. Acien P. Breech presentation in spain, 1992, a collaborative study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995; 62(1): 19-24.
4. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term, A critical review of the literature. Obst Gynecol 1993; 82: 605.
5. Mekbib TA. Breech delivery and fetal outcome, a review of 291 cases. Ethiop Med J 1995; 33(3): 175-182.
6. Krebs L, Langhoff RJ, Weber T. Breech at term, mode of delivery, A register based study. Acta Obstet Gynecol Scand 1995; 74(9): 702-706.
7. Leiberman JR, Fraser D, Mazor M. Breech presentation and cesarean section in term nulliparous women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995; 61(2): 111-115.