

بررسی و مقایسه عوارض مادری و نوزادی در سزارین و زایمان واژینال در نمای بریج در مرکز پزشکی امین اصفهان

نویسنده: دکتر علی اکبر طاهریان^۱، دکتر فریده منتظری^۲

خلاصه

اهمیت نمای بریج در این است که موربیدیتی و مورتالیتهی مادر و نوزاد در نمای بریج نسبت به نمای سر بیشتر است و هدف از این مقاله بررسی مقایسه ای عوارض، جنین، نوزاد و مادر در زایمان واژینال و سزارین با نمای بریج در مرکز پزشکی امین اصفهان می باشد.

در مدت سه سال، یک مطالعه مشاهده ای - توصیفی و تحلیلی انجام شد. تعداد نمونه، ۲۸۰ نفر از خانمهای حامله با نمای بریج بودند که ۲۲۵ نفر آنها سزارین شده و ۵۵ نفر زایمان واژینال کردند. سپس با تهیه پرسشنامه ای کلیه اطلاعات مربوط به مادر، جنین و نوزاد آنها در آن ثبت گردید و با کامپیوتر و نرم افزار BPI، تجزیه و تحلیل گردید.

از کل ۱۹۰۸۷ نفر پذیرش مامائی ۲۸۰ مورد بریج (۱/۴۷٪) وجود داشت، ۵۵ مورد (۱۹/۶٪) زایمان واژینال و ۲۲۵ نفر (۸۰/۴٪) سزارین شدند. سن متوسط آنها ۲۳/۴+۶/۲ سال بود. ۵۴٪ مولتی پار و بقیه شکم اول بودند. سابقه بریج، ۱۰ مورد (۳/۶٪)، سابقه آنومالی رحمی، ۱۲ نفر (۴/۲٪) و پری ناتال مورتالیتهی در زایمان واژینال و سزارین به ترتیب ۱۰/۹٪ و ۲/۶٪ بود که رابطه معنی داری را نشان داد ($P=0/019$, $CI=1/21-16$, $OR=4/2$). عوارض نوزادان (هیپر بیلیروبینمی) در زایمان واژینال و سزارین به ترتیب ۱۲/۷٪ و ۲/۲٪ بود که از نظر آماری معنی دار است ($P=0/006$, $CI=1/7-24/5$, $OR=6/2$) و عوارض مادری در گروه سزارین ۴/۵٪ بود ولی در گروه زایمان واژینال عارضه ای دیده نشد.

لذا پری ناتال مورتالیتهی و موربیدیتی در نمای بریج با زایمان واژینال بیشتر از سزارین می باشد ولی عوارض مادری زایمان واژینال نسبت به سزارین در نمای بریج کمتر است.

کلید واژه: بریج - سزارین - زایمان واژینال - پری ناتال موربیدیتی و مورتالیتهی - مادر -

حاملگی

مقدمه:

نمای بریج شایعترین پرزانتاسیون غیر طبیعی در مامائی است (۱) و شیوع آن ۳ تا ۴ درصد می باشد (۲). اهمیت نمای بریج در این است

که موربیدیتی و مورتالیتهی مادر، جنین و نوزاد نسبت به نمای سر بیشتر است (۳). در یک مطالعه متآنالیز در سال ۱۹۹۵ توسط Gifford در آمریکا انجام شد، نتیجه نهائی (Outcome) نوزادان بعد از تولد با نمای بریج بررسی شد. نتیجه آن را چنین گزارش کرد که موربیدیتی و مورتالیتهی زایمان واژینال در نمای بریج نسبت به سزارین الکتیو بیشتر است و برعکس

۱. عضو هیئت علمی گروه زنان و مامائی دانشکده پزشکی اصفهان
۲. دستیار زنان و مامائی

موربیدیتهی مادرانی که زایمان واژینال می کنند از سزارین کمتر است (۵,۴). مطالعه دیگری در ایرلند در سال ۱۹۹۴ توسط Mathotra انجام شد. او عقیده دارد که در زایمان بریج پره ترم، میزان نشوناتال مورتالیتهی با سزارین ۱۷/۵٪ و با زایمان واژینال ۳۵٪ است. ولی میزان نشوناتال موربیدیتهی آنها یکسان است (۷,۶). شیوع سزارین در نمای بریج در آمریکا از ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۵ هفت برابر شده است و در بعضی مطالعات حتی بیشتر گزارش کرده اند (۳).

نوع بریج	تعداد	درصد
فزانک	۱۰۵	۴۶/۷
ناکامل	۶۵	۲۸/۹
کامل	۳۵	۱۵/۵
فوتلینگ	۲۰	۸/۹

جدول شماره ۱: مشخصات انواع بریج

مشابه همین مطالعه توسط محققین در اروپا (۸) و ACOG انجام شده است. در ضمن در سال ۱۹۵۹ برای کاهش پری ناتال موربیدیتهی و مورتالیتهی، کلیه حاملگی ها با نمای بریج را سزارین می کردند (۱۰).

هدف از این تحقیق بررسی موربیدیتهی و مورتالیتهی نوزادان و مادران با نمای بریج بر اساس روش ختم حاملگی آنها (سزارین و زایمان واژینال) در بیمارستان امین می باشد.

روش اجرا:

در مدت سه سال از فروردین ۱۳۶۸ تا اسفند ۱۳۷۰ در بیمارستان امین اصفهان، یک مطالعه مشاهده ای توصیفی و تحلیلی انجام شد. در این تحقیق ۲۸۰ نفر از خانمهای حامله، که نمای بریج داشتند انتخاب گردیدند. سپس این بیماران بر اساس روش ختم حاملگی، سزارین یا

سال بود. ۵۴٪ مولتی پار و ۴۶٪ شکم اول بودند. در این بیماران ۱۰ نفر (۳/۶٪) سابقه بریج و ۱۲ نفر (۴/۲٪) سابقه آنومالی رحمی داشتند. شایعترین نوع بریج، ۴۵٪ فزانک بریج بود (جدول شماره ۱) و ۷ مورد (۲/۵٪) جفت سرراهی با نمای بریج همراه بود.

وفور موربیدیتهی مادر در گروه سزارین، ۱۰ نفر (۴/۵٪) و شایعترین عارضه عفونت محل زخم (Wound infections) بود ولی در گروه زایمان واژینال موربیدیتهی دیده نشد (جدول شماره ۲). موربیدیتهی و مورتالیتهی در نوزادانی که آپگار کمتر از ۷ داشتند، در گروه زایمان واژینال (۹٪) و در گروه سزارین (۴/۴٪) که نسبت شانسی آنها (OR=۲/۱) بوده است و همچنین بروز هیپر بیلیروبینمی در گروه زایمان واژینال (۱۲/۷٪) و در گروه سزارین (۲/۲٪) است که نسبت شانسی برای زایمان واژینال $OR=۶/۴$ ، $P=۰/۰۰۲$ و حدود اطمینان آن $CI=۱/۷-۲۴/۵$ است. در مورد مورتالیتهی نوزادان در گروه سزارین (۲/۶٪) و در گروه زایمان واژینال (۱۰/۹٪) رابطه معنی داری نشان داده شد ($P=۰/۰۱۹$ ، $OR=۴/۴$ و $CI=۱/۲-۱۶$). جهت مقایسه موربیدیتهی دو گروه به جدول شماره ۳ مراجعه شود و فراوانی نسبی آنومالی نوزادان در این مطالعه ۲۶ نفر (۹/۳٪) بود که شایعترین نوع آنومالی به ترتیب ۹ مورد در رفتگی مادرزادی سراسرخوان ران (CDH)، ۶ مورد آنومالی متعدد، ۴ نفر کف پای صاف، ۳ نوزاد با پلی داکتیلی، ۲ مورد هیدروسفالی و آنومالیهای دیگر از هر کدام یک مورد دیده شد.

بحث:

پرزنتاسیون بریج شایعترین Malpresentation بوده و دومین نمای مامائی می باشد. هر چه سن حاملگی کمتر باشد شیوع

زایمان واژینال به دو گروه تقسیم شدند. ۵۵ نفر گروه زایمان واژینال و ۲۲۵ نفر گروه سزارین را تشکیل دادند و موربیدیتهی و مورتالیتهی مادر، جنین و نوزادان در آنها بررسی گردید.

شرایط انتخاب جهت زایمان واژینال: در گرافی ساده شکم سرجنین هیپراکستانسیون نداشته باشد، نوع بریج فزانک یا کامل باشد، وزن جنین از نظر کلینیکی در محدوده ۲۵۰۰ تا ۳۵۰۰ گرم باشد، مادر عوارض پزشکی و مامائی نداشته باشند و آنهایی که شرایط ذکر شده را نداشته باشند، سزارین می شدند. کلیه اطلاعات آنها در پرسشنامه تنظیمی بر اساس فاکتورهای مادری، جنینی و نوزادی ثبت می گردید. فاکتورهای مادری شامل: سن مادر، پاریتهی، سابقه سقط، سابقه زایمان بریج، نوع بریج، وجود و نوع آنومالی رحمی، طول مدت زایمان و بالاخره نوع عارضه مادری و غیره بررسی می شد. فاکتورهای مربوط به جنین و نوزاد شامل: آپگار، موربیدیتهی و مورتالیتهی، وجود ناهنجاری و نوع آن در نوزاد و غیره تعیین می گردید و همه اطلاعات ذکر شده در پرسشنامه ثبت می شد. سپس بوسیله کامپیوتر و نرم افزار BPI تجزیه و تحلیل می گردید و برای تعیین رابطه بین موربیدیتهی دو گروه که سزارین شده و یا زایمان واژینال کرده اند نسبت شانسی را با $OR=Odds Ratio$ و حدود اطمینان را با $CI=Confidence Interval$ و معنی دار بودن را با $P Value$ کمتر از ۰/۰۵ نشان داده می شود.

نتایج:

در مدت سه سال از ۱۹۰۸۷ نفر کل پذیرش مامائی، ۲۸۰ مورد نمای بریج وجود داشت که شیوع آن در بیمارستان امین ۱/۴۷٪ می باشد که از این تعداد، ۲۲۵ نفر (۸۰/۴٪) سزارین شده اند و ۵۵ نفر (۱۹/۶٪) زایمان واژینال کردند. سن متوسط مادران $۲۳/۴+۶/۲$

۱۲۷ در هزار برای زایمان واژینال و ۲۲ در هزار برای سزارین بود که در این مورد هم رابطه معنی داری را نشان داده است ($P = 0/006$) و با مطالعه کانادا که در آن ۲۴ پژوهش را مجدداً بازبینی کرده بود، مشابه است (۱۷). آقای تورن پنی و همکاران (Tumpenny) میزان شکستگی استخوان ترقوه در زایمان واژینال بانمای بریج را ۱-۲ درصد گزارش کردند (۱۸) که در مطالعه بیمارستان امین این عارضه دیده نشد.

نتیجه گیری:

در زایمان واژینال با نمای بریج، پری ناتال مورتالیته و موربیدیتی نسبت به سزارین بیشتر است و برعکس میزان موربیدیتی مادر، در سزارین از زایمان واژینال زیادتر است. لذا پیشنهاد می شود مثل مطالعه آقای لاروس (۱۳)، در کلیه حاملگی ها با نمای بریج، موقع ترم عمل ECV انجام شود تا اولاً شیوع بریج و ثانیاً میزان سزارین کمتر گردد.

تشکر و تقدیر:

از کلیه همکاران و پرسنل بیمارستان امین که در این تحقیق به هر طریق به ما کمک کردند، سپاسگزاری می نمائیم.

(۴/۵٪) موربیدیتی در مادران سزارینی دیده شد، در حالیکه در مادرائیکه زایمان واژینال کردند عارضه ای وجود نداشت. در مطالعه دیگر که در سال

۱۹۹۳ در آمریکا انجام شد، کلیه مقالات بازبینی مجدد گردید و هدف از آن بررسی نتوناتال مورتالیته و موربیدیتی در زایمان واژینال و سزارین در نمای بریج بود، به طوریکه پری ناتال مورتالیته برای زایمان واژینال خیلی بیشتر از سزارین بود. یعنی نسبت شانس برای زایمان واژینال $OR = 3/8$ و حدود اطمینان آن $(CI = 2/22 - 6/69)$ بود و نتوناتال موربیدیتی برای زایمان واژینال نسبت به سزارین $OR = 3/9$ و $CI = 2/76 - 5/67$ را گزارش کردند (۱۷) که مشابه مطالعه حاضر می باشد. در این تحقیق، پری ناتال مورتالیته در سزارین ۲۶ در هزار و در زایمان واژینال ۱۰۹ در هزار بود. یعنی نسبت شانس برای زایمان واژینال به سزارین $OR = 4/4$ و حدود اطمینان $CI = 1/21 - 16$ بوده و رابطه معنی داری را نشان داده است ($P = 0/019$) و همچنین پری ناتال موربیدیتی (هیپر بیلیروبینمی) در این مطالعه

نوع عارضه	زایمان واژینال (تعداد/٪)	سزارین (تعداد/٪)
عفونت محل عمل	-	۶ (۶۰٪)
اندومتريت	-	۲ (۱۰٪)
عوارض بیهوشی	-	۱ (۵٪)
آمبولی ریه	-	۱ (۵٪)
جمع	-	۱۰ (۱۰۰٪)

جدول شماره ۲: موربیدیتی مادران

بریج بیشتر است. میزان سزارین برای نمای بریج از سال ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۵ هفت برابر شده است (۴) و این روند افزایش در بعضی مطالعات بیشتر بوده است (۷). البته گزارشات محققین در مورد میزان سزارین در بریج مورد بحث می باشد (۱۱). چون عوارض زایمان واژینال در نمای بریج نسبت به نمای سر بیشتر است و از طرفی تبدیل کردن بریج به سر، از روی شکم ECV External cephalic version باعث کاهش شیوع بریج می شود (۱۱، ۱۲)، لذا امروزه طرفداران این عمل زیاد است. در مطالعه ای که توسط آقای لاروس (Laros) با هدف درمان نمای بریج در ترم انجام گرفته است، در کلیه آنها در ترم ECV انجام شد که حدود ۵۱٪ تبدیل به نمای سر شدند. از ۴۹٪ بقیه که نمای بریج تغییر نکرد ابتدا سعی شد، زایمان واژینال کنند و در صورت عدم موفقیت سزارین می شدند و به این ترتیب میزان سزارین را در این مطالعه به ۳۱ درصد کاهش داد (۱۳). در گزارش دیگری ECV قبل از ترم انجام شد، ولی بیشتر آنها با نمای بریج به ترم رسیدند که از طریق سزارین یا زایمان واژینال حاملگی آنها ختم گردید (۱۴). باید توجه داشت که در زایمان واژینال، پری ناتال مورتالیته و موربیدیتی سه تا چهار برابر سزارین الکتیو می باشد (۴، ۱۵). ولی موربیدیتی مادر، در زایمان واژینال نسبت به سزارین خیلی کمتر است (۱۶). در مطالعه ما ۱۰ نفر

مشخصات	زایمان واژینال	سزارین	OR	CI(95%)
تعداد	۵۵ (۱۹/۶٪)	۲۲۵ (۸۰/۴٪)		
مورتالیته (A)	۶ (۱۰/۹٪)	۶ (۲/۶٪)	۴/۴	۱/۲۱-۱۶
هیپر بیلیروبینمی (B)	۷ (۱۲/۷٪)	۵ (۲/۲٪)	۶/۴	۱/۷-۲۴/۵
مکونیم	۳ (۵/۴٪)	۶ (۲/۶٪)	۲/۱	۰/۴-۹/۹
آبکار کمتر از ۷	۵ (۹٪)	۱۰ (۴/۴٪)	۲/۸	۰/۶-۷/۲

OR=Odds Ratio, CI=Confidence Interval, (A)=P 0.019, (B)=P 0.006

جدول شماره ۳: پری ناتال مورتالیته و موربیدیتی

REFERENCES:

- 1- James R. Scott, Dwight P., *Obstetrics and Gynecology; Malpresentation and breech Danforth's*, 6th edition, J. Lippicott Company, 1990; 567-79.
- 2- Johan J. Sciarra, Dwight P., *Gynecology and Obstetrics Breech presentation*, J. Lippincott Company, 1993 Vol2; (76):1-14.
- 3- Schutte M. E., Van Hemel Ojs, and et al., Prinatol mortality in breech presentations as a compared to vetex presentations in sigteton pregnancies, *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 1985; 19:391-400.
- 4- Croughan-Minihane M. S. Petitti D. B., Morbidity among breech infants according to method of delivery, *Obstet. Gynecol.*, 1990;75:821-5.
- 5- Rosen M. G. Chick L., The effect of delivery route on outcome in breech presentation, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1984;148:909-14.
- 6- Mathotra D. Gopalan S. Norag A., Pre-term breech delivery in developing country, *Int. J. Obstet. Gynecol.*, 1994, 45 (1):27-34.
- 7- Croughan-Minihane M. S. Petitti D. B. Gordis L. Goldittch L., Morbidity among breech infants according to method of delivery, *Obstet. Gynecol.*, 1990, 75:821-5.
- 8- Thiery M., Management of breech delivery, *Euř. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 1987; 24:93-103.
- 9- ACOG., *Manangment of the breech, ACOG technical bulletin* , No 95, Washington DC, ACOG and Gynecologists, 1986.
- 10- Wright R. C., Reduction of perinat mortality and morbidity in breech delivery through routine use of cesarean section, *Obstet. Gynecol.*, 1959; 14:784-63.
- 11- Gifford D. S. keeler E. Kahan K.L., Reduction in cost and cesarean rate by routineuse of external cephalic version; *Obstet. Gynecol.*, 1995 Jun; 85(6):930-6.
- 12- Mahomed K. Seeran R. Coulson R., External cephalic version at term. A randomized controlled trial using tocolysis, *Br. J. Obstet. Gynecol.*, 1991; 98:8-13.
- 13- Laros R. K. Fanagan T. A., Management of term breech presentation: A protocol of external cephalic version and select trial of labor, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1995, 172(5): 1916-23.
- 14- Editorial, Breech presentation and cesarean section, *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 1991, 40:169-70.
- 15- Weiner C. P., Vaginal breech delivery in the 1990, *Clin. Obstet. Gynecol.*, 1992, 35:559-69.
- 16- Nielsen T. F. Hokegard K. H., Post-operative cesarean section morbidity; A prospective study, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1983, 146:911-6.
- 17- Cheny M. Hannah M., Breech delivery at term: Critical rievew of literature, *Obstet. Gynecol.*, 1993, 82(4): 605-10.
- 18- Tumpenny P. D. Nimmu A., Fracture clavicle and the newborn in a papulation with high prevalence of grant multyparity, *Br. J. Obstet. Gynecol.*, 1993, 100 (4):338-41.