

## اپیدمیولوژی نمایش بریج (کرمان، ۱۳۷۶)

دکتر بی بی شهناز عالی

استاد یار گروه بیماریهای زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی کرمان

**سابقه و هدف:** نمایش breech شایع ترین وضعیت قرار گرفتن جنین در لگن مادر پس از نمایش سر می باشد. در این نمایش عارضه مرگ و میر و موربیدیتی جنین - نوزاد و مادر افزایش می یابد. برای اطلاع از شیوع 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 باردار مراجعه کننده به زایشگاههای اورژانس شهر کرمان (نیک نفس و کاشانی) در سال ۱۳۷۶ صورت گرفت.

**یافته ها:** نتایج حاصل نشان دهنده شیوع معادل ۳/۴٪ نمایش breech در بین مراجعین بود. در ۷۶/۶٪ موارد breech ختم حاملگی با انجام عمل سزارین و در ۲۲/۴٪ با زایمان واژینال صورت گرفته بود. این رقم در مقایسه با نمایش سفالیک که ۲۸/۲٪ سزارین و ۷۱/۱٪ زایمان واژینال داشتند تفاوت معنی دار آماری نشان داد ( $p < 0/001$ ). سن حاملگی کمتر از ۳۶ هفته و ۳۸-۳۷ هفته هر یک ۳۱/۹٪ از موارد breech را شامل می شد ولی در نمایش سر بیشترین موارد یعنی ۴۴٪ جنین ها سن حاملگی ۳۰-۳۹ هفته داشتند ( $p < 0/001$ ). بیشتر زنان در هر دو گروه نمایش بریج و سر در محدوده سنی ۲۵-۲۱ سال قرار داشتند و بیشترین افراد در هر دو گروه تعداد زایمان قبلی معادل ۲ - ۰ داشتند و از این نظر اختلاف معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. در ۴/۷٪ از موارد breech و ۰/۹٪ از نمایشهای سفالیک (سر) سابقه حاملگی چندقلوی قبلی وجود داشت و این اختلاف از نظر آماری معنی داری نداشت ( $p = 0/027$ ). سابقه زایمان بریج قبلی اختلاف معنی داری در دو گروه نداشت و نسبت نوزادان پسر به دختر در این نمایش برابر ۱ بود.

**نتیجه گیری:** با توجه به آمارهای بالا به نظر می رسد شیوع 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 چندقلویی قبلی در مقایسه با نوع سفالیک قابل تأمل و بررسی بیشتر می باشد.

**واژه های کلیدی:** بریج (breech)، اپیدمیولوژی، کرمان.

### مقدمه

نمایش breech شایع ترین نمایش غیر طبیعی جنین در لگن مادر است (۱ و ۲). این عارضه قبل از رسیدن حاملگی به ترم (term pregnancy) شایع می باشد ولی در اکثر موارد مدتی قبل از شروع زایمان جنین خود بخود جرخیده و از قسمت سر در کانال زایمانی قرار می گیرد (۱). بجز نارسایی جنین (پره ماچوریتی)، شل بودن جدار شکم

بعلت زایمانهای زیاد، چند قلوئی، زایمان بریج قبلی، ناهنجاریهای رحمی و ناهنجاریهای جنینی نظیر هیدروسفالیک، هیدرآمنیوس و الیگوهیدرآمنیوس نیز می توانند موجب ایجاد نمایش breech شوند (۳-۱). در این نمایش جنین از ناحیه کفل به تنهایی یا همراه با قسمتی از یک و یا دو اندام تحتانی روبروی کانال زایمانی در داخل

استفاده از سونوگرافی قبل از هفته بیستم 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 منظور 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 ۴/۳٪ را نشان می‌دهد. ۱۴۳۶ نفر بقیه نمایش سفالیک داشتند. در ۷۶/۶٪ از موارد بریج (۴۹ نفر) و در ۲۸/۲٪ (۴۰۵ نفر) از موارد سفالیک سزارین انجام شده بود که این رابطه از نظر آماری معنی دار بود ( $p < ۰/۰۰۱$ ).

متوسط سن مادران در نمایش breech  $۲۵/۴ \pm ۵/۶$  سال و در نمایش سر  $۲۵/۷ \pm ۵/۶$  سال بود و بیشترین موارد هم breech و هم سفالیک (به ترتیب ۳۹٪ و ۳۲٪) در سن ۲۱-۲۵ سال اتفاق افتاده بود. بین سن حاملگی و نوع نمایش جنین (سفالیک و بریج) از نظر آماری رابطه معنی دار بدست آمد ( $p < ۰/۰۰۱$ ). زیرا ۳۹/۱٪ از موارد بریج سن حاملگی کمتر از ۳۶ هفته و ۳۹/۱٪ (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 (۴۴/۱٪) را به خود اختصاص داده بود. میانگین سن حاملگی در نمایش breech  $۳۵/۹ \pm ۳/۶$  هفته و در نمایش سفالیک  $۲۸/۲ \pm ۳/۶$  هفته بود (جدول ۱).

۵۲ مورد (۸۱/۲٪) از مادرانی که نمایش breech داشتند و ۷۵/۵٪ از موارد نمایش سفالیک پاریتی ۲-۰ داشتند و هیچ یک از موارد بریج 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. ۳/۱٪

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 مرگ‌ومیر و موربیدیتی نوزاد ناشی از زایمان مشکل و همچنین، ناهنجاریهای جنینی و زایمان قبل از ترم و کم‌بودن وزن نوزاد افزایش می‌یابد (۱ و ۵۳). بعلاوه زایمان مشکل و نیز بیشتر به مداخله جراحی و انجام سزارین موربیدیتی و تا حدی مرگ‌ومیر 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 ۷۶). 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 دوقلو حذف شد. ۱۵۰۰ بیمار وارد مطالعه شدند که برای هر یک از آنها پرسشنامه‌ای از نظر سن مادر، تعداد زایمانهای قبلی، سابقه چند قلوئی، 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 آیت ا. کاشانی  
کرمان بر حسب نوع نمایش جنین و سن حاملگی

| نوع نمایش<br>سن حاملگی (هفته) | بریچ  |      | سفالیک |      | جمع   |      |
|-------------------------------|-------|------|--------|------|-------|------|
|                               | تعداد | درصد | تعداد  | درصد | تعداد | درصد |
| < ۳۶                          | ۲۵    | ۳۹/۱ | ۱۵۱    | ۱۰/۵ | ۱۷۶   | ۱۱/۷ |
| ۳۷-۳۸                         | ۲۵    | ۳۹/۱ | ۵۴۵    | ۳۸   | ۵۷۰   | ۳۸   |
| ۳۹-۴۰                         | ۱۴    | ۲۱/۸ | ۶۳۴    | ۴۴/۱ | ۶۴۸   | ۴۳/۲ |
| > ۴۰                          | ۰     | ۰    | ۱۰۶    | ۷/۴  | ۱۰۶   | ۷/۱  |
| جمع                           | ۶۴    | ۱۰۰  | ۱۴۳۶   | ۱۰۰  | ۱۵۰۰  | ۱۰۰  |

$$\chi^2 = 54/24, df = 3, p.v = 0/0000$$

وضع اجتماعی و اقتصادی وی و اورژانس یا انتخابی بودن سزارین نیز در مرگ و میر و موربیدیتی نوزاد مؤثر بوده‌اند (۷-۳۵). علیرغم شیوع متفاوت روشهای ختم حاملگی در موارد ببریچ (۱ و ۳۵) تمایل بیشتری برای انجام سزارین در مقابل زایمان واژینال در بیشتر نقاط دنیا وجود دارد (۷ و ۶). در بررسی ما شیوع سزارین در ببریچ ۷۶/۶٪ بود که در مقایسه با رقم ۲۸/۸٪ سزارین در نمایش سفالیک (سر) بسیار قابل توجه می‌باشد.

از آنجا که بیشتر مراجعین ببریچ این دو مرکز پارتی معادل ۲-۰ داشتند و بررسی‌های متعدد ریسک زایمان واژینال را در پارتی اول بیشتر ذکر می‌کنند شیوع سزارین در این بررسی در این حد قابل توجه می‌باشد. در بسیاری از منابع پارتی و سن مادر را عوامل مؤثر در ایجاد نمایش ببریچ می‌دانند (۱ و ۲). در این بررسی ارتباط معنی داری بین دو متغیر و نمایش ببریچ بدست نیامد. میانگین سنی در هر دو گروه سفالیک و ببریچ مشابه و بیشترین پارتی نیز در محدوده ۲-۰ بود این امر احتمالاً ناشی از عدم مراجعه زنان با پارتی بالاتر به بیمارستانها برای زایمان می‌باشد. شایعترین علت نمایش ببریچ را prematurity (نارسایی جنین) می‌دانند طوری که ذکر می‌شود ۱۸٪ موارد ببریچ در جنینهای پره‌ترم اتفاق می‌افتد (۱ و ۳). 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 ببریچ و ۰/۹٪ از موارد سفالیک سابقه چندقلویی قبلی وجود داشت و با  $p < 0/05$  این اختلاف معنی دار تشخیص داده شد. نسبت جنین پسر و دختر در نمایش ببریچ برابر ۱ بود و از این نظر اختلاف آماری معنی داری در دو گروه نبود.

## بحث

نمایش breech یکی از شایعترین انواع نمایشهای ناجور جنین در لگن مادر است (۱ و ۲). شیوع این عارضه در نقاط مختلف دنیا ۳-۴٪ ذکر شده است (۱ و ۳ و ۵). در این مطالعه شیوع موارد ببریچ در میان ۱۵۰۰ زایمان ۴/۳٪ بدست آمد و این رقم با توجه به اینکه دو بیمارستان مورد مطالعه مراکز ارجاع موارد عارضه دار مامایی استان می‌باشند قابل توجه می‌باشند. در سالهای اخیر بررسی‌های متعددی 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 نوزادانی که به صورت واژینال زایمان شده بودند ذکر کردند. عواملی نظیر تعداد زایمانهای قبلی مادر (parity)

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

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

\*\*\*\*\*

## 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 nuliparous women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995; 61(2): 111-115.