

## بررسی ۱۴ سال زایمان با نمای سرین در بیمارستانهای وابسته به دانشکده پزشکی اصفهان

دکتر سید محمد میر دابادی - دکتر سیروس سیدالمجاهدین

دکتر حبیب اله ایرانپور - دکتر منصور مجاهد زاده

### خلاصه

سرین بیشتر از نمای سراسر است بوسیله مقالات متعدد تأیید شده (۴-۸-۳-۹-۷-۶) بطوریکه در مطالعه انجام شده توسط Woodward, Callahn / میزان مرگ و میر ۴٪ (۹) و در مطالعات Helefrich, Favier ۱/۵۵٪ (۳) و در مطالعات Neilson میزان مرگ و میر برای نوزادان بزرگ ۲/۵۵٪ (۸) در گزارش Kane و Morgan و کدر در بیش از ۱۶۰۰۰ نمای سرین صورت گرفته نسبت مرگ و میر را در نخست زایان ۵٪ و در چند زایان ۹٪ ضمن سزارین ذکر کرده اند (۶).

این افزایش مرگ و میر تا حد زیادی با فراوانی نوزادان نارس در نمای سرین بستگی داشته و بطور کلی مقالات گوناگون نشان میدهد که میزان مرگ و میر و عوارض زایمانی در نمای سرین ۵-۲ برابر بیشتر از نمای سراسر است (۳-۴-۶-۷-۸-۹). لازم بیاد آوری است که نوزادان کمتر از ۱۰۰۰ گرم و دو قلوها در این مطالعه منظور نشده اند.

### شیوع

در طی ۱۴ سال و ۲۱۷۵۲ زایمان انجام شده، ۷۰۴ مورد زایمان سرین وجود داشته که شیوع ۳/۲۳٪ را شامل میشود. اثبات این موضوع که ۲۱/۰۱٪ نوزادان در نمای سرین نارس

ضمن مطالعه ۱۴ ساله بر روی ۲۱۷۵۲ زایمان که در بیمارستانهای وابسته به دانشکده پزشکی دانشگاه اصفهان صورت گرفته جمعا ۷۰۴ زایمان با نمای سرین وجود داشته که در این مقاله تحت بررسی قرار میگیرد.

در مطالعه انجام شده مشاهده گردید که شیوع نمای سرین ۳/۲۳٪ مجموع زایمانها را شامل شده و نوزادان نارس تقریبا ۲ برابر بیشتر از نمای سرین بوده و میزان مرگ و میر تصحیح نشده\* در نوزادان ۵ برابر بیشتر از نمای سرین و میزان مرگ و میر تصحیح شده برای نوزادان نارس در نمای سرین ۲۸ برابر نمای سرین بوده است.

میزان مرگ و میر تصحیح شده برای نوزادان رسیده که از راه واژن بدنیا آمده ۱/۷۱٪ بوده و ۳/۴٪ نوزادان ضایعات تروماتیک داشته و بطور کلی مرگ و میر زایمانی در نوزادانی که بوسیله سزارین بدنیا آمده اند کمترین ضریب را دارا بوده است.

### مقدمه

این مسئله که میزان مرگ و میر و عوارض زایمانی در نمای

هستند در مقایسه شیوع نارس با نمای سرکه در این مطالعه ۸/۸٪ بوده قابل توجه میباشد (جدول ۱)  
**تعداد زایمان** . در این مطالعه تعداد چندزایان تقریباً ۳ برابر نخست زایان بوده و درصد نوزادان نارس در هر دو دسته تقریباً بیک اندازه بوده است (۲۱٪) (جدول ۲) .

**نما** . در ۲۴۷ مورد از پرونده‌ها تنها به ذکر نمای سرین اکتفا و در بقیه موارد نوع سرین مشخص شده بود (جدول ۳) .  
**رادیوپلویمتری** . تنها ۱۴۲ نفر از بیماران تحت آزمایش یا شعه ایکس جهت اندازه‌گیری لگن قرار گرفته (۱/۲۰٪) که از این تعداد

نارس	تعداد سرین	تعداد کل زایمان
۱۴۸	۷۰۴	۲۱۷۵۲
چندزا نخست‌زا		
۷۵		
۷۳		
%۲۱/۰۱	%۲/۲۳	%

جدول ۱ - نسبت سرین به کل زایمان و درصد نارس

حاملگی	تعداد	نارس	درصد تقریبی
نخست‌زا	۱۷۶	۳۸	%۲۰/۴
چندزا	۵۲۸	۱۱۰	%۲۰/۸
جمع	۷۰۴	۱۴۸	%۲۱/۰۱

جدول ۲ - میزان تقریبی نارس بودن در نمای سرین

نما	تعداد	درصد
سرین کامل	۲۸	۳/۹
سرین ناکامل	۱۳۴	۱۹/۱
سرین ساده	۲۹۵	۴۱/۹
تنها بذکر کلمه سرین اکتفا شده	۲۴۷	۳۵/۱
جمع	۷۰۴	%۱۰۰

جدول ۳ - وضعیت نما در سرین

مرگ و میر در زایمان واژینال با نمای سرین باید در تمام زنان اول زا با نمای سرین سزارین انجام شود (۹۰۴). عده ای دیگر سزارین را در مواردیکه بچه بزرگ است توصیه مینمایند. این گروه بیماران را بر حسب چگونگی وضع جنین بسدهسته و نیز از نظروضع لگن بسدهسته تقسیم میکنند. بدین ترتیب بیمارانی که جنین آنها بزرگ نبوده و لگن کافی باشد گروه ۱ و بیمارانی که حدس زده میشود جنین بزرگ و لگن کافی یا جنین کوچک و لگن حد داشته باشند گروه ۲ (میتوان برای ایندسته آزمایش زایمانی یا تخریک با اکسی توسین انجام داد) و بالاخره بیمارانی که جنین بزرگ بالگن حد و بالگن تنگ دارند گروه ۳ را شامل که بایستی سزارین شوند (۹۰۸).

گروه دیگری برای زایمان با نمای سرین استفاده از مانور Brachet و بکار برد فرمول Zatchni - Andros را توصیه میکنند (۳۰۲ و ۳۰۱) و بالاخره May معتقد است که در نمای سرین با پائین آمدن پا اکثر ا لازمست کشش کشاله ران انجام شود و اینکار را ممکنست با دست و یا شاخه چپ فورسپس انجام داد (۵). چگونگی زایمان در مطالعات مادر جدول (۵) ذکر

۶۸ نفر نخست زایمان ۷۴ نفر چند زا و از این تعداد ۶۳ نفر بعلت تنگی لگن مورد عمل سزارین قرار گرفته اند.

**بی‌هوشی**. اکثر مصنفین معتقدند که در نمای سرین بیحسی یا بی‌هوشی کمتر باید داده شود زیرا اینکار اهمیت زیادی دارد، چون از یکطرف زائومیتواند بطور فعالتری در امر زایمان شرکت نموده و از طرف دیگر پزشک میتواند چگونگی وضع زایمان را بهتر بررسی نماید و بهتر است بی‌هوشی همیشه در اختیار باشد ولی کمتر از آن استفاده کرد (۳).

دسته دیگر معتقدند که میتوان از ۵۰ میلی گرم دیمرول و ۲۰ میلی گرم فنرگان بشرطی که نوزاد نارس نباشد استفاده کرده و برای بیحسی فقط از بیحسی پاراسرویکال یا بیحسی عصب شرمی (Podental Block) استفاده نمود که اینکار باعث میشود تنازاع و بتواند بنحوبهتری در زایمان شرکت نماید (۲۰۴). در مطالعه ما چگونگی بی‌هوشی در جدول ۴ نشان داده شده است.

#### چگونگی زایمان در نمای سرین

Hall و همکاران معتقدند که بعلت بالا بودن میزان

جدول ۴ - چگونگی استفاده از بیهوشی و بیحسی در نمای سرین

عمومی تنها	بلاک پارا سرویکال	بیحسی عصب شرمی و عمومی	زایمان خودبخود	بیحسی عصب شرمی	تعداد	راهنمایی -
—	۱۳	۲۸۰	۷۲	۲۳۴	۵۹۹	وازینال
	%۲/۱۷	% ۴۶/۷۴	%۱۲/۰۳	%۳۹/۰۶	%۸۵/۰۸	
۱۰۵					۱۰۵	سزارین
%۱۰۰					%۱۴/۹۲	

جدول ۵ - چگونگی زایمان در نمای سرین

سزارین	کشش	کمک بزایمان شده	زایمان خودبخود	وزن
		فورسپس و مانور بر اشت گرم	۹۸	۱۰۰۰-۲۵۰۰
۱۱	احتیاج نداشته	۱۰۲	۱۰۰۰-۲۵۰۰	
۹۴	۲۴	۲۹۴	بیالا ۲۵۰۰	گرم ۲۵۰۰ بیالا
۱۰۵	۲۴	۳۹۶	۱۷۹	جمع

شده است.

**سزارین**. اکثر معتقدند که در نمای سرین با توجه بیک یا چند مورد از نکات زیر سزارین را می بایست انجام داد: ۱- در تمام زنان اولزا. ۲- در اول زها با جنین بزرگ ۳۰-۳- اول زهای مسن ۴۰- پائین افتادن بند ناف (۵۴ و ۹۸ و ۵۰-۵- جمجمه بزرگ. ۶- عدم پیشرفت زایمان پس از تحریک با اکسی توسین و یا عدم پیشرفت زایمان بعلت عدم تطابق جنین با لگن (۹) ۷۰- بالاخره بیماران دیابتیک و نمای سرین با نمایش پا (۴۲) ۰

بطور کلی میزان سزارین در مطالعه ما ۱۴/۹۲٪ است که تقریباً سه برابر سزارین در بقیه نماها بوده و در این دسته بیمارانی که از راه شکم زایمان کرده اند مرگ و میر زایمانی به نسبت خیلی کمتری رخ داده است. تعداد سزارین در نخست زایان ۶۷ مورد (۶۳/۸٪) و در چند زایان ۳۸ مورد (۳۶/۲٪) بوده است. علت اصلی سزارین در این مطالعه در درجه اول عدم تطابق جنین و لگن بوده و سایر علل مانند پائین افتادن بند ناف و عدم پیشرفت زایمانی در درجات بعد قرار داشته اند.

**مرگ و میر زایمانی**. بطور کلی مرگ و میر زایمانی برای تمام بچه‌هایی که با نمای سرین بدنیا آمده اند بدون در نظر گرفتن وزن ۱۰/۸٪ بوده که تقریباً بیش از ۵ برابر این ضریب در زایمان با نمای سر است. و از طرفی میزان مرگ و میر زایمانی بعلت نارسای نوزادان در نمای سرین حدود ۲۰/۵٪ بوده که این تقریباً ۲۸ برابر مرگ و میر زایمانی در بچه‌هایی بوده که به‌ترم رسیده متولد شده اند.

**بحث**. در مطالعه انجام شده نمای سرین ۳/۲۳٪ و تقریباً مشابه سایر آمارها می باشد. شیوع نمای سرین در چند زایان سه برابر نخست زایان بوده است. Hall و همکاران در مطالعه ۱۴۰۶ نمای سرین مشاهده کردند که تقریباً چند زها دو برابر نخست زایان و میزان مرگ و میر در نمای سرین در اول زا و چند زا مساوی است (۹). پائین افتادن بند ناف در نمای سرین همراه با پائین آمدن پا خیلی بیشتر است (۸) و تقریباً ۲۴/۲-۲۳٪ مرگ و میر جنین و یا ضایعات عصبی نوزادان را تشکیل می دهد. شیوع پائین افتادن بند ناف در نمای سرین در مطالعه ما ۳/۵٪ بوده است.

ما معتقدیم که انجام رادیو پلویمتری در ۲۱٪ موارد در نمای

سرین خیلی کم است چون در نمای سر، جنین مدت زیادی وقت لازم دارد تا از لگن عبور کند لذا می تواند با لگن تطابق نماید اما در نمای سرین سر باید در عرض یک تا دو دقیقه از مجرای زایمانی بگذرد و بنابراین عدم تطابق مشکل تر بوده و می تواند کشنده باشد. لذا آگاهی از چگونگی وضع جنین و لگن با انجام رادیو پلویمتری بسیار مفید خواهد بود نکته قابل ذکر آنکه بیمارانی که جهت زایمان مراجعه نموده اکثر اوقات موافقی بود که فرصت کافی برای انجام رادیو پلویمتری نبوده است.

گرچه بسیاری از متخصصین مامائی می توانند با چگونگی پیشرفت زایمان و پائین آمدن قسمت نمایشی کافی بودن لگن را تشخیص دهند ولی معهدان نیز معتقدند که در تمام نماهای سرین که جنین به ترم رسیده بهتر است تا رادیو پلویمتری انجام تادر صورتیکه تشخیص داده شود که لگن سرحد طبیعی است کمتر بمریض اجازه آزمایش زایمانی داده و بدینوسیله از میزان مرگ و میر زایمانی جلوگیری کنیم، چه افزایش میزان مرگ و میر مسئله ای غیر قابل اجتناب و الزامی نبوده و با مراقبت کافی و تشخیص آنکه کدام بیمار بایستی از راه واژن و کدامیک سزارین شوند تا حد غیر قابل تصویری می تواند اشکالات این نما را مرتفع سازد. بدین طریق هر بیماری که با نمای سرین پذیرش شود بایستی بطور دقیق مورد بررسی قرار گرفته و رادیوگرافی ساده شکم و رادیو پلویمتری نیز لازمست انجام شود.

کارورزان پزشکی و دستیاران مامائی باید بدانند که یکی از مشکل ترین کارها برای خاتمه دادن به زایمان سرین، انجام کشش می باشد و ما معتقدیم که باید اجازه داد زایمان پیشرفت کرده، نوزاد تا ناف خارج شود و تنها در موقع زایمان شانه‌ها و زایمان سر است که بایستی در امر زایمان مداخله نموده و با مانور بر داشت و یا با کمک فورسپس زایمان خاتمه داد. استفاده از مانورهای ماننسی<sup>۱</sup> Mauriceau, Smellie - Veit تنها باید بوسیله افراد با تجربه انجام شود چون بکار بردن این مانور می تواند مضر و کشنده و یا عوارض شدیدی به همراه داشته باشد از نظر صدمات زایمانی از ۲۴ مورد، ۱۱ نوزاد ضربه واضح پس از زایمان از راه واژن در نوزادان به ترم رسیده که مورد کشش کامل قرار گرفته بودند دیده شد که شامل شکستگی استخوان چنبر ۴ مورد، شکستگی استخوان بازو ۲ مورد شکستگی استخوان

ران یک مورد . هموتراکس یک مورد . پارگی کبد یک مورد و خونریزی داخل جمجمه ۲ مورد و در بقیه صدماتی خفیف از قبیل ناراحتی‌های عصبی ، شیرنخوردن نوزاد و پائین بودن ضریب ابکار وجود داشته‌است . (جدول ۶) .

در مورد چگونگی زایمان با نمای سرین ما معتقدیم که متد پیش‌بینی کزدن زایمان در نمای سرین برای کم کردن خطرات مرگ و میرزایمانی بطورکلی موثر بوده و همچنین با استفاده از رادیو پلویمتری وعدم تعجیل در زایمان سرین میتوان این

جدول ۶ - ضایعات در نمای سرین

تعداد	محل	نوع ضربه
۴	شکستگی چنبر	ضربات واضح و کامل
۲	شکستگی بازو	
۲	خونریزی داخل جمجمه	
۱	شکستگی ران	
۱	هموتوراکس	
۱	پارگی کبد	
۱۳	ناراحتی عصبی شیرنخوردن پائین بودن ضریب ابکار	ضربات خفیف
جمعاً		جمع و درصد
۲۴ مورد	—	۳/۴% = ۲۴ مورد

نما را با خطراتی خیلی کمتر با تمام رسانید .

\* مرگ و میر تصحیح نشده شامل . جدا شدن زودرس جفت ، جفت سرراهی ، پراکلامپسی شدید ، اکلامپسی و بیماری آر-یتروپلاستوزی است .

مسئله مهم اینست که ۱۷/۵% مرگ و میر در طی این مطالعه در نوزادانی بوده که یا ناهنجاری شدید مادر زادی داشته که قابل زیست نبوده و یا آنهایی بوده اند که مادرشان مبتلا به بیماریهای شدید بوده است . این ناهنجاریها بیشتر در نوزادانی بوده که بین ۲۵۰۰-۱۰۰۰ گرم وزن داشته و هرچه نوزادان وزن بیشتری داشته‌اند تعداد پائین افتادگی بند ناف و ناهنجاری کمتر بوده است .

## References

- 1- Eastman, N.J. and Hellman, L.M. "Williams' Obstetrics", P. 855, 14th Ed. Appleton - Century Crofts Inco. (U.S.A.), 1971.
- 2- Greenhill, J.P. "Obstetric", P. 1108, (13th Edit). W.B. saunders Comp. (U.S.A.), 1966.
- 3- Helfferich, M. and Favier, J. "Breech Delivery", Am. J. Obstet. Gynec. Vol. 110-1: 58, 1 May 1971.
- 4- Lanka, L.D. and Nelson, H.B. "Breech Presentation with Low Fetal Mortality", Am. J. Obstet Gynec. Vol. 104, 6: 879, (1969).
- 5- May, D.P.L. "Forceps for Breech Delivery". Lancet, 7850 Vol. 1: 218, (Sat. 9, Feb. 1974).
- 6- Morgan, H.S. and Kane, S. "Analysis of 16327 Breech Birth", Jama. 187: 262, (1964).
- 7- Morley, G. "Breech Presentation – a 15 years Review", Obstet. Gynec. 30: 745, (1967).
- 8- Neilson, D.R. "Management of the Large Breech Infant", AM. J. Obstet, Gynec. Vol. 107, 3: 345, (1970).
- 9- Woodward, R.W. and Callahan, W.E. "Breech Labor and Delivery in the Primigravida", Obstet. Gynec. Vol. 34, 2:260, Aug. 1969.