

بررسی ۱۴ سال زایمان با نمای سرین در بیمارستانهای واپسیه و دانشکده پزشکی اصفهان

دکتر سید محمد میر دامادی - دکتر سیروس سیدالمجاهدین

دکتر حبیب الله ایرانیور - دکتر منصور مجاهدزاده

خلاصه

سرین بیشتر از نمای سراست بواسیله مقالات متعدد تأثیرگذشده (۷۹-۷۶-۸۴) بطوریکه در مطالعه انجام شده توسط Woodward, Callahn / Helefrich, Favier / Neilson میزان مرگ و میر %۴ (۹) و در مطالعات Kane و Morgan که در بیش از ۱۶۰۰۰ نمای سرین صورت گرفته نسبت مرگ و میر را در نخست زایمان %۰ و در چند زایمان %۹ ضمن سزارین ذکر کرده‌اند (۶).

این افزایش مرگ و میر تا حد زیادی با فراوانی نوزادان نارس در نمای سرین بستگی داشته و بطورکلی مقالات گوناگون نشان می‌دهد که میزان مرگ و میر و عوارض زایمانی در نمای سرین ۲-۵ برابر بیشتر از نمای سراست (۳-۶-۷-۸-۹).

لازم بیاد آوری است که نوزادان کمتر از ه۱۰۰ گرم و دو قلوها در این مطالعه منظور نشده‌اند.

شیوه

در طی ۱۴ سال و ۲۱۷۵۲ زایمان انجام شده، ۷۰۴ مورد زایمان سرین وجود داشته که شیوه ۲۳/۳% 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 واپسیه و دانشکده پزشکی دانشگاه اصفهان صورت گرفته جمعبا ۷۰۴ زایمان با نمای سرین وجود داشته که در این مقاله تحت بررسی قرار می‌گیرد.

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

میزان مرگ و میر تصحیح شده برای نوزادان رسیده که از راه واژن بدنبی آمده ۱/۲۱٪ بوده و ۴/۳٪ نوزادان ضایعات تروماتیک داشته و بطورکلی مرگ و میر زایمانی در نوزادانی که بواسیله سزارین بدنبی آمده‌اند کمترین ضریب را دارا بوده است.

مقدمه

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

هستند در مقایسه شیوع نارسی ب انما ای سرکه در این مطالعه $8/8\%$ نما . در ۲۴۷ مورد از پروندها تنها به ذکر نمای سرین اکتفا بوده قابل توجه میباشد (جدول ۱) .
تعداد زایمان ، در این مطالعه تعداد چند زایمان تقریبا ۳ برابر نخست زایمان بوده و در صد نوزادان نارس در هر دو دسته تقریبا بیک اندازه بوده است (21%) (جدول ۲) .

و در بقیه موارد نوع سرین مشخص شده بود (جدول ۳) .
رادیوپلیومتری ، تنها ۱۴۲ نفر از بیماران تحت آزمایش با اشعه ایکس جهت اندازه گیری لگن قرار گرفته ($1/20\%$) که از این تعداد

نارس	تعداد سرین	تعداد کل زایمان
۱۴۸	۷۰۴	۲۱۷۵۲
نخست زایمان		%
۷۳	۶۳/۲۳	۲۱۷۵۲
۷۵	۲۱/۰۱	

جدول ۱ - نسبت سرین به کل زایمان و در صد نارسی

حامگی	تعداد	نارس	در صد تقریبی
نخست زایمان	۱۷۶	۳۸	% ۲۰/۴
چند زایمان	۵۲۸	۱۱۰	% ۲۰/۸
جمع	۷۰۴	۱۴۸	% ۲۱/۰۱

جدول ۲ - میزان تقریبی نارس بودن در نمای سرین

درصد	تعداد	نمای
۳/۹	۲۸	سرین کامل
۱۹/۱	۱۳۴	سرین ناکامل
۴۱/۹	۲۹۵	سرین ساده
۲۵/۱	۲۴۷	تشابذکرکلمه سرین اکتفا شده
% ۱۰۰		جمع

جدول ۳ - وضعیت نما در سرین

مرگ و میر ذرزایمان واژینال بانمای سرین باید در تمام زنان اول را بانمای سرین سزارین انجام شود (۶۰-۹۰٪). عده‌ای دیگر سزارین را در موارد یکم بچه بزرگ است توصیه مینمایند. این گروه بیماران را بر حسب چگونگی وضع جنبین بسدهسته و نیاز از نظر وضع لگن بسدهسته تقسیم میکنند. بدین ترتیب بیمارانی که جنبین آنها بزرگ نبوده ولگن کافی باشد گروه ۱ و بیمارانی که حدس زده میشود جنبین بزرگ ولگن کافی یا جنبین کوچک و لگن حد داشته باشند گروه ۲ (میتوان برای ایندسته آرمايش زایمانی یا تخریک با اکسیتوسین انجام داد) وبالاخره بیمارانی که جنبین بزرگ بالگن حدود یا لگن تنگ دارند گروه ۳ را شامل که بایستی سزارین شوند (۹۰-۶۰٪).

گروه دیگری برای زایمان با نمای سرین استفاده از مانور Zatuchni - Andros و بکار برد فرمول Brachet را توصیه میکنند (۱۰-۳۰٪) و بالاخره May معتقد است که در نمای سرین با پائین آمدن پا اکثرا لازمست کشن کشالهران انجام شود و اینکار را ممکنست با دست و یا شاخه چپ فورسیس انجام داد (۵٪). چگونگی زایمان در مطالعات مادر جدول (۵) ذکر

۶۸ نفر نخست زا و ۷۴ نفر چند زاوایین تعداد ۶۳ نفر بعلت تنگی لگن مورد عمل سزارین قرار گرفته‌اند.

بیهوشی. اکثر مصنفین معتقدند که در نمای سرین بیحسی یا بیهوشی کمتر باید داده شود زیرا اینکار اهمیت زیادی دارد، چون از یک طرف زائومیتواند بطور فعلی 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 پاراسویکال یا بیحسی عصب شرمی (Podental Block) استفاده نمود که اینکار باعث میشود تازاعو بتواند بنحو بہتری در زایمان شرکت نماید (۲۶٪). در مطالعه ماچگونگی 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

راهنما ایمانی - تعداد	بیحسی عصب شرمی	زایمان خودبخود	بیحسی عصب	بلکپارا	عمومی تنها
۵۹۹					
وازینال					
—	۱۳	۲۸۰	۷۲	۲۳۴	—
	% ۲/۱۷	% ۴۶/۷۴	% ۱۲/۰۳	% ۳۹/۰۶	% ۸۵/۰۸
سازارین	۱۰۵	—	—	—	۱۰۵
	% ۱۰۰				% ۱۴/۹۲

جدول ۵ - چگونگی زایمان در نمای سرین

وزن	زایمان خودبخود	کمک زایمان شده	کشش	سازارین	
۱۰۰۰-۲۵۰۰	۹۸	فورسپس و مانور برداشت	گرم	۱۱	احتیاج نداشته
۱۰۰۰-۲۵۰۰	۱۰۲	۱۰۰۰-۲۵۰۰	گرم	۹۴	۲۴
۲۵۰۰ ببالا	۸۱	۲۵۰۰ ببالا	ببالا	۱۰۵	۲۴
جمع	۱۷۹	۳۹۶	۳۹۶		

سرین خیلی کم است چون در نمای سر ، جنین مدت زیادی وقت لازم دارد تا از لگن عبور کند لذا میتواند 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 تربوده و میتواند کشنه باشد . لذا آگاهی از چگونگی وضع جنین و لگن با انجام رادیو پلیومتری بسیار مفید خواهد بود نکته قابل ذکر آنکه بیمارانی که جهت زایمان مراجعت نموده اکثراً موافقی بود که فرصت کافی برای انجام رادیو پلیومتری نبوده است .

گرچه بسیاری از متخصصین مامائی میتوانند با چگونگی پیشرفت زایمان و پائین آمدن قسمت نمایشی کافی بودن لگن را تشخیص دهنده ای می‌دانند که در تمام نمایان سرین که جنین به ترم رسیده بهتر است تارادیو پلیومتری انجام تادر صورتی که تشخیص داده شود کلگن سرحد طبیعی است کمتر بمریض اجازه آزمایش زایمانی داده و بدینوسیله ازمیزان مرگ و میر زایمانی جلوگیری کنیم ، چه افزایش میزان مرگ و میر مسئله‌ای غیر قابل اجتناب والزامی نبوده و با مراقبت کافی و تشخیص آنکه کدام بیمار بایستی ازراه و اوزن و کدامیک سرین را شوند تا حد غیر قابل تصوری میتواند اشکالات این نمای را مرتفع سازد . بدینظریق هر بیماری که بآنای سرین پذیرش شود بایستی بطور دقیق مورد بررسی قرار گرفته و رادیوگرافی ساده شکم و رادیو پلیومتری نیز لازم است انجام شود .

کارورزان پزشکی و دستیاران مامائی باید بدانند که یکی از مشکل‌ترین کارهای خاتمه دادن به زایمان سرین ، انجام کشش میباشد 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 برآشت و یا با کمک فورسپس زایمان خاتمه داد . استفاده Mauriceau , Smellie - Veit از مانورهای مانند^{۱۰} تنها باید بوسیله افراد با تجربه انجام شود چون بکار برده این مانور میتواند مضر و گشته ده و یا عوارض شدیدی به مراد داشته باشد از دارنظر صدمات زایمانی از ۲۴ مورد ۱۱۰ نوزاد ضربه واضح پس از زایمان از راه و اوزن در نوزادان به ترم رسیده که مورد کشش کامل قرار گرفته بودند دیده شد که شامل «شکستگی استخوان چنبه^{۱۱} مورد . شکستگی استخوان بازو^{۱۲} مورد شکستگی استخوان

شده است .

سزارین . اکثر معتقدند که در نمای سرین با توجه بیک یا چند مورد از نکات زیر سزارین را می‌بایست انجام داد : ۱ - در تمام زنان اولزا . ۲ - در اول زاهای با جنین بزرگ . ۳ - اول زاهای مسن . ۴ - پائین افتادن بند ناف (۹۵ و ۹۶ ملو) . ۵ - جمجمه بزرگ . ۶ - عدم پیشرفت زایمان پساز تحریک با اکسی توسین و یا عدم پیشرفت زایمان بعلت عدم تطابق جنین با لگن (۹) . ۷ - بالآخره بیماران دیابتیک و نمای سرین با نمایش پا (۴۶) .

بطور کلی میزان سزارین در مطالعه ما ۱۴/۹۲٪ است که تقریباً سه برابر سزارین در بقیه نمایان بوده و در این دسته بیمارانی که از راه شکم زایمان کرده‌اند مرگ و میر زایمانی به نسبت خیلی کمتری رخ داده است . تعداد سزارین در نخست زایمان ۷۶ مورد (۸/۶۳٪) و در چند زایمان ۳۸ مورد (۲/۳۶٪) 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 داشته‌اند .

مرگ و میر زایمانی . بطور کلی مرگ و میر زایمانی برای تمام بچه‌هایی که بآنای سرین بدنیا آمده‌اند 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 نارسی نوزادان در نمای سرین حدود ۲۵/۵٪ بوده که این تقریباً ۲۸ برابر مرگ و میر زایمانی در بچه‌هایی بوده که به ترم رسیده متولد شده‌اند .

بحث . در مطالعه انجام شده نمای سرین ۲۳/۳٪ و تقریباً مشابه سایر آمارها میباشد . شیوع نمای سرین در چند زایمان سه برابر نخست زایمان بوده است . ۱۱ Hall و همکاران در مطالعه ۱۴۵ نمای سرین مشاهده کردند که تقریباً چند زاهای دو برابر نخست زایمان 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 پاخیلی بیشتر است (۸) و تقریباً ۲/۲۴-۲/۲۲٪ مرگ و میر جنین و یا ضایعات عصی نوزادان را تشکیل میدهد . شیوع پائین افتادن بند ناف در نمای سرین در مطالعه ما ۵/۳٪ بوده است .

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

ران یک مورد. هموترواکس 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 ضربت آبکار وجود داشته است. (جدول ۶).

جدول ۶ - ضایعات در نمای سرین

نوع ضربه	محمل	تعداد
ضربات واضح و کامل	شکستگی ران	۱
ضربات خفیف	شکستگی بازو	۲
	خونریزی داخل جمجمه	۲
	شکستگی چنبر	۴
	هموتراکس	۱
	پارگی کبد	۱
ناراحتی عصبی		
جمعاً ۱۳		
ضربات خفیف		
شیرنخوردن		
پائین بودن ضربت آبکار		
جمع و درصد		
$= \frac{۲۴}{۳} \%$		

نمای با خطراتی خیلی کمتر با تمام رسانید.

* مرگ و میر تصحیح نشده شامل . جدا شدن زودرس چفت ، چفت سرراهی، برآکلامپسی شدید ، اکلامپسی و بیماری ار-یتروبلاستوزی است.

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

References

- 1- Eastman, N.J. and Hellman, L.M. "Williams' Obstetrics", P. 855, 14th Ed. Appleton - Century Crofts Inc. (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.