

Düşük Doğum Ağırlığı Sıklığının Anne Yaşı ve Gebelik Sayısı ile ilişkisinin Değerlendirilmesi

RELATION BETWEEN LOW BIRTH WEIGHT, MOTHER AGE AND PARITY

Dr.Berkan GÜRAKAN*, Dr. Orhan GELİŞEN**, Doç.Dr. İsmail DÖLEN**

* SSK Ankara Doğumevi Hastanesi Çocuk Hastahkları, ** Kadın Hastahkları ve Doğum Kliniği, ANKARA

ÖZET

Düşük doğum ağırlığı, hem perinatal dönem prognozunda temel risk faktörü olup, hem de infant mortalite ve morbiditesinde önemli bir belirleyicidir. Bu çalışmada düşük doğum ağırlığı (dda) sıklığı ve bunun anne yaşı, gebelik sayısı ile ilişkisi saptanmıştır.

Anahlar Kelimeler: Düşük doğum ağırlığı, Anne yaşı, Doğum sıklığı

T Klin Jinekolo Obsl 1991, 2:21-23

Yeni doğanların doğum ağırlığı, gestasyon yaşı, intrauterin büyüme standartları ile sınıflandırılması, tedavi planlamasında ve prognostik değerlendirmelerde kolaylık sağlamaktadır. Ancak gebelik yaşının doğru ve kesin saptanmasında karşılaşılan zorluklar ve doğum ağırlığının mortalite/morbiditede önemli bir belirleyici olarak bulunması, bebeklerin ağırlıklarına göre sınıflandırılmasının da kolay ve yararlı bir yöntem olduğunu göstermektedir (1).

Bu sınıflamada; 2500 gram ve üstündeki bebekler Normal doğum ağırlıklı (nda); 2500 gramın altındakiler ise düşük doğum ağırlıklı (dda) olarak değerlendirilirler. Düşük kilolular da 1500 gramın altında olanlar çok düşük doğum ağırlıklı (çdda); 1500-2500 gr arasında olanlar orta derece düşük doğum ağırlıklı (odda) olarak iki alt grupta incelenir-

Geliş Tarihi: 1.7.1991

Kabul Tarihi: 20.7.1991

Yazışma Adresi: Dr.Berkan GÜRAKAN
SSK Ankara Doğumevi Hastanesi Çocuk
Hastahkları - ANKARA

SUMMARY

Low birth weight is the principal risk factor used for identifying adverse perinatal outcome and also a marker of infant mortality and morbidity. In this study we tried to find out the incidence of LBW and its relation to maternal age and high parity.

Key Words: Low birth weight, Maternal age, High parity

Anatolian J Gynecol Obst 1991, 2:21-23

ler (2). Neonatal dönem boyunca, dda'larm nda'lara oranla 40 katı fazla mortalite riski taşıdıkları; çdda'larda bu riskin 200 katına çıktığı saptanmıştır. Son yıllarda yaşam şansları çok artmakla beraber, neonatal dönem ölümlerinin 2/3'ü dda'lı; 1/2'si ise çdda'lı bebekler olmaktadır (3).

Ayrıca yaşayan çdda'lı bebekler olmaktadır (3).

Ayrıca yaşayan dda'lı bebeklerde, özellikle de çdda'lılarda nörolojik sekel riski, respiratuar problemler ve ilk yıl içindeki mortalite yönünden de olumsuz sonuçlar bildirilmiştir (3,4,5).

Görüldüğü gibi bu basit gmplama sayesinde değişik populasyonlardaki dda insidansının saptanması ve buna bağlı olarak da yüksek risk gruplarının belirlenmesi mümkün olabilmektedir.

Çalışmamızda bu amaçla; yeni doğanların ağırlıklarına göre sınıflandırılmasını yapıp, dda ve çdda insidansının tesbiti ve bu dağılımın bazı maternel parametrelerle ilgisi incelenmiştir.

METERYEL VE METOD

SSK Ankara Doğumevinde, 22.1.1991 ile 15.5.1991 tarihleri arasında gerçekleşen doğumlarından; 500 gramın üstünde doğup, ilk 15 dakikalık resüsitasyondan sonra yoğun bakıma alınanlar ile tüm daha büyük kilolu canlı doğumlar çalışma kapsamına alınmıştır.

Bu doğumlarla ilgili olarak, anne yaşı, gebelik sayısı, doğum şekli, bebeğin cinsiyeti, doğum ağırlığı değerlendirilmiştir.

SONUÇLAR

Çalışma kapsamına getiren 115 gün boyunca hastanemizde 5117 doğum olmuştur. Bunların 117'si ölü doğum olduğu için çalışma dışı bırakılmıştır.

Dağılımı Şekilleri:	4346	spontan vajinal (%87)
	654	c/s (%13)
Toplamı	5000	
Doğan bek-kırcın	2590'ı	erkek (%51.8)
	2410'u	kızdır (%48.2)

Maternal bilgilerden anne yaşının değerlendirilmesinde 18 yaşın altında, 19-34 yaş arasında ve 35 yaş ve üstü olarak 3 grup oluşturulmuştur.

Annelerin %90'ının orta yaş grubundan olduğu görülmektedir. Gebelik sayılarının incelenmesinde Gravide 1; 2 ile 5 arası ve 5'ten yukarı olanlar olarak 3 grup oluşturulmuştur.

Bebeklerin doğum ağırlıkları önce 500 gramlık gruplar halinde gruplanmış; daha sonra dda ve çdda'lıların sayıları saptanmıştır.

Tablo 1. Anne yaşının dağılımı

Yaş	Sayı	%
<18 yaş	299	5.9
19-34 yaş	4509	90
35 yaş	192	3.8
Toplam	5000	100

Tablo 2. Gebelik sayılarının dağılımı

Gravida	Sayı	%
G1	1897	37.9
G2-5	3002	60
G5	101	2
Toplam	5000	100

Toplam popülasyonda dda oranı %6.1 olarak bulunmuştur.

Gruplar arasında istatistiki önemli fark vardır. ($x^2=17.41$ $p<0.001$). Orta yaş grubu kadınlarda dda riski, genç ve ileri yaştaki annelerden daha düşük bulunmuştur ($p<0.001$) Genç annelerle, yaşlı anneler arasında fark yoktur ($x^2=1.11$ $p>0.005$).

Toplam popülasyonda dda oranı %6.1 olarak bulunmuştur.

Gruplar arasında istatistiki önemli fark vardır. ($x^2=17.41$ $p<0.001$). Orta yaş grubu kadınlarda dda riski, genç ve ileri yaştaki annelerden daha düşük bulunmuştur ($p<0.001$) Genç annelerle, yaşlı anneler arasında fark yoktur ($x^2=1.11$ $p>0.005$).

Gebelik sayılarına göre yapılan dağılımda da gruplar arasında fark bulunmuştur ($x^2=38$ $p<0.001$). G2-5 arası annelerde dda riski %4.7 bulunmuş olup bu diğer iki gruptan farklıdır. G5'in üstünde olan annelerde dda riski %16.8; G1 olanlarda ise %7.6'dır. Bu iki grup arasında da istatistiki fark vardır ($x^2=10.68$ $p<0.001$).

TARTIŞMA

Gerek mortalite ve morbiditede belirleyici yönü, gerekse uygulama kolaylığı yönünden önemli bir kriter olan doğum ağırlığına bağlı sınıflamalar popü-

Tablo 3. Bebek doğum ağırlıklarının dağılımı

Ağırlık (gr)	Sayı	%
500-999	10	0.2
1000-1499	35	0.7
1500-1999	43	0.9
2000-2499	218	4.3
2500-2999	696	13.9
3000-3499	2201	44
3500	44	26
4000- >	493	9.8
Toplam	5000	100

Tablo 4. Düşük doğum ağırlıklarının gruplanması

Ağırlık grubu	Sayı	%
NDA	4694	93.8
DDA	306	6.1
çdda	45	0.9
odda	261	5.2
Toplam	5000	100

Tablo 5. Anne yaşı ile düşük doğum ağırlığı ilişkisi

Ağırlık	Yaş			Toplam
	18 yaş	19-34	>35	
dda	27 (7,9.5)	256 (%5.6)	23 (%U)	306
uda	272	4253	169	4694
Toplam	299	4509	192	5000

Tablo 6. Gebelik sayısı ile dda ilişkisi

Ağırlık	Gravida			Toplam
	G1	G2-G5	>G5	
dda	146 (%7.6)	143 (4.76)	17 (%4.7)	306
nda	1751	2859	84	4694
Toplam	1897	3002	101	5000

lasyonlar arası değerlendirmeler için de daha net veriler sağlamaktadır. Ülkemizde doğum ağırlığı ile ilgili çalışmalara bakıldığında şu sonuçlar görülmektedir (6).

Yıl	dda insidansı (%)
1973	91 (Oral N.)
1874	64 (Neyzi O.)
1985	115 (Bozbora N.)
1985	7 (Şimsekean N.)
1985	63 (Akbay Z.)
1986	638 (Tümerdem Y.)
1986	59 (Çam M.)

Çalışmamızda dda oranı %6.1 olarak bulunmuştur. Düşük doğum ağırlığı ile ilgili olarak annenin küçük yaşta veya ileri yaşta olması; ilk veya 5'ten fazla doğum olmasının insidansı artırıcı etkiler saptanmıştır (7). Çalışmamızdaki sonuçlarda da 18 yaş altı grupta %9,5; 36 yaş üstü grupta % 11 olan dda sıklığı, orta yaş grubunda %5.6 bulunmuştur (p<0.001). İlk doğumlarda dda riski yüksek olmakla beraber, asıl farkın 5'ten fazla gebelik sayısı olan annelerde olduğu görülmüştür. Bunlarda dda sıklığı G2-7 arası grubunda 3 katı çıkmıştır. Bizim ve daha önceki çalışmacıların bulgularına göre ülkemiz dda sıklığının %6-7 arasında olduğu görülmektedir. Bu oran gelişmiş ülkelerin rakamlarından farklı değildir. Yine de dda insidansını azaltabilmek pek çok riski içeren bir grup bebeğin sıklığını azaltmak demektir.

Gebelik döneminde plasental bozukluklar, amnionitis, servikal yetersizlik, preeklampsi, EMR, üri-

ner enfeksiyon, vasküler hastalıklar, sigara, beslenme önem kazanırken; gebelik öncesinde koruyucu faktörlere dikkat etmek gerekmektedir. Burada kadın doğum uzmanları yanında pediatriklere, özellikle baktıkları sorunlu bebekler nedeniyle, sonraki çocuklar için uyarıcı olmak amacıyla aileyi bilgilendirme görevi düşmektedir.

Uygun prenatal bakım, beslenme, psikososyal bilgi ve dianostik testler yanında erken/geç ve çok doğurganlığın önlenmesi dda sıklığını azaltmaya yarayacaktır (8).

KAYNAKLAR

1. Koops BL, Morgan LS, Baltaglia FC. Neonatal mortality risk in relation to birth weight and gestational age update J Pediatr 1982; 101:967-977.
2. Avery, Gordon B, Neonatology: Pathophysiology and management of (lie newborn ed 3. J.B. Lipincott comp Philadelphia 1987.
3. Shapiro S, McGonniek MC, Starfield BK, et al: Relevance of correlates of infant deaths for significant morbidity at one year of age. Am J Obstet Gyn 1980; 136: 363-373.
4. Karin B, nelson and Jonas H, Elleuberg, Predictors of Low and VLBW and the Relation of these to Cerebral palsy JAMA 1986; 254: 1437-79.
5. Coates AL, Bergsteinsson M, desmond K, et al. lx>ng term sequelea of premature birth with and without idiopathic respiratory distress synome. J Pediatr 1977; 90: 611-6.
6. XXV. Türk Pediatri Kongresi Kitabı Neonatolojide yenilikler 1986.
7. Marie C, McConitisk MD. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. The New England Journal of Medicine 1985; 10: 82-89.
8. Richard E, Behrman MD. Preventing low birth weight: A pediatric perspective. J Peditr 1985; 107: 842-54.