

بررسی شیوع پره اکلامپسی، اکلامپسی و عوامل مرتبط با آن در بیمارستانهای منتخب آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۷۹

صدیقه امیر علی اکبری^۱، ماهرغ دولتیان^۲، ناصر ولایی^۳

خلاصه

سابقه و هدف: یکی از موارد اورژانس دوران بارداری، پره‌اکلامپسی و اکلامپسی می‌باشد که بدلیل عوارض آن تشخیص و درمان سریع در مورد این بیماری‌ها توصیه می‌گردد. بدین منظور مطالعه حاضر جهت تعیین شیوع پره‌اکلامپسی و اکلامپسی بر روی خانمهای باردار مراجعه کننده به بیمارستانهای آموزشی تهران در سال ۱۳۷۹ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این تحقیق به روش تحلیلی از نوع مورد - شاهدی انجام گرفت که با نمونه‌گیری تصادفی روی ۴۸۵۶ نفر، ۱۵۱ نفر در گروه مورد قرار گرفتند. کلیه زنان باردار با سن حاملگی هفته بیستم و بیشتر با معیارهای زیر وارد مطالعه گردیدند:

۱. خانمهای باردار با فشار خون برابر یا بیشتر از $140/90$ میلی‌متر جیوه یا افزایش فشار خون سیستول به میزان 30 mmHg و دیاستول 15 میلی‌متر جیوه.

۲. میزان پروتئین ادرار 24 ساعته بیش از 300 میلی‌گرم در دسی‌لیتر

۳. میانگین تفاوت پروتئین ادرار در دو نمونه ادراری به فاصله زمانی 6 ساعت بیش از 100 میلی‌گرم در دسی‌لیتر

هر کدام از معیارهای 3 و 2 به تنهایی نشانه پره‌اکلامپسی و همراهی هر کدام با تشنج، نشانه اکلامپسی تلقی گردید. گروه شاهد را افراد فاقد پره‌اکلامپسی مراجعه کننده به همان مراکز تشکیل دادند که از لحاظ مشخصات سن، سطح سواد، شغل، محل سکونت و مصرف سیگار با گروه مورد مشابه بودند. وضعیت اقتصادی، نسبت فامیلی با همسر، گروه خونی، سابقه فشارخون بالا و سابقه پره اکلامپسی و اکلامپسی در خانواده درجه اول، حاملگی اول و سابقه ابتلا، شاخص توده بدنی مادر (BMI)، وضعیت مراقبت پره ناتال، روش جلوگیری از بارداری، گروه خون و Rh تعیین و رابطه آنها با بروز پره‌اکلامپسی یا اکلامپسی تعیین گردید.

یافته‌ها: از 4856 نفر، تعداد 143 نفر (3%) مبتلا به پره اکلامپسی و 8 نفر (0.16%) مبتلا به اکلامپسی بودند. در گروه شاهد (378 نفر) و در گروه مورد (151 نفر) به ترتیب، سابقه ابتلا به پره‌اکلامپسی و اکلامپسی (4% ، 26% ، $0.001 < p$)، گروه خونی B منفی (42% ، 63% ، $0.05 < p$)، وضعیت اقتصادی پایین (52% ، 64% ، $0.01 < p$)، نسبت فامیلی با همسر (27% ، 37% ، $0.02 < p$)، سابقه پره‌اکلامپسی و اکلامپسی در خانواده (78% ، $15/4\%$ ، $0.003 < p$) و حاملگی اول (36% ، 45% ، $0.08 < p$) اختلاف معنی‌دار را نشان دادند. در سایر عوامل مرتبط مورد بررسی اختلاف در دو گروه معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: به نظر می‌رسد که شیوع پره‌اکلامپسی و اکلامپسی در شهر تهران مساله جدی و نگران کننده‌ای نباشد و انجام پژوهش تجربی دیگری برای تعیین تأثیر تحت نظر قرار گرفتن و کنترل زنان حامله دارای سابقه قبلی ابتلا، گروه خونی B ، سابقه فشارخون بالا، افراد با وضعیت اقتصادی پایین و دارای نسبت فامیلی با همسر در بروز پره اکلامپسی و اکلامپسی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: پره‌اکلامپسی، اکلامپسی، شیوع، عوامل مرتبط

^۱ مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

^۲ مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۳ مربی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نمونه اداری به فاصله ۶ ساعت بودند، به عنوان پره‌اکلامپسی تلقی گردیدند و در صورتی که علائم فوق را به همراه بروز تشنج داشتند مبتلا به اکلامپسی تلقی شدند (۱).

فشارخون در ۲ نوبت به فاصله ۶ ساعت اندازه‌گیری و میانگین آن به عنوان فشارخون فرد تلقی گردید. ادم ژنرالیزه به ویژه در ناحیه صورت و دستها بررسی و مطابق استاندارد به صورت ادم + تا ++++ در نظر گرفته شد. میزان پروتئین ادرار در دو نمونه اداری به فاصله ۶ ساعت اندازه‌گیری و میانگین آن به صورت میزان پروتئین ادرار فرد در نظر گرفته شد. تشنج بیمار که به صورت انقباضات تونیک و کلونیک که ابتدا از ناحیه صورت شروع و سپس به تمامی بدن انتشار یافته بود به عنوان اکلامپسی تلقی گردید. تمامی علائم فوق با تأیید دستیار رشته زنان و زایمان ثبت گردید.

برای کلیه نمونه‌های مبتلا به پره‌اکلامپسی و اکلامپسی فرم اطلاعاتی ویژه تحقیق تکمیل گردید که در آن خصوصیات زنان باردار از نظر مشخصات سن، میزان تحصیلات، شغل، محل سکونت، نحوه تصرف واحد مسکونی، بعد خانوار، متراژ سرانه، سن حاملگی ثبت گردید. این افراد به عنوان گروه مورد تلقی شدند (۱۵۱ نفر).

همزمان و در همان بیمارستان زنانی که اولاً مبتلا به پره‌اکلامپسی و یا اکلامپسی نبوده و ثانیاً به صورت تصادفی انتخاب شده بودند به عنوان گروه شاهد تلقی شدند. برای هر نمونه مورد حداقل ۲ و حداکثر ۳ نفر به عنوان شاهد تعیین شدند و برای آنان نیز فرم اطلاعاتی تکمیل گردید (۳۸۷ نفر).

عوامل مرتبط با بروز پره‌اکلامپسی و اکلامپسی شامل رابطه فامیلی با همسر، ازدواج مجدد، مصرف سیگار در حاملگی اخیر، گروه خون و Rh، شاخص توده بدنی مادر (BMI)، سابقه بیماریهای مادر، سابقه پره‌اکلامپسی، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، سابقه پره‌اکلامپسی در فامیل درجه ۱ بیمار، روش جلوگیری در ۶ ماه قبل از بارداری اخیر، و مراقبتهای مطلوب دوران بارداری بود که در گروه مورد و شاهد بررسی شدند. نقش عوامل مرتبط با بروز اکلامپسی و اکلامپسی تعیین و با آماره کای دو و یا تست دقیق فیشر با قبول سطح معنی‌داری ($p < 0/05$) و نسبت احتمال (Odds Ratio = OR) آن در نمونه‌ها تعیین و فاصله اطمینان آن با احتمال ۹۵٪ در جامعه برآورد گردید و مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

یکی از مشکلات شایعی که برای زنان باردار به عنوان گروه آسیب پذیر مطرح است، بیماری پره‌اکلامپسی و اکلامپسی است (۱). میزان شیوع این مشکل در سایر کشورها تا ۱۰٪ (۱،۲،۳) و در ایران تا ۷٪ برآورد گردیده است (۴،۵).

در طی صد سال گذشته آزمایشات متعدد کلینیکی، بیوفیزیکی و بیوشیمیایی جهت تشخیص زودرس زنان باردار در معرض خطر ابتلا به پره‌اکلامپسی و به منظور پیشگیری از عوارض بیماری انجام گرفته ولی کاملاً به نتیجه نرسیده است، به همین سبب پره‌اکلامپسی، بیماری تئوریها نامیده شده است (۱). پره‌اکلامپسی یکی از خطرناکترین عوارض در زمان حاملگی و یکی از سه علت مهم مرگ و میر مادران می‌باشد. همچنین این بیماری می‌تواند منجر به افزایش خطر جداشدن زودرس جفت، مرگ‌ومیر مادر و جنین و کاهش رشد جنین شود (۱،۳،۶).

از آنجایی که میزان شیوع متفاوت (بین ۱۰٪ تا ۱۰٪) و نیز عوارض متعدد ناشی از این عارضه گزارش شده است و با توجه به اینکه هنوز معلوم نیست که بارداری چگونه سبب ایجاد یا تشدید هیپرتانسیون می‌گردد (۱،۳). این تحقیق به منظور تعیین شیوع پره‌اکلامپسی و اکلامپسی و عوامل مرتبط با آن در خانم‌های مراجعه کننده به بیمارستانهای منتخب آموزشی شهر تهران در سال ۱۳۷۹ انجام شد.

مواد و روش‌ها

از بین بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران و ایران که دارای درمانگاه و بخش زنان و زایمان بودند، ۴ بیمارستان ولیعصر (عج)، مهدیه، میرزا کوچک‌خان و شهید اکبرآبادی به صورت تصادفی انتخاب گردید. کلیه زنان باردار با سن حاملگی هفته بیستم و بیشتر که از اول اردیبهشت لغایت شهریور ماه ۱۳۷۹ به بیمارستانهای فوق مراجعه کردند، وارد مطالعه شدند. تعداد نمونه براساس احتمال شیوع ۷٪ و با فاصله اطمینان ۹۵٪ و میزان خطای ۰/۰۷۲، ۴۸۵۰ نفر تعیین گردید.

خانم‌هایی که فشارخون آنان برابر یا بیش از ۱۴۰ روی ۹۰ میلی‌متر جیوه بود و یا اینکه به فشارخون سیستولی اولیه ۳۰ میلی‌متر جیوه و به فشارخون دیاستولی ۱۵ میلی‌متر جیوه اضافه شده بود و دارای ادم ژنرالیزه که به ویژه در دست‌ها و صورت قابل رؤیت بود و یا دارای پروتئین ادرار بیش از ۳۰۰ میلی‌گرم و یا بیشتر در ادرار ۲۴ ساعته و یا دفع اداری بیش از ۱۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر یا بیشتر در دو

یافته‌ها

۱۹۷ نفر (۵۲٪) از گروه شاهد و ۹۷ نفر (۶۴٪) از خانم‌های مبتلا دارای وضعیت اقتصادی پایینی بودند ($p < 0/01$). در ۱۰۲ نفر (۲۷٪) از خانمهای سالم و ۵۶ نفر (۳۷٪) از خانمهای مبتلا نسبت فامیلی با همسر وجود داشت ($CI: 1/1-2/4$ ، 95% ، $1/6 =$ ، $OR < 0/02$ ، $p < 0/02$). در ۲۳ خانم (۶٪) حامله سالم و ۸ خانم (۵٪) مبتلا سابقه ازدواج مجدد وجود داشت (NS).

۲۹۵ نفر (۷۸٪) از گروه شاهد Rh مثبت و ۸۳ نفر (۲۲٪) Rh منفی بودند. این عامل در گروه مورد به ترتیب ۱۲۰ (۸۰٪) و ۳۱ نفر (۲۰٪) بود (NS). ۳۵ نفر (۴۲٪) از گروه شاهد Rh و ۱۹ نفر (۶۳٪) از گروه مورد Rh، دارای گروه خون B⁻ بودند ($OR = 2/4$ ، $p < 0/05$).

اختلاف بین دو گروه مورد مطالعه از نظر سابقه ابتلا به بیماری‌های سیستمیک، افزایش فشارخون و نیز پره‌اکلامپسی در فامیل درجه اول معنی‌دار بود (جدول ۱)، به ترتیب $p < 0/0001$ ، $p < 0/0001$ و $p < 0/003$.

در گروه شاهد تعداد ۱۳۸ نفر (۳۶٪) و در گروه مورد ۶۸ نفر (۴۵٪) دوران بارداری اول خود را می‌گذراندند. میانگین تعداد زایمان‌ها در افراد گروه شاهد $1/18 \pm 1/5$ و در افراد گروه مورد $1/17 \pm 1/98$ بار بود (NS). در ۱۵ نفر (۴٪) از گروه شاهد سابقه ابتلا به پره‌اکلامپسی و اکلامپسی وجود داشت که این میزان در گروه مورد ۳۹ نفر (۲۶٪) بود ($CI: 4/7-17/5$ ، 95% ، $OR = 9/1$ ، $p < 0/0001$).

شایع‌ترین روش‌های پیشگیری در دو گروه روش طبیعی و عدم استفاده از روش‌های جلوگیری بود (NS).

۲۰۸ نفر (۵۵٪) از گروه شاهد و ۹۲ نفر (۶۱٪) از گروه مورد دارای BMI بیشتر از ۲۸ بودند (NS). ضمناً افرادی که مبتلا به پره‌اکلامپسی بودند $1/3$ برابر بیشتر از گروه شاهد در مواجهه با BMI بیشتر از ۲۸ قرار داشتند.

۷ نفر از خانم‌های گروه مورد مراقبت دوران بارداری نداشته و تعداد ۱۴۴ نفر (۹۶٪) دارای چنین مراقبتی بودند. ۳۳۶ نفر (۸۹٪) از گروه شاهد دارای مراقبت‌های پره‌ناتال و ۶۸ نفر (۱۸٪) از خانمهای باردار سالم از مراقبت‌های نامطلوب دوران بارداری برخوردار بودند که این میزان در ۱۸ نفر (۱۲٪) از خانمهای مبتلا وجود داشت (NS).

بحث

در تحقیق حاضر شیوع پره‌اکلامپسی و اکلامپسی $3/11\%$ برآورد گردید. این میزان در مطالعه Mitlendorff و همکارانش 5%

تحقیق روی تعداد ۴۸۵۶ نفر از زنان باردار با سن حاملگی هفته بیستم و بیشتر صورت گرفته است. تعداد ۱۴۳ نفر (۳۰٪) مبتلا به پره‌اکلامپسی بودند که از این تعداد ۸۶ نفر (۶۰٪) پره‌اکلامپسی خفیف و ۵۷ نفر (۳۹٪) پره‌اکلامپسی شدید داشتند. همچنین ۸ نفر به اکلامپسی مبتلا بودند (۱۶٪). در کل نمونه‌های مورد بررسی تعداد ۱۵۱ نفر مبتلا به اکلامپسی و پره‌اکلامپسی بودند که دارای شیوع $3/11\%$ بود ($CI: 2/6-3/6$ ، 95% ، 151 نفر گروه مورد و 378 نفر گروه شاهد از لحاظ مشخصات سن، شغل، محل سکونت، میزان تحصیلات و مصرف سیگار مشابه بوده و یا اختلاف ناچیز آنها به لحاظ آماری معنی‌دار نبود (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع مبتلایان به اکلامپسی، پره‌اکلامپسی و گروه شاهد بر حسب خصوصیات نمونه‌ها

عوامل مرتبط	پره‌اکلامپسی و اکلامپسی نداشته (n=378)	پره‌اکلامپسی و اکلامپسی داشته (n=151)
سن (سال)	25/96 ± 5/6	26 ± 6/3
شغل		
خانه دار	323 (85/6)	132 (87/4)
کارمند	27 (7/1)	14 (9/3)
کارگر	16 (4/2)	3 (2)
سایر موارد	12 (3/2)	2 (1/2)
محل سکونت		
شهر	335 (88/6)	129 (85/4)
روستا	43 (11/4)	22 (14/6)
تحصیلات		
بی‌سواد	34 (9)	19 (12/6)
ابتدایی	141 (37/3)	49 (32/5)
دبیرستان و راهنمایی	179 (47/35)	73 (48/3)
دانشگاهی	24 (6/35)	10 (6/6)
سیگاری و یا در معرض دود سیگار	87 (33)	41 (27)
سابقه بیماریهای سیستمیک		
سابقه ابتلا به افزایش فشارخون نداشته	367 (97/9)	126 (83/41)
سابقه پره‌اکلامپسی در فامیل درجه اول داشته	327 (93/2)	126 (84/6)

ارتباطی بین میزان تحصیلات و بروز پره‌اکلامپسی ملاحظه نشده است (۳).

در این تحقیق، ارتباطی بین استعمال سیگار و بروز پره‌اکلامپسی به دست نیامد که علت آن شاید به این دلیل است که درصد بسیار پایینی از زنان باردار، سیگاری بوده و یا در معرض دود سیگار محیطی قرار داشته‌اند (۳۳٪ در گروه شاهد و ۲۷٪ در گروه مورد).
Lain در مطالعه خود بیان داشته است که استعمال سیگار خطر بروز پره‌اکلامپسی را کاهش می‌دهد (۱۰). ویلیامز معتقد است که استعمال سیگار بروز افزایش فشارخون ناشی از بارداری را کاهش می‌دهد (۱).

در تحقیق حاضر ارتباط معنی‌دار بین وضعیت اقتصادی و بروز پره‌اکلامپسی دیده شد. برخی از نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد، در زنانی که از شرایط اقتصادی - اجتماعی بهتری برخوردارند، حتی با در نظر گرفتن عوامل نژادی، بروز پره‌اکلامپسی کمتر می‌باشد. برعکس در مطالعات اپیدمیولوژیکی که انجام شده تفاوتی در بروز پره‌اکلامپسی ما بین پنج طبقه اجتماعی مشاهده نگردید. به نظر می‌رسد که بدون توجه به این مسائل، هنگامیکه خانمی از طبقه مرفه جامعه دچار پره‌اکلامپسی می‌گردد، می‌تواند از همان شدت و کشندگی برخوردار باشد که در خانمی نوجوان از یک محله فقیرنشین رخ می‌دهد (۱). شاید تئوری کمبودهای غذایی که به صورت متنوعی به عنوان علت پره‌اکلامپسی مطرح شده‌اند تا حدی توجیه‌کننده برای این موضوع باشد که زنانی که از نظر وضعیت اقتصادی در سطح پائین‌تری قرار دارند در نتیجه از نظر غذایی محروم‌تر بوده، برای مثال کمبودکلسیم به عنوان علت پره‌اکلامپسی توسط تعدادی از محققان مطرح گردیده و به نظر می‌رسد که مکمل‌های غذایی حاوی کلسیم خطر بروز پره‌اکلامپسی را کاهش می‌دهد (۱).

در مطالعه حاضر سابقه وجود پره‌اکلامپسی در فامیل درجه اول و داشتن نسبت فامیلی به همسر به عنوان یکی از عوامل مستعدکننده بروز پره‌اکلامپسی شناخته شد. طبق تحقیقات انجام شده محققان نتیجه گرفتند که پره‌اکلامپسی و اکلامپسی به مقدار زیادی وابسته به ارث می‌باشد و مدل تک‌ژنی با میزان وفور ۲۵٪ به بهترین وجهی مشاهدات آنها را توضیح می‌دهد. همچنین عامل توارث ممکن است به صورت چند عاملی (مولتی فاکتوریال) در این امر دخیل باشد. این محققین بر این عقیده‌اند که بروز پره‌اکلامپسی با عوامل مساعدکننده نژادی و ژنتیکی در ارتباط می‌باشد و استعداد ابتلاء به پره‌اکلامپسی - اکلامپسی به ارث می‌رسد. آنان با مطالعه‌ای که بر روی خواهران،

گزارش شده است (۹). در تحقیقی که توسط Salonen و همکارانش در سوئد انجام شد، میزان شیوع پره‌اکلامپسی ۵/۲ ذکر شده است (۳). مرکز ملی آمار بهداشتی آمریکا در سال ۱۹۹۸ شیوع ۳/۷٪ را گزارش کرد (۱). در گزارشات مختلف تفاوت چشمگیری در شیوع پره‌اکلامپسی و اکلامپسی ملاحظه می‌گردد و این موضوع با عوامل مساعدکننده نژادی و ژنتیکی در ارتباط می‌باشد و عوامل محیطی نیز ممکن است در بروز آن نقش داشته باشد (۱۱).

با توجه به میزان شیوع بدست آمده در این تحقیق، به نظر می‌رسد که شیوع پره‌اکلامپسی در شهر تهران مساله جدی و نگران‌کننده‌ای نباشد ولی با توجه به عوارض ناشی از این بیماری که شامل جداسدن زودرس جفت، کاهش رشد جنین و مرگ و میر مادر و جنین می‌باشد (۱،۳،۶) بررسی‌های تجربی دیگری جهت بررسی و کنترل این عوامل توصیه می‌گردد.

در این تحقیق میانگین سنی (\pm انحراف معیار) گروه شاهد ۲۵/۹۶ \pm ۵/۶ سال و در گروه مورد ۲۶ \pm ۶/۳ سال بود و اختلاف زیادی بین دو گروه وجود نداشت. در مطالعه Mitlendorf و همکارانش سن بالای ۳۵ سال با بروز پره‌اکلامپسی ارتباط داشت (۹). در مطالعه Salonen بین سن و بروز پره‌اکلامپسی ارتباط معنی‌دار به دست نیامد (۳). شاید بدست نیاموردن ارتباطی بین سن و بروز پره‌اکلامپسی در مطالعه اخیر به این دلیل است که اکثر افراد مورد مطالعه در فاصله سنی ۲۹ - ۲۰ سال بود و میزان حاملگی بعد از سن ۳۰ سال کمتر بوده است. از آنجایی که بیشترین درصد نمونه مورد بررسی، جامعه‌ای در سن ایده‌آل حاملگی بوده‌اند، به نظر می‌رسد در صورتیکه افراد مسن بیشتری در مطالعه شرکت داده می‌شدند، ارتباطی بین بروز پره‌اکلامپسی و سن بدست می‌آمد.

در مطالعه Dawn و همکارانش بین بروز پره‌اکلامپسی و شغل زنان باردار ارتباط مثبت گزارش شد و در این تحقیق ایستادن به مدت طولانی، نوع شیفت و شبکاری و خستگی مفرط ناشی از کار از عوامل تأثیرگذار بر بروز پره‌اکلامپسی بود (۸). در تحقیق حاضر بین شغل و بروز پره‌اکلامپسی ارتباطی به دست نیامد و دو گروه مشابه بودند. از آنجایی که اکثر افراد مورد مطالعه خانه‌دار بودند لذا تحقیقات تحلیلی به منظور بررسی این عامل در بروز پره‌اکلامپسی و اکلامپسی توصیه می‌شود.

سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه بیشتر در مقطع راهنمایی و دبیرستان بود و بین دو گروه مشابه بود. در مطالعه Cincotta و همکارانش پره‌اکلامپسی در بین افراد کم‌سواد بیشتر از افرادی است که دارای تحصیلات بالاتری بودند (۷). در تحقیق Salonen نیز

قرار دارد و این موضوع نیز با عوامل مساعدکننده نژادی و ژنتیکی در ارتباط می‌باشد (۱).

در پژوهش حاضر، بین BMI و بروز پره‌اکلامپسی ارتباط معنی‌داری به دست نیامد ولی افرادی که مبتلا به پره‌اکلامپسی بودند ۱/۳ برابر بیشتر از گروه شاهد در مواجهه با BMI بالاتر از ۲۸ بودند که این نسبت تعمیم‌پذیری کامل نداشته است. در مطالعه Bowers، افراد دارای BMI بالای ۲۶ به ترتیب شیوع عبارتند از: ۸۲٪ در هنگام زایمان، ۴۲٪ طی بارداری و ۳۴٪ قبل از بارداری (۱۴).

از آنجایی که عوامل مرتبط با بروز پره‌اکلامپسی و اکلامپسی در پژوهشهای گوناگون بسیار متفاوت می‌باشد، لذا انجام تحقیقات تجربی دیگری برای تعیین تأثیر تحت نظر گرفتن و کنترل زنان حامله دارای سابقه اکلامپسی و پره‌اکلامپسی، گروه خونی B-، سابقه فشارخون بالا، افراد با وضعیت اقتصادی پایین و دارای نسبت فامیلی با همسر در بروز پره‌اکلامپسی و اکلامپسی توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر، حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است.

نویسندگان بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی و شورای پژوهشی دانشگاه به خاطر تشخیص ضرورت انجام تحقیق و حمایت‌های مالی و معنوی و تمهیدات اجرایی تحقیق و همچنین از زحمات جناب آقای مجید حاجی‌فرجی و نیز پرسنل خوب و زحمتکش بیمارستان‌های اکبرآبادی، میرزا کوچک‌خان، مهدیه و امام خمینی تشکر و قدردانی می‌نمایند.

دختران، نوه‌های دختری و عروسهای زنان مبتلا به اکلامپسی انجام دادند، نتیجه گرفتند که پره‌اکلامپسی و اکلامپسی به مقدار زیادی وابسته به ارث می‌باشد (۱).

در تحقیق حاضر ارتباطی بین ازدواج مجدد و بروز پره‌اکلامپسی دیده نشد. در پژوهشی که Tubbergen و همکاران انجام دادند نیز مشخص شد که میزان بروز پره‌اکلامپسی با تغییر همسر در حاملگی‌های بعدی تغییر می‌کند. زن مولتی‌پار با تغییر همسر مانند زن شکم اول می‌باشد (۱۲). از آنجایی که تعداد موارد ازدواج مجدد در مطالعه حاضر کم بود (۶٪) شاید برای بررسی بهتر تحقیقات تحلیلی در این زمینه لازم باشد. Li-DK ذکر می‌نماید در بین زنانی که پره‌اکلامپسی و اکلامپسی در اولین زایمانشان نداشتند با تغییر همسر ۳۰٪ باعث افزایش خطر ابتلاء به پره‌اکلامپسی و اکلامپسی در حاملگی بعدی در مقایسه با کسانی که تغییر همسر نداشتند بود (۱۳).

در پژوهش حاضر بین وجود سابقه پره‌اکلامپسی و اکلامپسی و بروز آن در حاملگی فعلی ارتباط معنی‌داری بدست آمد. کانینگهام نیز تأکید نمود که بسیاری از موارد عود هیپرتانسیون در طی بارداری نشانه هیپرتانسیون مزمن هستند. از آنجایی که شایعترین خطری که در برابر زن مبتلا به بیماری عروقی هیپرتانسیون مزمن قرار دارد، اضافه شدن پره‌اکلامپسی می‌باشد، بنابراین نقش پره‌اکلامپسی قبلی در ارتباط با بروز مجدد پره‌اکلامپسی مشخص می‌گردد (۱).

در بررسی حاضر ارتباطی بین پره‌اکلامپسی و تعداد زایمان به دست نیامد. در پژوهش Duran نیز ۵۲٪ از موارد تعداد زایمان صفر و ۴۸٪ تعداد زایمان ۲ و بیشتر داشتند که ارتباط معنی‌دار وجود نداشت (۱۱). ولی کانینگهام و همکارانش معتقدند که بروز پره‌اکلامپسی به میزان قابل توجهی تحت تأثیر تعداد زایمانهای مادر

REFERENCES

1. Cuunningham F, Cary F, Gant N, et al. *William's Obstetrics*. 21th ed Connetiut. Appelton and lang Company; 2002: 567- 90.
2. Leith CR, Cameron AD, Walker JJ. The changing pattern of eclampsia over a 60 year period. *Br J Obstet and Gynecol* 1997; 104: 917-22.
3. Salonen RH, Cnatingius S, Lipworth L. Comparison of risk factors for Preeclampsia and gestational hypertension in a population based cohort study. *Am J Epidemiol*. 1998; 147(11): 1062-70.
۴. نوروزی افسانه. بررسی عوارض مادری، جنینی و نوزادی در زنان چندزما مراجعه‌کننده به زایشگاه فاطمه‌زهرا(س) بوشهر در سال ۷۲-۱۳۷۱.
۵. **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**. تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۲، صفحات ۶۱-۶۰.
۵. پایان‌نامه فرزانه. بررسی ارتباط حاملگی زیر بیست سال با عواقب حاملگی در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**. تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۲، صفحات ۴۱-۴۰.

6. Chatteringus SL, Mills J, Yuen J, et al. Paradoxical effect of smoking in preeclamptic pregnancies: Smoking reduces the incidence but increases the rates of perinatal mortality, abruptio placenta, and intrauterine growth restriction. *Am J Obstet and Gynecol.* 1997; 177 (7): 156-61.
7. Cincotta RB, Brennecke SP. Family history of pre-eclampsia as a predictor for pre-eclampsia in primigravidas. *Int J Gynecol and Obstet* 1998; 60: 23-7.
8. Dawn P, Misra L, Kiely John. The Association between nulliparity and gestational hypertension. *Clin Epidemiol*; 1997; 50 (7): 851-5.
9. Laim k, Williams M, Mitlendorf R, et al. Preeclampsia, A nested, case-Control study of risk factor and their interactions. *The J Reproduct Med* 1996; 41 (7): 491-96.
10. Lain Ky, Powers RW, Krohn-MA, et al. Urinary cotinine concentration confirms the reduced risk of preeclampsia with tobacco exposure. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 5(181), 8ptl: 1192-8.
11. Duran Nah JJ, Couoh NJ. Epidemiology of preeclampsia - eclampsia at the general hospital O'Horan. *Gynecol Obstet Mex* 1999; 67: 571-7.
12. Tubbergen P, Lachmeijer AM, Althuisius SM, et al. Change in paternity: a risk factor for preeclampsia in multiparous women. *J Reprod Immunol.* 1999; 45 (1): 81-8.
13. Li DK, Wi S. Changing paternity and the risk of preeclampsia/ eclampsia in the subsequent pregnancy. *Am J Epidemiol.* 2000; 151 (1): 57- 62.
14. Bowers D, Cohen WR. Obesity and related pregnancy complications in an inner-city clinic. *J Perinatol.* 1999; 19 (3): 216-9.

سرصفحه‌ها

شیوع پره‌اکلامپسی و اکلامپسی و عوامل مرتبط

۲۲۶ / دوماهنامه پژوهنده

صدیقه امیرعلی‌اکبری و همکاران / ۲۲۷

شماره ۴۰، مهر و آبان ۱۳۸۳

شیوع پره‌اکلامپسی و اکلامپسی و عوامل مرتبط

۲۲۸ / دوماهنامه پژوهنده

صدیقه امیرعلی‌اکبری و همکاران / ۲۲۹

شماره ۴۰، مهر و آبان ۱۳۸۳

شیوع پره‌اکلامپسی و اکلامپسی و عوامل مرتبط

۲۳۰ / دوماهنامه پژوهنده