

# شیوع پره اکلامپسی و عوارض مادری و جنینی آن در زنان مراجعه کننده به زایشگاه بیمارستان امام سجاد (ع) یاسوج، سال ۱۳۸۰

میترا صفری \*

## چکیده

یکی از علل مرگ و میر مادر و جنین افزایش فشارخون در دوران بارداری است. شایع ترین نوع این اختلال پره اکلامپسی است که ۵ تا ۸ درصد کل بارداریها را شامل شده و عوارض زیادی برای مادر و جنین دارد. پژوهش حاضر به منظور تعیین شیوع پره اکلامپسی و عوارض مادری و جنینی آن در زنان مراجعه کننده به زایشگاه بیمارستان امام سجاد (ع) یاسوج انجام شده است. در این مطالعه زنان بارداری که در مقطع اجرای پژوهش برای زایمان و ختم حاملگی به زایشگاه مزبور مراجعه نموده و پذیرش شده بودند تا تکمیل حجم نمونه مورد نظر (۱۰۰۰ نفر) انتخاب گردیده و جهت تعیین ابتلا به پره اکلامپسی، عوارض و عوامل خطر آن از طریق انجام مصاحبه، معاینات فیزیکی و آزمایشات لازم، مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها در پرسشنامه و برگه مشاهده ثبت گردید و سپس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. یافته های پژوهش نشان داد که شیوع پره اکلامپسی در واحدهای پژوهش ۵/۲ درصد بود. عوارض مادری و جنینی مشاهده شده در مبتلایان به پره اکلامپسی در مقایسه با سایرین از نظر آماری معنی دار بود که شامل جدا شدن زودرس جفت (۱۳/۸ درصد)، سزارین (۲۹/۶ درصد)، اکسیسلاмпسی (۹/۲ درصد)،

زایمان زودرس (۳۰/۲ درصد)، کموزنی نوزاد حین تولد (۲۳/۵ درصد)، مرده زایی (۱۱/۱ درصد)، افت جریان قلب جنین (۲۷/۸ درصد) و آیگار زیر هفت نوزاد (۲۲/۲ درصد) بود ( $P < 0.001$ ). سن بالای ۳۵ سال مادر، ابتلا به دیابت، سابقه پره اکلامپسی از عوارض خطر پره اکلامپسی در این پژوهش بود.

از نتایج پژوهش چنین بر می آید که شیوع پره اکلامپسی در این شهر در محدوده آمار و ارقام ارائه شده از این اختلال در سایر نقاط دنیا می باشد. عوارض مادری و جنینی آن نیز از فراوانی قابل توجهی برخوردار است. لذا پیشنهاد می شود با افزایش کیفیت مراقبتهای دوران بارداری در تشخیص سریعتر و پیشگیری از عوارض آن تلاش گردد.

**واژه های کلیدی:** پره اکلامپسی، عوارض مادری، عوارض جنینی

\* مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی

## مقدمه

افزایش فشارخون در دوران بارداری از اهمیت کلینیکی ویژه‌ای برخوردار است، زیرا یکی از عوامل مرگ و میر و ابتلا در مادر و جنین بوده و از طرف دیگر یکی از موارد اشغال تخت‌های بیمارستانی و استفاده از امکانات و منابع مراقبت‌های قبل از تولد می‌باشد (۱). اختلالات افزایش فشارخون در دوران بارداری تحت عنوان پره‌اکلامپسی، اکلامپسی، هیپرتانسیون مزمن، هیپرتانسیون گذرا، هیپرتانسیون با پره اکلامپسی عارض شده‌بر آن طبقه بندی می‌شود که شایعترین نوع آن پره‌اکلامپسی است که با علائم افزایش فشارخون، پروتینیوری و ادم همراه بوده و به اشکال خفیف و شدید عمدتاً بعد از هفته بیستم بارداری بروز می‌یابد. پره اکلامپسی ۵ تا ۸ درصد کل بارداریها را شامل شده (۲) و عوارض زیادی برای مادر و جنین دارد. به طوری که سالانه ۵۰۰۰۰ زن در کل جهان در اثر ابتلا به پره‌اکلامپسی و عوارض آن جان می‌سپارند (۳).

اکلامپسی، جدا شدن زود رس جفت، اختلالات هماتولوژیک که باعث صدمه به ارگانهای حیاتی می‌شود از جمله عوارض مادری پره اکلامپسی و وزن کم نوزاد در حین تولد، هیپوکسی، مرگ داخل رحمی و زایمان زودرس که منجر به تولد نوزاد نارس میگردد، از عوارض جنینی آن به شمار می‌رود (۴). علی رغم تحقیقات فراوان، اتیولوژی پره اکلامپسی ناشناخته باقی مانده است و در مطالعات به برخی عوامل خطر آن مانند عدم زایمان قبلی، نژاد، سن کمتر از ۲۰ و بالای ۳۵ سال مادر، وضعیت اقتصادی اجتماعی، بارداری چند قلویی، هیدرآمنیوس، مول‌هیداتیفورم، سابقه دیابت، بیماریهای زمینه‌ای کلیوی، کبدی و قلبی و عروقی مادر و... اشاره گردیده است (۲). قسمت عمده‌ای از عوارض و برخی از عوامل خطر این اختلال قابل

شناسایی و پیشگیری هستند. گرچه درمان قطعی پره اکلامپسی ختم بارداری است، مراقبت‌های دقیق قبل از زایمان و انجام درمان‌های مناسب می‌تواند شرایط را طوری بهبود بخشد که خیلی موارد ماحصل کار برای مادر و جنین رضایتبخش باشد. بررسی شیوع این اختلال و عوامل خطر آن در مناطق مختلف می‌تواند تلاشی در جهت تشخیص به موقع، درمان مناسب و پیشگیری از عوارض آن باشد. با توجه به اینکه زایشگاه مورد نظر تنها زایشگاه شهرستان بویراحمد بوده و زنان مبتلا جهت درمان قطعی که همان ختم حاملگی است، به این مکان مراجعه می‌کنند؛ بنابراین بررسی این مشکل و عوارض آن که هدف پژوهش حاضر می‌باشد، انعکاس مناسبی از میزان فراوانی این اختلال در سطح شهرستان بوده و اطلاعات مناسبی جهت شناسایی ابعاد یکی از مشکلات شایع دوران بارداری را در اختیار مسئولین و دست‌اندرکاران بهداشت جامعه قرار می‌دهد.

## مواد و روشها

در این پژوهش که یک مطالعه توصیفی تحلیلی است، زنان بارداری که در مقطع اجرای پژوهش (تابستان و پاییز سال ۱۳۸۰) جهت زایمان یا ختم حاملگی به زایشگاه بیمارستان امام سجاده (ع) مراجعه می‌کردند و پذیرش می‌شدند، تا تکمیل حجم نمونه مورد نظر (۱۰۰۰ نفر) انتخاب گردیده و جهت تعیین ابتلا به پره اکلامپسی، عوارض و عوامل خطر آن مورد بررسی قرار گرفتند. ابتدا از آنان مصاحبه به عمل آمده و پرسشنامه‌ای که حاوی مشخصات فردی، دموگرافیک، سوابق برخی بیماریها و نشانه های پره اکلامپسی بود، تکمیل می‌گردید. سپس معاینه فیزیکی جهت وجود علائم بالینی پره اکلامپسی، اندازه گیری علائم حیاتی و فشارخون به فواصل ۶ ساعته، اندازه‌گیری قد

در سایرین ۲۱ درصد بود و فراوانی دفع مکنونیوم جنین در مبتلایان ۱۸/۵ درصد و در سایرین ۱۲/۴ درصد بود، که در هر دو مورد تفاوت آماری معنی داری بین مبتلایان با سایرین مشاهده نشد. فراوانی نوزاد نارس در مبتلایان ۲۲/۲ درصد و در سایرین ۴/۱ درصد بود. نسبت احتمال نوزاد نارس در گروه مبتلا برابر با ۶/۶۵ بود (OR=۶/۶۵، CI=۲/۲۴-۱۳/۶). فراوانی وزن کم حین تولد در مبتلایان ۲۳/۵ درصد و در سایرین ۷/۷ درصد بود. نسبت احتمال وزن کم حین تولد در مبتلایان برابر با ۳/۶ درصد بود (OR=۳/۶، CI=۱/۸-۷/۳). فراوانی مرده زایی در گروه مبتلا ۱۱/۱ درصد و در غیر مبتلایان ۲ درصد بود (OR=۶/۱، CI=۲/۳-۱۵/۹). فراوانی افت ضربان قلب جنین در مبتلایان ۲۷/۸ درصد و در سایرین ۸/۶ درصد بود (OR=۴/۱، CI=۲/۱-۷/۷). فراوانی آپگار زیر هفت نوزاد در مبتلایان ۲۲/۲ درصد و در سایرین ۷/۲ درصد بود (OR=۳/۷، CI=۳/۱-۴/۱). تفاوت فراوانی عوارض فوق در مبتلایان و غیر مبتلایان از نظر آماری معنی دار بود ( $P < 0/0001$ ).

در مورد عوامل خطر پره اکلامپسی، یافته های پژوهش نشان داد که زنان بدون زایمان قبلی (نولی پار)، ۴۰/۷ درصد گروه مبتلا و ۴۳/۶ درصد غیر مبتلایان را تشکیل می دادند که از نظر آماری تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نگردید. اما زنان با تعداد زایمان بیشتر از ۴، در مبتلایان ۱۱/۱ درصد و در سایرین ۳/۳ درصد را تشکیل می دادند که تفاوت در این مورد از نظر آماری معنی دار بود ( $P = 0/01$ ). فراوانی سن زیر ۲۰ سال در مبتلایان ۵/۶ درصد و در غیر مبتلایان ۱۲/۵ درصد بود، در حالی که فراوانی گروه سنی بالای ۳۵ سال در مبتلایان ۱۸/۵ درصد و در غیر مبتلایان ۳/۵ درصد بود که از نظر آماری این تفاوت

و وزن قبل و بعد از زایمان انجام شده، نتیجه آن در برگه مشاهده ثبت می گردید. علاوه بر آن نتایج آزمایشات لازم برای تشخیص پره اکلامپسی و هر گونه علائم و موارد غیر طبیعی در حین زایمان و بعد از زایمان در مادر و نوزاد تا پایان مدت بستری در زایشگاه در برگه مشاهده درج می شد.

با توجه به معاینات بالینی، نتایج آزمایشات و با تأیید پزشک متخصص زایشگاه موارد ابتلاء به پره اکلامپسی مشخص گردید. بعد از جمع آوری اطلاعات لازم با استفاده از آزمونهای آماری داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته ها

بر اساس یافته های پژوهش ۵۴ نفر (۵/۴ درصد) از نمونه ها مبتلا به پره اکلامپسی بودند که در ۳۷ درصد آنها علائم و نشانه های پره اکلامپسی شدید مشاهده گردید و در ۵ نفر (۹/۲ درصد) اکلامپسی به وقوع پیوست. جدا شدن زودرس جفت در ۱۴/۸ درصد مبتلایان به پره اکلامپسی و در ۳/۷ درصد سایر مراجعہ کنندگان مشاهده گردید که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ( $P < 0/0001$ ). نسبت احتمال جدا شدن زودرس جفت در مبتلایان در مقایسه با سایرین برابر با ۴/۵۳ درصد بود (OR=۴/۵۳، CI=۱/۹۹-۱۰/۳۲). میزان خونریزی بعد از زایمان در مبتلایان ۹/۳ درصد و در سایرین ۷/۷ درصد بود که این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. در مورد نحوه زایمان، یافته های پژوهش نشان داد که زایمان واژینال القا شده و سزارین در مبتلایان به ترتیب ۳۳/۳ درصد و ۲۹/۶ درصد بود که در غیر مبتلایان این میزان ۱۲/۱ درصد و ۱۷/۶ درصد بود (جدول شماره ۱) که از نظر آماری تفاوت معنی داری داشت ( $P < 0/0001$ ). فراوانی پارگی زودرس پرده های جنینی در مبتلایان ۱۶/۷ درصد و

چندانی ندارد.

یافته های پژوهش در مورد عوارض مادری پره اکلامپسی نشان داد که جدا شدن زودرس جفت، سزارین و زایمان القا شده در مبتلایان به پره اکلامپسی به مقدار قابل توجهی بیشتر از غیرمبتلایان بود. در مطالعه «چن سی ال» و همکاران در تایوان (۶) و مطالعه فور هاشی و همکاران در ژاپن (۷) نیز نتایج مشابهی در مورد عوارض مادری به دست آمد.

توجه به یافته های پژوهش نشان می دهد که نارسی نوزاد، وزن کم حین تولد، مرده زایی، آپگار زیر هفت نوزاد و افت ضربان قلب جنین از جمله عوارض جنینی است که در مبتلایان به پره اکلامپسی با اختلاف قابل توجهی نسبت به سایرین، از فراوانی بالاتری برخوردار است که این یافته ها با نتایج مطالعات قبلی در این زمینه همخوانی دارد (۹ و ۸).

همچنین از بررسی یافته های پژوهش چنین بر می آید که تعداد زایمان بیشتر از ۴، سن بالای ۳۵ سال مادر، ابتلا به دیابت و سابقه پره اکلامپسی از عوامل خطر قابل توجه پره اکلامپسی در این پژوهش بوده است. در مطالعه «لاوین» و همکاران در عربستان سعودی نیز تعداد زایمان بالا به عنوان عامل خطر پره اکلامپسی گزارش گردید (۱۰). همچنین در مطالعه «چن سی ال» در تایوان، سن بالای ۳۵ سال مادر را از عوامل خطر پره اکلامپسی ذکر کرده اند (۶). از ابتلا به دیابت و سابقه پره اکلامپسی نیز در مطالعات مختلف به عنوان عوامل خطر پره اکلامپسی یاد شده است (۷، ۵) که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد. سن زیر بیست سال و عدم زایمان قبلی مادر از جمله عوامل خطری است که در مطالعات مختلف و منابع به آن اشاره گردیده است (۲)؛ ولیکن نتایج مطالعه حاضر در این مورد با این مطالعات

معنی دار بود ( $P < 0/0001$ ). فراوانی ابتلا به دیابت در مبتلایان ۷/۴ درصد و در سایرین ۴ درصد بود ( $OR=11/8, CI=4/5-17/7$ ). فراوانی سابقه پره اکلامپسی در مبتلایان ۲۲/۲ درصد و در سایرین ۱/۱ درصد بود ( $OR=26/7, CI=10/9-65/4$ ) که در هر دو مورد تفاوت معنی دار بود ( $P < 0/0001$ ).

اما در مورد فراوانی ابتلا به بیماریهای قلبی، سابقه سقط، بارداری چند قلبی (جدول ۲) تفاوت معنی داری بین مبتلایان و سایرین مشاهده نشد. در مقایسه دو گروه از نظر میزان تحصیلات مادر، شغل مادر و شغل همسر، تفاوت معنی داری مشاهده نگردید.

با توجه به اینکه زمان نمونه گیری مصادف با دو فصل تابستان و پاییز بود، فراوانی موارد ابتلا در این دو فصل از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشت (جدول ۳). اما در مورد ابتلا به اکلامپسی، از ۵ مورد ابتلا ۴ مورد آن در فصل تابستان و یک مورد در فصل پاییز بوده است. همچنین میانگین قد مادران مبتلا به پره اکلامپسی ۱۵۵/۸ سانتی متر و میانگین قد سایر مادران ۱۵۶/۶ بود. این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود ( $P = 0/09$ ).

## بحث و نتیجه گیری

چنانکه از نتایج تحقیق بر می آید، شیوع پره اکلامپسی در جمعیت مورد مطالعه ۵/۴ درصد بود که در ۳۷ درصد موارد فوق علائم پره اکلامپسی شدید مشاهده گردید. در مطالعه «عالی و جانقریانی» در کرمان فراوانی پره اکلامپسی ۵ درصد گزارش گردید و پره اکلامپسی شدید در ۴۰/۷ درصد از موارد فوق مشاهده شد (۵). توجه به آمار و ارقام ارائه شده از میزان این اختلال در منابع (۲)، نشان می دهد که شیوع این اختلال در شهرستان بویراحمد با سایر نقاط جهان اختلاف

گرفت و نتایج نشان داد که اختلاف قابل توجهی بین قد مادران مبتلا و سایرین وجود ندارد که با مطالعه «سیبیا» و همکاران مبنی بر اینکه قد مادر خطر پره‌اکلامپسی را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد، همخوانی دارد (۱۲).

با توجه به یافته‌های پژوهش در مورد فراوانی پره‌اکلامپسی و عوارض آن پیشنهاد می‌گردد که از آنجائیکه بروز پره‌اکلامپسی در حال حاضر قابل پیشگیری نیست، با افزایش کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری و تشخیص سریعتر و اداره مناسب این اختلال در دوران بارداری از عوارض آن برای مادر و جنین پیشگیری شود.

### تشکر و تقدیر

از جناب آقای ملک‌زاده مشاور آماری پژوهش؛ سرکارخانم فیروزه صفری، سرکارخانم سکینه محمدی، سرکار خانم مریم ثاقب رای، جهت همکاری در اجرای پژوهش و مسئول و پرسنل محترم زایشگاه بیمارستان امام سجاد تشکر می‌گردد.

مطابق نیست. شاید انجام تحقیقی با زمان طولانی‌تر و تعداد نمونه بیشتر برای دستیابی به چنین نتیجه‌ای لازم باشد. همچنین نتیجه پژوهش در مورد بارداری چند قلویی نیز گرچه با مطالعه انجام شده در کرمان همخوانی دارد (۵)، اما با نتایج برخی مطالعات در کشورهای دیگر و منابع اختلاف دارد که شاید بتوان تأثیر محیط در شیوع دوقلویی و اختلاف شیوع دوقلویی در مناطق مختلف را در این مورد دخیل دانست. در این مطالعه میزان تحصیلات، شغل مادر و شغل همسر که تا حدودی نمایانگر وضعیت اقتصادی اجتماعی است، بررسی شد و نتایج نشان داد که بین مبتلایان با سایرین از این نظر تفاوت قابل توجه آماری وجود نداشت. بنا براین گرچه در برخی مطالعات وضعیت اقتصادی اجتماعی به عنوان عامل خطر پره‌اکلامپسی ذکر شده است، نتایج مطالعه حاضر در این مورد صادق نیست. احتمالاً همگون بودن وضعیت اقتصادی اجتماعی جمعیت مورد مطالعه و یا دقیق نبودن معیارهای فوق در سنجش وضعیت اقتصادی اجتماعی واحدهای پژوهش در این عامل موثر باشد.

در مورد تغییرات فصلی و تأثیر آن در فراوانی پره‌اکلامپسی یافته‌های پژوهش نشان داد که اختلاف قابل توجهی در مورد فراوانی در دو فصل تابستان و پاییز مشاهده نگردیده است. در مطالعه «عالی و جانقربانی» در کرمان نیز همین نتیجه بدست آمد (۵)؛ اما در مورد وقوع اکلامپسی که از علائم پره‌اکلامپسی شدید می‌باشد، یافته‌ها نشان داد که در فصل تابستان فراوانی اکلامپسی با اختلاف قابل توجهی بیشتر از فصل پاییز بود که در مطالب مندرج در مقاله «اورت» و همکاران در مورد بالاتر بودن بروز پره‌اکلامپسی شدید در تابستان مطابقت دارد (۱۱). از جمله عوامل دیگر قد مادر است که در این مطالعه مورد بررسی قرار

10-Lawoyin TA. Epidemiologic aspects of preeclampsia in Saudi Arabia. East Afr Med J 1996; 73(6):404-6.

11- Magan E, et al. Absence of seasonal variation on the frequency of HELLP syndrome. Southern Medical Journal 1998; 91 (8): 731-735.

12- Sibia BM, et al. Risk factors associated with preeclampsia in healthy nulliparous women. American J Obstet Gynecol 1997; 177(5): 1003-1010.

## References

1- Mac Gillivray I. Epidemiology and overview of hypertension in pregnancy. Medical Forum Int B.V, Leading Article 2000; p.1.

2-Lowdermilk DE, Perry SE, Bobak IM. Maternity and women's health care. USA: Mosby 2000;p. 816-817.

3- Fiona Broughton P. Risk factor for preeclampsia. The New England Journal of Medicine 2001; 344(12):925-926.

4-Bennette R ,Brown LK. Myles textbook for midwives. Hong Kong: Churchill Livingstone 1999;p. 318.

۵- عالی، ب. جانقربانی، م. اپیدمیولوژی پره اکلامپسی در زنان مراجعه کننده به بیمارستان شهید باهنر کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، سال چهارم (شماره ۱)، ۱۳۷۶.

6- Chen CL, et al. Review of preeclampsia in Taiwan : multi-institutional study. Zhonghua Yixuezhazhi 2000; 63(12):869-75.

7- Furuhashi N, et al. Clinical background of preeclampsia in Japanese women. Clin Experimental Hyperten 1982; 1(4):505-15.

8-Lydakis C, et al. The prevalence of preeclampsia and obstetric outcome in pregnancies of normotensive women attending a hospital specialists clinic. Int J Clin Pract 2001; 55(6):361-7.

9-Berlin M, Washington E. Screening for preeclampsia. U.S Clinical Preventive Services 1990;P. 1.

**جدول ۱: توزیع فراوانی نمونه زایمان بر حسب وضعیت ابتلا به پره اکلامپسی در وامدهای پژوهش**

نمونه زایمان		واژینال خوب به خودی		واژینال القا شده		سزارین		سزارین انتخابی		جمع
وضعیت	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
غیر مبتلا	۶۵۱	۶۸/۷	۱۱۵	۱۲/۱	۱۶۷	۱۷/۶	۱۴	۱/۵	۹۴۷	۱۰۰
مبتلا	۱۹	۳۵/۲	۱۸	۳۳/۳	۱۶	۲۹/۶	۱	۱/۹	۵۴	۱۰۰
جمع	۹۷۰	۶۶/۹	۱۳۳	۱۳/۳	۱۸۳	۱۸/۳	۱۵	۱/۵	۱۰۰۰	۱۰۰

$$(\chi^2=29/93 \quad df=3 \quad P<0/001)$$

**جدول ۲: توزیع فراوانی بارداری چندقلویی بر حسب وضعیت ابتلا به پره اکلامپسی در وامدهای پژوهش**

چندقلویی		ندارد		دارد		جمع
وضعیت ابتلا به پره اکلامپسی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
غیر مبتلا	۹۳۴	۹۸/۶	۱۳	۱/۳	۹۴۷	۱۰۰
مبتلا	۵۳	۹۸/۱	۱	۱/۹	۵۴	۱۰۰
جمع	۹۸۷	۹۸/۶	۱۴	۱/۳	۱۰۰۱	۱۰۰

$$(\chi^2=0/08 \quad df=1 \quad P=0/7)$$

**جدول ۳: توزیع فراوانی موارد ابتلا به پره اکلامپسی بر حسب فصل در وامدهای پژوهش**

فصل		تابستان		پاییز		جمع
وضعیت ابتلا به پره اکلامپسی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
غیر مبتلا	۲۷۳	۲۹/۱	۳۷۳	۵۰/۱	۹۴۷	۱۰۰
مبتلا	۲۶	۲۸/۱	۲۸	۵۱/۹	۵۴	۱۰۰
جمع	۲۹۹	۲۹/۱	۵۰۲	۵۰/۱	۱۰۰۱	۱۰۰

$$(\chi^2=0/06 \quad df=1 \quad P=0/7)$$