

بررسی عوامل اپیدمیولوژیک و عوارض پره اکلامپسی در بیماران بستری شده در مرکز آموزشی درمانی علوی اردبیل، ۱۳۸۰

دکتر فرناز اهدایی وند^۱، معصومه رستم نژاد^۲، دکتر عفت ایرانی جم^۳

چکیده

زمینه و هدف: پرفشاری خون حاملگی شایع ترین مشکل طبی در بارداری است و ۸-۵ درصد حاملگی ها را عارضه دار می کند. مادران مبتلا به پره اکلامپسی در معرض خطر بیشتری از نظر عوارض مادری و جنینی هستند از این جهت باید تحت مراقبت های ویژه قبل از زایمان قرار گیرند. تشخیص بیماری در مراحل اولیه در کاهش مرگ و میر و عوارض ناشی از بیماری در مادر و جنین نقش مهمی دارد، بنابراین این پژوهش با هدف تعیین عوامل اپیدمیولوژیک و عوارض پره اکلامپسی در بیماران بستری شده در بیمارستان علوی اردبیل صورت گرفت.

روش کار: در این مطالعه توصیفی گذشته نگر، ۱۷۶ زن مبتلا به پره اکلامپسی بررسی شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود و با مراجعه به پرونده های بیماران تکمیل شد. پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: ۷۵٪ زنان مورد مطالعه مبتلا به پره اکلامپسی شدید و ۲۵٪ مبتلا به پره اکلامپسی خفیف بودند. در مورد عوامل زمینه ساز، سابقه پره اکلامپسی در ۲۳/۱٪ موارد، بیماری های زمینه ای مادر در ۱۲/۵٪ موارد، دوقلویی در ۲/۳٪ و پلی هیدرآمیوس در ۸٪ موارد وجود داشت. در زنان مورد مطالعه در ۶۲/۵٪ موارد زایمان به طریقه سزارین بوده است. ۶۷/۶٪ مادران دچار پره اکلامپسی به عوارض مادری و جنینی دچار بودند که ۱۰/۲٪ مربوط به عوارض مادری و ۵۷/۴٪ مربوط به عوارض جنینی بود. در مورد عوارض مادری بیشترین موارد به ترتیب دکولمان جفت (۴۴/۴٪)، اکلامپسی (۲۲/۲٪) و کوما (۱۱/۱٪) بود. در مورد عوارض جنینی بیشترین عوارض مربوط به تاخیر رشد داخل رحمی (۴۲/۴٪)، زایمان زودرس (۳۹/۶٪) و مرگ داخل رحمی جنین (۹٪) بود.

نتیجه گیری: در این پژوهش پره اکلامپسی شدید از شیوع بالایی برخوردار بود که احتمالاً بدلیل عدم وجود مراقبت های کافی قبل از زایمان در این مادران و در نتیجه عدم تشخیص به موقع بیماری می باشد، بنابراین پیشنهاد می شود مطالعات دیگری در مورد تاثیر مراقبت های قبل از زایمان بر پیامدهای حاملگی در زنان مبتلا به پره اکلامپسی صورت گیرد.

واژه های کلیدی: پره اکلامپسی، عوامل اپیدمیولوژیک، مراقبت قبل از زایمان

۱- مؤلف مسئول: استادیار زنان و زایمان دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۲- مربی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۳- پزشک عمومی

مقدمه

یکی از خطرهای دوران بارداری اختلالات مربوط به افزایش فشار خون است و یکی از دلایل عمده مرگ و میر و عوارض قبل و بعد از تولد به شمار می رود [۱]. اختلالات فشار خون در حاملگی همراه با خونریزی و عفونت سه علت اصلی مرگ و میر مادران را تشکیل می دهند. طبق نظر مرکز ملی آمار بهداشتی در سال ۱۹۹۸ پرفشاری خون در حاملگی شایع ترین مشکل طبی بارداری بوده است. برگ^۱ و همکاران در سال ۱۹۹۷ گزارش کردند که در سال های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۷ از ۱۴۵۰ مورد مرگ مادران در ایالات متحده، ۱۸٪ ناشی از پرفشاری خون حاملگی بوده است [۲].

شیوع اختلالات پرفشاری خون در بارداری در مطالعات مختلف ۵-۸ درصد گزارش شده است [۳و۲]. پرفشاری خون بارداری اغلب موارد زنان نخست زای را مبتلا می کند، همچنین بروز پره اکلامپسی در زنان باردار بالای ۳۵ سال به میزان دو تا سه برابر افزایش می یابد که احتمالاً بدلیل پرفشاری خون مزمن تشخیص داده نشده در این افراد است. مطالعات نشان داده که عوامل نژادی و ژنتیکی در بروز فشار خون حاملگی مؤثر هستند [۳].

در بررسی داونسون^۲ و همکاران، سن بالای مادر، چند قلوئی، نولی پاریتی و دیابت حاملگی به عنوان عوامل خطرزای پره اکلامپسی نام برده شده است [۴]. سالانه حدود ۵۰/۰۰۰ زن در سراسر جهان به علت اختلالات پرفشاری خون حاملگی می میرند و نزدیک به همین تعداد نیز در اثر عوارض پره اکلامپسی از جمله خونریزی مغزی، نارسایی کلیه و موارد دیگر جان خود را از دست می دهند اما این در حالی است که شمار بیمارانی که دچار عوارض جدی ناشی از بیماری می شوند به مراتب بیشتر از میزان مرگ و میر آن است [۵].

بررسی های متعددی در مورد آزمون های تشخیصی پره اکلامپسی صورت گرفته ولی در حال

حاضر هیچ گونه آزمون غربالگری قابل اعتماد، معتبر و اقتصادی برای پره اکلامپسی وجود ندارد و تنها با مراقبت های برنامه ریزی شده قبل از زایمان می توان، پره اکلامپسی را در مراحل اولیه تشخیص داد. متأسفانه در کشورهای در حال توسعه بدلیل عدم مراقبت های کافی قبل از زایمان تعداد بسیاری از بیماران در مراحل پیشرفته بیماری مراجعه می کنند و در نتیجه میزان مرگ و میر و عوارض بیماری افزایش می یابد [۵].

با توجه به مطالب فوق شناسایی بیشتر عوامل زمینه ساز اختلالات پرفشاری خون در بارداری، علایم بالینی و عوارض و پیامدهای مادر و جنین می تواند در کاهش مرگ و میر و عوارض ناشی از بیماری در مادر و جنین نقش به سزایی داشته باشد. مروری بر مطالعات انجام شده در ایران نشان می دهد که در مورد عوامل خطر ساز و عوارض پره اکلامپسی در مادران ایرانی، بررسی های کافی صورت نگرفته و بررسی های انجام شده نیز حاکی از آن است که شیوع این عوارض در ایران با کشورهای دیگر متفاوت است [۶]. بنابراین این پژوهش بمنظور بررسی عوامل اپیدمیولوژیک و عوارض پره اکلامپسی در بیماران بستری شده در بیمارستان علوی اردبیل صورت گرفت.

مواد و روش ها

این مطالعه یک بررسی توصیفی گذشته نگر بود که از اول فروردین ماه تا پایان اسفند ماه سال ۱۳۸۰ در مرکز آموزشی درمانی علوی اردبیل صورت گرفت. افراد مورد مطالعه را زنان حامله مبتلا به پره اکلامپسی تشکیل می دادند که در سال ۱۳۸۰ در بیمارستان علوی پذیرش شده بودند و شامل ۱۷۶ مورد بود. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود که با مراجعه به پرونده های بیماران تکمیل شد. متغیرهای اصلی مورد بررسی در این مطالعه، سن، محل سکونت، تعداد حاملگی، بیماری های زمینه ای همراه، سن حاملگی در زمان تشخیص پره اکلامپسی، سن حاملگی در زمان ختم حاملگی، نحوه زایمان، علایم و عوارض مادری و جنینی

^۱ Bergh^۲ Dawson

جدول ۱. توزیع فراوانی مادران مورد مطالعه برحسب بروز عوارض

مادری و جنینی		
عوارض	فراوانی	درصد
عوارض مادری	۱۸	۱۰/۲
عوارض جنینی	۱۰۱	۵۷/۴
بدون عارضه	۵۷	۳۲/۴
جمع کل	۱۷۶	۱۰۰

از عوارض مادری بیشترین موارد به ترتیب دکولمان جفت ۸ مورد (۴۴/۴٪)، اکلامپسی ۴ مورد (۲۲/۲٪) و کوما ۲ مورد (۱۱/۱٪) بود (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع فراوانی مادران مورد مطالعه برحسب عوارض مادری

مشخصات	فراوانی	درصد
اکلامپسی	۴	۲۲/۲
خونریزی مغزی	۱	۵/۵
مرگ مادر	۱	۵/۵
دکولمان	۸	۴۴/۴
کوما	۲	۱۱/۱
انسفالوپاتی	۱	۵/۵
عوارض کلیوی	۱	۵/۵
جمع کل	۱۸	۱۰۰

در مورد عوارض جنینی بیشترین عوارض به ترتیب اختلال رشد داخل رحمی^۱ (۴۲/۴٪) و زایمان زودرس (۳۹/۶٪) و مرگ داخل رحمی جنین^۲ (۹٪) بود (جدول ۳).

جدول ۳. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه برحسب عوارض جنینی

عوارض	فراوانی	درصد
IUGR	۴۳	۴۲/۴
IUFD	۹	۹
پره ترم	۴۰	۳۹/۶
Still birth	۴	۴
دیسترس جنینی و دفع مکنونیوم	۵	۵
جمع کل	۱۰۱	۱۰۰

در مورد سایر عوارض همراه با حاملگی، پلی هیدرآمینوس با ۴٪ و دوقلویی با ۲/۳٪ بیشترین عوارض مشاهده شده بود.

بود. داده ها پس از جمع آوری با روش های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

متوسط سن ابتلا به پره اکلامپسی ۲۷/۵۹ سال بود و بیشترین افراد مبتلا در محدوده سنی ۲۰-۳۵ سال قرار داشتند (۸۰/۱٪). اکثریت زنان مورد مطالعه شهری (۵۷/۴٪) و بقیه افراد ساکن روستا بودند (۴۲/۶٪). بیشتر زنان مورد مطالعه (۵۹/۱٪) چندزا و بقیه زنان نخست زا بودند (۴۰/۹٪).

اکثریت زنان مبتلا به پره اکلامپسی (۸۷/۵٪) بیماری زمینه ای خاصی نداشتند و تنها ۲۲ نفر (۱۲/۵٪) سابقه بیماری های زمینه ای داشتند که شایع ترین بیماری، پرفشاری خون مزمن (۵/۷٪) بود. ۲۳/۱٪ زنان چندزا دارای سابقه پره اکلامپسی در حاملگی های قبلی بودند. متوسط سن حاملگی در زمان تشخیص پره اکلامپسی ۳۳/۲۹ هفته بود و بیشتر زنان (۷۱/۶٪) در زمان تشخیص پره اکلامپسی سن حاملگی بالای ۳۲ هفته داشتند. متوسط سن ختم حاملگی در زنان مورد مطالعه ۳۶/۲۳ هفته بود و در بیشتر موارد (۵۹/۷٪) سن ختم حاملگی زیر ۳۸ هفته بود. مشخصه های اصلی با پرفشاری خون در پره اکلامپسی، تنها وجود ادم (۱۷/۶٪)، پروتئینوری (۲۴/۴٪) و ادم و پروتئینوری (۵۸٪) بود.

در مورد تظاهرات بالینی دیگر بیشترین موارد مربوط به سردرد (۴۲٪) و درد اپی گاستر (۱۷/۶٪) بود. از ۱۷۶ بیمار مبتلا به پره اکلامپسی، ۱۳۲ نفر (۷۵٪) مبتلا به پره اکلامپسی شدید و ۴۴ نفر (۲۵٪) مبتلا به پره اکلامپسی خفیف بودند. نحوه زایمان زنان مورد مطالعه در ۶۲/۵٪ موارد زایمان با سزارین و تنها در ۳۷/۵٪ موارد زایمان طبیعی بود.

یافته ها نشان داد که عوارض پره اکلامپسی در ۶۷/۶٪ از بارداری ها دیده شده بود که ۱۰/۲٪ مربوط به عوارض مادری و ۵۷/۴٪ مربوط به عوارض جنینی بود (جدول ۱).

^۱ Intra Uterine Growth Retardation

^۲ Intra Uterine Fetal Death

بحث

بررسی‌ها نشان می‌دهد که پرفشاری خون حاملگی شایع‌ترین مشکل طبی در بارداری است و ۸-۵ درصد حاملگی‌ها را عارضه دار می‌کند [۲]. مادران مبتلا به پره اکلامپسی در معرض خطر بیشتری از نظر عوارض مادری و جنینی هستند و از این جهت باید تحت مراقبت‌های ویژه در دوران بارداری قرار گیرند [۱].

مطالعات نشان می‌دهد که پیامدهای نامطلوب حاملگی نظیر زایمان زودرس، تاخیر رشد داخل رحمی، جنین، دکولمان جفت، اختلالات بینایی، اختلالات انعقادی، افزایش آنزیم‌های کبدی، نارسایی کلیه، تشنج و کوما در پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی شایع است [۳].

در این بررسی متوسط سن ابتلا به پره اکلامپسی ۲۷/۵۹ سال بود. در مطالعه داوسون و همکاران نیز متوسط سن ابتلا 27 ± 5 سال بود [۴].

در این مطالعه از ۱۷۶ بیمار مبتلا به پره اکلامپسی، ۱۳۲ نفر (۷۵٪) مبتلا به پره اکلامپسی شدید بودند که در مقایسه به سایر بررسی‌های به عمل آمده، درصد بالایی را به خود اختصاص داده بود که احتمالاً به دلیل عدم مراقبت‌های کافی دوران قبل از زایمان در این بیماران و در نتیجه عدم تشخیص به موقع بیماری می‌باشد. در مطالعه کهنمویی در سال ۱۳۷۹ در اردبیل از بیماران مبتلا به اختلالات پرفشاری خون حاملگی ۴۹/۸٪ پره اکلامپسی شدید، ۴۲/۳٪ پره اکلامپسی خفیف و ۷/۹٪ مربوط به اکلامپسی بود، همچنین بروز پره اکلامپسی شدید در افرادی که مراقبت‌های پره ناتال ناکافی داشتند ۲ برابر بیشتر بود [۶].

نحوه زایمان زنان مورد مطالعه در اکثریت موارد زایمان با سزارین (۶۲/۵٪) و تنها در ۳۷/۵٪ موارد زایمان طبیعی بود که احتمالاً بدلیل درصد بالای پره اکلامپسی شدید در این بررسی و لزوم ختم فوری حاملگی در برخورد با این بیماران می‌باشد. در بررسی قمیان در بیمارستان امام رضای مشهد، ۶۱/۵۴٪ مادران مبتلا زایمان با سزارین و ۳۸/۴۶٪ زایمان واژینال داشتند [۵].

یافته‌های این پژوهش نشان داد که متوسط سن ختم حاملگی در زنان مورد مطالعه ۳۶/۲۳ هفته بود و در بیشتر موارد سن ختم حاملگی زیر ۳۸ هفته بود. در بررسی قمیان در بیمارستان امام رضای مشهد، ۵۴/۶۵٪ بیماران در زمان زایمان، سن حاملگی کمتر از ۳۷ هفته داشتند [۵] که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در مورد عوامل مستعد کننده بیماری، سابقه پره اکلامپسی در ۲۳/۱٪ موارد، بیماری‌های زمینه‌ای مادر در ۱۲/۵٪ موارد، دوقلویی در ۲/۳٪ موارد، پلی‌هیدرآمنیوس در ۴٪ موارد عوامل مشاهده شده در این بررسی بود. در مطالعات متعدد سن بالای مادر، بیماری‌های زمینه‌ای مادر، چند قلویی، پلی‌هیدرآمنیوس و نولی پاریتی به عنوان عوامل خطرزای پره اکلامپسی شمرده شده است [۴-۲].

رز^۱ و همکاران، ۱۰۶۶۶ زن باردار را در سوئد مورد مطالعه قرار دادند که شیوع پره اکلامپسی ۵/۲٪ و شیوع فشار خون حاملگی ۴/۲٪ بود. بیشترین عوامل خطر ساز پره اکلامپسی در این بررسی دیابت تیپ ۱، دیابت حاملگی و حاملگی دوقلو بود، همچنین بیشترین عوامل خطر ساز فشار خون حاملگی لاغری (شاخص توده بدنی کمتر از ۱۹/۸) و چاقی (شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۹) بود [۷].

یافته‌های این پژوهش نشان داد که ۶۷/۶٪ مادران پره اکلامپتیک دچار عوارض مادری و جنینی شده بودند که ۱۰/۲٪ مربوط به عوارض مادری و ۵۷/۴٪ مربوط به عوارض جنینی بود. از عوارض مادری بیشترین موارد به ترتیب دکولمان جفت (۴۴/۴٪)، اکلامپسی (۲۲/۲٪) و کوما (۱۱/۱٪) بود. در یک مطالعه دکولمان جفت در ۲۰٪ موارد، اکلامپسی در ۱/۲٪ و ادم ریه در ۲٪ بیماران مشاهده شده است [۲].

حداد و همکاران، ۱۸۳ مادر مبتلا به سندرم HELLP^۲ را مورد بررسی قرار دادند که بیشترین عوارض مربوط به دکولمان جفت (۱۵٪)، اکلامپسی (۶٪)

^۱ Ros

^۲ Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelet Count

maternal outcomes among women with HELLP syndrome. Am J Obstet Gynecol. 2000 Aug; 183 (2): 444-8.

و اختلالات انعقادی (۸٪) بود، همچنین ۲۲٪ مادران نیاز به تزریق خون پیدا کردند [۸].

در مطالعه چرنی^۱ و همکاران خطر بروز نارسی ۳۰-۲۵ درصد و خطر تاخیر رشد داخل رحمی ۱۵-۱۰ درصد گزارش شده بود [۱] ولی در مطالعه حاضر بیشترین عوارض جنینی مربوط به تاخیر رشد داخل رحمی (۴/۴۲٪)، زایمان زودرس (۶/۳۹٪) و مرگ داخل رحمی جنین (۹٪) بود.

منابع

- ۱- بدخش مهین، بهادران پروین، قهیری عطا... . بررسی تاثیر مراقبت های دوران بارداری بر وزن و مرگ و میر نوزادان مادران مبتلا به پره اکلامپسی، مجله علمی دانشکده پرستاری مامایی همدان، ۱۳۸۰، سال ۱۰، شماره ۱۹، صفحات ۱۶ تا ۲۱.
- 2-Cunningham FC, Gant NF, Leveno KJ. Williams Obstetrics, 21st ed. New York: McGraw-Hill, 2001:567-618.
- 3-James DK, Streer PJ, Weiner CP, Gonik B. High Risk Pregnancy, 2nd ed. London: W.B. Saunders, 2000: 639-64.
- 4-Dawson LM, Parfrey PS, Hefferton D. Familial Risk of Preeclampsia in Newfoundland. Am J Soc Nephrol. 2002 Jul, 13(7): 1901-6.
- ۵- قمیان نیره. بررسی طول مدت مرحله فعال زایمان و روش زایمان در اول زاهای مبتلا به پره اکلامپسی. راز بهزیستن، ۱۳۸۱، سال ۱۰، شماره ۳۳، صفحات ۶ تا ۹.
- ۶- کهنمویی فریبا. وضعیت مراقبت های دوران بارداری در مبتلایان به پره اکلامپسی - اکلامپسی مرکز آموزشی درمانی علوی، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۱۳۸۰، سال اول، شماره ۲، صفحات ۱۵ تا ۲۱.
- 7-Ros HS, Cattingius S, Lipworth L. Comparison of risk factor for preeclampsia and gestational hypertension in a population-based cohort study. Am J Epidemiol. 1998 Jun; 147(11): 1062-70.
- 8-Haddad B, Barton JR, Livingston JC, Chahine R, Sibai BM. Risk factor for adverse

¹ Cherni