مجله علمي دانشگاه علوم پزشکي ايلام ، دوره سيزدهم ، شماره سوم ، پاييز ١٣٨۴

# بررسـي مقايسـه اي وضعيت زايماني در زنان پره اکلامپتيك و گروه کنترل در زنان مراجعهکننده به بيمارسـتان شـهيد يحيينژاد بابل ۱۳۸۰

<sup>۱</sup>طاهره نظري <sup>۱</sup>، فلورا فريدوني <sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش:۸۵/۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۸۴/۶/۵

# چکیدہ

مقدمه: گزارشات متناقضی وجود دارد که پره اکلامپسی باعث افزایش و یا کاهش طول مدت زمان زایمان می شود. هدف از انجام این مطالعه بررسی اثرات پره اکلامپسی بر سیر وضع حمل و نتیجه آن در زنان دچار این وضعیت است. مواد و روشها: این مطالعه هم گروهی (cohort)، آینده نگر بر روی زنان نولی پار پره اکلامپتیک و افراد نولی پار نرمال در بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل انجام شد. اطلاعات پری ناتال اولیه و اطلاعات در مورد زمانهای وضع حمل و سرانجام نوزاد ثبت گردید. اطلاعات از طریق نرم افزار آماری SPSS آنالیز شده و برای مقایسه متغیرها بین دو گروه مبتلا به پره اکلامپسی و گروه کنترل از تستهای آماری eit-square و tett استفاده شد. یافتههای پژوهش: ۱۰۰ زن نولی پار مبتلا به پره اکلامپسی و ۱۰۰ زن نولی پار نرمال مورد مطالعه قرار گرفتند. هیچ

اختلاف معنی داری در سن مادران و از لحاظ اختلالات مایع آمنیوتیک بین دو گروه نرمال و بیمار مشاهده نشد(p>۰/۰۵). در زنان مبتلا به پره اکلامپسی میزان جراحی سزارین به طور چشمگیری بیشتر بود ولی میزان سرویکس دیلاته در دو گروه، اختلاف معنی داری نداشت. افزایش معنی داری در طول مدت زمان فاز اول زایمان در زنان پره اکلامپتیک هم در زایمان خود به خودی و هم زایمان اینداکشن شده ملاحظه شد(p>۰/۰۵)، ولی طول مدت فاز دوم زایمان اختلاف معنی داری بین دو گروه، نشان در زنان پره اکلامپتیک هم در زایمان خود به خودی و هم زایمان اینداکشن شده ملاحظه شد(p>۰/۰۵)، ولی طول مدت فاز دوم زایمان اختلاف معنی داری بین دو گروه، نشان نداد(p)۰۰۰

نتیجه گیری نهایی: نتایج مطالعه ما از این عقیده بالینی که زنان مبتلا به پره اکلامپسی زایمان تسریع شده ای دارند، حمایت نمی کند. پره اکلامپسی با افزایش جراحی سزارین همراه بوده و طول مدت فاز اول زایمان در آن افزایش می یابد.

**واژه هاي كليدي**: پره اكلامپسـي، طول مدت فاز اول زايمان، طول مدت فاز دوم زايمان.

۱- اسـتادیار دانشـگاه علوم پزشـکي بابل ۲- متخصص زنان و زایمان

E-mail:nazaritahere@yahoo.com

بررسـي مقايسـهاي وضعيت زايماني در زنان پره اکلامپتيك و گروه کنترل در ...

### مقدمه

اختلالات فشارخوني (Hypertensive) که موجب ایجاد عارضه در دوران بارداري مي شوند، شايع بوده و يکې از علل سـه گانه موربيديتي و مورتاليتي ناشـي از بارداري همراه با خونريزي و عفونت مي باشـد(۲،۱). پره اکلامیسـي، یک سـندرم مختص به حاملگي به صورت کاهش پرفوزيون ارگانها، ثانوي به وازواسياسم و فعاليت اندوتليوم ميباشد. پروتئينـوري یک علامت مــهم پره اکلامیسـی بوده و تشخيص پره اکلامپسـي بدون وجود آن زير سؤال است. تركيب پروتئينوري و فشـارخون بالا خطر عوارض و مرگ و مير پرناتال را به طور چشـمگيري افزايش مي دهد. ختم حاملگي براي یرہ اکلامیسی یک اقدام درمانی ميباشد(۳). معمولاً در پره اکلامپسي شديد علاوه بر ختم حاملگي بايد پس از ان درمان ضد تشنج و ضـد فشارخون نيز صورت پذيرد. وقتـــي که نميدانيم و يا مشكوک هستيم که کودک پرہ ترم است، تمایل بر این است که حاملگي تا چند هفته ادامه پيدا کند تا از ترم شدن جنين اطمينان حاصل شود که چنين ترفندي فقط در موارد پره اکلامیسی خفیف امکانپذیر است. در موارد شديد و متوسط پره اکلامپســـي فقط بستري شدن در بيمارستان کفايت ننموده و ختم حاملگي بايد انجام شود تا مادر و نوزاد نجات پابند. باور عمومي بر اين است که در بيماران مبتلا به پره اکلامپسـي طول مدت زايمان خود به خودي کاهش مي يابد و موفقيت آگمنتاسيون و اينداکشـن افزايش مييابد ولي هيچ مدرک قابل اعتمادي در اين زمينه وجود ندارد(۱٬۴٬۲). لذا این مطالعه به منظور تاثیر پرہ اکلامیسی بر طول مدت زایمان به انجام رسیده است.

# مواد و روش ها

این مطالعه به روش همگروهي (cohort) به صورت تحلیلي در طي یک مدت ۸ ماهه بر روي خانمهاي نولي پار مراجعه کننده به زايشگاه بيمارستان

شـهيد يحيي نژاد بابل انجام گرفت. گروه مورد مطالعه ما شامل ۱۰۰ زن حامله نولي پار مبتلا به پره اکلامپسي بودند که تشخيص قطعي يره انها توسط علايم اكلامپسـي آزمایشـگاهی (پروتئینوری بیش از ۳۰۰ ميلي گرم در ادرار ۲۴ ساعته يا غلظت ۱۰۰mg/۱ در حداقل دو نمونه تصادفی به فاصله ۶ سـاعت) و معاينات باليني (فشارخون بیش از ۱۴۰/۹۰minHg، بروز ادم غير وابسته يا اضافه وزن بيش از ۲ يوند در هفته) داده شـد. در ازاي هر یک از افراد گروه مورد، یک نفر خانم حامله نولي پار غير پره اکلامپتيک که عارضه خاصي نداشت، به عنوان شـاًهد در نظّر گرفته شـد. سـپسً اطلاعات مربوط به سـن حاملگي، نوع زايمان، طول مدت هر يک از مراحل زايماني، در هر دو گروه وارد یرسـشنامه شـده و سـیس وارد نرم افزار اماري SPSS شـده و با تســتهاي اماري Chi-square ،t-test و Fishers exact مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## يافته هاي پژوهش

در مــطالعه تعـداد ۱۰۰ نفر خانــم مبتلا به پرهاکلامپسـي که همگي نولي يار بودند، وارد شدند و به ازاي هر يک از آنان يک زن نولي پار غير یرہاکلامیتیک نیز انتخاب شد. میانگین سني گروه مورد ۳/۷±۲۲/۲ سال و ميانگين سني گروه شاهد ۵/۵±۲۳/۴ سال بود، که اختلاف معني داري بين دو گروه از لحاظ میانگین سنی وجود نداشت(p> ۰/۰۵). در بین افراد مورد مطالعه در گروه مورد، ۱۰۰% ادم و يروتئينوري، ۴۴% سردرد و ۳۶% درد ناحیه ایپگاستر داشتند. ۳۹% این افراد عــلایم فشارخون بسیار شدید را بروز دادند. همچنین در بین افراد مورد مطالعه از نظر ابتلا به اختلالات مايع آمنيوتيک (پلي هيدرآمنيوس و اليگوهيدرآمنيوس) اختلاف معني داري مشاهده نشد(p>٠/٠۵). از نظر سن حاملگي در گروه مورد ۸۹% ترم، ۹% پره ترم و ۳ % پست ترم بودند و در گروه شاهد، ۹۳% ترم ۱% پره ترم و ۶% پست ترم بودند که پره ترم در گروه

مورد و پست ترم در گروه شاهد به طور معني داري بيشتر از گروه ديگر بوده است(p< ٠/٠٥) . همچنين افراد گروه شاهد به طور معني داري بيشتر از گروه مورد داراي کنتـراکشن بودنـد(p< ٠/٠٤). در معاينه سرويکس نيز در گروه مورد ۴۷% فاقد ديلاتاسيون و در گروه شاهد نيز ۵۱% بدون ديلاتاسيون بودند که از اين لحاظ نيز

اختلاف معني داري بين دو گروه وجودنداشت(p> ۰/۰۵). در گروه مورد در ۱۳% افراد ديسترس جنيني و در گروه شاهد در ۶% افراد ديسترس جنيني مشاهده شد که اختلاف بين اين دو گروه از لحاظ ابتلا به ديسـترس جنينـي نيز معنـيدار بوده است(p= ۰/۰۳). نوع زايمان افراد گروه مورد و شاهد در جدول ۱ آورده شده است.

#### جدول ۱. توزيع فراواني و درصد نوع زايمان مبتلايان پره اکلامپسي و گروه شاهد

شاهد		پره اکلامپسـي		زايمان
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
٧١	V	۴۴	 ۴۴	NVD
۲٩	79	۵۶	۵۶	C/S
) • •	) • •	)••	) • •	جمع

میزان اعمال جراحي سزارین در گروه پره اکلامپتیک به طور معني داري بیشتر از گروه شـاهد بود (p< ۰/۰۵). علت سـزارین در گروه مورد بیشتر به

جهت پره اکلامپسي شديد بوده است،

در حالیکه عمده ترین علت سزارین در گروه شاهد، توقف زایمان در فاز اول بود که به ترتیب در گروه مورد ۴۷/۲% (۲۶ مورد)، در گروه شاهد ۴۶/۷% (۱۳ مورد) را شامل گردید.

ه اکلامپسـي و گروه شـاهد	سزارین در مبتلایان به پر	۲. توزيع فراواني و درصد علل	حدول '
--------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------

فراواني و درص <i>د</i> علل سزارين	پره اکلامپ	بسـي	شاهد	
	فراواني	درصد	فراواني	درصد
پره اکلامپسـي شـديد	۲۶	۴۷/۲	-	-
توقف زایمان در فاز اول	۱۴	۲۴/۱	۱۳	۴۶/۷
پرزنتاسيون غيرسفاليک	١	۱/۸	-	-
ديسترس جنيني	١٢	51/5	٣	٩/٨
علل دیگر عدم تطابق سرجنین و لگن	٣	۵/۷	۱۳	۴۰/۴
مادر دوقلويي	-	-	۱	٣/١
جمع	۵۶	)••	۲۹	)••

بررسـي مقايسـهاي وضعيت زايماني در زنان پره اکلامپتيك و گروه کنترل در ...

در این مطالعه ۷۹% بیماران پره اکلامپتیک و و ۸۱% افراد گروه شاهد تحت اینداکشـن قرار گرفتند. طول مدت زمان زایمان در فازهاي اول و دوم

زایمان در موارد زایمان اینداکشـن شـده و زایمان خود به خودي در گروه پره اکلامپتیک و گروه نرموتنسـیو در جداول زیر آمده اسـت.

جدول ۳. زمان متوسط (برحسب دقیقه) مرحله اول زایمان در بیماران پره اکلاستیک و شاهد بر حسب زایمان خود به خودي و اینداکشن

در P-value	طول فاز اول زایمان	طول فاز اول زایمان در گروه پره	گروههاي مورد بررسـي
	گروه شـاهد(دقيقه)	اكلامپسـي (دقيقه)	نحوه زايمان
< ۰/۰۵	۳V۹±V۶	<u> </u>	زايمان خود به خودي
< ۰/۰۵	ፖ <b>۴</b> •±۶۹	٣٩٠±٧٨	زایمان با اینداکشـن

چنانچه ملاحظه ميشود فاز اول زايمان افراد پره اکلامپتيک که زايمان خودبه خود داشتند به طور معني داري بيشتر از گروه کنترل بود.

همچنين طول مدت فاز اول زايمان در مبتلايان به پره اکلامپسـي به طور معني داري بيشـتر از گروه کنترل بود(p< ۰/۰۵).

جدول ۴. زمان متوسط (برحسب دقیقه) مرحله دوم زایمان در بیماران پره اکلامپتیک و شاهد برحسب خود به خودي و اینداکشن

P-value	طول فاز دوم زایمان در	طول فاز دوم زایمان در گروه	گروههاي مورد بررسـي
	گروه شـاهد(دقيقه)	پره اکلامتیک (دقیقه)	نحوه زايمان
> •/•۵	<u> </u>	てりまと	زايمان خود به خودي
> •/•۵	۳۹±۷	ሻጋታይ	زایمان با اینداکشـن

چنانــچه ملاحظه ميشود طول مدت فـاز دوم زايمان (برحسب دقيقه) در زايمان خود به خودي و زايمان با اينداكشـن اختلاف معني داري *ب*ين دو گروه نشـان نميدهد.

### بحث و نتيجهگيري

نتایج مطالعه حاضـر مشابه برخـي از دیگر بررسـيهاي انجام شـده اسـت. در مطالعه ما سـن دقيق حاملگي منظور نشد و بيماران به سـه گروه ترم، پره ترم و پسـت ترم تقسيم شـدند و همانطور كه انتظار بود، تعداد موارد پره ترم به طور معني داري در گروه مورد بيشتر از گروه شـاهد بود (۵-/-۰ م).

Edwards ، Herbest و حائـري نيز به نتايج مشابهي دست يافتند و گـزارش کردند که سـن حاملگي در گروه پره اکلامپسـي به طور متوسط حدود يک هفته کمتر از گروه شـاهد اسـت(۷،۶،۵).

در مطالعه ما افراد گروه شاهد به طور معني داري بيشتر از گروه مورد داراي کنتراکشن بودند، که با توجه به پايين تر بودن سن حاملگي افراد مبتلا به پره اکلامپسي در بدو مراجعه، کاملاً قابل انتظار بود.

در بررسـي حائري نيز، نتايج مشـابهي عنوان شـده، ولي در مطالعه Edwards نتايجي متضاد از يافتههاي ما گزارش شـده اسـت که احتمالاً اين مسئله به

علت تفاوتهــاي جمعيتي ايران و کشـورهاي اروپايي و آمريکايي اسـت. در مطالعه ما در دیلاتاسیون سرويکــس، اختلاف معني داري بين دو وجود شاهد 9 مورد گروہ نيز نداشت(p< ۰/۰۵). Berkley نتيجهاي مشابه اين يافته ذكر نمود(٨)، ولي Herbest عنوان كرد در زنان مبتلا به پره اکلامیسي، میزان سرویکس ديلاتــه به طور معنى داري كمتر از گروه شاهد بود (p< ٠/٠٢)، این اختلاف از لحاظ باليني داراي اهميت نبود.

همانطور که در مطالعه Edwards نیز تاکید شده، در مطالعه ما نیز دیسترس جنیني به طور معني داري در گروه مبتلا به پره اکلامپسي بیشتر

بود. این موضوع مي تواند به دلیل درگیري جفت و دهیدراتاسیون مادران پره اکلامپتیک باشـد.

در مورد وقوع زايمان طبيعي و سزارين اختلاف فاحشي بين دو گروه مورد مطالعه ما مشاهده شد. اگرچه در Bdwards، حائري،Schiff(۹) و Herbest نتايج مشابهي مشاهده شده است، ولي موارد سزارين در مطالعه ما بسيار بيشتر از دو مطالعه فوق بوده است. علت اين امر عدم فوق بوده است. علت اين امر عدم تمايل پزشكان ما به ريسك نمودن و تمايل به ختم سريعتر حاملگي بيماران

در مطالعه ما ۸۲% افراد گروه شاهد و ۷۹% بیماران گروه مورد، تحت اینداکشن قرار گرفتند. این رقم در دو مطالعه Edwards به ترتیب ۶۷% و ۴۹% بــود. این اختلاف نشان دهنده تمایل پزشکان، به ختم زودتر حاملگي در خانمهاي نولي پار است. اعSZ و همکاران (۱۰) در مطالعه خود با عنوان

اثرات پروفيلاکسـي منيزيوم و پره اکلامپسـي بر طول مدت زمان زايمان عنوان ميکنند که زنان مبتلا به پره اکلامپسـي بيشـتر از زنان با فشـار طبيعي تحت اينداکشـن قرار گرفته و بيهوشـي اييدورال، ژل پروسـتاگلندين و توسين دریافــت اکسـی کـردهاند(P< ۰/۰۰۳). اختلاف موجود در مقایســه با مطالعه ما و موارد کمتر اینداکشـن در بیماران پره اکلامتیک به این دلیل است که در بیشتر موارد بیماران، به زایمان طبیعی رغبت نشان نداده و اکثراً تحت عمل سزارین قرار گرفته اند.

در مطالعه ما فاز اول زايمان در گروه مبتلا به پره اکلامپسي در هر دو مورد زايمان خود به خودي و زايمان اينداکشن شــده ، بهطور معنيداري طولانــيتر از گروه شاهد بود(p< ۰/٠۵). در مطالعه herbest طول مدت فاز اول زايمان در گروه مبتلا به پره اکلامپسي بهطور معني داري بيشتر از گروه شاهد بود(// VS //۱ ساعت و ۲۰/۰۶).

نتايج مطالعه حائري نيز مشابه نتيجه مطالعه ما بود ولي Edwards گزارش نموده که طول مدت فاز اول زايمان بين دو گروه مورد و شاهد اختلاف معني داري ندارد.

در مطالعه ما طول مدت فاز دوم زايمان دو گروه مورد بررسي در هر دو مورد زايمان خود به خودي و چه در موارد زايمان اينداکشن شده اختلاف معني داري با يکديگر نداشتند (p>-/-٥). ولي Edwards در مطالعه خود عنوان نمودند که طول مدت فاز دوم زايمان در مبتلايان به پره اکلامپسي طولاني تر از گروه شاهد بوده است(p=-/-٥)، که بررسـي مقايسـهاي وضعيت زايماني در زنان پره اکلامپتيك و گروه کنترل در ...

زايمان بين زنان مبتلا به پره اكلامپسي و زنان با فشار خون طبيعي اختلاف معني داري را نداردp=۰/۱۵). نتايج مطالعه حاضر و مقايسه آن با ديگر بررسيهاي انجام شده، خط قرمزي بر اين باور عمومي است كه بيماران مبتلا به پره اكلامپسي طول مدت زايمان خود به خودي كمتري دارند و موفقيت آگمنتاسيون و اينداكشن در آنها افزايش مي يابد.

# اهمیت چنداني نداشته است. Herbest نیز عنوان نمود که طول مدت فاز دوم زایمان در مبتلایان به پره اکلامپســي بهطـورمعنيداري بیشتر از گروه کنترل است (p< ۰/۰۴) در مقایسه، نتایج مطالعه حائري مشابه نتایج بررسـي ما بود. نتایج مطالعه Szal

البته اين اختلاف به لحاظ باليني

### **References:**

1. Cunniagham FG, Gant NF, Leveno KS, Gilstrap LC, Hauth JC. William's obstetrics. 21 th ed. McGrowhill com 2001; pp 567-9.

2. James DK, Steer PS, Weiner CP, Jonic B. Highrisk pregnancy management options. Scond McGrow hill com. 1999; pp 254-64.

3. Chesley LC, Williams LO. Renal glomerular and tubular function in relation to the hyperuricemia of preeclampsia and eclampsia. Am J Obstet Gynecol. 1985; 50: 367.

4. Sibai BM. Diagnosis and mangment of gestational hypertension and preeclampsia. Obstet gynecol 2003; 102(1): 181-92.

5. Herbst M, Mercer B. Does preeclampsia alter the course of labor induction? Am J obstet Gynecol. 2005; 189(6): 527-9.

6. Edwards C, Witter FR. Preeclampsia, labor duration and mode of delivery. Int J Gynecology obstet. 1997; 57(1): 39-42.

۷. حائري پ، رمضان زاده ف. بررسـي طول مراحل زايمان در بيماران پره اکلامپتيک. پژوهنده ۱۳۷۶، ص: ۲۶-۲۱.

8. Berkley E, Bolnick J, Chen MS, Rayburn W. Induction of preterm labor in nulliparous patients with severe preeclampsia. Am J Obstet Gynecol 2005; 105(4): 215-9.

9. Schif MW, Gunn D, Dwenen J. Does magnesium sulfate affect on labor duration? Am J Obstet Gynecol. 1997; 173: 1214-22.

10. Szal S, Kilpatrick SJ, Croughom – Minihane MS. Effect of magnesium prophilaxis and preeclampsia on the duration of labor. Am J Obstet Gynecol 1999; 186(6): 1472-9.

## Abstract

**Background:** There are conflicting reports as to whether preeclampsia shortens or prologs labor. We sought to determine the impact of preeclampsia on labor course and outcome in women induced for this indication.

**Methods**: We performed a prospective cohort study of all nulliparous preeclamptic and normal cases, in shahid yahyanejad hospital, Babol. The perinatal database and information on duration of labor and neonatal outcome database were recorded. The data were analyzed by spss software, and the chi squared and t-test was used to compare the variables between women with preeclampsia and control women.

**Results**: Our study subjects were 100 normotensive nulliparous women and 100 women with preeclampsia. There were no significant difference in maternal age and amniotic fluid abnormalities between two groups (p>0.05). Preeclamptic had a consistently higher risk of cesarian delivery, but did not have statistically dilated cervixes. There was a statistically significant increase in the duration of the first stage in preeclamptic in both spontaneous and inducted deliveries (p<0.05) but there was no difference between two groups with regard to the duration of second stage of labor (p>0.05).

**Discussion**: The clinical belief that preeclamptic patients have more rapid labors is not supported. Preeclampsia is associated with an increased risk of cesarian delivery and with prolongation of the first phase of labor.

*Key words: Preeclampsia, first phase of labor duration, Second phase of labor duration* 

This document was created with Win2PDF available at <a href="http://www.daneprairie.com">http://www.daneprairie.com</a>. The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.