

بررسی مقایسه ای وضعیت زایمانی در زنان پره اکلامپتیک و گروه کنترل در زنان مراجعه کننده به بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل ۱۳۸۰

طاهره نظری^۱، فلورا فریدونی^۲

تاریخ پذیرش: ۸۵/۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۸۴/۶/۵

چکیده

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 روش ها: 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 زمان های 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 تست های آماری chi-square و t-test استفاده شد. یافته های 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 ($p > 0.05$). 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 ($P < 0.05$)، ولی طول مدت فاز دوم زایمان اختلاف معنی داری بین دو گروه نشان نداد ($p > 0.05$). 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 های کلیدی: پره اکلامپسی، طول مدت فاز اول زایمان، طول مدت فاز دوم زایمان.

E-mail: nazaritahere@yahoo.com

۱- استادیار دانشگاه علوم پزشکی بابل

۲- متخصص زنان و زایمان

مقدمه

اختلالات فشارخونی (Hypertensive) که موجب ایجاد عارضه در دوران بارداری می‌شوند، شایع بوده و یکی از علل سه‌گانه موری‌دیتی و مورتالیتی ناشی از بارداری همراه با خونریزی و عفونت می‌باشد (۲،۱). پره اکلامپسی، یک سندرم مختص به حاملگی به صورت کاهش پرفوزیون ارگان‌ها، ثانوی به وازواسپاسم و فعالیت اندوتلیوم می‌باشد. پروتئینوری یک علامت مهم پره اکلامپسی بوده و تشخیص پره اکلامپسی بدون وجود آن زیر سؤال است. ترکیب پروتئینوری و فشارخون بالا خطر عوارض و مرگ و میر پرناتال را به طور چشمگیری افزایش می‌دهد. ختم حاملگی برای پره اکلامپسی یک اقدام درمانی می‌باشد (۳). معمولاً در پره اکلامپسی شدید علاوه بر ختم حاملگی باید پس از آن درمان ضد تشنج و ضد فشارخون نیز صورت پذیرد. وقتی که نمی‌دانیم و یا مشکوک هستیم که کودک پره ترم است، تمایل بر این است که حاملگی تا چند هفته ادامه پیدا کند تا از ترم شدن جنین اطمینان حاصل شود که جنین ترفندی فقط در موارد پره اکلامپسی خفیف امکان‌پذیر است. در موارد شدید و متوسط پره اکلامپسی فقط بستری شدن در بیمارستان کفایت ننموده و ختم حاملگی باید انجام شود تا مادر و نوزاد نجات یابند. باور عمومی بر این است که در بیماران مبتلا به پره اکلامپسی طول مدت زایمان خود به خودی کاهش می‌یابد و موفقیت آگمنتاسیون و ایندکشن افزایش می‌یابد ولی هیچ مدرک قابل اعتمادی در این زمینه وجود ندارد (۱،۴،۲). لذا این مطالعه به منظور تاثیر پره اکلامپسی بر طول مدت زایمان به انجام رسیده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش هم‌گروهی (cohort) به صورت تحلیلی در طی یک مدت ۸ ماهه بر روی خانم‌های نولی‌پار مراجعه کننده به زایشگاه بیمارستان

شهید یحیی نژاد بابل انجام گرفت. گروه مورد مطالعه ما شامل ۱۰۰ زن حامله نولی‌پار مبتلا به پره اکلامپسی بودند که تشخیص قطعی پره اکلامپسی آنها توسط علایم آزمایشگاهی (پروتئینوری بیش از ۳۰۰ میلی‌گرم در ادرار ۲۴ ساعته یا غلظت 100mg/l در حداقل دو نمونه تصادفی به فاصله ۶ ساعت) و معاینات بالینی (فشارخون بیش از $140/90\text{minHg}$ ، بروز ادم غیر وابسته یا اضافه وزن بیش از ۲ پوند در هفته) داده شد. در ازای هر یک از افراد گروه مورد، یک نفر خانم حامله نولی‌پار غیر پره اکلامپتیک که عارضه خاصی نداشت، به عنوان شاهد در نظر گرفته شد. سپس اطلاعات مربوط به سن حاملگی، نوع زایمان، طول مدت هر یک از مراحل زایمانی، در هر دو گروه وارد پرسش‌نامه شده و سپس وارد نرم افزار آماری SPSS شده و با تست‌های آماری t -test، Chi-square و Fishers exact مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌های پژوهش

در مطالعه تعداد ۱۰۰ نفر خانم مبتلا به پره اکلامپسی که همگی نولی‌پار بودند، وارد شدند و به ازای هر یک از آنان یک زن نولی‌پار غیر پره اکلامپتیک نیز انتخاب شد. میانگین سنی گروه مورد $22/2 \pm 3/7$ سال و میانگین سنی گروه شاهد $23/4 \pm 5/5$ سال بود، که اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از لحاظ میانگین سنی وجود نداشت ($p > 0/05$). در بین افراد مورد مطالعه در گروه مورد، ۱۰۰٪ ادم و پروتئینوری، ۴۴٪ سردرد و ۳۶٪ درد ناحیه اپیگاستر داشتند. ۳۹٪ این افراد علایم فشارخون بسیار شدید را بروز دادند. همچنین در بین افراد مورد مطالعه از نظر ابتلا به اختلالات مایع آمنیوتیک (پلی‌هیدرآمیونیوس و لیگوهیدرآمیونیوس) اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$). از نظر سن حاملگی در گروه مورد ۸۹٪ ترم، ۹٪ پره ترم و ۲٪ پست ترم بودند و در گروه شاهد، ۹۳٪ ترم، ۱٪ پره ترم و ۶٪ پست ترم بودند که پره ترم در گروه

اختلاف معنی داری بین دو گروه وجود نداشت ($p > 0/05$). در گروه مورد در ۱۳٪ افراد دیسترس جنینی و در گروه شاهد در ۶٪ افراد دیسترس جنینی مشاهده شد که اختلاف بین این دو گروه از لحاظ ابتلا به دیسترس جنینی نیز معنی دار بوده است ($p = 0/03$). نوع زایمان افراد گروه مورد و شاهد در جدول ۱ آورده شده است.

مورد و پست ترم در گروه شاهد به طور معنی داری بیشتر از گروه دیگر بوده است ($p < 0/05$). همچنین افراد گروه شاهد به طور معنی داری بیشتر از گروه مورد دارای کنتراکشن بودند ($p < 0/05$). در معاینه سرویگس نیز در گروه مورد ۴۷٪ فاقد دیلاتاسیون و در گروه شاهد نیز ۵۱٪ بدون دیلاتاسیون بودند که از این لحاظ نیز

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد نوع زایمان مبتلایان پره اکلامپسی و گروه شاهد

شاهد		پره اکلامپسی		زایمان
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۷۱	۷۱	۴۴	۴۴	NVD
۲۹	۲۹	۵۶	۵۶	C/S
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع

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.

میزان اعمال جراحی سزارین در گروه پره اکلامپتیک به طور معنی داری بیشتر از گروه شاهد بود ($p < 0/05$). علت سزارین در گروه مورد بیشتر به جهت پره اکلامپسی شدید بوده است،

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد علل سزارین در مبتلایان به پره اکلامپسی و گروه شاهد

شاهد		پره اکلامپسی		فراوانی و درصد علل سزارین
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
-	-	۴۷/۲	۲۶	پره اکلامپسی شدید
۴۶/۷	۱۳	۲۴/۱	۱۴	توقف زایمان در فاز اول
-	-	۱/۸	۱	پرژنتاسیون غیرسفالیک
۹/۸	۳	۲۱/۲	۱۲	دیسترس جنینی
۴۰/۴	۱۳	۵/۷	۳	علل دیگر عدم تطابق سرجنین و لگن مادر
۲/۱	۱	-	-	دوقلوپی
۱۰۰	۲۹	۱۰۰	۵۶	جمع

زایمان در موارد زایمان اینداکشن شده و زایمان خود به خودی در گروه پره اکلامپتیک و گروه نرموتنسیو در جداول زیر آمده است.

در این مطالعه ۷۹٪ بیماران پره اکلامپتیک و ۸۱٪ افراد گروه شاهد تحت اینداکشن قرار گرفتند. طول مدت زمان زایمان در فازهای اول و دوم

جدول ۲. زمان متوسط (برحسب دقیقه) مرحله اول زایمان در بیماران پره اکلامپتیک و شاهد بر حسب زایمان خود به خودی و اینداکشن

گروه‌های مورد بررسی نحوه زایمان	طول فاز اول زایمان در گروه پره اکلامپسی (دقیقه)	طول فاز اول زایمان در گروه شاهد (دقیقه)	P-value
زایمان خود به خودی	۴۲۸±۸۱	۳۷۹±۷۶	< ۰/۰۵
زایمان با اینداکشن	۳۹۰±۷۸	۳۴۰±۶۹	< ۰/۰۵

همچنین طول مدت فاز اول زایمان در مبتلایان به پره اکلامپسی به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود ($p < ۰/۰۵$).

چنانچه ملاحظه می‌شود فاز اول زایمان افراد پره اکلامپتیک که زایمان خودبه خود داشتند به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود.

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

گروه‌های مورد بررسی نحوه زایمان	طول فاز دوم زایمان در گروه پره اکلامپتیک (دقیقه)	طول فاز دوم زایمان در گروه شاهد (دقیقه)	P-value
زایمان خود به خودی	۳۹±۶	۳۱±۴	> ۰/۰۵
زایمان با اینداکشن	۳۵±۶	۳۹±۷	> ۰/۰۵

Herbest ، Edwards و حائری نیز به نتایج مشابهی دست یافتند و گزارش کردند که سن حاملگی در گروه پره اکلامپسی به طور متوسط حدود یک هفته کمتر از گروه شاهد است (۷،۶،۵).

در مطالعه ما افراد گروه شاهد به طور معنی داری بیشتر از گروه مورد دارای کنتراکشن بودند، که با توجه به پایین تر بودن سن حاملگی افراد مبتلا به پره اکلامپسی در بدو مراجعه، کاملاً قابل انتظار بود.

در بررسی حائری نیز، نتایج مشابهی عنوان شده، ولی در مطالعه Edwards نتایجی متضاد از یافته‌های ما گزارش شده است که احتمالاً این مسئله به

چنانچه ملاحظه می‌شود طول مدت فاز دوم زایمان (برحسب دقیقه) در زایمان خود به خودی و زایمان با اینداکشن اختلاف معنی داری بین دو گروه نشان نمی‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر مشابه برخی از دیگر بررسی‌های انجام شده است. در مطالعه ما سن دقیق حاملگی منظور نشد و بیماران به سه گروه ترم، پره ترم و پست ترم تقسیم شدند و همانطور که انتظار بود، تعداد موارد پره ترم به طور معنی داری در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بود ($p < ۰/۰۵$).

اثرات پروفیلاکسی منیزیوم و پره اکلامپسی بر طول مدت زایمان عنوان می‌کنند که زنان مبتلا به پره اکلامپسی بیشتر از زنان با فشار طبیعی تحت اینداکشن قرار گرفته و بیهوشی اپیدورال، ژل پروستاگلندین و اکسی توسین دریافت کرده‌اند ($P < 0/003$). اختلاف موجود در مقایسه با مطالعه ما و موارد کمتر اینداکشن در بیماران پره اکلامپسیک به این دلیل است که در بیشتر موارد بیماران، به زایمان طبیعی رغبت نشان نداده و اکثراً تحت عمل سزارین قرار گرفته‌اند.

در مطالعه ما فاز اول زایمان در گروه مبتلا به پره اکلامپسی در هر دو مورد زایمان خود به خودی و زایمان اینداکشن شده، به‌طور معنی‌داری طولانی‌تر از گروه شاهد بود ($p < 0/05$). در مطالعه herbest طول مدت فاز اول زایمان در گروه مبتلا به پره اکلامپسی به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بود ($8/1$ VS $9/2$ ساعت و $p < 0/04$).

نتایج مطالعه حائری نیز مشابه نتیجه مطالعه ما بود ولی Edwards گزارش نموده که طول مدت فاز اول زایمان بین دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌داری ندارد.

در مطالعه ما طول مدت فاز دوم زایمان دو گروه مورد بررسی در هر دو مورد زایمان خود به خودی و چه در موارد زایمان اینداکشن شده اختلاف معنی‌داری با یکدیگر نداشتند ($p > 0/05$). ولی Edwards در مطالعه خود عنوان نمودند که طول مدت فاز دوم زایمان در مبتلایان به پره اکلامپسی طولانی‌تر از گروه شاهد بوده است ($p = 0/003$)، که

علت تفاوت‌های جمعیتی ایران و کشورهای اروپایی و آمریکایی است.

در مطالعه ما در دیلاتاسیون سرویکس، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مورد و شاهد وجود نداشت ($p < 0/05$). Berkley نیز نتیجه‌ای مشابه این یافته ذکر نمود (۸)، ولی Herbest عنوان کرد در زنان مبتلا به پره اکلامپسی، میزان سرویکس دیلاته به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود ($p < 0/02$)، این اختلاف از لحاظ بالینی دارای اهمیت نبود.

همان‌طور که در مطالعه Edwards نیز تأکید شده، در مطالعه ما نیز دیسترس جنینی به‌طور معنی‌داری در گروه مبتلا به پره اکلامپسی بیشتر بود. این موضوع می‌تواند به دلیل درگیری جفت و دهیدراتاسیون مادران پره اکلامپسیک باشد.

در مورد وقوع زایمان طبیعی و سزارین اختلاف فاحشی بین دو گروه مورد مطالعه ما مشاهده شد. اگرچه در مطالعه Edwards، حائری، Schiff (۹) و Herbest نتایج مشابهی مشاهده شده است، ولی موارد سزارین در مطالعه ما بسیار بیشتر از دو مطالعه فوق بوده است. علت این امر عدم تمایل پزشکان ما به ریسک نمودن و تمایل به ختم سریع‌تر حاملگی بیماران پره اکلامپسیک می‌باشد.

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٪ بود. این اختلاف نشان دهنده تمایل پزشکان، به ختم زودتر حاملگی در خانم‌های نولی‌پار است. Szel و همکاران (۱۰) در مطالعه خود با عنوان

زایمان بین زنان مبتلا به پره اکلامپسی و زنان با فشار خون طبیعی اختلاف معنی داری را ندارد ($p=0/15$). نتایج مطالعه حاضر و مقایسه آن با دیگر بررسی‌های انجام شده، خط قرمزی بر این باور عمومی است که بیماران مبتلا به پره اکلامپسی طول مدت زایمان خود به خودی کمتری دارند و موفقیت آگمنتاسیون و اینداکشن در آنها افزایش می‌یابد.

البته این اختلاف به لحاظ بالینی اهمیت چندانی نداشته است. Herbest نیز عنوان نمود که طول مدت فاز دوم زایمان در مبتلایان به پره اکلامپسی به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل است ($p<0/04$) در مقایسه، نتایج مطالعه حائری مشابه نتایج بررسی ما بود. نتایج مطالعه Szal نیز نشان می‌دهد که طول مدت

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*. Scnd 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. *Prceclampsia, labor duration and mode of delivery*. *Int J Gynecology obstet*. 1997; 57(1): 39-42.
7. حائری پ، رمضان زاده ف. *بررسی طول مراحل زایمان در بیماران پره اکلامپتیک*. 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 prophylaxis 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 <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.