مجله علمي دانشگاه علوم پزشكي ايلام ، دوره سيزدهم ، شماره سوم ، پاييز ۱۳۸۴

بررسي مقايسه اي وضعيت زايماني در زنان پره اكلامپتيك و گروه كنترل در زنان مراجعه‌كننده به بيمارستان شهيد يحيي‌نژاد بابل ۱۳۸۰

طاهره نظري [۱]، فلورا فريدوني [۲]

تاريخ دريافت: ۸۴/۶/۵ تاريخ پذيرش:۸۵/۱/۲۵

چكيده

مقدمه: گزارشات متناقضی وجود دارد که پره اکلامپسی باعث افزایش و یا کاهش طول مـدت زمان زایمـان 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 هم‌گروهی (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 chi-square و t-test 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 ایندکشن شده ملاحظه شد($P<۰/۰۵$)، ولی طول مدت فاز دوم زایمان اختلاف معنی داری بین دو گروه نشان نداد($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری 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 اكلامپسي، طول مدت فاز اول زايمان، طول مدت فاز دوم زايمان.

۱- استاديار دانشگاه علوم پزشكي بابل E-mail:nazaritahere@yahoo.com
۲- متخصص زنان و زايمان

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-15]

مقدمه

اختلالات فشارخوني (Hypertensive) كه موجب ايجاد عارضه در دوران بارداري مي شوند، شايع بوده و يكي از علل سه گانه موربيديتي و مورتاليتي ناشي از بارداري همراه با خونريزي و عفونت مي باشد(۲،۱). پره اكلامپسي، يک سندرم مختص به حاملگي به صورت كاهش پرفوزيون ارگان‌ها، ثانوي به وازواسپاسم و فعاليت اندوتليوم مي‌باشد. پروتئينوري يک علامت مهم پره اكلامپسي بوده و تشخيص پره اكلامپسي بدون وجود آن زير سؤال است. تركيب پروتئينوري و فشارخون بالا خطر عوارض و مرگ و مير پرناتال را به طور چشمگيري افزايش مي دهد. ختم حاملگي براي پره اكلامپسي يک اقدام درماني مي‌باشد(۳). معمولاً در پره اكلامپسي شديد علاوه بر ختم حاملگي بايد پس از آن درمان ضد تشنج و ضد فشارخون نيز صورت پذيرد. وقتي كه نمي‌دانيم و يا مشكوک هستيم كه كودک پره ترم است، تمايل بر اين است كه حاملگي تا چند هفته ادامه پيدا كند تا از ترم شدن جنين اطمينان حاصل شود كه چنين ترفندي فقط در موارد پره اكلامپسي خفيف امكان‌پذير است. در موارد شديد و متوسط پره اكلامپسي فقط بستري شدن در بيمارستان كفايت ننموده و ختم حاملگي بايد انجام شود تا مادر و نوزاد نجات يابند. باور عمومي بر اين است كه در بيماران مبتلا به پره اكلامپسي طول مدت زايمان خود به خودي كاهش مي يابد و موفقيت آگمنتاسيون و اينداكشن افزايش مي‌يابد ولي هيچ مدرک قابل اعتمادي در اين زمينه وجود ندارد(۲،۴،۱). لذا اين مطالعه به منظور تاثير پره اكلامپسي بر طول مدت زايمان به انجام رسيده است.

مواد و روش ها

اين مطالعه به روش همگروهي (cohort) به صورت تحليلي در طي يک مدت ۸ ماهه بر روي خانم‌هاي نولي پار مراجعه كننده به زايشگاه بيمارستان شهيد يحيي نژاد بابل انجام گرفت. گروه مورد مطالعه ما شامل ۱۰۰ زن حامله نولي پار مبتلا به پره اكلامپسي بودند كه تشخيص قطعي پره اكلامپسي آنها توسط علايم آزمايشگاهي (پروتئينوري بيش از ۳۰۰ ميلي گرم در ادرار ۲۴ ساعته يا غلظت ۱۰۰mg/l در حداقل دو نمونه تصادفي به فاصله ۶ ساعت) و معاينات باليني (فشارخون بيش از ۱۴۰/۹۰minHg، بروز ادم غير وابسته يا اضافه وزن بيش از ۲ پوند در هفته) داده شد. در ازاي هر يک از افراد گروه مورد، يک نفر خانم حامله نولي پار غير پره اكلامپتيک كه عارضه خاصي نداشت، به عنوان شاهد در نظر گرفته شد. سپس اطلاعات مربوط به سن حاملگي، نوع زايمان، طول مدت هر يک از مراحل زايماني، در هر دو گروه وارد پرسش‌نامه شده و سپس وارد نرم افزار آماري SPSS شده و با تست‌هاي آماري t-test، Chi-square و Fishers exact مورد تجزيه و تحليل قرار گرفتند.

يافته هاي پژوهش

در مطالعه تعداد ۱۰۰ نفر خانم مبتلا به پره‌اكلامپسي كه همگي نولي پار بودند، وارد شدند و به ازاي هر يک از آنان يک زن نولي پار غير پره‌اكلامپتيک نيز انتخاب شد. ميانگين سني گروه مورد ۳/۷±۲۲/۲ سال و ميانگين سني گروه شاهد ۵/۵±۲۳/۴ سال بود، كه اختلاف معني داري بين دو گروه از لحاظ ميانگين سني وجود نداشت(p>۰/۰۵). در بين افراد مورد مطالعه در گروه مورد، ۱۰۰% ادم و پروتئينوري، ۴۴% سردرد و ۳۶% درد ناحيه اپيگاستر داشتند. ۳۹% اين افراد علايم فشارخون بسيار شديد را بروز دادند. همچنين در بين افراد مورد مطالعه از نظر ابتلا به اختلالات مايع آمنيوتيک (پلي هيدرآمنيوس و اليگوهيدرآمنيوس) اختلاف معني داري مشاهده نشد(p>۰/۰۵). 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 كه پره ترم در گروه

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-15]

مورد و پست ترم در گروه شاهد به طور معني داري بيشتر از گروه ديگر بوده است(p<۰/۰۵) . همچنين افراد گروه شاهد به طور معني داري بيشتر از گروه مورد داراي كنتراكشن بودند(p<۰/۰۵). در معاينه سرويكس نيز در گروه مورد ۴۷% فاقد ديلاتاسيون و در گروه شاهد نيز ۵۱% بدون ديلاتاسيون بودند كه 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 كه اختلاف بين اين دو گروه از لحاظ ابتلا به ديسترس جنيني نيز معني‌دار 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 اكلامپسي و گروه شاهد

زايمان	پره اكلامپسي		شاهد	
	فراواني	درصد	فراواني	درصد
NVD	۴۴	۴۴	۷۱	۷۱
C/S	۵۶	۵۶	۲۹	۲۹
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

ميزان اعمال جراحي سزارين در گروه پره اكلامپتيک به طور معني داري بيشتر از گروه شاهد بود (p<۰/۰۵).
علت سزارين در گروه مورد بيشتر به جهت پره اكلامپسي شديد بوده است، در حاليكه عمده ترين علت سزارين در گروه شاهد، توقف زايمان در فاز اول بود كه به ترتيب در گروه مورد ۴۷/۲% (۲۶ مورد)، در گروه شاهد ۴۶/۷% (۱۳ مورد) را شامل گرديد.

جدول ۲. توزيع فراواني و درصد علل سزارين در مبتلايان به پره اكلامپسي و گروه شاهد

فراواني و درصد علل سزارين	پره اكلامپسي		شاهد	
	فراواني	درصد	فراواني	درصد
پره اكلامپسي شديد	۲۶	۴۷/۲	-	-
توقف زايمان در فاز اول	۱۴	۲۴/۱	۱۳	۴۶/۷
پرزنتاسيون غيرسفاليک	۱	۱/۸	-	-
ديسترس جنيني	۱۲	۲۱/۲	۳	۹/۸
علل ديگر عدم تطابق سرجنين و لگن مادر	۳	۵/۷	۱۳	۴۰/۴
دوقلويي	-	-	۱	۳/۱
جمع	۵۶	۱۰۰	۳۹	۱۰۰

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-15]

در اين مطالعه ۷۹% بيماران پره اكلامپتيک و و ۸۱% افراد گروه شاهد تحت ايندا‌كشن قرار گرفتند. طول مدت زمان زايمان در فازهاي اول و دوم زايمان در موارد زايمان ايندا‌كشن شده و زايمان خود به خودي در گروه پره اكلامپتيک و گروه نرموتنسيو در جداول زير آمده است.

جدول ۳. زمان متوسط (برحسب دقيقه) مرحله اول زايمان در بيماران پره اكلاستيک و شاهد بر حسب زايمان خود به خودي و ايندا‌كشن

گروههاي مورد بررسي نحوه زايمان	طول فاز اول زايمان در گروه پره اكلامپسي (دقيقه)	طول فاز اول زايمان در گروه شاهد(دقيقه)	P-value
زايمان خود به خودي	۴۲۸±۸۱	۳۷۹±۷۶	<۰/۰۵
زايمان با ايندا‌كشن	۳۹۰±۷۸	۳۴۰±۶۹	<۰/۰۵

چنانچه ملاحظه مي‌شود فاز اول زايمان افراد پره اكلامپتيک كه زايمان خودبه خود داشتند به طور معني داري بيشتر از گروه كنترل بود. همچنين طول مدت فاز اول زايمان در مبتلايان به پره اكلامپسي به طور معني داري بيشتر از گروه كنترل بود(p< ۰/۰۵).

جدول ۴. زمان متوسط (برحسب دقيقه) مرحله دوم زايمان در بيماران پره اكلامپتيک و شاهد برحسب خود به خودي و ايندا‌كشن

گروههاي مورد بررسي نحوه زايمان	طول فاز دوم زايمان در گروه پره اكلامتيک (دقيقه)	طول فاز دوم زايمان در گروه شاهد(دقيقه)	P-value
زايمان خود به خودي	۲۹±۶	۳۱±۴	>۰/۰۵
زايمان با ايندا‌كشن	۳۵±۶	۳۹±۷	>۰/۰۵

چنانـچه ملاحظه مي‌شود طول مدت فـاز دوم زايمان (برحسب دقيقه) در زايمان خود به خودي و زايمان با ايندا‌كشن اختلاف معني داري بين دو گروه نشان نمي‌دهد.

بحث و نتيجه‌گيري

نتايج مطالعه حاضـــر مشابه برخـــي از ديگر بررسي‌هاي انجام شده است. در مطالعه ما سن دقيق حاملگي منظور نشد و بيماران به سه گروه ترم، پره ترم و پست ترم تقسيم شدند و همانطور كه انتظار بود، تعداد موارد پره ترم به طور معني داري در گروه مورد بيشتر از گروه شاهد بود (p< ۰/۰۵).

Herbest ، Edwards و حائـري نيز به نتايج مشابهي دست يافتند و گـزارش كردند كه سن حاملگي در گروه پره اكلامپسي به طور متوسط حدود يک هفته كمتر از گروه شاهد است(۵،۶،۷).

در مطالعه ما افراد گروه شاهد به طور معني داري بيشتر از گروه مورد داراي كنتراكشن بودند، كه با توجه به پايين تر بودن سن حاملگي افراد مبتلا به پره اكلامپسي در بدو مراجعه، كاملاً قابل انتظار بود.

در بررسي حائري نيز، نتايج مشابهي عنوان شده، ولي در مطالعه Edwards نتايجي متضاد از يافته‌هاي ما گزارش شده است كه احتمالاً اين مسئله به

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-15]

علت تفاوت‌هـــاي جمعيتي ايران و كشورهاي اروپايي و آمريكايي است.
در مطالعه ما در ديلاتاسيون سرويكـس، اختلاف معني داري بين دو گروه مورد و شاهد وجود نداشت(p<۰/۰۵). Berkley نيز نتيجه‌اي مشابه اين يافته ذكر نمود(۸)، ولي Herbest عنوان كرد در زنان مبتلا به پره اكلامپسي، ميزان سرويكس ديلاتــه به طور معني داري كمتر از گروه شاهد بود (p<۰/۰۲)، اين اختلاف از لحاظ باليني داراي اهميت نبود.
همان‌طور كه در مطالعه Edwards نيز تاكيد شده، در مطالعه ما نيز ديسترس جنيني به طور معني داري در گروه مبتلا به پره اكلامپسي بيشتر
بود. اين موضوع مي تواند به دليل درگيري جفت و دهيدراتاسيون مادران پره اكلامپتيک باشد.
در مورد وقوع زايمان طبيعي و سزارين اختلاف فاحشي بين دو گروه مورد مطالعه ما مشاهده شد. اگرچه در مطالعه Edwards، 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 تمايل پزشكان ما به ريسک نمودن و تمايل به ختم سريع‌تر حاملگي بيماران پره اكلامپتيک مي باشد.
در مطالعه ما ۸۲% افراد گروه شاهد و ۷۹% بيماران گروه مورد، تحت ايندكشن قرار گرفتند. اين رقم در دو مطالعه Edwards به ترتيب ۶۷% و ۴۹% بـــود. اين اختلاف نشان دهنده تمايل پزشكان، به ختم زودتر حاملگي در خانم‌هاي نولي پار است. Szel و همكاران (۱۰) در مطالعه خود با عنوان اثرات پروفيلاكسي منيزيوم و پره اكلامپسي بر طول مدت زمان زايمان عنوان مي‌كنند كه زنان مبتلا به پره اكلامپسي بيشتر از زنان با فشار طبيعي تحت ايندكشن قرار گرفته و بيهوشي اپيدورال، ژل پروستاگلندين و اكسي توسين دريافـــت كـــرده‌اند(P<۰/۰۰۳). اختلاف موجود در مقايســـه با مطالعه ما و موارد كمتر ايندكشن در بيماران پره اكلامتيک به اين دليل است كه در بيشتر موارد بيماران، به زايمان طبيعي رغبت نشان نداده و اكثراً تحت عمل سزارين قرار گرفته اند.
در مطالعه ما فاز اول زايمان در گروه مبتلا به پره اكلامپسي در هر دو مورد زايمان خود به خودي و زايمان ايندكشن شـــده ، به‌طور معني‌داري طولانـــي‌تر از گروه شاهد بود(p<۰/۰۵). در مطالعه herbest طول مدت فاز اول زايمان در گروه مبتلا به پره اكلامپسي به‌طور معني داري بيشتر از گروه شاهد بود(۸/۱ VS ۹/۲ ساعت و p<۰/۰۴) .
نتايج مطالعه حائري نيز مشابه نتيجه مطالعه ما بود ولي Edwards گزارش نموده كه 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 ايندكشن شده اختلاف معني داري با يكديگر نداشتند (p>۰/۰۵). ولي Edwards در مطالعه خود عنوان نمودند كه طول مدت فاز دوم زايمان در مبتلايان به پره اكلامپسي طولاني تر از گروه شاهد بوده است(p=۰/۰۰۳)، كه

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-15]

البته اين اختلاف به لحاظ باليني اهميت چنداني نداشته است.
Herbest نيز عنوان نمود كه طول مدت فاز دوم زايمان در مبتلايان به پره اكلامپسي به‌طورمعني‌داري بيشتر از گروه كنترل است (p<۰/۰۴) در مقايسه، نتايج مطالعه حائري مشابه نتايج بررسي ما بود. نتايج مطالعه Szal نيز نشان مي‌دهد كه طول مدت زايمان بين زنان مبتلا به پره اكلامپسي و زنان با فشار خون طبيعي اختلاف معني داري را ندارد(p= 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.

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. Prceclampsia, labor duration and mode of delivery. Int J Gynecology obstet. 1997; 57(1): 39-42.

۷. حائري پ، رمضان زاده ف. بررسي طول مراحل زايمان در بيماران پره اكلامپتيک. 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.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-15]

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*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-15]

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.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-15]