

Assessment of the diagnostic value of urine protein content in 8- and 16-hour samples with 24-hour urine protein sample in hospitalized women with pre-eclampsia in 2016

Pirouznia P¹, Ahmadi A^{2*}, Daneshyar S³

1- Obstetrician and Gynecologist, Hamedan Atiyeh Hospital, Hamedan, I. R. Iran.

2- Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, I. R. Iran.

3- Student Researcher Committee, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, I. R. Iran.

Received: 2018/11/3 | Accepted: 2019/04/24

Abstract:

Background: High blood pressure disorders are common in pregnancy. The combination of high blood pressure and proteinuria in pregnancy, or pre-eclampsia, dramatically increases the risk of death and perinatal complications. Nevertheless, 24-hour urine protein sample is still a gold standard. This study aimed to determine and compare the diagnostic value of 8- and 16-hour urine protein samples with that of 24-hour urine protein sample.

Material and Methods: This cross-sectional study was performed on 92 pregnant women with hypertension and gestational age greater than 20 weeks who were evaluated for proteinuria and rejection of pre-eclampsia and 92 pregnant women with gestational age greater than 20 weeks and normal blood pressure. All patients had been admitted to the women's ward of Imam Reza Hospital in Kermanshah. Three consecutive 8-hour samples were collected from each patient, and the protein was sampled at 8, 16 and 24 hours.

Results: Correlation coefficient between 16- and 24-hour urine protein samples was 0.832 (the highest correlation coefficient), which showed a strong correlation between 16- and 24-hour urine protein samples. The correlation coefficients of urine protein between the first and third 8-hours were 0.621 and 0.528, respectively, which showed a moderate correlation with 24-hour urine protein. Urine protein for the first 16 hours had a high efficacy rate of 96.3% and negative predictive value of 97.5% in diagnosis of non-patient cases. However, due to the sensitivity of 82.6%, there was no definitive value in detecting abnormal cases.

Conclusion: The negative result of the first 16-hour urine protein can have a significant effect on rejection of pre-eclampsia in hospitalized or outpatient patients.

Keywords: Proteinuria, Pre-eclampsia, Pregnant women, Complications of pregnancy

***Corresponding Author:**

Email: ahmadi_1011@yahoo.com

Tel: 0098 813 827 7459

Fax: 0098 813 828 3939

Conflict of Interests: No

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, August, 2019; Vol. 23, No 3, Pages 280-285

Please cite this article as: Pirouznia P, Ahmadi A, Daneshyar S. Assessment of the diagnostic value of urine protein content in 8- and 16-hour samples with 24-hour urine protein sample in hospitalized women with pre-eclampsia in 2016. *Feyz* 2019; 23(3): 280-5.

بررسی ارزش تشخیصی میزان پروتئین ادراری نمونه‌های ۸ و ۱۶ ساعته با پروتئین ادرار ۲۴ ساعته در زنان بستری پره اکلامپتیک در سال ۱۳۹۵

پرینا پروزنیا^۱، مریم احمدی^{۲*}، سجاد دانشیار^۳

خلاصه:

سابقه و هدف: فشارخون بالا در حاملگی شایع است. ترکیب فشارخون بالا و پروتئینوری در حاملگی خطر مرگ‌ومیر و عوارض پری-ناتال را به‌طور چشمگیری افزایش می‌دهد. با این وجود نمونه ادرار ۲۴ ساعته همچنان استاندارد طلایی است. این مطالعه با هدف تعیین ارزش تشخیصی پروتئین ادرار ۸ ساعته و ۱۶ ساعته با پروتئین ادرار ۲۴ ساعته صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به‌صورت تحلیلی-مقطعی روی ۹۲ خانم باردار مبتلا به فشارخون بالا با سن حاملگی بالای ۲۰ هفته که جهت بررسی پروتئینوری و رد پره اکلامپسی و ۹۲ خانم باردار با سن حاملگی بالای ۲۰ هفته و فشارخون طبیعی انجام شد. کلیه بیماران جهت درمان زایمان زودرس در بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه بستری شده بودند. از هر بیمار سه نمونه متوالی ۸ ساعته جمع‌آوری و پروتئین نمونه ۸ ساعته، ۱۶ ساعته و ۲۴ ساعته به‌طور کمی محاسبه شد.

نتایج: ضریب همبستگی بین پروتئین ادرار ۱۶ و ۲۴ ساعته ۰/۸۳۲ گزارش شد که بالاترین ضریب همبستگی گزارش شده بود و نشانه یک ارتباط قوی بین پروتئین ادرار ۱۶ ساعته با ۲۴ ساعته می‌باشد. ضریب همبستگی پروتئین ادرار ۸ ساعت اول ۰/۶۲۱ و ۸ ساعت سوم ۰/۵۲۸ گزارش شد که ارتباط متوسطی با پروتئین ادرار ۲۴ ساعته داشتند. همچنین مشخص شد که پروتئین ادرار ۱۶ ساعت اول با ویژگی ۹۶/۳ درصد و ارزش اخباری منفی ۹۷/۵ درصد در تشخیص موارد غیربیمار کارایی بالایی دارد اما با توجه به حساسیت ۸۲/۶ درصد در تشخیص موارد غیرطبیعی ارزش قطعی ندارد.

نتیجه‌گیری: نتیجه منفی پروتئین ادرار ۱۶ ساعت اول می‌تواند ارزش قابل‌توجهی جهت رد پره اکلامپسی در بیماران بستری یا سرپایی داشته باشد.

واژگان کلیدی: پروتئینوری، پره اکلامپسی، زنان باردار، عوارض بارداری

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره بیست و سوم، شماره ۳، مرداد و شهریور ۹۸، صفحات ۲۸۵-۲۸۰

مقدمه

افزایش فشارخون به فشارخون مساوی یا بالاتر از ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه در دو کنترل تصادفی به فاصله ۶ ساعت یا بیشتر گفته می‌شود و منظور از پروتئینوری نیز دفع پروتئین به میزان ۳۰۰ میلی-گرم یا بیشتر در ادرار ۲۴ ساعته یا بیش از ۱+ در آزمون نواری ادرار است [۴]. از آن‌جا که به دنبال این عارضه به علت اسپاسم عروقی و فعال شدن اندوتلیوم خون‌رسانی ارگان‌ها از جمله کلیه‌ها کاهش می‌یابد، پروتئینوری از نشانه‌های مهم تلقی می‌شود. به علت وازواسپاسم عروق کلیه، پروتئینوری نوسانات وسیع ساعت-به-ساعت دارد [۶،۵]. افزایش پروتئینوری باعث افزایش ریسک عواقب بارداری در مادر و جنین می‌شود [۷]. این مسأله به حدی اهمیت دارد که در صورت عدم وجود این نشانه، تشخیص زیر سؤال می‌رود. ترکیب پروتئینوری و افزایش فشارخون در طی حاملگی به‌طور چشمگیری خطر مرگ‌ومیر نوزاد یا جنین را افزایش می‌دهد و هر چه افزایش فشارخون یا پروتئینوری شدیدتر باشد، تشخیص پره اکلامپسی قطعی‌تر می‌شود. به همین دلیل می‌توان در کنار کنترل فشارخون از ارزیابی میزان پروتئین دفع‌شده در ادرار ۲۴ ساعته به‌عنوان یکی از مهم‌ترین و قابل‌اعتمادترین روش‌های تشخیص و تعیین شدت عارضه استفاده کرد [۸،۱]. با توجه به این-

اختلالات فشارخون حین بارداری مسؤول درصد قابل توجهی از مرگ‌ومیر مادر و نوزاد یا جنین محسوب می‌شود. در واقع این دسته از اختلالات به همراه دو عامل خونریزی و عفونت سه پایه مهم مرگ‌ومیر مادران باردار را تشکیل می‌دهند [۱]. بروز افزایش فشارخون در دوران حاملگی در نقاط مختلف دنیا حدود ۷ درصد گزارش شده است [۲،۱]. از بین تمام اختلالاتی که در این طبقه‌بندی قرار می‌گیرند، افزایش فشارخون ناشی از بارداری که شامل پره اکلامپسی و اکلامپسی می‌باشد، از بقیه شایع‌تر بوده و ۷۰ درصد موارد را در برمی‌گیرد [۳]. پره اکلامپسی عبارت است از افزایش فشارخون همراه با دفع ادراری پروتئین که پس از هفته ۲۰ حاملگی ظاهر می‌شود [۲،۱].

۱. متخصص زنان و زایمان، بیمارستان آتیه تأمین اجتماعی همدان، همدان، ایران

۲. استادیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۳. دانشجوی پزشکی، مرکز پژوهش دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* نشانی نویسنده مسؤول:

همدان، خیابان پاسداران، بیمارستان فاطمیه

دورنویس: ۰۸۱ ۳۸۲۸۳۹۳۹

تلفن: ۰۸۱ ۳۸۲۷۷۴۵۹

پست الکترونیک: ahmadi_1011@yahoo.com

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۸/۲/۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۸/۱۲

که استاندارد طلایی جهت تشخیص پروتینوری وجود پروتین ۳۰۰ میلی‌گرم در ادرار ۲۴ ساعته می‌باشد [۱]: بنابراین لازم است که در تمام بیماران مشکوک به پره اکلامپسی آزمایش ادرار ۲۴ ساعته به عمل آید [۹،۱۰]. اما یکی از مشکلات؛ دشواری، پرهزینه بودن و وقت‌گیر بودن انجام این آزمون برای بیمار و آزمایشگاه است و باعث به تأخیر افتادن تشخیص و درمان بیماران می‌شود. مطالعات زیادی جهت یافتن شیوه‌ای ساده‌تر و سریع‌تر انجام شده است. در بررسی Wongkits نمونه پروتین ادرار ۴ ساعته ارتباط مثبتی با نمونه ادرار ۲۴ ساعته داشت [۱۰]. بررسی Schubert نشان داد پروتین ادرار ۱۰ ساعته اول ارتباط ضعیفی با پروتین ۲۴ ساعته دارد، ولی پروتین ادرار ۱۲ ساعت بعد ارتباط قوی با تشخیص پره اکلامپسی دارد [۱۱]. Adelberg و همکاران نشان دادند که پروتین ادرار ۸ و ۱۲ ساعته در مقایسه با پروتین ادرار ۲۴ ساعته می‌تواند موارد خفیف و شدید پروتین اوری را نشان دهد [۲]. بنابراین جهت تسریع در تشخیص زنان مشکوک به پره اکلامپسی این مطالعه با هدف مقایسه پروتین ادرار ۸ و ۱۶ ساعته در بیماران با فشار خون بالا جهت تشخیص پره اکلامپسی با در نظر گرفتن گروه کنترل صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه تحلیلی-مقطعی بود که در بیماران با سن حاملگی بیش از ۲۰ هفته که طبق نظر و دستور پزشک جهت ارزیابی پره اکلامپسی به مرکز آموزشی-درمانی امام رضا (ع) کرمانشاه مراجعه کرده بودند، انجام شد. همچنین این مطالعه با هماهنگی دانشگاه علوم پزشکی و بررسی هیأت مدیره اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و بدون ذکر نام بیماران انجام شده و با شماره IR.KUMS.REC.1395.121 در کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه به ثبت رسیده است. یک گروه کنترل نیز که از نظر سن تقویمی و سن حاملگی با گروه فوق هماهنگ بودند اما مبتلا به فشارخون نبودند از بین مراجعه‌کنندگان انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه سن حاملگی بالای ۲۰ هفته و فشارخون بالاتر یا مساوی ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه و معیارهای خروج از مطالعه شامل خانم‌های باردار با حاملگی زیر ۲۰ هفته، سابقه بیماری کلیوی مزمن، افزایش فشارخون مزمن، سابقه دفع پروتین و عفونت ادراری بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تمامی بیماران حامله با سن حاملگی بالای ۲۰ هفته و مشکوک به پره اکلامپسی و با فشارخون بالای ۱۴۰/۹۰ بستری در بخش زنان به‌عنوان گروه با فشارخون بالا و گروه کنترل با حاملگی بالای ۲۰ هفته اما با فشارخون نرمال، وارد مطالعه شدند. جهت

اندازه‌گیری فشار خون از فشارسنج جیوه‌ای استفاده شد. فشار خون از دست راست، در حالت استراحت با رعایت نکات لازم و در پوزیشن نشسته انجام شد. بیماران رژیم غذایی معمولی و استراحت نسبی داشتند. روش جمع‌آوری ادرار به این صورت بود که جمع‌آوری ادرار از ۸ صبح در سه ظرف با دقت علامت‌گذاری شده آغاز و ۳ نمونه متوالی ۸ ساعته جمع‌آوری می‌شد. (ابتدا نمونه ۸ ساعته اول و ۸ ساعته دوم و سوم گرفته و بعد برای انجام آزمایش ترکیب شد). کل مدت جمع‌آوری برای هر بیمار ۲۴ ساعت طول می‌کشید. نمونه‌ها جهت بررسی از نظر حجم، میزان پروتین و کراتینین (جهت بررسی صحت جمع‌آوری) به آزمایشگاه داخل بیمارستان ارسال می‌شد. پروتین ادرار با روش Comessible در آزمایشگاه بررسی شد. سپس داده‌های حاصل از نمونه‌های ۸ ساعته و ۱۶ ساعته با نمونه ادرار ۲۴ ساعته مورد مقایسه قرار گرفت. حساسیت و ویژگی و ارزش اخباری مثبت و منفی در نمونه ۸ ساعته و ۱۶ ساعته با ۲۴ ساعته به‌عنوان استاندارد طلایی مقایسه شده و علاوه بر آن ارزش نمونه‌ی ۸ ساعت اول صبح با نمونه ۸ ساعت آخر نیز با هم مقایسه شد. تشخیص بیماری توسط پزشک اورژانس انجام می‌گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری به کمک نرم‌افزار SPSS وارد رایانه شد. به کمک آزمون testpaired تفاوت بین نمونه‌های ۸ و ۱۶ ساعته با نمونه ۲۴ ساعته بررسی و ضریب همبستگی Pearson بین نمونه‌ها تعیین شد. به‌منظور مقایسه دفع پروتین ادرار ۸ و ۱۶ و ۲۴ ساعته در بین بیماران فشارخونی و نرمال و در طول مطالعه از آنالیز واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر دو طرفه (two way repeated measurement ANOVA) استفاده شد.

نتایج

در این مطالعه ۱۸۸ بیمار با سن حاملگی بالاتر از ۲۰ هفته مورد مطالعه قرار گرفتند که ۴ بیمار به علت عدم جمع‌آوری درست ادرار با توجه به کلیاتس کراتینین از مطالعه حذف شدند. از بین این ۱۸۴ بیمار، ۹۲ بیمار با فشارخون نرمال و ۹۲ بیمار با فشارخون بالا مورد مطالعه قرار گرفتند که نتایج آن به شرح ذیل است: در بررسی‌های دموگرافیک سن مادر و سن بارداری و تعداد بارداری قبلی در گروه‌های مورد مطالعه ناهمگونی نداشتند. میزان کراتینین سرم آن‌ها تفاوتی نداشت. اما میانگین فشارخون گروه کنترل به‌طور واضح در محدوده پایین‌تر قرار داشت. سعی بر آن شد که دو گروه به جز در مسأله فشارخون کاملاً همگن باشند. از نظر خصوصیات دموگرافیک دو گروه، با استفاده از ضریب همبستگی

پیرسون تفاوت معنی‌دار آماری بین سن مادر، سن حاملگی، تعداد حاملگی و پروتئینوری وجود نداشت. (جدول شماره ۱)

جدول شماره ۱- خصوصیات دموگرافیک، میانگین فشارخون و کراتینین در دو گروه فشارخون بالا و فشار خون نرمال

متغیر	اطلاعات دموگرافیک		پروتئین ۸ ساعت اول	پروتئین ۸ ساعت سوم	پروتئین ۱۶ ساعته	پروتئین ۲۴ ساعته	میانگین CF		میانگین فشار خون سیستولیک		میانگین فشار خون دیاستولیک	
	سن	تعداد حاملگی					سن حاملگی	تعداد حاملگی	نرمال	بالا		نرمال
گروه	بالا	نرمال	بالا	نرمال	بالا	نرمال	بالا	نرمال	بالا	نرمال	بالا	نرمال
میانگین	۲۸/۴	۲۷/۸	۲/۲	۲۹/۷	۲۹/۷	۲۹/۷	۲۹/۷	۲۹/۷	۲۹/۷	۲۹/۷	۲۹/۷	۲۹/۷
انحراف معیار	۵/۴۹	۵/۸۱	۱/۴۷	۱/۲۵	۵/۰۳	۴/۹۶	۴/۹۶	۴/۹۶	۴/۹۶	۴/۹۶	۴/۹۶	۴/۹۶
P	۰/۵۳۳	۰/۵۹۱	۰/۷۰۲	۰/۱۹۸	۰/۶۸۷	۰/۸۵۸	۰/۵۱۶	۰/۷۶۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

تفاوت میانگین پروتئینوری ۸ ساعته اول و سوم، ۱۶ و ۲۴ ساعته در افراد با فشارخون نرمال و فشارخون بالا در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲- تفاوت میانگین پروتئین ادراری در افراد با فشار خون نرمال و بالا

بیماران با فشار خون بالا			بیماران با فشار خون نرمال		
P	انحراف معیار	میانگین پروتئین	P	انحراف معیار	میانگین پروتئین
۰/۷۸۶	۲۰۰/۳	۹۷/۱	۰/۴۴۷	۱۰۱/۵	۶۶/۸
	۲۳۴/۱	۹۳/۶		۲۴۵/۳	۷۹/۴
۰/۰۰۱	۲۰۰/۳	۹۷/۱	۰/۰۴۴	۱۰۱/۵	۶۶/۸
	۳۵۰/۱	۱۷۹/۳		۵۶۱/۷	۱۶۶/۹
۰/۰۰۱	۲۰۰/۳	۹۷/۱	۰/۰۰۴	۱۰۱/۵	۶۶/۸
	۵۸۴/۷	۲۷۴/۳		۵۶۱/۲	۲۱۸/۵
۰/۰۰۱	۲۳۴/۱	۹۳/۶	۰/۰۱۰	۲۴۵/۳	۷۹/۴
	۳۵۰/۱	۱۷۹/۳		۵۶۱/۷	۱۶۶/۹
۰/۰۰۱	۲۳۴/۱	۹۳/۶	۰/۰۰۱	۲۴۵/۳	۷۹/۴
	۵۸۴/۷	۲۷۴/۳		۵۷۸/۲۰۱	۲۱۸/۵۱
۰/۰۰۱	۳۵۰/۱	۱۷۹/۳	۰/۰۰۱	۵۶۱/۷	۱۶۶/۹۸
	۵۸۴/۷	۲۷۴/۳		۵۷۸/۲۰۱	۲۱۸/۵۱

از نظر ضریب همبستگی بین پروتئینوری ۸ ساعته اول و سوم، ۱۶ و ۲۴ ساعته در افراد با فشارخون نرمال و فشارخون بالا، ضریب همبستگی بین پروتئینوری ۸ ساعته اول و ۲۴ ساعته ۰/۶۲۱ بود. کمترین میزان همبستگی بین پروتئینوری ۸ ساعته اول و ۱۶ ساعته سوم (۰/۵۲۹) و بیشترین میزان همبستگی بین پروتئینوری ۱۶ ساعته و ۲۴ ساعته (۰/۸۳۲) بود. (جدول شماره ۳)

جدول شماره ۳- ضریب همبستگی پیرسون

پروتئین ۸ ساعت اول	پروتئین ۸ ساعت سوم	پروتئین ۱۶ ساعته	پروتئین ۲۴ ساعته
۱	۰/۵۲۹	۰/۶۸۸	۰/۶۲۱
۰/۵۲۹	۱	۰/۶۳۶	۰/۵۲۸
۰/۶۸۸	۰/۶۳۶	۱	۰/۸۳۲
۰/۶۲۱	۰/۵۲۸	۰/۸۳۲	۱

داشتند. بیش از ۸۲ درصد بیماران در گروه فشارخون بالا جمع- آوری ۱۶ ساعته بالا و ۸۱ درصد جمع آوری ۲۴ ساعته بالا داشتند (جدول شماره ۴).

از نظر رابطه فشارخون با پروتئینوری، پروتئینوری ۲۴ ساعته بالا در افراد با بالا ۲/۸ برابر افراد با فشارخون نرمال بود. ۹۰ درصد بیماران با فشارخون نرمال جمع آوری ۸ ساعته نرمال ۸۵/۹ جمع- آوری ۱۶ ساعته نرمال و ۹۳ درصد جمع آوری ۲۴ ساعته نرمال

جدول شماره ۴- رابطه فشارخون با میزان دفع پروتئین

P	فشارخون نرمال		فشارخون بالا		کل
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰/۸۰	نرمال ۸۴ (۹۱/۳)	۷۶ (۸۲/۷)	۱۶۰ (۸۷)	۲۴ (۱۳)	پروتئین ۸ ساعت اول
	بالا ۸ (۸/۷)	۱۶ (۱۷/۴)			
۰/۸۳۵	نرمال ۷۹ (۸۵/۹)	۷۸ (۸۴/۸)	۱۵۷ (۸۵/۳)	۲۷ (۱۴/۷)	پروتئین ۸ ساعت سوم
	بالا ۱۳ (۱۴/۱)	۱۴ (۱۵/۲)			
۰/۱۳۲	نرمال ۸۳ (۹۰/۲)	۷۶ (۸۲/۶)	۱۵۹ (۸۶/۴)	۲۵ (۱۳/۶)	پروتئین ۱۶ ساعته
	بالا ۹ (۹/۸)	۱۶ (۱۷/۴)			
۰/۰۱۴	نرمال ۸۶ (۹۳/۵)	۷۵ (۸۱/۵)	۱۶۱ (۸۷/۵)	۲۳ (۱۲/۵)	پروتئین ۲۴ ساعته
	بالا ۶ (۶/۵)	۱۷ (۱۸/۵)			

سوم در افراد با فشارخون نرمال و فشارخون بالا در جدول شماره ۵ نشان داده شده است. صحت آزمون که مجموعه‌ای از ارزش اخباری منفی و مثبت است در پروتئینوری ۸ ساعته اول، ۱۶ ساعته، و ۸ ساعت سوم در افراد با فشارخون بالا به ترتیب ۸۵/۹ درصد، ۸۸/۱ درصد و ۹۲/۴ درصد بود.

آنالیز واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر دوطرفه نشان داد که تفاوت وضعیت فشارخون (نرمال و بالا) در میزان دفع پروتئین ادرار معنی‌دار بود ($P < 0/05$). با در نظر گرفتن مرز ۱۰۰ میلی‌گرم در پروتئینوری ۸ ساعته و ۲۰۰ میلی‌گرم در پروتئینوری ۱۶ ساعته، حساسیت، ویژگی، ارزش اخباری منفی، ارزش اخباری مثبت و صحت آزمون پروتئینوری ۸ ساعته اول، ۱۶ ساعته، و ۸ ساعت

جدول شماره ۵- حساسیت، ویژگی، ارزش اخباری منفی و مثبت در پروتئین ادرار ۸ ساعت اول و سوم و ۱۶ ساعته در افراد با فشارخون نرمال و بالا

	پروتئین ۸ ساعت اول		پروتئین ۸ ساعت سوم		پروتئین ۱۶ ساعته	
	فشارخون نرمال	فشارخون بالا	فشارخون نرمال	فشارخون بالا	فشارخون نرمال	فشارخون بالا
حساسیت	۸۳/۳٪	۵۸/۸٪	۸۳/۳٪	۵۸/۸٪	۱۰۰٪	۷۶/۵٪
ویژگی	۹۶/۵٪	۹۲٪	۹۰/۷٪	۹۴/۷٪	۹۶/۵٪	۹۶٪
ارزش اخباری منفی	۳۸/۸٪	۹۰/۸٪	۹۷/۸٪	۹۱٪	۱۰۰٪	۹۴/۷٪
ارزش اخباری مثبت	۶۲/۵٪	۶۲/۵٪	۳۸/۵٪	۷۱/۴٪	۶۶/۷٪	۸۱/۳٪

بحث

شد [۲]. امیرآبی و همکارانش نیز در ارومیه نتایج مشابه مطالعه ما بین میزان پروتئینوری ۲۴ و ۴ ساعته پیدا کردند [۷]. در مطالعات Kieler و همکاران نیز پروتئین ادرار ۱۲ ساعته با ۲۴ ساعته همبستگی داشت [۱۲]. در یک تحقیق دیگر Singhal و همکاران دریافتند نمونه ۲ ساعته و ۴ ساعته ارتباط متوسط و نمونه ۶ و ۱۲ ساعته ارتباط قوی با شدت پره اکلامپسی دارد [۹]. در این مطالعه پروتئین ادرار ۱۶ ساعته با ویژگی ۹۶/۳ درصد و ارزش اخباری منفی ۹۴/۷ درصد در تشخیص موارد غیر کارایی بالایی دارد. اما با توجه به حساسیت ۷۶/۵ درصد در تشخیص موارد غیر طبیعی و پره اکلامپسی ارزش قطعی ندارد. با توجه به نتایج

در این مطالعه یک ارتباط قوی بین پروتئین ادرار ۱۶ ساعته با ۲۴ ساعته (ضریب همبستگی ۰/۸۳۲) و یک ارتباط متوسط بین پروتئینوری ۸ ساعته اول و سوم (ضریب همبستگی ۰/۶۲۱ و ۰/۵۲۸) با پروتئینوری ۲۴ ساعته در گروه مورد مطالعه نسبت به گروه کنترل وجود داشت. ورنفینگتون و همکاران هم در مطالعه دیگری ارتباط متوسطی بین پروتئین ۴ ساعته و ۲۴ ساعته یافتند که با مطالعه ما مطابقت داشت [۱۰]. در مطالعات Adelberg نیز ارتباط قوی بین پروتئین ادرار ۸ و ۱۲ ساعته با پروتئین ادرار ۲۴ ساعته در خانم‌های مبتلا به فشارخون بالا دیده

زایمان زودرس مکرر می‌توان از نظر زمانی برای ادامه بارداری کمک‌کننده باشد. همچنین در افتراق فشارخون بارداری یا فشار خون مزمن عارضه‌دار شده با پره اکلامپسی یا فشارخون مزمن به تنهایی می‌تواند کمک‌کننده باشد و در صورت منفی بودن نتایج می‌توان به ادامه بارداری با کنترل فشارخون امیدوار بود و با توجه به حصول نتیجه در ۱۶ ساعت مسلماً راهکار در زمان کوتاه‌تر مشخص خواهد شد. امید است که بتوان با تکیه به نتایج این تحقیق و نتایج مشابه سریع‌تر و بهتر در مورد ختم دادن یا ندادن و یا ادامه بارداری در زنان با ریسک بالای بارداری سود جست.

تشکر و قدردانی

مراتب قدردانی خود را از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و بیمارستان امام رضا (ع) که در انجام این تحقیق ما را یاری رساندند، اعلام می‌داریم.

References:

- [1] Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Pregnancy hypertension. *Williams Obstetrics* 2010; 23: 706.
- [2] Adelberg AM, Miller J, Doerzbacher M, Lambers DS. Correlation of quantitative protein measurements in 8-, 12-, and 24-hour urinesamples for the diagnosis of preeclampsia. *Am J Obstetrics Gynecol* 2001; 185(4): 804-7.
- [3] Gifford R. Report of the national high blood pressure education program working group on high blood pressure in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: S1-S15.
- [4] Higby K, Suiter CR, Phelps JY, Siler-Khodr T, Langer O. Normal values of urinary albumin and total protein excretion during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171(4): 984-9.
- [5] Chan P, Brown M, Simpson JM, Davis G. Proteinuria in pre-eclampsia: how much matters? *Int J Obstet Gynaecol* 2005; 112(3): 280-5.
- [6] Airolidi J, Weinstein L. Clinical significance of proteinuria in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62(2): 117-24.
- [7] Amirabi A, Golmohammadlu S, Yekta Z, Naji S, Danaei S. Correlation of 4- Hour Urinary Proteins With 24-Hours Proteinuria In Hospitalized Pregnant

حاصله می‌توان در بیماران با فشارخون بالا بستری یا سرپایی جمع‌آوری پروتئین ادرار ۱۶ ساعته اول را توصیه کرد و در صورت نرمال بودن تشخیص پره اکلامپسی رد می‌شود و در صورت غیر طبیعی بودن با جمع‌آوری ادرار ۲۴ ساعته که گلد استاندارد تشخیص پروتئوری در پره اکلامپسی است، تأیید می‌شود. در این تحقیق ارزش اخباری منفی میزان جمع‌آوری ۱۶ ساعته بسیار بالا بوده می‌توان برای رد مسمومیت حاملگی از آن استفاده کرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این تحقیق می‌توان توصیه کرد در بیماران بستری که نیاز به تصمیم‌گیری سریع‌تر برای ختم بارداری یا ادامه آن دارند، از جمع‌آوری ۱۶ ساعته به‌ویژه برای رد موارد شدید پره اکلامپسی استفاده شود. چرا که زمان کوتاه‌تری می‌برد و به‌ویژه نتایج منفی آن قابل اعتمادتر است. این روش در مورد بارداری‌های با سابقه ضعیف باروری قبلی نظیر زنان دارای تاریخچه سقط مکرر یا

- Patients With Hypertensive Disorder. *J Urmia Univ Med Sci* 2010; 21(1): 10-6. [in Persian]
- [8] James D. Hypertension in Pregnancy. In: Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High Risk Pregnancy Management Options; 1999. P. 639-65.
- [9] Singhal SR, Ghalaut V, Lata S, Madaan H, Kadian V, Sachdeva A. Correlation of 2 hour, 4 hour, 8 hour and 12 hour urine protein with 24 hour urinary protein in preeclampsia. *J Offamily Reproductive Health* 2014; 8(3): 131.
- [10] Wongkitisophon K, Phupong V, Yamasmith W, Pansin P, Tannirandorn Y, Charoenvidhya D. Correlation of 4-and 24-hour urine protein in women with initially diagnosed hypertensive disorders in pregnancy. *J Medical Association Thailand= Chotmaihet Thangphaet* 2003; 86(6): 529-34.
- [11] Schubert FP, Abernathy MP. Alternate evaluations of proteinuria in the gravid hypertensive patient. *J Reproductive Med* 2006; 51(9): 709-14.
- [12] KielerH, Zettergren T, Svensson H, Dickman PW, Larsson A. Assessing urinary albumin excretion in pre-eclamptic women: which sample to use? *Int J Obstetrics Gynaecol* 2003; 110(1): 12-7.