

بررسی حاملگی پرخطر، عوامل موثر، درمان و نتایج آن در کلینیک صارم

طی سالهای ۱۳۷۱-۷۴

* دکتر فرحتاز امینی نائینی

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شیوع حاملگی‌های پرخطر و سرانجام شناخته شده آن و نیز تناقضاتی که در مورد نقش عوامل مختلف در بروز آن نوع درمان و بالاخره، پیش‌آگهی آن وجود دارد و به منظور تعیین حاملگی پرخطر، عوامل موثر در درمان و نتایج آن، این تحقیق بر روی مراجعین به کلینیک صارم سال ۱۳۷۱-۷۴ انجام گرفت.

مواد و روشها: پژوهش حاضر با روش مطالعه داده‌های موجود (Existing data) صورت پذیرفت. پرونده خانم‌های در معرض حاملگی پرخطر بیرون کشیده و نوع درمان، سرانجام درمان از پرونده بیماران استخراج و نقش هر کدام از عوامل در بروز حاملگی پرخطر مشخص و فاصله اطمینان آن تعیین گردید.

یافته‌ها: از بیست و پنج هزار پرونده مرکز، ۳۰۹ پرونده واحد شرایط مورد بررسی قرار گرفت. من افراد مورد بررسی ۳۲±۷ سال، مدت ازدواج ۸±۷/۶ سال، از نظر تحصیلات «۸» درصد تا دیپلم و تعداد کمی بی‌سواد بودند. حدود ۴۶/۳ درصد با درمان طبیعی و تحت نظر جانش شده و بعد از خارج کردن افرادی که مراجعه نکردند، حدود ۶۸/۹ درصد با درمان حامله و ۳۱/۱ هنوز حاملگی صورت نگرفته و تحت درمان هستند.

نتیجه گیری: با توجه به نتیجه تحقیق و با در نظر گرفتن عوامل خطر و لحاظ آن در بررسی جنبشی و به خصوص مدت یک سال قبل از حاملگی خواسته، درمان و پی‌گیری لازم منظور و با اجرای طرح‌های تحقیقاتی برای استخراج بهینه آموزش عمومی باعث افزایش سلامت مادر و در نتیجه سلامت جامعه گردید.

وازگان کلیدی: حاملگی پرخطر

مقدمه

موقع زایمان، سابقه LBW قبلی، سابقه سقط، مصرف میگار، تهوه، الکل، در طی حاملگی، آموزش پره ناتال و ترتیب داشتن فرزند زنده (Live birth order) را هشت فاکتور لحاظ کرده و پس از تحقیق مشخص شد که فقط سه عامل سابقه قبلی، مصرف سیگار در طی بارداری و Live birth order (یعنی فقط سه عامل) در بروز LBW موثر می‌باشد. لازم به ذکر است که تحقیق در کودکان ژاپنی صورت گرفته (۴)، در صورتی که در تحقیقات دیگر عواملی چون سن مادر موقع زایمان را جز عوامل خطر قرار داده‌اند (۵).

از این رو چون ما از وضعیت حاملگی پرخطر، عوامل موثر بر آن، نحوه درمان و سرانجام آن این تحقیق در مراجعت کنندگان به کلینیک صارم طی سالهای ۱۳۷۱-۷۴ انجام گرفت.

مواد و روشها

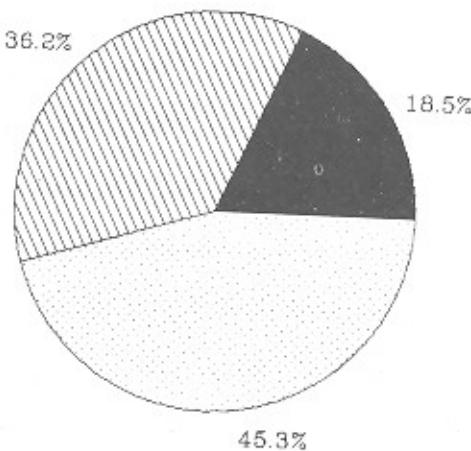
پژوهش حاضر با روش مطالعه داده‌های موجود (Existing data) صورت پذیرفت. نمونه‌گیری به طریق سرشماری و پرونده کلیه مراجعه کنندگان به کلینیک در این سال‌ها از بایگانی خارج و مورد مطالعه قرار گرفت و پرونده خانم‌هایی که سابقه سقط تکرار، بیماری زمینه‌ای مثل دیابت، قلبی، سابقه مردہ زایی، چند قلویی، مسمومیت حاملگی، حاملگی خارج از رحم، اختلالات ژنتیکی در خود یا در فرزندانشان، زایمان زودرس، خونریزی دوران حاملگی، نمایش‌های غیرطبیعی، سابقه کمی رشد جنین و یا زجر جنین داشته از پرونده آنها استخراج و در یک فرم اطلاعاتی ثبت گردید و نیز آزمایش‌های ارزیابی جنین طی بارداری، اقدامات درمانی و سرانجام این اقدامات مثل حامله شدن و یا نشدن، مردہ زایی و یا سقط بررسی و در همان فرم اطلاعاتی ثبت

حاملگی پرخطر یا مواردی که سلامت مادر و جنین طی حاملگی یا بعد از زایمان در معرض خطر قرار می‌گیرد از مشکلات عمده مامایی می‌باشد. شیوع حاملگی‌های پرخطر در مجموع حاملگی‌ها تا ۲۰ درصد گزارش شده است (۱). در حال حاضر اقدامات خاص پیش‌گیری به صورت عام مطرح نمی‌گردد، در صورت مراجعه مورد و بر حسب آن اقدامات مراقبتی درمانی لحاظ می‌شود اما بی‌توجهی به حاملگی پرخطر می‌تواند باعث افزایش میزان مرگ و میر مادر و جنین تا حدود ۵۰ درصد گزارش کرده‌اند (۱). در حالی که شناخت حاملگی‌های پرخطر نه فقط به این دلیل که تشخیص آن اولین قدم در جهت پیش‌گیری است بلکه پژوهش خطر و مشکل بالقوه را به درستی ارزیابی و اقدامات درمانی مناسب خطر حاصل برای مادر و جنین یا نوزاد را کاهش می‌دهد (۲). اما مساله این است که در مورد عوامل موثر در بروز حاملگی‌های پرخطر، درمان و سرانجام حاملگی گزارشات متفاوتی وجود دارد. در تحقیقی گزارش کرده‌اند فاصله بین دو حاملگی اگر کمتر از ۳ ماه باشد باعث افزایش میزان زایمان زوردرس می‌شود (۳) و از طرفی در همان تحقیق اعلام گردید که اگر فاصله بین دو حاملگی در دو گروه زنان حامله سفید پوست و سیاه پوست معادل شش ماه باشد (پس از کنترل عوامل تاثیرگذار) میزان زایمان زوردرس تغییر نمی‌کند (۳). اما در کتب مرجع فاصله بین دو حاملگی کمتر از سه سال را پرخطر تلقی کرده، البته باید در نظر داشت عوامل متعدد باعث پرخطری حاملگی از جهت فاصله بین دو حاملگی مطرح می‌باشد که نیاز به تحقیق بیشتری دارد.

در تحقیق دیگری عوامل موثری در LBW (وزن کم موقع تولد) را در ابتدا هشت مورد لحاظ (سن مادر

مدت ازدواج نمونه‌های 6 ± 7 سال و از حداقل یک سال و حداکثر ۲۶ سال، با نمای ۶ سال در ۲۸ نفر از نمونه‌ها می‌باشد و ۷۳ درصد آنها کمتر از ۱۰ سال از مدت ازدواج‌شان گذشته بود و ۳۵ درصد مدت ازدواج آنها در محدوده ۳ تا ۶ سال است. میزان تحصیلات نمونه‌ها ۸۰ درصد دیپلم تا خواندن و نوشتمن، ۱۸ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی و بقیه بی‌سواد بودند. از نظر شغلی، ۲۲۶ نفر ($73/1$ درصد) خانه‌دار و بقیه دارای مشاغل اداری بودند. ۱۴۰ نفر ($45/3$ درصد) آنها ساکن تهران و بقیه ساکنین خارج از تهران می‌باشند. از نظر RH خون، ۲۲۷ نفر ($77/7$ درصد) RH مثبت و بقیه ($11/3$ درصد) RH منفی دارند. ۲۶ نفر ($4/8$ درصد) زن و شوهر نسبت فامیلی داشتند.

۹۱ نفر ($4/29$ درصد) سابقه صفر تا پاریتی داشته و ۷۰ درصد بقیه مولتی پار بوده‌اند. در نمودار (۱) سابقه سقط در نمونه‌ها ارایه گردیده و نشان می‌دهد که $\frac{1}{3}$ موارد سابقه سقط و $\frac{2}{3}$ آنها دارای سابقه سقط می‌باشند.



نمودار ۱- توزیع سابقه سقط در ۳۰۹ مورد حاملگی پر خطر مرکز پژوهشی صارم طی سالهای ۱۳۷۱-۷۴

۱۵۸ مورد زمان سقط را به حاطر داشته، ۱۴۲ نفر آنها (۹۰ درصد) دارای سقط زودرس (کمتر از ۴ ماهگی)

گردید. داده‌های فرم اطلاعاتی طبقه‌بندی، استخراج و با آمار توصیفی ارایه گردید و ویژگی‌های افراد بر حسب هر یک از علل و عواملی که به نظر می‌آمد در بروز حاملگی‌های پر مخاطره موثر باشند بر حسب وجود یا عدم وجود، نقش و یا عدم نقش هر یک از عوامل موثر بر حاملگی‌های پر خطر اقدام گردید و نیز شیوع هر یک از عوامل پر خطر را در این بیماران تعیین و فاصله اطمینان (Confidence interval) را با احتمال ۹۵ درصد در جامعه برآورد گردید.

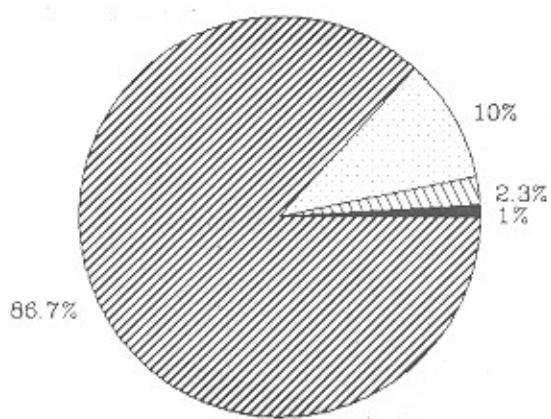
یافته‌ها

طی مدت بررسی از تعداد ۲۵ هزار پرونده مربوط به بیماران مبتلا به بیماری زنان و زایمان موجود بود که با مطالعه آنها تعداد 30.9 پرونده واجد شرایط جداگردید و مورد بررسی قرار گرفت. سن این بیماران 32 ± 7 سال و از حداقل ۱۵ سال (یک نفر) و حداکثر ۴۶ سال (یک نفر) و نمای سنی آنها نیز 32 سال و میانه سنی 30 سال بوده، در جدول (۱) توزیع سنی این بیماران ارایه و نشان داد که در گروه سنی $30-35$ سال بیشترین موارد حاملگی پر خطر وجود داشته است.

جدول ۱- توزیع گروه‌های سنی زنان حامله پر خطر در مرکز پژوهشی صارم طی سالهای ۱۳۷۱-۷۴

درصد	تعداد	فراوانی گروه‌های سنی
$7/4$	۲۳	۱۵-۲۰
$21/4$	۶۶	۲۱-۲۵
$22/6$	۷۰	۲۶-۳۰
$24/9$	۷۷	۳۱-۳۵
$15/9$	۴۹	۳۶-۴۰
$7/8$	۲۴	۴۱-۴۵
۱۰۰	۳۰۹	جمع

۳۱ نفر از این افراد (۱۰ درصد) دارای فرزندی با اختلالات ژنتیک بوده و ۳ نفر (۱ درصد) آنها هم یکی از والدین و هم فرزندی از آنها دارای اختلال ژنتیکی بودند و ۸۶/۷ درصد مابقی هیچ گونه اختلالی نشان ندادند.



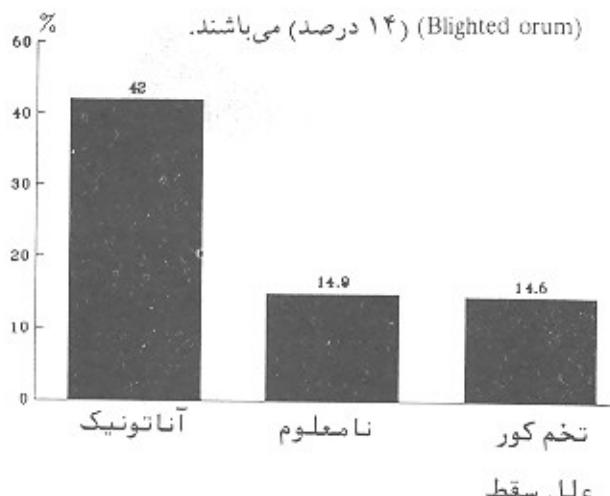
نمودار ۳- توزیع اختلال ژنتیکی در ۳۰۹ مورد حاملگی پرخطر در کلینیک صارم طی سالهای ۱۳۷۱-۷۴

از نظر بیماریها زمینه‌ای مادر سه نفر (۱ درصد) دارای بیماری دیابت و ۶ نفر (۱/۹ درصد) دارای بیماریهای قلبی - عروقی و ۱۲ نفر (۳/۹ درصد) بیماری داخلی (مثل مشکلات ریوی و تیرویید) و یک نفر (۰/۳ درصد) مبتلا به بیماری ایمونولوژیک می‌باشد.

جدول ۴- توزیع بیماریهای زمینه‌ای در ۳۰۹ مورد حاملگی پرخطر کلینیک صارم طی سالهای ۱۳۷۱-۷۴

درصد	تعداد	بیماریهای داخلی
۱	۳	دیابت
۱/۹	۶	قلبی - عروقی
۳/۹	۱۲	داخلی
۰/۳	۱	ایمونولوژیک
۹۲/۹	۲۸۷	ندارد
۱۰۰	۳۰۹	جمع

و ۱۶ نفر بقیه (۱۰ درصد) سقط دیررس داشتند. در نمودار (۲) علل سقط در نمونه‌ها مورد بررسی نشان داده شد و مشخص گردید که بیشترین علت آناتومیک (۴۲ درصد) و بعد از آن ایدیوباتیک (۱۵ درصد) و تخم کور



نمودار ۲- توزیع علل سقط در ۳۰۹ مورد سقط زنان حامله پرخطر کلینیک صارم طی سالهای ۱۳۷۱-۷۴

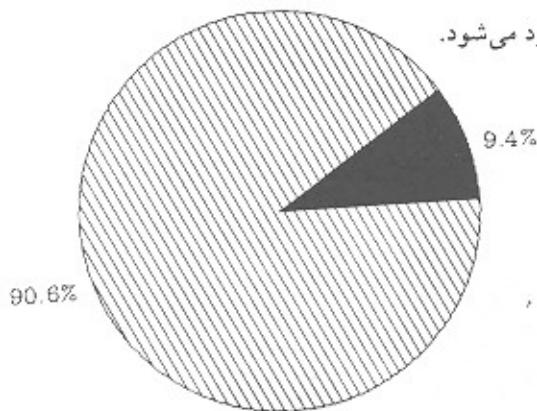
از نظر حاملگی خارج رحم ۹ نفر از این ۳۰۹ مورد حاملگی خارج رحم داشته‌اند که حدود ۲/۹ درصد محسوب می‌شود.

جدول ۵- توزیع حاملگی خارج از رحم در زنان حامله پرخطر در مرکز پزشکی صارم طی سالهای ۱۳۷۱-۷۴

درصد	فراوانی	حاملگی خارج رحم
۹۷/۱	۳۰۰	ندارد
۲/۹	۹	دارد
۱۰۰	۳۰۹	جمع

از نظر اختلالات ژنتیکی در این ۳۰۹ نفر، ۷ نفر یا ۲/۳ درصد یکی از زوجین بیماری ژنتیکی ثابت شده و

سمومیت ۴/۹ درصد بود. با توجه به این شیوع در نمونه‌های مورد بررسی شیوع عارضه در خانمهای پرخطر به احتمال ۹۵ درصد از حداقل ۲/۶ تا ۱۲/۶ درصد برآورد می‌شود.



نمودار ۵- توزیع سمویت حاملگی در حاملگی پرخطر کلینیک
صارم طی سالهای ۱۳۷۱-۷۴

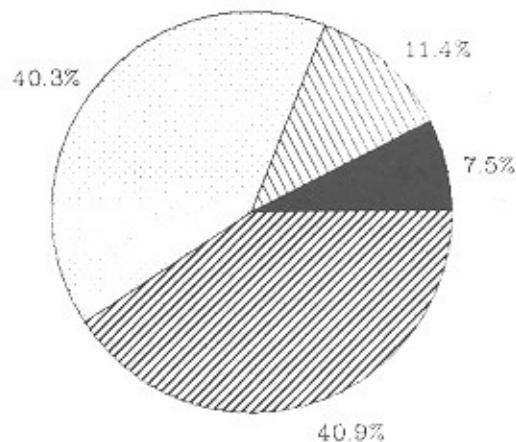
در جدول (۵) نحوه زایمان قبلی نمونه‌های مورد بررسی ارایه گردید. ۴۳ درصد آنها سابقه زایمان نبود، ۲۹ درصد سزارین و ۲۵ درصد زایمان طبیعی داشتند. ۱/۴ نمونه‌های مورد بررسی دارای زایمان قبلی طبیعی ولی در باروری بعدی در حاملگی پرخطر قرار گرفته‌اند.

جدول ۵- توزیع نحوه زایمان در حاملگی پرخطر کلینیک صارم
طی سالهای ۱۳۷۱-۷۴

درصد	تعداد	فرآوانی نحوه زایمان
۴۳/۴	۱۳۴	زایمان نداشته
۲۸/۸	۸۹	سزارین
۲۴/۹	۷۷	زایمان طبیعی
۲/۹	۹	زایمان زودرس
۱۰۰	۳۰۹	جمع

علت سزارین در ۸۹ نمونه مورد بررسی در نمودار (۶) ارایه گردیده و نشان می‌دهد که بیشترین علت سزارین

این افراد سابقه حدود ۱۳۴ نفر (۴۰/۳ درصد) تولد نوزاد زنده و ۳۵ نفر (۱۱/۴ درصد) سابقه مرده‌زایی را داشته‌اند و ۲۳ نفر (۷/۵ درصد) هر دو سابقه را دارا بودند و ۱۲۶ مورد (۴۰/۹ درصد) تولد نوزاد زنده یا مرده‌زایی را نداشته‌اند.



نمودار ۶- توزیع بیماران بر حسب فرزندان زایمان شده در حاملگی پرخطر مرکز صارم سال طی سالهای ۱۳۷۱-۷۴
در این افراد ، ۲۰ نفر (۶/۵ درصد) دارای سابقه چندقولوبی و بقیه یک قلوبی بودند.

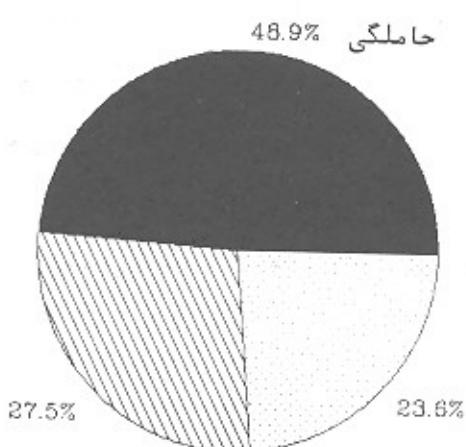
جدول ۶- توزیع چندقولوبی در حاملگی پرخطر کلینیک صارم
طی سالهای ۱۳۷۱-۷۴

سابقه چند قولوبی	تعداد	درصد
دارد	۲۰	۶/۵
ندارد	۲۸۹	۹۳/۵
جمع	۳۰۹	۱۰۰

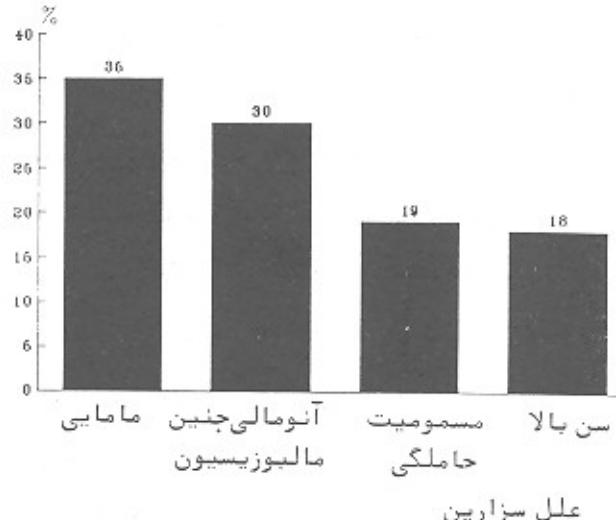
طی این بررسی مشخص شد که ۲۹ نفر (۹/۴ درصد) مبتلا به مسمومیت حاملگی گردیده‌اند و شیوع

بیمارانی که در وهله اول همکاری نکردند ۷۱ نفر (۲۳ درصد) بودند و از ۲۳۸ مورد بقیه، ۶۴ نفر با اقدامات درمانی حامله شدند و ۷۴ نفر بقیه (۳۱/۱ درصد) هنوز حاملگی در مورد آنها اتفاق نیفتاد ولی درمان ادامه دارد. از ۱۶۴ مورد حاملگی، ۵۷ آزمایش تشخیصی برای ارزیابی وضعیت جنین (۳۴/۷ درصد) انجام گرفت که بیشترین آزمایش‌ها مربوط به NST در ۳۰ مورد (۱۸/۳ درصد) کل زنان جامعه و ۵۲/۶ درصد کل آزمایش‌های به عمل آمده را شامل شده است) بود. آزمایش‌های بعدی شامل CVS در ۱۳ مورد، آمنیوستتر در ۱۲ مورد و آزمایش Foam در مورد بوده است.

نتیجه درمان - در ۳۰۹ مورد بررسی، تعداد ۱۵۱ نفر (۴۸/۹ درصد) منجر به حاملگی شده و ۷۳ نفر (۲۳/۶ درصد) درمان کماکان ادامه دارد و ۸۵ نفر (۲۷/۵ درصد) مراجعت نکرده‌اند. در نمودار (۱) وضعیت نتیجه درمان ارایه گردید. در ضمن از خانم‌های حامله تعداد ۹۰ نفر (۵۹/۶ درصد) منجر به تولد فرزند زنده، ۵۰ نفر (۳۳/۱ درصد) زایمان ادامه دارد و ۱۱ نفر (۷/۳ درصد) نوزاد مرده و یا سقط شده است.



در زایمان قبلی علل ماماپی (بیش از $\frac{1}{3}$ موارد) و در مرحله بعدی آنومالی جنین یا مالپوزیسیون (۳۰ درصد) می‌باشد.



نمودار ۶- توزیع علل سزارین قبلی در ۲۹۰ مورد سزارین حاملگی پرخطر کلینیک صارم طی سالهای ۱۳۷۱-۷۴
از ۳۰۹ مورد بررسی، ۵۴ نفر (۱۷/۵ درصد)
مراجعه ننموده‌اند و از ۲۵۵ نمونه موردنظر بررسی بیشترین تعداد یعنی ۱۱۸ نفر (۴۶/۳ درصد) تحت درمان طبیعی و تحت نظر قرار گرفته‌اند و ۶۴ نفر (۲۵ درصد) درمان سیرکولاز (Circulage) شدند (جدول ۶).

جدول ۶- توزیع اقدامات درمانی در خانمهای در معرض حاملگی پرخطر کلینیک صارم طی سالهای ۱۳۷۱-۷۴

فرآونی اقدامات درمانی	تعداد	درصد
طبی و تحت نظر	۱۱۸	۴۶/۳
سیرکولاز	۶۴	۲۵/۱
	۴۲	۱۶/۵
عمل نرمی	۱۶	۶/۳
لاهاراسکوبی	۸	۲/۱
لنفوسيت تراپی	۴	۱/۵
	۳	۱/۲
جمع	۲۵۵	۱۰۰

بحث

حامنگی تاثیری نداشته در صورتی که در تحقیق‌های دیگر مساله سن (زیر ۱۸ سال و بعدی ۳۵ سال) از عوامل خطر محسوب می‌شوند (۵)، شاید به دلیل بارداری این گروه در محدوده سنی بین ۲۰-۳۵ سال این عامل خود را به خوبی نشان نداده است. از نظر محل سکونت نیز با توجه به این که در تحقیقات دیگر محل سکونت عامل موثر شناخته شد. احتمالاً در این تحقیق به خاطر این که مراجعه‌کنندگان به مرکز خصوصی از شرایط بهتری برخودار بوده‌اند این نتیجه نمی‌تواند به عنوان نمونه‌ای از کل جامعه تلقی گردد.

از جمله عوامل محدوده کننده این تحقیق مساله روش تحقیق در این مطالعه بود که به دلیل اطمینان نداشتن به داده‌های تحقیق، کم و کاستی تعداد داده‌های موجود و نیز عدم دسترسی به همه داده‌های مورد نیاز است. اگر چه برای کشورهای در حال توسعه مثل ما لازم است، به طور اساسی باید تحقیقات باکیفیت بالاتری بر حسب موضوع منظور شود.

در نهایت این که برنامه آموزشی می‌تواند منجر به موفقیت در کاهش این مشکل باشد زیر سوال است و نشان داده‌اند که اگر برنامه آموزشی قابل درک و متناسب براساس نیاز باشد می‌تواند منجر به موفقیت شود (۶) و بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود که هر نوع برنامه آموزشی باید براساس مبنای تحقیقاتی تجربی کنترل شده انجام گیرد تا موفقیت اجرای برنامه آموزشی را تضمین کند.

تحقیق نشان داد که میزان شیوع پره اکلامپسی در این گروه ۹/۴ درصد بوده و با احتمال ۹۵ درصد از حداقل ۲/۶ تا ۱۲/۶ درصد در این جامعه می‌باشد و این به نسبت یک گروه پرخطر میزان قابل توجهی را شامل نمی‌شود (۱) که احتمالاً به دلیل سن بارداری در این گروه (حدود ۲۰-۳۵ سال) می‌باشد.

در این تحقیق میزان سه سقط پشت سرهم یا بیشتر ۱۸/۴ درصد اعلام گردید که خود این عامل می‌تواند باعث بروز عوامل دیگری در حامنگی‌های بعدی از جمله زایمان زودرس، جفت سرراحتی، وضعیت نمایشی بد، کمبود رشد جنین شود و نتیجه نقش یک عامل خطر به عنوان عامل برای بروز عوامل خطر دیگر مطرح و دوباره لزوم یک آموزش منطقی و قابل درک با توجه به عامل خطر برای این مادران و در نتیجه افزایش سلامت جامعه مطرح می‌گردد.

نکته دیگر این که گرچه تعدادی از بیماران سابقه تولد یک یا چند فرزند سالم و زنده را داشته، در حامنگی‌های بعدی در گروه پرخطر قرار گرفته و با توجه به این که ممکن است مادران مولتی پار به حامنگی حاضر به لحاظ حامنگی قبلی کمتر بها دهند لزوم مجدد آموزش معنی دار و منطقی را مطرح می‌کند.

در این تحقیق عوامل سن، مدت ازدواج، سطح سواد، محل سکونت، شغل و RH در پرخطر کردن

References:

- صفایی ف. بررسی علل حامنگی‌های پرخطر و نحوه درمان آنها در مرکز پزشکی صارم. پایان نامه جهت دریافت دکتری پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران؛ ۱۳۷۵: ۶۷-۳.
- Lowry LW, Beikroh P. Effect of comprehensive care on pregnancy outcomes. Appl Nurs Res.

- 1992; 55-61.
3. Ekwo EE. Moewad A. The relationship of interpregnancy interval to the risk of preterm births to black and white women. *Int J Epidemiol.* 1998; 27: 68-73.
 4. Maruoka K. Yagi M. Akazawa K. Inter pregnancy interval. *Acta Paediatr.* 1998; 87: 304-309.
 5. Quintanilla GC. Juarez JA. High risk pregnancy and its treatment. *Gynecol Obstet Mex.* 1997; 533-537.