بررسی مقایسه‌ای خطر مسمومیت بارداری در بارداری‌های خواسته و ناخواسته: یک مطالعه همگروهی

دکتر لیدا مقدم بنائم: دستیار بهداشت مادر و کودک،گروه خدمات بهداشتی, دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی, دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی تهران

دکترحسن افتخار اردبیلی: * استاد، گروه خدمات بهداشتی, دانشکده بهداشت وانستیتو تحقیقات بهداشتی, دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی تهران

دکتر فرشته مجلسی: دانشیار، گروه خدمات بهداشتی, دانشکده بهداشت وانستیتو تحقیقات بهداشتی, دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی تهران

دکترعباس رحیمی: استادیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت وانستیتو تحقیقات بهداشتی, دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی تهران

دکتر سعید تأملی: پزشک عمومی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری

دکتر علیرضا امینی‌منش: پزشک عمومی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری

فصلنامه پایش
سال هفتم شماره اول زمستان ۱۳۸۶ صص ۳۳-۲۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۷/۱۲

چکیده

مسمومیت حاملگی به طور معمول به صورت نشانگانی از افزایش فشار خون ناشی از حاملگی به همراه پروتئینوری با ادم تعریف می‌شود و پرفشاری در حاملگی عبارتست از فشار خون سیستولیک بالای ۱۴۰ میلی متر جیوه, یا فشار خون دیاستولیک بالای ۹۰ میلی متر جیوه در حداقل ۲ بار اندازه‌گیری جداگانه به فاصله حداقل ۶ ساعت. مسمومیت حاملگی یک عامل مهم ایجاد عوارض در مادر, مرگ پیش از ولادت (Prenatal death) و زایمان زودرس می‌باشد. از سوی دیگر بارداری‌های ناخواسته با شیوع ۳۸ درصد در جهان، زنان را در معرض بروز علائم فشار عصبی, خطر افزایش بروز سقط, زایمان زودرس و تولد نوزادان کم وزن قرار می‌دهد. از آنجا که تاکنون ارتباط بین بارداری‌های ناخواسته و مسمومیت حاملگی, مورد بررسی قرار نگرفته بود, این مطالعه به منظور تعیین وجود یا عدم وجود این ارتباط طراحی شد. در این مطالعه ۱۸۰۰ زن باردار با سن بارداری کمتر از ۲۸ هفته در دو گروه بارداری‌های خواسته و ناخواسته با تعداد مساوی (۹۰۰ نفر در هر گروه) از زمان ورود در مطالعه تا زمان زایمان تحت بررسی و مراقبت‌های معمول بارداری قرار گرفتند. در صورت بروز پرفشاری و ادم (خیز), زن باردار مبتلا به مسمومیت حاملگی تشخیص داده شد. در این مطالعه ۲۳ مورد (۲/۵ درصد) مسمومیت حاملگی در گروه مادران دارای بارداری‌های خواسته و ۳۷ مورد (۴ درصد) در گروه مادران دارای بارداری‌های ناخواسته به وقوع پیوست که تفاوت بین دو گروه معنی دار نبود (۲/۷۷۴- ۰/۹۶۳)۱/۶۳۵ =Odds ratio، P= ۰/۰۶۶..

در مدل رگرسیون لجستیک چند متغیره نیز ارتباطی بین بارداری‌های ناخواسته و وقوع مسمومیت حاملگی مشاهده نشد. (۲/۷۲۴- ۰/۹۴۳)۱/۶۰۳ =Odds ratio، P= ۰/۰۸۱.

از آنجا که با وجود بررسی‌های مختلف علل دقیق وقوع مسمومیت حاملگی شناخته نشده‌اند, باید مطالعاتی در سطح وسیع‌تر و در جوامع مختلف در این مورد انجام شود تا بتوان به قضاوت صحیحی در مورد ارتباط بارداری‌های ناخواسته و مسمومیت حاملگی دست یافت.

کلیدواژه‌ها: مسمومیت حاملگی, حاملگی ناخواسته, مراقبت دوران بارداری ،مراکز بهداشتی ـ درمانی

* نویسنده پاسخگو: دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، گروه خدمات بهداشتی
تلفن: ۸۸۹۵۵۸۸۸
Email: eftkhara@tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.5.5]

مقدمه

پره اکلامپسی به طور معمول بـه صـورت نـشانگانی از پرفـشاری ناشی از حاملگی به همراه پروتئینوری یـا خیـز تعریـف مـی‌شـود و پرفشاری در حاملگی عبارتست از فشار خون سیستولیک بالای ۱۴۰ میلی متر جیوه یا فشار خـون دیاسـتولیک بـالای ۹۰ mm Hg در حداقل ۲ بار اندازه‌گیری جداگانه به فاصله حداقل ۶ ساعت[۱].

پره اکلامپسی یک اختلال چند سیستمی با علت شناسی نامعلوم است که اغلب، همراه با افزایش فشار خون و پروتئینوری مـی‌باشـد. شیوع پره اکلامپسی در حدود ۳ تا ۸ درصد از بارداری‌ها بوده و هـر چند در اغلب موارد پیامد نامطلوبی ندارد ولی همچنان عامـل مهـم ناخوشی در مادر, مرگ پری ناتال و زایمان زودرس می‌باشد[۲]. پره اکلامپسی / اکلامپسی تقریباً سالانه در جهان مـسؤول بـیش از ۵۰ هزار مرگ در مادران است و همچنین با افزایش ۵ برابر مرگ و میر پری ناتال همراه است. گرچه میزان پره اکلامپـسی و تعـداد مـوارد مرگ مادران ناشی از پرفشاری در بـارداری طـی سـال‌هـای اخیـر, کاهش محسوسی داشته است، ولی در برخی از کـشورهای در حـال توسعه که میزان مرگ و میر مادران بالاست, اغلب این موارد مرگ و میر همراه با پره اکلامپسی بـوده اسـت. حتـی در کـشورهای دارای میزان کم مرگ و میر مادران, قسمت عمده‌ای از این میزان مربـوط به پره اکلامپسی ـ اکلامپسی است. به عنوان مثال در انگلستان پـره اکلامپسی و اکلامپسی همراه با هم علت مستقیم ۱۵ درصد از مرگ مـادران بـوده و ۲/۳ از ایـن مـرگ‌هـا مربـوط بـه پـره اکلامپـسی هستند[۳].

از حدود ۲۱۰ میلیون بارداری که سالانه رخ می‌دهـد, حـدود ۳۸ درصد ناخواسته هستند. ۷۶ میلیون حاملگی ناخواسـته در سـال در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد. این حاملگی‌های ناخواسته به ۲ علت رخ می‌دهند: عدم استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری و یا شکست روش جلـوگیری از بـارداری مـورد اسـتفاده. در سـال، حدود ۲ میلیون سقط غیر ایمن انجام می‌شود که حدود ۷۵ درصـد از آنها در کشورهای در حال توسعه رخ داده و منجر به مـرگ بـیش از ۲۰۰ زن در روز می‌شوند[۴].

بحران ناشی از وقوع حاملگی ناخواسته, بحرانی است که علاوه بـر نگرانی و غیر منتظره بودن, در اکثر موارد با نتایج تأسف بـار همـراه است[۵]. زنان مبتلا به این بحـران, بـه علـت داشـتن احـساسات و عواطف ناخوشایند طی دوران بارداری, در معرض بروز علائـم فـشار خون و خطر افزایش بـروز سـقط, زایمـان زودرس و تولـد نـوزادان کم‌وزن در مقایسه با زنان دارای حاملگی خواسـته قـرار مـی‌گیرنـد. همچنین از مراجعه منظم به مراکز بهداشتی جهت دریافت خـدمات مورد نیاز جهت پی‌گیری سلامت خـود وجنـین, کوتـاهی نمـوده و موجب می‌شوند خطرات بالقوه‌ای نظیر افزایش فشار خون حـاملگی, دیابت و غیره که ممکن است تهدیدی جدی بـرای سـلامت مـادر و جنین به حساب آیند به موقع شناسایی و پیشگیری نشوند[۶].

باتوجه به این که تأثیر مستقیم حاملگی‌های ناخواسـته بـر وقـوع پره اکلامپسی در دوران بارداری تاکنون بررسی نشده بـود, تـصمیم گرفته شد در یک مطالعه کوهـورت آینـده نگـر ایـن تـأثیر بررسـی گردد.

مواد و روش کار

این مطالعه طی اردیبهشت تا بهمن ۱۳۸۴ به صورت یک بررسـی کوهورت آینده نگر در تمامی مراکز شهری و روستایی و خانـه‌هـای بهداشت شهرستان ری, انجام گرفت. پرسنل بهداشتی که در اجرای طرح دخیل بودند عبارت بودنـد از: ۶ پزشـک عمـومی و حـدود ۶۰ ماما و کاردان و کارشناس بهداشت خانواده و ۳۰ بهورز که در مراکز تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری, شـاغل بودنـد. تمامی مادران باردار مراجعه کننده بـه ایـن مراکـز جهـت دریافـت مراقبت‌های دوران بارداری که سن بارداری آنهـا در زمـان ورود بـه مطالعه کمتر از ۲۸ هفته بـارداری بـود و بـرای شـرکت در مطالعـه رضایت داشتند, در دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته وارد طـرح شدند و تا پایان بارداری تحت مراقبت و پی‌گیـری فعـال در مراکـز بهداشتی ـ درمانی قرار گرفتند. خواسته یا ناخواسته بودن حـاملگی بر اساس اظهار مادر در اولین نوبت مراقبت بارداری, تعیین گردیـد. ناخواسته بودن حاملگی به معنای ناخواسته از نظر مادر, یا پـدر, یـا هر دو و یا حاملگی زودتر از موعد مورد نظر والدین, تعریف گردید.

برای تعیین حجم نمونـه, از فرمـول مقایـسه نـسبت‌هـا اسـتفاده گردید و مبنای محاسبه تفاوت میزان مرگ نوزادان در بارداری‌هـای خواسته و ناخواسته بود. برای اطمینان ۹۵٪ و تـوان مطالعـه ۸۰٪ و Odds ratio برابر۲, حجم نمونه به دست آمده ۸۸۵ بود که در این مطالعه در هر گروه بارداری‌هـای خواسـته و ناخواسـته, ۹۰۰ مـادر باردار وارد مطالعه گردید.

از زمان ورود در مطالعه تـا زمـان زایمـان تمـامی مـادران تحـت مراقبت‌های روتین بارداری قرار گرفتند و در هر بـار مراجعـه فـشار خون ایشان اندازه گیری شد. افزایش فشار خـون بـه صـورت فـشار

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.5.5]

خـون سیـستولیک بـالای ۱۴۰ mmHg یـا فـشار دیاسـتولیک بالای ۹۰ mmHg در حـداقل ۲ انـدازه گیـری متفـاوت بـا فاصـله حداقل ۶ ساعت تعریف گردید و از علایم ادم یا خیز سـؤال شـده و در معاینه نیز بررسی گردیـد. در صـورتی کـه افـزایش فـشار خـون همراه با خیز وجود داشت، طبق تعریف ذکر شده در مقدمـه, مـادر باردار مبتلا به پره اکلامپسی تشخیص داده شد.

پس از تکمیل داده‌ها و ورود آنها در رایانـه، تجزیـه و تحلیـل بـه وسیله نرم افزار آماری SPSS 11.5 انجام گرفت.

یافته‌ها

طبق جدول شماره ۱, هیچ مورد پی‌گیری نشده وجود نداشـت و تمامی ۱۸۰۰ مادر باردار تا زمان زایمان تحت مراقبت قرار داشـتند. در این مطالعه ۲۳ مورد (۲/۵ درصد) پره اکلامپسی در گروه مادران دارای بارداری‌های خواسته و ۳۷ مورد (۴ درصد) در گـروه مـادران دارای بارداری‌های ناخواسته به وقوع پیوست. تفاوت بـین دو گـروه نیـــز معنـــی‌دار نبـــود (Odds ratio= ۱/۶۳۵(۰/۹۶۳-۲/۷۷۴، P=۰/۰۶۶).

در مرحله بعد عواملی مانند سن مادر (کمتر از ۲۰ و بـیش از ۳۵ سال), سابقه بیماری‌های مزمن زمینه‌ای مادر مانند دیابت, بیمـاری پرفشاری, خودایمنی یا کلیوی از قبل و وقوع دیابـت بـارداری, کـه احتمال داشت جزو عوامل مخدوش کننده باشند مورد بررسی قـرار گرفتند (جدول شماره ۲)، ولی ارتباط معنی‌داری بین این عوامـل و بارداری‌های ناخواسته مشاهده نگردید تـا بتـوان آنهـا را بـه عنـوان عوامل مخدوش کننده در نظر گرفت.

جهـت بررسـی دقیـق‌تـر ارتبـاط عوامـل احتمـالی مـؤثر بـر پره اکلامپسی با بارداری‌هـای ناخواسـته، از مـدل رگرسـیون چنـد متغیره لجستیک استفاده گردید. برای اسـتفاده از ایـن مـدل، ایـن عوامل به صـورت دو حـالتی (حالـت مـشکل‌زا و حالـت بـی‌خطـر) کدبندی شده و به همـراه پـره اکلامپـسی و بـارداری ناخواسـته یـا خواسته که آنها نیز کدبندی شده بودند، وارد مدل گردیدند.

همانگونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، پس از در نظـر گرفتن تـأثیر عوامـل احتمـالی مـؤثر بـر پـره اکلامپـسی، حـاملگی ناخواسته با توجه به Odds ratio یا نسبت شانس به دست آمده که برابر ۱/۶۰۳ با ۹۵٪ فاصله اطمینان ۰/۹۴۳ تا ۲/۷۲۴ بود، وقوع پره اکلامپسی را ۱/۶ برابر افزایش می‌داد ولی با توجه به P=۰/۰۸۱ این تأثیر معنی‌دار نبود. عوامل احتمالی مؤثر بر پـره اکلامپـسی، شـامل سن کمتر از ۲۰ و بالاتر از ۳۵ سال مادر (P=۰/۱۵۱)، بیماری‌هـای مزمن زمینه‌ای مادر (P=۰/۵۸۷) و دیابت حاملگی (P=۰/۳۴۴)، بـا توجه به نسبت شانس به دسـت آمـده و ۹۵٪ فاصـله اطمینـان آن برای هر یک از این عوامـل موجـب افـزایش وقـوع پـره اکلامپـسی می‌شدند ولی با توجه به P-valueهای به دست آمده، ایـن افـزایش در هیچ یک از موارد معنی‌دار نبود.

جدول شماره۱- توزیع فراوانی پره اکلامپسی در دو گروه مورد مطالعه

نوع بارداری	وقوع پره اکلامپسی				کل	
	بلی		خیر			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ناخواسته	۳۷	۴	۸۶۳	۹۶	۹۰۰	٪۱۰۰
خواسته	۲۳	۲/۵	۸۷۷	۹۷/۵	۹۰۰	٪۱۰۰
کل	۶۰	۳/۳	۱۷۴۰	۹۶/۷	۱۸۰۰	٪۱۰۰

جدول شماره ۲- فراوانی و رابطه عوامل احتمالی مؤثر بر ایجاد پره اکلامپسی با بارداری‌های ناخواسته در مادران دو گروه

متغیر مورد بررسی	بارداری‌های ناخواسته (۹۰۰ مورد)		بارداری‌های خواسته (۹۰۰ مورد)		P
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن مادر زیر ۲۰ و بالای ۳۵ سال	۲۱۴	۲۳/۸	۱۸۱	۲۰/۱	۰/۰۶
وجود بیماری زمینه ای مزمن در مادر	۱۹	۲/۱	۱۴	۱/۶	۰/۳۸
وقوع دیابت بارداری در مادر	۱۳	۱/۴	۱۴	۱/۶	۰/۸۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.5.5]

جدول شماره ۳- بررسی عوامل مؤثر بر پره اکلامپسی در مادران باردار تحت مطالعه (آنالیزرگرسیون چند متغیره لجستیک)

عوامل مورد بررسی	ضریب رگرسیون	خطای معیار ضریب رگرسیون	ملاک آزمون	درجه آزادی	P	Odds ratio (نسبت شانس)	٪۹۵ فاصله اطمینان نسبت شانس
سن مادر (زیر ۲۰ و بالای ۳۵ سال)	۰/۴۱۴	۰/۲۸۹	۲/۰۶۲	۱	۰/۱۵۱	۱/۵۱۳	۰/۸۶۰-۲/۶۶۴
بیماری‌های مزمن زمینه‌ای مادر	۰/۴۲۷	۰/۷۸۶	۰/۲۹۵	۱	۰/۵۸۷	۱/۵۳۳	۰/۳۲۸-۷/۱۵۴
دیابت حاملگی	۰/۷۴۸	۰/۷۹۰	۰/۸۹۶	۱	۰/۳۴۴	۲/۱۱۲	۰/۴۴۹-۹/۹۳۳
حاملگی ناخواسته	۰/۴۷۲	۰/۲۷۱	۳/۰۳۷	۱	۰/۰۸۱	۱/۶۰۳	۰/۹۴۳-۲/۷۲۴

بحث و نتیجه گیری

پره اکلامپسی شایع‌ترین اختلال پرفشاری در حاملگی است که درسال حدود ۸-۵ درصد از زنان باردار را در آمریکا مبتلا می‌کند و بیشترین اثر را بر پیامد بارداری چه از نظر مادری و چه از نظر جنینی می‌گذارد. در مطالعه‌ای در پنسیلوانیای ایالات متحده آمریکا از ۱۹۹۸ زن باردار مورد مطلعه ۲۹ بیمار مبتلا به پره اکلامپسی شناخته شدند که شیوع ۲/۵ درصد را نشان می‌دهد[۲].

شیوع کلی پره اکلامپسی در جهان حدود ۵ درصد کل حاملگی‌ها است[۴]. گرچه در ده سال گذشته [۹] شیوع پرفشاری حاملگی و اکلامپسی در آمریکا ثابت باقی مانده ولی شیوع پره اکلامپسی حدود ۳۰ درصد افزایش یافته است که احتمالاً مربوط به افزایش تعداد مادران مسن‌تر و حاملگی‌های چندقلویی است.

در این مطالعه ۲۳ مورد (۴ درصد) پره اکلامپسی در گروه مادران دارای بارداری‌های خواسته و ۳۷ مورد (۲/۵ درصد) در گروه مادران دارای بارداری‌های ناخواسته به وقوع پیوست. تفاوت بین دو گروه معنی‌دار نبود. در مدل رگرسیون لجستیک چند متغیره نیز ارتباطی بین بارداری‌های ناخواسته و وقوع پره اکلامپسی مشاهده نشد.

در بررسی انجام شده در متون, هیچ مطالعه‌ای در مورد ارتباط بارداری‌های ناخواسته و پره اکلامپسی انجام نشده بود و بنابراین نمی‌توان این ارتباط را در مطالعات مختلف مورد مقایسه قرار دارد.

در مورد یافته‌های به دست آمده در این مطالعه و وجود نتایجی متفاوت با آنچه مورد انتظار بود می‌توان موارد زیر را ذکر نمود:

۱- با توجه به این که اکثریت قریب به اتفاق مادران دارای بارداری ناخواسته در سن بارداری ۱۱ تا ۲۰ هفته، وارد مطالعه شده‌اند و در ضمن کسانی بوده‌اند که خودشان داوطلبانه به مراکز بهداشتی ـ درمانی مراجعه نموده‌اند، به نظر می‌رسد بارداری این مادران هر چند در ابتدا ناخواسته بوده ولی این مادران در نهایت، مراقبت دوران بارداری را در مورد بارداری خود اعمال نموده‌اند و حتی در مواردی ممکن است این مادران با نگرانی از ناخواسته بودن بارداری و احتمال وقوع مشکلاتی طی دوران بارداری بر مراقبت خود افزوده‌اند. بنابراین عملاً در برخی موارد پیامدهای موردنظر، چندان برجسته به نظر نمی‌رسند.

۲- ممکن است مادران دارای بارداری ناخواسته‌ای که اقدام به سقط ننموده و تا پایان دوران بارداری خود به بارداری ادامه داده‌اند، به دلیل ناخواسته بودن بارداری و نارضایتی خود، به مراکز بهداشتی ـ درمانی مراجعه ننموده باشند و شاید در صورت مراجعه ایشان نتایج متفاوتی با نتیجه فعلی به دست می‌آمد که در جهت تأیید فرضیات مطالعه بود.

با توجه به نکات فوق به نظر می‌رسد جهت قضاوت قطعی و نتیجه گیری نهایی، مقایسه این دو گروه در مطالعات دیگر باید از هنگام تشخیص بارداری آغاز شود و ترتیبی اتخاذ گردد که بتوان نمونه‌های مورد نظر را بدون آن که خود مادران داوطلبانه به مراکز بهداشتی ـ درمانی مراجعه نمایند، یافت و تا زمان زایمان تحت مطالعه قرار داد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی تهران به شماره قرارداد ۱۳۲/۱۰۶۶۱ مورخ ۱۳۸۳/۱۲/۲۶ می‌باشد. به این وسیله از همکاری‌ها و مساعدت‌های معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران تقدیر و تشکر می‌شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.5.5]

منابع

1- Scott James R, Disaia Fillip J, Hamond Charles B, Spellacy William N. Danforth's obstetrics & gynecology. 9th Edition, Lippincott Williams and Wilkins: UK, 2003

2- Duley L. Pre-eclampsia and the hypertensive disorders of pregnancy. Brithish Medical Bulletin 2003; 67: 161-76

3- Sahin, Guler. Incidence: morbidity and mortality of pre-eclampsia and eclampsia. Review for the 12th Postgraduate Course in Reproductive Medicine and Biology, Geneva: Switzerland, 2003

4- Family care International- Global Sexual and Reproductive Health and Rights Advocacy- Unwanted pregnancy, 2005. www. Family care intl.org, july 10, 2006

5- Health Ministry of Islamic Republic of Iran, UNFPA, unicef, Iran Demographic and Health Survey, 2000

6- Paydarfar A, Malekafzali H. Sociodemographic attributes of Iranian wives who reported unwanted pregnancies. Social Biology 2001; 48: 105-25

7- Stamilio David M., Sehdev Harish M. Can antenatal clinical and biochemical markers predict the development of preeclampsia? American Journal of Obstetrics and Gynecology 2000; 18: 589-94

8- www.cureResearch.com. Prevalance and Incidence of Preeclampsia Jun 12, 2003

9- www.wrongDiagnosis.com. Prevalence and Incidence of Preeclampsia, July 6, 2006

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.5.5]