

فراوانی پرفشارخونی حاملگی و برخی عوامل موثر بر آن در زنان باردار مراجعه

کننده به زایشگاه نیک نفس رفسنجان در سال ۱۳۷۹

زهرا ثقفی^{۱*}، مرضیه لری پور^۲، خدیجه مهدیزاده^۳

خلاصه

زمینه و هدف: سلامت مادران در دوران بارداری، از مهم ترین شاخص های بهداشتی جوامع محسوب می شود. پرفشاری خون یکی از عوارض نسبتا شایع دوران بارداری بوده که به همراه خونریزی و عفونت، سه عامل مرگ و میر مادران را به خود اختصاص می دهد. هدف از این مطالعه، بررسی فراوانی پرفشارخونی حاملگی، عوامل موثر و عوارض مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به تنها زایشگاه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۷۹ بوده است.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی مقطعی، تعداد ۴۱۱۳ پرونده خانم های باردار که از فروردین ۱۳۷۹ تا فروردین ۱۳۸۰ جهت زایمان، به زایشگاه نیک نفس رفسنجان مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. مشخصات دموگرافیک نمونه ها (سن، میزان تحصیلات، محل سکونت و ارتباط فامیلی با شوهر)، میزان فشار خون و عوامل مؤثر بر پرفشارخونی (سابقه فشار خون قبل از حاملگی، فشار خون بالا در حاملگی قبلی، تعداد حاملگی و زایمان، سن حاملگی، چند قلوپی، دیابت، مول) و عوارض پرفشاری خون (جدا شدن زودرس جفت، مرده زایی، کاهش رشد داخل رحمی) از طریق چک لیست، جمع آوری گردید. اطلاعات از طریق نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون آماری کای اسکور مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: شیوع پرفشاری خون در واحدهای مورد مطالعه، ۳ درصد بود که ۱/۸ درصد آن از نوع "خفیف" و ۱/۲ درصد "شدید" بوده است. فشار خون سیستول "شدید"، در گره سنی ۳۵ سال به بالا، بیشتر گزارش شد. بیشترین افراد با فشار خون سیستول "خفیف"، دارای رتبه حاملگی یک بوده و مادران با سن حاملگی کمتر از ۳۵ هفته، کمترین پرفشاری خون را داشتند. در مادران با جنین های کمتر از ۲۵۰۰ گرم، پرفشاری خون از نوع "شدید" نسبت به "خفیف"، بیشتر گزارش گردید. بین پرفشاری خون با متغیرهای سن حاملگی، رتبه حاملگی، وزن نوزاد ارتباط معنی دار وجود داشت ($p \leq 0.05$).

نتیجه گیری: هرچند که شیوع پرفشاری خون در جامعه مورد پژوهش، کمتر از آمار تحقیقات مشابه بوده و ارتباط آماری معنی داری در مورد رتبه حاملگی، سن حاملگی و وزن جنینی با پرفشارخونی حاملگی مشاهده شد اما نظر به جمع آوری اطلاعات بر اساس گذشته نگر و آنهم قبل از زایمان، و دخیل بودن عوامل مخدوش کننده در کنترل صحیح فشار خون، اجرای پژوهش دقیق و روزآمد با در نظر گرفتن عوامل مداخله گر پیشنهاد می شود.

واژه های کلیدی: پرفشاری خون، زنان باردار، رفسنجان

*۱- کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان - نویسنده مسئول saghafiz@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد مامایی عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی رفسنجان

۳- کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه

مهم ترین شاخص مربوط به سلامت مادران، میزان مرگ و میر آنها است. پرفشاری خون، یکی از عوارض خطرناک و نسبتاً شایع دوران بارداری است که همراه با خونریزی و عفونت، سه عامل مهم مرگ و میر مادران را تشکیل می دهد. پرفشارخونی حاملگی، دومین علت شایع مرگ مادران باردار بوده، که ۲۰ درصد مرگ و میر مادران و بخش قابل توجهی از عوارض و مرگ و میرهای جنینی- نوزادی را به خود اختصاص می دهد [۲،۱]. مطالعات سازمان بهداشت جهانی در منطقه شرق آسیا و ایران، نشان داده که مرگ و میر مادران بعلت پرفشار خونی حاملگی در این مناطق ۳۰-۱۰ درصد بوده است [۳].

پرفشار خونی حاملگی، زمانی است که نسبت فشار خون سیستول به دیاستول، مساوی یا بیشتر از ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه باشد که اگر همراه با پروتئینوری مساوی یا بیشتر از ۳۰۰ میلی گرم در ۲۴ ساعت، یا پروتئینوری مساوی یا بیشتر از ۱+ در تست نوار ادراری باشد دال بر پری اکلامپسی خفیف است. افزایش فشار خون در حد مساوی یا بیشتر از ۱۶۰/۱۱۰ میلیمتر جیوه، به همراه پروتئینوری، در حد ۲ گرم در ۲۴ ساعت یا پروتئینوری مساوی یا بیشتر از ۲+ در تست نوار ادراری و علائمی چون سردرد، تاری دید، درد اپی گاستر، کاهش ادرار، تاخیر رشد داخل رحمی، تغییر در آزمایشات کبدی و ادم ریوی، نشان دهنده افزایش قطعیت پری اکلامپسی شدید می باشد که اگر تشنج اضافه شود، تشخیص اکلامپسی داده خواهد شد [۴]. شیوع پرفشار خونی در کل حاملگی ها ۵-۸ درصد است که ۸۰ درصد آن از نوع پری اکلامپسی است [۵،۶]. شیوع پری اکلامپسی بطور معمول ۵٪ است [۷] و براساس پژوهش ها، پرفشار خونی در ۱۶ درصد اول زها و ۷ درصد از چند زها ملاحظه گردیده [۸]. علت پری اکلامپسی در کل ناشناخته است [۹،۴] لیکن در تحقیقات متعدد، از عواملی همچون سن کم، اول زا بودن، رتبه حاملگی، سابقه فشار خون در حاملگی قبلی، فشار خون مزمن، دیابت، چند قلوبی و مول در آن مؤثر می باشد. پرفشار خونی، عوارض مادری و جنینی زیادی چون جدا شدن زودرس جفت، زایمان زودرس، کاهش رشد داخل رحمی، تغییرات

کبدی، کلیوی، مغزی، خونی و غیره را یدک می کشد [۱۰،۷،۴]. هدف از درمان پری اکلامپسی- اکلامپسی جلوگیری از تشنج، کنترل فشار خون و انجام زایمان میباشد [۴].

با عنایت به اینکه، پرفشاری خون در حاملگی، شایع بوده و از جمله علل عمده مرگ و میر مادران به خصوص در کشورهای در حال توسعه محسوب شده و ۴۰ تا ۷۰ درصد علت مرگ و میر مادران و جنین را به خود اختصاص می دهد [۱۱،۱۲] و همچنین یکی از اهداف مهم سازمان بهداشت جهانی در شعار "بهداشت برای همه"، کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان می باشد و این منوط به پیشگیری است و موفقیت در پیشگیری، منوط به آگاهی از علت بیماری و شناسایی عوامل خطر و تشخیص زودرس می باشد و از آنجا که تاکنون مطالعه ای در ارتباط با فراوانی و اپیدمیولوژی پرفشاری خون در حاملگی، در رفسنجان صورت نگرفته است، لذا پژوهشگران تصمیم گرفتند میزان وفور پرفشاری خون خفیف و شدید و بعضی عوامل مؤثر در آن را در جامعه زنان حامله شهر رفسنجان، بررسی کنند تا مراکز بهداشتی - درمانی، زایشگاه ها و سایر مراکزی که مراقبت از زنان باردار و زایمان را به عهده دارند، بتوانند با استفاده از نتایج پژوهش، و با شناسایی عوامل خطر و کشف بموقع و اجرای مراقبت لازم، از شدت عوارض بکاهند.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی است و در آن، کلیه پرونده های زنان باردار که جهت زایمان طی یک سال از ابتدای فروردین لغایت پایان اسفند ۱۳۷۹ به زایشگاه نیک نفس، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان (که تنها زایشگاه شهر می باشد)، مراجعه کرده بودند، به صورت متوالی و مبتنی بر هدف، مورد بررسی قرار گرفت. تعداد ۴۱۱۳ پرونده بررسی شد. ابزار جمع آوری اطلاعات، چک لیست پژوهشگر ساخته بود که از طریق آن مشخصات دموگرافیک نمونه ها (سن، میزان تحصیلات، محل سکونت و ارتباط فامیلی با شوهر)، میزان فشارخون و عوامل مؤثر بر پرفشاری خون (سابقه فشار خون قبل از حاملگی، فشار خون بالا در حاملگی قبلی، تعداد حاملگی و زایمان، سن حاملگی، چند قلوبی،

و آنزیم های کبدی، آلبومینوری شدید و درمان با سولفات منیزیم و هیدرالازین [۱۳،۱۲،۴].
اطلاعات بدست آمده از طریق نرم افزار SPSS با استفاده از میانگین و انحراف معیار و آزمون آماری کای اسکوئر در سطح ضریب اطمینان ۹۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت .

نتایج

نتایج پژوهش نشان داد، در بررسی ۴۱۱۳ زن حامله مراجعه کننده به زایشگاه نیک نفس، تقریباً نیمی از افراد در گروه سنی ۳۰-۲۵ سال (۵۰/۸ درصد) قرار داشتند میانگین سنی نمونه ها $۲۹/۵ \pm ۶/۸$ که حداقل سن ۱۷ و حداکثر ۴۷ سال بود کمترین (۱۹/۲ درصد) افراد بی سواد بودند. در فصل پاییز تعداد زایمان ها بیشتر (۳۵/۸ درصد) بود .
یافته های پژوهش حاکی است که پرفشار خونی در ۳ درصد (۱۲۴ نفر) از واحدهای مورد مطالعه وجود داشته که ۱/۸ درصد آنها فشار خون خفیف و ۱/۲ درصد فشار خون شدید داشتند. جدول شماره ۱ فراوانی افراد پرفشارخون را براساس شدت فشارخون نمایش می دهد:

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد پرفشارخون تحت مطالعه بر حسب شدید یا خفیف بودن فشار خون

نوع پرفشاری خون	تعداد	درصد
خفیف	۷۲	۵۸/۱
شدید	۵۲	۴۱/۹
جمع	۱۲۴	۱۰۰

سنی، از نظر آمار کای اسکوئر معنی دار نبود. بیشتر افراد پرفشارخون حاملگی ساکن شهر بودند. ۱۶/۱ درصد حاملگی با مول ، ۵/۶ درصد همراه با دیابت ، ۲/۴ درصد جدا شدن زودرس جفت و ۶/۵ درصد با جنین مرده همراه بودند(جدول شماره ۲).

دیابت ، مول، و عوارض پرفشارخونی(جدا شدن زودرس جفت، مرده زایی ، کاهش رشد داخل رحمی)، استخراج و ثبت گردید برای روایی چک لیست، از تحلیل محتوا و نظرات متخصصین زنان زایمان واعضاء هیئت علمی استفاده گردید و پایایی آن، از طریق پایایی بین ناظر بدست آمد بدین صورت که ۱۰ پرونده یکسان بوسیله دو نفر ، جداگانه وارد چک لیست شد و ضریب همبستگی آنها بدست آمد و سئوالات با ضریب همبستگی کمتر از ۰/۵ حذف گردید.

معیارهای تشخیصی پرفشار خونی حاملگی "خفیف" عبارت بودند از: فشارخون سیستول به دیاستول مساوی یا بیشتر از ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه تا ۱۶۰/۱۱۰ میلیمتر جیوه و یا اضافه شدن ۳۰ و ۱۵ میلیمتر جیوه به ترتیب به فشارخون سیستول و دیاستول، آلبومینوری در حد کم، کراتینین طبیعی و آنزیم های کبدی طبیعی و درمان با سولفات منیزیم. معیارهای پرفشار خونی حاملگی "شدید" عبارت بودند: از فشار خون مساوی و یا بیشتر از ۱۶۰/۱۱۰ میلیمتر جیوه و علائمی از قبیل: دراپی گاستر، اختلال بینایی، سردرد، افزایش کراتینین

داده های مربوط به افراد پرفشارخون تحت پژوهش، حاکی است که در گروه سنی ۲۵-۳۵ سال، پرفشاری خون سیستول و دیاستول خفیف و شدید نسبت به سایر گروه ها، بیشتر بوده است همچنین در گروه سنی ۳۵ سال به بالا پرفشار خونی سیستول و دیاستول شدید نسبت به خفیف، کمتر(۲۸/۶ درصد) بوده هرچند که این اختلاف فشارخون برحسب رده

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی افراد پرفشارخون تحت مطالعه بر حسب بعضی متغیرها

درصد	تعداد	خصوصیات
۱۶/۱	۲۰	فشار خون در حاملگی قبلی
۱۲/۹	۱۶	سابقه فشار خون قبل از حاملگی
۳۵/۹	۳۳	سابقه فامیلی با شوهر
۱/۶	۲	حاملگی همراه با مول
۵/۶	۷	حاملگی همراه با دیابت
۲/۴	۳	حاملگی همراه با جدا شدن زود رس جفت
۶/۵	۸	جنین مرده

رتبه حاملگی افراد تحت مطالعه بین ۱-۱۵ با میانگین ۳ بوده است. بیشتر افرادی که فشار خون سیستول خفیف داشتند (۴۴ درصد) دارای رتبه حاملگی یک بودند و آزمون آماری کای اسکوئر ارتباط معنی داری را بین رتبه حاملگی با پرفشارخونی سیستولیک نشان داد (p = ۰/۰۵) که نتایج در جدول شماره ۳ به تصویر کشانده شده است.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد تحت مطالعه بر حسب فشار خون سیستول و رتبه حاملگی

جمع		شدید		خفیف		فشار خون سیستول
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	رتبه حاملگی
۳۷/۱	۴۶	۲۶/۹	۱۴	۴۴/۴	۳۲	۱
۳۷/۹	۴۷	۳۸/۵	۲۰	۳۷/۵	۲۷	۲-۴
۲۵	۳۱	۳۴/۶	۱۸	۱۸/۱	۱۳	≥ ۵
۱۰۰	۱۲۴	۴۱/۹	۵۲	۵۸/۱	۷۲	جمع

$$X^2=5/8$$

$$p = 0/05$$

خون سیستول خفیف و شدید را داشتند (۹/۴ درصد و ۲۷/۳ درصد). آزمون آماری کای اسکوئر ارتباط معنی داری را نشان داد (p = ۰/۰۲) که نتایج در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

در بررسی ۱۰۸ پرونده زنان حامله پرفشارخون که سن حاملگی آنها، بدرستی قید شده بود، مشخص گردید که سن حاملگی اکثر افراد (۴۵/۴ درصد)، ۳۸ هفته یا بیشتر بوده، افراد با سن حاملگی کمتر از ۳۵ هفته، کمترین میزان فشار

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد تحت مطالعه بر حسب فشار خون سیستول و سن حاملگی

جمع		شدید		خفیف		فشار خون سیستول
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	سن حاملگی به هفته
۱۶/۷	۱۸	۲۷/۳	۱۲	۹/۴	۶	< ۳۵
۳۸	۴۱	۳۸/۶	۱۷	۳۷/۵	۲۵	۳۵-۳۸
۴۵/۵	۴۹	۳۴/۱	۱۵	۵۳/۱	۳۴	> ۳۸
۱۰۰	۱۰۸	۴۰/۷	۴۴	۵۹/۳	۶۴	جمع

$$X^2=7$$

$$p = 0/02$$

نتایج جدول شماره ۵ که وضعیت فشارخون سیستولیک در ۱۱۲ زن حامله پرفشارخون (یک قلو) بر اساس وزن نوزاد را نمایش می دهد، حاکی است که هرچه وزن نوزاد بیشتر بوده،

تأمیل به پرفشارخونی "خفیف" سیستول، ارتقاء واز درصد پرفشار خونی "شدید" کاسته شده است که این اختلاف از نظر آزمون آماری کای اسکوئر، معنی دار است (p = ۰/۰۱).

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد تحت مطالعه بر حسب فشار خون سیستول و وزن جنین (یک قلو)

فشار خون سیستول		خفیف		شدید		جمع	
وزن نوزاد یک قلو		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
<۱۵۰۰		۲	۲۰	۸	۸۰	۱۰	۸/۹
۱۵۰۰-۲۵۰۰		۱۷	۵۱/۵	۱۶	۴۸/۵	۳۳	۲۹/۵
>۲۵۰۰		۴۶	۶۶/۷	۲۳	۳۳/۳	۶۹	۶۱/۶
جمع		۶۴	۵۸	۴۷	۴۲	۱۱۲	۱۰۰

$$X^2 = ۸/۶$$

$$p = ۰/۰۱$$

بحث

منجمله دما، رطوبت، و نوع تغذیه در پاتولوژی پره اکلامپسی تاکید دارند [۱۴،۶،۴] احمدی در پژوهش خود میزان فعالیت متوسط و خفیف قبل از هفته ۲۰ حاملگی را در کاهش آن موثر می داند [۱۵] همچنین در این پژوهش، شیوع پرفشارخونی "خفیف" ۱/۸ درصد و پرفشار خونی "شدید" ۱/۲ درصد بود. در تحقیقی دیگر، شیوع پری اکلامپسی خفیف ۱/۱ درصد و شدید ۱/۷ درصد گزارش شده است [۱۴].

در مطالعه ما میزان فشار خون سیستول و دیاستول "خفیف" و "شدید" بیشتر مربوط به گروه سنی ۲۵-۳۵ سال بوده است در مطالعه ملک خسروی نیز در گروه سنی ۳۰-۳۴ سال بیشتر گزارش شده [۱] لیکن در پژوهشی، فشار خون حاملگی را بیشتر در سنین کمتر از ۲۰ سال و بالای ۳۵ سال، گزارش کرد [۴] ولی تحقیقی در انگلیس در سال ۱۹۹۴، شیوع پری اکلامپسی را در سنین نوجوانی (کمتر از ۲۰ سال) نسبت به سنین معمول حاملگی، کمتر گزارش نمود [۱۵]. همچنین در پژوهش حاضر در گروه سنی کمتر از ۲۵ سال، پرفشار خونی "شدید" کمتر از "خفیف" بود که با نتیجه مطالعه ای در انگلیس، که شیوع پری اکلامپسی نوع شدید در سنین کمتر از ۲۰ سال را گزارش کرده بود، مطابقت دارد [۱۵].

پرفشار خونی از عوارض شایع حاملگی و زایمان بوده و بروز آن در نقاط مختلف متفاوت است [۵] در این مطالعه شیوع پرفشار خونی در زنان حامله، ۳ درصد بود اما Wanger و همکاران (۲۰۰۴) شیوع پرفشار خونی حاملگی در مطالعه خود را ۶ درصد گزارش کردند [۵] و در پژوهشی مشابه در کرمانشاه در سال ۱۳۸۲-۱۳۸۱ شیوع آن، ۳/۴٪ بوده [۱] و در مطالعه سال ۱۳۸۳ در شهرکرد، آمار ۵٪ اعلام شده است [۶]. پژوهشگران در مورد اینکه چرا در مطالعه ما، فراوانی پرفشاری خون کمتر از سایر تحقیقات بوده، چند علت را حدس می زنند: یکی اینکه احتمالاً خانم های با فشار خون بالا، شهرهای بزرگ هم جوار را برای زایمان انتخاب می نمایند علت دیگر می تواند به نوع تحقیق مربوط شود زیرا در این پژوهش فقط ویژگی های زنان حامله با فشار خون بالا که برای زایمان مراجعه کرده بودند، بررسی شده است و چگونگی فشارخون و درمان طبی پرفشار خونی طی دوران حاملگی از لیست پرونده های مورد نظر حذف شده است، علت دیگر می تواند بروز متفاوت آن در نقاط مختلف آب و هوایی باشد چون از محیط، تغذیه، نژاد و ژنتیک به عنوان عوامل خطر در ایجاد آن، نام برده شده و تحقیقات متعدد، به نقش عوامل محیطی،

آماري معنی داری در مورد رتبه حاملگی، سن حاملگی و وزن جنینی با فشار خون حاملگی مشاهده شد اما نظر به جمع آوری اطلاعات بر اساس گذشته نگر و اینکه اطلاعات فقط قبل از زایمان و نه در طول دوران حاملگی، جمع آوری گردیده، و دخیل بودن عوامل مخدوش کننده در کنترل صحیح فشارخون، اجرای پژوهش دقیق و روزآمد با در نظر گرفتن عوامل مداخله گر پیشنهاد می شود. همچنین به منظور کاهش شیوع فشار خون حاملگی و عوارض ناشی از آن پیشنهادات زیر ارائه می گردد:

- کنترل فشار خون در زنان حامله بطور مرتب بخصوص در افرادی که در حاملگی قبلی سابقه پرفشار خونی داشته اند .
- مراقبت مرتب و مستمر از زنان باردار و آموزش مراقبتهای دوران بارداری به منظور کنترل عوامل خطر و عوارض آن بخصوص در افرادی که در معرض خطر پر فشار خونی حاملگی می باشند .
- در این مطالعه پرفشار خونی سیستول و دیاستول شدید در شهر نسبت به روستا بیشتر بوده است ، لذا مطالعات بیشتری جهت علت این امر و برنامه ریزی های مناسب از طرف مراکز بهداشتی درمانی توصیه می شود .

منابع

۱- ملک خسروی شهره ،کوه بومی ژاله : اپیدمیولوژی پری اکلامپسی در فصول مختلف سال در زنان حامله مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی معتضدی کرمانشاه ، همایش کشوری سلامت زنان- از جنینی تا سالمندی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه، اردیبهشت ۱۳۸۵، ص ۳۹-۴۰.

2) Porozhanova V, Bozhinova S: Adolescents pregnancy and the development of Preeclampsia - Eclampsia. Akush – Ginekol – Sofila. 1994; 33(2): 8-9.

3) Duly L: Maternal mortality associated with hypertensive disorder of pregnancy in Africa – Latin American and the Caribbean. Bri J Obs Preeclampsia: what we know and what we do not know. Semin Prenatal Gyn. 2002 July; 25 (99):597.

در این پژوهش افراد ساکن شهر رفسنجان نسبت به روستاهای آن، فشار خون سیستول و دیاستول بالاتری داشتند، حدس زده می شود بهورزان و پرسنل مراکز بهداشتی درمانی روستایی نسبت به مراکز شهری برنامه های کنترل ، پیگیری ، تشخیص زودرس و ارجاع زنان باردار ، در جهت کاهش عوارض بارداری منجمله فشار خون حاملگی را بهتر انجام می دهند. در پژوهشی که در سال ۱۳۷۷ در رفسنجان انجام شد، میزان آگاهی پرسنل بهداشتی درمانی روستایی از نیازهای دوران حاملگی، بیشتر بود و پژوهشگر معتقد بود، بهورزان با هدف کار در خانه های بهداشت، تربیت می شوند اما پرستاران بطور تخصصی برای مراکز بهداشتی درمانی، آموزش نمی بیند [۱۶].

۱۶/۱ درصد افراد، سابقه فشار خون در حاملگی قبلی خود داشتند که با تحقیقات مطابقت دارد که احتمال عود پری اکلامپسی را مطرح می کنند[۵]. مطالعه ای دیگر، چاقی شدید و سابقه پری اکلامپسی در زایمانهای قبلی، بعنوان یک عامل خطر مهم مادری در تشدید فشار خون حاملگی، موثر می داند [۷]. در مطالعه ما بیشترین میزان پرفشاری خون "خفیف" در افراد با یک حاملگی و زایمان ، دیده شد وبا افزایش دفعات حاملگی، تمایل به پرفشارخونی "شدید" افزایش یافته ، که این نتیجه با گزارشات قبلی که معتقدند با افزایش تعداد زایمان و سن، امکان ایجاد فشار خون مزمن و تشدید آن در حاملگی زیاد می شود، مطابقت دارد [۱۰].

حدود نیمی از خانم های حامله با فشار خون بالا ، سن حاملگی ۳۸ هفته یا بیشتر داشتند و پرفشارخونی سیستول و دیاستول خفیف در این سن حاملگی بیشتر از نوع شدید بود . طبق گزارشات، یکی از علل زایمان زودرس در خانم ها با فشار خون بالا، شدید بودن پری اکلامپسی است که مجبور به ختم حاملگی می شود [۸،۶،۱۷]. با توجه به اینکه حدود نیمی از خانم های با فشار خون حاملگی در ۳۸ هفته حاملگی یا بیشتر زایمان کرده اند، در اینها نیز فشار خون شدید کمتر از خفیف بوده ، لذا می توان گفت که نحوه درمان مناسب در زایشگاه نیک نفس در این امر دخیل است .

نتیجه گیری: هرچند که شیوع پرفشاری خون در جامعه مورد پژوهش، کمتر از آمار تحقیقات مشابه بوده و ارتباط

11) Roberts JM: Preeclampsia: what we know and what we do not know. *Semin Prenatal.* 2000 Feb; 24(1):24-8.

۱۲) وکیلان کتابون، رنجبر اکرم: بررسی مقایسه ای ظرفیت آنتی اکسیدانی در زنان باردار مبتلا به پره اکلامپسی وسالم. همایش سراسری حاملگی پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اسفند ماه ۱۳۸۵، ص ۲۱۷.

۱۳) دهقانی فیروز آبادی راضیه، نقشین نازیلا: تاپیر آنتی اکسیدانها در بروز پره اکلامپسی در خانمهای حامله شکم اول. همایش سراسری حاملگی پرخطر. دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اسفند ماه ۱۳۸۵، ص ۲۱۳-۲۱۱.

14) Kwek K, Yeo GS: Epidemiology of pre-eclampsia and eclampsia at the KK Women's and Children's Hospital, Singapore. 2006 Jan; 47(1):48-53.

۱۵) احمدی پروین، کاظمی اشرف: بررسی ارتباط فشار خون بارداری و فعالیت فیزیکی در ۲۰ هفته اول بارداری، همایش سراسری حاملگی پرخطر. دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اسفند ماه ۱۳۸۵، ص ۶۵-۶۶.

۱۶) مهدیزاده خدیجه: بررسی میزان آگاهی پرسنل بهداشتی درمانی روستایی از نیازهای تغذیه ای دوران حاملگی، گزارش طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۳۷۷، ص ۱۹.

17) Ananth CV: Preeclampsia and preterm birth study in Nova Scotia 1986 to 1992. *AMJ*, 1997Jan; 14(1): 17-23

۴) کانینگهام هوث-لانو-گلیسترپ-بلوم-ونستروم: بارداری و زایمان ویلیامز، جلد دوم، ترجمه: بهرام قاضی جهان، تهران نشر گلبان، ۱۳۸۴، ص ۸۸۴ تا ۹۳۰.

5) Wanger, LK: Diagnosis and manengment of Preeclampsia. *Am Fam Physician.* 2004 ; 70(12):2317-24.

۶) آذر دانش مریم: بررسی میزان تاپیر ویتامین C₃E در کاهش مسمومیت حاملگی در خانم های باردار مراجعه کننده به کلینک تخصصی زنان و درمانگاه مامایی بیمارستان هاجر شهر کرد در سال ۱۳۸۳، سمینار بارداری ایمن، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دیماه ۱۳۸۵، ص ۵۶.

7) Yeo GS, Kwek K, Tan KH: Epidemiology of pre-eclampsia and eclampsia at the KK Women's and Children's Hospital, Singapore *Singapore Med J.* 2006 Jan; 47(1):48-53.

۸) آتش پنجه زهرا، میرپلوچیزی فریبا: بررسی فراوانی پری اکلامپسی و عوامل موثر بر آن در زنان مراجعه کننده به زایشگاه هفده شهریور ایرانشهر ۱۳۸۲، سمینار بارداری ایمن، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دیماه ۱۳۸۵، ص ۱۱۸.

۹) افشاری پور پوران دخت، سیفی فاطمه: رابطه بین فاصله مولید با پره اکلامپسی، سمینار بارداری ایمن، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دیماه ۱۳۸۵، ص ۷۲.

10) Ohkuchi A, Iwasaki R, Suzuki H: Normal and high-normal blood pressures, but not body mass index, are risk factors for the subsequent occurrence of both preeclampsia and gestational hypertension: a Retrospective study. 2006 Mar; 29(3):161-7.

The Frequency of pregnancy hypertension and its related factors in pregnant women referred to Niknafse maternity hospital of Rafsanjan (2000)

Z. Sagafi^{1*}. MSc, M.Loripoor². MSc, Kh. Mehdizadeh³. MSc .

1- MSc , Dept. of Maternity Nursing, Rafsanjan University of Medical Sciences.

2- Academic Member, Dept.of Maternity Nursing, Rafsanjan University of Medical Sciences.

3- Academic Member, Shiraz University of Medical Sciences.

*: Corresponding author Tel: 0391-5225900

Background and Objective: Maternal health, especially during pregnancy is one of the most important health indicators in all communities. Hypertension, as a relatively common complication of pregnancy, along with hemorrhage and infections make the triads of maternal death. The aim of this study was to determine the frequency and complications of hypertension and its related factors in pregnancy in pregnant women referred to Niknafse maternity hospital of Rafsanjan in 2000.

Materials and Methods: In this cross-sectional descriptive study, all 4113 pregnant women for delivery referred to Rafsanjan maternity center during one year were surveyed. Data about demographic criteria (age, education, residential area and relation with husband), blood pressure and its related factors (history of pregnant hypertension or hypertension before pregnancy, gravity and parity, gestational age, multiple pregnancy, diabetic, mole) and complications of hypertension (ablation placenta, still birth, IUGR) were collected in a checklist using their medical files. The data was analyzed by SPSS software and X² test.

Results: The prevalence of hypertension in this study was 3%(1/8% mild and 1.2% sever hypertension). Server systolic hypertension was higher in the aged more than 35, and with fetal weight below 2500 gr. The lowest hypertension was belonging to the mothers with gestational age below 35 weeks. There was a significant association between hypertension and gestational age and fetal weigh (p<0.05).

Conclusion: although in this study, the prevalence of hypertension was less than similar studies and there was a significant association between hypertension and gestational age and fetal weigh but because our study was retrospective and the findings were collected just before delivery, more prospective studies with paying attention to confounding factors are needed to support our study.

Key words: Hypertension, Pregnant women, Rafsanjan.