

## مقایسه روشهای درمانی اکلامپسی

مجله نظام پزشکی

سال پنجم، شماره ۲، صفحه ۱۷۰-۲۵۳۵

دکتر محمد میردامادی - دکتر مهین خلیلی \*

۶- تخلیه معده و گذاردن سوند در آن برای جلوگیری از استفراغ و ورود مواد استفراغی به داخل ریه .

۷- اندازه گیری فشارخون، نبض، تنفس، حالت اضطراب و تشنج و جلوگیری از ورم حاد ریه بوسیله اندازه گیری فشار وریدی مرکزی (C. V. P.).

۸- اندازه گیری حرارت بدن که در نتیجه افزایش متابولیسم در اثر تشنج اضافه میشود. لذا هر دو ساعت یکبار باید حرارت را از طریق رکتوم اندازه گرفت و در صورت بالا بودن حرارت با گذاردن کیسه یخ یا ماساژ بالکل و غیره حرارت بدن را کم کرد.

اگر بیمار دچار تشنج باشد، ابتدا آرام بخش میدهیم، سپس لوله گذاری میکنیم و یک شل کننده عضلانی با پرفوزیون میدهیم که عضلات شل شود، تشنج کنترل گردد و در نتیجه فشار خون نیز پائین بیاید.

داروهائی که معمولاً درموقع حملات تشنج بکار میرود عبارتند از:

۱- داروهای نرسداتیو- روش تزریقات متناوب مرفین با هیدرات دوکلرال . سپس بجای مرفین، داروهائی که باعث تعادل دستگاه عصبی میشوند مانند املاح منیزیوم و کلسیم از راه تزریق عضلانی و یا وریدی بصورت محلول ۱۰٪ در آمپول ۱۰ cc یا ۲۰ cc به بیمار داده میشود. مقدار منیزیم از ۴ میلی اکی والان در سرم خون نباید تجاوز کند و هر گاه به ۱۰ میلی اکی والان برسد بیهوشی و فلج بیمار را در پی خواهد داشت.

۲- استعمال داروهائی که روی دیانسفال اثر میکنند مانند باربیتو- ریکها و یا داروهائی که روی قشر (کورتکس) مغز اثر دارد مانند پارالدئید، برمور و کلرالها.

مقدمه: معمای اکلامپسی هنوز حل نشده است و نظرات مربوط به علت این بیماری تاکنون روشن نیست و از نظر درمانشناسی نیز بسیاری از مسائل تا بحال مشخص نگردیده است. در نوشته های جدید چه از نظر روش درمان و چه از نظر مراقبتهای جنین و یا روشهای جراحی اختلاف عقیده بسیار است. ولی بهر حال در مورد رعایت نکات زیر برای هر روش درمان، اتفاق نظر وجود دارد:

الف - درمانهای طبی فوری.

ب - خارج کردن جنین در لحظه مناسب.

ج - همکاری بین متخصص زایمان و متخصص کودکان.

الف- درمانهای طبی: اولین اقدام شروع درمانهای طبی است که هدف از آن آرام کردن بیمار میباشد و برای انجام این منظور باید ابتدا اذروهای زود اثر استفاده کرد، فشار خون را پائین آورد، تشنجات بیمار را از بین برد و برای مراقبتهای لازم او را زیر نظر افراد کارآموده قرار داد. در این مورد رعایت نکات زیر الزامی است:

۱- قرار دادن بیمار در اتاق آرام، کم نور و بی سروصدا روی تخت محافظ و خودداری از انجام آزمایشهای مکرر.

۲- گذاردن چند لایه گاز یا وسیله مخصوص بین دندانها برای جلوگیری از آسیب دیدن زبان.

۳- گذاردن سوند ثابت در مثانه و کنترل حجم ادرار.

۴- کشیدن ترشحات حلق بوسیله دستگاه مکنده.

۵- دادن اکسیژن به بیمار برای جلوگیری از کمخونی مغز در اثر اسپاسم شرایین مغز یا دپرسیون تنفسی.

میکنند و در نتیجه عروق گشاد میشود. حجم خون پائین میآید و فشارخون نیز سقوط می کند و تشنجات از بین میرود که در نتیجه خون و اکسیژن بیشتری به مغز بیمار می رسد و بیمار از خطر نجات پیدا میکند. ولی در هر حال اگر بیمار مدت طولانی در انقباض و هیپوتانسیون باشد و فشار سیستولیک از ۶۰ تا ۷۰ میلیمتر جیوه کمتر شود، نکر و کلیه ایجاد خواهد شد که خود عارضه خطرناکی است و در این مورد حتماً باید از هیدروکورتیزون استفاده کرد.

**ب- خارج کردن جنین:** در صورتیکه معالجات طبی مؤثر واقع شد و مادر و جنین در یک حالت تادل قرار گرفتند میتوان حاملگی را ادامه داد تا جنین کاملاً بتواند به رشد لازم برسد. اما در صورتی که معالجات فوق مؤثر نشد و تشنجات ادامه پیدا کرد باید هر چه زودتر به حاملگی خاتمه داد زیرا در اینموقع تنها راه درمان، خارج شدن جنین و قطع حاملگی است. زایمان را باید وقتی بیمار چند زایمانی انجام داد و در صورت عدم موفقیت از راه طبیعی، تحریک زایمانی انجام داد و در صورت عدم موفقیت از راه طبیعی، در صورتیکه جنین سالم و رسیده و قابلیت زندگی در خارج از رحم را داشته باشد، باید اقدام به سزارین نمود ولی در این مورد نیز لازمست، موقتاً تشنجات بیمار را آرام کرده سپس به تخلیه رحم اقدام نمود.

**پ- همکاری متخصص زایمان و اطفال-** تولد جنین نوزادی بی- همکاری این دو ممکن است باعث ظهور مخاطراتی گردد. از این رو لازم است نکات زیر را در نظر گرفت:

**الف - متخصص کودکان** باید در لحظه تولد حضور داشته باشد و هم بوسیله او است که باید ترشحات دستگاه تنفسی تخلیه شده، اکسیژن داده شود و کمبود قند خون (هیپو گلیسمی) و اسیدوز نوزاد اصلاح گردد.

**ب- در صورت ضرورت** باید نوزاد را به واحد رانیماسیون فرستاد. اینکار باید در شرایط مناسب و هر چه زودتر انجام گیرد.

**نتایج -** در مورد ۲۷ بیمار مبتلا به اکلامپسی که زیر نظر دکتر کریستین برگر بودند و هیچکدام از آنها طی دوران آبستنی مراجعه ننموده اند نکات زیر بچشم میخورد:

۱۸ تن از آنها بی هیچگونه سابقه قبلی از خارج به بیمارستان آورده شده بودند که از شروع تشنجات تا ورود بیمار به بیمارستان بین نیم تا ۸ ساعت طول کشیده بود.

#### الف- نکات مربوط به مادر:

۱- سن و چندزائی- از ۲۷ بیمار مذکور پنج تن کمتر از ۲۰ سال، ۱۴ تن بین ۲۰ تا ۳۰ سال، دوتن بین ۳۰ تا ۴۰ سال و شش تن از چهل سال بیشتر داشته اند. ضمناً بیست تن نخستین و هفت تن چندزا بوده اند.

- توأم کردن باریتوریکها با کلر پرومازینها - کلر پرومازینها بیشتر از دیگر داروها مصرف میشوند چون هم نروسداتیو هستند و هم هیپوتانسور.

- مخلوطی از کلر پرومازین، پتیدین و فنرگان از راه وریدی بصورت پرفوزیون با مقدار کمی مایع بکار برده میشود. اگر در پرسیون تنفسی وجود داشته باشد و مخصوصاً فشار خون پائین باشد نباید این دارو را بکار برد.

ممکن است در ابتدای امر نزدونال و سرپازیل داد و پس از تزریق این داروها، و یادریل بصورت پرفوزیون بکار برود. و همراه آن از سولفات دو منیزیم ۱۰٪ و گلوکنات دو کلسیم ۱۰٪ همراه با رانیماسیون استفاده نمود.

**۲- داروهای هیپوتانسور:** گاهی استعمال این داروها ضرورت پیدا میکند مانند:

الکالوئید فعال رولفیا (سرپازیل) یا عصاره کلی آن (ایزوتریوپین) و یا مشتقات سنتتیک آن. بعضی داروهای مغز اثر میکنند مانند فتالازینها (اپرسولین و پرسولین)، و بالاخره متیل دوپا (آلدومت).

**۳- روش درمانی دیگری** که بکار میرود داروهای مدد میباشد که امروزه بیشتر ترکیبات فروزمیدها هستند (لازیکس) و بسته بمقدار احتیاس آب و نمک متفاوت است. گاهی نیز لازم میشود که پتاسیم بکار بریم که در اینصورت هم خیز را برطرف میکند و هم فشار خون را پائین میآورد. درمان بدینقرار است:

۸ عدد آمپول لازیکس یکجا در ورید تزریق میشود و اگر ادرار ترشح نشد دیگر ادامه نمیدهند ولی اگر بدردمان جواب داد هر ۶ ساعت درمان را تکرار میکنند.

خطر این درمان کمبود آب (دهیدراتاسیون) بدن است که ممکن است منجر به کلاپس و انوری شود لذا حجم ادرار را باید مرتباً کنترل و آزمایش نمود.

**۴- روش درمانی** که امروزه بیشتر از دیگر روشها بکار میرود بدینقرار است:

تزریق وریدی آهسته ۱۰ میلی دیازپام (والیوم)، تزریق داخل وریدی خیلی آهسته ۱۰ تا ۳۰ سانتیمتر مکعب سولفات دو منیزی ۱۵٪، پرفوزیون دائمی ۲۵۰cc گلوکز ۱۰٪ که شامل ۵۰ میلی گرم کلر پرومازین و ۱۰۰ میلی گرم پتیدین میباشد. پرفوزیون باید خیلی آهسته و ملایم باشد (۱۰-۱۵ قطره در دقیقه).

**۵- بالاخره** برای برطرف کردن تشنجات و پائین آوردن فشارخون از بیهوشی اپی دورال استفاده میشود بدینترتیب که: با گذاشتن کاتتر در بین اپینهای اسپینال در ناحیه رباط زرد و در فضای پری- دورال با تزریق داروهای بیحس کننده، اعصاب سمپاتیک را فلج

۳- رانیماسیون نوزاد - از ۱۸ نوزادی که به بخش رانیماسیون رفته اند یکی از آنها مرده و وضع ۱۷ نفر دیگر بقرار زیر بوده است :

شش نفر از آنها بهنگام تولد بوسیله متخصص اطفال آزمایش شده اند. از نظر حالت عمومی و عصبی و تنفسی خوب بوده اند و انتقال آنها باین بخش ضرورتی نداشته است. از یازده نفر دیگر که شامل چهار پسر و هفت دختر بوده اند پنج بچه نارس (پرماتور) و شش بچه رسیده بوده است. مدت متوسط آستنی ۳۶ هفته و در واقع بین ۳۳ تا ۴۰ هفته بوده است. وزن موقع تولد چهار بچه بطور متوسط ۲/۱۵۰ کیلو گرم یعنی بین ۱/۴۶ تا ۲/۸۰ کیلو گرم بوده است. پنج تن از نوزادان بلافاصله بعد از تولد فریاد زده و دوتن آنها در خواب بدنیا آمده اند. چهار بچه ضریب آپکار کمتر از چهار داشته اند و یکی از آن بچه ها در اطاق زایمان لوله گذاری (انتوباسیون) شده است.

۴- آزمایش های نوزاد پس از ورود به بخش رانیماسیون نکات زیر را روشن کرده است :

اول - هیچکدام ناهنجاری کلی نداشته اند.

دوم - پنج تن از نوزادان تنفس میکردند. يك تن از این پنج تن نارسائی تنفسی ایدیوپاتیك مرحله ۲ داشته که احتیاج به و انتیلایسیون نداشته است و ۳ نفر قبل از تولد مکونیموم دفع میکردند که یکی از آنها مدت دوروز انتوباسیون و و انتیلایسیون شده است.

سوم - حالت عصبی نوزادان مذکور خوب بوده است - در ۶ تن تونوس عضلات طبیعی و رفلکسها وجود داشته است. چهار نوزاد هیپوتونی داشته اند ولی رفلکسها از بین نرفته بود و يك نوزاد هیپوتونی و عدم رفلکس داشته است.

۵- آزمایش های بیولوژیک مربوط به نوزادان.

اول- اختلالاتی باز بطور متوسط ۴/۵ اکی والان در لیتر بوده است. پروتید خون پائین و بطور متوسط از ۵۳ گرم در لیتر کمتر بوده است. یونوگرام و آزمایشهای باکتریولوژیک اشکالی نشان نداده است. یکی از نوزادان روز سوم هیپوگلیسمی موقت نشان داده است. (آزمایش میزان قند خون هر سه ساعت انجام شده است.)

دوم- یرقان خفیف مشاهده شده است - تمام این یازده بچه که در واحد رانیماسیون بوده اند بهبود یافته و به وضع طبیعی رسیده اند.

#### پ - پیش آفهی

از ۲۲ بچه مبتلابه اکلامپسی که بخش را پس از ده تا پنجاه روز ترک کرده اند ۵۰٪ آنها مراجعت کرده و زیر نظر قرار گرفته اند و این ۵۰٪ در مدت ۲ سال کنترل شده اند که رشد و نمو جسمی و روانی همه آنها طبیعی بوده است.

۲- سوابق- بیست و یک نفر از این بیماران تشنجات اکلامپسی در زمینه يك نفروپاتی آستنی اهمال شده داشته اند که بیماری فوق در ظرف چند روز تا یکماه پیشرفت کرده و منجر به اکلامپسی شده است. بقیه سابقه مشخص بیماری دائمی فشار خون و یا نفریت مزمن داشته اند.

۳- حوادث اضافه برا اکلامپسی - چهار تن از بیماران مذکور علاوه برا اکلامپسی دچار هماتوم پشت جفت بودند و يك نفر خونریزی مغز داشته است. این حوادث فقط درم ولتی پارها دیده شده است.

۴- نوع زایمان- پنج تن از بیماران فوق از طریق پائین و یا فورسیس زایمان کرده اند و بقیه آنها که در جریان زایمان نبوده اند، سزارین شده اند.

۵- مرگ و میر مادر- سه نفر از بیماران فوت شده اند که یکی بعلت خونریزی مغز، دومی بعلت نکر و کلیه با وجود چهار مرتبه تصفیه کلیه که برای او انجام شده بود و سومی بعلت خونریزی در اثر اختلال انعقاد خون. بنظر میرسد که مرگ و میر مذکور بسیار زیاد است و همین امر نشان میدهد که تا چه حد بیماران که دیر بستری میشوند دچار عوارض وخیم و پیش آفهی بدی میباشد و درمان های طبی نمیتواند آنها را نجات دهد.

#### ب- نکات مربوط به نوزادان:

۱- وضع فوری نوزادان : در ۲۷ بیماری که بستری بوده اند دو جنین در داخل رحم قبل از بستری شدن مرده اند که مادران آنها خونریزی پشت جفت داشته اند. ۲۵ بچه زنده بدنیا آمده اند که وزن ۳ نفر کمتر از ۱۵۰۰ گرم و سن آستنی مادر آنها کمتر از ۳۴ هفته بوده است و این سه نوزاد در مرحله نئوناتال ازین رفته اند و ۲۲ نفر دیگر زنده مانده اند. به این ترتیب مرگ و میر کلی ۱۸/۵٪ و مرگ و میر در شروع تولد ۱۲٪ بوده است.

۲- حالت نوزاد در موقع تولد و پس از خروج- جالب است که ارتباط بین ضریب آپکار در لحظه تولد و زمان اولین حمله تا لحظه تولد را روشن کنیم. تحقیقی که در ۲۲ نوزاد بایشتر از ۱۵۰۰ گرم وزن انجام گرفته و سن حاملگی از ۳۴ هفته بیشتر بوده است، نشان میدهد: دوتن ضریب آپکار بین ۳ و ۶ داشته اند. هفت بچه را بین ۲ تا ۶ ساعت بعد از حمله خارج کرده اند و در این هفت بچه در ۳ نفر از آنها ضریب آپکار حدود هفت بوده است و سه نفر ضریب آپکار بین ۳ تا ۶ و يك نفر ضریب آپکار پائین تر از ۳ داشته است. پنج بچه را ده ساعت بعد از تشنج خارج کرده اند که يك بچه بعلت خونریزی پشت جفت قبلا مرده بوده و چهار بچه دیگر هیچکدام ضریب آپکارشان از هفت تجاوز نکرده بود. ضریب آپکار ۳ نفر بین ۳ تا ۶ و یک نفر کمتر از ۳ بوده است. ۴ نوزاد ضریب آپکار ۱۰ داشته اند.

فشارخون بوده در صورتیکه سابقه قبلی نداشته است. این بیماران فشارخون قبلی یا بیماری کلیه را در سابقه خود یادآور نشده‌اند.

۳- حوادث اضافه بر اکلامپسی: یک نفر از ۲۰ بیمار فوق مبتلا به اکلامپسی یا جدا شدن زودرس جفت در ماه هشتم حاملگی بوده که چند تا و همراه با خونریزی بوده است.

۴- نوع زایمان: سه تن از بیماران بوسیله فورسپس زایمان نموده، و یازده نفر زایمان خود بخود داشته‌اند و پنج نفر آنها پس از بستری شدن در بیمارستان و بهبود نسبی قبل از زایمان مرخص شده‌اند.

۵- مرگ و میر مادر نداشته‌ایم.

#### ب- نکات مربوط به نوزادان:

۱- در ۲۰ بیمار مذکور یک جنین ۸ ماهه با نمای پا (سرین) بعلت جدا شدن زودرس جفت در داخل رحم تلف شده است. یک جنین هفت ماهه غیر طبیعی دختر با دست و پای کوتاه و شکم برآمده بدنیا آمده (مالفرمه). ده جنین زنده با ضرب آپکار ۱۰ متولد شده که یکی از آنها ۷ ماهه بوده است. ۶ جنین مرده بدنیا آمده که سه نفر در ماههای ۵ و ۶ و ۷ حاملگی بوده‌اند و وزن آنها از ۱۵۰۰ گرم کمتر و سن حاملگی از ۳۴ هفته کمتر بوده است و ۳ جنین ۹ ماهه مرده بدنیا آمده‌اند، ۴ مادر زایمان نکرده مرخص شده‌اند که قلب جنین آنها شنیده میشد بنابراین مرگ و میر جنین و نوزاد نسبتاً زیاد بوده است.

۲- حالت نوزاد در موقع تولد و پس از خروج - ضرب آپکار در جنین‌هاییکه سریع خارج شده‌اند خوب و حدود ۱۰ بوده است. وضع بچه‌ها از نظر عصبی و تنفسی خوب بوده، احتیاج به رانیماسیون نداشته‌اند. فقط یک جنین که تا مرحله آخر زایمان زنده بود و با فورسپس نیز خارج شده با ضرب آپکار صفر بوده که برگشت نیز پیدا نکرد.

#### نکته مهم

چون در گروه بیماران ما روش محافظه کاری بیشتر از روشهای دیگر مراعات میشده تعداد مرگ و میر نوزاد و عوارض حاصل شده برای آنان و همچنین عوارض مربوط به مادران نسبت به روشهای دیگر بطور قابل ملاحظه‌ای افزایش داشته است و به عنوان مثال بیشتر از گروه بیماران دکتر برگر (Dr. Cristian Berger) است. لذا بنظر میرسد روش زایاندن سریع برتری داشته باشد. باینترتیب که باید بیمار را در محیط کاملاً آرام گذارده از تحریکات خارجی حفظ کرد و بعد از برقرار کردن کوکتیل (پروفوزیون داخل وریدی با کستر قندی محتوی پتیدین و کلر پرومازین) و سولفات دومینزی و دیازپام (والیوم) نسبت به تزریق داخل وریدی بطریق یاد شده برای رفع تشنج و آرام گرفتن بیمار اقدام کرد. بعلاوه در صورتیکه دیلاتاسیون وجود دارد کیسه آب را پاره کرده زایمان سریع انجام دهیم و در صورت عدم دیلاتاسیون و نبودن علائم زایمانی، زایمان را بطریق سزارین خاتمه دهیم.

بحث - از این تحقیق که در مدت ۶ سال انجام گرفته نتایج زیر بدست آمده است:

۱- موانع تحقیق - عبارتند از: کمی تعداد بیماران و کمی مدت تحقیق در نوزادان و اشکال مربوط به تغییرات نشانی زنانی که زایمان کرده‌اند.

۲- شیوع اکلامپسی عبارت از یک مسئله اجتماعی است چه ۱۸ تن از بیماران مذکور را از خارج وی آنکه قبلاً تحت نظر باشند آورده‌اند و بقیه نیز قبلاً در مانهای طبی مناسبی نداشته‌اند. از طرف دیگر اکثر این بیماران در مرحله تشنج به بیمارستان آورده شده‌اند، غالباً درمانها تأخیر داشته و اکثراً تاریخچه بیماری آنها روشن نبوده است و همین مسائل است که پیش آگهی بیماران را وخیم می‌سازد.

۳- آیا نوزاد اکلامپسی محکوم به مرگ است:

الف - محکوم است بعلت محیط زیست داخل رحم: چه وازو- اسپاسم و کاهش بازده خون جفت را نمیتوان قطعاً بهبود بخشید. از طرفی هر لحظه احتمال خونریزی پشت جفت وجود دارد. هم چنین بچه اکلامپسی محکوم است بعلت شرایط زمان که هر چه خروج آن بتأخیر افتد علائم زجر آن بیشتر خواهد شد.

ب- آیا میتوان این محکومیت را بر طرف ساخت؟ هر چه مدت و شدت زجر جنین کمتر گردد یعنی جنین را زودتر خارج کنیم او در شرایط مناسبتری خواهد بود و شک نیست که پیشرفت واحدهای رانیماسیون شرایط مناسبتری را برای بهبود نوزادان ایجاد خواهد کرد.

نتیجه - در مورد اکلامپسی، پیش گیری از ظهور این بیماری بهترین روش است. ولی در صورت بروز علائم این بیماری، پیش- آگهی وخیم خواهد شد. در این مورد نیز وضع مادر و شرایط اجتماعی و لحظه بستری شدن در پیش آگهی دخالت دارد و بهر حال امکانات فعلی بیهوشی و رانیماسیون از شدت حوادث کاسته است و خارج کردن سریع بچه، از زجر بعدی آن جلوگیری خواهد کرد. باتوجه به گزارش بالا در مورد ۲۰ بیمار اکلامپسی و پراکلامپسی که در بخش مامائی زایشگاه امین بوده‌اند باین نتیجه میرسیم:

#### الف - نکات مربوط به مادر:

۱- سن و چندزائی: از تعداد ۲۰ بیمار ۶ بیمار کمتر از ۲۰ سال و ۱۲ نفر بین ۲۰ تا ۳۰ سال و بقیه بین ۳۰ تا ۴۰ سال داشته‌اند. ۱۳ تن چند تا و هفت تن نخست‌زا بوده‌اند.

۲- سوابق: ۹ بیمار مبتلا به اکلامپسی در زمینه یک نغروپاتی آبستنی اهمال شده بودند که بیماری مذکور در ظرف چند روز تا یکماه پیشرفت کرده و منجر به اکلامپسی شده است. یک تن دچار اکلامپسی بعد از زایمان شده که همراه با تشنج و بالارفتن

## REFERENCES:

- 1- Dr. Ch. Berger, Les Problèmes Prenataux Posés par l'Eclampsie. Journal Obstetrique & Gynecologie., Paris, France. Vol. 2, No. 1, 330\_340, 1973.
- 2- Robert Merger, Précis Obstetrique Editeur Masson, Paris, France., P. 376\_380\_383. 1974.
- 3- Dr. Christian Berger., Quick Delivery in Eclampsia Gives Best Chance to Infant. American Obst. Gynec. News, Vol. 8, No. 16, 48. August 15, 1973.
- 4- J. Robert Willson, M.D , Glayton T. Beecham, M. D., Elsie Reid Carrington. Obst. and Gynec., The C.V. Mosby Company, Saint Louis, P. 308\_316, 1971.

۵- آمار و مدارک موجود در زایشگاه امین - بیمارستان وابسته بدانشگاه پزشکی اصفهان.