مقایسه روشهای درمانی اکلامپسی

دکترمحمد میردامادی ـ دکتر مهین خلیلی*

مجله نظام پزشکی
سال پنجم، شماره ۲، صفحه ۱۷۰ ـ ۲۵۳۵

مقدمه : معمای اکلامپسی هنوزحل نشده است و نظرات مربوط به علت این بیماری تاکنون روشن نیست و از نظر درمانشناسی نیز بسیاری ازمسائل تابحال مشخص‌نگردیده‌است. درنوشته‌های جدید چه ازنظر روش درمان و چه ازنظر مراقبتهای جنین و یا روش‌های جراحی اختلاف عقیده بسیار است . ولی بهرحال در مورد رعایت نکات زیر برای هرروش درمان ، اتفاق نظر وجود دارد:

الف ـ درمانهای طبی‌فوری.

ب ـ خارج کردن‌جنین‌درلحظه مناسب.

ج ـ همکاری بین متخصص زایمان ومتخصص کودکان.

الف ـ درمانهای طبی : اولین اقدام شروع درمانهای طبی است که هدف از آن آرام کردن بیمار میباشد و برای انجام این منظور باید ابتدا ازداروهای زود اثر استفاده‌کرد، فشار خون‌را پائین آورد ، تشنجات بیمار را از بین برد و برای مراقبتهای لازم او را زیر نظر افراد کارآزموده قرار داد .

در این مورد رعایت نکات زیر الزامی است :

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

۲ـ گذاردن چند لایه‌گاز یا وسیله مخصوص بین دندانها برای جلوگیری از آسیب دیدن زبان .

۳ـ گذاردن سوند ثابت درمثانه وکنترل حجم ادرار.

۴ـ کشیدن ترشحات حلق بوسیله دستگاه مکنده.

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

۶ـ تخلیهٔ معده وگذاردن‌سوند درآن برای‌جلوگیری ازاستفراغ و ورود مواد استفراغی به داخل ریه .

۷ـ اندازه‌گیری فشارخون، نبض، تنفس، حالت‌اضطراب وتشنج و جلوگیری از ورم حاد ریه بوسیله اندازه‌گیری فشار وریدی مرکزی (C. V. P.).

۸ـ اندازه‌گیری حرارت بدن که در نتیجهٔ افزایش متابولیسم در اثر تشنج اضافه میشود . لذا هردو ساعت یکبار باید حرارت را از طریق رکتوم اندازه‌گرفت و در صورت بالا بودن حرارت باگذاردن‌کیسه یخ یاماساژ باالکل وغیره حرارت بدن‌راکم‌کرد. اگر بیماردچارتشنج‌باشد، ابتدا آرام‌بخش‌میدهیم، سپس‌لوله‌گذاری میکنیم و یك شل‌کننده عضلانی با پرفوزیون میدهیم که عضلات شل شود، تشنج‌کنترل‌گردد ودر نتیجه فشار خون نیز پائین‌بیاید.

داروهائی‌که معمولا درموقع حملات تشنج بکار میرود عبارتند از:

۱ـ داروهای‌نروسداتیو ـ روش‌تزریقات متناوب مرفین‌باهیدرات دوکلرال . سپس بجای مرفین، داروهائی‌که باعث تعادل دستگاه عصبی میشوند مانند املاح منیزیوم وکلسیم از راه تزریق عضلانی ویا وریدی‌بصورت محلول ۱۰٪ درآمپول cc ۱۰ یا cc ۲۰ به‌بیمار داده میشود . مقدار منیزیم از ۴ میلی اکی‌والان در سرم خون نباید تجاوزکند و هرگاه به ۱۰ میلی اکی‌والان برسد بیهوشی و فلج بیمار را درپی خواهد داشت.

ـ استعمال داروهائی‌که روی دیانسفال اثر میکند مانند باربیتو ـ ریکها و یا داروهائی‌که روی قشر (کورتکس) مغزاثردارد مانند پارالدئید ، برمورو کلرال‌ها.

---

* دانشکده پزشکی ـ دانشگاه اصفهان.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

ـ توأم کردن باربیتوریکها باکلرپرومازینها ـ کلرپرومازینها بیشتر از دیگر داروها مصرف میشوند چون هم نروسداتیو هستند و هم هیپوتانسور.

ـ مخلوطی ازکلرپرومازین ، پتیدین و فنرگان از راه وریدی بصورت پرفوزیون با مقدارکمی مایع بکار برده میشود.
اگرپرسیون تنفسی وجود داشته باشد ومخصوصاً فشار خون پائین باشد نباید این دارو را بکار برد .
ممکن است در ابتدای امر نزدونال و سرپازیل داد وپس ازتزریق این داروها ، ویاددیل بصورت پرفوزین بکار برد . و همراه آن از سولفات دو منیزیم ۱۰٪ وگلوکنات دوکلسیم ۱۰٪ همراه با رانیماسیون استفاده نمود.

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

الکالوئیدفعال رولفیا(سرپازیل) یاعصاره کلی آن(ایزوتریوپین)ویا مشتقات سنتتیک آن. بعضی داروهاروی مغز اثرمیکندمانندفنتالازینها (اپرسولین و پرسولین). و بالاخره متیل دوپا (آلدومت) .

۳ـ روش درمانی دیگری که بکار میرود داروهای مدر میباشد که امروزه بیشتر ترکیبات فروزمیدها هستند (لازیکس) و بسته بمقدار احتباس آب و نمك متفاوت است . گاهی نیز لازم میشود که پتاسیم بکاربریم که دراینصورت هم خیزرا برطرف میکند وهم فشار خون را پائین میآورد. درمان بدینقرار است:

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

خطراین درمان کمبود آب(دزهیدراتاسیون) بدن است که ممکن است منجر به کلاپس وانوری شود لذاحجم ادرارا باید مرتباً کنترل و آزمایش نمود.

۴ـ 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 سانتیمترمکعب سولفات دومنیزی ۱۵٪ ، پرفوزیون دائمی ۲۵۰cc گلوکز ۱۰٪ که شامل ۵۰ میلی گرم کلرپرومازین و ۱۰۰ میلی گرم پتیدین میباشد. پرفوزیون باید خیلی آهسته و ملایم باشد (۱۰ـ۱۵ قطره در دقیقه).

۵ـ بالاخره برای برطرف کردن تشنجات وپائین آوردن فشارخون از بیهوشی اپی دورال استفاده میشود بدینترتیب که : با گذاشتن کاتتر در بین اپین های اسپینال درناحیه رباط زرد ودرفضای پری دورال با تزریق داروهای بیحس کننده ، اعصاب سمپاتیك را فلج میکنند و درنتیجه عروق گشاد میشود . حجم خون پائین میآید و فشارخون نیزسقوط می کند وتشنجات ازبین میرود که درنتیجه خون و اکسیژن بیشتری به مغز بیمار می‌رسد وبیمار ازخطر نجات پیدا میکند. ولی درهرحال اگر بیمارمدت طولانی دراغماء وهیپوتانسیون باشد و فشار سیستولیك از ۶۰ تا ۷۰ میلیمتر جیوه کمتر شود ، نکروز کلیه ایجاد خواهدشدکه خود عارضه خطرناکی است ودر اینمورد حتماً باید از هیدروکورتیزون استفاده کرد.

ب ـ خارج کردن جنین: درصورتیکه معالجات طبی مؤثرواقع شد و مادر و جنین در یك حالت تعادل قرار گرفتند میتوان حاملگی را ادامه داد تاجنین کاملا بتواند بدرشد لازم برسد. اما درصورتی که معالجات فوق مؤثر نشد وتشنجات ادامه پیدا کرد باید هرچه زودتر به حاملگی خاتمه داد زیرا دراینموقع تنها راه درمان ، خارج شدن جنین وقطع حاملگی است. زایمان را باید وقتی بیمار چند زا باشد سعی کرد از طریق طبیعی و از راه واژینال بوسیله تحریك زایمانی انجام داد ودرصورت عدم موفقیت از راه طبیعی، درصورتیکه جنین سالم ورسیده وقابلیت زندگی درخارج ازرحم 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 ـ همکاری متخصص زایمان و اطفال ـ تولد چنین نوزادی بی‌همکاری این دو ممکن است باعث ظهور مخاطراتی گردد . از این رو لازم است نکات زیررا درنظر گرفت:

الف ـ متخصص کودکان باید درلحظه تولد حضور داشته باشد وهم بوسیله اواست که بایدترشحات دستگاه تنفسی تخلیه شده، اکسیژن داده شود وکمبود قندخون(هیپوگلیسمی)واسیدوز نوزاد اصلاح گردد.
ب ـ درصورت ضرورت باید نوزادرا بهواحد رانیماسیون فرستاد. اینکار باید در شرایط مناسب و هرچه زودتر انجام گیرد.

نتایج ـ درمورد ۲۷ بیمارمبتلا به اکلامپسی که زیر نظر دکتر کریستین بر گربودند وهیچکدام ازآنها طی دوران آبستنی مراجعه ننموده‌اند نکات زیر بچشم میخورد:

۱۸ تن از آنها بی هیچگونه سابقهٔ قبلی از خارج به بیمارستان آورده شده بودندکه ازشروع تشنجات تاورود بیمار به بیمارستان بین نیم تا ۸ ساعت طول کشیده بود.

الف ـ نکات مربوط به مادر:

۱ـ سن وچندزائی ـ از ۲۷ بیمار مذکور پنج تن کمتراز ۲۰ سال، ۱۴ تن بین ۲۰ تا ۳۰ سال، دوتن بین ۳۰ تا ۴۰ سال وشش تن ازچهل سال بیشترداشته‌اند. ضمناً بیست تن نخستزا وهفت تن چندزا بوده‌اند.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

۲ـ سوابق ـ بیست ویکنفر ازاین بیماران تشنجات اکلامپسی در زمینه یك نفروپاتی آبستنی اهمال شده داشته‌اندکه بیماری فوق درظرف چندروز تایکماه پیشرفت کرده و منجر به اکلامپسی‌شده است. بقیه سابقه مشخص بیماری دائمی فشار خون ویا نفریت مزمن داشته‌اند.

۳ـ حوادث اضافه براکلامپسی ـ چهار تن از بیماران مذکور علاوه براکلامپسی‌دچارهماتوم پشت‌جفت‌بودند ویك‌نفرخونریزی مغز داشته است. این حوادث فقط درمولتی پارها دیده شده‌است.

۴ـ نوع زایمان ـ پنج تن از بیماران فوق از طریق پائین و یا فورسپس زایمان کرده‌اند و بقیه آنها که در جریان زایمان نبوده‌اند، سزارین شده‌اند.

۵ ـ مرگ ومیر مادر ـ سه نفر ازبیماران فوت‌شده‌اندکه یکی‌بعلت خونریزی مغز ، دومی بعلت نکروزکلیه با وجود چهار مرتبه تصفیه‌کلیه‌که برای او انجام شده بود وسومی بعلت خونریزی در اثراختلال انعقاد خون. بنظر میرسدکه مرگ ومیر مذکور بسیار زیاد است و همین امر نشان میدهد که تا چه حدبیمارانی‌که دیر بستری میشوند دچار عوارض وخیم و پیش‌آگهی بدی میباشند و درمان‌های طبی نمیتواند آنها را نجات دهد.

ب ـ نکات مربوط به نوزادان:

۱ـ وضع فوری نوزادان : در ۲۷ بیماری‌که بستری بوده‌اند دو جنین در داخل رحم قبل از بستری شدن مرده‌اندکه مادران آنها خونریزی پشت جفت داشته‌اند. ۲۵ بچه زنده بدنیا آمده‌اندکه وزن ۳ نفرکمتر از ۱۵۰۰ گرم و سن آبستنی مادر آن‌ها کمتر از ۳۴ هفته بوده است و این سه نوزاد در مرحله نئوناتال ازبین رفته‌اند و ۲۲ نفردیگرزنده مانده‌اند. به‌این ترتیب مرگ و میر کلی ۱۸/۵٪ و مرگ و میر درشروع تولد ۱۲٪ بوده‌است.

۲ـ حالت‌نوزاد درموقع‌تولد وپس‌ازخروج ـ جالب‌است‌که‌ارتباط بین ضریب آپکار درلحظه تولد و زمان اولین حمله تا لحظه تولد را روشن‌کنیم. تحقیقی‌که در۲۲نوزاد بابیشتراز ۱۵۰۰ گرم‌وزن انجام‌گرفته وسن‌حاملگی‌از۳۴هفته بیشتربوده‌است، نشان‌میدهد: دوتن ضریب‌آپکاربین۳ و۶ داشته‌اند. هفت بچه‌را بین۲ تا۶ساعت بعدازحمله خارج‌کرده‌اند ودراین‌هفت بچه در۳نفرازآنها ضریب آپکارحدود هفت بوده‌است و سه‌نفرضریب‌آپکاربین ۳ تا ۶ و یك نفرضریب‌آپکارپائین‌تراز۳داشته‌است. پنج بچه‌را ده ساعت بعداز تشنج خارج‌کرده‌اندکه یك 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 یکنفر کمتر از ۳ بوده است. ۴ نوزاد ضریب آپکار ۱۰ داشته‌اند.

۳ـ رآنیماسیون نوزاد ـ از ۱۸ نوزادی‌که به‌بخش رانیماسیون رفته‌اند یکی از آنها مرده ووضع ۱۷ نفر دیگر بقرار زیر بوده است :

شش‌نفرازآنها بهنگام تولد بوسیله متخصص‌اطفال آزمایش‌شده‌اند. ازنظر حالت عمومی وعصبی وتنفسی خوب بوده‌اند و انتقال‌آن‌ها بایس‌بخش‌ضرورتی نداشته است. ازیازده نفر دیگرکه شامل‌چهار پسر و هفت دختر بوده‌اند پنج بچه نارس (پرماتوره) وشش بچه رسیده بوده‌است. مدت متوسط‌آبستنی۳۶ هفته ودر واقع بین ۳۳ تا ۴۰ هفته بوده است. وزن موقع تولد چهار بچه بطور متوسط ۲/۱۵۰ کیلوگرم‌یعنی‌بین ۱/۴۶۰ تا ۲/۸۰۰ کیلوگرم‌بوده‌است. پنج‌تن‌ازنوزادان بلافاصله‌بعدازتولدفریادزده ودوتن‌آنهادرخواب بدنیاآمده‌اند. چهاربچه ضریب‌آپکارکمتراز چهارداشته‌اند ویکی ازآن بچه‌ها دراطاق‌زایمان لوله‌گذاری(انتوباسیون) شده است.

۴ـ آزمایش‌های نوزاد پس‌از ورود به بخش رانیماسیون نکات‌زیر را روشن‌کرده است :

اول ـ هیچکدام ناهنجاری‌کلی نداشته‌اند.

دوم ـ پنج تن از نوزادان تنفس میکردند. یك تن از این پنج تن نارسائی تنفسی ایدیوپاتیك مرحلهٔ ۲ داشته‌که احتیاج به وانتیلاسیون نداشته‌است و۳نفر قبل‌ازتولد مکونیوم‌دفع میکردند که یکی‌ازآنها مدت دوروز انتوباسیون و وانتیلاسیون شده‌است.

سوم ـ حالت عصبی نوزادان مذکور خوب بوده است ـ در ۶ تن تونوس عضلات طبیعی و رفلکسها وجود داشته است . چهارنوزاد هیپوتونی داشته‌اند ولی رفلکس‌ها از بین نرفته بود و یك نوزاد هیپوتونی و عدم رفلکس داشته است.

۵ـ آزمایش‌های بیولژیك مربوط به نوزادان.

اول ـ اختلالهای باز بطور متوسط ۴/۵ اکی والان درلیتر بوده است. پروتید خون پائین وبطور متوسط از۵۳ گرم درلیترکمتر بوده است. یونوگرام و آزمایشهای باکتریولژیك اشکالی نشان نداده‌است. یکی‌ازنوزادان روزسوم هیپوگلیسمی موقت نشانداده است . (آزمایش میزان قند خون هرسه ساعت انجام شده است.)

دوم ـ یرقان خفیف مشاهده شده‌است ـ تمام این یازده بچه‌که در واحد رانیماسیون بوده‌اند بهبود یافته و به‌وضع‌طبیعی رسیده‌اند.

پ ـ پیش‌آگهی

از ۲۲بچه مبتلابه اکلامپسی‌که بخش‌را پس‌ازده تاپنجاه روزترك کرده‌اند ۵۰٪ آنها مراجعت کرده و زیر نظر قرارگرفته‌اند واین۵۰٪درمدت ۲سال‌کنترل شده‌اندکه‌رشدونمو جسمی وروانی همه آنها طبیعی بوده است.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

بحث ـ ازاین تحقیق که در مدت ۶ سال انجام گرفته نتایج زیر بدست آمده است:

۱ـ موانع تحقیق ـ عبارتند از: کمی تعداد بیماران وکمی‌مدت تحقیق در نوزادان و اشکال مربوط به تغییرات نشانی زنانی‌که زایمان کرده‌اند.

۲ـ شیوع اکلامپسی‌عبارت ازیك مسئله اجتماعی‌است چه ۱۸تن از بیماران مذکور را از خارج وبی‌آنکه قبلا تحت نظر باشند آورده‌اند وبقیه نیز قبلا درمانهای طبی مناسبی نداشته‌اند. از طرف دیگر اکثر این بیماران در مرحله تشنج به بیمارستان آورده‌شده‌اند، غالباً درمانهاتأخیرداشته واکثراً تاریخچه‌بیماری آنها روشن نبوده است وهمین مسائل است‌که پیش‌آگهی بیماران را وخیم می‌سازد.

۳ـ آیا نوزاد اکلامپسی محکوم به‌مرگ است :

الف ـ محکوم است بعلت محیط زیست داخل رحم : چه وازو ـ اسپاسم و کاهش بازده خون جفت را نمیتوان قطعاً بهبود بخشید. از طرفی هرلحظه احتمال خونریزی پشت جفت وجود دارد. هم‌چنین بچه اکلامپسی محکوم است بعلت شرایط زمان‌که هرچه خروج آن بتأخیر افتد علائم زجر آن بیشتر خواهد شد.

ب ـ آیا میتوان این محکومیت را برطرف ساخت ؟ هرچه مدت و شدت زجر جنین‌کمترگردد یعنی جنین را زودتر خارج‌کنیم او درشرایط مناسبتری‌خواهدبود وشك‌نیست‌که پیشرفت‌واحدهای رانیماسیون شرایط مناسبتری را برای بهبود نوزادان ایجاد خواهدکرد.

نتیجه ـ در مورد اکلامپسی ، پیش‌گیری از ظهور این بیماری بهترین روش است. ولی‌درصورت بروز علائم این بیماری، پیش‌آگهی وخیم خواهد شد . دراین مورد نیز وضع مادر و شرایط اجتماعی‌ولحظه بستری شدن درپیش‌آگهی دخالت دارد وبهرحال امکانات فعلی بیهوشی ورانیماسیون از شدت حوادث کاسته است وخارج‌کردن‌سریع‌بچه، اززجر بعدی‌آن‌جلوگیری خواهدکرد . باتوجه به‌گزارش‌بالا درمورد۲۰ بیمار اکلامپسی و پراکلامپسی که در بخش مامائی زایشگاه امین بوده‌اند باین نتیجه میرسیم:

الف ـ نکات مربوط به‌مادر :

۱ـ سن و چندزائی: ازتعداد ۲۰بیمار ۶ بیمارکمتر از۲۰ سال و۱۲نفر بین ۲۰تا۳۰ سال و بقیه بین ۳۰تا ۴۰ سال داشته‌اند. ۱۳ تن چند زا و هفت تن نخست‌زا بوده‌اند.

۲ـ سوابق : ۹ بیمار مبتلا به‌اکلامپسی در زمینه یك نفروپاتی آبستنی اهمال شده بودند که بیماری مذکور در ظرف چند روز تا یکماه پیشرفت کرده و منجر به اکلامپسی شده است . یك تن دچار اکلامپسی بعداز زایمان شده‌که همراه با تشنج و بالارفتن فشارخون بوده درصورتیکه سابقه قبلی نداشته است. این بیماران فشارخون قبلی یابیماری کلیه را درسابقه خود یادآور نشده‌اند.

۳ـ حوادث اضافه براکلامپسی: یك نفراز۲۰بیمار فوق مبتلا به اکلامپسی یا جدا شدن زودرس جفت در ماه هشتم حاملگی بوده که چند زا و همراه با خونریزی بوده است.

۴ـ نوع‌زایمان: سه‌تن از بیماران بوسیله فورسپس زایمان نموده، و یازده نفرزایمان خود بخود داشته‌اند وپنج‌نفرآنهاپس ازبستری شدن دربیمارستان و بهبود نسبی قبل از زایمان مرخص شده‌اند.

۵ـ مرگ ومیر مادر نداشته‌ایم.

ب ـ نکات‌مربوط به‌نوزادان:

۱ـ در ۲۰ بیمارمذکور یك‌جنین۸ماهه بانمای‌پا(سرین)بعلت‌جدا شدن زودرس جفت درداخل رحم‌تلف شده‌است. یك‌جنین هفت‌ماهه غیرطبیعی دختر با دست و پای‌کوتاه و شکم برآمده بدنیا آمده (مالفرمه). ده جنین زنده باضریب‌آپکار ۱۰متولد شده‌که یکی‌از آنها ۷ماهه بوده‌است. ۶جنین‌مرده بدنیاآمده‌که سه‌نفردرماههای ۵ و ۶ و ۷ حاملگی‌بوده‌اند و وزن‌آنها از ۱۵۰۰ گرم‌کمتروسن حاملگی از ۳۴هفته‌کمتربوده‌است و ۳ جنین ۹ ماهه مرده بدنیا آمده‌اند، ۴ مادرزایمان نکرده مرخص شده‌اندکه قلب جنین‌آنها شنیده میشد بنابراین‌مرگ ومیرجنین ونوزاد نسبتاً زیادبوده‌است.

۲ـ حالت نوزاد در موقع تولد و پس از خروج ـ ضریب آپکار درجنین‌هائیکه سریع خارج شده‌اند خوب وحدود ۱۰ بوده‌است. وضع بچه‌ها ازنظرعصبی‌وتنفسی خوب‌بوده، احتیاج به‌رانیماسیون نداشته‌اند. فقط یك جنین‌که تا مرحله‌آخر زایمان زنده بود وبا فورسپس‌نیزخارج‌شده‌باضریب‌آپکارصفر بوده‌که‌برگشت‌نیزپیدانکرد.

نکته مهم

چون در گروه بیماران ما روش محافظه کاری بیشتر از روشهای دیگر مراعات میشده تعداد مرگ‌و میر نوزاد وعوارض حاصل شده برای آنان وهمچنین عوارض مربوط به مادران نسبت به‌روشهای دیگربطورقابل‌ملاحظه‌ای افزایش داشته‌است وبه‌عنوان مثال بیشتر ازگروه بیماران دکتر برگر (Dr. Cristian Berger) است. لذا بنظرمیرسد روش زایاندن سریع‌برتری داشته‌باشد. باینترتیب که باید بیماررا در محیط‌کاملا آرام‌گذارده ازتحریکات خارجی حفظ‌کرد وبعداز برقرارکردن‌کوکتیل (پرفوزیون داخل‌وریدی باکسترقندی محتوی پتیدین‌وکلرپرومازین) و سولفات دومنیزی و دیازپام (والیوم) نسبت به تزریق داخل وریدی بطریق یاد شده برای رفع‌تشنج وآرام‌گرفتن بیماراقدام‌کرد. بعلاوه درصورتیکه دیلاتاسیون وجود داردکیسه‌آب راپاره‌کرده زایمان سریع‌انجام دهیم ودرصورت عدم دیلاتاسیون و نبودن علائم زایمانی، زایمان را بطریق سزارین خاتمه دهیم .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

REFERENCES:

1_ Dr. Ch. Berger, Les Problèmes Prenateaux Prosés par l'Eclampsie. Journal Obstetrique & Gynecologie., Paris, France. Vol. 2, No. I, 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.

۵ــ آمار و مدارك موجود در زایشگاه امین ـ بیمارستان وابسته بدانشگاه پزشکی اصفهان.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]