

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، بینض، 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 یکباره باید حرارت را از طریق دکتون اندازه گرفت و در صورت بالا بودن حرارت با گذاردن کیسه یخ یاماساز بالاکل وغیره حرارت بدن را کم کرد. اگر بیمار در چارتشنج باشد، ابتدا آرام بخش میدهیم، سپس لوله گذاری میکنیم و یک شل کننده عضلانی با پروفوژیون میدهیم که عضلات شل شود، تشنج کنترل گردد و در نتیجه فشار خون نیز پائین بیاید. داروهایی که معمولاً در موقع حملات تشنج بکار میروند عبارتند از: ۹- داروهای نروساناتیو. روش تزریقات متناوب مرفین باعیدرات دوکلرال . سپس بجای مرفین، داروهایی که باعث تعادل دستگاه عصبی میشوند مانند امالح 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 و الان در سرم خون نباید تجاوز کند و هر گاه به ۱۰ میلی اکی و الان بر سردهیوشی و فلچ بیمار را درپی خواهد داشت.
- استعمال داروهایی که روی دیانسفال اثر میکنند مانند باربیتو- ریکها و یا داروهایی که روی قشر (کورتیکس) مغز اثر دارد مانند پارالدیبد ، برموروکلرالها.

مقدمه : معماه اکلامپسی هنوز حل نشده است و نظرات منبوط به علت این بیماری تاکنون روشن نیست و از نظر درمانشناسی نیز بسیاری از مسائل تابحال مشخص نگردیده است. در نوشته‌های جدید چه از نظر روش درمان و چه از نظر مراقبتها 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 از داروهای زود اثر استفاده کرد، فشار خون را پائین آورد ، تشنجات بیمار را از برد و برای مراقبتها لازم او را زیر نظر افراد کارآزموده قرار داد .
- در این مورد رعایت نکات زیر الزامی است :
- ۱- قرار دادن بیمار در اتاق آرام ، کم نور و بی سروصدای 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 کم خونی مغز در اثر اسپاسم شرائین مغز یا دپرسیون تنفسی.

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

ب- خارج گردن جنین: در صورتیکه معالجات طبی مؤثر واقع شد و مادر و جنین در یک حالت تعادل قرار گرفته باشند میتوان حاملگی را ادامه داد تا جنین کاملاً بتواند بدرشد لازم بر سد. اما در صورتی که معالجات فوق مؤثر نشد و تشنجات ادامه پیدا کرد باید هرچه زودتر به حاملگی خاتمه داد زیرا در این‌موقع تنها راه درمان، خارج شدن جنین و قطع حاملگی است. زایمان را باید وقتی بیمار چند زا باشد نشد و قطع طبیعی و از راه واژینال بوسیله 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 لازم است، 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 دو 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 قندخون (هیپو گلوبولین) و اسیدوز نوزاد اصلاح گردد.
ب - در صورت ضرورت باید نوزاد را به واحد رانیماسیون فرستاد. اینکار باید در شرایط مناسب و هرچه زودتر انجام گیرد.

نتایج - در مورد ۲۷۵ بیمار مبتلا به اکلامپسی که زیر نظر دکتر کریستین بر گردیدند و هیچ‌کدام از آنها طی دوران آبستنی مراجعت ننموده‌اند
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 چند زایقی- از ۲۷ بیمار مذکور پنج تن کمتر از ۲۰ سال، ۱۴ تن بین ۲۰ تا ۳۰ سال، دو تن بین ۳۰ تا ۴۰ سال و شش تن از چهل سال بیشتر داشته‌اند. ضمناً بیست تن نخست‌زا و هفت تن چند زا بوده‌اند.

- توأم کردن باریتودیکها با کلرپرومازین‌ها - کلرپرمازین‌ها بیشتر از دیگر داروها مصرف می‌شوند چون هم نرسداتیو هستند و هم هیپوتانسیور.

- مخلوطی از کلرپرمازین، پتیدین و فنرکان از راه وریدی بصورت پرفوژیون با مقدار کمی مایع بکار برد می‌شود. اگر دپرسیون تنفسی وجود داشته باشد و مخصوصاً فشار خون پائین باشد نباید این دارو را بکار برد.

ممکن است در ابتدای امر نزد نotal و سرپازیل داد و پس از تزریق این داروها، ویادریل بصورت پرفوژیون بکار برد. و همراه آن از سولفات دومنیزیم ۱۰٪ و گلوکنات دوکلسمیم ۱۰٪ همراه با رانیماسیون استفاده نمود.

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

الکالوئید فالرولفیا (سرپازیل) یا عصاره کلی آن (ایزوتروپین) و یا مشتقات سنتیک آن. بعضی داروهاروی مغز اثر میکنند مانند قاتالازین‌ها (اپرسولین و پرسولین). و بالاخره متیل دوبا (آلدومت).

۳- روش درمانی دیگری که بکار می‌رود داروهای مدد می‌باشد که امروزه بیشتر تر کیبات فروزنده‌ها هستند (لازیکس) و بسته به مقدار احتیاج آب و نمک متفاوت است. گاهی نیز لازم می‌شود که پتاسیم بکار ببریم که در این‌صورت هم خیز را بر طرف می‌کند و هم فشار خون را پائین می‌آورد. درمان بدینقرار است:

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

خطرا این درمان کمبود آب (دزهیدراتاسیون) بدن است که ممکن است منجر به کلارپس 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 (والبوم)، تزریق داخل وریدی خیلی آهسته ۱۰ تا ۳۰ سانتیمتر مکعب سولفات دومینزی ۱۵٪، پرفوژیون دائمی ۲۵.۰۰۰ گلولکز ۱۰٪ که شامل ۵۰ میلی گرم کلرپرمازین و ۱۰۰ میلی گرم پتیدین می‌باشد. پرفوژیون باید خیلی آهسته و ملایم باشد (۱۰-۱۵ قطره در دقیقه).

۵- بالاخره برای برطرف کردن تشنجات و پائین آوردن فشار خون از بیهوشی اپی دورال استفاده می‌شود بدینترتیب که: با گذاشتن کافش در بین اپین‌های اسپینال در ناحیه رباط زرد و در فضای پری-دورال با تزریق داروهای بی‌حس کننده، اعصاب سمباتیک را فلچ

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

ش نفر از آنها بهنگام تولد بوسیله متخصص اطفال آزمایش شده‌اند. از نظر حالت عمومی و عصبی و تنفسی خوب بوده‌اند و انتقال آن‌ها باین بخش ضرورتی نداشته است. از یازده نفر دیگر که شامل چهار پسر و هفت دختر بوده‌اند پنج بچه نارس (پرماتوره) و شش بچه رسیده بوده‌است. مدت متوسط آبستنی ۳۶ هفته و در واقع بین ۳۳ تا ۴۰ هفته بوده است. وزن موقع تولد چهار بچه بطور متوسط ۱۵۰ کیلو گرم بین ۱۴۶ تا ۱۸۰ کیلو گرم بوده است.

پنج تن از نوزادان بالا فاصله بعد از تولد فریادزده و دو تن آن‌ها در خواب بدینی آمده‌اند. چهار بچه ضریب آپکار کمتر از چهار داشته‌اند و یکی از آن بچه‌ها در اطاق زایمان لوله گذاری (انتو باسیون) شده است.

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

اول - هیچ‌کدام ناهنجاری کلی نداشته‌اند.

دوم - پنج تن از نوزادان تنفس میکردند. یک تن از این پنج تن نارسائی تنفسی ایدیوپاتیک مرحله ۲ داشته که احتیاج به وانتیلاسیون نداشته است و ۳ نفر قبل از تولد مکونیوم دفع میکردند که یکی از آنها مدت دوروز انتو باسیون و وانتیلاسیون شده است. سوم - حالت عصبی نوزادان مذکور خوب بوده است - در ۶ تن تonus عضلات طبیعی و رفلکسها وجود داشته است. چهار نوزاد هیپوتونی داشته‌اند ولی رفلکس‌ها از بین نرفته بود و یک نوزاد هیپوتونی و عدم رفلکس داشته است.

۵- آزمایش‌های بیولوژیک مربوط به نوزادان.

اول - اختلال‌های باز بطور متوسط ۴/۵ اکی والان در لیتر بوده است. پروتئید 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 هیپوکلسمی موقت نشانداده است. (آزمایش میزان قند خون هر سه ساعت انجام شده است).

دوم - یرقان خفیف مشاهده شده است - تمام این یارده بچه که در واحد رانیماسیون بوده‌اند بهبود یافته و بهوضع طبیعی رسیده‌اند.

پ - پیش آنگه

از ۲۲ بچه مبتلا به اکلامپسی که بخش را پس ازده تا پنجاه روز ترک کرده‌اند ۵۰٪ آنها مراجعت کرده و زیر نظر قرار گرفته‌اند و این ۵٪ در مدت ۲ سال کنترل شده‌اند که در شدو نمو جسمی و روانی همه آنها طبیعی بوده است.

۳- سوابق - بیست و یک نفر از این بیماران تشنجات اکلامپسی در زمینه یک نفوropاتی آبستنی اهمال شده داشته‌اند که بیماری فوق در ظرف چند روز تا یکماه پیشرفت کرده و منجر به اکلامپسی شده است. بقیه سابق مشخص بیماری دائمی فشار خون و یا نفریت مزمن داشته‌اند.

۴- حوادث اضافه بر اکلامپسی - چهار تن از بیماران مذکور علاوه بر اکلامپسی دچار هم‌اتوم پشت‌جفت بودند و یک نفر خونریزی مغز داشته است. این حوادث فقط در مولتی پارها دیده شده است.

۵- نوع زایمان - پنج تن از بیماران فوق از طریق پائین و یا فورسپس زایمان کرده‌اند و بقیه آنها که در جریان زایمان بوده‌اند، سزارین شده‌اند.

۶- مرگ و میر مادر - نفر از بیماران فوت شده‌اند که یکی بعلت خونریزی مغز، دومی بعلت نکروز 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 بیمارانی که دیر بستری می‌شوند دچار عوارض و خیم و پیش‌آگهی بدی می‌باشند و درمان‌های طبی نمی‌تواند آنها را نجات دهد.

ب- نکات مربوط به نوزادان:

۱- وضع فوری نوزادان : در ۲۷ بیماری که بستری بوده‌اند دو جنین در داخل رحم قبل از بستری شدن مرده‌اند که مادران آنها خونریزی پشت جفت داشته‌اند. ۲۵ بچه زنده بدینی آمده‌اند که وزن ۳ نفر کمتر از ۱۵۰۰ گرم و سن آبستنی مادر آنها کمتر از ۳۶ هفته بوده است و این سه نوزاد در مرحله نئوناتال ازین رفتگاند و ۲۲ نفر دیگر زنده مانده‌اند. به‌این 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 از تباطه 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 ۳۶ هفته بیشتر بوده است، نشان میدهد: دو تن ضریب آپکار بین ۳ و ۶ داشته‌اند. هفت بچه‌را بین ۲ تا ۶ ساعت بعد از حمله خارج کرده‌اند 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 یک نفر ضریب آپکار بین ۳ تا ۳ داشته‌اند. پنج بچه‌را در ساعت بعد از تشنج خارج کرده‌اند که یک بچه بعلت خونریزی پشت جفت قبل از مرده بوده و چهار دیگر هیچ‌کدام ضریب آپکارشان از هنست تجاوز نکرده بود. ضریب آپکار ۲ نفر بین ۳ تا ۶ و یک نفر کمتر از ۳ بوده است. ۴ نوزاد ضریب آپکار ۱۰ داشته‌اند.

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

۳- حادث اضافه بر اکلامپسی: یک نفر از ۲۰ بیمار فوق مبتلا به اکلامپسی یا جدا شدن زودرس جفت در ماه هشتم حاملگی بوده که چند زا 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 بسترسی شدن در بیمارستان و بیهود نسبی قبل از زایمان مرخص شده‌اند.

۵- مرگ و میر مادر نداشته‌ایم.

ب- نکات مربوط به نوزادان:

۱- در ۲۰ بیمار مذکور یک جنین، ماهه بانمای (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 بدنی آمده (مالفرمه). ده جنین زنده با ضریب آپکار ۱۰ متولد شده که یکی از آنها ۷ ماهه بوده است. ۶ جنین مرده بدنی آمده که سه نفر در ماههای ۵ و ۶ و ۷ حاملگی بوده‌اند و وزن آنها از ۱۵۰ گرم کمتر و سه حاملگی از ۳۴ هفته کمتر بوده است و ۳ جنین ۹ ماهه مرده بدنی 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 - ضریب آپکار در جنین‌ها بیکه سریع خارج شد، اند 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 ضریب آپکار صفر بوده که بر گشت نیز پیدا نکرد.

نکته مهم

چون در گروه بیماران ما روش محافظه کاری بیشتر از روشهای دیگر مرااعات 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 بعنوان مثال بیشتر از گروه بیماران دکتر برگر (Dr. Cristian Berger) است. لذا بمنظور مسد روش زایاندن سریع برتری داشته باشد. باین‌ترتیب که باید بیمار را در محیط کاملاً آرام گذارده از تحریکات خارجی حفظ کرد و بعداز برقرار کردن کوکتیل (پرفورزیون داخل وریدی باکستر قندی محتوی پتیدین و کلرپر و مازین) و سولفات دومنیزی و دیازپام (والیوم) نسبت به تزریق داخل وریدی بطریق یاد شده برای رفع تشنج و آرام گرفتن بیمار اقدام کرد. بعلاوه درصورتیکه دیلاتاسیون وجود دارد کیسه‌آب را پاره کرده زایمان سریع انجام دهیم و درصورت عدم دیلاتاسیون و نبودن علامت زایمانی، زایمان را بطریق سزارین خاتمه دهیم.

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

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

۲- شیوع اکلامپسی عبارت از یک مسئله اجتماعی است چه ۱۸ تن از بیماران مذکور را از خارج وی آنکه قبل از نظر باشند آورده‌اند و بقیه نیز قبل از ماههای طبی مناسبی نداشته‌اند. از طرف دیگر اکثر این بیماران در مرحله تشنج به بیمارستان آورده شده‌اند، غالباً در ماههاتا خبر داشته و اکثر آنها روش نبوده است و همین مسائل است که پیش آگهی بیماران را و خبیم 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. هم‌چنین بچه اکلامپسی محکوم است بعلت شرایط زمان که هر چه خروج آن بتا خیر افتاد عالم زجر آن بیشتر خواهد شد.

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

نتیجه- در مورد اکلامپسی، پیش‌گیری از ظهور این بیماری بهترین روش است. ولی درصورت بروز عالم این بیماری آگهی و خیم خواهد شد. در این مورد نیز وضع مادر و شرایط اجتماعی و لحظه بسترهای 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 جلو گیری خواهد کرد. با توجه 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 چند زایی: از تعداد ۲۰ بیمار ۶ بیمار کمتر از ۲۰ سال ۱۲ نفر بین ۲۰ تا ۳۰ سال و بقیه بین ۳۰ تا ۴۰ سال داشته‌اند.

۲- تن چند زا و هفت تن نخست‌زا بوده‌اند.

۳- سوابق: ۹ بیمار مبتلا به اکلامپسی در زمینه یک نفر و پاتی آبستنی اعمال شده بودند که بیماری مذکور در طرف چند روز تا یکماه پیشرفت کرده و منجر به اکلامپسی شده است. یک تن دچار اکلامپسی بعداز زایمان شده که همراه با تشنج و بالارفتن

REFERENCES:

- 1- Dr. Ch. Berger, Les Problèmes Prenataux Prosés par l'Eclampsie. Journal Obstetrique & Gynecologie., Paris, France. Vol. 2, No. I, 330_340, 1973.
- 2- Robert Merger, Précis Obstétrique 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 هدایت موجود در زایشگاه امین - بیمارستان دانشگاه پزشکی اصفهان.