مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية – سلسلة العلوم الطبية – المجلد /16/ العدد /2/ 1414 هـ– 1994– م

دراسة إحصائية – ميدانية لوسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى الحوامل في الساحل السوري

د. أحمد حسن يوسف*

لؤي حسن*

□ ملخص □

شملت الدراسة العملية 354 حالة منها 54 حالة غير حامل و 300 حالة حامل موزعة على أثلاث الحمل الثلاثة وبدراسة الخضاب والهيماتو كريت لهذه المجموعات تبين أن القيمة الوسطية للخضاب لغير الحوامل هو 11.6 ±4.5٪ ولدى الحوامل بالثلث الأول كان وسطي الخضاب 11.92 ±2.11 غ/100مل والهيماتو كريت 36.27 ±3.5٪ وشكل فقر الدم المرضي حوالي 47٪ بينما كانت قيم الخضاب والهيماتو كريت للحوامل في الثلث الثاني والثالث (11.36 ±1.12 غ/100مل)، (34.94 ±3.21٪)، (11.3 ±1.24 غ/100مل)، (24.52 ±3.61٪) على التوالي وشكل فقر الدم الفيزيولوجي 66٪ و75٪ في الثلث الثاني والثالث على التوالي بينما شكل فقر الدم المرضي في الثلث الثاني والثالث 34٪ و25٪ على التوالي، وباعطاء الحديد وقائياً تبين أن فقر الدم كان أقل بمرتين ونصف مما هو عليه لدى غير المعالجات وشكل 28٪ مقابل 12٪ لدى المعالجات.

---

* أشرف على هذا البحث الدكتور أحمد حسن يوسف الأستاذ المساعد في قسم التوليد والأمراض النسائية بكلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

قام بإعداد هذا البحث لؤي حسن طالب الدراسات العليا في قسم التوليد والأمراض النسائية بكلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

مقدمة:

إن حجم الدم يزداد تدريجياً في أثناء الحمل. وتبدأ الزيادة من الثلث الأول ويزداد بسرعة أكثر خلال الثلث الثاني أما في الثلث الثالث فالزيادة طفيفة "Prichard 1965" (5) إن الزيادة في حجم الدم تنتج عن زيادة في حجم المصورة تصل إلى 55٪ وزيادة في حجم الكريات الحمر بنسبة تصل إلى 35٪ ونسبة الزيادة في حجم الدم لدى الحامل بالمقارنة مع غير الحامل تساوي 45٪ "William 1990" (22).

إن الخضاب لدى النساء الحوامل حسب "Saleh et all 1986" (19) و "Prichard and Hunt 1958" (5):

تساوي 12.1 غ/100مل بالمقارنة مع غير الحامل التي تعادل 13.3 غ/100مل ويتأرجح في نهاية الحمل ما بين 12.5 غ- ششغ/100مل. إن تدني نسبة الخضاب عن 11 غ/100مل في نهاية الحمل يُعُد حسب أكثر الباحثين العالميين ضمن حدود فقر الدم الحملي وليس بسبب الزيادة في حجم الدم "William 1990" (22) بينما يعتبر البعض الآخر أن أقل كمية خضاب تعتبر ضمن الحدود الطبيعية هي 10.5 غ/100مل "Browne et all 1982" (4).

ومن خلال مراجعتنا للأدب الطبي في التوليد وأمراض النساء لم نعثر على موضوع بحث يحدد فيه وسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى الحوامل في الساحل السوري.

الهدف من الدراسة:

إن الهدف من البحث هو تحديد وسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى الحوامل ومقارنتها بوسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى غير الحوامل وتحديد العمر الحملي المناسب لإعطاء مركبات الحديد لإصلاح الحالة المرضية إن وجدت.

مواد البحث وطرقه:

تمت الدراسة بمعايرة الخضاب بطريقة درابكن وهي تعتمد على معايرة الهيموغلوبين سيان ميث ميثمو غلوبين الناتج عن كاشف درابكن "بوتاسيوم فري سيانيد - بوتاسيوم سيانيد".

قياس الهيموتوكريت بطريقة الأنابيب الشعرية.

حيث أجري هذان الإختباران بكامل العينة 354 حالة. منها 54 حالة غير حامل و300 حالة بمختلف مراحل الحمل.

وتمت دراسة المعطيات للحالات المدروسة إحصائياً حسب ستيودنت Student وأخذت قيمة P عند مستوى الدلالة لـT=1.96 على أنها P=0.05 تحمل فارقاً

معنوياً، أما القيم التي أقل من ذلك فهي تحمل فارقاً جوهرياً P<0.001، P<0.01، P<0.05 عند ستوى الدلالة لـT ≤2.58.

الدراسة العملية:

أجريت الدراسة في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومراجعي الوحدة المهنية للمشفى حيث بلغ عدد المرضى 354 سيدة منهن 54 سيدة غير حامل حيث اختيرت منهن 29 سيدة كان خضابهن ضمن الحدود النظامية و 300 سيدة حامل موزعات على أثلاث الحمل المختلفة "الثلث الأول والثاني والثالث" حيث تمت دراسة الخضاب والهيماتوكريت والعوامل المختلفة المؤثرة سواء كان عمر الحامل أو وزنها أو وزن المشيمة أو العمل الذي تقوم به المريضة وأثر ذلك على المعدل الطبيعي لقيم الخضاب والهيماتوكريت. وفيما يلي جداول الدراسة العملية:

المجموعة	غير الحوامل	الشاهد ≤ 12	12>
العدد	54	29	25
وسطي الخضاب غ/100مل	1.31 ± 11.66	0.54 ± 13	0.59 ± 10.95
وسطي الهيماتوكريت ٪	4.50 ± 36.34	1.92 ± 39.75	1.71 ± 33.09

جدول رقم /1/ الجدول يمثل غير الحوامل ككل والمجموعتين اللتين خضابهما ≤ 12 واللتين <12.

جدول رقم /1/ نلاحظ من الجدول أن وسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى النساء غير الحوامل يساوي 1.66 ± 4.5٪ للهيماتوكريت، أما المجموعة التي قيم الخضاب ≤ 12 غ/100مل فكان الوسطي لها كما هو مبين وسميت بمجموعة الشاهدة وكان 13 ± 0.54 غ/100مل للخضاب و 39.70 ± 1.92٪ للهيماتوكريت وبناء عليه استبعدت كل السيدات غير الحوامل وعدد أفرادها 25 سيدة واللواتي قيم الخضاب أقل من 12 غ/100مل.

المجموعة	الشاهد	الثلث الأول	≤ 12	> 12
العدد	29	102	53	48
وسطي الخضاب غ/100مل	0.54 ± 13	** 2.11 ± 11.92	* 0.61 ± 12.90	*** 0.74 ± 11.04
وسطي الهيماتوكريت ٪	1.92 ± 39.75	** 3.52 ± 36.27	* 1.94 ± 38.90	*** 2.18 ± 33.93
النسبة المئوية			٪53	٪47

جدول رقم /2/ قيم الخضاب والهيماتوكريت للحوامل في الثلث الأول للحمل.

* P = 0.05

** P < 0.05

*** P< 0.01

نلاحظ من الجدول أن هناك فارقاً ما بين قيمة الخضاب في المجموعة ذات الخضاب ≤ 12 غ/100مل ومقارنتها بالشاهد = P 0.05 فيما نلاحظ أن وسطي الخضاب العام لكل الحوامل وكذلك الحوامل اللواتي خضابها ≤12 غ/100مل أن هناك فارقاً جوهرياً P<0.05 و P<0.01.

وأن هناك 47٪ من الحوامل تعاني من فقر دم خفيف.

المجموعة	الشاهد	الحوامل في الثلث الثاني
العدد	29	74
وسطي الخضاب غ/100مل	0.54 ± 13	* 1.12 ± 11.36
وسطي الهيماتوكريت ٪	1.92 ± 39.75	* 3.21 ± 34.94

جدول رقم /3/ وسطي الخضاب والهيماتوكريت للحوامل في الثلث الثاني من الحمل.

* P < 0.01

الجدول يوضح وسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى الحوامل في الثلث الثاني من الحمل ولدى مقارنتها مع وسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى مجموعة الشاهد نرى أن الفارق جوهري بالنسبة إلى الخضاب والهيماتوكريت لأن p<0.01.

المجموعة	الشاهد	11 ≤	11 >
العدد	29	49	25
وسطي الخضاب غ/100مل	0.54 ± 13	* 0.71 ± 12.02	** 0.63 ± 10.25
وسطي الهيماتوكريت ٪	1.92 ± 39.75	* 2.30 ± 36.52	** 1.54 ± 31.92
النسبة المئوية		٪66.19	٪33.80

جدول رقم /4/ الحوامل في الثلث الثاني للحمل.

* $P < 0.05$

** $P < 0.01$

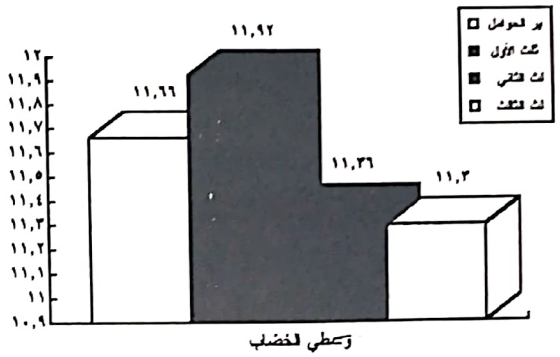
من الجدول السابق نلاحظ أن الفرق جوهري بين مجموعة الشاهد ومجموعة الحوامل في الثلث الثاني واللواتي خضابها ≤ 11 لأن $P < 0.05$ وكذلك الأمر بالنسبة لمجموعة الشاهد والمجموعة التي خضابها < 11 لأن $P<0.01$ وأن هناك 34٪ تقريباً تعاني من فقر دم خفيف.

المجموعة	الشاهد	الثلث الثالث للحمل
العدد	29	113
وسطي الخضاب غ/100مل	0.54 ± 13	* 1.24 ± 11.30
وسطي الهيماتوكريت٪	1.92 ± 39.75	* 3.61 ± 34.54

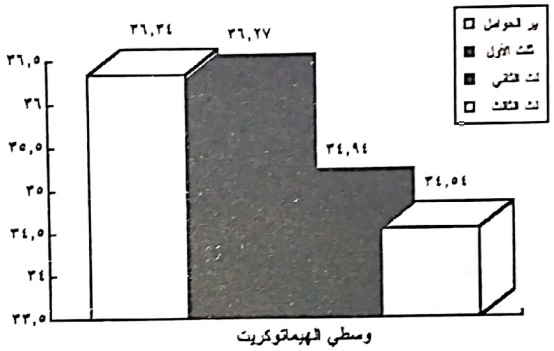
الجدول رقم /5/ وسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى الحوامل في الثلث الثالث للحمل.

* $P < 0.01$

الجدول يوضح وسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى الحوامل في الثلث الثالث للحمل ولدى مقارنتها مع مجموعة الشاهد نجد أن الفارق جوهري لأن $p<0.01$.



مخطط – ١ – يبين وسطي الخضاب لدى غير الحوامل والحوامل في الثلث الأول والثاني والثالث



مخطط – ٢ – يبين وسطي الهيماتوكريت لدى غير الحوامل والحوامل في الثلث الأول والثاني والثالث

المجموعة	الشاهد	مجموعة الخضاب ≤10.5	مجموعة الخضاب>10.5
العدد	29	85	28
وسطي الخضاب غ/100مل	0.54 ± 13	* 0.97 ± 11.83	** 0.43 ± 9.93
وسطي الهيماتوكريت ٪	1.92 ± 9.75	* 2.70 ± 36.02	* 2.30 ± 30.44
النسبة المئوية		٪75	٪25

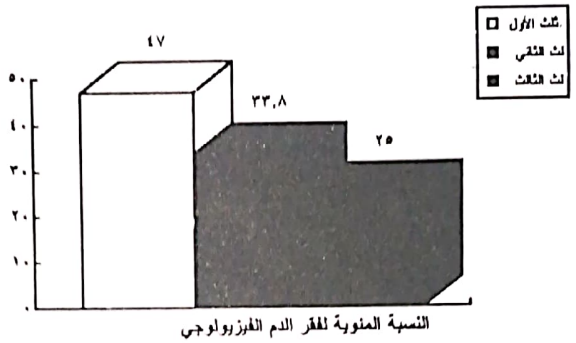
جدول رقم /6/ وسطي الخضاب والهيماتوكريت في الثلث الثالث للحمل.

* $P < 0.01$

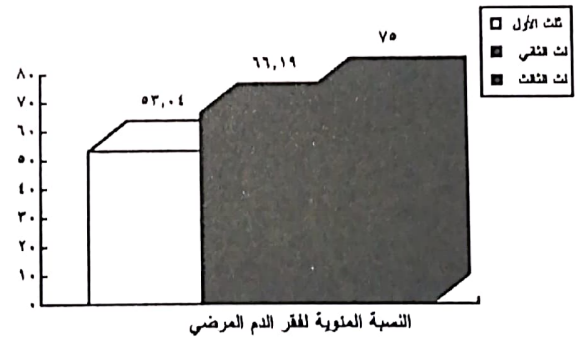
** $P < 0.001$

الجدول يوضح وسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى الحوامل في الثلث الثالث للحمل ولدى مقارنتها مع وسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى مجموعة الشاهد نجد أن الفرق جوهري في كلتا المجموعتين سواء أكان الخضاب أكبر أم يساوي 10.5 أم أصغر من 10.5 وكذلك الأمر بالنسبة للهيماتوكريت.

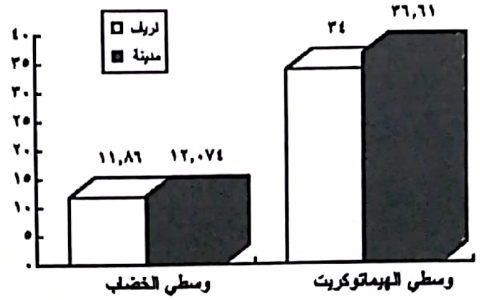
ونلاحظ أن عدد الحوامل اللواتي لديهن فقر دم مرضي 25٪ وهذا يعني أن ربع الحالات تعاني من فقر دم مرضي في أثناء الحمل.



مخطط – ٣ – يبين النسبة المئوية لفقر الدم الفيزيولوجي لدى الحوامل في الثلث الأول والثاني والثالث



مخطط – ٤ – يبين النسبة المئوية لفقر الدم المرضي لدى الحوامل في الثلث الأول والثاني والثالث



مخطط – ٥ – يبين وسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى سكان الريف والمدينة

المجموعة	الشاهد	مجموعة الخضاب ≤10.5	10.5>
العدد	29	35	5
وسطي الخضاب غ/100مل	0.54 ± 13	* 1.029 ± 12.42	* 0.59 ± 9.66
وسطي الهيماتوكريت ٪	1.92 ± 39.75	* 2.57 ± 36.57	* 1.42 ± 29.1
النسبة المئوية		٪87.5	٪12.5

جدول رقم /7/ وسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى المريضات المعالجات.

* P < 0.05

الجدول يوضح وسطي الخضاب والهيماتوكريت للمريضات اللواتي تلقين العلاج بحبوب الحديد ومقارنتها بوسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى غير الحوامل فنجد أن الفارق جوهري لأن P<0.05 وكذلك نلاحظ أن نسبة فقر الدم المرضي قد انخفضت إلى النصف بالمقارنة مع الوسطي العام وساوت 12.5٪.

المجموعة	الشاهد	مجموعة الخضاب ≤10.5	10.5>
العدد	29	47	19
وسطي الخضاب غ/100مل	0.54 ± 13	* 0.94 ± 11.75	** 0.53 ± 9.78
وسطي الهيماتوكريت ٪	1.92 ± 39.75	* 2.54 ± 35.70	** 2.53 ± 29.6
النسبة المئوية		٪71	٪28

جدول رقم /8/ المعدل الوسطي للخضاب والهيماتوكريت لدى المريضات غير المعالجات.

* P < 0.05

**P<0.01

الجدول يوضح وسطي الخضاب والهيماتوكريت للمريضات غير المعالجات في الثلث الثالث من الحمل ومقارنتها بوسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى مجموعة الشاهد فنجد أن الفارق جوهري لأن P<0.01 كذلك نلاحظ أن نسبة الحوامل اللواتي عانين من فقر الدم المرضي كانت أكثر من الوسطي وشكلت 28٪.

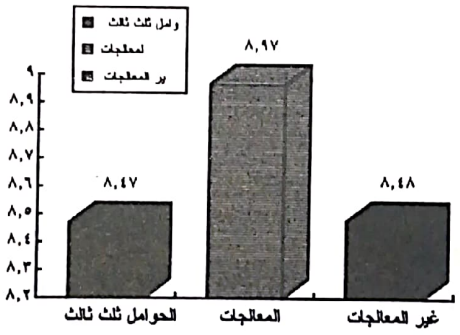
المجموعة	الحوامل في الثلث الثالث	المعالجات	غير المعالجات
ابغار الوليد	1.8 ± 8.47	0.95 ± 8.97 **	2.27 ± 8.48 *

جدول رقم /9/ يبين ابغار الوليد بعد الولادة لدى الحوامل في الثلث الثالث والمعالجات وغير المعالجات.

* $P < 0.05$

**$P<0.05$

من الجدول السابق نجد أن هناك فرقاً جوهرياً بين ابغار الوليد للحوامل وابغار اللواتي تعالجن بحبوب الحديد بينما هناك فرق معنوي بين ابغار الوليد اللواتي يتعالجن وابغار الوليد للحوامل في الثلث الثالث.



مخطط – ٦ – يبين قيم إبغار الوليد من الحوامل في الثلث الثالث والمعالجات وغير المعالجات

المناقشة:

إن الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو تحديد وسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى الحوامل خلال الحمل وتحديد العمر الحملي الأمثل لإعطاء مركبات الحديد الوقائية وبناء على ذلك درست قيم الهيماتوكريت لدى مجموعة من السيدات غير الحوامل وشكلت هذه المجموعة /54/ مريضة ولقد فرزنا هذه المجموعة إلى مجموعتين أساسيتين بحسب الجدول رقم /1/ بناء على قيم الخضاب أكثر ويساوي 12 غ/100 مل دم أو أقل من ذلك والهدف من ذلك هو فرز مجموعة سليمة، وتقع قيم الخضاب والهيماتوكريت لهذه المجموعة ضمن المجال الطبيعي لدى النساء (12–14 غ/100مل)

وبنتيجة ذلك استبعدت من الدراسة تحت المجموعة التي خضابها <12 غ/100مل واعتمدت تحت المجموعة التي خضابها ≤ 12 غ/100 مل وسميت مجموعة الشاهد وكان عدد السيدات /29/ سيدة بعمر 20-30 سنة.

ونتيجة الدراسة الاحصائية تبين أن وسطي الخضاب لدى هذه المجموعة غير الحوامل هي 13 ± 0.04 غ/10مل يقابله 39.75 ± 1.92٪ بالنسبة لوسطي الهيماتوكريت.

ولدى مقارنة وسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى الحوامل لدى الثلث الأول للحمل تبين أن الفارق معنوي عندما قارنا المجموعة التي خضابها أكبر من 12 غ/100مل بينما كان الفارق جوهرياً بسيطاً للوسطي العام p<0.05.

وهذا يعني أن القيم الدموية للحوامل يطرأ عليها تغير اعتباراً من الثلث الأول للحمل. وهذا ما أثبته Adair 1934, Lawand 1977 (7), Shultz 1934, Gram 1992 (4) بأن التغيرات تبدأ بعمر /8/ أسابيع حملية بالنسبة للبلازما أما الكريات الحمر فتبدأ زيادتها مع بداية الثلث الثاني للحمل.

ومع تطور الحمل نلاحظ أن قيم الخضاب والهيماتوكريت تبدأ بالانخفاض في الثلث الثاني وتصبح 11.36 ± 1012 غ/100مل و 34.94 ± 3.21٪ على التوالي وبمقارنتها بمجموعة الشاهد جدول رقم /6/ نلاحظ أن الفارق جوهري (حيث قيمة p>0.01 وهذا منطقي ويشير إلى تمدد الكتلة الدموية Haemodilution وهذا يتوافق مع كل الباحثين العالميين في هذا المجال Taylor 1986 (5), Muldowney 1957, Gram 1922 وغيرهم.

وهذه القيمة الوسطية تبقى ضمن المجال الطبيعي والذي يعتبر أقل من 11 غ/100مل حسب منظمة الصحة العالمية WHO report 1986 (5) وحسب Huch (9) عام 1992. أما العديد من الدراسات الحديثة فتعتبر أن الحدود الدنيا الفيزيولوجية والتي تشمل فقر الدم الفيزيولوجي لدى الحوامل في الثلثين الثاني والثالث هي ≤ 10.5 غ/100مل. Dop, Deleeuw 1966, David et al 1986, Hytten et al 1971 (5) ورفاقه عام 1992 و (19) SaleH ورفاقه عام 1986.

وبناء على ذلك قسمنا الحوامل في الثلث الثاني للحمل إلى تحت مجموعتين حسب قيم الخضاب ≤11 غ/100مل وأقل من ذلك. جدول رقم /7/.

فقد لاحظنا أن نسبة فقر الدم الفيزيولوجي تشكل 66٪ وكان وسطي الخضاب والهيماتوكريت (12.02 ± 0.71 و 36.52 ± 2.3٪) وبمقارنتها مع الشاهد كان الفارق جوهرياً حيث مستوى الدلالة لـ(p<0.05) أما تحت المجموعة الثانية والتي

قيمة الخضاب فيها ضمن حدود فقر الدم المرضي (ديمتريف 1977 (7) Demeref وساوت 10.25 ± 0.63 غ/100مل) وبمقارنتها مع الشاهد كان الفارق جوهرياً P<0.01 وكذلك الحال مع تحت المجموعة الأولى وكان الفارق الجوهري حيث (P<0.05) وشكلت هذه المجموعة 34٪ من الحالات وهذا يفسره الزيادة القصوى للبلازما خلال الثلث الثاني للحمل مع زيادة متوسطة للكريات الحمراء.

(4) Shultz عام 1934 و Adair عام 1934 إن دراسة وسطي الخضاب والهيماتوكريت لدى الحوامل في الثلث الثالث من الحمل بينت أن هذه القيم 11.3 ± 1.24 غ/100مل و 34.54 ± 3.61٪ على التوالي وبمقارنتها بمجموعة الشاهد كان الفارق جوهرياً (P<0.01) ولدى تقسيم هذه المجموعة حسب قيم الخضاب ≤ 10.5 غ/100مل وأقل من ذلك وجدنا أن 75٪ من الحوامل كانت قيمة الخضاب والهيماتوكريت ضمن المجال الفيزيولوجي.

عام 1982 الإيطالي (4) Pardeli، Roscoe and Donald Soni 1946 عام Helmanniet et al (10) 1985 وغيرهم أما 25 من الحوامل في هذه الفترة فقد عانت من فقر دم مرضي درجة أولى وكانت قيمة الخضاب 9.93 ± 0.43 غ/100مل أما قيمة الهيماتوكريت فكانت حدودية 30.44 ± 2.3٪ وعلى الرغم من ذلك كان الفارق جوهرياً بمقارنتها مع مجموعة الشاهد وكان ذلك مع المجموعة الأولى للحوامل في هذه الفترة. من خلال ما تقدم لاحظنا أن الحوامل في الثلث الأول للحمل كانت قيمة الخضاب والهيماتوكريت لدى 53٪ من الحوامل ضمن الحدود الطبيعية بينما لدى 47٪ شوهد فقر دم درجة واحد لكن لم نر إنخفاض قيم الخضاب أقل من 11 غ/100مل.

لكن قيم الهيماتوكريت كانت ضمن الحدود الطبيعية أكبر من 34٪.

ومع تقدم عمر الحمل شوهد أن فقر الدم الفيزيولوجي بسبب تمدد الكتلة الدموية قد شكل 66٪ بينما فقر الدم المرضي حوالي 34٪ على اعتبار قيم الخضاب الطبيعي ≤ 11 غ/100مل لكن قيم الهيماتوكريت كانت لكلتا المجموعتين ضمن الحدود الطبيعية وهذا يعني أن ثلث الحالات في الثلث الثاني كانت من فقر الدم المرضي وهذه النسبة أعلى مما وجده (19) SaleH ورفاقه عام 1986 الذين وجدوا أنه لدى /27/ من 134 حاملاً في الثلث الثاني لديهم قيم خضاب <10.5 غ/100مل وهذا أقل بمرتين مما هو لدينا ولكنها أقل من النسبة التي وجدها Depetal(6) عام 1992، بدراسة /125/ سيدة حامل وجد أن 48٪ لديها فقر دم لكنه اعتبر أن قيم الخضاب الدنيا هي 11 غ/100مل.

وهذه النسبة متقاربة مع ما وجدته الدكتورة وجد عثمان(2) في دراستها عام 1991 في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية.

ولدى دراستنا للحوامل في الثلث الثالث للحمل ومقارنة الولودات والخروسات كانت النسبة متساوية للواتي لديهم فقر دم مرضي وشكلت 25٪.

أما مقارنة سكان المدن والقرى فقد بينت أن فقر الدم المرضي لدى سكان المدينة شكل 20٪ وهو أعلى مما هو عليه لدى سكان القرية والذي شكل 15٪ وهذا مخالف لما هو مألوف لدى الكثيرين بأن فقر الدم شائع لدى سكان الريف وأعلى مما هو عليه لدى سكان المدينة.

لدى دراسة تأثير فقر الدم في وزن المولود حديثاً تبين أن الأمهات اللواتي أنجبن أولاداً بوزن <2500غ كان الخضاب لديهن ضمن الحدود الطبيعية وهو أعلى من قيم الخضاب لدى الأمهات عند ولادة جنين بوزن >2500غ.

والنسبة المئوية للخداج ساوت 10٪ وهي ضمن الحدود الطبيعية العالمية.

ولقد خضعت مجموعة مؤلفة من /40/ سيدة حامل في الثلث الثاني للحمل للعلاج الوقائي بإعطائها مركبات الحديد الفموية بمعدل /200/ملغ/اليوم بعد الغداء اعتباراً من الأسبوع 16-20 أسبوعاً حملياً و /5/ملغ حمض الفوليك من الزيارة الأولى للحامل 8-12 أسبوعاً حملياً.

بينما /66/ سيدة حامل أخرى لم تخضع للعلاج الوقائي (جدول 26 و 27) ولدى دراسة وسطي الخضاب والهيماتوكريت للمجموعة المعالجة تبين أن نحو 88٪ من الحوامل كانت قيم الخضاب والهيماتوكريت ضمن الحدود الفيزيولوجية.

12.42 ± 1.1 غ/100مل و 36.6 ± 2.6٪ على التوالي.

أما السيدات الحوامل اللواتي وجد لديهن قيم الخضاب والهيماتوكريت أدنى من المستوى الفيزيولوجي <10.5 غ/100مل للخضاب و <30٪ بالنسبة للهيماتوكريت شكلنا 12.5٪ وعند مقارنة هذه القيم مع الشاهدتين وجدنا أن هناك فارقاً جوهرياً بسيطاً (P>0.05) وهذا يعني أن قيم الخضاب والهيماتوكريت لدى الحوامل قريبة من الحدود الدنيا الفيزيولوجية وهذا يتوافق مع Repke(22) 1992 و Williams 1992 ولدى دراسة المجموعة غير المعالجة تبين أنه لدى 71٪ من السيدات وسطي الخضاب والهيماتوكريت أكبر من الحدود الدنيا الفيزيولوجية وشكلت 11.75 ± 0.94 غ/100مل بالنسبة للخضاب 35.7 ± 2.54٪ بالنسبة للهيماتوكريت وعند إجراء الدراسة الاحصائية تبين أن الفارق مع مجموعة الشاهد على الرغم من ذلك فارق جوهري

بسيط (P>0.05) وهذا يدل على أن قيم الخضاب والهيماتوكريت لدى الغالبية العظمى من هذه المجموعة قريبة من الحدود الدنيا الفيزيولوجية.

أما النسبة المئوية للحوامل غير المعالجات اللواتي كان وسطي الخضاب والهيماتوكريت أقل من القيم الفيزولوجية فشكلت 28٪ وكان الوسطي 9.78 ± 0.53 غ/100مل للخضاب و 29.6 ± 2.53٪ للهيماتوكريت ولدى إجراء الدراسة الاحصائية تبين أن الفارق الجوهري الصريح (P<0.01) مع مجموعة الشاهد.

وبمقارنة بسيطة بين المجموعتين المعالجة وغير المعالجة وقائياً بمركبات الحديد تبين أن النسبة المئوية للحوامل كانت من فقر الدم المرضي كانت أكبر بمرتين في المجموعة غير المعالجة 28٪ 12.5٪ لدى المجموعة المعالجة. وهذا يتوافق مع Loiseau et al(12) عام 1992 الذي يؤكد إعطاء الحديد أثناء الحمل وقائياً ولو حاولنا تعليل وجود نسبة مئوية حوالي 12.5٪ من الحوامل كانت من فقر الدم الخفيف على الرغم من إعطاء العلاج، فربما يعود إلى أسباب عديدة منها:

1- عدم المثابرة على تعاطي الدواء في أثناء الحمل بسبب الإهمال المقصود وغير المقصود.
2- إن كمية العلاج غير كافية وخاصة عندما تكون قيم الخضاب والهيماتوكريت قريبة من الحدود الدنيا الفيزيولوجية وبالفعل كانت ما بين 11 و 10.5 غ/100مل وبناء على ذلك يجب أن تنصح الحوامل بتناول /400/ ملغ من الحديد عن طريق الفم يومياً مع الطعام بدءاً من الأسبوع 16-20 حملي وحتى نهاية الحمل.

وهذه النتائج تتعارض مع نتائج دراسة أجريت في مدينة حمص. (1) (غسان حاج اسلام 1993) والذي لا ينصح بإعطاء مركبات الحديد الوقائية والسبب في رأيه أنه لا يوجد فارق بالنسبة المئوية للمعالجات 14.1٪ وغير المعالجات 15٪ ونقول نحن إن النتائج التي توصل إليها الباحث لم تخضع للمعالجة الاحصائية وبالتالي لم يحصل على نتائج وأرقام صحيحة.

النتائج:

1- إن القيمة الوسطية للخضاب والهيماتوكريت لدى النساء غير الحوامل في الساحل السوري هي: 11.6 ± 1.31 غ/100مل للخضاب و 36.34 ± 4.5٪ للهيماتوكريت.
2- إن القيم الفيزيولوجية للخضاب والهيموتكريت في الثلث الأول للحمل في الساحل السوري هي 11.92 ± 2.11 غ/100مل للخضاب و 36.27 ± 3.52٪ للهيماتوكريت وشكل فقر الدم

المرضي نحو 47٪ (قيمة الخضاب <12غ/100مل).

3- إن وسطي الخضاب والهيماتوكريت للحوامل في الثلث الثاني للحمل هي 11.36 ± 1.12غ/100مل للخضاب و 34.94 ± 3.21 للهيماتوكريت. وشكل فقر الدم الفيزيولوجي 66٪ والمرضي 34٪ (قيمة الخضاب <11غ/100مل).

4- شكل وسطي الخضاب والهيماتوكريت للحوامل في الثلث الثالث للحمل 11.3 ± 1.24غ/100مل للخضاب و 34.52 ± 3.61٪ للهيماتوكريت وشكل فقر الدم الفيزيولوجي 75٪ والمرضي 25٪ (قيمة الخضاب <10.5غ/100مل).

5- إن فقر الدم المرضي يشاهد لدى 20٪ من سكان المدينة وأقل من ذلك لدى سكان الريف 15٪.

6- شكل فقر الدم المرضي لدى النساء غير المعالجات وقائياً 28٪ بينما لدى المعالجات وقائياً 12٪ أي أقل بمرتين ونيف.

ABSTRACT

This study included 354 practical cases of wehich 54 cases nonpregnant and 300 pregnant cases distributed on three trimesters, upon study of hemoglobin and haematocrit for these groups it is seen that the average value for haemoglobin for unpregnants is 11.6±1.31 g/100ml and the haematocrit 36.3±4.5%, and in the pregnant women in the first trimester the average value of hemoglobin was 11.92±2.11 g/100ml and haematocrit was 36.27±3.52%, the pathologic anemia formed about 47% while the values of haemaglobin and hamatocrit for pregnants in the second and third trimesters (11.36±1.12 g/100ml) (34.94±3.21%), (11.4±1.24 g/100ml), (34.52±3.61%) respectively, and the psychological anaemia formed 66% and 75% in the second and third trimesters respectively, while the pathologic anemia formed in the second and third trimesters respectavily and in administrating iron for protection it is seen that the pathologic anemia was two and half times less than in untreated women, while formed 28% and against 12% in treated women.

المراجع

1- الدكتور حاج اسلام، غسان – واقع فقر الدم عند الحوامل في حمص عام 1993.

2- الدكتور عثمان، وجد – دراسة مخبرية لفقر الدم عند الحوامل في اللاذقية – 1991.

REFERENCES

3- Allen - L-H, Department of nutritional sciences, University of Connecticut, Stors 269-4017, nutrition Reviews, Vol. 51. 1552 (1993 Feb.): 49-52.

4- Browne J.M., Dixon G, Antenantal Core, 1982, Seventh Edition Chirchull livingstone 74-49 3. 79-394.

5- David John Taylor, Prophy Laxis and treatment of Anaemia during pregnancy clinics in obs tetrics and Gynaecology Vol. 8. No2, August 1981.

6- Dop - M.C. et all, Orstom Unite de Recherches Maladies de la Dc Nutrition, Lone, Topo, Revue Depidemiologie et de Sante Publque, Vol. 40, Iss. 4 (1992): 259-67.

7- Defetref D. U. Anaemia during pregnancy 1977, Sofia, p. 21-24, 51-61.

8- Herberg, 5- Galan-p, nutritional anaemias, Baillieres clinical Haematology, Vol. 5, Iss, 1 (1992 Jon): 143-68.

9- Huch. R. Klinik fuer Gebur Tshifle, Universitaessoital Zuerich, Sehweig, Betragezur infunionsthe Zapie, Vol. 30 (1992): 228-34. Discussion 247,64.

10- Heilmannl, Siekmann U. Hamorheologische normal prof,le inder schuangerschaft arch Gynacol, 1985, 238, No. 1-4, 191-193.

11- Kaprova- I.V. et all, Akusherstvo I Ginekologia, iss 2 C 1992 Feb: 13-7.

12- Loiseau- J.P. et all, laboratoire de Bioloie du point Medical, Dijon, Revue Froncaise de Gynecologie et Dobstetrique, Vol. 87, iss, 12 (1992 Dec.): 599-602.

13- Longo L.D. Maternal blood volume during pregnancy amj physiology 245. No3. p. 720-722, 1983.

14- Per las L.A. et all, Food and nutrition Research institute, Department of Science and technology, philppines, southeast Asain of topical medicine and public Health, Vol. 23, iss, 4 (1992 Dec.): 691-7.

15- Rapke-J.T. Harvard Medical School, Brig ham and Women's Hospital Boston Massachusetts, Current opinion in obstertrics and Gynecology, Vol. 4, iss, 6 (1992 Dec): 802-6.

16- Scholl- T.O. et all, Department of obstetrics and Gynocology, University ofr Medicine and destiny of new Jersey, Gamden 08103-1505.

17- Steer-P, British Journal of Obstetrics and Gyncaelogoy, Vol. 99, iss, 3 (1992 Mar.): 271-2.

18- Suharno- D, Ministry of Health RI, Jakarta Pusat, Indonesia, American Journal of Clinical nutrition, Vol. 56, iss, 6(1992 Dec.): 988-93.

19- Saleh N, Mortlew V.J., Dawson D.W. An assessment of antenatal iron requirements. J. Obstet Gynocology, India, 1986, 6, No. 4 P240-243.

20- Sergeeva- A. I et all, indicators of iron metabolime in pregnant women and infants, Gematolojiia I. trans fuziologiia, Vol. 37, iss, 9-10 (1992 Sep - Oct): 30-3.

21- Uno- H. Tsuda - K, Second Department of internal Medicine, Miyazaki Medical School, Nippon Rinsho, Japanese Journal of clinical Medicine, Vol. 49. iss, 3 (1991 Mar): 621-6.

22- Williams. M-D- Wheby - M-S, Department of internal Medicine, University of Virginia Health Science Center, Charlothesville, Medical clinics of north America, Vol. 76, iss, 3 (1992 May): 631-47.

23- Winkler U.M. Eisengafe in der schwangerschaft- Generelle prophylaxe oder indizieste therapie. Zfl Gynakol, 1987, Vol. 10. No. 6 P. 369-379.

24- Vogt - C. Iron requirements of pregnancy, Naacogs clinical iss nes in perinatal and Women's health nursing, Vol. 2. iss, 3 (1991): 364-7.