

بہ نام پیر و ر دگار

***بیماری قلبی بیش از ۱٪ موارد کل بارداری ها را عارضه دار می کند.**

*** عامل غیرمستقیم مرگ مادر است. (۲۰٪)**

*** عللی مثل فشارخون و خونریزی بعد از زایمان رو به کاهش است.**

ولی مرگ ناشی از بیماری قلبی رو به افزایش است چون :

۱- افزایش شیوع چاقی - افزایش فشارخون دیابت

۲- فرزندآوری با تاخیر انجام میشود و ریسک بیماری قلبی عروقی بیشتر می شود.

۳- تعداد بیشتری از بیماران با بیماری قلبی مادرزادی حامله میشوند.

* مرکز ملی آمار بهداشتی ایالات متحده می گوید
نیمی از بزرگسالان بالای ۲۰ سال حداقل یک ریسک
فاکتور برای بیماری قلبی دارند .

* مشاوره قبل حاملگی ارجاع بیمار به کاردیولوژیست
وپره ناتولوژیست است .

* میزان مورتالیتی مادر بستگی به طبقه بندی
عملکرد قلب دارد و با پیشرفت حاملگی تغییر میکند.

ترومبوآمبولی:

*
ترومبوز ورید های عمقی = Deep.Vein.Thrombosis=DVT

*
ترومبوز ورید سطحی = superficial.Vein.Thrombosis=SVT

*
ترومبوآمبولی وریدی = Venous .Thrombo.Emboli=VTE

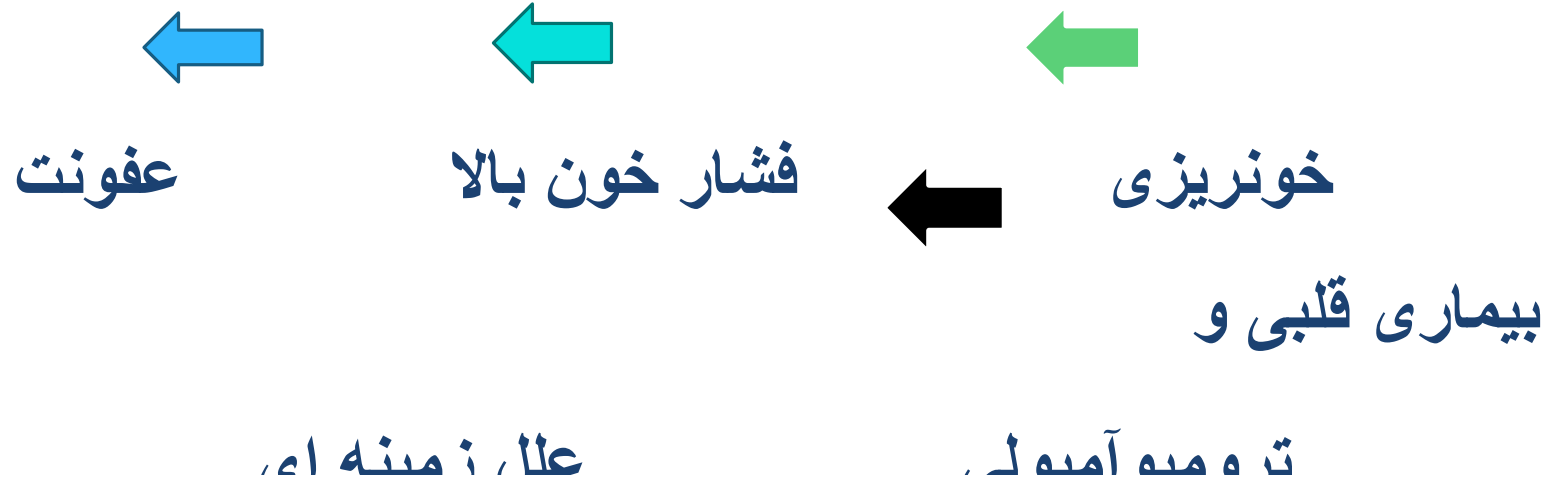
*
آمبولی ریوی = Pulmonary.Emboli=PE

یکی از پنج عامل مهم MMR یا مرگ مادران



است .

* علل MMR در ایران به ترتیب زیر :



* 79% از مبتلایان دارای ریسک فاکتور هستند

و استفاده از دارو های ضد انعقادی می توانند

60-70 درصد از ریسک اختلال را کم کند .

* **تریاد ویرشو** یک تریاد است برای ایجاد

ترومبوآمبولی که در حاملگی متاسفانه هر 3

عامل وجود دارد :

۱- استاز (stasis)

۲- صدمه عروقی

۳- ↑ انعقاد پذیری

*در آبشار انعقادی بدن انسان چند پروتئین

تنظیم کننده داریم که کمبود آنها میتواند

باعث ↑ انعقادپذیری شود که به نام ترومبوفیلی

است .

* ترومبوفیلی ← ارثی:

مثل کمبود فاکتور ۵ لیدن
و S و Prc و آنتی ترومبین ۳
و G20210A



اكتسابی: مثل سندرم آنتی فسفولیپید آنتی
- بادی مثل لوپوس آنتی کواگولان یا
آنتی کاردیولیپین Ab

معیار بالینی ترومبوفیلی :

* ۳ سقط پشت هم $10^w >$

* luFD بدون توجیه $10^w <$

* پره اکلامپسی شدید و زود رس (T1 , T2)

* یک یا چند اپیزود ترومبوز وریدی و شریانی

توصیه های کلی

۱- بررسی ریسک ترومبوآمبولی در اولین ویزیت و

هر بار ویزیت و هر بستری

۲- تذکر علایم خطر VTE به تمام مادران باردار

(کم خطر - پر خطر)

۳- توصیه به تحرک - مصرف مایعات زیاد و ورزش اندام ها

۴- در مسافرت های بالای ۴ ساعت باید توصیه به جوراب واریس شود و هر ۲ ساعت یکبار توقف کنند .

۵- برای پیشگیری و درمان بهتر است از **Celexan** یا **LMWH** استفاده کرد .

۶- اگر حین مصرف دارو متوجه همتوم یا  پلاکت شدید مشاوره داخلی یا هماتولوژی شود .

۷- قبل از شروع درمان این آزمایشات را درخواست کنیم:

CBC(DIFF)PLT-PT PTT TNR – Cr – LFT

۸- در زنان پر خطری که در دوران غیرحاملگی دارو مصرف می کند باید قبل حاملگی طبق نظر متخصص قلب یا هماتو یا داخلی دارو عوض شود.

۹- وارفارین فقط در بیماران با دریچه مصنوعی قلب داده می شود .

۱۰- مشاوره بیهوشی برای کسانی که در حال زایمان هستند (بیماری که هپارین گرفته باید ۴ ساعت بگذرد تا spinal یا

اپیدورال شود و اگر celexan گرفته باید ۱۲ ساعت بگذرد)
و بعد از زایمان $4 - 6^h$ NVD بعد و بعد از سزارین
 $6 - 12^h$ بعد و بعد از هیستریکتومی $24 - 48^h$ بعد داروی
ضد انعقادی شروع شود .

*اگر کاتتر اپیدورال را خارج کردید 3^h بعد هپارین
و 4^h بعد می توانید celexan بدهید .

- ۱۱- در افرادی که در حاملگی داروی ضد انعقاد برای پیشگیری گرفته اند ، بعد از زایمان باید 6^w ادامه یابد .
- ۱۲- اگر بیمار ریسک فاکتور دارد و منع دارو دارد باید مشاوره کنیم .
- ۱۳- در بیمارانی با بیماری کلیوی مشاوره نفرولوژی یا داخلی بدهیم .

Dose داروی Celestan بر اساس وزن است :

وزن بیمار	→	$w < 50\text{Kg}$	→	20 Iu/day
وزن بیمار	→	50-90Kg	→	40 Iu/day
وزن بیمار	→	90-130Kg	→	60 Iu/day
وزن بیمار	→	130-170Kg	→	80 Iu/day
وزن بیمار	→	$w > 170\text{Kg}$	→	0/6 Iu/kg/day

* Dose (دُز) Adjusted برای سکلسان ← 1mg/kg/BD

دُز هپارین :

۱- پروفیلاکسی 5000 Iu/BD/SC

۲- Adjusted ← 70-100 Iu/kg/day

* اگر نیاز به وارفارین بود اولاً در ۱۳ هفته اول تجویز نشود چون تراتوژن است. پس از اول حاملگی تا ۱۳ باید هپارین یا LMWH (سلکسان) داد و سپس بعد از 13^w وارفارین داد و نزدیک زایمان مجدداً هپارین یا سلکسان و بعد از زایمان وارفارین را به آنها اضافه کرد تا INR به ۲-۳ برسد و فقط وارفارین تنها داد.

* هپارین - سلکسان - آسپرین و وارفارین در شیردهی ممنوع نیست

* منع مصرف LMWH

- ۱- خونریزی فعال حین و بعد از زایمان
- ۲- احتمال خونریزی شدید (جفت سرراهی واکرتا و ...)
- ۳- بیماری خونی (هموفیلی یا WVD)
- ۴- $PLT > 70 \times 10^3$
- ۵- CVA (سکته مغزی) هموراژیک و ایسکمیک طی یک ماه اخیر
- ۶- بیماری های شدید کلیوی ($GPR < 30 \text{ cc/min}$)

۷- بیماری های شدید کبدی و $\uparrow$ PT و واریس مری

۸- هایپرتنشن کنترل نشده ($BP \geq 200/120$ mmHg)

* وقتی بیماری هپارین میگیرد باید از روز ۴-۱۴

هر ۲-۳ روز یکبار پلاکت را چک کرد. اگر افت

پلاکت نداشت مشکلی ندارد

* اگر بیماری هپارین یا سلکسان میگیرد ۲۴

ساعت قبل از زایمان باید قطع شود و اگر زایمان
یا سزارین اورژانسی پیش آمد آنتی Dote آنها
آمپول پروتامین سولفات است .

* در بیماران با VTE یا ترومبوفیلی باید تا 6^W
بعد از زایمان دارو بدهیم

* اگر بیماری به هپارین حساسیت داشت یا ترومبوسیتوپنی
(HIT) داشت می توان از سرکوب کننده مستقیم ترومبین یا
Foda Parinux استفاده کرد .

* در حاملگی از آنتی ترومبین خوراکی نباید استفاده کرد

مثل: (rivaroxaban) (ریواروکسابان)

((عوامل خطر VTE & Scoring))

- ۱-عوامل بالینی
- ۲-عوامل عمومی
- ۳-عوامل مامایی
- ۴-عوامل موقت

۱- بالینی : مثال ها

* سابقه VTE به دلیل جراحی بزرگ ← نمره ۳

* سابقه VTE بدون جراحی ← نمره ۴

* ترومبوفیلی اکتسابی ← نمره ۴

• ترومبوفیلی ارثی :

۱- کم خطر ← فاکتور ۵ - پروترومبین و G20210A ↓

نمره ۱

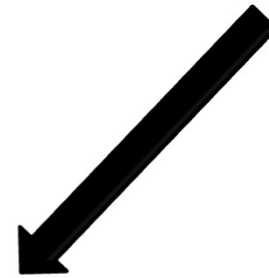
↓ Prc, ↓ Prs, ↓ AT3

۲- پر خطر ←

نمره ۳

* سابقه فامیلی از VTE ← نمره ۱

* مشکلات طبی ← نمره ۳



Dm و نفروپاتی-بیماری قلب-

کلیوی-کanser-IBD-اعتیاد

تزریقی و SCA (آنمی سیکل سل)

۲- شرایط عمومی :

چاقی ← $35-40=BMI$ ← نمره ۱

← $40 < BMI$ ← نمره ۲

سن $< 35^y$ ← 1

(مولتی پار) $mp < 3$ ← 1

سیگار - واریس ← 1

۳- عوامل مامایی :

سزارین اورژانس ← ۲ پره اکلامپسی ← ۱

سزارین الکتیو ← ۱ IUFD/PTL ← ۱

IVR,ART ← ۱ (چند قلوپی) MG ← ۱

زایمان با ابزار ← ۱

لیبر طولانی $< 24^h$ ← ۱

خونریزی پُست پاتوم $< 1^{lit}$ ← ۱

۴- عوامل موقت:

* OHSS در T1 ← نمره ۴

* مسابقه جراحی حین حاملگی (مثل آپاندکتومی

کیست تخمدان - TL به جز پرینورافی ← نمره ۳

* استفراغ شدید حاملگی (HEG) ← W ↓ والکالوز

شدید و دهیدریشن و کتوز ← نمره ۳

* عفونت (پنومونی - پیلونفریت - عفونت زخم و

بستری مجدد) ← نمره ۱

* بستری بیش از ۳ روز و بی حرکتی و

دهیدریشن ← نمره ۱

نتیجه ارزیابی حین حاملگی:

(ضد انعقاد از ۲۸ هفتگی) $\Rightarrow$ ۳ = مجموع Score

(ضد انعقاد از اول حاملگی) $\Rightarrow$ $\text{Score} \geq 4$

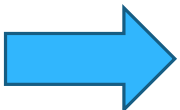
*در مورد OHSS باید تا پایان T1 دارو ادامه یابد .

*در مورد HEG باید پس از ترخیص دارو را قطع کرد .

*در مورد اعمال جراحی دارو تا زمان ترخیص یا حرکت کامل (۵۰٪ موارد حرکت کند) ادامه یابد

((Score پس از زایمان))

***Score = ۲**  دارو حداقل تا زمان ترخیص یا حرکت کامل داده شود.

***Score ≥ ۳**  دارو تا ۱۰ روز بعد از زایمان داده شود.

* در این موارد تا 6^w بعد از زایمان دارو را تجویز

کنید:

۱- سابقه VTE

۲- ترومبوفیلی ارثی پرخطر

۳- ترومبوفیلی اکتسابی

۴- ترومبوفیلی ارثی کم خطر با اقوام درجه یک با VTE

به بیماران بگوییم :

- ۱- در صورت درد یا خونریزی دارو قطع شود در صورت کبودی اطلاع داده شود .
- ۲- از تروما پرهیز کنید . ((مثل مسواک خشک))
- ۳- به تداخل دارویی توجه کنند .
- ۴- قبل از هر پروسه به جراح اطلاع دهند .

با تشکر از حسن توجه شما
خدا نگهدار