

اختلالات فشارخون در بارداری

دکتر الهام خوری

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دی ماه ۱۴۰۰

طبقه بندی فشار خون در بارداری

- فشار خون بارداری
- سندرم پره اکلامپسی و اکلامپسی
- فشارخون مزمن
- پره اکلامپسی اضافه شده به فشار خون مزمن

فشار خون بارداری

- فشار خون سیستولیک ≥ 140 و یا دیاستول بیشتر مساوی $90 \geq$
- بروز برای اولین بار بعد از هفته ۲۰ بارداری
- بدون پروتئینوری و علائم پره اکلامپسی
- به حد نرمال رسیدن فشارخون در عرض ۱۲ هفته پس از زایمان

تقریباً نیمی از این زنان متعاقباً دچار سندرم پره اکلامپسی می شوند.

پره اکلامپسی

- فشار خون سیستولیک ≥ 140 و یا دیاستول بیشتر مساوی ≥ 90
- بروز اولین بار بعد از هفته ۲۰ بارداری (تایید با فاصله ۴ ساعت)

– همراه با پروتئینوری

یا

– همراه با شواهد درگیری چند ارگانی (ترومبوسیتوپنی، اختلال عملکرد کلیه، کبد، سیستم عصبی یا ادم ریه)

فشار خون مزمن

- فشار خون سیستولیک ≥ 140 و یا دیاستول بیشتر مساوی ≥ 90
- وجود فشار خون از قبل بارداری و یا شروع پیش از هفته ۲۰ بارداری
- فشار خون مقاوم تا ۱۲ هفته پس از بارداری

می تواند در زنانیکه تا بعد از هفته ۲۰ بارداری ویزیت نشده اند،

مشکلات تشخیصی ایجاد کنند

پره اکلامپسی اضافه شده به فشار خون مزمن

تشدید فشارخون در خانم مبتلا به فشار خون مزمن

و

• افزوده شدن پروتئینوری یا سایر علائم پره اکلامپسی

نکته: فشار خون مزمن می تواند زن باردار را مستعد ابتلا به این اختلال کند.

پره اکلامپسی خفیف و شدید

اختلال	پره اکلامپسی غیر شدید	پره اکلامپسی شدید
فشار دیاستولی	مساوی یا بیشتر از ۹۰ و کمتر از ۱۱۰ میلی متر جیوه	بیشتر و مساوی ۱۱۰ میلی متر جیوه
فشار سیستولی	مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ و کمتر از ۱۶۰ میلی متر جیوه	بیشتر و مساوی ۱۶۰ میلی متر جیوه
پروتئینوری	فقدان تا وجود (میزان آن در تفکیک غیر شدید و شدید بی تاثیر است)	فقدان تا وجود (میزان آن در تفکیک غیر شدید و شدید بی تاثیر است)
سر درد شدید و مقاوم، اختلال هوشیاری	فقدان	وجود
اختلال بینایی (تاری یا فلاش زدگی یا ادم پایی)	فقدان	وجود
درد شدید اپیگاستر، تهوع و استفراغ	فقدان	وجود
اولیگوری	فقدان	وجود (کاهش شدید حجم ادرار به میزان ۵۰۰ میلی لیتر در ۲۴ ساعت یا ۰/۵ میلی لیتر در ساعت به ازای هر کیلوگرم)
تشنج (اکلامپسی)	فقدان	وجود
کراتینین سرم	طبیعی	افزایش (بیش از ۱/۱ میلی گرم در دسی لیتر یا ۲ برابر نسبت به سطح پایه)
ترومبوسیتوپنی (کمتر از ۱۰۰۰۰۰ میلی لیتر)	فقدان	وجود
افزایش ترانس آمیناز سرم	مختصر	قابل توجه (بیش از دو برابر)
ادم ریوی، تنگی نفس	فقدان	وجود

HELLP Syndrome

- Hemolysis
- Elevated Liver enzymes
- Low Platelet

در واقع وجود این موارد معیاری برای افتراق پره اکلامپسی خفیف از شدید هم محسوب می شود.

معیاری های آزمایشگاهی ضروری جهت تشخیص؟

مشكرم

زایمان

ختم بارداری تنها راه درمان پره اکلامپسی است.

سردرد، اختلالات بینایی یا درد اپی گاستر نشان دهنده قریب الوقوع بودن تشنج است و اولیگوری یکی دیگر از علائم شوم است.

پره اکلامپسی شدید نیاز به درمان ضد تشنج و فشار خون و به دنبال آن زایمان دارد.

درمان مشابه اکلامپسی است.

دلیل اصلی ختم بارداری در پره اکلامپسی شدید :

پیشگیری از اکلامپسی و ایمنی و حفظ مادر

در سال های اخیر اکلامپسی بعد زایمان افزایش پیدا کرده است.

شواهدی وجود ندارد که نشان دهد مدیریت انتظاری بارداری برای مادر مفید باشد.

مراقبت های حین زایمان

- انفوزیون رینگر لاکتات یا نرمال سالین (با سرعت ۶۰-۱۲۵ میلی لیتر در ساعت)، مگر اینکه از دست دادن مایعات غیرعادی (استفراغ، اسهال، یا احتمال زیاد، از دست دادن بیش از حد خون در هنگام زایمان) وجود داشته باشد.
- قبل از هر بار دادن دوز نگهدارنده سولفات منیزیم باید از مسائل زیر اطمینان حاصل شود:

- وجود رفلکس پاتلار
- عدم ضعف تنفسی، فلج یا ایست تنفسی
- وجود برون ده ادراری $100\text{cc} >$ در 4hr

توجه : در دسترس بودن آنتی دوت سولفات منیزیم (محلول گلوکونات کلسیم) در ترالی اورژانس بیمار

- دوز ۴ گرمی اولیه بارگذاری سولفات منیزیم را میتوان بدون در نظر گرفتن عملکرد کلیوی بیمار به صورت بی خطر تجویز کرد.

- اما در صورت کاهش GFR (افزایش کراتینین سرم بیش از ۱/۱ در دسی لیتر) فقط دوز نگهدارنده را باید تنظیم و کاهش داد.

در صورت علائم مسمومیت با سولفات منیزیم:

درمان:

- قطع انفوزیون سولفات منیزیم

- تزریق وریدی یک گرم محلول گلوکونات کلسیم و یا کلرید کلسیم (معمولا سبب بازگشت سرکوب خفیف تا متوسط تنفسی می شود)

- در سرکوب شدید تنفسی، اندیکاسیون لوله گذاری فوری تراشه و تهویه مکانیکی

مراقبت پس از زایمان

- به دلیل غلظت خون یا عدم وجود هیپرولمی طبیعی بارداری در پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی این زنان نسبت به زنان باردار دارای فشار خون نرمال حتی نسبت به میزان خونریزی طبیعی تحمل کمتری دارند.
- کاهش قابل توجه BP بلافاصله پس از زایمان اغلب به معنای خونریزی بیش از حد است.

بنابراین:

- با بروز الیگوری به دنبال زایمان، Hct باید به طور مکرر ارزیابی شود تا به تشخیص خونریزی بیش از حد کمک کند.
- در صورت تشخیص خونریزی، باید با دقت کریستالوئید و تزریق خون به طور مناسب درمان شود.

مراقبت پس از زایمان

الف) کنترل فشارخون:

- هدف از کنترل فشارخون در خانم پس از زایمان، نگهداشتن فشارخون به میزان کمتر از ۱۴۰/۹۰
- اندازه گیری فشارخون حداقل ۴ بار در روز تا ۴۸ ساعت پس از زایمان و حداقل یک بار در فاصله روز های ۳-۵
- ۴۸ ساعت پس از زایمان، در صورت فشارخون بالاتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه، درمان دارویی مطابق رژیم دارویی قبل از بارداری ادامه یابد.
- اگر مادری در بارداری تحت درمان با متیل دوپا بوده، دارو قطع و به داروی قبل از بارداری تغییر یابد.
- در صورتیکه فشار خون بارداری بالاتر از ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه و همراه با ادم شدید باشد، فوروسماید خوراکی به میزان ۲۰ میلی گرم یک تا دو بار در روز تا ۵ روز باید تجویز شود.
- ارزیابی ضرورت تداوم درمان دارویی دو هفته پس از زایمان انجام می شود.

ب) ارجاع به متخصص داخلی

- ۶-۸ هفته پس از زایمان

باز هم متشکرم