

به نام خدا

وبینار پرفشاری خون بارداری

غربالگری

دکتر طیبه ضیائی

دانشیار علوم پزشکی گلستان

دی ماه ۱۴۰۰

نوع مراقبت / (مان مراقبت)	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰
تشکیل یا بررسی پرونده	- مشخصات و شرح حال، نسبت خویشاوندی با همسر - سابقه بارداری و زایمان قبلی و قاعدگی - بیماری و ناهنجاری (قلبی، تیروئید، ...) // اختلالات ژنتیکی - اختلالات روانی/ همسرآزاری - رفتارهای پر خطر - اعتیاد، مصرف سیگار، الکل - مصرف یا حساسیت دارویی، رژیم غذایی خاص	- مشخصات و شرح حال، وضعیت بارداری فعلی، مصرف مکمل ها و گروه های غذایی - سابقه بارداری و زایمان قبلی - بیماری و ناهنجاری (قلبی، تیروئید، ...)، اختلالات روانی/ همسرآزاری، اختلالات ژنتیکی - رفتارهای پر خطر، اعتیاد، مصرف سیگار و الکل - شکایت های شایع و علائم خطر	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و ارزیابی علائم خطر - غربالگری سلامت روان - تغذیه مناسب و مصرف مکمل های غذایی
معاینه بالینی	- اندازه گیری قد و وزن، تعیین نمایه توده بدنی (BMI) - اندازه گیری علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (قلب، تیروئید، ریه، پستان و ...)، معاینه واژن و لکن	- اندازه گیری قد و وزن، تعیین نمایه توده بدنی (BMI) - اندازه گیری علائم حیاتی، بررسی حال عمومی - معاینه فیزیکی (قلب، تیروئید، ریه، پستان و ...)	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - بررسی از نظر ادم، بثورات، رنگ پریدگی، زردی و حال عمومی - شنیدن صدای قلب جنین - ارتفاع رحم
آزمایشها یا بررسی های تکمیلی	CBC, FBS, TSH HBsAg (در صورت نیاز)، تیتراژ آنتی بادی ضد سرخچه (در صورت نیاز)، HIV و VDRL (در رفتارهای پرخطر)، پاپ اسمیر	CBC, BG, Rh, U/A, U/C, BUN, Cr, FBS HIV* و HBsAg (در صورت نیاز)، نوبت اول کومبس غیر مستقیم، TSH در صورت عدم انجام، - پیشنهاد برای غربالگری ناهنجاری جنین در هفته ۱۲-۱۱ بارداری (طبق دستور عمل) - ارزیابی خطر ترومبوآمبولی (طبق الگوریتم)	- سونوگرافی هدفمند در هفته ۱۸ بارداری به منظور بررسی وضعیت جفت و جنین و آنومالی های جنینی - پیشنهاد برای غربالگری ناهنجاری جنین در هفته ۱۷-۱۵ بارداری در صورت نیاز

نوع مراقبت	زمان مراقبت	
	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۴ تا ۱۰
مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	آموزش و مشاوره	مراقبت ۱ هفته ۴ تا ۱۰
- بهداشت فردی/ روان/ دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های دارویی - علائم خطر/ شکایت های شایع - نحوه صحیح شیردهی - عدم مصرف مواد مخدر/ داروی مخدر، سیگار و دخانیات/ الکل - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت فردی/ روان/ جنسی/ دهان و دندان/ تغذیه/ مکمل های دارویی/ شغل سخت و سنگین - عدم مصرف خودسرانه داروها، مواد مخدر، سیگار و دخانیات/ الکل - تاریخ مراجعه بعدی (در صورت نیاز) - زمان قطع روش پیشگیری از بارداری و زمان مناسب باردار شدن، ثبت دقیق تاریخ قاعدگی ها	- بهداشت فردی/ روان/ بهداشت جنسی/ بهداشت دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های دارویی - عدم مصرف خودسرانه داروها/ مواد مخدر/ داروی مخدر، سیگار و دخانیات/ الکل - علائم خطر/ شکایت های شایع - مشاوره و توصیه برای غربالگری بیماری های کروموزومی - تاریخ مراجعه بعدی
	متکمل دارویی	یدو فولیک (سه ماه پیش از بارداری) یدو فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری) از شروع هفته ۱۶ بارداری، آهن (۲۰ میلی گرم المنتال) و مولتی ویتامین مینرال روزانه یک قرص تا پایان بارداری
	ایمنسای	توأم/ سرخچه/ هپاتیت ب در صورت نیاز

*در مناطق مجری برنامه PMTCT برای همه مادران تست تشخیص سریع HIV در ملاقات اول و چهارم انجام می شود.

زمان مراقبت نوع مراقبت	مراقبت ۳ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم خطر/ شکایت های شایع (با تاکید بر سر درد، تنگی نفس همراه با سرفه و خلط) - تغذیه مناسب و مصرف مکمل های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم خطر/ شکایت های شایع (با تاکید بر سر درد، تنگی نفس همراه با سرفه و خلط) - تعیین سن بارداری/ توجه به تاریخ تقریبی زایمان - اختلالات روانی / همسرآزاری - تغذیه مناسب و مصرف مکمل های غذایی - حرکت جنین، تروما	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم خطر/ شکایت های شایع (با تاکید بر سر درد، تنگی نفس همراه با سرفه و خلط) - تعیین سن بارداری/ توجه به تاریخ تقریبی زایمان - اختلالات روانی / همسرآزاری - تغذیه مناسب و مصرف مکمل های غذایی - حرکت جنین، تروما
معاینه بالینی	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم - بررسی از نظر ادم، رنگ پریدگی، پتورات پوستی و حال عمومی - شنیدن صدای قلب جنین و لمس حرکت جنین، رشد جنین	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم - بررسی از نظر ادم، رنگ پریدگی، پتورات پوستی و حال عمومی - شنیدن صدای قلب جنین و لمس حرکت جنین، رشد جنین - معاینه شکم (لئوپولد)	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم - بررسی از نظر ادم، رنگ پریدگی، پتورات پوستی و حال عمومی - شنیدن صدای قلب جنین و لمس حرکت جنین، رشد جنین - معاینه شکم (لئوپولد)
آزمایشها یا بررسی های تکمیلی	Antibody screening, CBC, FBS, OGTT, U/A، نویت دوم کومبس غیر مستقیم در مادر RH منفی با همسر RH مثبت	- سونوگرافی در هفته ۲۱ تا ۲۴ بارداری - تست تشخیص سریع HIV در هفته ۲۱ تا ۲۴ بارداری*	

زمان مراقبت	مراقبت ۳ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
نوع مراقبت			
آموزش و مشاوره	- علائم خطر/ شکایت های شایع - تغذیه/ مکمل های دارویی - بهداشت فردی/ دهان و دندان/ نحوه صحیح شیردهی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - عدم مصرف خودسرانه دارو، مواد مخدر، سیگار و دخانیات/ الکل - تاریخ مراجعه بعدی	- علائم خطر، شکایت های شایع - بهداشت فردی/ دهان و دندان/ تغذیه/ مکمل های دارویی - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی برای زایمان و محل مناسب زایمان - مزایای شیر مادر/ مراقبت نوزاد، علائم خطر نوزادی - عدم مصرف مواد مخدر/ سیگار/ الکل - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان - تاریخ مراجعه بعدی	- علائم خطر، شکایت های شایع - تغذیه / مکمل های غذایی - بهداشت فردی/ دهان و دندان/ مسافرت/ فعالیت جنسی - علائم زایمانی، فواید زایمان ایمن، تعیین محل زایمان - زمان مناسب بارداری بعدی، مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزادی - تاریخ مراجعه بعدی
مکمل دارویی	یدو فولیک تا پایان بارداری و آهن و مولتی ویتامین مینرال روزانه یک قرص از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری		
ایمنسازی	تزریق ایمنوگلوبین آنتی دی در صورت نیاز از هفته ۲۸ تا ۲۴ بارداری		
	واکسن های توأم در صورت نیاز و آنفلوآنزا		

*در مناطق محروم، برنامه PMTCT برای همه مادران، تست تشخیص، سریم HIV در ملاقات اول و چهارم انجام می شود.

نکات مهم در گرفتن فشار خون

- قبل از اندازه گیری فشارخون فرد ۱۰-۵ دقیقه استراحت کند.
- پاها را بر روی زمین یا یک سطح محکم بگذارد. در یک وضعیت آرام بنشیند. دست ها و پاها را روی هم قرار ندهد.
- بازوی دست فرد باید طوری قرار گیرد که تکیه گاه داشته باشد و به طور افقی و هم سطح قلب باشد.
- ۳۰ دقیقه قبل از گرفتن فشارخون کافئین، الکل و مواد دخانی مصرف نکرده باشد.

نکات مهم در گرفتن فشار خون

نکاتی که باید معاینه کننده رعایت کند

در اولین ملاقات اندازه گیری فشارخون در هر دو دست انجام شود.

ممکن است بین دست راست و چپ، اختلافی حدود ۱۰-۲۰ میلی متر جیوه وجود داشته باشد و باید فشارخون بالاتر در نظر گرفته شود.

بهتر است فشارخون به صورت نشسته گرفته شود.

نکات مهم در گرفتن فشار خون

نکاتی که باید معاینه کننده رعایت کند

- مانومتر باید هم سطح چشم گیرنده فشارخون قرار گیرد. فاصله معاینه شونده با گیرنده فشارخون نباید بیش از یک متر باشد.
- بازو بند فشارسنج باید متناسب با بازوی فرد انتخاب شود.
- عرض کاف حداقل يك سوم طول بازو باشد و طول آن $1/5$ برابر دور بازو باشد.
- اگر فشارسنج کوچکتر از جثه فرد باشد ، بطور کاذب فشار خون را بالاتر نشان خواهد داد.
- اگر فشارسنج بزرگتر از جثه فرد باشد ، بطور کاذب فشار خون را پایین تر نشان خواهد داد.

نکات مهم در گرفتن فشار خون

نکاتی که باید معاینه کننده رعایت کند

- حداقل دو بار فشارخون با گوشی اندازه گیری شود.
- بین دو اندازه گیری باید حداقل ۲-۱ دقیقه فاصله باشد یا ۶ تا ۵ ثانیه دست فرد را بالا نگه داشته و سپس اندازه گیری بعدی انجام شود.
- متوسط دو مقدار به عنوان اندازه فشارخون فرد ثبت گردد.

نکات مهم در گرفتن فشار خون

نکاتی که باید معاینه کننده رعایت کند

- اگر حداقل در دو نوبت اندازه گیری فشارخون با فاصله ۶-۴ ساعت یا بیشتر، فشارخون سیستولی ۳۰ میلی متر جیوه نسبت به فشارخون قبل از بارداری افزایش یافته باشد و یا فشارخون سیستول ۱۴۰ میلی متر جیوه یا بیشتر و دیاستول ۹۰ میلی متر جیوه یا بیشتر باشد نشانه بالا بودن فشارخون است.
- در صورتی که فشار خون در دو نوبت کنترل (با فاصله ۶۰-۱۵ دقیقه)، بیشتر یا مساوی ۱۴۰/۹۰ باشد، مادر ارزیابی و در صورت لزوم بستری شود.

نکات مهم در گرفتن فشار خون

نکاتی که باید معاینه کننده رعایت کند

- محل بستن فشارسنج ۱-۲ سانتی متر بالاتر از حفره آرنج باشد.
- دقت کنید که bladder فشارسنج روی شریان قرار داشته باشد (قسمت قدامی بازو)
- فشار سنج جیوه ای از بادی بهتر است.

چگونه فشار خون را به شکل دقیق اندازه گیری کنیم؟

ISNA

اگر در زمان اندازه گیری فشار خون، برخی نکات رعایت نشود، میزان دقیقی به دست نمی آید. نکات زیر می تواند در این زمینه کمک کننده باشد



هنگام اندازه گیری
فشار خون، صحبت نکنید



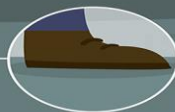
تکیه دهید و کمر
را صاف نگه دارید



پیش از اندازه گیری فشار خون،
مثانه خود را خالی کنید



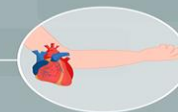
پاها را به موازات یکدیگر و
به صورت صاف بر زمین بگذارید



کف پاهای خود را به طور
کامل روی زمین قرار دهید



شلنگ کاف را بر روی
بازوی برهنه قرار دهید



دست خود را افقی و
هم سطح با قلب قرار دهید



از مناسب بودن اندازه
کاف مطمئن شوید

خبرگزاری دانشجویان ایران، ایسنا.

منبع داده ها: سازمان بهداشت جهانی

ISNA / Design: Pedram Aghaei

آیا مستعد پره اکلامپسی هستید؟

- خانم G3P2، حاملگی اخیر وی از همسر دوم اوست
- خانم G2P1، حاملگی فعلی او پس از فاصله ۱۰ ساله پیشگیری با کاندوم است
- خانم G3P2، حاملگی فعلی او پس از فاصله ۵ ساله، بدون سابقه پرفشار خون، ۲ سال اخیر از قلیان و سیگار استفاده می کند
- خانم G3P2، حاملگی فعلی او پس از فاصله ۱۰ ساله با کمک روش های کمک باروری
- خانم G1، بدون سابقه پرفشاری خون

آیا مستعد پره اکلامپسی هستید؟/کدام یک مستعد تر است؟

- خانم G3P2، مبتلا به دیابت بدون سابقه پرفشاری خون
- خانم G2P1، ۱۶ ساله بدون سابقه پرفشاری خون
- خانم G2P1، 30 ساله بدون سابقه پرفشاری خون
- خانم G2P1، 40 ساله بدون سابقه پرفشاری خون
- خانم G2P0، 30 ساله با سابقه پره اکلامپسی در بارداری اول
- خانم G3P2، مبتلا به لوپوس بدون سابقه پرفشاری خون

عوامل خطر

• سابقه ابتلا به پره اکلامپسی

۸ برابر، شدت پراکلامپسی در احتمال بروز حاملگی بعدی موثر است.

زنانی که در تریمستر دوم پراکلامپسی شدیدتری تجربه می کنند احتمال تکرار در حاملگی بعدی افزایش می یابد (۲۵ تا ۶۵ درصد)

اگر پراکلامپسی شدید نباشد احتمال تکرار به ۵ تا ۷ درصد کاهش و اگر فشارخون نرمال باشد احتمال بروز بعدی یک درصد

عوامل خطر

• پرفشاری خون مزمن (با تعریف $\geq 140/90$ mmHg)

احتمال بروز پراکلامپسی را ۵ برابر بیشتر
خوشبختانه در سن باروری شایع نیست

زنان با تعاریف جدید پرفشاری خون در معرض ابتلای بیشتر هستند

فشارخون افزایش یافته (systolic blood pressure 120 to 129 mmHg and
(diastolic blood pressure < 80 mmHg)

مرحله اول پرفشاری خون (systolic blood pressure 130 to 139 mmHg and/or
(diastolic blood pressure 80 to 89 mmHg)

مرحله دوم پرفشاری خون (systolic blood pressure ≥ 140 mmHg or diastolic
(blood pressure ≥ 90 mmHg)

عوامل خطر

• بیماری مزمن کلیه

با درجه کاهش فیلتراسیون گلومرولی و حضور یا عدم حضور پرفشاری خون مرتبط است

• برخی بیماریهای اتوایمیون (سندروم آنتی فسفولیپید، لوپوس)

دلیل نامشخص اما می تواند التهاب، میکروانژیوپاتی، افزایش گردش پلاکت و اختلال عملکرد کلیه از مکانیسم های دخیل باشند

• چندقلویی

دو قلو: ۱۳-۸ درصد، سه قلو ۱۱ درصد و تک قلو ۵ درصد

عوامل خطر

• وزن بالا یا چاقی قبل از بارداری

$25 \text{ kg/m}^2 >$ نسبت خطر ۲/۱

$30 \text{ kg/m}^2 >$ نسبت خطر ۲.۸

هر ۵-۷ kg/m^2 افزایش، خطر دو برابر افزایش می یابد

با توجه به افزایش تعداد زنانی که وزن بالا داشته یا چاق هستند اثر تجمعی سبب شده این عامل بیش از ۴۰ درصد موارد پره اکلامپسی را ایجاد کند

عوامل خطر

• نولی پاریتی

علت روشن نیست اما یکی از تئوری های مطرح محدودیت مواجهه سیستم ایمنی با با انٹی ژن های پدری و فقدان حساسیت زدایی است

مطالعات اپید میولوژیک نشان داده

با تغییر پدر محافظت علیه پره اکلامپسی کاهش می یابد یا از بین می رود
روش های سد کننده پیشگی از بارداری پراه اکلامپسی را افزایش می دهد
افزایش طول فعالیت جنسی قبل از بارداری خطر ابتلا را کاهش می دهد

*البته فاصله بین بارداری ها همزمان با تغییر شریک جنسی جدید با چالش روبروست

عوامل خطر

• سابقه خانوادگی پره اکلامپسی

درجه نسبت فامیلی فرد مبتلا احتمال ارثی بودن را مطرح می کند

به نظر می رسد که وقوع و شدت بیماری عمدتاً تحت تأثیر عوامل مادری است، اما نقش پدر در زن های جنین ممکن است در جفت ناقص و متعاقب آن پره اکلامپسی نقش داشته باشد.

خطر پره اکلامپسی در دختران مادران مبتلا به پره اکلامپسی ۴۰-۲۰٪ و در خواهران زنان مبتلا ۱۱-۳۷٪

عوامل خطر

• سابقه نارسایی جفتی در حاملگی قبلی

محدودیت رشد داخل رحمی ($1/4$ برابر)

دکلمان (2 برابر)

مرده زایی ($2/4$ برابر)

می توانند سبب نارسایی جفتی با تظاهرات مختلف شوند

عوامل خطر پره اکلامپسی و پره اکلامپسی عامل خطر برای اختلالات نامبرده شده هستند

عوامل خطر

• سن زن باردار

سن بالا

≥ 35 نسبت خطر ۱/۲

≥ 40 نسبت خطر 1.5

سنین بالا با سایر عوامل خطر نیز ممکن است همراه باشند

سن پایین (نوجوانان) کمتر از ۱۸

چالش دارد

برخی مطالعات مرور نظام مند ۶/۷ درصد و سایرین رابطه ای ندیدند

عوامل خطر

• سابقه دیابت قبل بارداری

به عوامل مختلفی بستگی دارد مانند

بیماری عروقی یا کلیوی، چاقی، سطح بالای انسولین پلاسما/مقاومت به انسولین و متابولیسم

مختل چربی در زمینه وجود دارد؟

عوامل خطر

• بارداری به کمک روش های کمک باروری

مطالعات کوهورت خطر را تا نشان می دهند اما آنالیزهای بیشتر این احتمال را کاهش می دهد
بین تخمک و جنین فریز شده یا تازه میزان ابتلا متفاوت است

نشان داده شده سیگار خطر کمتری برای پره اکلامپسی دارد

سایر عوامل خطر

- جمعیت سیاه پوست

****** زنان آسیایی و زنان اسپانیایی تبار در مقایسه با زنان سفیدپوست خطر ابتلا به پره اکلامپسی کمتر و خطر بسیار کمتری نسبت به زنان سیاه پوست دارند

- هیدروپس جنینی

- پرکاری تیروئید ضعیف کنترل شده

- خود زن برای سن حاملگی کوچک باشد

- فاصله بین بارداری طولانی ، اگر بارداری قبلی فشار خون طبیعی داشته باشد

- فاصله کوتاه بین بارداری، اگر بارداری قبلی پره اکلامپسی بوده باشد

- اختلال استرس پس از سانحه

سایر عوامل خطر

آپنه انسدادی خواب



سایر عوامل خطر

- هیپر هموسیستئینمی
- سطوح بالای هموسیستئین نشان دهنده خطر بسیار بالایی برای ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی در فرد می‌باشد.
- جنین پسر
- HIV+

سایر عوامل خطر

• سندروم متابولیک

TABLE 48-1 Criteria for Diagnosis of the Metabolic Syndrome

Patients with three or more of the following:

Elevated waist circumference^a

Elevated triglycerides^b: ≥ 150 mg/dL

Reduced high-density lipoprotein cholesterol^b:

< 40 mg/dL in males

< 50 mg/dL in females

Elevated blood pressure^b: systolic ≥ 130 mm Hg and/or diastolic ≥ 85 mm Hg

Elevated fasting glucose^b: ≥ 100 mg/dL

^aAccording to country- and population-specific thresholds.

^bThose with normal values while taking medications are considered to meet these criteria.

Data from [Alberti, 2009](#).

سایر عوامل خطر

• سندروم متابولیک

Williams Obstetrics 24.pdf (SECURED) - Adobe Reader

982 / 1376 280%

TABLE 48-1. Criteria for Diagnosis of the Metabolic Syndrome

Patients with three or more of the following:

- Waist circumference: > 88 cm (34.7 in) in women;
> 102 cm (40.2 in) in men
- Hypertriglyceridemia: ≥ 150 mg/dL
- High-density lipoprotein (HDL): < 50 mg/dL in women;
< 40 mg/dL in men
- High blood pressure: $\geq 130/85$ mm Hg^a
- High fasting glucose: ≥ 110 mg/dL^a

^aThose with normal values while taking medications are considered to meet these criteria.

From National Institutes of Health, 2001.

2010).
disease
an inherited proth

Pregnancy

Experience with N/A
also appears that the
excess gestational c
resistance mobilizes
In nonpregnant adu
cent of liver mass, h
women (Browning,
found that overwei
tion of low-density
of normal-weight v

8.38 x 11.04 in

7:46 PM
11/22/2015

اتیولوژی های مطرح شده

- لانه گزینی جفت همراه با تهاجم غیرطبیعی تروفوبلاستیک به عروق رحم
- تحمل ایمنولوژیک نامناسب بین بافتهای مادری، پدري و جنینی
- سازگاری نامناسب مادر با تغییرات قلبی-عروقی یا التهابی بارداری طبیعی
- عوامل ژنتیکی (ژنهای زمینه ساز ارثی)

اتیولوژی های مطرح شده

پیش فرض ها:

- انواع مختلفی از پره اکلامپسی وجود دارد که دارای مسیرهای پاتوفیزیولوژیکی متنوعی است که منجر به مرگ و میر و عوارض مادر و جنین می شود
- شایع ترین زیر گروه های توصیف شده پره اکلامپسی :
 - شروع زودرس (هفته کمتر از ۳۴ بارداری)
 - و شروع دیررس (بیش از ۳۴ هفته حاملگی)

اتیولوژی های مطرح شده

پیش فرض ها:

- ویژگی های بالینی با هم همپوشانی دارند، اما طیف بیماری و پیامدها متفاوت است
- بیماری زودرس با یافته های بالینی جفت و مادر/جنین شدیدتر و به نوبه خود، نتایج ضعیف تر برای مادر/جنین همراه است.

نکات

- غربالگری با عوامل سنتی بطور روتین انجام می شود
- در هر ویزیت فشار خون اندازه گرفته می شود
- هیچ آزمایش یا تصویربرداری برای غربالگری با هدف مداخلات بعدی اثبات نشده است

نکات

- پیشنهاد: بررسی پروتئن ادرار در آنالیز اداری اولین ویزیت و تکرار تنها برای کسانی که فشار خون افزایش یابنده دارند
- در زنان با پرفشاری خون اندازه گیری پروتئن در هر ویزیت .زمانی که تشخیص پره اکلامپسی مسجل شود ادامه اندازه گیری پروتئین در فرایند تشخیص و پیش آگهی موثر نیست

پیشگیری

۱) تغییرات تغذیه ای و الگوی زندگی

محدودیت نمک (بی تاثیر)، ورزش منظم در بارداری (موثر)، استراحت در بستر با رویکرد پروفیلاکتیک ۴-۶ ساعت در روز در منزل (موثر)، تجویز مکمل کلسیم تنها در صورت کمبود کلسیم (موثر)

۲) آنتی اکسیدان ها (مصرف ویتامین C, E, D، بی تاثیر)

مصرف استاتین ها (احتمالا موثر)، مصرف متفورمین (بالقوه موثر اما فاقد مطالعه بالینی)

پیشگیری

۳) داروهای ضد فشارخون، آنتی ترومبوتیک

دریافت کنندگان دیورتیک (ادم و HTN رو کاهش اما مانع پره اکلامپسی نمیشود)، آسپیرین با دوز کم ۵۰-۱۵۰mg روزانه، تاثیر محدود)

ACOG[□] پیشنهاد مصرف آسپیرین کم دوز در هفته های ۱۲-۲۸ برای کمک به جلوگیری از پره اکلامپسی به زنان پرخطر توصیه می کند:

- سابقه پره اکلامپسی،
- بارداری چند قلویی،
- مبتلایان به HTN مزمن،
- دیابت آشکار،
- بیماری کلیوی و اختلالات اتوایمیون

Roll over test:

۱. انجام در هفته های ۲۸-۳۲ بارداری
۲. ابتدا اندازه گیری فشار خون مادر در وضعیت خوابیده به پهلو
۳. سپس اندازه گیری فشار خون مادر در وضعیت خوابیده به پشت
۴. در صورت افزایش فشارخون مادر در وضعیت دوم آزمون مثبت است
۵. زیرا در بارداری طبیعی فشارخون در وضعیت طاقباز بعلت فشار بر ورید اجوف تحتانی افت می کند.