

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



بیماری های قلبی و عروقی در بارداری و اداره آن

دکتر معصومه قشعی میمند

بیماری قلبی در جریان بیش از یک درصد تمام حاملگی ها رخ می دهد و در حال حاضر علت اصلی مرگ های مادری غیر مستقیم (عامل حدود ۲۰٪ کل موارد) محسوب می شود.

هم چنین بیماری های قلبی عروقی **موربیدیتته** مادری چشمگیری را باعث می شوند که یکی از علل اصلی پذیرش در واحد مراقبت های ویژه مامایی هستند.

طی سالهای اخیر مرگ و میر مادران بدلیل بیماریهای قلبی کشور تقریبا ۱۶٪ بوده که بسیاری قابل پیشگیری بوده اند.
علل افزایش میزان شیوع بیماری های قلبی عروقی در دوران حاملگی:

(۱) افزایش میزان چاقی

(۲) هیپرتانسیون

(۳) افزایش سن بچه دار شدن

(۴) دیابت

(۵) افزایش بیماران مادرزادی قلبی که حامله می شوند

حاملگی در بیماران قلبی به خصوص بیماری مادرزادی و بیماری های دریچه ای قلب در سنین باروری معمولا یک چالش مهم و پیچیده ای برای خانم **حامله** و **خانواده** ایشان و از طرفی برای **ماماها**، **پزشک زنان** و **قلب** ایجاد میکند

عمده تردید و ترس از نظر :

- (۱) میزان خطر مرگ و میر برای مادر و جنین
- (۲) ریسک تشدید بیماری قلبی و نیاز به بستری مکرر
- (۳) ریسک انتقال بیماری از مادر به جنین
- (۴) خطر عوارض دارو های قلبی برای جنین
- (۵) انتخاب روش کم خطر زایمان یا جراحی برای مادر و جنین

قبل از حاملگی خصوصا در بیماران مادرزادی قلب و یا سابقه فامیلی می بایست بررسی های لازم و حتی در صورت نیاز تست ورزش انجام شود.

- در ویزیت های کنترل حاملگی به طور مداوم وزن ، اندازه گیری فشار خون ، نبض (کمتر از ۵۰--بیشتر از ۱۰۰)، تنفس ، درد قفسه سینه ، درد اپی گاستر ، ادم اندام ، چماقی شدن انگشتان ، سیانوز لب ها، زبان انگشتان ، اتساع وریدهای گردنی، عروق برجسته شکمی
- گاهی ادرار بیمار چک شود

البته به کسانی که ریسک فاکتورهای بیماریهای قلب و عروق را دارند، مبتلایان به دیابت، فشارخون بالا، چربی خون، خانم هایی که سیگار میکشند و آنهایی که سابقه بیماریهای قلب و عروق در خانواده دارند، حتما توصیه می کنیم قبل از بارداری مشاوره قلبی انجام دهند.

در یک بررسی وجود هر کدام از چهار مورد زیر به عنوان یک پردیکتور پیشگویی کننده ایجاد عوارض در حاملگی شناخته شده:

- (۱) وقوع وقایع قلبی عروقی در گذشته مثل آریتمی ، سکتة مغزی ، نارسایی قلبی ، TIA
- (۲) سیانوز یا فانکشن کلاس ۳ یا ۴
- (۳) انسداد در قلب چپ (MS) با هر شدتی ، AS متوسط تا شدید یا گرادیان ($LVOT > 30$)
- (۴) EF کمتر از ۴۰٪

شانس بروز حوادث قلبی در عدم حضور موارد فوق ۵٪ بوده که میتواند در بیمارستان جنرال زایمان نماید

ولی یک یا بیشتر از یک شانس بروز عوارض قلبی به ترتیب ۲۵٪ و ۷۵٪ میباشد که باید در یک مرکز سنترال زایمان نماید.

تغییرات همودینامیک در حاملگی

از سه ماهه اول شروع

حجم پلاسما در **هفته ۶** افزایش

در سه ماهه دوم **۵۰٪** بیشتر از حد قبل از حاملگی که تا پایان حاملگی حفظ میشود

HR در حدود **۲۰٪** افزایش

مقاومت عروق محیطی کاهش ← تا فلوی رحم افزایش پیدا کند و در نتیجه BP کمی کاهش پیدا می

کند و یا در مجموع بدون تغییر می ماند

کاهش فشار خون در سه ماهه اول شروع میشود

فشار وریدی اندام تحتانی افزایش یافته لذا **۸۰٪** مادران حامله دچار ادم محیطی میشوند

برون ده قلب از سه ماهه اول شروع به افزایش و در پایان سه ماهه دوم **۳۰ تا ۵۰٪** درصد نسبت به حد پایه

اولیه افزایش می یابد در مجموع اگر بیمار از قبل دچار HF باشد به علت افزایش حجم خون دچار

مشکل میشود

در حاملگی تنگی دریچه بیشتر از نارسایی دریچه عارضه دار میشود و در واقع مادر حامله **نارسایی**

دریچه ها را به دلیل کاهش مقاومت عروق **بهتر تحمل** می کند

تغییرات حین زایمان

در ابتدای زایمان با هر انقباض رحمی **CC ۵۰۰** خون از عروق رحم ← عروق سیستمیک ← فشار خون و برون ده قلب به طور ناگهانی در مرحله ی دوم زایمان تا حد **۵۰٪** بیش از حد پایه افزایش حداکثر میزان فشار خون و برون ده را حین خروج کامل جنین از رحم داریم ← افزایش فشار خون و برون ده شاید از **۱/۵ برابر** حد پایه فراتر رود.

زایمان طبیعی حداکثر **CC ۴۰۰** و سزارین حداکثر **CC ۸۰۰** خون از دست میدهد.

بعد از خروج جنین ← رفع فشار از روی **IVC** و همچنین پمپ خون رحم ← به سیستمیک ← برگشت وریدی ناگهان افزایش که **۲۴ تا ۷۲ ساعت** بعد از زایمان ادامه پیدا میکند در نتیجه احتمال ادم ریه خصوصا در **روز اول تا روز سوم** پس از زایمان میتواند به علت افزایش بازگشت خون وریدی باشد و الزاما نشانه میوکاردیت یا نارسایی قلبی نیست.

تشخیص بیماری‌های قلبی

سازگاری های فیزیولوژیک حاملگی طبیعی ، ممکن است علایمی را بوجود آوردند و **یافته های بالینی** را به نحوی تغییر دهند که **تشخیص بیماری قلبی** با مشکل مواجه شود. مثل سوفله‌های عملکردی سیستولی قلب که شایع هستند، تلاش تنفسی شدید یافته و گاهی به صورت تنگی نفس بروز می کند، ادم اندام تحتانی که بعد اواسط حاملگی شایع است، خستگی و عدم تحمل فعالیت در اکثر زنان رخ می دهند.

در معاینه قلبی در خانم حامله افزایش صداهای قلبی (صدای اول) و شنیده شدن صدای سوم قلبی، افزایش فشار خون وتورم اندام تحتانی دیده شود. سرگیجه، سبکی سر، کوتاهی نفس، ادم محیطی، وحتی سنکوپ میتواند در طی یک حاملگی نرمال دیده شود .

تنگی نفس فیزیولوژیک در بارداری دیده میشود **ولی** تدریجی هست و ریه ها پاک هستند
نشانه های خطر به دلیل بیماری قلبی و ریوی و کم خونی مثل :

سرفه، خس خس سینه، هموپتیزی، تب، تپش قلب، درد قفسه سینه، تاکی پنه، سیانوز، ادم، بی قراری، رنگ پریدگی، وریدهای گردنی برجسته نداشته باشد .

تپش قلب در حاملگی دیده میشود ولی **علایم خطر** به دلیل بیماری قلبی کم خونی تیروئیدی یا آدرنال شامل:
درد قفسه سینه، عرق کردن، غش کردن، تهوع، تنفس مشکل، خستگی و احساس گیجی نداشته باشد .

بررسی‌های تشخیصی :

- ✓ نوار قلبی
- ✓ رادیو گرافی قفسه سینه
- ✓ اکو کاردیو گرافی
- ✓ وگاهی اکو مری و انژیو گرافی کرونری

علائم بالینی بیماری‌های قلبی در طول حاملگی

نشانه‌ها: **symptom**

تنگی نفس پیش رونده، یا اورتوپنه (تنگی نفس در زمان دراز کشیدن)

سرفه شبانه

خلط خونی

سنگوپ

درد سینه

علائم: **sign**

سیانوز

اتساع وریدهای گردنی

سوفل دیاستولیک

کلابینگ انگشتان

سوفل سیستولیک بیش از گرید سه به بالا

بزرگی قلب

اریتمی مداوم

هیپرتانسیون ریوی

طبقه بندی بیماری‌های عملکردی قلب

این طبقه بندی بر اساس میزان ناتوانی **قبل**ی ، **فعلی** پایه ریزی شده :

کلاس ۱) بدون مخاطره (عدم محدودیت فعالیت فیزیکی): این زنان فاقد علائم نارسایی قلبی هستند دچار درد انژیینی نمی شوند

کلاس ۲) محدودیت اندک فعالیت فیزیکی: در حالت استراحت راحتند ، اما فعالیتهای فیزیکی معمول در آنان سبب بروز ناراحتی های مانند خستگی مفرط ، تپش قلب ، تنگی نفس یا درد انژیینی می شوند .

کلاس ۳) محدودیت شدید فعالیتهای فیزیکی: در استراحت راحتند ، اما فعالیتهای فیزیکی کمتر از معمول سبب خستگی مفرط ، تپش قلب ، تنگی نفس یا درد انژیینی می شوند .

کلاس ۴) وضعیت به شدت مخاطره آمیز (ناتوانی در انجام هر گونه فعالیت فیزیکی بدون ناراحتی): ممکن علائم نارسایی قلبی یا آنژین حتی در هنگام استراحت نیز رخ بدهند . در صورت هر گونه فعالیت فیزیکی ، ناراحتی افزایش می یابد .

بیماران قلبی با **فانکشن کلاس ۱ و ۲** اغلب با ادامه درمان و محدود کردن فعالیت فیزیکی شدید و تغذیه کم نمک و جایگزینی آهن و ویتامین های ضروری در پیشگیری از کم خونی و ویزیت منظم و ارزیابی قلبی و مامایی می تواند حاملگی بی خطر یا کم خطری داشته باشد.

بیماران قلبی با **فانکشن کلاس ۳ و ۴** ترجیحاً باید از حاملگی اجتناب نمایند و در صورت حاملگی باید دقیقاً از نظر سلامت مادر و جنین پایش شود و اغلب نیاز به بستری مکرر در بیمارستان و مانیتورینگ منظم و در صورت ضرورت ختم زودرس بارداری دارد.

اعمال جراحی ضروری غیر اورژانس در حاملگی **زمان ایده ال** بین هفته ۲۰ تا ۲۸ می باشد. مصرف دارو ها و مراقبت های **بعد از تولد تا ۶ هفته بعد زایمان** در زنان با **بیماری قلبی** را موضوعی جدی باید دانست و در مشاوره ی قلبی برای این گروه تاکید کرد .

حاملگی های پر خطر

(۱) هیپرتانسیون ریوی

(۲) کاردیومیوپاتی دیلاته ، برون ده قلبی کمتر از ۴۰٪

(۳) ضایعات انسدادی علامتدار : تنگی ائورت ، تنگی میترال، تنگی دریچه ریوی، کوآرکتاسیون آئورت علامتدار

(۴) سندرم مارفان با ریشه آئورت بیش از ۴ سانتیمتر

(۵) ضایعات سیانوتیک

(۶) دریچه مصنوعی مکانیکال

(۷) بیماریهای دریچه ای

بیماری های دریچه ای :

دو علت اصلی ، تنگی میترال، و آئورت دو لتی هست

تنگی میترال : نرمال ۴ سانتی متر مربع ، علامتدار شدن در ۲/۵ سانتی متر مربع

دریچه تنگ ورود خون را از دهلیز چپ به بطن چپ مختل و باعث افزایش فشار دهلیز چپ و بطور مزمن هیپرتانسیون ریوی غیر فعال میشود

در خانم حامله بدلیل افزایش حجم خون و تاکی کاردی منجر به ادم ریه و نارسایی بطنی میشود

۲۵٪ زنان با MS برای **اولین بار** در دوران حاملگی علایم را بروز میدهند

آشکارترین شکایت بیماری **تنگی نفس** است . خستگی ، تپش قلب ، سرفه ، خلط خونی (هموپتیزی) نیز شایع هست تاکی آریتمی دهلیزی بصورت AF شایع است .

مستعد ترومبوس و آمبولی اند

پیامدهای حاملگی:

مستقیماً با شدت تنگی دریچه ارتباط دارد

تدابیر درمانی:

محدود ساختن فعالیت فیزیکی، محدودیت میزان سدیم رژیم غذایی، درمان با دیورتیک، بتابلوکر
اکثراً زایمان واژینال را ترجیح میدهند مگر تنگی شدید و نارسایی قلب

نارسایی میترال:

بدلیل کاهش مقاومت عروقی سیستمیک در حاملگی باعث کاهش رگورژیتاسیون میشود پس در حاملگی خوب تحمل
می شود. در نوع شدید بدلیل افزایش حجم بطن چپ، شدت نارسایی خیلی بیشتر شده و گاهی نیاز به زایمان
زودرس پیدا می کنند. پس باید دادن **حجم مایعات محدود** باشد و **درد** بیمار خوب کنترل شود.

پرولاپس دریچه میترال (افتادگی لتهای دریچه): نوعی اختلال پاتولوژیکی بافت همبند است. **اکثراً** بدون علامتند، در

تعداد اندکی اضطراب، طپش قلب، درد آتیپیک قفسه سینه، تنگی نفس فعالیت، سنکوپ بروز می کند.

تنگی آئورت (AS)

شایعترین علت دولتی بودن هست. در سطح دریچه کمتر از ۱ سانتی متر مربع، انسداد شدید جریان خون و افزایش پیشرونده بار فشاری بر بطن چپ باعث هیپر تروفی بطن چپ و افزایش فشار دیاستولی و در نتیجه کاهش برون ده قلبی می شود **تظاهرات بالینی**: درد قفسه سینه، سنکوپ، نارسایی قلبی و مرگ ناگهانی در اثر آریتمی.

در نوع خفیف و متوسط حاملگی بخوبی تحمل میشود ولی نوع شدید فوق العاده خطرناک است چون باعث **کاهش جریان خون** قلب، مغز و رحم میشود. در **فرد علامت دار** محدودیت شدید فعالیت و درمان فوری عفونتها و درمان با بتابلوکر توصیه میشود. در طی زایمان به علت تغییرات همودینامیک حاد خصوصا کاهش مقاومت (افت رلود) بعد از زایمان ممکن است شرایط بیمار وخیم شود

آنالژزی اپیدورال بایستی با احتیاط بیشتر و سرعت کمتری تجویز شود. و **بلوک نخاعی** به علت افت فشار خون **ممنوع** است. نوع شدید در معرض نارسایی قلبی و زایمان زودرس اند.

• نارسایی آئورت AR:

• جریان خون دیاستولی از آئورت به بطن چپ برمیگردد علایم به صورت خستگی ، تنگی نفس و ادم بروز میکند. در حاملگی بهتر تحمل میشود

• تنگی دریچه ریوی PS:

• معمولا مادرزادی است مشکل خاصی ایجاد نمی کند مگر نوع شدید که نارسایی سمت راست قلب میدهد

• دریچه های مصنوعی مکانیکال:

• خطر مضاعفی برای مادر و جنین دارد و ترومبوز آن بیشتر از دریچه بافتی است

• روش های موجود برای تجویز آنتی کواگولان هر کدام معایب و مزایای خود را دارند

تعویض دریچه قبل از حاملگی

- زنان با دریچه مصنوعی مکانیکی پس از رعایت ملاحظات جدی مجاز به حاملگی می‌باشد. عوارض وخیم خونریزی ناشی از ضد انعقادها، ترومبوامبولی در پروتزها، سقط جنین، مرده زایی، نارسایی دریچه. در کل میزان مرگ و میر در مادران دارای دریچه مکانیکی ۳٪-۴٪ است
- دریچه های ساخته شده از بافت خوک :
- در حاملگی بسیار کم خطر است چون ترومبوز نادر و درمان ضد انعقاد نمیخواهد ولی اختلال دریچه همراه با اختلال عملکرد قلب شایع است. و نیز تعویض دریچه احتمالش زیاد است.
- درمان ضد انعقادی: در دریچه مکانیکی اهمیت بسیار زیادی دارد. وارفارین بیشترین کارایی را دارد ولی با موربیدیتة و مرگ و میر جنینی چشمگیری همراه است .
- درمان با هپارین خطر کم برای جنین دارد ولی عوارض ترومبوامبولیک مادری بسیار بیشتر است .
- وارفارین سبب خونریزی و سقط، مرده زایی و ناهنجاری های جنینی میشود .

بیماری های مادر زادی قلبی

نقایص دیواره دهلیزی ASD:

در نوع ثانویه حتی با یک نقص بزرگ هم تا زمانی که هیپرتانسیون ریوی پیدا نکرده بخوبی تحمل میشود

نقص دیواره بین بطنی VSD:

در ۹۰٪ بیماران خودبخود در کودکی بسته میشود. در سائز کوچک و متوسط حاملگی بخوبی تحمل میشود
در نقص بزرگ با هیپرتانسیون ریوی نباید حامله شوند .

مجرای شریانی باز PDA:

با فاصله کمی از زایمان ترم عملکردی بسته میشود. اگر باز بماند باعث هیپرتانسیون ریوی، نارسایی قلبی
وسیانونوز میشود که حاملگی ممنوع میباشد

بیماری‌های سیانوتیک قلبی

شانت راست به چپ خون قبل از عبور از بستر عروق ریه که باعث سیانوز میشود، افزایش تمایل به ترومبوز .
اگر اشباع اکسیژن شایانی کمتر از ۸۵٪ باشد عاقبت بسیار بدی در انتظار بیمار است و حدود ۸۸٪ موارد جنین از بین می‌رود ولی در اشباع بیشتر مساوی ۹۰٪ مورتالیتی جنین حدود ۸٪ میباشد .

تترالوژی فالوت:

شایعترین ضایعه ای که در بزرگسالان و دوران حاملگی دیده میشود هست . مادرانی که عمل موفق داشته و نقص باقیمانده ندارند یا جزیی هست و تست ورزش نرمالی داشتند حاملگی بلامانع هست .
اگر نارسایی دریچه ریوی، نارسایی قلبی راست و نارسایی تریکوسپید باشد در حاملگی تشدید و نمیتوانند تحمل کنند .

هیپرتانسیون ریوی (Pu HTN)

صرف نظر از علتش مورتالیتی در این بیماران زیاد است. در خانم های حامله بیشتر ثانویه به شانت قلبی در ناهنجاریهای مادرزادی قلب مثل ASD, PDA, VSD است.

بیشترین احتمال مرگ در حین خروج جنین از رحم میباشد. کاهش حجم حین زایمان می تواند هیپوکسی، سنکوپ و مرگ ناگهانی بدهد. مرگ ناشی از آمبولی عروق ریوی یا انفارکتوس ریه ایجاد میشود.

علایم بصورت مبهم است شایع ترین علامت **تنگی نفس در هنگام فعالیت** است. در نوع شدید حاملگی ممنوع است. در زنان علامتدار محدود کردن فعالیت، پرهیز از به پشت خوابیدن توصیه میشود. **سزارین** بر زایمان واژینال **ارجح** است. جلوگیری از **DVT** الزامی هست. و بعد زایمان تا دو هفته باید در بیمارستان بستری و تحت نظر بماند.

کاردیومیوپاتی

بیماری میوکارد که با اختلال عملکردی مکانیکی یا هدایتی همراه هست .
کاردیومیوپاتی حول وحوش زایمان (پری پارتوم)

۱) وقوع نارسایی قلبی در ماه آخر حاملگی و یا در ۵ ماه اول بعد زایمان

۲) فقدان علت قابل شناسایی برای نارسایی قلبی

۳) فقدان بیماری قلبی قابل تشخیص

۴) اختلال عملکرد سیستولی بطن چپ

۷۵٪ در ماه اول بعد زایمان رخ می دهد . ریسک فاکتور ها شامل : مولتی پاریتی ، نژاد ، سیاهپوست ، وجود پره اکلامپسی ، سن بالای ۳۰ ، سن نوجوانی ، سوتغذیه ، سیگار ، دیابت ، تاریخچه خانوادگی ، افزایش فشار خون بعد زایمان و مصرف کوکائین . تمام زنان باردار وزایمان کرده که تنگی نفس بخصوص در وضعیت خوابیده یا هنگام شب شاکی اند و تمام زنان زایمان کرده که بازگشت عملکرد و فعالیت به قبل زایمان با تاخیر صورت گیرد .

همان علایم نارسایی قلبی دارند . میزان مرگ و میر **کوتاه مدت** و یکساله **۲٪-۱۵٪** است .

در بیمارانی که از نظر همودینامیک ناپایدارند سزارین ارجح است .

حداکثر **۳۰٪** موارد در حاملگی دوم **عود** می کند که سیر بدتری دارند لذا بعضی معتقدند **نبایست** مجددا **حامله** شوند .

نارسایی قلبی HF (EF≤45%)

شایع ترین علت در زنان حامله هیپر تانسیون مزمن همراه با پره اکلامپسی اضافه شده است
نخستین نشانه هشدار دهنده رالهای قاعده ای است که با **سرفه شبانه** همراه است ، **کاهش ناگهانی** در توانایی
انجام کارهای معمول ، **افزایش تنگی نفس** در هنگام فعالیت ، **حملات خفگی** در همراهی با سرفه ، هموپتیزی ،
ادم پیشرونده ، طپش قلب و درد سینه زیر جناغی .

درمان استراحت ، دیورتیک ، هپارین ، دیگوکسین ، بتا بلوکر وهیدرالازین

آموزش به مادر

- ❑ فعالیت روزانه در صورت نیاز و با توجه به کلاس بیماری قلبی محدود شود بیماران در کلاس یک و دو نیاز به ده ساعت خوابیدن در شب و ۳۰ دقیقه استراحت بعد از غذا دارند.
- ❑ بیماران کلاس ۳ یا ۴ معمولاً بیشتر اوقات نیاز به استراحت در بستر دارند.
- ❑ از محیط گرم و مرطوب اجتناب شود.
- ❑ داروهای قلبی و عروقی تجویز شده به طور منظم و صحیح مصرف شود.
- ❑ سیگار در صورت مصرف ترک شود.
- ❑ با خوردن مقادیر کافی مایعات و مواد غذایی حاوی فیبر از یبوست و زور زدن هنگام اجابت مزاج پیشگیری شود.
- ❑ از تماس با افراد مبتلا عفونت های تنفسی پرهیز کند.
- ❑ از افزایش وزن بیش از حد اجتناب شود.
- ❑ برای کمک به گردش بهتر خون ، وضعیت خوابیده به پهلو مطلوب است

با مشاهده علائم خطر زیر سریعاً به بیمارستان مراجعه فرماید:

- ❖ سردرد
- ❖ تاری دید
- ❖ خستگی پیش رونده، تنفس مشکل یا هر دو با انجام فعالیت های معمول
- ❖ احساس خفگی سرفه مکرر یا مرطوب
- ❖ تپش قلب
- ❖ برجستگی ورید های گردن، تنگی نفس
- ❖ ادم عمومی (ورم صورت، پا ، ساق پا ، انگشتان ، افزایش وزن ناگهانی)

نشانه های احتمالی تشکیل لخته در پا ها شامل :

درد ، تورم ، حساسیت در لمس ، اختلاف در قطر ساق ها یا ران ها و قرمزی

هیپرتانسیون (HTN)

یک علت مهم موربیدیته و مورتالیتی مادران باردار است. کنترل فشارخون هر ویزیت، و نیز توزین مادر و نیز کنترل ابزار اندازه گیری در منزل.

انواع:

- ۱) هیپرتانسیون مزمن. شروع قبل از هفته ۲۰، $BP \geq 140/90$ حدود ۲۵٪ موارد پره اکلامپسی ایجاد میشود
- ۲) هیپرتانسیون حاملگی. بعد از هفته ۲۰ حاملگی که پروتیئوری ندارند. ۵۰٪ در طی حاملگی دچار پره اکلامپسی می شوند
- ۳) پره اکلامپسی باضافه هیپرتانسیون مزمن
- ۴) پره اکلامپسی - اکلامپسی، که پروتیئوری دارند.

مسائل مامایی مهم که منجر به افزایش فشار خون در بارداری میشود:

در نیمه اول بارداری: حاملگی مولار و یا به ندرت کبد چرب حاد بارداری، نفریت لوپوسی، آنتی فسفو لیپید آنتی بادی،

HUS، TTP

در نیمه دوم بارداری: پره اکلامپسی، اکلامپسی، سندرم هلپ، فشار خون بارداری

پره اکلامپسی عموماً به حاملگی اول، دوقلویی، زنان دیابتی و چاقی تمایل بیشتری دارد

مسمومیت بارداری

مشکل جدی است که گاهی اوقات در هفته های پایانی بارداری اتفاق می افتد. فشار خون بالا، دست ها، پاها و صورت ورم کرده میزان پروتئین موجود در ادرار بالا می رود و اگر مشکل وخیم تر شود مادر دچار تشنج و کما شده و بچه مرده به دنیا می آید

علائم :

۱) پره اکلامپسی خفیف عبارتند از: ورم ، بالا رفتن جزئی فشار خون و وجود مقداری پروتئین در ادرار

۲) پره اکلامپسی حاد : ورم شدید، بالا رفتن جدی فشار خون، مقدار زیاد پروتئین در ادرار ، سردرد ، سرگیجه ، دو بینی ، حالت تهوع ، استفراغ و درد شدید در ناحیه سمت راست شکم

۳) اکلامپسی: تشنج و کما

درمان : استراحت در بستر ، محدودیت نمک ، مراقبت ویژه ، کنترل فشار خون بالا و دارو های وریدی برای جلوگیری از تشنج

و گاهی نیاز به زایمان زودرس

لیبر وزایمان

در کل زایمان واژینال ترجیح داده می شود و القای لیبر معمولاً بی خطر است. لیبر وزایمان بدون درد و کوتاه باشد. برای این

امر: استفاده از روش های بی دردی (ترجیحاً بی حسی اپیدورال) برای کاهش درد واضطراب.

ابزار کمکی مثل واکيوم برای کوتاه کردن مرحله دوم و کاهش اثرات مانور والسالوا.

سزارین در زنان با ویژگیهای زیر توصیه میشود:

(۱) اتساع ریشه ائورت بیش از ۴ سانتی متر یا انوریسم ائورت

(۲) نارسایی احتقانی حاد شدید قلب

(۳) انفارکتوس اخیر میوکارد

(۴) تنگی شدید ائورت علامتدار

(۵) مصرف وارفارین در عرض ۲ هفته قبل از زایمان

(۶) نیاز به تعویض اورژانسی دریچه بلافاصله بعد از زایمان.

(۷) دایسکشن آئورت حاد یا مزمن.

در بیماران پر خطر که NVD در نظر گرفته شده باید

- ۱) مونیتورینگ قلبی مادر و جنین در حین زایمان
- ۲) باید به پهلوی چپ بخوابد تا فشار از روی IVC بر داشته شود
- ۳) مرحله دوم زایمان به صورت تسهیل شده و با سرعت بیشتر انجام شود
- ۴) خون از دست رفته سریعاً جایگزین شود
- ۵) علائم حیاتی بطور مکرر در بین انقباضات کنترل شوند
- ۶) افزایش ضربان قلب بیش از ۱۰۰ و یا تعداد تنفس به بیش از ۲۴ بار در دقیقه، بویژه در صورتی که با تنگی نفس همراه باشد، احتمال نارسایی بطنی قریب الوقوع را مطرح می کند .

نارسایی قلبی هنگام زایمان :

عدم جبران قلبی عروقی در حین لیبر، ممکن است به صورت ادم ریه و هیپوکسی، هیپوتانسیون یا هر دو تظاهر کند

دوره نفاس (بعد از زایمان)

حتی زنانی که در دوران حاملگی ، لیبر یا زایمان نشانه ای از اختلال قلبی را نشان نمیدهند و یا علائم بسیار کمی را بروز می دهند ، **باز ممکن** است در دوره بعد زایمان هنگامی بحرکت در آمدن مایع به داخل کمپارتمان داخل عروقی ، کاهش مقاومت عروق محیطی ، بار بیش تری بر قلب که باعث عدم جبران قلبی شود ، **بنابراین** ادامه مراقبتهای بسیار دقیق دوره نفاس حایز اهمیت است.

خونریزی ، کم خونی ، عفونت ، و ترومبو آمبولی در دوره پس از زایمان ، در افراد با بیماری قلبی عوارض بسیار وخیمتری محسوب می شوند ، و باعث تسریع نارسایی قلبی بعد از زایمان میشود .

سر تخت بالا باشد و بیمار به پهلو بخوابد

کنترل دقیق خونریزی ، علائم حیاتی ، و جذب و دفع مایعات ، **هر ۱۵ دقیقه تا یک ساعت** و سپس در صورت طبیعی بودن همه موارد ، طبق دستور عمل کشوری .

از افزایش بی دلیل حجم مایعات تجویزی اجتناب گردد .



