



اختلالات هیپرتانسیو در بارداری



اختلالات هیپرتانسیو عارضه دار کننده حاملگی

- هیپرتانسیون حاملگی
- سندرم پره اکلامپسی و اکلامپسی
- پره اکلامپسی افزوده شده (به هیپرتانسیون مزمن)
- هیپرتانسیون مزمن

تشخیص اختلالات هیپرتانسیو:

فشار خون در حاملگی وقتی است که فشار خون سیستولی بالای 140 و فشار خون دیاستولی بالای 90 میلی متر جیوه باشد.

هیپرتانسیون دلتا نیاز به توجه دارد چون برخی از این زنان میتوانند به سمت پره اکلامپسی و برخی به سمت اکلامپسی و HELLP بروند.

Blood pressure is the measurement of force applied to artery walls



فشارخون بارداری

: فشارخون سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ و یا دیاستول مساوی یا بیشتر از ۹۰ که برای اولین بار بعد از هفته ۲۰ بارداری بروز می کند. بدون پروتیئوری و علائم پره اکلامپسی است و در عرض ۱۲ هفته پس از زایمان به حد نرمال باز می گردد.

چره اکلامپسی

فشارخون سیستولیک مساوی یا بیشتر از 140 و یا دیاستول مساوی یا بیشتر از 90 که برای اولین بار بعد از هفته 20 بارداری بروز می کند (تایید با فاصله 4 ساعت) و همراه با پروتئینوری یا فشارخون سیستولیک مساوی یا بیشتر از 140 و یا دیاستول مساوی یا بیشتر از 90 همراه با شواهد درگیری چند ارگانی به صورت ترومبوسیتوپنی، اختلال عملکرد کلیه، کبد، سیستم عصبی یا ادم ریه است

Diagnostic Criteria for Pregnancy-Associated Hypertension

Condition Criteria Required

- **Gestational hypertension** BP > 140/90 mmHg after 20 weeks in previously normotensive women
- **Preeclampsia**—Hypertension and:
 - ❖ Proteinuria
 - ≥ 300 mg/24h, or
 - Protein: creatinine ratio ≥ 0.3 or
 - Dipstick 1+ persistent
 - or
 - ❖ Thrombocytopenia • Platelets < 100,000/ \uparrow L
 - ❖ Renal insufficiency • Creatinine > 1.1 mg/dL or doubling of baseline_b
 - ❖ Liver involvement
 - Serum transaminase levels_c twice normal
 - ❖ Cerebral symptoms
 - Headache, visual disturbances, convulsions
 - ❖ Pulmonary edema —

عوامل خطرزای پرہ اکلامپسی



هیپر تانسیون مزمن

چاقی

سابقه قبلی پرہ اکلامپسی

سابقه خانوادگی پرہ اکلامپسی

سندرم آنتی فسفولیپید آنتی بادی

هیدروپس جنینی

نولی پاریتی

دیابت آشکار

ترومبوفیلی

نفروپاتی

کلاژن واسکولر

حاملگی مولار

چندقلویی

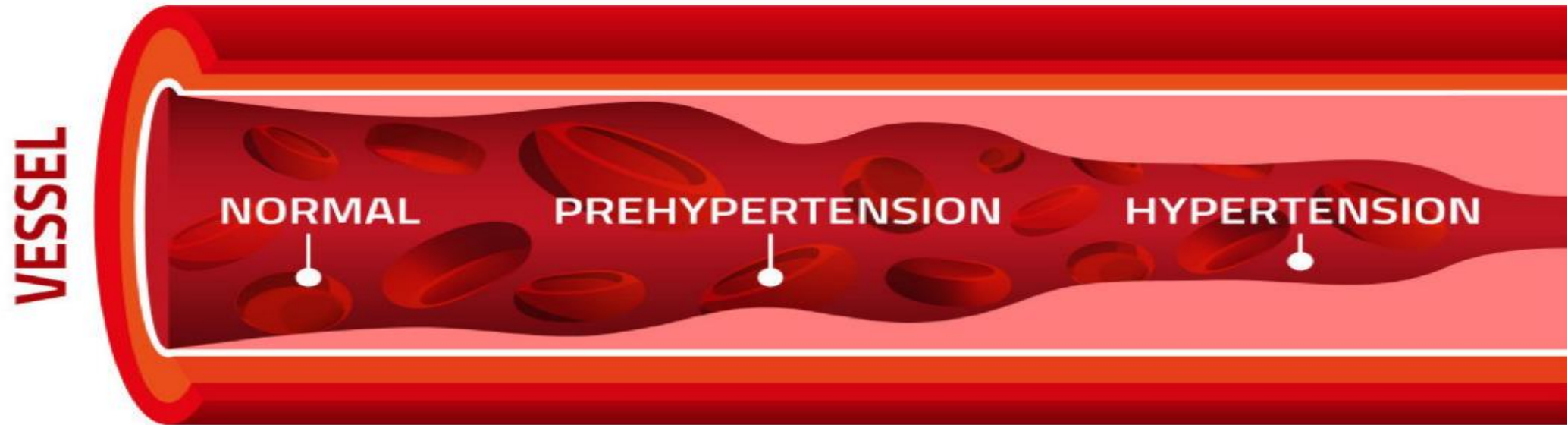
Selected clinical risk factors for preeclampsia

Risk factor	RR
SLE	2.5
Nuliparity	2.1
age>35	1.2
Prior stillbirth	2.4
CKD	1.8
ART	1.8
BMI>30	2.8
Multifetal	2.9
Prior Abruption	2.0
Diabetes	3.7
Prior preeclamsia	8.4
CHTN	5.1
APA	2.8

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

فشارخون مزمن

فشارخون سیستولیک مساوی یا بیشتر از 140 و یا دیاستول مساوی یا بیشتر از 90 که پیش از بارداری وجود داشته یا قبل از هفته 20 بارداری شروع شده و تا 12 هفته پس از زایمان باقی می ماند.



پره اکلامپسی اضافه شده به فشارخون مزمن

تشدید فشار خون یا اضافه شدن پروتئینوری و یا سایر علائم پره اکلامپسی به خانمی که قبلاً فشارخون مزمن داشته است





نحوه گرفتن فشارخون

نکاتی که باید معاینه شونده رعایت کند:

- ✓ قبل از اندازه گیری فشارخون فرد 10-5 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.
- ✓ 30 دقیقه قبل از گرفتن فشارخون کافئین، الکل و مواد دخانی مصرف نکرده باشد.

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 10-20 میلیمتر جیوه وجود داشته باشد و باید فشارخون بالاتر در نظر گرفته شود بهتر است فشارخون به صورت نشسته گرفته شود.
- 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.

■ در صورتی که فشار خون در دو نوبت کنترل با فاصله (60-15 دقیقه) بیشتر یا مساوی 140/90 باشد، مادر ارزیابی و در صورت لزوم بستری شود.

بستری

مراقبت های اولیه در پره اکلامپسی

1. بررسی علائم و نشانه های شدت بیماری (سر درد، اختلال بینایی، درد اپیگاستر و افزایش وزن ناگهانی حدود 1.5 کیلوگرم و بیشتر در هفته)
2. اندازه گیری ارتفاع رحم و تعیین سن بارداری
3. توزین روزانه و استراحت نسبی (کاهش فعالیت روزانه)
4. رژیم غذایی پر پروتئین و پر کالری
5. بررسی فشارخون در وضعیت نشسته هر 4 ساعت یک بار (به جز نیمه شب تا 6 صبح در صورتی که فشارخون تحت کنترل است)
6. اندازه گیری پروتئین ادرار در هنگام پذیرش و در صورتی که پروتئینوری + 1 یا بیشتر است و یا نسبت پروتئین به کراتینین 0.3 یا بیشتر است، جمع اوری ادرار 24 ساعته باید انجام شود. در صورت پروتئینوری (طبق تعریف) در ادرار 24 ساعته، نیازی به تکرار این آزمایش در ارزیابی های بعدی نیست و میزان کراتینین سرم جهت بررسی عملکرد کلیه کفایت می کند.
7. اندازه گیری CBC خصوصاً پلاکت، کراتینین، آنزیم های کبدی، بیلی روبین، LDH تکرار آزمایش بسته به شرایط مادر و شدت فشار خون از هفته ای دو تا سه بار متفاوت است.



ارزیابی سلامت جنین

(a) شنیدن روزانه صدای قلب و کنترل حرکات جنین

(b) سونوگرافی اولیه برای بررسی رشد جنین و سپس هر 3 هفته یک بار

(c) بررسی سلامت جنین با بیوفیزیکال پروفایل یا (AFI) و NST): فاصله انجام تست ها بستگی به سن حاملگی، شدت بیماری، شدت اختلال رشد داخل رحمی، حجم مایع آمنیوتیک و تغییرات دایالر عروق جنینی دارد



preeclampsia:

ختم بارداری

- در صورتی که سن حاملگی کمتر از 37 هفته است، علائم باید به طور مرتب بررسی شده و مراقبت های اولیه تا زمان زایمان انجام شود.
- در صورتی که سن حاملگی 37 هفته و یا بیشتر است، برای ختم بارداری اقدام می شود. سولفات منیزیم در فاز فعال زایمانی بیماران، بایستی تزریق شود.



اداره پره اکلامپسي شديد

- بستري مادر
- **NPO**
- دو رگ مناسب از طريق كاتتر گرفته و از يكي از رگها سرم رينگر لاکتات (در صورت نبود رينگر، نرمال سالين) به ميزان حداکثر **80 ميلي ليتر در ساعت يا 1ML/KG/H**
- گذاشتن سوند (حداقل **30 سي سي در ساعت**)
- کنترل تشنج و تزريق سولفات منيزيوم
- تزريق داروهاي کاهنده فشارخون

آزمایشات لازم

هماتوکریت ✍

پلاکت ✍

کراتینین ✍

آنزیم های کبدی (ALT, AST, LDH, Bil) ✍

PT, PTT تست های انعقادی ✍

اندازه گیری فیبرینوژن (در صورت شک به دکولمان و DIC) ✍

قند خون ✍

پروتئین ادرار 24 ساعته با تعیین نسبت PR/CR ✍

اداره پره اکلامپسي شديد

در صورت تاييد پره اکلامپسي شديد و رسيدن
سن حاملگی به 34 هفته کامل

ختم بارداری

سولفات منیزیم

داروی اصلی در کنترل و پیشگیری از تشنج

ابتدا 4 تا 6 گرم آن را در 100 میلی لیتر سرم رینگر یا نرمال سالین و با سرعت حداکثر 1 گرم در دقیقه و در طی مدت 15-20 دقیقه تجویز می شود و سپس به یکی از دو صورت زیر ادامه می یابد:

الف) انفوزیون 2 گرم سولفات منیزیم در یک ساعت ترجیحا از طریق پمپ انفوزیون یا میکروست (باید توجه داشته باشید که میزان سرم دریافتی از دو رگ نباید بیشتر از 125 میلی لیتر در ساعت باشد)

در مادر چاق دوز سولفات منیزیوم را می توان تا 3 گرم افزایش داد.

ب) 10 گرم تزریق عضلانی سولفات منیزیم (دو تزریق 5 گرمی در هر باتوک) از محلول 50% همزمان با تزریق وریدی اولیه و سپس هر 4 ساعت یکبار 5 گرم عضلانی عمیق تزریق شود. این دوز اضافه در مادران چاق می تواند تکرار شود.

اضافه کردن 1 میلی گرم لیدوکائین 2% به دارو برای کاهش درد هنگام تزریق موثر است.

تذکر: در صورت وجود ترومبوسیتوپنی، تزریق عضلانی توصیه نمی شود.

ملاحظات حین تزریق سولفات منیزیم

۱. تعداد تنفس (بیش از ۱۲ بار در دقیقه)، رفلکس پتلاز و میزان مایعات دفعی (بیش از ۱۰۰ میلی لیتر هر ۴ ساعت) به تناوب کنترل شود.
۲. فشارخون مادر و ضربان قلب جنین هر ۱۵ دقیقه تا تثبیت وضعیت کنترل و ثبت شود.
 - کنترااندیکاسیون های تزریق سولفات منیزیم: میاستنی گراو، بلوک قلبی و آسیب میوکارد، کوما ای کبدی (FDA , AHRQ)
 - تزریق دوز اولیه سولفات منیزیم بدون توجه به میزان کراتینین انجام شود.
 - ادامه تزریق سولفات منیزیم پس از اطمینان دوره ای از وجود رفلکس پتلاز (تاندونی عمقی)، میزان کراتینین، نبود دپرسیون تنفسی و وجود برون ده ادراری به میزان بیش از ۳۰ میلی لیتر در ساعت یا ۱۰۰ میلی لیتر در ۴ ساعت انجام می شود.
 - در کراتینین $1-1/5 \text{ mg/dl}$ و برون ده مناسب ادراری، مقادیر دوزهای بعدی نصف و سطح منیزیم کنترل شود.
 - در صورت نبود رفلکس های عمقی، افزایش کراتینین بیش از $1/5 \text{ mg/dl}$ و یا کاهش برون ده ادراری، سولفات منیزیم قطع و سطح منیزیم را در عرض ۶ ساعت اندازه گیری کنید. نگهداری سطح منیزیم در حد $4-7 \text{ mEq/l}$ - 4 mg/dl (توصیه می شود. ادامه انفوزیون با میزان منیزیم تنظیم شود.
 - در صورت بروز الیگوری شدید و طولانی با متخصص نفرولوژی، در ادم حاد ریه با متخصص قلب و در تشنج پایدار با متخصص نورولوژی مشاوره شود.
 - در صورت دپرسیون تنفسی (تعداد تنفس کمتر از ۱۲ بار در دقیقه) سولفات منیزیم را قطع و ۱۰ میلی لیتر (۱ گرم) گلوکونات کلسیم در مدت ۱۰-۵ دقیقه به صورت وریدی تزریق کنید. در صورت عدم پاسخ به گلوکونات کلسیم، نیاز به لوله گذاری داخل تراشه و تهویه مکانیکی می باشد.
 - سطح منیزیم بهتر است هر ۶ ساعت یک بار اندازه گیری شود (لازم است نتیجه آزمایش تا حداکثر یک ساعت اعلام شود).
 - در صورت بهبود تغییرات فوق، انفوزیون سولفات منیزیم مجدداً (۲ گرم وریدی) ادامه یابد.
 - در صورت نبود امکانات برای بررسی منیزیم، ادامه تزریق سولفات بر اساس میزان کراتینین و برون ده ادرار تنظیم می شود.



تدابیر مسمومیت با منیزیوم

قطع انفوزیون سولفات منیزیوم

شروع تجویز اکسیژن تکمیلی

اندازه گیری سطح منیزیوم سرم

تجویز ۱gr گلوکونات کلسیم (۱۰cc گلوکونات کلسیم ۱۰٪)

با فشار آهسته وریدی

گلوکونات کلسیم در صورت لزوم تکرار تجویز

در صورت بروز ایست تنفسی ، شروع احیای -ریوی

داروي جايزين سولفات منيزيوم در پيشگيري از تشنج

- انتخاب هر دارويي به جز سولفات منيزيوم بهتر است با مشاوره نورولوژیست انجام شود.
- در صورت عدم دسترسي و يا منع مصرف سولفات منيزيوم، مي توان از **فني تويين** به ميزان 1000 ميلي گرم در صد ميلي ليتر سرم نمكي (منع مصرف سرم قندی برای رقيق کردن دارو) در يك ساعت، به صورت انفوزيون با پمپ (با سرعت حداكثر 50mg/min يا 15-20mg/kg) استفاده و سپس با دوز 100mg/iv/6-8h ادامه داد.
- بایستی مراقب اکستراوازيشن احتمالي دارو بود.
- ميتوان از فني تويين خوراكي در صورت هوشیاری مادر نیز استفاده کرد (100mg/q8h)

• تزریق عضلانی دارو ممنوع است

- عوارض نادر دارو آريتمي، برادیکاردی، شوک، آتاکسي، هايپرکلسمي و... است.
- برخي از کنتراندیکاسيونهای کاربرد فني توين عبارتند از: سابقه ی ازدياد حساسيت، بلوک قلبی، برادیکاردی سينوسي.

در صورتی که فشارخون برای 15 دقیقه یا بیشتر 160/110 میلی متر جیوه و یا بیشتر باشد، تجویز دارو به ترتیب اولویت زیر توصیه می شود

دارو	دوز	توضیحات
لابتالول ویال ۱۰۰mg/۲۰ml	۱۰-۲۰ mg/IV در عرض دو دقیقه تزریق و در عدم پاسخ مناسب فشار خون در عرض هر ۲۰-۱۰ دقیقه، دوزهای افزایش یافته به صورت ۲۰ و ۴۰ و ۸۰ و ۸۰ تا حداکثر ۳۰۰mg تزریق می شود. می توان از انفوزیون مداوم ۱-۲mg/IV/ min نیز استفاده کرد.	- احتمال بروز برادیکاردی و تب - منع مصرف در آسم و CHF
هیدرالازین ویال ۲۰mg/ml	۵mg/IV در عرض دو دقیقه تزریق و در عدم پاسخ مناسب فشار خون در عرض هر ۲۰ دقیقه، ۵ تا ۱۰ میلی گرم هیدرالازین تا حداکثر دوز توتال ۳۰ میلی گرم در هر سیکل درمانی تزریق می شود. (یک ویال با ۳ میلی لیتر آب مقطر رقیق شود تا در هر میلی لیتر ۵ میلی گرم دارو باشد. در شکل پودری دارو، با ۴ میلی لیتر آب مقطر رقیق شود)	- احتمال بروز هیپوتانسیون، سردرد و تاکیکاردی مادر و دیسترس جنینی
نیفدپیدین ۱۰mg خوراکی	۱۰mg خوراکی به فرم آهسته رهش و تکرار هر ۳۰ دقیقه یا دوز ۱۰mg در صورت لزوم تا دو دوز، سپس ۱۰-۲۰mg خوراکی هر ۶ ساعت	- منع مصرف دارو به صورت زیر زبانی → - منع مصرف در بیماری کرونر مادر - در صورت مصرف همزمان با سولفات منیزیم، به دلیل برادی کاردی قلب جنین، مانیتور قلب جنین انجام شود. - احتمال سردرد و تاکیکاردی



اداره اكلامپسي

- هنگام بروز تشنج اقدامات زیر باید انجام شود:
- کمک خواستن و اعلام کد احیا
- گذاشتن **airway** و در دسترس بودن ساکشن، ماسک و آمبویگ
- مراقبت از مادر به منظور جلوگیری از صدمات ناشی از تشنج و خوابانیدن مادر به پهلو چپ و در تخت حفاظ دار
- اطلاع به متخصص بیهوشی در زمان اولین تشنج
- تجویز اکسیژن به میزان 8-10 لیتر در هر دقیقه با درصد اشباع بالای 90% با ماسک دهانی
- استفاده از پالس اکسی متر و مانیتور مداوم میزان اشباع اکسیژن
- اندازه گیری فشارخون مادر : در صورتی که فشارخون بیشتر یا مساوی 160/110 میلی متر جیوه است درمان دارویی انجام شود
- تزریق سولفات منیزیم : در صورتی که مادر با تشنج مراجعه کرده و سولفات منیزیم دریافت نکرده است درمان دارویی با سولفات منیزیم انجام شود
- در صورتی که مادر از قبل تحت درمان بوده سولفات منیزیم وریدی به میزان 2 گرم در ساعت از محلول 20% به آهستگی و در مادران چاق تا 4 گرم (به صورت 2 دوز 2 گرمی) و یا با افزودن 2 گرم به دوز نگهدارنده با رعایت ملاحظات تزریق می شود



کنترل صدای قلب جنین

- بروز برادی کاردی جنین به مدت 3-5 دقیقه یافته ای شایع به هنگام تشنج است.
- تاکیکاردی جنین و کاهش موقت **variability** و گاه افت گذرا همراه با بهبود فعالیت تشنجی دیده می شود.
- الگوی نامطمئن با افت های راجعه و مکرر برای بیش از 15-10 دقیقه با وجود مداخلات حیاتی برای مادر و جنین، می تواند موید دکولمان مخفی باشد
- در صورت بروز عدم هوشیاری، علائم نورولوژیک موضعی، تشنج پایدار و یا تکرار شونده، تشنج آتیپیک و یا کمای طولانی مدت، انجام مشاوره نورولوژی **MRI** یا **CT-Scan** توصیه می شود.

ختم بارداری در پره اکلامپسی شدید- اکلامپسی

- اساس درمان در پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی، ختم بارداری پس از تثبیت وضعیت (stable) و با حداقل تروما به مادر و جنین است. در این مورد با توجه به سن بارداری، وضعیت مادر، جنین و وضعیت سرویکس تصمیم گیری میشود.
- منظور از تثبیت وضعیت یعنی کاهش فشارخون به میزان 25% پایه و وجود نتایج آزمایش پلاکت، آنزیم های کبدی و کراتینین است.

نکته:

وجود تب در مادر باردار مبتلا به اکلایمپسی نشاندهنده خونریزی در بطن های مغزی است.

پیشگیری

Prenatal – prevention of preeclampsia

Low-dose aspirin from 12–16 weeks in women at risk of preeclampsia

Recommended dose varies: ISSHP 75–150 mg; NICE 75 mg; ACOG 60–80 mg; SOGC 75–162 mg; SOMANZ 50–150 mg

Calcium supplementation for women with low calcium intake

Antihypertensives for mild to moderate hypertension prevent severe hypertension but have no effect on overall maternal and perinatal outcomes

Maintain clinical vigilance for superimposed preeclampsia (see Table 32.9)

Maternal Age

The extremes of reproductive age are at increased risk. A systematic review of studies published between 1966 and 2002 showed that women ≥ 40 years had almost twice the risk of developing preeclampsia compared with those < 40 (RR 1.68, 95% CI 1.23–2.29 for nulliparas; RR 1.96, 95% CI 1.34–2.87 for multiparas).⁹³ Older mothers have a greater likelihood of comorbidities such as obesity and chronic hypertension,⁹⁴ which themselves increase the risk of preeclampsia, but even in the absence of obvious comorbidities advanced age is a risk factor, possibly because the older endothelium is more susceptible to the activation and dysfunction that is the likely precursor of the clinical picture. For very young mothers, the short duration of the index sexual relationship is thought to be the reason for the increased incidence of preeclampsia that has been reported by some authors.⁹⁵

مراقبت پس از زایمان

نکته: بیشترین احتمال وقوع اکلامپسی پس از زایمان در 48 ساعت اول آن است.

الف) کنترل فشارخون: فشارخون حداقل 4 بار در روز اندازه گیری شود. در صورتی که فشارخون بالاتر از 150/100 میلی متر جیوه است و مادر قبلاً فشارخون مزمن داشته است، درمان دارویی مطابق رژیم دارویی قبل از بارداری ادامه یابد. در صورتی که مادر قبلاً مبتلا به فشارخون مزمن نبوده است، یک B بلوکر خوراکی (مانند لابتالول خوراکی) یک کلسیم بلاکر (مانند نیفدیپین خوراکی نه زیر زبانی) و احتمالاً یک دیورتیک تیازیدی تجویز می شود. لازم است در هر بار کنترل فشارخون از مادر در مورد سردرد و درد اپیگاستر سوال شود.

ب) کنترل Intake/Output: حداقل تا 24 ساعت پس از زایمان ادامه یابد



مراقبت پس از زایمان

- تزریق سولفات منیزیوم: بایستی تا 24 ساعت پس از زایمان ادامه یابد. در صورت بروز تشنج پس از زایمان، تزریق سولفات منیزیم باید تا 24 ساعت پس از آخرین تشنج ادامه یابد
- ارزیابی خطر ترمبوآمبولی بر اساس پروتکل انجام شود

مراقبت پس از زایمان

- میزان پلاکت، ترانس آمیناز و کراتینین در 48-72 ساعت پس از زایمان اندازه گیری شود. در صورت طبیعی بودن نتایج نیاز به تکرار آزمایش نیست.
- اگر مادر پس از زایمان دچار ادم حاد ریه، آنوری، فشارخون مقاوم به درمان، تشنج مکرر **End Organ Damage** و **TTP** شد، بایستی به **ICU** منتقل شود

شرایط ترخیص مادر و دستورات لازم

مادر باید حداقل 48 تا 72 ساعت پس از پایان تزریق سولفات منیزیوم، در بیمارستان تحت نظر باشد و در صورت داشتن شرایط زیر ترخیص و 3 روز بعد پیگیری شود



شرایط ترخیص مادر و دستورات لازم

- علائم پره اکلامپسی شدید، آنزیم های کبدی و کلیوی رو به بهبود و حال عمومی مادر خوب باشد
- اگر مادر با داروهای کاهنده فشارخون مرخص شده است باید تا 10 روز (روزانه) فشارخون کنترل شود.

شرایط ترخیص مادر و دستورات لازم

- در صورت تداوم فشارخون بالا و یا پروتئینوری پس از 6 هفته، مادر به متخصص داخلی، قلب و یا نفرولوژی ارجاع شود



شرایط ترخیص مادر و دستورات لازم

- به مادر آموزش داده شود تا در صورت بروز درد قفسه سینه، سر درد، اختلال بینایی و درد اپیگاستر به پزشك متخصص مراجعه کند



EP



EP

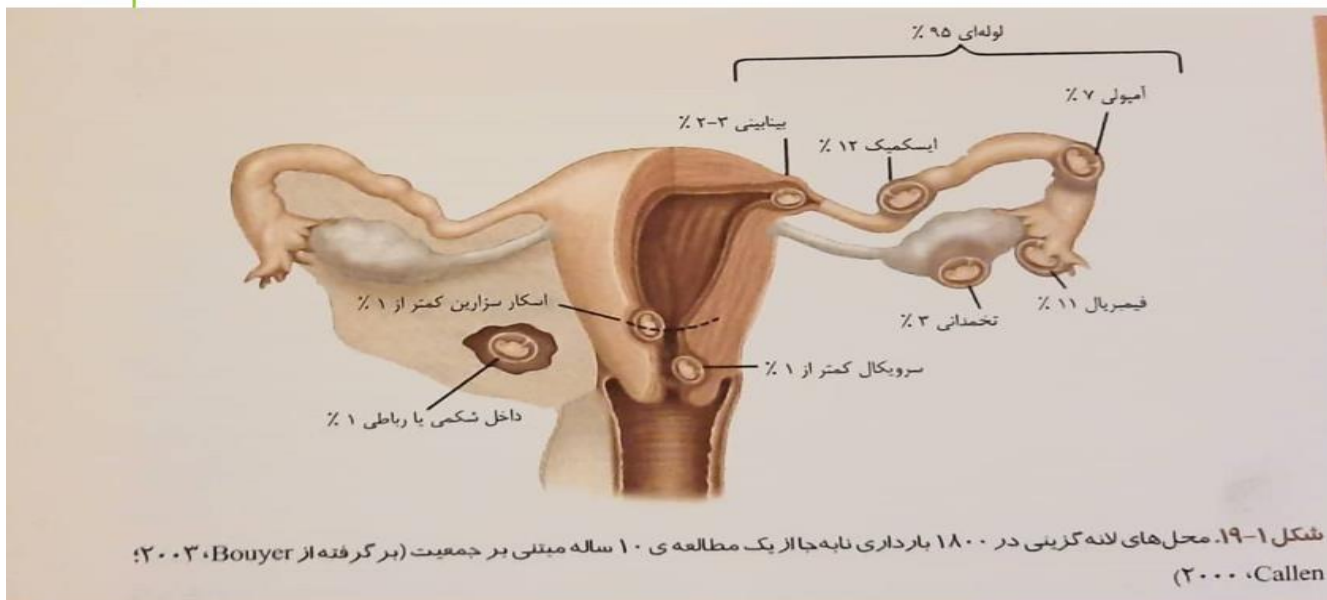
تعریف

حاملگی نابجا به کاشته شدن تخمک لقاح یافته در خارج از حفره اندومتر گفته می شود.

حاملگی هتروتوپیک: حاملگی چندقلویی که یک قل داخل رحم به همراه یک جنین با لانه گزینی نابجا است که ناشایع و ۱ در هر ۳۰۰۰۰ بارداری است

اهمیت

حاملگی نابجا علت اصلی موربیدیتی تهدید کننده زندگی در سه ماهه اول بارداری است.



EP

عوامل خطر

افزایش ریسک فاکتورهای EP
افزایش روش های تشخیصی حساس و دقیق
افزایش استفاده از ART
افزایش جراحی های روی لوله
افزایش استفاده از روش های عقیم سازی لوله ای
افزایش استفاده از IUD

EP علت اصلی مرگ و میر مادری در سه ماهه اول بوده و ۵ الی ۶٪ از مرگ های مادران در ایالات متحده ناشی از این بیماری است.

Activate Windows

تظاهرات بالینی

علائم کلاسیک به صورت تریاد:

۱. تاخیر عادت ماهانه
 ۲. درد
 ۳. خونریزی واژینال یا لک بینی با توجه به تشکیل دسیدوا در اندومتر امکان دفع کاست دسیدوایی وجود دارد
- در صورت پارگی لوله درد شدید نواحی تحتانی شکم و لگن و حساسیت در لمس و نیز حساسیت در حرکت سرویکس در معاینه واژینال دارند. علائم تحریک دیافراگم به صورت درد گردن و شانه نیز وجود دارد.

درمان

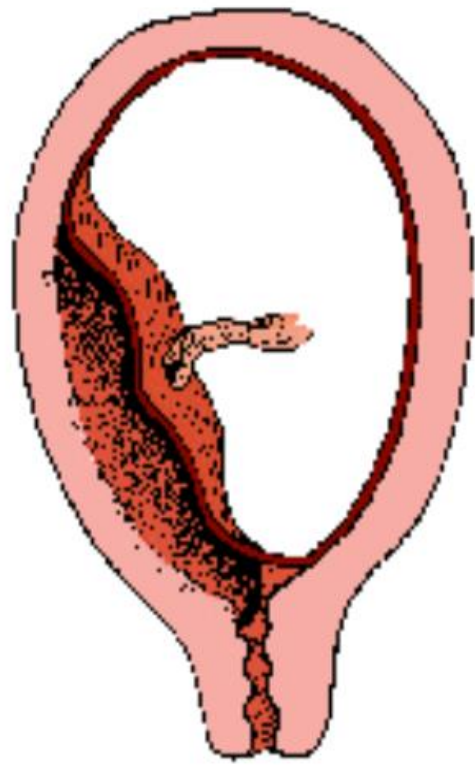
۱. درمان طبی: تزریق عضلانی متوتروکسات بطور شایع استفاده میشود. بهترین کاندید این درمان زن بدون علامت و با رغبت به درمان و با ظرفیت پذیرش درمان است. پایش درمان با پیگیری و مقایسه BHCG روز ۴ و ۷ بعد درمان است.
۲. درمان جراحی: لاپاراتومی درمان انتخابی در همودینامیک ناپایدار است. ولی در حالت پایدار لاپاراسکوپی درمان انتخابی در روش درمان جراحی است. جراحی روی لوله با سالپینگوستومی (برش روی لوله و خارج کردن محصول حاملگی) یا سالپنژکتومی (برداشتن لوله همراه با محصول حاملگی) انجام میشود.
۳. درمان انتظاری: در مراحل بسیار ابتدایی و سیر کاهشی BHCG منطقی است.

EP

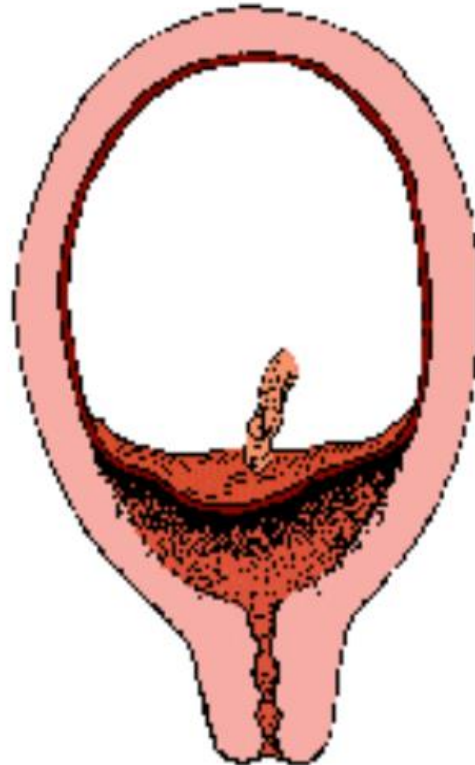
انتخاب بیمار: (درمان طبی)

- کم بودن میزان B- HCG
- اندازه کوچک حاملگی اکتوپیک
- فقدان فعالیت قلب جنین

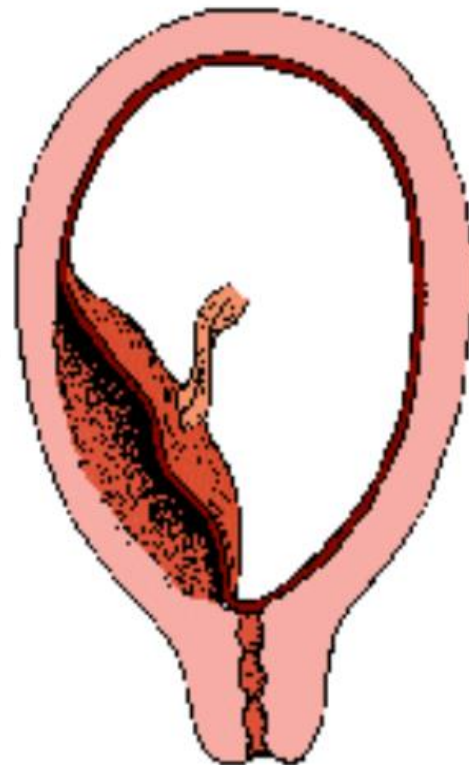
میزان ابتدایی BHCG سرم بهترین پیشگویی کننده پروگنوستیک منفرد در مورد موفقیت درمان با دوز منفرد MTX است.



Marginal



Complete



Low-lying

LifeART copyright, 2000 Lippincott Williams & Wilkins. All rights reserved



شایع ترین علامت جفت سر راهی خونریزی می باشد.

(2) جفت سر راهی (Plasenta previa)

تعریف: جایگزینی جفت روی تمام یا قسمتی از دهانه رحم

مشخصات بالینی: خونریزی روشن بدون درد

روش تشخیص: سونوگرافی

عوامل خطر پلاستتا پرویا

□ افزایش سن مادر

□ مولتی پاریده

□ استعمال دخانیات

□ لیوموم رحمی

□ سزارین قبلی

بهترین روش تشخیصی در مادر باردار با پلاستتا پرویا ، سونوگرافی شکمی است.

ویژگیهای بالینی پلاستتا پرویا

- خونریزی بدون درد در اواخر تریمستر دوم یا بعد از آن
- تقریباً در 10% زنان بویژه در زنانیکه جفت در مجاورت سرویکس و نه در روی آن کاشته شده، خونریزی تا شروع لیپر رخ نمیدهد. خونریزی ممکنست در این موارد از مقادیر اندک تا بسیار شدید متغیر باشد و ممکنست از نظر بالینی از دکولمان جفت تقلید کند.
- توجه: یکی از عوارض جدی و شایع همراه با پلاستتا پرویا از اتصال محکم و غیرطبیعی جفت ناشی میشود. سندرمهای پلاستتا آکرت از لانه گزینی و چسبندگی غیرطبیعی جفت منشا میگیرند و بر اساس عمق رشد جفت بداخل دیواره رحم طبقه بندی میشوند(اکرتا، اینکرتا، پرکرتا)
- پلاستتا پرویایی که بر روی انسیزیون قبلی سزارین قرار گرفته، با خطر بسیار زیاد پلاستتا آکرتا همراه است.

تشخیص پلاستتا پرویا

- در خونریزیهای بعد از اواسط حاملگی: تشخیص افتراقی با دکولمان
- پلاستتا پرویا در سونوگرافی ترانس ابدومینال بعد از تخلیه مثانه تشخیص داده میشود. توجه سونوگرافی پرویا را میتواند رد کند ولی در یک چهارم موارد، رد کننده دکولمان میباشد.
- توجه: حتی ملایمترین معاینه سبب خونریزی کشنده میشود

دکولمان جفت

زنان سیاه پوست
سابقه دکولمان
افزایش سن و پاریته
پره اکلامپسی
پارگی پره ترم پرده ها
حاملگی چند قلوپی

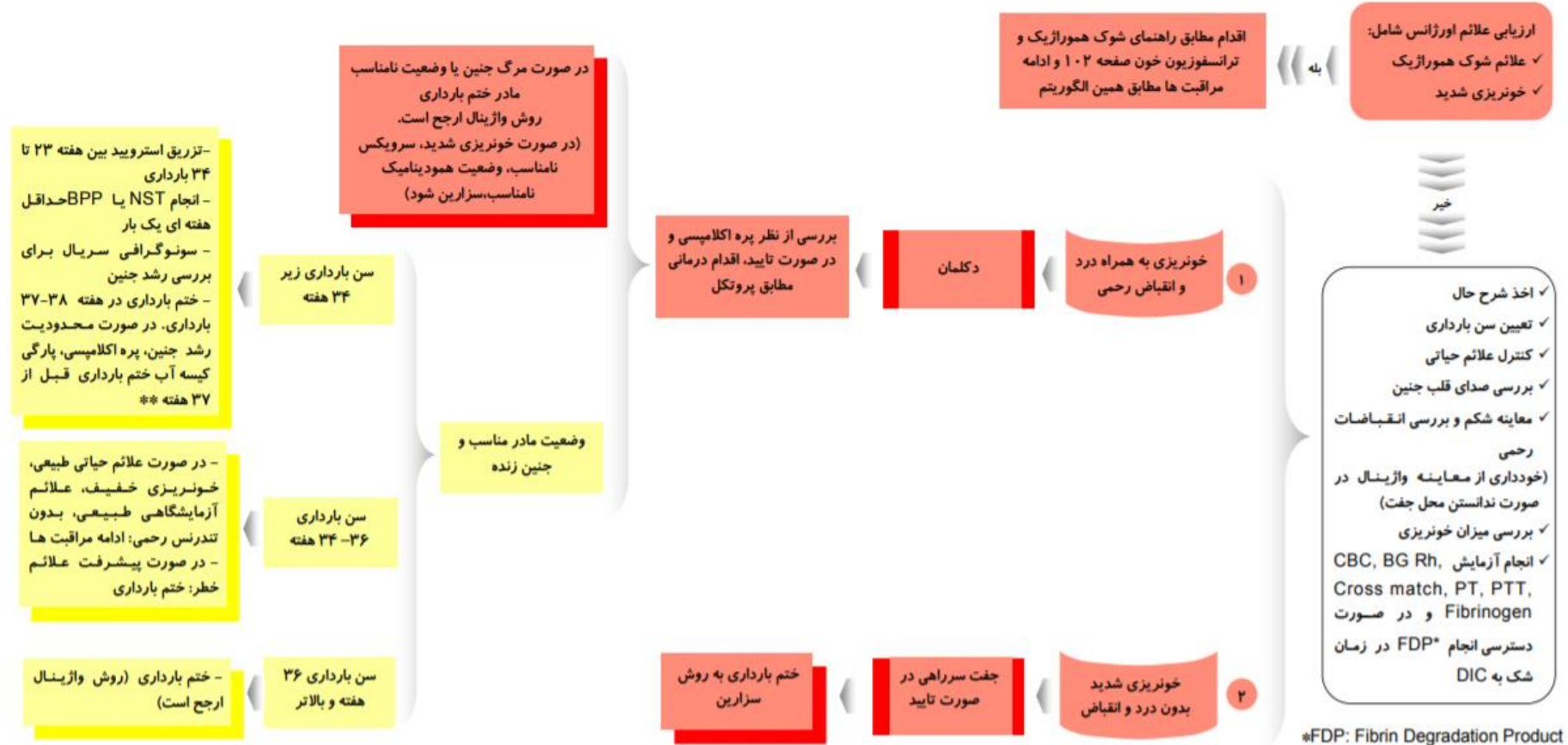
شیوع: ۱ درصد
هیدرآمیوس
استعمال دخانیات
شریان منفرد نافی
مصرف کوکائین
لیومومهای رحمی

دکولمان جفت (یافته های بالینی و تشخیص)

شروع ناگهانی درد شکم، خونریزی واژینال و حساسیت رحم.

شایعترین الگوی ضربان قلب جنین، الگوی سینوسی است.

خونریزی واژینال (نیمه دوم بارداری)



PPH

اتیولوژی:

- آتونی رحم (شایع ترین)
- چاقی مادر
- زایمان طول کشیده
- پارگی های ولو واژینال
- القاء زایمان
- چندقلویی
- آنالژزی اپیدورال و....

REFERENCES:

1. Williams Obstetric 2018

۲. راهنمای کشوری اراده خدمات مامایی و زایمان (بازنگری سوم)

THANKS FOR YOUR ATTENTIONS

