

مبحث فشار خون در بارداری

تعریف:

فشار خون مزمن:

فشار خون بالا پیش از بارداری یا پیش از هفته 20 بارداری یا فشارخونی که تا 12 هفته پس از زایمان ادامه داشته باشد.

• خفیف_متوسط: فشار سیستولی 140-159 یا فشار دیاستولی 90-109

• شدید: فشار سیستولی 160 یا بیشتر یا فشار دیاستولی 110 یا بیشتر

فشار خون بارداری:

فشار خونی که برای اولین بار پس از هفته 20 بارداری بدون پروتئین اوری ایجاد میشود.

پره اکلامپسی:

ایجاد فشار خون بالا با پروتئین اوری بعد از هفته 20 بارداری است.

• معیارهای تشخیص:

(1) فشار خون سیستولی بیشتر یا مساوی 140 mmHg یا دیاستولی بیشتر یا مساوی 90 mmHg پس از هفته 20 بارداری در خانمی با فشار خون قبلی

طبیعی

(2) پروتئین اوری به صورت دفع 0/3 گرم پروتئین یا بیشتر در ادرار 24 ساعته

• ویژگی های پره اکلامپسی شدید:

(1) فشار خون سیستولی بیشتر مساوی 160 و دیاستولی بیشتر مساوی 110 در دو نوبت به فاصله حداقل 4 ساعت در حالت استراحت.

(2) نارسایی پیشرفته کلیوی (کراتینین سرم $1/1 \text{ mg/dl}$ یا دو برابر شدن آن)

(3) ادم ریوی

(4) درد اپیگاستر یا RUQ

(5) افزایش سطح ترنس آمیناز های سرمی بیش از 2 برابر نرمال

(6) ترومبوسیتوپنی (شمارش پلاکتی < 100000)

(7) اختلالات مغزی یا بینایی مانند سردرد و اسکوتوما

ارزیابی و تشخیص:

شرح حال گیری و انجام معاینه ی فیزیکی دقیق در تشخیص و مدیریت صحیح فشار خون در بارداری اهمیت زیادی دارد:

• اختلالات بینایی، به ویژه اسکوتوم (نقاط سیاه در میدان دید) و سردردی که به صورت غیر معمول شدید یا مداوم است نشان دهنده اسپاسم عروقی است.

• درد در ربع فوقانی راست شکم (RUQ) ممکن است نشان دهنده درگیری کبد و احتمالاً ناشی از اتساع کپسول کبدی باشد.

• هر گونه سابقه از دست دادن هوشیاری و یا تشنج، حتی در بیمار مبتلا به اختلال شناخته شده تشنج، ممکن است مهم باشد.

✓ در اندازه گیری فشار خون بیمار باید دقت کافی در انتخاب سایز کاف فشار سنج و نحوه ی صحیح انجام آن داشت که میزان خطا به حداقل برسد.

✓ وجود ادم پایدار در بیمار که با استراحت در حالت خوابیده به پشت برطرف نمیشود، به ویژه هنگامی که در اندام فوقانی، منطقه ساکرال و صورت نیز وجود

داشته باشد در همراهی با فشار خون بالا میتواند نشانه ی مهمی از پره اکلامپسی باشد.

✓ معاینه فوندوسکوپي ممکن است انقباض عروقی رگهای خونی شبکیه را نشان دهد.

✓ حساسیت کبد که تا حدودی به کشیدگی کپسول کبدی مرتبط با بارداری است، ممکن است با شکایت از درد RUQ همراه باشد.

✓ رفلکسهای عمیق تاندون پتلاز و آشیل باید با دقت فراوانی سنجیده شود.

ارزیابی های آزمایشگاهی در بیمار باردار با فشار خون بالا:

شمارش کامل خون / (CBC) تعداد پلاکت / تست های انعقادی / تست های عملکرد کبد / کراتینین سرم / اسید اوریک / ادرار 24 ساعته / کلیرانس کراتینین

/ پروتئین کامل ادراری /

ارزیابی های مربوط به سلامت جنین:

سونوگرافی بررسی رشد و وزن جنین / بررسی حجم مایع آمنیوتیک / انجام NST و یا بیوفیزیکال پروفایل

برنامه ی درمانی:

• درمان فشار خون مزمن:

در بیماران باردار مبتلا به فشار خون مزمن باید نظارت دقیق بر فشارخون مادر و بررسی مداوم از نظر پره اکلامپسی افزوده شده یا اکلامپسی و همچنین پیگیری

رشد مناسب و سلامت جنین داشته باشیم.

داروهای ضد فشارخون در زنان مبتلا به فشارخون مزمن معمولاً هنگامی که فشارخون سیستولی بیش از 160 میلی مترجیوه یا فشارخون دیاستولی بیش از 105

میلی متر جیوه است توصیه می شود. هدف از این داروها کاهش احتمال سکتة مغزی یا حوادث قلبی عمده است.

داروها

(1) لابتالول: ترکیبی از مسدود کننده آلفا و بتا خط اول در درمان ضد فشارخون در بارداری در نظر گرفته میشود.

(2) مسدود کننده های کانال کلسیم: مانند نیفیدپین یا آملودیپین

3) متیل دوبا: برای دهه های زیادی رایج ترین داروهای ضد فشار خون در دوران بارداری بوده است.

4) دیورتیکها: در واقع اغلب در بیمارانی که قبل از بارداری روی چنین درمانهایی قرار دارند، ادامه می یابد.

5) باید دقت داشت که تجویز مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACE) و مسدود کننده های گیرنده ی آنژیوتانسین در دوران بارداری ممنوعیت دارد.

• درمان پره اکلامپسی:

شدت پره اکلامپسی و میزان بلوغ جنین در برنامه درمانی پره اکلامپسی تعیین کننده هستند.

پره اکلامپسی تشخیص داده شده در زمان ترم و بعد از آن معمولاً نشانه ای برای ختم بارداری است.

برنامه درمانی اصلی در بیماران مبتلا به پره اکلامپسی خفیف شامل مراقبت مداوم، استراحت و کنترل مکرر مادر و جنین است. تست های آزمایشگاهی هفتگی و دو بار در هفته NST ، BPP یا هر دو معمولاً استفاده می شوند و باید با توجه به شرایط مادر، تکرار شوند. ارزیابی روزانه ی حرکات جنین و سونوگرافی بررسی رشد جنین و ارزیابی مایع آمنیوتیک هر 3 هفته توصیه میشود.

✓ بستری شدن در بیمارستان اغلب موارد برای زنان مبتلا به پره اکلامپسی جدید توصیه میشود.

✓ پس از بررسی دقیق و متوالی شرایط مادر و جنین اگر علائم شدید وجود نداشته باشد ادامه ی مراقبت های بیماران باردار کمتر از ۳۷ هفته میتواند به صورت سرپایی اما با فواصل منظم و دقیق انجام شود. مراقبت باید با توجه به شرایط هر بیمار، وجود بیماری های هم زمان و قابلیت اعتماد به فرد برای توجه به درمان سرپایی خود به صورت اختصاصی تعیین شود.

• درمان پره اکلامپسی با علائم شدید:

✓ برای بیمار مبتلا به پره اکلامپسی زودرس در حال تشدید و یا بیمار مبتلا به پره اکلامپسی با علائم شدید ، اقدامات درمانی باید در یک مرکز مراقبت سطح ۳ (مراقبت در مراکز تخصصی و مجهز) انجام شود.

✓ انجام آزمایشهای روزانه و نظارت بر جنین ضروری است و تجویز سولفات منیزیم در این موارد توصیه میشود.

✓ درمان ضد فشار خون و نظارت بر سلامت مادر و جنین ضروری است.

✓ تزریق کورتیکواستروئیدها برای بلوغ ریه جنین در سن کمتر از 37 هفته بارداری توصیه میشود.

• اگر هر کدام از موارد زیر وجود داشته باشد، ختم بارداری به وسیله القاء یا زایمان سزارین باید سریعاً انجام شود، حتی اگر سن بارداری کمتر از 34 هفته باشد: فشارخون شدید غیر قابل کنترل / اکلامپسی / ادم ریوی / دکولمان جفت / انعقاد داخل عروقی منتشر / وجود شواهدی از وضعیت غیر قابل اطمینان جنین / مرگ جنین

• در غیر این صورت اگر سن بارداری کمتر از 34 هفته باشد و وضعیت مادر و جنین تثبیت شده باشد، درمان انتظاری در بیمارستان با ارزیابی های مکرر مادر و جنین در نظر گرفته میشود تا زمانی که وضعیت مادر یا جنین بدتر شود.

• بیماران با تشخیص پره اکلامپسی شدید اگر 34 هفته یا بیشتر هستند باید زایمان کنند.

✓ از سولفات منیزیم در موارد پره اکلامپسی شدید برای پیشگیری و درمان تشنج های اکلامپسی استفاده می شود . سولفات منیزیم به روش داخل عضلانی یا داخل وریدی تجویز میشود و سطوح درمانی آن ۴ تا ۶ میلی گرم در دسی لیتر است.

✓ ارزیابی های مکرر رفلکس پاتلار و تنفس های بیمار برای نظارت بر علائم اولیه افزایش غلظت سرمی منیزیم ضروری است.

✓ توجه جدی به علائم سمیت منیزیم که به صورت کاهش تولید ادرار کمتر از 30 میلی لیتر در ساعت یا کاهش عملکرد کلیه (کراتینین سرم بیشتر از 1 میلی گرم در میلی لیتر) تظاهر میابد، ضروری است.

✓ در صورت نیاز به معکوس کردن اثرات سولفات منیزیم در موارد غلظت بیش از حد باید تزریق آهسته ی کلسیم گلوکونات 10% IV همراه با مکمل اکسیژن و حمایت قلبی ریوی انجام شود.

اگر در اندازه گیریهای مکرر فشارخون سیستولی بیش از 160 میلی متر جیوه یا فشار خون دیاستولی بیش از 110 میلی متر جیوه باشد درمان ضد فشارخون آغاز میشود.

• هیدرالازین اغلب اولین داروی انتخابی ضد فشار خون است (5 mg وریدی در مدت 2 دقیقه یا عضلانی سپس 5 تا 20 mg هر 20 الی 40 دقیقه.) هدف از این درمان کاهش فشار سیستولی به محدوده ۱۴۰ تا ۱۵۰ و دیاستولی به ۹۰ تا ۱۰۰ میلی متر جیوه است. کاهش بیشتر فشارخون میتواند با کاهش جریان خون رحم جنین را به خطر بیندازد .

• لایتالول یکی دیگری از درمانهای مورد استفاده در فشار خون شدید است (20 mg وریدی ، سپس 20 تا 80 mg هر 5 الی 15 دقیقه حداکثر 300 mg یا تزریق مداوم 1 الی 2 mg در دقیقه)

• درمان با نیفیدپین با دوز 10 الی 30 mg خوراکی از گزینه های دیگر درمانی است که تجویز آن همراه با سولفات منیزیم ممنوعیت دارد.

✓ در بیماران مبتلا به پره اکلامپسی با علائم شدید و فشار خون بالا یا اکلامپسی ، همیشه پس از انجام درمان ضد تشنج و ضد فشار خون و پس از پایدار شدن شرایط مادر برای انجام زایمان اقدام میشود.

• مدیریت پس از زایمان:

پس از زایمان مادر باید به مدت حداقل ۲۴ ساعت برای مشاهده دقیق پیشرفت بالینی و تزریق سولفات منیزیم برای جلوگیری از تشنج های اکلامپسی در بخش پر خطر زایمانی بماند و به دقت تحت نظر باشد.

اگر مادر با داروهای کاهنده ی فشارخون ترخیص شود باید تا 10 روز ، روزانه فشار خون کنترل شود و در صورت تداوم فشار خون بالا یا پروتئین اوری پس از 6 هفته ، به متخصص قلب ، نفرولوژی یا داخلی ارجاع شود . **دکتر زمانسرای**