الهام علی دادی شمس آبادی

دانشکده پرستاری- مامایی

دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

# مدیریت پره اکلامپسی

- حاملگی های همراه با هایپرتانسیون حاملگی با توجه به شدت هایپرتانسیون، وجود یا فقدان پره اکلمپسی وسن حاملگی، تحت درمان قرار می گیرند.
- پره اکلمپسی را همواره نمی توان با قاطعیت تشخیص داد. بنابراین، واحد ویژه ۲۰۱۳ توصیه کرده است اگر پره اکلامپسی مورد شک باشد ویزیت های پره ناتال با دفعات بیشتری انجام شوند. افزایش فشارخون سیستولی و دیاستولی، هم ممکن است نشانه تغییرات فیزیولوژیک طبیعی باشد و هم ممکن است بر اختلال در حال تکوین دلالت داشته باشد.
- با افزایش نظارت، شناسایی سریعتر تغییرات وخیم

# اهداف درمانی اصلی در تمام حاملگی های همراه با پره اکلمپسی به شرح زیر هستند:

۱) خاتمه دادن به حاملگی با حداقل تروما به مادر و جنین

۲) به دنیا آمدن نوزادی که بعدا قادر به رشد و ادامه حیات باشد

۳) برگرداندن سلامت کامل به مادر

یکی از مسائل بالینی بسیار مهم برای درمان موفقیت آمیز، آگاهی دقیق از سن جنین است.

# تشخیص زودهنگام پره اکلامپسی

افزایش تعداد دفعات ویزیت های پره ناتال در سه ماهه سوم به ویژه در زنانی که در طی ویزیت های پره ناتال روتین احتمال وقوع پره اکلمپسی زودهنگام مطرح شده است.

در صورت وجود هیپرتانسیون آشکار با شروع جدید بیمار بستری می شود.

# پس از بستری کردن بیمار:

- معاینه کامل، همراه با بررسی روزانه سردرد، اختلالات بینایی، درد اپی گاستر و افزایش سریع وزن.
- سنجش روزانه وزن
- بررسی کمی پروتئینوری یا نسبت پروتئین
- سنجش فشارخون هر ۴ ساعت یکبار با بازوبند دارای اندازه مناسب(به جز در فاصله زمانی نیمه شب تا شش صبح)
- سنجش میزان کراتینین و ترانس آمینازهای کبدی و بررسی هموگرام از جمله شمارش تعداد پلاکت ها
- بررسی اندازه و سلامت جنین و حجم مایع آمنیون، به صورت بالینی و یا از طریق سونوگرافی

# پس از بستری کردن بیمار:

- کاستن از فعالیت فیزیکی در قسمت اعظم روز، احتمالا سودمند است اما نتایج مطالعات دیگر گزارش کردند که استراحت مطلق در بستر مطلوب نیست.
- باید مقدار کافی پروتئین و کالری در رژیم غذایی گنجانده شود
- عدم محدودیت مطلق در مصرف سدیم و مایعات

# پره اکلامپسی با ویژگی های بیماری شدید

در بارداری های بیشتر مساوی ۳۴ هفته : ← زایمان

زایمان خطر ابتلا به عوارض جدی مادر مانند خونریزی مغزی، پارگی کبد، نارسایی کلیوی، ادم ریوی، تشنج ، خونریزی مربوط به ترومبوسیتوپنی، سکته قلبی، سکته مغزی، سندرم دیسترس تنفسی حاد، آسیب شبکیه یا دکلمان جفت و عوارض جنینی مانند محدودیت رشد جنین و از بین رفتن جنین را به حداقل می رساند.

به استثنای محدودیت رشد جنین ، هر یک از این عوارض تهدید کننده زندگی می تواند به طور ناگهانی اتفاق بیفتد.

# پره اکلامپسی با ویژگی های بیماری شدید

در بارداری های ۲۳-۲۴<هفته<۳۴
همراه با پره ترم لیبر یا پارگی پیش از موعد پرده های جنینی، وحاملگی هایی که وضعیت مادر و/ یا جنین ناپایدار

زایمان

تلاش برای طولانی شدن بارداری در این شرایط مادر و جنین را با خطرات قابل توجهی همراه می کند که دارای مزایای بالقوه نسبتاً کمی هستند. بنابراین ، زایمان ترجیح داده می شود.

# پره اکلامپسی با ویژگی های بیماری شدید

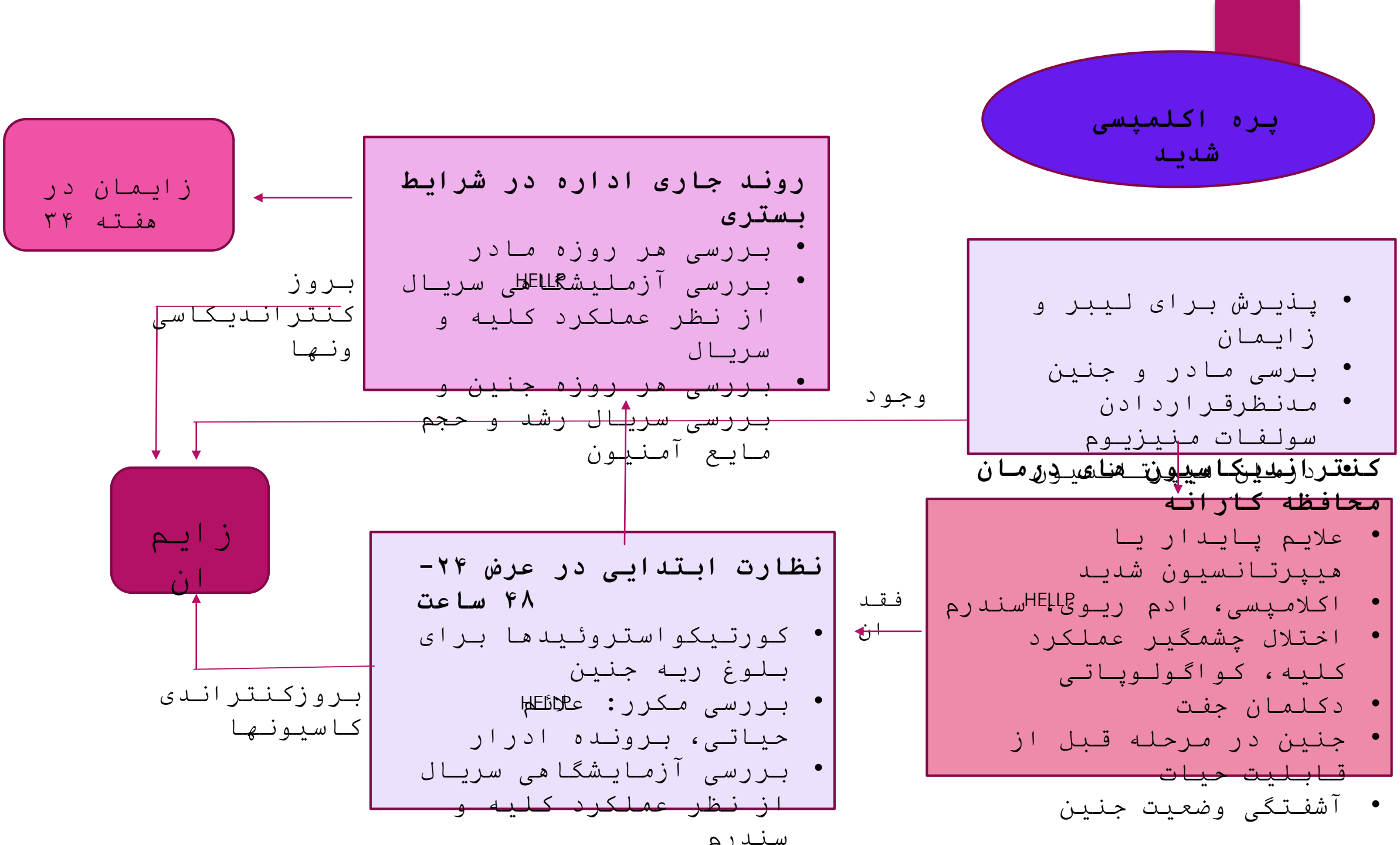
در بارداری های ۲۴< هفته ۳۴> ← درمان انتظاری در موارد منتخب

- درمان انتظاری به جای زایمان برای حاملگی های پره ترم همراه با پره اکلامپسی با ویژگی های شدید بیماری به منظورکاهش عوارض نوزادی معقول به نظر می رسد ، حتی اگر مادر و جنین در معرض خطر پیشرفت بیماری باشند.
- درمان انتظاری امکان تجویز دوره ای از کورتیکواستروئیدهای قبل از زایمان را فراهم می کند و ممکن است زمان برای رشد و بلوغ بیشتر جنین را فراهم کند.

**برای در نظر گرفتن این روش:**

- ✓ وضعیت مادر و جنین باید پایدار باشند.
- ✓ در یک بیمارستان با سطح مناسب مراقبت های نوزاد، تحت نظارت دقیق قرار بگیرند.
- ✓ توسط یک متخصص زنان تحت مراقبت قرار بگیرند.

❖ هرچند نتایج مطالعات محدود کردن درمان انتظاری در بارداری های بین ۲۴تا ۳۴ هفته را ترجیح میدهند.


پره اکلمپسی شدید
زایمان در هفته ۳۴
روند جاری اداره در شرایط بستری
• بررسی هر روزه مادر
• بررسی آزمایشگاهی سریال از نظر عملکرد کلیه و سریال
• بررسی هر روزه جنین و بررسی سریال رشد و حجم مایع آمنیون
HELLP
بروز کنتراندیکاسی ونها
وجود
• پذیرش برای لیبر و زایمان
• برسی مادر و جنین
• مدنظرقراردادن سولفات منیزیوم
• درمان هیپرتانسیون
کنتراندیکاسیون های درمان محافظه کارانه
• علایم پایدار یا هیپرتانسیون شدید
• اکلامپسی، ادم ریوی، سندرم
• اختلال چشمگیر عملکرد کلیه، کواگولوپاتی
• دکلمان جفت
• جنین در مرحله قبل از قابلیت حیات
• آشفتگی وضعیت جنین
HELLP
فقدان
زایمان
نظارت ابتدایی در عرض ۲۴-۴۸ ساعت
• کورتیکواستروئیدها برای بلوغ ریه جنین
• بررسی مکرر: علائم حیاتی، برونده ادرار
• بررسی آزمایشگاهی سریال از نظر عملکرد کلیه و سندرم
HELLP
بروزکنتراندی کاسیونها

# پره کلمپسی بدون ویژگی های بیماری شدید

**حاملگی های ترم (بیشترمساوی ۳۷ هفته)**

- رویکرد اصلی زایمان به روش القای لیبر است.
- به گونه ای که نتایج حاصل از مطالعات نشان میدهند که القای لیبر درمادران مبتلا به پره اکلامپسی خفیف یا فشار خون حاملگی با سنین بارداری ۳۶هفته تا ۴۱ هفته هیچ گونه تاثیرنامطلوبی در افزایش نرخ زایمان سزارین، عوارض نوزادی و مادری(اکلامپسی، سندرم HELLP، ادم ریوی، بیماری ترومبوآمبولیک ، دکلمان جفت، افزایش میزان فشار خون، پروتئینوری و خونریزی عمده پس از زایمان ) نداشت. از طرفی منجر به کاهش هزینه ها نیز می شود.

از طرفی نتایج مطالعات گزارش میکنند که شرایط نامناسب سرویکس دلیل بر اجتناب از القای لیبر نیست [۱۱،۱۲]. و به منظور آمادگی سرویکس قبل از القا می توان از پروستاگلندین ها یا تکنیک های مکانیکی

# پره کلمپسی بدون ویژگی های بیماری شدید

۳۴-۳۶هفته کامل

دراین مادران در صورتی که شرایط مادر و جنین پایدار باشد و هیچ اختلالی در عملکرد ارگان های حیاتی وجود نداشته باشد، به منظور دستیابی به رشد و بلوغ بیشتر جنین ، میتوان از رویکرد درمان انتظاری همراه با نظارت دقیق مدنظرقرار داد. با این حال ، در هر سنی از حاملگی که شواهدی از افزایش فشار خون، اختلال عملکرد ارگان های حیاتی، مختل شدن نتایج آزمایشات یا شواهد غیر اطمینان بخش جنین وجود داشت باید برای سریعا اقدام به ختم بارداری شود.

بر اساس نتایج حاصل از مطالعات مدیریت انتظاری تا هفته ی ۳۷ ام در این بیماران منجر به افزایش عوارض جدی نامطلوب در مادران نمی شود از طرفی با مزایای نوزادی (کاهش قابل توجه در میزان مرگ و

# پره کلمپسی بدون ویژگی های بیماری شدید

قبل از ۳۴ هفته

- گایدلاین های مراکز پزشکی بزرگ معمولاً مدیریت انتظاری در اینگونه بارداری ها را به منظور کاهش عوارض نوزادی ناشی از زایمان زودرس پیشنهاد می کنند [۱،۴،۹].

# درمان انتظاری

- بستری کردن در مقایسه با درمان سرپایی
- نظارت دقیق مادر به منظور تعیین شدت بیماری و میزان پیشرفت آن مهم است. بستری شدن در بیمارستان برای انجام این ارزیابی ها مفید است و مداخله فوری را در صورت وخامت سریع تسهیل می کند. پس از ارزیابی تشخیصی اولیه در بیمارستان، مراقبت های سرپایی یک گزینه مقرون به صرفه برای زنانی است که علایم آن ها در طی چند روز ثابت و بدون ایجاد علایم شدید پره اکلامپسی است.

**بیمارانی که تحت نظارت سرپایی قرار می گیرند باید:**

- ✓کاملاً آگاه باشند و اهمیت گزارش علائم وخیم شدن بیماری را درک کنند
- ✓فاصله منزلشان تا بیمارستان کم باشد
- ✓در منزل تنها نباشند
- ✓قادر به اندازه گیری و ثبت فشار خون دو بار در روز باشند
- ✓بتوانند هفته ای دو بار برای ویزیت به منظور بررسی از نظر سلامت جنین و آزمایش خون مراجعه کند.

# درمان انتظاری

مراقبت های سرپایی را می توان در خانه  یا در صورت وجود  واحد مراقبت پرستاری ارائه داد [۲۰].

در صورت مشاهده علائم یا نشانه های پیشرفت بیماری ، بستری شدن در بیمارستان برای نظارت دقیق تر و زایمان احتمالی می باشد.

- به طور کلی اطلاعات محدودی در مورد نتیجه درمان سرپایی زنان مبتلا به پره اکلامپسی وجود دارد.
- کالج زنان مامایی امریکا درمان سرپایی در منزل را گزینه ای مناسب برای زنان مبتلا به پره اکلامپسی غیر شدید می داند به شرطی که بیمار کاملاً مطلع باشد و تحت نظارت مکرربه منظور بررسی سلامت مادر و جنین قرار بگیرد.

# درمان انتظاری

- **آموزش به بیمار** – تمام زنان مبتلا به پره اکلامپسی باید از علائم و نشانه های شدید طیف بیماری آگاه باشند به گونه ای که اگر خانمی دچار سردرد شدید یا مداوم شود (یعنی به یک دوز استامینوفن پاسخ ندهد) ، تغییرات بینایی ، تنگی نفس با شروع جدید و یا درد اپی گاسترداشته باشد باید فوراً مراتب را به پزشک خود اطلاع دهد.

زنانی که فشار خونشان را خودشان کنترل می کنند باید در مورد روش صحیح راهنمایی شوند.

مانند هر بارداری کاهش حرکات جنین، خونریزی واژینال ، پارگی غشاها یا کنترکشن های منظم رحم نیز باید بلافاصله گزارش شود.

- **فعالیت محدود**– فعالیت سبک نشسته(عدم بلند کردن وسایل سنگین، استراحت به مدت هشت ساعت کامل در طول روز) در قسمت اعظم روز توصیه می شود.

توصیه به استراحت در وضعیت **خوابیده به پهلوی چپ** به دلیل افزایش جریان خون رحم  شود.

# درمان انتظاری

- **انجام آزمایشات به صورت سرپایی** - ارزیابی تست های آزمایشگاهی حداقل باید شامل شمارش پلاکت، کراتینین سرم و فاکتورهای کبدی باشد. این آزمایشات باید حداقل دو بار در هفته در زنان مبتلا به پره اکلامپسی غیرشدید به منظور ارزیابی پیشرفت بیماری انجام شود و اگر [illegible] باید با

ارزش نظارت بر تست های آزمایشگاهی دیگر مشخص نیست. به عنوان مثال:
هماتوکریت در حال افزایش می تواند بیانگر انقباض عروقی و پیشرفت بیماری باشد، در حالی که هماتوکریت در حال کاهش ممکن است نشانه ای از همولیز باشد. از طرفی افزایش بیلی روبین غیرمستقیم و LDH سرم یا مشاهده سلول های شیستوسیت در لام خون محیطی نیز نشانگر بهتری برای همولیز می باشد.

از آنجا که چندین مطالعه بالینی نشان داده است که افزایش میزان پروتئینوري نه بر پیامدهای مادر و نه پیامدهای پره ناتال تأثیر نمي گذارد با این حال توصیه به تکرار تست به صورت سرپایی می شود.

- **محدودیت دریافت سدیم** - عدم محدودیت مطلق در مصرف سدیم و مایعات توصیه

# درمان انتظاری

- **نظارت بر فشار خون و درمان فشار خون** – فشار خون باید دو بار در روز در خانه اندازه گیری شود. از طرفی حداقل دو بار در هفته در مطب اندازه گیری شود.

افزایش مداوم فشار خون سیستولیک ≤ ۱۶۰ میلی متر جیوه و / یا فشار خون دیاستولی ≤ ۱۱۰ میلی متر جیوه به مدت ۱۵ دقیقه، نیازمند بستری فوری برای ارزیابی و مدیریت بیشتر در بیمارستان می باشد به گونه ای که درمان با فشار خون بالا باید در اسرع وقت ، به صورت ایده آل طی ۳۰ تا ۶۰ دقیقه ، با هدف جلوگیری از سکته مغزی و احتمالاً دکلمان جفت آغاز شود.

- **ارزیابی رشد جنین** – محدودیت رشد جنین ممکن است اولین تظاهر بالینی پره اکلامپسی باشد و به طور معمول نشانه ای از نارسایی شدید رحم است.

در زمان تشخیص پره اکلامپسی باید سونوگرافی هدفمند به منظور تشخیص محدودیت رشد جنین و الیگوهیدرامنیوس انجام شود. اگر نتایج حاصل از سونوگرافی طبیعی باشد ، تکرار سونوگرافی هر سه تا چهار هفته یکبار تکرار شود.

# درمان انتظاری

- **ارزیابی سلامتی جنین** – هیچ به این منظور شمارش تعداد حرکات جنین به صورت روزانه و تست های NST, BPP و ارزیابی حجم مایع آمنیون از زمان تشخیص پره اکلامپسی توصیه می شود. در صورت تغییر ناگهانی در وضعیت مادر یا کاهش فعالیت جنین ، تست های ارزیابی سلامت جنین باید با تعداد دفعات بیشتری انجام شود.
- **تزریق کورتیکواستروئید قبل از زایمان** – یک دوره استروئید (به عنوان مثال ، بتامتازون) در حاملگی های پره ترم هنگامی تجویز می شود که احتمال زایمان در هفت روز آینده وجود دارد. اگرچه پره اکلامپسی ممکن است بلوغ ریه جنین را تسریع کند ، با این وجود دیسترس تنفسی در نوزادان نارس شایع است.

❖ با این حال ، زایمان نباید فقط برای تجویز یک دوره کامل از **کورتیکو**استروئیدها به تأخیر بیفتد.

# اندیکاسیون های زایمان در زنان دارای سن حاملگی کمتر از ۳۴ هفته که با روش انتظاری درمان شده اند

**درمان کورتیکواستروئیدی برای بلوغ ریه جنین و زایمان پس از تثبیت وضعیت مادر:**

- هیپرتانسیون شدید کنترنشده
- اکلامپسی
- ادم ریوی
- دکلمان جفت
- انتقاد داخل عروقی منتشر
- وضعیت غیراطمینان بخش جنین
- مرگ جنین

درمان کورتیکواستروئیدی برای بلوغ ریه جنین- به تاخیرانداختن زایمان به مدت ۴۸ ساعت، در صورت امکان:

- ✓ **پا**رگی پره ترم پرده هایا لیبر پره ترم
- ✓ ترومبوسیتوپنی: پلاکت کمتر از ۱۰۰۰۰۰در میکرولیتر
- ✓ میزان ترانس آمیناز های کبدی دوبرابر محدوده فوقانی طبیعی
- ✓ محدودیت رشدجنین
- ✓ اولیگوهیدروآمنیوس
- ✓ معکوس شدن جرریان انتهای دیاستولی در داپلر شریان نافی
- ✓ در حال تشدید بودن اختلال عملکرد کلیه