

هیپرتانسیون مزمن :

هیپرتانسیون مزمن یکی از شایعترین عوارض جدی است که در دوران حاملگی دیده میشود. معمولاً در اوایل بارداری بهتر میشود، به دنبال آن در مراحل بعدی حاملگی رفتار متغیری بروز میدهد و با وقوع غیرقابل پیش بینی پره اکالمپسی ((افزوده شده)) نیز همراه است که افزایش خطر مورییدیتة و مرگ و میر مادری و پری ناتال را به همراه دارد. اختلالات هیپرتانسیو همراه با خونریزی و عفونت تریاد مرگ -آوری را تشکیل میدهند

عوامل خطر :

هیپرتانسیون حاملگی با شیوع بیشتری در زنان نولی پار دیده میشود، چون با افزایش سن میزان بروز هیپرتانسیون مزمن افزایش مییابد، زنان مسن تر در معرض خطر بالاتر افزوده شدن پره اکالمپسی قرار دارند. بنابراین زنان واقع در دو انتهای طیف سنی تولیدمثل استعداد بیشتری برای ابتلا دارند. سه عاملی که بیشتر از همه مطرح میشوند؛ **نژاد، چاقی و دیابت** هستند. سایر عوامل خطر شامل حاملگی چندقلویی و سن بالای ۳۵ سال مادر میباشد. داشتن استعداد ارثی هیپرتانسیون بی شک با پره -اکالمپسی در ارتباط است. مصرف دخانیات در طول حاملگی با کاهش خطر هیپرتانسیون در حاملگی همراه میباشد

آثار حاملگی بر هیپرتانسیون مزمن :

در اکثر زنان حامله مبتال به هیپرتانسیون مزمن، فشار خون در مراحل اولیه حاملگی افت میکند و مجدداً در جریان سه ماهه سوم حاملگی افزایش مییابد. پیامدهای نامطلوب، عمدتاً به بروز یا عدم بروز پره اکالمپسی ((افزوده شده)) بستگی دارند .

جدول ۲: آثار نامطلوب هیپرتانسیون مزمن بر پیامدهای مادری و پری ناتال

| پیامدهای پری ناتال | پیامدهای مادری |
|-----------------------|-----------------------------|
| مرگ جنین | پره اکالمپسی ((افزوده شده)) |
| محدودیت رشد | سندرم HELLP |
| زایمان پره ترم | سکته مغزی |
| مرگ نوزاد | آسیب حاد کلیه |
| موربیدیته دوره نوزادی | نارسایی قلبی |
| | کاردیومیوپاتی هیپرتانسیو |
| | انفارکتوس میوکارد |
| | دکولمان جفت |

انواع اختلالات هیپرتانسیو در حاملگی :

۱-هیپرتانسیون حاملگی :

- ✓ فشار خون مساوی یا بیشتر از ۱۴/۹۰ میلی متر جیوه
- ✓ اولین بار در طی حاملگی
- ✓ فقدان پروتئینوری
- ✓ برگشت فشار خون به حد طبیعی حداکثر تا ۱۲ هفته بعد از زایمان
- ✓ تشخیص نهایی، فقط بعد از زایمان
- ✓ ممکن است سایر نشانه ها یا علائم پره اکلامپسی مانند ناراحتی اپی گاستر یا ترومبوسیتوپنی وجود داشته باشد.

پره اکالمپسی:

- ✓ فشار خون مساوی یا بیش از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه بعد از هفته ۲۰ حاملگی
- ✓ پروتئینوری مساوی یا بیش از ۳۰۰ میلی گرم در ۲۴ ساعت یا مساوی یا بیش از ۱+ در تست نواری ادرار

✓ افزایش قطعیت پره اکالمپسی | :

- ✓ فشار خون مساوی یا بیش از ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه
- ✓ پروتئینوری در حد ۲ گرم در ۲۴ ساعت و یا مساوی یا بیش از ۲+ در تست نواری ادرار
- ✓ |میزان کراتینین سرم بالای ۱/۲ میلی گرم در دسی لیتر در غیاب افزایش قبلی آن
- ✓ تعداد پالکتها کمتر از ۱۰۰۰۰۰ عدد در میلی متر مکعب
- ✓ همولیز میکروآنژیوپاتیک (افزایش LDH)

✓ افزایش ALT یا AST

✓ | سردرد پایدار یا سایر اختلالات مغزی یا بینایی

۳- اکالمپسی:

✓ تشنجهای غیر قابل انتساب به سایر علل در زنان مبتال به پره اکالمپسی |

✓ | پره اکالمپسی افزوده شده به هیپرتانسیون مزمن |

✓ شروع جدید پروتئینوری در حد مساوی یا بیش از ۳۰۰ میلی گرم در ۲۴ ساعت در زنان

هیپرتانسیوی که قبل از هفته ۲۰ حاملگی فاقد پروتئینوری بوده اند.

✓ | افزایش ناگهانی پروتئینوری یا فشار خون یا تعداد پالکت کمتر از ۱۰۰۰۰۰ در میلی لیتر

مکعب در زنان مبتلا به هیپرتانسیون و پروتئینوری قبل از هفته ۲۰ حاملگی

۴- هیپرتانسیون مزمن :

✓ فشارخون مساوی یا بیش از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه قبل از حاملگی یا تشخیص داده شده

قبل از هفته ۲۰ حاملگی غیر قابل انتساب به بیماری تروفوبالستیک حاملگی

یا

✓ | هیپرتانسیونی که اولین بار بعد از هفته ۲۰ حاملگی تشخیص داده شده و بعد از گذشت

۱۲ هفته از زایمان هنوز پابرجا مانده است

با توجه به اینکه در این مبحث فقط اداره هیپرتانسیون مزمن مدنظر میباشد، لذا فقط تدابیر درمانی هیپرتانسیون مزمن در دوران بارداری ذکر میشود .

تدابیر درمانی در دوران حاملگی :

کنترل فشار خون: روشهای اصلاح رفتارهای بهداشتی فردی شامل مشاوره تغذیه‌ای و کاهش رفتارهایی مانند استعمال دخانیات، سوء مصرف الکل و سوء مصرف کوکائین یا سایر مواد

در زنان حامله ای که از سایر جهات سالم هستند و به طور پایدار فشارخون سیستولی آنان بالای ۱۵۰ و یا فشار خون دیاستولی آنان ۹۵-۱۰۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر است، باید درمان ضدفشارخون آغاز شود. بی خطری درمان ضدفشارخون بجز در مورد مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACE) و بلوکرهای گیرنده آنژیوتانسین، تایید شده است

داروهای ضدفشارخون:

۱- دیورتیکها: داروهای تیازیدی ممکن است به طور خفیف دیابتوزن باشند و ممکن است مانع افزایش قابل انتظار حجم در زنان حامله شوند. به طور کلی دیورتیکهای تیازیدی در دوران حاملگی بی خطر در نظر گرفته میشوند .

۲- عوامل مهارکننده آدرنرژیک: از این داروها میتوان پروپرانولول، متوپرولول و آتنولول را نام برد. لابتالول یکی از انواع پرمصرف بلوکرهای آلفا/بتا-آدرنرژیک است. داروهایی که بیشتر از بقیه برای درمان هیپرتانسیون در حاملگی به کار می روند، متیل دوپا و یا یکی از داروهای بلوکر گیرنده بتا یا گیرنده آلفا/بتا هستند

۳- وازودیالتورها (متسع کننده های عروق): هیدرلازین سبب شل شدن عضلات صاف شریانه‌ها میشود و سالهاست که به صورت پارانترال برای درمان بی خطر هیپرتانسیون شدید پری پارتوم مورد استفاده قرار میگیرد. درمان تک دارویی با هیدرلازین خوراکی در موارد

هیپرتانسیون مزمن به علت اثر ضعیف ضد فشارخون این دارو و تاکی کاردی ناشی از آن
عموماً به کار نمی رود .

۴- بلوکرهای کانال کلسیم: داروهای رایج شامل نیفدیپین و وراپامیل هستند. این داروها
میتوانند سبب تشدید اختلال عملکرد بطن و نارسایی احتقانی قلب شوند. از دیدگاه
تئوریک این داروها ممکن است آثار سولفات منیزیم تجویز شده برای نوروپروفیلاکسی
اکالمپسی را تشدید کنند

۵- مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین: این داروها سبب مهار تبدیل آنژیوتانسین I به
آنژیوتانسین II میشوند. این داروها در صورت تجویز در سه ماهه دوم و سوم میتوانند
ناهنجاری جنینی شدیدی مانند هیپوکالواریا و اختلال عملکرد کلیه ایجاد کنند. به همین
دلیل مصرف آنها در دوران حاملگی توصیه نمیشود.

ملاحظات حین زایمان :

آنالژی اپیدورال برای لیبر و زایمان روش بهینه به حساب میآید. در زنان مبتلا به نوع
شدید پره اکالمپسی افزوده شده نوروپروفیلاکسی با سولفات منیزیم برای پیشگیری از
اکالمپسی آغاز میشود. برای درمان هیپرتانسیون شدید (فشار خون دیاستولی ۱۱۰
میلیمتر جیوه یا بیشتر و فشار خون سیستولی ۱۶۰ میلی -متر جیوه یا بیشتر) از فرآورده
داخل وریدی هیدرلازین یا لابتالول استفاده میشود.