



بیماریهای قلبی در بارداری



مرکز آموزشی درمانی الزهراء تبریز

تهیه و تنظیم: سماء رفیعی - سمانه محبی زاده

زمستان ۱۴۰۰

کلاس ۳: مواردی از قبیل وجود دریچه مصنوعی مکانیکی، بطن راست سیستمیک، گردش خون، بیماری های سیانوتیک قلب (ترمیم نشده) ، سایر ناهنجاری های مادرزادی عارضه دار، دیلاتاسیون آئورت ۴۵-۴۰ میلی متر در سندرم مارفان، دیلاتاسیون آئورت ۴۵-۴۰ در بیماری ائورتیک مرتبط با دریچه دولتی آئورت. در این موارد خطر مرگ و یا عوارض به طور قابل توجهی افزایش می یابد و مشاوره تخصصی قلب و زنان لازم می باشد.

کلاس ۴: افزایش فشار خون ریوی به هر دلیل- اختلال عملکرد بطنی شدید سیستمیک، سابقه کاردیومیوپاتی پری پارتوم، تنگی شدید دریچه میترال، تنگی شدید علامت دار آئورت - سندرم مارفان با دیلاتاسیون آئورت بیش از ۴۰ میلی متر، دیلاتاسیون آئورت بیش از ۵۰ میلی متر در بیماری آئورت مرتبط با دریچه دولتی آئورت - کوارکتاسیون شدید مادرزادی. در این شرایط خطر مرگ یا عوارض افزایش قابل توجهی دارد، ختم بارداری باید مدنظر باشد اما اگر بارداری ادامه یابد مراقبت مانند کلاس ۳ انجام می شود.

منابع: بارداری و زایمان ویلیامز ۲۰۱۸ - راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی

طبقه بندی اصلاح شده سازمان جهانی بهداشت برای تعیین خطر بیماری های قلبی

کلاس ۱: مواردی با درجات خفیف، کم یا بدون عارضه مانند: تنگی پولمونر، مجرای شریانی باز PDA، پرولاپس دریچه میترال، ترمیم موفق ضایعات ساده از قبیل (نقص دیواره بطنی یا دهلیزی ASD-VSD ، مجرای شریانی باز PDA، آنومالی در درناژ ورید ریوی ضربان های خارج دهلیزی یا بطنی به تنهایی. در این شرایط فزایش قابل توجه خطر مرگ وجود ندارد و عوارض وجود ندارد یا کم است.

کلاس ۲: مواردی که سایر شرایط مناسب و بدون عارضه باشد مانند: نقص دیواره بطنی یا دهلیزی جراحی شده، تترالوژی فالوت ترمیم شده، بیشتر آریتمی ها. در این موارد خطر مرگ کمی افزایش می یابد اما احتمال عوارض تا حد متوسطی افزایش می یابد.

کلاس ۲ به ۳ (با توجه به وضعیت بیمار)

- اختلال خفیف در عملکرد بطن چپ
- کاردیومیوپاتی هایپرتونیک
- سندرم مارفان بدون دیلاتاسیون آئورت
- کوارکتاسیون ترمیم شده
- قطر آئورت کمتر از ۴۵ میلی متر

مقدمه

افراد مبتلا به بیماری های قلبی بای قبل و بعد از بارداری شناسایی شده و در صورت خطرات مامایی و جنینی بیماری و همچنین لزوم درمان به افراد آگاهی لازم داده شود. لازم به ذکر است که تغییرات فیزیولوژیک حاملگی طبیعی ممکن است علایم و یافته های بالینی را ایجاد کنند که شباهت به بیماری قلبی داشته باشند و پزشکان باید بتوانند علایم و معاینات فیزیکی غیرطبیعی اما قابل قبول برای بارداری را با یافته های بیماری قلبی حقیقی افتراق دهند و بیمار را به موقع به متخصص قلب ارجاع دهند و متخصصین قلب و زنان برای درمان مطلوب بیماری باید با هم همکاری نزدیکی داشته باشند.

در مورد هر یک از موارد زیر بیمار باید به متخصص قلب یا داخلی ارجاع و مطابق راهنما ادامه یابد:

- ابتلای کنونی یا سابقه بیماری قلبی در فرد و یا سابقه بیماری مادرزادی قلبی در بستگان نزدیک
- درد قفسه سینه و درد شکم بخصوص درد اپی گاستر، سنکوپ، سرفه شبانه، ارتوپنه، هموپتزی، تپش قلب و تنگی نفس غیرمنیزیولوژیک
- فشار خون مساوی یا بیشتر از ۱۴۰/۹۰ و افزایش تعداد تنفس به بیش از ۲۰ بار در دقیقه
- هر گونه سمع غیرطبیعی
- ادم اندام، چماقی شدن انگشتان، سیانوز انگشتان یا زبان یا لب ها، اتساع وریدهای گردنی، ارگونومگالی

نکات مهم در بارداری

- در زن باردار بخصوص بارداری اول، اضطراب اهمیت زیادی دارد. باید طی بارداری، زایمان و پس از زایمان با مادر صحبت شود و ترس از مسائل ناشناخته کاهش یابد و به وی اطمینان داده شود که درد زایمان به طور بی خطری قابل تسکین و تحمل است.
 - وزن گیری مادر باردار با توجه به BMI پایش شود.
 - ادم فیزیولوژیک بارداری طبیعی است در این مورد دیورتیک ها اندیکاسیون ندارد و محدودیت سدیم مفید نیست.
 - در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، رژیم غذایی و محدودیت سدیم با نظر متخصص قلب توصیه می شود.
 - فشار خون مزمن ایجاد شده در اثر حاملگی بررسی و کنترل و درمان شود.
 - بیماری های زمینه ای آنمی و بیماری تیروئید و ... درمان شود.
 - هر گونه عفونت مانند عفونت های تنفسی، ادراری و ... باید در بیماران قلبی به طور جدی درمان شود.
 - در بیماری های قلبی بخصوص بیماری های سیانوتیک، مکمل آهن بیشتر یا کمتر از معمول بارداری نباید تجویز شود.
 - علایم و نارسایی های قلبی بطور مرتب ارزیابی و در صورت برو به متخصص قلب ارجاع داده شود.
- در صورت نیاز به واکسن پنوموکوک توسط متخصص عفونی تجویز شود.
- با توجه بیماری های قلبی ترومبوآمبولی ارزیابی و در صورت نیاز داروی ضد انعقاد تجویز و آموزش های لازم در این زمینه داده شود.
- ### مسائل مرتبط با سلامت جنین
- سونوگرافی های روتین مانند سایر مادران انجام می شود. در صورتی که مادر در هر زمان بارداری وارفارین مصرف کرده است انجام سونوگرافی بین هفته ۱۶-۱۸ بصورت هدفمند با تاکید بر تشخیص ناهنجاری ناشی از وارفارین ضروری است.
 - در مراقبت های بارداری به رشد جنین توجه شود. بخصوص اگر مادر شانت راست به چپ دارد.
 - اگر مادر باردار یا بستگان درجه اول مبتلا به بیماری مادرزادی قلبی هستند، اکوگاردیوگرافی جنین توسط متخصص قلب کودکان در هفته ۱۸-۱۷ انجام شود. در صورتیکه جنین ناهنجاری های بدون اندیکاسیون سقط دارد زایمان باید در بیمارستانی انجام شود که دسترسی به امکانات و تجهیزات برای مراقبت نوزاد فراهم باشد.