



## مدیریت بیمار ان پره اکلامپسی

اختلال	پره اکلامپسی غیر شدید	پره اکلامپسی شدید
فشار خون دیاستولی	بیشتر از ۹۰ یا کمتر از ۱۱۰ میلی متر جیوه	مساوی یا بیشتر از ۱۱۰ میلی متر جیوه
فشار خون سیستولی	بیشتر از ۱۴۰ یا کمتر از ۱۶۰ میلی متر جیوه	مساوی یا بیشتر از ۱۶۰ میلی متر جیوه
پروتئینوری	وجود تا فقدان	وجود تا فقدان
سردرد شدید و مقاوم، اختلال هوشیاری	فقدان	وجود
ادم پای یا تاری دید	فقدان	وجود
تهوع، درد اپی گاستر، استفراغ	فقدان	وجود
اولیگوری	فقدان	وجود
تشنج	فقدان	وجود
سرم کراتینین	طبیعی	افزایش
ترومبوسیتوپنی کمتر از ۱۰۰۰۰	فقدان	وجود
افزایش ترانس آمیناز سرم	مختصر	قابل توجه
تنگی نفس - ادم ریوی	فقدان	وجود

مرکز آموزشی و درمانی الزهراء تبریز  
تهیه و تنظیم: فرسادی - اسداللهی  
زمستان ۱۴۰۰

### شرایط ترخیص مادر و دستورات لازم

مادر باید حداقل ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از پایان تزریق سولفات منیزیم، در بیمارستان تحت نظر باشد و در صورت داشتن شرایط زیر ترخیص و ۳ روز بعد پیگیری شود:

الف: پس از کنترل فشارخون (هر ۶ ساعت تا ترخیص) در صورتی که فشارخون بالای ۱۰۰ / ۱۵۰ میلی متر جیوه بود از داروهای کاهنده فشارخون استفاده شود.

ب: علائم پره اکلامپسی شدید، آنزیم های کبدی و کلیوی رو به بهبود و حال عمومی مادر خوب باشد.

ج: اگر مادر با داروهای کاهنده فشار خون مرخص شده است باید تا ۱۰ روز (روزانه) فشار خون کنترل شود.

د: در صورت تداوم فشارخون بالا و یا پروتئینوری پس از ۶ هفته، مادر به متخصص داخلی، قلب و یا نفرولوژی ارجاع شود.

ه: به مادر آموزش داده شود تا در صورت بروز درد قفسه سینه، سردرد، اختلال بینایی و در اپیگاستر به پزشک متخصص مراجعه کند.

منابع: راهنمای کشوری ارائه خدمات بارداری و زایمان

۴- در صورت نیاز به بی حسی در این بیماران استفاده از روش بی حسی اپیدورال ایمن تر است.

۵- تزریق سولفات منیزیم در حین زایمان نباید قطع شود.

### درمان انتظاری

درمان اصلی در پره اکلامپسی، ختم بارداری است ولی به منظور کاهش مورتالیتی و موربیدیتی نوزاد در برادی کاردی کمتر از ۳۴ هفته (۲۴ - ۳۴ هفته) می توان از درمان انتظاری بهره برد.

### مراقبت پس از زایمان

نکته: بیشترین احتمال وقوع اکلامپسی پس از زایمان در ۴۸ ساعت اول آن است.

۱- کنترل فشارخون: فشار خون حداقل ۴ بار در روز اندازه گیری شود.

۲- کنترل Intake/Output حداقل تا ۲۴ ساعت پس از زایمان ادامه یابد.

۳- تزریق سولفات منیزیم: بایستی تا ۲۴ ساعت پس از زایمان ادامه یابد در صورت بروز تشنج پس از زایمان، تزریق سولفات منیزیم باید تا ۲۴ ساعت پس از آخرین تشنج ادامه یابد.

۴- ارزیابی خطر ترمبوآمبولی براساس پروتکل انجام شود.

۵- میزان پلاکت، ترانس آمیناز و کراتینین در ۷۲-۴۸ ساعت پس از زایمان اندازه گیری شود.

## تعاریف

**فشار خون بارداری:** فشار خون 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 پروتئینوری و علائم پره اکلامپسی است و در عرض ۱۲ هفته پس از زایمان به حد نرمال باز می گردد.

**پره اکلامپسی:** فشار خون 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 (تایید با فاصله ۴ ساعت) و همراه با پروتئینوری یا فشار خون سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ و یا دیاستول مساوی یا بیشتر از ۹۰ همراه با شواهد درگیری چند ارگانیه صورت ترومبوسیتوپنی، اختلال عملکرد کلیه، کبد، سیستم عصبی یا ادم ریه است.

## اداره پره اکلامپسی غیرشدید

در صورت تشخیص بالینی یا شک به پره اکلامپسی غیرشدید، مادر بستری و تصمیم گیری براساس سن بارداری انجام می شود.

## مراقبت های اولیه

۱- بررسی علائم و نشانه های شدت بیماری (سردرد، اختلال بینایی، درد اپیگاستر و افزایش وزن ناگهانی حدود ۱ الی کیلوگرم و بیشتر در هفته)

۲- اندازه گیری ارتفاع رحم و تعیین سن بارداری

۳- توزین روزانه و استراحت نسبی (کاهش فعالیت روزانه)

۴- رژیم غذایی پرپروتئین و پرکالری

۵- بررسی فشارخون در وضعیت نشسته هر ۴ ساعت یک بار (به جز نیمه شب تا صبح در صورتی که فشارخون تحت کنترل است).

۶- اندازه گیری پروتئین ادرار در هنگام پذیرش و در صورتی که پروتئینوری ۱+ یا بیشتر است و یا نسبت پروتئین به کراتینین ۰/۳ یا بیشتر است، جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته باید انجام شود.

۷- اندازه گیری CBC خصوصاً پلاکت، کراتینین، آنزیمهای کبدی، بیلی روبین، LDH تکرار آزمایش بسته به شرایط مادر و شدت فشارخون از هفته ای دو تا سه بار متفاوت است.

۸- ارزیابی سلامت جنین

الف: شنیدن روزانه صدای قلب و کنترل حرکات جنین

ب: سونوگرافی اولیه برای بررسی رشد جنین و سپس هر ۳ هفته یک بار

ج: بررسی سلامت جنین با بیوفیزیکال پروفایل

## ختم بارداری

در صورتی که سن حاملگی کمتر از ۳۷ هفته است، علائم باید به طور مرتب بررسی شده و مراقبت های اولیه تا زمان زایمان انجام شود.

در صورتی که سن حاملگی ۲۷ هفته و یا بیشتر است، برای ختم بارداری اقدام می شود. سولفات منیزیم در فاز فعال زایمانی بیماران، بایستی تزریق شود.

## اداره پره اکلامپسی شدید

اقدام اصلی در پره اکلامپسی شدید ختم بارداری است

۱- بستری مادر

۲- گرفتن رگ، تزریق سرم و گذاشتن سوند فولی

۳- کنترل تشنج و تزریق سولفات منیزیم

۴- تزریق داروهای کاهنده فشار خون

۵- انجام آزمایشان لازم

۶- ختم بارداری در صورت تایید پره اکلامپسی شدید

## داروهای کاهنده فشارخون

۱- لابتالول ۲- هیدرالازین ۳- نیفدیپین

## داروی کنترل تشنج

سولفات منیزیم

## ختم بارداری در پره اکلامپسی شدید-اکلامپسی

اساس درمان در پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی، ختم بارداری پس از تثبیت وضعیت مادر 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 می شود.

۱- در صورت مناسب بودن سرویکس القای زایمانی و زایمان واژینال انجام شود.

۲- در صورت نامناسب بودن سرویکس: استفاده از پروستاگلاندین برای آمادگی سرویکس بلامانع است، توصیه می شود ختم بارداری در عرض ۲۴ ساعت انجام شود.

۳- در موارد اندیکاسیون های مامایی یا بدترشدن وضعیت مادر ختم بارداری به صورت اورژانس انجام می شود.