

به نام خدا

# فشار خون بارداری:

## ( کیفیت زندگی، خودمراقبتی و آموزش )

مؤلفان :

لیلا قوامی

دکتر معصومه خیرخواه

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۴)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

Chaponashr. Ir

سرشناسه : قوامی، لیلا، ۱۳۷۴ -  
 عنوان و نام پدیدآور : فشار خون بارداری (کیفیت زندگی، خودمراقبتی و آموزش)/مولفان لیلا قوامی،  
 معصومه خیرخواه.  
 مشخصات نشر : انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۳.  
 مشخصات ظاهری : ۱۱۶ص.  
 شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۴۵۵-۰۷۳-۶  
 وضعیت فهرست نویسی : فیبا  
 یادداشت : کتابنامه.  
 موضوع : فشار خون زیاد در بارداری  
 فشار خون زیاد -- دارودرمانی  
 کیفیت زندگی  
 مراقبت از سلامت شخصی  
 شناسه افزوده : خیرخواه، معصومه، ۱۳۴۵ -  
 رده بندی کنگره : RG۵۸۰/۵۵  
 رده بندی دیویی : ۶۱۸/۳۶۱۳۲  
 شماره کتابشناسی ملی : ۱۰۰۲۴۷۸۷  
 اطلاعات رکورد کتابشناسی : فیبا

Hypertension in pregnancy  
 Hypertension -- Chemotherapy  
 Quality of life  
 Self-care, Health

نام کتاب : فشار خون بارداری (کیفیت زندگی، خودمراقبتی و آموزش)  
 مولفان : لیلا قوامی - معصومه خیرخواه  
 ناشر : انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)  
 صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد : پروانه مهاجر  
 تیراژ : ۱۰۰۰ جلد  
 نوبت چاپ : اول - ۱۴۰۴  
 چاپ : زیرجد  
 قیمت : ۱۱۶۰۰۰ تومان  
 فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان :  
<https://chaponashr.ir/ketabresan>  
 شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۴۵۵-۰۷۳-۶  
 تلفن مرکز پخش : ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵  
[www.chaponashr.ir](http://www.chaponashr.ir)



## فهرست

- ۹..... مقدمه
- ۹..... فشار خون بارداری
- ۱۰..... انواع اختلالات هیپرتانسیو در بارداری
- ۱۰..... تعریف هیپرتانسیون مرتبط با حاملگی
- ۱۱..... عوامل خطر
- ۱۱..... مصرف سدیم
- ۱۳..... علائم
- ۱۳..... روند بررسی
- ۱۵..... درمان
- ۱۵..... اندیکاسیون های مادری زایمان
- ۱۵..... اندیکاسیون های جنینی زایمان
- ۱۶..... داروهای ضد فشار خون در بارداری
- ۱۶..... هیدرالازین
- ۱۶..... لابتالول
- ۱۶..... نیفدیپین
- ۱۶..... آسپرین
- ۱۷..... هپارین
- ۱۷..... خودمراقبتی در منزل
- ۱۸..... ارزیابی بعد از زایمان
- ۱۸..... مشاوره در مورد حاملگی های بعدی

۱۹.....	عوارض.....
۱۹.....	پر ها کلامپسی.....
۲۱.....	اکلامپسی.....
۲۲.....	د کلمان.....
۲۲.....	مشکلات کبدی.....
۲۳.....	پروتئینوری.....
۲۳.....	در گیری کلیوی.....
۲۳.....	اختلالات قلبی.....
۲۳.....	ترومبوسیتوپنی.....
۲۴.....	تغییرات بینایی و نابینایی.....
۲۴.....	سندروم HELLP.....
۲۴.....	تغییرات مایع و الکترولیت.....
۲۵.....	ادم ریوی.....
۲۵.....	تظاهرات نورولوژیک.....
۲۵.....	کاهش کیفیت زندگی.....
۲۶.....	کیفیت زندگی.....
۲۶.....	تاریخچه.....
۲۷.....	تعریف.....
۲۸.....	عوامل موثر بر کیفیت زندگی.....
۲۸.....	ابعاد کیفیت زندگی.....
۲۹.....	حیطه های کیفیت زندگی.....
۳۰.....	عوامل مرتبط با کیفیت زندگی.....

- ۳۰.....نظریه ها.
- ۳۱.....کیفیت زندگی در بارداری.
- ۳۲.....اهمیت سنجش کیفیت زندگی.
- ۳۴.....خودمراقبتی.
- ۳۴.....تاریخچه.
- ۳۹.....پیش نیازهای خودمراقبتی.
- ۴۰.....حیطه های خودمراقبتی.
- ۴۱.....انواع خودمراقبتی.
- ۴۱.....خودمراقبتی جسمی.
- ۴۱.....خودمراقبتی روانی و عاطفی.
- ۴۲.....خودمراقبتی معنوی.
- ۴۲.....خودمراقبتی اجتماعی.
- ۴۲.....اهداف خودمراقبتی.
- ۴۳.....پیش فرض های خودمراقبتی.
- ۴۴.....نیازهای خودمراقبتی.
- ۴۵.....قالب و محتوای خودمراقبتی.
- ۴۵.....خودمراقبتی در دوران بارداری و بیماری ها.
- ۴۷.....نقش شبکه های اجتماعی در آموزش.
- ۴۷.....تعریف آموزش مبتنی بر شبکه ی اجتماع.
- ۴۸.....تاریخچه ی آموزش مبتنی بر شبکه ی اجتماعی.
- ۵۰.....کاربرد شبکه های اجتماعی.
- ۵۸.....عوامل موثر بر آموزش مبتنی بر شبکه های اجتماعی.

- ۵۸.....مزایای آموزش مبتنی بر شبکه های اجتماعی
- ۶۰.....معایب آموزش مبتنی بر شبکه های اجتماعی
- ۶۰.....کاربرد m-health در کشورهای مختلف
- ۶۱.....کاربرد فناوری های دیجیتال در آموزش پزشکی از نظر هاردن
- ۶۱.....ابزارهای لازم جهت استفاده از فناوری در آموزش پزشکی
- ۶۲.....دلیل استفاده از فناوری در آموزش
- ۶۲.....مراحل آموزش با فناوری
- ۶۳.....فناوری تلفن همراه
- ۶۵.....هفته ی اول
- ۶۵.....روز اول
- ۶۷.....روز دوم
- ۶۷.....مزایای خودمراقبتی
- ۶۸.....روز سوم
- ۶۹.....روز چهارم
- ۶۹.....خودمراقبتی جسمی:
- ۷۱.....روز پنجم
- ۷۱.....خودمراقبتی روانی-عاطفی:
- ۷۳.....روز ششم
- ۷۳.....خودمراقبتی اجتماعی:
- ۷۵.....روز هفتم
- ۷۵.....خودمراقبتی معنوی
- ۷۶.....هفته ی دوم

۷۶	تغذیه
۷۶	روز هشتم
۷۶	هرم غذایی
۷۸	روز نهم
۷۸	حبوبات و مغزها
۷۹	روز دهم
۷۹	شیر و فراورده های آن
۸۰	روز یازدهم
۸۰	میوه ها
۸۲	روز دوازدهم
۸۲	سبزیجات
۸۳	نان و غلات
۸۴	روز سیزدهم
۸۴	نمک
۸۵	روغن
۸۶	روز چهاردهم
۸۶	پروتئین، کلسیم، منیزیم و پتاسیم
۸۸	هفته ی سوم
۸۸	ورزش و فعالیت بدنی، کنترل استرس و شرایط صحیح اندازه گیری فشار خون
۸۸	روز پانزدهم
۸۹	روز شانزدهم
۹۰	روز هفدهم

- روز هجدم..... ۹۱.....
- روز نوزدهم..... ۹۲.....
- روز بیستم..... ۹۳.....
- روز بیست و یکم..... ۹۵.....
- شرایط صحیح اندازه گیری فشار خون..... ۹۵.....
- هفته ی چهارم..... ۹۶.....
- روز بیست و دوم..... ۹۶.....
- تعریف فشار خون بارداری..... ۹۶.....
- روز بیست و سوم..... ۹۸.....
- روز بیست و چهارم..... ۱۰۰.....
- عوارض فشار خون بارداری..... ۱۰۰.....
- مادر:..... ۱۰۰.....
- جنین..... ۱۰۱.....
- روز بیست و پنجم..... ۱۰۲.....
- روز بیست و ششم..... ۱۰۳.....
- روز بیست و هفتم..... ۱۰۴.....
- روز بیست و هشتم..... ۱۰۵.....
- مراقبت های پس از زایمان..... ۱۰۵.....
- منابع : ..... ۱۰۷.....

## مقدمه

بارداری مرحله‌ای بسیار مهم و حساس در زندگی زنان است که تغییرات زیادی به دنبال دارد و به علت تأثیر مستقیم سلامت مادر بر سلامت جنین اهمیت این دوران بسیار بیشتر می‌شود و در صورتی که با فشار خون بارداری همراه شود عوارض بسیاری مانند مشکل قلبی، انعقاد داخل عروقی، خونریزی داخل مغزی، نارسایی کلیه، ادم ریه، مشکل کبدی، زایمان سزارین، سندروم HELLP، اکلامپسی، مرگ مادر، کاهش نمره‌ی آپگار، بستری نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، محدودیت رشد داخل رحمی، زایمان زودرس و کاهش وزن هنگام تولد ایجاد می‌کند و کیفیت زندگی مادران را کاهش می‌دهد. کیفیت زندگی در طیف وسیعی از زمینه‌ها، از جمله حوزه‌های توسعه‌ی بین‌الملل، سیاست و بهداشت کاربرد دارد و تمام ابعاد سلامتی و آسایش افراد را در برمی‌گیرد. این معیار در کل زندگی از جمله بارداری قابل ارزیابی است و جهت برنامه‌ریزی برای مراقبت همگی افراد از جمله مادران و نوزادان اهمیت دارد. یکی از مهمترین عوامل موثر بر کیفیت زندگی خودمراقبتی است که می‌تواند سبب حفظ سلامت مادر و جنین در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان شود. برای اثربخش بودن خودمراقبتی دوران بارداری، زنان باردار به خصوص مادرانی که تجربه کمتری از دوران حاملگی دارند، نیازمند دریافت اطلاعات، مهارتها و حمایت‌های اجتماعی می‌باشند تا برای مراقبت از خود توانمند شوند و سلامت خود و نوزادشان را بهبود بخشند. در نتیجه از آنجا که ارتقاء خودمراقبتی با آموزش امکان‌پذیر است و ارائه‌ی آگاهی می‌تواند عوارض و مرگ و میر ناشی از بارداری پر خطر را کاهش دهد همچنین در دهه‌های اخیر بیشتر تلاش شده تا روشهای آموزشی جدید مانند استفاده از خدمات تلفن همراه جایگزین روشهای قدیمی شوند این کتاب با هدف آشنایی با فشار خون بارداری: پیشگیری و درمان، کیفیت زندگی، خودمراقبتی و آموزش مبتنی بر شبکه‌ی اجتماعی تهیه شده است.

## فشار خون بارداری

اختلالات هیپرتانسیو از مهمترین عوامل مرگ و میر مادری هستند که در ۵ تا ۱۰ درصد بارداریها اتفاق می‌افتند و همراه با خونریزی و عفونت سه علت اصلی مرگ در دوران بارداری را تشکیل می‌دهند به طوری که تخمین زده شده حداقل هر ۷ دقیقه یک زن باردار در اثر فشار خون بالا

فوت می‌کند (Preet & Palve, 2020)، با این حال علی‌رغم تحقیقات گسترده هنوز مشخص نیست بارداری چگونه سبب ایجاد هیپرتانسیون می‌شود (Sun, et al., 2020).

### انواع اختلالات هیپرتانسیون در بارداری

هیپرتانسیون بارداری که فشار خون تا هفته‌ی ۱۲ بعد از زایمان به حد طبیعی می‌رسد.

سندروم پره‌اکلامپسی و اکلامپسی

هیپرتانسیون مزمن با هر علتی

سندروم پره‌اکلامپسی افزوده شده به هیپرتانسیون مزمن (Bawah, et al., 2020).

### تعریف هیپرتانسیون مرتبط با حاملگی

فشار خون بارداری:

افزایش فشار خون تا ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر پس از هفته‌ی ۲۰ بارداری بدون وجود پروتئینوری، در زنانی که قبل از آن فشارخون طبیعی داشته‌اند (Bakouei, et al., 2020) که در کشورهای غربی ۲ تا ۸ درصد و در کشورهای در حال توسعه ۷ تا ۱۶ درصد بارداریها را درگیر می‌کند (Berhe, et al., 2020).

پره‌اکلامپسی: فشار خون بالای ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه پس از هفته‌ی ۲۰ بارداری در زنانی که از قبل نرموتانسیون بوده‌اند همراه با دفع پروتئین مساوی یا بیشتر از ۳۰۰ میلی‌گرم در ۲۴ ساعت یا نسبت پروتئین به کراتینین مساوی یا بیش از ۰/۳ یا نتیجه ۱+ پایدار در نمونه‌های تصادفی ادرار<sup>۱</sup> (Karimi, et al., 2019). این بیماری یک شرایط پاتوژنز جفتی است که به علت فعال شدن اندوتلیال عروق و وازواسپاسم ناشی از آن منجر به فشار خون بالا و هیپوپرفیوژن ارگانه‌های متعدد و آسیب چند ارگانی می‌گردد (Melchiorre, et al., 2014).

<sup>۱</sup> Gestational hypertension

<sup>۲</sup> Dipstick

## عوامل خطر

نژاد: در مقایسه با سفیدپوستان، سیاهان بیشتر دچار افزایش فشار خون می‌شوند.  
وراثة: اگر یکی از پدر و مادر یا هر دوی آنها یا خویشاوندان نزدیک فشار خون بالا داشته باشند، خطر وقوع فشار خون بالا در فرد افزایش می‌یابد.

## مصرف سدیم

سرکوب عصبانیت:

مطالعات جدید نشان می‌دهد، افرادی که عصبانیت و ناامیدی را در خود زیاد نگه می‌دارند، بیشتر به فشار خون بالا و مشکلات قلبی مبتلا می‌شوند (Sadeghi, et al., 2014).

نخستین بارداری

چند قلوبی

سابقه پرفشاری خون مزمن

سن کمتر از ۱۸ سال یا بالای ۳۵ سال

چاقی (James, et al., 2011)

سابقه دیابت

بیماریهای زمینه‌ای کلیوی، کبدی و قلبی-عروقی

نژاد افریقایی امریکایی (Karimi, et al., 2019)

فاصله از آخرین بارداری بیشتر از ۱۰ سال (Venkateswarlu, et al., 2020)

هیپرهموسیستئینمی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> Hyperhomocysteinemia

سندروم متابولیک<sup>۱</sup>

سابقه‌ی فشار خون بالا در بارداری قبلی

وضعیت اجتماعی-اقتصادی ضعیف

مول هیداتیفرم<sup>۲</sup>

همچنین برخی زنان از نظر ژنتیکی در معرض ابتلا به فشار خون بارداری قرار دارند (Cunningham, et al., 2018).

جدول ۱: شاخصهای شدت اختلالات هیپرتانسیو حاملگی

شدت	شاخص‌ها
شدید	غیر شدید
فشار خون دیاستولی	کمتر از ۱۱۰
فشار خون سیستولی	کمتر از ۱۶۰
پروتئینوری	نبود تا مثبت
سردرد	نبود
اختلالات بینایی	نبود
درد اپی گاستر	نبود
اولیگوری <sup>۳</sup>	نبود
تشنج (اکلامپسی)	نبود
میزان کراتینین	طبیعی
ترومبوسیتوپنی <sup>۴</sup>	نبود
افزایش آنزیمهای کبدی	کم
محدودیت رشد جنین <sup>۵</sup>	نبود
ادم ریه	نبود

(Khoeini, et al., 2018).

<sup>۱</sup> Metabolic syndrom

<sup>۲</sup> Hydatiform mole

<sup>۳</sup> Oliguria

<sup>۴</sup> Thrombocytopenia

<sup>۵</sup> Intrauterine growth restriction

## علائم

ابتلا به فشار خون بارداری ممکن است بدون علامت باشد اما در صورتی که بیماری شدید شود، علائم زیر به وجود می‌آید:

سردرد، ادم، اختلالات بینایی، اولیگوری، درد اپی گاستر و افزایش وزن بیش از حد (Cunningham, et al., 2018)، تهوع و استفراغ، سرگیجه، وزوز گوش، خون دماغ، درد سینه و تنگی نفس (Sadeghi, et al., 2014).

## روند بررسی

در مادران مبتلا به هیپرتانسیون که به تازگی شروع شده به خصوص در موارد وجود هیپرتانسیون پابرجا یا تشدید یافته و یا در صورت دفع پروتئین در ادرار، باید بیمار در بیمارستان بستری شود.

## ارزیابی شامل موارد زیر انجام می‌شود:

معاینه‌ی کامل از نظر علائم بالینی مانند سردرد، اختلالات بینایی، درد اپی گاستر و افزایش سریع وزن و سپس بررسی روزانه.

اندازه‌گیری وزن به صورت روزانه.

بررسی از نظر پروتئینوری در هنگام پذیرش و سپس حداقل دو روز یک بار.

سنجش فشار خون در وضعیت نشسته هر ۴ ساعت یک بار با بازوبند دارای اندازه‌ی مناسب (به جز در فاصله‌ی زمانی نیمه شب تا شش صبح مگر در صورتی که نتایج قبلی بالا بوده باشد).

سنجش میزان پلاسمایی یا سرمی کراتینین و ترانس‌آمینازهای کبدی و شمارش تعداد پلاکتها که تعداد دفعات انجام این تستها با توجه به شدت هیپرتانسیون تعیین می‌شود (Cunningham, et al., 2018).

سونوگرافی برای ارزیابی سلامت جنین و حجم مایع آمنیون هر ۲ تا ۴ هفته یک بار

(NICE, 2019).

جدول ۲: روند بررسی در مادران مبتلا به فشار خون بارداری

شدت فشار خون		—
فشار خون ۱۶۰/۱۱۰ یا بیشتر	فشار خون ۱۴۰/۹۰ تا ۱۵۹/۱۰۹	—
تا زمانی که فشار خون به زیر ۱۶۰/۱۱۰ کاهش یابد، لازم است.	لازم نیست.	بستری در بیمارستان
حتما دارو تجویز شود.	اگر فشار خون بیشتر از ۱۴۰/۹۰ ادامه یابد، دارو لازم است.	دریافت دارو
فشار خون ۱۳۵/۸۵ یا کمتر	فشار خون ۱۳۵/۸۵ یا کمتر	هدف از درمان
روزانه	یک یا دو بار در هفته (بسته به سطح فشار خون) تا زمانی که فشار خون ۱۳۵/۸۵ یا کمتر شود.	اندازه‌گیری فشار خون
روزانه	یک یا دو بار در هفته (با اندازه‌گیری فشار خون)	تست دفع پروتئین
شمارش کامل خون و تست عملکرد کبد و کلیه به صورت هفتگی	شمارش کامل خون و تست عملکرد کبد و کلیه به صورت هفتگی	آزمایش خون
۱.سمع FHR در هر ویزیت ۲.سونوگرافی هر ۲ هفته	۱.سمع FHR در هر ویزیت ۲.سونوگرافی هر ۲ تا ۴ هفته	ارزیابی جنین

(NICE, 2019)

## درمان

اگر فشار خون مادر کمتر از ۱۴۰/۹۰ باشد و درمانگر اطمینان داشته باشد که مادر برای مراقبتها مراجعه می‌کند، می‌توان او را در منزل تحت نظر قرار داد (Shahvari, et al., 2010). اما بیماری شدید، درمان ضد تشنج و معمولا درمان ضد فشار خون را الزامی می‌سازد و به دنبال این درمانها اقدام به زایمان می‌شود همچنین اگر بیماری متوسط یا شدید پس از بستری کردن بیمار در بیمارستان بهبود نیابد، معمولا زایمان برای سلامت مادر و جنین توصیه می‌شود زیرا خاتمه دادن به حاملگی تنها علاج قطعی این بیماری است که به طور مرسوم القای لیبر و زایمان واژینال بهترین انتخاب محسوب می‌شود اما در صورت نامطلوب بودن سرویکس، اورژانس بودن زایمان به دلیل شدت بیماری و اگر القای لیبر با شکست مواجه شود زایمان سزارین اندیکاسیون پیدا می‌کند. در صورت نارس بودن جنین، به تعویق انداختن زایمان مد نظر قرار می‌گیرد تا خطر مرگ نوزاد یا موربیدیتته وخیم ناشی از نارسی کاهش یابد و برای مادرانی که فاصله‌ی زیادی تا زمان ترم دارند، گلوکوکورتیکوئیدها برای بلوغ ریه‌ی جنین تجویز می‌شود (Cunningham, et al., 2018). در مواردی که فشار خون کمتر از ۱۶۰/۱۱۰ و سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته دارند زایمان توصیه نمی‌شود مگر اینکه مشکل دیگری وجود داشته باشد و اگر فشار خون کمتر از ۱۶۰/۱۱۰ و سن بارداری بیشتر از ۳۷ هفته باشد با توجه به شرایط مادر و جنین برای انجام یا عدم انجام زایمان تصمیم‌گیری می‌شود (NICE, 2019).

### اندیکاسیون های مادری زایمان

سندروم HELLP، انعقاد داخل عروقی منتشر، ادم ریوی، نارسایی کلیوی، اکلامپسی، فشار خون شدید غیر قابل کنترل، دکلمان، شروع علائم زایمان، پارگی کیسه آب، سردرد شدید و مداوم، دو بینی و درد اپی گاستر (Moradpanah, et al., 2017).

### اندیکاسیون های جنینی زایمان

ضربان قلب غیر رضایت بخش، الیگوهیدرامنیوس، محدودیت رشد جنین و داپلر شریان نافی غیر نرمال (Moradpanah, et al., 2017).

## داروهای ضد فشار خون در بارداری

در برخی افراد علی‌رغم درمان غیر دارویی فشار خون تا حد مطلوب کاهش نمی‌یابد و لازم است از دارو نیز استفاده گردد، نوع دارو و مقدار مصرف آن را پزشک با توجه به شرایط هر فرد تعیین می‌کند (Hoseini Soorand, et al., 2015).

### هیدرالازین<sup>۱</sup>

به صورت داخل وریدی با دوز ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم هر ۲۰ تا ۳۰ دقیقه تجویز می‌شود (Venkateswarlu, et al., 2020).

### لابتالول<sup>۲</sup>

ابتدا با دوز ۱۰ میلی‌گرم داخل وریدی تجویز می‌شود. اگر در عرض ۱۰ دقیقه فشار خون تا سطح مطلوب کاهش پیدا نکند، ۲۰ میلی‌گرم دیگر تجویز می‌شود. دوز بعدی دارو در ۱۰ دقیقه بعدی ۴۰ میلی‌گرم است که به دنبال آن در صورت نیاز ۴۰ میلی‌گرم دیگر تجویز می‌شود. اگر پاسخ مناسب حاصل نشد ۸۰ میلی‌گرم تجویز می‌شود و حداکثر دوز ۲۲۰ میلی‌گرم می‌باشد (Cunningham, et al., 2018).

### نیفدپین<sup>۳</sup>

دوز ابتدایی ۱۰ میلی‌گرمی تجویز شده و در صورت عدم پاسخ ۳۰ دقیقه بعد تکرار می‌شود (Venkateswarlu, et al., 2020).

### آسپیرین<sup>۴</sup>

این دارو خطر ابتلا به پره‌اکلامپسی و مرگ جنین و نوزاد را کاهش می‌دهد (James, et al., ۲۰۱۱). بنابراین به زنان در معرض خطر پره‌اکلامپسی از جمله مبتلایان به فشار خون در بارداری

<sup>۱</sup> Hydralazine

<sup>۲</sup> Labetalol

<sup>۳</sup> Nifedipin

<sup>۴</sup> Aspirin

قبله، بیماری مزمن کلیوی، بیماری اتوایمیون مانند لوپوس اریتماتوز سیستمیک یا سندروم آنتی فسفولیپید، دیابت و فشار خون مزمن از ۱۲ هفته تا زمان زایمان روزانه ۷۵ تا ۱۵۰ میلی گرم توصیه می‌شود (NICE, 2019).

## هپارین<sup>۱</sup>

ابتلا به پره‌اکلامپسی را در زنان با بیماری کلیوی و ترومبوفیلی کاهش می‌دهد اما مصرف آن توصیه نشده است (James, et al., 2011).

## خودمراقبتی در منزل

اگر هیپرتانسیون در عرض چند روز از بین رود، ادامه‌ی بستری کردن در بیمارستان ضرورت ندارد. در نتیجه بسیاری از زنان مبتلا به هیپرتانسیون خفیف تا متوسط در منزل تحت مراقبت قرار می‌گیرند و تا زمانی که بیماری تشدید نیافته و شک به مخاطره جنینی وجود ندارد، می‌توانند به درمان سرپایی ادامه دهند، به این زنان آموزش دقیق داده می‌شود تا علائم خود را گزارش دهند (Karimi, et al., 2019). در چنین مواردی ویزیت مادر ۲ بار در هفته انجام می‌شود و مادر باید به علائم هشدار شامل سردرد شدید، درد اپی گاستر، تاری دید، کاهش حرکات جنین (Shahvari, et al., 2010)، اختلال بینایی، تهوع و استفراغ، علائم زایمان و خونریزی واژینال آگاه باشد (Moradpanah, et al., 2017). استراحت نسبی و ترجیحاً به پهلو چپ، اندازه‌گیری دقیق و روزانه‌ی فشار خون، آزمایش خون و پروتئینوری ۲ بار در هفته، شمارش روزانه‌ی حرکات جنین توسط مادر، اندازه‌گیری روزانه وزن مادر و نوار قلب جنین ۲ بار در هفته توصیه شده و نیاز به مصرف داروهای ضد پرفشاری خون نیست (Shahvari, et al., 2010) همچنین سونوگرافی هر ۳ تا ۴ هفته یک بار برای بررسی اندازه‌ی جنین و مایع آمنیون باید انجام شود (James, et al., 2011). در این مادران توصیه‌های تغذیه‌ای به همراه درمان دارویی مفید است اما به تنهایی نمی‌تواند موجب پیشگیری یا درمان این عارضه شود بنابراین دادن اطلاعات و آگاهی لازم به بیمار درمورد ضرورت انجام مراقبت ممتد دوران بارداری توسط ماما یا پزشک معالج، کنترل و ثبت روزانه‌ی وزن، آزمایشهای دوره‌ای، حفظ آرامش، ممنوعیت مصرف دخانیات و کنترل حرکات جنین به شکل روزانه ضروری است. این مادران باید بعد از زایمان نیز تا ۶ هفته

<sup>۱</sup> Heparin

تحت مراقبت و کنترل قرار گیرند (Karimi, et al., 2019). رژیم غذایی مناسب (استفاده از گوشت بدون چربی و فرآورده‌های لبنی کم چرب یا بدون چربی (Farhandy, et al., 2014)، افزایش مصرف میوه و سبزی، استفاده از غلات سبوس‌دار، کاهش مصرف نمک و روغن، خوردن مواد غذایی کاهنده‌ی فشار خون مانند گوجه‌فرنگی، لیموترش، و... (BEHDASHT, 2019)، حذف نوشابه، کره، کله پاچه، چیپس، پفک، روغن جامد و... (Hoseini Soorand, et al., 2015) و انجام ورزش در صورت صلاح دید پزشک در این بیماری می‌تواند مفید باشد (Farhandy, et al., 2014).

### ارزیابی بعد از زایمان

۱. فشار خون طی ۲ روز اول بعد زایمان روزانه و بین ۳ تا ۵ روز بعد زایمان یک بار باید اندازه‌گیری شود.

۲. مصرف دارو تا زمانی که فشار خون کمتر از ۱۳۰/۸۰ شود، باید ادامه یابد.

۳. اگر مادر متیل‌دوپا مصرف می‌کند طی ۲ روز بعد از زایمان داروی دیگری باید جایگزین شود.

۴. اگر مادر دارو مصرف نمی‌کند و فشار خون ۱۵۰/۱۰۰ یا بیشتر است باید دارودرمانی شروع شود (NICE, 2019).

### مشاوره در مورد حاملگی‌های بعدی

زنانی که دچار هیپرتانسیون حاملگی یا پره‌اکلامپسی شده‌اند در بارداریهای بعدی در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به هیپرتانسیون قرار دارند، به طور کلی هرچه پره‌اکلامپسی در مرحله‌ی زودتری از حاملگی رخ داده باشد احتمال عود آن بیشتر است بنابراین مراقبتهای پره‌ناتال باید بیشتر و دقیقتر انجام شود (Cunningham, et al., 2018). در زنان با سابقه‌ی پره‌اکلامپسی ارزیابی سالانه فشار خون، چربی، قند خون ناشتا و شاخص توده‌ی بدنی پیشنهاد می‌شود. به زنانی که فشار خون حاملگی یا پره‌اکلامپسی داشته‌اند باید در مورد خطر بالای ابتلا به فشار خون و عوارض آن در آینده توضیح داده شود (مادران مبتلا به فشار خون حاملگی خطر ابتلا به فشار

خون حاملگی در بارداری بعدی بین ۱ در ۶ بارداری تا ۱ در ۲ بارداری و پره‌اکلامپسی بین ۱ در ۵۰ بارداری تا ۱ در ۱۴ بارداری است همچنین مادرانی که مبتلا به پره‌اکلامپسی بوده‌اند خطر ابتلا به فشار خون حاملگی در بارداری بعدی بین ۱ در ۸ بارداری تا ۱ در ۲ بارداری و پره‌اکلامپسی در بارداری بعدی تا ۱ در ۶ بارداری می‌باشد (Saghafi, et al., 2017).

## عوارض

پیامدهای این بیماری به سن بارداری، شدت بیماری، کیفیت مراقبتها و بیماریهای مزمن بستگی دارد (Karimi, et al., 2019) همچنین هر چه میزان افزایش فشار خون بیشتر باشد یا در هفته‌های زودتری اتفاق بیفتد، خطرهای بیشتری برای سلامت مادر و جنین به وجود می‌آید (Shams, et al., 2016). عوارض مادری شامل پره‌اکلامپسی، دکلمان جفت، سندروم HELLP، ادم ریه، نارسایی حاد کلیه، اکلامپسی، نارسایی کبد، عوارض قلبی-عروقی و مرگ (James, et al., 2011) هستند و عوارض جنینی و نوزادی شامل محدودیت رشد داخل رحمی، هیپوکسی مغزی، زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد، کاهش نمره‌ی آپگار، بستری در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان (Karimi, et al., 2019)، مرده‌زایی، مرگ زودرس نوزادان و آسفیکسی هستند (Berhe, et al., 2020) که در صورت تشخیص زودهنگام می‌توان از این عوارض پیشگیری کرد (Kumar & Tiwari, 2020).

## پره‌اکلامپسی

هیپرتانسیون حاملگی در ۵۰ درصد موارد به پره‌اکلامپسی تبدیل می‌شود که نوعی سندروم اختصاصی حاملگی است و با فشار خون مساوی یا بیشتر از ۱۴۰/۹۰ بعد از هفته‌ی ۲۰ بارداری همراه با پروتئینوری (وجود پروتئین در ادرار مساوی یا بیشتر از ۳۰۰ میلی‌گرم در ۲۴ ساعت یا نسبت پروتئین به کراتینین مساوی یا بیش از ۰/۳ یا نتیجه ۱+ در نمونه‌های تصادفی) مشخص می‌شود (Behzadpour, et al., 2018) و علائمی مانند ادم، سردرد یا درد اپی گاستریک، پروتئینوری و ترومبوسیتوپنی دارد (NICE, 2019)، علاوه بر این زنانی که فشار خون سیستولی آنان به میزان ۳۰ میلی‌متر جیوه و یا فشار خون دیاستولی آنان به میزان ۱۵ میلی‌متر جیوه افزایش یافته است باید به دقت از نظر ابتلا به پره‌اکلامپسی ارزیابی شوند (Kumar & Tiwari, 2020)