

از فشارخون حاملگی بیشتر بدانیم

12 آذر 1402

بارداری دوره‌ای ویژه در زندگی تمام بانوان محسوب می‌شود. اما این دوران می‌تواند با چالش‌هایی نیز برای برخی بانوان همراه باشد.

یافته‌ها نشان می‌دهد فشارخون حدود ۱۰ درصد از بانوان باردار افزایش می‌یابد. در این مطلب با فشارخون حاملگی بیشتر آشنا می‌شویم.

فشارخون حاملگی یا مسمومیت حاملگی چیست؟

به فشار خون بالا پس از هفته بیستم حاملگی که همراه با دفع پروتئین در نمونه ادرار باشد، فشارخون حاملگی یا «پره اکلامپسی» گفته می‌شود. این اختلال در بیشتر موارد بعد از هفته ۳۷ حاملگی آغاز می‌شود، اما در هر زمانی از نیمه دوم حاملگی و نیز در زمان زایمان و یا حتی بعد از زایمان (معمولاً ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول بعد از زایمان) ممکن است دیده شود. بروز این اختلال قبل از هفته ۲۰ حاملگی نیز در موارد نادری نظیر حاملگی مولار امکان دارد.

چه افرادی مستعد فشارخون حاملگی هستند؟

زنان بالای ۳۵ سال، به ویژه اگر بارداری ناشی از تکنولوژی‌های باروری باشد.

در زنان جوان اول‌زا شایع‌تر است.

افرادی که به بیماری عروقی مزمن مانند دیابت و لوپوس مبتلا هستند.

بیمارانی که به طور ژنتیکی دارای استعداد ابتلا به مسمومیت حاملگی هستند.

در چند قلوئی ممکن است این مسمومیت حتی قبل از هفته ۲۰ حاملگی رخ دهد.

چاقی عامل خطر مهمی در این بیماری محسوب می‌شود.

مقاومت به انسولین

عفونت‌های مادری

سطح اجتماعی اقتصادی پایین

نژاد سیاه

«پلی هیدروآمینوس» یا افزایش مایع آمنیون

نشانه‌های فشارخون حاملگی یا مسمومیت حاملگی:

سردرد فشارخون سیستولیک بیشتر از ۱۴۰ یا دیاستولیک بیشتر از ۹۰ میلی متر جیوه

افزایش ناگهانی وزن بیش از یک و نیم کیلوگرم در هفته

وجود پروتئین در ادرار

اختلال دید

سوزش سردل

ورم دست و پا و صورت

تنگی نفس تهوع و استفراغ، تغییر سطح هوشیاری

کم شدن ادرار

عوارض:

پیامدهای مادری و نوزادی در بیمار مبتلا به فشارخون حاملگی به عوامل سن بارداری در زمان وضع حمل، شدت بیماری، کیفیت مراقبت و درمان و وجود بیماری‌های دیگر همراه بستگی دارد و ممکن است سبب انعقاد داخل عروقی منتشر، خونریزی داخل جمجمه، نارسایی کلیه، جدا شدگی شبکیه، ادم ریوی (تجمع آب میان بافتی در ریه)، پارگی کبد، جدا شدگی جفت، زایمان زودرس، دیسترس جنینی و مرگ شود.

پیشگیری:

هیچ راه شناخته شده‌ای برای پیشگیری از فشارخون حاملگی وجود ندارد، هرچند در این زمینه تحقیقاتی در حال انجام است. تا زمانی که راهی برای پیشگیری از این عارضه پیدا شود بهترین کار مراجعه منظم برای مراقبت‌های زمان بارداری است.

درمان:

درمان سرپایی: به استثنای خانم‌های اول فشارخون کمتر از ۱۴۰ (سیستولیک) و ۹۰ (دیاستولیک) بدون وجود پروتئین در ادرار را می‌توان به طور سرپایی کنترل کرد. استراحت بیشتر در طول روز و ویزیت دو بار در هفته ضروری است و باید مراقب علائم سردرد، تاری دید و سوزش سردل.

درمان در بیمارستان: در صورت فشارخون بیشتر از ۱۴۰ (سیستولیک) و ۹۰ (دیاستولیک) باید بیمار در بیمارستان بستری شود و اقدامات درمانی انجام شود و در صورت پره اکلامپسی شدید فشارخون بیشتر

از ۱۶۰ (سیستولیک) و ۱۱۰ (دیاستولیک) بیمار باید به سرعت بستری و ختم حاملگی انجام شود. سولفات منیزیوم بصورت عضلانی یا وریدی برای پیشگیری از تشنجاتی که ممکن است به وجود آید، الزامی است و تا ۲۴ ساعت پس از زایمان ادامه می‌یابد.

فشار خون حاملگی اغلب تا دو هفته بعد از زایمان بهبود می‌یابد، در غیر این صورت بیمار باید به پزشک مراجعه کند.

دکتر «زهرا رستگاری»، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) دانشگاه علوم پزشکی شیراز