

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

حاملگی های پر خطر

تهیه کننده : ندا جعفرزاده
کارشناس برنامه سلامت مادران
شبکه بهداشت و درمان
شهرستان تیران و کرون

مرگ و میر مادر: در (۱۰ در ۱۰۰ هزار) زنان حامله ایجاد می شود.

دلایل اصلی: خونریزی، افزایش فشار خون، عفونت، پره اکلامپسی

حاملگی های پر خطر:

1. سن مادر کمتر از ۱۵ و بیشتر از ۳۵ سال
2. عوامل زایمانی=زایمان های ۵ یا بیشتر جزء ریسک های اصلی هستند، خونریزی بعد از زایمان
3. شرح حالی از جراحی های درمانی و شرح حالی از جراحی های رحم و یا پارگی رحم، دیابت، بیماری های قلبی، لوپوس، فشار خون، پره اکلامپسی، سندرم Hellp و اختلال انعقادی داخل عروق منتشر و ... داشته باشند.

شرایط حاملگی

تهوع و استفراغ دوران بارداری: استفراغ های مداوم بعد از ۳ ماه اول یا استفراغ های خیلی زیاد در هر زمانی از حاملگی

شدید: معمولاً ۳ ماهه اول حاملگی اتفاق می افتد. میزانش در دوقلویی و ۳ قلوئی بیشتر است. حدود ۷ در ۱۰۰۰ مورد حاملگی تهوع و استفراغ باعث عدم تعادل الکترولیت ها می شود که دلایل محتمل آن افزایش سطح HCG و افزایش آمیلاز سرم و کاهش حرکت معده است.

تهوع و استفراغ باعث: خشکی دهان، تشنگی، کاهش خفیف وزن، کم آبی، کاهش تورگور پوستی، تنفس تند تند و عمیق و اسیدوز متابولیک می شود.

(درمان) Hyperemesis:

- پذیرش بیمار در بیمارستان برای آب درمانی وریدی
- ابتدا مریض NPO باشد بعد به صورت دقیق مایع تراپی را شروع کنیم و بعد هم مصرف کم کم مایعات و سپس جامدات
- متوکلوپرامید یا اندانسترون به صورت IV هر ۶ ساعت به مریض داده می شود.
- در بیمارستان برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت بستری باشد و مولتی ویتامین و ویتامین K به مایع وریدی اضافه کنیم (به سرم اضافه کنیم) تا اختلالات الکترولیتی را تسهیل کند و از سرم (هاف سالین) $1/2NS$ استفاده کنیم .

" حاملگی مولار " مول هیداتیفرم

- اختلالات دژنراتیو تروفوبلاستیک مربوط به جفت
- تخریب پرزها و سلول هایی که با مایع پر شده اند به صورت خوشه هایی از وزیکول که شبیه خوشه انگور هستند
- رشد زیاد پرزهای کوریونی که به جنین اجازه رشد نمی دهد.

مول هیداتیفرم دو نوع است:

۱- کامل

۲- ناکامل

- نوع کامل جنین ندارد و نوع ناکامل جنین دارد.
- بیشتر در خانم های چندزا و خانم های با سن بالا دیده می شود.

پاتوفیزیولوژی = ناشناخته است

علت تئوریک = اختلالات کروموزومی - هورمونی - کمبود پروتئین و اسیدفولیک می باشد.

علائم مول هیداتیفرم

ممکن است علائمش از یک لکه بینی خفیف تا خونریزی های زیاد باشد به صورت یک بافت شبیه خوشه انگور دیده می شود. ظاهر رحم بزرگتر از حد انتظار برای سن حاملگی است.

درمان:

بایستی سریعاً مریض در بیمارستان بستری شود و D^*C گردد و همه بافت مولی داخل رحم را خارج کنیم.

بیماری های تروفوبلاستیک شامل: مول هیداتیفرم و تومورهای تروفوبلاستیک و کوریوکاریسینوما است.

بیماری های خونریزی دهنده

بیماری های خونریزی دهنده شامل:

جفت سر راهی: کاشته شدن جفت نزدیک یا بالاتر از سرویکس تقریباً ۱/۲ از همه

حاملگیها را شامل می شود.

در حاملگی جفت ابتدا در ناحیه پایین تر از گردن رحم قرار دارد و با افزایش سن حاملگی

جفت به سمت بالاتر حرکت می کند.

• این ۳۸٪ جفت سر راهی، ۱۰٪ جفت سر راهی (نسبی)، ۱۰٪ جفت سر راهی (نسبی)، ۱۰٪ جفت سر راهی (نسبی) و ۱۰٪ جفت سر راهی (نسبی) است.



جفت سر راهی کامل



جفت سر راهی پارشیال (نسبی)



مارژینال



جفت پایین (لولاینگ)

جفت سر راهی انواع مختلف دارد:

کامل: جفت به طور کامل ورودی سرویکس را پوشانده

نسبی : جفت قسمتی از دهانه داخلی سرویکس را پوشانده.

حاشیه ای: مارژینال: جفت در حاشیه دهانه داخلی سرویکس قرار دارد.

Low Lying: منطقه ای بین جفت و دهانه داخلی وجود دارد.

جفت سر راهی

علت: ناشناخته

ریسک فاکتورهای جفت سر راهی: چند زایی، حاملگی زیاد، جراحی قبلی بر روی رحم
علائم: بدون درد، خونریزی روشن در حدود ۲۰ هفتگی به صورت خونریزی های روشن
خود به خودی و بدون درد شروع می شود و تمام می شود
پیش آگهی: بستگی به مقدار خونریزی و سن حاملگی دارد.

درمان: مانیتورینگ قلب جنین و کنترل V/S و مایع درمانی و O₂ دادن و ارزیابی
IXO (میزان مایع دریافتی و خروجی ادرار) و مقدار خونریزی و چک CBC و
استراحت مطلق. تعیین گروه خون و کراس مچ که در صورت نیاز خون تزریق
شود. سونوگرافی تعیین کننده که تشخیص جفت سر راهی را می دهد.

عدم معاینه داخل لگن و واژن زیرا ممکن است باعث خونریزی شود.

دکلمان جفت

جدا شدن جفت از دیواره رحم در سن حاملگی بیشتر از ۲۰ هفته در طول حاملگی که باعث خونریزی می شود و شدت خونریزی بستگی به میزان جدا شدگی دارد که معمولاً در حاملگی های چند زایی ایجاد می شود.

پیش آگهی جنین: بستگی به سن حاملگی و میزان خونی که از دست داده است دارد.
Grade 0: بصورت کامل جدا نشده است.

Grade I: جدا شدگی خفیف = خونریزی خفیف که باعث تغییر در علائم حیاتی مادر می شود.

Grade II: جدا شدگی متوسط است و نشانه هایی از دیسترس جنین وجود دارد و رحم مادر دچار تندرس و درد در لمس است.

Grade III: جدا شدگی کامل است = مادر و جنین در خطر مرگ هستند و فوراً باید مداخله درمانی انجام شود.

مفهوم دکلمان:

علت: ناشناخته است.

ریسک فاکتورها: عوامل خطر شامل: سیگار کشیدن، کوتاهی بند ناف، سن پایین مادر، فشار خون، پره اکلامپسی، مصرف کوکائین و ضربه به شکم مادر است.

علائم: تندرns دارند، خونریزی خفیف تامتوسط که بستگی به میزان جدا شدگی دارد.
جدا شدن کامل: دردش مانند احساس درد خنجرى است.

درمان: ارزیابی میزان خونریزی و کنترل خونریزی و ارزیابی ضربان قلب جنین و مادر .
کنترل علائم حیاتی و چک CBC و چک BGRH و کراس مچ
نوزاد ممکن است هایپوکسیک شود و اگر خونریزی مادر به اندازه ای بود که باعث شوک
شود حتما مقدمات سزارین اورژانسی را فراهم کنید.

تفاوت جفت سرراهی و دکلمان

پاتولوژی: جدا شدن ناگهانی جفت نرمال کاشته شده .

دکلمان: خونریزی واژینال ممکن است آشکار نباشد. ممکن است پشت جفت جمع شده باشد که اگر خونریزی قابل دیدن باشد معمولا خون تیره است و خونریزی به داخل رحم اتفاق می افتد و به همین علت خونریزی تیره است.

درد: تیز و خنجری است و رحم حالت یک تخته چوب سفت و سخت است.

پاتولوژی جفت سر راهی: کاشت جفت به صورت غیر نرمال پایین تر از حفره رحم خونریزی واژینالش به صورت خون روشن است و کاملا بدون درد است رحم نرم است و انقباضی ندارد.

سطح مایع آمنیوتیک غیر نرمال است.

مایع آمنیوتیک اینگونه ساخته می شود: خون از گردش خون مادر از طریق جفت به جنین می رسد و کلیه جنین ادرار داخل کیسه مایع آمنیوتیک می کند و اینگونه مایع آمنیوتیک ساخته می شود. و جنین مایع آمنیوتیک را می بلعد و آن را از طریق ادرار به داخل کیسه ترشح می کند.

پلی هیدرآمینوس: افزایش حجم مایع آمنیوتیک به بیش از ۲ لیتر که برای تشخیص نیاز به سونوگرافی دارد.

اندکس مایع آمنیوتیک ≤ 24 باشد.

اندکس مایع آمنیوتیک $8-23\text{cm}$ نرمال است. که افزایش حجم مایع آمنیوتیک ممکن است بصورت سریع باعث افزایش حجم رحم می شود.

ریسک فاکتورهاها:

ناهنجاری های جنین شامل: نوزاد ماکروزوم، جنین یا نوزاد دچار هیدروپس، آسیت، آب در کیسه دور قلب و یا دور ریه (پریکاردال و پلورال افیوژن)

- مالفورماسیون های اسکلتی شامل: در رفتگی مادرزادی هیپ یا لگن، پای چنبری، نواقص عضلانی

- اختلالات حرکت جنین مثل: اختلالات عصبی (CNS)

- اختلالات انسدادی دستگاه گوارش: که مانع بلع نرمال مایع آمنیوتیک می شود.

- ناسازگاری Rh

- شرح حالی از دیابت مادر

- اختلالاتی مثل اسپانیا بیفیدا

- آنانسفالی و هیدوسفالی

مرگ جنین ممکن است در نتیجه هیدر آمینوس شدید باشد .

پلی هیدر آمینوس مانند اولیگو هیدر آمینوس شایع نیست (اولیگو هیدر آمینوس شایع تر است).

پلی هیدر آمینوس

درمان پلی هیدر آمینوس: کنترل وزن، کنترل افزایش مایع آمنیوتیک (در طول ۱ تا ۲ هفته، آمینوسنتز کنیم).

وقتی آمینوسنتز می کنیم نیز سریعاً مایع آمنیوتیک جایگزین می شود بیشتر خانم های با پلی هیدر آمینوس خفیف نوزاد سالم دنیا می آورند.

اولیگو هیدر آمینوس: حجم مایع آمنیوتیک کمتر از ۱ لیتر باشد. کاهش حجم مایع آمنیوتیک اثر مخرب روی جنین دارد.

دلایل اولیگو هیدر آمینوس: نارسایی کلیه جنین است که باعث قطع شدن جریان ادرار، IUGR، حاملگی های پست ترم را، پارگی زودرس کیسه آب، اختلالات جنین و عملکرد خفیف جفت همه اینها باعث می شود خون به جنین نرسد و جریان ادرار کم شود و ایجاد اولیگو هیدر آمینوس کند.

مفهوم اولیگو هیدرآمینوس

ویژگی ها: دفورمیتیه‌های اسکلتی- صورت و پاچنبری، هایپوپلازی ریه، رشد ناکافی آلوئولهای ریه،

درتریمسردوم اولیگو هیدرآمینوس رخ می دهد.

خانم های بارداری که اولیگو هیدرآمینوس در سه ماهه دوم دارند اختلالات مادرزادی بیشتر و احتمال زنده ماندن جنینشان کمتر است نسبت به خانم هایی که اولیگو هیدرآمینوس در سه ماهه سوم دارند.

پیش آگهی : بستگی به شدت بیماری دارد.

درمان: ارزیابی دقیق مادر و جنین، انجام مکرر تست های بارداری، تعیین زمان دقیق زایمان، آنتی بیوتیک و کورتون برای مادران باردار با پارگی زودرس کیسه آب (PROM)

دلایل حاملگی نابجا:

1. باقی ماندن اسکار در لوله های فالوپ ناشی از عفونت کلامیدیا و گنوره
2. کاشته شدن تخم بیرون از حفره رحم معمولا قسمت ۱/۳ فوقانی لوله فالوپ به ندرت در تخمدان و سرویکس و حفره شکم ایجاد می شود.
3. می تواند باعث مرگ به علت خونریزی در حاملگی شود.
4. باعث کاهش باروری می شود.
5. ۱ در ۱۰۰ حاملگی ایجاد می شود.
6. معمولا به دنبال عفونت و یا جراحی لوله های فالوپ اتفاق می افتد.
7. در افراد با حاملگی نابجا قبلی شایع تر است.
8. در افراد با سقط های مکرر و در افرادی که با DES (دی اتیل استیل بسترول) مواجه داشته اند بیشتر دیده می شود.

علائم حاملگی نابجا:

دردهای کولیکی و کرامپی در قسمت پایین شکم ، پاره شدن لوله فالوپ، دردهای Sharp و تیز قبل از انتشار به منطقه لگن، خونریزی های شدید و سنگین که می تواند باعث درد شانه و احساس فشار در مقعد شود، تهوع و استفراغ در ۲۵-۵۰ درصد بیماران دیده می شود که ممکن است بیمار فکر کند دچار تهوع و استفراغ حاملگی شده است.

احساس سرگیجه و سبکی سر پیدا می کند و اگر لوله فالوپ پاره شود نبض ها ضعیف می شود. پوست بیمار pail (رنگ پریده) می شود و مریض دچار سنکوب (غش)

Faint می کند و مریض باید از نظر شوک سپتیک بررسی شود.

درمان: بایستی به صورت فوری جراحی جهت برداشتن و ترمیم لوله فالوپ انجام شود. اگر لوله ها تخریب نشده باشد متوترکسایت می تواند تقسیم سلولی در جنین را متوقف کند و باعث مرگ سلولی شود و بدنبال آن خونریزی اتفاق می افتد و این درمان با متوترکسایت بایستی در طول ۶ هفته انجام شود. زمانی که شانس پارگی لوله ها کم است.

ناسازگاری RH

RH(D)، ایمونوگلوبولینی است که روگام نامیده می شود وقتی گفته می شود مادری RH منفی است یعنی فاكتور RH را ندارد. اگر مادر سلول های RH مثبت جنین را دریافت کند مادر می تواند آنتی بادی علیه آنتی ژن RH مثبت جنین بسازد.

درمان: دریافت آنتی RH ایمونوگلوبولین (روگام) در هفته ۲۶ تا ۲۸ و زمان زایمان است. که مانع ساخت آنتی بادی در مادر RH منفی می شود.

ناسازگاری RH در جنین باعث تخریب RBC ها در جنین و افزایش سطح بیلی روبین می شود. اگر در سه ماهه اول بارداری خون مادر با ایمونوگلوبولین ($IgM\ RH^+$) مواجه داشته باشد آنتی بادی ها می تواند پیشرفت کرده و از سطح جفت عبور کند. البته اولین جنین با RH^+ معمولا دچار مشکل نمی شود و در دومین مواجه IgM به IgG تبدیل شده که می تواند از جفت عبور کرده و موجب تخریب سلول های خون جنین شود.

ناسازگاری گروه خونی مادر و جنین:

در صورتی اتفاق می افتد که مادر گروه خونی O و جنین گروه خونی A، B و یا AB داشته باشد. گروه خونی A، B، AB، شامل آنتی ژن هایی هستند که در گروه خونی O وجود ندارد.

گروه خونی O هم آنتی بادی های ضد آنتی ژن های A و B دارد. اگر تداخل خون مادر و جنین اتفاق بیفتد آنتی بادی های خون مادر به سلول های خونی جنین حمله کرده و موجب لیز RBC های جنین می شود.

که باعث ساخت بیلی روبین و ایجاد زردی می شود.

ناسازگاری گروه خونی ABO شدت کمتری از ناسازگاری RH دارد و معمولاً در اولین برخورد آنتی بادی های ضد آنتی ژن AB می تواند از جفت عبور کند و بیلی روبین افزایش پیدا می کند و نیاز به فتوتراپی دارد.

فشار خون حاملگی:

دلایل جهانی موربیدیتی و مرگ و میر مادری و جنینی ناشی از فشار خون حاملگی است. که باعث ۷۶۰۰۰ مرگ در سال می شود.

چهار طبقه بندی دارد:

1. فشار خون مزمن: افزایش فشار خون قبل از حاملگی که در ارتباط با وزن نمی باشد و پروتئین اوری و آسیب اندام های انتهایی تا بعد از حاملگی هم ادامه پیدا می کند.
2. پره اکلامپسی: افزایش فشار خون حاملگی در طی حاملگی که معمولاً بعد از ۲۰ هفته اتفاق می افتد و آسیب اندام های انتهایی در ۵۰ تا ۷۰ درصد موارد اتفاق می افتد.
3. Superimposed: فشار خون جدیدی که در حاملگی بر روی فشار خون مزمن مادر سوار می شود و شامل ۳۰-۱۵ درصد است.
4. فشار خون گذرا: افزایش فشار خون بیشتر از ۱۴۰/۹۰ بدون پروتئین اوری و آسیب اندام های انتهایی که در آن مادران باردار با فشارخون نرمال در انتهای حاملگی در طول زایمان یا ۲۴ ساعت بعد از زایمان دچار فشار خون می شوند و فشار خونشان تا ۱۰ روز بعد از زایمان نرمال می شود.

پره اکلامپسی

تعریف: فشار خون $140/90$ یا افزایش فشار خون سیستولیک 30 MMHg و فشار خون دیاستولیک 15 mmhg نسبت به قبل از حاملگی که خودش را با فشارخون - پروتئین اوری وادم صورت دست ها و قوزک پا نشان میدهد. می تواند اتفاق بیفتد در هر زمانی بعد از هفته 20 بارداری، معمولاً در مراحل انتهایی بارداری اتفاق می افتد و معمولاً تا بعد از حاملگی ادامه پیدا نمی کند. می تواند منجر به سندرم Hellp شود.

علائم عمومی پره اکلامپسی:

افزایش سریع وزن، ورم صورت و دست ها، سردرد، تغییرات بینایی (دوبینی، دیدن ذرات شناور، لکه بینی در جلوی چشمان)، سرگیجه، سنکوب، وزوز گوش، گیجی، تشنج، درد شکم، کاهش ادرار، تهوع و استفراغ، ادرار خونی و استفراغ خونی

پره اکلامپسی دو نوع دارد:

۱- خفیف ۲- شدید

- فشار خون خفیف : بدون آسیب اندام های انتهایی و پروتئین اوری اندک
- فشار خون شدید: فشار خون شدید دارند، پروتئین اوری زیاد وجود دارد، پروتئین اوری بیش از 5gr در روز و آسیب اندام های انتهایی به علت انقباض عروقی ایجاد می شود .
سر درد، تغییرات بینایی، گیجی، درد شکم، اختلال عملکرد کبد، افزایش بیلی روبین، کاهش ادرار، پروتئین اوری، ادم ریه، آنمی همولیتیک ، ترومبوسیتوپنی، عقب ماندگی ذهنی و رشد جنین و اکلامپسی (تشنج بدنبال پره اکلامپسی) دارند .

اکلامپسی:

تشنج و کما به دنبال انسفالوپاتی هایپرتانسیو ایجاد می شود. که معمولا مشکلات زیادی را به همراه دارد و حدود ۲٪ درصد از حاملگی ها و یا ۱در ۱۰۰۰ حاملگی را شامل می شود.

یکی از دلایل اصلی مرگ مادران باردار به علت خونریزی داخل مغزی است که شامل ۸ تا ۳۸ درصد مرگ مادران در بارداری می شود.

مادر دچار پرگلسمی باید بصورت اورژانسی سزارین شود.

ریسک فاکتورها:

- سن کمتر از ۲۰ سال یا بالاتر از ۴۰ سال
- حاملگی دوقلویی - سه قلویی
- حاملگی اول
- حاملگی مولار

عوامل همراه شامل: فشارخون، دیابت، بیماری های کلیوی و عروقی، شرح حال قبلی از پره اکلامپسی و اکلامپسی

آمار: ۵ درصد از همه حاملگی ها را در آمریکا شامل می شود.

دلایل: ناشناخته است

تئوری: واکنش ایمنی بدن مادر که باعث انقباض عروق محیطی کل سیستم بدن می شود که باعث تخریب سلول های اندوتلیال عروق و در نتیجه انقباض عروق و افزایش فشار خون می شود و روی همه ارگانهای بدن تاثیر می گذارد. خورسانی به کلیه، کبد، جفت، مغز را کاهش می دهد و می تواند باعث دکلمان و مرگ جنین و مادر شود.

درمان: معمولاً تنها درمان، ختم بارداری است که بستگی به عواملش دارد.

اکلامپسی دو نوع دارد:

خفیف و شدید

خفیف: استراحت در بستر. در خانه و یا بیمارستان کنترل شود.

آموزش های لازم به بیمار داده شود. به طور مکرر فشار خون چک شود. ادرار ۲۴ ساعته، آنزیم های کبدی، ضربان قلب جنین و سونوگرافی مکرراً انجام شود.

شدید: هدف جلوگیری از حرکات تشنجی و کنترل فشار خون مادر است که شامل فشار خون مساوی ۱۶۰/۱۱۰ و درد سر دل (اپی گاستر)، پروتئین اوری و ترومبوسیتوپنی (کاهش پلاکت کمتر از ۱۰۰/۰۰۰) می باشد.

سولفات منیزیم

اثرات سولفات منیزیم، اتساع برونش ها، جلوگیری از تشنج و کاهش فشارخون می باشد
برای جنین های نارس تزریق کورتون به مادر جهت بلوغ ریه های جنین لازم است
سولفات منیزیم بصورت پمپ انفوزیون آهسته می شود و معمولاً از طریق رگ اصلی به
مادر داده می شود و در طول زایمان و تا ۲۴ ساعت پس از آن داده می شود
بایستی علائم حیاتی و خروجی ادرار قبل از درمان چک شود . تعداد تنفس حداقل ۱۶ تا
در دقیقه باشد . سولفات منیزیم بوسیله کلیه ها دفع می شود پس در بیماران با
اختلالات کلیه نباید استفاده شود و در آنها دیلاتین یا والیوم استفاده می شود .
رفلکس پاتلا ، تعداد تنفس و وضعیت جنین هر ساعت چک شود
سطح منیزیم هر دو ساعت چک شود که باید حدود ۴ الی ۶ میلی اکی والان در لیتر
باشد .

علایم مسمومیت با منیزیم

افزایش فشار ناگهانی ، فلج تنفسی ، عدم رفلکس پاتلا که در صورت موارد فوق انفوزیون منیزیم بایستی قطع شود و بلافاصله اکسیژن و کلسیم گلوکونات به بیمار داده شود

سندرم HELLP

همولیز ، افزایش آنزیم های کبدی ، کاهش پلاکت می باشد و می تواند باعث DIC شود و ارگان هدف آن کبد است

وازواسپاسم

انقباض عروق می تواند باعث کاهش جریان خون به رحم و دیگر ارگانهای بدن شود که باعث افزایش فشارخون ، اختلالات بینایی ، کاهش حجم ادرار ، کاهش هماتوکریت و آنمی شود . درد سردل و یا ناحیه راست فوقانی و تندرns در این ناحیه به علت ورم کبد می باشد . ضعف و خستگی و زردی نیز دیده می شود . همولیز به علت تخریب سلولهای خونی موجب آنمی و افزایش آنزیم های کبدی و کاهش پلاکت و انقباض عروق محیطی می شود و در نتیجه علایم آسیب کبد ایجاد می شود .

چک CBC ، پلاکت ، PT ، PTT ، آنزیم های کبدی و اسید اوریک خون انجام شود.

DIC: اختلال انعقاد داخل عروقی منتشر

کواگولیشن :

انعقاد پذیری که یک اختلال حاد است . خون داخل تمام عروق بدن شروع به منعقد شدن می کند . گسترش فیبرین در مویرگ ها و شریانها اتفاق می افتد . بدن پلاکتها و فاکتورهای انعقادی را مصرف می کند که آن باعث افزایش ریسک خونریزی می شود . که باعث تخریب لخته های ایجاد شده می شود در نتیجه جریان خون کاهش پیدا می کند و تخریب بافتی زیاد می شود . بیشتر مواقع یک تشخیص ثانویه وجود دارد.

دلایل :

افزایش ترومبوپلاستین بافتی است که باعث تخریب عروق می شوند. آمبولی مایع آمنیوتیک و اکلامپسی، دکلمان، پره اکلامپسی، HELLP، تروما، سپسیس با باکتری های گرم منفی

مفهوم DIC : ارزیابی فیزیکی : علایم فیزیکی

پتشی، نواحی اکیموز روی پوست، نواحی هموراژیک غشاهای مخاطی بینی، لته ها و مناطق تزریق IM، IV

شوگ سپتیک شامل :

کاهش ادرار ، افزایش ضربان قلب ، تعریق بیش از حد ، تشنج می باشد.

تست های تشخیصی شامل: CBC ، PTT

یافته های آزمایشگاهی شامل :

پلاکت پایین ، فیبرینوژن ، کاهش فاکتورهای انعقادی

مداخلات شامل :

درمان شرایط زمینه ای عفونت ، پره اکلامپسی ، سقط ، خونریزی و شوگ می باشد.

اقداماتی که انجام می شود شامل:

- مایع درمانی با رینگر لاکتات
 - اکسیژن تراپی ۶-۱۰ لیتر در دقیقه
 - مانیتور خروجی ادرار که بایستی ۵۰-۳۰ CC در ساعت باشد
 - مانیتور علائم حیاتی
 - جایگزینی فاکتورهای انعقادی با PRBC یا PLT یا FFP .
- هیپارین ممکن است برای متوقف کردن بلوک مشکلات انعقادی داده شود

عوارض شامل :

صدمه به ارگانها و مرگ مادری می باشد

نارسایی سرویکس

دیلاتاسیون های بدون درد سرویکس که معمولاً در ابتدای حاملگی ایجاد می شود فردی که نارسایی سرویکس دارد می تواند سابقه سقط های غیر عمدی داشته باشد .

علت نارسایی سرویکس :

سرویکس کوتاه مادرزادی ، نوع بافت سرویکس ، در معرض DES قرار گرفتن

تشخیص : اولتراسوند

درمان : استراحت مطلق ، پوزیشن ترندلنبرگ + اگر پرده های جنینی بیرون است هیدریشن با مایع درمانی و توکولنزها داده شه



سرکلاژ

بستن سوراخ دهانه رحم بهتر است در ۱۰ تا ۱۴ هفتگی انجام شود .
نزدیکی نداشته باشند .

سرکلاژ را بعد از ۳۷ هفته بارداری باز می کنند . و ۸۰-۹۰ درصد موفقیت آمیز است .

دیابت

۴۱ درصد از سال ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۹ در آمریکا که ۴/۹ تا ۶/۹ تخمین زده شده که دیابت بارداری داشته اند .

عوامل مرتبط شامل : چاقی است .

از سال ۱۹۹۱، چاقی ۵۷ درصد علت دیابت در آمریکا بوده است در مادران بارداری که دیابت ملیتوس از قبل از بارداری داشته اند مرگ و میرهای حوالی تولد و موربیدیتی ها ۶ برابر بیشتر از شاخص جهانی است .

دیابت شایع ترین شکایت در بارداری است

مکزیک، پرتغالی، هندی، آمریکایی، هندی های آسیایی و هاوایی ها بیشترین میزان دیابت را نسبت به اسپانیایی ها و سفید پوستان و سیاه پوستان داشته اند .

دیابت حاملگی که **GDM** نامیده می شوند

اختلال عدم تحمل گلوکز در بارداری ، دیابت حاملگی نامیده می شود . که بعد از ۲۰ هفته شروع می شود که بدون هیچ بروزی از ناهنجاری می باشد .

۲۰ درصد بیماران پیش زمینه دیابت تیپ ۲ را در حاملگی دارند . اگر تیپ ۱ و ۲ در تریمستر اول وجود داشته باشد با احتمال بیشتر آنومالی همراه است .

۴ درصد از بارداری ها تحت تأثیر قرار می گیرند که ممکن است نیاز به انسولین داشته باشند یا نداشته باشند

ریسک های مادری ناشی از دیابت حاملگی شامل :

اختلالات فشارخون ، پلی هیدر آمنیوس ، ماکروزومی و افزایش میزان سزارین می باشد

ریسک های جنینی ناشی از دیابت حاملگی شامل :

تروما های زمان تولد ، دیستوشی شانه ، افت فشارخون ، زردی ، دیسترس تنفسی ،
ترومبو سیتوپنی (کاهش پلاکت ها) ، هیپوکلسمی (کاهش کلسیم خون) و مرگ
جنین می باشد

پاتوفیزیولوژی دیابت حاملگی :

هورمونهای زمان بارداری که شامل استروژن، پرولاکتین، کورتیزول، پروژسترون هستند باعث بلوک گیرنده های انسولین بعد از ۲۰ هفته بارداری می شوند .

باعث می شود که قند در گردش خون افزایش پیدا کند پس انسولین بیشتری برای تنظیم

قند در گردش خون ترشح می شود که این عامل باعث می شود احساس گرسنگی به

مادر دچار دیابت دست دهد و باعث افزایش وزن و اشتهای بیمار شود

غربالگری دیابت بارداری

همه خانم های باردار در هفته ۲۴ تا ۲۸ هفتگی بایستی غربالگری شوند . آنهایی که ریسک بالاتری دارند باید در تریمستر اول / اولین ویزیت پری ناتال و هفته ۲۴ تا ۲۸ غربالگری شوند .

چه افرادی HYRISK هستند؟

1. سابقه فامیلی دیابت
 2. دیابت حاملگی در بارداری قبلی
 3. چاقی خیلی واضح
 4. وجود گلوکز در ادرار
 5. سن بالاتر از ۳۰ سال مادر
 6. سابقه نوزاد با وزن بیشتر از ۴ KG
 7. بعضی نژاد های خاص مثل : اسپانیایی ها ، آمریکایی های بومی ، آسیای جنوب شرقی ، آمریکایی های آفریقایی تبار و جزایر اقیانوس آرام
- اگر نتایج منفی بود دوباره ۲۸-۲۴ هفتگی باید برایشان درخواست گردد.

پایان