

به نام خدا

مراقبت ها و ارزیابی قبل از بارداری در افراد با سابقه بیماری های قلبی

دکتر مائده ملاعلی پور
متخصص زنان و زایمان
استادیار دانشگاه علوم پزشکی بابل



مقدمه

در سالهای اخیر مرگ و میر مادران به دلیل بیماریهای قلبی در کشور ۱۰ درصد بوده که بسیاری از آنها قابل پیشگیری بوده اند.

اختلالات قلبی با شدتهای متغیر تقریبا در ۱ تا ۴ درصد حاملگی ها دیده میشود و دخالت چشمگیری در میزان موربیدیتی و مرگ و میر مادری دارد.

علل افزایش شیوع بیماری قلبی در بارداری عبارتند از : چاقی ، فشار خون بالا ، دیابت ، افزایش سن زنان باردار ، افزایش بقا در زنان مبتلا به بیماری مادرزادی قلب ، افزایش تشخیص بیماری قلبی ،

تطابق
فیزیولوژیکی در
بارداری

در هفته ۳۲ برونده قلبی ۴۰ تا ۵۰ درصد افزایش می یابد، ۷۵ درصد این افزایش در انتهای سه ماهه اول اتفاق می افتد.
وضعیت افزایش انعقادپذیری در بارداری موجب افزایش ریسک ترومبوامبولی میشود
افزایش فعالیت انزیم کبدی ، فیلتریشن گلومرولی ،افزایش حجم پلاسما ،تغییرات اتصال پروتئینی ،کاهش البومین سرم که تغییرات زیادی در فارماکوکینتیک دارو ها اتفاق می افتد

تأثیر بیماری قلبی مادر بر جنین و نوزاد

اگر خانم باردار بیماری قلبی مادرزادی داشته باشد خطر ابتلا در نوزاد بیشتر از حد معمول است.
اصلاح برخی بیماری های مادرزادی در پیش از بارداری موجب کاهش بروز ابتلای جنین هنگام بارداری میشود.
در صورت ابتلای جنین تقریباً ۵۰ درصد همان ناهنجاری مادر را دارد.

در بارداری همراه با بیماری قلبی مادر، زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد و تاخیر رشد داخل رحمی شایع است.



شناسایی خانم مبتلا به بیماری قلبی پیش از بارداری

ابتلای کنونی یا سابقه بیماری قلبی

درد قفسه سینه، درد شکم بخصوص اپیگاستر (بعد از رد علل غیر قلبی) سنکوب، تپش قلب، تنگی نفس، اورتوپنه، سرفه شبانه، هموپتیزی

فشار خون مساوی یا بیشتر از ۱۴۰/۹۰
برادیکاردی یا تاکی کاردی قابل توجه (نبض کمتر از ۵۰ یا بیشتر از ۱۰۰) تاکی پنه (تنفس بیشتر از ۲۰ در دقیقه)

هرگونه سمع غیر طبیعی

ادم اندام، چماقی شدن انگشتان، سیانوز انگشتان، زبان، لبها، اتساع وریدهای گردنی، آسیت، عروق برجسته شکمی، ارگانومگالی

اخذ شرح حال شامل:
ابتلا یا سابقه بیماری قلبی
علائم خطر
فشار خون، نبض، تنفس
سمع قلب و ریه
معاینه اندام ها و شکم

ارجاع به
متخصص قلب یا
داخلی
ادامه مراقبت ها
با توجه به باز
خورد

نکته

سمع غیر طبیعی مانند سوفل
سیستولیک یا دیاستولیک، شنیدن
صدای سوم، آریتمی، دوگانگی یا
انفکاک پابرجای صدای دوم
قلب، وجود معیار های هایپرنتشن
ریوی

در صورت سابقه بیماری مادرزادی
یا مرگ ناگهانی در بستگان نزدیک
،احتمال وجود بیماری قلبی در خانم
باید مدنظر قرار بگیرد.



مشاوره قبل از بارداری

همه خانم هایی که بیماری شناخته شده قلب و ائورت دارند و قصد بارداری دارند نیازمند مشاوره به موقع هستند
باید زمینه های عاطفی، فرهنگی، روانی، چالش های اخلاقی مد نظر قرار گیرد
بیماران های ریسک باید در سنین پایین تر تصمیم به بارداری گیرند

برای محاسبه ریسک حداقل اقدامات : نوار قلب، اکوکاردیوگرافی، تست ورزش

در بیماران با پاتولوژی های ائورت : سی تی انژیوگرافی کامل یا ام ار ای

حداکثر ضربان قلب و اشباع اکسیژن در پیش بینی وضعیت مادری موثر است

مدیریت چند تخصصی باید ایجاد شود و با بیمار بحث شود
توجه به اضافه وزن، سیگار کشیدن، مصرف الکل بسیار مهم است

خانم با بیماری قلبی در ریسک افزایش عوارض قلبی مامایی است: زایمان زودرس
،پراکلامپسی، خونریزی بعد از زایمان

در خانم با عوارض بالا مشاوره قبل از بارداری حول و حوش زایمان در مرکز مجهز و
چند تخصصی انجام شود

حداقل اعضای تیم، کاردیولوژیست، متخصص زنان و بیهوشی



مراقبت های پیش از بارداری در خانم مبتلا به بیماری قلبی

در صورتی که باردار مورد شناخته شده بیماری قلبی است قبل از اقدام به بارداری باید برای مشاوره به متخصص زنان ارجاع شود
فانکشن کلاس قلبی تعیین شود

ارزیابی شود ..وضعیت کنونی قلب با اکو و
برای بررسی سلامت دندان ها به دندانپزشکی ارجاع شود
درمان مطلوب دارویی و جراحی تعیین و توصیه شود

در صورتی که بارداری کنترل اندیکاسیون دارد روش پیشگیری کم خطر توصیه گردد
اگر بیماری از نوع مادرزادی ارثی هست همه افراد درجه اول بررسی شوند

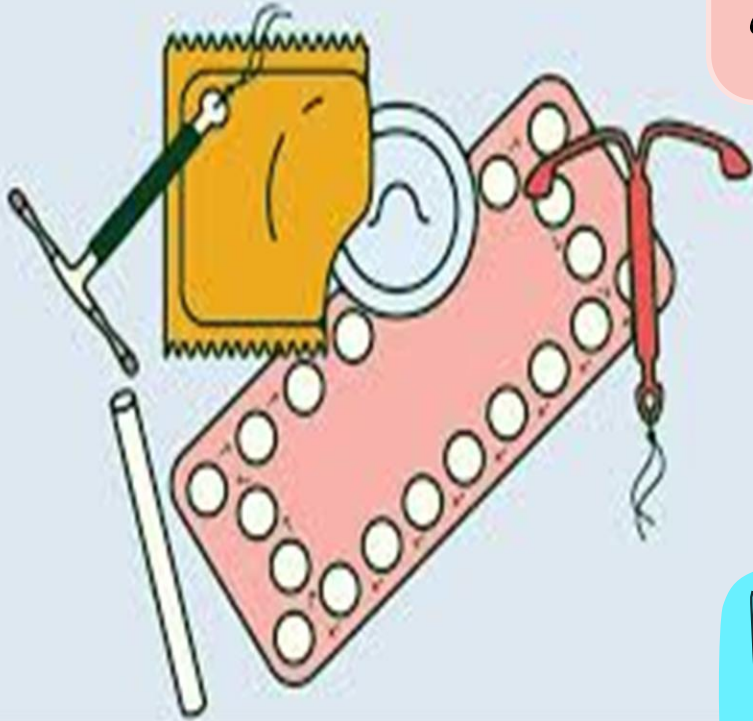


جدول یک – فانکشن کلاس قلب (طبقه بندی انجمن قلب نیویورک NYHA Class)

این زنان فاقد علائم نارسایی قلب هستند و دچار درد آنژیینی نمی شوند	کلاس یک بدون مخاطره (عدم محدودیت فعالیت فیزیکی)
این زنان در حالت استراحت راحت هستند اما فعالیتهای فیزیکی معمول در آنان سبب بروز ناراحتیهایی مانند خستگی مفرط، تپش قلب، تنگی نفس و درد آنژیینی می شوند	کلاس دو محدودیت اندک فعالیت فیزیکی
این زنان در حال استراحت راحت هستند اما فعالیتهای فیزیکی کمتر از معمول در آنان سبب خستگی مفرط، تپش قلب، تنگی نفس و درد آنژیینی می شوند	کلاس سه محدودیت شدید فعالیتهای فیزیکی
ممکن است علائم نارسایی قلب یا آنژین حتی در هنگام استراحت نیز رخ بدهد. در صورت انجام هر گونه فعالیت فیزیکی ناراحتی افزایش می یابد	کلاس چهار وضعیت شدیداً مخاطره آمیز (ناتوانی در انجام هر گونه فعالیت فیزیکی بدون ناراحتی)

فواصل پیگیری با توجه به نظر تیم مراقبت قلب و بارداری	ضایعات قلبی	کلاس ۱ سازمان جهانی بهداشت Conditions in which 1 pregnancy risk is WHO
یک یا دو بار در حاملگی	<ul style="list-style-type: none"> • موارد زیر با درجات خفیف، کم یا بدون عارضه: <ul style="list-style-type: none"> ○ تنگی پولمونر ○ مجرای شریانی باز ○ پرولاپس میترال • ترمیم موفق ضایعات ساده زیر: <ul style="list-style-type: none"> ○ نقص دیواره دهلیزی یا بطنی ○ مجرای شریانی باز ○ آنومالی در درناژ ورید ریوی • ضربان خارج دهلیزی یا بطنی به تنهایی اپزوله 	در این شرایط افزایش خطر مرگ مادر وجود ندارد، عوارض وجود ندارد یا کم است.
کلاس ۲ سازمان جهانی بهداشت (WHO 2 (if otherwise well and uncomplicated)		
هر تریمنستر یک بار	<ul style="list-style-type: none"> • موارد زیر در صورتی که شرایط مناسب و بدون عارضه باشد: <ul style="list-style-type: none"> ○ نقص دیواره بطنی یا دهلیزی جراحی نشده ○ تنرالوژی فالوت ترمیم شده 	در این شرایط خطر مرگ کمی افزایش اما احتمال عوارض تا حد متوسط افزایش می یابد
کلاس ۲ تا ۳ سازمان جهانی (با توجه به وضعیت بیمار) (WHO 2 – 3)		
هر دو ماه تا یک ماه	<ul style="list-style-type: none"> • اختلال خفیف در عملکرد بطن چپ • کاردیو میوپاتی هیپرتروفیک • بیماری مادر زادی دریچه ای یا نسج دریچه که در طبقه بندی یک یا چهار سازمان جهانی بهداشت قرار نمیگیرد • سندروم مارفان بدون دیلاتاسیون • قطر آئورت کمتر از ۴۵ میلیمتر (در بیماری آئورت مرتبط با دریچه دولتی آئورت) • کوآرکتاسیون ترمیم شده 	
کلاس ۳ سازمان جهانی بهداشت		
هر یک ماه تا دو ماه	<ul style="list-style-type: none"> • دریچه مصنوعی مکانیکی • بطن راست سیستمیک • گردش خون فونتان • بیماری های سیاتوتیک قلب (ترمیم نشده) • سایر ناهنجاری های مادر زادی عارضه دار • دیلاتاسیون آئورت ۴۵-۴۰ میلیمتر در سندروم مارفان • دیلاتاسیون آئورت ۵۰-۴۵ میلیمتر در بیماری آورتیک مرتبط با دریچه دولتی آئورت 	در این شرایط خطر مرگ و یا عوارض بطور قابل توجهی افزایش می یابد . مشاوره تخصصی لازم است . در صورت بارداری مراقبت تخصصی متخصصین قلب و زنان در طی بارداری، زایمان و پس از زایمان لازم است
کلاس ۴ سازمان جهانی بهداشت		
Conditions in which pregnancy risk is WHO 4 (pregnancy contraindicated)		
هر یک ماه یا هر ۲ هفته . ممکن است از تریمنستر سوم نیاز به بستری باشد	<ul style="list-style-type: none"> • افزایش فشار خون شریانی ریوی به هر دلیل • اختلال عملکرد بطنی شدید سیستمیک (NYHA III-IV, LVEF<30%) • سابقه کاردیومیوپاتی پری پارتوم با هر نوع عملکرد مختل بطن چپ • تنگی شدید میترال . تنگی شدید علامتدار آئورت • سندروم مارفان یا دیلاتاسیون آئورت بیشتر از ۵۰ میلیمتر • دیلاتاسیون آئورت بیشتر از ۵۰ میلیمتر در بیماری آئورت مرتبط با دریچه دولتی آئورت • کوآرکتاسیون شدید مادر زادی 	در این شرایط خطر مرگ و یا عوارض افزایش بسیار قابل توجهی دارد . ختم بارداری باید مد نظر باشد اما اگر بارداری ادامه یابد ادامه مراقبت ها مانند کلاس سه انجام شود.

روش های پیشگیری از بارداری در بیماران قلبی



روش های خوراکی با دوز کم استروژن (۲۰ تا ۳۰ میکرو استرادیول) در بیماران زیر میتوان تجویز نمود:

احتمال ترومبوز یا لخته در آنها کم باشد

میزان شکست روش در آنها کم باشد(مصرف قرص را فراموش نمیکنند و سیگاری نیستند)



روش های پروژسترونی

قرص های پروژسترونی تنها و ایمپلنت های پروژسترونی عموماً در تمام بیماری های قلبی میتوانند استفاده شوند

دیوپروورا در بیماران مبتلا به نارسایی قلب مناسب نیست زیرا تمایل به احتباس مایعات دارد

در بیماران تحت درمان وارفارین در صورت تجویز دیوپروورا برای کاهش خطر هماتوم کمتر از ۲،۵-۲ باشد و بعد از تزریق کمپرس سرد استفاده شود

بیماری قلبی پیشرفته بویژه مثل افزایش فشارخون ریوی قرص پروژسترونی، دیو، ایمپلنت توصیه میشود، در صورت سزارین توپکتومی مد نظر قرار گیرد

در صورت نیاز به استفاده از روش اورژانسی پیشگیری از بارداری میتوان از قرص حاوی لوونورژسترون استفاده کرد

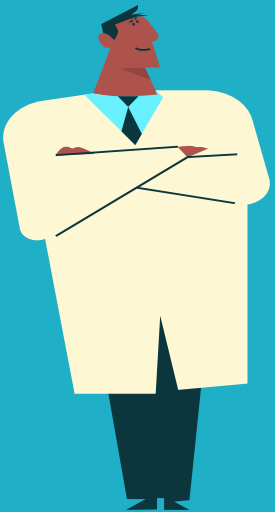
ای یو دی حاوی لوونورژسترون (میرنا)

برای بیماری های قلبی پیشرفته مثل فونتان و ایزمنگر فقط زمانی که قرص های خوراکی پروژسترونی یا پوستی قابل قبول نباشد از ای یو دی استفاده شود

ای یو دی حاوی لوونورژسترون خونریزی قاعدگی را ۴۰ تا ۵۰ درصد کاهش میدهد
برای زنانی که روش قابل برگشت میخواهند و بیماری سیانوتیک ندارند و خطر عفونت های جنسی در آنها کم است ای یو دی یک انتخاب است

کارگزاری آن در بیمارستان باشد
در زنان مبتلا بیماری سیانوتیک و عروق ریوی موثر ترین و بی خطر ترین روش پیشگیری بستن لوله ها یا ای یو دی میرنا است

در هنگام جایگذاری
برای پیشگیری از عفونت انتی بیوتیک توصیه میشود



ای یو دی مسی

در زنان انمیک یا سیانوتیک یا هماتوکریت بیشتر از ۵۵ درصد توصیه نمیشود. به دلیل اینکه نقایص هموستاتیک داخلی خطر خونریزی قاعدگی زیاد را افزایش داده که در ای یو دی مسی بیشتر است.



تعبیه ان باید در بیمارستان باشد.

تجویز انتی بیوتیک توصیه میشود.

در صورتی که خونریزی حین قاعدگی زیاد باشد ای یو دی خارج شود





جهت انتخاب نوع روش لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی با
متخصص بیهوشی مشاوره گردد

توبکتومی در بیماران با ریسک بالا کم خطر است

در بیماران با سابقه جراحی فونتان و فشار خون بالای
ریوی و بیماری سیانوتیک قلبی توبکتومی با لاپاراسکوپی
بیخطر نخواهد بود و مینی لاپاراتومی توصیه میشود

انتهی بیوتیک پروفیلاکسی توصیه میگردد

توبکتومی



روش های ممانعتی

کاندوم و دیافراگم با یا بدون اسپرمیسید تقریباً
خطر عوارض ندارند ولی نسبت به سایر روش
ها کمتر موثر هستند و میزان شکست زیادی
دارند

بنابراین در زنانی که به دلیل وضعیت قلبی باید
به طور مطلق از بارداری پیشگیری کنند
توصیه نمیشود



Do you have any
questions?

Thank You!

