

دکتر رقیه پورکیا

فلوشیپ اکوکاردیوگرافی


استادیار گروه قلب و عروق





جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت . معاونت درمان

راهنمای تشخیص و درمان بیماری کووید-۱۹ در بارداری



اندیکاسیونهای درخواست مشاوره قلب در مادران
مبتلا یا مشکوک به کووید - ۱۹

۱- وجود سابقه یا ابتلای کنونی به هر بیماری قلبی مثل سابقه اختلالات دریچه ای، بیماریهای مادرزادی،

کاردیو میوپاتی، سابقه جراحی ها یا اقدامات مداخله ای قلبی، بیماریهای ایسکمی قلب و غیره

۲- وجود هر ریسک فاکتور مستعد کننده بیماری قلبی مانند دیابت، سابقه فشار خون بالا، استعمال دخانیات،

چاقی (با معیار شاخص توده بدنی بیشتر یا مساوی ۳۰) و بارداری دو یا چند قلویی، پره اکلمپسی و کلیه ی

بیمارانی که اساسا با توجه به پروتکل کشوری حاملگی و قلب نیاز به مشاوره داشته اند

۳- افزایش پیشرونده سطح تروپونین به بیشتر از ۲ برابر پایه یا ۹۹% پرسانتایل در طی ۴۸ ساعت از زمان

بستری

نکته : در بیماران مشکوک یا مبتلا به کوید - ۱۹ در صورت بارداری در بدو بستری باید تروپونین اندازه گیری

شود

۴_یکی یا بیشتر از شواهد زیر در بررسی CT scan قفسه سینه و یا Chest X ray

مایع پریکارد بیشتر از حد خفیف

وجود مایع پلور

در گیری پاراکاردیال یا سنترال که نسبت به درگیری پریفرال یا ساب پلورال ،

dominant باشد

وجود کلسیفیکاسیون دریچه، کرونر و یا پریکارد

کاردیومگالی واضح در CT scan قفسه سینه یا کاردیومگالی

نامتناسب (disproportionate) با برداری در Chest x ray

۵ - وجود تغییرات واضح در نوار قلب طی روزهای مختلف یا وجود هر یک از موارد زیر:

- a. Sustained supra ventricular or ventricular arrhythmia ➤
- b. AV block ➤
- c. Significant ST-T changes ➤
- d. Prolonged QT ➤

۶- وجود سوفل قلبی پاتولوژیک در سمع قلب یا هر گونه تغییر در سمع قلب در مقایسه با یافته های اولیه

۷- افزایش ضربان قلب (بیشتر از ۱۲۰ ضربه در دقیقه) یا کاهش ضربان قلب (کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه)

۸- کاهش فشار خون با معیارهای زیر:

الف - اگر بیمار قبلاً مبتلا به پر فشاری خون نبوده است: فشار خون سیستولیک کمتر یا مساوی ۹۰ میلیمتر جیوه که با علائم شوک همراه باشد یا معیار MAP کمتر یا مساوی ۶۵ mmHg

ب- اگر بیمار قبلاً مبتلا به پرفشاری خون بوده است: کاهش بیشتر یا مساوی ۴۰ میلیمتر جیوه در فشار خون سیستولیک نسبت به فشارخون پایه بیمار

۹- تیتراژ آزمایشگاهی NTproBNP بیشتر از ۴۵۰

۱۰- بروز ادم جنرالیزه

۱- در صورتی که عالیم بیمار با بیماری کوید - ۱۹ به تنهایی قابل توجیه نیست

۱۲- پس از احیای موفق

الزم است در موارد اندیکاسیون: مشاوره قلب در سریعترین زمان ممکن و توسط کاردیولوژیست صورت پذیرد.



**اندیکاسیونهای درخواست اکوکاردیوگرافی در
مادران مبتلا یا مشکوک به کووید-۱۹:**

۱- وجود وضعیت شوک State Shock

۲- بروز آریتمی جدید به جز PVC Isolated یا PAC Isolated

۳- کاردیومگالی قابل توجه در Scan CT قفسه سینه

۴- وجود پریکاردیال افیوژن بیشتر از Mild در Scan CT قفسه سینه

۵- تیترا آزمایشگاهی NTproBNP بیشتر از ۴۵۰

۶- تغییرات نواری جدید و Significant مانند بروز بلوک یا تغییرات T-ST مهم

۷- بروز ادم جنرالیزه

۸- بیمارانی که بیماری قلبی شناخته شده دارند و تابلوی تشدید علائم بیمار با عوارض

ناشی از کوید - ۱۹ قابل توضیح نیست

۹- در صورتی که پس از انجام مشاوره قلب و طبق صلاحدید کاردیولوژیست بیمار نیاز به

اکوکاردیوگرافی داشته باشد

در مبتلایان به بیماری کووید ۱۹ نوعی از اختلال انعقادی دیده می شود که تحت عنوان کووید کواگولوپاتی شناخته میشود. در این نوع اختلال انعقادی افزایش سطح مارکرهای التهابی و فیبرینوژن و دی دایمر دیده میشود و در ابتدای تظاهر، اختلال در تست های PTT، PT و شمارش پلاکتی ناشایع است. این نوع اختلال انعقادی با بروز حوادث ترومبوآمبولی همراه است.

وجود شواهد انعقاد منتشر داخل عروقی با پیش آگهی نامطلوب در این بیماران همراه می باشد. در مطالعات نشان داده شده است که استفاده از پروفیلاکسی با انوکسپارین یا هپارین در موارد شدید بیماری کووید-۱۹ یا بیمارانی که سطح دی دایمر بیشتر از ۶ برابر نرمال دارند باعث کاهش مرگ و میر شده است.

در این زمینه رعایت موارد زیر حائز اهمیت است:

۱. در تمام مادران بارداری که به دلیل ابتلا به بیماری کووید ۱۹ در بیمارستان بستری می شوند، پروفیلاکسی دارویی به وسیله انوکسپارین یا هپارین توصیه می شود. در مادران بارداری که بنا به دلایل مامایی بستری شده اند یا در مراحل بدون علامت بیماری یا خفیف هستند پروفیلاکسی دارویی بر اساس دستور عمل ارائه خدمات مامایی و زایمان انجام شود.

۲. در انتخاب دوز و نوع داروی ضد انعقاد پروفیلاکسی میزان خطر خونریزی، عملکرد کلیوی،

شمارش پلاکتی و وزن بیمار باید مورد توجه قرار گیرد.

۳. در بیماران بستری در بیمارستان که شرایط بالینی critical ندارند، در بخش های مراقبت

ویژه بستری نیستند، پس از ارزیابی خطر خونریزی دوز استاندارد پروفیلاکسی آنتی
کواگولانت توصیه میگردد. در موارد نزدیک به زایمان و یا بلافاصله پس از زایمان در صورت
اندیکاسیون تجویز هپارین ارجح است.

○ زنان باردار نزدیک به زایمان که در مرحله شدید یا بحرانی بیماری نیستند: BD SQ/5000u

UFH در بیماران با BMI ≥ 40: Heparin 7500 IU SC BD

○ در زنان باردار با فاصله چندین روزه تا زایمان و یا پس از زایمان: Daily md 40 Enoxaparin

و در بیماران BMI ≥ 40: Enoxaparin 60 mg SC Daily

۴. در بیمارانی که شرایط بالینی critical دارند، در بخش های مراقبت ویژه بستری می باشند،

پروفیلاکسی با دوز متوسط آنتی کواگولانت توصیه میشود. دوز متوسط عبارت است از:

انوکساپارین ۶۰ میلی گرم یک بار در روز و یا هپارین ۷۵۰۰ واحد دو بار در روز زیر جلدی.

۵. تغییر دوز داروی آنتی کواگولانت پروفیلاکسی صرفا بر اساس عدد دی دایمر توصیه نمی شود.

۶. در بیمارانی که تست های انعقادی مختل دارند تصمیم گیری در مورد استفاده از آنتی کواگولانت

پروفیلاکسی در تیم چند تخصصی مدیریت بحران سلامت مادران آن بیمارستان/دانشگاه انجام

شود.

۷. در بیمارانی که منع مصرف داروهای آنتی کواگولانت دارند، استفاده از روش های پروفیلاکسی مکانیکال مانند tocking compression توصیه میشود.

۸. در صورت شواهدی به نفع ترومبوآمبولی تشخیص و درمان مطابق دستور عملهای اداره سلامت مادران اقدام گردد.

۹. بیمارانی که به علل مدیکال دیگری تحت درمان با آسپیرین هستند، پس از بستری به علت کوید ۱۹ ادامه آسپیرین با مشاوره پریناتولوژیست / intensivist توصیه می شود.

• ضمن رعایت مراقبت های مربوط به شروع دارو های ضد انعقاد مانند زمان جراحی، مواردی که تجویز این داروها بدون

انجام تستهای تشخیصی پیشنهاد می گردد عبارتند از:

□ بیماران اینتوبه که به صورت ناگهانی دچار شواهد بالینی مثل کاهش اشباع اکسیژن و آزمایشگاهی ترومبوآمبولی می شوند.

□ وجود عالیم بالینی منطبق بر ترومبوز روی ارتریال لاین یا کاتتر CVP مانند ترومبوفلیت سطحی یا ایسکمی و سیانوز

محیطی یا ترومبوز فیلتر و یا کاتتر دیالیز یا وجود پورپورای مشبک purpura retiform در اندامها

□ در بیماران با نارسایی تنفسی به خصوص وقتی دی دایمر و یا فیبرینوژن بسیار بالا باشد علت دیگری مانند سندروم

زجر تنفسی حاد یا اورلود توجیه کننده علائم بیمار نباشد و ترومبوآمبولی بسیار مورد ظن باشد.

□ بیمارانی که تحت درمان با ECMO یا CRRT قرار می گیرند.



Thank you
for your
attention