

به نام خدا

دستور عمل مراقبت از بیماران قلبی در بارداری، زایمان و پس از زایمان

۱۳۹۵/۳/۸

دکتر صدیقه حنطوش زاده

متخصص بیماریهای زنان - پریناتولوژیست

دانشگاه علوم پزشکی تهران . بیمارستان ولی عصر (عج)

برنامه ریزی برای لیبر و زایمان

هفته ۳۲ تا ۳۴ باید تیم درمان (متخصصین زنان، قلب، بیهوشی) بیمار را ویزیت کرده و پس از بررسی عملکرد قلب و وضعیت مامایی در خصوص موارد زیر تصمیم گیری نمایند

توجه به شرایط مادر محل زایمان مشخص شود. ممکن است نیاز باشد بیمار در بیمارستانی بستری شود که به متخصص قلب و اتاق CCU (یا ICU) دسترسی باشد. نکته: در صورتی که مادر به هر دلیل بیمارستان دیگری غیر از بیمارستان معرفی شده مراجعه نماید، باید برای وی پرونده اورژانس تشکیل دهد، مشاوره قلب و استاد معین زنان انجام و در صورت نیاز به مرکز مجهز اعزام و پذیرش شود. اعضای تیم مراقبت از مادر مشخص شوند. متخصص زنان و متخصص قلب هر دو مسئول بیمار می باشند

توجه به عملکرد قلب و شرایط مامایی روش زایمان (سزارین یا زایمان طبیعی) و زمان بستری (قبل شروع علائم زایمانی یا با شروع علائم زایمانی) مشخص شود

ش مناسب پیشگیری از خونریزی پس از زایمان بررسی شود

توجه به دستورعمل کشوری و همچنین نوع بیماری قلبی، نیاز به دریافت داروی ضد انعقاد برای پیشگیری از ترومبوز پس از زایمان ارزیابی گردد

ت اقامت در بیمارستان با توجه به وضعیت مامایی و قلبی تعیین گردد

صورتی که بارداری بعدی برای بیمار کنتراندیکاسیون دارد، قبل از ختم بارداری جهت توبکتومی یا سایر روشهای مطمئن پیشگیری از بارداری مشاوره انجام شود

تصمیم گیری برای روش زایمان

عموما سزارین برای مواردی که اندیکاسیون مامایی دارند باید انجام شود. در موارد زیر سزارین توصیه می شود (اندیکاسیونهای بیماری قلبی) دیلاتاسیون ریشه آئورت بیشتر از ۴ سانتیمتر یا آنوریسم آئورت نارسایی احتقانی شدید قلبی حاد سکته قلبی اخیر (طی یک ماه قبل)

نیاز به تعویض دریچه بلافاصله بعد از زایمان بطور اورژانسی
دایسکشن آئورت حاد یا مزمن

اشکال شدید افزایش فشار خون ریوی (شامل سندرم آیزن مینگر)

بیمارانی که ضد انعقاد خوراکی مصرف می کنند و زایمان زودرس دارند

انسدادهای شدید سمت چپ قلب (Left Side Severe Obstruction) شامل: تنگی شدید علامتدار دریچه آئورت، تنگی شدید علامتدار دریچه میترال، کوآرکتاسیون آئورت

اگر امکان مدیریت لیبر و زایمان برای زایمان واژینال در بیمار قلبی (انجام بیدردری، کاهش اثرات مانور والسالوا، انجام مانیتورینگ قلب بخصوص اگر مانیتورینگ تهاجمی ضرورت دارد) فراهم نباشد در مورد روش زایمان باید با توجه به شرایط تصمیم گیری شود

در صورت قریب الوقوع بودن زایمان، در مورد روش زایمان باید با توجه به شرایط تصمیم گیری شود

داره لیبر و زایمان پس از بستری

پس از بستری، مشاوره با متخصص قلب و بیهوشی انجام و عملکرد قلب بررسی شود در صورتی که روش زایمان، سزارین تعیین شده، با رعایت سایر ملاحظات بالینی سزارین انجام شود

در صورتی که روش زایمان، زایمان واژینال تعیین شده و در مورد عملکرد یا جریان خون قلب اطمینان وجود ندارد، با رعایت سایر ملاحظات بالینی، اینداکشن در شرایط تحت کنترل توصیه می شود

کته : عملکرد قلب بر اساس وضعیت آناتومیک، فشار خون ریوی و EF تعیین می شود

در موارد نیازمند اینداکشن، با توجه به وضعیت سرویکس اقدامات زیر انجام شود:

سرویکس نامناسب است (بیشاب اسکور کمتر از ۴) : در صورت نامناسب بودن سرویکس، روشهای مختلفی می توان سرویکس را مناسب و سپس اینداکشن را شروع کرد (مراجعه به مبحث مربوطه)

سرویکس مناسب است (بیشاب اسکور ۴ و یا بیشتر) : در زنان باردار با سرویکس مناسب اینداکشن معمولاً فقط نیاز به تجویز اکسی توسین و آمنیوتومی دارد

نکات مربوط به Ripening سرویکس و القای زایمان

شرایط و نحوه انجام Ripening سرویکس و القای زایمان در راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان نوشته شده است. در مورد بیماران قلبی به نکات زیر توجه شود:

نحوه اینداکشن با اکسی توسین تفاوتی با سایر مادران ندارد ولی به حجم مایع دریافتی باید توجه ویژه شود

پروستاگلاندین E2 (دینوپروستون) اثرات بیشتری بر فشار خون دارد و در موارد بیماری قلبی عروقی فعال کنتراندیکاسیون دارد

در زنان با سرویکس نامناسب برای پیشگیری از خستگی باید از اینداکشن طولانی مدت اجتناب شود

پیشگیری از خونریزی پس از زایمان

از خروج جفت با دست (به ویژه در زمان سزارین) بطور جدی باید اجتناب شود
از تجویز اکسی توسین بصورت بولوس (IV Push) باید اجتناب شود

پس از زایمان ۵ واحد اکسی توسین عضلانی تزریق شود یا اینکه مقدار ۱۰ واحد
اکسی توسین داخل ۵۰۰ میلی لیتر سرم نرمال سالین یا رینگر ریخته و آهسته از
طریق پمپ انفوزیون در هر ساعت ۳۶ میلی لیتر انفوزیون شود (نیازی به تزریق تمام
حجم سرم نبوده و به مدت ۴ ساعت کافی است)

با توجه به محدودیت تجویز مایعات و همچنین اکسی توسین و ضمناً اهمیت کنترل
خونریزی در بیماران قلبی، توصیه می شود علاوه بر موارد فوق، میزوپروستول ۲۰۰
میکروگرم رکتال نیز تجویز شود

مراقبت‌های پس از زایمان تا ترخیص

زایمان به خودی خود الزاما شرایط مادری را بهتر نمی‌کند و در حقیقت امکان دارد که شرایط را بدتر کند. بنابراین مادر پس از زایمان باید بطور دقیق تحت نظر قرار بگیرد زیرا ممکن است در این مرحله وارد فاز نارسایی قلبی شود

سر تخت باید بالا باشد و بیمار به پهلو بخوابد

کنترل دقیق خونریزی، علائم حیاتی و جذب و دفع مایعات Intake/Output، هر ۱۵ دقیقه تا یک ساعت و سپس در صورت طبیعی بودن همه موارد، فواصل مراقبت مطابق دستور عمل کشوری است

از افزایش بی دلیل حجم مایعات تجویزی اجتناب شود

با توجه به خطر ترومبوآمبولی، در صورت نیاز و در زمان مناسب داروی ضد انعقاد تجویز و مراقبت‌های دیگر به مادر توصیه شود

در مورد بیمارانی که از زمان بارداری تحت درمان با داروی ضد انعقاد بوده‌اند (دریچه مصنوعی و...) شروع مجدد دارو و سایر مراقبت‌ها تحت نظر متخصص قلب انجام شود

اگر قرار است بعد از زایمان واژینال، توبکتومی انجام شود، جراحی باید تا زمانی که بیمار از نظر همودینامیک طبیعی بوده، تب و آنمی نداشته باشد و در حد معمول بتواند حرکت کند به تاخیر بیفتد

ترخیص مادر حداقل ۴۸ ساعت پس از ختم بارداری با نظر مشترک متخصص زنان و زایمان و قلب انجام گیرد

آموزش‌های هنگام ترخیص

در صورتی که طبق تشخیص متخصص قلب، مادر علاوه بر مراقبت‌های روتین پس از زایمان باید برای انجام مراقبت یا اقدام خاصی مراجعه نماید، تاریخ و محل مراجعه به وی گفته شود

در صورت تجویز دارو، در مورد مصرف صحیح و به موقع آنها به مادر آموزش داده شود

در مورد مراجعه سریع در صورت مشاهده علائم خطر آموزش داده شود.

روش پیشگیری موثر و کم خطر تعیین و به مادر توصیه شود

در مورد حمایت و مراقبت از مادر توصیه‌های لازم به خانواده و اطرافیان انجام شود

در صورتی که مسافت بیمارستان تا منزل زیاد بوده و مادر قرار است مدتی (حدود ساعت یا بیشتر) در اتومبیل باشد تا به منزل برگردد برای پیشگیری از ترومبوآمبولی در فواصل دو ساعت از اتومبیل پیاده شده و کمی راه برود.

با تشکر از توجه شما