

معصومه قهرمانی و طاهره جمالی به ترتیب  
کارشناس برنامه مادران و مربی مرکز  
آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی همدان  
مینا احدی کارشناس مسؤل سلامت مادران  
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

### اهداف آموزشی

- امید است بهورزان محترم پس از مطالعه:
- با انواع بیماری‌های زمینه‌ای دوران بارداری و مراحل شناسایی آنها آشنا شوند.
- با نشانه‌های بارداری‌های پرخطر و تاثیر بیماری‌های زمینه‌ای بر سلامت مادر و جنین آشنا شوند.
- در برخورد با بیماری‌های زمینه‌ای دوران بارداری اقدام مناسب را انجام دهند.

# بیماری‌های زمینه‌ای دوران بارداری

## قسمت اول

### مقدمه

ابتلای زنان در سنین باروری به بیماری‌های زمینه‌ای از قبیل بیماری‌های قلبی، کلیوی، گوارشی، ریوی، عفونی و ... و همراه شدن این بیماری‌ها با بارداری، عامل ایجاد اختلال در روند بارداری طبیعی است، علاوه بر این تغییرات فیزیولوژیک بدن در دوران بارداری و تاثیر این تغییرات بر بیماری‌های زمینه‌ای فوق باعث اشتباهات چشمگیری در تفسیر یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی می‌شود؛ بنابراین لازم است ضمن آشنایی با نشانه‌های برخی از این بیماری‌های شایع، توانایی تشخیص به موقع و اقدام مناسب را فراگیریم تا بتوانیم روند پرتلاطم بارداری‌های پرخطر را آرام کرده و خاطره شیرین بارداری و زایمان ایمن را در خانواده ثبت کنیم. بنابراین سعی شده است براساس برنامه مراقبت ادغام یافته سلامت مادران، جهت دسترسی مادر باردار پرخطر دارای بیماری زمینه‌ای به یک بارداری ایمن و زایمان سالم، اطلاعات سودمندی طی دو قسمت در اختیار همکاران قرارگیرد.

### شناسایی بیماری‌های زمینه‌ای بارداری

#### ۱. قبل از بارداری

هدف از مشاوره‌های پیش از بارداری دستیابی به رویه‌ای درست برای مراقبت است تا یک خانم، با دارا بودن سلامت کامل وارد یکی از حساس‌ترین مراحل زندگی‌اش شود و بتواند روند بارداری سالم تری داشته باشد. بیماری‌ها و شرایط تأثیرگذار بر بارداری نیازمند توجه در پیش از بارداری است که از جمله آن‌ها می‌توان به بیماری قلبی، دیابت، لوپوس، آرتریت روماتوئید، اختلال‌های روانی، آنمی (کم خونی)، تالاسمی مینور، صرع، ابتلا به فشارخون بالا، سل تحت درمان، بیماری تیروئید، مصرف‌کنندگان الکل و دخانیات و مواد مخدر، ابتلا به عفونت‌های نشانه‌دار دستگاه تناسلی، نمایه توده بدنی بیش از ۲۵ و کمتر از ۱۸/۵، اختلال‌های تغذیه‌ای، سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و ... اشاره کرد.

#### ۲. حین بارداری

هر بیماری دارای نشانه‌هایی است که هنگام گرفتن شرح حال و معاینه زن باردار می‌توان آنها را شناسایی کرد.



### • افزایش فشار خون

اختلال‌های فشارخون در پنج تا ۱۰ درصد کل حاملگی‌ها اتفاق می‌افتد و همراه با خونریزی و عفونت سه علت اصلی مرگ مادران در دنیا است.

محدودیت رشد جنین، زایمان قبل از موعد، دکلمان جفت و افزایش مرگ و میر پره‌ناتال از عوارض پرفشاری خون در بارداری است. بنابراین اگر مادر مبتلا به فشارخون مزمن باشد، باید قبل از بارداری مورد مشاوره قرار گرفته و مراقبت‌های درمانی مورد نیاز را دریافت کند. اکثر مادرانی که فشارخون آنان کنترل شده، حاملگی بی‌خطری را سپری می‌کنند. پس از زایمان احتمال بروز ادم مغزی، نارسایی قلب، اختلال عملکرد کلیه یا خونریزی مغزی به ویژه در ۴۸ ساعت اول بعد از زایمان زیاد است.

**اختلال‌های مربوط به افزایش فشارخون عبارتند از:**

۱. هیپرتانسیون بارداری: فشارخون  $140/90$  میلی‌متر جیوه و بالاتر که برای اولین بار در طی بارداری ایجاد شده است و تا هفته ۱۲ پس از زایمان به حالت طبیعی بر می‌گردد. پروتئین در نمونه ادرار وجود ندارد. ممکن است نشانه‌های پره‌اکلامپسی مانند سردرد و درد شکم ایجاد شود که باید مورد توجه قرار گیرد.

۲. پره‌اکلامپسی، اکلامپسی (مسمومیت بارداری): فشارخون  $140/90$  میلی‌متر جیوه و بالاتر که پس از هفته ۲۰ بارداری ایجاد شده به همراه وجود پروتئین در نمونه ادرار، تشخیص پره‌اکلامپسی را قطعی می‌کند. سردرد شدید پایدار که با ضد درد‌های معمولی بهبود نمی‌یابد و اختلال‌های بینایی از نشانه‌های بدخیم همراه با پره‌اکلامپسی تلقی می‌شوند. عوامل مستعدکننده پره‌اکلامپسی عبارتند از بارداری اول، بارداری چند قلو، سابقه هیپرتانسیون مزمن، سن بالای ۳۵ سال، چاقی، سابقه خانوادگی در افراد درجه یک، سابقه پره‌اکلامپسی در بارداری قبلی.

**نکته:** در صورتی که خانم باردار مبتلا به پره‌اکلامپسی دچار تشنج شود، اکلامپسی ایجاد شده است.

### تأثیر انواع بیماری‌های زمینه‌ای بر روند بارداری

#### • بیماری قلبی عروقی

بر اساس اطلاعات مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها، بیماری‌های قلبی علت اصلی مرگ زنان ۲۵ تا ۴۴ ساله است و در یک درصد حاملگی‌ها دیده می‌شود و عامل ۱۳ درصد از مرگ‌های مادری در کشور است. سازگاری‌های فیزیولوژیک حاملگی ممکن است تشخیص این بیماری را با مشکل مواجه کند. سوفل‌های عملکردی سیستم قلب در این دوران شایع است، تلاش تنفسی تشدید می‌شود و گاهی به صورت تنگی نفس بروز می‌کند، ادم در اندام‌های تحتانی در اواسط بارداری شایع است و خستگی و عدم تحمل فعالیت در اکثر زنان رخ می‌دهد. در صورت مصرف وارفارین افزایش احتمال سقط، مرده زایی، تولد نوزاد کم وزن و ناهنجاری‌های جنین از پیامدهای مصرف آن در بارداری است.

**بیماری‌های قلبی در بارداری به چهار نوع تقسیم می‌شوند:**

**کلاس ۱ (عدم محدودیت فعالیت فیزیکی):** این زنان فاقد نشانه‌های نارسایی قلب هستند و هیچ‌گونه مشکلی در راه رفتن و فعالیت ندارند.

**کلاس ۲ (محدودیت اندک فعالیت فیزیکی):** این بیماران با فعالیت فیزیکی معمول نشانه‌هایی مانند درد قفسه سینه، تنگی نفس، خستگی زیاد و تپش قلب دارند.

**کلاس ۳ (محدودیت شدید فعالیت فیزیکی):** این بیماران با کوچک‌ترین فعالیت عادی نشانه‌دار می‌شوند.

**کلاس ۴ (ناتوان در انجام هرگونه فعالیت فیزیکی):** این بیماران حتی در حالت استراحت نیز دچار مشکل و ناراحتی هستند. میزان خطر در مادران باردار به طور مستقیم به طبقه‌بندی بیماری قلبی بستگی دارد. بیماران کلاس اول و دوم می‌توانند با مراقبت‌های دقیق باردار شوند؛ اما حاملگی در بیماران کلاس سوم به طور نسبی ممنوع و در کلاس چهارم کاملاً ممنوع است.

در اولین مراقبت بارداری، ارزیابی نشانه‌های خطر فوری، پرسش درباره وجود یا نبود نشانه‌های بیماری‌ها، گروه‌بندی نشانه‌ها و انجام اقدام مناسب در این زمینه ضروری است. انجام آزمایش‌های روتین بارداری در دو نوبت با فواصل تعیین شده می‌تواند در شناسایی بسیاری از بیماری‌ها از جمله بیماری کلیوی، پره‌اکلامپسی، آنمی، اختلال متابولیک و... موثر باشد. با انجام سونوگرافی در دو نوبت علاوه بر سایر اطلاعات سودمند قابل دستیابی در زمینه غربالگری سلامت جنین می‌توان عوارض جنینی و جفتی ناشی از بیماری‌های موجود را نیز شناسایی کرد.

#### ۳. زایمان و پس از زایمان

در صورت وجود بیماری شناسایی شده در دوران بارداری و دریافت خدمات مراقبتی و درمانی ویژه، لازم است تمهیدات درمانی مورد نیاز جهت مادر و نوزاد پیش‌بینی شود. سازمان جهانی بهداشت در قالب طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، مرگ مادری غیر مستقیم را به مواردی از مرگ مادر اطلاق می‌کند که به طور مستقیم از علل زایمانی ناشی نشده و در اثر بیماری‌هایی که از قبل وجود دارند یا در جریان حاملگی، زایمان و دوره نفاس بوجود آیند، یا به علت تطابق‌های فیزیولوژیک مادر با حاملگی تشدید شوند، نمونه‌ای از این مرگ‌ها، مرگ مادر در اثر عوارض تنگی دریچه میترال است. بنابراین هرگونه بیماری مادر در صورت شناسایی نشدن و عدم دریافت خدمات درمانی مناسب با بارداری می‌تواند، برای مادر و جنین مخاطره آمیز باشد. شایع‌ترین علت مرگ و میر مادران در کشور شامل خونریزی، پره‌اکلامپسی، عفونت، بیماری‌های قلبی، آمبولی، بیماری زمینه‌ای و... است.

## توصیه های بهداشتی برای پیشگیری از عفونت ادراری

- مصرف مایعات را محدود نکنید، ادرار را به طور مرتب تخلیه و از نگه داشتن طولانی مدت آن اجتناب کنید.
- ناحیه تناسلی را از جلو به عقب با آب شسته و با دستمال خشک کنید.
- به منظور تخلیه کامل ادرار از مثانه بهتر است در هنگام ادرار کردن به طرف جلو خم شوید.
- لباس زیر باید از جنس نخ باشد و روزانه تعویض شود. از پوشیدن لباس زیر تنگ و نایلونی که منجر به افزایش رطوبت و گرما در ناحیه تناسلی می شود و زمینه را برای رشد میکروکوب فراهم می کند، اجتناب کنید.

### نتیجه گیری

در این مقاله برخی بیماری های زمینه ای که علت عمده مرگ و میر مادران در دوران بارداری بوده اند و یا شیوع بیشتری داشته اند و منجر به ایجاد عوارضی در مادر و جنین شده اند، مورد بررسی قرار گرفتند. امید که همکاران محترم ضمن آشنایی با این بیماری ها، با کسب شرح حال صحیح، اندازه گیری دقیق نشانه های حیاتی، درخواست آزمایش های مناسب و ارایه توصیه های اصلاح سبک زندگی بتوانند، تصمیم گیری مناسبی داشته ضمن ارجاع و پیگیری به موقع، آرامش در مادر باردار و همراهانش را به ارمغان بیاورند.

### منابع

- کتاب بارداری و زایمان ویلیامز ویراست بیست و سوم، ترجمه بهرام قاضی جهانی سال ۲۰۱۰
- مراقبت ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خدمات خارج بیمارستانی) ویژه ماما، پزشک
- آخرین دستورالعمل کشوری غربالگری و تشخیص دیابت بارداری
- راهنمای کشوری ارایه خدمات مامایی و زایمان بیمارستان های دوستدار کودک
- راهنمای وزن گیری دوران بارداری ویژه تیم سلامت در برنامه پزشک خانواده

۳. هیپرتانسیون مزمن: فشار خون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر که پیش از بارداری و یا قبل از هفته ۲۰ بارداری تشخیص داده شود و بعد از ۱۲ هفته پس از زایمان نیز باقی بماند. زنان مبتلا به هیپرتانسیون مزمن، در معرض افزایش خطر دکولمان جفت و پره اکلامپسی اضافه شده هستند.

۴. پره اکلامپسی اضافه شده به هیپرتانسیون مزمن: به بروز نشانه های پره اکلامپسی در بیماری که دچار هیپرتانسیون مزمن است گفته می شود. در اغلب موارد، پره اکلامپسی افزوده شده نسبت به پره اکلامپسی خالص در مراحل زودتری از حاملگی رخ داده و شدیدتر بوده و اغلب با محدودیت رشد جنین همراه است.

### • کم خونی ها

دو علت بسیار شایع کم خونی در دوران بارداری و نفاس، کمبود آهن و خونریزی شدید است. کم خونی در زنان فقیر شیوع بیشتری دارد و تحت تاثیر عادات غذایی قرار می گیرد. کاهش خفیف هموگلوبین در دوران حاملگی در سه ماهه دوم بارداری بیشتر دیده می شود و علت آن افزایش بیشتر حجم پلاسما در مقایسه با حجم گلبول های قرمز است. مصرف قرص اسید فولیک از سه ماه قبل از شروع بارداری تا پایان بارداری و قرص آهن از شروع هفته ۱۶ بارداری تا سه ماه بعد از زایمان مطابق دستورالعمل کشوری، جهت پیشگیری از بروز کم خونی و سایر اختلال ها توصیه شده است. در صورت بروز کم خونی در سه ماهه اول بارداری احتمال زایمان قبل از موعد و نوزادان کم وزن افزایش پیدا می کند.

### • بیماری های کلیوی

در دوران بارداری کلیه ها بزرگ تر می شود و اتساع لگنچه ها، حالب ها و کلیه چشمگیر است. این تغییرات زمینه را برای بروز برخی از اختلال های دستگاه کلیوی مستعدتر می کند. نشانه هایی مانند سوزش ادرار، تکرر ادرار، تب، خون در ادرار می تواند نشانه های مهمی از بیماری کلیوی باشد که نیازمند پیگیری و درمان به موقع است. عفونت های دستگاه ادراری شایع ترین عفونت های باکتریایی در حاملگی هستند و عفونت کلیه شایع ترین عارضه طبیعی جدی در بارداری است. در اوایل بارداری به علت تغییرات هورمونی و در اواخر بارداری به دلیل بزرگ شدن رحم و فشار روی مثانه دفعات ادرار کردن بیشتر می شود که اگر با نشانه های دیگری مانند سوزش ادرار همراه نباشد، طبیعی است. نشانه های عفونت دستگاه ادراری شامل سوزش ادرار، درد هنگام ادرار کردن، درد زیر دل، تکرر ادرار و احساس سریع دفع ادرار است. در صورتی که عفونت در بخش فوقانی دستگاه ادراری (کلیه) ایجاد شود علاوه بر نشانه های فوق، بیمار از درد پهلوها، تب، لرز، تهوع و استفراغ نیز شکایت دارد.

بیماری های مزمن کلیه با احتمال پره اکلامپسی، دکولمان، زایمان زودرس، آنمی و تاخیر رشد داخل رحمی همراه است. عفونت ادراری درمان نشده در بارداری منجر به زایمان زودرس و تولد نوزاد نارس می شود، جهت تشخیص به موقع و پیشگیری از ایجاد عوارض فوق، غربالگری روتین با آزمایش ادرار در هفته ۶ تا ۱۰ و ۲۶ تا ۳۰ بارداری انجام می شود.

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰۰)

کد این موضوع ۸۹۲۱۶

۳۰۰۰۷۲۷۳۰۱۰۰۱

SMS

نحوه امتیازدهی:  
امتیاز - شماره مقاله  
مثال: اگر امتیاز شما  
۸۰ باشد: ۸۰ - ۸۸۱