



سرشناسه	: دهدیلانی، مهناز،
عنوان و نام پدیدآور	: مرور سریع بر زنان، ویلیامز ۲۰۲۰ کتاب جامع آزمون ارتقا و بورد ۱۴۰۲ Williams obstetrics, 25th. ed, 2020/ ترجمه و تلخیص: مهناز دهدیلانی
مشخصات نشر	: تهران: کاردیا، ۱۴۰۳-
مشخصات ظاهری	: ۲۲۸ ص:؛ ۱۴/۵×۲۱/۵ س.م.
شابک	: ۴،۱۰۰،۰۰۰ ریال: ۵-۳۲-۳۲-۵۶۰۳-۶۲۲-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: کتاب حاضر برگرفته از کتاب " Williams obstetrics, 25th. ed, 2020 "
یادداشت	: عنوان دیگر: مرور سریع بر زنان، ویلیامز ۲۰۲۰ خلاصه مفهومی و روان جهت آزمون ارتقا و بورد زنان و زایمان از Williams obstetrics, 25th. ed, 2020.
موضوع	: آبستنی و زایمان
موضوع	: Obstetrics
موضوع	: پزشکی زنان
موضوع	: Gynecology
موضوع	: بارداری
موضوع	: Pregnancy
شناسه افزوده	: کاتینگهام، اف. گری . بارداری و زایمان ویلیامز
شناسه افزوده	: ویلیامز، جان ویت ریچ، ۱۸۶۶ - ۱۹۳۱ م . آبستنی و زایمان
رده بندی کنگره	: RG524
رده بندی دیویی	: ۲/۶۱۸
شماره کتابشناسی ملی	: ۸۴۴۹۵۵۱
اطلاعات رکورد کتابشناسی	: فیبا
کد پیگیری	: ۸۴۴۷۶۳۴

مرور سریع بر زنان، ویلیامز ۲۰۲۰ - خلاصه مفهومی و روان جهت آزمون ارتقا و بورد زنان و زایمان از Williams obstetrics, 25th. ed, 2020	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳ تیراژ: ۵۰ نسخه شابک: ۵-۳۲-۳۲-۵۶۰۳-۶۲۲-۹۷۸ بهاء: ۴۱۰،۰۰۰ تومان
ترجمه و تلخیص: دکتر مهناز دهدیلانی ناشر: انتشارات کاردیا صفحه آرا: رزیدنت یار - منیره امیری مقدم طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۷ / www.residentvar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مرور سریع بر زنان،

ویلیامز ۲۰۲۰

C

کتاب جامع آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۳

Williams obstetrics, 25th. ed, 2020

ترجمه و تلخیص

دکتر مهناز دهدیلانی

فلوشیپ پریناتولوژی

رتبه برتر بورد تخصصی کشور



فهرست مطالب

۱۱	.....Causes of Obstetrical Hemorrhage	فصل ۴۲
۲۷	.....Hemorrhagic Placental Disorders	فصل ۴۳
۴۳	.....Management of Obstetrical Hemorrhage	فصل ۴۴
۵۵	.....Preterm Birth	فصل ۴۵
۷۱	.....Postterm Pregnancy	فصل ۴۶
۷۷	.....Fetal-Growth Disorders	فصل ۴۷
۸۹	.....Multifetal Pregnancy	فصل ۴۸
۱۱۵	.....Maternal Evaluation General Considerations And	فصل ۴۹
۱۲۳	.....Critical Care And Trauma	فصل ۵۰
۱۴۷	.....Obesity	فصل ۵۱
۱۵۳	.....Cardiovascular Disorders	فصل ۵۳
۱۶۵	.....Pulmonary Disorders	فصل ۵۴
۱۸۷	.....Thromboembolic Disorders	فصل ۵۵
۲۰۷	.....Renal And Urinary Tract Disorders	فصل ۵۶

ملاحظات عمومی

مکانیسم‌های هموستاز طبیعی

در نزدیکی زمان ترم مقدار باور نکردنی خون در حد حداقل ۶۰۰ میلی لیتر در دقیقه، به داخل فضای بین پرزی در شریان‌های مارپیچی جریان می‌یابد. انقباضات میومتر که این عروق بسیار پر تعداد و نسبتاً بزرگ را تحت فشار قرار می‌دهند، عامل ابتدایی در برقراری هموستاز هستند. حضور سیستم انعقادی سالم، برای برقراری هموستاز در دوره بعد از زایمان الزامی نیست، مگر اینکه پارگی‌هایی در رحم، مجرای زایمان یا پرینه وجود داشته باشند. ممکن است علی‌رغم وجود سیستم انعقادی سالم، خونریزی کشنده بعد از زایمان در نتیجه‌ی آتونی رحم رخ بدهد.

تعریف میزان بروز و عوامل خطر

خونریزی بعد از زایمان به صورت از دست دادن خون در حد ۵۰۰ میلی لیتر یا بیشتر بعد از تکمیل مرحله سوم لیبر تعریف شده است. خون ریزی پس از زایمان به صورت میزان تجمعی خونریزی در حد بیش از ۱۰۰۰ میلی لیتر یا خونریزی همراه با نشانه‌های هیپوولمی تعریف می‌شود.



خونریزی مداوم علی رغم وجود رحم سفت و کاملاً منقبض، نشان می‌دهد که خونریزی به احتمال زیاد از محل پارگی‌ها رخ داده است. خون قرمز روشن نیز بر خونریزی شریانی دلالت دارد.

بر آورد میزان خونریزی

خونریزی بعد از زایمان به جای اینکه به شکل خونریزی حجیم ناگهانی باشد، اغلب ثابت و یکنواخت است.

تعداد ضربان قلب و فشار خون تا زمان از دست رفتن مقادیر زیاد خون تغییراتی را که بیش از حد متوسط باشند، نشان نمی‌دهد.

زنان دارای فشار خون طبیعی در ابتدا ممکن است در اثر آزاد شدن کاتکول آمینها در پاسخ به خونریزی، حتی تا حدودی هیپرتانسیو باشند. علاوه بر این، زنان مبتلا به پره اکلامپسی ممکن است علی رغم هیپو ولمی شدید، «نرموتانسیون» شوند.

برخی از زنان حامله مانند زنان دارای جثه کوچک و زنان مبتلا به پره اکلامپسی شدید یا اکلامپسی در برابر خونریزی بسیار آسیب پذیر هستند، چون افزایش حجم خون آنان کمتر از حد مورد انتظار است. ضمناً در نارسایی مزمن کلیه هم محدودیت افزایش حجم خون داریم.

در موارد مشکوک به خونریزی شدید در زنان پرخطر، در صورت شک به هیپو ولمی اقدام به تجویز سریع کریستالوئید و خون می‌شود.

خونریزی دیررس بعد زایمان ← وقوع خونریزی پس از ۲۴ ساعت نخست را گویند.

آتونی رحم

اداره مرحله سوم لیبر

شایعترین علت خونریزی زایمانی، ناتوانی رحم برای انقباض کافی بعد از زایمان و ناتوانی در متوقف ساختن خونریزی از عروق محل لانه‌گزینی جفت است.

۳ اختلال نیمه دوم حاملگی شامل دکولمان، جفت سرراهی و پلاسنتا اکرتا هستند.

دکولمان جفت

اتیوپاتوزنز

دکولمان احتمالا با پارگی یکی از شریانهای ماریپیچی دسیدوا که سبب هماتوم گسترش یابنده پشت جفتی می‌شود، آغاز می‌گردد. در مراحل اولیه دکولمان جفت، ممکن است هیچ گونه علامت بالینی وجود نداشته باشد.

خون در فاصله میان جفت جدا شده و رحم باقی می‌ماند و منجر به خونریزی مخفی و تاخیر در تشخیص می‌شود. این تاخیر به صورت افزایش خطرهای مادری و جنینی نمود پیدا می‌کند. در خونریزی مخفی احتمال کواگولوپاتی مصرفی بیشتر است و ترومبوپلاستین جفتی بیشتری وارد گردش خون مادری شود.

دکولمان تروماتیک: ترومای خارجی، می‌تواند سبب جداشدگی جفت شود. خونریزی جنینی - مادری همزمان در انواع مرتبط با تروما به دلیل پارگی همزمان جفت شیوع بیشتری دارد. الگوی سینوزوئیدی یکی از موارد غیراطمینان بخش بودن الگوی ضربان قلب جنینی می‌تواند باشد. انقباضات رحمی مهم‌ترین پیشگویی کننده منفرد دکولمان جفت هستند.



دکولمان مزمن: بعضی از موارد جدایی مزمن جفت، در اوایل حاملگی شروع می‌شوند. بین بعضی از موارد غیرطبیعی افزایش مارکرهایی آنوپلوئیدی سرم مادر و دکولمان بعدی ارتباط وجود دارد. در بعضی از موارد دکولمان مزمن، متعاقب اولیگو هیدرآمینوس به وجود می‌آید که توالی دکولمان مزمن - اولیگو هیدرآمینوس (CAOS) نامیده می‌شود. در این زنان ممکن است افزایش غیرطبیعی میزان سرمی آلفا-فتو پروتئین یا RNAهای اختصاصی جفت به عنوان شاخصهای این واقعه دیده شود.

موربیدیته و مرگ و میر پری ناتال

شیوع دکولمان جفت در سه ماهه سوم افزایش می‌یابد. مرگ و میر و موربیدیته پری ناتال در موارد دکولمان زودهنگام تر و در صورت همراهی پره اکلامپسی، شیوع بیشتری دارد. از سایر عوامل مرتبط، می‌توان به ناهنجاری‌های جنینی مادرزادی ماژور اشاره کرد که ارتباط بیشتری با دکولمان جفت دارند. دکولمان یکی از علل مرده زایی است. مرگ دوره نوزادی به دنبال دکولمان جفت شایع است. موربیدیته پری ناتال (اغلب شدید) نیز در نوزادانی که زنده می‌مانند شایع است.

عوامل زمینه ساز

بروز دکولمان با افزایش سن مادر افزایش می‌یابد اما داده‌های متناقضی در ارتباط با زنان مولتی پار وجود دارند. نژاد و قومیت نیز اهمیت دارند. اگر زنی دچار دکولمان شدید شد خطر ابتلای خواهر وی ۲ برابر می‌شود.

هیپر تانسیون مرتبط با حاملگی:

این اختلالات، شامل هیپر تانسیون حاملگی، پره اکلامپسی، هیپر تانسیون مزمن از عوامل مستعد کننده بروز دکولمان هستند.

به معنی زایمان زیر ۳۷ هفته کامل یعنی قبل از ۳۶ (هفته) + ۶ (روز) است.

جثه نوزادان یکی از حالت‌های زیر را دارد:

SGA (کوچک به نسبت سن حاملگی): به نوزادان گفته می‌شود که وزنشان هنگام تولد

کمتر از صدک دهم به نسبت سن حاملگی است.

LGA (بزرگ به نسبت سن حاملگی): به نوزادان گفته می‌شود که وزن آنها هنگام تولد

بیش از صدک نود به نسبت سن حاملگی است.

AGA (مناسب به نسبت سن حاملگی): نوزادانی که وزن آنها بین صدک ده و نود

می‌باشد.

وزن کم هنگام تولد: به وزن‌های ۲۵۰۰ - ۱۵۰۰ گفته می‌شود.

وزن بسیار کم هنگام تولد: وزن‌های ۱۵۰۰ - ۱۰۰۰

وزن بی نهایت کم: به وزن ۱۰۰۰ - ۵۰۰

پره ترم به دو گروه تقسیم می‌شود (ACOG):

✓ پره ترم زود هنگام تولد قبل از ۳۳ w + ۶d

✓ پره ترم دیر هنگام تولد بین ۳۶-۳۴ هفته

بعد از رسیدن به وزن هنگام تولد ۱۰۰۰ گرم و یا بیش تر و یا دستیابی به سن حاملگی

۲۸ هفته (در جنین مونث) یا ۳۰ هفته در جنین مذکر میزان بقا ۹۵ درصد می‌رسد.



آستانه قابل حیات: در حال حاضر آستانه قابل حیات، بین هفته‌های ۲۰ و ۲۶ حاملگی می‌باشد. چون تکامل مغز به طور طبیعی در تمام مدت سه ماهه‌های دوم و سوم حاملگی رخ می‌دهد، نوزادانی که قبل از ۲۵ هفته به دنیا می‌آیند، آسیب پذیری خاصی در برابر آسیب مغزی دارند.

به همین دلیل انجام سزارین در آستانه قابل حیات مورد اختلافات نظر است.

TABLE 45-2. Major Short- and Long-Term Problems in Very-Low-Birthweight Infants

Organ or System	Short-Term Problems	Long-Term Problems
Pulmonary	Respiratory distress syndrome, air leak, bronchopulmonary dysplasia, apnea of prematurity	Bronchopulmonary dysplasia, reactive airway disease, asthma
Gastrointestinal or nutritional	Hyperbilirubinemia, feeding intolerance, necrotizing enterocolitis, growth failure	Failure to thrive, short-bowel syndrome, cholestasis
Immunological	Hospital-acquired infection, immune deficiency, perinatal infection	Respiratory syncytial virus infection, bronchiolitis
Central nervous system	Intraventricular hemorrhage, periventricular leukomalacia, hydrocephalus	Cerebral palsy, hydrocephalus, cerebral atrophy, neurodevelopmental delay, hearing loss
Ophthalmological	Retinopathy of prematurity	Blindness, retinal detachment, myopia, strabismus
Cardiovascular	Hypotension, patent ductus arteriosus, pulmonary hypertension	Pulmonary hypertension, systemic hypertension, hypertension in adulthood
Renal	Water and electrolyte imbalance, acid-base disturbances	Hypertension in adulthood
Hematological	Iatrogenic anemia, need for frequent transfusions, anemia of prematurity	
Endocrinological	Hypoglycemia, transiently low thyroxine levels, cortisol deficiency	Impaired glucose regulation, increased insulin resistance

TABLE 45-4. General Guidance for Threatened Periviable Birth

	Weeks' Gestation			
	<22	22 ^{0/7} - 22 ^{6/7}	23 ^{0/7} - 23 ^{6/7}	24 ^{0/7} +
Assess neonate for resuscitation	Not recommended	Consider	Consider	Recommended
Corticosteroid therapy	Not recommended	Not recommended	Consider	Recommended
Tocolysis to allow CS therapy	Not recommended	Not recommended	Consider	Recommended
MS for neuroprotection	Not recommended	Not recommended	Consider	Recommended
Antibiotics for PPRM	Consider	Consider	Consider	Recommended
GBS prophylaxis	Not recommended	Not recommended	Consider	Recommended
CD for fetal indication	Not recommended	Not recommended	Consider	Consider/recommended

³CD is considered for fetuses 24^{0/7} - 24^{6/7} but recommend for those 25^{0/7} weeks and older.
 CD = cesarean delivery; CS = corticosteroid; GBS = Group B streptococcus; MS = magnesium sulfate; PPRM = preterm prelabor rupture of membranes.

در زنانی که سن حاملگی آنها ۲۵ هفته یا بیش تر است، می‌توان اقدام به سزارین جهت زایمان با اندیکاسیون‌های جنینی نمود. در ۲۴ هفته زایمان سزارین فقط در صورتی مطرح می‌شود که وزن جنین ≤ 750 گرم باشد.

تعریف حاملگی طول کشیده یا پست ترم از طرف ACOG: سپری شدن ۴۲ هفته و یا ۲۹۴ روز و بیشتر از اولین روز آخرین قاعدگی باید بر عبارت ۴۲ هفته کامل یعنی تمام شدن هفته (۴۱ ۶/۷) تاکید شود.

عوامل مرتبط با حاملگی پست ترم:

BMI مساوی یا بیش از ۲۵ در دوره قبل از حاملگی، نولی پاریته، زنانی که طول سرویکس آن‌ها در میانه حاملگی بیشتر است، مواردی که هم مادر و هم دختر سابقه حاملگی طول کشیده دارند، ژن‌های مادری (نه ژن پدری) یک لوکوس کوروموزوم ۲q13، عوامل جنینی همچون آنسفالی، هیپوپلازی فوق کلیه و کمبود سولفاتاز جفتی وابسته به X.*
*سونوگرافی سه ماهه اول دقیق‌ترین روش تعیین سن حاملگی است.

مرگ و میر و مور بیدینه پری ناتال:

میزان مرگ و میر داخل رحمی، مرگ نوزادی، مور بیدینه شیر خوار، فلج مغزی، سزارین به علت دیستوشی، دیسترس جنینی، بستری بیشتر در واحد مراقبت‌های ویژه نوزادان، تشنج و مرگ نوزادان در حاملگی POST TERM افزایش میابد. در این نوزادان امتیاز ضریب هوشی در ۶/۵ سالگی کمتر می‌باشد.

علل مرگ در این نوزادان: هایپر تانسیون حاملگی، لیبر طول کشیده همراه با عدم تناسب سفالوپلوک یا آنسفالوپاتی هیپوکسیک ایسکمیک آسیب؛



شبکه بازویی با حاملگی پست ترم ارتباط ندارد.
اوتیسم ارتباط با POST ترم ندارد.
زایمان در هفته ۳۸ با کمترین میزان شاخص خطر مرگ پری ناتال همراه بود که به
تأخیر انداختن زایمان تا هفته ۳۹ معقول است.
در صورت فقدان دیابت در وزن حداکثر ۵۰۰۰ gr زایمان واژینال ممنوع نیست.

سندرم پست مچوریته:

ظاهر نوزاد پست مچور:

پوست چروکیده، تکه تکه و در حال پوسته ریزی، بدن دراز و لاغر، ناخن‌های دراز دارند.
چشمان نوزاد باز است و نوزاد به طور نامعمول هشیار است. اکثر نوزادان پست مچور،
محدودیت رشد ندارند و وزن آن‌ها به ندرت زیر صدک ۱۰ می‌باشد- اما از طرفی ممکن
است محدودیت شدید رشد هم داشته باشند. اولیگوهایدرامنیوس همراه، احتمال پست
مچوریته را افزایش می‌دهد.
همچنین امتیاز اپگار و وضعیت اسید باز این نوزادان طبیعی است.

اختلال عملکرد جفت:

محدودیت ظرفیت جفت به صورت اختلال عملکرد سن سیو تروفوبلاست‌ها مشخص
می‌شود و این موضوع احتمال پست مچوریتی را افزایش می‌دهد.
میزان آپوتوز جفتی در هفته ۴۱ تا ۴۲ افزایش می‌یابد و چندین ژن پیش آپوتوزی
مثل کیس پپتین افزایش می‌یابد.
میزان اریتروپویتین خون بند ناف در حاملگی‌های ۴۱ هفته و بیشتر افزایش می‌یابد که
به دلیل کاهش اکسیژناسیون جنین است.

فصل ۴۸

Section 48

Multifetal Pregnancy

جنین‌های دوقلویی معمولاً حاصل لقاح دو تخمک مجزا هستند و دو تخمکی (دی زیگوت) یا فراترنال نامیده می‌شوند. با شیوع کمتر دو قلویی از یک تخمک بارور منفرد که بعداً تقسیم می‌شود منشا می‌گیرد، به این موارد دو قلویی تک تخمکی و مونوزیگوت یا همسان گفته می‌شود.

دوقلوهای دی زیگوت دو قلوهای واقعی نیستند. چون حاصل بلوغ و لقاح دو تخمک هستند که در طی یک سیکل تخمک گذاری آزاد شده اند. دوقلوهایی که جنسیت متفاوت دارند تقریباً همیشه دی زیگوت هستند.

از طرف دیگر دو قلوهای مونوزیگوت یا همسان اگرچه میراث ژنتیکی تقریباً یکسانی دارند، معمولاً همسان و همانند هم نیستند. این دو قلوها ممکن است به علت جهش‌های postzygotic (بعد از تشکیل زیگوت) از نظر جهش‌های ژنتیکی ناهماهنگ باشند و یا ممکن است با وجود ابتلا به یک بیماری، ژنتیکی یکسان تفاوت چشمگیری را در بروز آن بیماری نشان بدهند.

مکانیسم‌های زمینه‌ساز دوقلویی مونوزیگوت به طور کامل مشخص نشده ولی ART و IVF یکی از عوامل مرتبط است.

در انتقال در مرحله بلاستوسیت نسبت به مراحل بعدی، میزان بروز دوقلویی مونوزیگوت ۲ برابر است.



نحوه تشکیل دوقلوهای مونوزیگوت:

اگر تقسیم زیگوت در عرض ۷۲ ساعت اول بعد از لقاح رخ بدهد. دورویان، دوامینون و دوکوریون تشکیل می‌شوند و حاملگی دوقلویی دی آمینون و دی کوریون به وجود می‌آید.

اگر تقسیم بین روزهای ۴ تا ۸ باشد، حاملگی دوقلویی مونوزیگوت، دی آمینون و مونوکوریون ایجاد می‌شود. تقسیم ۸ روز بعد از لقاح موجب حاملگی مونوکوریون مونو آمینون میشود و روند دوقلویی بعد از این مرحله، دوقلوهای به هم چسبیده به وجود می‌آید. (بیش از ۱۳ روز)

از گذشته پذیرفته شده که مونوکوریون بودن به طور قطع نشانه مونوزیگوت بودن است ولی با این وجود در موارد نادر دوقلوهای مونوکوریون از نوع دی زیگوت هستند.

عوامل موثر بر دوقلویی:

دوقلویی دی زیگوت شایع تر است و بروز آن تحت تاثیر عوامل زیر است:
نژاد، سن مادر، با سن پدر هم ارتباط دارد اما اثر آن اندک است، وراثت و جثه مادر و سابقه خانوادگی دوقلویی در مادر، بهبود وضعیت تغذیه ای مادر، زنان بلند قدتر و سنگین وزن تر، ویژگی‌های دموگرافیک ناشی از تفاوت‌های نژادی در میزان FSH می‌باشند. میزان دوقلویی دی زیگوت در زنانی که در عرض یک ماه بعد از قطع کنتراسپتیوهای خوراکی حامله می‌شوند، به علت افزایش ناگهانی هورمون‌های هیپوفیزی، بیش تر است و سن بالای مادر و تأخیر در بچه‌دار شدن به علت FSH □ باعث افزایش چندقلویی می‌شود.

شیوع دوقلویی مونوزیگوت در تمام دنیا ثابت است و مستقل از عوامل دموگرافیک است اما بروز این دوقلوها در حاملگی‌های حاصل از ART افزایش می‌یابد.
القای تخم‌گذاری با کلومیفن یا FSH به اضافه HCG افزایش تخم‌گذاری متعدد همزمان می‌شود.

مقدمه

- زنان حتی به شدت بدحال معمولاً جوان هستند و پیش آگهی آنان خوب است.
- خطر مرگ در زنان سیاهپوست و تحت پوشش Medical به طور نامتناسب زیادتر است.
- بیماری قلبی اندیکاسیون غیر زایمانی اصلی برای بستری شدن در ICU است.

مراقبت‌های ویژه‌ی زایمانی

زنانی که با عوارض مرتبط با حاملگی به ویژه خونریزی و هیپرتانسیون مواجه می‌شوند، بیشتر از همه به مراقبت‌های ویژه‌ی زایمانی نیاز پیدا می‌کنند.

در اکثر بیمارستان‌ها زنان بسیار بدحال را به واحدهای ICU طبی یا جراحی منتقل می‌کنند. زنان حامله‌ای که به حمایت تهویه‌ای، پایش تهاجمی یا حمایت فارماکولوژیک گردش خون نیاز دارند، به طور تیبیک به ICU انتقال داده می‌شوند.

حداقل پایش که برای بیماران به شدت بدحال در جریان انتقال ضرورت دارد، شامل پالس اکسیمتری مداوم، الکترو کاردیوگرافی و بررسی منظم علائم حیاتی است.

در بیماران به شدت بدحال، باید مسیر وریدی مطمئن فراهم شود و در بیمارانی که تحت تهویه مکانیکی هستند، تایید وضعیت و تثبیت لوله‌اندو تراکئال ضرورت دارد همچنین جابه‌جا کردن رحم به سمت چپ و تجویز اکسیژن تکمیلی باید انجام شود.



پایش مداوم ضربان قلب جنین و یا پایش با توکودینامومتری، با توجه به شرایط هر بیمار مورد استفاده قرار می‌گیرند.

واحد مراقبت‌های حد واسط زایمانی که High Dependency Cane Unit نامیده می‌شود در داخل لیبر قرار گرفته و مجهز به اتاق‌های اختصاصی هستند و توسط افراد مجرب اداره می‌شود.

TABLE 50-1. Guidelines for Conditions That Could Qualify for Intermediate Care

Cardiac: evaluation for possible infarction, stable infarction, stable arrhythmias, mild to moderate congestive heart failure, hypertensive urgency without end-organ damage
Pulmonary: stable patients for weaning and chronic ventilation, patients with potential for respiratory failure who are otherwise stable
Neurological: stable central nervous system, neuromuscular, or neurosurgical conditions that require close monitoring
Drug overdose: hemodynamically stable
Gastrointestinal: stable bleeding, liver failure with stable vital signs
Endocrinological: diabetic ketoacidosis, thyrotoxicosis that requires frequent monitoring
Surgical: postoperative from major procedures or complications that require close monitoring
Miscellaneous: early sepsis, patients who require closely titrated intravenous fluids, pregnant women with severe preeclampsia or other medical problems

From the American College of Critical Care Medicine, 1998; Nasraway, 1998.

ادم ریوی حاد

دو علت عمومی ادم ریوی حاد:

- ۱) کاردیوژنیک: ادم هیدروستاتیک در اثر افزایش فشارهای هیدرولیک مویرگی ریه؛
- ۲) غیر کاردیوژنیک: ادم ناشی از افزایش نفوذپذیری در اثر آسیب اندوتلیوم مویرگی و اپی تلیوم آلوئولی، در بارداری شایع‌تر است مثلاً در اثر پره اکلامپسی، توکولیتیک، اورلود مایعات در خونریزی‌ها.

ادم ریوی کاردیوژنیک شیوع کمتری دارد، احیا به علت خونریزی و درمان شدید به علت لیبر پره ترم، عوامل تسریع‌کننده شایع این اختلال هستند.

ادم غیر کاردیوژنیک (افزایش نفوذپذیری)

در دوران حاملگی ادم غیرقلبی شایع‌تر است. از جمله علل ادم ریوی غیرقلبی می‌توان موارد زیر اشاره کرد:

هیپرتانسیون مزمن معمولاً در اوایل حاملگی بهبود پیدا می‌کند.

تشخیص و بررسی در دوران حاملگی

هیپرتانسیون مزمن در زنانی تشخیص داده می‌شود که هیپرتانسیون آنان قبل از حاملگی و یا قبل از هفته ۲۰ حاملگی شناسایی شده است. اکثر محققان فشار خود ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه را به عنوان محدوده فوقانی طبیعی فشارخون در نظر می‌گیرند.



TABLE 53-1. Criteria for Diagnosis of Hypertension

Blood Pressure (mm Hg)		Nonpregnant ACC/AHA	Pregnant ACOG
SBP	DBP		
<120	and <80	Normal	Normal
120–129	and <80	Elevated	Normal
130–139	or 80–89	Stage 1 HTN	Normal
140–159	or ≥90	Stage 2 HTN	Mild to moderate HTN
≥160	or ≥110	Stage 2 HTN	Severe HTN

ACC = American College of Cardiology; ACOG = American College of Obstetricians and Gynecologists; AHA = American Heart Association; DBP = diastolic blood pressure; HTN = hypertension; SBP = systolic blood pressure.

TABLE 53-2. Lifestyle Modifications for Hypertensive Patients

Weight reduction: BMI ≤ 25 kg/m²

Consume a dietary pattern that emphasizes intake of vegetables, fruits, and whole grains; includes low-fat dairy products, poultry, fish, legumes, nontropical vegetable oils, and nuts; and limits sweets and red meats. Examples are DASH, USDA Food Pattern, or the AHA Diet

Lower sodium intake: consume no more than 2400 mg/d; 1500 mg/d desirable

Engage in aerobic physical activity three to four sessions per week, lasting on average 40 minutes per session, and involving moderate- to vigorous-intensity physical activity

Moderation of alcohol consumption: ≤ 1 drink daily (none when pregnant)

AHA = American Heart Association; DASH = Dietary Approaches to Stop Hypertension; USDA = United States Department of Agriculture.

Summarized from Kotchen, 2018; Whelton, 2018.

مشاوره ی قبل از حاملگی

زنان مبتلا به هیپرتانسیون مزمن، به طور ایده آل باید قبل از حاملگی تحت مشاوره قرار گیرند. زنانی که برای کنترل هیپرتانسیون به درمان با چند دارو نیاز پیدا می کنند و همچنین افرادی که هیپرتانسیون آنان به خوبی کنترل نشده است در معرض افزایش

تغییرات فیزیولوژیک ناشی از حاملگی:

- ظرفیت حیاتی، ظرفیت دمی، تهویه دقیقه‌ای، PO_2 شریانی (از ۱۰۰ به ۱۰۵ میلی‌متر جیوه می‌رسد)، تولید دی‌اکسید کربن در اثر افزایش نیازهای متابولیک، ظرفیت انتشار و هیپرونتیلیاسیون، تهویه در اثر تنفس‌های عمیق و مصرف پایه اکسیژن افزایش می‌یابد.
- هیپرونتیلیاسیون موجب کاهش PCO_2 از ۴۰ به ۳۲ می‌شود.
- از طرفی حجم باقی مانده، ظرفیت باقیمانده عملکردی، حجم ذخیره بازدمی و کمپلیانس دیواره قفسه سینه کاهش می‌یابد.
- در زنان سیاه پوست میزان موربیدیت به‌طور بیشتر است.
- حجم جاری به خاطر پروژسترون حدود ۴۰ درصد افزایش می‌یابد.

آسم:

آسم، انسداد برگشت پذیر راه هوایی می‌باشد که محرک‌ها باعث ارتشاح ائوزینوفیلی، و لنفوسیت‌های T می‌شوند. PGF و ارگونوین آسم را تشدید می‌کند. آسم مزمن یا تشدید حاد آن شایع‌ترین بیماری ریه در حاملگی است. این بیماری یک جزء ارثی مهم دارد. در تمام موارد آن یک محرک آلرژیک محیطی مانند آنفولانزا، دود سیگار، عفونت ویروسی، هوای سرد و ورزش و آسپرین موجب تحریک شیوع التهاب راه هوایی و افزایش پاسخدهی آن به این عوامل می‌شود.



سیر بالینی:

یافته‌های موجود در آسم:

برونکواسپاسم ایجاد شده موجب انسداد راه هوایی و کاهش جریان هوا می‌شود، کار تنفسی افزایش یافته و حرکات قفسه سینه کم می‌شود (سفتی قفسه سینه) و ویزی‌نگ و تنگی نفس ایجاد می‌شود. در ابتدا هیپرونتیلیاسیون موجب می‌شود که P_{aO_2} شریانی در محدوده طبیعی باشد و ضمن کاهش PCO_2 آلکالوز تنفسی ایجاد می‌شود. در نهایت در اثر انسداد شدید تهویه مختل می‌شود و بیمار دچار خستگی و احتباس CO_2 و نارسایی تنفسی می‌شود.

این تغییرات موجب کاهش نسبت FEV_1 (حجم بازدمی اجباری در یک ثانیه) به FVC (ظرفیت حیاتی اجباری) و کاهش حداکثر جریان بازدمی (PEFR) می‌شود.

اثر حاملگی بر آسم:

حاملگی اثر غیر قابل پیش بینی بر آسم دارد. در یک سوم موارد بهتر و در یک سوم موارد بدون تغییر و یک سوم موارد بدتر می‌شود. تشدید موارد آسم شدید در حاملگی شایع‌تر است. احتمال تشدید آن به دنبال سزارین بیشتر است.

پیامد حاملگی: میزان بروز SGA و میزان مرگ و میر پری ناتال \uparrow می‌یابد. در این افراد احتمال بروز سقط خودبه‌خودی، پره اکلامپسی، لیبر پره ترم، محدودیت رشد جنین، مرگ و میر پری ناتال افزایش می‌یابد. در صورت کنترل مناسب آسم، پیامدهای پری ناتال خوب است.

بروز محدودیت رشد جنین با شدت آسم و مقدار FEV_1 ارتباط دارد.

نگرانی دیگر ناهنجاری ناشی از داروها مثل لب شکری، شکاف کام و اوتیسم می‌باشد.

تعداد موارد VTE قبل و بعد زایمان تقریباً مساوی است. و میزان آن ۵ برابر زمان غیر حامله است.

ترومبوز ورید عمیقی قبل از زایمان و آمبولی ریه در طی ۶ هفته اول بعد از زایمان شایع تر است. حدود ۲ درصد زنان دچار سندرم پس از ترومبوز می‌شوند.

در حاملگی تریاد ویرشو استاز، ترومای موضعی دیوار عروق و افزایش انعقادپذیری زمینه را برای پیدایش ترومبوز وریدی فراهم می‌کند. از طرفی ساخت فاکتورهای انعقادی هم در حاملگی بیش تر می‌شود. ضمناً رحم بزرگ و فشار بر ویدهای لگن و IVC سبب استاز بیشتر می‌شود.

مهم ترین عامل خطر افزایش ترومبوآمبولی، سابقه فردی ترومبوز و ترومبوفیلی دارای پایه ژنتیکی است.

استاز ثابت ترین عامل خطر زمینه ساز است.

مهمترین عامل خطر، سابقه فردی ترومبوز است و ۱۵-۲۵٪ موارد در حاملگی از نوع مراجعه هستند و اغلب یک اختلال ژنتیکی زمینه ای قابل شناسایی است. بیماری التهابی پرده سبب افزایش ۲-۳ برابری این خطر می‌شود.



TABLE 55-1. Some Risk Factors Associated with an Increased Risk for VTE

Obstetrical	General
Cesarean delivery	Age 35 years or older
Cesarean hysterectomy	Anatomical anomaly ^a
Diabetes mellitus	Antiphospholipid antibodies
Hemorrhage and anemia	Connective tissue disease
Hyperemesis	Dehydration
Immobility—prolonged bed rest	Hormonal contraceptives
Multifetal gestation	Hospitalization
Multiparity	Immobility
Preeclampsia	Infection and inflammatory disease
Puerperal infection	Inflammatory bowel disease
Stillbirth	Malignancy
	Nephrotic syndrome
	Obesity
	Orthopedic procedures
	Paraplegia
	Prior VTE
	Sickle-cell disease
	Smoking
	Surgery
	Thrombophilia

^aIncludes May-Thurner syndrome (iliac vein compression syndrome).

VTE = venous thromboembolism.

Renal and Urinary Tract Disorders

فصل ۵۶

Section 56

در دوران حاملگی، کلیه‌ها بزرگتر می‌شوند و اتساع لگنچه‌های کلیه و حالبها چشمگیر است.

درجاتی از اتساع زیر هفته ۱۴ در اثر پروژسترون و اتساع شدید، از اواسط حاملگی به بعد ناشی از فشردگی دیستال حالب به ویژه در سمت راست است.

همچنین درجاتی از رفلاکس مثانه به حالب رخ می‌دهد.

خطر عفونت‌های دستگاه ادراری فوقانی هم افزایش می‌یابد.

گلوپرونها بزرگتر می‌شوند ولی تعداد سولها افزایش پیدا نمی‌کند.

اتساع عروقی داخل کلیوی در اثر حاملگی رخ می‌دهد و هم مقاومت آوران و هم مقاومت وایران کاهش می‌یابد.

میزان فیلتراسیون گلوپرولی افزایش پیدا کند و تا ۱۲ هفته میزان GFR ۲۰ درصد افزایش می‌یابد. و در آخر بارداری ۶۵٪[↑] می‌یابد.

میزان سرمی کراتینین و اوره در طول حاملگی کاهش چشمگیری پیدا می‌کند و مقادیری

که در محدوده طبیعی وضعیت غیرحامله هستند ممکن است در دوران حاملگی غیرطبیعی باشند.



بررسی عملکرد کلیوی در دوران حاملگی

آزمایش تجزیه‌ی ادرار در دوران حاملگی اساساً تغییری را نشان نمی‌دهد و فقط گاهی اوقات در آن **گلوکوزوری** دیده می‌شود. به طور طبیعی میزان دفع پروتئین افزایش پیدا می‌کند. اگر بخواهیم پروتئینوری را غیرطبیعی تلقی کنیم، باید میزان آن بیش از ۳۰۰ میلی‌گرم در روز باشد.

در بریتانیا اگر گلوکوز در ادرار +۲ مگوریا +۲ دیده شود تست گلوکز خوراکی به طور زود هنگام انجام می‌شود.

نسبت پروتئین به کراتینین ادرار در حد مساوی یا بیش از ۰/۳ در نمونه لکه ای ادرار (به طور ایده آل از اولین ادرار صبحگاهی) با دفع پروتئین ۲۴ ساعته در حد ۳۰۰ میلی‌گرم یا بیشتر ارتباط دارد.

در ۳ درصد از زنان نولی پار هم‌چوری ایدئوپاتیک وجود داشت.

در این زنان خطر پره اکلامپسی دو برابر شده بود.

نکته: ویتامین C، پیویدین آیداین، میوگلوبین و هموگلوبین آزاد می‌توانند هم‌چوری مثبت کاذب دهند.

اگر در دوران حاملگی میزان کراتینین سرم به طور ثابت بیش از ۰/۹ میلی‌گرم در دسی‌لیتر (۷۵ میکرومول در لیتر) باشد، باید بیماری داخلی کلیه مورد شک قرار گیرد.

بیوپسی کلیه با بی‌خطری نسبی در دوران حاملگی مورد استفاده قرار گرفته است، اما تغییری در روند درمان ایجاد نمی‌کند و معمولاً انجام آن به تعویق انداخته می‌شود.

در مواردی که کاهش سریع عملکرد کلیه بدون هرگونه علت آشکار وجود دارد و نیز در موارد سندروم نفروتیک علامت دار، بیوپسی کلیه مدنظر قرار گیرد.

که در ۵ مورد اندومتیوز گلومرلی خفیف تا متوسط وجود داشته است.

برای کمک به روند بیماری نئوپلاستیک یا سنگ MRI (اروگرافی بارزوناتس مغناطیسی) و سستوسکوپی در بارداری مطلوبند. ولی ACOG توصیه کرده از این ۲ روش در زنان بی‌علامت و کم‌خطر که سیگاری نبوده و سن زیر ۵۰ سال داشته و RBC کمتر مساوی