

مدیریت لیبرو زایمان

ویزیت در هفته ۳۲-۳۴ :

تعیین محل زایمان/تعیین اعضای تیم مراقبت از مادر (متخصص قلب و زنان)
/تعیین شیوه زایمان و زمان زایمان /زمان بستری مشخص شود/ترومبوپروفیلاکسی/
تصمیم گیری در مورد توبکتومی

روش زایمان

عموما سزارین برای مواردی که اندیکاسیون مامایی دارند باید انجام شود.

در موارد زیر سزارین توصیه می شود (اندیکاسیونهای بیماری قلبی):

۱. دیلاتاسیون ریشه آئورت بیشتر از ۴ سانتیمتر یا آنوریسم آئورت ۲. نارسایی احتقانی شدید قلبی حاد ۳. سکته قلبی اخیر (طی یک ماه قبل) ۴. نیاز به تعویض دریچه بلافاصله بعد از زایمان بطور اورژانسی ۵. دایسکشن آئورت حاد یا مزمن ۶. اشکال شدید افزایش فشار خون ریوی (شامل سندرم آیزن مینگر) ۷. بیمارانی که ضد انعقاد خوراکی مصرف می کنند و زایمان زودرس دارند ۸. انسدادهای شدید سمت چپ قلب (Obstruction Severe Side Left) شامل: تنگی شدید علامتدار دریچه آئورت، تنگی ۹. 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 باتوجه به شرایط تصمیم گیری شود

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

اداره 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 کافی قلب اطمینان وجود ندارد، با رعایت سایر ملاحظات بالینی، اینداکشن در شرایط تحت کنترل توصیه می شود.
- ▶ نکته : عملکرد قلب بر اساس وضعیت آناتومیك، فشار خون ریوی و EF تعیین می شود
- ▶ در موارد نیازمند اینداکشن، با توجه به وضعیت سرویکس اقدامات زیر انجام شود:
 - ۱- سرویکس نامناسب است (بیشاب اسکور کمتر از ۴ : (در صورت نامناسب بودن سرویکس، با روشهای مختلفی میتوان سرویکس را مناسب و سپس اینداکشن را شروع کرد (مراجعه به مبحث مربوطه)
 - ۲- سرویکس مناسب است (بیشاب اسکور ۴ و یا بیشتر) : در زنان باردار با سرویکس مناسب اینداکشن معمولا فقط نیاز به تجویز اکسی توسین و آمنیوتومی دارد

- ▶ درمورد 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 کمتر اندیکاسیون دارد
- ▶ در زنان با سرویکس نامناسب برای پیشگیری از خستگی باید از اینداکشن طولانی مدت اجتناب شود

نکات مهم در مراحل اول و دوم زایمان

بهترین شرایط برای بیمار قلبی این است که لیبر و زایمان ، بدون درد و کوتاه مدت باشد.

▶ مرحله اول: در طی لیبر ترکیب درد، اضطراب و انقباضات منجر به افزایش ضربان قلب، حجم ضربه ای، برون ده قلبی و فشار خون می شود. بنابراین کاهش درد و اضطراب در این مرحله بسیار مهم است.

▶ مرحله دوم: پس از طی مرحله اول، بیمار بسیار خسته و کم انرژی شده است. بنابراین برای خروج نوزاد باید به وی کمک شود. همچنین برای کاهش اثرات مانور والسالوا و اثرات نامطلوب آن بر جریان خون، در پاسخ به هر انقباض و بدون زور زدن مادر، باید سر جنین بطرف پرینه رانده شود.

بنابراین اصل کلی در طی لیبر و زایمان، به حداقل رساندن استرس قلبی عروقی (کم کردن تقاضای قلب) می باشد و این امر با انجام موارد زیر قابل دستیابی است :

▶ استفاده از روشهای بیدردی (ترجیحا بی حسی اپیدورال تدریجا افزایش یابنده آهسته و مداوم) Incremental برای کاهش درد و اضطراب

▶ زایمان واژینال با ابزار کمکی (Forceps Low) یا واکيوم (برای کوتاه کردن مرحله دوم و کاهش اثرات مانور والسالوا.

سایر مراقبتها در حین لیبر و زایمان

- ▶ در حین لیبر بیمار در وضعیت خوابیده به پهلو قرار بگیرد
- ▶ • از وضعیت خوابیده به پشت باید اجتناب شود ولی در صورت ضرورت، یک پد در زیر ران بیمار قرار بگیرد تا رحم به طرف پهلو متمایل شود
- ▶ • هنگام زایمان باید زانوهایی بیمار خم شده، کف پاهای بیمار روی تخت باشد و روی رکابهای تخت قرار نگیرد
- ▶ • علائم نارسایی قلب مورد توجه و بررسی قرار بگیرد (این علائم در بخش مراقبتهای بارداری ذکر شده است)
- ▶ • در صورت امکان در لیبر جوراب الاستیک استفاده شود
- ▶ • از افزایش بی دلیل حجم مایعات تجویزی اجتناب شود
- ▶ • برای کاهش خطر عفونت، انجام معاینه واژینال به حداقل برسد
- ▶ • برای کاهش مخاطرات قلبی عروقی، در صورت نیاز به استریپ کردن پرده ها، با اعضای تیم مراقبت مشورت شود
- ▶ • تجهیزات کامل احیا باید در دسترس باشد
- ▶ • مانیتورینگ مداوم الکترونیک قلب جنین توصیه می شود
- ▶ • پروفیلاکسی آندوکاردیت بطور روتین توصیه نمی شود (مراجعه به مبحث مربوطه)
- ▶ • استفاده از بتابلوکرها (از نوع B selective مانند متورال) در طی زایمان (برای درمان آریتمی، سندرم QT طولانی) منعی برای زایمان واژینال نداشته و از انقباضات رحم جلوگیری نمی کند. ولی توصیه می شود نوزاد به مدت ۲۴ تا ۷۲ ساعت از نظر هیپوتنشن، برادیکاردی و هیپوگلیسمی کنترل و تحت نظر باشد
- ▶ • با توجه به مشابهت علائم نارسایی حاد قلب با آمبولی برای اینکه درمان نارسایی قلب به تاخیر نیفتد، در کلیه موارد شك به آمبولی مشاوره اورژانس قلب یا بیهوشی انجام 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 () Push IV 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 ۶۰۰ میکروگرم رکتال نیز تجویز شود

درمان خونریزی پس از زایمان

در مورد بیماران قلبی به نکات زیر دقت شود :

- ▶ به متخصص بیهوشی اطلاع داده شود ، جذب و دفع مایعات به دقت کنترل شود.
- ▶ میزوپروستول ۲۰۰ میکروگرم خوراکی و ۸۰۰ میکروگرم رکتال تجویز شود.
- ▶ از تزریق اکسی توسین با دوز زیاد خودداری شود.
- ▶ در صورت استفاده از بالون، تجویز آنتی بیوتیک توصیه می شود.
- ▶ مترژن و پروستاگلاندین $F2\alpha$ به دلیل خطر انقباض عروق و افزایش فشار خون، منع مصرف دارند.
- ▶ با توجه به نظر متخصص بیهوشی، CVP line یا $Arterial$ monitoring مد نظر قرار بگیرد.
- ▶ در هنگام سزارین، بخیه های فشاری رحمی $Lynch B$ می توانند به جای سنتوسینون مد نظر قرار گیرند.

مراقبت‌های پس از زایمان تا ترخیص

▶ زایمان به خودی خود الزاماً 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.

(علائم نارسایی قلب در بخش نکات مهم در مراقبت‌های بارداری ذکر شده است)

▶ سر تخت باید بالا باشد و بیمار به پهلو بخوابد.

▶ کنترل دقیق خونریزی، علائم حیاتی و جذب و دفع مایعات Output/Intake، 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. (مراجعه به دستور عمل مربوطه)

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

▶ اگر قرار است بعد از زایمان واژینال، توپکتومی 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 تأخیر 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. علائم در قسمت آموزش به مادر ذکر شده است.
- ▶ 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 ۴ 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.

شیردهی

▶ در مادر مبتلا به بیماری قلبی شیردادن به نوزاد منع ندارد ولی به دلیل تقاضای زیاد متابولیک، خسته کننده و با خطر کم باکتری می بدنال ماستیت همراه است ، زنان مبتلا به بیماری قلبی علامتدار **بهتر** است کودک را با شیر مصنوعی تغذیه نمایند . در صورتی که مادر تمایل به شیردهی دارد و همزمان هر نوع دارویی مصرف می کند به جدول مصرف داروها در شیردهی توجه شود.

▶ **نکته : مصرف وارفارین در دوره شیردهی منعی ندارد.**

مراقبت‌ها از ترخیص تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری

- ▶ عوارض افزایش فشار خون ریوی، ترومبوآمبولی و کاردیومیوپاتی می‌توانند منجر به مرگ ناگهانی شوند که در ۶ هفته اول پس از ختم بارداری احتمال این خطر بیشتر است. بنابراین اگر در طی این مدت بیمار با علائم مربوط به هر یک از عوارض فوق مراجعه کرد حتما باید بررسی و درمان لازم برای وی انجام شود.
- ▶ نکته مهم: در صورتی که مقدار فشار خون ریوی بیشتر از دو سوم فشار سیستولیک باشد، بیمار حداقل تا ۲ هفته پس از زایمان باید بستری و تحت نظر قرار بگیرد حتی اگر بدون علامت باشد.

